

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

“Πρόγραμμα “ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ” για την Γ’ ηλικία.
Παρουσίαση και αξιολόγηση του μετά από πέντε (5) χρόνια
λειτουργίας στο Δ. Πατρών”



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΟΤΣΙΝΑ ΜΑΡΙΑ
ΜΠΕΛΛΟΥ ΛΑΜΠΡΙΝΗ – ΕΛΙΝΑ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΟΛΟΚΥΘΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 19 Μαρτίου 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- ΠΡΟΛΟΓΟΣ σελ. 4
- ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ σελ. 5
- ΠΟΥ ΑΠΕΥΘΥΝΕΤΑΙ σελ. 6
- ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ σελ. 7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

- ΟΡΙΣΜΟΙ ΓΗΡΑΤΕΙΩΝ (ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ) σελ. 9
- ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ
 - Α. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ – ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ σελ. 13
 - Β. ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΚΝΣ σελ. 17
 - Γ. ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ – ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ σελ. 19
 - Δ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ σελ. 24
- ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ
 - Α. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ σελ. 26
 - Β. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ σελ. 26
 - Γ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ σελ. 27
 - Δ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ σελ. 27
 - Ε. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ σελ. 28
- ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟΥΣ ΝΕΟΥΣ ΡΟΛΟΥΣ σελ. 29

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

- ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ
 - Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ σελ. 31
 - Β. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ σελ. 34
 - Γ. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ σελ. 35
- ΤΟ ΟΙΚΕΙΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ σελ. 37
- Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ σελ. 39
- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ σελ. 41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

- ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΤΑ ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΑ ΧΡΟΝΙΑ σελ. 45

- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
 - ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ σελ 48
 - “ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ” σελ.49
 - “ΤΗΛΕΣΥΝΑΓΕΡΜΟΣ” σελ.50
- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ “ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ” σελ.52
 Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΛΛΩΝ ΧΩΡΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

- ΤΟ ΠΡΟΝΟΙΑΚΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ σελ. 55
- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ σελ. 58
- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ σελ. 59
- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ σελ.61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

- ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ “ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ” σελ. 63
 - Α. ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ σελ. 64
 - Β. ΔΡΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΙΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ σελ. 64
 - Γ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ σελ. 66
 - Δ. ΕΠΟΠΤΕΙΑ – ΔΙΟΙΚΗΣΗ σελ. 67
- ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ “ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ” ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΠΑΤΡΕΩΝ σελ.69
- ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ σελ.73
- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ σελ.74
- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ σελ.76
- Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΒΟΗΘΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ σελ.77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

- ΣΚΟΠΟΣ – ΣΤΟΧΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ σελ. 78
- ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ- ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ- ΔΕΙΓΜΑ σελ. 79
- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ σελ. 81
- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ σελ. 82
- ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΠΕΝΤΑΕΤΟΥΣ (5) ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ σελ 86

- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ σελ.87
- ΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΩΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ σελ.89

ΕΠΙΛΟΓΟΣ σελ.90

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ σελ.91

Β. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ σελ.93

ΠΗΓΕΣ σελ.94

ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ / ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ σελ.95

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Παρά το νεαρόν της ηλικίας μας αποφασίσαμε να αποδεχτούμε την πρόκληση και να ασχοληθούμε με μία τυπικά γνωστή, αλλά ουσιαστικά άγνωστη για μας, αφού δεν την έχουμε βιώσει ακόμα, ηλικία. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για μας να κατανοήσουμε τους παράγοντες και τις παραμέτρους που μπορούν να κάνουν την τρίτη ηλικία μια ικανοποιητική ή δυσάρεστη εμπειρία επειδή οι σημαντικότεροι για ένα σημαντικό διάστημα της ζωής τους θα έχουν γονείς, παππούδες και άλλους συγγενείς που ανήκουν σ' αυτή την ηλικία..

Ανεξάρτητα του αν μπορέσαμε να ανταποκριθούμε στις επιταγές αυτής της εργασίας, θεωρούμε ότι οι εμπειρίες που αποκομίσαμε είναι πραγματικά δώρο.

Κλείνοντας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν να πραγματοποιηθεί αυτή η πτυχιακή, τις οικογένειές μας που μας στήριξαν, τους επαγγελματίες που μοιράστηκαν τις γνώσεις και την εμπειρία τους, όλο τον πληθυσμό που δέχτηκε να απαντήσει στην έρευνά μας προκειμένου να εξασφαλίσουμε ασφαλή και ακέραια συμπεράσματα, αλλά και τους μελετητές – συγγραφείς, το έργο των οποίων υπήρξε πολύ καθοδηγητικό για την κατάληξη της εργασίας μας.

Τέλος ευχαριστούμε τον Κ^ο Κολοκυθά Γεώργιο, υπεύθυνο για την εκπόνηση της συγκεκριμένης πτυχιακής, αλλά και Κοινωνικό Λειτουργό στο πρόγραμμα “Βοήθεια στο σπίτι” του Δήμου Πατρών, για την ιδιαίτερη φροντίδα και προσπάθεια που κατέβαλε προκειμένου να επιμεληθεί τη συγκεκριμένη πτυχιακή.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ

Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι η αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής των ανθρώπων κυρίως για την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και υγιεινής μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο, αλλά και η θεαματική μείωση της αναπαραγωγικότητας, έκανε αισθητή την ανάγκη για μελέτη των γηρατειών, των συνεπειών τους αλλά και την ύπαρξη μορφών περίθαλψης και προστασίας αναβαθμισμένου τύπου.

Η διαδικασία του γήρατος στις σύγχρονες δυτικά κοινωνίες είναι συνώνυμο με το περιττό κι αυτό γιατί δεν διαθέτουμε κατάλληλους ρόλους για τους ηλικιωμένους, με αποτέλεσμα να τους αποστερούμε συστηματικά.

Με βάση τα παραπάνω προκύπτει ότι ειδικότερος σκοπός της μελέτης μας αποτελεί η αναγκαιότητα ύπαρξης μορφών προστασίας για τους ηλικιωμένους, οι οποίες θ' ανταποκρίνονται θετικά στις ανάγκες και τα προβλήματα αυτής της ηλικίας, της τόσο σημαντικής σε σοφία και γνώση όσο και σε προσφορά.

Ειδικότερα αποτολμάμε και μια αξιολόγηση ενός νέου σε φιλοσοφία προγράμματος, του "Βοήθεια στο σπίτι" που έχει ως σκοπό την προστασία των ηλικιωμένων και την κάλυψη των βασικών - καθημερινών αναγκών τους. Η έρευνα επικεντρώνεται στο πρόγραμμα του Δ. Πατρών το οποίο λειτουργεί ήδη πέντε (5) χρόνια.

Οι αναγνώστες στους οποίους απευθύνεται η συγκεκριμένη πτυχιακή είναι:

α) Οι σπουδαστές στους τομείς των κοινωνικών επιστημών, της νοσηλευτικής και της υγείας που θα έρθουν αντιμέτωποι με τα αυξανόμενα προβλήματα των υπερηλίκων και θα αναζητήσουν δημιουργικές διαδικασίες επίλυσης τους.

β) Οι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας που εργάζονται με ηλικιωμένους, αποβλέποντας στην ευαισθητοποίηση τους για τα προβλήματα τους και στον προβληματισμό τους σχετικά με τα είδη παροχών και υπηρεσιών που μπορούν να αναπτυχθούν στην Ελλάδα.

γ) Τέλος οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι αποτελούν την κύρια ομάδα που μας ενδιαφέρει και οι οποίοι αποτελούν μια από τις πιο ευπαθείς κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού μας.

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια κοινή προσπάθεια να παρουσιαστούν απόψεις και θεωρίες που συνδέονται με μια πολύ μεγάλη μερίδα του πληθυσμού της χώρας μας που είναι άτομα της Γ' ηλικίας.

Η μελέτη αυτή η οποία εκτός από βιβλιογραφικό περιεχόμενο καλύπτεται και από ένα μεγάλο ερευνητικό πεδίο, έγινε στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι. Πατρών, το 2004. Η εργασία αυτή είναι οργανωμένη σε έξι (6) κεφάλαια.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά στους ορισμούς που αφορούν την γ' ηλικία και τα γηρατειά, στις φυσιολογικές και οργανικές αλλαγές που καλούνται οι ηλικιωμένοι ν' αντιμετωπίσουν, στις συναισθηματικές αλλαγές, στους παράγοντες που τους επηρεάζουν προκειμένου να γίνει ομαλά η μετάβαση στην Τρίτη ηλικία καθώς και τις κοινωνικές αλλαγές και προβλήματα που βιώνουν.

Στο δεύτερο κεφάλαιο δίνεται έμφαση στο σύστημα κοινωνικής πολιτικής, στο πώς το περιβάλλον (συγγενικό και φιλικό) επιδρά ευεργετικά κατά τη διαδικασία της γήρανσης καθώς και στην τεράστια προσφορά της γ' ηλικίας. Επίσης σχολιάζονται ο ρόλος του συγκεκριμένου κοινωνικού Λειτουργού στην γ' ηλικία και το πώς αντιμετωπίζει τις συγκεκριμένες ανάγκες των ηλικιωμένων.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά γενικώς στα προγράμματα ανοικτής προστασίας και το πώς λειτουργεί το πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι" σε τρεις μεγάλες Ευρωπαϊκές χώρες, τη Δανία, τη Μεγάλη Βρετανία και τη Γαλλία. Σχολιάζεται επίσης η κοινωνική πολιτική για τους ηλικιωμένους των προηγούμενων χρόνων και η μετάβαση της στη σημερινή μορφή.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το προνοιακό έργο της εκκλησίας όπως αυτό εξελίχτηκε στην πάροδο του χρόνου, ο ρόλος του

κράτους στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, ο τεράστιος ρόλος που μπορούν να παίξουν οι εθελοντικές οργανώσεις και οι εθελοντές μεμονωμένα και τέλος ο ρόλος της Αυτοδιοίκησης στην άσκηση προνοιακής πολιτικής και στην ύπαρξη ενός εξισορροπητικού μηχανισμού, μεταξύ του κράτους και των πολιτών.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται εκτενώς το πρόγραμμα “Βοήθεια στο Σπίτι” ο γενικός σκοπός του, οι επιμέρους στόχοι του, οι δράσεις και οι επιδιώξεις του προγράμματος. Αναφέρεται επίσης ο τρόπος χρηματοδότησης καθώς και της εποπτείας και διοίκησης. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην εφαρμογή και λειτουργία του προγράμματος στο Δήμο Πατρέων, στην διεπιστημονική ομάδα υγείας που διαθέτει, στον ρόλο του κοινωνικού λειτουργού, του νοσηλευτή, του οικογενειακού βοηθού.

Τέλος, στο έκτο κεφάλαιο περιλαμβάνει το ερευνητικό κομμάτι της πτυχιακής μας. Παρουσιάζεται ο σκοπός και στόχος της έρευνας, η μεθοδολογία που επιλέχτηκε, οι ερευνητικές υποθέσεις που προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο που σχεδιάστηκε. Επίσης αναφέρονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την αξιολόγηση των στοιχείων καθώς και ο μελλοντικός προγραμματισμός που πρέπει να γίνει προκειμένου ν’ αντιμετωπιστούν όλα τα προβλήματα που ταλανίζουν τους ηλικιωμένους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΟΡΙΣΜΟΙ ΓΗΡΑΤΕΙΩΝ – ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Είναι δύσκολο να μελετηθεί η θέση των γηρατειών διαμέσου των αιώνων. Σα γραπτά μνημεία υπάρχουν ελάχιστες αναφορές, γιατί όλοι οι ηλικιωμένοι περιλαμβάνονται στη κατηγορία των ενηλίκων. Η μυθολογία, η λογοτεχνία και οι εικαστικές τέχνες μας δίνουν μια εικόνα των γηρατειών που ποικίλει ανάλογα με τον τόπο και την εποχή. Αλλά πόσο αντιπροσωπευτική είναι η εικόνα αυτή δεν μπορούμε να γνωρίζουμε. Στη λέξη “γηρατεία” αποδίδονται κάθε φορά διαφορετικές έννοιες εάν λάβουμε υπόψη μας τις μαρτυρίες που υπάρχουν. Είναι είτε μια ορισμένη κοινωνική ομάδα με μικρότερη ή μεγαλύτερη αξία, είτε είναι η ιδιαίτερη μοίρα του κάθε ατόμου χωριστά. (Παπανούτσου π.ε.)

Ο όρος Τρίτη ηλικία γεννήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1950 από τους Canon Kir, δήμαρχο τότε της γαλλικής πόλεως, Dijon και Dr Huet, ιδρυτικό μέλος της διεθνούς εταιρίας γεροντολογίας. Η χρήση του όρου τόσο στη Γαλλία όσο και αλλού αποτέλεσε μια πρωτοτυπία, γιατί ως την εποχή εκείνη δεν ήταν συνώνυμο του γήρατος. Ο όρος γήρας δήλωνε και εξακολουθεί να δηλώνει για το πολύ κοινό τη χρονική περίοδο που καλύπτει τη τελευταία χρόνια της ζωής του ανθρώπου.

Ο όρος “Τρίτη ηλικία “ αντίθετα όταν πρωτοχρησιμοποιήθηκε είχε την σημασία μιας ηλικίας κατά την οποία το άτομο μπορούσε να χαρεί τη ζωή για περισσότερο χρόνο από ότι παλιότερα να περιμένει καλή υγεία, να πάρει τη σύνταξή του, για ταξίδια, για κοινωνικές εκδηλώσεις. Ακόμη η Τρίτη ηλικία είχε ιδιαίτερη σημασία για τα άτομα τα οποία ένιωθαν ότι ελευθερώθηκαν από την βαρετή εργασία.. (3^ο συνέδριο γηριατρική και γεροντολογικής εταιρείας Βορείου Ελλάδας, 1995 σελ. 40)

Είναι βέβαιο ότι όλοι μπορούμε να αναγνωρίσουμε έναν ηλικιωμένο σε σχέση με τα άτομα νεότερης ηλικίας, είναι όμως δύσκολο να οριοθετήσουμε το στάδιο του γήρατος. Η γήρανση συνδέεται με μια σειρά μεταβολών στα άτομα, οι οποίες είναι συνάρτηση της παρέλευσης του χρόνου και οι οποίες εκδηλώνονται όχι μόνο σε βιολογικό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο εμφάνισης συμπεριφοράς, εμπειρίας και κοινωνικών ρόλων (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Αναστασία 1999). Ωστόσο είναι δύσκολο να πούμε ποιες σωματικές και ψυχολογικές αλλαγές και σε ποια ηλικία είναι απόρροια μόνο της γήρανσης. Ούτε το εναρκτήριο σημείο, αλλ' ούτε και τα ακριβή χαρακτηριστικά μπορούν να προσδιορίσουν με ακρίβεια, πολύ περισσότερο αυτά που διαφέρουν από άτομο σε άτομο, έτσι ώστε να μην είναι δυνατές οι γενικεύσεις σε ομοιογενή κοινωνική ομάδα. (3^ο συνέδριο γηριατρική και γεροντολογικής εταιρείας Βορείου Ελλάδας, 1995).

Έτσι έχει επικροτηθεί στις σύγχρονες ηλικίες να προσδιορίζεται ο όρος του γήρατος με βάση τη συμπλήρωση μιας αυθαίρετα προκαθορισμένης ηλικίας και να ορίζεται ως ηλικιωμένος εκείνος που βρίσκεται στα τελευταία δέκα έτη της διάρκειας ζωής του, όχι βέβαια του ίδιου, αλλά του μέσου όρου ζωής των μελών της κοινωνίας στην οποία ανήκει (3^ο συνέδριο γηριατρική και γεροντολογικής εταιρείας Βορείου Ελλάδας, 1995).

Η «παγκόσμια συνέλευση γήρατος» που συνήλθε το 1982 στη Βιέννη ύστερα από απόφαση της γενικής συνέλευσης του ΟΗΕ, υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο για την καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία. Αντίθετα κάποιοι επιστήμονες έχουν εκλάβει ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ ορισμένοι προτιμούν το διαχωρισμό του συνόλου των υπερηλίκων σε υποσύνολα ηλικιών με το επιχείρημα απ' τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται με την πρόοδο της

ηλικίας (ελληνική εθνική επιτροπή για την παγκόσμια συνέλευση γήρατος, 1982).

Σήμερα η έναρξη της γεροντικής περιόδου θεωρείται ότι αρχίζει από τα εξήντα με εξήντα πέντε ενώ η μέση διάρκεια ζωής τοποθετείται στα εβδομήντα με εβδομήντα πέντε χρόνια, δηλαδή ακολουθεί η λεγόμενη τέταρτη ηλικία. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας τα λέμε “ηλικιωμένα” ενώ τα άτομα της τέταρτης ηλικίας τα χαρακτηρίζουμε “πολύ ηλικιωμένα” ή “υπερήλικες” . Ο διαχωρισμός αυτός δηλώνει ότι τα ηλικιωμένα άτομα συγκρίνουν έναν ετερογενή πληθυσμό υποομάδων με δικά τους χαρακτηριστικά, κατά μέσο όρο (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Αναστασία, 1999).

Επειδή όμως οι οργανισμοί γηράσκουν με διαφορετικό ρυθμό, η ηλικία από μόνη της δεν αρκεί να προσδιορίσουμε το γήρας. Μία πρώτη διάκριση αφορά το πρωτογενές γήρας το οποίο αναφέρεται στις φυσιολογικές και εσωτερικές λειτουργίες αυτές της βιολογικής γήρανσης. Οι λειτουργίες αυτές είναι γενετικά προγραμματισμένες και ακολουθούν τη γενετικά προσδιορισμένη πορεία ανάπτυξης από τη γέννηση μέχρι το θάνατο. Αυτό σημαίνει ότι οι βιολογικές μεταβολές θα εκδηλωθούν παρά την ύπαρξη καλής και παρά την έλλειψη ασθενειών (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Αναστασία, 1999).

Το δευτερογενές γήρας αναφέρεται σε μεταβολή που είναι παθολογικές και απορρέουν από εξωτερικούς παράγοντες όπως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις (φυσικές, κοινωνικές, ιστορικές, οικονομικές) ή ίδια η συμπεριφορά του ατόμου που έχει αποκτήσει, αλλά και η προσωπικότητα και η αυτοεικόνα του ατόμου καθώς και οι ασθένειες. Το δευτερογενές γήρας δεν είναι υποχρεωτικό ούτε καθολικό για τους ανθρώπους, αν και τείνει να συνυπάρχει με το πρωτογενές και να το επιβαρύνει. Η διάκριση του πρωτογενές από το δευτερογενές γήρας έχει ως συνέπεια ότι πλέον για να κατανοήσουμε τη λειτουργία της

γήρανσης λαμβάνουμε υπόψη την πολυπλοκότητα των παραγόντων που την επηρεάζουν τόσο των βιολογικών όσο και των προσωπικών και πολιτισμικών (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Αναστασία, 1999).

Η «γήρανση» τέλος ως βιολογικό φαινόμενο συνιστάται στην προοδευτική φθορά των ανθρώπινων οργάνων και λειτουργιών έως τον τερματισμό της ανθρώπινης ζωής. Ως κοινωνικό όμως φαινόμενο φορτίζεται με το χαρακτήρα του «προβλήματος» κάτω από ορισμένες συνθήκες και αντιλήψεις. Εδώ είναι σημαντική η σύνδεση του γήρατος με την «απόσυρση» από την οικονομική δραστηριότητα και μια κατάσταση εξάρτησης, όπου η κάλυψη των αυξημένων και ειδικών αναγκών των ηλικιωμένων αντιμετωπίζει ως βάρος (Στασινοπούλου Β. Όλγα, 1999).

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

A. Φυσιολογικές – Οργανικές αλλαγές της γ' ηλικίας

Είναι γνωστό ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι εμφανίζουν κάποιες φυσιολογικές αλλαγές που είναι συνέπεια της παρόδου του χρόνου και της μεγάλης ηλικίας. Τέτοιες αλλαγές έχουν να κάνουν:

α) Με την εμφάνιση των ηλικιωμένων. Χαρακτηριστικό της ηλικίας αυτής είναι τα άσπρα μαλλιά, οι ρυτίδες, η δομή του σώματος, η μείωση ή η αύξηση του βάρους. Οι μεταβολές στην εμφάνιση είναι αισθητικού τύπου. Κυρίως έχουν να κάνουν με τον τρόπο που το ηλικιωμένο άτομο βλέπει τον εαυτό του και τις αλλαγές που επέφερε η πάροδος του χρόνου στην εξωτερική του εμφάνιση. Σημαντικό είναι το άτομο να αρχίσει να προετοιμάζεται για τις αλλαγές που θα ακολουθήσουν (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Αναστασία, 1999).

β) Σημαντικές αλλαγές επίσης παρατηρούνται και στην κινητικότητα των ηλικιωμένων. Τα προβλήματα που παρουσιάζονται αφορούν το μυοσκελετικό σύστημα και τις αρθρώσεις. Υπάρχει επίσης και μια μικρή μείωση στη μυϊκή δύναμη καθώς και στην αντοχή των οστών. Οι πόνοι και η έλλειψη ευελιξίας στα πόδια επιβραδύνουν το ρυθμό βαδίσματος του ατόμου, δυσκολεύουν το ανέβασμα σε σκάλες ή το κάθισμα σε καρέκλα. Το πρόβλημα του μυοσκελετικού συστήματος καθιστούν το άτομο πιο επιρρεπές στην πτώση και στα κατάγματα. Συνέπεια όλων των παραπάνω είναι να δυσκολεύεται το ηλικιωμένο άτομο να ανταποκριθεί στις καθημερινές του ανάγκες ή να βγει μια βόλτα.

γ) Διαταραχές πρόσφατης μνήμης. Αυτή η διαταραχή είναι μια από τις πιο συνηθισμένες της τρίτης ηλικίας. Οι ηλικιωμένοι μπορούν με ευκολία να διηγηθούν γεγονότα που συνέβησαν πριν από πολλά χρόνια ενώ δυσκολεύονται να θυμηθούν κάτι που έγινε πριν από λίγο. (Ιεροδιάκονου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., 1998)

δ) Ένα κύριο χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων είναι η μείωση της οξύτητας των αισθητηρίων. Η μείωση αυτή αφορά την όραση, την ακοή, τη γεύση, την όσφρηση και την αφή, όπου βέβαια η μείωση της οπτικής διάκρισης δεν είναι ιδιαίτερα εμφανής.

Τα προβλήματα όρασης εκδηλώνονται κυρίως στο σκοτάδι και στο ημίφως. Ένα κύριο πρόβλημα που εμφανίζουν τα άτομα μεγάλης ηλικίας είναι ο καταρράκτης καθώς επίσης και η γεροντική μείωση που έχει ως συνέπεια να δυσκολεύονται να ανιχνεύσουν και να διαφοροποιήσουν το σκοτεινό από το φωτεινό. Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν επίσης πρόβλημα με την οπτική οξύτητα. Δεν μπορούν να δουν καλά σε απόσταση, ούτε να δουν λεπτομέρειες. Με την ηλικία τέλος εμφανίζεται και η πρεσβυωπία, ενώ μειώνεται η χρωματική όραση.

Τα προβλήματα ακοής είναι αρκετά διαδεδομένα στους ηλικιωμένους. Ένα χαρακτηριστικό της ηλικίας αυτής είναι η πρεσβυακοή, η ευαισθησία δηλαδή σε ήχους υψηλής συχνότητας. Όσο πιο υψηλή είναι η συχνότητα του ήχου τόσο πιο δυνατός πρέπει να είναι ο ήχος για να γίνει αντιληπτός. Η έκθεση σε δυνατούς θορύβους συμβάλλει στην αύξηση του προβλήματος. Ένα άλλο πρόβλημα ακοής είναι η μειωμένη ικανότητα να διαφοροποιούν τον περιβαλλοντικό θόρυβο από τον κοντινό. Αυτό έχει ως συνέπεια να αποφεύγουν οι ηλικιωμένοι τους τόπους με δυνατό θόρυβο (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Αναστασία, 1999).

Η γεύση εμφανίζει σημαντική βλάβη στην προχωρημένη ηλικία ενώ η όσφρηση μετά τα 50 χρόνια. Συνέπεια της μειωμένης όσφρησης είναι οι ηλικιωμένοι να χάνουν την όρεξή τους και να μην διατρέφονται σωστά.

Γενικά η μειωμένη λειτουργία των αισθητηρίων επιφέρει προβλήματα στην προσαρμογή του ατόμου στο εξωτερικό περιβάλλον και παρεμποδίζει την ικανότητά του να διατηρεί επαφή με αυτά που συμβαίνουν γύρω του καθώς επίσης και να συμμετέχει σε διάφορες κοινωνικές σχέσεις.

ε) Αλλαγές επίσης παρατηρούνται στο καρδιαγγειακό, στο αναπνευστικό, στο εκκρινικό και στο πεπτικό σύστημα.

Οι μεταβολές που δημιουργούνται με την πάροδο του χρόνου στη λειτουργία της καρδιάς και των αρτηριών έχουν ως αποτέλεσμα καρδιαγγειακά επεισόδια και μεγαλύτερο κίνδυνο για παροδική ισχαιμία. Η σωματική άσκηση ωστόσο και η σωστή διατροφή συμβάλλουν αρκετά στην καλή λειτουργία της καρδιάς, αλλά και της ψυχολογικής διάθεσης.

Οι μεταβολές στην αναπνευστική λειτουργία προκαλούν συνήθως αισθήματα δύσπνοιας και κόπωσης. Σε πολλές περιπτώσεις η αίσθηση ότι το άτομο δεν μπορεί να αναπνεύσει δημιουργεί άγχος και πανικό και σ' αυτήν την περίπτωση η σωματική άσκηση όπως επίσης και η αποφυγή του καπνίσματος.

Με την αύξηση της ηλικίας η αποτελεσματικότητα της εκκρινικής λειτουργίας μειώνεται. Πολύ συχνά τα νεφρά δεν μπορούν να αποκριθούν και η λειτουργία τους είναι μειωμένη. Μια άλλη σημαντική μεταβολή στο εκκρινικό σύστημα έχει ως συνέπεια την ακράτεια ούρων. Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της ακράτειας είναι σημαντικές γιατί επηρεάζουν την καθημερινή ζωή του ηλικιωμένου προκαλώντας ντροπή και στενοχώρια.

Οι μεταβολές της μεγάλης ηλικίας στο πεπτικό σύστημα δεν είναι ιδιαίτερα εμφανείς. Κάποιες αλλαγές εμφανίζονται στον οισοφάγο και επηρεάζουν τη μεταφορά τροφών στο στομάχι και άλλες αφορούν την έκκριση γαστρικών υγρών. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Αναστασία, 1999)

στ) Στο αναπαραγωγικό σύστημα .Το αναπαραγωγικό σύστημα και η σεξουαλικότητα είναι ένας ακόμα τομέας που παρουσιάζει αλλαγές με την αύξηση της ηλικίας. Οι αλλαγές αυτές μπορούν να προκαλέσουν ψυχολογική δυσκολία και αισθήματα ντροπής ή έλλειψης ικανότητας. Τα προβλήματα αυτά ωστόσο μπορούν να ξεπεραστούν εάν υπάρχει κατανόηση και συμπαράσταση.

Στις γυναίκες οι μεταβολές του αναπαραγωγικού συστήματος εμφανίζονται μετά τα 40 χρόνια και ολοκληρώνονται με την εμμηνόπαυση γύρω στα 50-55 χρόνια . Η μεταβατική περίοδος μέχρι την εμμηνόπαυση ονομάζεται κλιμακτήριος και χαρακτηρίζεται από μείωση κάποιων ορμονών και μεταβολές στην περίοδο. Η αλλαγή που προκύπτει από τη μείωση των ορμονών έχει επιπτώσεις στη σεξουαλική λειτουργία με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η σεξουαλική επαφή. Ωστόσο η δυνατότητα των μεγαλύτερων σε ηλικία γυναικών να ικανοποιηθούν σεξουαλικώς δεν επηρεάζεται από τη φυσιολογία των σεξουαλικών οργάνων άλλα από τα πιστεύω που έχουν οι γυναίκες γύρω από αυτό το ζήτημα.

Οι άντρες δεν εμφανίζουν ανάλογα της εμμηνόπαυσης φαινόμενα, υπάρχουν ωστόσο μεταβολές στη σεξουαλική λειτουργία , που έχουν σχέση με τη λειτουργία του προστάτη. Γενικότερα φαίνεται να υπάρχει μια μείωση του ρυθμού των σεξουαλικών επαφών αλλά η λειτουργία μπορεί να υπάρχει και να δίνει απόλαυση και υπάρχει η δυνατότητα τεκνοποιίας σε μεγάλη ηλικία (Κωσταρίδου –Ευκλείδη Α. ,1999 , :σελ 80-81).

ζ) Στο κεντρικό νευρικό σύστημα (Κ.Ν.Σ.) Οι φυσιολογικές μεταβολές που παρατηρούνται στο Κ.Ν.Σ. όπως σε άλλα συστήματα είναι δύσκολο να αποδοθούν μόνο στο γήρας, γιατί υπάρχουν και σε ασθένειες όπως η νόσος του Alzheimer, ή η νόσος του Parkinson. Με την ηλικία επηρεάζονται με διαφορετικό τρόπο οι διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, κυρίως σε ότι αφορά την απώλεια νευρώνων. Γενικά η γήρανση έχει άμεσες επιπτώσεις σε πολλές αισθητηριακές, κινητικές και γνωστικές ικανότητες και συμπεριφορές. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Αναστασία, 1999).

B. Επιμέρους Νόσοι του Κ.Ν.Σ.

Alzheimer: Η νόσος του Alzheimer θεωρείται σήμερα συνώνυμος της γεροντικής άνοιας εκφυλιστική αιτιολογίας. Η πάθηση αυτή προσβάλλει κατά κανόνα άτομα άνω των 50 ετών με αύξουσα συχνότητα όσο προχωρεί η ηλικία. Η πρώτη περιγραφή έγινε το 1907 από τον Alois Alzheimer σε γυναίκα 52 ετών, η οποία είχε εμφανίσει διαταραχές μνήμης και ψυχωτικά φαινόμενα. Η εξέταση του εγκεφάλου μετά θάνατον είχε δείξει τις χαρακτηριστικές ανατομικές βλάβες, τις γεροντικές πλάκες και τις νεροϊνιδιακές αλλοιώσεις. Ο Alzheimer και οι συνεργάτες του πίστευαν, τότε, ότι η πάθηση αυτή αφορούσε στην προγεροντική ηλικία και την είχαν ονομάσει «προγεροντική άνοια», όρος που διατηρήθηκε για πολλά έτη. Σήμερα είναι γνωστό ότι η νόσος προσβάλλει άτομα άνω των 50 ετών με αυξανόμενη συχνότητα όσο προχωρεί η ηλικία και θεωρείται συνώνυμος της γεροντικής άνοιας σε ηλικιωμένους που δεν έχουν εμφανίσει σημάδια αγγειακής βλάβης ή άλλης οργανικής πάθησης. (3^ο συνέδριο γηριατρική και γεροντολογικής εταιρείας Βορείου Ελλάδας, 1995)

Η νόσος Alzheimer είναι προοδευτική νευροφυλιστική διαταραχή με χαρακτηριστικά κλινικά και νευροπαθολογικά ευρήματα, με ύπουλη έναρξη και βαθμιαία οργάνωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ανθρώπου με αποτέλεσμα τη διαταραχή των επαγγελματικών και κοινωνικών υποχρεώσεων του. Παρατηρούνται ωστόσο ατομικές διαφορές όσο αναφορά την ηλικία έναρξης, το είδος των γνωστικών διαταραχών και το ρυθμό αποδιοργάνωσης. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μην ενοχοποιείται άλλη νοσολογική οντότητα, που θα μπορούσε να προκαλέσει άνοια. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Αναστασία, 1999)

Η άνοια του τύπου Alzheimer είναι η πιο κοινή από τις άνοιες, είναι υπεύθυνη για το 50% περίπου όλων των ανοιών. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη και χαρακτηρίζεται από διάχυτη ατροφία του εγκεφάλου φλοιού. Οπωσδήποτε υπάρχει κάποια γενετική προδιάθεση γιατί οι βιολογικοί συγγενείς πρώτου βαθμού έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν άνοια από ότι ο γενικός πληθυσμός. Τα συμπτώματα αρχίζουν βαθμιαία, προοδευτικά χειροτερεύουν και η ασθένεια καταλήγει σε θάνατο μέσα σε διάστημα 8 – 10 χρόνων κυρίως από δευτερογενές αιτίες. (Μάνος Μ., 1997)

Parkinson: Η νόσος του Parkinson αποτελεί μία εκφυλιστική νόσο του κεντρικού νευρικού συστήματος, η οποία εκδηλώνεται κατά ή μετά την ώριμη ηλικία και έχει δραματικές επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου και αυτό γιατί δεν αποτελούν φυσιολογικές εκδηλώσεις του γήρατος. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Αναστασία, 1999)

Στην ψυχιατρική και την γηροψυχιατρική όταν μιλάμε για το Παρκινσονισμό εννοούμε τα εξωπυραμδικά συμπτώματα που είναι παρενέργειες από την ψυχοφαρμακολογική θεραπεία. Η νόσος του Parkinson και ο Παρκινσονισμός εμφανίζουν την ίδια κλινική εικόνα. Η

νόσος του Parkinson οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη μεγάλων βασικών πυρήνων, αλλά και φλοιωδών κέντρων, τα οποία μαζί με τις συνδέσεις τους, τόσο μεταξύ τους όσο και μετά του υποθαλάμου και της παρεγκεφαλίδας εξυπηρετούν την αυτοματική και την αυτοματοποιημένη κινητικότητα.

Η νόσος είναι συχνή στους ηλικιωμένους και συχνά εμφανίζεται μετά από πολλά εγκεφαλικά έμφρακτα (αρτιοσκληρυντική νόσος του Parkinson). Κλινικά η νόσος χαρακτηρίζεται από διαταραχή της κινητικότητας, απώλεια των αυτοματικών και αυτοματοποιημένων κινήσεων και από υπερκινησία (τρόμο). Υπάρχουν επίσης διαταραχές του μυϊκού τόνου, οι οποίες παίρνουν το χαρακτήρα της υπερτονίας. Ο άρρωστος παρουσιάζει πτωχεία και βραδύτητα στις κινήσεις του. Οι μιμικές κινήσεις του προσώπου του έχουν καταργηθεί και το πρόσωπό του ανέκφραστο και καθηλωμένο.

Η ομιλία τέλος γίνεται βραδεία και μονότονη χωρίς να συνοδεύεται από χειρονομίες (Παπασπυρόπουλος ΑΝΔΡ. Σπυρίδων, 1991 σελ. 45).

Γ. Συναισθηματικές αλλαγές – διαταραχές Γ' Ηλικίας

Όλες οι τεχνολογικές εξελίξεις, οι κοινωνικές αλλαγές και ο σύγχρονος τρόπος ζωής έφεραν στην επιφάνεια πολλά έντονα συναισθηματικά προβλήματα των ηλικιωμένων (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Αναστασία, 1999). Η τρίτη ηλικία περιλαμβάνει όχι μόνο κοινωνικές και φυσιολογικές αλλαγές, αλλά και συναισθηματικές αλλαγές επίσης. Όλοι αυτοί οι διαφορετικοί παράγοντες είναι αλληλένδετα και αλληλεξαρτούμενοι. Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι φυσιολογικές αλλαγές επηρεάζουν την κοινωνική συμπεριφορά και ασκούν επιρροές στο συναισθηματικό και ψυχολογικό τομέα. (Ritsiou N. Eleni, 1986)

Η απομάκρυνση από την παραγωγική διαδικασία με την συνταξιοδότηση καθώς και οι φυσιολογικές αλλαγές που συντελούνται στην ηλικία αυτή σε συνδυασμό με την προσωπικότητα του ατόμου, τη θρησκευτική πίστη, τη θέση του στην οικογένεια, τη μόρφωσή του και την κοινωνική του θέση μπορεί να σημαίνουν: α) ανασφάλεια, β) απώλεια αυτονομίας – εξάρτηση, γ) κατάθλιψη, δ) μοναξιά, ε) αυτοκτονία (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Αναστασία, 1999).

α) Ανασφάλεια: Η αίσθηση ασφάλειας που έχει ένα ηλικιωμένο άτομο μπορεί εύκολα να υπονομευτεί. Δεν είναι καν ανάγκη να συμβεί κάτι τρομερό. Η ίδια η αναμονή ότι η βασική αίσθηση ασφάλειας του θα κλονιστεί ανεπανόρθωτα δημιουργεί μεγάλη αναστάτωση. Το άτομο που έχει συνηθίσει να καθορίζει με τη γνώμη του και τις επιθυμίες του τη ζωή της οικογένειάς του, όταν έρθει η μέρα όπου κανένας δεν θα υπακούει πια στις προσταγές του, τότε θα νιώσει σαν εκθρονισμένος μονάρχης. Η αίσθηση της ασφάλειας που πήγαζε από την ικανότητά του να επηρεάζει και να ελέγχει σημαντικά τη ζωή των γύρω του μπορεί να οδηγήσει σε φοβερή ανασφάλεια με οποιαδήποτε αλλαγή στην οικογενειακή ιεραρχία. (Καστενμπαουμ Ρομπερτ, 1982).

Κάποιος άλλος μπορεί να νιώσει μέσα από την σταθερή συναισθηματική τροφοδότηση που του παρέχει ο σύντροφός του. Άλλος πάλι μπορεί να στηρίζει την ασφάλειά του σε οικονομικά στηρίγματα. Για μερικούς ανθρώπους τέλος η αίσθηση ασφάλειας είναι απτή και ορατή: το μέρος που ζουν, τα οικεία αντικείμενα, τα πρόσωπα που το περιστοιχίζουν (Καστενμπαουμ Ρομπερτ, 1982).

β) Η απώλεια αυτονομίας – εξάρτηση: Μερικοί άνθρωποι καθώς γερνάνε έχουν να αντιμετωπίσουν μια δυσάρεστη επιλογή, την απώλεια της αυτονομίας τους από άλλους. Πολλοί ηλικιωμένοι προτιμούν να

προχωρήσουν μόνοι τους παρά να επωφεληθούν από τις παροχές που δικαιωματικά τους ανήκουν. Μια τέτοια στάση μπορεί να φαίνεται πεισματικά εξωπραγματική. Οι ίδιοι όμως νιώθουν ότι η ζωή τους θα έχανε το νόημά της, αν άρχιζαν να εξαρτώνται από άλλους. Η εξάρτηση στην περίπτωση της μεγάλης ηλικίας αντιμετωπίζεται διαφορετικά από την κοινωνία, από ότι η εξάρτηση στην παιδική ηλικία. Η δεύτερη αποτελεί καθολική εμπειρία είναι χρονικά περιορισμένη και προσδιορίσιμη. Δεν συμβαίνει το ίδιο με την εξάρτηση στη μεγάλη ηλικία που δεν είναι ούτε καθολική ούτε αναπόφευκτη εμπειρία. Επίσης η απόδοση στίγματος διαφέρει μεταξύ των ηλικιακών κατηγοριών σε διαφορετικές κοινωνίες και κουλτούρες. (Στασινοπούλου Β. Όλγα, 1999).

γ) Κατάθλιψη: Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων είναι μια από τις πιο παραμελημένες διαταραχές, ακόμα και στις πιο προηγμένες χώρες του κόσμου. Ανήκει στις διαταραχές του συναισθήματος και εκδηλώνεται με ελαφρά, ήπια ή σοβαρά – κλινικού τύπου συμπτώματα. Παρά το γεγονός ότι η κατάθλιψη πλήττει πολύ υψηλά ποσοστά ηλικιωμένων, στις περισσότερες περιπτώσεις δεν αναγνωρίζεται και δεν θεραπεύεται. Η εκδήλωσή της καταστρέφει την ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων οι οποίοι θα μπορούσαν, αν ήταν απαλλαγμένοι από αυτήν, να ζήσουν με ηρεμία και ευχαρίστηση το εξελικτικό στάδιο των γηρατειών (Παγοροπούλου Α., 2000).

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μια από τις πιο συνηθισμένες εκφράσεις απελπισίας. Συνοδεύεται από έλλειψη διάθεσης, το άτομο σκέφτεται αργά και οι κινήσεις του χαρακτηρίζονται από βραδύτητα, έχει μειωμένη όρεξη, χάνει βάρος και παρουσιάζει διαταραχές στον ύπνο. Ο λόγος του είναι αργός, συχνά έχει έντονες

φοβίες, νιώθει ενοχές, αισθάνεται άχρηστος χωρίς αξία και πολλές φορές βλέπει την ασθένεια σαν τιμωρία.

Μερικές ακόμη ενδείξεις της κατάθλιψης είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η αδράνεια, η απαισιοδοξία. Το άτομο επίσης αναφέρει κατά καιρούς ότι αισθάνεται μέσα του ένα κενό. Τα μέλλον δεν έχει τίποτα να προσφέρει, το παρελθόν δεν είναι πηγή ανακούφισης και το παρόν είναι αφόρητο. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι πιο έντονα το πρωί. (Bromley BB. 1990).

Το καταθλιπτικό άτομο στρέφεται ενάντια στον εαυτό του, καμιά φορά όμως ξεσπάει το θυμό του στους άλλους. Αυτά τα χαρακτηριστικά διαφέρουν σε αριθμό, σοβαρότητα και διάρκεια από περίπτωση σε περίπτωση (Bromley BB. 1990). Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι πιο συχνά στις γυναίκες από ότι στους άντρες. Οι κοινωνικοί παράγοντες για παράδειγμα, το διαζύγιο ή η ανεργία φαίνεται να έχουν κάποια σχέση με την κατάθλιψη.

Στους ανθρώπους που προσβάλλονται από κατάθλιψη δεν συμπεριλαμβάνονται μόνο οι τρόφιμοι του γηροκομείου, αλλά και οι ηλικιωμένοι που διατηρούν την αυτονομία τους, μένουν στα σπίτια τους και συμμετέχουν κανονικά στη ζωή της κοινότητας. Από αυτούς που προσβάλλονται από κατάθλιψη, μόνο μικρό ποσοστό προστρέχουν σε βοήθεια και αναζητούν αντικαταθλιπτική αγωγή. Όλοι οι υπόλοιποι παραμένουν αβοήθητοι (Παγαροπούλου Α. 2000).

δ) Ψευδοάνοια: Πολλά ηλικιωμένα άτομα μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα άνοιας, έκπτωση της μνήμης, δυσκολία συγκέντρωσης, συνολική έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών που οφείλονται όμως σε κατάθλιψη. Την εικόνα αυτή την ονομάζουμε «Ψευδοάνοια» ή «ανοϊκό σύνδρομο της κατάθλιψης».

Μπορεί να είναι δύσκολο να διαφοροδιαγνωσθεί η κατάθλιψη από την άνοια. Αν παρθεί όμως προσεκτικά ιστορικό από συγγενείς και

φίλους είναι πιθανό να αποδειχθεί ότι η ψευδοάνοια αυτή αναπτύχθηκε μέσα σε λίγες εβδομάδες. Τη διάγνωση αυτή θα βοηθήσει η ύπαρξη καταθλιπτικής διάθεσης ή οικογενειακού ιστορικού διαταραχής της διάθεσης. (Μάνος Νίκος, 1997)

ε) μοναξιά : ένα άλλο μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι η μοναξιά που είναι αποτέλεσμα της συνεχούς αυξανόμενης κοινωνικής απομόνωσης. Τα παιδιά μεγαλώνουν, παντρεύονται και φεύγουν. Πολλοί ηλικιωμένοι κυρίως γυναίκες, χάνουν τον σύντροφό τους, άλλοι χάνουν την επαφή με τους φίλους και τους συνεργάτες τους. (Πετρουλάκης Β. Νικόλαος, 1984).

Αρκετοί άνθρωποι συνηθίζουν την κατάσταση αυτή ως φυσική, την αποδέχονται, προσαρμόζονται και αναζητούν καινούργιους ρόλους.

Άλλοι δεν μπορούν να υποφέρουν την μοναξιά και πέφτουν θύματα της απαισιοδοξίας, της αδράνειας. Γίνονται επιθετικοί, δυσάρεστοι, χάνουν και τις τελευταίες κοινωνικές επαφές και απομονώνονται τελείως.

στ) Σε όλες τις παραπάνω καταστάσεις υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για τη ζωή του ατόμου. Σημαντικό στοιχείο της ψυχοπαθολογίας της γεροντικής ηλικίας αποτελούν οι αυτοκτονίες και οι απόπειρες αυτοκτονίας. Ο αριθμός των αυτοκτονιών είναι σημαντικό μεγαλύτερος μετά το 65^ο έτος της ηλικίας από όσο κατά την περίοδο μεταξύ 45 – 64 ετών (Ιεροδιάκονος Χ. Φωτιάδης Χ, Δημητρίου Ε, 1998).

Η αυτοκτονία είναι μια διέξοδος και το ποσοστό αυτοκτονίας στα γηρατειά είναι υψηλό, ιδιαίτερα στους λευκούς άντρες. Η ασθένεια, η μοναξιά παίζουν σημαντικό ρόλο στην απόφαση του ηλικιωμένου να αυτοκτονήσει (Mortimer Eunice, 1982).

Υπάρχουν όμως και άλλοι τρόποι που το ηλικιωμένο άτομο βάζει σε κίνδυνο τη ζωή του. Μπορεί να παραμελήσει να πάρει κάποιο φάρμακο απαραίτητο για μια αρρώστια όπως ο διαβήτης. Μπορεί να περιοριστεί στο κρεβάτι και την καρέκλα, πράγμα που τον κάνει πια ευάλωτο σε παθήσεις και μολύνσεις. Η αντικοινωνική του συμπεριφορά χαρακτηριστική της κατάθλιψης μπορεί να απομακρύνει από κοντά του ανθρώπους, που θα του παρείχαν ασφάλεια κάτω από άλλες συνθήκες..

Δ. Οι κοινωνικές Αλλαγές της Γ' ηλικίας

Πολύ συχνά οι ηλικιωμένοι μεταχειρίζονται σαν δεύτερης κατηγορίας. Όχι σπάνια ακούμε διάφορες γενικότητες σχετικά με τους ηλικιωμένους, συνήθως αρνητικές. Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται κατά κύριο λόγο ως επιβαρυντικοί παράγοντες και ως μη αποδοτικοί παραγωγικοί με αποτέλεσμα να τίθενται έμμεσα ή άμεσα στο κοινωνικό περιθώριο. Αρκετές φορές έχουμε ακούσει για παιδιά που εγκαταλείπουν τους γονείς τους μόνους και αβοήθητους. Οι καταστάσεις αυτές σε συνδυασμό με τις ποικίλες κοινωνικές αλλαγές που παρατηρούνται με την πάροδο της ηλικίας δημιουργούν σοβαρά κοινωνικά προβλήματα. (Ritsiou Eleni – Korre Rena, 1986).

Οι κυριότερες κοινωνικές αλλαγές που παρατηρούνται στους ηλικιωμένους είναι οι εξής:

- 1) Η συνταξιοδότηση είναι συχνά μια απότομη μετάβαση από την εργασία στη ζωή ενός συνταξιούχου, που σημαίνει αλλαγή από την δράση στην αδράνεια, εφόσον, οι περισσότεροι άνθρωποι δεν έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν τη φάση της συνταξιοδότησής τους. Οι πολίτες κάθε χώρας μετά από ένα συγκεκριμένο όριο ηλικίας απομακρύνονται υποχρεωτικά από κάθε επαγγελματική δραστηριότητα καθίστανται συνταξιούχοι. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Αναστασία, 1999). Η συνταξιοδότηση αποτελεί για τους

ηλικιωμένους αποκοπή από το κοινωνικό και επαγγελματικό δίκτυο και κατά συνέπεια διακοπή σχέσεων με τους συνεργάτες τους. Συνταξιούχος σημαίνει αλλαγή από ενεργός πολίτης σε παθητικό δέκτη. Η συνταξιοδότηση δημιουργεί πολλές δυσκολίες στην οικογένεια με αποτέλεσμα να υπάρχει δυσκολία στο να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες. Η συνέχεια στις δραστηριότητες είναι πολύ πιο σημαντική και από τη διατήρηση σχέσεων με τους συνεργάτες, οι οποίες μπορεί να διακοπούν μετά το θάνατο ενός συζύγου, φίλου ή συγγενή. Η επιδείνωση των οικονομικών μπορεί επίσης να δημιουργήσει προβλήματα υγείας τα οποία δημιουργούνται από αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων.

- 2) Οι συνθήκες στην κατοικία μπορεί επίσης να αλλάξουν. Η προχωρημένη ηλικία κάνει την κατοικία των ηλικιωμένων ακατάλληλη για τη διαβίωσή τους λόγω των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν. Η κατοικία γίνεται ανεπαρκής λόγω έλλειψης ζέστης ή μόνωσης που απαιτούνται για την άνετη διαμονή τους. Μπορεί επίσης η κατοικία τους να βρίσκεται μακριά από το κέντρο, από τις ιατρικές και φαρμακευτικές υπηρεσίες (Balle Preben).

Οι ειδικοί πολλές φορές έχουν τονίσει την επίδραση που ασκεί η κατοικία στην συμπεριφορά των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα των ερευνών έχουν δείξει ότι πολλοί ηλικιωμένοι δεν είναι ικανοποιημένοι με τις συνθήκες κατοικίας και ισχυρίζονται ότι θα ήταν πολύ πιο ικανοποιημένοι και η ποιότητα ζωής τους θα ήταν καλύτερη εάν οι συνθήκες κατοικίας βελτιωνόταν (Ritsiou N. Eleni, Korre Rena, 1986).

ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Τα συμπτώματα από τα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι λόγω των κοινωνικών αλλαγών που συντελούνται στην ηλικία αυτή είναι τα εξής:

A. Οικονομικά προβλήματα:

Οι αυξημένες ανάγκες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας, που σπάνια καλύπτονται, έστω και μερικά από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης σε συνδυασμό με το χαμηλό ύψος των συντάξεων επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους όσο και το συγγενικό τους περιβάλλον. Οι δαπάνες της φροντίδας ενδέχεται να είναι σημαντικές: φάρμακα, επισκέψεις στους ειδικούς ή επισκέψεις ειδικών στο σπίτι, συγκεκριμένες δίαιτες, πάνες μιας χρήσης. Όλα αυτά αποτελούν τμήμα της καθημερινής δαπάνης για τη φροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου.

B. Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος:

Η διαβίωση των ηλικιωμένων σε κατοικίες ακατάλληλες για αυτούς δεν συμβάλλει στη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και της συμμετοχής τους στα κοινά δρώμενα. Το επίπεδο διαβίωσης των ηλικιωμένων και η θέση τους στην κοινωνία προσδιορίζονται άμεσα από τις συνθήκες στέγασής τους. Οι ηλικιωμένοι που διαμένουν σε άνετες, ιδιόκτητες και επαρκώς εξοπλισμένες κατοικίες απολαμβάνουν ένα υψηλό επίπεδο διαβίωσης και ενσωματώνονται ευκολότερα στην κοινωνία εφόσον έχουν προϋποθέσεις ανάπτυξης κοινωνικών επαφών (Κανελλόπουλος Ν. Κ., 1984). Δυστυχώς όμως οι περισσότερες κατοικίες στις οποίες διαμένουν οι ηλικιωμένοι εμποδίζουν την άνετη διαμονή

τους, λειτουργούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους και μπορούν να καταστούν επικίνδυνες για την σωματική τους υγεία.

Γ. Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης

Οι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καθημερινές ασχολίες που έχουν σχέση με την ατομική τους υγιεινή, την καθαριότητα και την φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα καθώς και την ένδυσή τους. Ακόμα πιο δύσκολη γίνεται η κατάσταση όταν οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν προβλήματα ακράτειας, δεν μπορούν να κινηθούν λόγω σωματικών αναπηριών ή πάσχουν από γεροντική άνοια. Εάν ο ηλικιωμένος ζει με τους συγγενείς του, οι ανάγκες αυτές καλύπτονται από το συγγενικό του περιβάλλον. Στις περιπτώσεις όμως που ζει μόνος του δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινή που θέτουν σε κίνδυνο τη σωματική και πνευματική υγεία του ηλικιωμένου ατόμου (Τριανταφύλλου Τζουντίθ, Μεσθεναίου Ελίζαμπεθ, 1993).

Δ. Προβλήματα επικοινωνίας

Πολύ συχνά τα ηλικιωμένα άτομα έχουν να αντιμετωπίσουν την κοινωνική απομόνωση που είναι συνέπεια πολλών παραγόντων. Οι οικονομικές δυσκολίες, τα προβλήματα υγείας καθώς και η δυσπροσαρμοστικότητα, η επιφυλακτικότητα απέναντι σε κάθε ιδέα, η σχέση ή συνήθεια, οι δογματισμοί που χαρακτηρίζουν την ηλικία αυτή δεν τους επιτρέπουν να επικοινωνήσουν με τα άτομα της ηλικίας τους με αποτέλεσμα να οδηγούνται σε κοινωνική απομόνωση. Οι ηλικιωμένοι που διαθέτουν κάποια οικονομική άνεση και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας καλύπτοντας τον ελεύθερο χρόνο τους συμμετέχοντας σε εκδρομές και στις δραστηριότητες διαφόρων σωματείων (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Αναστασία, 1999).

E. Προβλήματα εκπαίδευσης

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων που ρυθμίζει την δυνατότητα ενσωμάτωσής τους στην κοινωνική και πολιτιστική ζωή και που προσδιορίζει την προσαρμογή τους στις σύγχρονες συνθήκες είναι το επίπεδο εκπαίδευσης. Έχει διαπιστωθεί ότι τα ποσοστά των ηλικιωμένων που είναι αναλφάβητοι ή έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι υψηλά.

Το γεγονός αυτό με συνδυασμό με τη γενικότερη βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου δημιουργεί δυσκολίες στην επικοινωνία των ηλικιωμένων. Ο αγράμματος ηλικιωμένος ή αυτός που έχει χαμηλή εκπαίδευση αδυνατεί να συμμετάσχει σε ποικίλες δραστηριότητες και έχει περιορισμένες επιλογές με τον τρόπο διάθεσης του ελεύθερου χρόνου του (Κανελλόπουλος Ν. Κ., 1984). Ο αναλφαβητισμός των ηλικιωμένων τους οδηγεί σε περαιτέρω κοινωνική απομόνωση, αφού δυσκολεύονται να συντάξουν κάποιο γράμμα, να διαβάσουν τους υπότιτλους ξένων προγραμμάτων (3^ο Συνέδριο γηριατρικής και γεροντολογικής εταιρίας, 1984).

Η ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΑ ΓΕΡΑΜΑΤΑ – ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ

Η συνειδητοποίηση του «γεράσματος», έρχεται συχνά, μέσα από εξωτερικά γεγονότα. Τα γεγονότα αυτά συνήθως εμφανίζονται με την μορφή σημαντικών αλλαγών που το ηλικιωμένο άτομο δοκιμάζει για πρώτη φορά στη ζωή του, όπως είναι η εισαγωγή του σε κάποιο ίδρυμα. Άλλες φορές όμως είναι τελείως ασήμαντα όπως μια ματιά του εαυτού του στον καθρέφτη. Το άτομο βρίσκεται ξαφνικά αντιμέτωπο με την διαπίστωση, ότι η ζωή του δεν είναι εκείνη που συνήθιζε να είναι (Κοστενμπάου Ρόμπερτ, 1982).

Είναι πολύ σημαντικό για το ηλικιωμένο άτομο να μπορέσει να δεχθεί με φυσικό τρόπο, τη νέα κατάσταση, να έχει επίγνωση του «γεράσματος» χωρίς αυτό να κλονίζει την αυτοπεποίθησή του. Το περιβάλλον μπορεί να παίξει καθοριστικό ρόλο έτσι ώστε να έχει το ηλικιωμένο άτομο καλή προσαρμογή στις δυνατότητες και στους περιορισμούς του γήρατος.

Η εξωτερική όψη της αποδοχής βρίσκεται στη δυνατότητα που έχει το άτομο να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος, στο οποίο περνά τις περισσότερες ώρες της ημέρας του. Η αποδοχή είναι πάντως δύσκολη όσο ο κόσμος δεν θέλει να δεχθεί με στοργή και ρεαλισμό την ηλικία αυτή (Κοσμοπουλου Β. Αλεξ., 1980).

Η προσαρμογή εξαρτάται επίσης από την ταχύτητα και την ποιότητα των προηγούμενων προσαρμογών. Το παρελθόν είναι μία πολύ σημαντική πηγή αποθεμάτων για το άτομο, στο οποίο είναι συσσωρευμένες όλες οι εμπειρίες της ζωής του. Υπάρχουν άνθρωποι που έχουν μεγαλύτερη ικανότητα από άλλους να χρησιμοποιούν το παρελθόν τους εποικοδομητικά για να εμπλουτίσουν τα γηρατειά τους. Το παρελθόν μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τα ηλικιωμένα άτομα ως πηγή

για την άντληση δύναμης. Η διαδικασία βέβαια για την θύμηση του παρελθόντος δεν φέρνει πάντα ικανοποιητικά αποτελέσματα. Στιγμές αποτυχίας μπορεί να ξαναζωντανέψουν στη μνήμη του ηλικιωμένου (Κοστενμπάου Ρόμπερτ, 1982).

Η ιδέα και η στάση που το άτομο έχει αποκτήσει απέναντι στη γεροντική ηλικία καθώς και στις περιστάσεις που απαιτούν περισσότερες ή λιγότερες αλλαγές επηρεάζουν σημαντικά την ομαλή προσαρμογή του ηλικιωμένου ατόμου. Καθοριστικός παράγοντας για την εύκολη προσαρμογή του ηλικιωμένου ατόμου στους νέους ρόλους είναι επίσης η προσαρμοστικότητα του ατόμου στα προηγούμενα στάδια της ζωής του και το είδος των εμπειριών που έχει αποκτήσει. Όταν κάποιος έχει συνηθίσει να κινείται με ευκολία στα διάφορα στάδια της ζωής του κι όταν έχει ζήσει τα προηγούμενα χρόνια του ελεύθερα και με ωριμότητα, έχει περισσότερες πιθανότητες για εύκολη προσαρμογή στα γεράματα.

Τα άτομα εκείνα που έχουν δεχθεί τον εαυτό τους έτσι όπως είναι έχουν περισσότερες δυνατότητες από όλους για σωστή προσαρμογή στη νέα κατάσταση (Κοσμοπούλου Β. Αλεξ., 1980).

Υπάρχουν βέβαια και παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την προσαρμογή του ατόμου όπως η κακή υγεία, οι οικονομικές δυσκολίες, η μη ευνοϊκή στάση του περιβάλλοντος του ατόμου που τον βλέπουν σαν βάρος, καθώς και η προσωπική δυσπροσαρμοστία απέναντι στα γεράματα, τη φθορά και το θάνατο (Κοσμοπούλου Β. Αλεξ., 1980).

Είναι πολύ σημαντικό για το ηλικιωμένο άτομο να μπορεί να προσαρμοστεί στους νέους ρόλους και τις αλλαγές της ηλικίας αυτής, έτσι ώστε η ποιότητα της ζωής του να είναι όσο το δυνατό καλύτερη. Είναι επομένως υποχρέωση όλων μας να δεχθούμε το ηλικιωμένο άτομο με αγάπη και σεβασμό και να το βοηθήσουμε να δεχθεί με αξιοπρέπεια τη νέα πραγματικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

A. Κοινωνική Ασφάλιση

Η προστασία των ηλικιωμένων στο ελληνικό σύστημα κοινωνική πολιτική εντοπίζεται σε ρυθμίσεις που προβλέπουν παροχή συνδρομής στην οικογενειακή στρατηγική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων και σε ρυθμίσεις που κατευθύνονται στην “αυτοδύναμη” παροχή προστασίας εκ μέρους δημόσιων ή ιδιωτικών φορέων.

Ο ρόλος της οικογένειας εμφανίζεται ιδιαίτερα σημαντικός στην ελληνική κοινωνία, αποτελεί μάλιστα παράγοντα που επηρεάζει τη φύση των αναγκών και το πλαίσιο της κρατικής πολιτικής για τους ηλικιωμένους. Η λειτουργία των δημόσιων θεσμών αποτελεί τα δεύτερο πλαίσιο παροχής προστασίας των ηλικιωμένων. Το θεσμικό αυτό πλαίσιο διαφοροποιείται σε αντίστοιχα τμήματα του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης (Χτούρης Σωτήρης, 1993) .

Στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης το γήρας, το οποίο θεωρείται ως ένας από του κινδύνους αποτελεί ασφαλιστικό κίνδυνο που καλύπτεται από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Από κοινωνικο ασφαλιστική άποψη το γήρας είναι η κατάσταση φυσιολογική φθοράς των σωματικών ή πνευματικών δυνάμεων που τεκμαίρεται ενός ορίου ηλικίας ή παραπομπής σε συγκεκριμένη παραγωγική διαδικασία (Σκοντέλης Γ. Δ., 1980).

Στους διάφορους ασφαλιστικούς οργανισμούς παρατηρείται διαφοροποίηση σχετικά με τον καθορισμό του ορίου ηλικίας. Ως ανώτατο όριο πάντως για τους μισθωτούς προβλέπεται το 65^ο έτος.

Προβλέπονται βέβαια και μειωμένα όρια ηλικίας που αντιστοιχούν στην εξάσκηση εργασίας με στοιχεία επικινδυνότητας ή σε κοινωνικούς λόγους. Η συμπλήρωση πάντως ορισμένου χρόνου σε συγκεκριμένη παραγωγική διαδικασία θεμελιώνει συχνά το συνταξιοδοτικό δικαίωμα που αντιστοιχεί στην κάλυψη του γήρατος.

Η ασφαλιστική παροχή που αντιστοιχεί στην κάλυψη του γήρατος και στην αναγκαιότητα αναπλήρωσης του εισοδήματος από την παύση της επαγγελματικής απασχόλησης είναι η σύνταξη γήρατος.

Βασικές προϋποθέσεις: για τη χορήγηση σύνταξης γήρατος αποτελούν η συμπλήρωση ορίου ηλικίας, η διαδρομή ορισμένου χρόνου ασφάλισης και η διακοπή της επαγγελματικής δραστηριότητας (Χτούρης Σωτήρης, 1993). Σε όλες σχεδόν τις χώρες, για την απόκτηση δικαιώματος απόκτησης σύνταξης γήρατος είναι απαραίτητη η συμπλήρωση ενός χρονικού διαστήματος εργασίας, εισφορών ή διαμονής στη χώρα. Το χρονικό αυτό διάστημα είναι απαραίτητο για να αποφευχθούν καταχρήσεις από άτομα τα οποία θα διεκδικούσαν παροχή σύνταξης καταβάλλοντας εισφορές μερικών μηνών ή πριν την ηλικία συνταξιοδότησης θα μετανάστευαν σε χώρες καθολικής κάλυψης ώστε να λάβουν εκεί παροχές γήρατος. Το χρονικό διάστημα ποικίλει στις διάφορες χώρες. Είναι όμως πάντα μεγαλύτερο για τις συντάξεις γήρατος από ότι για τις συντάξεις αναπηρίας ή απώλειας του προστάτη της οικογένειας. Οι συμβάσεις επιτρέπουν ένα διάστημα εργασίας ή εισφορών τριάντα χρόνων, με δικαίωμα μειωμένη σύνταξη μετά τα 15 χρόνια. Όταν το ύψος της σύνταξης είναι ανάλογο του χρόνου εργασίας, των εισφορών ή της διαμονής, δεν απαιτείται η μεσολάβηση κανενός χρονικού διαστήματος (Σκουτέλης Δ. Γ., 1980).

Το ύψος των συντάξεων. Το ύψος των συντάξεων ποικίλει ανάλογα με τη νομοθεσία του φορέα στον οποίο υπάγεται κάθε ασφαλισμένος. Δύο είναι οι πρακτικές που διέπουν το ύψος των

συντάξεων. Η πρώτη αφορά σε ένα σύστημα πάγιων ομοιόμορφων παροχών, όπως στη χώρα μας που χορηγούνται από τον Ο.Γ.Α. και η δεύτερη αφορά σε συστήματα αναλογικών παροχών που χαρακτηρίζουν όλους τους υπόλοιπους φορείς (Σκουτέλης Δ. Γ., 1980).

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία από τους διάφορους φορείς, ως προς τη βάση του υπολογισμού των συντάξεων, είτε ως μέσο όριο μισθών ενός χρονικού διαστήματος είτε ως ποσοστό του τελευταίου μισθού, με ή χωρίς διάφορες προσαυξήσεις (Σκουτέλης Γ. Δ., 1980).

Ο υπολογισμός του ποσού σύνταξης, ανάλογα με το μισθό και η διάρκεια ασφάλισης, δε γίνεται με τον ίδιο τρόπο από τους διάφορους φορείς. Η ανομοιογένεια αυτή οφείλεται στην επιδίωξη από ορισμένα συνταξιοδοτικά συστήματα, ευρύτερης προστασίας για τις χαμηλότερες εισοδηματικές ομάδες ασφαλισμένων στη δημιουργία κινήτρων για την παραμονή του ασφαλισμένου στην εργασία. Στη διαφοροποίηση του επιπέδου προστασίας από μέρους των φορέων συντελεί επίσης, η προσαύξηση της σύνταξης λόγω οικογενειακών βαρών. Από το νόμο ορίζεται ένα ανώτερο συνολικό ποσό σύνταξης καθώς και ένα κατώτερο όριο σύνταξης. Με τη διασφάλιση κατώτερων ορίων συντάξεων, ανεξάρτητα από το χρόνο υπαγωγής στην ασφάλιση, επιτυγχάνεται ένα ικανοποιητικό επίπεδο προστασίας για τις χαμηλές εισοδηματικές ομάδες του πληθυσμού (Σκουτέλης Γ.Δ., 1980).

Ο ενεργός πληθυσμός της χώρας καλύπτεται από κάποια μορφή συνταξιοδοτικής προστασίας που δεν αντιστοιχεί όμως σε ενιαίο σύστημα, αλλά σε ειδικότερες κατηγορίες ασφαλιστικών παροχών. Η ύπαρξη δεκάδων οργανισμών κύριας και επικουρικής ασφάλισης εμποδίζει την παροχή ισοδύναμης προστασίας και σε συνδυασμό με την έλλειψη προγραμματισμού αποτελεί εστία δημιουργίας ανισοτήτων (Χτούρης Σωτήρης, 1993).

Επομένως, μπορεί πολύ εύκολα να υποστηριχθεί ότι η συνταξιοδοτική πολιτική δεν κατορθώνει αποτελεσματικά να εκπληρώσει το στόχο της οικονομικής αναπλήρωσης του εισοδήματος των ηλικιωμένων. Η αδυναμία λοιπόν του εισοδήματος μέσω της λειτουργίας του μηχανισμού των συντάξεων προκαλεί σημαντικά προβλήματα σε περίπτωση που η σύνταξη αποτελεί τη κύρια εάν όχι μοναδική – εισοδηματική τους πηγή.

Συχνά δημιουργείται η εντύπωση ότι η ανεπάρκεια της συνταξιοδοτικής κάλυψης αναπληρώνεται από την οικογενειακή συνδρομή ή τη συνέχιση της απασχόλησης. Αυτό όμως δε μειώνει την αναγκαιότητα βελτίωσης του συνταξιοδοτικού συστήματος.

B. Κοινωνική πρόνοια

Η κοινωνική πρόνοια αποτελεί το δεύτερο τμήμα της κοινωνικής ασφάλειας που κατευθύνεται στη χορήγηση κοινωνικών παροχών προς τα άτομα που έχουν ανάγκη και που δεν μπορεί να καλυφθεί με τα δικά τους μέσα. Η έννοια και το περιεχόμενο της κοινωνικής πρόνοιας μεταβάλλονται ανάλογα με τις κοινωνικές ανάγκες και την ιεράρχησή τους στα πλαίσια ενός συγκεκριμένου συστήματος.

Ο θεσμός της κοινωνικής πρόνοιας στην Ελλάδα παρουσιάζεται υποβαθμισμένος σε σχέση με την κοινωνική ασφάλεια και την προστασία υγείας. Το θεσμικό πλαίσιο της κοινωνικής πρόνοιας για την προστασία των ηλικιωμένων περιλαμβάνει χορήγηση οικονομικής ενίσχυσης, παροχών σε είδος και προσωπικών υπηρεσιών.

Η οικονομική ενίσχυση χορηγείται α) με την μορφή σύνταξης σε Έλληνες υπηκόους και σε ομογενείς που μένουν μόνιμα στην Ελλάδα και έχουν συμπληρώσει το 68^ο έτος της ηλικίας τους και δεν δικαιούνται σύνταξη ή άλλου περιοδικού βοηθήματος. β) Χορηγείται στεγαστική

συνδρομή με την μορφή ενοικίου, σε ασφαλιστικά μοναχικά άτομα ή ζεύγη 65 ετών που βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία.

Οι παροχές σε είδος προς τους ηλικιωμένους στα πλαίσια του μηχανισμού της κοινωνικής πρόνοιας αντιστοιχούν στη χορήγηση συνδρομής που λαμβάνει την μορφή α) υγειονομικής περίθαλψης προς τους ανασφάλιστους υπερήλικες, β) νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, γ) ιδρυματικής περίθαλψης ή κοινωνικής αρωγής στην κατοικία που παρέχεται ως ηθική συμπαράσταση, οικονομική ενίσχυση ή άλλης μορφής υλική βοήθεια.

Όσον αφορά τις προσωπικές υπηρεσίες που χορηγούνται από τους σύνθετους προνοιακούς φορείς στους ηλικιωμένους είναι: α) στην ίδρυση και λειτουργία προγραμμάτων πλότων όπως είναι το Βοήθεια στο Σπίτι, β) στη λειτουργία των Κ.Α.Π.Η (Χτούρης Σωτήρης, 1993).

Γ. Προστασία Υγείας

Στο κοινωνικό σύστημα κοινωνικής πολιτικής δεν υπάρχει ένας ενιαίος φορέας για την συντονισμένη και ομοιόμορφη προστασία της υγείας των ηλικιωμένων. Έτσι οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από τους ηλικιωμένους από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, τα ιδρύματα κοινωνικής πρόνοιας και το ΕΣΥ. Η υγειονομική προστασία που χορηγείται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, διακρίνεται σε ιατρική, νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη. Οι προϋποθέσεις βέβαια και οι συγκεκριμένες παροχές ποικίλουν σε κάθε ασφαλιστικό φορέα (Χτούρης Σωτήρης, 1993).

Οι κυριότεροι παράγοντες που συνέβαλαν στην αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας και δαπανών υγείας είναι δημογραφικοί, δηλαδή η αύξηση και η γήρανση του πληθυσμού. Οι μεγαλύτεροι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας και φαρμάκων είναι οι ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα οι συνταξιούχοι. Επομένως η αύξηση του αριθμού και της

αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό καταλήγει στη συνολική αύξηση των δαπανών για την υγεία (Πουλοπούλου – Έμκε Ήρα, 1999).

Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας, από την τρίτη ηλικία προσανατολίζεται κυρίως στη θεραπεία και την περίθαλψη. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν μεγάλες απαιτήσεις από το σύστημα υγείας. Από μελέτες φαίνεται ότι το κόστος περίθαλψης υγείας, των ηλικιωμένων είναι υψηλότερο. Έχουν μεγάλες ανάγκες, καταναλώνουν μεγάλο ποσοστό δαπανών υγείας. Στις μεγάλες ηλικίες επικρατούν ορισμένα νοσήματα τα οποία στοιχίζουν ακριβά στην πολιτεία και στον ασθενή, διότι απαιτούν δαπανηρές μεθόδους θεραπείας (Πουλοπούλου – Έμκε Ήρα, 1999).

ΤΟ ΟΙΚΕΙΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΣΤΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Το καλύτερο περιβάλλον για όλες τις ηλικίες είναι το οικογενειακό. Σε μια άρμονική οικογένεια όλα τα μέλη συμπεριφέρονται φυσικά και ελεύθερα το ένα προς το άλλο και το καθένα ξεχωριστά απολαμβάνει το σεβασμό και την αγάπη των άλλων. Έτσι και για τα ηλικιωμένα άτομα η παραμονή στο χώρο τους είναι πολύ σημαντικός για την μετέπειτα πορεία και εξέλιξή τους.

Για τους ηλικιωμένους η εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα συνοδεύεται τις περισσότερες φορές με αναστάτωση, άγχος και το φόβο της εγκατάλειψης από το συγγενικό τους περιβάλλον. Η παραμονή στην οικογένεια έχει πολλά πλεονεκτήματα. Στους ηλικιωμένους, λόγω εξασθένησης της ικανότητας προσαρμογής, η αλλαγή περιβάλλοντος και η εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες στην εξέλιξη της ψυχοσωματικής τους κατάστασης. Η απομάκρυνση του ηλικιωμένου από το σπίτι του, από το οικείο προς αυτόν περιβάλλον του, μπορεί να εντείνουν τα ήδη υπάρχοντα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Με την εισαγωγή του ηλικιωμένου σε κάποιο ίδρυμα έχει έντονη την αίσθηση αποκοπής από την προηγούμενη ζωή του και το αίσθημα ότι δεν υπάρχει δρόμος επιστροφής (Καστενμπαουμ Ρόμπερτ, 1982).

Η παραμονή των ηλικιωμένων στο χώρο τους, συμβάλλει καθοριστικά στη σωστή ψυχοσωματική τους εξέλιξη. Η ενασχόλησή τους με τις οικιακές εργασίες καθώς και με τα μικρά παιδιά που μπορεί να υπάρχουν στην οικογένεια, η φροντίδα για τα ψώνια ή η περιποίηση του κήπου, συντελούν στη φυσιολογική εξέλιξη της γεροντικής κατάστασης.

Μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον οι ηλικιωμένοι μπορούν να απολαύσουν τη χαρά, την αγάπη, τη λεγόμενη οικογενειακή θαλπωρή, την οποία την έχουν απόλυτη ανάγκη. Ακόμη και αν οι ηλικιωμένοι δεν ζουν με τα παιδιά τους, η στενή επαφή και η επικοινωνία με αυτά καθώς και οι συχνές επισκέψεις προσφέρουν στους ηλικιωμένους μεγάλη χαρά και ικανοποίηση. Η οικογένεια αποτελεί το ιδεώδες περιβάλλον. Η ευχάριστη ατμόσφαιρα είναι απαραίτητη για την μακροζωία. Ακόμη και η πιο σωστή ιδρυματική κάλυψη για τον ηλικιωμένο δε μπορεί να αναπληρώσει την οικογένεια.

Η προσφορά της Γ' Ηλικίας

Στις αρχαίες κοινωνίες, στις περισσότερες παραδοσιακές κουλτούρες και ουσιαστικά σε όλους τους ανατολικούς πολιτισμούς, η αύξηση των χρόνων στη ζωή κάποιου, δήλωνε την συγκέντρωση και συσσώρευση σοφίας. Στους κλασσικούς δυτικούς πολιτισμούς για παράδειγμα. ο Όμηρος παρουσίασε τον Νέστορα ως τον μεγαλύτερο, αλλά και τον πιο σοφό και κατάλληλο να πολεμήσει τους Τρώες (Birrain E, Schaie Warner K, 1990). Όλοι οι λαοί του κόσμου τίμησαν τους γέροντες και σ' αυτούς εμπιστεύτηκαν τη διακυβέρνησή τους. Η «γερουσία» αποτελεί το κύριο συμβουλευτικό όργανο της πολιτείας. Δεν είναι επίσης τυχαίο ότι οι «πρέσβεις» έχουν δανειστεί τον τίτλο από τους «πρεσβύτες». Οι γεροντότεροι στέλνονται ως αντιπρόσωποι για να διαπραγματευτούν δύσκολα ζητήματα με συμμάχους και εχθρούς. Από παλιά η ηθική αξία των ανθρώπων, προσδιοριζόταν, κατά κάποιο τρόπο σε συνάρτηση με την ηλικία τους. Όχι γιατί η ηλικία αυτή προσθέτει πνεύμα, αλλά γιατί η εμπειρία των χρόνων βοηθά τον άνθρωπο να βλέπει τα πράγματα οξύτερα (Παπανούτσου Π.Ε.).

Από τότε και ύστερα ο κόσμος ξεκίνησε να υιοθετεί μια λιγότερη σεβαστή στάση απέναντι στους ηλικιωμένους. Στην κοινωνία μας η γεροντική ηλικία αντιμετωπίζεται αρνητικά. Περισσότερο ορατή είναι η γνώμη, ότι τα γηρατειά είναι συνώνυμα με τη μείωση της ικανότητας για παραγωγή και αποδοχή καινοτομιών (Πετρουλάκης Β. Νικόλαος, 1984). Η προκατάληψη ότι τα γηρατειά είναι μια ανάξια, αξιοθρήνητη κατάσταση δηλητηριάζει τους ανθρώπους σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Συνέπεια της στάσεως αυτής είναι η λατρεία της νεολαίας και της τοποθέτησής της στην πρώτη γραμμή (Καστενμπάουμ Ρόμπερτ, 1982).

Οι ηλικιωμένοι όμως με την εμπειρία των χρόνων και την σοφία που έχουν αποκτήσει έχουν την ευθύνη για την μετάδοση της ιστορίας,

των αξιών και του πολιτισμού. Χωρίς αυτή την παράδοση οι γενιές θα ταλαντευόταν στην προσπάθεια να δημιουργήσουν ξανά από την αρχή ένα καινούργιο κόσμο.

Ο ρόλος του ηλικιωμένου σαν ρόλος διαβιβαστή πληροφοριών παραμένει σημαντικός. Οι ηλικιωμένοι είναι πολύτιμοι όχι μόνο για εμάς, αλλά και για της κοινωνία. Είναι εκείνοι που παραβλέπουν την αρνητική στάση τους, που μπορούν να φέρουν το παρελθόν στο παρόν και να μας βοηθήσουν να καταλάβουμε τη θέση μας σαν μέλη της πανάρχαιας διαδικασίας της ζωής. Είναι απαραίτητο να αποκτήσουμε μια θετικότερη άποψη πάνω στο γέραςμα και τα γηρατειά για να μην περάσουμε το μεγαλύτερο μέρος της νεότητας μας κάτω από το φάσμα του φόβου και της κατάθλιψης (Καστενμπάουμ Ρόμπερτ,1982).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η κοινωνική εργασία έχει ήδη προχωρήσει πολύ στην αναγνώριση της σημασίας που έχει η εργασία με τους ηλικιωμένους. Για αρκετά χρόνια οι ηλικιωμένοι εθεωρούντο, είτε ότι δεν έχουν ανάγκη, είτε ότι δεν αξίζουν τις υπηρεσίες του κοινωνικού λειτουργού (Χριστοδούλου Κώστας, 1993). Η ανάθεση μιας περίπτωσης ηλικιωμένου ατόμου σε κοινωνικό λειτουργό σήμαινε κάποια αμφισβήτηση της επαγγελματική του ικανότητας. Σε πρόσφατες μελέτες, κοινωνικής εργασίας με ηλικιωμένους, διαπιστώθηκε η τάση των κοινωνικών λειτουργών να παρέχουν σε ηλικιωμένο μια λιγότερο επαγγελματική βοήθεια από ότι σε νέους και παιδιά (Jacoby Robin, Oppenheimer Catherine, 1996).

Κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες όμως η αύξηση των περιπτώσεων που αφορούσαν ηλικιωμένα άτομα, έκαναν διάφορες κοινωνικές οργανώσεις να δημιουργήσουν ιδιαίτερες υπηρεσίες για αυτή την ηλικία.

Τα γηρατειά είναι μια ηλικία, η οποία σχεδόν πάντοτε καταλήγει σε ψυχολογικές, κοινωνικές, ψυχοδιανοητικές και οικονομικές αλλαγές με αποτέλεσμα το άτομο να χρήζει βοήθειας κάποιου ειδικού όπως είναι ο κοινωνικός λειτουργός.

Στην κοινωνική εργασία όμως με ηλικιωμένους υπάρχουν ορισμένα ειδικά στοιχεία που επηρεάζουν την διαγνωστική πορεία, όπως παραδείγματος χάρη, μόνο ένα μικρό ποσοστό των ηλικιωμένων έρχονται με δική τους πρωτοβουλία, οι περισσότεροι από αυτούς παραπέμπονται, από τα ενήλικα παιδιά τους, τους ιατρούς, φορείς ή άλλες κοινωνικές οργανώσεις. Με αποτέλεσμα να ανησυχούν και να φοβούνται για την απώλεια της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας τους και να απαιτούν να ικανοποιήσουμε την ανάγκη τους αμέσως.

Είναι βασικό ο κοινωνικός λειτουργός να δεχθεί τον ηλικιωμένο πελάτη σαν έναν άνθρωπο με αξιοπρέπεια και αξία από την πρώτη κιόλας στιγμή. Η θετική στάση του κοινωνικού λειτουργού πρέπει να μεταφερθεί στο ηλικιωμένο άτομο και με λέξεις και με πράξεις. Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να ανταποκριθεί στους φόβους του ηλικιωμένου ατόμου, ότι θα μείνει μόνος και αβοήθητος και να του μεταδώσει τη δική του πεποίθηση ότι όλα θα πάνε καλά. Παράλληλα θα πρέπει να δώσει και ιδιαίτερη προσοχή στην αξιολόγηση της οργανικής και διανοητικής υποστάσεως του ατόμου.

Μια άλλη σημαντική διαφορά στην κοινωνική εργασίας με τον ηλικιωμένο σε σύγκριση με το νεώτερο πελάτη βρίσκεται στον καθορισμό των θεραπευτικών σκοπών. Με το νέο πελάτη ο κοινωνικός λειτουργός ελπίζει να επιφέρει αλλαγή σε ορισμένα βασικά σχήματα συμπεριφοράς. Η συμπεριφορά όμως του ηλικιωμένου δεν επιδέχεται εύκολα αλλαγή. Σ' αυτήν την περίπτωση ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει το άτομο να τροποποιήσει τις στάσεις απέναντι στον εαυτό του και στο περιβάλλον διαμέσου της υποστηρικτικής κοινωνικής εργασίας.

Η κοινωνική εργασία επίσης αποσκοπεί στη σύνθεση του παρελθόντος, του παρόντος και του μέλλοντος. Η θεώρηση του παρελθόντος βοηθά στην κατανόηση και παραδοχή του παρόντος, της πορείας γήρανσης, ως αναπόφευκτη συνέχειας και ακόμη της τελικής φάσης που είναι ο θάνατος. Όταν οι εμπειρίες ζωής του ηλικιωμένου είναι περισσότερο ικανοποιητικές παρά οδυνηρές τότε η προσαρμογή γίνεται ομαλά. Σημαντικότετος παράγοντας είναι ακόμη η οικογένεια. Είναι απαραίτητο οι κοινωνικοί λειτουργοί να συμπεριλάβουν και την οικογένεια, να γνωρισθούν με τους νεώτερους συγγενείς και φίλους ή με οποιοδήποτε πρόσωπο που δείχνει να είναι συναισθηματικά δεμένο. Συζητώντας ξεχωριστά με τον καθένα θα μπορέσει να συμπεράνει πια θα

είναι η καλύτερη λύση για την τακτοποίηση του ηλικιωμένου. Η εργασία με τα παιδιά και τους συγγενείς του ηλικιωμένου είναι απαραίτητη, έτσι ώστε να βελτιωθούν οι στάσεις τους απέναντι του.

Τέλος είναι απαραίτητο οι κοινωνικοί λειτουργοί να λάβουν υπόψη τους και την κοινότητα όχι μόνο για ηθικούς και νομικούς λόγους, αλλά κυρίως γιατί τα προβλήματα των ηλικιωμένων είναι συνδεδεμένα με τα προβλήματα των ανθρώπων γύρω τους και τις σχέσεις τους μαζί τους.

Οι ιδιότητες που πρέπει να διαθέτει ο κοινωνικός λειτουργός στην εργασία με ηλικιωμένους δεν είναι διαφορετικές από αυτές που πρέπει να διαθέτει για την εργασία του με οποιαδήποτε περίπτωση. Θα πρέπει πρώτα από όλα να είναι γνώστης της δικής του στάσεως και των αντιδράσεών του κατά την αντιμεταβίβαση συναισθημάτων προς τον πελάτη. Θα πρέπει να μάθει να κυριαρχεί πάνω στα προσωπικά του συναισθήματα, έτσι ώστε να μπορεί να προσφέρει επαγγελματική βοήθεια. Βασικό είναι να γνωρίζει τα συναισθήματά του απέναντι στη γεροντική ηλικία και να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός μήπως τα συναισθήματα του προς τους δικούς του γονείς, επηρεάζουν την απόφαση του για τον πελάτη.

Ακόμη θα πρέπει να συμπαθεί τους ηλικιωμένους, να έχει κάποιες γνώσεις για την γεροντική ηλικία και ικανότητα να πλησιάσει τον πελάτη. Χρειάζεται επίσης να είναι υπομονετικός, εφόσον ο ρυθμός προόδου ή αλλαγής στους ηλικιωμένους είναι αργός.

Γενικά ο κοινωνικός λειτουργός αξιοποιεί τη δύναμη και τις ικανότητες που έχει το ηλικιωμένο άτομο μέσω της κοινωνικής εργασίας, έχοντας σαν σκοπό τη διατήρηση της ελπίδας του πελάτη για όσο το δυνατόν περισσότερο διάστημα. (Ζαγούρα, Σημειώσεις από παραδόσεις μαθημάτων στα ιδρύματα, Στ εξαμήνου, Α.Τ.Ε.Ι. Πάτρας).

Ένας Γέρος

*Στου καφενείου του βουερού το μέσα μέρος
σκυμένος στο τραπέζι κάθεται ένας γέρος
με μια εφημερίδα εμπρός του, χωρίς συντροφιά.*

*Και μες των άθλιων γηρατειών την καταφρόνια
σκέπτεται πόσο λίγο χάρηκε τα χρόνια
που είχε και δύναμη και λόγο και ομορφιά.*

*Ξέρει που γέρασε πολύ το νοιώθει, το κοιτάζει
κι εν τούτοις ο καιρός που ήταν νέος μοιάζει
σαν χθες. Τι διάστημα μικρό, τι διάστημα μικρό.*

*Και συλλογιέται η Φρόνησις πως τον εγελά
και πως την εμπιστευόταν πάντα – τι τρέλλα
την ψεύτρα που έλεγε “Αύριο, Έχεις πολύ καιρό”.*

*Θυμάται ορμές που βάσταγε και πόση
χαρά, θυσίαζε. Την άμυαλή του γνώση
καθ’ ευκαιρία χαμένη τώρα την εμπαίζει.*

*Μα απ’ το πολύ να σκέπτεται και να θυμάται
ο γέρος εξαλίστηκς κι αποκοιμάται
στου καφενείου ακουμπισμένος το τραπέζι.*

Κ. Καβάφης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΤΑ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΑ ΧΡΟΝΙΑ.

Η μελέτη μεθόδων προστασίας του γήρατος στα προηγμένα κράτη άρχισε συστηματικά από τις αρχές του 20ου αιώνα και η κοινωνική δράση για το γήρας περίπου στα μισά αυτού του αιώνα. Με την εγκαθίδρυση της δημοκρατίας το 1974 αρχίζει μία νέα εποχή για τη χώρα. Ξεκινάει μία διαδικασία ομαλοποίησης της πολιτικής ζωής, εκσυγχρονισμού των βασικών θεσμών και ένταξης της χώρας στην Ευρωπαϊκή κοινότητα. Μέσα σ' αυτό το πλαίσιο εντάσσεται και η προσπάθεια οικοδόμησης ενός κράτους δικαίου και κοινωνικής προστασίας (Σταθόπουλος Α. Πέτρος, 1996:187).

Το 1980 αξιόλογες μελέτες προβλημάτων του γήρατος έγιναν στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. Το έτος αυτό διεθνείς οργανώσεις όπως ο Ο.Η.Ε., το Συμβούλιο της Ευρώπης καθώς και η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας εντάσσουν στα προγράμματά τους θέματα ηλικιωμένων. Το 1982 ψηφίστηκε στη Βιέννη από τα κράτη-μέλη του Ο.Η.Ε. ο καταστατικός χάρτης των ηλικιωμένων, στον οποίο αναφερόταν ότι ευθύνη κάθε κράτους μέσα στα πλαίσια των παραδόσεων, δομών και πολιτιστικών αλλαγών είναι η εφαρμογή και διαμόρφωση πολιτικής για τα ηλικιωμένα άτομα σχετικά με την ασφάλεια, την ευημερία και την προαγωγή των δραστηριοτήτων. Πριν από αυτό η φροντίδα του ηλικιωμένου γινόταν στο πλαίσιο κλειστής περίθαλψης (ιδρύματα) και πρόνοιας με τη μορφή φιλανθρωπίας και λιγότερο της κρατικής μέριμνας. Το 1872 έχουμε στην Αθήνα την ίδρυση γηροκομείου με την επωνυμία 'Πτωχοκομείο-

Γηροτροφείο - Γεροντοκομείο'(Κωσταρίδου-Ευκλείδη Αναστασία , 1999).

Από την πρώτο-Βυζαντινή εποχή τα ιδρύματα αποτελούσαν την κυρίαρχη μορφή φροντίδας για όσους δεν ήταν αυτάρκεις στην κάλυψη των βιοτικών και κοινωνικών τους αναγκών. Είναι ίσως η πρώτη φορά στην ιστορία που ασκήθηκε τόσο συστηματική και συντονισμένη δραστηριότητα κοινωνικής αλληλεγγύης. Αποτέλεσμα αυτής της δραστηριότητας υπήρξε η λήψη μέτρων κοινωνικής προστασίας και η λειτουργία πολλών ιδρυμάτων. Αξιόλογα ήταν τα γηροκομεία ή γηροτροφεία που ιδρύθηκαν εκείνη την εποχή από εμπόρους, φιλόανθρωπους χριστιανούς, επισκόπους, βασιλείς ή βασίλισσες (Πανουτσοπούλου Κασσιανή, 1984).

Η παράδοση αυτή συνεχίστηκε μέχρι την εποχή μας από την εκκλησία. Το όνειρο κάθε μητροπολίτη είναι να χτίσει ένα ίδρυμα για παιδιά ή γέροντες, γι' αυτό άλλωστε, σε μεγάλο ποσοστό τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους λειτουργούν και υπό την αιγίδα του Δημοσίου, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, από οργανώσεις του εθελοντικού τομέα. Έτσι λοιπόν τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης χωρίζονται σε δύο(2) κατηγορίες:

A) *Γηροκομεία*, όπου διαμένουν και περιθάλπονται άτομα προχωρημένης ηλικίας (Μπαμπινιώτης Δ. Γ. ,1988) , τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως. Η Εκκλησία με τις κατά τόπους μητροπόλεις λειτουργεί πολλά γηροκομεία είτε ως άμεσα εκκλησιαστικά ιδρύματα, είτε έμμεσα ως Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς χαρακτήρα.

B) *Άσυλα Ανιάτων*, τα οποία δέχονται κατάκοπους που πάσχουν από χρόνιες (ανίατες) παθήσεις. Στις κλινικές για τους χρόνια πάσχοντες ένα μεγάλο ποσοστό κρεβατιών διατίθεται για τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

Παράλληλα δημιουργήθηκαν γηροκομεία γνωστά ως 'Οίκοι Ευγηρίας' από ιδιώτες. Σύμφωνα με τις διατάξεις, τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης τελούν υπό τον έλεγχο και την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Στην πραγματικότητα όμως ο έλεγχος και η εποπτεία περιορίζονται σε θέματα οικονομικής διαχείρισης και δε υπεισέρχονται σε θέματα προγράμματος και επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Σταθόπουλος Α. Πέτρος, 1996).

Όλα αυτά δημιουργούν την ανάγκη εφαρμογής κοινωνικών μέτρων. Η εποχή που ο ηλικιωμένος ζούσε για να περιμένει το τέλος πέρασε όπως και ότι η λύση στο θέμα γεράματα είναι αποκλειστικά το γηροκομείο. Η φροντίδα του ηλικιωμένου σε γηροκομείο επισημαίνεται ως αρνητική και από Έλληνες ειδικούς. Η οικογένεια μπορεί να αισθάνεται ενοχές, όταν αφήνει τον ηλικιωμένο σε γηροκομείο, ενώ ο ηλικιωμένος αισθάνεται εγκατάλειψη, απόρριψη και γεμίζει από φόβο και άγχος (Κωσταρίδου-Ευκλείδη Αναστασία, 1999).

Συνέπεια όλων αυτών των διαπιστώσεων ήταν να ξεκινήσει μία προσπάθεια κοινωνικής πολιτικής για τη δημιουργία προγραμμάτων που να καλύπτουν τις ψυχικές ανάγκες των ηλικιωμένων. Έτσι ως μέτρο κοινωνικής πολιτικής είχαμε υπό μορφή υπηρεσίας στην κοινότητα, τη δημιουργία των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, τα οποία αποσκοπούν στην κοινωνικοποίηση, τη δημιουργική απασχόληση, την ψυχαγωγία, την πρόληψη ασθενειών σε ηλικιωμένα άτομα καθώς και την κάλυψη των βασικών και καθημερινών αναγκών των ηλικιωμένων (Σταθόπουλος Α. Πέτρος, 1996).

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

ΠΑΡΟΧΗ ΕΞΩΔΡΥΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

ΚΑΠΗ

Τα Κ.Α.Π.Η. θεμελίωσαν έναν θεσμό πρωτοποριακό, έναν θεσμό που στήθηκε πάνω σε νέες αξίες: Οι ηλικιωμένοι να παραμείνουν μέσα στον κοινωνικό ιστό, ως μέλη ισότιμα και δραστήρια. Ο θεσμός αυτός ήρθε να καλύψει ένα κενό. Μία ανυπαρξία πολιτικής του παρελθόντος, όπου το Γηροκομείο ήταν η μόνη απάντηση σε όλες τις ανάγκες της Τρίτης Ηλικίας .

Αυτό που πρόσφεραν τα Κ.Α.Π.Η. στον τόπο μας είναι ότι αποτέλεσαν τις μοναδικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για ηλικιωμένους. Βασίζονται στην πρόληψη, όχι όμως μόνο την υγειονομική. Επειδή οι κοινωνικοί παράγοντες όπως η περιθωριοποίηση, η αδράνεια, η μοναξιά επιδρούν πολύ αρνητικά στην ψυχοσωματική μας υγεία, όλα τα προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. που δραστηριοποιούν τα μέλη του θεωρούνται προγράμματα πρόληψης (Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής , Οδηγός των ΚΑΠΗ,1994).

Τα Κ.Α.Π.Η. αποβλέπουν κυρίως στην ενίσχυση των ηλικιωμένων στα πλαίσια της κοινότητας και τους υποστηρίζουν ως ενεργά και ανεξάρτητα μέλη της κοινωνίας μέσω της παροχής κοινωνικών, ιατρικών και ψυχαγωγικών υπηρεσιών. Μέσω της κοινωνικής φροντίδας, στα ΚΑΠΗ γίνεται προσπάθεια αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου, διατήρησης στην ενεργό ζωή, καλλιέργειας ενδιαφερόντων, συμμετοχής στη ζωή της κοινότητας (Τριανταφύλλου Τζ. , Μεσθεναίου Ε. , 1993).

Ο θεσμός αυτός ωστόσο, έφτασε σ' ένα οριακό σημείο και πρέπει να διευρυνθεί, να έχει νέες κατευθύνσεις. Με την εκρηκτική αύξηση της πληθυσμιακής γήρανσης θα έχουμε νεότερους συνταξιούχους, νεότερους ηλικιωμένους με καλύτερη μόρφωση, με ειδίκευση, με απόψεις και δυναμικές διεκδικήσεις. Τα ΚΑΠΗ πρέπει να διευρύνουν τα προγράμματά τους έτσι που να μπορούν να καλύπτουν μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού (Αναστασία Κωσταρίδου- Ευκλείδη ,1999 :σελ.446).

Άλλα προγράμματα παροχής εξωιδρυματικής προστασίας, νέα για τη χώρα μας, είναι η 'Βοήθεια στο σπίτι' και το πρόγραμμα 'τηλεσυναγερμού'.

ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ξεκίνησε τα προγράμματα «Βοήθειας στο Σπίτι» στις αρχές του 1980 απαντώντας στις ανάγκες των ηλικιωμένων των Κ.Α.Π.Η. και των ανάπηρων παιδιών τους. Το πρώτο πρόγραμμα ξεκίνησε στην περιοχή μεταξύ Κερατσινίου και Δραπετσώνας όπου σήμερα στεγάζεται το Α'ΚΑΠΗ Κερατσινίου. Η ουσία είναι ότι το υπουργείο από το 1981 αρχίζει να εφαρμόζει και να χρηματοδοτεί το πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι ως αυτόνομο πρόγραμμα.

Η ουσιαστική εξάπλωση των προγραμμάτων ήρθε με την Υπουργική Απόφαση Π4β/5814 (ΦΕΚ 917,17.10.1997,Τεύχος Β'). Προηγήθηκε όμως η εφαρμογή του πιλοτικού προγράμματος «Βοήθειας στο Σπίτι» στα πέντε (5) προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. Δήμου Περιστερίου, με την απόφαση Π4β/οικ.4514 (ΦΕΚ 801,3.9.1996,Τεύχος Β') (Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»,2002:σελ 61) .

Το πρόγραμμα άρχισε να εφαρμόζεται σε 112 Δήμους της χώρας που έχουν Κ.Α.Π.Η. με χρηματοδότηση που δόθηκε στους Δήμους από το Υπουργείο Εσωτερικών και το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τα τρία (3) πρώτα χρόνια λειτουργίας. Τα επόμενα δύο (2) χρόνια το Κράτος θα καλύπτει το 50% του ποσού, ενώ ο Δήμος θα καλύπτει το υπόλοιπο 50%.

Για την εφαρμογή του προγράμματος απαιτούνται Κοινωνικός/ή Λειτουργός, Νοσηλευτής /τρια και Οικογενειακός /ή Βοηθός. Η ομάδα καταγράφει τις ανάγκες όσων χρειάζονται βοήθεια και την προσφέρει, όπως νοσηλευτική φροντίδα, σίτιση, εξωτερικές εργασίες, πληρωμές λογαριασμών, συντροφιά. Μέσα στο πλάνο της ομάδας είναι να εκπαιδεύσει μέλη της οικογένειας, προκειμένου να προσφέρουν σωστή βοήθεια στον πάσχοντα ηλικιωμένο.

Χρειάζεται βέβαια προσπάθεια ώστε να εξοικειωθούν τα άτομα της κοινότητας με το πρόγραμμα και να πεισθούν για τη σταθερότητα της εξυπηρέτησης.

Για τη λειτουργία και το σκοπό του προγράμματος θα γίνει αναλυτική αναφορά παρακάτω.

ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΛΕΣΥΝΑΓΕΡΜΟΥ:

Στο σπίτι εφαρμόζεται στην Αθήνα και τελευταίως στη Θεσσαλονίκη από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό [ΕΕΣ] με τη συνεργασία του Υπουργείου Υγείας, με σκοπό την παροχή άμεσης βοήθειας σε έκτακτες καταστάσεις μέσα από σύγχρονα τεχνολογικά μέσα σε ηλικιωμένα, μοναχικά άτομα, άτομα με ειδικές ανάγκες και χρόνιες παθήσεις. Ο κεντρικός σταθμός είναι εγκατεστημένος στο κτίριο του ΕΕΣ και οι περιφερειακοί σταθμοί συμπληρώνονται από ένα ειδικό δέκτη που είναι τοποθετημένος στο σπίτι

του εξυπηρετούμενου ηλικιωμένου. Θα πρέπει να υπάρχει τηλεφωνική συσκευή και ένας ατομικός πομπός που φοριέται διαρκώς και τίθεται σε λειτουργία στην περίπτωση που δεν μπορεί ο εξυπηρετούμενος να φτάσει τη συσκευή τηλεφώνου.

Η διαδικασία ένταξης στο πρόγραμμα και η επιλογή του συνδρομητή γίνεται έπειτα από αίτηση προς τον ΕΕΣ και την πραγματοποίηση κοινωνικής έρευνας και σχετικής έγκρισης, αφού ληφθεί υπόψη η κατάσταση της υγείας και η κοινωνική κατάσταση του ηλικιωμένου. Τα άτομα που μπορούν να επιλεγθούν προκειμένου να ενταχθούν στο πρόγραμμα είναι άτομα από κοινωνικές οργανώσεις, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τα Κ.Α.Π.Η. και ιδιώτες (Κωσταρίδου –Ευκλείδη Α.,1999,: σελ 448).

Το 2001 ο υφυπουργός Υγείας και Πρόνοιας κος Δημήτριος Θάνος προχώρησε στην υπογραφή σύμβασης με τον ΟΤΕ με στόχο να προσφέρει αξιοπρεπή διαβίωση στα μοναχικά άτομα τρίτης ηλικίας και ενέταξε το σύστημα της τηλεϊδοποίησης στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Τα κατά τόπους Κ.Α.Π.Η. αναζήτησαν και βρήκαν ανθρώπους που μένουν μόνοι τους και οι οποίοι έχουν αδυναμίες πλήρους εξυπηρέτησης. Στα άτομα αυτά τοποθετήθηκαν οι συσκευές τηλεβοήθειας, ενώ το Υπουργείο καλύπτει το κόστος των τελών προς τον ΟΤΕ που ανέρχεται σε περίπου 176.082 ευρώ το χρόνο (Χαραλαμπίκης Μ. , Τηλε-sos για τη γιαγιά , ΤΑ ΝΕΑ ,17-01-2002, Ν17244, σελ.14).

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ “ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ”

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΛΛΩΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΧΩΡΩΝ

Πολλές χώρες της Β. Ευρώπης εφαρμόζουν από την αρχή ακόμα του 20ου αιώνα, προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι με επιτυχία, αποτελεσματικότητα και ουσιαστική μείωση του οικονομικού, κοινωνικού και ψυχολογικού κόστους.

Η εμπειρία των άλλων χωρών από αυτή τη μακρόχρονη και συμφέρουσα εφαρμογή είναι χρήσιμη και για τη χώρα μας.

ΔΑΝΙΑ

Οι Δανοί έχουν μακρόχρονη πείρα στη φροντίδα των ηλικιωμένων μέσα στην κοινότητα.

Στην πρωτεύουσα Κοπεγχάγη το 13% περίπου του πληθυσμού είναι άτομα άνω των 70 ετών. Πολλά από αυτά είναι μεμονωμένα άτομα. Φροντίδα από το Δήμο της Κοπεγχάγης απολαμβάνει το 40% περίπου των άνω των 70 ετών: 30% βοηθούνται από το πρόγραμμα ‘Βοήθεια στο σπίτι’ και 10% διαμένουν σε κατοικίες στενής παρακολούθησης.

Το προσωπικό που διαθέτει ο Δήμος Κοπεγχάγης, είναι 110 εργαζόμενοι για κάθε χιλιάδα κατοίκων άνω των 67 ετών. Οι εργαζόμενοι είναι συνήθως γυναίκες.

Οι ειδικότητές τους είναι: α) φροντιστές ηλικιωμένων β) προσωπικό καθαριότητας και ετοιμασίας γευμάτων γ) διοικητικό προσωπικό και δ) κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, γιατροί, τραυματιοφορείς κ.ά..

Το κόστος των υπηρεσιών καλύπτεται από τους φόρους και τα δημοτικά τέλη. Η φιλοσοφία πίσω από τις υπηρεσίες αυτές είναι ότι κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα να τον φροντίσει το κοινωνικό σύνολο και δεν είναι υποχρέωση της οικογένειας και των παιδιών ν' αναλάβουν αυτό το βάρος, ακόμα περισσότερο δε στη σημερινή εποχή που τα περισσότερα άτομα είναι μοναχικά. Ακόμα όμως και τα άτομα που έχουν παιδιά, προτιμούν τη φροντίδα του Δήμου ή του Κράτους δεδομένου ότι έχουν συμβάλλει οικονομικά γι' αυτές τις υπηρεσίες που αποτελούν δικαίωμά τους.

Οι υπηρεσίες φροντίδας προσφέρονται σε 24ωρη βάση (Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι ,:σελ 106) .

ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ

Η ημερήσια φροντίδα στη Μ. Βρετανία έχει σαν σκοπό να υποστηρίξει τόσο τον ίδιο τον πληθυσμό, όσο και την οικογένειά του, ώστε να μείνει στο σπίτι του και στην κοινότητα όσο γίνεται περισσότερο χρόνο και όσο γίνεται πιο ανεξάρτητος.

Η «βοήθεια στο Σπίτι» είναι μια χωριστή υπηρεσία, ανεξάρτητη από τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας και προσφέρεται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση σε συνεργασία με τους συλλόγους φροντιστών ηλικιωμένων.

Οι υπηρεσίες του προγράμματος συμπεριλαμβάνουν όλες τις υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας, αλλά και καθαρισμού-τακτοποίηση σπιτιού, επισκευές, πληρωμή λογαριασμών, προσωπική υγιεινή, ψώνια κ.τ.λ..(Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι ,:σελ 112).

Ένα άλλο μέτρο είναι η τοποθέτηση ηλικιωμένων σε ανάδοχες οικογένειες επί πληρωμή κατά το πρότυπο των υπηρεσιών για παιδιά .Το μέτρο αυτό ωστόσο δεν έχει ακόμα πλατιά απήχηση γιατί δεν υπάρχει η αναγκαία κοινωνική παρόρμηση και γιατί χρειάζεται προσοχή στην

επιλογή οικογενειών για να αποφευχθεί τυχόν εκμετάλλευση και πολλές φορές σκληρότητα (Χριστοδούλου Κώστας ,1993, :σελ 255).

ΓΑΛΛΙΑ

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στους ηλικιωμένους Γάλλους μέσα στην κοινότητα και μέσα στο σπίτι τους παρουσιάζουν μεγάλη ευρύτητα. Όπως και στη Μ. Βρετανία δεν είναι πάντοτε χρηματοδοτούμενες από την Τοπική Αυτοδιοίκηση, ωστόσο ο Δήμος έχει κυρίως συντονιστικό ρόλο.

Όλες οι υπηρεσίες προσφέρονται είτε από κρατικούς είτε από ιδιωτικούς ή εθελοντικούς φορείς. Η πληρωμή τους καλύπτεται είτε από τους ίδιους τους εξυπηρετούμενους είτε από το ασφαλιστικό τους ταμείο. Το ποσοστό που πληρώνει κάθε γέρος ορίζεται από τους κανονισμούς που διέπουν τα ταμεία.

Το πλήρες φάσμα των υπηρεσιών που καρπώνονται οι ηλικιωμένοι αφορά τους τομείς της υγείας, της καθημερινής διαβίωσης, της κατοικίας και της ασφάλειας (Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι ,:σελ 109).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΤΟ ΠΡΟΝΟΙΑΚΟ ΕΡΓΟ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Το παρόν κομμάτι έχει ως σκοπό να καταδείξει το προνοιακό έργο που επιτελεί η Εκκλησία για τον άνθρωπο της τρίτης ηλικίας, αλλά και τη συνεχή μέριμνά της γι' αυτόν, εν' όψει μάλιστα των κοινωνικών συνθηκών που διαμορφώνουν τα δημογραφικά δεδομένα της εποχής μας.

Και αναφέροντας τις κοινωνικές και δημογραφικές μεταβολές, είναι γεγονός ότι η Ευρώπη μεταβάλλεται ραγδαία σε μια ήπειρο που κατοικείται από ηλικιωμένους. Η Ελλάδα δεν αποτελεί εξαίρεση στην εξέλιξη αυτή, αλλά αντίθετα παρουσιάζει έναν από τους μεγαλύτερους σε ηλικία πληθυσμούς, εξαιτίας τόσο της ραγδαίας πτώσης του αριθμού γεννήσεων όσο και της παράτασης της ζωής (Τριανταφύλλου Τζ., Μεσθεναίου Ε., 1993).

Επιπλέον η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και η πρόοδος της κοινωνικό-ιατρικής φροντίδας είχαν σαν αποτέλεσμα τη μεταβολή των δημογραφικών στοιχείων με κύριο χαρακτηριστικό την αύξηση του γεροντικού πληθυσμού.

ΑΡΧΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΝΟΙΑΚΟΥ ΕΡΓΟΥ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.

- Η Εκκλησία ιδρύει κέντρα υπερηλίκων κατά περιφέρειες , ώστε να μην ξεριζώνει τους ηλικιωμένους από το φυσικό περιβάλλον.
- Αποκλείει τα πολυάριθμα ιδρύματα και συνηγορεί σε μικρές μονάδες , ώστε να διασώζεται κατά το δυνατόν η προσωπική σχέση μεταξύ των περιθαλπομένων και να αποφεύγονται οι ψυχολογικές επιπτώσεις του ιδρυματισμού.

- Επιδιώκει την εθελοντική προσφορά (π. Καρπάθιος Στυλιανός, 1994, :σελ.28).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Στον προχριστιανικό κόσμο, η πρόνοια για τον άνθρωπο της Τρίτης Ηλικίας υπήρξε πολύ πενιχρή. Η εφαρμογή της επεβάλετο κυρίως από λόγους οικονομικής σκοπιμότητας (π.χ. προς αποφυγή κοινωνικών ταραχών) ή προκαλείτο από οίκτο.

Από τις πρώτες χριστιανικές κοινωνίες, εφαρμόζεται ένα ευρύτατο προνοιακό έργο, που ασκείται χωρίς διάκριση και υπολογισμό. Διακρίνεται σε δύο τύπους: α) τον ανοιχτό (ή μη ιδρυματικό) και β) τον κλειστό (ή ιδρυματικό) ο οποίος ανθεί κυρίως κατά την περίοδο που η εκκλησία δρα ελεύθερη.

Με την ίδρυση της βυζαντινής αυτοκρατορίας, η συστηματική οργάνωση υπηρεσιών υγείας, με σαφώς διαχωρισμένες υποχρεώσεις προς τους γέροντες, αποτελεί γεγονός. Σε ιδρυματικές μονάδες κυρίως για τους ηλικιωμένους, περιθάλπεται μεγάλος αριθμός απόρων ή ασθενών ατόμων της τρίτης ηλικίας. Επιφανείς κληρικοί υπήρξαν διευθυντές ή ιδρυτές οίκων ευγηρίας και φροντιστές γενικότερα μιας ευρύτατης μέριμνας για την Τρίτη ηλικία.

Κατά την τουρκοκρατία, η πρόνοια αυτή συνεχίζεται κυρίως ως ανοιχτή, με κλειστό τύπο τη χρησιμοποίηση Ιερών Μονών ως νοσοκομείων ή γηροκομείων (π. Καρπάθιος Στυλιανός, 1994 :σελ 25).

Οι βασικοί λόγοι που οδήγησαν στην δημιουργία ενός ευρύτερου προνοιακού έργου για την Τρίτη ηλικία είναι οι ακόλουθοι:

A) Το δημογραφικό πρόβλημα , το οποίο συνίσταται στην αύξηση των άτεκνων ή ολιγομελών οικογενειών, με άμεση συνέπεια την μειωμένη παρουσία παιδιών κοντά στους γονείς τους κατά την ηλικία της φυσικής κάμψης και των ποικίλων ψυχολογικών συνεπειών που ακολουθούν.

B) Η αστυφιλία, οξυμένα προβλήματα παρατηρούνται κυρίως στις πολυπληθείς ενορίες μεγάλων αστικών κέντρων. Αυτά έρχονται ως συνέπεια αφενός επειδή η νεώτερη γενιά αναζήτησε ιδανικότερους τόπους διαβίωσης μακριά της οικογενειακής εστίας, αφ'ετέρου επειδή το κόστος των ακινήτων στις περιοχές του ευρύτερου κέντρου της πρωτεύουσας είναι περισσότερο συμβατό με τα χαμηλά κατά κανόνα εισοδήματα των συνταξιούχων.

Γ) Τα ειδικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας. Πρόκειται για παθολογικές καταστάσεις βαρείας σωματικής ή ψυχοδιανοητικής αναπηρίας, των οποίων η αντιμετώπιση στο σπίτι καθίσταται προβληματική .

Η συνεχής μείωση των γεννήσεων και ουσιαστικά του ενεργού πληθυσμού, με την παράλληλη αύξηση του δείκτη επιβίωσης, αναδεικνύει την Τρίτη ηλικία στην πρωτεύουσα θέση του προνοιακού έργου.

Η Εκκλησία από τη φύση της διαφέρει από τους λεγόμενους «κοινωνικούς φορείς». Δεν λειτουργεί μονοσήμαντα με την αντίληψη ενός συγκεκριμένου προγράμματος , αλλά εκτιμά το πρόβλημα στις αληθινές του διαστάσεις και προσπαθεί να δημιουργήσει την αναγκαία υποδομή για την αντιμετώπισή του στο άμεσο μέλλον.

Γι' αυτό στηρίζει τον θεσμό της οικογένειας, ως διαχρονικής αξίας, καλλιεργεί την ανάγκη της πολυτεκνίας, επισημαίνει πως η τιμή και ο σεβασμός στον άνθρωπο της τρίτης ηλικίας, αποτελούν έκφραση υπακοής στο θέλημα του θεού, και επίσης έχει ως άμεση προοπτική να καλύψει με μικρές μονάδες τα καθημερινά προβλήματα (π. Καρπάθιος Στυλιανός, 1994, :σελ 28-29).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ Γ΄ ΗΛΙΚΙΑ.

Η Τρίτη ηλικία στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής κατέχει πολύ σημαντικό ρόλο εξαιτίας των συνεχών μεταλλαγών στα δημογραφικά και επιδημιολογικά δεδομένα και των οικονομικών επιβαρύνσεων που επιφέρει στον εθνικό πλούτο κάθε χώρας. Φορείς οι οποίοι συμβάλλουν καθοριστικά στη σύγκλιση πολιτικών προστασίας των ηλικιωμένων, σε διεθνές επίπεδο, είναι οι διεθνείς οργανισμοί. Οι οποίοι έχουν ως επιδίωξη την άρση των ανισοτήτων στα κράτη-μέλη τους. Ωστόσο ενώ τις διεθνείς διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής τις διαμορφώνουν οι διεθνείς οργανισμοί, την καθ' αυτού άσκηση αυτής την επωμίζεται το ίδιο το κράτος, με τη διττή υπόσταση που έχει ως προστάτης και φορέας άσκησης κοινωνικού ελέγχου (Γείτονα Μαίρη, 1994, :σελ 20).

Η Ελλάδα σταδιακά προσαρμόζει την κοινωνική της πολιτική σε θέματα της Τρίτης Ηλικίας, σύμφωνα με τους προσανατολισμούς των δυτικοευρωπαϊκών χωρών και ιδιαίτερα τις κατευθύνσεις των διεθνών οργανισμών.

Σήμερα η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής για τους ηλικιωμένους στρέφεται προς πολλές κατευθύνσεις. Οι βασικότερες από αυτές εστιάζονται: α) στην κοινωνική συμμετοχή των ηλικιωμένων μέσα από διαφορετικά προγράμματα, β) στην προαγωγή της υγείας και πρόληψη

της ασθένειας ,γ)στην ευαισθητοποίηση του οικογενειακού, φιλικού ή κοινωνικού περιβάλλοντος σε θέματα μέριμνας και δ) στην ενεργοποίηση προγραμμάτων επιμορφωτικών, εκπαιδευτικών , πολιτιστικών , ψυχαγωγικών κ.α. (Γείτονα Μαίρη , 1994 ,:σελ 22).

Αξίζει πάντως ν' αναφερθεί ότι αν και πάντοτε υπήρχε πλουραλισμός φορέων όσον αφορά την προστασία των ηλικιωμένων, προερχόμενος από την ιδιωτική πρωτοβουλία (κερδοσκοπική ή μη), την Εκκλησία, τα εργατικά συνδικάτα, το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον –τη γειτονιά ,την οικογένεια – ο ρόλος του κράτους ήταν πάντοτε υποβαθμισμένος και άκαμπος.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.

Οι Εθελοντικές Οργανώσεις , η Εθελοντική Κοινωνική Πρόνοια και ο Εθελοντισμός, πρόδρομοι των σύγχρονων συστημάτων Κοινωνικής Πολιτικής, διαφέρουν μεταξύ τους και τα σχήματά τους ποικίλλουν επηρεαζόμενα από την ιστορική προέλευση, τις αξίες και τους αρχικούς στόχους των εθελοντικών οργανώσεων. Η διαφοροποίηση αυτή επιτείνεται και από τις ανάγκες ατόμων, ομάδων και κοινοτήτων.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ύπαρξη και ανάπτυξη των εθελοντικών οργανώσεων θεωρείται η ευελιξία και προσαρμογή για κάλυψη νέων αναγκών και προβλημάτων ώστε ν' ανταποκριθούν στις σύγχρονες ή μελλοντικές ανάγκες και να εξασφαλίζεται η συμβολή τους στην Κοινωνική Πολιτική της χώρας.

Ιδιαίτερα με την κατάργηση των συνόρων, την οικουμενική διάσταση των προβλημάτων και αναγκών, τις τεχνολογικές εξελίξεις, επιβάλλεται οι Εθελοντικές οργανώσεις ν' αναλάβουν ενεργό θέση στη διερεύνηση γενικότερων προβλημάτων, να επισημάνουν τρόπους

αντιμετώπισής τους, να οργανωθούν με σύγχρονο τρόπο, να ενισχύσουν πρωτοβουλίες, να επιδιώξουν την εμπλοκή των βοηθούμενων και όλων των πολιτών στις οργανώσεις (Μαλικούτη Μαρία , 1994 ,:σελ 35-36).

Για την προώθηση του Εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης, την ενεργοποίηση των πολιτών και την ανάληψη της ατομικής τους ευθύνης, στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας λειτουργεί τμήμα Εθελοντισμού με συγκεκριμένους σκοπούς. Όπως την καταγραφή σε πανελλαδικό επίπεδο των εθελοντικών οργανώσεων, την δημιουργία τράπεζας δεδομένων για όλες τις εθελοντικές οργανώσεις, την προώθηση της συνεργασίας μεταξύ φορέων του δημόσιου τομέα και εθελοντικών οργανώσεων. Επίσης την παροχή ειδικών κινήτρων για την ευαισθητοποίηση των πολιτών, την ενθάρρυνση και διευκόλυνση της εθελοντικής δράσης και την προώθηση προγραμμάτων εκπαίδευσης εθελοντών ([http://www .mohaw.gr/GR/welfare gr/start/start.htm](http://www.mohaw.gr/GR/welfare_gr/start/start.htm)).

Στόχος των εθελοντικών οργανώσεων πρέπει να είναι η ενθάρρυνση της κοινωνικής συμμετοχής των πολιτών όλων των ηλικιών, η πληροφόρηση όλου του πληθυσμού στα μέτρα αυτοφροντίδας για την υγεία και την ανάπτυξη της αυτοβοήθειας και η ενίσχυση της υπευθυνότητας κάθε πολίτη για καλύτερη ποιότητα και επίπεδο ζωής.

Ωστόσο ο εθελοντισμός για την παροχή υπηρεσιών στους ηλικιωμένους δεν έχει αναπτυχθεί σε μεγάλο βαθμό στην Ελλάδα, με φωτεινή εξαίρεση ίσως τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό που έχει μακρά παράδοση στην οργάνωση των εθελοντών σε πολλούς τομείς της κοινωνικής ζωής.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.

Οι συνεχώς μεταβαλλόμενες κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε εθνικό επίπεδο, συνεπάγονται πληθώρα προκλήσεων για διεύρυνση της δράσης της Αυτοδιοίκησης σε νέους τομείς, μέσα από ένα συνεχώς αναδιαμορφούμενο πλαίσιο νέων ρόλων. Ξεχωριστή θέση στο νέο ευρύ φάσμα των αρμοδιοτήτων οφείλουν να κατέχουν οι πολιτικές κοινωνικής φροντίδας (Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι , 2002).

Θεωρώντας σαν δεδομένες τις νομοθετικές και θεσμικές ρυθμίσεις για το ρόλο της Τ.Α καθώς και το συνολικό σχεδιασμό για την Υγεία και την Πρόνοια , από την Κεντρική Διοίκηση, με υποστηρικτικές για το τοπικό επίπεδο υπηρεσίες , είναι σίγουρο πώς οι Ο.Τ.Α. αναλαμβάνουν την υλοποίηση σημαντικού προνοιακού έργου στα επόμενα χρόνια (Βενετάκη Καρολίνα ,1994, :σελ 33).

Το πλέον γνωστό και εκτεταμένο πρόγραμμα, στα πλαίσια των Ο.Τ.Α., είναι τα Κέντρα Ανοιχτής Περιθαλψης Ηλικιωμένων. Η προσπάθεια, δηλαδή, παροχής εξωιδρυματικής προστασίας στους ηλικιωμένους υπό τη μορφή ανάπτυξης δικτύου. Υπό τη μορφή τοπικών πρωτοβουλιών καταγράφουμε από τους Ο.Τ.Α. υπηρεσίες που αφορούν στην ιδρυματική προστασία, τη Βοήθεια στο Σπίτι , την έκτακτη επιδότηση, τη σίτιση κ.α.

Ωστόσο ακόμα και αν έχει τη δυνατότητα και τη διάθεση η Τ.Α να σχεδιάσει και να εκφράσει προγράμματα πρόνοιας δεν μπορεί να έχει το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα , αν αυτό δεν είναι συμβατό με έναν πιο κεντρικό σχεδιασμό από τη μεριά της πολιτείας (Βενετάκη Καρολίνα ,1994).

- Η Τ.Α. μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικά στην εφαρμογή ολοκληρωμένης πολιτικής για τους ηλικιωμένους με τους εξής τρόπους:
- Με την αξιολόγηση των υπάρχουσών υπηρεσιών και προγραμμάτων για τους ηλικιωμένους στο τοπικό επίπεδο.
- Με τον σχεδιασμό υπηρεσιών και προγραμμάτων στο τοπικό επίπεδο μετά από έρευνα αναγκών.
- Με την αξιοποίηση των τοπικών πηγών και μέσων.
- Με το να διασφαλίζει στους ηλικιωμένους συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για υπηρεσίες και προγράμματα που τους αφορούν.

Θεωρούμε ότι τα παραπάνω θα βοηθήσουν σημαντικά:

- Στην κάλυψη βασικών ανθρώπινων αναγκών των ηλικιωμένων, καθώς και στην κάλυψη δευτερογενών αναγκών.
- Στην αποδέσμευση και ενεργοποίηση κοινωνικών δυνάμεων που μπορούν να στηρίξουν αλλά και να προσφέρουν έργο.
- Στην ανταποδοτική λειτουργία προγραμμάτων για τους ηλικιωμένους.
- Στην ενίσχυση της κοινωνικής συνείδησης και της κοινοτικής συνοχής (Βενετάκη Καρολίνα , 1994 ,:σελ 34).

Ελπίζουμε ότι κάποια στιγμή η Τοπική Αυτοδιοίκηση θα μπορέσει ν' αναπτύξει πολιτική βούληση ώστε να εφαρμόσει προγράμματα και υπηρεσίες προστασίας των ηλικιωμένων, να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις ώστε να της ανατεθεί επιτέλους ο ρόλος του συντονισμού και της διαχείρισης των προνοιακών προγραμμάτων και υπηρεσιών που πραγματοποιούνται σε τοπικό επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ 'ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ'

Στη χώρα μας η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και υγιεινής κυρίως μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο μείωσε σημαντικά τη θνησιμότητα με αποτέλεσμα τη σημαντική αύξηση του προσδόκιμου χρόνου διαβίωσης κατά τη γέννηση, ενώ ταυτόχρονα παρατηρήθηκε αντίστοιχη μείωση της αναπαραγωγικότητας.

Τέλος παρατηρήθηκε μεταπολεμικά ένα παρατεταμένης διάρκειας κύμα φυγής από τη χώρα έχοντας ως αποτέλεσμα τη μετανάστευση των οικονομικά παραγωγικών κοινωνικών ομάδων και την παραμονή των μη-παραγωγικών.

Οι εξελίξεις αυτές οδήγησαν σε αλλοίωση της σύνθεσης του πληθυσμού με απόλυτη αύξηση του αριθμού των ατόμων άνω των 65 ετών που υπερδιπλασιάστηκαν τα τελευταία τριάντα χρόνια από 7% σε 15% περίπου.

Είναι γεγονός ότι στα άτομα που βρίσκονται στην Τρίτη Ηλικία, μειώνεται η δυνατότητα ανεξαρτησίας τους ενώ δημιουργούνται συνεχώς ανάγκες φροντίδας τους. Σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από άμεση παροχή ιατρικών, νοσηλευτικών, κοινωνικών υπηρεσιών και από ειδικές δομές υγείας και νοσηλευτικής φροντίδας.

Με αυτό το σκεπτικό καθώς επίσης και της απαίτησης για συνεχή βοήθεια και συμπαράστασης των συγγενών που επωμίζονται το βάρος της φροντίδας των παραπάνω ατόμων, το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και η Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος, προχώρησαν στην εφαρμογή του προγράμματος 'Βοήθεια στο Σπίτι' για την Τρίτη Ηλικία (Ματζιάρας Μαρίνος, 1999).

A) Γενικός σκοπός του προγράμματος, είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας του ηλικιωμένου, η ελαχιστοποίηση χρήσης ιδρυματικής φροντίδας και η βελτίωση και εξασφάλιση της ποιότητας της ζωής τους (Προγραμματική Σύμβαση) .

Όπως προκύπτει από την προγραμματική σύμβαση, στόχος του προγράμματος είναι η δημιουργία των προϋποθέσεων για αξιοπρεπή διαβίωση των ηλικιωμένων που κατοικούν στην περιοχή και ζουν μόνοι τους διαρκώς ή περιοδικά, δεν αυτοεξυπηρετούνται επαρκώς ή γενικά αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο να περιέλθουν σε κατάσταση κοινωνικού αποκλεισμού.

B) Ειδικότερα οι δράσεις και επιδιώξεις του προγράμματος είναι οι ακόλουθες:

1. Η ανίχνευση, διερεύνηση, καταγραφή, ταξινόμηση και συστηματική επεξεργασία των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων.
2. Η ιεράρχηση των κοινωνικών αναγκών των ηλικιωμένων [καθορισμός προτεραιοτήτων] που αφορούν:
 - ανάγκες εξασφάλισης ή βελτίωσης της αυτοεξυπηρέτησης
 - ανάγκες κάλυψης βασικών αναγκών καθημερινής λειτουργίας (διαβίωσης)
 - αντιμετώπιση αναγκών πρόληψης, παρακολούθησης ή αποκατάστασης ψυχοσωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων
 - κάλυψη πολιτιστικών, θρησκευτικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων.
3. Η κοινωνική χαρτογράφηση της ευρύτερης κοινότητας

4. Η διερεύνηση των κοινωνικών δυνάμεων και τάσεων που θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην προβολή, στήριξη και ανάπτυξη του προγράμματος και την αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων.

5. Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας για το πρόγραμμα της ιδιαιτερότητας και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

6. Η ανάπτυξη των εθελοντικών δραστηριοτήτων των Δημοτών σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο, που θ' αποσκοπούν στην έκφραση συναισθημάτων και πράξεων κοινωνικής αλληλεγγύης και στην καλλιέργεια της αλληλεγγύης των γενεών.

7. Η καταγραφή των δυνατοτήτων και των εμπειριών των ηλικιωμένων της τοπικής κοινωνίας και οργάνωση συστήματος αξιοποίησης τους σε όφελος του Δήμου και ιδιαίτερα των παιδιών των ίδιων των ηλικιωμένων.

8. Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στους τομείς:

- Συμβουλευτικής και ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους
- Νοσηλευτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας
- Οικογενειακής φροντίδας
- Φυσικοθεραπείας και ήπιας αθλητικής άσκησης
- Αγωγής Υγείας και Πρόληψης
- Εργοθεραπείας
- Διασυνδετικής με άλλους φορείς [κοινής ωφέλειας]
- Πολιτιστικής, θρησκευτικής και κοινωνικής δράσης
- Ιατροφαρμακευτικής φροντίδας
- Ψυχαγωγίας, διακοπών κ.ά.

9. Η συστηματοποίηση του δικτύου των υπηρεσιών και των διαδικασιών κοινωνικής φροντίδας σε επίπεδο Δήμου, μηχανοργάνωσης του δικτύου και η διασύνδεσή του με άλλα δίκτυα.

10. Η σύνταξη εκθέσεων προόδου, στατιστικών στοιχείων, ποιοτικών αναλύσεων διαχρονικών αξιολογήσεων εφαρμογής ή αποτελέσματος για την επανατροφοδότηση του σχεδιασμού του προγράμματος αλλά και άλλων σχετικών κοινωνικών προγραμμάτων.

Γενικότερα ο σκοπός και το αντικείμενο του προγράμματος θα επιτευχθεί μέσω της παροχής οργανωμένης και συστηματικής κοινωνικής φροντίδας από ειδικούς επιστήμονες και καταρτισμένα στελέχη και από εθελοντές και φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας (Προγραμματική Σύμβαση , άρθρο 2).

Η υλοποίηση του προγράμματος θα ξεκινήσει μετά τη σύμβαση που θα συναφθεί μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, του Υπουργείου Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε., του Δημάρχου και Προέδρου Κ.Α.Π.Η. και τις Δημοτικές Επιχειρήσεις των Δήμων. Η σύμβαση αυτή αποτελεί το πλαίσιο της συνεργασίας των συμβαλλόμενων φορέων. Αρχίζει να ισχύει από την ημέρα υπογραφής της από όλους τους συμβαλλομένους και η διάρκειά της ορίζεται πενταετής (Προγραμματική Σύμβαση , άρθρο 9).

Γ) Για την οικονομική ενίσχυση του προγράμματος ισχύουν τα παρακάτω:

Οι Δήμοι της α΄ φάσης, μέσα στους οποίους και η Πάτρα θα επιχορηγηθούν από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης λογαριασμός «Κεντρικοί Αυτοτελείς Πόροι των Δήμων και Κοινοτήτων» που τηρείται στο Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων, με ποσό έξι εκατομμύρια δρχ. (6.000.000) για το 2ο εξάμηνο του 1997 και με το ποσό δώδεκα εκατομμύρια (12.000.000)δρχ. για κάθε επόμενο χρόνο από τα τρία (3) πρώτα χρόνια του προγράμματος, για τα υπόλοιπα δύο (2) χρόνια του

προγράμματος από τα πέντε (5)) με ποσό έξι εκατομμύρια (6.000.000)δρχ. (ΦΕΚ ,Αρ. φύλλου 917, 17-10-1997 ,άρθρο 5.1).

Οι Δήμοι της β' φάσης, θα επιχορηγηθούν από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Φ. 15/220 και ΚΑΕ 2569 με ποσό έξι εκατομμύρια (6.000.000)δρχ. για το β' εξάμηνο του 1997 και με το ποσό δώδεκα εκατομμύρια (12.000.000)δρχ. για κάθε επόμενο χρόνο για κάθε μία ζετία, για τα υπόλοιπα δυο (2) χρόνια του προγράμματος με ποσό έξι εκατομμύρια (6.000.000)δρχ.

Το πρόγραμμα δύναται επίσης να έχει πόρους από:

- Χορηγίες, δωρεές, επιδοτήσεις, επιχορηγήσεις είτε προς τον φορέα εκτέλεσης είτε προς τον καθένα των συμβαλλομένων για τον προβλεπόμενο στην παρούσα σύμβαση σκοπό και κάθε άλλη νόμιμη πηγή εσόδων.
- Την τιμολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών όπου υπάρχει δυνατότητα και προσφορά αποζημίωσης (Προγραμματική Σύμβαση , άρθρο 5.2).

Οι παραπάνω βέβαια όροι διατίθενται αποκλειστικά για την βελτίωση των όρων λειτουργίας του προγράμματος και δεν απαλλάσσουν τους συμβαλλόμενους από τις υποχρεώσεις τους.

Δ) Εποπτεία- Διοίκηση

Η εφαρμογή του προγράμματος τελεί υπό την άμεση εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (ΦΕΚ , Αρ. Φύλλου 917, 17-10-1997 , άρθρο 4.1).

Συντονίζεται και εποπτεύεται από 7μελή Επιτροπή Παρακολούθησης [Ε. Π.] που συστήνει ο Πρόεδρος της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. , εδρεύει στην Αθήνα και έχει αποφασιστικό, εποπτικό και συντονιστικό

ρόλο σε θέματα οργάνωσης, εποπτείας, διαχείρισης και εύρυθμης λειτουργίας του προγράμματος (Προγραμματική Σύμβαση ,άρθρο 7.1).

Η σύνθεση της επιτροπής είναι οι εξής: δύο(2) εκπρόσωποι του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, εκ των οποίων ένας από τη Διεύθυνση Ηλικιωμένων και ΑμΕΑ, δύο(2) εκπρόσωποι του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, τρία(3) μέλη της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων της ΚΕΔΚΕ και μεταξύ αυτών ο Πρόεδρος της Επιτροπής, ο οποίος θα είναι και ο Πρόεδρος της Επιτροπής Παρακολούθησης του Προγράμματος.

Η θητεία της Επιτροπής είναι 3ετής με δυνατότητα ανανέωσης μέχρι τη λήξη του Προγράμματος, δηλαδή για άλλα 2(δύο) χρόνια.

Η επιτροπή συνεδριάζει τουλάχιστον μία φορά το μήνα και έκτακτα όποτε είναι απαραίτητο με πρόσκληση του Προέδρου ή τουλάχιστον τριών μελών της Επιτροπής (Προγραμματική Σύμβαση , άρθρο 7.4).

Η Επιτροπή Παρακολούθησης έχει την ευθύνη της προετοιμασίας, εκτέλεσης του προγράμματος και της προβολής του, της παρακολούθησης τήρησης των προγραμματικών συμβάσεων, της πιστής εφαρμογής και του συντονισμού του προγράμματος, της αντιμετώπισης των προβλημάτων εφαρμογής σε συνεργασία με τους φορείς υλοποίησης και τις αρμόδιες υπηρεσίες των αντίστοιχων Υπουργείων, της σύνταξης εκθέσεων προόδου και αξιολόγησης του όλου προγράμματος (ΦΕΚ ,αρ. φύλλου 917,17-10-1997,άρθρο 7.2).

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΠΑΤΡΕΩΝ

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι για την Τρίτη Ηλικία» ξεκίνησε στο Δήμο Πατρέων την άνοιξη του 1998. εκτός από το βασικό σκοπό για τη βελτίωση και εξασφάλιση της ποιότητας της ζωής του ηλικιωμένου στο σπίτι του, ως επιμέρους στόχος τέθηκε η παροχή οργανωμένης και συστηματικής κοινωνικής φροντίδας από ειδικούς επιστήμονες, από φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης και από εθελοντές, σε ηλικιωμένους που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, με προτεραιότητα σε αυτούς που ζουν μόνοι τους και που το εισόδημά τους είναι αρκετά χαμηλό και δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης.

Τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας» που υλοποιεί ο Δήμος Πατρέων σε συνεργασία με την “Αναπτυξιακή Δημοτική Επιχείρηση Πάτρας” είναι μία δυναμική παρέμβαση με την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών σε μοναχικά ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη από φροντίδα και ψυχολογική στήριξη στο φυσικό τους χώρο, στο σπίτι τους.

Το πρόγραμμα «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας» ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2000 με σκοπό να λειτουργήσει δύο(2) χρόνια. Τελικά πήρε παράταση μέχρι τις 31/12/2003. Παρ’ ότι το αντικείμενο και ο σκοπός του προγράμματος ταυτίζεται με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» ωστόσο η χρηματοδότηση είναι διαφορετική. Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Υπουργείο Εργασίας.

Περίπου το 2002 ξεκίνησε και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι II », το οποίο θα λειτουργήσει για πέντε(5) χρόνια.

Το πρόγραμμα εντάσσεται στα περιφερειακά επιχειρησιακά προγράμματα του Γ' κοινοτικού πλαισίου στήριξης και οι στόχοι του συμπίπτουν με τους στόχους του αρχικού προγράμματος.

Για τη σωστή και εύρυθμη λειτουργία του προγράμματος ακολούθησαν τα εξής στάδια των θεωριών του κοινωνικού σχεδιασμού:

A) Απογραφή της υπάρχουσας κατάστασης.

Πρωταρχικό καθήκον ήταν να πραγματοποιηθεί μια περιεκτική απογραφή αναφορικά με την κατάσταση και τη δομή του πληθυσμού, ο οποίος είχε πρώτα μελετηθεί.

B) Εντοπισμός των αναγκών.

Με πρωταρχικό εργαλείο το “Κοινωνικό Ιστορικό”, εντοπίστηκαν από την ομάδα του προγράμματος όλες οι ανάγκες των ηλικιωμένων τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά με τρόπο συστηματικό και μεθοδευμένο. Πραγματοποιήθηκε η εκτίμηση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τις επαφές της ομάδας με τους ηλικιωμένους, όπου ο Κοινωνικός Λειτουργός εκτίμησε την ανάγκη παρέμβασης καθώς και τις ανάγκες για κοινωνική, ψυχολογική και οικογενειακή φροντίδα του ηλικιωμένου. Η νοσηλεύτρια εκτίμησε τις ανάγκες νοσηλευτικής φροντίδας και αυτοεξυπηρέτησης και η οικογενειακή βοηθός για οικιακή εργασία και ατομική υγιεινή.

Γ) Καθορισμός σχεδίου δράσης.

Καθορίζονται τα απαραίτητα προγράμματα σχεδιασμού που απαιτούνται βάσει των αναγκών που έχουν εντοπισθεί. Συγκεκριμένα επιλέχθηκε το μοντέλο της “σχεδιασμένης” αλλαγής, όπου αναφερόμαστε σε μία σκόπιμη παρέμβαση με στόχο την αντιμετώπιση μιας συγκεκριμένης κατάστασης ή προβλήματος

Δ) Εφαρμογή του επιλεγθέντος σχεδίου δράσης.

Σε αυτό το στάδιο υλοποιούνται οι έμπρακτες και πιο ουσιαστικές παρεμβάσεις για τους ηλικιωμένους. Συγκεκριμένα εδώ διαφαίνεται ο ρόλος που θα κληθεί να παίξει ο κοινωνικός λειτουργός, η νοσηλεύτρια και η οικογενειακή βοηθός.

Ε) Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και ανατροφοδότηση.

Η αξιολόγηση αποτελεί μια συνεχή διαδικασία βάσει της οποίας η διαδικασία παρέμβασης μπορεί να τροποποιηθεί ή να αναθεωρηθεί. Κάθε νέα διαδικασία εξαρτάται από τα αποτελέσματα της αξιολόγησης. Η ανατροφοδότηση είναι η σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρέμβασης με τους επιδιωκόμενους σκοπούς. Διαπιστώνεται η επίτευξη ή όχι των επιδιωκόμενων στόχων και προσδιορίζονται οι αναγκαίες προσαρμογές για την επανάληψη της διαδικασίας των παρεμβάσεων.

ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» αναδεικνύεται σε ιδανικό πεδίο εφαρμογής της διεπιστημονικής συνεργασίας. Για να καλυφθούν και απαντηθούν οι ανάγκες που προκύπτουν χρειάζεται ψυχολογική υποστήριξη από ψυχολόγους, η νοσηλευτική φροντίδα από νοσηλεύτές/τριες, ο συντονισμός της φροντίδας από επισκέπτες/τριες υγείας, η παρακολούθηση και αγωγή από γιατρούς, η κινητοποίηση από φυσικοθεραπευτές/τριες, η διευθέτηση προβλημάτων της οικιακής οικονομίας από οικογενειακούς βοηθούς, ο συντονισμός και η διευθέτηση κοινωνικών προβλημάτων από κοινωνικούς λειτουργούς.

Η διαμόρφωση όμως και λειτουργία της Διεπιστημονικής Ομάδας Υγείας δεν επιτυγχάνεται με την απλή συνεργασία των διάφορων επαγγελματιών. Προαπαιτεί μια διαδικασία εκπαίδευσης στην αποσαφήνιση και συγκεκριμενοποίηση του ρόλου κάθε επαγγελματία για το ίδιο το αντικείμενό του. Στην επόμενη φάση χρειάζεται η ευαισθητοποίηση και γνωριμία του επιστημονικού πεδίου και του ρόλου των άλλων μελών της ομάδας.

Η λειτουργία της Διεπιστημονικής Ομάδας Υγείας διασφαλίζει τόσο την αποτελεσματικότητα του έργου όσο και την προστασία των ίδιων των μελών της από την αναμενόμενη ψυχική φθορά, ενώ η ατομική και συλλογική υπευθυνότητα ανατροφοδοτούν τις δυνατότητες της ομάδας (Μπένος Αλέξης , 1999)

ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι εκείνοι που συνήθως έχουν την αρμοδιότητα για την εκτίμηση των αναγκών των ηλικιωμένων και των φροντιστών τους για υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι. Φροντιστές είναι τα άτομα που αφιερώνουν ένα σημαντικό μέρος του χρόνου και των δραστηριοτήτων τους στη φροντίδα των εξαρτημένων ηλικιωμένων συγγενών τους. Στο έργο τους αυτό οι Κοινωνικοί Λειτουργοί συνεργάζονται με τοπικά νοσοκομεία, ιατρούς και τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Βέβαια συχνά βρίσκονται στην δύσκολη θέση ν' αποφασίσουν ποιος θα έχει πρόσβαση στις ούτως ή άλλως περιορισμένες υπηρεσίες.

Από την άλλη πλευρά όμως ο ρόλος τους είναι πολυσύνθετος: βοηθούν και ενισχύουν τους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους εάν υπάρχουν, με την παροχή συμβουλών και πληροφοριών που αποβλέπουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους (Τριανταφύλλου Τζ., Μεσθεναίου Ε. 1993 , σελ 39).

Ο κοινωνικός λειτουργός έχει σαν αντικείμενο εργασίας την πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση προβλημάτων της κοινωνικής και ψυχικής σφαίρας του ηλικιωμένου. Επίσης εφαρμόζει σχεδόν όλες τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας:

-την Κοινωνική Εργασία με Άτομα, που αφορά την εξατομικευμένη εργασία για την επίλυση προβλημάτων και την στήριξη του συγκεκριμένου ατόμου.

-την Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια, όπου το πρόβλημα του ηλικιωμένου αντιμετωπίζεται σαν πρόβλημα όλης της οικογένειας.

- την Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα, όπου πραγματοποιείται η διασύνδεσή του με το Κ.Α.Π.Η. ή με άλλους φορείς και κοινωνικές ομάδες ώστε ν' αμβλυνθούν οι κοινωνικές αντιπαλότητες και η

κοινωνική απομόνωση (Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής , Οδηγός των ΚΑΠΗ ,1994).

Για την σωστή και εύρυθμη λειτουργία του προγράμματος, ο Κοινωνικός Λειτουργός πρέπει να παρέμβει έμπρακτα και ουσιαστικά αφού αυτός είναι το πρόσωπο το οποίο έρχεται σε επαφή με τους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους και φροντίζει για την αποτελεσματικότερη κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων που χρειάζονται βοήθεια. Επίσης εντοπίζει, συνεργάζεται και αλληλοενημερώνεται με τους τοπικούς κοινωνικούς φορείς ιδιωτικού και δημόσιου δικαίου που μπορούν κατάλληλα να χρησιμοποιηθούν για την πληρέστερη παροχή υπηρεσιών στο πρόγραμμα.

Ταυτόχρονα διατηρεί αρχείο των περιπτώσεων όπου καταγράφονται όλες οι επισκέψεις της ομάδας σε όλα τα επίπεδα βοήθειας προς τους ηλικιωμένους. Τέλος ενημερώνεται τακτικά τόσο βιβλιογραφικά όσο και από συνέδρια, ημερίδες σχετικές με το αντικείμενο εργασίας με στόχο την προώθηση των σκοπών του προγράμματος και την εύρυθμη λειτουργία του (Ματζιάρας Μαρίνος,1999, :σελ229)

ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Συμπληρωματική μα άκρως απαραίτητη είναι και η συμμετοχή του νοσηλευτικού προσωπικού για την εφαρμογή του σχεδίου δράσης.

Η Νοσηλεύτρια ασχολείται με τους ηλικιωμένους σε τρία (3) επίπεδα. Στο πρώτο επίπεδο πραγματοποιεί ποικίλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως τακτικός έλεγχος ζωτικών σημείων , μέτρηση σακχάρου στο αίμα και παρακολούθηση ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη σε συνεργασία με τον ιατρό τους . πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση κατακλίσεων , παροχή πρώτων βοηθειών σε έκτακτα περιστατικά κ.α.

Σε δεύτερο επίπεδο ασχολείται με την μετανοσοκομειακή παρακολούθηση ασθενών όπως την περιποίηση τραυμάτων και έλεγχο λήψης φαρμάκων και τέλος τη διασφάλιση της ατομικής υγιεινής των εξυπηρετούμενων και την προσαρμογή του διαιτολογίου σε σχέση με την υπάρχουσα νόσο.

Στο τρίτο επίπεδο συνεργάζεται τόσο με τον ηλικιωμένο όσο και με το περιβάλλον του ν' αναλαμβάνει την εκμάθηση νοσηλευτικών πράξεων και επισημαίνει τους κινδύνους που εμπεριέχει η κάθε νόσος. Επίσης παραπέμπει τον ηλικιωμένο σε ιατρό ανάλογης ειδικότητας ή στο Νοσοκομείο για παροχή υπηρεσιών όταν προκύψει ανάλογη ανάγκη (Μαντζιάρας Μαρίνος , 1999 ,:σελ 229).

Στα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην ειδική εκπαίδευση του προσωπικού νοσηλείας. Γίνεται μια σοβαρή προσπάθεια για την πρόληψη των κατακλίσεων, της ακράτειας καθώς και για την φροντίδα απάλειψης του πόνου, συνέπεια της ασθένειας , ακινησίας ή της κατάκλισης που είναι αφορμή αρκετές φορές για αναζήτηση της ευθανασίας (Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής , Οδηγός των ΚΑΠΗ ,:σελ 15).

ΡΟΛΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΒΟΗΘΟΥ

Έχει αποδειχθεί ότι ο θεσμός του οικογενειακού βοηθού είναι βασικός για την ανάπτυξη προγραμμάτων ανοιχτής περίθαλψης. Στην Ελλάδα το επάγγελμα του οικογενειακού βοηθού κάνει δειλά-δειλά την εμφάνισή του τα τελευταία χρόνια.

Ο Οικογενειακός Βοηθός είναι ο επαγγελματίας που γνωρίζει και προσφέρει τις υπηρεσίες του σε μοναχικά άτομα για ν' αντιμετωπίσουν τα καθημερινά τους προβλήματα. Απώτερος σκοπός και στόχος είναι ν' αποφευχθεί η εισαγωγή των μοναχικών και αδύναμων να αυτοεξυπηρετηθούν ατόμων , σε κοινωφελή ιδρύματα.

Ο ρόλος του οικογενειακού βοηθού είναι σημαντικός σε:

- απομονωμένα άτομα που παραμένουν κλεισμένα στο σπίτι.
- σε ζευγάρια ηλικιωμένων και
- στο χρόνιο ασθενή , που απορροφά την δραστηριότητα όλων των μελών της οικογένειάς του.

Απαραίτητη θεωρείται για την καλύτερη επίτευξη του στόχου του η συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό (κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτρια) που έχει σχέση με το εξυπηρετούμενο άτομο (Κουμτζή Σουζάνα Σημειώσεις).

Η Οικογενειακή Βοηθός προσφέρει ατομική φροντίδα στους ηλικιωμένους. Είναι υπεύθυνη για την καθαριότητα και τη διατήρηση της κάθε οικείας σ' ένα καθαρό και υγιεινό περιβάλλον διαβίωσης του ηλικιωμένου και ασχολείται με διάφορες οικιακές εργασίες. Βοηθά στην ατομική υγιεινή σε συνεργασία πάντοτε με τη νοσηλεύτρια και πραγματοποιεί έξω-οικιακές εργασίες όπως η αγορά τροφίμων και η πληρωμή λογαριασμών. Τέλος κρατά συντροφιά και ενισχύει τη σχέση

εμπιστοσύνης των ηλικιωμένων προς το πρόγραμμα (Ματζιάρας Μαρίνος, 1999, :σελ229).

Με τον πολύ σημαντικό θεσμό του οικογενειακού βοηθού έχει ασχοληθεί και το Συμβούλιο της Ευρώπης και με την υπ' αριθμό 33/77 απόφαση καθόρισε το ρόλο, την εκπαίδευση και οργάνωση του επαγγέλματος.

Δεδομένου ότι οι Οικογενειακοί Βοηθοί είναι κυρίως άνθρωποι που μπαίνουν σε τακτά χρονικά διαστήματα στα σπίτια και στην καθημερινότητα των ηλικιωμένων, η εκπαίδευσή τους πρέπει να είναι πολύ προσεγμένη για να είναι σε θέση να ενημερώσουν έγκαιρα το νοσηλευτικό προσωπικό και τον Κοινωνικό Λειτουργό για κάθε πρόβλημα που μπορεί να δημιουργήσει εμπόδια στην ανεξάρτητη διαβίωση του ηλικιωμένου (Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, 2002, :σελ 107).

Ωστόσο ο θεσμός του Οικογενειακού Βοηθού εξαιτίας του ότι είναι πρόσφατος στην Ελλάδα, είναι πολύ εύκολο να παρερμηνευτεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ VI

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο κυριότερος σκοπός της έρευνας είναι η καταγραφή και εκτίμηση των αναγκών των ηλικιωμένων στο Δήμο Πατρέων και η αξιολόγηση του κατά πόσο το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» καλύπτει τις ανάγκες αυτές.

Είναι γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι αποτελούν μία ευπαθή κοινωνική ομάδα η οποία αντιμετωπίζει διάφορα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα και που σε συνδυασμό με τους υπάρχοντες κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, επιδρούν αρνητικά τις περισσότερες φορές στις συνθήκες διαβίωσής τους και στην ποιότητα ζωής που έχουν.

Γι' αυτό το λόγο η ερευνητική μας κυρίως εργασία σκοπεύει να καταδείξει ποιες είναι οι ανάγκες των ηλικιωμένων του Δήμου Πατρέων και το πώς ανταποκρίνεται το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

ΣΤΟΧΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Πρωταρχικός στόχος αυτής της έρευνας είναι ο εντοπισμός της προσωπικής άποψης των μελών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» για το θεσμό και τη φιλοσοφία του προγράμματος γενικότερα.

Με μία σειρά ερευνητικών υποθέσεων επιδιώκουμε να γνωστοποιήσουμε στους υπεύθυνους του προγράμματος, τι πιστεύουν οι εξυπηρετούμενοι για το πρόγραμμα και το αν είναι ικανοποιημένοι από την έως τώρα λειτουργία του.

“ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ - ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ- ΔΕΙΓΜΑ”

Για την συγκέντρωση των δεδομένων αναφορικά με το ερευνητικό κομμάτι αυτής της πτυχιακής, χρησιμοποιήσαμε μία καθαρά περιγραφική μέθοδο, την επισκόπηση.

Κατά κανόνα, οι επισκοπήσεις συλλέγουν δεδομένα σ' ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο, αποσκοπώντας να περιγράψουν τη φύση των συνθηκών που υπάρχουν ή να εντοπίσουν σταθερές με βάση τις οποίες μπορούν να συγκριθούν οι υπάρχουσες συνθήκες ή να προσδιορίσουν τις σχέσεις που υπάρχουν ανάμεσα σε συγκεκριμένα γεγονότα (Cohen L. ,Manion L. ,Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας ,1997 ,:σελ 122).

Για τη συλλογή πληροφοριών σ' αυτή τη μέθοδο χρησιμοποιούνται συνήθως διάφορες τεχνικές συγκέντρωσης δεδομένων. Εμείς χρησιμοποιήσαμε τα ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται επιτόπου. Η μορφή των ερωτήσεων ήταν μικτή.

Δύο είναι τα προαπαιτούμενα στοιχεία που λάβαμε υπ' όψη για το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου: ο προσδιορισμός του ακριβούς σκοπού της έρευνας καθώς και ο προσδιορισμός του πληθυσμού στον οποίο πρόκειται να επικεντρωθεί.

Για την εύρεση των ατόμων που αποτέλεσαν τον πληθυσμό της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ως πηγή ο υπεύθυνος Κοινωνικός Λειτουργός του προγράμματος, κος Κολοκυθιάς Γεώργιος. Ο πληθυσμός αφορούσε την πλειονότητα των ηλικιωμένων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα. Ερωτήθηκαν λοιπόν 47 από τα 50 άτομα που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Με τα τρία(3) άτομα δε στάθηκε δυνατό να συναντηθούμε.

Η δομή της συνέντευξης για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ελεύθερη υπό τη μορφή συζητήσεως. Μεθοδολογικά αναφερόταν πρώτα η ιδιότητά μας και κατόπιν γινόταν γνωστός ο σκοπός της έρευνάς μας. Επιλέξαμε την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου υπό τη μορφή συζήτησης γιατί έτσι θα ήταν δυνατή μια πρώτη ευνοϊκή προσέγγιση, η οποία θα γινόταν το θεμέλιο για μία σχέση εμπιστοσύνης.

“ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ”

Η έρευνα σκοπεύει να εξετάσει τους εξής τομείς:

1. Το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων.
2. Εάν υπάρχει συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον που τους επισκέπτεται.
3. Σε ποιόν ασφαλιστικό τομέα ανήκουν οι ερωτώμενοι.
4. Πόσοι από τους ερωτώμενους διαμένουν σε ιδιόκτητο σπίτι.
5. Ποια είναι η κατάσταση της υγείας τους και ποιες οι κυριότερες ασθένειες.
6. Εάν βοηθούνται από άλλους φορείς είτε σε οικονομικό είτε σε ψυχολογικό επίπεδο.
7. Γιατί απευθύνθηκαν στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».
8. Από ποιόν ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα.
9. Εάν είναι ικανοποιημένοι από τη συχνότητα παρέμβασης της ομάδας [Κ. Λ.- Νοσηλεύτης- Οικογενειακός βοηθός].
10. Εάν θεωρούν ότι έχουν καλυφθεί οι ανάγκες τους.
11. Εάν επιθυμούν να στελεχωθεί το πρόγραμμα με επιπλέον προσωπικό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα κυριότερα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την έρευνά μας είναι τα παρακάτω:

Οι εξυπηρετούμενοι του προγράμματος ανήκουν στην πλειονότητα στην κατηγορία των υπερηλίκων (πάνω από 75 χρονών).

- Από τα 47 άτομα που μας απάντησαν στο ερωτηματολόγιο: οι 17 είναι άντρες και οι 30 γυναίκες.
 - Οι έγγαμοι είναι 5.
 - Οι άγαμοι είναι 15.
 - Οι χήροι είναι 23
 - Οι διαζευγμένοι είναι 4.

Οι έγγαμοι έχουν 7 παιδιά.(3 γυναίκες, 4 άντρες), εκ των οποίων 7 είναι έγγαμα και έχουν και παιδιά.

Από τους 5 έγγαμους ηλικιωμένους ο ένας (1) είναι άτεκνος.

Οι χήροι ηλικιωμένοι έχουν 46 παιδιά (20 γυναίκες, 26 άντρες) εκ των οποίων 44 είναι έγγαμα και 2 είναι άγαμα.

Από τους 23 χήρους ηλικιωμένους οι 2 δεν έχουν εγγόνια και οι 3 είναι άτεκνοι.

Οι διαζευγμένοι έχουν 11 παιδιά.(2 γυναίκες, 9 άντρες) εκ των οποίων τα 11 είναι έγγαμα και έχουν παιδιά.

- Από τους έγγαμους ηλικιωμένους σχεδόν όλοι έχουν τακτική επαφή με τα παιδιά τους τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα.
 - Από τους χήρους ηλικιωμένους οι περισσότεροι βλέπουν τα παιδιά τους είτε καθημερινά είτε 1 φορά την εβδομάδα. Σε περίπτωση που τα παιδιά τους μένουν σε άλλη πόλη ή χωριό οι περισσότεροι έχουν επαφή μαζί τους 1-2 φορές το μήνα. Τον υπόλοιπο καιρό επικοινωνούν τηλεφωνικώς.
 - Τα παιδιά των διαζευγμένων έρχονται σε επαφή με τους γονείς τους καθημερινά μόνο σε τρεις (3) περιπτώσεις. Οι υπόλοιποι τα βλέπουν 1 φορά το μήνα, ενώ δύο (2) από αυτούς δεν έχουν καθόλου επαφή με τα παιδιά τους.
- Το εισόδημά τους προέρχεται κατά κανόνα από τη σύνταξή τους. Στην πλειονότητά τους είναι συνταξιούχοι του Ο.Γ.Α. και του Ι.Κ.Α. Τα κυριότερα ασφαλιστικά ταμεία στα οποία ανήκουν είναι:
 - Ο.Γ.Α.: 23 άτομα

- Ι.Κ.Α. : 19 άτομα
- Τ.Α.Ε. : 1 άτομο
- ΔΗΜΟΣΙΟΥ: 3 άτομα
- ΠΡΟΝΟΙΑΣ: 1 άτομο

Οι ηλικιωμένοι δεν μας έδωσαν το ακριβές ποσό της σύνταξης που παίρνουν, οπότε δεν μπορούμε ν' αναφέρουμε σε ποιο οικονομικό επίπεδο της κλίμακας ανήκουν.

- Από το σύνολο των ηλικιωμένων οι 30 διαμένουν σε ιδιόκτητο σπίτι και οι 17 σε ενοίκιο. Ωστόσο 8 άτομα επιδοτούνται από την πρόνοια για το ενοίκιο και 1 από την εργατική εστία.
- Όσον αφορά την κατάσταση της υγείας τους οι πιο συχνές ασθένειες είναι τα καρδιολογικά προβλήματα και η πίεση, ενώ ακολουθούν ο σακχαρώδης διαβήτης, η οστεοπόρωση, οι αρθροπάθειες, τα προβλήματα όρασης και ο καρκίνος. Αυτό που παρατηρήθηκε είναι ότι στην πλειονότητα έχουν περισσότερα από ένα προβλήματα υγείας, οπότε επιβαρύνεται φαρμακολογικά ο οργανισμός του ηλικιωμένου και έχει ως αποτέλεσμα την εγρήγορση της έκπτωσης των λειτουργιών του.
- Από τις απαντήσεις των ηλικιωμένων προκύπτει ότι μόνο 8 άτομα δέχονται βοήθεια από συγγενείς, γείτονες ή τους φίλους τους.
 - Οι διαζευγμένοι και οι έγγαμοι δήλωσαν ότι δεν τους βοηθάει κανένας από τους παραπάνω σε αντίθεση με τους άγαμους και τους χήρους, οι οποίοι δέχονται ηθική και υλική συμπαράσταση, οικονομική βοήθεια ή βοήθεια σε διάφορες καθημερινές τους ανάγκες
 - Από τα 19 άτομα που δέχονται οικονομική βοήθεια: οι 13 επιδοτούνται από την πρόνοια, οι 8 από την τράπεζα τροφίμων και οι 2 από την εκκλησία. Συνολικά φαίνεται ότι δέχονται οικονομική βοήθεια περισσότερα άτομα. Ωστόσο τα ίδια άτομα λαμβάνουν χρήματα από περισσότερους φορείς. Όλα τα παραπάνω άτομα δηλώνουν ικανοποιημένα που ενισχύουν τις συνθήκες διαβίωσής τους με επιπλέον χρήματα.
 - Από τα 47 άτομα που απάντησαν το ερωτηματολόγιο μόνο οι 6 δέχονται ψυχολογική βοήθεια και είναι όλα ικανοποιημένα από τους φορείς που τους την παρέχουν.
- Από τους ερωτώμενους:
 - Οι 20 απευθύνθηκαν στο πρόγραμμα για να εξυπηρετηθούν στις καθημερινές τους ανάγκες(ψώνια- τρόφιμα- μαγείρεμα).
 - Οι 13 για να έχουν βοήθεια στις οικιακές δουλειές.

- Οι 8 ώστε να μπορούν να προμηθεύονται φάρμακα χωρίς να περιμένουν στην ουρά.
- Οι 3 για ηθική συμπαράσταση και
- Οι 12 για παρέα και συντροφιά.

- Σύμφωνα με τα δεδομένα οι ηλικιωμένοι ενημερώθηκαν για το πρόγραμμα όσο επί τω πλείστον από το Κ.Α.Π.Η. και από την Εκκλησία.

Έτσι από το ΚΑΠΗ ενημερώθηκαν 19 άτομα
 τη Γειτονιά 6 άτομα
 την Εκκλησία..... 9 άτομα
 την Πρόνοια.....2 άτομα
 την Οικογένεια.....2 άτομα και
 την Τηλεόραση1 άτομο.

Από τους ερωτώμενους οι 7 απάντησαν ότι παραπέμφθηκαν από διάφορους φορείς.:
 από Κ.Α.Π.Η. (5), Πρόνοια (1) και την Εκκλησία (1).

Όπως διαπιστώνουμε θα πρέπει να γίνει μια μεγάλη προσπάθεια από την Πρόνοια, το νοσοκομείο και διάφορες εθελοντικές οργανώσεις ώστε να ενεργοποιηθούν και να ενημερώσουν τις ευπαθείς ομάδες για τις προοπτικές που έχουν.

- Από τα δεδομένα της έρευνας προκύπτει ότι το 64% των ερωτώμενων είναι ικανοποιημένο από την παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού , ενώ το 36% όχι. Το ποσοστό αυτό επιθυμεί να παρεμβαίνει ο Κοινωνικός Λειτουργός είτε καθημερινά , είτε 1 με 2 φορές την εβδομάδα. Παρ' ότι τα άτομα αυτά δεν είναι ικανοποιημένα από τη συχνότητα παρέμβασης του Κοινωνικού Λειτουργού είναι ωστόσο ικανοποιημένα από τον τρόπο με τον οποίο ο Κοινωνικός Λειτουργός χειρίζεται τις ανάγκες τους.

Το 68% των ερωτώμενων απάντησε ότι είναι ικανοποιημένο από την παρέμβαση της νοσηλεύτριας. Το 36% θα ήθελε να παρεμβαίνει η νοσηλεύτρια είτε καθημερινά είτε 1-2 φορές την εβδομάδα. Το ποσοστό αυτό παρ' ότι δεν είναι ικανοποιημένο από τη συχνότητα παρέμβασης είναι ωστόσο ικανοποιημένο από τον τρόπο με τον οποίο χειρίζεται η νοσηλεύτρια τις ανάγκες του.

Από τη συχνότητα παρέμβασης της οικογενειακής βοηθού είναι ικανοποιημένο το 70% των ηλικιωμένων. Το 30% δεν είναι ικανοποιημένο και επιθυμεί να παρεμβαίνει είτε καθημερινά είτε 1-2 φορές την εβδομάδα. Παρ' ότι το ποσοστό αυτό δεν είναι ικανοποιημένο από τη συχνότητα παρέμβασης μόνο 2 άτομα δήλωσαν ότι δεν είναι ικανοποιημένα από τον

τρόπο με τον οποίο η οικογενειακή βοήθος ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους.

- 26 άτομα απάντησαν ότι το πρόγραμμα έχει ανταποκριθεί στην κάλυψη των βασικών τους αναγκών .

13 άτομα είναι πάρα πολύ ευχαριστημένα από το πρόγραμμα.

7 άτομα θεωρούν ότι το πρόγραμμα δεν έχει ανταποκριθεί σε ικανοποιητικό βαθμό στην κάλυψη των αναγκών τους.

1 από τους ερωτώμενους είναι πλήρως απογοητευμένος από το πρόγραμμα αλλά δεν διευκρινίζει το γιατί

Συνεπώς το 21% θέλει παρέα και συντροφιά αφού δεν μπορεί εύκολα να βγει από το σπίτι λόγω σοβαρών προβλημάτων υγείας. Η ανάγκη που έχει για επικοινωνία και συντροφιά θεωρεί ότι δεν καλύπτεται μόνο από την παρέμβαση της Νοσηλεύτριας , του Κοινωνικού Λειτουργού και της Οικογενειακής Βοηθού.

Το 11% απευθύνθηκε στο πρόγραμμα προκειμένου να ενισχυθεί οικονομικά. Ωστόσο σκοπός του προγράμματος δεν είναι η οικονομική ενίσχυση και γι αυτό δεν έχει καλύψει τις ανάγκες αυτού του ποσοστού.

Το 8% δεν έχει ικανοποιηθεί από την κάλυψη των αναγκών του από το πρόγραμμα αφού χρειάζεται βοήθεια σε καθημερινή βάση τόσο στις οικιακές δουλειές όσο και για τα ψώνια και το μαγείρεμα.

Τα 32% διαμαρτύρεται γιατί το πρόγραμμα λειτουργεί μόνο τις πρωινές ώρες. Ενώ είναι ικανοποιημένοι από την ομάδα παρέμβασης αναρωτιούνται πως θ' αντεπεξέλθουν αν χρειαστούν βοήθεια από την ομάδα τις απογευματινές ώρες ή τα Σαββατοκύριακα.

- Από τους ερωτώμενους οι 40 απάντησαν ότι επιθυμούν να στελεχωθεί το πρόγραμμα με επιπλέον προσωπικό. Οι υπόλοιποι 7 ήταν αδιάφοροι ως προς την παροχή επιπλέον υπηρεσιών.

Οι 37 θέλουν η ομάδα παρέμβασης να περιλαμβάνει και γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων , οι 16 φυσιοθεραπευτές και οι 2 να υπάρχουν και άτομα που θα μπορούν να τους συνοδεύουν στη βόλτα τους ή στις διάφορες δουλειές τους.

Εκτός όμως από τη στελέχωση του προγράμματος με επιπλέον προσωπικό επιθυμούν να προσφέρει το πρόγραμμα και άλλες υπηρεσίες όπως :

- προσωπικό όλο το 24ωρο

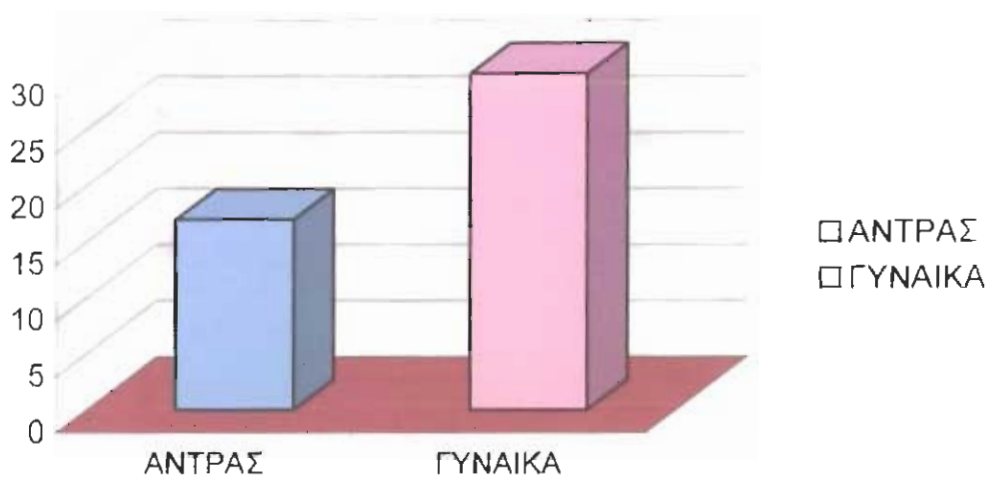
- μεταφορικό μέσο , που θα τους εξυπηρετεί στις δουλειές , στα ψώνια ή στη βόλτα τους

- την οργάνωση διάφορων κοινωνικών εκδηλώσεων ή ψυχαγωγικών προγραμμάτων

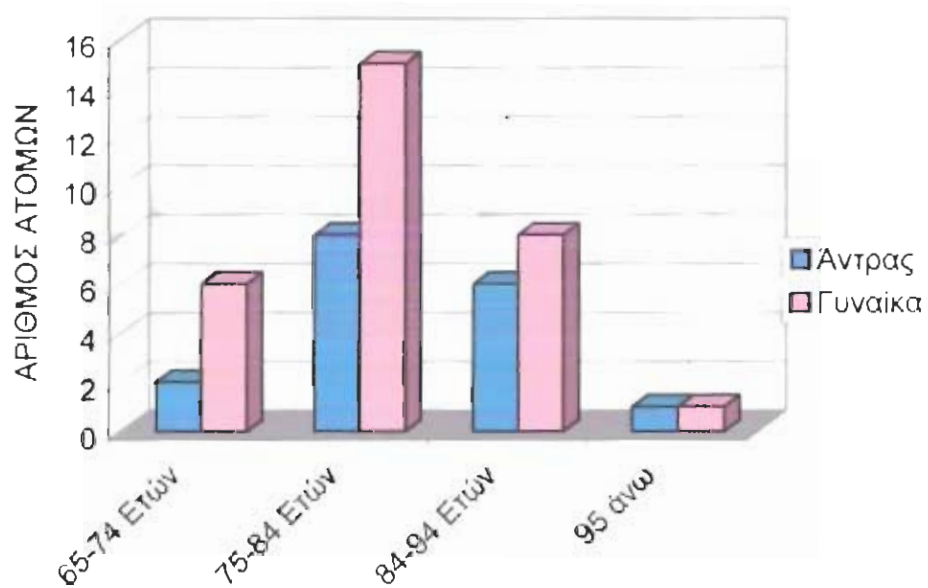
- καθώς επίσης και συμπληρωματική οικονομική βοήθεια .

ГРАФФИМАТА

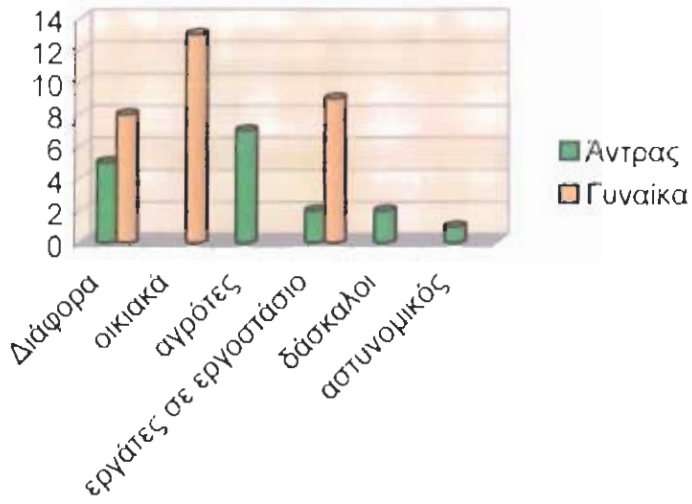
ΦΥΛΛΟ



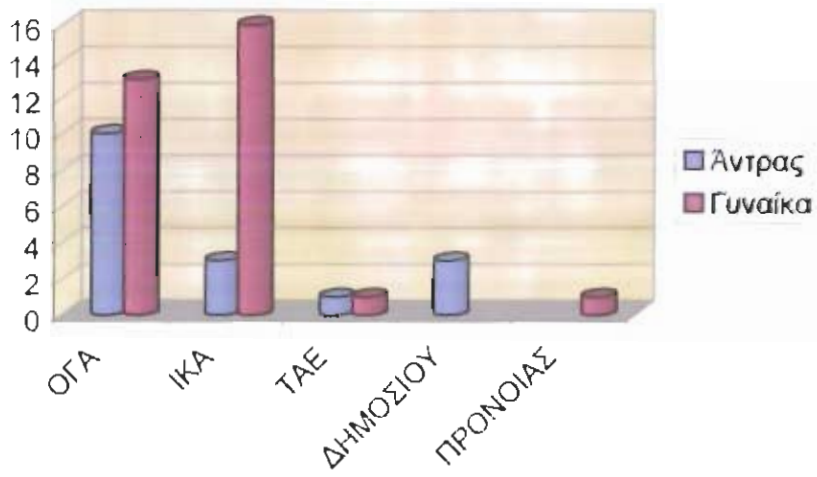
ΗΛΙΚΙΑ



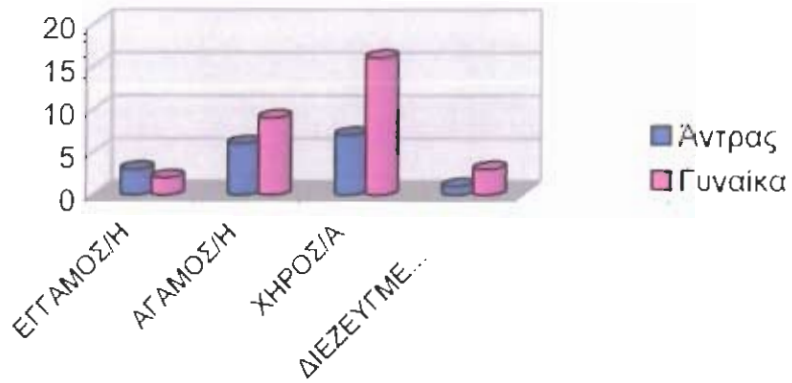
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ



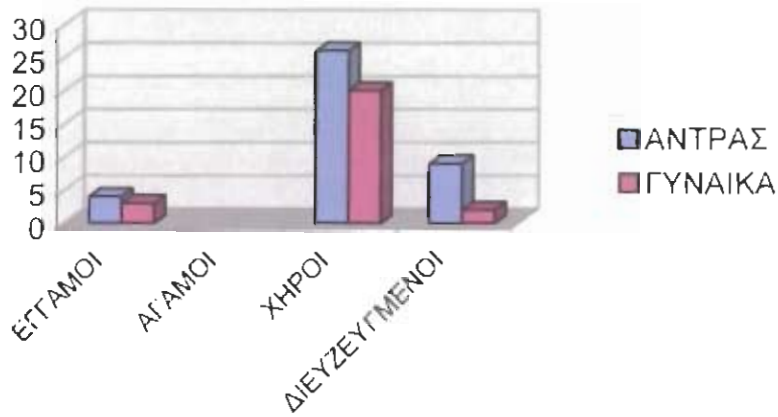
ΑΣΦΑΛΙΣΗ



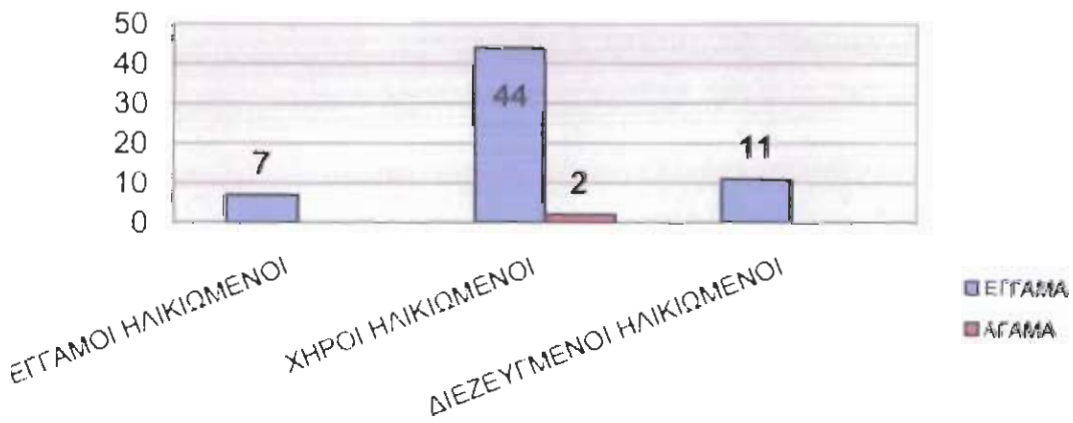
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ



ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ



ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΗ ΕΠΑΦΗ ΕΧΟΥΝ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ ΟΙ ΕΓΓΑΜΟΙ:



□ ΟΤΑΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΑ ■ ΟΤΑΝ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΕ ΑΛΛΗ ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ

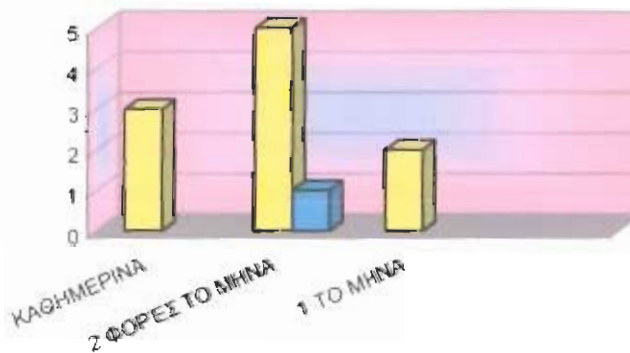
ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΗ ΕΠΑΦΗ ΕΧΟΥΝ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ ΟΙ ΧΙΡΟΙ:

■ ΟΤΑΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΑ
 ■ ΟΤΑΝ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΕ ΑΛΛΗ ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ
 □ ΟΤΑΝ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

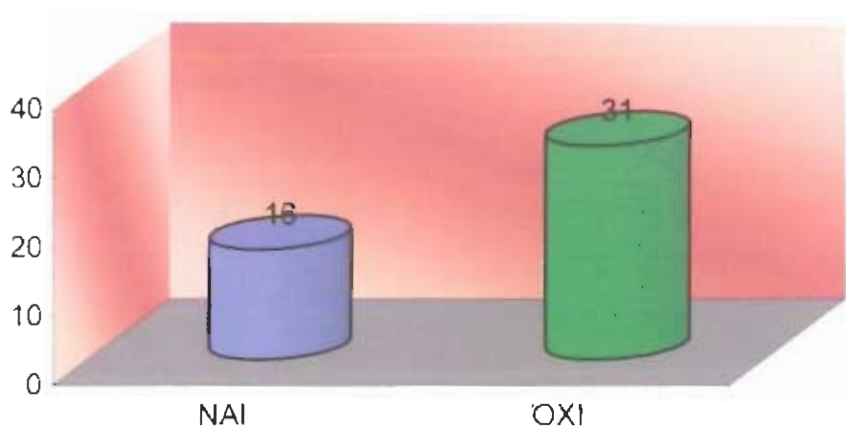


ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΗ ΕΠΑΦΗ ΕΧΟΥΝ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ Ο ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΙ

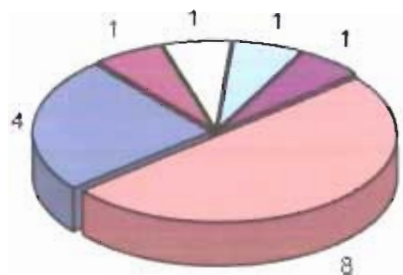
■ ΟΤΑΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΑ
 ■ ΟΤΑΝ ΔΙΑΜΕΝΟΥΝ ΣΕ ΑΛΛΗ ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ



ΑΛΛΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΟΡΟΙ ΕΚΤΟΣ ΑΙΓΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

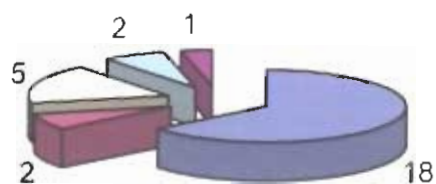


ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΟΡΟΙ:



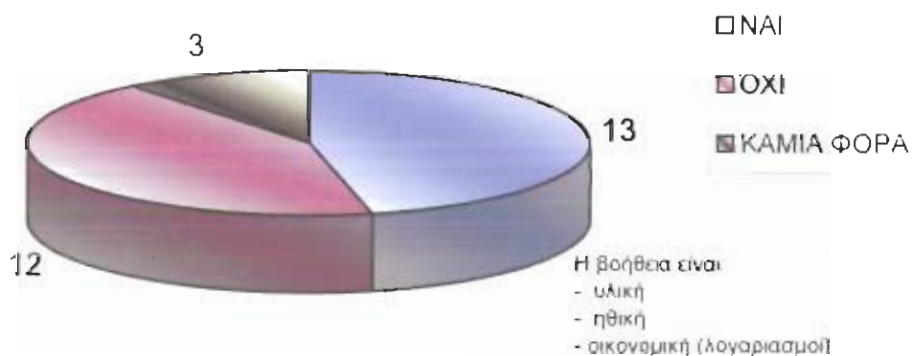
- Επίδομα τυφλότητας (ΠΡΟΝΟΙΑ)
- Ενοίκιο από διαμέρισμα
- Εκκλησία
- σύνταξη από εθνική αντίσταση
- επιδότηση ενοικίου από εργατική εστία
- επιδότηση ενοικίου (ΠΡΟΝΟΙΑ)

ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ

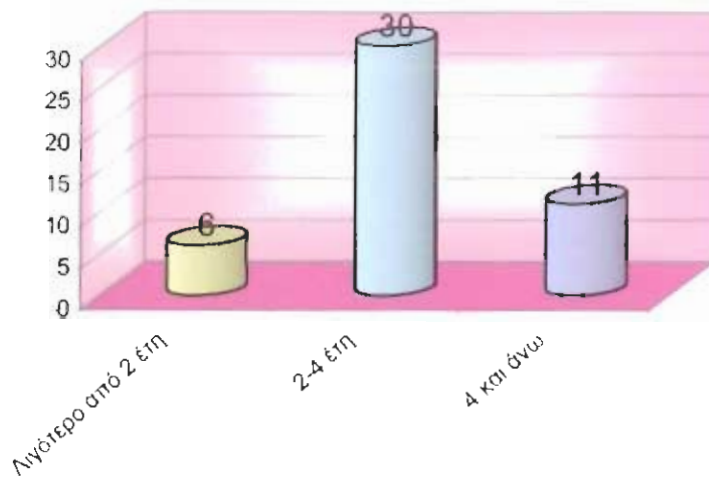


□ ΘΕΤΙΚΗ □ ΑΡΝΗΤΙΚΗ □ ΟΥΔΕΤΕΡΗ □ ΑΔΙΑΦΟΡΗ □ ΚΑΜΙΑ ΕΠΑΦΗ

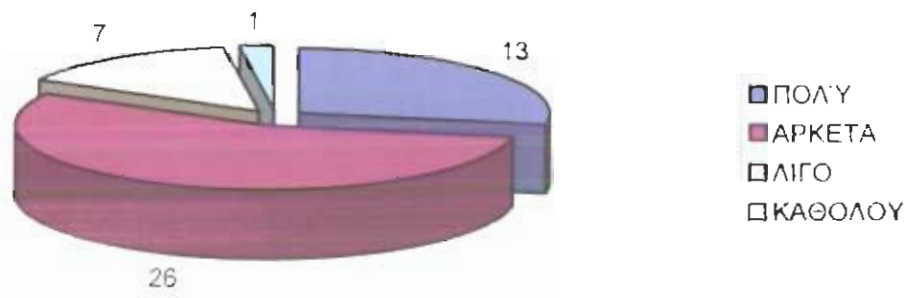
ΣΑΣ ΒΟΗΘΑΝΕ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ



ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΔΕΧΕΣΤΕ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ;

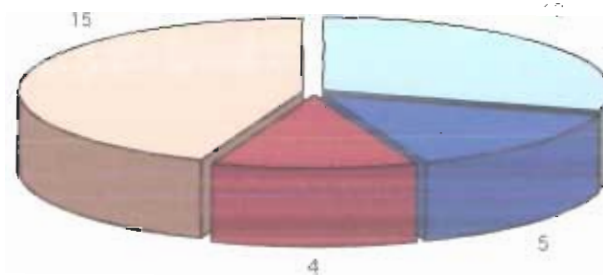


ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΟΥΝ ΚΑΛΥΦΘΕΙ ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΑΠΕΥΘΥΝΘΗΚΑΤΕ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ;

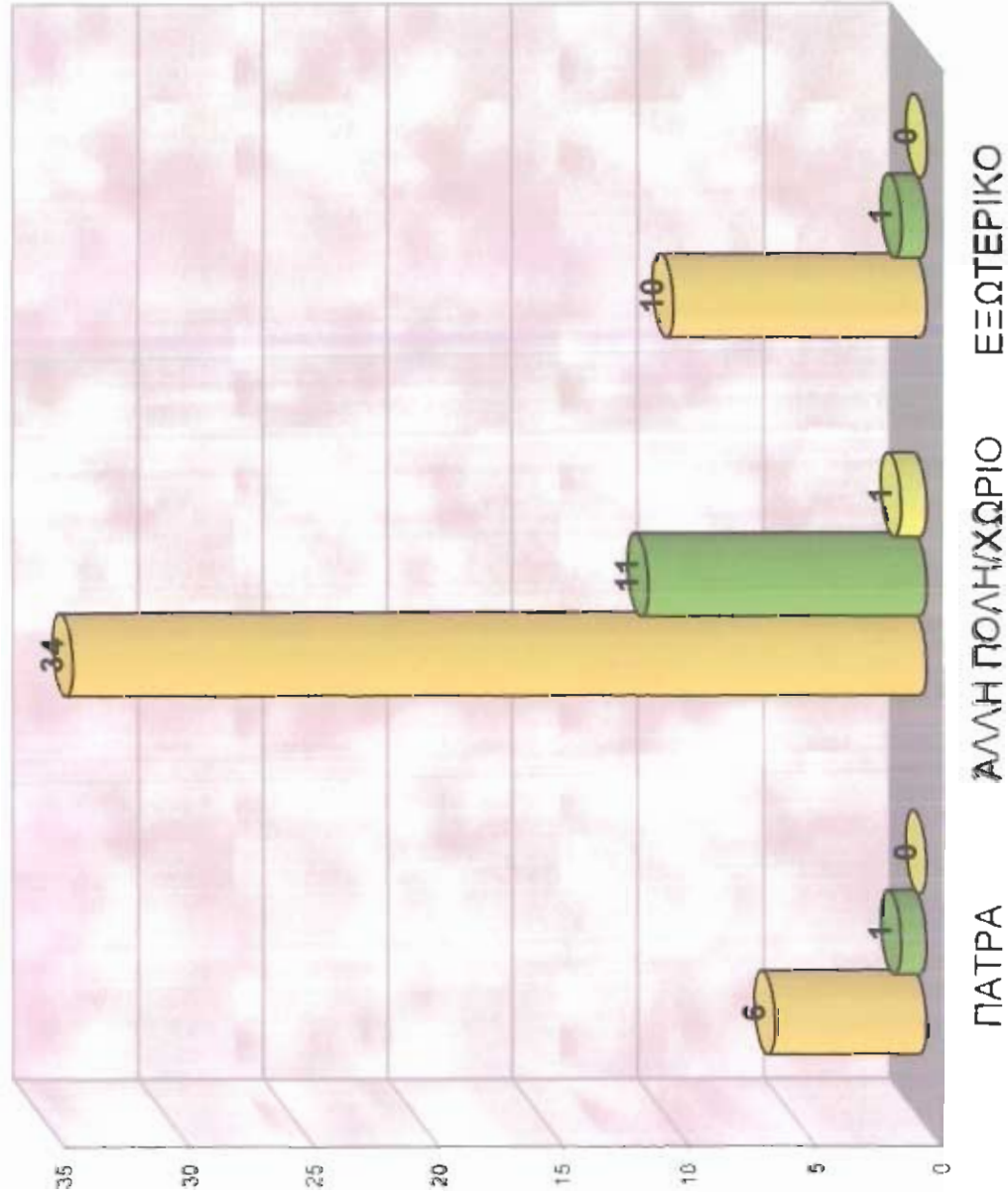


ΠΟΙΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΚΑΛΥΦΘΕΙ ΕΠΙΑΡΚΩΣ

- η ανάγκη για παρόα / συντροφιά όλες τις ώρες
- η προαδοκία για οικονομική βοήθεια
- η καλυψη των καθημερινών αναγκών (ψώνια, μαγειρέμα)
- παρέμβαση του προγράμματος απογευματινές ώρες και Σαββατοκύριακο



ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

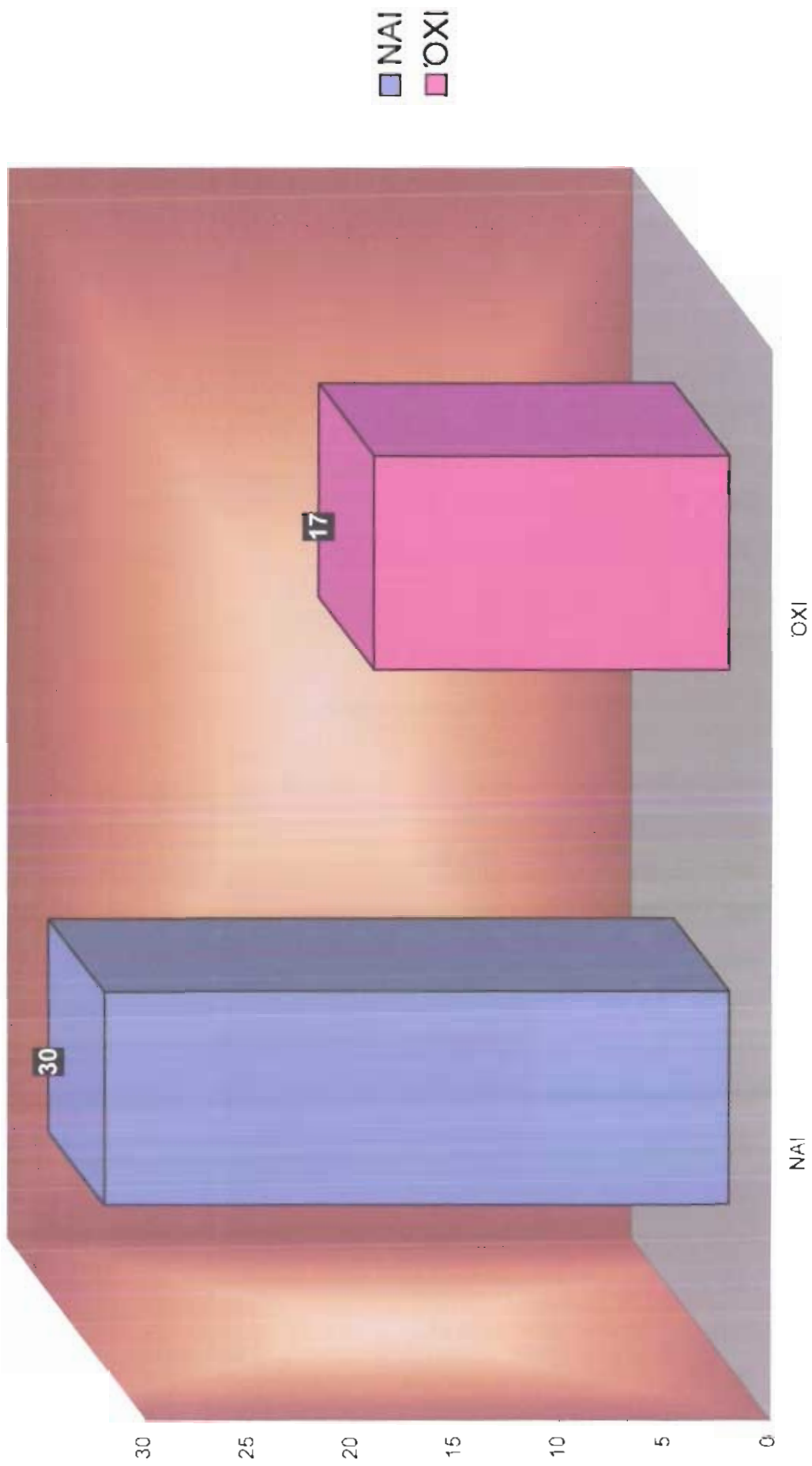


□ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΓΓΑΜΟΥΣ

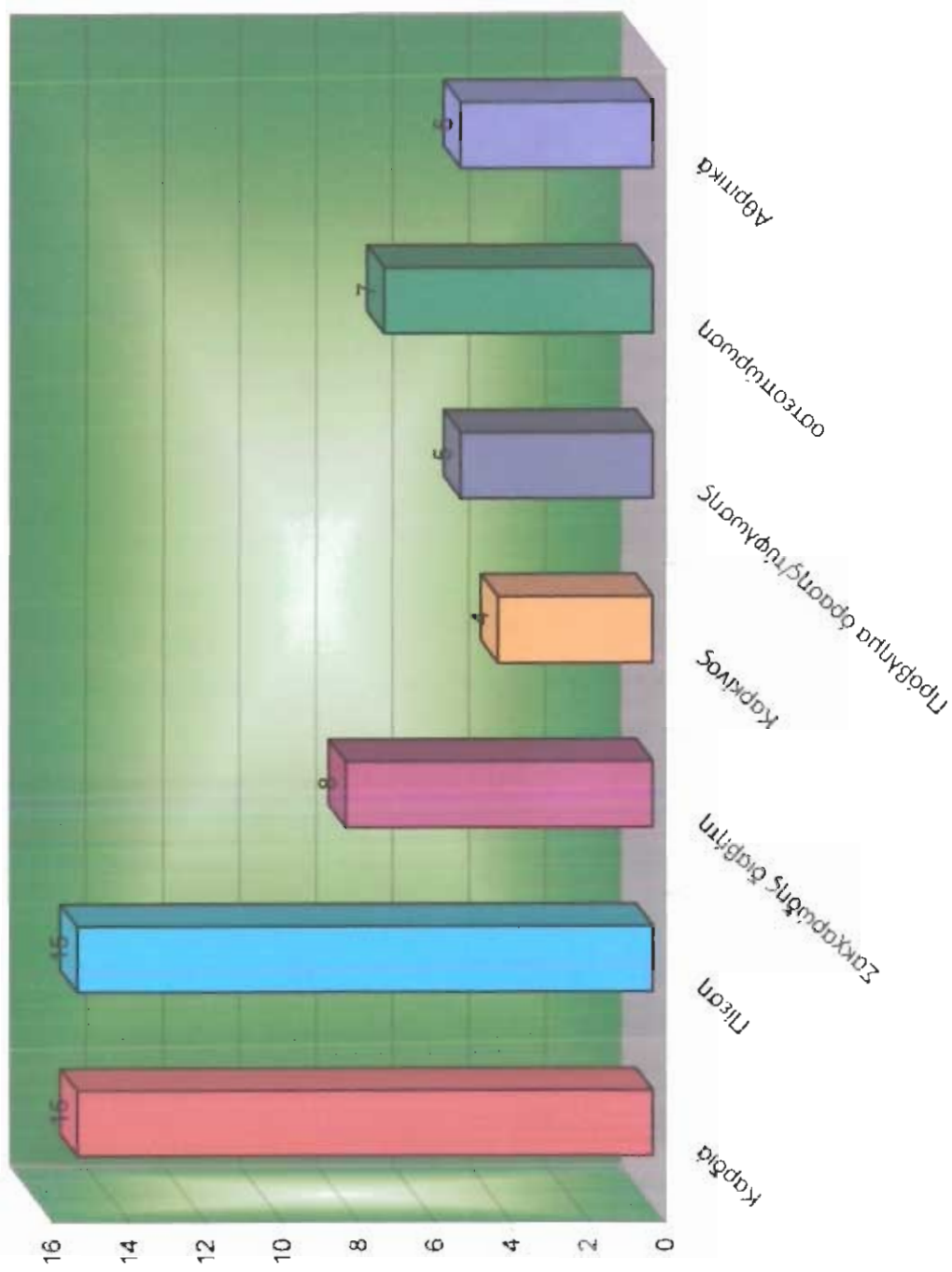
□ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΧΗΡΟΥΣ

□ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΥΣ

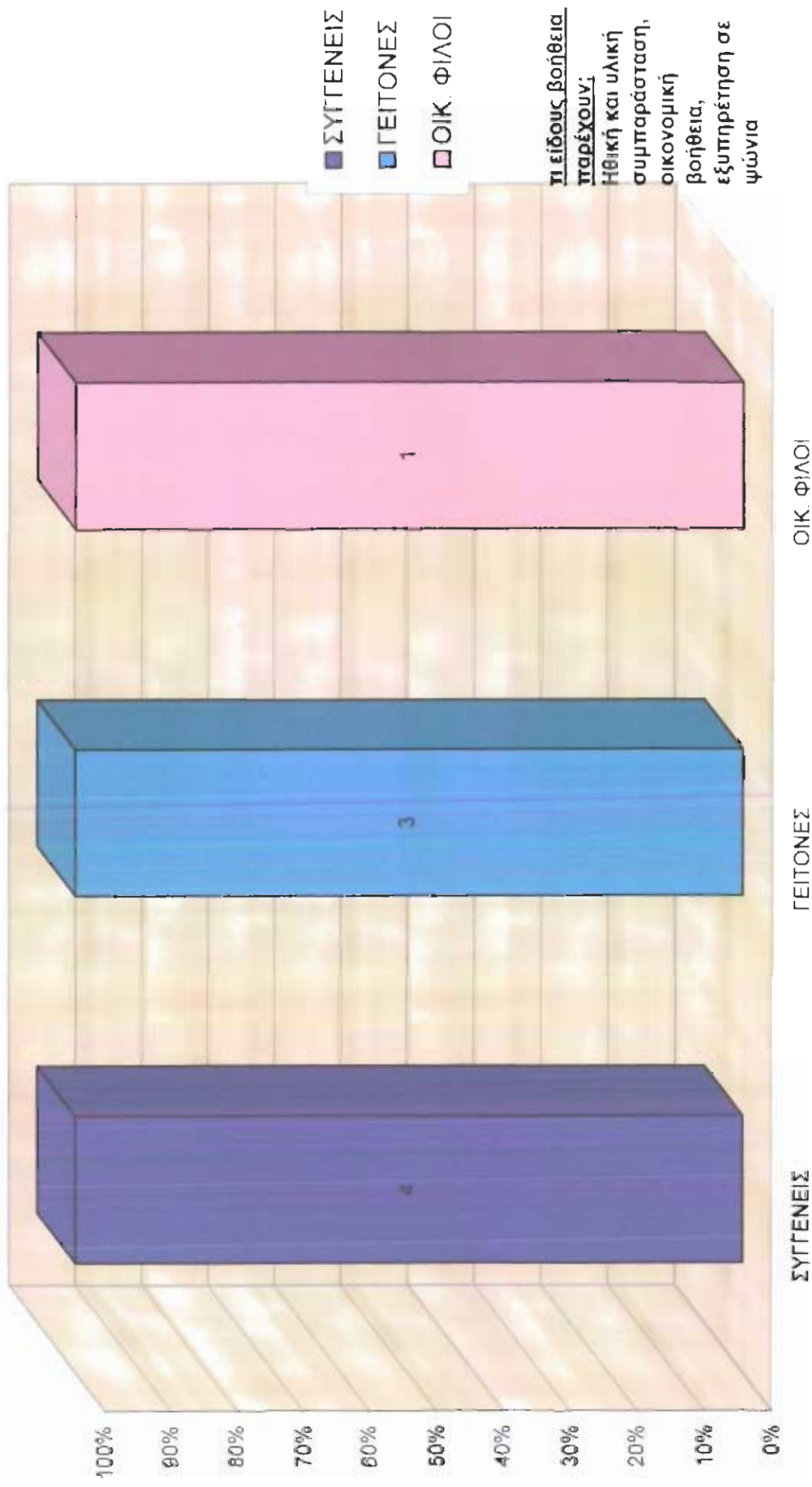
ΕΧΕΤΕ ΙΔΙΟΚΤΗΤΟ ΣΗΠΤΙ;



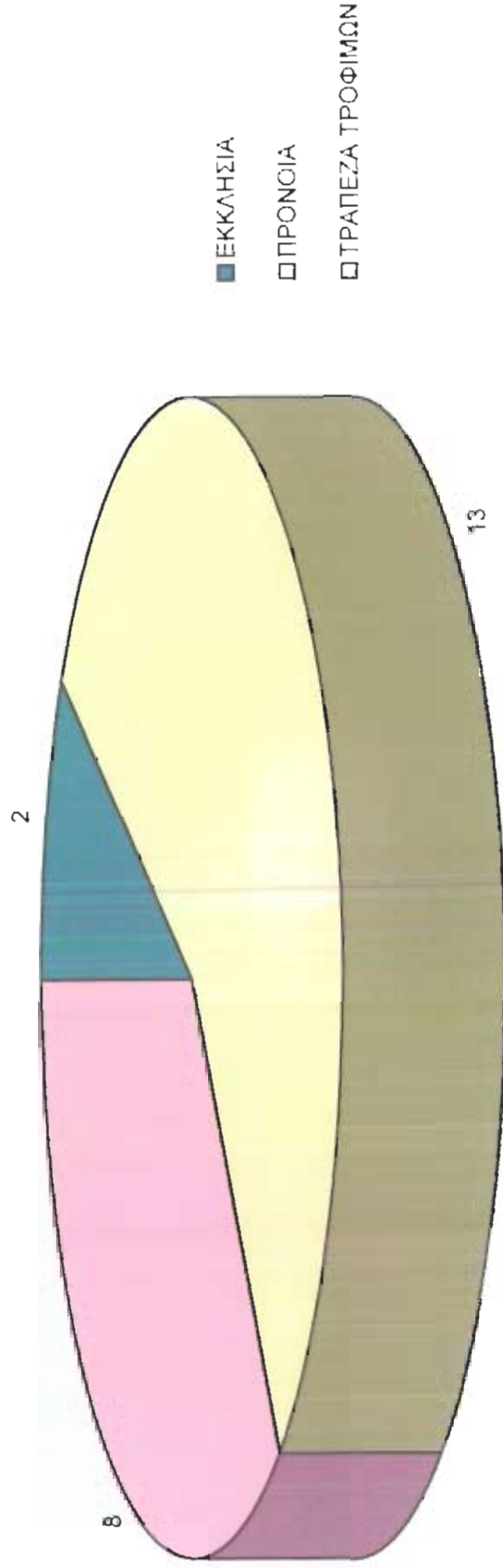
ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΕΧΕΣΤΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΑΤΟΜΑ

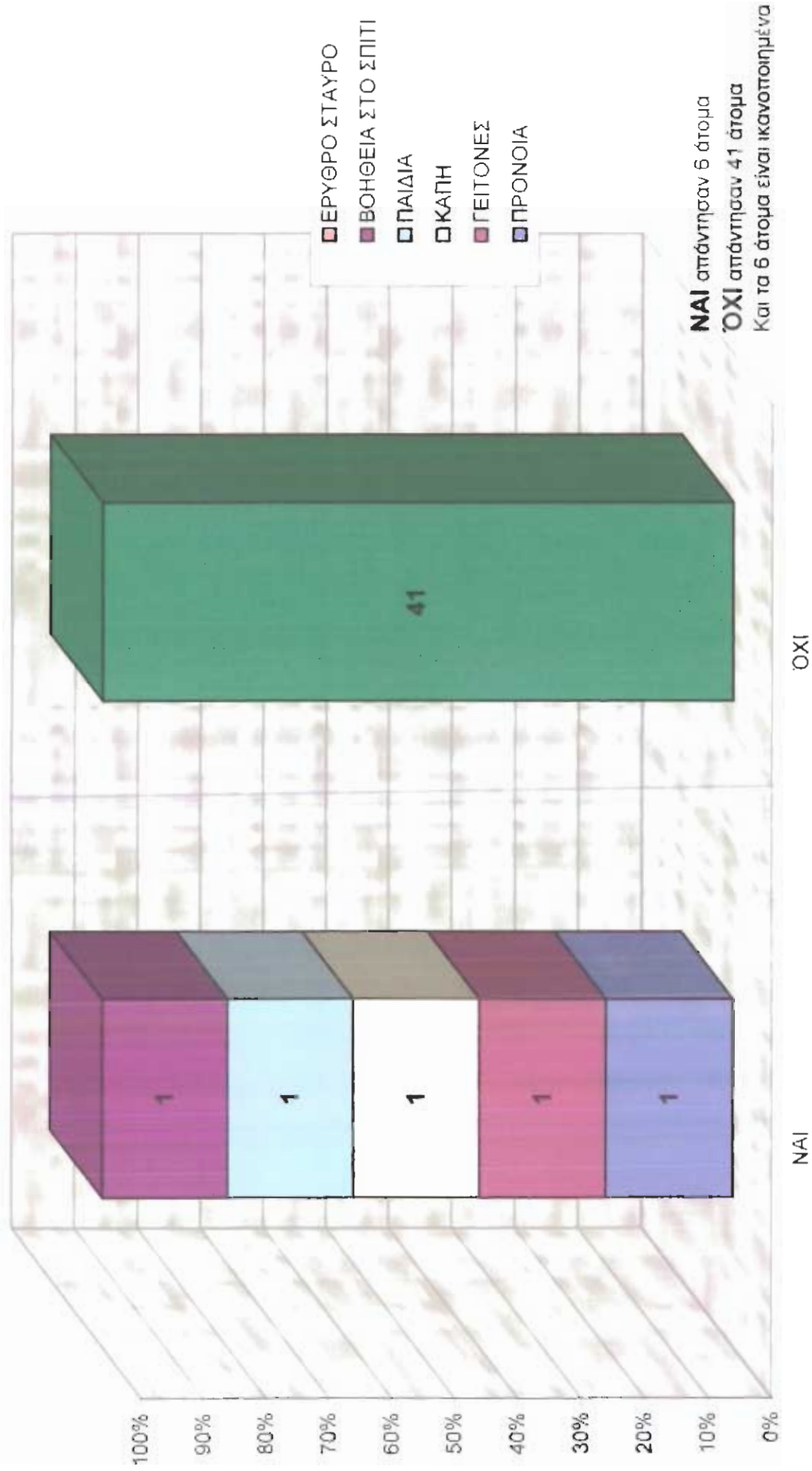


ΔΕΧΕΣΤΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΦΟΡΕΙΣ

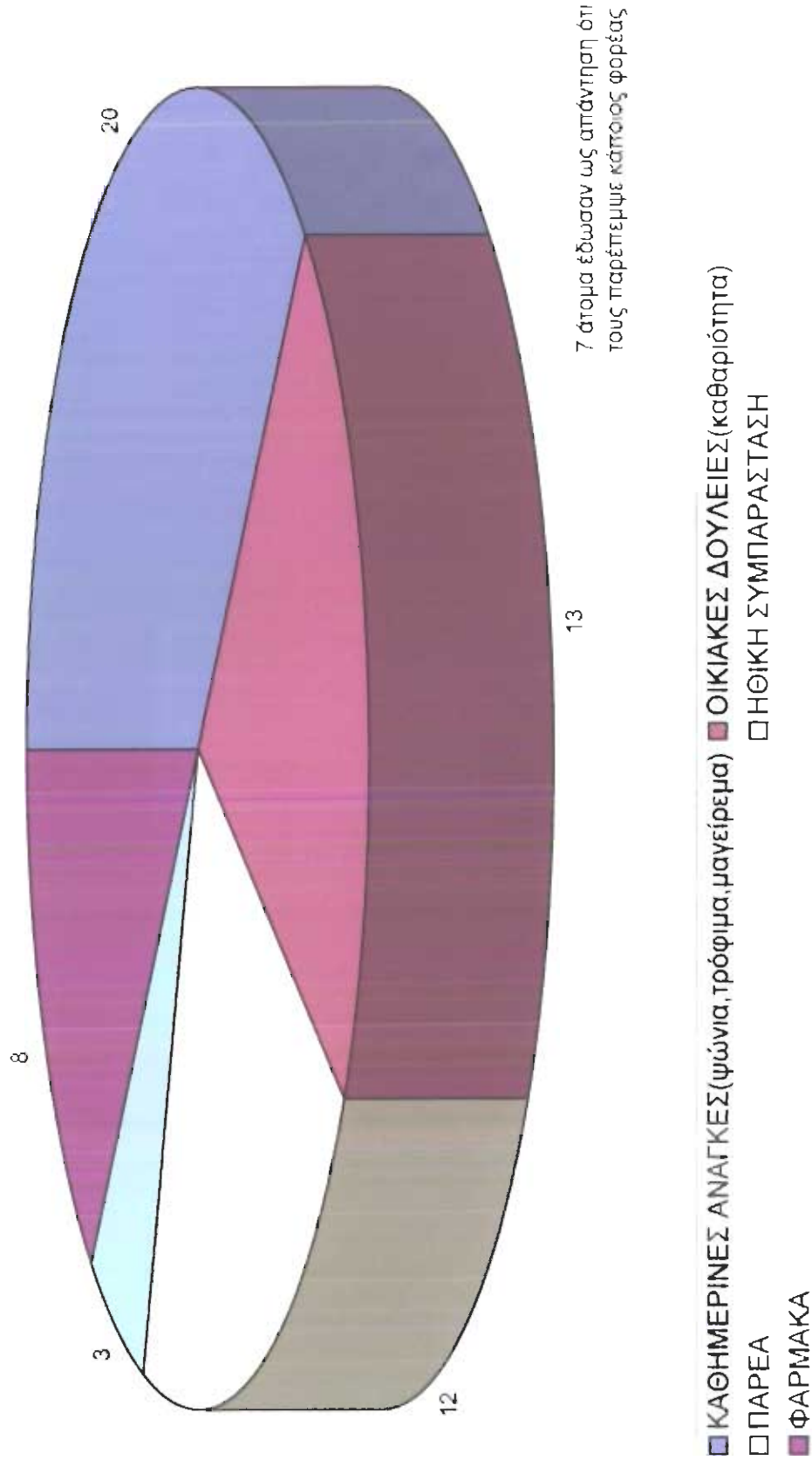


Οικονομική βοήθεια δέχονται συνολικά 19 άτομα.
Τα ίδια άτομα έχουν δηλώσει παραπάνω από έναν φορέα.

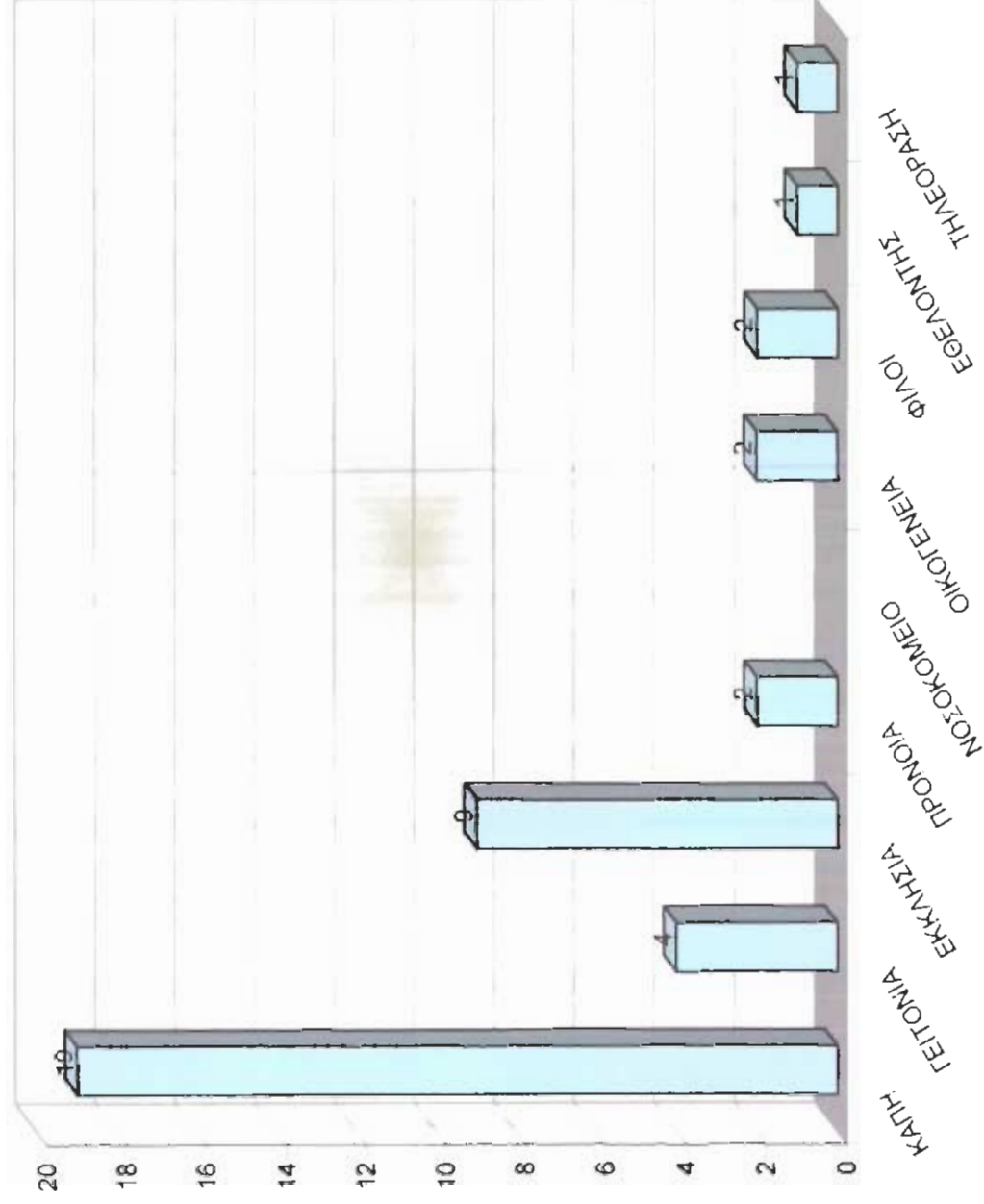
ΔΕΧΕΣΤΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΦΟΡΕΙΣ



ΓΙΑΤΙ ΑΠΕΥΘΥΝΘΗΚΑΤΕ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΗΠΤΨ;



ΑΠΟ ΠΟΥ ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΥΤΟ



ΠΑΡΟ ΠΟΥ ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΥΤΟ:

7 άτομα παραπέμφθηκαν από:

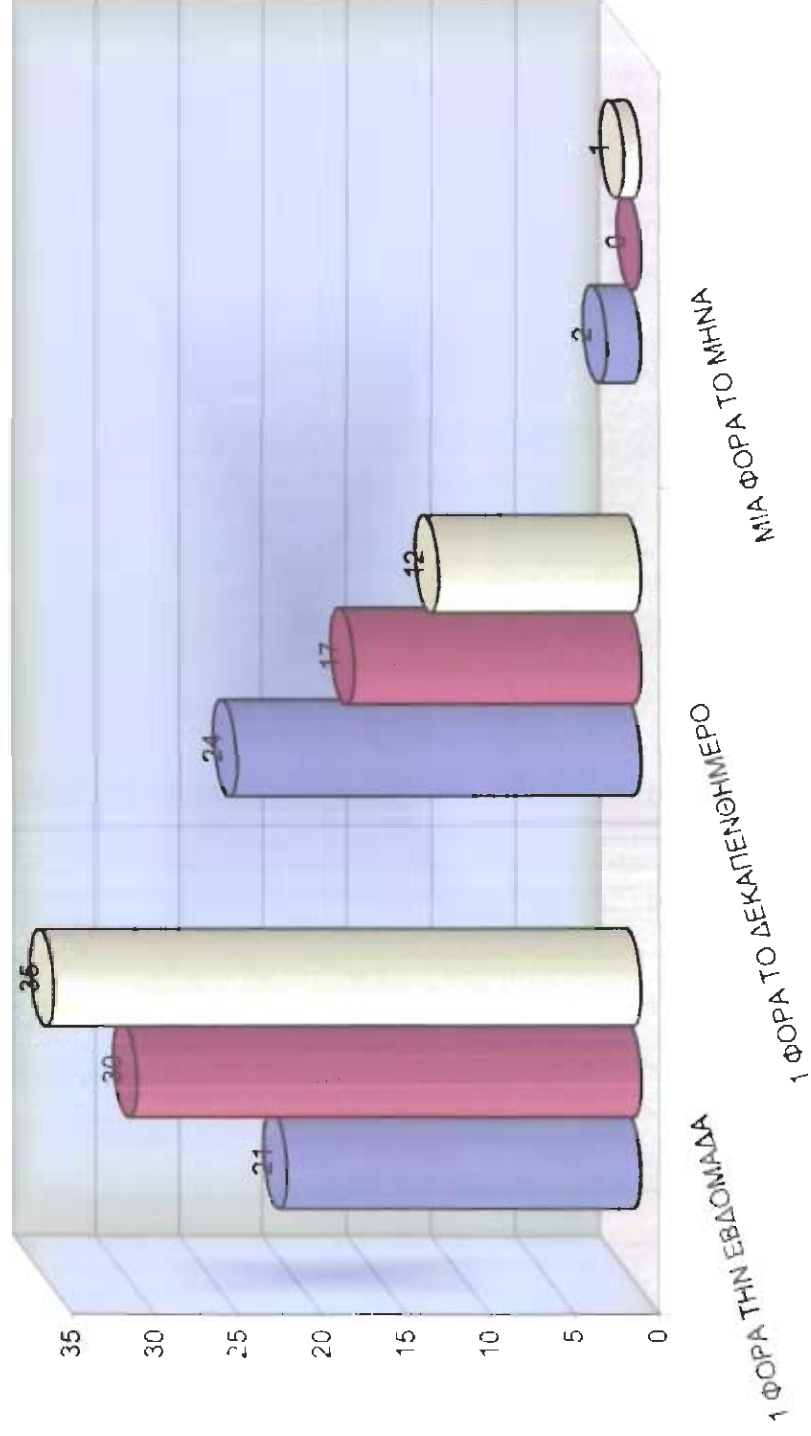
ΚΑΤΗ: 5

ΕΚΚΛΗΣΙΑ: 1

ΠΡΟΝΟΙΑ: 1

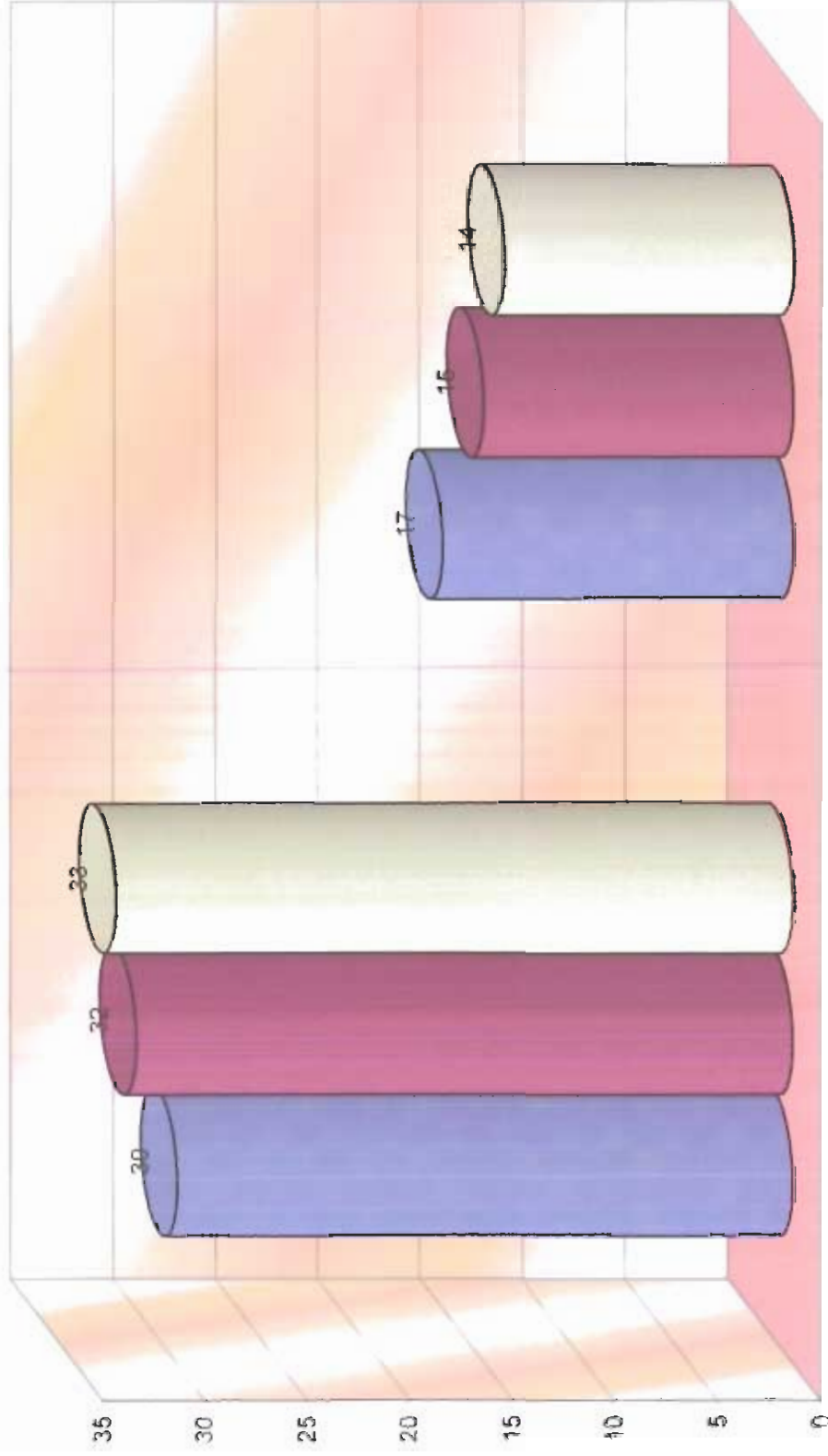
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

■ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ■ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ □ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ



ΣΑΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΕΙ Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ..

■ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ■ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ □ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ

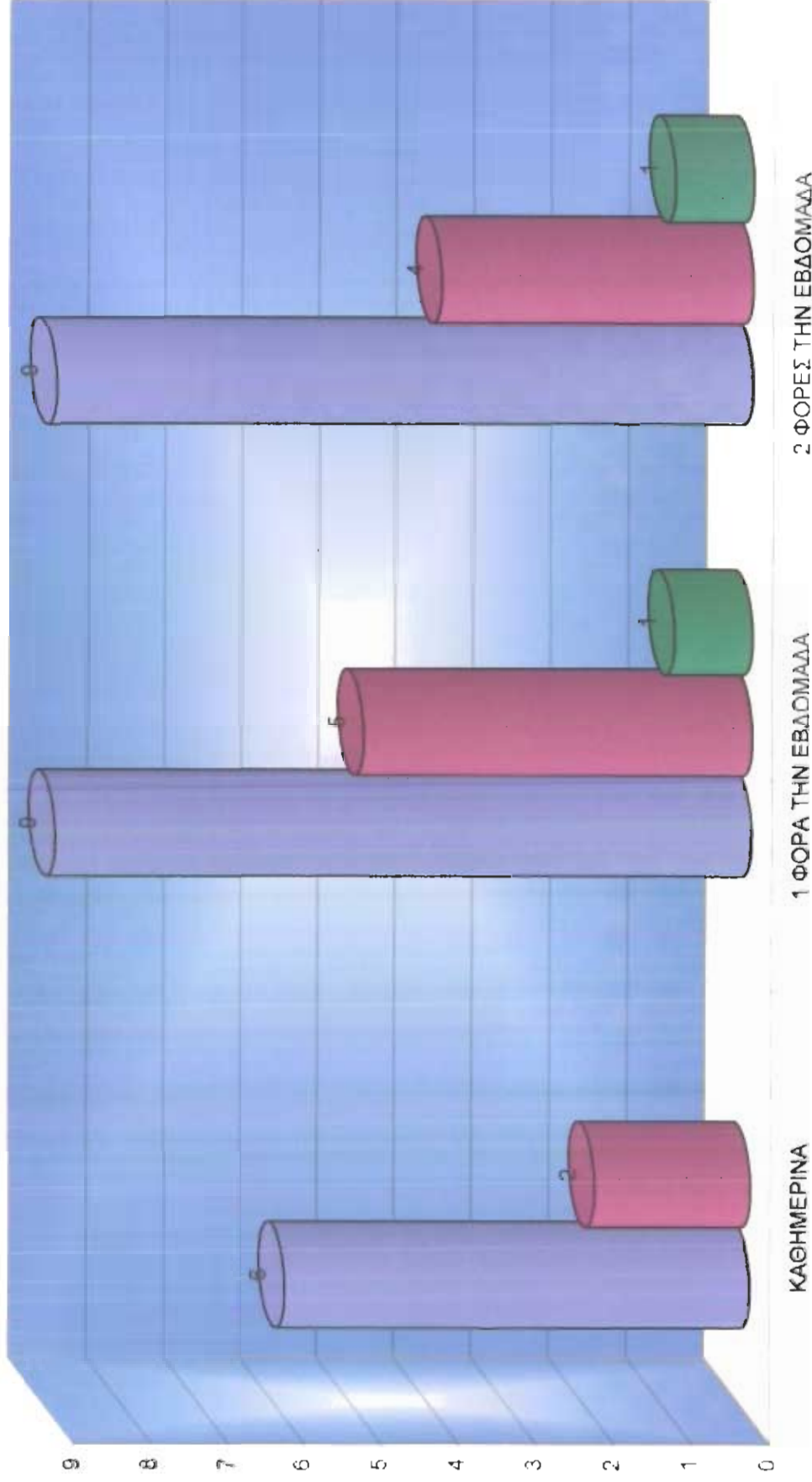


ΝΑΙ

ΟΧΙ

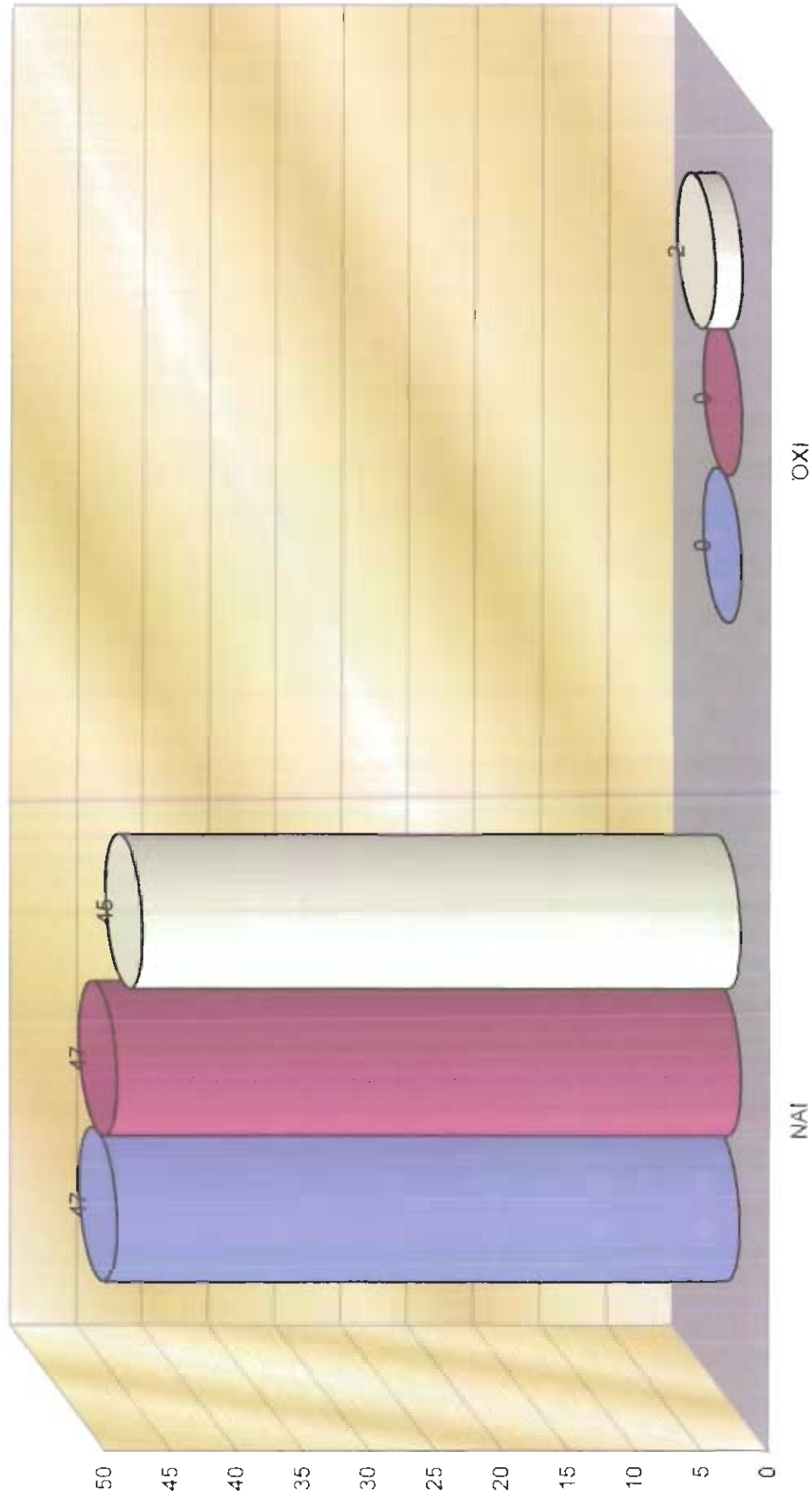
ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΕΙ..

■ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ■ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ■ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ

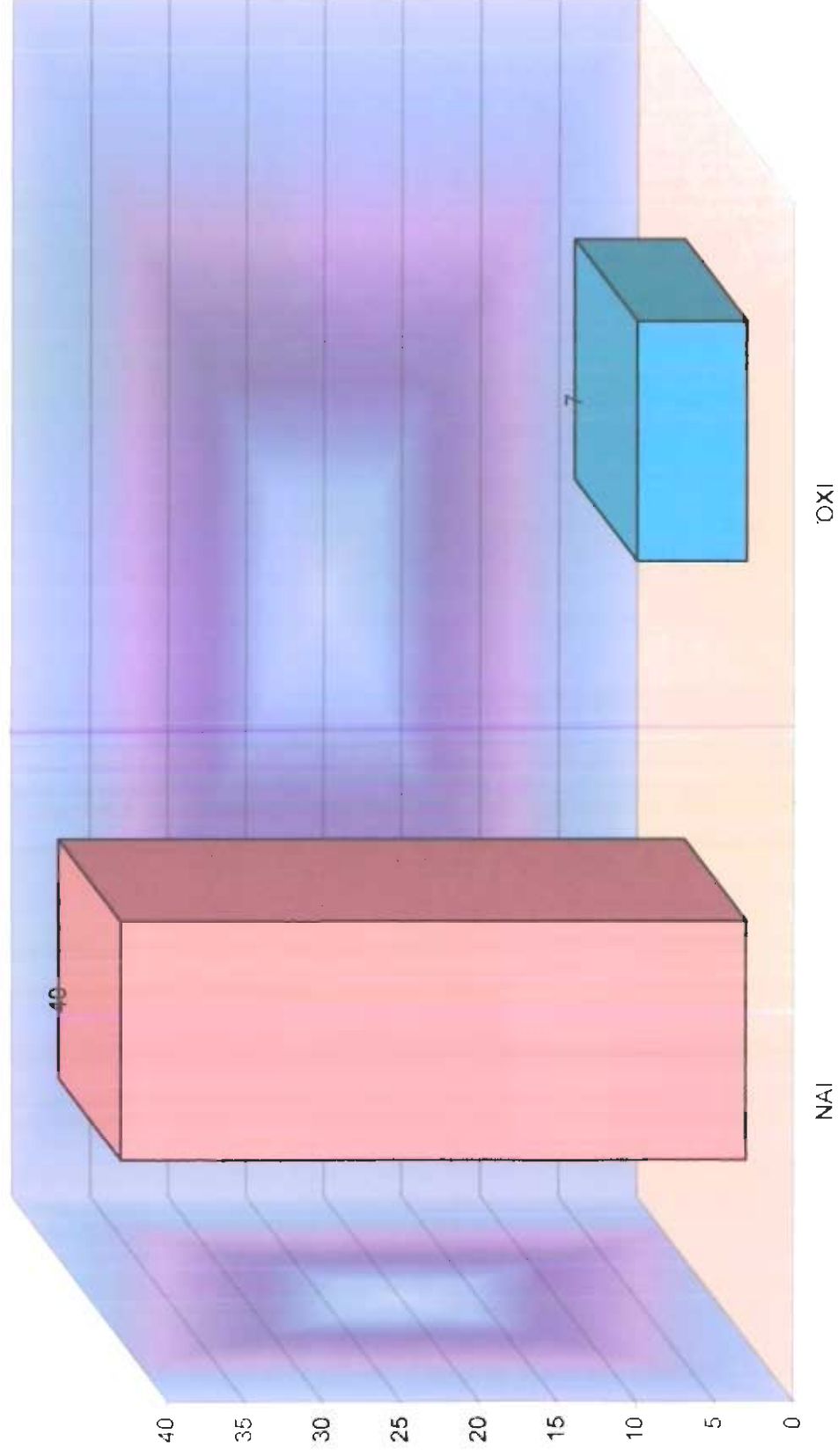


ΣΑΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΕΙ Η ΒΟΗΘΕΙΑ ...

■ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ■ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ■ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ



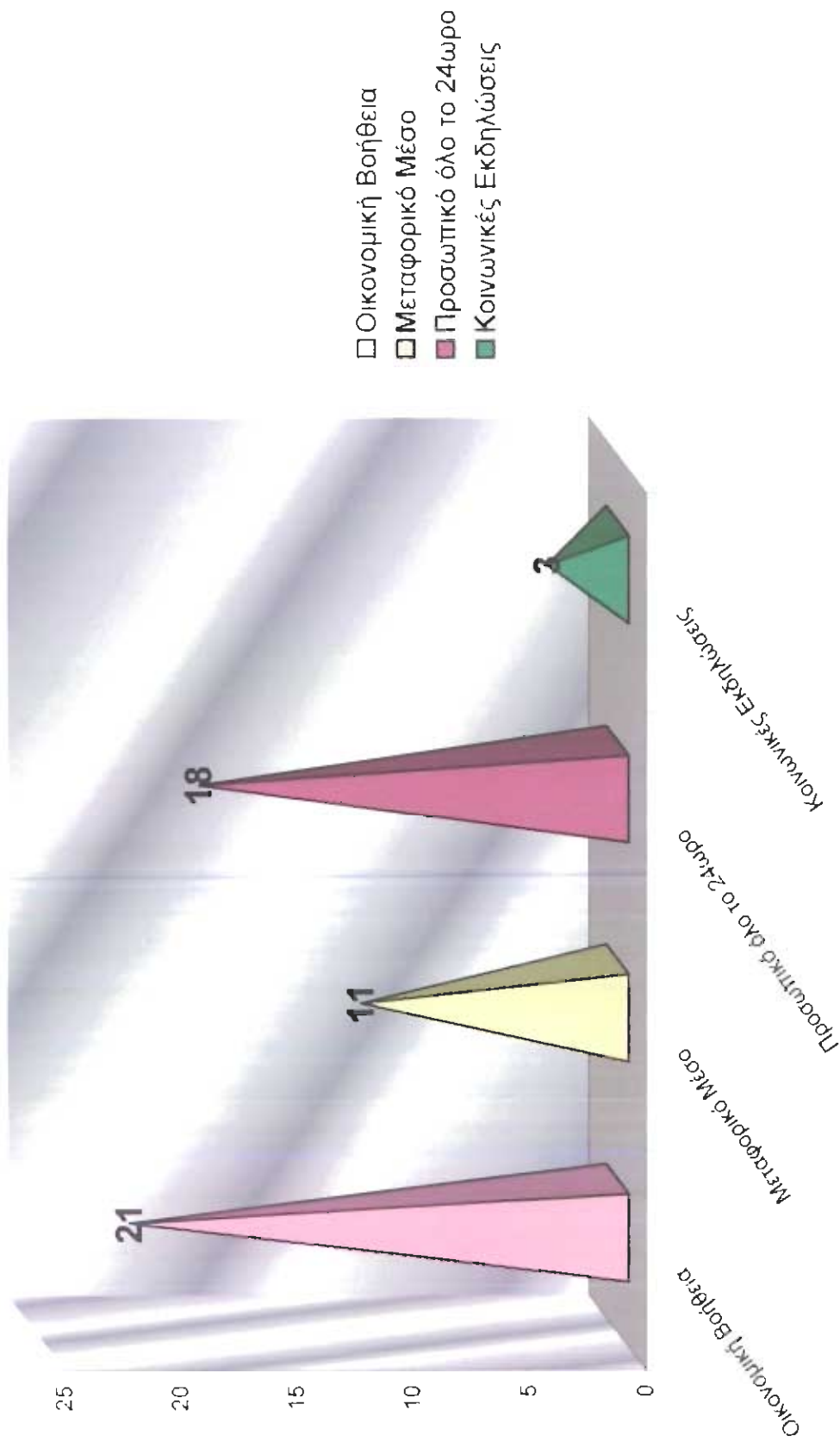
ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΣΤΕΛΕΧΩΘΕΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕ ΕΠΗΠΛΕΟΝ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟ;



ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΗΤΕ



ΤΙ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΣΑΣ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ;



□ Οικονομική Βοήθεια

□ Μεταφορικό Μέσο

□ Προσωπικό όλο το 24ωρο

□ Κοινωνικές Εκδηλώσεις

ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΠΕΝΤΑΕΤΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι για την Τρίτη ηλικία» έκλεισε πέντε(5) χρόνια λειτουργίας του στο Δ. Πατρέων. Σε αυτό το χρόνο αποκτήθηκε αρκετή εμπειρία ώστε να λειτουργεί εύρυθμα , προσαρμοσμένο στις ανάγκες των ηλικιωμένων που εξυπηρετεί.

Ως χώρος εγκατάστασης του προγράμματος επιλέχθηκε ο χώρος του Κ.Α.Π.Η. επειδή πρώτον αποτελεί το βασικό χώρο που συγκεντρώνονται οι ηλικιωμένοι και δεύτερον επειδή το Κ.Α.Π.Η. είναι συνυφασμένο στην άποψη του κοινού με την Τρίτη ηλικία, οπότε λογικά εκεί απευθύνονται για κάθε μορφή βοήθειας.

Επιπροσθέτως η καλή συνεργασία με το προσωπικό και τη διοίκηση του Κ.Α.Π.Η., το οποίο συνδράμει και υποστηρίζει το πρόγραμμα, είναι βασική επιδίωξη για την εύρυθμη λειτουργία του προγράμματος.

Σε πολύ καλό επίπεδο είναι η συνεργασία του προγράμματος και της ομάδας που το λειτουργεί με τα τοπικά νοσοκομεία όπου υπάρχει συνεχής επαφή και τροφοδότηση με νέες περιπτώσεις. Πολύ καλό επίπεδο συνεργασίας έχουν επιτύχει με τις εθελοντικές οργανώσεις και τον Ερυθρό Σταυρό Πάτρας. Περιθώρια βελτίωσης των σχέσεων και της συνεργασίας απαιτούνται από την Εκκλησία, η οποία ειδικά στην Πάτρα έχει αναλάβει σπουδαίο προνοιακό έργο.

Τα ο επίπεδο συνεργασίας με τους εξυπηρετούμενους γενικά είναι καλό και με την πάροδο του χρόνου βελτιώνεται συνεχώς το χτίσιμο σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ των δύο(2) πλευρών. Όσον αφορά το οικογενειακό περιβάλλον συνήθως αντιμετωπίζει θετικά την ομάδα βοήθειας ωστόσο υπάρχουν ελάχιστες εξαιρέσεις που εναντιώνονται στο έργο και στην ανάπτυξη της στο περιβάλλον του ηλικιωμένου.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Η έρευνα είχε ως σκοπό να καταδείξει τις σκέψεις των ηλικιωμένων σχετικά με το πρόγραμμα , το αν έχουν ικανοποιηθεί από τον τρόπο λειτουργίας του ή αν επιθυμούν την ενίσχυσή του με περισσότερες υπηρεσίες. Συνεπώς για την ομαλότερη λειτουργία του προγράμματος αλλά και για την περαιτέρω εξέλιξη του είναι αναγκαίες μια σειρά από προτάσεις οι οποίες θ' αποτελέσουν τα επόμενα βήματα.

- Συντονισμός, συνεργασία προγραμμάτων και υπηρεσιών που σχετίζονται με τους ηλικιωμένους σε επίπεδο Δήμου ή Νομού.
- Συμπλήρωση των υπαρχόντων προγραμμάτων με περισσότερους οικογενειακούς βοηθούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλες επιστημονικές ειδικότητες όπως ψυχιάτρου, γιατρού, φυσιοθεραπευτή , με πλήρη ή μερική απασχόληση.
- Συνεργασία και ανταλλαγή απόψεων εργαζομένων σε διάφορους χώρους εφαρμογής του προγράμματος.
- Συνέχιση συνεργασίας με τοπικούς φορείς – πρόνοια , νοσοκομεία, κέντρα υγείας, εκκλησία, σωματεία ,-και κοινός προγραμματισμός.
- Επέκταση του προγράμματος σε στήριξη οικογενειών που έχουν ένα μη εξυπηρετούμενο άτομο ώστε να συνεχίσουν την φροντίδα του στο σπίτι.
- Εξέταση της δυνατότητας σύνδεσης των προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι και της νοσηλείας με τα ασφαλιστικά ταμεία των εξυπηρετούμενων και κάλυψη του κόστους φροντίδας από αυτά (Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι , 2002, :σελ 120-122).
- Η ομάδα οφείλει να προσεγγίσει και να συνεργασθεί με τις τοπικές ενώσεις συνταξιούχων , τους εθελοντικούς τοπικούς φορείς και τις γυναικείες οργανώσεις, να συζητήσει τα προβλήματα της παροχής

φροντίδας σε ηλικιωμένους και να προτείνει την ίδρυση ομάδων ενίσχυσης (Τριανταφύλλου Τζ, Μεσθεναίου Ε, Ποιος φροντίζει. 1993 ,:σελ 65).

- Κάλυψη του προγράμματος με επιπλέον προσωπικό ώστε να λειτουργεί σε εικοσιτετράωρη βάση.
- Ενεργοποίηση και οργάνωση των νεότερων ηλικιωμένων ως εθελοντών στα πλαίσια της κοινότητας.
- Συνεχής επιμόρφωση και απόκτηση νέων επαγγελματικών γνώσεων όσων ανθρώπων εργάζονται με τους εξαρτημένους και ασθενείς ηλικιωμένους.
- Προσπάθεια από τους υπεύθυνους να ενισχύσουν την εθελοντική διαδικασία αντλώντας υλικό από τα παιδιά και τους νέους στους σχολικούς χρόνους.

ΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΚΑΝΕΙ ΚΑΠΟΙΟΣ ΩΣ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ;

Ένας σπουδαστής πρέπει να σκεφθεί πώς θα προσαρμόσει τις γνώσεις του στις ανάγκες μιας γηράσκουσας κοινωνίας και ιδιαίτερα στις ειδικές ανάγκες των περισσότερο ηλικιωμένων που χρειάζονται μεγαλύτερη φροντίδα και συμπαράσταση.

Οι σπουδαστές των ιατρικών και νοσηλευτικών σχολών πρέπει να μάθουν να αντιμετωπίζουν τους ηλικιωμένους ως το πιο σημαντικό και συγχρόνως προκλητικό τμήμα του επαγγέλματός τους, να συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων, να παρέχουν κατάλληλη ενημέρωση και πληροφόρηση και να εφαρμόζουν συνειδητά προγράμματα και πολιτικές που θα ευνοούν την τρίτη ηλικία.

Οι σπουδαστές των αρχιτεκτονικών και μηχανολογικών σχολών θα μπορούσαν ν' αναζητήσουν τρόπους προσαρμογής του περιβάλλοντος, στις ανάγκες του διαρκώς αυξανόμενου αριθμού ηλικιωμένων και να ενισχύσουν έτσι τη συμμετοχή τους στην κοινωνία.

Οι σπουδαστές σε σχολές καλών τεχνών και επικοινωνίας θα μπορούσαν να ερευνήσουν τις μεθόδους αποτελεσματικής εκπροσώπησης όλων των ομάδων στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης κοινωνίας, με ιδιαίτερη έμφαση στους ηλικιωμένους (Τριανταφύλλου Τζ. , Μεσθεναίου Ε.,1993 ,:σελ 65-66).

Τέλος οι σπουδαστές της Κοινωνικής Εργασίας οφείλουν να αποκτήσουν τις γνώσεις και την ευαισθητοποίηση προκειμένου να έχουν μία σημαντικού βαθμού εμπλοκή και ενεργό συμμετοχή στη διαδικασία εκείνη που θα συμβάλλει στην πρόληψη ή αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και συναισθηματικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η φροντίδα των ηλικιωμένων μέσω του προγράμματος “Βοήθεια στο σπίτι”, αποτελεί σχετικά ένα νέο πεδίο ανάπτυξης τόσο των υπηρεσιών υγείας, όσο και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Όπως σε κάθε νέα προσπάθεια, θα αξιολογηθεί και θα καταγραφεί από την ποιότητα και το βάρος της επιστημονικής τεκμηρίωσης με το οποίο θα εφαρμοστεί.

Είναι πολύ πιθανόν με βάση τις υπάρχουσες αντιλήψεις και πρακτικές να καταγραφεί τελικά ως μία επιφανειακή δραστηριότητα με συγκεκριμένο ρόλο, η οποία εξυπηρετεί τελείως διαφορετικούς στόχους από αυτούς για τους οποίους έχει συσταθεί.

Αντίθετα, και εφόσον στηριχθεί στη σχεδιασμένη ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας και τη μακροπρόθεσμη επένδυση σε εκπαιδευμένο ανθρώπινο κεφάλαιο, μπορεί να αποτελέσει μια σημαντική τομή στην πολιτική των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας.

Η εξορισμού ανθρωποκεντρική προσέγγιση του προγράμματος “Βοήθεια στο σπίτι”, η ανάπτυξη υπηρεσιών στο σπίτι και την κοινότητα με βάση τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού, η συνεργασία με τον ίδιο τον πληθυσμό και η αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών από αυτόν, συντελούν μια νέα πραγματικότητα.

Η πραγματικότητα αυτή αφορά τόσο στην παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας στους ηλικιωμένους που τις έχουν ανάγκη, όσο και στους επαγγελματίες υγείας για τους οποίους ανοίγεται μια νέα προοπτική αναβάθμισης του ρόλου και της ικανοποίησης από το έργο τους στα πλαίσια πάντα μιας Διεπιστημονικής Ομάδας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α., “Θέματα Γηροψυχολογίας και γεροντολογίας” εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1993
2. Καστενμπάουμ Ρόμπερτ, “Η τρίτη ηλικία – Ο κύκλος της ζωής”, Μετάφραση: Ελένη Τσελέπογλου, εκδόσεις Αθ. Ψυχογιός, Αθήνα 1982
3. Τριανταφύλλου Τζούντιθ, Μεθenaίου Ελίζαμπεθ, “Ποιος φροντίζει;” εκδόσεις Sextant, Αθήνα 1993
4. Πετρουλάκης Β. Νικόλαος, “Ψυχολογία της προσαρμογής”, εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα 1984
5. Κανελλόπουλος Ν. Κ. , “Δοκίμια 6, Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα”, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα 1984
6. Στασινοπούλου Β. Όλγα, “Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής”, εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα 1999
7. Ιεροδιακόνου Χ., Φωτιάδης Χ., Δημητρίου Ε., “Ψυχιατρική”, εκδόσεις Μαστορίδη, Θεσσαλονίκη 1998
8. Παγοροπούλου Α., “Η Γεροντική Κατάθλιψη”, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2000
9. Μάνος Νίκος, “Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής” εκδόσεις University Studio Press, αναθεωρημένη έκδοση, Θεσσαλονίκη 1997
10. Παπασπυρόπουλος Α. Σπυρίδων, “Η ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας”, επιμέλεια: Στ. Μανέτα, εκδόσεις Σκαρabaίος, Αθήνα 1991

11. Σκουτέλης Γ.Δ., “Κοινωνικές Ασφαλίσεις: Ανάπτυξη και κρίση”, Κέντρο κοινωνικών επιστημών Υγείας, Αθήνα 1980
12. Χτούρης Σωτήρης, “Θεσμοί και Ρυθμίσεις της Κοινωνικής Πολιτικής”, Κέντρο Κοινωνικής και Πολιτικής Έρευνας Πράξις, Σειρά Κοινωνικής Ογκολογίας και Πολιτικής, τεύχος 3, Αθήνα 1993
13. Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής Συμμετοχής, “οδηγός των ΚΑΠΗ”, 1994
14. Μαντζιάρας Μ., “Το πρόγραμμα “Βοήθεια στο σπίτι” στο Δήμο Διδυμότειχου”, άρθρο Κοινωνική Εργασία, τεύχος 56, 1999
15. Κοσμόπουλος Β. Αλεξ., “Στοιχεία Ψυχολογίας και Ανθρωπαγωγικής της ώριμης Συμπεριφοράς”, Πάτρα 1980
16. Πουλοπούλου – Έμκε Ήρα, “Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες. Παρελθόν – Παρόν και Μέλλον”, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1980
17. Παπανούτσου Π. Ε., “Πρακτική Φιλοσοφία”, εκδόσεις Δωδώνη, Αθήνα
18. Χριστοδούλου Κώστας, “Η Βρετανική κοινωνική πολιτική και η τρίτη ηλικία ”, άρθρο Κοινωνική Εργασία, τεύχος 32°, Αθήνα 1999
19. ΥΠΕΣΔΑ – Υπ. Υγ. Π –ΚΕΔΚΕ, “Πρόγραμμα “Βοήθεια στο σπίτι” ”, έκδοση ΚΕΔΚΕ, Αθήνα 2002
20. Cohen Louis, Manion Lawrence, “Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας”, εκδόσεις Έκφραση – Εκπαιδευτική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 1997
21. Π. Καρπάθιος Στυλιανός, “Το προνοιακό έργο της εκκλησίας για τον άνθρωπο της Τρίτης Ηλικίας”, άρθρο Εκλογή, αρ. 100, Αθήνα 1994
22. Γείτονα Μαίρη, “Ο ρόλος του κράτους στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών για την τρίτη ηλικία”, άρθρο εκλογή, αρ. 100, Αθήνα 1994

23. Μαλικούτη Μαρία, “Ο ρόλος των εθελοντικών οργανώσεων”, άρθρο εκλογή, αρ. 100, Αθήνα 1994
24. Βενετάκη Καρολίνα, “Ο ρόλος της Γ. Α.”, άρθρο εκλογή, Αρ. 100, Αθήνα 1994
25. Μπαμπινιώτης Δ. Γ., “Λεξιλόγιο της Νέας Ελληνικής Γλώσσας”, Κέντρο Λεξιλογίας ΕΠΕ, Αθήνα, 1998
26. Πανουτσοπούλου Κασσιανή, “Κοινωνική Πρόνοια”, 3^η Έκδοση, Εκδόσεις Γρηγόρη, Αθήνα, 1984
27. Σταθόπουλος Πέτρος, “Κοινωνική Πρόνοια”, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα, 1996

ΞΕΝΗ ΛΟΓΟΤΕΧΝΙΑ

1. Ritsiou N. Eleni, “Social and psychological adaptation to aging among older Athenians”, volume II, National center of social research, Athens 1986
2. Oppenheimer Catherine, Jacoby Robin, “Psychiatry in elderly”, εκδόσεις Oxford Medical Publications, Oxford 1996
3. Mortimer Eunice, “Working with the elderly”, Heinemann Educational books, London 1982
4. Ritsiou N. Eleni, Korre Rena, “Life Styles of older Athenians”, volume I, National center of social research, Athens 1986
5. Birrin E. James, Schaie K. Warner, “Handbook of Psychology of going third edition”, Academic Press Inc 1999
6. Bromley B. B., “Behavioural gerontology, central issues in the psychology of aging”, Department of Psychology, university of Liverpool, uk, John Wiley and Sons Ltd, England 1990

ΠΗΓΕΣ

1. Draft: “International policy on living conditions for elderly people”, prepared by Preben Belle, the Panish Association of social workers, prepared for the International Federation of social workers.
2. Ζαγούρα, Σημειώσεις από παραδόσεις μαθημάτων στο μάθημα “Ίδρύματα” ΣΤ’ Εξαμήνου Α.Τ.Ε.Τ.Ι. Πάτρας
3. Μανώλας Χρήστος, “Ήρθε η βοήθεια στο σπίτι”, ΤΑ ΝΕΑ, 18/10/2002 αρ. φύλλου 17468, σελ. 47
4. Χαραλαμπίκης Μ., “Τηλε-sos για τη γιαγιά”, ΤΑ ΝΕΑ, 17/01/2002 αρ. φύλλου 17244, σελ 14
5. ΦΕΚ Αρ φύλλου 917, 17 Οκτωβρίου 1997 Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι (Αριθ.. Π46/5814)
6. Προγραμματική Σύμβαση
7. Νόμος υπ’ αριθ. 207/4-15.7.92 (Α’ 123)
Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας. Άρθρο 136(1.2.), Σύναψη Συμβάσεων
8. Νόμος υπ’ αριθ. 2082/15- 21.9.92 (Α’ 158)
Αναδιοργάνωση της Κοινωνικής Πρόνοιας και καθιέρωση νέων θεσμών Κοινωνικής Προστασίας.
άρθρο 5 (123), Κατ’ οίκον κοινωνική προστασία
άρθρο 6, Εκπαίδευση Κοινωνικών βοηθών
άρθρο 7 (1.2.), Όροι και προϋποθέσεις της κατ’ οίκον κοινωνικής προστασίας
9. 3^ο συνέδριο Γηριατρικής και Γεροντολογικής Εταιρίας Βορείου Ελλάδας, “Σύγχρονη Ιατροκοινωνικά Προβλήματα της Γ’ Ηλικίας”, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Μακεδονίας και Θράκης του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου της Θεσσαλονίκης του Δήμου Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 1995

- 10.Κουμτζη Σουζάνα, “Υπηρεσίες του οικογενειακού βοηθού,
συνεργασία με εθελοντές Κοινωνικής Πρόνοιας”, σημειώσεις
- 11.Καβάφης Κ., “Ένας Γέρος”

ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΙΣ / ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ ΣΤΟ INTERNET

1. <http://ta-nea.dolnet.gr>
2. <http://www.mohaw.gr/GR/welfare.gr/start.htm>
3. <http://www.pesyba.gr/gr-health-overage.htm>
4. http://www.immspartis.gr/links/periodiko_osios_nikon/trexon_teyxos/d35.htm

ПАРАПТЕМА А

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. ΦΥΛΟ:

ΑΝΤΡΑΣ

ΓΥΝΑΙΚΑ

2. ΗΛΙΚΙΑ.....

3. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ / ΤΟΠΟΣ

ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:.....
.....
.....

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :

ΕΓΓΑΜΟΣ / Η

ΑΓΑΜΟΣ / Η

ΧΗΡΟΣ / Α

ΔΙΑΖΕΥΤΜΕΝΟΣ / Η

5. ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΑ;.....

ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΩΝ:.....ΗΛΙΚΙΑ.....

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

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ:

ΠΑΤΡΑ:.....

ΑΛΛΗ ΠΟΛΗ / ΧΩΡΙΟ:.....

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ:.....

6. ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΗ ΕΠΑΦΗ ΕΧΕΤΕ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ;

- ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ
- ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
- 2 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ
- ΚΑΘΟΛΟΥ

7. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ:

- ΕΓΓΑΜΟΣ / Η
- ΑΓΑΜΟΣ / Η
- ΧΗΡΟΣ / Α
- ΔΙΑΖΕΥΤΜΕΝΟΣ / Η

8. ΕΧΕΤΕ ΕΓΓΟΝΙΑ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

9. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:.....
.....
.....

10.ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ
ΕΧΕΤΕ;.....
.....

11.ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ, ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ;

-
-
-

12.ΕΧΕΤΕ ΙΔΙΟΚΤΗΤΟ ΣΠΙΤΙ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

13.ΑΝ ΟΧΙ, ΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΕΝΟΙΚΙΟ ΚΑΙ ΠΟΣΟ;.....

.....

14.ΕΧΕΤΕ ΑΛΛΟΥΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΠΟΙΟΥΣ:

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

15.ΣΑΣ ΒΟΗΘΑΝΕ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ, ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΤΡΟΠΟ;.....

.....

16.ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΣΑΣ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ;

ΘΕΤΙΚΗ

ΑΡΝΗΤΙΚΗ

ΟΥΔΕΤΕΡΗ

ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ

17.ΔΕΧΕΣΤΕ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΚΑΠΟΙΟ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΑΤΟΜΑ;

ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ

ΓΕΙΤΟΝΕΣ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΦΙΛΟΙ

ΚΑΠΟΙΟΣ ΑΛΛΟΣ

ΑΝ ΝΑΙ, ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ ΠΑΡΕΧΟΥΝ;.....
.....
.....

18. ΔΕΧΕΣΤΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΦΟΡΕΙΣ;

- ΕΚΚΛΗΣΙΑ
- ΠΡΟΝΟΙΑ
- ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ
- ΕΡΥΘΡΟ ΣΤΑΥΡΟ
- ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ

19. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΥΤΗ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

ΑΝ ΟΧΙ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΑΣ:.....
.....
.....

20. ΔΕΧΕΣΤΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

ΑΝ ΝΑΙ, ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΑΠΟ ΠΟΥ:

- ΕΚΚΛΗΣΙΑ
- ΠΡΟΝΟΙΑ
- ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ

21. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΑΥΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ;

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

22. ΓΙΑΤΙ ΑΠΕΥΘΥΝΘΗΚΑΤΕ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ “ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ”;.....

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

23.ΑΠΟ ΠΟΥ ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΥΤΟ;

- ΚΑΠΗ
- ΓΕΙΤΟΝΙΑ
- ΕΚΚΛΗΣΙΑ
- ΠΡΟΝΟΙΑ
- ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ
- ΟΙ ΙΔΙΟΙ
- ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ

ΠΑΡΑΠΟΜΠΗ: ΝΑΙ ΟΧΙ

24.ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΔΕΧΕΣΤΕ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ;

.....

25.ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΟΥΝ ΚΑΛΥΦΘΕΙ ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΓΙΑ ΤΙΣ
ΟΠΟΙΕΣ ΑΠΕΥΘΥΝΘΗΚΑΤΕ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ :

- ΠΟΛΥ
- ΑΡΚΕΤΑ
- ΛΙΓΟ
- ΚΑΘΟΛΟΥ

ΠΟΙΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΑΣ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΚΑΛΥΦΘΕΙ ΕΠΑΡΚΩΣ;.....

.....

.....

.....

26.ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΕΙ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ;

- 1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΔΕΚΑΠΕΝΘΗΜΕΡΟ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ

27.ΣΑΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΕΙ Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝ ΟΧΙ, ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΕΙ;

- ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
- 2 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΔΕΚΑΠΕΝΘΗΜΕΡΟ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ

28.ΣΑΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΕΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΧΕΙΡΙΖΕΤΑΙ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΑΣ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑΤΙ;.....

.....

29.ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΕΙ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ;

- 1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΔΕΚΑΠΕΝΘΗΜΕΡΟ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ

30.ΣΑΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΕΙ Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝ ΟΧΙ, ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΕΙ;

- ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
- 2 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΔΕΚΑΠΕΝΘΗΜΕΡΟ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ

31. ΣΑΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΕΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΧΕΙΡΙΖΕΤΑΙ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΑΣ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑΤΙ;.....

.....

32.ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΕΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ;

- 1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΔΕΚΑΠΕΝΘΗΜΕΡΟ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ

33.ΣΑΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΕΙ Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΟΗΘΟΥ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝ ΟΧΙ, ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΕΙ;

- ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
- 2 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΔΕΚΑΠΕΝΘΗΜΕΡΟ
- 1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ

34. ΣΑΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΕΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ ΧΕΙΡΙΖΕΤΑΙ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΑΣ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝ ΟΧΙ, ΓΙΑΤΙ;.....
.....
.....

35.ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΣΤΕΛΕΧΩΘΕΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕ ΕΠΠΛΕΟΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΕΙΔΙΚΟΤΕΡΑ:

ΓΙΑΤΡΟΣ:

ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ:

ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ:

36.ΤΙ ΑΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΣΑΣ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ;

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ :

ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟ ΜΕΣΟ:

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΟΛΟ ΤΟ 24ΩΡΟ :

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ:

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

ΦΥΛΟ

ΑΝΤΡΑΣ	17
ΓΥΝΑΙΚΑ	30

ΗΛΙΚΙΑ	Αντρας	Γυναίκα
65-74 Ετών	2	6
75-84 Ετών	8	15
84-94 Ετών	6	8
95 άνω	1	1

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	Αντρας	Γυναίκα
ΔΙΑΦΟΡΑ	5	8
ΟΙΚΙΑΚΑ		13
ΑΓΡΟΤΕΣ	7	0
ΕΡΓΑΤΕΣ ΣΕ	2	9
ΕΡΓΟΣΤΑΣΙΟ		
ΔΑΣΚΑΛΟΙ	2	0
ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΟΣ	1	0

ΑΣΦΑΛΙΣΗ	Αντρας	Γυναίκα
ΟΓΑ	10	13
ΙΚΑ	3	16
ΤΑΕ	1	1
ΔΗΜΟΣΙΟΥ	3	0
ΠΡΟΝΟΙΑΣ	0	1

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Αντρας	Γυναίκα
ΕΓΓΑΜΟΣ/Η	3	2
ΑΓΑΜΟΣ/Η	6	9
ΧΗΡΟΣ/Α	7	16
ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η	1	3

ΠΟΣΑ ΠΑΙΔΙΑ ΕΧΟΥΝ:	ΑΝΤΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ
ΕΓΓΑΜΟΙ	4	3
ΑΓΑΜΟΙ	0	0
ΧΗΡΟΙ	26	20
ΔΙΕΥΖΕΥΓΜΕΝΟΙ	9	2

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ:	ΠΑΤΡΑ	ΆΛΛΗ ΠΟΛΗ/ΧΩΡΙΟ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ
ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΓΓΑΜΟΥΣ	6	1	0
ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΧΗΡΟΥΣ	34	11	1
ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΧΗΡΟΥΣ	10	1	0

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΗ ΕΠΑΦΗ ΕΧΟΥΝ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ	ΌΤΑΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ ΔΙΑΜΕΝΟΥ Ν ΣΤΗΝ ΠΑΤΡΑ	ΌΤΑΝ ΔΙΑΜΕΝΟ ΥΝ ΣΕ ΆΛΛΗ ΠΟΛΗ/ΧΩ ΡΙΟ	ΌΤΑΝ ΔΙΑΜΕΝΟ ΥΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙ ΚΟ
ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΓΓΑΜΟΥΣ			
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	0	0	0
ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	6	1	0
2 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	0	0	0
1 ΤΟ ΜΗΝΑ	0	0	0
ΚΑΘΟΛΟΥ	0	0	0
ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΧΗΡΟΥΣ			
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	10		
ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	11	1	0
2 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	4	3	1
1 ΤΟ ΜΗΝΑ	3	6	0
ΚΑΘΟΛΟΥ	6	1	0
ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΥΣ			
ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	3	0	0
ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	0	0	0
2 ΦΟΡΕΣ ΤΟ ΜΗΝΑ	0	0	0
1 ΤΟ ΜΗΝΑ	5	1	0
ΚΑΘΟΛΟΥ	2	0	0

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΑΙΔΙΩΝ	ΕΓΓΑΜΑ	ΑΓΑΜΑ
ΕΓΓΑΜΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ	7	0
ΧΗΡΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ	44	2
ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ	11	0

ΕΧΕΤΕ ΙΔΙΟΚΤΗΤΟ ΣΠΙΤΙ;

ΝΑΙ	30
ΌΧΙ	17

**ΑΛΛΟΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΟΡΟΙ ΕΚΤΟΣ
ΑΠΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗ**

ΝΑΙ	30
ΌΧΙ	17

ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥΣ ΠΟΡΟΥΣ;

Επίδομα τυφλότητας(ΠΡΟΝΟΙΑ)	4
Ενοίκιο από διαμέρισμα	1
Εκκλησία	1
Σύνταξη από εθνική αντίσταση	1
Επιδότηση ενοικίου από εργατική εστία	1
Επιδότηση ενοικίου (ΠΡΟΝΟΙΑ)	8

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ**

ΝΑΙ	47
ΌΧΙ	0

ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Καρδιά	15
Πίεση	15
Σακχαρώδης διαβήτης	8
Καρκίνος	4
Πρόβλημα όρασης/τύφλωσης	5
Προβλήματα ακοής	4
Βρογχικό άσθμα	4
Ισχυαλγία	1
Τλιγγος	2
Σκλήρυνση κατά πλάκας	1
Εγκεφαλικό	2
Πάρκινσον	2
Έντερο	3
Κατάθλιψη	4
Παράλυση	1
Ουρολογικά	1
Αναπνευστικό	1
Άγχος	1
Λύκος	1
Οστεοπόρωση	7
Αθριτικά	5

**ΣΑΣ ΒΟΗΘΑΝΕ ΜΕ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ ΤΑ
ΠΑΙΔΙΑ ΣΑΣ**

ΝΑΙ	13
ΌΧΙ	12
ΚΑΜΙΑ ΦΟΡΑ	3

**ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗ ΣΧΕΣΗ
ΣΑΣ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ**

ΘΕΤΙΚΗ	18
ΑΡΝΗΤΙΚΗ	2
ΟΥΔΕΤΕΡΗ	5
ΑΔΙΑΦΟΡΗ	2
ΚΑΜΙΑ ΕΠΑΦΗ	1

**ΔΕΧΕΣΤΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ
ΤΟΥΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΦΟΡΕΙΣ:**

ΕΚΚΛΗΣΙΑ	2
ΠΡΟΝΟΙΑ	13
ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ	8
ΕΡΥΘΡΟ ΣΤΑΥΡΟ	
ΚΑΤΙ ΆΛΛΟ	

**ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ
ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΥΤΗ:**

ΝΑΙ	19
ΌΧΙ	0

ΔΕΧΕΣΤΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ

ΝΑΙ	6
ΌΧΙ	41

ΑΝ ΝΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΟΥΣ:

ΕΚΚΛΗΣΙΑ	0
ΠΡΟΝΟΙΑ	1
ΓΕΙΤΟΝΕΣ	1
ΚΑΠΗ	1
ΠΑΙΔΙΑ	1
ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	1
ΕΡΥΘΡΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	1

**ΓΙΑΤΙ ΑΠΕΥΘΥΝΘΗΚΑΤΕ ΣΤΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ "ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ
ΣΠΙΤΙ";**

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ	20
ΑΝΑΓΚΕΣ(ψώνια,τρόφιμα,μαγείρεμα)	
ΟΙΚΙΑΚΕΣ	13
ΔΟΥΛΕΙΕΣ(καθαριότητα)	
ΠΑΡΕΑ	12
ΗΘΙΚΗ ΣΥΜΠΑΡΑΣΤΑΣΗ	3
ΦΑΡΜΑΚΑ	8

**ΑΠΟ ΠΟΥ ΕΝΗΜΕΡΩΘΗΚΑΤΕ ΓΙΑ
ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΥΤΟ;**

ΚΑΠΗ	19
ΓΕΙΤΟΝΙΑ	4
ΕΚΚΛΗΣΙΑ	9
ΠΡΟΝΟΙΑ	2
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	0
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ	2
ΦΙΛΟΙ	2
ΕΘΕΛΟΝΤΗΣ	1
ΤΗΛΕΟΡΑΣΗ	1

**ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ ΔΕΧΕΣΤΕ ΤΙΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ;**

Λιγότερο από 2 έτη	6
2-4 έτη	30
4 και άνω	11

**ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΟΥΝ ΚΑΛΥΦΘΕΙ
ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ
ΑΠΕΥΘΥΝΘΗΚΑΤΕ ΣΤΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ;**

ΠΟΛΥ	13
ΑΡΚΕΤΑ	26
ΛΙΓΟ	7
ΚΑΘΟΛΟΥ	1

**ΠΟΙΟΞ ΑΝΑΓΚΕΣ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ
ΚΑΛΥΦΘΕΙ ΕΠΑΡΚΩΣ;**

Η ανάγκη για παρέα/συντροφιά όλες τις ώρες	10
Η προσδοκία για οικονομική βοήθεια	5
Η κάλυψη των καθημερινών αναγκών (ψώνια, μαγείρεμα)	4
Παρέμβαση του προγράμματος απογευματινές ώρες και Σαββατοκύριακο	15

ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΕΙ	Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ
------------------------	----------------------------	---------------	--------------------------

1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	21	30	35
1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΔΕΚΑΠΕΝΘΗΜΕΡΟ	24	17	12
ΜΙΑ ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ	2	0	0

ΣΑΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΕΙ Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ	ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ	ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΟΗΘΟΥ
--	------------------------------	---------------------	--------------------------------

ΝΑΙ	30	32	33
ΌΧΙ	17	15	14

ΠΟΣΕΣ ΦΟΡΕΣ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΠΑΡΕΜΒΑΙΝΕΙ	Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ
---	----------------------------	---------------	--------------------------

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	9	9	9
1 ΦΟΡΑ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	6	5	4
2 ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	2	1	1
1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΔΕΚΑΠΕΝΘΗΜΕΡΟ			
1 ΦΟΡΑ ΤΟ ΜΗΝΑ			

ΣΑΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΕΙ Ο ΤΡΟΠΟΣ ΜΕ ΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΧΕΙΡΙΖΕΤΑΙ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΑΣ;	Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ	Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ
--	----------------------------	---------------	--------------------------

ΝΑΙ	47	47	45
ΌΧΙ	0	0	2

ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΣΤΕΛΕΧΩΘΕΙ
ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕ
ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΚΤΟΣ
ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟ;

ΝΑΙ	40
ΌΧΙ	7

ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ

ΓΙΑΤΡΟΣ	37
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ	16
ΑΤΟΜΑ ΓΙΑ ΣΥΝΟΔΕΙΑ	2

ΤΙ ΆΛΛΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΘΑ
ΘΕΛΑΤΕ ΝΑ ΣΑΣ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ
ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ;

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ	21
ΜΕΤΑΦΟΡΙΚΟ ΜΕΣΟ	11
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΟΛΟ ΤΟ 24ΩΡΟ	18
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	3

ПАРАРТНМА В



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 917

17 Οκτωβρίου 1997

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Θέσεις πρακτικής σπουδαστών Τ.Ε.Ι. σε Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης-	1
Πρόγραμμα ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	2
Μετατροπή θέσεων κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. στα Νομ. Γεν. Νοσ. Δυτ. Αττικής «Η Αγ. Βαρβάρα»	3
Τροποποίηση απόφασης Π4β/1685/4.10.95, σχετικά με την εφαρμογή του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι»	4
Μεταβίβαση Κρατικών Παιδικών Σταθμών.	5
Εξέταση, διάθεση, καταστροφή, εκποίηση άχρηστου υλικού.	6

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. Ε5/2065

(1)

Θέσεις πρακτικής σπουδαστών Τ.Ε.Ι. σε Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 12, παρ. 1, εδ. δ', του Ν. 1351/83 (ΦΕΚ 56/Α) «Εισαγωγή σπουδαστών στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση και άλλες διατάξεις».

2. Τις διατάξεις του άρθρου 29Α του Ν. 1558/1985, όπως αυτό προσετέθη με το άρθρο 27 του Ν. 2081/92 (ΦΕΚ 154/Α).

3. Τις διατάξεις της παρ. 1, του άρθρου 11, του Ν. 2327/95 (ΦΕΚ 156/Α).

4. Τις διατάξεις του εδαφίου α', της παρ. 3, του άρθρου 22, του Ν. 2362/95 (ΦΕΚ 247/Α).

5. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής, προκαλείται δαπάνη το ύψος της οποίας αναφέρεται στις παρ. 3, 4 έως και 14 της παρούσας απόφασης, στις οποίες επίσης αναφέρεται και η εγγραφή πίστωσης στον οικείο προϋπολογισμό για την κάλυψή της.

6. Την αριθ. ΣΤ5/33/96 απόφαση του Πρωθυπουργού και Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων «Ορι-

σμός αρμοδιοτήτων Υφυπουργού του ΥΠΕΠΘ (ΦΕΚ 937/Β'96)».

7. Την αριθ. 1107147/1239/006Α/4.10.96 Κοινή Υ.Α. του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Οικονομικών».

8. Την αριθ. ΔΙΔΚ/Φ, 1/20199/5.9.97 (ΦΕΚ 801/Β) απόφαση του Πρωθυπουργού και Υπουργού Εσωτερικών, Δημ. Διοίκησης και Αποκέντρωσης «Ανάθεση αρμοδιοτήτων του Υπουργού Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης στους Υφυπουργούς Εσωτερικών, Δημ. Διοίκησης και Αποκέντρωσης», αποφασίζουμε:

1. Καθορίζουμε τον αριθμό θέσεων πρακτικής άσκησης σπουδαστών Τ.Ε.Ι., σε Οργανισμούς Τοπικής Αυτ/σης (Ο.Τ.Α.) ως εξής:

ΔΗΜΟΣ ΚΕΡΚΥΡΑΙΩΝ

Θέσεις: (2) σπουδαστών της Σχολής Δ/σης και Οικονομίας.

ΔΗΜΟΣ ΙΛΙΟΥ

Θέσεις: (2) σπουδαστών της Σχολής Δ/σης και Οικονομίας.

ΔΗΜΟΣ ΑΘΗΝΑΙΩΝ

Θέσεις: (1) σπουδαστή της Σχολής Δ/σης και Οικονομίας.

ΔΗΜΟΣ ΡΟΔΙΩΝ

Θέσεις: (1) σπουδαστή της Σχολής Δ/σης και Οικονομίας.

ΔΗΜΟΣ ΦΙΛΙΠΠΙΑΔΑΣ

Θέσεις: (1) σπουδαστή της Σχολής Δ/σης και Οικονομίας.

ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΗ ΑΥΤ/ΣΗ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

Θέσεις: (3) σπουδαστών της Σχολής Δ/σης και Οικονομίας.

ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΖΑΓΟΡΑΣ

Θέσεις: (1) σπουδαστή της Σχολής Δ/σης και Οικονομίας.

ΔΗΜΟΣ Η.Π. ΝΑΟΥΣΑΣ

Θέσεις: (1) σπουδαστή της Σχολής Δ/σης και Οικονομίας.

ΔΗΜΟΣ ΚΑΛΑΜΑΡΙΑΣ

Θέσεις: (1) σπουδαστή της Σχολής Δ/σης και Οικονομίας.

ΔΗΜΟΣ ΠΟΛΙΧΝΗΣ

Θέσεις: (2) σπουδαστών της Σχολής Τεχνολογικών Εφαρμογών (ΣΤΕΦ).

εις: (1) σπουδαστή της Σχολής Δ/σης και Οικονο-

ΟΣ ΜΕΛΙΓΑΛΑ

εις: (1) σπουδαστή της Σχολής Δ/σης και Οικονο-

πρακτική άσκηση των σπουδαστών Τ.Ε.Ι. πραγμα-
ται ανά εξάμηνο κάθε ακαδημαϊκού έτους, αρχίζο-
πό 1.4.97.

αποζημιώσεις και ασφαλιστικές εισφορές των
μενων σπουδαστών ΤΕΙ βαρύνουν τον προϋπολογι-
ν Ο.Τ.Α.

πό τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται
σε βάρος του προϋπολογισμού του Δήμου Κερκυ-
ύψους 756.000 δρχ. (2 θέσεις X 63.000 X 6 μήνες)
υ ανά εξάμηνο για το τρέχον και για καθένα από τα
α οικονομικά έτη.

την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον
λογισμό του Δήμου Κερκυραίων, ύψους 744.000
τα στοιχεία Κ.Α. 012.9β'

πό τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται
σε βάρος του προϋπολογισμού του Δήμου Ιλίου
756.000 δρχ. (2 θέσεις X 63.000 X 6 μήνες) περι-
εξάμηνο για το τρέχον και για καθένα από τα επό-
κονομικά έτη.

την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον
λογισμό του Δήμου Ιλίου ύψους 5.000.000 δρχ. με
χεία: Κ.Α. 05/112.2.

πό τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται
σε βάρος του προϋπολογισμού του Δήμου Αθη-
ύψους 378.000 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 6 μήνες)
υ ανά εξάμηνο για το τρέχον και για καθένα από τα
α οικονομικά έτη.

την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον
λογισμό του Δήμου Αθηναίων ύψους 372.000 δρχ.
τοιχεία Κ.Α. 0359/Φ.10.

πό τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται
σε βάρος του προϋπολογισμού του Δήμου Ροδίων
378.000 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 6 μήνες) περίπου
μηνο για το τρέχον και για καθένα από τα επόμενα
ικά έτη.

την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον
λογισμό του Δήμου Ροδίων ύψους 420.000 δρχ.
τοιχεία Κ.Α. 021.9

πό τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται
σε βάρος του προϋπολογισμού του Δήμου Φιλιπ-
ύψους 378.000 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 6 μήνες)
ανά εξάμηνο για το τρέχον και για καθένα από τα
α οικονομικά έτη.

την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον
λογισμό του Δήμου Φιλιπιάδος ύψους 372.000
τα στοιχεία Κ.Α. 05/112.4.

πό τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται
σε βάρος του προϋπολογισμού της Νομαρχιακής
Ιωαννίνων ύψους 1.134.000 δρχ. (3 θέσεις X
X 6 μήνες) περίπου ανά εξάμηνο για το τρέχον και
να από τα επόμενα οικονομικά έτη.

την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον
λογισμό της Νομαρχιακής Αυτ/σης Ιωαννίνων
140.000 δρχ. με τα στοιχεία Κ.Α. 0265, 0251.

πό τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται
σε βάρος του προϋπολογισμού της Κοινότητας
ύψους 378.000 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 6 μή-

νες) περίπου ανά εξάμηνο για το τρέχον και για καθένα
από τα επόμενα οικονομικά έτη.

Για την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον
προϋπολογισμό της Κοινότητας Ζαγοράς ύψους 372.000
δρχ. με τα στοιχεία Κ.Α. 113.9.

11. Από τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται
δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού του Δήμου Νάου-
σας ύψους 378.000 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 6 μήνες) πε-
ρίπου ανά εξάμηνο για το τρέχον και για καθένα από τα
επόμενα οικονομικά έτη.

Για την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον
προϋπολογισμό του Δήμου Νάουσας ύψους 372.000 δρχ.
με τα στοιχεία Κ.Α. 05/112.1α.

12. Από τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται
δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού του Δήμου Πολί-
χνης Θεσ/νίκης ύψους 1.134.000 δρχ. (3 θέσεις X
63.000 X 6 μήνες) περίπου ανά εξάμηνο για το τρέχον και
για καθένα από τα επόμενα οικονομικά έτη.

Για την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον
προϋπολογισμό του Δήμου Πολίχνης Θεσ/νίκης ύψους
3.500.000 δρχ. με τα στοιχεία Κ.Α. 027.4.

13. Από τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται
δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού του Δήμου Μελι-
γαλά ύψους 378.000 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 6 μήνες)
περίπου ανά εξάμηνο για το τρέχον και για καθένα από τα
επόμενα οικονομικά έτη.

Για την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον
προϋπολογισμό του Δήμου Μελιγαλά ύψους 372.000 δρχ.
με τα στοιχεία Κ.Α.Ε. 0/02/021/9γ.

14. Από τις διατάξεις αυτής της απόφασης προκαλείται
δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού του Δήμου Καλα-
μαριάς ύψους 378.000 δρχ. (1 θέση X 63.000 X 6 μήνες)
περίπου ανά εξάμηνο για το τρέχον και για καθένα από τα
επόμενα οικονομικά έτη.

Για την ανωτέρω δαπάνη έχει εγγραφεί πίστωση στον
προϋπολογισμό του Δήμου Καλαμαριάς ύψους 378.000
δρχ. με τα στοιχεία Κ.Α. 05/112.1 και 032.1.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της
Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 6 Οκτωβρίου 1997

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Α. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ

Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗΣ

ΕΘΝΟΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ

ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΙΩΑΝ. ΑΝΘΟΠΟΥΛΟΣ

Αριθ. Π45/5814

Πρόγραμμα ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Ν. Δ/τος 162/73 -περί μέτρων Προ-
στασίας υπερηλικών και χρονίως πασχόντων-.
2. Τις διατάξεις του Π. Δ/τος 138/92 περί του -Οργανι-
σμού του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών

(2)

Ασφαλίσεων», όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε μεταγενέστερα.

3. Το άρθρο 22 και 3 του Ν. 2362/95 περί «Δημοσίου Λογιστικού κ.λπ.».

4. Το άρθρο 5 του Ν. 2082/92 περί «Αναδιοργάνωσης της Κοινωνικής Πρόνοιας και καθιέρωσης νέων θεσμών Κοινωνικής Προστασίας» (ΦΕΚ 158/92).

5. Τον Ν. 2469/97 (ΦΕΚ 38/97) «Περιορισμός και βελτίωση της αποτελεσματικότητας των κρατικών δαπανών και άλλες διατάξεις».

6. Την αριθ. ΔΥ3α/οικ. 878/8.10.96 (ΦΕΚ 924/Β') κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας & Πρόνοιας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Μανώλη Σκουλάκη και Θεόδωρο Κοτσώνη».

7. Το άρθρο 136 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/Α'/15.7.92) «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας».

8. Το γεγονός ότι από την απόφαση αυτή προκαλείται δαπάνη: α) για την α' φάση του προγράμματος, ύψους τριακοσίων τριάντα ενός εκατομμυρίων (331.000.000) δρχ., για το έτος 1997, και (662.000.000) δρχ., για κάθε ένα έτος από 1998 - 2001, σε βάρος του λογαριασμού του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης (κοινή απόφ. των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομικών αριθ. πρωτ. 5252/6.2.1997) που τηρείται στο Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων με το τίτλο «Κεντρικοί Αυτοτελείς Πόροι Δήμων και Κοινοτήτων», και β) για την β' φάση του προγράμματος, ύψους τριακοσίων τριάντα ενός εκατομμυρίων (331.000.000) δρχ., για το έτος 1997, που θα επιβαρύνει την πίστωση του ΚΑΕ 2569 του Φ.15/220 του προϋπ/σμού του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας (σχετική η αριθ. 2066746/2.10.97 απόφαση του Γ.Λ.Κ.) και (552.000.000) δρχ., για κάθε ένα έτος από 1998-2001, σε βάρος του Φ.15/220 ΚΑΕ 2569 Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας, για την κάλυψη των αναγκών του προγράμματος.

9. Την αριθ. 1107147/1239/00064/4.10.96 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών «περί αναθέσεως αρμοδιοτήτων του Υπουργού Οικονομικών στους Υφυπουργούς Οικονομικών».

10. Την αριθ. ΔΙΔΚ/Φ44.1/211588/10.10.1996 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης «Περί αναθέσεως αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Λάμπρο Παπαδήμα».

11. Την αριθ. Π4β/οικ. 4514/12.8.96, κοινή απόφαση του Υπουργού Οικονομικών και του Υφυπουργού Υγείας και Πρόνοιας για την «Εφαρμογή Πιλοτικού Προγράμματος ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ στο Δήμο Περιστερίου».

12. Το έγγραφο με αριθ. πρωτ. 1818/26.6.97 της ΚΕΔΚΕ, αποφασίζουμε:

Άρθρο 1

1. Την εφαρμογή προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» για ηλικιωμένους σε 102 ΚΑΠΗ, ανά ένα ΚΑΠΗ σε κάθε Δήμο, σε δύο φάσεις και συγκεκριμένα:

α. Σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, στην α' φάση οι 51 παρακάτω Δήμοι:

1. Αγ. Ανάργυροι Αττικής.

2. Κερατσίνι (Β' ΚΑΠΗ) Αττικής.
 3. Καισαριανή (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
 4. Μοσχάτο Αττικής.
 5. Καλλιθέα (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
 6. Ηλιούπολη (1ο ΚΑΠΗ) Αττικής.
 7. Χαϊδάρη (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
 8. Καματερό Αττικής.
 9. Αγ. Δημήτριος (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
 10. Μελίσσια Αττικής.
 11. Ν. Φιλαδέλφεια (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
 12. Ζωγράφου (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
 13. Άλιμος (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
 14. Αχαρνές (1ο ΚΑΠΗ) Αττικής.
 15. Ηράκλειο (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
 16. Αμαρούσιο (Κεντρικό ΚΑΠΗ) Αττικής.
 17. Αθηναίων Λέσχη Φιλίας (Γκύζη) Αττικής.
 18. Χαλάνδρι Αττικής.
 19. Άνω Λύδια Αττικής.
 20. Χανιά (Β' ΚΑΠΗ) Χανίων.
 21. Αρχάνες Ηρακλείου Ηρακλείου.
 22. Σητεία Λασιθίου.
 23. Νεάπολη Λασιθίου.
 24. Ρόδος (1ο ΚΑΠΗ) Δωδεκανήσου.
 25. Χίος Χίου.
 26. Αργοστόλι Κεφαλληνίας.
 27. Τρίπολη Αρκαδίας.
 28. Πάτρα Αχαιίας.
 29. Πύργος Ηλείας.
 30. Αγρίνιο Απυλοακαρνανίας.
 31. Πρέβεζα Πρεβέζης.
 32. Βόλος (Β' Παράρτημα ΚΑΠΗ) Μαγνησίας.
 33. Καρδίτσα Καρδίτσας.
 34. Ν. κωνία Μαγνησίας.
 35. Ελευθερούπολη Καβάλας.
 36. Δράμα Δράμας.
 37. Διδυμόταχο Έβρου.
 38. Γιαννιτσά Πέλλας.
 39. Σέρρες Σερρών.
 40. Βέροια Ημαθίας.
 41. Τριανφρία Θεσσαλονίκης.
 42. Νέα Μουδανιά Χαλκιδικής.
 43. Σικαές Θεσσαλονίκης.
 44. Καλαμαριά (Α' ΚΑΠΗ) Θεσσαλονίκης.
 45. Λαγκαδός Θεσσαλονίκης.
 46. Σκύδρα Πέλλας.
 47. Σταυρούπολη Θεσσαλονίκης.
 48. Αξιούπολη Κιλκίς.
 49. Κοζάνη Κοζάνης.
 50. Λομία Φθιώτιδας.
 51. Αθηναίων Λέσχη Φιλίας (Σεπολίων) Αττικής.
- β. Σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, στην β' φάση οι 51 παρακάτω Δήμοι:
1. Αρτέμιδος Αττικής.
 2. Αγ. Βαρβάρα (1ο ΚΑΠΗ) Αττικής.
 3. Λαύριο Αττικής.
 4. Αγ. Ιωάννης Ρέντη Αττικής.
 5. Δραπετσώνα (Β' ΚΑΠΗ) Αττικής.
 6. Πεύκη Αττικής.
 7. Χολαργός Αττικής.
 8. Πειραιάς (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
 9. Ν. κωνία (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
 10. Αγιάεω (1ο ΚΑΠΗ) Αττικής.

φήνα Αττικής.
 ηρόπυργος Αττικής.
 Παρασκευή Αιτικής.
 υδαλλός (Β' ΚΑΠΗ) Αττικής. *A Καρυσίας*
 γυρούπολη (Β' ΚΑΠΗ) Αττικής.
 ραμα (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής. *4' Περίττος*
 Φάληρο Αττικής.
 ευσίνα (Α' ΚΑΠΗ) Αττικής.
 Ξγαρα Αττικής.
 Νικόλαος Λαοφίου.
 κλειο (Α' ΚΑΠΗ) Ηρακλείου.
 μούπολη Κυκλάδων.
 λυμνος Δωδεκανήσου.
 υτιλήνη Λέσβου.
 μος Σάμου.
 κερκαρα Κέρκυρας.
 ργος Αργολίδας.
 αλαμάτα Μεσσηνίας.
 Κων/νος Αιτωλοακαρνανίας.
 εσαλόγγι Αιτωλοακαρνανίας.
 αλιαδα Ηλείας.
 άνινα (1ο ΚΑΠΗ) Ιωννίνων.
 ουμενίτσα Θεσπρωτίας.
 ρικάλα (Β' ΚΑΠΗ) Τρικάλων.
 αβάλα Καβάλας.
 ομοτηνή Ροδόπης.
 ιενεμένη (Α' ΚΑΠΗ) Θεσσαλονίκης. *Μενεμένης*
 ρύα Βρύση Πέλλας. *Τικινιτών*
 Ίδεσσα Πέλλας.
 μπελόκηποι (Α' ΚΑΠΗ) Θεσσαλονίκης.
 ολήχη Θεσσαλονίκης.
 υλαία Θεσσαλονίκης.
 ατερινή Πιερίας.
 έρμη Θεσσαλονίκης.
 εσσαλονίκη (5ο ΚΑΠΗ) Θεσσαλονίκης.
 λευθέριο - Κορδελιό Θεσσαλονίκης.
 νδος Θεσσαλονίκης.
 ρεβενά Γρεβενών.
 ειβαδιά Βοιωτίας.
 αρπηνηά Ευρυτανίας.
 αλάντη Φθιώτιδας.
 λιοποίηση του προγράμματος θα ξεκινήσει μετά
 βραση που θα συναφθεί μεταξύ του Υπουργείου
 Προϊόντος, του Υπουργείου Εσωτερικών Δημό-
 ρικης και Αποκέντρωσης, της ΚΕΔΚΕ, του Δη-
 και Προέδρου ΚΑΠΗ και τις Δημοτικές Επιχειρή-
 προαναφερομένων Δήμων σύμφωνα με το συν-
 δείγμα.
 ομηγία έναρξης του προγράμματος ορίζεται η ημε-
 υπογραφής της παρούσης απόφασης και η διάρ-
 πέντε (5) έτη.

Άρθρο 2

Σκοποί του προγράμματος.

κός, Σκοπός του προγράμματος, είναι η κάλυψη
 κών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιο-
 αι αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων, με προτε-
 σ' αυτούς που:
 αυτοεξυπηρετούνται πλήρως.
 αάζονται ιδιαίτερη φροντίδα.
 βιούν μοναχικά.
 Έχουν επικρατές πόρους ώστε να βελτιωθεί η

ποιότητα ζωής τους αφενός και αφετέρου να διατηρηθούν
 οι ίδιοι και οι οικογένειές τους στον κοινωνικό ιστό, παρα-
 μένοντας στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.

2) Επίδιξη του προγράμματος είναι:

- α. Η ανίχνευση, διερεύνηση, καταγραφή και μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων στο σπίτι.
- β. Η παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους, από ειδικούς επιστήμονες, καταρτισμένα στελέχη και εθελοντές για να καλύψουν τις άμεσες ανάγκες αξιοπρεπούς επιβίωσης.
- γ. Ο εντοπισμός και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του Δήμου, των πολιτών και των οργανωμένων τοπικών φορέων για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων δημοτών.
- δ. Η συστηματική αξιοποίηση των εθελοντικών πρωτοβουλιών, η ανάπτυξη της Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η διαρκής ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και τις δυνατότητες των ηλικιωμένων με έμφαση στην αλληλεγγύη των γενεών.
- ε. Η σύνδεση των ηλικιωμένων, εξυπηρετούμενων του προγράμματος, με το ΚΑΠΗ και η ταυτόχρονη αξιοποίηση και δραστηριοποίηση των μελών του ΚΑΠΗ προς τους εξυπηρετούμενους στο σπίτι.
- στ. Η οργάνωση και η συστηματική παροχή υπηρεσιών Κοινωνικής Εργασίας, Νοσηλευτικής Φροντίδας, Φυσικοθεραπείας, Εργοθεραπείας και Οικογενειακής Βοήθειας για τη κάλυψη βασικών αναγκών των ηλικιωμένων.
- ζ. Η διαρκής μελέτη και αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων, ώστε να υποβιβάζονται σχετικές εισηγήσεις προς τους αρμόδιους φορείς προκειμένου να λαμβάνονται μέτρα προς κάλυψη αυτών των αναγκών.
- η. Η διαρκής επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων εφαρμογής και των αποτελεσμάτων του προγράμματος για την επανατροφοδότηση του σχεδιασμού και των μεθόδων που εφαρμόζονται.

Άρθρο 3

Παρεχόμενες υπηρεσίες.

- 1. Η διερεύνηση, καταγραφή, επεξεργασία και μελέτη των αναγκών των ηλικιωμένων στους προαναφερόμενους Δήμους του άρθρου 1 και η κοινωνική χαρτογράφηση τους.
- 2. Η εκπαίδευση εθελοντών και διοργάνωση δράσεων Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- 3. Η Κοινωνική Εργασία με άτομα, ομάδες και οικογένειες.
 - 3.1. Η ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων.
 - 3.2. Η διασυνδυκτική με υπηρεσίες, Υγείας - Πρόνοιας και άλλες, που καλύπτουν ανάγκες των ηλικιωμένων (Ασφαλ. Οργανισμοί κλπ.).
- 4. Η ιατρική παρακαλούθηση, Νοσηλευτική φροντίδα και Φυσικοθεραπεία στο σπίτι ή όπου αλλού παρέχεται.
- 5. Οι υπηρεσίες οικογενειακής βοηθητικής φροντίδας (ατομική και οικιακή καθαριότητα, κάλυψη καθημερινών αναγκών διαβίωσης, κ.ά.).
- 6. Η διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, υλχαγωγικές, και κοινωνικές δραστηριότητες των ηλικιωμένων.
- 7. Η συστηματικοποίηση του δικτύου υπηρεσιών του Δή-

μου για την κοινωνική φροντίδα ηλικιωμένων στο σπίτι και σύνδεση με αντίστοιχες υπηρεσίες της ευρύτερης κοινότητας.

Άρθρο 4

Εποπτεία - Διοίκηση.

1. Η Εφαρμογή του Προγράμματος τελεί υπό την άμεση εποπτεία του Υπουργείου Υγείας - Πρόνοιας και ασκείται από την αρμόδια Δ/ση Ηλικιωμένων και Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, όπως και από τα αρμόδια Τμήματα Πρόνοιας της Περιφερειακής Διοίκησης.

Η Εφαρμογή του Προγράμματος συντονίζεται από 7μελή Επιτροπή Παρακολούθησης (Ε.Π.), η οποία εδρεύει στην Αθήνα και συστήνεται από την ΚΕΔΚΕ.

Η θητεία της Επιτροπής είναι 3ετής με δυνατότητα ανανέωσης μέχρι τη λήξη του προγράμματος, δηλαδή για άλλα δύο χρόνια, (για τους αιρετούς εκπροσώπους ακολουθείται η διάρκεια της δημοτικής περιόδου).

Η σύνθεσή της είναι η εξής: δύο (2) εκπρόσωποι του Υπουργείου Υγείας - Πρόνοιας, εκ των οποίων ένας από τη Δ/ση Ηλικιωμένων & ΑΜΕΑ, δύο (2) εκπρόσωποι του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, τρία (3) μέλη της Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων της ΚΕΔΚΕ και μεταξύ αυτών ο Πρόεδρος της Επιτροπής, ο οποίος θα είναι και ο Πρόεδρος της Επιτροπής Παρακολούθησης του Προγράμματος.

2. Η Επιτροπή Παρακολούθησης έχει την ευθύνη της προετοιμασίας εκτέλεσης του προγράμματος και της προβολής του, της παρακολούθησης τήρησης των προγραμματικών συμβάσεων, της πιστής εφαρμογής και του συντονισμού του προγράμματος, της αντιμετώπισης των προβλημάτων εφαρμογής σε συνεργασία με τους φορείς υλοποίησης και τις αρμόδιες υπηρεσίες των αντίστοιχων Υπουργείων, της σύνταξης εκθέσεων προόδου και αξιολόγησης του όλου προγράμματος.

3. Τα έξοδα λειτουργίας της Ε.Π., σύμφωνα με τις παραπάνω αρμοδιότητες και για την κάλυψη των δραστηριοτήτων της βαρύνουν την ΚΕΔΚΕ, που για την κάλυψή τους θα ενισχυθεί για το 1997 και κάθε έτος εφαρμογής του προγράμματος με χρηματικό ποσό ύψους δέκα εκατομμυρίων (10.000.000) δρχ., σε βάρος του λογαριασμού του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης (κοινή απόφ. των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομικών αριθ. πρωτ. 5252/6.2.1997) που τηρείται στο Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων με το τίτλο «Κεντρικοί Αυτοτελείς Πόροι Δήμων και Κοινοτήτων» και αντίστοιχο ποσό δέκα εκατομμυρίων (10.000.000) δρχ., σε βάρος του Φ.15/220 ΚΑΕ 2569 του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας.

Άρθρο 5

Οικονομική ενίσχυση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι».

1. Οι Δήμοι της α' φάσης που αναφέρονται στο άρθρο 1 της παρούσας, θα επιχορηγηθούν από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης λογαριασμός «Κεντρικοί Αυτοτελείς Πόροι των Δήμων και Κοινοτήτων» που τηρείται στο Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων, με ποσό έξι εκατομμυρίων (6.000.000) δρχ. για το β' εξάμηνο του 1997 και με το ποσό δώδεκα εκατομμυρίων (12.000.000) δρχ. για κάθε

επόμενο χρόνο από τα τρία (3) πρώτα χρόνια του προγράμματος, για τα υπόλοιπα 2 χρόνια του προγράμματος (από τα 5 χρόνια) με ποσό έξι εκατομμυρίων (6.000.000) δρχ.

2. Οι Δήμοι της β' φάσης που αναφέρονται στο άρθρο 1 της παρούσας, θα επιχορηγηθούν από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Φ.15/220 και ΚΑΕ 2569 με ποσό έξι (6.000.000) δρχ. για το β' εξάμηνο του 1997 και με το ποσό δώδεκα εκατομμυρίων (12.000.000) δρχ. για κάθε επόμενο χρόνο για κάθε μία ζετία, για τα υπόλοιπα 2 χρόνια του προγράμματος (από τα 5 χρόνια) με ποσό έξι εκατομμυρίων (6.000.000) δρχ.

3. Οι παραπάνω επιχορηγούμενοι Δήμοι που αναφέρονται στο άρθρο 1 αναλαμβάνουν την υποχρέωση:

α. Της διάθεσης στο ΚΑΠΗ που θα υλοποιήσει το πρόγραμμα του αναγκαίου προσωπικού, επί πλέον του υπηρετούντος, και συγκεκριμένα ενός/μίας (1) κοινωνικού λειτουργού ΑΕΙ/ΤΕΙ (κατόχου άδειας άσκησης), ενός/μίας νοσηλεύτη/τριας ΤΕΙ/ΜΤΕΝΣ (με άδεια άσκησης) και μίας Οικογενειακής Βοηθού με αντίστοιχη κατάρτιση ή αποδεδειγμένη εμπειρία.

β. Της κάλυψης των λειτουργικών δαπανών του προγράμματος και επιχορήγησης του ΚΑΠΗ με το ποσό των έξι εκατομμυρίων (6.000.000) δρχ. για τα δύο (2) τελευταία χρόνια (από τα πέντε) υλοποίησης του προγράμματος.

4. Προϋπόθεση για την έναρξη υλοποίησης του προγράμματος και ανάληψης της ανωτέρω επιχορήγησης, από κάθε Δήμο, αποτελεί η συνυποβολή της σύμβασης, που αναφέρεται στο άρθρο 1, παρ. 2, της παρούσας, υπογεγραμμένη από όλα τα συμβαλλόμενα μέρη.

Άρθρο 6

Εφαρμογή προγράμματος στο Δήμο Περιστερίου.

1. Μετά την ολοκλήρωση του πιλοτικού προγράμματος ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ του Δήμου Περιστερίου, αριθ. Π4β/οικ. 4514/12.8.97 κοινή απόφαση του Υπουργού Οικονομικών και του Υφυπουργού Υγείας και Πρόνοιας, αποφασίζεται η συνέχιση του προγράμματος, από την 1η Σεπτεμβρίου 1997, σύμφωνα με τις προβλεπόμενες προϋποθέσεις και ρυθμίσεις της παρούσας.

2. Για το λόγο αυτό θα επιχορηγηθεί ο Δήμος Περιστερίου, με το ποσό των τριάντα εκατομμυρίων (30.000.000) δραχμές για το β' εξάμηνο του 1997. Η δαπάνη θα βαρύνει κατά το ήμισυ, δηλαδή δεκαπέντε εκατομμύρια (15.000.000) δρχ. τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης λογαριασμός «Κεντρικοί Αυτοτελείς Πόροι των Δήμων και Κοινοτήτων» που τηρείται στο Ταμείο Παρακαταθηκών και Δανείων και το υπόλοιπο ήμισυ (15.000.000) δρχ. θα επιχορηγηθεί από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας Φ.15/220 και ΚΑΕ 2569.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 2 Οκτωβρίου 1997

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΔΗΜ.
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ
Α. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ

ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗΣ

ΥΠΕΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Κ. ΓΕΠΤΟΝΑΣ

8187/97

κή θέσεων κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. στο Νομ. Γεν. Νοσ. Δυτ. Αττικής «Η Αγ. Βαρβάρα».

**ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Εκδόσεως υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 25 του Ν. 143/Α/1983).

2. Τις διατάξεις των άρθρων 56 και 64 του Ν. 2071/92 (Α/92) όπως συμπληρώθηκαν με τα άρθρα 4 και 194/94 (ΦΕΚ 34/Α/1994).

3. Τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 2469/97 (Α/14.3.1997) και το γεγονός ότι, από την εφαρμογή της απόφασης δεν προκαλείται επιπλέον βάρος του κρατικού προϋπολογισμού.

4. Το ΔΥ3α/οικ. 878/96 (ΦΕΚ. 924/Β/96) Απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Οικονομικών Εμμ. Σκουλάκη και Θ. Κοτσώνη.

5. Την αριθ. 1107147/1239/0067/4.10.96 (ΦΕΚ 922/Β/96) Απόφαση περί ανάθεσης αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών Ν. Χριστοδουλάκη.

6. Το Δ/Δ. 4/Φ. 1/20199/5.9.97 (ΦΕΚ 801/Β/97) Απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Οικονομικών Δ. Δημ. Διοίκησης και Αποκεντρώσεως.

7. Το ΔΥ3α/οικ. 878/96 (ΦΕΚ. 924/Β/96) Απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Οικονομικών Εμμ. Σκουλάκη και Θ. Κοτσώνη.

8. Την αριθ. 1107147/1239/0067/4.10.96 (ΦΕΚ 922/Β/96) Απόφαση περί ανάθεσης αρμοδιοτήτων στον Υφυπουργό Οικονομικών Ν. Χριστοδουλάκη.

9. Το Δ/Δ. 4/Φ. 1/20199/5.9.97 (ΦΕΚ 801/Β/97) Απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Οικονομικών Δ. Δημ. Διοίκησης και Αποκεντρώσεως.

10. Το ΔΥ3α/οικ. 878/96 (ΦΕΚ. 924/Β/96) Απόφαση ανάθεσης αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Οικονομικών Εμμ. Σκουλάκη και Θ. Κοτσώνη.

Αθήνα, 23 Σεπτεμβρίου 1997

**ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΕΜΜ. ΣΚΟΥΛΑΚΗΣ

15/5799

1. Την απόφαση Π48/1685/4.10.95, σχετικά με την τροποποίηση του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι».

**ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Εκδόσεως υπόψη:

1. Τις διατάξεις του Π. Δ/τος 138/92 «Οργανισμός του Κέντρου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Κ.Υ.Π.Κ.Α.)» (ΦΕΚ 158/Α/92), όπως τροποποιήθηκε μεταγενέ-

2. Το άρθρο 2 του Ν. Δ/τος 162/73 «περί μέτρων προστασίας υπερηλικών και χρονίως πασχόντων» (ΦΕΚ 227).

3. Τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2081/92, όπου προστέθηκε το άρθρο 29Α στο Ν. 1558/85 «Κυβέρνηση και Κυβερνητικά Όργανα (ΦΕΚ 137)».

4. Την αριθ. ΔΥ3α/οικ. 878/4.10.96 κοινή απόφαση πρωθυπουργού και Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας Εμμανουήλ Σκουλάκη και Θεόδωρο Κοτσώνη» (ΦΕΚ 924/96 τ.Β)

5. Την αριθ. 1107147/1239/0064/4.10.96 κοινή απόφαση του πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών «περί αναθέσεως αρμοδιοτήτων και Υπουργού Οικονομικών στους Υφυπουργούς Οικονομικών».

6. Το έγγραφο αριθ. 55/16.5.96, του Ανουσκαείου Θεραπευτηρίου Κισσάμου.

7. Τις ανάγκες της περιοχής Σελίνου, λόγω του μεγάλου αριθμού των ατόμων που χρειάζονται άμεσα τις παροχές του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι».

Για την εφαρμογή του προγράμματος επιχορηγείται το Ανουσάκειο Θεραπευτήριο για μεν το 1997 με ποσό 3.000.000 δρχ. και για τα επόμενα 4 οικονομικά έτη από 5.000.000 δρχ. ετησίως από το Φ 220-ΚΑΕ 2569 του προϋπολογισμού του Υπουργείου, «Επιχορήγηση σε λοιπούς Οργανισμούς και Σχολές Κοιν. Πρόνοιας, αποφασίζουμε:

Τροποποιούμε την παραγ. 3 του άρθρου 1 της Π48/1685/4.10.95 απόφαση ως εξής:

Στο προαναφερόμενο πρόγραμμα απασχολούνται:

- α) Ένας (1) γιατρός.
- β) Δύο (2) Κοινωνικοί Λειτουργοί.
- γ) Δύο (2) επισκέπτες-ριες Υγείας ή Νοσηλεύτριες
- δ) Ένας (1) φυσικοθεραπευτής.
- ε) Τέσσερις (4) Οικογενειακοί Βοηθοί
- στ) Δύο (2) Οδηγοί

ζ) Εθελοντές ή Κοινωνικοπολιτιστικές Ομάδες Εθελοντικής Βοήθειας.

Το προσωπικό αυτό αποτελεί και Κινητή Μονάδα.

Η απόφαση να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 7 Οκτωβρίου 1997

**ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Αριθ. Π28/3501

(5)

Μεταβίβαση Κρατικών Παιδικών Σταθμών.

**Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 42 του Ν. 2218/94 (ΦΕΚ 90/Α) «Ίδρυση Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια Αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις» όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 9 του Ν. 2503/97 (ΦΕΚ 107 Α) «Διοίκηση, οργάνωση, στελέχωση της Περιφέρειας, ρύθμιση θεμάτων για την Τοπική Αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις».

2. Τις διατάξεις του άρθρου 27 του Ν. 2081/92 (ΦΕΚ 154/Α/92) όπου προστέθηκε το άρθρο 29Α του Ν.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΕΔΚΕ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «Βοήθεια στο Σπίτι»

ΔΕΛΤΙΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ

ΔΗΜΟΣ.....ΠΑΤΡΕΩΝ.....
ΚΑΠΗΒΟΣΠΟΡΟΥ.....
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ.....

- ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΕΝΤΩΝ:
- ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΕΩΝ ΚΑΤΑΓΡΑΦΩΝ:
- ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:
- ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΜΟΝΑΧΙΚΑ:
- ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΕΩΝ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ:
- ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ:

Α. ΦΟΡΕΑΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

(σημειώσατε αριθμό εξυπηρετούμενων ανά φορέα παραπομπής):

1. ΚΑΠΗ:
2. ΓΕΙΤΟΝΙΑ:
3. ΕΚΚΛΗΣΙΑ:
4. ΠΡΟΝΟΙΑ:
5. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:
6. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ:
7. ΑΛΛΟ:

B. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

(σημειώσατε αριθμό εξυπηρετούμενων ανά είδος παρεχόμενης υπηρεσίας)

B1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

- Υποστηρικτική Κοινωνική Εργασία
- Συμβουλευτική Οικογένειας
- Κοινωνικοπρονοιακά θέματα
- Συνεργασία με αρμόδιους φορείς
- Παραπομπή περιπτώσεων

B2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- Συνοδεία (σε ΚΑΠΗ, ΙΚΑ, Νοσοκομείο κ.λ.π.)
- Ατομική υγιεινή
- Θεραπευτικές παρεμβάσεις
- Συνεργασία με φορείς
- Αγωγή υγείας
- Εκπαίδευση οικογένειας

B3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ

- καθαριότητα κατοικίας
- εξωτερικές εργασίες
- σίτιση
- συντροφιά
- βοήθεια σε ατομική υγιεινή

Γ. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Γ1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

- καθημερινά
- 3 φορές/ εβδομάδα
- 2 φορές/ εβδομάδα
- 1 φορά/ εβδομάδα
- 1 φορά/ 15νθήμερο

Γ2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- καθημερινά
- 3 φορές/ εβδομάδα
- 2 φορές/ εβδομάδα
- 1 φορά/ εβδομάδα
- 1 φορά/ 15νθήμερο

Γ3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

- καθημερινά
- 3 φορές/ εβδομάδα
- 2 φορές/ εβδομάδα
- 1 φορά/ εβδομάδα
- 1 φορά/ 15νθήμερο

Δ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

Δ1.ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΦΟΡΕΙΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ (ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ- ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ- ΕΚΚΛΗΣΙΑ- ΚΑΠΗ- ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΕΣ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ- ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΟΙ ΣΥΛΛΟΓΟΙ

Αναφέρατε αναλυτικά.....

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

Δ2.ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΜΕΝΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥΣ.

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

Δ3.ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ/ ΕΠΙΛΥΣΗΣ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ.

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

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ.....

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ:

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ).....

(ΙΔΙΟΤΗΤΑ).....

(ΤΗΛΕΦΩΝΟ).....

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ).....

Ε. ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΥΠΕΥΘΥΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΤΙΚΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΗ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ.

Ε1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΟ 2Ο ΧΡΟΝΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ.

Αναφέρατε(αμοιβές- αναλώσιμα- αγορά αυτοκινήτου- άλλο)

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

Ε2. ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

(Ονοματεπώνυμο- Ειδικότητα)

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

Ε3. ΕΧΕΙ ΣΤΕΛΕΧΩΘΕΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Εάν ναι, αναφέρατε ονοματεπώνυμο- ειδικότητα

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

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ.....

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ:

(ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ).....

(ΙΔΙΟΤΗΤΑ).....

(ΤΗΛΕΦΩΝΟ).....

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ).....

Δρ. ΛΟΥΚΑΣ ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΗΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ, ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α΄ Ε Σ Υ
ΑΝΘ ‘ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ’

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μία ευπαθή κοινωνική ομάδα με ειδικές ανάγκες και προβλήματα. Στους ηλικιωμένους συχνά (συν)υπάρχουν διάφορα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα που σε συνδυασμό με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες μπορεί να επιδράσουν δυσμενώς στις συνθήκες διαβίωσής τους και στην ποιότητα ζωής που έχουν. Για τους λόγους αυτούς η παροχή σταθερής και αποτελεσματικής φροντίδας είναι συχνά απαραίτητη, αυτό όμως δυστυχώς δεν συμβαίνει πάντα στην πράξη.

Η διαβίωση των ηλικιωμένων σε ειδικά ιδρύματα μπορεί ίσως να προσφέρει σταθερό περιβάλλον παρακολούθησης και φροντίδας, μπορεί όμως να δημιουργήσει και κίνδυνο ιδρυματοποίησης. Στην περίπτωση αυτή η αποϊδρυματοποίηση και προσαρμογή σε συνθήκες εκτός του ιδρύματος –αν αυτό κριθεί επιθυμητό- είναι συχνά δύσκολες.

Ο ηλικιωμένος σε «ανοικτού» τύπου υπηρεσία διατρέχει μεν λιγότερο κίνδυνο ιδρυματοποίησης, όμως πιθανώς η φροντίδα που θα παρέχεται να μην είναι επισταμένη. Θα πρέπει λοιπόν να υπάρχει η δυνατότητα ευελιξίας και επιλογών στην παροχή φροντίδας με προτεραιότητα –αν αυτό είναι εφικτό- στις δομές «ανοικτού τύπου».

Το πρόγραμμα ‘Βοήθεια στο Σπίτι’ μπορεί ν’ αποτελέσει έναν (1) πολύτιμο και αποτελεσματικό τρόπο παροχής βοήθειας, προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ηλικιωμένου στο χώρο που ζει. Αυτή η παρέμβαση μπορεί να έχει τόσο θεραπευτικό χαρακτήρα όσο και χαρακτήρα πρόληψης. Η επέκταση και ανάπτυξη του προγράμματος σε καθεστώς ευελιξίας και συνεχούς αξιολόγησης του, πιστεύω πως μπορεί να

επιδράσει θετικά στο καθεστώς παροχής φροντίδας για τους ηλικιωμένους στη χώρα μας.

Η ΕΠΙΤΥΧΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΘΕΣΗ ΟΛΩΝ ΜΑΣ

Αν βρίσκεστε στην 3η ηλικία και χρειάζεστε την οποιαδήποτε βοήθεια, απευθυνθείτε στο Δήμο σας, στο ΚΑΠΗ της περιοχής σας ή στη Διεύθυνση Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και μάθετε με λεπτομέρειες τι μπορεί να σας προσφερθεί.

Επίσης στους ίδιους φορείς μπορούν να απευθύνονται όσοι από τους Έλληνες πολίτες επιθυμούν να συμβάλλουν ουσιαστικά στη συντονισμένη προσπάθεια του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για προσφορά στην 3η ηλικία. Ενημερώστε σήμερα τους αρμόδιους φορείς για το τι μπορείτε να προσφέρετε από την πλευρά σας. Τα πιο απλά καθημερινά πράγματα που δεν απαιτούν πολύ από το χρόνο σας μπορεί να αποδειχτούν πολύτιμα για τους ανθρώπους της 3ης ηλικίας και ίσως πολύτιμα για εσάς.

Γιατί η αλληλεγγύη των γενεών αφορά όλους μας. Γιατί το πρόγραμμα 'Βοήθεια στο σπίτι για την 3η ηλικία' διασφαλίζει τη συνοχή της οικογένειας, τη συνέχεια της παράδοσής μας και παρεμποδίζει τον αποκλεισμό των ανθρώπων της 3ης ηλικίας από μία κοινωνία αλληλεγγύης και πολιτισμού. (<http://www.pesyba.gr/gr-health-coverage.htm>)

ΘΕΛΩ ΝΑ ΠΡΟΣΦΕΡΩ ΒΟΗΘΕΙΑ

ΠΡΟΣ ΤΟ ΚΑΠΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ



ΕΠΩΝΥΜΟ:..... ΟΝΟΜΑ:.....

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:..... ΗΛΙΚΙΑ:.....

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:..... ΠΟΛΗ:..... Τ.Κ.....

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:..... ΙΔΙΟΤΗΤΑ:.....

Φροντίδα και για την 3η ηλικία

“ΗΡΘΕ Η ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ”

Ειδικά αυτοκίνητα μεταφέρουν ηλικιωμένους και άτομα με προβλήματα.

«... Πρόκειται ουσιαστικά για μία ποιοτική αναβάθμιση των προγραμμάτων ‘Βοήθεια στο σπίτι’. Για μία σειρά νέων υπηρεσιών που μπορούμε να προσφέρουμε στους δικαιούχους», εξηγεί ο κος Παναγιώτης Τσουλέας, Κοινωνικός Λειτουργός στο Κ.Α.Π.Η. Ηλιουπόλεως, ένα από αυτά που χρησιμοποιούν ήδη τα αυτοκίνητα. «Μας έδωσαν τη δυνατότητα να προσφέρουμε γρήγορα και άμεσα τη βοήθειά μας στους ανθρώπους που πραγματικά τη χρειάζονται», συμπλήρωσε η κα Αναστασία Μαντζιαβά, νοσηλεύτρια σε άλλο Κ.Α.Π.Η..

Τα ειδικά αυτοκίνητα παραχωρήθηκαν στους δήμους στις αρχές Οκτωβρίου.

Πρόκειται για οχήματα με ειδικούς χώρους, ώστε να μπορούν να μεταφέρονται άτομα με κινητικά προβλήματα και με αναπηρικά καροτσάκια. Ταυτόχρονα διαθέτουν θέσεις συνοδών για νοσηλευτές ή κοινωνικούς λειτουργούς. Αυτή τη στιγμή τέτοια αυτοκίνητα διαθέτουν οι Δήμοι Δάφνης, Ηλιούπολης, Περιστερίου και Κορυδαλλού. Τους μεταφέρουν όπου ζητήσουν οι ηλικιωμένοι, ανά πάσα στιγμή, 24 ώρες το 24ωρο σε γιατρούς, νοσοκομεία, φαρμακεία, Κ.Α.Π.Η.. Ακόμα και σε θέατρα, πολιτιστικές εκδηλώσεις, ενώ δεν αρνούνται τη βοήθεια-αν χρειάζεται- ακόμα για τα ψώνια του σπιτιού. (Μανώλας Χρήστος, «Ηρθε η βοήθεια στο Σπίτι», ΤΑ ΝΕΑ, 18-10-2002, Ν 17468, :σελ.47)



1999



Όσιος Νίκων Ο "Μετανοείτε"

Περιοδικόν δράσεων και Πνευματικής Οικοδομής της Ιεράς Μητροπόλεως
Μονεμβασίας και Σπάρτης

Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μαρτίος 2003.

Τεύχος 141

- Εξώφυλλο
- Το σταθιον των αρετων ηνεωκται
- Η αγαπη προς τον συνανθρωπο μας
- Για νέους χωρις πρωσοπειο - Υπόγειες Διαδρομές
- Ομιλία στη σύναξη των φιλόπτωχων ταμείων
- Ο Σεβ Μητροπολίτης κ.κ. Ευστάθιος κατά τους μήνες Δεκέμβριο 2002 - Ιανουάριο 2003 - Φεβρουάριο 2003
- Η λειτουργία της πανεπιστημιακής σχολής στη σπάρτη.
- Με τη σκέψη στους υποψήφιους κληρικούς
- Χειροτονίες διακόνων και πρεσβυτέρων
- Βραβείο στο πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι"

ΒΡΑΒΕΙΟ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Είναι σε όλους γνωστό ότι από το 1995, χάρη στο Σεβ Ποιμενάρχη μας λειτουργεί στη Σπάρτη με πλήρη επιτυχία το Κοινωνικό Πρόγραμμα της Ιεράς Μητροπόλεως μας «Βοήθεια στο Σπίτι». Το πρόγραμμα αυτό επελέγη από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, ως το πιο δραστήριο εθελοντικό πρόγραμμα και βραβεύθηκε σε λαμπρή τελετή που έγινε στο Ξενοδοχείο «Ντιβάνι Κάραβελ» της Αθήνας

Το βραβείο παρέλαβε ο υπεύθυνος του προγράμματος καταξιωμένος λαμπρός κληρικός π. Παν Παπουλάκος, ο οποίος δε φείδεται χρόνου, κόπου και υπομονής και δίδει πραγματικά τον εαυτό του δια την καλή λειτουργία του εθελοντικού αυτού προγράμματος, που πραγματικά στολίζει με την λειτουργία του και ανακουφίζει πολλούς συνάνθρωπους μας που είναι ηλικιωμένοι, μόνοι και έχουν ειδικές σωματικές, ψυχικές, κοινωνικές και οικονομικές ανάγκες.

Συγχαρητήρια και από μας στον άξιο π. Παναγιώτη και στους πολλούς εκλεκτούς εθελοντές και εθελόντριες, που συμβάλλουν τα μέγιστα στην επιτυχή λειτουργία του προγράμματος



