

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» ΣΤΗΝ
ΠΕΡΙΟΧΗ ΜΑΣΤΑΜΠΙΑ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΚΑΙ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΧΑΝΙΩΝ**



**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:
Κα. ΚΟΥΚΟΥΝΑΚΗ ΝΙΚΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΒΟΥΝΑΚΗ ΕΜΜΑΝΟΥΕΛΑ
ΧΑΡΑΛΑΜΠΙΑΚΗ ΜΑΡΙΑΝΝΑ**

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

	Σελ.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	3
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	
1.ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	6
2.ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	9
3.ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	12
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	
1.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	16
2.ΑΛΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ.....	23
3.ΑΤΥΠΑ ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	27
4.ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΟΥΝ ΟΙ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ.....	30
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	34
1.ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.....	35
2.ΣΚΟΠΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.....	35
3.ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....	37
4.ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΚΥΡΙΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.....	37
5.ΦΟΡΕΑΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	39
6.ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.....	39
7.ΕΠΟΠΤΕΙΑ – ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ – ΕΛΕΓΧΟΣ.....	42
8.ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.....	42
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	
Α. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	
1.ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	46
2.ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ.....	46
3.ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ – ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	46
4. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	47
5. ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	48
6.ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.....	48
7.ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	48
Β. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	
1.ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	49
2.ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ.....	49
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	
1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ... ..	56
2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	105
3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	109

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	110
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	115
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ	119
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	124

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

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

Επιπλέον, η θνησιμότητα στην Ελλάδα είναι χαμηλή σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες και η διάρκεια ζωής συγκριτικά υψηλή.** Οι φυσικές αυτές εξελίξεις, μαζί με την αυξημένη μετανάστευση της δεκαετίας του 1960 οδήγησαν στη γήρανση του πληθυσμού, η οποία αναμένεται να συνεχισθεί για αρκετό διάστημα.

Η γήρανση του πληθυσμού είναι ένα φαινόμενο που συναντάται σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 15,5% του συνόλου των πληθυσμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης αποτελούσαν ηλικιωμένοι, ηλικίας 60-80 χρόνων και άνω, το έτος 1960, ενώ το 2020 αναμένεται το ποσοστό αυτό ν' αυξηθεί στο 23,9%. Στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό για το έτος 1960 ήταν 11,8% με προοπτική αύξησης στο 24,8% το 2020.***

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

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

Το πέρασμα στην τρίτη ηλικία μειώνει την δυνατότητα ανεξαρτησίας του ατόμου και δημιουργεί ανάγκες φροντίδας. Μέχρι την τελευταία δεκαετία η φροντίδα των ηλικιωμένων είχε βασικά αντιμετωπισθεί στα πλαίσια της οικογένειας και για τη μεγάλη πλειοψηφία τους ιδίως στις αγροτικές περιοχές, το ίδιο εξακολουθεί να συμβαίνει και σήμερα. Ωστόσο, οι κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές που σημειώνονται σε όλες τις περιοχές, της χώρας μας έχουν αρχίσει να προκαλούν δυσχέρειες στη φροντίδα των ηλικιωμένων στα πλαίσια της οικογένειας. **

*<http://www.katsanevas.gr/articles.html>

**ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ, ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ, ΕΚΛΟΓΗ ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 1982, Αρ. 59. ΣΕΛ.139.

*** ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, (1996). ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ: ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ, ΡΕΘΥΜΝΟ.

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

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

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

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

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

Στην χώρα μας, η πρόνοια υπέρ των ηλικιωμένων εμφανίζεται από την αρχαία Ελλάδα και αναπτύσσεται ιδιαίτερα στους βυζαντινούς χρόνους.* Σήμερα, πέρα από τη συνταξιοδότηση των ηλικιωμένων εφαρμόζονται διάφορα προγράμματα, τόσο περίθαλψης όσο και αξιοποίησης των παραγωγικών δυνατοτήτων της τρίτης ηλικίας. Ένα από τα πιο σύγχρονα και πρωτοποριακά προγράμματα περίθαλψης των ηλικιωμένων είναι και το «Πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι», για το οποίο θα γίνει εκτεταμένη αναφορά στο τρίτο κεφάλαιο, αφού πρώτα αναλυθούν οι ανάγκες, τα προβλήματα και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων στο πρώτο κεφάλαιο και στο δεύτερο κεφάλαιο, τα προγράμματα του κράτους για την τρίτη ηλικία, οι υπηρεσίες που προσφέρουν οι εθελοντικές οργανώσεις και ο ρόλος της άτυπης φροντίδας των ηλικιωμένων. Τέλος στο τέταρτο και πέμπτο κεφάλαιο, γίνεται αξιολόγηση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι», έπειτα από επεξεργασία, ανάλυση και παρουσίαση των δεδομένων σχετικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε.

*Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Λάρος Μπριτάνικα, τόμος 26, Εκδόσεις Πάπυρος 1987.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

2. ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

3. ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1. ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

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

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

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

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

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

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

* ΚΩΣΤΑΡΙΔΟΥ – ΕΥΚΛΕΙΔΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, (1999). *ΘΕΜΑΤΑ ΓΗΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ.

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

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

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

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

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

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

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

Η ιδέα ότι οι υπερήλικες έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη αλλά δεν ανταποκρίνεται στην

πραγματικότητα γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν εξ αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη.

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

Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης. Με τις χαμηλές συντάξεις που λαμβάνουν πολλοί συνταξιούχοι, είναι δύσκολο να αποταμιεύσουν ώστε να αγοράζουν νέα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, ρούχα και παπούτσια. Οι υπερήλικες ζουν πιο συχνά μόνοι σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους. Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο. Πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί. Τα ψώνια επίσης στοιχίζουν περισσότερο για ένα άτομο που ζει μόνο. Αγοράζει αγαθά σε μικρή ποσότητα, που κοστίζουν πιο ακριβιά γιατί δύσκολα βρίσκει, ιδιαίτερα στις υπεραγορές, προϊόντα σε μικρές συσκευασίες.

Για τους περισσότερους ηλικιωμένους ικανοποιούνται με κάποιο τρόπο οι ανάγκες διατροφής και στέγασης. Ωστόσο όμως πολλές άλλες ανάγκες τους δεν καλύπτονται. Όπως είναι οι βασικές οικονομικές ανάγκες, που δεν καλύπτονται για ένα μεγάλο μέρος ατόμων μεγάλης ηλικίας, αφού ουσιώδης και μερικές φορές μοναδικός πόρος ζωής των ηλικιωμένων είναι η σύνταξη και οι περισσότερες συντάξεις είναι χαμηλές. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα να ζήσουν ανεξάρτητοι και στηρίζονται για την επιβίωση τους είτε στα παιδιά τους είτε στην κρατική βοήθεια, η οποία κυρίως προσφέρεται με τη μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης. Πολλοί ηλικιωμένοι ζουν σε ακατάλληλα για τις ανάγκες τους σπίτια ή διαμερίσματα.

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

*ΕΜΚΕ – ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΗΡΑ , (1999). *ΕΛΛΗΝΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ*, Παρελθόν Παρόν και Μέλλον, , ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

2. ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

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

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

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

Τα πιο σημαντικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι :

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

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

*ΕΜΚΕ – ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΗΡΑ , (1999). *ΕΛΛΗΝΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ* , Παρελθόν Παρόν και Μέλλον , ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

περίθαλψης. Συχνά, οι πενιχρές συντάξεις που δίδονται στους ηλικιωμένους, τους αναγκάζουν να ζουν σε συνθήκες οικονομικής ανέχειας.

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

~ **Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης** : τα αποτελέσματα σειράς ερευνών, που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες του κόσμου, έχουν οδηγήσει στην διαπίστωση ότι τα ποσοστά των υπερηλικών και των μεσηλικών που είναι αναλφάβητοι ή έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι ιδιαίτερα υψηλά.* Έτσι, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, περιορίζει τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων και οδηγεί σε περαιτέρω κοινωνική απομόνωση, αφού εμποδίζει τους αναλφάβητους να συντάξουν κάποιο γράμμα, να παρακολουθήσουν τα μη μεταγλωττισμένα προγράμματα της τηλεόρασης (καθώς δυσκολεύονται να διαβάσουν τους υπότιτλους ξένων προγραμμάτων), ή ακόμα να διαβάσουν τις οδηγίες κάποιου φαρμακευτικού παρασκευάσματος.

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

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

* ΚΩΣΤΑΡΙΔΟΥ – ΕΥΚΛΕΙΔΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, (1999). *ΘΕΜΑΤΑ ΓΗΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ.

** ΣΙΜΟΝ ΝΤΕ ΜΠΩΒΟΥΑΡ, (1980). *ΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΛΑΡΟΣ, ΑΘΗΝΑ.

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

~ **Τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες**, οι οποίες συχνά προσβάλλουν τους ηλικιωμένους (οστεοπόρωση, διαβήτης, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, καρκίνος, αρθρίτιδες , γεροντική άνοια, κα.), καθώς και τα αναπόφευκτα προβλήματα που δημιουργεί η φθορά που επέρχεται με το πέρασμα των χρόνων (βαθείς ρυτίδες, ευδιάκριτες φλέβες, απώλεια μνήμης, μειωμένη όραση, γεύση, ακοή, κα.) τα οποία δυσκολεύουν αφάνταστα την προσαρμογή των ηλικιωμένων στο περιβάλλον.

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

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

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

* ΣΙΜΟΝ ΝΤΕ ΜΠΩΒΟΥΑΡ, (1980). *ΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΛΑΡΟΣ, ΑΘΗΝΑ.

** ΚΩΣΤΑΡΙΔΟΥ – ΕΥΚΛΕΙΔΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, (1999). *ΘΕΜΑΤΑ ΓΗΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ.

3. ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

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

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

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

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

Ο Κοινωνικός Χάρτης** αφορά τα δικαιώματα των ατόμων σε μία κοινωνία όλων των ηλικιών επομένως και των ηλικιωμένων για θέματα σχετικά με την υγεία, τις συντάξεις, την κατοικία, τις υπηρεσίες, την οικογένεια, την εκπαίδευση, τα ΜΜΕ, την κοινωνική πρόνοια, την απασχόληση, την παραγωγικότητα. Στις παραγράφους 24 και 25 αναφέρει ότι κάθε άτομο που φτάνει στη συνταξιοδότηση θα πρέπει να

* <http://www.lexilogos.com>

**ΕΜΚΕ – ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΗΡΑ, (1999). *ΕΛΛΗΝΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ*, Παρελθόν Παρόν και Μέλλον, , ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

διαθέτει εισόδημα που να του /της επιτρέπει ένα λογικό βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και διαθέτει άλλα μέσα πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογο με τις ανάγκες του.

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υιοθέτησε κείμενο για την αρχή της ίσης αμοιβής άσχετα από φυλή, φύλο, ηλικία, αναπηρία ή θρησκεία. Σύσταση του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφέρεται σε «επαρκείς πόρους και παροχές ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπής ανθρώπινη διαβίωση». Κύριο αίτημα είναι να καθιερωθεί σε όλα τα κράτη μέλη ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα και να προχωρήσει μια πολυδιάστατη στρατηγική καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού. Η αρνητική αντιμετώπιση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και οι δυσκολίες που έχουν στην εξεύρεση εργασίας είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Ευρώπη σήμερα. Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας έχει αναλάβει τη διεξαγωγή μελέτης με σκοπό την εξεύρεση θετικών ενεργειών από τους εργοδότες ώστε να βοηθήσουν τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας να παραμείνουν ενεργοί και δραστήριοι στις θέσεις εργασίας τους αν το επιθυμούν.*

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

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

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

- ~ Να παραμείνουν ενεργοί, ικανοί, να στηρίζονται στον εαυτό τους και να είναι χρήσιμοι.
- ~ Να εφαρμόζουν σωστές αρχές σωματικής και πνευματικής υγείας στη ζωή τους.
- ~ Να επωφελούνται από την εκπαίδευση και ειδίκευση.
- ~ Να προγραμματίζουν και να ετοιμάζονται για τα γηρατειά και τη συνταξιοδότηση.

*ΕΜΚΕ – ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΗΡΑ, (1999). *ΕΛΛΗΝΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ* , *Παρελθόν Παρόν και Μέλλον* , ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

~ Να ενημερώνουν τις γνώσεις τους και τις ειδικότητες τους, ώστε να έχουν δυνατότητα απασχόλησης.

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

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

~ Να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της κοινωνίας.

~ Να αναζητούν και να αναπτύσσουν νέες υπηρεσίες στην κοινότητα.

~ Να αποφασίζουν για την περίθαλψη τους την οποία γνωρίζει ο γιατρός τους και η οικογένεια.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

1.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

2. ΑΛΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

3. ΑΤΥΠΑ ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

4. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΟΥΝ ΟΙ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

1. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Η κοινωνική πρόνοια αποσκοπεί στην παραμονή των ηλικιωμένων μέσα στην κοινότητα και την επικοινωνία με την οικογένεια τους, ώστε να συνεχίσουν να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στην ζωή της κοινότητας. Η συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας και της οικογένειας τους, περιορίζει την ψυχολογική αποστασιοποίηση και περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Η κρατική πολιτική για τους ηλικιωμένους περικλείει, κατά σειρά προτεραιότητας, τη φροντίδα στο σπίτι και την κοινότητα, σε ανάδοχες οικογένειες, σε κέντρα προστασίας γήρατος, σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων για ηλικιωμένους που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις (ανίατοι). Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει πολλαπλές αρμοδιότητες για τη χάραξη πολιτικής, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων για την τρίτη ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία,* το Υπουργείο έχει την αρμοδιότητα για την περίθαλψη και προστασία των ηλικιωμένων. Τα μέτρα προστασίας περιλαμβάνουν :

- α. Παροχές σε χρήμα
- β. Παροχές σε είδος
- γ. Προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες

Επιπλέον, το Υπουργείο έχει, θεωρητικά τουλάχιστον, την ευθύνη για την έκδοση αδειών λειτουργίας, τον έλεγχο και την εποπτεία των προγραμμάτων όλων των οργανισμών (Ν.Π.Δ.Δ., Ν.Π.Ι.Δ.) που ασχολούνται με την προστασία των ηλικιωμένων.

α. Παροχές σε χρήμα*

1. Επιδόματα : Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει την ευθύνη για την ενίσχυση του εισοδήματος απόρων ηλικιωμένων. Αυτή η πολιτική υλοποιείται με τα εξής μέτρα :

α) Συνταξιοδότηση των ανασφάλιστων ηλικιωμένων οι οποίοι, μετά το 65ο έτος, λαμβάνουν κάθε μήνα από ειδικό λογαριασμό που έχει συσταθεί στον Ο.Γ.Α., το ποσό των 21.000 δραχμών. Το ποσό αυτό καταβάλλεται εφ' όσον υπάρχουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις. Οι δικαιούχοι πρέπει να είναι Έλληνες υπήκοοι ή ομογενείς οι οποίοι διαμένουν μόνιμως στην Ελλάδα. Το ποσόν χορηγείται εφ' όσον δεν λαμβάνουν οι ίδιοι – ούτε οι σύζυγοι τους, στις περιπτώσεις ανδρογύνου – άλλη σύνταξη, ή βοήθημα που να είναι ίσο με το μηνιαίο ποσόν το οποίο χορηγεί ο Ο.Γ.Α. στους συνταξιούχους αγρότες. Μαζί με το μηνιαίο αυτό επίδομα, οι δικαιούχοι έχουν

* ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ Α., (1996). ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

υγειονομική περίθαλψη, εφ' όσον και πάλι δεν καλύπτονται από άλλο φορέα.

β) Ηλικιωμένοι άτομα άνω των 60 ετών, τα οποία έχουν αναπηρία (σωματικά ή διανοητικά ανάπηροι) πάνω από 67%, έχουν δικαίωμα για μηνιαία οικονομική ενίσχυση. Προϋπόθεση για την ενίσχυση είναι να μην είναι ασφαλισμένο το άτομο σε άλλο φορέα. Σε περίπτωση που παίρνει σύνταξη από τον Ο.Γ.Α., δικαιούται τη διαφορά μεταξύ του επιδόματος του Ο.Γ.Α. και του βοηθήματος λόγω αναπηρίας.

γ) Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (λ.χ. σεισμός, ξαφνική ασθένεια, έξωση, φυλάκιση, πυρκαγιά, θεομηνία), ηλικιωμένα άτομα όπως και άτομα και οικογένειες όλων των ηλικιών δικαιούνται έκτακτη οικονομική ενίσχυση. Το ποσόν της χορηγούμενης βοήθειας μπορεί να κυμαίνεται από 30.000 – 100.000 δραχμές, και δίνεται στο άτομο ή την οικογένεια μια φορά το χρόνο για το ίδιο πρόβλημα. Είναι ευνόητο ότι τα διάφορα άλλα επιδόματα αναπηρίας (π.χ. για τυφλούς, παραπληγικούς) αφορούν και τους ηλικιωμένους.

δ) Εκτός από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ο Ερυθρός Σταυρός και τα Φιλόπτωχα ταμεία των ενοριών παρέχουν οικονομική ενίσχυση σε άπορους ηλικιωμένους. Τα Φιλόπτωχα ταμεία είναι η τελευταία πηγή οικονομικής συμπαράστασης. Τα ποσά τα οποία δίνονται (κατά την κρίση του ιερέα) είναι συνήθως περιορισμένα και η βοήθεια παρέχεται κατά κανόνα ως έκτακτη ενίσχυση.

2. Επιδότηση ενοικίου. Μοναχικά άτομα ή ζευγάρια άνω των 65 ετών, τα οποία αποδεδειγμένα δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη και βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία, επειδή δεν έχουν κινητή ή ακίνητη περιουσία στην Ελλάδα ή το εξωτερικό, δικαιούνται επιδότησης του ενοικίου. Το ενοίκιο πληρώνεται από την κοινωνική υπηρεσία της Νομαρχίας απ' ευθείας στον ιδιοκτήτη του ακινήτου, με τον οποίο η υπηρεσία υπογράφει ιδιωτικό συμφωνητικό μίσθωσης. Το ποσό για την επιδότηση είναι περίπου 12.000 δραχμές το μήνα.

β. Παροχές σε είδος και σε προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες

Η παροχή υπηρεσιών περιλαμβάνει βασικά δύο κατηγορίες : την εξωϊδρυματική και την ιδρυματική περίθαλψη. Ο διαχωρισμός αυτός γίνεται για αναλυτικούς λόγους. Η σύγχρονη τάση είναι η ένταξη των ιδρυμάτων σ' ένα συνολικό πλέγμα υπηρεσιών φροντίδας, ανάλογα με τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

Εξωϊδρυματική περίθαλψη*

1. Φροντίδα στο σπίτι. Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η παραμονή του ηλικιωμένου, όσο το επιτρέπουν οι συνθήκες, στο οικογενειακό του περιβάλλον, κοντά στους συγγενείς και τους φίλους του. Αναλυτικότερα για την φροντίδα στο σπίτι γίνεται αναφορά στο επόμενο κεφάλαιο.

* ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ Α., (1996). *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

2. Προγράμματα αναδοχής. Αν και στη χώρα μας δεν είναι διαδεδομένη, αυτή η μορφή φροντίδας αρχίζει να ενθαρρύνεται ως εναλλακτική λύση φροντίδας στην κοινότητα, με στόχο την αποτροπή της ιδρυματικής φροντίδας και την ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών μοναχικών κυρίως υπερηλίκων μέσα στην κοινότητα με κάποια οικογένεια. Άλλωστε, η αναδοχή προσφέρει τη δυνατότητα στις πυρηνικές οικογένειες της εποχής μας να δημιουργήσουν μια ουσιαστική σχέση με τον «παππού»: ιδίως για τα μικρά παιδιά αυτή η εμπειρία μπορεί να είναι πολύτιμη.

3. Προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων στην κοινότητα. Ο όμιλος εθελοντών ξεκίνησε το πρωτοποριακό πρόγραμμα φροντίδας ηλικιωμένων με το όνομα «Γωνιά του παππού και της γιαγιάς». Από τα μέσα της δεκαετίας του 1960, το Ίδρυμα Κοινωνικής Εργασίας (Ι.Κ.Ε.) ξεκίνησε στα Άνω Πετράλωνα ένα πρόγραμμα Αστικής Κοινοτικής Ανάπτυξης. Στο πλαίσιο αυτού του προγράμματος λειτούργησε η Λέσχη Γερόντων. Σκοπός της λέσχης ήταν η παροχή υπηρεσιών σε ηλικιωμένα μοναχικά άτομα, ως επί το πλείστον πρόσφυγες από τη Μικρά Ασία. Στη λέσχη έβρισκαν ψυχαγωγία (χορό, εκδρομές, δημιουργική απασχόληση, φαγητό το μεσημέρι και δωρεάν ιατροφαρμακευτική φροντίδα από τους γιατρούς της περιοχής (κυρίως μέτρηση της αρτηριακής πίεσης), παροχή φαρμάκων και παραπομπή σε νοσοκομεία. Στη συνέχεια, η Αρχιεπισκοπή Αθηνών ξεκίνησε ένα παρόμοιο πρόγραμμα σε πολλές ενορίες, γνωστό ως «**Το σπίτι Γαλήνης**».

Από το 1979, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ίδρυσε τα Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) τα οποία, από το 1983, έχουν περιέλθει στην αρμοδιότητα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

α) Κέντρα Ανοιχτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων*

Η ίδρυση και λειτουργία των 300 και πάνω Κ.Α.Π.Η. στους περισσότερους Δήμους της Χώρας αποτελεί την πλέον σαφή απόδειξη του ενδιαφέροντος του κράτους για την εξωιδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων. Τα Κ.Α.Π.Η. είναι ένας χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων αλλά και παροχής υπηρεσιών (όπως φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα) και κοινωνικών υπηρεσιών από κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι έχουν και την ευθύνη για τον συντονισμό του όλου προγράμματος. Τα προγράμματα σε κάθε Κ.Α.Π.Η. αποσκοπούν στην κοινωνικοποίηση, τη δημιουργική απασχόληση, την ψυχαγωγία και την πρόληψη ασθενειών σε ηλικιωμένα άτομα.

Δεν πρόκειται για κοινωνική προστασία στον άπορο ηλικιωμένο αλλά επιδιώκεται χωρίς διάκριση κοινωνικών τάξεων, μια από κοινού αντιμετώπιση των ιδιαίτερων καταστάσεων και προβλημάτων με πρωταρχικό στόχο, το πρόβλημα της μοναξιάς. Στην αίθουσα συγκεντρώσεων, όπου λειτουργεί καντίνα βρίσκουν συντροφιά τα μέλη. Θετική συμβολή στην κοινωνική συμμετοχή αποτελούν επίσης οι εκδρομές, συνεστιάσεις, επισκέψεις μουσείων, θεάτρων, κ.α. Όλη η ομάδα έχει σκοπό να βοηθήσει τον ηλικιωμένο να μην αισθάνεται μοναξιά, δίνοντάς του ευκαιρίες συζήτησης, επικοινωνίας, ανάπτυξης ενδιαφερόντων και το αίσθημα ότι είναι χρήσιμος και αναγκαίος στην οικογένειά του και στην κοινωνία.

* ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ Α., (1996). *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

Σε περιπτώσεις ασθένειας, ο κοινωνικός λειτουργός φροντίζει, μαζί με την οικιακή βοηθό ή όποιο άλλο μέλος της επαγγελματικής ομάδας κρίνεται σκόπιμο, σε συνεργασία με την οικογένεια του ηλικιωμένου, για την κάλυψη των αναγκών του, την αποκατάσταση της υγείας του και την επάνοδο και συμμετοχή του στις δραστηριότητες του Κ.Α.Π.Η.

Σε όσους Δήμους της Χώρας έχουν συσταθεί Κεντρικές Κοινωνικές Υπηρεσίες (ΚΕ.Κ.Υ), οι κοινωνικοί λειτουργοί αναλαμβάνουν τις περιπτώσεις ηλικιωμένων οι οποίοι έχουν ανάγκη από κοινωνική φροντίδα, βοήθεια με την συντήρηση του νοικοκυριού (καθαριότητα, ψώνια, κτλ.), και παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Κ.Α.Π.Η. έχουν επίσης ιδρύσει και λειτουργούν με μεγάλη επιτυχία δύο εθελοντικές οργανώσεις : «Ομίλος Εθελοντών», μια οργάνωση κοινωνικής πρόνοιας, ήταν από τις πρώτες οργανώσεις που ίδρυσαν και λειτουργούν ένα πρότυπο Κ.Α.Π.Η. στην περιοχή του Νέου Κόσμου. Το πρόγραμμα συντονίζεται από κοινωνικό λειτουργό και έχει πράγματι πρωτοστατήσει σε δραστηριότητες, όπως οι επισκέψεις ηλικιωμένων στο εξωτερικό, οι διαγωνισμοί για την αναβίωση παλαιών εθίμων γάμου σε διάφορες περιοχές της χώρας, η παραγωγή παιχνιδιών παλαιότερων εποχών και η διοργάνωση πανελληνίων Εκθέσεων. Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (Ε.Ε.Σ.) ίδρυσε το 1981, και λειτουργεί, ένα Κ.Α.Π.Η. στο Ν. Ηράκλειο Αττικής.

β) Προγράμματα θερινών διακοπών

1) Κατασκηνώσεις

Εκτός από το Δήμο Αθηναίων, και άλλοι Δήμοι της χώρας, σε συνεργασία με τα Κ.Α.Π.Η. παρέχουν ευκαιρίες για καλοκαιρινές διακοπές σε ηλικιωμένα άτομα. Το Κοινωνικό Κέντρο Οικογένειας και Νεότητας, το οποίο λειτουργεί με την άμεση επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, παρέχει τη δυνατότητα σε ηλικιωμένους να κάνουν καλοκαιρινές διακοπές δωρεάν σε κατασκηνώσεις για δέκα ημέρες. Όσοι χρειάζονται να πάνε κατασκήνωση σε περιοχές με ιατρικές πηγές, επιδοτούνται με 1.000 την ημέρα, για να καλύψουν τα έξοδα για τις επισκέψεις στις ιαματικές πηγές. Το καλοκαίρι του 1991 συμμετείχαν στο πρόγραμμα αυτό 16.000 άτομα.*

Οι περισσότερες Μητροπόλεις έχουν επίσης προγράμματα κατασκηνώσεων για ηλικιωμένα άτομα σε δικές τους εγκαταστάσεις.

2) Επιδότηση εισιτηρίων – εκδρομών.** Ο Ο.Σ.Ε. παρέχει εισιτήρια με μειωμένη τιμή στα τρένα και λεωφορεία, σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών, και εφ' όσον αγοράσουν ειδική ταξιδιωτική κάρτα για ηλικιωμένους. Ακόμη, ο Εθνικός Οργανισμός Τουρισμού (Ε.Ο.Τ) επιδοτεί διακοπές στην Ελλάδα για επτά ημέρες, σε ηλικιωμένα άτομα με χαμηλό εισόδημα, στο πλαίσιο των προγραμμάτων κοινωνικού τουρισμού.

*ΚΑΡΑΝΤΙΝΟΣ, Δ. Ι. – ΚΑΒΟΥΝΙΔΗΣ, Ι.Χ. (1992). *ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ*, ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, ΑΘΗΝΑ.

** ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ Α., (1996). *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ «ΕΛΛΗΝ», ΑΘΗΝΑ.

Ιδρυματική περίθαλψη

Από την πρωτοβυζαντινή εποχή, τα ιδρύματα αποτελούσαν την κυρίαρχη μορφή φροντίδας για όσους δεν ήταν αυτάρκεις στην κάλυψη των βιοτικών και κοινωνικών τους αναγκών.* Η παράδοση αυτή συνεχίστηκε μέχρι την εποχή μας από την Εκκλησία. Το όνειρο σχεδόν κάθε Μητροπολίτη είναι να κτίσει ένα ίδρυμα για παιδιά είτε για γέρους. Δεν είναι συνεπώς τυχαίο ότι, σε μεγάλο ποσοστό, τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένους ανήκουν και συντηρούνται από την Εκκλησία.

Εκτός όμως από την Εκκλησία, ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους λειτουργούν και υπό την αιγίδα του Δημοσίου, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, από Οργανώσεις του Εθελοντικού Τομέα και από τον κερδοσκοπικό επιχειρηματικό τομέα. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν συνολικά στην Ελλάδα 125 ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένα άτομα, με σύνολο 6.000 κρεβατιών.*

Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης αποτελούν την τελευταία βαθμίδα της κλίμακας των μέτρων προστασίας των ηλικιωμένων και θεωρούνται ως η έσχατη και η αναπόφευκτη λύση, όταν δεν υπάρχει κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, όπου θα μπορούσε να συνεχιστεί ομαλά η ζωή του υπερήλικα ή όταν αποκλειστεί εντελώς η κατ' οίκον περίθαλψη του, μέσω των οργάνων της κοινωνικής υπηρεσίας ή μέσω των συγγενών του.

Η ιδρυματική προστασία θεωρείται σε πολλές περιπτώσεις επιβεβλημένη και αποτελεί λύση στο κοινωνικό πρόβλημα που δημιουργείται από το αδιέξοδο, στο οποίο περιέρχονται οι οικονομικά αδύνατοι και οι στερούμενοι οικογενειακής υποστήριξης ηλικιωμένοι.

Η ένταξη του υπερήλικα στο ίδρυμα αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία που στηρίζεται στην αρχή, ότι το άτομο πρέπει να προσαρμοστεί στο ίδρυμα και όχι το ίδρυμα προς το άτομο.**

Η περίοδος που προηγείται της εισαγωγής στο ίδρυμα χαρακτηρίζεται από έντονη ψυχολογική αναστάτωση. Το ηλικιωμένο άτομο νιώθει άγχος, τρόμο, αισθήματα εγκατάλειψης και αντιμετωπίζει το ίδρυμα ως ένα χώρο, όπου θα τελειώσει τη ζωή του ανάμεσα σε ξένους ανθρώπους. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις που δημιουργεί στους ηλικιωμένους η μεταφορά τους σε ίδρυμα, απαλύνονται με διάφορους τρόπους. Μέλη του ιδρύματος επισκέπτονται τον ηλικιωμένο στο ίδρυμα, για να απαντήσουν σε διάφορες ερωτήσεις του και για να τον προσκαλέσουν να επισκεφθεί το ίδρυμα αρκετές φορές πριν από την οριστική εισαγωγή του.**

Ο ηλικιωμένος, κατά τη μετακίνηση του στο ίδρυμα, μπορεί να πάρει μαζί του αγαπημένα αντικείμενα, που του δίδουν ένα αίσθημα συνέχειας και ταυτότητας, ενώ το προσωπικό του ιδρύματος πρέπει να αποφεύγει τις υπερβολικές εκδηλώσεις οικειότητας, γιατί μπορεί να επιτείνουν την απόγνωση του νεοφερμένου, που βιώνει κρίση ταυτότητας.

Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης χωρίζονται σε δύο κατηγορίες* :

1. Τα **γηροκομεία**, στα οποία εισάγονται ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως και
2. Τα **άσυλα**, τα οποία δέχονται κατάκοιτους που πάσχουν από χρόνιες (ανίατες) παθήσεις.

* ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ Α., (1996). *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

** ΚΩΣΤΑΡΙΔΟΥ – ΕΥΚΛΕΙΔΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, (1999). *ΘΕΜΑΤΑ ΓΗΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ.

Η πολιτική του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την περίθαλψη των ηλικιωμένων έχει δώσει έμφαση στην εξωϊδρυματική μορφή φροντίδας. Δεν πρέπει όμως να παραβλέπεται το γεγονός ότι ένα ποσοστό ηλικιωμένων, ασχέτως από την έκταση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην κοινότητα, χρειάζεται – λόγω βιολογικών διεργασιών – ιδρυματική φροντίδα. Η ιδρυματική φροντίδα αυτή καθ' εαυτή δεν είναι απορριπτέα. Το ίδρυμα πρέπει να θεωρείται – όπως και είναι, στην πραγματικότητα – ένας απαραίτητος κρίκος στην αλυσίδα των προγραμμάτων τα οποία είναι αναγκαία για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. Αρκεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο ίδρυμα να είναι του κατάλληλου επιπέδου, και η εισαγωγή και παραμονή στο ίδρυμα να γίνεται με επιστημονικά κριτήρια και με μοναδικό κίνητρο την κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου. Βασική αρχή συνεπώς πρέπει να είναι η εξυπηρέτηση του ηλικιωμένου σε όσο το δυνατόν λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον.

1. Γηροκομεία*

Λειτουργούν δύο δημόσια γηροκομεία, στην Ηγουμενίτσα και τη Ρόδο, από τον άμεσο έλεγχο και τη διοίκηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, χωρητικότητας συνολικά 100 περίπου ατόμων. Προϋπόθεση για την εισαγωγή στο γηροκομείο, εκτός της οικονομικής κατάστασης, είναι και η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης του ηλικιωμένου.

Η Εκκλησία, με τις κατά τόπους Μητροπόλεις, λειτουργεί πολλά γηροκομεία, είτε άμεσα ως εκκλησιαστικά ιδρύματα είτε έμμεσα ως Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς χαρακτήρα. Υπό την αιγίδα της Αρχιεπισκοπής Αθηνών, λειτουργούν συνολικά εννέα Στέγες Γερόντων σε αντίστοιχο αριθμό ενοριών. Οι Στέγες αυτές ουσιαστικά είναι γηροκομεία με μικρό αριθμό ενοριών κρεβατιών, ώστε να υπάρχει άμεση σχέση και επικοινωνία μεταξύ των φιλοξενούμενων και του προσωπικού. Φιλοξενούνται περίπου 230 γέροντες αυτοεξυπηρετούμενοι, ενώ μια στέγη δέχεται κατάκοιτους, τους οποίους εξυπηρετεί επαγγελματικό προσωπικό. Η παροχή υπηρεσιών στις στέγες είναι εντελώς δωρεάν και δίδεται προτεραιότητα σε άτομα με περιορισμένα εισοδήματα.

Το Γηροκομείο Αθηνών είναι ένα από τα μεγαλύτερα ιδρύματα κα φιλοξενεί περίπου 400 ηλικιωμένους σε οκτώ περίπτερα, ως επί το πλείστον άνω των 70 ετών. Το ίδρυμα αυτό ανήκει στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα. Δεν επιχορηγείται από το κράτος, έχει δικά του έσοδα από κληροδοτήματα και δωρεές. Οι φιλοξενούμενοι πληρώνουν από 55.000 – 200.000 δρχ. το μήνα. Κατά μέσο όρο, ο κάθε φιλοξενούμενος πληρώνει (Αύγουστος 1955) 65.000 δρχ. Ανάλογα με τη μηνιαία εισφορά, υπάρχει διαφοροποίηση των φιλοξενούμενων ως προς το χώρο διαμονής. Όσοι καταβάλλουν υψηλή συνδρομή δικαιούνται ένα μικρό διαμέρισμα με μπάνιο. Οι υπόλοιποι μένουν σε μονόκλινα ή δίκλινα δωμάτια. Μόνο στο αναρρωτήριο υπάρχουν τετράκλινα δωμάτια. Ως προς τις υπόλοιπες υπηρεσίες (ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, σίτιση, ψυχαγωγία, συμβουλευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες) δεν υπάρχει καμία διαφοροποίηση μεταξύ των φιλοξενούμενων. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις το Γηροκομείο φιλοξενεί δωρεάν άπορα άτομα.

Επίσης, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός λειτουργεί από το 1966 ένα μικτό γηροκομείο για μικρό αριθμό ηλικιωμένων. Το ίδρυμα ονομάζεται «**Αναπαυτήριο**

* ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ Α., (1996). *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

Μάρθα – Μαρία», και έχει χωρητικότητα 15 κρεβατιών. Όλα τα δωμάτια είναι μονόκλινα. Οι προϋποθέσεις για εισαγωγή είναι : μοναχικά άτομα με κηδεμόνα, αυτοεξυπηρετούμενα και με δυνατότητα καταβολής 50.000 δρχ. το μήνα.

Στο ίδρυμα απασχολείται εθελοντικά ιατρικό προσωπικό, ανάλογα με τις ανάγκες των διαμενόντων σ' αυτό. Υπάρχει επίσης κοινωνικός λειτουργός ο οποίος απασχολείται με ατομικά προβλήματα των φιλοξενούμενων.

1. Άσυλα – θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων

Στις κλινικές για τους χρόνια πάσχοντες, ένα μεγάλο ποσοστό κρεβατιών διατίθεται για τις ανάγκες ηλικιωμένων ατόμων. Εκτός από τα κρατικά θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, λειτουργούν συνολικά 20 ιδιωτικές κλινικές σε όλη την Ελλάδα, με δυναμικότητα 2.000 κρεβατιών.*

Η Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών λειτουργεί, από το 1974, τη Στέγη Κατάκοιτων Γερόντων, δυναμικότητας 50 κλινών. Η ζήτηση υπερβαίνει τις δυνατότητες της Στέγης, αφού υπάρχει κατάλογος αναμονής 200 κατάκοιτων για εισαγωγή. **

* ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ Α., (1996). *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

** ΚΑΡΠΑΘΙΟΥ, Σ. (1994). *ΤΟ ΠΡΟΝΟΙΑΚΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ*, ΕΚΛΟΓΗ, ΤΕΥΧΟΣ 100, ΣΕΛ.26.

2. ΆΛΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

♦ **Προγράμματα Κοινωνικής Φροντίδας από άλλους φορείς.*** Ο Δήμος Αθηναίων έχει δημιουργήσει ειδικά προγράμματα για τους ηλικιωμένους μέσω του τμήματος **Λεσχών Φιλίας** : λειτουργούν 18 Λέσχες Φιλίας σε 6 από τα 7 διαμερίσματα του Δήμου. Στεγάζονται σε δικά τους ή ενοικιαζόμενα κτίρια. Σε μερικές περιπτώσεις φιλοξενούνται σε εγκαταστάσεις του Οργανισμού Νεολαίας και Άθλησης (Ο.Ν.Α.). Για τη στελέχωση με επιστημονικό προσωπικό προβλέπεται η απασχόληση δύο κοινωνικών λειτουργών ανά λέσχη (υπηρετούν συνολικά 12 κοινωνικοί λειτουργοί για τις 18 λέσχες).

Προβλέπεται απασχόληση εννέα φυσιοθεραπευτών, δηλαδή ένας ανά δύο λέσχες (υπηρετούν συνολικά τρεις φυσιοθεραπευτές). Η ίδια πρόβλεψη υπάρχει για την απασχόληση εννέα νοσοκόμων (υπηρετούν μόνο δύο). Η ιατρική κάλυψη παρέχεται από τα δημοτικά ιατρεία : σε ειδικές περιπτώσεις οι γιατροί επισκέπτονται και εξετάζουν τους ηλικιωμένους στις Λέσχες Φιλίας. Επίσης, για την προμήθεια υλικών και την οικονομική διαχείριση και τη λειτουργία του αναψυκτηρίου προβλέπεται η απασχόληση δύο οικονόμων για κάθε λέσχη.

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

Οι προϋποθέσεις για την εγγραφή μέλους είναι :

- α) να έχει ηλικία άνω των 60 ετών,
- β) να είναι κάτοικος της περιοχής,
- γ) να πληρώνει συνδρομή 500 δρχ. το εξάμηνο για το ταμείο της λέσχης.

Με πρόταση του κοινωνικού λειτουργού, ένα 10% των μελών μπορεί να είναι κάτω των 60 ετών για κοινωνικούς λόγους. Τα μέλη, στη μεγάλη πλειοψηφία τους (70% περίπου), είναι γυναίκες. Κατά μέσο όρο, κάθε χρόνο, στις Λέσχες Φιλίας του δήμου είναι γραμμένα και συμμετέχουν στα διάφορα προγράμματα 3.000 – 3.500 μέλη. Οι δραστηριότητες ποικίλουν από λέσχη σε λέσχη : κατά βάση περιλαμβάνουν προγράμματα οργανωμένης ψυχαγωγίας και απασχόλησης με χορευτικές εκδηλώσεις, θεατρικές παραστάσεις, χορωδίες, ομάδες συζήτησης και χειροτεχνίας. Οι λέσχες διοργανώνουν επίσης εκδρομές σε αρχαιολογικούς χώρους και άλλες περιοχές φυσιολατρικού ή θρησκευτικού ενδιαφέροντος. Τα έξοδα καλύπτονται από τους ίδιους, το ταμείο της λέσχης και από την οικονομική συμμετοχή του δήμου.

♦ Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων στήριξης της οικογένειας ο Ε.Ο.Π. στα περισσότερα κέντρα φροντίδας οικογένειας εφαρμόζει προγράμματα για την τρίτη ηλικία. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν τις εξής βασικές δραστηριότητες :

1. Ομάδες : Ομάδες τρίτης ηλικίας των οποίων οι συναντήσεις καθορίζονται από τα μέλη σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα μέλη συγκεντρώνονται με σκοπό τη

* ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ Α., (1996). *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

δημιουργική απασχόληση και ψυχαγωγία ώστε να αποφεύγεται η απομόνωση τους, να καλλιεργούνται τα ενδιαφέροντα τους και να ενθαρρύνεται η συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή και δράση.

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

♦ Επιπροσθέτως, στα **Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας** τα οποία βρίσκονται σε υποβαθμισμένες αστικές περιοχές, λειτουργούν προγράμματα για τους ηλικιωμένους, αντίστοιχα με αυτά του Οργανισμού Νεολαίας και Άθλησης (Ο.Ν.Α), υπό την εποπτεία κοινωνικών λειτουργών.

♦ Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας λειτουργεί στη μητροπολιτική περιοχή της Αθήνας κοινωνικούς ξενώνες, στους οποίους εξασφαλίζεται ύπνος για ένα ορισμένο διάστημα (περίπου 6 μηνών) και σίτιση στα εστιατόρια της περιοχής, με κουπόνια τα οποία διατίθενται στους φιλοξενούμενους από το αρμόδιο γραφείο. Με το πρόγραμμα αυτό εξυπηρετούνται οικονομικά άποροι.

♦ Η **Εκκλησία της Ελλάδος***, τόσο σε επίπεδο Μητροπόλεων όσο και σε επίπεδο ενοριών, έχει συστήσει διάφορα προγράμματα πρόνοιας στο πλαίσιο της φιλανθρωπικής της αποστολής. Επειδή δεν είναι δυνατή η απαρίθμηση των δραστηριοτήτων όλων των Μητροπόλεων και ενοριών, θα γίνει ενδεικτικά αναφορά στα προγράμματα για τους ηλικιωμένους τα οποία λειτουργούν με ευθύνη της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών.

Για τον προγραμματισμό, τον συντονισμό και την άσκηση του προνοιακού έργου, η Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών έχει συστήσει τη **Διεύθυνση Χριστιανικής Αλληλεγγύης**. Στη Διεύθυνση εργάζονται ιερείς, στο πλαίσιο των ποιμαντικών τους καθηκόντων, πολλοί λαϊκοί εθελοντές, και 15 κοινωνικοί λειτουργοί οι οποίοι παρέχουν εξειδικευμένες κοινωνικές υπηρεσίες σε άτομα όλων των ηλικιών, περιλαμβανόμενων και των ηλικιωμένων. Οι 140 ενορίες της Αρχιεπισκοπής έχουν καταμερισθεί σε κοινωνικούς λειτουργούς, ο καθένας από τους οποίους έχει την ευθύνη για περιστατικά από ένα συγκεκριμένο αριθμό ενοριών και ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης.

1. Κέντρα Ενοριακής Αγάπης.* Με τη φροντίδα των ενοριών, και με την ευθύνη ιερέως και μελών της Φιλοπτώχου, ηλικιωμένα άτομα έχουν τη δυνατότητα ψυχαγωγίας και σίτισης σε κάποια αίθουσα της ενορίας. Λειτουργούν συνολικά 58 κέντρα στην Αρχιεπισκοπή Αθηνών και εξυπηρετούνται περισσότεροι από 1.700 υπερήλικες. Εθελοντές φροντίζουν για τη διαμονή φαγητού στο σπίτι ασθενών ή ανήμπορων ηλικιωμένων. Όταν χρειάζεται, ειδοποιείται η κοινωνική λειτουργός για να επιληφθεί ειδικών αναγκών για νοσηλεία ή παροχή άλλων συμβουλευτικών υπηρεσιών.

* ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ Α., (1996). *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

2. Οι ομάδες «ελευθέρως διαβιούντων υπερηλίκων» λειτουργούν σε δέκα ενορίες. Δίνουν την ευκαιρία σε ηλικιωμένους οι οποίοι είναι αυτοσυντήρητοι να βρίσκονται κατά τακτά διαστήματα και να συζητούν, με την παρουσία κοινωνικού λειτουργού, για διάφορα θέματα που τους απασχολούν. Οι κοινωνικοί λειτουργοί επισκέπτονται επίσης τα μέλη των ομάδων αυτών στο σπίτι τους, για να διαπιστώσουν τις συνθήκες διαβίωσης και να εντοπίσουν προβληματικές καταστάσεις που χρήζουν ειδικών υπηρεσιών.

♦ Στις περιπτώσεις ηλικιωμένων οι οποίοι ζουν μόνοι τους, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (ΕΕΣ), έχει ξεκινήσει ένα πρόγραμμα σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και με τον Ο.Τ.Ε., το πρόγραμμα **τηλεσυναγερμού***, για την παροχή άμεσης βοήθειας σε έκτακτες καταστάσεις μέσα από σύγχρονα τεχνολογικά μέσα. Το πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε δοκιμαστικά το 1991 και συνεχίζεται να εφαρμόζεται μέχρι και σήμερα. Ο κεντρικός σταθμός είναι εγκατεστημένος στο κτίριο του ΕΕΣ και οι περιφερειακοί σταθμοί συμπληρώνονται από ένα ειδικό δέκτη που είναι τοποθετημένος στο σπίτι του εξυπηρετούμενου ηλικιωμένου. Θα πρέπει να υπάρχει τηλεφωνική συσκευή και ένας ατομικός πομπός που φοριέται διαρκώς και τίθεται σε λειτουργία στην περίπτωση που δεν μπορεί ο εξυπηρετούμενος να φτάσει τη συσκευή του τηλεφώνου. Εφόσον γίνει αυτόματη κλήση του κεντρικού σταθμού, ο χειριστής ενημερώνεται για το περιστατικό μέσω του αρχείου του ηλεκτρονικού υπολογιστή και αναλαμβάνει συγκεκριμένες ενέργειες, ειδοποιεί συγγενείς και γείτονες που έχουν οριστεί από τον συνδρομητή, το ΕΚΑΒ για πρώτες βοήθειες ή την πυροσβεστική υπηρεσία ή την Άμεσο Δράση, αν χρειασθεί.

Την ευθύνη για το συντονισμό του προγράμματος έχουν δύο κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι παρέχουν πληροφορίες και ψυχολογική συμπαράστασή. Είναι επίσης υπεύθυνοι για την εκπαίδευση των τεχνικών – χειριστών του συστήματος. Η διαδικασία ένταξης στο πρόγραμμα και η επιλογή του συνδρομητή γίνεται ύστερα από αίτηση προς τον ΕΕΣ και την πραγματοποίηση κοινωνικής έρευνας και σχετικής έγκρισης, αφού ληφθεί υπόψη η κατάσταση της υγείας και η κοινωνική κατάσταση του ηλικιωμένου. Τα άτομα που μπορούν να τύχουν της μέριμνας αυτού του προγράμματος είναι άτομα από κοινωνικές οργανώσεις, την τοπική αυτοδιοίκηση, τα Κ.Α.Π.Η., από ασφαλιστικούς οργανισμούς και ασφαλιστικά ταμεία, και ιδιώτες. Άτομα τα οποία έχουν την οικονομική δυνατότητα, μετά την αρχική εξυπηρέτηση πληρώνουν 3.000 δραχμές το μήνα υπό μορφή συνδρομής.

♦ Ένα άλλο πρόγραμμα είναι η **τηλεϊατρική φροντίδα**. Με το πρόγραμμα αυτό μπορούν γιατροί από απομακρυσμένα νησιά να ζητούν βοήθεια για περιστατικά με καρδιολογικά προβλήματα. Στον Ερυθρό Σταυρό υπάρχει ένας καρδιογράφος και ειδικοί γιατροί οι οποίοι, αφού ελέγξουν το καρδιογράφημα, δίνουν οδηγίες για την αντιμετώπιση του περιστατικού. Τα δύο τελευταία προγράμματα, τα οποία αξιοποιούν τη σύγχρονη τεχνολογία, συμβάλλουν καθοριστικά στην αποτροπή εγκλεισμού φιλάσθενων ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης.**

♦ Ωστόσο όμως, η έντονη ζήτηση για ιδρυματική φροντίδα δεν παύει να υπάρχει, με αποτέλεσμα να ωθεί ιδιώτες στην ανεξέλεγκτη ίδρυση γηροκομείων,

* ΚΩΣΤΑΡΙΔΟΥ – ΕΥΚΛΕΙΔΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, (1999). *ΘΕΜΑΤΑ ΓΗΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ.

** ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ Α., (1996). *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

γνωστών ως «οίκων ευγηρίας»*. Από το 1972, με το Ν.Δ. 1118, το κράτος καθόρισε τους όρους λειτουργίας των Οίκων Ευγηρίας. Οι ενδιαφερόμενοι να ιδρύσουν Οίκο Ευγηρίας υποχρεούνται να υποβάλλουν αίτηση ώστε, μετά τους σχετικούς ελέγχους, να τους παρέχεται άδεια λειτουργίας. Σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης τελούν υπό τον έλεγχο και την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Στην πραγματικότητα όμως, ο έλεγχος και η εποπτεία περιορίζονται σε θέματα οικονομικής διαχείρισης, και δεν υπεισέρχονται σε θέματα προγράμματος και επίπεδα ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το Υπουργείο δεν έχει φροντίσει για την επιμόρφωση των διευθυντών και του προσωπικού των οίκων ευγηρίας με τα κατάλληλα προγράμματα. Σπάνιο παράδειγμα αρμονικής συνεργασίας μεταξύ των αρμοδίων κρατικών αρχών κοινωνικής πρόνοιας και του ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα αποτελεί το Γραφείο Ευημερίας στην Κύπρο. Η συμβολή του ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα στην ιδρυματική αλλά και εξωιδρυματική φροντίδα των ηλικιωμένων μπορεί να είναι σημαντική όταν εντάσσεται σε ένα ολοκληρωμένο σχέδιο και υπάρχει μια σχέση συνεργασίας του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

* ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ Α., (1996). *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

3. ΑΤΥΠΑ ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΑΣ

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

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

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

Παρά ταύτα, η οικογένεια εξακολουθεί να θεωρείται το πιο σημαντικό άτυπο κοινωνικό δίκτυο όπως προκύπτει από διάφορες έρευνες, τόσο στη χώρα μας όσο και στις χώρες με διευρυμένα συστήματα κράτους πρόνοιας.** Η άτυπη μορφή φροντίδας στο σπίτι από την οικογένεια του ηλικιωμένου, δεν είναι λοιπόν μόνο ελληνικό φαινόμενο. Στην Αγγλία, το 90% των ηλικιωμένων, όπως αναφέρει ο καθηγητής Τριζελιώτης,*** φροντίζονται από την οικογένεια τους. Στις Η.Π.Α. επτά εκατομμύρια άτομα φροντίζουν ηλικιωμένους γονείς. Από τα επτά εκατομμύρια, το 75% είναι γυναίκες, από τις οποίες πάλι το 55% εργάζονται και το 39% φροντίζουν συγχρόνως και τα παιδιά τους.

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

Υπολογίζεται ωστόσο, ότι στην Ελλάδα ένα πολύ μεγάλο μέρος της άτυπης

*ΕΜΚΕ – ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΗΡΑ, (1999). *ΕΛΛΗΝΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ*, Παρελθόν Παρόν και Μέλλον, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΈΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

** ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ Α., (1996). *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΈΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

***ΚΩΣΤΑΡΙΔΟΥ – ΕΥΚΛΕΙΔΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ, (1999). *ΘΕΜΑΤΑ ΓΗΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ.

φροντίδας παρέχεται από γυναίκες ηλικίας 45 – 65 χρόνων.* Οι γυναίκες αυτές, μπορεί να είναι και οι ίδιες γιαγιάδες, μητέρες, σύζυγοι, κόρες και εργαζόμενες. Συχνά όμως, αυτές οι γυναίκες, οι ανεπίσημοι και άμισθοι βοηθοί, αναγκάζονται να παραμελήσουν τα δικά τους προβλήματα υγείας, την οικογένεια τους και την εργασία τους, προσφέροντας την βοήθεια τους όλο το εικοσιτετράωρο, αγρυπνώντας για νύχτες και παράλληλα με την εργασία τους, για τη φροντίδα των δικών τους ηλικιωμένων. Αυτό πολλές φορές έχει σοβαρές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική τους υγεία : με την ταχεία εξάντληση της ζωτικότητάς τους, καθώς υποφέρουν από προβλήματα στην μέση, κόπωση, αλλά και διαταραχές που επηρεάζονται από το άγχος, όπως άσθμα, έλκος στομάχου, κλπ. Όπως επίσης παρουσιάζεται ρήξη στις οικογενειακές τους σχέσεις, ιδιαίτερα μεταξύ των συζύγων , περιορισμός της κοινωνικής τους ζωής και καθόλου σπάνια απώλεια της εργασίας τους.

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

Η ανάγκη υποστήριξης προς την οικογένεια ανακύπτει όταν η απαίτηση για φροντίδα των γονιών συμπίπτει με την απαίτηση να ανατρέφουν δικά τους παιδιά μικρής ηλικίας ή είναι και αυτοί μεσήλικες που προσπαθούν να προσαρμοστούν στην πραγματικότητα των δικών τους γηρατειών ή ακόμη έχουν παράλληλα με τη φροντίδα των γονιών τη φροντίδα ενός άρρωστου ηλικιωμένου συζύγου. Η φροντίδα αυτή για άρρωστους ανήμπορους γονείς, μπορεί να γίνει μια μεγάλη δοκιμασία που οδηγεί πολλές φορές σε απόγνωση.

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

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

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

Χρειάζονται πρωτίστως κοινωνική αναγνώριση για την προσφορά τους. Έπειτα χρειάζονται και οι ίδιοι ανακούφιση από την καθημερινή ενασχόληση τους μ' εκείνους που φροντίζουν. Έχουν ανάγκη να μπορούν να κάνουν διακοπές, να

* ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ Α., (1996). *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΈΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

ψυχαγωγηθούν, να αναπαυθούν, να φροντίσουν για τις δικές τους προσωπικές ανάγκες, ώστε ανανεωμένοι να μπορούν να συνεχίσουν να φροντίζουν για κάποιον άλλον. Είναι αναγκαίο επίσης, να τους δοθεί κάποιο οικονομικό επίδομα, το οποίο να αποζημιώνει αν όχι την παρεχόμενη φροντίδα, τουλάχιστον τα έκτακτα έξοδα που επιβαρύνονται, όπως διατροφή, θέρμανση, αμοιβές γιατρών, ιατρικές εξετάσεις, κα.

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

4. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΟΥΝ ΟΙ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ

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

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

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

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

Ο εθελοντισμός αποτελεί σημαντικό κεφάλαιο σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, ενώ συχνά επηρεάζεται από τις πολιτισμικές αξίες και την παράδοση εθελοντισμού κάθε χώρας. Στις χώρες της Βόρειας και Δυτικής Ευρώπης παρατηρείται προθυμία για την παροχή εθελοντικής εργασίας, αλλά δεν συμβαίνει το ίδιο στις χώρες της Νότιας Ευρώπης και ιδιαίτερα στην Ελλάδα.** Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των Ελλήνων πολιτών σχετικά με τον εθελοντισμό και τη συμμετοχή σε εθελοντικές οργανώσεις τα τελευταία χρόνια είναι αμφίθυμες. Από στοιχεία που προέρχονται από έρευνα*** που πραγματοποιήθηκε στα τέλη του 2000 διαφαίνεται ότι μόλις το 3,8% του συνόλου του δείγματος συμμετείχε σε κάποια εθελοντική οργάνωση συστηματικά, ενώ το 16,1% συμμετείχε περιστασιακά και το 9,4% δήλωσε ότι έχει συμμετάσχει μια φορά σε κάποια ομάδα εθελοντικής προσφοράς εργασίας. Αντίθετα, το 70,1% δήλωσε ότι δε συμμετείχε ποτέ, έστω και μια φορά σε κάποια

* http://www.vprc.gr/7/11/1_gr.html

**ΕΜΚΕ – ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΗΡΑ, (1999). *ΕΛΛΗΝΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ – Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΈΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

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

εθελοντική ομάδα για την επίτευξη ενός σκοπού.

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

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

Σύμφωνα με απόφαση του Συμβουλίου Ευρώπης για την ανάπτυξη του εθελοντισμού, που είναι δικαίωμα κάθε πολίτη, πρέπει όλοι οι πολίτες με την εκπαίδευση, τη συνεχή ενημέρωση από όλα τα μέσα μαζικής επικοινωνίας να συνειδητοποιήσουν τα διάφορα κοινωνικά προβλήματα και τη σημασία της εθελοντικής συνεισφοράς για την επίλυση τους.*** Η μύηση στον εθελοντισμό πρέπει να αρχίσει από την παιδική ηλικία : η ευαισθητοποίηση για τον αδύναμο, τον χρόνια πάσχοντα μπορεί να πραγματοποιηθεί από τα ΜΜΕ, τα σχολεία και γενικότερα την εκπαίδευση. Η προσπάθεια για την εκπαίδευση εθελοντών βοηθών φροντίδας στο σπίτι χτίζει την ελπίδα για μια καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση μιας ομάδας ανθρώπων που είναι στην πλειονότητα τους υπερήλικες και στο σύνολο τους κατάκοιτοι. Για την φροντίδα αυτών των ατόμων, παράλληλα με τη συστηματική και περιοδική επίλυση των προβλημάτων υγείας τους, απαιτείται και η καθημερινή κοινή φροντίδα τους.

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

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

Περίληπτικά, οι ελληνικές εθελοντικές οργανώσεις είναι κυρίως μη κερδοσκοπικές, καταστατικά κατοχυρωμένες, στην πλειονότητά τους ολιγομελείς, χωρίς αυστηρούς κανόνες συμμετοχής, μη ανήκουσες στην Εκκλησία. Όσον αφορά

* ΕΜΚΕ – ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΗΡΑ, (1999). *ΕΛΛΗΝΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ – Παρελθόν Παρόν και Μέλλον*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΈΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

** http://www.vprc.gr/7/11/1_gr.html

*** ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ, (1996). ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, *ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ: ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ*, ΡΕΘΥΜΝΟ.

τους σκοπούς τους υπερτερούν σαφώς οι φιλανθρωπικές και έπονται οι πολιτιστικές και οι περιβαλλοντικές εθελοντικές οργανώσεις.

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

Η πιο σημαντική και γνωστή Οργάνωση είναι ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός που από το 1877 που ιδρύθηκε,** παραμένει αφοσιωμένος στις ανθρωπιστικές αρχές του και δεν σταμάτησε ούτε μια στιγμή να διεξάγει το πολύτιμο έργο του, το οποίο συνίσταται κυρίως στην φροντίδα τον πιο αδύναμων πληθυσμιακών ομάδων της χώρας. Πιο συγκεκριμένα, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός παρέχει στα άτομα της τρίτης ηλικίας, υπηρεσίες βοήθειας και νοσηλείας στο σπίτι, με εθελοντές που τους επισκέπτονται συχνά στο σπίτι ή στο χώρο που βρίσκονται, προσφέροντας τους συντροφιά, συναισθηματική συμπαράσταση, μικροεξυπηρετήσεις (στη σχέση τους με τις υπηρεσίες, στη πληρωμή λογαριασμών, ψώνια, κ.τ.λ.), καθώς και διευκόλυνση ή συνοδεία των ηλικιωμένων σε φορείς (νοσοκομεία, ιατρεία) ή σε κάποιο περίπατο. Τα τελευταία χρόνια επίσης, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός σε συνεργασία με τον Ο.Τ.Ε. εφαρμόζει με επιτυχία το πρόγραμμα τηλεσυναγερμού (βλέπε σελ.24), το οποίο είναι βοηθητικό και ιδιαίτερα χρήσιμο κυρίως για τους μοναχικούς ηλικιωμένους.

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

*ΕΜΚΕ – ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΗΡΑ, (1999). *ΕΛΛΗΝΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ Παρελθόν Παρόν και Μέλλον*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΈΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.

** <http://www.redcross.gr>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

1.ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

2.ΣΚΟΠΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

3.ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

4.ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΚΥΡΙΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

5.ΦΟΡΕΑΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

6.ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

7.ΕΠΟΠΤΕΙΑ – ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ – ΕΛΕΓΧΟΣ

8.ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

9. ΑΜΕΣΑ ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Είναι αυτονόητο ότι κανένας δεν μπορεί να αποφύγει το γήρας και επομένως υπάρχει γενικό συμφέρον η ύπαρξη πρόνοιας για τις ανάγκες που δημιουργεί η προχωρημένη ηλικία. Κάθε άτομο έχει δικαίωμα για μια αξιοπρεπή ζωή, ανεξάρτητα από τις αλλοιώσεις που μπορεί να έκανε ο καιρός στις πνευματικές και σωματικές του δυνάμεις.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, με σαφή αντίληψη των σύγχρονων δομών της οικογένειας και της κοινωνίας, προκειμένου να εξασφαλίσει οργανωμένη και αποτελεσματική φροντίδα για τους ανθρώπους της 3^{ης} ηλικίας, προχώρησε στην εφαρμογή του ολοκληρωμένου προγράμματος « Βοήθεια στο Σπίτι » για την 3^η ηλικία.

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

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

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

Το περιεχόμενο αυτής της Προγραμματικής Σύμβασης είναι το εξής:

A. Το προοίμιο της σύμβασης

B. Το αντικείμενο της σύμβασης

Γ. Ρυθμίσεις που αφορούν :

- την εξασφάλιση της αναγκαίας υποδομής για την εφαρμογή του προγράμματος
- την εξασφάλιση του κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού

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

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

1. ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

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

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

2. ΣΚΟΠΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Σύμφωνα με την αριθμ. Π4β/5814/97(ΦΕΚ 917/Β/17.10.1997) Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, γενικός σκοπός του προγράμματος, είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων, με προτεραιότητα σ' αυτούς που :

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

Πιο συγκεκριμένα **επιδίωξη** του προγράμματος είναι :

- Η ανίχνευση, διερεύνηση, καταγραφή και μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ κατά προτεραιότητα στο σπίτι, στο άμεσο τοπικό επίπεδο και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον τους και την ενημέρωση των φορέων σχεδιασμού κοινωνικής πολιτικής όπως και άλλων ενδιαφερομένων οργανισμών.
- Η δημιουργία προϋποθέσεων για την αξιοπρεπή και υγιή διαβίωση τους και την κοινωνική τους ευημερία.
- Η προάσπιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων τους και η προστασία τους από αρνητικές διακρίσεις και συμπεριφορές κοινωνικού στιγματισμού, εκμετάλλευσης, κακοποίησης και παραμέλησης.
- Η παραμονή τους στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον και αποφυγή της χρήσης ιδρυματικής περίθαλψης.
- Η εξασφάλιση της μέγιστης δυνατής ανεξαρτησίας και αυτονομίας τους.
- Η διευκόλυνση της μετακίνησης, της επικοινωνίας και της κοινωνικής συμμετοχής τους.
- Η μελέτη και προώθηση των αναγκαίων αλλαγών στο εσωτερικό του σπιτιού, στον εξοπλισμό και στο περιβάλλοντα χώρο σύμφωνα με τους κανόνες εξασφάλισης μέγιστης χρήσης και προσπέλασης τους.
- Η στήριξη και ανακούφιση της οικογένειας τους και των προσώπων που έχουν ευθύνη φροντίδας τους, χωρίς να υποκατασταθούν από τις υπηρεσίες του προσωπικού του προγράμματος αλλά αντιθέτως να ενισχυθούν η αλληλεγγύη και οι οικογενειακοί δεσμοί.
- Η εκπαίδευση των μελών της οικογένειας για συμμετοχή τους στην αντιμετώπιση των εξειδικευμένων αναγκών φροντίδας τους.
- Η ρύθμιση των νοσηλευτικών και υγειονομικών αναγκών τους που είναι εφικτό να καλύπτονται στο σπίτι.
- Η διασυνδετική τους με τις υπηρεσίες που ικανοποιούν ανάγκες και δικαιώματα τους και ιδιαίτερα την συνεργασία και τον συντονισμό με το δίκτυο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας και κοινωνικής προστασίας της περιοχής και την συστηματοποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών.
- Η παραπομπή τους στις κατάλληλες υπηρεσίες για την κάλυψη εξειδικευμένων αναγκών κυρίως για υπηρεσίες δευτεροβάθμιας υγείας και πρόνοιας και η προετοιμασία της επιστροφής τους στο οικείο περιβάλλον και η εξασφάλιση υπηρεσιών αποκατάστασης.
- Η ενίσχυση φιλικών δεσμών και κοινωνικών σχέσεων, όπως και συμπεριφορών κοινωνικού ενδιαφέροντος.
- Η συστηματική αξιοποίηση των εθελοντικών πρωτοβουλιών, η ανάπτυξη της Κοινωνική Αλληλεγγύης, η διαρκής ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και τις δυνατότητες των ηλικιωμένων με έμφαση στην αλληλεγγύη των γενεών.
- Η διαρκής μελέτη και αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων, ώστε να υποβάλλονται σχετικές εισηγήσεις προς τους αρμόδιους φορείς προκειμένου να λαμβάνονται μέτρα προς κάλυψη αυτών των αναγκών.
- Η διαρκής επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων εφαρμογής και των αποτελεσμάτων του προγράμματος για την επανατροφοδότηση του σχεδιασμού και των μεθόδων που εφαρμόζονται.

3. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

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

4. ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΚΥΡΙΕΣ ΦΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Το πρόγραμμα στο στάδιο της προετοιμασίας και εκτέλεσης περιλαμβάνει:

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

Κύριες φάσεις ενεργειών :

1. Κοινωνική χαρτογράφηση της περιοχής ευθύνης και της ευρύτερης κοινότητας

2. Διερεύνηση, καταγραφή – συστηματική επεξεργασία των αναγκών των ηλικιωμένων που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα. Πηγές θα αποτελέσουν, οι επιστημονικές μελέτες, οι ανάγκες που έχουν εντοπίσει τα Κ.Α.Π.Η., οι συλλογικές οργανώσεις των ΑΜΕΑ, τα αιτήματα που θα υποβληθούν από τους πολίτες, οι παραπομπές άλλων τοπικών φορέων, οι καταγραφές των στελεχών της δράσης κ.α.

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

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

- αντιμετώπιση αναγκών πρόληψης, παρακολούθησης ή αποκατάστασης ψυχοσωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων
- κάλυψη πολιτιστικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων

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

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

6. Παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρία, στους τομείς:

- Συμβουλευτικής και ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης στις ομάδες στόχο και την οικογένεια
- Εξασφάλισης υπηρεσιών, παροχών και μέτρων κοινωνικής προστασίας
- Έμπρακτης υπεράσπισης και προώθησης των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων και ευαισθητοποίησης του άμεσου και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος
- Νοσηλευτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας (όπως αυτή ορίζεται στο πρόγραμμα σπουδών σε συνδυασμό με τα επαγγελματικά δικαιώματα των στελεχών)
- Οικογενειακής – Οικιακής βοηθητικής φροντίδας και ικανοποίησης πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- Φροντίδας της ατομικής υγιεινής και καθαριότητας
- Αγωγής Υγείας και Πρόληψης
- Προσαρμογής και βελτίωσης της χρήσης και προσπέλασης των χώρων καθώς και εξοπλισμού του σπιτιού και του εξωτερικού περιβάλλοντος
- Διασυνδετικής με άλλους φορείς, δίκτυα, υπηρεσίες και προγράμματα για την αξιοποίηση των υπηρεσιών, μέσων και παροχών τους για την κάλυψη των αναγκών αξιοπρεπούς και υγιούς διαμονής, διαβίωσης, υγειονομικής περίθαλψης, σίτισης κ.λ.π.
- Διευκόλυνσης των αναγκών μετακίνησης, ενημέρωσης και επικοινωνίας
- Διευκόλυνσης της πολιτιστικής θρησκευτικής και κοινωνικής συμμετοχής και δραστηριοποίησης.

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

5. ΦΟΡΕΑΣ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ

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

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

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

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

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

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

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

6. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

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

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

- Έχει την ευθύνη της εύρυθμης λειτουργίας του προγράμματος, φροντίζει για την ενημέρωση της κοινότητας, την προβολή του προγράμματος, την διευθέτηση παραπομπών.
- Έχει την ευθύνη της κοινωνικής έρευνας, της αξιολόγησης και ένταξης εξυπηρετούμενων στο πρόγραμμα.

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

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

- Αναλαμβάνει την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών (μετρήσεις ζαχάρου, χοληστερίνης, αρτηριακής πίεσεως, περιποίηση κατακλίσεων και εγκαυμάτων, περιποίηση τραύματος, ενεσοθεραπεία, κα).
- Φροντίζει για την αγωγή υγείας των εξυπηρετούμενων (συμβουλές διατροφής και ατομικής υγιεινής, παρακολούθηση για τη σωστή λήψη φαρμάκων και τον εντοπισμό τυχόν παρενεργειών από τη χρόνια λήψη τους).
- Επιδιώκει την εκπαίδευση της οικογένειας (ενημέρωση – επίδειξη στα μέλη της οικογένειας για την κατάλληλη φροντίδα του ασθενή).
- Παραπέμπει και συνοδεύει τους εξυπηρετούμενους σε φορείς (νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία, εργαστήρια).
- Έχει την ευθύνη της συνταγογραφίας (συνταγογράφηση φαρμάκων και αγορά τους σε συνεργασία με την οικογενειακή βοηθό).

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

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

- Βοηθάει τους εξυπηρετούμενος στην μετακίνηση τους εντός ή εκτός σπιτιού (περίπατο).

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

Τα τηρούμενα προσωπικά στοιχεία των εξυπηρετούμενων, φυλάσσονται σε ασφαλισμένο μέρος, με ευθύνη του / της κοινωνικής λειτουργού υπεύθυνου του προγράμματος, είναι απόρρητα και αποκλειστική πρόσβαση έχουν μόνο τα στελέχη του προγράμματος που δεσμεύονται για την τήρηση του απορρήτου (μέσω των αδειών τους άσκησης επαγγέλματος και οι εισαγγελικές αρχές).

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

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

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

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

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

7.ΕΠΟΠΤΕΙΑ – ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ – ΕΛΕΓΧΟΣ

Ο συντονισμός, η υποστήριξη και η παρακολούθηση της πορείας και εξέλιξης τη δράσης «Βοήθεια στο σπίτι» αποτελεί ευθύνη της Ομάδας Διοίκησης Έργου (ΟΔΕ) που έχει συσταθεί με την αριθ. ΔΥ1δ/οικ. 10024/1.6.2001 Κοινή Απόφαση (ΦΕΚ 726/τ.Β/2001 κατ' εξουσιοδότηση της παραγρ. 18 του άρθρου 18 του Ν. 2503/1997 (ΦΕΚ 107/τΑ/97), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

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

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

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

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

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

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

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

8.ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

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

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

Αποκέντρωσης, χρηματοδοτήθηκαν επιπλέον πενήντα ένας (51) Ο.Τ.Α που είχαν ενταχθεί στο εν λόγω πρόγραμμα (Β΄ φάση).

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

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

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

9. ΑΜΕΣΑ ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΑ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

- Με τη λειτουργία του προγράμματος ένας σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων θα βοηθηθεί στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους στο χώρο διαμονής τους εξασφαλίζοντας ένα αξιοπρεπή τρόπο ζωής. Έτσι αποφεύγεται η κλειστή περίπτωση, όπου το κόστος νοσηλείας είναι πολύ μεγάλο και όπου δεν αποτελεί και την καλύτερη λύση για τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας.
- Ένας μεγάλος αριθμός άνεργων (κυρίως γυναικών) που ήταν επιφορτισμένες με τη φροντίδα ηλικιωμένων και είχαν οδηγηθεί σε επαγγελματικό αποκλεισμό, θα διευκολυνθούν αφενός στην αναζήτηση εργασίας, εφόσον θα έχουν περισσότερο χρόνο στη διάθεση τους και θα έχουν απαλλαγεί από το άγχος των επιπλέον οικογενειακών υποχρεώσεων και αφετέρου έχουν τη δυνατότητα να πετύχουν την επαγγελματική τους ανέλιξη με την απόκτηση ειδικών επαγγελματικών προσόντων.
- Επιπλέον με τη λειτουργία του προγράμματος, δημιουργούνται οι προϋποθέσεις ώστε να καταφέρει ένας μεγάλος αριθμός συγγενών ανδρών και κυρίως γυναικών (που αναλαμβάνουν συνήθως την φροντίδα των ηλικιωμένων), να διαμορφώσουν αρμονικές σχέσεις με τις οικογένειες τους, αφιερώνοντας περισσότερο χρόνο σε αυτές.
- Με τη λειτουργία του προγράμματος επίσης, δημιουργούνται νέες θέσεις εργασίας και επωφελούνται οι άνεργοι με ειδίκευση ή μη (Κοινωνικός Λειτουργός, Νοσηλευτής, οικογενειακοί βοηθοί) που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στην προσπάθειά τους να ενταχθούν στην αγορά εργασίας.

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

A. ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ

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

B. ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ

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

Γ. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

A. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ

3. ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ – ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

4. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

5. ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

6. ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

B. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Α. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας μας είναι να αξιολογήσουμε το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι». Να εξετάσουμε δηλαδή τόσο από την πλευρά των ατόμων που εντάσσονται στο πρόγραμμα όσο κι από την πλευρά του προσωπικού αν το πρόγραμμα με τις υπηρεσίες που προσφέρει, επιτυγχάνει τους σκοπούς του, αν καλύπτει τις ανάγκες των ηλικιωμένων και σε ποιο βαθμό, όπως επίσης να εντοπίσουμε τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα και τυχόν δυσκολίες ή αδυναμίες του προγράμματος και να διερευνηθούν οι δυνατότητες επέκτασής του.

2. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ

Στην παρούσα έρευνα τέθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα :

1. Τα άτομα που δέχονται τις υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» πληρούν τις προϋποθέσεις ένταξης στο πρόγραμμα;
2. Οι υπηρεσίες που παρέχει το πρόγραμμα καλύπτουν τις ανάγκες των εντασσόμενων σε αυτό;
3. Η λειτουργία του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» επιτυγχάνει του σκοπούς της;
4. Αντιμετωπίζει το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» δυσκολίες ή ελλείψεις και ποιές είναι αυτές;
5. Τι παραπάνω θα μπορούσε να προσφέρει το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»;

3. ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ - ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην προσπάθεια μας να φέρουμε εις πέρας το σκοπό της έρευνας μας, δηλαδή να αξιολογήσουμε το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», επιλέξαμε τυχαία δύο Κ.Α.Π.Η. (του Δήμου Χανίων και της περιοχής Μασταμπά του Δήμου Ηρακλείου), με την προϋπόθεση να εφαρμόζουν το συγκεκριμένο πρόγραμμα πάνω από δύο χρόνια, ώστε να έχουν οργανωμένη λειτουργία και αφού ζητήσαμε συνεργασία τους προχωρήσαμε στην επιλογή του δείγματος.

Έπειτα από συνεννόηση με τους κοινωνικούς λειτουργούς των δυο προγραμμάτων, οι ηλικιωμένοι – εξυπηρετούμενοι του προγράμματος, που

αποτελέσαν τον πληθυσμό της έρευνας μας, επιλέχθηκαν με μοναδικό κριτήριο να έχουν διαύγεια σκέψεως ώστε οι πληροφορίες που θα πάρουμε να είναι έγκυρες. Λαμβάνοντας υπόψη το παραπάνω κριτήριο, καθώς και το συνολικό αριθμό των εξυπηρετούμενων των δύο προγραμμάτων που ήταν 210 ηλικιωμένοι, επιλέξαμε να λάβει μέρος στην έρευνα μας, ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα των 110 ηλικιωμένων.

Στον πληθυσμό της έρευνας μας βέβαια εντάσσονται, εκτός από τους ηλικιωμένους και τα μέλη που απαρτίζουν το προσωπικό του προγράμματος. Το προσωπικό των δύο προγραμμάτων, αποτελείται στο σύνολο του από 6 άτομα (ένα κοινωνικό/η λειτουργό, ένα νοσηλεύτ(η)τρια και μια οικογενειακή βοηθ(η) σε κάθε πρόγραμμα), όλοι εκ των οποίων έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα.

4. ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την υλοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας, έπρεπε να χρησιμοποιήσουμε τα κατάλληλα μέσα που να ανταποκρίνονται στους στόχους μας και να μπορούν να μας δώσουν πληροφορίες για τα θέματα που μας αφορούν.

Έτσι, για τη συλλογή των στοιχείων αποφασίσαμε να χρησιμοποιήσουμε ερωτηματολόγιο για τους ηλικιωμένους που είναι ενταγμένοι στο πρόγραμμα (βλέπε **Παράρτημα III**)και συνεντεύξεις για το προσωπικό του προγράμματος. Ο λόγος που χρησιμοποιήσαμε και τις δυο αυτές μεθόδους συλλογής δεδομένων, είναι διότι έτσι πιστεύουμε ότι θα οδηγηθούμε σε μια πιο εμπειριστατωμένη και έγκυρη αξιολόγηση.

Προσπαθήσαμε να κατασκευάσουμε το ερωτηματολόγιο με όσον το δυνατόν πιο απλό και κατανοητό τρόπο, δεδομένου ότι απευθύνεται σε άτομα της τρίτης ηλικίας, ενώ επίσης ας σημειωθεί ότι βοηθήσαμε σε όλες τις περιπτώσεις τους ηλικιωμένους που χρειάστηκαν βοήθεια ή επεξηγήσεις στη συμπλήρωση του. Το ερωτηματολόγιο ήταν επίσης σύντομο ώστε να μην κουράσει τους ερωτώμενους. Περιελάμβανε ένα σύνολο 20 μεικτών ερωτήσεων και διαχωρίζονταν στις εξής ενότητες :

- Προσωπικά στοιχεία
- Ατομική φροντίδα
- Ταμεία ασφάλισης – φορείς επιδότησης
- Φορέας παραπομπής – διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα
- Υπηρεσίες προγράμματος
- Επίπεδο ικανοποίησης από υπηρεσίες προγράμματος
- Προτάσεις για επιπλέον υπηρεσίες από το πρόγραμμα

Στις συνεντεύξεις του προσωπικού όπου πραγματοποιήθηκαν υπό την μορφή συζητήσεως, πήραμε γενικές πληροφορίες σχετικά με την λειτουργία του προγράμματος και πιο συγκεκριμένα εξετάσαμε τις εξής ενότητες :

- Προϋποθέσεις ένταξης στο πρόγραμμα - παραπομπή
- Υπηρεσίες προγράμματος – βαθμός ικανοποίησης τους
- Συχνότητα παροχής υπηρεσιών
- Δυσκολίες που αντιμετωπίζει το πρόγραμμα
- Ελλείψεις του προγράμματος
- Προτάσεις για την καλύτερη λειτουργία του

5. ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Επισκεφτήκαμε τους ηλικιωμένους του δείγματος, στο χώρο όπου διαμένουν και αφού δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα μας, προχωρήσαμε στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, που γινότανε πάντοτε με τη βοήθεια μας.

Όσον αφορά τις συνεντεύξεις του προσωπικού, πραγματοποιήθηκαν στο χώρο όπου στεγάζεται το πρόγραμμα, δηλαδή στο Κ.Α.Π.Η. , υπό τη μορφή συζητήσεως.

Έτσι, συλλέξαμε τις πληροφορίες και τα στοιχεία που ήταν απαραίτητα για το σκοπό της έρευνας μας, ενώ η επεξεργασία τους έγινε στο τέλος, με την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων των ερωτηματολογίων (το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση και εξαγωγή των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου είναι το **SPSS 10.0**) και την ποιοτική ανάλυση των δεδομένων των συνεντεύξεων (με τη μέθοδο της κωδικογράφησης).

6. ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κατά την υλοποίηση της έρευνας, η πιο σημαντική δυσκολία που αντιμετωπίσαμε ήταν να βρούμε τους ηλικιωμένους, καθώς έπρεπε να τους επισκεφτούμε στο χώρο κατοικίας τους, που πολλές φορές ήταν σε απομακρυσμένες περιοχές ή σε δρόμους και στενάκια που δεν υπήρχαν ούτε ονομασίες οδών, ούτε αρίθμηση.

Μικρότερη δυσκολία αντιμετωπίσαμε, στην επικοινωνία με τους ηλικιωμένους, καθότι μερικοί απ' αυτούς, μας αντιμετώπιζαν επιφυλακτικά, μέχρι να τους εξηγήσουμε, με όσο το δυνατόν πιο απλά και κατανοητά λόγια, ποιοι ήμασταν και για πιο ακριβώς λόγο βρισκόμασταν σπίτι τους.

Οι παραπάνω δυσκολίες όμως δεν στάθηκαν εμπόδιο στην διεξαγωγή της έρευνας μας, καθότι ήμασταν προετοιμασμένες και αποφασισμένες να τις αντιμετωπίσουμε, όπως και έγινε. Έτσι καταφέραμε να συλλέξουμε τα δεδομένα που χρειαζόμασταν.

Τέλος, αξ σημειωθεί ότι από τα 110 άτομα που είχαν επιλεγθεί αρχικά να αποτελέσουν το δείγμα της παρούσας έρευνας, τα 2 δεν βρέθηκαν, καθώς για άγνωστους λόγους απουσίαζαν για μεγάλο χρονικό διάστημα από το τόπο διαμονής τους.

7. ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε σε διάστημα δύο μηνών (από 1 Απριλίου 2003 – 1 Ιουνίου 2003), ενώ η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε αρκετούς μήνες αργότερα, έπειτα από τη συγγραφή και μελέτη και του θεωρητικού μέρους της πτυχιακής μας εργασίας.

B. ΑΝΑΛΥΣΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

1. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Παρακάτω κάνουμε μια σύντομη παρουσίαση του προσωπικού των δυο προγραμμάτων που έλαβαν μέρος στην έρευνας μας.

A) **Κοινωνική Λειτουργός Α** : Απόφοιτη Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Κοινωνικής Εργασίας, εργάζεται 5 χρόνια στο Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι της περιοχής Μασταμπά του Δήμου Ηρακλείου.

B) **Κοινωνικός Λειτουργός Β** : Απόφοιτος Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Κοινωνικής Εργασίας, εργάζεται 5 χρόνια στο Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Χανίων.

Γ) **Νοσηλεύτρια Α** : Απόφοιτη Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Νοσηλευτικής , εργάζεται 1 χρόνο στο Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι της περιοχής Μασταμπά του Δήμου Ηρακλείου.

Δ) **Νοσηλεύτρια Β** : Απόφοιτη ΙΕΚ Νοσηλευτικής, εργάζεται 3 χρόνια στο Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Χανίων.

Ε) **Οικογενειακή Βοηθός Α** : Απόφοιτη Δημοτικού, εργάζεται 5 χρόνια στο Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι της περιοχής Μασταμπά του Δήμου Ηρακλείου.

Ζ) **Οικογενειακή Βοηθός Β** : Απόφοιτη Γυμνασίου, εργάζεται 5 χρόνια στο Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Χανίων

2. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΩΝ

Προκειμένου να επεξεργαστούμε το υλικό που συλλέξαμε από τις συνεντεύξεις που πήραμε, για να αξιολογήσουμε το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, ακολουθήσαμε την εξής μέθοδο : πήραμε συνεντεύξεις από τα 6 μέλη που απαρτίζουν το προσωπικό των δύο προγραμμάτων και τις κωδικοποιήσαμε χωρίζοντας τις σε ενότητες. Στην κάθε ερώτηση καταγράψαμε τις διαφορετικές απαντήσεις και ομαδοποιήσαμε τις κοινές απαντήσεις για να καταλήξουμε τελικά στα συμπεράσματα.

Ενότητα 1^η

Προϋποθέσεις ένταξης στο πρόγραμμα – παραπομπή

Στην ερώτηση ποιες είναι οι προϋποθέσεις ένταξης στο πρόγραμμα, η οποία έγινε μόνο στους Κοινωνικούς Λειτουργούς αφού αυτοί είναι υπεύθυνοι γι' αυτό το θέμα, πήραμε τις εξής απαντήσεις και από τους δυο. Για να ενταχθεί κάποιος στο πρόγραμμα πρέπει να μην αυτοεξυπηρετείται πλήρως, να χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας, να διαβιεί μοναχικά ή να μην έχει επαρκείς οικονομικούς πόρους. «Όταν πληρούνται έστω και ένα από τα παραπάνω κριτήρια, τότε μπορεί το άτομο να ενταχθεί στο πρόγραμμα», όπως αναφέρει ο Κοινωνικός Λειτουργός Β.

Στην ερώτηση από ποιόν γίνεται η παραπομπή στο Πρόγραμμα οι Κοινωνικοί Λειτουργοί απάντησαν, από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο, από το οικογενειακό, φιλικό ή γειτονικό του περιβάλλον, από την Πρόνοια, από το Κ.Α.Π.Η., από το νοσοκομείο ή και από την Εκκλησία.

Ενότητα 2^η

Παρεχόμενες υπηρεσίες – βαθμός ικανοποίησης τους

Στην ερώτηση ποιες υπηρεσίες παρέχονται από το πρόγραμμα και σε ποιο βαθμό καλύπτουν τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων, οι ερωτηθέντες θέλησαν να απαντήσουν ο καθένας για την ειδικότητα του. Η Κοινωνική Λειτουργός Α ανέφερε ότι, από την πλευρά της οι υπηρεσίες που παρέχονται και καλύπτουν απόλυτα, σύμφωνα πάντα με την ίδια, τις ανάγκες των ηλικιωμένων, είναι η ψυχολογική – συναισθηματική στήριξη, η ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα – για θέματα υγείας – για τη διαδικασία συνταξιοδότησης και η διασύνδεση με υπηρεσίες που καλύπτουν ανάγκες της τρίτης ηλικίας. Συμπληρώνει επίσης, ότι σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό παρέχεται και συνεργασία με την οικογένεια όπου αυτή υπάρχει, παρόλο που πολλές φορές όπως ακριβώς ισχυρίζεται «οι οικογένειες των εξυπηρετούμενων είτε δεν συνεργάζονται, είτε απαιτούν πολλά περισσότερα από όσα μπορούμε να προσφέρουμε και γενικά δεν αναπτύσσουν μια καλή σχέση μαζί μας, η οποία θα ήταν προς όφελος του ηλικιωμένου τους».

Ο Κοινωνικός Λειτουργός Β αναφέρει ότι, από την πλευρά του παρέχεται σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό, η ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα – για θέματα υγείας – για τη διαδικασία συνταξιοδότησης, ενώ σε λιγότερο ικανοποιητικό βαθμό παρέχεται ψυχολογική – συναισθηματική στήριξη και συνεργασία με την οικογένεια όπου αυτή υπάρχει. Κατά τον ίδιο πάντοτε, ο περιορισμένος χρόνος που έχει καθημερινά στη διάθεση του, τον καθιστά ανίκανο να καλύψει τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων σε απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό.

Η Νοσηλεύτρια Α αναφέρει, ότι από την πλευρά της οι υπηρεσίες που παρέχονται και καλύπτουν σε απόλυτο βαθμό τις ανάγκες των ηλικιωμένων, είναι η συνταγογραφία, ενώ σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό καλύπτονται η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών (μετρήσεις ζαχάρου, χοληστερίνης, αρτηριακής πίεσεως) και η αγωγή υγείας (συμβουλές διατροφής και ατομικής υγιεινής, φροντίδα για τη λήψη φαρμάκων, κ.α.). Σε λιγότερο ικανοποιητικό βαθμό καλύπτεται η ανάγκη για παραπομπή – συνοδεία σε φορείς (νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία, εργαστήρια).

Η Νοσηλεύτρια Β υποστηρίζει, ότι από την πλευρά της οι υπηρεσίες που παρέχονται και καλύπτουν σε απόλυτο βαθμό τις ανάγκες των ηλικιωμένων, είναι η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών (μετρήσεις ζαχάρου, χοληστερίνης, αρτηριακής

πιέσεως), η αγωγή υγείας (συμβουλές διατροφής και ατομικής υγιεινής, φροντίδα για τη λήψη φαρμάκων, κ.α.), αλλά και η συνταγογραφία. Σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό καλύπτεται και η παραπομπή – συνοδεία σε φορείς (νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία, εργαστήρια), όχι όμως απόλυτα, λόγω έλλειψης χρόνου όπως η ίδια ισχυρίζεται.

Η οικογενειακή βοηθός Α αναφέρει, ότι από την πλευρά της οι υπηρεσίες που παρέχονται και καλύπτουν σε απόλυτο βαθμό τις ανάγκες των ηλικιωμένων, είναι η οικιακή φροντίδα (σκούπισμα, σφουγγάρισμα, ξεσκόνισμα σπιτιού), η ατομική φροντίδα (τάισμα, ντύσιμο, μπάνιο), το μαγείρεμα, η σίτιση, καθώς και οι εξωτερικές εργασίες (ψώνια, εξόφληση λογαριασμών, κτλ.). Σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό παρέχονται και η διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς και ο περίπατος.

Η οικογενειακή βοηθός Β αναφέρει, ότι από την πλευρά της οι υπηρεσίες που παρέχονται και καλύπτουν σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό τις ανάγκες των ηλικιωμένων, είναι μόνο η ατομική φροντίδα (τάισμα, ντύσιμο, μπάνιο) και οι εξωτερικές εργασίες (ψώνια, εξόφληση λογαριασμών, κτλ.), ενώ σε λιγότερο ικανοποιητικό βαθμό παρέχονται η οικιακή φροντίδα (σκούπισμα, σφουγγάρισμα, ξεσκόνισμα σπιτιού), το μαγείρεμα και η σίτιση. Τέλος, υποστηρίζει ότι παρέχονται και περίπατος και διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες, αλλά σε μη ικανοποιητικό βαθμό, καθώς είναι δύσκολο στον περιορισμένο χρόνο που έχουν να καλύψουν αυτές τις ανάγκες ικανοποιητικά, όπως η ίδια πάντοτε αναφέρει.

Στην ερώτηση «πιστεύεται ότι γενικά το Πρόγραμμα καλύπτει τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων και σε ποιο βαθμό», πήραμε την ίδια απάντηση και από τους έξι ερωτηθέντες, ότι καλύπτει τις ανάγκες των ηλικιωμένων σε μεγάλο βαθμό, «όχι όμως απόλυτα» όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί Α και Β και η Νοσηλεύτρια Α.

Ενότητα 3^η

Συχνότητα παροχής υπηρεσιών

Στην ερώτηση «κάθε πότε επισκέπτεστε τους εξυπηρετούμενους», δόθηκαν οι ίδιες απαντήσεις από όλους τους ερωτώμενους και των τριών ειδικοτήτων. Αναφέρουν ότι υπάρχει πρόγραμμα, το οποίο ακολουθείται και στο οποίο αναφέρεται η συχνότητα των επισκέψεων για κάθε εξυπηρετούμενο χωριστά. Όπως οι ίδιοι αναφέρουν, η συχνότητα των επισκέψεων εξαρτάται από τις ανάγκες του κάθε εξυπηρετούμενου, σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα. Μπορεί δηλαδή, κάποιος εξυπηρετούμενος για κάποιο διάστημα να έχουν περισσότερο ανάγκη για παράδειγμα, από νοσηλευτική φροντίδα, ενώ άλλοι από οικιακή φροντίδα ή από την φροντίδα των υπηρεσιών του Κοινωνικού Λειτουργού. Έτσι, η συχνότητα των επισκέψεων διαφοροποιείται, άλλοτε είναι 1-2 φορές το μήνα, άλλοτε 1-2 φορές την εβδομάδα, άλλοτε μπορεί να είναι περισσότερο και άλλοτε λιγότερο και σπανιότερα μπορεί να είναι καθημερινή.

Ενότητα 4^η

Δυσκολίες του προγράμματος

Στην ερώτηση «ποιες δυσκολίες αντιμετωπίζετε κατά την εφαρμογή του Προγράμματος (σε σχέση με τη λειτουργία του)», πήραμε τις εξής απαντήσεις. Ο Κοινωνικός Λειτουργός Β, η Νοσηλεύτρια Β και η Οικογενειακή Βοηθός Α,

ανέφεραν ως δυσκολία του προγράμματος σε σχέση με τη λειτουργία του, τις ώρες και τις μέρες που εφαρμόζεται το πρόγραμμα καθώς δεν επαρκούν, όπως οι ίδιοι ισχυρίζονται, για να εξυπηρετούνται όλοι οι ηλικιωμένοι ικανοποιητικά. Στην ίδια ερώτηση η Κοινωνική Λειτουργός Α, η Νοσηλεύτρια Α και η Οικογενειακή Βοηθός Β, αναφέρουν ότι σοβαρή δυσκολία για τη σωστή εφαρμογή του προγράμματος είναι ο μικρός αριθμός του προσωπικού σε σχέση με τους εξυπηρετούμενους και τις καθημερινές τους ανάγκες.

Στην ερώτηση «ποιες δυσκολίες αντιμετωπίζετε κατά την εφαρμογή του Προγράμματος (σε σχέση με τους εξυπηρετούμενους)», οι απαντήσεις ήταν οι εξής. Η Κοινωνική Λειτουργός Α και η Οικογενειακή Βοηθός Α, ισχυρίζονται ότι δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τους εξυπηρετούμενους, διότι όπως αναφέρει χαρακτηριστικά η πρώτη, «οι ηλικιωμένοι γνωρίζουν ότι λειτουργούμε για το καλό τους και για την κάλυψη των αναγκών τους, οπότε δεν μας δημιουργούν προβλήματα». Στην ίδια ερώτηση, ο Κοινωνικός Λειτουργός Β, η Οικογενειακή Βοηθός Α και οι Νοσηλεύτριες Α και Β αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τους ηλικιωμένους, καθώς οι τελευταίοι, έχουν μάθει σ' ένα συγκεκριμένο τρόπο ζωής τον οποίο αρνούνται να αλλάξουν και στον οποίο δεν δέχονται παρεμβάσεις. «Αρνούνται να αλλάξουν έστω και μικρά πράγματα από τις συνήθειες τους» λέει η Νοσηλεύτρια Β. «Συχνά δυσκολευόμαστε να παρέμβουμε σε θέματα ατομικής υγιεινής και καθαριότητας χώρου» λέει η Οικογενειακή Βοηθός Α.

Στην ερώτηση «αν αντιμετωπίζετε δυσκολίες κατά την εφαρμογή του Προγράμματος όσον αφορά τη συνεργασία με τα υπόλοιπα μέρη του προσωπικού και ποιες είναι αυτές», όλοι ανέφεραν σχεδόν την ίδια απάντηση. Ότι δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη συνεργασία τους με τους συναδέλφους τους αλλά αντιθέτως συνεργάζονται πολύ καλά, «τόσο που πολλές φορές ο ένας συμπληρώνει τον άλλον, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι ο ένας αντικαθιστά την ειδικότητα του άλλου» όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Νοσηλεύτρια Β. «Συχνά ο ένας συμπληρώνει τον άλλο και αυτό γιατί η συγκεκριμένη εργασία το απαιτεί, έτσι ώστε το αποτέλεσμα να είναι το θεμιτό», λέει ο Κοινωνικός Λειτουργός Β.

Στην ερώτηση «αν αντιμετωπίζετε δυσκολίες κατά την εφαρμογή του Προγράμματος σε σχέση με την συνεργασία με άλλους φορείς της κοινότητας», οι απαντήσεις δίστανται καθώς και τα 3 μέλη του ενός προγράμματος της περιοχής των Χανίων, απαντούν ότι συνεργάζονται άψογα με τους διάφορους φορείς της κοινότητας και δεν αντιμετωπίζουν κανένα πρόβλημα, ενώ και τα 3 μέλη του άλλου προγράμματος της περιοχής Μασταμπά εκφράζουν παράπονα για έλλειψη συνεργασίας από τους περισσότερους φορείς της κοινότητας καθώς δεν διευκολύνουν με κάποιο τρόπο το έργο τους, «δεν δίνεται προτεραιότητα στην εξυπηρέτηση μας», λέει η Νοσηλεύτρια Α. «Εξυπηρετούμαστε όπως κάθε απλός πολίτης περιμένοντας σε "ουρές" και κλείνοντας ραντεβού, χάνοντας έτσι πολύτιμες ώρες παροχής υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους», λέει η Κοινωνική Λειτουργός Α.

Ενότητα 5^η

Ελλείψεις του προγράμματος

Στην ερώτηση ποιες ελλείψεις παρουσιάζει το Πρόγραμμα, πήραμε τις εξής απαντήσεις. Και οι έξι ερωτηθέντες αναφέρουν ως ελλείψεις του Προγράμματος την ανεπάρκεια οικονομικών πόρων, τον μικρό αριθμό προσωπικού και την έλλειψη άλλων ειδικοτήτων. «Ενώ ολοένα και αυξάνονται οι ηλικιωμένοι που εντάσσονται στο πρόγραμμα και οι ανάγκες τους, παραμένει ο ίδιος αριθμός του προσωπικού»,

αναφέρει η Κοινωνική Λειτουργός Α. Ενώ ο Κοινωνικός Λειτουργός Β, ισχυρίζεται ότι «Δεν υπάρχει οικονομική ευεξία με αποτέλεσμα απλά πράγματα να γίνονται ιδιαίτερα δύσκολα» και συμπληρώνει ότι σοβαρή έλλειψη του προγράμματος είναι και το μεταφορικό μέσω καθώς το πρόγραμμα στο οποίο εργάζεται, μοιράζεται ένα αυτοκίνητο, με άλλα δυο προγράμματα του Δήμου Χανίων.

Ενότητα 6^η

Προτάσεις για την καλύτερη λειτουργία του προγράμματος

Στην ερώτηση «τι προτείνετε για την βελτίωση της λειτουργίας του Προγράμματος», δόθηκαν οι εξής απαντήσεις. Οι πέντε από τους έξι ερωτηθέντες, δηλαδή όλοι εκτός από την Οικογενειακή Βοηθό Α, προτείνουν για την βελτίωση της λειτουργίας του προγράμματος, την επέκταση του κατά της απογευματινές ώρες και τα Σαββατοκύριακα «και γιατί όχι την επί 24ώρου βάσεως λειτουργία του», όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Κοινωνική Λειτουργός Α.

Για την βελτίωση της λειτουργίας του προγράμματος οι Κοινωνικοί Λειτουργοί Α και Β, καθώς και οι Νοσηλεύτριες Α και Β, προτείνουν την αύξηση του αριθμού του προσωπικού «ώστε ο αριθμός του προσωπικού να μπορεί να καλύψει τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων», όπως ακριβώς αναφέρει η Νοσηλεύτρια Β, καθώς επίσης και νέες ειδικότητες (ψυχολόγου, ψυχιάτρου, φυσικοθεραπευτή, κ.α.).

Ακόμη, για την βελτίωση της λειτουργίας του προγράμματος η Κοινωνική Λειτουργός Α προτείνει, νέες δομές στην τοπική κοινωνία (ξενώνες, ΚΗΦΗ, κ.α.), όπως και συνεργασία και καλύτερη εξυπηρέτηση από τις διάφορες υπηρεσίες της κοινότητας. Ο Κοινωνικός Λειτουργός Β, προτείνει «εξασφάλιση προσωπικού με θεσμοθέτηση του προγράμματος και καλύτερη μισθοδοσία», όπως επίσης αγορά μεταφορικού μέσου για τη διευκόλυνση στη μετακίνηση, τόσο των εργαζομένων, όσο και των εξυπηρετούμενων. Ενώ η Οικογενειακή Βοηθός Α, προτείνει την δημιουργία κουζίνας για την παρασκευή φαγητού και την απόκτηση πλυντηρίων «για να μπορούμε να πλένουμε τα άπλυτα, των ηλικιωμένων που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν», όπως η ίδια λέει.

Τέλος, το προσωπικό του προγράμματος ανέφερε ότι κατά καιρούς δραστηριοποιούνται εθελοντικές οργανώσεις (από τον Ερυθρό Σταυρό, ομάδες εθελοντών από τα φιλόπρωχα των ενοριών, ατομικές πρωτοβουλίες, κ.α.) που βοηθούν στη λειτουργία του προγράμματος και «ευχή όλων μας είναι να συνεχίσουν να προσφέρουν την πολύτιμη βοήθεια τους», όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Κοινωνικός Λειτουργός Β.

Έπειτα από την ανάλυση των συνεντεύξεων, καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα :

Οι προϋποθέσεις ένταξης του προγράμματος είναι ο εξυπηρετούμενος να μην αυτοεξυπηρετείται πλήρως, να χρήζει ιδιαίτερης φροντίδας, να διαβιεί μοναχικά ή να μην έχει επαρκείς οικονομικούς πόρους. Όταν πληρείται έστω και ένα, από τα παραπάνω κριτήρια, τότε το άτομο μπορεί να ενταχθεί στο πρόγραμμα.

Η συχνότητα των επισκέψεων του προσωπικού του προγράμματος, εξαρτάται από τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων, σε κάθε χρονική περίοδο. Όσον αφορά τις υπηρεσίες που παρέχει το πρόγραμμα στους εξυπηρετούμενους, φαίνεται να καλύπτουν τις ανάγκες τους σε κάποιο βαθμό, όχι όμως απόλυτα. Σύμφωνα με τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους ίδιους και

καλύπτουν τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό, είναι η ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα – για θέματα υγείας – για τη διαδικασία της συνταξιοδότησης, ακόμη σε ικανοποιητικό βαθμό καλύπτεται η ψυχολογική - συναισθηματική στήριξη και η διασύνδεση με υπηρεσίες της τρίτης ηλικίας, ενώ σε λιγότερο ικανοποιητικό βαθμό καλύπτεται η συνεργασία με την οικογένεια των εξυπηρετούμενων, όπου αυτή υπάρχει.

Σύμφωνα με τις Νοσηλεύτριες, οι υπηρεσίες που παρέχονται και καλύπτονται απόλυτα ή σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό από τις ίδιες, είναι η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών (μετρήσεις ζαχάρου, χοληστερίνης, αρτηριακής πίεσεως), η αγωγή υγείας (συμβουλές διατροφής και ατομικής υγιεινής, φροντίδα για τη λήψη φαρμάκων, κ.α.) και η συνταγογραφία. Σε λιγότερο ικανοποιητικό βαθμό καλύπτεται η παραπομπή – συνοδεία σε φορείς (νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία, εργαστήρια).

Τέλος, σύμφωνα με τις οικογενειακούς βοηθούς, οι υπηρεσίες που εκείνες παρέχουν και καλύπτουν τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων σε απόλυτο ή πολύ ικανοποιητικό βαθμό, είναι η ατομική φροντίδα (τάισμα, ντύσιμο, μπάνιο), η οικιακή φροντίδα (σκουπίσμα, σφουγγάρισμα, ξεσκόνισμα σπιτιού) και οι εξωτερικές εργασίες (ψώνια, εξόφληση λογαριασμών). Σε λιγότερο ικανοποιητικό βαθμό καλύπτονται, το μαγείρεμα – σίτιση, και ο περίπατος, ενώ σε μη ικανοποιητικό βαθμό η διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες.

Σε γενικές γραμμές οι εργαζόμενοι στο πρόγραμμα, πιστεύουν ότι αυτό, καλύπτει τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό. Εντοπίζουν όμως κάποιες δυσκολίες και κάποιες ελλείψεις του προγράμματος, οι οποίες εμποδίζουν την κάλυψη των αναγκών των εξυπηρετούμενων σε απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό. Οι δυσκολίες λοιπόν που αναφέρουν, είναι πρώτον ο μικρός αριθμός του προσωπικού και έπειτα οι ώρες και οι μέρες που εφαρμόζεται το πρόγραμμα, οι οποίες κατά την γνώμη τους, δεν επαρκούν ώστε να καλύψουν τις ανάγκες του συνεχώς αυξανόμενου αριθμού των εξυπηρετούμενων. Ακόμα μερικές φορές, αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την επαφή τους με διάφορους άλλους φορείς της κοινότητας, καθώς αυτοί δεν συνεργάζονται και δεν δίνουν προτεραιότητα στην εξυπηρέτηση των εργαζομένων στο πρόγραμμα. Αυτές είναι οι βασικότερες δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι στο πρόγραμμα.

Εκτός όμως από τις δυσκολίες, αναφέρουν και κάποιες σοβαρές ελλείψεις του προγράμματος, οι οποίες είναι, ο μικρός αριθμός του προσωπικού και η έλλειψη άλλων ειδικοτήτων, ανεπάρκεια οικονομικών πόρων και έλλειψη μεταφορικού μέσου για την διευκόλυνση στη μετακίνηση τόσο των εργαζομένων, όσο και των εξυπηρετούμενων.

Για να φτάσει όμως σε ένα επίπεδο να καλύπτει το πρόγραμμα τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων σε απόλυτο βαθμό, οι εργαζόμενοι στο πρόγραμμα προτείνουν, την επέκταση της λειτουργίας του κατά τις απογευματινές ώρες και τα Σαββατοκύριακα, την αύξηση του αριθμού του προσωπικού και την ένταξη νέων ειδικοτήτων (γιατρών, φυσιοθεραπευτών, κ.α.). Προτείνουν ακόμα, συνεργασία και καλύτερη εξυπηρέτηση από τις διάφορες υπηρεσίες της κοινότητας, καθώς και συνεργασία με εθελοντικές οργανώσεις, η προσφορά των οποίων είναι πολύ σημαντική. Τέλος, αγορά μεταφορικού μέσου (αυτοκινήτου), για κάθε πρόγραμμα ξεχωριστά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

**1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ**

2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

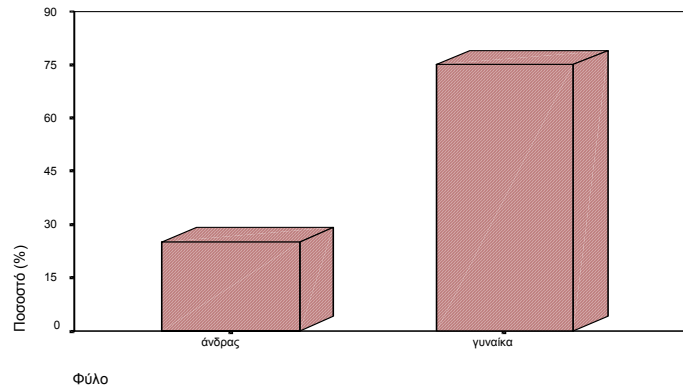
1. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

A. Προσωπικά Στοιχεία

Το δείγμα των ατόμων, που ερωτήθηκαν για την αξιολόγηση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι», αποτελείται από 27 άνδρες (25,0%) και 81 γυναίκες (75,0%).

Παρακάτω φαίνεται η γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση το φύλο.

Διάγραμμα 1. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση το φύλο.



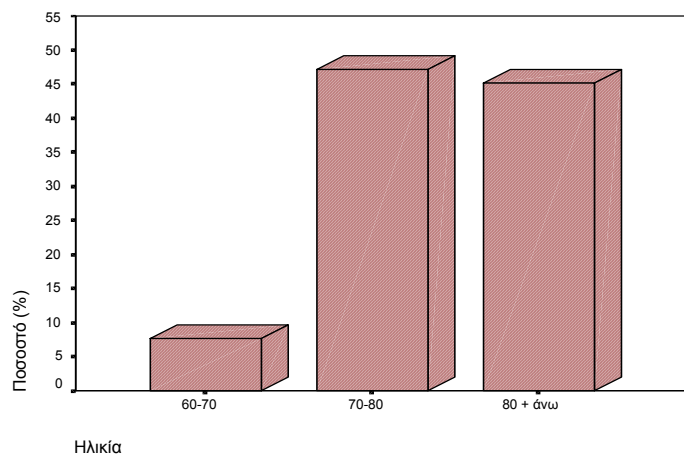
Από τα 104 άτομα του δείγματος (4 άτομα δεν δήλωσαν ηλικία), το 47,1% (49 άτομα) είναι ηλικίας 70-80 ετών, ενώ το 45,2% (47 άτομα) ηλικίας μεγαλύτερη των 80 ετών. Ένα ποσοστό της τάξης του 7,7% (8 άτομα) δηλώνουν ηλικία μικρότερη των 70 ετών.

Παρατηρούμε δηλαδή, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (92,3%) των ατόμων του δείγματος, είναι άνθρωποι προχωρημένης ηλικίας (>70 ετών), πράγμα που δικαιολογεί την ανάγκη τους για φροντίδα και ειδικότερα την ένταξη τους στο πρόγραμμα.

Πίνακας 1.

Ηλικία	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
60-70	8	7.7	7.7
70-80	49	47.1	54.8
80 + άνω	47	45.2	100.0
Σύνολο	104	100.0	

Διάγραμμα 2. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την ηλικία.

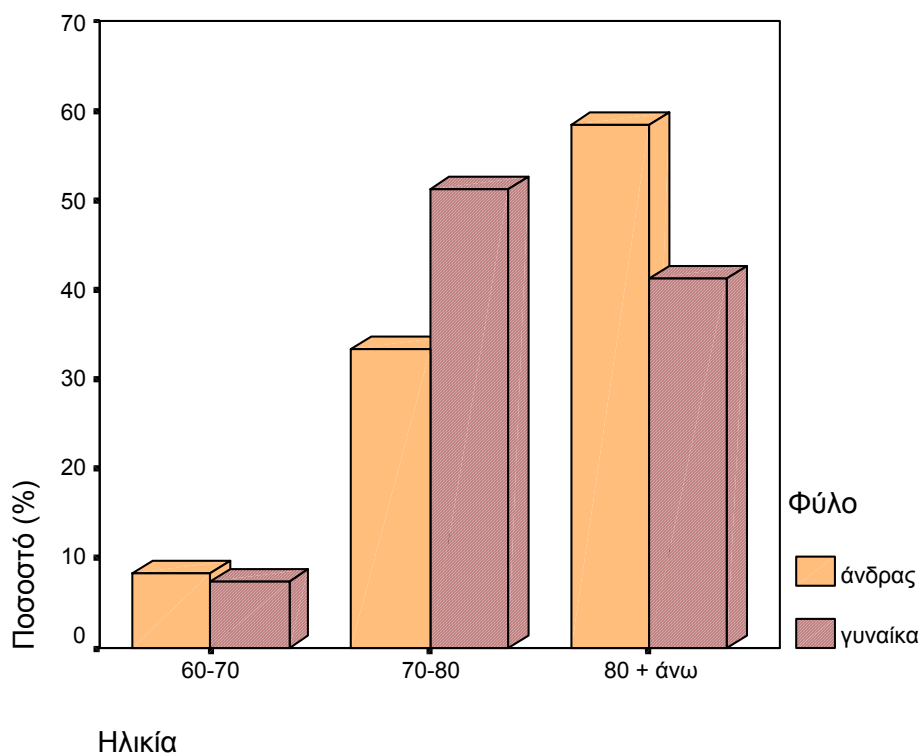


Συγκρίνοντας το φύλο και την ηλικία των ερωτηθέντων του δείγματος, παρατηρούμε ότι στο ηλικιακό κλιμάκιο 70-80 ετών το μεγαλύτερο ποσοστό είναι γυναίκες (51,3% έναντι 33,3%), ενώ οι άνδρες βρίσκονται στο αμέσως επόμενο ηλικιακό κλιμάκιο (> 80 ετών) με ποσοστό 58,3%.

Πίνακας 2.

		Ηλικία			Total
		60-70	70-80	80 + άνω	
Φύλο	άνδρας	2 8.3%	8 33.3%	14 58.3%	24 100.0%
	γυναίκα	6 7.5%	41 51.3%	33 41.3%	80 100.0%
Σύνολο		8 7.7%	49 47.1%	47 45.2%	104 100.0%

Διάγραμμα 3. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση το φύλο και την ηλικία.



Ο μέσος όρος διάρκειας σπουδών των ατόμων του δείγματος είναι 3,78 χρόνια (τυπική απόκλιση $\sigma = 2,72$, ελάχιστο=0, μέγιστο=12).

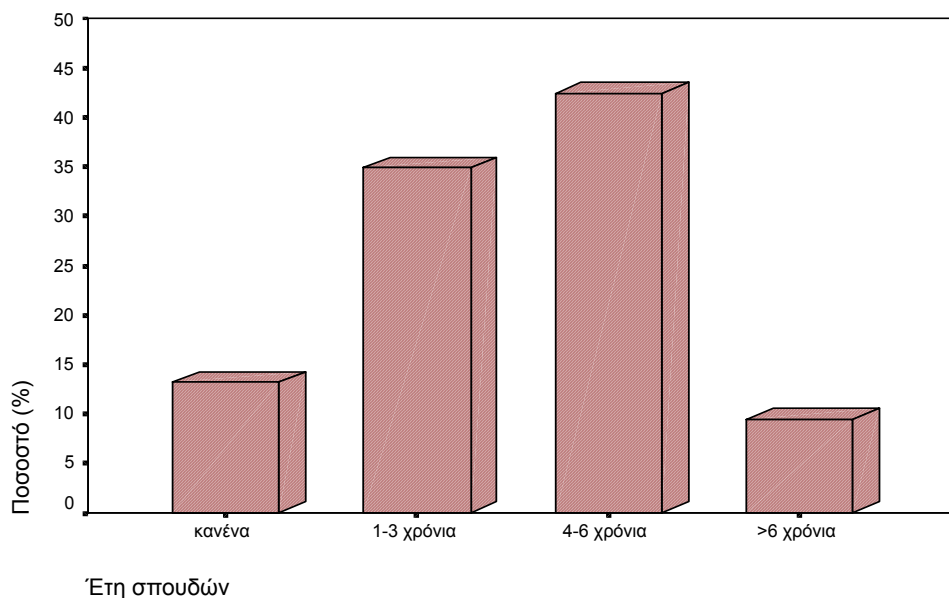
Κατηγοριοποιώντας την διάρκεια σπουδών των ατόμων του δείγματος, παρατηρούμε ότι το 77,4% έχει σπουδάσει από ένα έως έξι χρόνια, ενώ ένα 9,4% διαφαίνεται να έχει διάρκεια σπουδών επτά χρόνια ή και περισσότερα. Τέλος, 14 άτομα (13,2%) δηλώνουν ότι δεν έχουν σπουδάσει καθόλου, ενώ 2 άτομα δεν δηλώνουν την διάρκεια των σπουδών τους.

Πίνακας 3.

Έτη σπουδών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
κανένα	14	13.2	13.2
1-3 χρόνια	37	34.9	48.1
4-6 χρόνια	45	42.5	90.6
>6 χρόνια	10	9.4	100.0
Σύνολο	106	100.0	

Διάγραμμα 4. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση τα έτη σπουδών.



Συγκρίνοντας το φύλο και τα έτη σπουδών των ερωτηθέντων του δείγματος, παρατηρούμε ότι οι γυναίκες που δεν έχουν σπουδάσει καθόλου έχουν σχεδόν το διπλάσιο ποσοστό από τους άνδρες (15,2% έναντι 7,4%) ενώ το αντίθετο συμβαίνει στους άνδρες για περισσότερα από 7 χρόνια σπουδών (ποσοστό ανδρών (14,8%) σχεδόν διπλάσιο από αυτό των γυναικών (7,6%)).

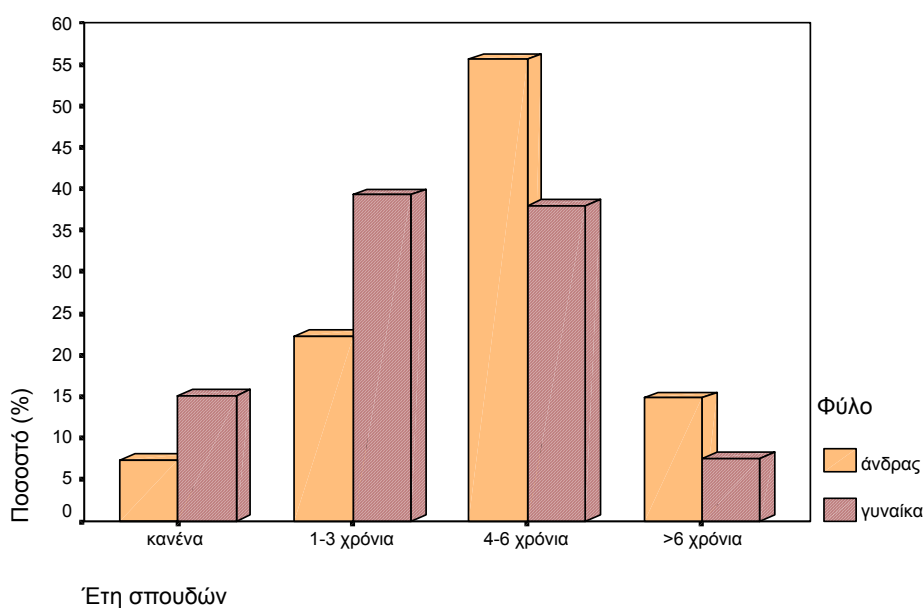
Επιπλέον, το ποσοστό γυναικών με διάρκεια σπουδών μέχρι και 3 χρόνια είναι υψηλότερο σε σύγκριση με αυτό των ανδρών (54,4% έναντι 29,6%). Αντίθετα οι άνδρες υπερέχουν έναντι των γυναικών με 4 ή και περισσότερα χρόνια σπουδών (70,4% έναντι 45,6%).

Σαν συμπέρασμα των παραπάνω, μπορούμε να πούμε ότι το μορφωτικό επίπεδο των ανδρών είναι υψηλότερο από αυτό των γυναικών.

Πίνακας 4

		Έτη σπουδών				Σύνολο
		κανένα	1-3 χρόνια	4-6 χρόνια	>6 χρόνια	
Φύλο	άνδρας	2 7.4%	6 22.2%	15 55.6%	4 14.8%	27 100.0%
	γυναίκα	12 15.2%	31 39.2%	30 38.0%	6 7.6%	79 100.0%
Σύνολο		14 13.2%	37 34.9%	45 42.5%	10 9.4%	106 100.0%

Διάγραμμα 5. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση το φύλο και το έτος σπουδών

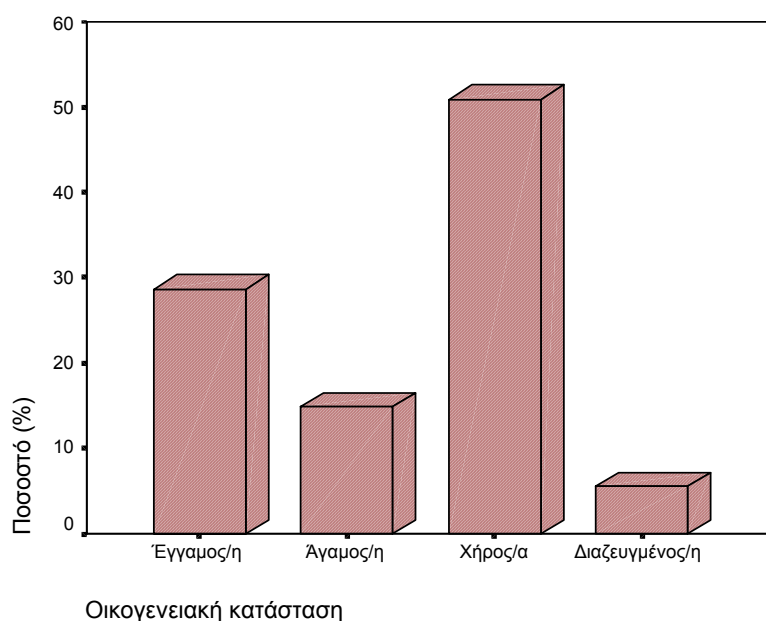


Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, πάνω από το μισό (50,9%) δηλώνουν χήροι/ες, ενώ το 28,7% είναι έγγαμοι/ες. Τέλος ένα 14,8% είναι άγαμοι/ες και ένα ποσοστό της τάξης του 5,6% διαζευγμένοι/ες.

Πίνακας 5.

Οικογενειακή κατάσταση	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Έγγαμος/η	31	28.7
Άγαμος/η	16	14.8
Χήρος/α	55	50.9
Διαζευγμένος/η	6	5.6
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 6. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την οικογενειακή κατάσταση.



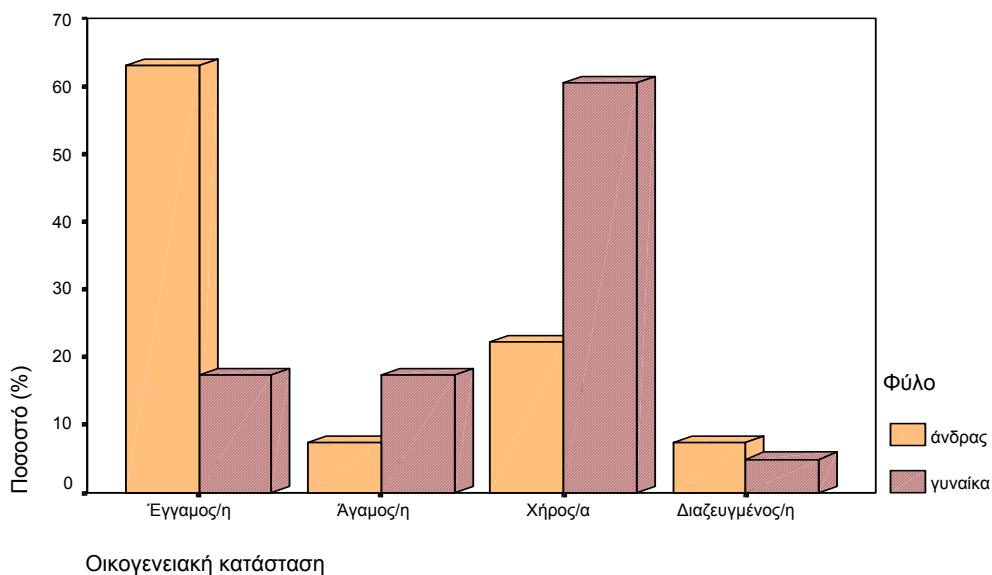
Εξετάζοντας την οικογενειακή κατάσταση ως προς το φύλο, παρατηρείτε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά ($\chi^2=22.100$; β.ε =3; p-value<0.001)

Αναλυτικότερα, το μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών είναι άγαμες ή χήρες (77,8% έναντι 29,6%) ενώ οι περισσότεροι από τους άνδρες φαίνεται να είναι έγγαμοι ή διαζευγμένοι (70,4% έναντι 22,2%).

Πίνακας 6

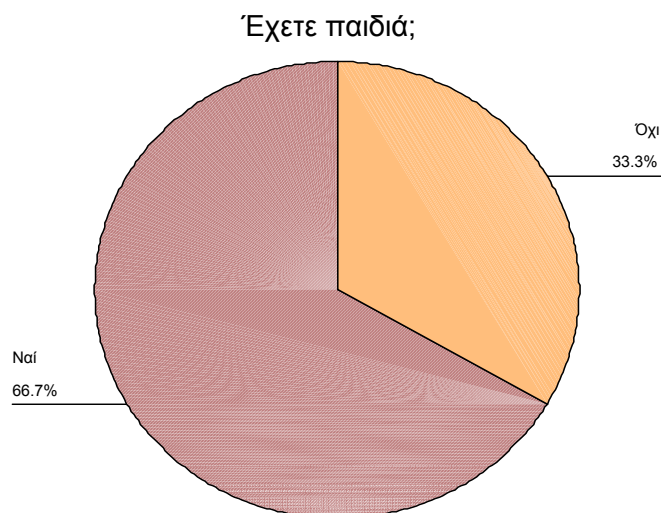
		Οικογενειακή κατάσταση				Σύνολο
		Έγγαμος/η	Άγαμος/η	Χήρος/α	Διαζευγμένος/η	
Φύλο	άνδρας	17 63.0%	2 7.4%	6 22.2%	2 7.4%	27 100.0%
	γυναίκα	14 17.3%	14 17.3%	49 60.5%	4 4.9%	81 100.0%
Σύνολο		31 28.7%	16 14.8%	55 50.9%	6 5.6%	108 100.0%

Διάγραμμα 7. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση.



Στην ερώτηση «Έχετε παιδιά;», το 66,7% (72 άτομα), δήλωσαν ότι έχουν περισσότερα από ένα παιδιά, ενώ τα υπόλοιπα 36 άτομα (33,3%) ότι δεν έχουν.

Διάγραμμα 8. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση τα παιδιά..



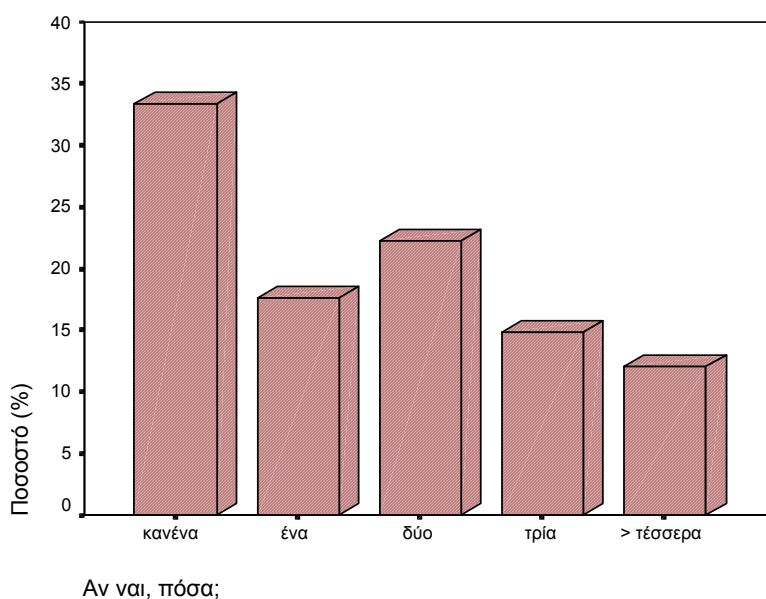
Από τα 36 άτομα που δηλώνουν χωρίς παιδιά, οι 16 είναι άγαμοι (2 άνδρες και 14 γυναίκες), 11 άτομα χήροι/ες (και τα 11 γυναίκες), 7 άτομα έγγαμοι (3 άνδρες και 4 γυναίκες), και δύο διαζευγμένοι (και οι δύο γυναίκες).

Από τα 72 άτομα που δηλώνουν γονείς, το 22,2% (24 άτομα) έχουν δύο παιδιά, το 17,6% (19 άτομα) ένα παιδί, ενώ τέλος το 26,8% έχει περισσότερα από τρία παιδιά.

Πίνακας 7

Αν ναι, πόσα;	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
κανένα	36	33.3
ένα	19	17.6
δύο	24	22.2
τρία	16	14.8
τέσσερα ή περισσότερα	13	12.0
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 9. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση τον αριθμό παιδιών.



Εξετάζοντας τον αριθμό παιδιών ως προς το φύλο, παρατηρούμε ότι οι γυναίκες χωρίς παιδιά είναι πολύ περισσότερες από τους άνδρες (38,3% έναντι 18,5%).

Πίνακας 8

		Αν ναι, πόσα;					Σύνολο
		κανένα	ένα	δύο	τρία	τέσσερα ή περισσότερα	
Φύλο	άνδρας	5 18.5%	6 22.2%	8 29.6%	5 18.5%	3 11.1%	27 100.0%
	γυναίκα	31 38.3%	13 16.0%	16 19.8%	11 13.6%	10 12.3%	81 100.0%
Σύνολο		36 33.3%	19 17.6%	24 22.2%	16 14.8%	13 12.0%	108 100.0%

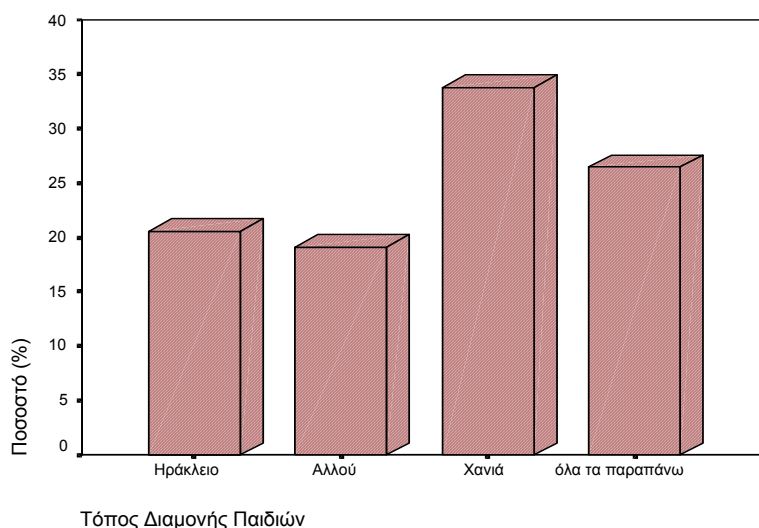
Συνοψίζοντας από τα παραπάνω, παρατηρούμε ότι οι γυναίκες φαίνεται να είναι πιο μοναχικές (π.χ. ανύπαντρες και χωρίς παιδιά) σε σχέση με τους άνδρες, πράγμα που αιτιολογεί και την αυξημένη προσέλευση γυναικών στο πρόγραμμα (75,0% έναντι του 25,0% των ανδρών).

Ως προς τον τόπο διαμονής των παιδιών των ερωτηθέντων, το 33,8% δηλώνει ότι τα παιδιά τους διαμένουν στα Χανιά, ενώ το 20,6% στο Ηράκλειο. Επίσης, 13 άτομα (19,1%) αναφέρουν ότι τα παιδιά τους διαμένουν μακριά από αυτούς (3 στο Εξωτερικό, 6 στην Αθήνα και 4 άτομα χωρίς να προσδιορίζουν το «αλλού»). Τέλος ένα ποσοστό 26,5%, αναφέρει ότι έχει παιδιά που μένουν και εντός Κρήτης αλλά και εκτός αυτής.

Πίνακας 9

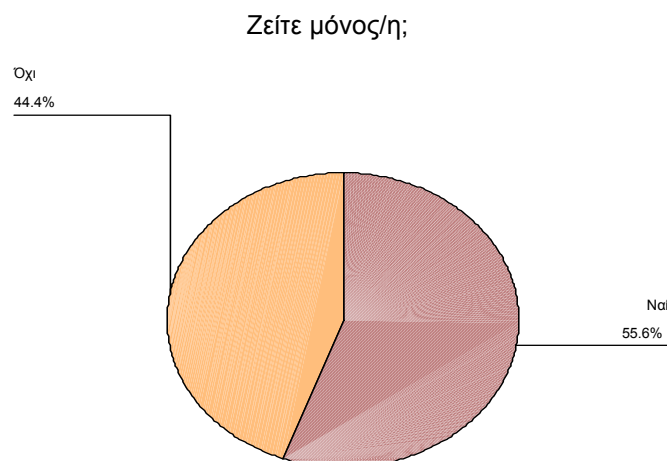
Τόπος Διαμονής Παιδιών	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ηράκλειο	14	20.6
Αλλού	13	19.1
Χανιά	23	33.8
Όλα τα παραπάνω	18	26.5
Σύνολο	68	100.0

Διάγραμμα 10. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση τον τόπο διαμονής των παιδιών.



Στην ερώτηση «**Ζείτε μόνος/η**», 60 άτομα (55,6%) δήλωσαν πως ζουν μόνα τους, ενώ 48 άτομα (44,4%) πως όχι.

Διάγραμμα 11. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση τον τρόπο διαβίωσης



Εξετάζοντας το φύλο ως προς το αν ζουν μόνοι ή όχι, παρατηρείτε ότι υπάρχει μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων και του τρόπου διαβίωσης τους ($\chi^2=9.800$; β.ε=1; p-value =0.002).

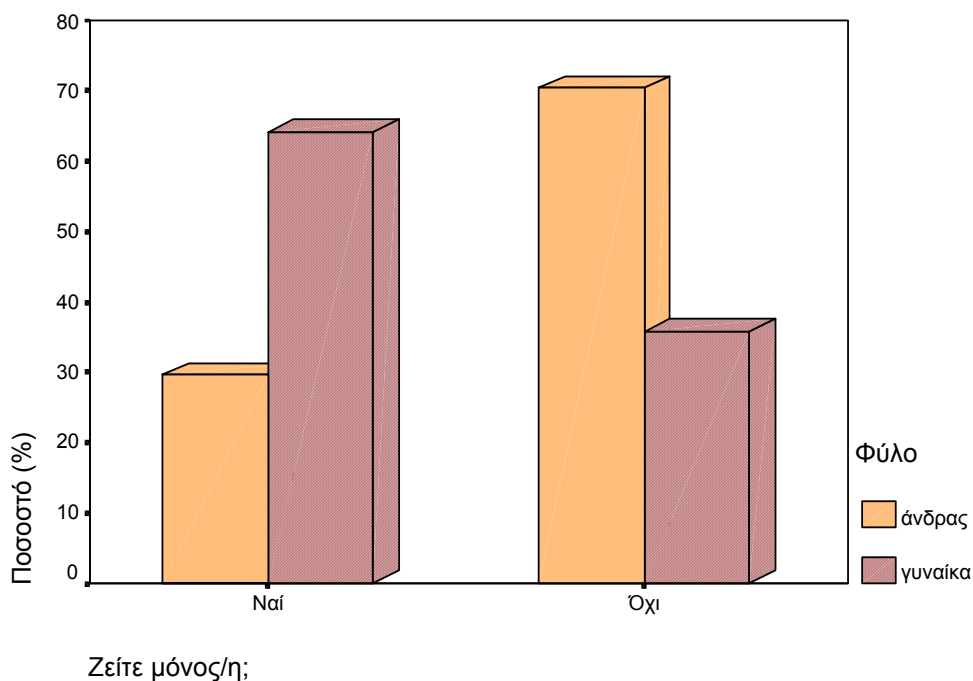
Πιο συγκεκριμένα, το 64,2% των γυναικών φαίνεται να ζει μόνο του, ενώ το 70,4% των ανδρών όχι.

Άλλο ένα στοιχείο που δικαιολογεί την αυξημένη παρουσία των γυναικών έναντι των ανδρών στο πρόγραμμα.

Πίνακας 10.

		Ζείτε μόνος/η;		Σύνολο
		Ναί	Όχι	
Φύλο	άνδρας	8 29.6%	19 70.4%	27 100.0%
	γυναίκα	52 64.2%	29 35.8%	81 100.0%
Σύνολο		60 55.6%	48 44.4%	108 100.0%

Διάγραμμα 12. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση το φύλο και τον τρόπο διαβίωσης

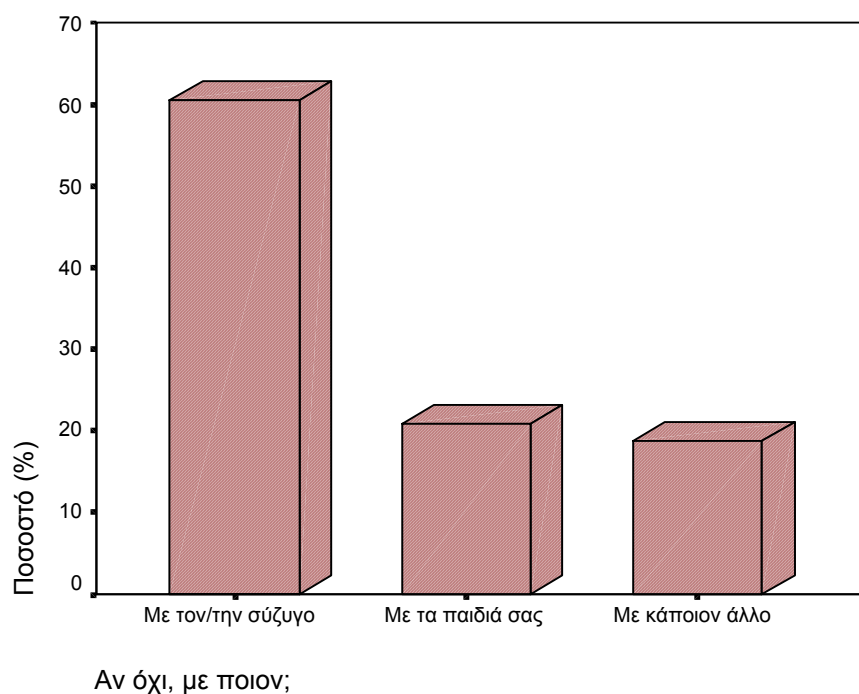


Από τα 48 άτομα που δήλωσαν ότι δεν μένουν μόνοι τους, το 60,4% (29 άτομα) διαμένουν με τον σύντροφο τους, το 20,8% (10 άτομα) με τα παιδιά τους, ενώ τέλος 9 άτομα (18,8%) με κάποιον άλλον (π.χ. αδερφό, εγγονό, κτλ.).

Πίνακας 11.

Αν όχι, με ποιον;	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Με τον/την σύντροφο	29	60.4
Με τα παιδιά σας	10	20.8
Με κάποιον άλλο	9	18.8
Σύνολο	48	100.0

Διάγραμμα 13. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση τα άτομα που συμβιώνουν.



Β. Ατομική Φροντίδα

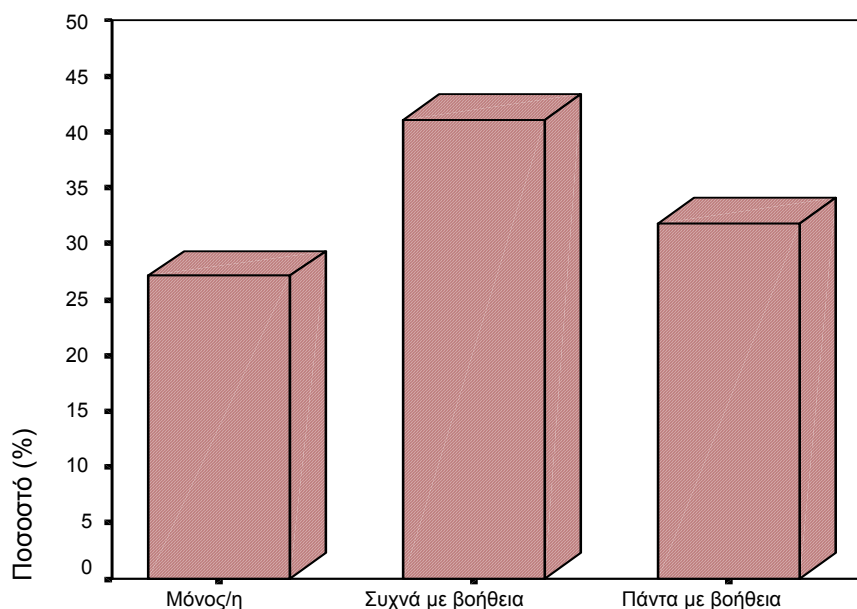
Στην ερώτηση «*Μπορείτε να φροντίζετε τον εαυτό σας*», το 41,1% δήλωσε ότι συχνά χρειάζεται την βοήθεια κάποιου άλλου, ενώ το 31,8% ότι πάντα χρειάζεται κάποιον άλλον για να τον βοηθήσει. Τέλος, 29 άτομα (27,1%) τα καταφέρνουν μόνοι τους. (ένα άτομο δεν απάντησε).

Πίνακας 12

Μπορείτε να φροντίζετε τον εαυτό σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Μόνος/η	29	27.1
Συχνά με την βοήθεια άλλου ατόμου	44	41.1
Πάντα με την βοήθεια άλλου ατόμου	34	31.8
Σύνολο	107	100.0

Διάγραμμα 14. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την ατομική φροντίδα.



Μπορείτε να φροντίζετε τον εαυτό σας;

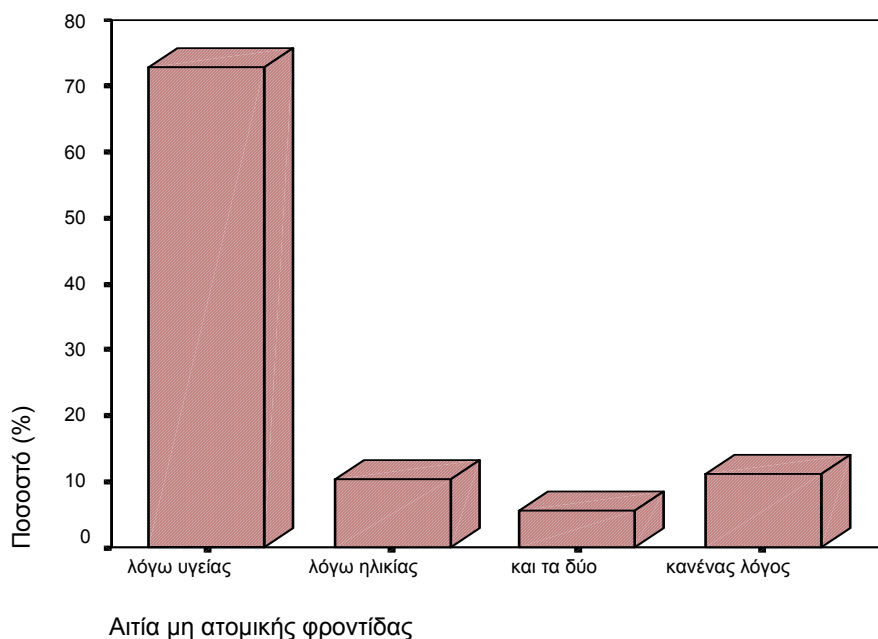
Ως προς τον λόγο, ο οποίος δεν επιτρέπει στους ερωτηθέντες να φροντίσουν μόνοι/ες τον εαυτό τους, το 72,9% αναφέρει ως λόγο την υγεία, το 10,3% την προχωρημένη ηλικία του, ενώ ένα 5,6% και τα δύο. Τέλος ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό 11,2%, θεωρεί ότι δεν συντρέχει κάποιος ιδιαίτερος λόγος που δεν φροντίζουν μόνοι τον εαυτό τους.

Πίνακας 13

Αιτία μη ατομικής φροντίδας

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
λόγω υγείας	78	72.9
λόγω ηλικίας	11	10.3
και τα δύο	6	5.6
κανένας λόγος	12	11.2
Σύνολο	107	100.0

Διάγραμμα 15. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την αιτία μη ατομικής φροντίδας.



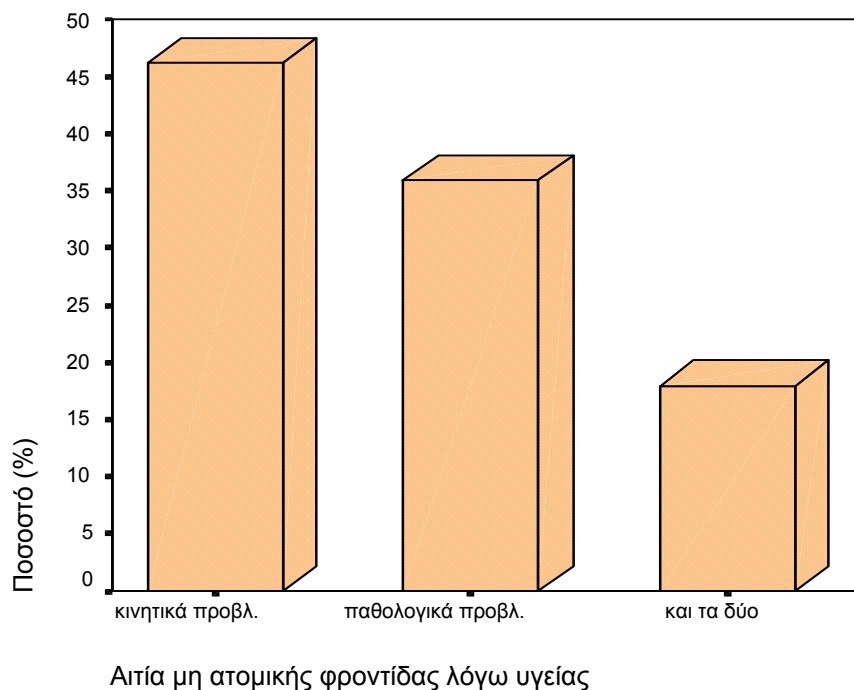
Από τα 78 άτομα που επικαλούνται ως λόγο που δεν τους επιτρέπει να φροντίσουν μόνοι τον εαυτό τους την υγεία τους, το 46,2% (26 άτομα) παρουσιάζει κινητικά προβλήματα ή αναπηρία, το 35,9% (28 άτομα) διάφορες παθολογικές ασθένειες, όπως πίεση, ζάχαρο, βρογχικό άσθμα κτλ., ενώ το 17,9% και τα δύο.

Πίνακας 14

Αιτία μη ατομικής φροντίδας λόγω υγείας

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
κινητικά προβλήματα ή αναπηρία	36	46.2
παθολογικά προβλήματα	28	35.9
και τα δύο	14	17.9
Σύνολο	78	100.0

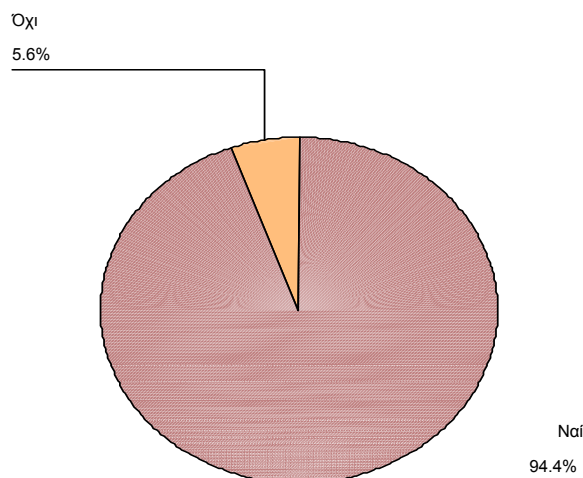
Διάγραμμα 16. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την αιτία μη ατομικής φροντίδας λόγω υγείας.



Γ. Ταμεία Ασφάλισης- Φορείς Επιδότησης

Από το σύνολο των 108 ατόμων του δείγματος, τα 102 (94,4%) είναι ασφαλισμένα, ενώ τα υπόλοιπα 6 (5,6%) είναι ανασφάλιστοι.

Είστε ασφαλισμένος;



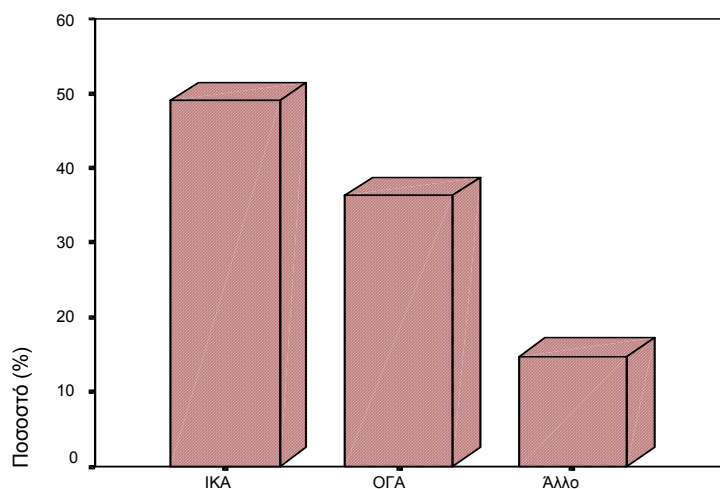
Από τα 102 άτομα που δηλώνουν ασφαλισμένοι, το 49,0% έχει σαν ασφάλιση ΙΚΑ, το 36,3% τον ΟΓΑ, ενώ τέλος το 14,7% δηλώνει άλλο ταμείο.

Πίνακας 15

Αν ναι, σε ποιο ταμείο;

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΙΚΑ	50	49.0
ΟΓΑ	37	36.3
Άλλο	15	14.7
Σύνολο	102	100.0

Διάγραμμα 17. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση το ταμείο ασφάλισης



Αν ναι, σε ποιο ταμείο;

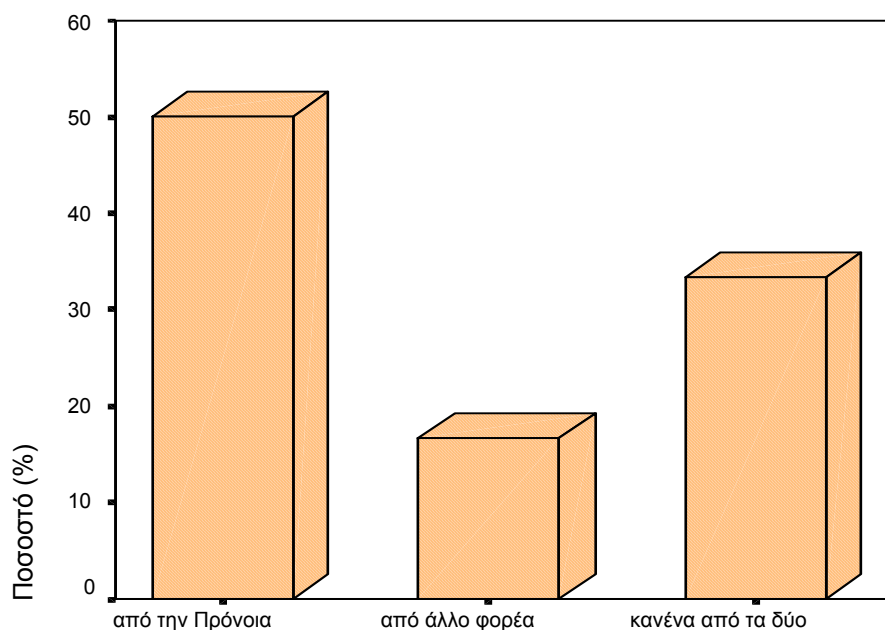
Από τα 6 άτομα που δηλώνουν ανασφάλιστοι, 3 άτομα (50,0%) παίρνουν επίδομα πρόνοιας, 1 άτομο (16,7%) από κάποιο άλλο φορέα, ενώ 2 άτομα (33,3%) από κανένα από τα παραπάνω.

Πίνακας 16

Αν όχι, παίρνετε κάποιο άλλο επίδομα;

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
από την Πρόνοια	3	50.0
από κάποιο άλλο φορέα	1	16.7
κανένα από τα παραπάνω	2	33.3
Σύνολο	6	100.0

Διάγραμμα 18. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση το επίδομα



Αν όχι, παίρνετε κάποιο άλλο επίδομα;

Πέρα, από τους 6 ανασφάλιστους που παίρνουν επίδομα από την πρόνοια ή άλλους φορείς, φαίνεται ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό ασφαλισμένων, λαμβάνει επιπλέον σαν οικονομική ενίσχυση, από την πρόνοια ή από κάποιους άλλους φορείς, κάποιο επίδομα.

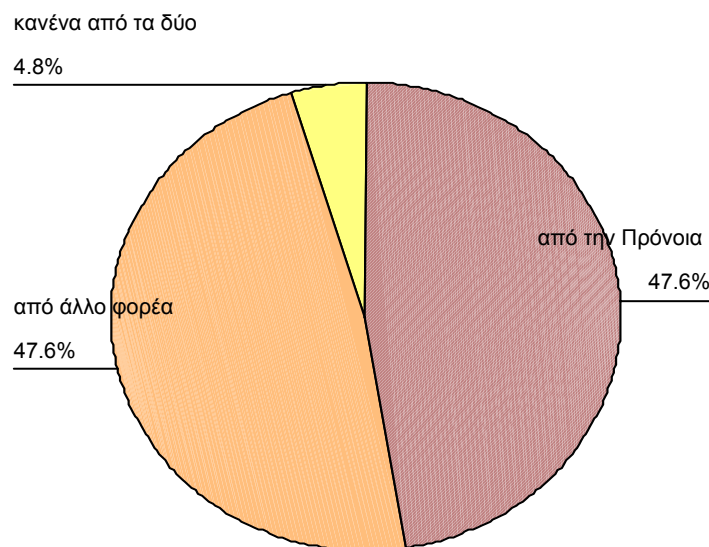
Έτσι πέρα του ταμείου ασφάλισης τους, 20 άτομα λαμβάνουν επιπλέον οικονομική ενίσχυση από Πρόνοια και άλλους φορείς.

Πίνακας 17

Αν όχι, παίρνετε κάποιο άλλο επίδομα;

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
από την Πρόνοια	10	47.6
από κάποιο άλλο φορέα	10	47.6
κανένα από τα παραπάνω	1	4.8
Total	21	100.0

Αν όχι, παίρνετε κάποιο άλλο επίδομα;



Δ. Φορέας Παραπομπής – Διάρκεια παραμονής στο πρόγραμμα.

Όταν τα άτομα του δείγματος ρωτήθηκαν για το άτομο ή το φορέα που τους παρέπεμψε στο πρόγραμμα, σχεδόν το μισό (48,0%), απάντησε ότι αρμόδιος για την παραπομπή τους σε αυτό το πρόγραμμα ήταν το ΚΑΠΗ, ενώ ένα 24,5% έμαθαν για το πρόγραμμα από το γειτονικό ή φιλικό τους περιβάλλον.

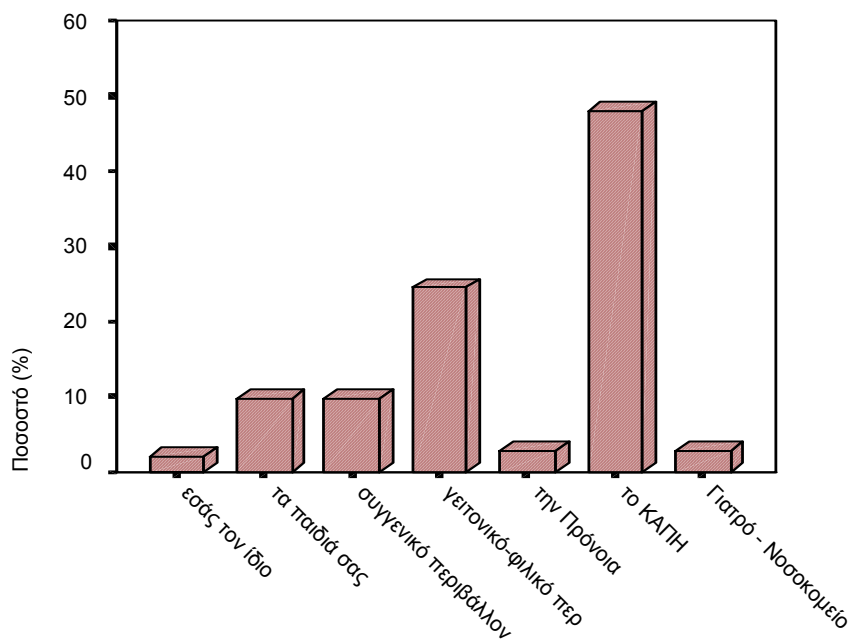
Επίσης παρατηρούμε ότι το ποσοστό των ατόμων που έλαβαν μόνοι τους την πρωτοβουλία, να συμμετάσχουν στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» ήταν σχετικά μικρό (της τάξης του 2,0%).

Πίνακας 18

Από ποιον έγινε η παραπομπή στο πρόγραμμα;

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Από εσάς τον ίδιο	2	2.0
Από τα παιδιά σας	10	9.8
Απο το συγγενικό σας περιβάλλον	10	9.8
Από το γειτονικό ή φιλικό σας περιβάλλον	25	24.5
Από την Πρόνοια	3	2.9
Από το ΚΑΠΗ	49	48.0
Γιατρό - Νοσοκομείο	3	2.9
Σύνολο	102	100.0

Διάγραμμα 19. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση τον φορέα παραπομπής στο πρόγραμμα



Από ποιον έγινε η παραπομπή στο πρόγραμμα;

Ο μέσος όρος του χρόνου ένταξης των ερωτηθέντων στο πρόγραμμα είναι 2,73 χρόνια (τυπική απόκλιση $\sigma = 1,51$, ελάχιστο=2 μήνες, μέγιστο=6 χρόνια).

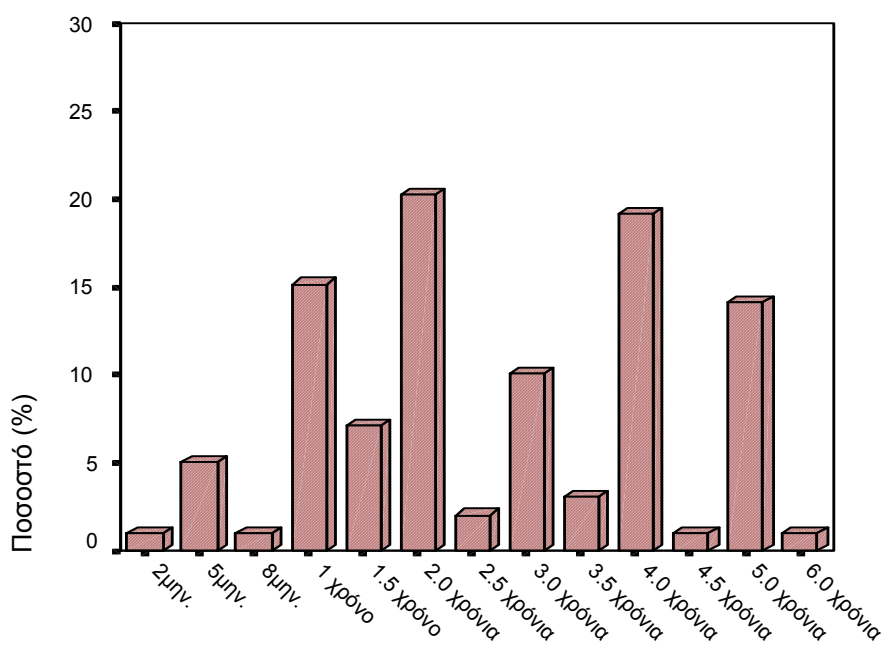
Αναλυτικότερα, με βάση τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα, παρατηρούμε ότι το 22,2% των ατόμων του δείγματος είναι στο πρόγραμμα λιγότερο ή ίσο από ένα χρόνο, το 61,6% από ένα έως τέσσερα χρόνια, ενώ ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό (14,1%), αναφέρει ότι βρίσκεται στο πρόγραμμα, για 5 χρόνια περίπου.

Πίνακας 19

Πόσο καιρό είστε ενταγμένοι στο πρόγραμμα;

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)	Αθροιστικό Ποσοστό (%)
2 μήνες	1	1.0	1.0
5 μήνες	5	5.1	6.1
8 μήνες	1	1.0	7.1
1 χρόνο	15	15.2	22.2
1.5	7	7.1	29.3
2.0	20	20.2	49.5
2.5	2	2.0	51.5
3.0	10	10.1	61.6
3.5	3	3.0	64.6
4.0	19	19.2	83.8
4.5	1	1.0	84.8
5.0	14	14.1	99.0
6.0	1	1.0	100.0
Σύνολο	99	100.0	

Διάγραμμα 20. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση τον χρόνο ένταξης στο πρόγραμμα.



Πόσο καιρό είστε ενταγμένοι στο πρόγραμμα;

Ε. Υπηρεσίες

1) Υπηρεσίες Κοινωνικού/ής Λειτουργού

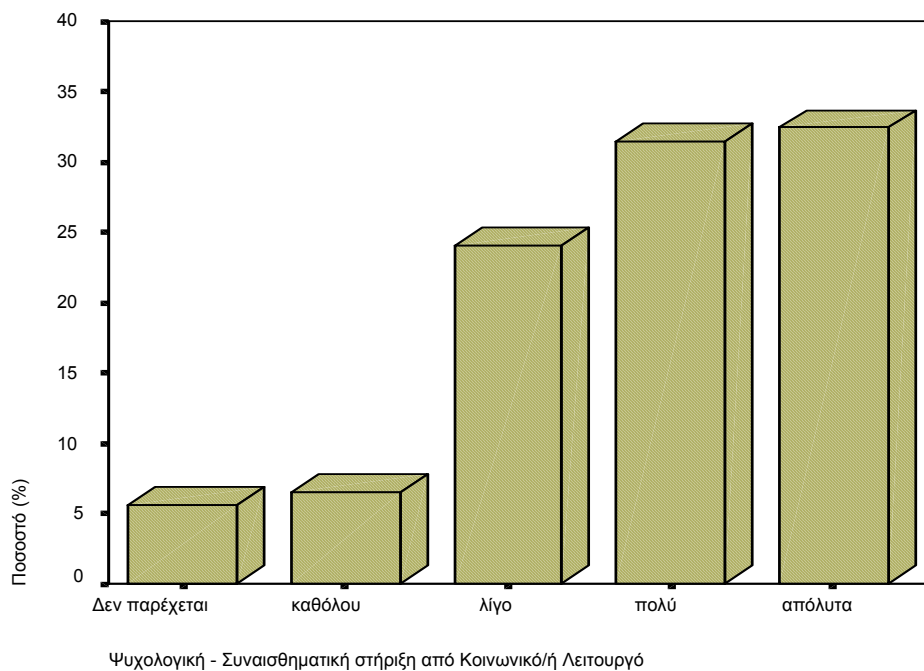
Στο ερώτημα, «Είστε ικανοποιημένοι από την ψυχολογική – συναισθηματική στήριξη που σας παρέχει ο/η κοινωνικός/ή λειτουργός;», το 32,4% δηλώνουν «απόλυτα» ικανοποιημένοι, ενώ μόλις το 6,5% δηλώνει μη ικανοποίηση. Τέλος, ένα ποσοστό 5,6%, αναφέρει ότι δεν παρέχεται αυτή η υπηρεσία.

Πίνακας 20

Ψυχολογική - Συναισθηματική στήριξη

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν παρέχεται	6	5.6
καθόλου	7	6.5
λίγο	26	24.1
πολύ	34	31.5
απόλυτα	35	32.4
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 21. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την ψυχολογική – συναισθηματική στήριξη από τον/την Κοινωνικό Λειτουργό.



Όσον αφορά την «*ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα -για θέματα υγείας-για την διαδικασία της συνταξιοδότησης*», το 35,2% δηλώνει «πολύ» ικανοποιημένο από την ενημέρωση που παρέχεται, ενώ το 13,9% αναφέρει ότι αυτή η υπηρεσία δεν παρέχεται.

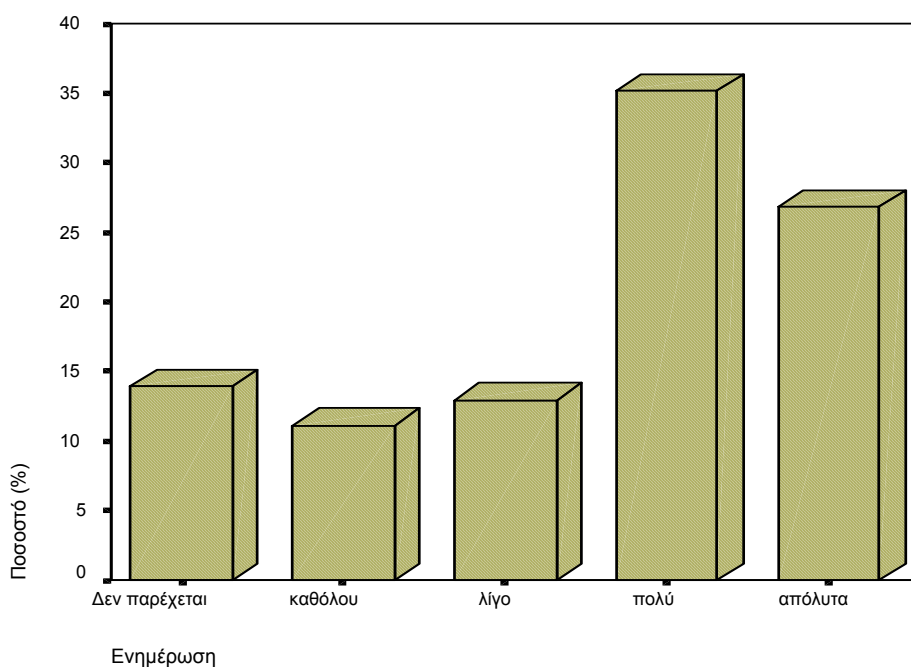
Τέλος, το 11,1% υποστηρίζει ότι ενώ τους παρέχεται αυτή η υπηρεσία, δεν είναι «καθόλου» ικανοποιημένο από το αποτέλεσμα που προσφέρει και ένα 13,0% είναι «λίγο» ικανοποιημένο.

Πίνακας 21

Ενημέρωση

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν παρέχεται	15	13.9
καθόλου	12	11.1
λίγο	14	13.0
πολύ	38	35.2
απόλυτα	29	26.9
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 22. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την ενημέρωση για προνοιακά θέματα από τον/την Κοινωνικό Λειτουργό.

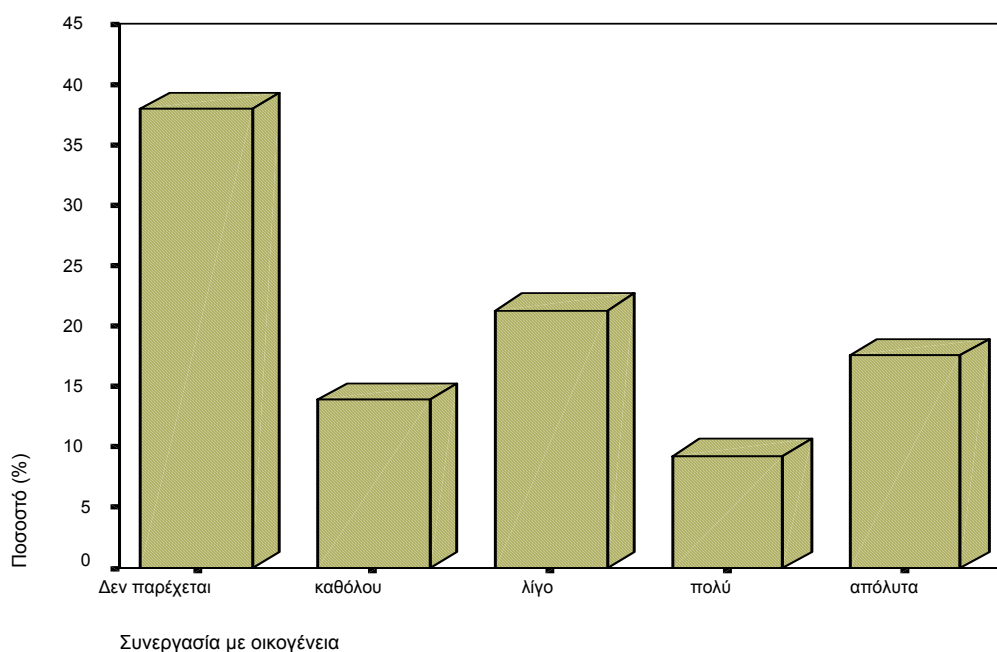


Αναφορικά με την *συνεργασία που έχει η/ο κοινωνικός λειτουργός με την οικογένεια*, το 38,0% δηλώνει ότι αυτή η υπηρεσία δεν παρέχεται, ενώ το 21,3% δηλώνουν «λίγο» ικανοποιημένοι. Τέλος, 19 άτομα (17,6%) υποστηρίζουν «απόλυτα» ικανοποιημένοι από την συνεργασία του/της κοινωνικού λειτουργού με την οικογένεια τους.

Πίνακας 22
Συνεργασία με οικογένεια

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν παρέχεται	41	38.0
καθόλου	15	13.9
λίγο	23	21.3
πολύ	10	9.3
απόλυτα	19	17.6
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 23. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την συνεργασία με οικογένεια του/της Κοινωνικού Λειτουργού.



Από τα 108 άτομα του δείγματος, τα 24 αναφέρουν ότι είναι ικανοποιημένοι και από κάποιες άλλες υπηρεσίες που τους παρέχουν οι κοινωνικοί λειτουργοί.

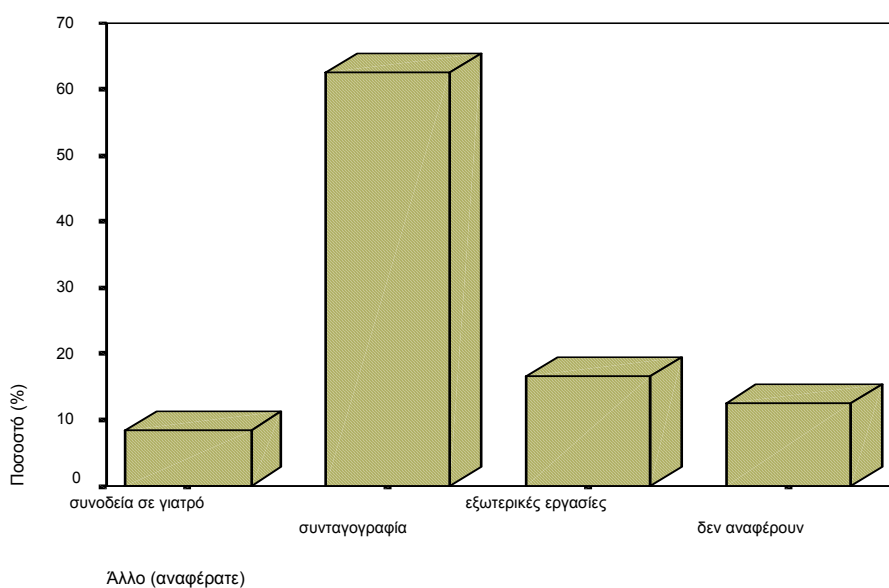
Ειδικότερα, το 62,5% αναφέρει σαν υπηρεσία την συνταγογραφία, το 16,7% τις εξωτερικές εργασίες στις οποίες συμβάλλει η/ο κοινωνικός λειτουργός, ενώ το 8,3% αναφέρει σαν υπηρεσία την συνοδεία στο γιατρό. Τέλος, το 12,5% δηλώνει ικανοποιημένο χωρίς να αναφέρει το είδος της υπηρεσίας που λαμβάνει.

Πίνακας 23

Άλλο (αναφέρατε)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
συνοδεία σε γιατρό	2	8.3
συνταγογραφία	15	62.5
εξωτερικές εργασίες	4	16.7
δεν αναφέρουν	3	12.5
Σύνολο	24	100.0

Διάγραμμα 24. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση άλλες υπηρεσίες παροχής του/της Κοινωνικού Λειτουργού.



Αναφορικά, με την συνοδεία σε γιατρό, από τα 2 άτομα, το 1 δηλώνει «λίγο» ικανοποιημένο, ενώ το άλλο 1 «πολύ».

Ως προς την συνταγογραφία, από τα 15 άτομα, τα 6 δηλώνουν «πολύ» ικανοποιημένα, ενώ τα άλλα 9 «απόλυτα».

Για τις εξωτερικές εργασίες, από τα 4 άτομα, τα 3 είναι «πολύ» ικανοποιημένα ενώ το άλλο 1, «απόλυτα» ικανοποιημένο.

Τέλος από τα 3 άτομα που δηλώνουν κάποια ικανοποίηση χωρίς να αναφέρουν τις υπηρεσίες, 1 δηλώνει «πολύ» και τα υπόλοιπα 2 «απόλυτα» ικανοποιημένα.

2) Υπηρεσίες Νοσηλεύτη/τριας

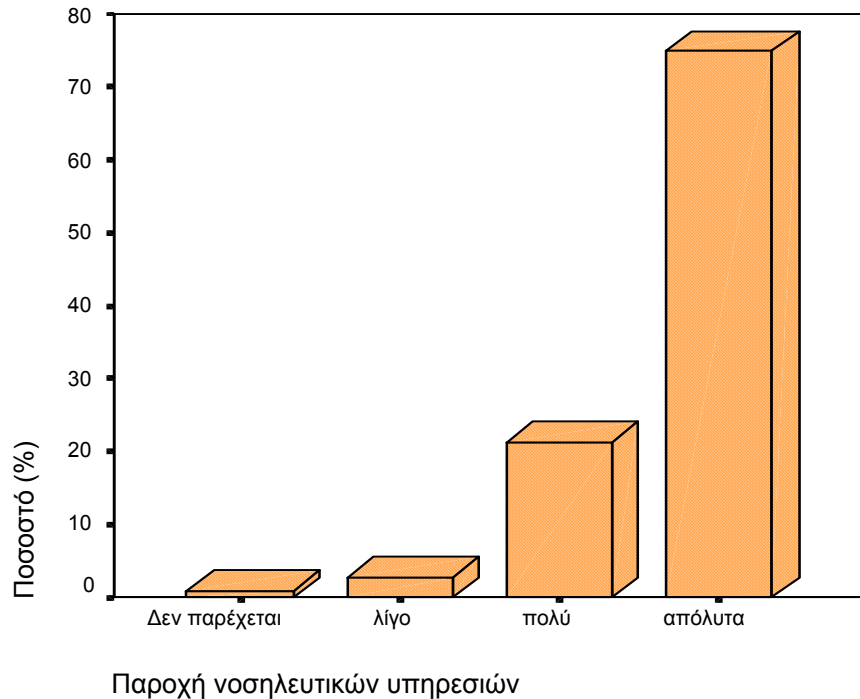
Τα $\frac{3}{4}$ του δείγματος, 75,0% δηλώνουν «απόλυτα» ικανοποιημένοι με την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών (μετρήσεις ζαχάρου, χοληστερίνης, αρτηριακής πίεσης) από τον νοσηλεύτη/τρια. Από τους υπόλοιπους, το 21,3% δηλώνει «πολύ» ικανοποιημένο, το 2,8% «λίγο», ενώ ένα ποσοστό μικρότερο του 1% (0,9%) δηλώνει ότι αυτή η υπηρεσία δεν παρέχεται.

Πίνακας 24

Παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν παρέχεται	1	.9
λίγο	3	2.8
πολύ	23	21.3
απόλυτα	81	75.0
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 25. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών από Νοσηλεύτη/τρια

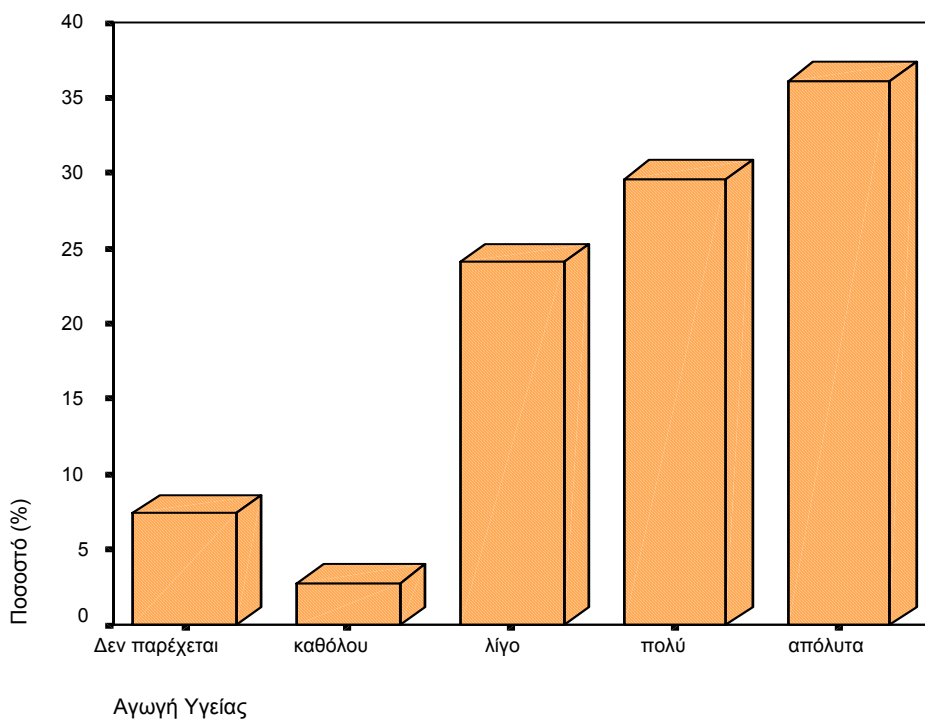


Ως προς την «αγωγή υγείας (συμβουλές διατροφής και ατομικής υγιεινής, φροντίδα για την λήψη φαρμάκων)» από τους νοσηλευτές, το 36,1% δηλώνει «απόλυτα» ικανοποιημένο, το 29,6% «πολύ» ικανοποιημένο, ενώ ένα 24,1% «λίγο». Ένα 7,4% αναφέρει ότι αυτή η υπηρεσία δεν παρέχεται. Τέλος, το 2,8% δηλώνει, ότι ενώ παρέχεται η αγωγή υγείας, δεν είναι «καθόλου» ικανοποιημένο από τα αποτελέσματα.

Πίνακας 25
Αγωγή Υγείας

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν παρέχεται	8	7.4
καθόλου	3	2.8
λίγο	26	24.1
πολύ	32	29.6
απόλυτα	39	36.1
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 26. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την αγωγή υγείας.



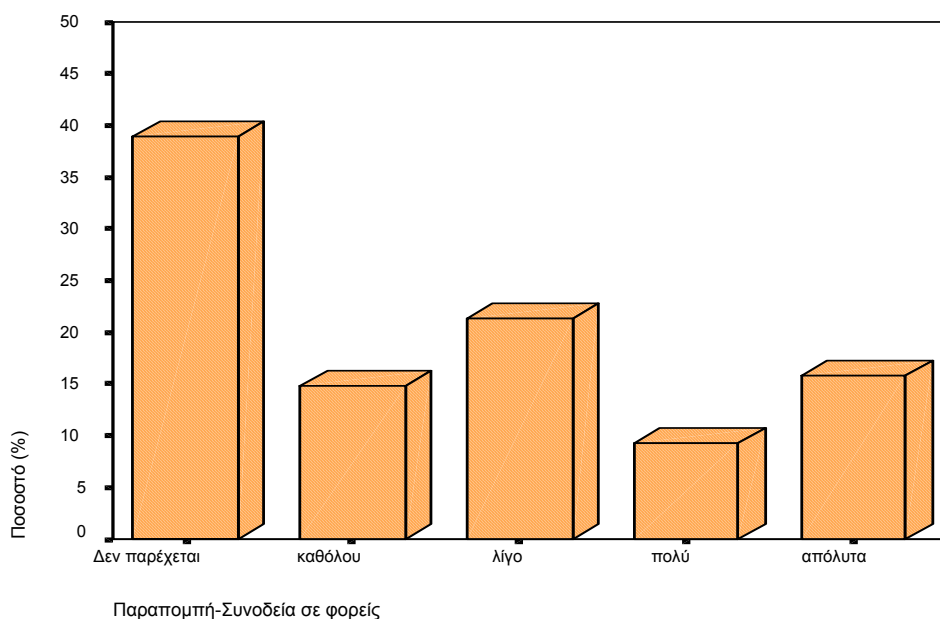
Αναφορικά με την «παραπομπή-συνοδεία σε φορείς (νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία, εργαστήρια)», είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (38,9%) αναφέρει ότι αυτή η υπηρεσία δεν παρέχεται. Ένα 21,3% είναι «λίγο» ικανοποιημένο από αυτήν την υπηρεσία, ενώ το 14,8% δηλώνει ότι ενώ παρέχονται τέτοιου είδους υπηρεσίες δεν είναι «καθόλου» ικανοποιημένοι. Τέλος 17 άτομα (15,7%) δηλώνουν «απόλυτα» ικανοποιημένοι με αυτές τις υπηρεσίες, ενώ ένα 9,3% είναι «πολύ» ικανοποιημένοι.

Πίνακας 26

Παραπομπή-Συνοδεία σε φορείς

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν παρέχεται	42	38.9
καθόλου	16	14.8
λίγο	23	21.3
πολύ	10	9.3
απόλυτα	17	15.7
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 27. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την συνοδεία σε φορείς.

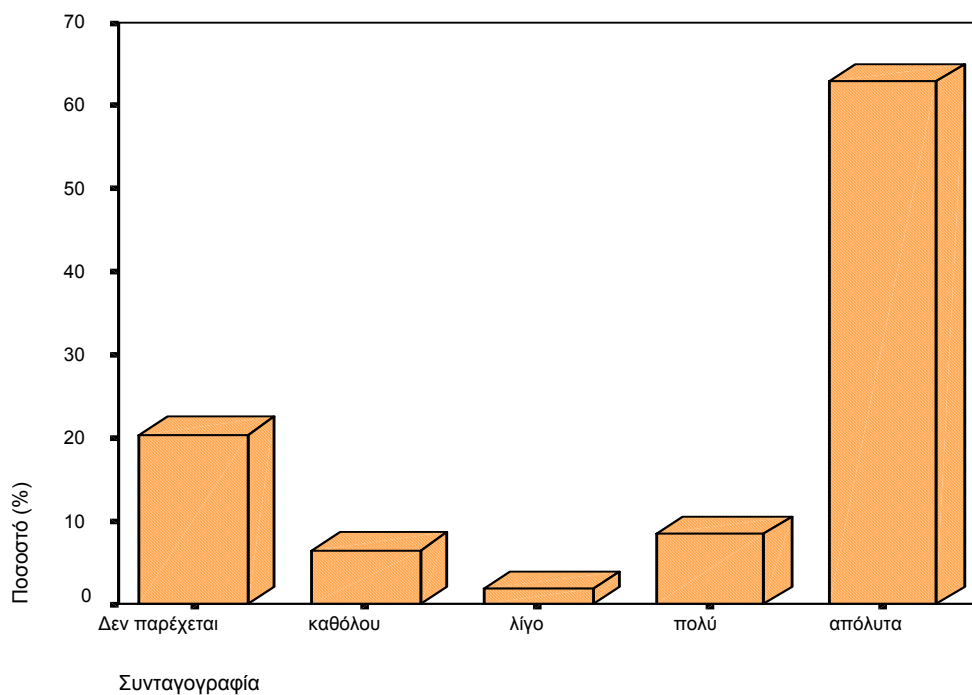


Ως προς την «συνταγογραφία» που παρέχουν οι νοσηλευτές/τριες, το 63,0% δηλώνει «απόλυτα» ικανοποιημένο, ενώ ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό (20,4%) αναφέρει ότι αυτού του είδους η υπηρεσία δεν παρέχεται.

Πίνακας 27
Συνταγογραφία

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν παρέχεται	22	20.4
καθόλου	7	6.5
λίγο	2	1.9
πολύ	9	8.3
απόλυτα	68	63.0
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 28. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την συνταγογραφία.



Από τα 108 άτομα του δείγματος, τα 10 αναφέρουν ότι είναι ικανοποιημένοι και από κάποιες άλλες υπηρεσίες που τους παρέχουν οι νοσηλεύτές/τριες.

Ειδικότερα, το 50,0% αναφέρει σαν επιπλέον υπηρεσία τις εξωτερικές εργασίες στις οποίες συμβάλλει η/ο νοσηλεύτρια/ής, ενώ το 20,0% αναφέρει σαν υπηρεσία την συντροφιά. Τέλος, το 30,0% δηλώνει ικανοποιημένο χωρίς να αναφέρει το είδος της υπηρεσίας που λαμβάνει.

Πίνακας 28

Άλλο (αναφέρατε)

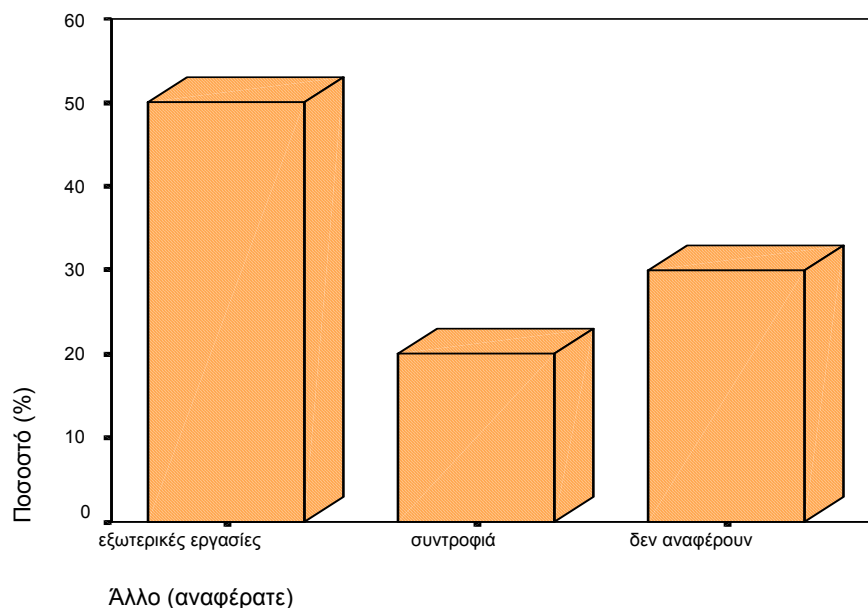
	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
εξωτερικές εργασίες	5	50.0
συντροφιά	2	20.0
δεν αναφέρουν	3	30.0
Σύνολο	10	100.0

Αναφορικά, με τις εξωτερικές εργασίες, από τα 5 άτομα, τα 2 δηλώνουν «λίγο» ικανοποιημένα, τα άλλα 2 «πολύ», ενώ τέλος το άλλο 1 «απόλυτα».

Ως προς την συντροφιά, από τα 2 άτομα, το 1 δηλώνει «πολύ» ικανοποιημένο, ενώ το άλλο 1 «λίγο».

Τέλος από τα 3 άτομα που δηλώνουν κάποια ικανοποίηση χωρίς να αναφέρουν τις υπηρεσίες, 1 δηλώνει «απόλυτα», 1 «λίγο» και το άλλο 1 «καθόλου» ικανοποιημένο.

Διάγραμμα 29. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση άλλες υπηρεσίες παροχής του/της νοσηλεύτη/τριας.



3) Υπηρεσίες Οικογενειακής Βοηθού

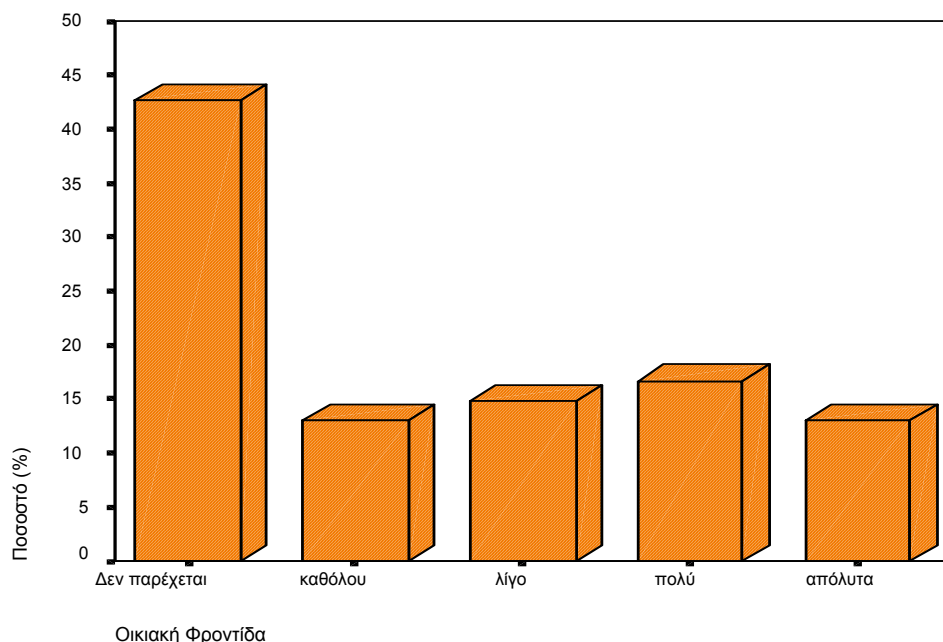
Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός, με βάση τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα, ότι ένα μεγάλο ποσοστό, το 42,6%, αναφέρει ότι δεν παρέχεται από το πρόγραμμα *οικιακή φροντίδα* (σκούπισμα, σφουγγάρισμα, ξεσκόνισμα σπιτιού).

Όταν παρέχεται αυτή η υπηρεσία, το 16,7% δηλώνει «πολύ» ικανοποιημένο ενώ το 14,8% «λίγο». Τέλος, τα ποσοστά αυτών που δηλώνουν «καθόλου» και «απόλυτα» είναι τα ίδια (13,0% και για τα δύο).

Πίνακας 29
Οικιακή Φροντίδα

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν παρέχεται	46	42.6
καθόλου	14	13.0
λίγο	16	14.8
πολύ	18	16.7
απόλυτα	14	13.0
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 30. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την οικιακή φροντίδα

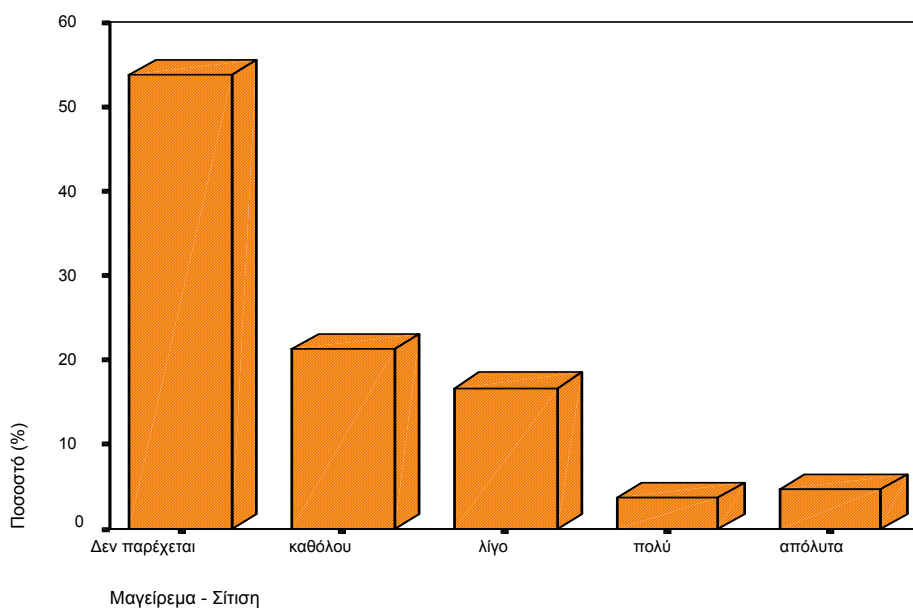


Σχετικά με το «μαγείρεμα και την σίτιση» από την οικογενειακή βοηθό, είναι χαρακτηριστικό, ότι παραπάνω από το μισό, (53,7%), δηλώνει ότι δεν παρέχεται αυτή η υπηρεσία. Το 21,3% αναφέρει ότι ενώ παρέχεται σαν υπηρεσία, δεν είναι «καθόλου» ικανοποιημένοι, ενώ ένα 16,7% δηλώνει μικρή ικανοποίηση. Τέλος τα ποσοστά μεγάλης ικανοποίησης ή απόλυτης είναι σχετικά μικρά (3,7% και 4,6% αντίστοιχα)

Πίνακας 30
Μαγείρεμα - Σίτιση

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν παρέχεται	58	53.7
καθόλου	23	21.3
λίγο	18	16.7
πολύ	4	3.7
απόλυτα	5	4.6
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 31. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση το μαγείρεμα - σίτιση.



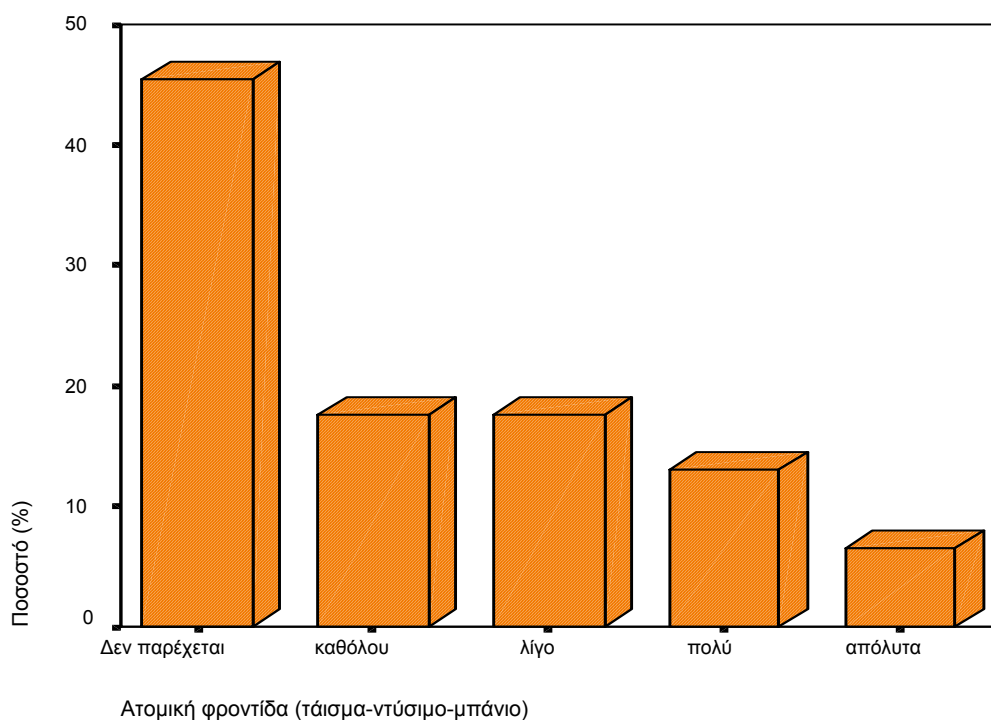
Ομοίως, παρατηρείται ότι ένα μεγάλο ποσοστό (45,4%), δηλώνει ότι η *ατομική φροντίδα* (τάισμα, ντύσιμο, μπάνιο) δεν παρέχεται ως υπηρεσία, και στην περίπτωση που παρέχεται, το επίπεδο ικανοποίησης είναι σχετικά μικρό (καθόλου-λίγο: 35,2% έναντι πολύ-απόλυτα:19,5%).

Πίνακας 31

Ατομική φροντίδα (τάισμα-ντύσιμο-μπάνιο)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν παρέχεται	49	45.4
καθόλου	19	17.6
λίγο	19	17.6
πολύ	14	13.0
απόλυτα	7	6.5
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 32. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την ατομική φροντίδα (τάισμα – ντύσιμο – μπάνιο)



Παραπάνω από το μισό των ερωτηθέντων, 60,2%, δηλώνουν ότι ο περίπατος δεν παρέχεται ως υπηρεσία από την οικογενειακό βοηθό. Ενώ αντίθετα, ένα μόλις 0,9% δηλώνει απόλυτα ικανοποιημένο από την παροχή περιπάτου.

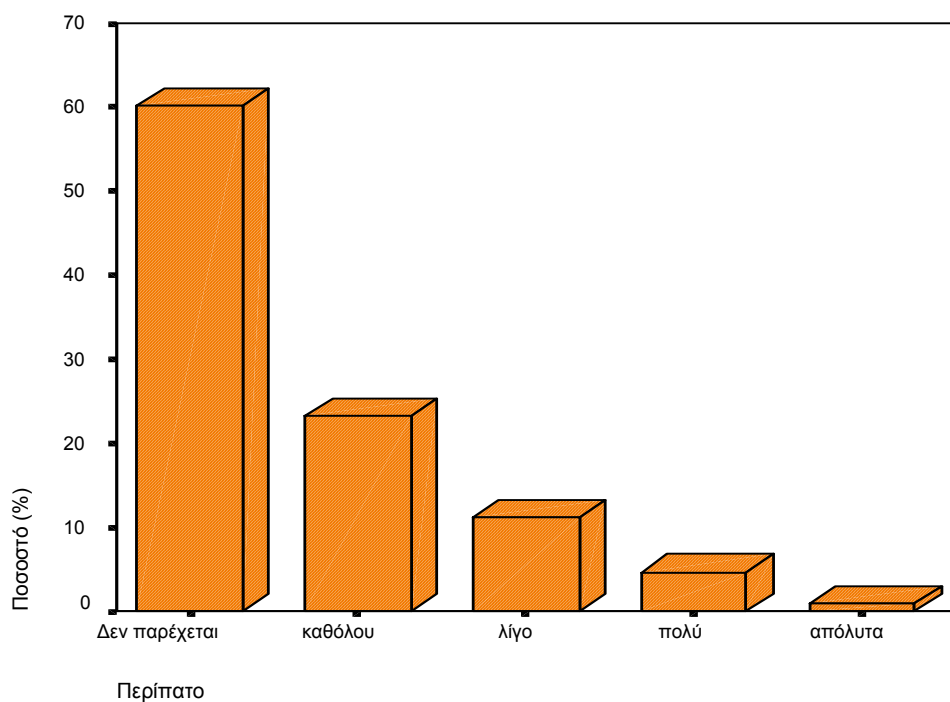
Παρατηρούμε δηλαδή και εδώ, όπως και παραπάνω, ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ως προς αυτήν την υπηρεσία, παρουσιάζεται στους λιγότερο ικανοποιημένους (καθόλου-λίγο: 34,2% έναντι πολύ-απόλυτα: 5,5%).

Πίνακας 32

Περίπατο

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν παρέχεται	65	60.2
καθόλου	25	23.1
λίγο	12	11.1
πολύ	5	4.6
απόλυτα	1	.9
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 33. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση τον περίπατο.

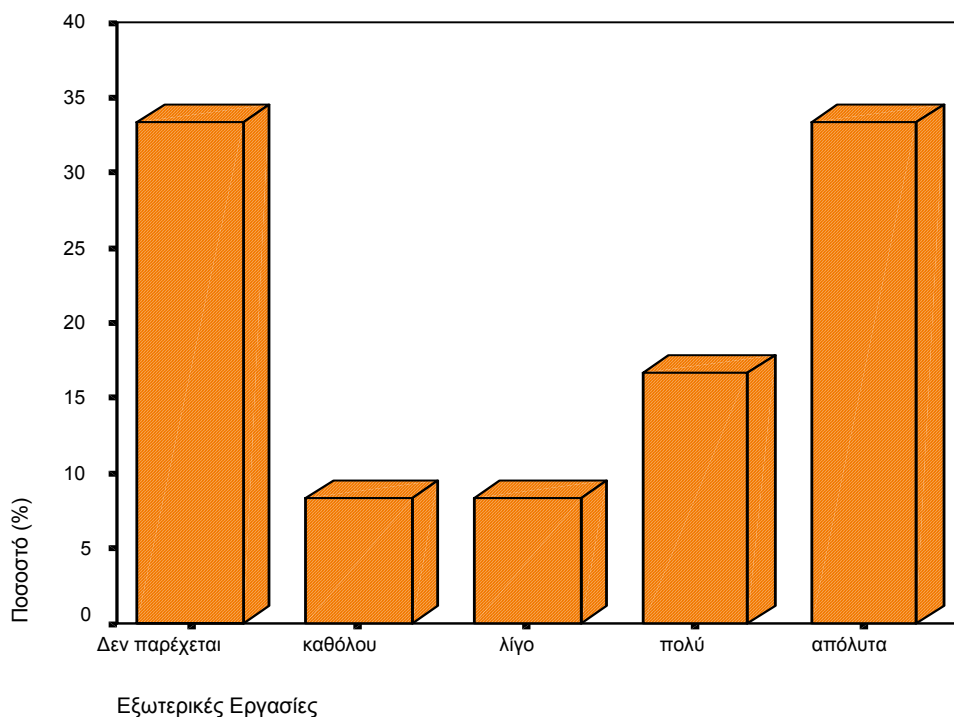


Ως προς τις εξωτερικές εργασίες, παρατηρείτε ότι ένα 33,3% δηλώνει ότι οι εξωτερικές εργασίες, ως υπηρεσία δεν παρέχονται, αλλά και όταν παρέχονται αυτές ένα 33,3% είναι «απόλυτα» ικανοποιημένο από τα αποτελέσματα. Τέλος, το 16,7% του δείγματος δηλώνει «πολύ» ικανοποιημένο ενώ το 16,6% «λίγο» έως «καθόλου».

Πίνακας 33
Εξωτερικές Εργασίες

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν παρέχεται	36	33.3
καθόλου	9	8.3
λίγο	9	8.3
πολύ	18	16.7
απόλυτα	36	33.3
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 34. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση τις εξωτερικές εργασίες.



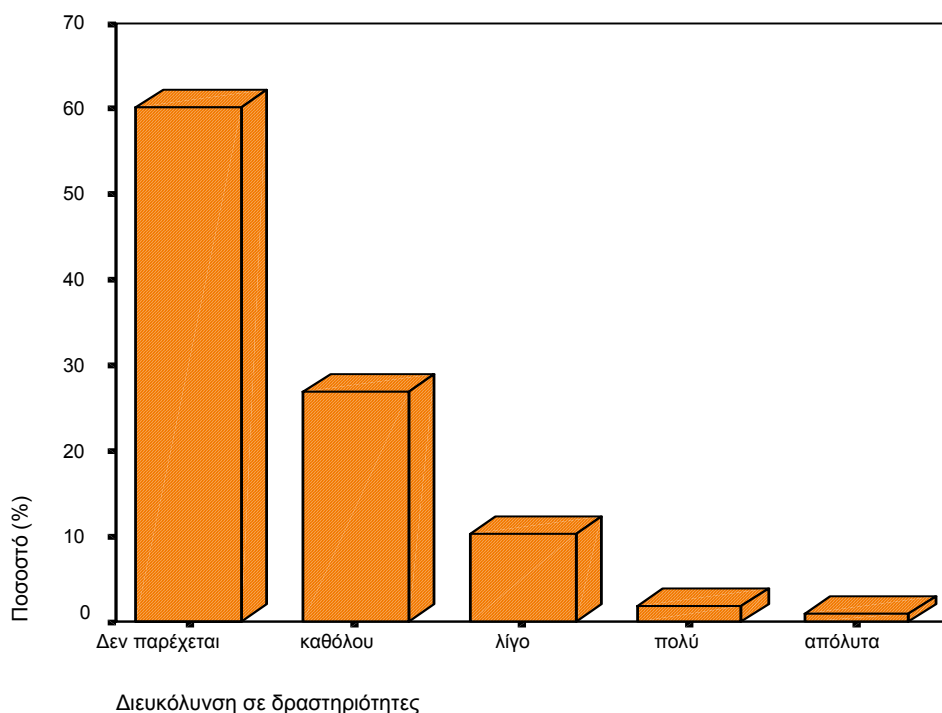
Στο ερώτημα, αν η οικογενειακή βοήθος συμβάλλει, στην διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες, το 60,2% απαντάει ότι κάτι τέτοιο δεν παρέχεται ως υπηρεσία. Ένα 37,1% δηλώνει «λίγο» έως «καθόλου» ικανοποιημένο όταν παρέχεται αυτή η υπηρεσία, ενώ το 2,8% αναφέρει ότι είναι «πολύ» έως «πλήρως» ικανοποιημένο από τα αποτελέσματα της.

Πίνακας 34

Διευκόλυνση σε δραστηριότητες

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δεν παρέχεται	65	60.2
καθόλου	29	26.9
λίγο	11	10.2
πολύ	2	1.9
απόλυτα	1	.9
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 35. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την διευκόλυνση σε δραστηριότητες.



Από τα 108 άτομα του δείγματος, τα 13 αναφέρουν ότι είναι ικανοποιημένοι και από κάποιες άλλες υπηρεσίες που τους παρέχει η οικογενειακή βοηθός.

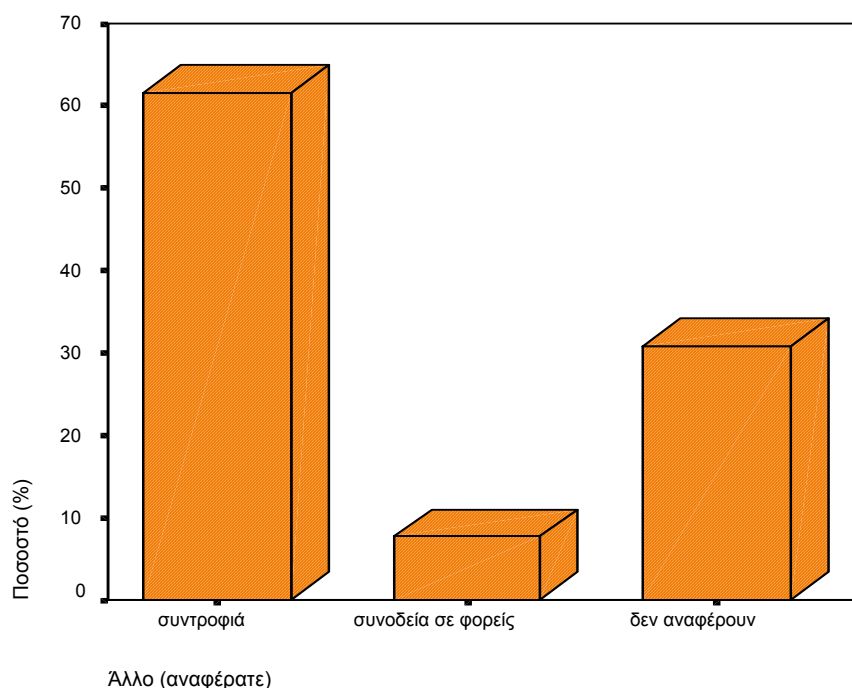
Ειδικότερα, το 61,5% αναφέρει σαν επιπλέον υπηρεσία την συντροφιά που τους παρέχει η οικογενειακή βοηθός, ενώ το 7,7% αναφέρει σαν υπηρεσία την συνοδεία σε φορείς. Τέλος, το 30,8% δηλώνει ικανοποιημένο χωρίς να αναφέρει το είδος της υπηρεσίας που λαμβάνει.

Πίνακας 35

Άλλο (αναφέρατε)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
συντροφιά	8	61.5
συνοδεία σε φορείς	1	7.7
δεν αναφέρουν	4	30.8
Σύνολο	13	100.0

Διάγραμμα 36. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση άλλες υπηρεσίες παροχής της οικογενειακής βοηθού.



Αναφορικά, με την συντροφιά, από τα 8 άτομα, τα 3 δηλώνουν «καθόλου» ικανοποιημένα, τα άλλα 3 «πολύ», ενώ τέλος τα άλλα 2 «απόλυτα».

Ως προς την συνοδεία σε φορείς, το 1 άτομο δηλώνει «απόλυτα» ικανοποιημένο.

Τέλος από τα 4 άτομα που δηλώνουν κάποια ικανοποίηση χωρίς να αναφέρουν τις υπηρεσίες, 1 δηλώνει «λίγο», και τα άλλα 3 «καθόλου».

Από τα 108 άτομα του δείγματος, τα 13 αναφέρουν ότι είναι ικανοποιημένοι και από κάποιες άλλες υπηρεσίες που τους παρέχει προσωπικό άλλων ειδικοτήτων.

Ειδικότερα, το 53,8% αναφέρει σαν υπηρεσία άλλης ειδικότητας τον φυσικοθεραπευτή, ένα 15,4% τον γιατρό, ενώ ένα 7,7% και τους δύο. Τέλος, το 23,1% δηλώνει ικανοποιημένο χωρίς να αναφέρει το είδος της ειδικότητας από την οποία λαμβάνει υπηρεσίες.

Πίνακας 36

Υπηρεσίες άλλων ειδικοτήτων

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
φυσικοθεραπευτής	7	53.8
γιατρός	2	15.4
και τα δύο	1	7.7
δεν αναφέρουν	3	23.1
Σύνολο	13	100.0

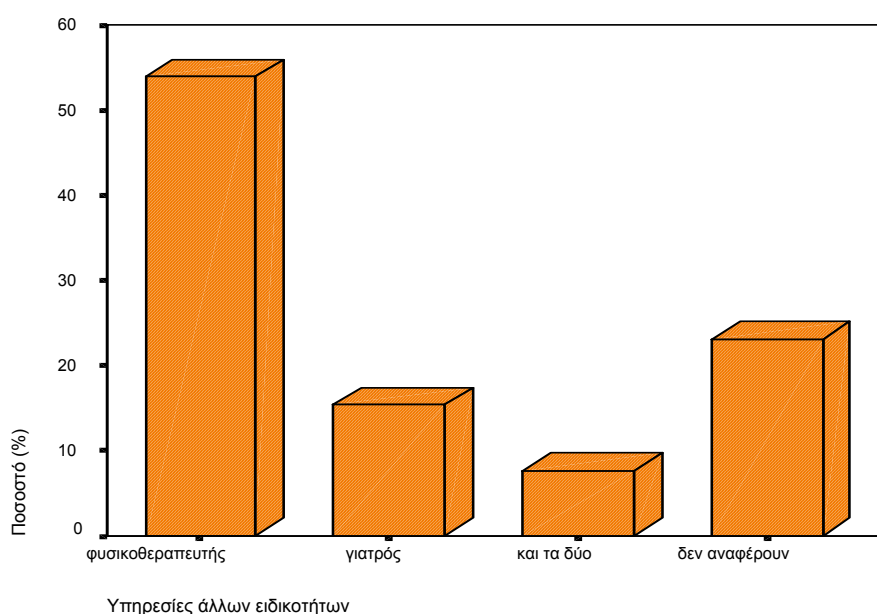
Αναφορικά, με τις υπηρεσίες του φυσικοθεραπευτή, από τα 7 άτομα, τα 2 δηλώνουν «απόλυτα» ικανοποιημένα, τα άλλα 3 «πολύ», 1 άτομο «λίγο», ενώ τέλος το άλλο 1 «καθόλου».

Ως προς τις υπηρεσίες του γιατρού, και τα 2 άτομα δηλώνουν «απόλυτα» ικανοποιημένα.

Επίσης ως προς τις υπηρεσίες του φυσικοθεραπευτή και του γιατρού μαζί, το 1 άτομο δηλώνει «απόλυτα» ικανοποιημένο.

Τέλος από τα 3 άτομα που δηλώνουν κάποια ικανοποίηση χωρίς να αναφέρουν τις ειδικότητες των ατόμων των οποίων λαμβάνουν υπηρεσίες, 1 δηλώνει «απόλυτα» ικανοποιημένο, ενώ τα άλλα 2 «καθόλου».

Διάγραμμα 37. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση τις υπηρεσίες άλλων ειδικοτήτων που λαμβάνουν.



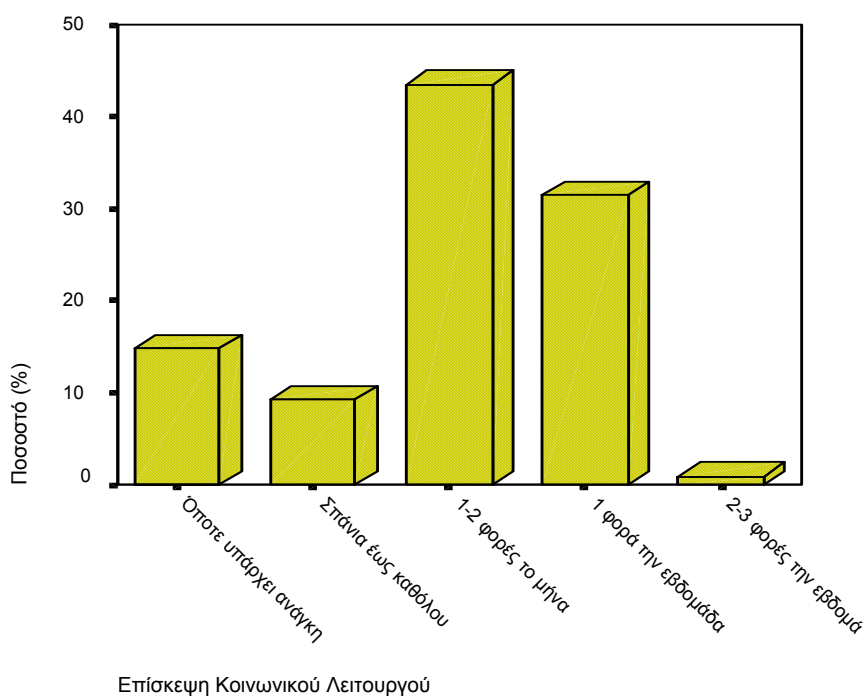
Όταν τα άτομα του δείγματος ρωτήθηκαν για το κάθε πότε τους επισκέπτεται η /ο κοινωνικός λειτουργός, το 43,5% των ερωτηθέντων απάντησαν «1-2 φορές τον μήνα», ενώ το 31,5% «1 φορά την εβδομάδα». 16 άτομα (14,8%) δήλωσαν ότι ο/η κοινωνικός λειτουργός τους επισκέπτεται «όποτε υπάρχει ανάγκη» και ένα 9,3% «σπάνια έως καθόλου». Τέλος ένα μόνο άτομο (0,9%) ανέφερε ότι δέχεται επίσκεψη από τον/την κοινωνικό λειτουργό «2-3 φορές την εβδομάδα», ποσοστό συγκριτικά μικρότερο με τα παραπάνω.

Πίνακας 37

Κάθε πότε σας επισκέπτεται ο/η Κοινωνική/ός Λειτουργός

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όποτε υπάρχει ανάγκη	16	14.8
Σπάνια έως καθόλου	10	9.3
1-2 φορές το μήνα	47	43.5
1 φορά την εβδομάδα	34	31.5
2-3 φορές την εβδομάδα	1	.9
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 38. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την συχνότητα επισκέψεων της/του Κοινωνικού Λειτουργού.



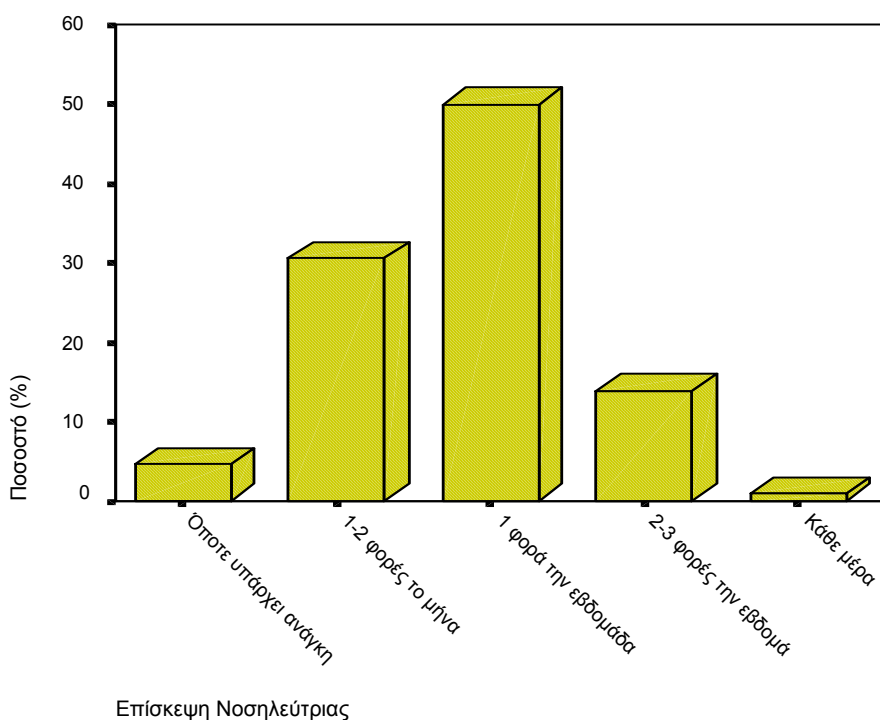
Στην ερώτηση «κάθε πότε σας επισκέπτεται η νοσηλεύτρια», το 50,0% των ερωτηθέντων απάντησαν «1 φορά την εβδομάδα», ενώ το 30,6% «1-2 φορές τον μήνα». Ένα ποσοστό της τάξης του 13,9%, δήλωσαν ότι η νοσηλεύτρια τους επισκέπτεται «2-3 φορές την εβδομάδα, ενώ παράλληλα το 4,6% ανέφερε ότι δέχονται επίσκεψη «όποτε υπάρχει ανάγκη». Τέλος ένα μόνο άτομο (0,9%) ανέφερε ότι η νοσηλεύτρια το επισκέπτεται καθημερινά.

Πίνακας 38

Κάθε πότε σας επισκέπτεται ο/η Νοσηλευτής/τρια

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όποτε υπάρχει ανάγκη	5	4.6
1-2 φορές το μήνα	33	30.6
1 φορά την εβδομάδα	54	50.0
2-3 φορές την εβδομάδα	15	13.9
Κάθε μέρα	1	.9
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 39. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την συχνότητα επισκέψεων της Νοσηλεύτριας



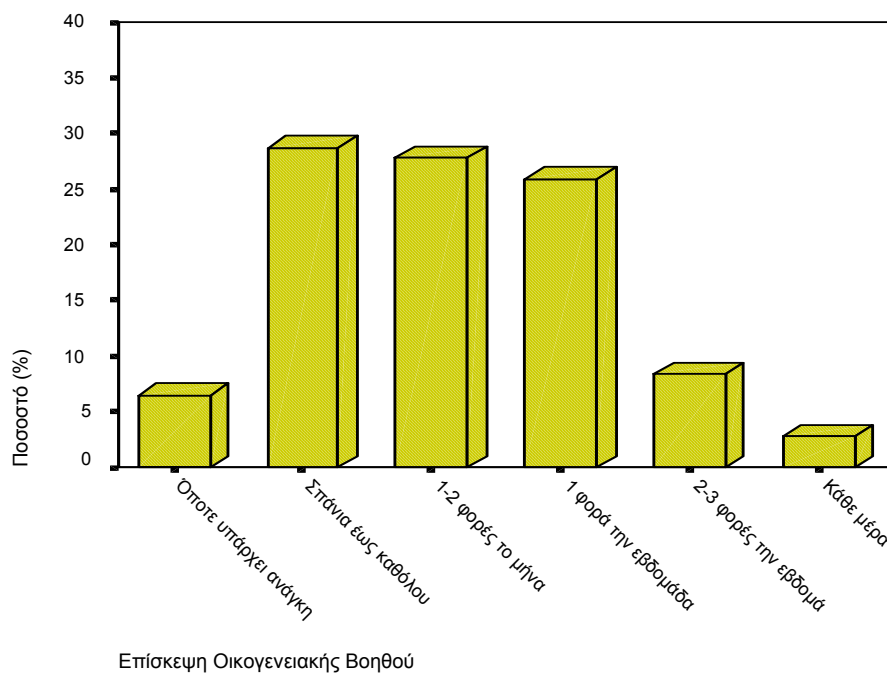
Τέλος, στην ερώτηση «κάθε πότε σας επισκέπτεται η οικογενειακή βοηθός», το 28,7% δηλώνει «σπάνια έως καθόλου», το 27,8% «1-2 φορές τον μήνα» και ένα 25,9% «1 φορά την εβδομάδα», ενώ το ποσοστό των ατόμων του δείγματος που δέχονται επίσκεψη από την οικογενειακή βοηθό «2-3 φορές την εβδομάδα» ανέρχεται στο 8,3%. Ένα 6,5% δηλώνει ότι η οικογενειακή βοηθός τους επισκέπτεται «όποτε υπάρχει ανάγκη», ενώ τέλος 3 άτομα (2,8%) λαμβάνει φροντίδα από την οικογενειακή βοηθό σε καθημερινή βάση.

Πίνακας 39

Κάθε πότε σας επισκέπτεται η Οικογενειακή Βοηθός

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όποτε υπάρχει ανάγκη	7	6.5
Σπάνια έως καθόλου	31	28.7
1-2 φορές το μήνα	30	27.8
1 φορά την εβδομάδα	28	25.9
2-3 φορές την εβδομάδα	9	8.3
Κάθε μέρα	3	2.8
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 40. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την συχνότητα επισκέψεων της Οικογενειακής βοηθού.



ΣΤ. Επίπεδο Ικανοποίησης από Υπηρεσίες Προγράμματος

Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός, ότι στην ερώτηση για τον αν είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του προγράμματος, το 80,5% των ερωτηθέντων δήλωσαν «πλήρως ή πολύ» ικανοποιημένοι, ενώ ένα μόνο 2,8% «καθόλου». Τέλος το 16,7% δηλώνει «λίγο» ικανοποιημένο.

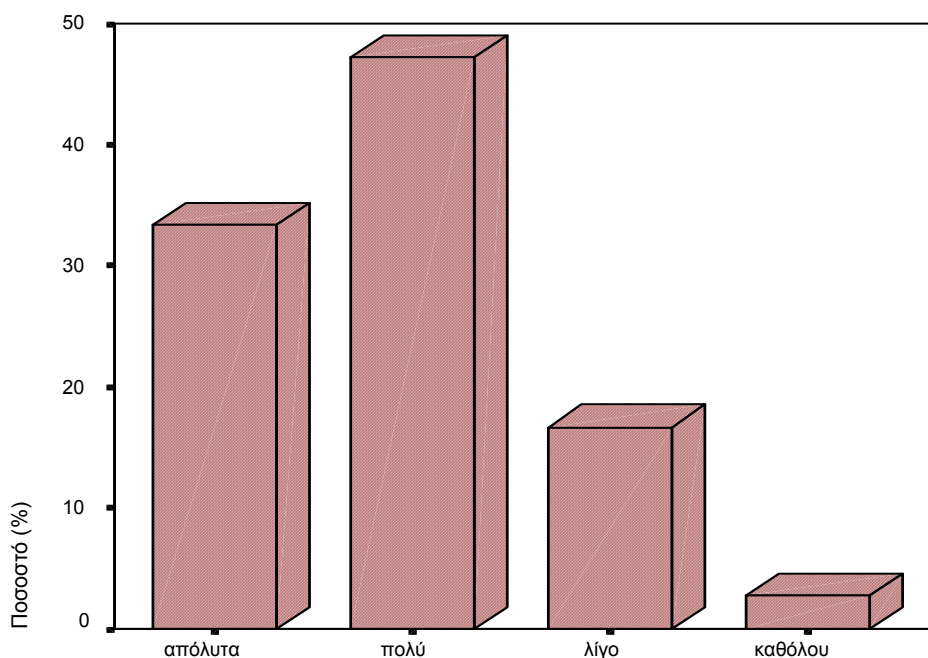
Παρατηρούμε δηλαδή ότι περισσότεροι από τα $\frac{3}{4}$ των ατόμων του δείγματος, βλέπουν και αναγνωρίζουν θετικά τις υπηρεσίες του προγράμματος που τους παρέχονται..

Πίνακας 40

Ικανοποίηση από υπηρεσίες προγράμματος

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
απόλυτα	36	33.3
πολύ	51	47.2
λίγο	18	16.7
καθόλου	3	2.8
Σύνολο	108	100.0

Διάγραμμα 41. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση το επίπεδο ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του προγράμματος.



Είστε ικανοποιημένοι από υπηρεσίες προγράμματος;

Ζ. Επιπλέον Υπηρεσίες από το Πρόγραμμα.

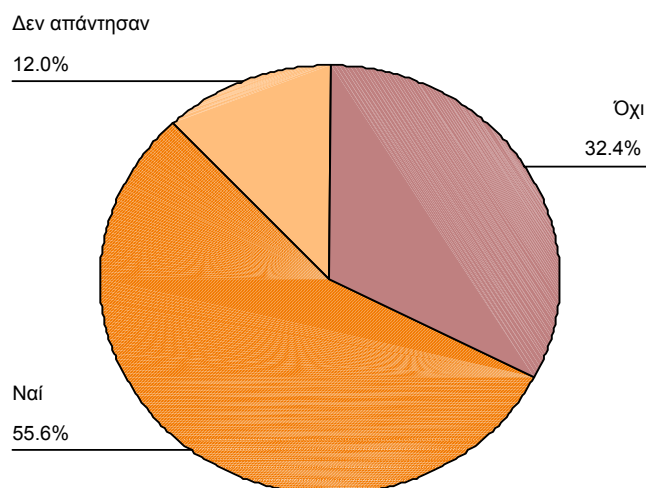
Ως προς τις επιπλέον παροχές που θα επιθυμούσαν τα άτομα του δείγματος από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», χαρακτηριστικό είναι το ποσοστό εκείνων που θα επιθυμούσαν περισσότερη **συντροφιά** (55,6%) έναντι του 32,4% που δεν την θεωρούν απαραίτητη.

Πίνακας 41

Συντροφιά

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όχι	35	32.4
Ναί	60	55.6
Δεν απάντησαν	13	12.0
Σύνολο	108	100.0

Συντροφιά



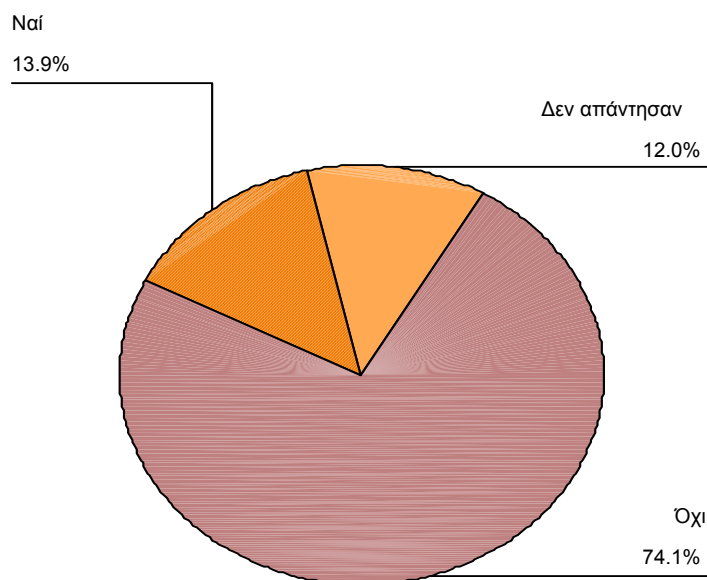
Το 74,1% του δείγματος, σχεδόν τα $\frac{3}{4}$, θεωρεί ότι παρέχονται ήδη αρκετές υπηρεσίες ατομικής υγιεινής, ενώ ένα 13,9% θα επιθυμούσε περισσότερες από αυτές που του παρέχονται ήδη.

Πίνακας 42

Φροντίδα Ατομικής Υγιεινής

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όχι	80	74.1
Ναί	15	13.9
Δεν απάντησαν	13	12.0
Σύνολο	108	100.0

Φροντίδα Ατομικής Υγιεινής



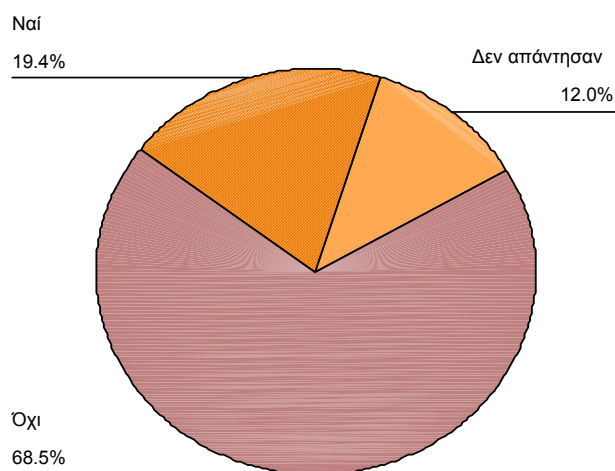
Όμοια με την φροντίδα της ατομικής υγιεινής, παρατηρείτε ότι τα άτομα του δείγματος θεωρούν ότι οι υπηρεσίες οικιακής υγιεινής που παρέχονται είναι ήδη αρκετές και δεν θα επιθυμούσαν περισσότερες (68,5% έναντι 19,4%).

Πίνακας 43

Φροντίδα Οικιακής Υγιεινής

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όχι	74	68.5
Ναί	21	19.4
Δεν απάντησαν	13	12.0
Σύνολο	108	100.0

Φροντίδα Οικιακής Υγιεινής



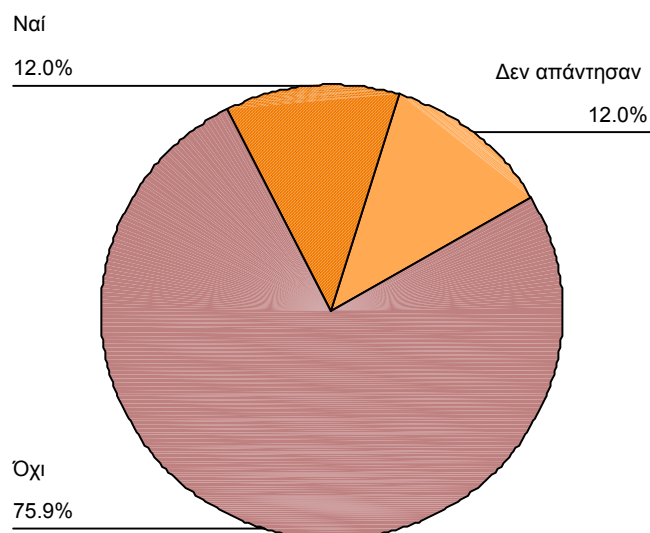
Σχετικά με την διοργάνωση ψυχαγωγικών εκδηλώσεων, το 12,0% θεωρεί ότι θα μπορούσε να παρασχεθεί σαν επιπλέον υπηρεσία από το πρόγραμμα, έναντι του 75,9% που δεν το θεωρεί και τόσο απαραίτητο να λάβει μια τέτοιας μορφής υπηρεσία.

Πίνακας 44

Διοργάνωση ψυχαγωγικών εκδηλώσεων

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όχι	82	75.9
Ναί	13	12.0
Δεν απάντησαν	13	12.0
Σύνολο	108	100.0

Διοργάνωση ψυχαγωγικών εκδηλώσεων



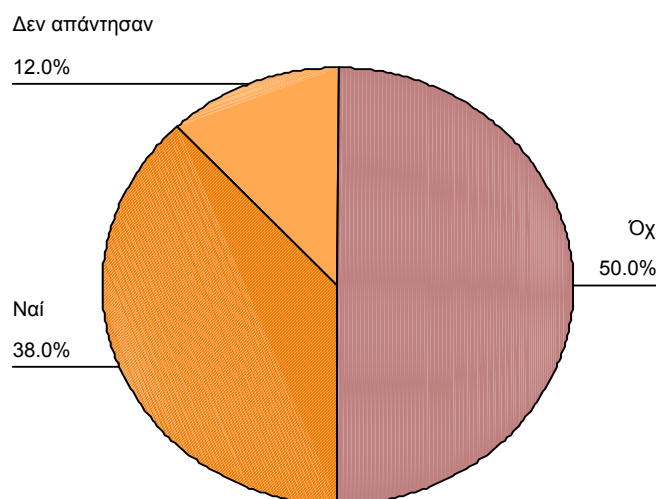
Χαρακτηριστικό είναι επίσης ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (38,0%) δηλώνουν ότι θα επιθυμούσαν συχνότερες επισκέψεις από το προσωπικό του προγράμματος.

Πίνακας 45

Πιο συχνές επισκέψεις του προσωπικού

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όχι	54	50.0
Ναί	41	38.0
Δεν απάντησαν	13	12.0
Σύνολο	108	100.0

Πιο συχνές επισκέψεις του προσωπικού



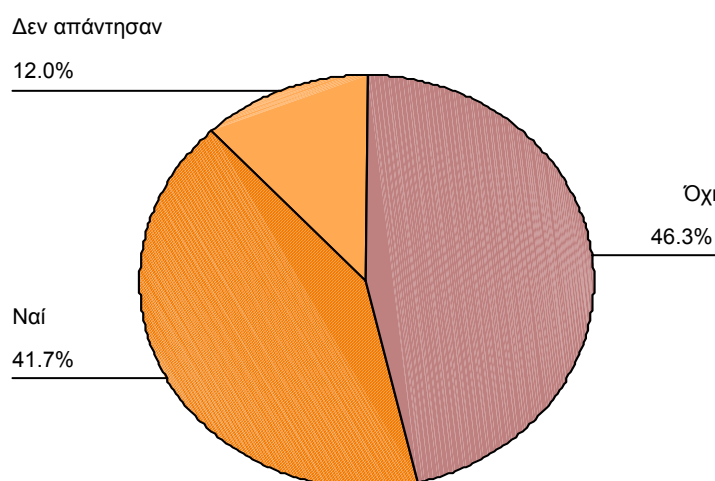
Σαν απαραίτητη επίσης παροχή, φαίνεται να θεωρείτε και η «φιλοξενία» περισσότερων ειδικοτήτων στο πρόγραμμα, όπως γιατροί, φυσιοθεραπευτές κλπ. εκτός από τις ήδη υπάρχουσες (41,7% έναντι 46,3%. Ποσοστά στα ίδια επίπεδα σχεδόν).

Πίνακας 46

Περισσότερες ειδικότητες επαγγελματιών (ιατρός φυσιοθεραπευτής κλπ)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Όχι	50	46.3
Ναί	45	41.7
Δεν απάντησαν	13	12.0
Σύνολο	108	100.0

**Περισσότερες ειδικότητες επαγγελματιών
(ιατρός φυσιοθεραπευτής κλπ)**



Η. Επιπλέον πληροφορίες σχετικά με το βιοτικό και οικονομικό επίπεδο των ατόμων του δείγματος.

Από το σύνολο των 108 ατόμων του δείγματος, ένα ποσοστό του 15,7% (17 άτομα) ανέφεραν και κάποιες άλλες υπηρεσίες, πέρα των παραπάνω, που θα ήθελαν να λαμβάνουν από το πρόγραμμα.

Ειδικότερα, 9 από τα 17 άτομα, δηλαδή ένα ποσοστό της τάξης του 52,9% δηλώνει ότι θα επιθυμούσε την επέκταση του προγράμματος τα απογεύματα και τα Σαββατοκύριακα. 3 άτομα (17,6%) θα επιθυμούσαν να λαμβάνουν χρηματική στήριξη ανάλογη με τις ανάγκες τους από το πρόγραμμα, και ένα 11,8% δηλώνει ότι θα επιθυμούσε, το προσωπικό που απασχολείται στο πρόγραμμα, να τους συνοδεύει σε φορείς ή να τους παρέχει συχνότερους περιπάτους.

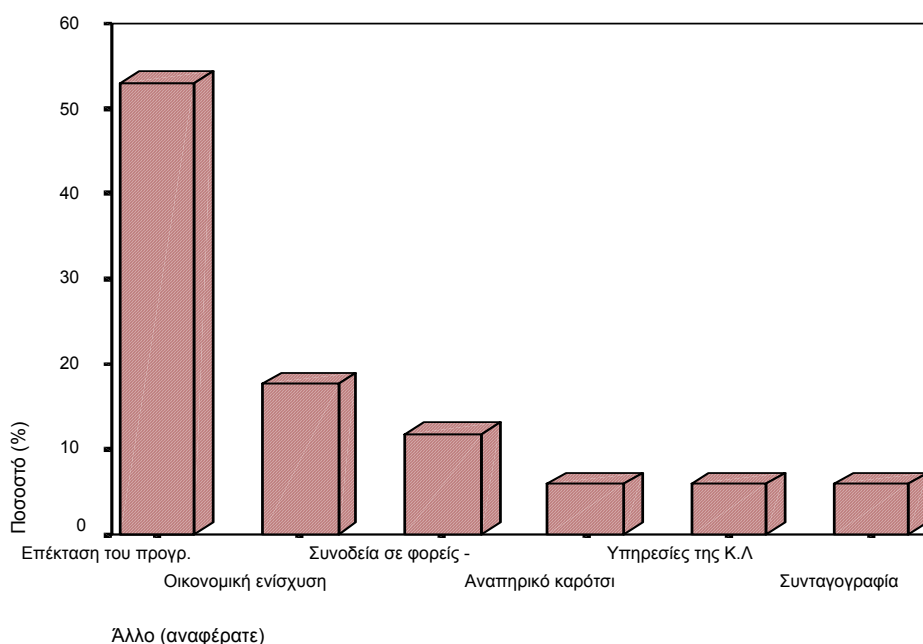
Τέλος, 3 άτομα επιθυμούν διαφορετικές υπηρεσίες το καθένα από το πρόγραμμα, πιθανόν διαμορφωμένες σύμφωνα με τις προσωπικές τους ανάγκες. Ένα άτομο φαίνεται να επιθυμεί αναπηρικό καρότσι, άλλο ένα τις υπηρεσίες της Κοινωνικής Λειτουργού, και τέλος ένα τρίτο περισσότερη συνταγογραφία.

Πίνακας 47

Άλλο (αναφέρατε)

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Επέκταση του προγράμματος Σαββατοκύριακα- απογεύματα	9	52.9
Οικονομική ενίσχυση από το πρόγραμμα	3	17.6
Συνοδεία σε φορείς - περίπατο	2	11.8
Αναπηρικό καρότσι	1	5.9
Υπηρεσίες της Κοινωνικής Λειτουργού	1	5.9
Συνταγογραφία	1	5.9
Σύνολο	17	100.0

Διάγραμμα 42. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση τις άλλες υπηρεσίες που επιθυμούν από το πρόγραμμα.



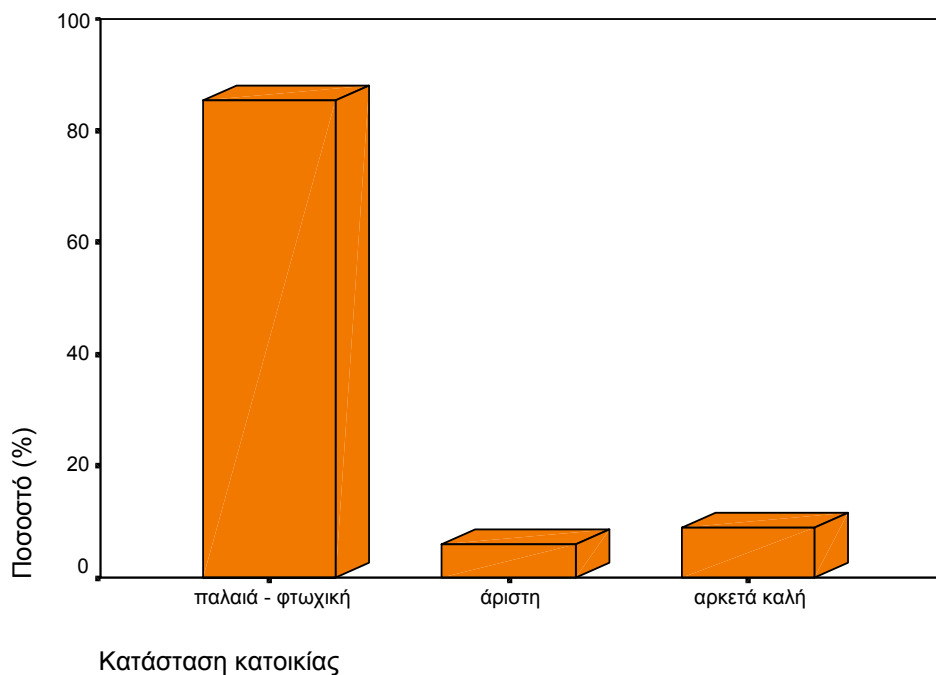
Από τα 108 άτομα, για τα 34 έχουμε πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση του χώρου μέσα στον οποίο ζουν. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι το 85,3% των ατόμων, που συμμετέχουν στο πρόγραμμα, διαμένουν σε φτωχικές ή παλαιές κατοικίες, ενώ 2 μόνο άτομα (5,9%) φαίνεται να ζουν σε άριστο περιβάλλον. Τέλος το 8,8% του δείγματος παρουσιάζεται με μια αρκετά καλή κατάσταση χώρου διαβίωσης.

Πίνακας 48

Κατάσταση κατοικίας

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
παλαιά - φτωχική	29	85.3
άριστη	2	5.9
αρκετά καλή	3	8.8
Σύνολο	34	100.0

Διάγραμμα 43. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση την κατάσταση κατοικία τους, όπου διαμένουν.



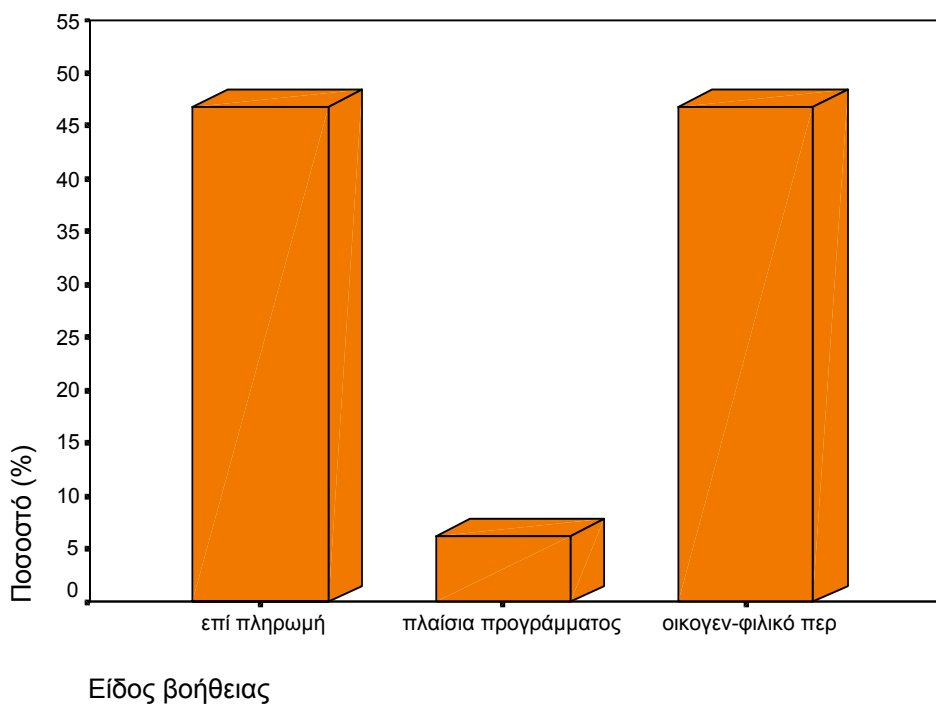
Με βάση τον προηγούμενο πίνακα, είναι χαρακτηριστικό το γεγονός, ότι πέρα των υπηρεσιών του προγράμματος, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (93,8% έναντι 6,3%) φαίνεται να χρησιμοποιεί και την βοήθεια άλλων παραγόντων.

Πιο συγκεκριμένα, το 46,9%, πληρώνει κάποιο άτομο για να τους φροντίζει, ενώ αντίστοιχα, ένα 46,9% κάνει χρήση της βοήθειας που του παρέχεται από το οικογενειακό ή φιλικό περιβάλλον του.

Πίνακας 49
Είδος βοήθειας

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
επιπλέον βοήθεια επί πληρωμή	15	46.9
βοήθεια στα πλαίσια του προγράμματος	2	6.3
επιπλέον βοήθεια από οικογενειακό - φιλικό περιβάλ	15	46.9
Σύνολο	32	100.0

Διάγραμμα 44. Γραφική απεικόνιση του δείγματος με βάση το είδος βοήθειας που λαμβάνουν.



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι περιγραφικής στατιστικής όπως:
 - i. Εύρεση μέσου όρου, διακύμανσης ελάχιστης τιμής και μέγιστης για κάθε συνεχή μεταβλητή.
 - ii. Εύρεση συχνοτήτων και ποσοστών για κάθε κατηγορική μεταβλητή στο δείγμα.
 - iii. Γραφικές συναρτήσεις, ραβδογράμματα και κυκλικά διαγράμματα, για την γραφική απεικόνιση των αποτελεσμάτων.

2. Για να εξετάσουμε τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ φύλου και διαφόρων άλλων κατηγορικών μεταβλητών (π.χ έτη σπουδών, ηλικία κλπ) χρησιμοποιήσαμε χ^2 -test.

3. Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση και εξαγωγή των αποτελεσμάτων είναι το **SPSS 10.0**.

(Σημείωση:

- a. $p\text{-value} \leq 0,05$, θεωρείται **στατιστικά σημαντικό**
- b. $p\text{-value} > 0,05$, θεωρείται **μη στατιστικά σημαντικό**).

2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έπειτα από την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, με ερωτηματολόγια, καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα.

Καταρχήν, η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων του Προγράμματος, αποτελείται από γυναίκες, οι οποίες είναι κυρίως από 70 ετών και πάνω. Γενικότερα όμως και οι άντρες και οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα και εξυπηρετούνται από το Πρόγραμμα, είναι άτομα προχωρημένης ηλικίας (>70), γεγονός που αιτιολογεί την ανάγκη τους για φροντίδα και ειδικότερα την ένταξη τους στο Πρόγραμμα. Μεγάλος αριθμός των εξυπηρετούμενων του Προγράμματος ζουν μόνοι τους, οι πιο πολλοί επειδή είναι χήροι/ες, και άλλοι επειδή είναι ανύπαντροι/ες και δεν έχουν παιδιά. Ακόμη όμως και η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, οι οποίοι έχουν παιδιά και μάλιστα παραπάνω από τρία, συχνά μένουν μόνοι τους για διάφορους λόγους (όπως παντρεμένα παιδιά), άλλες φορές σε κοντινή απόσταση από τα παιδιά τους και άλλες φορές σε πιο μακρινή ή ακόμα και σε άλλη πόλη ή χώρα. Παράλληλα, από την έρευνα προκύπτει ότι οι γυναίκες που εντάσσονται στο Πρόγραμμα, είναι πιο μοναχικές σε σχέση με τους άντρες, πράγμα που αιτιολογεί και την αυξημένη προσέλευση τους σε αυτό (75,0% έναντι του 25,0% των ανδρών).

Από τους ηλικιωμένους που εντάσσονται στο πρόγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό για να φροντίσει τον εαυτό του, χρειάζεται συχνά την βοήθεια κάποιου άλλου, ενώ πολλοί είναι εκείνοι που χρειάζονται πάντοτε την βοήθεια κάποιου τρίτου για να μπορέσουν να εξυπηρετηθούν. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που εμποδίζουν τους ηλικιωμένους να αυτοεξυπηρετούνται, όπως προκύπτει από την έρευνα, είναι τα προβλήματα υγείας ή η προχωρημένη ηλικία. Από εκείνους που αναφέρουν ότι δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν λόγω προβλημάτων υγείας, οι περισσότεροι υποφέρουν από διάφορες παθολογικές ασθένειες (όπως πίεση, ζάχαρο, καρδιά, αρθροπάθειες, σακχαρώδης διαβήτης, κα.), ενώ αρκετοί παρουσιάζουν διάφορα κινητικά προβλήματα ή αναπηρίες. Αυτό που παρατηρήθηκε επίσης, είναι ότι στην πλειονότητα έχουν περισσότερα από ένα προβλήματα υγείας, γεγονός που επιβαρύνει και δυσκολεύει περισσότερο τους ηλικιωμένους να αυτοεξυπηρετηθούν. Ας σημειωθεί όμως, ότι υπάρχει και ένα ποσοστό ηλικιωμένων που δηλώνει ότι μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί πλήρως, χωρίς την βοήθεια άλλου ατόμου.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι του Προγράμματος είναι ασφαλισμένοι σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο και κυρίως στο ΙΚΑ ή στον ΟΓΑ. Η σύνταξη που παίρνουν από αυτά τα ταμεία, αποτελεί για πολλούς το μοναδικό εισόδημα τους. Ταυτόχρονα αρκετοί από αυτούς, παίρνουν και κάποιο επιπλέον επίδομα από την Πρόνοια ή άλλους φορείς, για διάφορους λόγους (όπως επίδομα αναπηρίας ή πολυτέκνων). Παρά ταύτα, το συνολικό εισόδημα πολλών ηλικιωμένων, δεν επαρκεί για τους προσφέρει ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης. Και αυτό φαίνεται και από το γεγονός, ότι αρκετοί ηλικιωμένοι, όπως προκύπτει από τα στοιχεία της έρευνας, ζουν σε παλαιές φτωχικές κατοικίες, που πολλές φορές δεν διαθέτουν ούτε τα στοιχειώδη.

Συμπερασματικά, από τα παραπάνω παρατηρούμε ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων οι ηλικιωμένοι – εξυπηρετούμενοι του Προγράμματος, πληρούν τις προϋποθέσεις ένταξης σ' αυτό. Πλην όμως, ας σημειωθεί ότι συναντήσαμε και μια – δυο περιπτώσεις εξαιρέσεων, όπου αν και κανένα από τα κριτήρια ένταξης στο Πρόγραμμα δεν πληρούνταν, τα άτομα δέχονταν τις υπηρεσίες του Προγράμματος.

Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της έρευνας, λαμβάνουν τις υπηρεσίες του Προγράμματος πάνω από 2 χρόνια, ενώ η παραπομπή στο Πρόγραμμα για τους περισσότερους έγινε από το Κ.Α.Π.Η. ή από το γειτονικό ή φιλικό τους περιβάλλον.

Όσον αφορά τις υπηρεσίες του προγράμματος, άλλες καλύπτουν τους ηλικιωμένους απόλυτα ή σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό και άλλες καθόλου ή σε μη ικανοποιητικό βαθμό. Πιο συγκεκριμένα, από τις υπηρεσίες του Κοινωνικού Λειτουργού, η ψυχολογική – συναισθηματική στήριξη, καλύπτει σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, κατά ένα μεγάλο ποσοστό (32,4% και 31,5% αντίστοιχα) σε απόλυτο ή σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό τις ανάγκες των ηλικιωμένων. Υπάρχει όμως και ένα μικρό ποσοστό (5,6%), που δηλώνει ότι αυτή η υπηρεσία δεν παρέχεται καθόλου ή παρέχεται σε μη ικανοποιητικό βαθμό (6,5%). Η ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα – για θέματα υγείας – για τη διαδικασία της συνταξιοδότησης, καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων (26,9% και 35,2% αντίστοιχα) σε απόλυτο ή πολύ ικανοποιητικό βαθμό, ενώ υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό που αναφέρει ότι η υπηρεσία αυτή δεν παρέχεται καθόλου (13,9%), ή παρέχεται σε μη ικανοποιητικό βαθμό (11,1%). Η συνεργασία με την οικογένεια όπου αυτή υπάρχει, είναι μια υπηρεσία που το 38% των ηλικιωμένων δηλώνουν ότι δεν παρέχεται, ενώ ένα 21,3% δηλώνει ότι παρέχεται αλλά σε λίγο ικανοποιητικό βαθμό.

Τέλος, υπάρχει ένα μικρό ποσοστό ηλικιωμένων που αναφέρουν ότι η συνταγογραφία αλλά και οι εξωτερικές εργασίες, είναι επίσης δυο υπηρεσίες που δέχονται από τον Κοινωνικό Λειτουργό, παρά το γεγονός ότι είναι αρμοδιότητες της Νοσηλεύτριας και της Οικογενειακής Βοηθού, αντίστοιχα. Αυτό επιβεβαιώνει και τα όσα ανέφερε το προσωπικό του προγράμματος στις συνεντεύξεις του, σε προηγούμενο κεφάλαιο, ότι δηλαδή, πολλές φορές συνεργάζονται και αλληλοεξυπηρετούνται μεταξύ τους, για την καλύτερη κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων, χωρίς αυτό να σημαίνει όμως, ότι ο ένας αντικαθιστά σε μόνιμη βάση τον άλλο.

Από τις υπηρεσίες της Νοσηλεύτριας, τα $\frac{3}{4}$ του δείγματος, 75,0% δηλώνουν απόλυτα ικανοποιημένοι από την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών (μετρήσεις ζαχάρου, χοληστερίνης, αρτηριακής πίεσης) και ένα 21,3% του δείγματος πολύ ικανοποιημένοι. Ως προς την αγωγή υγείας (συμβουλές διατροφής και ατομικής υγιεινής, φροντίδα για την λήψη φαρμάκων) το 36,1% δηλώνει απόλυτα ικανοποιημένο, το 29,6% πολύ ικανοποιημένο, ενώ ένα 24,1% λίγο. Ένα πολύ μικρό ποσοστό του δείγματος (7,4%), αναφέρει ότι η υπηρεσία αυτή δεν παρέχεται. Αναφορικά με την παραπομπή-συνοδεία σε φορείς (νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία, εργαστήρια), είναι χαρακτηριστικό το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (38,9%) αναφέρει ότι αυτή η υπηρεσία δεν παρέχεται. Ένα 21,3% είναι λίγο ικανοποιημένο από αυτήν την υπηρεσία, ενώ το 14,8% δηλώνει ότι ενώ παρέχονται τέτοιου είδους υπηρεσίες δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι. Ως προς την συνταγογραφία, το 63,0% δηλώνει απόλυτα ικανοποιημένο, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (20,4%) αναφέρει ότι αυτού του είδους η υπηρεσία δεν παρέχεται. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό του δείγματος, αναφέρει σαν επιπλέον υπηρεσία της Νοσηλεύτριας, τις εξωτερικές εργασίες και την συντροφιά.

Όσον αφορά τις υπηρεσίες της οικογενειακής βοηθού, φαίνεται χαρακτηριστικά από τα αποτελέσματα της έρευνας, ότι ένα μεγάλο ποσοστό, (42,6%), αναφέρει ότι δεν παρέχεται οικιακή φροντίδα (σκούπισμα, σφουγγάρισμα, ξεσκόνισμα σπιτιού) ή όταν αυτή παρέχεται δεν είναι ικανοποιητική (13,0%). Χαρακτηριστικό επίσης είναι, ότι παραπάνω από το μισό του δείγματος (53,7%),

δηλώνει ότι δεν παρέχεται ως υπηρεσία το μαγείρεμα και η σίτιση, ενώ το 21,3% αναφέρει ότι ενώ παρέχεται σαν υπηρεσία, δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από αυτή. Τα ποσοστά μεγάλης ή απόλυτης ικανοποίησης από αυτή την υπηρεσία είναι πολύ μικρά (3,7% και 4,6% αντίστοιχα). Ομοίως, παρατηρείται ότι ένα μεγάλο ποσοστό (45,4%), δηλώνει ότι η ατομική φροντίδα (τάισμα, ντύσιμο, μπάνιο) δεν παρέχεται ως υπηρεσία, και στην περίπτωση που παρέχεται, το επίπεδο ικανοποίησης είναι σχετικά μικρό (καθόλου-λίγο: 35,2% έναντι πολύ-απόλυτα: 19,5%).

Παραπάνω από το μισό των ερωτηθέντων (60,2%), δηλώνουν ότι ο περίπατος και η διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες, δεν παρέχονται ως υπηρεσίες από την οικογενειακό βοηθό. Ενώ αντίθετα, πολύ μικρά ποσοστά της τάξεως του 2,8% ή 5,5%, αναφέρουν ότι παρέχονται αυτές οι υπηρεσίες και παρουσιάζονται ικανοποιημένοι από αυτές. Ως προς τις εξωτερικές εργασίες, παρατηρείτε ότι ένα 33,3% δηλώνει ότι ως υπηρεσία δεν παρέχονται, αλλά και όταν παρέχονται αυτές ένα 33,3% είναι απόλυτα ικανοποιημένο από τα αποτελέσματα. Παράλληλα, το 16,7% του δείγματος δηλώνει πολύ ικανοποιημένο ενώ το 16,6% λίγο έως καθόλου. Τέλος, ένα μικρό ποσοστό του δείγματος, αναφέρει σαν επιπλέον υπηρεσία την συντροφιά που τους παρέχει η οικογενειακή βοηθός και την συνοδεία σε φορείς.

Στο σημείο αυτό, πρέπει να σημειωθεί ότι κάποιοι ηλικιωμένοι ανέφεραν ότι δέχτηκαν από το πρόγραμμα και κάποιες άλλες υπηρεσίες, άλλων ειδικοτήτων (γιατρών, φυσικοθεραπευτών). Αυτό όμως, είναι κάτι που αμφισβητείται καθώς στο Πρόγραμμα δεν συμμετέχουν άλλες ειδικότητες εκτός από τον Κοινωνικό Λειτουργό, τη Νοσηλεύτρια και την Οικογενειακή βοηθό.

Συμπερασματικά, από τα παραπάνω παρατηρούμε πρώτον, ότι μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλώνει σε γενικές γραμμές περισσότερο ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες που παρέχει η Νοσηλεύτρια και λιγότερο ικανοποιημένο, από τις υπηρεσίες που παρέχει η Οικογενειακή Βοηθός. Παρατηρούμε όμως ακόμα, ότι όσα δηλώνουν οι εξυπηρετούμενοι του Προγράμματος για το βαθμό ικανοποίησης των υπηρεσιών που αυτό τους παρέχει, δεν συμφωνούν με όσα αναφέρουν οι εργαζόμενοι του Προγράμματος στις συνεντεύξεις τους. Οι εργαζόμενοι δηλαδή, όπως είδαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, υποστηρίζουν, ότι οι περισσότερες υπηρεσίες που οι ίδιοι προσφέρουν, καλύπτουν σε μεγάλο βαθμό τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων - ηλικιωμένων, γεγονός που δεν επιβεβαιώνεται στην συνέχεια από τους τελευταίους.

Όσον αφορά την συχνότητα των επισκέψεων του προσωπικού του προγράμματος όπως προκύπτει από την έρευνα, έχει ως εξής. Το 43,5% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι δέχονται επίσκεψη από τον/την Κοινωνικό Λειτουργό 1-2 φορές τον μήνα, ενώ το 31,5% 1 φορά την εβδομάδα. 16 άτομα (14,8%) δήλωσαν ότι ο/η κοινωνικός λειτουργός τους επισκέπτεται όποτε υπάρχει ανάγκη και ένα 9,3% σπάνια έως καθόλου. Το 50,0% των ερωτηθέντων του δείγματος, απάντησαν ότι δέχονται τις υπηρεσίες της Νοσηλεύτριας 1 φορά την εβδομάδα, ενώ το 30,6% 1-2 φορές τον μήνα. Ένα ποσοστό της τάξης του 13,9%, δήλωσαν ότι η νοσηλεύτρια τους επισκέπτεται 2-3 φορές την εβδομάδα, ενώ παράλληλα το 4,6% ανέφερε ότι δέχονται την επίσκεψη της, όποτε υπάρχει ανάγκη. Τέλος, το 28,7% δηλώνει ότι δέχεται τις υπηρεσίες της Οικογενειακής Βοηθού, σπάνια έως καθόλου, το 27,8% 1-2 φορές τον μήνα και ένα 25,9% 1 φορά την εβδομάδα. Το ποσοστό των ατόμων του δείγματος που δέχονται επίσκεψη από την οικογενειακή βοηθό 2-3 φορές την εβδομάδα ανέρχεται στο 8,3%, ενώ ένα (2,8%) δηλώνει, ότι λαμβάνει φροντίδα από την οικογενειακή βοηθό σε καθημερινή βάση.

Συμπερασματικά, από τα παραπάνω παρατηρείται, ότι οι υπηρεσίες που δέχονται οι εξυπηρετούμενοι από την Νοσηλεύτρια, είναι πιο συχνές, σε σχέση με τις υπηρεσίες των δυο άλλων ειδικοτήτων. Γενικότερα όμως, η συχνότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, δεν είναι αρκετή για να καλύψει και να ικανοποιήσει τις ποικίλες ανάγκες των ηλικιωμένων. Και τούτο επιβεβαιώνεται και από το γεγονός, ότι πολλοί ηλικιωμένοι, όπως προκύπτει από τα στοιχεία της έρευνας, προσπαθούν να καλύψουν τις ανάγκες τους βρίσκοντας άλλες διεξόδους, όπως για παράδειγμα πληρώνουν κάποιο άτομο για να τους φροντίζει ή κάνουν χρήση της βοήθειας που τους παρέχεται από το οικογενειακό ή φιλικό τους περιβάλλον.

Παρά το γεγονός ότι, αρκετές υπηρεσίες του Προγράμματος δεν παρέχονται σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό και με την ίδια συχνότητα σε όλους τους εξυπηρετούμενους, οι ίδιοι στην πλειοψηφία τους (80,5%), δηλώνουν πολύ, έως απόλυτα ικανοποιημένοι γενικά από τις υπηρεσίες που δέχονται. Αρκετοί όμως από αυτούς, εντοπίζουν και κάποιες ελλείψεις του Προγράμματος τις οποίες εκφράζουν ως προτάσεις για την βελτίωση και καλύτερη λειτουργία του. Πιο συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό (60,0%) των ηλικιωμένων επιθυμεί και προτείνει περισσότερη συντροφιά, ενώ μεγάλο ποσοστό (41% και 45% αντίστοιχα) προτείνει συχνότερες επισκέψεις του προσωπικού και περισσότερες ειδικότητες εργαζομένων στο Πρόγραμμα (όπως γιατροί, φυσιοθεραπευτές, κ.α.). Μικρότερα ποσοστά ηλικιωμένων, προτείνουν περισσότερη ατομική και οικιακή φροντίδα, ενώ ελάχιστοι προτείνουν την διοργάνωση ψυχαγωγικών εκδηλώσεων και την επέκταση του προγράμματος απογεύματα και Σαββατοκύριακα. Τέλος, 3 άτομα προτείνουν την οικονομική στήριξη του Προγράμματος, λαμβάνοντας χρήματα ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Αξιοσημείωτο είναι, ότι οι προτάσεις που κάνουν οι εξυπηρετούμενοι του Προγράμματος, όπως προκύπτει από την έρευνα, συμπίπτουν κατά μεγάλο ποσοστό, με τις προτάσεις που αναφέρουν και οι εργαζόμενοι του Προγράμματος, για την καλύτερη λειτουργία του.

3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

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

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

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

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

Η οικονομική ενίσχυση στους εξυπηρετούμενους που έχουν απάνθρωπο επίπεδο διαβίωσης, καθώς και η αύξηση του ορίου εισοδήματος από τα ασφαλιστικά ταμεία ή την Κοινωνική Πρόνοια, είναι επίσης καθοριστικές ενέργειες για την εξασφάλιση μιας καλύτερης ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Επιπλέον, οικονομική ενίσχυση θα μπορούσε να δοθεί και προς τις οικογένειες για την αναδοχή των ηλικιωμένων.

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

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΑΤΟΜΙΚΟ ΔΕΛΤΙΟ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

Α. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ:..... ΟΝΟΜΑ:.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ... ΠΟΛΗ:.....
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

Β. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΑΓΑΜΟΣ:..... ΕΓΓΑΜΟΣ : ΧΗΡΟΣ/Α :..... ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ :.....
ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ:..... ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΑ: ... ΟΧΙ:
(Σημειώσατε με ένα Χ. το σωστό τετραγώνάκι)

ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΜΕΝΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ :

ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ

Γ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

1. . ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:

2. ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΦΑΡΜΑΚΑ;

3. ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΜΟΝΙΜΟ ΓΙΑΤΡΟ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙ;

4. ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ:

5. ΔΙΑΝΟΗΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

6. ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ - ΕΧΕΤΕ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΙ ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΠΟΥ:

(Σημειώσατε με ένα Χ. το σωστό τετραγώνάκι)

ΝΑΙ ΑΝ ΝΑΙ ΠΟΣΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ:

ΟΧΙ

Δ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Η ΚΑΤΟΙΚΙΑ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ:

(Σημειώσατε με ένα X το σωστό τετραγωνάκι)

(Αν η απάντηση είναι ΑΛΛΟ αναφέρατε)

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗ :.... ΕΝΟΙΚΙΑΖΟΜΕΝΗ: ΦΙΛΟΞΕΝΕΙΣΤΕ :

ΑΛΛΟ :

Ε. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΣΥΝΤΑΞΗ: ΑΛΛΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ:

(Σημειώσατε με ένα X το σωστό τετραγωνάκι)

ΣΤ. ΜΕ ΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΣΑΣ

(Σημειώσατε με ένα X το σωστό τετραγωνάκι)

ΜΟΝΟΣ :

ΜΕ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

ΜΕ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΦΙΛΩΝ :

ΜΕ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (ΚΑΠΗ κ.λ.π)

Ζ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

.....
.....
.....
.....
.....

Η. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....

ΟΝΟΜΑ:.....

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ : / /1998

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

ΔΕΛΤΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Α. ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ:.....
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ:.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ:.....

Β. ΠΑΡΟΥΣΑ ΝΟΣΟΣ

Γ. ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΙ (ΕΙΔΟΣ) - ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ

Δ. ΠΑΤΡΟΣ ΠΟΥ ΤΟΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙ

Ε. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Ζ. ΠΟΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

Η. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ ΔΕΛΤΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ: _____

ΟΝΟΜΑ: _____

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: _____

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

15) Πόσο καιρό είστε ενταγμένοι στο πρόγραμμα;

.....

16) Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες σας παρέχει το πρόγραμμα και πόσο ικανοποιημένοι είστε από αυτές;

	Υπηρεσίες	απόλυτα	πολύ	λίγο	καθόλου	Δεν παρέχεται
	<u>Κοινωνικός/ η λειτουργός</u>					
I	Ψυχολογική-συναισθηματική στήριξη	4	3	2	1	0
II	Ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα-για θέματα υγείας-για τη διαδικασία συνταξιοδότησης	4	3	2	1	0
III	Συνεργασία με οικογένεια όπου αυτή υπάρχει	4	3	2	1	0
IV	Άλλο (αναφέρατε)	4	3	2	1	0
	<u>Νοσηλευτής/ τρια</u>					
V	Παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών (μετρήσεις ζαχάρου, χοληστερίνης, αρτηριακής πίεσεως)	4	3	2	1	0
VI	Αγωγή υγείας (συμβουλές διατροφής και ατομικής υγιεινής, φροντίδα για τη λήψη φαρμάκων)	4	3	2	1	0
VII	Παραπομπή-συνοδεία σε φορείς (νοσοκομεία, εξωτερικά ιατρεία, εργαστήρια)	4	3	2	1	0
VIII	Συνταγογραφία	4	3	2	1	0
IX	Άλλο (αναφέρατε)	4	3	2	1	0
	<u>Οικογενειακή βοηθός</u>					
X	Οικιακή φροντίδα (σκούπισμα, σφουγγάρισμα, ξεσκόνισμα σπιτιού)	4	3	2	1	0
XI	Μαγείρεμα - σίτιση	4	3	2	1	0
XII	Ατομική φροντίδα (τάισμα, ντύσιμο, μπάνιο)	4	3	2	1	0
XIII	Περίπατο	4	3	2	1	0
XIV	Εξωτερικές εργασίες (ψώνια, εξόφληση λογαριασμών)	4	3	2	1	0
XV	Διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες	4	3	2	1	0
XVI	Άλλο (αναφέρατε)	4	3	2	1	0
XVII	<u>Υπηρεσίες άλλων ειδικοτήτων (αναφέρατε)</u>	4	3	2	1	0

17)Κάθε πότε σας επισκέπτονται:

		Κάθε μέρα	2-3 φορές τη εβδομάδα	1 φορά την εβδομάδα	1-2 φορές το μήνα	Σπάνια έως καθόλου	Όποτε υπάρχει ανάγκη
I	Ο/Η κοινωνικός/η λειτουργός	5	4	3	2	1	0
II	Η νοσηλεύτρια	5	4	3	2	1	0
III	Η οικογενειακή βοηθός	5	4	3	2	1	0

18) Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τις υπηρεσίες που σας προσφέρει το πρόγραμμα;

- 1) απόλυτα ικανοποιημένος /η
- 2) πολύ ικανοποιημένος /η
- 3) λίγο ικανοποιημένος /η
- 4) καθόλου ικανοποιημένος /η

19)Τι παραπάνω θα θέλατε να σας προσφέρει το πρόγραμμα;

- 1) Συντροφιά
- 2) Περισσότερη φροντίδα ατομικής υγιεινής
- 3) Περισσότερη φροντίδα οικιακής υγιεινής
- 4) Διοργάνωση ψυχαγωγικών εκδηλώσεων
- 5) Πιο συχνές επισκέψεις του προσωπικού
- 6) Περισσότερες ειδικότητες επαγγελματιών (ιατρός φυσιοθεραπευτής κλπ.)
- 7) Άλλο

20)Παρατηρήσεις - σχόλια - προτάσεις:.....

.....

.....

.....

.....

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΑΣΛΑΝ ΑΝΝΑ, (1978). *ΓΕΡΑΤΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΓΕΡΑΜΑΤΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΩΡΙΚΟΣ, ΑΘΗΝΑ.
2. CLIFFES. PATTERSON L. (1998). *HEALTH CARE FOR OLDER PEOPLE*, BMJ BOOKS.
3. ΔΟΝΤΑΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, (1981). *Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΣ, ΑΘΗΝΑ.
4. ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ ΠΑΠΥΡΟΥΣ ΛΑΡΟΥΣ ΜΠΡΙΤΑΝΙΚΑ, (1987). ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΥΡΟΣ, ΤΟΜΟΣ 26.
5. ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ ΥΓΕΙΑ, (1989). *ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ*, ΤΟΜΟΣ 3, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΔΟΜΙΚΗ, ΑΘΗΝΑ.
6. ΕΜΚΕ – ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ ΗΡΑ, (1999). *ΕΛΛΗΝΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ, ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΠΑΡΟΝ ΚΑΙ ΜΕΛΛΟΝ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΈΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.
7. ΚΑΛΛΙΓΕΡΗ – ΒΥΘΟΥΛΚΑ Π. (1994). *ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ*, ΕΚΛΟΓΗ ΘΕΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, ΤΕΥΧΟΣ 34.
8. ΚΑΡΑΝΤΙΝΟΣ, Δ. Ι. – ΚΑΒΟΥΝΙΔΗΣ, Ι.Χ. (1992). *ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ*, ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, ΑΘΗΝΑ.
9. ΚΑΡΠΑΘΙΟΥ, Σ. (1994). *ΤΟ ΠΡΟΝΟΙΑΚΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ*, ΕΚΛΟΓΗ ΘΕΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, ΤΕΥΧΟΣ 100, ΣΕΛ.26.
10. ΚΑΣΤΕΝΜΠΑΟΥΜ ΡΟΜΠΕΡΤ, (1982). *Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΘ.ΨΥΧΟΓΙΟΣ, ΑΘΗΝΑ.

11. ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, (1980). *ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΕΩΣ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ*, ΑΘΗΝΑ.
12. ΚΩΣΤΑΡΙΔΟΥ – ΕΥΚΛΕΙΔΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ , (1999). *ΘΕΜΑΤΑ ΓΗΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, ΑΘΗΝΑ.
13. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ ΜΑΡΙΑ –ΓΟΥΛΙΑ ΕΙΡΗΝΗ, (1986). *Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ*, ΕΚΔΟΣΗ ΙΕΡΑΠΟΣΤΟΛΙΚΗΣ ΕΝΩΣΕΩΣ ΑΔΕΡΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ «Η ΤΑΒΙΘΑ», ΑΘΗΝΑ.
14. ΜΠΩΒΟΥΑΡ ΣΙΜΟΝ ΝΤΕ, *ΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ*, (1980). ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΛΑΡΟΣ, ΑΘΗΝΑ.
15. ΠΑΓΟΡΟΠΟΥΛΟΥ – ΑΒΕΝΤΙΣΙΑΝ Α., (1993). *ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΡΒΑΝΙΤΑΚΗΣ ΚΑΙ ΣΙΑ, ΑΘΗΝΑ.
16. ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ, ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ , (1996). *ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ: ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ*, ΡΕΘΥΜΝΟ.
17. ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΣ Σ. (1991). *ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΓΡΗΓΟΡΗΣ, ΑΘΗΝΑ.
18. ΠΟΛΥΖΟΣ ΝΙΚΟΣ, (1981). *ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΥΠΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΓΗΡΑΝΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΞΑΝΤΑΣ, ΑΘΗΝΑ.
19. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ Α., (1996). *ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ*, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΛΛΗΝ, ΑΘΗΝΑ.
20. ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΕΛΛΑΔΑΣ, (1982). *ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ*. ΕΚΛΟΓΗ, Αρ. 59. ΣΕΛ.139.

ΣΕΛΙΔΕΣ INTERNET

1. <http://www.cityofrentis.gr>
2. <http://www.katsanevas.gr/articles.html>
3. <http://www.lexilogos.com>
4. <http://www.redcross.gr>
5. http://www.vprc.gr/7/11/1_gr.html
6. <http://www.topeiros.gr>