



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

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

**«Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" στην περιοχή Κρουσώνα.
Διερεύνηση αναγκών εργαζομένων και ηλικιωμένων και προοπτικές
συνέχισης του προγράμματος.»**



ΔΑΝΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ Α.Μ: 4301

ΣΑΡΑΝΤΙΔΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ Α.Μ: 4250

ΣΦΑΚΑΚΗ ΣΤΥΛΙΑΝΗ- ΕΛΕΝΗ Α.Μ: 4252

Επιβλέπων καθηγητής:

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΗΣ

Καθηγητής Εφαρμογών

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2015

*Το γήρασμα του σώματος και της μορφής μου
είναι πληγή από φρικτό μαχαίρι.
Δεν έχω εγκαρτέρηση καμιά.
Εις σε προστρέχω Τέχνη της Ποίησης,
που κάπως ξέρεις από φάρμακα·
νάρκης του άλγους δοκιμές, εν Φαντασία και Λόγω.*

*Είναι πληγή από φρικτό μαχαίρι.—
Τα φάρμακά σου φέρε Τέχνη της Ποίησης,
που κάμνουνε —για λίγο— να μη νοιώθετε η πληγή.*

(Κ.Π. Καβάφης, «Μελαγχολία του Ιάσονος Κλεάνδρου ποιητού εν Κομμαγηνη· 595 μ.Χ.»)

Αφιερώνεται στις οικογένειες μας για την αμέριστη εμπιστοσύνη και στήριξη που μας πρόσφεραν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας. Επίσης ευχαριστούμε τον επόπτη μας κο Παναγιωτάκη Γεώργιο για τις πληροφορίες που μας παρείχε, καθώς και τη κα Χναράκη Ευαγγελία για τη πολύτιμη βοήθει της.

Περίληψη

Το αντικείμενο που πραγματεύεται η παρούσα εργασία αφορά την διερεύνηση των αναγκών τόσο των εργαζομένων όσο και των εξυπηρετούμενων μελών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» Κρουσώνα. Πιο συγκεκριμένα, ερευνώνται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, ο βαθμός ικανοποίησης των ατόμων με ιδιαίτερες ανάγκες φροντίδας και οι προοπτικές συνέχισης του προγράμματος.

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε στην υπηρεσία «Βοήθεια στο Σπίτι» Κρουσώνα του Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ (Δημοτικός Οργανισμός Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Προστασίας και Παιδείας Μαλεβιζίου) δήμου Μαλεβιζίου. Για την διερεύνηση του θέματος της πτυχιακής χρησιμοποιήθηκε ποιοτική και ποσοτική έρευνα. Αναλυτικότερα ,μοιράστηκαν 41 ερωτηματολόγια στα μέλη του προγράμματος και πραγματοποιήθηκαν τρεις ημι-δομημένες συνεντεύξεις στους εργαζόμενους του. Επιπρόσθετα το προς μελέτη αντικείμενο ερευνάται μέσω ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας .

Στην ποσοτική έρευνα συμμετείχαν τα μέλη του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» Κρουσώνα, τα οποία στην πλειοψηφία τους είναι γυναίκες, απασχολούμενοι/ες και μη ,με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων της έρευνας αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα υγείας με πρωτεύοντα του καρδιακού και κυκλοφορικού συστήματος (73%). Επιπρόσθετα τα μέλη του «Βοήθεια στο Σπίτι» Κρουσώνα εξέφρασαν τις ανάγκες για μέτρηση αρτηριακής πίεσης (68,1%) , τη μέτρηση γλυκόζης (41,5%), τη παροχή συμβουλευτικής οικογένειας (61%) και την υποστηρικτική κοινωνική εργασία (51%). Όσο αφορά την κάλυψη των αναγκών και την βελτίωση της ποιότητας ζωής μέσω των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος, η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων δηλώνουν ικανοποιημένοι και θεωρούν ότι έχει βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους.

Abstract

The subject of the present project deals with the investigation of the needs of the workers and members of the program "Help at Home" of Krousonas. More specific, it researches the problems that the employees deal with, the satisfaction level of people with special needs, and the potential of continuing the program.

The study took place in the service of "Help at Home" of Krousonas belonging to D.O.S.S.P.E.M (Demotic Organization of Social Solidarity, Protection and Education of Malevizi). For the investigation of the project's subject there was used a qualitative and a quantitative research. More specific, 41 questionnaires were given to members of the program, and there were made three semi-structured interviews to its employees. Additionally the subject to be studied, is being researched through Greek and non-Greek bibliography.

At the quantitative research, the participants were the members of the program "Help at Home" of Krousonas, mostly women, workers or not, with low educational level. The majority of participants of the research deals with different health problems, primarily cardiac and bloodstream problems (73%). In addition members of "Help at Home" or Krousonas expressed their needs for blood pressure measuring (68,1%) , glucose measuring (41,5%), a family advisory to be provided (61%) and the supportive social working (51%). In the matter of needs covering and the living quality improvement, through the provided services of the program, the majority of the members state that they are satisfied and assume they have an improved quality of life.

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
Περίληψη.....	4
Abstract.....	5
Πίνακας Περιεχομένων.....	6
Εισαγωγή.....	9
Α ΜΕΡΟΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	
ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	
1.1 Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη ...	10
1.1.1 Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη	10
1.1.2 Παράγοντες εμφάνισης της δημογραφικής γήρανσης.....	12
1.1.3 Οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης.....	13
1.2 Προγράμματα και μέτρα προστασίας για την τρίτη και τέταρτη ηλικία	15
1.2.1.Μέτρα προστασίας για την τρίτη και τέταρτη ηλικία	15
1.2.2.Προγράμματα για την Τρίτη και Τέταρτη ηλικία	16
Μορφές κλειστής περίθαλψης.....	16
Μορφές ανοιχτής περίθαλψης.....	21
1.3 Δια βίου μάθηση και Πανεπιστήμια Τρίτης Ηλικίας.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	
Η ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	
2.1 Ορισμός Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας, έννοια και χαρακτηριστικά	33
2.1.1 Χαρακτηριστικά τρίτης και τέταρτης ηλικίας.....	36
2.2 Ανάγκες των ηλικιωμένων.....	41
2.3 Δικαιώματα ηλικιωμένων	42
2.4 Προβλήματα και επιπτώσεις της τρίτης και της τέταρτης ηλικίας την περίοδο της οικονομικής κρίσης.....	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

3.1 Ιστορική αναδρομή για τη σύσταση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» Κρουσώνα	49
3.1.1 Ιστορική αναδρομή για τη σύσταση του προγράμματος, «Βοήθεια στο Σπίτι»	49
3.1.2 Πρόγραμμα « Βοήθεια στο Σπίτι». Κρουσώνα	50
3.1.3 Αρχές που διέπουν το πρόγραμμα, « Βοήθεια στο σπίτι»	51
3.1.4 Οι παρεχόμενες υπηρεσίες.	52
3.1.5 Στελέχωση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»	53
3.2 Ο σκοπός και οι στόχοι του προγράμματος ,η διάρθρωση του προσωπικού και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού	54
3.2.1 Ο σκοπός και οι στόχοι του προγράμματος	54
3.2.2 Απαραίτητες προϋποθέσεις για την καλύτερη λειτουργία του προγράμματος	57
3.2.3 Η διάρθρωση του προσωπικού ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού	58
3.3 Άλλα προγράμματα που απευθύνονται στην Τρίτη ηλικία	60

Β΄ ΜΕΡΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Σκοπός και στόχος της έρευνας	67
4.2 Αναγκαιότητα και σημασία της έρευνας	68
4.3 Ερευνητικά ερωτήματα	68
4.4 Μέθοδος, σχεδιασμός και στάδια έρευνας	69
4.5 Επιλογή δείγματος της έρευνας	70
4.6 Σχεδιασμός ερωτηματολογίου	71
4.7 Ανάλυση δεδομένων.	72

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Αποτελέσματα της έρευνας με βάση τις απαντήσεις των εργαζομένων.....	73
5.2 Αποτελέσματα της έρευνας με βάση τις απαντήσεις των εξυπηρετούμενων	75
5.3 Αποτελέσματα συσχετίσεων	99
5.4 Συμπεράσματα.....	108
Προτάσεις	110
Σύνοψη	112
Βιβλιογραφία	113
Παράρτημα 1	115
Παράρτημα 2	145
Συντομογραφίες	145
Παράρτημα 3	146
Ημι-δομημένη συνέντευξη απευθυνόμενη στους εργαζομένους.....	146
Παράρτημα 4	147
Ερωτηματολόγιο για τους εξυπηρετούμενους	147

Εισαγωγή

Το Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" είναι μια δράση κοινωνικής προστασίας που έχει σαν στόχο τη συστηματική και οργανωμένη παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας, αποτελεί κατεξοχήν δομή ανοικτής περίθαλψης και είναι μία από τις πιο ουσιαστικές υπηρεσίες στήριξης των πολιτών μέσα στην κοινότητά τους. Απευθύνεται σε άτομα τα οποία ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες , σε πολίτες της τρίτης ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα.

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να διερευνηθούν τόσο οι ανάγκες των εργαζομένων του προγράμματος όσο και των ηλικιωμένων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στην περιοχή Κρουσώνα. Χρήσιμο είναι ακόμα να παρατηρηθούν και οι προοπτικές συνέχισης του προγράμματος στην αναφερόμενη τοπική κοινότητα. Αυτό θα προκύψει από τα ερευνητικά ερωτήματα και από την αξιολόγηση των απαντήσεων των εργαζομένων. Όμως η συνέχιση του προγράμματος είναι βασικά εξαρτώμενη από το υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Όσον αφορά στη δομή της πτυχιακής εργασίας, εκείνη διακρίνεται σε θεωρητικό και ερευνητικό μέρος. Οι άξονες, οι οποίοι παρουσιάζονται στο θεωρητικό μέρος αφορούν αρχικά το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης, και τα πανεπιστήμια τρίτης ηλικίας. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η έννοια και τα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας, καθώς και ανάγκες των ηλικιωμένων .Τέλος, γίνεται παρουσίαση της ιστορικής αναδρομής του προγράμματος “Βοήθεια στο Σπίτι”, γίνονται γνωστοί οι σκοποί και οι στόχοι του και γίνεται εκθείαση άλλων προγραμμάτων που αφορούν την Τρίτη Ηλικία .

Όσον αφορά στο ερευνητικό μέρος, αποτελείται από το σκοπό και τη μεθοδολογία της έρευνας και πιο συγκεκριμένα την ερευνητική στρατηγική, τη στατιστική ανάλυση, τον πληθυσμό, το ερευνητικό εργαλείο, την προετοιμασία του πεδίου έρευνας, την εκτίμηση των δυσκολιών για τη διεξαγωγή της και τυχόν ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, τα συμπεράσματά της, καθώς και οι προτάσεις των συντακτών της εργασίας.

Α ΜΕΡΟΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

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

1.1.1. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη

Η γήρανση του πληθυσμού είναι αποτέλεσμα της προόδου που επιτεύχθηκε στον οικονομικό, τον κοινωνικό και τον ιατρικό τομέα από την άποψη των υπηρεσιών που παρέχονται στους Ευρωπαίους. Αποτελεί θρίαμβο για την ανθρωπότητα και ταυτόχρονα μεγάλη πρόκληση καθώς η γήρανση του πληθυσμού προκαλεί αυξημένες οικονομικές και κοινωνικές απαιτήσεις σε όλο τον κόσμο. Το ποσοστό των ανθρώπων ηλικίας άνω των 60 ετών αυξάνεται γρηγορότερα από οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα. Μεταξύ του 1970 και του 2050, η αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων αναμένεται να φτάσει τα 694 εκατομμύρια και το 2050 θα υπάρχουν συνολικά 1,2 δισεκατομμύρια άνθρωποι πάνω από 60 ετών.¹

Πιο συγκεκριμένα, «δημογραφική γήρανση ορίζεται η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων (60,65,70,75+) στον πληθυσμό, η οποία αντανακλάται στην επακόλουθη αύξηση της διάμεσης ηλικίας των νέων (0-14 ή 0-19) και ενδεχομένως της αναλογίας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας (15-64 ή 20-60). Διακρίνεται σε: α) γήρανση από την βάση της πυραμίδας των ηλικιών όταν μειώνεται η αναλογία των νέων ατόμων που οφείλεται στην μείωση της γεννητικότητας και β) σε γήρανση κατά κορυφή της πυραμίδας των ηλικιών όταν αυξάνει ο πληθυσμός των ηλικιωμένων εξ αιτίας της θνησιμότητας των μεγάλων ηλικιών».²

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Eurostat, οι πληθυσμοί της Ευρώπης γερνάνε γρήγορα λόγω του χαμηλού ποσοστού γεννήσεων και του αυξανόμενου προσδόκιμου ζωής. Η τρέχουσα δομή του πληθυσμού της ΕΕ χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα υψηλό πλήθος ανθρώπων που γεννήθηκαν τις δύο δεκαετίες μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, αν οπότε είχε λάβει χώρα έκρηξη γεννήσεων. Αυτή η γενιά –λεγόμενη και γενιά του baby-boom αποτελείται από τις ομάδες του

¹ WHO, 2002

² Μουσούρου, 1993

πληθυσμού που γεννήθηκαν από τα μέσα-τέλη του 1940 έως και τα τέλη του 1960. Οι πρώτοι της γενιάς baby-boom έχουν περάσει στις ημέρες μας στην συνταξιοδότηση.

Η Ευρώπη, όπως και πολλές άλλες περιοχές του πλανήτη, υφίσταται μια σημαντική αλλαγή στη δομή του πληθυσμού της. Οι Ευρωπαίοι ζουν περισσότερο και υγιέστερα από ποτέ και αυτό αναμένεται να συνεχιστεί δεδομένης της διαρκούς προόδου της ιατρικής και της βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου. Το προσδόκιμο επιβίωσης έχει σημειώσει μεγάλη αύξηση την τελευταία 50ετία, και θα εξακολουθήσει να αυξάνεται στις επόμενες δεκαετίες. Ωστόσο, οι δημογραφικές αλλαγές θα θέσουν νέες προκλήσεις για τα συστήματα στην υγεία και τη μακροχρόνια μέριμνα. Λόγω του χαμηλού ποσοστού γεννήσεων και του αυξανόμενου προσδόκιμου επιβίωσης, ο πληθυσμός της Ευρώπης γηράσκει προοδευτικά.

Η Ελλάδα ακολουθεί την τάση αυτή της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού. Η δημογραφική κατάσταση χαρακτηρίζεται από χαμηλή γεννητικότητα και αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Οι γιαγιάδες και οι παππούδες σήμερα κοντεύουν να ξεπεράσουν αριθμητικά τα παιδιά, πιο συγκεκριμένα στα 100 παιδιά ηλικίας κάτω των 15 ετών αναλογούν 71 άτομα άνω των 65 ετών. Ο πληθυσμός άνω των 60 ετών, λοιπόν, το 2002 ανερχόταν σε 2.539.000, ενώ το 2050 εκτιμάται ότι θα φτάσει τα 3.652.000. Σε ποσοστά επί του γενικού πληθυσμού αυτό αντιστοιχεί σε 21% και 36% αντίστοιχα.³ Σύμφωνα μάλιστα με τις προβολές της Eurostat, η Ελλάδα μαζί με την Ισπανία και την Ιταλία θα έχουν για το 2050 πολύ υψηλά ποσοστά εξάρτησης ηλικιωμένων.

Στην γήρανση αυτή του πληθυσμού στην Ελλάδα, σημαντικό ρόλο έπαιξε η μεγάλη εξωτερική μετανάστευση που σημειώθηκε στην δεκαετία του 1960 και η μερική παλιννόστηση στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Το φαινόμενο της εσωτερικής μετανάστευσης, κυρίως για λόγους αναζήτησης εργασίας, συντέλεσε στην ανομοιόμορφη κατανομή του πληθυσμού στην χώρα, από την πλευρά της ηλικιακής σύνθεσης. (Εμκε-Πουλοπούλου, 1986:125-140). Επιπρόσθετα το φαινόμενο της αντίστροφης εσωτερικής μετανάστευσης και της εγκατάστασης μεγάλου αριθμού προσφύγων και αλλοδαπών κυρίως από τις βαλκανικά κράτη στην Ελλάδα αναμένεται να επιδράσει στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ελληνικού πληθυσμού.

³ UNO, 2000

1.1.2 Παράγοντες εμφάνισης της δημογραφικής γήρανσης

Στο υποκεφάλαιο αυτό θα ήταν σκόπιμο να γίνει μια μικρή αναφορά στους παράγοντες που συμβάλουν στην αύξηση της δημογραφικής γήρανσης. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω η γήρανση σε μεγάλο βαθμό είναι προϊόν της υπογεννητικότητας. Η πτώση των γεννήσεων μακροπρόθεσμα οδηγεί στην μείωση του γενικού πληθυσμού, καθώς ελαττώνεται η αναλογία των νεότερων ατόμων στον πληθυσμό και αυξάνει η αναλογία των ηλικιωμένων. Η μείωση της γονιμότητας συνέβαλε κατά πολύ στην μείωση των γεννήσεων και κατά συνέπεια στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό.

Ένας άλλος παράγοντας που ασκεί σημαντική επίδραση στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στο γενικό πληθυσμό είναι η μείωση της θνησιμότητας και η παράταση του προσδόκιμου επιβίωσης. Το φαινόμενο της αύξησης της αναλογίας του γεροντικού πληθυσμού ξεκίνησε να εκδηλώνεται σταδιακά από την περίοδο της μεταβιομηχανικής επανάστασης και μετά, κυρίως στις πιο εύπορες χώρες. Καθώς οι ευνοϊκές οικονομικές συνθήκες που επικρατούσαν στις χώρες αυτές οδήγησαν σε αναπτυξιακές τάσεις όπως η συγκρότηση υπηρεσιών δημόσιας υγείας, η εξυγίανση του περιβάλλοντος, η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής και γενικότερα η άνοδο του βιοτικού και μορφωτικού επιπέδου. Όλες αυτές οι σημαντικές εξελίξεις συνέβαλλαν στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, στην μακροζωία, και κατά συνέπεια στην βαθμιαία μείωση της θνησιμότητας.

Ένας τρίτος δημογραφικός συντελεστής που μετέχει ενεργά στην εξάπλωση της πληθυσμιακής γήρανσης είναι η μεταναστευτική κίνηση των πληθυσμών. Η μετανάστευση προκαλεί αίτια γήρανσης στις χώρες προέλευσης των μεταναστών και προοπτικές ανανέωσης του πληθυσμού στις χώρες υποδοχής. Η μεταναστευτική ροή συμβάλλει πρωτίστως στην γήρανση από τη μέση της πυραμίδας των ηλικιών, καθώς οι νέοι φεύγουν και μένουν πίσω οι γηραιότεροι, με συνέπεια να αυξάνεται ολόένα και περισσότερο ο ρυθμός επιτάχυνσης της γήρανσης του πληθυσμού. Δευτερευόντως, η μεταναστευτική τάση προκαλεί γήρανση από την βάση της πυραμίδας των ηλικιών, εφόσον περιορίζονται οι ομάδες ηλικιών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία με απόρροια την πτώση των γεννήσεων. Το φαινόμενο αυτό καλείται και ως «αλυσίδα γήρανσης». Συμπεράσματα από αρκετές μελέτες αποδεικνύουν ότι η μεταναστευτική κινητικότητα προς το εξωτερικό συνέβαλλε σημαντικά στην πληθυσμιακή αλλαγή πολλών χωρών, ήδη από τα τέλη του 19ου αιώνα και καθ' όλη την διάρκεια του 20ου αιώνα. Οι μεταναστεύσεις αυτές είχαν ως

συνέπεια την εγρήγορση του ρυθμού γήρανσης των πληθυσμών των χωρών προέλευσης και την ανανέωση των χωρών υποδοχής.

Πέρα όμως από την εξωτερική μετανάστευση, δυσμενείς επιδράσεις στην γήρανση του πληθυσμού έχει ασκήσει και η εσωτερική μετανάστευση, δηλαδή με άλλα λόγια η μεταφορά πληθυσμών από περιοχή σε περιοχή στο εσωτερικό μιας χώρας και ιδιαίτερα η μετακίνηση πληθυσμών από την ύπαιθρο στα αστικά κέντρα. Τα τελευταία χρόνια η γήρανση των πληθυσμών αγροτικών περιοχών της αραιοκατοικημένης υπαίθρου τείνει να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, το γεγονός αυτό προκαλείται κυρίως από την μεταναστευτική κινητικότητα των νεότερων ηλικιακών ομάδων του πληθυσμού και επιδεινώνεται με την επιστροφή των παλιννοστούντων που όντας πλέον συνταξιούχοι επιστρέφουν στον τόπο καταγωγής τους.

Εξαιτίας αυτών των τάσεων, ο συνολικός πληθυσμός της ΕΕ θα μειωθεί ελαφρά, αλλά θα γίνει και πολύ πιο ηλικιωμένος. Ο ενεργός πληθυσμός των Ευρωπαίων (άτομα ηλικίας από 15 έως 64 ετών) θα μειωθεί κατά 48 εκατομμύρια από το 2006 έως το 2050, ενώ το ποσοστό εξάρτησης αναμένεται να διπλασιαστεί και να φτάσει στο 51% το 2050. Αυτή η δημογραφική αλλαγή θα συνοδεύεται από βαθιές κοινωνικές ανακατατάξεις(κοινωνική προστασία, στέγαση, εργασία) σε όλες τις χώρες τις οποίες αφορά η γήρανση του πληθυσμού. Η γήρανση του πληθυσμού θα έχει αντίκτυπο και στην κοινωνική προστασία και στα δημόσια οικονομικά. Με βάση τις σημερινές πολιτικές, η γήρανση θα προκαλέσει σημαντικές αυξητικές πιέσεις στις δημόσιες δαπάνες⁴.

1.1.3.Οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης

Η δημογραφική γήρανση αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, που κάνει ακόμη και τις πιο ανεπτυγμένες τεχνολογικά χώρες να βρίσκονται στο στάδιο της προσαρμογής. Κάποτε η μακροβιότητα εθεωρείτο προνόμιο. Σήμερα, μολονότι η μακροβιότητα είναι επιθυμητή, φέρνει νέες προκλήσεις και απαιτήσεις στις χώρες που την αντιμετωπίζουν.

Η γήρανση, λοιπόν, αποτελεί μία καθορισμένη γενετικά μεταβολή στην δομή και στην λειτουργία του ηλικιωμένου οργανισμού. "Γηράσκω" και "γήρας" δεν είναι έννοιες ταυτόσημες. Γηράσκουν οι άνθρωποι με το πέρασμα του χρόνου, ενώ γήρας

⁴ Eurostat, 2008

είναι η εκφύλιση και η φθορά που ακολουθεί πολύ αργότερα. [γηράσκω: η πορεία, γήρας: το αποτέλεσμα]

Οι επιπτώσεις της είναι εξαιρετικά σημαντικές στα άτομα, στην οικογένεια, στην κατανομή του εισοδήματος, στην αγορά εργασίας, στην πορεία των μακροοικονομικών μεγεθών, στην άσκηση της δημόσιας πολιτικής και στην κοινωνία⁵. Σύμφωνα με πολλούς μελετητές οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης είναι οι εξής :

A. *οικονομικές* και αφορούν την χρηματοδότηση των δαπανών για κοινωνική ασφάλιση και για 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. Ειδικότερα, στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής προστασίας έχει πιστοποιηθεί η αύξηση των δαπανών υγείας κατά τέσσερις έως έξι φορές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό⁶.

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

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

Δ. *κοινωνικές*, όπου αναφέρονται στην σύγκρουση γενεών και την διερεύνηση χάσματος ανάμεσα στους ηλικιωμένους και τους νέους διερεύνηση της φτώχειας περιθωριοποίηση κοινωνικών ομάδων⁷.

⁵ OECD,1996

⁶ OECD,1988

⁷ Παναγιωτάκης Γ.,2008

1.2 Προγράμματα και μέτρα προστασίας για την τρίτη και τέταρτη ηλικία

1.2.1. Μέτρα προστασίας για την τρίτη και τέταρτη ηλικία

Τα μέτρα που έχουν υιοθετηθεί στην Ελλάδα και αφορούν την προστασία των ηλικιωμένων περιλαμβάνουν παροχές ⁸:

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

Στη συνέχεια θα αναφερθούν τα κυριότερα μέτρα που αφορούν την Τρίτη και Τέταρτη ηλικία στην χώρα.

Μέτρα εισοδηματικής ενίσχυσης –επιδόματα.

1. Συνταξιοδότηση ανασφάλιστων υπερηλίκων. Το επίδομα χορηγείται μηνιαίως από ειδικό λογαριασμό στον ΟΓΑ και αφορά την κατώτερη χορηγούμενη σύνταξη Ο.Γ.Α., σε άτομα άνω των 65 ετών, τα οποία δεν έχουν ασφαλιστεί. Απαραίτητες προϋποθέσεις για να λάβει κάποιος το παραπάνω επίδομα είναι:

- α) Να είναι Έλληνας ή ομογενής που διαμένει μόνιμα στην Ελλάδα.
- β) Να μην λαμβάνει χρηματική ενίσχυση από άλλο φορέα.

2. Ηλικιωμένοι άνω των 60 ετών που έχουν κάποια μορφή αναπηρίας σε ποσοστό 67% και άνω λαμβάνουν επίδομα κάθε μήνα εφόσον δεν έχουν οικονομική βοήθεια από κανέναν άλλο ασφαλιστικό φορέα. Αν το άτομο λαμβάνει σύνταξη από τον Ο.Γ.Α. δικαιούται την διαφορά μεταξύ του επιδόματος του Ο.Γ.Α. και του βοηθήματος εξαιτίας της αναπηρίας.

3. Επίδομα χορηγείται σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (π.χ. σεισμοί, πυρκαγιές, φυλάκιση, θεομηνία) σε ηλικιωμένους και οικογένειες για ν' αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που προκύπτουν από τις καταστάσεις που αναφέραμε.

4. Ο Ερυθρός Σταυρός και τα φιλόπτωχα ταμεία των Ενοριών, παρέχουν οικονομική ενίσχυση σε άπορους ηλικιωμένους.

⁸ Σταθόπουλος 1999 307

5. Τέλος, υπάρχει το επίδομα ενοικίου σε μοναχικά ηλικιωμένα ζευγάρια άνω των 65 ετών, που δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη, βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία (δηλαδή, να μην υπάρχει εισόδημα από οποιαδήποτε πηγή που να τους παρέχει τη δυνατότητα αντιμετώπισης των στεγαστικών τους δαπανών) και δεν έχουν περιουσία κινητή ή ακίνητη. Το επίδομα αυτό είναι μηνιαίο.⁹

1.2.2. Προγράμματα για την Τρίτη και Τέταρτη ηλικία

Στη χώρα μας οι υπηρεσίες που απευθύνονται αποκλειστικά σε ηλικιωμένους παρέχονται από το κράτος, την τοπική αυτοδιοίκηση, την εκκλησία, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και την ιδιωτική επιχειρηματική πρωτοβουλία. Παράλληλα, σε άλλες ανεπτυγμένες χώρες, κυρίως στην Ευρωπαϊκή Ένωση παρέχονται ποικίλες υπηρεσίες στην κοινότητα. Ενδεικτικά αναφέρονται οι κυριότερες : νοσοκόμοι στη γειτονιά όλο το 24^{ωρο} , εθελοντές τεχνίτες –ηλεκτρολόγοι, υδραυλικοί που τακτοποιούν τις βλάβες του σπιτιού του ηλικιωμένου-, ενοικίαση βοηθητικών οργάνων όπως αναπηρικά καροτσάκια, εκπαίδευση της οικογένειας στην περιποίηση του ηλικιωμένου, νομικές συμβουλές για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, δωρεάν τηλέφωνο σε οικονομικά αδύναμους, πανεπιστήμια 3^{ης} ηλικίας κλπ.¹⁰

Μορφές κλειστής περίθαλψης

Με τον όρο κλειστή περίθαλψη εννοούμε όλες τις μορφές κλειστών ιδρυμάτων που έχουν σαν βασικό τους στόχο την φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν μόνιμα σε αυτό όπως είναι τα γηροκομεία και τα άσυλα. Στη συνέχεια, θα αναλυθούν μερικές μορφές κλειστής περίθαλψης.

Στην Ελλάδα στην πλειονότητα τους τα ηλικιωμένα άτομα ζουν μόνα τους στα σπίτια τους ή με τα παιδιά τους. Ένα πολύ μικρό ποσοστό ηλικιωμένων είτε αναγκαστικά είτε οικιοθελώς, ζει σε ιδρύματα, ποσοστό που αυξάνει με την πάροδο του χρόνου. Αιτία του χαμηλού ποσοστού στη χώρα μας είναι ότι η οικογένεια είναι πρόθυμη να περιποιείται τους ηλικιωμένους της. 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 επαγγελματίες³.

Στις περιπτώσεις αυτές η εισαγωγή του ηλικιωμένου σε ιδρύματα κλειστές περίθαλψης είναι αναγκαία. Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης χωρίζονται σε δυο κατηγορίες³:

⁹ Σταθόπουλος 2005

¹⁰ Εκμέ-Πουλοπούλου 1999

1. Τα Γηροκομεία, στα οποία εισάγονται ηλικιωμένα άτομα που είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν.
2. Τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων (Θ.Χ.Π.), στα οποία εισάγονται άτομα που πάσχουν από χρόνιες/ ανίατες ασθένειες.

1. Γηροκομεία

Η Εκμέ-Πουλοπούλου αναλύει τις αιτίες εισαγωγής των ηλικιωμένων στα Γηροκομεία, οι οποίες είναι τόσο κοινωνικές όσο και οικονομικές. Σημαντικό ρόλο παίζει η οικογενειακή κατάσταση, η απώλεια της αυτονομίας και οικονομικούς λόγους. Αναλυτικότερα :¹¹

- α. αυξημένος αριθμός ηλικιωμένων χωρίς συγγενείς ή συγγενείς που δεν είναι σε θέση να τους φροντίσουν
- β. οικογενειακές δυσχέρειες
- γ. μοναξιά και ιδιαίτερα πρόσφατη χηρεία
- δ. κατάσταση υγείας π.χ. ανάγκη 24^{ωρης} φροντίδας
- ε. οικονομικές δυσχέρειες
- στ. έλλειψη υπηρεσιών κατοίκων
- ζ. ο εγωκεντρισμός του ατόμου, όπου οι οικογένειες των ηλικιωμένων προβάλλουν ως δικαιολογία για την μη επιθυμία τους να φροντίσουν τον ηλικιωμένο.

«Τα γηροκομεία 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» .¹¹

«Η πολιτική του Υπουργείου υγείας για την περίθαλψη των ηλικιωμένων έχει δώσει έμφαση στην εξωϊδρυματική μορφή φροντίδας. Δεν πρέπει όμως να παραβλέπεται το γεγονός ότι ένα ποσοστό ηλικιωμένων, ασχέτως από την έκταση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην κοινότητα, χρειάζεται λόγω βιολογικών διεργασιών-ιδρυματική φροντίδα. Η ιδρυματική φροντίδα αυτή καθ' αυτή δεν είναι απορριπτέα. Αρκεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο ίδρυμα να είναι του κατάλληλου επιπέδου, η εισαγωγή και παραμονή στο ίδρυμα να γίνεται με επιστημονικά κριτήρια και με μοναδικό κίνητρο την κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου».¹²

¹¹ Εκμέ- Πουλοπούλου, 1999: 441

¹² Σταθόπουλος, 1999:316

Οι προϋποθέσεις εισαγωγής ενός ηλικιωμένου σε ένα γηροκομείο σύμφωνα με την Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας (χ.χ. :42) είναι οι εξής:

1. Το άτομο να έχει συμπληρώσει το 65^ο έτος της ηλικίας του.
2. Ιατρικό πιστοποιητικό κατά προτίμηση ιατρού, δημοσίου υπαλλήλου, στο οποίο να 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 δυσεπούλωτα 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 (Ν.Δ. 57/1972)

4. Έκθεση που συντάσσεται από Κοινωνικό Λειτουργό της Νομ. Αυτ/σης του τόπου κατοικίας ή διαμονής ή από όργανο οποιασδήποτε άλλης Δημόσιας Κοιν. Υπηρεσίας.

5. Στοιχεία ταυτότητας.

Για την λειτουργία και την παροχή σωστών υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους ώστε να εξασφαλίζεται η απαιτούμενη ποιότητα ζωής, θα πρέπει το ίδρυμα να πληροί κάποιες προϋποθέσεις. Σύμφωνα με τον Σταθόπουλο (1999: 316) η υψηλή ποιότητα υπηρεσιών στο ίδρυμα επιτυγχάνεται όταν:

- Οι χώροι είναι κατάλληλα διαμορφωμένοι και επιτρέπουν άνετη και ασφαλή πρόσβαση στην τραπεζαρία, στους χώρους αναψυχής, τις τουαλέτες και την είσοδο του κτιρίου.
- Απασχολείται προσωπικό με τα απαιτούμενα επαγγελματικά προσόντα και σε αριθμητική επάρκεια.
- Το ίδρυμα είναι ανοιχτό στην κοινότητα και η κοινότητα ανοιχτή στους ηλικιωμένους. Αυτό επιτυγχάνεται με την ενθάρρυνση επισκέψεων από συγγενείς, φίλους, κληρικούς και εθελοντές στους φιλοξενούμενους.
- Υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση, η διοίκηση έχει επίγνωση των αναγκών των ηλικιωμένων και θετική διάθεση αντιμετώπισης τους. Επειδή οι προϋποθέσεις αυτές συχνά λείπουν, η παρεχόμενη ποιότητα των υπηρεσιών στα ιδρύματα είναι συνήθως χαμηλού επιπέδου.

«Σε μεγάλο ποσοστό, τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένους ανήκουν και συντηρούνται από την Εκκλησία. Εκτός όμως από την Εκκλησία, ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους λειτουργούν και υπό την αιγίδα του Δημοσίου, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, από Οργανώσεις του Εθελοντικού Τομέα καθώς και από τον κερδοσκοπικό επιχειρηματικό τομέα.»¹³

Όσον αφορά στην αξιολόγηση του έργου και των παρεχόμενων υπηρεσιών των γηροκομείων, εμφανίζονται τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα με κυριότερο την περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων.

Έτσι μιλώντας για τα πλεονεκτήματα, αυτά έχουν να κάνουν με την ασφάλεια, την παροχή στέγης και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, τα οποία όπως προαναφέραμε είναι και οι κυριότεροι λόγοι εισαγωγής ενός ηλικιωμένου ατόμου σε ένα ίδρυμα κλειστής περίθαλψης. Επίσης, δυνατότητα ψυχαγωγίας και δημιουργία επαφών μεταξύ των ατόμων που διαμένουν στο ίδρυμα.

Ωστόσο, αναφέρονται και πολλά μειονεκτήματα για την παραμονή των ηλικιωμένων στο ίδρυμα, τα οποία όπως φαίνεται είναι μεγαλύτερα σε αριθμό από τα πλεονεκτήματα. Αρχικά, σύμφωνα με την Πουλοπούλου (1999) το κόστος από την παραμονή σε ένα ίδρυμα είναι τριπλό : α) οικονομικό, γιατί απαιτείται προσωπικό εξειδικευμένο και κατάλληλο καθώς και ειδικά διαμορφωμένοι χώροι. β) ψυχολογικό και γ) κοινωνικό.

«Επιπλέον, οι στεγαστικές και διαιτητικές συνήθειες των ηλικιωμένων δεν χαρακτηρίζονται ικανοποιητικές. Κακή διαρρύθμιση των χώρων, χώροι υγιεινής περιορισμένοι με αποτέλεσμα να διαπληκτίζονται οι τρόφιμοι, μερικά γηροκομεία δεν διαθέτουν κεντρική θέρμανση ούτε ντουλάπια για κάθε τρόφιμο άλλα φιλοξενούν 20 άτομα σε μια αίθουσα. Το διαιτολόγιο σε μερικά ιδρύματα είναι ικανοποιητικό σε άλλα φτωχό και σε μερικά ακατάλληλο.»¹⁴

Όσον αφορά στο κοινωνικό και ψυχολογικό κομμάτι, στα ιδρύματα παρατηρείται η λεγόμενη «γκετοποίηση», η περιθωριοποίηση, η απουσία της ανεξαρτησίας. Τα ηλικιωμένα άτομα που εισέρχονται σε ένα ίδρυμα αποχωρίζονται το οικείο σε αυτά περιβάλλον και ξαφνικά βρίσκονται σε ένα εντελώς ξένο, στο οποίο αναγκάζονται να αλλάξουν τις συνήθειές τους προκειμένου να συνυπάρξουν με τους

¹³ Σταθόπουλος, 1999:315

¹⁴ Πουλοπούλου (1999: 445)

υπόλοιπους και όπου οι κανόνες περιορίζουν την ατομική ελευθερία. Σε ένα χώρο όπου λείπουν τα προσωπικά αντικείμενα και η επίπλωση είναι ανεπαρκής.

Παρόλο που οι επισκέψεις επιτρέπονται καθημερινά, πολλές φορές οι συγγενείς είτε γιατί μένουν μακριά είτε γιατί δεν θέλουν να έχουν επαφές πια με τον ηλικιωμένο(και άλλους ποικίλους λόγους), εγκαταλείπουν τους ηλικιωμένους πράγμα που σημαίνει ότι διακόπτεται και η επικοινωνία με τα άτομα που ο ηλικιωμένος γνώριζε.

Τέλος, οι ηλικιωμένοι σταδιακά χάνουν την σωματική και ψυχική τους υγεία, γίνονται εσωστρεφείς λόγω του ότι δεν έχουν την δυνατότητα να ενεργούν αυτόνομα και να λαμβάνουν πρωτοβουλίες.

2.Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων

Τα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων είναι ιδρύματα τα οποία δεν αφορούν αποκλειστικά ηλικιωμένους αλλά το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που εξυπηρετούν είναι ηλικιωμένα άτομα καθώς λόγω της έκπτωσης των σωματικών και διανοητικών λειτουργιών αντιμετωπίζουν συχνότερα προβλήματα που χρειάζονται εντατική θεραπεία.¹⁵

Σκοπό έχουν την περίθαλψη χρονίως πασχόντων, στοχεύοντας τόσο στην ιατρική όσο και στην κοινωνική τους αποκατάσταση. Μέσα σε κάθε θεραπευτήριο χρόνιων παθήσεων λειτουργεί μονάδα αποκατάστασης στελεχωμένη με ιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και άτομα άλλων ειδικοτήτων.⁸

Εκτός από δημόσια λειτουργούν και ιδιωτικές κλινικές για αυτό το σκοπό. Αρμόδια υπηρεσία είναι το Τμήμα Κοινωνικής Αρωγής της Δ/σης Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης.⁸

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 εξής¹⁶:

α. Ηλικία άνω των 18 ετών.

β. Ιατρικό πιστοποιητικό, κατά προτίμηση ιατρού, δημοσίου υπαλλήλου,

¹⁵ Πουλοπούλου (1999)

¹⁶ Πουλοπούλου (1999)

στο οποίο να βεβαιώνεται ότι:

- Το προς εισαγωγή άτομο είναι κατάκοιτο, ημι-κατάκοιτο και δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, καθώς και την αιτία της αναπηρίας του.
- Δεν φέρει σύνδρομο διανοητικής αναπηρίας ή φέρει σύνδρομο, το οποίο όμως δεν φθάνει μέχρι διεγέρσεων, ώστε να γίνεται ανήσυχο και ακατάλληλο για συμβίωση.
- Δεν πάσχει από επιληψία.
- Δεν φέρει κατακλίσεις ή άλλα δυσεπούλωτα τραύματα.⁷¹
- Δεν πάσχει από μολυσματικές ασθένειες, σύφιλη ήφυματίωση.
- Δεν πάσχει από οξύ νόσημα που απαιτεί ειδική νοσηλεία ή από καρκίνο.

γ. Απόφαση οικονομικής αδυναμίας. (Ν.Δ. 57/1972).

δ. Έκθεση Κοινωνικής Έρευνας που συντάσσεται από Κοινωνικό

Λειτουργό της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης του τόπου κατοικίας ή

διαμονής, ή από όργανο οποιασδήποτε άλλης Δημόσιας Κοινωνικής

Υπηρεσίας.

ε. Στοιχεία ταυτότητας.

Είναι κατανοητό, ότι τα Θεραπευτήρια, όπως και τα Γηροκομεία, αποτελούν υπηρεσίες κλειστής περίθαλψης.

Μορφές ανοιχτής περίθαλψης

Πρόνοια

Η Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας και ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας του κάθε νομού είναι αυτοί οι οποίοι έχουν την ευθύνη της εποπτείας κάθε προνοιακού προγράμματος το οποίο υλοποιείται μέσα στο νομό τους. Τα βασικά προγράμματα τα οποία υλοποιεί και αφορούν την πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων χωρίζονται σε δύο βασικούς άξονες. Εισοδηματική ενίσχυση και παροχές σε είδος και σε προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες.¹⁷

¹⁷ Σταθόπουλος, 1996

- Εισοδηματική ενίσχυση: Αφορά κυρίως χρηματικά επιδόματα και άλλες παροχές τα οποία παρέχει σε ορισμένους ηλικιωμένους ανάλογα με την κατάστασή τους. Ειδικότερα παρέχει συνταξιοδότηση και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω του Ο.Γ.Α σε ανασφάλιστους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών. Ακόμη παρέχει μηνιαία οικονομική ενίσχυση σε ηλικιωμένους άνω των 60 ετών οι οποίοι παρουσιάζουν σωματική ή διανοητική αναπηρία η οποία ξεπερνά το 67%. Επίσης δίνει έκτακτες οικονομικές ενισχύσεις σε ηλικιωμένα άτομα αν παρουσιαστεί κάποιο ξαφνικό και σημαντικό πρόβλημα (π.χ. ξαφνική ασθένεια, καταστροφή περιουσίας λόγω φυσικών φαινομένων κ.α.). Τέλος για μοναχικά ηλικιωμένα άτομα ή ζευγάρια άνω των 65 ετών τα οποία δεν έχουν ιδιόκτητη κατοικία αλλά ούτε, τους οικονομικούς πόρους να καταβάλουν το μηνιαίο ενοίκιο και δεν έχουν ακίνητη περιουσία, η Κοινωνική Υπηρεσία της Νομαρχίας αναλαμβάνει να καταβάλλει μια επιδότηση ενοικίου στον ιδιοκτήτη του ακινήτου.

Η επιδοματική αυτή πολιτική παρ' όλο που καλύπτει ένα μεγάλο ποσοστό οικονομικά αδυνάτων ηλικιωμένων, αντιμετωπίζει σημαντικό γραφειοκρατικό πρόβλημα που δυσκολεύει τους ηλικιωμένους. Επίσης, τα ποσά τα οποία προβλέπονται σε κάθε περίπτωση είναι πολύ μικρά καθώς δεν είναι προσαρμοσμένα στα σημερινά δεδομένα και εν τέλει δεν καλύπτουν τις ανάγκες για τις οποίες παρέχονται.

- Παροχές σε είδος και σε προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες: Αυτός ο άξονας περιλαμβάνει διάφορα προγράμματα με στόχο την παραμονή των ηλικιωμένων στο σπίτι και την αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης. Τα προγράμματα αυτά είναι ¹⁸:

α. Τηλεσυναγερμός- Τηλεϊατρική: Τα προγράμματα αυτά ξεκίνησαν πιλοτικά το 1991 και αποσκοπούν στη φροντίδα μμοναχικών ηλικιωμένων και ηλικιωμένων οι οποίοι διαμένουν σε απομακρυσμένες περιοχές. Αξιοποιώντας τη σύγχρονη τεχνολογία προσφέρουν υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης.

β. Πρόγραμμα αναδοχής: Προτείνεται ως εναλλακτική εξωιδρυματικής περίθαλψης για ηλικιωμένους.

γ. Λέσχες ηλικιωμένων: Έχουν ως βασικό στόχο την ανάπτυξη της κοινωνικοποίησης και την δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου που διαθέτουν οι ηλικιωμένοι.

¹⁸ Σταθόπουλος, 1996

δ. Πρόγραμμα σίτισης ηλικιωμένων στο σπίτι: Υλοποιείται σε συνεργασία με τους εκάστοτε Δήμους και τις Κοινωνικές τους υπηρεσίες και αναλαμβάνει τη σίτιση ηλικιωμένων οι οποίοι λόγω σωματικών ή άλλων δυσκολιών αδυνατούν να καλύψουν την καθημερινή ανάγκη της διατροφής.

ε. Προγράμματα διακοπών: Περιλαμβάνουν δωρεάν κατασκηνώσεις και επιδοτούμενες σε ιαματικές πηγές, καθώς και επιδοτούμενα εισιτήρια για θερινές διακοπές.

Κέντρα ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η)

Με βάση τη μέχρι τώρα εμπειρία η πιο σύγχρονη και κυρίαρχη αντίληψη για την κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων αναφέρεται στην «παραμονή στο σπίτι». Αυτό σημαίνει ότι ο ηλικιωμένος είναι προτιμότερο να μπορεί να κάνει χρήση των υπηρεσιών για την φροντίδα του στην κοινότητα του, στη γειτονιά του ακόμα και στο σπίτι του, οι υπηρεσίες πρέπει να λειτουργούν ενισχυτικά διατηρώντας τον ηλικιωμένο στο γνώριμο του περιβάλλον και όχι καθολικά όπως σε ένα κλειστό ίδρυμα φροντίδας.¹⁹

Σε αυτή την σύγχρονη άποψη βασίζεται και η ανάπτυξη και λειτουργία των Κ.Α.Π.Η τα οποία είναι Ν.Π.Δ.Δ και εντάσσονται στην Τοπική Αυτοδιοίκηση. Τα Κ.Α.Π.Η επιχορηγούνται και λειτουργούν υπό την επιστημονική εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.²⁰

«Το Κ.Α.Π.Η είναι ένας "θεσμός κοινωνικό-προνοιακός" που αναπτύχθηκε ιδιαίτερα μετά το 1981 και βασική του επιδίωξη είναι η παραμονή του ηλικιωμένου στο γνώριμο του περιβάλλον, κάτω από τις κατά το δυνατόν συνθήκες διαβίωσης, καθώς και η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης.»²¹

Η πρώτη προσπάθεια για τη λειτουργία ενός τέτοιου κοινοτικού προγράμματος ξεκίνησε πειραματικά το 1979 όπου συστάθηκε πειραματικά το πρώτο Κ.Α.Π.Η, ενώ στο τέλος του 1981 είχαν λειτουργήσει οχτώ. Έπειτα τα Κ.Α.Π.Η πέρασαν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση. Αυτό έδωσε μια σημαντική ώθηση στην περαιτέρω αύξηση του αριθμού αυτών. Ενδεικτικά αναφέρουν ότι το 1996 είχαν φτάσει τα 270 σε όλη την Ελλάδα, γεγονός που αποδεικνύει την αλλαγή του προσανατολισμού του κράτους προς την εξωιδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων

¹⁹ Αμηνά, Γεωργιάδη, Τεπέρογλου, 1986

²⁰ Αμηνά, Γεωργιάδη, Τεπέρογλου, 1986

²¹ Βεργιάδης, Γεωργιάδης, 1987 σελ 44

καθώς και την εδραίωσή τους στην συνείδηση του λαού με την χρησιμότητα και το δυναμισμό τους.²²

Τα Κ.Α.Π.Η στις μέρες μας αξιοποιούνται ως χώρος συνάντησης ηλικιωμένων αλλά και παροχής διαφόρων υπηρεσιών όπως: φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα και κοινωνική εργασία η οποία προσανατολίζεται όχι μόνο με τους ηλικιωμένους μέλη των Κ.Α.Π.Η αλλά και στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον. Πέρα από την άσκηση αμιγούς κοινωνικής εργασίας στα καθήκοντα του κοινωνικού λειτουργού εντάσσεται και η ευθύνη για το συντονισμό και τη λειτουργία της όλης οργάνωσης.²³

Οι στόχοι που προκύπτουν από την παροχή των υπηρεσιών του Κ.Α.Π.Η είναι οι εξής²⁴:

1.Η κοινωνικοποίηση: Η διαφορετικότητα του προγράμματος του Κ.Α.Π.Η σε σχέση με το αντίστοιχο ενός κλασσικού ιδρύματος φροντίδας ηλικιωμένων, οι ποιοτικές υπηρεσίες, οι φροντισμένες αίθουσες των Κ.Α.Π.Η, η συμμετοχής της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, αλλά και των ίδιων των ηλικιωμένων στη διοίκηση των Κ.Α.Π.Η δημιουργεί ισχυρά κίνητρα συμμετοχής που τους οδηγούν στην πλήρη κοινωνικοποίηση. Επιπλέον, η προσέλευση στα κέντρα ηλικιωμένων, όχι μόνο από τις χαμηλές κοινωνικές τάξεις αλλά και από τις υψηλότερες γκρεμίζει ταξικές διακρίσεις και αποσκοπεί στην αντιμετώπιση του προβλήματος της ψυχικής τους μοναξιάς.

2.Προληπτική ιατρική: Η εφαρμογή της προληπτικής ιατρικής αποσκοπεί κυρίως στην αποτροπή από την άσκοπη χρήση φαρμάκων από τους ηλικιωμένους καθώς συχνά δεν ξεχωρίζουν τα γηρατειά από τις ασθένειες. Η πρόληψη διαχωρίζεται σε α)πρωτογενή (εμβολιασμοί, συμβουλευτική αγωγή για σωστή διατροφή, ένδυση, βασικοί κανόνες υγιεινής και αποφυγή ατυχημάτων. β)δευτερογενή (με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση για την αποφυγή μακροχρόνιων θεραπειών).

3.Η ενεργοποίηση: είναι μία σημαντική διαδικασία στην οποία φτάνει ο ηλικιωμένος όταν έχει πειστεί ότι η υγεία του είναι υπό παρακολούθηση και έχει μπει στη διαδικασία της κοινωνικοποίησης αξιοποιώντας τη συμμετοχή του στα ποικίλα προγράμματα του κέντρου. Σε αυτή τη φάση το προσωπικό του Κ.Α.Π.Η και κυρίως ο κοινωνικός λειτουργός διακρίνει τις ικανότητες και τα ταλέντα των ηλικιωμένων

²² Αμηνά, Γεωργιάδη, Τεπέρογλου, 1986

²³ Αμηνά, Γεωργιάδη, Τεπέρογλου, 1986

²⁴ Αμηνά, Γεωργιάδη, Τεπέρογλου, 1986

και υποκινεί για τη συμμετοχή αυτών σε αντίστοιχες ομάδες Αυτενέργειας. Οι ομάδες αυτές έχουν στόχο την ενεργοποίηση των μελών και την ενσωμάτωση τους στην κοινότητα.

4. Η ευαισθητοποίηση της κοινότητας- γειτονιάς: είναι ίσως ο πιο σημαντικός στόχος που θέτει το Κ.Α.Π.Η. Αυτός αφορά το άνοιγμα του κέντρου ως ανοιχτό στην κοινότητα στην οποία βρίσκεται με στόχο την αλληλεπίδραση και την αποδοχή μεταξύ των γενεών και την τελική ένταξη και ενσωμάτωση των ηλικιωμένων στην κοινότητα.

5. Διασυνδέσεις συνεργασίες: Σημαντικό για τα Κ.Α.Π.Η είναι η ανάπτυξη ορισμένων συνεργασιών με ορισμένους φορείς όπως γηροκομεία, σχολεία συλλόγους της τοπικής κοινωνίας και κρατικούς φορείς. Ενδεικτικό παράδειγμα είναι η συνεργασία με την τροχαία στο πρόγραμμα των σχολικών τροχονόμων.

Εκτενέστερη αναφορά στο πρόγραμμα , τη δομή και τη λειτουργία του Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων παραθέτεται σε επόμενο κεφάλαιο.

Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) είναι μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων, τα οποία αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν λόγω κινητικής δυσκολίας, άνοιας, κ.α. Το οικογενειακό περιβάλλον που φροντίζει τα ηλικιωμένα άτομα εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, ή προβλήματα υγείας με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει. Σύμφωνα με την απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (9-10-2001) σκοπός των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και η παραμονή τους στο φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, καθώς και η διατήρηση μιας φυσιολογικής κοινωνικής και εργασιακής ζωής των μελών του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος, που ασχολούνται με τη φροντίδα των ατόμων αυτών. Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με ΚΑΠΗ, που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή. Συνεργάζονται επίσης με τοπικούς φορείς που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες και εφαρμόζουν ανάλογα ή παρεμφερή προγράμματα, καθώς και με μονάδες υγείας.

Εκτενέστερη αναφορά στο πρόγραμμα , τη δομή και τη λειτουργία των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων παραθέτεται σε επόμενο κεφάλαιο.

Προγράμματα της εκκλησίας

Η Εκκλησία της Ελλάδας, έχει συστήσει διάφορα προγράμματα τόσο σε επίπεδο Μητροπόλεων όσο και σε επίπεδο ενοριών. Τα κυριότερα προγράμματα σύμφωνα με τον Καρπαθίου (1999) είναι τα εξής:

- Λειτουργία εθελοντικών ομάδων στα πλαίσια των ενοριών, με σκοπό την παροχή υποστήριξης σε μοναχικά ηλικιωμένα άτομα.
- Λειτουργία Κοινωνικής Υπηρεσίας από την Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών από το 1969.
- Κέντρα Ενοριακής Αγάπης. Με τη φροντίδα των ενοριών και την ευθύνη ιερέων και μελών της φιλόπτωχου εξυπηρετούνται ηλικιωμένα άτομα με τη χορήγηση φαγητού επί καθημερινής βάσης, εκδήλωση ψυχαγωγικών προγραμμάτων και γενικά δραστηριοτήτων που συμβάλλουν στη διατήρηση της λειτουργικότητάς τους.

Εκτός από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ο Ερυθρός Σταυρός και τα Φιλόπτωχα ταμεία των ενοριών παρέχουν οικονομική ενίσχυση σε άπορους ηλικιωμένους. Τα Φιλόπτωχα ταμεία είναι η τελευταία πηγή οικονομικής συμπαράστασης. Τα ποσά τα οποία δίδονται είναι συνήθως περιορισμένα και η βοήθεια παρέχεται κατά κανόνα ως έκτακτη ενίσχυση.²⁵

Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας.

Ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας στα περισσότερα ΚΕΦΟ εφαρμόζει προγράμματα για την Τρίτη ηλικία. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν τις εξής βασικές δραστηριότητες²⁶:

1. Ομάδες: Ομάδες τρίτης ηλικίας των οποίων οι συναντήσεις καθορίζονται από τα μέλη σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα μέλη συγκεντρώνονται με σκοπό την δημιουργική απασχόληση και ψυχαγωγία ώστε να αποφεύγεται η απομόνωση τους, να καλλιεργούνται τα ενδιαφέροντα τους και να ενθαρρύνεται η συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή και δράση
2. Λέσχες: Όταν υπάρχει δυνατότητα επιδιώκεται η δημιουργία ενός ιδιαίτερου και μόνιμου χώρου, όπου τα άτομα τρίτης ηλικίας συναντιούνται καθημερινά και αναπτύσσουν την κοινωνικότητά τους αξιοποιώντας δημιουργικά τον ελεύθερό τους

²⁵ Σταθόπουλος, 1999

²⁶ Σταθόπουλος, 1999

χρόνο. Τα προγράμματα στηρίζονται από ευαισθητοποιημένα στελέχη του Ε.Ο.Π. και ειδικευμένο προσωπικό (κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, νοσηλεύτριες). Ανάλογα με τις επιμέρους δραστηριότητες που αναπτύσσονται στις λέσχες μπορούν να χρησιμοποιηθούν και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων.

1.3.Δια βίου μάθηση και Πανεπιστήμια Τρίτης Ηλικίας

Σύμφωνα με τον Παναγιωτάκη (2008) εν εξέλιξη βρίσκεται το πλαίσιο πολιτικών που αφορά την αύξηση της απασχόλησης και τη μείωση της ανεργίας, η Ελλάδα όμως υστερεί σε δαπάνες για ενεργητικές πολιτικές ενασχόλησης. Συγκεκριμένα, το 2003 στη χώρα μας δαπανήθηκε το 0,11% του ΑΕΠ για τη στήριξη μέτρων πολιτικής απασχόλησης, ποσοστό πολύ μικρότερο του Ευρωπαϊκού μέσου όρου 0,70%. Χαρακτηριστική ήταν η έλλειψη συντονισμού των φορέων εκπαίδευσης και κατάρτισης και η καταγραφή αλληλοεπικάλυψης των δράσεων και ενεργειών τους. Επιπλέον διαπιστώθηκε καθυστέρηση 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 νοημοσύνης του ανθρώπου δείχνει να εξαρτάται από το επίπεδο εκπαίδευσης, την μετέπειτα χρησιμοποίηση των δεξιοτήτων στις ασχολίες που έλαβε κανείς αλλά και από την βασική μαθησιακή ικανότητα που αναπτύχθηκε στην νεανική του ηλικία. Τα άτομα με μεγάλη μόρφωση, που η απασχόληση τους απαιτεί πλατιά και συνεχή ενημέρωση με νέα δεδομένα, θα έχουν στα 50 τους χρόνια μεγαλύτερη νοημοσύνη σε σχέση με όση είχαν στα 25 τους χρόνια, αντιθέτως εκείνοι που ασχολούνται με επαγγέλματα που δεν απαιτούν πρόσθετη μάθηση, πιθανόν να μην αναπτύξουν τόσο πολύ την νοημοσύνη τους ²⁷.

Μείζονος σημασίας είναι να γίνει αναφορά στην έννοια της «δια βίου μάθηση» συσχετίζοντας την με την εκπαίδευση ενηλίκων, διότι η μάθηση αποτελεί διεργασία προσωπικών αλλαγών που γίνεται για να προσαρμοστεί κανείς σε μεταβαλλόμενες συνθήκες και εμπειρίες. Για τους ενήλικους είναι λίγες οι αλλαγές που συνδέονται με την ηλικία τους, καθώς αλλάζουν και εξελίσσονται περισσότερο

²⁷ Rogers 1999: 84-85

με την εμπειρία και με την άσκηση των ικανοτήτων τους παρά εξαιτίας την ηλικίας τους²⁸.

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

Η ανάπτυξη των ενηλίκων έχει και διαστάσεις οι οποίες αφορούν τα εξωτερικά χαρακτηριστικά τα οποία μεταβάλλονται όσο περνάει ο καιρός αλλά και διαστάσεις που αφορούν αλλαγές στα κοινωνικά και πολιτισμικά περιβάλλοντα του ανθρώπου, οι οποίες απαιτούν νέες μορφές αντιμετώπισης.

Ίσως η μοναδική σύγκλιση των Ευρωπαίων είναι η διαπίστωση ότι η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, οι νέες απαιτήσεις, ο νέος τρόπος ζωής, δημιουργούν συνθήκες συρρίκνωσης της οικογένειας. Αντιμετωπίζουμε ένα μεταβαλλόμενο άτομο μέσα σε ένα κόσμο που αλλάζει, έτσι η αλλαγή και όχι η σταθερότητα αποτελεί τον κανόνα²⁹.

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 τις αρνητικές απόψεις για τους νεότερους ανθρώπους, ίσως λόγω της συνεχούς αύξησης των ηλικιωμένων στο σύνολο της κοινωνίας³⁰.

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες οι οποίες έχουν επηρεαστεί 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 παρερμηνεύει αυτούς τους ρόλους και όλες οι αλλαγές θα απαιτήσουν μάθηση εκ μέρους κάθε ενηλίκου. Στη συνέχεια θα αναφερθούν οι απόψεις κάποιων σημαντικών ανθρώπων για τα στάδια της ζωής του ανθρώπου. Ο Σαίξπηρ έχει προσδιορίσει τα ηλικιακά στάδια του ανθρώπου. Τα επτά αυτά στάδια είναι: το βρέφος, ο μαθητής, ο εραστής, ο στρατιώτης, ο δικαστής, ο ισχνός γερομπισμίκης με τις παντόφλες και

²⁸ Rogers 1999:86

²⁹ Τεπέρογλου 1996:463

³⁰ Πουλοπούλου 1996:357

τέλος ο παλίμπαιδας. Από τη εποχή του Σαίξπηρ έγιναν απόπειρες να μετονομαστούν οι περιγραφές αυτές που αφορούν τα στάδια του ενήλικα. Μερικές περιγραφές είναι πολύ γενικές : οι διαδοχικές φάσεις του 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 «φαινόμενο υσιπέδου» του Σαίξπηρ: ανάπτυξη, ωριμότητα και παρακμή. Ο ίδιος ο τίτλος του Πανεπιστημίου Τρίτης Ηλικίας διαιωνίζει την αναχρονιστική ιδέα των τριών σταδίων της ζωής, που είναι η ανάπτυξη, δημιουργία και η ολοκλήρωση³¹.

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.

Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά στον Havighurst ο οποίος το 1968 διαχώρισε τα κύρια ηλικιακά στάδια. Από τα 50 έως 60 έτη τονίζει ότι, οι ενήλικοι διατηρούν την θέση τους και ταυτόχρονα αλλάζουν ρόλους. Η συμμετοχή τους στην εκπαίδευση έχει μάλλον εκφραστικούς παρά χρηστικούς ρόλους και επικεντρώνονται στην προσπάθεια να μην απολέσουν δυνάμεις. Ο ενήλικος γίνεται πιο παθητικός και με μειωμένη αίσθηση της αυτοπεποίθησης, έτσι λοιπόν η σκέψη και όχι η δράση τον τρόπο ύπαρξής τους στον κόσμο. Στη συνέχεια στα 60 και 70 έτη της ζωής του, το άτομο είναι σκεπτόμενο και προβληματισμένο καθώς είναι η περίοδος θανάτου φίλων και συγγενών. Από τα 70 έτη και άνω είναι η περίοδος απεμπλοκής από τις σκέψεις, αποδέχονται τους εαυτούς τους και είναι σχετικά ευχαριστημένοι με όσο έχουν καταφέρει στη ζωή τους, ταυτόχρονα όμως είναι και περίοδος με προβλήματα υγείας, μεμονωμένους πόρους και εξάρτηση από άλλους.

Εν συνεχεία, θα γίνει αναφορά στα εκπαιδευτικά προγράμματα στην Ελλάδα. Σύμφωνα με την Πουλοπούλου, τα οποία θα πρέπει να αποβλέπουν:

- 1) Στην καλύτερη κατανόηση των σύγχρονων θεμάτων και των προβλημάτων της νεότερης γενιάς,
- 2) Στην απόκτηση δεξιοτήτων ελεύθερου χρόνου και την βελτίωση της υγείας,
- 3) Στην βοήθεια για την επίλυση των προβλημάτων που αφορούν συνταξιούχους και τα άτομα που ετοιμάζονται να αποχωρήσουν από την ενεργό υπηρεσία,
- 4) Στην διατήρηση της σωματικής και πνευματικής δύναμης και συμμετοχή στην ζωή της κοινότητας.

³¹ Πουλοπούλου, 1999: 358

Στη Ελλάδα τα εκπαιδευτικά προγράμματα ηλικιωμένων είναι ελάχιστα και χωρίς προγραμματισμό και συνήθως αποσπασματικά από πολιτιστικούς συλλόγους, την Ν.Ε.Λ.Ε (Νομαρχιακή Επιτροπή Λαϊκής Επιμόρφωσης) με μαθήματα αναλφαβητισμού και επιμορφωτικές ομιλίες, ενώ ενδιαφέροντα συνέδρια οργανώνονται από την Γηριατρική Εταιρία κάθε χρόνο και από επαγγελματικούς 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 αριθμών συλλόγων και σωματείων έχουν σκοπό την ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την Τρίτη Ηλικία όπως το κοινοτικό κέντρο ανάπτυξης της εκπαίδευσης στην Αγγλία και Ουαλία με αποκορύφωμα τα Πανεπιστήμια Τρίτης Ηλικίας³².

Τα Πανεπιστήμια Τρίτης Ηλικίας είναι από τους πιο πετυχημένους θεσμούς 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 και τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων. Επίσης διδάσκονται μαθήματα με τη μορφή διαλέξεων με γνωστικό αντικείμενο Ιστορία, Γεωγραφία, Ψυχολογία, Βοτανική, Φιλοτελισμό κλπ. Επιπροσθέτως το πρόγραμμα περιέχει μουσική, κινηματογραφική προβολή, διάλογο μεταξύ τους. Γίνονται δεκτοί όλοι χωρίς περιορισμό μόρφωσης, επαγγέλματος, ηλικίας.

Στην Γαλλία και την Πολωνία οργανώθηκαν τα πρώτα Πανεπιστήμια Τρίτης Ηλικίας συγκεκριμένα στην Γαλλία μόνο λειτουργούν από το 1972 μέχρι το 1998 γύρω στα 82 πανεπιστήμια. Στην Ελλάδα δεν έχει γίνει προσπάθεια για την εφαρμογή ανάλογου συστήματος. Το Πανεπιστήμιο Τρίτης Ηλικίας έσπασε την αντίληψη ότι τα πανεπιστήμια είναι μόνο για την νέα γενιά αλλά άνοιξαν συνυπάρξουν και να διασταυρωθούν στους διαδρόμους νέοι και ηλικιωμένοι³³.

Στην Ελλάδα τα Πανεπιστήμια Τρίτης Ηλικίας βρίσκονται υπό πιλοτική εφαρμογή, αλλά δεν είναι θεσμοθετημένα. Τα προγράμματα αυτά είναι τα εξής :

- Ο δήμος Καλλιθέας σε συνεργασία με ακόμη έξι δήμους της δυτικής Θεσσαλονίκης έχει θέσει σε λειτουργία το πρόγραμμα «Πανεπιστήμιο της

³² Πουλοπούλου 1999: 358

³³ Πουλοπούλου 1999:360-361

Τρίτης Ηλικίας». Οι φοιτητές του πανεπιστημίου είναι γυναίκες και άνδρες μεταξύ εξήντα και εβδομήντα ετών. Το Πανεπιστήμιο Τρίτης Ηλικίας είναι ένα πάρα πολύ πρωτοποριακό πρόγραμμα όπου οι ίδιοι οι φοιτητές επέλεξαν το αντικείμενο διδασκαλίας ενώ είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν ανάμεσα σε τρία. Έχουν τη ευκαιρία να διαλέξουν ανάμεσα στις σχέσεις των ατόμων της τρίτης ηλικίας με τα εγγόνια τους, στη χρήση των κινητών και στη χρήση του διαδικτύου. Με τη βοήθεια δύο ψυχολόγων οι ηλικιωμένοι μαθαίνουν πώς να συμπεριφέρονται στα εγγόνια τους, πώς να διακρίνουν το παιδικό ψέμα από την αλήθεια, πώς να τα συμβουλεύουν σχετικά με τη διαχείριση των χρημάτων τους. Το πρόγραμμα «University of third age in Greece» αποτελεί μια πιλοτική εφαρμογή ενός θεσμού που σε χώρες του εξωτερικού μετρά ήδη αρκετά χρόνια ζωής. Στο δήμο Καλλιθέας το πρόγραμμα υλοποιείται σε συνεργασία με τη Διαδημοτική Επιχείρηση Δυτικής Υπαίθρου Θεσσαλονίκης «Νεφέλη», ενώ περιλαμβάνει δυο κύκλους μαθημάτων. Ο πρώτος αφορά τις ανθρώπινες σχέσεις και κυρίως τις σχέσεις των ατόμων τρίτης ηλικίας με το οικογενειακό περιβάλλον και ο δεύτερος την εξοικείωση με τις νέες τεχνολογίες. Μελλοντικό μέλημα είναι η πραγματοποίηση μαθημάτων για το διαδίκτυο και για χρήση κινητού τηλεφώνου. Σύμφωνα με τον δήμαρχο Καλλιθέας, Δημήτριο Σαραμάντο το πανεπιστήμιο τρίτης ηλικίας ήταν μια ιδέα που ξεκίνησε από το ΚΕΚ Γέφυρας και τον Αθανάσιο Σαρακίνο, υπεύθυνο του προγράμματος. Οι δήμοι που εμπλέκονται στο συγκεκριμένο πρόγραμμα είναι ο δήμος Καλλιθέας, Εχεδώρου, Χαλάστρας, Αξιού, Αγ. Αθανασίου, Χαλκηδόνας και Κουφαλιών. Είναι ένα πολύ πρωτοποριακό πρόγραμμα το οποίο οι ηλικιωμένοι το αγκάλιασαν, αισθάνθηκαν περισσότερο χρήσιμοι, ενώ τονώθηκε η αυτοπεποίθησή τους και βελτιώθηκε η σχέση με τα εγγόνια τους³⁴.

- Στην χώρα μας ένα ακόμα πρόγραμμα οργανώθηκε υπό την αιγίδα της Γενικής Γραμματείας Δια Βίου Μάθησης (Γ.Γ.Δ.Β.Μ.) του Υπουργείου Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων που είναι ο εθνικός επιτελικός φορέας ο οποίος συγκροτεί δομές και σχεδιάζει, συντονίζει και υποστηρίζει προγράμματα και δράσεις στον τομέα της διά βίου μάθησης. Σε εφαρμογή αυτής της στρατηγικής ιδρύονται Κέντρα Εκπαίδευσης Ενηλίκων (Κ.Ε.Ε.). Η λειτουργία των Κ.Ε.Ε. υποστηρίζεται και προωθείται από

³⁴ Εξαδακτύλου, 2010, πρόσβαση 2-11-2014

το Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων (Ι.Δ.ΕΚ.Ε.), το οποίο είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου υπαγόμενο στη Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης. Τα Κ.Ε.Ε. συνιστούν μια καινοτομία στο πεδίο της διά βίου μάθησης και της ισότητας των ευκαιριών στην εκπαίδευση. Αποτελούν το συντονιστικό φορέα σε επίπεδο νομού για την ανάπτυξη των προγραμμάτων, τη συνεργασία με τοπικούς φορείς αλλά και τη σύνδεσή τους με τον κεντρικό φορέα υλοποίησης. Τα εκπαιδευτικά προγράμματα των Κ.Ε.Ε. απευθύνονται σε όλους τους ενήλικες της χώρας και ο πρωταρχικός στόχος τους είναι η απόκτηση νέων βασικών δεξιοτήτων και η αναβάθμιση των ήδη υπαρχουσών³⁵.

- Τέλος, το πρόγραμμα που λαμβάνει χώρα στην Κρήτη και ιδιαίτερα στο Ηράκλειο ονομάζεται «Η Ακαδημία των Πολιτών» και είναι μία αστική μη κερδοσκοπική εταιρία (ISO 9001) και να 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 θα 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 θα έχουν τη μορφή τριώρων εβδομαδιαίων διαλέξεων 26 συνολικά. Στο πρώτο Ακαδημαϊκό έτος οι θεματικές ενότητες που θα διδαχθούν 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 θα 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 επίπεδο³⁶.

³⁵ <http://kee.ideke.edu.gr> πρόσβαση 2-11-2014

³⁶ <http://civilacademy.ucoz.org> 2-11-2014

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

2.1 Ορισμός Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας, έννοια και χαρακτηριστικά

Η «Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος», που έλαβε χώρα στη Βιέννη, το 1982, υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο για την καταγραφή ατόμων που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία. Ωστόσο διάφοροι επιστήμονες θεωρούν το 65^ο έτος ως μεταίχμιο της μετάβασης στην τρίτη ηλικία. Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) τα έτη 75-90 αντιστοιχούν στην 4^η ηλικία και πάνω από 90 στην 5^η ηλικία. Επιπρόσθετα, ως πραγματικά υπερήλικες χαρακτηρίζονται οι πάνω των 75 ετών, ενώ ως νεότεροι υπερήλικες οι ηλικίες μεταξύ 65-74 ετών.³⁷

Όταν συναντάμε, λοιπόν, έναν ηλικιωμένο είναι εύκολο να τον αναγνωρίσουμε σε σχέση με άτομα νεότερης ή μέσης ενήλικης ζωής, είναι δύσκολο όμως να δώσει κάποιος έναν επιστημονικό ορισμό της γήρανσης και του γήρατος. Και αυτό γιατί η γήρανση συνδέεται με σειρά μεταβολών στο άτομο οι οποίες εκδηλώνονται τόσο σε βιολογικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο εμφάνισης, συμπεριφοράς, εμπειρίας και κοινωνικών ρόλων. Ωστόσο είναι δύσκολο να πούμε ποιες σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές και σε ποια ηλικία είναι απόρροια μόνο της γήρανσης. Το γήρας θεωρείται απότοκος των χρονικά εξαρτημένων μεταβολών στα ζώντα συστήματα. Είναι κατάσταση που δημιουργείται στον οργανισμό παρά την ύπαρξη μηχανισμών που συμβάλλουν στην επιδιόρθωση των βλαβών και την συντήρηση του οργανισμού.

«Γήρας ονομάζεται η περίοδος της ζωής που ακολουθεί την ώριμη ηλικία και προηγείται του φυσικού θανάτου. Στις προηγμένες 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.»³⁸

Η γήρανση, λοιπόν, αποτελεί μία σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την

³⁷ Χανιώτης Φ.Ι., 1998

³⁸ Αθανασίου, κ.α., 2005: 564

πάροδο του χρόνου.³⁹ Ο βαθμός και ρυθμός της διαδικασίας της γήρανσης ποικίλλει τόσο από άτομο σε άτομο, όσο και στα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου ατόμου. Υπάρχουν, ωστόσο, ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά σε όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως φυλής ή φύλου που σχετίζονται με τις φάσεις της ζωής τους: νήπιο, παιδί, έφηβος, μεσήλικας, ηλικιωμένος. Το γήρας αποτελεί μία έννοια με έναρξη συμβατικά καθορισμένη και διαφορετική στις διάφορες εποχές.

Ο Πυθαγόρας ξεχώριζε τη ζωή σε τέσσερις περιόδους, διάρκειας 20 χρόνων η κάθε μία, αντίστοιχες με τις εποχές: η παιδική ηλικία ή άνοιξη από 0-20 ετών, η εφηβεία ή καλοκαίρι από 20-40 ετών, η νεότητα ή φθινόπωρο από 40-60 ετών και τα γηρατειά ή χειμώνας από 60-80 ετών, ενώ ο Αριστοτέλης εντοπίζει τη φυσική ωριμότητα στα 35 χρόνια και την πνευματική στα 49 χρόνια. Ο Λάλσετ ορίζει 4 στάδια ζωής: Η πρώτη ηλικία είναι η περίοδος εξάρτησης, κοινωνικοποίησης, ανωριμότητας και εκπαίδευσης. Η δεύτερη ηλικία είναι περίοδος ανεξαρτησίας, ωριμότητας ευθύνης και κερδών. Η τρίτη ηλικία είναι περίοδος προσωπικών επιτευγμάτων και εκπλήρωσης. Η τέταρτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, εξασθένησης, θανάτου.⁴⁰

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.

³⁹ Cauley, Dorman, & Ganguli, 1996

⁴⁰ Έμκε- Πουλοπούλου, 1999

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 γηρατειά 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 γηρατειά, 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.⁴¹

⁴¹Γ. Παναγιωτάκης, 2008

2.1.1 Χαρακτηριστικά τρίτης και τέταρτης ηλικίας

Ο άνθρωπος με την πάροδο του χρόνου υφίσταται μια φυσιολογική φθορά στα όργανα που αποτελούν τον οργανισμό του, που αφορά τη σύσταση, τη μορφολογία των κυττάρων, ιστών κ.λπ. Οι φυσιολογικές μεταβολές πρέπει να διαχωρίζονται από τις νοσηρές καταστάσεις. Ωστόσο οι πιθανότητες να προσβληθεί από κάποια ασθένεια ή ασθένειες ο ηλικιωμένος είναι πολύ μεγαλύτερες από ότι στο νέο. Τα συμπτώματα του γήρατος προκαλούνται από την απώλεια ή την υπό-λειτουργικότητα των κυττάρων κάθε οργάνου του σώματος. Καθώς εξαφανίζονται τα κύτταρα, οι ιστοί και οι μύες γίνονται λεπτότεροι η δύναμη και η αντοχή λιγοστεύουν και ελαττώνεται η ικανότητα για εργασία. Από την άλλη η μεγαλύτερη έκπτωση που συμβαίνει στην τρίτη ηλικία έχει να κάνει περισσότερο με τις επιδράσεις διαφόρων χρόνιων ασθενειών που εξασθενούν το άτομο παρά με την ίδια την τρίτη ηλικία. Παρακάτω ακολουθούν οι σημαντικότερες μεταβολές που επέρχονται στο άτομο με το πέρασμα του χρόνου:

Σωματικές μεταβολές που επέρχονται με το πέρασμα του χρόνου και τη μεγάλη ηλικία, παρουσιάζονται στα εξής:

- α) *Στην εμφάνιση.* Χαρακτηριστικό είναι τα άσπρα μαλλιά, οι ρυτίδες, η δομή του σώματος-όπως η μείωση του ύψους και του βάρους και η κατανομή του λίπους με αύξησή του γύρω από τη μέση.
- β) *Στην κινητικότητα.* Εδώ αναφέρονται τα προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα και τις αρθρώσεις. Γενικώς αυτού του είδους τα προβλήματα επιφέρουν περιορισμό των κινήσεων και μπορεί να δυσκολέψουν το άτομο στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων με τα χέρια. Οι πόνοι και η έλλειψη ευελιξίας στα πόδια μπορούν να επιβραδύνουν το ρυθμό βαδίσματος του ατόμου να δυσκολεύσουν το ανέβασμα σε σκάλες ή το κάθισμα σε καρέκλα. Τέλος τα προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα κάνουν το άτομο πιο επιρρεπές στη πτώση και στα κατάγματα.
- γ) *Στο καρδιαγγειακό σύστημα.* Οι συνδεόμενες με την ηλικία μεταβολές στη λειτουργία της καρδιάς και των αρτηριών έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της ποσότητας αίματος που φθάνει στα κύτταρα. Μια άλλη συνέπεια της μειωμένης λειτουργίας της καρδιάς είναι ότι φθάνει λιγότερο οξυγόνο στους μύες. Επίσης αυτές οι μεταβολές μπορούν να ερμηνεύσουν μερικώς την υψηλή πίεση του αίματος.
- δ) *Στο αναπνευστικό σύστημα.* Η προχωρημένη ηλικία έχει ως συνέπεια την πτώση της ποσότητας της ανταλλαγής των αερίων στους πνεύμονες με αποτέλεσμα να φθάνει στο αίμα λιγότερο οξυγόνο από τον αέρα. Επίσης μειώνεται η ποσότητα του

αέρα που εισπνέεται και εκπνέεται στους πνεύμονες κατά τα μέγιστα έπειτα από προσπάθειες.

ε) Στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ). Δύο από τις κύριες λειτουργίες του ΑΝΣ φαίνεται ότι επηρεάζονται με την αύξηση της ηλικίας. Αυτές είναι η ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και ο ύπνος. Τα άτομα άνω των 64 ετών παρουσιάζουν ελαττωμένη προσαρμοστικότητα στις πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές περιβαλλοντικές θερμοκρασίες. Σε σχέση με τον ύπνο οι ηλικιωμένοι μπορεί να εμφανίσουν αϋπνίες. Οι διαταραχές ύπνου στους ηλικιωμένους οφείλονται μεταξύ άλλων στην άπνοια, στη συχνή ανάγκη για ούρηση αλλά και σε προβλήματα με τα πόδια, την καρδιά κ.ά.

στ) Στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Οι φυσιολογικές μεταβολές που παρατηρούνται στο ΚΝΣ είναι δύσκολο να αποδοθούν μόνο στο γήρας διότι υπάρχουν και σε ασθένειες όπως η νόσος Alzheimer, ή η νόσος του Parkinson. Γενικά φαίνεται ότι με την ηλικία επηρεάζονται με διαφορετικό τρόπο οι διάφορες περιοχές του εγκεφάλου.

ζ) Μείωση της οξύτητας των αισθητηρίων. Όσον αφορά στην όραση, ένα κύριο πρόβλημα που εμφανίζουν τα άτομα μεγάλης ηλικίας είναι ο καταρράκτης και η μείωση της κόρης του οφθαλμού τόσο σε μέγεθος όσο και στην ανταπόκριση στις αλλαγές φωτός. Οι ηλικιωμένοι έχουν επίσης πρόβλημα με την οπτική οξύτητα. Δε μπορούν να δουν καλά σε απόσταση ούτε να δουν λεπτομέρειες. Με την ηλικία εμφανίζεται και η πρεσβυωπία, ενώ μειώνεται η χρωματική όραση. Όσον αφορά την ακοή τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτή είναι αρκετά διαδεδομένα αν και συνήθως είναι μικρά σε ένταση. Ένα από τα χαρακτηριστικά της ακοής των ηλικιωμένων είναι η πρεσβυακοή δηλαδή μία ελαττωμένη ευαισθησία σε ήχους υψηλής συχνότητας.⁴²

Μεταβολές στις γνωστικές λειτουργίες

α) *Επεξεργασία πληροφοριών.* Μια βασική φυσιολογική αλλαγή που παρατηρείται στο γνωστικό σύστημα των ηλικιωμένων είναι η μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών σε νοητικό επίπεδο πράγμα που οδηγεί σε αύξηση του χρόνου που απαιτείται για να εκτελέσουν κάτι να σκεφθούν ή να πάρουν μια απόφαση.

β) *Μνήμη.* Ένα από τα πιο γνωστά συμπτώματα του γήρατος είναι η απώλεια της μνήμης. Υπάρχει γενική συμφωνία μεταξύ επιστημόνων ότι το μέρος της μνήμης που

⁴² Γ.Ν. Χριστοδούλου, ΒΠ Κονταξάκης, 2000

πάσχει περισσότερο είναι η εργαζόμενη μνήμη δηλαδή η μνήμη που ενεργοποιείται όταν το άτομο διατηρεί στη μνήμη του ενεργά πληροφορίες που του χρειάζονται προκειμένου να λύσει ένα πρόβλημα ή να κατανοήσει μια κατάσταση.

γ) *Νοημοσύνη*. Η νοημοσύνη είναι μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει πολλές επιμέρους ικανότητες. Υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές στην ανάπτυξη της νοημοσύνης αλλά και στο ποιες ικανότητες μειώνονται και ποιες όχι. Επίσης, σημασία έχει ο βαθμός εκπαίδευσης που έχει δεχθεί το άτομο. Γενικά, η νοητική απόδοση του ατόμου είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων όπως η σωματική και ψυχική υγεία, η καλή λειτουργία του εγκεφάλου, η μόρφωση και οι ιστορικές-πολιτισμικές συνθήκες στις οποίες έζησε.⁴³

Μεταβολές στους κοινωνικούς ρόλους. Η προσωπικότητα του ατόμου επηρεάζεται από τις αλλαγές που συνεπάγονται τα γηρατειά. Ο βαθμός όμως και ο τρόπος επηρεασμού εξαρτώνται από την προσωπικότητα των ηλικιωμένων πριν φθάσει σε αυτή την ηλικία.

α) *Επαγγελματική απασχόληση- εισόδημα*: Για πολλούς η μεγάλη ηλικία μπορεί να είναι χρόνος βαθμιαίας απώλειας ρόλων από την άποψη της οικονομικής δύναμης, του γοήτρου που προέρχονται από την εργασία. Για τους λόγους αυτούς, η διακοπή της εργασίας για συνταξιοδότηση αποτελεί μία πολύ σημαντική φάση στην ζωή του ατόμου, που μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ζωή του ατόμου, ανάλογα βέβαια την προσωπικότητα του ατόμου, τα ενδιαφέροντα και την προσαρμοστική του ικανότητα. Ωστόσο μπορεί να είναι ένα ευτυχές γεγονός, όταν το άτομο εργαζόταν κάτω από δυσάρεστες συνθήκες.

Η απομάκρυνση από την εργασία του δημιουργεί το αίσθημα ότι σταμάτησε να είναι χρήσιμος, ταυτόχρονα του στερεί μεγάλο μέρος του εισοδήματος του, εφόσον τα υγιή ασφαλιστικά ταμεία του παρέχουν μειωμένες συντάξεις, σε σχέση με το εισόδημα που είχε το άτομο όταν εργαζόταν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να περιορίζονται οι δυνατότητες να καλύπτουν οι ηλικιωμένοι ικανοποιητικά τις βιοτικές τους ανάγκες.

β) *Οικογένεια* : Η οικογένεια, ως βασικό κοινωνικό κύτταρο, ήταν φυσικό να αποτελεί και τον κυρίως δέκτη των μεταβολών. Η εκτεταμένη οικογένεια (γονείς- παιδιά –

⁴³Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999

παππούδες) άρχισε να διασπάται, καθώς οι νέοι έφευγαν για τα μεγάλα αστικά κέντρα ή μετανάστευαν στο εξωτερικό σε μία προσπάθεια τους να βρουν καλύτερη τύχη. Διαζύγια και μονογονεϊκές οικογένειες άρχισαν να εμφανίζονται συχνότερα ενώ η εργασία της γυναίκας και ο μικρότερος αριθμός παιδιών στις οικογένειες στερούσε από τους ηλικιωμένους το ρόλο της φροντίδας που θεωρούσαν ως τότε δεδομένη. Τα προβλήματα των ηλικιωμένων , από τα πιο απλά μέχρι τα πιο σύνθετα ήταν ευθύνη της οικογένειας, που τους πρόσφερε την προστασία που χρειαζόταν, χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο το αίσθημα ασφάλειας και αυτοσεβασμού. Όλα αυτά άλλαξαν άρδην χωρίς να δοθεί η δυνατότητα προσαρμογής ακόμη και στους πιο ευπροσάρμοστους ηλικιωμένους.⁴⁴

Μεταβολές στην ψυχική υγεία: Οι προοδευτικά επερχόμενες και επιδεινούμενες μεταβολές που συνοδεύουν το πέρασμα των χρόνων, όπως η επιβάρυνση της σκέψης, η επιδείνωση της πρόσφατης μνήμης, οι αλλαγές της συνήθειας ύπνου, η ανασφάλεια, η κοινωνική απομόνωση και η εξάρτηση οδηγούν στην εμφάνιση ψυχολογικών διαταραχών που φέρνουν πιο κοντά στο θάνατο. Οι συχνότερες διαταραχές στην τρίτη ηλικία είναι το άγχος και η κατάθλιψη.

α) *Άγχος:* Μία από τις πιο χαρακτηριστικές πλευρές της προσωπικότητας των ατόμων είναι η ικανότητα των ατόμων να ανταπεξέρχονται στις δυσκολίες της ζωής και να αντιμετωπίζουν το άγχος. Υπάρχουν διαφορετικά είδη αγχωδών διαταραχών (φοβίες, διαταραχή πανικού, γενικευμένη αγχώδης διαταραχή), ορισμένα συμπτώματα είναι κοινά μεταξύ των ασθενών(υπερβολική ανησυχία, ευερεθιστικότητα, αϋπνία, ταχυκαρδία, εφίδρωση κ.α. Οι ηλικιωμένη που παρουσιάζουν άγχος, μπορεί να μην συμμετέχουν σε δραστηριότητες που προηγούμενος τους ευχαριστούσαν, να διαμαρτύρονται για σωματικά και κοινωνικά προβλήματα και να φοβούνται για πράγματα που δεν αποτελούν απειλή.

Η αντιμετώπιση του άγχους επιτυγχάνεται μέσω φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών θεραπειών (γνωσιάκη- συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, η οποία περιλαμβάνει ασκήσεις χαλάρωσης γνωστική αναδιάρθρωση και έκθεση στα φοβογόνα ερεθίσματα), τα αποτελέσματα και στις δύο περιπτώσεις είναι εξίσου καλά.

β) *Κατάθλιψη:* Η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας εμφανίζεται για πρώτη φορά σε προχωρημένη ηλικία, μετά τα εξήντα ή εξήντα πέντε έτη. Συνήθως εμφανίζεται στους ηλικιωμένους καθώς αισθάνονται συναισθήματα λύπης και θλίψης εξαιτίας διάφορων

⁴⁴ Γ.Ν. Χριστοδούλου, ΒΠ Κονταξάκης, 2000

αλλαγών στη ζωή τους. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν τη μείωση της ανεξαρτησίας τους, τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν, την απώλεια της εργασίας και καριέρας τους, αλλά και το θάνατο αγαπημένων προσώπων (αδερφών, φίλων, συντρόφου).

«Κατάθλιψη ορίζεται η έκπτωση που συνοδεύεται από απώλεια ενδιαφέροντος, ευχαρίστησης, από μειωμένη ενεργητικότητα, περιορισμένη δραστηριότητα και αίσθημα αυξημένης κόπωσης»⁴⁵

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας, μπορούν να συνοψιστούν στα εξής: οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας με κατάθλιψη συχνά έχουν αισθήματα αναξιότητας, απελπισίας, νιώθουν αβοήθητα και έχουν ενοχές χωρίς να υπάρχει λόγος. Επίσης μπορεί να αισθάνονται συνεχή στεναχώρια, κούραση, έλλειψη ενεργητικότητας, ανεξήγητα άλγη και πόνους, άγχος και ένα αίσθημα «κενού». Χάνουν το ενδιαφέρον τους και την αγάπη τους προς τις καθημερινές δραστηριότητες, αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον ύπνο τους και τη διατροφή τους, ξεσπούν σε κλάματα πολύ συχνά, δυσκολεύονται να επιτελέσουν διανοητικές διαδικασίες, δηλαδή αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη συγκέντρωση και λήψη αποφάσεων αλλά και προβλήματα που σχετίζονται με τη μνήμη. Παράλληλα, οι ηλικιωμένοι με κατάθλιψη τείνουν να είναι ευερέθιστοι, μπορεί να έχουν αυτοκτονικές σκέψεις, χάνουν εύκολα τον προσανατολισμό τους και αποσύρονται από τις κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες παλαιότερα συμμετείχαν.

Οι αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι: η μοναξιά, η απομόνωση, το άγχος για τα οικονομικά τους προβλήματα, ο φόβος θανάτου, το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, ο θάνατος αγαπημένων και προσφιλών προσώπων (αδέρφια, σύντροφος, φίλοι), οι ορμονικές αλλαγές, η αίσθηση μειωμένου σκοπού και η επίδραση που έχουν στους ηλικιωμένους διάφορα προβλήματα υγείας όπως το Alzheimer, το Parkinson, τα καρδιακά προβλήματα, ο καρκίνος, η αρθρίτιδα, τα εγκεφαλικά επεισόδια ή άλλα παθολογικά προβλήματα που μπορεί να σχετίζονται με την ηλικία. Κάποιες φορές η φαρμακευτική αγωγή ή μια αλλαγή στη φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούν οι υπερήλικες για να αντιμετωπίσουν άλλες αρρώστιες είναι πιθανόν να ενεργοποιήσουν την κατάθλιψη.

Το θετικό νέο είναι ότι **η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας είναι θεραπεύσιμη σε ποσοστό μέχρι και 80%**. Η θεραπευτική διαχείριση της μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω κάποιας ψυχοθεραπείας (συμβουλευτικής, κ.α.), με τη

⁴⁵ ICD-10-1992

συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων ή με το συνδυασμό αυτών των δύο.⁴⁶

2.2. Ανάγκες των ηλικιωμένων

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν διαφέρουν από τις ανάγκες του υπόλοιπου πληθυσμού. Παρόλα αυτά, η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες οι οποίες πρέπει να καλύπτονται για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο ευχάριστη αλλά και χρήσιμη για τους ίδιους. Για αυτό, όπως όλοι οι άνθρωποι έτσι και οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από^{47, 48}:

α) Αρκετή και θρεπτική τροφή, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια, εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες, χωρίς φιλανθρωπία, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση,

β) παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ενσωμάτωση στην οικογένεια, αγάπη, ζεστασιά, στοργή, χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Σεβασμό της ελευθερίας τους, δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό. Αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι, ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων

γ) ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό της προσωπικότητά τους, χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειας τους,

δ) δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες, δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους. Μερικοί ανάπηροι και ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια στην κίνησή τους, όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα π.χ. μπαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο,

ε) έγκαιρη και σωστή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν, πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία και δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα.

⁴⁶ www.nstr.gr – Ψυχογηριατρική Εταιρία «Ο Νέστωρ»

⁴⁷ Μπαλούρδος, Δ. Τεπέρογλου, Α. Φακιολάς, Α. (1996)

⁴⁸ Έμκε - Πουλοπούλου (1999)

Σύμφωνα με την Οσταρίου – Ευκλείδη οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ικανοποιούν με κάποιο τρόπο τις ανάγκες τους τόσο για στέγη όσο και για τροφή . Όμως , πολλές άλλες ανάγκες όπως είναι οι οικονομικές δεν καλύπτονται επαρκώς καθώς , ο μεγαλύτερος αριθμός των ηλικιωμένων έχει ως μοναδικό πόρο ζωής την σύνταξη και οι περισσότερες συντάξεις είναι ιδιαίτερος πενιχρές. Πολλοί ηλικιωμένοι μη μπορώντας να βασιστούν στην σύνταξη τους , στηρίζονται στα παιδιά τους ή στο κράτος για την επιβίωση τους , η οποία συνήθως προσφέρεται σε ιδρυματική μορφή γεγονός που δεν είναι ευόιο για τους ηλικιωμένους.

Επικρατεί η ιδέα πως οι ηλικιωμένοι έχουν μειωμένες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν, όμως αυτό δεν ισχύει καθώς μερικές δαπάνες μειώνονται ενώ άλλες αυξάνονται εξ αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι είναι ιδιαίτερος πολυέξοδη. Για παράδειγμα, κάποιοι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί για επισκευές ή εργασίες του σπιτιού με αποτέλεσμα να δαπανήσουν χρήματα. Επίσης, πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα άτομο και για ένα ζευγάρι , όμως το κόστος ζωής για ένα άτομο είναι αυξημένο π.χ. ενοίκιο, θέρμανση, δαπάνες για αγαθά.⁴⁹

2.3. Δικαιώματα ηλικιωμένων

Όλοι οι πολίτες όπως και οι ηλικιωμένοι έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις που αναφέρονται σε κείμενα του ΟΗΕ, της Ευρωπαϊκής ένωσης και άλλων διεθνών οργανισμών, οργανώσεων ηλικιωμένων και στη νομοθεσία κάθε χώρας. Από όλα τα κείμενα, τους νόμους και τις διατάξεις προκύπτει ότι οι ηλικιωμένοι (ακόμα και οι εξαρτώμενοι) δεν διαφέρουν από τους άλλους πολίτες και μπορούν να εξακολουθήσουν να ασκούν τα δικαιώματα τους αλλά και τις ελευθερίες τους ως πολίτες.⁵⁰

Η Ευρωπαϊκή Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ,οι οποίοι έχουν ανάγκη φροντίδας και στηρίζει το δικαίωμά τους να

⁴⁹ Έμκε - Πουλοπούλου (1999)

⁵⁰ <http://www.age-platform.eu/>

ζουν με αξιοπρέπεια και ανεξαρτησία και να έχουν παράλληλα το δικαίωμα συμμετοχής στην κοινωνική και πολιτιστική ζωή.⁵¹

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Χάρτη στις παραγράφους 24 και 25 αναφέρεται πως κάθε άτομο που φτάνει στην συνταξιοδότηση θα πρέπει να διαθέτει επαρκές εισόδημα για να του επιτρέψει ένα λογικό βιοτικό επίπεδο. Επίσης, κάθε ηλικιωμένος που δεν έχει το δικαίωμα σύνταξης και δεν διαθέτει άλλα μέσα πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα ,ανάλογα με τις ανάγκες του, από την Κοινωνική Πρόνοια.

Τα βασικότερα δικαιώματα των ηλικιωμένων που παραθέτονται στον Ευρωπαϊκό Χάρτη σύμφωνα με την τελευταία τροπολογία του 2010 είναι τα ακόλουθα:⁵²

Άρθρο 1 . «Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, τη σωματική και πνευματική ευεξία, την ελευθερία και την ασφάλεια». Πιο συγκεκριμένα, το δικαίωμα αυτό αναφέρεται στο σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας ανεξάρτητα από την ηλικία, τη φυλή, την εθνική ή την κοινωνική καταγωγή , την οικονομική κατάσταση, τη θρησκεία , το φύλο, το σεξουαλικό προσανατολισμό, την προσωπικότητα και τον βαθμό φροντίδας που χρειάζεται ο καθένας. Επίσης, στην διαφύλαξη της σωματικής, σεξουαλική, ψυχολογική, συναισθηματικής, οικονομικής και υλικής ευημερίας.

Άρθρο 2 . «Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού». Ο κάθε άνθρωπος έτσι και ο ηλικιωμένος έχει ο ίδιος το δικαίωμα να αποφασίζει για τη ζωή του. Αναλυτικότερα, έχει ο ίδιος τόσο την ευθύνη αλλά και την ευχέρεια να επιλέγει τους ανθρώπους που είναι δίπλα του, να έχει ελεύθερη και όχι κατευθυνόμενη βούληση και να έχει ο ίδιος την διαχείριση της περιουσίας του. Επίσης, είναι καλό να έχει την υποστήριξη του περιβάλλοντος του για τις αποφάσεις που ο ίδιος λαμβάνει.

Άρθρο 3 . «Δικαίωμα στην προσωπική ζωή». Πιο συγκεκριμένα , ο κάθε άνθρωπος θα πρέπει να σέβεται την προσωπικότητα αλλά και την ιδιοκτησία του ατόμου. Δηλαδή , θα πρέπει να είναι σεβαστό εάν ο ηλικιωμένος θέλει το χώρο και το χρόνο του, αν θα επιθυμεί να μείνει μόνος ή με άτομα τα οποία αυτός θα επιλέξει. Τέλος έχει το δικαίωμα στα προσωπικά δεδομένα και στην επικοινωνία (όπως η αλληλογραφία).

⁵¹ (Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε, άρθρο 25)

⁵² http://www.ageplatform.eu/images/stories/22204_AGE_charte_europeenne_ELv3.pdf

Άρθρο 4. «Δικαίωμα σε εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας». Το δικαίωμα αυτό αναφέρεται στην φροντίδα που παρέχεται στους ηλικιωμένους τόσο σε επίπεδο ιατρικής περίθαλψης όσο και ψυχικής υγείας. Και σε αυτή την περίπτωση, ο κάθε άνθρωπος θα πρέπει να έχει το δικαίωμα να λαμβάνετε υγειονομική περίθαλψη και υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, οι οποίες θα είναι έγκαιρες, υψηλής ποιότητας, οικονομικά προσιτές, καθώς και προσαρμοσμένες στις εξατομικευμένες ανάγκες και επιθυμίες, χωρίς καμία απολύτως διάκριση.

Άρθρο 5. «Δικαίωμα σε εξατομικευμένες πληροφορίες , συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης». Σύμφωνα με το Άρθρο 5 οι ηλικιωμένοι δικαιούνται ενημέρωση σε θέματα υγείας αλλά και εξατομικευμένες πληροφορίες και συμβουλές για τις ιατρικές εξετάσεις , τα φάρμακα και τις παρεμβάσεις στον οργανισμό τους. Καθώς επίσης, έχουν άμεση πρόσβαση τόσο στον ιατρικό τους φάκελο όσο και σε όλα τα έγγραφα που τους αφορούν.

Άρθρο 6. «Δικαίωμα σε συνεχή επικοινωνία, κοινωνική συμμετοχή και πολιτιστικές δραστηριότητες». Αναμφίβολα, οι ηλικιωμένοι έχουν το δικαίωμα τόσο στην πολιτική ζωή της χώρας με δική τους βούληση όσο και στην αλληλεπίδραση με άλλους ανθρώπους εάν αυτοί το επιθυμούν αλλά και στην δια βίου μάθηση. Δεν αποκλείονται από το παραπάνω δικαίωμα αλλά ούτε από τις νέες τεχνολογίες στις οποίες μπορούν να έχουν πρόσβαση αλλά και κατάρτιση για τη σωστή χρήση τους.

Άρθρο 7. «Δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης και την ελευθερία της σκέψης/συνείδησης: πεποιθήσεις, πολιτισμός και θρησκεία». Πιο συγκεκριμένα , οι ηλικιωμένοι έχουν το δικαίωμα να ζουν με τα δικά τους πιστεύω και τις δικές τους πεποιθήσεις καθώς μπορεί να εξαρτώνται από άλλους αλλά δεν παύουν να έχουν τις δικές τους ανάγκες.

Άρθρο 8. «Δικαίωμα στην παρηγορητική αγωγή και υποστήριξη, στον σεβασμό και την αξιοπρέπεια κατά τα τελευταία στάδια της ζωής και τον θάνατο». Οι ηλικιωμένοι έχουν το δικαίωμα να κατευθύνουν τους φροντιστές τους για τα τελευταία στάδια της ζωής του ακόμα και για το θάνατο του (εφόσον αυτό που ζητά είναι στα νομοθετικά πλαίσια της χώρας διαμονής).

Άρθρο 9. «Δικαίωμα πρόσβασης σε ένδικα μέσα ». Πιο συγκεκριμένα, ο κάθε ηλικιωμένος έχει το δικαίωμα σε ένδικα μέσα όταν και αν υπάρξει κακομεταχείριση , κακοποίηση ή παραμέληση χωρίς να έχει το φόβο για τις συνέπειες. Τέλος, έχουν το

δικαίωμα να λάβουν περίθαλψη για κάθε σωματικό ή ψυχολογικό τραύμα που έχουν υποστεί εξαιτίας παραμέλησης ή κακοποίησης.

Άρθρο 10. «Οι υποχρεώσεις σας». Εκτός από τα δικαιώματα που κατέχουν θεμελιωδώς οι ηλικιωμένοι έχουν και ορισμένες υποχρεώσεις που θα πρέπει να τηρούν. Αναφορικά, θα πρέπει να σέβονται και να φέρονται με ευγένεια στους ανθρώπους που ζουν και εργάζονται στον ίδιο χώρο με αυτούς. Θα πρέπει να ορίζουν το άτομο που θα συνηγορεί και θα παίρνει τις αποφάσεις όταν ο ηλικιωμένος δεν είναι σε θέση. Τέλος, θα πρέπει να ενημερώνουν τις αρμόδιες αρχές αλλά και τους φροντιστές τους για καταστάσεις κακοποίησης η κακομεταχείρισης που βιώνουν οι ίδιοι ώστε να αντιμετωπίζονται έγκαιρα.

2.4. Προβλήματα και επιπτώσεις της τρίτης και της τέταρτης ηλικίας την περίοδο της οικονομικής κρίσης.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στα προβλήματα και τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης που υφίστανται οι ηλικιωμένοι. Ο αριθμός των ηλικιωμένων ανά τον κόσμο, αλλά και στην Ελλάδα αυξάνεται ολοένα και περισσότερο με το πέρασμα των χρόνων. Τα στοιχεία για τη γήρανση του πληθυσμού δείχνουν μια μεγάλη αύξηση της αναλογία των ηλικιωμένων τα επόμενα 30 χρόνια. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση ειδικότερα υπολογίζεται ότι ο πληθυσμός των πολιτών ηλικίας μεταξύ 55 και 75 ετών, είναι σήμερα 102 εκ. περίπου. Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό αυτής της ηλικιακής ομάδας είναι η σταθερότητα του εισοδήματος και η ύπαρξη χρόνου, λόγω έλλειψης επαγγελματικής δραστηριότητας. Όντας μεγάλο μέρος του πληθυσμού έχουν άμεση σχέση με το κομμάτι της οικονομίας, με αποτέλεσμα να υποστούν και τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης που υπάρχει στη χώρα μας.

Αναλυτικότερα, την περίοδο της οικονομικής κρίσης οι ηλικιωμένοι υφίστανται συνέπειες οι οποίες μπορούν να ενταχθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: η μία, που είναι και η πιο ορατή, είναι οι συνέπειες που αφορούν τους ίδιους τους ηλικιωμένους και η άλλη είναι οι συνέπειες για το κοινωνικό σύνολο και την οικονομία μιας χώρας. Οι συνέπειες για τα ίδια τα άτομα είναι προφανείς και ευθέως ανάλογες προς το χρόνο που κάποιος βρίσκεται σε κατάσταση οικονομικής κρίσης η οποία δημιουργεί αλυσιδωτές αρνητικές αντιδράσεις στη ψυχολογία των πληττομένων. Ο ηλικιωμένος δεν μπορεί να συντηρήσει τον εαυτό του και την

οικογένειά του και ακόμη περισσότερο να απολαύσει εκείνα τα υλικά και πολιτιστικά αγαθά που αποτελούν κτήμα για το μέσο άνθρωπο στη σύγχρονη κοινωνία. Το αίσθημα της ανασφάλειας κυριαρχεί στη ζωή του και στις σχέσεις του με τον οικογενειακό, φιλικό και κοινωνικό του περίγυρο. Η μείωση της αυτοεκτίμησης έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της δυνατότητας του ατόμου για δυναμική παρέμβαση στα πράγματα, στην αυτενέργειά του και στην αισιοδοξία του για να βάλει στόχους προκειμένου να βελτιώσει το μέλλον του. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση είναι απόρροια της παρατεταμένης περιόδου της κρίσης και ταυτόχρονα αίτιο παράτασης της φτώχειας καθώς σιγά-σιγά μειώνεται η δυνατότητα απόδρασης από την κατάσταση αυτή και σταδιακά το άτομο χάνει κάθε επαφή με την παραγωγική διαδικασία αλλά και τα θεμελιώδη δικαιώματά του.(αποκλεισμός από το δικαίωμα για μόρφωση για την Τρίτη ηλικία, για αξιοπρεπή στέγαση, πρόσβαση στην κοινωνική προστασία, την περίθαλψη κ.α.). Ορατές είναι και οι συνέπειες για την υγεία των πασχόντων της οικονομικής κρίσης. Σε μία κοινωνία όπου η δωρεάν υγεία είτε δεν προσφέρεται είτε, όταν προσφέρεται, δεν συγκεντρώνει χαρακτηριστικά ποιότητας, είναι προφανές ότι η κρίση δεν μπορεί παρά να έχει επίδραση και στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης για τους φτωχούς ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους. Συναφώς παρατηρείται ότι οι αντικειμενικές συνθήκες φτώχειας επιτείνονται και από την υποκειμενική αντίληψη της φτώχειας που πολλές φορές -και ιδιαίτερα σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού όπως οι ηλικιωμένοι- είναι μεγαλύτερη από ότι δικαιολογεί η οικονομική κατάσταση του φτωχού. Αποτέλεσμα αυτής της υπερεκτίμησης της κατάστασης φτώχειας είναι ότι τα άτομα δυσκολεύονται ακόμη περισσότερο να βρουν διέξοδο από την κατάστασή τους καθώς "παραιτούνται" ψυχολογικά από τη ζωή. Η παρατεταμένη όμως φτώχεια δεν αποκόπτει τους φτωχούς μόνο από την παραγωγική διαδικασία αλλά και από τον ίδιο τον κοινωνικό κορμό μιας χώρας. Η μη συμμετοχή στις κοινές αξίες μιας κοινωνίας έχει άμεσες επιπτώσεις στην πολιτική διαδικασία καθώς αποκόπονται από αυτήν οι ευπαθείς ομάδες. Η απόλαυση των ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων που προβλέπονται από το Σύνταγμα είναι δυσχερής έως αδύνατη σε συνθήκες κρίσης και οι ηλικιωμένοι στερούνται κινήτρων για συμμετοχή στην πολιτική διαδικασία. Κατ' αυτό τον τρόπο, τίθεται σε αμφισβήτηση η δημοκρατική νομιμοποίηση του πολιτικού συστήματος, καθώς σημαντικό τμήμα του πληθυσμού δεν μετέχει σε αυτό. Η οικονομική ύφεση όμως αποτελεί εν δυνάμει κίνδυνο και για την κοινωνική ομαλότητα. Αν και ο αποκλεισμός των φτωχών από την πολιτική και κοινωνική διαδικασία συνοδεύεται στη σημερινή εποχή από παθητικοποίηση, αυτή η κατάσταση δεν είναι βέβαιο ότι θα συνεχισθεί και

στο μέλλον. Η σχηματιζόμενη πεποίθηση στο οικονομικά αδύναμο άτομο ότι το παρόν σύστημα δεν είναι σε θέση να δώσει διέξοδο στο βιοποριστικό του πρόβλημα μπορεί να οδηγήσει μακροπρόθεσμα σε συλλογικές μορφές κοινωνικής αντίδρασης που να κινούνται εκτός των πολιτικών και κοινωνικών θεσμών. Πιο άμεσα, και σε ατομικό επίπεδο, μπορεί να οδηγήσει σε μορφές παραβατικότητας που να φθάνουν μέχρι και την εγκληματικότητα.⁵³

Η ψυχική υγεία των ηλικιωμένων εν καιρώ οικονομικής κρίσης

Οι ψυχικές διαταραχές των ηλικιωμένων οφείλονται σε ψυχοκοινωνικούς, οργανικούς, βιοχημικούς και συναισθηματικούς παράγοντες που επέρχονται με το γήρας και εκδηλώνονται με τη μορφή άτυπων ή τυπικών ψυχιατρικών παθήσεων καθ' όλη τη διάρκεια του γήρατος. Οι κυριότερες ψυχικές διαταραχές των ηλικιωμένων σχετίζονται με τις διαταραχές συναισθήματος με εξέχουσα τη κατάθλιψη και τα Οργανικά Ψυχοσύνδρομα – Οργανικές Ψυχώσεις με την γεροντική άνοια και τη νόσο Alzheimer να εμφανίζουν τη μεγαλύτερη νοσηρότητα. Ο ηλικιωμένος μπορεί να εμφανίζει πέρα από απώλεια του ενδιαφέροντος, καταθλιπτική διάθεση σχεδόν κάθε ημέρα.

Μπορεί να εμφανίζει την ακόλουθη εικόνα:

- 1) Έχει μειωμένα κίνητρα για συμπεριφορές υγείας: καπνίζει ή/και δεν κάνει σωματική άσκηση.
- 2) Η διατροφή του δεν είναι η ενδεδειγμένη.
- 3) Αισθάνεται κοινωνικά απομονωμένος.
- 4) Έχει χρόνιο άγχος για την επιβίωση του/της.
- 5) Έχει χαμηλή αντίληψη συναισθηματικής υποστήριξης από τους οικείους του.
- 6) Έχει δυσλειτουργικούς μηχανισμούς άμυνας στο πρόβλημα της υγείας του (π.χ. άρνηση αποδοχής της κατάστασης της υγείας του).
- 7) Δεν συμμορφώνεται στις οδηγίες του γιατρού.

⁵³http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/sevp/ker/2013/AndriotiDionisia,KoulentakiAnna,MpokaMariaEleni/attached-document-1384185509-901305-21675/Andrioti_Koulentaki_Mpoka.2013.pdf

8) Πάσχει από ανορεξία, απώλεια βάρους και μειωμένη ενέργεια.

9) Μπορεί να εμφανίζει συμπτώματα διαταραχής πανικού ή άγχους.

Η κατάθλιψη δεν είναι χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων και δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογική μία καταθλιπτική αντίδραση σε αυτή την ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων προσαρμόζεται με επιτυχία στις μεταβολές που συμβαίνουν όταν εισέρχονται σε αυτό το στάδιο της ζωής. Έτσι, συμπτώματα όπως η μείωση των κοινωνικών επαφών και δραστηριοτήτων, η ελάττωση λήψης πρωτοβουλιών, το άγχος και η ανησυχία δεν είναι φυσικά επακόλουθα της γήρανσης, αλλά σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να αντιπροσωπεύουν την παρουσία κατάθλιψης. Οι ηλικιωμένοι που είναι κοινωνικά απομονωμένοι, έχουν 26% αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους που έχουν πλούσια κοινωνική ζωή. Εκτιμάται ότι ο κίνδυνος αυτός απορρέει από το γεγονός ότι όταν ένας ηλικιωμένος ζει απομονωμένος, δεν έχει κάποιον να φροντίσει για τη σωστή διατροφή του, για να πάρει το φάρμακό του ή για να τον βοηθήσει σε μια επείγουσα περίπτωση. Γι' αυτό επισημαίνεται ότι ακόμα και όταν οι ηλικιωμένοι έχουν επιλέξει να ζουν μόνοι, δηλαδή ευχαριστιούνται τη μοναξιά τους, πρέπει να έχουν περιοδική επαφή με κάποιους ανθρώπους, που θα τους συμβουλεύουν και θα τους υποστηρίζουν. Η περιορισμένη επαφή κάποιου με την οικογένειά του, με φίλους, με τη γειτονιά, με διάφορες οργανώσεις και γενικότερα με την κοινωνία, θεωρείται κοινωνική απομόνωση και σχετίζεται, αλλά δεν ταυτίζεται με τη μοναξιά. Σύμφωνα με την μελέτη, το μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας αφορούσε αυτούς που ταυτόχρονα βιώνουν μοναξιά και κοινωνική απομόνωση.⁵⁴

⁵⁴ Alex-Yiatzides, 2013

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

3.1 Ιστορική αναδρομή για τη σύσταση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» Κρουσώνα

3.1.1 Ιστορική αναδρομή για τη σύσταση του προγράμματος, «Βοήθεια στο Σπίτι»

Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων επιθυμεί να παραμείνει όσο το δυνατόν περισσότερο στο χώρο τους, σπίτι τους, στη γειτονιά τους. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, αφουγκράστηκε την συγκεκριμένη επιθυμία και έχοντας σαφή αντίληψη των σύγχρονων δομών της οικογένειας και της κοινωνίας προχώρησε στην εφαρμογή του ολοκληρωμένου προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», το οποίο στοχεύει στην εξασφάλιση οργανωμένης και αποτελεσματικής φροντίδας για τους ανθρώπους της 3^{ης} ηλικίας καθώς και ατόμων με κινητικά ή άλλα ειδικά προβλήματα (ΑμεΑ), ή που το εισόδημα τους δεν επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Το 1988 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας εφάρμοσε πρωτοποριακά προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» στα Εξάρχεια – Κυψέλη – Πατήσια - Κολωνό – Βοτανικό – Ακαδημία Πλάτωνος. Είναι χαρακτηριστικό ότι ο Ε.Ε.Σ. μέχρι σήμερα έχει αναπτύξει ένα ευρύ δίκτυο εθελοντών γύρω από το πρόγραμμα με τη συμμετοχή αρκετών ατόμων που εκπαιδεύονται συστηματικά από το συγκεκριμένο φορέα.

Κατόπιν, και όχι κατ' ανάγκη ως συνέχεια των προηγούμενων, το Νοέμβριο του 1996 εφαρμόστηκε το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», για ηλικιωμένους στο δήμο Περιστερίου Αττικής, το οποίο λειτούργησε πιλοτικά⁵⁵. Έπειτα από την εφαρμογή του στον ανώτερο δήμο αποφασίστηκε η επέκτασή του σε ακόμη 102 Δήμους της χώρας που διαθέτουν επαρκώς οργανωμένο Κ.Α.Π.Η., σύμφωνα με τις προδιαγραφές και την αξιολόγηση της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.

Σε όλη την Ελλάδα εφαρμόζεται σε 751 ΟΤΑ της χώρας (πάνω από το 80% των Δήμων) όπου εργάζονται περισσότερα από 4.500 χιλιάδες καταρτισμένα στελέχη και επιστήμονες: κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνιολόγοι, ψυχολόγοι, ιατροί, νοσηλευτές, οικιακοί βοηθοί, προσφέροντας δωρεάν σε 80.000 άτομα, συμβουλευτική και

⁵⁵ Περιστερίου και συν., 1998

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.⁵⁶

Σήμερα το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» παρατείνει τη λειτουργία του μέχρι το Δεκέμβριο του 2015 έπειτα από ψήφιση σχετικών διατάξεων στην Βουλή. Παράλληλα, θεσμοθετείται και η διάδοχη μορφή του προγράμματος από τον Ιανουάριο του 2016 με δύο επιμέρους προγράμματα. Πρόκειται για το «Κατ' Οίκον Φροντίδα Συνταξιούχων» για τους συνταξιούχους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και το «Κατ' Οίκον Κοινωνική Φροντίδα» για τους οικονομικά αδύναμους, ηλικιωμένους, ανασφάλιστους και άτομα με αναπηρία, με διαχειριστή και των δύο την Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης Α.Ε. και φορείς υλοποίησης τους δήμους, τα νομικά τους πρόσωπα και άλλους φορείς της Αυτοδιοίκησης.⁵⁷

3.1.2 Πρόγραμμα « Βοήθεια στο Σπίτι». Κρουσώνα

Το «Βοήθεια στο Σπίτι», Κρουσώνα ξεκίνησε την λειτουργία του, στο πλαίσιο του Γ' ΚΠΣ το Μάιο του 2003 . Το πρόγραμμα στα χρόνια λειτουργίας (2003-2011) είχε εξυπηρετήσει συνολικά 272 άτομα. Η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων είναι γυναίκες. Επίσης, από τα 272 άτομα τα 31 ήταν ΑΜΕΑ κάτω των 65 ή αντιμετώπιζαν άλλου είδους κοινωνικά προβλήματα. Κατά μέσω όρο εξυπηρετούνται 66 άτομα το χρόνο. Αρχικά το πρόγραμμα είχε τις παρακάτω ειδικότητες : α) κοινωνικό λειτουργό, β) νοσηλεύτρια , γ) 1 οικογενειακή βοηθό, δ) εργοθεραπευτή, ε) ψυχίατρο, στ) λογιστή. Ωστόσο από το 2011 το πρόγραμμα έμεινε χωρίς εργοθεραπευτή , ψυχίατρο και λογιστή, μέχρι και σήμερα δεν έχει πραγματοποιηθεί αντικατάσταση τους .

Το πρόγραμμα συνεργάζεται με φορείς υγείας, πρόνοιας εντός και εκτός Δήμου, ασφαλιστικά ταμεία, εθελοντικούς φορείς – σωματεία και διοργανώνει δράσεις που αφορούν τόσο το άτομο όσο και την κοινότητα συνολικά . Στο πλαίσιο αυτό, ενδεικτικά ,έχουν πραγματοποιηθεί :

- ❖ *Συστάθηκε συνεταιρισμός Γυναικών 2004 -2006. στο πλαίσιο του προγράμματος της Equal*

⁵⁶ Έρευνα καταγραφής και αποτύπωσης των προβλημάτων, αναγκών και των ενεργειών για τη συνέχιση λειτουργίας των μονάδων «Βοήθεια στο Σπίτι», 2006

⁵⁷ www.localit.gr/archives/65682 αναρτήθηκε στις 31.07.2014

- ❖ *Κύκλος ομιλιών και δράσεων* αφιερωμένος στη Γυναίκα, σε συνεργασία με τους Συλλόγους του Δήμου (2004-2005)
- ❖ *Ομάδα νοητικής ενδυνάμωσης* σε ηλικιωμένους με άνοια στο χώρο του ΚΑΠΗ σε συνεργασία με την ΝΕΛΕ 2010 κ.α.

Η συγκεκριμένη δομή, όπως προαναφέραμε ,ξεκίνησε την λειτουργία του, στο πλαίσιο του Γ' ΚΠΣ και την διοικητική εποπτεία τότε είχε αναλάβει η Δημοτική επιχείρηση Κρουσώνα (ΔΕΠΤΑΚ). Έπειτα λόγω των αλλαγών που συνέβησαν στον δήμο τη διοικητική εποπτεία του προγράμματος ανέλαβε ο Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ. Η χρηματοδότηση για αυτό το διάστημα γινόταν από την Περιφέρεια Κρήτης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Προστασίας και Παιδείας Μαλεβιζίου, η οποία αναλαμβάνει ως διάδοχος φορέας, την διοικητική εποπτεία του προγράμματος έως και σήμερα. Από το 2011 έως και τα τέλη του 2012 η χρηματοδότηση του προγράμματος προερχόταν από την ΕΕΤΑΑ⁵⁸

Το 2010 το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» 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) , όπου χρηματοδοτείται κατά 65% από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και 35% από το Ελληνικό Δημόσιο.

3.1.3 Αρχές που διέπουν το πρόγραμμα, « Βοήθεια στο σπίτι»

Το πρόγραμμα διέπεται από τις αρχές που εμπεριέχονται στις γενικές διακηρύξεις και συνθήκες των ανθρώπινων δικαιωμάτων καθώς και στις ειδικές αρχές που αναφέρονται στους ηλικιωμένους και τα ΑΜΕΑ. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην διασφάλιση των παρακάτω δικαιωμάτων και στο πως:

- ❖ Να επιλέγουν τον τρόπο ζωή 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 αυτάρκεια τους
- ❖ Να έχουν ίσες ευκαιρίες και κατοχυρωμένα δικαιώματα ώστε να μη γίνονται αποδέκτες προκαταλήψεων και αποκλεισμών

⁵⁸ http://www.eetaa.gr/kallikratis/nomosxedio/Fek_html,

- ❖ 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 ⁵⁹

3.1.4 Οι παρεχόμενες υπηρεσίες.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρία, αναφέρονται στους τομείς:

- ❖ Συμβουλευτικής και ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης στις ομάδες στόχο και την οικογένεια
- ❖ Εξασφάλισης υπηρεσιών, παροχών και μέτρων κοινωνικής προστασίας
- ❖ Έμπρακτης υπεράσπισης και προώθησης των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων και ευαισθητοποίησης του άμεσου και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος
- ❖ Νοσηλευτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας (όπως αυτή ορίζεται στο πρόγραμμα σπουδών σε συνδυασμό με τα επαγγελματικά δικαιώματα των στελεχών)
- ❖ Οικογενειακής – Οικιακής βοηθητικής φροντίδας και ικανοποίησης πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- ❖ Φροντίδας της ατομικής υγιεινής και καθαριότητας
- ❖ Αγωγής Υγείας και Πρόληψης
- ❖ Προσαρμογής και βελτίωσης της χρήσης και προσπέλασης των χώρων καθώς και εξοπλισμού του σπιτιού και του εξωτερικού περιβάλλοντος
- ❖ Διασυνδετικής με άλλους φορείς, δίκτυα, υπηρεσίες και προγράμματα για την αξιοποίηση των υπηρεσιών, μέσων και παροχών τους για την κάλυψη των αναγκών αξιοπρεπούς και υγιούς διαμονής, διαβίωσης, υγειονομικής περίθαλψης, σίτισης κ.λπ.
- ❖ Διευκόλυνσης των αναγκών μετακίνησης, ενημέρωσης και επικοινωνίας
- ❖ Διευκόλυνσης της πολιτιστικής θρησκευτικής και κοινωνικής συμμετοχής και δραστηριοποίησης.⁶⁰

⁵⁹ ΦΕΚ 1197/Β/30-8-2001

⁶⁰ www.dokappam.gr

3.1.5 Στελέχωση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», Κρουσώνα ,σήμερα στελεχώνεται από μία κοινωνική λειτουργό, μία νοσηλεύτρια και μία οικογενειακή βοηθό, ειδικότερα ,οι αρμοδιότητες του προσωπικού της δομής είναι:

- ❖ **Ο Κοινωνικός λειτουργός** ερευνά την υγεία, τις συνθήκες διαμονής, διατροφής, την οικογενειακή, οικονομική, ασφαλιστική και κοινωνική κατάσταση του χρίζοντα βοήθειας ατόμου, προσδιορίζει τις ανάγκες και επιλαμβάνεται της επίλυσης τους. Μετά από σχετική επιτόπια έρευνα καταγράφει τις ανάγκες του ατόμου και σχεδιάζει τον τρόπο παρέμβασης για την παροχή των υπηρεσιών. Έχει την ευθύνη του συντονισμού της δουλειάς και τον προγραμματισμό των επισκέψεων όλων των ειδικοτήτων που εργάζονται στο πρόγραμμα. Βοηθά το άτομο ψυχολογικά, στηρίζει το οικογενειακό περιβάλλον, εργάζεται μαζί του και δίνει συμβουλές στο περιβάλλον του ηλικιωμένου με σκοπό να ευαισθητοποιούνται σχετικά με τις ανάγκες του. Φροντίζει για την οικονομική κατάσταση του ηλικιωμένου και της οικογένειας. Ειδικότερα μεριμνά για τις συντάξεις, τα αναπηρικά επιδόματα και όλες τις παροχές που έχουν σχέση με τα ηλικιωμένα άτομα και τις αναπηρίες τους από τα ταμεία και τους οργανισμούς. Κλείνει ραντεβού σε Νοσοκομεία και επιτροπές για συντάξεις αναπηρίας.
- ❖ **Η Νοσηλεύτρια** παρέχει κατ' οίκον βασικές νοσηλευτικές υπηρεσίες. Φροντίζει για την εφαρμογή της Αγωγής Υγείας και Πρόληψης τον χρίζοντα βοήθεια ατόμων, όπως επισκέψεις στο σπίτι του ασθενή. Δίνονται οδηγίες στον ασθενή όσον αφορά την βελτίωση της υγείας του σε σχέση με την διατροφή του και το ανάλογο διαιτολόγιο, σε συνεργασία με το Γιατρό.
- ❖ **Η Οικογενειακή βοηθός** έχει την ευθύνη για την φροντίδα της ατομικής υγιεινής και καθαριότητας του ατόμου που χρίζει βοήθειας την οικιακή φροντίδα και ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης όπως την προμήθεια φαρμάκων, τροφίμων και λοιπών αναγκών πρώτης ανάγκης. Σε περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητο, επιλαμβάνεται της καθαριότητας του σπιτιού, της παρασκευής φαγητού, καθώς και την βοήθεια στη σίτιση εφόσον κρίνεται αναγκαίο.⁶¹
- ❖ **Φυσιοθεραπευτής:** Ο φυσικοθεραπευτής κάνει κατ' οίκον φυσικοθεραπεία έπειτα από παραπομπή από γιατρό.
- ❖ **Εργοθεραπεία ατομική και ομαδική:** Ο Εργοθεραπευτής: ασκεί ομαδική και ατομική εργοθεραπεία με στόχο την αποκατάσταση του ατόμου, είτε την

⁶¹ ΦΕΚ 376/Β/2000

διατήρηση και βελτίωση της λειτουργικότητας του πιο συγκεκριμένα: λειτουργία ομάδα εργοθεραπείας με θέμα τις κατασκευές στο χώρο του ΚΑΠΗ, παράλληλα γίνονται κατ'οίκον εργοθεραπείες

- ❖ **Ψυχιατρική βοήθεια:** Ο Ψυχίατρος προσφέρει κατ'οίκον ψυχιατρική βοήθεια, και έλεγχο ατόμων που έχουν ή υποψιάζονται ότι έχουν άνοια

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

Τα τηρούμενα προσωπικά στοιχεία των εξυπηρετούμενων φυλάσσονται σε ασφαλισμένο μέρος με ευθύνη του κοινωνικού λειτουργού υπεύθυνου του προγράμματος, είναι απόρρητα και αποκλειστική πρόσβαση έχουν μόνο τα στελέχη του προγράμματος που δεσμεύονται για την τήρηση του απορρήτου.

3.2. Ο σκοπός και οι στόχοι του προγράμματος ,η διάρθρωση του προσωπικού και ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

3.2.10 σκοπός και οι στόχοι του προγράμματος

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» είναι ένα από τα πιο σημαντικά προγράμματα κοινωνικού χαρακτήρα που λαμβάνει χώρα στην Ελλάδα. Απευθύνεται σε άτομα τρίτης ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα , με προτεραιότητα αυτούς που ζουν μόνοι τους ή δεν έχουν πλήρη φροντίδα της οικογένειας ή που το εισόδημα τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.⁶²

Ο σκοπός του προγράμματος είναι βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με κινητικά ή άλλα ειδικά προβλήματα (ΑμεΑ) αλλά και των ατόμων της τρίτης ηλικίας , η προσαρμογή τους στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον , η

⁶² (Ζαϊμάκης , Κανδηλάκη ,2005) <http://www.eetaa.gr/>

αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού. Επίσης, η εξασφάλιση της αξιοπρέπειας, τις υγιούς διαβίωσης η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας αλλά και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του εξυπηρετούμενου.⁶³

Σύμφωνα με το « Σχέδιο Περιγραφής της δράσης του βοήθεια στο σπίτι στο πλαίσιο των Π.Ε.Π του Γ' Κ.Π.Σ. που εξέδωσε η Ομάδα Διοίκησης Έργου Ο.Δ.Ε. του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης » (Κ.Ε.Δ.ΚΕ. 2002) , ως γενικός στόχος του προγράμματος προσδιορίζεται ο εξής :

«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, με προτεραιότητα σε αυτούς που διαβιούν μόνοι τους και το εισόδημα τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης , ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και μέσω της ενδυνάμωσης να αποκτήσουν την μέγιστη δυνατή αυτονομία και την κοινωνική ευημερία. »

Αναλυτικότερα, καθώς 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.

Σύμφωνα με το απόσπασμα του Φύλλου της Εφημερίδας της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 1197/Β/30-08-2001) στους στόχους 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.

⁶³ (ΦΕΚ 1197/Β/30-08-2001)

- Η προάσπιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων τους και η προστασία τους από αρνητικές διακρίσεις και συμπεριφορές κοινωνικού στιγματισμού, εκμετάλλευσης, κακοποίησης και παραμέλησης.
- Η παραμονή τους στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον και αποφυγή της χρήσης ιδρυματικής περίθαλψης.
- Η εξασφάλιση της μέγιστης δυνατής ανεξαρτησίας και αυτονομίας τους
- Η διευκόλυνση της μετακίνησης, της επικοινωνίας και της κοινωνικής συμμετοχής τους
- Η μελέτη και προώθηση των αναγκαίων αλλαγών στο εσωτερικό του σπιτιού, στον εξοπλισμό και στο περιβάλλοντα χώρο σύμφωνα με τους κανόνες εξασφάλισης της μέγιστης χρήσης και προσπέλασης τους,
- Η στήριξη και ανακούφιση της οικογένειας τους και των προσώπων που έχουν ευθύνη φροντίδας τους, χωρίς να υποκατασταθούν από τις υπηρεσίες του προσωπικού του προγράμματος αλλά αντιθέτως να ενισχυθούν η αλληλεγγύη και οι οικογενειακοί δεσμοί.
- Η εκπαίδευση των μελών της οικογένειας για συμμετοχή τους στην αντιμετώπιση των εξειδικευμένων αναγκών φροντίδας τους.
- Η ρύθμιση των νοσηλευτικών και υγειονομικών αναγκών τους που είναι εφικτό να καλύπτονται στο σπίτι.
- Η διασύνδεση τους με τις υπηρεσίες που ικανοποιούν ανάγκες και δικαιώματα τους και ιδιαίτερα την συνεργασία και τον συντονισμό με το δίκτυο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας και κοινωνικής προστασίας της περιοχής και την συστηματοποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών.
- Η παραπομπή τους στις κατάλληλες υπηρεσίες για την κάλυψη εξειδικευμένων αναγκών κυρίως για υπηρεσίες δευτεροβάθμιας υγείας και πρόνοιας και η προετοιμασία της επιστροφής τους στο οικείο περιβάλλον και η εξασφάλιση υπηρεσιών αποκατάστασης
- Η ενίσχυση φιλικών δεσμών και κοινωνικών σχέσεων, όπως και συμπεριφορών κοινωνικού ενδιαφέροντος.

3.2.2 Απαραίτητες προϋποθέσεις για την καλύτερη λειτουργία του προγράμματος

Σε αυτό το σημείο, είναι χρήσιμο να αναφερθούμε στις προϋποθέσεις που πρέπει να παρέχονται για την καλύτερη λειτουργία του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι. Όπως αναφέρεται στο απόσπασμα του Φύλλου της Εφημερίδας της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 1197/Β/30-08-2001) οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την εύρυθμη λειτουργία του προγράμματος είναι :

1. Εξασφάλιση κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής

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 δια - δίκτυο)] 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 υπευθύνου του συντονισμού του προγράμματος, για την εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας της δράσης και τις ανάγκες ενημέρωσης των αρμοδίων εποπτικών αρχών, σχετικά με την πορεία και την εξέλιξη αυτής. Τα τηρούμενα προσωπικά στοιχεία των εξυπηρετούμενων, φυλάσσονται σε ασφαλισμένο μέρος, με ευθύνη του / της κοινωνικής λειτουργού/ κοινωνικού επιστήμονα υπευθύνου 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.
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 διατάξεις.

3.2.3. Η διάρθρωση του προσωπικού ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

Στο απόσπασμα του Φύλλου της Εφημερίδας της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 1197/Β/30-08-2001) αναφέρεται πως η κάθε μονάδα παροχής υπηρεσιών του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» αποτελείται από 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 και ένα έως τρεις οικογενειακούς βοηθούς ή κοινωνικούς φροντιστές, ΥΕ, ΔΕ, ΤΕ, ΑΕΙ.

Αναλυτικότερα , οι παρεχόμενες υπηρεσίες του κοινωνικού λειτουργού ή του κοινωνικού επιστήμονα που εργάζεται στο πρόγραμμα είναι η 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. Η

άμεση συνεργασία με τον δήμο και άλλους τοπικούς φορείς και η πληροφόρηση του ευρύ πληθυσμού . Η 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). Η παραπομπή περιστατικών σε άλλες αρμόδιες υπηρεσίες (Κοινωνική Υπηρεσία, Κέντρο ψυχικής υγείας, Κέντρο Ψυχικής υγιεινής κτλ), η συνεργασία με φορείς Υγείας πρόνοιας για την παροχή μέτρων κοινωνικής προστασίας (επιδόματα, συντάξεις, κάρτες αναπηρίας κτλ) . Επίσης η συνεργασία, με την ομάδα για ενημέρωση και πρόληψη σε θέματα υγείας και κοινωνικά ζητήματα, με σωματεία συλλόγους για την προώθηση των αναγκών των εξυπηρετούμενων και η συνεργασία με άλλες μονάδες όπως ΚΗΦΗ ,ΚΑΠΗ, για την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών των ηλικιωμένων. (συνεργασία σε εκδηλώσεις, δημιουργία δανειστικής βιβλιοθήκης στο ΚΑΠΗ). Τέλος , η ενημέρωση και στήριξη σε ΑΜΕΑ για την δυνατότητα εξεύρεσης εργασίας και ενημέρωση σε προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και η ανάπτυξη προαγωγής Υγείας των ηλικιωμένων κ των ΑΜΕΑ της κοινότητας σε συνεργασία με αρμόδιους φορείς.⁶⁴

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό παρέχει τις υπηρεσίες του σύμφωνα με την άδεια ασκήσεως επαγγέλματος του. Παρέχει νοσηλευτική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (έλεγχος αιματολογικός, γράψιμο φαρμάκων, έλεγχος λήψης φαρμάκων, έλεγχος αρτηριακής πίεσης κλπ) , ασχολείται με την παραπομπή, το κλείσιμο ραντεβού με το νοσοκομείο συνεργάζεται με τα περιφερειακά ιατρεία του δήμου, εκπαιδεύει τα μέλη της οικογένειας για τη φροντίδα των ηλικιωμένων (εκπαίδευση στη χρήση πιεσόμετρου, εκπαίδευση στη λήψη ζαχάρου) καθώς επίσης , προγραμματίζει τη λήψη αγωγής φαρμάκων στους εξυπηρετούμενους του προγράμματος.⁶⁵

Ο οικογενειακός βοηθός παρέχει στους εξυπηρετούμενους του προγράμματος 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). Επίσης, παρέχει 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

⁶⁴ (ΦΕΚ 1197/Β/30-08-2001)

⁶⁵ (ΦΕΚ 1197/Β/30-08-2001)

αγορά φαρμάκων) αλλά και συνοδεία σε κοινωνικές εκδηλώσεις (εκδρομές και εκδηλώσεις ΚΑΠΗ).⁶⁶

Οι υπηρεσίες παρέχονται και από τις τρεις ειδικότητες σε πενθήμερη σταθερή βάση ανάλογα με τις εκτίμηση και επανεκτίμηση των αναγκών των ηλικιωμένων και ανάλογα με τις δυνατότητες κάλυψης τους από το προσωπικό.⁶⁷

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, και έλεγχο και παρακολούθηση ατόμων που έχουν ή υποψιάζονται ότι έχουν άνοια, εργοθεραπεία και φυσικοθεραπεία.⁶⁸

3.3. Άλλα προγράμματα που απευθύνονται στην Τρίτη ηλικία (Κ.Α.Π.Η. – Κ.Η.Φ.Η)

Λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. Σκοποί , στόχοι, υπηρεσίες.

Το πρωτίστης σημασίας σημείο στην έννοια της ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων είναι η παραμονή τους στην Κοινότητα και σε ότι συμπεριλαμβάνεται μέσα σε αυτήν : στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας , της γειτονιάς , του φιλικού περίγυρου. Φαινόμενα όπως η « ασυλοποίηση», και ο « ιδρυματισμός» και πολλές φορές η « κατάθλιψη» έκαναν επιτακτική την ανάγκη προστασίας και παραμονής της τρίτης ηλικίας στον φυσικό της χώρο μακριά από τον απρόσωπο χαρακτήρα των ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης και άλλης μορφής ασύλων.⁶⁹

Στα πλαίσια αυτά , σκοπός των Κ.Α.Π.Η είναι :

- Η πρόληψη βιολογικών , ψυχολογικών , και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων , ώστε να παραμείνουν αυτόνομα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Η διαφώτιση κα η συνεργασία του κοινωνικού συνόλου κα των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

⁶⁶ (ΦΕΚ 1197/Β/30-08-2001)

⁶⁷ (ΦΕΚ 1197/Β/30-08-2001)

⁶⁸ (ΦΕΚ 1197/Β/30-08-2001) (Κ.Ε.Δ.ΚΕ. 2002)

⁶⁹ Αμηρά Άννα, Γεωργιάδη Έφη , Τεπέρογλου Α.(1986), Ο θεσμός της ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, έρευνα για τα ΚΑΠΗ

- Η έρευνα θεμάτων σχετικά με τους ηλικιωμένους. Πολύ σημαντική τομή σε αυτό το τρίτο σημείο είναι η πρόληψη όπου αυτή διακρίνεται σε :

A) πρωτογενή (εμβολιασμοί , συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων)

B) δευτερογενή (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση , ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια πολλές φορές θεραπεία). Η πρόληψη είναι μια αξιόλογη προσέγγιση της τρίτης ηλικίας όπου οι ηλικιωμένοι δεν αντιμετωπίζονται ως άνθρωποι που έχουν ολοκληρώσει τον ανθρώπινο κύκλο της ζωής τους αλλά σαν πρόσωπα με ιδιαίτερες ανάγκες περίθαλψης και προστασίας στην δεδομένη αυτή φάση της ζωής τους.

Ένας από τους στόχους των Κ.Α.Π.Η , είναι να κρατήσουν τον ηλικιωμένο ενεργό , αυτόνομο , και ισότιμο άτομο στη κοινότητα. Ο σκοπός τους σύμφωνα με τον οργανισμό τους είναι :

1. Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών , και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν ανεξάρτητα κα ισότιμα μέλη του κοινωνικού συνόλου.
2. Η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
3. Η έρευνα σχετικών με τους ηλικιωμένους θεμάτων.

Το προσωπικό των Κ.Α.Π.Η. είναι :

1. Κοινωνικός Λειτουργός (Προϊσταμένη αρχή των Κ.Α.Π.Η.)
2. Επισκέπτης/ια Υγείας – Νοσηλεύτης / ια
3. Εργοθεραπευτής/ ια
4. Φυσικοθεραπευτής/ια
5. Οικογενειακός βοηθός.

Σκοπός της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Κ.Α.Π.Η είναι η πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση προβλημάτων της κοινωνικής και ψυχικής σφαίρας⁷⁰. Προϊσταται Κοινωνική Λειτουργός που είναι συντονιστής της καλής λειτουργίας όλων των

⁷⁰ Αμίτσης Γ, Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας , Αθήνα , Παπαζήση

υπηρεσιών του Κ.Α.Π.Η., λαμβάνει το Κοινωνικό Ιστορικό και να ενημερώνει τον ηλικιωμένο για τις υπηρεσίες που προσφέρει το κέντρο. Στα Κ.Α.Π.Η εφαρμόζονται όλες οι μέθοδοι κοινωνικής εργασίας :

Α) Κοινωνική Εργασία με άτομα: Παρέχει ψυχολογική – συναισθηματική υποστήριξη στα άτομα μέλη του Κ.Α.Π.Η. για την αντιμετώπιση ψυχολογικών δυσκολιών και προβλημάτων καθώς επίσης και συμβουλευτική κοινωνική εργασία τόσο των ιδίων όσο και του οικογενειακού και κοινωνικού περίγυρου. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στα μέλη που χρειάζονται περισσότερη προστασία και στήριξη και είναι άτομα που βρίσκονται σε πρόσφατη χηρεία, τα μοναχικά άτομα, επειδή παρουσιάζουν συναισθηματικές στερήσεις και τέλος στους πολύ υπερήλικες επειδή διακατέχονται από το άγχος του θανάτου, παρουσιάζουν φοβίες και ανασφάλειες.

Β) Κοινωνική εργασία με ομάδες: Οργανώνει, εμψυχώνει, συντονίζει, βοηθά τις ομάδες ή επιτροπές αυτενέργειας των μελών που λειτουργούν στο Κ.Α.Π.Η. όπως χορωδίες, αλληλοβοήθειας, καλής λειτουργίας, ψυχαγωγίας, εκδρομών, διαχείρισης κυλικείου. Σκοπός αυτών των ομάδων είναι η επαναδραστηριοποίηση και κοινωνική επανένταξη των ηλικιωμένων, η καλλιέργεια ειδικών ενδιαφερόντων όπου μέσα από τη δημιουργική απασχόληση δημιουργείται το αίσθημα της ικανοποίησης και προσφοράς, η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, η δημιουργία συντροφικότητας και συνεργασίας. Ένα από τα μέσα της πραγματοποίησης των σκοπών και στόχων είναι εμφάνιση μέσα στο χώρο των Κ.Α.Π.Η., σε δημοτικές, πανελλαδικές εκδηλώσεις άλλων Κ.Α.Π.Η.

Γ) Κοινωνική εργασία με την κοινότητα: Αναπτύσσει δίκτυο επικοινωνίας και συνεργασίας με τους τοπικούς φορείς και τις υπηρεσίες του Δήμου με σκοπό την ενημέρωση και συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες . Επίσης και με άλλους κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς όπως με πολιτιστικούς συλλόγους για προγράμματα λαϊκής παράδοσης, με την Κοινωνική Πρόνοια για προγράμματα κατασκηνώσεων και λουτρών, με την Πυροσβεστική Υπηρεσία για προγράμματα Πυρασφάλειας με τον Ερυθρό Σταυρό για Πρόγραμμα Πρώτων Βοηθειών και Τηλεσυναγερμού με την Τροχαία για Προγράμματα , Κυκλοφοριακής Αγωγής με σχολεία, για προγράμματα Σύνδεσης ηλικιών.

Δ) Κοινωνική έρευνα: Είναι έρευνα με επισκέψεις κατ' οίκον , η οποία έγκειται στις ανάγκες των μελών που αφορά την οικογενειακή βοήθεια, οικονομική ενίσχυση, λουτρά και κατασκηνώσεις. Επιλέγει περιπτώσεις και καταρτίζει πρόγραμμα

εργασίας για την οικογενειακή βοηθό. Η σωστή οργάνωση της κοινωνικής Υπηρεσίας προϋπόθεση για την επιτυχία ενός τόσο Ζωτικού προγράμματος Κοινωνικής Πρόνοιας που απευθύνεται σε μια μεγάλη πληθυσμιακή ομάδα του ελληνικού λαού , όπως διαμορφώνεται σήμερα η “Τρίτη ηλικία” στη χώρα μας. Το έργο της Οικογενειακής Βοηθού έρχεται να καλύψει τις ανάγκες βοήθειας και εξυπηρέτησης που έχουν τα μοναχικά μέλη του Κ.Α.Π.Η. Η οικογενειακή βοηθός έρχεται σε άμεση επαφή με τους ηλικιωμένους, κατ’ οίκον, ιδίως σε άτομα άπορα μη αυτοεξυπηρετούμενα. Πραγματοποιεί διάφορες μικροεξυπηρετήσεις μέσα και έξω από το σπίτι, (προμήθεια φαρμάκων, πληρωμή λογαριασμών). Βοηθάει στη διαμόρφωση του χώρου για την καλύτερη μετακίνηση του μέλους και συμπαραστέκεται ηθικά στα προβλήματα των ηλικιωμένων. Οι βασικοί στόχοι που καλούνται να εκπληρώσουν τα κέντρα ανοικτής περίθαλψης ηλικιωμένων είναι η κοινωνική συμμετοχή , η προληπτική υγιεινή , η ενεργοποίηση , η ευαισθητοποίηση της γειτονιάς και οι διασυνδέσεις, συνεργασίες. Η πλήρης ανάπτυξη των προγραμμάτων ενός Κ.Α.Π.Η. επιτυγχάνει τη διαφοροποίηση του από τα άλλα γνωστά ως σήμερα προγράμματα , που οργανώνονται από διάφορους φορείς και φιλανθρωπικές οργανώσεις , με παροχή πολύ περιορισμένων υπηρεσιών. Ο παραδοσιακός τρόπος παροχής βοήθειας παραχωρεί τη θέση του στην αναζήτηση κάθε μέσου που οδηγεί στην ένταξη ηλικιωμένων στην κοινότητα. Οι υπηρεσίες ποιότητας , οι φροντισμένες αίθουσες των Κ.Α.Π.Η. , η συμμετοχή των μελών που εκφράζεται με τον αιρετό εκπρόσωπο και με τις 109 επιτροπές αυτενέργειας των ίδιων των ηλικιωμένων δημιουργούν ισχυρά κίνητρα που πετυχαίνουν την κοινωνική συμμετοχή τους. Οι ηλικιωμένοι δεν είναι σε θέση να ξεχωρίζουν την αρρώστια από τα γηρατειά. Αυτό αποτελεί και την κυριότερη αιτία που τους οδηγεί στην τόσο αυξημένη χρήση φαρμάκων. Η πρόληψη μέσα στα Κ.Α.Π.Η. διακρίνεται σε πρωτογενή (εμβολιασμοί , συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων) και δευτερογενή (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση , ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια πολλές φορές θεραπεία). Η ενεργοποίηση είναι η Τρίτη φάση μιας διαδικασίας στην οποία φτάνει ο ηλικιωμένος όταν πειστεί ότι η υγεία του είναι υπό παρακολούθηση και έχει ήδη κοινωνικοποιηθεί με τη συμμετοχή του στα ποικίλα προγράμματα του κέντρου. Το προσωπικό διακρίνει τις ικανότητες των ηλικιωμένων και υποκινεί κάθε δυνατότητα δημιουργίας ομάδων αυτενέργειας . Οι ομάδες αυτενέργειας έχουν σκοπό την ενεργοποίηση των μελών και την πλήρη ενσωμάτωση τους στην κοινότητα, μέσα στα Κ.Α.Π.Η. Ο κύκλος επιτυχίας του Κ.Α.Π.Η. κλείνει με την ευαισθητοποίηση της γειτονιάς, όπου τα νεότερα μέλη της αποδέχονται τα

παλαιότερα και εκδηλώνουν την επιθυμία τους για προσφορά υπηρεσιών στο Κ.Α.Π.Η. , στο σπίτι τους ή στις ποικίλες δραστηριοποιήσεις τους. Η κινητοποίηση της γειτονιάς μπορεί να γίνει από κάθε ηλικία , περιλαμβανομένων ακόμη και των παιδιών του Δημοτικού σχολείου σε συνεργασία με τους εκπαιδευτικούς. Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η ξεκίνησε με δυναμισμό και στέρεες βάσεις κα αποτελεί την αρχή μιας νέας πολιτικής. Ο δυναμισμός του δεν επιτρέπει στατικότητα , αλλά τον οδηγεί σε διασυνδέσεις και συνεργασίες με άλλους φορείς, που ο καθένας στον κύκλο της αρμοδιότητας του συμπληρώνει με παροχές και υπηρεσίες . Διασυνδέσεις γίνονται με σχολεία και πολιτιστικούς συλλόγους για τη σμίκρυνση του χάσματος των γενεών , με τις Νομαρχιακές Επιτροπές Λαϊκής Επιμόρφωσης του Υπουργείου Παιδείας (ΝΕΛΕ) , με τον Ελληνικό Οργανισμό Τουρισμού (ΕΟΤ) και με άλλους φορείς της κοινότητας.

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 ⁷¹.

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
- στ) διασύνδεση των Κ.Η.Φ.Η. .

⁷¹ Σταθόπουλος, 2005

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, κλπ., 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 ⁷²:

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

⁷² Εσωτερικός Κανονισμός των Κ.Η.Φ.Η., Παναγιωτάκης, 2008

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

- ο Υποδοχή – συμπλήρωση αίτησης υποψηφίου.
- ο Ατομική υγιεινή, καθαριότητα.
- ο Υποστήριξη στη λήψη φαρμάκων.
- ο Υποστήριξη στη μεταφορά – μετακίνηση – συνοδεία.
- ο Εργασίες που ανατίθενται από τον/την υπεύθυνο/η του Δ.Σ. ή του Κέντρου του τελικού δικαιούχου.
- ο Το έργο του βοηθητικού προσωπικού σχετίζεται με την εκτέλεση εργασιών καθαριότητας και βοηθητικών εργασιών.

Αναλυτικότερα:

- ο Καθαριότητα εσωτερικών χώρων.
- ο Καθαριότητα εξωτερικών χώρων.
- ο Βοηθητικές εργασίες που του ανατίθενται από τον/την υπεύθυνο/η του Κέντρου ή του Δ.Σ.

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.⁷³

⁷³ Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας των Κ.Η.Φ.Η., χ.χ.:4-5

Β΄ ΜΕΡΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Σκοπός και στόχος της έρευνας

Σκοπός της προτεινόμενης πτυχιακής εργασίας είναι να διερευνηθούν τόσο οι ανάγκες των εργαζομένων του προγράμματος όσο και των ηλικιωμένων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στην περιοχή Κρουσώνα. Χρήσιμο είναι ακόμα να παρατηρηθούν και οι προοπτικές συνέχισης του προγράμματος στην αναφερόμενη τοπική κοινότητα. Αυτό θα προκύψει από τα ερευνητικά ερωτήματα και από την αξιολόγηση των απαντήσεων των εργαζομένων. Όμως η συνέχιση του προγράμματος είναι βασικά εξαρτώμενη από το υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Για την επίτευξη του σκοπού τέθηκαν οι παρακάτω στόχοι

- ✓ Ποιες είναι οι εκφραζόμενες ανάγκες των εργαζομένων στο συγκεκριμένο πρόγραμμα.
- ✓ Να καταγραφούν τα δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά χαρακτηριστικά των εγγεγραμμένων εξυπηρετούμενων μελών του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» αλλά και οι εκφρασμένες ανάγκες που αναφέρουν και μπορούν να καλυφθούν από το πρόγραμμα.
- ✓ 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 εάν και κατά πόσο έχει βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής των εγγεγραμμένων μελών από τις υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».

4.2. Αναγκαιότητα και σημασία της έρευνας

Η παρούσα εργασία καλείται να διερευνήσει τόσο τις ανάγκες των εργαζομένων του προγράμματος όσο και των εξυπηρετούμενων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στην περιοχή Κρουσώνα. Τα στοιχεία του ερευνητικού μέρους προέρχονται από τα ερωτηματολόγια, τα οποία συμπλήρωσαν τα εγγεγραμμένα μέλη του «Βοήθεια στο Σπίτι» Κρουσώνα και από τις συνεντεύξεις που παραχωρήθηκαν από τους εργαζόμενους του ίδιου προγράμματος.

Η αξιολόγηση του προγράμματος είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς μέχρι το 2050, αναμένεται αύξηση κατά 70% των ευρωπαίων με ηλικία μεγαλύτερη των 80 ετών. Το γεγονός αυτό δημιουργεί σοβαρές προκλήσεις όπως μεγαλύτερη ζήτηση για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, προσαρμογή των συστημάτων υγείας στις ανάγκες που δημιουργεί η γήρανση του πληθυσμού με ταυτόχρονη διατήρηση της βιωσιμότητας τους σε κοινωνίες με μικρότερο εργατικό δυναμικό.⁷⁴

Μέσα από την διεξαγωγή της μελέτης αυτής, θα γίνει προσπάθεια καταγραφής της κάλυψης των αναγκών τόσο των εργαζομένων αλλά κυρίως των εξυπηρετούμενων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» Κρουσώνα, με στόχο την ανάδειξη των παραπάνω αλλά και την ευαισθητοποίηση των αρμόδιων φορέων για την λήψη δράσεων.

4.3. Ερευνητικά ερωτήματα

1. Ποια είναι τα δημογραφικά / περιγραφικά χαρακτηριστικά των μελών που κάνουν χρήση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»;
2. Ποιες είναι οι συχνότερα εκφραζόμενες ανάγκες των εξυπηρετούμενων και σε ποιο ποσοστό επηρεάζουν την καθημερινότητα τους ;
3. Οι υπηρεσίες που παρέχει το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» καλύπτουν τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων και η ποιότητα ζωής τους έχει υποστεί βελτίωση ;

⁷⁴ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011

4. Σχετίζεται το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» ανάλογα με την ηλικία , το φύλο , την οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο των εξυπηρετούμενων μελών ;
5. Είναι ευχαριστημένοι από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» , τι ελλείψεις υπάρχουν στις παρεχόμενες υπηρεσίες ;
6. Ποιες άλλες υπηρεσίες χρειάζονται οι εξυπηρετούμενοι του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» ;

4.4. Μέθοδος, σχεδιασμός και στάδια έρευνας

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

Η ποιοτική έρευνα χρησιμοποιήθηκε στο προσωπικό του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» της κοινότητας Κρουσώνα, προκειμένου να διατυπωθούν οι απόψεις των εργαζομένων ελεύθερα, διακρίνοντας εκ των υστέρων σημεία σύγκλισης ή αντίθεσης καθώς το ζητούμενο ήταν η κατανόηση σε βάθος των αναγκών των εργαζομένων μέσα στο πλαίσιο εργασίας τους^{75,76}.

Παράλληλα η ποσοτική κοινωνική έρευνα μας δίνει ένα πλούτο πληροφοριών και μας βοηθάει να διαμορφώσουμε μία συγκεκριμένη αντίληψη για το αναφερόμενο Πρόγραμμα⁷⁷. Ποσοτική κοινωνική έρευνα χρησιμοποιήθηκε για τα εξυπηρετούμενα μέλη του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» Κρουσώνα, καθώς είναι πιο εύχρηστη, χρησιμοποιείτε 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.^{78,79}

Τα μεθοδολογικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ανώνυμα ερωτηματολόγια με απευθείας συνομιλία ή συνέντευξη, τα οποία περιελάμβαναν κατά κύριο λόγο κλειστές ερωτήσεις. Η συνέντευξη έγινε με τον τρόπο της εμμή-

⁷⁵ Δαρβίρη, 2009

⁷⁶ Τζωρτζόπουλος, 1991

⁷⁷ Κυριαζή, 1999

⁷⁸ Ιωσηφίδης, 2003

⁷⁹ Μπένος, 1991

δομημένης συνέντευξης για να είναι πιο ευέλικτη η μορφή της συζήτησης με τους εργαζόμενους του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» της κοινότητας Κρουσώνα. Με αυτή τη μορφή της συνέντευξης μπορούμε να αντλήσουμε πληροφορίες και μπορούν να απαντηθούν και ερωτήματα που δεν έχουν τεθεί με έναν άτυπο τρόπο, τη ροή της συζήτησης.

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 ειλικρινή ανταπόκριση των ερωτώμενων χωρίς να καταβάλλεται αγχωτική ή κουραστική προσπάθεια ανάκλησης πληροφοριών^{80,81}.

Το ερωτηματολόγιο έτσι ήταν καλά 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 ερωτώμενου⁸². Ο λόγος που επιλέχτηκε το ερωτηματολόγιο με συνέντευξη από τους ερευνητές, οφείλεται στο γεγονός ότι η χρήση της συνέντευξης καθορίζει και συμβάλλει στην αξιόπιστη καταγραφή των πληροφοριών που ενδιαφέρουν αντιμετωπίζοντας ζητήματα⁸³: α) ελέγχου της ροής των απαντήσεων μέσω της ορθής υποβολής τους, β) συνοπτικής και εξατομικευμένης αναφοράς των ερωτήσεων στις περιπτώσεις ηλικιωμένων χωρίς γνώση ανάγνωσης και γραφής, γ) την καταγραφή πληροφοριών που ενδεχομένως λόγω ηλικίας ή νοσηρότητας αδυνατούν να παρέχουν οι ερωτώμενοι και αναζητείται συγγενείς ή φροντιστής και δ) την επεξήγηση για το σκοπό της έρευνας με τη διαβεβαίωση της διασφάλισης του απορρήτου των προσωπικών πληροφοριών.

4.5 Επιλογή δείγματος της έρευνας

Η μελέτη διεξήχθη από τον Ιούνιο έως τον Ιούλιο του 2014. Το πληθυσμό της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν οι εργαζόμενοι και τα εξυπηρετούμενα μέλη του προγράμματος "Βοήθεια στο σπίτι", Κρουσώνα. Το δείγμα της συγκεκριμένης

⁸⁰ Δαρβίρη, 2009

⁸¹ Τζωρτζόπουλος, 1991

⁸² Παρασκευόπουλος, 1993

⁸³ Τζωρτζόπουλος, 1991

έρευνας ήταν καθολικό, καθώς ο πληθυσμός των εξυπηρετούμενων μελών ήταν μικρός (65 άτομα).

Το μέγεθος του δείγματος της έρευνας μας ,λοιπόν, αποτέλεσαν 41 εγγεγραμμένα μέλη του προγράμματος "Βοήθεια στο σπίτι", Κρουσώνα που συμφώνησαν να λάβουν μέρος στην έρευνα συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο εθελοντικά. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά από τις φοιτήτριες που διενέργησαν την έρευνα για το θέμα και τον σκοπό της έρευνας στην οικία τους.

Όσο αφορά τον πληθυσμό των εργαζόμενων του προγράμματος, το δείγμα μας και σε αυτή την περίπτωση ήταν καθολικό καθώς ανέρχονταν σε 3 άτομα συνολικά. Πιο συγκεκριμένα, στους εργαζόμενους πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα ,στην οποία χρησιμοποιήσαμε τον τύπο ημι- δομημένης συνέντευξης.

4.6. Σχεδιασμός ερωτηματολογίου

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης χρησιμοποιήθηκε αυτοσυμπληρόμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε δύο κύρια μέρη. Το ερωτηματολόγιο εφαρμόστηκε πιλοτικά σε πέντε ηλικιωμένα μέλη του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», Κρουσώνα. Έπειτα έγιναν οι τελικές διορθώσεις-παρεμβάσεις στο ερωτηματολόγιο και έφτασε στην τελική του μορφή. (Παράρτημα 4)

A. Το κοινωνιολογικό προφίλ

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου (13 ερωτήσεις) αντλούσε πληροφορίες για τα δημογραφικά και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο κ.α.

B. Εκφρασμένες ανάγκες εξυπηρετούμενων και κάλυψη τους από το θεσμό του «Βοήθεια στο Σπίτι»

Το δεύτερο μέρος (7 ερωτήσεις) απαρτιζόταν από ερωτήσεις που αφορούσαν την οικογενειακή φροντίδα, τη νοσηλευτική φροντίδα, τις 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. Επίσης ερωτήθηκαν αν είναι ευχαριστημένοι από τις παροχές του προγράμματος και κατά πόσο έχει βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους μέσω αυτού.

4.7. Ανάλυση δεδομένων.

Για την ανάλυση και την επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 20.0. Υπολογίστηκε η συχνότητα και το ποσοστό εμφάνισης των μεταβλητών του ερωτηματολογίου και δόθηκαν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία. Για την οργάνωση, συνοπτική απεικόνιση, παρουσίαση και αξιολόγηση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν πίνακες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αναδείχθηκαν από την έρευνα που έγινε στην περιοχή Κρουσώνα και συγκεκριμένα στους εξυπηρετούμενους του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι.

5.1. Αποτελέσματα της έρευνας με βάση τις απαντήσεις των εργαζομένων.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναλυθούν οι συνεντεύξεις που ελήφθησαν από το πρόγραμμα “ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ” στην περιοχή του Κρουσώνα. Σκοπός της πτυχιακής εργασίας εκτός από την διερεύνηση αναγκών των εξυπηρετούμενων είναι και του προσωπικού του προγράμματος. Την συγκεκριμένη χρονική περίοδο της μελέτης το πρόγραμμα απασχολεί τις τρεις βασικές ιδιότητες: μια κοινωνική λειτουργό, η οποία είναι υπεύθυνη της δομής, μια νοσηλεύτρια και μια οικογενειακή βοηθό. Το προσωπικό εργάζεται από το 2003 μέχρι σήμερα.

Αναλυτικότερα, οι εργαζόμενοι στην ερώτηση “θεωρείται ότι θα έπρεπε να υπάρχουν και άλλες ειδικότητες στο πρόγραμμα;” Μας απάντησαν ότι παλαιότερα υπήρχε ψυχίατρος, θεωρούν ότι η συγκεκριμένη ειδικότητα πρέπει να υπάρχει αφού είναι ύψιστης σημασίας. Επιπλέον, υπήρχαν οι ειδικότητες του ψυχολόγου και του εργοθεραπευτή στο Κ.Α.Π.Η Κρουσώνα, οι οποίες συνεργαζόταν κατά καιρούς με το “Βοήθεια στο Σπίτι”. Την περίοδο που κάναμε την ποιοτική έρευνα συνεργαζόταν με το φυσικοθεραπευτή του Κ.Α.Π.Η, με μαία και με έναν γιατρό του Κρουσώνα. Η κοινωνική λειτουργός μας είπε ότι οπωσδήποτε πρέπει να προστεθεί ψυχίατρος προκειμένου να αντιμετωπιστούν προβλήματα άνοιας, καταθλίψεων, και άλλων ψυχιατρικών διαταραχών των ηλικιωμένων.

Έπειτα, στην ερώτηση αν πιστεύουν ότι η αμοιβή που λαμβάνουν αντικατοπτρίζει τις υπηρεσίες που παρέχουν στο πρόγραμμα η απάντηση ήταν αναμενόμενη για τα δεδομένα της εποχής. Μας απάντησαν ότι η μισθοδοσία έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια ενώ οι απαιτήσεις της εργασίας έχουν αυξηθεί. Επιπλέον πρόκειται για ένα επάγγελμα, το οποίο είναι ιδιαίτερα απαιτητικό και ψυχοφθόρο. Επιπρόσθετα μας ενημέρωσαν ότι σήμερα οι αμοιβές τους είναι κάθε μήνα όπως ορίζεται από το νόμο αλλά παλαιότερα είχαν ακόμα και εννέα μήνες καθυστέρηση πληρωμών. Η καθυστέρηση των πληρωμών τους προέρχεται από την γραφειοκρατία

που επικρατεί στο Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο , συνεχίζοντας στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και στον Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ. Στη συνέχεια έγινε η ερώτηση αν θεωρούν ότι οι εξυπηρετούμενοι είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του προγράμματος και σε τι βαθμό. Κατά τη γνώμη των εργαζομένων οι εξυπηρετούμενοι είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες τους καθώς φαίνεται να αναγνωρίζουν την προσπάθεια που γίνεται προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες τους.

Στην ερώτηση που αφορούσε τις ελλείψεις και τα προβλήματα η κοινωνική λειτουργός μας παρέθεσε τα εξής. Οι δυσκολίες του προγράμματος είναι κυρίως στην εισροή των επιχορηγήσεων από τις ανανεώσεις του προγράμματος, στο τομέα της υλικοτεχνικής υποδομής και της υποστήριξης της λειτουργίας του. Πιο συγκεκριμένα:

- Η μη σταθερότητα στη καταβολή των χρημάτων των επιχορηγήσεων λόγω συνεχών αλλαγών στις χρηματοδοτήσεις είναι ιδιαίτερα αρνητική για τη λειτουργία της δομής και της Επιχείρησης.
- δεν υπήρχε διοικητικό προσωπικό στην Δημοτική Επιχείρηση με αποτέλεσμα το 2010, η κοινωνική λειτουργός να ασχολείται και με θέματα της Δημοτικής Κοινωνικής Επιχείρησης.
- Σε ότι αφορά τις υλικές ελλείψεις χρειάζεται σύνδεση Ιντερνέτ, επισκευή πόρτας εισόδου και ένα μικρό στέγαστρο.
- Θεωρείται δε αναγκαίο να συνεχίσει η συνεργασία με τους εξωτερικούς συνεργάτες της δομής, κυρίως με το Ψυχίατρο.

Επιπροσθέτως η νοσηλεύτρια μας είπε πως υπάρχει έλλειψη στο αναλώσιμο υλικό. Επίσης μας είπαν για προβλήματα που έχουν με το κτίριο και την θέληση τους να μεταφερθούν σε ένα καλύτερο χώρο.

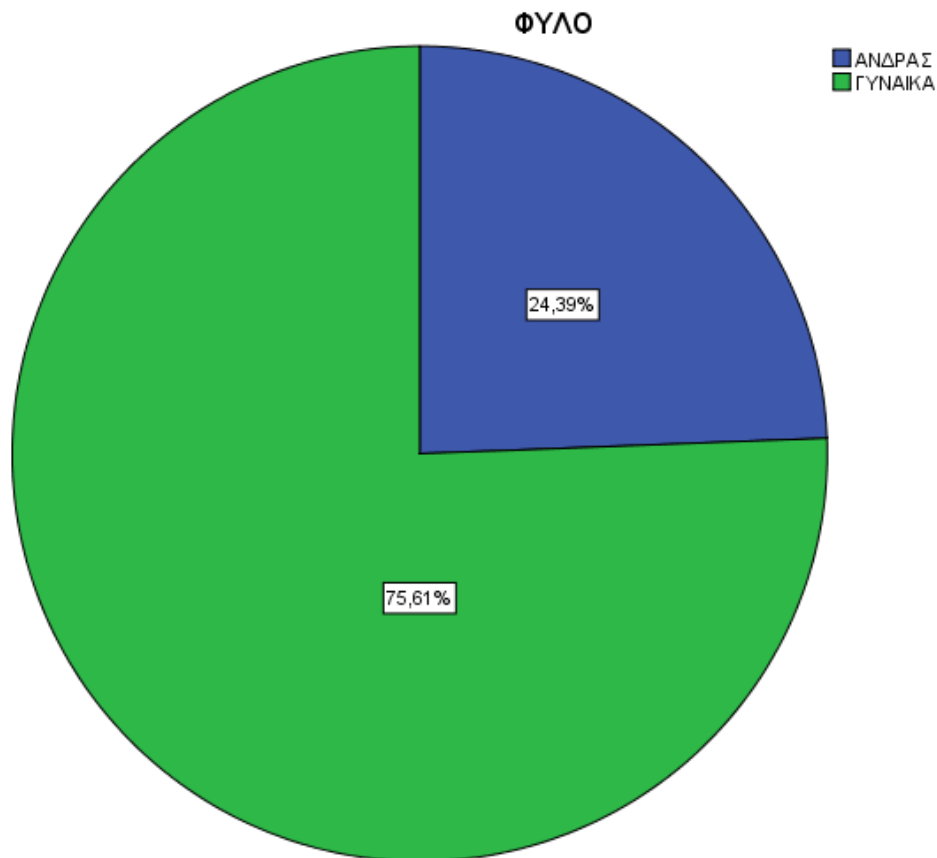
Όσον αφορά τις προοπτικές βελτίωσης και συνέχισης του προγράμματος οι εργαζόμενοι συμφώνησαν ,ότι η πλήρης στελέχωση της δομής και η συνεχής επιμόρφωση του προσωπικού θα γίνει η βάση για τη συνέχιση του προγράμματος.

5.2. Αποτελέσματα της έρευνας με βάση τις απαντήσεις των εξυπηρετούμενων

Α. ΜΕΡΟΣ

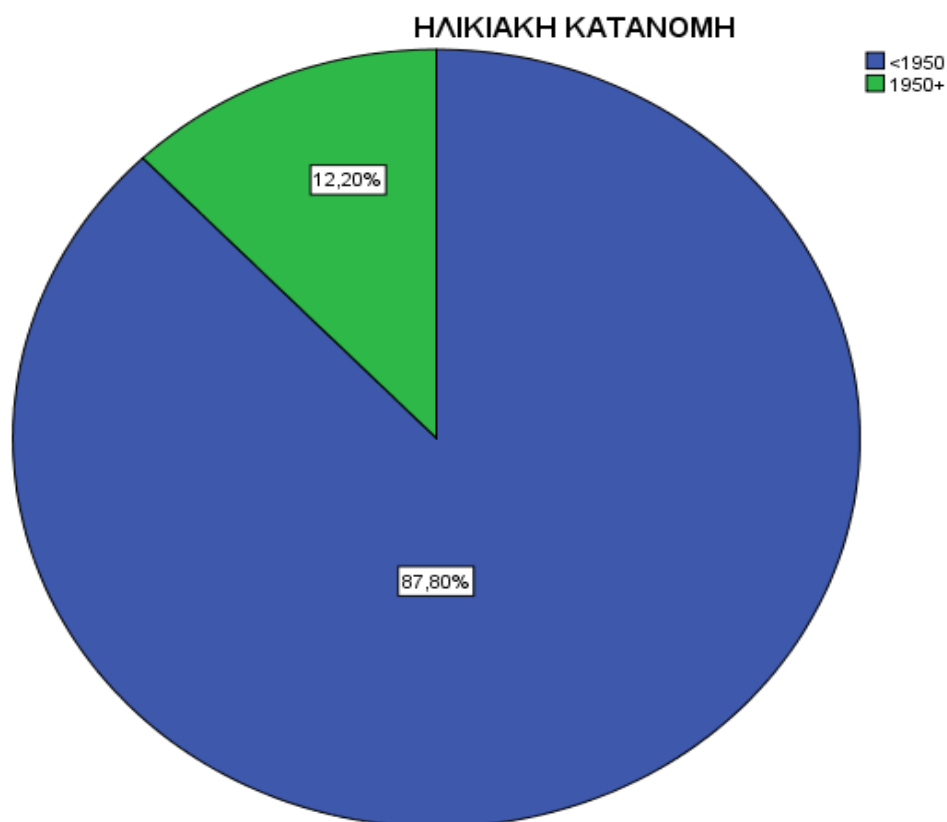
Δημογραφικά- Κοινωνικά- Οικονομικά Στοιχεία:

Διάγραμμα 1: Φύλο



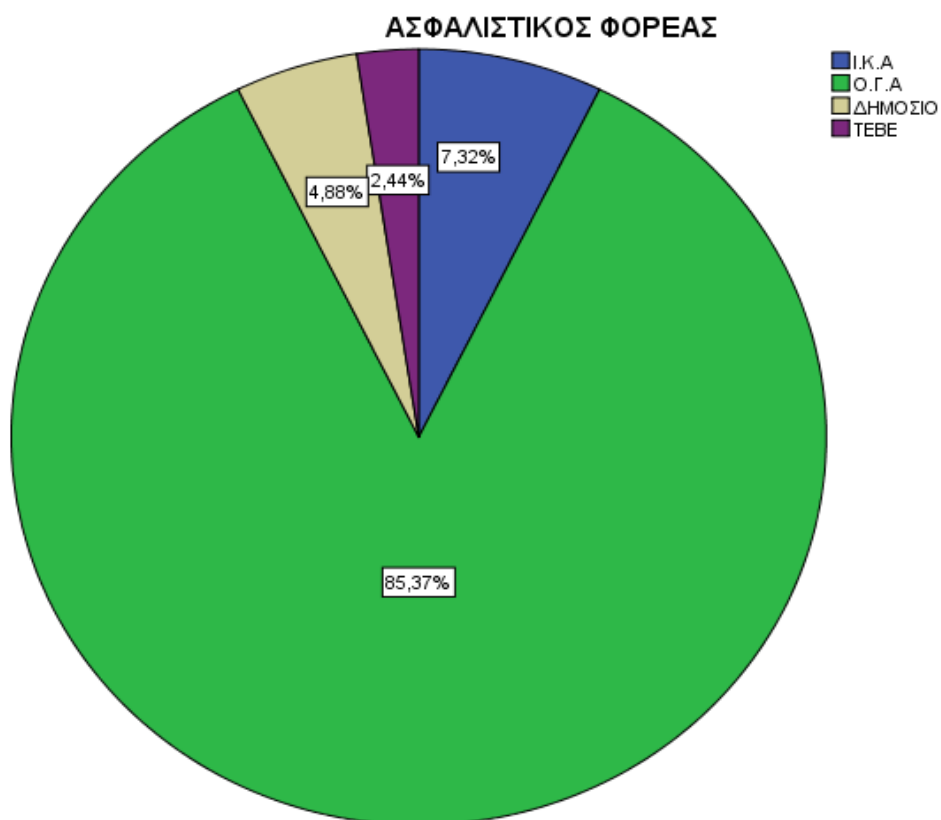
Το δείγμα μας αποτελείται από 41 άτομα συνολικά. Όπως βλέπουμε στο διάγραμμα 1. από τους ερωτηθέντες το 75,61% είναι γυναίκες ενώ το 24,39% είναι άνδρες

Διάγραμμα 2: Έτος γέννησης



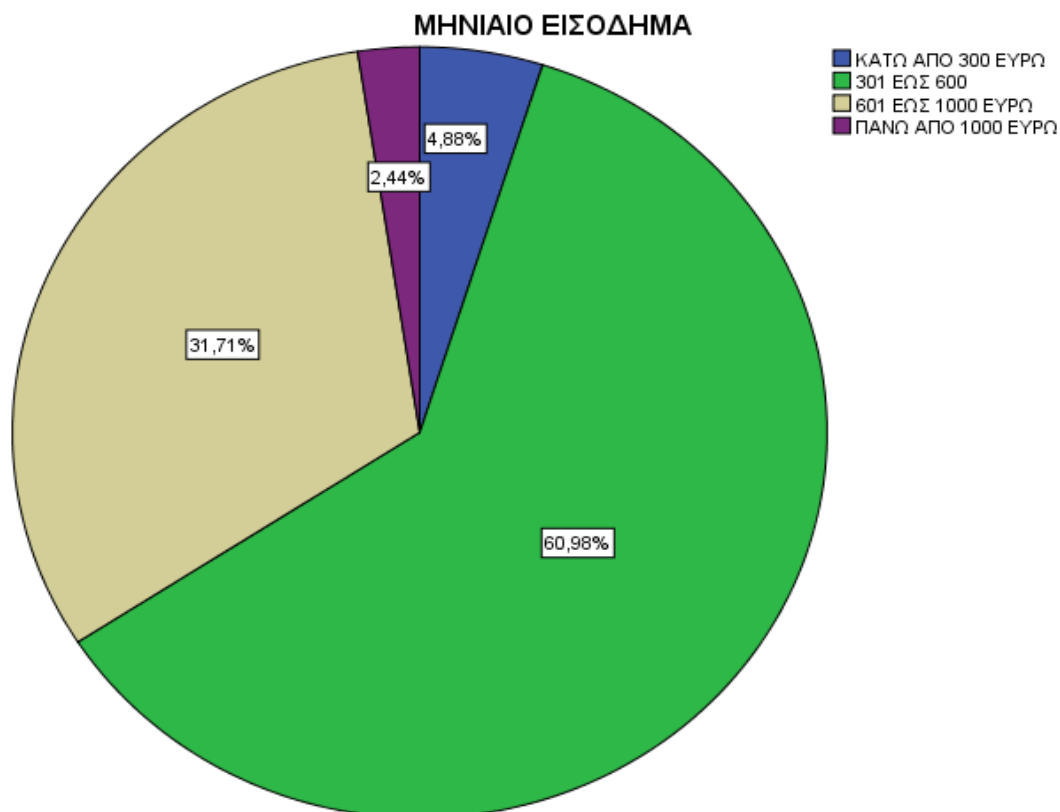
Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα οι εξυπηρετούμενοι του Βοήθεια στο Σπίτι Κρουσώνα σε ποσοστό 87,80% έχουν γεννηθεί έως το 1950 ενώ το υπόλοιπο 12,20% είναι γεννημένοι από το 1950 και αργότερα.

Διάγραμμα 3 : Ασφαλιστικός φορέας



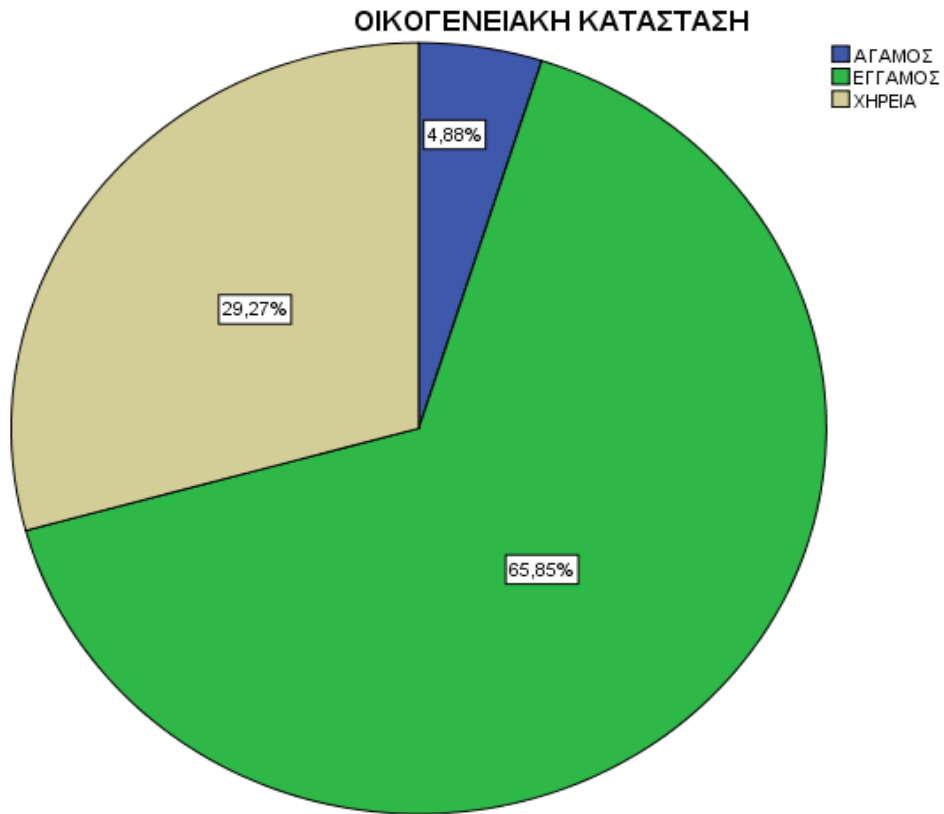
Όπως φαίνεται από το παραπάνω διάγραμμα ο ασφαλιστικός φορέας των εξυπηρετούμενων του προγράμματος είναι σε μεγαλύτερο ποσοστό (85,37%) ο ΟΓΑ. Ύστερα ακολουθούν τα υπόλοιπα με πολύ μικρά ποσοστά.

Διάγραμμα 4 : Μηνιαίο εισόδημα



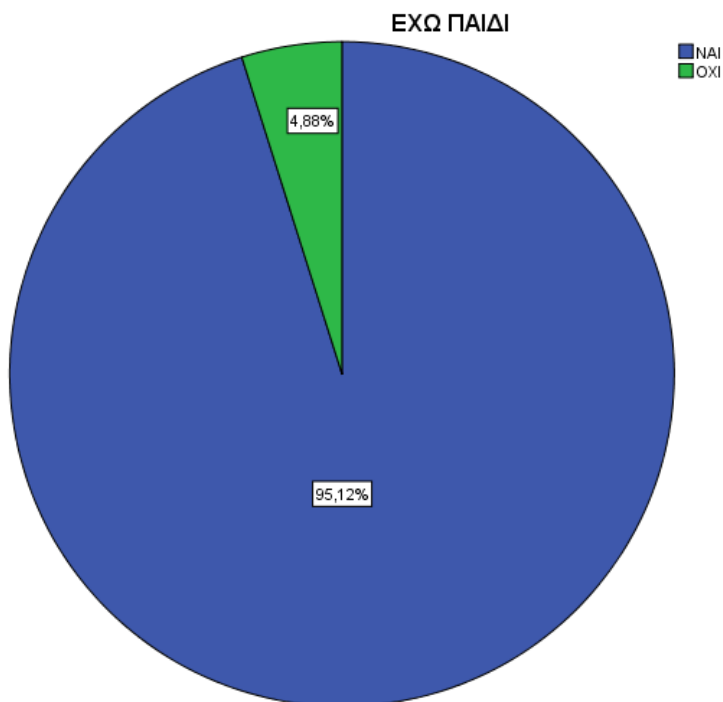
Όσο αφορά το μηνιαίο εισόδημα των ερωτώμενων, οι 25 (με ποσοστό 60,98%) δήλωσαν ότι έχουν εισόδημα από 301 έως 600 ευρώ ενώ οι 13 (με ποσοστό 31,71%) δήλωσαν εισόδημα από 601 έως 1000 ευρώ.

Διάγραμμα 5 : Οικογενειακή κατάσταση.



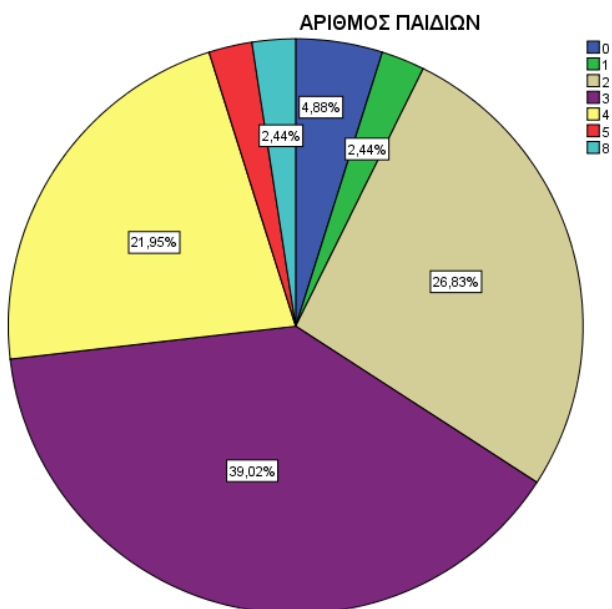
Όπως βλέπουμε από το διάγραμμα το 65,85% των ερωτώμενων δήλωσε πως είναι έγγαμοι , το 29,27% πως βρίσκονται σε χηρεία ενώ μόλις το 4,88% (δύο άτομα) πως είναι άγαμοι.

Διάγραμμα 6α : Συμπληρώστε εάν έχετε παιδιά και/ή εγγόνια.



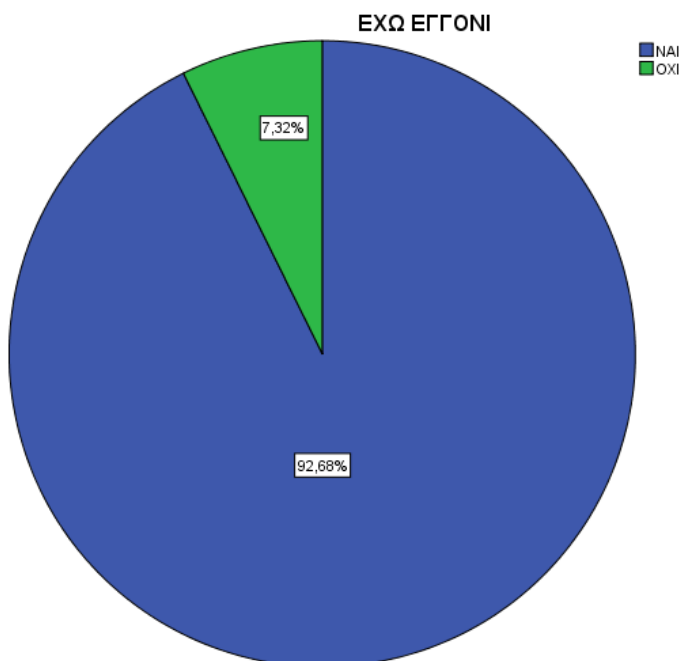
Από τους ερωτώμενους με ποσοστό 95,12% απάντησαν πως έχουν παιδιά ενώ το 4,88% απάντησαν αρνητικά.

Διάγραμμα 6β : Συμπληρώστε πόσα παιδιά έχετε.



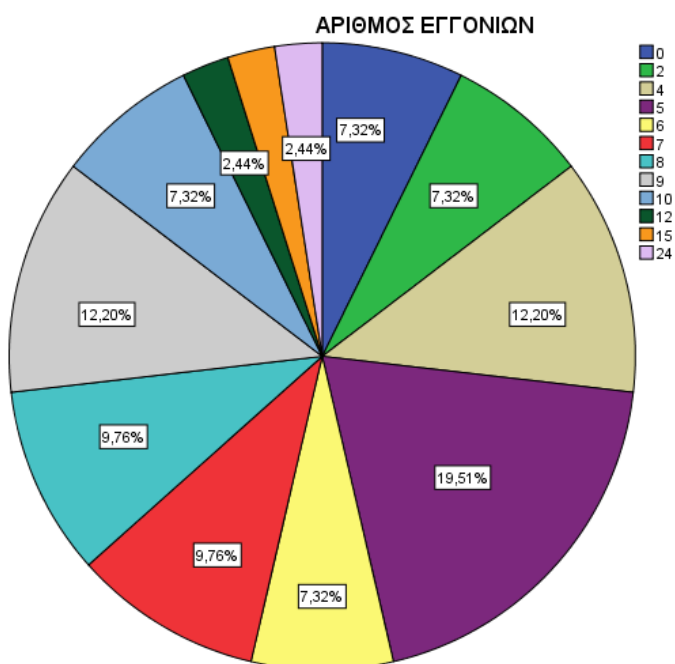
Από τους εξυπηρετούμενους που έχουν παιδιά σε μεγαλύτερο ποσοστό (39,02%) έχουν 3 παιδιά ενώ σε ποσοστό 2,44% δήλωσαν πως έχουν 6 παιδιά.

Διάγραμμα δγ : Συμπληρώστε εάν έχετε παιδιά και/ή εγγόνια.



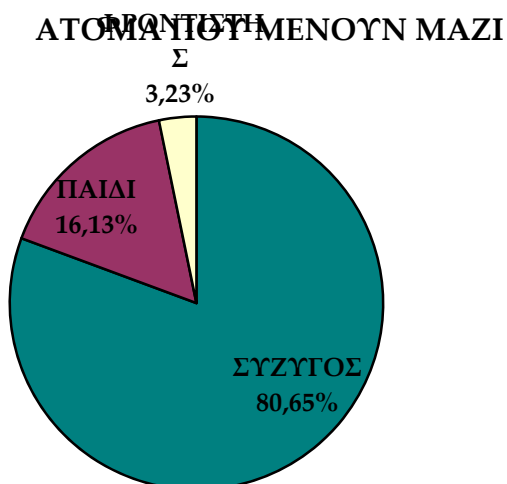
Σύμφωνα με το διάγραμμα δγ οι ερωτώμενοι δήλωσαν πως έχουν εγγόνι σε ποσοστό 92,68% ενώ μόλις το 7,32% απάντησαν αρνητικά.

Διάγραμμα δδ : Συμπληρώστε πόσα εγγόνια έχετε.



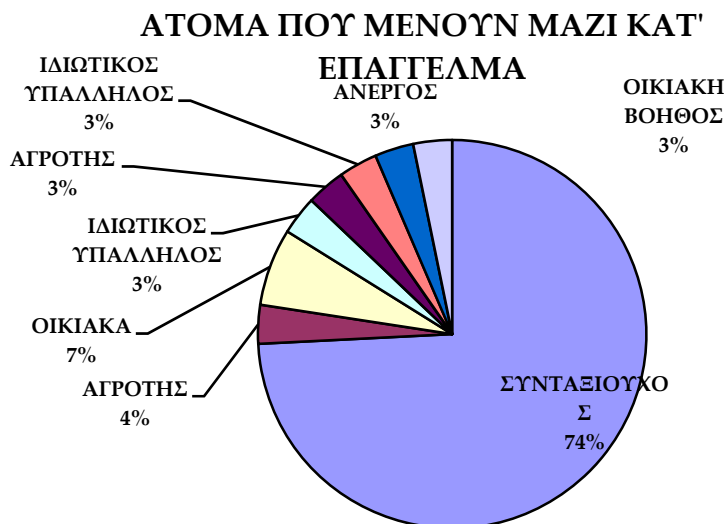
Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα σε μεγαλύτερο ποσοστό 19,51% οι ερωτώμενοι έχουν 5 εγγόνια ενώ ένα άτομο με ποσοστό 2,44% απάντησε πως έχει 24 εγγόνια.

Διάγραμμα 7α : Άτομα που μένουν μαζί σας.



Το πλήθος των ερωτώμενων με ποσοστό 80,65% δήλωσαν ότι μένουν μαζί με τον/την σύζυγο τους, ενώ μόλις το 3,23% ζουν με κάποιον φροντιστή.

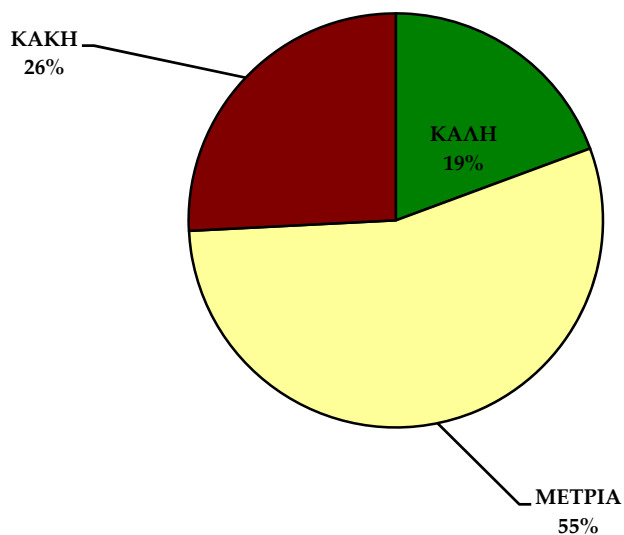
Διάγραμμα 7β : Άτομα που μένουν μαζί σας.



Όπως φαίνεται και από το παραπάνω διάγραμμα το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που μένουν μαζί με τους ερωτώμενους είναι συνταξιούχοι με ποσοστό 74%.

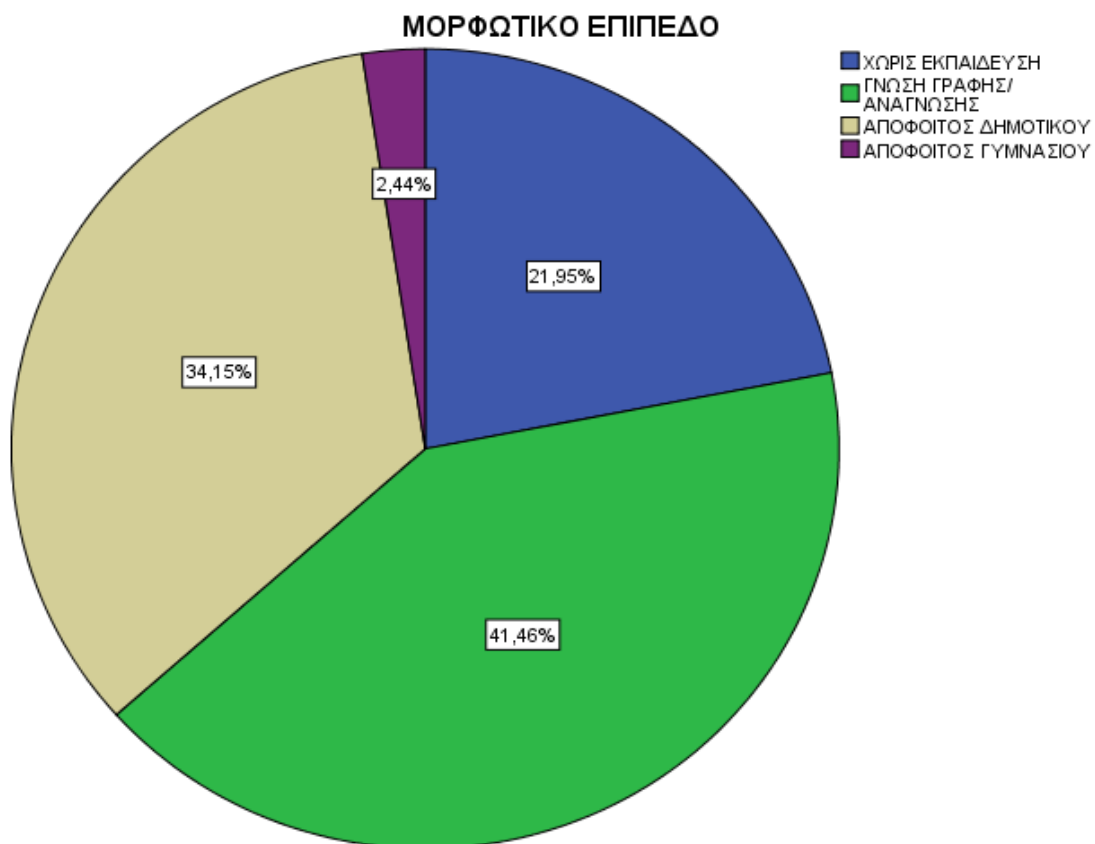
Διάγραμμα 7γ : Άτομα που μένουν μαζί σας.

ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΜΕΝΟΥΝ ΜΑΖΙ ΚΑΤΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ



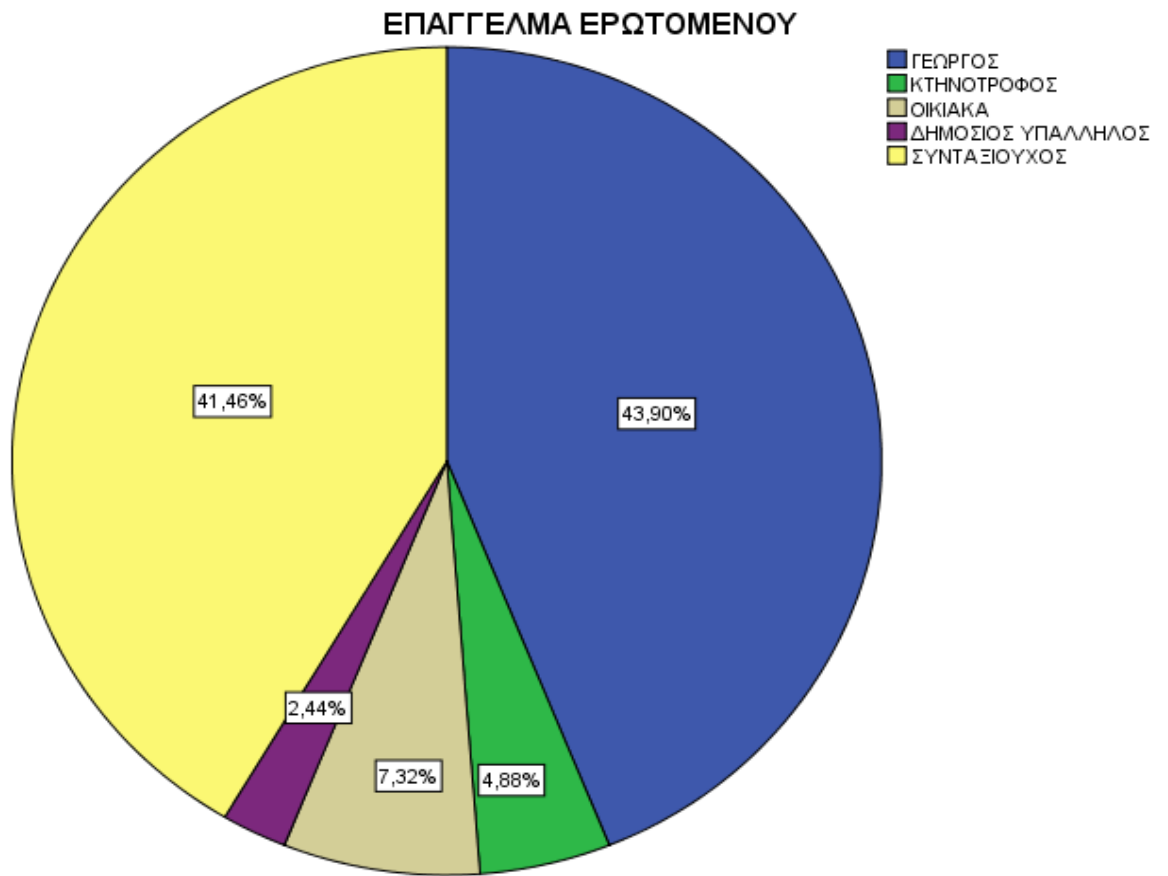
Σύμφωνα με το διάγραμμα 7γ τα άτομα που μένουν μαζί με τους ερωτώμενους κρίνουν την κατάσταση της υγείας των συγκατοίκων τους μέτρια στο μεγαλύτερο ποσοστό (55%) ενώ το κακή σε ποσοστό 26%.

Διάγραμμα 8: Μορφωτικό επίπεδο.



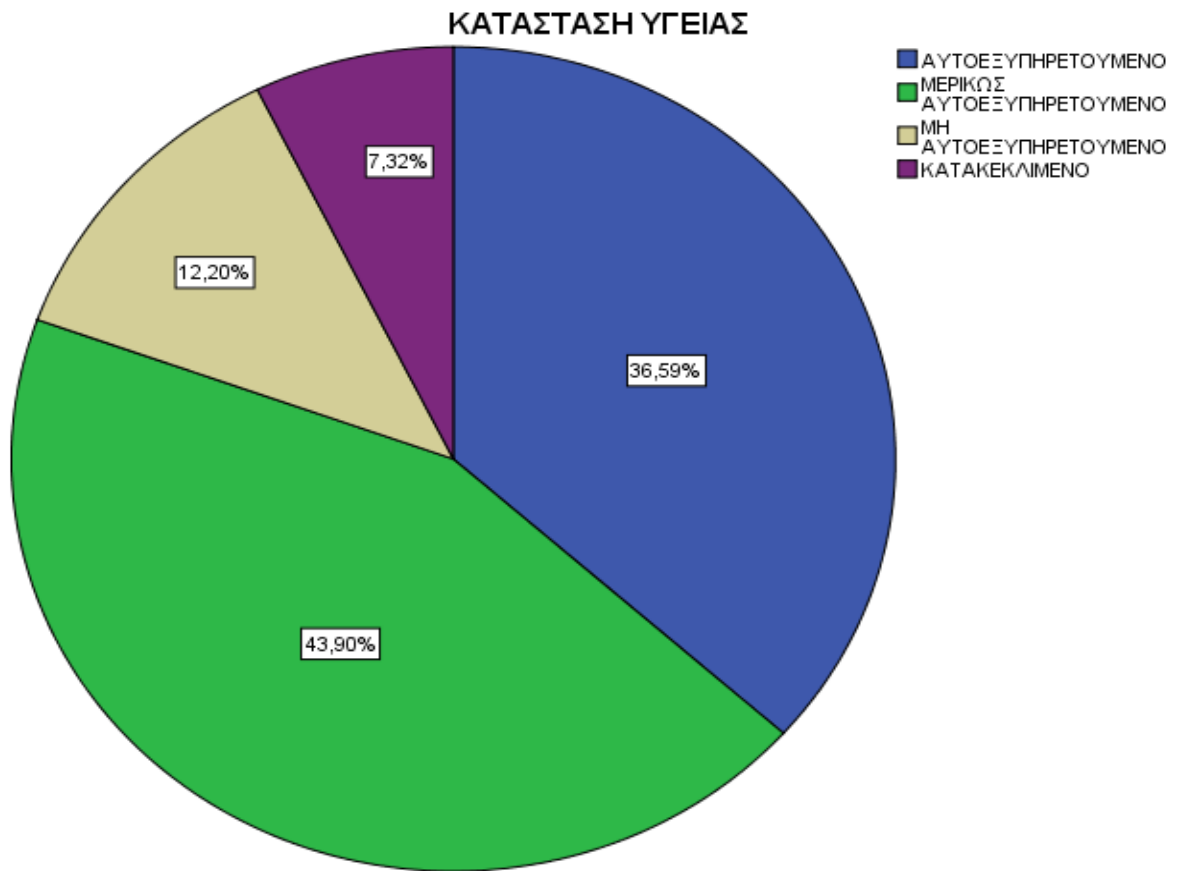
Στην ερώτηση για το μορφωτικό επίπεδο το 41,46% των ερωτώμενων απάντησε πως γνωρίζει γραφή και ανάγνωση ενώ μόλις το 2,4% δήλωσαν ότι είναι απόφοιτοι γυμνασίου.

Διάγραμμα 9 : Επάγγελμα .



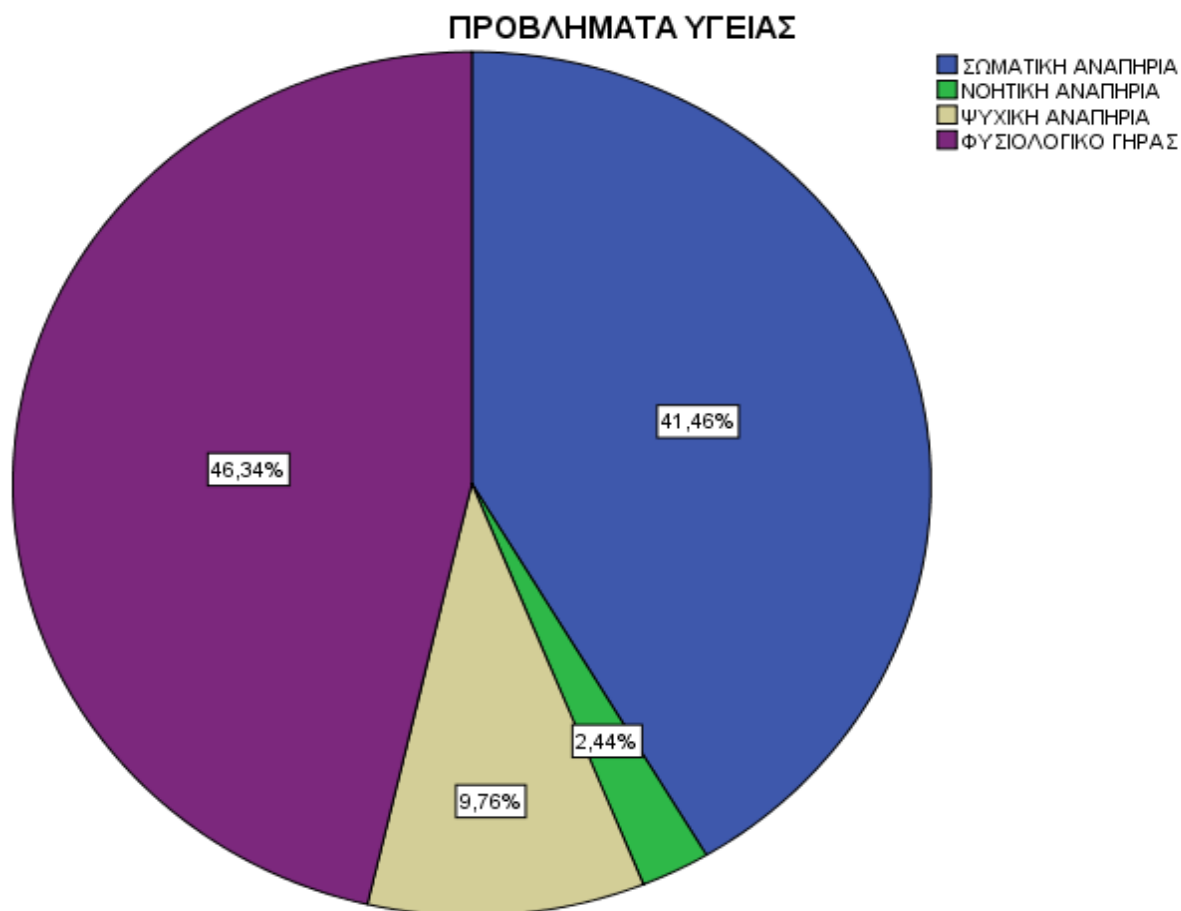
Όπως προκύπτει από το ανωτέρω διάγραμμα οι ερωτώμενοι στο μεγαλύτερο μέρος τους είναι/ήταν γεωργοί και συνταξιούχοι, βλέπουμε πως τα ποσοστά των γεωργών(43,90%) και των συνταξιούχων(41,46%) έχουν πολύ μικρή απόκλιση.

Διάγραμμα 10 : Κατάσταση εαυτού.



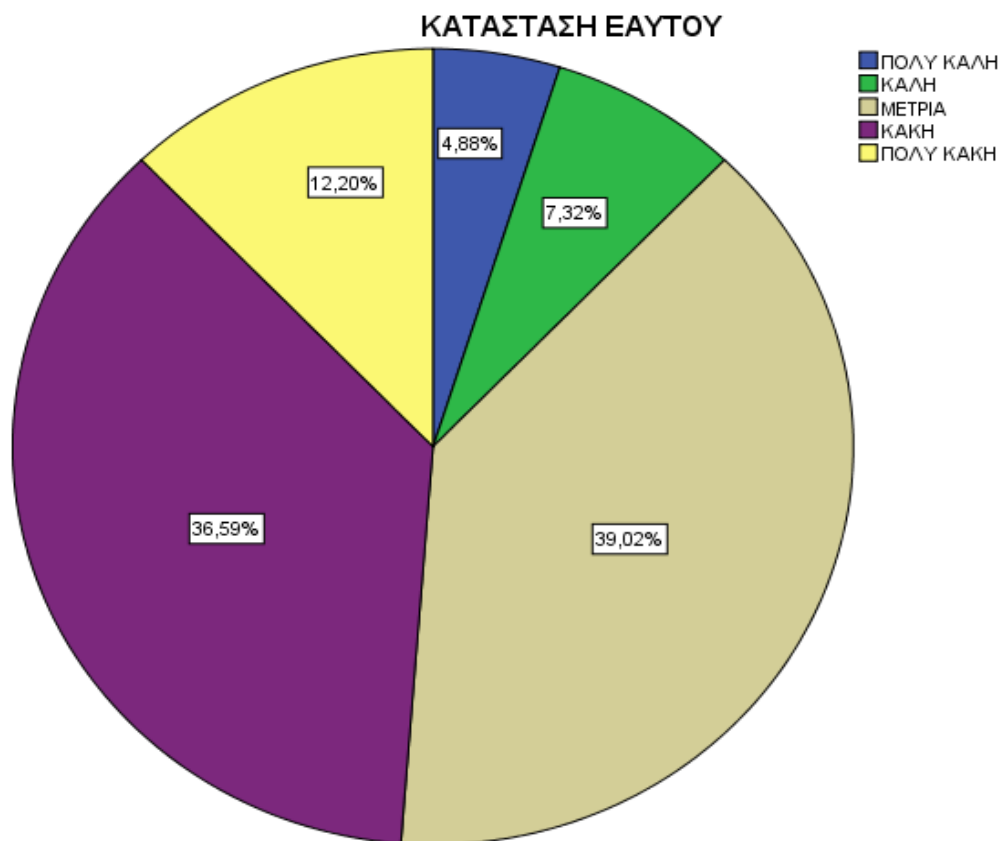
Από τους ερωτώμενους το 43,90% είναι μερικώς αυτοεξυπηρετούμενο ενώ μόνο ένα πολύ μικρό ποσοστό το 7,32% είναι κατακεκλιμένο.

Διάγραμμα 11 : Προβλήματα υγείας.



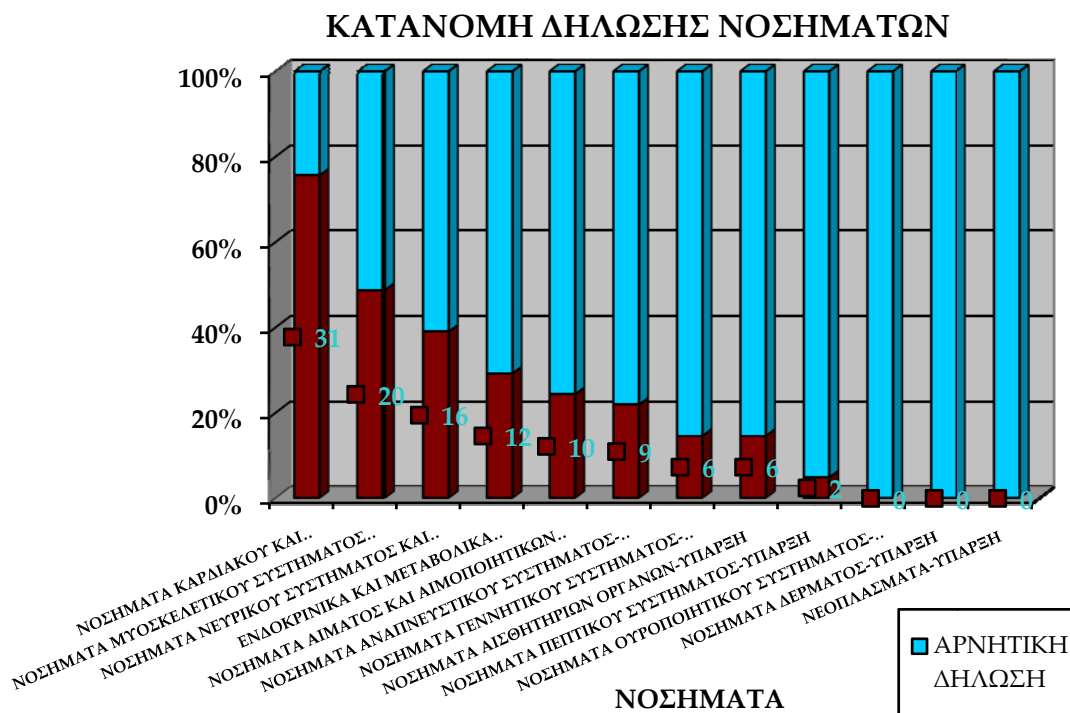
Όπως προκύπτει από το παραπάνω διάγραμμα το 46,34% των εξυπηρετούμενων του προγράμματος έχουν φυσιολογικό γήρας ενώ μόλις το 2,44% πάσχει από νοητική αναπηρία.

Διάγραμμα 12: Κατάσταση εαυτού τους τελευταίους έξι μήνες.



Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν είναι ευχαριστημένοι από την κατάσταση της υγείας τους καθώς το 39 % την χαρακτηρίζει ως μέτρια, το 36,5% ως κακή και το 12% πολύ κακή. Πολύ καλή ή καλή χαρακτηρίζει την υγεία του το 5% και το 7,3% αντίστοιχα.

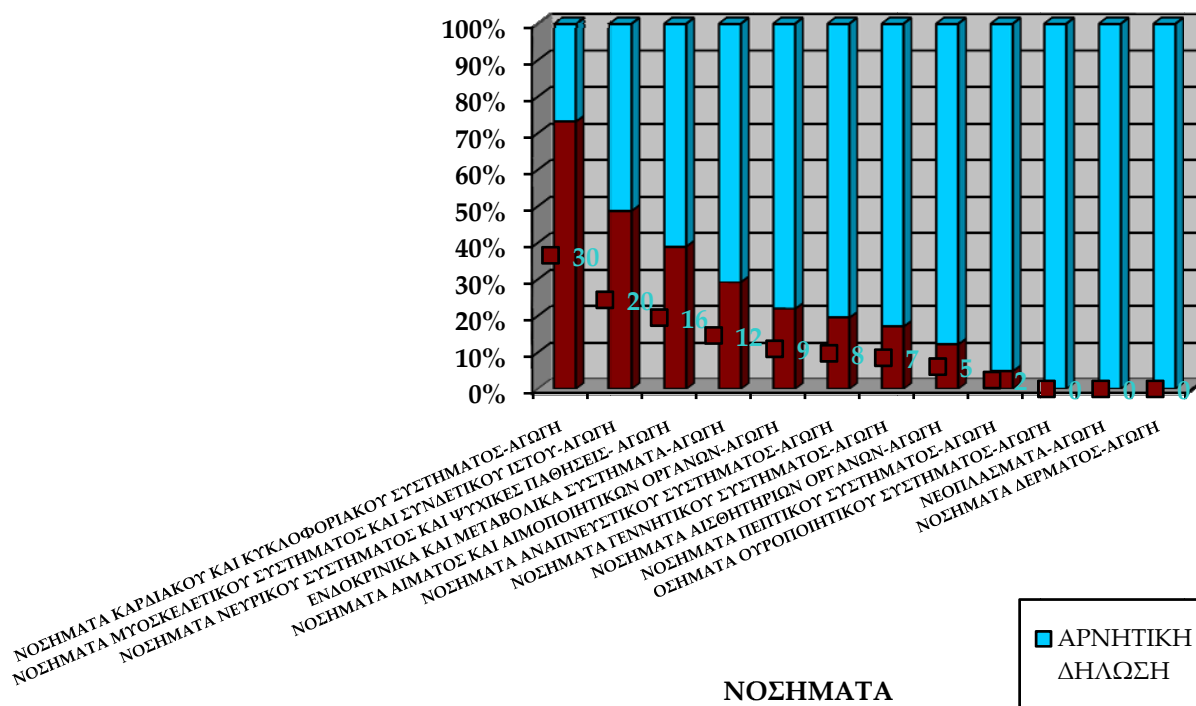
Διάγραμμα 13α: Σωματικά προβλήματα ύπαρξη.



Ο προσδιορισμός των χρόνιων νοσημάτων από τους συμμετέχοντες της έρευνας, φανερώνει ως πρωτεύοντα νοσήματα τα καρδιακά και τα προβλήματα κυκλοφορικού συστήματος με 73% .Εξέχοντα δηλώνονται του μυοσκελετικού και συνδετικού ιστού με 49%, τα νοσήματα του νευρικού συστήματος και τις ψυχικές ασθένειες με 39% , τα ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα με 29%, τα νοσήματα αίματος και αιμοποιητικών οργάνων με 24,4% και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος με 22% .Τελευταία, δηλώνονται του γεννητικού συστήματος και τα νοσήματα που συνδέονται με τα αισθητήρια όργανα με 14,4% και με 14,6% .

Διάγραμμα 13β: Σωματικά προβλήματα – αγωγή.

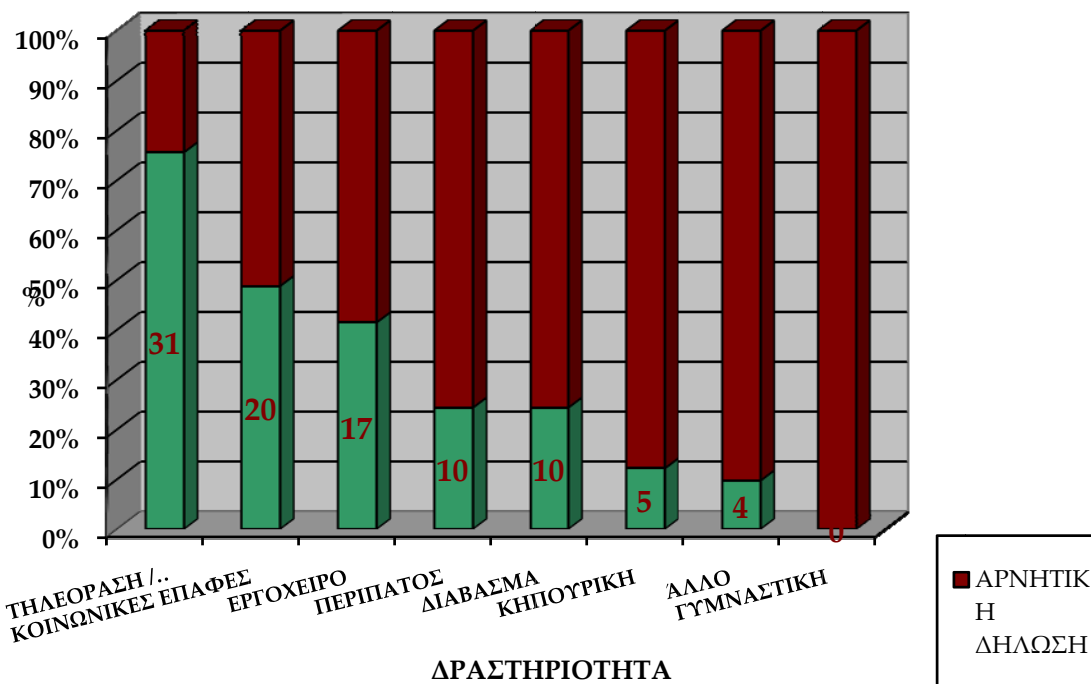
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΗΛΩΣΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ



Τα νοσήματα με τα μεγαλύτερα ποσοστά που χρήζουν φαρμακευτικής αγωγής είναι τα καρδιακά και κυκλοφορικά με 73,2% , του μυοσκελετικού και συνδετικού ιστού με 48,8%, του νευρικού συστήματος και των ψυχικών παθήσεων με 39%. Ακολουθούν με υψηλά ποσοστά τα ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα με 29,3% , του αίματος και των αιμοποιητικών οργάνων με 22% , του αναπνευστικού συστήματος με 19,5% και του γεννητικού συστήματος με 17,1%.

Διάγραμμα 14: Δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.

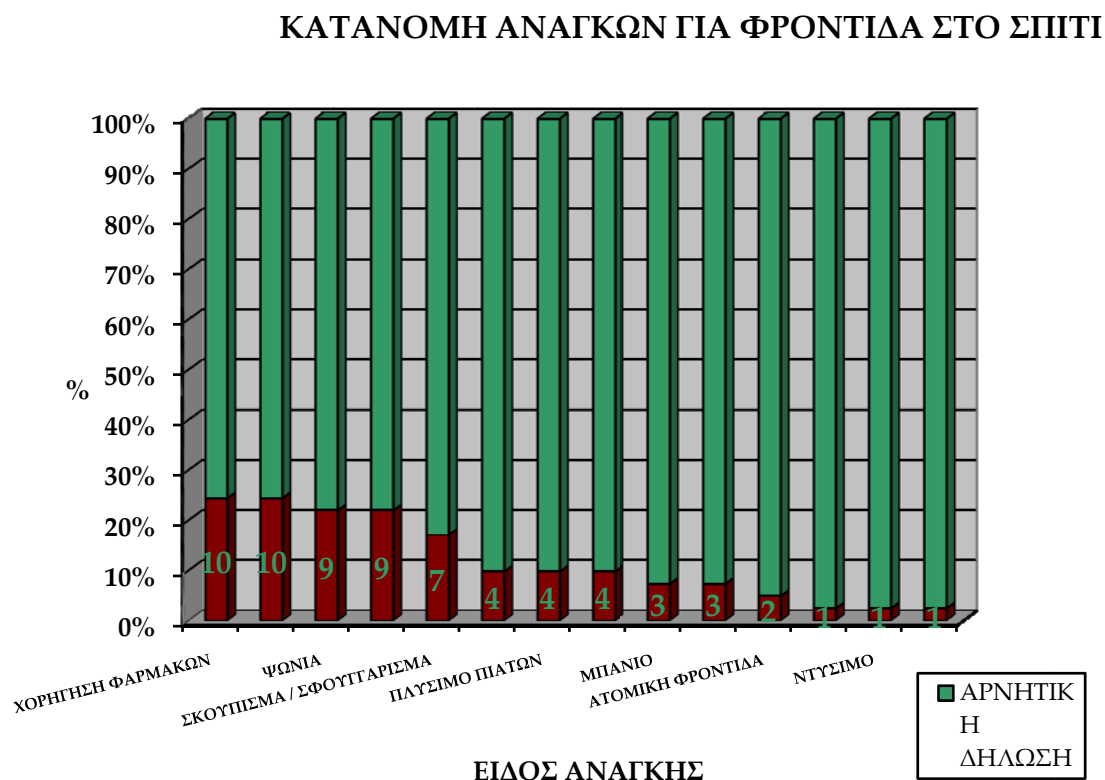
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ



Το 75,5 % των ερωτούμενων καταδεικνύει την τηλεόραση και το ραδιόφωνο ως κυρίαρχο μέσο διασκέδασης και ψυχαγωγίας. Ακολουθούν με υψηλό ποσοστό οι κοινωνικές επαφές με 49% , το εργόχειρο με 41,5% , ο περίπατος με 24,5% και το διάβασμα με 24,4%. Τελευταία στις προτιμήσεις τους έρχεται η κηπουρική με 12,2%.

Β' ΜΕΡΟΣ

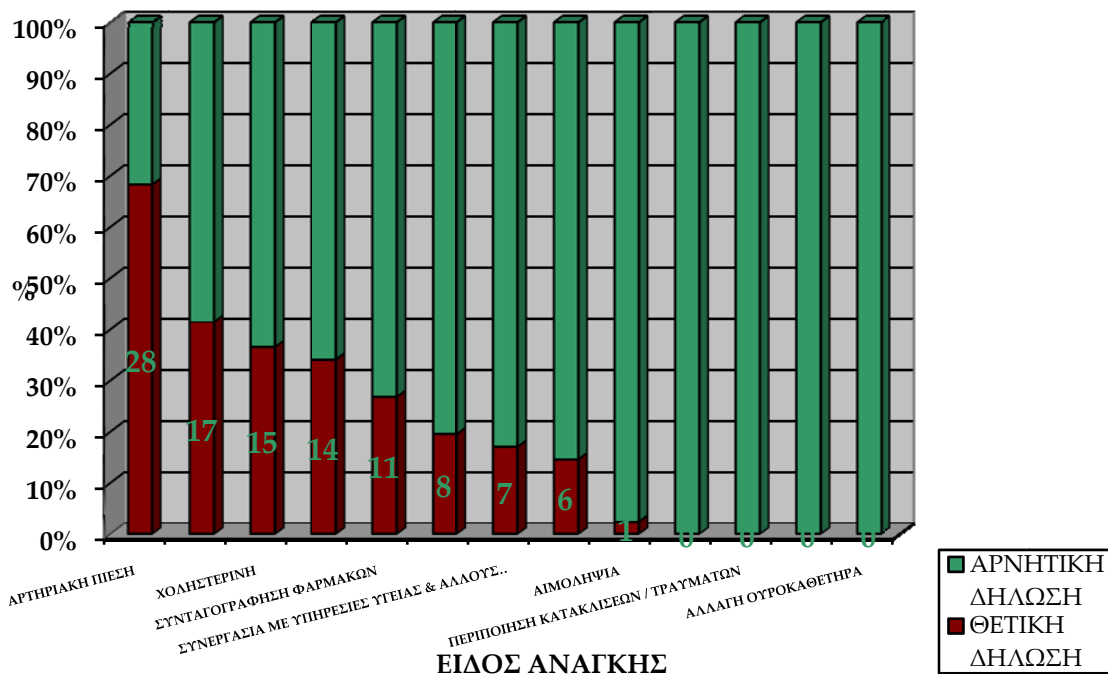
Διάγραμμα 15: Ανάγκη για οικογενειακή φροντίδα.



Τα μέλη του ΒσΣ Κρουσώνα εξέφρασαν ως κυριότερες ανάγκες φροντίδας στο σπίτι τη χορήγηση φαρμάκων και την εξόφληση λογαριασμών με ποσοστά 24,4% και 24,4% αντίστοιχα. Ακολουθούν τα ψώνια με ποσοστό 22% και η συντροφιά με 22%. Υψηλό ποσοστό συγκεντρώνει η ανάγκη σκουπίσματος/ σφουγγαρίσματος με 17,1%.

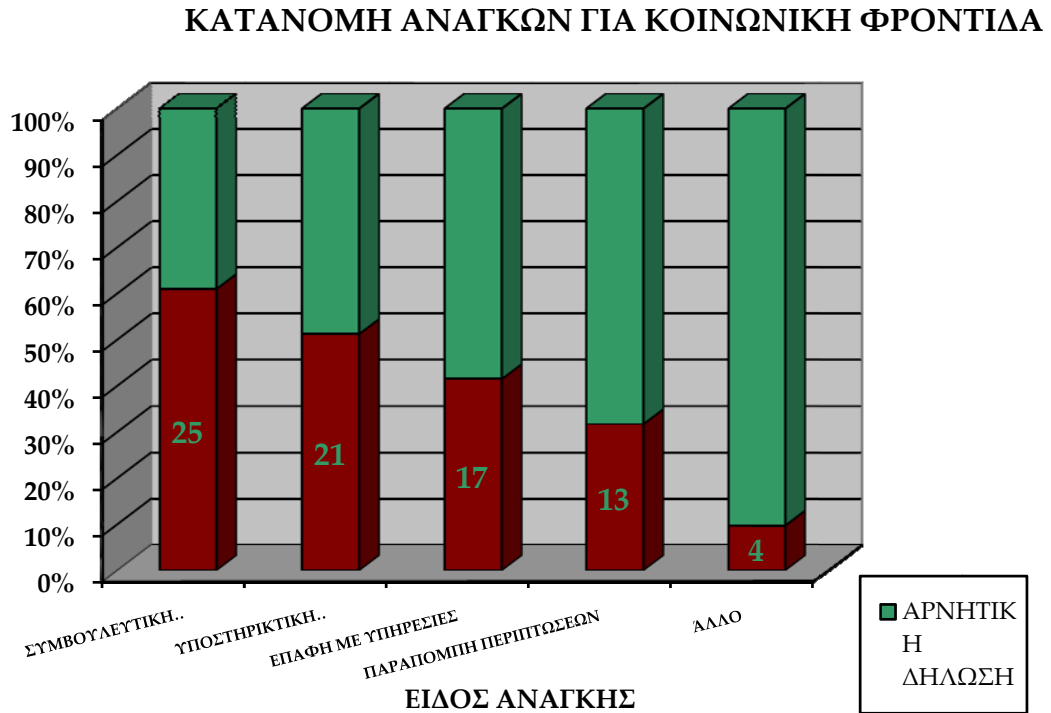
Διάγραμμα 16: Ανάγκη για παροχή νοσηλευτικής φροντίδας.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ



Όσο αφορά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας οι ερωτώμενοι εξέφρασαν ως βασικότερη ανάγκη τους την μέτρηση της αρτηριακής πίεσης με ποσοστό 68,3%. Υψηλά ποσοστά συγκεντρώνουν η μέτρηση γλυκόζης με 41,5% , της χοληστερίνης με 36,6% και ο έλεγχος λήψης φαρμάκων με 34,1%. Επίσης εκφράζεται η ανάγκη συνταγογράφησης φαρμάκων με 26,8%, η ενεσοθεραπεία καθώς και η συνεργασία με άλλους φορείς με 17,1%.

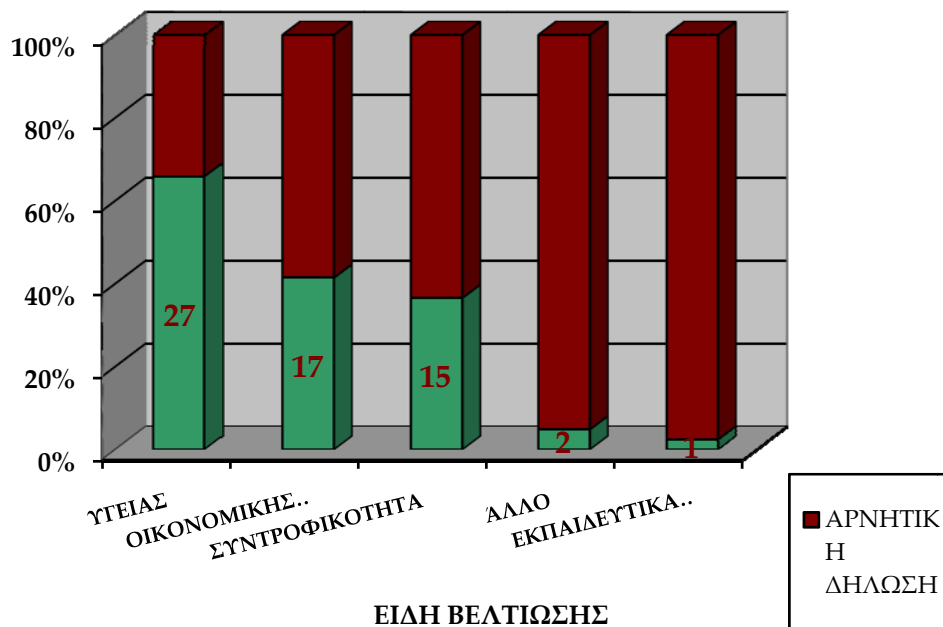
Διάγραμμα 17: Ανάγκη για παροχή κοινωνικών υπηρεσιών.



Υψηλά ποσοστά εκφράστηκαν στην παροχή κοινωνικής φροντίδας .Το 61% δηλώνει ότι επιθυμεί παροχή συμβουλευτικής οικογένειας ,το 51%, υποστηρικτική κοινωνική εργασία, ,το 41,5% την επαφή με υπηρεσίες και το 31,7% την παραπομπή σε υπηρεσίες .

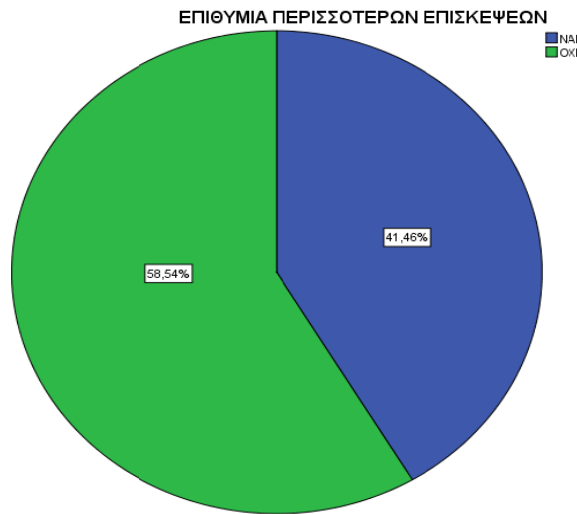
Διάγραμμα 18: Βελτίωση βιοτικού επιπέδου.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΒΙΟΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ



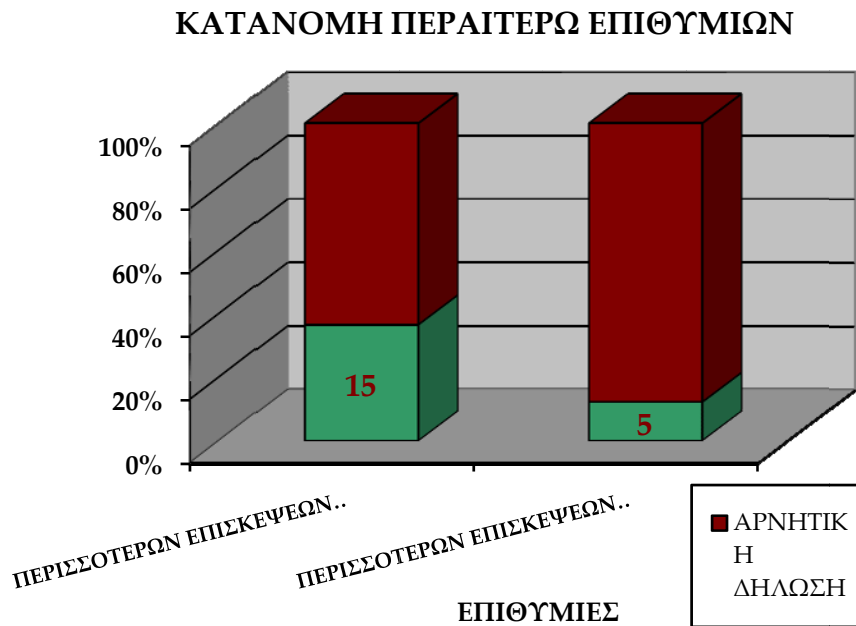
Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων της έρευνας δηλώνει ότι η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας του ,με ποσοστό 65,9%. Έπειτα με την οικονομική κατάσταση με 41,5% και τέλος με την συντροφικότητα με 36,6%.

Διάγραμμα 19α: Περισσότερες επισκέψεις.



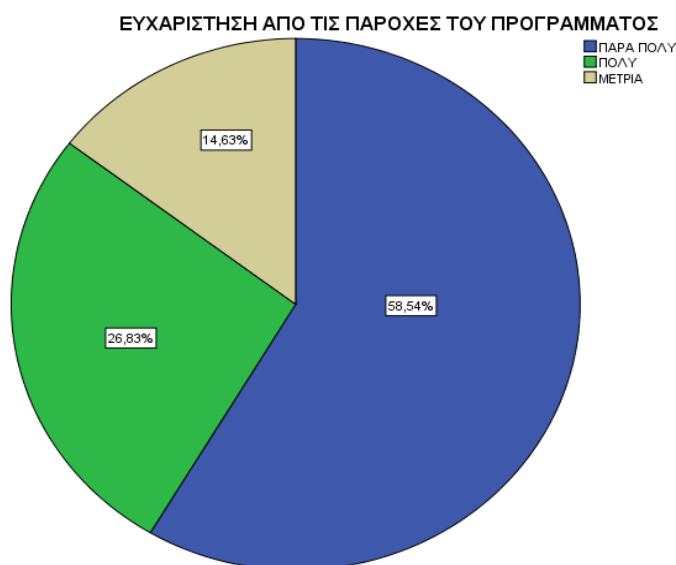
Το 58,5% των ερωτηθέντων επιθυμεί περισσότερες επισκέψεις στην οικία τους ενώ το 42% δεν επιθυμεί.

Διάγραμμα 19β: Επιθυμία επισκέψεων.



Οι ερωτώμενοι επιθυμούν να έχουν περισσότερες επισκέψεις από τα παιδιά/εγγόνια τους με ποσοστό 36,5% .Ακολουθούν με υψηλό ποσοστό συγγενείς/φίλους με 12,2%.

Διάγραμμα 20α: Ευχαρίστηση από το πρόγραμμα.

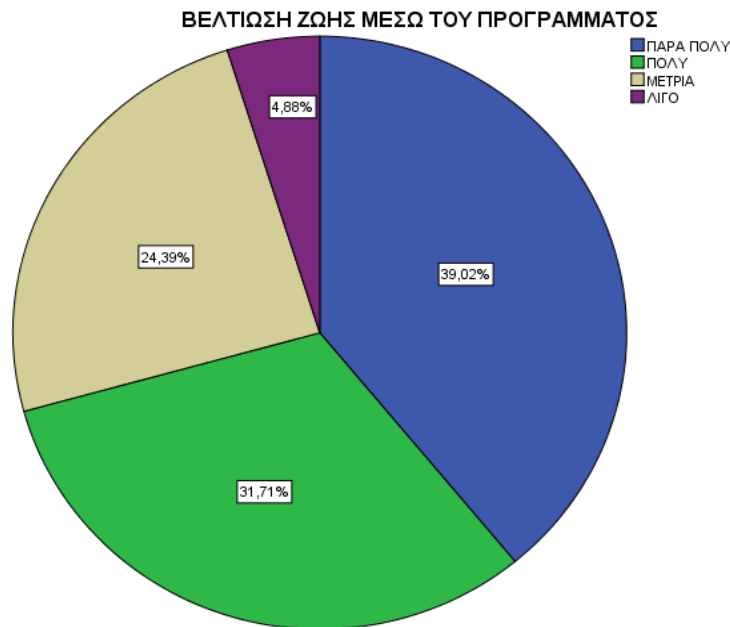


Όσο αφορά τη συνολική ικανοποίηση από τις παροχές του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», Κρουσώνα το 58,5% δηλώνει πάρα πολύ ικανοποιημένο και το 27% πολύ ικανοποιημένο. Ουδέτερη στάση κρατάει το 14,6% των ερωτηθέντων δηλώνοντας μέτρια ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του προγράμματος.

Διάγραμμα 20β: Επιθυμίες από το πρόγραμμα.

Δεν δόθηκε καμία απάντηση στο συγκεκριμένο ερώτημα από τους ερωτώμενους του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», Κρουσώνα.

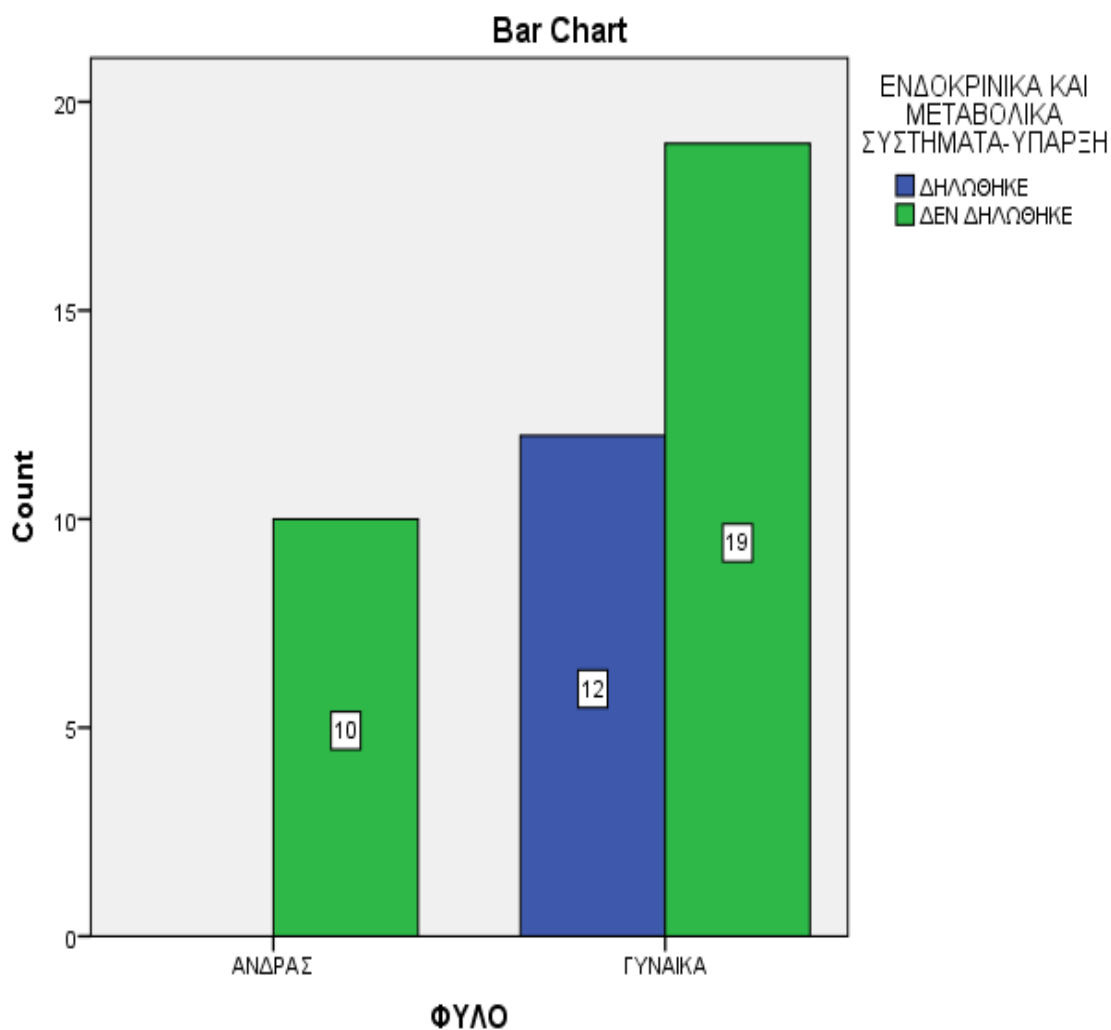
Διάγραμμα 21: Βελτίωση ποιότητας ζωής από τις υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» Κρουσώνα.



Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δηλώνουν ότι έχει βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος . Καθώς το 39 % δηλώνει ότι έχει βελτιωθεί πάρα πολύ και πολύ το 31,7%. Το 24,4% δηλώνει ότι η ποιότητα της ζωής του έχει βελτιωθεί μέτρια και ένα μικρό ποσοστό (4,9%) δηλώνει καθόλου.

5.3. Αποτελέσματα συσχετίσεων

ΦΥΛΟ * ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ-ΥΠΑΡΞΗ



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5.473 ^a	1	.019		
Continuity Correction ^b	3.763	1	.052		
Likelihood Ratio	8.191	1	.004		
Fisher's Exact Test				.021	.018
N of Valid Cases	41				

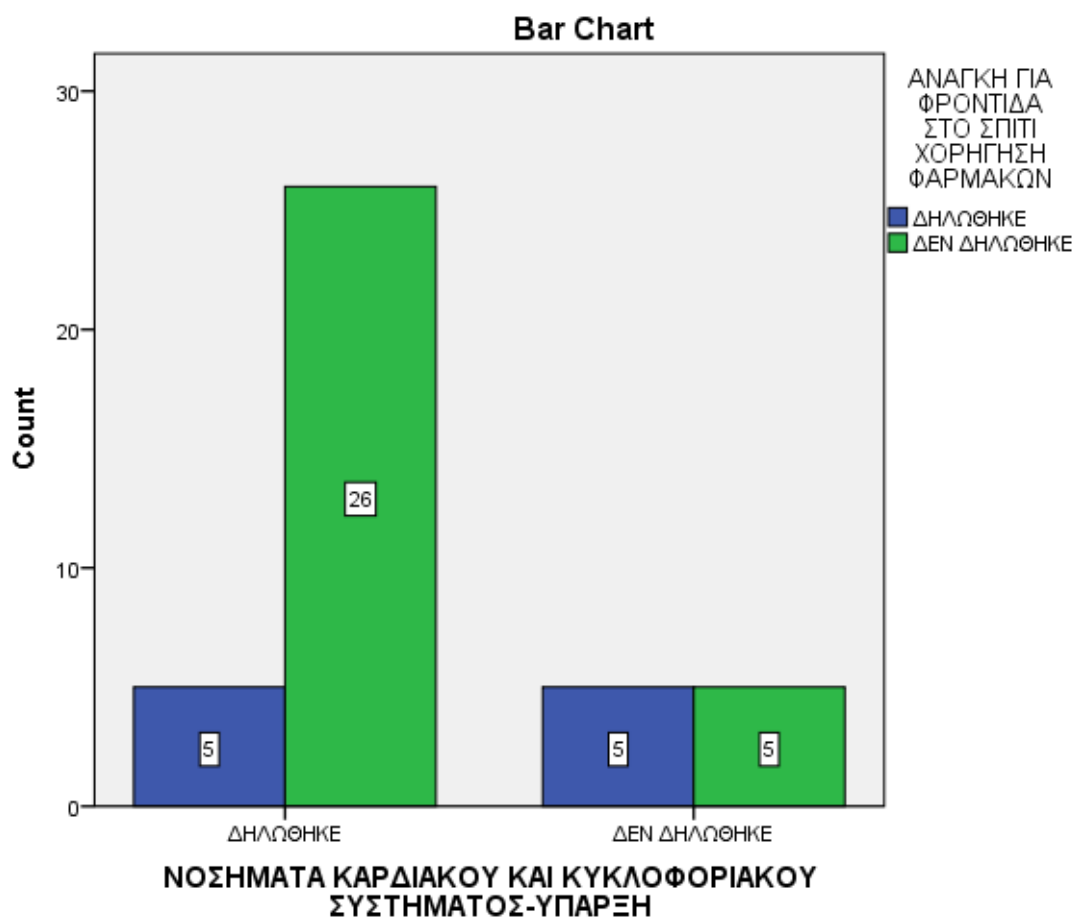
a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,93.

b. Computed only for a 2x2 table

Κατά τον έλεγχο της αλληλεπίδρασης των μεταβλητών Φύλλο και Ενδοκρινικά & Μεταβολικά Νοσήματα προέκυψε η τιμή ελέγχου ήταν 5.473 (στατιστικά σημαντικό) στον 1βαθμό ελευθερίας. Η τιμή p ήταν 0.019 (< 0.05), γεγονός που επιτρέπει την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης περί ανεξαρτησίας των δυο μεταβλητών.

Συμπέρασμα: Υπάρχει στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση - εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών, αυτό σημαίνει ότι η αλλαγή φύλου επηρεάζει την ύπαρξη νοσημάτων του ενδοκρινικού και μεταβολικού συστήματος.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-ΥΠΑΡΞΗ * ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	4.704 ^a	1	.030		
Continuity Correction ^b	3.046	1	.081		
Likelihood Ratio	4.299	1	.038		
Fisher's Exact Test				.045	.045
N of Valid Cases	41				

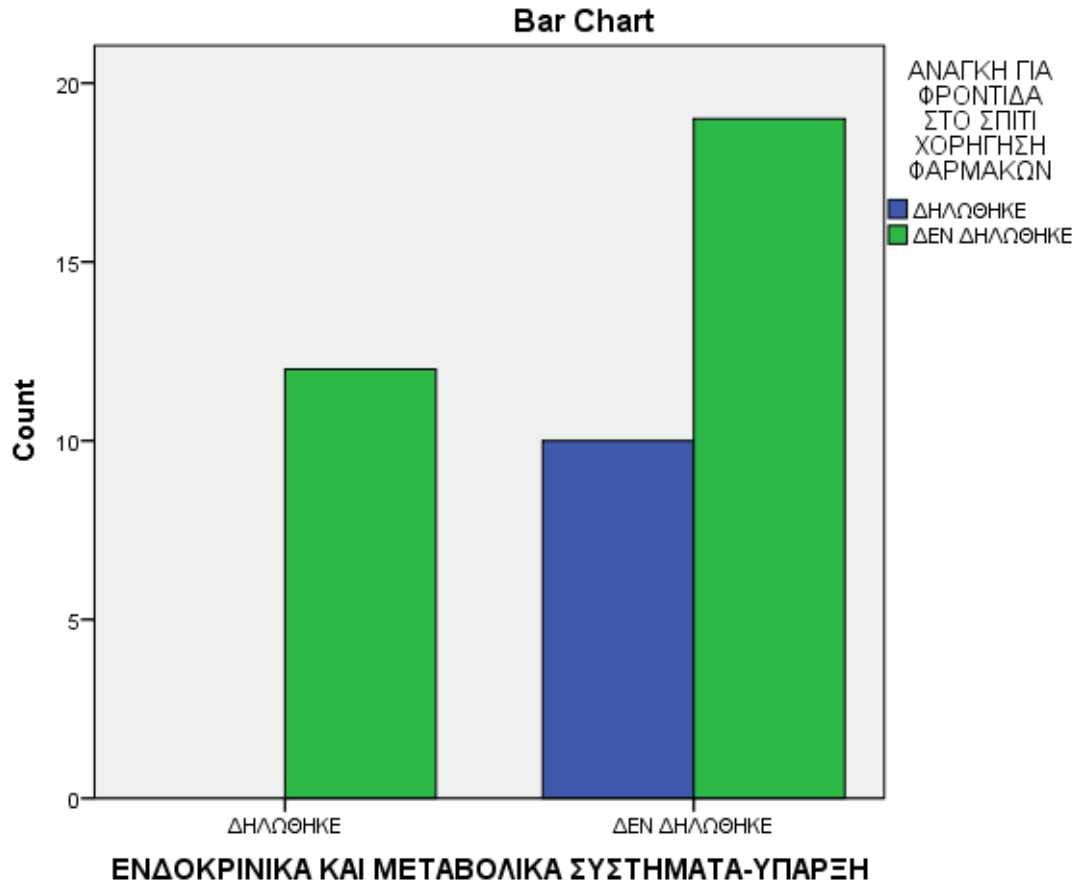
a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,44.

b. Computed only for a 2x2 table

Κατά τον έλεγχο της αλληλεπίδρασης των μεταβλητών Ύπαρξη νοσήματος Καρδιακού & Κυκλοφορικού Συστήματος και Ύπαρξη ανάγκης για φροντίδα στο σπίτι μέσω χορήγησης φαρμάκων προέκυψε η τιμή ελέγχου ήταν 4.704 (στατιστικά σημαντικό) στον 1βαθμό ελευθερίας. Η τιμή p ήταν 0.03 (< 0.05), γεγονός που επιτρέπει την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης περί ανεξαρτησίας των δυο μεταβλητών.

Συμπέρασμα: Υπάρχει στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση - εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών, αυτό σημαίνει ότι κατά τη μεταβολή της Ύπαρξης νοσήματος Καρδιακού & Κυκλοφορικού Συστήματος αναμένεται μεταβολή και στην Ύπαρξη ανάγκης για φροντίδα στο σπίτι μέσω χορήγησης φαρμάκων.

**ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ-ΥΠΑΡΞΗ * ΑΝΑΓΚΗ
ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	5.473 ^a	1	.019		
Continuity Correction ^b	3.763	1	.052		
Likelihood Ratio	8.191	1	.004		
Fisher's Exact Test				.021	.018
N of Valid Cases	41				

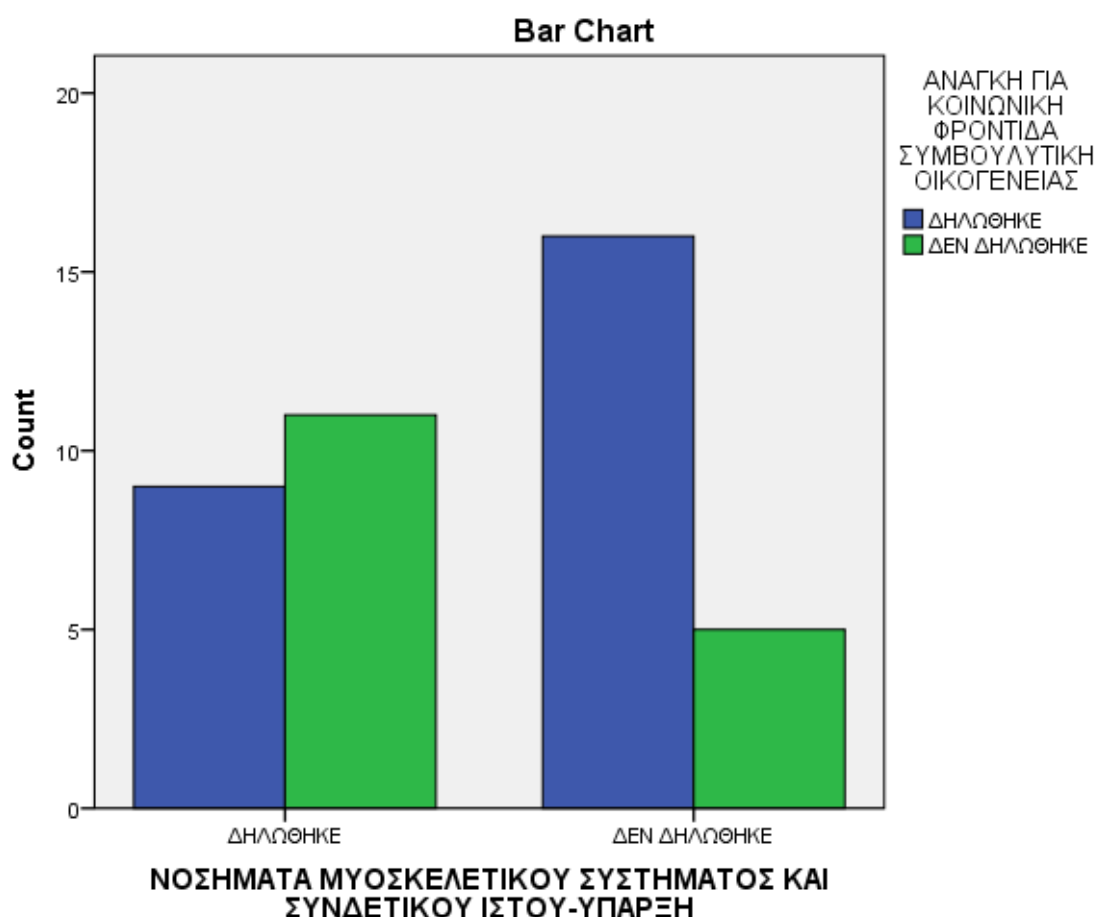
a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,93.

b. Computed only for a 2x2 table

Κατά τον έλεγχο της αλληλεπίδρασης των μεταβλητών Έπαρξη νοσήματος Ενδοκρινικού και Μεταβολικού Συστήματος και Έπαρξη ανάγκης για φροντίδα στο σπίτι μέσω χορήγησης φαρμάκων προέκυψε η τιμή ελέγχου ήταν 5.473 (στατιστικά σημαντικό) στον 1βαθμό ελευθερίας. Η τιμή p ήταν 0.019 (< 0.05), γεγονός που επιτρέπει την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης περί ανεξαρτησίας των δυο μεταβλητών.

Συμπέρασμα: Υπάρχει στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση - εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών, αυτό σημαίνει ότι κατά τη μεταβολή της Έπαρξης νοσήματος Ενδοκρινικού και Μεταβολικού Συστήματος αναμένεται μεταβολή και στην Έπαρξη ανάγκης για φροντίδα στο σπίτι μέσω χορήγησης φαρμάκων.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ-ΥΠΑΡΞΗ * ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΥΜΒΟΥΛΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	4.188 ^a	1	.041		
Continuity Correction ^b	2.980	1	.084		
Likelihood Ratio	4.268	1	.039		
Fisher's Exact Test				.058	.042
N of Valid Cases	41				

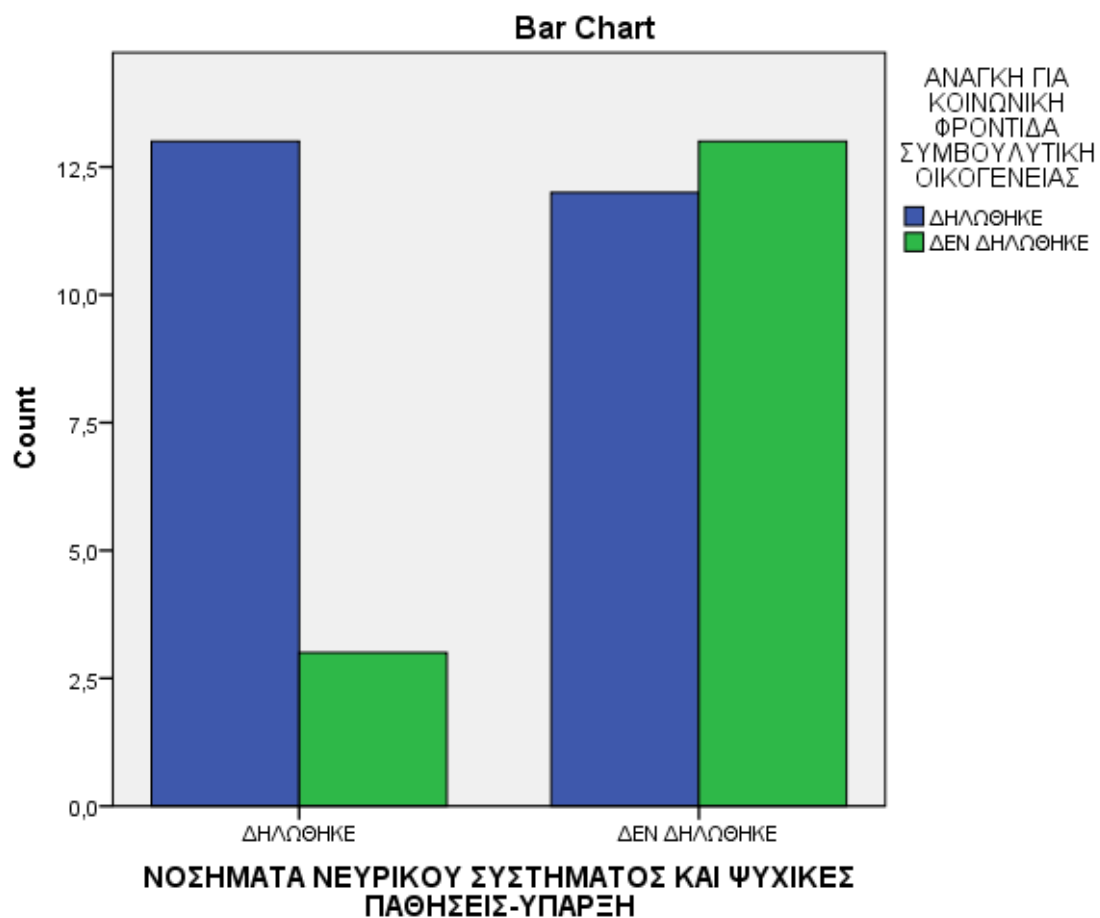
a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,80.

b. Computed only for a 2x2 table

Κατά τον έλεγχο της αλληλεπίδρασης των μεταβλητών Έπαρξη νοσήματος Μυοσκελετικού Συστήματος και Συνδετικού Ιστού και Έπαρξη ανάγκης για κοινωνική φροντίδα μέσω συμβουλευτικής της οικογένειας προέκυψε η τιμή ελέγχου ήταν 4.188 (στατιστικά σημαντικό) στον 1βαθμό ελευθερίας. Η τιμή p ήταν 0.041 (< 0.05), γεγονός που επιτρέπει την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης περί ανεξαρτησίας των δυο μεταβλητών.

Συμπέρασμα: Υπάρχει στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση - εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών, αυτό σημαίνει ότι κατά τη μεταβολή της Έπαρξης νοσήματος Μυοσκελετικού Συστήματος και Συνδετικού Ιστού αναμένεται μεταβολή και στην Έπαρξη ανάγκης για κοινωνική φροντίδα μέσω συμβουλευτικής της οικογένειας.

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ-ΥΠΑΡΞΗ * ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.533 ^a	1	.033		
Continuity Correction ^b	3.243	1	.072		
Likelihood Ratio	4.786	1	.029		
Fisher's Exact Test				.050	.034
N of Valid Cases	41				

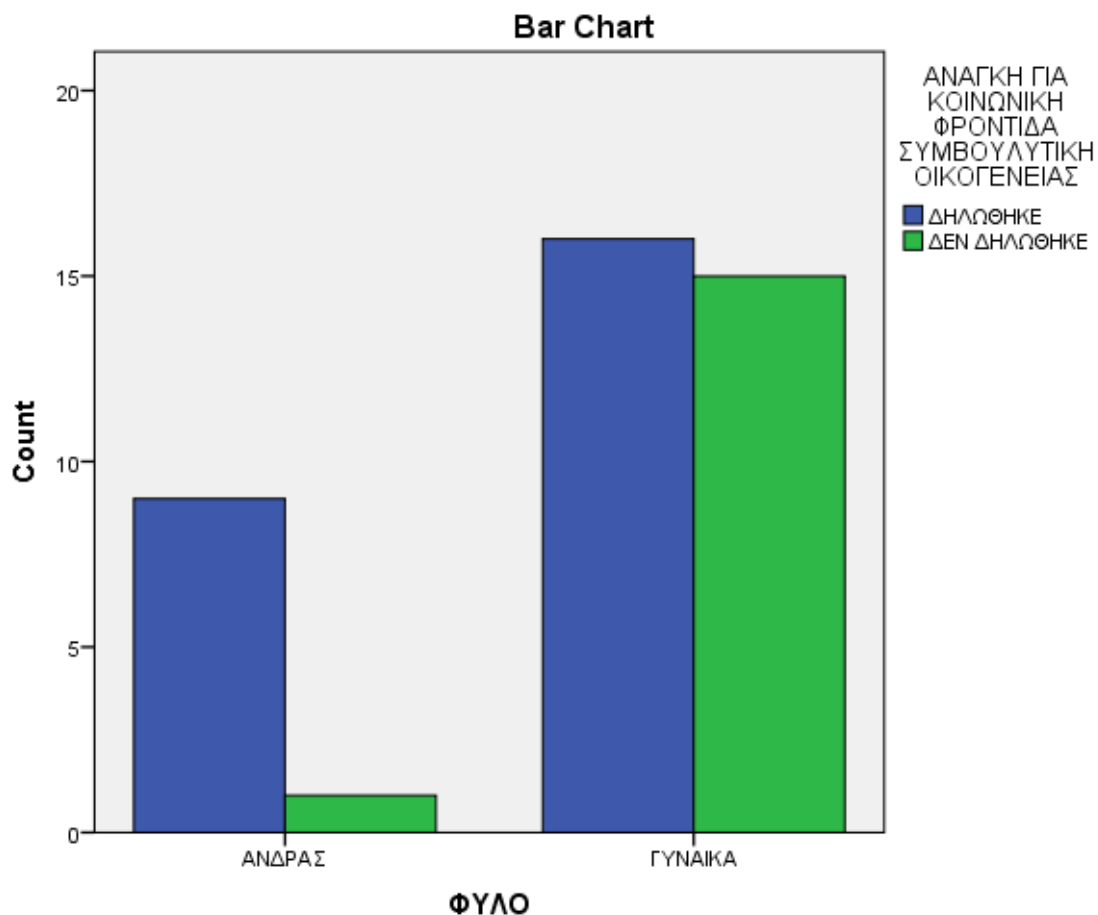
a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,24.

b. Computed only for a 2x2 table

Κατά τον έλεγχο της αλληλεπίδρασης των μεταβλητών Έπαρξη νοσήματος Νευρικού Συστήματος και Ψυχικών Παθήσεων και Έπαρξη ανάγκης για κοινωνική φροντίδα μέσω συμβουλευτικής της οικογένειας προέκυψε η τιμή ελέγχου ήταν 4.533 (στατιστικά σημαντικό) στον 1βαθμό ελευθερίας. Η τιμή p ήταν 0.033 (< 0.05), γεγονός που επιτρέπει την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης περί ανεξαρτησίας των δυο μεταβλητών.

Συμπέρασμα: Υπάρχει στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση - εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών, αυτό σημαίνει ότι κατά τη μεταβολή της Έπαρξης νοσήματος Νευρικού Συστήματος και Ψυχικών Παθήσεων αναμένεται μεταβολή και στην Έπαρξη ανάγκης για κοινωνική φροντίδα μέσω συμβουλευτικής της οικογένειας.

ΦΥΛΟ * ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ



Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	4.682 ^a	1	.030		
Continuity Correction ^b	3.208	1	.073		
Likelihood Ratio	5.402	1	.020		
Fisher's Exact Test				.059	.032
N of Valid Cases	41				

Κατά τον έλεγχο της αλληλεπίδρασης των μεταβλητών Φύλο και Ύπαρξη ανάγκης για κοινωνική φροντίδα μέσω συμβουλευτικής της οικογένειας προέκυψε η τιμή ελέγχου ήταν 4.682 (στατιστικά σημαντικό) στον 1βαθμό ελευθερίας. Η τιμή p ήταν 0.030 (< 0.05), γεγονός που επιτρέπει την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης περί ανεξαρτησίας των δυο μεταβλητών.

Συμπέρασμα: Υπάρχει στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση - εξάρτηση μεταξύ των δύο μεταβλητών, αυτό σημαίνει ότι κατά τη μεταβολή Φύλου αναμένεται μεταβολή και στην Ύπαρξη ανάγκης για κοινωνική φροντίδα μέσω συμβουλευτικής της οικογένειας.

5.4. Συμπεράσματα

Μετά από στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας, με ερωτηματολόγια και ημι-δομημένες συνεντεύξεις, καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα.

Η πλειοψηφία των εξυπηρετούμενων του Προγράμματος, είναι γυναίκες, χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, οι οποίες ξεπερνούν το 70^ο έτος της ηλικίας τους. Γενικότερα ανεξάρτητα φύλου, οι συμμετέχοντες στην έρευνα είναι άτομα προχωρημένης ηλικίας (>70), γεγονός που αιτιολογεί την ανάγκη τους για φροντίδα και ειδικότερα την ένταξη τους στο Πρόγραμμα. Μεγάλος αριθμός των εξυπηρετούμενων του Προγράμματος ζουν μόνοι τους, οι περισσότεροι επειδή είναι χήροι/ες και επειδή είναι ανύπαντροι/ες και δεν έχουν παιδιά. Ακόμη όμως και η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, οι οποίοι έχουν παιδιά και μάλιστα παραπάνω από τρία, συχνά μένουν μόνοι τους για ποικίλους λόγους (πχ απόσταση, παντρεμένα κλπ).

Από τους ηλικιωμένους και Αμεα που εντάσσονται στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» Κρουσώνα, μεγάλο ποσοστό είναι αυτοεξυπηρετούμενοι (36,6%). Ωστόσο το μεγαλύτερο ποσοστό είναι μερικώς αυτοεξυπηρετούμενοι (43,9%) και μη αυτοεξυπηρετούμενοι και κατακεκλιμένοι (20%), οι οποίοι για να φροντίσουν τον εαυτό τους, χρειάζονται συχνά την βοήθεια κάποιου άλλου ώστε να εξυπηρετηθούν. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που εμποδίζουν τους ηλικιωμένους να αυτοεξυπηρετούνται, όπως προκύπτει από την έρευνα, είναι τα προβλήματα υγείας ή η προχωρημένη ηλικία. Από εκείνους που αναφέρουν ότι δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν λόγω προβλημάτων υγείας, οι περισσότεροι υποφέρουν από παθολογικές ασθένειες (όπως πίεση, ζάχαρο, καρδιά, σακχαρώδης διαβήτης, κα.), ενώ σημαντικό ποσοστό παρουσιάζει ποικίλα κινητικά προβλήματα ή αναπηρίες. Αυτό που παρατηρήθηκε επίσης, είναι ότι στην πλειονότητα έχουν περισσότερα από ένα προβλήματα υγείας, γεγονός που επιβαρύνει και δυσκολεύει περισσότερο τους ηλικιωμένους να αυτοεξυπηρετηθούν.

Η ικανοποίηση και βελτίωση της ποιότητας της ζωής από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Προγράμματος διαφοροποιούνται ανάλογα τα νοσήματα που έχουν διαγνωστεί ότι πάσχουν και το φύλο τους. Πιο συγκεκριμένα, από τις απαντήσεις που δόθηκαν μέσω του ερωτηματολογίου συμπεραίνουμε ότι οι υπηρεσίες που προσφέρει το πρόγραμμα, καλύπτουν στην πλειοψηφία τους τις εκφρασμένες ανάγκες των ηλικιωμένων.

Όσον αφορά τον ασφαλιστικό φορέα των μελών του Βοήθεια στο Σπίτι Κρουσώνα ,η πλειοψηφία τους είναι ασφαλισμένοι στο ΟΓΑ . Η σύνταξη που παίρνουν αποτελεί για εκείνους το μοναδικό εισόδημα ,το οποίο δεν επαρκεί για να τους προσφέρει ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης καθώς οι περισσότεροι λαμβάνουν σύνταξη των 301-600 ευρώ. Αυτό διαφαίνεται και από το γεγονός, ότι αρκετοί ηλικιωμένοι, όπως προκύπτει από τα στοιχεία της έρευνας, ζουν σε παλαιές φτωχικές κατοικίες.

Οι εργαζόμενοι του Προγράμματος φαίνεται να αντιμετωπίζουν τα περισσότερα προβλήματα, συχνά αισθάνονται ανασφάλεια για την προοπτική συνέχισης του προγράμματος καθώς είναι ευρωπαϊκό πρόγραμμα (ΕΣΠΑ), το οποίο δέχεται συνεχώς ανανεώσεις για μικρά χρονικά διαστήματα . Λόγω της γενικότερης οικονομικής κατάστασης που επικρατεί στην χώρα, οι εργαζόμενοι δέχονται συχνά περικοπές στον μισθό τους , στον υλικοτεχνικό και νοσηλευτικό εξοπλισμό και αντιμετωπίζουν λειτουργικά προβλήματα που σχετίζονται με το λιγοστό προσωπικό και τις μεγάλες ανάγκες που καλούνται να βγάλουν εις πέρας. Παρόλα αυτά δεν χαμηλώνουν την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και αυτό διαφαίνεται από το βαθμό ικανοποίησης και την βελτίωση της ποιότητας ζωής των μελών του «Βοήθεια στο Σπίτι» Κρουσώνα.

Προτάσεις

Το πρόγραμμα ‘‘ Βοήθεια Στο Σπίτι’’ όπως διαφαίνεται και πιο πάνω από τα συμπεράσματα είναι υψίστης σημασίας για τους εξυπηρετούμενους του. Ωστόσο από την ποιοτική έρευνα που διεξήχθη στους εργαζομένους του προγράμματος συλλέξαμε πληροφορίες που αφορούν τις προοπτικές βελτίωσης του προγράμματος.

Αρχικά προτείνεται η συνεχής επιμόρφωση του προσωπικού μέσω σεμιναρίων για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ανθρώπων που έχουν ανάγκη. Πιο συγκεκριμένα όσο αφορά και την ιδιότητα της κοινωνική λειτουργού και συντονίστρια της ομάδας μαθαίνοντας καλύτερα συμβουλευτική στην τρίτη ηλικία. και τα υπόλοιπα μέλη, την νοσηλεύτρια όσον αφορά την συνεχή ενημέρωση σε ιατρικά θέματα αλλά την ιδιότητα της οικογενειακή βοηθού προκειμένου να έχουν την κατάλληλη δεοντολογία όταν εισέρχονται στα σπίτια των εξυπηρετούμενων.

Βαρύνουσας σημασίας είναι η ένταξη και στελέχωση προσωπικού του προγράμματος. Προτείνεται η επανένταξη ψυχολόγου και ψυχιάτρου για την αντιμετώπιση σοβαρών ψυχιατρικών περιστατικών, όπως αναγκαία είναι και η επανένταξη του εργοθεραπευτή. Υφίσταται ήδη συνεργασία με φυσιοθεραπευτή, , μαία και ένα γιατρό οι οποίοι είναι συμβεβλημένοι με το Κ.Α.Π.Η αλλά παρέχουν και τις υπηρεσίες τους στο ‘‘Βοήθεια στο Σπίτι’’. Σημαντική θα ήταν και η ιδιότητα διατροφολόγου καθώς αρκετοί εξυπηρετούμενοι είναι παχύσαρκοι.

Επιπλέον χρήσιμο θα ήταν να παρέχεται περισσότερο αναλώσιμο υλικό για το νοσηλευτικό κομμάτι καθώς συχνά έλλειψη των συγκεκριμένων υλικών με αποτέλεσμα να μην μπορούν να διεκπεραιώσουν την λήψη νοσηλευτικών αναγκών.

Ακόμη σύμφωνα με τις ανάγκες των εργαζομένων προτείνεται η βελτίωση του κτιρίου καθώς το χειμώνα έχει πολύ κρύο και το καλοκαίρι πολύ ζέστη γεγονός που δυσκολεύει τις συνθήκες εργασίας του προσωπικού, ακόμη χρειάζονται την προσθήκη ενός νεροχύτη για την καλύτερη διευκόλυνση τους. Εναλλακτικά προτείνεται αλλαγή σε καλύτερο κτίριο.

Σημαντικό κομμάτι θεωρείται και η πληρωμή του προσωπικού σε μηνιαία. Αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα με την πληρωμή τους αφού υπήρξε διάστημα που είχαν να πάρουν χρηματικές απολαβές εφτά μήνες.

Εν κατακλείδι, είναι χρήσιμο να αναφέρουμε ότι έχουν θεσμοθετηθεί από το Υπουργείο Πολιτισμού, Παιδείας και Θρησκευμάτων τα προγράμματα Δία Βίου Μάθησης , τα οποία πραγματοποιούνται και στο Δήμο Μαλεβιζίου . Η συμμετοχή των μελών και των φροντιστών τους στα συγκεκριμένα προγράμματα θεωρείται απαραίτητη για την βελτίωση του βιοτικού τους επίπεδου.

Σύνοψη

Με βάση την παρούσα μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι στην περιοχή Κρουσώνα προκύπτει τόσο η αναγκαιότητα του προγράμματος όσο και η συνέχιση του. Από τα αποτελέσματα της έρευνας, της συνεντεύξεις και τα ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν αναδείχτηκε πως οι εξυπηρετούμενοι έχουν ανάγκη το πρόγραμμα και τη συνέχιση του. Οι εργαζόμενοι βιώνουν σοβαρές ελλείψεις αλλά και το φόβο της μη χρηματοδότησης του προγράμματος, γεγονός που διαφαίνεται από την ποιοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε.

Οι εξυπηρετούμενοι έχουν ανάγκη την παροχή του προγράμματος καθώς είναι ικανοποιημένοι με αυτό και πολλοί λαμβάνουν την βοήθεια που τους παρέχει σε καθημερινή βάση. Οι ανάγκες που καλύπτονται είναι πολυεπίπεδες. Η κοινωνική λειτουργός παρέχει υποστηρικτική κοινωνική εργασία, επαφή με άλλες υπηρεσίες και διάφορες άλλες δραστηριότητες οι οποίες λειτουργούν υποστηρικτικά για την ζωή των εξυπηρετούμενων. Η νοσηλεύτρια παρέχει έλεγχο για τις ασθένειες που έχουν, περιποίηση τραυμάτων και κατακλίσεων, συνταγογράφηση φαρμάκων και άλλες δραστηριότητες νοσηλευτικού χαρακτήρα που βοηθούν στην απλοποίηση της καθημερινότητας των εξυπηρετούμενων. Τέλος, η οικογενειακή βοηθός παρέχει υπηρεσίες καθημερινής ανάγκης όπως η καθαριότητα του σπιτιού, που είναι κάτι πολύ χρήσιμο για ανθρώπους μεγάλης ηλικίας που βρίσκονται σε δεινή οικονομική κατάσταση και σε δύσκολη κατάσταση υγείας λόγω της προχωρημένης ηλικίας.

Συνοψίζοντας, οι ανάγκες του προσωπικού αναδείχθηκαν έντονα καθώς χρήζει και άλλων ειδικοτήτων ή συνεργασία αυτών, όπως ψυχιάτρου, για την καλύτερη λειτουργία του προγράμματος. Οι δυσκολίες του προγράμματος είναι κυρίως στην εισροή των επιχορηγήσεων από τις ανανεώσεις του προγράμματος, στο τομέα της υλικοτεχνικής υποδομής και της υποστήριξης της λειτουργίας του. Τέλος, η συνέχιση του προγράμματος είναι ένα γεγονός που απασχολεί αλλά δεν είναι γνωστό καθώς το πρόγραμμα στηρίζεται κατά βάση σε ευρωπαϊκά κονδύλια.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Αθανασίου, κ.α. (2005), Δομή, Τόμος 6, Αθήνα: Δομή Α.Ε
- Αμηρά Άννα, Γεωργιάδη Έφη , Τεπέρογλου Α.(1986), Ο θεσμός της ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, έρευνα για τα ΚΑΠΗ.
- Αμίτσης Γ, Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας , Αθήνα , Παπαζήση.
- Βεργιάδη Α., Γεωργιάς Ν., (1987) Παρουσίαση δουλειάς στο Κ.Α.Π.Η. Έρευνα και σημασία της, περιοδικό: Κοινωνική Εργασία, τευχ.5, σελ.43, Αθήνα.
- Δάφερμος Β., (2005) Κοινωνική στατιστική με SPSS. Εκδόσεις Ζήτη , Θεσσαλονίκη.
- Δαρδαβέσης Θ., Κώστα Τσολάκη Μ., Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., Μπένος Α., Νούσκας Ι., Πανερά Ε., Χατζηχρήστου Δ., Χουσιαδάς Λ., «Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας». Επιμέλεια έκδοσης : Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., (1999), Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Εκμέ – Πουλοπούλου Η.,(1999) «Ελληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες Παρελθόν & Μέλλον», Αθήνα: Έλλην.
- Έρευνα καταγραφής και αποτύπωσης των προβλημάτων, αναγκών και των ενεργειών για τη συνέχιση λειτουργίας των μονάδων «Βοήθεια στο Σπίτι», 2006.
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης , ΦΕΚ 376/Β/2000
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης ΦΕΚ 1197/Β/30-08-2001
- Καρπαθίου Χ., (1990), Νευρολογική λογοθεραπεία- δυσλεξία συμπτωματολογία , διάγνωση, τόμος 5^{ος}, εκδόσεις Έλλην , Αθήνα.
- Μουσούρου Λ.,(1993) «Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβολές και σύγχρονα οικογενειακά σχήματα», στο 3^ο συνέδριο του ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, «Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα». Πάντειο Πανεπιστήμιο, Νοέμβριος 1991, Αθήνα.
- Παναγιωτάκης Γ.,(2008) «Εκπαιδευτικές ανάγκες στην Τρίτη Ηλικία», Διερεύνηση των Εκπαιδευτικών αναγκών στο Κ.Α.Π.Η. Δήμου Κρουσώνα. Τάσεις και προοπτικές», Κοινωνική Εργασία : Ηράκλειο.
- Περιστερίου Δ., Θεοδώρακη Χ., Θεοδώριου Μ., Μαρκουλάκης Ν., Πεθεριώτη Κ., Τσέλιος Δ.(1998) «Πρόγραμμα ‘Βοήθεια στο Σπίτι’ για ηλικιωμένους του δήμου

Περιστερίου- Απολογισμός ενός χρόνου λειτουργίας. Κοινωνική Εργασία, 52:213-219.

- Πουλοπούλου Η., (1999) Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες- Παρελθόν Παρόν και Μέλλον, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- Ράτσικα Ν. (2006), «Φάκελος διδακτικών σημειώσεων , άρθρων και περίληψης βιβλίων», Ηράκλειο (Ιωσηφίδης 2003).
- Τεπέρογλου Α.,(1990). Αξιολόγηση της προσφοράς των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Διεύθυνση ηλικιωμένων- ΕΚΚΕ, Αθήνα.
- Σταθόπουλος, Π. Α. (1999), Κοινωνική Πρόνοια μια γενική θεώρηση, 2, Αθήνα: Έλλην.
- Χανιώτης Φ.Ι., (1998) Χανιώτης Εγχειρίδιο γηριατρικής. Ιατρικές εκδόσεις: Λίτσας, Αθήνα.
- Χριστοδούλου Γ.Ν., Β.Π Κονταξάκης, (2000) «Η Τρίτη Ηλικία». Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Ξενογλωσση

- *Cauley JA, Dorman JS, Ganguli M., (1996) «Genetic and aging epidemiology. The merging of two disciplines»,Neurol Clin.*
- OECD, (1988), Ageing populations. The social policy implications, Paris
- OECD, (1996), Ageing in OECD Countries . A critical policy Challenge, Paris
- Rogers A., (1991). Teaching Methods in Extension. Reading- Education for development.
- Hayens, Nicky (1997), Εισαγωγή στις γνωστικές λειτουργίες, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, επιμέλεια Κωσταρίδου -Ευκλείδη Α.

➤

Διαδικτυακές Ιστοσελίδες

- www.nstr.gr – Ψυχογηριατρική Εταιρία « Ο Νέστωρ»
- www.localit.gr/archives/65682
- http://www.eetaa.gr/kallikratis/nomosxedio/Fek_html
- www.dokappam.gr
- <http://civilacademy.ucoz.org>
- <http://kee.ideke.edu.gr>
- www.nstr.gr
- <http://www.age-platform.eu/>

Παράρτημα 1

Πίνακες

ΦΥΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	10	24,4	24,4	24,4
	ΓΥΝΑΙΚΑ	31	75,6	75,6	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1917	2	4,9	4,9	4,9
	1920	1	2,4	2,4	7,3
	1924	2	4,9	4,9	12,2
	1925	2	4,9	4,9	17,1
	1928	2	4,9	4,9	22,0
	1929	5	12,2	12,2	34,1
	1930	1	2,4	2,4	36,6
	1932	1	2,4	2,4	39,0
	1934	3	7,3	7,3	46,3
	1935	2	4,9	4,9	51,2
	1936	2	4,9	4,9	56,1
	1937	1	2,4	2,4	58,5
	1938	5	12,2	12,2	70,7
	1939	2	4,9	4,9	75,6
	1940	2	4,9	4,9	80,5

1942	1	2,4	2,4	82,9
1946	1	2,4	2,4	85,4
1948	1	2,4	2,4	87,8
1953	2	4,9	4,9	92,7
1957	2	4,9	4,9	97,6
1960	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid I.K.A	3	7,3	7,3	7,3
O.G.A	35	85,4	85,4	92,7
ΔΗΜΟΣΙΟ	2	4,9	4,9	97,6
ΤΕΒΕ	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΤΩ ΑΠΟ 300 ΕΥΡΩ	2	4,9	4,9	4,9
301 ΕΩΣ 600	25	61,0	61,0	65,9
601 ΕΩΣ 1000 ΕΥΡΩ	13	31,7	31,7	97,6
ΠΑΝΩ ΑΠΟ 1000 ΕΥΡΩ	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΓΑΜΟΣ	2	4,9	4,9	4,9
	ΕΓΓΑΜΟΣ	27	65,9	65,9	70,7
	ΧΗΡΕΙΑ	12	29,3	29,3	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΕΧΩ ΠΑΙΔΙ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	39	95,1	95,1	95,1
	ΟΧΙ	2	4,9	4,9	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	4,9	4,9	4,9
	1	1	2,4	2,4	7,3
	2	11	26,8	26,8	34,1
	3	16	39,0	39,0	73,2
	4	9	22,0	22,0	95,1
	5	1	2,4	2,4	97,6
	8	1	2,4	2,4	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΕΧΩ ΕΓΓΟΝΙ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	38	92,7	92,7	92,7
	OXI	3	7,3	7,3	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΓΓΟΝΙΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	7,3	7,3	7,3
	2	3	7,3	7,3	14,6
	4	5	12,2	12,2	26,8
	5	8	19,5	19,5	46,3
	6	3	7,3	7,3	53,7
	7	4	9,8	9,8	63,4
	8	4	9,8	9,8	73,2
	9	5	12,2	12,2	85,4
	10	3	7,3	7,3	92,7
	12	1	2,4	2,4	95,1
	15	1	2,4	2,4	97,6
	24	1	2,4	2,4	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΤΟΜΑ (ΙΔΙΟΤΗΤΑ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΖΥΓΟΣ	25	92,59%	92,59%	92,59%
	ΠΑΙΔΙ	2	7,41%	7,41%	100,00%
	Total	27	100%	100%	

ΑΤΟΜΑ (ΗΛΙΚΙΑ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Total	27	1,00		
	40	1	3,70%	3,70%	3,70%
	55	1	3,70%	3,70%	7,41%
	60	1	3,70%	3,70%	11,11%
	61	1	3,70%	3,70%	14,81%
	64	2	7,41%	7,41%	22,22%
	67	1	3,70%	3,70%	25,93%
	70	1	3,70%	3,70%	29,63%
	74	2	7,41%	7,41%	37,04%
	77	1	3,70%	3,70%	40,74%
	78	2	7,41%	7,41%	48,15%
	80	4	14,81%	14,81%	62,96%
	82	3	11,11%	11,11%	74,07%
	84	1	3,70%	3,70%	77,78%
	85	1	3,70%	3,70%	81,48%
	86	2	7,41%	7,41%	88,89%
	89	3	11,11%	11,11%	100,00%

ΑΤΟΜΑ (ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	23	85,19%	85,19%	85,19%
	ΑΓΡΟΤΗΣ	1	3,70%	3,70%	88,89%
	ΟΙΚΙΑΚΑ	2	7,41%	7,41%	96,30%
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	1	3,70%	3,70%	100,00%
	Total	27	1	1	

ΑΤΟΜΑ (ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΚΑΛΗ	2	7,41%	7,41%	7,41%
	ΜΕΤΡΙΑ	17	62,96%	62,96%	70,37%
	ΚΑΚΗ	8	29,63%	29,63%	100,00%
	Total	27	100,00%	100,00%	

ΑΤΟΜΑ (ΙΔΙΟΤΗΤΑ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΑΙΔΙ	3	75%	75,00%	75%
	ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ	1	25%	25,00%	100%
	Total	4	100	100,00%	

ΑΤΟΜΑ (ΗΛΙΚΙΑ)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		36	1	25,00%	25,00%
		39	1	25,00%	50,00%

	41	1	25,00%	25,00%	75,00%
	50	1	25,00%	25,00%	100,00%
Total		4	100	100	

ΑΤΟΜΑ (ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΑΓΡΟΤΗΣ	1	25,00%	25,00%	25,00%
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	1	25,00%	25,00%	50,00%
ΑΝΕΡΓΟΣ	1	25,00%	25,00%	75,00%
ΟΙΚΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ	1	25,00%	25,00%	100,00%
Total	4	100	100	

ΑΤΟΜΑ (ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΚΑΛΗ	4	100	100	100
Total	4	100	100	

ΑΤΟΜΑ (ΙΔΙΟΤΗΤΑ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ	1	100	100	100
Total	41	100	100	

ΑΤΟΜΑ (ΗΛΙΚΙΑ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	60	1	2,4	2,4
				100

Total	41	100	100
-------	----	-----	-----

ΑΤΟΜΑ (ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΟΙΚΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ	1	100	100	100
Total	1	100	100	

ΑΤΟΜΑ (ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΜΕΤΡΙΑ	1	100	100	100
Total	1	100	100	

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΧΩΡΙΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	9	22,0	22,0	22,0
ΓΝΩΣΗ ΓΡΑΦΗΣ/ ΑΝΑΓΝΩΣΗΣ	17	41,5	41,5	63,4
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	14	34,1	34,1	97,6
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	1	2,4	2,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΕΡΩΤΟΜΕΝΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΓΕΩΡΓΟΣ	18	43,9	43,9	43,9
	ΚΤΗΝΟΤΡΟΦΟΣ	2	4,9	4,9	48,8
	ΟΙΚΙΑΚΑ	3	7,3	7,3	56,1
	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	1	2,4	2,4	58,5
	ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	17	41,5	41,5	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟ	15	36,6	36,6	36,6
	ΜΕΡΙΚΩΣ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟ	18	43,9	43,9	80,5
	ΜΗ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟ	5	12,2	12,2	92,7
	ΚΑΤΑΚΕΚΛΙΜΕΝΟ	3	7,3	7,3	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	17	41,5	41,5	41,5
	ΝΟΗΤΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	1	2,4	2,4	43,9
	ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΑΠΗΡΙΑ	4	9,8	9,8	53,7
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΗΡΑΣ	19	46,3	46,3	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΑΥΤΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	2	4,9	4,9	4,9
	ΚΑΛΗ	3	7,3	7,3	12,2
	ΜΕΤΡΙΑ	16	39,0	39,0	51,2
	ΚΑΚΗ	15	36,6	36,6	87,8
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ	5	12,2	12,2	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-ΥΠΑΡΞΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	31	75,6	75,6	75,6
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	10	24,4	24,4	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΚΑΙ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-ΑΓΩΓΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	30	73,2	73,2	73,2
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	11	26,8	26,8	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ-ΥΠΙΡΞΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	20	48,8	48,8	48,8
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	21	51,2	51,2	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΕΤΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ-ΑΓΩΓΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	20	48,8	48,8	48,8
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	21	51,2	51,2	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΥΠΙΡΞΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	10	24,4	24,4	24,4
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	31	75,6	75,6	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΠΟΙΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΑΓΩΓΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	9	22,0	22,0	22,0

	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	32	78,0	78,0	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ-ΥΠΑΡΞΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	12	29,3	29,3	29,3
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	29	70,7	70,7	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ-ΑΓΩΓΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	12	29,3	29,3	29,3
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	29	70,7	70,7	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΑΙΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-ΥΠΑΡΞΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	9	22,0	22,0	22,0
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	32	78,0	78,0	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-ΑΓΩΓΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	8	19,5	19,5	19,5
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	33	80,5	80,5	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-ΥΠΑΡΞΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	2	4,9	4,9	4,9
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	39	95,1	95,1	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-ΑΓΩΓΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	2	4,9	4,9	4,9
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	39	95,1	95,1	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-ΥΠΑΡΞΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	41	100,0	100,0	100,0

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-ΑΓΩΓΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	41	100,0	100,0	100,0

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-ΥΠΑΡΞΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΗΛΩΘΗΚΕ	6	14,6	14,6	14,6
ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	35	85,4	85,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ-ΑΓΩΓΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΗΛΩΘΗΚΕ	7	17,1	17,1	17,1
ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	34	82,9	82,9	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ-ΥΠΑΡΞΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΗΛΩΘΗΚΕ	16	39,0	39,0	39,0
ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	25	61,0	61,0	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ-ΑΓΩΓΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	16	39,0	39,0	39,0
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	25	61,0	61,0	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΥΠΑΡΞΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	6	14,6	14,6	14,6
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	35	85,4	85,4	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ-ΑΓΩΓΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	5	12,2	12,2	12,2
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	36	87,8	87,8	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ-ΥΠΑΡΞΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	41	100,0	100,0	100,0
-------	--------------	----	-------	-------	-------

ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΑ-ΑΓΩΓΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	41	100,0	100,0	100,0

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ-ΥΠΙΡΞΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	41	100,0	100,0	100,0

ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΔΕΡΜΑΤΟΣ-ΑΓΩΓΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	41	100,0	100,0	100,0

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ-ΕΡΓΟΧΕΙΡΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	17	41,5	41,5	41,5
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	24	58,5	58,5	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ- ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΑΦΕΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	20	48,8	48,8	48,8
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	21	51,2	51,2	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ-ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ/ΡΑΔΙΟΦΩΝΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	31	75,6	75,6	75,6
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	10	24,4	24,4	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ-ΠΕΡΙΠΤΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	10	24,4	24,4	24,4
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	31	75,6	75,6	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ-ΔΙΑΒΑΣΜΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	10	24,4	24,4	24,4
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	31	75,6	75,6	100,0

Total	41	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ-ΓΥΜΝΑΣΤΙΚΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	41	100,0	100,0	100,0

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ-ΚΗΠΟΥΡΙΚΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΗΛΩΘΗΚΕ	5	12,2	12,2	12,2
Valid ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	36	87,8	87,8	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ-ΑΛΛΟ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΗΛΩΘΗΚΕ	4	9,8	9,8	9,8
Valid ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	37	90,2	90,2	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΤΑΪΣΜΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΗΛΩΘΗΚΕ	1	2,4	2,4	2,4

	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	40	97,6	97,6	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΝΤΥΣΙΜΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	1	2,4	2,4	2,4
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	40	97,6	97,6	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΠΑΝΙΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	3	7,3	7,3	7,3
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	38	92,7	92,7	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΑΤΟΜΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	2	4,9	4,9	4,9
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	39	95,1	95,1	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	10	24,4	24,4	24,4
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	31	75,6	75,6	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΠΛΥΣΙΜΟ ΡΟΥΧΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	4	9,8	9,8	9,8
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	37	90,2	90,2	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΠΛΥΣΙΜΟ ΠΙΑΤΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	4	9,8	9,8	9,8
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	37	90,2	90,2	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΚΟΥΠΙΣΜΑ/ΣΦΟΥΓΓΑΡΙΣΜΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	7	17,1	17,1	17,1
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	34	82,9	82,9	100,0

Total	41	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΜΑΓΕΙΡΕΜΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΗΛΩΘΗΚΕ	4	9,8	9,8	9,8
ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	37	90,2	90,2	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΨΩΝΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΗΛΩΘΗΚΕ	9	22,0	22,0	22,0
ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	32	78,0	78,0	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΗΛΩΘΗΚΕ	10	24,4	24,4	24,4
ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	31	75,6	75,6	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΦΑΓΗΤΟΥ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	3	7,3	7,3	7,3
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	38	92,7	92,7	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΥΝΤΡΟΦΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	9	22,0	22,0	22,0
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	32	78,0	78,0	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΑΛΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	1	2,4	2,4	2,4
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	40	97,6	97,6	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΤΙΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	28	68,3	68,3	68,3

ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	13	31,7	31,7	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΛΥΚΟΖΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΗΛΩΘΗΚΕ	17	41,5	41,5	41,5
ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	24	58,5	58,5	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΗΛΩΘΗΚΕ	15	36,6	36,6	36,6
ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	26	63,4	63,4	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΛΛΑΓΗ ΟΥΡΟΚΑΘΕΤΗΡΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	41	100,0	100,0	100,0

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΙΜΟΛΗΨΙΑ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	1	2,4	2,4	2,4
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	40	97,6	97,6	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ/ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	41	100,0	100,0	100,0

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΥΝΟΔΕΙΑ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	41	100,0	100,0	100,0

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	41	100,0	100,0	100,0

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΓΟΡΑ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ ΛΗΨΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	14	34,1	34,1	34,1
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	27	65,9	65,9	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΝΕΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	8	19,5	19,5	19,5
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	33	80,5	80,5	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	11	26,8	26,8	26,8
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	30	73,2	73,2	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	7	17,1	17,1	17,1
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	34	82,9	82,9	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΛΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	6	14,6	14,6	14,6
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	35	85,4	85,4	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΥΜΒΟΥΛΥΤΙΚΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	25	61,0	61,0	61,0
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	16	39,0	39,0	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	21	51,2	51,2	51,2
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	20	48,8	48,8	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	13	31,7	31,7	31,7
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	28	68,3	68,3	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	17	41,5	41,5	41,5
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	24	58,5	58,5	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΛΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	4	9,8	9,8	9,8
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	37	90,2	90,2	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΒΙΟΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	27	65,9	65,9	65,9
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	14	34,1	34,1	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΒΙΟΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	17	41,5	41,5	41,5

	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	24	58,5	58,5	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΒΙΟΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΣΥΝΤΡΟΦΙΚΟΤΗΤΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	15	36,6	36,6	36,6
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	26	63,4	63,4	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΒΙΟΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		1	2,4	2,4	2,4
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	40	97,6	97,6	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΒΙΟΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΑΛΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	2	4,9	4,9	4,9
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	39	95,1	95,1	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	17	41,5	41,5	41,5
	ΟΧΙ	24	58,5	58,5	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΤΟΜΑ ΠΑΙΔΙΑ / ΕΓΓΟΝΙΑ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	15	36,6	36,6	36,6
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	26	63,4	63,4	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΩΝ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ ΑΤΟΜΑ ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ/ΦΙΛΟΙ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΔΗΛΩΘΗΚΕ	5	12,2	12,2	12,2
	ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	36	87,8	87,8	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	24	58,5	58,5	58,5
	ΠΟΛΥ	11	26,8	26,8	85,4

METPIA	6	14,6	14,6	100,0
Total	41	100,0	100,0	

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΔΕΝ ΔΗΛΩΘΗΚΕ	41	100,0	100,0	100,0

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΖΩΗΣ ΜΕΣΩ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	16	39,0	39,0	39,0
ΠΟΛΥ	13	31,7	31,7	70,7
METPIA	10	24,4	24,4	95,1
ΛΙΓΟ	2	4,9	4,9	100,0
Total	41	100,0	100,0	

Παράρτημα 2

Συντομογραφίες

- **ΑΕΠ:** Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
- **ΑμεΑ:** Άτομα με Αναπηρία
- **Γ.Γ.Δ.Β.Μ:** Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης
- **ΔΕΠΤΑΚ:** Δημοτική Κοινοφελή Επιχείρηση Κρουσώνα
- **ΔΗΚΕΓ:** Δημοτική Κοινοφελή Επιχείρηση Γαζίου
- **Ε.Ε.Σ:** Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
- **Ε.Ε.Τ.Α.Α:** Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης
- **Ε.Ε:** Ευρωπαϊκή Ένωση
- **Ε.Σ.Σ.Ε.Ε.Κ.Α:** Εθνικό Σύστημα Σύνδεσης της Επαγγελματικής Κατάρτισης με Απασχόληση
- **ΕΟΠ:** Ελληνικός Οργανισμός Περιβάλλοντος
- **ΕΟΤ:** Ελληνικός Οργανισμός Τουρισμού
- **ΕΤΑΜ:** Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών
- **Ι.Δ.Ε.Κ.Ε:** Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων
- **ΙΚΑ:** Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- **Κ.Α.Π.Η :** Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων
- **Κ.Ε.Δ.Κ.Ε:** Κεντρική Ένωση Δήμων Ελλάδος
- **Κ.Ε.Ε:** Κέντρα Εκπαίδευσης Ενηλίκων
- **Κ.Ε.Κ :**Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης
- **Κ.Ε.ΦΟ:** Κέντρο Φροντίδας Οικογένειας
- **Κ.Η.Φ.Η:** Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων
- **ΚΠΣ:** Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης
- **Ν.Π.Δ.Δ:** Νομικό Πρόσωπο Δημόσιου Δικαίου
- **ΝΕΛΕ:** Νομαρχιακή Επιτροπή Λαϊκής Επιμόρφωσης
- **Ο.Δ.Ε:** Ομάδα Διοίκησης Έργου
- **Ο.Η.Ε:** Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
- **Ο.Τ.Α:** Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
- **Π.Ε.Π:** Περιφερειακό Επιχειρηματικό Πλαίσιο

Παράρτημα 3

Ημι-δομημένη συνέντευξη απευθυνόμενη στους εργαζομένους

1. Ποιες ειδικότητες απασχολεί το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» Κρουσώνα ;
2. Θεωρείτε ότι θα έπρεπε να ενταχθούν και άλλες ιδιότητες στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» Κρουσώνα ;
3. Πιστεύετε ότι η αμοιβή σας αντικατοπτρίζει τις υπηρεσίες που παρέχετε στο πρόγραμμα ;
4. Θεωρείται πως οι εξυπηρετούμενοι είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους παρέχετε , αν ναι σε ποιο βαθμό ;
5. Υπάρχουν ελλείψεις και προβλήματα στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» Κρουσώνα, αν ναι ποια είναι αυτά ;
6. Πιστεύεται ότι υπάρχουν προοπτικές βελτίωσης και συνέχισης του προγράμματος , αν ναι ποιες είναι αυτές ;

Παράρτημα 4

Ερωτηματολόγιο για τους εξυπηρετούμενους

Α΄ ΜΕΡΟΣ

Δημογραφικά – Κοινωνικά – Οικονομικά Στοιχεία :

A. Ατομικά Στοιχεία

1. Φύλο

Ανδρας	Γυναίκα
--------	---------

2. Έτος γέννησης

3. Ασφαλιστικός φορέας :

ΙΚΑ	
ΟΓΑ	
ΔΗΜΟΣΙΟ	
ΤΕΒΕ	
ΑΛΛΟ	

4. Μηνιαίο εισόδημα :

Κάτω από 300 €	
Από 301€ έως 600 €	
Από 601€ έως 1000€	
Πάνω από 1000€	

B. Οικογενειακή κατάσταση

5. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση

Άγαμος	
Έγγαμος	
Διαζευγμένος	
Σε διάσταση	
Συμβίωση	
Χηρεία	

6. Παρακαλώ συμπληρώστε :

Έχω	Ναι	Όχι	Αριθμό
Παιδιά			
Εγγόνια			

7. Άτομα που μένουν μαζί σας

Ιδιότητα	Ηλικία	Επάγγελμα	Κατάσταση Υγείας		
			Καλή	Μέτρια	Κακή

Γ. Μορφωτικό επίπεδο

8. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο ;

Χωρίς εκπαίδευση	
Γνώση γραφής και ανάγνωσης	
Απόφοιτος Δημοτικού	
Απόφοιτος Γυμνασίου	
Απόφοιτος Λυκείου	
Απόφοιτος Ανωτάτης Σχολής	

Δ. Επαγγελματική κατάσταση

9. Ποιο είναι/ήταν το επάγγελμα σας ;

Γεωργός	
Κτηνοτρόφος	
Εργάτης	
Οικιακά	
Δημόσιος Υπάλληλος	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	
Ελεύθερος Επαγγελματίας	
Άλλο	

Ε. Κατάσταση υγείας

10. Θεωρείται τον εαυτό σας

Αυτοεξυπηρετούμενο	
Μερικώς αυτοεξυπηρετούμενο	
Μη αυτοεξυπηρετούμενο	
Κατακεκλιμένο	

11. Προβλήματα υγείας

Σωματική αναπηρία	
Νοητική αναπηρία	
Ψυχική αναπηρία	
Φυσιολογικό γήρας	
Άλλο	

12. Πως κρίνετε τον εαυτό σας τους τελευταίους έξι μήνες :

Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή

13. Ποια από τα παρακάτω σωματικά προβλήματα;

	Υπαρξη	Αγωγή
Νοσήματα καρδιαγγειακού και κυκλοφορικού συστήματος (πχ υπέρταση)		
Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος και συνδετικού ιστού (προβλήματα μέσης, πόνοι στα οστά κτλ)		
Νοσήματα αίματος και αιμοποιητικών οργάνων (χαμηλός αιματοκρίτης)		
Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα (π.χ. θυροειδής, επινεφρίδιο, υπόφυση /σακχαρώδης διαβήτης)		
Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος (αλλεργίες, βρογχίτιδα, ΧΑΠ)		
Νοσήματα πεπτικού συστήματος (π.χ. γλώσσα, δόντια, οισοφάγος, στομάχι, έντερο, ήπαρ, πάγκρεας, χολή)		
Νοσήματα ουροποιητικού συστήματος (π.χ. νεφρός, ουροδόχος κύστη, ακράτεια)		
Νοσήματα γεννητικού συστήματος (π.χ. προστάτης, μήτρα, ωοθήκες, ολική ή μερική αφαίρεση γεννητικών οργάνων)		
Νοσήματα νευρικού συστήματος και ψυχικές παθήσεις (π.χ. εγκεφαλικά, Ν Παρκινσον κτλ)		
Νοσήματα αισθητήριων οργάνων (π.χ. όραση, όσφρηση, τρίχα)		
Νεοπλάσματα (καρκίνος)		
Νοσήματα δέρματος		

ΣΤ. Δραστηριότητες – Ψυχαγωγία

14. Με τι από τα παρακάτω ασχολείστε ;

Εργόχειρο	
Κοινωνικές επαφές	
Τηλεόραση - Ραδιόφωνο	
Περίπατος	
Διάβασμα	
Γυμναστική	
Κηπουρική	
Άλλο	

Β' ΜΕΡΟΣ

ΒΑΣΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

Z. Ανάγκη για φροντίδα στο σπίτι

15. Ανάγκη για οικογενειακή φροντίδα

Τάισμα	
Ντύσιμο	
Μπάνιο	
Ατομική φροντίδα	
Χορήγηση φαρμάκων	
Πλύσιμο ρούχων	
Πλύσιμο πιάτων	
Σκούπισμα/ Σφουγγάρισμα	
Μαγείρεμα	
Ψώνια	
Εξόφληση λογαριασμών	
Παράδοση φαγητού	
Συντροφιά	
Άλλο	

16.Ανάγκη για νοσηλευτική φροντίδα

Έλεγχος αρτηριακής πίεσης	
Έλεγχος γλυκόζης αίματος	
Έλεγχος χοληστερίνης	
Αλλαγή ουροκαθετήρα	
Αιμοληψία	
Περιποίηση κατακλίσεων / τραυμάτων	
Συνοδεία σε υπηρεσίες υγείας	
Εκπαίδευση οικογένειας σε νοσηλευτικούς χειρισμούς	
Έλεγχος λήψης φαρμάκων	
Ενεσοθεραπεία	
Συνταγογράφηση φαρμάκων	
Συνεργασία με υπηρεσίες υγείας και ασφαλιστικούς φορείς	
Άλλο	

17.Ανάγκη για παροχή κοινωνικών υπηρεσιών

Συμβουλευτική οικογένειας	
Υποστηρικτική κοινωνική εργασία	
Παραπομπή περιπτώσεων	
Επαφή με υπηρεσίες (πρόνοια , νοσοκομεία)	
Άλλο	

Η. Προοπτικές προσωπικής βελτίωσης

18. Τι πιστεύεται ότι θα βελτιώνει το βιοτικό σας επίπεδο ;

Βελτίωση κατάστασης υγείας	
Βελτίωση οικονομικής κατάστασης	
Συντροφικότητα	
Εκπαιδευτικά σεμινάρια – Δια Βίου Μάθησης	
Άλλο	