



# ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Τμήμα ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Πτυχιακή Εργασία

**Πρόγραμμα "ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ" στη περιοχή Γαζίου.  
Διερεύνηση αναγκών εργαζομένων και ηλικιωμένων και  
προοπτικές συνέχισης του Προγράμματος**



**Γιακουμάκη Ελένη, ΑΜ:4041**

**Λιπαράκη Ελευθερία, ΑΜ:4056**

**Σαρρή Μαριάνθη, ΑΜ:3988**

**Τσακιράκη Κλεάνθη, ΑΜ:4008**

*Επιβλέπων καθηγητής*  
**Γεώργιος Παναγιωτάκης**  
Καθηγητής εφαρμογών

**Ηράκλειο, Σεπτέμβριος 2013**

## Εισαγωγή

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των αναγκών των εργαζομένων και των εξυπηρετούμενων μελών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στο δήμο Γαζίου, των προβλημάτων δηλαδή που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, του βαθμού εξυπηρέτησης των ατόμων με ιδιαίτερες ανάγκες φροντίδας, αλλά και η προοπτική συνέχισης του συγκεκριμένου Προγράμματος.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας αναπτύσσεται το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη και συγκεκριμένα τι είναι η δημογραφική γήρανση και πως εξελίσσεται στην Ελλάδα και την Ευρώπη. Στη συνέχεια του κεφαλαίου αναλύεται η έννοια της Τρίτης ηλικίας με έναν ορισμό και τα χαρακτηριστικά της. Παρακάτω ακολουθούν τα προγράμματα που απευθύνονται στους ηλικιωμένους και τα μέτρα προστασίας που λαμβάνονται για την συγκεκριμένη ομάδα. Στο τέλος του κεφαλαίου αναφέρεται η Δία Βίου Μάθηση και τα Πανεπιστήμια Τρίτης ηλικίας που μπορούν να εκπαιδεύουν οι ηλικιωμένοι σε διάφορα θέματα.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνονται αρχικά, η έννοια και τα χαρακτηριστικά της Τρίτης ηλικίας, κάποιοι ορισμοί που έχουν δοθεί αλλά και οι κυριότερες κατηγορίες με τις οποίες μπορεί να προσδιοριστεί η έννοια της Τρίτης ηλικίας. Επίσης, αναφέρονται οι ανάγκες των ηλικιωμένων αναλυτικά, καθώς και τα προβλήματα που παρουσιάζει η Τρίτη και η Τέταρτη ηλικία. Ακόμα, γίνεται αναφορά στα δικαιώματα των ηλικιωμένων ατόμων και προσδιορίζονται η έννοια και τα αίτια της μοναξιάς, αλλά και οι επιπτώσεις της.

Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται μία ιστορική αναδρομή σχετικά με το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» Γαζίου. Στη συνέχεια, παρατίθενται ο σκοπός και οι στόχοι του Προγράμματος, καθώς και η διάθρωση του προσωπικού. Ακολουθούν αναλυτικές περιγραφές άλλων προγραμμάτων που απευθύνονται στη Τρίτη ηλικία (Κ.Α.Π.Η. – Κ.Η.Φ.Η.), όπως επίσης και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Το ειδικό μέρος της εργασίας περιλαμβάνει τα κεφάλαια 4-6. Στο τέταρτο αναπτύσσεται η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθήθηκε ώστε να καθοριστούν

οι ανάγκες εργαζομένων και εξυπηρετούμενων και η προοπτική συνέχισης λειτουργίας του Προγράμματος. Διατυπώθηκαν συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα, και ακολουθώντας μεθόδους που διέπουν την ποιοτική και ποσοτική έρευνα, έγινε επιλογή δείγματος, συλλογή στοιχείων με ερωτηματολόγια και επεξεργασία τους με κατάλληλες στατιστικές τεχνικές. Στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφονται τα αποτελέσματα της επεξεργασίας με παράλληλη παράθεση αντίστοιχων ή κατά προσέγγιση αντίστοιχων αποτελεσμάτων από άλλες μελέτες της βιβλιογραφίας καθώς και λεπτομερής διατύπωση στην απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων. Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο δίνεται η συμπερασματική επισκόπηση της έρευνας της εργασίας και αμέσως μετά μια γενική σύνοψη και πρόταση για το πλαίσιο λειτουργίας του Προγράμματος στην αντιμετώπιση των αναγκών εργαζομένων και εξυπηρετούμενων.

*Αφιερώνεται στις οικογένειές μας για την αμέριστη εμπιστοσύνη και στήριξη που μας πρόσφεραν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας. Επίσης ευχαριστούμε τον επόπτη μας κος Παναγιωτάκη Γεώργιο για τις πληροφορίες που μας παρείχε, καθώς και τη κα Φαφουκάκη Βάσω για τη πολύτιμη βοήθειά της.*

# Πίνακας περιεχομένων

Εισαγωγή .....	i
Ευχαριστίες .....	iii

## ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

### Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>: ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα και Ευρώπη.	6
1.2. Προγράμματα και μέτρα προστασίας για την Τρίτη και Τέταρτη ηλικία	10
1.3. Δια βίου μάθηση και Πανεπιστήμια Τρίτης Ηλικίας .....	22

### Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>: ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

2.1. Ορισμός τρίτης και τέταρτης ηλικίας .....	28
2.2. Ανάγκες των ηλικιωμένων .....	33
2.3. Δικαιώματα των ηλικιωμένων .....	35
2.4. Προβλήματα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας .....	41
2.5. Η έννοια και τα αίτια της μοναξιάς και οι επιπτώσεις της .....	52

### Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>: Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ “ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ”

3.1. Ιστορική αναδρομή για τη σύστασή του Προγράμματος “Βοήθεια στο Σπίτι” Γαζίου .....	55
3.2. Ο σκοπός και οι στόχοι του προγράμματος αλλά και η διάθρωση του προσωπικού .....	56
3.3. Άλλα προγράμματα που απευθύνονται στη Τρίτη Ηλικία (Κ.Α.Π.Η. – Κ.Η.Φ.Η.) .....	64
3.4. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι .....	72

## ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

### Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ της ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Σκοπός και στόχος της έρευνας .....	75
4.1.1 Αναγκαιότητα και σημασία της έρευνας .....	75
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα .....	76
4.3 Μέθοδος, σχεδιασμός και στάδια έρευνας .....	77
4.4 Επιλογή δείγματος της έρευνας .....	78
4.5 Σχεδιασμός ερωτηματολογίου .....	79
4.6 Πιλοτική έρευνα - έλεγχος της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερευνητικού εργαλείου .....	80
4.7 Ανάλυση δεδομένων .....	81

## **Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ της ΕΡΕΥΝΑΣ**

5.1	Εργαζόμενοι Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» .....	82
5.2	Εξυπηρετούμενα μέλη Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» .....	85
5.2.1	Περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα & του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» .....	85
5.2.2	Ανάγκες & Ικανοποίηση των συμμετεχόντων στην έρευνα και επίδραση κοινωνικών χαρακτηριστικών όπως «ηλικία», «φύλο», «οικογενειακή κατάσταση», «μορφωτικό επίπεδο» που έχουν σχέση με την εκπαίδευση των ηλικιωμένων .....	88
5.2.3	Ικανοποίηση των συμμετεχόντων στην έρευνα από το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και επίδραση της μεταβλητής των υπηρεσιών που παρέχει το Πρόγραμμα “Βοήθεια στο Σπίτι” του Δήμου Γαζίου σε σχέση με τις ανάγκες των εντασσόμενων σε αυτό .....	90
5.3	Έλεγχος των ερευνητικών υποθέσεων και σχέση με τα αποτελέσματα	93

## **Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup>: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ της ΕΡΕΥΝΑΣ** .....

96

**ΣΥΝΟΨΗ** .....

98

**ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**.....

99

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ** .....

100

ΔΙΕΘΝΗΣ .....

104

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ .....

105

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' – ΠΙΝΑΚΕΣ** .....

107

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β' – ΣΧΗΜΑΤΑ** .....

116

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ' – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ** .....

123

# ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

#### 1.1 Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη

Η δημογραφική γήρανση αποτελεί οικονομικό και συγχρόνως έντονο φαινόμενο για τις ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη μας και προβληματίζει έντονα τις σύγχρονες κοινωνίες. Ο πλανήτης μας γεννά με γρήγορους ρυθμούς, επομένως είναι ένα φαινόμενο το οποίο έχει καθολική ισχύ αφού αφορά όλες τις ηπείρους, χωρίς εξαιρέσεις. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης αρχίζει να αναδύεται στις περισσότερο ανεπτυγμένες Ευρωπαϊκές χώρες, ήδη από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Οι βιομηχανικές χώρες και ιδιαίτερα αυτές της Ευρωπαϊκής Ηπείρου συμπεριλαμβανομένης και της χώρας μας γηράσκουν και θα συνεχίσουν να γηράσκουν χωρίς αμφιβολία στην διάρκεια των επόμενων δεκαετιών.

«Η δημογραφική γήρανση είναι ο μετασχηματισμός της ηλικιακής δομής ενός πληθυσμού και συγκεκριμένα η αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων στο συνολικό πληθυσμό, η οποία δε συντελείται αυτόνομα, αλλά ακολουθείται και από ταυτόχρονη μείωση των ατόμων νεαρής ηλικίας. Ως ηλικιωμένοι θεωρούνται εκείνοι που έχουν φτάσει σε ηλικία συνταξιοδότησης. Αν και παλαιότερα η τάση γήρανσης αποτελούσε χαρακτηριστικό γνώρισμα της πληθυσμιακής πυραμίδας των βιομηχανικών χωρών, κατά τα τελευταία χρόνια έχει μετεξελιχθεί σε ένα παγκόσμιο φαινόμενο».

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί κατά καιρούς, προκύπτει ότι ο πληθυσμός της γης γερνάει με τον πιο γρήγορο ρυθμό που έχει καταγραφεί στην ιστορία και σε λίγα χρόνια, για πρώτη φορά στην παγκόσμια ιστορία οι ηλικιωμένοι θα ξεπεράσουν σε αριθμό τα παιδιά.

«Ως δημογραφική γήρανση ορίζεται η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων (60,65,70,75 +) στον πληθυσμό, η οποία αντανakλάται στην επακόλουθη αύξηση της διάμεσης ηλικίας του πληθυσμού, με ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των νέων (0-14 ή 0-19 ετών) και ενδεχομένως της αναλογίας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας (15-64 ή 20-60 ετών). Διακρίνεται σε: α) γήρανση από τη βάση της πυραμίδας των ηλικιών όταν μειώνεται η αναλογία των νέων ατόμων που οφείλεται στην μείωση της γεννητικότητας και β) σε γήρανση από την κορυφή της πυραμίδας των ηλικιών όταν αυξάνει ο πληθυσμός των ηλικιωμένων εξ αιτίας της θνησιμότητας των μεγάλων ηλικιών.

Σύμφωνα με πολλούς μελετητές οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης είναι οι εξής:

A) **οικονομικές** και αφορούν την χρηματοδότηση των δαπανών για κοινωνική ασφάλιση και τις δαπάνες για την υγεία. Η δημογραφική γήρανση εξαιτίας της αυξανόμενης δυσαναλογίας συνταξιούχων προς εργαζομένων προκαλεί δυσχέρειες στην χρηματοδότηση των συντάξεων ή και στην βελτίωση των ιδιαίτερα χαμηλών συντάξεων ορισμένων ταμείων. Ακόμη επιφέρει μεγάλη αύξηση δαπανών για την υγεία υπό την διττή επίδραση της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων και της αύξησης της ροπής για κατανάλωση ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών στις μεγάλες ηλικίες.

B) **πολιτικές**, όπου οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύουν όλο και περισσότερο στο εκλογικό σώμα, και θεωρούνται πιο συντηρητικοί και έτσι πιστεύεται ότι δυσχεραίνονται οι κοινωνικές αλλαγές (πρόσδεση στην παράδοση, τα κεκτημένα, έλλειψη τόλμης και επιθυμίας για αλλαγή).

Γ) **εθνικές**, όπου εδώ αναφέρονται οι επιπτώσεις στην άμυνα και η αύξηση των κονδυλίων για πολεμικούς εξοπλισμούς εξαιτίας της μείωσης του στρατεύσιμου πληθυσμού.



Δ) **κοινωνικές**, όπου αναφέρονται στην σύγκρουση γενεών και την διερεύνηση του χάσματος ανάμεσα στους ηλικιωμένους και τους νέους, η διερεύνηση της φτώχειας, περιθωριοποίηση κοινωνικών ομάδων (Παναγιωτάκης, 2008).

### **Έννοια και χαρακτηριστικά της Τρίτης Ηλικίας**

Συχνά γίνεται αναφορά στην Τρίτη ηλικία. Με σκοπό να αποσαφηνιστεί ο όρος αυτός παρατίθενται κάποιοι ενδεικτικοί ορισμοί.

Ένας πρώτος ορισμός είναι ο ακόλουθος. Οι άνθρωποι που ανήκουν στη λεγόμενη Τρίτη ηλικία είναι από 60-75 ετών ή 65-75 ενώ τα άτομα 75 ετών και άνω ανήκουν στην Τέταρτη ηλικία που περιλαμβάνει τους «γέρους υπερήλικες». Ορισμένοι συγγραφείς θεωρούν την Τρίτη ηλικία ως περίοδο χωρίς δραστηριότητα πριν από την εξάρτηση της τέταρτης ηλικίας.

Ένας δεύτερος ορισμός αναφέρει πως γήρας ονομάζεται η περίοδος της ζωής που ακολουθεί την ώριμη ηλικία και προηγείται του φυσικού θανάτου. Στις προηγμένες χώρες, θεωρείται ότι το γήρας αρχίζει στα 60 χρόνια, ηλικία στην οποία αρχίζει συνήθως η παροχή σύνταξης ή η αποχώρηση από την ενεργό επαγγελματική ζωή. Σήμερα ο άνθρωπος χάρη στις προόδους της επιστήμης, ζει πολύ περισσότερο από ότι στο παρελθόν.

Άλλοι ορισμοί έχουν σαν βάση και εστιάζουν κυρίως στον χρονικό προσδιορισμό. Έτσι προσδιορίζουν τον ορισμό τους με βάση το βιολογικό ή οργανικό γήρας.

Ένας άλλος ορισμός που υπάρχει αναφέρει ότι το γήρας είναι κατάσταση εξατομικευμένη και αφορά τη χρονολογική ηλικία. Η βιολογική ηλικία διαφέρει:

A) **ανάλογα με τα άτομα**: για κάθε άνθρωπο τα γηρατειά έχουν διαφορετική έναρξη και διαφορετική διάρκεια.

B) **ανάλογα με την εποχή**: σήμερα ο άνθρωπος βιολογικά έπαψε να έχει την ίδια ηλικία που είχε στην ίδια χρονολογική ηλικία στις αρχές του αιώνα. Διάφορες ψυχολογικές θεωρίες εστιάζουν μιλώντας για τα γηρατειά στην κάμψη της ψυχολογικής ευημερίας και της ικανότητας προσαρμογής καθώς οι ηλικιωμένοι εισέρχονται στο στάδιο αυτό της ζωής τους.

Η άποψη του Φρόντ για τους ηλικιωμένους ήταν ότι αποτελούν προσωπικότητες οι οποίες είναι αυστηρά συγκροτημένες που δεν είναι πρόθυμες για αλλαγή και εξέλιξη.

Το γήρας συνοδεύεται από μια σειρά αλλαγών τόσο στον οργανισμό όσο και στην ψυχολογία του ατόμου. Οι αλλαγές στον οργανισμό με την πάροδο της ηλικίας μπορούν να ταξινομηθούν σε μεταβολές στο γνωστικό τομέα, στην προσωπικότητα και στην προσαρμογή. Όσον αφορά τον πρώτο παρατηρείται αδυναμία πρόσκτησης νέας γνώσης, αλλά το γεγονός αυτό αντισταθμίζεται από την αύξηση της κριτικής ικανότητας και την ευχέρεια αξιοποίησης της εμπειρίας και των εμποδωμένων κατά τη διάρκεια της ζωής δεξιοτήτων. Τελευταίες έρευνες έχουν αποδείξει ότι η απώλεια της μνήμης είναι επιλεκτική (οι ηλικιωμένοι ξεχνούν συμβάντα και πληροφορίες που δεν τους ενδιαφέρουν) και δεν αφορά τη μακροπρόθεσμη, αλλά τη βραχυπρόθεσμη μνήμη. Τα νέα γι' αυτούς ερεθίσματα πρέπει να παρουσιάζονται με αργότερους ρυθμούς, ενώ οι ασκήσεις απομνημόνευσης, το διάβασμα και η ενεργός συμμετοχή σε δραστηριότητες αποτρέπουν την εμφάνιση του φαινομένου. Η απώλεια γνώσης είναι παθολογική κατάσταση και μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες.

Κατά την Τρίτη Ηλικία η εσωστρέφεια αυξάνεται, αλλά ταυτόχρονα μειώνεται ο νευρωτισμός. Σύμφωνα με τη θεωρία της απόσυρσης οι ηλικιωμένοι αποστερούνται μεγάλου μέρους των κοινωνικών τους ρόλων, αλλά και η ίδια η κοινωνία τους περιθωριοποιεί (κυρίως για λόγους που σχετίζονται με την παραγωγή και την οικονομία). Κοινωνικά αίτια αναγκάζουν τους ηλικιωμένους να αποδεχτούν ρόλους εξάρτησης (από την οικογένεια, την κρατική μέριμνα, το σύστημα Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Περίθαλψης), που πολλές φορές είναι γενεσιουργοί παράγοντες κατάθλιψης.

Σύμφωνα με στατιστικές έρευνες που έχουν γίνει, τα άτομα άνω των 65 ετών στην Ελλάδα αντιπροσωπεύουν το 18% του συνολικού πληθυσμού της χώρας (από 15% το 1995). Επιδημιολογικές μελέτες σε ηλικιωμένους κατέδειξαν ότι το 10-25% αυτών εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης. Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία έχει πολλές φορές κοινωνικά και ψυχολογικά αίτια:

- Πένθος και απώλεια αγαπημένων προσώπων, φίλων κλπ.
- Κοινωνική απομόνωση και έλλειψη ενδιαφερόντων μετά τη σύνταξη.
- Αλλαγή στον τρόπο ζωής.
- Μοναξιά και οικονομικές δυσκολίες (<http://epapanis.blogspot.gr>, πρόσβαση στις 2/7/2013).

Ωστόσο σε αυτό το σημείο είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι η αλλαγή των εξωτερικών χαρακτηριστικών στους ηλικιωμένους, θεωρείται αναμενόμενο, και αναπόφευκτο γεγονός, αφού είναι επακόλουθο αυτής της περιόδου. Εντούτοις, αναφορικά με την υγεία του ατόμου, θα πρέπει να τονιστεί ότι το γήρας δεν σημαίνει «αρρώστια», απλά οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευάλωτοι σε αυτή. Το αν θα ασθενήσει κάποιος σχετίζεται με τον οργανισμό του και την προδιάθεσή του για ασθένεια και όχι το γήρας.

Όσον αφορά την ψυχολογία του ατόμου για το πώς εκλαμβάνει τα γηρατειά, είναι ένα θέμα, που διαφέρει από άτομο σε άτομο. Ειδικότερα «υπάρχουν άνθρωποι που παρά την προχωρημένη τους ηλικία συνεχίζουν να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική ζωή. Τα άτομα αυτά έχουν συμφιλιωθεί με την ιδέα του γήρατος αντιμετωπίζοντάς το ως κάτι φυσιολογικό, που δεν είναι σε θέση να τους εμποδίσει να έχουν πολύπλευρα ενδιαφέροντα και στόχους. Ωστόσο για πολλούς ανθρώπους η Τρίτη Ηλικία είναι μία δυσάρεστη πραγματικότητα. Οι ηλικιωμένοι αυτοί χαρακτηρίζονται από πολλά αρνητικά συναισθήματα, αφού νιώθουν άγχος για το τι θα επακολουθήσει, θλίψη και νοσταλγία για τα χρόνια που πέρασαν ενώ δεν έχουν πλέον ενδιαφέροντα και επιδιώξεις» (Παναγιωτάκης, 2008).

## 1.2 Προγράμματα και μέτρα προστασίας για τη Τρίτη και Τέταρτη ηλικία

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα, η οποία αρκετές φορές έρχεται αντιμέτωπη με προβλήματα και δυσκολεύεται να καλύψει σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και τις βασικές ανάγκες.

Έτσι στα πλαίσια της προστασίας των υπερηλίκων έχουν τεθεί σε εφαρμογή διάφορα προγράμματα που στοχεύουν στην ευημερία, στην ψυχαγωγία και στην καλύτερη διαβίωση των ηλικιωμένων. Αρμόδια για την υλοποίηση τέτοιου είδους προγραμμάτων είναι η Διεύθυνση Κοινωνικής Αλληλεγγύης της εκάστοτε Περιφερειακής Αυτοδιοίκησης. Τα πιο σημαντικά προγράμματα που υλοποιούνται στην Ελλάδα υπέρ της τρίτης ηλικίας είναι τα ακόλουθα.

Ένα πρόγραμμα ζωτικής σημασίας κυρίως για τους άπορους ηλικιωμένους, είναι το “Πρόγραμμα Οικονομικής Ενίσχυσης”. Βάσει του προγράμματος αυτού χορηγούνται τα εξής επιδόματα :

Α) Επίδομα σε ανασφάλιστους ηλικιωμένους με χρόνια πάθηση και αναπηρία 67% και άνω χορηγεί η υπηρεσία του Τμήματος Επιδοματικής Πολιτικής και Ελέγχου.

Β) Χορηγείται επίσης επίδομα ενοικίου σε ανασφάλιστα οικονομικά αδύνατα μοναχικά ηλικιωμένα άτομα από την ίδια υπηρεσία.

Γ) Ο ΟΓΑ χορηγεί τη βασική σύνταξη γήρατος σε όλα τα ανασφάλιστα άτομα ηλικίας από 67 χρόνων και άνω, που δεν έχουν κατοχυρώσει δικαίωμα συνταξιοδότησης από κανένα ασφαλιστικό ταμείο και είναι οικονομικά αδύνατα (Δ/νση Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφέρειας Κρήτης).

Αυτά τα επιδόματα δίνονται για τους ηλικιωμένους . Εάν έχουν κάποια αναπηρία και είναι και ηλικιωμένοι ανασφάλιστοι πάλι επιδοτούνται από τα προνοιακά προγράμματα για αναπήρους.

Η παροχή προγραμμάτων, όσον αφορά στους ηλικιωμένους δεν περιορίζεται μονάχα στην χορήγηση επιδομάτων, αλλά και στην παροχή υπηρεσιών οι οποίες σκοπό έχουν το συμφέρον και την βελτίωση της ζωής των ηλικιωμένων. Οι υπηρεσίες αυτές διακρίνονται σε ανοικτής και κλειστής περίθαλψης.

Οι υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους, σύμφωνα με τον καινούριο νόμο του Καλλικράτη στο Δήμο Μαλεβιζίου, παρέχονται στο πλαίσιο λειτουργίας των δημόσιων φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης και συγκεκριμένα μέσω του Δημοτικού Οργανισμού Κοινωνικής Αλληλεγγύης Προστασίας και Παιδείας (Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.ΑΜ). Ο (Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ.), είναι μία υπηρεσία του Δήμου Μαλεβιζίου, η οποία ιδρύθηκε με την **76/2011** απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου του Δήμου, με σκοπό την οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών στους τομείς κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης και παιδείας, όπως αυτοί οριοθετούνται από το άρθρο 75 του Δ.Κ.Κ. όπως ισχύει και στον **Ο.Ε.Υ.** του Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ. (**Φ.Ε.Κ. 646/Β/19.04.2011**) με γνώμονα την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών των κατοίκων

[[http://www.dokappam.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=52&Itemid=28](http://www.dokappam.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=28), πρόσβαση στις 2/7/2013].

Οι υπηρεσίες ανοιχτής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους που περιλαμβάνει ο Δ.Ο.Κ.Α.Π.ΠΑ.Μ. είναι τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) και το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Επίσης άλλες υπηρεσίες που υπάρχουν είναι οι Λέσχες Φιλίας, το Πρόγραμμα Τηλεсуναγεργμού - Τηλεβοήθειας στο σπίτι και η Αναδοχή Ηλικιωμένων.

#### 1) ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Α.Π.Η.)

Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. αποτελεί φορέα παροχής υπηρεσιών ανοιχτής φροντίδας προς τους ηλικιωμένους, επιδιώκοντας με αυτόν τον τρόπο την παραμονή των ενδιαφερόμενων στο ευρύτερο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα Κ.Α.Π.Η. συνδυάζουν τις παραδοσιακές υπηρεσίες ιατρικής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τις προνομιακές υπηρεσίες ανοιχτού τύπου. Συγκεκριμένα:

- Γίνεται πρωτοβάθμια φροντίδα και συμβουλευτική για τη χρήση παροχών ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης
- Φυσικοθεραπεία και εργοθεραπεία
- Κοινωνική εργασία
- Βοήθεια στο σπίτι για όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν
- Οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση
- Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις (Σταθόπουλος, 2005).

#### 2) ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Η.Φ.Η.)

Τα Κ.Η.Φ.Η. είναι σύγχρονες ανοιχτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας αδυνατώντας να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει.

Βασικοί σκοποί του Κ.Η.Φ.Η. είναι να παραμένουν τα ηλικιωμένα άτομα στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, έτσι ώστε να υπάρχει διατήρηση της συνοχής της οικογένειας. Επίσης επιδιώκεται εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής

ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο άτομο, η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και κοινωνικού αποκλεισμού και τέλος η υποστήριξη ώστε να διατηρήσουν την αυτονομία τους, την κοινωνική συνοχή και το κοινωνικό τους περιβάλλον.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα Κ.Η.Φ.Η. είναι:

- Νοσηλευτική φροντίδα
- Φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- Ατομική υγιεινή
- Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης, προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων
- Διασύνδεση των Κ.Η.Φ.Η.

Τα Κ.Η.Φ.Η. στελεχώνονται από: νοσηλευτές/τριες, κοινωνικούς φροντιστές, βοηθητικό προσωπικό (Διαλυνάκη, 2010).

### 3) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας και στοχεύει στην παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες.

Ο κύριος στόχος του προγράμματος αυτού είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων. Δίδεται προτεραιότητα σε κατηγορίες ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν πρόσθετα προβλήματα όπως οι ηλικιωμένοι που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως, εκείνοι που χρειάζονται ειδική φροντίδα, διαβιούν μοναχικά και δεν έχουν επαρκείς πόρους για να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους και να διατηρηθούν οι ίδιοι και οι οικογένειές τους στον κοινωνικό ιστό, παραμένοντας στο φυσικό και στο κοινωνικό τους περιβάλλον.

Με το πρόγραμμα αυτό επιδιώκεται:

- Η ανίχνευση, η διερεύνηση, η καταγραφή και η μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων στο σπίτι.

- Η παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και στις οικογένειές τους, από ειδικούς επιστήμονες, από καταρτισμένα στελέχη και από εθελοντές για να αναπτύξουν τις άμεσες ανάγκες αξιοπρεπούς διαβίωσης.
- Ο εντοπισμός και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του Δήμου, των πολιτών και των οργανωμένων τοπικών φορέων για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων δημοτών.
- Την συστηματική αξιοποίηση των εθελοντικών πρωτοβουλιών, την διαρκή ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και δυνατότητες των ηλικιωμένων με έμφαση στην αλληλεγγύη των γενεών.
- Την σύνδεση των εξυπηρετούμενων με τα Κ.Α.Π.Η. και ταυτόχρονη αξιοποίηση και δραστηριοποίηση των μελών των Κ.Α.Π.Η. .
- Την οργάνωση και συστηματική παροχή υπηρεσιών Κοινωνικής Εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσιοθεραπείας, εργοθεραπείας και οικογενειακής βοήθειας για την κάλυψη των βασικών αναγκών των ηλικιωμένων.
- Την διαρκή μελέτη και αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων ώστε να υποβάλλονται οι σχετικές εισηγήσεις προς τους αρμόδιους φορείς προκειμένου να λαμβάνονται μέτρα για την κάλυψη αυτών των αναγκών.
- Τη διαρκή επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων εφαρμογής και των αποτελεσμάτων του προγράμματος για την επανατροφοδότηση του σχεδιασμού και των μεθόδων που εφαρμόζονται.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι οι εξής:

- Η διερεύνηση, η καταγραφή, η επεξεργασία και η μελέτη των αναγκών των ηλικιωμένων στους σχετικούς δήμους και η κοινωνική χαρτογράφησή τους.
- Η εκπαίδευση εθελοντών και η οργάνωση δράσεων κοινωνικής αλληλεγγύης.
- Η κοινωνική εργασία με άτομα, ομάδες και οικογένειες.
- Η ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων.
- Η διασύνδεση με υπηρεσίες Υγείας – Πρόνοιας και άλλες, που καλύπτουν ανάγκες των ηλικιωμένων.

- Η ιατρική παρακολούθηση, η νοσηλευτική φροντίδα και η φυσικοθεραπεία στο σπίτι ή όπου αλλού παρέχεται.
- Οι υπηρεσίες οικογενειακής βοηθητικής φροντίδας.
- Η διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες των ηλικιωμένων.
- Η συστηματοποίηση του δικτύου υπηρεσιών του Δήμου για την κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι και η σύνδεση με τις αντίστοιχες υπηρεσίες της ευρύτερης κοινότητας (Κυριακάκη, 1991).

#### 4) ΛΕΣΧΕΣ ΦΙΛΙΑΣ

Ο Δήμος Αθηναίων έχει δημιουργήσει μέχρι σήμερα 22 λέσχες οι οποίες παρέχουν σε εκατοντάδες ηλικιωμένους διέξοδο και την δυνατότητα δημιουργικής απασχόλησης.

Οι λέσχες φιλίας ιδρύθηκαν το 1985 με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου στα διαμερίσματα και στις συνοικίες της Αθήνας σε ιδιόκτητα ακίνητα του Δήμου με μέλη άτομα και των δύο φύλων που έχουν ξεπεράσει τα 60 έτη και κατοικούν στην συνοικία όπου λειτουργούν από τις 8 το πρωί μέχρι τις 8 το βράδυ.

Στόχος των λεσχών αυτών είναι να προσφέρουν στους ηλικιωμένους υποστήριξη, ανθρώπινη ζεστασιά, κοινωνική υποστήριξη, επαφή με συνομήλικους, ενημέρωση, ψυχαγωγία, δημιουργική απασχόληση μέσα από δράσεις και προγράμματα, κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας. Επίσης, η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, η προσαρμογή τους στις καινούργιες συνθήκες ζωής, η ομαλή συνύπαρξή τους με τους νεότερους και η παροχή ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ιδίως σε ανθρώπους που δεν έχουν οικονομικά μέσα ή οικογένεια να τους φροντίσει.

Το προσωπικό των λεσχών φιλίας απαρτίζουν κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, βοηθητικό και τεχνικό προσωπικό. Όσον αφορά στα θέματα υγείας οι λέσχες φιλίας συνεργάζονται με τα Δημοτικά Ιατρεία τα οποία και έχουν την ευθύνη.



Σύμφωνα με τη Διαλυνάκη, οι προϋποθέσεις για την εισαγωγή ενός ηλικιωμένου ατόμου στις λέσχες φιλίας είναι οι εξής:

- Να έχει ηλικία άνω των 60 ετών.
- Να είναι κάτοικος της περιοχής.

#### 5) ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΛΕΣΥΝΑΓΕΡΜΟΥ – ΤΗΛΕΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Είναι ένα πρόγραμμα το οποίο εφαρμόστηκε, σε μικρό βαθμό, στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη αρχικά από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας ενώ σταδιακά άρχισε να επεκτείνεται πιλοτικά και σε άλλες πόλεις της Ελληνικής επικράτειας σε συνεργασία με το σύστημα τηλεβοήθειας του ΟΤΕ ALERT. Σκοπός του προγράμματος είναι η παροχή άμεσης βοήθειας σε καταστάσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται ως έκτακτες μέσα σε σύγχρονα τεχνολογικά μέσα σε άτομα ηλικιωμένα, μοναχικά, ΑΜΕΑ, και άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις. Ο κεντρικός σταθμός είναι εγκατεστημένος στις εγκαταστάσεις του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (σε συνεργασία με τον ΟΤΕ) ενώ υπάρχουν και οι περιφερειακοί σταθμοί οι οποίοι συμπληρώνονται από έναν ειδικό δέκτη οι οποίοι και είναι τοποθετημένοι στα σπίτια των εξυπηρετούμενων ηλικιωμένων. Είναι απαραίτητο να υπάρχει τηλεφωνική συσκευή και ένας ατομικός – προσωπικός πομπός που βρίσκεται πάντα πάνω στον ηλικιωμένο και τίθεται σε λειτουργία όταν ο ηλικιωμένος για οποιοδήποτε λόγο δεν μπορεί να προσεγγίσει την τηλεφωνική συσκευή. Από τη στιγμή που γίνεται αυτόματη κλήση προς τον κεντρικό σταθμό ο χειριστής ενημερώνεται για το συγκεκριμένο περιστατικό μέσω του αρχείου του Υ/Η και αναλαμβάνει συγκεκριμένες ενέργειες όπως: ειδοποίηση συγγενών και γειτόνων οι οποίοι έχουν ορισθεί από τον συνδρομητή, ειδοποίηση του ΕΚΑΒ για την παροχή των πρώτων βοηθειών, πυροσβεστικής υπηρεσίας ή ακόμη και της αστυνομίας αν αυτό κριθεί απαραίτητο. Η διαδικασία συμμετοχής σε αυτό το πρόγραμμα καθώς και η επιλογή του συνδρομητή γίνεται ύστερα από αίτηση προς τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, μετά από κοινωνική έρευνα – έγκριση και αφού ληφθεί υπόψη η κατάσταση της υγείας και κοινωνικής κατάστασης του ηλικιωμένου. Τα άτομα τα οποία μπορούν να επωφεληθούν αυτού του προγράμματος είναι άτομα από κοινωνικές οργανώσεις, την τοπική

αυτοδιοίκηση, τα Κ.Α.Π.Η., από ασφαλιστικούς οργανισμούς και ασφαλιστικά ταμεία καθώς επίσης και ιδιώτες. Τέλος έχουν αναφερθεί και ιδιωτικές εταιρίες οι οποίες παρέχουν αυτήν την υπηρεσία, π.χ. η ασφαλιστική εταιρία INTERAMERICAN (Κωσταρίδου,1999).

#### 6) ΑΝΑΔΟΧΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η αναδοχή ηλικιωμένων αποτελεί ένα προσωρινό μέτρο για άτομα που παρουσιάζουν δυσκολίες στην αυτοεξυπηρέτηση και έκπτωση στην κοινωνική λειτουργικότητά τους. Στόχος είναι η πρόληψη, η φροντίδα και η αποφυγή του ιδρυματισμού. Η αναδοχή στην Τρίτη ηλικία περιλαμβάνει περιπτώσεις ηλικιωμένων ατόμων με χαμηλές συντάξεις και χωρίς άλλους οικονομικούς πόρους, άστεγα ή εγκαταλελειμμένα σε νοσοκομεία ή γηροκομεία, άτομα με προβλήματα υγείας ή με βαριές αναπηρίες, ηλικιωμένα άτομα που έχουν άρρωστα ή ανάπηρα παιδιά, που πάσχουν από άνοια και άλλες ψυχικές διαταραχές και τέλος άτομα που έχουν κακοποιηθεί (Πουλοπούλου, 1999).

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η άτυπη μορφή αναδοχής που παρέχεται από το κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον. Συγκεκριμένα κάποιες μορφές είναι, η άτυπη αναδοχή ηλικιωμένων ατόμων από τους γείτονές τους που τους παρέχουν κάθε δυνατή φροντίδα, η πρόσληψη κυρίως αλλοδαπών γυναικών για την παροχή φροντίδας, αλλά και εθελοντές ανάδοχοι οι οποίοι επισκέπτονται ηλικιωμένους σε κλειστά κέντρα περίθαλψης ή στο σπίτι τους κρατώντας τους συντροφιά για μερικές μέρες.

Όπως αναφέρεται παραπάνω ένα ηλικιωμένο άτομο εφόσον έχει τη δυνατότητα μπορεί να βασιστεί στο οικογενειακό του περιβάλλον για την προστασία και την φροντίδα του. Ωστόσο λόγω του ότι το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί και η μορφή της οικογένειας συνεχώς μεταβάλλεται παρατηρείται συχνά ότι η οικογένεια δεν μπορεί να προσφέρει την απαιτούμενη βοήθεια. Επιπλέον, σε κάποιες περιπτώσεις όπου εμφανίζεται βαριά μορφή σωματικής ή ψυχοδιανοητικής αναπηρίας, η οικογένεια αδυνατεί να προσφέρει βοήθεια λόγω του ότι οι ανάγκες του ηλικιωμένου ατόμου χρειάζονται ειδική μεταχείριση από εκπαιδευμένους επαγγελματίες. Στις περιπτώσεις αυτές η εισαγωγή του ηλικιωμένου σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης είναι αναγκαία.

Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

A) Τα γηροκομεία, που περιλαμβάνονται στον Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ., στα οποία εισάγονται ηλικιωμένα άτομα τα οποία είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν.

B) Τα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων στα οποία εισάγονται άτομα τα οποία πάσχουν από χρόνιες/ανίατες παθήσεις.

#### A) ΜΟΝΑΔΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ)

Οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) αποτελούν την νέα ονομασία των Γηροκομείων, δηλαδή των Ιδρυμάτων Κλειστής Περίθαλψης που υπάρχουν ήδη στη χώρα μας. Ο σκοπός ίδρύσεως των Μ.Φ.Η. δεν αλλάζει, έτσι με τις διατάξεις του Φ.Ε.Κ. που αφορούν την ίδρυση, καθώς και τη λειτουργία των Μ.Φ.Η. αναφέρεται ότι «πρόκειται για μονάδες μη κερδοσκοπικού (δημόσιες) και κερδοσκοπικού (ιδιωτικές) χαρακτήρα, όπου σκοπός της ίδρυσής τους είναι η φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων, αυτοεξυπηρετούμενων ή μη».

Με βάση την Υπουργική Απόφαση, κάθε Μ.Φ.Η. για να εκπληρώνει το σκοπό της ίδρυσής της θα πρέπει απαραίτητως να εξασφαλίζει στα άτομα τα οποία εξυπηρετεί, υγιεινή διαμονή που θα είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε εξυπηρετούμενου, καθώς και ασφαλή και άνετη διαβίωση. Επίσης, θα πρέπει να παρέχει υγιεινή και επαρκή διατροφή, ανάλογη με την κατάσταση της υγείας του κάθε περιθάλποντα, καθώς και συνεχή φροντίδα για την ατομική καθαριότητα του καθενός. Τακτική ιατρική παρακολούθηση όπως και έγκαιρη και κατάλληλη για κάθε εξυπηρετούμενο ιατροφαρμακευτική βοήθεια και πρόσκαιρη νοσηλεία καθώς και δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοπροστασίας των ατόμων. Ακόμη θα πρέπει να προσφέρεται στα μέλη ψυχαγωγία, ψυχολογική υποστήριξη και φυσικοθεραπεία με σκοπό την βελτίωση των δυνατοτήτων αυτοεξυπηρέτησης (Φ.Ε.Κ. για Προϋποθέσεις Ίδρυσης & Λειτουργίας Μ.Φ.Η.).

Όσον αφορά το προσωπικό που θα πρέπει να διαθέτει κάθε Μ.Φ.Η. αυτό διακρίνεται σε διοικητικό, ιατρικό, νοσηλευτικό, βοηθητικό και ειδικό, το οποίο αφορά κοινωνικό λειτουργό ή ψυχολόγο και φυσικοθεραπευτή ή γυμναστή, όπως επίσης και εργοθεραπευτή (Φ.Ε.Κ. για Προϋποθέσεις Ίδρυσης & Λειτουργίας Μ.Φ.Η.).

Οι αιτίες της εισαγωγής των ηλικιωμένων στις Μ.Φ.Η. είναι κοινωνικο-οικονομικές. Συγκεκριμένα:

- Οικονομικές: σε πολλές περιπτώσεις το οικογενειακό περιβάλλον του ηλικιωμένου αδυνατεί να εκπληρώσει τις ανάγκες του ατόμου λόγω οικονομικής δυσχέρειας.
- Επιπλέον, ο ηλικιωμένος δεν μπορεί να φροντίσει τις ανάγκες του μόνος λόγω της πενιχρής σύνταξης.
- Κοινωνικές: ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων που δεν έχουν συγγενικό περιβάλλον ή που αυτό όπως αναφέρθηκε αδυνατεί να τους φροντίσει.
- Μοναξιά ιδιαίτερα σε περιπτώσεις πρόσφατης χηρείας όπου οι ηλικιωμένοι ζουν μόνοι και εγκαταλελειμμένοι σε περιβάλλον ανθυγιεινό.
- Κατάσταση υγείας: οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τον εαυτό τους λόγω των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν, λόγω της έκπτωσης της λειτουργικότητας που συνεπάγονται τα γηρατεία. Τα άτομα αυτά έχουν ανάγκη από τη συνεχή παρουσία ενός ατόμου για την φροντίδα τους.
- Η έλλειψη κατ' οίκον υπηρεσιών.
- Τέλος, στις σύγχρονες κοινωνίες ο εγωκεντρισμός του ατόμου όπου οι οικογένειες των ηλικιωμένων προβάλλουν ως δικαιολογία για τη μη επιθυμία τους να φροντίσουν τον ηλικιωμένο, το γεγονός ότι δεν αντέχουν να βλέπουν ηλικιωμένο να καταρρέει σταδιακά μέσα στο σπίτι τους ή να τον επισκέπτονται καθημερινά στο σπίτι του.

Οι Μ.Φ.Η. είναι η έσχατη και αναπόφευκτη λύση όταν δεν υπάρχει κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο να συνεχιστεί ομαλά η ζωή του ηλικιωμένου ή όταν αποκλειστεί εντελώς η περίθαλψη του στο σπίτι και για τους μοναχικούς οικονομικά αδύνατους υπερήλικες.

Η πολιτική του Υπουργείου Υγείας για την περίθαλψη των ηλικιωμένων έχει δώσει έμφαση στην εξωιδρυματική 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' αυτή δεν είναι απορριπτέα. 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.

Οι προϋποθέσεις εισαγωγής ενός ηλικιωμένου σε μια Μ.Φ.Η. σύμφωνα με την Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας είναι οι εξής:

- 1) Το άτομο να έχει συμπληρώσει το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας του.
- 2) Ιατρικό πιστοποιητικό κατά προτίμηση ιατρού, δημόσιου υπαλλήλου, στο οποίο βεβαιώνεται ότι:
  - Το προς εισαγωγή άτομο είναι αυτοεξυπηρετούμενο.
  - Δεν φέρει σύνδρομο διανοητικής αναπηρίας ή φέρει σύνδρομο το οποίο όμως δεν φτάνει μέχρι διεγέρσεων, ώστε να γίνεται ανήσυχο και ακατάλληλο για συμβίωση.
  - Δεν υπάρχει επιληψία.
  - Δεν φέρει κατακλίσεις ή άλλα δυσεπούλwτα τραύματα.
  - Δεν πάσχει από μολυσματικές ασθένειες, σύφιλη ή φυματίωση.
  - Δεν πάσχει από οξύ νόσημα που απαιτεί ειδική νοσηλεία ή από καρκίνο.
- 3) Απόφαση οικονομικής αδυναμίας.
- 4) Έκθεση που συντάσσεται από Κοινωνικό Λειτουργό της Νομικής Αυτοδιοίκησης του τόπου κατοικίας ή διαμονής ή από όργανο οποιασδήποτε άλλης Δημόσιας Κοινωνικής Υπηρεσίας.
- 5) Στοιχεία ταυτότητας (Φ.Ε.Κ. για Προϋποθέσεις Ίδρυσης & Λειτουργίας Μ.Φ.Η.).

#### Β) ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Στην Ελλάδα, οι ηλικιωμένοι ασθενείς εξυπηρετούνται από τις κλινικές, όπου διαθέτουν ένα μεγάλο ποσοστό κρεβατιών για τις ανάγκες αυτών. Ωστόσο, για τους κατάκοιτους και ημικατάκοιτους ασθενείς υπάρχουν τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων, στα οποία γίνονται δεκτοί ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι όλων των φορέων και γενικότερα άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.

Τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων έχουν σκοπό την περίθαλψη χρονίως πασχόντων, στοχεύοντας στην ιατρική και κοινωνική τους αποκατάσταση. Μέσα σε κάθε Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων λειτουργεί μονάδα αποκατάστασης στελεχωμένη με γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και άτομα άλλων ειδικοτήτων.

Στην περίπτωση που κάποιος ηλικιωμένος αντιμετωπίζει χρόνιο πρόβλημα υγείας είτε σωματικό, είτε ψυχικό, δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθεί και αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του και για τους συνανθρώπους του, τότε κρίνεται αναγκαία η εισαγωγή του σε θεραπευτήριο χρόνιων παθήσεων. Η υπηρεσία αυτή παρέχει στους υπερήλικες στέγη, τροφή, φαρμακευτική αγωγή και γενικότερα όλα τα απαραίτητα έως ότου το πρόβλημα του αποκατασταθεί και να μπορέσει να επιστρέψει υγιής στην κοινωνία.

Στα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων ένας μεγάλος αριθμός διατίθεται για τους ηλικιωμένους. Αρμόδια υπηρεσία είναι το Τμήμα Κοινωνικής Αρωγής της Διεύθυνσης Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Περιφερειακής Αυτοδιοίκησης.

Οι προϋποθέσεις για την εισαγωγή στα θεραπευτήρια και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, τα οποία ωστόσο μπορεί να διαφοροποιούνται ανά φορέα και καθορίζονται από τους Οργανισμούς των ιδρυμάτων, είναι τα εξής:

- 1) Ηλικία άνω των 18
- 2) Ιατρικό πιστοποιητικό κατά προτίμηση ιατρού, δημόσιου υπαλλήλου, στο οποίο βεβαιώνεται ότι:
  - Το προς εισαγωγή άτομο είναι αυτοεξυπηρετούμενο.
  - Δεν φέρει σύνδρομο διανοητικής αναπηρίας ή φέρει σύνδρομο το οποίο όμως δεν φτάνει μέχρι διεγέρσεων, ώστε να γίνεται ανήσυχο και ακατάλληλο για συμβίωση.
  - Δεν υπάρχει επιληψία.
  - Δεν φέρει κατακλίσεις ή άλλα δυσεπούλwτα τραύματα.
  - Δεν πάσχει από μολυσματικές ασθένειες, σύφιλη ήφυματίωση.
  - Δεν πάσχει από οξύ νόσημα που απαιτεί ειδική νοσηλεία ή από καρκίνο.
- 3) Απόφαση οικονομικής αδυναμίας.

4) Έκθεση που συντάσσεται από Κοινωνικό Λειτουργό της Νομικής Αυτοδιοίκησης του τόπου κατοικίας ή διαμονής ή από όργανο οποιασδήποτε άλλης Δημόσιας Κοινωνικής Υπηρεσίας.

5) Στοιχεία ταυτότητας.

Όσον αφορά τη διαδικασία η οποία ακολουθείται, μετά την υποβολή των δικαιολογητικών στην οικεία Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση το Διοικητικό Συμβούλιο αποφασίζει για την εισαγωγή στο κέντρο ή σε προγράμματά του. Η απάντηση εκδίδεται σε ένα μήνα περίπου, ενώ η διάρκεια ισχύος της έγκρισης εισαγωγής σε θεραπευτήρια παθήσεων είναι αόριστη (Πουλοπούλου, 1999).

### 1.3 Δια βίου μάθηση και Πανεπιστήμια της Τρίτης ηλικίας

Σύμφωνα με τον Παναγιωτάκη, (2008) στο πλαίσιο των πολιτικών που αναπτύσσονται για την αύξηση της απασχόλησης και την μείωση της ανεργίας, η Ελλάδα υστερεί σε δαπάνες για ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης. Συγκεκριμένα, το 2003 στη χώρα μας δαπανήθηκε το 0,11% του ΑΕΠ για στήριξη μέτρων ενεργητικής απασχόλησης, ποσοστό μικρότερο του Ευρωπαϊκού μέσου όρου 0,70%. Χαρακτηριστική ήταν όμως, αφενός η έλλειψη συντονισμού φορέων εκπαίδευσης και κατάρτισης και η καταγραφή αλληλοεπικάλυψης των δράσεων και ενεργειών τους, αφετέρου η καθυστέρηση που διαπιστώθηκε τόσο ως προς την ολοκλήρωση του θεσμικού πλαισίου της πιστοποίησης των δομών συνεχιζόμενης με την πιστοποίηση προγραμμάτων εκπαιδευτών, γνώσεων και δεξιοτήτων, όσο και ως προς την ενεργοποίηση του ΕΣΣΕΕΚΑ. (Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών- Γενική Γραμματεία Επενδύσεων και Ανάπτυξης- Εθνικό Στρατηγικό πλαίσιο Αναφοράς 2007-2013).

Η ανάπτυξη της νοημοσύνης φαίνεται πως εξαρτάται τόσο από το επίπεδο εκπαίδευσης που απέκτησε κανείς από την μετέπειτα χρησιμοποίηση των δεξιοτήτων στις ασχολίες του, όσο και από την βασική μαθησιακή ικανότητα που αναπτύχθηκε στην νεανική του ηλικία. Άτομα με μεγάλη μόρφωση, που η απασχόληση τους απαιτεί πλατιά και τακτική ενημέρωση με νέα στοιχεία, θα έχουν στα 50 τους χρόνια μεγαλύτερη νοημοσύνη από όση είχαν στα 25 τους χρόνια και

αντίθετα εκείνοι που απασχολούνται σε επαγγέλματα που δεν απαιτούν πρόσθετη μάθηση, πιθανόν να μην αναπτύξουν τόσο πολύ την νοημοσύνη τους.

Είναι χρήσιμο να σκιαγραφηθεί αυτό που αποκαλούμε «δια βίου μάθηση» και να συσχετιστεί με την εκπαίδευση ενηλίκων, γιατί η μάθηση αποτελεί διεργασία προσωπικών αλλαγών που γίνεται για να προσαρμοστεί κανείς σε μεταβαλλόμενες συνθήκες και εμπειρίες. Φαίνεται ότι είναι αποδεκτό πως, για τον ενήλικο, είναι λίγες οι αλλαγές που συνδέονται με την ηλικία του (στην περίπτωση που υπάρχουν), γιατί οι ενήλικες αλλάζουν και εξελίσσονται περισσότερο με την εμπειρία και με την άσκηση των ικανοτήτων τους πάρα εξαιτίας της ηλικίας τους.

Στη Δύση δίνεται μεγάλη έμφαση στα εξωτερικά στοιχεία της σωματικής κατασκευής του ανθρώπου. Έτσι η γήρανση θεωρείται φαινόμενο στο οποίο πρέπει να αντισταθεί κανείς, κάτι που πρέπει να αντιμετωπίσει κανείς και όχι κάτι που θεωρείται ευπρόσδεκτο, και το οποίο εκτιμάται λόγω της σοφίας και της κοινωνικής θέσης που το συνοδεύουν.

Η ανάπτυξη των ενηλίκων έχει και μερικές άλλες διαστάσεις. Αφενός υπάρχουν οι αλλαγές που συμβαίνουν στο ίδιο το πρόσωπο με το πέρασμα του χρόνου, αφετέρου υπάρχουν οι αλλαγές στα κοινωνικά και πολιτισμικά περιβάλλοντα του ατόμου, οι οποίες απαιτούν νέες μορφές αντιμετώπισης.

Ίσως η μοναδική σύγκλιση των Ευρωπαίων είναι η διαπίστωση ότι η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, οι νέες απαιτήσεις και ο νέος τρόπος ζωής, δημιουργούν συνθήκες συρρίκνωσης της οικογένειας. Το άτομο είναι μεταβαλλόμενο μέσα σε ένα κόσμο που αλλάζει και η αλλαγή και όχι η σταθερότητα αποτελεί τον κανόνα.

Παραδοσιακά στις δυτικές κοινωνίες η νεότητα αντιμετωπίστηκε θετικά, ενώ η γήρανση αρνητικά. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια οι απόψεις σχετικά με τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν σημαντικές αλλαγές, με αυξανόμενες θετικές στάσεις για τις ομάδες μεγαλύτερης ηλικίας και αυξανόμενες αρνητικές στάσεις για τους νεότερους ανθρώπους, ίσως λόγω της συνεχούς αύξησης των ηλικιωμένων στο σύνολο της κοινωνίας.

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες οι οποίες είναι επηρεασμένες από δυτικά πολιτισμικά πρότυπα, φαίνεται να συμβαίνει το αντίστροφο παρά τον αυξανόμενο αριθμό των ηλικιωμένων που συμμετέχουν σε διάφορες μορφές εκπαίδευσης ώριμης ηλικίας. Η κοινωνία όχι μόνο επιβάλλει ρόλους στα άτομα, αλλά διαρκώς



επανερμηνεύει αυτούς τους ρόλους και όλες αυτές οι αλλαγές θα απαιτήσουν μάθηση εκ μέρους κάθε ενηλίκου. Ο Σαίξπηρ αναφέρει τις επτά ηλικίες του ανθρώπου: το βρέφος, τον μαθητή, τον εραστή, τον στρατιώτη, τον δικαστή, τον ισχνό γερομπισμπίκη με τις παντόφλες, και τέλος τον παλίμπαιδα. Από την εποχή του Σαίξπηρ έγιναν πολλές απόπειρες να βελτιωθούν οι περιγραφές των αλλαγών του ενηλίκου. Μερικές είναι πολύ γενικές: οι διαδοχικές φάσεις ρομαντισμού, ακρίβειας και ορθολογισμού του Whitehead ή το ρομαντικό στάδιο, το φιλοσοφικό στάδιο και το ειρηνικό στάδιο ή στάδιο εκπλήρωσης του Egan. Μερικοί επισημαίνουν ακόμα το καλούμενο «φαινόμενου υψιπέδου» του Σαίξπηρ: ανάπτυξη, ωριμότητα και παρακμή. Ο ίδιος τίτλος του Πανεπιστημίου τρίτης ηλικίας διαιώνίζει την αναχρονιστική ιδέα των τριών σταδίων της ζωής, που είναι η ανάπτυξη, η δημιουργία και η ολοκλήρωση.

Ανάμεσα στις θεωρίες που αναφέρονται στις διάφορες φάσεις της ανθρώπινης ζωής, η πιο σημαντική κατηγορία είναι αυτή που αντιλαμβάνεται τις αλλαγές κατά τη φάση της ενήλικης ζωής από την οπτική γωνία των κυρίαρχων ενδιαφερόντων.

Ο Havighurst (1968) αναφέρει χαρακτηριστικά ότι το άτομο διανύει οκτώ κύρια ηλικιακά στάδια: ειδικά για το στάδιο που μας ενδιαφέρει δηλαδή από τα 50 έως τα 60 έτη αναφέρει ότι, οι ενήλικοι διατηρούν τη θέση τους και ταυτόχρονα αλλάζουν ρόλους. Η συμμετοχή τους στην εκπαίδευση έχει εκφραστικούς μάλλον παρά χρηστικούς ρόλους. Υπάρχει αυξανόμενη ένδειξη φυσικής φθοράς (όραση και ακοή) και περισσότερες δυνάμεις καταβάλλονται στην προσπάθεια να μην απολέσουν δυνάμεις.

Συνάγεται συχνά το συμπέρασμα ότι ο ενήλικος είναι παθητικός και σεβάσμιος, αλλά με μειωμένη την αίσθηση της αυτοπεποίθησης. Η σκέψη και όχι η δράση αποτελεί τον τρόπο ύπαρξης στον κόσμο και παρατηρείται περισσότερη επικέντρωση σε βραχυπρόθεσμα παρά σε μακροπρόθεσμα επιτεύγματα.

Ο ενήλικος δαπανά τα χρόνια ανάμεσα στα 60 και τα 70 έτη της ζωής του σκεπτόμενος και προβληματισμένος επειδή αυτή είναι συχνά η περίοδος θανάτου φίλων και συγγενών, λιγότερων κοινωνικών ενδιαφερόντων, λιγότερο ζωηρών ενασχολήσεων και βραχυπρόθεσμων ικανοποιήσεων. Από τα 70 έτη και άνω είναι η κατεξοχήν περίοδος της απεμπλοκής από τις παραπάνω σκέψεις και προβληματισμούς. Οι υγιείς ενήλικοι δεν ασχολούνται τόσο με το παρελθόν,

αποδέχονται τους εαυτούς τους και είναι σχετικά ικανοποιημένοι από τα αποτελέσματα της ζωής τους αλλά και η περίοδος αυτή συχνά χαρακτηρίζεται από προβλήματα υγείας, μειωμένους πόρους και εξάρτηση από άλλους.

Όσον αφορά τους εκπαιδευτές ενηλίκων είναι σκόπιμο να θυμόμαστε ότι οι ενήλικοι μεγαλώνουν και ότι με την γήρανση:

A) συντελούνται φυσικές μεταβολές, σε άλλους με μεγαλύτερη και σε άλλους με μικρότερη έκταση και για άλλους με διαφορετικούς τρόπους.

B) αλλάζουν οι ρόλοι και όλοι χρειάζονται νέα μάθηση και μπορεί καμιά φορά να υπάρξουν δυσκολίες στην προσαρμογή στους νέους ρόλους ή στις νέες αντιλήψεις για τους ρόλους.

Γ) διανύονται περίοδοι κρίσεων, άλλοτε εύκολα και άλλοτε με δυσκολία.

Το άτομο έχει την ικανότητα να μαθαίνει στην Τρίτη ηλικία που φανερώνεται και αποδεικνύεται από τα βάθη των αιώνων με το «γηράσκω αεί πολλά διδασκόμενος» του Σόλωνα όσο και από τις σύγχρονες επιστημονικές έρευνες. Όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα στην εκπαίδευση και στην ειδίκευση άσχετα από το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και από την ηλικία τους. Δυστυχώς η έλλειψη πόρων και οι προκαταλήψεις εμποδίζουν την πρόσβαση των ηλικιωμένων σε ευκαιρίες εκπαίδευσης και ειδίκευσης.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα στην Ελλάδα πρέπει να αποβλέπουν:

A) στην καλύτερη κατανόηση των σύγχρονων θεμάτων και των προβλημάτων της νεότερης γενιάς.

B) στην απόκτηση δεξιοτήτων και γνώσεων για τη χρήση του ελεύθερου χρόνου και την βελτίωση της υγείας.

Γ) στην βοήθεια για την επίλυση των προβλημάτων που αφορούν τους συνταξιούχους και τα άτομα που ετοιμάζονται να αποχωρήσουν από την ενεργό υπηρεσία.

Δ) στην διατήρηση της σωματικής και πνευματικής δύναμης και συμμετοχή στην ζωή της κοινότητας.

Στην Ελλάδα τα εκπαιδευτικά προγράμματα ηλικιωμένων είναι ελάχιστα χωρίς προγραμματισμό και συνήθως αποσπασματικά από συλλόγους πολιτιστικούς, την Ν.Ε.Λ.Ε. με μαθήματα αναλφαβητισμού και επιμορφωτικές ομιλίες, ενώ ενδιαφέροντα συνέδρια οργανώνονται από την Γηριατρική Εταιρεία κάθε χρόνο και

από επαγγελματικούς επιστημονικούς συλλόγους σε συνεργασία με Τριτοβάθμια Ιδρύματα γύρω από θέματα που απασχολούν την Τρίτη ηλικία.

Στην Ευρώπη σε όλες σχεδόν τις χώρες μέλη της Ε.Ε. μεγάλος αριθμός συλλόγων και σωματείων έχουν σκοπό την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την Τρίτη ηλικία όπως το Κοινοτικό Κέντρο Ανάπτυξης της Εκπαίδευσης για την προώθηση και υποστήριξη της κοινοτικής εκπαίδευσης στην Αγγλία και Ουαλία με αποκορύφωμα τα Πανεπιστήμια Τρίτης ηλικίας.

Τα Πανεπιστήμια της Τρίτης ηλικίας είναι από τους πιο επιτυχημένους θεσμούς σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στεγάζονται σε Πανεπιστημιακούς χώρους τις ώρες που δεν χρησιμοποιούνται από φοιτητές και διδάσκουν εν ενεργεία μέλη του διδακτικού προσωπικού των Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων. Για την κατάρτιση των εκπαιδευτικών τους προγραμμάτων λαμβάνεται υπόψη η επιθυμία των ηλικιωμένων και τα ενδιαφέροντά τους. Διδάσκονται μαθήματα με τη μορφή διαλέξεων γύρω από θέματα Ιστορίας, Γεωγραφίας, Ψυχολογίας, Βοτανικής, Ποίησης, Φιλοτελισμού, κ.λ.π. Το πρόγραμμα ποικίλει με μουσική, κινηματογραφική προβολή και διάλογο μεταξύ τους και γίνονται δεκτοί όλοι χωρίς περιορισμό μόρφωσης, επαγγέλματος, ηλικίας.

Στη Γαλλία και την Πολωνία οργανώθηκαν τα πρώτα Πανεπιστήμια της Τρίτης ηλικίας. Στην Γαλλία μόνο λειτούργησαν από το 1972 μέχρι το 1998 γύρω στα 82 Πανεπιστήμια Τρίτης ηλικίας ενώ στην Ελλάδα δεν έχει γίνει καμιά κίνηση για να εφαρμοστεί κάποιο ανάλογο σύστημα.

Το Πανεπιστήμιο Τρίτης ηλικίας έσπασε την αντίληψη ότι τα Πανεπιστήμια είναι μόνο για την νεότητα αλλά άνοιξαν για να συνυπάρξουν και να διασταυρωθούν στους διαδρόμους νέοι και ηλικιωμένοι. Το ερώτημα είναι πόσοι ηλικιωμένοι θα ήθελαν να αποκτήσουν συγκροτημένες γνώσεις σε ορισμένους τομείς, ή θα ενδιαφέρονταν για την απόκτηση ορισμένων δεξιοτήτων ή την ενασχόληση με κάποιες δραστηριότητες εκπαίδευσης. Τα Ελληνικά Α.Ε.Ι. και Α.Τ.Ε.Ι. θα μπορούσαν να ξεκινήσουν εκπαιδευτικά προγράμματα για άτομα Τρίτης ηλικίας, πρωτοβουλία που ιδιαίτερα στην Περιφέρεια θα τα συνέδεε περισσότερο με τις τοπικές κοινωνίες.

Στην Ελλάδα τα Πανεπιστήμια Τρίτης Ηλικίας, αποτελούν πιλοτικό πρόγραμμα, αλλά δεν είναι θεσμοθετημένο (άτυπα δίκτυα).

Συγκεκριμένα σήμερα στην Ελλάδα υπάρχει το Πανεπιστήμιο Τρίτης Ηλικίας στη Θεσσαλονίκη (άτυπο) και η Ακαδημία των Πολιτών στο Ηράκλειο Κρήτης.

Το Πανεπιστήμιο Τρίτης Ηλικίας στη Θεσσαλονίκη είναι ένα πάρα πολύ πρωτοποριακό πρόγραμμα στο οποίο οι ίδιοι οι φοιτητές επιλέγουν το αντικείμενο διδασκαλίας ανάμεσα σε τρία. Οι φοιτητές είναι γυναίκες και άνδρες μεταξύ εξήντα και εβδομήντα ετών. Στο συγκεκριμένο πανεπιστήμιο, οι φοιτητές είχαν να διαλέξουν ανάμεσα 1) στις σχέσεις των ατόμων τις τρίτης ηλικίας με τα εγγόνια τους, 2) στη χρήση των κινητών και 3) στη χρήση του διαδικτύου, όπου επέλεξαν το πρώτο. Επίσης, με τη βοήθεια δύο ψυχολόγων του πανεπιστημίου, οι ηλικιωμένοι μαθαίνουν πώς να συμπεριφέρονται στα εγγόνια τους, πώς να διακρίνουν το παιδικό ψέμα από την αλήθεια και πώς να συμβουλεύουν σχετικά με τη διαχείριση των χρημάτων [<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse2/seyp/ker/2010/GeorgiadiEvanthia,amoliEirini,FriligouGolfo/attached-document-1279014948-228257-28001/Georgiadi2010.pdf> , Πρόσβαση στις 4/6/2013].

Η Ακαδημία των Πολιτών είναι μία αστική μη κερδοσκοπική εταιρία (ISO 9001) και λειτουργεί στο Ηράκλειο από τον Οκτώβριο του 2012. Η ολοένα μεγαλύτερη ανάγκη των πολιτών για εκπαίδευση οδήγησε στην οργάνωση και λειτουργία Τμημάτων της Ακαδημίας σε 45 πόλεις της Ελλάδας, καθώς επίσης στην Κύπρο και στη Γερμανία (Αννόβερο).

Πανεπιστημιακοί Καθηγητές από όλη την Ελλάδα και καταξιωμένοι επαγγελματίες υγείας προσφέρουν μια συναρπαστική και διαφορετική ερμηνεία των κοινωνικών και ψυχικών φαινομένων με οδηγό τη συστημική προσέγγιση, την καινοτόμο μεθοδολογία και τα πρωτοποριακά διδακτικά συστήματα.

Στο Ηράκλειο τα μαθήματα της Ακαδημίας πραγματοποιούνται σε δύο κύκλους μαθημάτων. Στο πρώτο Ακαδημαϊκό έτος οι θεματικές ενότητες που διδάχθηκαν είναι: «Σύγχρονες αρχές και θέματα Ψυχολογίας» και ακολούθως «Σύγχρονες αρχές και θέματα Συμβουλευτικής». Η ετήσια συνδρομή μέλους (και για τις 26 συνεδρίες) είναι 80 €, ενώ υπάρχει έκπτωση 50% για άνεργους, άτομα με αναπηρία, πολύτεκνους, τρίτεκνους και φοιτητές. Αιτήσεις μπορούν να υποβάλλουν όλοι οι Πολίτες άνω των 18 ετών, ανεξάρτητα από μορφωτικό, οικονομικό ή κοινωνικό επίπεδο [[http://civilacademy.ucoz.org/index/deltio\\_tyroy\\_idrysh\\_akadhmiias\\_krhths/0-26](http://civilacademy.ucoz.org/index/deltio_tyroy_idrysh_akadhmiias_krhths/0-26), Πρόσβαση στις 4/6/2013].

### ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

#### 2.1 Ορισμός Τρίτης & Τέταρτης ηλικίας

Τελευταία το ενδιαφέρον πολλών επιστημών έχει εστιάσει στην πληθυσμιακή ομάδα της Τρίτης ηλικίας. Στην Τρίτη ηλικία ανήκουν τα άτομα που έχουν κλείσει το 65 έτος της ηλικίας τους. Ενώ μέχρι τα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα ο αναμενόμενος μέσος όρος ζωής δεν ήταν υψηλότερος από 35 έτη, η εξέλιξη της Ιατρικής και της Φαρμακευτικής επιστήμης έχουν αυξήσει το μέσο όρο επιβίωσης στα 75 με 80 χρόνια.

«Γήρας είναι η περίοδος της ζωής του ανθρώπου που εντοπίζεται στο 70<sup>ο</sup> περίπου έτος της ηλικίας του και χαρακτηρίζεται από σταδιακή απώλεια των σωματικών και πνευματικών ικανοτήτων.» (Marti, χ.χ.: 41)

«Γήρας ονομάζεται η περίοδος της ζωής που ακολουθεί την ώριμη ηλικία και προηγείται του φυσικού θανάτου. Στις προηγούμενες χώρες, θεωρείτε ότι το γήρας αρχίζει στα 60 χρόνια, ηλικία στην οποία αρχίζει συνήθως η παροχή σύνταξης ή η αποχώρηση από την ενεργό επαγγελματική ζωή. Σήμερα ο άνθρωπος, χάρη στις προόδους της επιστήμης, ζει πολύ περισσότερο απ' ό,τι στο παρελθόν.» (Αθανασίου, κ.α., 2005: 564).

Ο Ericsson μιλώντας για τα 8 στάδια της ζωής του ανθρώπου (βρεφική ηλικία, στάδια παιδικής ηλικίας, εφηβεία, νεανική ηλικία, ώριμη ηλικία, γηρατειά) φτάνει στο τελευταίο στάδιο το οποίο ονομάζει «στάδιο της καταξίωσης ή της απόγνωσης» που μπορεί να χαρακτηρίζεται από ενσωμάτωση ή απόγνωση. Ένα ηλικιωμένο άτομο, αναπολεί την ζωή του και διαπιστώνει ότι έχει σημειώσει επιτυχίες, έχει ενεργήσει σωστά και έτσι νιώθει το συναίσθημα της προσωπικής αξίας και καταξίωσης. Αντίθετα, ένα ηλικιωμένο άτομο εκφράζει το συναίσθημα της

απόγνωσης, διότι γνωρίζει ότι ο χρόνος του μειώθηκε και δεν μπορεί να ξαναρχίσει την ζωή του πιο σωστά, χωρίς αποτυχίες και εσφαλμένες εκτιμήσεις.

Παρακάτω, αναφέρονται οι κυριότερες κατηγορίες με τις οποίες μπορεί να προσδιοριστεί η έννοια του γήρατος:

**Η χρονολογική ηλικία:** Μετριέται με τα χρόνια που περνούν από την στιγμή της γέννησης. Αναφέρετε στο έτος της γέννησης, εκφράζεται σε χρόνια, ή χρόνια και μήνες, ή ακόμα χρόνια, μήνες και ημέρες. Η χρονολογική ηλικία είναι πολύ συχνά άσχετη με την βιολογική ηλικία και δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη για την κατάσταση της υγείας και την ικανότητα απόδοσης του ανθρώπου.

**Η βιολογική ηλικία:** Αφορά την μορφολογική εμφάνιση και τη λειτουργική απόδοση οργάνων και συστημάτων. Η βιολογική ηλικία διαφέρει: α) ανάλογα με τα άτομα, για κάθε άνθρωπο τα γηρατεία έχουν διαφορετική έναρξη και διάρκεια. β) ανάλογα με την εποχή. Σήμερα ο άνθρωπος βιολογικά έπαψε να έχει την ίδια ηλικία, που είχε στην ίδια χρονολογική ηλικία στις αρχές του αιώνα.

**Η κοινωνική ηλικία:** Έχει σχέση με τις κοινωνικές συνήθειες του κάθε ανθρώπου, τους ρόλους των ατόμων στην ομάδα και στην κοινωνία την οποία ζουν. Η κοινωνική ηλικία ενός ατόμου συνδέεται με την χρονολογική, βιολογική και ψυχολογική ηλικία αλλά δεν καθορίζεται τελείως από αυτές.

**Η ψυχολογική ηλικία:** Προσδιορίζεται από την θέση των ατόμων σε έναν πληθυσμό ανάλογα με τις ικανότητες προσαρμογής που διαθέτουν. Σημασία δεν έχει η αναπόφευκτη φθορά του ανθρώπινου οργανισμού αλλά οι επιπτώσεις της στην προσαρμογή του ηλικιωμένου στο στενότερο ή το ευρύτερο περιβάλλον του.

Βασικοί παράγοντες που ασκούν καθοριστική επίδραση στην διαδικασία της γήρανσης σύμφωνα με τον Hayflick είναι οι εξής:

- Η κληρονομικότητα
- Το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον
- Η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά
- Η ψυχοσύνθεση του ατόμου
- Η υγιεινή διαβίωση

Τα γηρατεία, είναι πρώτα κοινωνικό φαινόμενο και μετά βιολογικό. Δεν είναι μια καινούργια ηλικία αλλά μια κατάληξη, άμεσα επηρεαζόμενη από τα

κοινωνικά δεδομένα. Υπάρχουν κάποια κοινωνικά αίτια τα οποία επιταχύνουν τα γηρατειά, αυτά είναι η περιθωριοποίηση του ηλικιωμένου, η αδράνεια, η απομόνωση, η κοινωνική και ψυχολογική αποξένωση από το κοινωνικό του περιβάλλον αλλά και από τον υπόλοιπο πληθυσμό και τέλος ο εγκλεισμός σε ιδρύματα. Υπάρχουν άτομα που ο ρυθμός εμφάνισης γήρατος ανάμεσα τους ποικίλει, αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν διάφοροι παράγοντες, μερικούς από τους οποίους αναφέραμε παραπάνω, που επηρεάζει την εμφάνιση περισσότερο ή λιγότερο γρήγορα. (Παναγιωτάκης, 2008).

«Όλα τα άτομα εμφανίζουν κάμψη των διάφορων λειτουργιών αλλά σε διαφορετική στιγμή το καθένα, η οποία, σε κάθε άτομο προχωρεί με διαφορετικό ρυθμό. Επίσης, δεν υπάρχει πάντοτε παραλληλισμός μεταξύ σωματικών και ψυχικών εκπτώτικων φαινομένων. Η κάμψη αυτών των λειτουργιών αρχίζει πολύ νωρίς, ίσως από το 30<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας του ατόμου και συνεχίζεται σε όλη την διάρκεια της ζωής του. Άλλοι υποστηρίζουν ότι η κάμψη των λειτουργιών του οργανισμού του ατόμου αρχίζει από την γέννηση ή και από την ενδομήτριο ζωή ακόμη» (Μαλγαρινού και Γούλια, 1986:13).

Ο ρυθμός και ο βαθμός της γήρανσης διαφέρει τόσο από άτομο σε άτομο, όσο και στα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου του ατόμου. Σήμερα στην κοινωνία επικρατούν κάποιοι μύθοι σχετικά με την τρίτη ηλικία οι οποίοι είναι οι εξής:

-Η γήρανση είναι ένα αδιέξοδο με μόνη λύτρωση το θάνατο καθώς και ότι η προσωπική ανάπτυξη και ολοκλήρωση σταματούν.

-Οι νοητικές λειτουργίες επιδεινώνονται και προκαλούν τα σκώμματα και την έλλειψη ανοχής από τον κοινωνικό περίγυρο.

-Τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι βάρος για τις οικογένειες τους.

Οι μύθοι αυτοί οφείλονται στην «υπεργενίκευση». Οι άνθρωποι συνήθως γνωρίζουν μεμονωμένες περιπτώσεις ηλικιωμένων οι οποίοι πάσχουν είτε ψυχολογικά είτε βιολογικά και έτσι γενικεύουν σε όλο το πληθυσμό. Παράλληλα αντιλαμβάνονται ως σοβαρότερα τα προβλήματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας από ότι τα ίδια τα άτομα άνω των 65 ετών. (Παπάνης, 2007).

Η Τρίτη ηλικία περιλαμβάνει αρκετές μεταβολές στον βιολογικό και ψυχολογικό τομέα, αυτές οι αλλαγές προσδίδουν στους ηλικιωμένους κάποια κοινά

χαρακτηριστικά στα οποία θα γίνει μια σύντομη αναφορά παρακάτω. Όσον αφορά τις μεταβολές σε βιολογικό επίπεδο:

Φυσιολογικά, το γήρας χαρακτηρίζεται από μια σειρά μεταβολών, όπως ελάττωση του βασικού μεταβολισμού, προοδευτική μείωση της μυϊκής δύναμης, αλλοιώσεις της οπτικής και ακουστικής λειτουργίας, ελάττωση του αερισμού των πνευμόνων, αλλοιώσεις της καρδιάς και των αγγείων. Όλα αυτά, ακόμα και αν μεταβάλλουν σε μεγάλο βαθμό τις φυσιολογικές λειτουργίες κάθε οργανικού συστήματος, προκαλούν έναν περιορισμό στην λειτουργική ικανότητα και γενικότερα στην προσαρμοστικότητα του οργανισμού. (Παναγιωτάκης, 2008).

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας που βρίσκονται στα πλαίσια της γήρανσης, παρουσιάζουν κάποιες χαρακτηριστικές μεταβολές στον γνωστικό τομέα, στην προσωπικότητα καθώς και στην προσαρμογή. Όσον αφορά τον γνωστικό τομέα, εύκολα καταλαβαίνει κανείς ότι υπάρχει μια αδυναμία απόκτησης νέας γνώσης, πράγμα το οποίο αντισταθμίζεται από το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι έχουν ήδη αποκτήσει κάποιες γνώσεις και κάποια εμπειρία από τα περασμένα χρόνια της ζωής τους και έχουν την δυνατότητα να την χρησιμοποιούν. Επίσης, χαρακτηριστικό της γήρανσης είναι η ελάττωση της ζωτικότητας και της αποδοτικότητας των κυττάρων κάποιων οργάνων του οργανισμού, που δεν γίνεται συγχρόνως και παράλληλα σε όλα. Άλλοτε γερνά πρώτα το μυαλό ενώ των άλλων οργάνων η ικανότητα διατηρείται πολύ καλά και άλλοτε πρώτα η καρδιά ή τα πόδια, ή οι σφικκτήρες, ή άλλη λειτουργία. Επίσης σημειώνεται απώλεια στην ταχύτητα που διαφέρει ανάλογα με την δραστηριότητα. (Έμκε- Πουλοπούλου, 1999).

Παρακάτω αναφέρονται μερικά χαρακτηριστικά του γήρατος:

- α) Είναι μια πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών λειτουργιών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πρόοδο του χρόνου.
- β) Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη συμβεί.
- γ) Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν την λειτουργικότητα του ατόμου.
- δ) Είναι προοδευτικό στην διαμόρφωση του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά.
- ε) Οφείλονται σε εσωτερικές αιτίες.
- στ) Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δεν μπορεί να το αποφύγει κανείς.
- ζ) Είναι καθολικό, δηλαδή εμφανίζεται σε όλα τα μέλη του είδους.



η) Είναι μη ανατρέψιμο, δηλαδή δεν μπορεί να ανασταλεί η πορεία του.

θ) Αρχίζει μετά την σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.

ι) Καταλήγει στο θάνατο.

Αυτές οι βιολογικές μεταβολές είναι αναπόφευκτες και ισχύουν για όλους τους ανθρώπους. Σκοπός της υγιεινής του γήρατος είναι η πρόληψη ή τουλάχιστον ο περιορισμός εκείνων των βιολογικών μεταβολών που συχνά αποτελούν αιτία μαρασμού των γερόντων, με την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής. (Αθανασίου, κ.α., 2005:564).

Οι αλλαγές που συντελούνται στον ψυχολογικό τομέα αφορούν την νόηση, το συναίσθημα και στην λογική. Οι διάφορες ψυχολογικές θεωρίες ρίχνουν το βάρος στην κάμψη της ψυχολογικής ευημερίας και της ικανότητας προσαρμογής καθώς οι ηλικιωμένοι εισέρχονται στην τελευταία φάση της ζωής τους. (Ρούσσοσ 1987: 42-43).

Η μείωση της μαθησιακής ικανότητας, η ελάττωση της μνήμης, η επιθετικότητα, η ισχυρογνωμοσύνη είναι κάποια από τα συμπτώματα των αλλαγών στον ψυχολογικό τομέα, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν και στην λεγόμενη γεροντική απροσαρμοστικότητα. Αυτή η κατάσταση δεν είναι απαραίτητο να εμφανίζεται σε όλους τους ηλικιωμένους, αλλά και όταν εμφανίζεται δεν έχει τα ίδια χαρακτηριστικά συμπτώματα. Κάποιες επιστημονικές μελέτες καταλήγουν στις παρακάτω διαπιστώσεις:

1. Τα γηρατειά αρχίζουν από την γέννηση και από βιοϊατρική άποψη ακόμη νωρίτερα και είναι μια διαδικασία συνεχιζόμενων φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών σε όλη την διάρκεια της ζωής.
2. Μεγάλες διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στα άτομα. Η ταχύτητα και η ένταση του γήρατος ποικίλει από άτομο σε άτομο τόσο στο φυσιολογικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο. Για κάθε άνθρωπο τα γερατειά έχουν διαφορετική έναρξη και διαφορετική διάρκεια, διαφορετικές δυνατότητες και διαφορετικές συνέπειες.
3. Οι διαφορές που παρατηρούνται αυξάνονται όσο προχωρεί η ηλικία.
4. Το όριο που χωρίζει τη μέση ηλικία από τα γερατειά δεν είναι ξεκάθαρο.

5. Ένα όριο ηλικίας συνταξιοδότησης κοινό για όλους δεν λαμβάνει υπόψη τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν στα άτομα. (Εμκε- Πουλοπούλου, 1999:33).

Κλείνοντας, θα ήταν χρήσιμο να τονιστεί ότι οι περισσότεροι επιστήμονες που ασχολούνται με την φυσιολογία και την βιολογία του γήρατος συμφωνούν ότι δεν υπάρχει μια και μόνο θεωρία που να ερμηνεύει πλήρως το φαινόμενο της γήρανσης.

## 2.2 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια από τις πληθυσμιακές ομάδες οι οποίες έχουν ίσα δικαιώματα με τις υπόλοιπες ομάδες πληθυσμού. Το ίδιο ισχύει και για τις ανάγκες τους, οι ηλικιωμένοι έχουν τις ίδιες αν όχι και περισσότερες ανάγκες σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες του πληθυσμού. Παρακάτω θα γίνει μια κατηγοριοποίηση αναγκών που έχουν οι ηλικιωμένοι:

A. **Εισοδήματος**: Ένα εισόδημα αξιοπρεπές το οποίο θα καλύπτει τις βασικές ανάγκες του ανθρώπου για τροφή, ένδυση, ρουχισμό, καθαριότητα, κατοικία, θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια. Γενικότερα, όλες τις απαιτούμενες ανάγκες για την επιβίωση του ατόμου.

B. **Δυνατότητα παραμονής στην κοινότητα**: Αποτελεί την ανάγκη των ηλικιωμένων να παραμείνουν σπίτι τους και στην οικογένεια τους με την ανάπτυξη ζεστών ανθρώπινων σχέσεων, ενσωμάτωσης στην οικογένεια χωρίς να αισθάνονται ότι αποτελούν βάρος, αντίθετα σημαντικό για τους ηλικιωμένους είναι να αισθάνονται ότι ανήκουν κάπου.

Γ. **Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη**: Περιλαμβάνει την σωστή ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητα του ηλικιωμένου.

Δ. **Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, κοινωνικές επαφές**: Με αυτό τον τρόπο το άτομο αισθάνεται ότι είναι ενεργό μέλος μέσα στην κοινωνία και δεν έχει περάσει στο περιθώριο.

E. **Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητα στο χώρο τους** : Ιδιαίτερα για τους ηλικιωμένους που έχουν κάποια μορφή αναπηρίας ή είναι ευάλωτοι και

χρειάζονται κάποιον φροντιστή και βοήθεια στην κίνηση τους χρησιμοποιώντας διάφορα βοηθήματα π.χ μπαστούνι, πατερίτσα, αναπηρικό αμαξίδιο.

**ΣΤ. Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν:** Ιδιαίτερα σε θέματα που αφορούν την υγεία τους και τον τρόπο χειρισμού τους. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να είναι γνώστες της διαδικασίας που θα ακολουθηθεί. Αυτό, αποτελεί ένα από τα δικαιώματα τους.

**Ζ. Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία:** Κ.Α.Π.Η., Βοήθεια στο Σπίτι, Κ.Η.Φ.Η. είναι μερικές από τις υπηρεσίες που προσφέρουν σημαντική βοήθεια στους ηλικιωμένους.

**Η. Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα πρόσωπα:**

Η δυνατότητα παραμονής του ατόμου στο περιβάλλον του και η αποφυγή του ατόμου σε ίδρυμα. (Έμκε- Πουλοπούλου, 1999).

Όπως παρατηρούμε παραπάνω οι ηλικιωμένοι έχουν και αυτοί ανάγκες οι οποίες πρέπει να καλυφθούν, έτσι παρατηρούμε επίσης ότι η άποψη ότι οι ηλικιωμένοι δεν έχουν τις ίδιες ανάγκες με τον υπόλοιπο πληθυσμό δεν ισχύει. Πολλές φορές, οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν καλύπτονται ποιοτικά και με τον σωστό τρόπο αλλά με πολλές παραλήψεις, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται διάφορα προβλήματα στους ηλικιωμένους, στα οποία θα αναφερθούμε αναλυτικά παρακάτω. Το κράτος έχει αναλάβει ευθύνη για την κάλυψη αναγκών των ηλικιωμένων, όμως μεγάλο ρόλο παίζει και η οικογένεια στην κάλυψη αυτών των αναγκών. Η οικογένεια, έρχεται να καλύψει το κενό του κράτους στην κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων, στα καθημερινά πρακτικά ζητήματα, τα οποία είναι φαγητό, χορήγηση φαρμάκων. Επίσης, οι ηλικιωμένοι πρέπει να αισθάνονται την αγάπη και την φροντίδα των οικογενειών τους, ώστε να μην νοιώθουν ότι είναι βάρος γιατί τότε προκύπτουν άλλα προβλήματα (κατάθλιψη) (Παναγιωτάκης, 2008).

«Για να συνεχίσει το ηλικιωμένο άτομο να ζει με αξιοπρέπεια και αυτοσεβασμό, έχει ανάγκη από συμπαράσταση, στο βαθμό που μειώνεται η κοινωνική, συναισθηματική κι οικονομική του αυτάρκεια. Εκτιμάται ότι η οικογένεια προσφέρει αυτήν την συμπαράσταση στο μεγαλύτερο ποσοστό, ένα 10% όμως

των ηλικιωμένων χρησιμοποιεί τις κοινωνικές υπηρεσίες, ενώ υπολογίζεται ότι το 1% διαβούν σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης.» (Σταθόπουλος, 1999: 307).

### 2.3 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων

Πριν μελετήσουμε τα δικαιώματα των ηλικιωμένων και την τυχόν καταπάτηση τους, θα ήταν χρήσιμο να δούμε τις διάφορες αντιλήψεις σχετικά με την θέση του ηλικιωμένου ατόμου στην κοινωνία.

Υπάρχουν δυο διαφορετικές απόψεις, η Κλασική Ελληνική και η άποψη των λαών της Ανατολής.

**Κλασική Ελληνική:** Βλέπει τα γηρατειά σαν μια κατάσταση η οποία προκαλεί αμείωτη δυστυχία, και όταν επέλθει με τα χρόνια είναι προτιμότερος ο θάνατος. Βλέπει τους ηλικιωμένους σαν ένα κοινωνικό πρόβλημα, μια απώλεια, ανεπάρκεια.

**Λαοί της Ανατολής:** Αυτή η άποψη υποστηρίζει ότι η μεγάλη ηλικία είναι η κορυφή της ζωής, η πηγή του γοήτρου, της δόξας του ατόμου, της οικογένειας αλλά και της κοινωνίας. Στους λιγότερο ανεπτυγμένους λαούς οι ηλικιωμένοι θεωρούνται πηγή γνώσεων και σοφίας και αρχηγοί.

Στις μέρες μας, επικρατεί η άποψη της Κλασικής Ελληνικής, μιας και δίνεται περισσότερη έμφαση στην διατήρηση της νεότητας η οποία σε παλαιότερους χρόνους ήταν δύναμη. Έτσι, οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να δίνουν καθημερινό αγώνα επιβίωσης και προάσπισης των δικαιωμάτων τους, ώστε να εξασφαλίσουν την θέση που δικαιούνται μέσα στην κοινωνία.

«Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι απαραβίαστη. Η ηλικία και η ανάγκη υποστήριξης δεν μπορούν ποτέ να είναι η αφορμή για εισβολή περιορισμών και αφαίρεσης αναφαίρετων ανθρώπινων δικαιωμάτων και αρχών ελευθερίας του ατόμου που ορίζονται από ένα δημοκρατικό σύνταγμα. Όλοι οι άνθρωποι ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, ή ανάγκη υποστήριξης έχουν το δικαίωμα να αναλαμβάνουν και να προστατεύονται από αυτά τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματα.» (Ευρωπαϊκός Χάρτης, 2010:2).

Συμφωνά με τα παραπάνω, οι ηλικιωμένοι μπορούν να κάνουν χρήση των δικαιωμάτων τους για να εξασφαλίσουν την ποιότητα ζωής τους την οποία θα

επιλέξουν και οι ίδιοι. Τα ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να συνεχίσουν να ζουν και να αντιμετωπίζονται ίσα με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας, να προστατεύουν το अपαράβατο δικαίωμα τους, να απολαμβάνουν τα δικαιώματα τους, και σε καμιά περίπτωση να μην γίνεται καταπάτηση αλλά και στέρηση αυτών των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Για αυτόν τον λόγο κατά καιρούς, θεσπίζονται νόμοι και διατάξεις που στόχο έχουν να προάγουν την πρόσβαση των ηλικιωμένων στα δικαιώματα αυτά. Η Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων ( άρθρο 25 παρ. 1) διακηρύσσει μεταξύ άλλων ότι ο καθένας έχει το δικαίωμα ασφάλισης γήρατος. Ο Κοινωνικός Χάρτης στους παραγράφους 24 και 25 αναφέρει ότι κάθε άτομο που φτάνει στη συνταξιοδότηση θα πρέπει να διαθέτει εισόδημα που να επιτρέπει στον ηλικιωμένο ένα λογικό βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και δεν διαθέτει άλλα μέσα πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογο με τις ανάγκες του.

Παρακάτω, παραθέτονται κάποια από τα βασικά δικαιώματα των ηλικιωμένων τα οποία έχουν διατυπωθεί στον Ευρωπαϊκό Χάρτη, σύμφωνα και με την τελευταία τροποποίηση τον Μάιο του 2010:

**ΑΡΘΡΟ 1. Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, την σωματική και πνευματική ακεραιότητα, την ελευθερία και την ασφάλεια.** Αυτό το δικαίωμα αναφέρεται

στο σεβασμό που πρέπει να λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι, ανεξάρτητα από φύλο, καταγωγή, οικονομική κατάσταση, φυλή ή θρησκεία. Επίσης, αναφέρεται στην προστασία τους από κάθε μορφή κακοποίησης, όπως σωματικής, ψυχολογικής, συναισθηματικής, υλικής, και στην αποφυγή της βίαιης απομάκρυνσης τους από άτομα που αγαπούν ανεξάρτητα από το βαθμό φροντίδας που χρειάζονται. Η ασφάλεια, αναφέρεται στο ότι τα άτομα που έχουν την ευθύνη να μεριμνούν για τα υλικά και οικονομικά αγαθά των ηλικιωμένων, εφόσον οι ίδιοι δεν είναι σε θέση να το κάνουν, να έχουν στο νου τους το συμφέρον των ηλικιωμένων και μόνο.

**ΑΡΘΡΟ 2. Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού.** Αυτό το δικαίωμα αναφέρεται στο δικαίωμα των ηλικιωμένων να ζουν αναπροσδιοριζόμενοι ανεξάρτητα από τον βαθμό που τους επιτρέπει η κατάσταση της υγείας τους, καθώς και να λαμβάνουν συμβουλές για να το επιτύχουν αυτό. Περιλαμβάνει διάφορους

τομείς της κοινωνικής ζωής όπως, συμμετοχή στην διαδικασία λήψης αποφάσεων, διαχείριση οικονομικών και νομικών υποθέσεων (διαχείριση ελέγχου περιουσίας), διαχείριση της υγείας τους και δυνατότητα αναζήτησης δεύτερης γνώμης πριν την θεραπευτική αγωγή. Επίσης, την δυνατότητα να αποφασίσουν για την φροντίδα που θα ήθελαν να τους προσφέρεται και από άτομο της επιλογής τους, σε περίπτωση που οι ίδιοι αδυνατούν να λάβουν αποφάσεις στο μέλλον. Οι ηλικιωμένοι έχουν το δικαίωμα να απαιτήσουν χρόνο για να εκτιμήσουν λύσεις που τους προτείνονται, και να πάρουν αποφάσεις αφού λάβουν ανεξάρτητες συμβουλές και υποστήριξη. Οι επιλογές αυτές θα πρέπει να γίνονται σεβαστές είτε το άτομο επικοινωνεί λεκτικά ή μέσω κάποιου άλλου ατόμου της επιλογής του. Τέλος, υπάρχουν και κάποιοι περιορισμοί στον αυτοπροσδιορισμό, συγκεκριμένα αυτό συμβαίνει όταν υπάρχει κίνδυνος για την ακεραιότητα του ατόμου. Ακόμα όμως και σε αυτήν την περίπτωση πρέπει να διασφαλίζεται ο τρόπος αντιμετώπισης, δηλαδή μια διάφανη και αξιόπιστη διαδικασία η οποία μπορεί να αντιστραφεί σε περίπτωση παρενόχλησης ή ζημιάς.

**ΑΡΘΡΟ 3. Δικαίωμα στην ιδιωτικότητα.** Το άρθρο 3 αναφέρεται στο δικαίωμα της ανάγκης για ιδιωτικότητα. Αυτό σημαίνει, να έχει το άτομο χρόνο και χώρο για τον εαυτό του και για συναναστροφή με τα άτομα τα οποία επιθυμεί. Επίσης, η έννοια της ιδιωτικότητας αναφέρεται και στο δικαίωμα σε ιδιωτικές πληροφορίες και επικοινωνία. Δηλαδή, κανένας δεν έχει το δικαίωμα να λαμβάνει, να ανοίγει ή να διαβάσει την αλληλογραφία χωρίς την συγκατάθεση του ηλικιωμένου. Η ιδιωτικότητα αναφέρεται και στα τηλεφωνήματα, την διαχείριση των προσωπικών στοιχείων ή εγγράφων. Τέλος, ο ηλικιωμένος έχει το δικαίωμα να απαιτεί οι συζητήσεις που γίνονται περί της υγείας του κ.λπ. να γίνονται ενώπιον του, με ευαισθησία, διακριτικότητα και σεβασμό της ιδιωτικότητας του.

**ΑΡΘΡΟ 4. Δικαίωμα σε εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας.** Αυτό το δικαίωμα αναφέρεται στην φροντίδα και υποστήριξη των ηλικιωμένων, η οποία πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας, έγκαιρη και οικονομικά προσιτή που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ηλικιωμένων. Επίσης, στο δικαίωμα αυτό εντάσσεται και το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι δικαιούνται να λαμβάνουν

καθημερινά φροντίδα σε περίπτωση που την έχουν ανάγκη αλλά και μακροχρόνια φροντίδα χωρίς καμιά διάκριση. Οι φροντιστές των ηλικιωμένων θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι και εφοδιασμένοι με τις κατάλληλες γνώσεις ώστε να μπορούν εύκολα να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να συνεργάζονται με φορείς και ομάδες επαγγελματιών υγείας, ώστε να συντονίζουν σωστά τις παρεχόμενες υπηρεσίες έχοντας κατά νου το συμφέρον των ηλικιωμένων. Όσον αφορά τα ιδρύματα, όταν και αν μπει ο ηλικιωμένος σε ίδρυμα φροντίδας, το κόστος, οι συνθήκες, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις θα πρέπει εξ αρχής να γίνονται σαφής. Τέλος, ο ηλικιωμένος έχει κάθε δικαίωμα να λαμβάνει υποστήριξη και ενθάρρυνση της κινητικότητάς του, στο βαθμό που δεν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι που να τον εμποδίζουν, και απαγορεύεται να υφίσταται σωματικό ή πνευματικό περιορισμό οποιασδήποτε μορφής, εκτός κι αν είναι αντικειμενικά για το δικό του συμφέρον.

**ΑΡΘΡΟ 5. Δικαίωμα σε εξατομικευμένες πληροφορίες, συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης.** Αυτό το δικαίωμα αναφέρεται στο ότι οι ηλικιωμένοι δικαιούνται ενημέρωση σε θέματα υγείας, να λαμβάνουν εξειδικευμένες πληροφορίες και συμβουλές για τις σωματικές, τις πνευματικές επιπτώσεις, τις παρενέργειες που ενδέχεται να προκύψουν από ιατρικές εξετάσεις, φάρμακα ή παρεμβάσεις στον οργανισμό τους. Επίσης, γενικότερες συμβουλές σχετικά με τις διαθέσιμες επιλογές όσον αφορά την φροντίδα, την υποστήριξη και την ιατρική περίθαλψη. Δικαιούνται πρόσβαση στον προσωπικό τους ιατρικό φάκελο και σε όλα τα έγγραφα που αφορούν στην υγεία τους και τις εξετάσεις. Επιπρόσθετα την υποχρέωση, τόσο των ατόμων που φροντίζουν τον ηλικιωμένο αλλά και των ειδικών να επεξηγούν με ξεκάθαρο τρόπο στον ηλικιωμένο οτιδήποτε αφορά σε ιατρικές διαγνώσεις, την φροντίδα και την περίθαλψη του, καθώς και να τον ενημερώσουν σχετικά με όλες τις υπηρεσίες που έχει στην διάθεσή του και το κόστος. Τέλος, οι ηλικιωμένοι έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε νομικές συμβουλές, νομική υπεράσπιση και εκπροσώπηση όταν δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι οικονομικοί πόροι, και για οποιαδήποτε συμφωνία ή συμβόλαιο με κάποια υπηρεσία ή φορέα δικαιούνται πλήρη

ενημέρωση για το περιεχόμενο της συμφωνίας και αν προβλέπονται τροποποιήσεις στο μέλλον.

**ΑΡΘΡΟ 6. Δικαίωμα στην συνεχιζόμενη επικοινωνία, στην συμμετοχή στην κοινωνία και τις πολιτιστικές δραστηριότητες.** Το άρθρο 6 αναφέρεται στο δικαίωμα των ηλικιωμένων να έχουν μια πλήρη και προσιτή ενημέρωση αλλά και δυνατότητα συμμετοχής στην κοινωνική ζωή ελεύθερα, χωρίς εξαναγκασμό ανάλογα με τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητές τους. Επίσης, πρέπει να διεκδικούν το δικαίωμα να μετακινούνται ελεύθερα και να τους παρέχεται στήριξη ως προς αυτό, ώστε να μπορούν να καλλιεργούν τα ενδιαφέροντα τους και τις ασχολίες τους, αλλά και να τους παρέχεται η δυνατότητα και η στήριξη ώστε να επικοινωνούν και να συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων, όπως η άσκηση των πολιτικών δικαιωμάτων, και τέλος αυτό πρέπει να γίνεται κατανοητό και από το άτομο που βοηθά τον ηλικιωμένο, η μυστικότητα της ψήφου του.

**ΑΡΘΡΟ 7. Δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης και την ελευθερία της σκέψης, συνείδησης: πεποιθήσεις, δοξασίες και θρησκεία.** Αναφέρεται στο δικαίωμα ότι οι ηλικιωμένοι μπορούν να ζουν ελεύθερα σύμφωνα με τα δικά τους πιστεύω, τις φιλοσοφίες και τις αντιλήψεις τους. Όπως επίσης, δικαίωμα των ηλικιωμένων είναι να αρνούνται ανεπιθύμητες πιέσεις ιδεολογικού, πολιτικού, θρησκευτικού χαρακτήρα, η θρησκεία, η πολιτική κληρονομιά και οι λατρευτικές τελετές αξίζουν σεβασμό. Τέλος, αναφέρεται στο δικαίωμα των ηλικιωμένων να αναπτύξουν πλήρως την προσωπικότητά τους ως πολιτικά και κοινωνικά άτομα, να συναναστρέφονται και να συναθροίζονται ή να αρνούνται την συναναστροφή καθώς και να διευρύνουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους.

**ΑΡΘΡΟ 8. Δικαίωμα στην παρηγορητική αγωγή και υποστήριξη, στον σεβασμό και την αξιοπρέπεια κατά τα τελευταία στάδια της ζωής και τον θάνατο.** Το άρθρο αναφέρεται στην βοήθεια και την υποστήριξη που πρέπει να παρέχεται στον ηλικιωμένο στο τέλος της ζωής του. Τα άτομα που περιθάλπουν τον ηλικιωμένο πρέπει να σέβονται τις επιθυμίες του ηλικιωμένου στο μέγιστο βαθμό, επίσης, απαγορεύεται να πάρει κάποιος μέτρα που θα οδηγήσουν το άτομο συστηματικά στο θάνατο, εκτός κι αν έγκειται στην νομοθεσία της χώρας διαμονής του ηλικιωμένου. Όταν ο ηλικιωμένος δεν είναι σε θέση να μιλήσει,



τότε λαμβάνονται οι επιθυμίες που είχε εκφράσει στο παρελθόν, όταν ήταν σε καλή νοητική κατάσταση. Τέλος, οι φροντιστές των ηλικιωμένων πρέπει να σεβαστούν επιθυμίες που αφορούν την μεταχείριση μετά τον θάνατο, δηλαδή, το τι θα γίνει η σορός αλλά και να γίνουν σεβαστά τα θρησκευτικά πιστεύω του ηλικιωμένου.

**ΑΡΘΡΟ 9. Δικαίωμα πρόσβασης σε ένδικα μέσα.** Αυτό το δικαίωμα είναι ένα από τα πιο σημαντικά δικαιώματα των ηλικιωμένων. Το δικαίωμα λοιπόν αυτό αναφέρεται αρχικά, στην δυνατότητα να ζητήσουν υποστήριξη όταν βρίσκονται σε καταστάσεις όπου κακοποιούνται, αλλά και να ενημερώνονται για τους τρόπους που μπορούν να ενεργήσουν όταν συμβαίνει αυτό. Οι ηλικιωμένοι έχουν το δικαίωμα να προβούν σε καταγγελία κακοποίησης χωρίς να φοβούνται για τις συνέπειες, όπως επίσης δικαιούνται να ληφθούν σοβαρά υπόψη όσα θα καταγγείλουν έως ότου διερευνηθεί το θέμα. Επίσης, οι ηλικιωμένοι δικαιούνται να απαιτήσουν οι επαγγελματίες που τους φροντίζουν να είναι εκπαιδευμένοι και να αναγνωρίζουν τα σημάδια κακοποίησης και κακομεταχείρισης. Τέλος, δικαίωμα αποτελεί και η περίθαλψη για κάθε σωματικό ή ψυχολογικό τραύμα που μπορεί να προήλθε από την κακοποίηση μέχρι και την αποκατάστασή του.

**ΑΡΘΡΟ 10. Τα καθήκοντα σας.** Όπως προαναφέραμε, οι ηλικιωμένοι έχουν κάποια θεμελιώδη δικαιώματα τα οποία με κανένα τρόπο δεν πρέπει να καταπατήσει κανείς. Ωστόσο, στο πλαίσιο των δικαιωμάτων αυτών δημιουργούνται και κάποιες υποχρεώσεις των ηλικιωμένων απέναντι στο περιβάλλον στο οποίο κινούνται και τους ανθρώπους με τους οποίους συναναστρέφονται. Έτσι, κάποιες βασικές υποχρεώσεις τους είναι:

1. Τα δικαιώματα και οι ελευθερίες τους θα πρέπει μόνο να περιορίζονται από την ανάγκη να σέβονται παρόμοια δικαιώματα άλλων μελών της κοινωνίας.
2. Να σέβονται τα άτομα που έχουν αναλάβει την φροντίδα τους και να τους φέρονται με ευγένεια, για να μπορούν και οι φροντιστές να φέρνουν σε πέρας το σπουδαίο και δύσκολο έργο που έχουν αναλάβει σε ένα περιβάλλον χωρίς ενοχλήσεις.

3. Να ενημερώσουν τις αρμόδιες αρχές και όσους τους περιβάλλουν για τυχόν περίπτωση κακοποίησης τους, κακής συμπεριφοράς προς εκείνους ή παραμέλησής τους.
4. Να σχεδιάζουν το μέλλον τους και να έχουν την εύθινη των επιπτώσεων, των πράξεων τους σε ότι αφορά αυτούς που τους φροντίζουν και τους συγγενείς τους σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία. Αυτό περιλαμβάνει, τον ορισμό κατάλληλου προσώπου το οποίο θα αποφασίζει και θα συνηγορεί εκ μέρους του ηλικιωμένου. Επίσης, πρέπει να γίνεται σαφές και με όλες τις λεπτομέρειες οτιδήποτε αφορά θέματα υγείας, δηλαδή την φροντίδα που έχει ο ηλικιωμένος ανάγκη να του παραχθεί, καθώς και ζητήματα που αφορούν οικονομικές υποθέσεις και περιουσιακά δεδομένα. Όταν ο ηλικιωμένος δεν είναι σε θέση να τακτοποιήσει όλα τα προαναφερθέντα ζητήματα έχει το δικαίωμα να ορίσει κάποιο συγγενή ή άλλον αντιπρόσωπο, ο οποίος θα έχει το δικαίωμα να παίρνει αποφάσεις εκ μέρους του ηλικιωμένου, σεβόμενος τις επιθυμίες του όπου αυτό είναι δυνατό (Ευρωπαϊκός Χάρτης, 2010:3-17).

## 2.4 Προβλήματα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας

### Ιατρικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας

Η ηλικία των 65 ετών θεωρείται από τους περισσότερους επιστήμονες ως έναρξη της τρίτης ηλικίας, ενώ το γήρας είναι κάτι το διαφορετικό. Ταυτίζεται με την αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης ή με την έκπτωση της εγκεφαλικής λειτουργίας. Όπως όλα τα όργανα του οργανισμού, έτσι και η καρδιά γερνάει με την πάροδο του χρόνου. Οι παθήσεις της καρδιάς εμφανίζονται σε ηλικίες 60-65 ετών περίπου, χαρακτηρίζονται ως παθήσεις φθοράς κι έχουν βραδύτερη εξέλιξη.

### A.ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Με την πάροδο του χρόνου, η καρδιά χάνει πρώτα την ελαστικότητα της και αργότερα τη συσπαστικότητά της με συνέπεια η καρδιακή ανεπάρκεια να είναι δεκαπλάσια σε ηλικίες άνω των 65 ετών. Το ηλεκτρικό σύστημα της καρδιάς προοδευτικά αποδιοργανώνεται και έτσι η εμφύτευση βηματοδοτών είναι

εντυπωσιακά συχνότερη σε αυτές τις ηλικίες. Με άλλα λόγια τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό αιτίας θανάτου σε ηλικίες άνω των 65 ετών. Όταν λέμε καρδιολογικά προβλήματα εννοούμε τις συγγενείς ανωμαλίες της καρδιάς, της στεφανιαίας νόσου, της καρδιακής ανεπάρκειας, της βαλβιδικής καρδιακής νόσου και της ηλεκτροφυσιολογίας. Η υπέρταση και η στεφανιαία νόσος είναι οι πιο συνήθεις σε εμφάνιση καρδιολογικές ασθένειες που πλήττουν άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας.

**Στεφανιαία νόσος:** Προκαλείται όταν η αθηρωματικές πλάκες πληρώνουν, δηλαδή γεμίζουν, στον αυλό των αιμοφόρων αγγείων της καρδιάς, τα όποια ονομάζονται στεφανιαίες αρτηρίες και εμποδίζουν την ροή του αίματος στη κάρδια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη παροχή οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών στους ιστούς της καρδιάς. Η ελάττωση της παροχής οξυγόνου του μυοκαρδίου αποτελεί κλινικά στηθάγχη. Η στεφανιαία νόσος εκδηλώνεται κυρίως με δυσήνια, ταχυκαρδία, οιδήματα, διάφορες γαστρεντερικές διαταραχές κ.α. ( Το μέγεθος της καρδιάς είναι συνήθως μεγαλύτερο από το φυσιολογικό).

Η υπέρταση ή υψηλή αρτηριακή πίεση, μερικές φορές αρτηριακή υπέρταση , είναι μια χρόνια πάθηση κατά την όποια η αρτηριακή πίεση στις αρτηρίες είναι αυξημένη. Η αύξηση της πίεσης αυτής κάνει την καρδιά να εργάζεται πιο εντατικά από το φυσιολογικό για να κυκλοφορεί το αίμα μέσω των αιμοφόρων αγγείων. Η υπέρταση είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας κίνδυνου για το εγκεφαλικό, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, την καρδιακή ανεπάρκεια, τα ανευρύσματα των αρτηριών (π.χ. ανεύρυσμα αορτής), την περιφερική αρτηριακή νόσο και είναι η αίτια της χρόνιας νεφρικής νόσου. «Η υπέρταση γνωρίζεται ως σημαντικός παράγοντας θνησιμότητας στους υπερήλικους καθώς, διπλασιάζει τον κίνδυνο της καρδιαγγειακής θνησιμότητας, όπου ο κίνδυνος στους υπερήλικους τριπλασιάζεται σε σύγκριση με των κίνδυνο που διατρέχουν τα άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση.»( Blanchard, 2001: 439). Οι αλλαγές στον τρόπο διατροφής και ζωής μπορούν να βελτιώσουν τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης και να μειώσουν τον κίνδυνο των επιπλοκών που σχετίζονται με την υγεία. Ωστόσο, συχνά είναι απαραίτητη η λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε άτομα στα οποία οι αλλαγές στον τρόπο ζωής είναι αναποτελεσματικές ή ανεπαρκείς. Η θεραπευτική αγωγή σε μέτριας και ελαφριάς μορφής υπέρταση έχει σαν αποτέλεσμα την βελτίωση του

προσδόκιμου όρου ζωής αλλά και την ελάττωση κάποιων επιπλοκών, οι οποίες μπορούν να υπάρχουν.

## B. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Με την πάροδο του χρόνου εμφανίζονται διάφορες αλλοιώσεις στην κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος. Ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα του γαστρεντερικού συστήματος είναι τα νεοπλάσματα του γαστρεντερικού, που αποτελούν μία από τις συνηθέστερες θανατηφόρες νεοπλασματικές παθήσεις. Σε μεγάλες παθήσεις τα κλινικά συμπτώματα είναι η εναλλαγή της δυσκοιλιότητας με την ευκοιλιότητα (πράγμα που δεν οδηγεί τον ασθενή εγκαίρως στον ιατρό). Ειδικότερα, ο καρκίνος του παχέως εντέρου σημειώνει έξαρση στις μεγάλες ηλικίες, αποτελεί το συχνότερο καρκίνο του πεπτικού συστήματος και είναι η δεύτερη αίτια θανάτου από νεοπλάσματα μετά τον καρκίνο του πεπτικού συστήματος αλλά και μετά τον καρκίνο του πνεύμονα για τους άντρες.

Στις ηλικίες 65-69 ετών, οι σχέση αντρών γυναικών είναι 2:1. Ο καρκίνος του στομάχου είναι συνηθέστερος σε υπερήλικες (80+). Ο καρκίνος του στομάχου αποτελεί τον τέταρτο πιο κοινό διαγνωσμένο καρκίνο, μόνο στην Ευρώπη 140,000 άτομα χάνουν την μάχη με τη ζωή. Ο καρκίνος των χοληφόρων οδών και του παγκρέατος είναι ο τέταρτος σε συχνότητα καρκίνος του γαστρεντερικού μετά τον καρκίνο του στομάχου, του παχέως έντερου και του οισοφάγου. Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του παγκρέατος σημειώνονται σε άτομα ηλικίας 65-75. Στα 75 έτη μάλιστα, η συχνότητα του είναι 10 φορές υψηλότερη από ότι σε νεώτερη ηλικία. Παράγοντες κίνδυνου για εμφάνιση καρκίνου αποτελούν η προχωρημένη ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό. (Πετρίδης, 2004).

Θεραπεία εκλογής για τους κακοήθεις όγκους του πεπτικού συστήματος, στην προχωρημένη ηλικία, αποτελεί η ριζική χειρουργική αντιμετώπιση, όταν είναι βέβαια εφικτή. Ωστόσο, η θνησιμότητα παραμένει υψηλή σε ασθενείς άνω των 65 ετών (Εμκέ –Πουλόπουλου, 1999).

## Γ.ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Κάποια από τα πιο συνήθη προβλήματα της τρίτης ηλικίας που διακρίνονται σε αυτή την κατηγορία είναι τα κατάγματα, η ρευματοειδής ή και η απλή αρθρίτιδα και η οστεοπόρωση.

Τα κατάγματα προκαλούνται από ατυχήματα που συμβαίνουν συχνά είτε μέσα στον χώρο του σπιτιού είτε εκτός. Κάταγμα είναι το σπάσιμο του οστού ή του χόνδρου και είναι αποτέλεσμα τραύματος, πτώσης ή μπορεί να είναι αποτέλεσμα του οστού που οδηγεί στην αποδυνάμωση του. Ένα κάταγμα προκαλεί πόνο, διόγκωση, ευαισθησία, ανικανότητα του ατόμου να κινηθεί. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να νιώθει ανήμπορο, το εξαναγκάζει να μείνει μεγάλο χρονικό διάστημα στο κρεβάτι (αιτία δημιουργίας κατακλίσεων), το αποδιοργανώνει σε μεγάλο βαθμό κι έτσι χάνει την αυτοδυναμία και την αυτοπεποίθηση του.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα ή αρθρίτιδα, είναι μια χρόνια φλεγμονώδης αυτό-άνοση και εξελικτική νόσος, που προσβάλλει κατεχοχόν τις αρθρώσεις αλλά και διάφορα άλλα όργανα. Είναι το συχνότερο φλεγμονώδες ρευματικό νόσημα και μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα οποιασδήποτε ηλικίας. Η συχνότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας ανέρχεται στο επίπεδο του 6,7% των ενηλίκων και είναι 3 φορές μεγαλύτερη στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άντρες. (Ελληνικό Ίδρυμα ρευματολογικών ερευνών, 2007).

Η οστεοπόρωση, είναι η συνηθέστερη ασθένεια των κοκάλων και αφορά κατά κύριο λόγο στις γυναίκες (χωρίς να αποκλείονται και οι άντρες). Εμφανίζεται στα 45-50 χρόνια περίπου, δηλαδή μετά την εμμηνόπαυση στις γυναίκες. Πριν το 1982, δεν υπήρχε σοβαρή ενασχόληση της ιατρικής με την οστεοπόρωση, ούτε υπήρχαν αξιόπιστες διαγνωστικές μέθοδοι ή σοβαρές θεραπείες. Θεωρούνταν ως ένα “φυσιολογικό” επακόλουθο των γηραιών ατόμων της τρίτης ηλικίας που με το παραμικρό πέφτουν και σπάνε τα κόκαλα τους. Η οστεοπόρωση είναι χρόνια πάθηση του μεταβολισμού των οστών κατά την οποία παρατηρείται σταδιακή μείωση της πυκνότητας και ποιότητάς τους με αποτέλεσμα αυτά, με την πάροδο του χρόνου να γίνονται πιο εύθραυστα και λεπτά. Έτσι προκαλείται αυξανόμενος κίνδυνος κατάγματος των οστών, καθώς μειώνεται η ανθεκτικότητα και η ελαστικότητα τους. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου

Οργανισμού Υγείας, η πάθηση αυτή προσβάλλει το 1/3 των γυναικών ηλικίας 60-70 χρονών και τα 2/3 των γυναικών άνω των 80 ετών. Η οστεοπόρωση αποτελεί την πιο συχνή μεταβολική νόσο των οστών. Έχει τρία χαρακτηριστικά, σύμφωνα με τον Αγγούλε- Παπαγγελόπουλο (2006), την ελάττωση της οστικής μάζας, την διαταραχή της μικροαρχιτεκτονικής του οστού αλλά και την μειωμένη αντοχή του οστού, άρα και τα συχνά κατάγματα. Ο επιπολασμός-συχνότητα από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις Η.Π.Α έχει αποδείξει ότι 29% των γυναικών, δηλαδή το 1/3 περίπου, και 18% των ανδρών ηλικίας 45-79 ετών, παρουσιάζουν κάποιου βαθμού οστεοπόρωση. Στην Ελλάδα έχει βρεθεί ότι σε άτομα άνω των 60 ετών, 19% γυναικών και 11% των αντρών παρουσιάζουν οστεοπόρωση (Γκούβας, 1996).

#### Δ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τα προβλήματα στο ουροποιητικό σύστημά είναι πιο συχνά στους ηλικιωμένους. Ο νεφρός συνήθως, είναι ο πιο ευαίσθητος και δημιουργεί αρκετά προβλήματα. Τα βασικότερα προβλήματα του ουροποιητικού συστήματος είναι διαφορές λοιμώξεις, η αποφρακτική νευροπάθεια, η λειτουργικότητα αλλά και προβλήματα στην κύστη.

**Ακράτεια :** Η ακράτεια των ούρων αποτελεί μια συχνή κατάσταση, η οποία μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα. Ωστόσο, η συχνότητα της επίπτωσής της αυξάνεται σε σημαντικό ποσοστό με την πάροδο της ηλικίας. Η συχνουρία, η επιτακτική ούρηση και η νυχτερινή ενούρηση είναι από τα κυριότερα συμπτώματα που εκδηλώνονται κατά την διάρκεια των ασταθών συσπάσεων της ουροδόχου κύστης. Η συχνότητα εμφάνισής τους σχετίζεται άμεσα με την ένταση των αντίστοιχων συσπάσεων της ουροδόχου κύστης.

Η ακράτεια αποτελεί συχνό ιατρικό πρόβλημα. Πρόκειται για την απώλεια έλεγχου της ουροδόχου κύστης που συνοδεύει συχνά την αποδυνάμωση των μυών της λεκάνης . Η δυσλειτουργία αυτή είναι συχνότερη σε άτομα άνω των 65 ετών και είναι άξιο να σημειωθεί ότι η ακράτεια εμφανίζεται συχνότερα στον γυναικείο πληθυσμό (Cardozo, Kelleher, 1995).

Υπάρχουν αρκετές μορφές ακράτειας. Οι συχνότερες μορφές είναι η λειτουργική ακράτεια η όποια δεν οφείλεται σε οργανική αιτία, αλλά συνδέεται και με τον εγκέφαλο. Λόγω κάποιου εγκεφαλικού τραύματος ή επικήδειο, παραφροσύνη κ.α.,

ο ασθενής δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί ποτέ πρέπει να πάει τουαλέτα και έτσι έχουμε την ακράτεια (Morris, Ho 2004).

Ακόμα υπάρχει η ακράτεια υπερχειλίσης που αφορά άντρες, οι οποίοι έχουν προβλήματα με τον προστάτη τους. Διογκώνεται ο αδένας του προστάτη και εμποδίζει τα ουρά να βγουν. Με αυτόν τον τρόπο γίνεται η υπερχειλίση και προκαλεί διαρροές.

Η εφήμερη ακράτεια παρουσιάζεται ξαφνικά χωρίς κάποιο ιστορικό λόγω κάποιας μόλυνσης ή θεραπείας, είναι εφήμερη και μπορεί να αφανιστεί από μόνη της.

#### Ε.ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Σε αυτή την κατηγορία βρίσκονται τα εγκεφαλικά σύνδρομα, δηλαδή τα εγκεφαλικά επεισόδια, η άνοια, η νόσος Parkinson και η αρτηριοσκλήρωση.

Άνοια είναι η διαταραχή κατά την οποία, ένας εγκέφαλος που ήταν προηγουμένως φυσιολογικός, παύει να λειτουργεί κανονικά με αποτέλεσμα την αμνησία, σύγχυση και απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα. Η κατάσταση αυτή είναι πολύ σπάνια σε άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών. Η νοητική έκπτωση οφείλεται στην προοδευτική φθορά των κύτταρων του εγκεφάλου που δε μπορούν να αντικατασταθούν. Μερικές φορές υπάρχει μεγάλη πιθανότητα επιτυχούς θεραπείας η οποία οφείλεται σε προοδευτική στένωση και σκλήρυνση των αρτηριών που τροφοδοτούν τον εγκέφαλο με αίμα. Η άνοια οφείλεται συχνά και σε μακροχρόνια κατάχρηση οινοπνεύματος ή φαρμάκων, σε έλλειψη βιταμινών, υποθυρεοειδισμό, σύφιλη ή κάποια πάθηση του εγκεφάλου όπως οι όγκοι ή η υποσκληρίδια αιμορραγία. Επιπροσθέτως, συνηθισμένο πρόβλημα στους ηλικιωμένους είναι η κατάθλιψη, που καμία φορά μιμείται τα συμπτώματα της άνοιας. Τα συμπτώματα είναι η προοδευτική απώλεια μνήμης ιδίως πρόσφατων γεγονότων (δε μπορεί να θυμηθεί τι συνέβη πριν λίγες ώρες, ενώ θυμάται γεγονότα που συνέβησαν πριν χρόνια). Καθώς περνούν οι εβδομάδες και οι μήνες, η ικανότητα λογικής σκέψης και κατανόησης μπορεί να παρουσιάσει κάμψη και τελικά να προκληθεί αποδιοργάνωση της προσωπικότητας. Η γεροντική άνοια, καταλήγει συχνά σε συναισθηματική και σωματική αστάθεια. Η ψυχική διάθεση του αρρώστου μπορεί να εμπίπτει στην απάθεια και την απομόνωση, στην υπερβολική ενεργητικότητα και επιθετικότητα και η συμπεριφορά μπορεί να γίνει αντικοινωνική χωρίς αναστολές.

Ο ασθενής δεν έχει τρόπους, παραμελεί την καθημερινή καθαριότητα και γίνεται αγενής. Όλα τα παραπάνω οδηγούν στην νοητική και συναισθηματική αποδιοργάνωση.

Μια από τις μορφές άνοιας είναι και η νόσος τύπου Alzheimer: η νόσος του Alzheimer είναι πρωτοπαθής εκφυλιστική εγκεφαλική νόσος, πολυπαραγοντική, άγνωστης αιτιολογίας με χαρακτηριστικά νευροπαθολογικά και νευροχημικά ευρήματα. Συνήθως η έναρξη είναι ύπουλη ενώ εγκαθίστανται βραδέως, αλλά σταθερά για περίοδο ετών. Εκτός από ένα μικρό ποσοστό, η εμφάνιση της νόσου σχετίζεται με γενετικά καθορισμένους παράγοντες όπου το μεγαλύτερο μέρος αφορά την σποραδική μορφή της. Ιδιαίτερο βάρος έχει δοθεί τα τελευταία χρόνια στην αιτιολογική σχέση ή διαφορά περιβαλλοντικών παραγόντων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση, το σύνδρομο αρτηριών κατά τον ύπνο, όπως και παραγόντων που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η γυμναστική και η διατροφή.

Συμπερασματικά, μεγάλο μέρος ασθενών με Alzheimer παρουσιάζουν αλλαγή προσωπικότητας μετά την εμφάνιση της νόσου. Πέραν από νευρολογικές αλλοιώσεις που υπόκεινται οι ασθενείς, η νόσος επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό και την προσωπικότητά τους. Η εμφάνιση ορισμένων αρνητικών χαρακτηριστικών είναι αυτή που επηρεάζει ακόμα περισσότερο την κλινική εικόνα των ασθενών και βεβαίως όπως είναι γνωστό επηρεάζει και την ποιότητα ζωής του περιθάλποντα ασθενή (Διαμαντίδου, 2001).

Στις νευρολογικές διαταραχές που προσβάλλουν τους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα τους άντρες, ανήκει η νόσος Parkinson. Η ασθένεια ξεκινάει συνήθως σε ηλικία 50-70 ετών και σπάνια εμφανίζεται νωρίτερα. Η νόσος αυτή είναι μια διαταραχή του νευρικού συστήματος, η οποία συνίσταται σε μια εκφύλιση των ντοπαμινεργικών νευρώνων της μέλανας ουσίας του μέσου εγκεφάλου. Όσον αφορά την διάρκεια ζωής των ατόμων που έχουν προσβληθεί από τη συγκεκριμένη ασθένεια αυτή ορίζεται στο 2% σε άντρες, 1,3% σε γυναίκες με ένα ηλικιακό πλαφόν αυτό των 75 ετών. (Δημητριάδης, 2008 : 19).

Η αιτιολογία της νόσου στις περισσότερες περιπτώσεις παραμένει άγνωστη. Σε μικρό ποσοστό ασθενών υπάρχει κληρονομικότητα. Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου είναι το τρέμουλο σε χέρια, πόδια, σαγόι και πρόσωπο που εμφανίζεται



κατά την ανάπαυση και μειώνεται ή εξαφανίζεται όταν γίνονται κινήσεις. Η ακαμψία ή δυσκαμψία των ακρών, του κορμού, προσβάλλει κυρίως τους μύες του λαιμού και αυτούς των ακρών που βρίσκονται κοντά στον κορμό, δυσκολεύοντας τις κινήσεις και μεταβάλλοντας τη στάση του σώματος. Η βραδυκινησία, βραδύτητα της κίνησης-/μετακίνησης αλλά και η αστάθεια της στάσης και η εξασθετισμένη ισορροπία και ο συντονισμός είναι συμπτώματα άπωσης. Σε προχωρημένα στάδια το πρόσωπο είναι ανέκφραστο σαν μια μάσκα με απλανές βλέμμα και ελαττωμένη κίνηση των βλεφάρων και δίνει την εντύπωση ότι ο ασθενής είναι αφηρημένος. Η ομιλία γίνεται αργή και αβέβαιη με χαμηλή ένταση και ορισμένες φορές με προβλήματα στην προφορά λέξεων (Μαδιανός, 2005).

Τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν προβλήματα στην ακοή και στην όραση τους. Οι συχνότερες αλλοιώσεις της ακοής λόγω της αύξησης της ηλικίας είναι πρεσβυακουσία η οποία οφείλεται σε αλλοιώσεις του ακουστικού νεύρου που δημιουργούν δυσκολίες στην καθαρή ακρόαση των ήχων υψηλών συχνοτήτων. Το βουητό στα αυτιά το ακούει ο ασθενής είτε περιοδικά είτε συνεχώς και μπορεί να περιλαμβάνει κουδουνίσματα ή σφυρίγματα. Το πρόβλημα ακοής που εκδηλώνεται λόγω της αύξησης της ηλικίας, μπορεί να επηρεάσει την κοινωνικότητα, την επικοινωνία, την θέληση για μάθηση και μειώνει την κινητικότητα.

Μεταξύ των κυριότερων προβλημάτων όρασης είναι ο καταρράκτης, το γλαύκωμα και ο εκφυλισμός της ώχρας κηλίδας. Ο καταρράκτης αποτελεί το συνηθέστερο πρόβλημα στην τρίτη ηλικία. Υπολογίζεται ότι το 95% των ατόμων άνω των 65 ετών έχουν καταρράκτη. Με το πέρασμα του χρόνου οι διαφανείς φακοί του ματιού γίνονται θολοί και μεμβρανώδεις, δυσχεραίνοντας την όραση, ειδικά αν ο καταρράκτης έχει προσβάλει το κέντρο του ματιού (Morris, 2004).

Ο εκφυλισμός της ώχρας κηλίδας είναι η ασθένεια που προκαλείται, όταν η ώχρα κηλίδα που είναι υπεύθυνη για την όραση στο κέντρο του οπτικού πεδίου σπάει ή αλλοιώνεται. (Morris,2004).

Τέλος, το γλαύκωμα που δεν έχει διαγνωστεί και δεν έχει θεραπευτεί, μπορεί να οδηγήσει στην τύφλωση. Όμως με την έγκαιρη διάγνωση μπορεί να προληφθεί.

## ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ- ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Για πολλούς η τρίτη ηλικία συνοδεύεται από πολλά προβλήματα. Τα συχνότερα προβλήματα της ψυχικής υγείας κατά την τρίτη ηλικία είναι το άγχος και η κατάθλιψη. Τα κυριότερα συμπτώματα τα οποία εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι είναι η μειωμένη διάθεση για κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες, η μη λήψη πρωτοβουλιών, το άγχος, η απάθεια, η θλίψη, οι αϋπνίες, το αίσθημα έντονης κόπωσης, η αδυναμία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων, η αίσθηση αβοηθητότητας και οι ένοχες. Τα ηλικιωμένα άτομα πολλές φορές δεν παρουσιάζουν τα τυπικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Μπορεί να έχουν λιγότερα συμπτώματα και να μη παραπονιούνται για την θλίψη που ενδεχομένως μπορεί να νιώθουν και την καταθλιπτική διάθεση, αλλά αντίθετα προβάλλουν έντονες σωματικές ενοχλήσεις που δε μπορούν να εξηγήσουν. Η συνύπαρξη των παθολογικών καταστάσεων μπορεί να δυσκολέψει την διάγνωση της κατάθλιψης. Οι παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής, χωρίζονται σε δυο κατηγορίες, τους βιολογικούς παράγοντες αλλά και τους ψυχοκοινωνικούς. Στους βιολογικούς συμπεριλαμβάνονται οι βιολογικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου, νευρολογικά νοσήματα, παθολογικά προβλήματα που αποτελούν παράγοντες κίνδυνου για την εμφάνιση κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία. Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται οι καταστάσεις πένθους, σοβαρά οικονομικά προβλήματα, χρόνια προβλήματα υγείας, διακοπή εργασίας και μπορούν να οδηγήσουν το άτομο στην απομόνωση και στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η θεραπεία της κατάθλιψης περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπείες ή τον συνδυασμό και των δυο ταυτοχρόνως. Η φαρμακευτική αγωγή καλό θα ήταν να εξατομικεύεται, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις βιολογικές αλλαγές που επέρχονται σε αυτή την ηλικία και όλους τους παράγοντες που μπορεί να την επηρεάζουν. Η παρουσία σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών, οι αλληλεπιδράσεις φαρμάκων και η συνοσηρότητα με άλλες σωματικές και ψυχικές παθήσεις (Σολδάτος, Λυκούρας, 2006).

Η εφαρμογή της ηλεκτρόσπασμό-θεραπείας αποτελεί αξιόπιστη εναλλακτική μέθοδο ενάντια της φαρμακοθεραπείας με ταχύτερα αποτελέσματα (Sadock, 2007).

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Τα οργανικά προβλήματα είναι εκείνα τα οποία επηρεάζουν το άτομο σε μεγάλο βαθμό συναισθηματικά. Εκτός όμως από τα οργανικά προβλήματα, υπάρχουν και άλλα ζητήματα που απασχολούν τους ηλικιωμένους και είναι εξίσου σημαντικά, και αυτά είναι τα κοινωνικά προβλήματα. Οι αλλαγές με την είσοδο του ατόμου στην τρίτη και τέταρτη ηλικία είναι αρκετές και οι αλλαγές αυτές έχουν συναισθηματικές επιπτώσεις. Η απομάκρυνση από την εργασία και η συνταξιοδότηση αποτελούν ένα από τα πιο δυνατά πλήγματα για τον ηλικιωμένο, καθώς του δημιουργεί το αίσθημα του μη παραγωγικού μέλους που είναι βάρος στη κοινωνία αλλά και στη οικογένεια του. Τα αρνητικά αυτά συναισθήματα επιδρούν αρνητικά στη ψυχοσύνθεση του ηλικιωμένου. Αρχικά, ο ηλικιωμένος όταν συνταξιοδοτείται χρειάζεται να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες ζωής, πρέπει να μάθει να χρησιμοποιεί εποικοδομητικά τον χρόνο του, να κάνει νέες παρέες. Στη συνέχεια για πολλούς η συνταξιοδότηση σημαίνει την ταυτόχρονη μείωση του εισοδήματος, κάτι που δημιουργεί επιπτώσεις στη οικονομική ανεξαρτησία του ατόμου και στο τρόπο ζωής του αλλά και στη μείωση του κοινωνικού του κύρους, στην απώλεια δύναμης ή επιρροής. Για αυτούς τους λόγους έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που συνταξιοδοτούνται έχουν πρόβλημα προσαρμογής στον νέο ρόλο και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις εμφάνισης σωματικών και ψυχικών διαταραχών (Σταθόπουλος, 2003).

Με το πέρασμα των χρόνων και την ανάπτυξη της πυρηνικής οικογενείας ο ρόλος του παππού και της γιαγιάς ξεκίνησε να φθίνει και να ατονεί, κάτι που οδήγησε το ηλικιωμένο άτομο να αισθάνεται ότι βρίσκεται στο περιθώριο με συνεχώς λιγότερες δυνατότητες να νιώθει χρήσιμο (Δόντας, 1981). Εκτός αυτών υπάρχουν και άλλα προβλήματα που δυσχεραίνουν τη θέση των ηλικιωμένων όπως το χαμηλό βιοτικό επίπεδο καθώς οι ηλικιωμένοι έχουν, συνήθως, αρκετά μικρότερες συντάξεις και ειδικότερα στην εποχή μας, με τα νέα συνταξιοδοτικά καθεστώτα. Μελέτη του Ε.Κ.Κ.Ε έχει δείξει ότι ο δείκτης φτώχειας ποικίλει ανάλογα με την ηλικία. Σύμφωνα με αυτή τη μελέτη στην ομάδα ηλικιωμένων 65-74 ετών, η συχνότητα εμφάνισης φτώχειας είναι 26% , και στην πληθυσμιακή ομάδα των 75 ετών η συχνότητα εμφάνισης της φτώχεια είναι πάνω από 4% (Εμκε- Πουλοπούλου, 1990).

Η ανεπάρκεια στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας με την ελλιπή παροχή ή και ακόμα με τη μη παροχή των υπηρεσιών αυτών, αποτελεί ένα ακόμα σοβαρό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους. Οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες δεν ικανοποιούν τους περισσότερους ασθενείς με βαριές και χρονιές παθήσεις και ασθενείς που ζουν στο σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν ανήκουν σε κατώτερες κοινωνικές και οικονομικές τάξεις. Στις αγροτικές περιοχές μάλιστα, η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και η παροχή ειδικευμένων παροχών υγείας και Πρόνοιας είναι σχεδόν ανύπαρκτες. Η γεωγραφική απομόνωση πολλών ορεινών και νησιωτικών περιοχών καθιστά αδύνατη για τους ηλικιωμένους την έγκαιρη χρήση των απαραίτητων υπηρεσιών (Σταθόπουλος, 2007).

Επιπροσθέτως, παρατηρείται μια λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά προς τους ηλικιωμένους που τους οδηγεί στην περιθωριοποίηση. Το βασικό κοινωνικό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους είναι η στάση των μελών της οικογενείας και της κοινωνίας γενικότερα, απέναντι στην τρίτη και τέταρτη ηλικία. Όταν αντιμετωπίζονται με σεβασμό και αξιοπρέπεια, με ρεαλιστική αποδοχή των δυνατοτήτων και αδυναμιών, οι ηλικιωμένοι ζουν δημιουργικά τα τελευταία χρόνια της ζωής τους (Σταθόπουλος, 2007).

Τέλος η απώλεια της αυτονομίας και η ανάγκη για κάποιο τρίτο πρόσωπο, εξαρτάται από την σωματική και ψυχολογική τους υγεία, για το αν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν ή όχι. Όσο μεγαλώνουν τα άτομα τόσο περνάει και αυτή η δυνατότητα. Εργασίες όπως το μαγείρεμα, η ατομική υγιεινή και η φροντίδα του σπιτιού γίνονται πολύ δύσκολες έως και αδύνατες να πραγματοποιηθούν. Αν οι ηλικιωμένοι βρίσκονται κάτω από την προστασία στενών συγγενών, οι ανάγκες καλύπτονται επαρκώς, σε αντίθετη περίπτωση, δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής κ.ά. που επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα. Σε τέτοιες περιπτώσεις η παροχή βοήθειας υπό οικονομικό αντάλλαγμα από τρίτο πρόσωπο ή η εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα, η οποία επιλύει μεν βασικές ανάγκες αυτοεξυπηρέτησης, όμως δημιουργεί άλλα πρόσθετα ιατρό-κοινωνικά προβλήματα. Αυτά είναι μερικά από τα κοινωνικά προβλήματα που απασχολούν και δυσχεραίνουν την ζωή των ηλικιωμένων, τα οποία χρήζουν αντιμετώπιση από την πολιτεία η οποία πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη για να υπάρξει ουσιαστική βελτίωση στη ποιότητα ζωής (Δαρδαβέσης, 2011).

## 2.5 Η έννοια και τα αίτια της μοναξιάς και οι επιπτώσεις της

Καθημερινά ακούμε, βλέπουμε, νιώθουμε και συνειδητοποιούμε ότι τελικά η ζωή δεν περιέχει εκείνα τα λαμπερά στιγμιότυπα της έντονης κοινωνικότητας αφού, όλο και περισσότεροι άνθρωποι, κάνουν λόγο για την μοναξιά. Ως μοναξιά ορίζουμε τη συνθήκη κατά την οποία ο άνθρωπος ζει αποστασιοποιημένος από το περιβάλλον, χωρίς να επιθυμεί ή να επιδιώκει την ένταξη του στις ομάδες που απαρτίζουν το κοινωνικό σύνολο. Συνήθως, το αίσθημα της μοναξιάς έρχεται ως συνέπεια σε μια συγκεκριμένη πορεία ή μια διαδικασία που έχει επιλέξει να ακολουθήσει ο άνθρωπος στην εξέλιξή του. Βέβαια, θα αναλογιστούμε για άλλη μια φορά ότι κάθε άνθρωπος δεν επιθυμεί να ζει αποξενωμένος. Όμως συμβαίνει κάποιες στιγμές, οι περιστάσεις να μην προχωρούν όπως θα θέλαμε με αποτέλεσμα να βιώνουμε ματαιώση, θλίψη, απογοήτευση, στεναχώρια και να επιθυμούμε την απομάκρυνση από όσα συμβαίνουν γύρω μας, παρόλο που οι καθημερινές μικρές ή μεγάλες δυσκολίες δεν αποτελούν δυνατό επιχείρημα υπεράσπισης για την επιλογή της αποξένωσης. Αντιθέτως, αν προσπαθήσουμε να ερμηνεύσουμε την έννοια της μοναξιάς λαμβάνοντας υπόψη τις αρχές της ψυχοπαθολογίας τότε, θα υποστηρίζαμε ότι το αίσθημα της μοναξιάς αποτελεί ίσως, ένα από τα βασικότερα συμπτώματα ή ακόμα και την συνέχεια συγκεκριμένων ψυχολογικών ασθενειών όπως είναι οι διαταραχές της διάθεσης, οι αγχώδεις διαταραχές, οι ψυχωσικές διαταραχές και οι διαταραχές της προσωπικότητας. Αν και, ως ειδικοί, αρκετά συχνά ερχόμαστε αντιμέτωποι με συνθήκες μοναξιάς σε όλες σχεδόν τις κλινικές περιπτώσεις αφού, τα συμπτώματα αυτών επηρεάζουν σημαντικά την λειτουργικότητα του ανθρώπου που νοσεί σε τέτοιο βαθμό ώστε να παρατηρείται σταδιακή απομάκρυνση από ο,τιδήποτε φαίνεται να εξελίσσεται στον παρόντα χρόνο του. Σαφώς, σε αυτές τις περιπτώσεις, η παρέμβαση κατάλληλου υποστηρικτικού πλαισίου είναι σημαντική ώστε αυξάνοντας τα επίπεδα της λειτουργικότητας, ο άνθρωπος να επιστρέψει στην ενεργό ζωή του.

Ένα μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι άνθρωποι και που ίσως είναι το πιο σοβαρό, είναι η μελαγχολία και το αίσθημα εγκατάλειψης από το περιβάλλον τους. Η μοναξιά της τρίτης ηλικίας δεν είναι ένα φαινόμενο που

εμφανίζεται μόνο στα απομονωμένα χωριά της επαρχίας. Ακόμα και στην πρωτεύουσα οι άνθρωποι μένουν μόνοι στη δύση της ζωής τους. Όλο και περισσότεροι άνθρωποι θα μένουν μόνοι τους στα γεράματα, στα χρόνια που θα ακολουθήσουν. Τα χρήματα, δεν θα επαρκούν και με την επιβολή των νέων κοινωνικό-οικονομικών συνθηκών της φιλελευθεροποίησης, η περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων θα αυξάνεται και οι δρόμοι θα γεμίζουν με ολοένα και περισσότερους απόμαχους της ζωής που σε καμιά περίπτωση δεν θα ανέμεναν ένα παρόμοιο τέλος. Η αλλαγή της οικογένειας από εκτεταμένη σε πυρηνική, τύπος που δεν εμπεριέχει πια στους κόλπους του τους ηλικιωμένους, είναι η αιτία της μοναξιάς των ηλικιωμένων. Καθώς η οικογένεια περιστρέφεται γύρω από τους γονείς και το ένα ή τα περισσότερα παιδιά τους, οι ηλικιωμένοι περνούν στο περιθώριο. Έτσι, συχνά επιλέγουν μόνοι τους τη χωριστή διαμονή. Εγκαταλείπονται, συνεπώς, στη λεγόμενη φυσική μοναξιά που συνοδεύεται σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνική απομόνωση, τον κοινωνικό αποκλεισμό, τη μελαγχολία και την κατάθλιψη η οποία μερικές φορές οδηγεί στην αυτοκτονία.

Δυστυχώς σήμερα, όταν ο ηλικιωμένος δε μπορεί πια να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του, όταν ο ένας από το ηλικιωμένο ζευγάρι πεθαίνει ή όταν οι ηλικιωμένοι γονείς έχουν προβλήματα υγείας, τα παιδιά τους, συχνά, ή επειδή αναγκάζονται για διάφορους λόγους ή επειδή δεν είναι πρόθυμα να φιλοξενήσουν τους γονείς στο σπίτι τους, τους απομακρύνουν και, στην καλύτερη περίπτωση, ή πληρώνουν κάποια οικιακή βοηθό να τους προσέχει ή τους στέλνουν σε διάφορα ιδρύματα και τους επισκέπτονται ανάλογα με το χρόνο που διαθέτουν. Οι νεότεροι όμως συχνά ξεχνούν ή βρίσκουν βαρετή μια επίσκεψη στους γέρους γονείς και, απορροφημένοι από τους γρήγορους ρυθμούς της ζωής, το καθημερινό άγχος και τις πολλές ευθύνες, τους εγκαταλείπουν και αφιερώνουν για αυτούς ελάχιστο χρόνο, όποτε το θυμούνται. Από τους παππούδες αυτούς κάποιοι προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα και κάποιοι παθαίνουν κατάθλιψη και αισθάνονται εγκατάλειψη, τόση που συχνά δεν μπορούν να αντέξουν. Ας μην ξεχνάμε πως η μοναξιά μπορεί να είναι κάποιος φόβος των περισσότερων από εμάς, μικρών και μεγάλων. Επιπλέον η απώλεια στενών συγγενών όπως αδελφών, ξαδέλφων και κυρίως του ή της συζύγου, δημιουργεί συναισθηματικά κενά. Παράλληλα στενεύει και ο κύκλος των φίλων και γνωστών. Η μοναξιά μεγαλώνει καθώς συνοδεύεται από την ανησυχία

του θανάτου (Kastenbaum, Robert,1982).

### Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟΣΠΙΤΙ»

#### 3.1 Ιστορική αναδρομή για τη σύσταση του Προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι" Γαζίου.

Το Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" είναι μια δράση κοινωνικής προστασίας που έχει σαν στόχο τη συστηματική και οργανωμένη παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας σε άτομα της τρίτης ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα. Σε όλη την Ελλάδα εργάζονται 4.500 χιλιάδες καταρτισμένα στελέχη και επιστήμονες: κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιολόγοι, ψυχολόγοι, ιατροί, νοσηλευτές, οικιακοί βοηθοί, προσφέροντας δωρεάν σε 80.000 άτομα συμβουλευτική και συναισθηματική στήριξη, ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στο σπίτι, νοσηλευτική μέριμνα και φυσιοθεραπεία, οικογενειακή – οικιακή φροντίδα και ικανοποίηση, συνοδεία στις διάφορες υπηρεσίες πρακτικών αναγκών διαβίωσης, μικροαγορές και πληρωμή λογαριασμών.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» λειτουργεί από τις 15/4/2003 στον τότε Δήμο Γαζίου και η διοικητική εποπτεία του προγράμματος ανήκε τότε στη ΔΕΠΑΓ (Δημοτική Αναπτυξιακή Επιχείρηση Γαζίου) και η χρηματοδότησή του προέρχονταν από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση» του Γ' Κ.Π.Σ . Από τις 15/4/2003 έως και τον 7/2010 συνεχίστηκε η χρηματοδότηση του προγράμματος από το παραπάνω επιχειρησιακό πρόγραμμα του Γ' Κ.Π.Σ, και από τον Ιούλιο του 2010 εντάσσεται στο πρόγραμμα «Ενέργειες ενίσχυσης της συνοχής και βελτίωση της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν «κατ'οίκον βοήθειας» του εθνικού στρατηγικού πλαισίου αναφοράς (ΕΣΠΑ 2007-2013) (Γ' ΚΠΣ, Περιφέρεια Κρήτης). Από τον Ιούνιο του 2009 έως και τις 18/4/2011 τη διοικητική



εποπτεία του προγράμματος την είχε η ΔΗΚΕΓ (Δημοτική Κοινωφελής Επιχείρηση Γαζίου). Η χρηματοδότηση για αυτό το διάστημα γινόταν από την Περιφέρεια Κρήτης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Προστασίας και Παιδείας Μαλεβιζίου, η οποία και αναλαμβάνει ως διάδοχος φορέας την διοικητική εποπτεία του προγράμματος έως και σήμερα. Από τον Ιούνιο του 2011 έως και τις 31/12/2012 η χρηματοδότηση του προγράμματος προερχόταν από την ΕΕΤΑΑ. Από τον Ιανουάριο του 2013 η χρηματοδότηση είναι από κρατικούς πόρους έως τις 31/3/2013 όπου η χρηματοδότηση θα μεταβεί στο βιώσιμο σύστημα όπου διαχειριστής θα είναι το ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων) και τα νομικά πρόσωπα οι πάροχοι των υπηρεσιών.

Αρχικά το πρόγραμμα είχε 3 βασικές ειδικότητες : α) κοινωνικό λειτουργό, β) νοσηλεύτρια , γ) 2 οικογενειακούς βοηθούς, δ) 2 εξωτερικούς συνεργάτες, ε) 1 φυσικοθεραπεύτρια και στ) 1 γιατρό. Από το 2006 το πρόγραμμα έμεινε χωρίς φυσικοθεραπεύτρια ενώ έως το 2009 υπήρχε γιατρός στο πρόγραμμα . Για το διάστημα μετά την αποχώρηση του ιατρού υπήρχε συνεργασία με τον ιατρό του Κ.Α.Π.Η. για τα περιστατικά που αυτό ήταν απαραίτητο. Τον Νοέμβριο του 2009 παραιτήθηκε η μια νοσηλεύτρια του προγράμματος και τον Ιούνιο του 2011 παραιτήθηκε και η οικογενειακή βοηθός. Από τότε έως και σήμερα δεν έχει γίνει αντικατάσταση της οικογενειακής βοηθού. Τον Δεκέμβριο του 2012 ήρθε με απόφαση προέδρου από τον ενιαίο μέσω Καλλικράτη Δήμο Μαλεβιζίου μια νοσηλεύτρια από το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» Τυλίσσου.

### 3.2 Ο σκοπός και οι στόχοι του προγράμματος αλλά και η διάθρωση του προσωπικού

Το πρόγραμμα “Βοήθεια στο Σπίτι” αποτελεί κατεξοχήν δομή ανοικτής περίθαλψης και είναι μία από τις πιο ουσιαστικές υπηρεσίες στήριξης των πολιτών μέσα στην κοινότητά τους, και ιδιαίτερα ατόμων που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες και κυρίως των ηλικιωμένων. Σε πολλές χώρες της Ευρώπης τα τελευταία είκοσι χρόνια έχουν αναπτυχθεί διάφορα προγράμματα βοήθειας ή και νοσηλείας στο σπίτι και γενικότερα φροντίδας ατόμων με ειδικές ανάγκες. Τα προγράμματα αυτά είτε εφαρμόζονται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση είτε από μη κυβερνητικές/εθελοντικές

οργανώσεις ή άτομα και επιχειρήσεις. Η βοήθεια στο σπίτι είναι μέρος ενός φάσματος υπηρεσιών που συμπεριλαμβάνει την ψυχοκοινωνική στήριξη, τη νοσηλεία στην κοινότητα, την άσκηση και τη φυσιοθεραπεία αλλά και τη προθανάτια φροντίδα στο σπίτι (Ζαιμάκης, Κανδυλάκη, 2005). Σύμφωνα με τους Κανδυλάκη και Καραγκούνη (2005:335) στη χώρα μας, παρά τις πιλοτικές προσπάθειες που ξεκίνησαν με κατά τόπους πρωτοβουλίες ήδη από τη δεκαετία του '80, στην ουσία το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» για ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες άρχισε να έχει ευρεία εφαρμογή με την αξιοποίηση των τριών Κοινοτικών Πλαισίων Στήριξης. Στις μέρες μας, με την εφαρμογή πλέον και του τρίτου Κ.Π.Σ. τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» εξαπλώθηκαν και υπάρχουν σε περισσότερους από χίλιους δήμους.

Το πρόγραμμα εντάσσεται στο πλαίσιο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι κοινωνική εργασία, νοσηλευτική φροντίδα, φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία και οικογενειακή οικιακή βοήθεια (Σχέδιο Περιγραφής της Δράσης του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», χ.χ.:2).

Σύμφωνα με το σχέδιο περιγραφής της δράσης «Βοήθεια στο Σπίτι» του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας, ο γενικός σκοπός του προγράμματος έχει να κάνει με τη παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο, φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, τη διατήρηση της συνοχής της οικογένειάς τους, την αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού, τη παροχή ίσων ευκαιριών και κατοχυρωμένων δικαιωμάτων, ώστε να μη γίνονται οι ηλικιωμένοι αποδέκτες προκαταλήψεων και αποκλεισμών, την εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους (Σχέδιο Περιγραφής της Δράσης του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», χ.χ.:1-2).

Στόχος του προγράμματος είναι η παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, από ειδικούς επιστήμονες και καταρτισμένα στελέχη, όπως και από εθελοντές και φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες. Δίνεται προτεραιότητα στην φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων που ζουν μόνοι τους μόνιμα ή ορισμένες ώρες της ημέρας και το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και μέσω ενδυνάμωσης να αποκτήσουν τη

μέγιστη δυνατή αυτονομία και κοινωνική ευημερία. Επίσης προτεραιότητα έχουν ηλικιωμένα άτομα που δεν αυτοεξυπηρετούνται σε ικανοποιητικό βαθμό και ΑΜΕΑ που ζουν μόνα τους ή με την οικογένειά τους και αντιμετωπίζουν κινδύνους απομόνωσης, αποκλεισμού, επιβίωσης, υπερβολικής επιβάρυνσης και κρίσης της οικογένειάς τους, και κινδυνεύουν πρώιμα ή σε υπέρμετρο βαθμό να κάνουν χρήση ιδρυματικής φροντίδας και να υποστούν επιδείνωση της ποιότητας ζωής τους. 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 (ΦΕΚ 1197/Β/30-8-2001). Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην 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 τους εξασφαλίζουν υγεία και επιβίωση
- να επιλέγουν, να διεκδικούν και να εξασφαλίζουν τους τρόπους και τα μέσα που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους (ΦΕΚ 1197/Β/30-8-2001).

Σύμφωνα με το Γ' Κ.Π.Σ. της ΟΔΕ, στους σκοπούς της δράσης για την κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και των ΑΜΕΑ περιέχονται:

- 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 της 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 η 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 της μέγιστης χρήσης και προσπέλασής τους.
- Η στήριξη και ανακούφιση της οικογένειάς 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 διασύνδεσή τους με τις υπηρεσίες που ικανοποιούν ανάγκες και δικαιώματά τους και ιδιαίτερα την συνεργασία και τον συντονισμό με το δίκτυο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας και κοινωνικής προστασίας της περιοχής και την συστηματοποίηση των παρεχόμενων 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 .

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την καλύτερη λειτουργία του προγράμματος είναι :

**1. Εξασφάλιση κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής, πιο συγκεκριμένα:**

Ο φορέας υποχρεούται να εξασφαλίσει χώρο στέγασης προσβάσιμο για όλους τους εξυπηρετούμενους, τον αναγκαίο εξοπλισμό, τα απαραίτητα μέσα και κάθε διευκόλυνση στην ομάδα των στελεχών του προγράμματος, για την απρόσκοπτη παροχή των υπηρεσιών προς τους εξυπηρετούμενους πολίτες.

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 διαδίκτυο) και ένα χώρο για ομαδικές συναντήσεις (όπου να υπάρχει ένα τραπέζι εργασίας και συναντήσεων, καθίσματα και μία βιβλιοθήκη).

Επιπλέον, θα πρέπει να διασφαλίζεται η ανάπτυξη ασφαλούς και απόρρητου συστήματος καταγραφής και παρακολούθησης των εξυπηρετούμενων του προγράμματος και συστήματος συγκέντρωσης στατιστικών δεδομένων, με ευθύνη του υπεύθυνου 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. Τα τηρούμενα προσωπικά στοιχεία των εξυπηρετούμενων, φυλάσσονται σε ασφαλισμένο μέρος, με ευθύνη του/της κοινωνικής λειτουργού/ κοινωνικού επιστήμονα υπεύθυνου του προγράμματος. Τα στοιχεία 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).

**2. 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.

**3. Επιμόρφωση του προσωπικού,** προκειμένου να βελτιώνει τις δεξιότητες του.

**4. Διευκόλυνση για τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες του δήμου** για την εξυπηρέτηση των σκοπών και των στόχων του προγράμματος και τη βελτίωση των παρερχομένων υπηρεσιών.

5. **Εξασφάλιση συνεργασίας με εξωτερικούς συνεργάτες** (γιατρό, φυσικοθεραπευτή, ψυχίατρο, εργοθεραπευτή) για την παροχή υπηρεσιών στους ηλικιωμένους και στα ΑΜΕΑ.
6. **Ο 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.
7. Ο φορέας υλοποίησης οφείλει να παρέχει **κάθε δυνατή πληροφόρηση για την πορεία και εξέλιξη της δράσης «Βοήθεια στο σπίτι», στις εκάστοτε αρχές διαχείρισης των προγραμμάτων και στα συνυπεύθυνα υπουργεία** (ΦΕΚ 1127/τβ/30-8-2001).
8. **Εξασφάλιση της ασφαλούς μεταφοράς του προσωπικού** με το αυτοκίνητο του προγράμματος (ύπαρξη οδηγού). Η μεταφορά ηλικιωμένων ή άλλων ατόμων με το συγκεκριμένο αυτοκίνητο απαγορεύεται σύμφωνα με τις διατάξεις (ΦΕΚ 117 Α).

#### ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Η κάθε μονάδα παροχής υπηρεσιών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελείται από τα παρακάτω στελέχη:

- Ένα έως δύο κοινωνικούς/ή λειτουργούς, ή άλλο κοινωνικό επιστήμονα, ο οποίος /οι οποίοι είναι υπεύθυνοι του συντονισμού του προγράμματος
- Ένα έως δύο νοσηλευτές ή νοσηλεύτριες, ΔΕ ή ΤΕ
- Ένα έως τρεις οικογενειακούς βοηθούς ή κοινωνικούς φροντιστές, ΥΕ, ΔΕ, ΤΕ, ΑΕΙ

Η ομάδα των στελεχών του προγράμματος εφαρμόζει τις αρχές και μεθόδους της ομαδικής εργασίας και του κοινωνικού σχεδιασμού. Στα πλαίσια αυτά, 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 τα παραδίδουν στον συντονιστή του προγράμματος για τις ανάγκες ενημέρωσης των

αρμοδίων εποπτικών αρχών, σχετικά με την πορεία και την εξέλιξη του προγράμματος.

Η Παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρία, αναπτύσσεται στους ακόλουθους τομείς:

#### **Παρεχόμενες υπηρεσίες κοινωνικού επιστήμονα**

Ενημέρωση, ευαισθητοποίηση και προετοιμασία της κοινότητας για τις ιδιαιτερότητες και ανάγκες των ηλικιωμένων και των Α.Μ.Ε.Α. καθώς και το περιεχόμενο του προγράμματος. Άμεση συνεργασία με τον δήμο και άλλους τοπικούς φορείς, πληροφόρηση του ευρύ πληθυσμού .

- Συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική στήριξη των εξυπηρετούμενων και των οικογενειών τους (αντιμετώπιση κρίσεων, συμβουλευτική σε θέματα προγραμματισμού της φροντίδας των ηλικιωμένων, ψυχολογική στήριξη των οικογενειακών φροντιστών).
- Παραπομπή περιστατικών σε άλλες αρμόδιες υπηρεσίες (Κοινωνική Υπηρεσία, Κέντρο Ψυχικής Υγείας, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής κτλ.).
- Συνεργασία με φορείς Υγείας και Πρόνοιας για την παροχή μέτρων κοινωνικής προστασίας (επιδόματα, συντάξεις, κάρτες αναπηρίας κτλ.).
- Συνεργασία με την ομάδα για ενημέρωση και πρόληψη σε θέματα υγείας και κοινωνικά ζητήματα.
- Συνεργασία με σωματεία και συλλόγους για την προώθηση των αναγκών των εξυπηρετούμενων.
- Συνεργασία με άλλες μονάδες όπως Κ.Η.Φ.Η. ,Κ.Α.Π.Η., για την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών των ηλικιωμένων (συνεργασία σε εκδηλώσεις, δημιουργία δανειστικής βιβλιοθήκης στο Κ.Α.Π.Η.).
- Ενημέρωση και στήριξη σε ΑΜΕΑ για την δυνατότητα εξεύρεσης εργασίας και ενημέρωση σε προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Ανάπτυξη Προαγωγής Υγείας των ηλικιωμένων και των ΑΜΕΑ της κοινότητας σε συνεργασία με αρμόδιους φορείς.

## Παρεχόμενες υπηρεσίες νοσηλευτή σύμφωνα με την άδεια άσκησης επαγγέλματος

- Νοσηλευτική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (έλεγχος αιματολογικός, γράψιμο φαρμάκων, έλεγχος λήψης φαρμάκων, έλεγχος αρτηριακής πίεσης κλπ).
- Ρύθμιση των νοσηλευτικών και υγειονομικών αναγκών τους που είναι εφικτό να καλύπτονται στο σπίτι (φροντίδα κατάκοιτων ατόμων).
- Παραπομπή, κλείσιμο ραντεβού με το νοσοκομείο.
- Συνοδεία στα περιφερειακά ιατρεία και κρατικά νοσοκομεία όποτε χρειαστεί.
- Άμεση συνεργασία με τα περιφερειακά ιατρεία του δήμου.
- Εκπαίδευση των μελών της οικογένειας για τη φροντίδα των ηλικιωμένων (εκπαίδευση στη χρήση πιεσόμετρου, εκπαίδευση στη λήψη ζαχάρου).
- Συμβουλευτική και ενημέρωση των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους σε θέματα διατροφής και πρόληψης (συμβουλευτική για διατροφή στο ζαχαρώδη διαβήτη, χοληστερίνη, υπέρταση κλπ).
- Συνταγογράφηση
- Προγραμματισμός λήψης φαρμακευτικής αγωγής.

## Παρεχόμενες υπηρεσίες οικογενειακού βοηθού

- Οικογενειακή – οικιακή βοήθεια στην ικανοποίηση των πρακτικών αναγκών διαβίωσης (μαγείρεμα, πλύσιμο ρούχων, σιδέρωμα).
- Ατομική υγιεινή (μπάνιο, λούσιμο κλπ. σε κλινήρη άτομα σε συνεργασία με τη νοσηλεύτρια).
- Κάλυψη βασικών αναγκών για αξιοπρεπή υγιή διαβίωση (σκούπισμα, καθάρισμα σπιτιού).
- Συντροφιά σε άτομα μοναχικά.
- Εξυπηρέτηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης (ψώνια, πληρωμή λογαριασμών και συντάξεων, συνταγογράφηση και αγορά φαρμάκων).



- Συνοδεύει σε κοινωνικές εκδηλώσεις (εκδρομές και εκδηλώσεις Κ.Α.Π.Η.).
- Αντικατάσταση του οικογενειακού φροντιστή για κάποιες ώρες όταν κρίνεται αναγκαίο και υπάρχει δυνατότητα από το φόρτο του προγράμματος (ΦΕΚ 376/Β/2000).

Σε καμία περίπτωση εργασίες όπως βάψιμο σπιτιού, μετακομίσεις κτλ. δεν αποτελούν εργασίες του οικογενειακού βοηθού.

Οι υπηρεσίες παρέχονται και από τις τρεις ειδικότητες σε πενθήμερη σταθερή βάση ανάλογα με την εκτίμηση και επανεκτίμηση των αναγκών των ηλικιωμένων και ανάλογα με τις δυνατότητες κάλυψής τους από το προσωπικό.

Επιπλέον, ανάλογα με τις δυνατότητες της δομής στη συνεργασία με εξωτερικούς συνεργάτες μπορεί να παρέχονται:

- **Ιατρική φροντίδα**
- **Ψυχιατρική υποστήριξη από ψυχίατρο:** Ο Ψυχίατρος προσφέρει κατ' οίκον ψυχιατρική βοήθεια, έλεγχο και παρακολούθηση ατόμων που έχουν ή υποψιάζονται ότι έχουν άνοια.
- **Εργοθεραπεία, (ατομική και ομαδική):** Ο εργοθεραπευτής ασκεί ομαδική και ατομική εργοθεραπεία με στόχο την αποκατάσταση του ατόμου, είτε την διατήρηση και βελτίωση της λειτουργικότητάς του.
- **Φυσικοθεραπεία:** Ο φυσικοθεραπευτής κάνει κατ' οίκον φυσικοθεραπεία έπειτα από παραπομπή από γιατρό (ΦΕΚ 376/Β/2000).

### 3.3 Άλλα προγράμματα που απευθύνονται στη Τρίτη Ηλικία (Κ.Α.Π.Η. – Κ.Η.Φ.Η.)

**Ο θεσμός των ΚΑΠΗ στην Ελλάδα και το σκεπτικό δημιουργίας τους**  
 Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. αποτελεί ένα παράδειγμα οργανωμένου πλαισίου ιατροκοινωνικών υπηρεσιών στα πλαίσια των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και έχουν οργανωθεί περίπου 260 μονάδες στην Ελλάδα εκ των οποίων 33 περίπου λειτουργούν σε επίπεδο Κρήτης (Παναγιωτάκης, 2008). Το έτος 1979 δημιουργούνται τα πρώτα Κ.Α.Π.Η. από φορείς του ιδιωτικού δικαίου υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Το έτος

1982 αρχίζει η εξάπλωση του θεσμού σε επίπεδο Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης με την υποστήριξη όμως του Υ.Υ.Π.Κ.Α. που αναλαμβάνει σχεδόν αποκλειστικά την οικονομική στήριξη των Κ.Α.Π.Η. (Τεπέρογλου, Κοτζαμάνης, Μαράτου, Τζωρτζοπούλου, 1996).

Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων (Οδηγός των Κ.Α.Π.Η., 1994).

### **Σκοπός και στόχοι του θεσμού των Κ.Α.Π.Η. και προσφερόμενες υπηρεσίες**

Ο σκοπός των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων συνοψίζεται ως εξής:

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

β) Η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας.

γ) Η έρευνα πάνω σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους σε συνεργασία με τα Τριτοβάθμια Ιδρύματα της χώρας (Αμηρά, Γεωργιάδη, Τεπέρογλου, 1986, Οδηγός των Κ.Α.Π.Η., 1994, Οργανισμός Λειτουργίας & Διοικήσεως Κ.Α.Π.Η., χ.χ.:1).

Οι στόχοι του θεσμού των Κ.Α.Π.Η. πέρα από τη παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι είναι:

α) η κοινωνικοποίηση, β) η προληπτική ιατρική, γ) η ενεργοποίηση, και δ) η ευαισθητοποίηση της γειτονιάς και της ευρύτερης κοινότητας (Σταθόπουλος, 1999:311).

α) Κοινωνικοποίηση: Το πρόγραμμα ενός ΚΑΠΗ είναι εντελώς διαφορετικό από τα άλλα γνωστά έως σήμερα προγράμματα που οργανώνονται από την εκκλησία και τις άλλες διάφορες φιλανθρωπικές οργανώσεις οι οποίες παρέχουν περιορισμένες υπηρεσίες. Ο παραδοσιακός τρόπος παροχής βοήθειας παραχωρεί την θέση του στην αναζήτηση κάθε μέσου που οδηγεί στην ένταξη στη κοινότητα. Οι ποιοτικές υπηρεσίες, οι φροντισμένες αίθουσες των Κ.Α.Π.Η., η συμμετοχή των ηλικιωμένων στην διοίκηση και στην οργάνωση πολιτιστικών δραστηριοτήτων αλλά και επιτροπών αυτενέργειας δημιουργούν ισχυρά κίνητρα συμμετοχής που οδηγούν στην πλήρη κοινωνικοποίηση. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η προσέλευση ηλικιωμένων που δεν προέρχονται πια, όπως άλλοτε, μόνο από τις πολύ χαμηλές εισοδηματικές τάξεις. Έτσι, ξεφεύγουμε από τους περιορισμούς που επιβάλλει η

κοινωνική προστασία στον άπορο ηλικιωμένο και επιδιώκουμε χωρίς να λαμβάνουμε υπόψη κοινωνικές τάξεις, μία από κοινού αντιμετώπιση των ιδιαίτερων καταστάσεων και προβλημάτων τους με πρωταρχικό στόχο το πρόβλημα της ψυχικής τους μοναξιάς.

Η έλλειψη οικονομικών πόρων απομονώνεται ή περιορίζεται σαν πρόβλημα με την επιδοματική πολιτική που ασκείται από την κοινωνική υπηρεσία και την οικογενειακή βοήθεια από την οικογενειακή βοήθό που παρέχεται από τις υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η. . Θετική συμβολή στην κοινωνικοποίηση αποτελούν επίσης οι εκδρομές, συνεστιάσεις, επισκέψεις σε μουσεία, εορταστικές εκδηλώσεις και πολιτιστικές εκδηλώσεις ( Αμηρά, Γεωργιάδη, Τεπέρογλου, 1986).

β) Προληπτική ιατρική: Σύμφωνα με ορισμένες παρατηρήσεις, οι ηλικιωμένοι δεν είναι πολλές φορές σε θέση να ξεχωρίσουν τα γηρατειά από την ασθένεια. Αυτό αποτελεί και την κυριότερη αιτία για την οποία κάνουν τόσο μεγάλη χρήση φαρμάκων οι άνω των 65 ετών, οι οποίοι καταλαμβάνουν αναλογικά το μεγαλύτερο ποσοστό των κρεβατιών στα νοσοκομεία σε σχέση με νεότερες ηλικίες. Η πρόληψη μέσα στα Κ.Α.Π.Η. διακρίνεται: α) σε πρωτογενή (εμβολιασμοί, συμβουλές για σωστή διατροφή, ένδυση και αποφυγή ατυχημάτων) και β) δευτερογενή, που σκοπό έχει την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να αποφεύγεται η μακροχρόνια συνήθως θεραπεία. Στο Κ.Α.Π.Η. εφόσον εφαρμόζεται σωστά η προληπτική υγιεινή, οι ηλικιωμένοι υποβάλλονται σε εξετάσεις αίματος, καρδιολογικές με ηλεκτροκαρδιογραφήματα, μέτρηση πίεσης κ.λ.π.

Όσοι από τους εξεταζόμενους παρουσιάζουν πρόβλημα σοβαρό, παραπέμπονται στο δικό τους ασφαλιστικό ταμείο για εξετάσεις ή σε νοσοκομεία.

γ) Ενεργοποίηση: Η ενεργοποίηση είναι μία τρίτη φάση στην οποία φτάνει ο ηλικιωμένος όταν έχει πια ησυχάσει ότι η υγεία του είναι υπό παρακολούθηση και έχει ήδη κοινωνικοποιηθεί με τη συμμετοχή του στα ποικίλα προγράμματα του κέντρου. Εδώ κρίνεται η ικανότητα του προσωπικού του Κέντρου με πρωταγωνιστή τον υπεύθυνό του, δηλαδή τον κοινωνικό λειτουργό, ο οποίος με την εμπειρία του και σε συνεργασία με τον εργοθεραπευτή και το υπόλοιπο προσωπικό, διακρίνει τις ικανότητες των ηλικιωμένων και τα ταλέντα τους, εντοπίζει την δυνατότητα δημιουργίας ομάδων, εκείνων που μπορούν να φτιάξουν κάτι με τα χέρια τους, αρχίζοντας από τα κεντήματα, κάθε είδους χειροτεχνία και κατασκευές και

χαρτοκοπτική. Επίσης, η επικοινωνία και η συνεργασία με άλλα Κ.Α.Π.Η. και τοπικούς συλλόγους ανοίγει τους ορίζοντες των ηλικιωμένων και τους δίνει έναν ιδιαίτερο δυναμισμό.

δ) Ευαισθητοποίηση της γειτονιάς και της τοπικής κοινότητας:

Ο κύκλος επιτυχίας ενός Κ.Α.Π.Η. κλείνει με την ευαισθητοποίηση της γειτονιάς όπου τα νεότερα μέλη της αποδέχονται τα παλαιότερα και εκδηλώνουν την επιθυμία για προσφορά υπηρεσιών στο Κ.Α.Π.Η., στο σπίτι τους ή στους διάφορους τομείς δραστηριοποίησης. Η κινητοποίηση της κοινότητας μπορεί να γίνει από κάθε ηλικία, συμπεριλαμβανομένων ακόμα και παιδιών των δημοτικών σχολείων σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς. Όταν ευαισθητοποιηθεί η γειτονιά, όταν αναπτυχθεί η κοινωνική συνείδηση και η κοινωνική προσφορά, τότε γεφυρώνεται το χάσμα των γενεών και παγιώνεται η αλληλεγγύη μεταξύ τους που αποτελεί την ουσιαστική προϋπόθεση ένταξης ενός ηλικιωμένου (Αμηρά, Γεωργιάδη, Τεπέρογλου, 1986).

**Τα προγράμματα των Κ.Α.Π.Η.**

Μία από τις βασικότερες προσφορές υπηρεσιών στους υπερήλικες είναι αυτές των Κ.Α.Π.Η. (Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων) που αποτελούν κρατικά προγράμματα καταρτισμένα για την εξυπηρέτηση της επικρατούσας τάσης “παραμονή στο σπίτι”. Το βασικό νομοθέτημα το οποίο διέπει την σύσταση των Κ.Α.Π.Η. είναι το Ν.Δ. 162/1974 «περί μέτρων προστασίας υπερηλικών και χρονίως πασχόντων ατόμων» (ΦΕΚ Ά 227).

Η σύσταση, η λειτουργία, η διοίκηση, η στελέχωση και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών ρυθμιζόταν με το Ν.Δ. 162/73, όπως συμπληρώθηκε από το Π.Δ. 631/74. Με το Ν.Δ. 1416/84 για την ενίσχυση της αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, το κράτος μεταβίβασε στην Τοπική Αυτοδιοίκηση την ευθύνη για την ανάπτυξη του θεσμού των Κ.Α.Π.Η. (Γεωργούση, Οικονόμου, Δανιηλίδου, Υφαντόπουλος, 2000).

Τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν λοιπόν ένα κοινωνικοπρονοιακό θεσμό, που αναπτύχτηκε ιδιαίτερα από το 1981 και μετά, και βασική του επιδίωξη είναι η παραμονή του ηλικιωμένου στο γνώριμο περιβάλλον, κάτω από τις κατά το δυνατόν καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, καθώς και η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης. Επίσης τα

Κ.Α.Π.Η. είναι ο χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων αλλά και παροχής ιατροκοινωνικών υπηρεσιών όπου τα προγράμματά τους αποσκοπούν στην κοινωνικοποίηση, τη δημιουργική απασχόληση, τη ψυχαγωγία και την πρόληψη ασθενειών σε ηλικιωμένα άτομα (Παναγιωτάκης, 2008:48).

Σύμφωνα με το Σταθόπουλο, τα Κ.Α.Π.Η. στελεχώνονται με τις παρακάτω ειδικότητες:

- ❖ Κοινωνικό λειτουργό
- ❖ Ιατρό με μερική απασχόληση
- ❖ Νοσηλεύτη/τρια
- ❖ Φυσιοθεραπευτή/τρια
- ❖ Εργοθεραπευτή/τρια
- ❖ Οικογενειακό βοηθό

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι ο συντονιστής της καλής λειτουργίας όλων των υπηρεσιών του Κέντρου. Είναι αυτός που υποδέχεται κάθε μέλος του κέντρου και κάνει την εγγραφή του σε αυτό. Συμβάλλει στην αντιμετώπιση τυχόν ψυχολογικών, ατομικών ή οικογενειακών προβλημάτων του μέλους, σεβόμενος την προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του ηλικιωμένου. Συνεργάζεται με το υπόλοιπο προσωπικό του Κέντρου και τη Διοίκηση και έχει τη διοικητική ευθύνη της εύρυθμης λειτουργίας όλων των υπηρεσιών. Επίσης, οργανώνει σύμφωνα με το εγκεκριμένο πρόγραμμα διάφορες εκδηλώσεις ψυχαγωγικές, επιμορφωτικές και επικοινωνεί με τους φορείς της περιοχής ή της κοινότητας με σκοπό τη διαφώτιση και τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα του Κ.Α.Π.Η. .

Ο ιατρός φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης ή γηρίατρος παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο ιατρείο του Κέντρου. Συνήθως είναι μερικής απασχόλησης.

Ο νοσηλεύτης/τρια συνεργάζεται με τον ιατρό του Κέντρου και παρέχει νοσηλευτική φροντίδα και οδηγίες στο χώρο του ιατρείου ή στο σπίτι του μέλους μετά από εντολή ιατρού.

Ο φυσιοθεραπευτής ύστερα από γραπτή εντολή του ιατρού, εφαρμόζει φυσιοθεραπευτική αγωγή στα μέλη του Κέντρου στο χώρο του Κ.Α.Π.Η. ή στο σπίτι των μελών, σε έκτακτες ή ειδικές ανάγκες που κρίνει ο ιατρός.

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

Ο οικογενειακός βοηθός προσφέρει υπηρεσίες στο σπίτι των μελών που ζουν μόνοι τους και έχουν ανάγκη βοήθειας, όπως στις δουλειές του σπιτιού ή σε άλλες μικροεξυπηρετήσεις έξω από το σπίτι (Δανιηλίδου, Οικονόμου, Ζαβράς, Κυριόπουλος, Γεωργούση, 2003).

Σύμφωνα με τον Αμίτση, τα προγράμματα και οι υπηρεσίες που παρέχονται σε ένα Κ.Α.Π.Η. είναι οι εξής:

1. Οργανωμένη ψυχαγωγία, εκδρομές, θεατρικές παραστάσεις κ.α.
2. Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους.
3. Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη αλλά και ψυχολογική βοήθεια από ειδικευμένο προσωπικό (ιατρό, ψυχολόγο, νοσηλεύτρια).
4. Κοινωνική εργασία στους ίδιους αλλά και στο άμεσο συγγενικό περιβάλλον τους από κοινωνικό λειτουργό.
5. Φυσικοθεραπεία για τις μυοσκελετικές παθήσεις τους από φυσιοθεραπευτή.
6. Εργοθεραπεία από ειδικευμένο εργοθεραπευτή για ενεργοποίηση και διατήρηση αλλά και αποκατάσταση της υγείας τους μετά από εγκεφαλικά επεισόδια.
7. Βοήθεια στο σπίτι για τα άτομα που έχουν ανάγκη εξυπηρέτησης από όλες τις παραπάνω ειδικότητες που προαναφέραμε και οικογενειακή βοήθό.
8. Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί κυλικείο που προσφέρει ροφήματα, γλυκά, αναψυκτικά σε χαμηλές τιμές και όπου βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη.
9. Συγκρότηση ομάδων αυτενέργειας και ενδιαφερόντων όπως: ομάδα καλλωπιστικών φυτών, ομάδα αθλητισμού μπότσια, ομάδα ποίησης, ομάδα εφημερίδας, καλλιτεχνική ομάδα, ομάδα χορού, ομάδα περιήγησης, ομάδα περιβάλλοντος, ομάδα εθελοντικής βοήθειας και επισκέψεων κ.λ.π.

10. Προγράμματα βοήθειας στο σπίτι και κοινωνικής μέριμνας αλλά και Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων στα οποία παρέχονται υπηρεσίες, σε μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα και χωρίς συγγενικό περιβάλλον από ειδικευμένο προσωπικό (κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλεύτριες, οικογενειακές βοηθούς, ιατρούς, φυσιοθεραπευτές κ.α.). και όπου τα Κ.Α.Π.Η. είναι συνεργαζόμενοι φορείς ή συνδιοργανωτές και συντονιστές αυτών των προγραμμάτων που χρηματοδοτούνται από το Ε.Κ.Τ. μέσω δημοτικών επιχειρήσεων ή αναπτυξιακών εταιριών της περιοχής.

Σήμερα λειτουργούν περίπου 260 Κ.Α.Π.Η. σε όλη τη χώρα (τα 48 εκ των οποίων βρίσκονται στο Νομό Αττικής), ενώ σε επίπεδο Κρήτης έχουν συσταθεί 48 Κ.Α.Π.Η. εκ των οποίων λειτουργούν ουσιαστικά με προσωπικό τα 33 ενώ τα άλλα βρίσκονται σε διαδικασία συγκρότησης (Παναγιωτάκης, 2008:49).

Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. ξεκίνησε με δυναμισμό και στέρεες βάσεις και αποτελεί την αρχή μιας νέας πολιτικής και οι στόχοι που καλείται να εκπληρώσει είναι η κοινωνική συμμετοχή, η προληπτική υγιεινή, η ενεργοποίηση, η ευαισθητοποίηση της γειτονιάς και της τοπικής κοινότητας, με τις διασυνδέσεις και συνεργασίες (Σταθόπουλος, 1999).

### **Κ.Η.Φ.Η**

Τα Κ.Η.Φ.Η. είναι σύγχρονες ανοικτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας αδυνατώντας να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει.

Βασικοί σκοποί των Κ.Η.Φ.Η. είναι να παραμένουν τα ηλικιωμένα άτομα στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον έτσι ώστε να υπάρχει διατήρηση της συνοχής της οικογένειας. Επίσης επιδιώκεται εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο άτομο, η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού και τέλος η υποστήριξη ώστε να διατηρήσουν την αυτονομία τους, την κοινωνική συμμετοχή και το κοινωνικό τους περιβάλλον (Σταθόπουλος, 2005).

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα Κ.Η.Φ.Η. είναι: α) νοσηλευτική φροντίδα, β) φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης, γ) ατομική υγιεινή, δ) προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης, ε) προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων και στ) διασύνδεση των Κ.Η.Φ.Η. .

Το προσωπικό που απασχολείται σε κάθε Κ.Η.Φ.Η., όπως αναφέρει ο Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας (χ.χ.:2-5), είναι νοσηλευτές, κοινωνικοί φροντιστές και άτομα ως βοηθητικό προσωπικό. Στο Κέντρο μπορεί να απασχολείται και προσωπικό άλλων ειδικοτήτων, όπως Κοινωνικοί Λειτουργοί, Εργοθεραπευτές, κ.λ.π., ανάλογα με τις ανάγκες των ατόμων.

Οι παρεμβάσεις των νοσηλευτών στα Κ.Η.Φ.Η. αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και στην ικανοποίηση βασικών αναγκών τους. Η φροντίδα που παρέχεται είναι σωματική, ψυχική, νοητική, συναισθηματική και πνευματική, όταν κρίνεται αναγκαίο, με τη συμβολή ειδικού λειτουργού. Όλα τα παραπάνω προϋποθέτουν:

- ✚ Τη λήψη ιστορικού (μπορεί να είναι και αυτοσυμπληρούμενο).
- ✚ Εκτίμηση της κινητικής και διατροφικής κατάστασης.
- ✚ Επίβλεψη, παρακολούθηση λήψης φαρμάκων και όταν χρειάζεται χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής (ινσουλίνης, αγχολυτικά κ.λ.π).
- ✚ Αντιμετώπιση περιορισμένων ελκών ή τραυματισμών του δέρματος.
- ✚ Ενημέρωση σε θέματα αγωγής υγείας, ενδυνάμωση της ψυχικής κατάστασης και κινητοποίηση για συμμετοχή στην αυτοφροντίδα.
- ✚ Εκπαίδευση σε θέματα που χρήζουν καθημερινής φροντίδας (θρεπτική υποστήριξη, αποφυγή κατακλίσεων κ.λ.π.) των ηλικιωμένων ή εθελοντών όπου είναι δυνατόν.
- ✚ Διατήρηση και ενημέρωση ατομικού φακέλου.
- ✚ Διεπιστημονική συνεργασία για βελτιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος.
- ✚ Συνεργασία με την οικογένεια όταν κρίνεται απαραίτητο.
- ✚ Οργάνωση και διαχείριση αναλώσιμου ή μη αναλώσιμου υγειονομικού υλικού.
- ✚ Εισήγηση για την επιλογή των υποψηφίων που εγκρίνεται από το Δ.Σ. του τελικού δικαιούχου.



- ✚ Εποπτεία των εθελοντών σε συνεργασία με τον κοινωνικό λειτουργό εφόσον υπάρχει.

Οι κοινωνικοί φροντιστές αναλαμβάνουν την παροχή ατομικής υποστήριξης προς τους εξυπηρετούμενους με βάση τις ανάγκες τους. Πιο συγκεκριμένα:

- ✚ Υποδοχή – συμπλήρωση αίτησης υποψηφίου.
- ✚ Ατομική υγιεινή, καθαριότητα.
- ✚ Υποστήριξη στη λήψη φαρμάκων.
- ✚ Υποστήριξη στη μεταφορά – μετακίνηση – συνοδεία.
- ✚ Εργασίες που ανατίθενται από τον/την υπεύθυνο/η του Δ.Σ. ή του Κέντρου του τελικού δικαιούχου.

Το έργο του βοηθητικού προσωπικού σχετίζεται με την εκτέλεση εργασιών καθαριότητας και βοηθητικών εργασιών. Αναλυτικότερα:

- ✚ Καθαριότητα εσωτερικών χώρων.
- ✚ Καθαριότητα εξωτερικών χώρων.
- ✚ Βοηθητικές εργασίες που του ανατίθενται από τον/την υπεύθυνο/η του Κέντρου ή του Δ.Σ. (Εσωτερικός Κανονισμός των Κ.Η.Φ.Η., Παναγιωτάκης, 2008).

Τα Κ.Η.Φ.Η. δεν αποτελούν έναν μεμονωμένο φορέα, όπως οι περισσότερες υπηρεσίες που απευθύνονται σε ηλικιωμένους έτσι και αυτή αναπτύσσει συνεργασίες με άλλους φορείς της Κοινότητας. Πρακτικά τα Κ.Η.Φ.Η. διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με Κ.Α.Π.Η. που ενδεχομένως να υπάρχουν στην ίδια περιοχή, με τοπικούς φορείς που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με μονάδες υγείας της περιοχής καθώς και με το Εθνικό κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας των Κ.Η.Φ.Η., χ.χ.:4-5).

### 3.4 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Στις τελευταίες δεκαετίες το ζήτημα της προνομιακής προστασίας ατόμων της τρίτης και τέταρτης ηλικίας γίνεται όλο και πιο επιτακτικό για μια κοινωνία σαν την ελληνική. Το ποσοστό των μοναχικών ατόμων αυξάνεται, καθιστώντας έτσι την επανένταξή τους επιτακτική. Στις μέρες μας, ο Δήμος και οι Τοπικές αυτοδιοικήσεις

έχουν αναλάβει την ευθύνη αυτή καθώς βασικός τους άξονας έχει γίνει η προστασία των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι ο κοινωνικός αποκλεισμός καθώς και η αποξένωση αλλά και η αδυναμία, συχνά να αυτοεξυπηρετηθούν. Γι' αυτούς τους λόγους χρήζει μια οργανωμένη βοήθεια για τις οικιακές εργασίες, την νοσηλευτική φροντίδα και περίθαλψη, τη διαμεσολάβηση με τις δέσμιες υπηρεσίες και τη συναισθηματική στήριξη. Ο κοινωνικός λειτουργός έχει καθοριστικό ρολό για όλα τα παραπάνω και για την επίτευξη αυτού του στόχου. Ζητήματα που έχουν άμεση προτεραιότητα ανακύπτουν συνεχώς, όμως η βελτίωση της αυτοεξυπηρέτησης του ατόμου είναι σημαντικότερη.

Ακόμα μεριμνούν για την κάλυψη βασικών αναγκών καθημερινής διαβίωσης πράγματα τα οποία φαίνονται εύκολα όμως για έναν μοναχικό άνθρωπο της τρίτης ηλικίας μοιάζουν σχεδόν ακατόρθωτα. Πέραν από την παροχή κοινωνικής και ιατρικής φροντίδα το άτομο έχει την ανάγκη για επαφή με άλλο κόσμο, να κοινωνικοποιηθεί, να αποκτήσει και άλλα ενδιαφέροντα και να ασχοληθεί με πολιτικές και πολιτιστικές δραστηριότητες. Σε όλα αυτά βοηθάει ο κοινωνικός λειτουργός. Πέραν από την ατομική παρέμβαση που κάνει ο επαγγελματίας στον εξυπηρετούμενο, έχει ρολό διαμεσολαβητή ανάμεσα στο άτομο και στις κοινωνικές υπηρεσίες, τοπικούς φορείς, μη κυβερνητικές οργανώσεις, προκειμένου να του οργανώσει ένα δίκτυο προς όφελος του. Η δουλειά του κοινωνικού λειτουργού μέσα στη κοινότητα παίζει πρωταρχικό ρολό στην αποτελεσματικότητα των δράσεών του. Σημαντικότερη είναι η δουλειά του κοινωνικού λειτουργού μέσα στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», καθώς βοηθά στο να παρέχει σημαντικές υπηρεσίες στη τοπική κοινότητα θέτοντας ως πρωταρχικό στόχο την ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες. Καταρχήν έχει ρολό συντονιστικό, ως προς την λειτουργία του προγράμματος, αφού προγραμματίζει τις επισκέψεις και τον τρόπο εξυπηρέτησης αυτών αλλά και των ειδικών οι οποίοι συμμετέχουν σε αυτό. Ο Κοινωνικός Λειτουργός του προγράμματος στα γραφειοκρατικά κομμάτια, είναι άμεσα υπεύθυνος για την ασφαλή και απόρρητη καταγραφή και παρακολούθηση των εξυπηρετούμενων για την συγκέντρωση στατιστικών στοιχείων. Προκειμένου να λειτουργήσει σωστά το ίδρυμα, εφαρμόζει όλες τις αρχές και τις μεθόδους του κοινωνικού σχεδιασμού. Σήμερα στο συγκεκριμένο πλαίσιο εφαρμόζονται τρεις

μέθοδοι με τα ίδια τα άτομα (εξυπηρετούμενοι), με την ομάδα (στελέχη προγράμματος) και τέλος με την κοινότητα.

Είναι λοιπόν πολύπλευρος ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού καθώς καλείται να υποστηρίξει τα άτομα και την οικογένεια, να περεχειί μέσω των υπηρεσιών, παροχές που θα βοηθήσουν το άτομο και θα αποτρέψουν τον κοινωνικό αποκλεισμό. Παράλληλα με τα παραπάνω προασπίζει τα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα και προστατεύει από διακρίσεις και συμπεριφορές που οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό και στιγματισμό. Επίσης στηρίζει την οικογένεια αλλά και ανακουφίζει τους ανθρώπους του συγγενικού περιβάλλοντος του ατόμου, αφού οι φίλοι και οι συγγενείς επιφορτίζονται με πολλές ευθύνες είτε στη φροντίδα, είτε στη συναισθηματική στήριξη τους. Τους αποφορτίζει δηλαδή, σημαντικά με τις υπηρεσίες που τους παρέχει.

Συνοψίζοντας ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού περιλαμβάνει την συμβουλευτική και συναισθηματική υποστήριξη των ηλικιωμένων ατόμων και της οικογενείας τους για να καταστούν λειτουργικά μέλη της κοινωνίας αλλά και να κατανοήσουν την κατάσταση στην οποία έχουν επέλθει. Εξασφαλίζει την απόδοση των προνομιακών παροχών και κοινωνικής προστασίας προβάλλοντας τα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα. Ευαισθητοποιεί και ενημερώνει το οικογενειακό περιβάλλον και την τοπική αυτοδιοίκηση για να διασφαλίσει την ομαλή συμμετοχή του ατόμου περά από προκαταλήψεις σε σχέση με την τρίτη ηλικία. Έχει ρολό μεσολαβητικό ανάμεσα στον εξυπηρετούμενο και τις προνομιακές υπηρεσίες (υπηρεσίες πρωτοβάθμιας κοινωνικής προστασίας). Ακόμα μεσολαβεί σε δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες αλλά και σε διαφορές επιτροπές για συντάξεις αναπηρίας. Μεταξύ των αρμοδιοτήτων του είναι ακόμη, το να συνοδεύει τον εξυπηρετούμενο στο νοσοκομείο αν δε μπορεί να μετακινηθεί αλλά και το να μεριμνεί για την έκδοση συντάξεων, επιδομάτων και άλλων παροχών που τυχόν δικαιούται το άτομο όμως αδυνατεί να αναλάβει λόγω σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων.

Συνεπώς, ο κοινωνικός λειτουργός του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» έχει διασυνδεδητικό ρολό ανάμεσα στον εξυπηρετούμενο και την υπόλοιπη κοινωνία αφού μεριμνά για την παροχή υπηρεσιών και διασύνδεσης με τον κοινωνικό περίγυρο ώστε να αποφθεχθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός και η απομόνωση του ατόμου (Πάρλαλης, 2011).

## ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

#### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ της ΕΡΕΥΝΑΣ

##### 4.1 Σκοπός και στόχος της έρευνας

Ο σκοπός της προτεινόμενης μελέτης και έρευνας είναι η διερεύνηση των αναγκών των εργαζομένων και των εξυπηρετούμενων μελών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», της πραγματικής δηλαδή κατάστασης που επικρατεί σήμερα, αλλά και κατά πόσο εξυπηρετεί τα άτομα που χρήζουν κατ' οίκον βοήθεια, όπως επίσης και την τυχόν έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού.

##### 4.1.1 Αναγκαιότητα και σημασία της έρευνας

Στη συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία γίνεται λόγος στο ερευνητικό μέρος για το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Γαζίου καθώς και για τη διερεύνηση των αναγκών των εργαζομένων και μελών και τις προοπτικές συνέχισης του Προγράμματος, δεδομένου ότι σύμφωνα με την υπάρχουσα γνώση δεν υπάρχουν έρευνες που να έχουν πραγματευτεί το συγκεκριμένο θέμα στην ελληνική βιβλιογραφία.

Το ερευνητικό υλικό στο οποίο στηρίζεται η έρευνα προέρχεται από τη συμπλήρωση κατάλληλων ερωτηματολογίων που συμπλήρωσαν οι εργαζόμενοι και τα εξυπηρετούμενα μέλη του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου

Γαζίου, με συνεντεύξεις που πάρθηκαν από το προσωπικό που στελεχώνει το Πρόγραμμα. Παρότι έχει διεξαχθεί πληθώρα ερευνών για την Τρίτη Ηλικία, οι περισσότερες αν όχι όλες, εστιάζουν στις ιατρικές, ψυχιατρικές, κοινωνικοοικονομικές ανάγκες και γενικότερα σε ζητήματα που η κοινωνία μας θεωρεί αλληλένδετα και περισσότερο σημαντικά για την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα.

Για την επίτευξη του σκοπού θεωρήθηκε αναγκαίο να τεθούν οι παρακάτω επιμέρους στόχοι:

- Ποια είναι τα ιδιαίτερα γνωρίσματα των αναγκών των εργαζομένων στο συγκεκριμένο πρόγραμμα.
- Να καταγραφούν τα δημογραφικά – κοινωνικά – οικονομικά χαρακτηριστικά των εγγεγραμμένων εξυπηρετούμενων μελών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».
- Να καταγραφούν βασικά ερωτήματα όπως: π.χ. ανάγκη για φροντίδα στο σπίτι (οικογενειακή φροντίδα, νοσηλευτική φροντίδα, κοινωνικές υπηρεσίες).
- Να εντοπιστεί ο βαθμός ικανοποίησης από τις υπηρεσίες που παρέχει το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».
- Να διερευνηθεί κατά πόσο έχει βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής των εγγεγραμμένων μελών από τις υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».

#### 4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που αναδύονται είναι τα ακόλουθα:

1. Αναφέρονται συγκεκριμένες ανάγκες και προβλήματα στους εργαζόμενους του προγράμματος ενώ αναδεικνύονται κάποιες προοπτικές συνέχισης του.
2. Κατά πόσο οι υπηρεσίες που παρέχει το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» καλύπτουν τις ανάγκες των εντασσόμενων σε αυτό.
3. Κατά πόσο η ποιότητα ζωής των μελών έχει βελτιωθεί από τις υπηρεσίες του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».

4. Διαφέρει το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» σε σχέση με το φύλο, την ηλικία ή το μορφωτικό επίπεδο των εξυπηρετούμενων μελών.
5. Κατά πόσο σχετίζεται το φύλο και η ηλικία με τις ανάγκες των μελών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».
6. Κατά πόσο σχετίζεται η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο με τις ανάγκες των μελών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» δήμου Γαζίου.

#### 4.3 Μέθοδος, σχεδιασμός και στάδια έρευνας

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήσαμε στο ερευνητικό μέρος της πτυχιακής εργασίας ήταν σε συνδυασμό δύο μεθόδων, της ποσοτικής και ποιοτικής κοινωνικής έρευνας.

Η **ποιοτική έρευνα** χρησιμοποιήθηκε στο προσωπικό του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Γαζίου, προκειμένου να διατυπωθούν οι απόψεις των εργαζομένων ελεύθερα, διακρίνοντας εκ των υστέρων σημεία σύγκλισης ή κοινής αναφοράς καθώς το ζητούμενο ήταν η κατανόηση σε βάθος των αναγκών των εργαζομένων μέσα στο πλαίσιο εργασίας τους (Δαρβίρη, 2009; Καλλινικάκη, 2010; Τζωρτζόπουλος, 1991; Bird et al, 1999). Αντίθετα η ποσοτική έρευνα μας δίνει ένα πλούτο πληροφοριών και μας βοηθάει να διαμορφώσουμε μία συγκεκριμένη αντίληψη για το συγκεκριμένο Πρόγραμμα (Κυριαζή, 1999). **Ποσοτική κοινωνική έρευνα** χρησιμοποιήσαμε για τα **εξυπηρετούμενα μέλη** του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Γαζίου, δεδομένου ότι είναι πιο εύχρηστη, σε μεγάλο τμήμα πληθυσμού, αποδίδει μετρήσιμα αποτελέσματα, είναι αντικειμενική, στοχεύει στον έλεγχο των μεταβλητών, έχει την δυνατότητα να επιβεβαιωθεί και πιθανόν να μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματά της (Ιωσηφίδης, 2003 στο Ράτσικα 2006; Μπένος, 1991).

Τα μεθοδολογικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ανώνυμα ερωτηματολόγια με απευθείας συνομιλία ή συνέντευξη, τα οποία περιελάμβαναν κατά κύριο λόγο κλειστές ερωτήσεις, εκτός των εργαζομένων που όπως ήταν αποκλειστικά ανοικτού τύπου (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ'). Βασική προϋπόθεση για να είναι έγκυρη και αξιόπιστη η

συλλογή των δεδομένων ήταν το γεγονός ότι οι ερωτήσεις που τέθηκαν στα μέλη του προγράμματος ήταν ακριβείς και συγκεκριμένες, όχι δυσνόητες ώστε να προκαλούν την ελικρινή ανταπόκριση των ερωτώμενων χωρίς να καταβάλλεται αγχωτική ή κουραστική προσπάθεια ανάκλησης πληροφοριών (Δαρβίρη, 2009; Τζωρτζόπουλος, 1991; Bird et al, 1999). Το ερωτηματολόγιο έτσι ήταν άριστα δομημένο, ο γλωσσικός κώδικας που χρησιμοποιήθηκε ήταν ξεκάθαρος στα μέλη του προγράμματος, κάθε ερώτηση αποσκοπούσε σε συγκεκριμένο στόχο ώστε οι απαντήσεις να δίνονται δίχως να θίγουν ή να καθορίζουν την ταυτότητα του ερωτώμενου (Παρασκευόπουλος, 1993).

Ο λόγος που επιλέχτηκε το ερωτηματολόγιο με συνέντευξη από τους συντελεστές της έρευνας, οφείλεται στο γεγονός ότι η χρήση της συνέντευξης καθορίζει και συμβάλλει στην αξιόπιστη καταγραφή των πληροφοριών που ενδιαφέρουν αντιμετωπίζοντας ζητήματα: α) μη ανταπόκρισης, β) ελέγχου της ροής των απαντήσεων μέσω της ορθής υποβολής τους, γ) συνοπτικής και εξατομικευμένης αναφοράς των ερωτήσεων στις περιπτώσεις ηλικιωμένων χωρίς γνώση ανάγνωσης και γραφής, δ) την καταγραφή πληροφοριών που ενδεχομένως λόγω ηλικίας ή νοσηρότητας αδυνατούν να παρέχουν οι ερωτώμενοι και αναζητείται συγγενείς ή φροντιστής και ε) την επεξήγηση για το σκοπό της έρευνας με τη διαβεβαίωση της διασφάλισης του απορρήτου των προσωπικών πληροφοριών (Τζωρτζόπουλος, 1991).

#### 4.4 Επιλογή δείγματος της έρευνας

Ο πληθυσμός για τη διερεύνηση των επιμέρους στόχων στους οποίους αποσκοπεί η έρευνα μας αποτελείται από τα εξυπηρετούμενα μέλη του θεσμού τους Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Η επιλογή ωστόσο μιας συγκεκριμένης υποστηρικτικής μονάδας όπως αυτή καθορίζεται στα πλαίσια λειτουργίας του Δήμου Γαζίου, οφείλεται στην δυνατότητα εκπόνησης της παρούσας ερευνητικής εργασίας. Η δειγματοληψία χαρακτηρίζεται λοιπόν από την *ευκολία* επιλογής ή αλλιώς *δειγματοληψία ευκολίας* (Μπένος, 1991) του συγκεκριμένου Δήμου και κατ'επέκταση όλων των εξυπηρετούμενων μελών που εξυπηρετεί ο θεσμός του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στη γεωγραφική περιοχή του Δήμου Γαζίου,

στην αρχή του έτους 2013. Συνεπώς, η έρευνα είναι απογραφική των μελών μιας συγκεκριμένης κοινωνίας που χρίζουν κατ' οίκον φροντίδας.

Το μέγεθος του δείγματος της έρευνας αποτέλεσαν λοιπόν 166 εγγεγραμμένα ηλικιωμένα ή μη μέλη του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Γαζίου, που συμφώνησαν να λάβουν μέρος στην έρευνα συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο εθελοντικά με τη βοήθεια των ερευνητών. Συνολικά συμπληρώθηκαν 169 ερωτηματολόγια, ενώ επιπλέον 2 αποτέλεσαν τη πιλοτική έρευνα από μέλη του ίδιου Προγράμματος τα οποία με επανάθεση συμπεριλήφθησαν τελικώς στην ανάλυση των αποτελεσμάτων, αφού προηγήθηκε τροποποίηση του ερευνητικού εργαλείου. Η τροποποίηση αφορούσε την προσθήκη συγκεκριμένων αιτών νοσηρότητας με βασικές χρόνιες εκφυλιστικές νόσους και όπως αυτές διατυπώνονται τεκμηριωμένα βάση διάγνωσης του θεράποντος ιατρού των εξυπηρετούμενων.

Στην περίπτωση του προσωπικού του Προγράμματος, αυτό αποτελείται από μία κοινωνική λειτουργό, δύο νοσηλεύτριες και ως εξωτερικοί συνεργάτες: ένας γενικός ιατρός και ένας φυσικοθεραπευτής.

#### 4.5 Σχεδιασμός ερωτηματολογίου.

Είναι ευρέως γνωστό ότι το ερωτηματολόγιο έχει ένα περιεχόμενο, το οποίο προκύπτει από την ανάλυση του προβλήματος της έρευνας που είχε μελετηθεί προηγουμένως και ως εκ' τούτου έχουν μελετηθεί κατηγορίες που το συνθέτουν (Δαρβίρη, 2009). Έτσι λοιπόν πρέπει να έχει καθοριστεί ο χαρακτήρας των δεδομένων και ο τύπος των πληροφοριών που θα συγκεντρωθούν. Οι ερωτήσεις διακρίνονται σε όσες αναφέρονται σε γεγονότα (επίπεδο μόρφωσης, ηλικία, εργασία, κτλ.) και σε ερωτήσεις απόψεων ή και πεποιθήσεων. Με αυτό τον τρόπο αναζητούνται τα γεγονότα και η έκφραση της γνώμης πάνω σε αυτά (Ψαρού, Ζαφειρόπουλος, 2004: 143).

Όπως φαίνεται από το παράρτημα Γ, το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος απαρτιζόταν από επτά ερωτήσεις κλειστού τύπου σχετικά με τα δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά στοιχεία των συμμετεχόντων στην



έρευνα, όπως τα ατομικά στοιχεία, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, η κατάσταση υγείας/νοσηρότητα και δραστηριότητες – ψυχαγωγία.

Το δεύτερο μέρος απαρτιζόταν από τέσσερις ερωτήσεις κλειστού τύπου όπως η οικογενειακή φροντίδα, η νοσηλευτική φροντίδα, οι κοινωνικές υπηρεσίες, και μία ερώτηση φίλτρου όπως η επιθυμία των ηλικιωμένων για περισσότερες επισκέψεις και από ποια άτομα. Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις παρείχαν πληροφορίες άμεσα συνδεδεμένες με τους στόχους της έρευνας σχετικά με τις ανάγκες των ηλικιωμένων μελών του προγράμματος.

Συμπερασματικά, αξίζει να υπογραμμιστεί, ότι έγινε προσπάθεια να εκφραστεί άμεσα ή έμμεσα (αλλά πάντοτε με τον πιο ακριβή και εύχρηστο τρόπο) το κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο επιθυμούμε να γνωρίσουμε ή να καταλάβουμε. Με απλά λόγια, το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται σαν ένα έντυπο, στο οποίο σημειώνονται οι απαντήσεις ή αντιδράσεις κάθε ενός συγκεκριμένου ατόμου μιας ιδιαίτερης κοινωνικής ομάδας (εξυπηρετούμενων) (Javeau, 2000:49).

#### 4.6. Πιλοτική έρευνα - έλεγχος της αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερευνητικού εργαλείου.

Ωστόσο προηγήθηκε πιλοτική έρευνα σε ένα ορισμένο δείγμα ατόμων (2 άτομα) με σκοπό να εντοπιστούν ενδεχόμενες δυσκολίες και να προσπεραστούν ή γενικότερα να βελτιωθεί η δομή και η λειτουργικότητα χρήσης των ερωτηματολογίων.

Πριν τη διεξαγωγή της κύρια έρευνας (για τους εξυπηρετούμενους) προηγήθηκε πιλοτική έρευνα 2 ερωτηματολογίων σε ηλικιωμένους του Προγράμματος, με σκοπό να εξακριβωθεί η λειτουργικότητα και η κατανόηση του μεθοδολογικού εργαλείου, καθώς και τυχόν ασαφή και δυσνόητα σημεία του ερωτηματολογίου. Μετά την ολοκλήρωση της πιλοτικής έρευνας φάνηκε ότι δεν υπήρξαν ασάφειες και δυσκολίες στη κατανόηση των ερωτηματολογίων από τα μέλη του Προγράμματος εκτός της προσθήκης αιτιών νοσηρότητας όπως αναφέρθηκε στην παράγραφο 5.4. Διευκρινίζουμε ότι τα 2 ερωτηματολόγια της πιλοτικής έρευνας συμπεριλήφθηκαν μαζί με τα υπόλοιπα στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της επίσημης έρευνας. Αυτόκαθορίστηκε από το γεγονός ότι η ανάλυση επαναληψιμότητας (test-retest

reliability) έδωσε συντελεστή συμφωνίας  $k > 0.92$ . Η ανάλυση αφορούσε τις διατυπωμένες ανάγκες οικογενειακής φροντίδας και τη συχνότητα επιλογής τους. Η εγκυρότητα των ερωτηματολογίων, έγινε προσπάθεια να καθορίζεται από την απλότητα τους, την εύκολη ανάγνωση και κατανόηση των ερωτήσεων και φυσικά την σωστή ανταπόκριση κατά τη διάρκεια της συνέντευξης (Δαρβίρη, 2009).

#### 4.7 Ανάλυση δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με το πρόγραμμα SPSS 19.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων (απόλυτων και ποσοστιαίων) των περιγραφικών χαρακτηριστικών των 169 εξυπηρετούμενων, διαχωρίζοντας κατά περίπτωση ως προς το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο ή την οικογενειακή κατάσταση τους. Βασική μέθοδο στον έλεγχο συχνοτήτων αποτέλεσε ο έλεγχος  $\chi^2$ , ενώ στον προσδιορισμό του βαθμού συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε η γραμμική μη παραμετρική μέθοδος συσχέτισης κατά Spearman. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το  $p < 0,05$  (Δαφέρμος, 2005).

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 5.1 – Εργαζόμενοι Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» Γαζίου την τρέχουσα χρονική περίοδο της μελέτης απασχολεί τις 2 από τις 3 βασικές ειδικότητες: κοινωνική λειτουργό και 2 νοσηλεύτριες. Ενώ οι εξωτερικοί συνεργάτες όπως ιατρός και φυσικοθεραπευτής δεν έχουν ανανεωθεί μετά τη λήξη των συμβάσεων τους, για το μεν ιατρό εδώ και ένα χρόνο για το φυσικοθεραπευτή εδώ και 5 χρόνια περίπου.

#### Προβλήματα

1. Αν και το βοήθεια στο σπίτι Γαζίου προσφέρει υπηρεσίες εδώ και 10 χρόνια εξακολουθεί να είναι ένα πρόγραμμα και όχι μια θεσμοθετημένη υπηρεσία του δήμου. Συνέπεια αυτού είναι οι εργαζόμενοι να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με το καθεστώς του φόβου για την πιθανή λήξη του προγράμματος και πολλές φορές αυτό να έχει αντίκτυπο στις παρεχόμενες υπηρεσίες μια και αρκετά συχνά γίνονται απεργίες και μάλιστα με διάρκεια . Επιπλέον με το να είναι ένα συγχρηματοδοτούμενο πρόγραμμα και όχι μια θεσμοθετημένη υπηρεσία υπάρχει συχνά αλλαγή του φορέα χρηματοδότησης που αυτό συνεπάγεται άλλα κριτήρια ένταξης των ωφελουμένων και άλλα δικαιολογητικά για την παροχή υπηρεσιών βοήθειας στο σπίτι. Χαρακτηριστικό είναι ότι τα τελευταία 5 χρόνια έχουν γίνει εκ νέου αιτήσεις από τους παλιούς ωφελούμενους και εκ νέου συλλογή δικαιολογητικών τουλάχιστον δύο φορές. Εκτός από το ότι αυτή η διαδικασία κάθε φορά είναι εξαιρετικά χρονοβόρα και προκαλεί τις αντιδράσεις των ωφελουμένων μια και δεν μπορούν να κατανοήσουν το

λόγο , παράλληλα με τα νέα κριτήρια κάποιοι από τους ωφελούμενους δεν μπορούν να δεχτούν υπηρεσίες μια και δεν πληρούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις με αποτέλεσμα να παρέχονται και υπηρεσίες άτυπα. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ήταν την περίοδο του 2011 όπου η χρηματοδότηση προέρχονταν από την ΕΕΤΑΑ με βασικό κριτήριο οι ωφελούμενοι να έχουν ένα συγγενή με κάρτα ανεργίας .Όσοι εκ των ωφελουμένων δεν είχαν κάποιο συγγενή έμεναν εκτός. Στη δομή μας η παροχή των υπηρεσιών συνεχίστηκε κανονικά σε δύο κατηγορίες ωφελούμενων εκείνους της ΕΕΤΑΑ και τους μη ΕΕΤΑΑ ωφελούμενους.

2. Ένα εξίσου σημαντικό πρόβλημα στην ορθή λειτουργία της δομής είναι η μη αντικατάσταση της ειδικότητας της οικογενειακής βοηθού εδώ και 2 χρόνια περίπου. Συνέπεια αυτού είναι η επιβάρυνση του υφιστάμενου προσωπικού και με τα καθήκοντα της οικογενειακής βοηθού με αποτέλεσμα την επιπλέον επιβάρυνση τους . Επίσης ενώ υπάρχει αυξημένη ανάγκη για ένα ψυχίατρο λόγω της πληθώρας των ψυχιατρικών περιστατικών ,αλλά και των περιστατικών με άνοια ,δεν έχει γίνει αντικατάσταση του τον τελευταίο χρόνο . Όπως επίσης τα τελευταία 5 χρόνια δεν έχει γίνει αντικατάσταση του φυσικοθεραπευτή μιας ειδικότητας πολύ σημαντικής στην δομή μας μια και υπάρχουν πολλά περιστατικά με εγκεφαλικά επεισόδια, νέοι από τροχαία ατυχήματα όπου η παρέμβαση του φυσικοθεραπευτή θα ήταν πολύ σημαντική και ανέξοδη για τους ωφελούμενους.

3. Ένα άλλο πρόβλημα το οποίο σχετίζεται με την ένταξη μας στον οργανισμό του δήμου είναι η έλλειψη σε νοσηλευτικό υλικό. Από την αρχή του έτους δεν έχει γίνει καμία παραγγελία μια και ο προϋπολογισμός δεν έχει ανοίξει ακόμα.

Συνέπεια αυτού είναι να διαφοροποιούνται οι παρεχόμενες υπηρεσίες (π.χ. διακοπή μέτρησης σακχάρου) ή να χρησιμοποιούνται υλικά δανεικά (π.χ. σύριγγες για αιμοληψίες).

4. Το τελευταίο βμήνο και στα πλαίσια των περικοπών και της εξοικονόμησης χρημάτων διακόπηκε η τηλεφωνική γραμμή της δομής. Υπάρχει μια τηλεφωνική γραμμή στο ΚΑΠΗ όπου και στεγαζόμαστε χωρίς να έχει γίνει η διαδικασία μεταφοράς γραμμής στο υπόγειο όπου βρίσκεται το γραφείο μας

κατά συνέπεια για οποιαδήποτε τηλεφωνική επικοινωνία πρέπει να ανεβαίνουμε επάνω με ότι αυτό συνεπάγεται για την ιδιωτικότητα της συζήτησης. Εξίσου σημαντικό είναι η έλλειψη διαδικτύου στο χώρο του γραφείου μας . Υπάρχει ένας υπολογιστής κοινός και για το προσωπικό και για τους φοιτητές στο γραφείο της προϊσταμένης με αποτέλεσμα η πρόσβαση σε αυτόν να μην είναι πάντα εφικτή.

5. Δεν υπάρχει ευελιξία στις παρεχόμενες υπηρεσίες και υπάρχει περισσότερη γραφειοκρατία. Ένα παράδειγμα για να γίνει μεταφορά ηλικιωμένου με το αυτοκίνητο της δομής πρέπει να γίνει αίτημα γραπτό και μετά από 2 ημέρες να εκδοθεί εντολή μετακίνησης με απόφαση του προέδρου. Αυτό για ένα προγραμματισμένο ραντεβού μπορεί να εφαρμοστεί σε κάτι έκτακτο δημιουργεί πρόβλημα.
6. Συχνά χρησιμοποιούνται εργαζόμενοι του προγράμματος για διοικητικές υπηρεσίες που σχετίζονται με τη χρηματοδότηση του προγράμματος με αποτέλεσμα τη διακοπή παροχής υπηρεσιών από το αντίστοιχο άτομο για όσο διάστημα ασχολείται με τα διοικητικά. Επίσης αρκετές φορές χρησιμοποιείτε το αυτοκίνητο της δομής με έναν από τους οδηγούς για τη διεκπεραίωση εγγράφων και ενταλμάτων στις αρμόδιες υπηρεσίες της περιφέρειας. Με αυτό στερείται χρόνος που θα μπορούσε να αφιερωθεί στους ωφελούμενους ή ακόμα ακυρώνονται επισκέψεις σε αυτούς λόγω έλλειψης χρόνου.

### **Προοπτικές του θεσμού «Βοήθεια στο σπίτι»**

Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» από 1/4/2013 έως τις 30/9/2013 πήρε παράταση έξι μηνών (ΦΕΚ 196 Α'/16.10.2012).

Μετά την πρώτη Οκτωβρίου δύο είναι τα σενάρια για το πρόγραμμα:

- A) Η δημιουργία κοινωνικών συνεταιρισμών από τους ίδιους τους εργαζόμενους οι οποίοι θα θεωρούνται πάροχοι και θα χρηματοδοτούνται από το ΙΚΑ στα πλαίσια του προγράμματος «κατ' οίκον φροντίδα συνταξιούχων» με βάση τον αριθμό των ωφελούμενων που εξυπηρετούν. Οι συνεταιρισμοί αυτοί θα πουλούν τις υπηρεσίες τους στους δήμους ή στα νομικά πρόσωπα με αποδείξεις παροχής υπηρεσιών. Αυτό είναι ένα σύστημα το οποίο βρίσκει

αντίθετους τους εργαζόμενους και σχεδόν όλους τους δήμους της χώρας μια και θα οδηγήσει αφενός σε μείωση των ωφελούμενων μια και τα κριτήρια για να δέχονται τις υπηρεσίες είναι πολύ αυστηρά και αποκλείουν κάποιες κατηγορίες ατόμων όπως είναι οι 100% ανάπηροι κ.α. και αφετέρου κάποια προγράμματα θα σταματήσουν να υφίσταται μια και δεν θα δημιουργηθούν οι ανάλογοι συνεταιρισμοί.

Β) Να ενταχθεί σε κάποιο συγχρηματοδοτούμενο πρόγραμμα της ΕΣΠΑ με χρονική διάρκεια ζωής από 1- 3 χρόνια.

Στην παρούσα φάση αυτή είναι η λύση που τόσο οι εργαζόμενοι και οι δήμοι θεωρούν την καλύτερη για την απρόσκοπτη λειτουργία των δομών. Το μόνο σίγουρο είναι ότι δεν υπάρχει προοπτική να μετεξελιχτεί σε θεσμοθετημένη υπηρεσία για το επόμενο διάστημα.

## **5.2 – Εξυπηρετούμενα μέλη Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»**

### **5.2.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα & του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»**

Ο συνολικός αριθμός των εξυπηρετούμενων ατόμων στην περιοχή του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» του Δήμου Γαζίου που βρέθηκαν και συμμετείχαν στην ερευνητική εργασία μας είναι 169, με 27,4% άνδρες και την πλειοψηφία ή 71,6% γυναίκες (**πίνακας 1**). Η πλειοψηφία επίσης ή το 42% είναι ηλικίας άνω των 80 ετών, αν και υπήρχαν και νεότερα άτομα ηλικίας <60 ετών που ωστόσο ήταν άτομα με σωματικές αναπηρίες ή ιδιαίτερες ψυχικές νόσους. Η σωματική τους κατάσταση ήταν ιδιαίτερα νοσηρή καθώς το 79,3% βρέθηκαν παχύσαρκοι, στοιχείο που επιβαρύνει τη γενική κατάσταση της υγείας τους και προκαλεί παρατεταμένη και εκτενή συνοσηρότητα (Καφάτος, 2008). Ωστόσο οι άνδρες φαίνεται να είναι σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ή 93,8% παχύσαρκοι έναντι 73,6% των γυναικών ( $p<0.05$ ). Αντίθετα, οι άνδρες ήταν σε σημαντικά μικρότερο ποσοστό έναντι των γυναικών σε κατάσταση χηρείας (10,4% έναντι 53,7%,  $p<0.05$ ), χωρίς εκπαίδευση (4,3% έναντι 24,0%,  $p<0.05$ ) ή με μηνιαίο εισόδημα <500 ευρώ (41,7% έναντι 66,1%,  $p<0.05$ ). Ωστόσο στην εκπαίδευση, που

σε μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα αποτελεί ίσως τον πιο σπουδαίο παράγοντα αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας, συμπεριφοράς, κοινωνικότητας κλπ (Dahlin et al., 2002; Rana et al., 2009, 2010) μόλις το 2,4% των εξυπηρετούμενων βρέθηκαν με λυκειακή εκπαίδευση.

Η συγκατοίκηση με άλλα μέλη της οικογένειας ή εκτός αυτής, αποτελώντας στα πλαίσια των κοινωνικών δικτύων μια από τις πιο βασικές υποστηρικτικές μορφές των ατόμων που χρίζουν βοήθειας και συμπαράστασης (de Leon et al., 2001; Litwin, 2010), φαίνεται να ενυπάρχει σε πολύ καλό βαθμό στους εξυπηρετούμενους της έρευνας μας (**πίνακας 2**). Μόλις το 43,2% μένουν μόνοι τους, το 47,9% μένει με ένα επιπλέον άτομο που στην πλειοψηφία είναι σύζυγος, ενώ υπάρχουν 5 περιπτώσεις ή 3,0% που συνοικούν με τρία επιπλέον άτομα, κυρίως με σύζυγο και παιδιά. Παρά το γεγονός λοιπόν ότι τα άτομα αυτά που συνοικούν με άλλους στις οικίες τους, χρίζουν βοήθειας από το προσωπικό του Προγράμματος καθώς οι περιπτώσεις τους αφορούν ασθενείς με σοβαρές σωματικές και ψυχικές αναπηρίες. Συνολικά λοιπόν 116 άτομα συνοικούν με τους εξυπηρετούμενους από τους οποίους έγινε λήψη συνέντευξης. Τα χαρακτηριστικά τους ωστόσο (**πίνακας 3**) δείχνουν ότι στην πλειοψηφία τους είναι άνδρες (56,9%), ανήλικοί μόλις το 6,9% με υποκειμενική εκτίμηση καλής υγείας το 50,8%. Φαίνεται έτσι και στα υπόλοιπα μέλη που συνοικούν, με τους εξυπηρετούμενους της έρευνας μας, να μην έχουν καλό επίπεδο υγείας και επαγωγικά και τα ίδια να έχουν αυξημένες λειτουργικές ανάγκες.

Από την ταξινόμηση της σωματικής λειτουργικότητας των εξυπηρετούμενων της έρευνας μας (**σχήμα 1**), διαπιστώνεται ότι αν και η πλειοψηφία είναι αυτοεξυπηρετούμενοι (59,6%), το 27,2% είναι μερικώς ενώ υπάρχει ένα μέρος τους ή 5,3% (9 άτομα) που βρίσκεται σε κατάκλιση και κατά συνέπεια σε διαρκής επίβλεψη και φροντίδα. Βασικά χαρακτηριστικά τους είναι η παραπληγία, τετραπληγία, εκ γενετής αναπηρία, ακρωτηριασμός, νοητική στέρση κ.α.

Σε συνδυασμό με τα γενικά προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν (**σχήμα 2**) το 27,2% αναφέρει τη σωματική αναπηρία ως κύριο πρόβλημα και έπονται το φυσιολογικό γήρας με 11,8%, η ψυχική αναπηρία με 8,9% και τέλος η νοητική δυσλειτουργία από το 2,4%. Αναλυτικά πλέον, ο προσδιορισμός χρόνιων νόσων από τους εξυπηρετούμενους της έρευνας και όπως έχουν διαγνωστεί σε αυτούς από γιατρό (**σχήμα 3**), φανερώνει ότι στο 78,1% την υπέρταση ως πρωτεύουσα νόσο και

εξέχουσες την καρδιοπάθεια στο 55,0%, το σακχαρώδη διαβήτη στο 39,1% ή την οστεοπόρωση από το 27,2% και τα αρθρικά από 26,0%. Είναι φανερή έτσι η σύνδεση του αυξημένου σωματικού βάρους που αναφέρθηκε αρχικώς, με τα κύρια αυτά εκφυλιστικά νοσήματα, επιβεβαιώνοντας την συσχέτισή τους (Καφάτος, 2004, 2007, 2008) και την επίπτωση που έχουν στην ποιότητα ζωής και στην φροντίδα τους ως εξαρτημένα πλέον άτομα. Εκτός όμως της παχυσαρκίας, ιδιαίτερο ρόλο στην υπέρταση κατέχουν συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ, η έλλειψη σωματικής άσκησης αλλά και το συναισθηματικό άγχος ή η κοινωνική απομόνωση. Τα δύο αυτά τελευταία στοιχεία είναι και εν δυνάμει χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων, που ζουν μόνοι, μακριά από άλλα μέλη της οικογένειάς τους (π.χ. παιδιά) αναζητώντας τη συντροφιά και παρέα από αγαπημένα πρόσωπα.

Παρά τα γενικά προβλήματα υγείας, οι εξυπηρετούμενοι ωστόσο τείνουν να εμφανίζουν την υποκειμενική (αυτοαναφορά) κατάσταση της υγείας τους σε καλό επίπεδο (**σχήμα 4**). Το 88,8% αναφέρει την κατάσταση της υγείας του από μέτρια έως καλή και μόλις το 9,5% πολύ κακή έως κακή. Η εκτίμηση αυτή φυσικά έρχεται σε αντίθεση με τα προβλήματα υγείας που ανέφεραν ότι αντιμετωπίζουν όσο και με τις ανάγκες που καθορίζουν επιτακτική τη φροντίδα μέσω του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Ανάλογα ωστόσο, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ή τα άτομα με δυσλειτουργικότητα, αναπηρίες, σωματικές αδυναμίες κλπ. τείνουν να εμφανίζονται περισσότερο αισιόδοξοι ή να παρουσιάζουν σαφώς καλύτερη την υγεία τους από όσο αντικειμενικά είναι (Warner et al., 2012). Η εκτίμηση έτσι των αναγκών τους δυσχεραίνει αν εξαρτάται αποκλειστικά από γενικές αυτοαναφορές. Συνδυάζοντας την κλίμακα αυτοαναφοράς της γενικής κατάστασης υγείας με βασικά χαρακτηριστικά των 169 εξυπηρετούμενων (**πίνακας 4**), διαπιστώνεται ότι η καλή ή πολύ καλή κατάσταση σχετίζεται αρνητικά με την ηλικία καθώς οι νεότερες ηλικίες τείνουν να έχουν καλύτερη κατάσταση υγείας ( $r=-0.155$ ,  $p=0.046$ ) καθώς και με την υψηλότερη εκπαίδευση ή το μορφωτικό επίπεδο των εξυπηρετούμενων ( $r=0.176$ ,  $p=0.023$ ). Η τελευταία αυτή σχέση δεν αποτελεί μια νέα ερευνητική ένδειξη μιας και μελέτες που αφορούν μεγαλύτερης ηλικίας άτομα με σωματικές λειτουργικές ανάγκες, αναπηρίες ή κινητικές δυσκολίες και χρόνιες νόσους, δείχνουν την μόρφωση των ηλικιωμένων ως σημαντικό θετικό παράγοντα στην



επίδραση για βελτίωση στη ποιότητα ζωής και στην αντιμετώπιση με ευελιξία των ζωτικών τους προβλημάτων και καθημερινών δυσκολιών (Dahlin Ivanoff et al., 2002; Rana et al., 2009; Tamari et al., 2012).

Η αναφορά τώρα για τις δραστηριότητες που καθορίζουν τη μορφή διασκέδασης και ψυχαγωγίας των εξυπηρετούμενων (**σχήμα 5**), καταδεικνύει την τηλεόραση και το ραδιόφωνο ως κυρίαρχο μέσο από το 86,4%, ενώ υψηλό ποσοστό (76,3%) ή 3 στους 4 αναφέρουν τις κοινωνικές επαφές ως ένδειξη της κοινωνικής τους ζωής. Έχει ήδη αναφερθεί εκτενώς ότι η απομόνωση των ανθρώπων και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων ή εκείνων με λειτουργικά προβλήματα αναπηρίας, μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη νοσηρότητα, με αποτέλεσμα μεγαλύτερη πιθανότητα για πρόωρο θάνατο κατά 26% ενώ αντίθετα τα άτομα με κοινωνικές σχέσεις και επαφές αυξάνουν το προσδόκιμο επιβίωσης τους (Healthy Living, 2013; Steptoe et al., 2013).

### 5.2.2 Ανάγκες & Ικανοποίηση των συμμετεχόντων στην έρευνα και επίδραση κοινωνικών χαρακτηριστικών όπως «ηλικία», «φύλο», «οικογενειακή κατάσταση», «μορφωτικό επίπεδο» που έχουν σχέση με την εκπαίδευση των ηλικιωμένων

Όπως ήδη αναπτύχθηκε στο πρώτο μέρος της εργασίας, οι ανάγκες εξυπηρετούμενων ατόμων από π.χ. ειδικές υποστηρικτικές δομές όπως η «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι πολλαπλές και σύνθετες, ενώ οι παράγοντες που τις καθορίζουν είναι σχετικοί όχι μονάχα με τις νόσους ή γενικά τα ζωτικά προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν, αλλά με κοινά χαρακτηριστικά κοινωνικής φύσεως, όπως το φύλο, ηλικία, η εκπαίδευση κλπ. Από τον **πίνακα 5** για παράδειγμα, και από τις κυριότερες συσχετίσεις αναγκών οικογενειακής φροντίδας με το φύλο, την ηλικία την οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο, διαπιστώνεται ότι οι άνδρες εκφράζουν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την ανάγκη για προσωπική περιποίηση όπως μπάνιο ( $r=-0.289$ ,  $p<0.05$ ) ή ατομική φροντίδα ( $r=-0.190$ ,  $p<0.05$ ), οι μεγαλύτεροι σε ηλικία για συντροφιά ( $r=0.188$ ,  $p<0.05$ ) ή εκείνοι με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο για ψώνια ( $r=-0.242$ ,  $p<0.05$ ) ή εξόφληση λογαριασμών ( $r=-$

0.187,  $p < 0.05$ ). Από τις ανάγκες νοσηλευτικής φροντίδας αντίστοιχα (**πίνακας 6**), οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εκφράζουν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την ανάγκη για ενεσοθεραπεία ( $r = 0.150$ ,  $p < 0.05$ ) ή συνταγογράφηση φαρμάκων ( $r = 0.155$ ,  $p < 0.05$ ) όπως επίσης και όσοι έχουν περιορισμένη οικογενειακή κατάσταση, είναι δηλαδή σε κατάσταση διάστασης, χηρείας ή είναι άγαμοι ( $r = 0.207$ ,  $p < 0.05$ ). Τέλος και σύμφωνα με τις ανάγκες για κοινωνικές υπηρεσίες (**πίνακας 7**), οι άνδρες εκφράζουν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την ανάγκη για συμβουλευτική οικογένειας ( $r = -0.176$ ,  $p < 0.05$ ) αλλά μικρότερη όπως είναι λογικό όσοι έχουν περιορισμένη οικογενειακή κατάσταση, είναι δηλαδή σε κατάσταση διάστασης, χηρείας ή είναι άγαμοι ( $r = -0.285$ ,  $p < 0.05$ ).

Υποκειμενικά ωστόσο και παρά τις συσχετίσεις των αναγκών που εξυπηρετούμενων, στην προσπάθεια να εκφραστούν για την βελτίωση της ζωής τους και ποιοι παράγοντες θα το επέτρεπαν (**σχήμα 6**), οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 38,1% αναφέρουν την βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους ενώ σε πολύ χαμηλά έως αμελητέα είναι τα ποσοστά της οικονομικής κατάστασης (1,8%) και της συντροφιάς (3,0%). Ωστόσο και παρά το ελεύθερο των διατυπώσεων των ερωτώμενων, εκείνοι απάντησαν αόριστα «άλλο» και χωρίς συγκεκριμένη αναφορά σε ποσοστό 57,1%, υποδηλώνοντας ενδεχομένως ότι η βελτίωση της ζωής είναι πολύπλοκο και σύνθετο ζήτημα και δεν εξαρτάται από συγκεκριμένες παραμέτρους και που προφανώς μπορούν να ελεγχθούν.

Αν και είδαμε στην παράγραφο 6.2.1 και από το σχήμα 5 ότι οι κοινωνικές επαφές είναι στα πλαίσια των δραστηριοτήτων τους από τις κυριότερες, η επιθυμία για περισσότερες επισκέψεις εκφράζεται από ένα μικρό αριθμό (17,2% ή 29 άτομα) των εξυπηρετούμενων (**πίνακας 8**) που ωστόσο έχει ιδιαιτερότητες οι οποίες χρίζουν αναφοράς. Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι σημαντικά υψηλότερο ποσοστό εκφράζουν αυτή την επιθυμία όσο αυξάνεται η ηλικία των εξυπηρετούμενων ( $p = 0.039$ ) ενώ το υψηλότερο ποσοστό ή 66,7% παρατηρείται από εκείνους/ες που είναι έγγαμοι χωρίς παιδιά, σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης. Η επιθυμία αυτή ωστόσο δεν σχετίζεται με το φύλο ή την εκπαίδευση ενώ σημειώνεται ότι 17 εξυπηρετούμενοι από τους 29 ή 63,0% αναφέρουν να επιθυμούν επίσκεψη από τα «παιδιά, εγγόνια», 3,7% από τα «ανίψια» και 33,3% από «λοιπούς συγγενείς». Η αίσθηση της μοναχικότητας ή της απομόνωσης σε

ηλικιωμένα άτομα με ειδικές ανάγκες φροντίδας, είναι συχνή είτε λόγω της σωματικής τους κατάστασης είτε της κοινωνικής, που τους υποχρεώνει να μένουν μακριά από παιδιά ή συγγενείς είτε ακόμα λόγω της απώλειας άμεσων συγγενικών και φιλικών προσώπων (Grenade & Boldy, 2008).

### 5.2.3 Ικανοποίηση των συμμετεχόντων στην έρευνα από το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και επίδραση της μεταβλητής των υπηρεσιών που παρέχει το Πρόγραμμα “Βοήθεια στο Σπίτι” του Δήμου Γαζίου σε σχέση με τις ανάγκες των εντασσόμενων σε αυτό

Στα πλαίσια της διερεύνησης αναγκών των εξυπηρετούμενων του Προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» του Δήμου Γαζίου, εντάσσεται και η ικανοποίηση τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας από τους συντελεστές του Προγράμματος. Όπως διαπιστώνεται από το **σχήμα 7** σχεδόν όλοι οι εξυπηρετούμενοι ή 98,2% εκφράζουν «πολύ» ικανοποιημένοι από τη συγκεκριμένη φροντίδα. Σε ανάλογη πολύ πρόσφατη μελέτη του Προγράμματος για το Δήμο Ηρακλείου διαπιστώθηκε από τις Ντάσση & Σαβιόλη (2012) υψηλός βαθμός ικανοποίησης δικαιολογώντας: α) τα ευρήματα τις παρούσας έρευνας και β) δικαιολογώντας την υψηλού επιπέδου κάλυψη αναγκών φροντίδας μελών της κοινότητας που χρίζουν βοήθειας, ενδιαφέροντος και ειδικής μέριμνας. Στην περίπτωση αυτή ο συγκεκριμένος θεσμός κρίνεται εκ του αποτελέσματος και όπως ήδη αναπτύχθηκε στο πρώτο μέρος η συνέχιση εφαρμογής του καθορίζεται από τις συνεχώς αυξημένες ανάγκες των μελών αυτών της κοινότητας. Η συνεχής αξιολόγηση του Προγράμματος και των μελών του, είτε μέσω των εργαζομένων του είτε μέσω των εξυπηρετούμενων, οδηγεί ξεκάθαρα στη συνεχή βελτίωση του καταδεικνύοντας τις αδυναμίες αλλά και τη δυναμική του, εγείροντας πάντα προσδοκίες για δημιουργία νέων επιπρόσθετων υπηρεσιών για τα μέλη της κοινότητας (Timmreck, 1995).

Σε συνέχεια με τα παραπάνω, οι εξυπηρετούμενοι είχαν τη δυνατότητα πέρα από τη γενική διατύπωση ικανοποίησης και την επαγωγική αντιμετώπιση αξιολόγησης της ικανοποίησης των αναγκών υγείας, να εκφράσουν το βαθμό βελτίωσης (**σχήμα 8**) από την ποιότητα της ζωής τους μέσω των υπηρεσιών του Προγράμματος.

Ανάλογα όπως η ικανοποίηση, φαίνεται τελικά ότι και πάλι το 98,2% εκφράζει «πολύ» έως «πάρα πολύ» βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Εν τέλει και σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα, η συσχέτιση της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων και της βελτίωσης της ποιότητας ζωής τους με βασικά χαρακτηριστικά τους παρουσιάζεται στον **πίνακα 9**. Από όσα παρουσιάζονται δεν διαπιστώνεται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση κανενός χαρακτηριστικού με την ικανοποίηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, προκρίνοντας έτσι ότι η ικανοποίηση και η βελτίωση μέσα από τις υπηρεσίες είναι γενική για όλους, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, κατάστασης υγείας, μορφωτικού επιπέδου κλπ. Αντίθετα οι Ντάσση & Σαβιόλη (2012) κατέδειξαν από τους εξυπηρετούμενους του Δήμου Ηρακλείου ότι ο βαθμός ικανοποίησης καθορίζεται τόσο από το φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση αλλά και από το επίπεδο μόρφωσης των εξυπηρετούμενων, καθιστώντας σαφές ότι οι έχοντες χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν και μεγαλύτερη ικανοποίηση. Την ανάγκη ωστόσο προσδιορισμού της μορφής και του βαθμού ικανοποίησης που έχουν οι φροντιζόμενοι από το Πρόγραμμα, επεσήμαναν οι Κανδυλάκη & Τσαϊρίδης (2008) σε άρθρο τους στην Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών από το 2008. Σε ένα εύρη πλαίσιο με συμμετέχουσες τρεις ελληνικές περιφέρειες, συμπεριλαμβανομένου της Κρήτης (Ηράκλειο), κατέδειξε ικανοποίηση πάνω από 80%, καθώς μεγάλο μέρος των εξυπηρετούμενων ήταν μοναχικά άτομα που τόνιζαν τη συμβολή του Προγράμματος στην αποτροπή και μείωση της παροχής δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (νοσοκομεία).

Συσχετίζοντας τώρα τόσο την ικανοποίηση όσο και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των 169 συμμετεχόντων στη μελέτη από τις υπηρεσίες που παρέχει το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» με τις βασικές τους ανάγκες (**πίνακας 10**), ο βαθμός ικανοποίησης σχετίζεται θετικά με την ανάγκη ενεσοθεραπείας ( $r=0.196$ ,  $p<0.05$ ), προφανώς λόγω και της φροντίδας που παρέχεται δίχως οι εξυπηρετούμενοι να είναι υποχρεωμένοι να καταφεύγουν σε υπηρεσίες υγείας, σε γενικό γιατρό, κλπ. απλά βλέποντας την παραμικρή ή στοιχειώδη βελτίωση της υγείας τους. Επιπλέον, η βελτίωση αυτή επιβεβαιώνεται από την αντίστοιχη συσχέτιση με την ενεσοθεραπεία ( $r=0.153$ ,  $p<0.05$ ) ή την επαφή με υπηρεσίες πρόνοιας και νοσοκομεία ( $r=0.329$ ,  $p<0.05$ ). Παράλληλα οι υπηρεσίες του

Προγράμματος που βελτιώνουν τη ζωής τους σχετίζονται θετικά και με άλλες ανάγκες όπως με ανάγκη για αλλαγή ουροκαθετήρα ( $r=0.167$ ,  $p<0.05$ ) ή τη συμβουλευτική οικογένειας ( $r=0.188$ ,  $p<0.05$ ) ενώ ανάγκες όπως η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης είναι εκείνη που δεν σχετίζεται θετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος ( $r=-0.187$ ,  $p<0.05$ ). Η αρνητική αυτή σχέση και το γεγονός πλέον ότι οι εξυπηρετούμενοι δεν θεωρούν τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης ως βασική ανάγκη εξυπηρέτησης από το Πρόγραμμα και τα μέλη του, στο ότι ήδη οι περισσότεροι, διαγνωσμένοι με υπέρταση είναι σε θέση να μετρούν μόνοι τους την αρτηριακή πίεση αίματος, αφού έχουν εκπαιδευτεί από επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κλπ.) κάνοντας χρήση ηλεκτρονικών μετρητών. Προς την ίδια κατεύθυνση βρίσκεται και η λήψη φαρμάκων και σκευασμάτων που απαιτούν καλό μορφωτικό επίπεδο ενώ ονοματολογίες, οδηγίες, παρενέργειες κ.α. είναι σχεδόν πάντα σε γραφή που δεν μπορεί από τις μεγαλύτερες ηλικίες να γίνουν αντιληπτές και κατανοητές. Η ικανότητα λοιπόν αυτών των ανθρώπων είναι να αντιλαμβάνονται καλύτερα μέσω των οπτικοακουστικών μέσων την παροχή πληροφοριών και την εκπαίδευση τους ώστε να αυτοδιαχειρίζονται με τον καλύτερο τρόπο, με δεξιότητα και ασφάλεια τις καθημερινές τους ανάγκες. Στις ΗΠΑ έχει εκτιμηθεί ότι η βελτίωση των ικανοτήτων μελών της κοινότητας με ιδιαίτερες ανάγκες (αναπηρίες, χρόνιες ασθένειες κλπ.) μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων πάνω σε θέμα υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη ή παχυσαρκίας έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωση της ίδιας της ικανότητας αυτοδιαχείρισης με σημαντικές ωφέλιμες συνέπειες (Timmreck, 1995). Π.χ. οι διαβητικοί βελτιώνοντας τις ικανότητες τους στην αυτοδιαχείριση και φροντίδα της νόσου μέσω κατάλληλης εκπαίδευσης από επαγγελματίες υγείας, ένα ποσοστό 70% των επιπλοκών τους όπως κετοξέωση, τύφλωση ή ακρωτηριασμός, θα μπορούσαν να αποφευχθούν.

### **5.3 Έλεγχος των ερευνητικών υποθέσεων και σχέση με τα αποτελέσματα**

Σύμφωνα με το σκοπό αλλά και τους επιμέρους στόχους της έρευνας, διατυπώθηκαν ερευνητικά ερωτήματα που μέσω της ανάλυσης που παρουσιάστηκε δίνουν τεκμηριωμένες απαντήσεις. Συγκεκριμένα:

**Ερώτημα 1<sup>ο</sup>.** *Αναφέρονται συγκεκριμένες ανάγκες και προβλήματα στους εργαζόμενους του Προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» ενώ αναδεικνύονται κάποιες προοπτικές συνέχισης του:*

Παρά την επιτυχημένη μακροχρόνια λειτουργία του Προγράμματος και τις αυξημένες ιδιαίτερες ανάγκες κυρίως των ηλικιωμένων ή το λιγοστό προσωπικό λειτουργίας, η ανασφάλεια για λήξη λειτουργίας αποτελεί το βασικότερο πρόβλημα των εργαζομένων. Ο μη θεσμοθετημένος χαρακτήρας του, η συγχρηματοδότηση των αμοιβών, η γραφειοκρατική αντιμετώπιση της Πολιτείας, η μη αντικατάσταση της ειδικότητας της οικογενειακής βοηθού ή του φυσιοθεραπευτή, η απουσία ψυχιάτρου, η έλλειψη νοσηλευτικού υλικού, η διακοπή τηλεφωνικής γραμμής ή η χρήση ενός μόνο Η/Υ καθώς και η χρήση του οχήματος της δομής σε διοικητικές διεκπεραιώσεις με απασχόληση του προσωπικού, αποτελούν τροχοπέδη στην εύρυθμη και απρόσκοπτη λειτουργία του Προγράμματος προς όφελος των εξυπηρετούμενων. Ακόμη με τη βραχυχρόνια παράταση λειτουργίας του θεσμού μέχρι το Σεπτέμβριο του 2013, διαφαίνεται είτε η «εργολαβική» μετεξέλιξη του σε έργο παροχής υπηρεσιών είτε εντάσσοντάς το στα ΕΣΠΑ να έχει τις απαραίτητες ζωτικές ανάγκες επιβίωσής του έστω για τρία χρόνια.

**Ερώτημα 2<sup>ο</sup>.** *Οι υπηρεσίες που παρέχει το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» καλύπτουν τις ανάγκες των εντασσόμενων σε αυτό:*

Τα αποτελέσματα που δόθηκαν στον πίνακα 10 καταγράφουν στο σύνολο των αναγκών ότι ο βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σχετίζεται στατιστικώς σημαντικά μόνο με την ανάγκη ενεσοθεραπείας ( $p < 0.05$ ), ωστόσο

σε συνδυασμό με το σχήμα 7 το σύνολο σχεδόν των εξυπηρετούμενων μελών είναι «πολύ» ικανοποιημένοι από το Πρόγραμμα.

**Ερώτημα 3<sup>ο</sup>.** *Κατά πόσο η ποιότητα ζωής των μελών έχει βελτιωθεί από τις υπηρεσίες του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»:*

Επίσης από τον πίνακα 10 εκτιμήθηκε η σχέση της βελτίωσης της ποιότητας ζωής των εξυπηρετούμενων μέσω των υπηρεσιών του Προγράμματος. Η βελτίωση αυτή επιβεβαιώνεται εκ νέου όπως και στην ικανοποίηση από την αντίστοιχη σημαντική συσχέτιση με την ενεσοθεραπεία ( $p < 0.05$ ) αλλά και με την πληροφόρηση και κατεύθυνση που παρέχουν οι εργαζόμενοι του Προγράμματος στους εξυπηρετούμενους ώστε να απευθυνθούν σε υπηρεσίες πρόνοιας ή νοσοκομεία ( $p < 0.05$ ). Επιπλέον οι υπηρεσίες του Προγράμματος βελτιώνουν τη ζωής τους στις περιπτώσεις συγκεκριμένων αναγκών όπως με ανάγκη αλλαγή ουροκαθετήρα ( $p < 0.05$ ) ή ακόμη και στη συμβουλευτική οικογένειας ( $p < 0.05$ ). Επιβεβαιώνεται τέλος από το σχήμα 8 και από το σύνολο σχεδόν των εξυπηρετούμενων η «πολύ» ή «πολύ καλή» βελτίωση της ζωής τους μέσω των παρεχόμενων υπηρεσιών.

**Ερώτημα 4<sup>ο</sup>.** *Διαφέρει το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» σε σχέση με το φύλο, την ηλικία ή το μορφωτικό επίπεδο των εξυπηρετούμενων μελών:*

Στον πίνακα 9 προσδιορίστηκε ο βαθμός συσχέτισης των παρεχόμενων υπηρεσιών του Προγράμματος (ως προς την ικανοποίηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής) με χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία ή το μορφωτικό επίπεδο. Δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση των χαρακτηριστικών με την ικανοποίηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, εκτιμώντας ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες προσφέρονται αντικειμενικά σε όλους, αναλόγως των αναγκών τους και είναι ανεξάρτητες του φύλου, της ηλικίας ή του μορφωτικού επιπέδου των εξυπηρετούμενων μελών.

**Ερώτημα 5<sup>ο</sup>.** *Σχετίζεται το φύλο και η ηλικία με τις ανάγκες των μελών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»:*

Στους πίνακες 5, 6 & 7, δόθηκαν οι συσχετίσεις αναγκών οικογενειακής φροντίδας, νοσηλευτικής φροντίδας και αναγκών για κοινωνικές υπηρεσίες ως προς το φύλο και την ηλικία των εξυπηρετούμενων μελών. Οι άνδρες είναι εκείνοι που εξέφρασαν τελικά σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την ανάγκη για προσωπική περιποίηση (μπάνιο ή ατομική φροντίδα,  $p<0.05$ ) αλλά και συμβουλευτική οικογένειας ( $p<0.05$ ), ενώ οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ανέφεραν την συντροφιά ( $p<0.05$ ) και την ενεσοθεραπεία ή συνταγογράφηση φαρμάκων ( $p<0.05$ ).

**Ερώτημα 6<sup>ο</sup>.** *Κατά πόσο σχετίζεται η οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο με τις ανάγκες των μελών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» Δήμου Γαζίου:*

Επίσης στους πίνακες 5, 6 & 7, δόθηκαν οι συσχετίσεις των παραπάνω αναγκών ως προς την οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο. Εκείνοι ή εκείνες με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο εξέφρασαν την ανάγκη υποστήριξης για ψώνια ( $p<0.05$ ) αλλά και εξόφλησης λογαριασμών ( $p<0.05$ ) όπως και όσοι βρίσκονταν σε περιορισμένη οικογενειακή κατάσταση (διάσταση, χηρεία ή άγαμοι) ( $p<0.05$ ). Αντίθετα όσοι ήταν έγγαμοι/ες εξέφρασαν τελικά σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την ανάγκη για συμβουλευτική οικογένειας ( $p<0.05$ ).



### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης και έρευνας ήταν η διερεύνηση των αναγκών των εργαζομένων και των εξυπηρετούμενων μελών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στο δήμο Γαζίου, των προβλημάτων δηλαδή που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, του βαθμού εξυπηρέτησης των ατόμων με ιδιαίτερες ανάγκες φροντίδας, αλλά και η προοπτική συνέχισης του συγκεκριμένου Προγράμματος. Η γενική ανασκόπηση των ερευνητικών συμπερασμάτων κατέδειξε ότι:

- Η διαχρονική και συνεχής λειτουργία του Προγράμματος καθορίζεται από τις αυξημένες ιδιαίτερες ειδικές ανάγκες κυρίως των ηλικιωμένων αλλά με βασικά λειτουργικά προβλήματα όπως το λιγοστό προσωπικό και η ανασφάλεια για λήξη λειτουργίας του. Η μικρή χρονικά παράταση λειτουργίας του θεσμού μέχρι το Σεπτέμβριο του 2013, προσβλέπει μονάχα στη μετεξέλιξη του καθαρά σε έργο παροχής υπηρεσιών από ιδιώτες ή απλά ενδεχομένως να ενταχθεί στα ΕΣΠΑ ώστε να λάβει μια ακόμα βραχυχρόνια παράταση συνέχισης.
- Από το σύνολο των αναγκών των εξυπηρετούμενων ο βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες βρέθηκε να σχετίζεται μόνο με την ανάγκη ενεσοθεραπείας, ωστόσο καταγράφεται μια καθολική σχεδόν ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων μελών από το Πρόγραμμα. Η ικανοποίηση αυτή συνάδει με την έκφραση για συνολική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους μέσω του προγράμματος.
- Η ικανοποίηση και η βελτίωση της ποιότητας ζωής από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Προγράμματος δεν σχετίζονται με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των εξυπηρετούμενων όπως το φύλο, η ηλικία ή το μορφωτικό επίπεδο.

- Στις ανάγκες για οικογενειακή & νοσηλευτική φροντίδα και για κοινωνικές υπηρεσίες, φαίνεται οι άνδρες να εκφράζουν σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό την ανάγκη για προσωπική περιποίηση (μπάνιο ή ατομική φροντίδα) ή συμβουλευτική οικογένειας, ενώ γίνεται αναφορά από μεγαλύτερους ηλικιακά για συντροφιά, ενεσοθεραπεία και συνταγογράφηση φαρμάκων.
- Στις ανάγκες, οι εξυπηρετούμενοι με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο καθώς και με περιορισμένη οικογενειακή κατάσταση (σε διάσταση, σε χηρεία ή άγαμοι) εξέφρασαν την ανάγκη υποστήριξης στα ψώνια ή εξόφλησης λογαριασμών σε αντίθεση με έγγαμους/ες που θεωρούν τη συμβουλευτική οικογένειας ως πρωτεύουσα ανάγκη.

## ΣΥΝΟΨΗ

Από την παρούσα μελέτη επιβεβαιώνεται ο βαθμός αναγκαιότητας της λειτουργίας και συνέχισης του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στο δήμο Γαζίου. Οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν την ανασφάλεια προοπτικής συνέχισης της εργασίας τους, ενώ τροχοπέδη φαίνεται να είναι τα βασικά λειτουργικά προβλήματα που καθορίζει η γενικότερη οικονομική κατάσταση της χώρας, περικόπτοντας παροχές για βασικά είδη φροντίδας. Ωστόσο, η μετάβαση σε διαφορετικό καθεστώς λειτουργίας διαφαίνεται να είναι άμεση για την επιβίωση του σημαντικού αυτού έργου. Και όλα αυτά τα καθορίζουν οι συνεχόμενα αυξημένες ανάγκες που έχουν οι εξυπηρετούμενοι, και φυσικά ο βαθμός της ικανοποίησης τους από το Πρόγραμμα στην καθημερινή τους επιβίωση και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

Οι ανάγκες των εξυπηρετούμενων φυσικά είναι σύνθετες και πολύπλοκες και δεν καθορίζονται μονάχα από χρόνια προβλήματα υγείας λόγω ηλικίας καθώς και νεότεροι ηλικιακά εξυπηρετούμενοι χρήζουν φροντίδας. Είναι επιτακτική ωστόσο η αναγκαιότητα για συνεχή ενημέρωση και εκπαίδευση των εξυπηρετούμενων για τους τρόπους αντιμετώπισης των συνεπειών από τις νόσους και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν (Kickbusch et al. 2013). Στην κατεύθυνση αυτή δράσεις όπως το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι πασιφανές ότι έχει ουσιαστικό ρόλο με άμεσα αποτελέσματα, αφού συνδυάζει τις ειδικότητες επαγγελματιών υγείας από τομείς όπως η Κοινωνική Εργασία, η Νοσηλευτική και η Ιατρική.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αναφορικά με τα παραπάνω προτείνουμε εν όψη της εύρυθμης λειτουργίας του Προγράμματος “Βοήθεια στο Σπίτι”, να οργανωθούν και να πραγματοποιηθούν εκπαιδευτικά σεμινάρια για τους εργαζόμενους του Προγράμματος με σκοπό την περαιτέρω εκπαίδευσή τους και ενημέρωση σχετικά με ιατρικά και κοινωνικά θέματα που αφορούν την σύγχρονη πραγματικότητα. Επίσης, πρέπει το κράτος να μεριμνήσει ώστε να υπάρχουν όλες οι απαραίτητες ειδικότητες εργαζομένων στο Πρόγραμμα, μιας και αυτές δεν πληρούνται για την πλήρη κάλυψη των αναγκών των εξυπηρετούμενων του Προγράμματος. Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να υπάρξει μία στοχευμένη προσπάθεια συνεργασίας με άλλους φορείς όπως Κ.Η.Φ.Η., Δήμους, άλλα Κ.Α.Π.Η., Κέντρα Υγείας, Νοσοκομεία, Κοινωνικά Ιατρεία, Κοινωνικά Φαρμακεία κλπ. Πολύ σημαντική είναι επίσης και η έγκαιρη χρηματοδότηση του Προγράμματος, καθώς και η καλύτερη ασφάλιση των εργαζομένων σε αυτό.

Αναγκαία θεωρείται και η ύπαρξη φυσιοθεραπευτή και ψυχιάτρου στο Πρόγραμμα για την κάλυψη των αναγκών των εξυπηρετούμενων, μιας και ένα μεγάλο ποσοστό αυτών (42%) πάσχει από σωματικές αναπηρίες και ψυχικές νόσους. Σημαντική θα ήταν και η παρουσία διατροφολόγου αφού η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων είναι παχύσαρκοι. Ακόμα, παρατηρείται η ανάγκη για οικογενειακούς φροντιστές, οι οποίοι θα παρέχουν βοήθεια στο σπίτι σε μοναχικά άτομα (παροχή φαγητού, προσωπική περιποίηση, εξόφληση λογαριασμών, ψώνια, συντροφιά). Τέλος, όσον αφορά τις κοινωνικές υπηρεσίες του Προγράμματος, φαίνεται να υπάρχει ανάγκη για συμβουλευτική οικογένειας σε άνδρες και γυναίκες με περιορισμένη οικογενειακή κατάσταση (χηρεία, διάσταση, άγαμοι).

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αγγούλες Α., Π. Παπαγγελόπουλος, Οστικές μεταναστεύσεις διάγνωσης και θεραπείας, Πρακτικά 1<sup>ου</sup> πολυθεματικού ιατρικού σεμιναρίου εν πλω, Ε.Ε.Ι.Α., 2006

Αμίτσης Γ. (1993), Το θεσμικό πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής σε σχέση με τις λιγότερο ευνοημένες ομάδες – Η κάλυψη των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες, σελ. : 148-219 σε Χ. Χτούρη (επ.), Θεσμοί και ρυθμίσεις της κοινωνικής πολιτικής, Εκδόσεις: Πράξις, Αθήνα

Αμηρά Α., Γεωργιάδη Ε., Τεπέρογλου Α. (1986), Ο θεσμός της Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα, Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας – Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Κοινωνικών Ασφαλίσεων – ΕΚΚΕ, Αθήνα

Braunwald- Golman, Βασική κλινική καρδιολογία, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, 2003

Bird M., Hammersley M., Gomm R., Woods P. (1999), Εκπαιδευτική Έρευνα στην Πράξη, Εγχειρίδιο Μελέτης, Εκδόσεις: Ε.Α.Π., Πάτρα

Wills , The spread of tumors in the human body, London, Butterworth & Co , 1952  
Πετρίδης Π. , Εγχειρίδιο Χειρουργικής , Έλλην, Αθήνα 2004

Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., Δανιηλίδου Ν., Υφαντόπουλος Γ. (2000), Παρεχόμενες υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας από τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα

Γκούβας Χ., Η εμπειρία από χρήση φθοριούχου Νατρίου σε 5 ασθενείς με οστεοπόρωση, Πρωτοκολλο καταγραφής, Αθήνα: 2010

Δανιηλίδου Ν., Οικονόμου Χ., Ζαβράς Δ., Κυριόπουλος Ι., Γεωργούση Ε. (2003), Health and social care in aging population: the case of an integrated care institution in Greece, International Journal of Integrated Care – Vol.3, 22 October

Δαρβίρη Χ (2009). Μεθοδολογία της έρευνας στο χώρο της Υγείας. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, σελ.175-200.

Δαρδαβέσης Θ., Χουσιάδας Λ., Α Ευκλείδη, Ι Νούσιας, Δ Χατζηχρήστου, Μ. Τσολάκη , Μπένα Α, Θεματα γηροψυχολογίας κ γεροντολογίας, Ελληνικά γραμματ, Αθήνα 2011

Δαφέρμος Β (2005). Κοινωνική στατιστική με το SPSS. Εκδόσεις ΖΗΤΗ, Θεσσαλονίκη.

Διαλυνάκη, Ε. (2010) Φάκελος διδακτικών σημειώσεων Κοινωνική Πολιτική για Ευάλωτες ομάδες, Ηράκλειο.

Δοντας Α (1981). Η τρίτη ηλικία : προβλήματα κ δυνατότητες. Χ.Ο, Αθήνα

Διατάξεις των αρθρ. 1 και 2 του Ν.Δ. 162/1973 “Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων” (ΦΕΚ Α/227/73).

Διατάξεις των αρθρ. 1 και 2 του Ν.Δ. 162/1974 “Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων” (ΦΕΚ Α’ 227)/

Δημητριάδης Ε, Τοξικά βαρεα μεταλλα κ η ειδικη επιδραση τους στα διαφορετικα ειδη αννοιας, Εγκεφαλος

Διαμαντιδου Α., Κ. Καραγκιοζη, Φ. Κουντή , Μ Τσολάκη, Θεραπεία προκλήσης ευχαριστων αναμήσεων: Ανασκόπηση 5<sup>ο</sup> Πανελληνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer Και συναφών Διαταραχών, Εγκέφαλος, 2008

Εμκε- Πουλοπούλου , Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες παρεθόν παρόν και μέλλον, Έλλην, Αθήνα: 1999

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας, Τεύχος Α’ 227 – 16/11/2012, Προεδρικό Διάταγμα Υπ’ αριθμ. 126 [ΦΕΚ’ Α 227]

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

Κανδυλάκη Α & Τσαϊρίδης Χ (2008). Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ «ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ Σ’ ΑΥΤΑ. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 127 Γ’ 2008, 141-171

Καλλινικάκη Θ. (2010), «Ποιοτικές μέθοδοι στην έρευνα της κοινωνικής εργασίας», Εκδόσεις: Τόπος, Αθήνα

Κανδυλάκη, Α. και Καραγκούνης, Β., 2005, «Φροντίδα στην Κοινότητα και «Βοήθεια στο Σπίτι». Μία πρόκληση για την τοπική αυτοδιοίκηση», στο Ζαϊμάκης, Γ. και Κανδυλάκη Α. (επιμ.), Δίκτυα κοινωνικής προστασίας,

Καφάτος Α (2004). Υπέρταση. Πρόληψη και μη φαρμακευτική αντιμετώπιση. Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα.

Καφάτος Α (2007). Διατροφή για προαγωγή της υγείας και πρόληψη χρόνιων ασθενειών. Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.

Καφάτος Α (2008). Παχυσαρκία. Πρόληψη και αντιμετώπιση. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

ΚΥΑ για τη λειτουργία του προγράμματος 4035/27/7/2001, ΦΕΚ 1127/τβ/30/8/2001, 114574/25-11-02 και 114573/25-11-02 που τροποποιούν τις 4035 και 4036/27-7-01 ΚΥΑ

ΚΥΑ 4035/27-7-2001, ΦΕΚ 1197/Β/30-8-2001 και τροποποίηση της ΚΥΑ 4035/27-7-2001

ΚΥΑ 543/5543 (ΦΕΚ 376/Β/2000) των Υφ. Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομικών – χρήση κυκλοφορίας και άλλα θέματα σχετικά με τα αυτοκίνητα υπηρεσιών του δημοσίου.

Κυριαζή Ν. (1999), Η κοινωνιολογική έρευνα – κριτική επισκόπηση μεθόδων και τεχνικών, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Κυριακάκη, Σ. (1991) Εναλλακτικές μορφές στην προστασία Ηλικιωμένων στη Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 2

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

Μαδιανός Μ.Γ , Ψυχιατρική κ αποκατασταση Καστανιωτη, Αθηνα:2005

Μπένος Β (1991). Μέθοδοι και τεχνικές δειγματοληψίας. Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα.

McEwen Μ (2001). Κοινωνική Νοσηλευτική. Προάγοντας την Υγεία των Πληθυσμών. Τόμος Ι, 3<sup>η</sup> έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα

Ντάσση Α & Σαβιόλη Π (2012). Ο βαθμός ικανοποίησης και η αυτοαναφερόμενη υγεία των χρηστών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στο Δήμο Ηρακλείου. Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ηράκλειο

Ν. 1416/84 (ΦΕΚ Α' 18): "Τροποποίηση και συμπλήρωση διατάξεων της δημοτικής και κοινοτικής νομοθεσίας για την ενίσχυση της Αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης"

Οδηγός των Κ.Α.Π.Η., 1994, Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Συμμετοχής Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Κ.Η.Φ.Η., Αθήνα: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας

Οδηγός Εφαρμογής των Προγραμμάτων του Γ' ΚΠΣ της Περιφέρειας Κρήτης. Το έγγραφο ΥΦΠ οικ. 1811 του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας δμα 2396 (ΦΕΚ 117 Α). Περί κανονισμού χρήσεως και κίνησης αυτοκινήτων των δημόσιων υπηρεσιών.

Οργανισμός Λειτουργίας και Διοίκησης του Κ.Α.Π.Η., Αθήνα: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας

Παλλάδας Λ. Ορθοπαιδικός χειρουργός, Ηρακλειο,2013

Παναγιωτάκης, Γ. (2008) Εκπαιδευτικές ανάγκες στην Τρίτη Ηλικία, Ηράκλειο: Οκτώβριος 2008.

Παρασκευόπουλος Ι. (1993), Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Πάρλαλης Σ, Οι πρακτικές εφαρμογές της κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα κ στην Κύπρο, Πεδίο, Αθήνα:2011

Π.Δ. 631/74 (ΦΕΚ 271 – Τεύχος Α' – 30.09.1974) "Περί προϋποθέσεων χορήγησης άδειας ίδρυσης και λειτουργίας θεραπευτικών χρόνιων παθήσεων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα".

Πουλοπούλου, Η. (1999) Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον, Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

Ράτσικα Ν. (2006), «Φάκελος διδακτικών σημειώσεων, άρθρων και περίληψης βιβλίων», Ηράκλειο (Ιωσηφίδης 2003 στο Ράτσικα)

Σαρινάκη Μ. Κοινωνική Λειτουργός Δ/νση Κοιν. Μέριμνας της Περιφέρειας Κρήτης [14 Μαΐου 2013]

Σταθόπουλος, Π. (2005) Κοινωνική Πρόνοια Ιστορική εξέλιξη-νέες κατευθύνσεις, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Σταθοπουλος Π. Κοινωνικη Προνοια Ιστορικη εξελιξη- Νεες κατευθυνσεις,Παπαζήσης Α.Ε.Β.Ε, Αθήνα 2007

Σταθόπουλος Π. (2005), Κοινωνική Πρόνοια/Ιστορική Εξέλιξη – Νέες Κατευθύνσεις, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα

Σταθόπουλος, Π. (1999) Κοινωνική Αλληλεγγύη μια γενική θεώρηση, Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

Σολδάτος Κ. , Λυκούρας Λ, Συγγραμματα ψυχιατρικης, Βητα, Αθηνα: 2006

Σχέδιο περιγραφής της δράσης "Βοήθεια στο Σπίτι" στο πλαίσιο των περιφερειακών προγραμμάτων του Γ' ΚΠΣ της ΟΔΕ του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας

Sadock B.V. ,Karlan& Sadocks εγχειριδιο κλινικης ψυχιατρικης, Λίτσας,Αθηνα:2007



Τεπέρογλου Α., Κοτζαμάνης Β., Μαράτου Λ., Τζωρτζοπούλου Μ. (1996), Γήρανση και Κοινωνία, Εκδόσεις: ΕΚΚΕ, Αθήνα

Τζωρτζόπουλος Π (1991). Οργάνωση και διεξαγωγή δειγματοληπτικών ερευνών. Αθήνα.

Javeau C. (2000), Η έρευνα με ερωτηματολόγιο – Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή, επιμ. Τζανόννε – Τζώρτζη Κ., Εκδόσεις: Τυπωθήτο, Αθήνα

ΦΕΚ, (1996), Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (Αρ. φύλλου 833).

ΦΕΚ 196 Α'/16.10.2012. Κύρωση της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου «Παράταση διάρκειας του Προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι" Ήταν διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www.hellenicparliament.gr/Nomothetiko-Ergo/Anazitisi-Nomothetiko-Ergou?law\\_id=e7e3e76c-63a4-4011-85ef-3dcaecf300a0](http://www.hellenicparliament.gr/Nomothetiko-Ergo/Anazitisi-Nomothetiko-Ergou?law_id=e7e3e76c-63a4-4011-85ef-3dcaecf300a0), την 13.06.2013

Ψαρού Κ., Ζαφειρόπουλος Κ. (2004), Επιστημονική Έρευνα – Θεωρία και Εφαρμογές στις Κοινωνικές Επιστήμες, Εκδόσεις: Τυπωθήτο, Αθήνα

## **ΔΙΕΘΝΗΣ**

Cardozo LD, Kelleher CJ , Sex hormones, the menopause and uninary, Gynecol Endocrinol, 1995

Dahlin Ivanoff S, Sonn U, Svensson E (2002). A health education program for elderly persons with visual impairments and perceived security in the performance of daily occupations: a randomized study. Am J Occup Ther, 56(3):322-30

de Leon CFM, Gold DT, Glass TA, Kaplan L, George LK (2001). Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and Whites: The duke EPESE 1986-1992. Journal of Gerontology: Social Sciences., 56:S179–S190.

DeMaria AN, Blanchard DG. The echocardiogram. In: Hurst's the Heart, 10th Edition General Evaluation of the Patient. McGraw-Hill, New York. 2001 .

Grenade L, Boldy D (2008). Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. Aust Health Rev, 32(3):468-78

Holmes C ,Boche D, Wilkinson D, Long term effects of abeta immunisation in Alzheimers's disease: follow up of randomized, placebo-controlled phasetrial,Lanset, 2008

Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros A (2013). Health literacy - The solid facts. The Regional Office for Europe of the World Health Organization - Available online at: <http://bit.ly/13aRyBI>, σελ. 7, 35 & 68

Litwin H (2010). Social networks and well-being: a comparison of older people in Mediterranean and non-Mediterranean countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.*, 65(5):599-608.

Morris A. R., M.T Ho, H. Lapsley, Joan Walsh, P. Gohski, K Moore, Costs of a managing urinary and faecal incontinence in a subacute care facility, A “bottom-up”, Article first published online: 30 Nov 2004

Morris R, Becker J, Cognitive neuropsychology of Alzheimer’s disease, Cepha Imaging ,Oxford 2004

Rana AK, Kabir ZN, Lundborg CS, Wahlin A (2010). Health education improves both arthritis-related illness and self-rated health: an intervention study among older people in rural Bangladesh. *Public Health*, 124(12):705-12

Rana AK, Wahlin A, Lundborg CS, Kabir ZN (2009). Impact of health education on health-related quality of life among elderly persons: results from a community-based intervention study in rural Bangladesh. *Health Promot Int.*,24(1):36-45.

Stephens A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *PNAS*, 110(15):5797-801

Tamari K, Kawamura K, Sato M, Harada K (2012). Health education programs may be as effective as exercise intervention on improving health-related quality of life among Japanese people over 65 years. *Australas J Ageing*, 31(3):152-8

Timmreck TC (1995). Planning, Program Development, and Evaluation. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.

Warner LM, Schwarzer R, Schüz B, Wurm S, Tesch-Römer C (2012). Health-specific optimism mediates between objective and perceived physical functioning in older adults. *J Behav Med.*, 35(4):400-6

## **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ**

HealthyLiving, 2013. ΜΑΚΡΟΖΩΙΑ. Οι κοινωνικές σχέσεις αυξάνουν το προσδόκιμο ζωής. Ήταν διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.healthyliving.gr/2013/03/27/koinivnikes-sxeseis-ygeia/> την 17.05.2013

[http://www.dokappam.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=52&Itemid=28](http://www.dokappam.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=28) [πρόσβαση 2 Ιουλίου 2013].

[http://civilacademy.ucoz.org/index/deltio\\_typou\\_idrysh\\_akadhmias\\_krhths/0-26](http://civilacademy.ucoz.org/index/deltio_typou_idrysh_akadhmias_krhths/0-26) [πρόσβαση στις 4 Ιουνίου 2013].

<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse2/seyp/ker/2010/GeorgiadiEvanthia,SamoliEirini,FriligouGolfo/attached-document-1279014948-228257-28001/Georgiadi2010.pdf> [πρόσβαση στις 4 Ιουνίου 2013]

<http://epapanis.blogspot.gr/>, [πρόσβαση στις 2 Ιουλίου 2013]

<http://www.palladas.gr/> [Πρόσβαση 30/06/2013].

<http://www.encephalos.gr/full/45-3-03g.htm> [Πρόσβαση 30/06/2013].

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' - Πίνακες

**Πίνακας 1.** Βασικά περιγραφικά χαρακτηριστικά των 169 ατόμων της μελέτης.

		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρες	Γυναίκες	
		% (n)		
<b>n</b>		27,4 (48)	71,6 (121)	169
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	≤60	10,4	7,4	8,3
	61-70	8,3	9,1	8,9
	71-80	39,6	41,3	40,8
	81+	41,7	42,1	42,0
<b>Δείκτης Μάζας Σώματος, kg/m<sup>2</sup></b>	φυσιολογικοί*	0	5,8	4,1
	υπέρβαροι	6,3	20,7	16,6
	παχύσαρκοι	93,8	73,6	79,3
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	έγγαμος/η με παιδιά	77,1	37,2	48,5
	-//- χωρίς παιδιά	2,1	1,7	1,8
	σε διάσταση, διαζευγμένος/η	4,2	1,7	2,4
	χηρεία	10,4	53,7	41,4
	άγαμος,η	6,3	5,8	5,9
<b>Εκπαίδευση</b>	χωρίς	4,3	24,0	18,5
	γνώση γραφής ανάγνωσης	17,0	37,2	31,5
	δημοτικό	55,3	32,2	38,7
	γυμνάσιο	17,0	5,8	8,9
	λύκειο	6,4	0,8	2,4
<b>Επάγγελμα</b>	γεωργός, κτηνοτρόφος	58,3	28,9	37,3
	εργάτης	6,3	0,8	2,4
	δημόσιος υπάλληλος	2,1	0	0,6
	ιδιωτικός υπάλληλος	25,0	7,4	12,4
	οικιακά	-	60,3	43,2
	ελεύθερος επαγγελματίας	2,1	1,7	1,8
	άλλο	6,3	0,8	2,4
<b>Μηνιαίο εισόδημα, ευρώ</b>	<500	41,7	66,1	58,6
	500+	58,3	33,9	41,4

\* Τα όρια καθορίζονται σύμφωνα με των Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, <http://www.who.int/topics/obesity/en/>)  
Έλεγχος  $\chi^2$  μεταξύ φύλων: σημαντικές διαφορές σε επίπεδο 0,05 βρέθηκαν στο ΔΜΣ, στην οικογενειακή κατάσταση, στο μορφωτικό επίπεδο και στο εισόδημα (το επάγγελμα δεν ελέγχθηκε λόγω ανομοιογενών κατηγοριών).

**Πίνακας 2.** Στοιχεία ατόμων που συνοικούν με τα 169 άτομα της μελέτης.

Άτομα που συνοικούν	Άτομα μελέτης	%	Ιδιότητα μελών, αριθμός					
			σύζυγος	παιδιά	μητέρα	πατέρας	άλλος συγγενής	φίλος, φίλη
0	73	43,2	-	-	-	-	-	-
1	81	47,9	71	8	1	0	0	1
2	10	5,9	9	9	1	1	0	0
3	5	3,0	4	9	0	0	2	0
<b>σύνολο</b>	<b>169</b>		<b>84</b>	<b>26</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
Σύνολο ατόμων που συνοικούν: 116								

**Πίνακας 3.** Χαρακτηριστικά των 116 ατόμων που συνοικούν με τα 169 άτομα της μελέτης.

		<b>v</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>	<i>Άνδρες</i>	66	56,9
	<i>Γυναίκες</i>	50	43,1
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>&lt;18</i>	8	6,9
	<i>18-65</i>	29	25,0
	<i>66+</i>	79	68,1
<b>Κατάσταση υγείας</b>	<i>Κακή</i>	11	9,5
	<i>Μέτρια</i>	46	39,7
	<i>Καλή</i>	59	50,8

**Πίνακας 4.** Συσχέτιση κατά Spearman της κλίμακας αυτοαναφοράς της γενικής κατάστασης της υγείας με βασικά χαρακτηριστικά των 169 συμμετεχόντων στη μελέτη.

	Κλίμακας αυτοαναφοράς της γενικής κατάστασης της υγείας (1:πολύ κακή, 5: πολύ καλή)
	r-Spearman ( <i>P</i> -value)
<b>Φύλο</b> (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	0,016
<b>Ηλικία</b>	-0,155 (0,046)
<b>Δείκτης Μάζας Σώματος</b>	0,068
<b>Μηνιαίο εισόδημα</b>	0,024
<b>Μέλη που συνοικούν</b> (0,1,2,3)	0,025
<b>Εκπαίδευση</b> (1:χωρίς γνώσεις, 5:λύκειο)	0,176 (0,023)

**Πίνακας 5.** Συσχέτιση κατά Spearman των **αναγκών** ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ φροντίδας των 169 ατόμων της μελέτης ως προς βασικά χαρακτηριστικά τους.

	<b>Φύλο</b> (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	<b>Ηλικία</b>	<b>Οικογενειακή κατάσταση</b> (1:έγγαμος/η, 5:άγαμος/η)	<b>Μορφωτικό επίπεδο</b> (1:χωρίς γνώσεις, 5:λύκειο)
<i>ανάγκες οικογενειακής φροντίδας:</i>		r-Spearman		
<b>ΤΑΪΣΜΑ</b>	-0,094	0,029	<b>-0,173*</b>	-0,107
<b>ΝΤΥΣΙΜΟ</b>	-0,047	0,046	<b>-0,191*</b>	-0,051
<b>ΜΠΑΝΙΟ</b>	<b>-0,289*</b>	0,120	0,030	0,050
<b>ΑΤΟΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>	<b>-0,190*</b>	0,064	0,091	0,015
<b>ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b>	-0,158	-0,028	-0,064	0,111
<b>ΚΙΝΗΣΗ ΕΞΩ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ</b>	0,045	0,027	0,055	0,083
<b>ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b>	0,068	0,047	0,116	-0,036
<b>ΠΛΥΣΙΜΟ ΠΙΑΤΩΝ</b>	0,065	0,001	0,013	0,083
<b>ΣΚΟΥΠΙΣΜΑ, ΣΦΟΥΓΓΑΡΙΣΜΑ</b>	0,053	<b>0,172*</b>	0,091	-0,009
<b>ΜΑΓΕΙΡΕΜΑ</b>	0,045	-0,013	-0,109	-0,125
<b>ΨΩΝΙΑ</b>	0,065	0,095	<b>0,233*</b>	<b>-0,242*</b>
<b>ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ</b>	-0,060	0,165	0,149	<b>-0,187*</b>
<b>ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΦΑΓΗΤΟΥ</b>	-0,090	0,043	-0,038	0,039
<b>ΣΥΝΤΡΟΦΙΑ</b>	-0,044	<b>0,188*</b>	0,140	-0,122

\*P<0,05

**Πίνακας 6.** Συσχέτιση κατά Spearman των **αναγκών** ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ φροντίδας των 169 ατόμων της μελέτης ως προς βασικά χαρακτηριστικά τους.

	<b>Φύλο</b> (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	<b>Ηλικία</b>	<b>Οικογενειακή κατάσταση</b> (1:έγγαμος/η, 5:άγαμος/η)	<b>Μορφωτικό επίπεδο</b> (1:χωρίς γνώσεις, 5:λύκειο)
<i>ανάγκες νοσηλευτικής φροντίδας:</i>	r-Spearman			
<b>ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ</b>	-0,019	0,123	-0,019	-0,070
<b>ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ</b>	-0,046	-0,007	-0,129	-0,085
<b>ΕΛΕΓΧΟΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗΣ</b>	-0,006	0,084	0,010	0,045
<b>ΑΛΛΑΓΗ ΟΥΡΟΚΑΘΕΤΗΡΑ</b>	-0,065	0,065	0,101	0,095
<b>ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ</b>	-0,029	<b>0,246*</b>	0,067	-0,129
<b>ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ- ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ</b>	-0,043	0,018	-0,010	-0,054
<b>ΣΥΝΟΔΕΙΑ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	0,014	0,081	-0,008	0,049
<b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥΣ #</b>	-	-	-	-
<b>ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΗΨΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b>	-0,027	0,124	0,118	-0,055
<b>ΕΝΕΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ</b>	-0,066	<b>0,150*</b>	0,090	0,029
<b>ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ</b>	0,110	<b>0,155*</b>	<b>0,207*</b>	-0,123
<b>ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ &amp; ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ</b>	0,050	0,129	0,069	-0,047

# Δεν αναφέρθηκε από τους συμμετέχοντες.

\* $P < 0,05$



**Πίνακας 7.** Συσχέτιση κατά Spearman των **αναγκών** για ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ των 169 ατόμων της μελέτης ως προς βασικά χαρακτηριστικά τους.

	<b>Φύλο</b> (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	<b>Ηλικία</b>	<b>Οικογενειακή κατάσταση</b> (1:έγγαμος/η, 5:άγαμος/η)	<b>Μορφωτικό επίπεδο</b> (1:χωρίς γνώσεις, 5:λύκειο)
<i>ανάγκες κοινωνικής υπηρεσίας:</i>	r-Spearman			
<b>ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ</b>	<b>-0,176*</b>	-0,118	<b>-0,285*</b>	-0,034
<b>ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ</b>	0,052	-0,107	0,005	-0,007
<b>ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ</b>	0,033	0,068	0,091	-0,088
<b>ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΝΟΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ</b>	-0,096	-0,118	0,077	0,085

\* $P < 0,05$

**Πίνακας 8.** Συσχέτιση κατά Spearman της επιθυμίας για περισσότερες επισκέψεις με βασικά χαρακτηριστικά των 169 συμμετεχόντων στη μελέτη.

		Επιθυμία για περισσότερες επισκέψεις		P-value
		Ναι, n=29	Όχι, n=139	
		%		
<b>Φύλο</b>	άνδρες	12,8	87,2	0,337
	γυναίκες	19,0	81,0	
<b>Ηλικία</b>	≤60	14,3	85,7	0,039
	61-70	0	100	
	71-80	13,2	86,8	
	81+	25,4	74,6	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	έγγαμος/η με παιδιά	4,9	95,1	<0,001
	-//- χωρίς παιδιά	66,7	33,3	
	σε διάσταση, διαζευγμένος/η	25,0	75,0	
	χηρεία	27,1	72,9	
	άγαμος,η	30,0	70,0	
<b>Εκπαίδευση</b>	χωρίς γνώση γραφής ανάγνωσης	19,4	80,6	0,385
	δημοτικό	10,9	89,1	
	γυμνάσιο	13,3	56,7	
	λύκειο	25,0	75,0	

Έλεγχος  $\chi^2$

**Πίνακας 9.** Συσχέτιση κατά Spearman της **ικανοποίησης** και **βελτίωσης της ποιότητας της ζωής τους** των 169 συμμετεχόντων στη μελέτη από τις υπηρεσίες που παρέχει το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» με βασικά χαρακτηριστικά τους.

	<b>Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που παρέχει το Πρόγραμμα</b> (1:λίγο, 3: πολύ)	<b>Βελτίωση της ποιότητας της ζωής από τις υπηρεσίες που παρέχει το Πρόγραμμα</b> (1:μέτρια, 3: πάρα πολύ)
	r-Spearman (P-value)	
<b>Φύλο</b> (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	0,084	-0,042
<b>Ηλικία</b>	0,121	-0,047
<b>Κατάσταση υγείας</b> (1:κακή, 3:καλή)	0,049	-0,091
<b>Δείκτης Μάζας Σώματος</b>	-0,048	-0,063
<b>Μηνιαίο εισόδημα</b>	-0,002	0,021
<b>Μέλη που συνοικούν</b> (0,1,2,3)	-0,147	-0,051
<b>Εκπαίδευση</b> (1:χωρίς γνώσεις, 5:λύκειο)	-0,118	0,032

# Δεν βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις

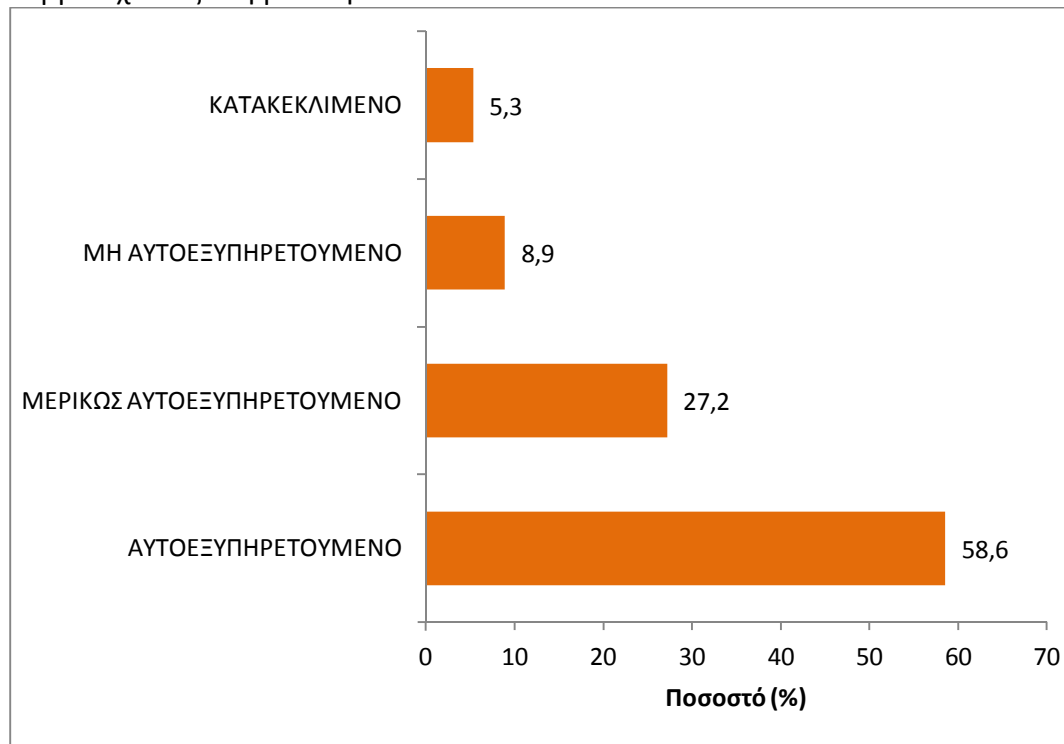
**Πίνακας 10.** Συσχέτιση κατά Spearman της βελτίωσης της ποιότητας της ζωής τους των 169 συμμετεχόντων στη μελέτη από τις υπηρεσίες που παρέχει το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» με τις βασικές τους ανάγκες.

ανάγκες	Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που παρέχει το Πρόγραμμα (1:λίγο, 3: πολύ)	Βελτίωση της ποιότητας της ζωής από τις υπηρεσίες που παρέχει το Πρόγραμμα (1:μέτρια, 3: πάρα πολύ)
	r-Spearman ( <i>P</i> -value)	
ΤΑΪΣΜΑ	-0,031	0,039
ΝΤΥΣΙΜΟ	-0,024	-0,050
ΜΠΑΝΙΟ	-0,056	0,117
ΑΤΟΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	0,019	-0,017
ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	-0,034	0,142
ΚΙΝΗΣΗ ΕΞΩ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ	-0,014	0,085
ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	0,051	0,056
ΠΛΥΣΙΜΟ ΠΙΑΤΩΝ	-0,019	0,121
ΣΚΟΥΠΙΣΜΑ/ΣΦΟΥΓΓΑΡΙΣΜΑ	-0,040	0,062
ΜΑΓΕΙΡΕΜΑ	-0,014	-0,085
ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΦΑΓΗΤΟΥ	-0,019	0,121
ΣΥΝΤΡΟΦΙΑ	0,036	0,045
ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ	0,031	<b>-0,187*</b>
ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ	0,055	-0,066
ΕΛΕΓΧΟΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗΣ	-0,033	-0,055
ΑΛΛΑΓΗ ΟΥΡΟΚΑΘΕΤΗΡΑ	-0,029	<b>0,167*</b>
ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ	0,060	0,037
ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ-ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ	-0,024	0,120
ΣΥΝΟΔΕΙΑ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	-0,021	0,092
ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΗΨΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	-0,038	0,118
ΕΝΕΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	<b>0,196*</b>	<b>0,153*</b>
ΓΡΑΨΙΜΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	0,038	0,092
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ	-0,011	0,084
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	-0,015	<b>0,188*</b>
ΥΠΙΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	0,015	0,097
ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	-0,024	<b>-0,155*</b>
ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΝΟΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	-0,082	<b>0,329*</b>

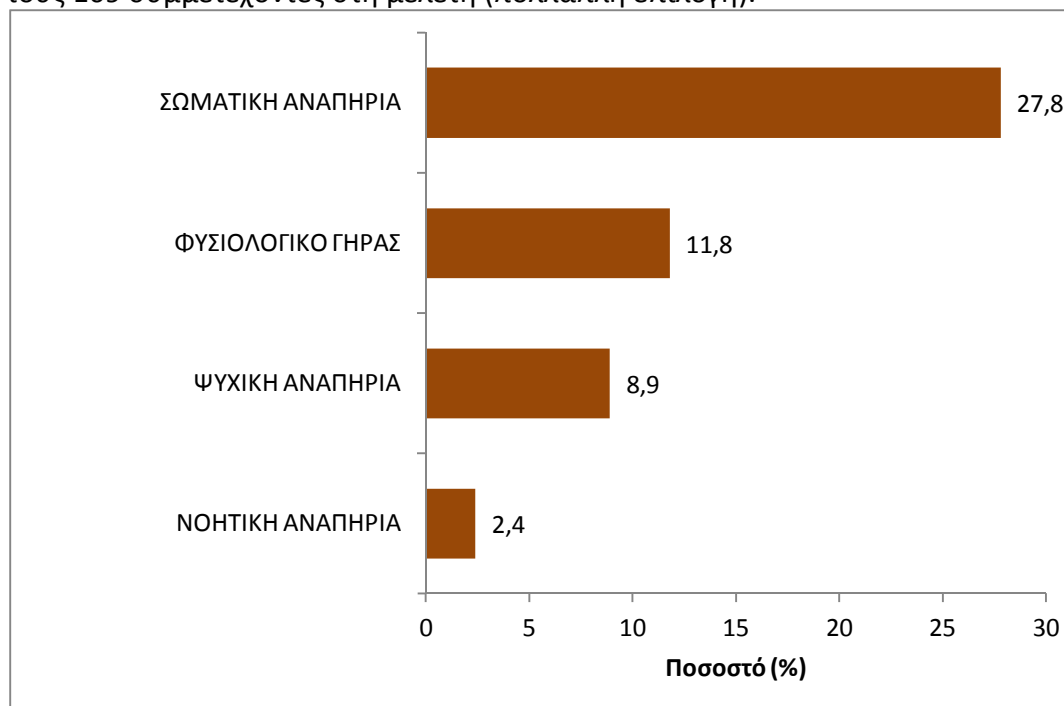
\**P*<0,05

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β' - Σχήματα

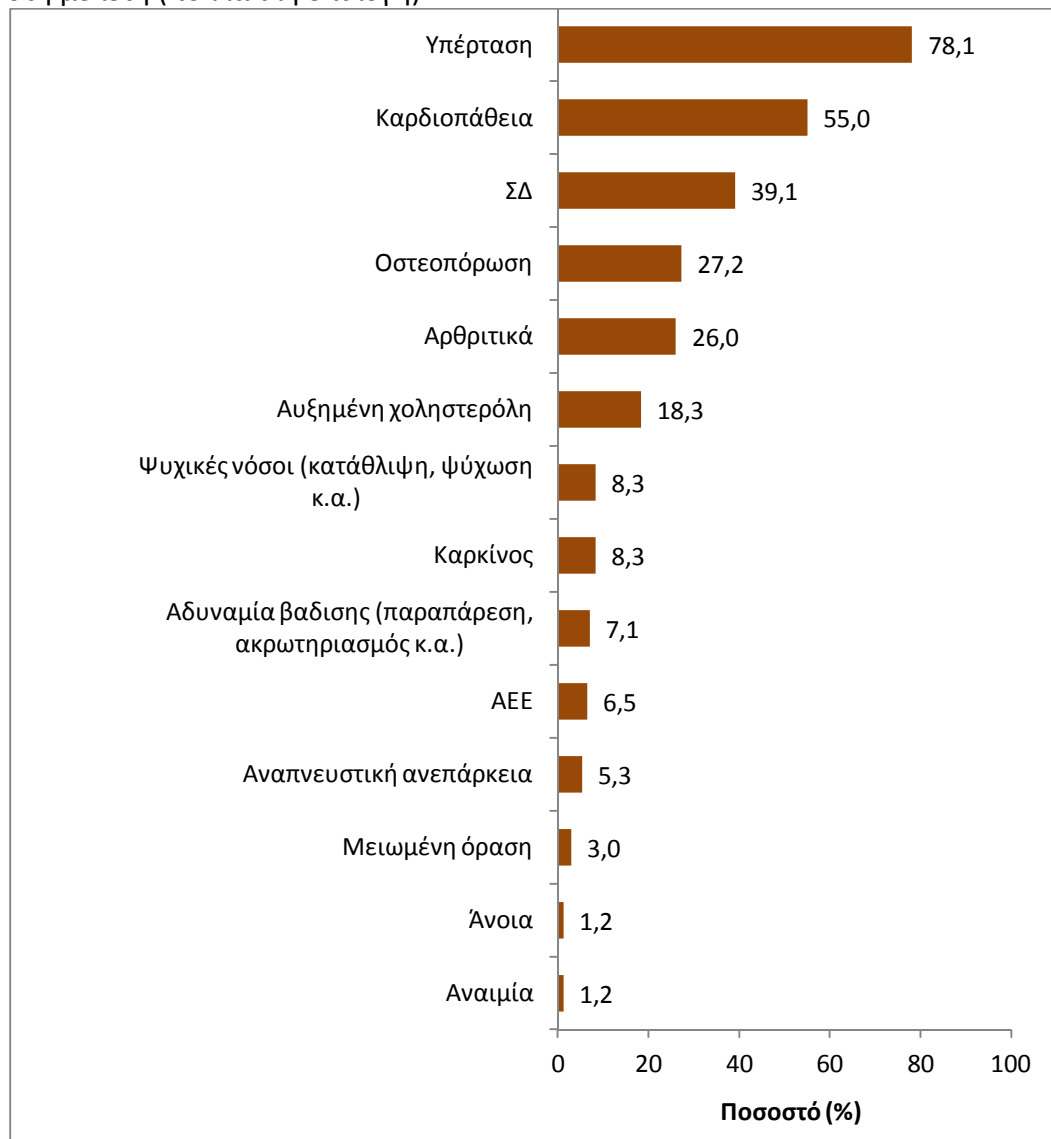
**Σχήμα 1.** Κατάσταση της υγείας τους όπως αναφέρεται από τους ίδιους τους 169 συμμετέχοντες στη μελέτη.



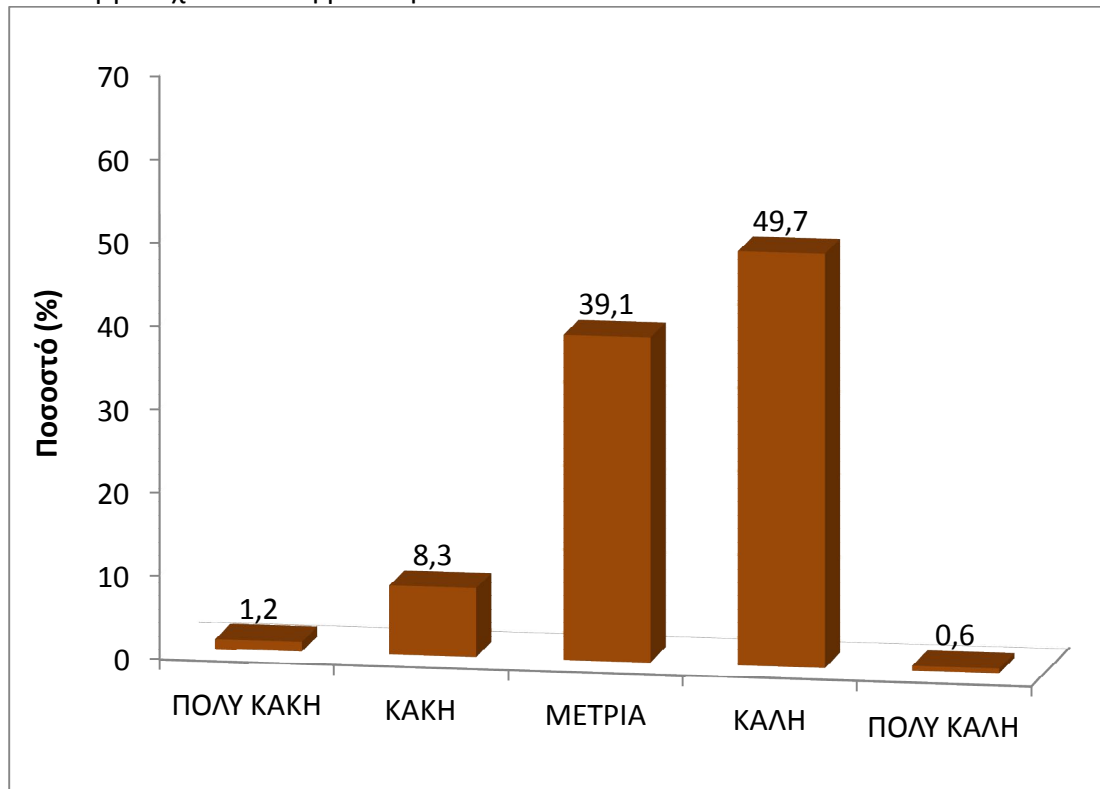
**Σχήμα 2.** Γενικά προβλήματα της υγείας τους όπως αναφέρονται από τους ίδιους τους 169 συμμετέχοντες στη μελέτη (πολλαπλή επιλογή).



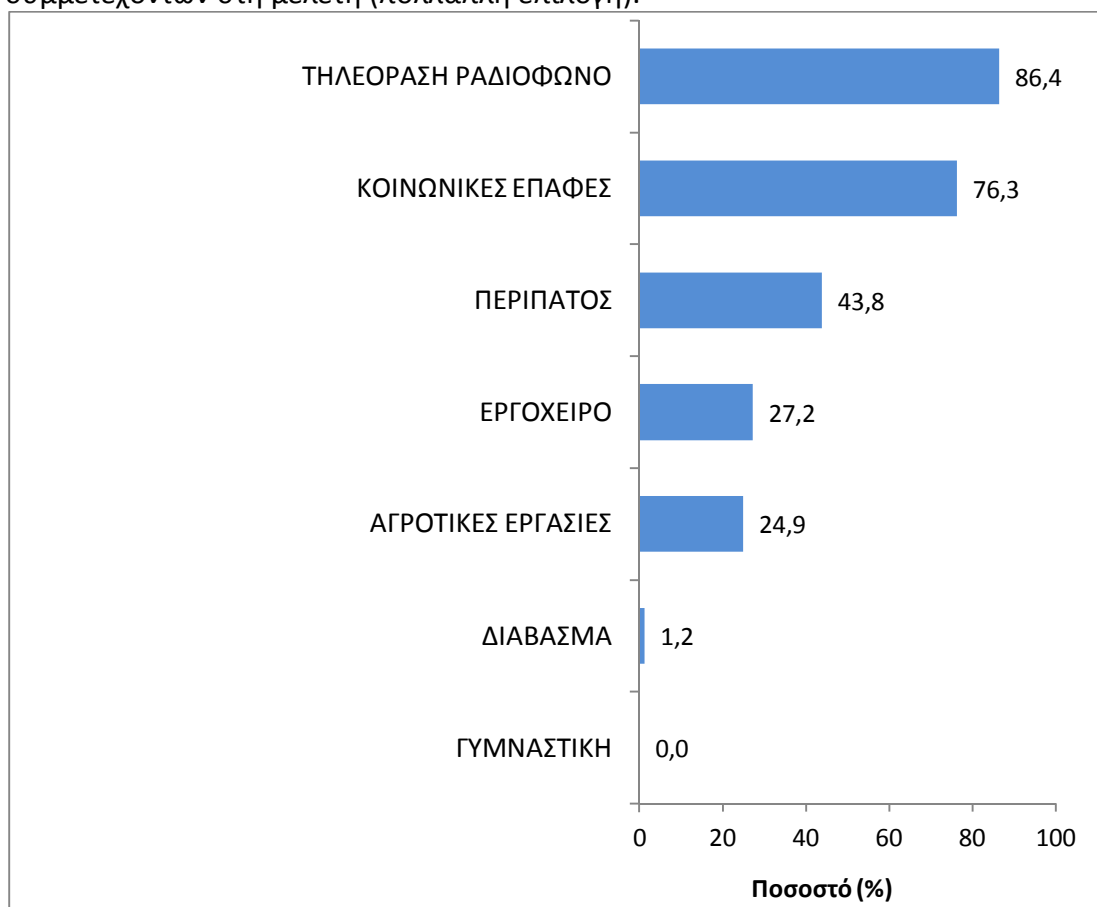
**Σχήμα 3.** Νοσηρότητα όπως αναφέρεται από τους ίδιους τους 169 συμμετέχοντες στη μελέτη (πολλαπλή επιλογή).



**Σχήμα 4.** Αυτοαναφορά γενικής κατάστασης υγείας τους τελευταίους δύο μήνες των 169 συμμετεχόντων στη μελέτη.

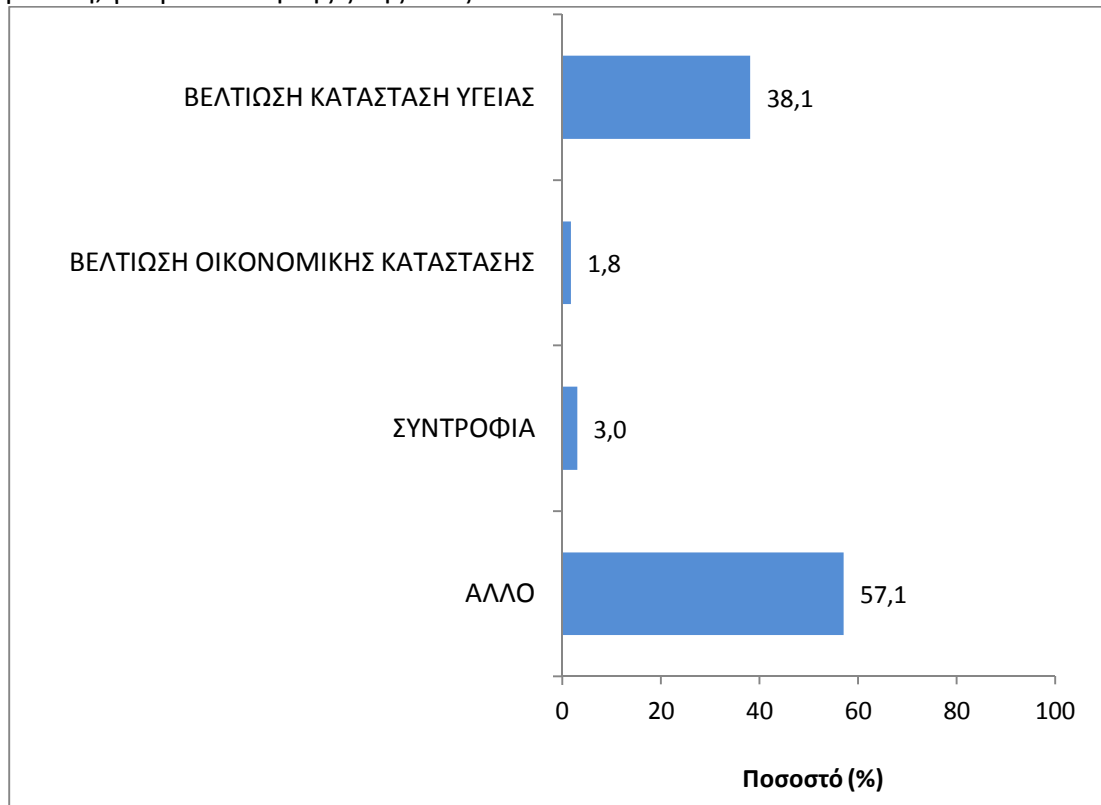


**Σχήμα 5.** Κατανομή συχνοτήτων σε διάφορες δραστηριότητες-ψυχαγωγία των 169 συμμετεχόντων στη μελέτη (πολλαπλή επιλογή).

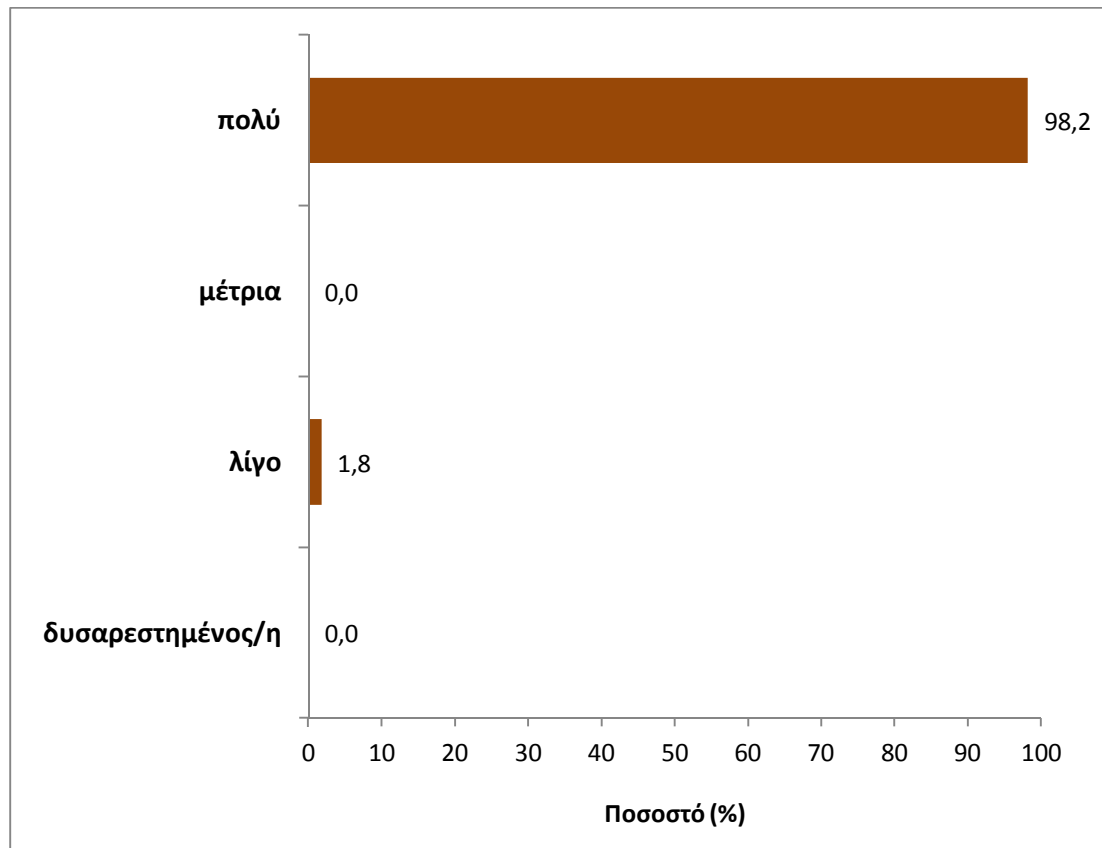




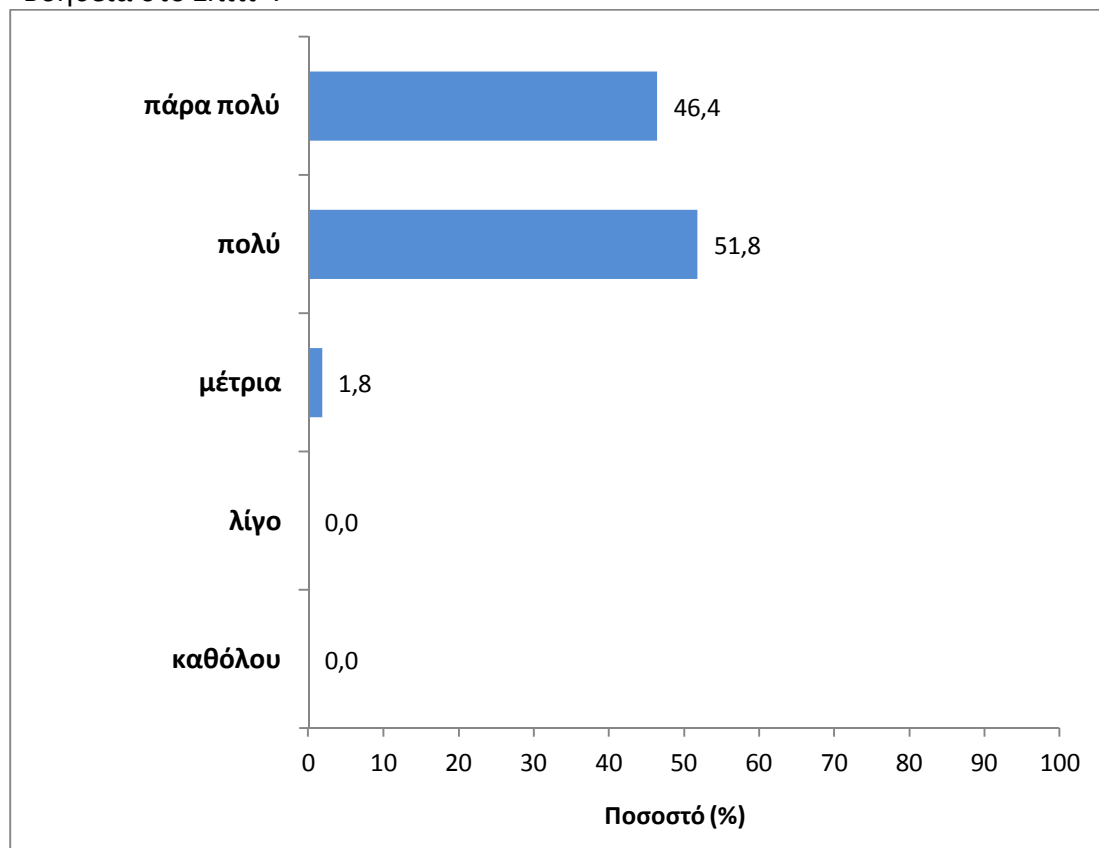
**Σχήμα 6.** Κατανομή συχνοτήτων της πεποίθησης των 169 συμμετεχόντων στη μελέτη, για βελτίωση της ζωής τους.



**Σχήμα 7.** Κατανομή συχνοτήτων της **ικανοποίησης** των 169 συμμετεχόντων στη μελέτη **από τις υπηρεσίες** που παρέχει το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».



**Σχήμα 8.** Κατανομή συχνοτήτων της **βελτίωσης της ποιότητας της ζωής τους** των 169 συμμετεχόντων στη μελέτη **από τις υπηρεσίες** που παρέχει το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ' - Ερωτηματολόγια

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 1<sup>ο</sup>

[Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται στους εργαζόμενους του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι στο Γάζι].

1. Τι ειδικότητες απασχολεί το πρόγραμμα “Βοήθεια στο Σπίτι” του Δήμου Γαζίου;
2. Ποια είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το πρόγραμμα;
3. Ποιες είναι οι προοπτικές συνέχισης του Προγράμματος;

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 2<sup>ο</sup>

[Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται στα εγγεγραμμένα μέλη του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι στο Γάζι].

### Α' ΜΕΡΟΣ

#### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

##### Α) ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ: 1.ΑΝΔΡΑΣ..... 2.ΓΥΝΑΙΚΑ.....

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ .....

ΒΑΡΟΣ: ..... κιλά

ΥΨΟΣ: ..... μέτρα

ΣΥΝΤΑΞΗ (ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ):.....

##### Β) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. ΕΓΓΑΜΟΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ.....

2. ΕΓΓΑΜΟΣ ΧΩΡΙΣ ΠΑΙΔΙΑ.....

3. ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ.....

4. ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ .....

5. ΧΗΡΕΙΑ.....

6. ΑΓΑΜΟΣ/Η.....

##### Βα) ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΜΕΝΟΥΝ ΜΑΖΙ ΣΑΣ

Α/Α	ΗΛΙΚΙΑ	ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ		
				κακή	μέτρια	καλή

Γ) ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

- 1.ΧΩΡΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ .....
- 2.ΓΝΩΣΗ ΓΡΑΦΗΣ-ΑΝΑΓΝΩΣΗΣ.....
- 3.ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ.....
- 4.ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ.....
- 5.ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ.....
- 6.ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΝΩΤΑΤΩΝ ΣΧΟΛΩΝ.....

Δ) ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΣΥΝΤΑΞΗ

- 1.ΓΕΩΡΓΟΣ.....
- 2.ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ.....
- 3.ΕΡΓΑΤΗΣ.....
- 4.ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ.....
- 5.ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ.....
- 6.ΟΙΚΙΑΚΑ.....
- 7.ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ.....
- 8.ΑΛΛΟ.....

Ε)ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ:

- 1.ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟ.....
- 2.ΜΕΡΙΚΩΣ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟ.....
- 3.ΜΗ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟ.....
- 4.ΚΑΤΑΚΕΚΛΙΜΕΝΟ.....

Ζ)ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

- 1.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....
- 2.ΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....
- 3.ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ.....
- 4.ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΗΡΑΣ.....
- 5.ΑΛΛΟ.....

ΠΩΣ ΘΑ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ ΔΥΟ ΜΗΝΕΣ :

ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	ΚΑΚΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΚΑΛΗ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ

ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ:

	<i>Σημειώστε με Χ</i>
<b>Καρδιοπάθεια</b>	
<b>Υπέρταση</b>	
<b>Αυξημένη χοληστερόλη</b>	
<b>Εγκεφαλικό επεισόδιο</b>	
<b>Σακχαρώδη διαβήτη</b>	
<b>Αρθριτικά</b>	
<b>Οστεοπόρωση</b>	
<b>Κάποιο μορφή νεοπλασίας (καρκίνου)</b>	
<b>Άλλο ...</b>	

Η) ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ-ΨΥΧΑΓΩΓΙΑ

- 1.ΕΡΓΟΧΕΙΡΟ.....
- 2.ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΑΦΕΣ.....
- 3.ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ/ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ.....

4. ΠΕΡΙΠΑΤΟΣ.....
5. ΔΙΑΒΑΣΜΑ.....
6. ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ.....
7. ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ ΜΕ ΑΓΡΟΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ.....
8. ΑΛΛΟ.....

## **Β' ΜΕΡΟΣ**

### **ΒΑΣΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ**

#### **1) ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

##### **Α) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

1. ΤΑΙΣΜΑ.....
2. ΝΤΥΣΙΜΟ.....
3. ΜΠΑΝΙΟ.....
4. ΑΤΟΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....
5. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....
6. ΚΙΝΗΣΗ ΕΞΩ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ.....
7. ΑΓΟΡΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....
8. ΠΛΥΣΙΜΟ ΡΟΥΧΩΝ.....
9. ΠΛΥΣΙΜΟ ΠΙΑΤΩΝ.....
10. ΣΚΟΥΠΙΣΜΑ/ΣΦΟΥΓΓΑΡΙΣΜΑ.....
11. ΜΑΓΕΙΡΕΜΑ.....
12. ΨΩΝΙΑ.....
13. ΕΞΩΦΛΗΣΗ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ.....
14. ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΦΑΓΗΤΟΥ.....
15. ΣΥΝΤΡΟΦΙΑ.....
16. ΑΛΛΟ.....

##### **Β) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΑ**

1. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ.....
2. ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ.....
3. ΕΛΕΓΧΟΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗΣ.....
4. ΑΛΛΑΓΗ ΟΥΡΟΚΑΘΕΤΗΡΑ.....
5. ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ.....
6. ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ-ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ.....
7. ΣΥΝΟΔΕΙΑ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....
8. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥΣ ΧΕΙΡΙΣΜΟΥΣ.....
9. ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΗΨΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....
10. ΕΝΕΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....
11. ΓΡΑΨΙΜΟ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....
12. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ.....
13. ΑΛΛΟ.....

##### **Γ) ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

1. ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....
2. ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.....
3. ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.....
4. ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ (ΠΡΟΝΟΙΑ-ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ).....
5. ΑΛΛΟ.....

#### **2) ΤΙ ΝΟΜΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΘΑ ΒΕΛΤΙΩΝΕ ΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ**

1. ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ.....

2.ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....

3.ΣΥΝΤΡΟΦΙΑ.....

4.ΑΛΛΟ.....

3) ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ

1.ΝΑΙ.....

2.ΟΧΙ.....

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΙΟΙ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΣΑΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΝΤΑΙ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ:.....

4) ΕΙΣΤΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

1.ΠΟΛΥ  2.ΜΕΤΡΙΑ  3.ΛΙΓΟ  4.ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΣ/Η

5) ΚΑΤΑ ΠΟΣΟ ΕΧΕΙ ΒΕΛΤΙΩΘΕΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

1.ΚΑΘΟΛΟΥ  2.ΛΙΓΟ  3.ΜΕΤΡΙΑ  4.ΠΟΛΥ  5.ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ