

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

«ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ
ΗΛΙΚΙΑΣ 6-15 ΕΤΩΝ. ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΛΗ
ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ»



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:

Κα. ΝΟΜΙΚΟΥ ΑΝΤΩΝΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΑΓΚΟΤΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΠΑΦΙΛΗ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ: 2004-2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΝΟΤΗΤΑ Ι

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ.

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΚΟΗΘΕΙΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

1. Λευχαιμία
2. Λεμφώματα και άλλες κακοήθειες του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος
3. Όγκοι εγκεφάλου και σπονδυλικής στήλης
4. Πρωτοπαθείς όγκοι του κεντρικού νευρικού συστήματος
5. Όγκοι του νωτιαίου μυελού
6. Όγκος του Wilms (νεφροβλάστωμα)
7. Νευροβλάστωμα
8. Κακοήθη νεοπλάσματα των οστών
9. Οστεοσάρκωμα

10. Σάρκωμα EWING
11. Ρετινοβλάστωμα
12. Ηπατικοί όγκοι
13. Όγκοι μαλακών μορίων
14. Όγκοι εκ γενετικών κυττάρων και τροφοβλάστης και άλλα νεοπλάσματα των γονάδων
15. Καρκινώματα και άλλα κακοήγη επιθηλιακά νεοπλάσματα
16. Άλλες κακοήθειες και ατυποποίητα κακοήγη νεοπλάσματα.

ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΗΜΕΡΑ.

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 6-15

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

ΕΦΗΒΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΘΕΣΜΟΣ

ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙΙ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ

ΤΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΑΤΟΜΑ

ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΑΤΟΜΑ

2. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ

ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ

3. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

ΤΑ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΑ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΡΙΣΗΣ

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

ΕΝΟΤΗΤΑ IV

ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΓΥΡΟΥ

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

1. ΤΡΟΠΟΙ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΩΣΤΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

3. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΙΔΙΚΟ ΨΥΧΟΛΟΓΟ

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

2. ΣΧΟΛΕΙΟ

3. ΣΥΝΟΜΙΛΙΚΟΙ

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΥΠΑΡΞΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟΥΣ
ΞΕΝΩΝΕΣ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

ΕΝΟΤΗΤΑ V

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ

ΣΥΛΛΟΓΟΙ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ

ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

ΣΥΛΛΟΓΟΙ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ
ΠΑΙΔΙΩΝ

❖ ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ

1. ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

2. ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΟΥ ΙΚΑ

3. ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

4. ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΟΥ ΤΕΒΕ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια βιβλιογραφική έρευνα. Σε αυτήν παρουσιάζονται ιστορικά και ιατρικά στοιχεία σχετικά με τις νεοπλασίες σε παιδιά και εφήβους. Ακολουθούν τα χαρακτηριστικά ανάπτυξης των παιδιών και των εφήβων ηλικίας 6-15 ετών και τα γενικά γνωρίσματα του θεσμού της οικογένειας. Στη συνέχεια παρουσιάζονται βασικές αρχές της άσκησης της κοινωνικής εργασίας, οι επαγγελματικοί ρόλοι του κοινωνικού λειτουργού, τα αντικείμενα των ειδών της κοινωνικής εργασίας και ο ρόλος του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού σε κατάσταση κρίσης. Η επόμενη ενότητα αποτελείται από την αναφορά στις επιπτώσεις της ασθένειας στη καθημερινή ζωή των άρρωστων παιδιών και των οικογενειών τους, καθώς και στους τρόπους της σωστής ενημέρωσης της διάγνωσης και στη στήριξη από το κοινωνικό λειτουργό και την θεραπευτική ομάδα. Τέλος, παρατίθενται τα δικαιώματα και οι παροχές για τα καρκινοπαθή παιδιά.

Όσο αναφορά τη δομή του έργου μας, σημειώνεται ότι γενικότερα αποτελείται πέντε ενότητες. Η πρώτη ενότητα αποτελείται από δύο κεφάλαια εκ των οποίων το πρώτο αναφέρεται στη ιστορική αναδρομή και το δεύτερο σε ιατρικά και στατιστικά στοιχεία σχετικά με την ασθένεια. Η δεύτερη ενότητα αποτελείται από τρία κεφάλαια εκ των οποίων στο πρώτο παρουσιάζονται τα γενικά χαρακτηριστικά ανάπτυξης των παιδιών, στο δεύτερο τα γενικά χαρακτηριστικά ανάπτυξης των εφήβων και στο τρίτο η οικογένεια ως θεσμός. Η τρίτη ενότητα αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο γίνεται λόγος για τις βασικές αρχές στην άσκηση της κοινωνικής εργασίας, στο δεύτερο για τους επαγγελματικούς ρόλους, στο τρίτο για τα αντικείμενα και τους στόχους των τριών ειδών της κοινωνικής εργασίας, στο τέταρτο για το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού σε κατάσταση κρίσης και στο πέμπτο για το ρόλο της κοινωνικής εργασίας στους χώρους νοσηλείας. Η τέταρτη ενότητα

αποτελείται από τρία κεφάλαια. Το πρώτο αφορά την ενημέρωση μετά την διάγνωση του παιδιού και της οικογένειας, το δεύτερο τις επιπτώσεις στη καθημερινή ζωή και το τρίτο στη σημασία και αναγκαιότητα ύπαρξης κοινωνικού λειτουργού στους ξενώνες φιλοξενίας καρκινοπαθών παιδιών. Η Πέμπτη και τελευταία ενότητα, αποτελείται από δύο κεφάλαια. Το πρώτο παρουσιάζει τους συλλόγους και τις οργανώσεις φιλοξενίας και στήριξης καρκινοπαθών παιδιών και το δεύτερο τις κρατικές παροχές.

ΕΝΟΤΗΤΑ Ι

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΩΝ ΝΕΟΠΛΑΣΙΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Όπως είναι σε όλους γνωστό, ο καρκίνος είναι μια αρρώστια τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος και τα ζώα. Αυτό το συμπεραίνουμε από το γεγονός ότι όσο παλιά και αν είναι τα οστά των ανθρώπων και των ζώων που έχουν βρεθεί μέχρι σήμερα στη γη, διαπιστώνονται σε ορισμένα από αυτά οστικές αλλοιώσεις που μας πείθουν ότι έχουν προκληθεί από την παρουσία κακοηθών όγκων.

Ο καρκίνος ορίζεται από τον Μπαμπινιώτη σαν κάθε κακοήθη όγκο που μπορεί να εμφανίζεται μετά από κάθε αφαίρεση του ή να δημιουργεί μεταστάσεις σε γειτονικά σημεία του σώματος (του πνεύμονα, των μαστών, του στομάχου).

Τα παλιά χρόνια, η αντιμετώπιση των ασθενειών ήταν βασισμένη σε δαιμονικούς παράγοντες ή και στην πίστη σε υπερφυσικές ή μαγικές δυνάμεις. Αργότερα όμως άρχισε να κυριαρχεί η εμπειρική ιατρική σαν διάγνωση ασθενειών. Σύμφωνα με τον Δόντα Ν.(1995, σελ.17) περιοχές στη Μέση Ανατολή, που γέννησαν μεγάλους πνευματικούς Ηγέτες, έδωσαν τις πρώτες ενδείξεις ότι η παρατηρητικότητα είναι ίσως το βασικότερο σημείο για να ναι καλή ιατρική διάγνωση. Από την αρχαία Μεσοποταμία υπάρχει αναφορά σε πλήθινες επιγραφές για διαφορική διάγνωση μεταξύ κακοηθών όγκων και απλών φλεγμονών, ένα πρόβλημα που γεννιέται καθημερινά ακόμα και σήμερα. Σε πάπυρο του Καχούν στην Αίγυπτο, δύο χιλιάδες χρόνια π.χ. αναφέρονται κακοήθεις όγκοι, όπως έχουν βρεθεί σε μούμιες της 5^{ης} δυναστείας, με σαρκώματα του μηριαίου και του βραχιονίου οστού. Ο Ιπποκράτης, που έζησε τον 4^ο π.Χ. αιώνα και πέθανε σε βαθύ γήρας, ασχολήθηκε ειδικότερα και με τον καρκίνο. Κάνει σαφή αναφορά μεταξύ επιπολής και κατά βάθος

καρκίνους και τους θεωρεί νοσήματα της πρεσβυτικής ηλικίας. Μετά τον Ιπποκράτη άλλοι Έλληνες γιατροί, όπως ο Αρεταίος ο Καππαδόκης ή ο Ξενοφών ο Κώος, προσέθεσαν τις γνώσεις τους, φαίνεται δε ότι και χειρουργούσαν αρρώστους με καρκίνο. Κατά την Αναγέννηση ο Παράκελσος υποστήριξε ότι ο καρκίνος προέρχεται από αύξηση αλάτων στο αίμα και στην προσπάθεια να βγει από το σώμα, δημιουργεί καρκίνο.

Ο 18^{ος} αιώνας με την ταχεία επιστημονική εξέλιξη του σε όλες τις θετικές επιστήμες και ιδίως στη Χημεία άρχισε να δίνει πιο συγκεκριμένα στοιχεία με τις αντιδράσεις που παρατηρούσαν οι επιστήμονες σε δοκιμαστικά σωληνάρια και να διαφοροποιεί τους όγκους και τους καρκίνους ειδικότερα. Κλινικές μελέτες, επιδημιολογικές παρατηρήσεις, παθολογοανατομικά ευρήματα και πολλές θεωρίες της περιόδου εκείνης άρχισαν να φωτίζουν την έννοια «καρκίνος». Ο Morgagni, ιδρυτής της Παθολογικής Ανατομικής, ξεχωρίζει τους καρκίνους από τους καλοήθεις όγκους, τα λιπώματα ή τις φλεγμονώδεις αντιδράσεις. Είναι μια διαφορετική διάγνωση που ακόμη και σήμερα προβληματίζει πολλούς ειδικούς. Από τις πολύ σημαντικές κλινικές παρατηρήσεις της περιόδου εκείνης ήταν η αναφορά του Percival Pott, το 1775 από την Αγγλία, για τις αλλοιώσεις που έβρισκε στο όσχεο μικρών παιδιών που καθάριζαν τις καπνοδόχους από την αιθάλη, μια εργασία πάρα πολύ συνηθισμένη την περίοδο εκείνη. Όλες τις κατέταξε σαν καρκίνους και τις ξεχώρισε από τη σύφιλη. Συγχρόνως ο John Hunter θεωρεί τον καρκίνο σαν απειλητική κοινωνική νόσο και αναφέρει την ανάγκη ειδικού αγώνα για την αντιμετώπιση του. Έπρεπε να περάσουν 200 χρόνια για να επισημοποιηθεί αυτή η αναφορά.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί, ότι στο τέλος του 1700 δημιουργήθηκε στο Λονδίνο και ειδικότερα στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Middlesex ειδική μονάδα περιθάλψεως καρκινοπαθών. Η κλινική αυτή ήταν πραγματικά η πρωτοπόρος σε όλο τον κόσμο και έγινε απαρχή της σκέψης, ότι ο άρρωστος με καρκίνο χρειάζεται μια ειδική μεταχείριση και περίθαλψη. Με την αλληλουχία των παρατηρήσεων των διαφόρων ερευνητών φάνηκε

από τότε η ανάγκη οργάνωσης μιας ομάδας για τη συζήτηση των όσων έβρισκε ο καθένας και την ανταλλαγή απόψεων. Έτσι ιδρύθηκε από το Howard στην Αγγλία, το 1801, Εταιρία για την έρευνα της φύσεως του καρκίνου και την ανεύρεση ειδικής θεραπείας.

Στις αρχές του 1800 ο Homes σε συνεχείς μικροσκοπικές εξετάσεις καρκινικών ιστών βλέπει σε αυτούς μεγάλη αύξηση λευκών αιμοσφαιρίων και προσπαθεί να διαφοροποιήσει τις εικόνες των κυττάρων που βρίσκει. Συγχρόνως περιγράφει την επίδραση του καρκίνου στη γενική κατάσταση του οργανισμού και τη χαρακτηρίζει σαν εξοντωτική για τον ανθρώπινο οργανισμό. Την ίδια περίοδο ο Laennec, ο πατέρας της διαγνωστικής ακρόασης, καθορίζει την προδιάθεση του οργανισμού για την ανάπτυξη καρκίνου με αναφορά ότι συχνά είναι και κληρονομική.

Οι πρώτες συγκεκριμένες γνώσεις για τη μικροσκοπική περιγραφή των όγκων οφείλονται στο Γερμανό ερευνητή Muller. Το 1836 ανέφερε την ενδογενή ανάπτυξη του καρκίνου και υποστήριξε ότι κάθε όγκος σχηματίζεται από ένα συγκεκριμένο ιστό, είτε είναι σε εμβρυϊκή κατάσταση είτε είναι σε τέλεια ανάπτυξη. Ο Muller διαίρεσε τους όγκους σε καλοήθεις εγχειρήσιμους και κακοήθεις ανεγχείρητους. Λίγα χρόνια αργότερα ο Virchow, το 1863, ο ιδρυτής της κύτταρο-παθολογίας, ανέπτυξε τη θεωρία ότι οι όγκοι σχηματίζονται με τη διχοτόμηση των πυρήνων και το γρήγορο πολλαπλασιασμό των κυττάρων, μια θεωρία που ουσιαστικά διατηρήθηκε μέχρι τις ημέρες μας.

Ήταν φυσικό ότι στα τέλη του 1800 ο ένας επιστήμονας μετά τον άλλο και η μια Ιατρική Σχολή μετά την άλλη προσπαθούσαν να δουν στα μικροσκόπια των εργαστηρίων τους καλύτερα τα καρκινικά κύτταρα και να τα συνδύσουν με κλινικές παρατηρήσεις των ιδίων αρρώστων που νοσηλεύαν στις κλινικές. Έτσι ήταν φυσικό ότι η μια παρατήρηση δεν επιβεβαιωνόταν πάντοτε από κάποια άλλη στο εργαστήριο. Έβλεπαν όμως ότι τα καρκινικά κύτταρα δεν πολλαπλασιαζόντουσαν απλά, αλλά έμπαιναν μέσα στους ιστούς, τους διηθούσαν. Αντίθετα, όλοι οι κλινικοί ερευνητές συμφωνούσαν για τη κακή εξέλιξη

των αρρώστων που είχαν υπό θεραπεία. Οι ιατροί όμως της περιόδου εκείνης είχαν ένα βασικό κοινό προσόν για να θέτουν τη διάγνωση μιας αρρώστιας. Ήταν όλοι καλοί παρατηρητές των αντιδράσεων του ανθρώπινου οργανισμού και η κλινική διάγνωση ήταν ένα πολύ σημαντικό στοιχείο. Έτσι είχαν θεωρήσει ότι ένας χρόνιος ερεθισμός μπορούσε να προκαλέσει πολλά νοσηρά φαινόμενα, ακόμη και καρκίνο. Η παρατήρηση του Pott για καρκίνους του όσχεου, η πρόκληση καρκίνου χείλους από τη μακροχρόνια χρήση μιας αναμμένης πίπας, η ανάπτυξη δερματικών όγκων σε σημεία καυτηριάσεων ή εγκαυμάτων, ήταν αντιδράσεις και εξελίξεις από παράγοντες που είχαν σαν αιτίες χρόνιους ερεθισμούς ή χημικές μηχανικές επιδράσεις. Η χημική καρκινογένεση άρχισε να καθιερώνεται και γίνεται πραγματικότητα.

Στο τέλος του περασμένου αιώνα και την αρχή του δικού μας, αμέσως μετά την ανακάλυψη των ακτινών X το 1895 από το Roentgen και της ακτινοβολίας ραδίου από τους Pierre και Marie Curie το 1897, άρχισε η μεγάλη διάδοση και εφαρμογή τους για διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπευτικές ενέργειες. Φανερώθηκαν όμως πειραματικά αναπτύξεις όγκων από ακτινοβολία. Συγχρόνως τα πρώτα χρόνια παρατηρήθηκαν αναπτύξεις καρκίνων κυρίως στα δάχτυλα των άνω άκρων. Ήταν οι πρώτες επίσημες παρενέργειες από τις πολλές ακτινοσκοπήσεις με ακτίνες Roentgen. Άρχισε τότε σχεδόν αμέσως η χρήση προστατευτικών γαντιών και σταμάτησε η περαιτέρω εξέλιξη των αντιδράσεων. Ξεκίνησε μια ουσιαστική αντιμετώπιση με βάση την καλή κλινική παρατήρηση βασισμένη όμως και σε δεδομένα με πειραματόζωα. Αρκετά αργότερα διαπιστώθηκε η ανάγκη της ολόσωμης προφύλαξης με ειδικές ποδιές από μόλυβδο, όπως και η επένδυση με ειδικά τοιχώματα των δωματίων όπου υπήρχαν μηχανήματα διάγνωσης και θεραπείας.

Από την αρχή του αιώνα μας η ερευνητική προσπάθεια για την ανεύρεση της αιτιολογίας του καρκίνου γενικά, αλλά ειδικότερα για την πρόκληση των διαφόρων

εντοπίσεων του όχι μόνο στον άνθρωπο αλλά στο ζωικό και το φυτικό βασίλειο, άρχισε να πολλαπλασιάζεται. Στον άνθρωπο ξεχώρισαν αμέσως οι δύο βασικοί παράγοντες πρόκλησης καρκίνου: Οι εξωγενείς αιτιάσεις και οι ενδογενείς σχέσεις. Δηλαδή παράγοντες που οφείλονται σε αιτίες που υπάρχουν στο χώρο που ζούμε, στο περιβάλλον μας, όπως είναι ο ήλιος, η τροφή, τα διάφορα δηλητήρια και μεταξύ αυτών και τα παράγωγα καπνού, οι χρόνια τραυματισμοί μας. Τα ενδογενή αίτια είναι επιδράσεις κληρονομικότητας, γένους, φυλής, ηλικίας, εμβρυϊκές ετεροτυπίες κ.λ.π., που το καθένα δημιουργεί και την ανάλογη επενέργεια, χωρίς να ξεχνάμε και τις αλληλοεπιδράσεις διαφόρων παραγόντων ή των διαφόρων ασθενειών που προϋπήρχαν στα ίδια άτομα.

Τα χρόνια περνούν και η άμεση μεταπολεμική εποχή στη δεκαετία του '50 άρχισε να παρουσιάζει μια ολοένα και μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνων. Στην αρχή η ανακάλυψη περισσότερων όγκων αποδόθηκε στα καλύτερα διαγνωστικά μέσα που είχαν μπει σε ενέργεια. Άλλοι ομολογούσαν ότι η Πανεπιστημιακή μόρφωση έδινε καλύτερη εκπαίδευση των νέων ιατρών. Διαπιστώθηκε όμως ότι η αναλογία ορισμένων καρκίνων, όπως του πνεύμονα, του πεπτικού συστήματος και ιδίως του παχέος εντέρου, της μήτρας και του μαστού, είχαν μια σαφή αύξηση έναντι άλλων νεοπλασμάτων. Επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι μερικοί από τους καρκίνους αυτούς ήταν αποτέλεσμα εξωγενών αιτιών, όπως ο καρκίνος του πνεύμονα. Οι μελέτες του Richard Doll στη δεκαετία του '50 για την άμεση σχέση ανάπτυξης του καρκίνου του πνεύμονα με το κάπνισμα παραμένουν μέχρι σήμερα ένας σταθμός στην παγκόσμια αντικαρκινική έρευνα και μελέτη.

Σαράντα χρόνια αργότερα, στο 1990, ο Sir Richard ενώ ήταν αισιόδοξος από μια άποψη για την πρόληψη πολλών καρκίνων με την επενέργεια αυτοάμυνας εναντίον όλων των φλεγμονών με ιούς που μπορούν να εξελιχθούν σε νεοπλάσματα, αναφέρει ότι «ο καρκίνος είναι ένα αναπόσπαστο τμήμα της βιολογικής μας δομής και τη γενικότερη εξέλιξη του

ανθρώπινου γένους. Επομένως ο κίνδυνος να αναπτύξουμε ένα καρκίνο είναι μέρος του τιμήματος που πληρώνουμε για την παράταση της ίδιας μας της ζωής».

Στα άμεσα μεταπολεμικά επίσης χρόνια ιδιαίτερη εντύπωση έκανε σε όλους τους Κλινικούς Ιατρούς, ότι η επιβίωση αρρώστων με καρκίνο ήταν πολύ περιορισμένη. Ο άρρωστος παρουσίαζε έναν καρκίνο και σχεδόν αμέσως η εξέλιξη ερχόταν με ρυθμό γρήγορο, απογοητευτικό, μοιραίο. Το φαινόμενο αυτό ήταν δεμένο με γενική κακουχία, πόνο και πολλές ταλαιπωρίες που δημιουργούσε η ίδια η αρρώστια. Αλλά υπήρχε και η βασική άγνοια αντιμετώπισης του γενικευμένου καρκίνου. Η λέξη «επάρατος νόσος» ήταν τότε η καθημερινή έκφραση που έμεινε συμβολικά ως τις ημέρες μας. Έτσι οι ιατροί απέφευγαν να ασχοληθούν με τη νόσο, δεν ήθελαν να έχουν αρρώστους με καρκίνο, γιατί δεν άντεχαν την άγνοια και την ανεπάρκεια τους σε προσφορά σωματικής βοήθειας. Δεν μπορούσαν να αντιμετωπίσουν την ψυχική αναταραχή του αρρώστου ούτε και, το κυριότερο, τις έντονες αντιδράσεις, και τη σύγχυση του αμέσου περιβάλλοντος. Άλλωστε η άσκηση της ιατρικής μέχρι το δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο ήταν στα χέρια των γενικών ιατρών κυρίως εξωνοσοκομειακή και ο κοινωνικός περίγυρος ήταν η ζωή τους. Οι ιατροί ζούσαν με τον κόσμο τους και ήθελαν να βλέπουν τους αρρώστους που τους είχαν κάνει καλά. Όμως πιστεύουμε ότι και οι ιατροί είναι άνθρωποι και ο ψυχισμός τους δεν ελέγχεται έγκαιρα, ιδίως πριν αποφασίσουν να ακολουθήσουν το λειτούργημα αυτό ή ακόμη λυγίζουν όταν δουν ότι δεν μπορούν να βοηθήσουν όσους έχουν ανάγκη.

Η τελευταία εικοσαετία έχει αλλάξει την όλη εικόνα αντιμετώπισης του καρκίνου. Παρ'όλη την εκρηκτική ανάπτυξη της αρρώστιας, σε πολλές χώρες της γης η νόσος μπήκε πια στον κατάλογο των χρόνιων νόσων, με πολλαπλές εφαρμογές μέτρων πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης. Έτσι έφερναν τους αρρώστους στα Ειδικά Κέντρα νωρίτερα και η εφαρμογή πολλών θεραπευτικών μεθόδων με άριστα αποτελέσματα ήταν καθημερινή. Γι'αυτό τόσο έντονα όλοι οι Ογκολόγοι έχουν πλέον σβήσει από το λεξιλόγιο τους την

έκφραση «επάρατη» και αντιδρούν έντονα όταν άλλοι την χρησιμοποιούν. Άλλωστε καμία αρρώστια δεν μπορεί να είναι βαρημένη με θεϊκή κατάρα!

Ο καρκίνος ερευνάται σήμερα πολύτροπα και στο εργαστήριο και επιδημιολογικά και γνωρίζουμε τις περισσότερες αιτίες που δημιουργούν τις διάφορες εντοπίσεις στον ανθρώπινο οργανισμό. Κυρίως διαπιστώθηκε ότι για τους περισσότερους καρκίνους είναι σφαλερή η ιδέα που κυριαρχεί στον κόσμο, ότι τα καρκινικά κύτταρα πολλαπλασιάζονται ταχύτατα, μεγαλώνει ο καρκίνος από την μία ημέρα ως την άλλη και έρχεται ο θάνατος. Ο πολλαπλασιασμός τους γίνεται ανώμαλα, σε ανώμαλη θέση και σε χρόνο που δεν είναι ο σωστός. Αλλά η εξέλιξη των περισσότερων καρκίνων είναι βραδεία και προχωρεί με ρυθμούς πολλές φορές απροσδιόριστους. Μπορούμε επιτέλους να καθορίσουμε σήμερα τι είναι ένας καρκίνος και πώς εξελίσσεται. Χρειάστηκε όμως να γίνει, μια πολύπλευρη παγκόσμια προσπάθεια όχι μόνο στην έρευνα ή την θεραπευτική αντιμετώπιση του αλλά στην ψυχοκοινωνική πλευρά για να περιορισθεί και η φοβία της αρρώστιας, να συνηθίσει ο κόσμος να αναφέρει τον καρκίνο χωρίς να αναδιπλώνεται το είναι του.

Σήμερα η νόσος, οι διάφορες μορφές του καρκίνου από άποψη αγωγής, δεν θυμίζει τίποτε από την παλιά εποχή. Η πρόληψη έχει περιορίσει ένα μεγάλο αριθμό νέων αρρώστων χωρίς να μπορούμε ακόμη να τη βαθμολογήσουμε. Η έγκαιρη διάγνωση φέρνει αρρώστους στα πραγματικά πρώιμα στάδια. Όλοι οι όγκοι αντιμετωπίζονται με τόσους πολλούς θεραπευτικούς τρόπους, ώστε η πλήρης ίαση έχει ξεπεράσει το 50 ή 60% για τις περισσότερες περιπτώσεις. Για μερικούς μάλιστα καρκίνους, όπως είναι ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας, όταν διαγνωσθεί έγκαιρα, η ίαση ξεπερνά και το 90% των γυναικών ασθενών. Συγχρόνως ο άρρωστος με καρκίνο υποστηρίζεται πλέον από όλους τους φορείς, κρατικούς ή ιδιωτικούς, από τα νοσοκομεία ή τις Αντικαρκινικές Εταιρείες, αλλά κυρίως βρίσκει ανταπόκριση βοήθειας από τις μικρές Νοσηλευτικές Μονάδες, όπως είναι τα Κέντρα Υγείας ή τους Γενικούς Ιατρούς. Ο άρρωστος βλέπει ότι η ζωή του ενισχύεται όχι

μόνο, επιστημονικά αλλά και από το κοινωνικό πια περιβάλλον που τον πλησιάζει και τον βοηθάει με σωστή ιατροκοινωνική προσέγγιση, με ενδιαφέρον, στοργή και αγάπη.

Ας σημειώσουμε όμως ένα γεγονός που φανερώνεται σήμερα πλέον σε διάφορα κράτη και αρκετά έντονα στη χώρα μας. Όλοι ζητούν αύξηση των μέσων πρόληψης, τη βελτίωση των συνθηκών υγείας, την καλύτερη λειτουργικότητα των Νοσοκομείων, τη συνεχή ενημέρωση, την άριστη εκπαίδευση και την μετεκπαίδευση του Ιατρικού προσωπικού και όλων των Λειτουργών υγείας. Και είναι φυσικό ότι όλο αυτό το πλέγμα χρειάζεται συνεχή προσπάθεια, καινοτομίας και πολλά οικονομικά μέσα. Συγχρόνως είναι απαραίτητη η σωστή μόρφωση όλου αυτού του κυκλώματος που θα ασχοληθεί με την καταπολέμηση του καρκίνου για να μπορέσει να συμβάλει πολύτροπα και θετικά. Δυστυχώς, πολλοί ζητούν συγχρόνως τη μείωση του καθημερινού ωραρίου προγράμματος τους, τον περιορισμό του χρόνου παρουσίας σε θαλάμους των αρρώστων ή στα χειρουργεία. Κυρίως ζητάνε τη γρήγορη εξέλιξη τους. Και πιστεύουμε ότι οι δυο αυτές προοπτικές δεν συμβιβάζονται.

Για να δημιουργηθεί σωστή νοσοκομειακή αντικαρκινική υποδομή και άρτια οργάνωση πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης και αποκατάστασης χρειάζεται να υπάρχει άριστη βασική εκπαίδευση, αδιάκοπη εργασία, συνεχιζόμενη μετεκπαίδευση. Χρειάζεται κυρίως καλή κοινωνική και πολιτική επικοινωνία μεταξύ όλων και στα νοσοκομεία και στη κοινωνία. Χρειάζεται κυρίως ανθρώπινη επικοινωνία, ιατρών και τεχνικών, νοσηλευτών και ατόμων καθαριότητας, μαγείρων και υπαλλήλων γραφείων. Είναι απαραίτητη η άμεση συνεργασία κοινωνικών λειτουργών και ευαίσθητοποιημένων ατόμων στην κοινωνία, τοπικής αυτοδιοίκησης και πρωτοβάθμιου ιατρικού κέντρου, πολιτικής ηγεσίας και υπευθύνων του αντικαρκινικού αγώνα. Ας καταλάβουμε ότι για να αποδώσει θετικά η πολυδαίδαλη εργασία των ειδικών πρέπει να είναι σε συνεχή επαφή με όλους τους άλλους, να ακούν τις γνώμες του καθενός και να τις συγκρίνουν, να μπορούν να ξεχωρίζουν ποια στοιχεία έχουν σωστές προεκτάσεις, παραμερίζοντας όλες τις υποκειμενικές γνώσεις και ανεπάρκειες, που

φράζουν μερικές φορές την όλη εξέλιξη. Πολλές φορές η ίδια η έννοια και οι ίδιες εκφράσεις δοσμένες σε έναν άρρωστο πιο αναλυτικά διαφωτίζουν όχι μόνο όλους τους άλλους αλλά και τον ίδιο μας τον εαυτό. Ας βάλουμε επιτέλους ένα φράγμα στην αντίδραση και το διαχωρισμό των τάξεων που βάζουν πολλοί. Για τη συλλογική εργασία ο ένας είναι απαραίτητος στον άλλο, η προσπάθεια του ενός δεν προχωρεί όταν δεν βοηθήσει και ο άλλος. Η μια πολιτική ομάδα δεν χρειάζεται να αλλάξει τους πάντες όταν εξουσιάζει και αυτοί οι ίδιοι να μένουν στο περιθώριο λίγο αργότερα.

Κυρίως, ας εργασθούμε συλλογικά. Ας εκπαιδευτούμε συστηματικά ακολουθώντας τη σκέψη του Αριστοτέλη που είπε: «Τρία πράγματα χρειάζονται για την εκπαίδευση: Η φύση του ανθρώπου, η καλή μάθηση και η συνεχής άσκηση».

Για να προωθηθεί η δυναμική της εξέλιξης του κάθε Ιατρού Ογκολόγου, της Ειδικής Νοσηλεύτριας και όλων μαζί μέσα στο Αντικαρκινικό Κέντρο πρέπει να καταλάβουν όλοι ότι είναι με κάθε τρόπο και κυρίως ψυχολογικά ενωμένοι σε μια ομάδα στοχεύοντας σε ένα σκοπό ;Στον άρρωστο με καρκίνο. Και η ομάδα αυτή πρέπει να κάθεται τακτικά στα θρανία για μια συνεχιζόμενη προαγωγή γνώσεων, το ξαναζέσταμα χθεσινών στοιχείων με σημερινά δεδομένα, μια κανονική συνδιδασκαλία. Η διεθνής αντικαρκινική προσπάθεια και πολιτική εργάστηκε δυναμικά και συντονισμένα με πολύπνοες κατευθύνσεις και ρυθμό, ώστε ο καρκίνος από το χθες να φθάσει στο σήμερα. Από την άγνοια να πλησιάσει τη γνώση. Και από το μοναχικό μελετητή των ανώμαλων καρκινικών κυττάρων στο μικροσκόπιο ενός μικρού γραφείου πλησιάσαμε και φθάσαμε σήμερα στα εκπληκτικά Εργαστήρια που κάνουν κάθε είδους έρευνα. Από το ξεχασμένο και απομονωμένο κρεβάτι ενός Νοσοκομείου βρισκόμαστε σήμερα σε πολυώροφα κτήρια με σφύζουσα ζωντάνια και διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα που κανένας δεν μπορούσε να τα φανταστεί πριν από δυο ή τρεις δεκαετίες. Και όχι μόνο αυτό, αλλά σήμερα έχουν δημιουργηθεί πολλά, πάρα πολλά Ειδικά

Κέντρα άριστης Θεραπευτικής Αγωγής. Πιστεύω ότι οι Ιατροί, τα καινούρια Διευθυντικά Στελέχη που αναλαμβάνουν Αντικαρκινικό Αγώνα σε κάθε χώρα, αλλά ουσιαστικά και σε εμάς, πρέπει να μάθουν πώς άρχισαν τα Κέντρα που διοικούν σήμερα ή πρόκειται και θέλουν να διοικήσουν αύριο. Μέλλον δεν υπάρχει χωρίς τη γνώση του παρελθόντος, αφού ο χρόνος που περνά φέρνει στην επιφάνεια ότι έγινε, περιγράφει πως είναι κάθε τι και ζωγραφίζει τις μεταβολές που σημειώθηκαν, άλλες πιο γρήγορα και άλλες πιο αργά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΚΑΚΟΗΘΕΙΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΕΦΗΒΟΥΣ

Ο καρκίνος της παιδικής ηλικίας αποτελεί μόνο το 0,5% του συνόλου των κακοηθειών στους δυτικούς πληθυσμούς. Η ετήσια επίπτωση του παιδικού καρκίνου κυμαίνεται μεταξύ 110-130/10⁶ παιδιών, πράγμα που σημαίνει ότι 1:600 έως 1:500 παιδιά έχει τον κίνδυνο να προσβληθεί από καρκίνο κατά τη διάρκεια των 15 πρώτων ετών της ζωής του. Δεν υπάρχουν ενδείξεις για μεγάλη αλλαγή στην επίπτωση του καρκίνου στα παιδιά κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών. Ίσως υπάρχει μια μικρή αύξηση στην επίπτωση της οξείας λεμφοβλαστικής λευχαιμίας (ΟΛΛ) σε παιδιά <5 ετών, και στους όγκους του εγκεφάλου και στα νευροβλαστώματα. Η αύξηση όμως αυτή ίσως οφείλεται σε αλλαγή των διαγνωστικών πρακτικών και όχι σε πραγματική αύξηση της επίπτωσης των νόσων αυτών.

Η επίπτωση του καρκίνου είναι μεγαλύτερη τον πρώτο χρόνο της ζωής και τα αγόρια προσβάλλονται 1,5 φορές συχνότερα από ό,τι τα κορίτσια. Η επικράτηση των αγοριών είναι σαφής στα λεμφώματα και λιγότερο εκσεσημασμένη στις λευχαιμίες, όγκους εγκεφάλου, νευροβλαστώματα και σαρκώματα μαλακών μορίων ενώ υπάρχει περίπου ίδια επίπτωση σε αγόρια και κορίτσια στο ρετινοβλάστωμα και το νεφροβλάστωμα. Μόνο στους όγκους εκ γενετικών κυττάρων στο μελάνωμα και μερικούς καρκίνους όπως το αδеноκαρκίνωμα της φλοιώδους μοίρας των επινεφριδίων και ο καρκίνος θυρεοειδούς, υπερτερούν τα κορίτσια.

Ο καρκίνος στα παιδιά διαφέρει σημαντικά από τον καρκίνο στον ενήλικα. Σύμφωνα με τη διεθνή κατάταξη των νόσων για την ογκολογία (International Classification of Diseases for Oncology ICD-O), η οποία βασίζεται τόσο σε μορφολογικά – ιστολογικά όσο και τοπογραφικά δεδομένα, έχουν καθορισθεί δώδεκα κύριες διαγνωστικές ομάδες για τις κακοήθειες στα παιδιά. (Στασινοπούλου Α., 1993)

1.Λευχαιμία

Η λευχαιμία είναι νεόπλασμα του αιμοποιητικού συστήματος, άγνωστης αιτιολογίας, με βλάβη στο γενετικό υλικό του κυττάρου, διαταραχή στον πολλαπλασιασμό και στη διαφοροποίηση αυτού, με αποτέλεσμα δημιουργία μονοκλωνικού πληθυσμού, που διηθεί το μυελό των οστών (και άλλα όργανα), προκαλεί έκπτωση της λειτουργίας του και χωρίς θεραπεία οδηγεί στο θάνατο.

Η οξεία λευχαιμία είναι μια ετερογενής ομάδα νοσημάτων. Όλα τα κύτταρα του αίματος, που προέρχονται από το πολυδύναμο μητρικό κύτταρο, μπορεί να υποστούν λευχαιμοειδή μετάλλαξη, με αποτέλεσμα την παραγωγή λευχαιμικών κυττάρων.

Η οξεία λευχαιμία αποτελεί το 97% της λευχαιμίας των παιδιών και έχει τους ακόλουθους τύπους:

- α) Οξεία λεμφοβλαστική λευχαιμία (ΟΛΛ), 75%
- β) Οξεία μυελογενής λευχαιμία (ΟΜΛ) ή οξεία μη λεμφοβλαστική λευχαιμία (ΟΜΛΛ), 20%
- γ) Οξεία αδιαφοροποίητη λευχαιμία, <0,5%
- δ) Οξεία μικτή λευχαιμία

Η χρόνια λευχαιμία των παιδιών αποτελεί το 3% της λευχαιμίας και έχει 2 τύπους:

- α) Τύπος του ενήλικα (Φιλαδέλφεια χρωμόσωμα θετικό)
- β) Παιδικός τύπος χρόνιας μυελογενούς λευχαιμίας

Συχνότητα

Υπολογίζεται σε 1 περίπτωση στις 25.000 παιδικού πληθυσμού ηλικίας <14 χρόνων ετησίως. Αποτελεί το 25-30% του καρκίνου της παιδικής ηλικίας και είναι πιο συχνή μεταξύ 2 και 5 χρόνων.

2.Λεμφώματα και άλλες κακοήθειες του δικτυοενδοθηλιακού συστήματος.

Κύριες υποκατηγορίες των λεμφωμάτων είναι τα Hodgkin's και non-Hodgkin's λεμφώματα(N.H.L)με τα Burkitt's λεμφώματα να αποτελούν ξεχωριστή υποκατηγορία με ιδιαίτερο επιδημιολογικό ενδιαφέρον.

Τα λεμφώματα αποτελούν το 11% του συνόλου των κακοηθειών με τα N.H.L να υπερτερούν των Hodgkin's λεμφωμάτων αριθμητικά. Η ετήσια επίπτωση του λεμφώματος Hodgkin's έχει ευρεία διακύμανση 1-10/10000000 παιδιών. Αναφέρεται διπλάσια επίπτωση στα παιδιά ινδικής καταγωγής σε σχέση με τους καυκάσιους, η διαφορά δε αυτή είναι σαφέστερη σε παιδιά 0-4 ετών. Η επίπτωση του λεμφώματος Burkitt's είναι αρκετά υψηλή στους πληθυσμούς της Αφρικής σε σχέση με τους δυτικούς πληθυσμούς και η παθογένεσή του είναι διαφορετική σε διάφορες χώρες του κόσμου. Έτσι το ενδημικού τύπου λέμφωμα Burkitt's της Αφρικής συσχετίζεται σχεδόν 100% με τον ιό του Epstein-Barr ενώ συσχετίζεται κατά 51% στη νότια Αμερική και κατά 30% στο σποραδικού τύπου Burkitt's λέμφωμα των Η.Π.Α.

3.Όγκοι εγκεφάλου και σπονδυλικής στήλης.

Η ετήσια επίπτωση των όγκων αυτών στην Ευρώπη και την Αμερική είναι 20-30/10000000 παιδιών με ελαφρά επικράτηση των αγοριών.

Το 30%-50% των όγκων του εγκεφάλου αποτελούν τα αστροκυτώματα (εδώ περιλαμβάνεται και το σχετικά καλοήθες πυλοκυτταρικό αστροκύττωμα και το γλοίωμα του οπτικού νεύρου). Τα μυελοβλαστώματα αποτελούν το 20% των πρωτοπαθών όγκων του εγκεφάλου και υπάρχει μία ελαφρά επικράτηση των αγοριών (2:1,5). Τέλος, τα επενδυμάτα αποτελούν το 5%-15% των όγκων του εγκεφάλου

4.Πρωτοπαθείς όγκοι του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ)

Οι όγκοι, του ΚΝΣ είναι τα συχνότερα συμπαγή νεοπλάσματα στα παιδιά, και οι δεύτερες σε σειρά συχνότητας κακοήθεις νεοπλασίες μετά τη λευχαιμία, αποτελώντας το 20% των κακοηθειών στα παιδιά. Η συχνότητα τους είναι 27/1.000.000/χρόνο, παιδιών ηλικίας < 15 χρόνων.

**Πίνακας: Εντόπιση, συχνότητα και πρόγνωση των όγκων του ΚΝΣ
στα παιδιά**

| Εντόπιση | Συχνότητα % | 5ετής επιβίωση (%) |
|--|----------------|-----------------------|
| <i>Κάτω από το σκηνίδιο της παρεγκεφαλίδας</i> | 55-60 | |
| <i>Οπισθίου κρανιακού βόθρου</i> | | |
| • Αστροκύτωμα (παρεγκεφαλίδας) | | 90 |
| • Μυελοβλάστωμα | | 44-45 |
| • Γλοίωμα του στελέχους υψηλής κακοήθειας | | 0-5 |
| χαμηλής κακοήθειας | | 30 |
| • Επενδύωμα | | 50-60 |
| <i>Πάνω από το σκηνίδιο της παρεγκεφαλίδας</i> | 40-46 | |
| <i>Ημισφαιρίων</i> | 25-30 | |
| • Αστροκύτωμα | | 10-50 |
| • Πολύμορφο γλοιοβλάστωμα | | 0-5 |
| • Επενδύωμα | | 50-60 |
| • Θήλωμα του χοριοειδούς πλέγματος | | 60-80 |
| <i>Μέσης γραμμής</i> | 15 | |
| • Κρανιοφαρυγγίωμα | | 70-90 |
| • Κωναρίωμα (πινεάλωμα) | | 65-75 |
| • Γλοίωμα του οπτικού νεύρου | | 50-90 |

Οι όγκοι του ΚΝΣ διαφέρουν από αυτούς των ενηλίκων, γιατί εντοπίζονται κυρίως κάτω από το σκηνίδιο της παρεγκεφαλίδας (παρεγκεφαλίδα, μέσο εγκέφαλο και στέλεχος του εγκεφάλου), ενώ στους ενήλικες είναι κυρίως υπερσκηνίδιοι όγκοι. Στα παιδιά οι όγκοι του ΚΝΣ προέρχονται από τη νευρογλοία, όπως τα χαμηλής κακοήθειας αστροκυττώματα, ή είναι εμβρυϊκά νεοπλάσματα (μυελοβλάστωμα, επενδύωμα ή όγκος από βλαστικά κύτταρα). Αντίθετα στους ενήλικες τα περισσότερα νεοπλάσματα του ΚΝΣ είναι αστροκυττώματα υψηλής κακοήθειας και μεταστατικά καρκινώματα.

Η συχνότητα των πιο συνηθισμένων κακοηθών όγκων του ΚΝΣ φαίνεται στον πίνακα 15.10, όπως επίσης και η πρόγνωση και η 5ετής επιβίωση.

Υπάρχει συσχέτιση των όγκων του ΚΝΣ με τις παρακάτω κλινικές οντότητες: νευρινωμάτωση, οζώδη σκλήρυνση, σύνδρομο Von Hippel-Lindau και παιδιά οικογενειών με σύνδρομο Li-Fraumeni (οικογένειες με αυξημένη συχνότητα στα μέλη τους καρκίνου του μαστού, του εγκεφάλου, του πνεύμονα, των οστών, κλπ.).

Η περισσότερο χρήσιμη κατάταξη των όγκων του ΚΝΣ είναι αυτή με βάση την εμβρυολογική και ιστολογική τους προέλευση. Οι όγκοι επίσης κατατάσσονται ανάλογα με το βαθμό κακοήθειας και αυτό είναι χρήσιμο για το αστροκύτωμα και το επενδύωμα και λαμβάνεται υπόψη (μικροσκοπικά) ο κυτταρικός πολυμορφισμός, ο μιτωτικός δείκτης και η ανάπλαση και νέκρωση. Με βάση αυτά τα μικροσκοπικά χαρακτηριστικά ταξινομούνται σε 4 βαθμούς (grade I-IV).

Κλινική εικόνα

Τα κλινικά σημεία των όγκων του ΚΝΣ στα παιδιά εξαρτώνται από τη θέση και την ταχύτητα ανάπτυξης του όγκου. Πολλές φορές είναι μη ειδικά και αρχικά μπορεί να παραβλέπονται και να αποδίδονται σε ιογενή ή άλλη πάθηση. Βραδέως αναπτυσσόμενος όγκος μπορεί, όταν διαγνωσθεί, να είναι πολύ μεγάλος λόγω της ανυπαρξίας συμπτωμάτων, ενώ ο ταχέως αναπτυσσόμενος όγκος δίνει συμπτώματα ενωρίς και όταν διαγιγνώσκεται είναι σχετικά μικρός.

Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι αυτά της αυξημένης ενδοκρανιακής πίεσης στους όγκους των κοιλιών ή εν τω βάθει δομών της μέσης γραμμής. Τοπικά νευρολογικά συμπτώματα, όπως σπασμοί, αταξία, διαταραχές όρασης κλπ., χωρίς αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης, πιθανόν να σημαίνουν ότι ο όγκος εξορμάται από το παρέγχυμα του εγκεφάλου. Η κεφαλαλγία στα πολύ μικρά παιδιά μπορεί να εμφανίζεται ως ευερεθιστότητα και η εντόπισή της δεν αντιστοιχεί στη εντόπιση της βλάβης, αλλά είναι ένδειξη αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης ειδικά όταν παρατηρείται κατά τη νύκτα ή την αφύπνιση, ή αν αυξάνει με το βήχα. Επίσης μπορεί να μην είναι συνεχής, αλλά να αυξάνει σε συχνότητα και ένταση. Άλλο μη ειδικό σύμπτωμα αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης είναι ο εμετός, ο οποίος παρατηρείται κατά την πρωινή έγερση, δεν συνοδεύεται από ναυτία και είναι συνήθως διαλείπων. Επίσης μη ειδικό σημείο ενδοκράνιας αυξημένης πίεσης είναι ο συγκλίνων στραβισμός με διπλωπία, λόγω παράλυσης του απαγωγού νεύρου (VI συζυγία). Ειδικό σημείο αύξησης της ενδοκράνιας πίεσης είναι το οίδημα των οπτικών θηλών, που λείπει όμως όταν ο όγκος εντοπίζεται στον οπίσθιο κρανιακό βόθρο. Όταν δεν έχουμε σύγκλιση των ραφών, η ανάπτυξη υδροκεφάλου μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της περιμέτρου του κρανίου. Εστιακά σημεία μπορεί να υπάρχουν με ή χωρίς αύξηση της ενδοκράνιας πίεσης. Ο

νυσταγμός μπορεί να οφείλεται είτε σε διαταραχή της αιθουσαίο-παρεγκεφαλιδικής οδού, είτε σε σημαντική ελάττωση της όρασης. Η βλάβη άλλων κρανιακών νεύρων, πλην του απαγωγού, υποδηλώνει ότι το νεόπλασμα βρίσκεται στο στέλεχος του εγκεφάλου. Το "αντισταθμιστικό ραιβόκρανο" οφείλεται σε αδυναμία των οφθαλμοκινητικών μυών.

Η αλλοίωση της προσωπικότητας, η πτώση στην απόδοση στο σχολείο και η αλλαγή στο χρησιμοποιούμενο χέρι (γράψιμο) σημαίνουν βλάβη στο φλοιό, ενώ η αταξία, βλάβη που εδράζεται στην παρεγκεφαλίδα ή το εγκεφαλικό στέλεχος. Αύξηση των τενοντίων

αντανακλάσεων, σημείο Babinski, διαταραχή στις λεπτές κινήσεις, σημαίνουν ότι ο όγκος βρίσκεται στο φλοιό ή στο εγκεφαλικό στέλεχος.

Επιληπτικές κρίσεις παρατηρούνται σε όγκους του φλοιού, ενώ ενδοκρινικές διαταραχές παρατηρούνται σε όγκους της υπόφυσης, του υποθαλάμου ή του κωναρίου.

5. Όγκοι του νωτιαίου μυελού

Οι όγκοι του νωτιαίου μυελού στα παιδιά μπορεί να εντοπίζονται σε κάθε σημείο του νωτιαίου σωλήνα και αποτελούν το 3-6% των πρωτοπαθών όγκων του ΚΝΣ σ' αυτά.

Οι όγκοι του νωτιαίου μυελού χωρίζονται σε:

1. **Ενδομυελικούς** από τους οποίους > 60% είναι αστροκυττώματα και 20-30% επενδυμάτα, ενώ πολύ πιο σπάνιο είναι το ολιγονεδρογλοίωμα. Γενικά αυτοί οι όγκοι είναι καλά διαφοροποιημένοι και μόνο 10% αυτών έχουν υψηλής κακοήθειας στοιχεία.

2. **Εξωμυελικούς**, που διακρίνονται:

α) *Ενδοανλικοί όγκοι*, όπως το νευρίνωμα που συχνά συνοδεύει την νόσο του Recklinghausen, ενώ στα έφηβα κορίτσια ο πιο συχνός ενδοανλικός εξωμυελικός όγκος είναι το μηνιγγίωμα.

β) *Εξωαυλικοί όγκοι*, που κυρίως προέρχονται από το μεσέγχυμα όπως το νευροβλάστωμα και το λέμφωμα. Όγκοι επίσης των σπονδύλων μπορεί να προκαλέσουν συμπτώματα πίεσης στο νωτιαίο μυελό.

6.Όγκος του Wilms (Νεφροβλάστωμα)

Η διεθνής αντικαρκινική προσπάθεια και πολιτική εργάστηκε δυναμικά και συντονισμένα με πολύπνοες κατευθύνσεις και ρυθμό, ώστε ο καρκίνος από το χθες να φθάσει στο σήμερα. Από την άγνοια να πλησιάσει τη γνώση. Και από το μοναχικό μελετητή των ανώμαλων καρκινικών κυττάρων στο μικροσκόπιο ενός μικρού γραφείου πλησιάσαμε και φθάσαμε σήμερα στα εκπληκτικά Εργαστήρια που κάνουν κάθε είδους έρευνα. Από το ξεχασμένο και απομονωμένο κρεβάτι ενός Νοσοκομείου βρισκόμαστε σήμερα σε πολυώροφα κτήρια με σφύζουσα ζωντάνια και διαγνωστικά και θεραπευτικά μέσα που κανένας δεν μπορούσε να τα φανταστεί πριν από δυο ή τρεις δεκαετίες. Και όχι μόνο αυτό, αλλά σήμερα έχουν δημιουργηθεί πολλά, πάρα πολλά Ειδικά Κέντρα άριστης Θεραπευτικής Αγωγής. Πιστεύω ότι οι Ιατροί, τα καινούρια Διευθυντικά Στελέχη που αναλαμβάνουν Αντικαρκινικό Αγώνα σε κάθε χώρα, αλλά ουσιαστικά και σε εμάς, πρέπει να μάθουν πώς άρχισαν τα Κέντρα που διοικούν σήμερα ή πρόκειται και θέλουν να διοικήσουν αύριο. Μέλλον δεν υπάρχει χωρίς τη γνώση του παρελθόντος, αφού ο χρόνος που περνά φέρνει στην επιφάνεια ότι έγινε, περιγράφει πως είναι κάθε τι και ζωγραφίζει τις μεταβολές που σημειώθηκαν, άλλες πιο γρήγορα και άλλες πιο αργά.

Το νεφροβλάστωμα αποτελείτο συχνότερο ενδονεφρικό κακοήθη όγκο της παιδικής ηλικίας και αποτελεί το 5-10% των συμπαγών όγκων των παιδιών, με ετήσια συχνότητα 7.8 περιπτώσεις/1.000.000 παιδικού πληθυσμού στις Η.Π.Α. Η μέση ηλικία των ασθενών κατά τη διάγνωση είναι 3-3½ χρόνων, και τα δύο φύλα προσβάλλονται σχεδόν εξίσου. Η

εμφάνιση του όγκου είναι συνήθως σποραδική, αλλά στο 1% των περιπτώσεων είναι οικογενής. Ο αριστερός νεφρός προσβάλλεται πιο συχνά απ' ό τι ο δεξιός, ενώ η αμφοτερόπλευρη προσβολή των νεφρών κυμαίνεται σε 5-7%.

7.Νευροβλάστωμα

Το νευροβλάστωμα είναι από τους πιο συχνούς κακοήθεις όγκους της παιδικής ηλικίας και είναι ο δεύτερος σε συχνότητα συμπαγής όγκος της παιδικής ηλικίας μετά τους όγκους του εγκεφάλου. Αποτελεί το 7% του συνόλου των κακοηθειών στα παιδιά. Το 50% των νευροβλαστωμάτων διαγιγνώσκονται τα δύο πρώτα χρόνια της ζωής και περίπου τα δύο τρίτα διαγιγνώσκονται στα πέντε πρώτα χρόνια της ζωής.

Το νευροβλάστωμα προέρχεται από τα νευρικά ακρολοφιακά κύτταρα που δημιουργούν φυσιολογικά τον μυελό των επινεφριδίων και τα συμπαθητικά γάγγλια. Τα κύτταρα αυτά έχουν πολλαπλό δυναμικό και είναι δυνατόν να εξελιχθούν σε γαγγλιοκύτταρα, φαιοχρωμοκύτταρα ή σε νευρικό ινώδη ιστό. Οι όγκοι που προέρχονται από αυτόν τον ιστό έχουν σχέση με τα διάφορα στάδια ωρίμανσης και διαφοροποίησης των φυσιολογικών κυττάρων της νευρικής ακρολοφίας. Έτσι οι όγκοι που προέρχονται από τα κύτταρα της νευρικής ακρολοφίας είναι:

Νευροβλάστωμα

Φαιοχρωμοκύττωμα

Καρκινοειδές

Μυελοειδές καρκίνωμα

Παραγαγγλίωμα

Γαγγλιονευροβλάστωμα

Γαγγλιονεύρωμα

Νευρίνωμα

Η ετήσια συχνότητά του είναι 9 περιπτώσεις /1.000.000 παιδιών. Κατά τη διάγνωσή του, το 50% των ασθενών είναι < 2, το 75% < 4 και το 90% < 10 χρόνων αντίστοιχα. Η κορυφή της καμπύλης συχνότητας εμφάνισης είναι τα 2 χρόνια της ζωής.

8.Κακοήθη νεοπλάσματα των οστών

Διακρίνονται σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή από μεταστάσεις. Τα σπουδαιότερα νεοπλάσματα των οστών στα παιδιά είναι το οστεοσάρκωμα και το σάρκωμα Ewing. Λιγότερο συχνά είναι το χονδροσάρκωμα, το ινοσάρκωμα, το δικτυοσάρκωμα, το μη Hodgkin λέμφωμα των οστών, το αιμαγγειοσάρκωμα και ο κακοήθης γιγαντοκυτταρικός όγκος των οστών.

Οι πρωτοπαθείς όγκοι των οστών είναι σπάνιοι. Αποτελούν το 2% όλων των κακοηθειών στα παιδιά, αλλά είναι οι δεύτεροι πιο συχνοί στερεοί όγκοι στους εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Στις ΗΠΑ η ετήσια συχνότητα είναι 5.7 περιπτώσεις/1.000.000 λευκών < 15 χρόνων και είναι λιγότερο συχνοί στους μαύρους. Το οστεοσάρκωμα και το σάρκωμα Ewing είναι οι πιο συχνοί όγκοι στα παιδιά και στους εφήβους. Η συχνότητα του οστεοσαρκώματος είναι 3.1 περιπτώσεις στο 1.000.000/λευκών/χρόνο και του σαρκώματος Ewing 2.1 στο εκατομμύριο το χρόνο σε ηλικίες < 15 χρόνων.

9.Οστεοσάρκωμα

Είναι κακοήθης όγκος των οστών που ξεκινά από τα μεσεγχυματικά κύτταρα, τα οποία παράγουν οστική ουσία ή οστίτη ιστό. Τα αγόρια προσβάλλονται 1,5 φορά συχνότερα από ό,τι τα κορίτσια. Η νόσος προσβάλλει συχνότερα εφήβους, με το μέγιστο της συχνότητας στην ηλικία των 15-19 χρόνων, την ηλικία δηλαδή της ταχύτερης αύξησης των οστών. Οι ασθενείς είναι ψηλότεροι από το μέσο όρο της ηλικίας τους. Πιο συχνά προσβάλλονται το κάτω τμήμα του μηριαίου και το άνω της κνήμης και του βραχιονίου.

Η αιτιολογία του οστεοσαρκώματος είναι άγνωστη, αλλά η ανάπτυξή του κυρίως στην ηλικία ταχείας αύξησης των οστών πιθανόν υποδηλώνει συσχέτιση με τη δραστηριότητα των οστεοβλαστών. Γενετικοί παράγοντες επίσης παίζουν κάποιο ρόλο. Στο κληρονομικό ρετινοβλάστωμα η συχνότητα του οστεοσαρκώματος είναι 500 φορές μεγαλύτερη από ό,τι στο γενικό πληθυσμό.

10.Σάρκωμα EWING

Το σάρκωμα Ewing είναι ένα μικροκυτταρικό νεόπλασμα (όπως το νευροβλάστωμα, το λέμφωμα και το ραβδομυοσάρκωμα) υψηλής κακοήθειας. Η νόσος είναι σχεδόν άγνωστη στη μαύρη φυλή, ενώ στα παιδιά της λευκής φυλής η συχνότητα είναι 1,9/1.000.000/χρόνο και παρατηρείται τόσο σε μικρά παιδιά όσο και σε εφήβους. Στο 12% των περιπτώσεων ανευρίσκονται ανωμαλίες του ουροποιητικού (όπως κρυπορχία, υποσπαδίας, διπλοί ουρητήρες). Το 80% των περιπτώσεων είναι < 20 χρόνων κατά τη διάγνωση. Ο όγκος αναπτύσσεται τις περισσότερες φορές στη διάφυση των μακρών οστών και οι συχνότερες

θέσεις ανάπτυξης είναι το μηριαίο και η πύελος. Άλλες θέσεις ανάπτυξης του όγκου είναι η κνήμη, η περόνη, οι πλευρές, το βραχιόνιο, η κλείδα, η ωμοπλάτη και οι σπόνδυλοι.

11.Ρετινοβλάστωμα

Αποτελεί το 2,5% - 4% των κακοηθών όγκων στα παιδιά με ετήσια επίπτωση 3-5/10⁶ παιδιών. Περίπου 45% των ρετινοβλαστωμάτων είναι κληρονομικού τύπου και συνδέονται με το γονίδιο του ρετινοβλαστώματος RBI, που κληρονομείται κατά τον αυτόσωμο επικρατούντα χαρακτήρα. Η μελέτη του ρετινοβλαστώματος έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους γενετιστές, τους μοριακούς βιολόγους αλλά για τους κλινικούς γιατρούς.

12.Ηπατικοί όγκοι

Οι όγκοι αυτοί αποτελούν λιγότερο από το 1% των παιδικών κακοηθειών. Κύριοι εκπρόσωποι είναι το ηπατοβλάστωμα (H.B) και το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Η ετήσια επίπτωση του H.B είναι μεταξύ 0,5-1,5/10⁶ παιδιών με αυξημένη επίπτωση τα 5 πρώτα χρόνια της ζωής. Η υψηλότερη επίπτωση του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος παρατηρείται στα 10-14 χρόνια της ζωής. Υπάρχει μεγάλη διακύμανση της επίπτωσης σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές και σε ένα υψηλό ποσοστό συνδέεται με φορία για τον ιό της ηπατίτιδος Β.

13.Όγκοι μαλακών μορίων

Μια μεγάλη ποικιλία ιστολογικών τύπων περιγράφεται με επικρατέστερους αυτών του ραβδομυοσαρκώματος (ΡΜΣ) και του ινοσαρκώματος. Στο ραβδομυοσάρκωμα διακρίνουμε τρεις ιστολογικούς υπότυπους: το εμβρυϊκό, το κυψελιδικό και το αδιαφοροποίητο. Η ετήσια επίπτωση του Ρ.Μ.Σ είναι $3-5/10^6$ παιδιών και είναι ιμμηλότερη σε ηλικία 0-4 ετών με υπεροχή των λευκών σε σχέση με τους μαύρους. Το ινοσάρκωμα έχει αυξημένη επίπτωση στη νεογνική ηλικία με χαμηλή επίπτωση ενδιάμεσους και μία εκ νέου αύξηση της επίπτωσης στα 10-14 χρόνια.

14.Όγκοι εκ γενετικών κυττάρων και τροφοβλάστης και άλλα νεοπλάσματα των γονάδων

Οι όγκοι αυτοί είναι σπάνιοι και αφορούν $< 2\%$ των κακοηθειών στα αγόρια και $< 4\%$ στα κορίτσια. Στα αγόρια είναι αυξημένη η επίπτωση των όγκων αυτών σε ηλικία 0-4 ετών ενώ τα κορίτσια έχουν αυξημένη επίπτωση σε ηλικία > 10 ετών. Οι όγκοι εκ γενετικών κυττάρων με εντόπιση εκτός γονάδων είναι συχνότεροι σε παιδιά < 5 ετών.

15.Καρκινώματα και άλλα κακοήθη επιθηλιακά νεοπλάσματα

Τέτοιοι όγκοι είναι τα αδενοκαρκινώματα του φλοιού των επινεφριδίων με ετήσια επίπτωση $< 0,5/10^6$ παιδιών και τα καρκινώματα του θυρεοειδούς με επίπτωση $< 1/10^6$ παιδιών που αυξάνεται όμως πολύ μετά από ακτινοβολία της περιοχής του τραχήλου ή μετά

από πυρηνικά ατυχήματα όπως αυτό του Τσερνομπίλ. Το Ρινοφαρυγγικό καρκίνωμα είναι σπάνιο. Συμβαίνει συνήθως σε παιδιά 10-14 ετών με ετήσια επίπτωση περίπου $0,12/10^6$ παιδιών στους λευκούς και πιο αυξημένη στους μαύρους ($1,06/10^6$).

16. Άλλες κακοήθειες και ατυποποίητα κακοήθη νεοπλάσματα

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται το πνευμονοβλάστωμα, το παγκρεατοβλάστωμα και άλλοι ατυποποίητοι όγκοι. (Γομπάκης Ν. 1999)

ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙ

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ
ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΗ
ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ. Ο ΘΕΣΜΟΣ
ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΗΜΕΡΑ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 6-15

Η σχολική ηλικία εκτείνεται από το 6^ο έτος ως την ηλικία που το άτομο γίνεται σεξουαλικά ώριμο (ως το 11^ο έτος για τα κορίτσια και το 13^ο έτος για τα αγόρια). Αρχίζει με την εμφάνιση των πρώτων μόνιμων δοντιών και την είσοδο του παιδιού στο σχολείο και τελειώνει με την έναρξη της ενήβωσης (την πρώτη έμμηνη ρύση στα κορίτσια και την πρώτη εκσπερμάτωση στα αγόρια).

Η σχολική ηλικία, από άποψη αναπτυξιακή, χαρακτηρίζεται ως περίοδος της βιοσωματικής σταθερότητας και υγείας, της γνώσης και της λογικής, της ομάδας των συνομηλίκων, της δράσης και της φιλοπονίας. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της περιόδου αυτής, κατά τομέα ανάπτυξης, είναι δυνατόν να συνοψιστούν σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985) ως εξής:

Στο σωματικό και κινητικό τομέα πραγματοποιείται περισσότερο, αντί για ποσοτική αύξηση, ποιοτική μεταβολή. Παρατηρείται μια αισθητή ανάσχεση του ρυθμού αύξησης των μερών του σώματος και δίνεται προτεραιότητα στην περαιτέρω λειτουργική επεξεργασία και τελειοποίηση της ραγδαίας αύξησης που πραγματοποιήθηκε σε μικρότερες ηλικίες. Μειώνεται ο ρυθμός της σωματικής αύξησης για να πραγματοποιηθεί μεγαλύτερος έλεγχος και σκόπιμος προσδιορισμός στις παντός είδους βιοσωματικές και ψυχοκινητικές διεργασίες. Γι'αυτό, οι ψυχοκινητικές δεξιότητες στην περίοδο αυτή αποκτούν σταθερότητα, ισχύ και χάρη.

Στο νοητικό τομέα πραγματοποιείται το μεγάλο άλμα, από τον εγωκεντρισμό και την διαισθητική λογική της νηπιακής ηλικίας, στην αποκέντρωση της αντίληψης και στις

αναστρέψιμες νοητικές πράξεις. Ήδη από το 7^ο έτος, το παιδί αρχίζει να παρουσιάζει για πρώτη φορά συνεπή και σταθερή λογική. Αρχίζει να κατακτά πλείστα γνωστικά λογικά σχήματα, όπως της ιεραρχικής οργάνωσης των τάξεων, της σειροθέτησης των ποικίλων σχέσεων ανισότητας, της έννοιας του αριθμού, της έννοιας της διατήρησης των διάφορων χαρακτηριστικών του φυσικού κόσμου (ποσότητας, βάρους, όγκου)κ.α. Η σκέψη όμως ακόμη παρουσιάζει λειτουργικές αδυναμίες. Παραμένει ακόμη δέσμια της συγκεκριμένης πραγματικότητας. Δεν μπορεί να χειριστεί αφηρημένες έννοιες και τυπικά λογικά σχήματα. Οι νοητικές πράξεις γίνονται ακόμη μόνο επί εποπτικού υλικού. Επίσης, στην περίοδο αυτή οι παντός είδους ατομικές διαφορές στη νοημοσύνη γίνονται πιο αισθητές και αντανakλώνται στην περίοδο του παιδιού στα σχολικά μαθήματα.

Στον τομέα της συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης πραγματοποιούνται σημαντικές μεταβολές. Ενώ πριν τα ενδιαφέροντα του παιδιού είχαν επίκεντρο τον εαυτό του και τους γονείς του, τώρα στρέφονται προς τους συνομηλίκους. Τα παιδιά στην ηλικία αυτή σχηματίζουν ομάδες, στις οποίες οι ενήλικοι δεν είναι ευπρόσδεκτοι. Κάθε ομάδα συνήθως αποτελείται από παιδιά του ίδιου φύλου (ομόφυλες ομάδες), έχει τη δική της κρυφή γλώσσα και το δικό της κώδικα συμπεριφοράς. Το παιδί εγκαταλείπει τον προσωπικό του χώρο της νηπιακής ηλικίας και επιδιώκει το μαζί να ενταχθεί και να γίνει αποδεκτό από την ομάδα, σε μια αμφίδρομη σχέση με τους συνομηλίκους. Οι γονείς, ο δάσκαλος και οι άλλοι ενήλικοι είναι ακόμη σημαντικά πρόσωπα για το παιδί, αλλά σε χωροχρονικά περιορισμένο πλαίσιο. Το σχολείο γίνεται σημαντικός παράγοντας κοινωνικοποίησης του παιδιού. Εκεί το παιδί θα αντιμετωπίσει μια αντικειμενικότερη μεταχείριση και όχι, όπως πριν, τη μεροληπτική αντιμετώπιση των γονέων. Μπροστά του προβάλλει ένα κοινό σχολικό πρόγραμμα, το οποίο θα αποτελέσει και κοινό μέτρο σύγκρισης με τους άλλους. Έτσι, το παιδί αποκτά καλύτερη αυτογνωσία. Το σχολείο θα ενεργήσει ως παράγοντας ομαλοποίησης της μονόπλευρης μεταχείρισης των γονέων. Το

υπερπροστατευμένο παιδί θα νιώσει ότι παράλληλα προς το «ΕΓΩ», υπάρχει και το «ΕΜΕΙΣ» και ότι δεν έχουμε μόνο απαιτήσεις που οι άλλοι πρέπει να μας ικανοποιούν, αλλά και υποχρεώσεις προς τους άλλους, τις οποίες πρέπει εμείς να εκπληρώνουμε. Επίσης, το παιδί που οι γονείς του είναι αδιάφοροι και απορριπτικοί θα βρει μέσα στη σχολική κοινότητα πρόσφορο έδαφος για κοινωνική αποδοχή και αναγνώριση.

Στον τομέα της ανάπτυξης της προσωπικότητας το ψυχικά υγιές παιδί έχει μέχρι στιγμής επιτύχει ικανοποιητική βασική εμπιστοσύνη, αυτονομία και πρωτοβουλία και τώρα είναι έτοιμο να επιδοθεί στη φιλοπονία και στην παραγωγικότητα. Στην περίοδο αυτή αρχίζει να συνειδητοποιεί την έννοια του καθήκοντος και την ανάγκη του για επιτεύγματα. Στην προηγούμενη φάση ένιωθε χαρά όταν μπορούσε με δική του πρωτοβουλία να επιλέγει τις δραστηριότητες του και να αρχίσει να τις εκτελεί, χωρίς όμως να ενδιαφέρεται και για την ολοκλήρωσή τους. Τώρα νιώθει χαρά μόνο όταν τις ολοκληρώνει. Αρχίζει να βιώνει την ευχαρίστηση που συνεπάγεται η απόκτηση μιας δεξιότητας και να χαίρεται όταν είναι παραγωγικό. Αν όμως δεν κατορθώσει να ικανοποιήσει την ανάγκη του αυτή για φιλοπονία και παραγωγικότητα, θα δημιουργήσει συναισθήματα κατωτερότητας και ανεπάρκειας.

Στον τομέα της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης το παιδί της σχολικής ηλικίας διέρχεται το στάδιο της λανθάνουσας σεξουαλικότητας, μια περίοδο ηρεμίας και γαλήνης πριν από την καταιγίδα της ήβης. Στον τομέα της ηθικότητας το παιδί τώρα εγκαταλείπει τον ηθικό ρεαλισμό των προηγούμενων ηλικιών, όπου οι ηθικοί κανόνες θεωρούνται αμετάβλητοι και μόνιμοι, όπως οι φυσικοί νόμοι, και εισέρχεται στο στάδιο της ηθικής σχετικότητας, όπου έμφαση δίνεται στην πρόθεση της πράξης και όχι στα αποτελέσματά της, στο κίνητρο της πράξης και όχι στο ποσό της ζημιάς που προκαλείται.

Πιο αναλυτικά, όσον αφορά τη βιοσωματική ανάπτυξη κατά τη σχολική ηλικία μπορεί να χαρακτηριστεί περισσότερο ως ποιοτική μεταβολή και λιγότερο ως ποσοτική αύξηση.

Ο ρυθμός αύξησης στις διαστάσεις του σώματος παρουσιάζει αισθητή ανάσχεση, για να δοθεί προτεραιότητα στην επεξεργασία και σταθεροποίηση των ραγδαίων μεταβολών της προηγούμενης περιόδου. Πρόκειται για ένα είδος ανάπαυλας ανάμεσα στην έντονη αύξηση της προσχολικής ηλικίας και στο ορμητικό ξέσπασμα της ήβης.

Το μέσο ύψος στις ηλικίες 6 έως 7 χρόνια είναι 120 εκ. και το μέσο βάρος 23 κιλά. Στα επόμενα 4 ως 5 χρόνια η ετήσια αύξηση είναι στο ύψος 5 ως 6 εκ. και στο βάρος 2 ως 5 κιλά. Στο 10^ο έτος τα αγόρια χάνουν την υπεροχή στις σωματικές διαστάσεις, την οποία είχαν έναντι των κοριτσιών σε όλα τα προηγούμενα χρόνια, για να την επανακτήσουν πάλι, μόνιμα πλέον, με την ενήβωση (το 14^ο έτος).

Υπάρχουν τεράστιες ατομικές διαφορές ως προς τις σωματικές διαστάσεις. Σύνηθες είναι το φαινόμενο να φοιτούν στην ίδια σχολική τάξη παιδιά που η σωματική τους διάπλαση να υποδηλώνει διαφορά 3 και 4 ετών χρονολογικής ηλικίας. Οι διαφορές αυτές οφείλονται τόσο σε γενετικούς παράγοντες (σωματική διάπλαση των γονέων) όσο και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (συνθήκες διαβίωσης, σωματική άσκηση). Μεγάλες διαφορές στις σωματικές διαστάσεις μπορούν να θεωρηθούν φυσιολογικές, αν συνεκτιμηθούν όλοι οι συνυπόλογοι παράγοντες.

Οι νεότερες γενιές παρουσιάζουν, σε σύγκριση με τις παλιότερες, μια προοδευτική αύξηση στις διαστάσεις του σώματος. Τα τελευταία πενήντα χρόνια το ύψος των ελληνοπαίδων του δημοτικού σχολείου αυξήθηκε για τα αγόρια 5 ως 10 εκ. και για τα κορίτσια 3 ως 11 εκ. Η αντίστοιχη αύξηση στο βάρος είναι 3 ως 6 κιλά για τα κορίτσια. Η αύξηση αυτή φαίνεται ότι οφείλεται στη βελτίωση των όρων διαβίωσης (διατροφή, υγειονομική περίθαλψη, σωματική άσκηση).

Οι αναλογίες του σώματος κατά τη σχολική ηλικία διαφέρουν από τις αναλογίες του νηπίου. Στη φάση αυτή ταχεία αύξηση παρουσιάζουν τα κάτω άκρα και τα οστά του προσώπου. Έτσι, το παιδί φαίνεται να «επιμηκύνεται» και να χάνει τη μορφή του

«κοντοπόδαρου παιδιού» της νηπιακής ηλικίας. Επίσης, το πάχος μειώνεται και κατανέμεται σε περισσότερα μέρη του σώματος και έτσι το παιδί χάνει τη «νηπιακή λόρδωση». Στο 7^ο έτος το παιδί δίνει την εντύπωση του «ψηλολέεκα. Ο σωματότυπος είναι ήδη σαφής από το 6^ο έτος. Από την ηλικία αυτή μπορούμε να καθορίσουμε, με ικανοποιητική βεβαιότητα τις τελικές διαστάσεις του σώματος.

Υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στους διάφορους δείκτες σωματικής ανάπτυξης και στη νοητική ικανότητα. Τα υψηλότερα παιδιά τείνουν να είναι εξυπνότερα (σε 10 εκ. διαφορά ύψους αντιστοιχεί μέχρι και 7 μόρια νοητικού πηλίκου). Η συνάφεια αυτή μετά το 15^ο έτος παύει να ισχύει. Επίσης, η συνολική μορφή –το πρόγραμμα- του σώματος είναι έγκυρος δείκτης του βαθμού της σχολικής επίδοσης και ωριμότητας. Ανάμεσα στα συνομήλικα παιδιά του αυτού αναστήματος, μεγαλύτερη σχολική ωριμότητα παρουσιάζουν όσα έχουν μικρότερη περίμετρο κεφαλής, στενότερη μέση ή και μακρύτερα κάτω άκρα. Επίσης, υπάρχει συνάφεια ανάμεσα στο βαθμό ανάσχεσης των κινήσεων και στο γνωστικό τύπο. Το κινητικό παιδί είναι τύπος παρορμητικός, ενώ το παιδί που έχει την ικανότητα να αναστέλλει τις κινητικές του αντιδράσεις είναι διασκεπτικός τύπος.

Στον ψυχοκινητικό τομέα η ανάπτυξη του παιδιού συνεχίζεται, ακολουθώντας τις τρεις βασικές κατευθύνσεις: α) Από αντανακλαστική γίνεται σκόπιμη και ελεγχόμενη, β) από μαζική και γενικευμένη γίνεται μερική και εξειδικευμένη και γ) από αμφίπλευρη γίνεται ετερόπλευρη. Οι κινήσεις στην περίοδο αυτή αποκτούν όχι μόνο σταθερότητα, αλλά και ισχύ και χάρη. Ο κινητικός έλεγχος και η επιδεξιότητα στις κινήσεις αποτελούν βασικό εφόδιο του παιδιού για την σχολική εργασία (γραφή, χειροτεχνία, εκμάθηση μουσικού οργάνου, εκμάθηση χορού), αλλά και για την ένταξη του, μέσω των ομαδικών ανταγωνιστικών παιχνιδιών, στην ομάδα των συνομηλίκων. Σε όλα τα δομικά στοιχεία της ψυχοκινητικής ανάπτυξης (ισχύς, ετοιμότητα αντίδρασης, ταχύτητα, ακρίβεια, ευκαμψία) η βελτίωση είναι ταχύτερη ως το 9^ο έτος. Οι προϋποθέσεις που πρέπει να εξασφαλιστούν για

την ορθή χρήση και ενίσχυση των ψυχοκινητικών ικανοτήτων του παιδιού είναι αφενός περιβαλλοντικές (άνετοι και ασφαλείς χώροι για άθληση, αθλητικά όργανα, κατάλληλα ενδύματα και παπούτσια) και αφετέρου ψυχολογικές (ενθάρρυνση του παιδιού να χρησιμοποιεί το σώμα του ελεύθερα, περιορισμός του άγχους των γονέων για τα παιδικά ατυχήματα).

Ο βαθμός της ψυχοκινητικής ωριμότητας έχει άμεση σχέση με την γενικότερη νευρολογική ανάπτυξη του παιδιού. Διάφορες μορφές μαθησιακών δυσκολιών (δυσκολίες στην εκμάθηση της ανάγνωσης, της γραφής, της ομιλίας, της ορθογραφίας) συνοδεύονται από ανεπάρκειες στον ψυχοκινητικό τομέα.

Η σχολική ηλικία θεωρείται η υγιέστερη περίοδος της ανάπτυξης. Οι ασθένειες όχι μόνο μειώνονται αριθμητικώς σημαντικά, αλλά γίνονται και λιγότερο απειλητικές. Στην αρχή της περιόδου, με την είσοδο του παιδιού στο σχολείο, το ποσοστό των ασθενειών είναι σχετικά μεγαλύτερο. Μετά το 10^ο όμως έτος οι ασθένειες μειώνονται σε χαμηλό ποσοστό. Τα 2/3 των ασθενειών είναι του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος (κρυολογήματα, ωτίτιδες) και 13% είναι διάφορες λοιμώδεις παιδικές ασθένειες. Επίσης, κατά τη σχολική ηλικία συχνότερες γίνονται και οι οστεομυϊκές ανωμαλίες.

Ενώ οι βιολογικές επιπτώσεις των ασθενειών κατά την σχολική ηλικία είναι ασήμαντες, οι ψυχολογικές τους συνέπειες είναι σοβαρότατες (αναγκάζουν το παιδί να χάνει μαθήματα, διαταράσσονται οι σχέσεις γονέων και παιδιού, γιατί η ασθένεια αποδίδεται σε αμέλεια του παιδιού να τηρήσει τις παραγγελίες των γονέων, μπορεί η ασθένεια να εξελιχθεί σε νευρωσικό σύμπτωμα, το οποίο χρησιμοποιεί το παιδί για να απουσιάζει από το σχολείο όποτε εκείνο θέλει ή για να εξασφάλιση μέσο είναι οι εμβολιασμοί και η τακτική ιατρική εξέταση του παιδιού, καθώς επίσης και η απόκτηση εκ μέρους του παιδιού δεξιοτήτων αυτοπροστασίας (να μάθει να φροντίζει για την καθαριότητα του σώματος του, να ντύνεται ανάλογα με τις καιρικές συνθήκες διατροφής).

Τα κυριότερα προβλήματα υγείας κατά την σχολική ηλικία είναι τα τερηδονισμένα δόντια και οι ανωμαλίες στην όραση. Ήδη στην Α' τάξη του δημοτικού σχολείου τα 2/3 των παιδιών παρουσιάζουν ένα ή και περισσότερα τερηδονισμένα δόντια. Επίσης, το 13% των παιδιών παρουσιάζουν ανωμαλίες στην όραση, με αποτέλεσμα να μειώνεται σημαντικά η σχολική τους επίδοση. Με την είσοδο του παιδιού στο σχολείο πρέπει να γίνεται οφθαλμολογική και ακοομετρική εξέταση του παιδιού. Απειλητικά και πολυάριθμα κατά τη σχολική ηλικία είναι τα ατυχήματα. Το 1/3 των παιδιών ηλικίας 6 ως 10 ετών θα υποστούν κάποιο τραύμα που θα απαιτήσει ιατρική βοήθεια. Τα περισσότερα τραύματα (58%) τα δέχεται το κεφάλι. Το 1/3 των θανατηφόρων τραυμάτων γίνονται στις ηλικίες 6 ως 14 ετών. Οι γονείς πρέπει να βοηθήσουν το παιδί να συνειδητοποιήσει τους κινδύνους από τα ατυχήματα, εφαρμόζοντας ένα λογικό συνδυασμό ενθάρρυνσης για αυτονομία και καθορισμό «ορίων» για την άσκηση της αυτονομίας αυτής. Η υπερπροστατευτική στάση δεν βοηθάει το παιδί να αποκτήσει την ικανότητα για αυτοπροστασία. Επίσης, επειδή τα περισσότερα ατυχήματα συμβαίνουν στο δρόμο και στη θάλασσα, επιβάλλεται να διδάσκονται συστηματικά στο σχολείο η οδική κυκλοφορία και η κολύμβηση.

Απειλή για την υγεία του παιδιού της σχολικής ηλικίας αποτελεί η εκμετάλλευση της εργασίας του παιδιού. Ενώ κατά την προσχολική ηλικία το παιδί κινδυνεύει να πέσει θύμα ενός τιμωρητικού γονέα (κακοποίηση του παιδιού), στη σχολική ηλικία κινδυνεύει να πέσει θύμα ενός εκμεταλλευτή γονέα. Επιβάλλεται η λήψη σύντονων νομοθετικών μέτρων παιδικής προστασίας.

Όσο αφορά τη νοητική ανάπτυξη, αντλούμε στοιχεία από τα θεωρητικά διδάγματα και τις έρευνες τριών ομάδων ψυχολόγων: α) των γενετικών, β) των συμπεριφοριστών και γ) των ψυχομετρικών. Οι γενετικοί ψυχολόγοι δέχονται ότι το παιδί, με την πάροδο της ηλικίας, διαθέτει και διαφορετικό είδος νοημοσύνης, χρησιμοποιεί διαφορετικές στρατηγικές για την επίλυση γνωστικών προβλημάτων. Στις μελέτες τους προσπαθούν να

καθορίσουν το είδος της νοημοσύνης που διαθέτει το άτομο σε κάθε αναπτυξιακή περίοδο. Οι συμπεριφοριστές υποστηρίζουν ότι με την πάροδο της ηλικίας επισυμβαίνουν αλλαγές στις νοητικές ικανότητες, όχι όμως ως αποτέλεσμα της ωρίμανσης, αλλά ως αποτέλεσμα της μάθησης και προσπαθούν να καθορίσουν τους νόμους που διέπουν τις διάφορες μορφές μάθησης, οι οποίοι νόμοι πιστεύουν ότι είναι βασικά ίδιοι σε όλες τις ηλικίες. Οι ψυχομετρικές ενδιαφέρονται για την ποσοτική πλευρά της νοητικής ανάπτυξης και τις ατομικές διαφορές.

Στον τομέα της γλωσσικής ανάπτυξης παρατηρείται μια εντυπωσιακή βελτίωση τόσο στο ποσό των λέξεων όσο και στην ποικιλία τους και στο εννοιολογικό τους περιεχόμενο. Το μέγεθος του λεξιλογίου, ενώ στο 5^ο έτος είναι περίπου 2100 λέξεις, στο 10^ο έτος γίνεται 5400 λέξεις και στο 12^ο έτος 7200 λέξεις, μια ετήσια αύξηση 600 λέξεων. Προσπάθειες έχουν γίνει για να καθοριστεί το βασικό λεξιλόγιο, με βάση την συχνότητα την οποία απαντά κάθε λέξη στον παιδικό λόγο. Σε μια έρευνα, όπου έγινε ανάλυση παιδικών εκθέσεων, διαπιστώθηκε ότι οι 10 πιο συχνές λέξεις κάλυπταν το 25% του συνόλου των λέξεων, οι 300 πιο συχνές λέξεις κάλυπταν το 79% και οι 1000 πιο συχνές λέξεις κάλυπταν το 90%. Η κατανομή των λέξεων στα διάφορα μέρη του λόγου είναι: 46% ουσιαστικά, 14% επίθετα, 245 ρήματα και 7% επιρρήματα. Το εννοιολογικό περιεχόμενο των λέξεων γίνεται ακριβέστερο γιατί το παιδί κατέχει τη συναγωγή της ιεραρχικής οργάνωσης των τάξεων. Στον τομέα της σύνταξης, ενώ κατά την προσχολική ηλικία το παιδί μαθαίνει τους γενικούς γραμματικούς κανόνες κατά την σχολική ηλικία αρχίζει προοδευτικά να μαθαίνει τις εξαιρέσεις. Κορυφαία γλωσσική κατάκτηση του παιδιού της σχολικής ηλικίας είναι η ανάγνωση και η γραφή. Οι δεξιότητες αυτές ανοίγουν νέες προοπτικές, αλλά συχνά δημιουργούν και νέες δυσκολίες στην όλη ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και προσαρμογή του παιδιού. Σημαντική βελτίωση επίσης παρουσιάζουν και οι επικοινωνιακές ικανότητες του παιδιού. Επιπλέον, στη φάση αυτή εμφανίζεται η κωδικοποιημένη γλώσσα της παιδικής

παρέας (κορακίστικα) και η τάση για κρυφή επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας. Η τάση αυτή μπορεί να εξιδανικευτεί σε ενδιαφέρον για εκμάθηση ξένων γλωσσών. Υπάρχουν ψυχομετρικές κλίμακες οι οποίες αξιολογούν τη μαθησιακή ετοιμότητα του παιδιού να αναλάβει την εκμάθηση της αναγνωστικής ικανότητας.

Το 7% περίπου του μαθητικού πληθυσμού (κυρίως τα αγόρια) παρουσιάζουν διαταραχές του λόγου. Οι κυριότερες μορφές των διαταραχών αυτών είναι: η αφασία, ο ψευδισμός, ο τραυλισμός, ο βατταρισμός, η δυσλεξία, η αλαλία κα. Τα αίτια των διαταραχών αυτών είναι ποικίλα: οργανικά (βλάβες των αισθητηρίων, βλάβες των φωνητικών οργάνων, εγκεφαλικά τραύματα) και ψυχολογικά (πιεσμένη δεξιοχειρία, αδιάγνωστη ελαφρά νοητική καθυστέρηση, ένταση στις σχέσεις γονέων- παιδιού και δασκάλου-παιδιού). Ιδιαίτερη σημασία για την πρόληψη των διαταραχών του λόγου είναι η στάση των ενηλίκων: Οι επίμονες παρεμβάσεις των γονέων και των δασκάλων για την διόρθωση των πρώιμων γλωσσικών σφαλμάτων του παιδιού συχνά, αντί να εξαλείψουν το ελάττωμα, το μονιμοποιούν (διαγνωσιογενής αιτιολογία).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

Εφηβική ηλικία

Η εφηβική ηλικία όπως αναφέρει ο Παρασκευόπουλος (1985) είναι η τελευταία φάση της ανάπτυξης, το τελευταίο στάδιο στην πορεία του ατόμου προς την ωριμότητα. Καλύπτει τη χρονική περίοδο ανάμεσα στην παιδική και στην ώριμη ηλικία και αποτελεί την φάση της ζωής κατά την οποία πραγματοποιείται το πέρασμα του ατόμου από τον κόσμο του παιδιού, με την ανεμελιά και τη εξάρτηση, στον κόσμο του ενήλικου, με την υπευθυνότητα και την αυτοδιεύθυνση. Το πέρασμα αυτό ασφαλώς δεν γίνεται «εν μια νυκτί», αλλά βαθμιαία, σε ένα διάστημα 7-8 ετών. Στο διάστημα αυτό, το αναπτυσσόμενο άτομο, ο έφηβος, δεν είναι πια ούτε παιδί ούτε όμως ακόμη ενήλικος. Παρουσιάζει χαρακτηριστικά που ορισμένα θυμίζουν την παιδική ηλικία και άλλα θυμίζουν την ώριμη ηλικία. Γι' αυτό, η εφηβική ηλικία χαρακτηρίζεται ως περίοδος μεταβατική.

Παρά το μεταβατικό χαρακτήρα, η εφηβική ηλικία αποτελεί μια ξεχωριστή αναπτυξιακή περίοδο με ειδικά αναπτυξιακά γνωρίσματα και ειδικούς αναπτυξιακούς στόχους που την διαφοροποιούν από τις άλλες εξελικτικές περιόδους.

Έννοια των όρων ήβη και εφηβεία

Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1985) η ήβη αναφέρεται σε μια σχετικά σύντομη περίοδο, διάρκειας 2 ως 4 ετών περίπου, βιολογικής ανάπτυξης, κατά την οποία πραγματοποιούνται οι βιοσωματικές αλλαγές που σχετίζονται με την ωρίμανση της γενετήσιας λειτουργίας. Ορισμένες από τις αλλαγές αυτές, τα πρωτεύοντα γνωρίσματα της ήβης, αναφέρονται στα μέρη του γεννητικού συστήματος που συμμετέχουν και είναι αναγκαία για την αναπαραγωγή, όπως είναι η ωρίμανση των γεννητικών αδένων (όρχεων του άρρενος και ωοθηκών του θηλέος) και η παραγωγή ώριμων σπερματικών κυττάρων (σπερματοζωαρίων του άρρενος και ωαρίων του θηλέος), η διόγκωση και η λειτουργική προετοιμασία της μήτρας για την φιλοξενία του κηήματος, η ανάπτυξη των οργάνων και των αδένων του άρρενος που χρησιμεύουν για την παραγωγή, τη διαφύλαξη και την διοχέτευση προς τα έξω του σπέρματος κ.τ.ο. Άλλες αλλαγές, τα δευτερεύοντα γνωρίσματα της ήβης, αναφέρονται σε εξωτερικά- φυσιογνωμικά χαρακτηριστικά, τα οποία είναι επικουρικά της γενετήσιας λειτουργίας και συμβάλλουν στην ετερόφυλη έλξη και την σεξουαλική καταλληλότητα, όπως είναι η ηβική κόμη, η διόγκωση των μαστών στα θήλεα, η τρίχωση του προσώπου στα άρρενα, η αλλαγή του τόνου της φωνής κ.α.

Η εφηβεία αναφέρεται σε μια μακρότερη αναπτυξιακή περίοδο, διάρκειας 8 ως 8 ετών και περιλαμβάνει τις αλλαγές που συμβαίνουν και στους τέσσερις βασικούς τομείς της ανάπτυξης: το βιοσωματικό, το γνωστικό, το συναισθηματικό και τον κοινωνικό τομέα.

Συγκεκριμένα στον βιοσωματικό τομέα, παρατηρείται ραγδαία αύξηση και μεταλλαγή στη δομή και λειτουργία όλων των μελών και οργάνων του σώματος. Ορισμένες από τις αλλαγές αυτές αναφέρονται σε εξωτερικά-φυσιογνωμικά χαρακτηριστικά και είναι ορατές, ενώ άλλες συμβαίνουν σε εσωτερικά όργανα και λειτουργίες και δεν είναι εμφανείς.

Υπάρχουν τεράστιες ατομικές διαφορές τόσο ως προς το χρόνο έναρξης των αλλαγών της εφηβείας όσο και ως προς τη διάρκεια, την ένταση και τον ρυθμό πραγμάτωσης τους. Ορισμένες αλλαγές π.χ. που συμβαίνουν σε έναν έφηβο στην ηλικία των 11-12 ετών μπορεί να συμβούν σε έναν άλλον έφηβο ηλικίας των 15-16 ετών. Σαφείς διαφορές υπάρχουν μεταξύ των δύο φύλων: τα κορίτσια ωριμάζουν κατά 1 ½ ως 2 χρόνια νωρίτερα. Διαφορές επίσης έχουν διαπιστωθεί μεταξύ ατόμων από διαφορετικά μορφωτικά-οικονομικά στρώματα.

Αλλαγές επίσης συμβαίνουν στις αναλογίες και στο γενικό σχήμα του σώματος. Οι αλλαγές αυτές οφείλονται στο γεγονός ότι η ανάπτυξη των διαφόρων μέρων του σώματος γίνεται με διαφορετικό ρυθμό στις διάφορες ηλικίες. Κατά την εφηβεία ραγδαία αύξηση παρουσιάζουν τα μακρά οστά (μηριαίο, κνήμη, βραχίονας, πήχυς). Η απότομη επιμήκυνση των οστών αυτών έχει ως αποτέλεσμα πολλοί έφηβοι, οι οποίοι στο τέλος της παιδικής ηλικίας είχαν αποκτήσει επαρκή έλεγχο των μυών και συντονισμό κινήσεων και είχαν προσαρμοστεί στο μέγεθος και στις αναλογίες του σώματος, τώρα, με την απότομη αύξηση των χεριών και των ποδιών, να παρουσιάζουν μια αδεξιότητα στις κινήσεις τους (μπερδεύουν τα πόδια τους, ρίχνουν κάτω το ποτήρι με το νερό ή το φλιτζάνι του καφέ που πάνε να πιάσουν). Οι αδεξιότητες αυτές συχνά δημιουργούν στον έφηβο αμηχανία, ανησυχία και ντροπή. Τόσο ο βαθμός και η διάρκεια όσο και η μορφή με την οποία θα εκδηλωθεί η δυσφορία αυτή (άγχος, συναισθηματικές εκρήξεις, απόσυρση) εξαρτώνται από τη στάση των ενηλίκων. Συχνά οι ενήλικοι εκλαμβάνουν τις «αβλεψίες» αυτές ως αδιαφορία, περιφρόνηση ή και αρνητική στάση του εφήβου για τα πρόσωπα και τα πράγματα γύρω του. Σε άλλες περιπτώσεις, οι ενήλικοι θεωρούν τις αδεξιότητες αυτές ως ευκαιρία για να κάνουν τις «δέουσες» παρατηρήσεις και νουθεσίες για την πρόπουσα συμπεριφορά. Μια τέτοια κριτική στάση επιδεινώνει την κατάσταση με σοβαρές επιπτώσεις για το αυτοσυναίσθημα του εφήβου. Οι ενήλικοι πρέπει να κατανοήσουν ότι οι

αδεξιότητες αυτές είναι αναπτυξιακό φαινόμενο το οποίο σύντομα θα εξαλειφθεί. Έκδηλες αλλαγές παρουσιάζουν οι αναλογίες του προσώπου. Επειδή η ανάπτυξη ακολουθεί τη γενική κατεύθυνση «από τα άνω προς τα κάτω», ραγδαία ανάπτυξη κατά την ανάπτυξη παρουσιάζουν τα κάτω μέρη του προσώπου. Πρώτα επιμηκύνεται και πλαταίνει η μύτη. Συγχρόνως τα δόντια παίρνουν τις τελικές τους διαστάσεις. Η νέα αυτή εμφάνιση (το πρόσωπο είναι όλο μύτη και δόντια) συχνά προκαλεί στον έφηβο- κυρίως στα κορίτσια- έντονη ανησυχία. Αργότερα θα αναπτυχθούν το στόμα, τα χείλη και το σαγόκι και θα αποκατασταθεί η τελική αναλογία.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη βιοσωματική ανάπτυξη είναι η κληρονομικότητα, η γενική σωματική υγεία, το είδος της διατροφής, οι κλιματολογικές συνθήκες, η λειτουργία των ενδοκρινών αδένων κ.α. Για την κληρονομικότητα π.χ. έχει διαπιστωθεί ότι ο ρυθμός ανάπτυξης, οι τελικές σωματικές διαστάσεις, η τάση για παχυσαρκία, ο χρόνος έναρξης της ήβης, είναι γενετικά καθορισμένα. Γονείς που και οι δυο είναι παχύσαρκοι έχουν σε ποσοστό 80% παιδιά παχύσαρκα. Όταν μόνο ο ένας γονέας είναι παχύσαρκος, το ποσοστό μειώνεται στο 40%. Επίσης, μητέρες με πρόωμη ήβη έχουν θυγατέρες με πρόωμη ήβη. Για την διατροφή έχουν διαπιστωθεί π.χ. ότι υπάρχει σχέση μεταξύ στο είδος της τροφής και του χρόνου έναρξης της ήβης(οι πρωτεΐνες επισπεύδουν την ήβη, ενώ οι υδατάνθρακες την καθυστερούν). Οι επιδράσεις των κλιματολογικών συνθηκών είναι μάλλον έμμεσες και σχετίζονται με την υγιεινή διαβίωση, το είδος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης που μπορεί να εξασφαλίσει η κάθε οικογένεια στα μέλη της.

Σχετικά με τους κινδύνους που απειλούν τη βιοσωματική ανάπτυξη του εφήβου, πρέπει να τονιστεί ότι οι έφηβοι, ενώ ασχολούνται περισσότερο από κάθε άλλη ομάδα με το σώμα τους, εντούτοις γνωρίζουν ελάχιστα για την υγεία τους. Σε μια έρευνα, ενώ η ιατρική εξέταση μιας ομάδας εφήβων έδειξε ότι το 20% της ομάδας παρουσίαζαν κάποια ασθένεια ή σωματικό ελάττωμα, οι ίδιοι οι έφηβοι γνώριζαν την ύπαρξη κάποιας ανωμαλίας σε

ποσοστό 4 0/00 (4 στους χίλιους). Αν ληφθεί υπόψη ότι ο έφηβος εναντιώνεται σε κάθε μορφή χειραγώγησης εκ μέρους των ενηλίκων, πρέπει από νωρίς το αναπτυσσόμενο άτομο να αποκτήσει συνήθειες ορθής αυτοδιαχείρισης και αυτοπροστασίας της σωματικής του ανάπτυξης και να εξοπλιστεί με το συναίσθημα της υπευθυνότητας έναντι της σωματικής του ακεραιότητας και υγείας.

Όσον αφορά την γνωστική ανάπτυξη κατά την εφηβική ηλικία η κατάκτηση ή μη της τυπικής σκέψης, εξαρτάται από τους εξής παράγοντες: α) ατομικοί παράγοντες, όπως η γενική νοημοσύνη, ο αντιληπτικός τύπος, ο γνωστικός τύπος, η στάση απέναντι στη ζωή, β) κοινωνικοί παράγοντες, όπως ο βαθμός πολυπλοκότητας του περιβάλλοντος στο οποίο ζει και δρα το άτομο, οι γνωστικές απαιτήσεις του επαγγέλματος που ασκεί το άτομο κ.α.

Στον γλωσσικό τομέα παρατηρούνται κατά την εφηβεία σημαντικές ποσοτικές και ποιοτικές διαφοροποιήσεις, ως συνέπεια των νέων γνωστικών δομών που τόσο έντονα βιώνει ο νεαρός έφηβος. Το λεξιλόγιο αυξάνει σε μέγεθος καθόλη τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας. Στο 14^ο έτος ο μέσος όρος αριθμός λέξεων που αυθόρμητα χρησιμοποιεί ο έφηβος (ενεργητικό λεξιλόγιο) είναι 8 ως 10 χιλιάδες, ενώ στο 20^ο έτος είναι 18 ως 20 χιλιάδες. Ο μέσος αριθμός των λέξεων που κατανοεί ο έφηβος είναι πολύ μεγαλύτερος (ο μέσος 20χρονος έφηβος κατανοεί 80 χιλιάδες λέξεις. Παράλληλα, το λεξιλόγιο υφίσταται διαφοροποιήσεις στο εννοιολογικό περιεχόμενο. Οι λέξεις αποκτούν πληρέστερο και πιο αφηρημένο περιεχόμενο. Για πρώτη φορά κατανοούνται και χρησιμοποιούνται σωστά τα αφηρημένα ουσιαστικά (δικαιοσύνη, ελευθερία, δημοκρατία), καθώς επίσης και επιστημονικοί όροι κατά κλάδους και εξειδικευμένοι επαγγελματικοί όροι. Επίσης, για πρώτη φορά κατανοούνται μεταφορικές έννοιες και φράσεις (παροιμίες).

Τέλος είναι σημαντικό να αναφερθούν οι αλλαγές που συμβαίνουν στον έφηβο στον ψυχοκοινωνικό τομέα. Αλλαγές πραγματοποιούνται στις σχέσεις του εφήβου τόσο με τον εαυτό του όσο και με τους άλλους, ενηλίκους και συνομηλίκους. Προς τους ενηλίκους, ενώ

το παιδί της προεφηβικής περιόδου βρίσκεται σε μια συμβιωτική εξάρτηση και υποταγή, με την είσοδο στην εφηβεία αρχίζει να απαιτεί βουλευτική και εκτελεστική αυτονομία και να επιδιώκει την αυτοδιαχείριση και τον αυτόπροσδιορισμό. Προς τους συνομηλίκους, ενώ το παιδί επιδιώκει να γίνει αποδεκτό και να ενταχθεί σε ομόφυλες ομάδες και να δημιουργήσει φιλίες ομόφυλες, ο έφηβος επιπλέον αναζητεί την ετερόφυλη παρουσία και αλληλεπίδραση και να διαμορφώσει με το άλλο φύλο σχέση ερωτική. Προς τον εαυτό του, το παιδί στο προεφηβικό στάδιο, κυριευμένο από διάφορα πραγματιστικά- εξωστρεφή, επιδίδεται στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων και στη γνωριμία και κατανόηση του εξωτερικού κόσμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΩΣ ΘΕΣΜΟΣ

Σύμφωνα με τον Δ.Τσαούση (2000) η οικογένεια και η συγγένεια αποτελούν τους σημαντικότερους κοινωνικούς θεσμούς. Ανεξάρτητα από τις μορφές με τις οποίες εμφανίζονται κάθε φορά, τους συναντάμε σε όλες ανεξαιρέτα τις κοινωνίες, πράγμα που δείχνει, πέρα από κάθε αμφιβολία, ότι αποτελούν μια από τις κύριες μορφές οργάνωσης της συλλογικής ζωής του ανθρώπου. Οι βασικοί σκοποί που επιδιώκονται με τους θεσμούς αυτούς είναι η βιολογική αναπαραγωγή της κοινωνίας (οικογένεια), η ανατροφή των απογόνων, η εκπαίδευση και αγωγή τους και η αμοιβαία προστασία των ατόμων που συνδέονται μεταξύ τους με συγγενικούς δεσμούς (οικογένεια και συγγένεια). Οι λειτουργίες συμπληρώνονται σε πολλές κοινωνίες και με άλλες, τις οποίες οι δικές μας σύνθετες κοινωνίες τις έχουν εμπιστευθεί σε ιδιαίτερους εξειδικευμένους θεσμούς.

Η οικογένεια είναι μια ομάδα ευρύτερη από το ζευγάρι που αποτελεί την διαρκή και νόμιμη γενετήσια ένωση. Περιλαμβάνει τους συζύγους, τα τέκνα τους και συχνά και τρίτα πρόσωπα που συνδέονται με τους συζύγους με στενούς συγγενικούς δεσμούς. Τα διάφορα είδη οικογένειας μπορούμε να τα κατατάξουμε σε δύο μεγάλες κατηγορίες: 1) τις μονογαμικές και τις 2) τις πολυγαμικές.

Μονογαμικές είναι οι οικογένειες που ως πυρήνα τους έχουν ένα ζεύγος συζύγων. Κυριότερος τύπος μονογαμικής οικογένειας είναι η συζυγική οικογένεια, την οποία αποτελούν το ζευγάρι των συζύγων και τα ανήλικα παιδιά τους. Ο Τζώρτζ Μάρντοκ, που εξέτασε τις μορφές οικογενειακής οργάνωσης σε 250 κοινωνίες, συμπεραίνει ότι η συζυγική

οικογένεια είναι ο βασικός και ο πιο διαδεδομένος οικογενειακός τύπος. Στην μονογαμική ανήκει και η εκτεταμένη οικογένεια που περιλαμβάνει τρεις ή περισσότερες γενιές. Η εκτεταμένη οικογένεια μπορεί να έχει ως πυρήνα της μια συζυγική οικογένεια και στενούς συγγενείς των συζύγων, όπως λ.χ. επιζώντες γονείς, αδελφούς, τέκνα προαπεβιωσάντων αδελφών, μπορεί όμως να αποτελείται και από περισσότερες αυτοτελείς αλλά συγγενικές οικογένειες, όπως λ.χ. συζυγική οικογένεια γονέων και συζυγικές οικογένειες τέκνων (γονείς και τέκνα τους).

Η πολυγαμική οικογένεια αποτελείται από δύο ή περισσότερες παράλληλες οικογένειες που συνδέονται μεταξύ τους με πολλαπλούς γάμους του ενός τουλάχιστον από τους συζύγους. Αυτό που διαφοροποιεί την πολυγαμική από την εκτεταμένη οικογένεια είναι η έλλειψη αυτοτελών συζυγικών οικογενειών. Υπάρχουν τριών ειδών πολυγαμικές οικογένειες: 1) η ομαδογαμία, 2) η πολυανδρία και 3) η πολυγυνία.

Με κριτήριο τον τόπο κατοικίας των συζύγων κατατάσσουμε τις οικογένειες σε : α) πατροτοπικές, β) μητροτοπικές και γ) νεοτοπικές. Πατροτοπικές είναι οι οικογένειες όπου η νύφη εγκαθίσταται στο πατρικό σπίτι του γαμπρού ή κοντά του. Μητροτοπικές είναι εκείνες που ο γαμπρός εγκαθίσταται στο πατρικό σπίτι της νύφης ή κοντά του. Τέτοια περίπτωση σε μίας είναι η οικογένεια του σώγαμπρου. Νεοτοπικές είναι οι οικογένειες που εγκαθίσταται ανεξάρτητα από τις γονεϊκές οικογένειες των συζύγων. Στις σύγχρονες βιομηχανικές αστεϊκές κοινωνίες η νεοτοπική οικογένεια είναι πολύ συνηθισμένη.

Όπως αναφέρει ο Δ.Τσαούσης (2000) τα τελευταία χρόνια υπάρχει ως ιδιαίτερος τύπος η μονογονεϊκή οικογένεια. Σε αντίθεση με τη συζυγική, που περιλαμβάνει δυο ενήλικες και την εκτεταμένη, που περιλαμβάνει περισσότερους, η μονογονεϊκή οικογένεια περιλαμβάνει έναν ενήλικα και τα ανήλικα τέκνα του. Η μονογονεϊκή οικογένεια μπορεί να είναι μητροκεντρική, που είναι και η συνηθέστερη περίπτωση, η πατροκεντρική ανάλογα με το ποιος από τους δυο γονείς αποτελεί τον αρχηγό της οικογένειας. Οι μονογονεϊκές

οικογένειες προέρχονται από γάμους που λύθηκαν με το θάνατο του άλλου συζύγου(χηρεία) ή με το διαζύγιο, από γάμους που δεν λύθηκαν τυπικά αλλά οι σύζυγοι έχουν χωρίσει, και από γονείς εξώγαμων παιδιών.

Μια άλλη μορφή είναι η χωλή οικογένεια, που εμφανίζεται άλλοτε ως μονογονεϊκή και άλλοτε ως μέρος μιας εκτεταμένης οικογένειας. Το χαρακτηριστικό του τύπου-αυτού είναι η μακρά απουσία του ενός από τους συζύγους-γονείς, χωρίς αυτό να δηλώνει διάσπαση της συναισθηματικής ενότητας και της λειτουργίας της οικογένειας. Οι οικογένειες των ναυτικών, των εμπόρων που περιοδεύουν κ.λ.π ανήκουν σ αυτή την κατηγορία.

Την οικογένεια πρέπει να την διακρίνουμε από τον οίκο που περιλαμβάνει, εκτός από τα πρόσωπα που συνδέονται μεταξύ τους με γάμο ή με συγγενικούς δεσμούς και πρόσωπα που συγκατοικούν με την οικογένεια και εξαρτώνται από τα μέλη της με δεσμούς εξάρτησης (λ.χ. δούλοι, οικόσιτοι υπηρέτες κ.λ.π).Πρέπει ακόμα να την διακρίνουμε από το νοικοκυριό, όρο που χρησιμοποιείται κυρίως από τη Στατιστική Υπηρεσία και σημαίνει σύνολο προσώπων που συγκατοικούν και μοιράζονται τουλάχιστον ένα γεύμα την ημέρα, ανεξάρτητα αν ανήκουν στην ίδια οικογένεια ή όχι. Τα συνοικούντα πρόσωπα μπορεί να είναι λ.χ. συγκατοικοί ή φιλοξενούμενοι.

Οι λειτουργίες της οικογένειας.

Σύμφωνα με την Λ.Μουσούρου (1989) η οικογένεια, ως θεσμός, έχει λειτουργίες με τις οποίες προωθείται η ικανοποίηση στόχων τόσο σημαντικών για τα άτομα και το σύνολο ώστε ο θεσμός να εμφανίζεται (με παραλλαγές ασφαλώς) σ όλες τις εποχές και σ όλες τις κοινωνίες.

Παρά τις διαφοροποιήσεις τους στο χώρο και στο χρόνο και παρά τις διαφωνίες των κοινωνιολόγων ως προς την ταξινόμηση τους ,οι λειτουργίες της οικογένειας μπορούν να συνοψισθούν στις ακόλουθες τέσσερις κατηγορίες; (α) αναπαραγωγικές (β) οικονομικές λειτουργίες (γ) εκπαιδευτικές και (δ) ψυχολογικές. Η ταξινόμηση αυτή καλύπτει μια σειρά

από λειτουργίες που γίνονται προοδευτικά λιγότερες και διαφοροποιούνται καθώς η κοινωνία “εκσυγχρονίζεται”-καθώς, δηλαδή η κοινωνία μετατρέπεται σταδιακά από αγροτική -γεωργική-παραδοσιακή σε αστεακή βιομηχανική- σύγχρονη.

(α) Αναπαραγωγική λειτουργία. Πρόκειται για την απαραίτητη λειτουργία εξασφάλισης της βιολογικής αναπαραγωγικής της κοινωνίας. Τα παιδιά είναι ,βέβαια, επίσης απαραίτητα για τη δημιουργία της οικογένειας ως ομάδας και για την εξασφάλιση της συνέχειας των συγγενικών δεσμών. Η σύγχρονη τεχνολογία και οι κοινωνικές αξίες των σύγχρονων κοινωνιών έχουν επιτρέψει τον διαχωρισμό της αναπαραγωγικής λειτουργίας από τις σεξουαλικές σχέσεις .Έτσι το σεξ και η αναπαραγωγή είναι πλέον δυο διαφορετικοί (ατομικοί και) κοινωνικοί σκοποί και άρα αντιστοιχούν σε δυο διαφορετικές λειτουργίες της οικογένειας. Η εξέλιξη αυτή είχε σημαντικότερες επιπτώσεις δημογραφικές και άλλες .Όπως αναφέρει η Λ.Μουσούρου(1989) το γεγονός των βιολογικά διαφορετικών ρόλων των φύλων στην αναπαραγωγική λειτουργία, έχει αποβεί καθοριστικό στον κοινωνικό προσδιορισμό των ρόλων τους στις άλλες λειτουργίες. Όσο περισσότερο παραδοσιακή είναι μια κοινωνία τόσο πιο καθοριστικός είναι ο βιολογικός ρόλος στον προσδιορισμό των κοινωνικών ρόλων.

(β) Οικονομικές λειτουργίες. Κατά την άποψη πολλών μελετητών, οι οικονομικές λειτουργίες διαφοροποιούνται περισσότερο από όλες τις άλλες σαν αποτέλεσμα του κοινωνικό-οικονομικού εκσυγχρονισμού. Σε μια παραδοσιακή κοινωνία οι λειτουργίες αυτές συνίστανται σε μια ποικιλία δραστηριοτήτων όπου η κατανομή της εργασίας εξαρτάται από το φύλο («ανδρικές» και , «γυναικείες» δουλειές) και καθιστούν την οικογένεια ως ομάδα μια πλήρη οικονομική μονάδα-δηλαδή μια παραγωγής και κατανάλωσης. Ο εκσυγχρονισμός (δηλαδή η σταδιακή μετατροπή της παραδοσιακής αγροτικής-γεωργικής κοινωνίας σε σύγχρονη αστεακή-βιομηχανική) επέδρασε καταλυτικά στις οικονομικές λειτουργίες της οικογένειας. Και τούτο γιατί (1) στη σύγχρονη κοινωνία το κέντρο παραγωγής δεν είναι το

σπίτι (η ο αγρός, που μπορεί να θεωρηθεί ως μια προέκταση του σπιτιού, του ιδιωτικού χώρου- που ανήκει στον οίκο) αλλά το εργοστάσιο (δηλαδή χώρος δημόσιος, αγορά).

(2) σ αυτό το κέντρο παραγωγής, δηλαδή το εργοστάσιο , δεν είναι πια ενεργή η οικογένεια ως ομάδα αλλά είναι οικονομικά ενεργά μέλη της οικογένειας ως άτομα και (3) η βιομηχανική οικονομία παράγει αγαθά και υπηρεσίες τις οποίες «αγοράζουν» άτομα (μέλη της οικογένειας) προκειμένου αυτές να καταναλωθούν και από την οικογένεια. Έτσι, στις σύγχρονες κοινωνίες, η οικογένεια ως ομάδα είναι κατά κύριο λόγο μια μονάδα κατανάλωσης-και όχι μια μονάδα παραγωγής και κατανάλωσης όπως στις παραδοσιακές κοινωνίες. Η αλλαγή αυτή σημαίνει μεταξύ άλλων και τη δραματική διαφοροποίηση των ρόλων των φύλων (ιδιαίτερα του ρόλου των γυναικών).

(γ) Εκπαιδευτικές λειτουργίες. Πρόκειται για λειτουργίες απαραίτητες προκειμένου να εξασφαλισθεί η πολιτισμική αναπαραγωγή της κοινωνίας, δηλαδή η αναπαραγωγή της ως κοινωνίας. Η κατηγορία αυτή λειτουργιών μπορεί να διακριθεί σε δυο υπό-κατηγορίες,(1)λειτουργίες που αποβλέπουν στην απόκτηση γνώσεων και ικανοτήτων οι οποίες είναι απαραίτητες στην παραγωγή και (2) λειτουργίες της κοινωνικοποίησης. Από την πλευρά του κοινωνικού συνόλου, η λειτουργία αυτή «συνίσταται στη μεταβίβαση της κοινωνικής κληρονομιάς, του πολιτισμού του κοινωνικού συνόλου από την μια γενιά στην άλλη»-ενώ «από την μεριά του ατόμου η κοινωνικοποίηση σημαίνει την εκ μέρους του εσωτερικευση των κανόνων συμπεριφοράς, των τρόπων ενέργειας και του συστήματος αξιών ενός κοινωνικού συνόλου».

Στα πλαίσια της οικογένειας, δεν είναι μόνο τα μεγαλύτερης ηλικίας μέλη που, περισσότερο ευαίσθητοι δέκτες των μηνυμάτων της εποχής και των επιπτώσεων τους, μεταφέρουν στο χώρο της οικογένειας και εισάγουν τους γονείς και τους παππούδες τους στις διαφοροποιήσεις που η εξέλιξη επιβάλλει στους κανόνες συμπεριφοράς και στους τρόπους ενέργειας.

δ) Ψυχολογικές λειτουργίες. Οι λειτουργίες αυτές συνίστανται κυρίως στην ικανοποίηση της ανάγκης των ατόμων να αισθάνονται ασφαλή και να απολαμβάνουν της στοργής των άλλων. Στις σύγχρονες κοινωνίες, όπου η ταχύτητα των κοινωνικών μετασχηματισμών δημιουργεί ρευστότητα στις κοινωνικές σχέσεις και, επομένως, ανασφάλεια στα άτομα, η ικανοποίηση αυτών των αναγκών και κατ' επέκταση οι σχετικές λειτουργίες έχουν αποκτήσει ιδιαίτερα μεγάλη σημασία.

ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙΙ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΡΟΛΟΙ ΤΟΥ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΣΤΗΝ ΑΣΚΗΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ.

Σύμφωνα με την Θεανώ Καλλινικάκη (1998) η κοινωνική εργασία εφαρμόζεται σε κοινωνικές οργανώσεις οι οποίες ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών σε άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες. Η άσκηση της κοινωνικής εργασίας είναι μια συνειδητή συστηματική επαγγελματική δράση με στόχο την κάλυψη των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης ή αντιμετωπίζουν δυσκολίες προσαρμογής στο κοινωνικό τους περιβάλλον.

Η άσκηση της κοινωνικής εργασίας, όπως προαναφέρθηκε, στηρίζεται και αναπτύσσεται στα πλαίσια της διαπροσωπικής επικοινωνίας και ανταλλαγής, και εν προκειμένω στα πλαίσια της επαγγελματικής σχέσης του κοινωνικού λειτουργού με τον εξυπηρετούμενο. Η σχέση αυτή λειτουργεί μέσα σε συγκεκριμένα όρια χρόνου, χώρου και αρχών που καθορίζονται από τις γνώσεις και τις δεξιότητες του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού.

Οι σημαντικότερες αρχές από τις οποίες διέπεται η άσκηση της κοινωνικής εργασίας θα μπορούσαν να συνοψιστούν στις ακόλουθες:

- Ο σεβασμός της αξιοπρέπειας και της προσωπικότητας του κάθε ατόμου συνιστά την βάση των ανθρωπίνων σχέσεων.
- Κάθε άτομο είναι μια μοναδική και ανεπανάληπτη βιολογική, ψυχοσυνθετική και κοινωνική ολότητα σε κάθε στιγμή της ζωής του- τόσο κατά τη συνεχή

αλληλεπίδραση του με το περιβάλλον όσο και αναφορικά με την ιδιαίτερη κατάσταση του (μειονεξία, ανεπαρκές εισόδημα κ.τ.λ.). Οι ιδιαίτεροι τρόποι έκφρασης των ικανοτήτων αλλά και των αδυναμιών ενός ατόμου συνιστούν αποτέλεσμα πολυσύνθετων διεργασιών και είναι συνυφασμένοι με τις ατομικές εμπειρίες, την προσωπικότητα του και τα γεγονότα ζωής που έχει βιώσει. Μια συμπεριφορά, όσο περίεργη, αδικαιολόγητη και αν φαίνεται, έχει τις αιτίες και το νόημα της για το ίδιο το άτομο.

- Κάθε άτομο είναι ικανό να θέτει στόχους και να αναζητά τη βελτίωση, τη μεγιστοποίηση των ωφελειών από την επίτευξη των στόχων αυτών, και μπορεί να αλλάξει εφόσον το επιθυμεί.
- Έχει μεγάλη σημασία να παρέχονται ευκαιρίες στα άτομα προκειμένου αυτά να αναπτύξουν και να ασκήσουν τις ικανότητες για την ικανοποίηση ή την ελαχιστοποίηση των ποικίλων ψυχοκοινωνικών αναγκών που αντιμετωπίζουν σε κάποια φάση της ζωής τους ή που είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν στο μέλλον.
- Ο εξυπηρετούμενος αναγνωρίζεται ως πολίτης με πλήρη δικαιώματα και ευθύνες και δικαιούται να έχει γνώμη και συμμετοχή στο σχεδιασμό και τη διαχείριση των παροχών των κοινωνικών υπηρεσιών.
- Τα ευάλωτα άτομα (παιδιά, ηλικιωμένα, άτομα με ειδικές ανάγκες) έχουν ανάγκη προστασίας στις περιπτώσεις και στο βαθμό που απειλούνται από σωματική, ψυχική ή κοινωνική βλάβη. Όσοι ζουν σε ιδρύματα χρειάζονται ιδιαίτερη υποστήριξη προκειμένου να επιχειρήσουν την επανένταξη τους στην κοινότητα.
- Προυπόθεση για την παρέμβαση στα προβλήματα και στη ζωή ενός ατόμου είναι η συναίνεση και η συγκατάθεση του στην παρέμβαση αυτή. Με την έννοια αυτή ο καταναγκασμός του ατόμου (δηλαδή η επιβολή οποιασδήποτε μορφής εξωτερικών

κανονισμών και ελέγχου σε ένα άτομο με την απειλή χρήσης βίας ή εφαρμογής της εξουσίας) είναι ασύμβατός με την κοινωνική εργασία.

- Βάση για την κατανόηση του άλλου, όποιος και αν είναι αυτός, είναι η γνώση του καθενός για τον ίδιο του τον εαυτό, τις στάσεις, τους ρόλους και τις προκαταλήψεις του.
- Η προσπάθεια κατανόησης του ατόμου δεν εξαντλείται με την απλή ερμηνεία των λεγομένων του. Απαιτείται η κατανόηση του ίδιου του ατόμου, της κατάστασης στην οποία βρίσκεται, καθώς και της σημασίας της κατάστασης αυτής για το ίδιο και τη συμπεριφορά του.
- Απαραίτητη είναι η συνεχής αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών (φροντίδα, υποστήριξη, επιδόματα), ούτως ώστε οι υπηρεσίες αυτές να ανταποκρίνονται πλήρως στις ιδιαίτερες ανάγκες των ατόμων ανεξάρτητα από την καταγωγή, την ηλικία, το φύλο, τη φυλή ή το βαθμό μειονεξίας τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

Οι επαγγελματικοί ρόλοι του κοινωνικού λειτουργού

Όπως αναφέρει η Θεανώ Καλλινικάκη (1998) ο κοινωνικός λειτουργός κατά την άσκηση του επαγγέλματος του αναπτύσσει έναν ή και περισσότερους ρόλους, ανάλογα με την φύση της κοινωνικής υπηρεσίας στην οποία εργάζεται και τις ιδιαίτερες ανάγκες του εξυπηρετούμενου. Εμπλέκεται σε διαδικασίες συνεργασίας με τους εξυπηρετούμενους, την υπηρεσία του και με άλλες υπηρεσίες και εφαρμόζει ποικίλες τεχνικές παρέμβασης. Οι ρόλοι που διαδραματίζει ένας κοινωνικός λειτουργός αποκαλύπτουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των επαγγελματικών δεξιοτήτων και των προσόντων του. Οι ρόλοι αυτοί κατά την άσκηση του επαγγέλματος του αλληλοδιαπλέκονται και εμφανίζονται ταυτόχρονα. Γι' αυτό και η διάκριση τους δεν αποτελεί ομαδοποίηση ή ταξινόμηση θέσεων ή αντικειμένων εργασίας.

Στην συνέχεια περιγράφονται οι ρόλοι που αποδίδονται συχνότερα σε έναν κοινωνικό λειτουργό κατά την άσκηση του επαγγέλματος του.

-Μεσολαβητής

Η μεσολάβηση – η μεσιτεία- μεταξύ των αναγκών και διαθέσιμων πόρων είναι πάνω από τους ιστορικούς ρόλους του κοινωνικού λειτουργού. Ο κοινωνικός λειτουργός μεσολαβεί μεταξύ εξυπηρετούμενων και κοινωνικών υπηρεσιών. Συστήνει και καθοδηγεί

άτομα, οικογένειες και κοινότητες στις υπάρχουσες υπηρεσίες προκειμένου να αξιοποιήσουν τις παροχές τους.

-Συνήγορος

Ο κοινωνικός λειτουργός συνηγορεί για την αναγνώριση και την προστασία των δικαιωμάτων των εξυπηρετούμενων και για την εξασφάλιση των απαιτούμενων γι' αυτούς υπηρεσιών, όταν αυτές δεν είναι προσιτές. Εκπροσωπεί και υπερασπίζεται τους εξυπηρετούμενους ενώπιον της διοίκησης για την νομιμοποίηση των δικαιωμάτων τους. Ενεργεί ως επίτροπος για απροστάτευτα παιδιά ή άτομα. Καταθέτει ως εμπειρογνώμονας σε δίκες εξυπηρετούμενων. Συντάσσει εκθέσεις στις οποίες γνωματοδοτεί και εισηγείται την έγκριση ή την διακοπή της παροχής της απαιτούμενης βοήθειας. Δημοσιεύει άρθρα σχετικά με τις ανάγκες, τα κοινωνικά προβλήματα και τα δικαιώματα των εξυπηρετούμενων.

-Εκπρόσωπος

Ο κοινωνικός λειτουργός εκπροσωπεί τους εξυπηρετούμενους ενώπιον της διοίκησης της κοινωνικής υπηρεσίας για την έγκριση της χορήγησης των παροχών που ζητούν.

-Διαιτητής

Ο κοινωνικός λειτουργός ενισχύει και προωθεί διαδικασίες διαπραγμάτευσης για την μείωση, διευθέτηση και απάλειψη αντιθέσεων, διαφορών και συγκρούσεων που εκδηλώνονται μεταξύ των συστημάτων στα οποία παρεμβαίνει ή και στο εσωτερικό τους.

-Αξιολογητής

Η αξιολόγηση είναι μια συνεχής διεργασία για τον κοινωνικό λειτουργό. Συγκεντρώνει πληροφορίες, αξιολογεί προβλήματα, συσχετίζει αντιδράσεις με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Βασισμένος στα συμπεράσματα του, παίρνει αποφάσεις για παρέμβαση και δράση και εκτιμά την έκβαση των εισηγήσεων και των παρεμβάσεων του.

-Εμψυχωτής

Ο κοινωνικός λειτουργός παρακινεί, ενθαρρύνει και προτρέπει ομάδες και κοινότητες να δοκιμάσουν νέους ή εναλλακτικούς τρόπους προσέγγισης των κοινωνικών συνθηκών ή και να υιοθετήσουν νέους ρόλους προκειμένου να αποκτήσουν τη δύναμη και τα απαιτούμενα μέσα για την κάλυψη των αναγκών τους

-Σύμβουλος

Ως σύμβουλος-μέλος μιας διεπαγγελματικής ομάδας, ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες ή με το προσωπικό μιας υπηρεσίας με στόχο να

βοηθήσει στην ανάπτυξη των δεξιοτήτων τους για τη λύση των προβλημάτων επικοινωνίας, συνεννόησης και συνεργασίας ή των συγκρούσεων που αντιμετωπίζουν.

Ως σύμβουλος-εμπειρογνώμονας ειδικός, ο κοινωνικός λειτουργός προτείνει την ενθαρρύνει τους εξυπηρετούμενους να επιλέξουν τους προσφορότερους και αποδοτικότερους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων που αναφέρονται στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Υπό τον ρόλο αυτόν συστήνει κατάλληλες υπηρεσίες, προγράμματα ή εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης της κατάστασης.

-Παιδαγωγός

Ο κοινωνικός λειτουργός, όποτε χρειάζεται, διδάσκει στον εξυπηρετούμενο τις δεξιότητες που απαιτούνται για την κοινωνική προσαρμογή και την προσωπική επιτυχία του (π.χ. τον τρόπο διατύπωσης του αιτήματος για εύρεση εργασίας). Συμβάλλει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας και θετικής συναλλαγής. Παράλληλα, καθώς οριοθετεί την επαγγελματική σχέση (όρια, στόχοι, εχεμύθεια), επισημαίνει τους περιορισμούς που υπάρχουν ή έχουν ορίσει από κοινού με τον εξυπηρετούμενο (συμβόλαιο συνεργασίας) και επιπλέον λειτουργεί ως πρότυπο μίμησης και ως φορέας αξιών των διανθρώπινων σχέσεων.

-Διευθυντής

Ο κοινωνικός λειτουργός είναι επίσης δυνατόν να διευθύνει μια οργάνωση, μια μονάδα ή ένα πρόγραμμα. Επιτηρεί τη λειτουργία της υπηρεσίας, επηρεάζει και αναπροσαρμόζει

την πολιτική της (φιλοσοφία, στόχους), αναζητά νέους πόρους και κατανέμει τους ήδη διαθέσιμους, αξιολογεί τα υπάρχοντα και αναπτύσσει νέα προγράμματα, εμπνυχώνει το προσωπικό και αντιμετωπίζει έγκαιρα τυχόν προβλήματα συνεργασίας.

-Αρχειοθέτης

Ο κοινωνικός λειτουργός που παίζει το ρόλο αυτόν συγκεντρώνει, ταξινομεί και αναλύει τα δεδομένα από την κίνηση του γραφείου του. Φυλάσσει με ασφάλεια τις απόρρητες πληροφορίες που έχει στη διάθεση του υπό μορφή σημειώσεων ή σε ηλεκτρονική καταχώρηση.

-Σχεδιαστής κοινότητας

Ο ρόλος αυτός απαιτεί από τον κοινωνικό λειτουργό να συνεργαστεί με ομάδες σχεδιασμού γειτονιάς, με εταιρείες, με πολιτιστικούς συλλόγους κ.τ.λ., προκειμένου αυτοί να εισηγηθούν και να αναπτύξουν πρωτοβουλίες και προγράμματα για τους κατοίκους ή τα μέλη μιας ή περισσότερων κοινοτήτων.

-Κοινωνικός σχεδιαστής/κοινωνικός λειτουργός κοινωνικού σχεδιασμού

Ο κοινωνικός λειτουργός εφαρμόζει τη μέθοδο του σχεδιασμού, της μελέτης, της επιλογής κατάλληλων μελλοντικών ενεργειών και της εξασφάλισης των απαιτούμενων πόρων για την υλοποίησή τους, με στόχο τη μεγιστοποίηση της ικανότητας του συστήματος παροχής κοινωνικών υπηρεσιών για επαρκή κάλυψη των κοινωνικών αναγκών.

-Κλινικός-Θεραπευτής

Όταν έχει αυτό το ρόλο, ο κοινωνικός λειτουργός παρέχει ψυχοθεραπευτική βοήθεια σε άτομα, οικογένειες και ομάδες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

1.Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΑΤΟΜΑ

Ο όρος «Κοινωνική Εργασία Με Άτομα» (ΚΕΑ) είναι η επικρατέστερη απόδοση του αγγλικού όρου (casework) όπως αναφέρει η Θεανώ Καλλινικάκη (1998), δηλαδή της εργασίας του κοινωνικού λειτουργού, πρόσωπο με πρόσωπο, με το άτομο το οποίο απευθύνεται στην υπηρεσία όπου εκείνος εργάζεται, ή με το άτομο προς το οποίο απευθύνεται το πρόγραμμα που εκείνος εφαρμόζει.

Α.Τα αντικείμενα της ΚΕΑ

Η εφαρμογή της κοινωνικής εργασίας με άτομα υλοποιείται με μια σειρά συνεντεύξεων του εξυπηρετούμενου με τον κοινωνικό λειτουργό. Περιλαμβάνει δραστηριότητες και αντικείμενα τα οποία, παρότι διακριτά, είναι απόλυτα συνυφασμένα και αλληλένδετα. Λόγω της διαδοχικής σειράς την οποία ακολουθούν κατά την εφαρμογή τους, μπορούν επίσης να ονομαστούν στάδια ή φάσεις της ΚΕΑ. Αυτά είναι τα ακόλουθα:

- 1.Η υποδοχή και η διάκριση του αιτήματος του εξυπηρετουμένου.
- 2.Η ψυχοκοινωνική αξιολόγηση (κοινωνικό ιστορικό).
- 3.Η διατύπωση της διάγνωσης και η ανακοίνωση της.

4.Ο σχεδιασμός της αντιμετώπισης του προβλήματος, εδώ περιλαμβάνονται η επιλογή της μεθόδου και των μέσων παρέμβασης ή θεραπείας και η εξασφάλιση της συγκατάθεσης του εξυπηρετούμενου γι' αυτά τα μέτρα.

5.Η αντιμετώπιση του προβλήματος, η θεραπεία και η φροντίδα για την πρόληψη υποτροπών.

6.Η αποκατάσταση και η κοινωνική επανένταξη.

7.Η συνεχής αξιολόγηση του υλικού και της πορείας της παρέμβασης.

8.Η ενημέρωση / ανατροφοδότηση της ομάδας των συναδέλφων και των συνεργατών-μελών της διεπιστημονικής ομάδας της κοινωνικής υπηρεσίας.

9.Η συμπλήρωση του αρχείου της περίπτωσης, η σύνταξη των απαιτούμενων πιστοποιητικών και εκθέσεων.

10.Το κλείσιμο της συνεργασίας με το συγκεκριμένο εξυπηρετούμενο.

11.Η διατύπωση (εφόσον ενδείκνυται) πρότασης παραπομπής του εξυπηρετούμενου σε άλλη καταλληλότερη για το πρόβλημα του υπηρεσία ή πρόγραμμα.

Η πρόταση για παραπομπή και συνεργασία με άλλη κοινωνική υπηρεσία διατυπώνεται στο ίδιο το άτομο, στους νόμιμους εκπροσώπους του ή έμμεσα ενδιαφερομένους (οικογένεια, ίδρυμα φιλοξενίας κ.τ.λ.), καθώς και προς την υπηρεσία υποδοχής της παραπομπής (σύνταξη και αποστολή σχετικής έκθεσης-παραπεμπτικού, τηλεφωνική συνεννόηση κ.λ.π.).

Η εφαρμογή της ΚΕΑ προϋποθέτει την εκπαίδευση και την εξοικείωση του κοινωνικού λειτουργού με τις τεχνικές της συνέντευξης. Στη φάση της διερεύνησης του προβλήματος, κρίσιμη είναι η τεχνική της διατύπωσης των ερωτήσεων, ενώ στη φάση της υλοποίησης του σχεδίου παρέμβασης ή της θεραπείας είναι απαραίτητες οι τεχνικές της υποστήριξης και του χειρισμού επίπονων συναισθημάτων.

Β.Οι αρχές της ΚΕΑ

Η πρώτη βασική αρχή-αξίωμα της ΚΕΑ είναι η θέση ότι κάθε άτομο συνιστά μια μοναδική και ανεπανάληπτη βιολογική, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ολότητα σε κάθε στιγμή της ζωής του και βρίσκεται σε συνεχή αλληλεπίδραση με το περιβάλλον.

Οι βασικότερες από τις αρχές που διέπουν την άσκηση της ΚΕΑ είναι οι ακόλουθες:

-*Ο σεβασμός και η εξατομίκευση του εξυπηρετούμενου.* Η εξατομίκευση όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, αφορά τόσο την προσέγγιση του ατόμου (αναγνώριση, μελέτη και κατανόηση των ατομικών και μοναδικών χαρακτηριστικών και στοιχείων του) και του προβλήματος του, όσο και τη διαδικασία παροχής της βοήθειας.

-*Η αποδοχή.* Απαραίτητη θεωρείται η αποδοχή του ατόμου ανεξάρτητα από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, της ατομικής και κοινωνικής του ταυτότητας, και τον τρόπο ζωής που έχει επιλέξει με ή χωρίς τη θέλησή του.

-*Μη κριτική στάση.* Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να μην κρίνει τις στάσεις, τις πράξεις και την πολιτική ή θρησκευτική ιδεολογία του εξυπηρετούμενου.

-*Η κατανόηση.* Η αποκωδικοποίηση του υποκειμενικού νοήματος των συναισθημάτων, της συμπεριφοράς και των πράξεων του εξυπηρετούμενου, συμπεριλαμβανομένων και των συνοδευτικών προφορικών περιγραφών και αναφορών, αποτελεί για τον κοινωνικό λειτουργό ένα σημαντικό μεθοδολογικό εργαλείο για την εξήγηση – ερμηνεία των κοινωνικών του σχέσεων.

-*Η εχεμύθεια.* Η τήρηση του απορρήτου ισχύει τόσο στο πλαίσιο της κοινωνικής υπηρεσίας στην οποία εργάζεται ο κοινωνικός λειτουργός (στις συζητήσεις των περιπτώσεων στα συμβούλια προσωπικού), όσο και στις αναφορές του σε άλλες

υπηρεσίες (στη σύνταξη παραπεμπτικού ή συζήτηση της περίπτωσης σε μια ειδική επιτροπή) και στις παρουσιάσεις υλικού περιπτώσεων σε συνέδρια, ημερίδες κ.λ.π.

-*Η σκόπιμη έκφραση συναισθημάτων*. Η ενθάρρυνση για διατύπωση των αισθημάτων πόνου, θυμού, απογοήτευσης, φόβου, που βαραίνουν τον εξυπηρετούμενο, είναι αναγκαία για την άμβλυνση της έντασης και του άγχους που συνοδεύει το πρόβλημα.

-*Η αυτοδιάθεση του εξυπηρετούμενου ως γενικό δικαίωμά του και ως ειδική συνθήκη στο πλαίσιο της επαγγελματικής σχέσης*. Ο εξυπηρετούμενος είναι αυτός που έχει το πρόβλημα αλλά και τις δυνάμεις για τη διαχείρισή του. Η εξασφάλιση της συναίνεσής του σε κάθε βήμα της παρέμβασης συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση για την υλοποίηση αυτής της παρέμβασης.

-*Η αυτοβοήθεια*. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να ενισχύει τα θετικά στοιχεία και τις ικανότητες του ατόμου ώστε να εμπλακεί το ίδιο στη διεργασία βοήθειας και υποστήριξης του εαυτού του. Ενίσχυση του υποκειμένου και κινητοποίηση των ικανοτήτων και δεξιοτήτων του για ανάληψη πρωτοβουλιών.

-*Η ελεγχόμενη συναισθηματική εμπλοκή του κοινωνικού λειτουργού*. Ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να διαθέτει αυτογνωσία και να ελέγχει τα συναισθήματα που του προκαλεί η κατάσταση του εξυπηρετούμενου ή οι συνεντεύξεις μαζί του.

Οι παραπάνω αρχές επηρεάζουν και διαμορφώνουν τα χαρακτηριστικά της στάσης που τηρεί ο κοινωνικός λειτουργός κατά την διάρκεια των συνεδριών του με το εξυπηρετούμενο άτομο ή την οικογένεια. Τα κυριότερα από τα στοιχεία τα οποία πρέπει να τηρούνται από τον κοινωνικό λειτουργό είναι τα ακόλουθα:

-Αυστηρά αντικειμενική, σοβαρή στάση, σύμφωνα με την οποία το κοινωνικό πρόβλημα γίνεται αντιληπτό ως αντικειμενική, θεσμική πραγματικότητα.

-Ουδέτερη, θερμή και υπεύθυνη στάση που δείχνει ενδιαφέρον και προσοχή στα λεγόμενα του εξυπηρετούμενου.

-Διάθεση απαραίτητου χρόνου και άνετου χώρου για τις συνεντεύξεις, που πρέπει να διεξάγονται σε ήσυχα φροντισμένα γραφεία.

-Αποφυγή υποκατάστασης του υποκειμένου (ατόμου, ομάδας ή και κοινότητας) από τον κοινωνικό λειτουργό ή άλλον ειδικό (π.χ. στην συμπλήρωση ή την υποβολή των δικαιολογητικών, στο κλείσιμο των συναντήσεων κ.λ.π.).

-Καλοσύνη και ανεκτικότητα, και όχι συμφωνία με τις απόψεις, τις θέσεις και την συμπεριφορά του εξυπηρετούμενου.

-Αποφυγή, εκ μέρους του κοινωνικού λειτουργού, διατύπωσης προσωπικών απόψεων, κρίσεων και σχολίων ηθικού περιεχομένου στα πρόσωπα ή στις οικογένειες . Η συμπαράσταση σε μια ανήλικη μητέρα δεν πρέπει να υπονοεί έγκριση ή συμφωνία για την κατάστασή της .

-Σύμπτωση των λεγομένων του κοινωνικού λειτουργού με τη μη λεκτική του συμπεριφορά (δηλαδή η στάση του σώματος , οι εκφράσεις του προσώπου και οι κινήσεις των χεριών πρέπει να είναι σύμφωνα με το περιεχόμενο του λόγου του) .

-Η άσκηση του επαγγελματικού ρόλου του κοινωνικού λειτουργού κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μην υπάρχουν περιθώρια να συγχέεται ο ρόλος του με το ρόλο του γονιού , του φίλου ή ενός γονεϊκού υποκατάστατου (π.χ. η αποφυγή προστατευτικής συμπεριφοράς ή στάση συγκάλυψης γεγονότων) .

2.Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΟΜΑΔΕΣ

Ο όρος «ομάδα» αναφέρεται σε ένα σύνολο ατόμων που είναι περισσότερο από δύο , τα οποία διατηρούν επαφή μεταξύ τους , διαθέτουν και αναγνωρίζουν ένα τουλάχιστον κοινό χαρακτηριστικό γνώρισμα ή μια κοινή ιδιότητα και επιδιώκουν έναν τουλάχιστον κοινό στόχο .

Οι στόχοι της ΚΕΟ

Μια ομάδα μπορεί να έχει είτε μόνο *βραχυπρόθεσμους* ή *μακροπρόθεσμους* στόχους είτε ταυτόχρονα και τους δύο . Οι στόχοι της μπορεί να αφορούν την ανάπτυξη ή τη μεταβολή των συνθηκών που επικρατούν στην ομάδα (π.χ. κανόνες συμπεριφοράς και σχέσεων με συνομηλίκους) , την αντιμετώπιση των συναισθηματικών αναγκών κάθε μέλους χωριστά , καθώς και τις σχέσεις του κάθε μέλους με την ομάδα και της ομάδας με το ευρύτερο περιβάλλον (σχέσεις επιβολής , εξάρτησης , αδιαφοροποίητες σχέσεις κ.λπ.) .

Οι σημαντικότεροι από τους ειδικούς στόχους της ΚΕΟ είναι οι ακόλουθοι :

- Η ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης των μελών με την απόκτηση ή την ανάπτυξη δεξιοτήτων για διαπροσωπική επικοινωνία και δημιουργία σχέσεων φιλίας και συνεργασίας .
- Η απόκτηση και ο εμπλουτισμός δεξιοτήτων διαπροσωπικής επικοινωνίας των μελών .
- Η συναισθηματική ωρίμανση .
- Η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του ατόμου – μέλους μέσα από την αναγνώριση μιας επιτυχίας ή ενός επιτεύγματός του .

-Η εξυπηρέτηση των αναγκών για κοινωνική μάθηση (υιοθέτηση αξιών , στάσεων , απόρριψη αρνητικών συμπεριφορών όπως η επιθετικότητα κ.λπ.).

-Η ενθάρρυνση των ατόμων-μελών να προχωρήσουν στην επίλυση των καθημερινών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, προκειμένου να μειώσουν τις πιέσεις που υφίστανται και να προσαρμοστούν καλύτερα (κακοποιημένα παιδιά, παιδιά με γονέα ψυχικά ασθενή, ενήλικες με καρκίνο, συγγάτοικοι σε ξενώνα κ.α.).

-Η διεκπεραίωση ή η προαγωγή ενός συγκεκριμένου έργου στις περιπτώσεις που η ομάδα έχει συγκεκριμένο αντικείμενο (π.χ. μαθητικό συμβούλιο, επιτροπή προστασίας του περιβάλλοντος κ.α.).

Η ομαδική διεργασία είναι σε πολλές περιπτώσεις περισσότερο αποδοτική από ότι η ατομική προσέγγιση. Η βιωματική εμπειρία των αλληλεπιδράσεων και της δυναμικής της ομάδας (συνοχή, ατμόσφαιρα ομάδας, υποομάδες) οδηγεί σε:

1)Ενθάρρυνση της συνύπαρξης

2)Ενίσχυση της συνεργασίας

3)Ανάληψη προσωπικής ευθύνης

4)Ανάληψη πρωτοβουλιών

5)Αποδοχή ορίων και όρων

6)Ανάδειξη ικανοτήτων

7)Διαπίστωση του τρόπου με τον οποίο το κάθε άτομο-μέλος αντιμετωπίζει τους άλλους και του τρόπου με τον οποίο άλλοι αντιμετωπίζουν το άτομο

8)Συναισθηματική ωρίμανση

3.Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η μέθοδος της «Κοινωνικής Εργασίας Με Την Κοινότητα» (ΚΕΚ) είναι μια διαδικασία κινητοποίησης και βοήθειας της κοινότητας ούτως ώστε να αντιληφθεί την πραγματική διάσταση των ζητημάτων που την απασχολούν, να τα αξιολογήσει, να τα ιεραρχήσει και να σχεδιάσει με συστηματικό και κατάλληλο τρόπο την αντιμετώπιση τους.

Τα αντικείμενα της ΚΕΚ

Η κοινωνική εργασία με μια κοινότητα συνήθως ασχολείται με τα παρακάτω αντικείμενα:

- Την ενημέρωση-αγωγή της κοινότητας.
- Την οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης κοινωνικών προβλημάτων (π.χ. παιδική ηλικία, γεροντική ηλικία).
- Την επιμόρφωση σχετικά με προβλήματα υγείας, καθώς και την πρόληψη και τον έλεγχο της εξάπλωσης τους.
- Την οργάνωση ομάδων πρωτοβουλίας, αυτοβοήθειας και αμοιβαίας βοήθειας στο επίπεδο της γειτονιάς.
- Την ενεργοποίηση συλλόγων (επαγγελματικών, πολιτιστικών, εργαζομένων σε ιδρύματα).
- Τη διαφώτιση ομάδων επαγγελματιών (δάσκαλοι, καθηγητές, αστυνομικοί, βιοτέχνες κ.α.)
- Τη διοργάνωση ενημερωτικών συγκεντρώσεων σε πολυσύχναστα σημεία-στέκια της κοινότητας.

- Τη δραστηριοποίηση των φορέων της κοινότητας προκειμένου να συμμετάσχουν ως συνδιοργανωτές στις ενημερωτικές εκδηλώσεις.
- Την παραγωγή και κυκλοφορία εντύπων με απλές, σαφείς και κατατοπιστικές αναφορές στο πρόβλημα και στις απαραίτητες ενέργειες που πρέπει να γίνουν.
- Την οργάνωση και την εκπαίδευση εθελοντών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΡΙΣΗΣ

Σύμφωνα με την Mary S. Sheridan (1975) η εισαγωγή ενός παιδιού σε νοσοκομείο μπορεί να θεωρηθεί κατάσταση κρίσης για το παιδί.

Η αντίδραση προς την κρίση ,δεν θα πρέπει να θεωρηθεί σαν μια παθολογική ένδειξη-αν και μπορεί να υπάρχει σχετική αλληλεπίδραση- αλλά σαν αντίδραση προς μια κατάσταση απειλητική στη ζωή του παιδιού. Ο αποχωρισμός και η απώλεια (η χαμός) είναι τα κύρια στοιχεία αυτής της κρίσης. Ο αποχωρισμός από τους γονείς είναι συνήθως ο πιο δύσκολος και μπορεί να προκαλέσει στο παιδί θυμό, απειλητικό για το ίδιο το παιδί .Επιπλέον, το παιδί αποχωρίζεται από τον φυσιολογικό τρόπο ζωής του μέσα στην οικογένεια του και το φιλικό του περιβάλλον .Συγχρόνως, η αρρώστια μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την σωματική εικόνα που έχει το παιδί για τον εαυτό του .Είναι δυνατόν με την εγχείρηση, να χάσει μέρος του σώματος του ή η αρρώστια μπορεί να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο βλέπει τον εαυτό του. Το προσωπικό και ο εξοπλισμός του νοσοκομείου, οι ιατροί ,η «περίεργη ορολογία» είναι όλα απειλητικά για το παιδί .Ενώ οι ενήλικες έχουν αναπτύξει την ικανότητα να εκλογικεύουν τις ιατρικές διαδικασίες ,τα παιδιά τις βλέπουν σαν μια βίαιη εισβολή στη ζωή τους.

Αυτές οι απειλές βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση με την περίοδο ανάπτυξης του παιδιού και με τις φαντασιώσεις του για την ασθένεια του.

Κατά την διάρκεια της νοσηλείας του, ακόμη και ο φυσιολογικός ενήλικας παλινδρομεί σε παλαιότερους τύπους συμπεριφοράς και θυμάται προηγούμενες εμπειρίες παρόμοιου χαμού .Η παλινδρόμηση είναι σχεδόν ο κανόνας με τα παιδιά .Η εμπειρία εισαγωγής στο

νοσοκομείο, ο αποχωρισμός και οι νέες απειλές συχνά έρχονται σε εποχή που η ικανότητα του παιδιού να ανταπεξέλθει στις δυσκολίες είναι ήδη μειωμένη από την σωματική ταλαιπωρία και την χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Το παιδί αισθάνεται πόνο και πρέπει να υποβληθεί σε φαινομενικά ασήμαντες ιατρικές διαδικασίες .Αποκτά φαντασιώσεις για την αρρώστια του και τις αιτίες της .Συχνά τα παιδιά πιστεύουν ότι τα ίδια προξένησαν την αρρώστια τους, η ότι οι γονείς τους θα έπρεπε να τα φροντίζουν περισσότερο.

Κατά την διάρκεια της νοσηλείας τα παιδιά συνήθως δεν έχουν τις φυσιολογικές περιβαλλοντικές υποστηρίξεις .Οι γονείς αντιμετωπίζουν το δικό τους άγχος και ενοχή και μπορεί να πιστεύουν ότι η εισαγωγή του παιδιού τους στο νοσοκομείο είναι μια ένδειξη της δικής τους ικανότητας να το φροντίζουν επαρκώς. Εάν σύμφωνα με τους κανονισμούς του νοσοκομείου, πρέπει οι γονείς να φεύγουν κατά την διάρκεια της ιατρικής εξέτασης ή θεραπευτικής αγωγής του παιδιού, αυτό μπορεί να εντείνει τα αγχώδη συναισθήματα τους. Το προσωπικό του νοσοκομείου μπορεί επίσης να τους επικρίνει για την στάση τους προς το παιδί και την αρρώστια του, ενώ συγχρόνως μπορεί να αισθάνονται υπεύθυνοι για την συμπεριφορά του στο νοσοκομείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ

ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Όπως αναφέρει η Mary Sheridan (1975) εξ αιτίας του διπλού του στόχου, στο άτομο και στο κοινωνικό σύστημα, το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού είναι ιδιαιτέρως κατάλληλο να βοηθήσει τα παιδιά να δεχθούν την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Ο κοινωνικός λειτουργός που εργάζεται στο νοσοκομείο λαμβάνει υπ όψιν την ενότητα ατόμου συνθηκών περιβάλλοντος, ενώ οι περισσότερες νοσοκομειακές υπηρεσίες κατευθύνονται μόνο προς τον συγκεκριμένο ασθενή.

Αυτή η δεύτερη στενή άποψη έχει αρκετά μειονεκτήματα. Αγνοεί τις κοινωνικές αιτίες και συνέπειες και ιδιαίτερα στην περίπτωση της ψυχογενούς ασθένειας αγνοεί την πιθανότητα οικογενειακής παθολογίας, η οποία βρίσκεται σε αλληλεπίδραση με τα συμπτώματα του ασθενούς. Επιπλέον δεν υποστηρίζει την οικογένεια σαν σύνολο. Αν ναι οι γιατροί και η διεπιστημονική ομάδα μπορεί να προσπαθήσουν να υπερνικήσουν αυτά τα μειονεκτήματα, η δομή του νοσοκομείου τοποθετείται εναντίον της αντίληψης του «ατόμου σαν σύνολο». Παράλληλα, ο κοινωνικός λειτουργός βρίσκεται αρκετά έξω από την σφαίρα της ιατρικής περίθαλψης, ώστε να μπορεί να υποστηρίξει το σύστημα, οπότε παρουσιάζεται ένταση. Η θεραπεία στην κοινωνική εργασία μπορεί να κυμανθεί από ατομικές επαφές με τον ένα γονέα, μέχρι οικογενειακές συγκεντρώσεις με σκοπό τον προγραμματισμό της εξόδου του ασθενούς, ή μέχρι συνεργασίας με μέλη του προσωπικού, τα οποία έχουν έντονα συναισθήματα για το παιδί και την οικογένεια.

Επίσης η κοινωνική εργασία με άτομα και η ομαδική κοινωνική εργασία, μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την βοήθεια του ασθενή. Η ομάδα ενθαρρύνει τα παιδιά να αλληλοβοηθηθούν και να αναπτύξουν συνεργατική συμπεριφορά. Η ομαδική εργασία εφαρμόζεται ιδιαίτερα στα παιδιά τα οποία βρίσκονται στην υπολανθάνουσα περίοδο ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης κατά την οποία αισθάνονται την ανάγκη να ανήκουν σε ομάδα, να θεωρούνται σημαντικά και να συμμετέχουν με συνομήλικους. Όπως αναφέρει η Mary Sheridan η κατάσταση της ομάδας είναι περιορισμένη και ελεγχόμενη και μπορεί να μειώσει τον μπερδεμένο κόσμο του νοσοκομείου στο σημείο , ώστε ένα παιδί να μπορεί να τον καταλάβει και να τον αντιμετωπίσει.

Στις ομάδες των νοσηλευομένων παιδιών συναντάμε το βασικό πρόβλημα της παλινδρόμησης η οποία προέρχεται από την ασθένεια και διακυβεύει την εμπιστοσύνη, την οποία μπορεί να αναπτύξει το παιδί –τα παιδιά βρίσκουν ότι οι γνώμες των συνομηλίκων τους είναι πιο βάσιμες από τις γνώμες του προσωπικού του νοσοκομείου, διότι το παιδί έχει την δική του εμπειρία. Τα παιδιά, σαν άτομα έχουν πολλά κοινά σημεία και εφ' όσον γεφυρωθεί το χάσμα που φαίνεται να τα χωρίζει, μπορούν να βοηθηθούν να μοιραστούν τους φόβους και τις εμπειρίες τους.

Οι φαντασιώσεις επίσης τις οποίες έχουν τα παιδιά σχετικά με την ασθένεια έχουν πολλά κοινά σημεία- δηλ.γονεϊκή εγκατάλειψη, ενοχή, φόβο και θυμό. Οι αντιδράσεις τους μοιάζουν και είναι συχνά εναλλαγές θυμού και κατάθλιψης. Αυτά τα συναισθήματα μπορούν εύκολα να εκφραστούν σε μια ομάδα, εφ' όσον ήδη τα παιδιά στον θάλαμο αλληλεπιδρούν και δείχνουν να ενδιαφέρονται:το ένα για το άλλο, που συχνά, στην ουσία, αντανακλά το ενδιαφέρον για τον εαυτό τους.

Τα παιδιά μπορεί να δυσκολεύονται να εκφράσουν ορισμένα συναισθήματα προς έναν ενήλικα απ' ότι μέσα στην ομάδα. Στην ομάδα αισθάνονται ανακούφιση ακούγοντας ένα πιο σίγουρο για τον εαυτό του παιδί να μιλά για τα ίδια προβλήματα. Επίσης το παιδί

μπορεί να χειριστεί τους μηχανισμούς άμυνας του άλλου παιδιού με τρόπο λιγότερο απειλητικό απ ότι θα έκανε ο ενήλικας.

Στο νοσοκομείο, η ομάδα μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες σε ένα μεγαλύτερο αριθμό παιδιών, απ ότι θα ήταν εφικτό διαφορετικά. Επίσης οι σχέσεις που δημιουργούν τα παιδιά μεταξύ τους είναι πολύ βοηθητικές γι αυτά, στις ώρες που δεν υπάρχει διαθέσιμο ψυχοθεραπευτικό προσωπικό, όπως τις νύχτες που τα παιδιά αντιμετωπίζουν πιο έντονα την μοναξιά και την αρρώστια τους. Τα παιδιά συχνά γνωρίζουν προβλήματα που δύσκολα μπορούν να εκφραστούν με λόγια. Έτσι σύντομες πληροφορίες που μοιράζονται μεταξύ τους και που στην αρχή έχουν την μορφή «κουτσομπολιού» μπορούν να δημιουργήσουν συζήτηση που θα βοηθήσει τα παιδιά να δεχθούν την κοινή βάση της εμπειρίας τους.

ΕΝΟΤΗΤΑ IV

ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΟΙ ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΓΥΡΟΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Περισσότερο στο παρελθόν αλλά και σήμερα, πολλοί πίστευαν ότι τα παιδιά δεν πρέπει να ενημερώνονται για τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, είτε γιατί είναι πολύ μικρά και δεν μπορούν να καταλάβουν, είτε γιατί η επίγνωση της νόσου θα τους προκαλέσει έντονο συναισθηματικό πόνο.

Συνήθως στη χώρα μας με τη διάγνωση ενός παιδιού με καρκίνο, αντί του ερωτήματος πώς θα το πούμε στο παιδί, συνήθως προκύπτει το ερώτημα πώς θα το κρύψουμε από το παιδί.

Γονείς και προσωπικό ψάχνουν τρόπους να κρύψουν τη διάγνωση από το παιδί, να βρουν ψευδείς εξηγήσεις για την αναγκαιότητα της μακροχρόνιας θεραπείας.

Το ότι δεν κάνει ερωτήσεις γύρω από την κατάστασή του ερμηνεύεται ότι δεν θέλει να μάθει, είτε γιατί δεν υποψιάζεται τη σοβαρότητα της κατάστασής του, είτε γιατί δεν θέλει ν' ακούσει την αλήθεια.

Τα περισσότερα παιδιά συνειδητοποιώντας ότι η αρρώστια τους αποτελεί απαγορευμένο θέμα για συζήτηση αποφεύγουν τις ερωτήσεις που θα φέρουν τους ενήλικες σε δύσκολη θέση και θα τους αναγκάσουν να πουν ψέματα. Αποφεύγουν κάθε συζήτηση γύρω από την κατάσταση τους και σέβονται τους κανόνες της σιωπής (Δ. Παπαδάτου 1986, M. Bluebond Laugner 1987). Έτσι δημιουργείται ένα κλίμα αμοιβαίας προσποίησης ανάμεσα στο παιδί, την οικογένεια και το προσωπικό. Πολλοί ερευνητές και επαγγελματίες υγείας (Kubler Ross, Δ. Παπαδάτου, Ida M. Mavtinson), υποστηρίζουν ότι αυτή η "προστατευτική στάση

και το κλίμα αμοιβαίας προσποίησης, δεν είναι βοηθητικό ούτε για το παιδί ούτε για τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Πιστεύουν ότι υπάρχουν πολλοί σοβαροί λόγοι για να καλλιεργήσει κανείς ένα κλίμα ανοιχτής επικοινωνίας με το παιδί. Ένας από αυτούς είναι ότι τα παιδιά ξέρουν. Ξέρουν ότι πάσχουν από μια σοβαρή νόσο. Ξέρουν ότι πρόκειται να πεθάνουν, όταν βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους.

Αν θεωρήσουμε δεδομένο ότι το παιδί πρέπει να ενημερώνεται, τότε προκύπτουν τα παρακάτω ερωτήματα:

- Ποιος πρέπει να ενημερώνει το παιδί.
- Ποιοι όροι πρέπει να χρησιμοποιούνται για την περιγραφή της νόσου.
- Πρέπει να αναφέρεται η πιθανότητα θανάτου.
- Ποια υποστήριξη πρέπει να παρέχεται στο παιδί και τους γονείς στη συνέχεια αυτής της ενημέρωσης.

Σε αυτές τις ερωτήσεις δεν υπάρχουν σαφείς και καθορισμένες απαντήσεις.

Το πώς θα μιλήσει κανείς σ' ένα παιδί σχετικά με μια σοβαρή αρρώστια, και το θάνατο είναι κάτι εξατομικευμένο. Όμως κάποιοι παράγοντες και κάποιες γενικές αρχές πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψιν, και μπορούν να βοηθήσουν στο να καθορίσαμε πως θα παρουσιάσαμε τα γεγονότα αυτά, στο συγκεκριμένο παιδί.

- Εστιάζοντας πάντα στην ειλικρίνεια.
- Προάγοντας τη βαθύτερη επικοινωνία με το παιδί.
- Προσφέροντας συναισθηματική υποστήριξη στο παιδί και τους γονείς.

Στους παράγοντες και τις αρχές που πρέπει να έχουμε υπ' όψιν μας περιλαμβάνονται:

- Ηλικία - Επίπεδο γνωστικής ανάπτυξης παιδιού.
- Προηγούμενη εμπειρία
- Ειλικρίνεια

Μαζί με τα παραπάνω, απαραίτητη και πολύ σημαντική είναι η τήρηση των παρακάτω βασικών αρχών:

- Συγχρόνως με την ενημέρωση πρέπει να ενθαρρύνεται η ενεργητική συμμετοχή του παιδιού στη θεραπεία, ώστε να διατηρεί κάπως το αίσθημα αυτοελέγχου.
- Πρέπει να υπάρχει κλίμα κατανόησης και σεβασμού του παιδιού, που θα επιτρέπει την ελεύθερη έκφραση όλων των συναισθημάτων ευχάριστων και δυσάρεστων (Παπαδάτου Δ. 1986). Μεγαλύτερη έμφαση πρέπει να δίνουμε στο τι νοιώθει το παιδί παρά στο τι λέει.
- Είναι σημαντικό, οι αποφάσεις σχετικά με την ενημέρωση του παιδιού να λαμβάνονται συλλογικά από τους γονείς, το γιατρό, το νοσηλευτή και τον ψυχολόγο αφού εκτιμηθούν παράγοντες όπως:
 - Ηλικία και προσωπικότητα.
 - Οικογενειακή ατμόσφαιρα.
 - Οι σχέσεις των μελών της οικογένειας μπρος σε δύσκολες καταστάσεις.
 - Η ψυχική και οργανική κατάσταση του παιδιού.
- Αυτός που θα ενημερώσει το παιδί (Δ. Παπαδάτου 1986), πρέπει να είναι κάποιος που θα είναι διαθέσιμος στη συνέχεια, να απαντήσει σε ερωτήσεις του παιδιού, και όχι κάποιος που θα φύγει αμέσως μετά, και το παιδί θα αργήσει να ξαναδεί (M. Bluebond Laugner 1987).
- Η ενημέρωση του παιδιού δεν είναι γεγονός μιας συγκεκριμένης στιγμής, αλλά μια συνεχής διαδικασία από τη διάγνωση μέχρι την αποθεραπεία ή το θάνατο. Όσον αφορά τους εφήβους υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα και αντιδράσεις που χαρακτηρίζουν αυτή τη συγκεκριμένη περίοδο της ζωής του ατόμου.

«Παρά τη σημαντική βελτίωση στην πρόγνωση των παιδιών με κακοήθη νοσήματα και τα υψηλά ποσοστά ίασης, η διάγνωση του καρκίνου στο παιδί είναι πολύ δραματική και στρεσογόνα. Κατά τη διάγνωση το επίπεδο άγχους της οικογένειας και του παιδιού είναι

πολύ υψηλό, και το επίπεδο πληροφόρησης και κατανόησης του προβλήματος ποικίλλει πολύ. Η ενημέρωση της διάγνωσης είναι η πιο σοβαρή στιγμή, κρίσιμη για την οικογένεια που βρίσκεται σε κατάσταση μεγάλης αναταραχής από την πληροφορία ότι το παιδί τους πάσχει από μία εν δυνάμει θανατηφόρο νόσο. Έχοντας υπ' όψη ότι η ενημέρωση είναι μία ανοιχτή διαδικασία που θα συνεχισθεί για πολλές μέρες και τις ερχόμενες βδομάδες υπάρχει συστηματική προσέγγιση. Το συντομότερο, όταν οι εργαστηριακές εξετάσεις και τα κλινικά δεδομένα επιβεβαιώνονται, ο γιατρός που παρευρίσκεται ενημερώνει για τη διάγνωση και τους δύο γονείς μαζί, και τους δίνει βασικά στοιχεία του προγράμματος θεραπείας. Πολλοί γονείς θέλουν να ξέρουν όσο το δυνατόν περισσότερα για τη νόσο, τις θεραπευτικές πράξεις, την πρόγνωση, λεπτομέρειες για πρακτικά ζητήματα, και τις συγκινησιακές επιδράσεις. Η ενημέρωση του γιατρού για τη διάγνωση και το θεραπευτικό σχέδιο θα πρέπει να γίνεται με τρόπο που ανταποκρίνεται σε αυτές τις ανάγκες και δημιουργεί εμπιστοσύνη και αμοιβαία ειλικρίνεια μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας, του ασθενούς και της οικογένειας». (Πουρτσίδης Α., επιμελητής ογκολογικού τμήματος νοσοκομείου παιδών «Αγλαΐα Κυριακού»)

«Η ενημέρωση για τη διάγνωση αποτελεί το πρώτο βήμα στην ενημερωτική διαδικασία και στη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα σε όλα τα μέλη της ομάδας φροντίδας και την οικογένεια. Αυτή η διαδικασία ενημέρωσης και σχέσης με το χρόνο αυξάνει και μεταβάλλεται συνεχώς. Είναι μία διαδικασία που πρέπει να επαναλαμβάνεται. Κάτι που είναι δύσκολο να ειπωθεί την πρώτη φορά, γίνεται πιο εύκολο με την πάροδο του χρόνου καθώς ο καθένας είναι έτοιμος για περισσότερο λεπτομερή πληροφόρηση αργότερα. Η αρχική ενημέρωση χρησιμεύει σαν μοντέλο για όλες τις μελλοντικές αμοιβαίες πληροφορίες μεταξύ της ιατρικής ομάδας και των οικογενειών και ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας κυρίως μεταξύ των γονιών και του παιδιού. Δεν πρέπει να απαιτούμε από τους ανθρώπους να είναι ανοιχτοί και ειλικρινείς στην αρχική ενημέρωση αλλά πρέπει να

δημιουργήσουμε κλίμα εμπιστοσύνης. Ο χειρισμός της ενημερωτικής διαδικασίας έχει σοβαρή επίδραση στο πως όλοι οι έχοντες σχέση με το πρόβλημα -παιδί, γονείς, άλλα μέλη της οικογένειας και θεραπευτική ομάδα- δουλεύουν και φροντίζουν για το παιδί μαζί.

Η επιστημονική και ψυχοκοινωνική παρέμβαση στο παιδί και τους γονείς δεν είναι συνταγή μαγειρικής. Εξαρτάται από πολλούς παράγοντες μεταξύ των οποίων επικρατούν τα ήθη και έθιμα της κοινωνίας που ζούμε, το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών, η ηλικία του παιδιού κ.λπ. Θα πρέπει να είμαστε ευέλικτοι στην προσπάθεια παρέμβασης. Η ενημέρωση για τη διάγνωση σε ένα παιδί π.χ. γίνεται προβληματική σε μια κοινωνία που δεν είναι συνηθισμένη σε ανοιχτή και αληθινή ενημέρωση του παιδιού για τον καρκίνο. Σε μια τέτοια κοινωνία το παιδί και οι γονείς χρειάζονται προετοιμασία, πρέπει να πιστέψουν στην ανάγκη της ενημέρωσης και πρέπει να διδαχθούν την επικοινωνία με το παιδί ανάλογα με την ηλικία και το νοητικό του επίπεδο». (Medical and Pediatric Oncology, 1997).

Με αυτές τις σκέψεις η ομάδα εργασίας ψυχοκοινωνικού τομέα της Παγκόσμιας Εταιρείας Παιδιατρικής Ογκολογίας διαμόρφωσε το 1996 ένα γενικό πλάνο σχετικά με τον τρόπο ενημέρωσης, για τη διάγνωση, του παιδιού και της οικογένειας. Κρίθηκε απόλυτα αναγκαίο η ύπαρξη ενός καλά οργανωμένου και σχεδιασμένου τρόπου προσέγγισης αυτού του σπουδαίου ζητήματος.

Το πρόγραμμα θα πρέπει να περιλαμβάνει τα κάτωθι θέματα:

Ποια είναι τα διάφορα μέλη που συμμετέχουν στη διαδικασία ενημέρωσης για τη διάγνωση

1. Γονείς και άλλα μέλη της οικογένειας σπάνια είναι προετοιμασμένα για τη διάγνωση του παιδικού καρκίνου παρά τα σοβαρά συμπτώματα που έχουν προηγηθεί. Το σενάριο είναι σχεδόν πάντα το ίδιο. Οι γονείς με το παιδί που έχει κάποιο πρόβλημα υγείας επισκέπτονται τον οικογενειακό παιδίατρο ή τα εξωτερικά ιατρεία κάποιου Νοσοκομείου για εξέταση. Ο γιατρός, ανάλογα με την περίπτωση καταλήγει σε ορισμένες διαγνωστικές σκέψεις και είτε παραπέμπει το παιδί σε κάποιον ειδικό για περαιτέρω έλεγχο είτε ζητά ορισμένες εξετάσεις δείχνοντας στους γονείς ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει. Σε πολλούς γονείς, ακόμη και όταν υποψιάζονται τη σοβαρότητα της κατάστασης και ποιο θα είναι το αποτέλεσμα των διαγνωστικών εξετάσεων για το παιδί τους, η διάγνωση που επιβεβαιώνει τους φόβους έρχεται σαν σοκ. Η αρχική επεξήγηση της νόσου και της θεραπείας χάνεται καθώς οι γονείς ασχολούνται με την αδυσώπητη αλήθεια ότι το παιδί τους πάσχει από καρκίνο. Η αρχική σύγχυση είναι κάτι συνηθισμένο και επανειλημμένες επεξηγήσεις της διάγνωσης, θεραπείας και της πιθανής έκβασης είναι απαραίτητες. Επειδή αυτός είναι ο χρόνος σοβαρών αποφάσεων οι γονείς πρέπει να βοηθούνται να αποβάλλουν την αμηχανία ή διστακτικότητά τους και να ενθαρρύνονται στο να ρωτούν και να ξαναρωτούν για τη νόσο και τη θεραπεία της. Έτσι, είναι πολύ σπουδαίο για αυτούς να "αντιληφθούν" τη νέα πραγματικότητα και να κατανοήσουν την ιατρική πρόοδο που έχει επιτευχθεί στη θεραπεία και εν δυνάμει ίαση της νόσου. Οι γονείς πρέπει να ξέρουν ποιοι θα θεραπεύσουν το παιδί τους, πρέπει να διαβεβαιωθούν για τις δυνατότητες της θεραπευτικής ομάδας, και δεν πρέπει να έχουν αμφιβολίες σχετικά με τις ικανότητες του προσωπικού και τις δικές τους να προσφέρουν στο παιδί τους την άριστη φυσική και συναισθηματική υποστήριξη. Λόγω

του αρχικού σοκ αλλά και της στρεσογόνου φύσης της αρχικής διαγνωστικής περιόδου, είναι σύνηθες για πολλούς γονείς να ξεχνούν σημαντικά μέρη από την πληροφόρηση που είχαν μοιραστεί με τη θεραπευτική ομάδα στις αρχικές συναντήσεις. Γι αυτό η συνεχής άτυπη και ανοιχτή ενημέρωση κατά τη διάρκεια της θεραπείας είναι σημαντική. Οι γονείς πρέπει να προγραμματίζουν, και πρέπει να βοηθούνται σ' αυτό, πως καλύτερα να χρησιμοποιούν τις συναισθηματικές και υλικές πηγές και ενέργειες τους, ασχολούμενοι με τη νόσο και τη θεραπεία της. Αυτό συχνά προϋποθέτει τη μετατροπή των φόβων και των ευαισθησιών τους (όπως άγχος, φόβος αγνώστου, ενοχή, έλλειψη εμπιστοσύνης, έλλειψη πληροφόρησης, και ανησυχία για τα αδέλφια, οικονομικά και εργασία) σε θετική προοπτική και διατήρηση όσο το δυνατόν "φυσιολογικού" τρόπου ζωής εν όψη των ανεπάντεχων απαιτήσεων. Την ίδια στιγμή οι γονείς πρέπει να προετοιμασθούν για αλλαγές των ρόλων και των σχέσεων μέσα στην οικογένεια σαν αποτέλεσμα της παρατεταμένης θεραπείας, παραμονής στο νοσοκομείο, και νέων συναισθηματικών και κοινωνικών απαιτήσεων. Οι γονείς μπορούν να προσφέρουν υποστήριξη στον άρρωστο παιδί τους, συνεργασία και βοήθεια στη θεραπευτική ομάδα.

2. Τα παιδιά που πάσχουν από καρκίνο έχουν ανάγκη να κατανοήσουν, με τρόπο κατάλληλο για την ηλικία τους, τις νέες διαστάσεις της ζωής στην οποία έχουν μπει. Πρέπει να πληροφορηθούν για τη φύση της αρρώστιας και τη θεραπεία της, την παρουσία πόνου και δυσφορίας, την πιθανότητα ανεπιθύμητων επιπλοκών όπως επίσης και ίασης. Η πληροφόρηση αυτή θα βοηθήσει τα παιδιά να διατηρήσουν την εμπιστοσύνη τους για τους γονείς και συγχρόνως αποκτούν εμπιστοσύνη για τα μέλη της ιατρικής ομάδας που τα φροντίζει. Πολλά παιδιά επιθυμούν να αντιμετωπίζονται με φιλευσπλαχνία και ευαισθησία από το προσωπικό, αλλά επίσης με επαρκή πληροφόρηση και αμοιβαίο σεβασμό που "μειώνει" το μυστήριο της αρρώστιας. Τα παιδιά επίσης επιδιώκουν να διατηρήσουν έναν "φυσιολογικό" τρόπο ζωής και διατηρούν την επαφή με άλλα μέλη της οικογένειας, φίλους

και συμμαθητές. Τα ευπαθή τους σημεία είναι φόβος, κόπωση, προβλήματα προσαρμογής στο νοσοκομειακό περιβάλλον, απομόνωση και πόνος. Τα όπλα τους είναι η ελαστικότητα, αντοχή, ευχάριστη διάθεση και αυτοπεποίθηση.

3. Τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας συχνά έχουν άγχος και δυσφορία σχετικά με τη διάγνωση καθώς πρέπει να μοιραστούν πολύπλοκες και πονετικές πληροφορίες με "ξένους". Πρέπει πολύ γρήγορα να καταλάβουν εάν υπάρχει η δυνατότητα ολοκληρωμένης και κατάλληλης πληροφόρησης με τους γονείς και το παιδί. Καθώς προσπαθούν να δημιουργήσουν ένα σωστό πλάνο ανοιχτής και ειλικρινούς ενημέρωσης, την ίδια στιγμή πρέπει να διαθέτουν το χρόνο τους στην εφημερία και την πίεση του χρόνου, στις απαιτήσεις των εντατικών πρωτοκόλλων και τις φυσιολογικές ερωτήσεις σχετικά με την καλύτερη θεραπεία π.χ. σωστή επιλογή πρωτοκόλλου, τι γίνεται στον υπόλοιπο κόσμο κ.λπ. Τα όπλα του προσωπικού, φυσικά, είναι η εμπειρία του στη φροντίδα τέτοιων παιδιών και η ικανότητα να βάζουν τις προτεραιότητες του ασθενούς πάνω από τις δικές τους.

1. Τρόποι βοηθητικοί για τη σωστή ενημέρωση (Πουρτσιδής)

Η γενική άποψη είναι ότι η πλήρης και ανοιχτή ενημέρωση μεταξύ της θεραπευτικής ομάδας και της οικογένειας (συμπεριλαμβανομένου και του παιδιού), και μέσα στην ίδια την οικογένεια είναι η ιδεατή κατάσταση. Εντούτοις αυτό δεν είναι πάντοτε το δυνατό ή το επιθυμητό και οι οδηγίες που ακολουθούν πρέπει να προσαρμόζονται ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες και ικανότητες κάθε μέλους στη διαδικασία ενημέρωσης της διάγνωσης. Επίσης αυτό πρέπει να γίνεται με τρόπο που να ασπάζεται τις διαφορές σε κοινωνικά πρότυπα, συνήθειες και επιθυμίες.

Για γονείς

1. Είναι σημαντικό για κάθε κέντρο και κάθε μέλος τμήματος παιδιατρικής ογκολογίας να υπάρχει συγκεκριμένο πρωτόκολλο για την "ενημέρωση της διάγνωσης" ώστε όλα τα μέλη της ομάδας να ξεκινούν από κάποιο κοινό σημείο αυτή τη δύσκολη στιγμή. Αυτό το πρωτόκολλο, που πρέπει να προσαρμόζεται κατάλληλα για κάθε ειδική περίπτωση, πρέπει να αντανακλά την κοινή γραμμή απόψεων και εμπειριών όλων των μελών της θεραπευτικής ομάδας (ιατροί, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλεύτριες) αλλά και εμπειριών γονιών.

2. Αμέσως κατά τη διάγνωση, ακόμη και αν ορισμένες διαγνωστικές λεπτομέρειες λείπουν, μία προκαταρκτική συνάντηση με τους γονείς πρέπει να γίνει στην οποία δίνονται βασικές πληροφορίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία και ζητούμε τις ερωτήσεις και αρχικές σκέψεις των γονιών, θα πρέπει να τονίσουμε αυτή τη στιγμή ότι θα ακολουθήσει σύντομα λεπτομερέστερη ενημερωτική συνάντηση στην οποία θα συζητηθούν όλο το "πρόγραμμα με σκοπό την ίαση" παρουσία διαφόρων μελών της θεραπευτικής ομάδας και στην οποία θα μπορούν να συμμετέχουν και άλλα μέλη της οικογένειας.

3. Η ενημερωτική συνάντηση πρέπει να γίνεται σε ιδιαίτερο απομονωμένο χώρο, με άνετα καθίσματα, και σε περιβάλλον που να αντανακλά το κλίμα της συζήτησης. Παρόντες είναι και οι δύο γονείς, ο Δ/ντής ή κάποιος από την ιατρική ομάδα, όπως επίσης η προϊσταμένη ή κάποια άλλη νοσηλεύτρια, η ψυχολόγος, η κοινωνική λειτουργός. Η παρουσία του οικογενειακού γιατρού είναι γενικά επιθυμητή εκτός εάν οι γονείς αντιδρούν. Εάν ζητηθεί, το παιδί με καρκίνο (ανάλογα με την ηλικία), άλλα μέλη της οικογένειας (π.χ. ο παππούς και η γιαγιά συχνά διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο) ή στενοί φίλοι και συγγενείς μπορούν να συμμετέχουν.

4. Η ενημέρωση πρέπει να διαρκεί περίπου 1 ώρα και περιλαμβάνει μία γενική αναφορά για τη νόσο, τους τρόπους θεραπείας για την περίπτωση του παιδιού και τη γενικότερη

πρόγνωση. Επίσης προσεκτικά γίνεται αναφορά σε όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας και διασαφηνίζεται ο ρόλος τους. Η ενημέρωση αυτή θα μπορούσε να συνοδεύεται από γραπτό κείμενο ή οπτικοακουστικό μέσο που θα περιέχει τις βασικές πληροφορίες σχετικά με τη νόσο και την πρόγνωση. Αργότερα ακολουθούν συνεχείς άτυπες και χωρίς προπαρασκευή συναντήσεις στις οποίες θα πρέπει να ελέγχεται η κατανόηση και η χρησιμότητα της αρχικής πληροφόρησης και συζητούνται λεπτομερέστερα το θεραπευτικό πλάνο, η διάγνωση και οι προγνωστικοί δείκτες, αλλαγές στην κατάσταση του παιδιού, της οικογένειας και του περιβάλλοντος, κ.λπ.

5. Σε συνεχείς επαφές που ακολουθούν τις επόμενες μέρες συνεχίζεται η πληροφόρηση, συζητούνται οι παρατηρήσεις των γονιών και οι απορίες σχετικά με τη χορήγηση των φαρμάκων, τις ιατρικές πράξεις, πρακτικά προβλήματα από την παραμονή στο Νοσοκομείο. Ανάλογα με το επίπεδο της επαφής η συζήτηση επεκτείνεται και σε άλλα ζητήματα όπως η διατήρηση "φυσιολογικής" ζωής για την οικογένεια και το παιδί, η συμμετοχή του παιδιού σε σχολικές και παιδικές δραστηριότητες, η δυναμική της οικογένειας (π.χ. γάμος, κατανομή ρόλων, σκέψεις για τα αδέλφια), οι φίλοι του παιδιού (αμηχανία, πειράγματα) και πρακτικά προβλήματα (μεταφορά στο νοσοκομείο, ασφάλεια, οικονομικά).

6. Είναι χρήσιμο οι γονείς του νέου παιδιού να συνδεθούν άμεσα με άλλους γονείς παιδιών με καρκίνο ή με τη "ΦΛΟΓΑ" και εάν το επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν και αυτή την πηγή πληροφόρησης και βοήθειας.

Για το παιδί

Ποιος είναι ο καλύτερος τρόπος ενημέρωσης του παιδιού; Δεν υπάρχουν αυστηροί κανόνες σχετικά με το πότε, πως, σε ποια ηλικία, και τι θα πούμε στο παιδί. Ο τρόπος με τον οποίο θα προσεγγίσουμε αυτό το θέμα εξαρτάται από την άποψη των γονιών σχετικά με το νοητικό επίπεδο του παιδιού τους, τη δυνατότητα να κατανοήσει ορισμένα θέματα και τις ανατροφικές συνήθειες. Η ενημέρωση είναι απαραίτητη και στην αρχή τουλάχιστον αυτό δεν μπορεί να γίνει από τους γονείς που βρίσκονται σε μεγάλη σύγχυση. Επιπρόσθετα πολλοί γονείς αισθάνονται αδύναμοι να ενημερώσουν το παιδί τους για ένα τόσο σοβαρό θέμα. Ακόμη και όταν πληροφορούνται ότι το παιδί είναι ενήμερο για την κατάσταση του, αυτοί συχνά είναι ανίκανοι να ξεκινήσουν το διάλογο. Χωρίς τη σωστή ενημέρωση, η αντίδραση του παιδιού στην αρρώστια, τη θεραπεία και τις νέες συνθήκες ζωής μπορεί να προκαλέσει επιπρόσθετο στρες στους γονείς. Η ενημέρωση του παιδιού γίνεται είτε παρουσία των γονιών, ιδιαίτερα για τα μικρότερα σε ηλικία, είτε χωρίς αλλά πάντα με τη σύμφωνη γνώμη των γονιών και βασίζεται σε ορισμένα δεδομένα.

1. Δημιουργία πρωτοκόλλου ενημέρωσης του παιδιού όπως και στην περίπτωση των γονιών, λαμβάνοντας υπ' όψη τις ιδιομορφίες σχετικά με την ηλικία του παιδιού και το επίπεδο ανάπτυξης.
2. Η ενημέρωση με τα μέλη της ομάδας περιλαμβάνει την αρχική πληροφόρηση του παιδιού αλλά στη συνέχεια ακολουθούν και άλλες συναντήσεις όπου συζητούνται ερωτήσεις και σκέψεις που εκφράζονται από το παιδί. Με αυτό τον τρόπο το προσωπικό δείχνει την εμπιστοσύνη και το σεβασμό του στις διανοητικές και συναισθηματικές ανάγκες και δυνατότητες του παιδιού και το εμπλέκει στο να ασχοληθεί ενεργά με την κατάστασή του.
3. Αρχικά ο γιατρός ενημερώνει για τη διάγνωση το παιδί σε μία κουβέντα που δεν πρέπει να διαρκεί περισσότερο από 15 λεπτά. Η ενημέρωση γίνεται ανάλογα με την ηλικία του

παιδιού και το διανοητικό του επίπεδο είτε μόνο με λόγια είτε χρησιμοποιώντας εικόνες και σχήματα για να εξηγήσουμε με απλό και κατανοητό τρόπο τη διάγνωση και τη χημειοθεραπεία. Έχουν περιγραφεί διάφοροι τρόποι προσέγγισης με σχήματα, ιστορίες για καλούς και κακούς κ.λπ. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η παρομοίωση της λευχαιμίας με κήπο με λουλούδια και αγριόχορτα και του γιατρού στο ρόλο του κηπουρού. Η λέξη "όγκος" ή "λευχαιμία" γενικά πρέπει να χρησιμοποιείται εκτός εάν οι γονείς σαφώς το απαγορεύουν (<5%). Στη συνέχεια ένα μέλος της θεραπευτικής ομάδας με εμπειρία στην ιατρική ενημέρωση και τις διαπροσωπικές σχέσεις θα συνεχίσει με το παιδί συζητώντας το θεραπευτικό πρόγραμμα λεπτομερώς, τα προβλήματα της μακράς παραμονής στο νοσοκομείο και τις συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις. Εδώ πρέπει να αναγνωρίσουμε ότι ο γιατρός δεν είναι πάντα το κατάλληλο πρόσωπο για αυτή την επικοινωνία και χωρίς αυτό να σημαίνει ότι θέλουμε να απαλλάξουμε τους γιατρούς από αυτή την άμεση ενημερωτική υπευθυνότητα. Αυτή η ξεχωριστή συνάντηση με το παιδί επιτρέπει τη συζήτηση ιδιαίτερων απόψεων και σκέψεων, τα οποία αρχικά το παιδί θέλει να αποφύγει να συζητήσει με τους γονείς του ή το αντίστροφο. Στη συνέχεια, μερικά από αυτά τα θέματα θα μπορούσαν να συζητηθούν σε οικογενειακή συγκέντρωση. Η επικοινωνία όλης της οικογένειας είναι σημαντικό, αλλά δεν είναι δυνατόν να επιβληθεί ή να απαιτηθεί από κάποιο μέλος της ομάδας. Αμέσως μετά την ενημέρωση για τη διάγνωση το παιδί ενθαρρύνεται να συνομιλήσει με τους γονείς του για τη νόσο και τη θεραπεία. Ζητείται από το παιδί να εξηγήσει, εάν είναι δυνατό τη νόσο στους γονείς του ανοίγοντας την πόρτα του διαλόγου με την οικογένεια. Στη συνέχεια παρακινείται να γράψει μία παράγραφο ή να ζωγραφίσει μία εικόνα για την αρρώστια και να τη συζητήσει με τους γονείς του. Έτσι γονείς και παιδί μιλούν πιο ελεύθερα για τη νόσο.

4. Η ενημέρωση του παιδιού εστιάζεται στην επεξήγηση της νόσου και της θεραπείας, αντικειμενική περιγραφή πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών, συζήτηση διαπροσωπικών ή κοινωνικών θεμάτων και τέλος αντικειμενική κουβέντα για μακροχρόνια ίαση.

5. Με τη σύμφωνο γνώμη του παιδιού και των γονιών η ομάδα μπορεί να πληροφορήσει σχετικά και άλλα συγγενικά πρόσωπα, φίλους του παιδιού, συμμαθητές και δασκάλους.

Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι τα παιδιά γνωρίζουν ήδη, πριν την ενημέρωση, ότι κάτι σοβαρό συμβαίνει με την υγεία τους. Γι' αυτό είναι σημαντικό να τα ενημερώνουμε, ανάλογα με το επίπεδο κατανόησης, ποια είναι η αρρώστια, πως θεραπεύεται και γιατί. Δεν υπάρχει ιδανικός τρόπος για να ξεκινήσει ο ανοιχτός διάλογος με το παιδί, αλλά το κλειδί της υπόθεσης είναι η ενημέρωση.

Τελικό σχόλιο

Οι γενικές αυτές οδηγίες πρέπει να ερμηνεύονται και να εφαρμόζονται με βάση τα κοινωνικά δεδομένα κάθε χώρας, τα ιατρικά δεδομένα, τη δυναμική της οικογένειας και τις δυνατότητες και ικανότητες των γονιών, του παιδιού και των εμπλεκομένων μελών της ομάδας. Ουσιαστικά διαφορετικοί πολιτισμοί και χώρες έχουν διάφορες απόψεις σχετικά με ποια πληροφόρηση είναι η κατάλληλη για να αναπτυχθεί μεταξύ των μελών της ομάδας, γονιών και παιδιών. Επιπρόσθετα, η οικογενειακή δομή ποικίλει σημαντικά και το ερώτημα «ποιος είναι η οικογένεια διαφέρει από χώρα σε χώρα και στις κοινωνικές ομάδες. Η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο του παιδιού επηρεάζει την έκταση και το χρόνο της ενημερωτικής διαδικασίας με το παιδί. Οι οδηγίες αυτές προσφέρουν την καλύτερη και πληρέστερη ενημέρωση στην οικογένεια, ενθαρρύνοντας μια σχέση σεβασμού και εμπιστοσύνης που δίνει τη δυνατότητα στους γονείς και το παιδί να εκφράζουν τις σκέψεις και ερωτήσεις τους ενώ συγχρόνως παρέχουν το δικαίωμα στα μέλη

της ομάδας, τους γονείς και τα παιδιά να είναι συνεργάτες στη φροντίδα του παιδιού με καρκίνο.

*ΣΥΝΟΠΤΙΚΟΣ ΠΙΝΑΚΑΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ: Αρχές για την ενημέρωση της
διάγνωσης στους γονείς και το παιδί με καρκίνο*

1. Καθορισμός πρωτοκόλλου ενημέρωσης
 2. Επικοινωνία άμεσα με τη διάγνωση και εκ νέου αργότερα
 3. Επικοινωνία σε ιδιαίτερο και άνετο χώρο
 4. Επικοινωνία και με τους δυο γονείς όπως και παρουσία άλλων μελών της οικογένειας εάν είναι επιθυμητό
 5. Ξεχωριστή συνάντηση με το παιδί
 6. Επίκληση ερωτήσεων από γονείς και παιδί
 7. Επικοινωνία με μεθόδους ευαίσθητους στις πολιτισμικές διαφορές
 8. Πληροφορίες σχετικά με τη νόσο και το πλάνο για την ίαση
 9. Πληροφορίες για τον «τρόπο ζωής» και ψυχοκοινωνικά θέματα
 10. Υποστήριξη της συζήτησης μέσα σε όλη την οικογένεια
-

2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Την τελευταία δεκαετία, η πρόοδος στην ιατρική και την τεχνολογία έχει οδηγήσει σε σημαντική αύξηση στο ποσοστό επιβίωσης παιδιών που πάσχουν από καρκίνο. Μέσα στο πλαίσιο αυτής της επιτυχίας, η παιδιατρική ογκολογία άρχισε να απασχολείται με τις πολλαπλές ψυχιατρικές και ψυχολογικές επιπτώσεις του καρκίνου κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας. Ο τρόπος με τον οποίο το παιδί προσαρμόζεται στην ύπαρξη της ασθένειας, και η ποιότητα ζωής του παιδιού μακρόχρονα, αποκτούν πιο ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Τα περισσότερα παιδιά τα οποία παρουσιάζουν μια υποψία για κακοήθεια παραπέμπονται σ' ένα εξειδικευμένο τμήμα για τελική διάγνωση και έναρξη θεραπείας, αν και είναι μια φάση που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα στρες και άγχους. Η οικογένεια έρχεται αναγκαστικά αντιμέτωπη με τη διάγνωση του καρκίνου και το φόβο που προκαλεί. Υπάρχει, φόβος γύρω από την ίδια την ασθένεια, η οποία απειλεί τη ζωή, και φόβος για το άγνωστο περιβάλλον του μεγάλου νοσοκομείου. Το συναίσθημα της ενοχής είναι κυρίαρχο, αφού οι γονείς συχνά ψάχνουν για την αιτία, προσπαθούν να καταλάβουν που πιθανόν να φταίνε, τι ίσως παρέλειψαν στο παρελθόν.

«Μέσα σ' αυτή την περίοδο κρίσης, οι γονείς πρέπει ν' αρχίσουν να εκπαιδεύονται για πολλές λεπτομέρειες της ασθένειας του παιδιού τους -πρέπει να αντιμετωπίσουν τις επιπτώσεις της πρόγνωσης, να κατανοήσουν τις πολλές ιατρικές διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες- πρέπει οι γονείς να εξοικειωθούν με ονομασίες φαρμάκων, αναλύσεων, να κατανοήσουν τι σημαίνει ο όρος "παρενέργειες". Επιπρόσθετα, τόσο ο

γονιός, όσο και το παιδί πρέπει να μάθει να προσαρμόζεται σε νέες ρουτίνες του νοσοκομείου και της κλινικής.

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές που μπορούμε να έχουμε υπόψη μας για να βοηθήσουμε τις οικογένειες να απορροφήσουν όλες αυτές τις καινούργιες πληροφορίες. Χρειάζεται να επαναλαμβάνουμε συχνά την πληροφόρηση μας, γιατί αυτό μειώνει το άγχος και ταυτόχρονα διευκολύνει τη μάθηση. Για να αποφύγουμε τις παρεξηγήσεις, είναι σημαντικό και οι δύο γονείς να ενημερώνονται ταυτόχρονα. Αυτό συντείνει στο να υπάρχει ανοικτή συζήτηση και μοίρασμα πληροφοριών και συναισθημάτων, και επίσης βοηθά ώστε να αναλάβουν και οι δύο γονείς την ευθύνη κατανόησης της θεραπείας και ασθένειας.

Η πρώτη ενημέρωση του παιδιού για τη διάγνωση είναι πολύ σημαντική. Είναι μέσα από αυτή την πρώτη επαφή που καθορίζεται η μελλοντική σχέση αναμεταξύ παιδιού - γονιών και θεραπευτικής ομάδας. Όλα τα παιδιά πρέπει να ενημερώνονται για τη διάγνωση τους από τους γονείς και το γιατρό. Σ' ένα μετέπειτα στάδιο, τα μεγαλύτερα παιδιά θα έχουν την ευκαιρία για ιδιαίτερες συζητήσεις σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία της μαζί με τα μέλη της ιατρικής ομάδας και σταδιακά θα νοιώσουν εμπιστοσύνη στην ομάδα φροντίδας. Στα παιδιά πρέπει να δίνονται ειλικρινείς και ακριβείς πληροφορίες για την ασθένεια τους, και εξηγήσεις για εξειδικευμένες θεραπείες και φαρμακευτικές αγωγές. Διάφορα εκπαιδευτικά υλικά είναι συχνά βοηθητικά στην προφορική ενημέρωση.

Η υπερβολική πληροφόρηση μπορεί να είναι εξουθενωτική, αλλά η μη επαρκής πληροφόρηση δημιουργεί επιπρόσθετο άγχος». (Kubler-Ross, 1969)

Σήμερα, είναι γνωστό ότι η δυνατότητα των παιδιών και της οικογένειας να δεχθεί τις διάφορες πληροφορίες που έχουν σχέση με την ασθένεια επηρεάζεται από τα ατομικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά. Γι' αυτό, χρειάζεται έγκαιρη αξιολόγηση όλης της οικογένειας -να υπάρχει ένα πλήρες αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού- να λαμβάνεται υπόψη και η απόδοση στο σχολείο, ειδικές δυσκολίες της οικογένειας κ.α. Επιπρόσθετα,

για να είναι σε θέση να κατανοήσει την αντίδραση του παιδιού και της οικογένειας στη διάγνωση ο ειδικός, πρέπει να γνωρίζει αν υπάρχουν άλλες πιέσεις στην οικογένεια - οικονομικά προβλήματα, διαζύγιο, αλλαγή σχολείου κ.α. Ο τρόπος που η οικογένεια έχει αντιμετωπίσει άλλες δυσκολίες και κρίσεις στο παρελθόν, ίσως είναι καθοριστικός για τον τρόπο που θα δεχθεί τη διάγνωση του καρκίνου.

«Μία διάγνωση καρκίνου είναι βέβαια τραυματική για όλα τα παιδιά, αλλά η ηλικία του παιδιού και η αναπτυξιακή του φύση θα επηρεάσει το πως ακριβώς βιώνονται οι εμπειρίες που σχετίζονται με την ασθένεια. Τα παιδιά αναστατώνονται ιδιαίτερα όταν οι συνθήκες παρεμποδίζουν τις ιδιαίτερες τους αναπτυξιακές ανάγκες. Γι' αυτό, οι επαγγελματίες στο χώρο της παιδοογκολογίας οφείλουν να είναι ενήμεροι για τις φάσεις της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης των παιδιών.

Το μικρό παιδί συνήθως ανησυχεί για την ίδια τη νοσηλεία, για τον πιθανό αποχωρισμό από τους γονείς, και το φόβο για τις ιατρικές διαδικασίες. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι ιδιαίτερα ευαίσθητα στους αποχωρισμούς και αλλαγές ρουτίνας, και μπορεί να βιώνουν τη νοσηλεία τους σαν τιμωρία.

Χρειάζεται να τα καθησυχάζουμε συνέχεια ότι δεν θα τα εγκαταλείψουν οι γονείς τους, ότι οι ιατρικές διαδικασίες δεν αποτελούν τιμωρία και να τους εξηγούμε με απλό τρόπο οποιαδήποτε διαδικασία θα ακολουθήσουμε. Συχνά, η ύπαρξη κάποιων διαφορετικών ερεθισμάτων π.χ. βίντεο, την ώρα που τα υποβάλλουμε σε αιματοληψίες κ.α. βοηθά στο να αποσπάσουμε την προσοχή τους. Εκεί όπου θα υπάρχει ανάγκη για χειρουργική επέμβαση, το παιδί πρέπει να εξοικειωθεί με τους χώρους του χειρουργείου, να προετοιμαστεί για τις επιπτώσεις της επέμβασης, ιδιαίτερα αν αυτές συνεπάγονται ακρωτηριασμό ή άλλες παραμορφώσεις. Συχνά τα παιδιά χρειάζονται 2-3 ημέρες να αποδεχτούν αυτές τις πληροφορίες, και τους δίδεται η ευκαιρία να εκφράσουν το άγχος τους». (Kubler-Ross, 1969)

Σύμφωνα με την Sourkes B.(1995): «Στα μικρά παιδιά, τα συναισθήματα έντασης τα οποία προκαλεί η εισδοχή στο νοσοκομείο και η ίδια η ασθένεια, μπορεί να οδηγήσει σε σημεία παλινδρόμησης - το παιδί επιστρέφει σε πιο πρώιμες συνήθειες, όπως το πιπίλισμα του δακτύλου, παλινδρόμηση στην ομιλία κ.α. Οι γονείς θα πρέπει να είναι σε θέση να κατανοήσουν αυτές τις παλινδρομήσεις, να μην θυμώνουν, αφού πολύ συχνά αυτές θα υποχωρήσουν μετά την οξεία φάση της ασθένειας.

Στα παιδιά σχολικής ηλικίας, είναι διαφορετική η ενημέρωση που χρειάζεται να γίνεται, αφού αυτά τα παιδιά βρίσκονται σε μια φάση ανάπτυξης όπου υπάρχει νοητική περιέργεια και ψάξιμο, γι' αυτό και η ανακοίνωση διάγνωσης μιας σοβαρής ασθένειας οδηγεί συχνά (ένα κατακλυσμό ερωτήσεων. Αυτές πρέπει να απαντώνται με ειλικρίνεια, να βοηθηθούν οι γονείς να μπορούν να συζητήσουν για θέματα όπως το φόβο θανάτου και τη σοβαρότητα της ασθένειας με το παιδί τους.

Το παιδί αυτής της ηλικίας έχει παρόμοιους φόβους εγκατάλειψης ή τιμωρίας και απειλείται η εικόνα εαυτού.

Απομακρύνεται από τους συνομήλικους - συχνά παρατηρούμε αμέσως μια αντίδραση άγχους ή πανικού, ενώ άλλα παιδιά παρουσιάζουν ψυχοσωματικά ενοχλήματα ή διαταραχές ύπνου.

Είναι σημαντικό ο γιατρός και τα άλλα μέλη της ομάδας να αναγνωρίζουν την ιδιαιτερότητα αυτής της ηλικίας και να δώσουν χρόνο στο να εξηγήσουν στο παιδί, αν αυτό το ζητά. Αυτό σίγουρα θα οδηγήσει σε καλύτερη συνεργασία και μια ζεστή σχέση παιδιών - μελών της ομάδας.

Τέλος, γι' αυτά τα παιδιά είναι σημαντική η ανάγκη τους για το δικό τους προσωπικό χώρο, (όταν εξετάζονται να κλείνουν οι κουρτίνες) και οφείλουμε να το σεβαστούμε από την αρχή.

Ο έφηβος βρίσκεται σε μία μοναδική μεταβατική φάση αναμεταξύ παιδικής ηλικίας και ενηλικίωσης και γι' αυτό η ύπαρξη μιας ασθένειας μας φέρνει αντιμέτωπους με ειδικές δυσκολίες. Όλη η πορεία του προς την ανεξαρτητοποίηση και αυτονομία, ξαφνικά αναχαιτίζεται. Πρέπει να συνεργαστεί, να συμμορφωθεί σε θεραπείες, χάνει τον έλεγχο πάνω στη ζωή του. Η σωματική του εικόνα αλλοιώνεται, η σεξουαλικότητα του απειλείται, χάνει τα μαλλιά του, υπάρχει φόβος για ανικανότητα, νοιώθει αδύναμος. Διαταράσσεται η σχολική του ζωή, οι κοινωνικές του σχέσεις περιορίζονται, αισθάνεται συχνά απομόνωση και ντροπή.

Ο κάθε έφηβος αντιδρά διαφορετικά, άλλοι με θυμό, άλλοι με απόσυρση, άλλοι με κατάθλιψη.

Γι' αυτό, από την πρώτη ενημέρωση, πρέπει οι ειδικοί να είναι ευαίσθητοι στις ανάγκες αυτής της ηλικίας, να δεχθούν την αμφισβήτηση τους, να κατανοήσουν το άγχος τους.

Όσο το δυνατό, ο έφηβος πρέπει να νοσηλεύεται σε παιδιατρικό ογκολογικό τμήμα και όχι σε τμήμα ενηλίκων. Αυτό είναι γιατί ένα παιδιατρικό ογκολογικό τμήμα συνήθως στελεχώνεται από μέλη ομάδας εξειδικευμένα πάνω στις ψυχοσυναισθηματικές ιδιαιτερότητες αυτής της ηλικίας. Ταυτόχρονα, είναι σημαντικό να επιτρέπεται στον έφηβο να συμμετέχει στις ιατρικές συζητήσεις και να εκφράσει ακόμη και τη διαφωνία του».

Όσα έχουν αναφερθεί μέχρι εδώ, αφορούν την πρώτη ενημέρωση μετά τη διάγνωση και τις ιδιαίτερες συνθήκες που πρέπει να έχουν υπόψη τους όσοι έχουν αναλάβει τον ρόλο της ψυχολογικής υποστήριξης. Δυστυχώς όμως, συχνά είναι υποχρεωμένοι οι επαγγελματίες στον χώρο της ογκολογίας να αντιμετωπίζουν και μια δεύτερη κρίση και ανάγκη για ενημέρωση - εκεί όπου υπάρχει υποτροπή. Σ' αυτή την περίπτωση είναι πολύ πιο δύσκολο να διατηρήσουν τις φαντασιώσεις για αποθεραπεία, ή την άρνηση της ασθένειας. Οι οικογένειες συνειδητοποιούν ότι ξαναρχίζει η θεραπεία, αλλά με λιγότερες πιθανότητες επιτυχίας. Εδώ χρειάζονται υποστήριξη συχνά και τα μέλη της παιδοογκολογικής ομάδας,

που βιώνουν μια δική τους απογοήτευση. Η επικοινωνία, η σωστή ενημέρωση, αλλά και η ενθάρρυνση της οικογένειας να διατηρήσουν μια θετική στάση είναι βασικά συστατικά της προσέγγισης σ' αυτό το στάδιο - και αυτό πρέπει να προέρχεται απ' όλα τα μέλη της ομάδας.

Τέλος, η Κυριακίδη Σ.(κλινική ψυχολόγος του Παιδοογκολογικού Τμήματος Μακάρειου Νοσοκομείου Λευκωσίας) αναφέρει: «...τη σημαντικότητα της ομαδικής προσέγγισης στο χώρο της παιδοογκολογίας, σ' όλες τις φάσεις της αντιμετώπισης της ασθένειας. Η ψυχολογική στήριξη του παιδιού και των γονιών κατά την ενημέρωση δεν είναι ευθύνη μόνο του ψυχολόγου - είναι ευθύνη του κάθε μέλους της ομάδας, αφού μόνο με μια τέτοια συντονισμένη προσέγγιση, που στοχεύει στην πρόληψη των ψυχολογικών διαταραχών, μπορούμε να προσφέρουμε σωστά στο παιδί με καρκίνο και την οικογένειά του».

3.Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΙΔΙΚΟ ΨΥΧΟΛΟΓΟ Η' ΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟ.

Ένα τμήμα παιδιατρικής ογκολογίας είναι κάτι παραπάνω από μια ιατρική μονάδα. Είναι ένας τρόπος ζωής για το παιδί με καρκίνο και την οικογένεια του-μακρόχρονη ανάληψη, βαρείες θεραπείες, σύναψη έντονων και φορτισμένων δεσμών με τους θεράποντες γιατρούς και νοσηλευτές. Σε αυτόν τον χώρο κυκλοφορούν καθημερινά πάρα πολλά μηνύματα, από όλους προς όλους, μηνύματα που μεταφέρουν και προκαλούν με τη σειρά τους μεγάλη ένταση.

Έτσι, οι συναλλαγές ανάμεσα στα μέλη της τριάδας: άρρωστο παιδί- οικογένεια του-θεράπων βάζουν σε σκληρή δοκιμασία τη δεδομένη συμμαχία τους απέναντι στους κοινούς εχθρούς που είναι η ασθένεια, ο πόνος, ο θάνατος.

Σ'ένα τέτοιο τμήμα ο θεραπευτής καλείται, μέσα στην άσκηση της ιατρικής του λειτουργίας, να επιτρέψει στον εαυτό του να αγγιχτεί στα πιο βαθιά στρώματα του είναι από τον πόνο και την απελπισία του μικρού αρρώστου-αλλιώς δεν θα μπορέσει να γίνει ο τόσο αναγκαίος συνομιλητής του στον αγώνα που αυτός δίνει- και ταυτόχρονα να αντέξει, να επιζήσει ψυχικά, μένοντας παράλληλα μέσα στα όρια της ιατρικής ή της νοσηλευτικής του ταυτότητας. Αυτή είναι η μεγαλύτερη δυσκολία, είναι δε ο έντονος πειρασμός να την αποφύγει κανείς καταφεύγοντας, συνειδητά ή ασυνείδητα, σε διάφορες αντιδράσεις: ψυχρή απόσταση, συστηματική κάλυψη πίσω από την «ουδετερότητα» της επιστημονικής σκέψης, εμπλοκή σε ανταγωνιστική σχέση με τους γονείς (ή και με το ίδιο το άρρωστο παιδί), ή, αντίθετα, σε υπερβολική ταύτιση μαζί τους με αποτέλεσμα να συγχέονται οι ρόλοι των μεν και των δε.

Για να μπορέσει ο εργαζόμενος σε ένα τέτοιο τμήμα να αντιμετωπίσει τη διπλή αυτή απαίτηση, έχει ανάγκη από στήριξη. Η ανάγκη στήριξης γίνεται ιδιαίτερα αισθητή σε ορισμένες συνθήκες, στις οποίες μπορεί κανείς να συμπεριλάβει τόσο διαφορετικά πράγματα όπως τη στιγμή της ανακοίνωσης της διάγνωσης, τη θεραπευτική ανάληψη ενός εφήβου, τις υποτροπές, περιπτώσεις παιδιών ιδιαίτερος βεβαρημένες είτε ψυχολογικά, είτε ιατρικά, και φυσικά την αντιμετώπιση του τελικού σταδίου. Το ετερόκλητον της λίστας υποδηλώνει το πολυεπίπεδον της υποστήριξης. Αυτή πάλι με τη σειρά της προσφέρεται με διάφορους τρόπους, λεκτικούς και εξωλεκτικούς. Ο θεραπευτής μπορεί να την αντλήσει μέσα στην ίδια τη σχέση του με το άρρωστο παιδί, ως επίσης και από το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού. Μεταξύ τους τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας προσφέρουν μεγάλη βοήθεια, είτε ανεπίσημα (η ανακούφιση που φέρνει το να μοιραστείς με το συνάδελφο σου αυτό που σε βαραίνει) είτε συζητώντας τις δυσκολίες μιας περίπτωσης με συνεργάτες άλλων ειδικοτήτων (και εδώ ο ψυχολόγος του τμήματος και ο κοινωνικός λειτουργός έχουν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο).

Πάνω απ' όλα, ωστόσο, τη στήριξη τη βρίσκει ο καθένας από την ίδια τη συμμετοχή του στην ομάδα του τμήματος. Η θεραπευτική ομάδα αντιπροσωπεύει τον τόπο των κοινών σε όλους ιδανικών, της κοινής ιδεολογίας και στρατηγικής απέναντι στο κακό, με συνέπεια να γίνεται το προσωπικό, εσωτερικευμένο έρεισμα για το κάθε μέλος που ανήκει σε αυτήν. Ταυτιζόμενοι με αυτόν τον κοινό τόπο ιδανικών και στόχων, ο γιατρός ή ο νοσηλευτής αντλούν την απαιτούμενη αντοχή και κυρίως, διαφυλάττουν το αίσθημα της θεραπευτικής τους ταυτότητας όταν αυτό μπαίνει σε δοκιμασία, σε περιπτώσεις όπου η δράση τους είναι αναποτελεσματική, ή δεν είναι ιαματική αλλά απλά ανακουφιστική.

Ωστόσο, γι' αυτούς ακριβώς τους λόγους η θεραπευτική ομάδα γίνεται το πεδίο των μεγάλων εντάσεων. Μεταφέρεται σε αυτήν το βάρος των επί μέρους προβλημάτων στις σχέσεις ανάμεσα στο θεραπευτικό προσωπικό και το παιδί ή τους γονείς του. Στο Τμήμα

Παιδιατρικής Ογκολογίας του Νοσοκομείου «Αγλαΐα Κυριακού» λειτουργεί εδώ και πέντε χρόνια μια ομάδα λόγου, που συνίσταται σε τακτές συναντήσεις των θεραπειών με εξωτερικό προς το τμήμα ψυχιατρο-ψυχαναλυτή. Η λειτουργία της ομάδας λόγου επιτρέπει να εκφραστούν σε έναν ουδέτερο χώρο, σε απόσταση από τη φωτιά της καθημερινής δράσης, τα συναισθήματα, τα βιώματα και οι προβληματισμοί που συνδέονται με τη θεραπευτική πρακτική. Δημιουργούνται έτσι οι προϋποθέσεις ώστε να κυκλοφορήσει ανάμεσα στους συμμετέχοντες –αλλά και, για το πένθος, και για όσα ανακινούν όλα αυτά μέσα ψυχισμό του κάθε θεραπευτή.

Ο τεράστιος πόνος που φέρνει ο καρκίνος τείνει να συνθλίψει, να ακινητοποιήσει τη σκέψη: απέναντι σε αυτό, η ομάδα λόγου είναι μια προσπάθεια να διαφυλαχτεί ένας χώρος σκέψης και ανάλυσης. Οι έντονες πολλές φορές συζητήσεις κάνουν τον χώρο αυτόν θορυβώδη: είναι ο θόρυβος της ζωής απέναντι στη σιγή του θανάτου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

Η μεγάλη τους λαχτάρα να είναι φυσιολογικά αποτελεί επαναλαμβανόμενο μοτίβο για πολλά παιδιά μετά τη διάγνωση της απειλητικής για τη ζωή τους ασθένεια. Πρόκειται για κάτι άρρηκτα συνδεδεμένο με το χρόνο: το παιδί θεωρεί «φυσιολογικό» αυτό που ήταν πριν την αρρώστια και αυτό στο οποίο ελπίζει ότι θα ξαναγυρίσει. Ωστόσο, μια απειλητική για τη ζωή αρρώστια σε ένα παιδί είναι ένα μη φυσιολογικό φαινόμενο. Η παρουσία του δεν μπορεί να αγνοηθεί και οι ψυχολογικές του συνέπειες δεν μπορούν να αντιστραφούν. Η έννοια του «φυσιολογικού» ως δεδομένη κατάσταση της καθημερινής ζωής έχει κατακερματιστεί εξαιτίας της διάγνωσης και των συνεπειών της. Η Lenore Terr αναφέρει: «οι μηχανισμοί άμυνας ορθώνονται αμέσως μόλις συμβεί το τραύμα. Οι άνθρωποι δεν θέλουν να θεωρούν τους εαυτούς τους μη φυσιολογικούς, τραυματισμένους ή αλλαγμένους...Αλλά...οι ζωές των παιδιών, «φυσιολογικές» ή «μη φυσιολογικές» μπορούν να οργανωθούν γύρω από ένα τραύμα».

Σύμφωνα με την Sourkes B. (1995): «...για το παιδί, οι όψεις του «φυσιολογικού» περιλαμβάνουν το να είναι κανονικό (όχι ιδιαίτερο), συνηθισμένο(όχι ειδική περίπτωση) και όπως τα άλλα παιδιά (όχι διαφορετικό). Η προσπάθεια του παιδιού να αισθάνεται ότι είναι φυσιολογικό συνδέεται με την εικόνα που έχει το παιδί για τις ικανότητες και την αυτοεκτίμησή του».

Παρόλο που τα δευτερογενή οφέλη, όπως για παράδειγμα, τα δώρα και η προσοχή, ανακουφίζουν προσωρινά τη δυσκολία την οποία αντιμετωπίζει το παιδί, δεν μπορούν, όμως, να αντισταθμίσουν την έντονη ταλαιπωρία που προκαλεί η αρρώστια.. Επίσης η

ευχαρίστηση από αυτή την επιπλέον φροντίδα μετριάζεται, καθώς αυτή η ιδιαίτερη φροντίδα είναι ταυτόχρονα και η επιβεβαίωση ότι το παιδί δεν ζει μια φυσιολογική κατάσταση.

Η Sourkes B. (1995) προσθέτει: «Είναι πραγματικά πολύ δύσκολο για τους γονείς να μάθουν εξαρχής να αντιμετωπίζουν το παιδί τους σαν να είναι όσο το δυνατόν πιο φυσιολογικό, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την πειθαρχία. Ωστόσο, αν τα καταφέρουν, στέλνουν ένα πολύ σημαντικό μήνυμα στο παιδί: παρότι η αρρώστια είναι κάτι μη φυσιολογικό, το παιδί εξακολουθεί να είναι φυσιολογικό στα δικά τους μάτια. Όταν οι γονείς εκφράζουν αυτή τους την πεποίθηση (παρότι αυτό μπορεί να μην εφαρμόζεται πάντα στην πράξη) παρέχουν στο παιδί μια σταθερή βάση εμπιστοσύνης. Καθώς το παιδί ενσωματώνει τη ρουτίνα της αρρώστιας και της θεραπείας στην καθημερινή του ζωή, μια νέα εκδοχή για το τι σημαίνει φυσιολογικό εμφανίζεται. Αν και η έννοια του φυσιολογικού δεν είναι πια η ίδια με αυτή πριν την αρρώστια, το παιδί βρίσκει, παρόλα αυτά ορισμένα σταθερά σημεία αναφοράς μέσα στην αλλοιωμένη πραγματικότητα. Φυσικά, αυτό ισχύει ακόμα περισσότερο όταν η θεραπεία έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Το παιδί που έχει διαγνωσθεί σε μικρή ηλικία και κάνει θεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να μην γνωρίζει άλλη ζωή πέρα από την ασθένεια. Η δική άποψη για το φυσιολογικό διαμορφώνεται βάσει αυτής της πραγματικότητας.

Ένα παιδί όπως αυτό σαφώς αναγνωρίζει ότι ανήκει σε μία μειονότητα και μερικές φορές δυσανασχετεί γι' αυτό. Παρόλα αυτά, η έννοια του φυσιολογικού όπως αυτή ισχύει για τον υπόλοιπο κόσμο φαίνεται να είναι κάτι που το παιδί αδυνατεί να αντιληφθεί».

Είτε η αρρώστια είναι κάτι καινούριο είτε κάτι που υπάρχει από παλιά στη ζωή του, η αίσθηση του φόβου είναι μια συχνή εκδήλωση των επιπτώσεών της. Το παιδί που έχει αναγκαστεί να κολυμπήσει στα επικίνδυνα νερά του ιατρικού κόσμου είναι απρόθυμο να πλησιάσει ο,τιδήποτε δεν φαίνεται αρκετά «ασφαλές» στον εξωτερικό κόσμο. Η Терр

αναφέρεται σε «μια μορφή πανικού και έντασης που χαρακτηρίζει το φόβο ενός τραυματισμένου παιδιού για τα καθημερινά, τα απλά πράγματα».

Αν και στο υγιές παιδί ο φόβος έχει συνήθως τις ρίζες του στο άγχος και είναι συχνά παροδικό φαινόμενο, στο άρρωστο παιδί ο φόβος προέρχεται από τα καθημερινά του βιώματα και μπορεί να επιμένει πολύ. Σύμφωνα πάντα με την Sourkes B. (1995): «σε μια προσπάθεια να αντισταθμίσει τον τρόμο, αποσύρεται σε μια κατάσταση υπερβολικής προφύλαξης, δεν παίρνει πρωτοβουλίες ούτε ρισκάρει. Έτσι, αναπτύσσεται μια συμπεριφορά αποφυγής και αδράνειας μέσα στα ήδη στενά πλαίσια του γενικότερου περιορισμού που βιώνει εξαιτίας της αρρώστιας. Οι φόβοι που έχει το παιδί για την καθημερινή ζωή συχνά κρύβουν πίσω τους το φόβο που απορρέει από την αρρώστια.

Οι γονείς, σε μία διεργασία παράλληλη με εκείνη του παιδιού τους, νιώθουν επίσης τις συνέπειες του να ζουν τόσο κοντά στον κίνδυνο. Έτσι, ένα παιδί που φοβάται, πολλές φορές εκδηλώνει τόσο τις αγωνίες των γονιών του όσο και τις δικές του. Παρότι η προτροπή τους για προσοχή είναι αναγκαία και αναμενόμενη η υπερβολική υπερπροστασία μεταδίδει φόβο. Η αντίδραση του παιδιού στο μήνυμα ότι πρέπει πάντα να μένει εντός ασφαλών ορίων, είναι να τραβήξει σαφείς γραμμές τις οποίες δεν θα τολμήσει να διασχίσει».

Παρότι ο φόβος ξεκινά από τις εμπειρίες του παιδιού μέσα στο ιατρικό περιβάλλον, η έκταση που μπορεί να πάρει ποικίλει κατά πολύ. Όσο πιο απομακρυσμένη είναι η τρομακτική κατάσταση από την αρρώστια (από άποψη χρόνου και πλαισίου), τόσο περισσότερο επεκτείνεται το τραύμα και εισβάλλει στην καθημερινή ζωή του παιδιού.

Στη διάρκεια της ημέρας, το παιδί μπορεί να γίνεται η σκιά των γονιών: μια κατάσταση επαγρύπνησης που έφερε μαζί του από το νοσοκομείο. Και η Sourkes B. (1995) συνεχίζει: «Αυτός ο φόβος αυξάνεται ιδιαίτερα στο σκοτάδι της νύχτας, όταν όλοι οι ασθενείς, άσχετα από την ηλικία τους, αναφέρουν ότι νιώθουν μεγαλύτερη μοναξιά. Το παιδί μπορεί

να έχει ανήσυχο ύπνο, να αφήνει τα φώτα αναμμένα και την πόρτα ανοιχτή, να ξυπνά πολλές φορές τη νύχτα και να πηγαίνει στο δωμάτιο των γονιών του και μερικές φορές να περνάει όλη τη νύχτα στο κρεβάτι τους. Μερικές φορές, οι γονείς είναι εξουθενωμένοι και γι' αυτό δεν γυρίζουν το παιδί πίσω στο δωμάτιό του. Μάλιστα, η αντιμετώπιση αυτή μπορεί να θεωρείται ως «λύση» τόσο από τους γονείς, όσο και από το παιδί: η εγγύτητα εξουδετερώνει το φόβο της απώλειας που καιροφυλακτεί. Δεν είναι παράλογο ένα παιδί να κοιμάται πότε-πότε με τους γονείς, ιδιαίτερα σε φάσεις έντονης κρίσης. Μερικά παιδιά που πεθαίνουν αντλούν ανακούφιση από τη συνεχή παρουσία των αγαπημένων τους, τόσο όταν κοιμούνται όσο και όταν είναι ξύπνια. Ωστόσο για το παιδί που ζει με την αρρώστια, υπάρχει ο κίνδυνος «οι μερικές φορές» να γίνουν μόνιμη κατάσταση. Όσο περνά ο καιρός, αρχίζουν να εμφανίζονται επιπλοκές: οι γονείς δεν έχουν ούτε μια στιγμή την ευκαιρία να μείνουν μόνοι, ενώ ταυτόχρονα ο φόβος του παιδιού δεν έχει καμία πιθανότητα να υποχωρήσει. Έτσι αναπτύσσεται μια κατάσταση σύγκρουσης».

1. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.

Το παιδί αποτελεί μια ξεχωριστή μονάδα μέσα στην οικογένεια με τη δική του ιδιαίτερη ταυτότητα, τις δυνατότητες και τις αδυναμίες του. Ο μόνιμος αγώνας που κάνει το παιδί για να αντισταθεί και να ενσωματώσει στη ζωή του το τραύμα μιας απειλητικής αρρώστιας εκτυλίσσεται μέσα σ' αυτό το πλαίσιο. Η ικανότητα του να αντιμετωπίσει την κατάσταση επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την οικογένεια-τις ατομικές και τις συλλογικές αντιδράσεις των μελών της. Υπό ιδανικές συνθήκες, τα μέλη της οικογένειας διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ψυχολογικής ακεραιότητας του αρρώστου. Η οικογένεια είναι για το παιδί ένα καταφύγιο μέσα στο οποίο μπορεί να ανανεώσει τα ψυχικά του αποθέματα προστατευμένο από την ανελέητη επίθεση της αρρώστιας.

Η Soukers B.(1995) αναφέρει: «ο μύθος ότι η απειλητική για τη ζωή αρρώστια στο παιδί είτε ενώνει είτε καταστρέφει μια οικογένεια είναι υπεραπλούστευση για κάτι τόσο περίπλοκο. Συγκεκριμένα η ανθεκτικότητα ή αντίθετα η ευαισθησία απέναντι στο στρες της αρρώστιας εξαρτάται από πάρα πολλούς παράγοντες. Οι προηγούμενες εμπειρίες και οι στρατηγικές αντιμετώπισης με τις οποίες η οικογένεια είχε στο παρελθόν χειριστεί διάφορες δυσκολίες αποτελούν, ως ένα βαθμό, μέσο πρόβλεψης της αντίδρασής της στο παρόν. Μεταξύ των σημαντικών χαρακτηριστικών του τρόπου λειτουργίας μιας οικογένειας, που θα πρέπει να δει κανείς τόσο μέσα από κοινωνικοπολιτιστικό όσο και από ψυχολογικό πρίσμα, περιλαμβάνονται: το ανοιχτό/κλειστό στυλ επικοινωνίας(τόσο σε επίπεδο πληροφόρησης, όσο και σε επίπεδο συναισθημάτων), η έντονη/περιορισμένη συναισθηματική εμπλοκή, η ευελιξία/ακαμψία των ρόλων, η οργανωμένη/χαοτική συνολική δομή. Πρέπει να αντιληφθούμε με ποιόν τρόπο ορίζεται και μεταβιβάζεται η

εξουσία και ο έλεγχος μέσα στην οικογένεια, καθώς και πώς αντιμετωπίζονται τα παιδιά(σε ό,τι αφορά την ατομικότητα και την ικανότητά τους). Σημαντικοί παράγοντες είναι επίσης το κατά πόσον υπάρχει υποστήριξη από την ευρύτερη οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητα. Στενά συνυφασμένη με όλες αυτές τις μεταβλητές είναι η φύση και η πορεία της ίδιας της αρρώστιας. Μερικοί παράγοντες μειώνουν κατά πολύ την ικανότητα μιας οικογένειας να προσαρμοστεί στις ανάγκες της αρρώστιας ενός παιδιού. Για παράδειγμα, παράγοντες υψηλού κινδύνου για μια οικογένεια αποτελεί η ύπαρξη ιστορικού ψυχικών διαταραχών, τα προβλήματα γάμου, η χρήση ουσιών, η κακοποίηση και τα οικονομικά προβλήματα».

Οι Varni και Wallander (1988), έχουν περιγράψει ένα σύνολο παραγόντων που αλληλεπιδρούν και προδιαθέτουν, με θετικό ή αρνητικό τρόπο, το παιδί και την οικογένειά του στη διαδικασία της προσαρμογής. Αν και εκτίθενται σε ένα αυξημένο αριθμό στρεσογόνων συνθηκών που απαιτούν διευθέτηση ή λήψη αποφάσεων για περαιτέρω δράση, τις περισσότερες φορές τα βγάζουν πέρα ικανοποιητικά.

« Σημαντικά γεγονότα όπως η διάγνωση, η υποτροπή, η μεταμόσχευση, η αποθεραπεία, ο επικείμενος θάνατος, σηματοδοτούν την έναρξη κρίσιμων περιόδων στον κύκλο της ζωής μιας οικογένειας που καλείται να αναθεωρήσει και να επαναπροσδιορίσει τους στόχους της, τις αξίες, τις προτεραιότητες και την πορεία της».(Παπαδάτου , 1991).

Σύμφωνα με το μοντέλο των Lazarus και Folkman (1984), δεν είναι τόσο τα ίδια τα γεγονότα που προκαλούν την κρίση, όσο το νόημά και οι ερμηνείες που αποδίδονται σ'αυτά και οι στρατηγικές/μέθοδοι που ενεργοποιεί το άτομο και η οικογένεια για να αντιμετωπιστεί η νέα πραγματικότητα. Με άλλα λόγια, οι αντιλήψεις των μελών της οικογένειας σχετικά με την αρρώστια και τις επιπτώσεις της καθορίζουν τις στρατηγικές/μεθόδους αντιμετώπισης τις οποίες ενεργοποιούν. Οι Petermann και Bode

(1986), διακρίνουν πέντε συνηθισμένους, υποκειμενικούς τρόπους εκτίμησης της αρρώστιας με αντίστοιχες στρατηγικές/μεθόδους αντιμετώπισής της:

A) Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται την αρρώστια και τις επιπτώσεις της ως «πρόκληση» και κινητοποιούνται για να ξεπεράσουν τις δυσκολίες, αναζητούν πληροφορίες, αναπτύσσουν νέες δεξιότητες και προσαρμόζονται αποτελεσματικά, έχοντας πεποίθηση στις δυνάμεις τους.

B) Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «δοκιμασία» επηρεαζόμενες από τις θρησκευτικές τους αντιλήψεις και πεποιθήσεις. Συχνά πιστεύουν ότι δοκιμάζεται η πίστη, η αντοχή ή οι σχέσεις τους.

Γ) Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «κακοτυχία» και συνήθως βιώνουν, ταυτόχρονα με τη διάγνωση, και άλλες στρεσογόνες εμπειρίες, όπως ανεργία, θάνατο κ.λ.π. η αρρώστια θεωρείται ένα πρόσθετο γεγονός που απειλεί τη συνοχή και ισορροπία του οικογενειακού συστήματος.

Δ) Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται την αρρώστια ως «θέλημα της μοίρας» και δέχονται τις ιατρικές συμβουλές χωρίς να τις αμφισβητούν και χωρίς να αναζητούν πληροφόρηση. Πιστεύουν ότι όσα συμβαίνουν βρίσκονται έξω από τον έλεγχό τους και θεωρούν χρέος τους να τα υπομένουν παθητικά και καρτερικά.

E) Οι οικογένειες αντιλαμβάνονται την αρρώστια και τις επιπτώσεις της ως «τιμωρία» και έχουν μια αρνητική και απαισιόδοξη αντίληψη για τη ζωή. Όταν βιώνουν ενοχές, δέχονται παθητικά τη θεραπεία, είτε γιατί πιστεύουν ότι «την αξίζουν» είτε για να εξιλεωθούν. Άλλες εξοργίζονται με την αδικία που «σημαδεύει» τη ζωή τους και εκδηλώνουν έντονη επιθετικότητα προς το περιβάλλον τους. Δυσκολεύονται να εμπιστευθούν το προσωπικό υγείας, οικτίρουν το άρρωστο παιδί και παρουσιάζουν τις περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής.

Ο Garmezy (1985) αναφέρει τρεις κατηγορίες παραγόντων που λειτουργούν προστατευτικά και αυξάνουν την αντοχή της οικογένειας στις στρεσογόνες συνθήκες που αντιμετωπίζει: α)ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των μελών (π.χ.αυτοεκτίμηση), β)οικογενειακή συνοχή και απουσία έντονων συγκρούσεων και γ)διαθεσιμότητα υποστηρικτικού δικτύου.

Μερικοί από τους βασικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στην αποτελεσματική και υγιή λειτουργία της οικογένειας περιλαμβάνουν(Horwiz & Kazak, 1990 , Matthews-Simonton, 1984 , Petermann & Bode, 1986 , Skynner, 1987):

- 1) Την κατανόηση των πληροφοριών που αφορούν την αρρώστια και τη θεραπεία.
- 2) Τη δυνατότητα ανοιχτής, ειλικρινούς επικοινωνίας και ενημέρωσης όλων των μελών ως προς την αρρώστια, τη θεραπεία και τις επιπτώσεις της.
- 3) Τη δυνατότητα έκφρασης συναισθημάτων, απόψεων ή σκέψεων μέσα σε κλίμα όπου γίνονται κατανοητά αποδεκτά και όπου αναγνωρίζεται η μοναδικότητα και ξεχωριστή υπόσταση κάθε μέλους.
- 4) Τη σαφή οριοθέτηση ρόλων μέσα στην οικογένεια, όπου οι σχέσεις χαρακτηρίζονται από αμοιβαιότητα, συμπληρωματικότητα και υπευθυνότητα.
- 5) Τον ισχυρό γονεϊκό συνασπισμό, με σαφή ιεραρχία στη βασική σχέση γονιών-παιδιών, που χαρακτηρίζεται από αμοιβαίο σεβασμό.
- 6) Την επαφή και επικοινωνία της οικογένειας με τον εξωτερικό κύκλο και την ενεργοποίηση του υποστηρικτικού δικτύου της.
- 7) Την αντίληψη των δυσκολιών ως «προκλήσεων» και την ενεργό συμμετοχή των μελών στην αντιμετώπισή τους.

- 8) Την συνοχή της οικογένειας και την αποτελεσματική χρήση δεξιοτήτων για την επίλυση συγκρούσεων και προβλημάτων.
- 9) Την ευελιξία των μελών να προσαρμόζονται στις αλλαγές που προκύπτουν από την αρρώστια και την εξέλιξή της.
- 10) Την αναγνώριση και αντιμετώπιση απωλειών, με την ολοκλήρωση μιας διεργασίας θρήνου και την ανάπτυξη ενός υπερβατικού συστήματος αξιών.

Η οικογένεια που λειτουργεί ως ομάδα αναθεωρεί διαρκώς και επαναπροσδιορίζει την ταυτότητα, τους στόχους και την πορεία της (ποιοι είμαστε; Πως φτάσαμε εδώ; Που πηγαίνουμε, κ.λ.π). η ψυχολογική στήριξη που παρέχει το προσωπικό υγείας είναι ουσιαστική όταν απευθύνεται σε ατομικό επίπεδο, βοηθώντας κάθε μέλος της οικογένειας να αναγνωρίσει και να επεξεργαστεί τις εμπειρίες που βιώνει, και, ταυτόχρονα, σε συλλογικό επίπεδο, ενθαρρύνοντας τα μέλη να εκφράζουν τις σκέψεις, τα συναισθήματά τους, να αλληλοενημερώνονται και να συμμετέχουν ενεργά στην αντιμετώπιση των συνθηκών που προκύπτουν από την αρρώστια και τη θεραπεία

Βλέποντας το θέμα μέσα από μια συστημική θεώρηση, το στρες ενός μέλους της οικογένειας επηρεάζει και όλα τα υπόλοιπα μέλη της. Ο Murray Bowen (1978), θεμελιωτής της οικογενειακής θεραπείας, αναφέρθηκε στο φαινόμενο του «συναισθηματικού ωστικού κύματος»: «μια σειρά υπόγειων 'μετασεισμικών δονήσεων' από σοβαρά γεγονότα ζωής τα οποία μπορεί να συμβούν οπουδήποτε στο ευρύ οικογενειακό σύστημα κατά τους μήνες ή τα χρόνια που θα ακολουθήσουν μετά από σοβαρά συναισθηματικά γεγονότα στο πλαίσιο μιας οικογένειας. Αυτό συμβαίνει πιο συχνά μετά τον θάνατο ή τον απειλούμενο θάνατο ενός σημαντικού μέλους». Το παιδί γίνεται μάρτυρας αυτών των επιπτώσεων και ενστικτωδώς θεωρεί ως αιτία την αρρώστια

του. Η ενοχή είναι συνηθισμένη αντίδραση, ακόμα και όταν υπάρχει η λογική παραδοχή ότι το παιδί δεν φταίει σε τίποτα.

«Σε πολλές περιπτώσεις, το παιδί αρνείται ότι η αρρώστια έχει δημιουργήσει προβλήματα στην οικογένεια. Μπορεί να αναφέρει τις θετικές αλλαγές, αλλά είναι απρόθυμο ή δεν μπορεί να σκεφτεί τις δυσκολίες. Είναι σαν να μην αντέχει να παραδεχτεί οποιαδήποτε μορφή στρες εξαιτίας των ενοχών που απορρέουν από το γεγονός ότι το ίδιο το παιδί αποτελεί την ‘αιτία’ του. Σύμφωνα θα πρέπει από την αρχή να προσδιοριστεί το τι ορίζει το παιδί ως ‘οικογένειά’ του(τόσο τα βιολογικά όσο και τα ψυχολογικά μέλη). Χωρίς αυτή την πληροφορία, ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να καταλήξει σε λανθασμένα συμπεράσματα σχετικά με το ποιόν θα συμπεριλάβει και ποιόν όχι (στην έννοια της οικογένειας) και έτσι να παραβλέψει πολύτιμες πηγές υποστήριξης για το παιδί. Στον πυρήνα βρίσκεται η βασική οικογένεια που αποτελείται από το παιδί, τα αδέρφια και τους γονείς. Ο πυρήνας αυτός περιβάλλεται από την ευρύτερη οικογένεια. Συγκεκριμένα, οι παππούδες παίζουν συχνά σημαντικό ρόλο στην φροντίδα του παιδιού. Οι στενοί φίλοι επίσης μπορεί να μην ξεχωρίζουν από την ‘οικογένεια’, ιδιαίτερα στη διάρκεια κρίσεων. Το παιδί συχνά αναφέρει ένα κατοικίδιο ζώο ως μέλος της οικογένειας-μια σχέση η σπουδαιότητα της οποίας δεν πρέπει να υποτιμάται. Καθώς σήμερα η δομή της οικογένειας συνέχεια αλλάζει, πρέπει να υπάρχει περιθώριο για εναλλακτικές και πιο σύνθετες λύσεις. Στις περιπτώσεις αυτές περιλαμβάνονται οικογένειες χωρισμένων γονιών και οικογένειες από νέους γάμους (μικτές), με το εγγενές ιστορικό συγκρούσεων και τις νέες συμμαχίες, η μονογονεϊκές οικογένειες και τα παιδιά ομοφυλόφιλων γονιών. Επομένως, σε καταστάσεις που ξεκινούν από το παραδοσιακό μοντέλο και φτάνουν μέχρι και το πλέον ασυνήθιστο, ο ορισμός που δίνει το παιδί για την ‘οικογένεια’ αποτελεί μια σημαντική πραγματικότητα». Sourkes B. (1995).

Σύμφωνα με την Bluebond-Langner (1996): «Η παρουσία απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας, παρότι φαίνεται να συνδέεται κυρίως με το άρρωστο παιδί, δημιουργεί ωστόσο αλλαγές σε όλους τους προϋπάρχοντες ρόλους και σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Πιο συνηθισμένη είναι η ενίσχυση της σχέσης ανάμεσα στο παιδί και τους γονείς(ειδικά τη μητέρα) και ο αποκλεισμός των υγιών αδελφών. Η επικέντρωση της προσοχής στο παιδί είναι κατανοητή, ακόμη και απαραίτητη κατά την διάρκεια κρίσιμων περιόδων. Ωστόσο όταν αυτή η εστίαση γίνεται μόνιμο χαρακτηριστικό, μπορεί να προκύψει μία περίπλοκη κατάσταση δυσλειτουργίας. Το παιδί ασκεί υπερβολική εξουσία, η συζυγική δυάδα διαλύεται και τα αδέλφια παύουν να είναι ορατά μέσα στην οικογένεια. Επιπλέον, δεν είναι ευθύνη του παιδιού να αποκαταστήσει την ισορροπία στον αστερισμό της οικογένειας. Το ζήτημα της «προστασίας» μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας μπορεί να εμφανιστεί με διάφορες μορφές κατά τη διάρκεια της αρρώστιας. Ο θυμός του παιδιού, επειδή οι γονείς του δεν κατάφεραν να το κρατήσουν μακριά από το κακό, αντανακλά μια βαθιά διαταραγμένη αίσθηση ασφάλειας. Κάθε φορά που το παιδί έρχεται αντιμέτωπο με μια νέα κατάσταση κρίσης ή υποβάλλεται σε μια επώδυνη διαδικασία, η αίσθηση της απώλειας της προστασίας ζωντανεύει και πάλι. Το παιδί μαθαίνει από νωρίς ότι οι γονείς του δεν είναι ούτε παντοδύναμοι ούτε άτρωτοι και ότι υπάρχουν κακές δυνάμεις που λειτουργούν έξω από το δικό τους έλεγχο. Παρακολουθώντας την αγωνία του παιδιού, οι γονείς βρίσκονται αντιμέτωποι με τη δική τους αδυναμία.

Μια άλλη πτυχή της προστασίας είναι όταν το παιδί προσπαθεί να προστατεύσει τους γονείς από την ένταση του δικού του φόβου και της θλίψης. Αυτή η στάση είναι ανάλογη με τις προσπάθειες των γονιών να προστατεύσουν το παιδί από οποιαδήποτε περαιτέρω ταλαιπωρία, ειδικά από το να γίνει μάρτυρας του δικού τους ψυχικού πόνου. Τελικά, με τον τρόπο αυτό δημιουργείται ένας κύκλος. Αυτός ο κύκλος απομονώνει το παιδί από τους

γονείς εκείνες ακριβώς τις στιγμές που η αμοιβαία αποκάλυψη θα μπορούσε να δημιουργήσει μία γέφυρα παρηγοριάς».

Οι σχέσεις των αδελφών είναι ένας σημαντικός άξονας μέσα στην οικογένεια, ένα ανεξάρτητο υποσύστημα. Τα περισσότερα παιδιά επιδεικνύουν μια εντυπωσιακή διάθεση να ενδιαφερθούν για τα αδέρφια τους, παρά το γεγονός ότι το στρες της αρρώστιας εντείνει την αμφιθυμία. Θυμωμένο επειδή είναι άρρωστο, το παιδί κρατάει κακία στα αδέρφια του γιατί αυτά είναι υγιή. Η αγανάκτησή τους γι'αυτή την αδικία φέρνει μια πολύ σύντομη ανακούφιση την οποία όμως ακολουθούν οι τύψεις. Αναπόσπαστα συνδεδεμένες με το θυμό αυτό είναι και οι ενοχές του παιδιού, επειδή «μονοπωλεί» το χρόνο και την ενέργεια των γονιών.

2.ΣΧΟΛΕΙΟ.

Η σημασία του σχολείου για παιδιά με χρόνιες παθήσεις δεν μπορεί να υποτιμηθεί. Είναι γενικά παραδεκτό ότι το καλύτερο για τα παιδιά είναι να επιστρέφουν στο σχολείο όσο το δυνατόν πιο σύντομα μετά τη διάγνωση.

Στο τέλος του 20^{ου} αιώνα το να επιζήσει κάποιο παιδί από νεοπλασματική νόσο δεν σημαίνει μόνο ιατρικά και ψυχολογικά, αλλά επίσης εκπαιδευτικά και κοινωνικά. Το παιδί είναι ανάγκη να ετοιμαστεί για να γίνει λειτουργικό και παραγωγικό μέλος της κοινωνίας.

Σύμφωνα με την Ξ.Αντωνοπούλου, νηπιαγωγό του ογκολογικού τμήματος του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης: «Η σχολική παρέμβαση είναι μια συνεχής διαδικασία και για να είναι αποτελεσματική πρέπει να αποτελεί ένα ολοκληρωμένο μέρος της θεραπευτικής διαδικασίας. Μια τέτοιου είδους παρέμβαση πρέπει να ισχύει για όλα τα παιδιά από την προσχολική μέχρι την εφηβική ηλικία.

Η ύπαρξη σχολείου στο ογκολογικό τμήμα του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης έχει σαν στόχο την μαθησιακή και ψυχοκοινωνική υποστήριξη των νοσηλευόμενων παιδιών, τη διατήρηση της ποιότητας ζωής.

Το παιδί που εισάγεται στο τμήμα συνεχίζει τα μαθήματά του αμέσως μετά τη διάγνωση. Διακόπτει το μονολιθικό χρόνο της νοσηλείας, είναι μαθητής με υποχρεώσεις και ενδιαφέροντα και όχι άρρωστο. Παρακολουθεί εξατομικευμένα μαθήματα 'γλώσσας' και μαθηματικών τέτοια που να συμπίπτουν με την ύλη της σχολικής τάξης στην οποία είναι, αλλά και με τρόπο που να ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες και ικανότητες του. Τα παιδιά ενισχύονται ώστε να εκφράσουν τα συναισθήματα, τα όνειρά τους, τους φόβους για την αρρώστια, με δημιουργικές δραστηριότητες έκφρασης (ζωγραφική, θεατρικό παιχνίδι, κουκλοθέατρο κ.λ.π)».

Η επιστροφή στο σχολείο δεν είναι σημαντική μόνο για το ακαδημαϊκό μέλλον του παιδιού. Εκφράζει το 'πιστεύω' της ομάδας ότι αυτό το παιδί έχει μέλλον. P.D.Spinetta, (1975).

Όσο πιο νωρίς επιστρέψει το παιδί στο σχολείο, τόσο πιο σύντομα θα ανακτήσει την ισορροπία και την αυτοπεποίθησή του.

Η επιστροφή στο σχολείο αποτελεί ορόσημο τόσο για το παιδί όσο και για τους γονείς, ειδικά όταν ακολουθεί τη συναισθηματική ταύτιση της διαγνωστικής περιόδου. Όπως ισχύει για κάθε νέο ξεκίνημα, υπάρχει και εδώ μια αμφιθυμία: η λαχτάρα γι'αυτή την έξοδο αντισταθμίζεται από το φόβο του αποχωρισμού. Το παιδί πρέπει να ξαναμπει στον κόσμο με τις δικές του δυνάμεις. Οι γονείς πρέπει να πάνε να είναι συνέχεια κοντά στο παιδί και να επαγρυπνούν. Όπως είναι κατανοητό, η υποστήριξη των γονιών προς το παιδί παρέχεται συχνά παρά την όποια δική τους αγωνία. Ωστόσο, η δική τους ετοιμότητα είναι εκείνη που καθιστά δυνατή την επιτυχημένη επιστροφή του παιδιού.

Όπως ισχύει για πολλές πτυχές της εμπειρίας της αρρώστιας, είναι και εδώ σημαντικό το παιδί να ασκήσει το ίδιο κάποιο έλεγχο στην προετοιμασία για την επανένταξή του. Για παράδειγμα, το παιδί μπορεί να έχει κάποια επιθυμία σχετικά με το τι θα έπρεπε να γνωρίζει ή να μην γνωρίζει για την κατάστασή του το προσωπικό του σχολείου. Όταν οι γονείς και οι επαγγελματίες υγείας κάνουν εκείνοι την ενημέρωση, το παιδί μπορεί να απαλλαγθεί από το φορτίο του να δίνει εξηγήσεις, στο βαθμό που το ίδιο επιλέγει.

Κατά την Sourkes B. (1995) « ιδιαίτερα ωφέλιμο για το παιδί είναι να κάνει πρόβα για το πώς θα απαντά σε ερωτήσεις, πώς θα διαλύει φήμες και θα χειρίζεται δύσκολες διαπροσωπικές καταστάσεις που μπορεί να προκύψουν. Φοβούμενο ότι η κοινωνική του απομόνωση θα έχει αρνητικές συνέπειες στην επίδοσή του, το παιδί συχνά ζητά βοήθεια στα μαθήματα πριν την επιστροφή στο σχολείο, αν όχι σε μόνιμη βάση.

Η προετοιμασία των επαγγελματιών του σχολείου για την επανένταξη του παιδιού είναι το άλλο σημαντικό σημείο αυτής της διαδικασίας. Η κατάλληλη εκπαίδευση του νοσηλευτή του σχολείου είναι απαραίτητη αλλά όχι αρκετή. Ο δάσκαλος είναι εκείνος που φροντίζει το παιδί στη μεγαλύτερη διάρκεια της μέρας και είναι εκείνος ο οποίος μπορεί αρχικά να νιώθει ταραγμένος από αυτή την ευθύνη. Επομένως, θα πρέπει να έχει πρόσβαση σε πληροφορίες σχετικά με την αρρώστια του παιδιού καθώς και την ευκαιρία να εκφράσει τα ερωτήματά του, τις ανησυχίες του και τους φόβους του για το μέλλον. Οι σύμβουλοι και οι διευθυντές, οι οποίοι παρέχουν ένα δίκτυο υποστήριξης τόσο για το παιδί όσο και για το δάσκαλο, θα πρέπει να είναι επίσης καλά ενημερωμένοι».

Σήμερα πολλά ιατρικά κέντρα προσφέρουν επιμόρφωση και συμβουλευτικές υπηρεσίες στο προσωπικό σχολείων, είτε σε συλλογικό είτε σε ατομικό επίπεδο. Τα εργαστήρια αυτά προσφέρουν ένα πολύτιμο πλαίσιο μέσα στο οποίο οι επαγγελματίες αυτοί μπορούν να γνωρίσουν τις ιατρικές και ψυχολογικές πτυχές της αρρώστιας. Θέματα που πρέπει να τονίζονται είναι : η στοιχειώδης κατανόηση της νόσου και των μεθόδων θεραπείας, οι σωματικές παρενέργειες, οι αλλαγές στη συμπεριφορά ή τη διάθεση, οι επιπτώσεις στην προσοχή και στην ικανότητα μάθησης και οι κοινωνικές επιπτώσεις της αρρώστιας στο παιδί και την οικογένεια.

Η Sourkes B.(1995) τονίζει: «Οι μύθοι σχετικά με τη μεταδοτικότητα της αρρώστιας θα πρέπει να συζητηθούν. Στην πραγματικότητα, ο άρρωστος είναι αυτός που μπορεί να πρέπει να προστατευθεί από πολλές από τις συνηθισμένες μεταδοτικές αρρώστιες της παιδικής ηλικίας. Στενά συνδεδεμένη με τα θέματα αυτά είναι η συμβουλευτική σχετικά με το πώς μπορεί κανείς να είναι περισσότερο ευαίσθητοποιημένος απέναντι στις ανάγκες του άρρωστου παιδιού, τι να περιμένει από τους άλλους μαθητές και πώς να χειριστεί τις αντιδράσεις τους. Μια οργανωμένη ξενάγηση στο νοσοκομείο μπορεί να βοηθήσει πολύ στην κατανόηση του τί βιώνει το παιδί μέσα σε αυτό τον τόσο διαφορετικό κόσμο. Έντυπο

υλικό προσφέρει αυτή τη γνώση συγκεντρωμένη και μπορεί να διανεμηθεί στα μέλη του προσωπικού που δεν ήταν παρόντα στο εργαστήριο ευαισθητοποίησης. Η επαφή ανάμεσα στην ομάδα υγείας και το προσωπικό του σχολείου στις συναντήσεις αυτές δημιουργεί μια γέφυρα επικοινωνίας που υπάρχει σε όλη την περίοδο που το παιδί είναι άρρωστο.

Είναι σημαντικό να γίνει μία συνάντηση με όλο το προσωπικό του σχολείου εστιασμένη στο συγκεκριμένο παιδί, είτε υπάρχει κάποιο πρόγραμμα ευαισθητοποίησης είτε όχι. Πολλοί γονείς νιώθουν καλύτερα όταν κανονίζουν οι ίδιοι αυτή τη συνάντηση με την υποστήριξη της θεραπευτικής ομάδας. Σε περίπτωση που οι γονείς έχουν ελάχιστη ή καθόλου επαφή με το σχολείο, τότε την πρωτοβουλία θα πρέπει να αναλάβει η ομάδα υγείας. Παράγοντες όπως η γεωγραφική απόσταση ή η προηγούμενη εμπειρία του σχολείου με ένα άρρωστο παιδί επηρεάζουν επίσης το βαθμό της άμεσης εμπλοκής της ομάδας.

Στην Ελλάδα είμαστε αναγκασμένοι να ομολογήσουμε ότι η εκπαίδευση και η ενημέρωση των εκπαιδευτικών που έχουν στην τάξη τους παιδιά με νεοπλασματική νόσο είναι ανεπαρκής. Παρόμοιες έρευνες στο εξωτερικό (Eiser and Tawn, 1973) αναφέρουν ότι οι γενικές γνώσεις τους ήταν φτωχές, καθώς και λαθεμένες. Οι εκπαιδευτικοί καλούνται να ξεπεράσουν στερεότυπα, φόβους και προσωπικές εμπειρίες και επιστημονικές ανεπάρκειες και να σταθούν δίπλα στα παιδιά με επιτυχημένες παρεμβάσεις προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους.

Είναι σημαντικό να δοθεί στους συμμαθητές η ευκαιρία να μάθουν σχετικά με την αρρώστια και να εκφράσουν τις ανησυχίες τους πριν την επιστροφή του άρρωστου παιδιού στο σχολείο. Αν μειωθεί η αγωνία τους, τα οδυνηρά συναισθήματα και οι δυσάρεστες καταστάσεις μπορούν να ελαχιστοποιηθούν. Το γεγονός ότι η περιστασιακή σκληρότητα των συμμαθητών απορρέει από μια αίσθηση απειλής είναι πολύ μικρή παρηγοριά για ένα παιδί που υποφέρει εξαιτίας των σχολίων ή των βλεμμάτων που το πληγώνουν».

Το παιδί που έχει προσαρμοστεί καλά με την επιστροφή του στο σχολείο αρνείται πλέον να χάνει μαθήματα. Ωστόσο οι απουσίες είναι αναπόφευκτη συνέπεια της συνεχιζόμενης θεραπείας. Το παιδί που βρίσκεται ανάμεσα στο σχολείο και το νοσοκομείο, ακολουθεί ουσιαστικά δύο προγράμματα πλήρους απασχόλησης που το καθένα από αυτά έχει τις δικές του απαιτήσεις. Έτσι πάντα νιώθει την ανάγκη να μην αποκοπεί από αυτά που συμβαίνουν στο σχολείο. Εκτός από τις απουσίες, υπάρχει επίσης και η κόπωση, ένας παράγοντας που έχει έντονη επίδραση στη λειτουργικότητα του παιδιού σε καθημερινή βάση.

Σύμφωνα με την Παπαδάτου Δ.(1998): «Η διαμόρφωση ρεαλιστικών κριτηρίων για την επίδοση είναι μια πρόκληση τόσο για το παιδί όσο και για το δάσκαλο. Από τη μια πλευρά, οι σαφείς προσδοκίες είναι απαραίτητες για να νιώσει το παιδί ότι συμμετέχει στη διαδικασία της μάθησης και ότι αποτελεί κομμάτι της τάξης. Από την άλλη πλευρά, οι κακουχίες της αρρώστιας και της θεραπευτικής αγωγής, οι επανειλημμένες απουσίες, η κόπωση και το συναισθηματικό στρες είναι όλα παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη. Ο δάσκαλος θα πρέπει να αναγνωρίσει αυτούς τους παράγοντες, να έχει υπομονή και να σέβεται πάντα τις δυνατότητες και την αξιοπρέπεια του παιδιού. Ακόμη και με τις καλύτερες προθέσεις, δεν είναι εύκολο να διατηρηθεί μια ισορροπία ανάμεσα στην αυστηρότητα και την ευελιξία. Λάθος επιλογές σε αυτό το θέμα, μπορεί να αποθαρρύνουν το παιδί και να τι κάνουν να αισθανθεί ανεπαρκές, σε μια εποχή που δεν έχει το περιθώριο να αντέξει το κόστος παρόμοιων αντιδράσεων».

Όταν η θεραπεία ενός παιδιού πάει καλά, η αρχική διαγνωστική περίοδος μπορεί να είναι και η μοναδική περίοδος παρατεταμένης απουσίας από το σχολείο. Ωστόσο, για πολλά παιδιά, δεν είναι ασυνήθιστο γεγονός το να απουσιάζουν συχνά από το σχολείο. Αν και η πρώτη φορά που ξαναγυρίζει το παιδί στο σχολείο είναι η πιο δύσκολη-αφού δεν έχει υπάρξει προηγούμενη εμπειρία-οι επόμενες φορές που επιστρέφει πρέπει επίσης να

προγραμματίζονται με την ίδια φροντίδα, αν θέλουμε να είναι επιτυχημένες. Σε μερικές περιπτώσεις οι επόμενες φορές που θα επιστρέψει το παιδί στο σχολείο μπορεί να αποδειχθούν πιο δύσκολες. Για παράδειγμα, ένα παιδί του οποίου η αρρώστια υποτροπιάζει παρά τη θεραπεία, μετά από μια περίοδο που το παιδί φαινόταν και ένιωθε φυσιολογικό, μπορεί να θεωρήσει την επιστροφή στο σχολείο μετά την επανέναρξη της θεραπείας ως κάτι εξαιρετικά δύσκολο.

Ένα άλλο παράδειγμα είναι όταν ένα παιδί αλλάζει σχολείο, ενώ έχει ήδη επανενταχθεί στο οικείο σχολικό περιβάλλον μετά την πρώτη απουσία. Μπαίνει στο άλλο σχολείο όχι μόνο ως «καινούριο παιδί» αλλά και ως «το καινούριο παιδί που είναι άρρωστο». Πολλά παιδιά που έχουν ολοκληρώσει τη θεραπεία επιλέγουν να μη μιλήσουν στους συμμαθητές τους για το προηγούμενο ιατρικό τους ιστορικό, ακόμη και όταν αυτό είναι πρόσφατο. Κατά κάποιο τρόπο, το παιδί χρησιμοποιεί την αλλαγή σχολείου για να ανοίξει ένα νέο κεφάλαιο στη ζωή του, ελεύθερο από την αρρώστια. Οποιαδήποτε αποκάλυψη σε σχέση με το παρελθόν θα πρέπει να αφεθεί στη δική του κρίση.

«Η ίδια η αρρώστια ή κάποια μορφή θεραπείας (π.χ. ακτινοβολία στο κεντρικό νευρικό σύστημα) μπορεί να επηρεάσει μόνιμα τις γνωστικές λειτουργίες ενός παιδιού. Οι συνέπειες σε συγκεκριμένα πεδία μάθησης ή στη συμπεριφορά μπορεί να είναι άμεσες ή μακροπρόθεσμες. Ανάμεσα στις διαταραχές της συμπεριφοράς που παρατηρούνται συνήθως περιλαμβάνονται τα προβλήματα προσοχής ή ελέγχου των παρορμήσεων. Όποια και αν είναι η φύση της βλάβης, είναι σημαντική η ακριβής νευροψυχολογική αξιολόγηση και η συνεχής ενισχυτική διδασκαλία». Πουρκός Μ. (1999).

Ερευνητές αναφέρουν ότι τα παιδιά που υπέστησαν αγωγή, για τουλάχιστον οκτώ χρόνια νωρίτερα ήταν ακόμα λιγάκι 'πίσω' στην ανάγνωση και τα μαθηματικά, είχαν δυσκολία στη συγκέντρωση, τη μνήμη, την κατανόηση.(Pedcham). Όμως η έκταση των δυσκολιών ήταν περιορισμένη εκεί που η οικογένεια και το σχολείο προσέφεραν βοήθεια και στήριξη.

Κατά την Sourkes B.(1995) «Η αποφυγή του σχολείου είναι μια δυσλειτουργική ψυχολογική αντίδραση που υποδηλώνει την παρουσία σημαντικής δυσκολίας αποχωρισμού τόσο για το γονέα όσο και για το παιδί, αν και αυτό εκδηλώνεται μέσω της συμπεριφοράς του παιδιού. Παρότι δεν υπάρχει καμία σχετική ιατρική απαγόρευση, το παιδί αρνείται να πάει στο σχολείο. Ο φόβος αποχωρισμού, που απορρέει από την πραγματικότητα και ενυπάρχει σε συνθήκες όπου απειλείται η ζωή, καταλήγει σε μια καθηλωτική κατάσταση αγωνίας. Επίσης η αποφυγή του σχολείου μπορεί να εκδηλωθεί ως σύμπτωμα από μόνο του, ή ως αποτέλεσμα κάποιου άλλου συμπτώματος. Μπορεί να εκδηλωθεί σαφώς, με λεκτικές διαμαρτυρίες και ξεσπάσματα θυμού ή έμμεσα, μέσω παραπόνων για σωματικά προβλήματα. Οι γονείς δυσκολεύονται να αγνοήσουν ή να απορρίψουν τα παράπονα του παιδιού τους για σωματικά συμπτώματα, ιδιαίτερα εκείνα τα οποία με οποιοδήποτε τρόπο σχετίζονται με την αρρώστια. Δυστυχώς, συχνά ελαχιστοποιείται η σημασία της αποφυγής του σχολείου-ή δεν λαμβάνεται καθόλου υπόψη-μέχρι να κλιμακωθεί και να πάρει διαστάσεις κρίσης. Σε αυτές τις περιπτώσεις, η συστηματική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι απαραίτητη για να καταστεί δυνατή η επιστροφή του παιδιού στο σχολείο. Το γεγονός ότι οι επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν τον κίνδυνο που υπάρχει να αποφεύγει το σχολείο ένα παιδί που είναι σοβαρά άρρωστο, δημιουργεί μια συνθήκη πρόληψης, βάσει της οποίας η συνεχής παρακολούθηση της προσέλευσης του παιδιού στο σχολείο αποτελεί βασικό στοιχείο της συνολικής θεραπευτικής αντιμετώπισης».

Στα πρώτα στάδια της αρρώστιας, το σπίτι και το νοσοκομείο αποτελούν τα κύρια σημεία αναφοράς του παιδιού, ενώ το σχολείο είναι στο παρασκήνιο. Με το πέρασμα του χρόνου, η παντοδυναμία του νοσοκομείου υποχωρεί και το σχολείο αναδεικνύεται και πάλι ως το οικείο περιβάλλον όπου κατακτώνται τα εξελικτικά στάδια της παιδικής ηλικίας.

3.ΣΥΝΟΜΗΛΙΚΟΙ.

Οι σχέσεις με τους συνομηλίκους είναι μια πηγή επιβεβαίωσης για όλα τα παιδιά. Στα πλαίσια μιας απειλητικής για τη ζωή αρρώστιας, οι φίλιες στηρίζουν και ενισχύουν την αίσθηση που έχει το παιδί για την προσωπική του αξία. Δεν είναι ασυνήθιστο να αναπτύσσει το παιδί δύο κατηγορίες φίλων: εκείνους που προέρχονται από τον «υγιή» κόσμο του σχολείου και της γειτονιάς και τους άλλους από το νοσοκομείο, την κλινική και τις ειδικές κατασκηνώσεις για παιδιά με νεοπλασίες.

Η Sourkes B. (1995) αναφέρει: «Το παιδί συχνά εκφράζει φόβους για το πως θα αντιδράσουν οι συνομήλικοί του: θα ανεχθούν το γεγονός ότι είναι «διαφορετικό», θα το αποδεχθούν ή θα το κοροϊδεύουν, θα το απορρίψουν, θα το στιγματίσουν? Ποιος θα παραμείνει φίλος στις δύσκολες ώρες που θα έρθουν? Το παιδί φοβάται ότι οι «φίλοι από πριν» (μια έκφραση που χρησιμοποιείται συχνά) θα αποσυρθούν εξαιτίας του φόβου, επειδή δεν θα έχουν υπομονή, ή απλά επειδή δεν θα ξέρουν πως να πλησιάσουν».

Κατά τις Νίλσεν Μ. & Παπαδάτου Δ. (1999): «Οι αληθινοί φίλοι ξεχωρίζουν αμέσως από εκείνους που η αφοσίωσή τους κάμπτεται ή εξαφανίζεται μόλις χτυπήσει την πόρτα η αρρώστια, τα περισσότερα παιδιά αναφέρουν ότι μερικοί φίλοι στάθηκαν στο πλευρό τους, αν και όχι χωρίς αρκετές κακές στιγμές και παρεξηγήσεις. Οι δυσκολίες συνήθως περιστρέφονται γύρω από την αίσθηση ότι τα παιδιά έχουν μείνει έξω από το δίκτυο δραστηριοτήτων.

Οι συνομήλικοι που προσπαθούν να προσεγγίσουν το παιδί για πρώτη φορά την περίοδο μετά τη διάγνωση, βρίσκονται συχνά αντιμέτωποι με την επιφυλακτικότητα: το παιδί υποψιάζεται ότι ο λόγος του ενδιαφέροντός τους είναι ο οίκτος ή η περιέργεια. Με την

πάροδο του χρόνου, το παιδί αναπτύσσει βαθμιαία μια ιδιαίτερη ευαισθησία ως προς το ποια είναι τα κίνητρα των άλλων όταν το πλησιάζουν».

« Μερικά παιδιά, σε μια προσπάθεια υπεραναπλήρωσης, μετασχηματίζουν αυτό που θα μπορούσε να είναι στίγμα της αρρώστιας σε μια ιστορία θάρρους και περιπέτειας. Ειδικότερα, τοποθετούν σε νέο πλαίσιο τη διαφορετικότητά τους μετατρέποντας την εικόνα τους από εκείνη του θύματος σε εκείνη του ήρωα. Πολλά παιδιά επιλέγουν να κάνουν μια σχολική εργασία ή μια παρουσίαση σχετικά με την αρρώστια και τη θεραπεία τους. Περιγράφοντας την εμπειρία του το παιδί παρουσιάζει μια ωραιοποιημένη εικόνα στους συμμαθητές του. Οι γονείς μπορούν να διαδραματίσουν ένα σημαντικό ρόλο στο να διευκολύνουν την ανάπτυξη ή τη συνέχιση των σχέσεων του παιδιού τους με τους συνομήλικούς του. Μπορούν να συνεργαστούν ενεργά με το παιδί ή να δρουν «παρασκηνιακά» μαζί με άλλους γονείς, δασκάλους και τους υπεύθυνους για τις δημιουργικές δραστηριότητες μέσα στην κοινότητα. Παρόμοια στήριξη είναι ιδιαίτερα σημαντική και για το παιδί που δεν είναι πρόθυμο να διακινδυνεύσει τη δημιουργία κοινωνικών επαφών μετά τη διάγνωση. Όταν προκύψουν δύσκολες ή οδυνηρές αλληλεπιδράσεις με τους συνομήλικους, οι γονείς θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να στηρίζουν το παιδί προκειμένου να βρει τον τρόπο να αντιμετωπίσει την κατάσταση, παρά την τάση τους να θυμώσουν ή να υπερπροστατεύσουν το παιδί». Sourkes B. (1995).

Οι σχέσεις που αναπτύσσονται μέσα στο νοσοκομείο είναι διαφορετικής φύσης. Μέσα από την κοινή εμπειρία της αρρώστιας τα παιδιά δένονται μεταξύ τους, αισθάνονται σαν σύντροφοι και συναγωνιστές. Δημιουργούνται στενές φιλίες παρά το γεγονός ότι μπορεί να μην υπάρχουν άλλα κοινά στοιχεία μεταξύ τους και παρά τις διαφορές που κανονικά θα έπρεπε να τα χωρίζουν. Το παιδί συχνά αναφέρει ότι οι άλλοι άρρωστοι είναι οι μόνοι που καταλαβαίνουν πραγματικά τι έχει περάσει.

Υπήρξε, και σε μερικά νοσοκομεία εξακολουθεί να υπάρχει, διχογνωμία για το κατά πόσον τα παιδιά με απειλητικές για τη ζωή αρρώστιες πρέπει να νοσηλεύονται όλα μαζί σε ένα τμήμα, ή αντίθετα να νοσηλεύονται σε διάφορα παιδιατρικά τμήματα. Τελευταία, όλο και περισσότερο, τα παιδιά νοσηλεύονται μαζί τόσο για να διευκολυνθεί η θεραπευτική αγωγή, όσο και επειδή έχει αναγνωριστεί η σπουδαιότητα του υποστηρικτικού δικτύου που αναπτύσσεται ανάμεσα σε παιδιά και γονείς.

Την τελευταία δεκαετία, δημιουργήθηκαν καλοκαιρινές κατασκηνώσεις ειδικά για παιδιά με αρρώστιες απειλητικές για τη ζωή. Αυτά τα προγράμματα προσφέρουν στο παιδί την αίσθηση ότι ανήκει κάπου, την ανακούφιση να είναι η πλειοψηφία και όχι μία μειοψηφία στον ευρύτερο κόσμο. Η έντονη αίσθηση ότι έχουν κάποια αδυναμία αναιρείται με την αναγνώριση ότι όλα τα παιδιά έχουν περάσει από παρόμοιες δοκιμασίες.

Σύμφωνα με την Sourkes B. (1995): «Η τάση του παιδιού να αναπτύξει σχέσεις με άλλα άρρωστα παιδιά πρέπει να γίνεται σεβαστή. Ωστόσο οι ακραίες καταστάσεις μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα. Η απροθυμία ενός παιδιού να έχει οποιαδήποτε επαφή με άλλα παιδιά μπορεί να δηλώνει τη δυσκολία του να ενσωματώσει την αρρώστια στην εικόνα του εαυτού του. Από την άλλη ένα παιδί που επενδύει υπερβολικά στη σχέση με τα άλλα άρρωστα παιδιά, αρχίζει να ζει σε ένα κόσμο όπου υπάρχει μόνο η αρρώστια και η απώλεια. Τα περισσότερα παιδιά πετυχαίνουν τελικά μια ισορροπία ανάμεσα στη σχέση και το ενδιαφέρον προς τα άλλα άρρωστα παιδιά και τη διατήρηση της επαφής με τον κόσμο των υγιών, στον οποίο επιθυμούν να επιστρέψουν».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

ΣΗΜΑΣΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΥΠΑΡΞΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΞΕΝΩΝΕΣ.

Η ύπαρξη κοινωνικών υπηρεσιών στους ξενώνες είναι πρωταρχικής σημασίας καθώς καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ενεργειών. Κύριο μέλημα της διεπιστημονικής ομάδας είναι να βοηθήσει την προσαρμογή στο νέο περιβάλλον τόσο των παιδιών όσο και των συνοδών τους. Γνωρίζοντας ότι η νέα πραγματικότητα που βιώνουν, σε συνδυασμό με την ανίατη ασθένεια δημιουργεί στους εξυπηρετούμενους ανασφάλεια. Το γεγονός ότι η κοινωνική εργασία τους απευθύνεται σε παιδιά ιδιαίτερα ευαίσθητα λόγω ηλικίας και ασθένειας χρειάζεται λεπτομερή και προσεχτικό χειρισμό. Το έργο τους συνίσταται στην ψυχολογική υποστήριξη των εξυπηρετούμενων με στόχο την αποβολή του άγχους, την καλύτερη προσαρμογή τους και την αποδοχή της κατάστασης. Προκειμένου η διαβίωση των παιδιών στους ξενώνες να είναι λειτουργική και όσο το δυνατόν ευχάριστη, απαραίτητη κρίνεται και η δημιουργική απασχόληση των παιδιών ατομικά ή σε ομάδες. Επίσης βοήθεια χρειάζονται και οι γονείς καθώς πρέπει να εκπαιδευτούν στο πώς θα αντιμετωπίσουν την κατάσταση και στο πώς θα χειρίζονται τα δύσκολα συναισθήματα που θα τους δημιουργεί αυτή. Τόσο η στήριξη όσο και η ενθάρρυνση τους μπορεί να τους βοηθήσει να αναπτύξουν άμυνες και να εναρμονιστούν με τις μεταβολές που συντελούνται στο κοινωνικό και οικογενειακό τους περιβάλλον. Εκτός από τα παραπάνω εξ'ίσου σημαντική είναι η βοήθεια στην αντιμετώπιση πρακτικών αναγκών. Η κοινωνική υπηρεσία πληροφορεί τους εξυπηρετούμενους για τα δικαιώματά τους και πολλές φορές αναλαμβάνει διαμεσολαβητικό ρόλο μεταξύ αυτών και των δημόσιων υπηρεσιών. Σε ιδιαίτερες περιπτώσεις διεξάγει κοινωνική έρευνα προκειμένου

να ενισχυθούν οικονομικά. Τέλος, καθοριστική είναι και η συμβολή τους στην ψυχοκοινωνική ενίσχυση των εξυπηρετούμενων κατά την έξοδο τους από τον ξενώνα και την επιστροφή στο οικείο περιβάλλον. Ιδανικό βέβαια θα ήταν η συνεργασία των κοινωνικών υπηρεσιών με τα άτομα και στη συνέχεια, σαν ένα είδος παρακολούθησης. Ωστόσο δεν γνωρίζουμε κατά πόσο αυτό θα μπορούσε να είναι πρακτικά εφικτό.

ΕΝΟΤΗΤΑ V

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ

ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ

ΣΥΛΛΟΓΟΙ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ

ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

ΣΥΛΛΟΓΟΙ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗΣ

ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

1. «Κάνε Μια Ευχή», 210-9637660
2. «ΛΑΜΨΗ», Θεσσαλονίκη 2310-943396 (γονέων παιδιών με καρκίνο)
3. «ΣΤΟΡΓΗ», Θεσσαλονίκη 2310-544320 (φίλων παιδιών)
4. Σύλλογος Καρκινοπαθών Μακεδονίας-Θράκης, 2310-241911
5. Σύλλογος «ΙΑΣΩ» γονέων κ' φίλων παιδιών, Λάρισα 2410-550060
6. Σύλλογος «ΗΛΙΑΧΤΙΔΑ», Ηράκλειο Κρήτη 2810-284009
7. Σύλλογος «ΠΙΣΤΗ», 210-7486880
8. Σύλλογος Και Ξενώνας «ΦΛΟΓΑ», 210-7485000
9. Σύλλογος Και Ξενώνας «ΕΛΠΙΔΑ», 210-7777168

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ

1.ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

ΓΙΑ ΝΑ ΜΗΝ ΜΕΝΟΥΝ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΑΠΟ ΑΠΟΥΣΙΕΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ

Διαδικασία:

- Ζητάτε γνωμάτευση από τον θεράποντα γιατρό, την οποία προσκομίζετε στην Υγειονομική Επιτροπή.
- Το παιδί θα περάσει από επιτροπή για να αποφασιστεί ότι έχει αναπηρία πάνω από 67%.
- Την γνωμάτευση και την απόφαση της επιτροπής τα προσκομίζετε στην Διεύθυνση Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης της περιοχής σας όπου κάνετε μια αίτηση για να κριθεί το παιδί «κατ' οίκον διδαχθέν».
- Αυτή την απόφαση της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης την προσκομίζετε στο σχολείο του παιδιού και έτσι δικαιολογούνται οι απουσίες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Διαδικασία:

- Παίρνετε από τον γιατρό την γνωμάτευση που να αναφέρεται ότι θα χρησιμοποιηθεί για εισαγωγή στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση.
- Καταθέτετε την γνωμάτευση στην Υγειονομική Επιτροπή, απ' όπου το παιδί παίρνει βεβαίωση αναπηρίας 67%.
- Καταθέτετε την βεβαίωση της Υγειονομικής Επιτροπής στην Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση.
- Τα παιδιά δίνουν τα ίδια μαθήματα αλλά με διαφορετικά θέματα. Στις σχολές μπαίνει το 3% όλων των παιδιών.
- Αφού το παιδί δώσει εξετάσεις, καταθέτετε στις Γραμματείες των σχολών που επιθυμεί: επικυρωμένο απολυτήριο Λυκείου, επικυρωμένη βεβαίωση της Υγειονομικής Επιτροπής (πρόσφατη το περισσότερο 3 μηνών), γνωμάτευση από διευθυντή κλινικής, μια αίτηση, φωτοαντίγραφο της ταυτότητας του και 6 φωτογραφίες (ίσως κάποιες σχολές σας ζητήσουν και κάποια άλλα δικαιολογητικά). Σε περίπτωση που δεν πάει το ίδιο το παιδί να κάνει τις αιτήσεις στις σχολές που ενδιαφέρεται, πρέπει να κάνει εξουσιοδότηση στο άτομο που θα πάει αντ' αυτού.

2. ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΟΥ Ι.Κ.Α

ΠΡΑΞΕΙΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Το ΙΚΑ αποδίδει δαπάνες για πράξεις φυσικοθεραπείας σύμφωνα με την κρατική διατίμηση. Η απόδοση της δαπάνης γίνεται από το Τμήμα Παροχών Ασθενείας της Μονάδας Ασφάλισης του τόπου κατοικίας του ασφαλισμένου.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Βιβλιάριο υγείας.
- Παραπεμπτικό θεραπευτή ιατρού ειδικότητας υπογεγραμμένο από τον ελεγκτή ιατρό του ΙΚΑ.
- Απόδειξη φυσιοθεραπευτή.

ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Το ΙΚΑ χορηγεί είδη πρόσθετης περίθαλψης η δαπάνη των οποίων αποδίδεται στο Τμήμα Παροχών Ασθενείας της Μονάδας Ασφάλισης του ΙΚΑ της κατοικίας του ασφαλισμένου.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Βιβλιάριο υγείας.
- Εντολή θεραπευτή ιατρού ειδικότητας, υπογεγραμμένη από τον ελεγκτή ιατρό του ΙΚΑ.
- Γνωμάτευση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής (ΑΥΕ) και έλεγχος καταλληλότητας της (ΑΥΕ) για τα εξής είδη:
 - (α) Αναπηρικά αμαξίδια ελαφρού τύπου.
 - (β) Ηλεκτροκίνητα ενισχυμένα αναπηρικά αμαξίδια.
 - (γ) Ηλεκτροκίνητα ενισχυμένα αναπηρικά αμαξίδια.
 - (δ) Όλα τα τεχνητά μέλη (χέρια- πόδια).
 - (ε) Μηχανήματα ορθοστασίας και βάδισης WALK ABOUT και ARGO.
 - (στ) Ορθοστατηπεριπατούρες.
 - (ζ) Όλοι οι ορθοστάτες.
 - (η) Αναπηρικό κάθισμα R82 – flamingo.
 - Πρωτότυπη απόδειξη αγοράς.

- Εγγύηση καλής λειτουργίας.
- Βεβαίωση για επάρκεια service- ανταλλακτικών.
- Υπεύθυνη δήλωση για τα υψηλού κόστους είδη ότι θα τα έχουν σπίτι τους.
- Εγχειρίδιο λειτουργίας για τα υψηλού κόστους.

ΕΚΤΑΚΤΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Το ΙΚΑ αποδίδει δαπάνη για νοσηλεία σε μη συμβεβλημένα με το ΙΚΑ θεραπευτήρια (ιδιωτικές κλινικές) σύμφωνα με την κρατική διατίμηση σε επείγουσες περιπτώσεις.

Η απόδοση της δαπάνης γίνεται από το Τμήμα Μονάδας Ασφάλισης του ΙΚΑ του τόπου κατοικίας του ασφαλισμένου, όπου υπηρεσιακά αποστέλλονται τα δικαιολογητικά από τη Μονάδα Υγείας στην οποία υποβλήθηκαν.

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ

Ο δικαιούχος να αναγγείλει την έκτακτη νοσηλεία του στην Υγειονομική μονάδα του ΙΚΑ που βρίσκεται το μη συμβεβλημένο θεραπευτήριο μέσα σε (30) μέρες από την είσοδο του σ' αυτό και

Το περιστατικό να κριθεί επείγον από τον αρμόδιο ελεγκτή γιατρό του ΙΚΑ.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Βιβλιάριο υγείας.
- Αίτηση στη Μονάδα Υγείας του ΙΚΑ που εποπτεύει την κλινική, με συνημμένα τα πρωτότυπα δικαιολογητικά δαπανών.

ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΑΔΕΛΦΗ

Το ΙΚΑ σε εξαιρετικά βαριά περιστατικά νοσηλείας σε Κρατικά Νοσοκομεία ή Ιδιωτικές κλινικές μη συμβεβλημένες αποδίδει τη δαπάνη για τη χρησιμοποίηση αποκλειστικής νοσοκόμας μόνο κατά τη διάρκεια της νύχτας.

Η δαπάνη αποδίδεται στο Τμήμα Παροχών της Μονάδας Ασφάλισης του ΙΚΑ του τόπου κατοικίας με υποβολή των απαραίτητων δικαιολογητικών.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Βιβλιάριο υγείας.
- Εξιτήριο του νοσοκομείου ή της κλινικής.
- Γνωμάτευση του Δ/ντή της κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου εφόσον πρόκειται για νοσηλεία σε Κρατικά Νοσοκομεία και Νομικού Προσώπου Δημόσιου Δικαίου ή έγκριση του αρμόδιου ελεγκτή ιατρού ΙΚΑ για νοσηλεία σε Ιδιωτικές κλινικές μη συμβεβλημένες.

Και στις δύο περιπτώσεις η έγκριση πρέπει να δοθεί εντός 8 εργάσιμων ημερών από την έναρξη της χρησιμοποίησης της.

- Απόδειξη της αποκλειστικής αδελφής θεωρημένη από την προϊσταμένη του νοσοκομείου ή της κλινικής.

ΕΞΟΔΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ

Το ΙΚΑ καλύπτει έξοδα μετακίνησης με τα συνήθη μέσα μεταφοράς (τρέινο, λεωφορείο, πλοίο) στο πλησιέστερο κέντρο παροχών που μπορεί να παρασχεθεί ιατρική περίθαλψη. Τα έξοδα μετακίνησης περιλαμβάνουν:

1. Τα 4/5 των εξόδων μετάβασης και επιστροφής του ασθενή και του τυχόν συνοδού του με τα συνήθη μέσα μεταφοράς.
2. Ημερήσια αποζημίωση ίση με το 100% του εκάστοτε ισχύοντος τεκμαρτού ημερομισθίου της τρίτης ασφαλιστικής κλάσης για μετακινούμενους σε Αθήνα, Πειραιά και Θεσ/νίκη και 80% για τις λοιπές πόλεις. Η αποζημίωση αυτή υπολογίζεται από την ημέρα που αναχωρεί από τον τόπο κατοικίας ο ασθενής μέχρι την ημέρα που θα εισαχθεί στο Νοσοκομείο ή θα επιστρέψει , δεν μπορεί όμως να υπερβεί τις 10 ημέρες για τον ασθενή. Για τον τυχόν αναγκαίο συνοδό η αποζημίωση δεν μπορεί να υπερβεί τις 5 ημέρες.
3. Σε περίπτωση θανάτου του ασθενή κατά τη διάρκεια της μετακίνησης του με δαπάνες του ΙΚΑ, το Ίδρυμα συμμετέχει κατά 4/5 στα έξοδα μεταφοράς της σορού με ειδικό μέσο, μέχρι του εξαπλάσιου του ποσού της τιμής του συνήθους συγκοινωνιακού μέσου της ίδιας διαδρομής.

Η δαπάνη των εξόδων μετακίνησης αποδίδεται από το Τμήμα Παροχών της Μονάδας Ασφάλισης του ΙΚΑ του τόπου κατοικίας του ασφαλιζόμενου.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Βιβλιάριο υγείας.
- Δελτίο μετακίνησης υπογεγραμμένο από τον Υγειονομικό Δ/ντή και το Διοικητικό Δ/ντή.
- Εισιτήρια.
- Θεώρηση από τον ελεγκτή γιατρό του κρατικού νοσοκομείου ή από τον Δ/ντή της πλησιέστερης Μονάδας Ασφάλισης ΙΚΑ εάν η περίθαλψη παρασχέθηκε σε συμβεβλημένο εργαστήριο.

ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΩΝ – ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΚΩΝ (ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ)

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Βιβλιάριο υγείας.
- Γνωμάτευση από Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή.

Τρόπος απόδοσης δαπάνης:

1) Εφάπαξ ποσό (Χωρίς αποδείξεις ταξί):

Μετακινήσεις εντός αστικών κέντρων:

Αθήνα – Πειραιάς: € 160 μηνιαίως

Θεσσαλονίκη: € 150 μηνιαίως

Ηράκλειο – Πάτρα: € 100 μηνιαίως

Υπόλοιπα αστικά κέντρα: € 80 μηνιαίως

2) Με αποδείξεις ταξί:

Μετακίνηση από χωριά σε αστικά κέντρα:

Η δαπάνη αποδίδεται με βάση τη χιλιομετρική απόσταση.

ΕΠΕΙΓΟΥΣΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Βιβλιάριο υγείας
- Ιατρική
- Γνωμάτευση για το επείγον και το επιβεβλημένο της μετακίνησης με ειδικό μέσο.
- Απόδειξη ή εισιτήριο του μέσου μετακίνησης.
- Εισαγωγή (εισιτήριο) του νοσοκομείου που μεταφέρθηκε ο ασθενής.

Η δαπάνη των εξόδων μετακίνησης αποδίδεται στο Τμήμα Παροχών της Μονάδας Ασφάλισης του ΙΚΑ του τόπου κατοικίας του ασφαλιζόμενου.

3.ΠΑΡΟΧΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

● **ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ**

● **ΕΠΙΔΟΜΑ ΒΑΡΙΑΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

● **ΕΚΤΑΚΤΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ**

● **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΣΕ ΑΝΑΠΗΡΟΥΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ**

● **ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ**

ΕΠΙΔΟΜΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Γνωμάτευση από το θεράποντα γιατρό, που θα αναγράφεται η νόσος, η διάρκεια νοσηλείας και ότι θα χρησιμοποιηθεί για τη χορήγηση επιδόματος.
- Καταθέτετε την γνωμάτευση του γιατρού στην Υγειονομική Επιτροπή για να περάσει το παιδί από επιτροπή, απ' όπου θα πάρει βεβαίωση ότι πάσχει από αναπηρία 67%. Να σημειωθεί ότι θα χρησιμοποιηθεί για επίδομα, εφορία και για το σχολείο (εφόσον το παιδί πάει σχολείο).
- Καταθέτετε την βεβαίωση της Υγειονομικής Επιτροπής στην Κοινωνική Πρόνοια και περιμένετε να γίνει δεκτό το αίτημα σας για χορήγηση επιδόματος.

ΕΠΙΔΟΜΑ ΒΑΡΙΑΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Αίτηση του αναπήρου προς τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας.
- Γνωμάτευση Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής. Στη γνωμάτευση πρέπει να αναγράφεται η πάθηση, ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω, η χρονική διάρκεια, ανίκανος για κάθε βιοποριστική εργασία και ότι ισχύει για επίδομα.
- Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης από το Δήμο που ανήκετε.

- Λογαριασμό του Ο.Τ.Ε. ή της Δ.Ε.Η. (ότι είναι στο όνομα σας).
- Μία (1) πρόσφατη φωτογραφία.
- Φωτοτυπία ταυτότητας του αναπήρου επικυρωμένη από την Αστυνομία.
- Φωτοτυπία του τελευταίου εκκαθαριστικού της Εφορίας επικυρωμένη από την εφορία.
- Επικυρωμένη φωτοτυπία βιβλιάρου ασθένειας (σελίδα φωτογραφίας και τελευταίας θεώρησης).
- Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 (Ν.105) στην οποία θα αναφέρονται τα εξής:

(α) Ότι τα χρήματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τις ανάγκες μου.

(β) Ότι αναλαμβάνω την υποχρέωση να ειδοποιώ αμέσως την Υπηρεσία σας για την οποιαδήποτε μεταβολή – έναρξη εργασίας, συνταξιοδότηση από οποιοδήποτε φορέα, επιδότηση από κάποιο άλλο ταμείο, αλλαγή κατοικίας, εισαγωγή του σε Ίδρυμα ή φυλακή, θάνατος ατόμου της οικογένειας κ.λ.π.

(γ) Ότι δεν λαμβάνω καμία άλλη οικονομική ενίσχυση από οποιαδήποτε άλλη πηγή της ημεδαπής ή της αλλοδαπής.

(δ) Έχω ασφαλιστικό φορέα.....(Τι ιατροφαρμακευτική περίθαλψη).

(ε) Συντηρούμαι από.....(Πόροι ζωής).

(στ) Το παλαιό επάγγελμα μου ήταν.....

(ζ) Ποιος θα είναι υπεύθυνος είσπραξης του επιδόματος.

- **Η υπεύθυνη δήλωση θα είναι επικυρωμένη από την Αστυνομία σε περίπτωση που ο ανάπηρος δεν προσέρχεται ο ίδιος στην Κοινωνική Πρόνοια.**

Κατά περίπτωση απαιτούμενα δικαιολογητικά:

- Απόκομμα σύνταξης.
- Βεβαίωση του ασφαλιστικού φορέα του αναπήρου (Ι.Κ.Α., Τ.Ε.Β.Ε, Ν.Α.Τ., Ο.Γ.Α., Τ.Α.Ε. κ.λ.π.) ότι δεν δικαιούται επίδομα ή σύνταξη αναπηρίας γιατί δεν έχει τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις για να πάρει.

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Πριν παραδώσετε απόφαση της Υγειονομικής Επιτροπής στο γραφείο Βαριάς Αναπηρίας βεβαιωθείτε ότι κρατάτε φωτοτυπία. Σας είναι απαραίτητη.

Για κάθε φωτοτυπία που θέλετε να επικυρώσετε απαιτείται χαρτόσημο των 150 δρχ.

Το γραφείο Βαριάς Αναπηρίας δέχεται το κοινό ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ 8:00 ΕΩΣ 13:30.

ΙΚΑ: Παπαδιαμαντοπούλου 87 Ζωγράφου

ΤΕΒΕ: Σατωβριάνδου 18 Αθήνα

ΟΓΑ: Πατησίων 30 Αθήνα

ΤΑΕ: Βουλής 8-10 Αθήνα

ΟΙΚ. ΝΑΥΤΟΥ: Κ. Παλαιολόγου 15 – Πειραιάς

ΝΑΤ: Εθνικής Αντιστάσεως 1 – Πειραιάς

ΕΚΤΑΚΤΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Αίτηση προς τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας.
- Δήλωση του Ν. 1599/86 για την οικογενειακή και οικονομική κατάσταση.
- Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκκαθαριστικού σημειώματος ή φορολογικής δήλωσης.
Σε περίπτωση που δεν κάνουν φορολογική δήλωση, επικυρωμένη από την οικεία εφορεία δήλωση του Ν. 1599/86 ότι δεν υποβάλλουν φορολογική δήλωση.
- Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης.
- Βεβαίωση μόνιμης κατοικίας.
- Έγγραφα παραστατικά στοιχεία με τα οποία θα αποδεικνύεται το έκτακτο γεγονός, όπως:
- Ιατρικές γνωματεύσεις για την ασθένεια, τον απαιτούμενο χρόνο νοσηλείας και την αδυναμία ασκήσεως βιοποριστικής εργασίας.
- Ή όποιο άλλο στοιχείο που αποδεικνύει ότι ο ενδιαφερόμενος δεν μπορεί να αντιμετωπίσει το έκτακτο γεγονός.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΣΕ ΑΝΑΠΗΡΟΥΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

Αίτηση προς τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας με την οποία να ζητεί τη χορήγηση της οικονομικής ενίσχυσης.

- Βεβαίωση του οικείου Δήμου ή Κοινότητας στην οποία να βεβαιώνεται η ηλικία του αναπήρου, η σύνθεση της οικογένειας στην οποία ζει, η συγγενική σχέση της οικογένειας προς το ανάπηρο άτομο, καθώς και η μόνιμη διαμονή του προς επιδότηση. Σε περίπτωση που ο Δήμος ή η Κοινότητα δεν μπορούν να βεβαιώσουν ορισμένα από τα ανώτερα στοιχεία, αυτά θα λαμβάνονται από την έκθεση κοινωνικού λειτουργού.
- Γνωμάτευση της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής στην οποία να βεβαιώνεται το είδος της αναπηρίας ή της πάθησης, αν η αναπηρία ή η πάθηση αυτή τον καθιστά ανίκανο να αυτοεξυπηρετηθεί και εάν έχει ανάγκη βοήθειας άλλου ατόμου και τέλος αν μπορεί να ασκήσει κάποιο βιοποριστικό επάγγελμα.
- Για την έκδοση της γνωμάτευσης υποβάλλονται στην Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή αίτηση του ίδιου του αναπήρου ή νόμιμου αντιπροσώπου του (πατέρας, μητέρα, κηδεμόνας κ.λ.π.), μαζί με ιατρική γνωμάτευση από το Νοσοκομείο.
- Υπεύθυνη δήλωση του ΝΔ 105/69 στην οποία να δηλώνονται τα εξής:

(α) Η μόνιμη κατοικία, η σύνθεση και το μηνιαίο εισόδημα της οικογένειας στην οποία διαβιώνει το άτομο.

(β) Ότι η παρεχόμενη βοήθεια θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά και μόνο για τις ανάγκες του ατόμου.

(γ) Ότι το άτομο και η οικογένεια του δεν εισπράττει άμεσα ή έμμεσα σύνταξη ή άλλη οικονομική ενίσχυση από οποιαδήποτε πηγή της ημεδαπής ή της αλλοδαπής.

Σε περίπτωση που εισπράττει κάποια άλλη οικονομική ενίσχυση τότε δηλώνεται το ποσό αυτό με κάθε λεπτομέρεια.

(δ) Ότι αναλαμβάνει την υποχρέωση να ειδοποιήσει αμέσως την αρμόδια υπηρεσία για οποιαδήποτε αλλαγή του τόπου κατοικίας του, θανάτου ή λήψη οικονομικής ενίσχυσης ή σύνταξης κ.λ.π.

ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

Α) ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΕΚΔΟΣΗ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟΥ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΑΔΥΝΑΤΩΝ:

- Αίτηση (χορηγείται από την Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας).
- Εκκαθαριστικό Εφορίας ή υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 με σφραγίδα της αρμόδιας εφορίας.
- Λογαριασμό ΔΕΗ ή ΟΤΕ στο όνομα του ενδιαφερόμενου ή απόδειξη ενοικίου εάν δεν προκύπτει από την φορολογική δήλωση ο τόπος κατοικίας.
- Υπεύθυνη δήλωση Ν. 1599/86 στην οποία θα δηλώνεται ότι δεν είναι ασφαλισμένος/ η σε κανένα από τα ταμεία ΙΚΑ, ΤΕΒΕ, ΟΓΑ,
- ΝΑΤ κ.λ.π. (χορηγείται από την Κοινωνική Πρόνοια).

Γ) ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΕΙ ΓΙΑ ΔΩΡΕΑΝ ΤΑΦΗ ΤΟΥ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΑΔΥΝΑΤΟΥ:

- Αίτηση των συγγενών.
- Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 από τους συγγενείς, ότι αδυνατούν να καλύψουν τα έξοδα ταφής.
- Ληξιαρχική πράξη θανάτου.
- Φωτοτυπία του βιβλιαρίου ανασφαλιστού του αποβιώσαντος.

- Σε περίπτωση αναδρομικής ισχύος, βεβαίωση νοσοκομείου για την ημερομηνία εισόδου και συνεχιζόμενης νοσηλείας του/ της.
- Φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας.
- Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης (από το δήμο ή την κοινότητα).
- Για διαζευγμένους: αντίγραφο διαζυγίου και επιμέλεια παιδιών.
- Δύο φωτογραφίες σε περίπτωση που εκδίδεται για πρώτη φορά το βιβλιάριο της πρόνοιας.

B) ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΣΕ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΦΟΡΕΑ ΠΡΟΒΛΕΠΕΤΑΙ:

- Αίτηση.
- Υπεύθυνη δήλωση.
- Εκκαθαριστικό Εφορίας ή υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 με σφραγίδα της αρμόδιας εφορίας.
- Απλή φωτοτυπία των διατάξεων που προβλέπουν το πιστοποιητικό ως απαραίτητο δικαιολογητικό στο φορέα που θα χρησιμοποιηθεί.

4.ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΟΥ Ο.Γ.Α.

● **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

● **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ**

● **ΕΚ ΤΩΝ ΥΣΤΕΡΩΝ ΕΓΚΡΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ**

● **ΕΚΤΑΚΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ
ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ**

● **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Περιλαμβάνει:

- Πλήρη νοσοκομειακή περίθαλψη στην Γ΄ θέση των Κρατικών νοσοκομείων, των θεραπευτηρίων του Ι.Κ.Α και των συμβεβλημένων Θεραπευτηρίων και Κλινικών. Η δαπάνη για διαφορά θέσης βαρύνει τον ασφαλισμένο.
- Περίθαλψη σε συμβεβλημένα του Ο.Γ.Α θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων.
- Περίθαλψη σε μη συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές.

Διαδικασία και προϋποθέσεις εισαγωγής και νοσηλείας σε:

Νοσοκομεία- θεραπευτήρια του Ι.Κ.Α

Μέσω των εξωτερικών ιατρείων με την προσκόμιση του βιβλιαρίου Υγείας.

Συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές

- Όταν Κρατικό Νοσοκομείο αδυνατεί αποδεδειγμένα να προσφέρει στον ασφαλισμένο την απαιτούμενη νοσηλεία η οποία δεν επιδέχεται αναβολή λόγω της σοβαρής κατάστασης του ασθενή.
- Όταν πρόκειται για επείγον περιστατικό άμεσης εισαγωγής για νοσηλεία. Στην περίπτωση αυτή η κλινική ειδοποιεί εντός 48 ωρών τη Δ/ νση Υγείας για να πάρει σχετική έγκριση.

- Προσκόμιση του βιβλιαρίου Υγείας.

Οι δαπάνες νοσηλείας αποδίδονται από τον ΟΓΑ απευθείας στις Κλινικές.

Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων

- Αίτηση του ασθενή προς το Θ.Χ.Π. (Θεραπευτήριο χρόνιων παθήσεων).
- Βιβλιάριο Υγείας.
- Έγκριση από τη Δ/ση Κοινωνικής Πρόνοιας, στην οποία υπάγεται το Θ.Χ.Π., τηρούμενης πάντοτε της σειράς προτεραιότητας.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εισαγωγή του ασθενή είναι να μη μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί.

Επίσης, να πληρούνται οι όροι που προβλέπονται από τον Κανονισμό των Θ.Χ.Π.

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Προϋποθέσεις:

- Αν η διάγνωση ή η θεραπεία της πάθησης του ή η εφαρμογή μιας πρόθεσης δεν μπορεί να γίνει στην Ελλάδα αλλά είναι δυνατή στο εξωτερικό.
- Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή, η έγκαιρη αντιμετώπιση του περιστατικού στην Ελλάδα με αποτέλεσμα να κινδυνεύει άμεσα η ζωή του ασθενή.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Γνωμάτευση γιατρού – Δ/ντη Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου ή Πανεπιστημιακής Κλινικής, της αντίστοιχης με την πάθηση ειδικότητας (με θεωρημένο το γνήσιο της υπογραφής αυτού από τις Διοικητικές Υπηρεσίες του Νοσοκομείου), στην οποία θα πρέπει να περιγράφεται το είδος της πάθησης ή της βλάβης και το ανέφικτο της αντιμετώπισης στην Ελλάδα.
- Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η έγκαιρη αντιμετώπιση του περιστατικού στην Ελλάδα απαιτείται, πέραν της προαναφερόμενης γνωμάτευσης, βεβαίωση από (2) τουλάχιστον Νοσηλευτικά Ιδρύματα της χώρας μας, ότι λόγω πληρότητας δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν το περιστατικό έγκαιρα.
- Σε περίπτωση μεταμόσχευσης ιστών ή οργάνων δεν χρειάζεται γνωμάτευση γιατρού-Δ/ντου αλλά απόφαση του **Εθνικού- Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων** (ΕΟΜ Πλουτάρχου 3- Κολωνάκι Τηλ. 7249371 & 7248589) όπου και θα πρέπει να απευθύνεται ο ενδιαφερόμενος.
- Έγγραφο ή fax του Νοσοκομείου του εξωτερικού που θα νοσηλευτεί ο ασθενής, στο οποίο να αναφέρεται η ημερομηνία εισαγωγής του, το ποσόν που τυχόν θέλει το νοσοκομείο ως προκαταβολή ή εφόσον η νοσηλεία θα γίνει σε χώρα- μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αν το νοσοκομείο δέχεται για την κάλυψη των εξόδων νοσηλείας, το έντυπο E112.
- Δικαιολογητικά υπαγωγής στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α.

Τα εν λόγω δικαιολογητικά διαβιβάζονται από την Υπηρεσία του Ο.Γ.Α. σε αρμόδια Ειδική Υγειονομική Επιτροπή, η οποία αποφασίζει για την αναγκαιότητα ή μη της νοσηλείας στο εξωτερικό.

Που πραγματοποιείται η νοσηλεία:

- Σε Κρατικά Νοσοκομεία της Ευρώπης.
- Σε Κρατικά Νοσοκομεία εκτός Ευρώπης (Η.Π.Α. κ.λ.π.), για περιστατικά που δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν σε Ευρωπαϊκή χώρα και εφόσον αυτό αναγράφεται στην ιατρική γνωμάτευση που απαιτείται.

* Νοσηλείες σε ιδιωτικές κλινικές του εξωτερικού εγκρίνονται μόνο για περιστατικά που αφορούν παιδιά ηλικίας μέχρι 14 ετών.

Ποιες δαπάνες αποδίδονται από τον Ο.Γ.Α:

- Όλα τα έξοδα νοσηλείας. Η πληρωμή γίνεται από τον Ο.Γ.Α απευθείας στο Νοσοκομείο.
- Οι δαπάνες μετάβασης και επιστροφής του ασθενή και του τυχόν συνοδού.
- Ημερήσια κατ' άτομο αποζημίωση δαπανών διαμονής και διατροφής στο εξωτερικό, ποσού ίσου με το διπλάσιο του εκάστοτε ημερομίσθιου του ανειδίκευτου εργάτη για: (α) τον ασθενή, για κάθε μέρα δικαιολογημένης παραμονής τους εκτός του Θεραπευτηρίου και (β) τον τυχόν συνοδό για όσες ημέρες θα παραμείνει ο ασθενής δικαιολογημένα στο εξωτερικό.

Σε περίπτωση που σύμφωνα με απόφαση της Ειδικής Υγειονομικής Επιτροπής, το περιστατικό μπορεί να αντιμετωπισθεί σε χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά ο ασφαλισμένος νοσηλευθεί σε άλλη μη Ευρωπαϊκή χώρα, ο Ο.Γ.Α αποδίδει μόνο το 30% των προαναφερόμενων δαπανών.

Δικαιολογητικά που υποβάλλονται μετά την επιστροφή του ασθενή:

- Πρωτότυπα τιμολόγια δαπανών νοσηλείας
- Διαβατήρια
- Αεροπορικά εισιτήρια και απόδειξή τους
- Αναλυτική ιατρική έκθεση του Νοσοκομείου που έγινε η νοσηλεία

ΕΚ ΤΩΝ ΥΣΤΕΡΩΝ ΕΓΚΡΙΣΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ.

Αν ο ασθενής αναχωρήσει επειγόντως για το εξωτερικό χωρίς να ακολουθήσει την προβλεπόμενη διαδικασία προέγκρισης, γιατί υπήρχε ανάγκη άμεσης αντιμετώπισης της περίπτωσης του, τα σχετικά έξοδα θα μπορούν να καλυφθούν από τον Ο.Γ.Α εκ των υστέρων, μετά από σχετική έγκριση της αρμόδιας Ειδικής Υγειονομικής Επιτροπής, αφού προσκομισθούν όλα τα προαναφερόμενα δικαιολογητικά.

Στην περίπτωση όμως αυτή, θα πρέπει υποχρεωτικά εκτός των άλλων:

- Στην γνωμάτευση του γιατρού- Δ/ντη Κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου να επισημαίνεται ότι η καθυστέρηση μετάβασης στο εξωτερικό εγκυμονούσε κινδύνους για τη ζωή του ασφαλισμένου.
- Στην ιατρική έκθεση του Θεραπευτηρίου του εξωτερικού (η οποία θα πρέπει να είναι επίσημα μεταφρασμένη) να αιτιολογείται η ανάγκη της κατεπείγουσας αντιμετώπισης του περιστατικού.

ΕΚΤΑΚΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΣΩΡΙΝΗΣ

ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ.

Όταν ασφαλισμένος του Ο.Γ.Α βρίσκεται για οποιοδήποτε λόγο στο εξωτερικό και χρειαστεί εξαιτίας βίαιου, αιφνιδίου και αναπότρεπτο συμβάντος να νοσηλευτεί σε Νοσοκομείο της χώρας αυτής (εκτός από Κρατικά Νοσοκομεία χωρών- μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα οποία η νοσηλεία καλύπτεται με το έντυπο E111) πληρώνει ο ασφαλισμένος το Νοσοκομείο και στη συνέχεια ο Ο.Γ.Α του αποδίδει μέρος της δαπάνης η οποία δεν μπορεί να υπερβαίνει το διπλάσιο του ποσού εκείνου που θα πλήρωνε για ανάλογη νοσηλεία σε Κρατικό Νοσοκομείο της περιοχής Αθηνών, υπό την προϋπόθεση ότι το αρμόδιο Υπουργικό Όργανο έχει αποφανθεί ότι επρόκειτο για βίαιο, αιφνίδιο και αναπότρεπτο συμβάν.

-Τα δικαιολογητικά αυτά πρέπει να είναι θεωρημένα από το Ελληνικό Προξενείο και να συνοδεύονται από επίσημη μετάφραση στα Ελληνικά.

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Φάρμακα που χορηγούνται:

1. Όσα αναφέρονται στον εγκεκριμένο κατάλογο συνταγογραφημένων ιδιοσκευασμάτων (λίστα)

2. Όσα δεν συμπεριλαμβάνονται στον κατάλογο αυτό χορηγούνται μόνο βάσει ειδικά αιτιολογημένης γνωμάτευσης του θεράποντος ιατρού.
3. Φάρμακα που κυκλοφορούν μόνο στο εξωτερικό.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Αίτηση
- Γνωμάτευση (σε ειδικό έντυπο τύπου Α) και συνταγή από συνταγολόγιο, υπογεγραμμένο από Διευθυντή Κλινικής Νοσοκομείο στην οποία να αναφέρεται η πάθηση, το φάρμακο που πρέπει να χορηγηθεί, η χρονική διάρκεια χρησιμοποίησης του, η δοσολογία χορήγησης του, καθώς και ότι το φάρμακο αυτό δεν είναι δυνατό να αντικατασταθεί από άλλο που ήδη κυκλοφορεί στην Ελλάδα
- Απόδειξη του φαρμακείου που αγοράστηκαν τα φάρμακα
- Αντίγραφο τιμολογίου που εκδόθηκε από τον προμηθευτή των φαρμάκων στο φαρμακείο
- Φωτοαντίγραφο της πρώτης σελίδας του βιβλιάριου υγείας του ασφαλισμένου και της σελίδας με την τελευταία παράταση υγείας

Συμμετοχή ασφαλισμένου στη δαπάνη φαρμάκων.

Τα φάρμακα χορηγούνται με συμμετοχή 25%.

Σε ορισμένες χρόνιες παθήσεις η συμμετοχή είναι 10% ή χορηγούνται δωρεάν.

Προμήθεια φαρμάκων:

Από συμβεβλημένα με τον Ο.Γ.Α φαρμακεία, Από Κρατικά Νοσοκομεία.

5.ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΟΥ Τ.Ε.Β.Ε

ΕΞΟΔΑ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ

Καταβάλλεται η δαπάνη μετάβασης και επιστροφής του ασθενή με τα συνήθη μεταφορικά μέσα ή με ταξί στις περιπτώσεις νοσηλείας αυτού σε Κρατικά Νοσοκομεία άλλης πόλης από τον τόπο διαμονής του όταν η πάθηση του δεν αντιμετωπίζεται από το Κρατικό Νοσοκομείο της περιοχής του.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Υποβολή αιτιολογημένης βεβαίωσης του Νοσοκομείου της περιοχής του ότι η πάθηση του δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί σ' αυτό.
- Απόδειξη καταβολής του αντιτίμου εισιτηρίου.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΑ ΜΕΣΑ- ΑΝΑΛΩΣΙΜΑ ΥΛΙΚΑ

Παρέχονται χωρίς συμμετοχή στη δαπάνη αγοράς όλα τα αναγκαία μέσα και αναλώσιμα υλικά .

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

-Η χορήγηση των αναλώσιμων υλικών (καθετήρων, συριγγών, βελόνων κ.λ.π.) γίνεται από τα συμβεβλημένα φαρμακεία με συνταγές που θα εκδίδονται από τους θεραπευτές γιατρούς του Ταμείου. Η έκδοση των παραπεμπτικών από τους θεράποντες γιατρούς θα γίνεται εφόσον ο ασφαλισμένος προσκομίζει βεβαίωση Κρατικού Θεραπευτηρίου ή Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου στην οποία θα αναφέρεται η πάθηση, η ποσότητα καθώς και το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την χορήγηση του αναλώσιμου υλικού. Η βεβαίωση αυτή θα πρέπει να έχει εγκριθεί προηγούμενα από τον ελεγκτή γιατρό του Ταμείου ή το θεραπευτή γιατρό και θα ισχύει για όλο το χρονικό διάστημα που αναφέρεται σ' αυτή, όχι όμως πέραν του ενός έτους. Οι ελεγκτές γιατροί του Ταμείου, όταν χορηγούν την έγκριση, θα καθορίζουν και το χρονικό διάστημα που απαιτείται για τη χορήγηση αναλώσιμου υλικού ενημερώνοντας σχετικά το βιβλιάριο ασθένειας του ασφαλισμένου.

Σχετικά με την απόδοση της δαπάνης για τα υλικά, που δεν χορηγούνται από φαρμακεία αλλά από αντιπροσωπείες, η έγκριση αυτής θα γίνεται με την ίδια διαδικασία και την προσκόμιση εξοφλημένου τιμολογίου.

ΔΩΡΕΑΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Χορηγούνται δωρεάν αντινεοπλασματικά φάρμακα και αντίδοτά τους καθώς και τα φάρμακα που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των συνεπειών των νεοπλασμάτων με την προσκόμιση συνταγής απ' τον θεράπον ιατρό. Για τα φάρμακα που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα αλλά απαιτούνται για τη συνέχιση της θεραπείας χρειάζεται και:

- Ιατρική γνωμάτευση ή βεβαίωση γιατρού.
- Ιατρική γνωμάτευση ή βεβαίωση καθηγητού ή διευθυντού κλινικής Κρατικού Νοσοκομείου.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Παρακλινικές εξετάσεις και ειδικές θεραπείες, που διενεργούνται για προμεταμοσχευτικό ή μεταμοσχευτικό έλεγχο, παρέχονται στους ασφαλισμένους χωρίς συμμετοχή αυτών σε συμβεβλημένα με τον οργανισμό εργαστήρια.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

- Παραπεμπτικό από τον θεράποντα ιατρό.
- Οι παρακλινικές εξετάσεις μπορεί να εκτελούνται και από μη συμβεβλημένα με τον οργανισμό εργαστήρια ή από κρατικά νοσοκομεία χωρίς παραπεμπτικό θεράποντα ιατρού όταν:

- Ο ασφαλισμένος προσκομίζει γνωμάτευση γιατρού, από την οποία προκύπτει το επείγον της εξέτασης, εγκεκριμένη από τον ελεγκτή γιατρό του οργανισμού.
- Στον τόπο διαμονής του ασφαλισμένου δεν υπάρχουν συμβεβλημένα εργαστήρια και οι εξετάσεις αυτές δεν εκτελούνται από τα κρατικά νοσοκομεία της περιοχής.
- Στις περιπτώσεις αυτές το Τ.Ε.Β.Ε. καταβάλλει το 75% της αξίας της εξέτασης.

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Πραγματοποιούνται φυσικοθεραπείες σε συμβεβλημένα και μη φυσικοθεραπευτήρια. Σε ασφαλισμένους οι οποίοι αδυνατούν να μετακινηθούν, πραγματοποιούνται και στην οικία τους, από συμβεβλημένα με τον οργανισμό θεραπευτήρια.

ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ:

Σε μη συμβεβλημένα φυσικοθεραπευτήρια:

-Έγκριση από τον ελεγκτή γιατρό του οργανισμού, εφόσον στην περιοχή που διαμένει ο ασφαλισμένος δεν υπάρχουν συμβεβλημένα θεραπευτήρια με καταβολή από τον οργανισμό του 75% της αξίας.

Στην οικία του ασφαλισμένου:

-Παραπεμπτικό θέρापοντα ιατρού το οποίο θα συνοδεύεται από αιτιολογημένη γνωμάτευση στην οποία θα αναφέρεται η πάθηση και η αδυναμία μετακίνησης του ασθενούς και έγκριση από τον ελεγκτή. Ο οργανισμός καταβάλλει το 75% της αξίας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Τα χρόνια παιδιατρικά νοσήματα είναι σπάνια, ο αριθμός τους όμως είναι μεγάλος, έτσι ώστε υπολογίζεται ότι περίπου το 10-15% των παιδιών πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα. Τα κακοήθη νοσήματα των παιδιών αποτελούν το 1-3% των κακοηθειών που εμφανίζονται στον άνθρωπο, είναι δε 100 φορές σπανιότερα από ότι στους ενήλικες. Είναι τα συχνότερα θανατηφόρα νοσήματα των παιδιών ηλικίας 1-15 ετών και αποτελούν την δεύτερη αιτία θανάτου των παιδιών μετά τα ατυχήματα (μετά τον πρώτο χρόνο ζωής).

Τα παραπάνω δεδομένα, καθώς και κάποια σχετικά με αυτά προσωπικά βιώματα, ήταν η αφορμή για να ξεκινήσει η ενασχόληση μας με το συγκεκριμένο θέμα. Στη συνέχεια εξελίχθηκε σε θέμα πτυχιακής εργασίας, ακολούθησε η αναζήτηση υλικού για την πραγματοποίησή της, η επεξεργασία και καταγραφή των απαραίτητων στοιχείων και τέλος η ολοκλήρωση της. Ο στόχος της εργασίας είναι διττής σημασίας. Σε πρώτη φάση, να αντιληφθούμε την ψυχολογική κατάσταση και την συμπεριφορά των παιδιών και των οικογενειών που αντιμετωπίζουν την σοβαρή ασθένεια του καρκίνου σε σύγκριση με τα παιδιά και τις οικογένειες που δεν βιώνουν τον κίνδυνο του θανάτου καθώς και τις επιπτώσεις της ασθένειας στην καθημερινή τους ζωή. Η αντιμετώπιση των παραπάνω ατόμων και η στήριξή τους από τον κοινωνικό λειτουργό αλλά και από την θεραπευτική ομάδα είναι το θέμα που μας απασχόλησε σε δεύτερη φάση. Τέλος θεωρήσαμε σκόπιμο να αναφερθούμε σε όλα τα προγράμματα και τις κρατικές και μη παροχές προς τα καρκινοπαθή παιδιά.

Θα ήταν παράλειψη να μην τονίσουμε αυτά που αποκομίσαμε καθόλη την διάρκεια της πραγματοποίησης της εργασίας. Συγκεκριμένα ενημερωθήκαμε για τα είδη των νεοπλασιών, γνωρίσαμε τα χαρακτηριστικά των παιδιών και των εφήβων ηλικίας 6-15 ετών καθώς και τα

χαρακτηριστικά που διέπουν την οικογένεια ως θεσμό, κατανοήσαμε σε βάθος τις αρχές της κοινωνικής εργασίας και τους ρόλους του κοινωνικού λειτουργού σε περιπτώσεις βαριάς ασθένειας. Επίσης η αναζήτηση των παροχών και των δικαιωμάτων των παιδιών μας προσέφερε εκτός από την γνώση, την συνειδητοποίηση της αξίας της οργάνωσης. Σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε ότι το συγκεκριμένο θέμα μας ευαισθητοποίησε και μας έκανε να νιώσουμε έντονα το αίσθημα της συγκίνησης.

Είμαστε πραγματικά ευτυχείς που ασχοληθήκαμε με αυτό το θέμα και που βιώσαμε αυτή την πλούσια εμπειρία σε πνευματικό και συναισθηματικό επίπεδο. Είναι αξιοσημείωτη η συνεργασία που υπήρξε μεταξύ των σπουδαστριών και της υπεύθυνης καθηγήτριας καθώς η συνεργασία με τους φορείς για την παροχή των χρήσιμων πληροφοριών τους.

Το έργο αυτό είναι αφιερωμένο σε όλα τα παιδιά και τους εφήβους που ένιωσαν τον σωματικό και ψυχικό πόνο που επιφέρει η ασθένεια του καρκίνου και που είτε κατάφεραν είτε όχι να βγουν νικητές από την μάχη με το θάνατο...

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Θεανώ Καλλινικάκη, Κοινωνική Εργασία, Εισαγωγή Στη Θεωρία Και Την Πρακτική Της Κοινωνικής Εργασίας, Ελληνικά Γράμματα, 1998.
2. Νικολάου Σ. Δόντα, Ο Καρκίνος Στην Ελλάδα Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Αθήνα 1995.
3. Mary S. Sheridan, «Talk Time for Hospitalized Children», άρθρο από το περιοδικό Social Work, Ιανουάριος 1975, σ, 40-44.
4. Δ.Γ.Τσαούση, Η Κοινωνία Του Ανθρώπου «Εισαγωγή Στην Κοινωνιολογία», Βιβλιοθήκη Κοινωνικής Επιστήμης Και Κοινωνικής Πολιτικής, GUTENBERG, Αθήνα 2000.
5. Ελληνική Εταιρία Προληπτικής Ιατρικής (μέρος Β'), Πρόληψη-Έγκαιρη Διάγνωση Και Διαφυγή Από Τον Καρκίνο, Αθήνα 1980.
6. Ιωάννης Ν. Παρασκευόπουλος-καθηγητής Παν/μίου Αθηνών, Εξελικτική Ψυχολογία, τόμος 3 κ 4 Αθήνα 1985.
7. Αναγνωστόπουλος Φ. Παπαδάτου Δ. «Το πένθος στη ζωή μας», Αθήνα 1998, Εκδόσεις Μέρμινα.
8. Baudet M. Η αδύναμη κλωστή της ζωής, Σύλλογος γονιών και φίλων παιδιών με νεοπλασματικές παθήσεις «ΙΑΣΩ».
9. J.E.W.M. VAN DONGEN- MELMAN. On surviving childhood cancer, Netherlands 1995.
10. Παπαδάτου Δ. Νίλσεν Μ : «Όταν η αρρώστια και ο θάνατος αγγίζουν τη σχολική ζωή» Αθήνα 1999, Εκδόσεις ΜΕΡΙΜΝΑ.
11. Satir Virginia, Πλάθοντας ανθρώπους, Εκδοσεις ΚΕΔΡΟΣ.
12. Σουρ Ρ, Μίλερ Σ. Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία Παιδιών, Εφήβων Και Των Οικογενειών Τους. Αθήνα 1997, Εκδόσεις Καστανιώτη.

13. «Τα Νέα Του Ξενώνα», Έκδοση του Ξενώνα ΕΛΠΙΔΑ, τεύχη 5,7,12,13.
- 14.Τσιάντης Γ. Μανωλόπουλος Σ. Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής. Α' τόμος, Αθήνα 1987, Εκδόσεις Καστανιώτη.
- 15.Φρανσουά Ντολτό, Τόλιτς. Εφηβεία, προβλήματα και ανησυχίες. Εκδόσεις Πατάκη.
- 16.Μαθιουδάκη- Χλαπανίδη Ε. Προβλήματα προσαρμογής σε εφήβους με χρόνια αρρώστια και ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού, ΙΑΤΡΙΚΗ 53, 1988.
- 17.Genetic events in the development of Wilms tumor. MJ Coppes, DA Haber, PE Grundy. N . ENGL. J. Med. 331, 586-90, 1994
- 18.The international incidence of childhood cancer. D.M. Parkin. C.A.STILLER. GJ Draper and CA Bieber. Inf. J.Cancer 42:511-20, 1988.
- 19.Bluebond-Langner, M. (1978). The private words of dying children. Princeton, New Jersey: Princeton University Press
- 20.Javconic M.Loiacomo B.Spinetta J.et al, Telling young children with leukemia their diagnosis. Ped Hem Onc, 11:75-81, 1994.
- 21.Μ. Πούρκος: Ατομικές Διαφορές Μαθητών Και Εναλλακτικές Ψυχοπαιδαγωγικές Προσεγγίσεις, εκδόσεις Gutenberg.
- 22.Kubler-Ross E. On Death and Dying Macmillan, 1969,N.Y.
- 23.Bluebond-Langer, M. (1996). In the shadow of illness:Parents and siblings of the chronically ill child. Princeton, NewJersey : Princeton University Press.
24. Eiser, C. (1993). Growing up with a chronic disease. The impact on children and their families. Bristol, USA: Jessica Kingsley Publ.
- 25.Papadatou, D.,& Papadatos, C. (Eds.) (1998). Children and death. Washington, DC :Hemisphere Publishing, Co.
26. Sourkes, B. (1995). Armfuls of time. The psychological experience of the child with a life-threatening illness. London : Routledge.

27. Νίλσεν, Μ. & Παπαδάτου, Δ. (1999). Όταν η χρόνια αρρώστια και ο θάνατος αγγίζουν τη σχολική ζωή. Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων – Β' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης.
28. Pediatric Oncology. Clinical practice and controversies. Second Edition by C.R. Pinkerton and P.N. Plowman page 4-26.
29. The international incidence of childhood cancer. D.M. Parkin. C.A. Stiller. GJ Draper and CA Bieber. Int. J. Cancer 42, 511-20, 1988.
30. «Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας», Δανάη Παπαδάτου & Φώτης Αναγνωστόπουλος, Αθήνα, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, 1995.
31. Skynner, R. (1987). Πλαίσια θεώρησης της οικογένειας σαν σύστημα. Επιμέλεια: Γ. Τσιάντης και Σ. Μανωλόπουλος : Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
32. Spinetta, J.J. & Maloney, L.J. (1975). Death anxiety in the outpatient ;leukemic child. Pediatrics, 56 :1034-1037.
33. Varni, J.L. Wallander, J.L. (1988). Pediatric chronic disabilities :Hemophilia and spina bifida as examples. Στο D. Routh (Ed.) Handbook of Pediatric Psychology. New York: Guilford Press.
34. Α.Μ. Μουσούρου, «Κοινωνιολογία Της Σύγχρονης Οικογένειας», Βιβλιοθήκη Κοινωνικής Επιστήμης & Κοινωνικής Πολιτικής – GUTENBERG (1989)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΜΑΡΤΥΡΙΕΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΠΟΥ ΒΙΩΣΑΝ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.

Μαρτυρία γονέα

Το θέμα που θα αναπτυχθεί είναι "ο γονιός κατά την πρώτη ενημέρωση". Το βέβαιο είναι ότι δεν θα πω κάτι καινούργιο σε γονείς που είχαν ή έχουν την ίδια ατυχία με μένα. Θα προσπαθήσω όμως να περιγράψω προς όλους τους γονείς την τραγική στιγμή της ενημέρωσης, την ψυχική και ηθική κατάσταση, τη στιγμή που αλλάζει άρδην την οικογενειακή σου ζωή και σηματοδοτεί έναν άλλο τρόπο ζωής για όλη την οικογένεια. Ο τρόπος ζωής θα σε χαρακτηρίσει πλέον, θα σε σημαδέψει, θα σε απομονώσει, θα σε εξουθενώσει.

Και βέβαια μέσα από αυτήν την εμπειρία θα αναθεωρήσεις πολλά για τη ζωή και θα διδαχθείς ακόμη περισσότερα, θα εκτιμήσεις αυτό το θείο δώρο που λέγεται ΥΓΕΙΑ, θα μείνεις έκπληκτος με τα παιδιά αυτά, για τη σοφία, την καρτερικότητα, τη στωικότητα, τη δύναμη να πολεμούν σε ένα τιτάνιο αγώνα που τις περισσότερες φορές τον κερδίζουν.

Αναφερόμενος στις δικές μου εμπειρίες θα κάνω μια μικρή αναδρομή από τη μέρα που προέκυψε το πρόβλημα. Στα μέσα του Φλεβάρη του 1993 η μικρή μου **Δήμητρα**, τότε ήταν 3,5 χρονών αρρώστησε από μια βαριά γαστρεντερίτιδα που κράτησε πάνω από 20 μέρες. Αυτή η κατάσταση εξουθένωσε στην κυριολεξία τη μικρούλα. Ο γιατρός της μας βεβαίωσε ότι το παιδί δεν έχει πλέον τίποτα και ότι η χλωμάδα του προσώπου της ήταν απόρροια της όλης ταλαιπωρίας. Με την επιμονή της συζύγου μου και μιας φίλης μικροβιολόγου που εργαζόταν στο **Ιπποκράτειο** νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, πείθομαι να κάνω της μικρής μου

μια γενική εξέταση αίματος. Και αυτή η άρνησή μου προερχόταν από το ότι δεν ήθελα να ταλαιπωρήσω άλλο το παιδί μου.

Κοιτάζοντας τα αποτελέσματα η φίλη μου, έχασε το χρώμα της, μπέρδεψε τα λόγια της και προσπαθούσε να μου εξηγήσει το ανεξήγητο. Επανέλαβε την αιμοληψία για δεύτερη εξέταση και το αποτέλεσμα ήταν το ίδιο. Αιματοκρίτης 18, λευκά αιμοσφαίρια 3.800. Άμεση εισαγωγή στην παιδιατρική. Τρελαινόμουν στην ιδέα της σιδηροπυρηνικής αναιμίας που θα χρειαζόταν το παιδί να νοσηλευτεί δέκα μέρες. Βλέπετε η ημιμάθεια είναι χειρότερη της αμάθειας. Δε μπορούσα να διανοηθώ κάτι ακόμη χειρότερο.

Την επόμενη το πρωί μετά από μια φοβερά επώδυνη εξέταση για το παιδί (μυελογράφημα) περιμέναμε τα αποτελέσματα. Η αναμονή μέχρι το μεσημέρι μας εξουθένωσε. Η ανακοίνωση από τη διευθύνουσα της κλινικής προς το μεσημέρι ήταν "ΛΕΥΧΑΙΜΙΑ".

Σ' αυτό το σημείο πλέον, πέφτει ο κεραυνός εν αιθρία. Ισοπέδωση και των δυο μας. Κοιταζόμασταν χωρίς να μπορούμε να συνειδητοποιήσουμε όσα ακούγαμε. Στιγμαία άμυνα ήταν η άρνηση του γεγονότος. Δε μπορούσε να συμβεί αυτό στο κοριτσάκι μας. Το πόση ώρα μείναμε στο να κοιτάζει ο ένας τον άλλο αποσβολωμένοι και αμήχανοι δεν μπορώ να θυμηθώ. Ηχούσε στα αυτιά μου η λέξη λευχαιμία διαρκώς. Το μυαλό πήγαινε στον καρκίνο, στο θάνατο. Αυτές ήταν οι εμπειρίες μου από ακούσματα για πολλούς συνανθρώπους μου. Δεν μπορεί να περιγραφούν τα συναισθήματα εκείνης της στιγμής. Πόνος, απόγνωση απελπισία.

Κάποια στιγμή μας διέκοψε από αυτήν την κατάσταση η φωνή της διευθύνουσας που μας υπόδειχνε το γιατρό που θα αναλάμβανε τη θεραπεία του παιδιού μας.

- Λέγομαι Νίκος Γουμπάκης. Είμαι αιματολόγος και θα αναλάβω τη θεραπεία του παιδιού σας. Θα μεταφερθείτε στο δεύτερο όροφο και εκεί θα έχετε μια πλήρη ενημέρωση για την όλη πορεία της θεραπείας μαζί με το διευθυντή του τμήματος κ. Κολιούσκα.

Αντικρίζοντας την πινακίδα "ΓΙΑΙΔΟΟΓΚΟΛΟΠΚΟ", ένα ρίγος διαπέρασε το σώμα μου όμως δε μου έμεναν περιθώρια για άλλες σκέψεις όταν μας περίμεναν οι γιατροί για να μας δώσουν εξηγήσεις και τον τρόπο της όλης θεραπείας. Έως ότου ξεκινήσει η συζήτηση περιεργαζόμουν τις φυσιογνωμίες των δύο γιατρών με συναισθήματα μάλλον αρνητικά για να μην πω εχθρικά, σαν να μου έφταιγαν αυτοί για ότι μας συνέβαινε, θα εμπιστευόμασταν λοιπόν την τύχη του παιδιού μας σ' αυτούς τους δύο κυρίους:

Η ανάκληση, η εμπιστοσύνη, η εκτίμηση και η αγάπη γι' αυτούς ήρθε πολύ γρήγορα. Μέσα στην πρώτη μου ενημέρωση απομυθοποιήθηκαν οι έννοιες λευχαιμία, καρκίνος, λεμφώματα που για μένα ήταν συνώνυμα με το θάνατο. Αυτά συγκράτησα. Τα υπόλοιπα συσσωρεύτηκαν μέσα σ' ένα συνονθύλευμα στο μυαλό μου και της γυναίκας μου. Δε μπορέσαμε να συγκρατήσουμε και πολλά μέσα στο σοκ που βρισκόμασταν. Αυτό που μας έδινε κουράγιο ήταν ότι οι γιατροί μας έδιναν πολλά περιθώρια ζωής.

Στη συνέχεια γίνεται η εγκατάστασή μας στο θάλαμο και αρχίζει ο Γολγοθάς για το παιδί μου πρώτα και στη συνέχεια για μας. Εμπειρίες απεριγράπτες, επώδυνες, ασύλληπτες για κάποιον που δεν έχει βιώσει τέτοιες καταστάσεις. Σ' αυτή τη δίνη των πρώτων ημερών δεν μπορώ να μην αναφερθώ σε κάποιο γονιό, το Ν. Κ., και θα του χρωστώ ευγνωμοσύνη για την ηθική του συμπαράσταση, σαν "παλιότερος" και δεν μπορώ να ξεχάσω όταν στις 3 του Μάρτη η κορούλα μου είχε τα γενέθλια της, ήρθε της έφερε ένα δωράκι και φιλώντας τη, της ευχήθηκε ΥΓΕΙΑ.

Με την έναρξη του πρωτοκόλλου θεραπείας άρχισε και ο βομβαρδισμός ερωτήσεων στους γιατρούς μας για το πόσο θα μείνει το παιδί μέσα στο νοσοκομείο, τι επιπτώσεις θα έχει η θεραπεία στον οργανισμό του παιδιού μου, τι παρενέργειες, ποια η σωματική και ηθική του κατάσταση και φορές - φορές ανόητες και κουραστικές ερωτήσεις που όμως για μας ήταν διέξοδος στην άγνοιά μας.

Η θεραπεία επώδυνη, εξουθενωτική, ισοπεδωτική θα έλεγα για το παιδί μου. Τα "σχήματα" όπως λέγονται ακολουθούσαν το ένα μετά το άλλο. Εξετάσεις διάφορες και διαρκείς. Μέσα σ' αυτό το διάστημα θαύμασα το μεγαλείο της παιδικής ψυχής. Τη σοφία, την καρτερικότητα, τη δύναμη να σου γελούν ακόμη και όταν ήταν ισοπεδωμένα από τη χημειοθεραπεία.

Σε μια τέτοια ακριβώς κατάσταση θυμάμαι η Δημητρούλα μου, άπλωσε το χεράκι της προς τη μητέρα της και αφού ζήτησε το χέρι της είπε: *"μανούλα θέλω να υποσχεθούμε η μία στην άλλη ότι μαζί θα πολεμήσουμε και θα νικήσουμε"*. Τι μπορούμε να πούμε σ' αυτόν το μαχητή. Σ' αυτά όλα τα παιδιά που στην κυριολεξία είναι Ολυμπιονίκες με άθλημα το αγώνισμα που λέγεται ζωή.

Σ' αυτόν τον αγώνα του παιδιού συντάσσεται και ο γονιός εγκαταλείποντας πλέον κάθε άλλη δραστηριότητά του. Συγχρόνως αρχίζουν τα μύρια άλλα προβλήματα. Εγκατάλειψη εργασίας, άρα οικονομικό πρόβλημα. Εγκατάλειψη του άλλου ή των άλλων παιδιών, με συνέπεια τη λύση της συνοχής της οικογένειας και την έκθεση των άλλων παιδιών σε διάφορους κινδύνους. Δεν είναι λίγοι οι γονείς που ο ένας εκ των δύο κουράζεται και αφήνει την κούρσα στη μέση με συνέπεια τη διάλυση της οικογένειας και την επώμιση όλου του φορτίου στον άλλο που συνήθως είναι η μητέρα.

Μέσα σ' αυτή την κατάσταση υπήρξα τυχερός σε ότι αφορά το άλλο μου παιδί. Ένα αγόρι δέκα χρόνια μεγαλύτερο της κόρης μου που εγκαταλείφθηκε στο έλεος του Θεού και όχι μόνο δεν εκτροχιάστηκε αλλά έδειξε συνέπεια στις υποχρεώσεις του και συμπαράσταση στους γονείς του.

Μετά από το σοκ των πρώτων ημερών αρχίζεις σιγά - σιγά να εξοικειώνεσαι με το περιβάλλον, τις ιατρικές ορολογίες, τις ονομασίες των φαρμάκων, τις ονομασίες των εξετάσεων και βλέποντας μια αιματολογική εξέταση γνωρίζεις την κατάσταση του παιδιού

σου. Μαθαίνεις να βάζεις ενέσεις και να επεμβαίνεις στον καθαρισμό του καθετήρα που έχει συνεχώς επάνω του το παιδί έως και τη λήξη της συντήρησης.

Αργότερα όταν έχουν περάσει δύο μήνες έχεις μάθει αρκετά κι έχεις λίγο περισσότερο κουράγιο ώστε να στηρίζεις κάποιον καινούργιο γονιό που βρίσκεται στη θέση που βρισκόσουν πριν λίγο καιρό.

Όλα αυτά που αναφέρθηκαν προηγούμενα, οι περιγραφές και τα συναισθήματα είναι τόσο φτωχά δοσμένα, μπροστά σ' αυτά που αισθάνεται κάθε γονιός από την αρχή έως το τέλος της νοσηλείας του παιδιού του.

Ο βουβός πόνος θα τον ακολουθεί και η αγωνία για το αύριο και το μέλλον θα είναι μόνιμος σύντροφος. Είσαι μέσα σ' ένα παιχνίδι που τους όρους και τις κινήσεις του παιχνιδιού ορίζουν η πορεία της θεραπείας του παιδιού σου και ο χρόνος. Ο χρόνος που εδώ εύχεσαι να περνά γρήγορα προσδίδοντας περισσότερα ποσοστά ίασης.

Μαρτυρίες παιδιών

Χριστίνα τ.

15 ετών

Η δική μου ιστορία ξεκινάει πριν από τρία χρόνια...ήταν Μάιος του 2001 και πιο συγκεκριμένα πρωτομαγιά όταν γυρίσαμε σπίτι με την οικογένειά μου και η μητέρα μου παρατήρησε πως η κοιλιά μου ήταν φουσκωμένη. Υποθέσαμε πως από το πολύ φαγητό και τα αναψυκτικά, φούσκωσα. Πήγαμε στο τοπικό νοσοκομείο, με κοίταξε ένας χειρουργός και μου είπε πως αν ανεβοκατέβαινα μερικές φορές τις σκάλες του σπιτιού μου, θα μου πέρναγε. Η μητέρα μου, όπως ήταν φυσικό δεν ηρέμησε και την επόμενη ημέρα με πήρε και πήγαμε σε έναν άλλο γιατρό. Αυτός μου έκανε υπερηχογράφημα και διαπίστωσε υγρό μέσα στην κοιλιά μου, και τελείως ωμά είπε: «η κοπελίτσα θέλει άνοιγμα», εννοώντας πως έπρεπε να κάνω εγχείρηση για να αφαιρεθεί το υγρό. Μάλιστα η εγχείρηση αυτή έπρεπε να γίνει στην Αθήνα. Περιττό να σας πω, πως όλη την ημέρα δεν σταμάτησα να κλαίω. Ήμουν πολύ στεναχωρημένη και δικαιολογημένα πιστεύω. Ήμουν μόνο 12 ετών τότε και δεν ήξερα τι συνέβαινε στον έξω κόσμο...έξω από το σπίτι μου...Ήξερα και άκουγα παντού πως παιδιά έπασχαν από αρρώστιες, ποτέ όμως δεν φανταζόμουν εμένα σε αυτή τη θέση! Όταν φτάσαμε λοιπόν στην Αθήνα, πήγαμε στο Νοσοκομείο Παιδων «Αγία Σοφία». Εκεί με κοίταξαν οι χειρουργοί. Άλλοι έλεγαν πως πρέπει να χειρουργηθώ και άλλοι όχι... Από τα πολλά με έστειλαν στο Τ.Α.Ο. (τιμήμα αιματολογίας –ογκολογίας) γιατί φοβήθηκαν μήπως είχα όγκο. Ωστόσο μπήκα στο νοσοκομείο και άρχισα να κάνω εξετάσεις... Η πρώτη μέρα ήταν πολύ κουραστική. Στις 16 Μαΐου έκανα το πρώτο μου χειρουργείο... Ήμουν αρκετά φοβισμένη αλλά δεν έχανα τις ελπίδες μου! Ήξερα πως μια μέρα θα τα έβλεπα όλα αυτά σαν ένα όνειρο.

Το χειρουργείο δεν πέτυχε γιατί το υγρό που έβγαλαν από την κοιλιά μου ξανάπεσε μέσα και μόλυνε πάλι την κοιλιά μου. Έπρεπε να κάνω χημειοθεραπείες για να καταπολεμήσουμε τα μικρόβια αυτά. Έκανα τέσσερα σχήματα χημειοθεραπείας και μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα γνώρισα τον Αντώνη, που έκανε κι αυτός χημειοθεραπείες, που είμαστε ακόμη πολύ καλοί φίλοι. Με στήριξε και τον στήριξα όσο κανένας άλλος...Δεν τον ξεχνώ ποτέ...Τώρα μετά από 3 χρόνια, είμαι πια 15 ετών, είμαι καλά και σκέφτομαι αρκετές φορές: «Γιατί σε μένα;» Σκέφτομαι όμως, πως όλα αυτά που μας συμβαίνουν στη ζωή είναι ένα δίδαγμα, μαθαίνουμε τη ζωή... γνωρίζουμε άτομα που έχουν σοβαρότερα προβλήματα και όμως τα αντέχουν...προσπαθούμε για το καλύτερο και δεν χάνουμε ποτέ την ελπίδα μας γιατί η ελπίδα πεθαίνει πάντα τελευταία.

Έφη

14 ετών

28 Οκτωβρίου 1999. Αυτή εδώ την ημερομηνία ξεκίνησαν όλα... Στην αρχή ένας απλός πόνος στην κοιλιά και μετά ο σπλήνας. Πήγαμε στο γιατρό της περιοχής και είπε να πάμε αμέσως στη Θεσσαλονίκη για εξετάσεις. Η μητέρα μου φαινόταν ανήσυχη. Το χαμόγελο είχε σβήσει από το πρόσωπό της και τα μάτια της είχαν δακρύσει. Κάτι έτρεχε και το είχε καταλάβει, όπως άλλωστε κι εγώ. Οξεία Λεμφοβλαστική Λευχαιμία...είπε ο γιατρός...να ξεκινήσετε αμέσως χημειοθεραπεία...αυτή η λέξη βούιζε σαν ένας δυνατός κρότος μέσα στα αυτιά μου, ο οποίος δεν τελείωνε... Ξαφνικά για μένα ο ήλιος έγινε φεγγάρι και η μέρα νύχτα... Τίποτε δεν με παρηγορούσε πια. Ήθελα να είμαι μόνη μου και να κλαίω λέγοντας

συνέχεια την ίδια φράση: «Γιατί σ'εμένα;». Οι φίλοι μου τηλεφωνούσαν για να μάθουν τι έχει αυτό το χαμογελαστό κορίτσι που ποτέ δεν το έβαζε κάτω. Κι όμως, αυτό το κορίτσι το είχε νικήσει η αρρώστια, το έκανε να υποφέρει χάνοντας την ελπίδα. Σταμάτησα το σχολείο και ξεκίνησα τις θεραπείες. Αρχίζουν τα δύσκολα έλεγα και ξανάλεγα. Οι παρέες άρχισαν να αραιώνουν. Η μοναξιά κι εγώ μείναμε μόνο. Η μητέρα μου δεν έφευγε από κοντά μου. Τώρα για μένα αυτή ήταν το στήριγμά μου. Καταλάβαινε τι περνούσα και δεχόταν όλες μου τις ιδιοτροπίες. Ξαναείδα την παλιά μου δασκάλα. Τα μακριά μου μαλλιά που τόσο πολύ λάτρευα, έπεσαν μεμιάς. Δεν ήθελα να δω άνθρωπο, το σώμα μου άρχισε να φουσκώνει και να παραμορφώνομαι. Εφιάλτης σκέτος...Κάποια στιγμή ήρθε η δασκάλα μου να με δει. Με κατάλαβε αμέσως, αν και παραμορφωμένη και χωρίς μαλλιά, με γνώρισε αμέσως...και τότε είπε κάτι τόσο ανθρώπινο και τόσο γλυκό... «τα μάτια αυτά δεν ξεχνιούνται ποτέ». Δεν θα ξεχάσω ποτέ αυτά τα λόγια, θα είναι για πάντα μέσα στην καρδιά μου, όσο ζω.

Στη διάρκεια της νοσηλείας γνώρισα πολλά παιδιά και έκανα εύκολα φίλιες. Βοηθούσαμε ο ένας τον άλλο, λες και είμασταν πραγματικά αδέρφια. Γελούσαμε μαζί με τη χαρά μας και κλαίγαμε μαζί με τη λύπη μας. Απέκτησα έτσι μια δεύτερη οικογένεια που μου συμπαραστεκόταν, πράγμα που δεν έκαναν κάποιοι πραγματικοί συγγενείς και φίλοι. Τα σχήματα προχωρούσαν, μετά άρχισαν οι ακτινοβολίες...είχα βαρεθεί όλη αυτή τη διαδικασία και τις ταλαιπωρίες που περνούσα, αλλά δεν το έβαζα κάτω... Η ελπίδα άρχισε να ξαναζει μέσα μου. Δεν λέω, υπήρχαν φορές που έκλαιγα κρυφά και ο πόνος κυριαρχούσε στην καρδιά μου σαν ένας λαμπρός νικητής. Ακολούθησε η μεταμόσχευση μυελού των οστών με δότη έναν Γερμανό και τώρα όλα δείχνουν να πηγαίνουν μια χαρά.

Θέλω να ευχαριστήσω από την καρδιά μου όλους αυτούς που με βοήθησαν να επιβιώσω από αυτό τον εφιάλτη. Μα πιο πολύ απ'όλους θέλω να ευχαριστήσω τη μητέρα μου που άντεξε όλο αυτό τον δύσκολο καιρό και επίσης θέλω να της πω ένα μεγάλο **σ'αγαπώ!**

Μαρία

15 ετών

Με απασχόλησε πολύ το γεγονός ότι μου έπεσαν τα μαλλιά. Πιο πολύ από οτιδήποτε. Νομίζω ότι αυτό πια, είναι καταλυτικό. Όταν μπαίνεις στο νοσοκομείο, μπαίνεις ακμαία και καμαρωτή...βλέπεις τους άλλους χωρίς μαλλιά...με τα μαντηλάκια τους...χλωμούς...να'ναι λείψανα...λες και επέζησαν από πυρηνική καταστροφή κυριολεκτικά...Και λες: «τους καημένους! Κοίτα τους πως είναι!» Ε, δεν μπορείς να διανοηθείς ότι σε δέκα μέρες θα είσαι κι εσύ έτσι και όταν κοιτάξεις τον καθρέφτη και είσαι κι εσύ έτσι χλωμή...αδύναμη...χωρίς μαλλιά...ε, είναι καταλυτικό...

Χριστίνα Φ.

12 ετών

Πρώτη μέρα στο σχολείο μετά τη δοκιμασία της μοίρας.

Πρώτη μέρα επιστροφής στο σχολείο λοιπόν και όλα τα παιδιά ανησυχούνε για τη αντιμετώπιση των συμμαθητών, τις αναμενόμενες ερωτήσεις, τις αδιακρίσιες όλων και κυρίως τα βλέμματα στο ευαίσθητο σημείο ενός παιδιού... το κεφάλι! Εγώ σας μιλάω για όλα αυτά γιατί τα έχω ζήσει και με το παραπάνω, μάλιστα όχι μια φορά αλλά δύο. Η μόνη που ήξερε την αλήθεια για μένα ήταν η κολλητή μου και αυτή μου στάθηκε, ενώ όλοι οι άλλοι διέδιδαν ψέματα και λανθασμένες πληροφορίες...Δεν ντρεπόμουν να αντιμετωπίσω την αλάθεια για το πρόβλημά μου, δεν αισθανόμουν κατώτερη, αντίθετα αισθανόμουν πιο

δυνατή απ'όλα τα παιδιά του κόσμου! Έδωσα τη μάχη της ζωής και την κέρδισα! Έπρεπε λοιπόν να αντισταθώ στις περιβόητες φήμες.

Θεοδώρα Π.

8 ετών

Σε μια τάξη η δασκάλα έβαλε στα παιδιά να ζωγραφίσουν ένα μεγάλο πίνακα. Κάθε παιδί διάλεγε από ένα χρώμα. «Εγώ θέλω το γαλάζιο είπε ο Γεράσιμος, «να κάνουμε ουρανό». Όλα τα παιδιά πήραν στο χέρι από ένα πινέλο και γαλάζια μπογιά.

Η Μυρτώ ζωγράφιζε πολύ αργά και προσεκτικά. Ήθελε να ζωγραφίσει γρήγορα αλλά φοβόταν μήπως κάνει λάθος και χαλάσει η ζωγραφιά. Ο Γιάννης διάλεξε το κίτρινο και τα παιδιά έκαναν έναν τεράστιο ήλιο. Η Λίζα το πράσινο, ο Φίλιππος το κόκκινο.

Η Μυρτώ ζωγράφιζε αργά και προσεκτικά. Τα άλλα παιδιά έκαναν πιτσιλιές, δεν πρόσεχαν. «Μυρτώ διάλεξε χρώμα», είπε η δασκάλα. Η Μυρτώ κοιτούσε το πάτωμα και δεν έλεγε τίποτα. «Η Μυρτώ δεν ξέρει», είπε ο Γεράσιμος. «δεν μπορώ να διαλέξω-δεν είμαι σαν την Λίζα και τον Γεράσιμο», είπε μέσα της η Μυρτώ. «Διάλεξε», της είπε με καλοσύνη η δασκάλα. «Το μοβ» είπε η Μυρτώ. «Αυτό θέλουμε!», είπαν τα παιδιά.

Σε λίγο τέλειωσαν την ζωγραφιά και ήταν χαρούμενα όλα εκτός από την Μυρτώ.



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
7 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 1985

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΑΚΤ
3

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Πραγματρία του ΚΥΣΕΑ. 1

Γραφείου Επιχειρησιακής και Πληροφορητικής Πό-
στο Υπουργείου Γνωστικών. 2

Απόφαση και συμπλήρωση της Β5/3095/16.5.84 Υ.Α.
Διεύθυνσης Ολομέλειας Σ.Υ.Ε. 3

Απόφαση για κατάρτιση διδακτορικών και συμμετοχή σε
ακαδημαϊκές εξετάσεις ένεκα νόσου για μαθητές Μ.
Καϊάδου. 4

Απόφαση απόζημίωσης στα μέλη της εξεταστικής επι-
τροπής και της επιτροπής εποπτείας για τη διεξαγωγή
επιτηδίων εξετάσεων της Ανώτατης Σχολής Κα-
τεχνηών, έτους 1984. 5

Απόφαση της εγρήθης του Διευθυντή προς το Ταμείο Πι-
στητοτήτων και Δανείων για τη χορήγηση δανείου με-
ριστού ύψους 1.000.000.000 στον Ε.Ο.Μ.Μ.Ε.Χ.
Εθνικοποιημένη Μικρομεσαία Μεταποιητικών Επι-
χειρήσεων. 6

Απόφαση Διοικητικού Συμβουλίου Οργανισμού Κεντρι-
κού Λογιστηρίου Αθηνών. 7

Απόφαση Κοινότητας Παλαιού Πύργου Τρικάλων. . . 8

Απόφαση για τη χρηματοδότηση του Δήμου Σι-
φιαρίου και της Κοινότητας Δολού Ιωαννίνων. . . 9

Απόφαση ειδικού Βεράματος για παροχή προεπαγγελμα-
τικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης σε ανάπηρα ά-
ρρωστα. 10

Απόφαση κατάβολής οικογενειακού επιδόματος σε επι-
πλέον απασχολούμενους εργαζομένους. 11

Απόφαση εκτελεστής της αριθ. 158/1984 αποφάσεως του
Π.Δ. Αθηνών που αφορά ερμηνεία της παραγράφου 3
άρθρου 4 της από 19.4.1984 Σ.Σ.Ε. που αφορά τους
επιδοτούμενους και εργαζομένους του υπαλληλικού και υπη-
ρειακού προσωπικού των τουριστικών και ταξιδιωτικών
επιχειρήσεων ολης της χώρας. 12

Απόφαση άδειας λειτουργίας Εργαστηρίου Ραδιοϊσοτόπων
Α-Ι στο Θεραπευτήριο Ευαγγελισμού, στο Νο-
σοκομείο. 13

Απόφαση άδειας λειτουργίας Εργαστηρίου Ραδιοϊσοτόπων
Α-Ι, στο Γ.Α.Ν.Α., στο Νομό Αιτωλικής. 14

Απόφαση άδειας άσκησης επαγγέλματος γιατρού στους
Απόστολους κ.λπ. (2). 15

Χορήγηση άδειας ιδρύσεως φαρμακείου στο φαρμακοποίο
Παναγιώτη Βασιλειάδη του Μιχαήλ. 16

Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος οπτικού στη
Βασιλείου Όλγα. 17

Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος γιατρού στο Δι-
μήτριο Βέρρα, για τον Ι.Σ. Πατρών. 18

Ανάληψη άδειας ιδρύσεως και λειτουργίας φαρμακείου
της Δημήτρης Θεοδωρακοπούλου του Θεοδώρου, στο Νο-
μό Αχαΐας. 19

Σύσταση ιδίου νομικού προσώπου με το όνομα «Δημοτικό
Πνευματικό Κέντρο Καρπάθου» στο Δήμο Καρπάθου
Νομού Δωδεκανήσου. 20

Τροποποίηση διατάξεων παρ. 2 άρθρου 16 του Κανονισμού
Λειτουργίας διοικήσεως και παροχών ΚΑΦ Αιμένος
Αλεξ/πολης. 21

Έγκριση του Ο.Ε.Υ. του Κέντρου Ανοικτής Προστασίας
Ηλεκιωμένων Διδ/χου (ΚΑΠΗ) σύμφωνα με τις δια-
τάξεις του Ν. 1188/1981. 22

Μείωση κλινών και συμπλήρωση απόφασης λειτουργίας
της Νευροψυχιατρικής Ιδιωτ. Κλινικής Αλεξ. Πιπτα-
λιώτη και Αλεξ. Κάρπη, στην Περαιά, Ν. Θεσ/νίκης. 23

Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος στο γιατρό Βελ-
μά Στυλιανό του Αθανασίου, για τον Ι.Σ. Θεσ/νίκης. 24

Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος στο γιατρό Κυρ-
βάση Γεώργιο του Βασιλείου, για τον Ι.Σ. Θεσ/νίκης. 25

Χορήγηση άδειας ιδρύσεως και λειτουργίας οδοντιατρείου
στο Χατζημέντωρα Δημήτριο του Αντωνίου, στο Νομό
Θεσσαλονίκης. 26

Χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος στο γιατρό Αλ-
μπανίδη Γεώργιο του Δημητρίου, για τον Ι.Σ. Θεσσα-
λονίκης. 27

ΥΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αριθ. Υ1

(1)

Ορισμός Γραμματέα του ΚΥΣΕΑ.
Ο ΠΡΩΘΥΠΟΥΡΓΟΣ

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις του άρθρου 11 παρ. 4 και 7 του Ν. 1266/
1982 «Οργάνωση της νομισματικής, πιστωτικής και συναλ-
λαγματικής πολιτικής και άλλες διατάξεις»

Άξεις των άρθρων 3 παρ. 1 γ, 3 και 4 του Ν. 1404/1983 (ΦΕΚ Γ 348) απόφαση του Πρωθυπουργού :

του ΚΥΣΕΔ ορίζεται ο προϊστάμενος του Γραφείου του Πρωθυπουργού Χρήστος Διακόπους συμμετέχει στις συνεδριάσεις του με την και είναι υπεύθυνος για την τήρηση των προ-

α την άσκηση των αρμοδιοτήτων της παραγρ. 11 του Ν. 1266/82 μετέχει ως ειδικός γραμματέας τα σχετικά πρακτικά ανώτατος αξιωματικού κάθε φορά από τον Πρωθυπουργό.

Αθήνα, 2 Ιανουαρίου 1985

ο ΠΡΩΘΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΑΝΔΡΕΑΣ Γ. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

6 (2)
 Υπουργείου Επισκευών και Πληροφόρησης Πολιτών στο Υπουργείο Εσωτερικών.

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
 ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ
 ΚΑΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ

ως υπόψη :

Άξεις των άρθρων 14 παρ. 1 του Ν. 1232/1982 (ισχύει και συμπλήρωση των διατάξεων του Ν. 964, «λ.π.» και 11 παρ. 3 του Ν. 1256/1982) καθώς και την πολυαπασχόληση κ.κ.α.

απόφαση του Υπουργείου Προεδρίας της Κυβερνήσεως (Π.Ο.) Υ. 81/23.10.1984, αποφασίζουμε :

α) να τοποθετηθεί στο Υπουργείο Εσωτερικών Γραφείο Επισκευών και Πληροφόρησης Πολιτών (Γ.Ε.Π.Ο.) στο Υπουργείο αυτό :

β) να ενημερωθεί τους πολίτες για κάθε θέμα αρμοδιότητάς του Υπουργείου Εσωτερικών.

γ) να ενημερώνει τους πολίτες να διεκπεραιώσουν τις υποθέσεις τους και τους ενημερώνει για την πορεία τους.

δ) να προτάσεις από τους πολίτες για τη βελτίωση της υπηρεσίας του, την απλούστευση διαφόρων τρόπων συμμετοχής.

ε) να περιπτώσεις δυσλειτουργίας, καθυστέρησης διοικητικών τύπων και πολύπλοκων διαδικασιών.

στ) να ενημερώνει και υλοποιεί την πληροφόρηση και ενημέρωση των πολιτών όταν αποφασίζονται νέα μέτρα.

ζ) να ευθύνει για την έκδοση, διάθεση ενημερωτικών οδηγιών, αιτήσεων σχετικά με θέματα αρμοδιότητας του Υπουργείου Εσωτερικών.

η) να ενημερώνει και οργανώνει την επικοινωνία των πολιτών με τις υπηρεσίες του Υπουργείου και τη συμμετοχή τους στη λήψη μέτρων που τους αφορούν.

θ) να ενημερώνει σε στενή συνεργασία με τη Δ/ση Οργάνωσης και Λειτουργίας του Υπουργείου Εσωτερικών.

ι) να ενημερώνει και υλοποιεί την πληροφόρηση και ενημέρωση των πολιτών όταν αποφασίζονται νέα μέτρα.

ια) να ενημερώνει και υλοποιεί την πληροφόρηση και ενημέρωση των πολιτών όταν αποφασίζονται νέα μέτρα.

ιβ) να ενημερώνει και υλοποιεί την πληροφόρηση και ενημέρωση των πολιτών όταν αποφασίζονται νέα μέτρα.

ιγ) να ενημερώνει και υλοποιεί την πληροφόρηση και ενημέρωση των πολιτών όταν αποφασίζονται νέα μέτρα.

Αθήνα, 23 Νοεμβρίου 1984

Αριθ. Ε5/5514/16.5.84

(3)

Τροποποίηση και συμπλήρωση της Ε5/3095/16.5.84 Υ.Α. συγκρότησης ολομέλειας Σ.Τ.Ε.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΘΝ. ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις της παραγράφου 2, περίπτωση 1 του άρθρου 14 του Ν. 1404/1983» δομή και λειτουργία των τεχνολογικών εκπαιδευτικών ιδρυμάτων.

2. Την Ε5/661/1984, (ΦΕΚ 93 τ. Β/1984) υπουργική απόφαση αμόρφωση λειτουργίας του Σ.Τ.Ε. και της γραμματείας, τρόπος ορισμού των μελών και άλλα σχετικά θέματα.

3. Την Ε5/3095/1984, (ΦΕΚ 360 τ. Β/6.6.1984) υπουργική απόφαση, «συγκρότηση της ολομέλειας του Σ.Τ.Ε. όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με τις Ε5/5514/1984, (ΦΕΚ 573 τ. Β/21.8.1984) και Ε5/5514α/29.10.84, όμοιας.

4. Την πρόταση της ΠΑΣΕΓΕΣ, για αντικατάσταση του αναπληρωματικού μέλους, στην ολομέλεια του Σ.Τ.Ε. που εκφράστηκε με το 3728/12782/11.12.1984 έγγραφό της.

5. Την πρόταση του Υφυπουργείου Νέας Γενιάς και Αθλητισμού, για αντικατάσταση του αναπληρωματικού μέλους στην ολομέλεια του Σ.Τ.Ε., που εκφράστηκε με το 7689/17.12.84 έγγραφό του, αποφασίζουμε :

Τροποποιούμε α) την παράγραφο 45 της Ε5/3095/16.5.1984 απόφασης και ορίζουμε ως αναπληρωματικό μέλος του Διαμαντή Κόϊστα, εκπρόσωπο της Πανελληνίας Συνομοσπονδίας Γνώσεων Γεωργικών Συνεταιρισμών (ΠΑΣΕΓΕΣ), του Γεώργιου Γεωργίου, αντί του Αριστείδη Πάνου και

β) την παράγραφο 13 της ίδιας απόφασης και ορίζουμε ως αναπληρωματικό μέλος του Γιάννη Παπαμιχαήλ, εκπρόσωπο του Υφυπουργείου Νέας Γενιάς και Αθλητισμού το Δημήτριο Λαγό, αντί της Μυρσίνης Ζορμπά.

Ως προς τα λοιπά ισχύει η Ε5/3095/16.5.84 υπουργική απόφαση, όπως τροποποιήθηκε μεταγενέστερα.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 27 Δεκεμβρίου 1984

ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΚΑΚΑΛΑΜΑΝΗΣ

Αριθ. 231.5/4/Τ2/3922

(4)

Δικαιώματ για «κατ' ιδίαν» διδασκαλία και συμμετοχή σε κατατακτήριες εξετάσεις, ένεκα νόσου για μαθητές Μ.Γ.Ε.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΘΝ. ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Έχοντας υπόψη :

1. Την παρ. 2 του άρθρου 2 του Ν.Δ. 1197/72 «περί κατατακτήριων εξετάσεων κατ' ιδίαν διδασκόντων μαθητών.

2. Το 448/16.10.84 έγγραφο του Νεοσοκομείου Παιδών «Αγία Σοφία» Α' παιδιατρικής Κλινικής του Εθνικού Πανεπιστημίου Αθηνών, σχετικά με τους πάσχοντες από νοσοκομειακή νόσο του παγκρέατος και

3. Το Α10/718/5.12.84 έγγραφο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Δ/ση Σχολικής Υγιεινής.

4. Την αριθ. Η. 5421/82 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και Υπουργού Εθν. Παιδείας και Θρησκευμάτων, αποφασίζουμε :

Καθορίζουμε την νοσοκομειακή νόσο του παγκρέατος ως πάθηση που δικαιολογεί την «κατ' ιδίαν» διδασκαλία των μαθητών της Μέσης Γενικής Εκπ/σης και την παραπομπή τους σε κατατακτήρια εξέταση.

Η παρούσα να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα 22 Δεκεμβρίου 1984

Κοιν/ση (1147147122 Ε 40)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚ/ΤΩΝ
ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΩΝ

Αθήνα 18 / 5 / 1987

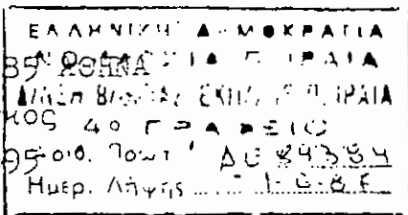
Αριθμ. Πρωτ. Βαθμός Προτεραιότη.

ΣΤ5 / 2 ΕΠΕΙΓΟΝ

ΠΡΟΣ

Τις Δ/νσεις και τα Γραφεία
Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας
Εκπ/σης της χώρας
στις έδρες τους

Απόλεως 15-10135
Αποφορίες Θ. Ζάγκος
Αρ. Πρωτ. 32345



Δικαιολογητικά" κατ'ιδίαν διδαχθέντων"
των του άρθρου 2 του ν.δ. 1197/1972

Με αφορμή ερωτήματα σχετικά με τα δικαιολογητικά που υποβάλλουν οι
κατ'ιδίαν διδαχθέντες " μαθητές του άρθρου 2 του ν.δ. 1197/1972 (ΦΕΚ
1972), για να λάβουν μέρος σε κατατακτήριες εξετάσεις, σας γνωρίζουμε
το ακόλουθα:

1. Με τις διατάξεις του άρθρου 5 παρ. 12 της αριθμ. ΣΤ5/71/Ι.12.1986
834/Β') απόφασης ΥΠΕΠΘ-ΥΠΠΚ, τροποποιήθηκαν οι διατάξεις του άρθρου
5 του ν.δ. 1197 /72 κατά το μέρος που αναφέρονται στα δικαιολογητικά.
Ετσι μετά την τροποποίηση αυτή, τα δικαιολογητικά που απαιτούνται να
κομίσουν οι " κατ'ιδίαν διδαχθέντες " μαθητές του άρθρου 2 του ν.δ.
1197 είναι : α) τίτλος σπουδών σχολικής χρήσης, εφόσον υπάρχει, β) βεβαί-
θεραπευτηρίου στο οποίο νοσηλεύτηκε ο μαθητής ή γνωμάτευση του θερά-
τος γιατρού και γ) γνωμάτευση του οικείου σχολιάτρου.
2. Η σύμφωνος γνωμάτευση της οικείας υγειονομικής επιτροπής, όπως ορί-
στηκε από τις διατάξεις του άρθρου 2 παρ. 3 περ.γ του ν.δ. 1197/72, αντι-
στήθηκε από τη γνωμάτευση του οικείου σχολιάτρου που αναφέραμε στην
πρώτη παράγραφο. Κατά συνέπεια απαιτείται μόνο γνωμάτευση του οικεί-
ου σχολιάτρου και όχι και γνωμάτευση της οικείας υγειονομικής επιτροπής.
3. Η ένσταση που προβλέπεται στο προτελευταίο εδάφιο της παρ. 3 του
ν.δ. 1197/72 σαν διαδικασία δεν θίγεται με τις διατάξεις της
πρώτης απόφασης. Διέπεται όμως από τις πάγιες αρχές του δικαίου και της
δικαστικής πρακτικής, σύμφωνα με τις οποίες, η ένσταση κατά της γνωμάτευσης
του σχολιάτρου θα εξεταστεί από το αμέσως ανώτερο ιεραρχικά όργανο, που εί-
ναι η πρωτοβάθμια υγειονομική επιτροπή και λοιπά.
4. Παρακαλούμε όλες τις υπηρεσίες, που απευθύνεται η εγκύκλιος αυτή, να
επισυνάψουν για την εφαρμογή της.

Ε.Υ.

Ο Προϊστάμενος ΤΜΟΜ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΑΝΟΜΗ

Δ/νση Σπουδών Πρωτοβάθμιας Εκπ/σης
" " " Δευτεροβάθμιας Εκπ/σης

Μ Ο Μ (5)

ΣΠ. ΛΙΑΛΙΟΣ
Αξιολογός Αντίγραφο
Ο Προϊστάμενος





ΕΠΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Θ Η Μ Α
ΕΜΒΡΙΟΥ 1985

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
726

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

της Δ2/27968/23.11.84 απόφασης του Υπουργείου Παιδείας και Θρησκευμάτων, για την «κατ' ιδίαν» διδασκαλία και συμμετοχή σε μετ' εξετάσεις, εντακτικής κατεύθυνσης μαθητών Γεν. Εκπ/σης. 2

του προγράμματος διδασκαλίας μαθημάτων 1983—1984 του Ασυ έτους του Γυμνασίου Β/Γ και Πληροφορικής της Πολυτεχνικής Πανεπιστημίου Πατρών. 3

της απόφασης αριθ. 13—1/Φ505/112/4.6. Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Εργων. 4

της άμεσης ανάγκης εκτέλεσης τεχνικών εργασιών, επισκευής και στερέωσης Αρχαίων και Κτιριακών εγκαταστάσεων που παρουσιάζουν βλάβες. 5

του καταλλομένου υποτροφιών από το κληρ/τος Ελένης Μοντενιγού. 6

του συστήματος της αυτοματικής παραδομικής οργής στις συντάξεις του Ναυτικού Απολαύου (ΝΑΤ). 7

για ασκήσεως επαγγέλματος ιατρού στον τόπο του Δημητρίου, για την περιφέρεια του Συλλόγου Μεσολογγίου. 8

για ιδρύσεως φαρμακείου στην Αθηνά της οδού Κεχαγιά - Γρομητάρη, στο Νομό Αττικής. 9

για ιδρύσεως φαρμακείου στην Ευστρατία Ν. στο Νομό Αιτωλ/νίας. 10

έως Δ.Σ. του Παναρχαϊδικού Γενικού Νοσοκομείου. 11

για ασκήσεως επαγγέλματος μεσίτη αστικών στη Φωτεινή Μπελεζέντη - Γκόμπλια, για την περιοχή του Πρωτοδικείου Άρτας. 12

για ιδρύσεως και λειτουργίας φαρμακείου Τσαρακλήμνη του Σπυρίδων, στο Νομό Αιτωλ/νίας. 13

για ασκήσεως επαγγέλματος οδοντίατρος Μπαγιάνη του Νταβίντ - Γκαμπριέλ, για

Κορήγηση άδειας ιδρύσεως φαρμακείου στη φαρμακοποιό Μαρία Φαράλη του Παντελή συζ. Αντωνίου Καλλιπέτη στο Δήμο Καισαριανής του Νομού Αττικής. 15

Σύσταση προσωρινών θέσεων με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου στο Δήμο Γαλατζίου Αττικής. 16

Κορήγηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος ιατρού στην Ιωάννινα Βιδάλη του Γεωργίου, για την περιφέρεια του Ι.Σ. Αθηνών. 17

Αυτοδίκαιη κατάταξη προσωπικού σε προσωρινές θέσεις με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου στην Ελευσίνα Αττικής. 18

Κορήγηση άδειας ιδρύσεως φαρμακείου στο φαρμακοποιό Μπαρδύ Μελέτιο του Ιωάννη, στο Νομό Αττικής Διαμ. Δυτ. Αττικής. 19

Κορήγηση άδειας ιδρύσεως και λειτουργίας μικροβιολογικού εργαστηρίου στη Λουκία Μπουλιάση, στο Νομό Αττικής Διαμ. Πειραιά. 20

Μεταφορά μαθητών Ζου Γυμνασίου Λιβαδειάς, Ν. Βοιωτίας. 21

Παραχώρηση κοινόχρηστης έκτασης στον Ποντιακό Σύλλογο «Ο ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΓΑΒΡΑΣ» στο αγρ/μα Πέντε Ερύσες και σημείωση μεταβολής στα κτηματολογικά στοιχεία της Σ.Δ. έτους 1970 του αγρ/τος. 22

Ανανέωση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος πράτορα μεταναστεύσεως στο Θωμά Λαχανά του Βασιλείου, στο Ν. Καστοριάς. 23

Ανανέωση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος πράτορα μεταναστεύσεως στον Ιωάννη Εμμανουηλίδη του Παναγιώτη, στο Ν. Καστοριάς. 24

Έγκριση σύστασης θέσεων για προσωρινή πρόσληψη προσωπικού στο Μπαϊμάτσιο Γεν. Κρατικό Νοσοκομείο Κοζάνης. 25

Κορήγηση άδειας ιδρύσεως και λειτουργίας οδοντιατρείου στον Τάσση Νικολάϊ του Ηλία, στο Νομό Αττικής. 26

Κορήγηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος ιατρού στο Δημήτριο Αθ. Κουτσώνη, για τον Ι.Σ. Τρικάλων. 27

ΔΙΟΡΘΩΣΕΙΣ ΣΦΑΛΜΑΤΩΝ

Διόρθωση σφαλμάτων στην αριθ. Η/6610/1985 απόφαση του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. 28

Διόρθώσεις σφαλμάτων στη Β3/900 απόφαση του Υπουργείου

ΠΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ & ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ

Αρ. Δ2/23292

Αποποίηση της Δ2/27968/23.11.84 απόφασης του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

**Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ**

Έχοντας υπόψη την Δ2/27968/23.11.84 Υπουργική Απόφαση σχετικά με τη συγκρότηση συμβουλίου σχολικών συμβουλίων Μέσης Γενικής και Μέσης Τεχνικής Εκπαίδευσης.

Έχοντας υπόψη την Δ2/27968/23.11.84 Υπουργική Απόφαση σχετικά με τη συγκρότηση συμβουλίου σχολικών συμβουλίων Μ.Γ. και Μ.Τ.Ε.Ε. Εκπ/σης» ΦΕΚ 848/30.11.84 τ. Β' και κρίνουμε : α) ως αναπληρωματικό μέλος του Συμβουλίου τον Γεώργιο Πατρόνο καθ. Παν. Παιδ. Αθηνών αντί του Βασιλείου Σταγιάκου τ. Καθηγ. Θεολογικού τμήματος Παν/μίου Θεολογίας, β) τα μέλη του συμβουλίου την Κοσμίνα Χαρίκλεια υπάλληλη της Κ.Υ. του ΥΠΕΠΘ - Δ.Μ.Γ.Ε. (γραφείο 225) του Ιωάννη Αθανασίου Θεολόγου της Κ.Υ. με ανακοπή την Πρ. Μπαρούτα υπάλληλο της Κ.Υ. του ΥΠΕ - ΔΜΓΕ (γραφείο 224).

Αρ. 886

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 22 Οκτωβρίου 1985

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΠΕΤΡΟΣ ΜΩΡΑΛΗΣ

Αρ. 2315/7/Γ2/3031

(2)

Δικαίωμα για «κατ' ιδίαν» διδασκαλία και συμμετοχή σε κατατακτήριες εξετάσεις, ένεκα κήσεως για μαθητρίες Μέσης Γεν. Εκπ/σης.

**Ο ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ**

Έχοντας υπόψη : Την παράγραφο 2 του άρθρου 2 του Ν.Δ. 1197/72 περί κατατακτηρίων εξετάσεων κατ' ιδίαν διδαχθέντων μαθητρίων εντάσσουμε την κατάσταση κήσεως μαθητρίων στις περιπτώσεις που δικαιολογούν την «κατ' ιδίαν» διδασκαλία και την παραπομπή τους σε κατατακτήρια εξέταση.

Η παρούσα απόφαση να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 22 Οκτωβρίου 1985

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΠΕΤΡΟΣ ΜΩΡΑΛΗΣ

(3)

Καθορισμός του προγράμματος διδασκαλίας μαθημάτων ακαδ. έτους 1983 - 1984 του Λου έτους του Τμήματος Μηχ/ Η/Υ και Πληροφορικής της Πολυτεχνικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΜΗΧ/ΚΩΝ Η/Υ ΚΑΙ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ
ΠΟΛΥΤΕΧΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ**

Έχοντας υπόψη :

1. Τις διατάξεις των άρθρων 24,25 και 43 (παρ. 1,2) του Ν. 1268/82 για την δομή και λειτουργία των ΑΕΙ.
2. Την απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Τμήματος Μηχ/κών Η/Υ και Πληροφορικής 1/4.11.83. αποφασίσε :

Οι σπουδαστές του Λου έτους του Τμήματος Μηχ/κών Η/Υ και Πληροφορικής της Πολυτεχνικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών, να παρακολουθήσουν ασκηθούν και εξετασθούν κατά το Πανεπιστημιακό έτος 1983 - 84 στα κατωτέρω μαθήματα και στις ώρες κατά εβδομάδα που σημειώνονται απέναντι καθενός.

Α' ΕΞΑΜΗΝΟ

| ΜΑΘΗΜΑΤΑ | Εβδ. ωρ. διδ. | | | ΟΡΓΑΝΟ ΠΟΥ ΤΟ ΔΙΔΑΣΚΕΙ |
|----------------------------------|---------------|---|----|------------------------|
| | Δ | Φ | Ε | |
| 1. Μαθηματικά Ι | 2 | 4 | -- | Γενικό Τμήμα |
| 2. Συστήματα Υπολογιστών Ι | 2 | 1 | 2 | Μηχ/κών Η/Υ |
| 3. Προγραμματισμός Υπολογιστών Ι | 2 | 1 | 2 | Μηχ/κών Η/Υ |
| 4. Αγγλικά | 2 | 1 | -- | Διδ. ξένων γλωσσών |

Β' ΕΞΑΜΗΝΟ

| ΜΑΘΗΜΑΤΑ | Εβδ. ωρ. διδ. | | | ΟΡΓΑΝΟ ΠΟΥ ΤΟ ΔΙΔΑΣΚΕΙ |
|-----------------------------------|---------------|---|----|------------------------|
| | Δ | Φ | Ε | |
| 1. Τεχνική Φυσική Ι | 4 | 2 | 1 | Γενικό Τμήμα |
| 2. Μαθηματικά ΙΙ | 4 | 2 | -- | Γενικό Τμήμα |
| 3. Συστήματα Υπολογιστών ΙΙ | 2 | 1 | 2 | Μηχ/κών Η/Υ |
| 4. Προγραμματισμός Υπολογιστών ΙΙ | 2 | 1 | 2 | Μηχ/κών Η/Υ |
| 5. Αγγλικά ΙΙ | 2 | 1 | -- | Διδ. ξένων γλωσσών |

Οι διδακτικές μονάδες των παραπάνω μαθημάτων θα καθορισθούν με την ολοκλήρωση του προγράμματος σπουδών για τα επόμενα έτη.

Πάτρα, 4 Οκτωβρίου 1985

Ο Πρόεδρος
Α Γ ΜΑΡΙΤΣΑΣ

Μ Ε Σ Η

Ε Π Ι Τ Ο Μ Η Α Π Ο Υ Σ Ι Α Ι - Ε Ξ Ε Τ Α Σ Σ Ε Ι Σ κ.λ.π.

Η Εκπαιδευτική Νομοθεσία, συμπαρίσταται από α έως το τόσο τον ευγενές, πολύτιμον αλλά και δύσκολον έργον των εκπαιδευτικών μας. Με την λήξη του 1977—1978 "τέλος Μαΐου" και με την πεποίθησιν ότι πιθανώς να βοηθήση έστω και εις το ελάχιστον, λαμβάνεται των θεμάτων σχετικά με τις εξετάσεις (Ιουνίου 1978).

Β.Δ. 20 'Ιουν. - 8 'Ιουλ. 1955

Α ρ θ ρ ο ν 20: Από το ήμερήσιον δελτίον άπουσιών, καταχωρείται κάθε μήνα το βιβλίον άπουσίου (άπουσιολόγιον).

Α ρ θ ρ ο ν 21: Η άρίθμηση των άπουσιών γίνεται ανά μία διά κάθε διδακτική ώρα.

Α ρ θ ρ ο ν 22: Η τήρηση του άπουσιολογίου τίθεται σε καθηγητήν ενώ ή σύνταξη του ήμερηίου δελτίου άπουσιών ανατίθεται εις μαθητήν όριένου υπό του Διευθυντού.

Α ρ θ ρ ο ν 23: Το σύνολον των άπουσιών κάθε ήμου αναγράφεται εις το βιβλίον του οικείου έχου (άρθρον 32) και έντός δεκαπενθημέρου άπτην λήξη του διμήνου.

Α ρ θ ρ ο ν 24 και 25: Μαθηταί δύνανται να έρεθθουν από το μάθημα της ώδικής και της Γυστικής υπό τις προϋποθέσεις που όρίζει ο 2ος.

Κωδικοποιήσις Έκπαιδ. Νομοθεσίας σελ. 44 - 5 - 46).

Ν.Δ. 229 26 Μαρτ. - 2 'Απριλ. 1965

Ρ Ο Π Ο Σ Δ Ι Κ Α Ι Ο Λ Ο Γ Η Σ Ε Ω Σ Α Π Ο Υ Σ Ι Ω Ν

Η δικαιολόγησις των άπουσιών γίνεται ή στο τέκαθε τριμήνου ή μετά την λήξη των μαθημάτων με πράξη του συλλόγου των καθηγητών και τότε με την προσκόμισή των σχετικών δικαιωητικών.

Α ρ θ ρ ο ν 3: Ο μαθητής ο όποιος άπουσιάζει και μιάς έστω ώριαίας διδασκαλίας και μέχρι ήμερών όφείλει να προσκομίση βεβαίωσιν του γοις ή κηδεμόνος, περι του λόγου της άπουσίας. Βεβαίωσεις αυτές δέν μπορούν να καλύψουν άσθές πλέον των 15 ήμερών έτησίως.

"Όταν ο μαθητής άπουσιάζει διά άσθένειαν ά τους ίσχυρισμούς του; διά χρονικών διάστηπλέον των 3 ήμερών πρέπει α) την τετάρτην ήαν να ειδοποιήση όπωσδήποτε, το σχολείο, β) κ την έπιστροφήν εις το σχολείο και μέχρι 15 ώων από αυτής να φέρη πιστοποιητικόν του θεοστος ιατρού.

Διευκρινίζεται ότι τόσο οι βεβαίωσεις τωνων και κηδεμόνων, όσον και οι πιστοποιήσεις ιατρών δέν δεσμεύουν το σύλλογον των καθητών οάν έχει ιδίαν αντίληψιν περι της αναλητης της προβαλλομένης άσθενείας ή δέν θεωρείκρους τους προβαλλομένους ως λόγους άπου-

4) Ο σύλλογος των καθηγητών άποφασίζει έν συνεήρία διά το δικαιολογημένον ή όχι των προσκομισθέντων ως άνω βεβαίώσεων ή γνωματεύσεων, ή δέ άπόφασή του καταχωρείται εις το βιβλίον πράξεων αυτού.

5) Η άνωτέρω άπόφασή του συλλόγου των καθηγητών δύναται να τροποποιηθή έντός 15 ήμερών άν προκύψουν νέα στοιχεία.

(ιδέ Κωδικοποίησις Έκπ. Νομοθεσίας σελ. 51 και 52).

Β.Δ. 307 της 20 - 29 Μαΐου 1967

Σ Υ Ν Ε Π Ε Ι Α Ι Ε Λ Λ Ε Ι Π Ο Υ Σ Φ Ο Ι Τ Η Σ Ε Ω Σ

Α ρ θ ρ ο ν 1: 1) Έάν πραγματοποιηθούν ά-

πουσίες μέχρι 100 συνολικώς δύνανται ο μαθητής να προσέλθη εις την προαγωγικήν ή άπολυτήριον εξέταση του 'Ιουνίου, άνεξαρτήτως της αίτίας εις την όποιαν όφείλονται οι άπουσίες.

2) Έάν πραγματοποιηθούν άπουσίες περισσότερες των 100 μέχρι και 150, δύνανται οι μαθητές να προσέλθουν εις την εξέταση του 'Ιουνίου έφ' όσον δικαιολογηθούν τις πλέον των 100 άπουσίες, άλλως παραπέμπονται εις όλικήν εξέταση τον Σεπτέμβριον.

3) Έάν πραγματοποιηθούν άπουσίες περισσότερες των 150 και μέχρι 225, οι μαθητές παραπέμπονται εις όλικήν εξέταση τον Σεπτέμβριον, έφ' όσον έχουν δικαιολογήσει νομίμως τις πλέον των 125 άπουσίες, άλλως άπορρίπτονται.

4) Εις έξαιρετικές περιπτώσεις παραπέμπονται οι μαθητές εις όλικήν τον Σεπτέμβριον εξέτασιν, έφ' όσον έχουν σημειώσει αριθμόν άπουσιών μεγαλύτερον των 225 και μέχρι 275, έφ' όσον οι ύπέρ τας 100 άπουσίας όφείλονται όλα εις άσθένειαν πωτοποιουμένης νομίμως και άποφανθή ο σύλλογος διά αίτιολογημένης πράξεως.

5) Έάν πραγματοποιηθούν άπουσίες περισσότερες των 225 οι μαθητές άπορρίπτονται άνεξαρτήτως της αίτίας εις την όποιαν όφείλονται, έξαιρέσει της προηγουμένης περιπτώσεως 4.

6) Οι μαθητές που σημειώνουν εις ένα μάθημα ή σε περισσότερα του ένός μαθήματα άπουσιες συνολικώς περισσότερες του έπταπλασίου διά τά ήμερήσια Γυμνάσια ή Λύκεια και του έξαπλασίου διά τά υκτερινά των ώρων διδασκαλίας που προβλέπονται έβδομαδιαίως κατά μάθημα παραπέμποντας εις μερικήν εξέτασιν τον Σεπτέμβριον εις το μάθημα ή τά μαθήματα.

7) "Ότι άφορά τά ήμερήσια Γυμνάσια και Λύκεια διά τας άπουσίας, ισχύει και διά τά υκτερινά Γυμνάσια και Λύκεια.

8) Οι άπουσίες των μαθητών λογαριάζονται από την έναρξη των μαθημάτων του Σχολείου, άν όμως κάποιος μαθητής γραφήθηκε έπειτα από παράταση των έγγραφών, για τον χαρακτηρισμόν της φοίτησης του λογαριάζονται οι μισές άπουσίες από την έναρξη των μαθημάτων μέχρι την ήμερομηνία έγγραφής του.

Α ρ θ ρ ο ν 2: Από άπουσιες που όφείλονται σε ποινές άποβολής έκ του σχολείου θεωρούνται δικαιολογημένες διά τον χαρακτηρισμόν της φοίτησεως 20 κατ' άνωτατον όριον.

(ιδέ και Κωδικοποίησις Έκπ. Νομοθεσίας σελ. 48).

Β.Δ. 602 14 Σεπτεμβρίου 1971

Εις το άρθρον 1 του ΒΔ 307)67 προστίθεται παράγραφος 9 έχουσα ούτω:

Εις άλλως έξαιρετικές περιπτώσεις δύνανται ο σύλλογος των διδασκόντων καθηγητών να διαγραφή μέχρι (50) έν συνόλω άπουσιες εις μαθητές των όποιων οι πέραν των 50 άπουσίες όφείλονται προδήλως εις άσθένειαν.

(ιδέ Κωδικοποίησις Έκπ. Νομοθεσίας σελ. 50).

Επί τας περιπτώσεις της παραγράφου θ ή προθεσμία προς έκδοση της δικαστικής απόφασης διακόπτεται και άρχεται εκ νέου από της αντικατάστασης του κωδικομένου ή ανουκλήνου ή εξαιρουμένου.

8. Οι δικαστικοί αποφασίζουν κατά πλειοψηφίαν και εν περιπτώσει ισοψηφίας υπέρ ή κατά της Προέδρου. Την δικαστικήν απόφαση υπογράφει ο Πρόεδρος του Δικαστηρίου Δικαστηρίου.

9. Οι δικαστικοί επί της αποφασίας των, κατά την κρίσιν των όρων, τα έξοδα της δικαστικής και των αποφασισίων των, ως και των υποχρεώσεων προς καταβολή αυτών, δύναται εκ και νό διατάξουν τον υπαρχόμενον των.

10. Η δικαστική απόφασις είναι βεβαιωτική, τελεσίδικος και άμεταλλήτος και αποτελεί τίτλον εκτελεστόν, μη απαιτούμενης της παραφράσε τούτου έκτελέσεως ή άλλης τινός διατυπώσεως. Δεν υποβάλλεται εις τακτικόν ή έκτακτον ένδικον μέσον και δεν χωρεί κατά αυτής άποφάσεως άνωτίστον των τακτικόν Δικαστηρίων ή ένδικου.

Άρθρον 7.

Η ισχύς της παρούσης άρχεται από της δημοσιεύσεως της εις την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Έν Αθήναις τη 10 Απριλίου 1976

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΑΠΑΗΓΟΥΡΑΣ

Άριθ. 3675.

(3)

Περί ίδρύσεως Κοινωνικού Γραμματερίου εις την Κοινότητα Κεράλεω (Κώ) Ν. Δαδικανήσου.

Ο ΓΕΝΙΚΟΣ ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ ΑΘΑΙΤΗΣΜΟΥ

Έχοντες υπ όψει:

1. Τας διατάξεις του Ν.Δ. 397/68 περί ίδρύσεως της ΓΡΑ και των αρμοτήτων αυτής.

2. Τας διατάξεις του άρθρου 2 παρ. 1 του Ν. Δ/τος 650/1970 περί Γραμματερίων.

3. Την υποβληθείσαν την υπ' αριθ. 12/23.2.76 απόφαση της Κοινότητας Κεράλεω (Κώ) περί ίδρύσεως του κατάλληλου χώρου προς ίδρυση Γραμματερίου.

4. Τε υποβληθείσαν την υπ' αριθ. 5 παρ. 1 άρθρου 5 του Ν.Δ. 650/70 περί γραμματερίων. Πρακτικόν κατάλληλότητος.

5. Τας διατάξεις του Ν.Δ. 216/74 περί κατάστασεως Υπαρχείου Προεδρίας Κυβερνήσεως, αποφασίζομεν:

Έρθεμον εις την περιχρή της Κοινότητας Κεράλεω (Κώ) γραμματερίου υπό την επωνυμίαν Κοινωνικόν Γραμματερίον Κεράλεω, όπως θέλει διατυπώσεται ως Νομικόν Πρόσωπον Δημοσίου Δικαίου και κατά τας διατάξεις του Ν.Δ. 650/70.

Η ισχύς της παρούσης άρχεται από της δημοσιεύσεως της εις την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Η παρούσα δημοσιεύεται εις της Εφημερίδες της Κυβερνήσεως.

Έν Αθήναις τη 21 Απριλίου 1976

Ο Γενικός Γραμματέας
ΠΑΝΟΣ ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ

Άριθ. 431/24512/1975.

(4)

Περί χαρακτηρισμού του όρου Πήλιον μετά των εν αυτήν οικισμών ως τόπου Πιστιέρου φυσικό κάλλους.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Έχοντες υπ όψει:

1. Τας διατάξεις του Ν.Δ. 175/73 περί Υπουργικού Συμβουλίου και Υπουργικών τομέων εν ισχύ εις του υπ' αριθ. 396/73 Π.Δ. ως τροποποιηθέντων μεταγενεστέρως.

2. Τας διατάξεις του Νόμου 1469/1950 και

3. Την υπ' αριθ. 3 γνωμοδότησιν του Β' τμήματος του Αρχαιολογικού Συμβουλίου, έκρηκθείσαν κατά την συνεσίον αυτής της 22.3.76, αποφασίζομεν:

1. Χαρακτηρίζομεν τόν όρον Πήλιον μετά των εν αυτήν οικισμών ως τόπον Πιστιέρου φυσικό κάλλους, εις την Πιστιέραν εμπορικήν του, την άρδευτάτων ποταμίων χλωματικών έγκαλλογών και τόν έξοχον συνδυασμό ποταμίου, έλαιού, κωσ και θάλας προς την θάλασσαν.

2. Εμπροσθέντως χαρακτηρίζομεν τόν εν αυτήν οικισμόν ως τόπον χηρόντας εθνικής κρατικής προστασίας, καθ' ου διατηρηθέντες έναλλοιότητι επί της άποφάσε της Τουρισκοκρατίας με τόν ποταμόν άρδευτικόν και παραδοσιακών οικιών παρακωσμάτων πλακιδίων και βραχίονων συνδυασμό μοναδικήν εικόνα, ένδοξοίον εις τόν πλοσίον εις ιστορίαν περιόδου.

Η παρούσα δημοσιεύεται εις της Εφημερίδες της Κυβερνήσεως.

Έν Αθήναις τη 3 Μαρτίου 1976

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΡΥΠΑΚΗΣ

Άριθ. 431/22469/2424.

(5)

Περί χαρακτηρισμού του τόπου Νέου Κοιμήσεως της Θεοτόκου εις «Κριστά» Φοινικίου Έπαρχίας Έπαίδεου Δήμου ως ιστορικού διατηρητέου μνημείου.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Έχοντες υπ όψει:

1. Τας διατάξεις του Ν.Δ. 175/73 περί Υπουργικού Συμβουλίου και Υπουργικών τομέων εν ισχύ εις του υπ' αριθ. 396/73 Π.Δ. ως τροποποιηθέντων μεταγενεστέρως.

2. Τας διατάξεις του άρθρου 52 του Κ.Ν. 5351/1932 και 3. Την υπ' αριθ. 3 γνωμοδότησιν της Β' Ειδικής Ολοκλησίας του Αρχαιολογικού Συμβουλίου, έκρηκθείσαν κατά την συνεσίον αυτής της 17.3.76, αποφασίζομεν:

Χαρακτηρίζομεν τόν Τόπον Νέου Κοιμήσεως της Θεοτόκου εις τόν «Κριστά» Φοινικίου Έπαρχίας Έπαίδεου Δήμου ως ιστορικός διατηρητέον μνημείου.

Η παρούσα δημοσιεύεται εις της Εφημερίδες της Κυβερνήσεως.

Έν Αθήναις τη 30 Απριλίου 1976

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΤΡΥΠΑΚΗΣ

Άριθ. 42373

(6)

Περί καθορισμού πόδηςως έκπολεμούσεως την κατά τήν έκδοσιν έκατακλιών ποταμών και την κατακακίαν έκτασίν των.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΘΝ. ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Έχοντες υπ όψει την παρ. 2 του άρθρου 2 του Ν.Δ. 1197/1972 περί κατακακίαν κατά τήν έκδοσιν έκπολεμούσεως ποταμών και την υπ' αριθ. 209/25.2.76 πράξιν του Υπουργικού Συμβουλίου Σχολικής Υγειονόμ. αποφασίζομεν:

Καθορίζομεν τήν υπερασπίαν εις την κατακακίαν των ποταμών των έκπολεμούσεως την κατά τήν έκδοσιν έκπολεμούσεως Δρακονικής και Μύρας Έπαρχίας και την παρακακίαν των εις κατακακίαν έκτασιν.

Η παρούσα δημοσιεύεται εις της Εφημερίδες της Κυβερνήσεως.

Έν Αθήναις τη 21 Απριλίου 1976

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΧΡΥΣΟΣΤΟΜΟΣ ΚΑΡΑΠΙΠΕΡΗΣ

Αριθ.

Περί έκτα

1. Τε

2. Τε

3. Τε

4. Συ

Τραπε

9.4.76

την έπε

Α. Στο

Όπου

ίρησιν

περί

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

του

3) Την υπ' αριθ. 145/19.2.73 γνωμοδότηση της Επιτροπής του άρθρου 4 του Ν. Δ/τος 4548/1966. αποφασίζονται:

Υπαρξίνοντα την καθόριστον ύπερμεριστική υπ' αριθ. 47, 48 και 49 παρ. 4 του άρθρου 1 του Ν.Δ. 463/1970.

Η άρδια αποζημίωσις τούτων, κρίνεται ίση, προς το μέγιστον όριον το προβλεπόμενον υπό των διατάξεων του Ν.Δ. 4548/1966 προσηλωσομένου εις την επομένη μο.Ρα.

Η παρούσα θεσμοθετήσθαι διά της Εγκυριαδος της Κυβερνήσεως.

Εν Αθήναις τῆς 1 Μαρτίου 1973

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΟΥΛΗΣ

Αριθ. 24945

(11)

Περί καθορισμοῦ παθήσεως δικηγορητικῶν τῶν κατ' ἴσιν βιβλιοθηκῶν καὶ τῶν καταστατικῶν ἐξετάσεων αὐτῶν.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΘΝ. ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Έχοντας υπ' ὄψιν τὴν παρ. 2 τοῦ άρθρου 2 τοῦ Ν. Δ. 1197/1972, περὶ καταστατικῶν ἐξετάσεων κατ' ἴσιν βιβλιοθηκῶν καὶ τῶν ἐξετάσεων αὐτῶν, αποφασίζονται:

Καθορίζονται τὰς παθήσεις τῶν δικηγορητικῶν τῶν κατ' ἴσιν βιβλιοθηκῶν Δικηγορίας καὶ Μέσης Ἐκπαίδευσης καὶ τῶν παραρτηρῶν τῶν ἐξ καταστατικῶν ἐξετάσεων ὡς ἀκολουθῶσαι:

- 1) Ὁρθοπαιδικὴ παθήσεισ ὀστέων καὶ ἀρθρώσεων ἔχουσαι ἀνάγκη μακρῆς ἀναρρώσεως ἢ κατακλίσεως πρὸς θεράπειαν.
- 2) Τυροκομία, παραπληγία, ἐπιπληγία, σπαστική ἢ χυλόςαι.
- 3) Νεφρῖα.
- 4) Ἀδύσπαστα.
- 5) Χρόνια νεφρολογικὰ νόσητα ἔχουσαι δυσπρόσιτοι ἢ ἀνεπιχειρήσιμοι καθυστερηταὶ εἰδήματα τῶν κληρονομικῶν εἰδήσεων.
- 6) Αἰμαρ εἰς τὸ στάδιον τῆς μεταστάσεως.
- 7) Ἐπιπληγία μακρῆς ποικιλίας.
- 8) Ἀσπικτὴ φυματίωσις ποικιλίῶν.
- 9) Φυματιώδης μηνιγγίτις.
- 10) Νευρολογικὴ βλάβη ἐξ ἐπιπληγίας.
- 11) Βαρίαι νευρολογικὰ ἀνοήματα ἀποκρίνομαι πυχρῶς μεταρρώσεως ἀδύνατοι.
- 12) Καρδιακὰ ἢ νεφρικὰ χρόνια παθήσεις μὴ ἀνεπιχειρήσιμα.
- 13) Πᾶσα νόσος ἢ πάθησις διὰ τὴν θεράπειαν τῆς ἀσθενείας ἀπαιτεῖται νοσητεῖα εἰς νοσοκομεῖον ἢ κλινικὴν ἐπιθεσίον πύλογοῦ νοσητεῖας.

Η παρούσα θεσμοθετήσθαι διά της Εγκυριαδος της Κυβερνήσεως.

Εν Αθήναις τῆς 2 Μαρτίου 1973

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΚΑΝΤΩΝΑΣ

Αριθ. 13548

(12)

Περί ἐπιπέδου Εργῶν καὶ ἀναρρώσεως προσηλυτῶν κατ' ἴσιν τῆς Α.Β.Σ. Θεσσαλονίκης.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΘΝ. ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Έχοντας υπ' ὄψιν τὰς διατάξεις τῆς παρ. 2 τοῦ άρθρου 1 τοῦ Ν. Δ/τος 463/1970 καὶ τὴν υπ' αριθ. 272/30.1.1973 ἔγκρισιν τῆς Α.Β.Σ. Θεσσαλονίκης, αποφασίζονται:

Τροποποιεῖται τὴν υπ' αριθ. 31768 ἐπὶ 23 Μαρτίου 1972 ἔγκρισιν ἀπαιτεῖται ἐπιπέδου Εργῶν ἢ Α.Β.Σ. Θεσσαλονίκης, προβλεπὸν εἰς τὴν ἐπιπέδου Εργῶν καὶ προσηλυτῶν ὑπερμεριστικῶν καὶ ἐκ τῶν κληρονομικῶν ἐξετάσεων αὐτῶν, τὴν σχετικῶν παθήσεων ἀνεπιχειρήσιμα ἔχουσαι εἰς τὰ κλινικὰ κέντρα καὶ ἄλλα τὰ ἐπιχειρήσιμα προσηλυτῶν αὐτῶν:

καὶ κατὰ τὴν διεδικασίαν τῆν προβλεπόμενὴν υπό των ἐπιπέδων καὶ ἀνεπιχειρήσιμα ἀνεπιχειρήσιμα ἀποκρίνομαι πρὸς τὴν παρ. 4 τοῦ άρθρου 1 τοῦ Ν.Δ. 463/1970.

Εν Αθήναις τῆς 15 Φεβρουαρίου 1973

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΓΚΑΝΤΩΝΑΣ

Αριθ. 16462

(13)

Περί συρροῦσεως ΔΙΠΥΣΔΕ ΣΤ' Ἀνωτέρας Ἐκπαίδευσης καὶς Περιφέρειας.

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΕΘΝ. ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Έχοντας υπ' ὄψιν:

α) Τὰς διατάξεις τῶν άρθρων 52 παρ. 2 καὶ 54 παρ. 1 περίπτωσης β' τοῦ Ν.Δ. 651/70 καὶ τῶν υπ' αριθ. 1929/1972 πράξεων τῆς Περιφερειακῆς Διοικήσεως Κεντρικῆς καὶ Δυτικῆς Μικτινόντης, αποφασίζονται:

Συρροῦσθαι διὰ τὸ ἔτος 1973 Ἀνωτέρας Περιφερειακῶν Συστάσεων Δικηγορίας Ἐκπαίδευσης (ΔΙΠΥΣΔΕ ΣΤ' Ἀνωτέρας Ἐκπαίδευσης Περιφέρειας, ἀποκρίνομαι ἐκ τῶν α) Γενικῶν Ἐπιπέδων Δ.Ε. ΣΤ' Ἀνωτέρας Ἐκπαίδευσης Περιφέρειας ὡς Προβλεπῶν ἀνεπιχειρήσιμα υπό τῶν κληρονομικῶν καὶ

β) Νοσηλευτικῶν Ἐπιπέδων Δ.Ε. Φιλοσοφίας, Κοινωνίας καὶ Θεολογίας ὡς μέλων ἀνεπιχειρήσιμων υπό τῶν κληρονομικῶν αὐτῶν κατὰ τὰς διατάξεις τοῦ άρθρου 29 παρ. 5 τοῦ Ν.Δ. 651/70.

Η παρούσα θεσμοθετήσθαι διά της Εγκυριαδος της Κυβερνήσεως.

Εν Αθήναις τῆς 27 Φεβρουαρίου 1973

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΑΣΙΑΝΙΔΗΣ

Αριθ. 135/59

(14)

Περί ἀξίωσης τῶν 30 ἀραχιδινοῦ βιβλιοθηκῶν ἀποκρίνομαι τῶν δικηγορῶν κατὰ τὸν Κλάδου Ἐπισκοπικῆς Ἀσραχιδινοῦ Διοικήσεως (Κ.Ε.Α.Δ.).

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Έχοντας υπ' ὄψιν:

α) Τὰς διατάξεις τοῦ ἔτους α' τῆς παρ. 2 τοῦ άρθρου 30 τοῦ Ν. Δ. 4114/1960 περὶ τοῦ Κώδικος τοῦ Τραπεζίου Νομικοῦ (Φ.Ε.Κ. 164/9.10.1960 τὴν παρ. Α')

β) Τὴν υπ' αριθ. 798/1961 Π. Δ. περὶ τοῦ πρώτου κατατάξεως τῶν κατὰ τὸν Κλάδου Ἐπισκοπικῆς Ἀσραχιδινοῦ Διοικήσεως αὐτῶν ἀραχιδινοῦ (Φ.Ε.Κ. 205/30.10.1961 τὴν παρ. Α').

γ) Τὰς διατάξεις τοῦ άρθρου 18 τοῦ υπ' αριθ. 40/1972 Π. Δ. περὶ καθορισμοῦ εἰς ἐπιπέδον κλίμακον τῶν ἔργων τῶν διατάξεων περὶ Ὑποθηκοῦ Συστάσεων καὶ Ὑποθηκοῦ (Φ.Ε.Κ. 13/25.1.1972 τὴν παρ. Α').

δ) Τὴν σύμφωνον γνώμη τοῦ Διοικητικοῦ Συμβουλίου τοῦ Κ.Ε.Α.Δ. ἔχουσαι κατὰ τὰς υπ' αριθ. 406/72 καὶ 422/72 συνελεύσεις αὐτῶν καὶ

ε) Γνώμη τοῦ κατ' ἴσιν Συμβουλίου Κοινωνικῆς Ἀσραχιδινοῦ ἀποκρίνομαι κατὰ τὴν υπ' αριθ. 70/1972 συνελεύσει τῆς ΔΣΤ' περὶ τοῦ αὐτοῦ ἀποκρίνομαι:

1. Η υπ' αριθ. α' τῆς παρ. 2 τοῦ άρθρου 30 τοῦ Ν. Δ. 4114/1960 προβλεπόμενὴ κλίμακα εἰσφορῶν τῶν δικηγορῶν κατὰ τὸν Κ.Ε.Α.Δ. ἢ ἀποδεδειγμένη κατὰ τὰς διατάξεις τοῦ υπ' αριθ. 798/1961 Π. Δ. εἰς ἐπιπέδου Εργῶν ἐξ ἀραχιδινοῦ βιβλιοθηκῶν ἀποκρίνομαι εἰς ἔργων εἰς κλίμακα 200, πύλογοῦ κατὰ τὴν πρώτην ποικιλίαν τῆς ἐπιπέδου Εργῶν κατὰ τὸν κλάδον Διοικήσεως, Συστάσεων καὶ ἐξ ἄλλων ἀραχιδινοῦ 4000, πύλογοῦ κατὰ τὴν πρώτην τῆς ἔργων ποικιλίας.

2. Οἱ κατὰ τὴν κλίμακα εἰσφορῶν τῶν δικηγορῶν κατὰ τὸν Κλάδον Ἐπισκοπικῆς Ἀσραχιδινοῦ Διοικήσεως καὶ τῶν 3. Η ἔργων ἀποκρίνομαι τὴν Κλίμακα εἰς ἔργων εἰς κλίμακα 200, πύλογοῦ κατὰ τὴν πρώτην ποικιλίαν τῆς ἐπιπέδου Εργῶν κατὰ τὸν κλάδον Διοικήσεως, Συστάσεων καὶ ἐξ ἄλλων ἀραχιδινοῦ 4000, πύλογοῦ κατὰ τὴν πρώτην τῆς ἔργων ποικιλίας.

ΕΘΝΙΚΗ
ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Αριθ. Ο.Π.

Περί χρονοῦ
1. Ζήτησ. τῶν ἔργων ἀποκρίνομαι

Διὰ τῆς 26 ἔργων εἰς κλίμακα 200, πύλογοῦ κατὰ τὴν πρώτην ποικιλίαν τῆς ἐπιπέδου Εργῶν κατὰ τὸν κλάδον Διοικήσεως, Συστάσεων καὶ ἐξ ἄλλων ἀραχιδινοῦ 4000, πύλογοῦ κατὰ τὴν πρώτην τῆς ἔργων ποικιλίας.

ΕΘΝΙΚΗ

Αριθ. Υ.Π.

Περί δικηγορῶν

Έχοντας υπ' ὄψιν τὴν υπ' αριθ. 272/30.1.1973 ἔγκρισιν τῆς Α.Β.Σ. Θεσσαλονίκης, αποφασίζονται:

1) Τὴν υπ' αριθ. 272/30.1.1973 ἔγκρισιν τῆς Α.Β.Σ. Θεσσαλονίκης, αποφασίζονται:

Άρθρον 1.

Η ύλη των παρόντων άρθρων μετά τις αλλαγές από της δημοσίευσής αυτού διά της Εφημερίδας της Κυβερνήσεως.

Εν Αθήναις τῆ 29 Ιουνίου 1972

Εν Ὄνοματι τοῦ Βασιλέως

Ο ΑΝΤΙΒΑΣΙΛΕΥΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΙΚΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΝ

Ο ΠΡΩΥΠΟΥΡΓΟΣ

Γ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΑΝΤΙΠΡΟΣΒΟΙ

ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΠΑΥΤΑΚΟΣ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΑΚΑΡΕΖΟΣ

ΤΑ ΜΕΛΗ

- ΙΩΑΝ. ΑΓΛΑΘΑΓΕΛΟΣ, ΑΔΑΜ. ΑΝΔΡΟΤΤΣΟΠΟΤΑΟΣ,
- ΝΙΚ. ΕΦΕΣΙΟΣ, ΓΕΩΡΓ. ΠΕΖΟΠΟΤΑΟΣ, ΣΩΤ. ΑΓΑ-
- ΠΗΤΙΔΗΣ, ΙΩΑΝ. ΚΟΤΑΝΣ, ΑΓΓΕΛ. ΤΣΟΚΚΑΛΑΣ,
- ΕΜΜΑΝ. ΦΘΕΝΑΚΗΣ, ΓΕΡΑΣ. ΦΡΑΓΚΑΤΟΣ, ΑΝΤΩΝ.
- ΜΠΕΡΝΑΡΗΣ, ΟΡΕΣΤ. ΓΙΑΚΑΣ, ΣΠΗΤ. ΒΕΛΛΙΑ-
- ΝΙΤΗΣ.

Έθεωρήθη και έτεθη η μεγάλη του Κράτους σφραγίς.

Εν Αθήναις τῆ 3 Ιουλίου 1972

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΑΓΓΕΛΟΣ ΤΣΟΥΚΚΑΛΑΣ

(3)

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΝ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1197

Περί κριτηριακών εξετάσεων και ιδίων διδαχθέντων μαθητών.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΒΑΣΙΛΕΥΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

Προτάται το Ἡμετέρο Ὑπουργικόν Συμβούλιον, σφραγίσαι και διατάξαι:

Άρθρον 1.

1. Ἐλλοτες τὸ νέος μαθηταὶ σχολείων Δημοτικῆς και Μίσης Ἐκπαιδευσεως, διαμείναντες εἰς τὸ ἐξωτερικόν διά λόγους οἰκονομικακούς και διδαχθέντες κατ' ἴδιαν τὰ μαθηματα μίση ἢ πλειόνων τάξεων, γίνονται δεκτοὶ εἰς κατατακτηρίον εξέταση, κατὰ τὰς διατάξεις τοῦ παρόντος ἐφ' ὅσον ἐν τῷ τόπῳ τῆς διαμονῆς των δέν ἐκτελοῦνται ἀνεγνωρισμένον ἀντίστοιχον Ἐλληνικόν Σχολεῖον, ἐδιδάχθησαν δέ τὰ μαθηματα ἐκείτης τάξεως, τὰ ἀντιστοιχοῦντα εἰς ἐν πληρεσ σχολικόν ἔτος.

2. Εἰς κατατακτηρίον διά τὰς τάξεις τοῦ γυμνασίου εξέταση γίνονται δεκτοὶ μαθηταὶ, περὶ ὧν ἐν τῇ προηγουμένη παραγράφῳ και ἐν τῷ ἄνω ὑπόθεσταν τὴν εἰσαγωγικὴν διά τὸ γυμνάσιον εξέταση λόγω τῆς διαμονῆς αὐτῶν εἰς τὸ ἐξωτερικόν.

3. Οἱ περὶ ὧν εἰς τὰς παραγράφους 1 και 2 τοῦ παρόντος άρθρου μαθηταὶ γίνονται δεκτοὶ εἰς κατατακτηρίον εξέταση, κατόπιν κρίσεως τοῦ κριτιμένου αὐτῶν πρὸς τὸν οἰκείον Ἐπιθεωρητὴν, βάσει τίτλου σπουδῶν σχολικῆς χρήσεως, ἐμφαινόντος τὴν τελευταίαν μαθητικὴν κατάστασιν, ἐφ' ὅσον ἔρισταται τοιαύτη πιστοποιήσεως τῆς οἰκείας Ἐλληνικῆς προξενικῆς ἀρχῆς ὡς πρὸς τὴν συνδρομὴν πασῶν τῶν προϋποθέσεων τῆς παραγράφου 1 τοῦ παρόντος άρθρου και βεβαιώσεως τῶν διδασκόντων περὶ τῆς διδασχέσεως ἄλλης κατὰ τὴν τάξην και κατὰ μάθημα, τεθεωρημένης ὑπὸ τῆς οἰκείας προξενικῆς ἀρχῆς. Εἰς τὴν περίπτωσιν δέν καθίσταται ἀποδεικτικῶς ἰσχυρὴ ἡ προκρίσις βεβαιώσεως τῶν διδασκόντων περὶ τῆς διδασχέσεως ὑπ' αὐτῶν ὄλλης, τὴν ἔλλειψιν ταύτης ἀνακληθεὶς σχετικὴ ὑπόθεσις βήλωνσε τοῦ γονέως ἢ κηδεμόνος, κατὰ τὰς διατάξεις τοῦ Ν.Δ. 1053/1969 περὶ ἀποκρίσεως ἰσχύοντος τοῦ βήλοντος ἢ βεβαιώσεως. Ὁ Ἐπιθεω-

ρητὴς ἐλέγχει τὰ δικαιολογητικά, διαπιστοὶ τὴν ὑπαρξὴν τῶν νομίμων προϋποθέσεων και δὲ ἀποφασίσει τὸ ἐγκρίσει τὴν εξέταση ἐπίλων ὡς σχολείων, εἰς ὃ θὰ ἐνεργηθῆ αὐτή, τὸ πληρεστέρον τῆς κατοικίας τοῦ κριτιμένου μαθητῶν ἡμετέριον σχολεῖον.

Άρθρον 2.

1. Μαθηταὶ Δημοτικῆς Ἐκπαιδευσεως οὐδὲως φοιτήσαντες εἰς σχολεῖον ἐνικα τῶν ἐν τῇ ἐπομένη παραγράφῳ εἰδικῶν παθήσεων, ὡς και μαθηταὶ Δημοτικῆς και Μίσης Ἐκπαιδευσεως, ἀναγκασθέντες νὰ διακοθοῦν τὴν φοιτηρίον των διά τὴν αὐτὴν αἰτίαν, διδασχθέντες δέ κατ' ἴδιαν τὰ μαθηματα μίση ἢ πλειόνων τάξεων, γίνονται δεκτοὶ εἰς κατατακτηρίον εξέταση, ἐφ' ὅσον ἡ παθήσις των δέν ἐπιτερεται μὲν τὴν τακτικὴν φοιτηρίον των εἰς τὸ σχολεῖον, δέν ἀπέλλειν ὁμοως τὴν κατ' ἴδιαν διδασχάσαν και μελέτην και ἐφ' ὅσον διδασχθησαν ὑπὸ Ἐκπαιδευτικῶ ἔγοντος τὰ νομίμα προσόντα τὰ μαθηματα ἐκείτης τάξεως τὰ ἀντιστοιχοῦντα πρὸς πληρεσ σχολικόν ἔτος. Δέν ὑπαρξάνται εἰς τὰς διατάξεις τῆς παρούσης παραγράφου μαθηταὶ κτάκτως φοιτήσαντες και ἀπορριφθέντες λόγω ἔλλειψος φοιτησεως.

2. Αἱ παθήσεις, περὶ ὧν ἡ προηγουμένη παράγραφος, ὀρίζονται δὲ ἀποφασίσει τοῦ Ὑπουργοῦ Ἐθνικῆς Παιδείας και Θεγκηκευμάτων, δημοσιουομένης διά τῆς Εφημερίδας τῆς Κυβερνήσεως.

3. Οἱ μαθηταὶ, περὶ ὧν εἰς τὰς προηγουμένης παραγράφους 1 και 2, γίνονται δεκτοὶ εἰς τὴν κατατακτηρίον εξέταση δὲ ἀποφασίσει τοῦ ἀρχιεπίου κατὰ περιστάσεων Ἐπιθεωρητοῦ, ἐκδιδόμενης κατόπιν κρίσεως τοῦ κριτιμένου τοῦ μαθητοῦ και τεθεωρημένης α) εἰς τίτλον σπουδῶν σχολικῆς χρήσεως, ἐμφαινόντος τὴν τελευταίαν μαθητικὴν κατάστασιν, ἐφ' ὅσον ἔρισταται τοιαύτη, β) εἰς βεβαιώσιν τοῦ θεραπευτηρίου, εἰς ὃ ἰνοσηλεύθη ὁ μαθητής, ἢ πιστοποιήσιν δύο θεραπονητων εἰδικῶν (ατρῶν και γ) εἰς σφραγῶν γνωμάσεων τῆς οἰκείας κατὰ τόπους πρωτοθεσμίου Ὑγειονομικῆς Ἐπιτροπῆς, εἰς τὴν παραπέμπεται ὁ μαθητής πρὸς ἰατρικὴν εξέταση ὑπὸ τοῦ ἀρχιεπίου κατὰ περιστάσεων Ἐπιθεωρητοῦ μετὰ τῶν σχετικῶν δικαιολογητικῶν. Ἡ γνωμάσεως τῆς πρωτοθεσμίου Ὑγειονομικῆς Ἐπιτροπῆς ὑποκαίται εἰς ἀνατασιν ἐνώπιον τῆς δευτεροθεσμίου τοιαύτης ὑπὸ τὴν τοῦ αἰτιούσεως και τοῦ Ἐπιθεωρητοῦ, ἐντός δεκαήμερον ἀπὸ τῆς ανακοινώσεως αὐτοῦ τῆς γνωματεσεως.

Διά τῆς ἐγκριτικῆς ἀποφασίσεως τοῦ Ἐπιθεωρητοῦ ὀρίζεται ὡς σχολεῖον εἰς ὃ θὰ εἰνεργηθῆ ἡ εξέταση, τὸ πληρεστέρον πρὸς τὴν κατοικίαν τοῦ κριτιμένου μαθητῶν ἡμετέριον σχολεῖον.

Άρθρον 3.

Μαθηταὶ Δημοτικῆς και Μίσης Ἐκπαιδευσεως διαμείναντες νομίμως ἐν τῷ ἐξωτερικῷ και ἐπιπίοντες εἰς τὰς περιστάσεις τῶν άρθρων 1 και 2 τοῦ παρόντος δύνασται νὰ ὑποστοῦν κατατακτηρίον προαγωγικὴν ἢ ἀπολυτήριον εξέταση κατόπιν ἐγκριτικῆς ἀποφασίσεως τοῦ Διευθυντοῦ Ἐκπαιδευσεως Ἐλληνοσλαβῶν τοῦ Ἐξωτερικοῦ, παραπεμπόμενοι ἐνώπιον τοῦ κριτηρικῶν συλλόγου ἀνεγνωρισμένου Ἐλληνικοῦ σχολεῖου τῆς Ἀλλοδαπῆς.

Κατὰ τὰ λοιπὰ ἰσχύον ἐπὶ τῶν μαθητῶν τοῦτων αἱ διατάξεις τοῦ άρθρου 4 τοῦ παρόντος.

Άρθρον 4.

1. Αἱ κατατακτηρίου εξέτασεις, περὶ ὧν τὰ ἄρθρα 1 και 2 τοῦ παρόντος διεξάγονται γραπτῶς μόνον ἐπὶ τῆς κατὰ τὸ ἐπίσημον ἀναλυτικόν πρόγραμμα δεκακτίας ὄλλης τῶν μαθημάτων τῆς τελευταίας τῶν τάξεων, τὰ ὁποῖα διδασχθησαν κατ' ἴδιαν, κατὰ τὰς ἐξεταστικὰς περιόδους τοῦ Ἰουνίου ἢ τοῦ Σεπτεμβρίου, γίνονται δέ δεκτοὶ εἰς αὐτὰς οἱ μαθηταὶ ἐντός μίση των δύο πρώτων τοσούτων ἐξεταστικῶν περιόδων, οἱ μὲν τοῦ άρθρου 1, ἀπὸ τῆς ἐπιπέδου των ἐκ τοῦ ἐξωτερικοῦ, οἱ δέ τοῦ άρθρου 2, ἐφ' ὅς ἔκαστον οἱ ἐκ τῆς εἰδικῆς παθήσεως των λόγοι οἱ ἐπιβαλλόμενοι τὴν διακοπήν τῆς φοιτησεως, τοῦτων πιστοποιουμένων διά βεβαιώσεως τοῦ εἰς ὃ ἐθε-

ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΝ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1198

Περί του τρόπου ρυθμίσεως των όρων άμειβής και έργασίας, του έπι σχέσει έργασίας ιδιωτικού δικαίου προσωπικού του Δημοσίου, των Ο.Τ.Α. και Ν.Π.Δ.Δ. και τροποποιησεως διατάξεων της περι συλλογικών συμβάσεων έργασίας τυμβωσειας.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΒΑΣΙΛΕΥΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

Προτάσει του Ήμετέρου Ύπουργικου Συμβουλίου, άπερασισαμεν και διατάσαμεν:

Άρθρον 1. Διαδικασία.

1. Οι όροι, αι συνθήκαι και ή άμειβή της έργασίας, του έπι σχέσει έργασίας ιδιωτικού δικαίου άπασχολουμένου, παρ ά τώ Δημοσίω, τοίς Όργανισμοίς τοπικής αυτοδιοικήσεως (Ο.Τ.Α.) και τοίς Νομικίς προσώποις δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), πάσης φύσεως προσωπικού ρυθμίζονται δι' ειδικών συλλογικών συμβάσεων έργασίας μόνον και, εν άδυναμία έπιτεύξεως συμφωνίας διά την υπογραφήν τούτων, δι' όμοιας έκτάσεως αποφάσεως υποχρεωτικής διατηρίας, κατά την υπό του Ν. 3239)1955 άπερί τρόπου ρυθμίσεως των συλλογικών διαγραφών έργασίας, συστάσεως Έθνικου Γνωμοδοτικού Συμβουλίου Κοινωνικής Πολιτικής και τροποποιησεως και συμπληρώσεως διατάξεων ένίων εργατικών νόμων, ως ούτος έτροποποιήθη και συμπληρώθη μεταγενεστέρως, προβλεπομένην διαδικασίαν και υπό τούς εν αύτῳ όρους, προποθέσει και περιορισμούς.

2. Συλλογικαι συμβάσεις έργασίας υπογραφομεναι παρουσία του Ύπουργου Έθνικης Οικονομίας ως και συλλογικαι συμβάσεις έργασίας και αποφάσεις διατηρίας κηρυσσόμεναι υποχρεωτικαι κατά την διαδικασίαν του άρθρου 5 του Ν. 3239) 1955, δέν έαρχίζονται το Δημόσιον, τούς Ο.Τ.Α. και τό Ν. Π. Δ. Δ. ως προς τό παρ' αύτοίς έπι σχέσει έργασίας ιδιωτικού δικαίου άπασχολούμενον προσωπικόν.

3. Τα κατά την διαδικασίαν του άρθρου 16 του Ν.Δ. 186)1969 άπερί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως του Ν. 3239)1955 ως έτροποποιήθη και συμπληρώθη διά του Ν.Δ. 3755)1957 καθοριζόμενα κατώτατα όρια μισθών και ημερομισθίων δεσμεύουν, ως ελάχιστα όρια άποδοχών και τό Δημόσιον, τούς Ο.Τ.Α. και τό Ν.Π.Δ.Δ. ως προς τό παρ' αύτοίς έπι σχέσει έργασίας ιδιωτικού δικαίου άπασχολούμενον προσωπικόν.

Άρθρον 2. Έκπροσώπησις.

1. Κατά τας διαπραγματεύσεις, την κατάρτισιν και υπογραφήν των ειδικών συλλογικών συμβάσεων έργασίας, περι ών τό άρθρον 1 παραγράφος 1 του παρόντος, ως και κατά την ένώπιον των Διοικητικών Διοικητικών Δικαστηρίων διαδικασίαν, τό Δημόσιον εκπροσωπείται άπαλατιτικώς υπό του Ύπουργου έπι των Οικονομικών ή του υπό τούτου έξουσιοδοτούμενου όργάνου, οι δέ Ο.Τ.Α. και τό Ν.Π.Δ.Δ. υπό του Ύπουργου έπι των Οικονομικών και του κατά περίπτωσιν έπιστετευότος τούτου Ύπουργου, όρίζόμενου προς τον σκοπόν τούτον έκάστοτε, διά κοινής αύτών αποφάσεως του εκπροσωπούμενου τούτου όργάνου.

2. Ως προς την εκπροσώπησιν του έπι σχέσει έργασίας ιδιωτικού δικαίου προσωπικού του Δημοσίου, των Ο.Τ.Α. και Ν.Π.Δ.Δ. κατά την κατάρτισιν και υπογραφήν των ειδικών συλλογικών συμβάσεων, περι ών τό άρθρον 1 παρ. 1 του παρόντος, ως και κατά την ένώπιον των Διοικητικών Διοικητικών Δικαστηρίων διαδικασίαν, εφαρμόζονται άναλόγως αι διατάξεις του άρθρου 7 παρ. 5 του Ν. 3239)1955 ως έτροποποιήθησαν διά του Ν.Δ. 186)1969, ως και τό Β.Δ. 17)24.8.1955 άπερί του τρόπου παραστάσεως των εργαζομένων και μισθωτών ένώπιον των κατά τον Ν. 3239)1955 Διοικητικών Διοικητικών Δικαστηρίων κλητών.

σπεύδη ή μαθητής θεραπευτήριον ή πιστοποιητικού έως ειδικών θεραπευτών ιατρών της γνωμοτεύσεως της Ύγειονομικής Έπιτροπής.

2. Αι κατατακτήριον εξετάσεις, περι ών τό παρόν Ν. Διατάγμα, δύνανται να είναι προαγωγικαι ή άπολυτήριαι, εφίμως διά πλείονος των πρώων τάξεων, κατ' άνώτατον όριον αι της συνδρομής έκδοσε των νομίμων προς τούτο προβλεπόμενων. Αύται διεξάγονται κατά τάς περι κατατακτηρίων, προαγωγικών και άπολυτηρίων εξετάσεων ισχυούσας διατάξεις, καθ' ός εκδίδονται και τό άποτελέσματα, έπιφυλασσόμενων και των ειδικών διατάξεων του παρόντος.

3. Έπι προαγωγικών εξετάσεων οι μιν έπιτυγχάνοντες λαμβάνουν άποδεικτικόν προαγωγής εν της τάξεως. Δι' ήν ύπέστησαν έπιτυχώς την κατατακτήριον εξέτασιν, οι δέ άποτυγχάνοντες κατατάσσονται εις την τάξιν, δι' ήν ύπέστησαν την κατατακτήριον εξέτασιν, ή και εις μίαν των κατωτέρων τάξεως, κατά την κρίσιν των εξεταστών και άναλόγως του βαθμού της άποτυχίας των, λαμβάνοντες άποδεικτικόν κατατάξεως ως τίτλον σπουδών σχολικής χρήσεως.

4. Έπι άπολυτηρίων εξετάσεων οι μιν έπιτυγχάνοντες λαμβάνουν άπολυτήριον ως τίτλον σπουδών, οι δέ άποτυγχάνοντες κατατάσσονται εις την τάξιν, δι' ήν ύπέστησαν την κατατακτήριον άπολυτήριον εξέτασιν ή και εις μίαν των κατωτέρων τάξεως, κατά την κρίσιν των εξεταστών και άναλόγως του βαθμού της άποτυχίας των, λαμβάνοντες άποδεικτικόν κατατάξεως ως τίτλον σπουδών σχολικής χρήσεως.

5. Έπι των άπολυτηρίων κατατακτηρίων εξετάσεων δέν ισχύουν αι κείμεναι διατάξεις περι έπανεξετάσεως των άπορριπτομένων μαθητών της τελευταίας τάξεως των γυμνασίων.

6. Έπιτίθεται αναβαθμολόγησις των γραπτών δοκιμίων των κατά τό παρόν άρθρον εξετάσεων κατά τάς περι αναβαθμολογήσεως ισχυούσας διατάξεις.

7. Είς πάσαν περίπτωσιν των κατά τό παρόν άρθρον κατατακτηρίων εξετάσεων ή τίτλος σπουδών σχολικής χρήσεως, δέν να έμφανίζη την τελευταίαν μαθητικήν κατάστασιν.

Άρθρον 5.

Κυροῦται ός' ής εξεβόθη και έχει ισχύν νόμου ή ύπ' αριθ. 742)2.5.1959 πράξις του Ύπουργικου Συμβουλίου, έγκρισθείσα εις τό ύπ' αριθ. 91)26.5.1959 φ.Ε.Κ. τεύχος Α' και καταργείται από της ισχύος του παρόντος.

Άρθρον 6.

Πάσα διατάξις γενική ή ειδική, άντικείμενη εις τας διατάξεις του παρόντος, καταργείται από της ισχύος αύτου.

Άρθρον 7.

Η ισχύς του παρόντος άρχίζει από της δημοσιεύσεως αυτού διά της Έφημερίδος της Κυβερνήσεως.

Εν Αθήναις τῆ 29 Ιουλίου 1972

Εν Όνόματι του Βασιλέως

Ο ΑΝΤΙΒΑΣΙΛΕΥΣ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

ΤΟ ΥΠΟΥΡΓΙΚΟΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΝ

Ο ΠΡΩΥΠΟΥΡΓΟΣ

Γ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΑΝΤΙΠΡΟΞΑΡΟΙ

ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ ΠΑΤΤΑΚΟΣ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΑΚΑΡΕΖΟΣ

ΤΑ ΝΕΑΝ

ΙΩΑΝ. ΑΓΘΑΓΓΕΛΟΥ, ΑΔΑΜ. ΑΝΔΡΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ, ΝΙΚ. ΕΦΕΣΙΟΥ, ΓΙΩΡΓ. ΠΕΣΟΠΟΥΛΟΣ, ΣΩΤ. ΑΓΑΠΗΤΙΔΗΣ, ΙΩΑΝ. ΚΟΤΑΝΗΣ, ΑΓΓΕΛ. ΤΣΟΥΚΑΛΑΣ, ΕΜΜΑΝ. ΦΘΕΝΑΚΗΣ, ΓΕΡΑΣ. ΦΡΑΓΚΑΤΟΣ, ΑΝΤΩΝ. ΜΠΕΡΝΑΡΗΣ, ΟΡΕΣΤ. ΓΙΑΚΑΣ, ΣΠΤΡ. ΒΕΛΛΙΑΝΙΤΗΣ.

Έδωρηθη και έπέθη ή μεγάλη του Κράτους σφραγίς.

Εν Αθήναις τῆ 3 Ιουλίου 1972

• ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΤΗΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΑΓΓΕΛΟΣ ΤΣΟΥΚΑΛΑΣ

Σύμφωνα με την εργασία Ο.Τ.Α. και μέλος των σπέρτων (Γ κριμένην με τούτων ό ρειαν τώσ συμποργός σίας. 2. Κατα ράσεων άτ Ο.Τ.Α. κα Δευτεροβάθ μίας, έπιπρ. άναπληρωτή γού εις έ- στήκει ή 3. Ό τού Ύπου του, έπιπρ. Δευτεροβάθ 4. Τό και δι' έ τέρω, άρ σίας πρι φερειακήσ βαθμίαν 5. Κα τό δευτεσ θμίαν ά τού άρμ έπι ένως της όπι. Άν τ λος ένίας αύτην 6. Αι έκτάσει του παρ νήσεως τελειοτ τάξεως 1955. 7. Εφίμως ύπ προβατ μέναι ο ράσει ται κα 2. Α σίας κ ριστέσ κα τω έννοια πείσε, ταπει και ε σιασε

Α.Χ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓ. ΠΡΟΝ. & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣ.
ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΚΟΙΝΩΝ. ΑΣΦΑΛΙΣ.
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : ΔΙΟΙΚ. ΑΣΦΕΠ. & ΠΡΟΤΥΠΟΤΗΤΑΣ

Αθήνα 23 Ιανουαρίου 1987
Αρ. Πρ.: 7/ οικ. 1144

ΤΙΘΕΤΑ :

Τεχ. Α/νση : Σταθίου 29

ΠΡΟΣ : Όπως ο Πίνακας Διανομής

Τεχ. Κόδικος : 10110 - Αθήνα

Πληροφορίες : Β. ΤΣΙΑΤΑΣ

Τηλέφωνο : 0220 773

ΘΕΜΑ : " Οφθαλμικά χορηγούμενα δωρεάν για την αντιμετώπιση και θεραπεία χρόνιων παθήσεων " .

Η ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΧΩΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Εχόντας υπόψη :

- 1.- Τις διατάξεις των άρθρων 23 (παρ. 1, 2β (παρ. 1 και 2 εδάφ. γ') και 27 (παρ. 1 εδάφ. ε') του Ν. 1552/1985 " Κυβέρνηση και Κτιρησιακά όργανα " (ΟΕΚ Α'137) και του άρθρου 5 του Π.Α/τος 437/1985 " Καθορισμός και ανακετανομή των αρμοδιοτήτων των Υπουργείων (ΟΕΚ Α'157) .
- 2.- Τις διατάξεις του άρθρου 19 του ν. 1502 / 1986 (ΟΕΚ Α'138) " ρύθμιση συνταξιοδοτικών και άλλων συνταξών θεμάτων " .
- 3.- Την με αριθμ. 7 οικ 845/22.10.86 Υπουργική Απόφαση .
- 4.- Την ανάγκη του καθορισμού με ενιαίο τρόπο της παροχής των οφθαλμικών που χορηγούνται δωρεάν για ορισμένες χρόνιες παθήσεις .

Α Ε Θ Ο Δ Ι Σ Τ Ο Υ Θ Ε

1.- Στους δικαιούχους εξηνοσακομειακής φαρμακευτικής περίθαλψης του Δημοσίου και των Ασφαλιστικών Οργανισμών, ανεξάρτητα από την ονομασία τους και τη νομική τους μορφή, χορηγούνται δωρεάν τα καθοριζόμενα φάρμακα, για την αντιμετώπιση ή θεραπεία των κατωτέρω χρόνιων παθήσεων:

α) Νεοπλασμάτων όλων των συστημάτων και λευχαιμιών (αντινεοπλασματικά φάρμακα και τα αντίδοτά τους, καθώς και τα οφθαλμικά που απαιτούνται για την αντιμετώπιση των συνεπειών των νεοπλασμάτων) .

β) Καρδιάκια Γλυκόζη (υπερλιπών) .

γ) Οφθαλμικών (αμφιβληστροειδικό και αμφιωματικό βλεφαρικό φάρμακο) .

δ) Αντιβίωση και Αντιβίωση αντιβιοτική με ελάσσινος (αμικακίνη) φάρμακο .

ε) Παυσίπονητική αναλγησία (οξυκοδόνη) αναλγητική για τον πόνο σε ασθενείς με χρόνια νόσο .

) Αιμορροϊδίες (εντερίτιδορροϊδικό σύνδρομο) .

Υποσύνδρομο νέκρωσής (σφηκτική σφιμόνη) .

- Επίσης δεν καταβάλλουν συμμετοχή :

Οι πάσχοντες από νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε συνεχή θεραπεία ιοκατάστασης με τεχνητά μέσα και οι έχοντες υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, οι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας καθώς και οι παραπληγικοί και τετραπληγικοί, για όλα ανεξαρτήτως τα οφάρμακα

) Οι δικαιούμενοι για τα κυτταροστατικά και ανοσορρυθμιστικά οφάρμακα με εσοδεία υποβάλλονται σε έλεγχο, ανεξάρτητα της πάθησης από την οποία πάσχουν.

) Οι δικαιούμενοι του ΙΚΑ, για τα οφάρμακα που προμηθεύονται μέσω των ασφακείων των ασφαλισμένων ή Ι.Υ.Ο.Υ.Σ.Σ.

) Οι δικαιούμενοι για τα οφάρμακα που προμηθεύονται από το Κρατικό Νοσοκομείο.

) Η αριθμ. 7/ οικ. 845/22.10.1990 απόφασή μας κατοργείται από την ημερομηνία έναρξης ισχύος της παρούσης απόφασης .

Η ισχύς της απόφασης αυτής , αρχίζει από 1.1.1991 .

Η απόφαση αυτή , να κυριεύει με νόμο .-

Η ΥΠΟΥΡΓΟΣ

ΜΑΡΙΕΤΤΑ ΓΙΑΜΒΑΚΟΥ

Θεωρήθηκε για την ακρίβεια

Η Τμημ. Γραμματείας

Αρ. Πρωτ.: 407 - 21/02/01

ΣΤΟ ΝΟΜΟΧΕΔΙΟ « ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ
ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ », ΨΗΦΙΣΤΗΚΕ ΣΤΟ ΕΚΛΟΓΟ ΣΤΗ ΒΟΥΛΗ

Προσθήκη - Τροπολογία
Στο Σχέδιο Νόμου
«Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός
του Εθνικού Συστήματος Υγείας»

ΣΤΙΣ 15.2.2001

Αιτιολογική Έκθεση

1. Η συλλογή χρημάτων με τη μορφή καταθέσεων στις Τράπεζες αποτελεί παράνομο έρανο, εκτός εάν γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 5101/1931 από αναγνωρισμένα σωματεία, ιδρύματα ή επιτροπές, που συγκροτούνται κατά τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα. Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 25 του Ν. 5101/1931, το κραϊόν των παρανόμων εράνων αποτελεί δημόσιο έσοδο. Με την προτεινόμενη διάταξη παρέχεται η δυνατότητα σε εξαιρετικές περιπτώσεις, που δικαιολογούνται από τις περιστάσεις, όπως όταν πρόκειται για ανασφάλιστους, να ενισχύονται άτομα, που έχουν πραγματική οικονομική αδυναμία να αντιμετωπίσουν τις δαπάνες, που απαιτούνται στην Ελλάδα ή το εξωτερικό, για την αποκατάσταση της υγείας τους.

2. Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ) εισπράττει ανταποδοτικό τέλος, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 48 του Ν. 2519/1997, από εκείνους που ζητούν την παροχή διαφόρων υπηρεσιών. Στις περιπτώσεις είσπραξης του παραπάνω ειδικού τέλους προστίθεται και η αήτηση επανάκρισης φαρμάκων, που είχαν απορριφθεί από την Επιστημονική Επιτροπή.

3. Ορίζεται ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) ως αρμόδια αρχή για θέματα ιατροτεχνολογικών προϊόντων, κατά την έννοια των οδηγιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, δεδομένου ότι διαθέτει την κατάλληλη υποδομή.

Άρθρο 19

1. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, που από το σύνολο των περιστάσεων κρίνονται δικαιολογημένες για την αποκατάσταση της υγείας οικονομικά αδύνατων ατόμων, που πάσχουν από υμικη ή δυσίατες ασθένειες ή έχουν υποστεί βαρείς σωματικές κακώσεις, μπορεί, με αιτιολογημένες αιτιολογίες του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, να εγκρίνεται η

συγκέντρωση χρημάτων με Τραπεζικούς λογαριασμούς, που έχουν ανοιχτεί στο όνομα των παραπάνω προσώπων ή αυτών που έχουν την επιμέλειά τους, κατά παρέκκλιση των διατάξεων του Ν. 5101/1931 «περί ενεργειών ερίνων και λαχειοφόρων ή φιλανθρωπικών αγορών» (ΦΕΚ Α 238) και να αποδίδονται τα χρήματα που συγκεντρώθηκαν στα παραπάνω πρόσωπα.

2. Στο άρθρο 48 παρ. 1α του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ Α. 165) προστίθεται περίπτωση (ι), ως εξής:

«(ι) Την εξέταση ή επανάκριση ανά μορφή και περιεκτικότητα φαρμακευτικού προϊόντος, προκειμένου αυτό να περιληφθεί στον κατάλογο των συνταγογραφούμενων φαρμάκων ή να επανακριθεί σύμφωνα με το άρθρο 23 του Ν. 2737/1999 (Α. 174).

3. Αρμόδια Αρχή για θέματα ιατροτεχνολογικών προϊόντων, κατά την έννοια των σχετικών οδηγιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ορίζεται ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.). Η διάταξη της παρ. 3 του στοιχείου δ της παρ. 2 του άρθρου 33 του Προεδρικού Διατάγματος 95/2000 «οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (ΦΕΚ Α. 76) καταργείται.

Αθήνα 30 Ιανουαρίου 2001

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ




Γ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ



Ν. ΧΡΗΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗΣ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

Αριθμ. Γπ. 276

Ειδ. 26

Κατατίθεται στην ιστοσελίδα του Ε.Ο.Φ. με ημερομηνία 6/2/2001 και όρα 20.00

• Κατατίθεται
Γ. Παπαντωνίου
Ν. Χριστοδουλάκης
Α. Παπαδόπουλος

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΘΝ. ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΥΤΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΕΞΕΛΞΗΣ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΜΗΜΑ ΠΡΩΤΕΩΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ & ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΠΡΩΤΕΩΣ ΔΕΙΞΗΣ ΠΡΟΒΛΙΑΣ & ΔΕΘΜΙΑΣ
ΕΚΠ/ΣΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

Μητροπολιτική Διεύθυνση Εκπ/σης Ν. Αθήνας
101 85 ΑΘΗΝΑ 3ο ΓΡΑΦΕΙΟ
Αριθμ. Πρωτ. 2233

Πληροφορίες: Αθήνας..... Τ. 210 3247428
Υψηλ. Φων. 32.31.251-3247428
FAX: 32.48.284

Αθήνα 25- 4--2001
Αρ. Πρωτ. Βαθμός Πρωτερ.
Φ. 252/Β6/ 1084

ΠΡΟΣ : Όλα τα Λύκεια

(με τη φρονίδα των Προισταμένων των
Δ/νσεων και Γραφείων Δευτεροβάθμιας
Εκπ/σης)

ΘΕΜΑ : Εισαγωγή υποψηφίων με σοβαρές παθήσεις στην Τριτοβάθμια Εκπ/ση.

Τρόπος εξέτασης "Φυσικώς Αδυνάτων" υποψηφίων με το σύστημα των
δέσμων.

Όπως είναι γνωστό το ακαδημαϊκό έτος 2001-2002 η εισαγωγή στην Τριτοβάθμια
εκπαίδευση θα γίνει με το σύστημα του Ν. 2525/1997, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει,
και με το σύστημα των Γενικών εξετάσεων (δέσμες) που θα ισχύσει μεταβατικά για
τελευταία φορά.

Ως προς τον τρόπο εξέτασης των "Φυσικώς αδυνάτων" που θα λάβουν μέρος στις
δέσμες και στις εξετάσεις των ειδικών μαθημάτων καθώς και ως προς τον τρόπο
εισαγωγής στην τριτοβάθμια εκπαίδευση όσων πάσχουν από σοβαρές ασθένειες ισχύουν
τα ακόλουθα :

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

ΤΡΟΠΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΦΥΣΙΚΩΣ ΑΔΥΝΑΤΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΔΕΣΜΕΣ

ΠΡΟΣΙΟΧΗ : Τα αναφερόμενα στο κεφάλαιο αυτό ισχύουν : α) Για τις εξετάσεις στα
μαθήματα γενικής αξιολόγησης των υποψηφίων με τις εξετάσεις των δεσμών και
όχι για τις προαγωγικές και απολυτήριες κατά περίπτωση εξετάσεις της Β' και Γ'
τάξης Ενιαίου Λυκείου για τις οποίες εφαρμόζονται οι διατάξεις του Π.Δ 86/2001
όπως ισχύουν κάθε φορά και β) Για όσους εξετάσσονται σε ειδικά μαθήματα είτε είναι
υποψήφιοι με το παλαιό σύστημα των δεσμών είτε είναι υποψήφιοι με το νέο
σύστημα πρόσβασης στην τριτοβάθμια εκπ/ση.

1. ΕΞΕΤΑΣΗ "ΦΥΣΙΚΩΣ ΑΔΥΝΑΤΩΝ" ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ

Στην κατηγορία των "φυσικώς αδυνάτων" υπάγονται οι υποψήφιοι των γενικών
εξετάσεων (δέσμες) και οι εξεταζόμενοι σε ειδικά μαθήματα που :

Δόσμων μέρους στις γραπτές εξετάσεις ή

β) Προσκαμίζουν ειδική διαγνωστική έκθεση ιατροπαιδαγωγικού κέντρου ή σταθμού
από την οποία προκύπτει, ότι η επίδοσή τους στα μαθήματα δεν είναι δυνατόν να
ελεγχθεί με γραπτές εξετάσεις, γιατί πάσχουν από δυσλξία.

2. ΤΡΟΠΟΣ ΕΞΕΤΑΣΗΣ

Όσοι υποψήφιοι υπάγονται στις παραπάνω περιπτώσεις υποβάλλονται, μετά από
αίτησή τους, που συνοδεύεται από τη γνωμάτευση της Πρωτοβάθμιας Υγειονομικής
Επιτροπής ή την ειδική διαγνωστική έκθεση ιατροπαιδαγωγικού κέντρου ή σταθμού κατά
περίπτωση, σε ειδικές εξετάσεις τόσο στα μαθήματα γενικής αξιολόγησης (όσοι όσοι
και στα ειδικά μαθήματα, που διενεργούνται γραπτά ή προφορικά ή γραπτά και
προφορικά από την οικεία επιτροπή εξέτασης "φυσικώς αδυνάτων" κατά τον ίδιο χρόνο
και με το ίδιο πρόγραμμα με το οποίο διενεργούνται οι εξετάσεις στα μαθήματα γενικής
αξιολόγησης των δεσμών και στα ειδικά μαθήματα και πάνω στα ίδια θέματα στα οποία
εξετάζονται οι υπόλοιποι υποψήφιοι. Με απόφαση της οικείας επιτροπής εξέτασης
"φυσικώς αδυνάτων" μπορεί να παραινηθεί κατά περίπτωση και μόνο γι' αυτή την
κατηγορία υποψηφίων η διάρκεια εξέτασής τους, πέραν της καθορισμένης διάρκειας για
κάθε εξεταζόμενο μάθημα των γενικών εξετάσεων. Καθ' όλη τη διάρκεια της εξέτασης των
υποψηφίων αυτών και για την αντιμετώπιση οποιασδήποτε έκτακτης ανάγκης
παρουσιάζεται σχολιαστρος ή ιατρος του δημοσίου ή ιδιωτής ιατρος.

3. ΔΙΚΑΙΩΛΟΓΗΤΙΚΑ - ΧΡΟΝΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ

Τα δικαιολογητικά υποβάλλονται στην κατηγορία των "φυσικώς αδυνάτων" πρέπει σύμφωνα με
τις ισχύουσες διατάξεις να έχει υποβληθεί μέχρι 30 Απριλίου του έτους 2001 σχετική
αίτηση συνοδευόμενη από τη γνωμάτευση της υγειονομικής επιτροπής ή την ειδική
διαγνωστική έκθεση ιατροπαιδαγωγικού κέντρου κατά περίπτωση. Η αίτηση υποβάλλεται
στο Λύκειο που υποβάλλθηκε το μηχανογραφικό δελτίο το οποίο και την αποστέλλει στο
οικείο βαθμολογικό κέντρο για τα μαθήματα γενικής αξιολόγησης ή για τα ειδικά
μαθήματα κατά περίπτωση και παράλληλα ενημερώνει το οικείο εξεταστικό κέντρο μέσω
του αρμόδιου προϊσταμένου της Δ/σης ή του Γραφείου Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

4. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ "ΦΥΣΙΚΩΣ ΑΔΥΝΑΤΩΝ" ΣΤΙΣ ΕΠΙΤΡΟΠΕΣ

ΕΞΕΤΑΣΗΣ

α) Η κατανομή των υποψηφίων με την κατηγορία των "φυσικώς αδυνάτων" στις
επιτροπές εξέτασης "φυσικώς αδυνάτων" των μαθημάτων γενικής αξιολόγησης, που
λειτουργούν στα βαθμολογικά κέντρα, γίνεται με απόφαση του Υπουργού Εθνικής
Παιδείας και Θρησκευμάτων, σύμφωνα με τη διεύθυνση ή γραφείο Δευτεροβάθμιας
Εκπαίδευσης στο οποίο υπάγεται το Λύκειο στο οποίο κατατέθηκαν οι σχετικές
αιτήσεις.

β) Ειδικά όσα από τους υποψηφίους με την κατηγορία των "φυσικώς αδυνάτων"
εξετάζονται σε ειδικά μαθήματα ή κατανομή τους στις επιτροπές εξέτασης "φυσικώς
αδυνάτων" για την εξέταση των μαθημάτων αυτών, σύμφωνα με τις διατάξεις του Π.Δ
100/86 γίνεται ως εξής :

• Όσοι υποβάλλουν αίτηση μηχανογραφικό δελτίο σε Λύκεια της Μακεδονίας, της
Θράκης και της Θεσσαλίας εξετάζονται για όλα τα ειδικά μαθήματα εκτός από το
μάθημα των Ισπανικών, από την επιτροπή εξέτασης "φυσικώς αδυνάτων" που
δράσει στο βαθμολογικό κέντρο ειδικών μαθημάτων της Θεσσαλονίκης.

Γα γραπτά δοκίμια των μαθητών, μετά την παραλαβή από τη Νομαρχιακή Επιτροπή, ταξινομούνται, αρθροούνται και φυλάσσονται από αυτή ως τις 15 Μαΐου επόμενου σχολικού έτους, οπότε καταστρέφονται με ξη της.

Το Π.Ι. μπορεί, για ερευνητικούς και παιδαγωγικούς ους, να ζητήσει από τις Νομαρχιακές Επιτροπές δείγ- α γραπτών δοκιμών μαθητών, τα οποία παραλαμβά- με σχετικό πρωτόκολλο παράδοσης και παραλαβής, καταστρέφει με πράξη του στο τέλος Μαΐου του επό- ου σχολικού έτους. Τα γραπτά αυτά θα είναι φωτοα- γραφα γραπτών δοκιμών, στα οποία δεν θα φαίνεται ονοματεπώνυμο του μαθητή.

Άρθρο 27

έταση των μαθητών με ειδικές εκπαιδευτικές ανάγκες

1. Οι μαθητές που αναφέρονται στο άρθρο 1 του Ν. 17/2000 εξετάζονται προφορικά ή γραπτά, κατά περι- ωση, ανάλογα με τις δυνατότητές τους και αξιολογού- αι με βάση το ένα (1) από τα δύο (2) προβλεπόμενα είδη έτασης και μόνο. Ειδικότερα:

α) Εξετάζονται μόνον προφορικά:

i. Μαθητές τυφλοί και όσοι πάσχουν από σοβαρές δια- ραχές στην όραση.

ii. Μαθητές που αδυνατούν να υποστούν γραπτή εξέτα- η εξαιτίας μόνιμης ή παροδικής σωματικής βλάβης.

iii. Μαθητές, η επίδοση των οποίων δεν μπορεί να ελεγ- θεί με γραπτή δοκιμασία, λόγω ειδικής διαταραχής του όγου (δυσλεξία).

β) Εξετάζονται μόνο γραπτά μαθητές που έχουν ιδιαίτε- ορα σοβαρά προβλήματα ακοής (κωφοί, βαρήκοοι) σε πο- οστό 67% και πάνω και όσοι παρουσιάζουν προβλήματα όλου και ομιλίας (δυσarthρία, τραυλισμός).

2. Οι παθήσεις των περ. i και ii του εδαφίου α' και του εδαφίου β' της προηγούμενης παραγράφου βεβαιώνο- νται από την οικεία Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή, η οποία εκδίδει σχετική γνωμάτευση ύστερα από αίτηση των ενδιαφερομένων.

3. Η πάθηση των μαθητών της περ. iii του εδαφίου α' της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου βεβαιώνεται με ει- δική διαγνωστική έκθεση αναγνωρισμένου δημόσιου Ια- τροπαιδαγωγικού Κέντρου ή Σταθμού, ύστερα από αίτη- ση των ενδιαφερομένων και ισχύει για τρία (3) χρόνια από την έκδοσή της.

4. Οι μαθητές του άρθρου αυτού της Α' τάξης και των Β' και Γ' τάξεων, σε όλα μαθήματα εξετάζονται ενδοσχολικά, εξετάζονται ταυτόχρονα με τους μαθητές της τάξης στην οποία ανήκουν και σε άλλα θέματα, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος. Ειδικά, οι μαθητές του εδαφίου α' της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου εξετάζονται ενώπιον επιτροπής, η οποία συγκροτεί για το σκοπό αυ- τό ο Διευθυντής του Λυκείου και την απελευθύνει ο ίδιος ή ο Υποδιευθυντής, ως Πρόεδρος, και δύο (2) καθηγητές της ίδιας ή συγγενούς ειδικότητας. Ο μέσος όρος (Μ.Ο.) των βαθμών των δύο (2) καθηγητών είναι ο βαθμός του μαθητή στο εξεταζόμενο μάθημα.

5. Οι μαθητές της Β' και Γ' τάξης του άρθρου αυτού, για τα εξεταζόμενα με κοινά θέματα, σε εθνικό επίπεδο μα- θήματα, εξετάζονται:

α) Στο οικείο Β.Κ. που λειτουργεί στη Διεύθυνση Δ.Ε. που ανήκει οργανικά το σχολείο φοίτησής του, όσοι υπό- γονται στο εδάφιο α' της παραγράφου 1 του άρθρου αυ- τού, και ενώπιον Επιτροπής εξέτασης φυσικώς αδυνά- των. Αν ο αριθμός των μαθητών του παρόντος εδαφίου που εξετάζονται σε ένα Β.Κ είναι μεγαλύτερος από πενή- ντα (50), μπορεί να ορίζεται με απόφαση του οικείου προϊ- σταμένου της Διεύθυνσης Δ.Ε. ειδικό Εξεταστικό Κέντρο, ως παράρτημα του Β.Κ. στο οποίο και λειτουργεί η Επι- τροπή εξέτασης φυσικώς αδυνάτων. Η Επιτροπή εξέτα- σης φυσικώς αδυνάτων του εδαφίου αυτού ορίζεται από τον Πρόεδρο του οικείου Β.Κ. και αποτελείται από:

i. Τον Πρόεδρο ή ένα μέλος της Επιτροπής του οικείου Β.Κ. ως Πρόεδρο.

ii. Από δύο (2) εκπαιδευτικούς λειτουργούς Δ.Ε. για κά- θε εξεταζόμενο μάθημα από αυτούς που το δίδαξαν το ίδιο σχολικό έτος ως εξεταστές-βαθμολογητές.

iii. Από ένα (1) Σχολικό Σύμβουλο ή εκπαιδευτικό λει- τουργό Δ.Ε. με βαθμό Α' της ίδιας ή συγγενούς με το εξε- ταζόμενο μάθημα ειδικότητας ως εξεταστή - αναβαθμο- λογητή.

iv. Έναν (1) εκπαιδευτικό λειτουργό Δ.Ε. ή διοικητικό υπάλληλο ως γραμματέα της Επιτροπής.

v. Στον χώρο λειτουργίας της Επιτροπής εξέτασης φυ- σικώς αδυνάτων παρευρίσκεται σχολίατρος ή άλλος ια- τρός του δημοσίου ή ιδιώτης ιατρός, ο οποίος ορίζεται με απόφαση του οικείου Νομάρχη μετά από εισήγηση του οικείου Προϊσταμένου Διεύθυνσης Δ.Ε. για την αντιμετώπι- ση οποιασδήποτε έκτακτης ανάγκης των εξεταζομένων.

Ο οριζόμενος ιατρός οφείλει να είναι παρών μισή του- λάχιστον ώρα πριν από την έναρξη των εξετάσεων και να παραμείνει σε όλη τη διάρκεια των εξετάσεων.

Σε περίπτωση που οι εξεταζόμενοι είναι περισσότεροι από επτά (7) σε κάθε εξεταζόμενο μάθημα, με απόφασή του ο Πρόεδρος της Επιτροπής μπορεί να αυξάνει τον αριθμό των μελών - εξεταστών ανάλογα με τον αριθμό των μαθητών και τα μαθήματα στα οποία προσέρχονται να εξεταστούν.

Κάθε Επιτροπή έχει ως εργο την εξέταση και βαθμολό- γηση ή αναβαθμολόγηση σε κάθε μάθημα των μαθητών, που ανήκουν στην κατηγορία των «φυσικώς αδυνάτων» του εδαφίου α της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού.

Στο γραπτό δοκίμιο κάθε εξεταζόμενου σημειώνεται ο τρόπος εξέτασης του μαθητή και υπογράφεται από τους εξεταστές και τον Πρόεδρο της επιτροπής. Κατά την εξέ-ταση παρευρίσκεται και ο αναβαθμολογητής, για να αξιο- λογησει τον μαθητή σε περίπτωση διαφοράς βαθμολο- γίας.

Δεν μπορεί να συμμετχει στην Επιτροπή όποιος έχει σχέση συγγένειας «εξ αίματος» ή «εξ αγχιστείας» μέχρι και του τρίτου βαθμού με μαθητή που εξετάζεται σ' αυτήν ή καθηγητής που δίδαξε το ίδιο σχολικό έτος στο Λύκειο στο οποίο φοιτούσε εξεταζόμενος ως φυσικώς αδύνατος μαθητής.

Στις Διευθύνσεις Δ.Ε. στις οποίες δεν λειτουργεί Β.Κ. κατά τις διατάξεις του άρθρου 21 του διατάγματος αυτού και για την εφαρμογή των διατάξεων του παρόντος εδα- φίου ορίζεται με απόφαση του οικείου προϊσταμένου Δ/νσης Δ.Ε. Ειδικό Εξεταστικό Κέντρο και ο Πρόεδρος της Επιτροπής εξέτασης φυσικώς αδυνάτων από τους

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΠΑΡΟΧΩΝ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΑΡΟΧΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ
Γραφείο Δ/νση : Σατωβριάνδου 18
Τηλ. : 52 28 857
Φαξ : 52 28 857

ΠΡΟΣ 1) Τους Αποδέκτες του Πίνακα Α΄
του ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ)
2) Τις Υπηρεσίες του ΟΑΕΕ (ΤΑΕ)
3) Τους Ελεγκτές Γιατρούς
ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ-ΤΑΕ)
4) Τους Θεραπευτές Γιατρούς
ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ-ΤΑΕ)
5) Πανελλήνιο Φαρ/κό Σύλλογο
6) Φαρ/κό Σύλλογο Αττικής
7) Κέντρα Υγείας-Αγροτ. Ιατρεία

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ : 13

ΘΕΜΑ : Οδηγίες σχετικά με τη χορήγηση αναλώσιμων υλικών ,
θεραπευτικών γαλάκτων και συσκευών - φιαλών εισπνοής
οξυγόνου .

Α) Θεραπευτικά μέσα - αναλώσιμα υλικά χωρίς συμμετοχή

Διαδικασία χορήγησης αυτών

Είναι γνωστό ότι με την παρ. 4 του άρθρου 16 του Κανονισμού του Κλάδου
Υγείας του ΟΑΕΕ (Υ.Α αρ. 35/1385/1-9-99) που έχει ισχύ από 1-11-99 για τους
ασθενείς του ΤΕΒΕ και του ΤΑΕ , παρέχονται χωρίς συμμετοχή στη δαπάνη
αγοράς όλα τα αναγκαία μέσα και αναλώσιμα υλικά μόνο στους παρακάτω
ασφαλισμένους :

α) Νεφροπαθείς ασφαλισμένους που υποβάλλονται σε θεραπεία με τη
μέθοδο της συνεχούς φορητής περιτοναϊκής κάθαρσης .

β) Παραπληγικούς - τετραπληγικούς ασφαλισμένους που έχουν κριθεί με
απόφαση της Ειδικής Υγειονομικής Επιτροπής του ΟΑΕΕ η οποία συστήθηκε
από την εφαρμογή του άρθρου 42 του ν. 1140/1981(Α,68).

γ) Πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία.

δ) Πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη.

ε) Πάσχοντες από νεοπλασμάτα.

Για τη χορήγηση αναλώσιμων υλικών για παθήσεις πέραν των προαναφερομένων θ' ακολουθήσει νεώτερη εγκύκλιος ύστερα από σχετική απόφαση του ΔΣ του ΟΑΕΕ .

Σχετικά με την απόδοση της δαπάνης για τα υλικά , που δε χορηγούνται από φαρμακεία αλλά από αντιπροσωπείες , η έγκριση αυτής θα γίνεται με την ίδια διαδικασία και την προσκόμιση εξοφλημένου τιμολογίου .

Ειδικά όσον αφορά τα διαλύματα περιτοναϊκής κάθαρσης που χορηγούνται σε νεφροπαθείς - ασφ/νους του Ταμείου , απαραίτητο δικαιολογητικό για την έγκριση της χορήγησης και απόδοση της σχετικής δαπάνης είναι η ιατρική βεβαίωση του Δ/ντή της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του Κρατικού Νοσοκομείου , εγκεκριμένη από τον ελεγκτή ιατρό του Ταμείου , στην οποία θ' αναφέρονται - εκτός από την πάθηση του ασθενή και ότι υποβάλλεται σε φορητή περιτοναϊκή κάθαρση στο σπίτι - αναλυτικά τα είδη διαλυμάτων και η ποσότητα αυτών που απαιτείται για χρονικό διάστημα ενός (1) μήνα .

Για την εξυπηρέτηση των ασφ/νων του Ταμείου , η προμήθεια των διαλυμάτων μπορεί να γίνεται και από την αντιπροσωπεία χωρίς την παρέμβαση του Νοσοκομείου στη διαδικασία προμήθειας .

Διευκρινίζεται ότι λόγω του υψηλού κόστους των υλικών περιτοναϊκής κάθαρσης , η απόδοση της σχετικής δαπάνης θα γίνεται στο Κρατικό Νοσοκομείο ή στην προμηθεύτρια εταιρεία αντίστοιχα.

Β. Θεραπευτικά σκευάσματα ειδικής διατροφής - θεραπευτικά γάλατα

Είναι γνωστό ότι με τη διάταξη της παρ. 3 του άρθρου 20 του Ν. 2556/97 θεσπίστηκε η δωρεάν χορήγηση ειδικών προϊόντων και σκευασμάτων ειδικής διατροφής , που είναι απαραίτητα για τη διαιτητική αγωγή των ασφ/νων των φορέων και κλάδων ασθενείας αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που πάσχουν από μεταβολικά νοσήματα ή παρουσιάζουν διαταραχή στην απορρόφηση τροφών και η διαδικασία χορήγησης για το ΤΕΒΕ καθορίστηκε με την αρ. 16/98 εγκύκλιο διαταγή .

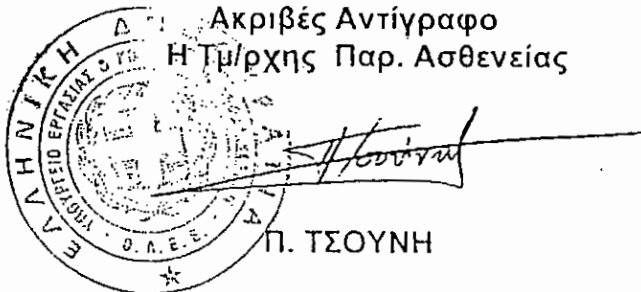
Παρακαλούμε για την πιστή εφαρμογή των ανωτέρω .

Το ΤΑΕ να φροντίσει ώστε να κοινοποιηθούν στις υπηρεσίες του οι προαναφερόμενες εγκύκλιοι διαταγές του ΤΕΒΕ.

Οι Προϊστάμενοι των Περιφερειακών Δ/σεων , Τμημάτων και Γραφείων του ΤΕΒΕ (εκτός Ν. Αττικής) , να χορηγήσουν ένα αντίγραφο της παρούσας εγκυκλίου στους θεραπευτές γιατρούς της περιφέρειάς τους , στους Τοπικούς Φαρμακευτικούς Συλλόγους , στα Κέντρα Υγείας και στα Αγροτικά Ιατρεία.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
ΚΩΝ. ΚΟΝΤΟΣ

Ακριβές Αντίγραφο
Η Τμήρχης Παρ. Ασθενείας



Π. ΤΣΟΥΝΗ

οφασιστική δε κλάση επιλέγεται από τον ίδιο με κατώτατη την 14η κλάση.
Αρμόδιο υποκατάστημα είναι το του τόπου κατοικίας του ασφαλισμένου.

36.

Ασφαλιστική προστασία κλάδου ασθένειας (ΙΚΑ)

Γενικά

Οι παροχές ασθένειας χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- Στις παροχές σε είδος, που περιλαμβάνουν την ιατρική, φαρμακευτική, οδοντιατρική νοσοκομειακή, πρόσθετη – σανατοριακή περίθαλψη.
- Στις παροχές σε χρήμα, που είναι τα διάφορα επιδόματα (ασθένειας, ατυχήματος, έξοδα κηδείας, μητρότητα κ.λπ.) που δικαιούνται μόνο οι άμεσα ασφαλισμένοι.

Για να δικαιούται ένα πρόσωπο τις παροχές της μίας ή της άλλης κατηγορίας, πρέπει να είναι ασφαλισμένο για την αντίστοιχη κατηγορία (Κλάδο Ασφάλισης).

Η ασφαλιστική ταυτότητα του ασφαλισμένου είναι το ασφαλιστικό του βιβλιάριο και το βιβλιάριο υγείας του.

Για να εκδοθεί το ασφαλιστικό βιβλιάριο, πρέπει ο ενδιαφερόμενος να απευθυνθεί, μόλις αναλάβει εργασία, στην Υπηρεσία Μητρώου του Υποκαταστήματος ΙΚΑ της περιοχής της κατοικίας του ή της εργασίας του.

● Βιβλιάριο Υγείας

Το δεύτερο σημαντικό στοιχείο για τον ασφαλισμένο μετά το ασφαλιστικό βιβλιάριο, είναι το βιβλιάριο υγείας.

- Ατομικό βιβλιάριο υγείας δικαιούνται οι άμεσα ασφαλισμένοι (εργαζόμενοι) και οι συνταξιούχοι γήρατος και αναπηρίας του ΙΚΑ και άλλων Ασφαλιστικών Ταμείων, εφόσον είναι ασφαλισμένοι στον Κλάδο Ασθενείας του ΙΚΑ.
- Οικογενειακό βιβλιάριο υγείας δικαιούνται τα μέλη οικογένειας των παραπάνω προσώπων, καθώς και οι συνταξιούχοι λόγω θανάτου, του ΙΚΑ και των άλλων Ταμείων, εφόσον είναι ασφαλισμένοι στον Κλάδο Ασθενείας του ΙΚΑ

● Προϋποθέσεις χορήγησης των παροχών Ασθένειας

Βασική προϋπόθεση για τη χορήγηση των παροχών ασθένειας είναι η πραγματοποίηση από τον ασφαλισμένο 50 τουλάχιστον ημερών εργασίας, για να έχει δικαίωμα των παροχών ασθένειας σε είδος και 100 ημέρες εργασίας, για τις παροχές σε χρήμα, είτε στον προηγούμενο χρόνο είτε στο τελευταίο 15μηνο.

Όταν ο υπολογισμός γίνεται με το 15μηνο, δεν λογαριάζονται όσες ημέρες εργασίας υπάρχουν στο μήνα που ζητείται η παροχή και στους δύο προηγούμενους μήνες.

● Ιατρική περίθαλψη

Ο ασφαλισμένος δικαιούχος ιατρικής περίθαλψης και τα μέλη της οικογένειάς του έχουν δικαίωμα:

- Να επισκέπτονται τους γιατρούς στα ιατρεία του ΙΚΑ, όπου υπάρχουν οργανωμένα ιατρεία και στα ιδιωτικά τους ιατρεία, όταν δεν υπάρχουν οργανωμένοι υγειονομικοί σχηματισμοί.
- Να επισκέπτονται τον οικογενειακό γιατρό, όπου ισχύει ο θεσμός.

- Να επισκέπτονται τον αγροτικό γιατρό στις αγροτικές περιοχές.
- Να καλούν γιατρό του ΙΚΑ στο σπίτι σε περιπτώσεις ανάγκης.
- Να επισκέπτονται τα Κέντρα Υγείας.
- Να κάνουν γενικές και ειδικές εξετάσεις, ύστερα από εντολή γιατρού του ΙΚΑ, όπως και ειδικές θεραπείες, όπως φυσικοθεραπεία κ.λπ.
- Να καλούν τις Πρώτες Βοήθειες (166 – Ε.Κ.Α.Β. στις περιπτώσεις ανάγκης).
- Να συμμετέχουν στην προληπτική Ιατρική. Να προσέρχονται στους Σταθμούς Προστασίας Μάνας και Παιδιού που εφαρμόζεται ιατροκοινωνική παρακολούθηση βρεφών, παιδιών και εγκύων, γίνονται όλα τα εμβόλια (και ηπατίτιδας Β). Τα παιδιά να παρακολουθούνται στα προλ/κά οδοντιατρεία, οι γυναίκες στα προλ/κά γυναικολογικά ιατρεία (test pap) και οι έγκυες να συμμετέχουν στο πρόγραμμα ανώδυνου τοκετού.

— Να ζητούν την απόδοση της δαπάνης σύμφωνα με την κρατική διατίμηση για την αμοιβή που κατέβαλαν σε ιδιώτη γιατρό για επίσκεψη και για φάρμακα που χορηγήθηκαν σε περιπτώσεις έκτακτης και επείγουσας ασθένειας.

1. Όταν το παραπεμπτικό το δίνει ο γιατρός του ΙΚΑ για την πραγματοποίηση των παρακλινικών εξετάσεων, η προθεσμία υποβολής της αίτησης είναι 6μηνη, η οποία υπολογίζεται από την ημερομηνία εκτέλεσης των παρακλινικών εξετάσεων.

2. Όταν το παραπεμπτικό για εξετάσεις το δίνει ιδιώτης γιατρός, η προθεσμία υποβολής της αίτησης είναι στο μήνα και υπολογίζεται από την ημερομηνία εκτέλεσης των παρακλινικών εξετάσεων.

● Φαρμακευτική Περίθαλψη

Οι συνταγές φαρμάκων χορηγούνται από τους γιατρούς του ΙΚΑ για την αποκατάσταση της υγείας των ασφαλισμένων και την πλήρη ανάρρωσή τους. Αν κάποιο φάρμακο δεν περιλαμβάνεται στον ΠΙΝΑΚΑ (Συνταγολόγιο) του ΙΚΑ, ο γιατρός μπορεί να το γράψει σε συνταγή ΙΚΑ, αρκεί να συμπληρώσει στην πίσω όψη της συνταγής τη λέξη «Αναντικατάστατο» με την υπογραφή και σφραγίδα του. Οι οδηγίες που δίνει ο γιατρός πρέπει να τηρούνται αυστηρά για να ολοκληρωθεί η θεραπεία.

Η συνταγή πρέπει να εκτελεσθεί μέχρι τη μεθεπόμενη μέρα αλλιώς θεωρείται άκυρη.

Οι ασφαλισμένοι πληρώνουν για τα φάρμακα συμμετοχή 25% εκτός από ορισμένες εξαιρέσεις. Συγκεκριμένα:

1. Δεν πληρώνουν συμμετοχή για τα φάρμακα, που χορηγούνται μετά από εργατικό ατύχημα και για τα φάρμακα Μητρότητας. Επίσης, δεν πληρώνουν συμμετοχή οι παρακάτω χρόνια πάσχοντες:

- Οι πάσχοντες από καρκίνο ή λευχαιμία (για τα φάρμακα που έχουν σχέση με την πάθησή τους).
- Οι διαβητικοί (για την ινσουλίνη).
- Οι πάσχοντες από ψυχώσεις (για τα νευροληπτικά και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα).
- Οι επιληπτικοί (για τα αντιεπιληπτικά φάρμακα).
- Οι πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία (για τα φάρμακα αποσιδήρωσης και των επιπλοκών της νόσου).
- Οι αιμορροφιλικοί (για τους αντιαιμορροφιλικούς παράγοντες).
- Οι πάσχοντες από υποφυσιογενή νανισμό (για την αυξητική ορμόνη).
- Οι πάσχοντες από νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται

● **Νοσηλεία σε κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης**

Η ανάγκη περίθαλψης σε νοσηλευτικό ίδρυμα κράτους μέλους της Ε.Ε. προκύπτει από γνωμάτευση της Δευτεροβάθμιας Υγειονομικής Επιτροπής του ΙΚΑ με την ίδια διαδικασία που αναφέρεται πιο πάνω.

Στη συνέχεια ο ασθενής - ασφαλισμένος προμηθεύεται από το Τμήμα Παροχών του περιφερειακού υποκαταστήματος του ΙΚΑ το έντυπο Ε. 112 (Βεβαίωση διατήρησης του δικαιώματος για χορηγούμενες ήδη παροχές της ασφάλισης ασθενείας και μητρότητας) το οποίο οφείλει να παραδώσει στο Ίδρυμα διαμονής του κράτους μέλους στο οποίο μεταβαίνει για να υποβληθεί στην κατάλληλη για την κατάσταση της υγείας του θεραπεία. Τα ιδρύματα διαμονής κάθε κράτους μέλους αναγράφονται στη δεύτερη σελίδα του εντύπου.

Το Ίδρυμα διαμονής, αφού λάβει το έντυπο Ε.112, αναλαμβάνει την περίθαλψη του ασφαλισμένου του ΙΚΑ με τις ίδιες προϋποθέσεις και την ίδια διαδικασία που ακολουθεί και για τους δικούς του ασφαλισμένους.

Η δαπάνη περίθαλψης είναι αυτή που προβλέπει η εσωτερική νομοθεσία του Ίδρυματος διαμονής και η εξόφληση γίνεται απευθείας από το ΙΚΑ.

Εκτακτα περιστατικά κατά τη διάρκεια προσωρινής διαμονής σε κράτος μέλος της Ε.Ε.

Για την αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών ασθενείας κατά τη διάρκεια προσωρινής διαμονής σε κράτος μέλος της Ε.Ε. (τουρισμός, επαγγελματικά ταξίδια κ.λπ.) ο ασφαλισμένος θα πρέπει να έχει εφοδιαστεί πριν από την αναχώρησή του από την Ελλάδα με το έντυπο Ε.111 (Βεβαίωση για παροχές σε είδος κατά τη διάρκεια της προσωρινής διαμονής σε κράτος μέλος) από το υποκατάστημα του ΙΚΑ της περιοχής της κατοικίας του. Το έντυπο αυτό κατατίθεται στο Ίδρυμα διαμονής του άλλου κράτους μέλους:

Σε περίπτωση μετακίνησης, το Ίδρυμα:

- Συμμετέχει στα 4/5 των εισιτηρίων του ασθενή και του τυχόντα συνοδού και καταβάλλει ημερήσια αποζημίωση στο μετακινούμενο και στο συνοδό εφόσον όμως η επιστροφή δεν πραγματοποιείται την ίδια μέρα.
- Η αποζημίωση καταβάλλεται στο μετακινούμενο ασθενή μέχρι να εισαχθεί στο νοσοκομείο και όχι παραπάνω από 10 ημέρες, ενώ στο συνοδό για τις ημέρες του ταξιδιού και μέχρι τρεις το πολύ ακόμη.
- Σε επείγουσα περίπτωση ασθενείας διατίθενται ασθενοφόρα αυτοκίνητα, θέση σε αεροπλάνο και νοικιασμένο ελικόπτερο.

● **Οδοντιατρική περίθαλψη**

Η οδοντιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει όλο το φάσμα των οδοντιατρικών πράξεων εκτός από ακίνητη προσθετική. Για οδοντιατρικές πράξεις που γίνονται στα εργαστήρια του ΙΚΑ δεν υπάρχει συμμετοχή.

● **Επίδομα λουτροθεραπείας**

Το ΙΚΑ επιδοτεί τους άμεσα ασφαλισμένους και συνταξιούχους που για λόγους θεραπευτικούς έχουν ανάγκη λουτροθεραπείας, αρκεί προηγουμένως να γνωματεύσει η Πρωτοβάθμια Υγειον. Επιτροπή, ότι ο ασφαλισμένος παρουσιάζει πάθηση, για την οποία η λουτροθεραπεία έχει θεραπευτική αξία.

● **Βοήθημα Αεροθεραπείας**

Κάθε χρόνο με υπουργική απόφαση, καθορίζονται οι δικαιούχοι αυτής της παροχής, με σκοπό να ενισχυθούν οικονομικά για να μπορέσουν να παραθερίσουν. Μέχρι τώρα ως δικαιούχοι έχουν καθοριστεί όσοι επιδοτήθηκαν για φυματίωση ή καρκίνο των πνευμόνων ή πνευμονοκονίαση, καθώς επίσης και οι νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση, με την προϋπόθεση όμως ότι οι τελευταίοι επιδοτούνται ή συνταξιοδοτούνται για το διάστημα από 1ης Ιουνίου μέχρι 31 Αυγούστου ή έστω και κατά ένα μέρος του διαστήματος αυτού.

Επίσης δικαιούνται βοήθηματος αεροθεραπείας όσοι συνταξιοδοτήθηκαν για τις παραπάνω παθήσεις κατά το ίδιο χρονικό διάστημα.

Σ' αυτή την κατηγορία ανήκουν και οι συνταξιούχοι λόγω γήρατος και αναπηρίας από κοινή νόσο, εφ' όσον έχουν ποσοστό αναπηρίας και φυματίωσης περισσότερο από 33% και όσοι παίρνουν βοήθημα φυματίωσης.

Για να χορηγηθεί το βοήθημα πρέπει τα παραπάνω πρόσωπα:

- Να μη νοσηλεύονται με έξοδα του ΙΚΑ σε θεραπευτήριο.
- Να μην παίρνουν βοήθημα αεροθεραπείας από άλλο Ταμείο.

Το ποσό του βοηθήματος καταβάλλεται από 1ης Ιουνίου μέχρι 31 Οκτωβρίου.

Το επίδομα αεροθεραπείας μπορεί να το ζητήσει ο ενδιαφερόμενος μέσα στο 6μηνο δηλαδή από 31/8 - 28/2 του επόμενου έτους.

● **Βοήθημα τοκετού**

Το ΙΚΑ καταβάλλει για κάθε φυσιολογικό ή πρόωρο τοκετό εφάπαξ χρηματικό ποσό, στις άμεσα ασφαλισμένες ή συνταξιοδοτούμενες και στις συζύγους των άμεσα ασφαλισμένων και των συνταξιούχων και εφ' όσον ο τοκετός δεν έγινε σε κλινική με εισιτήριο του ΙΚΑ. Σε περίπτωση μη φυσιολογικού τοκετού το ΙΚΑ αναλαμβάνει επιπλέον και τη δαπάνη της νοσοκομειακής περίθαλψης.

● **Επίδομα κυοφορίας - λοχείας**

Το ΙΚΑ επιδοτεί τις άμεσα ασφαλισμένες για 56 ημέρες πριν τον τοκετό και 56 ημέρες μετά τον τοκετό εφ' όσον η άμεσα ασφαλισμένη έχει πραγματοποιήσει 200 ημέρες εργασίας στην ασφάλιση τα 2 προηγούμενα χρόνια πριν από την πιθανή ή πραγματική ημέρα του τοκετού και δεν εργάζεται σ' αυτό το χρονικό διάστημα (κυοφορίας - λοχείας). Για να τύχουν αυτών των επιδομάτων πρέπει να έχουν συμπληρώσει 200 ημέρες εργασίας στην ασφάλιση τα 2 προηγούμενα χρόνια από την πιθανή ή την πραγματική ημέρα τοκετού και να μην εργάζονται κατά το χρόνο της επιδότησης.

Δικαιολογητικά

- Ασφαλιστικό βιβλιάρια.
- Τα βιβλιάρια υγείας (ατομικό, οικογενειακό).
- Βεβαίωση του γυναικολόγου του ΙΚΑ για την πιθανή ημέρα τοκετού.
- Δήλωση από τον εργοδότη ότι σταμάτησε να εργάζεται (χορηγείται έντυπο από το ΙΚΑ).
- Ληξιαρχική πράξη γέννησης των παιδιών (μετά τον τοκετό για το επίδομα λοχείας).

● **Πρόσθετη περίθαλψη**

Η πρόσθετη περίθαλψη περιλαμβάνει τα ορθοπεδικά εί-

| Τοπικά Υποκαταστήματα Αθήνας | Τηλ. Εσόδων | Τηλ. Παροχών | Τηλ. Συντάξεων |
|-------------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|
| Αγ. Παρασκευής | 6390986 | 6395361 | 6380546 |
| Αγ. Ιερόθεου | 5711984 | 5712175 | - |
| Αγ. Στεφάνου | 8142335 | 8142379 | - |
| Αγ. Αναργύρων | 2610956 | 2630907 | 2622861 |
| Αιγάλεω | 5987750 | 5983167 | 5986250 |
| Αλεξάνδρας | 6439043 | 6425383 | 6424367 |
| Αμαρουσίου | 8022919 | 8069400 | 8067958 |
| Αχαρνών | 2463594 | 2463514 | 2463604 |
| Βύρωνα | 7659735 | 7657441 | 7644982 |
| Γαλατσίου | 2927039 | 2927031 | - |
| Γλυφάδας | 8942694 | 8946184 | 8941345 |
| Δάφνης | 9715826 | 9715832 | 9715467 |
| Ζωγράφου | 7712791 | 7773636 | 7793168 |
| Ηλιούπολης | 9924348 | 9930736 | 9932667 |
| Ιλίου | 5771839 | 5713725 | - |
| Καλλιθέας | 9569693 | 9565075 | 9519995 |
| Κεραμεικού | 3465468 | 3463943 | 3456070 |
| Μοσχάτου | 4811813 | 4811816 | - |
| Νέας Ιωνίας | 2799070 | 2776555 | - |
| Νέας Φιλαδέλφειας | 2527207 | 2518269 | 251010 |
| Νέου Κόσμου | 9019427 | 9011339 | 9023866 |
| Νέων Λιοσίων | 5759771 | 5759777 | 5759774 |
| Παγκρατίου | 7513503 | 7514530 | 7512542 |
| Πατησίων | 8674630 | 8674898 | 8621392 |
| Περιστερίου | 5713990 | 5714086 | 5750201 |
| Πλ. Αττικής | 8320217 | 8320213 | 8320216 |
| Πλ. Ομονοίας | 5225227 | 5222821 | - |
| Πλ. Συντάγματος | 3609067 | 3636203 | 3609762 |
| Χαϊδαρίου | 5810081 | 5811178 | 5811178 |
| Χαλανδρίου | 6811422 | 6813447 | 6840029 |

**44.
Ταμείο Ασφάλισης
Επαγγελματιών και Βιοτεχνών
Ελλάδος (ΤΕΒΕ)**

Το ΤΕΒΕ είναι φορέας κύριας ασφάλισης.

Νομική μορφή
Το ΤΕΒΕ είναι νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ).

Εποπτεία
Εποπτεύεται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Κλάδος ασφάλισης
Σύνταξης-ασθένειας.
Εδρα: Αθήνα, Ταχυδρομική Διεύθυνση: Σατωβριάνδου 18, τηλεφωνικό κέντρο: 52.33.330.

Σκοπός
Χορήγηση στους ασφαλισμένους του και στα μέλη της οικογένειάς του παροχών λόγω ασθένειας και συντάξεων.

• Ποιοι υπάγονται στην ασφάλιση του ΤΕΒΕ.

Στο ΤΕΒΕ ασφαλιζονται υποχρεωτικά οι επαγγελματίες και βιοτέχνες άνω των 18 ετών, που ασκούν το επάγγελμά τους σε πόλεις άνω των 2.000 κατοίκων, ατομικώς ή ως μέλη εταιριών ή ως μέλη Διοικητικού Συμβουλίου Ανωνύμων Εταιριών (στις οποίες είναι μέτοχοι με ποσοστό τουλάχιστον 5%).

Η ασφάλιση του ΤΕΒΕ έχει επεκταθεί και σε κωμopolεις, χωριά και οικισμούς τουλάχιστον 1.000 κατοίκων, στους νομούς Αττικής, Θεσσαλονίκης, Αχαΐας, Κορινθίας, Βοιωτίας και Εύβοιας.

Η επέκταση μπορεί να γίνει και σε περιοχές κάτω των 1.000 κατοίκων (μετά από έκδοση σχετικών υπουργικών αποφάσεων) των παραπάνω νομών, καθώς και σε άλλες περιοχές με οικονομική ή τουριστική ανάπτυξη ή δραστηριότητα.

46. Απόδοση των δαπανών νοσηλείας του ασφαλισμένου στο εξωτερικό

Το Ταμείο καλύπτει ολόκληρη τη δαπάνη για τη διάγνωση ή τη νοσηλεία στο εξωτερικό του ασθενούς και προκειμένου για μεταμόσχευση και τη δαπάνη του τυχόν δότη.

Συγκεκριμένα καταβάλλονται:

- Τα εισιτήρια μετάβασης και επιστροφής του ασθενούς και του τυχόν αναγκαίου συνοδού ή δότη.
- Εξόδα διαμονής και διατροφής του ασθενούς και συνοδού ή δότη.
- Οι δαπάνες για νοσηλεία και οι ιατρικές αμοιβές.
- Όλες οι απαραίτητες ιατρικές πράξεις, τα φάρμακα, οι εργαστηριακές εξετάσεις, φυσιοθεραπείες και κάθε πρόσθετο είδος που είναι απαραίτητο για την επέμβαση.
- Επίσης και οι δαπάνες που έγιναν εκτός Νοσοκομείου για τη διάγνωση ή την ολοκλήρωση της θεραπείας. Η απόδοση των δαπανών νοσηλείας γίνεται με την επιστροφή του ασθενή και την κατάθεση των δικαιολογητικών.

Για οικονομική διευκόλυνση των ασφαλισμένων μπορεί να χορηγηθεί προκαταβολή μετά από απόφαση του Διοικητή.

Για την καταβολή των δαπανών νοσηλείας ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης απαιτείται η προσκόμιση:

- Βεβαίωσης του θεραπευτηρίου ή του ιδιωτικού εργαστηρίου όπου έλαβε χώρα η νοσηλεία, η διάρκεια της νοσηλείας και η δαπάνη που καταβλήθηκε,
- συγκεντρωτικής κατάστασης τιμολογίων και εξοφλητικών αποδείξεων καθώς και των αποδείξεων του ξενοδοχείου.

Όλα τα δικαιολογητικά πρέπει αν είναι πρωτότυπα, να είναι θεωρημένα από την αρμοδία Προξενική Αρχή ή ελλείψει αυτής από την οικεία Αστυνομική ή άλλη Δημόσια Αρχή και μεταφρασμένα από το Υπουργείο Εξωτερικών. Για την απόδοση των εξόδων μετάβασης και επιστροφής απαιτείται η υποβολή των αποκομμάτων των εισιτηρίων και η εξοφλητική απόδειξη αυτών.

Σημείωση: Σε περίπτωση νοσηλείας στο εξωτερικό χωρίς έγκριση αποδίδεται ποσό ίσο με το ισχύον κάθε φορά, ημερήσιο νοσήλιο Γ' θέσης Κρατικού Νοσοκομείου.

ΠΡΟΣΟΧΗ: ΕΝΤΥΠΑ Ε.Ε.

Οι ασφαλισμένοι που πηγαίνουν σε χώρες της Ε.Ε. για τουριστικούς ή επαγγελματικούς λόγους είναι απαραίτητο να εφοδιάζονται με το κοινοτικό έντυπο 11Ε (βλέπε «Η Ευρώπη των πολιτών».

• Φαρμακευτική περίθαλψη

Το ΤΕΒΕ χορηγεί στους ασθενείς ασφαλισμένους του οποιοδήποτε φάρμακο, από τα κυκλοφορούντα νόμιμα και εγκεκριμένα από τον ΕΟΦ.

Στη φαρμακευτική περίθαλψη συμμετέχει ο ασφαλισμένος με ποσοστό 25% στην αξία των φαρμάκων, εκτός ορισμένων που χορηγούνται για χρόνιες παθήσεις, οπότε το ποσοστό συμμετοχής είναι 0 ή 10%.

Επίσης χορηγεί ορισμένα θεραπευτικά μέσα (αναπηρικά αμαξίδια, κηδεμόνες πάσης φύσεως, βακτηρίες κ.λπ.) με

συμμετοχή του ασφαλισμένου στη δαπάνη 25% και σε ορισμένες περιπτώσεις ειδικών παθήσεων με συμμετοχή 15% ή 2% π.χ. φορητή συσκευή καθώς και τα αντιδραστήρια για προσδιορισμό σακχάρου στο αίμα των παιδιών που πάσχουν από νεανικό διαβήτη, χρωματομετρικών tests, συρίγγων κ.λπ.

Για τον έλεγχο της ορθής περίθαλψης των ασφαλισμένων από τους ιατρούς, τα Νοσοκομεία, τις Κλινικές, τα Θεραπευτήρια και τα συμβεβλημένα εργαστήρια (микροβιολογικά, ακτινολογικά φυσιοθεραπευτήρια κ.λπ.) λειτουργεί στο Ταμείο Υγειονομική Υπηρεσία από μόνιμους ελεγκτές ιατρούς.

Για τον έλεγχο των φαρμακείων λειτουργεί ειδική υπηρεσία αποτελούμενη από φαρμακοποιούς και βοηθούς φαρμακοποιούς.

47. Κλάδος Σύνταξης ΤΕΒΕ

• Σύνταξη γήρατος

Για τη συνταξιοδότηση λόγω γήρατος απαιτείται μια από τις παρακάτω προϋποθέσεις:

- 15 χρόνια ασφάλισης και συμπλήρωση 65ου έτους της ηλικίας ή
- 35 χρόνια ασφάλισης και συμπλήρωση 60ού έτους της ηλικίας

• Σύνταξη αναπηρίας

Σύνταξη λόγω αναπηρίας χορηγείται στους ασφαλισμένους που διέκοψαν το επάγγελμα λόγω ανικανότητας μετά τη συμπλήρωση 10 ετών συνταξίμου χρόνου ή ανεξάρτητα από συντάξιμο χρόνο στην περίπτωση που η ανικανότητα επήλθε λόγω βιαιού γεγονότος κατά την άσκηση του επαγγέλματος και εφόσον ο ασφαλισμένος κριθεί από τις Υγειονομικές Επιτροπές ανίκανος κατά ποσοστό 66,6% τουλάχιστον. Για βίαιο συμβάν εκτός εργασίας απαιτούνται 5 έτη.

Για τους ασφαλιζόμενους μετά το 50ό έτος ηλικίας απαιτούνται 15 έτη ασφάλισης.

Αν η αναπηρία επήλθε μετά τη διακοπή του επαγγέλματος απαιτούνται 20 χρόνια ασφάλισης χωρίς ασφαλισμό.

• Σύνταξη θανάτου

— Απαιτείται χρόνος ασφάλισης 10 ετών εκτός αν ο θάνατος ασφαλιζόμενου στο Ταμείο για πρώτη φορά μετά το 50ό έτος της ηλικίας, οπότε απαιτούνται 15 έτη ασφάλισης.

— Χρόνος ασφάλισης 20 ετών ανεξάρτητα τότε διέκοψε το επάγγελμα ο ασφαλισμένος.

— Αν πέθανε από βίαιο συμβάν κατά την άσκηση του επαγγέλματος αρκεί η εγγραφή στα μητρώα του Ταμείου. Για βίαιο συμβάν εκτός εργασίας απαιτούνται 5 έτη.

48. Τρόπος υπολογισμού της σύνταξης (ΤΕΒΕ)

Το ύψος της σύνταξης είναι συνάρτηση του χρόνου ασφάλισης και των ασφαλιστικών κατηγοριών που διήνυσε στο ΤΕΒΕ ο ασφαλισμένος.

49.

Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ)

Ο ΟΓΑ είναι φορέας κύριας ασφάλισης. Εποπτεύεται από το υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Νομική μορφή

Ο ΟΓΑ είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ)

- Κλάδος Σύνταξης
- Κλάδος Πρόσθετης
- Κλάδος Ασθένειας
- Παροχές.

Έδρα: Αθήνα

Ταχ. Διεύθυνση: Πατησίων 30

Τηλ. 38.07.01-19, 38.43.930-39

Υπαγωγή στην ασφάλιση του ΟΓΑ

Στην ασφάλιση του ΟΓΑ υπάγονται:

1. Οι αγρότες, δηλαδή οι απασχολούμενοι, σε οποιαδήποτε περιοχή της χώρας, κατά κύριο βιοποριστικό επάγγελμα με αγροτικές εργασίες.
 2. Οι αγρεργάτες που απασχολούνται σε περιοχές που δεν είχε επεκταθεί η ασφάλιση του ΙΚΑ μέχρι 30.6.1962.
 3. Οι κτηνοτρόφοι, οι πτηνοτρόφοι και οι μελισσοκόμοι.
 4. Οι αλιείς ή αλιεργάτες κατά κύριο βιοποριστικό επάγγελμα, που δεν υπάγονται σε άλλο φορέα κοινωνικής ασφάλισης.
 5. Οι επαγγελματίες και βιοτέχνες που ασκούν το επάγγελμά τους σε χωριό ή οικισμό με πληθυσμό μέχρι και 2.000 κατοίκους, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, και εφόσον δεν έχουν ασφαλιστεί προαιρετικά στο ΤΕΒΕ ή στο Ταμείο Εμπόρων.
- Για τους επαγγελματίες και βιοτέχνες που ασκούν το επάγγελμά τους στους Νομούς Αττικής, Θεσσαλονίκης, Αχαΐας, Κορινθίας, Βοιωτίας και Εύβοιας, υπάρχει ειδικό καθεστώς σχετικά με την υπαγωγή τους στην ασφάλιση του ΟΓΑ και του ΤΕΒΕ.
6. Οι κάτοικοι Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης πληθυσμού μέχρι και 5.000 κατοίκων, απασχολούμενοι σε οποιαδήποτε βιοποριστική εργασία και μη υπογόμενοι σε άλλο φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης.
 7. Οι Έλληνες μοναχοί και μοναχές, που απασχολούνται με οποιονδήποτε τρόπο με αγροτικές εργασίες στην Ελληνική Επικράτεια.

50.

Κλάδος Ασθένειας (ΟΓΑ)

Περιθαλψη - Παροχές

- Ιατρική και εξωνοσοκομειακή περιθαλψη.
- Νοσοκομειακή περιθαλψη στο εσωτερικό.
- Πρόσθετες παροχές περιθαλψης.
- Νοσοκομειακή περιθαλψη στο εξωτερικό.
- Παροχές μητρότητας.
- Φαρμακευτική περιθαλψη (πληροφ. τηλ. 38.43.930)

• Ιατρική και εξωνοσοκομειακή περιθαλψη

Παρέχεται εντελώς δωρεάν στους ασφαλισμένους και συνταξιούχους του ΟΓΑ καθώς και στα προστατευόμενα μέλη της οικογενείας τους, μέσω των αγροτικών ιατρείων, των Κέντρων Υγείας και των Εξωτερικών Ιατρείων των Κρατικών και των συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ Νοσοκομείων.

Για την παροχή ιατροφαρμακευτικής περιθαλψης οι ασφαλισμένοι θα πρέπει να απευθύνονται με το βιβλιάριο υγείας ΟΓΑ στις ανωτέρω αναφερόμενες υγειονομικές μονάδες.

Οι δαπάνες για παρακλινικές εξετάσεις που γίνονται στα Ιδιωτικά Εργαστήρια δεν καλύπτονται από τον ΟΓΑ και τούτο γιατί όλες αυτές οι εξετάσεις μπορούν να γίνουν σε Εξωτερικά Ιατρεία Κρατικών Θεραπευτηρίων. Κατ' εξαίρεση οι εξετάσεις της αξονικής τομογραφίας, της μαγνητικής τομογραφίας, του υπερηχογραφήματος Α-MODE και Β-MODE, του υπερηχογραφήματος με τεχνική DOPPLER και έγχρωμης αγγειοδυναμογραφίας (TRIPLEX SCAN) της εκλεκτικής ψηφιακής αγγειογραφίας καθώς και η θεραπεία με λιθοτριψία, μπορούν να διενεργούνται σε Ιδιωτικά Εργαστήρια και Κλινικές όταν τα Κρατικά Νοσοκομεία αδυνατούν να τις πραγματοποιήσουν μέσα στον ιατρικώς αναγκαίο χρόνο.

Σημειώνεται ότι σε κάθε Νοσοκομείο υπάρχει υπάλληλος ο οποίος ασχολείται ειδικά με τα θέματα του ΟΓΑ και σ' αυτόν θα πρέπει να απευθύνονται οι ασφαλισμένοι για κάθε πληροφορία σχετικά με την περιθαλπή τους.

• Νοσοκομειακή περιθαλψη στο εσωτερικό

Περιλαμβάνει:

- Πλήρη Νοσοκομειακή - Μαιευτική Περιθαλψη στην Γ' Θέση των Νοσοκομείων και των συμβεβλημένων Θεραπευτηρίων και Κλινικών. Αν ο ασφαλισμένος επιθυμεί να νοσηλευθεί σε βελτιωμένη θέση τότε βαρύνεται με τη διαφορά των δαπανών από την Γ' θέση στη βελτιωμένη.
- Εκπαίδευση σε Ιδρύματα Τυφλών, Κωφών, Αναπήρων και Απροσάρμοστων Παιδιών.
- Περιθαλψη σε κρατικά και συμβεβλημένα με τον ΟΓΑ Ασυλα Ανιάτων.

Διαδικασία εισαγωγής σε Θεραπευτήρια

Σε Νοσοκομεία

Η εισαγωγή των ασφαλισμένων του ΟΓΑ σε Νοσοκομείο γίνεται από τα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου με την προσκόμιση του βιβλιαρίου υγείας.

Σε Ασυλα

Η εισαγωγή των ασφαλισμένων του ΟΓΑ σε Ασυλα Ανιάτων, με τα οποία ο ΟΓΑ έχει κάνει σύμβαση, γίνεται, αφού πρώτα υποβάλει ο ασθενής στο Ασυλο σχετική αίτησή του, καθώς και έγκριση της Δ/νσης Κοιν. Πρόνοιας, τηρουμένης πάντοτε της σειράς προτεραιότητας.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εισαγωγή του ασθενούς στο Ίδρυμα, σύμφωνα με τον Κανονισμό του Ασύλου, είναι ότι το άτομο που πρόκειται να εισαχθεί δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί.

Σε Ειδικά Σχολεία - Ίδρύματα

Για ορισμένες κατηγορίες παιδιών (τυφλών, κωφών.

δών, θεωρημένη από τον ελεγκτή γιατρό του ΟΓΑ.

- Τιμολόγιο αγοράς θεωρημένο από τον ελεγκτή γιατρό του ΟΓΑ.

Αποκλειστική νυχτερινή αδελφή σε νοσοκομείο

Αποδίδεται η δαπάνη για τη χρησιμοποίηση αποκλειστικής αδελφής μόνο κατά τη διάρκεια της νύχτας και εφ' όσον ο ασθενής δεν νοσηλεύεται για τετραπληγία – παραπληγία και νευροψυχιατρική πάθηση. Το ποσό που αποδίδεται είναι ίσο με το ημερομίσθιο του ανειδίκευτου εργάτη, προσαυξημένο κατά 25% τις καθημερινές και 75% τις αργίες.

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται είναι:

- Αίτηση του ενδιαφερομένου.
- Βεβαίωση του Δ/ντή της κλινικής, ότι είναι εξαιρετικά βαρύ περιστατικό και επιβαλλόταν συνεχής παρουσία αποκλειστικής αδελφής, θεωρημένη από τον ελεγκτή γιατρό ΟΓΑ, εντός της προθεσμίας που προβλέπεται από τον κανονισμό.
- Βεβαίωση νοσοκομείου για την αδυναμία κάλυψης της ανάγκης από το προσωπικό.
- Απόδειξη αποκλειστικής, θεωρημένης από διευθύνουσα αδελφή, για το διάστημα απασχόλησης και το γνήσιο της υπογραφής.
- Βιβλιάριο υγείας ΟΓΑ ή βεβαίωση ανταποκριτή του Οργανισμού στην οποία να φαίνεται ο αριθμός του βιβλιαρίου υγείας, η κοινότητα και η διάρκεια ισχύος του βιβλιαρίου.

Οι παραπάνω βεβαιώσεις υπάρχουν σε ειδικό έντυπο του ΟΓΑ το οποίο με αναλυτικές οδηγίες έχει σταλεί σε όλα τα νοσοκομεία. Συνιστάται ο ασθενής ή κάποιος συγγενής να ζητάει το σχετικό έντυπο από το γραφείο της δ/νουσας αδελφής της κλινικής πριν από την χρησιμοποίηση αποκλειστικής αδελφής.

Σημείωση: Κατά της γνωμάτευσης του ελεγκτή γιατρού, που δεν εγκρίνει αποκλειστική αδελφή, επιτρέπεται προσφυγή στον προϊστάμενο Υγειονομικής Περιθαλψής ΟΓΑ. Επίσης επιτρέπεται στους παραπληγικούς ή τετραπληγικούς ασφαλισμένους και συνταξιούχους του ΟΓΑ, που νοσηλεύονται για άλλη πάθηση σε θεραπευτήριο, να επιλέγουν νυχτερινή ή ημερήσια αποκλειστική αδελφή.

Εκτακτες μετακινήσεις

Εάν στον τόπο διαμονής του ασθενούς δεν είναι δυνατή η παροχή νοσηλείας και δεν μπορεί αυτός να μετακινηθεί με τα συνήθη μεταφορικά μέσα, ο ΟΓΑ αποδίδει τη δαπάνη μετακίνησης του ίδιου του ασθενούς και του τυχόν αναγκαίου συνοδού του με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή άλλο κατάλληλο για την περίπτωση μεταφορικό μέσο (ταξί, πλοιάριο, ελικόπτερο, κ.λπ.).

Κατ' εξαίρεση, αποδίδεται η δαπάνη μετακίνησης του ασθενούς και του τυχόν συνοδού στην περίπτωση χρησιμοποίησης αεροπλάνου ή πλοίου, εφ' όσον πρόκειται για επείγον περιστατικό και επιβάλλεται, εξαιτίας της κατάστασης της υγείας του ασθενούς, η άμεση παροχή περιθαλψής σε Θεραπευτήριο.

Επίσης, αποδίδεται η δαπάνη μεταφοράς του ασθενούς και του τυχόν συνοδού του, αν κατά την έξοδό του από Θεραπευτήριο, η επιστροφή του στον τόπο της διαμονής του ή η μεταφορά του σε άλλο Θεραπευτήριο δεν μπορεί να γίνει παρά μόνο σε φορείο. Για τη συνδρομή των ανωτέρω προϋποθέσεων απόδοσης της δαπάνης, καθώς και για την ανάγκη συνο-

δού και το κατάλληλο μέσο μεταφοράς βεβαιώνει ο θεράπων ιατρός του Θεραπευτηρίου, από το οποίο γίνεται η μετακίνηση. ή ο Θεράπων Ιατρός του Θεραπευτηρίου στο οποίο γίνεται η εισαγωγή.

Η βεβαίωση αυτή θεωρείται από τον αρμόδιο Ελεγκτή Ιατρό του ΟΓΑ.

Σε κάθε περίπτωση χρησιμοποίησης ιδιωτικού ασθενοφόρου αυτοκινήτου, για την καταβολή της δαπάνης από τον ΟΓΑ, απαιτείται βεβαίωση του Θεραπευτηρίου, ή του αρμόδιου Κέντρου διακίνησης ασθενών, ότι δεν υπήρχε κατά το χρόνο μετακίνησης του ασθενούς διαθέσιμο ασθενοφόρο.

Ειδική ναύλωση

Για την απόδοση δαπάνης μεταφοράς ασθενούς με ειδική ναύλωση (πλοιαρίου ή αεροπλάνου – ελικόπτερου, κ.λπ.), είναι απαραίτητη η τήρηση της διαδικασίας που ορίζεται κάθε φορά από το υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Μετακινήσεις χρονίως πασχόντων ασθενών

Για τους ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις και έχουν ανάγκη περιοδικής μετακίνησης για την παροχή σ' αυτούς της αναγκαίας νοσηλείας, στην οποία περιλαμβάνεται και η διενέργεια εξετάσεων, ο ΟΓΑ αποδίδει την καταβληθείσα δαπάνη μεταφοράς του ασθενούς και του τυχόν αναγκαίου συνοδού, η οποία όμως δεν μπορεί να είναι ανώτερη συνολικά, για κάθε μήνα που πραγματοποιείται η μετακίνηση, από το διπλάσιο της κατώτατης βασικής σύνταξης αναπηρίας που καταβάλλεται κάθε φορά από τον ΟΓΑ.

Σε περίπτωση μετακίνησης ασθενών, που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, με Ι.Χ. μεταφορικό μέσο, αποδίδεται για κάθε μετακίνηση του ασθενούς και του τυχόν συνοδού του, ποσό ίσο με την αξία του εισιτηρίου, μετ' επιστροφής, λεωφορείου και με τον περιορισμό της διάταξης του προηγούμενου εδαφίου.

Η ανάγκη της περιοδικής μετακίνησης του ασθενούς για την παροχή νοσηλείας και η πραγματοποίηση αυτής βεβαιώνεται από τον Ελεγκτή Ιατρό του ΟΓΑ του Θεραπευτηρίου στο οποίο παρέχεται η νοσηλεία, σε περίπτωση δε που δεν υπάρχει Ελεγκτής Ιατρός, από τον Ιατρό προϊστάμενο της αρμόδιας Υπηρεσίας Υγείας της Νομαρχίας.

Σε καμιά από τις παραπάνω περιπτώσεις δεν αποδίδεται δαπάνη μετακίνησης μικρότερη, συνολικά για κάθε μήνα, του 1/10 της κατώτατης βασικής σύνταξης αναπηρίας που καταβάλλεται κάθε φορά από τον ΟΓΑ.

Μετακινήσεις νεφροπαθών

Στους νεφροπαθείς που μετακινούνται περιοδικά για τη διενέργεια αιμοκαθάρσεων, ο ΟΓΑ αποδίδει συνολικά, για κάθε μήνα μετακίνησης και ανεξάρτητα από τον αριθμό των μετακινήσεων, ποσό ίσο:

- Με το τριπλάσιο της κατώτατης μηνιαίας βασικής σύνταξης αναπηρίας, που καταβάλλεται κάθε φορά από τον ΟΓΑ, εάν η μετακίνηση γίνεται εντός των ορίων του νομού, όπου είναι ο τόπος κατοικίας του ασθενούς.
- Με το τετραπλάσιο της κατώτατης μηνιαίας βασικής σύνταξης αναπηρίας που καταβάλλεται κάθε φορά από τον ΟΓΑ, εάν η μετακίνηση γίνεται εκτός των ορίων του νομού, όπου είναι ο τόπος κατοικίας του ασθενούς, ή αν για τη μετακίνηση γίνεται χρήση θαλάσσιου μέσου μεταφοράς. Τα ποσά αυτά αποδίδονται από τον ΟΓΑ για την αντιμετώπιση των

53.

Κλάδος Φαρμακευτικής Περιθαλψης

Γενικά

Από 1.7.1983 παρέχεται στους ασφαλισμένους του ΟΓΑ πλήρης φαρμακευτική περίθαλψη. Όλοι οι ασφαλισμένοι του Οργανισμού δικαιούνται όλα τα φάρμακα τα αναγκαία για την αποκατάσταση της υγείας τους και της ικανότητάς τους για εργασία ή για ανακούφιση από νησική κατάσταση, πληρώνοντας μια συμμετοχή 25%, ενώ για την αντιμετώπιση και θεραπεία χρόνιων παθήσεων καθορίζονται φάρμακα που χορηγούνται με συμμετοχή του ασφαλισμένου σε ποσοστό 10% ή δωρεάν.

Στους ασφαλισμένους χορηγούνται όλα τα φάρμακα που κυκλοφορούν στην Ελλάδα και ακόμα και φάρμακα που κυκλοφορούν μόνο στο εξωτερικό, εφόσον κριθούν απαραίτητα για την υγεία των ασφαλισμένων και εφόσον δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα φάρμακα της ίδιας θεραπευτικής ικανότητας. Τα φάρμακα χορηγούνται από τα συμβεβλημένα με τον ΟΓΑ φαρμακεία με την προσκόμιση συνταγής ΟΓΑ ή από τα φαρμακεία των Κρατικών Νοσοκομείων (όπου προβλέπεται).

Ποια πρόσωπα δικαιούνται φάρμακα

Όλοι οι άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένοι του Οργανισμού (βλέπε κεφάλαιο Νοσοκομειακή Περιθαλψη - Πρόσωπα που δικαιούνται περίθαλψη από τον ΟΓΑ).

Προϋποθέσεις που πρέπει να υπάρχουν για τη χορήγηση φαρμάκων

- Ο αιτών να είναι ασφαλισμένος του ΟΓΑ, ιδιότητα που αποδεικνύεται με την κατοχή βιβλιαρίου υγείας, που εκδίδεται από τον ανταποκριτή ΟΓΑ.
- Να επισκεφθεί Κρατικό ή Ιδιώτη Γιατρό που έχει προμηθευτεί συνταγολογία ΟΓΑ έχοντας μαζί του και το βιβλιάριό του. Ο γιατρός αφού τον εξετάσει θα εκδώσει συνταγή στο ειδικό έντυπο του ΟΓΑ. Τη συνταγή ο ασφαλισμένος θα την προσκομίσει σε συμβεβλημένο με τον ΟΓΑ φαρμακείο, για να πάρει τα σχετικά φάρμακα.

Κρατικοί γιατροί είναι: α) οι αγροτικοί γιατροί, β) οι γιατροί των Κέντρων Υγείας, γ) οι νοσοκομειακοί γιατροί και δ) οι γιατροί των λοιπών κρατικών υγειονομικών μονάδων.

Εξομοιώνονται με κρατικούς γιατρούς και μπορούν να εκδίδουν συνταγές ΟΓΑ, εφόσον υπάρχει σχετική απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας: α) οι γιατροί θεραπευτηρίων κοινωφελών ιδρυμάτων, β) οι γιατροί που συνδέονται με οποιαδήποτε σχέση εργασίας με το Δημόσιο, ΝΠΔΔ, Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Ιδρύματα Κοινωφελή χαρακτήρα, και γ) γιατροί νεφρολόγοι, διευθυντές μονάδων τεχνητού νεφρού ιδιωτικών κλινικών συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ για τους νεφροπαθείς ασφαλισμένους του που κάνουν αιμοκάθαρση σ' αυτές.

Χορήγηση φαρμάκων που κυκλοφορούν μόνο στο εξωτερικό

Α. Για να καταβληθεί από τον ΟΓΑ η δαπάνη αγοράς φαρμάκων από το εξωτερικό απαιτείται:

- Αίτηση.

- Βεβαίωση ή γνωμάτευση διευθυντή κλινικής νοσοκομείου, στην οποία να αναφέρεται η πάθηση, το φάρμακο που πρέπει να χορηγηθεί και ότι για την αντιμετώπιση της πάθησης το φάρμακο αυτό δεν είναι δυνατό να αντικατασταθεί από άλλο που ήδη κυκλοφορεί στην Ελλάδα.

- Τιμολόγιο ή απόδειξη φαρμακείου που αγοράστηκαν τα φάρμακα.

- Βεβαίωση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) αν το φάρμακο κυκλοφορεί ή όχι στην Ελλάδα και σε περίπτωση που δεν κυκλοφορεί, αν στην Ελλάδα κυκλοφορεί άλλο φάρμακο της ίδιας χημικής σύνθεσης.

- Φωτοαντίγραφο της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου υγείας του ασφαλισμένου.

Β. Ειδική περίπτωση αγοράς φαρμάκων από το εξωτερικό για τη συνέχιση της θεραπείας νοσηλευθέντος στο Εξωτερικό με δαπάνες του ΟΓΑ.

Στην περίπτωση αυτή για να δικαιολογηθεί η δαπάνη των φαρμάκων απαιτείται:

- Αίτηση.

- Αντίγραφο της απόφασης του Διοικητή του ΟΓΑ για την έγκριση της νοσηλείας στο Εξωτερικό με έξοδα του Οργανισμού.

- Συνταγή ή γνωμάτευση Νοσοκομείου ή Γιατρού στην οποία να αναφέρονται τα φάρμακα που πρέπει να χορηγηθούν.

- Τιμολόγιο ή απόδειξη φαρμακείου που αγοράστηκαν τα φάρμακα.

- Βεβαίωση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) αν το φάρμακο κυκλοφορεί ή όχι στην Ελλάδα και, σε περίπτωση που δεν κυκλοφορεί, αν στην Ελλάδα κυκλοφορεί άλλο φάρμακο της ίδιας χημικής σύνθεσης.

54.

Κλάδος Συντάξεων ΟΓΑ

Ο ΟΓΑ χορηγεί στους ασφαλισμένους του τις παρακάτω παροχές συντάξεως:

• Συντάξη Γήρατος

Προϋποθέσεις

- Συμπλήρωση του 65ου έτους της ηλικίας.

- Ασφάλιση στον ΟΓΑ για 25 τουλάχιστον χρόνια μετά τη συμπλήρωση του 21ου έτους της ηλικίας.

- Να μην παίρνει ο ασφαλισμένος σύνταξη για οποιαδήποτε αιτία από οποιαδήποτε πηγή.

Εξαιρούνται οι πολεμικές συντάξεις, οι συντάξεις ειρηνικής περιόδου που χορηγούνται από το Ελληνικό Δημόσιο στα θύματα ή αναπήρους που έπαθαν στην Υπηρεσία τους και εξαιτίας αυτής καθώς και οι συντάξεις από το εξωτερικό εφόσον είναι μικρότερες της βασικής σύνταξης του ΟΓΑ ή εμπίπτουν στις κοινοτικές διατάξεις ή σε διμερείς συμβάσεις που έχουν εφαρμογή στον ΟΓΑ.

Προσαύξηση σύνταξης γήρατος λόγω τυφλότητας

Οι συνταξιούχοι γήρατος του ΟΓΑ, εφόσον είναι τυφλοί, δικαιούνται προσαύξηση στο ποσό της μηνιαίας σύνταξής τους, το ποσό της οποίας είναι όσο η εκάστοτε μεγαλύτερη βασική σύνταξη του ΟΓΑ.

Δικαιούχοι Παροχών Μητρότητας

- Δικαιούχος των παροχών μητρότητας είναι η μητέρα, στην οποία και καταβάλλεται το σχετικό επίδομα.
- Σε περίπτωση θανάτου της μητέρας και εφόσον το παιδί βρίσκεται στη ζωή, οι παροχές καταβάλλονται στο σύζυγό της.
- Εάν δεν υπάρχει σύζυγος ή αυτός έχει εγκαταλείψει το παιδί, οι παροχές καταβάλλονται σε συγγενικό πρόσωπο που έχει τη φροντίδα του παιδιού.
- Σε περίπτωση θανάτου μητέρας και παιδιού καταβάλλεται μόνο το βοήθημα τοκετού στο πρόσωπο που πλήρωσε τις σχετικές δαπάνες.

Απαιτούμενα δικαιολογητικά

- Αίτηση σε ειδικό έντυπο του ΟΓΑ.
- Βεβαίωση του ανταποκριτή του ΟΓΑ, από την οποία να προκύπτει ότι η γυναίκα που γέννησε δικαιούται περίθαλψη από τον ΟΓΑ κατά το χρόνο του τοκετού. Η βεβαίωση αυτή είναι ενσωματωμένη στο έντυπο της αίτησης.
- Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης γέννησης του παιδιού.
- Πρωτότυπο δελτίο παροχής υπηρεσιών του μαιευτηρίου. Το δικαιολογητικό αυτό υποβάλλεται στις περιπτώσεις που οι ενδιαφερόμενοι ζητούν και το βοήθημα τοκετού.
- Σε περίπτωση θανάτου της ασφαλισμένης που γέννησε, απαιτείται και αντίγραφο ή απόσπασμα ληξιαρχικής πράξης θανάτου της.
- Αν τη φροντίδα του παιδιού που γεννήθηκε την έχει συγγενικό πρόσωπο, συνοποβάλλεται και σχετική υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 του προσώπου αυτού, με την οποία να δηλώνει ποια συγγενεια έχει με το παιδί που γεννήθηκε και ότι έχει πράγματι τη φροντίδα του παιδιού αυτού.

Αρμόδιο όργανο για τη χορήγηση παροχών – Ενδικά μέσα

Οι παροχές μητρότητας χορηγούνται από τον κατά τον κανονισμό αρμόδιο υπάλληλο της διοίκησης του ΟΓΑ.

Κατά της πράξης αυτής επιτρέπεται η υποβολή ένστασης από τον ενδιαφερόμενο ενώπιον της Επιτροπής, που προβλέπεται από την παρ. 1 του άρθρου 10 του κανονισμού «Περί της διαδικασίας χορήγησης οικογενειακών επιδομάτων».

Δεν μπορεί να ασκηθεί ένσταση, όταν πρόκειται για θέμα υπαγωγής στην ασφάλιση. Γι' αυτό το θέμα αποφασίζει οριστικά ο προϊστάμενος του Κλάδου Υγείας του ΟΓΑ.

Σημείωση: Οι παροχές μητρότητας καταβάλλονται στις δικαιούχους με ταχυδρομικές επιταγές.

56. Οικογενειακά επιδόματα και ισόβια σύνταξη

(Τηλ. 36.22.143) Ο ΟΓΑ, ως εντολοδόχος του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, χορηγεί επιδόματα και ισόβια σύνταξη ως εξής:

● **Οικογενειακό επίδομα στις πολυμελείς οικογένειες**

Προϋποθέσεις – Δικαιούχοι

Το οικογενειακό επίδομα χορηγείται σε κάθε οικογένεια Ελλήνων υπηκόων ή ομογενών που αποκτά παιδί και έχει κατά τη γέννησή του άλλα δύο (2) τουλάχιστον παιδιά στη ζωή.

Το παιδί αυτό για να επιδοτηθεί πρέπει να διαμένει μόνιμα στην Ελλάδα και να έχει την ελληνική υπηκοότητα ή, εφόσον ο πατέρας του είναι ομογενής, την υπηκοότητα του πατέρα του. Καθιερώθηκε από 1.5.1984 η επιδότηση των οικογενειών που έχουν στη ζωή τρία τουλάχιστον παιδιά, έστω και αν δεν προέρχονται από τους ίδιους γονείς. Απαραίτητη προϋπόθεση στην περίπτωση αυτή είναι να έχουν οι γονείς την επιμέλεια και των παιδιών τους που προέρχονται από προηγούμενο γάμο.

Ποσό επιδόματος

Το ποσό του επιδόματος ανέρχεται σε 500 δραχμές για το τρίτο, 750 δραχμές για το τέταρτο και 1000 δραχμές για το πέμπτο και κάθε επόμενο παιδί.

Εναρξη καταβολής του επιδόματος

Η καταβολή του επιδόματος αρχίζει από την 1η του επόμενου μήνα εκείνου που γεννήθηκε το παιδί. Πάντως δεν καταβάλλεται αναδρομικά επίδομα για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του εξαμήνου από την 1η του μήνα εκείνου που υποβάλλεται η αίτηση για τη χορήγησή του.

Η καταβολή γίνεται στη μητέρα και κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις στον πατέρα του παιδιού.

Λήξη καταβολής του επιδόματος

Το δικαίωμα για το μηνιαίο επίδομα λήγει:

- Με το θάνατο του παιδιού.
- Με τη συμπλήρωση του 15ου έτους της ηλικίας του παιδιού που επιδοτείται.
- Με την απώλεια της ελληνικής υπηκοότητας ή, εφόσον πρόκειται περί τέκνου ομογενούς, με την απώλεια της υπηκοότητας τούτου, εκτός αν απέκτησε την ελληνική υπηκοότητα.

● **Μηνιαίο επίδομα**

Προϋποθέσεις – Δικαιούχοι

Το μηνιαίο επίδομα χορηγείται στη μητέρα που έχει ή θα αποκτήσει τρίτο παιδί και μέχρις ότου τούτο συμπληρώσει το 3ο έτος της ηλικίας του. Βασική προϋπόθεση χορήγησης του επιδόματος αυτού είναι να έχουν όλα τα παιδιά την ελληνική υπηκοότητα και να διαμένει η δικαιούχος και το παιδί για το οποίο χορηγείται το επίδομα, νόμιμα και μόνιμα, στην Ελλάδα. Σε περίπτωση τέκνου που αποκτήθηκε χωρίς νόμιμο γάμο, η μητέρα του να έχει την ελληνική υπηκοότητα ή να είναι Ελληνίδα το γένος.

Ποσό επιδόματος

Το ποσό του επιδόματος αυτού ανέρχεται σε 34.000 δρχ.

Επεξεργασία των αιτήσεων

Ο ΟΓΑ, είτε η αίτηση υποβάλλεται εδώ, είτε στην άλλη χώρα, θα εξετάσει την περίπτωση σύμφωνα με την εσωτερική νομοθεσία του και, αν πληρούνται οι προϋποθέσεις, θα χορηγήσει σύνταξη, αν όχι, θα εκδώσει απορριπτική απόφαση, ανεξάρτητα από την έκβαση της υπόθεσης στην άλλη χώρα. Το ίδιο θα κάνει και ο φορέας της άλλης χώρας.

Στο σημείο αυτό επισημαίνουμε, ότι, αν απορριφθεί από τον ΟΓΑ η αίτηση για σύνταξη γήρατος, γιατί δεν έχει συμπληρώσει ο ενδιαφερόμενος το 65ο έτος της ηλικίας του κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης, θα πρέπει, όταν θα συμπληρώσει το όριο αυτό της ηλικίας, να υποβάλει νέα αίτηση, αν μεν μένει στην Ελλάδα, στον ΟΓΑ, αν δε μένει σε άλλη χώρα, στο φορέα της χώρας αυτής.

Σ' αυτή την περίπτωση δεν απαιτείται να υποβάλλεται με την αίτηση κανένα δικαιολογητικό, αφού όλα τα δικαιολογητικά υπάρχουν από πριν στο συνταξοδοτικό φάκελο που τηρείται στον ΟΓΑ.

Αίτηση ανακαθορισμού

Τα πρόσωπα που παίρνουν ήδη σύνταξη μόνον από τον φορέα μιας από τις παραπάνω χώρες ή μόνον από τον ΟΓΑ, μπορούν επίσης να υποβάλουν αίτηση για να επανεξεταστεί η υπόθεσή τους, σύμφωνα με τις Κοινοτικές διατάξεις ή τις διατάξεις των Διμερών Συμβάσεων. Την αίτηση ανακαθορισμού θα την υποβάλουν, αν μεν μένουν στην Ελλάδα, στον Ανταποκριτή του ΟΓΑ του Δήμου ή της Κοινότητάς τους, αν δε μένουν σε μια από τις παραπάνω χώρες, στον φορέα ασφάλισης της χώρας αυτής.

Όργανα απονομής συντάξεων – Ενδικο μέσα

Όργανα απονομής είναι οι Προϊστάμενοι των Τμημάτων Ε.Ε. – Διεθνών Σχέσεων. Όσον αφορά στα Ενδικο μέσα ισχύουν όσα αναφέρονται για τον Κλάδο Συντάξεων.

Υπόλοιπες χώρες

Για όλες τις άλλες χώρες ισχύει η διάταξη της νομοθεσίας του ΟΓΑ, που ορίζει, ότι δεν μπορεί να πάρει κάποιος σύνταξη από τον ΟΓΑ, όταν παίρνει σύνταξη για οποιαδήποτε αιτία από άλλο ταμείο ελληνικό ή ξένο.

Όταν κάποιος παίρνει π.χ. σύνταξη από τη Ρωσία δε μπορεί να πάρει σύνταξη από τον ΟΓΑ. Μπορεί να πάρει και τη σύνταξη του ΟΓΑ μόνο στην περίπτωση που το ποσό που παίρνει από την άλλη χώρα δεν υπερβαίνει το ποσό της σύνταξης που δικαιούται από τον ΟΓΑ.

Οι αιτήσεις των προσώπων που απασχολήθηκαν στις χώρες αυτές εξετάζονται κανονικά από τον Κλάδο Συντάξεων του ΟΓΑ, σύμφωνα μόνο με την εσωτερική νομοθεσία του ΟΓΑ.

• Υγεία

Για τα θέματα περίθαλψης στις χώρες – μέλη της Ε.Ε. εφαρμόζονται οι Κανονισμοί της Ε.Ε. 1408/71 και 574/72.

Οι διμερείς συμβάσεις, κατά κανόνα, δεν προβλέπουν ρυθμίσεις για θέματα περίθαλψης.

Στο σημείο αυτό πρέπει να επισημανθεί, ότι τα πρόσωπα που συνταξιοδοτούνται από κάποια χώρα με την οποία έχει συναφθεί σύμβαση Κοινων.

Ασφάλειας και, για οποιονδήποτε λόγο δεν έχουν δικαίωμα για σύνταξη από τον ΟΓΑ, δικαιούνται παροχές ασθένειας σε είδος από το ΙΚΑ πληρώνοντας στο ΙΚΑ ποσοστό 8% από το ποσό της σύνταξής τους.

Ο Κανονισμός 1408/71 περιλαμβάνει άλλες ρυθμίσεις για τις περιπτώσεις που οι ενδιαφερόμενοι μεταβαίνουν σε χώρα που ισχύουν οι κανονισμοί της Ε.Ε. προσωρινά και άλλες για τις περιπτώσεις που διαμένουν μόνιμα.

Οι συνταξιούχοι του ΟΓΑ και τα μέλη της οικογένειάς τους, δικαιούνται περίθαλψη, εφόσον συντρέχουν οι προϋποθέσεις, σε περίπτωση μόνιμης διαμονής τους σε άλλη κοινοτική χώρα με το Κοινοτικό έντυπο Ε. 121 και σε περίπτωση προσωρινής διαμονής τους με το Κοινοτικό έντυπο Ε. 111. Επισημαίνουμε ότι οι συνταξιούχοι ως ανασφάλιστοι υπερήλικες δεν δικαιούνται το έντυπο Ε 121, παρά μόνο το έντυπο Ε 111.

Οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ και τα μέλη της οικογένειάς τους δικαιούνται περίθαλψη με το έντυπο Ε. 111, όταν πηγαίνουν σε άλλη κοινοτική χώρα προσωρινά (επίσκεψη συγγενικών τους προσώπων, τουρισμό, κ.λπ.).

Σημείωση: Το έντυπο Ε. 111 καλύπτει μόνον επειγόντα περιστατικά ασθένειας που θα συμβούν στους ενδιαφερόμενους κατά τη διάρκεια της προσωρινής διαμονής τους στην κοινοτική χώρα. Σε καμία περίπτωση δεν καλύπτει νοσηλεία που οι ενδιαφερόμενοι προγραμματίζουν με την ευκαιρία ταξιδιού τους για επίσκεψη σε συγγενικά τους πρόσωπα για τουριστικούς ή άλλους λόγους.

Για θέματα περίθαλψης σε χώρα – μέλος της Ε.Ε. χορηγείται και το Κοινοτικό Έντυπο Ε. 112. Διευκρινίζεται ότι το έντυπο αυτό εκδίδεται και χορηγείται μόνο στους ασφαλισμένους (άμεσα ή έμμεσα) και στους συνταξιούχους του ΟΓΑ που πηγαίνουν προγραμματισμένα για νοσηλεία στο εξωτερικό σύμφωνα με τη νομοθεσία του ΟΓΑ. (Βλέπε προϋποθέσεις στο Κεφάλαιο με τον τίτλο: Νοσοκομειακή Περίθαλψη στο εξωτερικό).

Περίθαλψη φοιτητών

Οι φοιτητές εφόσον πληρούν τις προϋποθέσεις που απαιτεί η νομοθεσία του ΟΓΑ (δεν έχουν υπερβεί το 26ο έτος της ηλικίας τους, κ.λπ.) δικαιούνται περίθαλψη στην άλλη κοινοτική χώρα με το έντυπο Ε. 111.

Κατ' εξαίρεση οι φοιτητές που σπουδάζουν στην Γερμανία εφόσον είναι παιδιά ασφαλισμένων του ΟΓΑ, δικαιούνται περίθαλψη με το έντυπο Ε. 109 ή, εφόσον είναι παιδιά συνταξιούχων του ΟΓΑ, με το έντυπο Ε. 122.

Χορήγηση εντύπων

Τα κοινοτικά έντυπα για περίθαλψη, όπως και τα έντυπα για τις συντάξεις, εκδίδονται πάντοτε από τον ΟΓΑ, (αρμόδιο Τμήμα Ε.Ε. – Διεθνών Σχέσεων), στον οποίο πρέπει να απευθύνονται οι ενδιαφερόμενοι, κατά προτίμηση μέσω του Ανταποκριτή ΟΓΑ, ο οποίος πρέπει να δίνει, όσο γίνεται περισσότερες πληροφορίες για τον αιτούντα και συγκεκριμένα:

- Αν είναι ασφαλισμένος ή συνταξιούχος του ΟΓΑ.
- Το είδος της σύνταξης (γήρατος, αναπηρίας ή ανασφάλιστου υπερήλικα χηρείας) που παίρνει και

του ναυτικής υπηρεσίας να συμπληρώνουν σε άθροισμα τον αριθμό 80.

- Να κριθεί από τις υγειονομικές επιτροπές του ΙΚΑ απολύτως και διαρκώς ανίκανος για κάθε εργασία. Δικαίωμα παροχής «εφάπαξ» αποζημίωσης έχει και η οικογένεια του αποβιώσαντος ναυτικού, η χήρα, τα παιδιά κ.λπ., εφόσον ο ναυτικός που απεβίωσε είχε πραγματοποιήσει 10 έως 15 έτη πραγματικής ναυτικής εργασίας.

67.

Συνταξιοδότηση οικογένειας ναυτικού.

- Τα πρόσωπα της οικογένειας του ναυτικού που δικαιούνται σύνταξη σε περίπτωση θανάτου του είναι: α) Η χήρα σύζυγος. β) Τα άγαμα παιδιά (κορίτσια, αγόρια) μέχρι τη συμπλήρωση του 18ου έτους της ηλικίας τους ή μέχρι τη συμπλήρωση του 24ου έτους της ηλικίας τους όταν σπουδάζουν σε σχολές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (εσωτερικού ή εξωτερικού) εφόσον αυτές αναγνωρίζονται από τη νομοθεσία του κράτους. Επίσης τα άγαμα ή έγγαμα παιδιά που είναι απόλυτα και οριστικά ανίκανα για κάθε βιοποριστικό επάγγελμα. γ) Στην περίπτωση που ο αποβιώσας ναυτικός είναι άγαμος σύνταξη από το NAT δικαιούται ο πατέρας του εφόσον όμως συμπληρώσει το 60ό έτος της ηλικίας του ή εφόσον είναι απολύτως ανίκανος για κάθε εργασία. Εάν δεν ζει ο πατέρας συνταξιοδοτείται η χήρα μητέρα. δ) Αν δεν υπάρχουν στη ζωή πατέρας ή μητέρα του θανόντος ναυτικού, τότε τη σύνταξη δικαιούνται τα αδέρφια του με τις ίδιες προϋποθέσεις που ισχύουν για τα παιδιά του ναυτικού.
- Κάθε μία από τις παραπάνω τάξεις της οικογένειας του θανόντος ασφαλισμένου ή συνταξιούχου ναυτικού αποκλείει τις επόμενες εκτός από τις δύο πρώτες που συντρέχουν μεταξύ τους.
- Το συνταξιοδοτικό δικαίωμα της οικογένειας του θανόντος ναυτικού εξαντλείται από τα πρόσωπα της τάξης η οποία κατά την παραπάνω σειρά καλείται πρώτα και ποτέ δεν μεταβιβάζεται σε πρόσωπα της επόμενης τάξης.
- Η ιδιότητα του τέκνου του ναυτικού αποδεικνύεται διά της υποβολής στο NAT πλήρους αντιγράφου ληξιαρχικής πράξεως γεννήσεως.
- Η συνταξιοδότηση των διαζευγμένων θυγατέρων του ασφαλισμένου ή συνταξιούχου ναυτικού καταργήθηκε με την πργ. 6 του άρθ. 3 του Ν. 1711/87.
- Η ανικανότητα μέλους της οικογένειας που ζητά σύνταξη διαπιστώνεται εφάπαξ μέσα στο χρόνο θανάτου του ναυτικού.
- Οι προϋποθέσεις αποκτήσεως συνταξιοδοτικού δικαιώματος από τα μέλη της οικογένειας πρέπει να αποδεικνύονται κατά τον χρόνο θανάτου του ναυτικού.
- Επίσης για τον πατέρα του ναυτικού θεμελιώνεται συνταξιοδοτικό δικαίωμα όταν επέλθει η συμπλήρωση του 60ού έτους της ηλικίας του είτε η ανικανότητά.

- **Καθορισμός ποσοστών συντάξεων της οικογένειας ναυτικού**

Στα δικαιούμενα σύνταξης μέλη της οικογένειας του θανόντος ναυτικού χορηγείται σύνταξη που ορίζεται σε ποσοστό επί της σύνταξης που θα έπαιρνε ο ίδιος αν ζούσε ως εξής:

- Στα 60% προκειμένου για σύζυγο χωρίς προστατευόμενα συνταξιοδοτικώς παιδιά, στα 75% εφόσον συνταξιοδοτείται η χήρη με ένα παιδί, στα 90% η χήρα με δύο παιδιά και στα 100% η χήρα με τρία παιδιά και άνω.
 - Προκειμένου για συνταξιοδότηση παιδιών που είναι ορφανά από πατέρα και μητέρα στα 60% εφόσον συνταξιοδοτείται ένα παιδί, στα 75% εφόσον συνταξιοδοτούνται δύο παιδιά, στα 90% τρία και στα 100% τέσσερα και άνω.
 - Στα 50% προκειμένου για συνταξιοδότηση του πατέρα ή της μητέρας.
 - Προκειμένου για συνταξιοδότηση αδελφών στα 30% εφόσον το συνταξιοδοτούμενο πρόσωπο είναι ένα, στα 45% εφόσον συνταξιοδοτούνται δύο και στα 60% εφόσον συνταξιοδοτούνται τρεις και άνω. Σημειώνεται ότι ο πατέρας, η μητέρα, τα παιδιά και τα αδέρφια του ναυτικού για να συνταξιοδοτηθούν δεν πρέπει να έχουν καθαρό μηνιαίο εισόδημα άνω των 75.000 δρχ. από 15.5.89. Το ποσό αυτό αναπροσαρμόζεται κάθε φορά με απόφαση του υπουργού Εμπορικής Ναυτιλίας.
- Επίσης αν τα μέλη της οικογένειας που πρόκειται να συνταξιοδοτηθούν είναι συνταξιούχοι άλλο ασφαλιστικού οργανισμού ή του Δημοσίου, παίρνουν την σύνταξη που δικαιούνται και όχι την κατώτατη σύνταξη του Ταμείου.

68.

Εξοδα κηδείας (NAT)

Το NAT χορηγεί έξοδα κηδείας για το θάνατο του συνταξιούχου του, στο πρόσωπο που πλήρωσε τα έξοδα αυτά.

Τα πιο πάνω έξοδα είναι ίσα με τρεις μηνιαίες συντάξεις, που θα έπαιρνε ο θανών το μήνα του θανάτου, όχι όμως πάνω από 60.000 δραχμές ούτε κάτω από 39.000 δραχμές.

69.

Κατώτατο όριο σύνταξης NAT

Με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του NAT, η οποία εγκρίνεται από τους υπουργούς Οικονομικών και Εμπορικής Ναυτιλίας, καθορίζεται κάθε φορά το κατώτατο όριο της παρεχόμενης σύνταξης από το NAT.

Ο νόμος 792/72 προβλέπει ότι το κατώτατο όριο δεν είναι δυνατό να είναι μεγαλύτερο του 28% της ανώτατης σύνταξης που χορηγείται κάθε φορά.

70.

Επικουρική σύνταξη

Το NAT καλύπτει μέσω του ΚΕΑΜ και τον κλάδο επικουρικής σύνταξης.

Εφόσον κατά τον χρόνο διακοπής του επαγγέλματος δεν είναι συμπληρωμένο το όριο ηλικίας η σύνταξη απονέμεται μετά τη συμπλήρωση του κατά περίπτωση απαιτούμενου ορίου ηλικίας.

Αναπηρίας

Ο ασφαλισμένος του Ταμείου δικαιούται σύνταξη λόγω αναπηρίας εφόσον πληροί μια από τις πιο κάτω προϋποθέσεις.

- Με 20 χρόνια συντάξιμα.
 - 10ετή συντάξιμο χρόνο από τον οποίο τα τρία (3) τουλάχιστον έτη συνέχεια πριν από τη διακοπή του επαγγέλματος, συνεπεία της αναπηρίας.
 - Ανεξαρτήτως χρόνου υπαγωγής στην ασφάλιση του Ταμείου, εάν διέκοψε την άσκηση του επαγγέλματος λόγω αναπηρίας συνεπεία ατυχήματος κατά την άσκηση του επαγγέλματος και η αναγγελία έγινε μέσα σε έξι (6) μήνες.
- Η ειδική προϋπόθεση των τριών (3) ετών δεν ισχύει στη διαδοχική ασφάλιση.

Θανάτου

- Για να πάρει κανείς σύνταξη λόγω θανάτου ασφαλισμένου, πρέπει να έχει ο ασφαλισμένος που πέθανε είκοσι (20) έτη συντάξιμα στο Ταμείο ή δέκα (10) έτη τουλάχιστον πραγματικό συντάξιμο χρόνο, από τον οποίο τα τρία (3) τουλάχιστον έτη συνέχεια πριν από τη διακοπή του επαγγέλματος και να μην ασκεί εμπορία ή επάγγελμα υπαγόμενο στην ασφάλιση του ΤΕΒΕ.
- Σε περίπτωση θανάτου λόγω βιαιού συμβάντος που έλαβε χώρα κατά την άσκηση του εμπορικού επαγγέλματος, χορηγείται σύνταξη ανεξάρτητα από το χρόνο που είχε στην ασφάλιση του Ταμείου ο ασφαλισμένος, εφόσον γίνει αναγγελία στο Ταμείο σε έξι (6) μήνες από την ημέρα του ατυχήματος.

• Τρόπος υπολογισμού παροχής

Ο άμεσα ασφαλισμένος παίρνει βασική σύνταξη, της οποίας το ύψος είναι ανάλογο με τα έτη ασφάλισης επί τον αντίστοιχο συντελεστή κάθε ασφαλιστικής κατηγορίας.

Κατώτατα - Μέσα και
Ανώτατα όρια παροχών

| | Ανωτάτη | Μέση | Κατωτάτη |
|-----------|---------|---------|----------|
| Γήρατος | 345.200 | 142.319 | 92.400 |
| Αναπηρίας | 301.500 | 117.827 | 92.400 |
| Θανάτου | 290.700 | 91.477 | 83.400 |

Προσαυξήσεις

(Προβλέπεται προσαύξηση της βασικής παροχής με ορισμένα ποσά, για ορισμένους λόγους).

- Στην περίπτωση απόλυτης αναπηρίας (ποσοστό ανικανότητας 100%) όπου χρειάζεται συμπάρταση άλλου προσώπου, η σύνταξη προσαυξάνεται κατά 50%.
- Πέραν 35ετίας, προσαύξηση 5% για κάθε έτος ασφάλισης.

• Συμπληρωματικές Παροχές

(Επιδόματα, οικονομικές ενισχύσεις κ.λπ.).

- Εξοδα κηδείας ασφαλισμένων: 219.000 (συντάξιμες αποδοχές ενός μήνα με 35ετή ασφάλιση σε Ζ' ασφαλιστική κατηγορία).
- Επίδομα αδείας (θέρους): συντάξιμες αποδοχές μισού μήνα.
- Δώρο εορτών: συντάξιμες αποδοχές ενός μήνα.
- Αεροθεραπεία: το μισό της μηνιαίας βασικής σύνταξης της Γ' ασφαλ. κατηγ. με 35ετία (δρχ. 61.800).
- Επίδομα τοκετού, 132.000 δρχ.

• Συμμετοχή στην κάλυψη του κινδύνου και εξαιρέσεις

(Ενδιαφέρει για τον κίνδυνο της ασθένειας).

Η υγειονομική περίθαλψη, περιλαμβάνει:

Την πλήρη κάλυψη των ασφαλισμένων και των μελών των οικογενειών τους, στον τομέα της κλειστής περίθαλψης, δηλ.

- Νοσοκομειακή περίθαλψη άνευ ποσοστού συμμετοχής.
- Μαιευτική περίθαλψη άνευ ποσοστού συμμετοχής.
- Σανατοριακή περίθαλψη άνευ ποσοστού συμμετοχής.
- Πρόσθετη περίθαλψη με ποσοστό συμμετοχής 25%.
- Δαπάνες μετακίνησης με ποσοστό συμμετοχής 25%.
- Πρακτικές εξετάσεις μέσω του σχηματισμού του ΕΣΥ.
- Χορήγηση φαρμάκων μέσω του σχηματισμού του ΕΣΥ με συμμετοχή 25% πλην ορισμένων φαρμάκων που χορηγούνται με συμμετοχή (με 10% αλλά και δωρεάν).

Οι συνταξιούχοι έχουν πλήρη ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη από το ΙΚΑ.

• Σύνταξη σε περίπτωση θανάτου. Ποσό ούνταξης δικαιούχων προσώπων

- Επίζων σύζυγος 60% και το τέκνο 20% ή το 70% άνευ τέκνου της σύνταξης του θανόντος.

Εφόσον δεν υπάρχουν άλλοι δικαιούχοι προσαυξάνει κατά 2% για κάθε έτος ίδιας ασφάλισης αν συνεχίζουν την εργασία για την οποία είναι ασφαλισμένοι οι ίδιοι.

- Χήρα μητέρα 30% της σύνταξης του θανόντος ή το διπλάσιο, αν είναι μόνη.
- Για κάθε γονέα 30% της σύνταξης του θανόντος ή το διπλάσιο προκειμένου περί ενός μόνο δικαιούχου.

72.

Ταμείο Συντάξεων και Αυτασφάλισης Υγειονομικών (ΤΣΑΥ).

Νομική μορφή

Το ΤΣΑΥ είναι νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (ν.π.δ.δ.), φορέας κύριας ασφάλισης των Υγειονομικών που εποπτεύεται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

Στην ασφάλιση του Τ.Σ.Α. υπάγονται:

- Οι κάτοχοι αυτοκινήτων Δ.Χ. γενικά εφ' όσον έχουν ποσοστό 50% σε ταξί ή 25% σε λεωφορείο ή 3 τόννους σε φορτηγό ή ολόκληρο φορτηγό ανεξάρτητα από τονάζ ή εφ' όσον οδηγούν αυτοπρόσωπα το αυτοκίνητό τους έστω και αν κατέχουν ποσοστό α' αυτό μικρότερο από αυτά που αναφέρθηκαν.
- Οι εκγυμναστές οδηγών αυτοκινήτων εφ' όσον ασκούν αυτοπρόσωπα το επάγγελμα ή διατηρούν σχολή οδηγών.
- Οι κάτοχοι τριτροχών φορτηγών Δ.Χ. εφ' όσον το οδηγούν αυτοπρόσωπα και κατέχουν επαγγελματική άδεια οδηγού αυτοκινήτου.
- Τα μέλη και οι μέτοχοι οργανισμών ή κοινοπραξιών ή εταιριών των οποίων ο σκοπός είναι η μεταφορά με αυτοκίνητο Δ.Χ. προσώπων ή πραγμάτων με κόμιστρο, καθώς και οι μέτοχοι ονομαστικών μετοχών ανωνύμων εταιριών που έχουν τον ίδιο σκοπό εφ' όσον οι κατεχόμενες μετοχές αντιπροσωπεύουν το προβλεπόμενο στην περίπτωση α' ποσοστό αυτοκινήτου Δ.Χ.

Επίσης ασφαλιζονται προαιρετικά και με αίτηση τους όσοι έχουν 15 έτη ασφάλισης συνολικά και αποξενώθηκαν του Δ.Χ. αυτοκινήτου τους, εφ' όσον η αίτηση υποβληθεί εντός έτους από την αποξένωση.

Σε όλους τους ανωτέρω χορηγούνται πάσης φύσεως πιστοποιητικά επαγγελματικότητας για οποιαδήποτε χρήση (αγορά, αντικατάσταση, αποχαρκτηρισμό, αλλαγή κινητήρα, μεταβίβαση της άδειας επ' ονόματί τους, πώληση, εργατική κατοικία κ.λπ.) ύστερα από αίτησή τους από τις Περιφερειακές Υπηρεσίες στις οποίες ανήκουν και εφόσον υπάρχουν στον ασφαλιστικό τους φάκελο τα απαιτούμενα δικαιολογητικά και έχουν εξοφληθεί οι εισφορές.

● *Εισφορές των ασφαλισμένων και πόροι του Ταμείου*

Κλάδος Σύνταξης

Εισφορά ασφαλισμένων 35.300 δρχ. από 1.1.1996. Δύνανται να αυξάνεται με απόφαση του εποπτεύοντος Υπουργού μετά από γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του ΤΣΑ. Καταβάλλεται μέχρι το τέλος του επόμενου μήνα στον οποίο ανάγεται, άλλως από την 1η του μεθεπόμενου θεωρείται καθυστερούμενη και σαν καθυστερούμενη αναπροσαρμόζεται στο ύψος του ασφαλιστρού του χρόνου καταβολής της και επιβαρύνεται με πρόσθετο τέλος 5% για το πρώτο δεκαήμερο καθυστέρησης προσαυξανόμενο με 1% για κάθε επιπλέον 10ήμερο και μέχρι 120% του ποσού της κύριας οφειλής συνολικά.

Κλάδος Ασθένειας

Το Ταμείο δεν έχει Κλάδο Ασθένειας και κατά συνέπεια δεν έχει πόρους από αυτήν την αιτία. Εισπράττει όμως από τους ασφαλισμένους του την εισφορά Κλάδου Ασθένειας η οποία αντιστοιχεί στην εκάστοτε 11η κλάση του ΙΚΑ (εργοδοτική και ατομική) και την αποδίδει στο ΙΚΑ. Η εισφορά αυτή από 1.7.96 έχει καθοριστεί για ταξί

και φορτηγά Δ.Χ. σε 12.013 δρχ. και για Ι.Χ. εκπαιδευτικά και ΔΧΦ και τρίκυκλα σε 14.248 δρχ.

Για το λόγο αυτό οι ασφαλισμένοι του ΤΣΑ και τα μέλη των οικογενειών τους καλύπτονται για τον Κλάδο Ασθένειας από το ΙΚΑ σε είδος, πλην των εκπαιδευτών οδηγών αυτοκινήτων και ιδιοκτητών τριτροχών και ΔΧΦ από αντικατάσταση τριτροχού που δικαιούνται και παροχές σε χρήμα.

Εξαιρούνται της καταβολής της εισφοράς αυτής όσοι καλύπτονται για τον Κλάδο αυτό από άλλο φορέα για άσκηση ετέρου επαγγέλματος, αφού προσκομίσουν σχετική απόφαση εξαίρεσης του ΙΚΑ. Οι ανωτέρω εισφορές καταβάλλονται από τους υποχρέους στις Περιφερειακές Υπηρεσίες που διαμένουν.

Πόροι

Εισφορά κάθε κατόχου επαγγελματικού αυτοκινήτου Δ.Χ. ή Ι.Χ. που συνεισπράττεται με τα τέλη κυκλοφορίας και αποδίδεται στο ΤΣΑ.

Εισφορά προερχόμενη από την έκδοση, αντικατάσταση και ανανέωση της άδειας κυκλοφορίας κάθε αυτοκινήτου και τη χορήγηση ή επέκταση επαγγελματικής άδειας ικανότητας οδηγού.

Ποσοστιαία εισφορά 25% πάνω στα τέλη κυκλοφορίας κάθε Δ.Χ. αυτοκινήτου.

● *Προϋποθέσεις συνταξιοδότησης*

Γήρατος

Προϋποθέσεις για την συνταξιοδότηση λόγω γήρατος είναι:

- 15 χρόνια ασφάλισης και συμπλήρωση 65ου έτους ηλικίας.
- 25 χρόνια ασφάλισης και συμπλήρωση 60ου έτους ηλικίας.
- 35 χρόνια ασφάλισης και συμπλήρωση 58ου έτους ηλικίας, το ποσό της σύνταξης όμως μειώνεται κατά 1/100 για κάθε μήνα που λείπει από το 60ο έτος της ηλικίας.

Η μειωμένη σύνταξη γίνεται πλήρης υπό την προϋπόθεση ότι ο συνταξιούχος δεν είναι κάτοχος Δ.Χ. αυτ/του και έχει συμπληρώσει το 65ο έτος της ηλικίας του.

Αναπηρίας

Ο ασφαλισμένος του ΤΣΑ δικαιούται σύνταξη λόγω αναπηρίας εάν κατέστη ανάπηρος και α) έχει πραγματοποιήσει χρόνο ασφάλισης δέκα (10) τουλάχιστον ετών, από τα οποία ένα (1) τουλάχιστον έτος κατά την τελευταία πριν την επέλευση της αναπηρίας τριετία ή β) έχει χρόνο ασφάλισης δέκα πέντε (15) τουλάχιστον ετών ή εφόσον δεν έχει καλυφθεί ασφαλιστικά από της διακοπής της ασφάλισης του μέχρι της επέλευσης της αναπηρίας από άλλο ασφαλιστικό φορέα Κύριας Ασφάλισης ή το Δημόσιο κι δεν παίρνει σύνταξη από τον οργανισμό αυτό ή το Δημόσιο.

Για την περίπτωση ατυχήματος από βίαιο συμβάν κατά την άσκηση του επαγγέλματος δεν απαιτείται η προϋπόθεση της 10ετούς ασφάλισης.

Ο ασφαλισμένος του ΤΣΑ θεωρείται ανάπηρος σε

74.

Ταμείο Νομικών

Το Ταμείο Νομικών είναι φορέας κύριας ασφάλισης, νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (ν.π.δ.δ.) που εποπτεύεται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Κλάδος ασφάλισης

Σύνταξης.

Εδρα

Αθήνα. Ταχ. διεύθυνση: Σωκράτους 53, Αθήνα 10431, τηλ. 52.36.965, 52.28.336.

• Ποιοι υπάγονται στην ασφάλιση του Ταμείου Νομικών.

Στο Τ.Ν. ασφαλίζονται υποχρεωτικά οι εξής:

— Α' Τάξη Αμισθοί:

α) Δικηγόροι, β) Συμβολαιογράφοι, γ) Αμισθοί Δικαστικοί Επιμελητές, δ) Δικολάβοι, ε) Αμισθοί Υποθηκοφύλακες.

— Α' τάξη Εμμισθοί:

α) Δικαστές του Συμβουλίου της Επικρατείας, β) Δικαστές Τακτικών και Διοικητικών Δικαστηρίων, γ) Δικαστές Στρατιωτικής Δικαιοσύνης, δ) Ο επιτροπος και τα ισόβια μέλη του Ελεγκτικού Συνεδρίου, ε) Το κύριο προσωπικό του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους, στ) Εμμισθοί Υποθηκοφύλακες, ζ) Διευθυντές και Υποδιευθυντές Φυλακών, και καταστημάτων ανηλίκων.

— Β' Τάξη Εμμισθοί:

Επιμελητές των Δικαστηρίων του Υπ. Δικαιοσύνης, του ΣΤΕ και των έμμισθων υποθηκοφυλακείων.

Προϋποθέσεις συνταξιοδότησης

• Γήρατος

— Άνδρες με έναρξη ασφάλισης μέχρι 31.12.1982.

1) 30 χρόνια ασφάλιση χωρίς όριο ηλικίας (καταργείται από 1.1.1998).

2) 25 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 60 ετών (καταργείται από 1.1.1998).

3) 35 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 60 ετών (ισχύει από 1.1.1998).

4) 25 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 60,5 ετών για το έτος 1998, η οποία αυξάνεται περαιτέρω ανά έξι (6) μήνες κάθε έτος μέχρι τη συμπλήρωση του 65ου έτους.

5) 15 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 65 ετών.

Η ηλικία, όπου απαιτείται, πρέπει να έχει συμπληρωθεί κατά την έξοδο από την ασφάλιση, εκτός από τις περιπτώσεις (3) και (5) που μπορεί να συμπληρωθεί και μετά.

— Γυναίκες άγαμες, χήρες, διαζευγμένες χωρίς ανίκανα ή ανήλικα τέκνα με έναρξη ασφάλισης μέχρι 31.12.1982.

1) 25 χρόνια ασφάλιση χωρίς όριο ηλικίας (καταργείται από 1.1.1998).

2) 35 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 58 ετών (ισχύει από 1.1.1998).

3) 15 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 65 ετών.

4) 25 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 60 ετών (ισχύει από 1.1.1998).

Η ηλικία, όπου απαιτείται, πρέπει να έχει συμπληρωθεί κατά την έξοδο από την ασφάλιση, εκτός από τις περιπτώσεις (2) και (3) που μπορεί να συμπληρωθεί και μετά.

— Γυναίκες έγγαμες με έναρξη ασφάλισης μέχρι 31.12.1982.

1) 25 χρόνια ασφάλιση χωρίς όριο ηλικίας (καταργείται από 1.1.1998).

2) 35 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 58 ετών (ισχύει από 1.1.1998).

3) 15 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 65 ετών.

4) 15 χρόνια πραγματική ασφάλιση για το έτος 1992, η οποία αυξάνει σταδιακά ανά έξι (6) μήνες κάθε έτος, αρχής γενομένης από 1.1.1993, μέχρι τη συμπλήρωση των 25 ετών και ηλικία 60 ετών.

Η ηλικία, όπου απαιτείται, πρέπει να έχει συμπληρωθεί κατά την έξοδο από την ασφάλιση, εκτός από τις περιπτώσεις (2) και (3) που μπορεί να συμπληρωθεί και μετά.

— Γυναίκες μητέρες με ανήλικα ή ανίκανα παιδιά ή ανίκανο σύζυγο με έναρξη ασφάλισης μέχρι 31.12.1982.

1) 25 χρόνια ασφάλιση χωρίς όριο ηλικίας (καταργείται από 1.1.1998).

2) 15 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 65 ετών.

3) 15 - 17,5 χρόνια πραγματική ασφάλιση και ηλικία 42-47 ετών από 1992 έως 2002 (αύξηση έξι (6) μήνες κατ' έτος και στο χρόνο ασφάλισης και στην ηλικία).

Από το 1997 έως το 2002 ο χρόνος ασφάλισης παραμένει σταθερός 17,5 έτη πραγματική ασφάλιση, ενώ συνεχίζει να αυξάνει η ηλικία. Από το 2003 έως το 2017 αυξάνονται ταυτόχρονα και ο χρόνος ασφάλισης και η ηλικία, ανά έξι (6) μήνες κατ' έτος, μέχρι τη συμπλήρωση χρόνου πραγματικής ασφάλισης 25 ετών και ηλικίας 50 ετών.

Τόσο η ηλικία όσο και το ανήλικο ή το ανίκανο τέκνο ή ο ανίκανος σύζυγος, πρέπει να υπάρχουν κατά το χρόνο εξόδου από την ασφάλιση.

— Άνδρες με έναρξη ασφάλισης από 1.1.1983 έως 31.12.1992.

1) 15 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 65 ετών.

2) 35 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 60 ετών.

3) 25 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 60,5 το έτος 1998, η οποία αυξάνεται περαιτέρω ανά (6) μήνες κάθε έτος μέχρι τη συμπλήρωση του 65ου έτους.

Η ηλικία, όπου απαιτείται, πρέπει να έχει συμπληρωθεί κατά την έξοδο από την ασφάλιση, εκτός από τις περιπτώσεις 1 και 2 που μπορεί να συμπληρωθεί και μετά.

— Μητέρες με ανήλικα ή ανίκανα τέκνα ή ανίκανο σύζυγο και έναρξη ασφάλισης από 1.12.1983 έως 31.12.1992.

1) 25 χρόνια πραγματική ασφάλιση και ηλικία 50 ετών.

2) 15 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 65 ετών.

— Έγγαμες, άγαμες, χήρες, διαζευγμένες χωρίς ανήλικα ή ανίκανα τέκνα ή ανίκανο σύζυγο με έναρξη ασφάλισης από 1.1.1983 έως 31.12.1992.

1) 15 χρόνια ασφάλιση και ηλικία 65 ετών.

Τι είναι ο Κύκλος Δικαιωμάτων του Παιδιού;

Ο Κύκλος Δικαιωμάτων του Παιδιού είναι ένας από τους πέντε κύκλους δραστηριοτήτων της συνταγματικά κατοχυρωμένης ανεξάρτητης αρχής "Συνήγορος του Πολίτη". Δημιουργήθηκε με βάση το νόμο 3094/2003, σε αντιστοιχία προς τον διεθνή κατοχυρωμένο θεσμό του Συνηγόρου του Παιδιού.

Γιατί είναι η αποστολή του;

Η αποστολή του Κύκλου Δικαιωμάτων του Παιδιού είναι η προστασία και προαγωγή των δικαιωμάτων του παιδιού. Ως παιδιά ορίζονται τα άτομα που δεν έχουν συμπληρώσει τα 18 τους χρόνια.

Η αποστολή της αποστολής του αυτής ο κύκλος:

- Διαμεσολαβεί ύστερα από αναφορές πολιτών, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις παραβίασης δικαιωμάτων του παιδιού, επιδιώκοντας την προστασία και την αποκατάστασή τους. Εάν το κρίνει αναγκαίο, σε περιπτώσεις σοβαρών παραβιάσεων, ενεργεί αυτεπάγγελτα.
- Αναλαμβάνει πρωτοβουλίες για την παρεκκλιτική και προώθηση της εφαρμογής της νομοθεσίας και των διεθνών συμβάσεων για τα δικαιώματα του παιδιού, μεριμνώντας για την καλύτερη ενημέρωση των ανηλίκων και των ενηλίκων για αυτά, διεξάγει έρευνες σε σημαντικά πεδία που επιλέγει και συμμετέχει ενεργά στον κοινωνικό διάλογο σε συναφή με την αρμοδιότητά του θέματα.

Ποιός μπορεί να υποβάλει αναφορά;

Κάθε άμεσα ενδιαφερόμενος, δηλαδή το παιδί, ο γονέας, συγγενής, καθώς και άλλα πρόσωπα που έχουν άμεση αντίληψη παραβίασης δικαιώματος του παιδιού.

Πότε μπορεί κανείς να υποβάλει αναφορά;

Όταν πράξεις ή παραλείψεις δημοσίων υπηρεσιών (όπως προσδιορίζονται αναλυτικά στο νόμο που δίδει τη λειτουργία του Συνηγόρου του Πολίτη) ή ιδιωτών (φυσικών ή νομικών προσώπων) προσβάλλουν δικαιώματα του παιδιού.

Τι πρέπει να περιέχει η αναφορά;

Η αναφορά πρέπει να είναι γραπτή και να περιέχει τα ακριβή στοιχεία και την υπογραφή του προσώπου που την υποβάλλει. Επίσης να περιλαμβάνει σαφείς πληροφορίες για την υπόθεση, τα πρόσωπα και τους εμπλεκόμενους φορείς και να συνοδεύεται από κάθε αποδεικτικό στοιχείο που μπορεί να βοηθήσει στη διερεύνησή της.

Πώς υποβάλλεται η αναφορά;

Αυτοπροσώπως στα γραφεία του Συνηγόρου του Πολίτη (Χατζηγιάννη Μέξη 5 - 115 28 Αθήνα) ή με επιστολή σε αυτή τη διεύθυνση ή με φαξ (στο 210-7292129). Διευκρινίσεις δίνονται στο τηλέφωνο 210.7289600 Δευτέρα - Παρασκευή 8:30-14:00.

Οι ανήλικοι, που θέλουν να αναφέρουν παραβιάσεις δικαιωμάτων τους, γίνονται δεκτοί από το προσωπικό του Κύκλου Δικαιωμάτων του Παιδιού σε κατάλληλο περιβάλλον. Επίσης μπορούν να επικοινωνήσουν τηλεφωνικά με εξειδικευμένο προσωπικό του Κύκλου στο τηλέφωνο 80.111.42.000 (χρέωση μιας μονάδας για κάθε κλήση).

Πώς ενεργεί ο Κύκλος μετά από αναφορές;

Ο Κύκλος Δικαιωμάτων του Παιδιού ερευνά τα περιστατικά που του αναφέρονται και, εφόσον διαπιστώσει παραβίαση δικαιωμάτων του παιδιού από δημόσια υπηρεσία, προτείνει τρόπους άρσης της παραβίασης και επίλυσης του προβλήματος.

Όταν η αναφορά στρέφεται κατά ιδιωτών - φυσικών ή νομικών προσώπων -, ο Κύκλος προβαίνει σε όλες τις ενδεικνυόμενες ενέργειες, και προτείνει κάθε αναγκαίο μέτρο για την προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού.

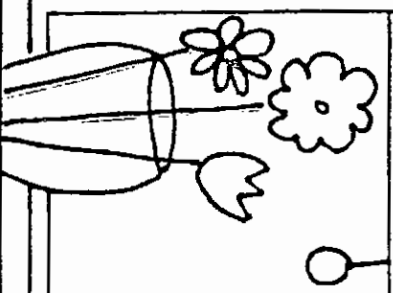
Σε κάθε περίπτωση, δεν υποκαθιστά και δεν αναλαμβάνει το ρόλο εισαγγελέων, δικαστηρίων, δικηγόρων, νομικών συμβούλων και κοινωνικών υπηρεσιών ή του δικτητή σε ιδιωτικές διαφορές ενηλίκων.

Για την επίλυση των εντοπισθέντων προβλημάτων και την υπεράσπιση των δικαιωμάτων του παιδιού, ο Κύκλος μπορεί να ζητήσει τη συνεργασία άλλων δημοσίων υπηρεσιών ή φορέων (πρόνοιας, ψυχικής υγείας, κ.α.) ή και την παρέμβαση της αρμόδιας δικαστικής αρχής.

Τι άλλο κάνει ο Κύκλος για να προάγει τα δικαιώματα του παιδιού;

- Ελέγχει την εφαρμογή και προωθεί τη διάδοση της Διεθνούς Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Παιδιού και παρακολουθεί την επίδραση του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου στη ζωή των παιδιών. Για το σκοπό αυτό μπορεί να διεξάγει έρευνες σε πεδία που κρίνει ιδιαίτερα σημαντικά και να συντάσσει ειδικές εκθέσεις.
- Ενημερώνει τα παιδιά για τα δικαιώματά τους και τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να τα υπερασπίζονται. Για το σκοπό αυτό ετοιμάζει έντυπο υλικό, ειδική τηλεφωνική γραμμή και δυναμικό χώρο στο διαδίκτυο.
- Αναλαμβάνει πρωτοβουλίες ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης γονέων και επαγγελματιών που εργάζονται με το παιδί για το χειρισμό ζητημάτων σχετικών με τα δικαιώματα του παιδιού και για την αιτιολογία παραβιάσεών τους.
- Οργανώνει συναντήσεις με ομάδες παιδιών, στους χώρους όπου αυτά ζουν, εκπαιδεύονται, συναντιούνται και περνούν την καθημερινότητά τους, για να ακούσει τις απόψεις, τα προβλήματα και τις προτάσεις τους.
- Συνεργάζεται και επικοινωνεί με υπηρεσίες που ασχολούνται με το παιδί, μη κυβερνητικές οργανώσεις και εκπαιδευτικές κοινότητες.
- Συμμετέχει σε συναφείς επιστημονικές συναντήσεις, συνέδρια, επιτροπές και δίκτυα

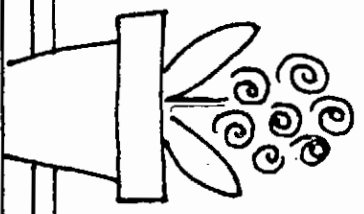
WHEN
SOMEONE



HAS
A
VERY
SERIOUS



ILLNESS



CHILDREN CAN LEARN TO COPE WITH LOSS AND CHANGE

written by Marge Heegaard to be illustrated by children

With great appreciation for the helpful suggestions from many professionals in various fields, this book is dedicated to the young children living in families where someone has a serious illness.

COPYRIGHT © 1991 Marge Heegaard
All rights reserved. No part of this book
may be reproduced without permission
from the publisher.



PRINTED IN THE U.S.A.

ADDITIONAL COPIES: For individual
copies send \$6.95 plus applicable tax and
\$2.50 to cover the cost of handling to
WOODLAND PRESS.

QUANTITY DISCOUNT RATES are
available for hospitals, schools, churches
and others who need more than 12 copies.
Write for details.

A FACILITATOR GUIDE is available
for \$20.00 and includes additional
information for leading a structured
children's grief support group.

FACILITATOR TRAINING WORKSHOPS
are offered in Minneapolis, MN. Contact
Woodland Press for more information.



ADULT FAMILY MEMBERS CAN HELP CHILDREN

Learn as much as you can about the illness. Get information for children from the national organization or your local library to help children understand basic concepts of the illness.

Use correct medical terms. Don't over explain but be honest. Fears and fantasies are often worse than reality. Describe what the child can expect if visiting hospitals or nursing homes. Offer choices of phone calls, letters, drawings, etc. to visits.

Reassure children that nothing they did or didn't do caused the illness. Find time to give them love and attention.

Take care of yourself and find support to overcome personal fears and anxieties. Children model behavior and coping skills from the adults they live with.

Encourage communication. Don't assume lack of questions means lack of interest. Children are more likely to express themselves in art, play or actions than in words. Find time to observe them during these activities. Ask teachers & others for their observations. Share your own true feelings to help them understand their own.

Headaches, stomach aches and behavioral problems may be caused by repressed feelings. Provide healthy outlets for energy release and expression with creative and physical activities.

Feelings of abandonment, helplessness, despair, anxiety, apathy, anger, guilt and fear are common in a family with serious illness. Children often act them out aggressively when there are no healthy outlets. Anxiety may lead to hyperactivity and behavioral problems. Try to maintain as normal a routine as possible. Children need structure to feel secure during stressful times.

Children need to be involved in appropriate ways. If they try to assume caretaker roles, remember they need to grow up normally without being burdened with adult responsibilities.

Coping with illness, financial and personal needs may overwhelm the parent who is not ill. Children need increased support from grandparents, neighbors and friends. They need to grow up knowing there is someone to count on or they may become too independent and distrustful.

There is a significant correlation between duration of illness and a child's behavioral difficulties. Illness lasting more than a year requires more intervention because the family focus is on something other than the child. Learn what services are available for your situation and needs through hospitals, churches, schools, community agencies and professional counseling. Inform pediatrician about family problems.

sources from the following national organizations. If the disease you are dealing with is not listed, ask your physician for the address.

American Heart Association, Inc.
205 East 42nd Street
New York, NY 10017
(212) 661-5335

American Diabetes Association
1660 Duke
Alexandria, VA 22314
1-800-232-3472

Alzheimer's Disease and Related Disorders
Association, Inc.
360 North Michigan Avenue
Chicago, IL 60601

American Cancer Society
777 Third Avenue
New York, NY 10036

American Lung Association
1740 Broadway
New York, NY 10019
(212) 315-8700

The Arthritis Foundation
115 East 18th Street
New York, NY 10003
(212) 477-8700

Assoc. For Care For Children's Health
7910 Woodmont Ave., Suite 300
Bethesda, MD 20814

Cancer Care, Inc.
The National Cancer Foundation, Inc.
One Park Avenue
New York, NY 10016
(212) 221-3300

Epilepsy Foundation of America
4351 Garden City Drive
Landover, MD 20785

Lupus Foundation of America, Inc.
4 Research Place Suite 180
Rockville, MD 20850-3226

Multiple Sclerosis National Society
205 East 42nd Street
New York, NY 10017
(212) 986-3240

National Hospice Organization
1901 North Fort Myer Drive, Suite 902
Arlington, VA 22209
(703) 243-5900

National Kidney Foundation
2 Park Avenue
New York, NY 10016
(212) 889-2210

Stroke Foundation, Inc.
898 Park Avenue
New York, NY 10021
(212) 734-3461

ABOUT THIS BOOK

This book was created to help children understand and express feelings when someone in their family has a serious illness. Illness brings many family changes and feelings about those changes. When someone has a serious illness, the entire family is affected. Someone gets most of the attention. Someone may feel forgotten. Someone else may begin to do certain things to get their needs met. Someone may choose the role of a clown to replace sadness with laughter. Someone else may try to be perfect or fix everyone else's problems.

The family balance is upset and everyone makes changes to try to bring balance back. Everyone reacts differently to a serious illness in the way that works best for them to fit into the family. Family roles change. If the illness lasts a long time, the roles may continue as unhealthy adult behavior patterns.

The art process allows children to express symbolically thoughts, feelings and perceptions about themselves and others. They learn to recognize and express feelings common to family change. Conflicts can be resolved and self-esteem is increased while coping skills are developed.

Educational concepts are presented in six units to help children understand the illness and how to cope with the changes it brings. Additional books are suggested. Each child will need a small box of crayons to illustrate their book. Crayons are suggested because they are more effective than markers for expressing feelings. Older children may prefer colored pencils.

Ask children to draw any picture that comes to mind as they read the words on each page. Do not make suggestions. Trust the child to make decisions about what and when to draw. Encourage ideas and expressions rather than drawing ability. During difficult emotional times, children often regress and scribble, erase, cross-out, draw something unrelated or leave the page blank. This is all right. It is the beginning of finding a voice for unspeakable thoughts and feelings.

facilitated by a supportive adult educated to accept feelings and encourage communication. Weekly sessions of 1 1/2 hours are suggested for each of the six sessions but individual needs may vary. The following objectives are included in the text and can be stressed with additional reading from the suggested books. (Check your local library and book stores for titles relating to specific illnesses.)

I. CHANGING TIMES pages 1-6

- Accept change as part of life
- Identify family changes
- Discover personal life changes
- Recognize grief from loss and change

ADDITIONAL READING

- From Egg To Bird, Marlene Reidel
- Our Changing World, Ingrid Selberg

II. UNDERSTANDING SERIOUS ILLNESS p. 7-13

- Define serious and other illness
- Learn basic cause of illness
- Identify body parts effected by illness
- Assess understanding and misconceptions

ADDITIONAL READING

- Your Body, Carol Arnold
- Germs Make Me Sick, Melvin Berger

III. FEELINGS ABOUT FAMILY CHANGE p. 14-19

- Recognize and name feelings
- Learn that feelings are all O.K.
- Discover defense masks
- Identify feelings about family changes

ADDITIONAL READING

- I Have Feelings, Terry Berger
- Oh, I'm So Embarrassed, Anna Dickson

IV. DRAWING OUT DIFFICULT FEELINGS p. 20-24

- Recognize effect of feelings on behavior
- See family pattern of expressing feelings
- Identify personal difficult feelings
- Learn healthy ways to express feelings

ADDITIONAL READING

- I Am Not A Crybaby, Norma Simon
- The Angry Book (Temper Tantrum Turtle), E. Weiss

V. LIVING WELL WITH ILLNESS p. 25-30

- Assess family coping skills
- Recognize personal needs
- Identify support resources
- Learn healthy coping skills

ADDITIONAL READING

- All Kinds Of Families, Norma Simon
- The Man Of The House, Joan Fassler

VI. FEELING GOOD ABOUT ME p. 31-36

- Learn that play is the work of childhood
- Increase feelings of self-esteem
- Celebrate family strengths
- Express hopes and dreams

ADDITIONAL READING

- Tonia The Tree, Sandy Styker
- The Man Of The House, Joan Fassler

FOR CHILDREN

This is your book. You will make it special as you draw the pictures that come into your mind as you read the words on each page. There will never be another book just like yours.

This book was written to help you understand the many feelings children often have when someone in their family has a serious illness. You will learn more about that illness and how you feel about some changes in your life. When one person is sick it affects everyone in the family. Illness brings change. Change brings both losses and gains. It may not be easy to see any gains at first but there will be many feelings about losses.

Sometimes it's easier to draw feelings than it is to talk about them. As you read the words on each page, draw the picture that comes into your mind. Don't worry about how well you can draw or how the picture looks. Just use colors, shapes and lines to tell a story about the illness in your family and how you feel about it.

Begin with the first page and do the pages in order. Circle any words you don't understand. When you have done a few pages, stop and share your work with an adult who cares about you. Most children feel better after they talk about their pictures with someone.

I hope you will want to share your book with others in your family so they can learn about your feelings from illness and change too. You can all learn to live well together.

and I know these things about it...

These are things I would like to ask about it...

8. You can learn more from your doctor or books.

.....
(add the person's name)

He or she got sick because...

WILL someone get a serious illness.

6. Sometimes some things have to change.

fun together before the illness.

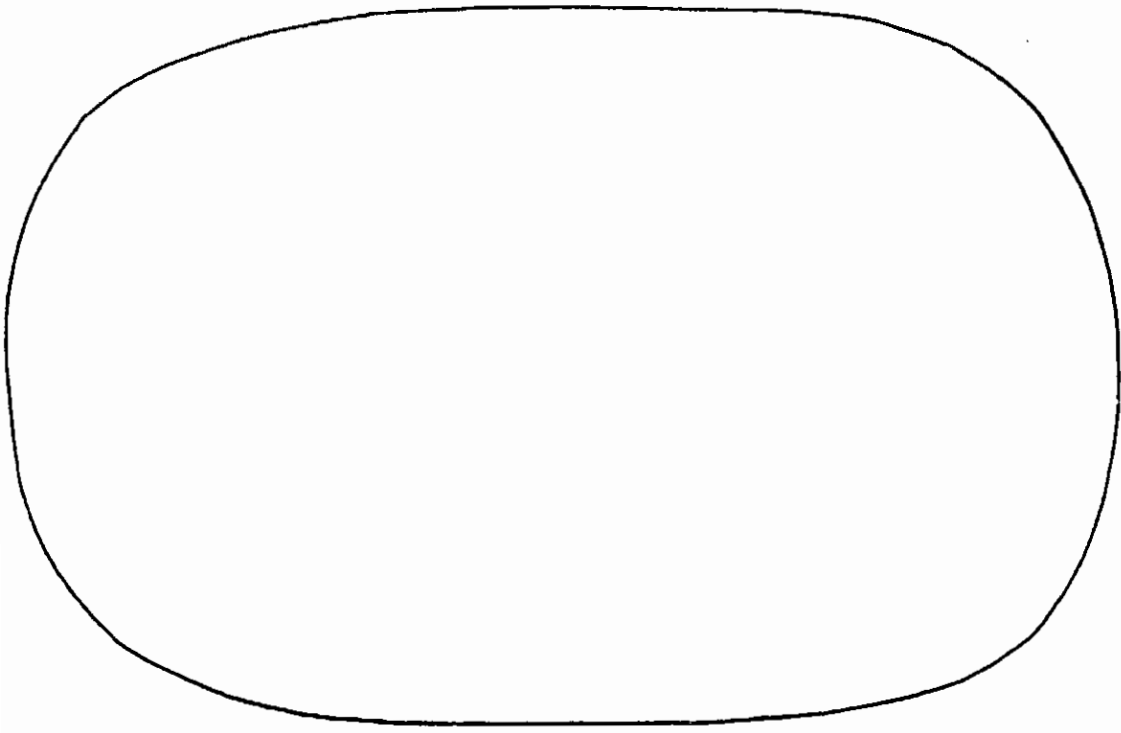
THAT ARE SOME BIG CHANGES AND SOME LITTLE CHANGES.

(write them down. Circle the one that is hardest for you.
Draw a box around the one you like best.)

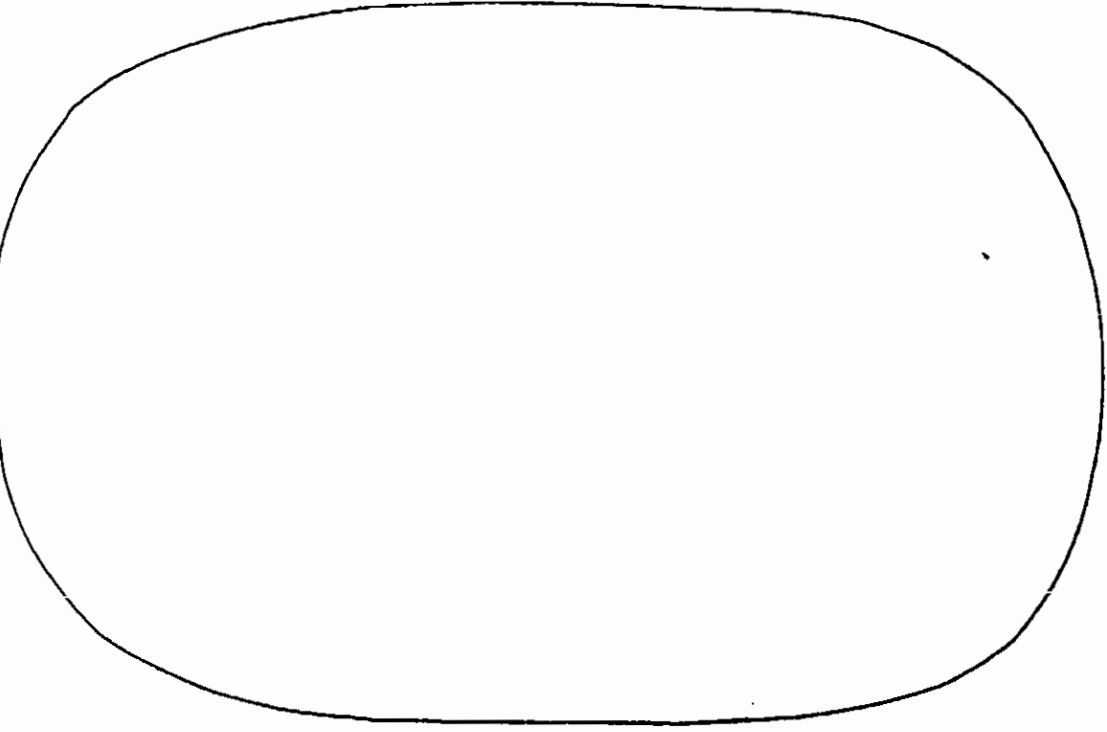
1. Serious illness affects everyone in the family.
It's O.K. to have problems. It's O.K. to talk about them.

The thing that was good about being a
baby was...

It's O.K. to change and grow!

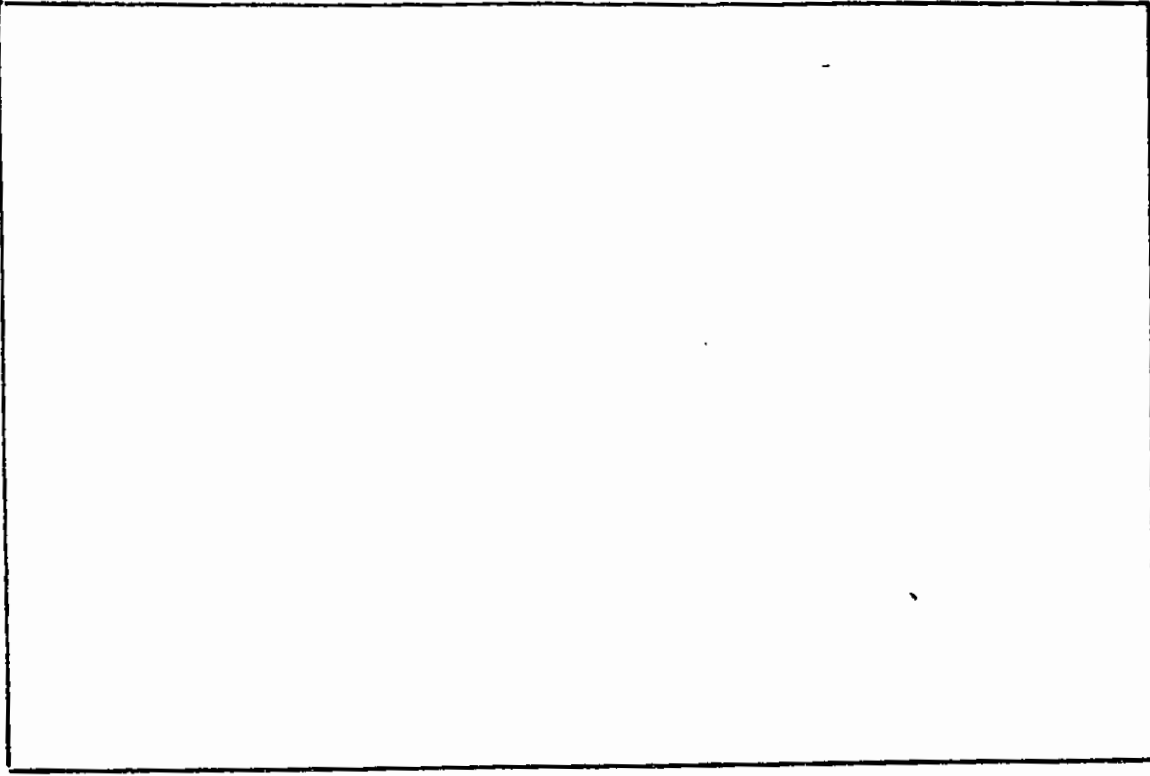


Me ↗ when I was a baby
Living means growing and

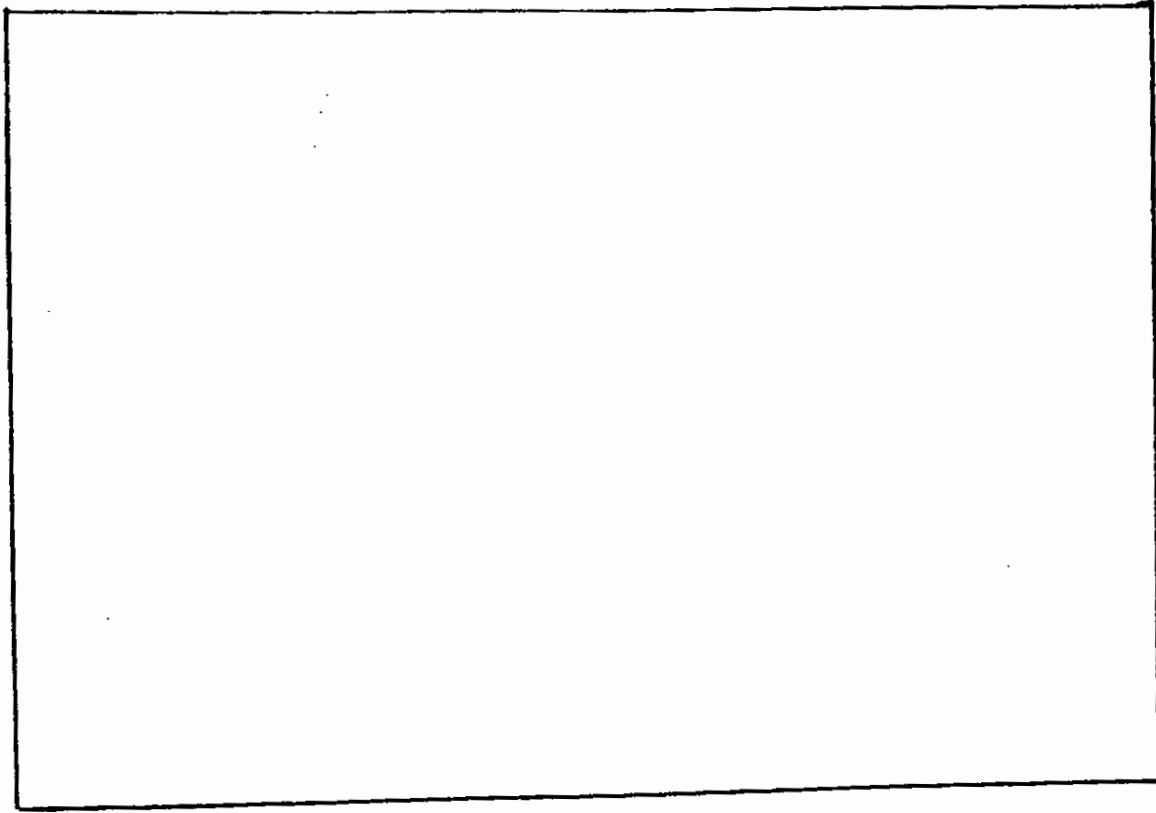


Me ↗ ... now
and changing.

1. What time is it?



summer



winter

Some are simple and people get well quickly.

Some are chronic and last a long time.





Some are serious and need special care.

Some are congenital. People are born with them.

Some are contagious and can be caught from others.

Some are terminal and bring death.

We need to learn more about illness!

viruses or bacteria make people sick. They can travel from one person to another. Bacteria are very very small things. Some look like  or  under a microscope. Viruses are even tinier and are all kinds of shapes.  

Germs don't always make you sick. White blood cells in your blood kill most germs. These germ fighters are called the immune system. Sometimes it isn't strong and people get sick. Doctors can prescribe medicine to help the immune system kill germs.

The immune system can get confused and attack one's own body instead of infections and cause serious illness. Sometimes body cells don't work right and grow out of control and cause Cancer. Doctors are trained to treat serious illness.

via

o

o

s

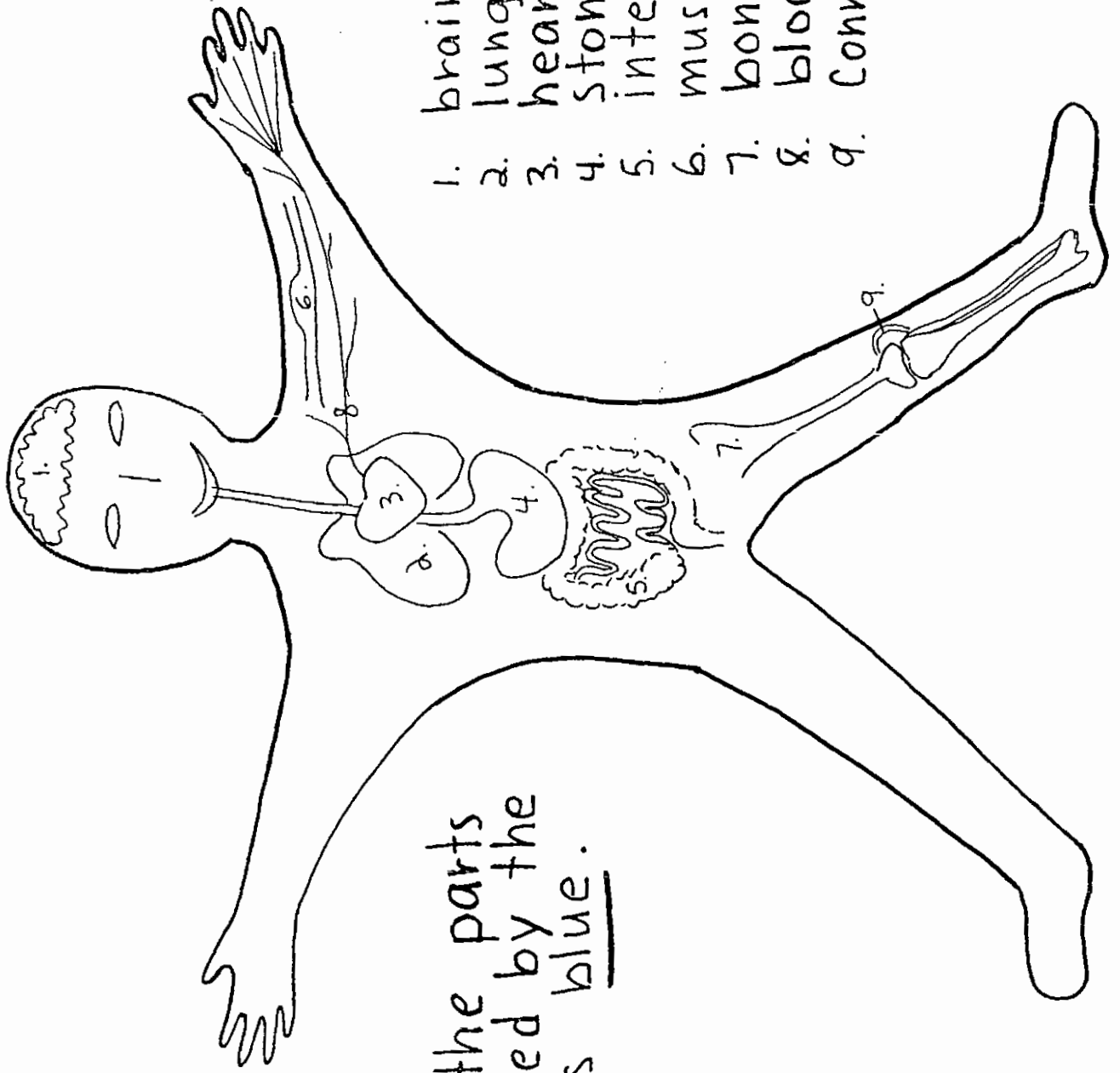
ers

be

s

ss.
f

Many illnesses do not show on the outside but affect the body inside.



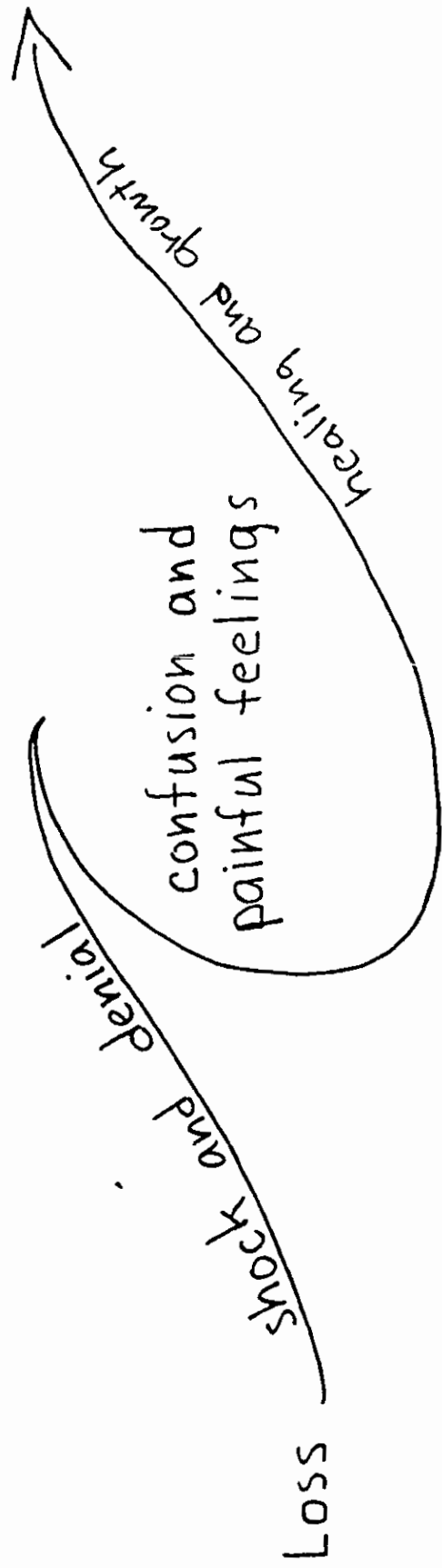
color the parts
affected by the
illness blue.

1. brain
2. lungs
3. heart
4. stomach
5. intestines
6. muscles
7. bones
8. blood vessels
9. Connecting tissue

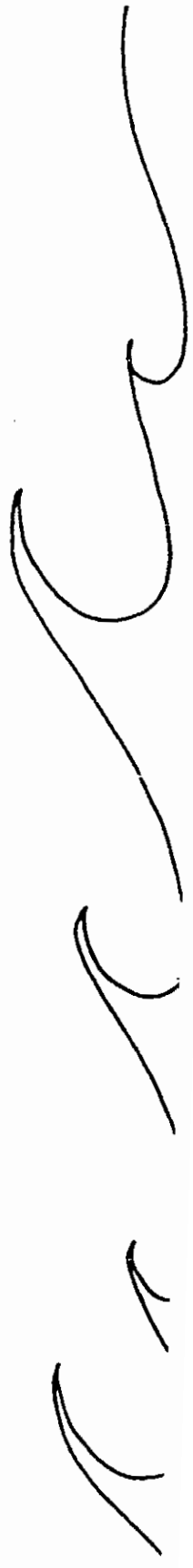
Sometimes they may need to go to the hospital for special care.

Adults may be away from home ... or they may be tired more often.

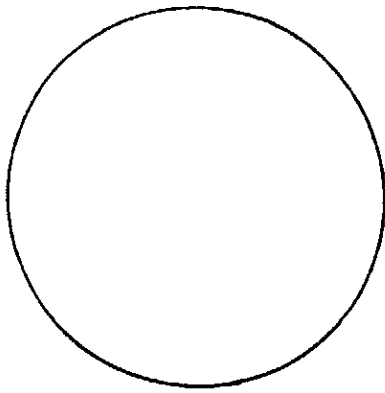
serious illness may bring grief.
The pain from loss and change is called GRIEF.



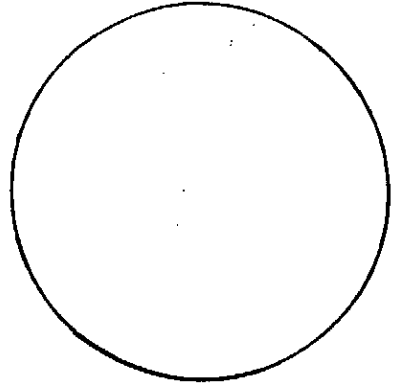
Grief comes and goes like waves in the ocean. There will be stormy times..... There will be calm times... Grief comes and goes.



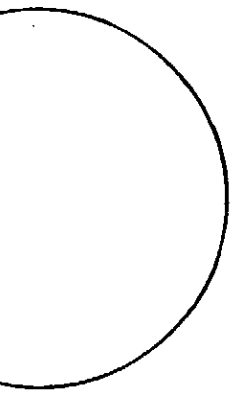
Draw some feeling faces.



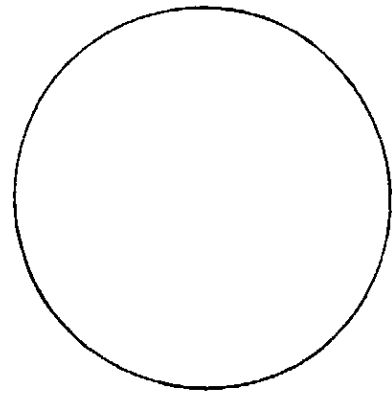
sad



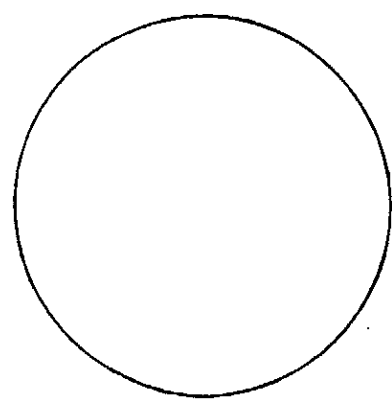
happy



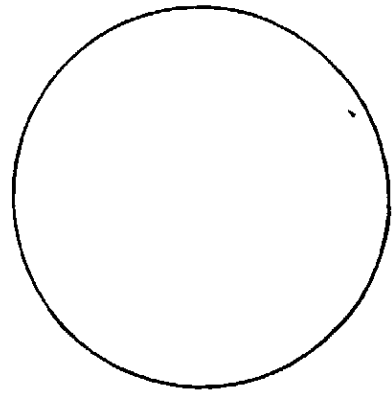
angry



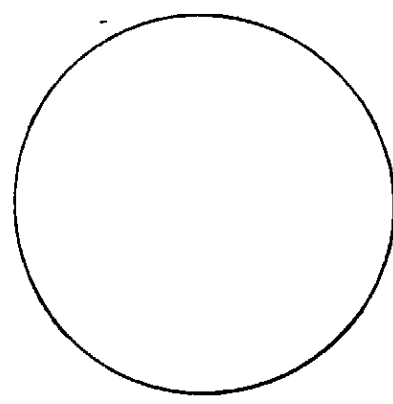
helpless



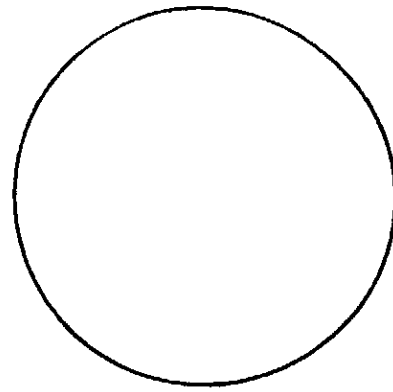
jealous



nervous



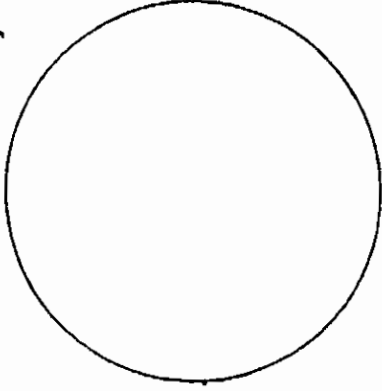
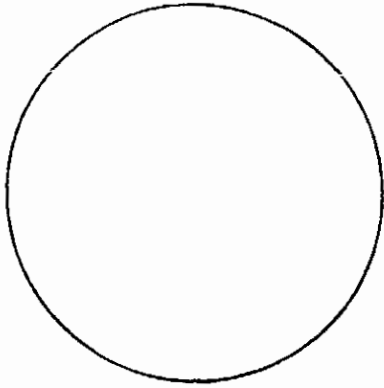
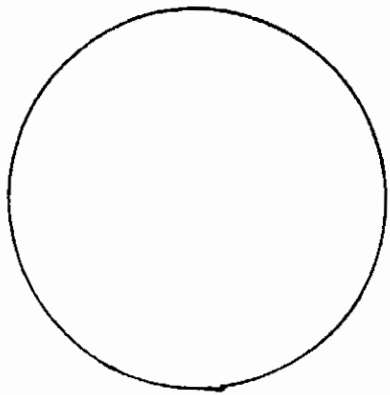
afraid



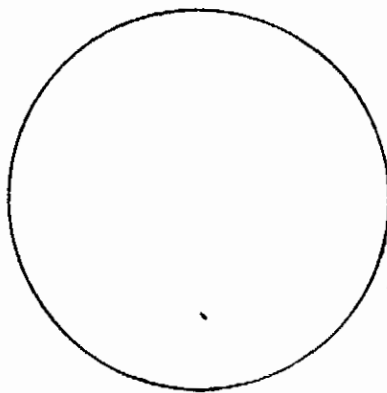
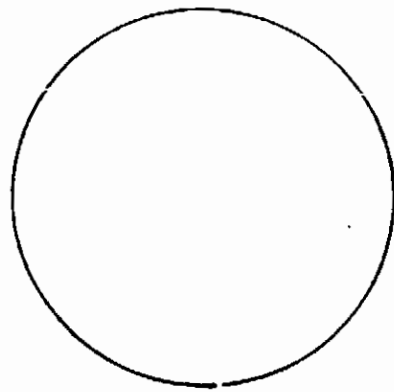
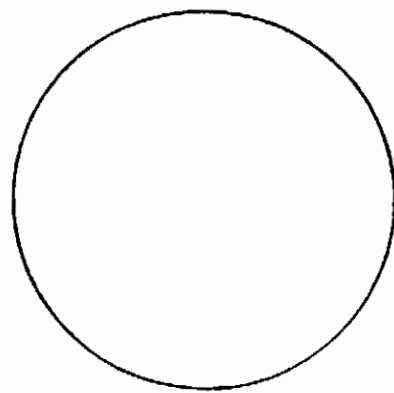
embarrassed

Feelings are all O.K. !!!

feelings they don't like to show.
(name and draw 3 feelings you sometimes hide)
with a different feeling

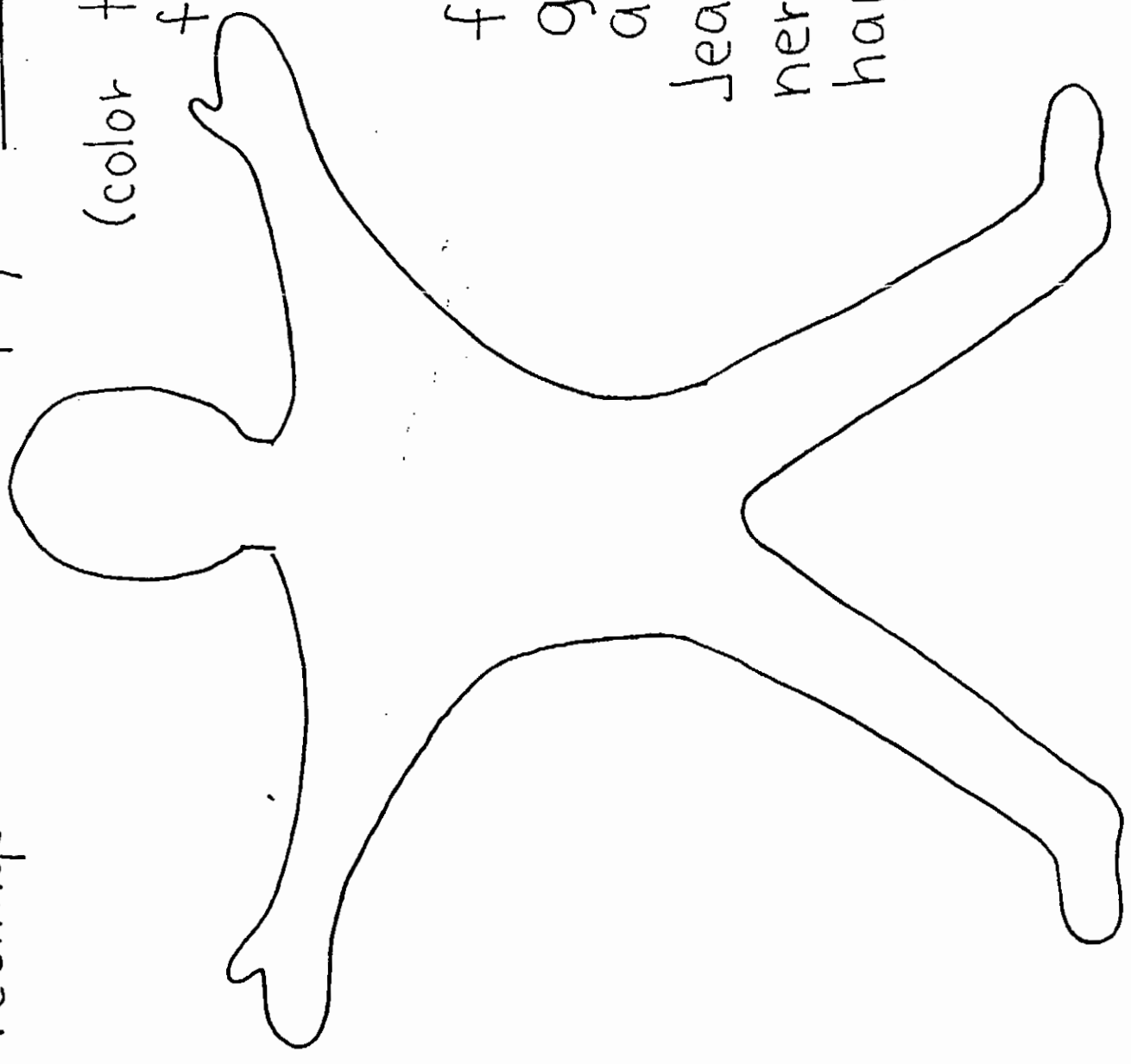


_____ ^{feeling} you might use



Feelings are something you feel

(color the places you feel these feelings)



- sad - blue
- fear - black
- guilt - brown
- anger - red
- jealous - green
- nervous - orange
- happy - yellow

cause aches and pains.

color red lightly
where you get
little aches and
pains.

color bright red
where you get
BIG hurts.
(Is this the
same place you stuff
fear or anger?)

Exercise, sports, play, music, art, writing and
talking are all good ways to let feelings out.

Sad

Afraid

Angry

ff)

Feelings affect the things you do or say.
Everyone feels sad, afraid and angry at times.

I feel angry when...

(draw different kinds of things you might do.)

It's O.K. to feel angry but it isn't O.K. to hurt you,
people or things. (cross out your ways that are not O.K.) 21

When I feel frightened, I ...

22. Everyone feels frightened sometimes.

There are times I feel helpless...

Children can't cause or fix adult problems.

Crying is O.K. It lets the sadness out!

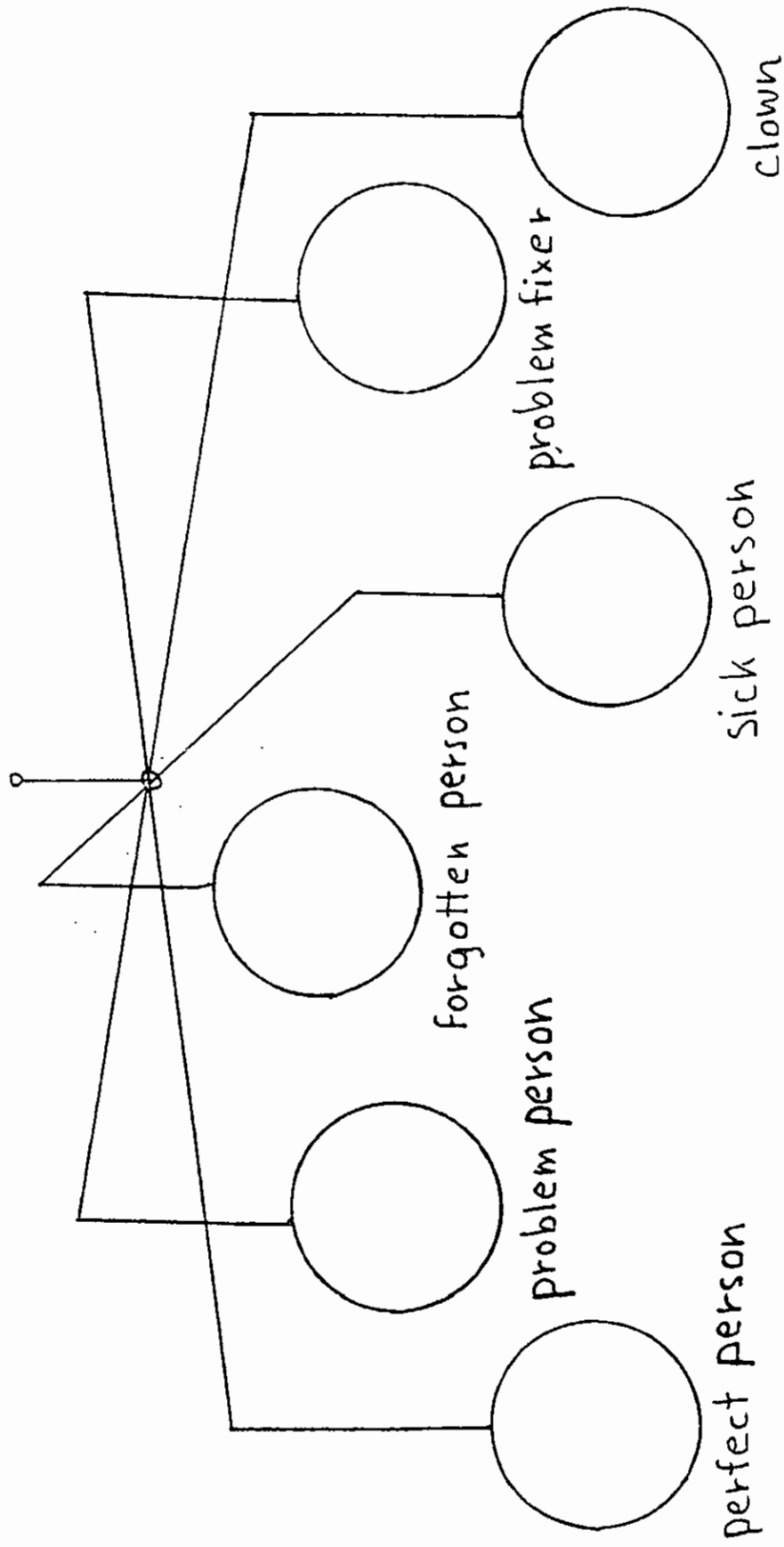
(

pe

If

is

illness. When someone is very sick the family may get out of balance. If one person gets most of the attention, others try new ways to get what they need or to bring balance. (Draw and name ways people in your family try to keep balance.)



If the illness lasts a long time, these ways can become problems.

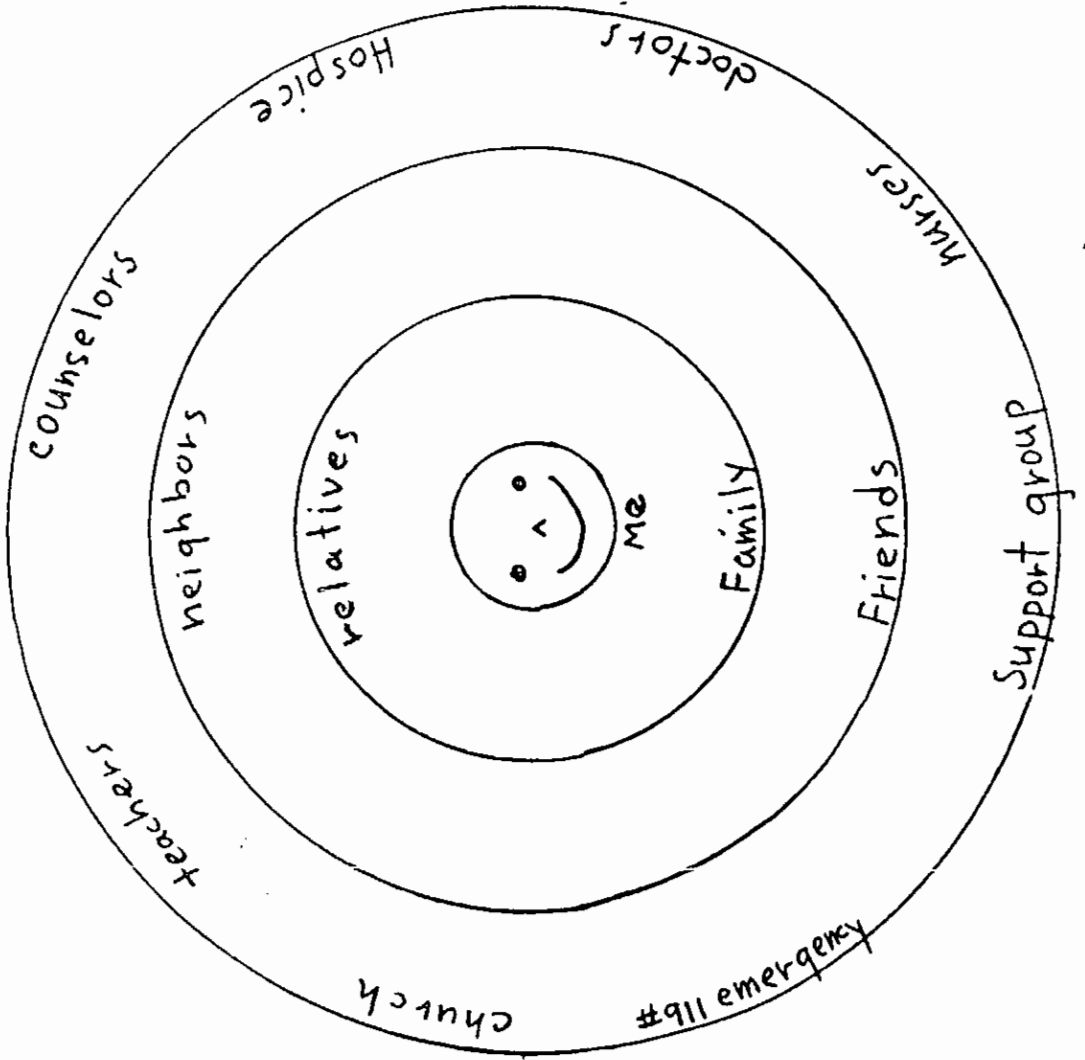
the mind and body, ways to live with stress when life is out of balance.

1. Eat healthy foods
2. Get plenty of rest
3. Get lots of exercise
4. Find support from others
5. Take care of yourself
6. Share the work
7. Find time for fun
8. Let feelings out in O.K. ways
9. Don't try to do what you can't do
10. Ask for help when you need it

need help from others Sometimes. (List names of people you can get help from and write the number in the "support circle".)

Support Circle

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____



We get exercise

We eat healthy foods

We have fun

We relax

We keep clean

We get enough sleep

a pet, stuffed animal or SOMETHING SPECIAL
will be there for me.

Everyone needs love and comfort.

a higher power for support. do you mind
someone?

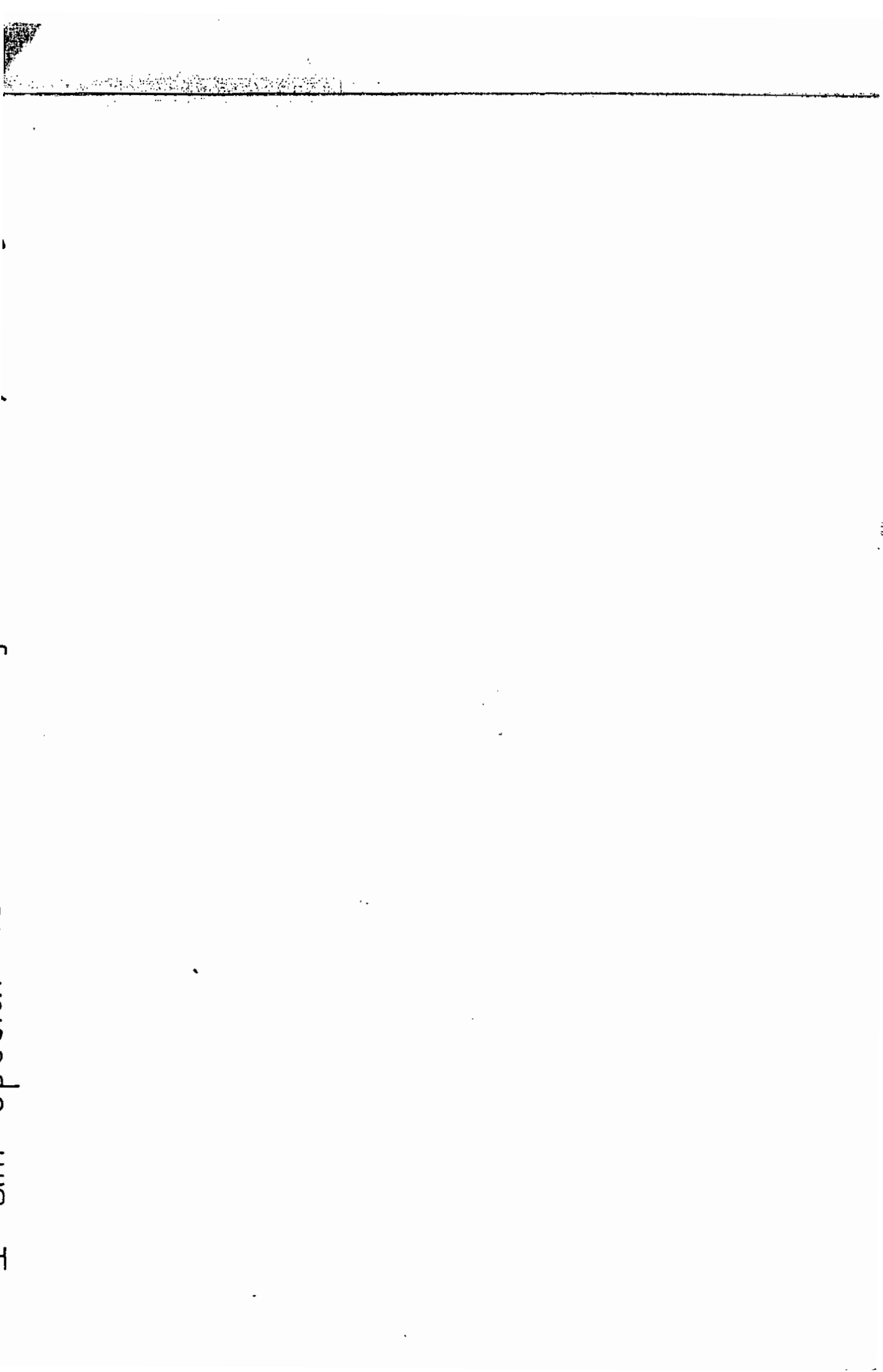
~~+~~
my friends.

It's O.K. to laugh and have fun. Play is the
work of children even when someone else is sick. 31.

don't like to do because of this illness.

Everyone has to help and it's O.K. to not like
it.

No family is perfect. It is O.K. to be different.



change. (can you think of something good you have gained?)

Growth comes from pain.

I have a special wish...