

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

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών του προγράμματος  
Βοήθεια στο σπίτι στο δήμο Πατρέων»**



**Ο ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

*Δρίτσας Ιωάννης*

**ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

*Αλεξανδρή Ελένη*

*Παπάζογλου Αριστέα*

*Στριμμένου Σέρρα-Σωτηρία*

*Πάτρα 2013*

TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE (TEI) OF WESTERN  
GREECE

FACULTY OF SCIENCES OF HEALTH AND CARE

DEPARTMENT OF SOCIAL WORK

*The degree of satisfaction from users of the program "Help at  
Home" in the Municipality of Patras*



**SUPERVISOR PROFESSOR:**

*Dritsas Ioannis*

**STUDENTS:**

*Alexandri Eleni*

*Papazoglou Aristeia*

*Strimmenou Serra-Swtiria*

*Patras 2013*

~ 2 ~

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

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών του προγράμματος  
Βοήθεια στο σπίτι στο δήμο Πατρέων»**

**Ο ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:**

*Δρίτσας Ιωάννης*

**ΟΙ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:**

*Αλεξανδρή Ελένη*

*Παπάζογλου Αριστέα*

*Στριμμένου Σέρρα-Σωτηρία*

*Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι) Δυτικής Ελλάδος*

**ΜΕΛΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ:**

**Δρίτσας Ιωάννης**

**Κολοκυθάς Γεώργιος**

**Ψυχογιού Αθηνά**

*Πάτρα 2013*

## ***Ευχαριστίες***

*Ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλουμε στον επιβλέποντα καθηγητή μας κ. Βάντση Δημήτριο για τις επιστημονικές του υποδείξεις, τις διορθώσεις και τις συμβουλές του, καθώς μας βοήθησαν σημαντικά στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.*

*Θα θέλαμε επίσης να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στον προϊστάμενο του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» κ. Γεώργιο Κολοκυθά, ο οποίος αποτέλεσε τον συνδετικό κρίκο με το προσωπικό του προγράμματος, και η βοήθεια του συντέλεσε σημαντικά, ώστε να ολοκληρωθεί η συγκεκριμένη μελέτη.*

*Επίσης, ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ ανήκει σε όλους τους εργαζόμενους στα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» του Δήμου Πατρέων, που διέθεσαν χρόνο για τη συλλογή δεδομένων και κατά συνέπεια τη διεξαγωγή της έρευνας σε μια κρίσιμη περίοδο για το πρόγραμμα. Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους εξυπηρετούμενους, που διέθεσαν χρόνο για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|                  |    |
|------------------|----|
| Ευχαριστίες..... | 4  |
| Περιεχόμενα..... | 5  |
| Περίληψη.....    | 8  |
| Abstract.....    | 10 |
| Αρκτικόλεξα..... | 11 |
| Εισαγωγή.....    | 12 |

### Μέρος Α΄ Θεωρητικό Μέρος

|   |    |
|---|----|
| <b>Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup></b> Πληθυσμιακή Ομάδα: Ηλικιωμένοι.....           | 13 |
| 1.1. Ορισμοί τρίτης ηλικίας και οι ανάγκες του.....                         | 13 |
| 1.2. Αλλαγές στην τρίτη ηλικία.....   | 17 |
| 1.2.1 Οργανικές αλλαγές.....  | 17 |
| 1.2.2 Κοινωνικές αλλαγές.....   | 22 |
| 1.2.3 Συναισθηματικές αλλαγές.....  | 25 |
| <br>  |    |
| <b>Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup></b> Πληθυσμιακή ομάδα: Άτομα με Αναπηρία.....     | 28 |
| 2.1. Ορισμός αναπηρίας.....   | 28 |
| 2.2 Μοντέλα αναπηρίας.....  | 30 |
| 2.2.1 Ιατρικό μοντέλο.....  | 30 |
| 2.2.2 Κοινωνικό μοντέλο.....  | 30 |
| 2.3 Το συνταγματικό πλαίσιο νομικής προστασίας των ατόμων με αναπηρίες .... | 33 |
| <br>  |    |
| <b>Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup></b> Το Πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι».....         | 36 |
| 3.1. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» στην Ευρώπη.....                      | 36 |
| 3.1.2 Δανία.....  | 36 |
| 3.1.3 Γαλλία.....   | 38 |
| 3.1.4 Μεγάλη Βρετανία.....  | 40 |
| 3.1.5 Αυστρία.....  | 41 |
| 3.1.6 Φιλανδία.....   | 42 |
| 3.1.7 Σουηδία.....  | 42 |
| 3.1.8 Γερμανία.....   | 43 |

|   |            |
|---|------------|
| 3.1.9 Νορβηγία.....   | 43         |
| 3.1.10 Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» στην Ελλάδα.....  | 44         |
| 3.1.10.1 Γενικός σκοπός και στόχος.....   | 46         |
| 3.1.10.2 Παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος.....  | 46         |
| 3.1.10.3 Εποπτεία-Διοίκηση του προγράμματος.....  | 47         |
| 3.1.10.4 Χρηματοδότηση του προγράμματος.....  | 48         |
| 3.1.10.5 Προβλήματα που αντιμετωπίζει το πρόγραμμα και παρεμποδίζουν<br>την αποτελεσματική ικανοποίηση αναγκών των εξυπηρετούμενων..... | 49         |
| 3.1.10.6 Νομοθετικό πλαίσιο.....  | 50         |
| 3.1.10.7 Επαγγελματικό προσωπικό του προγράμματος.....  | 54         |
| 3.1.10.8 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στο πρόγραμμα.....   | 54         |
| 3.1.10.9 Ο ρόλος του νοσηλευτή στο πρόγραμμα.....   | 58         |
| 3.1.10.10 Ο ρόλος του οικογενειακού βοηθού στο πρόγραμμα.....   | 60         |
| <b>Μέρος Β΄ Ερευνητικό Μέρος.....</b>   | <b>62</b>  |
| <b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> Μεθοδολογία.....</b>  | <b>63</b>  |
| 4.1 Περιγραφή έρευνας.....  | 63         |
| 4.2 Σκοπός- Στόχος έρευνας.....   | 64         |
| 4.3 Ερευνητικές υποθέσεις.....  | 64         |
| 4.4 Ερευνητικό εργαλείο.....  | 65         |
| 4.5 Πιλοτική Μελέτη.....  | 65         |
| 4.6 Πληθυσμός-Δείγμα.....   | 66         |
| 4.7 Δειγματοληψία.....  | 66         |
| 4.8 Στατιστική Ανάλυση.....   | 66         |
| <b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> Παρουσίαση Αποτελεσμάτων Έρευνας .....</b>  | <b>67</b>  |
| 5.1 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων Έρευνας.....   | 67         |
| <b>Κεφάλαιο 6<sup>ο</sup></b>   |            |
| 6.1 Συσχέτιση των αποτελεσμάτων της έρευνας με τις ερευνητικές υποθέσεις.....   | 97         |
| 6.2 Ευρήματα Έρευνας-Συζήτηση.....  | 100        |
| 6.3 Συμπεράσματα-Προτάσεις.....   | 104        |
| <b>Παράρτημα 1.....</b>   | <b>107</b> |

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| <b>Παράρτημα 2.....</b>  | <b>112</b> |
| <b>Βιβλιογραφία.....</b> | <b>136</b> |

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αποτελείται από δύο κύρια μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό μέρος. Το θεωρητικό μέρος υποδιαιρείται σε τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων. Παρουσιάζονται ορισμοί της τρίτης ηλικίας, των αναγκών τους, αλλά και αλλαγές που επέρχονται σε οργανικό, κοινωνικό και συναισθηματικό επίπεδο. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην πληθυσμιακή ομάδα των ατόμων με αναπηρία, και πιο συγκεκριμένα παρουσιάζονται οι ορισμοί και τα μοντέλα της. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται αναλυτικά το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» τόσο σε Ευρώπη, όσο και στην Ελλάδα. Παρουσιάζεται ο σκοπός, ο στόχος, αλλά και οι παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος. Επιπλέον, για την χρηματοδότηση, την εποπτεία, το νομοθετικό πλαίσιο, αλλά και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το πρόγραμμα και παρεμποδίζουν την αποτελεσματική ικανοποίηση αναγκών των εξυπηρετούμενων. Τέλος, παρουσιάζονται οι ρόλοι του κοινωνικού λειτουργού, του νοσηλευτή, αλλά και του οικογενειακού βοηθού στο πρόγραμμα.

Στο ερευνητικό μέρος της πτυχιακής εργασίας αναφέρεται η μεθοδολογία της έρευνας και οι στατιστικοί πίνακες με τις απαραίτητες επεξηγήσεις και σχολιασμούς. Επιπλέον, παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις μας πάνω στο θέμα. Σε γενικές γραμμές οι ωφελούμενοι εκφράζουν ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, καθώς στα 2/3 των εξυπηρετούμενων φαίνεται ότι έχουν καλυφθεί οι ανάγκες για τις οποίες απευθύνθηκαν στο πρόγραμμα. Από τις απαντήσεις που έδωσαν οι χρήστες του προγράμματος, συμπεραίνουμε ακόμη ότι οι υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης έχουν μεγάλη σημασία για αυτούς. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι από την έρευνα αναδεικνύεται ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών για τη δομή. Γενικότερα, η πλειονότητα είναι ικανοποιημένη από τη συχνότητα επισκέψεων και από το προσωπικό του προγράμματος και οι ωφελούμενοι είναι έτοιμοι να προτείνουν τις υπηρεσίες του προγράμματος σε άλλους. Τέλος, το σύνολο των εξυπηρετούμενων δηλώνουν την ανάγκη τους για την συνέχιση του προγράμματος.

Σε αυτό το σημείο να πούμε ότι σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» στο Δήμο Πατρέων, και στην ανάδειξη της μεγάλης σπουδαιότητας του



προγράμματος για τους εξυπηρετούμενούς του. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 139 άτομα που εξυπηρετούνται από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» και ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε κλειστές και ανοιχτές ερωτήσεις.

## ABSTRACT

This essay consists of two main parts, the theoretical and research part. The theoretical part is divided into three chapters. The first chapter is a reference to the indigent elderly. Presented definitions of old age, their needs, and changes that occur in organic, social and emotional level. The second chapter refers to the population of people with disabilities, specifically presented definitions and models. The third chapter presents the program "Help at Home" both in Europe and in Greece. Presents the purpose, goal, and the services of the program. Finally, it presents the roles of social worker, nurse, and family assistant in the program.

The research part of the thesis indicate the research methodology and statistical tables with the necessary explanations and annotations. We present conclusions and our recommendations on the topic.

At this point to say that the purpose of this research is to investigate the degree of satisfaction from users of the program "Help at Home" in the Municipality of Patras, and the emergence of the great importance of the program for performing it. The sample comprised 139 individuals served by the program "Help at Home" and as a research tool was a questionnaire that included closed and open questions.

## Αρκτικόλεξα

ΑΜΕΑ: Άτομα με Αναπηρία

Α.Π.: Αριθμός Πρωτοκόλλου

Β.Σ.Σ.: Βοήθεια στο Σπίτι

Ε.Ε.Τ.Α.Α.: Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης

ΕΚΑΣ: Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων

ΕΣΑμεΑ: Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία

ΕΣΠΑ: Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς

Ην. Εθν.: Ηνωμένα Έθνη

ΙΚΑ.ΕΤΑΜ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών

Κ.Α.Π.Η.: Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

ΚΕΔΚΕ: Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας

ΚΠΣ: Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης

ΚΥΑ: Κοινή Υπουργική Απόφαση

ΝΑΤ: Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο

ΟΑΕΔ: Οργανισμός Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού

ΟΓΑ: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

ΟΤΑ: Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης

ΦΕΚ: Φύλλο Εφημερίδας της Κυβέρνησης

SPSS: Superior Performance Software System

## **Εισαγωγή:**

Στις σύγχρονες κοινωνίες οι δημογραφικές και κοινωνικές αλλαγές έχουν μεταβάλει τον ηλικιακό χάρτη του πληθυσμού και έχουν δημιουργήσει νέες κοινωνικές συνθήκες και ανάγκες. Η τρίτη ηλικία παρουσιάζεται ως η ομάδα που το ποσοστό της αυξάνεται συνεχώς ως ποσοστό του συνολικού πληθυσμού και κατά συνέπεια έχουν αρχίσει να γίνονται πιο έντονα και τα προβλήματα που αυτή αντιμετωπίζει. Το θέμα της φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων προβάλλει πλέον ως μια από τις βασικότερες κοινωνικές ανάγκες, ενώ φαινόμενα όπως αυτά της παραμέλησης και της εγκατάλειψης ηλικιωμένων γίνονται ολοένα και περισσότερο αισθητά.

Τα τελευταία χρόνια, σημειώνεται μια συνεχώς εξελισσόμενη προσπάθεια για εκπαίδευση και ανάπτυξη των ικανοτήτων των ατόμων με αναπηρίες, με σκοπό την κοινωνική τους αποκατάσταση. Έτσι, η ιδρυματική φροντίδα, αντικαταστάθηκε με την παράλληλη στήριξη και εκπαίδευση από ανάλογες υπηρεσίες, ενώ γίνεται ολοένα και πιο εφικτή η οικονομική και κοινωνική ανεξαρτητοποίηση τους.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» απευθύνεται σε άτομα της τρίτης ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα (ΑΜΕΑ), με προτεραιότητα αυτούς που ζουν μόνοι τους ή δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειας ή που το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Σκοπός του προγράμματος είναι να προσφέρονται οι υπηρεσίες στους ωφελούμενους, κατ' οίκον, ώστε να παραμείνουν στο οικείο, φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

## **Πληθυσμιακή ομάδα: Ηλικιωμένοι**

### **1.1 ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥΣ**

#### **ΟΡΙΣΜΟΙ:**

Δεν είναι εύκολο να δώσει κανείς συγκεκριμένο ορισμό για την τρίτη ηλικία. Η γήρανση είναι ένα βιολογικό φαινόμενο, όπου ο οργανισμός του ατόμου εκδηλώνει κάποιες σωματικές μεταβολές και ψυχολογικές συνέπειες. Η ηλικιακή αυτή περίοδος έχει αρκετές ονομασίες όπως γήρανση, γηρατειά, περίοδος συνταξιοδότησης, ηλικιωμένοι, τρίτη ηλικία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι άνθρωποι που ανήκουν στη λεγόμενη τρίτη ηλικία είναι από 60-65 έως 75 ετών, ενώ τα άτομα που είναι 75 ετών και άνω ανήκουν στην τέταρτη ηλικία. Ο χρονικός προσδιορισμός των γηρατειών θεωρήθηκε απαραίτητος για την απονομή συντάξεως γήρατος. Από άποψη νομοθεσίας και κοινωνικής προστασίας ο γεροντικός πληθυσμός θεωρείται ότι απαρτίζεται από όλα τα άτομα που έχουν υπερβεί το 60ο ή 65ο έτος της ηλικίας τους (Εμκε- Πουλοπούλου Η., 1999). Η συγγραφέας στην προσπάθειά της να προσεγγίσει τον ορισμό της τρίτης ηλικίας αφήνει κάποια ερωτήματα, καθώς δεν αναφέρει το νομοθετικό πλαίσιο στο οποίο κάνει λόγο και δίνει μια γενική άποψη. Θεωρούμε πως αυτό συμβαίνει διότι, όπως έχει αναφερθεί, δεν είναι εύκολο να δοθεί συγκεκριμένος ορισμός για αυτή την πληθυσμιακή ομάδα και ο κυριότερος παράγοντας για να προσδιοριστεί η τρίτη ηλικία είναι η φυσιολογική σωματική, λειτουργική φθορά που υπόκεινται το άτομο.

Ο όρος τρίτη ηλικία δημιουργήθηκε στις αρχές του 1950 από τους Canon Kir, Dijon και Dr Huet. Η χρήση του όρου τόσο στην Γαλλία όσο και αλλού αποτέλεσε μια πρωτοτυπία, δήλωνε και εξακολουθεί να δηλώνει τη χρονική περίοδο που καλύπτει τα τελευταία χρόνια της ζωής του ανθρώπου. Όταν πρωτοχρησιμοποιήθηκε ο όρος ανταποκρίνονταν σε μια ηλικία κατά την οποία μπορούσε το άτομο να χαρεί τη ζωή του, να πάρει την σύνταξή του, για ταξίδια, για κοινωνικές εκδηλώσεις κ.ά. (3<sup>ο</sup> συνέδριο γηριατρικής και γεροντολογικής εταιρίας Βορείου Ελλάδας, 1995, σελ 40).

Ένας ακόμη ορισμός είναι εκείνος της θεωρίας της απεμπλοκής (Cumming 1961), που αναφέρει: «Γήρανση είναι μια αμοιβαία απόσυρση ή απεμπλοκή, η οποία έχει

σαν αποτέλεσμα την ελαττωμένη αλληλενέργεια μεταξύ του ηλικιωμένου ατόμου και των κοινωνικών συστημάτων στα οποία ανήκει. Η διαδικασία αυτή είναι δυνατόν να αρχίσει από το ίδιο το άτομο ή από άλλους σε μια δεδομένη στιγμή» (Blank 1974: 7). Η θεωρία της απεμπλοκής ισχυρίζεται πως ο ηλικιωμένος σκοπίμως αποσύρεται από την κοινωνία. Επίσης αναφέρει πως η κοινωνία ενισχύει αυτή την απεμπλοκή, καθώς δίνει λιγότερες ευκαιρίες, στα υπερήλικα άτομα, για να συμμετάσχουν στον εργασιακό τομέα και στις κοινωνικές δράσεις. Κατά την άποψή μας η θεωρία αποτελείται από γενικεύσεις και η πλειοψηφία των ηλικιωμένων δεν επιθυμούν την απόσυρση και την απομόνωση. Η κοινωνία θέτει το όριο ηλικίας στον εργασιακό τομέα καθώς η φυσιολογική φθορά περιορίζει το άτομο σε διάφορους τομείς, όπως αντοχή, ενέργεια κ.ά., χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν μπορεί να συμμετάσχει σε άλλες δραστηριότητες. Πράγματι οι δραστηριότητες που απευθύνονται στην συγκεκριμένη ομάδα, από την κοινωνία, είναι περιορισμένες και σε συνδυασμό με τον χαμηλό μισθό της συνταξιοδότησής τους περιορίζονται ακόμα περισσότερο.

Σύμφωνα με την Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α., (1999) τα γηρατειά συνδέονται με διάφορες μεταβολές στα άτομα, που έχουν σχέση με το πέρασμα του χρόνου και οι οποίες εμφανίζονται τόσο σε βιολογικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο εμφάνισης, συμπεριφοράς, εμπειρίας και κοινωνικών ρόλων. Επιπλέον, το γήρας είναι κατάσταση που δημιουργείται στον οργανισμό παρά την ύπαρξη διαφόρων μεταβολών που βοηθούν στην επιδιόρθωση των βλαβών και τη συντήρηση του οργανισμού. Για το λόγο ότι ο κάθε οργανισμός γηράσκει διαφορετικά, δηλαδή με διαφορετικούς ρυθμούς δεν επαρκεί να προσδιοριστεί το γήρας από την ηλικία και μόνο και γι' αυτό είναι προτιμότερο να δοθούν τα χαρακτηριστικά του γήρατος για να κατανοηθεί καλύτερα (Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α., 1999).

Μερικά χαρακτηριστικά του γήρατος είναι τα παρακάτω (Lemme 1995 στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α., 1999):

- α) Είναι μία πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πρόοδο του χρόνου.
- β) Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη συμβεί.
- γ) Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.
- δ) Είναι προοδευτικό στη διαμόρφωσή του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά.
- ε) Οφείλεται σε εσωτερικές αιτίες.

- στ) Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δε μπορεί να το αποφύγει κανείς.
- ζ) Είναι καθολικό, δηλαδή εμφανίζεται σε όλα τα μέλη του είδους.
- η) Είναι μη αναστρέψιμο, δηλαδή δε μπορεί να ανασταλεί η πορεία του.
- θ) Αρχίζει μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.
- ι) Καταλήγει στο θάνατο.

### **ΑΝΑΓΚΕΣ:**

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη για τους ίδιους. Παράλληλα όμως διαφέρουν λόγω της διαφοράς της ηλικίας και των γεγονότων που βίωσαν στην προηγούμενη ζωή τους .

Για τους ηλικιωμένους είναι πολύ σημαντικό να ασχολούνται με κάποια ενδιαφέροντα και να διατηρούν κοινωνικές επαφές. Οι συναναστροφές και οι συζητήσεις με άλλους ανθρώπους τους βοηθά να ξεφεύγουν από τα προβλήματα και να περνούν ευχάριστες στιγμές (Εμκε-Πουλοπούλου Η., 1999). Η συγγραφέας αναφέρει την σημαντικότητα του να έχει ο ηλικιωμένος επαφές με το κοινωνικό σύνολο, όπως φυσικά και οι νεότεροι σε ηλικία άνθρωποι. Παρακάτω γίνεται αναφορά στις ανάγκες των ηλικιωμένων. Αυτό γίνεται, γιατί καθώς το άτομο γερνά, ίσως καταστεί αναγκαίο να εξαρτάται από άλλους για την υποστήριξη και τη φροντίδα του. Ωστόσο εξακολουθεί να δικαιούται σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, τη σωματική και πνευματική ευεξία, την ελευθερία και την ασφάλειά του. Επιπροσθέτως ορισμένες ανάγκες αυξάνονται με το πέρασμα της ηλικίας καθώς ο οργανισμός παρουσιάζει φυσιολογικές αλλαγές και του λείπουν σημαντικά μέταλλα και ιχνοστοιχεία με αποτέλεσμα να αυξάνεται και η ανάγκη για θρεπτική διατροφή. Τέλος υπάρχει η άποψη ότι οι ηλικιωμένοι «γλέντησαν» την ζωή τους και δεν έχουν και αυξημένες ανάγκες, πράγμα που εμείς είμαστε αντίθετες και θεωρούμε πως μπορεί κάποιες ανάγκες να μειώθηκαν (π.χ. φροντίδα και προστασία των παιδιών τους κ.ά) άλλα κάποιες άλλες αυξήθηκαν (π.χ. μειωμένη σύνταξη και αυξημένα έξοδα λόγω προβλημάτων υγείας) και δεν πρέπει να ξεχνάμε πως ο καθένας έχει δικαίωμα σε έναν αξιοπρεπή τρόπο ζωής.

Συνοπτικά οι ανάγκες των ηλικιωμένων είναι:

- «Αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια, επομένως εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς «φιλανθρωπία».
- Παραμονή στο σπίτι και στην κοινότητα με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι απαραίτητοι, ή ότι είναι βάρος στους άλλους. Έχουμε την γνώμη ότι, όλοι οι άνθρωποι έχουν την ανάγκη να αισθάνονται επιθυμητοί, ότι ανήκουν κάπου. Βέβαια κάποιοι ηλικιωμένοι που μένουν με τα παιδιά τους ίσως να αισθάνονται ότι γίνονται βάρος, καθώς υποχρεούνται ορισμένες φορές να εξαρτώνται από εκείνα διότι δεν μπορούν να κάνουν πράγματα μόνοι τους (π.χ. δεν μπορούν να περπατήσουν καλά ή δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και τους βοηθάνε άλλοι-παιδιά, συγγενείς, γείτονες). Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι σημαντικό η κοινότητα και η οικογένεια να βοηθούν τους ηλικιωμένους ώστε αποβάλουν αυτά τα συναισθήματα.
- Σεβασμό της ελευθερίας, αυτονομίας και του δικού τους ρυθμού, ώστε να ζουν με αυτοσεβασμό
- Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητα τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειας τους. Λόγω της οικονομικής κρίσης όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι και χαμηλοσυνταξιούχοι αδυνατούν να ανταποκριθούν στις δαπάνες για την υγεία τους, γεγονός που καθιστά την ανάγκη αυτή σπουδαία.
- Ψυχαγωγία, δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, αίσθημα ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι είναι απαραίτητοι, ότι προσφέρουν και αναγνωρίζεται η προσφορά τους τόσο από την οικογένεια τους όσο και από την κοινωνία.
- Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους. Μερικοί χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια για να κινηθούν ή διάφορα βοηθήματα.
- Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.



- Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.
- Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα» Ορισμένοι έχουν την επιθυμία/ανάγκη να πεθάνουν στην οικία τους με αγαπημένα άτομα, πράγμα που υποστηρίζεται και από τους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με αυτή την άποψη είμαστε και εμείς καθώς πιστεύουμε πως είναι σημαντικό να αισθάνονται την αγάπη από τα κοντινά τους πρόσωπα τις τελευταίες τους στιγμές, να φύγουν με ηρεμία και αξιοπρέπεια, χωρίς τα βλέμματα τρίτων. (Εμκε- Πουλοπούλου Η., 1999: 24).

## **1.2 ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Οι άνθρωποι με το πέρας των χρόνων έρχονται αντιμέτωποι με πολλές αλλαγές. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας αντιμετωπίζουν οργανικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές. Αυτές δεν έχουν σε όλους την ίδια βαρύτητα και σημασία. Δεν επηρεάζονται όλοι με τον ίδιο βαθμό ούτε θα περάσουν όλοι από αυτά τα στάδια.

### **1.2.1 ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ**

Με την είσοδο στην τρίτη ηλικία αρχίζουν να σημειώνονται σταδιακά τα πρώτα σημάδια της κάμψης, ο οργανισμός παρουσιάζει αδυναμία αντίστασης στις διάφορες ασθένειες. Οι ικανότητες του ανθρώπου να αντιμετωπίζει κάποια ασθένεια για παράδειγμα, δεν είναι οι ίδιες όπως στις προηγούμενες ηλικίες, ενώ οι μικρές ενοχλήσεις της υγείας γίνονται καθημερινός σύντροφος.

«Με την πάροδο της ηλικίας το άτομο υφίσταται σταδιακά μια φυσιολογική φθορά στα όργανα που αποτελούν τον οργανισμό του, που αφορά τη σύσταση, τη μορφολογία των κυττάρων, των ιστών. Οι φυσιολογικές μεταβολές πρέπει να διαχωρίζονται από τις νοσηρές καταστάσεις. Σε αυτό το σημείο σημαντικό είναι να σχολιάσουμε το γεγονός ότι ο κάθε οργανισμός διαφέρει στον ρυθμό με τον οποίο γηράσκει και τα όρια μεταξύ των φυσιολογικών μεταβολών και μιας νοσηρής κατάστασης είναι πολύ λεπτά. Ωστόσο οι πιθανότητες να προσβληθεί από κάποια ασθένεια ή ασθένειες ο ηλικιωμένος είναι πολύ μεγαλύτερες από ότι στο νέο. Τα συμπτώματα του γήρατος προκαλούνται από την απώλεια ή την υπολειτουργικότητα των κυττάρων κάθε οργάνου του σώματος. Καθώς εξαφανίζονται τα κύτταρα, οι ιστοί και οι μύες γίνονται λεπτότεροι, η δύναμη και η αντοχή λιγοστεύουν και ελαττώνεται

η ικανότητα για εργασία» (Εμκε-Πουλοπούλου Η., 1999: 241). Η αναφορά της εργασίας από την συγγραφέα δεν είναι ξεκάθαρη, καθώς δεν γνωρίζουμε αν την χρησιμοποιεί ως επάγγελμα που αποφέρει κάποιο εισόδημα ή αν εννοεί την εργασία ως αποτέλεσμα μιας ενέργειας. Δεν θεωρούμε πως ο άνθρωπος ορίζεται από το εάν εργάζεται ή όχι, ωστόσο είναι γεγονός πως η αντοχή ελαττώνεται με το πέρασμα των χρόνων είτε πνευματικά, είτε σωματικά.

Σωματικές μεταβολές που με το πέρασμα του χρόνου παρουσιάζει ο άνθρωπος είναι οι εξής:

Η εμφάνισή του αλλάζει, το δέρμα παρουσιάζεται με έντονη ξηρότητα, ωχρότητα καθώς και με ρυτίδες. Επίσης, το δέρμα γίνεται λεπτότερο, γεγονός που το κάνει να φθείρεται ευκολότερα. Η ευαισθησία στον ήλιο αυξάνεται στους ηλικιωμένους. Παράγεται λιγότερη μελανίνη, ενώ ορισμένα μελανοκύτταρα παράγουν επιπλέον μελανίνη, με αποτέλεσμα τη δημιουργία κηλίδων γήρανσης στις περιοχές που εκτίθενται στον ήλιο (Redfern S., J., – Ross F., M., 2011). Χαρακτηριστικό είναι τα λευκά μαλλιά, ενώ παρατηρείται μείωση του ύψους κατά 2,5 πόντους που οφείλεται σε περιορισμό της οστικής μάζας των σπονδύλων και μερικές φορές σε κύφωση και ελαφρά κάμψη του κεφαλιού προς τα κάτω. Η σπονδυλική στήλη δεν βρίσκεται σε απόλυτη ευθεία, το περπάτημα γίνεται όλο και πιο αργό και γενικότερα οι κινήσεις γίνονται με δυσκολία. Το τριχωτό περιορίζεται, εκτός από την περιοχή του προσώπου (Κυριακίδου Ε., Θ., 2000). Η περιγραφή των συγγραφέων για τις σωματικές μεταβολές δεν γίνονται αυτόματα, από την μια στιγμή στην άλλη, ούτε έχει για όλους την ίδια ηλικία εμφάνισης. Για παράδειγμα τα λευκά μαλλιά μπορούν να ξεκινήσουν σε νεότερες ηλικίες. Επίσης στις μέρες μας οι περισσότερες γυναίκες και αρκετοί άνδρες, βάζουν τα μαλλιά τους από νεαρή ηλικία πράγμα που μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στο τριχωτό της κεφαλής. Το γεγονός αυτό, ακόμα, κάνει τα άτομα να φαίνονται νεότερα σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους ομορφιάς και περιποίησης (όπως πλαστική χειρουργική, botox, λείζερ, σύσφιξη κ.ά.)

Τα περισσότερα άτομα στην τρίτη ηλικία αντιμετωπίζουν προβλήματα ακοής, καθώς με το πέρασμα του χρόνου αυτή εξασθενεί. Η ικανότητα ακοής και ακρόασης είναι αναπόσπαστα μέρη της επικοινωνίας που περιλαμβάνει τον λόγο ή άλλους ήχους και όταν αυτή η ικανότητα απουσιάζει πιθανότατα να δημιουργούνται προβλήματα στην επικοινωνία. (Μαργαρινού Μ. – Γούλια Ε., 2005). Βέβαια, σε

τέτοιες περιπτώσεις είναι σημαντικό να δείχνουμε κατανόηση, και η επικοινωνία να γίνεται μέσα σε κατάλληλο περιβάλλον, δηλαδή, δίχως να υπάρχουν παράσιτα στον ήχο. Επίσης, βασική προϋπόθεση για μια ποιοτική συζήτηση είναι να υπάρχει βλεμματική επαφή, σταθερή φωνή και απλή χρήση της γλώσσας, έτσι ώστε το άτομο να μπορεί να ακολουθήσει τα λεγόμενά του ομιλητή. Σημαντικό είναι επίσης, όταν το άτομο αδυνατεί να ακολουθήσει την συζήτηση να επαναλαμβάνουμε όσες φορές κι αν χρειαστεί τα όσα ειπώθηκαν.

Τα κυριότερα οφθαλμολογικά προβλήματα στους ηλικιωμένους δημιουργούν νοσήματα της ώχρας κηλίδας, καταρράκτη, και γλαύκωμα. Έχει τεκμηριωθεί ότι η οπτική οξύτητα με το πέρασμα των χρόνων παρουσιάζει σημαντική μείωση, όπως μετράται από το γράφημα Snellen. Η οπτική οξύτητα ορισμένων ηλικιωμένων, σε ηλικία 80 ετών και άνω είναι 80% μικρότερη από ένα άτομο στα 40 και η απώλεια αυτή είναι περίπου 2% ανά χρόνο. Η πρεσβυωπία σχετίζεται με την ηλικία, δηλαδή το άτομο δυσκολεύεται να εστιάσει σε κοντινά αντικείμενα και η κατάσταση αυτή πρέπει να διορθωθεί φορώντας γυαλιά ανάγνωσης ή διπλοεστιακά (Whitbourne K. S., 2000).

Στην κινητικότητα εμφανίζονται ορισμένα προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα και τις αρθρώσεις. Τα άτομα χάνουν το 30% της μυϊκής τους δύναμης, από την ηλικία των 50, έως την ηλικία των 70 ετών. Η μείωση αυτή οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες αλλά και στον τρόπο ζωής. Η μειωμένη σωματική δραστηριότητα, το κάπνισμα, η διαίτα και η χρήση οινοπνευματωδών ποτών επηρεάζουν την πυκνότητα των οστών. Πιο συγκεκριμένα, Αυστραλοί ερευνητές επιβεβαίωσαν ότι το κάπνισμα δε διαλύει το λίπος, με συνέπεια την μείωση του βάρους, όπως πιστεύεται, αλλά αυτό που διαλύεται στην πραγματικότητα, είναι οι μυς, οπότε είναι επιβλαβές για το σώμα των καπνιστών. (Hesham Ahmed Taha, 2009)

Γενικά, τα προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα επιφέρουν περιορισμό των κινήσεων και μπορεί να δυσκολεύουν το άτομο στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων με τα χέρια. Οι πόνοι και η έλλειψη ευελιξίας στα πόδια μπορούν να επιβραδύνουν το ρυθμό βαδίσματος του ατόμου, να δυσκολεύσουν το ανέβασμα σε σκάλες ή το κάθισμα στην καρέκλα. Οι πόνοι στη οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης και στα άκρα, μπορούν να μειώσουν την ευχαρίστηση του ατόμου από τη ζωή και την ψυχαγωγία (Παγοροπούλου Α., 2000). Κατά την άποψή μας αν ήταν προσβάσιμο το

περιβάλλον θα έλυνε ορισμένα προβλήματα των ηλικιωμένων, ωστόσο θα εξακολουθούσαν να υπάρχουν, καθώς θα τους διευκόλυναν μεν στην καθημερινότητά τους αλλά δεν θα εξαφάνιζαν τα οργανικά ζητήματά τους. Για παράδειγμα καλό θα ήταν να αποφεύγονται τα πολλά σκαλοπάτια σε δημόσια κτίρια ή κατοικίες με πάνω από δύο ορόφους και να αντικαθιστούνται από ανελκυστήρες, κυλιόμενοι διάδρομοι κ.ά.

«Όσον αφορά τις αλλαγές που συμβαίνουν στο καρδιακό σύστημα αναφέρεται ότι το 40% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών θα πεθάνουν από καρδιακά νοσήματα, το 15% από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, ενώ το 5% από επιπλοκές των διάφορων ειδών αγγειακών επεισοδίων. Το ήμισυ των θανάτων από όλες τις αιτίες οφείλεται σε ανωμαλίες του καρδιαγγειακού συστήματος» (Πλατή 2008: 53).

Η αλληλουχία των αλλαγών που σχετίζεται με το ρυθμό γήρανσης, επηρεάζει και το πεπτικό σύστημα. Πιο συγκεκριμένα, η λειτουργία του πεπτικού συστήματος, μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας και οι γαστρεντερικές διαταραχές είναι συχνότερες στους ηλικιωμένους, καθώς μπορεί να επιδεινώνονται και από την ταυτόχρονη χρήση φαρμάκων. Η ποσότητα του σιέλου περιορίζεται και το αίσθημα της γεύσης αμβλύνεται, με αποτέλεσμα να ελαττώνεται το αίσθημα της πείνας. Είναι χαρακτηριστικό ότι η μειωμένη όρεξη στο 50% των ηλικιωμένων έχει συσχετιστεί με την μειωμένη αίσθηση της γεύσης και της όσφρησης. Οι πιο έντονες επιδράσεις του γήρατος αφορούν το στομάχι με αυξημένης συχνότητας τη ναυτία, τη δυσκοιλιότητα και άλλες γαστρεντερικές διαταραχές (Χρυσοχόου Χ., και συν. 2003).

Αλλαγές επέρχονται και στο αναπνευστικό σύστημα κάποιων ηλικιωμένων. Η προχωρημένη ηλικία έχει ως συνέπεια την πτώση της ποσότητας της ανταλλαγής των αερίων στους πνεύμονες με αποτέλεσμα να φθάνει στο αίμα λιγότερο οξυγόνο από τον αέρα. Επίσης, μειώνεται η ποσότητα του αέρα που εισπνέεται και εκπνέεται στους πνεύμονες κατά τα μέγιστα έπειτα από προσπάθειες (Χρυσοχόου Χ., και συν. 2003). Αλλαγές συμβαίνουν στον όγκο των πνευμόνων, γεγονός που οδηγεί στη μείωση της επιφάνειας που είναι διαθέσιμη για ανταλλαγή αερίων. Επίσης ο πνευμονικός ιστός χάνει την ελαστικότητά του και απαιτείται μεγαλύτερη προσπάθεια για να κινηθεί ο αέρας μέσα-έξω. Οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την αναπνοή στα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να είναι οργανικοί, ψυχοκοινωνικοί ή και περιβαλλοντικοί (Redfen S. J.-Ross F.M., 2011).

Στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, δύο από τις κύριες λειτουργίες του φαίνεται ότι επηρεάζονται με την αύξηση της ηλικίας. Αυτές είναι η ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και ο ύπνος. Τα άτομα άνω των 65 χρόνων παρουσιάζουν ελαττωμένη προσαρμοστικότητα στις πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές περιβαλλοντικές θερμοκρασίες. Σε σχέση με τον ύπνο, οι ηλικιωμένοι συχνά εμφανίζουν αϋπνία. Οι διαταραχές ύπνου στους ηλικιωμένους οφείλονται μεταξύ άλλων στην άπνοια (δυσκολία αναπνοής κατά τη διάρκεια του ύπνου), στη συχνή ανάγκη για ούρηση, αλλά και σε προβλήματα με τα πόδια. Γενικά, στους ηλικιωμένους, υπάρχει αύξηση του ελαφρού ύπνου, όταν αποκοιμείται κανείς χωρίς να κοιμάται πραγματικά, και μείωση του βαθύως ύπνου. Αυτό φέρνει ψυχολογική δυσφορία και αλλαγή ωρών ύπνου στον ηλικιωμένο (Παγοροπούλου Α., 2000)

Με την γήρανση μπορεί επίσης να συμβούν αλλαγές στον ελαστικό ιστό της ουροδόχου κύστης έτσι ώστε να μην μπορεί τόσο αποτελεσματικά να συγκρατεί ή να αποβάλλει τα ούρα. Παρά τις αλλαγές αυτές οι πλειοψηφία των ηλικιωμένων δεν αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα στον τομέα λειτουργίας της ουροδόχου κύστης καθώς μόνο το 2% των ανδρών και το 5% των γυναικών αναφέρουν προβλήματα της ουροδόχου κύστης ως χρόνια κατάσταση. Προβλέψεις για την επικράτηση της ουρικής ακράτειας σε άτομα άνω των 65 δείχνουν ότι παρουσιάζεται μόνο στο 6-8% του πληθυσμού που ζει στην κοινότητα και στο 20-30% σε άτομα που ζουν σε ιδρύματα και αυτό όμως μπορεί να είναι αποτέλεσμα πολιτικής των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων. Ακράτεια εξαιτίας του στρες η οποία έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια ούρων κατά την διάρκεια μιας ξαφνικής φυσικής δράσης, είναι πιο πιθανό να συμβεί στις γυναίκες εξαιτίας των επιδράσεων που έχουν από τον τοκετό ή την μείωση των οιστρογόνων που σχετίζεται με την ηλικία. Η επιτακτικού τύπου ακράτεια συνεπάγεται την απώλεια του ελέγχου των ουροποιητικών σφιγκτήρων και επίσης συνδέεται με την νόσο του προστάτη στους άνδρες. Οι ασκήσεις Kegel μπορούν να βοηθήσουν στην θεραπεία της ακράτειας στις γυναίκες (Whitbourne K.S., 2000). Οι ασκήσεις αυτές ονομάστηκαν έτσι από τον γιατρό που τις επινόησε τον Dr. Kegel. Σκοπός τους είναι να σφίξουν οι δύο βασικοί μύες που βρίσκονται κατά μήκος της μήτρας, τη στηρίζουν και την περιβάλλουν. Οι μύες αυτοί ονομάζονται συχνά και μυϊκό τρίγωνο. (Μπιλάλης Δ., 2011) Η αναφορά για τις ασκήσεις Kegel γίνεται γιατί θεωρούμε πως είναι μια εναλλακτική θεραπεία που μπορεί να βοηθήσει τις γυναίκες με ακράτεια και είναι σημαντικό να αναφερθεί.

### **1.2.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ**

Με τον όρο «κοινωνικές αλλαγές» εννοούμε τις αλλαγές που επέρχονται στην επαγγελματική κατάσταση, στις κοινωνικές διαπροσωπικές σχέσεις και στον τρόπο ή τόπο διαβίωσης.

Η επαγγελματική κατάσταση του ηλικιωμένου ατόμου επακολουθείται από την συνταξιοδότηση, η οποία μπορεί να είναι μια απότομη μετάβαση από την δράση στην αδράνεια, καθώς ορισμένοι άνθρωποι δεν έχουν τη δυνατότητα επιλογής της φάσης αυτής. Αυτό συμβαίνει γιατί τα άτομα υποχρεούνται από το νόμο να συνταξιοδοτηθούν έπειτα από μια ηλικία. Η απώλεια εργασίας συνεπάγεται οικονομικές, κοινωνικές, ψυχολογικές αλλαγές και μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα (Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α., 1999).

Κάποιοι από τους ηλικιωμένους νιώθουν καταπεσμένοι ψυχολογικά εξαιτίας της συνταξιοδότησής τους. Η διακοπή της εργασίας για συνταξιοδότηση αποτελεί μια πολύ σημαντική φάση στη ζωή του ατόμου, που μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις ανάλογα με την προσωπικότητά του, τα ενδιαφέροντά του και τη ικανότητά του να προσαρμόζεται στις νέες αλλαγές. Βέβαια η συνταξιοδότηση μπορεί να αποτελεί και ευτυχές γεγονός στην περίπτωση που το άτομο εργαζόταν κάτω από δυσάρεστες και ανθυγιεινές συνθήκες (Χριστοδούλου Γ. Ν.,-Κονταξάκης Β.Π., 2000).

Οι ηλικιωμένοι, όπως και οι νέοι, έχουν την ανάγκη να αισθάνονται χρήσιμοι και κοινωνικά αποδεκτοί για αυτό και η απασχόληση είναι ένας σημαντικός παράγοντας στη ζωή τους. Η εργασία τους προσφέρει οικονομική ανεξαρτησία και ασφάλεια, προσωπική ικανοποίηση, ανάπτυξη και ολοκλήρωση, καθώς και φιλίες. Αντίθετα η συνταξιοδότηση προσφέρει χαμηλότερο εισόδημα, περιορισμένες εξόδους (Πουλοπούλου Η., 1991). Σε αυτό το σημείο είναι αναγκαίο να σταθούμε στα λεγόμενα της συγγραφέα και να καταθέσουμε πως όσοι δεν εργάζονται δεν θεωρούμε πως είναι υποδεέστεροι ή ανολοκλήρωτοι άνθρωποι, αλλά πρέπει να παραδεχθούμε πως η οικονομική ανεξαρτησία τονώνει την αυτοπεποίθηση του ατόμου και όταν δεν έχει άλλες ενασχολήσεις εκτός σπιτιού, κάποιο χόμπι δηλαδή, μπορεί να παρουσιάζει νευρικότητα και γενικά να επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία του. Ο καθένας από εμάς φυσικά είναι διαφορετικός και αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει τις καταστάσεις διαφορετικά. Επίσης όταν κάποιος επιλέγει να μην εργάζεται σίγουρα είναι ικανοποιημένος και δεν έχει αυτές τις αρνητικές ψυχολογικές επιδράσεις. Οι

νοικοκυρές για παράδειγμα μπορεί να μην ενισχύουν οικονομικά το σπίτι, αλλά κάνουν όλες εκείνες τις δουλειές που χρειάζεται ένα νοικοκυριό. Ένα ακόμη θέμα είναι η απομάκρυνση ενός ατόμου από την αγορά εργασίας η οποία συνεπάγεται την απουσία χρηματικού εισοδήματος από την απασχόληση. Αυτό είναι συνήθως αρκετό για να οδηγήσει ένα άτομο στη φτώχεια.

Η περίοδος συνταξιοδότησης προϋποθέτει προσαρμογή για αρκετό χρονικό διάστημα. Για ορισμένους η συνταξιοδότηση αποτελεί πλεονέκτημα, γιατί τους επιτρέπει να περάσουν περισσότερο χρόνο με δραστηριότητες που πάντοτε τους ευχαριστούσαν. Υπάρχουν βέβαια και εκείνοι που παρουσιάζουν προβλήματα προσαρμογής στο νέο τους ρόλο, εμφανίζοντας σωματικές και ψυχικές διαταραχές για διάφορους λόγους.

Με την απομάκρυνση από τη δουλειά του, το άτομο αφήνει πίσω την εργασία του καθώς και την διάσταση της κοινωνικής του ταυτότητας που σχετίζεται με αυτήν. Σε αυτόν τον τομέα, λοιπόν, διαπιστώνονται σημαντικές αλλαγές στο επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων των ατόμων αλλά και στον τομέα της δραστηριότητας (Κωσταρίδου-Ευκλείδη Η., 1999). Θεωρούμε ότι, αρχικά η καθημερινότητα του ηλικιωμένου ατόμου σταματάει να έχει την μορφή που είχε τόσα χρόνια, με το πρωινό ξύπνημα, την πολύωρη απουσία από το σπίτι και τις καθημερινές κοινωνικές επαφές, γεγονός που έχει αντίκτυπο στην κοινωνική του ταυτότητα. Βέβαια, εάν το ηλικιωμένο άτομο βρει νέα ενδιαφέροντα κι ασχολίες, που θα δώσουν νόημα στην ζωή του μετά τη σύνταξη, δεν θα κλονιστεί σε ιδιαίτερα μεγάλο βαθμό η κοινωνική του ταυτότητα. Η συμμετοχή σε ομάδες που υπάρχει συνεργασία μπορεί να είναι ιδιαίτερα ωφέλιμες, μιας και θυμίζουν κάπως το εργασιακό περιβάλλον, όπως για παράδειγμα εθελοντική εργασία. Εξίσου βοηθητικές μπορεί να είναι και οι μικρές εκδρομές που διοργανώνουν δήμοι και σύλλογοι στις οποίες οι συνταξιούχοι μπορούν να δημιουργήσουν νέες κοινωνικές επαφές και φιλίες.

Σύμφωνα με την Carstensen (1991) η κοινωνική αλληλεπίδραση των ηλικιωμένων μειώνεται καθώς απομακρύνονται από τα κοινωνικά δρώμενα και αυτό συμβαίνει γιατί λιγοστεύουν οι ευκαιρίες για κοινωνικές σχέσεις ή διότι γίνονται πιο επιλεκτικοί στις σχέσεις τους. Γενικά με την αύξηση της ηλικίας οι άνθρωποι περιορίζουν τον κοινωνικό τους κύκλο, γίνονται πιο επιλεκτικοί στις φιλίες και αρκούνται στην επαφή με την οικογένεια και στενούς φίλους (Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α., 1999).

Παρόλο που ορισμένοι ηλικιωμένοι ενισχύουν τα παιδιά τους οικονομικά και οι περισσότεροι φροντίζουν τα εγγόνια τους, ανησυχούν μήπως γίνουντα βάρος. Σύμφωνα με την Ishii-Kuntz (1990), οι ηλικιωμένοι στρέφονται για συναισθηματική υποστήριξη σε φίλους τους παρά στα μέλη της οικογένειάς τους. Οι Arber και Ginn (1991) ισχυρίζονται σε έρευνά τους πως οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν περισσότερους φίλους από ότι οι ηλικιωμένοι άντρες. Επίσης, οι ίδιες γυναίκες θεωρούν καλύτερό τους φίλο ένα άτομο που δεν ανήκει στο οικογενειακό ή συγγενικό περιβάλλον, σε αντίθεση με τους άντρες που σε αυτή την κατηγορία έβαζαν κυρίως την σύζυγό τους (Μαλικιώση Λ., 2003). Σύμφωνα με την δική μας γνώμη, ο αριθμός των φίλων ενός ατόμου τρίτης ηλικίας, δεν εξαρτάται από το φύλο, αλλά από τον βαθμό κοινωνικοποίησης του, τις προσωπικές του εμπειρίες, τον χαρακτήρα αλλά και την προσωπικότητα του.

«Στην Ελλάδα αν και τα ποσοστά ιδιοκατοίκησης είναι ψηλά στον τομέα της ποιότητας των κατοικιών το πρόβλημα είναι μεγάλο. Δεν υπάρχει κανένα ίχνος οικιστικής πολιτικής που να στοχεύει στην εξυπηρέτηση των αναγκών των ηλικιωμένων και η πλειοψηφία των ηλικιωμένων ζει σε παλιές, ιδιόκτητες κατοικίες που δεν είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, αλλά προορίζονται για υγιή ενήλικα άτομα. Στην περίπτωση δε, που ο ηλικιωμένος συμβιώνει μαζί με τα παιδιά του, στερείται χώρων που μπορεί να κινηθεί ελεύθερα με αποτέλεσμα τον περιορισμό της αυτονομίας του. Οι κατοικίες στις αγροτικές περιοχές είναι συνήθως μεγαλύτερες από ότι στις αστικές περιοχές και έχουν περισσότερο υπαίθριο χώρο. Αυτό σημαίνει ότι όσοι παραμένουν μόνοι στα χωριά τους βρίσκονται σ' ένα σπίτι αρκετά μεγάλο και δύσκολο στη φροντίδα και συντήρηση του. Επίσης στις αγροτικές περιοχές τα σπίτια υπολείπονται σημαντικά στον τομέα της αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας, θέρμανσης, ασανσέρ, τηλεφωνικής επικοινωνίας. Στις αστικές περιοχές, οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν διαφορετικά προβλήματα, αλλά εξίσου σοβαρά. Οι αστικές κατοικίες (συνήθως διαμερίσματα σε πολυκατοικίες) είναι μικρότερες και γενικά δε διαθέτουν υπαίθριους χώρους. Τα πολύμορφα κτίρια, η πυκνή δόμηση, η αυξημένη και επικίνδυνη κυκλοφορία, η έλλειψη πρασίνου και γενικότερα η βιαστική και ανυπόμονη ζωή της πόλης αποτελούν φραγμό που εμποδίζει τον ηλικιωμένο να αξιοποιήσει τις δυνατότητες των τεχνολογικών εξελίξεων. Ο ηλικιωμένος ζει εγκλωβισμένος σε ένα αστικό διαμέρισμα και οι ήδη περιορισμένες φυσικές ικανότητες που διαθέτει, περιορίζονται ακόμη περισσότερο από την έλλειψη



άσκησης» (Ην. Έθνη, 1982: 16). Όσα αναφέρονται παραπάνω, κατά την άποψή μας, αντικατοπτρίζουν σε μεγάλο βαθμό την σημερινή πραγματικότητα στην Ελλάδα. Ενόψει οικονομικής κρίσης τα ηλικιωμένα άτομα δεν έχουν τη δυνατότητα να συντηρήσουν ένα σπίτι μόνοι τους, αδυνατούν να ανταποκριθούν στα τρέχοντα λειτουργικά έξοδα, όπως για παράδειγμα κοινόχρηστα, στην περίπτωση που διαμένουν σε διαμέρισμα. Δεν υπάρχει οικιστική πολιτική που να μεριμνά για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, καθώς και για τα άτομα με αναπηρία, γεγονός που τα φέρνει αντιμέτωπα με πολλές δυσκολίες στον χώρο που κατοικούν και κατά συνέπεια στον κοινωνικό τομέα.

### **1.2.3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ**

Στην τρίτη ηλικία ο κύκλος της ζωής προχωρά στην ολοκλήρωση του. Όλες αυτές οι αλλαγές των βιολογικών λειτουργιών και της κοινωνικής ζωής επιφέρουν γενικότερες αλλαγές και στη ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων. Οι αλλαγές αυτές όμως, δεν είναι κοινές για όλους τους ηλικιωμένους. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η τρίτη ηλικία περιλαμβάνει άτομα που ανήκουν σε διάφορες, μορφωτικές και κοινωνικές κατηγορίες, των οποίων η ψυχική υγεία διαφέρει, γι' αυτό και έχουν διαφορετικές ανάγκες και συμπεριφορές (Μαλικιώση Λ.,2003). Όπως, αναφέρει και η συγγραφέας παραπάνω, οι συναισθηματικές αλλαγές είναι αλληλένδετες με τις αλλαγές που συμβαίνουν σε λειτουργικό και κοινωνικό επίπεδο. Σύμφωνα με αυτή την άποψη είμαστε και εμείς, καθώς ένα πρόβλημα υγείας για παράδειγμα μπορεί να επηρεάζει την ψυχολογική κατάσταση του ηλικιωμένου ατόμου. Αυτό βέβαια, είναι σχετικό, διότι το κάθε άτομο είναι μοναδικό, με διαφορετικές εμπειρίες ζωής, βαθμό αντοχής σε στρεσογόνες καταστάσεις κ.ά.. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε, ότι οι συναισθηματικές αλλαγές αυτές δεν οδηγούν σε «ψυχικές διαταρχές».

Ο Έρικσον μιλώντας για τα 8 στάδια της ζωής του ανθρώπου (βρεφική ηλικία, στάδια παιδικής ηλικίας, εφηβεία, νεανική ηλικία, ώριμη ηλικία, γηρατειά) αναφέρεται στο τελευταίο στάδιο, το οποίο ονομάζει στάδιο της καταξίωσης ή της απόγνωσης που μπορεί να χαρακτηρίζεται από ενσωμάτωση ή απόγνωση. Το ηλικιωμένο άτομο το οποίο αναπολώντας τη ζωή του διαπιστώνει ότι ενήργησε σωστά και σημείωσε επιτυχίες, έχει το συναίσθημα της προσωπικής αξίας και καταξίωσης. Η απόγνωση εκφράζει το συναίσθημα ότι ο χρόνος μειώθηκε πολύ, ώστε το άτομο δεν μπορεί να ξαναρχίσει τη ζωή του σε διαφορετικές βάσεις, πιο σωστές,

που πιθανόν να οδηγούσαν στην καταξίωση του. Δείχνει την απογοήτευση του ατόμου που έζησε μία ζωή με σειρά αποτυχιών και εσφαλμένων εκτιμήσεων (Παρασκευόπουλος, 1999).

Υπάρχουν όμως συγγραφείς οι οποίοι πιστεύουν ότι οι συναισθηματικές μεταβολές που παρατηρούνται στους ηλικιωμένους, είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης διαφόρων παραγόντων, όπως είναι για παράδειγμα η κατάσταση της υγείας, η κοινωνική θέση, οι σχέσεις με το οικογενειακό περιβάλλον, οι φιλοσοφικές θέσεις για τη ζωή (Δαρδαβέσης Θ., 1999). Με την είσοδο στην τρίτη ηλικία αρχίζουν να σημειώνονται σταδιακά τα πρώτα σημάδια της κάμψης, ο οργανισμός παρουσιάζει αδυναμία αντίστασης στις διάφορες ασθένειες, βέβαια όπως έχουμε αναφέρει και παραπάνω αυτό δεν συμβαίνουν σε όλους. Ο ψυχολογικός αντίκτυπος των βιοσωματικών μεταβολών είναι τέτοιος, ώστε η βαθμιαία χειροτέρευση της υγείας να ακολουθείται από βαθμιαία ψυχολογική αποδιοργάνωση του ατόμου. Ένα άτομο τρίτης ηλικίας μπορεί λόγω παρουσίας κάποιου προβλήματος, λόγου χάρη, στο ουροποιητικό σύστημα (π.χ. ακράτεια) να επηρεάσει την ψυχολογική του κατάσταση. Για παράδειγμα μπορεί να του συμβεί ένα ατυχές γεγονός ακράτειας σε ένα φιλικό δείπνο, που θα του δημιουργήσει το αίσθημα της ντροπής. Γενικότερα ίσως να παρουσιάσει συναισθήματα όπως αυτό της ενόχλησης, να μπει σε μια σχετική απομόνωση, να περιορίσει την κοινωνική του δραστηριότητα, να ελαττώσει την σωματική του άσκηση και ενδεχομένως να απέχει από ευκαιρίες που του προσφέρουν ευχαρίστηση και άνεση στην ζωή, φοβούμενο ότι το πρόβλημά του μπορεί να το φέρει ξαφνικά σε δύσκολη στιγμή. Επιπροσθέτως το άτομο μπορεί να διακατέχεται από σκέψεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος και κατά συνέπεια να εμφανίζει ψυχολογική αποδιοργάνωση. Ωστόσο, μετά την θεραπευτική αντιμετώπιση, όλα αλλάζουν προς το καλύτερο αφού το άτομο αποκτά εκ νέου την χαμένη του αυτοπεποίθηση σε όλες τις επιμέρους δραστηριότητες στην ζωή του. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας που συμφιλιώνονται με το γεγονός της βιοσωματικής τους κάμψης εξασφαλίζουν μια σημαντική προϋπόθεση που τους επιτρέπει να χαίρονται τη ζωή τους (Δαρδαβέσης Θ., 1999).

«Ορισμένοι ερευνητές δέχονται ότι ο οργανισμός που γερνά, χαρακτηρίζεται από μειωμένη αντίσταση στις ψυχοπνευματικές καταστάσεις. Οι ηλικιωμένοι καλούνται να αντιμετωπίσουν μια σειρά τέτοιων καταστάσεων και γενικότερα σημαντικών μεταβολών στη ζωή τους, όπως είναι η συνταξιοδότηση, η μοναξιά, η απομόνωση και

η ασθένεια ή ο θάνατος προσφιλούς προσώπου. Αναμφίβολα, ο θάνατος προσφιλών προσώπων, όπως του συζύγου, παιδιών, άλλων συγγενών και φίλων, θεωρείται ότι αποτελεί την πλέον σημαντική απώλεια για το άτομο, και αυτό μπορεί να έχει και συνέπειες σε αρκετούς τομείς της ζωής του» (Γουρνάς Γ.,1993:165). Οι ψυχοπιεστικές καταστάσεις που αναφέρει παραπάνω ο συγγραφέας πιστεύουμε ότι έχουν αντίκτυπο σε όλες τις ηλικίες. Βέβαια, ο κάθε άνθρωπος μπορεί να παρουσιάσει διαφοροποιήσεις όσον αφορά στη σειρά των σταδίων του πένθους που θα διέλθει και όσον αφορά στην ένταση και χρονική διάρκεια τους. Επίσης, ένα ηλικιωμένο άτομο ίσως χρειαστεί περισσότερο χρόνο να επεξεργαστεί συναισθηματικά τον θάνατο κάποιου προσφιλούς ατόμου, λόγω ηλικίας καθώς, στην τρίτη ηλικία παρουσιάζεται πιο έντονα ο φόβος για τον θάνατο.

Οι σχέσεις ενός ηλικιωμένου ατόμου με την οικογένειά του διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική του κατάσταση του. Τα άτομα χρειάζεται να είναι τόσο κοντά – όχι μόνο σωματικά αλλά κυρίως συναισθηματικά, ώστε να ικανοποιούν τις ανάγκες τους για εγγύτητα, επαφή και μοίρασμα, αλλά ταυτόχρονα να είναι και τόσο μακριά, ώστε να απολαμβάνουν την αυτονομία και τη μοναδικότητά τους.

Στο κεφάλαιο αυτό ασχοληθήκαμε με τις ανάγκες της τρίτης ηλικίας, αλλά και τις αλλαγές που επέρχονται σε οργανικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι οι αλλαγές αυτές δεν επηρεάζουν όλους τους ηλικιωμένους στον ίδιο βαθμό. Ωστόσο κατά την διάρκεια της τρίτης ηλικίας, είναι πολύ σημαντικό το άτομο να έχει δίπλα του, το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην πληθυσμιακή ομάδα των ατόμων με αναπηρία.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Πληθυσμιακή ομάδα: Άτομα με Αναπηρία

#### 2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Για το φαινόμενο της αναπηρίας υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί που πηγάζουν από διαφορετικές ιδεολογικοπολιτικές αντιλήψεις και από διαφορετικές οπτικές θεώρησης του προβλήματος.

Η αναπηρία συνδέεται με τις φυσικές, ψυχικές και ψυχολογικές συνθήκες του κάθε ατόμου ξεχωριστά, καθώς και σε κοινωνικά αίτια. Επίσης, σχετίζεται σε αξίες όπως τα ανθρώπινα δικαιώματα, το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, της ισότητας, της προσωπικής ελευθερίας, της ανεξάρτητης ζωής, της μη διάκρισης, της καθολικής πρόσβασης, κλπ. Ως εκ τούτου, η αναπηρία συνήθως, ορίζεται ως μια φυσική, διανοητική, ψυχολογική ή κοινωνική κατάσταση που περιορίζει τη συνήθη δραστηριότητα σε καθημερινή ζωή ενός ατόμου. (Meseguer-Santamaria et al. 2013).

«Ο όρος «ανάπηρος» σύμφωνα με τον ορισμό του Ο.Η.Ε. (1975) αναφέρεται σε οποιοδήποτε άτομο που δεν μπορεί να εξασφαλίσει μόνο του όλες ή ένα μέρος από τις ανάγκες μιας φυσιολογικής, ατομικής ή και κοινωνικής ζωής λόγω κάποιου εκ γενετής ή επίκτητου σωματικού ή διανοητικού μειονεκτήματος» (Σταθόπουλος Π. Α., 2005: 363). «Συνεπώς, οι αναπηρίες διακρίνονται σε τέσσερα είδη: κινητικές ή σωματικές, αισθητηριακές, νοητικές, γνωστικές και συναισθηματικές. Ακόμα οι αναπηρίες ταξινομούνται ως προς το χρόνο εκδήλωσης σε εκείνες με τις οποίες γεννιέται το βρέφος και σε αναπηρίες οι οποίες μπορούν να προκληθούν σε κάποια χρονική στιγμή από κληρονομική αιτία, ασθένειες, εργατικό, τροχαίο ή άλλο ατύχημα. Συνεπώς η μειονεξία του αναπήρου, άσχετα από την μορφή και τον χρόνο που εκδηλώνεται προκαλεί μερική ή ολική απώλεια της ικανότητας του ατόμου να καλύπτει τις ανάγκες του»(Σταθόπουλος Π. Α., 2005: 363-364).

Ακόμη, ο Δημητρόπουλος (1995) αναφέρει ότι «άτομο με αναπηρίες είναι το άτομο, το οποίο δεν είναι σε θέση να συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητες και να απολαμβάνει όλα τα αγαθά, που προσφέρει στα υπόλοιπα μέλη της η κοινωνία στην οποία ζει, εξαιτίας της κατάσταση κάποιου ή κάποιων από τα ψυχοσωματικά ή κοινωνικά χαρακτηριστικά του» (Δημητρόπουλος Α., 1995). Εδώ ο συγγραφέας

παρουσιάζει την αναπηρία, ως προσωπική αδυναμία, χωρίς να λαμβάνει υπ' όψιν του εμπόδια που θέτει η κοινωνία. Τα άτομα με αναπηρία αντιμετωπίζουν εμπόδια στην καθημερινή ζωή τους, εξαιτίας του χάσματος μεταξύ των αναγκών της δικής τους αναπηρίας και της δομής της κοινωνίας, η οποία δεν έχει λάβει υπόψη τα χαρακτηριστικά των ατόμων με αναπηρία και ο σχεδιασμός της δεν στηρίχθηκε στις δυνατότητες τους.

Επίσης, αναπηρία είναι το αποτέλεσμα οργανικών ή περιβαλλοντικών αιτιών, που δημιουργούν ένα σύνολο εμποδίων σε σημαντικές περιοχές της ζωής, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η απασχόληση, η εκπαίδευση, η ψυχαγωγία και η γενικότερη κοινωνική συμμετοχή (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας 2002).

Στα άτομα με αναπηρία περιλαμβάνονται ιδίως:

1. «οι τυφλοί και όσοι έχουν σοβαρές διαταραχές στην όραση,
2. οι κωφοί και βαρήκοοι,
3. όσοι έχουν κινητικές διαταραχές,
4. όσοι έχουν νοητική καθυστέρηση,
5. όσοι εμφανίζουν επιμέρους δυσκολίες στη μάθηση (δυσλεξία, διαταραχή λόγου, δυσαναγνωσία, δυσγραφία, δυσαριθμησία, δυσορθογραφία, σύνδρομο ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα).
6. όσοι παρουσιάζουν διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές(φάσμα αυτισμού)
7. όσοι πάσχουν από ψυχικές νόσους και συναισθηματικές αναστολές,
8. οι επιληπτικοί,
9. οι χανσενικοί (λεπροί),
10. όσοι πάσχουν από ασθένειες που απαιτούν μακρόχρονη θεραπεία και παραμονή σε νοσηλευτικά ιδρύματα, κλινικές ή πρεβεντόρια και
11. κάθε άτομο νηπιακής, παιδικής ή εφηβικής ηλικίας, που δεν ανήκει σε μια από τις προηγούμενες περιπτώσεις και που παρουσιάζει διαταραχή της προσωπικότητας από οποιαδήποτε αιτία» (Κασσωτάκης Μ., και συν. 1999: 452).

Η αναπηρία είναι ένα χαρακτηριστικό του ανθρώπου που περιλαμβάνει ιατρικές, λειτουργικές και κοινωνικές προοπτικές. Οι περισσότεροι μελετητές και επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να παίρνουν μια από αυτές τις προοπτικές και τις χρησιμοποιούν κατά κύριο λόγο ή και αποκλειστικά στο πρόγραμμά τους για ανάπτυξη και έρευνα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει με σαφήνεια σε ένα χειρόγραφο ή

ερευνητικό έργο, αλλά καθιστά δύσκολη τη σύγκριση και συχνά διαστρεβλώνει τη συνολική προοπτική της αναπηρίας (McDermott S. and Turk M., 2011).

## **2.2 ΜΟΝΤΕΛΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

### **2.2.1 ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

Στο ιατρικό μοντέλο, η αναπηρία θεωρείται ότι είναι μια φυσική κατάσταση που είναι εγγενής στο άτομο και στο αποτέλεσμα της απόκλισης από τη φυσική νόρμα. Συγκρίνει την ποιότητα της ζωής και την ικανότητα να συμμετέχουν στην κοινωνία τα άτομα με αναπηρία με τα «φυσιολογικά άτομα». Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η ισχύς βρίσκεται στα χέρια των επαγγελματιών που μπορούν να προσφέρουν αποκατάσταση (Dubois L, and Trani F., 2009).

«Η προσέγγιση του ιατρικού μοντέλου εντοπίζει και περιορίζει την αναπηρία στο άτομο. Το ιατρικό μοντέλο αντιλαμβάνεται την αναπηρία ως πρόβλημα του ατόμου, που προκαλείται άμεσα από νόσο, τραύμα ή άλλη κατάσταση της υγείας η οποία απαιτεί ιατρική φροντίδα που παρέχεται υπό μορφή ατομικής θεραπείας. Συνακόλουθα, η αναπηρία θεωρείται ατομικό πρόβλημα, και ορίζεται ως η σωματική, νοητική, αισθητηριακή ή ψυχολογική απόκλιση από το «φυσιολογικό». Στην αντίληψη αυτή το περιβάλλον συνιστά ένα δεδομένο πλαίσιο στο οποίο τα άτομα με αναπηρία οφείλουν να προσαρμοστούν. Η διαχείριση της αναπηρίας στοχεύει στη θεραπεία ή στην προσαρμογή του ατόμου και στην αλλαγή της συμπεριφοράς του. Η ιατρική φροντίδα αντιμετωπίζεται ως το κύριο ζήτημα, και σε πολιτικό επίπεδο η κύρια απάντηση είναι αυτή της πολιτικής της υγειονομικής περίθαλψης.» (ΕΣΑμεΑ, 2009:10). Θεωρούμε, ότι το ιατρικό μοντέλο είναι προβληματικό, καθώς βασίζεται πάνω σε μια «αρνητική» άποψη για την «αναπηρία». Αυτό συμβαίνει γιατί το ιατρικό μοντέλο αντιμετωπίζει την αναπηρία ως απόκλιση από αυτό που θεωρεί «φυσιολογικό». Επίσης, δίνει έμφαση στο ότι κάτι συμβαίνει «λάθος» στα άτομα με αναπηρία αφού δεν είναι σε θέση να κάνουν πράγματα που κάνουν τα «φυσιολογικά» άτομα.

### **2.2.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

Στην Βρετανία το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας κλήθηκε ως «η μεγάλη ιδέα» αναπηρικού κινήματος. Αναπτύχθηκε στη δεκαετία του 1970 από τους ακτιβιστές, Vic Finkelstein, Colin Barnes και ιδιαίτερα Mike Oliver, στην Ένωση των Ατόμων με

απναπηρίες Κατά της Απομόνωσης -Union of the Physically Impaired Against Segregation - UPIAS. (Barton and Oliver 1997). Το κοινωνικό μοντέλο ως εκ τούτου περιέχει ορισμένα βασικά στοιχεία, όπου τα άτομα με αναπηρία είναι μια καταπιεσμένη κοινωνική ομάδα, και το πιο σημαντικό είναι ότι ορίζει την αναπηρία ως κοινωνική καταπίεση. Επίσης το μοντέλο αυτό είχε τεράστια σημασία για το βρετανικό κίνημα αναπηρίας, με δυο βασικούς τρόπους. Πρώτον, επέτρεψε τον εντοπισμό μιας πολιτικής στρατηγικής, δηλαδή την εξάλειψη των εμποδίων. Αν οι άνθρωποι με αναπηρία έχουν απομονωθεί από την κοινωνία, τότε προτεραιότητά του είναι να καταπολεμήσει αυτά τα εμπόδια, έτσι ώστε να προωθηθεί η ένταξη των ατόμων με αναπηρίες. Δεύτερον η επίδραση του κοινωνικού μοντέλου ήταν στα ίδια τα άτομα με αναπηρία, καθώς αντιλήφθηκαν ότι δεν ευθύνονται οι ίδιοι για την αναπηρία τους, αλλά η κοινωνία (Shakespeare T. and Watson N., 2009).

«Το κοινωνικό μοντέλο της αναπηρίας, σε αντίθεση με το ιατρικό μοντέλο, αντιλαμβάνεται την αναπηρία όχι ως χαρακτηριστικό του ατόμου, αλλά ως αποτέλεσμα της σχέσης του ατόμου με το περιβάλλον του, ως «κοινωνική κατασκευή» και ως καταπίεση αυτής της κοινωνικής ομάδας από την άρχουσα τάξη. Θεωρεί το ζήτημα κυρίως ως πρόβλημα που δημιουργείται από την κοινωνία και βασικά ως θέμα πλήρους ένταξης και ανεξάρτητης διαβίωσης των ατόμων στην κοινωνία. Η αναπηρία δεν είναι χαρακτηριστικό του ατόμου, αλλά περισσότερο μια σύνθετη ομάδα συνθηκών, πολλές από τις οποίες δημιουργούνται από το κοινωνικό περιβάλλον» (ΕΣΑμεΑ 2009:11).

«Η σχέση αυτή προσδιορίζεται τόσο από το δομημένο περιβάλλον (σύστημα μεταφορών, κτίρια κ.λπ.), όσο και άλλες πτυχές της κοινωνίας (θεσμοί, νόμοι, πεποιθήσεις κ.λπ.), που οδηγούν σε διακρίσεις σε βάρος των ατόμων με αναπηρία. Σύμφωνα, λοιπόν, με αυτή την προσέγγιση η έμφαση μετατοπίζεται από το άτομο στο ευρύτερο κοινωνικό, πολιτικό, οικονομικό και πολιτισμικό περιβάλλον και συνακόλουθα οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα με αναπηρία δεν θεωρούνται αποτέλεσμα των δικών τους ατομικών λειτουργικών περιορισμών, αλλά συνέπεια αδυναμίας και αδιαφορίας της κοινωνίας να λάβει υπ' όψη και να ανταποκριθεί στις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες των ατόμων αυτών. Το δομημένο περιβάλλον, οι θεσμοί, οι νόμοι, οι κανονισμοί και οι συμπεριφορές με άμεσο ή και έμμεσο τρόπο δημιουργούν τυπικούς ή και άτυπους φραγμούς που εμποδίζουν τα άτομα με αναπηρία να λειτουργήσουν ισότιμα σε όλες τις πτυχές της κοινωνικής

ζωής» (ΕΣΑμεΑ 2009:11). Αναφέρεται λοιπόν παραπάνω, ότι η κοινωνία είναι αυτή που κατασκευάζει ή δημιουργεί αναπηρία παίρνοντας ως σημείο αναφοράς το πρότυπο του αρτιμελούς ατόμου, από το οποίο το άτομο με αναπηρία διαφέρει. Η κοινωνία είναι που δημιουργεί αναπηρία μέσω του μεροληπτικού σχεδιασμού των υποδομών, των αρνητικών συμπεριφορών, του στιγματισμού, των προκαταλήψεων και κυρίως παίρνοντας ως σημείο αναφοράς το πρότυπο του «φυσιολογικού ατόμου».

Ως εκ τούτου, αλλά και για το λόγο αυτό, η ευθύνη για την ύπαρξη των προβλημάτων πρέπει να αναζητηθεί και στην καταλληλότητα του περιβάλλοντος (δομημένου, θεσμικού κ.λπ.) να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία. Λογική συνέπεια των ανωτέρω είναι ο εμπλουτισμός των πολιτικών αντιμετώπισης της αναπηρίας με μέτρα που αφορούν την προσαρμογή του περιβάλλοντος στις ανάγκες των ατόμων με αναπηρία. Είναι συλλογική ευθύνη της κοινωνίας να προβεί στις απαραίτητες περιβαλλοντικές τροποποιήσεις για να διασφαλίσει την πλήρη συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής. Το ζήτημα είναι επομένως θέμα στάσης ή ιδεολογίας και απαιτεί την κοινωνική αλλαγή, η οποία στο πολιτικό επίπεδο ανάγεται σε θέμα ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Για το κοινωνικό μοντέλο η αναπηρία ανάγεται σε πολιτικό ζήτημα (ΕΣΑμεΑ 2009).

Η ένταξη του κοινωνικού επιπέδου στην έννοια της αναπηρίας, «αυτομάτως» εισάγει τη διάσταση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και επομένως την υποχρέωση της κοινωνίας να εξασφαλίσει την πλήρη και ισότιμη συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής. Ως εκ τούτου, διαμορφώνεται το θεωρητικό υπόβαθρο για τη διαπίστωση της ανεπάρκειας των «παθητικών» πολιτικών κοινωνικής πρόνοιας και της ανάγκης για συμπλήρωσή τους με «ενεργητικές» πολιτικές, οι οποίες στοχεύουν στη δημιουργία προϋποθέσεων για την κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία (ΕΣΑμεΑ 2009). Θεωρούμε ότι η ανάγκη για «ενεργητικές» πολιτικές είναι ιδιαίτερα σημαντική. Για παράδειγμα η ίση προσβασιμότητα των ατόμων με αναπηρία στην εκπαίδευση υψηλού επιπέδου και στη διά βίου μάθηση, δημιουργεί προϋποθέσεις που θα καταστήσουν ικανή την πλήρη ένταξη των ατόμων με αναπηρία στην κοινωνία και θα οδηγήσουν στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Επίσης, η ίση πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας, ευαισθητοποιημένη ως προς τη διάσταση του φύλου, συμπεριλαμβανομένης της προληπτικής ιατρικής, της αποκατάστασης και άλλων ειδικευμένων υπηρεσιών, στοχεύει στην κοινωνική ένταξη των ατόμων με αναπηρία.



Σύμφωνα με την δική μας άποψη ένα αρνητικό σημείο του κοινωνικού μοντέλου είναι το γεγονός ότι αγνοεί οτιδήποτε ατομικό και εστιάζει την κριτική του αποκλειστικά στις κοινωνικές δομές. Επίσης, εμφανίζεται υπερβολικά αισιόδοξο καθότι πολύ βαριές αναπηρίες δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν αποκλειστικώς με την αλλαγή και την κατάλληλη προσαρμογή περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων. Ωστόσο αποδεχόμαστε και το γεγονός ότι η κοινωνία περιορίζει και απομονώνει τα άτομα με αναπηρίες. Ο σχεδιασμός των υποδομών, υπηρεσιών και αγαθών, ανταποκρίνεται και καλύπτει τις ανάγκες του «φυσιολογικού» ατόμου, συμβάλλοντας έτσι στη δημιουργία διακρίσεων εις βάρος των ατόμων με αναπηρία.

Ακόμα τα άτομα με αναπηρία δε χαρακτηρίζονται από ομοιογένεια και οι απαιτήσεις πρόσβασης που έχουν ποικίλουν ανάλογα με την κατηγορία της αναπηρίας τους. Έτσι τα άτομα με προβλήματα όρασης δυσκολεύονται καθώς δεν υπάρχουν ηχητικοί σηματοδότες, τα άτομα με κινητική αναπηρία παρεμποδίζονται καθώς δεν υπάρχουν κυλιόμενοι διάδρομοι, τα άτομα με προβλήματα ακοής δυσκολεύονται καθώς δεν υπάρχουν σε οπτική ή έντυπη μορφή πληροφορίες για δρομολόγια, και τα άτομα με προβλήματα αντίληψης αντιμετωπίζουν δυσκολίες από την πολυσήμανση καθώς δεν υπάρχουν απλοποιημένες σημάνσεις. Η κοινωνία οφείλει να κατανοήσει τις ανάγκες και τα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία και να αναπτύξει όλες εκείνες τις δομές που θα ανταποκρίνονται σε όλους τους πολίτες της, χωρίς διακρίσεις.

### **2.3 ΤΟ ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ**

Το Ελληνικό Σύνταγμα ορίζει στο άρθρο 4 ότι οι Έλληνες είναι ίσοι ενώπιον του νόμου και ότι οι Έλληνες και οι Ελληνίδες έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις. Με το άρθρο αυτό καθιερώνεται η αρχή της ισότητας των ατόμων με αναπηρία έναντι του νόμου, όπως και η αρχή της ισότητας των δύο φύλων. Η συνταγματική αυτή κατοχύρωση της αρχής της ισότητας έναντι του νόμου αποτελεί το θεμέλιο λίθο του ρυθμιστικού πλαισίου για τα άτομα με αναπηρία και την αντιμετώπισή τους από το κράτος, ενώ η αρχή της ισότητας των δύο φύλων εξασφαλίζει ότι οι γυναίκες με αναπηρία αποτελούν ισότιμα μέλη της κοινωνίας και προστατεύονται από το κράτος όπως και οι άνδρες με αναπηρία (Σύνταγμα της Ελλάδας, ΦΕΚ 85/Α/18-4-2001).

Σύμφωνα με το άρθρο 21 παρ. 6, αναφέρεται ρητά στα δικαιώματα των ατόμων με αναπηρία, ορίζοντας τα εξής: «Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρων που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή τους στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας.» Με τη διάταξη αυτή, το Σύνταγμα της χώρας εναρμονίζεται με τα πιο προοδευτικά Συντάγματα άλλων χωρών και υιοθετείται το κοινωνικό μοντέλο για την αναπηρία (Σύνταγμα της Ελλάδας, ΦΕΚ 85/Α/18-4-2001).

Με το άρθρο 22 του Συντάγματος, θεμελιώνεται, επίσης, το δικαίωμα των ατόμων με αναπηρία στην εργασία και η προστασία της εργασίας που παρέχουν. Εν γένει, ρυθμίζεται η παροχή της εργασίας, οι συνθήκες απασχόλησης, η αμοιβή, οι προαγωγές, η εκπαίδευση στην εργασία και όλο το καθεστώς της παροχής εργασίας από τα άτομα με αναπηρία, υπό την έννοια ότι απαγορεύονται διακρίσεις στα παραπάνω θέματα σε βάρος των ατόμων με αναπηρία εξαιτίας της αναπηρίας τους (Σύνταγμα της Ελλάδας, ΦΕΚ 85/Α/18-4-2001). Με το άρθρο 25 του Συντάγματος, προστατεύονται τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και γίνονται σεβαστά αυτά από το κράτος. Τα άτομα με αναπηρία, ως δικαιούχοι των παραπάνω δικαιωμάτων, τελούν υπό την προστασία και την εγγύηση του κράτους και απολαμβάνουν όλες τις πλευρές της πολιτικής, κοινωνικής, οικονομικής και πολιτιστικής ζωής (Σύνταγμα της Ελλάδας, ΦΕΚ 85/Α/18-4-2001).

Η τελευταία συνταγματική αναθεώρηση του 2001 προσέθεσε επίσης ένα νέο δικαίωμα, εξαιρετικά σημαντικό αναφορικά με το αίτημα της ηλεκτρονικής προσβασιμότητας. Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 5Α παρ. 2 του Συντάγματος: «Καθένας έχει δικαίωμα συμμετοχής στην Κοινωνία της Πληροφορίας. Η διευκόλυνση της πρόσβασης στις πληροφορίες που διακινούνται ηλεκτρονικά, καθώς και της παραγωγής, ανταλλαγής και διάδοσής τους αποτελεί υποχρέωση του Κράτους, τηρουμένων πάντοτε των εγγυήσεων των άρθρων 9, 9Α και 19» (Σύνταγμα της Ελλάδας, ΦΕΚ 85/Α/18-4-2001).

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι από 1η Σεπτεμβρίου 2011 καταργήθηκαν όλες οι υγειονομικές επιτροπές πιστοποίησης αναπηρίας που λειτουργούσαν στους Φ.Κ.Α., στις Νομαρχίες και το Δημόσιο, με εξαίρεση τις Ανώτατες Υγειονομικές Επιτροπές, Στρατού (Α.Σ.Υ.Ε.), Ναυτικού (Α.Ν.Υ.Ε.), Αεροπορίας (Α.Α.Υ.Ε.) και την Ανώτατη

Υγειονομική Επιτροπή της Ελληνικής Αστυνομίας, οι οποίες εξακολουθούν να ασκούν τις αρμοδιότητές τους.

Σύμφωνα με τον Νόμο 3863/2010 δημιουργήθηκε το Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.), υπαγόμενο στη Διεύθυνση Αναπηρίας και Ιατρικής της Εργασίας της Διοίκησης ΙΚΑ.ΕΤΑΜ, για την εξασφάλιση της ενιαίας υγειονομικής κρίσης όσον αφορά στον καθορισμό του βαθμού αναπηρίας των ασφαλισμένων όλων των ασφαλιστικών φορέων, συμπεριλαμβανομένου του Δημοσίου, καθώς και των ανασφάλιστων, για τους οποίους απαιτείται η πιστοποίηση της αναπηρίας.

Έργο των Υγειονομικών Επιτροπών (του ΚΕ.Π.Α.) είναι:

- α) Ο καθορισμός του ποσοστού αναπηρίας για σύνταξη αναπηρίας.
- β) Ο χαρακτηρισμός των ατόμων ως άτομα με αναπηρίες.
- γ) Ο καθορισμός ποσοστού αναπηρίας για όλες τις κοινωνικές και οικονομικές παροχές ή διευκολύνσεις, για τις οποίες απαιτείται γνωμάτευση αναπηρίας και τις οποίες δικαιούνται από την πολιτεία τα άτομα με αναπηρία. (ΙΚΑ-Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας) (Μανιτάκης Α., 2013)

Παραπάνω έγινε αναφορά σε διάφορους ορισμούς της αναπηρίας και στα μοντέλα της. Επίσης παρουσιάστηκε το συνταγματικό πλαίσιο νομικής προστασίας των ατόμων με αναπηρία, ενώ στο επόμενο κεφάλαιο θα γίνει αναφορά στο πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι».

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»**

#### **3.1 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ**

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» εφαρμόζεται από τις αρχές του 20ου αιώνα σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, κυρίως στις σκανδιναβικές χώρες, με μεγάλη επιτυχία.

##### **3.1.2 ΔΑΝΙΑ**

Στη Δανία θεωρούν ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων αποτελεί γερό θεμέλιο για μεγαλύτερη ανάπτυξη και ολοκλήρωση των υπηρεσιών για τους πολίτες τους. Στην Κοπεγχάγη πολλά άτομα της τρίτης ηλικίας είναι μεμονωμένα, οι περισσότεροι ωστόσο αυτοεξυπηρετούνται και καλύπτουν τις ανάγκες τους με την εθνική σύνταξη που λαμβάνουν. Από δήμο της Κοπεγχάγης φροντίδα λαμβάνει το 40% περίπου, ηλικίας άνω των 70 ετών, το 30% από το «Βοήθεια στο σπίτι» και το 10% διαμένει σε κατοικίες παρακολούθησης ή κλειστής περίθαλψης (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε 2002).

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» προσφέρει καθαρισμό σπιτιού και πλύσιμο ρούχων, ψώνια, γεύματα στο σπίτι και, για όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, φροντίδα προσωπικής υγιεινής. Για 100 ηλικιωμένους ο δήμος Κοπεγχάγης διαθέτει 20 κατοικίες προσαρμοσμένες στις ανάγκες των ηλικιωμένων, από τις οποίες οι 7 είναι διαμερίσματα σε οίκους νοσηλείας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε, 2002).

Ο δήμος Κοπεγχάγης διαθέτει 110 εργαζόμενους για κάθε χιλιάδα κατοίκων άνω των 67 ετών. Σε άλλες πόλεις της χώρας είναι περίπου 100 ανά χιλιάδα. Ακόμα ο δήμος προσφέρει στους εργαζόμενους εποπτεία, εκπαίδευση, συμβουλευτική και στήριξη. Οι ειδικότητες που απασχολούνται στο πρόγραμμα είναι:

- Φροντιστές ηλικιωμένων
- Προσωπικό καθαριότητας και ετοιμασίας γευμάτων
- Διοικητικό προσωπικό
- Κοινωνικοί λειτουργοί
- Νοσηλευτές
- Εκπαιδευτές υγείας
- Γιατροί
- Βοηθοί νοσοκόμοι

- Τραυματιοφορείς
- Οδοντίατροι
- Τεχνικοί κ.ά.

Το 70% των εργαζομένων στα προγράμματα με άτομα της τρίτης ηλικίας είναι φροντιστές και προσωπικό καθαριότητας, καθώς εκείνοι είναι που έρχονται σε επαφή και πηγαίνουν στα σπίτια των ηλικιωμένων καθημερινά. Πρωτίστως τα άτομα εκπαιδεύονται από ένα έως δύομισι χρόνια, ώστε να είναι σε θέση να ενημερώσουν το νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό για προβλήματα που μπορεί να προκύπτουν και δημιουργούν εμπόδια στην ανεξάρτητη διαβίωση ηλικιωμένων. Η εκπαίδευσή τους είναι πολύ προσεγμένη και επικεντρωμένη στις κοινωνικές, ψυχολογικές και σωματικές ανάγκες των εξυπηρετούμενων (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε, 2002).

Οι υπηρεσίες καλύπτονται από τα δημοτικά τέλη και τους φόρους. Η φιλοσοφία αυτών των υπηρεσιών είναι ότι κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα να φροντιστεί από το κοινωνικό σύνολο και δεν είναι υποχρέωση της οικογένειας να αναλάβει αυτή την ευθύνη, ιδιαίτερα στην εποχή μας που υπάρχουν περισσότερα μοναχικά άτομα. Ωστόσο και τα ίδια τα άτομα προτιμούν τη φροντίδα από τις υπηρεσίες, καθώς έχουν συμβάλει οικονομικά σε αυτές και αποτελούν δικαίωμά τους. Οι υπηρεσίες φροντίδας προσφέρονται σε 24ωρη βάση (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε 2002).

Οι δημοτικές υπηρεσίες βοήθεια στο σπίτι συμπεριλαμβάνουν τα εξής:

- Βοήθεια σε όλες τις δραστηριότητες του σπιτιού που ο ηλικιωμένος προσωρινά ή μόνιμα δε μπορεί να κάνει (τακτοποίηση σπιτιού, πλύσιμο ρούχων, προετοιμασία γευμάτων, σωματική υγιεινή κ.ά). Αν η βοήθεια αυτή είναι σε καθημερινή βάση προσφέρεται δωρεάν, αν όμως είναι πρόσκαιρη και το άτομο έχει οικονομική δυνατότητα τότε μπορεί να χρειαστεί να πληρώσει.
- Νοσηλεία στο σπίτι. Προσφέρεται όποτε και όσο χρειαστεί κατόπιν εισήγησης γιατρού νοσοκομείου. Όλοι οι κάτοικοι της Κοπεγχάγης έχουν δικαίωμα σε νοσηλεία στο σπίτι επί 24ώρου βάσεως.
- Γεύματα με επιλογή. Ο δήμος καθορίζει την πληρωμή του.
- Οδοντιατρική φροντίδα. Προσφέρεται σε άτομα που δυσκολεύονται να βγουν από το σπίτι. Όσοι εγγράφονται σε αυτή την υπηρεσία πληρώνουν

ένα ετήσιο, χαμηλό ποσό που τους εξασφαλίζει περιοδικό οδοντιατρικό έλεγχο και όλες τις θεραπείες που χρειάζονται.

- Επισκευές και προσαρμογές στο σπίτι ώστε να είναι κατάλληλο για το άτομο και την συμβίωσή του (π.χ. να κινηθεί με το αμαξίδιο κλπ)
- Εξασφάλιση βοηθημάτων όπως αμαξίδια, ειδικά καθίσματα, ειδικά μπάνια, μικροί γερανοί κοκ. Όλα αυτά δανείζονται δωρεάν.
- Ημερήσια φροντίδα για τα άτομα που χρειάζονται νοσηλεία ή φροντίδα κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η φροντίδα αυτή προσφέρεται σε κέντρα διημέρευσης. Η μεταφορά εξασφαλίζεται από τη δημοτική αρχή.
- Εντατική προθανάτια φροντίδα στο σπίτι. Η υπηρεσία αυτή προβλέπει την απαραίτητη νοσηλεία και βοήθεια στο σπίτι, από εξειδικευμένο φροντιστή του δήμου, που θα μένει με τον ετοιμοθάνατο. Αν κάποιος συγγενείς ή φίλους του ατόμου θελήσει να φροντίσει τον ετοιμοθάνατο, δικαιούται να υποβάλει αίτηση οικονομικής αποζημίωσης για τις μέρες που θα χάσει στη δουλειά του (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. 2002)

### **3.1.3 ΓΑΛΛΙΑ**

Στην Γαλλία οι υπηρεσίες που προσφέρονται στους ηλικιωμένους παρουσιάζουν μεγάλη ευρύτητα. Οι χρηματοδοτήσεις δεν προσφέρονται πάντοτε από την Τοπική Αυτοδιοίκηση, αλλά ο δήμος αναλαμβάνει τον συντονισμό όλων των υπηρεσιών και την σύνδεση του ηλικιωμένου με τις υπηρεσίες, ώστε να καλύπτονται αποτελεσματικά οι ανάγκες του. Αυτό ο δήμος το επιτυγχάνει μέσω του Κοινοτικού Κέντρου Κοινωνικής Δράσης. Για να λειτουργήσει αυτό το κέντρο ο Δήμος συνεργάζεται με το Κεντρικό Ταμείο Ασφάλισης Ασθενείας, τις νοσοκομειακές και νοσηλευτικές μονάδες και το γεροντολογικό κέντρο της περιοχής. Οι υπηρεσίες πληρώνονται κατά ένα μέρος από το ασφαλιστικό ταμείο και κατά ένα άλλο από τον ίδιο τον ηλικιωμένο. Η συμμετοχή ποικίλλει ανάλογα με την παρεχόμενη υπηρεσία και τους κανόνες του ασφαλιστικού οργανισμού. Σε ορισμένες περιπτώσεις ο ηλικιωμένος μπορεί να έχει μηδενική οικονομική συμμετοχή (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε 2002).

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες που τίθενται στη διάθεση του ατόμου της τρίτης ηλικίας είναι οι εξής:

### Στο κομμάτι της υγείας:

- Θεράποντα γιατρό, ο οποίος είναι συντονιστής όλων των φροντίδων και παραπομπών.
- Φαρμακείο, που εξυπηρετεί και στο σπίτι.
- Νοσηλευτική φροντίδα.
- Κινησιοθεραπεία/φυσικοθεραπεία.
- Ποδολόγο/φροντίδα νυχιών.
- Λογοθεραπεία (ιδιαίτερα έπειτα από εγκεφαλικό ή σε περίπτωση άνοιας).
- Ψυχολόγος.
- Τεχνικά βοηθήματα κίνησης ή στήριξης, ειδικά κρεβάτια, αμαξίδια, μπαστούνια, ανυψωτές λεκάνης αποχωρητηρίου κ.ο.κ.
- Υπηρεσίες πρόληψης (εμβολιασμοί, περιοδικές εξετάσεις κ.ά.)
- Νοσοκομειακή κάλυψη και άμεση βοήθεια.
- Νοσοκομείο ημέρας.
- Νοσηλευτική κάλυψη περιορισμένου χρόνου σε ειδικά νοσηλευτήρια για περιπτώσεις που ξαφνικά χάνουν την αυτονομία τους.
- Γεροντολογικό κέντρο που διαθέτει νοσοκομείο ημέρας για ηλικιωμένους και προσφέρει γηριατρική φροντίδα.
- Ημερήσια φροντίδα για άτομα που πάσχουν από άνοια, τύπου Alzheimer ή άλλη.
- Προσωρινή κατοικία σε ανεξάρτητα, αλλά εξυπηρετούμενα, διαμερίσματα ώστε τα μέλη της οικογένειας που φροντίζουν ένα ηλικιωμένο άτομο να μπορέσουν να ξεκουραστούν, να κάνουν ένα ταξίδι ή να νοσηλευτούν.
- Νοσοκομειακή κάλυψη στο σπίτι του ηλικιωμένου.
- Κινητή μονάδα προθανάτιας φροντίδας και νοσηλείας στο σπίτι από ομάδα ιατρικών και παραϊατρικών ειδικοτήτων. Η υπηρεσία αυτή παρέχεται δωρεάν.(Κ.Ε.Δ.Κ.Ε, 2002)

### Στην καθημερινή διαβίωση:

- Βοήθεια πρακτική και κοινωνική (συντροφικότητα, φροντίδα νοικοκυριού, καθαρισμός και τακτοποίηση σπιτιού, ψώνια κ.ά.)
- Φύλαξη ηλικιωμένου επί 24ώρου βάσεως.
- Φαγητό στο σπίτι.

- Επισκέψεις από εθελοντές.
- Τετράδιο επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων που βοηθούν τον ηλικιωμένο, ώστε να υπάρχει αλληλοενημέρωση.
- Κινητές υπηρεσίες όπως, κομμώτριας/της, φροντιστής κατοικίδιων, μεταφορά, πληρωμή λογαριασμών και άλλα θελήματα. (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε, 2002)

#### Στην οικία:

- Βελτιώσεις κατοικίας και προσαρμογές
- Μικροεπισκευές
- Προσωρινή ή μόνιμη κατοικία σε ειδικά διαμερίσματα ή ιδρύματα. (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε, 2002)

#### Στην ασφάλεια:

- Τηλεσυναγερμός και τηλεβοήθεια.
- Νομική κάλυψη.
- Μεταφορά ατόμου μειωμένης κινητικότητας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε 2002).

Οι υπηρεσίες προσφέρονται από διάφορους φορείς, όπως, κρατικούς, κοινωνικούς, εθελοντικούς και ιδιωτικούς. Τα ίδια τα ηλικιωμένα άτομα καλύπτουν την πληρωμή των υπηρεσιών μέσω του ασφαλιστικού τους ταμείου ή το γραφείο πρόνοιας. Για ορισμένες από τις υπηρεσίες το ποσό πληρωμής εκπίπτει από την εφορία. (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. 2002)

### **3.1.4 ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ**

Στην Μεγάλη Βρετανία το πρόγραμμα έχει ως σκοπό την στήριξη του ηλικιωμένου και της οικογένειάς του, ώστε να περνά τον περισσότερο χρόνο στο σπίτι του και στην κοινότητα όσο γίνεται πιο ανεξάρτητος. Εάν χρειαστεί ένταξη σε κλειστή μονάδα, η ημερήσια φροντίδα προετοιμάζει τον ηλικιωμένο για την ένταξη. Για την ημερήσια φροντίδα αναγκαία είναι η παραπομπή του ατόμου από κοινωνικό λειτουργό ή γενικό γιατρό, ύστερα από αξιολόγηση της κατάστασής του. Έτσι μόνο το 4% των 65 ετών και το 7% των 75 ετών εμπίπτουν σε αυτήν (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε 2002),

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι οι εξής:

- Ιατροκοινωνική αξιολόγηση αναγκών



- Συμβουλές, ενημέρωση και εκπαίδευση του ηλικιωμένου σε θέματα που τον εξυπηρετούν όπως δικαιώματα, πρόσβαση σε υπηρεσίες, τρόποι αντιμετώπισης προβλημάτων διαβίωσης κ.ο.κ.
- Πρόσβαση σε γενικό γιατρό, επισκέπτες υγείας, εργοθεραπευτές, οδοντίατρο, οφθαλμίατρο, φυσιοθεραπευτή, μαθήματα διατήρησης υγείας.
- Φαγητό, πλύσιμο ρούχων, φροντίδα καλλωπισμού (μαλλιά, νύχια, μπάνιο), ειδικές συσκευές όπως προσαρμοσμένες τουαλέτες, πατητήρες κλπ.
- Στήριξη φροντιστή ηλικιωμένου.
- Κοινωνική φροντίδα και αναψυχή.
- Ψυχολογική στήριξη.
- Υπηρεσίες μεταφοράς στο κέντρο ημερήσιας φροντίδας, νοσοκομείο, ψυχαγωγία και άλλες υπηρεσίες.
- Ξενώνες μικρής διάρκειας διαμονής για πρόσκαιρη, έντονη φροντίδα ή για προσωρινή ανακούφιση των συγγενών-φροντιστών. (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε 2002)

Το βοήθεια στο σπίτι προσφέρεται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση σε συνεργασία με τους συλλόγους φροντιστών ηλικιωμένων. Οι υπηρεσίες συμπεριλαμβάνουν αυτές της ημερήσιας φροντίδας, αλλά επιπλέον καθαρισμό-τακτοποίηση σπιτιού, επισκευές, πληρωμή λογαριασμών, προσωπική υγιεινή και οτιδήποτε άλλο χρειάζεται ένα μη πλήρως αυτοεξυπηρετούμενο άτομο στο σπίτι του (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε, 2002).

Ο συντονισμός των υπηρεσιών ανακουφίζουν και διευκολύνουν τον ηλικιωμένο που δεν αναγκάζεται να πάει σε διάφορες υπηρεσίες ώστε να εξυπηρετηθεί. Ακόμα η παρουσία του εθελοντισμού είναι σημαντική και αναγνωρίζεται από όλους τους φορείς, καθώς δίχως αυτή θα ήταν οικονομικά δυσβάσταχτη (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε, 2002).

### **3.1.5 ΑΥΣΤΡΙΑ**

Στην Αυστρία η υπηρεσία προσφέρεται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση με την ονομασία «βοήθεια στο σπίτι από περιφερειακούς νοσηλευτές». Στόχος είναι η νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι σε ηλικιωμένα άτομα με αναπηρίες. Οι νοσηλευτές του προγράμματος είναι άριστα εκπαιδευμένοι με εξειδίκευση, καθώς προσφέρουν όλες τις υπηρεσίες ενός νοσοκομείου στο σπίτι και έχουν την παρακολούθηση, καθοδήγηση των φροντιστών, οικογενειακών βοηθών, συγγενών αλλά και ανδρών που εκτίνουν την στρατιωτική τους θητεία σε κοινωνικά πλαίσια (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. 2002).

### **3.1.6 ΦΙΝΛΑΝΔΙΑ**

Στην Φινλανδία οι επισκέψεις κατ' οίκων υπόκεινται στην αρμοδιότητα των δήμων στο πλαίσιο της παροχής των κοινωνικών υπηρεσιών. Η νοσηλεία στο σπίτι παρέχεται από διπλωματούχους νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας και πρακτικούς νοσοκόμους. Οι διπλωματούχοι νοσηλευτές και οι επισκέπτες υγείας αναλαμβάνουν την φαρμακοθεραπεία, εκπαίδευση, συμβουλευτική, αξιολόγηση των αναγκών, και τον συντονισμό-σχεδιασμό της φροντίδας, ενώ οι πρακτικοί νοσοκόμοι έχουν καθήκοντα που αφορούν την υγιεινή και την προσωπική φροντίδα. (Αδαμακίδου Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., 2007)

Η Βοήθεια στο σπίτι οργανώνεται από τα κέντρα υγείας ή από ιδιώτες και παρέχεται από τους οικιακούς βοηθούς. Τα καθήκοντά τους περιλαμβάνουν βοήθεια σε καθημερινές δραστηριότητες, όπως μπάνιο, ντύσιμο, αγορές, καθάρισμα, προετοιμασία γευμάτων. (Αδαμακίδου Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., 2007)

### **3.1.7 ΣΟΥΗΔΙΑ**

Στη Σουηδία η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας υγείας στο σπίτι υπάγεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Η νοσηλεία στο σπίτι παρέχεται μόνο από πτυχιούχους νοσηλευτές και περιλαμβάνει ανακούφιση του πόνου, οξυγονοθεραπεία, καθετηριασμούς, συμβουλευτική και άλλες σύνθετες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. (Αδαμακίδου Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., 2007)

Συνήθως η πρώτη επίσκεψη στον εξυπηρετούμενο γίνεται από νοσηλευτές, οι οποίοι εκτιμούν την κατάσταση και τις ανάγκες του. Επιπλέον αναλαμβάνουν την παρακολούθηση όλης της διαδικασίας παροχής φροντίδας και την αξιολόγησή της. (Αδαμακίδου Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., 2007)

Στο βοήθεια στο σπίτι της Σουηδίας υπάρχουν βοηθοί νοσηλευτών ή κοινωνικών υπηρεσιών που είναι υπεύθυνοι για την προσωπική φροντίδα των ατόμων και τη βοήθεια σε καθημερινές δραστηριότητες (προετοιμασία γευμάτων, καθαριότητα, αγορές, μπάνιο κ.λπ.). Οι υπηρεσίες του προγράμματος παρέχονται 24 ώρες το 24ωρο, για τους έχοντες ανάγκη. Σημαντικός είναι και ο ρόλος των μελών της οικογένειας, των φίλων κ.λπ., οι οποίοι υπολογίζεται ότι συμμετέχουν στην

παροχή των 2/3 της συνολικής φροντίδας που παρέχεται στην κοινότητα. (Αδαμακίδου Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., 2007)

### **3.1.8 ΓΕΡΜΑΝΙΑ**

Στην Γερμανία η φροντίδα στο σπίτι αποτελείται από την «ειδική νοσηλευτική φροντίδα», η οποία χρηματοδοτείται από την ασφάλεια υγείας, την «προσωπική και οικιακή φροντίδα», οι οποίες καλύπτονται από την ασφάλεια φροντίδας και είναι υποχρεωτική, ιδιωτική και συμπληρωματική της ασφάλειας υγείας. (Αδαμακίδου Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., 2007)

Όσοι χρειάζονται βοήθεια απευθύνονται είτε στο ασφαλιστικό τους ταμείο είτε άμεσα στον παραγωγό φροντίδας στο σπίτι. Στην ειδική νοσηλευτική φροντίδα γίνεται παραπομπή από ιατρό, αλλά στην προσωπική ή οικιακή φροντίδα η πρόσβαση είναι ελεύθερη. Με επιχορήγηση ο ασφαλιστικός φορέας μπορεί να καλύψει τον εξυπηρετούμενο είτε με υπηρεσίες σε είδος είτε σε χρήματα ή συνδυασμό των δύο. (Αδαμακίδου Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., 2007)

Το Βοήθεια στο σπίτι παρέχει την προσωπική και οικιακή φροντίδα. Περιλαμβάνει βοηθούς για το σπίτι και βοηθούς για την οικογένεια, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό της φροντίδας στο σπίτι παρέχεται από τους φροντιστές και εθελοντές. (Αδαμακίδου Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., 2007)

### **3.1.9 ΝΟΡΒΗΓΙΑ**

Στη Νορβηγία οι πολιτικές υγείας των κοινωνικών υπηρεσιών καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, για τα άτομα που έχουν προβλήματα υγείας και δεν μπορούν να φροντίζουν τον εαυτό τους, από τη βοήθεια στο σπίτι έως την κατ' οίκον νοσηλεία. Οι υπηρεσίες παρέχονται από τις δημοτικές αρχές, ενώ το είδος και η ποσότητα των υπηρεσιών μπορεί να ποικίλλει από δήμο σε δήμο. (Αδαμακίδου Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., 2007)

Βασική αρχή είναι η εξατομικευμένη φροντίδα των εξυπηρετούμενων στην οικία τους. Νοσηλευτές και προσωπικό κάνουν επισκέψεις κατ' οίκων για την παροχή υπηρεσιών, όπως ατομικής υγιεινής, καθαριότητας, μαγειρικής, πλυσίματος σε άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, αλλά και ανακουφιστική φροντίδα, φυσιοθεραπεία, εκπαίδευση σε καθημερινές δραστηριότητες και προσωπική βοήθεια.

Ποσοστό 80% των δήμων παρέχουν υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας 24 ώρες το 24ωρο (Αδαμακίδου Θ. και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., 2007).

### **3.1.10 Ο ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

«Ελάχιστα είναι τα άτομα ή οι οικογένειες που δεν αντιμετωπίζουν τα πρακτικά, ηθικά και συναισθηματικά διλήμματα, που ανακύπτουν από την ανάγκη φροντίδας ενός ευάλωτου ατόμου» (Κοτταρίδη Γ., 2007: 158). Οι κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις που συντελέστηκαν διεθνώς και οδήγησαν στην κρίση του κοινωνικού κράτους, η αποϊδρυματοποίηση και η αναδιάρθρωση των κοινωνικών υπηρεσιών παράλληλα με την ιδιωτικοποίηση στη σφαίρα της κοινωνικής πολιτικής έχουν φέρει στο επίκεντρο τη συζήτηση αναφορικά με τη φροντίδα στην κοινότητα (Κανδυλάκη Α. και Καραγκούνης Β., 2005).

Σύμφωνα με τους Αμηνά και συν. (2002), κάθε άτομο έχει δικαίωμα να λαμβάνει φροντίδα κατ' οίκον και από την οικογένειά του, για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, παράλληλα, όμως, με την αναζήτηση μορφών φροντίδας χαμηλότερου κόστους και την αντικατάσταση των δομών και των φορέων παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και κοινωνικής φροντίδας του δημόσιου τομέα από ιδιωτικούς και εθελοντικούς φορείς. Σε ορισμένες περιπτώσεις εγκρίνονται παροχές και φορολογικές ελαφρύνσεις για τις οικογένειες που φροντίζουν ηλικιωμένα μέλη (Κοτταρίδη Γ., 2007). Ωστόσο, είναι γνωστό ότι στη χώρα μας δεν προβλέπεται η οικονομική ενίσχυση της οικογένειας που φροντίζει το ηλικιωμένο μέλος της. Έτσι σκιαγραφείται ένα πλαίσιο ιδιαίτερα αρνητικό για τη συνέχιση της «αυτονόητης θεμελιωμένης αρχής του καθήκοντος παιδιών, εγγονών και συγγενών που φροντίζουν τους ηλικιωμένους» (Τεπέρογλου Α., 2004: 181).

Σήμερα ωστόσο, ολοένα και περισσότερες οικογένειες αδυνατούν να ανταποκριθούν για διάφορους λόγους σε αυτόν τον ρόλο. Έτσι προκύπτει επιτακτική η ανάγκη για λειτουργία προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας και φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων αλλά και ατόμων που χρήζουν βοήθειας γενικά, όπως άτομα με αναπηρίες, με κινητικά προβλήματα, μοναχικά. Ένα τέτοιο πρόγραμμα είναι και το «Βοήθεια στο Σπίτι».

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» ξεκίνησε το 1997, όταν το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών, την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε., τους Δήμους και τα Κ.Α.Π.Η., αξιολογώντας τις απαιτήσεις της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας για μια

πιο ολοκληρωμένη φροντίδα των ηλικιωμένων, ξεκίνησε την εφαρμογή του εθνικού πιλοτικού προγράμματος με την ονομασία «Βοήθεια στο Σπίτι». Η πορεία του κρίθηκε επιτυχημένη και έτσι το 2000 δημιουργήθηκαν οι πρώτες Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας συγχρηματοδοτούμενες από το Β΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (Κ.Π.Σ.) και το Υπουργείο Εργασίας. Το 2002 ξεκινάει η υλοποίηση των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι που συγχρηματοδοτούνται από το Γ΄ Κ.Π.Σ. και Εθνικούς πόρους. Εφαρμόζεται σε 751 Ο.Τ.Α. και στόχος είναι να λειτουργήσει και στους 900 Δήμους της χώρας μας. Πρόκειται για ένα πρόγραμμα με έντονη κοινωνική αναφορά, καθώς αγγίζει την ευαίσθητη κοινωνική ομάδα της τρίτης ηλικίας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. 2002)

Δικαιούχοι του προγράμματος είναι συνταξιούχοι λόγω γήρατος, αναπηρίας ή θανάτου φορέων κύριας ασφάλισης αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, του ΝΑΤ, του Δημοσίου καθώς και συνταξιούχοι ανασφάλιστοι υπερήλικες του ΟΓΑ, οι οποίοι αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα προβλήματα υγείας ή αναπηρίας και πληρούν τα παρακάτω κριτήρια:

- Να έχουν συμπληρώσει τουλάχιστον το 78ο έτος της ηλικίας τους ή να έχουν κριθεί ανάπηροι με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω ανεξαρτήτως ορίου ηλικίας,
- Να διαβιούν μόνοι τους ή με σύζυγο ή άλλο πρόσωπο που πληροί, τις λοιπές προϋποθέσεις υπαγωγής στο πρόγραμμα
- Το συνολικό ετήσιο ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα να μην υπερβαίνει αυτό της χαμηλότερης εισοδηματικής κλίμακας που προβλέπεται, κάθε φορά, για την παροχή του ΕΚΑΣ,
- Η κατάσταση της υγείας τους, λόγω ασθένειας (χρόνιας ή πρόσκαιρης), να καθιστά αδύνατη την αυτοεξυπηρέτησή τους ή δυσχερή την κάλυψη των καθημερινών τους αναγκών,
- Δεν λαμβάνουν επίδομα απολύτου αναπηρίας, ή εξωϊδρυματικό επίδομα ή οποιοδήποτε άλλο επίδομα συμπαράστασης από τον ασφαλιστικό τους φορέα.

Τα ανωτέρω κριτήρια επιλογής ωφελουμένων στο πρόγραμμα αναθεωρούνται σύμφωνα με τους περιορισμούς του προϋπολογισμού του και με στόχο την

αποτελεσματικότερη κάλυψη των αναγκών των συνταξιούχων  
(<https://ygeionomikoi.gr/epik/epikkoinonia/2447-2012-05-12-16-00-18>)

### **3.1.10.1 ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ**

Ο γενικός σκοπός του προγράμματος αναλύεται ως εξής:

- «Η παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον,
- Η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας τους,
- Η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού,
- Η εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και
- Η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.» (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.-ΑΝ.ΚΑ.2006: 12).

Γενικός στόχος του προγράμματος είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων. Δίδεται προτεραιότητα σε κατηγορίες ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν πρόσθετα προβλήματα όπως οι ηλικιωμένοι που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως, εκείνοι που χρειάζονται ειδική φροντίδα, διαβιούν μοναχικά και δεν έχουν επαρκείς πόρους για να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους και να διατηρηθούν οι ίδιοι και οι οικογένειές τους στον κοινωνικό ιστό, παραμένοντας στο φυσικό και στο κοινωνικό τους περιβάλλον (Ματζιάρας,2000).

### **3.1.10.2 ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» εντάσσεται στο πλαίσιο Πρωτοβάθμιας Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, και αποτελεί δομή η οποία έχει κατορθώσει να λειτουργεί ως μονάδα που υποστηρίζει τη φροντίδα μέσα στην οικογένεια, παρέχοντας παράλληλα ψυχοκοινωνική και άλλου είδους υποστήριξη, όχι μόνο στους ηλικιωμένους και τα ΑΜΕΑ, που τη χρειάζονται, αλλά και σε όσους συγγενείς έχουν αναλάβει ρόλους φροντίδας. Συμβάλλει στον περιορισμό της παραμονής των ασθενών και των ηλικιωμένων σε νοσοκομεία και σε άλλα ιδρύματα. Για τα άτομα με αναπηρίες, η φροντίδα στο σπίτι στοχεύει στη μεγιστοποίηση, όσο το δυνατόν, της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας τους και στη

διατήρηση της ψυχικής τους υγείας, που υποσκάπτεται από τη φυσική, αλλά, κυρίως, και από την κοινωνική αναπηρία (Αμηρά Α., και συν 2002).

Επιπλέον, το πρόγραμμα παρέχει υπηρεσίες όπως είναι:

- «Εξασφάλιση υπηρεσιών, παροχών και μέτρων κοινωνικής προστασίας
- Έμπρακτη υπεράσπιση και προώθηση ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων και ευαισθητοποίηση του άμεσου ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος
- Νοσηλευτική πρωτοβάθμια φροντίδα (αλλαγή επιδέσεων τραυμάτων, μέτρηση πίεσης, μέτρηση διαβήτη, χορήγηση ενέσεων κ.λπ.)
- Αγωγή Υγείας και Πρόληψης
- Συνοδεία σε προγραμματισμένα ιατρικά ραντεβού και άλλες επισκέψεις ιατρών
- Οικογενειακή – Οικιακή βοηθητική φροντίδα και ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- Φροντίδα ατομικής υγιεινής και καθαριότητας
- Προσαρμογή και βελτίωση της χρήσης και προσπέλασης των χώρων καθώς και εξοπλισμού του σπιτιού και του εξωτερικού περιβάλλοντος
- Διασύνδεση με άλλους φορείς, δίκτυα, υπηρεσίες και προγράμματα για την αξιοποίηση των υπηρεσιών, μέσων και παροχών τους για την κάλυψη των αναγκών αξιοπρεπούς και υγιούς διαμονής, διαβίωσης, υγειονομικής περίθαλψης, σίτισης κ.τ.λ
- Διευκόλυνση των αναγκών μετακίνησης, ενημέρωσης και επικοινωνίας
- Παραπομπή στις κατάλληλες υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας Υγείας και Πρόνοιας, προετοιμασία της επιστροφής τους στο οικείο περιβάλλον και εξασφάλιση υπηρεσιών αποκατάστασης
- Η ενίσχυση φιλικών δεσμών και κοινωνικών σχέσεων, όπως και συμπεριφορών κοινωνικού ενδιαφέροντος.»(Κ.Ε.Δ.Κ.Ε 2003: 3)

### **3.1.10.3 ΕΠΟΠΤΕΙΑ-ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

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

#### **3.1.10.4 ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Για τη χρηματοδότηση και υλοποίηση, κατά τη διάρκεια της παράτασης, του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και των συμβάσεων εργασίας ορισμένου χρόνου του απασχολούμενου στο Πρόγραμμα αυτό προσωπικού, για το έτος 2012 και έως την έναρξη εφαρμογής του «Προγράμματος κατ' οίκον φροντίδας συνταξιούχων», το οποίο προβλέπεται στο άρθρο 138 του ν. 4052/2012, είναι δυνατή η μεταφορά πόρων από το λογαριασμό της Εισφοράς Αλληλεγγύης Συνταξιούχων που τηρείται στο Ασφαλιστικό Κεφάλαιο Αλληλεγγύης Γενεών (ΑΚΑΓΕ). Οι πόροι αυτοί θα χρησιμοποιηθούν υπέρ των συνταξιούχων όλων των ταμείων κύριας ασφάλισης αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης που ωφελούνται από το ανωτέρω πρόγραμμα. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Εσωτερικών προσδιορίζεται το ύψος των μεταβιβαζόμενων πόρων, η διαδικασία μεταφοράς τους και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. Η διαχείριση των πόρων αυτών, καθώς και οι υποχρεώσεις υλοποίησης του Προγράμματος καθορίζονται σε προγραμματική σύμβαση που υπογράφεται μεταξύ των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Εσωτερικών και της Ελληνικής Εταιρείας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης Α.Ε.. (ΦΕΚ.135/τ.Α'/14/06/2012).

Γενικότερα, η χρηματοδότηση του προγράμματος καλύπτεται εξίσου από το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, από εθνικούς πόρους, βάσει των προβλεπόμενων στην Κοινή Υπουργική Απόφαση Π4β/5814/2-10-97. Το πρόγραμμα υπάρχει περίπτωση να έχει πόρους και από χορηγίες, δωρεές, επιδοτήσεις, επιχορηγήσεις και κάθε άλλη νόμιμη πηγή εσόδων. (ΦΕΚ 917/Β/17-10-97 II).

Σύμφωνα με την εγκύκλιο (Α.Π. 29905), στο πλαίσιο υλοποίησης του προγράμματος θα χρηματοδοτούνται ως επιλέξιμες δαπάνες οι εξής: δαπάνες μισθοδοσίας του προσωπικού, καθώς και το λειτουργικό κόστος, που δεν μπορεί να υπερβαίνει το 2,5% ή το 5% του συνολικού κόστους, στην περίπτωση που η δομή χρησιμοποιεί οχήματα για την παροχή των υπηρεσιών της, υπό την προϋπόθεση της παροχής σχετικής βεβαίωσης συντήρησης – καλής λειτουργίας του αυτοκινήτου και διάθεσης του για τις ανάγκες του προγράμματος και τεκμηρίωση των δαπανών.



Για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών που παρέχονται από τις δομές, κάθε φορέας οφείλει να συμπληρώνει και να υποβάλλει στην Ε.Ε.Τ.Α.Α. Α.Ε.:

- «Αίτηση- Δήλωση Φορέα»
- «Προϋπολογισμός Κόστους Εργαζομένων»
- «Οικονομικά Στοιχεία Δομών»
- «Έντυπο Παρακολούθησης Παρεχόμενων Υπηρεσιών»

### **3.1.10.5 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

«Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» μπορεί να εξυπηρετήσει στην πράξη συγκεκριμένες ημέρες και ώρες τα άτομα. Σε συνάρτηση με το γεγονός, ότι οι ανάγκες είναι μεγάλες και πολλές όλη την ημέρα και όχι μόνο μία ή δυο ώρες το πρωί, γίνεται αντιληπτό ότι το άτομο που έχει επιφορτιστεί την φροντίδα ηλικιωμένων και άτομα με αναπηρία δεν είναι δυνατόν λόγω έλλειψης χρόνου, να αναζητήσει άλλη εργασία, επομένως πρέπει να ασχολείται πλήρως και μόνιμα στο πρόγραμμα. Αυτή η αίσθηση ολοκληρωμένης εργασίας δεν υπάρχει, έτσι όπως λειτουργεί το πρόγραμμα» (Πόζιος Κ., 2005: 24).

«Επιπλέον, οι εξυπηρετούμενοι είναι πολλοί περισσότεροι από όσους προβλέπονται, με αποτέλεσμα το προσωπικό του προγράμματος πολλές φορές να αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες τους» (Πόζιος Κ., 2005: 24). «Ένα επόμενο ζήτημα αποτελεί ο τρόπος χρηματοδότησης του προγράμματος που δεν έχει μόνιμο χαρακτήρα, γεγονός που δυσχεραίνει το μακροπρόθεσμο σχεδιασμό. Επίσης, υπάρχει έλλειψη στο προσωπικό που αποτελεί το πρόγραμμα, στην ανάπτυξη των εκπαιδευτικών εργαλείων τους για την βελτίωση των δεξιοτήτων τους και της εξειδίκευσής τους. Σημαντική είναι και η έλλειψη διακρατικής συνεργασίας με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες που εφαρμόζουν το πρόγραμμα με μεγαλύτερη επιτυχία» (Πόζιος Κ., 2005: 24).

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι λόγω της γενικότερης κρίσης στην Ελλάδα, το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι, από το 2012, έως και σήμερα βρίσκεται σε μια συνεχή παράταση. Η τελευταία παράταση ανακοινώθηκε στις 29/3/2013 από το υπουργείο εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης, και το οποίο γνωστοποιεί την εξάμηνη παράταση, μέχρι τις 30/9/2013. Η συγκεκριμένη παράταση κρίνεται σκόπιμη προκειμένου να προετοιμαστεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το διάδοχο πρόγραμμα

«Κατ' οίκον φροντίδα» που έχει ετοιμάσει το Υπουργείο Εργασίας.  
(<http://voithiastospiti.blogspot.gr/>)

### **3.1.10.6 ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**

Ο Νόμος 2646/98, που αναφέρεται στην ανάπτυξη Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας, είναι το νομοθετικό πλαίσιο στο οποίο βασίζεται η ΚΥΑ 4035/27-7-2001(Φ.Ε.Κ.1127/Β/30.8.2.2001). Ο σχετικός νόμος κάνει λόγο για τις υπηρεσίες που παρέχονται από το εθνικό σύστημα κοινωνικής φροντίδας και συγκεκριμένα αναφέρει ότι: «Η πρωτοβάθμια κοινωνική φροντίδα έχει ως αντικείμενο την παροχή υπηρεσιών ανοιχτής φροντίδας και αποσκοπεί στην πρόληψη των αναγκών και στον έγκαιρο εντοπισμό προβλημάτων κοινωνικοοικονομικού αποκλεισμού. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται κυρίως στο πλαίσιο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού». Διαπιστώνεται από την παραπάνω αναφορά του θεσμικού πλαισίου ότι οι ΟΤΑ δύνανται να ασκήσουν κοινωνική πολιτική παρέχοντας υπηρεσίες πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας στους δημότες.  
(Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.- ΑΝ.ΚΑ. 2006:10)

Η ΚΥΑ 4035/27-7-2001 (Φ.Ε.Κ.1127/Β/30.8.2.2001) αναφέρεται στο εφαρμοστικό πλαίσιο του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και θέτει το πλαίσιο λειτουργίας των Μονάδων καθώς και τις προϋποθέσεις που πρέπει να έχουν για τη σύστασή τους. Ειδικότερα η ΚΥΑ περιλαμβάνει άρθρα, τα οποία αναφέρονται: στο πλαίσιο ένταξης των ενεργειών, στόχος των ενεργειών – ωφελούμενοι, συντονισμός και υποστήριξη των υλοποιούμενων ενεργειών, τελικοί δικαιούχοι, επιλέξιμες δράσεις, ειδικά κριτήρια αξιολόγησης, όροι υλοποίησης, επιλέξιμες δαπάνες – δικαιολογητικά υλοποίησης και δαπανών, υποχρεώσεις του τελικού δικαιούχου, χρηματοδότηση, έλεγχος και τελικές διατάξεις (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.-ΑΝ.ΚΑ. 2006: 10).

Η διάρκεια του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και των συμβάσεων εργασίας ορισμένου χρόνου του απασχολούμενου στο Πρόγραμμα αυτό προσωπικού, όπως η διάρκεια αυτή ορίζεται στις περίπτ. α' και β' της παρ. 6 του άρθρου 2 της από 31 Δεκεμβρίου 2011 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου (Α' 268), η οποία κυρώθηκε με το άρθρο δεύτερο του ν. 4047/2012 (Α' 31), παρατείνονται έως τις 30.9.2012(ΦΕΚ 135/Α/14/06/2012).

Σύμφωνα με την Εφημερίδα της Κυβερνήσεως Αρ. Φύλλου 17

## Άρθρο 1

### ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΝΤΑΞΗΣ–ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ ΤΗΣ ΠΡΑΞΗΣ

1. Η πράξη «Εναρμόνιση οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής μέσω παροχής κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας σε εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών ανέργων και αναγνωρισμένα επαπειλούμενων με ανεργία εργαζομένων που ωφελούνται από ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης», εντάσσεται στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» 2007–2013 του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και, συγκεκριμένα, στον Θεματικό Άξονα Προτεραιότητας 3: «Διευκόλυνση της πρόσβασης στην απασχόληση», στην κατηγορία Παρεμβάσεων 2: «Υποστηρικτικά μέτρα για την προώθηση της ισότητας των φύλων στην απασχόληση». Περίοδος υλοποίησης του φυσικού αντικειμένου της πράξης είναι η 01.01.2011–31.12.2011.

2. Υπεύθυνη Αρχή για τη διαχείριση και παρακολούθηση της υλοποίησης της πράξης είναι η Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» 2007–2013 (Ε.Υ.Δ. του Ε.Π. ΑΝΑΔ) του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

3. «Δικαιούχος» της πράξης, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο Ν. 3614/2007 (ΦΕΚ 267/Α'), όπως τροποποιήθηκε με το Ν.3840/2010 (ΦΕΚ 53/Α'), ορίζεται η Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α. Α.Ε.), λαμβάνοντας υπόψη τη σύνδεσή της με την αυτοδιοίκηση, την εμπειρία της και την άμεση ανάγκη για επιτάχυνση των διαδικασιών του ΕΣΠΑ. Ο Δικαιούχος πρέπει να είναι διαχειριστικά επαρκής, σύμφωνα με όσα ορίζονται στο ισχύον θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο, εθνικό και κοινοτικό.

## Άρθρο 2

### ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΠΡΑΞΗΣ

Στόχος της πράξης είναι:

- Η ενίσχυση της απασχολησιμότητας και της ισότιμης συμμετοχής των έμμεσα ωφελουμένων ατόμων (εφεξής «ωφελούμενοι») στην εργασία μέσω της ενίσχυσης τους, με την παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένα και λοιπά άτομα μη δυνάμενα να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (εφεξής «εξυπηρετούμενοι»). Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η ουσιαστική διευκόλυνση των ωφελούμενων ατόμων ως προς την

ενσωμάτωσή τους στο ενεργό εργασιακά ανθρώπινο δυναμικό, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη της οικονομίας σε μια κοινωνία ίσων ευκαιριών.

- Η ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής με την ισότιμη πρόσβαση όλων στην αγορά εργασίας.
- Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των εξυπηρετούμενων ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών, καθώς και μη ηλικιωμένων (ΑΜΕΑ, κλπ) που χρήζουν υποστηρικτικών υπηρεσιών, αλλά και ιατρικών ή και νοσηλευτικών υπηρεσιών ή και κατ' οίκον βοήθειας, με στόχο την παραμονή τους στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, τη διατήρηση της συνοχής της οικογένειάς τους, την αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας και καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς και την εξασφάλιση αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης.

### Άρθρο 3

#### ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ

Αντικείμενο της πράξης «Εναρμόνιση οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής μέσω παροχής κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας σε εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών ανέργων και αναγνωρισμένα επαπειλούμενων με ανεργία εργαζομένων που ωφελούνται από ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης» αποτελεί η παροχή υπηρεσιών φροντίδας κατ' οίκον σε ηλικιωμένα άτομα (άνδρες και γυναίκες) που χρήζουν κατ' οίκον βοήθειας αλλά και σε μη ηλικιωμένα άτομα (ΑΜΕΑ, κ.λπ.), μέσω των «Μονάδων Βοήθειας στο Σπίτι» και των «Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας», με σκοπό την διευκόλυνση στην ένταξη/επανένταξη στην αγορά εργασίας και στην διατήρηση της εργασίας σε συγγενικά τους άτομα, τα οποία είναι άνεργα ή εργαζόμενα επαπειλούμενα με ανεργία («ωφελούμενοι») αντίστοιχα, τα οποία ωφελούνται από ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης.

Η πράξη θα υλοποιηθεί στη βάση του εξατομικευμένου χαρακτήρα για την ενίσχυση της απασχολησιμότητας των ωφελουμένων, μέσω παροχής κουπονιών που αυτοί θα λαμβάνουν προκειμένου τα συγγενικά τους πρόσωπα (εξυπηρετούμενοι) να είναι αποδέκτες των υπηρεσιών φροντίδας. Στην πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος, ή στην προκήρυξη του Δικαιούχου, θα εξειδικεύονται όλες οι παράμετροι σχετικά με την υλοποίηση της πράξης.

#### Άρθρο 4

##### ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ/ΕΣ

Ωφελούμενοι της πράξης «Εναρμόνιση οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής μέσω παροχής κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας σε εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών ανέργων και αναγνωρισμένα επαπειλούμενων με ανεργία εργαζομένων που ωφελούνται από ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης», είναι οι εξής, οι οποίοι διατηρούν συγγενική σχέση με τους εξυπηρετούμενους:

– Άνεργα άτομα εγγεγραμμένα στον ΟΑΕΔ εισερχόμενα σε ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης όπως η κατάρτιση, η εξατομικευμένη προσέγγιση/συμβουλευτική, κλπ, με προοπτική να εισέλθουν ή να επαναισέλθουν στην αγορά εργασίας.

– Εργαζόμενα άτομα τα οποία αναγνωρισμένα είναι επαπειλούμενα με ανεργία, εισερχόμενα σε ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης με προοπτική να διασφαλίσουν την απασχόλησή τους ή να διευκολυνθούν στην κινητικότητα της εργασίας τους ή ενεργώς αναζητούντα εργασία άτομα ασφαλισμένα στον ΟΓΑ εισερχόμενα σε ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης με προοπτική να εξεύρουν εργασία, πιστοποιημένα από τον ΟΑΕΔ.

Τα δικαιολογητικά, οι διαδικασίες και κριτήρια επιλογής ωφελουμένων και εξυπηρετούμενων εξειδικεύονται στην σχετική πρόσκληση ή προκήρυξη του Δικαιούχου (Ε.Ε.Τ.Α.Α. Α.Ε.).

#### Άρθρο 5

##### ΑΝΑΔΟΧΟΙ

Ανάδοχοι παροχής υπηρεσιών της πράξης της παρούσας δύνανται να είναι ή να ανήκουν σε:

α) Δήμους και Νομικά τους πρόσωπα

β) Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, και

γ) κάθε είδους φυσικό ή νομικό πρόσωπο δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου που αναπτύσσει νομίμως δραστηριότητες με σκοπό την κοινωνική ανάπτυξη ή πρόνοια ή συναφείς προς τα ανωτέρω δραστηριότητες.

Περαιτέρω προδιαγραφές, όροι και προϋποθέσεις που πρέπει να τηρούν οι Ανάδοχοι, εξειδικεύονται στην σχετική πρόσκληση ή προκήρυξη του Δικαιούχου (Ε.Ε.Τ.Α.Α.Α.Ε.).

### **3.1.10.7 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Το επαγγελματικό προσωπικό του «Βοήθεια στο σπίτι» αποτελείται από τον Κοινωνικό Λειτουργό, το Νοσηλεύτη, τον Οικογενειακό Βοηθό και στα περισσότερα προγράμματα υπάρχουν και ο Ιατρός, ο Φυσικοθεραπευτής και ο οδηγός του οχήματος του «Βοήθεια στο Σπίτι».

### **3.1.10.8 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ**

Στο κοινοτικό πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι σημαντικός. Ο κοινωνικός λειτουργός χρησιμοποιεί στοιχεία, έτσι ώστε να βοηθά την κοινότητα να αξιοποιεί τις δυνατότητές της. Κινητοποιεί και υποκινεί, μέσα από τις υπηρεσίες του προγράμματος τις ομάδες που συμμετέχουν σ' αυτό (άτομο, οικογένεια, κοινότητα). Η υποκίνηση των ομάδων αυτών, περιλαμβάνει την ευαισθητοποίηση για την αξιοποίηση του προγράμματος, την ανάπτυξη της πρωτοβουλίας τους σχετικά με το πρόγραμμα και τη βοήθεια στην ανάπτυξη ικανοτήτων αυτοοργάνωσης. Οι στόχοι του «Βοήθεια στο Σπίτι» έχουν ήδη προσδιοριστεί από την κοινότητα με την βοήθεια του κοινωνικού λειτουργού. (Τριανταφύλλου Τ. και Μεσθεναίου Ε.,1993)

Ο κοινωνικός λειτουργός συνεργάζεται και συμμετέχει δημιουργικά τόσο με τις ομάδες του προγράμματος, όσο και με τους άλλους επαγγελματίες. Σχετικά με την ομάδα των επαγγελματιών ο κοινωνικός λειτουργός τους ωθεί ώστε να λαμβάνουν πρωτοβουλία στον εργασιακό τους τομέα σύμφωνα με το πρόγραμμα. Βέβαια, αυτό προϋποθέτει πλήρη γνώση των αρχών και της ιδεολογίας του προγράμματος. (Τριανταφύλλου Τ. και Μεσθεναίου Ε., 1993)

Αυτή η ισότιμη προσφορά και συνεργασία με τις άλλες ειδικότητες, δεν εφησυχάζει τον κοινωνικό λειτουργό. Αντίθετα, τον κινητοποιεί, όταν χρειάζεται να ωθήσει καταστάσεις. Αφού αυτός είναι ο ειδικός, για την εφαρμογή της διαδικασίας της κοινωνικής εργασίας στην κοινότητα. (Τριανταφύλλου Τ. και Μεσθεναίου Ε., 1993)

Ο διοικητικός συντονιστικός ρόλος του κοινωνικού λειτουργού που εργάζεται στο Κοινοτικό Πρόγραμμα, βασίζεται στην ανάπτυξη και λειτουργία προσεγγίσεων και μεθόδων, ώστε πολλά από τα καθημερινά προβλήματα να χειριστούν με επιτυχία. Επίσης οι στρατηγικές που αναπτύσσει μέσα από το ρόλο αυτό τον βοηθά να

εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα των πράξεων, μέσα από τις επιλογές και τις μεθόδους/ρόλους που ίδιος έχει κάνει. (Τριανταφύλλου Τ. και Μεσθεναίου Ε., 1993)

«Στα πλαίσια του διοικητικού – συντονιστικού ρόλου ο κοινωνικός λειτουργός:

- α. Καθορίζει τους σκοπούς για δράση μαζί με τους άλλους επαγγελματίες,
  - β. Κινητοποιεί και κατανέμει τους ανθρώπινους, φυσικούς και οικονομικούς πόρους,
  - γ. Συντονίζει και παίρνει μέρος σε ενέργειες που θα προκαλέσουν την αλλαγή και
  - δ. Αξιολογεί τα αποτελέσματα των ενεργειών, των δικών του και των άλλων.»
- (Τριανταφύλλου Τ. και Μεσθεναίου Ε., 1993: 39).

Έργο του κοινωνικού λειτουργού (συντονιστής του προγράμματος) είναι αρχικά να παραπέμπει τους εξυπηρετούμενους που έχουν ανάγκη από βοήθεια και μπορούν να ενταχθούν στο Πρόγραμμα. Στη συνέχεια συλλέγει στοιχεία για την υγεία τους, για την οικονομική και την οικογενειακή τους κατάσταση καθώς και για το είδος της ασφαλιστικής τους κάλυψης. Προσδιορίζει λεπτομερώς τις ανάγκες τους και κρατά αρχείο για όλες τις περιπτώσεις που εντάσσονται στο πρόγραμμα. Επίσης, συνεργάζεται με την οικογένειες των ατόμων και τους τοπικούς φορείς δημόσιου και ιδιωτικού δικαίου που μπορούν να καταστούν αρωγοί στο Πρόγραμμα (Ζαϊμάκης Γ., 2009).

Η κοινωνική εργασία η οποία παρέχεται, δομείται από την οργάνωση/συντονισμό του προγράμματος σε κάθε διαμέρισμα, από την τήρηση των αρχών που συνιστούν τον κοινωνικό/αποκαταστασιακό του χαρακτήρα και από την κάλυψη των κοινωνικών και προνοιακών ψυχοσυναισθηματικών αναγκών των εξυπηρετούμενων (Ζαϊμάκης Γ., 2009).

Συχνά η άσκηση κοινωνικής εργασίας στα ηλικιωμένα άτομα επικεντρώνεται στη φροντίδα και προστασία των ηλικιωμένων και οι ίδιοι λειτουργούν ως παθητικοί δέκτες των υπηρεσιών. Ένας βασικός στόχος της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών προς αυτή την ομάδα είναι η ενεργοποίησή τους ώστε να ενισχυθούν τα συναισθήματα αυτοεκτίμησης και να αξιοποιήσουν το πολιτιστικό κεφάλαιο γνώσεων που διαθέτουν (Ζαϊμάκης Γ., 2009)

Αυτό βέβαια είναι συχνά δύσκολο να πραγματοποιηθεί, καθότι η τρίτη ηλικία δεν βιώνεται στην ελληνική κοινωνία με την αξιοπρέπεια που της αρμόζει και δεν της δίνεται η ευκαιρία να αισθανθεί χρήσιμη. Η πολιτεία έχει υποχρέωση να μεριμνήσει για καλύτερη συνταξιοδοτική πολιτική προς τους ηλικιωμένους έτσι ώστε να μην

βρίσκονται στο όριο της επιβίωσης, όπου βέβαια δεν μπορούμε να μιλάμε για συναισθήματα αυτοεκτίμησης (Ζαϊμάκης Γ., 2009).

Ένα μέρος της κοινωνικής φροντίδας αναπτύσσεται μέσα στα άτυπα κοινωνικά δίκτυα (οικογένεια, συγγένεια, γειτονιά) τα οποία όμως σιγά-σιγά έχουν αρχίσει να εξασθενούν. Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι απαιτεί:

- Να γνωρίζει τις ανάγκες και τα προβλήματα των εξυπηρετούμενων.
- Να μπορεί να χειρισθεί οικογενειακές καταστάσεις που εμπλέκουν τον εξυπηρετούμενο.
- Να μπορεί να αναγάγει κάποια προβλήματα που έχει ο εξυπηρετούμενος στις κοινωνικές καταστάσεις που τα δημιουργούν.
- Να έχει ειδικές γνώσεις για την ισχύουσα νομοθεσία για την Τρίτη ηλικία και ΑΜΕΑ.
- Να γνωρίζει και να αξιοποιεί διάφορες δομές και υπηρεσίες της κοινότητας έτσι ώστε να υποβοηθήσει τα άτομα στην καινούργια κοινωνική προσαρμογή τους.
- Να έχει και να αποκτήσει διοικητικές δεξιότητες.
- Να αποκτήσει επαγγελματικές τεχνικές ως προς
  - Ø τη διερεύνηση αναγκών (συνέντευξη, κοινωνική έρευνα)
  - Ø την εκτίμηση αναγκών
  - Ø τον προσδιορισμό παρεμβάσεων
  - Ø την διερεύνηση των δυναμικών της οικογένειας
  - Ø τη διασύνδεση με άλλους φορείς
  - Ø την συστηματική παρακολούθηση του περιστατικού
  - Ø την αξιολόγηση των στοιχείων με την διεπιστημονική ομάδα (Ζαϊμάκης Γ., 2009: 108-109).

Ο κοινωνικός λειτουργός στο πρόγραμμα παρέχει συναισθηματική στήριξη στο άτομο που χρήζει βοήθεια, στήριξη της οικογένειας, προνοιακή κάλυψη και διασύνδεση με τους άλλους φορείς. Η επίλυση βιοποριστικών αιτημάτων και η ψυχοσυναισθηματική στήριξη των ατόμων αποτελούν βασικό μέλημα του επαγγελματία. (Καλλινικάκη 1998)



Επιπλέον λαμβάνει υπόψη την πολυπλοκότητα των προβλημάτων και διερευνά και επιλέγει την μέθοδο κοινωνικής εργασίας που ενδείκνυται να εφαρμόσει. Στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» έχει άμεση εφαρμογή η κοινωνική εργασία με άτομα και η παρέμβαση στην κοινότητα καθότι τα προγράμματα απευθύνονται σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο (Καλλινικάκη Θ., 1998).

Από κοινού με τον εξυπηρετούμενο ο κοινωνικός λειτουργός

- διαμορφώνει τους στόχους της παρέμβασης
- αναπτύσσει το σχέδιο παρέμβασης
- ενθαρρύνει τον εξυπηρετούμενο να διατηρήσει και να αξιοποιήσει τις δεξιότητές του για να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες (πληροφόρηση)
- αξιολογεί την παρέμβαση (Καλλινικάκη Θ., 1998: 53-54)

Οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι εκείνοι που συνήθως έχουν την αρμοδιότητα για την εκτίμηση των αναγκών των εξυπηρετούμενων και των «φροντιστών» τους για υπηρεσίες βοήθειας στο σπίτι. Στο έργο τους αυτό συνεργάζονται με τοπικά νοσοκομεία, ιατρούς και τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Βέβαια συχνά βρίσκονται στη δύσκολη θέση να αποφασίσουν ποιος θα έχει πρόσβαση στις ούτως ή άλλως περιορισμένες υπηρεσίες. Από την άλλη πλευρά όμως ο ρόλος τους είναι πιο πολυσύνθετος: βοηθούν και ενισχύουν τα άτομα, τους «φροντιστές» και τις οικογένειές τους με την παροχή συμβουλών και πληροφοριών που αποβλέπουν στην αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους (Κανελλόπουλος Κ., 1984).

Οι αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού είναι να ερευνά την υγεία, τις συνθήκες διαμονής, διατροφής, την οικογενειακή κατάσταση, οικονομική, ασφαλιστική και κοινωνική κατάσταση του χρήζοντος βοήθειας ατόμου προσδιορίζει τις ανάγκες και επιλαμβάνεται της επίλυσής τους.

Πιο συγκεκριμένα να:

- Κάνει έρευνα των ατόμων που πρέπει να ενταχθούν στο πρόγραμμα συνεργαζόμενη με διάφορους φορείς (ΚΑΠΗ, συλλόγους κ.λπ.)
- Λαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό του κάθε ατόμου και αφού κάνει έκθεση κοινωνικής έρευνας για κάθε άτομο, καταγράφει ένα πλάνο των υπηρεσιών που θα πρέπει να προσφερθούν στα άτομα αυτά – ανάλογα με τις ανάγκες τους – και από τα άλλα δύο μέλη της ομάδας.

- Αναλαμβάνει την κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων αυτών.
- Συνεργάζεται με υπηρεσίες Υγείας Πρόνοιας και άλλους φορείς που καλύπτουν ανάγκες των ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ προκειμένου να διευθετηθούν διάφορα θέματα αυτών.
- Συνοδεύει σε Ιατρικά Κέντρα.
- Μαζί με τη νοσηλεύτρια κανονίζει τις επισκέψεις του γιατρού του προγράμματος εκεί που τον έχουν ανάγκη.
- Συνεργάζεται με τις εκκλησίες της περιοχής και τους συλλόγους για να καλυφθούν ανάγκες των μελών του προγράμματος στις περιπτώσεις ορεινών ή νησιώτικων ή παραμεθόριων ή φθινουσών περιοχών όπου αποδεδειγμένα δεν εκδηλωθεί ενδιαφέρον από κοινωνικό λειτουργό παρέχεται η ευχέρεια απασχόλησης ψυχολόγου. Στον παρακάτω πίνακα παραθέτεται είδος υπηρεσίας του Κοινωνικού λειτουργού στο Β.Σ.Σ. (Κανελλόπουλος Κ., 1984).

### **3.1.10.9 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Οι αρμοδιότητες του νοσηλευτή είναι να λαμβάνει το ιστορικό υγείας του κάθε ατόμου, να παρέχει κατ' οίκον νοσηλευτικές υπηρεσίες και να συνοδεύει τους ηλικιωμένους ή τα άτομα με αναπηρίες στο νοσοκομείο ή τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία. Εάν στις περιπτώσεις ορεινών ή νησιωτικών ή παραμεθόριων ή φθινουσών περιοχών δεν εκδηλωθεί ενδιαφέρον από νοσηλευτές μπορεί να απασχοληθεί επισκέπτης υγείας. (Κανελλόπουλος Κ., 1984)

Η νοσηλευτική φροντίδα, η οποία παρέχεται αφορά στην ατομική και στοματική υγιεινή, στις θεραπευτικές παρεμβάσεις (λήψη ζωτικών σημείων, πρόληψη περιποίηση εγκαυμάτων και κατακλίσεων, ενέσεις, ενημέρωση-παρακολούθηση για σωστή λήψη φαρμάκων και εντοπισμό τυχόν παρενεργειών από την χρόνια λήψη τους, περιποίηση τραύματος) και προσαρμόζει το διαιτολόγιο ανάλογα με τις ανάγκες που η κατάσταση της υγείας του εξυπηρετουμένου υπαγορεύει στην αγωγή υγείας, στη συνοδεία σε νοσηλευτικά ιδρύματα με τη χρήση των αυτοκινήτων του Δήμου, στην παροχή Α΄ Βοηθειών σε έκτακτα περιστατικά, στη συνεργασία με ιατρικό προσωπικό, ΙΚΑ, νοσοκομεία, παραπομπή σε γιατρό κατάλληλης ειδικότητας, στη συνταγογραφία. (Κανελλόπουλος Κ., 1984)

Τα είδη υπηρεσιών από το νοσηλευτή σε ένα χρόνο για:

- Συνοδεία σε υπηρεσίες.
- Άλλες νοσηλευτικές υπηρεσίες.
- Συνεργασία με τους φορείς.
- Εκπαίδευση οικογένειας.

α) Για Συνοδεία:

- Συνοδεία στο ΙΚΑ
- Συνοδεία στο νοσοκομείο (Ιδιωτικό και δημόσιο)

β) Άλλες νοσηλευτικές υπηρεσίες:

- Μέτρηση σακχάρου (πρόληψη)
- Τακτική μέτρηση σακχάρου
- Συνταγογράφηση φαρμάκων
- Ατομική υγιεινή
- Ενεσιοθεραπεία
- Εμβολιασμός (κατά του ιού της γρίπης)

γ) Συνεργασία με φορείς:

- Συνεργασία με ιατρικό προσωπικό
- Συνεργασία με το ΙΚΑ

δ) Εκπαίδευση οικογένειας:

- Εκπαίδευση οικογένειας (φροντίδα ασθενών – κατακλίσεις)

(Κανελλόπουλος Κ., 1984)

Απαραίτητες είναι οι εξής δραστηριότητες του νοσηλευτή:

- Παροχή σωματικής και ψυχολογικής φροντίδας
- Αξιολόγηση της κατάστασης υγείας με λήψη ιστορικού από τον ασθενή, παροχή φροντίδας
- Πρόληψη της ασθένειας κι προαγωγή της υγείας
- Συμβουλευτική εργασία και βοήθεια για τη δημιουργία και τη διατήρηση υγιεινού περιβάλλοντος
- Συμμετοχή και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος
- Συνεργασία με άλλους φορείς υγείας κι παρακίνηση των ασθενών να τις χρησιμοποιούν

- Συνεργασία με άτομα και οικογένειες για την καλύτερη εξυπηρέτηση των εξυπηρετούμενων
- Ενδυνάμωση των ατόμων και των οικογενειών αυτών που εξυπηρετούν (Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου Α. και Σουρτζή Π., 2005: σελ.22)

### **3.1.10.10 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΒΟΗΘΟΥ**

Οικογενειακοί Βοηθοί ασχολούνται με:

- Καθαριότητα κατοικίας
- Εξωτερικές εργασίες (αγορά τροφίμων, πληρωμή λογαριασμών κ.ά.)
- Βοήθεια στην ατομική υγιεινή
- Μαγείρεμα
- Μεταφορά φαγητού από την εκκλησία στο σπίτι
- Συντροφιά

Η προσφορά του Οικογενειακού βοηθού στην ομαλή εξέλιξη του προγράμματος είναι αποφασιστικής σημασίας. Βοηθά τα άτομα στην καθαριότητα της οικίας τους καθώς και στην πραγματοποίηση των καθημερινών τους εξωτερικών εργασιών (ψώνια, πληρωμή λογαριασμών κ.ά.). Το προσωπικό αυτής της κατηγορίας συνεπικουρεί επίσης τους ηλικιωμένους στην φροντίδα της ατομικής τους υγιεινής, στην καθημερινή Παρασκευή των γευμάτων τους, στη μεταφορά του φαγητού από την εκκλησία στο σπίτι αλλά και στην ψυχολογική στήριξη των ατόμων, μέσω των φιλικών σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ τους. Το βοηθητικό προσωπικό του προγράμματος πρέπει να έχει την αντίστοιχη κατάρτιση ή αποδεδειγμένη εμπειρία.

Το είδος υπηρεσίας του βοηθητικού προσωπικού περιέχει:

- Καθαριότητα χώρου κατοικίας
- Εξωτερικές εργασίες
- Σίτιση
- Συντροφιά
- Βοήθεια σε ατομική υγιεινή (συνεργασία με την Νοσηλεύτρια)

(Κανελλόπουλος Κ., 1984).

Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύθηκε το πρόγραμμα του «Βοήθεια στο Σπίτι» σε Ελλάδα και ορισμένες χώρες της Ευρώπης. Επιπλέον έγινε εκτενής αναφορά στους ρόλους των επαγγελματιών του κοινοτικού προγράμματος. Σε αυτό το σημείο

ολοκληρώνεται το θεωρητικό μέρος της πτυχιακής εργασίας και ακολουθεί το ερευνητικό μέρος.

**Β' ΜΕΡΟΣ**  
**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **Μεθοδολογία**

#### **4.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Προκειμένου να ξεκινήσει η διαδικασία της έρευνας παραδώσαμε αυτοπροσώπως σχετικό έγγραφο για την άδεια διεξαγωγής της στον Κοινωνικό Τομέα του Δήμου Πατρών. Στην συνέχεια μας παρέπεμψαν στον προϊστάμενο του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι», ο οποίος έκανε δεκτό το αίτημα. Έπειτα ξεκινήσαμε την σύνταξη του ερωτηματολογίου που διήρκησε περίπου δυο μήνες, συμπεριλαμβανομένων και των διορθώσεων από τον επιβλέποντα καθηγητή μας και τέλος τον έλεγχο για την εγκυρότητά του από τον προϊστάμενο του προγράμματος.

Κατά την χρονική περίοδο του Δεκεμβρίου 2012 οι εργαζόμενοι του προγράμματος απεργούσαν, ενώ την περίοδο των Χριστουγέννων υπήρχε έλλειψη προσωπικού, πράγμα που δεν μας έδωσε την δυνατότητα να ξεκινήσει η διαδικασία της έρευνας. Ο αρχικός αριθμός των ερωτηματολογίων ήταν 210, από αυτά τα 170 στις αρχές Ιανουαρίου παραδόθηκαν στον προϊστάμενο του «Βοήθεια στο σπίτι» και τα οποία στην συνέχεια παρέδωσε ο ίδιος στο προσωπικό του προγράμματος. Για τα υπόλοιπα 40 θα μας δίνονταν μια λίστα και θα πηγαίναμε εμείς προσωπικά. Είχαμε προτείνει να κάνουμε τα 60 και να μειωθεί ο αριθμός αυτών που θα παραδίδονταν στο προσωπικό, αλλά αυτό δεν ήταν εφικτό όπως μας πληροφορήσαν.

Στο διάστημα των επόμενων δυο εβδομάδων μας επιστράφηκαν από τον προϊστάμενο τα 138 ερωτηματολόγια. Παράλληλα η λίστα των 40 ατόμων που αρχικά είχαμε ενημερωθεί, ότι θα προσεγγίζαμε οι ίδιες μειώθηκε στα 20, διότι ήταν δύσκολο να συγκεντρωθεί αυτός ο αριθμός. Τελικά από τα 20 άτομα μας δόθηκε μια λίστα των 2 ατόμων με τα ονόματα και τις διευθύνσεις. Ωστόσο από αυτά τα 2 ερωτηματολόγια μόνο το 1 συμπληρώθηκε, καθώς δεν καταφέραμε να έρθουμε σε επαφή με το ένα από τα δυο άτομα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι από τα 170, τα 32 δεν μας επιστράφηκαν, χωρίς συγκεκριμένο λόγο (πιθανότατα να χάθηκαν). Κατά την περίοδο του Φεβρουαρίου 2013 κάναμε μια τελευταία προσπάθεια να συγκεντρωθούν κάποια επιπλέον ονόματα και διευθύνσεις εξυπηρετούμενων, για να τους επισκεφθούμε εμείς οι ίδιες κατ' οίκον. Η προσπάθεια αυτή απέτυχε επειδή υπήρχε απροθυμία από την μεριά των εξυπηρετούμενων δεδομένου του φόβου που

νώθουν απέναντι σε άτομα που δεν γνωρίζουν, όπως μας πληροφόρησε το προσωπικό.

Οι λόγοι για τους οποίους δεν μας επιτράπηκε να διεξάγουμε την έρευνα, οι ίδιες, ήταν το γεγονός ότι ο χρόνος ήταν περιορισμένος, καθώς η τελευταία παράταση λειτουργίας του προγράμματος ήταν μέχρι 31 Μαρτίου του 2013. Γενικότερα υπήρχε μια αποδιοργάνωση διότι το προσωπικό είχε άλλες εργασιακές προτεραιότητες. Επίσης το πρόγραμμα αδυνατούσε να διαθέσει μεταφορικό μέσο, ώστε να μας μεταφέρει στις οικίες των εξυπηρετούμενων, δεδομένου ότι οι αποστάσεις ήταν μεγάλες.

#### **4.2 ΣΚΟΠΟΣ- ΣΤΟΧΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να καταγραφεί ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» στο Δήμο Πατρών. Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί επίσης στην ανάδειξη της μεγάλης σπουδαιότητας του προγράμματος για τους εξυπηρετούμενούς του. Στόχος είναι αρχικά να διατυπωθούν προτάσεις και στρατηγικές, ώστε να δημιουργηθούν δυνατότητες βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος. Επιπρόσθετα, στόχος είναι να αναδειχθεί η αναγκαιότητα του «Βοήθεια στο Σπίτι», ώστε να συνεχίσει να λειτουργεί.

#### **4.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ**

- Οι εξυπηρετούμενοι του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι γνωρίζουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες;
- Όσο πιο σύντομα εγκρίνεται η αίτηση στο πρόγραμμα τόσο πιο ικανοποιημένος θα είναι ο αιτών;
- Με όση μεγαλύτερη επάρκεια έχουν καλυφθεί οι ανάγκες του εξυπηρετούμενου στο πρόγραμμα, τόσο πιο ικανοποιημένος θα είναι αυτός;
- Με ποιον τρόπο το προσωπικό του προγράμματος συμβάλει στον βαθμό ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων;



#### **4.4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ**

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο συντάχθηκε γι' αυτό το σκοπό. Το ερωτηματολόγιο είναι το βασικό μέσο επικοινωνίας ανάμεσα στον συνεντευκτή και τον ερωτώμενο. Η σύνταξη του ερευνητικού εργαλείου πραγματοποιήθηκε από τις σπουδάστριες κοινωνικής εργασίας Αλεξανδρή Ελένη, Παπάζογλου Αριστέα και Στριμμένου Σέρρα-Σωτηρία. Το ερωτηματολόγιο είναι αρκετά απλό και μικρό σε έκταση λαμβάνοντας υπ' όψιν μας ότι απευθύνεται σε ηλικιωμένα άτομα και άτομα με αναπηρίες. Το ερωτηματολόγιο περιείχε κλειστές και ανοιχτές ερωτήσεις, καθώς και κάποιες τύπου Likert, που αφορούσαν τα δημογραφικά στοιχεία του ερωτώμενου, τον βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τις απόψεις των χρηστών για το πρόγραμμα.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 3 ενότητες. Η πρώτη αφορά: δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων και η οποία περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, με ποιον διαμένει ο ηλικιωμένος. Η δεύτερη περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με το πρόγραμμα, όπως αν γνωρίζουν οι εξυπηρετούμενοι τις υπηρεσίες του προγράμματος, για ποιον λόγο απευθύνθηκαν στο πρόγραμμα, σε ποιο «Βοήθεια στο σπίτι» ανήκουν. Η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών του προγράμματος από τις υπηρεσίες, την συχνότητα των επισκέψεων, την πληρότητα σε προσωπικό.

#### **4.5 ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Σημαντικό είναι πριν ξεκινήσει η διεξαγωγή μιας έρευνας, να δοκιμαστεί πιλοτικά το ερευνητικό εργαλείο, σε αυτή την περίπτωση το ερωτηματολόγιο, από έναν μικρό αριθμό εξυπηρετούμενων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», οι οποίοι δεν θα συμπεριλαμβάνονται στο δειγματοληπτικό πλαίσιο. Στόχος μιας πιλοτικής μελέτης είναι να διευκρινιστεί για παράδειγμα αν είναι διατυπωμένος με σαφήνεια ο σκοπός της έρευνας, αν η συντακτική διάρθρωση είναι σωστή, αν οι ερωτήσεις είναι αρκετά σαφείς, έτσι ώστε το δείγμα να μην αντιμετωπίσει δυσκολία στην κατανόηση τους. Στην συγκεκριμένη έρευνα δεν πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη καθώς δεν ζητήσαμε εμείς προσωπικά από τους υπεύθυνους του προγράμματος να μας δοθεί ένας μικρός αριθμός ατόμων προκειμένου να δοκιμαστεί το ερωτηματολόγιό μας.

#### **4.6 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ- ΔΕΙΓΜΑ**

Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνεται η έρευνά μας είναι οι χρήστες του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» στο Δήμο Πατρών. Με το πρόγραμμα του Καλλικράτη ενσωματώθηκαν και οι Δήμοι Μεσσήτιδος, Παραλίας, Βραχναϊκών και Ρίου. Ο αριθμός του πληθυσμού ανέρχεται γύρω στους 600, ενώ το σύνολο των ατόμων του δείγματος αρχικά ήταν 210 άτομα και για λόγους που αναφέρθηκαν και παραπάνω μειώθηκαν στα 139 άτομα. Ο τρόπος με τον οποίο θα επιλέγαμε το δείγμα μας θα ήταν τυχαίος, από τους καταλόγους των «Βοήθεια στο σπίτι». Τελικώς το δείγμα μάλλον θα πρέπει να χαρακτηριστεί βολικό.

#### **4.7 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ**

Όπως αναφέρουμε και στο κομμάτι της περιγραφής της έρευνας το μεγαλύτερο μέρος των ερωτηματολογίων δόθηκε στο προσωπικό των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι», και τα οποία στη συνέχεια συμπληρώθηκαν. Δεν γνωρίζουμε εάν το δείγμα επιλέχτηκε με συγκεκριμένα κριτήρια ή με τυχαίο τρόπο.

#### **4.8 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

Μετά την συγκέντρωση των ερωτηματολογίων της μελέτης ακολούθησε η κωδικοποίηση των απαντήσεων. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS 17.0 σε συνδυασμό με Microsoft Excel.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### 5.1 Παρουσίαση Αποτελεσμάτων Έρευνας

Στην συνέχεια παρατίθενται οι πίνακες συχνοτήτων των αποτελεσμάτων της έρευνας, παράλληλα εμφανίζουμε συσχετίσεις στατιστικά σημαντικές.

1.

#### **Φύλο**

|         | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|---------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Άνδρας  | 47        | 33,8    | 33,8              | 33,8                         |
| Γυναίκα | 92        | 66,2    | 66,2              | 100,0                        |
| Σύνολο  | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Το δείγμα μας αποτελείται από 139 άτομα, εκ των οποίων οι 47 είναι άνδρες με ποσοστό 33,8% και οι 92 γυναίκες με ποσοστό 66,2%.

2.

#### **Ηλικία**

|                 | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|-----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Δεν απαντήθηκε  | 2         | 1,4     | 1,4               | 1,4                          |
| 30-50 Ετών      | 4         | 2,9     | 2,9               | 4,3                          |
| 51-70 Ετών      | 19        | 13,7    | 13,7              | 18,0                         |
| 71 και άνω ετών | 114       | 82,0    | 82,0              | 100,0                        |
| Σύνολο          | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Η πολυπληθέστερη ομάδα του δείγματός μας είναι αυτή των 71 ετών και άνω, με 114 άτομα και ποσοστό 82,0%, ακολουθεί η ομάδα ηλικίας από 51-70, που απαρτίζεται από 19 άτομα και ποσοστό 13,7%. Το δείγμα ολοκληρώνεται με την ηλικιακή ομάδα από 30-50 ετών με ποσοστό 2,9% και 4 άτομα. Τέλος, υπάρχει ένα ποσοστό 1,4% με 2 άτομα, που δεν απατήθηκε.

3.

#### Οικογενειακή κατάσταση

|              | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|--------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Έγγαμος      | 54        | 38,8    | 38,8              | 38,8                         |
| Άγαμος       | 13        | 9,4     | 9,4               | 48,2                         |
| Σε χηρεία    | 60        | 43,2    | 43,2              | 91,4                         |
| Διαζευγμένος | 12        | 8,6     | 8,6               | 100,0                        |
| Σύνολο       | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

#### (Βλέπε Παράρτημα 2)

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση τα 54 άτομα (38,8%) είναι έγγαμοι, τα 13 άτομα (9,4%) άγαμοι, τα 60 άτομα (43,2%) σε χηρεία και τέλος τα 12 άτομα (8,6%) διαζευγμένοι.

4.

#### Έχετε παιδιά;

|        | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|--------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Ναι    | 97        | 69,8    | 69,8              | 69,8                         |
| Όχι    | 42        | 30,2    | 30,2              | 100,0                        |
| Σύνολο | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

#### (Βλέπε Παράρτημα 2)

Σε αυτόν τον πίνακα παρατηρείται ότι, τα 97 άτομα (69,8%) έχουν παιδιά, ενώ τα 42 άτομα (30,2%) δεν έχουν.

5.

**Πόσα παιδιά έχετε;**

|            | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| 1-2 παιδιά | 68        | 70%     | 70%               | 70%                          |
| 3-4 παιδιά | 23        | 24%     | 24%               | 94%                          |
| 5 και άνω  | 6         | 6%      | 6%                | 100,0                        |
| Σύνολο     | 97        | 100,0   | 100,0             |                              |

**(Βλέπε Παράρτημα 2)**

Η σύνθεση της οικογένειας σχετικά με τον αριθμό των παιδιών, παρουσιάζει αρκετές διαφορές. Ένα μεγάλο ποσοστό ατόμων του δείγματός μας, και πιο συγκεκριμένα 68 άτομα δήλωσαν ότι δεν έχουν 1-2 παιδιά. Τα 23 άτομα απάντησαν ότι έχουν από 3-4 παιδιά, και τα 6 άτομα ότι έχουν από 5 παιδιά και άνω.

6. α)

**Μένετε μόνοι σας στο σπίτι;**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Ναι            | 69        | 49,6    | 49,6              | 49,6                         |
| Όχι            | 61        | 43,9    | 43,9              | 93,5                         |
| Δεν απαντήθηκε | 9         | 6,5     | 6,5               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

**(Βλέπε Παράρτημα 2)**

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι τα 69 άτομα (49,6%) μένουν μόνοι τους στο σπίτι, τα 61 άτομα (43,9%) συζούν με κάποιο άλλο άτομο. Ωστόσο, παρατηρείται και ένα ποσοστό 6,5% που δεν απάντησε, δηλαδή 9 άτομα στα 139.

6. β)

**Πόσα μέλη συζούν μαζί σας στο σπίτι;**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| 1-2 Άτομα      | 51        | 73%     | 73%               | 73%                          |
| 3-4 Άτομα      | 8         | 12%     | 12%               | 85%                          |
| Άνω των 5      | 1         | 1%      | 1%                | 86%                          |
| Δεν απαντήθηκε | 10        | 14%     | 14%               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 70        | 100,0   | 100,0             |                              |

**(Βλέπε Παράρτημα 2)**

Ο μεγαλύτερος αριθμός των ερωτηθέντων, και πιο συγκεκριμένα 51 άτομα, σχετικά με το πόσα μέλη συζούν μαζί τους στο σπίτι, απάντησαν 1-2 άτομα. Ακολουθούν τα 8 άτομα όπου δήλωσαν ότι συζούν με 3-4 άτομα και 1 άτομο που συζεί με πάνω από 5 άτομα. Από τα 70 άτομα, τα 10 δεν απάντησαν στην ερώτηση.

7.

**Από ποιά «Βοήθεια στο σπίτι» εξυπηρετείστε;**

|                     | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|---------------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Παραλία             | 21        | 15,1    | 15,1              | 15,1                         |
| Κεντρικό Διαμέρισμα | 23        | 16,5    | 16,5              | 31,7                         |
| Βραχναϊκών          | 11        | 7,9     | 7,9               | 39,6                         |
| Νότιο Διαμέρισμα    | 25        | 18,0    | 18,0              | 57,6                         |
| Αρκτικό Διαμέρισμα  | 31        | 22,3    | 22,3              | 79,9                         |
| Ρίο                 | 27        | 19,4    | 19,4              | 99,3                         |
| Δεν απαντήθηκε      | 1         | 0,7     | 0,7               | 100,0                        |
| Σύνολο              | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

**(Βλέπε Παράρτημα 2)**

Στην ερώτηση από ποιο «Βοήθεια στο σπίτι» εξυπηρετείστε, τα 21 (15,1%) από τα 139 άτομα του δείγματος της έρευνας απάντησε ότι εξυπηρετείται από το Βοήθεια στο σπίτι που βρίσκεται στην περιοχή της Παραλίας του Δήμου Πατρέων. Τα 23 άτομα από το Κεντρικό Διαμέρισμα, τα 25 από το Νότιο και τα 31 από το Αρκτικό Διαμέρισμα. Από την περιοχή του Ρίου απάντησαν ότι εξυπηρετούνται 27 άτομα, ενώ σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι τα άτομα που δέχονται υπηρεσίες από το πρόγραμμα στην περιοχή των Βραχναϊκών είναι μόλις 11, με ποσοστό 7,9%. Επίσης ένα άτομο δεν απάντησε καθόλου στην ερώτηση.

8.

|   | Άτομα |
|---|-------|
| Για να καλύψω βασικές ανάγκες   | 102   |
| Γιατί αισθάνομαι μοναξιά  | 84    |
| Γιατί δεν μπορώ να αυτοεξυπηρετούμαι  | 89    |
| Γιατί δεν έχω λεφτά για να κάνω τις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις για το πρόβλημα υγείας που έχω | 42    |
| Άλλο  | 8     |
| Δεν απαντήθηκε  | 1     |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Από την παραπάνω ερώτηση, η οποία είναι πολλαπλής επιλογής, προκύπτει ότι οι περισσότεροι εξυπηρετούμενοι απευθύνθηκαν στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» για να καλύψουν βασικές ανάγκες ή γιατί αισθάνονται μοναξιά ή γιατί δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Ένα αρκετά μεγάλο μέρος των ερωτηθέντων απάντησε γιατί δεν έχουν λεφτά για να κάνουν τις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις για το πρόβλημα υγείας που έχουν, ενώ ένα μικρό ποσοστό έθεσε διαφορετικούς λόγους όπως: «γιατί μένω μόνη μου και έχω προβλήματα υγείας», «δεν έχω αξιόπιστο άτομο να αναλαμβάνει υποθέσεις μου σε υπηρεσίες (εφορία, ΙΚΑ)». Τέλος ένα άτομο δεν απάντησε στην ερώτηση.

9.

**Πόσο καιρό χρειάστηκε να περιμένετε, ώστε να εγκριθεί το αίτημά σας;**

|                       | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|-----------------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Καθόλου               | 38        | 27,3    | 27,3              | 27,3                         |
| 2-7μέρες              | 71        | 51,1    | 51,1              | 78,4                         |
| Πάνω από μια εβδομάδα | 10        | 7,2     | 7,2               | 85,6                         |
| Δεν απαντήθηκε        | 16        | 11,5    | 11,5              | 97,1                         |
| Δεν ξέρω              | 4         | 2,9     | 2,9               | 100,0                        |
| Σύνολο                | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)



Στον παραπάνω πίνακα που αναφέρεται στο χρονικό διάστημα έγκρισης του αιτήματος φαίνεται ότι τα 38 άτομα (27,3%) δεν περίμεναν καθόλου, τα 71 άτομα (51,1%) περίμεναν 2-7 ημέρες και τα 10 άτομα (7,2%) αναφέρουν ότι βρέθηκαν σε αναμονή, για την έγκριση εξυπηρέτησης στο πρόγραμμα, πάνω από μια βδομάδα. Από τα 139 άτομα τα 16 (11,5%) δεν έδωσαν κάποια απάντηση, ενώ 4 άτομα δήλωσαν ότι δεν ξέρουν πόσο καιρό χρειάστηκε να εγκριθεί το αίτημα τους.

10.

**Είστε ικανοποιημένος από το χρονικό διάστημα αναμονής σας;**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Πάρα πολύ      | 88        | 63,3    | 63,3              | 63,3                         |
| Πολύ           | 39        | 28,1    | 28,1              | 91,4                         |
| Αρκετά         | 9         | 6,5     | 6,5               | 97,8                         |
| Δεν απαντήθηκε | 3         | 2,2     | 2,2               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

**(Βλέπε Παράρτημα 2)**

Από αυτή την ερώτηση προκύπτει ένα μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης καθώς τα 88 άτομα από τα 139 απάντησαν ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από το χρονικό διάστημα αναμονής τους, ενώ τα 39 απάντησαν πολύ. Ακολουθεί το 6,5%, δηλαδή 9 άτομα, που δήλωσαν ότι είναι ικανοποιημένοι αρκετά, ενώ μόλις 3 άτομα (2,2%) δεν έδωσαν κάποια απάντηση.

11.

**Η ενημέρωση για τις υπηρεσίες του προγράμματος σας έχει γίνει από:**

|                                       | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|---------------------------------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| ΚΑΠΗ                                  | 21        | 15,1    | 15,1              | 15,1                         |
| Εκκλησία                              | 3         | 2,2     | 2,2               | 17,3                         |
| Ενημερωτικό Φυλλάδιο του προγράμματος | 20        | 14,4    | 14,4              | 31,7                         |
| Το προσωπικό του προγράμματος         | 41        | 29,5    | 29,5              | 61,2                         |
| Φιλικό πρόσωπο                        | 24        | 17,3    | 17,3              | 78,4                         |
| Συγγενικό πρόσωπο                     | 27        | 19,4    | 19,4              | 97,8                         |
| Άλλο                                  | 3         | 2,2     | 2,2               | 100,0                        |
| Σύνολο                                | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

**(Βλέπε Παράρτημα 2)**

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησαν ότι η ενημέρωση για τις υπηρεσίες του προγράμματος έγινε από το προσωπικό με ποσοστό 29,5%. Σχετικά αυξημένο ποσοστό (19,4%) είναι εκείνο που ενημερώθηκε από συγγενικό πρόσωπο. Στην τρίτη θέση έρχεται το ποσοστό 17,3% που δέχθηκε ενημέρωση από φιλικό πρόσωπο και εν συνεχεία το 15,1% από το ΚΑΠΗ. Από φυλλάδιο του προγράμματος ενημερώθηκε το 14,4% των ερωτηθέντων, από την εκκλησία το 2,2% και ένα ποσοστό 2,2% απάντησαν ότι δέχθηκαν ενημέρωση από άλλη πηγή.

12.

**Γνωρίζετε τις υπηρεσίες του προγράμματος;**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Ναι            | 130       | 93,5    | 93,5              | 93,5                         |
| Όχι            | 1         | 0,7     | 0,7               | 94,2                         |
| Δεν απαντήθηκε | 8         | 5,8     | 5,8               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

**(Βλέπε Παράρτημα 2)**

Παρατηρούμε ότι το ποσοστό των ατόμων που απάντησαν ότι γνωρίζουν τις υπηρεσίες του προγράμματος αγγίζει το 93,5%, δηλαδή τα 130 άτομα, ενώ μόλις ένα άτομο απάντησε πως δεν τις γνωρίζει. Ωστόσο 8 άτομα (5,8%) δεν απάντησαν.

**13<sup>α</sup>. Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε τις παρακάτω υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι»;**

**Α) Συμβουλευτική υποστήριξη**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Ποτέ           | 2         | 1,4     | 1,4               | 1,4                          |
| Λίγες φορές    | 21        | 15,1    | 15,1              | 16,5                         |
| Πάντα          | 115       | 82,7    | 82,7              | 99,3                         |
| Δεν απαντήθηκε | 1         | 0,7     | 0,7               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Συμβουλευτική υποστήριξη δέχονται πάντα τα 115 άτομα (82,7%), λίγες φορές το τα 21 από τα 139 άτομα (15,1%), ποτέ τα 2 άτομα (1,4%) και 1 άτομο δεν έδωσε απάντηση.

**13β) Νοσηλευτική μέριμνα**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Ποτέ           | 4         | 2,9     | 2,9               | 2,9                          |
| Λίγες φορές    | 4         | 2,9     | 2,9               | 5,8                          |
| Πάντα          | 127       | 91,4    | 91,4              | 97,1                         |
| Δεν απαντήθηκε | 4         | 2,9     | 2,9               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Από τα 139 άτομα τα 127 (91,4%) απάντησαν πως πάντα δέχονται νοσηλευτική μέριμνα, τα 4 (2,9%) απάντησαν λίγες φορές, άλλα 4 (2,9%) ποτέ. Επίσης 4 (2,9%) άτομα δεν απάντησαν στο ερώτημα.

### 13γ) Φροντίδα νοικοκυριού

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Ποτέ           | 11        | 7,9     | 7,9               | 7,9                          |
| Λίγες φορές    | 23        | 16,5    | 16,5              | 24,5                         |
| Πάντα          | 92        | 66,2    | 66,2              | 90,6                         |
| Δεν απαντήθηκε | 13        | 9,4     | 9,4               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Σε αυτόν τον πίνακα παρατηρούμε ότι την υπηρεσία φροντίδας νοικοκυριού δεν δέχονται ποτέ τα 11 άτομα (7,9%), 13 άτομα (9,4%) δεν απάντησαν, τα 23 άτομα (16,5%) λίγες φορές και ότι τα 92 άτομα από τα 139 (66,2%) τη δέχονται πάντα.

### 13δ) Συντροφιά

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Ποτέ           | 4         | 2,9     | 2,9               | 2,9                          |
| Λίγες φορές    | 18        | 12,9    | 12,9              | 15,8                         |
| Πάντα          | 97        | 69,8    | 69,8              | 85,6                         |
| Δεν απαντήθηκε | 20        | 14,4    | 14,4              | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Από το προσωπικό του προγράμματος συντροφιά απάντησε ότι δέχεται πάντα το 69,8% των ερωτηθέντων, λίγες φορές το 12,9% και ποτέ το 2,9%. Ένα σημαντικό ποσοστό του ύψους 14,4% δεν απάντησε.

### 13<sup>ε</sup>) μικρο-αγορές

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Ποτέ           | 8         | 5,8     | 5,8               | 5,8                          |
| Λίγες φορές    | 37        | 26,6    | 26,6              | 32,4                         |
| Πάντα          | 65        | 46,8    | 46,8              | 79,1                         |
| Δεν απαντήθηκε | 29        | 20,9    | 20,9              | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Όσον αφορά τις μικρο-αγορές μόλις τα 8 άτομα, ανέφεραν ότι δεν χρησιμοποιούν ποτέ αυτή την υπηρεσία. Ότι την χρησιμοποιούν λίγες φορές δήλωσαν 37 άτομα, και πάντα 65 από τα 139 άτομα. Άξιο να σημειωθεί είναι και το αρκετά αυξημένος αριθμός ατόμων, δεν έθεσε καμία απάντηση στην ερώτηση (29 άτομα).

### στ) Πληρωμή λογαριασμών

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Ποτέ           | 10        | 7,2     | 7,2               | 7,2                          |
| Λίγες φορές    | 42        | 30,2    | 30,2              | 37,4                         |
| Πάντα          | 71        | 51,1    | 51,1              | 88,5                         |
| Δεν απαντήθηκε | 16        | 11,5    | 11,5              | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δήλωσαν ότι το προσωπικό του προγράμματος πάντα τους εξυπηρετεί με την πληρωμή λογαριασμών (71 άτομα). Οι εξυπηρετούμενοι που δήλωσαν ότι λίγες φορές δέχονται αυτή την υπηρεσία είναι 42, ενώ μόνο 10 άτομα δήλωσαν ποτέ. Τέλος, 16 από τα 139 άτομα δεν απάντησαν.

**ζ ) Βοήθεια στην ατομική υγιεινή**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Ποτέ           | 34        | 24,5    | 24,5              | 24,5                         |
| Λίγες φορές    | 17        | 12,2    | 12,2              | 36,7                         |
| Πάντα          | 48        | 34,5    | 34,5              | 71,2                         |
| Δεν απαντήθηκε | 40        | 28,8    | 28,8              | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

**(Βλέπε Παράρτημα 2)**

Το 24,5% (34 άτομα) αναφέρει ότι ποτέ δεν δέχεται βοήθεια στην ατομική υγιεινή, το 12,2% (17 άτομα) ότι δέχεται λίγες φορές, το 34,5% (48 άτομα) πάντα, ενώ το 28,8% (40 άτομα) δεν έδωσε καμία απάντηση στην ερώτηση σχετικά με την συχνότητα που δέχεται βοήθεια στην ατομική υγιεινή.

**14. Πόσο καιρό δέχεστε τις υπηρεσίες του προγράμματος;**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| 1-6 μήνες      | 2         | 1,4     | 1,4               | 1,4                          |
| 7-11 μήνες     | 2         | 1,4     | 1,4               | 2,9                          |
| 1-2 χρόνια     | 22        | 15,8    | 15,8              | 18,7                         |
| 3-5 χρόνια     | 19        | 13,7    | 13,7              | 32,4                         |
| 6-8 χρόνια     | 52        | 37,4    | 37,4              | 69,8                         |
| 9 και άνω      | 39        | 28,1    | 28,1              | 97,8                         |
| Δεν απαντήθηκε | 3         | 2,2     | 2,2               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα στην ερώτηση πόσο καιρό δέχεστε τις υπηρεσίες του προγράμματος, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων, με τα άτομα να φθάνουν τα 58, δήλωσαν ότι δέχονται τις υπηρεσίες από 6-8 χρόνια (37,4%), σε συνδυασμό με ένα εξίσου σημαντικό αριθμό ατόμων, 39 από τα 139 (28,1%), που τις δέχεται από 9 και άνω χρόνια. Ακολουθεί το ποσοστό της τάξεως 15,8%, δηλαδή 22 άτομα που απάντησαν πως δέχονται τις υπηρεσίες του προγράμματος 1-2 χρόνια, και τα 19 άτομα (13,7%) που δήλωσαν ότι τις δέχονται 3-5 χρόνια. Μόλις 2 άτομα δήλωσαν 7-11 μήνες και λιγότερο από έξι μήνες άλλα 2 άτομα. Ένα ελάχιστο ποσοστό αυτών που ρωτήθηκαν (2,2%), δεν απάντησαν.

**15. Εξυπηρετείται και κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας από το πρόγραμμα;**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Ναι            | 55        | 39,6    | 39,6              | 39,6                         |
| Όχι            | 81        | 58,3    | 58,3              | 97,8                         |
| Δεν απαντήθηκε | 3         | 2,2     | 2,2               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Παρατηρούμε σε αυτή την ερώτηση ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματός της έρευνας (58,3%), δηλαδή 81 άτομα, απάντησε ότι δεν εξυπηρετείται κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς τους από το πρόγραμμα, ενώ αντίθετα τα 55 άτομα, (39,6%) έδωσαν θετική απάντηση. Μόνο 3 από 139 άτομα δεν έκαναν καμία δήλωση.

**15. β) Ποιο άλλο μέλος της οικογένειάς εξυπηρετείται;**

|                   | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|-------------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Σύζυγος           | 28        | 20,1    | 20,1              | 20,1                         |
| Παιδί             | 6         | 4,3     | 4,3               | 24,5                         |
| Άλλο              | 15        | 10,8    | 10,8              | 35,3                         |
| Δεν εξυπηρετείται | 81        | 58,3    | 58,3              | 93,5                         |
| Πάνω από 1 μέλος  | 5         | 3,6     | 3,6               | 97,1                         |
| Δεν απαντήθηκε    | 4         | 2,9     | 2,9               | 100,0                        |
| Σύνολο            | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Σε αυτόν εδώ τον πίνακα παρατηρούμε ότι τα 28 άτομα που ρωτήθηκαν ποιο άλλο μέλος της οικογένειάς τους εξυπηρετείται από το πρόγραμμα απάντησε ότι, εξυπηρετείται ο/η σύζυγος, τα 6 το παιδί, και ένα ποσοστό της τάξεως 3,6% , δηλαδή



15 άτομα από τα 139 απάντησε άλλο (γονείς, αδερφός/ή, πεθερά, ανιψιός, θεία, συγγενής). Τα 81 άτομα όπως, διαπιστώθηκε και στην προηγούμενη ερώτηση απάντησε πως δεν εξυπηρετείται κανένα μέλος της οικογένειας, ενώ 5 άτομα (3,6%) από τα 139 δήλωσαν ότι εξυπηρετείται πάνω από ένα μέλος. Τέλος, 4 άτομα δεν έδωσαν καμία απάντηση.

**16. Σε ποιον βαθμό σας παρέχεται βοήθεια στις παρακάτω υπηρεσίες σε καθεμία ειδικότητα του προγράμματος;**

Οικογενειακή Βοηθός

**α) Οικιακές δουλειές**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Πάρα πολύ      | 66        | 47,5    | 47,5              | 47,5                         |
| Πολύ           | 24        | 17,3    | 17,3              | 64,7                         |
| Αρκετά         | 19        | 13,7    | 13,7              | 78,4                         |
| Ελάχιστα       | 13        | 9,4     | 9,4               | 87,8                         |
| Καθόλου        | 3         | 2,2     | 2,2               | 89,9                         |
| Δεν απαντήθηκε | 14        | 10,1    | 10,1              | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Όσον αφορά τον βαθμό που παρέχεται βοήθεια στις οικιακές δουλειές, ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσαν πάρα πολύ (47.5%). Στη συνέχεια ένα ποσοστό 17,3% απάντησε πολύ, το 13,7% δήλωσε αρκετά, το 9,4% ελάχιστα και το 2,2% καθόλου. Ένα 10,1% δεν απάντησε.

**β) Προετοιμασία γεύματος**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Πάρα πολύ      | 16        | 11,5    | 11,5              | 11,5                         |
| Πολύ           | 8         | 5,8     | 5,8               | 17,3                         |
| Αρκετά         | 14        | 10,1    | 10,1              | 27,3                         |
| Ελάχιστα       | 18        | 12,9    | 12,9              | 40,3                         |
| Καθόλου        | 27        | 19,4    | 19,4              | 59,7                         |
| Δεν απαντήθηκε | 56        | 40,3    | 40,3              | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Αξιοσημείωτο σε αυτόν τον πίνακα είναι το γεγονός ότι το 40,3% δεν απάντησε αν δέχεται βοήθεια στην προετοιμασία γεύματος. Ένα επίσης σημαντικό ποσοστό 19,4% απάντησε ότι δεν δέχεται καθόλου αυτή την υπηρεσία, ενώ το 12,9% απάντησε ελάχιστα. Αρκετά το 10,1%, πάρα πολύ το 11,5% και ένα μικρό ποσοστό 5,8% απάντησε πολύ.

**γ) Εξωτερικές δουλειές**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Πάρα πολύ      | 73        | 52,5    | 52,5              | 52,5                         |
| Πολύ           | 18        | 12,9    | 12,9              | 65,5                         |
| Αρκετά         | 22        | 15,8    | 15,8              | 81,3                         |
| Ελάχιστα       | 12        | 8,6     | 8,6               | 89,9                         |
| Καθόλου        | 5         | 3,6     | 3,6               | 93,5                         |
| Δεν απαντήθηκε | 9         | 6,5     | 6,5               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Εδώ παρατηρούμε ότι οι μισοί από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι τους παρέχεται βοήθεια στις εξωτερικές δουλειές πάρα πολύ με το ποσοστό να αγγίζει το 52,5%. Εν συνεχεία το 12,9% απάντησε πως δέχεται πολύ αυτή την υπηρεσία, αρκετά το 15,8%, ελάχιστα το 8,6%, καθόλου το 3,6%, ενώ το 6,5% δεν απάντησε.

Νοσηλεύτρια

**δ) Συνοδεία σε υπηρεσίες**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Πάρα πολύ      | 60        | 43,2    | 43,2              | 43,2                         |
| Πολύ           | 21        | 15,1    | 15,1              | 58,3                         |
| Αρκετά         | 11        | 7,9     | 7,9               | 66,2                         |
| Ελάχιστα       | 7         | 5,0     | 5,0               | 71,2                         |
| Καθόλου        | 7         | 5,0     | 5,0               | 76,3                         |
| Δεν απαντήθηκε | 33        | 23,7    | 23,7              | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Από τις απαντήσεις των εξυπηρετούμενων του προγράμματος προκύπτει ότι ένα ποσοστό της τάξεως 43,2%, δηλαδή τα 60 από τα 139 άτομα, συνοδεύεται σε υπηρεσίες πάρα πολύ, πολύ τα 21 άτομα και αρκετά τα 11. Ελάχιστα απάντησαν 7 άτομα και καθόλου επίσης 7 άτομα. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι τα 33 άτομα (23,7%) δεν έδωσαν καμία απάντηση.

**ε) Παρακολούθηση σωστής λήψης φαρμάκων**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Πάρα πολύ      | 102       | 73,4    | 73,4              | 73,4                         |
| Πολύ           | 27        | 19,4    | 19,4              | 92,8                         |
| Αρκετά         | 6         | 4,3     | 4,3               | 97,1                         |
| Καθόλου        | 1         | 0,7     | 0,7               | 97,8                         |
| Δεν απαντήθηκε | 3         | 2,2     | 2,2               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Πάνω από τους μισούς, δηλαδή 102 άτομα δήλωσαν ότι, τους παρέχεται πάρα πολύ η υπηρεσία που αφορά την παρακολούθηση σωστής λήψης φαρμάκων. Πολύ απάντησαν τα 27 άτομα, αρκετά τα 6 και καθόλου μόλις 1 άτομο (0,7%). Ένα μικρό ποσοστό (2,2%), δηλαδή 3 άτομα δεν απάντησαν στην συγκεκριμένη ερώτηση.

**στ) Συμβουλευτική για την βελτίωση της υγείας**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Πάρα πολύ      | 91        | 65,5    | 65,5              | 65,5                         |
| Πολύ           | 26        | 18,7    | 18,7              | 84,2                         |
| Αρκετά         | 8         | 5,8     | 5,8               | 89,9                         |
| Καθόλου        | 1         | 0,7     | 0,7               | 90,6                         |
| Δεν απαντήθηκε | 13        | 9,4     | 9,4               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων και πιο συγκεκριμένα τα 91 άτομα δήλωσαν ότι δέχονται πάρα πολύ συμβουλευτική για την βελτίωση της υγείας τους από την

νοσηλεύτρια του προγράμματος. Επίσης, τα 26 άτομα απάντησαν ότι δέχονται πολύ αυτή την υπηρεσία, ενώ τα 8 άτομα απάντησαν αρκετά και μόλις 1 άτομο, καθόλου. Τέλος, 13 άτομα δεν απάντησαν.

Κοινωνική Λειτουργός

**ζ) Κοινωνική και ψυχολογική στήριξη**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Πάρα πολύ      | 92        | 66,2    | 66,2              | 66,2                         |
| Πολύ           | 25        | 18,0    | 18,0              | 84,2                         |
| Αρκετά         | 16        | 11,5    | 11,5              | 95,7                         |
| Ελάχιστα       | 3         | 2,2     | 2,2               | 97,8                         |
| Καθόλου        | 1         | 0,7     | 0,7               | 98,6                         |
| Δεν απαντήθηκε | 2         | 1,4     | 1,4               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι στα 92 από τα 139 άτομα των ερωτηθέντων παρέχεται πάρα πολύ κοινωνική και ψυχολογική στήριξη. Τα 25 άτομα αναφέρουν πως τους παρέχεται πολύ και αρκετά τα 16 άτομα. Τρία άτομα από τα 139 που ρωτήθηκαν απάντησαν ελάχιστα, και μόλις 1 άτομο (0,7%) έδωσε την απάντηση καθόλου. Τέλος, 2 άτομα (1,4%), δεν απάντησαν.

**η) Προσδιορισμός των αναγκών και επίλυσής τους**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Πάρα πολύ      | 81        | 58,3    | 58,3              | 58,3                         |
| Πολύ           | 22        | 15,8    | 15,8              | 74,1                         |
| Αρκετά         | 13        | 9,4     | 9,4               | 83,5                         |
| Ελάχιστα       | 3         | 2,2     | 2,2               | 85,6                         |
| Καθόλου        | 1         | 0,7     | 0,7               | 86,3                         |
| Δεν απαντήθηκε | 19        | 13,7    | 13,7              | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι ο προσδιορισμός των αναγκών και η επίλυσή τους από τον κοινωνικό λειτουργό παρέχεται στους εξυπηρετούμενους πάρα πολύ με ποσοστό 58,3%, και τα άτομα να φθάνουν τα 81. Ότι τους παρέχεται αυτή η υπηρεσία πολύ δήλωσε τα 22 άτομα, αρκετά τα 13 άτομα, ελάχιστα τα 3 άτομα, καθόλου μόλις 1 άτομο και τα 19 από τα 139 άτομα δεν απάντησαν.

**θ) Πληροφορίες για τα δικαιώματα και ενημέρωση για συντάξεις..**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Πάρα πολύ      | 87        | 62,6    | 62,6              | 62,6                         |
| Πολύ           | 21        | 15,1    | 15,1              | 77,7                         |
| Αρκετά         | 6         | 4,3     | 4,3               | 82,0                         |
| Ελάχιστα       | 7         | 5,0     | 5,0               | 87,1                         |
| Καθόλου        | 2         | 1,4     | 1,4               | 88,5                         |
| Δεν απαντήθηκε | 16        | 11,5    | 11,5              | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

Τα 87 άτομα απάντησαν ότι δέχονται πάρα πολύ πληροφορίες για δικαιώματα καθώς και ενημέρωση για συντάξεις και προνοιακά επιδόματα. Τα 21 άτομα πολύ, τα 6 άτομα αρκετά, τα 7 άτομα ελάχιστα, τα 2 άτομα καθόλου και τα 16 άτομα δεν έθεσαν κάποια απάντηση σε αυτό το ερώτημα.

**17. Θεωρείτε ότι έχουν καλυφθεί οι ανάγκες για τις οποίες απευθυνθήκατε στο πρόγραμμα;**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Πάρα πολύ      | 73        | 52,5    | 52,5              | 52,5                         |
| Πολύ           | 47        | 33,8    | 33,8              | 86,3                         |
| Αρκετά         | 16        | 11,5    | 11,5              | 97,8                         |
| Καθόλου        | 1         | 0,7     | 0,7               | 98,6                         |
| Δεν απαντήθηκε | 2         | 1,4     | 1,4               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Τα περισσότερα άτομα σε αυτήν την ερώτηση απάντησαν πως έχουν καλυφθεί οι ανάγκες για τις οποίες απευθύνθηκαν στο πρόγραμμα, (πάρα πολύ τα 73 άτομα και πολύ τα 47 άτομα). Μικρότερα ποσοστά εμφανίζονται στις απαντήσεις αρκετά και καθόλου με ποσοστά 11,5% και 0,7%, δηλαδή 16 και 1 άτομο αντίστοιχα. Δύο άτομα δεν απάντησαν (1,4%).

**17 β) Ποιες ανάγκες σας δεν έχουν καλυφθεί επαρκώς;**

|                      | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Δεν απαντήθηκε       | 98        | 70,5    | 70,5              | 70,5                         |
| Όλες, καμία, καθόλου | 12        | 8,6     | 8,6               | 79,1                         |
| Ιατρικές             | 7         | 5,0     | 5,0               | 84,2                         |
| Άλλο                 | 22        | 15,8    | 15,8              | 100,0                        |
| Σύνολο               | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Ένα σημαντικό μεγάλο ποσοστό (70,5%) δεν απάντησε στο ερώτημα. Το 8,6% απάντησε πως όλες (καμία, καθόλου) τους οι ανάγκες δεν έχουν καλυφθεί επαρκώς, το 5,0% έκανε αναφορά για τη μη κάλυψη ιατρικών αναγκών, ενώ το 15,8% έδωσε άλλες πιθανές απαντήσεις όπως: οικονομική βοήθεια, καθημερινή συντροφιά, ψυχολογική υποστήριξη και οικιακές δουλειές.

**18. Πόσο χρόνο σας αφιερώνει το προσωπικό, ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες σας;**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Πάρα πολύ      | 46        | 33,1    | 33,1              | 33,1                         |
| Πολύ           | 84        | 60,4    | 60,4              | 93,5                         |
| Πολύ λίγο      | 3         | 2,2     | 2,2               | 95,7                         |
| Λίγο           | 3         | 2,2     | 2,2               | 97,8                         |
| Δεν απαντήθηκε | 3         | 2,2     | 2,2               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)



Το μεγαλύτερο ποσοστό (60,4%) σε αυτή την ερώτηση απάντησε ότι το προσωπικό αφιερώνει πολύ χρόνο ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες τους. Ακολουθεί 33,1% που απάντησε πάρα πολύ. Έξι άτομα από τα 139 δεν είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένα καθώς επέλεξαν τις πιθανές απαντήσεις πολύ λίγο και λίγο με ποσοστά 2,2% και τις περιπτώσεις. Τέλος 3 άτομα δεν έδωσαν καμία απάντηση (2,2%).

**19. Πόσο ικανοποιητικός είναι ο τρόπος από το προσωπικό του προγράμματος με τον οποίο καλύπτουν τις ανάγκες σας;**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Πάρα πολύ      | 78        | 56,1    | 56,1              | 56,1                         |
| Πολύ           | 48        | 34,5    | 34,5              | 90,6                         |
| Αρκετά         | 10        | 7,2     | 7,2               | 97,8                         |
| Λίγο           | 1         | 0,7     | 0,7               | 98,6                         |
| Δεν απαντήθηκε | 2         | 1,4     | 1,4               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Το 56,1% θεωρεί ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιητικός ο τρόπος από το προσωπικό του προγράμματος με τον οποίο καλύπτουν τις ανάγκες του. Επίσης πολύ ικανοποιημένοι δείχνουν να είναι τα 48 άτομα από τα 139, με ποσοστό 34,5%. Αρκετά απάντησαν το 7,2%, λίγο το 0,7% και το 1,4% δεν απάντησε.

**19β). Πόσο ικανοποιητικός είναι ο τρόπος από το προσωπικό του προγράμματος με τον οποίο καλύπτουν τις ανάγκες σας;**

|                              | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|------------------------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Δεν απαντήθηκε               | 53        | 38,1    | 38,1              | 38,1                         |
| Χρειάζομαι περισσότερο χρόνο | 7         | 5,0     | 5,0               | 43,2                         |
| Άλλο                         | 79        | 56,8    | 56,8              | 100,0                        |
| Σύνολο                       | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Σε αυτή την ανοιχτή ερώτηση τα 53 (38,1) από τα 139 άτομα δεν έδωσαν κάποια απάντηση. Τα υπόλοιπα άτομα με ποσοστό 56,8% έδωσαν ποικίλες απαντήσεις και κάποιες από αυτές είναι οι εξής: «λόγω καλής εξειδίκευσης της δουλειάς τους , εχεμύθειας και καλής εξυπηρέτησης», «το προσωπικό είναι ευγενικό και η βοήθεια που προσφέρει πολύ σημαντική», «Είναι σημαντικές οι παροχές του προγράμματος για μένα καθώς δεν υπάρχει η οικονομική δυνατότητα για να πληρώσω οικογενειακή βοήθ ή ένα άτομο για βοήθεια σε ιατρικές εξετάσεις. Είναι σημαντικό επίσης η ψυχολογική στήριξη και η συντροφιά που παρέχεται από τα προσωπικό, καθώς είμαι μόνη μου και βιώνω έντονα το αίσθημα της μοναξιάς». Από τα 139 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα τα 7 (5,0%) απάντησαν ότι χρειάζονται περισσότερο χρόνο και επισκέψεις από την πλευρά του προσωπικού. πχ. «θα ήθελα η συχνότητα επισκέψεων να αυξηθεί κυρίως στον τομέα της φροντίδας του νοικοκυριού», «χρειάζομαι περισσότερο χρόνο».

**20. Πόσο συχνά σας επισκέπτεται το προσωπικό;**

|                            | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| 1 φορά την εβδομάδα        | 96        | 69,1    | 69,1              | 69,1                         |
| 1 φορά το δεκαπενθήμερο    | 32        | 23,0    | 23,0              | 92,1                         |
| Πάνω από μια φορά εβδομάδα | 9         | 6,5     | 6,5               | 98,6                         |
| Δεν απαντήθηκε             | 2         | 1,4     | 1,4               | 100,0                        |
| Σύνολο                     | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Το προσωπικό φαίνεται ότι επισκέπτεται μια φορά την εβδομάδα τα 96 άτομα (69,1%), μια φορά το δεκαπενθήμερο τα 32 άτομα (23,0%), πάνω από μια φορά την εβδομάδα τα 9 άτομα (6,5%) και μόλις 2 άτομα (1,4%) δεν απάντησαν.

**21. Σας ικανοποιεί η συχνότητα των επισκέψεων;**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Ναι            | 104       | 74,8    | 74,8              | 74,8                         |
| Όχι            | 30        | 21,6    | 21,6              | 96,4                         |
| Δεν απαντήθηκε | 5         | 3,6     | 3,6               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Πάνω από τους μισούς, 104 άτομα, με ποσοστό 74,8% δήλωσαν ότι τους ικανοποιεί η συχνότητα των επισκέψεων, ενώ τα 30 άτομα (21,6%) απάντησαν αρνητικά και τα 5 άτομα (3,6%) δεν έδωσαν καμία απάντηση.

**21 β) Αν όχι πόσο συχνά θα θέλατε;**

|                        | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|------------------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Δεν απαντήθηκε         | 10        | 7,2     | 7,2               | 7,2                          |
| Ικανοποιημένος         | 103       | 74,1    | 74,1              | 81,3                         |
| 1-3 φορές την εβδομάδα | 10        | 7,2     | 7,2               | 88,5                         |
| Κάθε μέρα              | 8         | 5,8     | 5,8               | 94,2                         |
| Άλλο                   | 8         | 5,8     | 5,8               | 100,0                        |
| Σύνολο                 | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Σχετικά με την συχνότητα επισκέψεων από το προσωπικό τα 103 άτομα είναι ικανοποιημένοι. Τα 10 άτομα δήλωσαν ότι θα ήθελαν οι επισκέψεις να γίνονται 1-3 φορές την εβδομάδα, κάθε μέρα 8 άτομα. Επίσης, 8 άτομα απάντησαν άλλο με πιθανές απαντήσεις: κάθε εβδομάδα, κάθε δεύτερη μέρα και πιο συχνά. Τέλος τα 10 άτομα δεν απάντησαν.

**22 α) Θεωρείτε επαρκές το προσωπικό που σας επισκέπτεται;**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Ναι            | 43        | 30,9    | 30,9              | 30,9                         |
| Όχι            | 92        | 66,2    | 66,2              | 97,1                         |
| Δεν απαντήθηκε | 4         | 2,9     | 2,9               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Το μεγαλύτερο ποσοστό (66,2%), δηλαδή τα 92 άτομα από τα 139 απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση. Ωστόσο τα 43 άτομα (30,9%) θεωρούν το προσωπικό επαρκές. Τέσσερα άτομα δεν απάντησαν στην ερώτηση (2,9%).

**22 β) Αν όχι, αναφέρετε ειδικότητα:**

|                            | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Γιατρό                     | 34        | 37%     | 37%               | 37%                          |
| Φυσικοθεραπευτή            | 11        | 12%     | 12%               | 49%                          |
| Άλλο                       | 4         | 4%      | 4%                | 53%                          |
| Γιατρό και φυσικοθεραπευτή | 39        | 43%     | 43%               | 96%                          |
| Δεν απαντήθηκε             | 4         | 4%      | 4%                | 100,0                        |
| Σύνολο                     | 92        | 100,0   | 100,0             |                              |

**(Βλέπε Παράρτημα 2)**

Σε συνέχεια της προηγούμενης ερώτησης παρατηρούμε ότι ένα ποσοστό 37%, δηλαδή 34 άτομα θεωρούν ότι θα ήθελαν στο προσωπικό να συγκαταλέγεται και γιατρός. Τα 11 άτομα (12%) θα ήθελαν φυσικοθεραπευτή και τα 39 άτομα και τις δύο αυτές ειδικότητες μαζί. Τέσσερα άτομα (4%) από τα 92 ανέφεραν άλλες ειδικότητες (ψυχίατρο, ψυχολόγο, εργοθεραπευτή). Ένα 4%, δηλαδή 4 άτομα, δεν έδωσαν κάποια απάντηση.

**23. Τι άλλες υπηρεσίες θα θέλατε να σας προσφέρει το πρόγραμμα;**

|                                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|--------------------------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Δεν απαντήθηκε                 | 93        | 66,9    | 66,9              | 66,9                         |
| Ιατρική στήριξη                | 14        | 10,1    | 10,1              | 77,0                         |
| Φυσιοθεραπεία                  | 8         | 5,8     | 5,8               | 82,7                         |
| Αιμοληψίες και άλλες υπηρεσίες | 9         | 6,5     | 6,5               | 89,2                         |
| Άλλο                           | 15        | 10,8    | 10,8              | 100,0                        |
| Σύνολο                         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

**(Βλέπε Παράρτημα 2)**

Όσον αφορά ποιες άλλες υπηρεσίες θα ήθελαν να παρέχει το πρόγραμμα τα 93 άτομα (66,9%) δεν έδωσαν καμία απάντηση, τα 14 άτομα (10,1%) δήλωσαν πως θα ήθελε ιατρική στήριξη, τα 8 άτομα (5,8%) φυσιοθεραπεία, τα 9 άτομα (6,5%) αιμοληψίες και άλλες υπηρεσίες και τα 15 άτομα (10,8%) απάντησαν άλλο (οικονομική στήριξη, ψυχίατρο, νευρολόγο, διανομή φαγητού, συνεργασία με κλινικές και νοσοκομεία).

**24. Θα προτείνατε σε κάποιον δικό σας φίλο ή συγγενή το πρόγραμμα «Βοήθεια το σπίτι»;**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Ναι            | 136       | 97,8    | 97,8              | 97,8                         |
| Δεν απαντήθηκε | 3         | 2,2     | 2,2               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Η συντριπτική πλειοψηφία των 136 από τους 139 ερωτηθέντες απάντησαν ότι θα πρότειναν το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» σε κάποιον φίλο ή συγγενή (97,8%). Μόνο 3 άτομα από τα 139 δεν έδωσαν απάντηση σε αυτή την ερώτηση (2,2%).

**24. β) Για ποιόν λόγο θα προτείνατε το πρόγραμμα σε κάποιον φίλο ή συγγενή σας;**

|                                 | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|---------------------------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Δεν απαντήθηκε                  | 97        | 69,8    | 69,8              | 69,8                         |
| Το πρόγραμμα είναι βοηθητικό    | 17        | 12,2    | 12,2              | 82,0                         |
| Ικανοποιημένοι από το πρόγραμμα | 7         | 5,0     | 5,0               | 87,1                         |
| Άλλο                            | 18        | 12,9    | 12,9              | 100,0                        |
| Σύνολο                          | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Αξιοσημείωτο σε αυτή την ερώτηση είναι το γεγονός ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δεν απάντησε (69,8%), δηλαδή τα 97 άτομα. Ωστόσο ανάμεσα σε αυτούς που απάντησαν, δηλαδή τα 17 άτομα (12,2%) θεωρούν ότι το πρόγραμμα είναι βοηθητικό και γι αυτόν τον λόγο θα το πρότεινε σε κάποιον φίλο ή συγγενή, και τα 7 άτομα (5,0%) είναι ικανοποιημένοι από το πρόγραμμα. Ένα ποσοστό 12,9%, δηλαδή τα 18 από τα 139 άτομα έδωσαν άλλους λόγους όπως: «είναι πάντα δίπλα μου», «είναι αναγκαία υπηρεσία», «έχουν μεγάλη εμπειρία».

**25. Θα θέλατε το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» να συνεχιστεί;**

|                | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|----------------|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Ναι            | 135       | 97,1    | 97,1              | 97,1                         |
| Δεν απαντήθηκε | 4         | 2,9     | 2,9               | 100,0                        |
| Σύνολο         | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

(Βλέπε Παράρτημα 2)

Το 97,1%, δηλαδή τα 135 άτομα θα ήθελαν να συνεχιστεί το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι». Ωστόσο, 4 άτομα (2,9%) δεν έθεσαν κάποια απάντηση.

**25. β) Για ποιόν λόγο θα θέλατε να συνεχιστεί το πρόγραμμα;**

|  | Συχνότητα | Ποσοστό | Σχετική Συχνότητα | Αθροιστική Σχετική Συχνότητα |
|--|-----------|---------|-------------------|------------------------------|
| Δεν απαντήθηκε                           | 72        | 51,8    | 51,8              | 51,8                         |
| Γιατί αισθάνονται ασφάλεια               | 6         | 4,3     | 4,3               | 56,1                         |
| Γιατί τους βοηθούν                       | 15        | 10,8    | 10,8              | 66,9                         |
| Γιατί το θεωρούν αναγκαίο και απαραίτητο | 18        | 12,9    | 12,9              | 79,9                         |
| Άλλο                                     | 28        | 20,1    | 20,1              | 100,0                        |
| Σύνολο                                   | 139       | 100,0   | 100,0             |                              |

Παρατηρούμε ότι, οι μισοί από τους ερωτηθέντες, 72 άτομα (51,8%), δεν έδωσαν κάποια απάντηση στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου. Ένα ποσοστό της τάξεως 12,9%, (18 άτομα) δηλώνει ότι θα ήθελε να συνεχιστεί το πρόγραμμα, διότι το θεωρούν αναγκαίο και απαραίτητο, το 10,8% (15 άτομα) θεωρεί ότι είναι βοηθητικό πρόγραμμα, ενώ το 4,3% (6 άτομα) δήλωσε ότι αισθάνεται ασφάλεια. Τέλος, ένα σημαντικό ποσοστό 20,1% (28 άτομα) έθεσε άλλους λόγους όπως: «είναι ευχής έργον», «γιατί βελτιώνει την ζωή των ανθρώπων που έχουν ανάγκη και φροντίζουν τα πρακτικά τους ζητήματα», «θέλω να μην σταματήσει, γιατί τότε θα μείνω μόνη μου», «δεν έχω κανέναν άλλον στον κόσμο», «γιατί είναι οι άνθρωποί μας».



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### Συμπεράσματα

#### 6.1 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας επιδιώξαμε να διερευνήσουμε κάποια ερωτήματα, προκειμένου να επαληθεύσουμε ή μη τις υποθέσεις που καταγράψαμε αρχικά. Για να συμβεί αυτό, θα συσχετίσουμε τα ερευνητικά αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα με τις παρακάτω ερευνητικές υποθέσεις που αποτέλεσαν την βάση για την έρευνά μας.

- Οι εξυπηρετούμενοι του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι γνωρίζουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες

Μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνάς μας αρχικά φαίνεται πως οι εξυπηρετούμενοι του «Βοήθεια στο σπίτι», ενημερώθηκαν για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος, κυρίως από το προσωπικό, με ποσοστό 29,5%. Ακόμα αρκετοί είναι εκείνοι που δήλωσαν ότι ενημερώθηκαν από φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο, με ποσοστό 17,3% και 19,4% αντίστοιχα. Οι εξυπηρετούμενοι, όπως δείχνουν οι απαντήσεις τους, γνωρίζουν τις υπηρεσίες. Σχεδόν όλο το δείγμα, απάντησε θετικά με ποσοστό 93,5%, ενώ όχι απάντησε μόλις ένα άτομο, υπήρξαν βέβαια και άτομα που δεν έδωσαν απάντηση στο ερώτημα (5,8%).

- Όσο πιο σύντομα εγκρίνεται η αίτηση στο πρόγραμμα τόσο πιο ικανοποιημένος θα είναι ο αιτών

Στην ερώτησή μας «πόσο καιρό χρειάστηκε να περιμένετε, ώστε να εγκριθεί το αίτημα σας» το 51,1% χρειάστηκε να περιμένει 2-7 ημέρες, το 27,3% εγκρίθηκε αμέσως και το 11,5% δεν απάντησε. Μόλις 4 άτομα απάντησαν πως δεν γνωρίζουν καθώς δεν έκαναν οι ίδιοι την αίτηση, αλλά κάποιο συγγενικό/φιλικό τους πρόσωπο. Στην αμέσως επόμενη ερώτηση σχετικά με την ικανοποίηση του διαστήματος αναμονής το 63,3% είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο, το 28,1% πολύ και 3 άτομα δεν έδωσαν καμία απάντηση. Από τις δύο ερωτήσεις προκύπτει ότι ο

αιτών είναι ικανοποιημένος με το διάστημα αναμονής καθώς η πλειοψηφία απάντησε θετικά και δεν χρειάστηκε να περιμένει πάνω από μια βδομάδα. Μόνο 10 άτομα απάντησαν πως χρειάστηκαν να περιμένουν πάνω από μια βδομάδα και κανένας δεν απάντησε πως δεν είναι ικανοποιημένος. Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι το ερευνητικό αυτό ερώτημα δεν επαληθεύεται. Το διάστημα αναμονής δεν σχετίζεται με την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων από το πρόγραμμα.

- Με όση μεγαλύτερη επάρκεια έχουν καλυφθεί οι ανάγκες του εξυπηρετούμενου στο πρόγραμμα, τόσο πιο ικανοποιημένος θα είναι αυτός

Όσο αφορά τις ερωτήσεις σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος απάντησε πως δέχεται βοήθεια στις οικιακές δουλειές (πάρα πολύ το 47,5% και πολύ το 17,3%), ενώ το 10,1% δεν απάντησε. Στην επόμενη ερώτηση που αφορούσε την προετοιμασία του γεύματος οι μισοί δεν απάντησαν καθόλου, με ποσοστό 40,3%. Το 19,4% απάντησε πως δεν δέχεται καθόλου βοήθεια, ενώ πάρα πολύ απάντησε το 11,5%. Σχετικά με τις εξωτερικές δουλειές ένα μεγάλο ποσοστό απάντησε πως δέχεται βοήθεια σε αυτόν τον τομέα (πάρα πολύ το 52,5% και πολύ το 12,9%), αρκετά και ελάχιστα δέχεται το 15,8% και το 8,6% αντίστοιχα. Σε άλλη ερώτηση που αφορούσε τη συνοδεία σε υπηρεσίες, φαίνεται ότι το 43,2% δέχεται πάρα πολύ αυτή την υπηρεσία, πολύ το 15,1%, ενώ το 23,7% δεν έδωσε κάποια απάντηση. Παρακολούθηση σωστής λήψης φαρμάκων παρέχεται πάρα πολύ στο 73,4%, πολύ στο 19,4%, ενώ μόλις ένα άτομο απάντησε καθόλου. Εν συνεχεία συμβουλευτική για την βελτίωση της υγείας δέχεται πάρα πολύ, όπως προκύπτει από τα ερωτηματολόγια, το 65,5% και πολύ το 18,5%. Για μια ακόμη φορά υπήρχαν αναπάντητα ερωτηματολόγια με ποσοστό 9,4%. Συμβουλευτική και ψυχολογική στήριξη δέχεται μεγάλο μέρος των ερωτηθέντων (πάρα πολύ το 66,2% και πολύ το 18,0%). Αρκετά δήλωσε ότι δέχεται αυτή την υπηρεσία το 11,5%, ενώ ένα άτομο απάντησε καθόλου και δυο δεν απάντησαν. Ακολουθεί η υπηρεσία με τον προσδιορισμό των αναγκών και την επίλυσή τους. Εδώ, όπως φαίνεται και στον πίνακα, το 58,3% δήλωσε ότι δέχεται αυτήν την υπηρεσία πάρα πολύ, πολύ το 15,8% και το 13,7% δεν έδωσε καμία απάντηση. Στον τελευταίο πίνακα της ερώτησης 16, που αναφέρεται στις πληροφορίες για τα δικαιώματα και ενημέρωση για τις συνάξεις κ.ά. το 62,6% απάντησε πως τους παρέχεται πάρα πολύ αυτή η υπηρεσία και πολύ το 33,8%,

ενώ αρκετά δήλωσε το 11,5%. Στην ερώτηση 17 «θεωρείτε ότι έχουν καλυφθεί οι ανάγκες για τις οποίες απευθυνθήκατε στο πρόγραμμα» το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος απάντησε θετικά (πάρα πολύ το 52,5% και πολύ το 33,8%). Επίσης ένα άτομο απάντησε πως δεν έχουν καλυφθεί καθόλου οι ανάγκες του και μόλις 2 άτομα δεν απάντησαν. Σημαντικά είναι τα αποτελέσματα στην επόμενη ερώτηση «ποιες ανάγκες σας δεν έχουν καλυφθεί επαρκώς», καθώς το μεγαλύτερο μέρος δεν απάντησε με ποσοστό 70,5%. Δυσανεστημένοι φαίνεται να είναι 12 άτομα που απάντησαν πως όλες οι ανάγκες τους δεν έχουν καλυφθεί, ενώ το 15,8% έδωσε διάφορες απαντήσεις όπως, οικονομική βοήθεια, καθημερινή συντροφιά, οικιακές δουλειές και ψυχολογική υποστήριξη. Οι απαντήσεις που προκύπτουν από την τελευταία ερώτηση έρχονται σε αντίφαση με τις προηγούμενες απαντήσεις, καθώς αρχικά φαίνονται ικανοποιημένοι οι ερωτηθέντες, εδώ όμως, συμπεραίνουμε το αντίθετο. Όπως έχουμε αναφέρει πολλάκις, μπορεί, το ποσοστό που δεν απάντησε να μην κατανόησε την ερώτηση, να κουράστηκε, ή να μην συμπληρώθηκε από τους ίδιους και για αυτόν τον λόγο δεν είναι δυνατό να γνωρίζουμε αν είναι ικανοποιημένοι. Ωστόσο από υπόλοιπο ποσοστό (29,5%) διακρίνουμε μια δυσανεσκεια πράγμα που μας προβληματίζει καθώς στις προηγούμενες ερωτήσεις το μεγαλύτερο μέρος απάντησε πως δέχεται τις συγκεκριμένες υπηρεσίες.

- Με ποιον τρόπο συμβάλει το προσωπικό του προγράμματος στον βαθμό ικανοποίησης των εξυπηρετούμένων

Όπως προκύπτει από τον πίνακα της ερώτησης 18 το προσωπικό αφιερώνει πολύ χρόνο ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των εξυπηρετούμένων. Στην επόμενη ερώτηση «πόσο ικανοποιητικός είναι ο τρόπος από το προσωπικό του προγράμματος με τον οποίο καλύπτουν τις ανάγκες σας» οι ερωτηθέντες απάντησαν θετικά με ποσοστά 56,1% (πάρα πολύ) και 34,5% (πολύ). Λιγότερο ικανοποιημένο είναι μόλις ένα άτομο και 2 δεν έδωσαν καμία απάντηση. Σχετικά με την αιτιολόγηση αυτής της απάντησης το 38,8% δεν απάντησε, ενώ το 5,0% απάντησε πως χρειάζεται περισσότερο και το 56,1% έδωσε ποικίλες απαντήσεις «υπάρχει ενδιαφέρον, γνώση αντικειμένου και αποτελεσματικότητα όσον αφορά τα προβλήματα και τις ανάγκες μου», «λόγω καλής εξειδίκευσης της δουλειάς τους, εχεμύθειας και καλής εξυπηρέτησης», «το προσωπικό είναι ευγενικό και η

βοήθεια που προσφέρει πολύ σημαντική», «υπάρχει προθυμία και εξειδικευμένη γνώση από όλο το προσωπικό για την κάλυψη των αναγκών μου». Όσον αφορά τη συχνότητα των επισκέψεων από το προσωπικό, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε πως δέχεται τις υπηρεσίες του προγράμματος μια φορά την εβδομάδα, με ποσοστό 69,1%, ενώ το 23,0% δήλωσε πως δέχεται μια φορά το δεκαπενθήμερο. Ικανοποιημένοι από την συχνότητα είναι σχεδόν όλο το δείγμα με ποσοστό 74,8%, ενώ αρνητικά απάντησε το 21,6%. Ανάμεσα σε αυτούς που δεν είναι ικανοποιημένοι το 7,2% δήλωσε πως θα ήθελε οι επισκέψεις να γίνονται 1-3 φορές την εβδομάδα, το 5,8% κάθε μέρα, ενώ το 7,2% δεν έθεσε κάποια απάντηση. Επιπλέον το 30,9% θεωρεί επαρκές το προσωπικό, ενώ το 66,2% όχι. Επικρατέστερες ειδικότητες, που θα επιθυμούσαν οι ερωτηθέντες να υπάγονται στο πρόγραμμα, είναι ο γιατρός και ο φυσιοθεραπευτής. Μόλις τέσσερα άτομα δήλωσαν πως θα ήθελαν, ψυχίατρο, ψυχολόγο και εργοθεραπευτή.

## **6.2 ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Από το σύνολο του δείγματος μας στην συγκεκριμένη μελέτη, το οποίο εξυπηρετείται από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», παρατηρούμε ότι οι γυναίκες είναι περισσότερες από τους άντρες με ποσοστό 66,2% και 33,8% αντίστοιχα. Όσον αφορά την ηλικία η πλειοψηφία του δείγματός μας (82,0%) ανήκει στους υπερήλικους 71 ετών και άνω, γεγονός που δεν μας εκπλήσσει καθόλου καθώς, η αναλογία υπερηλίκων από 19% το 2010 θα φτάσει στο 30% το 2050 και ο δείκτης εξάρτησης (αναλογία μη παραγωγικών ατόμων σε 100 παραγωγικά) από 50% το 2010 θα αναρριχηθεί στο 82% το 2050 (Παπαδάκης και συν. 2012: 13). Ο πληθυσμός αυτός είναι πιο ευάλωτος όσον αφορά την υγεία του, καθώς με το πέρασμα των χρόνων παρατηρείται μια φυσιολογική φθορά που περιορίζει το άτομο σε διάφορους τομείς, όπως αντοχή, ενέργεια κ.ά., χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν μπορεί να συμμετάσχει σε άλλες δραστηριότητες.

Στην ερώτηση σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 43,2% δήλωσε ότι είναι σε χηρεία, ενώ ένας εξίσου μεγάλος αριθμός, και πιο συγκεκριμένα 54 από τα 139 άτομα, δήλωσε ότι είναι παντρεμένοι. Επιπλέον, στην ερώτηση «έχετε παιδιά;» το 69,8% απάντησε πως έχει, ενώ το 30,2 ότι δεν έχει.

Όσον αφορά την σύνθεση της οικογένειας, παρατηρούμε ότι το 48,9% έχει από 1-2 παιδιά και το 16,5% ότι έχει 3-4 παιδιά. Αξίζει να σημειωθεί, πως υπάρχουν εξυπηρετούμενοι στο πρόγραμμα που έχουν παιδιά, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι δέχονται φροντίδα από αυτά πιθανότατα λόγω είτε μακρινής διαβίωσης, είτε λόγω αδιαφορίας των παιδιών. Από τις απαντήσεις των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα συμπεραίνουμε ακόμη ότι το 49,6% απάντησε ότι μένουν μόνοι τους στο σπίτι, ενώ το 43,9% ότι δεν ζουν μόνοι τους. Οι μισοί λοιπόν, από τους ερωτηθέντες μένουν μόνοι τους, και αυτό έχει ως συνέπεια την επιτακτική ανάγκη παρέμβασης των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι». Επίσης εκφράζουν καλύτερη άποψη για τις παρεχόμενες υπηρεσίες αν λάβουμε υπόψη ότι πρόκειται για μοναχικά άτομα. Με την παρουσία του προσωπικού μέσα στο σπίτι τους, οι εξυπηρετούμενοι αυτοί δεν αισθάνονται το ίδιο έντονα το αίσθημα της μοναξιάς. Ακόμα και η ελάχιστη προσφορά τους προσφέρει σιγουριά και ικανοποίηση. Από τα άτομα που συζούν με κάποιο άλλο άτομο στο σπίτι, έχουμε τα εξής αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, τα 51 από τα 139 άτομα (36,7%) απάντησαν ότι συζούν με 1-2 άτομα, ενώ 8 άτομα (5,8%) με 3-4.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στον δήμο Πατρέων, ο οποίος παρουσιάζει ιδιαίτερα μορφολογία, την οποία συνθέτουν διάφορες ορεινές και πεδινές περιοχές. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων απάντησαν ότι εξυπηρετούνται από «Βοήθεια στο σπίτι» στο κέντρο. Πιο αναλυτικά τα 23 άτομα από το Κεντρικό Διαμέρισμα (16,5%), τα 25 από το Νότιο (18%) και τα 31 από το Αρκτικό Διαμέρισμα (22,3%). Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι από το «Βοήθεια στο σπίτι» στην ορεινή περιοχή της Μεσσήτιδος συγκεντρώθηκε μηδενικός αριθμός ερωτηματολογίων, τα οποία πιθανότατα να χάθηκαν.

Η ερώτηση 8 του ερωτηματολογίου είναι πολλαπλής επιλογής και αναφέρεται στον λόγο ή τους λόγους για τους οποίους οι εξυπηρετούμενοι απευθύνθηκαν στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι». Το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε πως για να καλύψουν βασικές ανάγκες τους και γιατί αισθάνονται μοναξιά. Αρκετοί ήταν και εκείνοι, οι οποίοι απευθύνθηκαν στο πρόγραμμα διότι δεν έχουν χρήματα για να κάνουν τις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις για το πρόβλημα υγείας που έχουν.

Στην παρούσα έρευνα παρατηρούμε ότι οι ερωτηθέντες δήλωσαν ότι δέχονται συμβουλευτική υποστήριξη από τον υπεύθυνο κοινωνικό λειτουργό του προγράμματος πάντα, με το ποσοστό απαντήσεων να αγγίζει το 82,7%. Τα άτομα

τρίτης ηλικίας με το πέρασμα του χρόνου έρχονται αντιμέτωπα με κάποιες αλλαγές σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Από τον ενεργό-παραγωγικό ρόλο για παράδειγμα περνούν στην συνταξιοδότηση και η μετάβαση αυτή συνήθως γίνεται χωρίς ιδιαίτερη προετοιμασία. Η συμβουλευτική υποστήριξη είναι σημαντική σε τέτοιες περιπτώσεις. Η κοινωνική λειτουργός στον πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» ανάμεσα στους ρόλους της προσφέρει συμβουλευτική υποστήριξη σε άτομα που το έχουν ανάγκη. Επίσης, νοσηλευτική μέριμνα απάντησαν ότι δέχονται πάντα τα 127 από τα 139 άτομα (91,4%). Ένα σημαντικό μεγάλο ποσοστό, και αυτό είναι φυσικό, καθώς το μεγαλύτερο μέρος της έρευνας ανήκει στην τρίτη και τέταρτη ηλικία, και λόγω ηλικίας χρήζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Στην συνέχεια, γίνεται αναφορά για την συχνότητα που δέχονται οι εξυπηρετούμενοι βοήθεια στην φροντίδα νοικοκυριού. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων, παρουσιάζουν τα εξής αποτελέσματα: το 66,2% δέχεται πάντα βοήθεια στην φροντίδα νοικοκυριού, το 16,5% λίγες φορές, το 9,4% δεν απάντησε και το 7,9% απάντησε ποτέ. Οι απαντήσεις σχετικά με το πόσο συχνά δέχονται οι εξυπηρετούμενοι συντροφιά από το προσωπικό του προγράμματος το 69,8% απάντησε ότι δέχεται πάντα, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό του ύψους 14,4% δεν απάντησε. Στην τρίτη ηλικία το αίσθημα μοναξιάς αυξάνεται, για τον λόγο αυτόν θεωρούν πως έστω και ένα άτομο να τους συντροφεύει έστω για λίγη ώρα είναι πολύ σημαντικό. Ιδιαίτερα τα άτομα που μένουν μόνοι τους έχουν ανάγκη από αυτή την υπηρεσία. Όσον αφορά τη συχνότητα που παρέχεται βοήθεια σε μικρο-αγορές, ένα ποσοστό της τάξης 46,8% δήλωσε ότι πάντα δέχεται αυτή την υπηρεσία. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι ένα αρκετά υψηλό ποσοστό (20,9%) δεν έδωσε κάποια απάντηση. Στην συνέχεια για το πόσο συχνά εξυπηρετούνται από το προσωπικό με την πληρωμή λογαριασμών τα 71 από τα 139 άτομα δήλωσαν πάντα, ενώ 42 άτομα από το σύνολο του δείγματός μας, δήλωσαν λίγες φορές, ενώ μόνο το 7,2% δήλωσαν ποτέ. Τα 16 από τα 139 άτομα (11,5%) δεν απάντησαν. Σε αυτό το σημείο σημαντικό είναι να αναφέρουμε πως οι δύο τελευταίες υπηρεσίες προσφέρουν βοήθεια στους εξυπηρετούμενους που έχουν μυοσκελετικά και κινητικά προβλήματα. Σύμφωνα με την Παγοροπούλου (2000) τα προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα επιφέρουν περιορισμό των κινήσεων και μπορεί να δυσκολεύουν το άτομο στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων με τα χέρια. Οι πόνοι και η έλλειψη ευελιξίας στα πόδια μπορούν να επιβραδύνουν το ρυθμό βαδίσματος του ατόμου, να δυσκολεύσουν το ανέβασμα σε σκάλες ή το κάθισμα στην καρέκλα.

Επίσης τα άτομα που χρησιμοποιούν αμαξίδια δυσκολεύονται στις μετακινήσεις και οι υπηρεσίες του προγράμματος που αφορούν τις εξωτερικές δουλειές τους είναι ιδιαίτερα σημαντική. Τέλος, σχετικά με την συχνότητα παροχής βοήθειας στην ατομική υγιεινή ένα μεγάλο ποσοστό 28,8% δεν απάντησε, το 35,5% απάντησε πάντα και το 24,5% δήλωσε ότι ποτέ δεν δέχεται αυτή την υπηρεσία από το προσωπικό.

Στην ερώτηση 14 σχετικά με το χρονικό διάστημα που δέχονται οι εξυπηρετούμενοι τις υπηρεσίες του προγράμματος, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσαν από 6-8 χρόνια (37,4%), σε συνδυασμό με ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό (28,1%), που τις δέχεται από 9 και άνω χρόνια. Τα ποσοστά δείχνουν ότι οι εξυπηρετούμενοι αισθάνονται ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και γι' αυτόν τον λόγο συνεχίζουν να ανήκουν στο πρόγραμμα για αρκετά χρόνια.

Ένα σχετικά σημαντικό ποσό δήλωσε ότι εκτός από τους ίδιους εξυπηρετείται και άλλο άτομο της οικογένειας τους από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι». Φαίνεται λοιπόν, ότι θεωρούν το πρόγραμμα σημαντική βοήθεια και για τον λόγο αυτό δέχονται και άλλα μέλη στην οικογένεια υπηρεσίες. Το άλλο μέλος με ποσοστό 20,1% φαίνεται ότι είναι ο/η σύζυγος.

Όπως προκύπτει από τις δηλώσεις των ερωτηθέντων το 10,8% θα ήθελε το πρόγραμμα να προσφέρει οικονομική στήριξη, ψυχίατρο, νευρολόγο, διανομή φαγητού, συνεργασία με κλινικές και νοσοκομεία, ενώ το 10,1% δήλωσε πως έχει ανάγκη από ιατρική στήριξη. Επίσης το 5,8% θα ήθελε φυσιοθεραπείες και το 6,5% αιμοληψίες. Θεωρούμε πως δεν είναι περίεργο οι εξυπηρετούμενοι να χρειάζονται περισσότερες υπηρεσίες που αφορούν την υγεία τους καθώς η πλειοψηφία, όπως προαναφέραμε, ανήκει στους υπερηλίκους, και ο οργανισμός τους με την πάροδο της ηλικίας υφίσταται σταδιακά μια φυσιολογική φθορά στα όργανα που αποτελούν τον οργανισμό του, που αφορά τη σύσταση, τη μορφολογία των κυττάρων, των ιστών. (Εμκε-Πουλοπούλου 1999). Σημαντικό σε αυτό το σημείο είναι να τονίσουμε πως εκτός από τους ηλικιωμένους δικαιούχοι είναι και άτομα με αναπηρία. Ακόμη αν λάβουμε υπόψη μας τις προϋποθέσεις του προγράμματος ώστε να δικαιούται κάποιος τις υπηρεσίες, αντιλαμβανόμαστε για ποιον λόγο ζητήθηκε και οικονομική στήριξη.

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματός μας (97,8%) θα πρότεινε το πρόγραμμα σε κάποιο φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο καθώς θεωρεί πως είναι βοηθητικό πρόγραμμα (με ποσοστό 12,2%). Ωστόσο το 69,8% δεν αιτιολόγησε την απάντησή του. Στην τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου μας σχεδόν όλοι θα ήθελαν να

συνεχιστεί το πρόγραμμα (97,1%), ενώ μόλις 4 άτομα δεν απάντησαν. Οι λόγοι ποικίλουν, ορισμένοι δήλωσαν πως το πρόγραμμα είναι αναγκαίο και απαραίτητο (12,9%), ενώ άλλοι (20,9%) διότι το θεωρούν: ευχής έργον, βελτιώνει την ζωή των ανθρώπων που έχουν ανάγκη και φροντίζουν τα πρακτικά τους ζητήματα, δεν έχουν κανέναν άλλον στον κόσμο, και γιατί αισθάνονται το προσωπικό δικούς τους οι ανθρώπους. Ακόμη ένα ποσοστό της τάξης 51,1% δεν έθεσε αιτιολόγηση. Κλείνοντας θεωρούμε πως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» είναι ένα σημαντικό και αξιόλογο πρόγραμμα και οι εξυπηρετούμενοι είναι αρκετά ικανοποιημένοι από αυτό, αλλά θα επιθυμούσαν να τους παρέχει περισσότερες υπηρεσίες.

Άξιο να αναφερθεί σε αυτό το σημείο, είναι το γεγονός ότι σε κάποιες ερωτήσεις μεγάλο ποσοστό ατόμων δεν έδινε κάποια απάντηση. Πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν μας ότι η έρευνα απευθύνεται σε μια ηλικιακή ομάδα που πιθανότατα να μην έχει ολοκληρώσει ούτε την στοιχειώδη εκπαίδευση, και να αντιμετωπίσει κάποια δυσκολία στην κατανόηση των ερωτήσεων. Επίσης, στην έρευνα συμμετείχαν και άτομα που μπορεί να έχουν κάποιο βαθμό νοητικής υστέρησης ή να πάσχουν από άνοια που δεν έχει διαγνωσθεί και για αυτόν το λόγο να αμέλησαν κάποιες ερωτήσεις. Όλα αυτά, ωστόσο, είναι δικές μας υποθέσεις διότι δεν ήρθαμε οι ίδιες σε επαφή με τους ερωτηθέντες και δεν μας δόθηκαν πληροφορίες και στοιχεία τους.

Κλείνοντας οφείλουμε να πούμε πως ο σκοπός της έρευνας απαντήθηκε. Από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου προκύπτει πως οι εξυπηρετούμενοι είναι αρκετά ικανοποιημένοι από το πρόγραμμα.

### **6.3 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Μέσα από την έρευνα τονίζεται η αναγκαιότητα για περαιτέρω ενίσχυση των προγραμμάτων με επιπλέον ειδικότητες, κυρίως γιατρού και φυσιοθεραπευτή. Σύμφωνα με τους εξυπηρετούμενους είμαστε και εμείς οι ίδιες, καθώς θεωρούμε σημαντικό τον εμπλουτισμό του προσωπικού με ειδικότητες που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους. Επιπλέον οι ερωτηθέντες ανέφεραν και άλλες ειδικότητες, όπως για παράδειγμα εργοθεραπευτή και ψυχίατρο. Επίσης σημαντική είναι η πρόσληψη επιπλέον προσωπικού των ειδικοτήτων που ήδη υπάρχουν, ώστε ο αριθμός των στελεχών που απασχολείται στα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» να είναι ανάλογος με αυτόν των αποδεκτών υπηρεσιών για την εξασφάλιση επάρκειας και της



ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών. Θα μπορούσε δηλαδή να υπάρχει ένας/μία νοσηλευτής, κοινωνική λειτουργός για κάθε τρία άτομα, ώστε οι χρήστες να εξυπηρετούνται με αποτελεσματικό τρόπο και να τους προσφέρετε ο χρόνος που έχουν ανάγκη. Απολύτως απαραίτητο είναι η κάθε μονάδα να διαθέτει δικό της αυτοκίνητο, και στις ορεινές περιοχές να διατίθεται όχημα κατάλληλο για δύσβατες περιοχές. Ιδιαίτερα σε αποκλεισμένες γεωγραφικά περιοχές με περιορισμένο και ανεπαρκές δίκτυο συγκοινωνίας, αυτό πιστεύουμε είναι επιτακτική ανάγκη. Θα μπορούσαν να συμπεριλάβουν στον προϋπολογισμό του προγράμματος την αγορά μεταφορικού μέσου είτε από πιθανές δωρεές.

Σπουδαία θα ήταν η συνεισφορά εθελοντών, ειδικά εκπαιδευμένων σε θέματα που αφορούν τους χρήστες. Οι εθελοντές μπορεί να προέρχονται από σπουδαστές κοινωνικής εργασίας και νοσηλευτικής, που έχουν σχετικές γνώσεις με τις πληθυσμιακές ομάδες που απευθύνονται στο «Βοήθεια στο Σπίτι». Αυτό θα ενίσχυε το πρόγραμμα, ειδικά σε περίοδο κρίσης. Ακόμα θα μπορούσαν να γίνονται ημερίδες ενημέρωσης στην κοινότητα ώστε να ευαισθητοποιηθεί και να προσφέρει, να υπάρξει μια ευρύτερη ενημέρωση για την λειτουργία του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι», έτσι ώστε οι πολίτες να κατανοήσουν το σκεπτικό και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ενημέρωση αυτή θα μπορούσε να γίνεται εκτός από το ίδιο το προσωπικό και τα φυλλάδια του προγράμματος, μέσω οργανωμένων ομιλιών, αλλά και διαφόρων ηλεκτρονικών μέσων.

Επίσης, η βελτίωση του προγράμματος θα μπορούσε να περιλαμβάνει συνεργασία με άλλες υπηρεσίες, όπως είναι νοσοκομεία για τα άτομα που κατά κύριο λόγο επιθυμούν να εξυπηρετούνται κατ' οίκον, αλλά θα χρειάζονταν νοσηλεία σε νοσοκομείο για κάποιο πρόβλημα υγείας. Για την αντιμετώπιση της μοναξιάς, επιπροσθέτως, θα μπορούσαν όσοι χρήστες ή άλλα μέλη της κοινότητας που μένουν κοντά μεταξύ τους, να διοργανώνουν συναντήσεις στο σπίτι του ενός και κάθε βδομάδα ο τόπος συνάντησης να αλλάζει. Επιπρόσθετα θα μπορούσαν να λάβουν μέρος σε διάφορες δραστηριότητες, εκδηλώσεις που διοργανώνουν οι δήμοι και να προσφέρουν υπηρεσίες που μπορούν, για παράδειγμα σε μια γιορτή του πολιούχου της πόλης θα μπορούσαν να φτιάξουν καραμέλες ή πίτες και να τις πουλήσουν ή να τις προσφέρουν στους πολίτες στο παζάρι.

Θεωρούμε ότι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» είναι ένα σημαντικό πρόγραμμα που βοηθά στην παραμονή των ηλικιωμένων αλλά και όσων

συνανθρώπων μας έχουν ανάγκη φροντίδας και χρήζουν υποστηρικτικών υπηρεσιών, στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι" αποτελεί την πλέον επιτυχημένη δράση κοινωνικής αλληλεγγύης και υποστήριξης ευαίσθητων κοινωνικών ομάδων. Στη παρούσα δύσκολη, κοινωνικά και οικονομικά, συγκυρία η υλοποίηση τέτοιων δράσεων δεν είναι μόνο απαραίτητη, αλλά και αναγκαία.

***Οι δωρεάν Παροχές Υγείας και Πρόνοιας είναι  
υποχρέωση κάθε πολιτισμένου Ευρωπαϊκού κράτους. Η  
Βοήθεια στο σπίτι πρέπει να παραμείνει κρατική και να  
παρέχεται Δωρεάν σε όσους την έχουν ανάγκη.  
Να μην σταματήσει το «Βοήθεια στο σπίτι»***

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

### ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΧΩΡΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΠΡΟΣ: κ.

Πάτρα, 10 Σεπτεμβρίου 2012

Στα πλαίσια υλοποίησης της πτυχιακής μας εργασίας σχεδιάζεται εκπόνηση έρευνας με θέμα: «Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Πατρέων.

Με την άδεια και την οικιοθελή επιθυμία κάθε ηλικιωμένου θα συγκεντρωθούν στοιχεία που θα αφορούν τον βαθμό ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται από το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι. Σημαντικό είναι να τονισθεί ότι θα τηρηθεί αυστηρά η εχεμύθεια όσον αφορά τα στοιχεία των συμμετεχόντων καθώς και οι πληροφορίες που θα μας δοθούν θα αντιμετωπισθούν ως άκρως εμπιστευτικές.

Σε περίπτωση που το επιθυμείτε, θα είστε ενήμερος για την διεξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνας κατά την διάρκεια της συγγραφής της, και φυσικά θα σας παραδώσουμε ένα αντίτυπο (ηλεκτρονικό ή έντυπο) μόλις ολοκληρωθεί η πτυχιακή εργασία. Ευχαριστούμε ιδιαίτερος για την συνεργασία και την βοήθειά σας, που είναι πολύτιμη για την έναρξη και διεκπεραίωση της έρευνας πάνω στο σημαντικό θέμα του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και των παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση αυτή.

Σας ευχαριστούμε κ των προτέρων

Με εκτίμηση

Οι σπουδάστριες Κοινωνικής Εργασίας του Α.Τ.Ε.Ι Πατρών

Αλεξάνδρη Ελένη

Παπάζογλου Αριστέα

Στριμμένου Σέρρα-Σωτηρία

Υπεύθυνος Καθηγητής

Βάντσης Δημήτριος

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ονομαζόμαστε Αλεξανδρή Ελένη, Παπάζογλου Αριστέα και Στριμμένου Σέρρα-Σωτηρία, είμαστε σπουδάστριες στο ΤΕΙ Πατρών του τμήματος Κοινωνική Εργασία και στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας μας πραγματοποιούμε έρευνα με θέμα: «Ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών του προγράμματος Βοήθεια Στο Σπίτι στον Δήμο Πατρέων». Το παρακάτω ερωτηματολόγιο που σας δίνεται για συμπλήρωση γίνεται με σκοπό να μελετηθούν ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών του προγράμματος. Σας επισημαίνουμε ότι είναι απόλυτα προσωπικό και ανώνυμο και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν για εκπαιδευτικούς και μόνο σκοπούς. Δεν θα μπορεί να γίνει ταύτιση προσώπου με άποψη. Τέλος σας ενημερώνουμε ότι θα δοθεί αντίγραφο της έρευνας στο Βοήθεια Στο Σπίτι.

1. Φύλο

Ανδρας  Γυναίκα

2. Ηλικία

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

έγγαμος  σε χηρεία  Άλλο(προσδιορίστε).....  
άγαμος  διαζευγμένος

4. Έχετε παιδιά,

Ναι  Όχι

5. Αν, ναι πόσα ;

6. α) Μένετε μόνοι σας στο σπίτι

- ναι
- όχι

β) Αν όχι πόσα μέλη συζούν μαζί σας στο σπίτι.....

7. Από ποιά «Βοήθεια στο σπίτι» εξυπηρετείστε;

|                     |                  |                    |      |
|---------------------|------------------|--------------------|------|
| Παραλίας            | Βραχνέικων       | Μεσσάτιδος         | Ρίου |
| Κεντρικό διαμέρισμα | Νότιο διαμέρισμα | Αρκτικό διαμέρισμα |      |

8. Γιατί απευθυνθήκατε στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»;

- Για να καλύψω βασικές ανάγκες
- Γιατί αισθάνομαι μοναξιά
- Γιατί δεν μπορώ να αυτοεξυπηρετούμαι
- Γιατί δεν έχω τα λεφτά για να κάνω τις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις για το πρόβλημα υγείας που έχω

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

- Άλλο (προσδιορίστε).....

9. Πόσο καιρό χρειάστηκε να περιμένετε ώστε να εγκριθεί η αίτησή σας/ το αίτημά σας;.....

10. Είστε ικανοποιημένος από το χρονικό διάστημα αναμονής σας;

|           |      |        |          |         |
|-----------|------|--------|----------|---------|
| Πάρα πολύ | Πολύ | Αρκετά | Ελάχιστα | Καθόλου |
|           |      |        |          |         |

11. Η ενημέρωση για τις υπηρεσίες του προγράμματος σας έχει γίνει από:

- ΚΑΠΗ
- Εκκλησία
- Ενημερωτικό Φυλλάδιο του προγράμματος
- Το προσωπικό του προγράμματος
- Φιλικό πρόσωπο
- συγγενικό πρόσωπο
- Άλλο (προσδιορίστε).....

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

12. Γνωρίζετε τις υπηρεσίες του προγράμματος;    Ναι     Όχι

13. Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε τις παρακάτω υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι»;

|                              | Ποτέ | Λίγες φορές | Πάντα |
|------------------------------|------|-------------|-------|
| Συμβουλευτική υποστήριξη     |      |             |       |
| Νοσηλευτική μέριμνα          |      |             |       |
| Φροντίδα νοικοκυριού         |      |             |       |
| Συντροφιά                    |      |             |       |
| Μικρο-αγορές                 |      |             |       |
| Πληρωμή λογαριασμών          |      |             |       |
| Βοήθεια στην ατομική υγιεινή |      |             |       |

14. Πόσο καιρό περίπου δέχεστε τις υπηρεσίες του προγράμματος; .....

15. α) Εξυπηρετείται και κάποιο άλλο μέλος της οικογένειάς σας από το πρόγραμμα;

Ναι     Όχι

15)β) Αν, ναι ποιο;

Σύζυγος     Παιδί     Άλλο.....

16. Σε ποιον βαθμό σας παρέχεται βοήθεια στις παρακάτω υπηρεσίες σε καθεμία ειδικότητα του προγράμματος (Οικογενειακή βοήθος, νοσηλεύτρια, κοινωνικός λειτουργός)

#### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΒΟΗΘΟΣ

|  | Πάρα πολύ | Πολύ | Αρκετά | Ελάχιστα | Καθόλου |
|--|-----------|------|--------|----------|---------|
| Οικιακές δουλειές                              |           |      |        |          |         |
| Προετοιμασία γεύματος                          |           |      |        |          |         |
| Εξωτερικές δουλειές (πληρωμή λογαριασμών κ.ά.) |           |      |        |          |         |

#### ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Συνοδεία σε υπηρεσίες                        |  |  |  |  |  |
| Παρακολούθηση σωστής λήψης φαρμάκων          |  |  |  |  |  |
| Συμβουλευτική για την βελτίωση της υγεία σας |  |  |  |  |  |

#### ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη  |  |  |  |  |  |
| Προσδιορισμός των αναγκών σας και επίλυσή τους   |  |  |  |  |  |
| Πληροφορίες για τα δικαιώματά σας και ενημέρωσή σας για συντάξεις, προνοιακά επιδόματα.. |  |  |  |  |  |

17. α). Θεωρείτε ότι έχουν καλυφθεί οι ανάγκες για τις οποίες απευθυνθήκατε στο πρόγραμμα;

|           |      |        |         |
|-----------|------|--------|---------|
| Πάρα πολύ | Πολύ | Αρκετά | Καθόλου |
|           |      |        |         |

17.β). Ποιες ανάγκες σας δεν έχουν καλυφθεί επαρκώς;.....

18. Πόσο χρόνο το προσωπικό σας αφιερώνει ώστε να ικανοποιηθούν οι ανάγκες σας;

|           |      |           |      |         |
|-----------|------|-----------|------|---------|
| Πάρα πολύ | Πολύ | Πολύ Λίγο | Λίγο | Καθόλου |
|           |      |           |      |         |

19. α) Πόσο ικανοποιητικός είναι ο τρόπος από το προσωπικό του προγράμματος με τον οποίο καλύπτουν τις ανάγκες σας

|           |      |        |      |         |
|-----------|------|--------|------|---------|
| Πάρα πολύ | Πολύ | Αρκετά | Λίγο | Καθόλου |
|           |      |        |      |         |

19 β) Γιατί; .....

20. Πόσο συχνά σας επισκέπτεται το προσωπικό ;

- 1 φορά την εβδομάδα
- 1 φορά το δεκαπενθήμερο
- 1 φορά τον μήνα

21. Σας ικανοποιεί η συχνότητα επισκέψεων;

Ναι  Όχι

Αν όχι πόσο συχνά θα θέλατε;.....

22. α) Θεωρείτε επαρκές το προσωπικό που σας επισκέπτεται?

Ναι  Όχι

22 β) Αν όχι αναφέρεται ειδικότητα: (γιατρό, φυσιοθεραπευτή, άλλο).....

23. Τι άλλες υπηρεσίες θα θέλατε να σας προσφέρει το πρόγραμμα; .....

.....

24. Θα προτείνατε σε κάποιον δικό σας φίλο ή συγγενή το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»;

Ναι  Όχι

Αιτιολόγηση.....

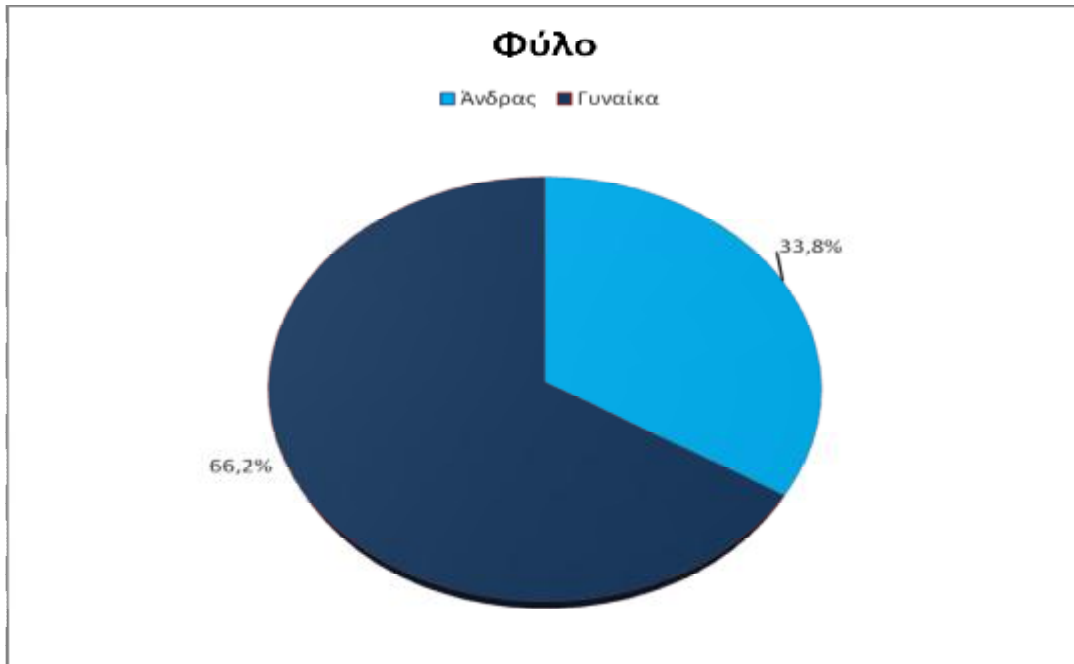
25. Θα θέλατε το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» να συνεχιστεί

Ναι  Όχι

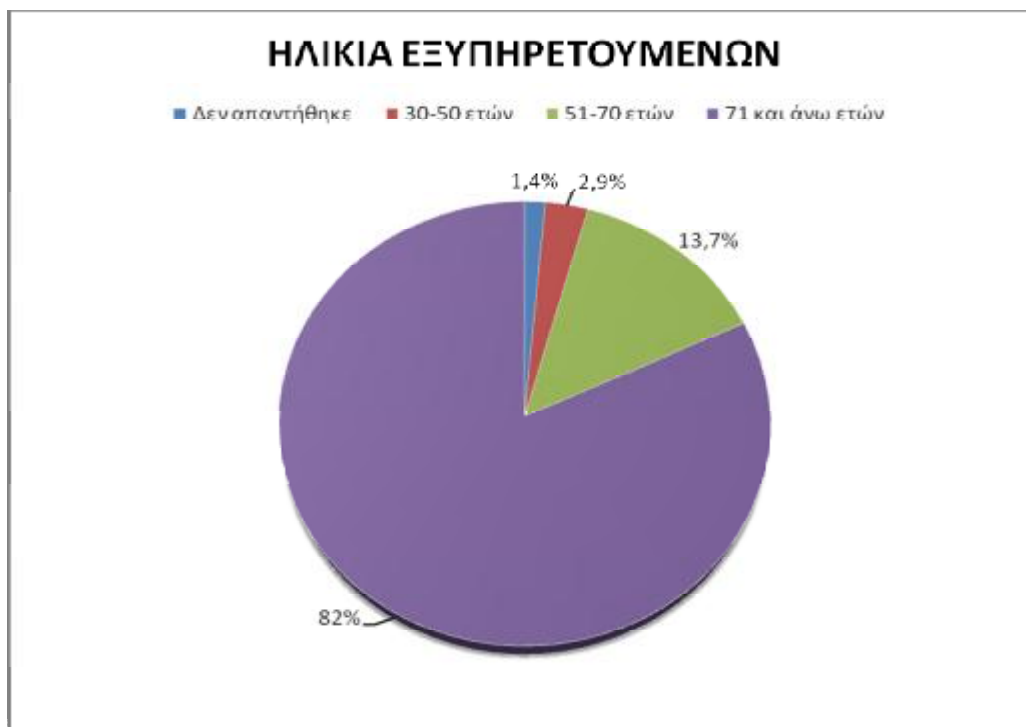
Αιτιολόγηση.....

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

1.

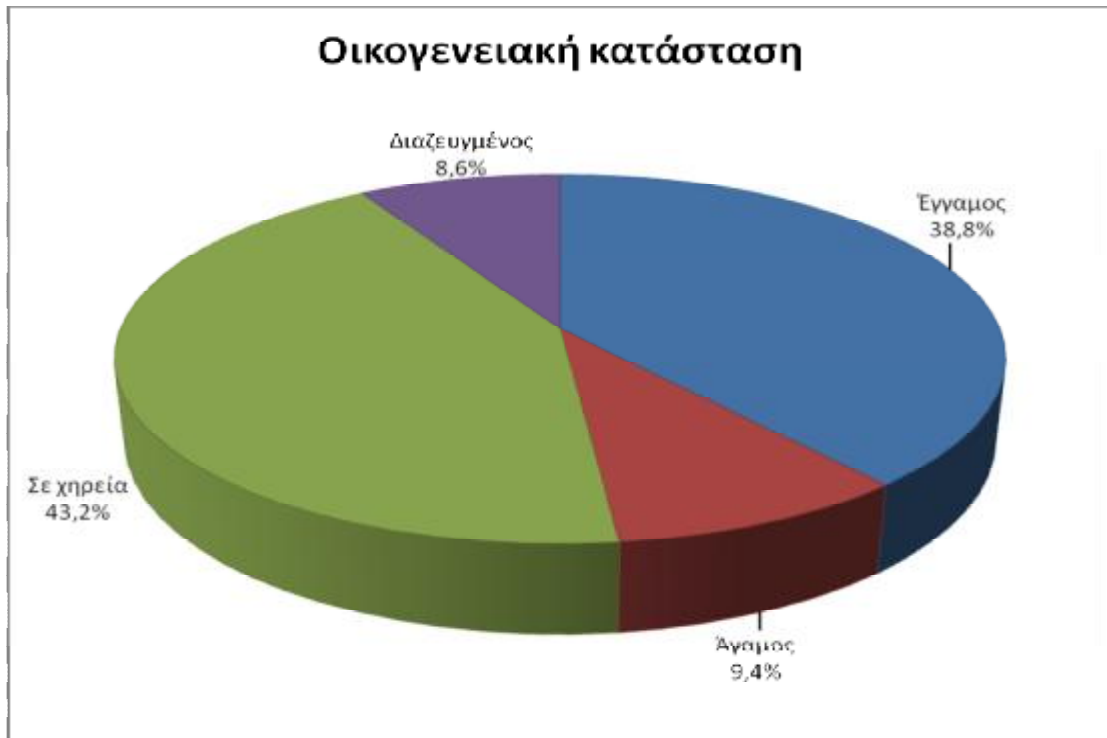


2.

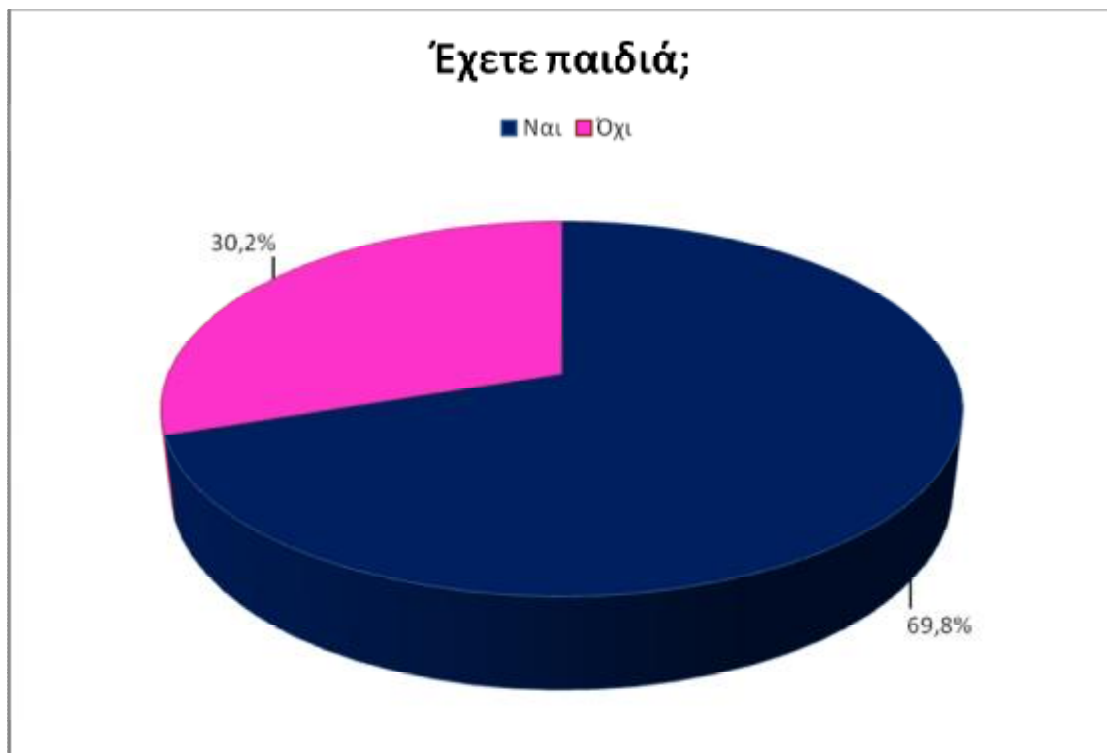




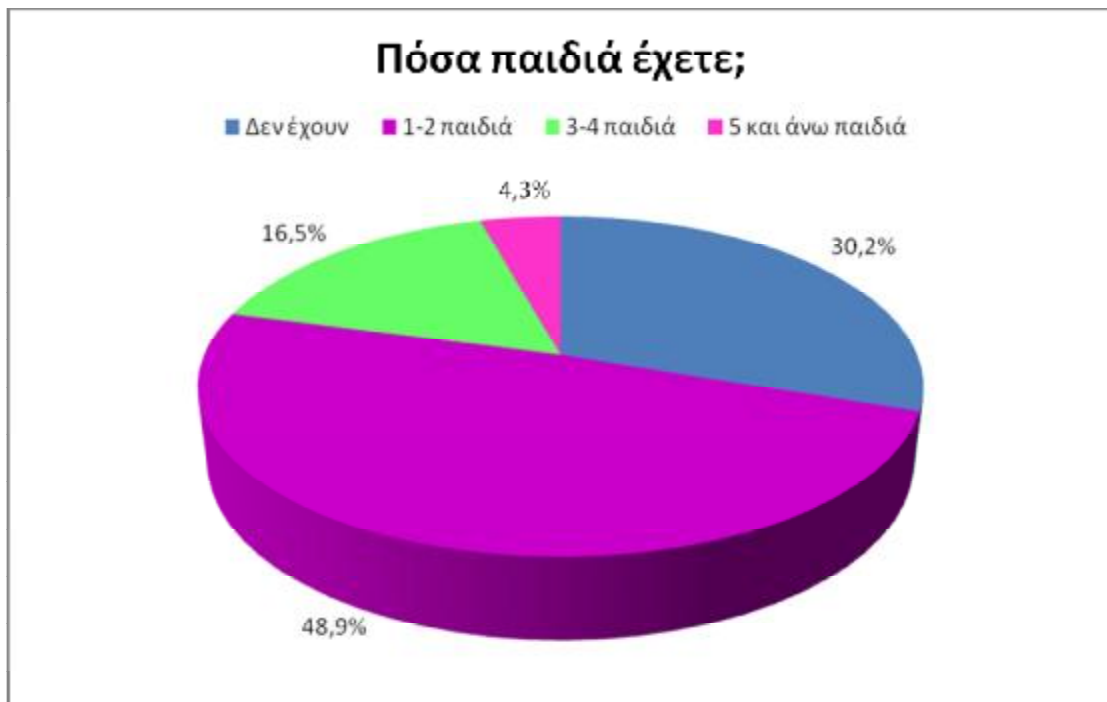
3.



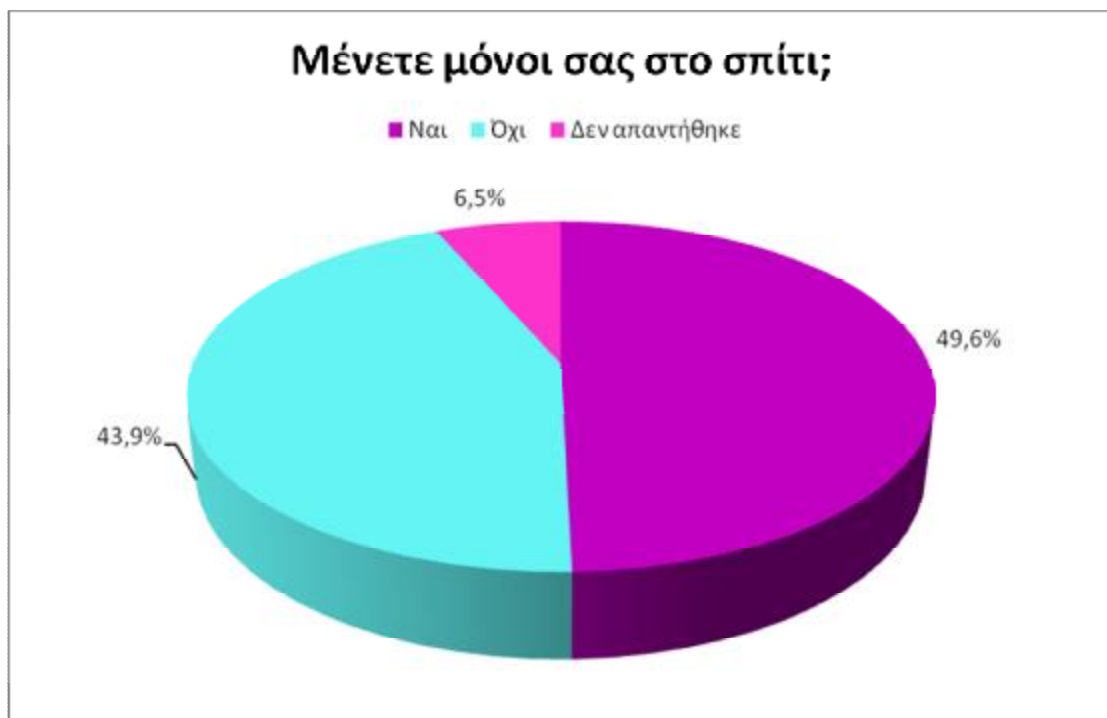
4.



5.



6 α)



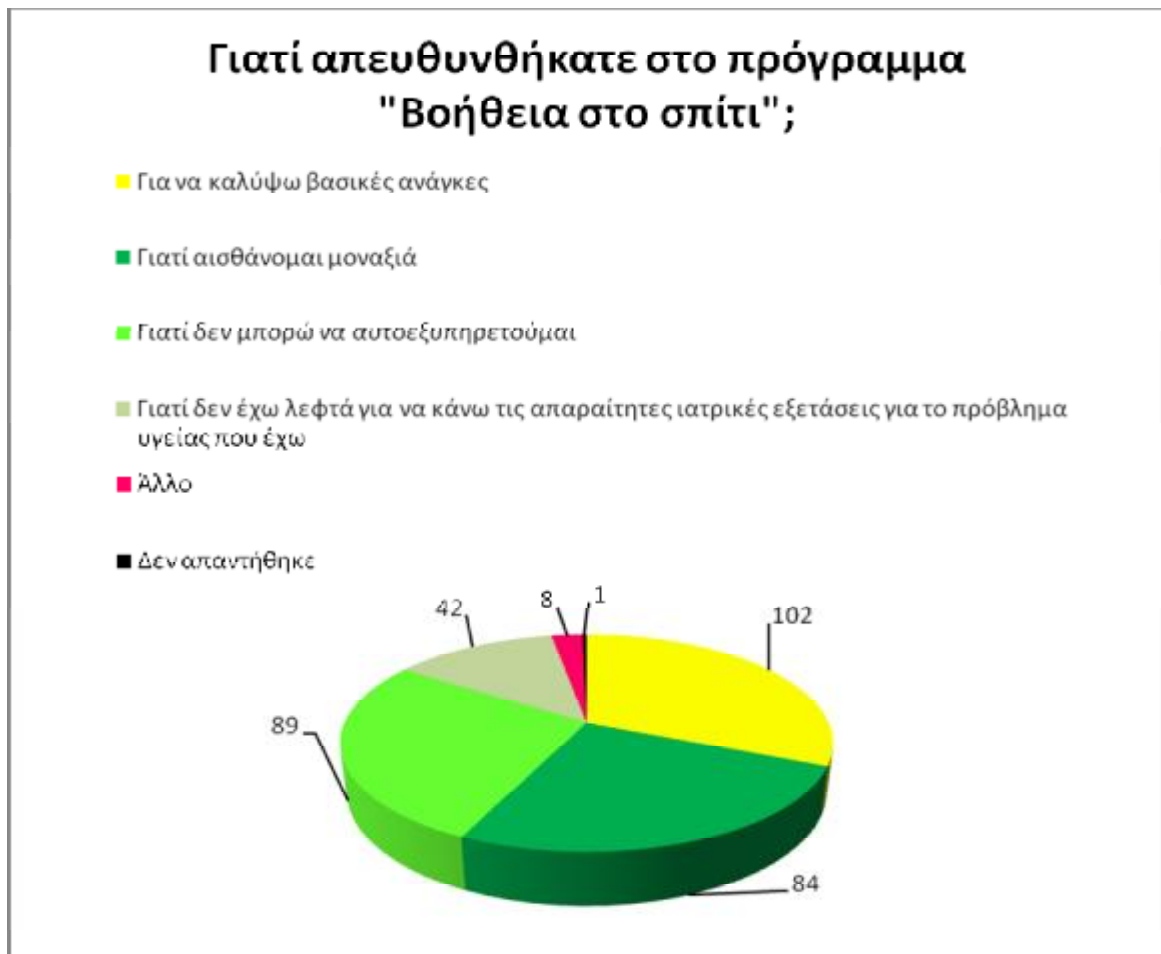
6 β)



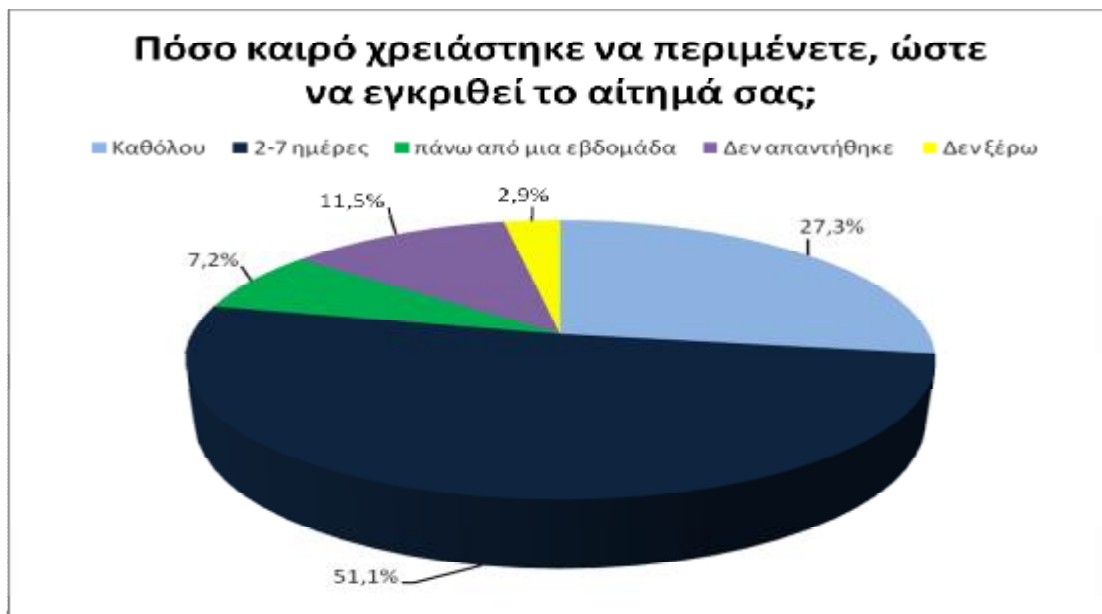
7.



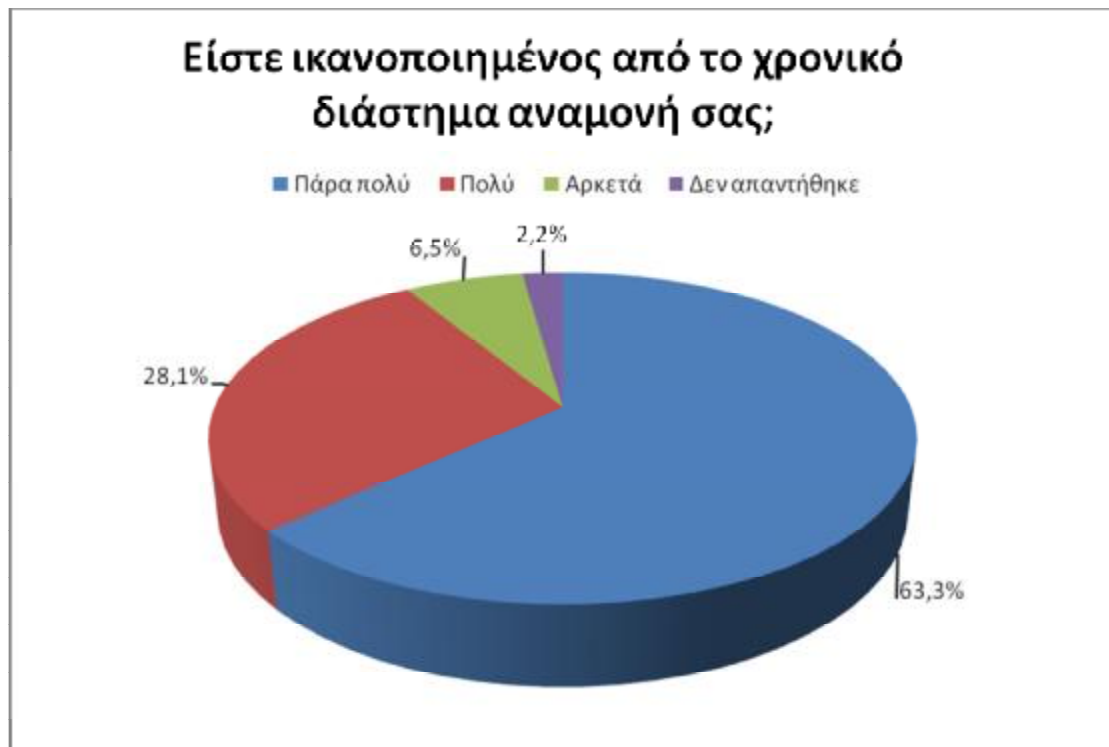
8.



9.



10.



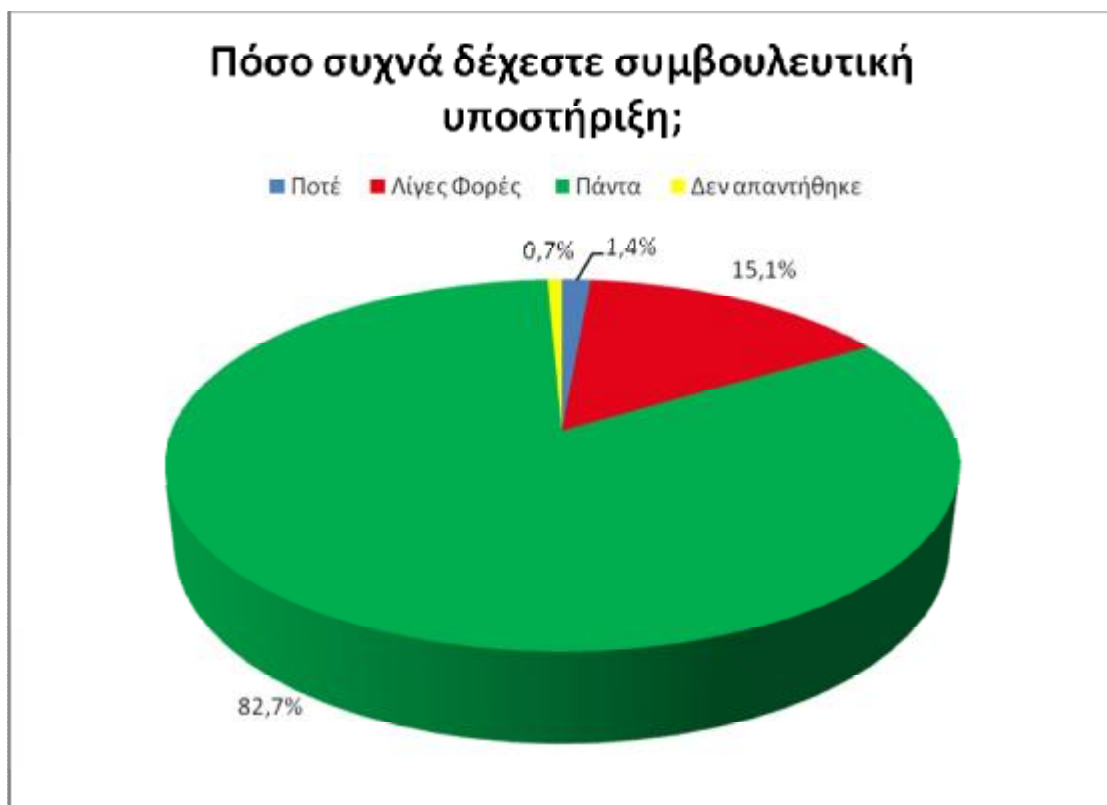
11.



12.



13 α)



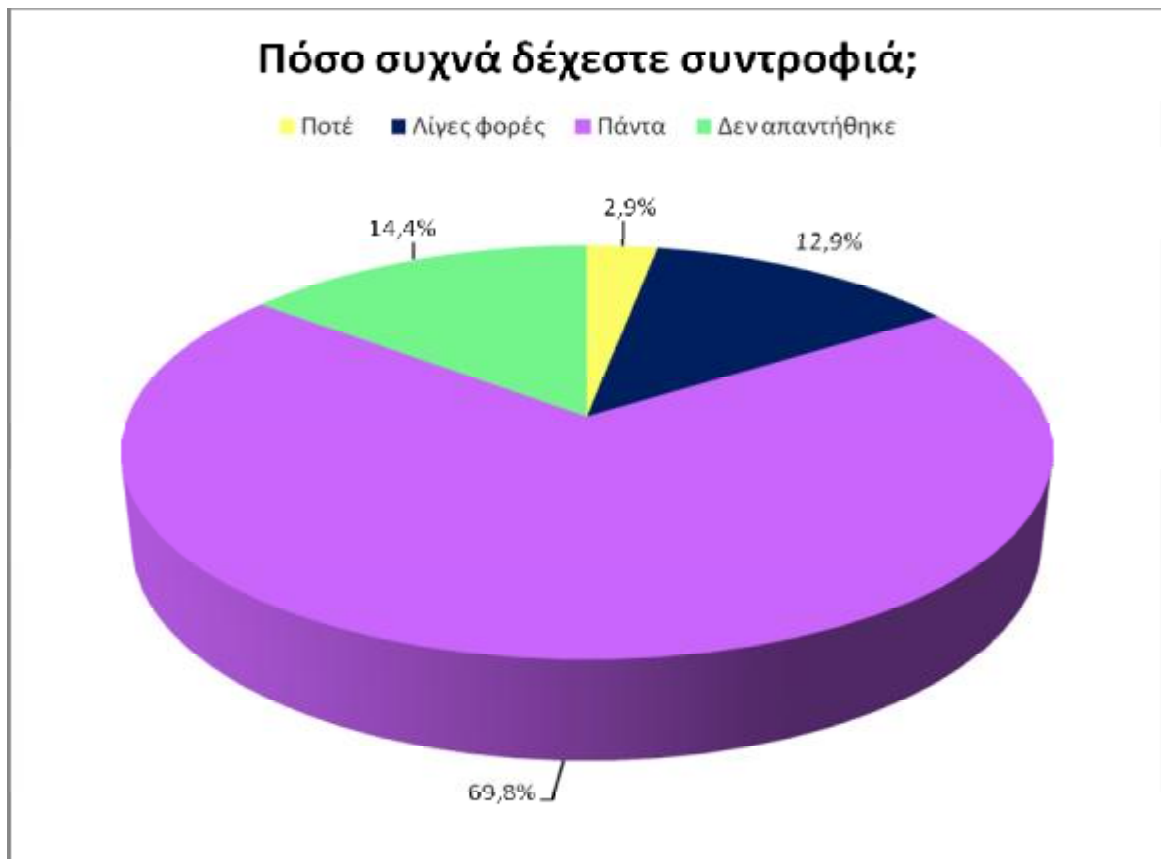
13 β)



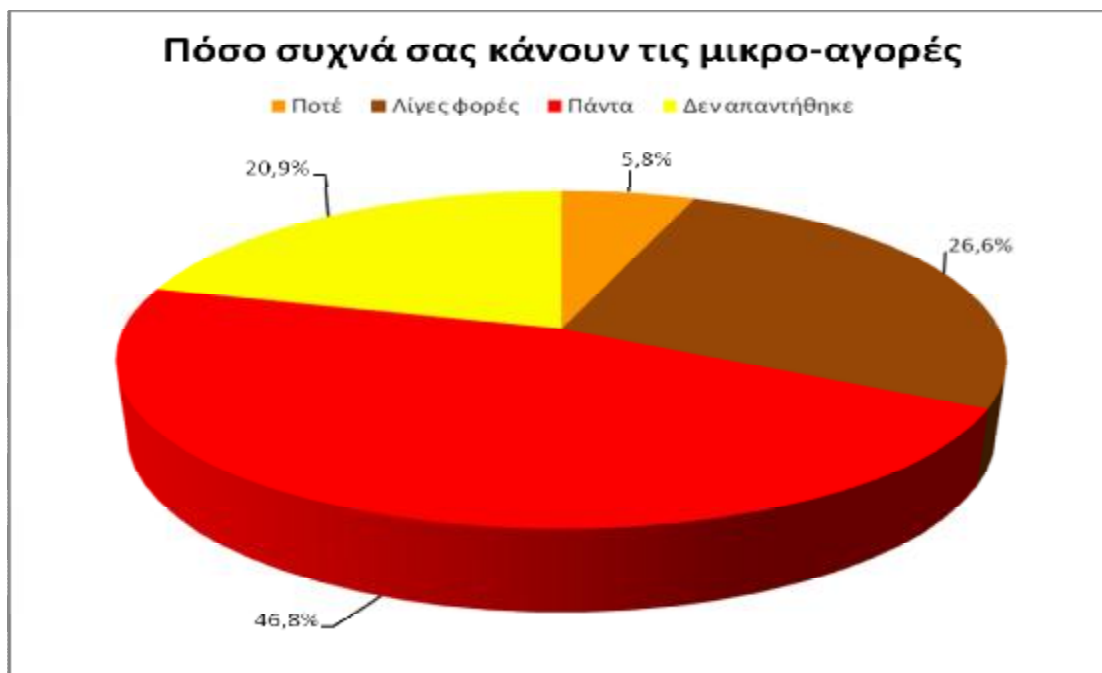
13 γ)



13 δ)

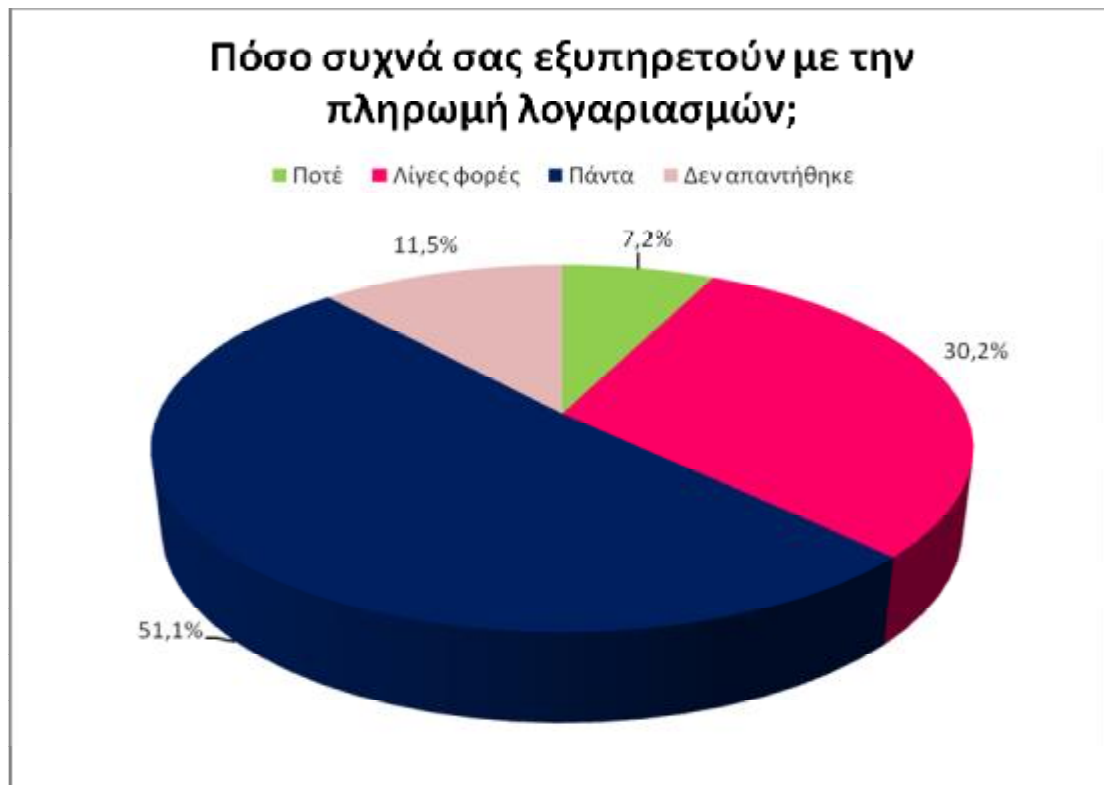


13 ε)





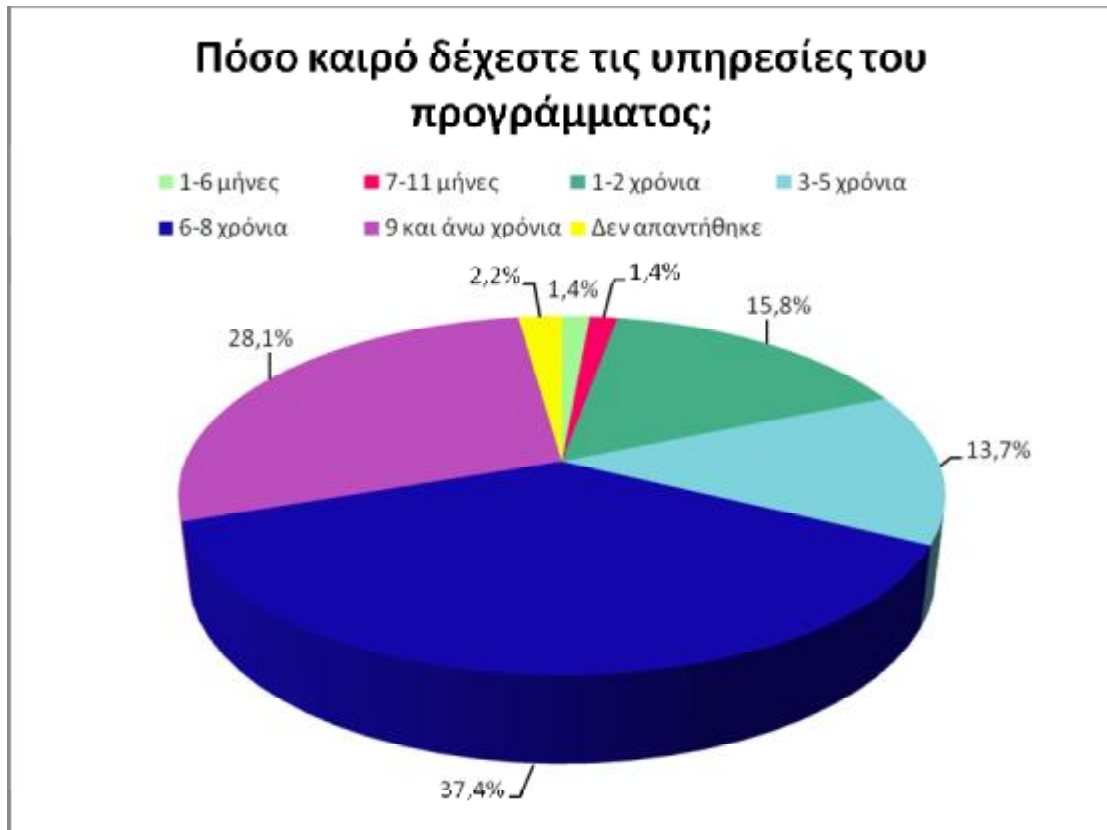
13 στ)



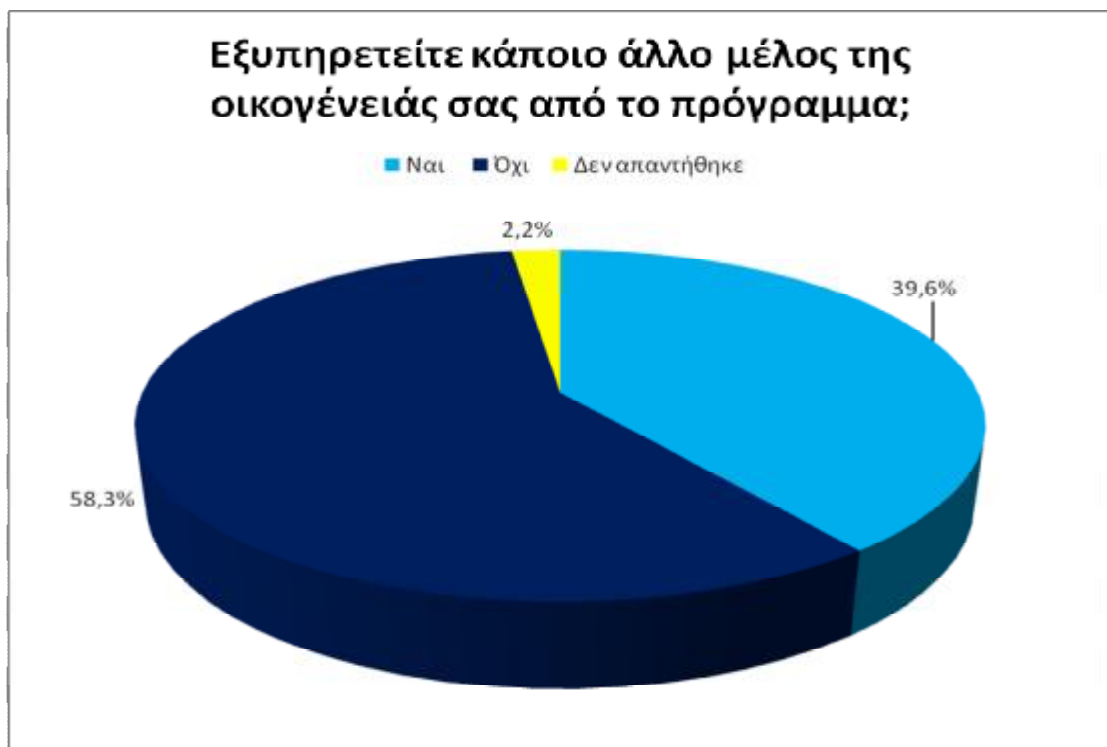
13 ζ)



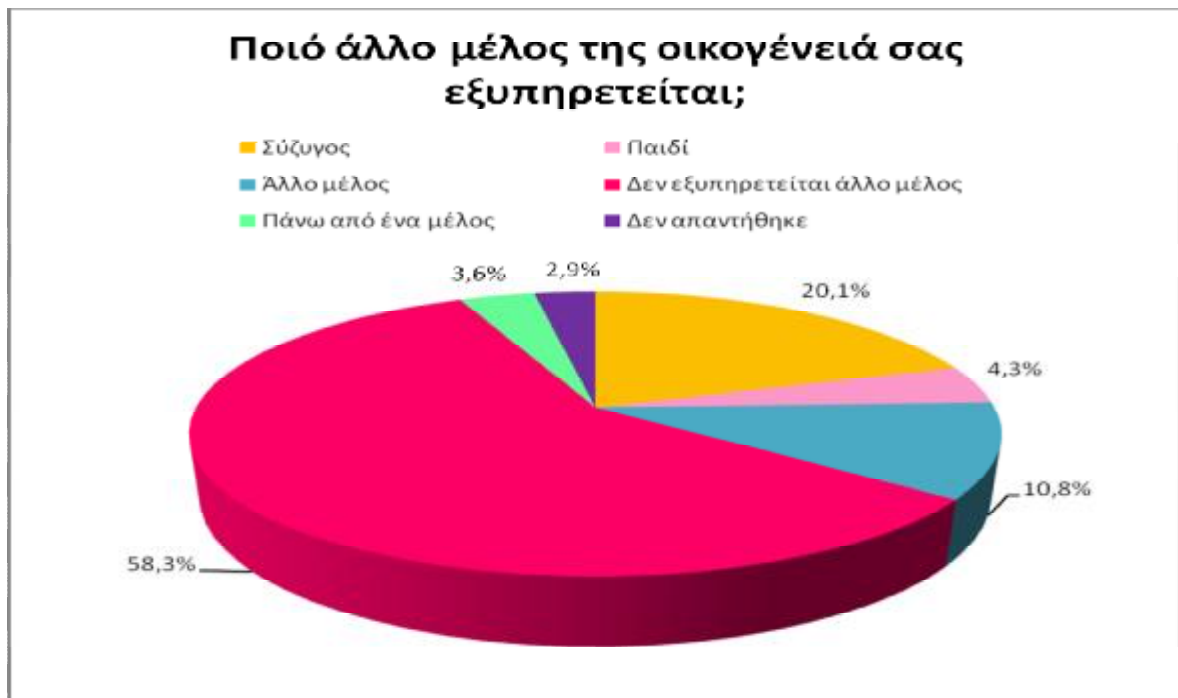
14.



15.



15 β)



16 α)



16 β)



16 γ)



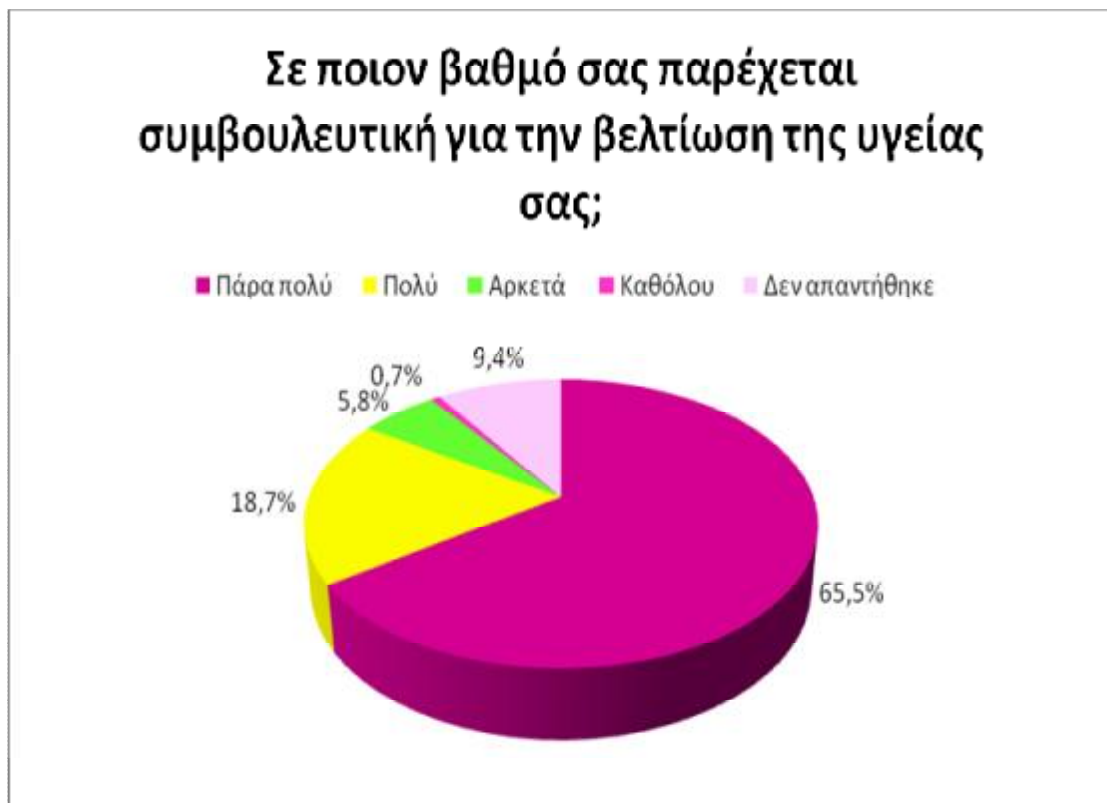
16 δ)



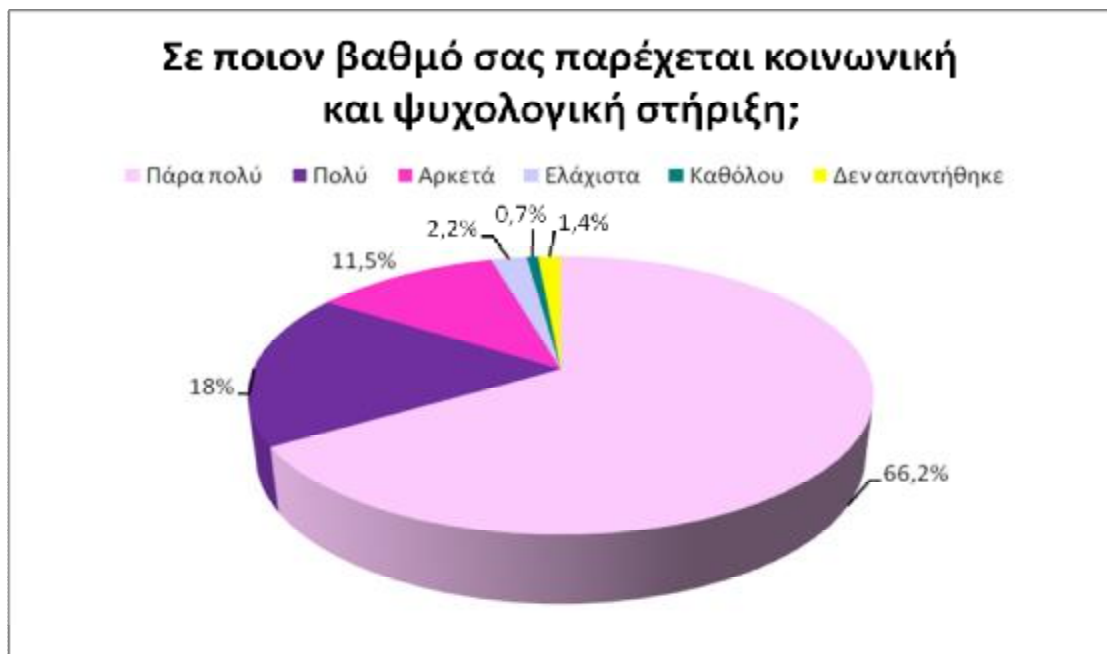
16 ε)



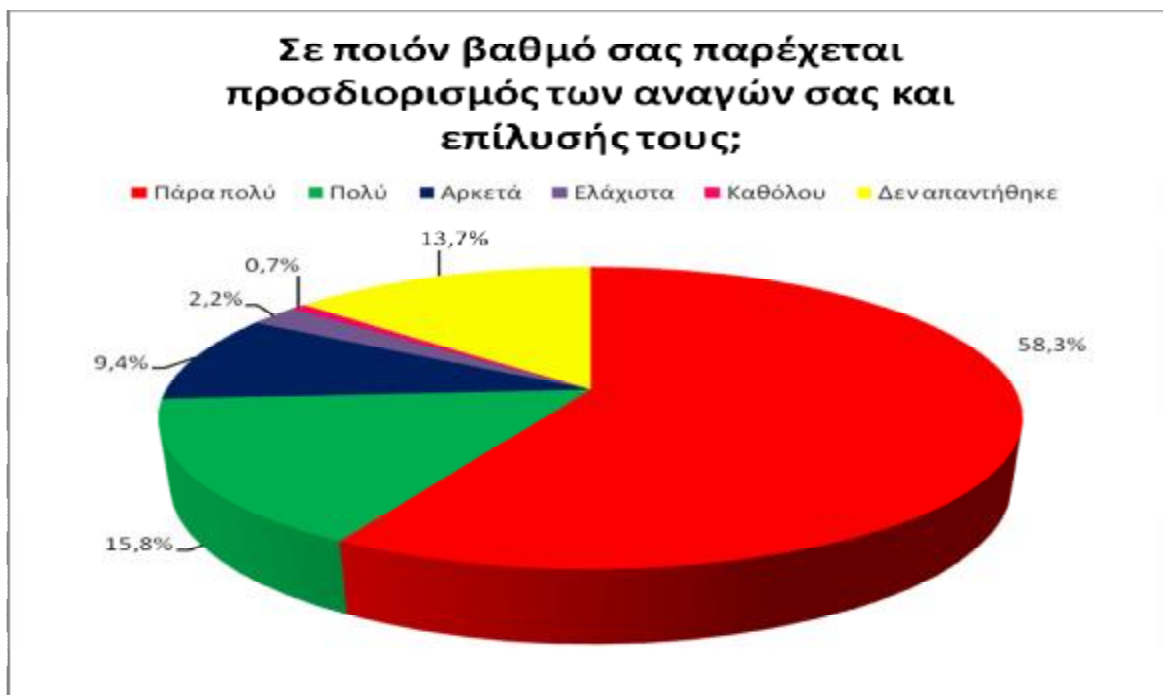
16 στ)



16 ζ)



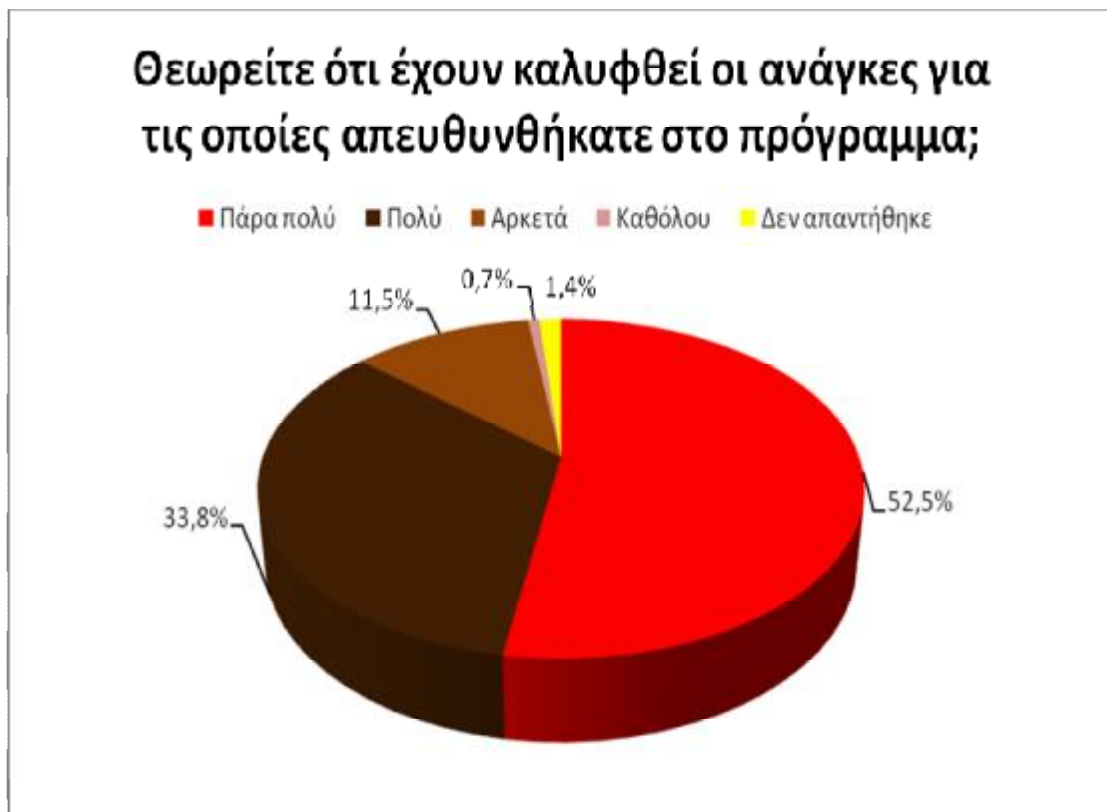
16 η)



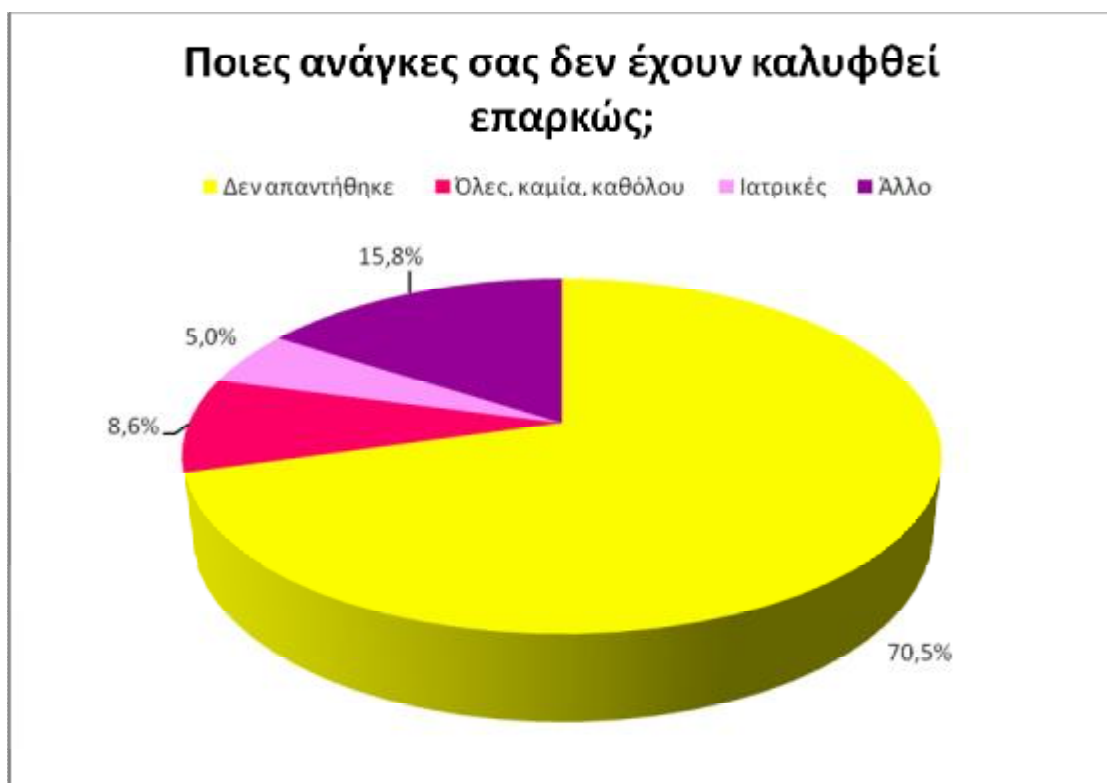
16 θ)



17.

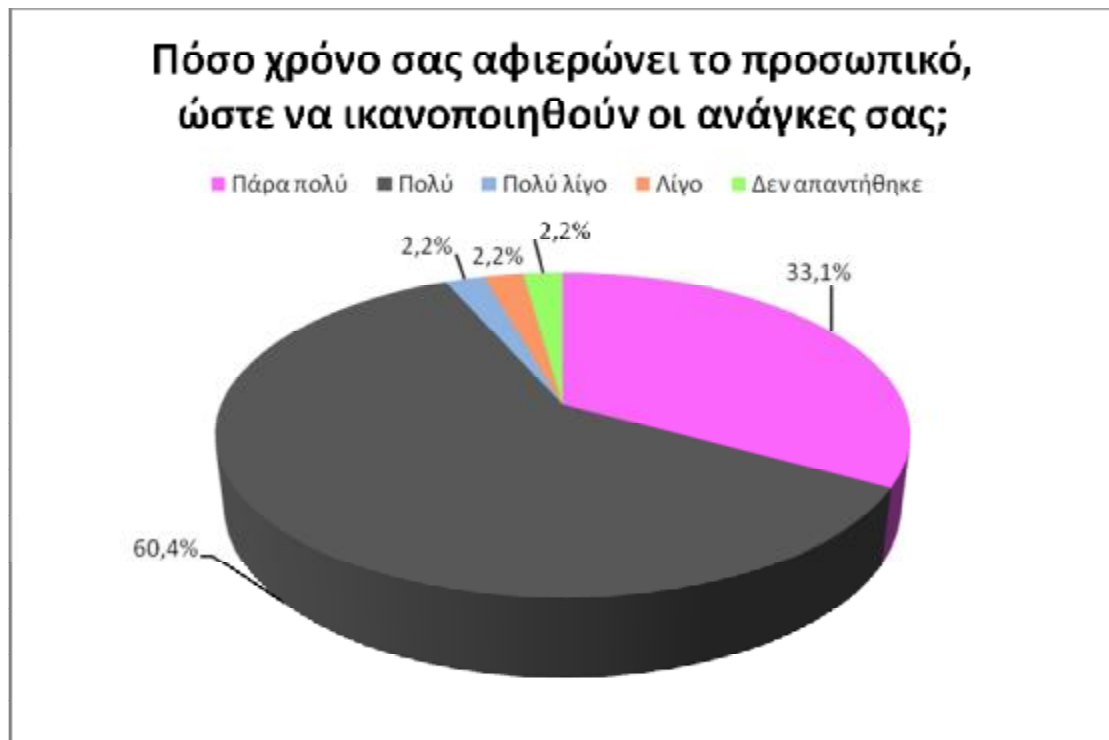


17 β)

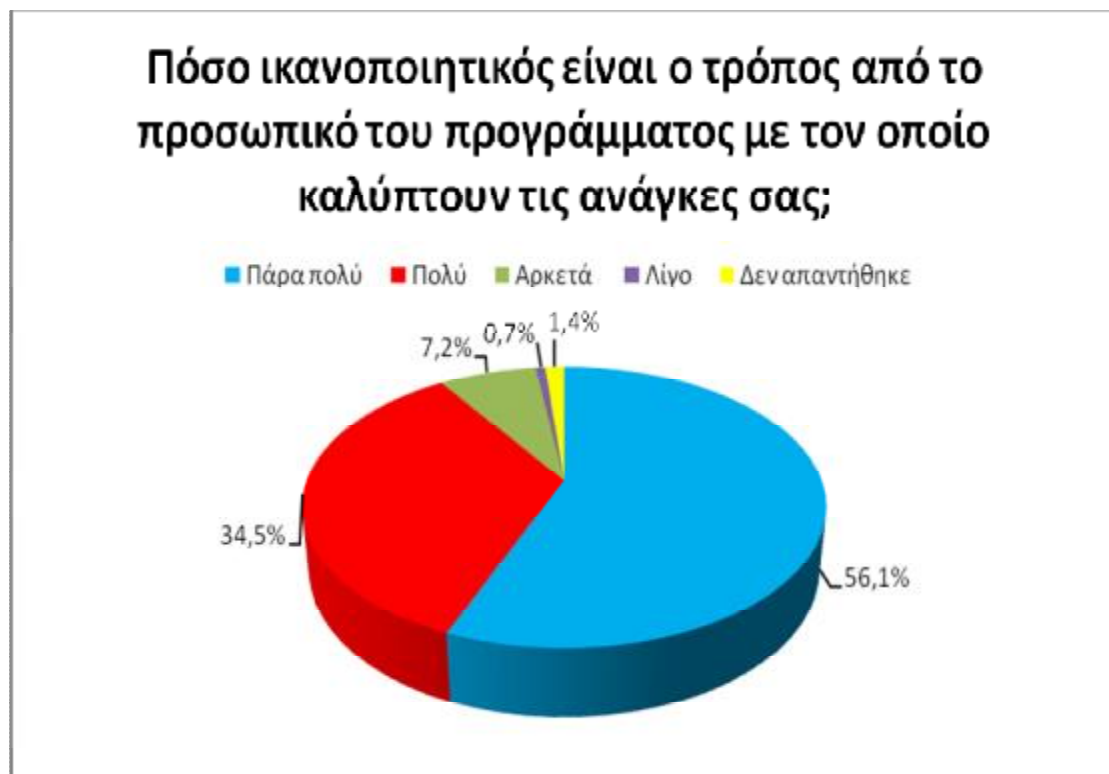




18.



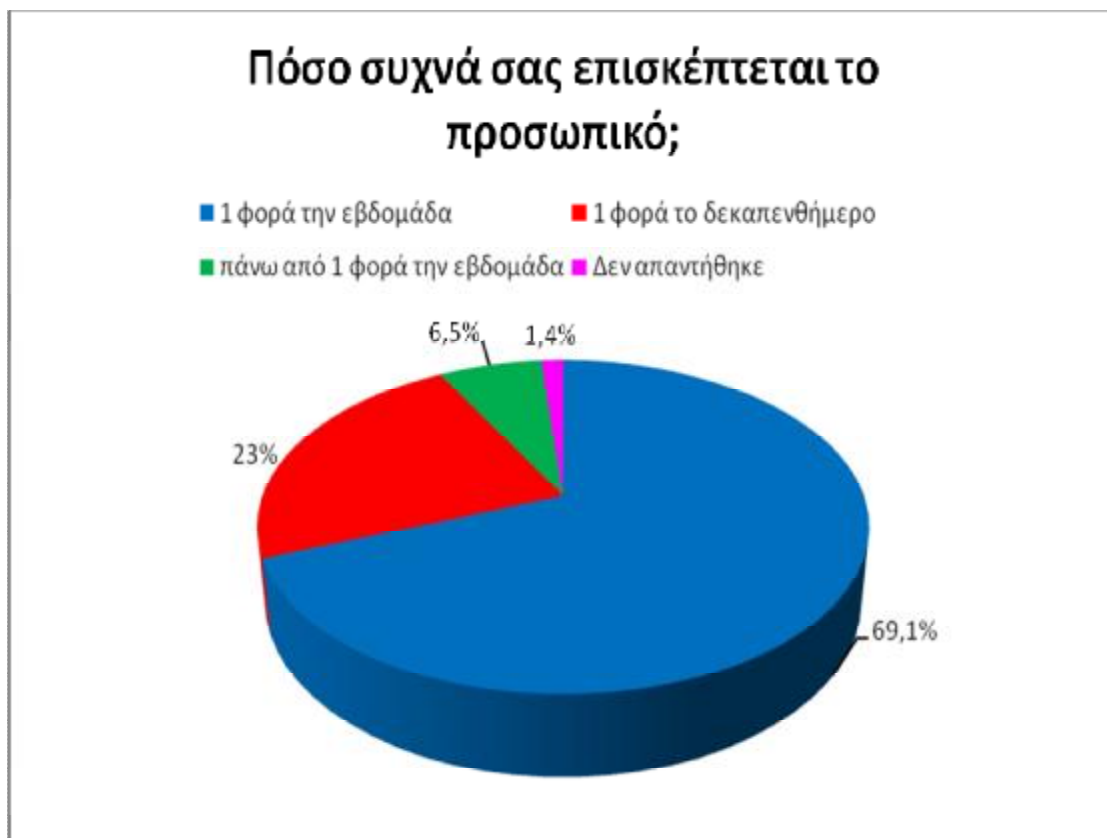
19.



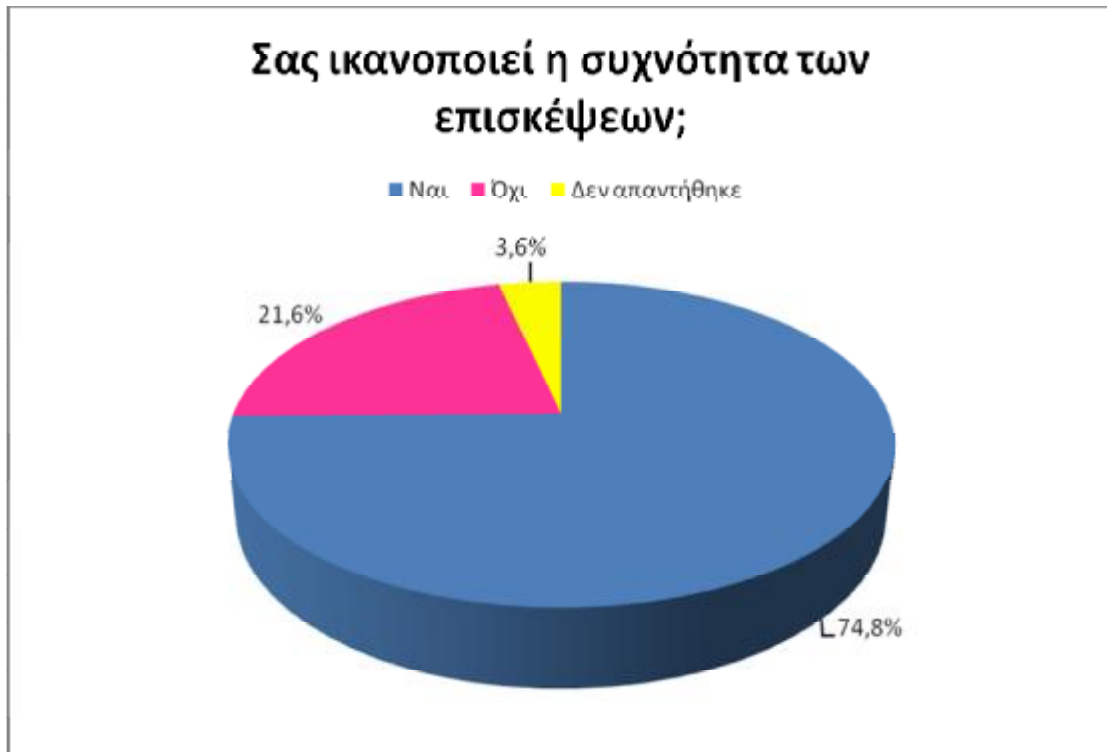
19 β)



20.



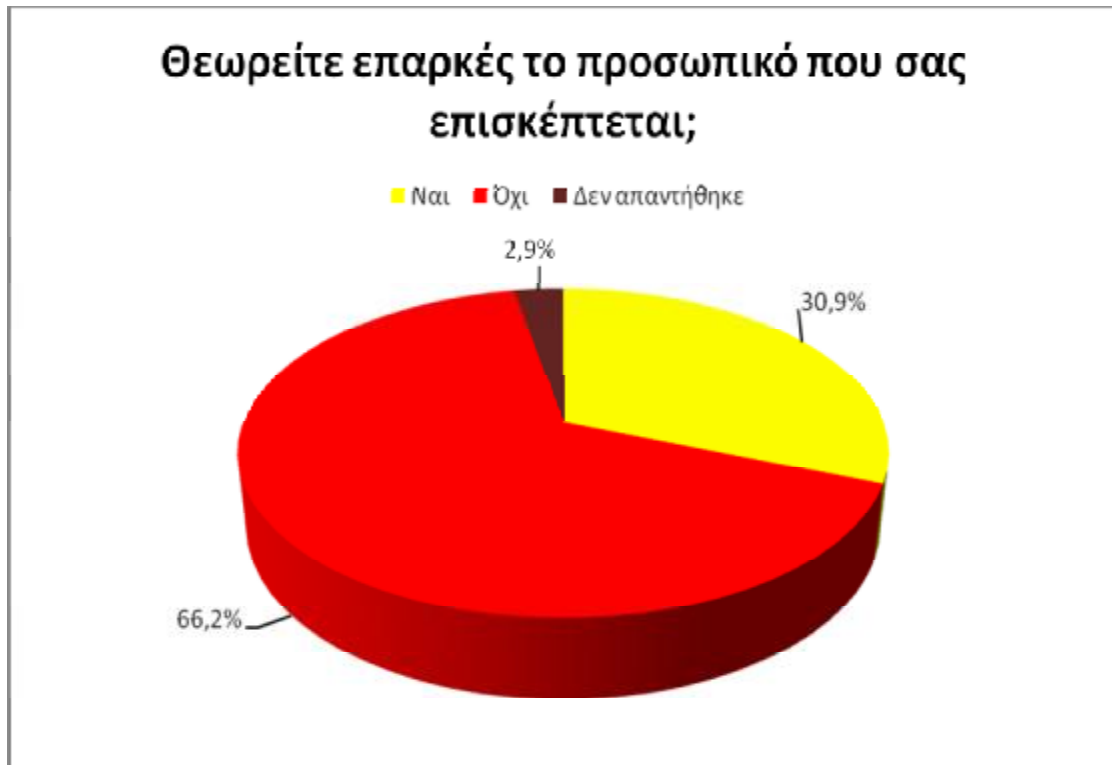
21.



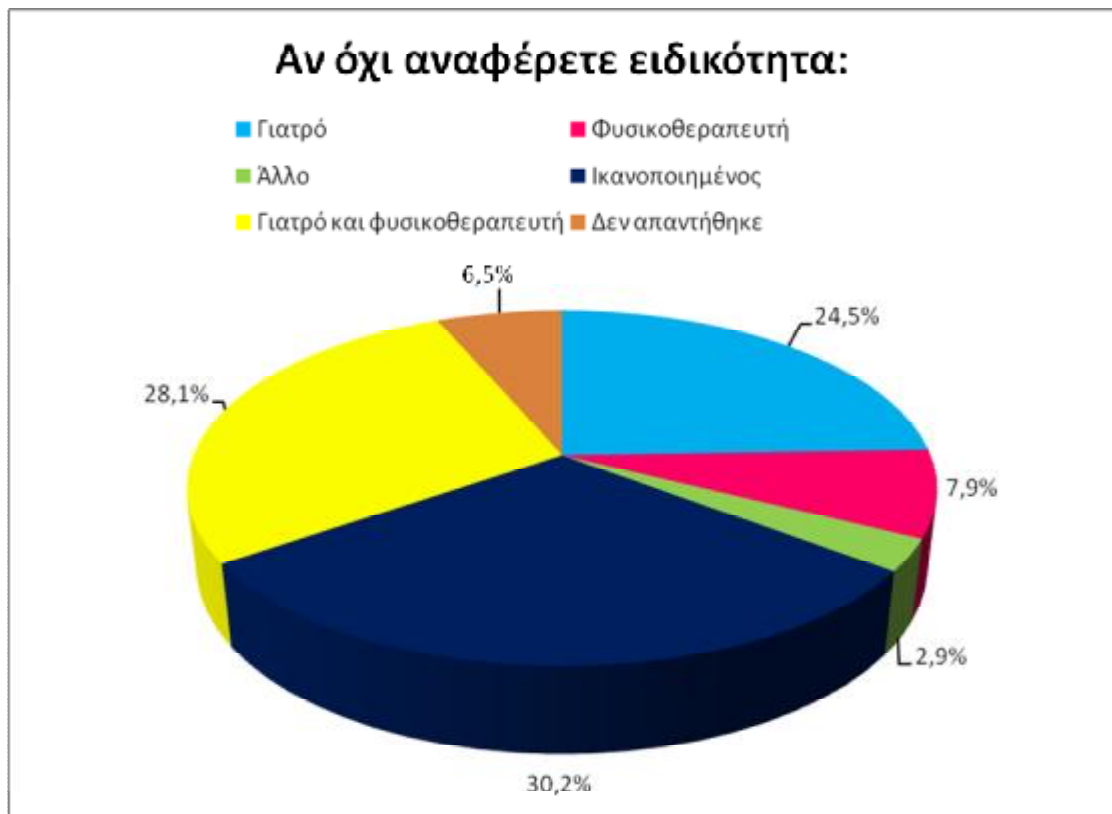
21 β)



22 α)



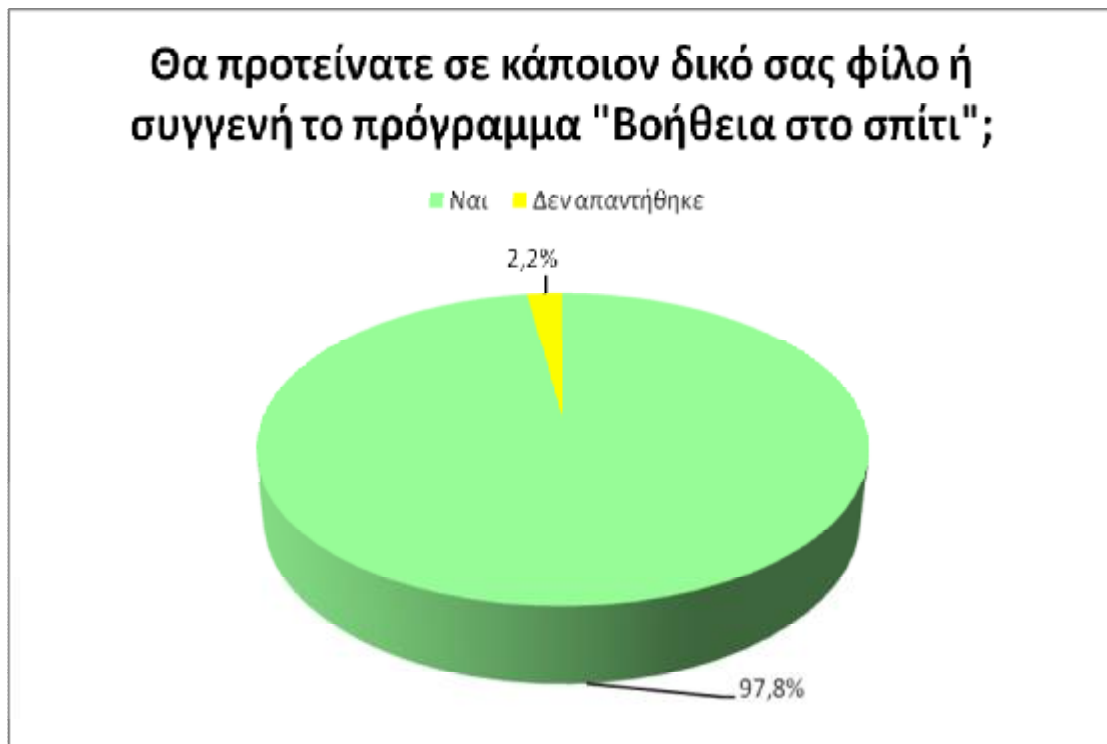
22 β)



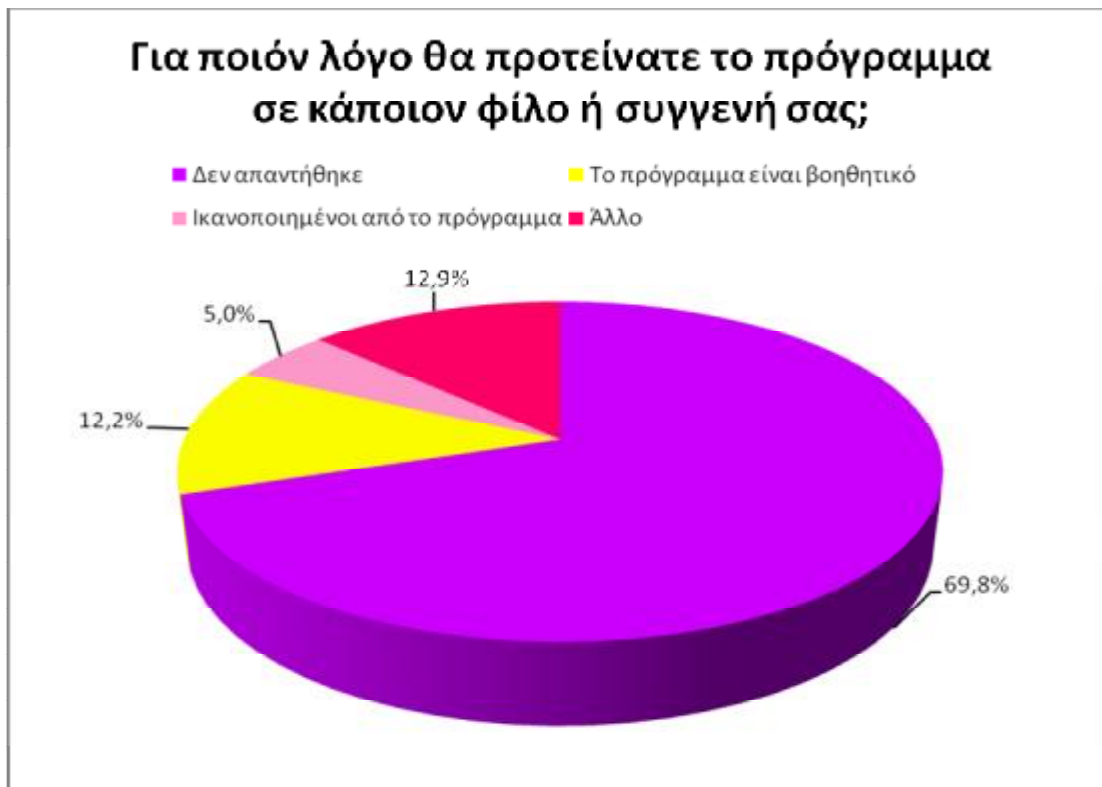
23.



24.



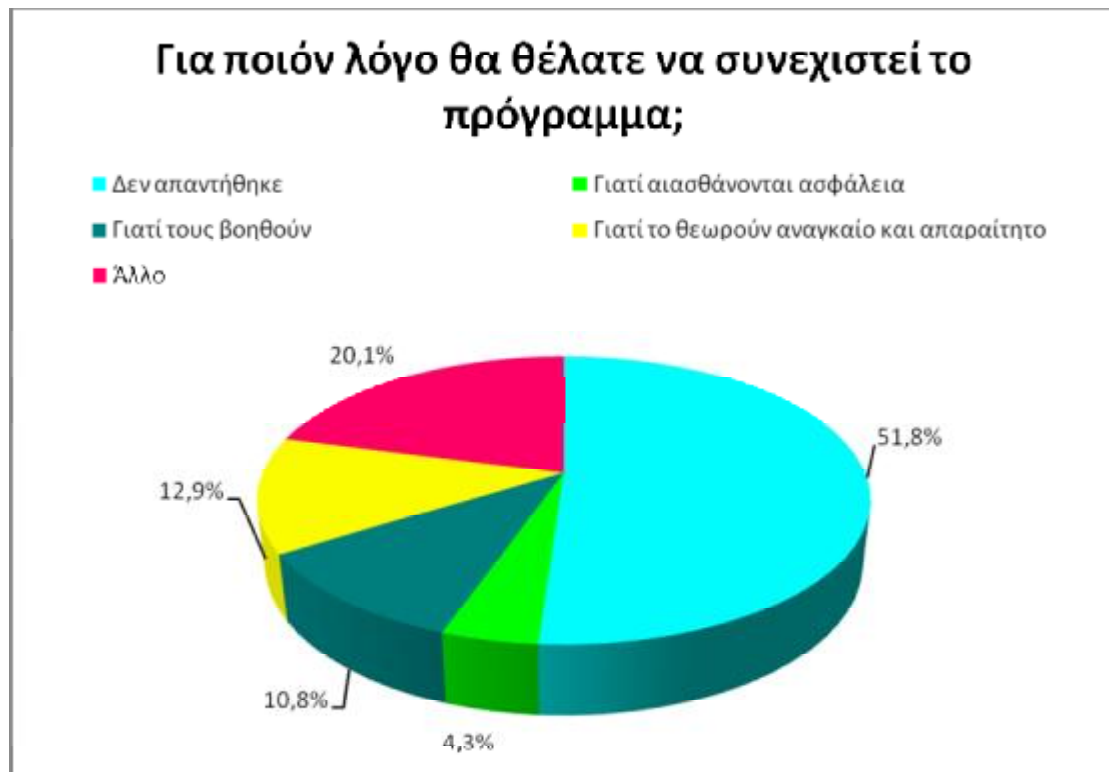
24 β)



25.



25 β)



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Αβεντισιάν-Παγοροπούλου Α., (2000) «Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας» Αθήνα 2000, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Παγοροπούλου Α., (2000) «Η γεροντική κατάθλιψη» Αθήνα 2000, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Αδαμακίδου Θ., Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., (2007) «Η κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα σε διαφορετικά συστήματα υγείας» Νοσηλευτική 2007 ([http://www.hjn.gr/actions/get\\_pdf.php?id=97](http://www.hjn.gr/actions/get_pdf.php?id=97)) [Τετάρτη 13 Μαρτίου 2013, 19:45 μ.μ]
- Αμηνά Α., Στουρνάρα Α. & Μανάρα Α., (2002) Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», Αθήνα 2002, ΚΕΔΚΕ.
- ΑΝΚΑ, (2006) Έρευνα Καταγραφής και Αποτύπωσης των Προβλημάτων, των Αναγκών και των Ενεργειών για την Συνέχιση Λειτουργίας των Μονάδων «Βοήθεια στο σπίτι». Μελέτη της Αναπτυξιακής Καρδίτσας (ΑΝΚΑ) για λογαριασμό της ΚΕΔΚΕ Καρδίτσα.
- Γουρνάς, Γ. (1993) «Ψυχική Υγεία και Τρίτη Ηλικία» στο: Γεργούσης, Ε., Κυριόπουλος, Γ. Σκουτέλης, Γ. (επιμ.) Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία. Αθήνα 1993: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, (165)
- Δαρδαβέσης Θ., (1999) «Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας», Αθήνα 1999, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Δαρδαβέσης, Ι. (1999) «Εισαγωγικά στοιχεία Γηριατρικής και Γεροντολογίας» στο: Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (επιμ.) Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Αθήνα 1999, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Δημητρόπουλος Α., (1995) «Η επαγγελματική εκπαίδευση των νοητικώς καθυστερημένων στην Ελλάδα. Προβλήματα της διδακτικής πράξης. Αποτελέσματα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.» Αθήνα 1995, διδακτορική διατριβή. (<http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/3521#page/26/mode/2up>) [Πέμπτη 17 Ιανουαρίου 2013, 17:11 μ.μ]
- Εμκε-Πουλοπούλου Η., (1999) «Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες: παρελθόν, παρόν και μέλλον» Αθήνα 1999, Εκδόσεις Έλλην



- Έμκε-Πουλοπούλου Η., (1991) «*Δημογραφική γήρανση και το εισόδημα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα*», Αθήνα 1991, Κοινωνική Εργασία, τεύχος 24.
- Ζαϊμάκης Γ, (2009) «*Κοινοτική Εργασία και τοπικές κοινωνίες*», Αθήνα 2009, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, (108-109)
- Ζώνιου-Σιδέρη Α., (1998) «*Οι ανάπηροι και η εκπαίδευσή τους*» Αθήνα 1998, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου Α. & Σουρτζή Π., (2005) Κοινοτική νοσηλευτική, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, (22)
- Κανδυλάκη, Α. & Καραγκούνης, Β., (2005), «*Φροντίδα στην Κοινότητα και «Βοήθεια στο Σπίτι*». Μία πρόκληση για την τοπική αυτοδιοίκηση», στο Ζαϊμάκης, Γ. και Κανδυλάκη Α. (επιμ.), Δίκτυα κοινωνικής
- Καλλινικάκη Θ., (1998) «*Κοινωνική εργασία*», Αθήνα 1998, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, (53-54)
- Κανελλόπουλος Κ., (1984) «*Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα, στατιστική ανάλυση των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών*», Αθήνα 1984, ΚΕΠΕ
- Κασσωτάκης Μ., Παπαέτρου Σ. & Φακιόλας Ν., (1999) «*Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα*» Αθήνα 1999, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
- Κοτταρίδη Γ., (2007) «*Ο ηλικιωμένος και η οικογένεια: Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα*», Στο Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας 2006, Αθήνα 2007, ΕΚΚΕ ,(158)
- Κυριακίδου Ε. Θ., (2000) «*Κοινοτική νοσηλευτική*» Αθήνα 2000, Εκδόσεις Η Ταβιθά
- Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α., (1999) «*Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*» Αθήνα 1999, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Μαλγαρινού Μ., Γούλια Ε., (2005) «*Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα*» Αθήνα 2005, Εκδόσεις Η Ταβιθά
- Μαλικιώση-Λοϊζου, Robert Slater, (2003) «*Γηρατειά*», Αθήνα 2003, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Μπιλαλης  
Δημήτριος,  
<http://www.tlife.gr/Article/%CE%A3%CE%A7%CE%95%CE%A3%CE%95%CE%99%CE%A3%CE%9A%CE%91%CE%99SEX-kaliterosex/0-49-17431.html>

- Πλατή Χρυσάνθης Δ., (2008) «Γεροντολογική νοσηλευτική» Αθήνα 2008, Εκδόσεις
- Πόζιος, Κωνσταντίνος (2005) Βοήθεια στο σπίτι: Στόχοι-Προοπτικές. Εισηγητής στο 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδίτσας, "Βοήθεια Στο Σπίτι" «Στην Πρώτη Γραμμή των Κοινωνικών Υπηρεσιών». (24)
- Πρόγραμμα Βοήθεια Στο Σπίτι, (2002) «Έκθεση εφαρμογής, Επιτροπή παρακολούθησης του προγράμματος, Ελληνική εταιρία κοινωνικής συμμετοχής», Έκδοση Κ.Ε.Δ.Κ.Ε 2002 (3, 12)
- Σταθόπουλος Π. Α., (2005) «Κοινωνική πρόνοια. Ιστορική εξέλιξη-νέες κατευθύνσεις», Αθήνα 2005, Εκδόσεις Παπαζήση, (363-364)
- Redfern Sally J, Ross Fiona M., (2011) «Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων» Αθήνα 2011, Εκδόσεις Πασχαλίδης
- Krauss Susan, Whitbourne, (2000) «Psychopathology in later adulthood» Canada 2000, John Wiley and Sons
- [McDermott](#) Suzanne, [Turk](#) Margaret A., (2011), "The myth and reality of disability prevalence: measuring disability for research and service" (<file:///C:/Users/user/Documents/ptuxiaki/arthra/S1936657410000592.htm>) [Παρασκευή 15 Φεβρουαρίου 2013, 12:10 μ.μ]
- Τεπέρογλου Α., (2004) «Ο ηλικιωμένος και η οικογένειά του», στο Μουσούρου Λ. και Στρατηγάκη Μ. (επιμ.), Ζητήματα οικογενειακής πολιτικής, Θεωρητικές αναφορές, ΚΕΚΜΟΚΟΠ, Αθήνα 2004, Gutenberg, (181)
- Τριανταφύλλου Τ. & Μεσθεναίου Ε., (1993) "Ποιος φροντίζει; Η οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων ηλικιωμένων στην Ελλάδα και Ευρώπη», Αθήνα, 1993, Εκδόσεις Sextant , (39)
- Shakespeare Torn, Watson Nicholas, (2009), "Research in Social Science and Disability Emerald Book Chapter: The social model of disability: An outdated ideology?", ([http://dx.doi.org/10.1016/S1479-3547\(01\)80018-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1479-3547(01)80018-X)) [Σάββατο 09 Φεβρουαρίου 2013, 23:35 μ.μ]
- Χριστοδούλου Γ. Ν. & Κονταξάκης Β. Π., (2000) «Η Τρίτη ηλικία» Αθήνα 2000, Εκδόσεις Βήτα
- 3ο συνέδριο Γηριατρικής και Γεροντολογικής Εταιρίας Βορείου Ελλάδας, «Σύγχρονη Ιατροκοινωνικά Προβλήματα της Γ ηλικίας», (1995) υπό την αιγίδα του υπουργείου Μακεδονίας και Θράκης, του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου της Θεσσαλονίκης του Δήμου Θεσσαλονίκης, 1995, (40)

- Χρυσοχόου Χριστίνα Α., Ζαμπέλας Αντώνης, Δοντάς Αναστάσιος Σ. (2003) Η Διατροφή στην τρίτη ηλικία. Στο :Διατροφή στα στάδια της ζωής, Αντώνιος Ζαμπέλας, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2003.
- Hesham Ahmed Taha (2009), “*Smoking Dissolves The Muscles and Harms for The Bodies of Smokers*” (<http://www.shvoong.com/medicine-and-health/epidemiology-public-health/1904474-smoking-dissolves-muscles-harms-bodies/#ixzz2Pbp7MA1w>) [Δευτέρα 11 Φεβρουαρίου 2013, 10:03 π.μ]
- [Dubois](#) Luc, [Trani](#) Francois, (2009), “*Extending the capability paradigm to address the complexity of disability*” (<file:///C:/Users/user/Documents/ptuxiaki/arthra/S1875067209000510.htm>) [Παρασκευή 15 Φεβρουαρίου 2013, 13:08 μ.μ]