

A.T.E.I. ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΘΕΜΑ

ΔΟΜΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟ ΓΟΡΓΟΛΑΪΝΗ. ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΔΟΜΕΣ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟΣ ΑΝΑΓΚΩΝ ΓΙΑ ΝΕΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ.

***ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΕΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: ΒΑΡΔΑΚΗ ΕΥΑΝΘΙΑ,
ΜΑΝΩΛΙΤΣΑΚΗ ΜΑΡΙΑ***
ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ:2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ:</u>	4
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ:</u>	6
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ-ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:</u> Η έννοια και τα χαρακτηριστικά της Τρίτης ηλικίας.....	11
1.1. Οι ανάγκες των ηλικιωμένων.....	17
1.2. Τα προβλήματα της Τρίτης ηλικίας.....	19
1.3. Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων.....	36
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:</u> Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης και η Τρίτη ηλικία.....	45
2.1. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα και την Ευρώπη.....	46
2.2. Προγράμματα και μέτρα προστασίας για την Τρίτη ηλικία.....	54
2.3. Προηγούμενες έρευνες.....	78
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:</u> Ο Θεσμός των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, τα Προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα στην Ελλάδα.....	89
3.1. Ο Θεσμός των Κ.Α.Π.Η., τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα στην Ελλάδα και το σκεπτικό της δημιουργίας τους.....	103
3.2. Σκοπός και στόχοι του θεσμού του Κ.Α.Π.Η., των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα και οι προσφερόμενες υπηρεσίες.....	107
3.3. Ο Νόμος του Καλλικράτη.....	113
3.4. Το Ιστορικό του Δήμου Γοργολαΐνη.....	116
3.5. Αναφορά και σχολιασμός του Κ.Α.Π.Η., Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα στον Δήμο Γοργολαΐνη και η πραγματική κατάσταση που επικρατεί σήμερα.....	127
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ-ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:</u> Μεθοδολογία της έρευνας	
4.1. Σκοπός και στόχοι της έρευνας.....	142
4.2. Αναγκαιότητα και σημασία της έρευνας.....	142

4.3. Ερευνητικές υποθέσεις και Ερευνητικά ερωτήματα.....	143
4.4. Μέθοδος, σχεδιασμός και στάδια της έρευνας.....	145
4.4.1. Πληθυσμός της έρευνας.....	146
4.4.2. Σχεδιασμός ερωτηματολογίου.....	147
4.4.3. Πιλοτική έρευνα.....	149
4.4.4. Έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας του ερευνητικού εργαλείου.....	151
4.4.5. Ανάλυση δεδομένων.....	152
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:</u> Αποτελέσματα της έρευνας	
5.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	155
5.2. Απόψεις συνολικού δείγματος για τις ανάγκες των ηλικιωμένων.....	157
5.3. Έλεγχος της επίδρασης των ανεξάρτητων μεταβλητών (φύλο, ηλικία, Μορφωτικό επίπεδο κ.α.) σχετικά με την ικανοποίησή τους από τα Προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι, Κοινωνική Μέριμνα και το Κ.Α.Π.Η.....	164
5.4. Απαντήσεις στα βασικά ερευνητικά ερωτήματα και παρουσίαση των πιο στατιστικά σημαντικών στοιχείων της έρευνας.....	172
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:</u> Συμπεράσματα της έρευνας.....	175
6.1. Σημαντικές προτάσεις.....	179
6.2. Θεωρητικοί περιορισμοί.....	182
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:</u>	184
<u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:</u>	195
<u>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ:</u>	236

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

«Με τον όρο Γήρανση, εννοούμε το σύνολο των σωματικών και ψυχικών μεταβολών που συμβαίνουν κατά την τελευταία περίοδο της ζωής και αποτελούν μέρος της διαδικασίας που χαρακτηρίζεται από έκπτωση της ζωτικότητας, οφειλόμενη στις οργανικές αλλαγές που χαρακτηρίζουν το γήρας, γεγονός που μπορεί να περιορίσει σταδιακά την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον». (Ferre- Marti, χ.χ.:41).

Η τρίτη ηλικία αποτελεί μια μεγάλη μερίδα του πληθυσμού της Ελλάδας, της οποία το ποσοστό της αναμένεται ν' αυξηθεί τα επόμενα χρόνια. Η συγκεκριμένη αυτή πληθυσμιακή ομάδα παρουσιάζει διάφορα χαρακτηριστικά, ανάγκες, προβλήματα κ.α. που την συνοδεύουν.

«Η πολιτική στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους αποσκοπεί στην παραμονή τους, όσο το δυνατόν, μέσα στην κοινότητα και την επικοινωνία με την οικογένεια τους, ώστε να συνεχίσουν να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στη ζωή της κοινότητας. Η συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας και της οικογένειας τους, περιορίζει την ψυχολογική αποστασιοποίηση και περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων από τον υπόλοιπο πληθυσμό». (Σταθόπουλος, 1999:307).

Για το σκοπό αυτό δημιουργήθηκαν διάφορα προγράμματα για τους ηλικιωμένους για το οποία θ' αναφερθούμε αναλυτικά στην εργασία μας.

Το θέμα της πτυχιακής μας εργασίας αφορά την Τρίτη ηλικία και συγκεκριμένα τις: «Δομές και Προγράμματα Κοινωνικής Προστασίας για την Τρίτη Ηλικία στον Δήμο Γοργολαΐνη, αντιλήψεις και διαπιστώσεις για τις υπάρχουσες δομές καθώς και εντοπισμός αναγκών για νέα προγράμματα».

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης, ήταν να εντοπιστούν οι ανάγκες των δομών και των προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας για την Τρίτη Ηλικία στο Δήμο Γοργολαΐνη. Επίσης, να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας που είναι χρήστες των προγραμμάτων για τις υπάρχουσες δομές.

Στην έρευνα συμμετείχαν άνδρες και γυναίκες μέλη του Κ.Α.Π.Η., Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα του Δήμου Γοργολαΐνη, ηλικίας 60-75 ετών. Το δείγμα μας αποτέλεσαν 200 άτομα μέλη των παραπάνω υπηρεσιών, 62% γυναίκες και 38% άνδρες.

Σχετικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες τις οποίες παρέχει το Κ.Α.Π.Η., οι οποίες περιλαμβάνουν ιατροφαρμακευτική φροντίδα, νοσηλευτική φροντίδα, συμβουλευτική στήριξη, ψυχαγωγία, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, οικογενειακή βοήθη και εκπαίδευση-επιμόρφωση, το 33% δηλώνει καθόλου ευχαριστημένο, το 66 % λίγο και το 2% μέτρια.

Όσον αφορά στο κατά πόσο τα μέλη είναι ευχαριστημένα από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δυο προγράμματα (Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα), το 74% δηλώνει πως δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο από την ιατροφαρμακευτική φροντίδα που παρέχουν τα προγράμματα. Σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα, το 36% είναι πολύ ικανοποιημένο από την υπηρεσία αυτή, το 20% μέτρια, το 18% δεν αισθάνεται καθόλου ικανοποίηση. Όσον αφορά στην συναισθηματική στήριξη που παρέχεται από την κοινωνική υπηρεσία, το 78% δηλώνει ότι δεν είναι καθόλου ευχαριστημένο. Τέλος, οι ερωτώμενοι απαντούν στο 95% ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες της οικογενειακής βοήθου.

Σχετικά με την άποψή τους για τον θεσμό του Κ.Α.Π.Η. και των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα και πιο συγκεκριμένα για το εάν θεωρούν ότι είναι καταξιωμένες δομές, το 24,38% των ερωτηθέντων απάντησε ότι τις θεωρεί βοηθητικές για τους ηλικιωμένους. Το 23,38% απάντησε ότι ναι μεν είναι καταξιωμένες αλλά όχι στον Δήμο Γοργολαΐνη. Το 17,91% τις θεωρεί καλές υπηρεσίες, ενώ το 12,94% θεωρεί ότι είναι καλές όταν όμως παρέχονται σωστά.

Από τα παραπάνω διαπιστώνουμε ότι οι απόψεις των χρηστών υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη, έτσι ώστε να υπάρξει ουσιαστική βελτίωση των ήδη παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και των μελλοντικών δράσεων που πρόκειται να υλοποιηθούν.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία μας χωρίζεται σε δυο μέρη το θεωρητικό και το ερευνητικό. Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από τρία κεφάλαια.

Το πρώτο κεφάλαιο, περιλαμβάνει την έννοια και τα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας, τις ανάγκες, τα προβλήματα και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στο φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, επίσης, θα γίνει αναλυτική αναφορά στα προγράμματα και στα μέτρα προστασίας για την Τρίτη ηλικία καθώς και αναφορά σε προηγούμενες έρευνες που έχουν γίνει και αφορούν την Τρίτη Ηλικία και κυρίως το Κ.Α.Π.Η., το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι κ.α..

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στα προγράμματα Κ.Α.Π.Η., Κοινωνική Μέριμνα, Βοήθεια στο Σπίτι. Αρχικά θα γίνει παρουσίαση των προγραμμάτων. Κατόπιν, θα γίνει αναφορά στον νόμο Καλλικράτη και τις αλλαγές που επιφέρει στις κοινωνικές υπηρεσίες. Ακόμα, στο κεφάλαιο αυτό θα κάνουμε μια παρουσίαση του Δήμου Γοργολαΐνη. Το τρίτο κεφάλαιο κλείνει με την αναφορά και τον σχολιασμό των προγραμμάτων αυτών στον Δήμο Γοργολαΐνη, τα οποία προγράμματα είναι αυτά που μελετούμε στην έρευνα μας και την πραγματική κατάσταση που επικρατεί σήμερα.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας αποτελεί το ερευνητικό κομμάτι. Η ερευνητική προσέγγιση περιλαμβάνει τρία κεφάλαια.

Το τέταρτο κεφάλαιο που είναι και το πρώτο κομμάτι της ερευνητικής προσέγγισης, αφορά την μεθοδολογία της έρευνας. Στην μεθοδολογία περιλαμβάνονται: ο σκοπός, οι στόχοι και η αναγκαιότητα της έρευνας, οι ερευνητικές υποθέσεις και τα ερευνητικά ερωτήματα, η μέθοδος, ο σχεδιασμός και τα στάδια της έρευνας, ο πληθυσμός της έρευνας, πως σχεδιάστηκε το ερωτηματολόγιο, η πιλοτική έρευνα πριν την έναρξη της κύριας έρευνας, ο έλεγχος της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του ερευνητικού εργαλείου καθώς και η ανάλυση των δεδομένων.

Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τ' αποτελέσματα της έρευνας. Αρχικά, θα γίνει αναφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, στις απόψεις του συνολικού δείγματος για τις ανάγκες τους, στον έλεγχο της επίδρασης των ανεξάρτητων μεταβλητών (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο κ.α.) σχετικά με τις ανάγκες τους στα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι, Κ.Α.Π.Η. και Κοινωνική Μέριμνα, θα δοθούν

απαντήσεις στα βασικά ερευνητικά ερωτήματα και θα παρουσιαστούν τα πιο στατιστικά σημαντικά στοιχεία της έρευνας.

Το έκτο και τελευταίο κεφάλαιο είναι τα συμπεράσματα της έρευνας. Το κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνει εκτός από τα συμπεράσματα, τις προτάσεις και τους περιορισμούς της έρευνας μας.

Την εργασία μας θα ξεκινήσουμε με μια μικρή ιστορική αναδρομή με τη θέση της τρίτης ηλικίας σε διάφορες κοινωνίες και εποχές. Θα ξεκινήσουμε από την αρχαιότητα και θα καταλήξουμε στην σημερινή εποχή.

Τα γηρατειά δεν λάμβαναν πάντοτε, σε όλους τους λαούς, τον σεβασμό και την προσοχή που θα έπρεπε. Παρά το γεγονός ότι το πολιτιστικό επίπεδο πολλών λαών υπήρξε υψηλό, η μέριμνα για τους ηλικιωμένους δεν είχε πάντα την πρωτεύουσα θέση στην κοινωνία. Δεν είναι εύκολο να μελετήσουμε τη θέση των γηρατειών διαμέσου των αιώνων, διότι δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία γι' αυτούς. Γι' αυτό θ' αναφερθούμε σε κάποια γενικά στοιχεία που περιγράφουν τη θέση των ηλικιωμένων στην εκάστοτε κοινωνία.

«Στην Αρχαία Ελλάδα το γήρας ήταν ιδιαίτερα σεβαστό και άξιο τιμών. Οι γέροντες διατηρούσαν το κύρος και την θέση τους στην κοινωνία και δεν ήταν σπάνιο οι ηλικιωμένοι να κατέχουν αξιώματα, τα οποία σπανίως θα μπορούσαν να έχουν αποκτήσει σε μικρότερη ηλικία». (Μπαλογιάννης, 2007).

Συγκεκριμένα στη Σπάρτη, οι άνδρες εκπαιδεύονταν στρατιωτικά μέχρι και τα 60 τους χρόνια. Οι άντρες μετά τα 60 πού έληγε η στρατιωτική τους εκπαίδευση, είχαν την υποχρέωση να συντηρούν όλο το σύστημα μέσα στο οποίο ζούσαν. Μεγάλο μέρος της εξουσίας το είχαν οι γεροντότεροι και οι πλουσιότεροι που αποτελούσαν τα μέλη της γερουσίας. Οι ηλικιωμένοι άντρες αναλάμβαναν την ανατροφή των παιδιών ώστε να τα διδάξουν να σέβονται και να τιμούν τους ηλικιωμένους.

Στην Αθήνα, όσο επικρατούσε η αριστοκρατία οι ηλικιωμένοι διατηρούσαν σημαντική θέση στην κοινωνία. Με τους νόμους του Σόλωνα δόθηκε όλη η εξουσία στους ηλικιωμένους. Συγκεκριμένα, ο Άρειο Πάγος που αποτελούσε το ανώτατο όργανο εξουσίας αποτελούνταν από τέως άρχοντες. Τα πράγματα άλλαξαν όταν καθιερώθηκε η Δημοκρατία από τον Κλεισθένη, η εξουσία τους περιορίστηκε πολύ.

Στο Βυζάντιο έδειξαν ιδιαίτερη ευαισθησία στην Τρίτη ηλικία. Αυτό γίνεται αντιληπτό και από την ίδρυση των πρώτων γηροκομείων. Στην Κωνσταντινούπολη και σε άλλες πόλεις της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας ιδρύθηκαν πολλά γηροκομεία. «Το μεγαλύτερο νοσηλευτικό ίδρυμα της Κωνσταντινούπολης υπήρξε ο Ξενώνας της Ιεράς Μονής του Παντοκράτορος..... Αυτό που πρέπει να υπογραμμιστεί, είναι ότι εντός του μοναδικού αυτού, για τους ιστορικούς χρόνους του, νοσηλευτικού ιδρύματος ασκείτο ψυχοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, λουτροθεραπεία, φυσικοθεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη παράλληλα προς την κατάλληλη φαρμακευτική και διαιτητική αγωγή». (Μπαλογιάννης, 2007).

Στην αρχή της Αυτοκρατορίας και στα πρώτα χρόνια του Μεσαίωνα οι ηλικιωμένοι ήταν αποκλεισμένοι σχεδόν ολοκληρωτικά από την δημόσια ζωή και τον κόσμο. Κυβερνούσαν οι νέοι. Τον καιρό εκείνο ακόμα και οι Πάπες ήταν στο μεγαλύτερο μέρος τους νεαροί άντρες. Η κατάσταση ήταν διαφορετική στις αγροτικές περιοχές όπου ο πατέρας διατηρούσε την εξουσία και οι νέοι αντιδρούσαν. Όταν ο πατέρας έφτανε σε μία ορισμένη ηλικία που δεν είχε αρκετές δυνάμεις για να συνεχίσει να εργάζεται με την γη, έδινε την εξουσία στο μεγαλύτερο γιό του. Όσοι ηλικιωμένοι δεν είχαν οικογένεια ή είχαν αλλά δεν μπορούσαν να τους συντηρήσει τότε απευθύνονταν στο άρχοντα ή στο μοναστήρι. Έντονο ήταν και το φαινόμενο της ζητιανιάς, στην ομάδα των γερόντων που δεν είχαν πόρους ζωής.

Στις αρχές του 17^{ου} αιώνα, στην Γαλλία έχουμε μία κοινωνία που οι ηλικιωμένοι ήταν στο περιθώριο. Όλες τις εξουσίες τις είχαν οι νέοι. Ο κόσμος σεβόταν τις ιδιότητες που κουβαλούσε ο κάθε ηλικιωμένος π.χ. γαιοκτήμονας, ιεράρχης και όχι τα ίδια τα γηρατειά. Οι χωρικοί και οι τεχνίτες φιλοξενούσαν τους ηλικιωμένους στο σπίτι τους. Η βοήθεια της εκκλησίας δεν επαρκούσε. Την περίοδο αυτή ήταν έντονο το φαινόμενο του μισογυνισμού και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων γυναικών.

Στην Αγγλία του 17^{ου} αιώνα, έχουμε πολλές αλλαγές και ανακατατάξεις. «Οι πουριτανοί που αποτελούσαν την βάση της αστικής τάξης, έδωσαν μεγάλη σημασία στα γηρατειά. Ο παππούς αποτελούσε το σύμβολο και την ενσάρκωση της οικογένειας και ήταν σεβαστός..... Άποψη των πουριτανών ήταν: οι ηλικιωμένοι έχοντας ελευθερωθεί από τα πάθη τους, μπορούσαν να ζήσουν φυσιολογικά την αστική ζωή που είχε σαν θέση

και πρότυπο ο πουριτανισμός και να την δεχτούν ευκολότερα». (Μπωβουάρ, 1970: 188-190).

Τον 18^ο αιώνα άρχισε μια περίοδος έρευνας για τους Ευρωπαίους στο πλαίσιο της οικογένειας. Ο ηλικιωμένος άντρας απέκτησε ιδιαίτερη σημασία. Υπήρχε σεβασμός προς το πρόσωπο του. Στα γεράματα του διαχειριζόταν ακόμα την περιουσία του και εξακολουθούσε να διατηρεί μεγάλο οικονομικό κύρος. Υπήρξε μια τρυφερότητα και προστασία προς τον ηλικιωμένο παππού και γιαγιά. «Οι πρόωρες εξελίξεις του κράτους κοινωνικής πρόνοιας σε αυτόν τον αιώνα είχαν μια θετική επίδραση στη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.» (Moroney and Krysik, 1998).

Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα λόγω διάφορων κοινωνικών αλλαγών που συντελέστηκαν, επηρεάστηκε σημαντικά η κατάσταση των ηλικιωμένων, αυτό αφορούσε και την γνώμη της κοινωνίας για τα γηρατειά. Αυτό όμως δεν κράτησε για πολύ. Διάφορα φαινόμενα όπως η βιομηχανική επανάσταση, η κίνηση φυγής από την ύπαιθρο με κατεύθυνση τα αστικά κέντρα, η εμφάνιση και η εξέλιξη μιας νέας τάξης, του προλεταριάτου οδήγησαν τους ηλικιωμένους σε δεινή θέση.

Στο δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα οι ηλικιωμένοι στην Αγγλία και Γαλλία είχαν βρεθεί στην χειρότερη θέση από ποτέ. Η Πατριαρχική οικογένεια εξακολουθούσε να υπάρχει στην ύπαιθρο, τα εισοδήματα όμως ήταν πολύ μικρά. Δεν έφταναν για να θρέψουν και τους ηλικιωμένους, έτσι ήταν πολύ συχνό φαινόμενο οι ηλικιωμένοι να εγκαταλείπονται σε ιδρύματα- πτωχοκομεία. Υπήρξε μια προσπάθεια από το Κράτος να προστατέψει τους ηλικιωμένους αλλά αυτό αντί να βοηθήσει έκανε χειρότερα τα πράγματα.

«Η κατάσταση είχε ξεφύγει από κάθε έλεγχο, ώστε την περίοδο εκείνη υπήρξαν αρκετοί φόννοι ηλικιωμένων από τα παιδιά τους. Είτε γιατί ήθελαν να τους ξεφορτωθούν όσο το δυνατό γρηγορότερα, γιατί δεν είχαν τα απαραίτητα για να τους θρέψουν. Είτε γιατί ήθελαν να τους αρπάξουν και την λίγη περιουσία που τους είχε απομείνει. Όλα αυτά βέβαια ίσχυαν κυρίως για τους φτωχούς ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι που άνηκαν στις ανώτερες τάξεις, δεν αντιμετώπιζαν τέτοια προβλήματα.» (Μπωβουάρ, 1970:204).

Η αποκατάσταση της βασιλείας έδωσε νέα πνοή στους ηλικιωμένους. Στην εξουσία το μεγαλύτερο μέρος το αποτελούσαν ηλικιωμένοι. Όσον αφορά στην αστική τάξη στη Γαλλία παρατηρείται μια ισορροπία ανάμεσα στους νέους και τους ηλικιωμένους. Οι δύο αυτές γενιές προσπαθούν να συνεργαστούν για να αποκτήσουν το καλύτερο δυνατό

αποτέλεσμα. Στις πόλεις η πατριαρχική μορφή της οικογένειας άρχισε να φθίνει. Δεν ίσχυε όμως το ίδιο και για τις μεσαίες τάξεις που αγαπούσαν την ιδέα της μεγάλης οικογένειας και έδειχναν ιδιαίτερο σεβασμό στον παππού.

Τον 20^ο αιώνα έχουμε την εξαφάνιση της πατριαρχικής οικογένειας. Την περίοδο αυτή υπήρξε μια μικρή βελτίωση στις βιοτικές συνθήκες στην ύπαιθρο. Αυτό το γεγονός συντέλεσε ώστε να υπάρχουν πολύ λιγότερο εγκαταλελειμμένοι ηλικιωμένοι σε σχέση με το 19^ο αιώνα. Στην εξουσία συμμετείχαν οι νέοι αλλά και οι μεγαλύτεροι σε ηλικία.

«Στον σύγχρονο κόσμο η ιατρική φροντίδα, η κοινωνική μέριμνα, η νομική κατοχύρωση και η οικονομική συμπαράσταση προς τους γέροντες έχουν λάβει πρωτεύουσα θέση στον κοινωνικό προγραμματισμό στις χώρες που βρίσκονται σε υψηλή πολιτιστική βαθμίδα. Ο σεβασμός προς την αξιοπρέπεια του γέροντα δίδει νέα διάσταση στον τρόπον της ιατρικής προσέγγισης.» (Μπαλογιάννης, 2007).

Στην σύγχρονη κοινωνία η αντιμετώπιση των ηλικιωμένων έχει βελτιωθεί αισθητά. Σαφώς και οι υποδομές για τους ηλικιωμένους είναι καλύτερες. Έχουν δημιουργηθεί περισσότερα προγράμματα για την προστασία τους. Δεν παύουν όμως να υπάρχουν και περιπτώσεις κοινωνικής απομόνωσης και περιθωριοποίησης των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Στην χώρα μας τουλάχιστον μέχρι τώρα στο μεγαλύτερο ποσοστό οι ανάγκες των ηλικιωμένων αντιμετωπίζονται από την ίδια την οικογένεια. Η οικογένεια πολύ συχνά καλύπτει τα κενά της κρατικής πολιτικής.

Καθώς γυρίσαμε πίσω στο παρελθόν ανακαλύψαμε ότι υπήρξαν πολλές και διαφορετικές κοινωνίες. Καθώς και πολλοί και διαφορετικοί τρόποι αντιμετώπισης των ηλικιωμένων. Αυτές οι κοινωνίες αποτελούν πλέον παρελθόν. Το μέλλον είναι αυτό που βρίσκεται μπροστά μας για να μας βοηθήσει να διορθώσουμε τα λάθη μας και να συμπεριφερθούμε στους ηλικιωμένους έτσι όπως τους αξίζει, με αγάπη και σεβασμό!

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ-ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Τελευταία το ενδιαφέρον πολλών επιστημών έχει εστιαστεί στην πληθυσμιακή ομάδα της Τρίτης ηλικίας. «Στη λεγόμενη «Τρίτη ηλικία» ανήκουν τα άτομα που έχουν κλείσει το 65 έτος της ηλικίας τους. Ενώ μέχρι τα μέσα του 19^{ου} αιώνα ο αναμενόμενος μέσος όρος ζωής δεν ήταν υψηλότερος από 35 έτη, η εξέλιξη της Ιατρικής και της Φαρμακευτικής επιστήμης έχει αυξήσει το μέσο όρο επιβίωσης στα 75-80 χρόνια.» (Ηλιοπούλου, κ.α., 1993:259).

«Γήρας, είναι η περίοδος της ζωής του ανθρώπου που εντοπίζεται στο 70^ο περίπου έτος της ηλικίας του και χαρακτηρίζεται από σταδιακή απώλεια των σωματικών και πνευματικών του ικανοτήτων». (Ferre-Martí, χ.χ.:41).

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

Ο Ericsson μιλώντας για τα 8 στάδια της ζωής του ανθρώπου (βρεφική ηλικία, στάδια παιδικής ηλικίας, εφηβεία, νεανική ηλικία, ώριμη ηλικία, γηρατειά) φτάνει στο τελευταίο στάδιο το οποίο ονομάζει «στάδιο της καταξίωσης ή της απόγνωσης» που μπορεί να χαρακτηρίζεται από ενσωμάτωση ή απόγνωση. Το ηλικιωμένο άτομο που αναπολώντας την 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 τώρα μειώθηκε πολύ, ώστε να μην μπορεί το άτομο να ξαναρχίσει την ζωή του σε διαφορετικές βάσεις, πιο σωστές, που πιθανόν να το οδηγούσαν στην καταξίωση. Δείχνει την απογοήτευση του ατόμου που έζησε μια ζωή με σειρά αποτυχιών και εσφαλμένων εκτιμήσεων.

Παρακάτω θα αναφερθούμε στις κυριότερες κατηγορίες με τις οποίες μπορούμε να προσδιορίσουμε την έννοια του γήρατος.

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

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

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

Η ψυχολογική ηλικία: Προσδιορίζεται από την θέση των ατόμων σε έναν πληθυσμό ανάλογα με τις ικανότητες προσαρμογής που διαθέτουν. Σημασία δεν έχει η αναπόφευκτη φθορά του ανθρώπινου οργανισμού αλλά οι επιπτώσεις της στην προσαρμογή του ηλικιωμένου στο στενότερο ή το ευρύτερο περιβάλλον του.»
(Εμκε- Πουλοπούλου, 1999:22-23).

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

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

Τα γηρατειά είναι πρώτα κοινωνικό φαινόμενο και μετά βιολογικό. Δεν είναι μία καινούργια ηλικία αλλά μια κατάληξη, άμεσα επηρεαζόμενη από τα κοινωνικά δεδομένα. Κοινωνικά αίτια όπως η περιθωριοποίηση του ηλικιωμένου, η αδράνεια, η απομόνωση, η

κοινωνική και ψυχολογική αποξένωση από το κοινωνικό του περιβάλλον και τον υπόλοιπο πληθυσμό και κυρίως ο εγκλεισμός σε ιδρύματα, επιταχύνουν τα γηρατειά (Ρούσσο, 1987:42).

Ο ρυθμός εμφάνισης του γήρατος στα άτομα ποικίλει, πράγμα που επιβεβαιώνει ότι υπάρχουν διάφοροι παράγοντες (μερικούς από τους οποίους αναφέραμε παραπάνω) που επηρεάζουν την εμφάνισή του περισσότερο ή λιγότερο γρήγορα.

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

Η γήρανση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου (Cauley, κ.α., 1996 στο Δαρδαβέσης, κ.α., 1999). Ο ρυθμός και ο βαθμός της διαδικασίας της γήρανσης ποικίλει τόσο από άτομο σε άτομο, όσο και στα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου του ατόμου. Η πραγματικότητα αυτή καθιστά αυθαίρετη κάθε προσπάθεια καθορισμού χρονολογικής ηλικίας έναρξης των μεταβολών λόγω γήρανσης.

Σήμερα στην κοινωνία επικρατούν κάποιοι μύθοι σχετικά με την Τρίτη Ηλικία οι οποίοι είναι οι εξής:

- Η γήρανση είναι ένα αδιέξοδο με μόνη λύτρωση το θάνατο. Η προσωπική ανάπτυξη και ολοκλήρωση σταματούν.
- Οι νοητικές λειτουργίες επιδεινώνονται και προκαλούν τα σκώμματα και την έλλειψη ανοχής από τον κοινωνικό περίγυρο.
- Τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι βάρος για τις οικογένειές τους

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

Η Τρίτη ηλικία περιλαμβάνει αρκετές μεταβολές στον βιολογικό και ψυχολογικό τομέα, αυτές οι αλλαγές προσδίδουν στους ηλικιωμένους κάποια κοινά χαρακτηριστικά στα οποία θα κάνουμε μια σύντομη αναφορά παρακάτω. Όσον αφορά τις μεταβολές σε βιολογικό επίπεδο:

«Φυσιολογικά, το γήρας χαρακτηρίζεται από μια σειρά μεταβολών, όπως ελάττωση του βασικού μεταβολισμού, προοδευτική μείωση της μυϊκής δύναμης, αλλοιώσεις της οπτικής και ακουστικής λειτουργίας, ελάττωση του αερισμού των πνευμόνων, αλλοιώσεις της καρδιάς και των αγγείων κ.α. Όλα αυτά, ακόμα και όταν δεν μεταβάλλουν σε μεγάλο βαθμό τις φυσιολογικές λειτουργίες κάθε οργανικού συστήματος, προκαλούν έναν περιορισμό στη λειτουργική ικανότητα και γενικότερα στην προσαρμοστικότητα του οργανισμού. (Αθανασίου, κ.α., 2005:564).

Στο πλαίσιο της γήρανσης τα άτομα της τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν κάποιες χαρακτηριστικές μεταβολές στον γνωστικό τομέα, στην προσωπικότητα και στην προσαρμογή κ.α. Όσον αφορά στον γνωστικό τομέα εύκολα καταλαβαίνουμε ότι υπάρχει μια αδυναμία απόκτησης νέας γνώσης, πράγμα που θα μπορούσαμε να πούμε ότι αντισταθμίζεται από το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι έχοντας αποκτήσει γνώση και εμπειρία από τα περασμένα χρόνια έχουν την ικανότητα να την χρησιμοποιήσουν.

Χαρακτηριστικό των γηρατειών είναι και η ελάττωση της ζωτικότητας και της αποδοτικότητας των κυττάρων στα διάφορα όργανα, που δε γίνεται συγχρόνως και παράλληλα σε όλα. Άλλοτε γερνά πρώτα το μυαλό ενώ των άλλων οργάνων η ικανότητα διατηρείται πολύ καλά και άλλοτε πρώτα η καρδιά ή τα πόδια, ή οι σφικτήρες, ή άλλη λειτουργία. Επίσης σημειώνεται απώλεια στην ταχύτητα που διαφέρει ανάλογα με την δραστηριότητα. (Εμκε -Πουλοπούλου, 1999).

Μερικά χαρακτηριστικά του γήρατος είναι τα παρακάτω (Lemme, 1995, στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, κ.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 αν ανασταλεί η πορεία του.

θ) Αρχίζει μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.

ι) Καταλήγει στο θάνατο.»

Οι βιολογικές μεταβολές είναι αναπόφευκτες και ισχύουν για όλους τους ανθρώπους.

«Σκοπός της υγιεινής του γήρατος είναι η πρόληψη ή τουλάχιστον ο περιορισμός εκείνων των βιολογικών μεταβολών που συχνά αποτελούν αιτία μαρασμού των γερόντων, με την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής.» (Αθανασίου, κ.α., 2005: 564).

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

Κάποια από τα συμπτώματα αυτών των αλλαγών στον ψυχολογικό τομέα, είναι η μείωση της μαθησιακής ικανότητας, η ελάττωση της μνήμης, η επιθετικότητα, η ισχυρογνωμοσύνη κ.α. που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση της λεγόμενης γεροντικής απροσαρμοστικότητας. Δεν είναι απαραίτητο να εμφανίζεται αυτή η κατάσταση σε όλους τους ηλικιωμένους, αλλά και όταν εμφανίζεται δεν έχει τα ίδια χαρακτηριστικά συμπτώματα.

Επιστημονικές μελέτες καταλήγουν στις παρακάτω διαπιστώσεις:

«1) Τα γηρατειά αρχίζουν από την γέννηση και από βιοϊατρική άποψη ακόμη νωρίτερα και είναι μια διαδικασία συνεχιζόμενων φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών σε όλη τη διάρκεια της ζωής.

2) Μεγάλες διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στα άτομα. Η ταχύτητα και η ένταση του γήρατος ποικίλει από άτομο σε άτομο τόσο στο φυσιολογικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο. Για κάθε άνθρωπο τα γηρατειά έχουν διαφορετική έναρξη και διαφορετική διάρκεια, διαφορετικές δυνατότητες και διαφορετικές συνέπειες.

3) Οι διαφορές που παρατηρούνται αυξάνονται όσο προχωρεί η ηλικία.

4) Το όριο που χωρίζει τη μέση ηλικία από τα γηρατειά δεν είναι ξεκάθαρο.

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

Κλείνοντας, πρέπει να τονίσουμε ότι οι περισσότεροι επιστήμονες που ασχολούνται με την φυσιολογία και την βιολογία της γήρανσης, συμφωνούν ότι, κατά πάσα πιθανότητα, δεν υφίσταται μία και μόνο θεωρία, που να ερμηνεύει πλήρως το φαινόμενο της γήρανσης (Rubinstein, 1990, στο Δαρδαβέσης, κ.α., 1999).

1.1. ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα η οποία έχει ίσα δικαιώματα με τις υπόλοιπες ομάδες του πληθυσμού. Το ίδιο ισχύει και για τις ανάγκες τους, οι ηλικιωμένοι έχουν τις ίδιες αν όχι και περισσότερες ανάγκες σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες του πληθυσμού.

«Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο η γερωντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους». (Πουλοπούλου, 1999: 24).

Παρακάτω θα γίνει μια προσπάθεια κατηγοριοποίησης των αναγκών που έχουν οι ηλικιωμένοι:

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

B. Δυνατότητα παραμονής στην κοινότητα: Αποτελεί την ανάγκη των ηλικιωμένων να παραμείνουν στο σπίτι τους και στην οικογένεια τους με την ανάπτυξη ζεστών ανθρώπινων σχέσεων, ενσωμάτωσης στην οικογένεια χωρίς να αισθάνονται ότι αποτελούν βάρος. Σημαντικό για τους ηλικιωμένους είναι να αισθάνονται ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι και ότι συμμετέχουν στις εξελίξεις. «Η φυγή από την κοινότητα αποτελεί την έσχατη λύση. Η φυγή αυτή συντελεί στην αίσθηση ότι θα χάσουν την ταυτότητα τους, θα μειωθεί ο αυτοσεβασμός τους και η προσωπικότητά τους.» (Scourfield, 2007).

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

Δ. Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, κοινωνικές επαφές κ.α.: Μ' αυτόν τον τρόπο το άτομο συνεχίζει να είναι ενεργό μέλος μέσα στην κοινότητα και δεν αισθάνεται ότι έχει περάσει στο περιθώριο.

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

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

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

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

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

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

Οι ηλικιωμένοι όπως παρατηρούμε και παραπάνω έχουν και εκείνοι ανάγκες οι οποίες πρέπει να καλυφθούν. Η άποψη που επικρατεί ότι οι ηλικιωμένοι δεν έχουν τις ίδιες ανάγκες σε σχέση με τις υπόλοιπες ομάδες του πληθυσμού δεν ισχύει.

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων συχνά δεν καλύπτονται με την απαιτούμενη ποιότητα και τον σωστό τρόπο, αλλά με πολλές παραλείψεις που έχουν σαν συνέπεια να δημιουργούνται διαφόρων ειδών προβλήματα στους ηλικιωμένους.

Εκτός από το κράτος το οποίο έχει αναλάβει την ευθύνη για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων, μεγάλο ρόλο στον τομέα αυτό παίζει και η οικογένεια. Σε αρκετές περιπτώσεις που το κράτος δεν είναι σε θέση να παρέχει στον ηλικιωμένο αυτά τα οποία χρειάζεται ή του τα παρέχει ανεπαρκώς, η οικογένεια έρχεται να καλύψει αυτό το κενό.

«Οι ανάγκες των ηλικιωμένων και η έκταση της ευθύνης που καλείται να επωμισθεί η οικογένεια διαφέρει για την Τρίτη και τέταρτη ηλικία. Άτομα στην Τρίτη ηλικία (κυρίως γυναίκες) βοηθούν με την φύλαξη των εγγονών, φροντίζουν το σπίτι και συχνά, συνδράμουν οικονομικά τα παιδιά τους. Τα πράγματα αλλάζουν στην τέταρτη ηλικία, με τη βιολογική φθορά, τις ασθένειες και την αύξηση των ατυχημάτων.» (Σταθόπουλος, 1999: 306).

Η οικογένεια έρχεται να καλύψει το κενό που αφορά στην φροντίδα των ηλικιωμένων στα καθημερινά πρακτικά ζητήματα (φαγητό, χορήγηση φαρμάκων κ.α.) αλλά και συναισθηματικά με το να αισθάνονται οι ηλικιωμένοι την αγάπη και

την φροντίδα τους χωρίς να νοιώθουν ότι γίνονται βάρος, γιατί τότε προκύπτουν άλλα προβλήματα (κατάθλιψη κ.α.).

«Για να συνεχίσει το ηλικιωμένο άτομο να ζει με αξιοπρέπεια και αυτοσεβασμό, έχει ανάγκη από συμπαράσταση, στο βαθμό που μειώνεται η κοινωνική, συναισθηματική και οικονομική του αυτάρκεια. Εκτιμάται ότι η οικογένεια προσφέρει αυτήν την συμπαράσταση στο μεγαλύτερο ποσοστό, ένα 10% όμως των ηλικιωμένων χρησιμοποιεί τις κοινωνικές υπηρεσίες, ενώ υπολογίζεται ότι το 1% διαβιώνει σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης.» (Σταθόπουλος, 1999: 307).

«Η βασική ανάγκη όλων των ηλικιωμένων ανεξάρτητα αν ζουν στις αναπτυσσόμενες ή αναπτυγμένες χώρες, ή στην οικογένεια ή σε κάποιο ίδρυμα, είναι η ίση μεταχείριση με τα άτομα των άλλων ηλικιών.» (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999).

1.2. ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Με το πέρασμα των χρόνων επέρχεται η λεγόμενη φυσική φθορά. Τα σημάδια της είναι εμφανή είτε στο σώμα είτε επηρεάζουν εσωτερικές ζωτικές λειτουργίες του ατόμου. Η διαδικασία της γήρανσης αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία. Παρακάτω θα αναφερθούμε συνοπτικά στα κυριότερα ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι:

ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

A. ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ: Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό αιτίας θανάτου σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Στα καρδιολογικά προβλήματα περιλαμβάνονται οι αρρυθμίες, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η στεφανιαία νόσος, η υπέρταση κ.α. Η υπέρταση και η στεφανιαία νόσος είναι από τις συνηθέστερες σε εμφάνιση καρδιολογικές ασθένειες που πλήττουν τους ηλικιωμένους. **Η στεφανιαία νόσος** εκδηλώνεται κυρίως με δύσπνοια, ταχυκαρδία, οιδήματα, διάφορες γαστρεντερικές διαταραχές κ.α. Το μέγεθος της καρδιάς είναι συνήθως μεγαλύτερο από το φυσιολογικό.

«**Η υπέρταση** αναγνωρίζεται ως σημαντικός παράγοντας θνησιμότητας στους υπερήλικους. Καθώς, διπλασιάζει τον κίνδυνο της καρδιαγγειακής θνησιμότητας, όπου ο κίνδυνος στους υπερήλικους τριπλασιάζεται σε σύγκριση με τον κίνδυνο που διατρέχουν τα άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση». (Kanrel, κ.α., 1990:384). Οι

επιπτώσεις της υπέρτασης είναι πολύ μεγάλες όσον αφορά τα εγκεφαλικά αγγειακά επεισόδια. Η θεραπευτική αγωγή σε μέτριας και ελαφριάς μορφής υπέρταση έχει σαν αποτέλεσμα την βελτίωση του προσδόκιμου ορού ζωής και την ελάττωση των επιπλοκών που μπορεί να υπάρξουν.

B. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ: « Η αναπνοή με το πέρασμα των χρόνων δυσκολεύει, χρειάζεται περισσότερη προσπάθεια για να προσλάβουμε και να αποβάλλουμε οξυγόνο από τους πνεύμονες..... Οι κινήσεις των πνευμόνων γίνονται με λιγότερο ολοκληρωμένο τρόπο, με αποτέλεσμα να παραμένει περισσότερος αέρας στους πνεύμονες μετά την εκπνοή. Αυτό σημαίνει ότι η αναπνοή γίνεται λιγότερο αποτελεσματική.» (Καστενμπάουμ, 1982: 23).

Οι συχνότερες παθήσεις σ' αυτήν την κατηγορία είναι: οι λοιμώξεις και οι νεοπλασματικές ασθένειες. Οι λοιμώξεις αποτελούν καθημερινή απειλή για την υγεία των ηλικιωμένων. Μερικές από τις κυριότερες λοιμώξεις είναι: η πνευμονία, η βρόγχοπνευμονία, η βρογχίτιδα, το πνευμονικό εμφύσημα κ.α. Αρκετές από τις λοιμώξεις των ηλικιωμένων έχουν περιβαλλοντολογικό χαρακτήρα και μπορεί να οφείλονται στην μακρόχρονη παραμονή του ασθενή σε ιδρύματα π.χ. γηροκομεία.

Οι νεοπλασματικές ασθένειες αφορούν κυρίως τον καρκίνο του πνεύμονα. Τα κυριότερα συμπτώματα είναι: δύσπνοια, ανορεξία, απώλεια βάρους, αιμόπτυση, πόνος, βήχας κ.α. Επίσης, συχνές είναι και οι ορμονικές εκδηλώσεις όπως γυναικομαστία κ.λ.π. Η πορεία της θεραπείας εξαρτάται αν το νεόπλασμα είναι σε πρωταρχικό στάδιο χωρίς μεταστάσεις και ο άρρωστος έχει καλή γενική κατάσταση και ικανοποιητική αναπνευστική επάρκεια.

Γ. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ: Τα προβλήματα στο ουροποιητικό σύστημα είναι πολύ συχνά στους ηλικιωμένους. Γενικά, ο νεφρός των ηλικιωμένων είναι πιο ευαίσθητος και δημιουργεί διάφορα προβλήματα. Τα κυριότερα απ' αυτά είναι διάφορες λοιμώξεις, αποφρακτική ουροπάθεια (διαταραχές στην ελεύθερη εκροή των ούρων), λειτουργικότητα και προβλήματα της κύστης (νυκτερινή συχνουρία, αιφνίδια ανάγκη ουρήσεως, ακράτεια ούρων) κ.α.

Η ακράτεια αποτελεί συχνό ιατρικό πρόβλημα για όλες τις ηλικίες του πληθυσμού. «Πρόκειται για απώλεια ελέγχου της ουροδόχου κύστης που συνοδεύει συχνά το αδυνάτισμα των μυών του εδάφους της λεκάνης. Η δυσλειτουργία αυτή, είναι συχνότερη σε ανθρώπους άνω των 65 ετών και οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από τους άνδρες». (Χ.Ο, 2010: 1).

Οι συχνότερες μορφές ακράτειας είναι: 1. **Η εφήμερη ακράτεια:** Παρουσιάζεται ξαφνικά χωρίς κάποιο προηγούμενο ιστορικό, εξαιτίας κάποιας μόλυνσης ή καινούργιας θεραπείας. Είναι αναστρέψιμη και μπορεί να εξαφανιστεί από μόνη της. 2. **Η επιτακτικού τύπου ακράτεια:** Είναι η ακράτεια κατά την προσπάθεια που παρατηρείται όταν ο ασθενής βήχει, φταρνίζεται, γελά ή σηκώνει ένα βάρος (ακράτεια προσπάθειας) και επιτακτικού τύπου ακράτεια. 3. **Η παρορμητική ακράτεια:** Χαρακτηρίζεται από ξαφνική, έντονη ανάγκη ούρησης που ακολουθείται από άμεση συστολή της ουροδόχου κύστης και αθέλητη απώλεια ούρων. 4. **Η ακράτεια υπερείλισης:** Αναφέρεται κυρίως στους άνδρες οι οποίοι έχουν προβλήματα προστάτη. Όταν αδένας του προστάτη μεγαλώσει εμποδίζει τα ούρα να βγουν κανονικά. Η κύστη κρατάει τα ούρα, ξεχειλίζει και στάζει και προκαλώντας μικρές διαρροές κατά την διάρκεια της ημέρας. 5. **Η λειτουργική ακράτεια:** Δεν έχει σχέση με την κύστη ή την ουρήθρα αλλά με τον εγκέφαλο. Δηλαδή, εξαιτίας εγκεφαλικού τραύματος, εγκεφαλικού επεισοδίου, παραφροσύνης κ.α., ο ασθενής δεν είναι σε θέση ν' αντιληφθεί τότε πρέπει να πάει στην τουαλέτα και έτσι έχουμε την συγκεκριμένη μορφή ακράτειας. (Morris, 2004: 115).

Η ακράτεια μπορεί ν' αντιμετωπισθεί σχεδόν πάντα. Η πορεία της ακράτειας σχετίζεται με τον τρόπο ζωής, τις ασκήσεις εκγύμνασης της κύστης, τα φάρμακα και τις μικρές χειρουργικές επεμβάσεις.

Το πιο σοβαρό απ' όλα τα προβλήματα του ουροποιητικού συστήματος είναι τα νεοπλάσματα του ουροποιητικού (προστάτης). «Ο καρκίνος των ουροφόρων οδών (προστάτη, κύστεως, νεφρού είναι νόσημα σχεδόν αποκλειστικά ατόμων μεγάλης ηλικίας. Πρωτοεμφανίζεται μετά τα 45-50, ανεβαίνει κατακόρυφα σε συχνότητα μέχρι τα 90.» (Δοντάς, 1981: 182).

Δ. **ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:** Είναι δεύτερα σε συχνότητα μετά τις παθήσεις του κυκλοφοριακού συστήματος. Οι κυριότερες παθήσεις που περιλαμβάνονται στην συγκεκριμένη κατηγορία είναι: έλκος στομάχου, εκφυλιστικές παθήσεις του εντέρου κ.α. Από τα πιο σοβαρά προβλήματα είναι τα **νεοπλάσματα του γαστρεντερικού**, (καρκίνος του στομάχου, καρκίνος του παχέος εντέρου) κ.α. Ο καρκίνος του στομάχου είναι από τις συνηθέστερες νεοπλασίες στην Τρίτη ηλικία. Εμφανίζεται σε ηλικία μεταξύ 65-69 ετών. «Ο καρκίνος του στομάχου αποτελεί τον τέταρτο πιο κοινά διαγνωσκόμενο καρκίνο, ενώ μόνο στην Ευρώπη, 140 χιλιάδες άτομα χάνουν τη ζωή τους από τη νόσο. Ο καρκίνος του στομάχου ανιχνεύεται και διαγιγνώσκεται με δυσκολία, καθώς στα πρώιμα στάδια παρουσιάζει ελάχιστα

συμπτώματα. Οι ασθενείς φτάνουν έτσι στον ειδικό όταν η νόσος είναι ήδη προχωρημένη με αποτέλεσμα, οι θεραπευτικές επιλογές να μειώνονται και συχνά η παραμονή στο νοσοκομείο να επιμηκύνεται.» (Χ.Ο., 2010: 1)

Σχεδόν σε ίδια συχνότητα εμφανίζεται και ο καρκίνος του παχέος εντέρου. «Οι παράγοντες πρόληψης του καρκίνου του παχέος εντέρου αποτελούν τα κάτωθι: άσκηση, αποφυγή παχυσαρκίας, ρυθμισμένο θερμιδικό ισοζύγιο με περιορισμό των τροφών που είναι πλούσιες σε λιπαρά, άφθονα φρούτα και λαχανικά, όσπρια, τροφές μεγάλης περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες γενικώς, ομαλή & ρυθμισμένη κένωση του εντέρου.» (Αντωνίου, 2009: 1).

Η θεραπεία γίνεται με εγχείριση ενώ πολύ συχνά εφαρμόζεται και συμπληρωματική θεραπεία με ακτινοβολία και χημειοθεραπεία. Οι πιθανότητες επιβίωσης των ασθενών έχουν αυξηθεί σημαντικά και φθάνουν έως και 80%, 5ετής επιβίωση για αρχικά στάδια.

Ε. **ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΝΕΟΠΛΑΣΙΕΣ:** Διακρίνονται σε διάφορες ασθένειες, οι κυριότερες οι οποίες είναι: οι λευχαιμίες, η μυελοσκλήρυνση, τα κακοήθη λευκώματα, ο καρκίνος (πνεύμονα, λάρυγγα, γαστρεντερικού συστήματος, μαστού, προστάτη, θυρεοειδούς, κακόηθες μελάνωμα).

Ζ. **ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΚΑΙ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:** Μερικές απ' τις ασθένειες που περιλαμβάνονται στην συγκεκριμένη κατηγορία είναι: η αρθρίτιδα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οστεοπόρωση, διάφορα κατάγματα κ.α.

Τα κατάγματα προκαλούνται από ατυχήματα που συμβαίνουν συχνά είτε μέσα στο σπίτι είτε εκτός. Η παραμονή του ηλικιωμένου στο κρεβάτι για μεγάλο χρονικό διάστημα εκτός από τις επιπλοκές που προκαλεί στον ασθενή κατακλύσεις κ.α. μπορεί να προκαλέσει και την αίσθηση της αποδιοργάνωσης, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι ασθενείς να χάσουν την αυτοπεποίθηση και την αυτοδυναμία τους και να αισθάνονται ανήμποροι να σηκωθούν και να επανέλθουν στην πρότερη ζωή τους.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η **αρθρίτιδα** με τις διάφορες μορφές που περιλαμβάνει αποτελούν τις συχνότερες σε εμφάνιση ασθένειες γι' αυτήν την κατηγορία που πλήττουν και άλλες πληθυσμιακές ομάδες.

«Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια χρόνια φλεγμονώδης, αυτοάνοση και εξελικτική νόσος, που προσβάλλει κατ' εξοχήν τις αρθρώσεις, αλλά όχι σπάνια και διάφορα άλλα όργανα. Είναι το συχνότερο φλεγμονώδες ρευματικό νόσημα, μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα οποιασδήποτε ηλικίας. Η συχνότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας ανέρχεται στο επίπεδο του 6,7% των ενηλίκων είναι τρεις φορές

μεγαλύτερη στις γυναίκες από ό, τι στους άνδρες.» (Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών, 2007).

Όσον αφορά την θεραπευτική παρέμβαση σημαντικά αποτελέσματα έχουμε όταν υπάρχει έγκαιρη διάγνωση που έχει σαν επακόλουθο την πρώιμη θεραπευτική παρέμβαση. Εξαρτάται πάντα από την κάθε περίπτωση ασθενούς η οποία είναι ξεχωριστή και η θεραπεία δεν έχει την ίδια ανταπόκριση σ' όλους τους ασθενείς.

«**Η οστεοαρθρίτιδα**, είναι μια χρόνια ρευματική πάθηση που εντοπίζεται σε περιφερικές αρθρώσεις, δηλ. σε αρθρώσεις των άνω και κάτω άκρων, αλλά και σε αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης. Συνήθως αφορά μία άρθρωση (π.χ. γόνατο ή ισχίο) και μερικές φορές δύο ή περισσότερες αρθρώσεις, ενώ στα χέρια και στη σπονδυλική στήλη είναι συνήθης η εντόπιση σε πολλές αρθρώσεις.» (Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών, 2007).

Όσον αφορά την θεραπεία της οστεοαρθρίτιδας γίνεται σε τρεις μορφές: Την μη φαρμακευτική (απώλεια βάρους, φυσικοθεραπεία, ασκήσεις ενδυνάμωσης των μυών). Την φαρμακευτική και την χειρουργική θεραπεία.

Τέλος, **η οστεοπόρωση** είναι μια ακόμη συνηθισμένη ασθένεια για την συγκεκριμένη κατηγορία. Η οστεοπόρωση αφορά κυρίως τις γυναίκες (χωρίς να αποκλείονται και οι άνδρες), εμφανίζεται στα 45-50 μετά την εμμηνόπαυση στις γυναίκες. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), η πάθηση αυτή προσβάλλει το ένα τρίτο των γυναικών ηλικίας 60 - 70 χρόνων και τα δύο τρίτα των γυναικών άνω των 80 χρόνων.

«Η οστεοπόρωση αποτελεί την πιο συχνή μεταβολική νόσο των οστών. Χαρακτηρίζεται από το τρίπτυχο της ελάττωσης της οστικής μάζας, της διαταραχής της μικροαρχιτεκτονικής του οστού και κατά συνέπεια τη μειωμένη αντοχή του οστού και την αυξημένη συχνότητα καταγμάτων. Η οστεοπόρωση αφορά ιδιαίτερα ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού όπως οι ηλικιωμένες γυναίκες που αποτελούν και την πιο ευπαθή ομάδα.» (Αγγουλές, 2009).

Ο κυρίως τρόπος αντιμετώπισης της νόσου είναι η πρόληψη. Μεγάλη σημασία στην πρόληψη παίζει η διατροφή. Κυρίως με την πρόληψη ασβεστίου από τα γαλακτοκομικά κατά την νεαρή ηλικία, όταν ακόμη αναπτύσσονται τα κόκαλα. Επίσης, η ανεπαρκής σωματική άσκηση φαίνεται ότι είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου οστεοπορωτικών καταγμάτων.

Η. **ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ**: εδώ περιλαμβάνονται διάφορα εγκεφαλικά σύνδρομα (αρτηριοσκλήρωση, εγκεφαλικά επεισόδια, εγκεφαλική ανεπάρκεια, Άνοια, νόσος Parkinson) με διαβαθμίσεις σοβαρότητας.

Η άνοια είναι ένα από τα νευρολογικά προβλήματα που εμφανίζει μεγάλη αύξηση τα τελευταία χρόνια. «Η άνοια είναι σύνδρομο που οφείλεται σε εγκεφαλική νόσο, συνήθως εξελικτική ή χρόνια, στο οποίο διαπιστώνεται διαταραχή πολλών ανωτέρων φλοιωδών λειτουργιών, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η μνήμη, η σκέψη, ο προσανατολισμός, η κατανόηση, η εκτέλεση αριθμητικών πράξεων, η ικανότητα για μάθηση, η γλώσσα και η κρίση. Στο σύνδρομο αυτό δεν επέρχεται θόλωση της συνείδησης.» (Π.Ο.Υ., 1993:56).

Η άνοια περιλαμβάνει έκπτωση της μνήμης και μια από τις διαταραχές: αφασία, αγνωσία, απραξία κ.α. Η άνοια εξελίσσεται βαθμιαία επιδεινούμενη για μήνες και χρόνια. Τα αρχικά συμπτώματα είναι ασαφή και απροσδιόριστα. Αφορούν κυρίως, την απώλεια μνήμης, σύγχυση, αποπροσανατολισμός, αλλαγές στην διάθεση, λεκτικά προβλήματα, προβλήματα σε μαθηματικές πράξεις, κακή κρίση, επανάληψη κ.α. Η έκπτωση της μνήμης είναι από τα πιο έντονα συμπτώματα π.χ. ο ασθενής ξεχνά διευθύνσεις, ημερομηνίες. Καθώς προχωρεί η άνοια η μνήμη χειροτερεύει σε βαθμό που ο ασθενής να ξεχνά βασικά πράγματα π.χ. ονόματα συγγενών, το επάγγελμα του κ.α. Σιγά – σιγά το άτομο εμφανίζει αφασία (διαταραχή λόγου), απραξία (έκπτωση στην ικανότητα κινητικής δραστηριότητας) κ.α. Η ομιλία στην αφασία γίνεται ασαφής. Σε περίπτωση βαριάς μορφής άνοιας η ομιλία μπορεί να διακοπεί εντελώς.

Μια από τις πιο γνωστές μορφές της άνοιας είναι τύπου Alzheimer. « Η νόσος του Alzheimer είναι πρωτοπαθής εκφυλιστική εγκεφαλική νόσος άγνωστης αιτιολογίας, με χαρακτηριστικά νευροπαθολογικά και νευροχημικά ευρήματα. Συνήθως, η έναρξη της είναι ύπουλη, ενώ εγκαθίσταται βραδέως, αλλά σταθερά, για περίοδο ετών.» (Π.Ο.Υ., 1993:58). Η ηλικία έναρξης της νόσου μπορεί να είναι πριν τα 65 έτη, σ' αυτήν την περίπτωση οι ασθενείς έχουν την νόσο Alzheimer με προγεροντική έναρξη αλλά η συχνότητα εμφάνισης της νόσου είναι κατά κύριο λόγο μετά τα 65 χρόνια.

«Η νόσος Alzheimer είναι μια πολυπαραγοντική νόσος, αγνώστου αιτιολογίας. Εκτός από ένα μικρό ποσοστό όπου η εμφάνιση της νόσου σχετίζεται με γενετικά καθορισμένους παράγοντες, το μεγαλύτερο μέρος αφορά την σποραδική μορφή της. Ιδιαίτερο βάρος έχει δοθεί τα τελευταία χρόνια στην αιτιολογική σχέση διαφόρων περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως είναι ο Σακχαρώδης διαβήτης, η Αρτηριακή Υπέρταση, το Σύνδρομο Απνοιών κατά τον ύπνο, όπως και παραγόντων που

σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η γυμναστική και η διατροφή.» (Φιτσιώρης, 2009:15).

Οι παραπάνω παράγοντες είναι ιδιαίτερα σημαντικοί, αυτό δεν αφορά μόνο στην αιτιολόγηση της νόσου αλλά αφορά και στην πρόληψη της (ιδιαίτερα οι παράγοντες που αφορούν τον τρόπο ζωής) με δεδομένο ότι πολλοί απ' αυτούς μπορεί ν' ανατραπούν.

Η πορεία της άνοιας εξαρτάται από τα αίτια της. Αν η αιτία μπορεί θεραπευθεί τότε η άνοια μπορεί να αναχαιτισθεί ή και να αναστραφεί. Αν η άνοια είναι τύπου Alzheimer τότε ο θάνατος είναι η κατάληξη μετά από μακρά πορεία. Η πορεία της άνοιας με βαθμιαία επιδείνωση 5-10 χρόνια προσδόκιμο ζωής αν και μπορεί να είναι περισσότερο ταχεία ή πολύ περισσότερο σταδιακή. «Για την άνοια τύπου Alzheimer η μέση επιβίωση είναι περίπου 8 χρόνια με εύρος από το 1 έως και 20 χρόνια. Τα δεδομένα δείχνουν ότι οι άρρωστοι με πρόωμη έναρξη άνοιας ή με οικογενειακό ιστορικό άνοιας είναι πιθανόν να παρουσιάσουν ταχεία επιδείνωση.» (Karlan, κ.α., 2000: 525).

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις της άνοιας περιλαμβάνουν την φαρμακευτική αντιμετώπιση. Τα φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της άνοιας δεν είναι αρκετά για ν' αντιμετωπίσουν την ασθένεια. Τα φάρμακα είναι ικανά να αναστείλουν προσωρινά την εξέλιξη της νόσου και όχι να την θεραπεύσουν πλήρως.

Οι ασθενείς με άνοια βιώνουν αλλαγές σε βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο. Το άτομο γίνεται πιο ήσυχο και αποσυρμένο, μπορεί να γίνει ενεργητικό αλλά όχι με θετικό τρόπο δηλαδή θυμώνει, επιτίθεται. Οι παραληρηματικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις είναι συχνές στους ανοιακούς.

«Η πλειονότητα των ασθενών με νόσο Alzheimer παρουσιάζουν αλλαγή της προσωπικότητας τους μετά την εμφάνιση της νόσου. Πέρα, δηλαδή, από τις νευρολογικές αλλοιώσεις που υπόκεινται οι ασθενείς, η νόσος επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό και την προσωπικότητά τους. Η εμφάνιση ορισμένων αρνητικών χαρακτηριστικών είναι αυτή που επηρεάζει ακόμη περισσότερο την κλινική εικόνα των ασθενών με νόσο Alzheimer και βέβαια όπως είναι γνωστό επηρεάζει και την ποιότητα ζωής του περιθάλποντα ασθενή.» (Διαμαντίδου, κ.α., 2001: 7).

Για την αντιμετώπιση των παραπάνω συμπεριφορών του ατόμου εκτός από την φαρμακευτική αγωγή στην οποία αναφερθήκαμε παραπάνω υπάρχουν και η μη

φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Οι οποίες περιλαμβάνουν ψυχοθεραπευτικές και κοινωνικές παρεμβάσεις αλλά και προγράμματα γνωστικής αποκατάστασης.

«Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα προτείνουν πως ένας συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής, παροχής γνωστικών ερεθισμάτων, ψυχολογικής αποκατάστασης, και συμβουλευτικής για τον περιθάλποντα, αποτελεί τον καλύτερο τρόπο για την αποκατάσταση των ελλείψεων αλλά και την κάλυψη των αναγκών που έχουν οι ασθενείς με άνοια. Ο συνδυασμός αυτός, προφυλάσσει από την άνοια και λειτουργεί έτσι ώστε οι ασθενείς να βελτιώσουν την νοητική τους επίδοση, να αναχαιτίσουν την νοητική έκπτωση και συντελούν έτσι ώστε να επιβραδυνθεί η εξέλιξη της νόσου.» (Πόππη, 2009:87).

Σημαντικό στοιχείο που πρέπει όλοι μας να έχουμε στο μυαλό μας είναι η σημασία της πρόληψης. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι ηλικιωμένοι που συνεχίζουν ν' ασχολούνται με πνευματικές δραστηριότητες π.χ. μελέτη, αναζήτηση πνευματικών ενδιαφερόντων διατηρούν υψηλότερο επίπεδο λειτουργιών σε σχέση με ηλικιωμένους που δεν ασχολούνται καθόλου με τα πνευματικά δρώμενα.

«Εκείνοι που παραμένουν δραστήριοι, έχουν ενδιαφέροντα και στόχους, μπορούν ακόμη και να επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου Alzheimer και άλλων μορφών άνοιας.» (Morris, 2004: 327).

Νόσος Parkinson: Ακόμη μια νευρολογική διαταραχή που προσβάλλει τους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα τους άνδρες είναι η νόσος του Parkinson. Η ασθένεια ξεκινά συνήθως σε ηλικία μεταξύ 50 και 70 ετών, σπάνια εμφανίζεται νωρίτερα.

«Η νόσος του Πάρκινσον είναι μια διαταραχή του νευρικού συστήματος η οποία συνίσταται σε σταδιακή εκφύλιση των ντοπαμινεργικών νευρώνων της μέλαινας ουσίας του μέσου εγκεφάλου. Όσον αφορά την διάρκεια ζωής των ατόμων που έχουν προσβληθεί από την συγκεκριμένη ασθένεια αυτή ορίζεται στο 2% στους άνδρες 1,3% στις γυναίκες με ένα ηλικιακό πλαφόν αυτό των 75 ετών στο 1,8%. » (Δημητριάδης, 2006: 19).

Η αιτιολογία της νόσου στις περισσότερες περιπτώσεις παραμένει άγνωστη. Σε μικρό ποσοστό ασθενών υπάρχει κληρονομικότητα. Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου Parkinson είναι:

1. **Τρόμος στα χέρια, πόδια, σαγόνι, και πρόσωπο.**
2. **Ακαμψία ή δυσκαμψία των άκρων του κορμού.**
3. **Βραδυκίνησια ή βραδύτητα της μετακίνησης.**
4. **Αστάθεια στάσης ή εξασθενημένη ισορροπία και συντονισμός.**

Η νόσος Parkinson έχει συνδεθεί και με την εμφάνιση κατάθλιψης. « Περίπου το 40% των ατόμων με νόσο Parkinson εμφανίζουν και κατάθλιψη. Ένα στα τέσσερα άτομα παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης ακόμα και μήνες ή χρόνια πριν από την διάγνωση της νόσου. Παρόλο που οι σωματικές αναπηρίες που προκαλεί η νόσος μπορεί να είναι ενοχλητικές και στενάχωρες, η κατάθλιψη που εμφανίζεται σ' αυτά τα άτομα δεν έχει μεγάλη σχέση με τον κινητικό περιορισμό. Οφείλεται περισσότερο σε ορισμένες εγκεφαλικές μεταβολές που σχετίζονται με την νόσο Parkinson.» (Kramlinger, 2001:147-148).

Η θεραπευτική αγωγή βασίζεται σε φάρμακα. Σε κάποιες περιπτώσεις αναφέρονται ικανοποιητικά αποτελέσματα από νευροχειρουργική θεραπευτική αντιμετώπιση. Επίσης, στους ασθενείς με κινητικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα χρήσιμη η κινησιοθεραπεία και η ψυχολογική υποστήριξη.

«Οι νέες θεραπείες έχουν αλλάξει τις προοπτικές της ασθένειας αυτής, οι ασθενείς της οποίας κατέληγαν σε ελάχιστα χρόνια από πνευμονίες» (Δόντας, 1981:299). Πλήρης θεραπεία δεν υπάρχει αλλά στόχος είναι η βελτίωση της κατάστασης του ασθενή.

I. **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ ΚΑΙ ΟΡΑΣΗΣ**: Τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν προβλήματα ακοής και όρασης. Ο βαθμός σοβαρότητας αυτών των προβλημάτων διαφέρει από άτομο σε άτομο. «Οι δυο πιο συχνές αιτίες απώλειας της ακοής είναι α) βλάβη στην ικανότητα μεταφοράς του ακουστικού ερεθίσματος και β) βλάβη του ακουστικού νεύρου.» (Μαλγαρίνου και Γούλια, 1986: 131).

Οι συχνότερες αλλοιώσεις της ακοής λόγω αύξησης της ηλικίας είναι: η **Πρεσβυακουσία**: Οφείλεται σε αλλοιώσεις του ακουστικού νεύρου που δημιουργούν δυσκολίες για την καθαρή ακρόαση των ήχων ψηλών συχνοτήτων. Το βουητό στα αυτιά: Ο ασθενής, ενώ δεν υπάρχουν εξωτερικοί ήχοι, ακούει περιοδικά ή συνεχώς, ένα βουητό (εμβοές) που μπορεί να περιλαμβάνει κουδουνίσματα ή σφυρίγματα ή άλλους θορύβους.

Τα προβλήματα ακοής που εκδηλώνονται λόγω αύξησης της ηλικίας, μπορούν να επηρεάζουν την κοινωνικότητα, την επικοινωνία, τη θέληση για μάθηση και μειώνουν την κινητικότητα.

Όσον αφορά τα προβλήματα όρασης που απασχολούν σχεδόν όλους τους ηλικιωμένους είναι αρκετά. Τα κυριότερα προβλήματα είναι: ο καταρράκτης, το γλαύκωμα, ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας, η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

Ο καταρράκτης αποτελεί το συνηθέστερο πρόβλημα όρασης στην Τρίτη ηλικία. Υπολογίζεται ότι το 95% ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών έχουν καταρράκτη. Η συγκεκριμένη ασθένεια επιδέχεται εγχείριση, η οποία σε μεγάλο ποσοστό έχει πολύ μεγάλη βελτίωση στην όραση του ασθενούς.

Το γλαύκωμα το οποίο δεν έχει διαγνωσθεί και θεραπευτεί μπορεί να οδηγήσει στην τύφλωση. Με την έγκαιρη διάγνωση η τύφλωση μπορεί να προληφθεί με φαρμακευτική αγωγή.

Ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας: «Η ασθένεια αυτή επέρχεται όταν η ωχρά κηλίδα που είναι υπεύθυνη για την όραση των ισχνών λεπτομερειών στο κέντρο του οπτικού πεδίου σπάει ή αλλοιώνεται.» (Morris, 2004: 74).

Τέλος, **η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια** προκαλείται κυρίως στους χρόνιους διαβητικούς. Η πρόληψη συνδέεται με την φροντίδα του διαβήτη και με οφθαλμολογικές εξετάσεις. Η θεραπεία με λέιζερ και εγχείριση βοηθούν στην επιβράδυνση της νόσου και στην βελτίωση της όρασης αλλά μόνο για λίγο.

Κ. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ-ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ:

Τα κυριότερα προβλήματα που απασχολούν τους ηλικιωμένους στην συγκεκριμένη κατηγορία είναι: το άγχος, οι συναισθηματικές ψυχώσεις, το παραλήρημα, η σχιζοφρένεια και η κατάθλιψη. Παρακάτω, θ' αναφερθούμε αναλυτικά στην κατάθλιψη, η οποία είναι μια ασθένεια που επηρεάζει μεγάλο αριθμό ατόμων από διάφορες ηλικιακές ομάδες του πληθυσμού και είναι ιδιαίτερα συχνή από οποιοδήποτε άλλη συναισθηματική διαταραχή στην Τρίτη ηλικία. «Εκτιμάται ότι ένα 5% του γενικού πληθυσμού των ηλικιωμένων έχει κατάθλιψη, ενώ το ποσοστό αυτό ανεβαίνει σ' ένα ανησυχητικό 50%, όταν πρόκειται για ηλικιωμένα άτομα που είναι άρρωστα και φτάνει στο 70% για τους ηλικιωμένους σε οίκο ευγηρίας» (Βάρβογλη, 2006: 1).

Τα κυριότερα συμπτώματα τα οποία εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι είναι: Μειωμένη διάθεση για κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες, μη λήψη πρωτοβουλιών, άγχος, απάθεια, αϋπνίες, θλίψη (που εμφανίζεται κυρίως με την καλυμμένη μορφή των σωματικών ενοχλήσεων), αίσθημα έντονης κόπωσης, αδυναμία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων. Ακόμα η σκέψη φθίνει και ο συνειρμός επιβραδύνεται.

«Τα ηλικιωμένα άτομα πολλές φορές δεν παρουσιάζουν τα τυπικά σημεία και συμπτώματα της κατάθλιψης. Έτσι μπορεί να έχουν λιγότερα συμπτώματα και το κυριότερο να μην παραπονούνται για θλίψη ή καταθλιπτική διάθεση, αλλά να προβάλλουν κυρίως έντονες σωματικές ενοχλήσεις που δεν μπορούν να εξηγηθούν

από τη συνύπαρξη άλλων παθολογικών καταστάσεων.» (Καπάρος, 2008:2). Η συνύπαρξη και άλλων παθολογικών καταστάσεων δυσκολεύει την διάγνωση της κατάθλιψης.

Οι παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής στην Τρίτη ηλικία χωρίζονται σε δυο κύριες κατηγορίες, τους βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς.

Στους βιολογικούς παράγοντες κατατάσσονται οι βιολογικές αλλοιώσεις του εγκεφάλου, τα νευρολογικά νοσήματα, τα παθολογικά προβλήματα αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία.

Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται, οι καταστάσεις πένθους αγαπημένου συγγενικού προσώπου (σύζυγος), σοβαρά οικονομικά προβλήματα, χρόνια προβλήματα υγείας, η φροντίδα χρόνιων πασχόντων, η διακοπή της εργασίας όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν το άτομο στην απομόνωση και στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Η πορεία της κατάθλιψης είναι χρόνια και αν δεν διαγνωσθεί έγκαιρα ιδιαίτερα για άτομα ηλικιωμένα μπορεί να οδηγήσει στον θάνατο. Αν διαγνωσθεί έγκαιρα τότε μπορεί να θεραπευτεί σε ποσοστό μέχρι και 80%. «Η κατάθλιψη που δεν εντοπίζεται και δε θεραπεύεται έχει σοβαρές συνέπειες στην ποιότητα της ζωής. Μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη σωματική λειτουργία και σε αυξημένη εξάρτηση από άλλους. Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου στα άτομα με ορισμένες μορφές καρδιοπάθειας, όπως αρρυθμίες και μειωμένη ροή αίματος στην καρδιά (στεφανιαία νόσος).» (Kramlinger, 2001:146).

Η θεραπεία της κατάθλιψης περιλαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπείες ή τον συνδυασμό και των δυο.

«Η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να εξατομικεύεται, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις βιολογικές αλλαγές που επέρχονται σ' αυτήν την ηλικία και όλους τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν.... Όπως, η καλή απάντηση σε προηγούμενη φαρμακευτική αγωγή, η πιθανότητα παρουσίας σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών, η αλληλεπιδράσεις φαρμάκων και η συννοσηρότητα με άλλες σωματικές ή ψυχικές παθήσεις». (Σολδάτος και Λύκουρας, 2006:600-601).

Οι κυριότερες μορφές ψυχοθεραπείας που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της κατάθλιψης είναι (συμβουλευτική, γνωσιακή- συμπεριφορική κ.α.). Τέλος, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία αποτελεί επίσης μια αξιόπιστη και αποτελεσματική θεραπευτική παρέμβαση. «Η εφαρμογή της ηλεκτροσπασμοθεραπείας αποτελεί

αξιόπιστη εναλλακτική μέθοδος έναντι της φαρμακοθεραπείας με ταχύτερα αποτελέσματα.....Επίσης, ενδείκνυται στις περιπτώσεις μη ανοχής των ανεπιθύμητων ενεργειών των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.» (Παπαδημητρίου, κ.α., 2007: 587).

Ένα ακόμη σημαντικό πρόβλημα των ηλικιωμένων που κατατάσσεται στην συγκεκριμένη κατηγορία είναι ο **φόβος του θανάτου**. Οι ηλικιωμένοι στην πορεία της ζωής τους έχουν βιώσει αρκετά πένθη (γονιών, συγγενών, συνομήλικων κ.λ.π.). Αυτό ναι μεν τους κάνει να έχουν αποκτήσει μια οδυνηρή εμπειρία πάνω στον θάνατο, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι είναι κάτι που εύκολα μπορούν ν' αποδεχτούν.

Η φοβία του θανάτου έχει συνδεθεί και με την εμφάνιση κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα. «Η αντιμετώπιση του θανάτου αποτελεί μια από τις αιτίες εμφάνισης κατάθλιψης. Μερικοί άνθρωποι δυσκολεύονται ν' αποδεχτούν το γεγονός ότι η ζωή τους ίσως να φτάνει στο τέλος της.» (Kramlinger, 2001).

Η φοβία του θανάτου έχει συσχετιστεί με την φοβία των γηρατειών και την εικόνα που έχουν οι άλλοι για την Τρίτη ηλικία. Συνήθως οι απόψεις είναι αρνητικές και έχουν να κάνουν με την εικόνα της πτώσης και της φθοράς, η αρχή του τέλους που οδηγεί στον θάνατο.

Η εικόνα που έχουν οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι για το θάνατο παίζει μεγάλη σημασία στην διαμόρφωση αυτών των απόψεων. « Οι γυναίκες μακροβιότερες των αντρών κατά 10 χρόνια, περίπου ανησυχούν περισσότερο για το θάνατο, δεδομένου ότι οι πιθανότητες να μείνουν χήρες είναι αυξημένες και μάλιστα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η συντροφιά του θανάτου δεν είναι άγνωστη στους γηραιότερους. Η στάση τους, ωστόσο απέναντι στο θάνατο δεν θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ιδιαίτερα νοσηρή. Μπορεί ο φόβος του θανάτου να εξασθενεί με τα χρόνια, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι οι γέροντες τον επιθυμούν, τον εξουσιάζουν, και κατά συνέπεια, δεν χρειάζονται βοήθεια για να τον αντιμετωπίσουν.» (Bacque, 2001:191-192).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Τα οργανικά προβλήματα των ηλικιωμένων όπως παρατηρήσαμε παραπάνω είναι αρκετά. Τα οργανικά αυτά προβλήματα είναι εκείνα που επηρεάζουν το άτομο σε πολύ μεγάλο βαθμό με συναισθήματα (κόπωσης, φόβου, άγχους κ.α.). Εκτός όμως από τα οργανικά προβλήματα υπάρχουν και άλλα ζητήματα που απασχολούν τους ηλικιωμένους που είναι εξίσου ή ίσως και σημαντικότερα από τα προηγούμενα, τα

λεγόμενα και κοινωνικά προβλήματα. Παρακάτω θα κάνουμε μια αναφορά στα κυριότερα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι.

Οι αλλαγές με την είσοδο του ατόμου στην Τρίτη ηλικία είναι αρκετές. Οι αλλαγές αυτές έχουν και συναισθηματικές επιπτώσεις. Αρχικά, η απομάκρυνση από την εργασία αποτελεί ένα δυνατό πλήγμα για τον ηλικιωμένο, το οποίο μπορεί να δημιουργήσει το αίσθημα του μη παραγωγικού μέλους, που είναι βάρος για την οικογένεια του και την κοινωνία. Τα αρνητικά αυτά συναισθήματα επιδρούν δυσμενώς και στην υγεία του ηλικιωμένου.

«Πρώτον, όταν ο εργαζόμενος συνταξιοδοτείται πρέπει να προσαρμοσθεί στις νέες συνθήκες ζωής, να μάθει να χρησιμοποιεί το χρόνο του, να κάνει νέες παρέες, αν είχε λόγω εργασίας αποξενωθεί από το συγγενικό του περιβάλλον.

Δεύτερον, η συνταξιοδότηση για πολλούς σημαίνει ταυτόχρονη μείωση του εισοδήματος, κάτι που μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις στην οικονομική ανεξαρτησία του ατόμου και στον τρόπο ζωής του στο μέλλον.

Τρίτο, η συνταξιοδότηση πολλές φορές μπορεί να σημαίνει μείωση του κοινωνικού κύρους, απώλεια δύναμης και επιρροής μέσα κι έξω από την οικογένεια.

Για τους λόγους αυτούς, έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που συνταξιοδοτούνται, σε πολλές περιπτώσεις έχουν προβλήματα προσαρμογής στο νέο τους ρόλο, αυτόν του συνταξιούχου, και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις εμφάνισης σωματικών και ψυχικών διαταραχών.» (Σταθόπουλος, 1999:93).

Τα γηρατειά είναι μια κατάσταση που εκλαμβάνεται διαφορετικά από άτομο σε άτομο. Υπάρχουν άνθρωποι, που έχουν συμφιλιωθεί με την ιδέα του γήρατος και δεν την θεωρούν εμπόδιο για τα ενδιαφέροντα και τους στόχους τους. Ωστόσο πολλοί ηλικιωμένοι χαρακτηρίζονται από αρνητικά συναισθήματα όπως θλίψη, νοσταλγία για τα παλιά ενώ δεν έχουν ενδιαφέροντα και επιδιώξεις. Όλες αυτές οι αλλαγές επιδρούν συνήθως αρνητικά στα άτομα τα οποία δεν έχουν αποδεχτεί όλες τις επερχόμενες αλλαγές που φυσιολογικά συμβαίνουν στην ζωή τους με το πέρασμα του χρόνου. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την απομόνωση, την περιθωριοποίηση του ατόμου καθώς και την ανάπτυξη ψυχοπαθολογικών καταστάσεων (κατάθλιψη κ.λ.π.).

Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους οι ηλικιωμένοι αισθάνονται απομονωμένοι πολλές φορές ακόμα και όταν μένουν με την ίδια τους την οικογένεια αυτό συχνά συμβαίνει γιατί:

«Με την ανάπτυξη της πυρηνικής οικογένειας ο ρόλος του παππού και της γιαγιάς ατόνησε λειτουργικά, σε σημείο που οδήγησε το ηλικιωμένο άτομο να

αισθάνεται ότι βρίσκεται στο περιθώριο με συνεχώς ελαττωμένες τις δυνατότητες να είναι χρήσιμο: Το γεγονός αυτό συνδυαζόμενο με τις εμφανιζόμενες βιολογικές δυσλειτουργίες δημιουργεί μια σειρά φαύλων κύκλων, που επιδεινώνουν την θέση του ηλικιωμένου.» (Δόντας, 1981: 306).

Το χάσμα που δημιουργείται ανάμεσα στις γενεές, δημιουργεί πλήγμα στην επικοινωνία. Οι νέοι συχνά θεωρούν ότι δεν έχουν να μάθουν κάτι ουσιαστικό από τους ηλικιωμένους, γιατί εκείνοι έχουν ζήσει σε μια διαφορετική κοινωνία και πρεσβεύουν διαφορετικές αξίες. Για να υπάρξει μια ουσιαστική αλλαγή πάνω στο συγκεκριμένο πρόβλημα, οι γενιές οφείλουν να καταβάλλουν αμοιβαίες προσπάθειες για να διατηρήσουν την αναγκαία για όλους επαφή. (Bacque, 2001).

Από ψυχολογική άποψη ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που απασχολούν τους ηλικιωμένους είναι η μοναξιά που αντιμετωπίζουν. Ο ελεύθερος χρόνος που διαθέτουν αρκετές φορές δρα αρνητικά στην ψυχολογία τους, καθώς τα άτομα επιδίδονται σε αρνητικές σκέψεις για την τωρινή τους ζωή σε σχέση με το παρελθόν και έχουν συναισθήματα απώλειας και θλίψης.

« Οι ηλικιωμένοι οι οποίοι ζουν στο σπίτι τους με τους συζύγους αποτελούν μια καλύτερη προοπτική για την ψυχολογική τους κατάσταση σε σχέση με αυτούς που έχουν χηρέψει. Όσο υπάρχει το ζευγάρι ακόμα και αν και τα δυο άτομα βασανίζονται από σκέψεις που αναφέραμε παραπάνω, υπάρχει η έννοια της συντροφικότητας και η σιγουριά ότι υπάρχει ένας άνθρωπος δικός τους να τους ακούσει και να τους καταλάβει καλύτερα από οποιονδήποτε άλλο γιατί ο ένας βιώνει τα ίδια προβλήματα με τον άλλον.» (Βάρβογλη, 2006).

Οι ηλικιωμένοι που διαβιούν με τα παιδιά τους δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα μοναξιάς αλλά συχνά αισθάνονται παραγκωνισμένοι, η γνώμη τους δεν μετρά και δεν ερωτώνται ή δεν συμμετέχουν στην λήψη των αποφάσεων για σοβαρά ζητήματα του σπιτιού. Συχνά παραπονιούνται ότι τα άλλα μέλη του σπιτιού είναι πολύ απασχολημένα και δεν τους αφιερώνουν χρόνο. Η αίσθηση της πίκρας και της κοινωνικής απομόνωσης μπορεί να είναι έντονη.

«Η μοναξιά και η απομόνωση είναι συναισθήματα των ηλικιωμένων που εμφανίζονται όχι μόνο στη χώρα μας, αλλά και σε άλλες χώρες, παγκοσμίως. Μια βασική αιτία που προκαλεί τα συγκεκριμένα συναισθήματα είναι: το χαμηλό εισόδημα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, το οποίο προέρχεται από τη χαμηλή σύνταξη, τους επηρεάζει αρνητικά, καθιστώντας αδύνατον να καλύψουν ακόμη και τις βασικές τους ανάγκες, πόσο μάλλον να συμμετάσχουν σε κοινωνικές

δραστηριότητες. Επιπρόσθετα, τα προβλήματα υγείας που καλούνται ν' αντιμετωπίσουν στέκονται ως εμπόδιο για να μπορέσουν να νιώσουν κοινωνικοί. Σε πολλές περιπτώσεις η έλλειψη της οικογένειας και των φίλων είναι πιθανό να επηρεάσει την υγεία και την ψυχολογία των ηλικιωμένων. (Μαλκογιώργου, 2010: 1).

Ένας βασικός παράγοντας που τα άτομα της τρίτης ηλικίας νιώθουν αποξενωμένα και περιθωριοποιημένα είναι εξαιτίας της διαφορετικότητας των απόψεών τους με τους νέους, η οποία οδηγεί σε διαφωνία και δημιουργεί το 'χάσμα γενεών'. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι δεν είναι σε θέση να συμβαδίζουν με την τεχνολογική πρόοδο, απ' όπου η εξέλιξη, η πρόοδος και η πληροφορία εξαρτώνται, εξαιτίας της έλλειψης βασικών γνώσεων.

Οι ηλικιωμένοι εξαιτίας όλων αυτών των παραγόντων υφίστανται συχνά διακρίσεις που αφορούν την ηλικία τους.

Ο Butler, 1969, στο Νεοκλέους, 2009 αναφέρει ότι: « Η ηλικιακή διάκριση αντανακλά μια βαθιά αντίληψη των νέων και των μεσήλικων, ένα πιστεύω ότι το γήρας αποτελεί ασθένεια και ανικανότητα, αλλά και φόβο για απώλεια της δύναμης και κυριαρχίας, 'αχρηστία' και θάνατο.»

«Η ηλικιακή διάκριση αποτελεί μια συμπεριφορά που μπορεί να οδηγήσει ένα ηλικιωμένο άτομο στην μοναξιά και την κοινωνική απομόνωση. Είναι σημαντικό να γίνεται κατάλληλη και εξειδικευμένη εκπαίδευση των επαγγελματιών, αλλά και ενημέρωση του κοινού με διαλέξεις, σε συνδυασμό με μια ολοκληρωμένη κοινωνική πολιτική που δεν θα αποκλείει κανέναν, ειδικά στη βάση της ηλικίας.» (Νεοκλέους, 2009:146-147).

Εκτός από την μοναξιά υπάρχουν και άλλα προβλήματα που δυσχεραίνουν την θέση των ηλικιωμένων όπως:

Το χαμηλό βιοτικό επίπεδο, συνήθως οι ηλικιωμένοι έχουν αρκετά μικρότερες συντάξεις σε σύγκριση με τους νεότερους συνταξιούχους του ίδιου κλάδου λόγω των ρυθμίσεων που έχουν γίνει σε προγενέστερα συνταξιοδοτικά καθεστάτα.

«Τον ελληνικό ηλικιωμένο πληθυσμό χαρακτηρίζει μεγάλη οικονομική ανισότητα. Υπάρχουν άτομα με υψηλά εισοδήματα, μεσαία, αλλά και πολλοί είναι στο επίπεδο της φτώχειας όταν η σύνταξη είναι η μόνη πηγή εισοδήματος.» (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, κ.α., 1999).

«Μελέτη του Ε.Κ.Κ.Ε έχει δείξει ότι ο δείκτης φτώχειας ποικίλει ανάλογα με την ηλικία. Σύμφωνα με αυτήν την μελέτη στην ομάδα ηλικιών 65-74, η συχνότητα εμφάνισης φτώχειας είναι 26% και στην πληθυσμιακή ομάδα άνω των 75 η

συχνότητα εμφάνισης φτώχειας είναι πάνω από 42%. (Εμκε –Πουλοπούλου, 1994:76)».

Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα για να ζήσουν ανεξάρτητοι και στηρίζονται για την επιβίωση τους είτε στα παιδιά τους είτε στην κρατική βοήθεια, η οποία προσφέρεται με τη μορφή ιδρυματικής περίθαλψης.

Οι ανεπάρκειες στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας, με την ελλιπή παροχή ή ακόμα και την μη παροχή των υπηρεσιών αυτών καθίσταται ένα ακόμη σοβαρό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους. Οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες δεν ικανοποιούνται για τους περισσότερους ασθενείς με βαριές χρόνιες ασθένειες που ζουν στο σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις.

«Το βασικό πρόβλημα στις αγροτικές περιοχές είναι η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. Η γεωγραφική απομόνωση πολλών ορεινών και νησιωτικών περιοχών καθιστά αδύνατη για τους ηλικιωμένους την έγκαιρη (συχνά ζωτικής σημασίας) χρήση των απαραίτητων υπηρεσιών.» (Σταθόπουλος, 1999: 94).

Η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά προς τους ηλικιωμένους, που μπορεί να τους οδηγήσει στην περιθωριοποίηση και τον στιγματισμό.

«Το βασικό κοινωνικό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους είναι η στάση των μελών της οικογένειας, της κοινότητας και της κοινωνίας γενικότερα απέναντι στην Τρίτη ηλικία. Όταν αντιμετωπίζονται με σεβασμό, αξιοπρέπεια, ρεαλιστική αποδοχή των δυνατοτήτων και αδυναμιών τους, οι ηλικιωμένοι ζουν δημιουργικά τα τελευταία χρόνια της ζωής τους.» (Σταθόπουλος, 1999:94).

Συχνά όμως οι ηλικιωμένοι υφίστανται τον ρατσισμό, περιθωριοποιούνται και στιγματίζονται. «Πολύ έντονες είναι οι προκαταλήψεις των ανθρώπων γύρω από το θέμα της ηλικίας, θεωρώντας την ως μια αξιοθρήνητη κατάσταση κατά την οποία οι άνθρωποι δεν είναι πλέον χρήσιμοι και χωρίς προοπτικές.» (Καστενμάουμ, 1982: 16).

Τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες (αναλυτική αναφορά παραπάνω), τα οποία μπορεί να φτάσουν μέχρι και το σημείο του στιγματισμού και της απομόνωσης π.χ. ασθενείς με άνοια προχωρημένου σταδίου.

Οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και επικοινωνίας που συντελούν ακόμη περισσότερο στην περιθωριοποίηση και στην απομόνωση που συχνά βιώνουν οι ηλικιωμένοι.

Η απώλεια αυτονομίας και η ανάγκη τρίτου προσώπου,

Οι ηλικιωμένοι ανάλογα και με την σωματική τους υγεία είναι σε θέση ν' αυτοεξυπηρετηθούν ή όχι. Όσο μεγαλώνουν αυτή η δυνατότητα σιγά-σιγά αρχίζει να χάνεται. Εργασίες όπως το μαγείρεμα, η ατομική υγιεινή, η φροντίδα του σπιτιού γίνονται πολύ δύσκολες ως και αδύνατες να πραγματοποιηθούν.

«Εάν ο ηλικιωμένος βρίσκεται κάτω από την προστασία στενών συγγενών, οι ανάγκες αυτές καλύπτονται επαρκώς. Στην αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής και άλλα που επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν την ηλικία. Στις περιπτώσεις αυτές η λύση είναι η παροχή φροντίδας από τρίτα πρόσωπα, έναντι κάποιου οικονομικού ανταλλάγματος ή η εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα, η οποία επιλύει μεν τις βασικές ανάγκες αυτοεξυπηρέτησης, δημιουργεί όμως άλλα πρόσθετα ιατροκοινωνικά προβλήματα.» (Δαρδαβέσης, 2007:4).

Η έννοια της «ανεξαρτησίας» στην Τρίτη ηλικία μπορεί να λάβει διάφορες προσεγγίσεις. «Μια έρευνα για την πολιτική για τους ηλικιωμένους στην Αυστραλία διαπίστωσε ότι η ανεξαρτησία στην Τρίτη ηλικία αναφέρεται ευρέως στην κυβερνητική πολιτική, μ' έναν αριθμό από αρκετά διαφορετικές έννοιες που συνδέονται με τον συγκεκριμένο όρο και περιλαμβάνουν τα εξής:

- Τα άτομα να μην ζουν σε ίδρυμα.
- Ποιότητα ζωής και ευημερία.
- Να έχουν μια εκτιμημένη και ενεργό συμμετοχή στην κοινότητα.
- Η πρόσβαση σε μια σειρά κοινωνικών υπηρεσιών και λειτουργιών.
- Να μην βασίζονται στην πολιτική στήριξη του εισοδήματος στην συνταξιοδότηση.

Δίνοντας τις παραπάνω έννοιες διαπιστώνεται ότι υπάρχουν διαφορές στο πως ορίζεται η ανεξαρτησία στα πλαίσια της πολιτικής και των υπηρεσιών φροντίδας και των απόψεων που έχουν οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι για την ανεξαρτησία.» (Plath, 2008).

Προβλήματα μορφωτικού επιπέδου-εκπαίδευσης, ο συντριπτικός αριθμός των ηλικιωμένων στην χώρα μας έχουν λάβει εκπαίδευση μέχρι κάποια τάξη του Δημοτικού, μεγάλο ποσοστό όμως είναι και αυτών των αναλφάβητων. Οι ελλείψεις στην μόρφωση δημιουργούν διάφορα προβλήματα στους ηλικιωμένους ακόμη και στην καθημερινή τους ζωή αλλά και στην σχέση τους με τους άλλους ανθρώπους και ιδιαίτερα στους μικρότερους σε ηλικία που δεν υπάρχει κάποιος κοινός κώδικας επικοινωνίας και έχουμε την δημιουργία του χάσματος των γενεών.

«Επιπλέον, ο αναλφαβητισμός των υπερηλίκων τους οδηγεί σε περεταίρω κοινωνική απομόνωση, αφού δυσκολεύονται να συντάξουν κάποιο γράμμα, να διαβάσουν τους υπότιτλους ξένων προγραμμάτων που προβάλλονται στην τηλεόραση ή ακόμα να διαβάσουν τις οδηγίες κάποιου φαρμακευτικού παρασκευάσματος.

Σε διάφορες προηγμένες χώρες, παρέχεται η δυνατότητα σε υπερήλικες να βελτιώσουν το μορφωτικό τους επίπεδο παρακολουθώντας μαθήματα ακόμα και πανεπιστημιακού επιπέδου.» (Δαρδαβέσης, 2007:3).

Αυτά είναι μερικά από τα κοινωνικά προβλήματα που απασχολούν και δυσχεραίνουν την ζωή των ηλικιωμένων τα οποία χρήζουν αντιμετώπισης από την πολιτεία η οποία πρέπει να τα λάβει σοβαρά υπ' όψη της για να υπάρξει ουσιαστική βελτίωση στην ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

1.3 ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

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

Υπάρχουν δυο διαφορετικές απόψεις. Η μια είναι η **Κλασική Ελληνική**, η οποία παρουσιάζει το γήρας σαν μια κατάσταση η οποία προκαλεί αμείωτη δυστυχία και όταν αυτή επέλθει με τα χρόνια είναι προτιμότερος ο θάνατος. Βλέπει τους ηλικιωμένους σαν ένα κοινωνικό πρόβλημα, μια απώλεια, ανεπάρκεια.

Από την άλλη, υπάρχει και η άποψη **των λαών της Ανατολής**, η οποία υποστηρίζει ότι η μεγάλη ηλικία είναι η κορυφή της ζωής, πηγή γοήτρου και δόξας τόσο για το άτομο, την οικογένεια αλλά και την κοινωνία. Στους λιγότερο ανεπτυγμένους λαούς οι ηλικιωμένοι θεωρούνται αρχηγοί, πηγή γνώσεων και σοφίας.

Δυστυχώς, στις μέρες μας παρατηρείται ότι επικρατεί η Κλασική Ελληνική άποψη, μιας και δίνεται ολοένα και περισσότερο έμφαση στην διατήρηση της νεότητας η οποία σε παλαιότερους χρόνους ήταν δύναμη. Θα πρέπει λοιπόν οι ηλικιωμένοι να βρίσκονται σε έναν συνεχή αγώνα επιβίωσης και προάσπισης των δικαιωμάτων τους, ώστε να τους δοθεί η θέση που τους ανήκει μέσα στο κοινωνικό σύνολο.

«Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι απαραβίαστη. Η ηλικία και η ανάγκη υποστήριξης δεν μπορούν ποτέ να είναι η αφορμή για επιβολή περιορισμών και αφαίρεσης αναφαίρετων ανθρώπινων δικαιωμάτων και αρχών ελευθερίας του ατόμου που ορίζονται από ένα δημοκρατικό σύνταγμα. Όλοι οι άνθρωποι ανεξάρτητα από

φύλο, ηλικία ή ανάγκη υποστήριξης έχουν τον δικαίωμα να απολαμβάνουν και να προστατεύονται από αυτά τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ελευθερίες που στόχο έχουν να υπερασπίζονται και να προστατεύουν τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματα.» (Ευρωπαϊκός Χάρτης, 2010:2).

Επομένως οι ηλικιωμένοι, μπορούν να κάνουν χρήση των δικαιωμάτων τους για να εξασφαλίσουν μια ποιότητα ζωής την οποία θα έχουν επιλέξει οι ίδιοι. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να επιτρέπεται η στέρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αλλά τα ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να συνεχίσουν να ζουν και να αντιμετωπίζονται ίσα με τα υπόλοιπα μέλη μιας κοινωνίας και να προστατεύουν πάντα το απαράβατο δικαίωμά τους, να απολαμβάνουν τα δικαιώματά τους.

Για τον λόγο αυτό κατά καιρούς θεσπίζονται νόμοι και διατάξεις που έχουν σαν στόχο να προάγουν την πρόσβαση των ηλικιωμένων στα δικαιώματα αυτά. Η Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (άρθρο 25 παρ.1) διακηρύσσει μεταξύ άλλων ότι καθένας έχει το δικαίωμα ασφάλισης γήρατος. Ο Κοινωνικός Χάρτης Στις παραγράφους 24 και 25 αναφέρει ότι κάθε άτομο που φτάνει στη συνταξιοδότηση θα πρέπει να διαθέτει εισόδημα που να του/ της επιτρέπει ένα λογικό βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και δεν διαθέτει άλλα μέσα πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογο με τις ανάγκες του.

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

ΑΡΘΡΟΙ. Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, τη σωματική και πνευματική ακεραιότητα, την ελευθερία και την ασφάλεια. Το δικαίωμα αυτό αναφέρεται στο σεβασμό που πρέπει να απολαμβάνουν οι ηλικιωμένοι, ανεξάρτητα με το φύλο, την καταγωγή, την οικονομική κατάσταση την φυλή, την θρησκεία κ.α. Επιπλέον, αναφέρεται στην προστασία τους από κάθε μορφή κακοποίησης (σωματικής, ψυχολογικής, συναισθηματικής, υλικής κ.α) και στην αποφυγή της βίαιης απομάκρυνσής τους από τα άτομα που αγαπούν ανεξάρτητα από τον βαθμό φροντίδας που χρειάζονται.

Η ασφάλεια, αναφέρεται στην απαίτηση ότι τα άτομα που μεριμνούν για τα οικονομικά και υλικά αγαθά τους, όταν εκείνοι δεν είναι σε θέση να το κάνουν, θα έχουν κατά νου το συμφέρον των ηλικιωμένων. Επίσης, στην ανάγκη εξασφάλισης ενός χώρου στον οποίο θα νιώθουν το αίσθημα της ασφάλειας μαζί με τους

ανθρώπους που τους περιβάλλουν. Τέλος, υπάρχει αναφορά για την πρόσβαση σε κοινωνική ασφάλεια και βοήθεια.

ΑΡΘΡΟ 2. Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού. Το άρθρο 2 αναφέρεται στο δικαίωμα των ηλικιωμένων να ζουν αυτοπροσδιοριζόμενοι, ανεξάρτητα από τον βαθμό που τους επιτρέπει η κατάσταση της υγείας τους, καθώς και να λαμβάνουν συμβουλές για να το επιτύχουν αυτό. Το δικαίωμα αυτό περιλαμβάνει διάφορους τομείς της κοινωνικής ζωής όπως: η συμμετοχή στην διαδικασία λήψης αποφάσεων, η διαχείριση των οικονομικών και νομικών υποθέσεων συμπεριλαμβανομένων και την διατήρηση του ελέγχου της περιουσίας, την υγεία τους και την δυνατότητα για αναζήτηση δεύτερης γνώμης πριν την θεραπευτική αγωγή. Αλλά και την δυνατότητα ν' αποφασίζουν για την φροντίδα που θα ήθελαν να τους παρέχεται από άτομο της επιλογής τους σε περίπτωση που οι ίδιοι αδυνατούν να λάβουν αποφάσεις μόνοι τους στο μέλλον.

Βέβαια υπάρχουν και κάποιοι περιορισμοί στον αυτοπροσδιορισμό, συγκεκριμένα αυτό συμβαίνει όταν υπάρχει πιθανός κίνδυνος για την ακεραιότητα του ατόμου. Ακόμα όμως και σε τέτοια περίπτωση πρέπει να διασφαλίζετε ο τρόπος αντιμετώπισης, δηλαδή μια διάφανη και αξιόπιστη διαδικασία η οποία μπορεί ν' αντιστραφεί σε περίπτωση παρενόχλησης ή ζημίας. Οι ορισμοί για το επίπεδο της πνευματικής ικανότητας να λαμβάνονται αποφάσεις, θα πρέπει να επανεκτιμώνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα.

ΑΡΘΡΟ 3. Δικαίωμα στην ιδιωτικότητα. Το άρθρο 3 αναφέρεται στο δικαίωμα της ανάγκης για ιδιωτικότητα. Να έχει δηλαδή το άτομο χρόνο και χώρο (ανεξάρτητα από το που κατοικεί ή τον βαθμό φροντίδας και βοήθειας που χρειάζεται) για τον εαυτό του ή την συναναστροφή με άτομα της επιλογής του όταν το επιθυμεί. Επίσης, η έννοια της ιδιωτικότητας αναφέρεται και στο δικαίωμα σε ιδιωτικές πληροφορίες και επικοινωνία. Δηλαδή, κανείς δεν έχει δικαίωμα να λαμβάνει, να ανοίγει ή να διαβάσει την αλληλογραφία χωρίς την συγκατάθεση του ηλικιωμένου. Η ιδιωτικότητα αναφέρεται και στα τηλεφωνήματα, την διαχείριση των προσωπικών στοιχείων ή εγγράφων. Τέλος, ο ηλικιωμένος δικαιούται να απαιτεί οι συζητήσεις που θα γίνονται και αφορούν την κατάσταση της υγείας του κ.λ.π. να γίνονται είτε ενώπιον του είτε να γίνονται με ευαισθησία, διακριτικότητα και με σεβασμό της ιδιωτικότητας του.

ΑΡΘΡΟ 4. Δικαίωμα σε εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας. Το δικαίωμα αυτό αναφέρεται στην φροντίδα και την υποστήριξη η οποία πρέπει να είναι υψηλής ποιότητας, έγκαιρη και οικονομικά προσιτή και ν' ανταποκρίνεται στις

προσωπικές ανάγκες και επιθυμίες των ηλικιωμένων. Επιπρόσθετα, σε αυτό το δικαίωμα εντάσσεται και το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι δικαιούνται να λαμβάνουν καθημερινά φροντίδα, σε περίπτωση που την έχουν ανάγκη καθώς και μακροχρόνια φροντίδα χωρίς καμία διάκριση.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονίσουμε ότι οι φροντιστές των ηλικιωμένων ατόμων θα πρέπει να μεριμνήσουν, να είναι ενημερωμένοι και εφοδιασμένοι με τις κατάλληλες γνώσεις, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ατόμων που φροντίζουν. Επίσης, θα πρέπει να συνεργάζονται με φορείς και ομάδες επαγγελματιών υγείας, ώστε να συντονίζουν σωστά τις παρεχόμενες υπηρεσίες έχοντας κατά νου το συμφέρον του ηλικιωμένου. Όσον αφορά τα ιδρύματα, αν και όταν μπει ο ηλικιωμένος σε ίδρυμα φροντίδας, οι συνθήκες, το κόστος διαμονής, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του ηλικιωμένου πρέπει να γίνονται σαφής εξαρχής.

Τέλος, απαγορεύεται να υφίστανται ο ηλικιωμένος σωματικό ή πνευματικό περιορισμό οποιασδήποτε μορφής εκτός αν είναι αντικειμενικά για το δικό του συμφέρον, όμως θα πρέπει οι λόγοι να επαναξιολογούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα. Ο ηλικιωμένος έχει δικαίωμα να λαμβάνει υποστήριξη και ενθάρρυνση της κινητικότητας του αλλά στο βαθμό που δεν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι που να την εμποδίζουν.

ΑΡΘΡΟ 5. Δικαίωμα σε εξατομικευμένες πληροφορίες, συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης. Αυτό σημαίνει ότι δικαιούνται ενημέρωση σε θέματα υγείας, να λαμβάνουν εξειδικευμένες πληροφορίες και συμβουλές για τις σωματικές ή πνευματικές επιπτώσεις ή τις παρενέργειες που ενδέχεται να προκύψουν από ιατρικές εξετάσεις, φάρμακα ή παρεμβάσεις στον οργανισμό τους. Καθώς και την καθημερινότητα τους, γενικότερα συμβουλές σχετικά με όλες τις διαθέσιμες επιλογές όσον αφορά την φροντίδα, την υποστήριξη και την ιατρική περίθαλψη. Επίσης δικαιούνται πρόσβαση στον προσωπικό τους ιατρικό φάκελο και σε όλα τα έγγραφα που αφορούν στην υγεία τους και τις εξετάσεις.

Επίσης στην υποχρέωση τόσο των ατόμων που φροντίζουν τον ηλικιωμένο αλλά και των ειδικών να επεξηγούν με ξεκάθαρο τρόπο στον ηλικιωμένο οτιδήποτε αφορά σε ιατρικές διαγνώσεις, την φροντίδα και την περίθαλψή του, καθώς και να τον ενημερώσουν σχετικά με όλες τις υπηρεσίες που έχει στην διάθεσή του και το κόστος.

Ακόμα, οι ηλικιωμένοι έχουν δικαίωμα πρόσβασης σε νομικές συμβουλές, νομική υπεράσπιση και εκπροσώπηση όταν δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι οικονομικοί

πόροι. Τέλος, για οποιαδήποτε συμφωνία ή συμβόλαιο με κάποια υπηρεσία ή φορέα δικαιούνται πλήρη ενημέρωση για το περιεχόμενο της συμφωνίας και αν προβλέπονται τροποποιήσεις στο μέλλον.

ΑΡΘΡΟ 6. Δικαίωμα στην συνεχιζόμενη επικοινωνία, στη συμμετοχή στην κοινωνία και τις πολιτιστικές δραστηριότητες. Αναφέρεται στο δικαίωμα των ηλικιωμένων σε μια πλήρη και προσιτή ενημέρωση, αλλά και την δυνατότητα της συμμετοχής στην κοινωνική ζωή ελεύθερα, χωρίς εξαναγκασμό ανάλογα με τα ενδιαφέροντά και τις ικανότητές τους.

Οι ηλικιωμένοι πρέπει να διεκδικούν το δικαίωμα να μετακινούνται ελεύθερα και να τους παρέχεται στήριξη ως προς αυτό, ώστε να μπορούν να καλλιεργούν τα ενδιαφέροντά τους και τις ασχολίες τους, αλλά και να τους παρέχεται η δυνατότητα και η στήριξη ώστε να επικοινωνούν και να συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων, όπως η άσκηση των πολιτικών δικαιωμάτων. Πρέπει όμως να γίνεται κατανοητό και από το άτομο που βοηθά τον ηλικιωμένο η μυστικότητα της ψήφου του.

ΑΡΘΡΟ 7. Δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης και την ελευθερία της σκέψης/ συνείδησης: πεποιθήσεις, δοξασίες και θρησκεία. Το συγκεκριμένο δικαίωμα αναφέρεται στο γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι μπορούν να ζουν ελεύθερα σύμφωνα με τα δικά τους πιστεύω, τις φιλοσοφίες και αντιλήψεις τους και να συμμετέχουν σε θρησκευτικές τελετές, ανεξάρτητα αν αυτή η συμπεριφορά βρίσκει αντίθετα τα άτομα που τα φροντίζουν. Όπως δικαίωμα των ηλικιωμένων είναι να αρνούνται ανεπιθύμητες πιέσεις ιδεολογικού, πολιτικού, θρησκευτικού χαρακτήρα. Η θρησκεία, η πολιτιστική κληρονομιά και οι λατρευτικές τελετές αξίζουν σεβασμό.

Επίσης, αναφέρεται στο δικαίωμα των ηλικιωμένων να αναπτύξουν πλήρως την προσωπικότητά τους ως πολιτικά και κοινωνικά άτομα, να συναναστρέφονται και να συναθροίζονται ή να αρνούνται την συναναστροφή καθώς και να διευρύνουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους.

ΑΡΘΡΟ 8. Δικαίωμα στην παρηγορητική αγωγή και υποστήριξη, στον σεβασμό και την αξιοπρέπεια κατά τα τελευταία στάδια της ζωής και τον θάνατο. Το συγκεκριμένο άρθρο αναφέρεται στην βοήθεια και την υποστήριξη που πρέπει να παρέχεται στον ηλικιωμένο στο τέλος της ζωής του. Τα άτομα που περιθάλπουν τον ηλικιωμένο θα πρέπει να σέβονται τις επιθυμίες του ηλικιωμένου στο μέγιστο δυνατό βαθμό. Η επιθυμία του ατόμου να μην συμπεριληφθούν κάποια άτομα στην περίθαλψη του πρέπει να γίνεται σεβαστή.

Απαγορεύεται να πάρει κάποιος μέτρα που θα οδηγήσουν το άτομο συστηματικά στο θάνατο, εκτός αν αυτό έγκειται στην νομοθεσία της χώρας διαμονής του ηλικιωμένου (η ευθανασία απαγορεύεται στα περισσότερα κράτη). Όταν ο ηλικιωμένος δεν είναι σε θέση να μιλήσει, λαμβάνονται υπόψη οι επιθυμίες που είχε εκφράσει εκ των προτέρων όταν ήταν σε καλή νοητική κατάσταση, σε σχέση με την φροντίδα κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής καθώς και τη μεταχείριση μετά το θάνατο.

ΑΡΘΡΟ 9. Δικαίωμα πρόσβασης σε ένδικο μέσο. Το δικαίωμα αυτό αναφέρεται αρχικά στην δυνατότητα να ζητήσουν υποστήριξη όταν βρίσκονται σε καταστάσεις όπου κακοποιούνται, αλλά και να ενημερώνονται για τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να ενεργήσουν όταν συμβαίνει αυτό.

Όπως είναι φυσικό, οι ηλικιωμένοι έχουν το αναφαίρετο δικαίωμα να προβούν σε καταγγελία για κακοποίηση, χωρίς να φοβούνται για τις συνέπειες, όπως επίσης δικαιούνται να ληφθούν σοβαρά υπόψη όσα θα καταγγείλουν έως ότου διερευνηθεί το θέμα. Οι ηλικιωμένοι δικαιούνται να απαιτήσουν οι επαγγελματίες που τους φροντίζουν να είναι εκπαιδευμένοι και ν' αναγνωρίζουν τα σημάδια κακοποίησης και κακομεταχείρισης. Ωστε να ενεργούν σωστά για να προστατεύονται από μελλοντικά περιστατικά κακοποίησης.

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

- i. Τα δικαιώματα και οι ελευθερίες τους θα πρέπει μόνο να περιορίζονται από την ανάγκη να σέβονται παρόμοια δικαιώματα άλλων μελών της κοινωνίας.
- ii. Να σέβονται τα άτομα που έχουν αναλάβει την φροντίδα τους και να τους φέρονται με ευγένεια, για να μπορούν και οι φροντιστές να φέρνουν σε πέρας το σπουδαίο και δύσκολο έργο που έχουν αναλάβει σε ένα περιβάλλον χωρίς ενοχλήσεις.
- iii. Να ενημερώνουν τις αρμόδιες αρχές και όσους τους περιβάλλουν για τυχόν περίπτωση κακοποίησής τους, κακής συμπεριφοράς προς εκείνους ή παραμέλησής τους.

- iv. Να σχεδιάζουν τον μέλλον τους και να έχουν την ευθύνη των επιπτώσεων, των πράξεων τους σ' ότι αφορά αυτούς που τους φροντίζουν και τους συγγενείς τους σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία. Αυτό περιλαμβάνει, τον ορισμό κατάλληλου προσώπου το οποίο θα αποφασίζει και θα συνηγορεί εκ μέρους του ηλικιωμένου. (Ευρωπαϊκός Χάρτης, 2010: 3-17).

Από το έτος 1948 μέχρι και το 2002 παρατηρούνται σημαντικά βήματα προς την προάσπιση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων κυρίως από την πλευρά των Ηνωμένων Εθνών. Όπως παρατηρούμε στον παρακάτω πίνακα μια σειρά από συνθήκες πραγματοποιήθηκαν, ξεκινώντας με την «**Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου**» η οποία στο άρθρο 25 αναφέρει: «Καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό για την υγεία και ευημερία του ίδιου και της οικογένειάς του, συμπεριλαμβανομένης της τροφής, του ρουχισμού, της κατοικίας και της ιατρικής περίθαλψης και των αναγκαίων κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και το δικαίωμα στην ασφάλεια στην περίπτωση ανεργίας, ασθένειας, αναπηρίας, χηρείας, γήρατος ή άλλων περιπτώσεων όπου στερείται τα μέσα της συντήρησής σε περιστάσεις πέρα από τον έλεγχό του.» (Antonucci *et al.*, 2002 στο Kwong-Leung Tang and Jik-Joen Lee, 2005).

Το 1982 το διεθνές σχέδιο της Βιέννης «Δράση για τη Γήρανση» θεωρείται το πρώτο ειδικό διεθνές μέσο για τη γήρανση, καθοδηγώντας το θεμελιώδη τρόπο σκέψης και τη διαμόρφωση των πολιτικών και των προγραμμάτων για τη γήρανση (HelpAge International, 2000, 2003 στο Kwong-Leung Tang and Jik-Joen Lee, 2005). Το σχέδιο εγκρίθηκε από το Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ το 1982, έχοντας υιοθετηθεί νωρίτερα το ίδιο έτος, κατά την Παγκόσμια Συνέλευση για τη Γήρανση στη Βιέννη από 124 έθνη (Τμήμα των Ηνωμένων Εθνών για την Κοινωνική Πολιτική και Ανάπτυξη (UNDSPD), 2003).

Είχε συνολικά εξήντα δύο συστάσεις για την ανάληψη δράσης για την έρευνα, τη συλλογή δεδομένων και την ανάλυση, την κατάρτιση και την εκπαίδευση, καθώς και ορισμένα τομεακά πεδία: την υγεία και τη διατροφή, την προστασία των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, τη στέγαση των καταναλωτών, το περιβάλλον, την οικογένεια, την κοινωνική πρόνοια, την ασφάλεια του εισοδήματος, την απασχόληση και την εκπαίδευση.

Το 1991, η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ ενέκρινε τις Αρχές των Ηνωμένων Εθνών για τους ηλικιωμένους (UNDSPD, 1999). Οι οποίες είχαν σαν κεντρικούς

άξονες την ανεξαρτησία, τη συμμετοχή, την φροντίδα, την προσωπική ολοκλήρωση και την αξιοπρέπεια.

Όσον αφορά στην ανεξαρτησία, η **Αρχή Ένα** υποστήριξε ότι «τα ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε επαρκή τροφή, νερό, στέγη, ρουχισμό και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, μέσω της παροχής εισοδήματος, της οικογένειας και την υποστήριξη της κοινότητας και της αυτοβοήθειας». Η **Αρχή Δύο** τόνισε ότι «οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να έχουν την ευκαιρία για εργασία ή να έχουν πρόσβαση σε άλλες ευκαιρίες δημιουργίας εισοδήματος. Επιπλέον, οι αρχές επέστησαν την προσοχή στο δικαίωμα των ηλικιωμένων στη συμμετοχή: «...τα ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να παραμένουν ενσωματωμένα στην κοινωνία, να συμμετάσχουν ενεργά στην χάραξη και την εφαρμογή των πολιτικών που επηρεάζουν άμεσα την ευημερία τους και να μοιραστούν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους με τις νεότερες γενιές».

Έπειτα από μερικά χρόνια, αναπτύχθηκε το εννοιολογικό πλαίσιο για το Διεθνές Έτος Ηλικιωμένων (Ηνωμένα Έθνη, 1999), το οποίο βασίστηκε στο σχέδιο και τις αρχές που αναφέρθηκαν παραπάνω. Κάλυπτε τέσσερις τομείς: την κατάσταση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, την ατομική διά βίου ανάπτυξη, τη σχέση μεταξύ γενεών, τις σχέσεις μεταξύ γήρανσης του πληθυσμού και της ανάπτυξης. (Antonucci et al., 2002 στο Kwong-Leung Tang and Jik-Joen Lee, 2005).

Πίνακας 1: Τα Ηνωμένα Έθνη και τα κυριότερα ορόσημα των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων.

<u>Έτος</u>	<u>Γεγονός</u>	
1948	«Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου».	Η Γενική Συνέλευση ενέκρινε το ψήφισμα 213 (III) Ένα σχέδιο δήλωσης σχετικά με τα δικαιώματα των ηλικιωμένων.
1966	«Το Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα (ICCPR) «Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα» (ICESCR)	
1982	«Η Πρώτη Παγκόσμια Συνέλευση για τη Γήρανση» (Βιέννη) (The Vienna International Plan of Action on Aging)	

1991	«Αρχές των Ηνωμένων Εθνών για τους ηλικιωμένους».	Πέντε αρχές: Ανεξαρτησία, Συμμετοχή, Φροντίδα, Προσωπική ολοκλήρωση και Αξιοπρέπεια)
1992	«47η Σύνοδος της Γενικής Συνέλευσης»	Το Ψήφισμα σχετικά με παγκόσμιους στόχους για τη γήρανση για το έτος 2001 και η Διακήρυξη για τη Γήρανση.
1995	«Επιτροπή για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα»	Γενικό Σχόλιο Αρ. 6: Τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας
1999	«Διεθνές Έτος των Ηλικιωμένων»	(Διακήρυξη για τη γήρανση) (εννοιολογικό πλαίσιο) (Επιχειρησιακό πλαίσιο)
2002	«Δεύτερη Παγκόσμια Συνέλευση για τη Γήρανση (Μαδρίτη)»	Έγκριση της Πολιτικής Διακήρυξης της Μαδρίτης και του Διεθνούς Σχεδίου Δράσης, 2002

«Το ανθρώπινο “δικαίωμα” εκπληρώνει τρεις βασικές λειτουργίες : Τη γνωστική (θα πρέπει ο άνθρωπος να γνωρίζει το δικαίωμά του). Την ψυχοκοινωνική (θα πρέπει ο άνθρωπος να ενστερνιστεί το δικαίωμά του). Την επικοινωνιακή (θα πρέπει να διεκδικήσει το δικαίωμά του)». Όταν συμβούν τα παραπάνω προστίθεται ένα “λιθαράκι” στην προσπάθεια για την προστασία τους. (Καλλιγέρη-Βυθούλκα, 1994:109).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Το φαινόμενο της Δημογραφικής Γήρανσης, αποτελεί στις μέρες μας ένα φαινόμενο το οποίο απασχολεί ιδιαίτερα την κοινωνία. Ο πλανήτης μας γερνά με γοργούς ρυθμούς, επομένως είναι ένα φαινόμενο το οποίο έχει καθολική ισχύ αφού αφορά όλες τις ηπείρους, άνευ εξαιρέσεων.

«Δημογραφική γήρανση είναι το φαινόμενο μετασχηματισμού της ηλικιακής δομής ενός πληθυσμού και συγκεκριμένα η αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων στο συνολικό πληθυσμό, η οποία δεν συντελείται αυτόνομα, αλλά ακολουθείται και από ταυτόχρονη μείωση των ατόμων νεαρής ηλικίας. Ως ηλικιωμένα θεωρούνται τα άτομα, που έχουν φθάσει σε ηλικία συνταξιοδότησης. Αν και κατά το παρελθόν η τάση γήρανσης αποτελούσε χαρακτηριστικό γνώρισμα της πληθυσμιακής πυραμίδας των βιομηχανικών χωρών, κατά τα τελευταία χρόνια έχει μετεξελιχθεί σε ένα παγκόσμιο φαινόμενο.» (Κανάρογλου, κ.α., 2001: 89)

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

Σύμφωνα με την Έμκε-Πουλοπούλου, 1994 «Γήρανση πληθυσμού ή δημογραφική γήρανση ορίζεται η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων (συνήθως 65 ή 60 ετών και άνω) στον πληθυσμό, η οποία αντανακλάται στην επακόλουθη αύξηση της διάμεσης ηλικίας του πληθυσμού, με ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των νέων (0-14 ή 0-19 ετών) και ενδεχομένως της αναλογίας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας 15-64 ή 20-60 ετών). Διακρίνεται σε: α) γήρανση από τη βάση της πυραμίδας των ηλικιών όταν μειώνεται η αναλογία των νέων ατόμων που οφείλεται στην μείωση της γεννητικότητας και β) σε γήρανση από την κορυφή της πυραμίδας των ηλικιών όταν αυξάνει ο πληθυσμός των ηλικιωμένων εξ αιτίας της μείωσης της θνησιμότητας των μεγάλων ηλικιών».

2.1. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Οι άνθρωποι άνω των 65 ετών (η λεγόμενη «τρίτη ηλικία») έφθασαν τα 506 εκατ. το 2008 και προβλέπεται ότι θα έχουν διπλασιαστεί μέχρι το 2040, φθάνοντας το 1,3 δισεκατομμύριο, δηλαδή περίπου το 14% του παγκόσμιου πληθυσμού, σύμφωνα με την έκθεση του Εθνικού Ινστιτούτου Γήρανσης και του Γραφείου Απογραφής των ΗΠΑ. Ο αριθμός αυτός το 2017 αναμένεται να ξεπεράσει τον αριθμό των παιδιών κάτω των πέντε ετών για πρώτη φορά στην ιστορία. (Χ.Ο., 2009).

Κάθε μήνα, 870.000 άτομα γίνονται 65 ετών. Σε 10 χρόνια, 1,9 εκατομμύρια άτομα θα γιορτάζουν τα 65α γενέθλιά τους κάθε μήνα. Στην Ελλάδα πιο συγκεκριμένα, το πρόβλημα είναι έντονο εξαιτίας της υπογεννητικότητας σύμφωνα με τον κ. Νίκο Μανιαδάκη, Καθηγητή Οικονομικών στη Σχολή Δημόσιας Υγείας. Το ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών αναμένεται να φθάσει το 20-25% στην Ελλάδα έως το 2050, από 17% που είναι σήμερα. (Χ.Ο., 2009).

Η φθίνουσα γονιμότητα και η γήρανση του πληθυσμού αλλάζει τη δομή της ελληνικής κοινωνίας και της οικογένειας. Σήμερα, σε εκατό παιδιά κάτω των 15 ετών αναλογούν 71 άτομα άνω των 65 χρόνων. Το έτος 2020, σύμφωνα με σχετική έρευνα του ΕΚΚΕ, ο αριθμός των ηλικιωμένων θα είναι όσο και των νέων.

Στην δεκαετία του 1990, η Ελλάδα αντιμετώπισε μεγάλη αύξηση του αριθμού και της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό διότι έφτασαν στα 60-65 χρόνια, τα άτομα που γεννήθηκαν στην περίοδο του μεσοπολέμου όταν η γεννητικότητα ήταν υψηλή. (Εμκε – Πουλοπούλου, 1998:185). Έχουν εκφραστεί τρεις κυρίως παράγοντες που οφείλονται στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων, οι οποίοι είναι οι εξής:

1. Μέσα από την βελτίωση της δημόσιας υγείας έχει επιτευχθεί η μείωση της θνησιμότητας και επομένως επιμηκύνεται η διάρκεια ζωής και στα δυο φύλα.
2. Η μείωση των γεννήσεων και επομένως η μειωμένη συμμετοχή των νέων ατόμων στον συνολικό πληθυσμό.
3. Η έντονη μεταναστευτική κίνηση της μεταπολεμικής περιόδου.

Ας μελετήσουμε όμως αυτές τις αιτίες πιο αναλυτικά.

Αρχικά, όπως αναφέρεται (Franco 1996) η ιατρική πρόοδος, που μέχρι τη δεκαετία του 1960 ευνοούσε κυρίως τους νέους, από το 1980 και μετά κατευθύνεται περισσότερο έντονα προς την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ηλικιωμένων (π.χ.

καταπολέμηση των καρδιαγγειακών παθήσεων, των νεοπλασμάτων κ.ά.). Ως αποτέλεσμα εμφανίζεται μία ταχύτατη μείωση της θνησιμότητας στα υψηλά ηλικιακά κλιμάκια και έντονη δημογραφική γήρανση σε όλες σχεδόν τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Από την άλλη πλευρά, ο γυναικείος πληθυσμός εμφανίζει καλύτερους δείκτες επιβίωσης (προσδόκιμο επιβίωσης γυναικών 81 έτη έναντι 75 των ανδρών), ενώ ανάμεσα στα δύο φύλα εμφανίζονται και σημαντικές διαφοροποιήσεις όσον αφορά στο νοσολογικό τους φάσμα και τους αντίστοιχους δείκτες νοσηρότητας (Χρυσάκης και Μπαλούρδος, 1998).

Το δεύτερο πολύ σημαντικό αίτιο, αφορά στην μείωση των γεννήσεων. Ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά γονιμότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση κατέχει η Ελλάδα, γεγονός που αποτελεί βασική αιτία της γήρανσης του πληθυσμού στη χώρα. Πριν από 30 και πλέον χρόνια, τα παιδιά που γεννούσαν οι Ελληνίδες ήταν αναλογικά περισσότερα από εκείνα που γεννιόνταν στην Ε.Ε., ωστόσο έκτοτε ο δείκτης γονιμότητας ακολουθεί πτωτική πορεία και σήμερα πλέον είναι από τους μικρότερους στην Ε.Ε.

Η υπογεννητικότητα μπορεί να αποδοθεί σε ποικίλους λόγους, όπως η αύξηση της ηλικίας γάμου και επομένως η αύξηση της ηλικίας απόκτησης του πρώτου παιδιού αλλά και η συνεχόμενη αύξηση των διαζυγίων. Στην συνέχεια, η ανεργία είναι ένα τεράστιο πρόβλημα το οποίο οδηγεί τα ζευγάρια στο να καταναλώνουν πολύ περισσότερο χρόνο στην δημιουργία καριέρας και στην διατήρηση της εργασίας τους, παρά στην ανατροφή και φροντίδα των παιδιών τους, έτσι οι ίδιοι αποφασίζουν να αποκτήσουν ένα ή δυο παιδιά.

Τέλος, όσον αφορά στην μετανάστευση, αυτή μπορούμε να την μελετήσουμε από δυο όψεις. Από την μια έχουμε την εξωτερική μετανάστευση και από την άλλη την εσωτερική οι οποίες σχετίζονται με τον δείκτη γονιμότητας. Παρόλο που αρκετές χώρες γνώρισαν κατά την μεταπολεμική περίοδο βελτίωση της γεννητικότητας, η Ελλάδα βίωσε μια χαμηλή και χρονικά περιορισμένη. Αυτό συνέβη λόγω του ότι ένας μεγάλος πληθυσμός της Ελλάδας μετανάστευσε σε χώρες της Δυτικής Ευρώπης, προς την Δυτική Γερμανία και Αυστραλία.

Ωστόσο, το 1973 το μεταναστευτικό ρεύμα σταμάτησε λόγω του ότι στην Ελλάδα βελτιώθηκαν οι συνθήκες, όπως οι μισθοί των εργαζομένων και παρατηρήθηκε το φαινόμενο της παλιννόστησης, η οποία παρόλο που μείωσε τις δημογραφικές απώλειες δεν ήταν αρκετή για να ανακόψει την μείωση στον αριθμό των γεννήσεων.

Σχετικά με την εσωτερική μετανάστευση, αυτή επηρέασε ποικίλους τομείς οικονομικούς, κοινωνικούς και δημογραφικούς. Το μεταναστευτικό αυτό ρεύμα προέρχεται από τις αγροτικές περιοχές με στόχο τα αστικά κέντρα.

«Σύμφωνα με την απογραφή του 1974, η μετανάστευση που κατευθύνεται από τις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές προς την Πρωτεύουσα και την Συμπρωτεύουσα, καλύπτει το 65% των μετακινούμενων που ανήκουν στα παραγωγικότερα από άποψη ηλικίας άτομα, εντείνοντας την γήρανση του πληθυσμού και την πληθυσμιακή αποψίλωση της υπαίθρου».(Πολύζος, 1981:56).

Οι δυο μορφές μετανάστευσης, επηρέασαν άμεσα την γεννητικότητα και αυτό γιατί τα νεαρά άτομα που μετακινήθηκαν προς τις βιομηχανικές χώρες υιοθέτησαν το μοντέλο που κυριαρχούσε και κυριαρχεί στα αστικά κέντρα που θέλει την οικογένεια ολιγομελή. Συνδυαστικά με το μοντέλο αυτό δημιουργούνται καινούργιες έννοιες όπως η αντισύλληψη, οι αμβλώσεις κ.α.

Η μετανάστευση αυτή ελάττωσε τις αναπαραγωγικές ομάδες της υπαίθρου, που ήταν υπεύθυνες για την υψηλή γεννητικότητα της χώρας, αύξησε δε τον αστικό πληθυσμό, ο οποίος είχε πολύ μικρότερη γεννητικότητα. Σαν άμεσο αποτέλεσμα οι γεννήσεις στο σύνολο της χώρας μας περιορίστηκαν απότομα, ενώ έμειναν ανεπηρέαστες οι ηλικιακές ομάδες άνω των 65, οι οποίες έτσι παρουσιάζουν μια απόλυτη και σχετική διόγκωση. Παρατηρήθηκε δηλαδή, η έλλειψη του λεγόμενου «baby boom», το οποίο υποδηλώνει μια περίοδο με μεγάλο αριθμό γεννήσεων.

«Η εξωτερική μετανάστευση επιτάχυνε την γήρανση, διότι με την αποδημία αφαιρούσε τον παραγωγικό πληθυσμό από τις νεότερες ηλικίες ενώ με την παλιννόστηση πρόσθετε πληθυσμό στις μεγαλύτερες παραγωγικές και γεροντικές ηλικίες. Με την εξωτερική μετανάστευση η χώρα μας κατά την δεκαετία 1951-1960 είχε απώλεια 211.000 ατόμων και την δεκαετία 1961-1970 435.000 ατόμων. Ενώ το 1971-1980 σημειώθηκε υπεροχή των παλιννοστούντων που ανήλθε σε 272.000 άτομα. » (Στεφάνου και Ζήκου, 2003).

Όλοι αυτοί οι παράγοντες είχαν σαν αποτέλεσμα η γήρανση στην χώρα μας να παρουσιάζει επιτάχυνση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Εξάλλου λόγω των μεταβολών αυτών η χώρα μας κατείχε την 5^η θέση το έτος 1980 στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την δωδέκατη στον κόσμο. (Πίνακας 2 και 3).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 : Η δημογραφική γήρανση στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης 1961-1991

Χώρες	1961	1981/82	1990/91	Μέσος ετήσιος ρυθμός γήρανσης (1961-1981)	Μέσος ετήσιος ρυθμός γήρανσης (1981-1991) ¹
	Ποσοστό ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό				
ΟΔΓ	10.8	15.6	15.3	0.22	-0.03
Γαλλία	12.1	13.4	14.2	0.07	0.08
Ιταλία	9.5	13.6	14.5	0.21	0.09
Ολλανδία	9.1	11.6	12.9	0.12	0.13
Βέλγιο	12.2	14.4	14.8	0.10	0.04
Λουξεμβούργο	10.7	13.6	13.4	0.13	-0.02
Η. Βασίλειο	11.7	14.8	15.6	0.17	0.08
Ιρλανδία	11.2	10.7	11.3	-0.03	0.06
Δανία	10.6	14.5	15.6	0.18	0.11
Ελλάδα	8.0	12.7	13.9	0.25	0.12
Ισπανία	μ.δ.	11.2	13.5	-	0.23
Πορτογαλία	μ.δ.	11.5	13.1	-	0.16

ΠΗΓΗ: Πουλοπούλου 1994, Μπαλούρδος 1997, United Nations 1989

ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Αναλογία πληθυσμού 65-79 και 80 ετών και άνω στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση 1960-1996.

Έτος	Ελλάδα		Ευρωπαϊκή Ένωση	
	Πληθυσμός			
	65-79 ετών(%)	80 και άνω (%)	65-79 ετών(%)	80 και άνω (%)
	Ποσοστιαία αναλογία στο συνολικό πληθυσμό			
1960	7.9	1.5	9.0	1.6
1965	6.4	1.2	9.4	1.7
1970	9.1	2.0	10.2	2.0
1975	10.0	2.1	10.9	2.1
1980	10.9	2.3	11.5	2.4
1985	10.7	2.7	10.7	2.9
1990	10.7	3.0	11.1	3.4

1995	11.9	3.4	11.5	3.9
1996	12.3	3.5	11.7	3.8
1997	12.7	3.5	11.9	3.8
1998	13.0	3.5	12.2	3.7

ΠΗΓΗ: Eurostat, Statistiques Demographiques 1997, Eurostat, Demographic Statistics, Data 1960-1999 στο Χρυσάκης, Μπαλούρδος χ.χ

Ένα τόσο σοβαρό ζήτημα το οποίο μεγιστοποιείται με την πάροδο του χρόνου δεν θα μπορούσε παρά να πλήξει διάφορους τομείς, οι οποίοι όπως προαναφέραμε είναι κοινωνικοί, οικονομικοί, πολιτικοί κ.α.

Ο Κοτζαμάνης 1993 στο Κατσίκη, 2008, αναφέρει ότι οι επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού, σύμφωνα με πολλούς μελετητές είναι:

- Οικονομικές, καθώς αυξάνονται οι δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης και υγείας.
- Πολιτικές, καθώς οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύονται όλο και περισσότερο στο εκλογικό σώμα δυσχεραίνοντας λόγω «συντηρητικών» τάσεων τις κοινωνικές αλλαγές (πρόσδεση με την παράδοση, τα κεκτημένα, έλλειψη τόλμης και επιθυμίας για αλλαγή).
- Κοινωνικές με κύριες εκφάνσεις τη διεύρυνση του χάσματος των γενεών, την αύξηση της φτώχειας, την περιθωριοποίηση κοινωνικών ομάδων, τις μεταβολές στην συμβολή της κοινωνίας και κυρίως της οικογένειας στην προσφορά υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους και τέλος, τις επιπτώσεις για την εργαζόμενη γυναίκα.

Αρχικά, όσον αφορά στις οικονομικές επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης, εκείνες επικεντρώνονται στην αύξηση των συντάξεων. Σύμφωνα με την Έμκε-Πουλοπούλου (1998:185) «Καθώς ο πληθυσμός γερνάει, περισσότερα ηλικιωμένα άτομα λαμβάνουν συντάξεις και εξαρτώνται από τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό και ιδιαίτερα σε σχέση με αυτούς που εργάζονται».

Οι δημοσιονομικές επιπτώσεις είναι σοβαρές, καθώς εκτιμάται ότι η γήρανση του πληθυσμού θα προκαλέσει αύξηση της δαπάνης συντάξεων το 2050 κατά 6,5% του ΑΕΠ στην Ε.Ε. (από 10% σε 16,5%), 4% στις ΗΠΑ (από 7% σε 11%) και 7,25% στην Ιαπωνία (από 8% σε 15,25% του ΑΕΠ). Όσον αφορά στις δαπάνες υγείας και

περίθαλψης, αυτές αναμένεται ότι θα αυξηθούν κατά 2%-2,5% του ΑΕΠ σε Ε.Ε., ΗΠΑ και Ιαπωνία. (Βασιλείου, 2003)

Όσον αφορά στην αυξημένη δαπάνη στον τομέα της υγείας για τους ηλικιωμένους, αποδίδεται στους παρακάτω παράγοντες: «α) Τα χρόνια και τα εκφυλιστικά νοσήματα τα οποία πάσχουν συνήθως οι ηλικιωμένοι, τα οποία απαιτούν μακροχρόνιες θεραπευτικές παρεμβάσεις. β) Η αυξημένη ροπή για κατανάλωση εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας και η υπερκατανάλωση φαρμάκων. γ) Οι αυξημένες εισαγωγές στο νοσοκομείο εξαιτίας της ελλιπούς ανάπτυξης της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και των υπηρεσιών υγείας στο σπίτι. δ) Στην μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας. δ) Στην ανάγκη χρήσης ακριβότερης τεχνολογίας που απαιτεί την απασχόληση ιδιαίτερα εξειδικευμένου προσωπικού. ε) Τέλος, το κόστος της ιατρικής φροντίδας αυξάνεται για πολλά ηλικιωμένα άτομα, ιδιαίτερα της τέταρτης ηλικίας κατά τους τελευταίους μήνες της ζωής τους είναι υψηλότερο από το συνολικό κόστος φροντίδας της μέχρι τότε ζωής τους.» (Παπαλιού και Φαγαδάκη, 2003).

Στον οικονομικό όμως τομέα, εντάσσεται και η μείωση της παραγωγικότητας, η οποία συνδέεται και με τις κοινωνικές επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης. Μελετώντας τις επιπτώσεις του φαινομένου της δημογραφικής γήρανσης από την πλευρά του παραγωγικού τμήματος, προκύπτει ότι ο παραγωγικός πληθυσμός με την αύξηση των συνταξιούχων μειώνεται, με συνέπεια να αυξάνεται ολόένα και περισσότερο ο αριθμός των εξαρτημένων μελών. Παράλληλα από τον παραγωγικό πληθυσμό αφαιρούνται τα παιδιά ηλικίας 15 ετών και άνω τα οποία παρακολουθούν τα σχολεία και τα οποία προστίθενται επίσης στα εξαρτώμενα μέλη.

Αυτή η μείωση του ποσοστού του παραγωγικού πληθυσμού και η αύξηση των εξαρτημένων μελών πλήττει επιπρόσθετα το εργατικό δυναμικό, με τον γυναικείο πληθυσμό να μην συμμετέχει σε αυτό ενεργά, αφού είναι υπεύθυνο για την φροντίδα των εξαρτημένων μελών. Έτσι παρατηρείται ανεργία και αδυναμία συνδυασμού της επαγγελματικής ζωής με τις οικογενειακές υποχρεώσεις.

Στο σημείο αυτό εμφανίζεται και ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του κοινωνικού τομέα, δηλαδή ο κοινωνικός αποκλεισμός των ηλικιωμένων ατόμων ως επακόλουθο της απουσίας της συλλογικής χρησιμότητας της ομάδας αυτής.

«Η απουσία αυτή συνδέεται με τον τρόπο πρόσληψης της έννοιας της γήρανσης από τις σύγχρονες κοινωνίες, οι οποίες οργανώνουν και θεσμοθετούν τη γήρανση σε σχέση με την παραμονή ή την έξοδο από την αγορά εργασίας και την παραγωγική

δραστηριότητα, ενώ αγνοείται ότι οι ηλικιωμένοι διαθέτουν σημαντικό υλικό από θέμα ανθρώπινων πόρων που, αν αξιοποιηθούν κατάλληλα, μπορούν να συμβάλλουν στην μείωση της έντασης αυτού του προβλήματος.» (Μουσούρου 1993, στο Κατσίκη, 2008).

Επομένως, καταλαβαίνουμε ότι η συνταξιοδότηση του ατόμου και άρα η μη συμμετοχή του στο παραγωγικό πληθυσμό, η οποία δημιουργεί το αίσθημα του βάρους απέναντι στην οικογένεια έχει σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων. «Οι ηλικιωμένοι είναι επιρρεπής στην κοινωνική απομόνωση καθώς οι κοινωνίες αξιολογούν την αξία των ατόμων με βάση τη συμμετοχή τους στην παραγωγική διαδικασία. Επομένως, η θεώρηση του ατόμου ως συνάρτηση της ωφελιμότητάς του από την παραγωγική του πλευρά αποκλειστικά οδηγεί συχνά τους ηλικιωμένους σε κατάθλιψη, σε εθελούσια κοινωνική απομάκρυνση, ένα είδος επιλεκτικής περιθωριοποίησης και εξορίας μέσα στην κοινωνία». (Βιολάκη, 1993, στο Κατσίκη 2008).

Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης είναι ένα κομμάτι που συνεχώς μεγιστοποιείται και παρουσιάζει ποικίλους τομείς μελέτης. Όπως είναι φυσικό δημιουργεί ένα εύρος επιπτώσεων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους δυσχεραίνοντας την ζωή των ηλικιωμένων αλλά και των ατόμων που τους πλαισιώνουν.

«Η αύξηση του αριθμού των ατόμων άνω των 65 ετών θα είναι συνεχής τουλάχιστον για τα επόμενα 50 χρόνια. Κατά την ίδια περίοδο, σε αντίθεση με ότι συνέβαινε κατά το παρελθόν, το συνολικό μέγεθος του πληθυσμού σε ηλικία εργασίας θα παραμείνει σχεδόν σταθερό και σταδιακά θ' αρχίσει να μειώνεται. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την συνεχή αύξηση του δείκτη δημογραφικής εξάρτησης των ηλικιωμένων, δηλαδή του λόγου του πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων (πληθυσμού σε ηλικία συνταξιοδότησης) προς τον πληθυσμό σε ηλικία εργασίας ο οποίος από δω και μπρος θα αναφέρεται απλώς ως δείκτης δημογραφικής εξάρτησης.» (Ρομπόλης, κ.α., 2003).

Σύμφωνα με τις τελευταίες πληθυσμιακές προβολές οι οποίες βασίζονται στα αποτελέσματα της απογραφής του 1991 και στον υπολογιζόμενο πληθυσμό 1.1.1999 ο συνολικός πληθυσμός της Ελλάδας θα αυξηθεί ελάχιστα και θα ανέλθει στα 10.573.765 άτομα το έτος 2020 (μέση εκδοχή). Η δομή όμως του πληθυσμού θα είναι διαφορετική από αυτή του 1998. Η αναλογία παιδιών ηλικίας 0-14 ετών θα πέσει από 15.6% το 1998 σε 13.7% το 2020, ενώ η αναλογία της ομάδας ηλικιών 65 ετών και άνω θα αυξηθεί σε 21.6% το 2020 από 16.7% το 1998. Το ποσοστό του ενεργού

πληθυσμού (ηλικίας 15-64 ετών) θα μειωθεί κατά 3 ποσοστιαίες μονάδες και από 67.7% το 1998 θα γίνει 64.8% το 2020 (Στεφάνου, Ζήκου, 2003)

Φτάνει να αναφέρουμε ότι τόσο στην Ελλάδα όσο και σε άλλες χώρες μέχρι και το έτος 2008 τα ποσοστά των ατόμων που βρίσκονται στην Τρίτη ηλικία ξεπερνούν την ομάδα των ατόμων ηλικίας 0-14. επιπλέον, πρέπει να τονίσουμε ότι ο δείκτης γήρανσης το 2008 συγκριτικά με το 1960 παρουσιάζει σημαντική αύξηση ενώ σε κάποιες χώρες αγγίζει και το 1,6.(Πίνακας 4)

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 :Ομάδες ηλικιών ως ποσοστό του πληθυσμού το 2008 και δείκτης γήρανσης τα έτη 1960 και 2008

Κράτη μέλη	Ομάδες ηλικιών ως ποσοστό % του πληθυσμού το 2008		Δείκτης γήρανσης του πληθυσμού τα έτη 1960 και 2008		
	0-14 ετών	65 ετών και άνω	2008	1960	Διαφορά
Βέλγιο	16,9	17,1	1,01	0,51	0,50
Δανία	18,4	15,6	0,85	0,41	0,44
Γερμανία	13,7	19,9	1,45	0,55	0,91
Ιρλανδία	20,6	10,9	0,53	0,36	0,17
Ελλάδα	14,3	18,7	1,31	0,38	0,93
Ισπανία	14,6	16,6	1,14	0,30	0,84
Γαλλία	18,5	16,4	0,89	0,44	0,44
Ιταλία	14,0	20,1	1,44	0,37	1,06
Λουξεμβούργο	18,2	14,0	0,77	0,50	0,26
Ολλανδία	17,9	14,8	0,83	0,30	0,53
Αυστρία	15,4	17,2	1,12	0,56	0,56
Πορτογαλία	15,3	15,7	1,03	0,26	0,76
Φινλανδία	16,9	16,5	0,98	0,23	0,74
Σουηδία	16,8	17,5	1,04	0,52	0,53
Ην. Βασίλειο	17,6	16,1	0,91	0,50	0,41

Πηγή: **Οργανισμοί / Eurostat, Πηγή Δημοσίευσης: Έντυπα / ΕΞΠΡΕΣ (2010)**

Παρατηρήσαμε λοιπόν από την αναφορά μας παραπάνω ότι η δημογραφική γήρανση έχει σοβαρές επιπτώσεις σε αρκετούς και σημαντικούς τομείς της κοινωνίας. Για να αντιμετωπισθεί λοιπόν αυτή η κατάσταση, θα πρέπει η πολιτεία να δράσει οργανωμένα και συλλογικά για να υπάρξει ένα θεμιτό αποτέλεσμα. Μιλώντας για μια ολοκληρωμένη παρέμβαση που με κατάλληλους χειρισμούς θα έχει τα θετικά

αποτελέσματα που θέλουμε, αναφερόμαστε στην δημογραφική πολιτική που θα πρέπει κάθε κράτος να έχει διαμορφώσει πολύ προσεκτικά.

«Η έννοια της δημογραφικής πολιτικής προσδιορίζεται ως ένα εναρμονισμένο σύνολο αποφάσεων που επιδιώκει μακροχρόνιους στόχους, ανταποκρινόμενος στις ποσοτικές και ποιοτικές πληθυσμιακές απαιτήσεις της ατομικής και συλλογικής διαβίωσης στα εθνικά και διεθνή πλαίσια.» (Πολύζος, 1981: 193).

Όσον αφορά στην Ελλάδα, αυτό που θα έπρεπε να είναι πρώτο μέλημα για την μείωση της γήρανσης του πληθυσμού είναι η ενίσχυση της μητρότητας και της οικογένειας γενικότερα.

Πιο συγκεκριμένα, η ενίσχυση του οικογενειακού εισοδήματος αποτελεί ένα σημαντικό κίνητρο για μια οικογένεια να αποκτήσει και δεύτερο παιδί σε μια περίοδο που τα έξοδα για την ανατροφή ενός παιδιού είναι πολύ μεγάλα και πολλές φορές δυσβάσταχτα για μια οικογένεια με χαμηλό οικογενειακό εισόδημα.

Επίσης, ενίσχυση της μητρότητας, αυτό προϋποθέτει περισσότερες παροχές για την εργαζομένη μητέρα. Σ' αυτόν τον τομέα έχουν γίνει κάποια βήματα χρειάζεται όμως και περαιτέρω βοήθεια.

Εκτός όμως από την ενίσχυση της οικογένειας υπάρχουν και άλλοι τομείς που επηρεάζουν την δημιουργία μεγάλης οικογένειας όπως είναι η ανεργία, οι χαμηλοί μισθοί, η προσωρινότητα της εργασίας σε πολλές περιπτώσεις, καθώς και το κόστος της μόρφωσης των παιδιών. Σε όλους λοιπόν αυτούς τους τομείς θα πρέπει να υπάρξει μια συνειδητά οργανωμένη παρέμβαση για να υπάρξουν ουσιαστικά αποτελέσματα.

2.2. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

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

A) Παροχές σε χρήμα-επιδόματα,

B) Παροχές σε είδος,

Γ) Προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες.» (Σταθόπουλος, 1999:307).

Παρακάτω θα κάνουμε μια αναλυτική αναφορά στα κυριότερα μέτρα προστασίας για την Τρίτη Ηλικία στην Ελλάδα.

Μέτρα εισοδηματικής ενίσχυσης-επιδόματα:

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

α) Να είναι Έλληνας ή ομογενής που διαμένει μόνιμα στην Ελλάδα.

β) Να μην λαμβάνει χρηματική ενίσχυση από άλλο φορέα.

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

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

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

5) Τέλος, υπάρχει το επίδομα ενοικίου σε μοναχικά ηλικιωμένα ζευγάρια άνω των 65 ετών, που δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη, βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία (δηλαδή, να μην υπάρχει εισόδημα από οποιαδήποτε πηγή που να τους παρέχει τη δυνατότητα αντιμετώπισης των στεγαστικών τους δαπανών) και δεν έχουν περιουσία κινητή ή ακίνητη. Το επίδομα αυτό είναι μηνιαίο. (Σταθόπουλος, 2005).

ΜΟΡΦΕΣ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ:

1) ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ:

ΣΥΣΤΑΣΗ – ΜΟΡΦΗ

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (κινητικές δυσκολίες – άνοια κ.λ.π.) των οποίων το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει.

Δικαιούχοι φορείς για τη σύσταση και λειτουργία των ΚΗΦΗ είναι οι φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, όπως ορίζονται στην ΚΥΑ 4035/27.7.2001 των Υπουργών

Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, στην αριθμ. Π1γ/ΑΓΠ/οικ.14963/2001 (ΦΕΚ 1397/τ.Β) Υπουργική Απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης όπως αυτές τροποποιήθηκαν και ισχύουν. Για τη λειτουργία των ΚΗΦΗ είναι απαραίτητη η έκδοση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας από την οικεία Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Τα Κ.Η.Φ.Η. χρηματοδοτούνται από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο.

Έχουν δημιουργηθεί σε αστικά και ημιαστικά κέντρα, υποδομές με δυνατότητα βραχείας φιλοξενίας. Έχουν σχεδιαστεί να λειτουργούν ώστε να καλύπτουν τις ώρες εργασίας των μελών της οικογένειας. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορούν να φιλοξενήσουν σε 24ώρη βάση μικρό αριθμό ατόμων. Η εφαρμογή τους γίνεται με συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης η οποία το υλοποιεί.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ:

- Το πρόγραμμα αποσκοπεί στην παραμονή των ατόμων 3^{ης} και 4^{ης} ηλικίας στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.
- Στην διατήρηση της συνοχής της οικογένειας.
- Στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με ηλικιωμένο μέλος.
- Στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού.
- Στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας. Το πρόγραμμα διέπεται από τις αναγνωρισμένες ειδικές αρχές, που αναφέρονται στους ηλικιωμένους.

ΣΤΟΧΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ:

- Τα ΚΗΦΗ απευθύνονται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών, μη δυναμένων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (κινητικές δυσκολίες – άνοια κ.λ.π.), των οποίων το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται η αντιμετώπιζε σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει.
- Τα ΚΗΦΗ αναπληρώνουν αυτό το κενό με την παροχή οργανωμένης κοινωνικής φροντίδας, από ειδικευμένο προσωπικό, εθελοντές και άλλους φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους ημερήσιας ή/ και ολιγόωρης παραμονής.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ - ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ Κ.Η.Φ.Η.:

Τα Κ.Η.Φ.Η. αναπτύσσονται σε αστικές και ημιαστικές περιοχές. Παρέχουν υπηρεσίες ημερήσιας φιλοξενίας, στις οποίες περιλαμβάνονται:

- Νοσηλευτική φροντίδα.
- Φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης.
- Ατομική υγιεινή.
- Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης.
- Στο μέτρο του δυνατού, προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

Ο τελικός δικαιούχος σύστασης και λειτουργίας της δομής, μπορεί να παρέχει υπηρεσία μετακίνησης των φιλοξενούμενων από και προς το Κ.Η.Φ.Η., εφόσον διαθέτει μεταφορικό μέσο.

ΕΡΓΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ:

Οι παρεμβάσεις των Νοσηλευτών στα Κ.Η.Φ.Η. αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και στην ικανοποίηση βασικών αναγκών τους.

Η παροχή φροντίδας πρέπει να είναι σωματική, ψυχική, νοητική, συναισθηματική και όταν κρίνεται αναγκαίο και πνευματική με τη συμβολή ειδικού λειτουργού. Η παραπάνω προσέγγιση προϋποθέτει:

- Τη λήψη ιστορικού το οποίο μπορεί να είναι και αυτοσυμπληρούμενο.
- Την καταγραφή των αναγκών.
- Εκτίμηση της κινητικής και διατροφικής κατάστασης.
- Επίβλεψη, παρακολούθηση λήψης φαρμάκων και όταν χρειάζεται χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής (ινσουλίνης, αντιπηκτικά, αγχολυτικά κλπ).
- Αντιμετώπιση περιορισμένων ελκών ή τραυματισμών του δέρματος.
- Ενημέρωση σε θέματα αγωγής υγείας. Ενδυνάμωση της ψυχικής κατάστασης και κινητοποίηση για συμμετοχή στην αυτοφροντίδα.
- Εκπαίδευση σε θέματα που χρήζουν καθημερινής φροντίδας (θρεπτική υποστήριξη, αποφυγή κατακλίσεων κλπ) των ηλικιωμένων ή εθελοντών όπου είναι δυνατόν.
- Διατήρηση και ενημέρωση του ατομικού φακέλου.
- Διεπιστημονική συνεργασία για βελτιστοποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών του προγράμματος.
- Συνεργασία με την οικογένεια όταν κρίνεται απαραίτητο.
- Οργάνωση και διαχείριση αναλώσιμου ή μη αναλώσιμου υγειονομικού υλικού.

- Εισήγηση για την επιλογή των υποψηφίων που εγκρίνεται από το Δ.Σ. του τελικού δικαιούχου.
- Εποπτεία των εθελοντών σε συνεργασία με τον Κοινωνικό Λειτουργό εάν και εφ' όσον υπάρχει.

ΕΡΓΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ - ΕΠΙΜΕΛΗΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ:

Το έργο των κοινωνικών φροντιστών αφορά στην παροχή ατομικής υποστήριξης προς τους εξυπηρετούμενους βάσει των αναγκών τους. Συγκεκριμένα:

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

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΣ:

Είδος φροντίδας που παρέχει:

- Κάλυψη καθημερινών αναγκών (καθαριότητα, ψώνια, προετοιμασία φαγητού, μετακίνηση εντός ή εκτός σπιτιού, προσωπική φροντίδα, μπάνιο κ.α.).
- Οικονομική (πληρωμή φαρμάκων, λογαριασμών, διατροφή και άλλα έξοδα.).
- Συναισθηματική (παρέα, κουβέντα).

ΕΡΓΟ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ:

Το έργο του βοηθητικού προσωπικού αφορά στην εκτέλεση εργασιών καθαριότητας και βοηθητικών εργασιών. Συγκεκριμένα:

- Εργασίες καθαριότητας εσωτερικών χώρων.
- Εργασίες καθαριότητας εξωτερικών χώρων.
- Βοηθητικές εργασίες που του ανατίθενται από τον/την υπεύθυνο/η του Κέντρου ή το Δ.Σ. (Εσωτερικός Κανονισμός των Κ.Η.Φ.Η.).

2) **Κ.Α.Π.Η.**

Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. αποτελεί ένα σύγχρονο πρόγραμμα παροχής υπηρεσιών στους ηλικιωμένους. Η ίδρυση και η λειτουργία των κέντρων αυτών αποτελεί το πρώτο βήμα στον τομέα της κοινωνικής αντιμετώπισης των ηλικιωμένων από την κοινωνία και το κράτος. Τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν υπηρεσίες για τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας σε τοπικό επίπεδο.

Το πρώτο Κ.Α.Π.Η. λειτούργησε πειραματικά το 1979 από το Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Το 1982 τα Κ.Α.Π.Η. περνούν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και αποτελούν Ν.Π.Δ.Δ. των Δήμων. Από το 1991 η θέση του Υπουργείου διαφοροποιείται απέναντι στο θεσμό. Υποστηρίζεται ότι δεν ανήκουν πια στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αλλά στο Υπουργείο Εσωτερικών.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ:

Το Κ.Α.Π.Η. στελεχώνεται με τις παρακάτω ειδικότητες:

- 1) Κοινωνικό Λειτουργό.
- 2) Ιατρό με μερική απασχόληση.
- 3) Νοσηλεύτρια.
- 4) Φυσιοθεραπευτή.
- 5) Εργοθεραπευτή.
- 6) Οικογενειακό βοηθό.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ:

Την διοίκηση των Κ.Α.Π.Η. έχουν αναλάβει ένα 7μελές Διοικητικό συμβούλιο, του οποίου τα μέλη είναι:

- Ο κάθε φορά Δήμαρχος ή Αντιδήμαρχος ως πρόεδρος του Κ.Α.Π.Η.
- Ένας Δημοτικός σύμβουλος, που ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.
- Ένα αιρετό μέλος του Κ.Α.Π.Η. που εκλέγεται ανάμεσα στα μέλη του απ' αυτά.
- Ένας Δημότης, που προτείνει ο Δήμαρχος ανάμεσα σε πρόσωπα που ασχολούνται με ανθρωπιστικά επαγγέλματα και ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού συμβουλίου.
- Ένας εκπρόσωπος των τοπικών συλλόγων και συνταξιούχων.
- Ένας αιρετός υπάλληλος από τους εργαζομένους στο Κ.Α.Π.Η.

«Η καταξίωση του θεσμού στην συνείδηση των ηλικιωμένων αλλά και των πολιτών της Ελληνικής κοινωνίας είναι δεδομένη και η επίτευξη των στόχων έχει πραγματοποιηθεί σε μεγάλο ποσοστό χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν έχουν εντοπιστεί και πολλά κενά αλλά και άλλα προβλήματα.» (Παναγιωτάκης, 2005: 263). (Αναλυτική αναφορά για τον θεσμό του Κ.Α.Π.Η. στο επόμενο κεφάλαιο).

Προγράμματα θερινών διακοπών: Τα προγράμματα αυτά συνδιοργανώνονται από τις Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας σε συνεργασία με τα Κ.Α.Π.Η. Τα συγκεκριμένα προγράμματα περιλαμβάνουν κυρίως δωρεάν διακοπές σε

κατασκηνώσεις, για όσους το έχουν ανάγκη. Οι κατασκηνώσεις βρίσκονται κοντά σε ιαματικές πηγές καθώς και επιδοτούμενα εισιτήρια από τον Ο.Σ.Ε.

«Το Κοινωνικό Κέντρο Οικογένειας και Νεότητας το οποίο λειτουργεί με την άμεση επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, παρέχει τη δυνατότητα σε ηλικιωμένους να κάνουν καλοκαιρινές διακοπές δωρεάν σε κατασκηνώσεις για 10 ημέρες. Όσοι χρειάζονται να πάνε κατασκήνωση σε περιοχές με ιαματικές πηγές, επιδοτούνται για να καλύψουν τα έξοδα τους για τις επισκέψεις στις ιαματικές πηγές». (Σταθόπουλος, 2005: 353).

Επίσης, όπως αναφέραμε παραπάνω ο Ο.Σ.Ε. προσφέρει επιδοτούμενα εισιτήρια στους ηλικιωμένους οι οποίοι είναι άνω των 60 ετών με μειωμένο κόστος για τις μετακινήσεις τους σε τρένα και λεωφορεία. Εφόσον, οι ηλικιωμένοι προμηθευτούν την ειδική ταξιδιωτική κάρτα για ηλικιωμένους. (Σταθόπουλος, 2005). Με την εφαρμογή του τελευταίου προγράμματος δίνεται η ευκαιρία να λαμβάνουν μέρος στις κατασκηνώσεις και στις εκδρομές και υπερήλικες με περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες.

3) **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ**

Οι μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Φροντίδας καθώς και από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο.

Το Πρόγραμμα της Μ.Κ.Μ. ξεκίνησε τη λειτουργία του το 2000. Η δημιουργία του στηρίζεται στα πλαίσια του Επιχειρησιακού Προγράμματος "ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ", Μέτρο 3 «Συνεχιζόμενη Κατάρτιση και Προώθηση της Απασχόλησης» [Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Γενική Γραμματεία Διαχείρισης Κοινοτικών και άλλων Πόρων. Γ' Κοινωνικό Πλαίσιο Στήριξης] του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Υπουργείο Εσωτερικών Αποκέντρωσης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, καθώς επίσης και την Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (ΚΕΔΚΕ).

Οι Μ.Κ.Μ. δημιουργήθηκαν για την παροχή υπηρεσιών και την περίθαλψη ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν βοήθειας, η οποία τους παρέχεται κατ' οίκον. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η πρόσβαση των γυναικών, που είναι επιφορτισμένες με την φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων, στην αγορά εργασίας, συμβάλλοντας παράλληλα στην επίτευξη της εναρμόνισης του επαγγελματικού και οικογενειακού βίου.

Οι ωφελούμενοι από τη λειτουργία των Μ.Κ.Μ. είναι:

- ❖ Γυναίκες που επιθυμούν να ενταχθούν στην αμειβόμενη ενεργό ζωή ή να επανενταχθούν σε αυτήν, ύστερα από την απουσία τους λόγω των αλληλοσυγκρουόμενων ευθυνών απασχόλησης και οικογένειας.
- ❖ Άνεργοι, κυρίως γυναίκες που διαθέτουν επαγγελματικά προσόντα και απασχολούνται στις προαναφερόμενες ειδικότητες.
- ❖ Ηλικιωμένοι, ΑΜΕΑ και γενικότερα άτομα τα οποία χρήζουν βοήθειας που είναι και οι τελικοί αποδέκτες των προσφερόμενων υπηρεσιών.
(Αναπτυξιακή Εταιρεία Ηρακλείου, 2010).

Η κάθε μονάδα παροχής υπηρεσιών του προγράμματος “Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας” αποτελείται από:

- Κοινωνική/ό Λειτουργό.
- Νοσηλεύτη/ρια.
- Οικογενειακούς Βοηθούς.

Οι παραπάνω ειδικότητες αποτελούν τις κύριες ειδικότητες του προγράμματος. Υπάρχουν όμως και εξωτερικοί συνεργάτες που συνεργάζονται με το πρόγραμμα, όπως:

- ο Φυσιοθεραπευτές.
- ο Παθολόγοι.
- ο Οικονομολόγοι.

Ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε προγράμματος. (Αναλυτική αναφορά για το πρόγραμμα της Κοινωνικής Μέριμνας στο επόμενο κεφάλαιο).

4) **ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

«Τα τελευταία είκοσι χρόνια σε πολλές χώρες της Ευρώπης έχουν αναπτυχθεί διάφορα προγράμματα βοήθειας ή/ και νοσηλείας στο σπίτι και γενικότερα φροντίδας ατόμων με ειδικές ανάγκες. Τα προγράμματα αυτά άλλοτε εφαρμόζονται από την Τοπική Αυτοδιοίκηση και άλλοτε από μη κυβερνητικές/εθελοντικές οργανώσεις ή άτομα και επιχειρήσεις. Η βοήθεια στο σπίτι είναι μέρος ενός φάσματος υπηρεσιών που συμπεριλαμβάνει την ψυχοκοινωνική στήριξη, τη νοσηλεία στην κοινότητα, άσκηση και φυσικοθεραπεία αλλά και προθανάτια φροντίδα στο σπίτι.» (Κανδυλάκη και Καραγκούνης, 2005:335).

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι είναι ένα ευρωπαϊκό πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας. Το πρόγραμμα υλοποιείται από τους φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Την εποπτεία μπορεί ν' αναθέτει το Υπουργείο στα ΠΕΣΥΠ ή τις οικείες περιφέρειες. Μέχρι την ψήφιση του Ν. 3106/2003 την επιστημονική εποπτεία είχε το Κ.Α.Π.Η. της αντίστοιχης περιοχής.

Το πρόγραμμα στελεχώνεται με κοινωνικό/ή λειτουργό, νοσηλευτή/τρια, οικογενειακή βοηθό.

«Τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι ευαισθητοποιούν και κινητοποιούν τόσο τον ευρύ πληθυσμό, όσο και τους τοπικούς φορείς σε θέματα φροντίδας των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, ενεργοποιούν και συνεργάζονται με τους περισσότερους τοπικούς φορείς και με αρκετούς υπερτοπικούς προσπαθώντας να δίνουν λύσεις σε σημαντικά κοινωνικά προβλήματα και προβλήματα υγείας. Τα στελέχη του επομένως είναι σε θέση να κάνουν αξιόλογες προτάσεις για την καλύτερη διαχείριση ζητημάτων φροντίδας.» (Χναράκη, 2005:135). Αναλυτική αναφορά για το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι στο επόμενο κεφάλαιο).

5) ΛΕΣΧΕΣ ΦΙΛΙΑΣ

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

«Οι λέσχες φιλίας ιδρύθηκαν το 1985 με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου στα διαμερίσματα και στις συνοικίες της Αθήνας, σε ιδιότητα ακίνητα του Δήμου με μέλη άτομα και των δυο φύλων που έχουν ξεπεράσει τα 60 και κατοικούν στην συνοικία όπου λειτουργούν από τις 8 το πρωί μέχρι τις 8 το βράδυ» (Εμκε - Πουλοπούλου 1999:438).

Στόχος των λεσχών αυτών, είναι να προσφέρουν στους ηλικιωμένους υποστήριξη, ανθρώπινη ζεστασιά, κοινωνική υποστήριξη, επαφή με συνομήλικους, ενημέρωση, ψυχαγωγία, δημιουργική απασχόληση μέσα από δράσεις και προγράμματα, κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας.

Επίσης, η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, η προσαρμογή τους στις καινούργιες συνθήκες ζωής, η ομαλή συνύπαρξή τους με νεότερους και η παροχή ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ιδίως σε ανθρώπους που δεν έχουν οικονομικά μέσα ή οικογένεια να τους φροντίσει.(Δήμος Αθηναίων, 2007)

Το προσωπικό των Λεσχών Φιλίας απαρτίζουν κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, βοηθητικό και τεχνικό

προσωπικό. Όσον αφορά στα θέματα υγείας, οι λέσχες φιλίας συνεργάζονται με τα Δημοτικά Ιατρεία τα οποία και έχουν την ευθύνη.

Οι προϋποθέσεις για την εισαγωγή ενός ηλικιωμένου ατόμου στις λέσχες φιλίας είναι οι εξής:

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

Οι Λέσχες Φιλίας αριθμούν περισσότερα από 5.000 μέλη. Τα ενεργά μέλη με τακτική παρουσία και συστηματική συμμετοχή στις εκδηλώσεις των προγραμμάτων, υπολογίζονται σε 2.500 - 3.000. Ο μέσος χρόνος παραμονής τους ανά ημέρα στη λέσχη, υπολογίζεται σε 3-4 ώρες. Ο μέσος όρος εξυπηρετούμενων ανά λέσχη είναι 50-70 άτομα σε καθημερινή βάση. Ο αριθμός εξυπηρετούμενων ημερησίως ανέρχεται σε 1.000 άτομα. (Δήμος Αθηναίων, 2007).

6) ΥΠΟΘΕΣΙΑ-ΑΝΑΔΟΧΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Πρόκειται για ένα πρόγραμμα το οποίο δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένο στην χώρα μας, ωστόσο αρχίζει να ενθαρρύνεται σαν εναλλακτική μορφή φροντίδας σε αντίθεση με την ιδρυματική.

Ως αναδοχή φαίνεται η ανάληψη της φροντίδας ενός πλήρως ή μερικώς εξαρτημένου ατόμου ανήλικου ή ενήλικου από μια οικογένεια ή ένα άτομο για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα κατά κανόνα έναντι αμοιβής (επιδόματος ή μισθού). (Έμκε – Πουλοπούλου,1999).

Στόχος του προγράμματος αυτού, είναι η αποφυγή της ιδρυματοποίησης και η ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών των μοναχικών κυρίως ηλικιωμένων, με οικογένειες στις οποίες απουσιάζει το πρότυπο του παππού και τις γιαγιάς, ιδίως στις σύγχρονες πυρηνικές οικογένειες στις οποίες παρατηρείται η έλλειψη του δεσμού αυτού που μπορεί να είναι πολύτιμος για τα μικρά παιδιά.

ΜΟΡΦΕΣ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Ιδρύματα κλειστής περίθαλψης ηλικιωμένων.

Όπως αναφέραμε παραπάνω, ένα ηλικιωμένο άτομο εφόσον έχει την δυνατότητα μπορεί να βασιστεί στο οικογενειακό του περιβάλλον για την προστασία και την φροντίδα του. Ωστόσο λόγω του ότι το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί και η μορφή της οικογένειας συνεχώς μεταβάλλεται, παρατηρείται συχνά ότι η οικογένεια δεν μπορεί να προσφέρει την απαιτούμενη βοήθεια. Επιπλέον, σε κάποιες περιπτώσεις

όπου εμφανίζεται βαριά μορφή σωματικής ή ψυχοδιανοητικής αναπηρίας, η οικογένεια αδυνατεί να προσφέρει βοήθεια, λόγω του ότι οι ανάγκες του ηλικιωμένου ατόμου χρειάζονται ειδική μεταχείριση από εκπαιδευμένους επαγγελματίες. Στις περιπτώσεις αυτές η εισαγωγή του ηλικιωμένου σε ιδρύματα κλειστές περίθαλψης είναι αναγκαία.

Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης χωρίζονται σε δυο κατηγορίες:

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

A) ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ

Όσον αφορά στα γηροκομεία, σύμφωνα με την Πουλοπούλου (1999) οι αιτίες εισαγωγής σε ένα ίδρυμα είναι κοινωνικό-οικονομικές.

Συγκεκριμένα:

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

αντέχουν να βλέπουν τον ηλικιωμένο να καταρρέει σταδιακά μέσα στο σπίτι τους ή να τον επισκέπτονται καθημερινά στο σπίτι του.

«Τα γηροκομεία είναι η έσχατη και αναπόφευκτη λύση όταν δεν υπάρχει κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον στο οποίο να συνεχιστεί ομαλά η ζωή του ηλικιωμένου, ή όταν αποκλειστεί εντελώς η περίθαλψη του στο σπίτι και για τους μοναχικούς οικονομικά αδύνατους υπερήλικες (Εμκε- Πουλοπούλου, 1999: 441)

«Η πολιτική του Υπουργείου υγείας για την περίθαλψη των ηλικιωμένων έχει δώσει έμφαση στην εξωϊδρυματική μορφή φροντίδας. Δεν πρέπει όμως να παραβλέπεται το γεγονός ότι ένα ποσοστό ηλικιωμένων, ασχέτως από την έκταση και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στην κοινότητα, χρειάζεται λόγω βιολογικών διεργασιών-ιδρυματική φροντίδα. Η ιδρυματική φροντίδα αυτή καθ' αυτή δεν είναι απορριπτέα. Αρκεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο ίδρυμα να είναι του κατάλληλου επιπέδου, η εισαγωγή και παραμονή στο ίδρυμα να γίνεται με επιστημονικά κριτήρια και με μοναδικό κίνητρο την κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου». (Σταθόπουλος, 1999:316)

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

1. Το άτομο να έχει συμπληρώσει το 65^ο έτος της ηλικίας του.
2. Ιατρικό πιστοποιητικό κατά προτίμηση ιατρού, δημοσίου υπαλλήλου, στο οποίο να βεβαιώνεται ότι:
 - Το προς εισαγωγή άτομο είναι αυτοεξυπηρετούμενο.
 - Δεν φέρει σύνδρομο διανοητικής αναπηρίας ή φέρει σύνδρομο το οποίο όμως δεν φτάνει μέχρι διεγέρσεων, ώστε να γίνεται ανήσυχο και ακατάλληλο για συμβίωση.
 - Δεν υπάρχει επιληψία.
 - Δεν φέρει κατακλίσεις ή άλλα δυσεπούλωτα τραύματα.
 - Δεν πάσχει από μολυσματικές ασθένειες, σύφιλη ή φυματίωση.
 - Δεν πάσχει από οξύ νόσημα που απαιτεί ειδική νοσηλεία ή από καρκίνο.
3. Απόφαση οικονομικής αδυναμίας (Ν.Δ. 57/1972)
4. Έκθεση που συντάσσεται από Κοιν.Λειτουργό της Νομ. Αυτ/σης του τόπου κατοικίας ή διαμονής ή από όργανο οποιασδήποτε άλλης Δημόσιας Κοιν. Υπηρεσίας.
5. Στοιχεία ταυτότητας.

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

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

Σε μεγάλο ποσοστό, τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένους ανήκουν και συντηρούνται από την Εκκλησία. Εκτός όμως από την Εκκλησία, ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους λειτουργούν και υπό την αιγίδα του Δημοσίου, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, από Οργανώσεις του Εθελοντικού Τομέα καθώς και από τον κερδοσκοπικό επιχειρηματικό τομέα. (Σταθόπουλος, 1999: 315).

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

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

Ωστόσο, αναφέρονται και πολλά μειονεκτήματα για την παραμονή των ηλικιωμένων στο ίδρυμα, τα οποία όπως φαίνεται είναι μεγαλύτερα σε αριθμό από τα

πλεονεκτήματα. Αρχικά, σύμφωνα με την Πουλοπούλου (1999) το κόστος από την παραμονή σε ένα ίδρυμα είναι τριπλό : α) οικονομικό, γιατί απαιτείται προσωπικό εξειδικευμένο και κατάλληλο καθώς και ειδικά διαμορφωμένοι χώροι. β) ψυχολογικό και γ) κοινωνικό.

Όσον αφορά το πρώτο το οποίο αποτελεί και προϋπόθεση λειτουργίας ενός ιδρύματος, συχνά παρατηρείται ότι τα ιδρύματα είναι ανεπαρκώς στελεχωμένα, με ανειδίκευτο προσωπικό το οποίο αδυνατεί να εξυπηρετήσει τις ανάγκες των ηλικιωμένων και το οποίο είναι κουρασμένο, ενώ οικονομικοί λόγοι αναγκάζουν το ίδρυμα να περιορίσει το προσωπικό.

«Επιπλέον, οι στεγαστικές και διαιτητικές συνήθειες των ηλικιωμένων δεν χαρακτηρίζονται ικανοποιητικές. Κακή διαρρύθμιση των χώρων, χώροι υγιεινής περιορισμένοι με αποτέλεσμα να διαπληκτίζονται οι τρόφιμοι, μερικά γηροκομεία δεν διαθέτουν κεντρική θέρμανση ούτε ντουλάπια για κάθε τρόφιμο άλλα φιλοξενούν 20 άτομα σε μια αίθουσα. Το διαιτολόγιο σε μερικά ιδρύματα είναι ικανοποιητικό σε άλλα φτωχό και σε μερικά ακατάλληλο.» Πουλοπούλου (1999: 445)

Όσον αφορά στο κοινωνικό και ψυχολογικό κομμάτι, στα ιδρύματα παρατηρείται η λεγόμενη «γκετοποίηση», η περιθωριοποίηση, η απουσία της ανεξαρτησίας. Τα ηλικιωμένα άτομα που εισέρχονται σε ένα ίδρυμα αποχωρίζονται το οικείο σε αυτά περιβάλλον και ξαφνικά βρίσκονται σε ένα εντελώς ξένο, στο οποίο αναγκάζονται να αλλάξουν τις συνήθειές τους προκειμένου να συνυπάρξουν με τους υπόλοιπους και όπου οι κανόνες περιορίζουν την ατομική ελευθερία. Σε ένα χώρο όπου λείπουν τα προσωπικά αντικείμενα και η επίπλωση είναι ανεπαρκής.

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

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

1) ΟΙΚΟΙ ΕΥΓΗΡΙΑΣ

Η ολοένα και αυξανόμενη ανάγκη για εισαγωγή των ηλικιωμένων σε ιδρύματα, ώθησε στην δημιουργία των «οίκων ευγηρίας». Βασική προϋπόθεση εισαγωγής των ηλικιωμένων σε τέτοια ιδρύματα είναι να είναι αυτοεξυπηρετούμενοι, πράγμα που

αποκλείει ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων από την παροχή των υπηρεσιών του ιδρύματος, καθώς είναι πολλοί αυτοί που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.

Υπάρχουν ωστόσο μαρτυρίες που προδίδουν την λανθασμένη λειτουργία των «οίκων ευγηρίας», ξεκινώντας από το γεγονός ότι πολλοί λειτουργούν χωρίς άδεια.

«Οι περισσότεροι «οίκοι ευγηρίας» του ιδιωτικού τομέα είναι ακριβοί, χαμηλής ποιότητας, με ελάχιστο ειδικευμένο προσωπικό και χωρίς κρατικό έλεγχο. Εκτός από το μηνιαίο ποσό που καταβάλλεται στο ίδρυμα, πρέπει να δίνεται και ένα ποσό στο προσωπικό: ανάλογα με το ποσό είναι και η περιποίηση. Το κόστος της περίθαλψης σε ιδιωτικούς οίκους ευγηρίας κυμαίνεται σχεδόν το διπλάσιο μέχρι το τριπλάσιο της κατώτερης σύνταξης του ΙΚΑ». (Εμκε – Πουλοπούλου 1999:448).

Εκτός από τα παραπάνω, στους οίκους ευγηρίας έχουν παρατηρηθεί απαράδεκτες συνθήκες στις οποίες ζουν οι ηλικιωμένοι με ανεπαρκή καθαριότητα, κακή σίτιση, έλλειψη κτιριακών εγκαταστάσεων καθώς και έλλειψη προσωπικού. Επιπλέον, πρέπει να τονίσουμε και την κακοποίηση των ηλικιωμένων στα ιδρύματα αυτά η οποία είναι τόσο λεκτική όσο και σωματική.

2) ΜΟΝΑΔΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) αποτελούν ιδρύματα τα οποία μπορεί να είναι κερδοσκοπικού χαρακτήρα και να παρέχουν φροντίδα σε ηλικιωμένα άτομα (αυτοεξυπηρετούμενα ή μη) ή μονάδες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα οι οποίες επίσης παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας σε αυτοεξυπηρετούμενα ή μη άτομα, χωρίς ωστόσο επιχειρηματικό κέρδος.

Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση 81551 (ΦΕΚ 1136/ 6.7.2007 τ. Β) (αναθεωρημένη μορφή των Υπ. Απ. 3176 (ΦΕΚ 455/11.9.1996, τ. Β) και 4690 (ΦΕΚ 833/τ. Β'/1996)), με τίτλο «Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων από ιδιώτες κερδοσκοπικού χαρακτήρα και Μ.Φ.Η. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα» αντίστοιχα, δικαίωμα ίδρυσης τέτοιων μονάδων από ιδιώτες εφόσον πληρούνται οι εξής προϋποθέσεις σύμφωνα με το άρθρο 1 :

- Υγιεινή διαμονή προσαρμοσμένη στις ανάγκες κάθε κατηγορίας περιθαλπομένων, καθώς και ασφαλή και άνετη διαβίωση.
- Υγιεινή και επαρκή διατροφή ανάλογη με την κατάσταση υγείας του κάθε περιθαλπόμενου με ελάχιστο ημερήσιο όριο τις 1600 θερμίδες τροφής, με την σωστή ποιοτική σύνθεση.
- Συνεχή φροντίδα για την καθαριότητά τους, καθώς και την καθαριότητα των χώρων της μονάδας.

- Τακτική ιατρική παρακολούθηση, καθώς και έγκαιρη και κατάλληλη για κάθε περιθαλπόμενο ιατροφαρμακευτική βοήθεια και πρόσκαιρη νοσηλεία.
- Δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοπροστασίας με την λήψη των κατάλληλων μέτρων διευκόλυνσης των περιθαλπόμενων.
- Προσφορά και διευκόλυνση απασχόλησης, ψυχαγωγία, ψυχολογική βοήθεια, ανάλογα με την ηλικία, κατάσταση και περίπτωση του περιθαλπόμενου.
- Δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών τους καθηκόντων και συμμετοχή, εφόσον το επιτρέπει η κατάστασή τους, σε πολιτιστικές και καλλιτεχνικές εκδηλώσεις.
- Τον οφειλόμενο στην ανθρώπινη αξία σεβασμό και ενδιαφέρον, ανεξαρτήτως της σωματικής ή πνευματικής κατάστασης του περιθαλπόμενου.
- Στις Μονάδες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα απαγορεύονται οι επιχειρηματικές δραστηριότητες, με εξαίρεση εκείνες των οποίων το προϊόν χρησιμοποιείται προς όφελος των ηλικιωμένων.
- Φυσικοθεραπεία, με την εφαρμογή απλών θεραπευτικών ή κινησιοθεραπευτικών μεθόδων ή μέριμνα για την περαιτέρω ειδική θεραπεία σε φυσικοθεραπευτήρια, αν κριθεί απαραίτητο για την βελτίωση των δυνατοτήτων αυτοεξυπηρέτησής τους, εφόσον αυτή κρίνεται επιστημονικά εφικτή.

Προκειμένου να λειτουργήσει μια Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων θα πρέπει να εκδοθεί η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας της, έπειτα από εξέταση των κριτηρίων που πρέπει να πληροί η μονάδα. Οι μονάδες βρίσκονται υπό την εποπτεία των κατά τόπων Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, καθώς και ενός Κοινωνικού Λειτουργού ο οποίος ορίζεται από την Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση ως Κοινωνικός Σύμβουλος (άρθρο 1 παρ. 4 του ν. 2345/1995).

Πολύ σημαντικό είναι το γεγονός ότι η Μονάδα θα πρέπει να βρίσκεται από κτιριακής άποψης σε χώρο εύκολα προσβάσιμο που θα απέχει τουλάχιστον 300 μέτρα από την περίμετρο εγκεκριμένης βιομηχανικής ζώνης, θορυβώδη εργαστήρια καθώς και ανθυγιεινές εγκαταστάσεις, ο αριθμός των κλινών των Μονάδων Διαβίωσης δεν θα πρέπει να υπερβαίνει τις 25 κλίνες κ.α.

Το προσωπικό των Μονάδων απαρτίζεται από τις εξής ειδικότητες:

1. 1 Διοικητικό πρόσωπο.
2. 1 Ιατρός υπεύθυνος για θέματα υγειονομικής φύσεως.
3. 1 Φυσικοθεραπευτή/ τρια ή γυμναστή/ τρια.
4. 1 Κοινωνικός Λειτουργός.
5. 1 Ψυχολόγος.
6. 3 Νοσηλευτές για κάθε 25 κλίνες για την πρωινή, απογευματινή και βραδινή βάρδια.
7. 1 Βοηθό νοσηλεύτη για κάθε 25 κλίνες για την κάλυψη του απογευματινού ωραρίου απασχόλησης.
8. 1 Βοηθό νοσηλευτικού προσωπικού για κάθε 30 κλίνες για την κάλυψη του νυχτερινού ωραρίου εργασίας
9. Βοηθητικό προσωπικό: ένας μάγειρας, 1 καθαρίστρια ανά 50 κλίνες και 1 τραπεζοκόμο ανά 50 κλίνες. (Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας, Κ.Η.Φ.Η.).

B) ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Σχετικά με τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων ένας μεγάλος αριθμός κρεβατιών διατίθεται για τους ηλικιωμένους. Αρμόδια υπηρεσία είναι το Τμήμα Κοινωνικής Αρωγής της Δ/σης Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης.

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

- a. Ηλικία άνω των 18 ετών.
- b. Ιατρικό πιστοποιητικό, κατά προτίμηση ιατρού, δημοσίου υπαλλήλου, στο οποίο να βεβαιώνεται ότι:
 - ✓ Το προς εισαγωγή άτομο είναι κατάκοιτο, ημικατάκοιτο και δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, καθώς και την αιτία της αναπηρίας του.
 - ✓ Δεν φέρει σύνδρομο διανοητικής αναπηρίας ή φέρει σύνδρομο, το οποίο όμως δεν φθάνει μέχρι διεγέρσεων, ώστε να γίνεται ανήσυχο και ακατάλληλο για συμβίωση.
 - ✓ Δεν πάσχει από επιληψία.
 - ✓ Δεν φέρει κατακλίσεις ή άλλα δυσεπούλωτα τραύματα.

- ✓ Δεν πάσχει από μολυσματικές ασθένειες, σύφιλη ή φυματίωση.
 - ✓ Δεν πάσχει από οξύ νόσημα που απαιτεί ειδική νοσηλεία ή από καρκίνο.
- c. Απόφαση οικονομικής αδυναμίας. (Ν.Δ. 57/1972).
- d. Έκθεση Κοινωνικής Έρευνας που συντάσσεται από Κοινωνικό Λειτουργό της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης του τόπου κατοικίας ή διαμονής, ή από όργανο οποιασδήποτε άλλης Δημόσιας Κοινωνικής Υπηρεσίας.
- e. Στοιχεία ταυτότητας. (Χ.Ο. ,2006)

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

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΕΚΚΛΗΣΙΑΣ

Η εκκλησία της Ελλάδας, έχει δημιουργήσει υπηρεσίες που αφορούν διάφορες κοινωνικές ομάδες.

- **Κοινωνική Υπηρεσία:** «Η Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών έχει συστήσει από το 1969 ειδική Κοινωνική Υπηρεσία για τη βοήθεια αναξιοπαθούντων ατόμων όλων των ηλικιών.» (Πουλοπούλου, 1999:419).
- **Ενοριακά Φιλόπτωχα Ταμεία:** «Η Αρχιεπισκοπή Αθηνών και όλες οι Μητροπόλεις διαθέτουν φιλόπτωχα ταμεία. Παρέχουν βοηθήματα, εμπυχώνουν, βοηθούν άτομα που έχουν ανάγκη όπως ηλικιωμένοι, χήρες, ορφανά, πολύτεκνους, αποφυλακισμένους, ασθενείς». (Πουλοπούλου, 1999:411).
- **Τα Κέντρα Ενοριακής Αγάπης (ΚΕΑ):** Παρέχουν τροφή, ειδική φροντίδα και στοργή σε υπερήλικες και σε όσα άτομα έχουν ανάγκη. Τα ΚΕΑ γνωρίζουν τα άτομα που έχουν ανάγκη συμπαράστασης στη γειτονιά, τα παρακολουθούν και επεμβαίνουν σε περίπτωση ανάγκης. Τα χρήματα παρέχονται από δωρεές και εθελοντές. «Όταν χρειάζεται, ειδοποιείται η κοινωνική λειτουργός για να επιληφθεί ειδικών αναγκών για νοσηλεία ή παροχή άλλων συμβουλευτικών υπηρεσιών». (Σταθόπουλος, 1999:314).

- **Ομάδες Ελευθέρως Διαβιούντων Υπερηλίκων (ΟΕΔΥ):** Δίνουν την ευκαιρία σε ηλικιωμένους οι οποίοι είναι αυτοσυντήρητοι να βρίσκονται κατά τακτά χρονικά διαστήματα και να συζητούν, με την παρουσία κοινωνικού λειτουργού, για διάφορα θέματα που τους απασχολούν. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί επισκέπτονται επίσης τα μέλη των ομάδων αυτών στο σπίτι τους, για να διαπιστώσουν τις συνθήκες διαβίωσης και να εντοπίσουν προβληματικές καταστάσεις που χρήζουν ειδικών υπηρεσιών.» (Σταθόπουλος, 1999:314).
- **Εκκλησιαστικά Γηροκομεία:** «Η Εκκλησία λειτουργεί πολλά γηροκομεία είτε άμεσα ως εκκλησιαστικά ιδρύματα είτε έμμεσα ως Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς χαρακτήρα. Η Αρχιεπισκοπή Αθηνών λειτουργεί Στέγες Γερόντων, που είναι ουσιαστικά γηροκομεία με μικρό αριθμό κρεβατιών, ώστε να υπάρχει άμεση σχέση και επικοινωνία μεταξύ των φιλοξενουμένων και του προσωπικού. Στην στέγη φιλοξενούνται ηλικιωμένοι οι οποίοι είναι αυτοεξυπηρετούμενοι, υπάρχει μια στέγη η οποία δέχεται κατάκοιτους, τους οποίους εξυπηρετεί επαγγελματικό προσωπικό. Η παροχή υπηρεσιών στις στέγες είναι δωρεάν και δίδεται προτεραιότητα σε άτομα με χαμηλά εισοδήματα.» (Σταθόπουλος, 1999).

ΑΛΛΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ:

ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER & ΣΥΝΑΦΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΑΘΗΝΩΝ

Η Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών είναι μη κερδοσκοπικός οργανισμός που ιδρύθηκε το 2002 από συγγενείς ανοϊκών ασθενών και επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι ασχολούνται με τη νόσο Alzheimer (Εθνικό και Νομαρχιακό Μητρώο Φορέων Κοινωνικής φροντίδας Μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, αριθμός:09111ΦΣΕ12026068N/0637). Έχει σκοπό να προωθήσει την ενημέρωση, την ευαισθητοποίηση του κοινού, την υποστήριξη των ασθενών και των συγγενών τους, την κινητοποίηση και την συνεργασία των κοινωνικών φορέων για την υπεράσπιση των δικαιωμάτων και την προαγωγή της ποιότητας ζωής των ασθενών και των φροντιστών τους. Σήμερα η εταιρεία αριθμεί περίπου 1050 μέλη.

Η Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών πραγματοποιεί μεγάλο αριθμό ενημερωτικών, εκπαιδευτικών και άλλων εκδηλώσεων

για τους φροντιστές, τους ασθενείς και το ευρύτερο κοινό. Σκοπός των δραστηριοτήτων αυτών είναι η ενημέρωση της κοινότητας και η προαγωγή της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.

Η Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών διοικείται από επταμελές Διοικητικό συμβούλιο και οκταμελή επιστημονική επιτροπή, που εκλέγονται κάθε 3 χρόνια.

KENTPO HMEPAS:

Από την 1^η Φεβρουαρίου 2007, με συγχρηματοδότηση από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, λειτουργεί Κέντρο Ημέρας για ανοϊκούς ασθενείς στο Παγκράτι.

Το Κέντρο Ημέρας της Εταιρείας Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών λειτουργεί ως μονάδα ημερήσιας παραμονής, απασχόλησης και θεραπευτικής φροντίδας ανοϊκών.

Μετά από ιατρική, νευροψυχολογική, εκτίμηση και λήψη κοινωνικού ιστορικού οι ασθενείς εντάσσονται σε ομάδες, ανάλογα με το στάδιο της νόσου και τις εξατομικευμένες ανάγκες τους.

Στις ομάδες εφαρμόζονται θεραπευτικά προγράμματα, που στόχο έχουν την νοητική ενδυνάμωση των ασθενών και την διατήρηση των δεξιοτήτων και των επικοινωνιακών ικανοτήτων τους για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Η χρονική διάρκεια των προγραμμάτων και οι δραστηριότητες που επιλέγονται είναι προσαρμοσμένες στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενούς.

Το Κέντρο Ημέρας εξυπηρετεί καθημερινά 40 ασθενείς (συνολικά 150 ασθενείς) με δυνατότητα συμμετοχής επιπλέον ατόμων σε συγκεκριμένα προγράμματα εκπαίδευσης. Παράλληλα, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην πληροφόρηση, εκπαίδευση και ψυχολογική υποστήριξη των συγγενών των ανοϊκών ασθενών, καθώς και στην ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα σχετικά με την Άνοια.

Το Κέντρο Ημέρας στελεχώνεται από 12 μελή ομάδα Επαγγελματιών Υγείας στην οποία συμμετέχουν Νευρολόγος, Ψυχίατρος, Ψυχολόγοι, Λογοθεραπεύτρια, Κοινωνική Λειτουργός, Γυμνάστρια, Νοσηλεύτης και προσωπικό υποστήριξης.

(Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθήνας).

ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ 50 ΚΑΙ ΕΛΛΑΣ

Η **50και Ελλάς** είναι μη κυβερνητική οργάνωση, η οποία ιδρύθηκε το 2005 και εδρεύει στην Αθήνα. Η **50και Ελλάς** αποτελεί την πρώτη οργάνωση σε εθνικό επίπεδο που καταπιάνεται με τα προβλήματα και τις ανησυχίες, που απασχολούν όσους έχουν συμπληρώσει το 50ο έτος τους και στοχεύει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Σε συνεργασία με άλλους κοινωνικούς εταίρους, φροντίζει και υποστηρίζει τα δικαιώματα τους στην ίση και δίκαια μεταχείριση στην κοινωνία, στην εργασία, στην υγεία και στην ιατρική περίθαλψη, στην διασκέδαση, στην αυτονομία και στην αξιοπρεπή διαβίωση, στη συμμετοχή στις αποφάσεις που παίρνονται, και στη χάραξη κάθε είδους πολιτικής με επιπτώσεις σε αυτούς. Η οργάνωση επίσης προωθεί τα συμφέροντα και τις ανάγκες για υποστήριξη των εξαρτημένων ηλικιωμένων ατόμων, των οικογενειών τους και των επαγγελματιών που τους φροντίζουν.

Η **ΜΚΟ 50και Ελλάς**, ιδρύθηκε από μια κεντρική ομάδα με ιδιαίτερη εμπειρία σε έρευνα και πρακτικά ζητήματα σχετικά με ηλικιωμένους.

Η κύρια αποστολή της 50 και Ελλάς είναι η προώθηση των συμφερόντων και η υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ατόμων άνω των 50 σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, μέσω της έρευνας και του υποστηρικτικού έργου που στοχεύει στην:

- Πληροφόρηση και επηρεασμό της κυβερνητικής πολιτικής, έναντι των ηλικιωμένων.
- Υποστήριξη μιας πιο δίκαιης κοινωνίας προς όφελος των ατόμων άνω των 50 ετών, ιδιαίτερα των ευπαθών και φτωχών ομάδων της Ελληνικής Κοινωνίας.
- Βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.
- Αύξηση του ενεργού ρόλου των ατόμων άνω των 50 στην κοινωνία μέσω της κοινωνικής συμμετοχής.
- Προώθηση μιας κοινωνίας για όλες τις ηλικίες.

Οι δραστηριότητες που υλοποιεί είναι:

A) **Η παροχή πληροφόρησης και ειδήσεων στα άτομα άνω των 50 ετών**

B) **Υποστήριξη για ίση μεταχείριση προς όλους στην Ελλάδα ανεξάρτητα από την ηλικία τους**

3. **Η καλύτερη υγεία και ποιότητα ζωής για άτομα άνω των 50.**

Η 50 και Ελλάς αντιπροσωπεύει την Ελλάδα στην:

- Ευρωπαϊκή μη κυβερνητική οργάνωση AGE Platform Europe, η οποία αποτελείται από 125 οργανώσεις ηλικιωμένων από τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης με 25 εκατομμύρια μέλη.
- Διάφορες επιτροπές εμπειρογνομόνων σε θέματα ηλικιακών διακρίσεων (ADEG), Υγείας και Κοινωνικό Αποκλεισμό του Age Platform, η οποία περιλαμβάνει εμπειρογνώμονες από όλα τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- European Health Ageing Advocacy Forum που στοχεύει στην προώθηση της υγείας και ευημερίας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. (Μη Κυβερνητική Οργάνωση 50 και Ελλάς, 2008-2010).

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Ιδρύθηκε το 1977 με την ονομασία «Ελληνική Γεροντολογική Εταιρεία», το 1995 μετονομάστηκε σε «Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία» τίτλο που διατηρεί μέχρι και σήμερα.

Η Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία:

- Προωθεί λύσεις για τα θέματα που άπτονται της Τρίτης και Τέταρτης Ηλικίας (δημιουργία δομών, ανάπτυξη γεροντολογικής και γηριατρικής εκπαίδευσης, δημιουργίας ειδικότητας γηριατρικής, ειδικές νομοθετικές ρυθμίσεις για τους ηλικιωμένους, ρυθμίσεις για τα μέσα μαζικής μεταφοράς).
- Εκπροσωπεί την χώρα σε Διεθνείς Οργανισμούς και εταιρείες για θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους (IAG, EUGMS, AGE, Eurolink Age).
- Αποτελεί ουσιαστικό σύμβουλο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και το γενικό πληθυσμό.
- Παρέχει εκπαίδευση σε επαγγελματίες υγείας.
- Διαθέτει τη βιβλιοθήκη της σε φοιτητές και σπουδαστές.
- Οργανώνει συνέδρια και ημερίδες.
- Αναπτύσσει διάφορα προγράμματα σχετικά με τα ηλικιωμένα άτομα και τα άτομα με άνοια (εκπαίδευση εθελοντών σε θέματα διατροφής, σύσταση Δικτύου Νόσου Alzheimer, κατάλληλοι χώροι για άτομα με αναπηρία, εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας, οργάνωση Master στην γεροντολογία).
- Εκδίδει έντυπο υλικό σε ποικιλία τομέων που σχετίζονται με τους ηλικιωμένους (συγγράμματα Γεροντολογίας, Γηριατρικής, Πρακτικά

Συνεδρίων και Ημερίδων, τη διάγνωση της άνοιας, θεραπεία, φροντίδα, διατροφή-την κατάθλιψη των ηλικιωμένων, τη διατροφή, την αγωγή και προαγωγή υγείας των ηλικιωμένων).

- Παρέχει υπηρεσίες (γραμμή sos, ατομική συμβουλευτική σε ειδικά κέντρα, νοσηλεία, ομαδικές συναντήσεις την πρώτη Τετάρτη κάθε μήνα).

ΓΡΑΜΜΗ ΖΩΗΣ

Η Γραμμή Ζωής είναι η μοναδική Μη Κυβερνητική Οργάνωση στην Ελλάδα που δραστηριοποιείται για πρακτικά ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι. Ιδρύθηκε το 2006 από μία ομάδα ανθρώπων με επιστημονική γνώση και εμπειρία στο χώρο της κοινωνικής μέριμνας, της σωματικής και ψυχικής υγείας, ευαισθητοποιημένους από τα υπάρχοντα προβλήματα στην οργανωμένη και ουσιαστική στήριξη των ηλικιωμένων. ([Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε.](#) 2009)

Σκοπός του προγράμματος, είναι η παροχή δωρεάν υπηρεσιών φροντίδας, προστασίας και ασφάλειας στους ηλικιωμένους στην Ελλάδα, με απώτερο στόχο την αξιοπρεπή τους διαβίωση και την εξασφάλιση ποιότητας ζωής, ανεξάρτητα από την οικονομική ή την οικογενειακή τους κατάσταση.

Η Γραμμή Ζωής μέσω της υπηρεσίας «Τηλεειδοποίηση», δίνει τη δυνατότητα στους ηλικιωμένους να επικοινωνούν άμεσα με το Συντονιστικό Κέντρο Διαχείρισης Κλήσεων, αμφίδρομα και με ανοιχτή ακρόαση, πατώντας απλά ένα φορητό κουμπί, 24ώρες το 24ωρο και όλες τις ημέρες του χρόνου, χωρίς να χρειάζεται να μετακινηθούν από τη θέση τους ή να επιλέξουν οποιοδήποτε αριθμό. Πιο συγκεκριμένα:

Ανά πάσα στιγμή και οποιαδήποτε ώρα της ημέρας ο ηλικιωμένος το κρίνει απαραίτητο, πατά μία φορά το κόκκινο κουμπί, που φορά στο χέρι ή στο λαιμό του. Η βασική συσκευή που έχει συνδεθεί με το τηλέφωνο του ηλικιωμένου ενεργοποιείται αυτόματα, δίνοντας σήμα στο Συντονιστικό Κέντρο Διαχείρισης Κλήσεων της ΜΚΟ Γραμμή Ζωής.

Η υπηρεσία διαθέτει εκπαιδευμένο προσωπικό από νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, γενικούς ιατρούς και εθελοντές γείτονες, το οποίο έχει άμεση πρόσβαση στο ηλεκτρονικό αρχείο κάθε ηλικιωμένου, ανταποκρίνεται σε οποιαδήποτε ανάγκη ή επιθυμία του. Ακόμη και σε περίπτωση που ο ηλικιωμένος δεν είναι σε θέση να απαντήσει, η Γραμμή Ζωής ειδοποιεί και στέλνει αμέσως την

αναγκαία βοήθεια: συγγενικό πρόσωπο, εθελοντή γείτονα, Άμεση Δράση, Πυροσβεστική.

ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ

Προκειμένου να εξοικειωθούν οι ηλικιωμένοι με τις νέες τεχνολογίες αλλά και να διευκολυνθεί η ζωή τους το Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης της νομαρχίας Θεσσαλονίκης υλοποιεί πιλοτικά σε 8 Κ.Α.Π.Η. το πρόγραμμα «**Απ'τον παππού στον εγγονό**», το οποίο έχει ήδη πραγματοποιηθεί στη Δανία και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες με επιτυχή αποτελέσματα.

Το πρόγραμμα, έχει σκοπό την διευκόλυνση των καθημερινών ηλεκτρονικών συναλλαγών των συμμετεχόντων, όπως αναλήψεις από ΑΤΜ τραπεζών αλλά και προαγωγή των ηλικιωμένων με τα άτομα νεαρότερης ηλικίας.

Στον ίδιο σκοπό βασίζεται και το πρόγραμμα «**Ηλικιωμένοι και νέες τεχνολογίες**» το οποίο είναι μια πρωτοβουλία της ΜΚΟ ANCE (Μη Κυβερνητική Οργάνωση Δίκτυο Εμπειρογνομόνων Αθήνας), που υλοποιείται στο πλαίσιο του προγράμματος «**Δράσεις ενίσχυσης της απασχόλησης με την ενεργό συμμετοχή των μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ)**», με την χρηματοδότηση του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας για την προώθηση της ισότητας των ευκαιριών για τα άτομα των ευπαθών κοινωνικά ομάδων. (ΜΚΟ ANCE Δίκτυο Εμπειρογνομόνων Αθήνας 2009)

Οι δράσεις του προγράμματος περιλαμβάνουν:

- Συναντήσεις με τα μέλη των Κ.Α.Π.Η. που θα συμμετέχουν στο έργο.
- Εργαστήρια εξοικείωσης των επωφελούμενων με τη νέα τεχνολογία.
- Συγκρότηση της ομάδας συλλογής των πληροφοριών και συγγραφής των άρθρων.
- Δημιουργία της ιστοσελίδας – Παραγωγή και ανάρτηση blogs στο διαδίκτυο.
- Δημιουργία και έκδοση 4 τριμηνιαίων ενημερωτικών εντύπων.
- Δράσεις ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης σε θέματα της τρίτης ηλικίας.

Παραπάνω αναφερθήκαμε στα κυριότερα προγράμματα προστασίας για την Τρίτη ηλικία στην Ελλάδα. Στο επόμενο κεφάλαιο θα κάνουμε μια αναλυτική αναφορά στις υπηρεσίες Βοήθεια στο Σπίτι, Κ.Α.Π.Η., Κοινωνική Μέριμνα τα οποία αποτελούν το πεδίο της έρευνας μας.

2.3. ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Μέσα από την μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτουν μια σειρά από έρευνες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα και οι οποίες αφορούν την Τρίτη ηλικία και τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, τα Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» και τις Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας. Ενδεικτικά θα παρουσιάσουμε παρακάτω μερικές απ' αυτές τις έρευνες:

- Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 1994-95 στα 15 Κ.Α.Π.Η. των 4 Νομών της Θεσσαλίας, έγινε εμφανές ότι οι ηλικιωμένοι είχαν αρνητική αντίληψη για τον θεσμό του Κ.Α.Π.Η.

Συγκεκριμένα, πίστευαν ότι ο θεσμός του Κ.Α.Π.Η. έχει εισαχθεί πρόχειρα και αποσπασματικά. Τα κέντρα στεγάζονται σε ενοικιαζόμενους ακατάλληλους χώρους. Η οργανωτική και λειτουργική δομή των Κ.Α.Π.Η. αδυνατεί να προσφέρει βοήθεια στο σπίτι. Η στελέχωση σε επιστημονικό δυναμικό είναι ελλιπής. Η αντίληψη που επικρατεί σε μέλη και σε μη μέλη είναι ότι προσφέρουν φθηνό καφέ, εκδρομές, γρήγορη λήψη της αρτηριακής πίεσης και ότι το κράτος φαίνεται αναποφάσιστο για τη βελτίωση της εικόνας των Κ.Α.Π.Η.

Ένας αριθμός ηλικιωμένων απαντώντας στο ερώτημα "τι προσφέρει το Κ.Α.Π.Η." στα πλαίσια έρευνας που έγινε στο Δήμο Υμηττού, υποστηρίζει αρχικά ότι: τα κέντρα χρησιμεύουν ως χώρος ψυχαγωγίας και όχι σαν κέντρα πολλαπλής φροντίδας κοινωνικής, ιατρικής κ.α. Άλλοι ηλικιωμένοι υποστηρίζουν, ότι τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν ένα εμπόδιο για την επικοινωνία των ηλικιωμένων με τους νεότερους, οι οποίοι δεν συχνάζουν σε Κ.Α.Π.Η και έτσι δημιουργείται μια γκετοποίηση των ηλικιωμένων όπως πιστεύουν οι ίδιοι.

Όσον αφορά στην κριτική στα Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» που προσφέρουν τα Κ.Α.Π.Η ήταν ότι μέχρι το 1998, η βοήθεια που προσέφεραν τα προγράμματα αυτά ήταν εξαιρετικά περιορισμένη ή ίσχυε για ορισμένες περιπτώσεις, όπως για εκείνους που ζουν μόνοι τους και με χαμηλές συντάξεις στους οποίους παρέχεται μερική υποστήριξη για το νοικοκυριό, το μαγείρεμα, τα ψώνια κ.α. ή αφορά άτομα με ορισμένες παθήσεις ή μέλη του Κ.Α.Π.Η. που μένουν σε ορισμένες περιοχές. Τα Κ.Α.Π.Η. δεν στελεχώθηκαν με το απαιτούμενο εξειδικευμένο προσωπικό και ο ρόλος των οικογενειακών βοηθών περιορίστηκε στον καθαρισμό του οικήματος του Κ.Α.Π.Η. ενώ ο ρόλος τους στην κατ' οίκον προσφορά υπηρεσιών ήταν πολύ περιορισμένος έως και ανύπαρκτος. (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999:437-438).

- Στην έρευνα που διενήργησαν οι Παχή, Τζανέτη, Τζιάρας το 2007, είχε σαν σκοπό να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα του συστήματος φροντίδας και δικτύωσης των κοινοτικών υπηρεσιών, για την κάλυψη των «μετανοσοκομειακών» ασθενών στην περιοχή της Δυτικής Αττικής.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 157 ασθενείς, οι οποίοι παραπέμφθηκαν από το τμήμα Κοινωνικής εργασίας του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνιας, Θριάσιο κατά το έτος 2007, λόγω της ανάγκης εξασφάλισης υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας μετά από την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς δεν διέθεταν το συγγενικό περιβάλλον, (είτε διέθεταν αλλά υπήρχαν άλλοι λόγοι) το οποίο θα μπορούσε να τους αναλάβει.

Οι κατηγορίες των ασθενών που σύμφωνα με την έρευνα ζητούν συχνότερα μετανοσοκομειακή φροντίδα είναι κυρίως ασθενείς με (Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, Alzheimer, κύρωση του ήπατος, εγκεφαλοπάθειες κ.α.) καθώς και ένα ποσοστό 12,73% προερχόμενο από τον ψυχιατρικό τομέα.

Οι ασθενείς του δείγματος σ' ένα ποσοστό 79,09% είναι μη αυτοεξυπηρετούμενοι, αντιμετωπίζουν και άλλα συνωδά προβλήματα όπως: έλλειψη στέγης, έλλειψη οικογένειας ή δύσκολες διαπροσωπικές σχέσεις με μέλη της οικογένειας τους. Αυτό σημαίνει ότι δεν λείπουν από το δείγμα και ασθενείς που είναι έγγαμοι με παιδιά (20,91%), με παιδιά (56,38%). Η ύπαρξη παιδιών δεν αναιρεί την ανάγκη παραπομπής στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας για εξεύρεση δομών και υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας.

Κάποιες από τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας που αφορούν τους ηλικιωμένους είναι οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνικής Μέριμνας. Όσον αφορά τα προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας και Βοήθεια στο Σπίτι υποστηρίζουν αποτελεσματικά ένα ποσοστό ασθενών 26,83% που επέστρεψε σπίτι τους μετά το εξιτήριο. Σημαντική θεωρείται η συμβολή των προγραμμάτων στην παροχή κοινωνικής φροντίδας στην κοινότητα, παρόλο που ο σχεδιασμός τους δεν αφορά την μετανοσοκομειακή φροντίδα ασθενών.

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε προέκυψε ότι το δίκτυο υπηρεσιών υποστήριξης του ασθενή μετά την έξοδο του από το Νοσοκομείο στην Δυτική Αττική είναι ελλιπές και λειτουργεί αποσπασματικά. Οι υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας στην Δυτική Αττική είναι σχεδόν ανύπαρκτες. Εκτός, από τις υπηρεσίες Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα που προσφέρουν υπηρεσίες στο 10% του πληθυσμού, δεν υπάρχουν άλλες δομές που να εξυπηρετούν τους

μετανοσοκομειακούς ασθενείς. Οι υπηρεσίες Βοήθεια στο Σπίτι, Κοινωνική Μέριμνα οι οποίες όπως διαπιστώθηκε από την έρευνα προσφέρουν σημαντικό έργο στον πληθυσμό δεν μπορούν να καλύψουν τις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες για τις οποίες πρέπει να φροντίσει το κράτος με την δημιουργία νέων δομών. Σ' ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (12,73%), δεν βρέθηκε λύση για την μετανοσοκομειακή τους φροντίδα. Έτσι αρκετοί ασθενείς της Δυτικής Αττικής αναγκάζονται να φύγουν από τον τόπο κατοικίας για να έχουν την σωστή περίθαλψη την οποία έχουν ανάγκη. (Παχή, κ.α., 2009).

- Η έρευνα που διενήργησαν οι «Ανδρουλάκη, Κορνελάκης, Κουτεντάκης το 2002 είχε ως σκοπό 1) την καταγραφή των βασικότερων χρόνιων παθήσεων των ηλικιωμένων, 2) την αναγνώριση των αναγκών και των προβλημάτων που προκύπτουν από την ύπαρξη χρόνιας νόσου, 3) την αξιολόγηση της ποιότητας της κατ' οίκον νοσηλείας που παρέχεται απ' την ομάδα υγείας του Κ.Α.Π.Η. της περιοχής της οποίας διαμένουν.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν άνδρες και γυναίκες ηλικίας 66 ετών και άνω, οι οποίοι έπασχαν τουλάχιστον από μια χρόνια ασθένεια και δέχονταν κατ' οίκον επίσκεψη από το Κ.Α.Π.Η της περιοχής τους, είχαν ενταχθεί δηλαδή στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Στο συνολικό δείγμα 29 ατόμων, το (28,43%) επισκέπτεται το Κ.Α.Π.Η. της περιοχής του, το (13,79%) για μια φορά την εβδομάδα. Οι λόγοι που οδηγούν τους ηλικιωμένους στο Κ.Α.Π.Η. είναι στο (68,96%) η ψυχαγωγία και σε (48,27%) η νοσηλευτική περίθαλψη. Οι ειδικότητες οι οποίες επισκέπτονται περισσότερο τους ηλικιωμένους είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός (27,25%) και ο Νοσηλευτής (98,04%) κατά την κατ' οίκον νοσηλεία. Το ποσοστό ικανοποίησης των ηλικιωμένων από την κατ' οίκον νοσηλεία είναι (84,31%).

Στην έρευνα διαπιστώθηκε ότι κάποιες από τις πιο συνηθισμένες ασθένειες του γήρατος είναι: Ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιοπάθειες και οι Αρθρίτιδες. Ακόμα, η κατάθλιψη φαίνεται ότι απασχολεί τους ηλικιωμένους (11,76%) ιδιαίτερα σε άτομα που ζουν μόνα τους (18,18%).

Τέλος, αυτό που γίνεται εμφανές στην έρευνα είναι η σημαντικότητα της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας για τους χρονίως πάσχοντες ηλικιωμένους και ότι οι ειδικότητες τις οποίες αναζητούν οι ηλικιωμένοι είναι κυρίως οι Νοσηλευτές και οι Κοινωνικοί Λειτουργοί. Οι επισκέψεις του Κοινωνικού Λειτουργού και Ψυχολόγου φτάνουν σε ποσοστό 58,33% σε περιπτώσεις κατάθλιψης. (Ανδρουλάκης, κ.α., 2005).

- Στην έρευνα που διενεργήθηκε από τους Μαυραντωνάκη, Στυλιανίδη, Τσιγλά, το 2003 είχε ως σκοπό: Την καταγραφή των απόψεων των ηλικιωμένων για τα γηροκομεία ως τόπο διαμονής. Επιπλέον, να διερευνηθεί ο βαθμός εμφάνισης του φαινομένου της ιδρυματοποίησης.

Οι ηλικιωμένοι οι οποίοι διαβιούν στα κλειστά ιδρύματα, σύμφωνα με το δείγμα της έρευνας, βρίσκονται στο 70ο έτος της ηλικίας τους και άνω. Γύρω στο 50% αποτελούν οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι δηλώνουν απόφοιτοι Δημοτικού, ενώ οι υπόλοιποι διανέμονται σε απόφοιτους γυμνασίου, αναλφάβητους και ακολουθούν σε μικρό ποσοστό εκείνοι οι οποίοι είναι απόφοιτοι Τεχνικών Σχολών, στην πλειοψηφία τους άντρες. Αναφορικά με τον τόπο καταγωγής τους ή τον τόπο προηγούμενης διαμονής τους, εκείνο που διαπιστώνεται μέσω της έρευνας είναι ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων προέρχονται από κάποιο χωριό, ενώ ακολουθούν εκείνοι που προέρχονται από πόλη και τέλος εκείνοι από κωμόπολη.

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων, η συντριπτική πλειοψηφία είναι χήροι-ες, ενώ ακολουθούν οι έγγαμοι και οι άγαμοι με μικρή διαφορά μεταξύ τους. Σχετικά με τον αριθμό των παιδιών, των ηλικιωμένων, παρατηρείται ότι ένα μικρό μόνο ποσοστό ηλικιωμένων δεν έχει παιδιά.

Τα κυριότερα προβλήματα υγείας που εμφανίζουν οι ερωτώμενοι ηλικιωμένοι, που διαβιούν στα ιδρύματα είναι αυτά της καρδιάς, της πίεσης, της οστεοπόρωσης και το κυκλοφορικό.

Σχετικά με το πόσο συχνά οι ηλικιωμένοι βλέπουν τους δικούς τους, η πλειοψηφία αναφέρει μια φορά το μήνα και ακολουθούν αυτοί που τους βλέπουν μια φορά την εβδομάδα. Αρκετά μικρότερο είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων που αναφέρουν ότι δεν βλέπουν καθόλου τους δικούς του. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων δείχνει να είναι ικανοποιημένη με τη συχνότητα της επαφής των ίδιων με τους δικούς τους.

Οι ηλικιωμένοι οι περισσότεροι συμμετέχουν έστω και σπάνια στις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται μέσα στο ίδρυμα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώνεται ότι οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν ενδιαφέρον για ενημέρωση πάνω σε κοινωνικά ή πολιτικά θέματα. Όσον αφορά στον τρόπο ενημέρωσης, οι ηλικιωμένοι φαίνεται να επιλέγουν ως μέσο αυτής, την τηλεόραση, ακολουθούν το ραδιόφωνο, τη συμμετοχή σε συζητήσεις και τέλος τα έντυπα μέσα ενημέρωσης.

Τέλος, όσον αφορά στην ύπαρξη του φαινομένου της ιδρυματοποίησης για τους ηλικιωμένους που διαβιούν στα ιδρύματα κλειστής φροντίδας, από την έρευνα φαίνεται να επαληθεύεται. Καθώς, η αποκοπή των ηλικιωμένων από το οικείο περιβάλλον χωρίς αντίδραση αλλά αποδεχόμενοι το παραπάνω γεγονός, καθώς και η πλήρης αποδοχή των συνθηκών διαβίωσης μέσα στα γηροκομεία από τη συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων. Οι περισσότεροι δήλωσαν ότι δεν επιθυμούσαν να αλλάξει κάτι στην καθημερινότητα τους, ταυτόχρονα όμως δήλωσαν ότι δεν είναι απόλυτα ευτυχισμένοι από τη ζωή τους. (Μαυραντωνάκης, κ.α., 2003).

➤ Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Χναράκη Ευαγγελία είχε ως σκοπό:
Α) Την τεκμηρίωση της συνεισφοράς του Βοήθεια στο Σπίτι στην βελτίωση των όρων ζωής σε κοινωνικό επίπεδο, υγείας και κοινωνικής φροντίδας της ομάδας στόχου. Β) Την διερεύνηση σε γνωστικό κεφάλαιο (πληροφορίες για την υγεία κ.α.) που προσφέρει το Βοήθεια στο Σπίτι για την τοπική ανάπτυξη. Γ) Την διερεύνηση της σύνδεσης του Β.σ.Σ με την τοπική αυτοδιοίκηση, σε επίπεδο φορέων-στελέχωση, αυτοτέλεια, διοίκηση, χρηματοδότηση.

Η έρευνα ξεκίνησε τον Ιανουάριο του 2004. Η έρευνα δεν είχε ολοκληρωθεί όταν εκδόθηκε το βιβλίο αλλά όπως δηλώνει και η Κυρία Χναράκη υπάρχουν ασφαλή αποτελέσματα στα οποία μπορούμε να προβούμε στο σημείο που είχε προχωρήσει μέχρι τότε η έρευνα. Αρχικά από την ανάλυση των ερωτηματολογίων, έγινε εμφανές ότι οι ειδικότητες που θα ήθελαν οι εκπρόσωποι των προγραμμάτων να συνεργαστούν είναι: ψυχίατροι (6 προγράμματα), γενικοί ιατροί (3 προγράμματα), φυσικοθεραπευτές (3 προγράμματα) κ.λ.π. Γίνεται αντιληπτό ότι υπάρχουν αρκετά ζητήματα ψυχικής υγείας τα οποία τα προγράμματα δεν μπορούν να διαχειριστούν και μαζί με την ανεπάρκεια του συστήματος υγείας τα πράγματα γίνονται ακόμη δυσκολότερα. Στο μεγαλύτερο ποσοστό οι ηλικιωμένοι που εξυπηρετούνται από τα προγράμματα ζουν μόνοι τους.

Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι: ο σακχαρώδης διαβήτης, καρδιολογικά, κινητικά, ψυχιατρικά προβλήματα. Εκτός, απ' αυτά αντιμετωπίζουν την κοινωνική απομόνωση, οικονομικά προβλήματα και την δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες. Στην ερώτηση αν οι ανάγκες των εξυπηρετούμενων και των οικογενειών τους καλύπτονται από το πρόγραμμα η απάντηση ήταν αρνητική, σε όσους Δήμους δεν υπάρχουν άλλες δομές κοινωνικής φροντίδας και υγείας εκτός από το πρόγραμμα. Σε άλλες περιπτώσεις οι ηλικιωμένοι απάντησαν μερικώς, επαρκώς όχι, αρκετά ικανοποιητική.

Μερικές από τις δυσκολίες που φάνηκε ότι αντιμετωπίζουν τα προγράμματα είναι ο χώρος στέγασης, έλλειψη προσωπικού (κυρίως οικογενειακών βοηθών), έλλειψη Η/Υ, η μεταφορά των εργαζομένων λόγω έλλειψης μόνιμου οδηγού αλλά και η μεταφορά των ηλικιωμένων μη αυτοεξυπηρετούμενων, έλλειψη επιστημονικής εποπτείας και η μη επιμόρφωση των στελεχών. Συγκεκριμένα, οι οικογενειακοί βοηθοί δεν έχουν καμία ειδίκευση.

Παρόλα τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα προγράμματα στο ερώτημα αν το πρόγραμμα μπορεί να συμβάλει στην τοπική ανάπτυξη, η απάντηση είναι θετική. Η μέχρι τώρα λειτουργία τους έχει συμβάλει στην τοπική ανάπτυξη διότι ικανοποιεί τις πάγιες ανάγκες κοινωνικής φροντίδας στην περιφέρεια, με ντόπιο εργατικό δυναμικό με αποτέλεσμα να δίνονται κίνητρα στους δημότες να μείνουν στον τόπο τους. Επίσης, οι δομές αυτές συμβάλουν στην κοινωνική συμμετοχή και στην κοινωνική αλληλεγγύη ενεργοποιώντας τους εξυπηρετούμενους και βελτιώνοντας τους όρους της ζωής τους π.χ. ομιλίες και διάφορες δράσεις. Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι πρέπει να υπάρξουν μεγάλες και διαρθρωτικές αλλαγές για να γίνει αποτελεσματικότερη η λειτουργία του προγράμματος. Μερικές από τις προτάσεις που τίθενται στην παρούσα έρευνα είναι:

1. Ικανοποιητική μισθοδοσία για όλους.
2. Εξασφάλιση υλικοτεχνικής υποδομής.
3. Επιστημονική εποπτεία.
4. Συνεχής επιμόρφωση των εργαζομένων.
5. Ενίσχυση με προσωπικό. (Χναράκη, 2005).

➤ Η έρευνα των Αλεξιά και Φλάμου είχε ως σκοπό:

Την ανάδειξη των κοινωνικών και ψυχο-συναισθηματικών αναγκών των ηλικιωμένων που συμμετέχουν στο πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι στο Νομό Χίου. Στην έρευνα συμμετείχαν 200 ηλικιωμένοι που εξυπηρετούνταν από το πρόγραμμα.

Οι μεταβλητές που συμπεριελήφθησαν στο ερωτηματολόγιο ήταν η εξής: Δημογραφικά-Οικονομικά-Κοινωνικά στοιχεία, την αντίληψη των ηλικιωμένων για την συνταξιοδότηση, τον τρόπο που βλέπει ο ηλικιωμένος τον εαυτό του, την γνώμη των ηλικιωμένων για τα γηρατειά, την περιγραφή του τρόπου συμβίωσης με την οικογένεια και την συμμετοχή τους σε κοινωνικές ομάδες, την μοναξιά και το άγχος του θανάτου και τέλος η κάλυψη που παρέχεται στους ηλικιωμένους από το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι: Ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική φροντίδα, Ατομική φροντίδα και την δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στον χώρο.

Μερικά από τα αποτελέσματα της έρευνας είναι:

Τα περισσότερα άτομα του δείγματος (91%) είναι συνταξιούχοι με εισόδημα 300-600 ευρώ (59,5%). Μόλις το 9% θεωρεί την υγεία του καλή. Το 75% δεν είναι ικανοποιημένοι από τον τρόπο που ζουν. Το 77,5% θεωρεί ότι οι ηλικιωμένοι αγνοούνται και δεν τους συμπεριφέρονται με σεβασμό. Το 80% θεωρεί ότι το ενδιαφέρον της οικογένειας για τους ηλικιωμένους έχει μειωθεί σε σχέση με το παρελθόν. Το συναίσθημα της μοναξιάς αναφέρθηκε σε ποσοστό (63%).

Όσον αφορά στην αξιολόγηση του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι έχουμε τις εξής απόψεις:

Το 9% δεν δηλώνει ικανοποιημένο από το πρόγραμμα ενώ το 60, 5% δηλώνει εξαιρετικά ικανοποιημένο. Το 80% δηλώνει απόλυτα ευχαριστημένο από την νοσηλευτική φροντίδα. Το 82% θεωρεί ότι πρέπει να αυξηθεί αρκετά η παρεχόμενη ιατρική περίθαλψη. Το 64,5% κρίνει ότι υπάρχει ανάγκη αύξησης των οικονομικών παροχών. Το 40,5% πιστεύει ότι υπάρχει ανάγκη για επιπλέον αυτοκίνητα.

Περισσότερες εκδηλώσεις, ταξίδια, δραστηριότητες ζήτησαν τα άτομα που αισθάνονται πολύ καλά στην υγεία τους, που στενοχωριούνται σπάνια, που βρίσκονται σε καλή οικονομική κατάσταση και που δραστηριοποιούνται συχνά έξω από το σπίτι τους. Ενώ άτομα τα οποία έχουν μικρότερα εισοδήματα, κακή υγεία, χωρίς έντονη κοινωνική ζωή, εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι με τις παρεχόμενες υπηρεσίες όσον αφορά την ψυχαγωγία τους. Αναζητούν περισσότερο έμπρακτη στήριξη (προσφορά ιατρικών, νοσηλευτικών και οικιακών παροχών) και λιγότερη ψυχαγωγία.

Το βασικό συμπέρασμα της παρούσας μελέτης είναι ότι προγράμματα σαν το Βοήθεια στο Σπίτι είναι δυνατόν να ικανοποιήσουν τους χρήστες για τους οποίους είναι σχεδιασμένα, αλλά απαιτείται σημαντική προσπάθεια για να εκπληρωθούν όλοι οι στόχοι ενός τέτοιου προγράμματος. (Αλεξιάς και Φλάμου, 2007).

➤ Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Πολίτη, Καραμβάση, Παπαδημητρίου το 2006 είχε ως σκοπό:

Την ανάδειξη συχνότητας εμφάνισης κατάθλιψης στον οίκο ευγηρίας και των κυριότερων συμπτωμάτων που εκδηλώνονται εκεί. Επίσης, ποια είναι τα χρόνια νοσήματα τα οποία συνυπάρχουν και ποια είναι η σχέση τους με την μοναξιά και την οικογενειακή και κοινωνική απομόνωση.

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν 37 άτομα τρόφιμοι του οίκου ευγηρίας. Το ποσοστό κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιωμένων του γηροκομείου ήταν 45,9%. Κάποια από τα κριτήρια διάγνωσης ήταν: καταθληπτικό συναίσθημα 23 ηλικιωμένοι,

μείωση ευχαρίστησης- απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες 17 ηλικιωμένοι, απώλεια βάρους ή μεταβολή όρεξης 15 ηλικιωμένοι κ.α. Μερικές από τις συνυπάρχουσες νόσους είναι: διαβήτης, υπέρταση, χρόνιες αναπνευστικοί νόσοι, αγγώδεις διαταραχές κ.λ.π. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων ήταν χήροι/χήρες και ο μέσος αριθμός των επισκέψεων των συγγενών ανά μήνα ήταν 6.

Από την συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώνεται αύξηση του ποσοστού εμφάνισης κατάθλιψης σε τρόφιμους οίκων ευγηρίας. Αυτό οφείλεται σε βιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Κυριότεροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι: θάνατος συζύγων ή συγγενών, προβληματικές σχέσεις με την οικογένεια, οικονομικά προβλήματα και κοινωνική απομόνωση. Κυριότεροι βιολογικοί παράγοντες είναι: κληρονομικότητα, ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων (Parkinson, νόσος Alzheimer, στεφανιαία νόσος κ.λ.π.), λήψη ορισμένων φαρμάκων.

Μερικές από τις προτάσεις που προέκυψαν από την συγκεκριμένη έρευνα είναι: 1. Η ανάγκη βελτίωση της διαγνωστικής προσέγγισης και της φαρμακευτικής και ψυχοθεραπευτικής αντιμετώπισης των καταθλιπτικών ηλικιωμένων στους οίκους ευγηρίας. 2. Η ενημέρωση των ιατρών και επισκεπτών υγείας, σε σχέση με την πολυπλοκότητα των παραγόντων κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους που διαμένουν σε ίδρυμα κ.λ.π. (Πολίτης, κ.α., 2006).

- Η έρευνα των Τσαχάκη, Κρασανάκη, Κούτρα, Τσιαλκούτη, Αντωνάκης είχε ως σκοπό:

Την καταγραφή και κάλυψη των αναγκών σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των ηλικιωμένων μιας αγροτικής περιοχής της Κρήτης. Το πρόγραμμα αναπτύχθηκε σε τρεις φάσεις (Σχεδιασμού, υλοποίησης και αξιολόγησης) και διεξήχθη στον Δήμο Τυλίσσου. Αρχικά, από τους 1336 κατοίκους της περιοχής στόχος ήταν οι 212 (15,9%) οι οποίοι ήταν ηλικιωμένοι. Όλοι οι ηλικιωμένοι συμμετείχαν στο πρόγραμμα. Σε ποσοστό (19,8%), 42 άτομα δεν είχαν καμία βοήθεια από άλλο πρόσωπο. Ο/η σύζυγος βοηθούσε το ηλικιωμένο σε ποσοστό (34,9%), τα παιδιά σε ποσοστό (30,7%), άλλοι συγγενείς (7,6%) και σε ποσοστό (5,7%) βοηθούσε τον ηλικιωμένο αποκλειστικά επαγγελματίας. Ανάγκη συνεχούς νοσηλευτικής φροντίδας είχαν 25 ηλικιωμένοι (11,8%). Περιοδικά χρειαζόταν νοσηλευτική φροντίδα 100 ηλικιωμένοι (47,2%), ενώ 84 (39,6%) δεν χρειαζόταν νοσηλευτική βοήθεια στο σπίτι.

Μερικές από τις συχνότερες ασθένειες που διαπιστώθηκαν από την έρευνα ήταν: Αρθρίτιδα (64,2%), Υπέρταση (61,3%), καρδιαγγειακά νοσήματα (34%), Σακχαρώδης διαβήτης (14,2%), Ψυχική νόσος (10,8%), Πνευμονοπάθεια (8,0%), Οστεοπόρωση (6,6%), Νεοπλασίες (4,7%), Εγκεφαλικά επεισόδια (4,2%), Ήλιγγος (4,2%).

Ο αριθμός των ατόμων που θα είναι περιορισμένοι στο σπίτι τους χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον στην ελληνική ύπαιθρο, αναμένεται ν' αυξηθεί στο μέλλον. Έτσι, οι υπηρεσίες στο σπίτι, η υποστήριξη της οικογένειας από τις υπηρεσίες ΠΦΥ, η κοινωνική μέριμνα και άλλες υπηρεσίες, θα ζητούνται όλο και περισσότερο στην ύπαιθρο. Οι νόσοι που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι (οστεοαρθρίτιδες, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης) θα χρειαστούν συστηματική αντιμετώπιση και παρακολούθηση. Η διεξαγωγή του συγκεκριμένου προγράμματος οδήγησε στον συμπεράσμα ότι οι υπηρεσίες αυτές μπορούν και πρέπει να παίξουν βασικό ρόλο στη φροντίδα των ηλικιωμένων. (Τσαχάκη, κ.α., 2003).

➤ Στην έρευνα που διενήργησε ο Παναγιωτάκης είχε ως σκοπό:

Να διερευνηθούν και να καταγραφούν οι αντιλήψεις των ηλικιωμένων του Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Κρουσώνα απέναντι στην εκπαίδευση και την επιμόρφωση τους σε διάφορους επιστημονικούς τομείς και κλάδους, αλλά και στην απόκτηση γνώσεων, δεξιοτήτων και στάσεων.

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσε ο συνολικός αριθμός των ηλικιωμένων μελών του Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Κρουσώνα το έτος 2007-2008. Στην πλειοψηφία τους οι ηλικιωμένοι ήταν έγγαμοι με παιδιά σε ποσοστό (81%). Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων, αναλφάβητοι ήταν το (16%), το (60%) είχαν τελειώσει το Δημοτικό, (5%) είχαν τελειώσει το Γυμνάσιο και (5%) το Λύκειο ενώ κανείς από τους ηλικιωμένους δεν είχε τελειώσει κάποια σχολή Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Όσον αφορά στα επιστημονικά πεδία τα οποία θέλουν οι ηλικιωμένοι να επιμορφωθούν είναι: στον τομέα της υγείας (85,5%), στην θεολογία (72,9%), στην ιστορία (69,5%), σε θέματα που αφορούν το περιβάλλον (59%), σε θέματα φυτικής παραγωγής (46,5%), ζωϊκής παραγωγής (24,5), στην γεωλογία (23,5%) κ.λ.π.

Στο ερώτημα αν οι ηλικιωμένοι χρειάζονται επιμόρφωση, 175 ηλικιωμένοι απάντησαν θετικά σε ποσοστό (87%), ενώ 25 απάντησαν αρνητικά σε ποσοστό 13%. Στο ερώτημα εάν θεωρούν οι ηλικιωμένοι καταξιωμένο το θεσμό του Κ.Α.Π.Η. στον

τομέα της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης θετικά απάντησαν 195 άτομα (97%) ενώ αρνητικά απάντησαν 5 άτομα σε ποσοστό (3%).

Στην έρευνα του κ. Παναγιωτάκη έγιναν και κάποιες προτάσεις για την βελτίωση αυτού του προβλήματος της τρίτης ηλικίας. Μερικές από τις προτάσεις που τέθηκαν είναι:

1. Η δημιουργία Ινστιτούτου έρευνας για την καταγραφή και μελέτη των προβλημάτων και αναγκών των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας, με την εμπλοκή όλων των αρμόδιων φορέων και των Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων.

2. Σύσταση και λειτουργία Σχολείου Δεύτερης Ευκαιρίας για ηλικιωμένους σε επίπεδο πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

3. Η δημιουργία Ινστιτούτων Επαγγελματικής Κατάρτισης (Ι.Ε.Κ.), Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης και Εκπαίδευσης (Κ.Ε.Κ.-Κ.Ε.Ε.), με σκοπό την κατάρτιση και εκπαίδευση των ηλικιωμένων.

4. Η δημιουργία Πανεπιστημίων Τρίτης Ηλικίας.

5. Η σύσταση Αναπτυξιακών Εταιριών με την συμμετοχή των Δήμων και των Κ.Α.Π.Η., με σκοπό την αξιοποίηση Ευρωπαϊκών προγραμμάτων.

6. Η θεσμοθέτηση και η λειτουργία Εθνικού Συστήματος Σύνδεσης της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης με την Απασχόληση (ΕΣΣΣΕΕΚΑ). (Παναγιωτάκης, 2008).

- Η έρευνα που πραγματοποίησαν οι Διαμαντίδου κ.α. για να διαπιστωθεί αν υπάρχουν αλλαγές στην προσωπικότητα των ανοιακών πριν και μετά την έναρξη της νόσου διαπιστώθηκαν τα παρακάτω.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος συνολικά 40 άνδρες και γυναίκες, ηλικίας άνω των 65 ετών με πιθανή νόσο Alzheimer. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου "Ι. Παπανικολάου" στο ιατρείο Μνήμης και Άνοιας.

Σύμφωνα με τ' αποτελέσματα της έρευνας ο ασθενής γίνεται επιθετικός σε ποσοστό (37,5%). Σε ένα ποσοστό 22,5% οι ασθενείς με νόσο Alzheimer εμφανίζονται να είναι ψυχροί. Ο ασθενής κατά την πορεία της νόσου γίνεται ανεπαρκής (67,50%) και αυτό έχει ως συνέπεια την εξάρτηση του από τους περιθάλποντες του (40,00%). Σ' ένα υψηλό ποσοστό ο ασθενής εμφανίζεται ανυπόμονος (32,50%). Τα θετικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας εμφανίζονται σε μικρό ποσοστό, υπερασπίζεται άλλους (7,5%), πάντα αισιόδοξος (2,5%), γεμάτος ενέργεια (5%), υπερβολικά ευσυνείδητος (10%). Ο ασθενής εμφανίζεται κατηφής

(22,50%), δραματοποιεί τα γεγονότα (17,50%), είναι πάντα με προβλήματα (50,00%), και χωρίς ενέργεια (55,00%). (Διαμαντίδου, κ.α., 2001).

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάσαμε κάποιες ενδεικτικές έρευνες που έχουν σαν θέμα τους τους ηλικιωμένους και κάποιες από τις πιο διαδεδομένες υπηρεσίες που τους αφορούν μερικές απ' αυτές μελετούμε και εμείς στην έρευνα μας (Κ.Α.Π.Η., Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ3: Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ, ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

Κ.Α.Π.Η.

Πριν την εφαρμογή πιο οργανωμένων λύσεων η κρατική μέριμνα για τους ηλικιωμένους είχε δώσει το βάρος της στην οικονομική ενίσχυση. Όμως, οι ηλικιωμένοι έχουν διαφόρων ειδών ανάγκες οι οποίες έμεναν ακάλυπτες.

Τα Κ.Α.Π.Η. δημιουργήθηκαν για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων οι οποίες δεν έβρισκαν ανταπόκριση στο παρελθόν.

Μερικές από τις σύγχρονες εξελίξεις που έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην ίδρυση των Κ.Α.Π.Η. ήταν:

- Η αύξηση του προσδόκιμου ορίου επιβίωσης.
- Η χαλάρωση των οικογενειακών δεσμών.
- Η διατήρηση ακμαίων των σωματικών και πνευματικών δυνάμεων ενός μεγάλου αριθμού ηλικιωμένων, οι οποίοι θέλουν και μπορούν να παραμείνουν στο οικείο τους περιβάλλον (σπίτι και γειτονιά) και να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική ζωή της κοινότητας.
- Η γενική παραδοχή ότι το γήρας είναι όχι μόνο βιολογικό αλλά κυρίως κοινωνικό φαινόμενο.
- Το στίγμα που αποτελεί για την Ελληνική οικογένεια, ο εγκλεισμός του ηλικιωμένου γονιού στο ίδρυμα. (Αμηρά, κ.α., 1986: 13-14).

Όλοι αυτοί οι λόγοι επέδρασαν σε μεγάλο βαθμό για τη δημιουργία των Κ.Α.Π.Η. Ιδιαίτερης βαρύτητας θα λέγαμε ότι αποτελεί η υποβάθμιση των ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης που έφτασε στο σημείο να θεωρείται η έσχατη λύση για τους ηλικιωμένους.

«Το Γηροκομείο και γενικά το ίδρυμα εκπροσωπεί μια ιδεολογία πατερναλιστικής προστασίας, εξάρτησης, διαχωρισμού των ηλικιών, ενώ με τον θεσμό ‘παραμονή στο σπίτι’ εκφράζονται οι σύγχρονες ιδέες: κοινωνικοποίηση, δραστηριότητα, αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών, ελευθερία, αξιοπρέπεια που καθιστούν το άτομο μέλος ενταγμένο στην κοινότητα, ενεργό, αυτόνομο, ισότιμο». (Αμηρά, κ.α., 1986:15).

Η αντίληψη που κυριαρχεί σήμερα είναι ο ηλικιωμένος να παραμένει στο οικείο περιβάλλον του και σ’ αυτήν την αντίληψη έδωσε απάντηση η ίδρυση των Κ.Α.Π.Η.

Για το προσωπικό που στελεχώνει το Κ.Α.Π.Η. έχουμε αναφερθεί παραπάνω. Εδώ θα μιλήσουμε αναλυτικά για τον ρόλο που έχει ο κάθε επαγγελματίας στο Κέντρο.

❖ **ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ:** Στην Κοινωνική Υπηρεσία προΐσταται ο αρχαιότερος Κοινωνικός Λειτουργός ο οποίος είναι και ο συντονιστής όλων των υπηρεσιών. Οι υπηρεσίες που προσφέρει ο κοινωνικός λειτουργός είναι:

Α) Κοινωνική Εργασία με Άτομα: Ο Κοινωνικός Λειτουργός συνεργάζεται με τους εξυπηρετούμενους του Κ.Α.Π.Η. Εφαρμόζει εξατομικευμένη εργασία για την αντιμετώπιση διάφορων προβλημάτων (ψυχολογικών, κοινωνικών, ιατρικών κ.α.) που μπορεί να εμφανίσουν τα άτομα. Πάντα με σεβασμό στην προσωπικότητα και τα δικαιώματα του ατόμου.

Β) Κοινωνική Εργασία με Ομάδες: Ο στόχος της δημιουργίας των ομάδων αυτών είναι η ενεργή συμμετοχή των ηλικιωμένων και η κοινωνική τους επανένταξη.

Γ) Κοινωνική Εργασία με Οικογένεια: Το πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο ηλικιωμένος αφορά ολόκληρη την οικογένεια. Η οποία προσεγγίζεται και συνάπτει μια συνεργασία με τον κοινωνικό λειτουργό με στόχο την καλύτερη δυνατή παροχή βοήθειας στον ηλικιωμένο.

Δ) Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα: Αυτό το κομμάτι αφορά την διασύνδεση του Κ.Α.Π.Η. με άλλους κοινωνικούς φορείς και κοινωνικές ομάδες έτσι ώστε ν' αμβλυνθεί η κοινωνική απομόνωση. Κάποιοι απ' αυτούς τους φορείς που κατά καιρούς έχουν πραγματοποιηθεί συνεργασίες είναι: Ν.Ε.Λ.Ε., Ε.Ο.Τ., σχολεία, πολιτιστικοί σύλλογοι και άλλοι φορείς της κοινότητας με τους οποίους έχουν οργανώσει ποικίλες δραστηριότητες.

Ε) Κοινωνικός Σχεδιασμός: Αφορά την έρευνα για τα νέα κοινωνικά προβλήματα που προκύπτουν και τη στρατηγική που πρέπει ν' ακολουθηθεί για την επίλυση τους.

ΣΤ) Διοίκηση του Κέντρου: Συνεργάζεται με το υπόλοιπο προσωπικό του Κέντρου και έχει την διοικητική ευθύνη για τις υπηρεσίες που λειτουργούν στο Κέντρο (Ιατρείο, Φυσικοθεραπείας κ.α.).

Ζ) Συνεργασία με την Διοίκηση του Κέντρου: Ο Κοινωνικός Λειτουργός έχει την ευθύνη για την οργάνωση και αξιοποίηση των εθελοντών. Επίσης, έχει την ευθύνη για την εκπαίδευση των φοιτητών Κοινωνικής Εργασίας και άλλων

σπουδαστών παραϊατρικών επαγγελμάτων που θα κάνουν την πρακτική τους άσκηση εκεί.

Η) Επικοινωνία με τοπικούς φορείς: Με σκοπό την διαφώτιση και την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα.

Θ) Οργάνωση διαφόρων εκδηλώσεων: Εκδρομές, επιμορφωτικές ομιλίες και γενικότερα ο Κοινωνικός Λειτουργός αντιμετωπίζει κάθε έκτακτο θέμα που θα προκύψει στην λειτουργία του Κέντρου.

❖ **ΡΟΛΟΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ:** Ο ρόλος του Εργοθεραπευτή αποσκοπεί στην πρόληψη και αποκατάσταση. Στόχος είναι η αισθητική και ψυχοσυναισθηματική βελτίωση των ηλικιωμένων ανάλογα με τα προβλήματα, τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα του κάθε ηλικιωμένου. Ο Εργοθεραπευτής έχει σαν μέλημα του την δραστηριοποίηση και αξιοποίηση του μέλους για δημιουργική απασχόληση και παραγωγικό έργο.

Ακόμη, απευθύνεται στην κοινότητα οργανώνοντας διάφορα επιμορφωτικά προγράμματα, με σκοπό την δημιουργία καλύτερων σχέσεων ανάμεσα στις γενεές.

Τέλος, στα άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρότερα προβλήματα όπως κινητικά, νοητικά κ.α. παρέχει ειδική θεραπεία αποκατάστασης που περιλαμβάνει εκτός από το ίδιο το άτομο και το οικογενειακό περιβάλλον.

❖ **ΡΟΛΟΣ ΙΑΤΡΟΥ:** Ο γιατρός αποτελεί τον προϊστάμενο της ιατρικής υπηρεσίας του κέντρου. Παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Δηλαδή, αναλαμβάνει την συνταγογράφηση καθώς και την παραπομπή σε άλλες εξειδικευμένες ειδικότητες, ακόμα και στον Φυσιοθεραπευτή του κέντρου. Παρέχει οδηγίες για φαρμακευτική αγωγή, σε έκτακτες περιπτώσεις ο γιατρός μπορεί να επισκεφθεί το μέλος και στο σπίτι του και να του προσφέρει την βοήθεια του.

❖ **ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ:** Η ιατρική υπηρεσία του κέντρου περιλαμβάνει και την ειδικότητα του Νοσηλευτή. Ο ρόλος του νοσηλευτή αφορά στην πρόληψη καθώς και στην παροχή πρώτων βοηθειών. Ο νοσηλευτής καταγράφει το ατομικό νοσηλευτικό φάκελο του κάθε μέλους. Κάνει εμβόλια, μέτρηση πίεσης, σακχάρου, χοληστερίνης κ.α. Σε περίπτωση ασθένειας του μέλους και μετά από εντολή του γιατρού επισκέπτεται του ηλικιωμένου και εφαρμόζει την νοσηλευτική αγωγή. Τέλος, παρέχει πληροφορίες σχετικά με θέματα ατομικής και δημόσιας υγείας.

❖ **ΡΟΛΟΣ ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ:** Στηρίζεται στην Πρόληψη-Βελτίωση-Συντήρηση και Αποκατάσταση παθήσεων του Νευρικού, Μυϊκού συστήματος κ.α. Η φυσιοθεραπεία σε κάποιο μέλος γίνεται μέσω παραπομπής από τον γιατρό του κέντρου ή όχι. Ο ρόλος του φυσιοθεραπευτή δεν περιορίζεται μόνο στο κέντρο, σε ορισμένες περιπτώσεις γίνεται κατ' οίκον θεραπεία σε άτομα που δεν μπορούν να μετακινηθούν.

❖ **ΡΟΛΟΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΩΝ ΒΟΗΘΩΝ:** Προσφέρουν πρακτικές υπηρεσίες στο σπίτι των μελών, σε άτομα τα οποία ζουν μόνα τους και έχουν ιδιαίτερες ανάγκες φροντίδας. Μερικές από αυτές τις υπηρεσίες είναι:

A) Μικροεξυπηρετήσεις σε ψώνια-λογαριασμούς.

B) Τακτοποίηση της οικίας σε άτομα που δεν αυτοεξυπηρετούνται.

Γ) Βοήθεια στην περιποίηση και ατομική υγιεινή.

Δ) Πρακτική βοήθεια στο χώρο του Κ.Α.Π.Η. (σερβίρισμα-συνοδεία).

E) Φροντίδα για την καθαριότητα και τον ευπρεπισμό των χώρων του

Κ.Α.Π.Η. (Οργανισμός Εσωτερικής Υπηρεσίας Κ.Α.Π.Η.).

Τα Κ.Α.Π.Η. προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες στους ηλικιωμένους εδώ και αρκετά χρόνια, όμως παρ' όλη την προσφορά των υπηρεσιών τους τα Κέντρα αντιμετωπίζουν και αρκετά προβλήματα που δυσχεραίνουν την προσπάθεια των επαγγελματιών για την περαιτέρω ανάπτυξη του θεσμού.

Στελέχη των Κ.Α.Π.Η. και ειδικοί επιστήμονες έχουν διαπιστώσει τα ακόλουθα προβλήματα:

- **Οικονομικό:** Το οποίο επικεντρώνεται κυρίως στις ελλείψεις κρατικές επιχορηγήσεις, οι οποίες δυσχεραίνουν την ανάπτυξη του Κέντρου.
- **Διοικητικά θέματα:** Ελλιπής στελέχωση κατάλληλου προσωπικού.
- **Στέγαση:** Χωροταξικά και κτιριολογικά προβλήματα π.χ. ακατάλληλα κτήρια για να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων μελών (δύσκολη προσπελασιμότητα κ.α.).
- **Ορθή υλοποίηση των προγραμμάτων:** Οφείλεται κυρίως στον φόρτο εργασίας του προσωπικού του Κέντρου.
- **Ο μεταβαλλόμενος αριθμός των μελών:** Μεγάλος αριθμός των εγγεγραμμένων μελών που υπερβαίνει τις βασικές προδιαγραφές.
- **Ο τρόπος αντιμετώπισης του Κέντρου από τα μέλη:** Οι άνδρες τον θεωρούν σαν χώρο ψυχαγωγίας, οι γυναίκες πηγαίνουν κυρίως για προληπτικό έλεγχο της υγείας τους και πληροφόρηση. (Εμκε- Πουλοπούλου, 1999).

Οι λόγοι που οδήγησαν στην δημιουργία των παραπάνω προβλημάτων ήταν πολλοί, όλοι περικλείονται γύρω από το πρίσμα της ελλιπής και χωρίς σχεδιασμό κοινωνικής πολιτικής.

Σαν βασική αιτία της κατάστασης που επικρατεί σήμερα στα περισσότερα από αυτά τα Κέντρα, είναι τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Δήμοι, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν και την οικονομική δραστηριότητα και λειτουργία των Νομικών τους προσώπων όπως είναι τα Κ.Α.Π.Η. Επίσης η έλλειψη Κεντρικών Κοινωνικών Υπηρεσιών στους περισσότερους Δήμους επιφέρει και την έλλειψη συντονισμού όλων των κοινωνικών υπηρεσιών που εφαρμόζονται σε ένα Δήμο με αποτέλεσμα να έχουμε πολυδιάσπαση υπηρεσιών χωρίς κεντρικό σχεδιασμό, έρευνα και οργάνωση (Δρακάκης, 2005:36).

Το Κ.Α.Π.Η. δημιουργήθηκε για να εξυπηρετήσει τις ανάγκες των ηλικιωμένων. Στην πορεία του χρόνου αντιμετώπισε και συνεχίζει ν' αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα τα οποία προσπαθούν ν' αντιμετωπίσουν το προσωπικό και τα μέλη του Κέντρου. Παρ' όλα αυτά η προσφορά των υπηρεσιών του στους ηλικιωμένους είναι αναγνωρισμένη.

«Η καταξίωση του θεσμού στην συνείδηση των ηλικιωμένων αλλά και των πολιτών της ελληνικής κοινωνίας είναι δεδομένη και η επίτευξη των στόχων έχει πραγματοποιηθεί σε μεγάλο ποσοστό, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν έχουν εντοπιστεί πολλά κενά αλλά και άλλα προβλήματα.» (Παναγιωτάκης, 2005:263).

«Η ιδέα, ο σχεδιασμός λειτουργίας και οργάνωσης των κέντρων, ανταποκρίνονται πραγματικά στα Ευρωπαϊκά πρότυπα των αναπτυγμένων κοινωνιών. Παρ' όλα αυτά είναι ανάγκη να υπάρξουν κοινωνικές μελέτες- έρευνες, για να διαπιστωθούν οι πραγματικές ανάγκες των ηλικιωμένων, έτσι ώστε η απλή και πολύπλευρη ενημέρωση του κοινού, η παιδεία και η επιμόρφωση των ηλικιωμένων και η προώθησή τους στα κοινά, να είναι σπουδαίος παράγοντας για την απορρόφηση σύγχρονων επιστημονικών εφαρμογών.» (Παναγιωτάκης, 2008:41)

ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Η υγειονομική περίθαλψη στο σπίτι είναι μέρος της συνεχούς φροντίδας υγείας, όπου οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε άτομα και οικογένειες στον τόπο διαμονής τους, με στόχο την προώθηση ή/και διατήρηση της υγείας, την αποκατάσταση ή την βελτίωση του επιπέδου ανεξαρτησίας και ποιότητας ζωής. Η ανάγκη για φροντίδα υγείας στο σπίτι είναι διαρκώς αυξανόμενη στις μέρες μας.

Λόγοι για την ανάπτυξη της Φροντίδας Υγείας στο Σπίτι είναι οι εξής:

- Την πιο αποτελεσματική, αποδοτική και κατάλληλη παροχή φροντίδας σε άτομα που έχουν ανάγκη τέτοιων υπηρεσιών στον τόπο που ζουν,
- Την αποσυμφόρηση των νοσοκομειακών κλινών και,
- Το ολοένα αυξανόμενο κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Μια ποικιλία από έρευνες έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από τέτοιες υπηρεσίες. Μια τριετής έρευνα πάνω σε άτομα 80ετών και άνω η οποία πραγματοποιήθηκε από τους (Bowling et al., 1997 στο Tanner, 2003) έδειξε, ότι κεντρική ιδέα όσον αφορά στο θέμα των επιτυχών γηρατειών ήταν η δυνατότητα να διατηρηθούν οι ηλικιωμένοι υγιείς, να διατηρήσουν την κοινωνική επαφή και να εξασκούν το δικαίωμά τους να αποφασίζουν με ποιόν και που θα ζουν. Η ίδια έρευνα έδειξε ότι οι δραστηριότητες που θεωρούνταν πιο δύσκολες από τους ηλικιωμένους στο να πραγματοποιηθούν ήταν οι δουλειές που αφορούσαν το σπίτι, τα ψώνια, την χρήση της αστικής συγκοινωνίας και ότι έχει σχέση με τις οικονομικές συναλλαγές.

«Το σπίτι δεν είναι απλώς ένα φυσικό περιβάλλον, μπορεί να περικλείει την κοινωνική και προσωπική ταυτότητα ενός ηλικιωμένου ατόμου (Clark et al. 1998 στο Tanner, 2003:502).

Μια δομή που στοχεύει στην παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών υγείας είναι και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», το οποίο μαζί με τις «Υπηρεσίες Κοινωνικής Μέριμνας», λειτουργούν στα πλαίσια των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΦΕΚ 1127/τ. Β./30.08.2001) και συγχρηματοδοτούνται από την Ε.Ε. στο πλαίσιο του Β' και του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης.

Οικιακή Φροντίδα, (επίσης αναφέρεται ως κατ' οίκον βοήθεια), είναι η υγειονομική περίθαλψη ή υποστηρικτική φροντίδα που παρέχεται στο σπίτι του ασθενούς από επαγγελματίες υγείας (που συχνά αναφέρεται ως ιατρική περίθαλψη στο σπίτι ή επαγγελματική φροντίδα. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, είναι επίσης γνωστή ως ειδικευμένη περίθαλψη) ή από την οικογένεια και τους φίλους (γνωστοί και ως

φροντιστές, πρωταρχικός φροντιστής, ή εθελοντικοί φροντιστές που παρέχουν άτυπη φροντίδα). Συχνά, ο όρος κατ' οίκον περίθαλψη χρησιμοποιείται για να διακρίνει την μη ιατρική περίθαλψη ή επιτηρούμενη περίθαλψη, η οποία είναι η φροντίδα που παρέχεται από πρόσωπα που δεν είναι νοσηλευτές, γιατροί, ή άλλο εγκεκριμένο ιατρικό προσωπικό, από την μακροχρόνια φροντίδα υγείας στο σπίτι, η οποία αναφέρεται στη φροντίδα που παρέχεται από εξουσιοδοτημένο προσωπικό. (Wikipedia, 2011).

Υπάρχουν τρία επαγγέλματα στην Ελλάδα που έχουν ως κύριο αντικείμενο την παροχή των κοινοτικών υπηρεσιών νοσηλευτικής. Αυτοί είναι οι Νοσηλευτές, οι Επισκέπτες Υγείας, και οι Μαίες.

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

Οι βασικές ειδικότητες οι οποίες στελεχώνουν ένα πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι είναι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, οι Νοσηλευτές και οι Οικογενειακοί Βοηθοί ενώ σαν εξωτερικοί συνεργάτες λειτουργούν οι Ιατροί και οι Φυσιοθεραπευτές.

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το πρόγραμμα προβλέπει την ύπαρξη:

- Ενός Κοινωνικού Λειτουργού, ο οποίος θα είναι υπεύθυνος για τον συντονισμό του προγράμματος.
- Ενός έως δυο νοσηλευτών ή νοσηλευτριών.
- Ενός έως τριών Οικογενειακών Βοηθών ή Κοινωνικών Φροντιστών.

Σύμφωνα με την τροποποιημένη Κοινή Υπουργική Απόφαση με αρ. οικ. 60292/2158/27.08.2008 (ΦΕΚ 1683/2/2010) «οι ανάδοχοι παροχής υπηρεσιών οφείλουν να απασχολούν υποχρεωτικά ανά Δομή, κατ' ελάχιστον τρία άτομα προσωπικό, τουλάχιστον ένα άτομο ανά ειδικότητα, όπως αυτές περιγράφονται κατωτέρω:

- Κοινωνικό/ή λειτουργό (πτυχιούχο ΑΕΙ/ΤΕΙ, με άδεια άσκησης επαγγέλματος) ή Ψυχολόγο ΑΕΙ ή πτυχιούχο ΑΕΙ Κοινωνιολογίας ή Κοινωνικής Πολιτικής ή Κοινωνικής Διοίκησης.
- Νοσηλευτή/τρια (με άδεια άσκησης επαγγέλματος και οποιοδήποτε πτυχίο ή δίπλωμα ΙΕΚ [πιστοποιημένο από τον ΟΕΕΚ] ή Σχολών Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης ή άλλου ισότιμου τίτλου Σχολών της ημεδαπής ή της αλλοδαπής με

άδεια άσκησης επαγγέλματος) ή Επισκέπτη Υγείας (ΤΕΙ).
• Βοηθητικό προσωπικό.»

Επιπλέον σύμφωνα με την ίδια απόφαση μπορούν να απασχοληθούν και οι εξής ειδικότητες εάν αυτό κριθεί αναγκαίο:

- Ιατρός.
- Επισκέπτες Υγείας.
- Εργοθεραπευτές.
- Φυσιοθεραπευτές.
- Επιμελητές Πρόνοιας ή Κοινωνικούς Φροντιστές.
- Λογιστή.
- Αρμόδιο διοικητικών ενεργειών.
- Οδηγό/ούς οχημάτων.

ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Κοινωνικός Λειτουργός

Ένας επαγγελματίας Κοινωνικός Λειτουργός ο οποίος εργάζεται στο Βοήθεια στο Σπίτι είναι στην ουσία εκείνος που αναλαμβάνει τον συντονισμό του. Πραγματοποιεί εργασία με άτομα, ομάδες και κοινότητα. Πιο αναλυτικά μερικές από τις αρμοδιότητές του είναι οι εξής:

- Κάνει έρευνα των ατόμων που πρέπει να ενταχθούν στο πρόγραμμα, συνεργαζόμενος με άλλους φορείς.
- Λαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό 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.
- Αναλαμβάνει την κοινωνική και ψυχολογική στήριξη των ατόμων αυτών.
- Συνεργάζεται με υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας και με άλλους φορείς που καλύπτουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων και των Α.Μ.Ε.Α.
- Συνοδεύει σε Ιατρικά Κέντρα.
- Μαζί με τη Νοσηλεύτρια κανονίζει τις επισκέψεις του Ιατρού του προγράμματος εκεί που τον έχουν ανάγκη.

- Συνεργάζεται με τις εκκλησίες της περιοχής και άλλους συλλόγους, προκειμένου να καλυφθούν τυχόν ανάγκες των μελών του προγράμματος. (Περγάμαλη, 2006: 25).

Νοσηλευτικό Προσωπικό

Η νοσηλεύτρια ασχολείται με τα μέλη του προγράμματος σε τρία επίπεδα. Σε **πρώτο επίπεδο**, ασχολείται με νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως η μέτρηση του σακχάρου, της αρτηριακής πίεσης, η πρόληψη και θεραπεία κατακλίσεων κ.α. Σε **δεύτερο επίπεδο**, ασχολείται με την μετανοσοκομειακή παρακολούθηση των ατόμων και πιο συγκεκριμένα με την λήψη φαρμάκων και την περιποίηση τραύματος, αλλά και με την ατομική υγιεινή του μέλους και την προσαρμογή του διαιτολογίου σύμφωνα με την φαρμακευτική αγωγή και γενικά με την νόσο.

Σε **τρίτο επίπεδο**, συνεργάζεται με το μέλος αλλά και τα άτομα του περιβάλλοντός του, για την εκμάθηση απλών νοσηλευτικών πράξεων και επισημαίνει τους κινδύνους που εμπεριέχει κάθε νόσος. Τέλος, παραπέμπει τον ηλικιωμένο στον γιατρό ανάλογης ειδικότητας ή στο νοσοκομείο εάν προκύψει ανάγκη.

Οικογενειακός Βοηθός

Αυτή η ειδικότητα περιλαμβάνει αρχικά την περιποίηση της κατοικίας του ηλικιωμένου μέλους, την προμήθεια των φαρμάκων και των τροφίμων, την πληρωμή των λογαριασμών, την συνοδεία στον Γιατρό σε συνεργασία με τον/ την Νοσηλεύτη /-τρια ή τον/ την Κοινωνικό/-ή Λειτουργό και σε συνεργασία με τον/ την νοσηλεύτη/-τρια αναλαμβάνει την ατομική καθαριότητα του ηλικιωμένου.

Πολύ σημαντική είναι και η παρουσία του Φυσιοθεραπευτή η οποία αν και θεωρείται σαν μια δευτερεύουσα ειδικότητα που μπορεί να εργάζεται στο πρόγραμμα, συμβάλλει σημαντικά στην βελτίωση της ζωής των ηλικιωμένων ή έστω στην ανακούφιση τους από τα ποικίλα κινητικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν. Η φυσικοθεραπεία κατ' οίκον πραγματοποιείται «με χρήση φορητών μηχανημάτων και εκπαίδευσης του ηλικιωμένου και του περιβάλλοντός του, για αποτελεσματική θεραπεία και αποκατάσταση». (Λιάκου, 1998:204)

Για την εισαγωγή ενός ηλικιωμένου ατόμου στο Πρόγραμμα είναι απαραίτητα κάποια κριτήρια:

1. **Για τα άτομα τα οποία έχουν εξαρτώμενα μέλη** :
 - το οικογενειακό εισόδημα
 - η οικογενειακή κατάσταση

- η εργασιακή κατάσταση
- 2. **Για τα εξαρτώμενα μέλη:**
- η κατάσταση υγείας
- το εισόδημα και
- η οικογενειακή κατάσταση(ΦΕΚ 1683/22/10/2010).

Για την λειτουργία ενός Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» χρειάζεται να κατατεθεί αίτηση για έγκριση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Οι παρακάτω φορείς μπορούν να υποβάλλουν αίτηση:

- Υπηρεσίες Υπουργείων και Περιφερειών.
- Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.).
- Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.).
- Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης α΄ και β΄ βαθμού και οι επιχειρήσεις τους.

- Η Εκκλησία, οι οργανωτικές υποδιαιρέσεις και οι φορείς της.

Τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» εγκρίνονται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εφόσον καλύπτονται από τον φορέα οι απαιτούμενες προϋποθέσεις για την υλοποίηση του προγράμματος. Η εφαρμογή του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» τελεί υπό την εποπτεία της αρμόδιας Διεύθυνσης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία μπορεί να την αναθέτει στο αρμόδιο Τμήμα του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. ή της οικείας Περιφέρειας. Με την εγκριτική απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορεί να συγκροτηθεί τριμελής επιτροπή παρακολούθησης του προγράμματος από υπαλλήλους των αρμόδιων υπηρεσιών (Ν. 3106 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας»).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ Π.Β.σ.Σ.

Προκειμένου να λειτουργήσουν τέτοια προγράμματα τα οποία επιτελούν πολύ σημαντικό έργο στο κομμάτι της φροντίδας της ευπαθούς ομάδας των ηλικιωμένων αλλά και των Α.Μ.Ε.Α., είναι απαραίτητες κάποιες προϋποθέσεις οι οποίες όμως δυστυχώς φαίνεται να μην πληρούνται.

Αρχικά κρίσιμο είναι το θέμα της **οικονομικής στήριξης** των προγραμμάτων από την Τοπική αυτοδιοίκηση. Οι μονάδες Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνικής Μέριμνας χρηματοδοτούνται από τα Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα (75% από το Ευρωπαϊκό Κοινοτικό Ταμείο και 25% από εθνικούς πόρους) για τα

πρώτα τρία χρόνια λειτουργίας τους και για τα επόμενα χρόνια προβλέπεται ότι πρέπει να αναλάβουν τη χρηματοδότησή τους οι Δήμοι.

Ωστόσο, η μέχρι τώρα εμπειρία δείχνει ότι οι περισσότεροι δήμοι – και ιδιαίτερα οι λιγότερο εύρωστοι- αδυνατούν να αντεπεξέλθουν στην κάλυψη των λειτουργικών εξόδων των πλαισίων άσκησης κοινωνικής πολιτικής που τα τελευταία χρόνια έχουν μεταδοθεί στην δικαιοδοσία τους από την κεντρική διοίκηση. (Κανδυλάκη και Καραγκούνης, 2005)

Δύο επίσης, σημαντικά θέματα που μπορούν να εντοπιστούν στην βραχύχρονη ιστορία του θεσμού στην χώρα μας και συνδέονται στενά με την οικονομική στήριξη του προγράμματος, είναι η **ελλιπής στελέχωση του** – τόσο αριθμητικά όσο και με τις ειδικότητες, που συγκροτούν την διεπιστημονική ομάδα, η πενιχρή υποδομή αλλά και ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός που διαθέτουν (Αμηρά, κ.α., 2002 στο Κανδυλάκη και Καραγκούνης, 2005)

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μην μπορούν να παρέχονται όλες οι υπηρεσίες στους ηλικιωμένους, όπως για παράδειγμα η μη εξυπηρέτηση πολλών ηλικιωμένων λόγω του ότι δεν υπάρχει οδηγός ή και όχημα για να μεταβούν οι ειδικοί στους διάφορους δήμους.

Ένα ακόμα σημαντικό θέμα, είναι η **μη ανάπτυξη δράσεων** για την προώθηση της κοινωνικής ένταξης των ηλικιωμένων στην τοπική κοινωνία. Σύμφωνα με τους Κανδυλάκη και Καραγκούνη (2005), «είναι γεγονός ότι η πλειονότητα των προγραμμάτων δείχνει σταθερό προσανατολισμό στον τομέα της αντιμετώπισης, της συμπτωματολογίας, της πιθανής ασθένειας του ηλικιωμένου, στην βελτίωση της λειτουργικότητας, στην παρακολούθηση της φαρμακευτικής ή άλλου τύπου αγωγής, στην συναισθηματική ή άλλου τύπου υποστήριξη του εξυπηρετούμενου ή του στενού του περιβάλλοντος».

Βέβαια, δεν θα πρέπει να υποβαθμίζεται ο ρόλος των ενεργειών αυτών, ωστόσο γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη η προσπάθεια διασύνδεσης του προγράμματος με την υπόλοιπη τοπική κοινωνία μιας και δεν υπάρχει ούτε ενημέρωση ούτε ευαισθητοποίηση γύρω από το πρόγραμμα και το έργο που επιτελεί.

ΜΟΝΑΔΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

Η δημιουργία της μονάδας Κοινωνικής Μέριμνας στηρίζεται στα πλαίσια του Μέτρου 5.2 του Επιχειρησιακού Προγράμματος "ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ", «Συνεχιζόμενη Κατάρτιση και Προώθηση της Απασχόλησης» [Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Γενική Γραμματεία Διαχείρισης Κοινοτικών και άλλων Πόρων. Γ' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης] του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, καθώς επίσης και την Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (ΚΕΔΚΕ) (Δήμος Βελβέντου, 2004)

Αποτελεί συνέχεια της λειτουργίας της Μονάδας Κοινωνικής Μέριμνας που όπως προαναφέραμε μαζί με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» με το οποίο έχουν κοινό προσανατολισμό, υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο του Β' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης. Η χρηματοδότηση των παραπάνω έργων προέρχεται κατά 65% από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.) και κατά 35% από το Ελληνικό Δημόσιο. (Αναπτυξιακή Ηρακλείου, 2010).

Οι υπηρεσίες του προγράμματος είναι δωρεάν και παρέχονται κατ' οίκον, ενώ απευθύνονται σε:

- Ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνα τους.
- Ηλικιωμένα άτομα που διαβιούν μέσα σε οικογενειακό περιβάλλον, αλλά που αντιμετωπίζουν προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης.
- Άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες.
- Άτομα με αναπηρίες.
- Άτομα που έχουν ανάγκη ψυχολογικής και συμβουλευτικής υποστήριξης.

(Δήμος Βελβέντου, 2004)

Πέρα όμως από τα οφέλη που αποκομίζει ο ηλικιωμένος ο οποίος και είναι ο άμεσος αποδέκτης των υπηρεσιών αυτών σύμφωνα με την Κ.Υ.Α. υπ' αριθμ. 111135/1233 (ΦΕΚ 772/Β/ 15.5.2007) Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης και Ελέγχου - Διαδικασία Εφαρμογής των Πράξεων α) «Ενέργειες στήριξης ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν βοήθειας για την ενίσχυση της απασχολησιμότητας των εμμέσως ωφελομένων ατόμων» και β) «Ενέργειες ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και βελτίωσης της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων και ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθειας», στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς για την Προγραμματική Περίοδο 2007–2013, οφέλη προβλέπονται και για

το οικογενειακό περιβάλλον του ηλικιωμένου ατόμου που είναι εξαρτημένο από αυτήν αλλά και γενικότερα για το κράτος, αφού «η παρέμβαση στοχεύει και στην ενίσχυση της απασχολησιμότητας και της ισότιμης συμμετοχής των έμμεσα ωφελουμένων ατόμων στην εργασία μέσω της ενίσχυσης τους, με την παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένα και λοιπά άτομα μη δυνάμενα να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα.

Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η ουσιαστική διευκόλυνση των έμμεσα ωφελούμενων ατόμων ως προς την ενσωμάτωσή τους στο ενεργό εργασιακά ανθρώπινο δυναμικό, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη της οικονομίας σε μια κοινωνία ίσων ευκαιριών. Καθώς επίσης και στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής με την ισότιμη πρόσβαση όλων στην αγορά εργασίας και την πρόληψη φαινομένων περιθωριοποίησης και κοινωνικού αποκλεισμού».

Ουσιαστικά, οι υπηρεσίες που προσφέρει μια Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας αποτελούν μια ευκαιρία για τον γυναικείο πληθυσμό να ενταχθεί ξανά στο εργατικό δυναμικό, μιας και εκείνες αποτελούν κατά κύριο λόγο τους φροντιστές των ηλικιωμένων και επομένως δημιουργείται μια σύγκρουση ανάμεσα στις οικογενειακές υποχρεώσεις και στις υποχρεώσεις οι οποίες προκύπτουν από την εργασία, τις οποίες το πρόγραμμα αυτό με την λειτουργία του εναρμονίζει.

Όσον αφορά στις ειδικότητες τις οποίες απασχολεί μια Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας, αυτές είναι:

- 1 Κοινωνικός Λειτουργός.
- 1 Νοσηλεύτρια
- 1 Οικογενειακή Βοηθός

Πέρα από αυτές τις βασικές ειδικότητες το πρόγραμμα μπορεί να απασχολεί και τους εξής:

- Ιατρό.
- Επισκέπτες Υγείας.
- Εργοθεραπευτές.
- Φυσιοθεραπευτές.
- Επιμελητές Πρόνοιας ή Κοινωνικούς Φροντιστές.
- Λογιστή.
- Αρμόδιο διοικητικών ενεργειών.

- Οδηγός/ ούς οχημάτων.

Πιο αναλυτικά:

Κοινωνικός Λειτουργός:

- Είναι υπεύθυνος για την λειτουργία και οργάνωση του προγράμματος.
- Πραγματοποιεί έρευνα για την υγεία, τις συνθήκες διαμονής, διατροφής, την οικογενειακή και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του εξυπηρετούμενου.
- Καταγράφει τα περιστατικά, αξιολογεί και προσδιορίζει τις ανάγκες του υποψήφιου κάθε φορά εξυπηρετούμενου και κρίνει αν το άτομο πληροί τις προϋποθέσεις προκειμένου να ενταχθεί στο πρόγραμμα.
- Καθορίζει την συχνότητα των επισκέψεων και τη ροή του προγράμματος (σε συνεργασία πάντα με την υπόλοιπη ομάδα)
- Πραγματοποιεί κατ' οίκον επισκέψεις για ψυχολογική / συναισθηματική στήριξη.
- Ενημερώνει για τα προνοιακά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων.
- Υποστηρίζει και συμβουλεύει την οικογένεια και το άτομο, διευκολύνει τους μοναχικούς ανθρώπους να επικοινωνήσουν, να ενημερωθούν, να έχουν συμμετοχή στην τοπική κοινωνία.
- Αποτελεί τον συνδετικό κρίκο με υπηρεσίες Υγείας - Πρόνοιας και άλλους φορείς που καλύπτουν ανάγκες του εξυπηρετούμενου. (Μαυραγάκη, 2007).

Νοσηλεύτρια:

- Μέτρηση ζωτικών σημείων (αρτηριακή πίεση, Σακχαρώδη Διαβήτη).
- Ατομική υγιεινή (μπάνιο) του ηλικιωμένου.
- Εξυπρέτηση σε συνταγογράφηση φαρμάκων από την γιατρό του ΚΑΠΗ.
- Ενεσοθεραπεία.
- Πρόληψη και θεραπεία κατακλίσεων.
- Συμβουλευτική σε τρόπους θεραπευτικής αγωγής, πάντοτε κατόπιν συνεργασίας με τον θεράποντα Ιατρό.

Οικογενειακή Βοηθός:

- Οικογενειακή φροντίδα (καθαριότητα του σπιτιού, μαγείρεμα, πλύσιμο ρούχων και πιάτων, σιδέρωμα).
- Ατομική φροντίδα (φαγητό, ντύσιμο, ξάπλωμα - σήκωμα από το κρεβάτι, μπάνιο, ατομική υγιεινή, κίνηση μέσα και έξω από το σπίτι, χορήγηση φαρμάκων, γράψιμο επιστολών, συντροφιά).

- Συνοδεία στο γιατρό.
- Εξωτερικές εργασίες (ψώνια, πληρωμή λογαριασμών, αγορά φαρμάκων). (Μαυραγάκη, 2007).

3.1. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ Κ.Α.Π.Η, ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΤΗΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥΣ.

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ Κ.Α.Π.Η.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ:

Το 1979 η Διεύθυνση Προστασίας των ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνεργάστηκε με τον όμιλο εθελοντών με σκοπό να δημιουργήσουν ένα Πειραματικό Κέντρο Ανοιχτής (εξωϊδρυματικής) Προστασίας Ηλικιωμένων το οποίο θα στελεχωνόταν με διάφορες ειδικότητες: Γιατρό, Κοινωνικό Λειτουργό, Επισκέπτη Υγείας ή Νοσηλεύτη, Εργοθεραπευτή, Φυσικοθεραπευτή, Οικογενειακό Βοηθό.

Ο όμιλος εθελοντών συμφώνησε να κλείσει το πρόγραμμα με την ονομασία «Στέκι του παππού και της γιαγιάς» το οποίο λειτουργούσε μέχρι τότε με παροχή συσσιτίου. Έτσι, δημιουργήθηκε το Α΄ Κ.Α.Π.Η. με την ονομασία Πρότυπο Κ.Α.Π.Η. Νέου Κόσμου.

Μέχρι το τέλος του 1981 λειτούργησαν 8 ΚΑΠΗ με φορείς Εθελοντικές Οργανώσεις τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, τη ΧΕΝ, το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού και ακόμη με τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας.

Το 1982 ο θεσμός περνάει στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και αποτελεί Ν.Π.Δ.Δ. των Δήμων και Κοινοτήτων. Σ' αυτήν την περίοδο τα Κ.Α.Π.Η. αρχίζουν να αναπτύσσονται και να εξαπλώνονται σ' όλη την χώρα.

«Το βασικό νομοθέτημα το οποίο διέπει τη σύσταση των Κ.Α.Π.Η. είναι το Ν.Δ. 162/1974, 'Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων' (ΦΕΚ Α΄ 227). Η σύσταση, η λειτουργία, η διοίκηση, η στελέχωση και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών των Κ.Α.Π.Η. ρυθμίζονται με το Ν.Δ. 162/73, όπως συμπληρώθηκε από το Π.Δ. 631/74. Με το Ν. 1416/84, για την ενίσχυση της αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, το κράτος μεταβίβασε στην τοπική αυτοδιοίκηση την ανάπτυξη του θεσμού των Κ.Α.Π.Η.

Σύμφωνα με το νόμο προβλέπεται η ετήσια επιχορήγηση, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, των δήμων και των κοινοτήτων, καθώς και των Κ.Α.Π.Η. των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, για σκοπούς και δραστηριότητες αρμοδιότητας του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.» (Κρεμαλής, 1990).

Μέχρι το τέλος του 1988 το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μέσω της Διεύθυνσης Προστασίας Ηλικιωμένων είχε αναλάβει τις δαπάνες μισθοδοσίας και λειτουργικών εξόδων των Κ.Α.Π.Η.

Από το 1989 η αρμοδιότητα διοίκησης, λειτουργίας, δαπάνες μισθοδοσίας των Κ.Α.Π.Η. περιήλθε στην τοπική αυτοδιοίκηση. Αυτό επηρέασε αρνητικά την περαιτέρω ανάπτυξη του θεσμού, εξαιτίας των περικοπών που έκαναν οι Δήμοι στις δαπάνες μισθοδοσίας και στα λειτουργικά έξοδα.

Μέχρι και το 1990 το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνέχισε να επιχορηγεί το θεσμό για εξοπλισμό και κτιριακά έξοδα, αλλά κυρίως συνέχισε να έχει την εποπτεία και την φροντίδα του θεσμού.

Τέλος, από το 1991 και μετά το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης διαφοροποιεί την θέση του και υποστηρίζει ότι τα Κ.Α.Π.Η. δεν ανήκουν πια στο Υπουργείο Υγείας αλλά στο Υπουργείο Εσωτερικών. (Σημειώσεις κ. Βάντση, 2006).

Τα Κ.Α.Π.Η στις μέρες μας αξιοποιούνται ως χώρος συνάντησης ηλικιωμένων αλλά και παροχής διαφόρων υπηρεσιών όπως: φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα και κοινωνική εργασία η οποία προσανατολίζεται όχι μόνο με τους ηλικιωμένους μέλη των Κ.Α.Π.Η αλλά και στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον. Πέρα από την άσκηση αμιγούς κοινωνικής εργασίας στα καθήκοντα του κοινωνικού λειτουργού εντάσσεται και η ευθύνη για το συντονισμό και τη λειτουργία της όλης οργάνωσης. (Αμηρά, κ.α., 1986).

Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ

Η βασική ιδέα της δημιουργίας του θεσμού του Κ.Α.Π.Η βασίστηκε στο γεγονός ότι έχει μεγάλη σημασία το άτομο να παραμείνει στο οικείο περιβάλλον του και να συνεχίσει να δραστηριοποιείται εκεί, διότι μ' αυτόν τον τρόπο συνεχίζει ν' αναπτύσσει την προσωπικότητα του.

Οι αλλαγές που συντελέστηκαν μέχρι να οδηγηθούμε στην συγκεκριμένη διαπίστωση ήταν αρκετές. Οι αλλαγές αυτές έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στο να

ληφθούν καλύτερα μέτρα προστασίας για τους ηλικιωμένους, με πρωταρχική σκέψη τον ίδιο τον ηλικιωμένο και τις ανάγκες του.

Μια από τις σημαντικότερες αλλαγές που συντελέστηκαν στον τομέα αυτό και έκριναν απαραίτητο την λήψη πιο οργανωμένων δράσεων για τους ηλικιωμένους, ήταν οι αλλαγές στις σχέσεις και τους δεσμούς της οικογένειας σε σχέση με το παρελθόν.

«Ανάμεσα στους παράγοντες που συντέλεσαν στον μετασχηματισμό των οικογενειακών-διαγενεακών σχέσεων είναι η αστικοποίηση, η βιομηχανοποίηση, ο εκσυγχρονισμός, ενώ θα πρέπει να προστεθούν και οι εξελίξεις ως προς τα δημογραφικά μεγέθη που επιδρούν αποφασιστικά στην δομή της οικογένειας.» (Μαράτου-Αλιπράντη, 1999: 53).

Το άτομο παρ' όλες τις αλλαγές που συμβαίνουν γύρω του εκείνο που μένει σταθερό είναι η επιθυμία της παραμονής στο οικείο περιβάλλον και η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης. Μετά και από τις δυσμενείς επιδράσεις της παραμονής των ηλικιωμένων σε ιδρύματα, θεμελιώθηκε η ιδέα της παραμονής στο σπίτι. Μέσα στα δικαιώματα των ηλικιωμένων τα οποία είναι και συνταγματικά κατοχυρωμένα (τα οποία αναφέραμε και παραπάνω), είναι και η αποφυγή της βίαιης απομάκρυνσης των ηλικιωμένων από τα άτομα που αγαπούν ανεξάρτητα από τον βαθμό φροντίδας που χρειάζονται.

«Ο Θεσμός της Παραμονής στο Σπίτι έχει σαν φιλοσοφία ότι κάθε κοινωνία για να προάγει μια ζωή ποιότητας των μελών της, έχει ανάγκη από την δημιουργική δράση όλων των πληθυσμιακών της ομάδων. Κάθε άτομο, χωρίς διάκριση ηλικίας ή κατάσταση υγείας και μειονεξίας, μπορεί να έχει τη θέση του μέσα στη μικρή ή ευρύτερη κοινότητα σαν ζωντανό κύτταρο, εφόσον συνειδητοποιήσει τις ικανότητες του, και δεν αντιμετωπίζει ανυπέρβλητα εμπόδια άμεσα ή έμμεσα από το περιβάλλον του. Ζει σε συνάρτηση με τον κοινωνικό του περίγυρο και έχει ανάγκη να παραμείνει στην κοινότητα και να συμμετέχει ενεργά και δημιουργικά. Εάν δεν έχει αυτές τις προϋποθέσεις διαβίωσης, ζει με μοναξιά, αδράνεια και περιθωριοποίηση, καταστάσεις που καταλήγουν στην απώλεια της αυτοεκτίμησης του, και την αυτοαπόρριψη του.» (Σημειώσεις κ. Βαντση, 2006).

Ο θεσμός της 'Παραμονής στο Σπίτι' έδωσε την δυνατότητα της ανάπτυξης του άτυπου συστήματος φροντίδας το οποίο περιλαμβάνει τους συγγενείς-φίλους-γείτονες. Κάτι που είχε εξασθενήσει όπως είδαμε και παραπάνω.

«Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. κάλυψε ένα σοβαρό κενό και έδωσε απαντήσεις προσφέροντας μέσα από τα προγράμματα του λύσεις στα ιατροκοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων, δημιουργώντας ένα περιβάλλον γεμάτο ερεθίσματα, ανεξαρτησία και ενθάρρυνση για την συμμετοχή τους στην κοινωνική και πολιτιστική ζωή της κοινότητας και όλα αυτά χωρίς να τους στερεί το φυσικό τους περιβάλλον που είναι η οικογένεια.» (Παναγιωτάκης, 2005: 258).

ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

ΙΣΤΟΡΙΚΟ-ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Η πρώτη επίσημη και οργανωμένη εφαρμογή του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» υλοποιήθηκε από τον Ερυθρό Σταυρό στις αρχές της δεκαετίας του '80.

«Το πρώτο οργανωμένο πρόγραμμα Βοήθειας στο Σπίτι ξεκίνησε ο Ερυθρός Σταυρός και στη συνέχεια ο Δήμος Κερατσινίου, με επιδότηση από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και αργότερα, το Υπουργείο Εσωτερικών. Από το 1981 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός εφαρμόζει πρωτοποριακά προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων, παρέχοντας ιατρική φροντίδα και οικογενειακή φροντίδα στο σπίτι, σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία χρειάζονται βοήθεια σε τακτική βάση. Για να πραγματοποιήσει αυτό το σκοπό, χρησιμοποιεί ένα εκτεταμένο δίκτυο εθελοντών ειδικά εκπαιδευμένων και εποπτευόμενων από κοινωνικούς λειτουργούς. Το σώμα των 'Σαμαρειτών', αποτελούμενο από εθελόντριες αδελφές που επίσης προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο πλαίσιο των διαφόρων προγραμμάτων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, καλύπτει ανάγκες ηλικιωμένων οι οποίοι χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι.» (Σταθόπουλος, 1999: 309).

Η παροχή φροντίδας υγείας στο σπίτι στις περισσότερες χώρες είναι συνώνυμη με το Γηροκομείο, το οποίο θεωρείται διεθνώς ως μία υπηρεσία που οργανώνεται και παρέχεται κυρίως από νοσηλευτές. Οι νοσηλευτικές υπηρεσίες που παρέχονται στο σπίτι δεν είναι μια νέα εξέλιξη στην Ελλάδα. Περιορισμένες υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας παρέχονταν ακόμη και πριν αυτή να γίνει μια αναγνωρισμένη ανάγκη, καθώς είναι αντικείμενο μελέτης από τους νομοθέτες (N1397/83). (Health Care At Home in Greece, χ.χ).

Είναι γεγονός ότι η φροντίδα στην κοινότητα έχει συνδεθεί με το κίνημα της αποασυλοποίησης και της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης (Ζαϊμάκης, 2002, στο Κονδυλάκη και Καραγκούνης, 2005) και παραπέμπει στην δημιουργία εξωϊδρυματικών δομών και φορέων για την παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών που

επιτρέπουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως τα άτομα με αναπηρίες, οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα και οι ηλικιωμένοι, να συνεχίσουν την διαβίωσή τους στο σπίτι τους, περιορίζοντας την παραμονή στο νοσοκομείο ή το ίδρυμα στο χρονικό διάστημα που ωφελεί το άτομο. (Κανδυλάκη και Καραγκούνης, 2005).

Σύμφωνα με το Τεχνικό Δελτίο Υποβολής της Πρότασης του Προγράμματος το Βοήθεια στο Σπίτι απευθύνεται κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα και άτομα με αναπηρίες που έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον, με στόχο να διευκολύνουν τις γυναίκες φροντιστές να αναζητήσουν μια θέση στην αγορά εργασίας αφού το πρόγραμμα σχεδιάστηκε για να συμβάλλει στην αύξηση της γυναικείας απασχόλησης. (Κανδυλάκη και Καραγκούνης, 2005).

Παρόλα αυτά μέσα από το πρόγραμμα δίνεται προτεραιότητα σε όσους δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και χρειάζονται ειδική φροντίδα αλλά και σε όσους ζουν μόνοι τους.

3.2. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΟΥ Κ.Α.Π.Η., ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.

Κ.Α.Π.Η.

Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΤΟΥΣ

A) Η πρόληψη: Βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.

B) Η διαφώτιση και συνεργασία: Του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

Γ) Η έρευνα: σχετικών με τους ηλικιωμένους θεμάτων.

(Αμηρά, κ.α. 15: 1986).

ΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΟΥ Κ.Α.Π.Η.

A. Η Κοινωνική συμμετοχή: Επιδιώκεται χωρίς διάκριση κοινωνικών τάξεων μια από κοινού αντιμετώπιση των ιδιαίτερων καταστάσεων και προβλημάτων με πρωταρχικό στόχο το πρόβλημα της μοναξιάς.

Θετική συμβολή στην κοινωνική συμμετοχή των μελών αποτελούν το εντευκτήριο του Κ.Α.Π.Η. το οποίο αποτελεί χώρο συντροφιάς με τα υπόλοιπα μέλη, οι εκδρομές, οι συνεστιάσεις, οι επισκέψεις μουσείων κ.α.

Όλο το προσωπικό έχει σκοπό να βοηθήσει τον ηλικιωμένο να μην αισθάνεται μοναξιά, δίνοντας του ευκαιρίες συζήτησης, επικοινωνίας, ανάπτυξης ενδιαφερόντων και το αίσθημα ότι είναι χρήσιμος και αναγκαίος στην οικογένεια του και στην κοινωνία.

B. Η Προληπτική Ιατρική: Διακρίνεται σε Πρωτογενή και Δευτερογενή.

1) **Η Πρωτογενής Πρόληψη:** (Εμβολιασμοί, τεστ Παπανικολάου, ακτινογραφίες θώρακος, συμβουλές για σωστή διατροφή και για την πρόληψη ατυχημάτων).

2) **Η Δευτερογενής Πρόληψη:** (Ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια πολλές φορές θεραπεία).

Από το 1987 τα Κ.Α.Π.Η. διασυνδέθηκαν με τις μονάδες υγείας του ΙΚΑ για την κάλυψη των αναγκών των μελών τους, ανεξάρτητα ασφαλιστικών φορέων του κάθε μέλους και παραπομπή όταν χρειάζεται σε γιατρούς ειδικοτήτων των ασφαλιστικών τους φορέων. Τα περισσότερα Κ.Α.Π.Η. δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στα μοναχικά άτομα.

Γ. Ενεργοποίηση: Αποτελεί την τρίτη φάση μιας διαδικασίας στην οποία φθάνει ο ηλικιωμένος όταν η υγεία του είναι υπό παρακολούθηση και έχει ήδη κοινωνικοποιηθεί με την συμμετοχή του στα διάφορα προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. Η Κοινωνική Λειτουργός σε συνεργασία με τον Εργοθεραπευτή διακρίνει τις ικανότητες των ηλικιωμένων, τα μικρά τους ταλέντα υποκινεί κάθε δυνατότητα δημιουργίας ομάδων αυτενέργειας, που συγκροτούνται ανάλογα με τα ενδιαφέροντα τους.

Δ. Αξιοποίηση δυνατοτήτων μέσω των Κ.Α.Π.Η.: Υπάρχουν μέλη στο Κ.Α.Π.Η. με διάφορες ειδικότητες π.χ. γιατροί, γεωπόνοι κ.α. Πολλοί απ' αυτούς προθυμοποιούνται να κάνουν ομιλίες. Αυτό είναι πολύ σημαντικό γιατί ενεργοποιεί τους ίδιους σαν άτομα, δημιουργεί τάσεις συναγωνισμού, δημιουργεί κίνητρα σε άλλα μέλη που έχουν ανάλογες ικανότητες, ανεβάζει το γόητρο της τρίτης ηλικίας

στους νεότερους, αυξάνει την προσφορά, διαφυλάσσει κάποιες ξεχασμένες γνώσεις και εμπειρίες που τείνουν να εξαφανιστούν.

Ε. Ευαισθητοποίηση: Το Κ.Α.Π.Η. μέσω διαφόρων δραστηριοτήτων που πραγματοποιεί κάνει προσπάθειες έτσι ώστε να ευαισθητοποιήσει την γειτονιά για τις ανάγκες των ηλικιωμένων και ενθαρρύνει τις νεότερες γενιές να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε διάφορες δραστηριότητες, φέρνοντας έτσι πιο κοντά τις διάφορες γενεές. Με την ευαισθητοποίηση των νέων σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους, αναπτύσσονται καλύτερες σχέσεις μεταξύ των γενεών. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους, χωρίς δική τους οικογένεια.

ΣΤ. Αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών: Από το εξειδικευμένο προσωπικό και τον προστατευόμενο χώρο του Κ.Α.Π.Η. με διάφορους τρόπους επιτυγχάνεται η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών.

Ζ. Διασυνδέσεις-συνεργασίες με άλλους φορείς: Μερικοί από τους φορείς αυτούς είναι, η Ν.Ε.Λ.Ε. που στέλνουν στα Κ.Α.Π.Η. τα εξειδικευμένα στελέχη τους για μαθήματα επεξεργασίας χαλκού, δέρματος κ.α. αλλά και την ανάπτυξη διαφόρων θεμάτων σχετικών με ψυχαγωγία, καλλιτεχνικά, διατροφή. Επίσης, συνεργάζονται με τον Ε.Ο.Τ. για προγράμματα επιδοτούμενου τουρισμού σε άτομα με χαμηλά εισοδήματα, με σχολεία, πολιτιστικούς συλλόγους και άλλους φορείς της κοινότητας. Ο σκοπός είναι η ελάττωση του χάσματος των γενεών και η πλήρης και αρμονική συμμετοχή των ηλικιωμένων στην ευρύτερη ζωή της κοινότητας.

Η. Ιατροκοινωνική έρευνα: Με την επιστημονική εποπτεία Πανεπιστημιακών και άλλων Κέντρων Έρευνας, το προσωπικό των Κ.Α.Π.Η. έχει συμβάλλει στην προαγωγή της ιατροκοινωνικής έρευνας σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους. (Εμκε- Πουλοπούλου, 1999).

ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΦΕΡΟΥΝ ΤΑ Κ.Α.Π.Η.

Το Κ.Α.Π.Η. προσφέρει στα μέλη του πολλές και ποικίλες δραστηριότητες, οι οποίες είναι:

- 1) Οργανωμένη ψυχαγωγία (εκδρομές με πούλμαν) και επιμόρφωση (διαλέξεις, μελέτη διαφόρων θεμάτων, εργασία με ομάδες κ.α.).
- 2) Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και νοσηλεία.
- 3) Κοινωνική εργασία που προσφέρεται όχι μόνο στους ίδιους αλλά και στο άμεσο περιβάλλον τους.
- 4) Φυσιοθεραπεία.

- 5) Εργοθεραπεία.
- 6) Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις.
- 7) Βοήθεια στο σπίτι για όσους δεν μπορούν ν' αυτοεξυπηρετηθούν με την υποστήριξη και συνεργασία προγραμμάτων Κοινωνικής Μέριμνας και Βοήθειας στο Σπίτι.
- 8) Συνεργασία με Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων για μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, της Τρίτης και Τέταρτης Ηλικίας.
- 9) Εντευκτήριο, στο οποίο λειτουργεί κυλικείο που προσφέρει ροφήματα, γλυκά, αναψυκτικά, κ.λ.π. σε πολύ χαμηλές τιμές. (Παναγιωτάκης, 2005:260).

ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

ΣΚΟΠΟΣ:

Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης «σκοπός του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι είναι:

- Η παραμονή των ηλικιωμένων ατόμων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.
- Η διατήρηση της συνοχής της οικογένειάς τους.
- Η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή κατάσταση κοινωνικού αποκλεισμού.
- Η εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.
- Η βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

ΣΤΟΧΟΙ:

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» λειτουργεί πρωτίστως ως μονάδα ιατροφαρμακευτικής φροντίδας. **Γενικός στόχος** είναι «η **παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας**, από ειδικούς επιστήμονες και καταρτισμένα στελέχη όπως και από εθελοντές και φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρίες, με προτεραιότητα σε αυτούς που διαβιούν μόνοι τους και το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και μέσω της ενδυνάμωσης, ώστε να αποκτήσουν την μέγιστη δυνατή αυτονομία και κοινωνική

ευημερία». (Οργανισμός Εσωτερικής Υπηρεσίας του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»).

Επιμέρους στόχοι των προγραμμάτων Βοήθεια στο σπίτι είναι οι εξής:

- Η δημιουργία προϋποθέσεων που όπως προαναφέραμε είναι απαραίτητες για την αξιοπρεπή και υγιή διαβίωση και την κοινωνική τους ευημερία.
- Η προάσπιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρία και η προστασία τους από αρνητικές διακρίσεις και συμπεριφορές που αποφέρουν τον κοινωνικό στιγματισμό, εκμετάλλευση, κακοποίηση και παραμέληση.
- Η διευκόλυνση της μετακίνησης, της επικοινωνίας και της κοινωνικής τους συμμετοχής.
- Η ρύθμιση των νοσηλευτικών και υγειονομικών αναγκών των ηλικιωμένων που είναι εφικτό να καλύπτονται στο σπίτι.
- Η συνεργασία με το δίκτυο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας και κοινωνικής προστασίας της περιοχής και την συστηματοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η παραπομπή στις κατάλληλες υπηρεσίες για την κάλυψη εξειδικευμένων αναγκών κυρίως για υπηρεσίες δευτεροβάθμιας υγείας και πρόνοιας.
- Η οργάνωση και η συστηματική παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και οικογενειακής βοήθειας για την κάλυψη των βασικών αναγκών των ηλικιωμένων αλλά και η διαρκής μελέτη και αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων. (Κανδυλάκη και Καραγκούνης, 2005).

Ο τελευταίος στόχος αποτελεί σταθμό στην λειτουργία του προγράμματος αυτού, γιατί με την **αξιολόγηση** θα μπορούν να υποβάλλονται εισηγήσεις προς τους αρμόδιους φορείς, έτσι ώστε να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα για την κάλυψη των αναγκών που προκύπτουν.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Όσον αφορά στις υπηρεσίες τις οποίες παρέχει το πρόγραμμα αυτές είναι:

- Υπηρεσίες Κοινωνικής Εργασίας (Συμβουλευτική και συναισθηματική στήριξη).
- Ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στο σπίτι.
- Νοσηλευτική Φροντίδα.
- Οικογενειακή Οικιακή Βοήθεια και ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης (Μικροαγορές, πληρωμή λογαριασμών, συνοδεία σε διάφορες υπηρεσίες).
- Ανάπτυξη κοινωνικών και λειτουργικών δεξιοτήτων για την κάλυψη βασικών αναγκών με δυνατότητα επέκτασης του είδους και του εύρους των υπηρεσιών αυτών. (Οργανισμός Εσωτερικής Υπηρεσίας του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ

Το πρόγραμμα «Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας» (Μ.Κ.Μ.), έχει σαν κύριο σκοπό του την κάλυψη των πάγιων και διαρκών αναγκών και στοχεύει στην παραμονή των ηλικιωμένων στο φυσικό τους περιβάλλον, την αποφυγή ιδρυματικής φροντίδας, την διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής μέσα από την παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες. (κοινωνική εργασία, νοσηλευτική φροντίδα, οικογενειακή βοήθεια).

ΣΤΟΧΟΙ

Μερικοί επιμέρους στόχοι του προγράμματος Κοινωνικής Μέριμνας είναι οι εξής:

- Η δημιουργία θέσεων απασχόλησης.
- Η δημιουργία υπηρεσιών, μέσω των οποίων προωθείται η απασχόληση ή η
- Επανένταξη ανέργων στην αγορά εργασίας και ιδιαίτερα των γυναικών, λόγω της υψηλής συμμετοχής αυτών σε ειδικότητες που απαιτούν οι δημιουργούμενες υπηρεσίες.
- Η ανάπτυξη και βελτίωση της κοινωνικής πολιτικής και μέριμνας για τους δημότες.
- Η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους.
- Η αύξηση του οικογενειακού εισοδήματος.

- Η αναβάθμιση του επιπέδου ζωής των δημοτών. (Αναπτυξιακή Ηρακλείου, 2010).

ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ:

Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι:

- Ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη των άμεσα ενδιαφερόμενων προσώπων, αλλά και των οικογενειών τους.
- Ενημέρωση για τα κοινωνικο-προνοιακά τους δικαιώματα και υποστήριξη για τη διεκδίκησή τους.
- Παροχή πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας.
- Παρακολούθηση της κατάστασης υγείας (π.χ. παρακολούθηση ζωτικών σημείων και σακχάρου του αίματος).
- Παραπομπή και συνοδεία των ηλικιωμένων σε γιατρούς κατάλληλους (ειδικότητας), για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν.
- Παροχή οικιακής φροντίδας, (όπως διατήρηση της υγιεινής των σπιτιών, μαγείρεμα, πλύσιμο ρούχων, προσφορά βοήθειας στην ατομική υγιεινή, κάλυψη πρακτικών και προσωπικών αναγκών, εξόφληση λογαριασμών (ΔΕΗ, ΟΤΕ, ΕΥΔΑΠ, ΕΛΤΑ), αγορά ιατροφαρμακευτικού υλικού, συνοδεία ηλικιωμένων στο Ιατρείο, στο Κέντρο Υγείας, στο Νοσοκομείο, στα Ασφαλιστικά Ταμεία κ.α...) (**Δήμος Βελβέντου, 2004**)

Όλα τα παραπάνω δεδομένα που αφορούν τις τρεις υπηρεσίες που ερευνούμε (Κ.Α.Π.Η., Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα) ισχύουν μέχρι και την επίσημη εφαρμογή του νόμου Καλλικράτη. Με την εφαρμογή του σχεδίου Καλλικράτη θα έχουμε διάφορες αλλαγές που συνίστανται στο πεδίο των καταργήσεων Νομικών Προσώπων και συγχωνεύσεων τους σ' ένα ενιαίο σχήμα.

Παρακάτω θ' αναφερθούμε στα κυριότερα σημεία το νόμου Καλλικράτη (Νόμος υπ' αριθ. 3852) που αφορούν στις αλλαγές που πρόκειται να γίνουν στις κοινωνικές υπηρεσίες.

3.3. ΝΟΜΟΣ ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΗ

Ο νόμος Καλλικράτη (3852/2010) επιφέρει αρκετές αλλαγές όσον αφορά στις κοινωνικές υπηρεσίες και τα προγράμματα Κ.Α.Π.Η., Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα. Στα κυριότερα σημεία του νόμου αυτού, που αφορούν τις συγκεκριμένες δομές, θ' αναφερθούμε παρακάτω.

Συγκεκριμένα:

❖ *(Άρθρο 97) Υπηρεσιακές μονάδες δήμων* : Οι συνιστώμενοι δήμοι στο πλαίσιο κατάρτισης των Οργανισμών Εσωτερικής Υπηρεσίας και της Συγκρότησης των υπηρεσιών τους, σύμφωνα με το άρθρο 10 του κυρωτικού νόμου 3584/2007 (ΦΕΚ 143 Α'), υποχρεούνται μέχρι 31.12.2012 να περιλάβουν, στους οργανισμούς, και υπηρεσιακές μονάδες με τα ακόλουθα αντικείμενα:

A) Προγραμματισμού και Ανάπτυξης.

B) Οικονομική υπηρεσία.

Γ) Τεχνική υπηρεσία.

Δ) Τεχνολογίας, πληροφορικής και Επικοινωνιών.

E) Διαφάνειας.

ΣΤ) Νομικής υποστήριξης.

Z) Διοίκησης- Διαχείρισης ανθρώπινου δυναμικού.

H) Άσκησης Κοινωνικής Πολιτικής και Πολιτικών Ισότητας των Φύλων.

Θ) Περιβάλλοντος-Πολιτικής Προστασίας.

I) Παιδείας, Πολιτισμού, Αθλητισμού, Νέας Γενιάς και

Iα) Γεωργίας, Κτηνοτροφίας και Αλιείας, εφόσον ασκούνται αντίστοιχες αρμοδιότητες.

➤ *(Άρθρο 103) Σύσταση-Συγχώνευση νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου:*

Κάθε δήμος μπορεί να συνιστά ή να έχει: Έως δύο νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, ένα για τους τομείς αρμοδιοτήτων κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης και παιδείας και ένα για τους τομείς πολιτισμού, αθλητισμού και περιβάλλοντος, όπως προβλέπονται στο άρθρο 75 του ν.3463/2006, όπως ισχύει. Εάν ο δήμος διαθέτει κοινωφελή επιχείρηση τότε μπορεί να έχει έως ένα νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου.

Στους δήμους με πληθυσμό άνω των τριακοσίων χιλιάδων κατοίκων, μπορεί να λειτουργούν έως δυο νομικά πρόσωπα για καθέναν από τους τομείς αρμοδιοτήτων που αναφέρθηκαν προηγουμένως. Τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που περιέχονται στο νέο δήμο, συγχωνεύονται υποχρεωτικά σε ένα νομικό πρόσωπο για καθέναν από τους τομείς αρμοδιότητας που προβλέπονται.

Το νέο νομικό πρόσωπο που δημιουργείται, υποκαθιστά αυτοδικαίως τα νομικά που συγχωνεύθηκαν σε όλα τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους, στα οποία περιλαμβάνονται και όσα προκύπτουν από συμβάσεις έργου ή εργασίας ορισμένου χρόνου μέχρι τη λήξη τους, εξομοιούμενο με καθολική διάδοχο.

Στην περιφέρεια του νέου δήμου είναι δυνατόν να λειτουργούν αποκεντρωμένες υπηρεσίες, υπό μορφή παραρτημάτων των ανωτέρω νομικών προσώπων για την καλύτερη εξυπηρέτηση των κατοίκων. Στις υπηρεσίες αυτές, εφόσον οι παρεχόμενες λειτουργίες είναι κοινωνικού χαρακτήρα, όπως φροντίδα παιδιών, ηλικιωμένων, αθλητικές ή πολιτιστικές δραστηριότητες, συγκροτούνται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νομικού προσώπου, αντίστοιχες άμισθες επιτροπές, στις οποίες συμμετέχουν τουλάχιστον δύο εκπρόσωποι των χρηστών των παρεχόμενων υπηρεσιών και ο προϊστάμενος, και εάν δεν υπάρχει, ο οριζόμενος από τον πρόεδρο του Δ.Σ. του νομικού προσώπου υπάλληλος της αποκεντρωμένης υπηρεσίας, ως πρόεδρος. Οι επιτροπές αυτές εισηγούνται για την καλύτερη λειτουργία, διαπιστώνουν τυχόν προβλήματα που δημιουργούνται στη λειτουργία της υπηρεσίας και διατυπώνουν σχετικές προτάσεις στο διοικητικό συμβούλιο του νομικού προσώπου για την καλύτερη εξυπηρέτηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

- **(Άρθρο 109) Συγχώνευση κοινωφελών επιχειρήσεων των νέων δήμων:** Κοινωφελείς επιχειρήσεις των Ο.Τ.Α., πρώτου βαθμού, που συνενώνονται σε ένα νέο δήμο, συγχωνεύονται υποχρεωτικά σε μια κοινωφελή επιχείρηση. Με απόφαση του οικείου δημοτικού συμβουλίου, η οποία λαμβάνεται σε μια προθεσμία δύο μηνών από την εγκατάσταση των δημοτικών αρχών, ορίζεται η επωνυμία, ο σκοπός, η διοίκηση, το κεφάλαιο, οι πόροι, η διάρκεια, η έδρα της κοινωφελούς επιχείρησης και κάθε άλλο στοιχείο αναγκαίο κατά την κρίση του δημοτικού συμβουλίου, η οποία δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας ελέγχου νομιμότητας. (Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, 2010).

Από τα παραπάνω παρατηρούμε ότι θα γίνουν αρκετές αλλαγές στην οργάνωση και λειτουργία των κοινωνικών υπηρεσιών. Αρχικά όλες οι υπηρεσίες του δήμου με κοινωνικό περιεχόμενο θα συγχωνευθούν και θα υπάγονται στην υπηρεσιακή μονάδα «**Άσκησης Κοινωνικής Πολιτικής και Πολιτικών Ισότητας των Φύλων**» με τομείς αρμοδιοτήτων κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης και παιδείας. Επίσης, τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα τα οποία υλοποιούνται από κοινωφελείς επιχειρήσεις των Ο.Τ.Α., πρώτου βαθμού, τώρα θα συγχωνεύονται υποχρεωτικά σε μια κοινωφελή επιχείρηση.

3.4. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΓΟΡΓΟΛΑΪΝΗ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ

Ο Δήμος Γοργολαΐνη, πήρε τ' όνομα του από το μοναστήρι του Αγίου Γεωργίου Γοργολαΐνη, που βρίσκεται στους πρόποδες του Ψηλορείτη στο χωριό Κάτω Ασίτες (το οποίο αποτελεί τοπικό διαμέρισμα του Δήμου).

Υπάρχουν δυο εκδοχές για την προέλευση του ονόματος του Δήμου Γοργολαΐνη:

Η πρώτη εκδοχή, αναφέρεται στο γρήγορο γέμισμα των λαϊνιών (γοργό-λαϊνι) εξαιτίας της πηγής που υπάρχει στον περίβολο του μοναστηριού που τρέχει ακατάπαυστα. Εδώ η ονομασία είναι Γοργολαΐνι (με γιώτα).



Η περίφημη πηγή, στο μοναστήρι του Αγίου Γεωργίου Γοργολαΐνι.

Η δεύτερη εκδοχή, αναφέρεται στο πόσο γρήγορα ο Άγιος Γεώργιος βοηθάει όλους όσους έχουν ανάγκη και ζητούν την βοήθεια του (Γοργό-ελεήμων). Εδώ η ονομασία είναι Γοργολαΐνη (με ήτα).

Η λαϊκή εκδοχή η οποία επικρατεί στο χωριό Κάτω Ασίτες (απ' όπου και βρίσκεται το μοναστήρι) είναι η παρακάτω διήγηση της Γερόντισσας Συγκλητικής Μαστοράκη, η οποία έζησε και αφιέρωσε την ζωή της στο μοναστήρι του Αγίου Γεωργίου Γοργολαΐνη. Παρακάτω παραθέτουμε την ιστορία όπως ακριβώς την βρήκαμε (με την κρητική ντοπιολαλιά) σ' ένα από τα βιβλία που έχει εκδώσει το μοναστήρι.

« Τα πρώτα χρόνια δεν είχε νερό το μοναστήρι. Μόνο ήτονε μια πηγή πιο πάνω από τον Κάστελλα κι επηγαίνανε κι επαίρνανε νερό οι καλόγεροι που εκάθονταν εδώ. Μα τσι πια πολλές φορές ήτονε θολό. Εκατέβαινε πρέπει κιανά μιάρó και το μαγάριζε. Κείνες τσι μέρες ήτονε ερχομένος μουσαφίρης ένας καλόγερος στο Μοναστήρι. Κατά σύμπτωση έτυχε να διψά το βράδυ. Εγύρεψε νερό και του πανε συγνώμη γιατί δεν είχανε. Ο Αρχοντάρης του πενε: 'Το πρωί, γέροντα, θα πάμε να δούμε αν έχει νερό το πηγαδάκι κι αν είναι καθαρό θα φέρομε'. Έπεσε διψασμένος ο καλόγερος να κοιμηθεί. Τη νύχτα ήνοιξε η πόρτα και επρόβαλε ένας νέος ξανθός και

του πενε. ‘ Πάτερ ήφερα νερό’ κι εκράτειενα ένα λαϊνάκι και του το δωκε. Ευχαριστημένος ο καλόγερος ήπια και εκοιμήθηκε. Εθάρειε πως το νερό το πεπια ο ηγούμενος με κανα καλογεροπαίδι και του πε ευχαριστώ πολύ του γούμενου το πρωί. ‘Όχι του πενε ο ηγούμενος, δε στο πεπια εγώ το λαϊνί’. Κοιτάζουνα το λαϊνάκι κι ήγραφε απάνω: Αή-Γιώργης Γοργολαϊνις. Ετσά εγίνηκε το θαύμα. Ο ίδιος ο Άγιος έδωκε το όνομα ντου στο μοναστήρι.» (Μησώκας, 2005).



Η πρόσοψη του μοναστηριού

ΘΕΣΗ, ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Ο Δήμος Γοργολαϊνη βρρίσκεται νοτιοδυτικά της πόλης του Ηρακλείου και συνορεύει με τους Δήμους: Ηρακλείου, Γαζίου, Κρουσώνα, Αγίας Βαρβάρας, Τεμένους και Ρούβα. Ο Δήμος είναι ημιορεινός με έκταση, 41.711 στρέμματα. Το υψόμετρο είναι περίπου 420 μέτρα. (Περιφέρεια Κρήτης, Περιφερειακή Ενότητα Ηρακλείου, 2011).

Σύμφωνα με την τελευταία απογραφή του 2001, ο πληθυσμός του Δήμου φτάνει τα 3.171 άτομα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5

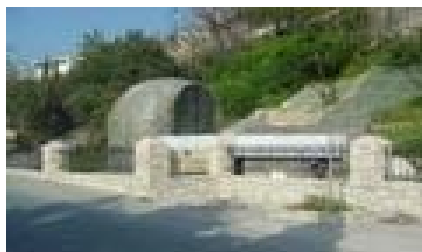
Δημοτικό Διαμέρισμα	Πληθυσμός (2001)	Έκταση σε στρέμματα
Άνω Ασίτες	452	11.500
Άγιος Μύρωνας	730	12.000
Κάτω Ασίτες	1228	8.800
Πενταμόδι	280	2.700
Πετροκέφαλο	129	3.100
Πυργού	352	3.600
Σύνολο	3.171	41.700

Πηγή: www.gorgolaini.gr

ΆΓΙΟΣ ΜΥΡΩΝΑΣ

Αποτελεί την έδρα του Δήμου, με πληθυσμό 730 κατοίκων και απέχει από το Ηράκλειο 18 χιλιόμετρα. Έχει χτιστεί πάνω σε δυο λόφους σε υψόμετρο 440 μέτρων. Πήρε την ονομασία του από τον Άγιο Μύρωνα (έζησε μεταξύ 250-350), γεννήθηκε

στην Αρχαία Ραύκο (αρχαία ονομασία του χωριού) και διετέλεσε επίσκοπος Κρήτης, στην Γόρτυνα στο τέλος του 4^{ου} αιώνα. Μέσα στο ναό βρίσκεται ο τάφος και τα λείψανα του Αγίου. Στα δυτικά και κάτω βρίσκεται η σκήτη που μόνασε ο Άγιος το οποίο μετατράπηκε σε παρεκκλήσι. Σημαντικός φυσικός πόρος της περιοχής είναι το νερό, το οποίο έχει εξαιρετική ποιότητα. (Δήμος Γοργολαΐνη, 2010).



Το παρεκκλήσι του Αγίου Μύρωνα

ΑΝΩ ΑΣΙΤΕΣ

Το Δημοτικό διαμέρισμα Άνω Ασιτών απέχει 24 χιλιόμετρα από το Ηράκλειο, σε υψόμετρο 490 μέτρων και έχει πληθυσμό 452 ατόμων. Σημαντικά σημεία που υπάρχουν στο χωριό και αξίζει τον κόπο να τα επισκεφθεί κάποιος είναι: Το βυζαντινό εκκλησάκι του Αγίου Αντωνίου που βρίσκεται στο ομώνυμο φαράγγι από το οποίο περνάει το Ευρωπαϊκό Ορειβατικό Μονοπάτι E4, που οδηγεί στο καταφύγιο του Συλλόγου Ηρακλείου στην θέση 'Πρίνος' (όπου υπάρχει δάσος από πρίνους) σε υψόμετρο 1100 μέτρων.

Άλλο σημαντικό σημείο του χωριού είναι ο υπεραιώνόβιος δρυς στην θέση Κούβδι, καθώς και οι συστάδες δέντρων στο φαράγγι του Αγίου Αντωνίου. (Wikipedia, 2009).

Ο πολιούχος του χωριού είναι ο Άγιος Ιωάννης (29 Αυγούστου) στην χάρη του οποίου γίνονται κάθε χρόνο πολιτιστικές εκδηλώσεις.



ΚΑΤΩ ΑΣΙΤΕΣ

Οι Κάτω Ασίτες βρίσκονται στους ανατολικούς πρόποδες του Ψηλορείτη σε υψόμετρο 450 μέτρων, απέχει 23 χιλιόμετρα από το Ηράκλειο και έχει πληθυσμό 1228 ατόμων.

Τα χωριά Άνω και Κάτω Ασίτες πήραν την ονομασία τους:

«Σύμφωνα με τους ιστορικούς, τα χωριά οφείλουν την ονομασία τους στην Αρχαία πόλη Άσσο, η οποία βρίσκεται στα μικρασιατικά παράλια στην περιοχή της Τρωάδας, βόρεια της Λέσβου...Οι πρώτοι κάτοικοι του ήταν οι Ασσίτες (δηλαδή οι καταγόμενοι από τον Άσσο) στρατιώτες του Νικηφόρου Φωκά, οι οποίοι εγκαταστάθηκαν στο μέρος αυτό μετά την απελευθέρωση της Κρήτης από τους Άραβες (γι' αυτό και η σωστή ονομασία είναι Ασσίτες και όχι Ασίτες)...Έτσι και το τοπωνύμιο «Ασίτες» φαίνεται να σχετίζεται με τους στρατιώτες εκείνους που έμεναν εδώ και έλαβαν ως στρατιωτικό κτήμα την περιοχή του χωριού» (Τσερεβελάκης, 2005).

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι πολλές εκκλησίες του χωριού, με τις ιδιαίτερες αρχιτεκτονικές τους, η περιοχή «Κάστελας» δίπλα στην Μονή Γοργολαΐνη που υπήρξε έδρα της επανάστασης και είναι από τις αρχαιότερες μονές στην Κρήτη.

Μέσα στο μοναστήρι υπάρχει ένας πλάτανος ο οποίος είναι υπεραιώνόβιος και έχει κριθεί διατηρητέος όπως και ο δρυς στον οποίο σκοτώθηκε ο πολεμιστής Φραγκίσκος Μαστραχας που ονομάζεται «Αμωναχός Δρυς» και έχει αναστηλωθεί από τον πολιτιστικό σύλλογο των Κάτω Ασιτών.

Πολιούχος του χωριού είναι η Αγία Παρασκευή (26 Ιουλίου), στην χάρη της οποίας γίνονται κάθε χρόνο πολιτιστικές εκδηλώσεις.



ΠΕΝΤΑΜΟΔΙ

Το Πενταμόδι είναι χτισμένο στην κοιλάδα του Γαζανού ποταμού, απέχει 17 χιλιόμετρα από το Ηράκλειο, έχει υψόμετρο 320 μέτρων, με πληθυσμό 280 ατόμων. Το Πενταμόδι είναι ένα από τα παλαιότερα χωριά της Κρήτης.

Στην περιοχή της Αγίας Παρασκευής που υπάρχει πυκνή βλάστηση, διοργανώνονται κάθε χρόνο πολιτιστικές εκδηλώσεις

Το σημαντικότερο μνημείο του χωριού είναι η βεντσιάνικη κρήνη του 15^{ου} αιώνα, με το οικόσημο του οίκου Quirini.

Πολιούχος του χωριού είναι ο Άγιος Νικόλαος (6 Δεκεμβρίου) στην χάρη του οποίου γίνεται πανηγύρι κάθε χρόνο. (Δήμος Γοργολαΐνη, 2010)



ΠΕΤΡΟΚΕΦΑΛΟ

Το Πετροκέφαλο απέχει 16 χιλιόμετρα από το Ηράκλειο, σε υψόμετρο 340 μέτρων και με πληθυσμό 129 ατόμων.

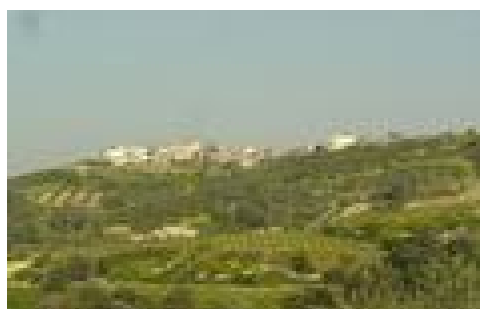
Για την ονομασία του χωριού υπάρχουν δυο εκδοχές:

Η μια είναι ότι επειδή το χωριό είναι χτισμένο πάνω σε λόφο, ο οποίος έχει σχήμα ανθρώπινου κεφαλιού, από εκεί πήρε και την ονομασία του.

Η άλλη εκδοχή, είναι ότι πήρε το όνομα του από τον οικιστή, ιδιοκτήτη του λόφου, που λεγόταν Πέτρος (του Πέτρου το κεφάλι).

Ο οικισμός έχει σαφή χαρακτηριστικά οχυρωματικού τύπου. (Wikipedia, 2009).

Πολιούχος του χωριού είναι η Παναγία, στις οποίας την χάρη γίνεται κάθε χρόνο πανηγύρι (8 Σεπτεμβρίου).



ΠΥΡΓΟΥ

Το χωριό απέχει 20 χιλιόμετρα από το Ηράκλειο σε υψόμετρο 420 μέτρων και έχει 352 κατοίκους. Είναι χτισμένο στην πλαγιά ενός μικρό λόφου με θέα βορειοδυτικά (Κρουσώνας φαράγγι Αγίας Ειρήνης). Στην περιοχή χρυσοπηγή υπάρχει η μονή Χρυσοπηγή. Πολιούχος του χωριού είναι η Παναγία και στην χάρη της γίνονται κάθε χρόνο πολιτιστικές εκδηλώσεις (15 Αυγούστου). Αξιοθέατα αποτελούν πολλά παραδοσιακά οικήματα, μια σπηλιά στην θέση Μερτζάνη, και δυο αλευρόμυλοι στην θέση Κοζόλα. (Wikipedia, 2010).



ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ

Η κύρια ενασχόληση των κατοίκων αποτελεί η γεωργία και σε μικρότερο ποσοστό η κτηνοτροφία, η οικοδόμηση, το εμπόριο και ο τουρισμός.

Τα κύρια γεωργικά προϊόντα της περιοχής είναι: τα επιτραπέζια σταφύλια, τα οινοστάφυλα ιδιαίτερα η ποικιλία σουλτανίνα που έχει εδώ τις καταβολές της. Επίσης, υπάρχουν μεγάλες εκτάσεις ελαιώνων. Τα κυριότερα φρούτα της περιοχής είναι τα κεράσια, οι πορτοκαλιές κ.α.. Τέλος, το μέλι αποτελεί ένα από τα κύρια προϊόντα της περιοχής μιας και το κλίμα της περιοχής είναι κατάλληλο για τις μέλισσες.

Επίσης, η κτηνοτροφία είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένη στις Άνω και Κάτω Ασίτες, όπου υπάρχουν μονάδες εκτροφής. Τα κτηνοτροφικά προϊόντα είναι το τυρί και ο Κρητικός παραδοσιακός ανθότυρος.

ΥΠΟΔΟΜΕΣ

Ο Δήμος Γοργολαΐνη έχει όλες τις απαραίτητες υποδομές ενός σύγχρονου Δήμου..

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Στον Δήμο Γοργολαΐνη υπάρχουν όλες οι βαθμίδες τις πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Παιδικό Σταθμοί: 1 στις Κάτω Ασίτες

Νηπιαγωγεία: 1 στον Άγιο Μύρωνα, 1 στις Άνω Ασίτες, 1 στις Κάτω Ασίτες

Δημοτικά Σχολεία: 1 στον Άγιο Μύρωνα, 1 στις Άνω Ασίτες, 1 στις Κάτω Ασίτες

Γυμνάσια: 1 στον Άγιο Μύρωνα

Λύκειο: 1 στον Άγιο Μύρωνα

Οι μαθητές Γυμνασίου και Λυκείου που δεν κατοικούν στον Άγιο Μύρωνα χρησιμοποιούν τα λεωφορεία ΚΤΕΛ για την καθημερινή μετακίνηση τους προς και από το σχολείο. Για τα παιδιά των πιο απομακρυσμένων περιοχών που δεν εξυπηρετούνται από τα δρομολόγια των ΚΤΕΛ, ο Δήμος μισθώνει ένα ταξί για την μεταφορά τους.

ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ

- 1 Κ.Α.Π.Η. στις Κάτω Ασίτες.
- 1 Βοήθεια στο Σπίτι στις Κάτω Ασίτες.
- 1 Κοινωνική Μέριμνα στις Κάτω Ασίτες.
- Ιατρεία υπάρχουν σ' όλα τα χωριά του Δήμου, στον Άγιο Μύρωνα έχει γιατρό σε καθημερινή βάση. Στις Κάτω Ασίτες, τρεις φορές την εβδομάδα. Στα υπόλοιπα χωριά του Δήμου δυο φορές την εβδομάδα.

ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

- Υπάρχουν σ' όλους τους οικισμούς του Δήμου παραδοσιακά καταλύματα τα οποία επισκέπτονται αρκετός κόσμος, καθ' όλη την διάρκεια του χρόνου.

ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΕΣΤΙΑΣΗΣ

- Ταβέρνες (υπάρχουν σ' όλους τους οικισμούς του Δήμου).
- Καφετέριες-καφενεία (μοντέρνες καφετέριες και παραδοσιακά καφενεία υπάρχουν σ' όλους τους οικισμούς του Δήμου).

ΒΙΟΤΕΧΝΙΕΣ

ΑΓΙΟΣ ΜΥΡΩΝΑΣ: Βιοτεχνία λαϊκής τέχνης: ξεκίνησε την λειτουργία της το 1978. Στην συγκεκριμένη βιοτεχνία παράγονται αντίγραφα μουσειακών αντικειμένων τα οποία προμηθεύονται σ' όλη την Κρήτη. Η συγκεκριμένη βιοτεχνία έχει δημιουργήσει την δική της παράδοση με 3 κύριες σειρές αντικειμένων από περίπου 15 κομμάτια η καθεμία. (Δήμος Γοργολαΐνη, 2010).

ΑΝΩ ΑΣΙΤΕΣ:

1. Βιοτεχνία παραγωγής κουδουνιών για τα ζώα.
2. Τυροκομείο.

ΚΑΤΩ ΑΣΙΤΕΣ: Εργαστήριο κεραμικής- αγγειοπλαστικής- λαϊκής τέχνης.

ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΙ: Υπάρχουν δυο συνεταιρισμοί παρασκευής παραδοσιακών εδεσμάτων.

ΑΓΙΟΣ ΜΥΡΩΝΑΣ: Ο συνεταιρισμός «Μελισσάνθη» ιδρύθηκε το 2000, συμμετέχουν γυναίκες απ' όλα τα χωριά του Δήμου. Στον συγκεκριμένο συνεταιρισμό παράγονται είδη ζαχαροπλαστικής και αλμυρά μεζεδάκια με ντόπια υλικά. Ο συγκεκριμένος συνεταιρισμός αναλαμβάνει και catering.

ΚΑΤΩ ΑΣΙΤΕΣ: Ο συνεταιρισμός «Ασιτιανά Εδέσματα» ιδρύθηκε το 2004. Τα προϊόντα του συνεταιρισμού είναι είδη φούρνου, γλυκά, πετιμέζι, γλυκά του κουταλιού. Όλα παρασκευασμένα με ντόπια υλικά.

ΑΘΛΗΤΙΚΑ ΣΩΜΑΤΕΙΑ: Ο Δήμος Γοργολαΐνη έχει τρία αθλητικά σωματεία:

- «Ραύκο» με έδρα τον Άγιο Μύρωνα.
- «Ένωση Ασιτών» με έδρα τις Ασίτες.
- Μαλεβιζιακό.
-

ΜΟΥΣΕΙΑ: Το 2005, στα πλαίσια των πολιτιστικών εκδηλώσεων των Άνω Ασιτών εγκαινιάστηκε το λαογραφικό μουσείο στις Άνω Ασίτες.

ΣΠΗΛΑΙΑ: Έως σήμερα έχουν καταγραφεί στην Κρήτη, σχεδόν 5000 σπήλαια και βάραθρα, και από αυτά, 208 απαντώνται στην ευρύτερη επαρχία του Μαλεβιζίου και έχουν εξερευνηθεί τα μισά. Στον Δήμο Γοργολαΐνη υπάρχουν τα εξής σπήλαια:

Άγ. Μύρωνας

Υπάρχουν τρία σπήλαια στην περιοχή:

- το Αγίασμα
- το Ανώνυμο
- ο Μανουρά σπήλιος

Άνω Ασίτες

Στην περιοχή αυτή υπάρχει σπήλαιο με νερό, 100 μέτρων βάθους με νυχτερίδες ο λεγόμενος "Νυχτεριδόσπηλιος". Το σπήλαιο δεν είναι επισκέψιμο καθώς φιλοξενεί ένα μεγάλο αριθμό από προστατευόμενες νυχτερίδες τις οποίες παρακολουθεί το Πανεπιστήμιο Κρήτης τα τελευταία χρόνια.

Υπάρχουν επίσης και άλλα σημαντικά σπήλαια όπως :

- "Κυνηγόσπηλιος" στον Κόκκινο Δέτη
- το "Φαράγγι" στο φαράγγι του Αγίου Αντωνίου
- ο "Άγιος Χαράλαμπος" στο Βαθιά και
- τα "Σιδερόσπηλια" στην ομώνυμη θέση

Κάτω Ασίτες

Τα πιο γνωστά σπήλαια της περιοχής είναι:

- ο "Λέστα σπήλιος" στη θέση Μαρίας αλώνι
- ο "Αστυράκου σπήλιος" ή "Σαρακήνα"
- ο "Κατσιβλή σπήλιος" στη θέση Λυσσογκρέμα και
- το σπήλαιο "Μέλισσα"

Πυργού

Ένα σημαντικό σπήλαιο της περιοχής είναι ο "Μερτζάνη σπήλιος" στη θέση Μερτζάνη. (Δήμος Ηρακλείου, 2010).

ΦΑΡΑΓΓΙΑ:

Το φαράγγι του Αγίου Αντωνίου και του Αγίου Χαράλάμπους στις Άνω Ασίτες. Το φαράγγι του Αγίου Αντωνίου βρίσκεται ανατολικά του χωριού, στην είσοδο του βρίσκεται το εκκλησάκι του Αγίου Αντωνίου που χάρισε την ονομασία του στον τόπο. Οι μελέτες έδειξαν ότι υπάρχουν 80 είδη χλωρίδας στην περιοχή, από τα οποία τα 4 είναι προστατευμένα, σύμφωνα με την κοινοτική οδηγία 92/43. Έχουν καταμετρηθεί επίσης 24 είδη πανίδας από τα οποία τα 11 είναι προστατευμένα.

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ:

- **Ορειβατικό Καταφύγιο:** Το ορειβατικό καταφύγιο «Πρίνος» ιδρύθηκε το 1967 και επεκτάθηκε το 1992. Το καταφύγιο βρίσκεται σε υψόμετρο 1100 μέτρων. Το καταφύγιο φιλοξενεί μέχρι 25 άτομα, διαθέτει δεξαμενή βρόχινου νερού και θερμαίνεται με δυο ξυλόσομπες.
- **Ιππικός Όμιλος:** Το 2004, λίγο πιο πάνω από τον οικισμό Πενταμόδι ιδρύθηκε ο ιππικός όμιλος με την ονομασία «Δούρειος Ίππος». Ο όμιλος έχει 17 άλογα και 4 χωμάτινες πίστες όπου παραδίδονται μαθήματα ιππασίας. Δίπλα στις πίστες λειτουργεί και ταβέρνα με ξυλόφουρνο.
- **Καζάνια:** Λειτουργούν σ' όλα τα χωριά του Δήμου και παράγουν εξαιρετικής ποιότητας ρακί. Κάθε επισκέπτης μπορεί να παρακολουθήσει και να συμμετέχει στην διαδικασία παραγωγής της ρακής και κρασιού. Οι παραγωγές αυτές συνδέονται με γλέντι μετά μουσικής και παραδοσιακούς μεζέδες, περιμένοντας όλοι γύρω από το καζάνι την πρώτη απόσταξη. (Δήμος Γοργολαΐνη, 2010).

Ένα τελευταίο σημείο που αξίζει ν' αναφερθούμε στην παρουσίαση μας για τον Δήμο Γοργολαΐνη είναι οι πολιτιστικές δραστηριότητες του Δήμου. Όπως αναφέραμε και παραπάνω όλες οι πολιτιστικές δραστηριότητες κυρίως των καλοκαιριών μηνών συνδέονται με τους πολιούχους κάθε χωριού.

ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ:

ΑΓΙΟΣ ΜΥΡΩΝΑΣ: Στη χάρη του πολιούχου του χωριού Αγίου Μύρωνα κάθε Αύγουστο διοργανώνονται τα «Ραύκεια». Οι εκδηλώσεις περιλαμβάνουν:

- Θεατρικές παραστάσεις.
- Χορούς.
- Μουσικές συναυλίες από μουσικά συγκροτήματα απ' όλη την Ελλάδα.
- Έκθεση παραδοσιακών αντικειμένων.

ΑΝΩ ΑΣΙΤΕΣ: Τις απόκριες διοργανώνεται πανηγύρι και όλο το χωριό γλεντάει με τα μέλη του πολιτιστικού να έχουν μεταμφιεστεί και να παίζουν διάφορα σκερτσάκια, επίσης τα Χριστούγεννα στολίζουν όλο το χωριό κ.α. Στην χάρη του πολιούχου του χωριού Αγίου Ιωάννη διοργανώνονται κάθε Αύγουστο εκδηλώσεις, που περιλαμβάνουν:

- Αγώνες ποδοσφαίρου.

- Αγώνες τσουβαλοδρομίας.
- Διαγωνισμός «ξερής».
- Ομιλίες.
- Θεατρικές παραστάσεις.
- Μουσικές παραστάσεις από ντόπιους και μη καλλιτέχνες.

ΚΑΤΩ ΑΣΙΤΕΣ: Εκτός από τις κύριες εκδηλώσεις του χωριού προς χάρη της Αγίας Παρασκευής κάθε καλοκαίρι, που διαρκούν μια εβδομάδα, όλο τον χρόνο πραγματοποιούνται διάφορες εκδηλώσεις από τον πολιτιστικό σύλλογο. Μερικές απ' αυτές είναι: Στολισμός του χωριού τα Χριστούγεννα. Την πρωτοχρονιά μέλη του πολιτιστικού γυρίζουν σ' όλο το χωριό με λύρες και μαντολίνα λέγοντας κα κάλαντα, ένα από τα μέλη έχει ντυθεί Άγιος Βασίλης και μοιράζει δώρα στα παιδιά. Επίσης, μια μέρα μετά το Πάσχα τελείται γλέντι στον προαύλιο χώρο της εκκλησίας παναγίας που αποτελεί παλιό έθιμο. Καθώς και ο εορτασμός του κλείδωνα που γίνεται πανηγύρι με μουσικές βραδιές και με την συνοδεία λύρας και μαντινάδων πραγματοποιείται όλο το τελετουργικό του κλείδωνα, όπως το γνωρίζουμε εδώ και πολλά χρόνια. Στην χάρη της πολιούχου του χωριού διοργανώνονται κάθε Ιούλιο εκδηλώσεις:

- Βράβευση των επιτυχόντων Αστυλιανών μαθητών στις πανελλήνιες εξετάσεις.
- Αθλοπαιδείες.
- Μουσικές βραδιές.
- Θεατρικές παραστάσεις.
- Ανάβαση στο καταφύγιο του Πρίνου.
- Λαογραφική έκθεση κ.α.

ΠΥΡΓΟΥ: Πραγματοποιείται πανηγύρι (Κρητικές βραδιές) στις 14 και 15 Αυγούστου προς χάρη της Παναγίας, προστάτιδας του χωριού.

ΠΕΝΤΑΜΟΔΙ: Πανηγύρι στις 8 Σεπτεμβρίου στην χάρη της Παναγίας προστάτιδας του χωριού.

ΠΕΤΡΟΚΕΦΑΛΟ: Πανηγύρι πραγματοποιείται προς χάρη του προστάτη του χωριού Αγίου Νικολάου.

Παραπάνω έγινε μια σύντομη παρουσία του Δήμου Γοργολαϊνή, παραθέτοντας κάποια από τα κύρια χαρακτηριστικά του.

3.5. ΑΝΑΦΟΡΑ ΚΑΙ ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ Κ.Α.Π.Η., ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟ ΓΟΡΓΟΛΑΪΝΗ ΚΑΙ Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΕΙ ΣΗΜΕΡΑ

Κ.Α.Π.Η. ΔΗΜΟΥ ΓΟΡΓΟΛΑΪΝΗ

ΣΥΣΤΑΣΗ-ΜΟΡΦΗ ΤΟΥ Κ.Α.Π.Η.

Το Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Γοργολαΐνη είναι Ν.Π.Δ.Δ. Ιδρύθηκε το 1999 σύμφωνα με το ΦΕΚ/ Αριθ. 7361/4.5.99. Έχοντας υπόψη: τις διατάξεις του άρθρου 203 του Π.Δ. 410/1995 «Κωδικοποίηση σε ενιαίο κείμενο νόμου», με τίτλο «Δημοτικός και Κοινοτικός Κώδικας» των ισχυουσών διατάξεων του Δημοτικού Κοινοτικού Κώδικα, όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν. Την αρ.31/1991 απόφαση του Δημοτικού συμβουλίου Γοργολαΐνη, για τη σύσταση Κέντρου Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) Δήμου Γοργολαΐνη. Το αρ. 786/27.4.99 σχετικό έγγραφο του Δήμου Γοργολαΐνη, αποφασίστηκε: η σύσταση στο Δήμο Γοργολαΐνη Δημοτικού Νομικού Προσώπου, με την ονομασία «Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων».

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός του κέντρου είναι, η παροχή ιατροκοινωνικής προστασίας στα ηλικιωμένα άτομα της περιοχής του Δήμου Γοργολαΐνη, ώστε αυτά να παραμείνουν στην οικογένεια και στο Δήμο.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΩΣΗ

Το Κ.Α.Π.Η. διοικείται από εννεαμελές Διοικητικό Συμβούλιο που αποτελείται από:

- Τον Δήμαρχο ο οποίος είναι και ο πρόεδρος του συμβουλίου.
- Δύο Δημοτικούς Συμβούλους που ορίζονται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.
- Τρία αιρετά μέλη του Νομικού Προσώπου που εκλέγονται από τα μέλη του κέντρου και που προέρχονται από τα δημοτικά διαμερίσματα και την έδρα του Δήμου (Άγιος Μύρωνας).
- Ένας εκπρόσωπος των εργαζομένων, που εκλέγεται μεταξύ αυτών.
- Δύο δημότες που ορίζονται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου, ανάμεσα σε πρόσωπα που ασχολούνται με τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα, ύστερα από σχετική πρόταση του Δημάρχου.

Το Διοικητικό Συμβούλιο εκλέγει από τα μέλη του τον Αντιπρόεδρο και τον Γραμματέα. Η θητεία του Διοικητικού Συμβουλίου, ακολουθεί τη δημοτική περίοδο. Μέχρι να εκλεγούν τα αιρετά μέλη ή μέχρι να πληρωθεί οποιαδήποτε θέση μέλους που είναι κενή, το Δημοτικό Συμβούλιο λειτουργεί με την ελλιπή σύνθεση του. Αν ο αριθμός των μελών δεν είναι κατώτερος αυτού που απαιτείται για το σχηματισμό απαρτίας. Το Κ.Α.Π.Η. εκπροσωπείται στο δικαστήριο ή σε κάθε αρχή από τον Πρόεδρο και όταν αυτός απουσιάζει ή κωλύεται από τον Αντιπρόεδρο.

ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ:

- Η ετήσια επιχορήγηση του Δήμου Γοργολαΐνη.
- Η επιχορήγηση και κάθε άλλη παροχή του Κράτους, είτε απευθείας προς το Νομικό Πρόσωπο, είτε προς το Δήμο Γοργολαΐνη για το Νομικό Πρόσωπο.
- Κάθε είδους συνδρομές, εισφορές, δωρεές, κληρονομίες και κληροδοσίες.
- Έσοδα από τη συμβολική χρηματική συμμετοχή μελών, που έχουν ανάγκη προστασίας.
- Εισπράξεις από το αντίτιμο των πραγμάτων ή υπηρεσιών από το Νομικό Πρόσωπο.
- Πρόσοδοι από την ίδια αυτού περιουσία.
- Κάθε άλλη νόμιμη πρόσοδος. (Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΦΕΚ Αριθ. 7361/4.5.1999).

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ: Σύμφωνα με το οργανόγραμμα του Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Γοργολαΐνη, το τακτικό προσωπικό του κέντρου είναι:

- ***Η Διοικητική Υπηρεσία:*** Στο τμήμα Διοικητικής Μέριμνας έχουμε μια θέση διοικητικού προσωπικού ΔΕ.
- ***Στην Υπηρεσία Κοινωνικής Φροντίδας:*** Στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας έχουμε μια θέση Κοινωνικού Λειτουργού ΤΕ.

Εκτός από το τακτικό υπάρχει και το εποχιακό προσωπικό, με σχέση εργασίας ιδιωτικού Δικαίου ορισμένου χρόνου:

- ***Προσωπικό Εποχιακών Αναγκών:*** Μια θέση Κοινωνιολόγου ΠΕ, Μια θέση Φυσιοθεραπεύτριας-ή, Μια θέση Γιατρού, Μια θέση Οικογενειακού Βοηθού, Μια θέση Επιμοφώτριας-ή, Μια θέση Διοικητικού, Μια θέση Νοσηλεύτριας-ή, Μια θέση Εργοθεραπεύτριας-ή.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ:

- Επιμελείται για την ταχεία και ορθή διεκπεραίωση των θεμάτων διοικητικής φύσης.
- Παραλαμβάνει και στέλνει την αλληλογραφία που απευθύνεται στο Κ.Α.Π.Η. Δήμου Γοργολαΐνη και αφού θεωρηθεί από τον πρόεδρο, την διαβιβάζει προς τα γραφεία του Κ.Α.Π.Η. Γοργολαΐνη, δια του γενικού Πρωτοκόλλου.
- Παρακολουθεί την ενδιαφέρουσα για το Κ.Α.Π.Η. νομοθεσία και νομολογία και ενημερώνει τα αρμόδια τμήματα.
- Τηρεί το γενικό πρωτόκολλο αλληλογραφίας, επιμελείται της καταχώρησης στο πρωτόκολλο και τα ευρετήρια των εισερχόμενων εγγράφων, της συσχέτισης κ.λ.π.
- Μεριμνά για την δακτυλογράφηση, της εξερχόμενης αλληλογραφίας.
- Επιμελείται της εφαρμογής των Νόμων για το προσωπικό μόνιμο και συμβασιούχοι.
- Τηρεί τα μητρώα και τους ατομικούς φακέλους του προσωπικού του Κ.Α.Π.Η.
- Τηρεί το βιβλίο παρουσίας των υπαλλήλων.
- Εκτελεί κάθε εργασία που αναφέρεται σε θέματα πιστής εφαρμογής του προϋπολογισμού του Κ.Α.Π.Η.
- Επιμελείται της έγκρισης, εκκαθάρισης κάθε δαπάνης για πληρωμή, ύστερα από την έκδοση των σχετικών ενταλμάτων πληρωμής, τα καταχωρεί στα οικεία βιβλία και τα αποστέλλει στον ταμία για υπογραφή κ.λ.π.
- Μεριμνά για την κανονική και ενήμερο τήρηση του βιβλίου αποθήκης και υλικού.
- Επιμελείται για την παραλαβή του αναγκαίου κάθε φορά υλικού και προμήθειας για τις ανάγκες του Κ.Α.Π.Η. Δήμου Γοργολαΐνη, ύστερα από έγγραφη εντολή του προέδρου του Κ.Α.Π.Η.
- Τηρεί το βιβλίο πρακτικών και των αποφάσεων του Δ.Σ. του Κ.Α.Π.Η. και των αποφάσεων του Προέδρου.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ: του τμήματος αυτού προϊστάται ο Κοινωνιολόγος ο οποίος:

- Είναι υπεύθυνος για την διεξαγωγή Κοινωνικών Ερευνών και Προγραμμάτων, την εισαγωγή και επεξεργασία των δεδομένων και την εκτίμηση των

αποτελεσμάτων που οδηγούν σε συμπεράσματα για τις μεθόδους και τεχνικές που πρέπει να ακολουθηθούν για την ορθή αντιμετώπιση και επίλυση, καθώς και την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων.

- Συνεργάζεται με το υπόλοιπο προσωπικό του Κέντρου για την εκπλήρωση του παραπάνω σκοπού, καθώς και με τοπικούς και άλλους φορείς και υπηρεσίες για θέματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία.
- Ενεργεί για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, με τη διατήρηση κοινών δραστηριοτήτων ώστε να εξασφαλιστεί από κάθε πλευρά η κοινωνική ένταξη τους.
- Συμβάλλει στην τόνωση του θεσμού της οικογένειας, σαν πυρήνας αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών.
- Μεριμνά για την αξιολόγηση και αξιοποίηση του ηλικιωμένου ανάλογα με τις ικανότητες και τα ενδιαφέροντα του.
- Συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση και παρότρυνση του ηλικιωμένου για συμμετοχή στα κοινά καθώς και σε διάφορες δραστηριότητες της κοινότητας π.χ. πολιτιστικά δρώμενα, αναθέτοντας του καθήκοντα και υποχρεώσεις που απορρέουν από υπεύθυνες θέσεις.

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Του τμήματος αυτού προΐσταται η Κοινωνική Λειτουργός του Κέντρου, η οποία έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

- Συνεργάζεται με τα μέλη του Κ.Α.Π.Η. με σκοπό να συμβάλλει στην αντιμετώπιση τυχόν ψυχολογικών, ατομικών και οικογενειακών προβλημάτων σεβόμενη την προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και δικαιώματα του μέλους.
- Συνεργάζεται με το υπόλοιπο προσωπικό του Κέντρου και έχει την διοικητική ευθύνη της εύρυθμης λειτουργίας των υπηρεσιών του Κέντρου, δηλ. του Ιατρείου, του Φυσιοθεραπευτηρίου και των άλλων ειδικοτήτων, που αποσκοπούν στην καλύτερη εξυπηρέτηση των προστατευόμενων μελών.
- Συνεργάζεται με την Διοίκηση του Κέντρου και έχει την ευθύνη για την οργάνωση, εκπαίδευση και αξιοποίηση των εθελοντών, καθώς και την διοικητική παρακολούθηση της πρακτικής άσκησης των σπουδαστών των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας και άλλων σπουδαστών παραϊατρικών επαγγελμάτων που τυχόν εκπαιδεύονται στο Κ.Α.Π.Η. Δήμου Γοργολαϊνή.

- Έχει την ευθύνη της επικοινωνίας με τους τοπικούς παράγοντες της περιοχής και της κοινότητας που λειτουργεί το Κέντρο, με σκοπό την διαφώτιση και την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα.
- Οργανώνει σύμφωνα με το εγκεκριμένο πρόγραμμα, τις διάφορες εκδηλώσεις ψυχαγωγικές, μορφωτικές κ.λ.π. του Δήμου Γοργολαΐνη, στα πλαίσια καλής συνεργασίας με τους δημότες ή ιδιώτες εθελοντές, εφόσον υπάρχουν, με τα μέλη και γενικά αντιμετωπίζουν κάθε έκτακτο θέμα που αφορά την λειτουργία του Κ.Α.Π.Η. Δήμου Γοργολαΐνη.

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ: Του τμήματος αυτού προϊστάται ο Γιατρός.

Ο Γιατρός:

- Παρέχει τις ιατρικές του υπηρεσίες.
- Φροντίζει για την παραπομπή των μελών ύστερα από εξέταση στις ανάλογες ειδικότητες για θεραπεία.
- Συνιστά διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων.
- Παρέχει οδηγίες για φαρμακευτική αγωγή.
- Επισκεπτόμενος σε έκτακτες περιπτώσεις στο σπίτι το μέλος που έχει ανάγκη του.

Επισκέπτρια Αδελφή ή Νοσηλεύτρια τριετούς φοίτησης:

- Βοηθά τον Γιατρό τις ημέρες και τις ώρες που λειτουργεί το Ιατρείο.
- Έχει μαζί με το Γιατρό την ευθύνη για την φύλαξη και διαχείριση του φαρμακευτικού και του υγειονομικού υλικού του Κ.Α.Π.Η.
- Επισκέπτεται με εντολή του Γιατρού τα μέλη στο σπίτι τους και παρέχει νοσηλευτικές φροντίδες και οδηγίες.
- Επισημαίνει τις περιπτώσεις των μελών που χρειάζονται οδηγίες και παρέχει πληροφορίες σχετικά με θέματα ατομικής και δημόσιας υγείας.

Φυσιοθεραπευτής:

Ο Φυσιοθεραπευτής ύστερα από γραπτή εντολή του Γιατρού, εφαρμόζει Φυσιοθεραπευτική αγωγή στα μέλη του Κέντρου που έχουν ανάγκη από αυτή. Φυσιοθεραπευτική αγωγή μπορεί να εκτελεστεί και στο σπίτι μελών σε έκτακτες και ειδικές ανάγκες που κρίνει ο Γιατρός.

ΤΜΗΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Στο τμήμα αυτό προΐσταται η Οικογενειακή Βοηθός η οποία προσφέρει τις υπηρεσίες της κυρίως στο σπίτι των μελών, για τις περιπτώσεις που ζουν μόνοι τους και έχουν ιδιαίτερες ανάγκες βοήθειας.

Η βοήθεια συνίσταται στην παροχή υπηρεσιών μέσα στο σπίτι όπως είναι π.χ. ελαφρό μαγείρεμα, καθαριότητα, προμήθεια τροφίμων και διάφορες άλλες μικροεξυπηρετήσεις έξω από το σπίτι. Επίσης, μεριμνά για την καθαριότητα και το ευπρεπισμό όλων των χώρων του Κ.Α.Π.Η.

ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ο Εργοθεραπευτής έχει ως έργο του την αξιοποίηση και την δραστηριοποίηση του μέλους για δημιουργική απασχόληση με παραγωγικό έργο, με σκοπό και την οικονομική του ενίσχυση. Επίσης, βοηθά το μέλος στην άσκηση για αυτοεξυπηρέτηση και την ανάπτυξη ειδικών ενδιαφερόντων. Ο Εργοθεραπευτής μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες του και στο σπίτι του μέλους όπου υπάρχει ειδική γι' αυτόν ανάγκη. (Οργανισμός Εσωτερικής Υπηρεσίας του Κ.Α.Π.Η. Δήμου Γοργολαΐνη).

Παρόλο που οι παραπάνω οι υπηρεσίες υπάρχουν σύμφωνα και με τον Οργανισμό του Κ.Α.Π.Η. Γοργολαΐνη, στην πραγματικότητα δεν υλοποιούνται όλες. Οι υπηρεσίες που λειτουργούν κανονικά αυτήν την στιγμή στο Κ.Α.Π.Η. είναι το τμήμα Διοικητικής Έρευνας και απ' το τμήμα Ιατρικής Φροντίδας η Φυσικοθεραπεία η οποία τον τελευταίο καιρό υπολειτουργεί καθώς δεν υπάρχει φυσικοθεραπευτής ο οποίος να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε μόνιμη βάση αλλά σποραδικά, παρόλο που από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε η φυσικοθεραπεία αποτελεί μια από τις υπηρεσίες που επιζητούν και έχουν ανάγκη οι εξυπηρετούμενοι σε μεγάλο βαθμό.

Επιπλέον οι υπόλοιπες ειδικότητες που αναφέρονται σαν τακτικό προσωπικό του Κ.Α.Π.Η. υφίστανται σαν συμβασιούχοι και όχι μόνιμοι υπάλληλοι.

Τέλος, μια φορά το χρόνο πραγματοποιούνται εκδρομές σε κατασκηνώσεις οι οποίες διοργανώνονται από την Πρόνοια και υπάρχει κάθε χρόνο συμμετοχή από τους ηλικιωμένους.

ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ:

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι του Δήμου Γοργολαΐνη ξεκίνησε την λειτουργία του το 2002. Είναι Ν.Π.Ι.Δ., λειτουργεί στα πλαίσια του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» 2007-2013, συγχρηματοδοτούμενο από το ΕΣΠΑ και αποτελεί συνέχεια των αντίστοιχων κοινωνικών προγραμμάτων που λειτούργησαν στα πλαίσια του Β΄ και Γ΄ ΚΠΣ. Το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι του Δήμου Γοργολαΐνη αποτελείται από μια κοινωνική λειτουργό, μια νοσηλεύτρια και δυο οικογενειακούς βοηθούς. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα εξυπηρετεί τους οικισμούς Άνω Ασίων, Κάτω Ασίων, Πυργού, Αγίου Μύρωνα, Πενταμοδίου και Πετροκέφαλου. Το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι συστεγάζεται με το πρόγραμμα κοινωνική μέριμνα και το Κ.Α.Π.Η. Τα άτομα που εξυπηρετεί το πρόγραμμα είναι ηλικιωμένοι, αμεα, άτομα με ψυχολογικά προβλήματα διαφόρων ηλικιών.

ΣΚΟΠΟΣ:

Ο γενικός σκοπός του Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι είναι:

- Η παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, για να συνεχίσουν την ζωή τους όσο πιο φυσιολογικά γίνεται.
- Η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας τους, καθώς και η ενίσχυση των οικογενειακών δεσμών.
- Η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού.
- Η εξασφάλιση αξιοπρεπούς, υγιούς και αυτόνομης διαβίωσης.
- Η βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

ΣΤΟΧΟΙ:

Ο γενικός στόχος του προγράμματος είναι η παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας από ειδικούς επιστήμονες που παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας, οικογενειακής και οικιακής βοήθειας και από εθελοντές και φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας σε μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρίες, προτεραιότητα δίνεται σε ηλικιωμένα άτομα και Α.Μ.Ε.Α τα οποία αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα και διαβιών μόνοι τους ή με την οικογένεια

τους και δεν τους επιτρέπεται να εξασφαλίσουν τις απαραίτητες υπηρεσίες εξυπηρέτησης. Με κίνδυνο την απομόνωση, τον αποκλεισμό, την επιβίωση, την υπερβολική επιβάρυνση της οικογένειας με κίνδυνο να χρειαστούν ιδρυματική φροντίδα και αυτό να τους μειώσει την ποιότητα της ζωής τους.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΩΣΗ:

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι υλοποιείται από την Δημοτική επιχείρηση του Δήμου Γοργολαΐνη. Ο συντονισμός, η υποστήριξη και η παρακολούθηση της πορείας και εξέλιξης της δράσης «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελεί ευθύνη της Ομάδας Διοίκησης Έργου (ΟΔΕ) που εδρεύει στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η ειδική υπηρεσία διαχείρισης της περιφέρειας Κρήτης ασκεί έλεγχο στα στάδια προετοιμασίας, μετά και την ολοκλήρωση του προγράμματος.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ:

- Μία Κοινωνική Λειτουργό.
- Μία Νοσηλεύτρια.
- Δύο Οικογενειακοί Βοηθοί.
- Ένας Φυσικοθεραπευτής ως εξωτερικός συνεργάτης (την δεδομένη χρονική στιγμή, συγκεκριμένα από το Δεκέμβριο του 2010 δεν υπάρχει η συγκεκριμένη ειδικότητα λόγω οικονομικών προβλημάτων).

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ:

Το πρόγραμμα στελεχώνεται όπως αναφέραμε με κοινωνική λειτουργό, νοσηλεύτρια, οικογενειακούς βοηθούς και φυσικοθεραπευτή που παρέχουν τις παρακάτω υπηρεσίες:

- Κοινωνική λειτουργός: Κοινωνική και συμβουλευτική στήριξη, ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα, διασύνδεση με υπηρεσίες και φορείς, συντονισμός ομάδας, καταγραφή, εκτίμηση αναγκών για τη σωστή λειτουργία του προγράμματος και την τήρηση του απορρήτου.
- Νοσηλεύτρια: νοσηλευτική φροντίδα (μέτρηση σακχάρου, πίεσης, χοληστερίνης, ενεσοθεραπεία), ατομική υγιεινή, αγωγή υγείας, έλεγχος λήψης φαρμάκων, εκπαίδευση των μελών της οικογένειας για τη συμμετοχή τους στις νοσηλευτικές τους ανάγκες και συνεργασία με ιατρικούς φορείς.

- Οικογενειακή βοήθος: ατομική υγιεινή, οικογενειακή- οικιακή φροντίδα και ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης, σίτιση, εξωτερικές εργασίες όπως μικροαγορές, πληρωμή λογαριασμών, χορήγηση, γράψιμο και αγορά φαρμάκων, συνοδεία στις διάφορες υπηρεσίες.
- Φυσικοθεραπευτής: Φυσιοθεραπευτικές υπηρεσίες κυρίως κατ' οίκον ή στο χώρο του Κ.Α.Π.Η.

Η συχνότητα των επισκέψεων στα μέλη είναι κατά μέσο όρο 1 φορά την εβδομάδα. Αυτό όμως εξαρτάται από την περίπτωση. Υπάρχουν περιπτώσεις που μπορεί να γίνονται καθημερινές επισκέψεις, κυρίως από την νοσηλεύτρια και τους οικογενειακούς βοηθούς (περιπτώσεις με πολλαπλά ιατρικά προβλήματα και χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον ή περιπτώσεις που το άτομο χρειάζεται καθημερινή ενεσοθεραπεία για κάποιες μέρες κ.λ.π.).

ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ:

Η χρηματοδότηση του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι προέρχεται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:

- Η κατάσταση της υγείας τους.
- Εισοδηματικά κριτήρια.
- Οικογενειακή κατάσταση.

Τα παραπάνω κριτήρια επιμερίζονται στις εξής παρακάτω κατηγορίες, οι οποίες χρησιμοποιούνται κατά τη διαδικασία επιλογής των εξυπηρετούμενων:

Κατάσταση υγείας:

- Πλήρως αυτοεξυπηρετούμενος/η (κινητικά-νοητικά-ψυχικά).
- Μερικώς αυτοεξυπηρετούμενος/η (κινητικά-νοητικά-ψυχικά).
- Μη αυτοεξυπηρετούμενος/η (κινητικά-νοητικά-ψυχικά).

Με προτεραιότητα την βαρύτερη κατάσταση υγείας.

Εισόδημα:

- Έως 5.000 ευρώ.
- Από 5.000 ευρώ έως 12.000 ευρώ.
- Από 12.000 ευρώ και άνω.

Με προτεραιότητα όσους ανήκουν στα χαμηλότερα εισοδήματα.

Οικογενειακή κατάσταση:

- Χήρος/α.

- Διαζευγμένος/η.
- Μόνος/η.
- Μόνος/η χωρίς να δέχεται φροντίδα.
- Ο/η φροντιστής του/της εξυπηρετούμενου/ης είναι ηλικιωμένο άτομο ή και άτομο με προβλήματα υγείας ή και άτομο με άλλα οικογενειακά-εργασιακά-οικονομικά προβλήματα.
- Ο/η φροντιστής του/της εξυπηρετούμενου/ης κατοικεί σε απόσταση μεγαλύτερη των 5 χλμ. από την οικία του εξυπηρετούμενου/ης.

Τα παραπάνω ισχύουν μέχρι και την εφαρμογή του νόμου Καλλικράτη. Με τον νέο νόμο εισάγεται και ένα νέο κριτήριο το οποίο παίζει πρωταρχικό ρόλο για να γίνει κάποιος μέλος στο πρόγραμμα. «Με την τροποποίηση αυτή, δικαιούχοι συμμετοχής στο πρόγραμμα θα είναι όσοι έχουν παιδιά, εγγόνια ή άλλα συγγενικά πρόσωπα που θα υποβάλουν στους δήμους αιτήσεις για λογαριασμό των ηλικιωμένων, με τη βασική προϋπόθεση να είναι άνεργοι. Στα άτομα αυτά θα δίνεται από τον Ο.Α.Ε.Δ. το κουπόνι ώστε το πρόγραμμα να παρέχει τις υπηρεσίες του στους ηλικιωμένους.» (Σαββίδης, 2011:11).

Έτσι λοιπόν, το να έχει ο ηλικιωμένος κάποιο συγγενή με κάρτα ανεργίας, είναι η κύρια προϋπόθεση για την εισαγωγή του στο πρόγραμμα και μετά έρχονται όλες οι υπόλοιπες κατηγορίες.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ:

ΣΥΣΤΑΣΗ-ΜΟΡΦΗ:

Η Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας υλοποιείται στο πλαίσιο του Β' και Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, στο Δήμο Γοργολαΐνη από το 2000. Είναι Ν.Π.Ι.Δ. Λειτουργεί στο πλαίσιο του επιχειρησιακού προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» του ΕΣΠΑ 2007-2013. Αποτελεί συνέχεια των αντίστοιχων προγραμμάτων που λειτούργησαν στο πλαίσιο του Β' και Γ' Κ.Π.Σ. Η Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας του Δήμου Γοργολαΐνη αποτελείται από μια κοινωνική λειτουργό, μια νοσηλεύτρια και δυο οικογενειακούς βοηθούς. Το συγκεκριμένο πρόγραμμα εξυπηρετεί τους οικισμούς Άνω Ασισίων, Κάτω Ασισίων, Πυργού, Αγίου Μύρωνα, Πενταμοδίου και Πετροκέφαλου. Το πρόγραμμα Κοινωνική Μέριμνα συστεγάζεται με το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι και το Κ.Α.Π.Η. Τα άτομα που εξυπηρετεί το πρόγραμμα είναι ηλικιωμένοι, άνω των 65 ετών.

ΣΚΟΠΟΣ:

Η παραμονή του ηλικιωμένου στο φυσικό περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας και η αποφυγή της ιδρυματοποίησης.

ΣΤΟΧΟΙ:

- Η ανάπτυξη, η βελτίωση της κοινωνικής πολιτικής και μέριμνας για τους δημότες.
- Η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους.
- Η αναβάθμιση του επίπεδου ζωής των δημοτών.
- Η δημιουργία θέσεων απασχόλησης.
- Η δημιουργία υπηρεσιών, μέσω των οποίων προωθείται η απασχόληση ή η επανένταξη ανέργων στην αγορά εργασίας και ιδιαίτερα των γυναικών, λόγω της υψηλής συμμετοχής τους σε ειδικότητες που απαιτούν οι δημιουργούμενες υπηρεσίες.
- Η αύξηση του οικογενειακού εισοδήματος.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΩΣΗ:

Το πρόγραμμα Κοινωνική Μέριμνα υλοποιείται από την Δημοτική επιχείρηση του Δήμου Γοργολαϊνη. Ο συντονισμός, η υποστήριξη και η παρακολούθηση της πορείας και εξέλιξης της δράσης «Κοινωνική Μέριμνα» αποτελεί ευθύνη της Ομάδας Διοίκησης Έργου (ΟΔΕ) που εδρεύει στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η ειδική υπηρεσία διαχείρισης της περιφέρειας Κρήτης ασκεί έλεγχο στα στάδια προετοιμασίας μετά και την ολοκλήρωση του προγράμματος.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ:

- Μία Κοινωνική Λειτουργός.
- Μία Νοσηλεύτρια.
- Δύο Οικογενειακοί Βοηθοί.
- Ένας Φυσικοθεραπευτής. (Εξωτερικός συνεργάτης, από το Δεκέμβριο έχει σταματήσει να προσφέρει τις υπηρεσίες του, λόγω οικονομικών προβλημάτων).
- Ένας Παθολόγος. (Εξωτερικός συνεργάτης, αυτήν τη στιγμή δεν υπάρχει η συγκεκριμένη ειδικότητα λόγω οικονομικών προβλημάτων).

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ:

- **Κοινωνική Λειτουργός:** Κοινωνική Εργασία με άτομα, οικογένεια, κοινότητα, συναισθηματική στήριξη, ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα, διασύνδεση με υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας και άλλους φορείς που σχετίζονται με την Τρίτη ηλικία, συντονισμός ομάδας, καταγραφή, εκτίμηση αναγκών για τη σωστή λειτουργία του προγράμματος και την τήρηση του απορρήτου.
- **Νοσηλεύτρια:** Νοσηλευτική φροντίδα (μέτρηση σακχάρου, αρτηριακής πίεσης, χοληστερίνης, ενεσοθεραπεία), ατομική υγιεινή, αγωγή υγείας, έλεγχος λήψης φαρμάκων, εκπαίδευση των μελών της οικογένειας για τη συμμετοχή τους στις νοσηλευτικές τους ανάγκες και συνεργασία με ιατρικούς φορείς.
- **Οικογενειακοί Βοηθοί:** Ατομική υγιεινή, οικογενειακή- οικιακή φροντίδα και ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης, σίτιση, εξωτερικές εργασίες όπως μικροαγορές, πληρωμή λογαριασμών, χορήγηση, γράψιμο και αγορά φαρμάκων, συνοδεία στις διάφορες υπηρεσίες.
- **Φυσιοθεραπευτής:** Φυσιοθεραπευτικές υπηρεσίες κυρίως κατ' οίκον ή στο χώρο του Κ.Α.Π.Η.
- **Ιατρός:** Ιατρική παρακολούθηση, κατ' οίκον από παθολόγο ιατρό.

Η συχνότητα των επισκέψεων στα μέλη είναι κατά μέσο όρο 1 φορά την εβδομάδα. Αυτό όμως εξαρτάται από την περίπτωση. Υπάρχουν περιπτώσεις που μπορεί να γίνονται καθημερινές επισκέψεις κυρίως από την νοσηλεύτρια και τους οικογενειακούς βοηθούς (περιπτώσεις με πολλαπλά ιατρικά προβλήματα και χωρίς υποστηρικτικό περιβάλλον ή περιπτώσεις που το άτομο χρειάζεται καθημερινή ενεσοθεραπεία για κάποιες μέρες κ.λ.π.).

ΠΗΓΕΣ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ:

Η χρηματοδότηση του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι προέρχεται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο.

ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ:

- Η κατάσταση της υγείας τους.
- Εισοδηματικά κριτήρια.
- Οικογενειακή κατάσταση.

Τα παραπάνω κριτήρια επιμερίζονται στις εξής παρακάτω κατηγορίες, οι οποίες χρησιμοποιούνται κατά τη διαδικασία επιλογής των εξυπηρετούμενων:

Κατάσταση υγείας:

- Πλήρως αυτοεξυπηρετούμενος/η (κινητικά-νοητικά-ψυχικά).
- Μερικώς αυτοεξυπηρετούμενος/η (κινητικά-νοητικά-ψυχικά).
- Μη αυτοεξυπηρετούμενος/η (κινητικά-νοητικά-ψυχικά).

Με προτεραιότητα την βαρύτερη κατάσταση υγείας.

Εισόδημα:

- Έως 5.000 ευρώ.
- Από 5.000 ευρώ έως 12.000 ευρώ.
- Από 12.000 ευρώ και άνω.

Με προτεραιότητα όσους ανήκουν στα χαμηλότερα εισοδήματα.

Οικογενειακή κατάσταση:

- Χήρος/α.
- Διαζευγμένος/η.
- Μόνος/η.
- Μόνος/η χωρίς να δέχεται φροντίδα.
- Ο/η φροντιστής του/της εξυπηρετούμενου/ης είναι ηλικιωμένο άτομο ή και άτομο με προβλήματα υγείας ή και άτομο με άλλα οικογενειακά-εργασιακά-οικονομικά προβλήματα.
- Ο/η φροντιστής του/της εξυπηρετούμενου/ης κατοικεί σε απόσταση μεγαλύτερη των 5 χλμ. από την οικία του εξυπηρετούμενου/ης.

Τα παραπάνω ισχύουν μέχρι και την εφαρμογή του νόμου Καλλικράτη. Όπως αναφέραμε και στην ανάλυση μας για το Βοήθεια στο Σπίτι, με τον νέο νόμο του Καλλικράτη εισάγεται και ένα νέο κριτήριο το οποίο παίζει πρωταρχικό ρόλο για να γίνει κάποιος μέλος στο πρόγραμμα, και αυτό είναι το να είναι κάποιο μέλος της οικογένειας του άνεργο και να διαθέτει κάρτα ανεργίας.

Έτσι λοιπόν, το να έχει ο ηλικιωμένος κάποιο συγγενή με κάρτα ανεργίας είναι η κύρια προϋπόθεση για την εισαγωγή του στο πρόγραμμα και μετά έρχονται όλες οι υπόλοιπες κατηγορίες.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ Κ.Α.Π.Η. ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΓΟΡΓΟΛΑΪΝΗ

Οι Κοινωνικοί λειτουργοί των προγραμμάτων, σε συζήτηση που είχαμε μας ενημέρωσαν για τα προβλήματα τα οποία αντιμετωπίζουν τα συγκεκριμένα προγράμματα και το Κ.Α.Π.Η. στο Δήμο Γοργολαΐνη.

Το πρώτο είναι ότι όλες οι υπηρεσίες συστεγάζονται στο Κ.Α.Π.Η. που δυσκολεύει την προσέγγιση των ηλικιωμένων γιατί βρίσκεται σε ανηφορικό δρόμο, χωρίς ράμπες για τα Α.Μ.Ε.Α.

Επίσης, δεν υπάρχει η κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή στις υπηρεσίες για την εξυπηρέτηση των μελών αλλά και των ίδιων των εργαζομένων. Ο χώρος είναι πολύ μικρός, το φωτοτυπικό που υπάρχει δεν λειτουργεί κατά καιρούς και όταν χρειάζονται φωτοτυπίες τις ανάγκες καλύπτει ο δήμος που βρίσκεται στον Άγιο Μύρωνα (δύο χωριά μετά από τα γραφεία των προγραμμάτων). Ακόμα, δεν υπάρχουν υπολογιστές, όλα γίνονται χειρόγραφα και δεν υπάρχει η δυνατότητα ενημέρωσης των εργαζομένων για τα καινούργια δεδομένα και εξελίξεις που υπάρχουν στο χώρο τους. Υπάρχουν μόνο δυο γραφεία, και δεν υπάρχει καθόλου χώρος για το υπόλοιπο προσωπικό.

Όλες αυτές οι αντίξοες συνθήκες δυσκολεύουν την αποδοτικότητα των εργαζομένων, μαζί και με τα οικονομικά προβλήματα (απλήρωτοι από το Δεκέμβριο) έχουν απογοητεύσει το προσωπικό το οποίο βλέπει το μέλλον των προγραμμάτων γενικά πολύ δύσκολο. Επιπλέον, το γεγονός ότι δεν είναι μόνιμοι υπάλληλοι αλλά με σύμβαση, έχει σαν αποτέλεσμα για κάποια χρονικά διαστήματα, ορισμένες θέσεις να μένουν κενές και οι υπηρεσίες να υπολειτουργούν.

Τέλος, με την εφαρμογή του νέου κριτηρίου εισαγωγής στα προγράμματα (άνεργο μέλος της οικογένειας με κάρτα ανεργίας) τα μέλη των προγραμμάτων θα μειωθούν σχεδόν κατά το ήμισυ (Βοήθεια στο Σπίτι από 90 μέλη θα γίνουν 65 και στην Κοινωνική Μέριμνα από 120 μέλη που εξυπηρετούνται σήμερα θα γίνουν 65), λόγω έλλειψης του συγκεκριμένου κριτηρίου εισαγωγής.

Με δεδομένο ότι τα προγράμματα έχουν πάρει παράταση μέχρι την επόμενη χρονιά, το προσωπικό δεν πιστεύει ότι θ' αλλάξει κάτι ουσιαστικά προς το καλύτερο. Όπως μας είπαν δεν έχουν βιώσει καμία ουσιαστική αλλαγή με την ενσωμάτωση του Δήμου Γοργολαΐνη στο Δήμο Ηρακλείου.

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα του Δήμου Γοργολαΐνη προσφέρει υπηρεσίες στους οικισμούς που έχει αναλάβει, οι επαγγελματίες των προγραμμάτων οι οποίοι προσπαθούν να προσφέρουν ότι μπορούν με τα μέσα που έχουν, αναβαθμίζοντας σιγά-σιγά τις υπηρεσίες τους.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι να εντοπιστούν οι ανάγκες των δομών και των προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας για την Τρίτη Ηλικία στον Δήμο Γοργολαΐνη.

Επίσης, να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας που είναι χρήστες των προγραμμάτων για τις υπάρχουσες δομές.

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας μας, τίθενται οι ακόλουθοι στόχοι:

- Να εντοπιστούν και να καταγραφούν οι δομές παροχής υπηρεσιών και προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας για την Τρίτη Ηλικία στον Δήμο Γοργολαΐνη.
- Να εντοπιστούν οι ανάγκες για δημιουργία νέων δομών, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων στον Δήμο Γοργολαΐνη.

4.2. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα εργασία καλείται να διερευνήσει τον τρόπο λειτουργίας, καθώς και την αποδοτικότητα των δομών Τρίτης Ηλικίας στο Δήμο Γοργολαΐνη. Τα στοιχεία του ερευνητικού μέρους προέρχονται από τα ερωτηματολόγια, τα οποία συμπλήρωσαν τα εγγεγραμμένα μέλη του Κ.Α.Π.Η. και των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα και αποτελούν τις δομές στις οποίες επικεντρώνεται η έρευνα.

Η αξιολόγηση των δομών που προαναφέραμε από τους χρήστες τους είναι πολύ σημαντική, καθώς μέχρι το 2050, αναμένεται αύξηση κατά 70% των ευρωπαίων με ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών και κατά 170% εκείνων με ηλικία μεγαλύτερη των 80ετών. Το γεγονός αυτό δημιουργεί σοβαρές προκλήσεις όπως: μεγαλύτερη ζήτηση για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, προσαρμογή των συστημάτων υγείας στις ανάγκες που δημιουργεί η γήρανση του πληθυσμού με ταυτόχρονη διατήρηση της βιωσιμότητάς τους σε κοινωνίες με μικρότερο εργατικό δυναμικό.(Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011).

Επομένως κρίνεται αναγκαίο οι υπηρεσίες αυτές να λειτουργούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, παρέχοντας τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα για να

καλύψουν τις ανάγκες αυτής της ευπαθούς και συνεχώς αυξανόμενης ηλικιακής ομάδας.

Μέσα από την διεξαγωγή της έρευνας θα γίνει προσπάθεια καταγραφής του τρόπου λειτουργίας των δομών για την προστασία της Τρίτης ηλικίας, τις παροχές που προβλέπονται και θα γίνει αναφορά στον τρόπο με τον οποίο αλλάζουν τα δεδομένα σύμφωνα με τον νόμο του Καλλικράτη. Θα καταγραφούν οι ανάγκες των ηλικιωμένων του Δήμου Γοργολαϊνή, ώστε να ευαισθητοποιηθούν οι αρμόδιοι φορέες για την λήψη δράσεων.

Οι ηλικιωμένοι είναι οι άνθρωποι που κάποτε μόχθησαν με όλες τους τις δυνάμεις – σωματικές και ψυχικές – έχτισαν τις δικές τους οικογένειες και φρόντισαν τα άτομα που εξαρτιόνταν από αυτούς. Τώρα βρίσκονται αποδυναμωμένοι κάτω από το βάρος των χρόνων και σε αρκετές περιπτώσεις των ασθενειών και της αδιαφορίας.

Οι ηλικιωμένοι λειτούργησαν και λειτουργούν διαχρονικά ως συνεκτικός παράγοντας της ελληνικής κοινωνίας. Στηρίζουν παραδοσιακά την ελληνική οικογένεια και έχουν ενεργό συμμετοχή στη συνεχιζόμενη διαμόρφωση και διαπαιδαγώγηση της οικογένειας. Σ' αυτούς λοιπόν τους ανθρώπους αξίζει ο σεβασμός και η διασφάλιση της χρήσης ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, διασκέδασης, επιμόρφωσης και συντροφιάς.

4.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ.

Στην μελέτη αυτή, θα εξεταστούν τέσσερις ερευνητικές υποθέσεις ανάλογα με τις μεταβλητές «φύλο», «ηλικία», «μορφωτικό επίπεδο» και «οικογενειακή κατάσταση» σε σχέση με τις απαντήσεις των ηλικιωμένων για το αν είναι ευχαριστημένοι με τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η., του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και της Κοινωνικής Μέριμνας.

Παρακάτω θ' αναφερθούμε στις κυριότερες από τις ερευνητικές υποθέσεις που θα παρουσιαστούν στην έρευνα μας:

1. Η πρώτη υπόθεση, σχετίζεται με το αν δίστανται οι απόψεις των ηλικιωμένων σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες των δομών που προαναφέραμε ανάλογα με την ηλικία τους. Επομένως, η υπόθεση που θα διερευνηθεί είναι αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απόψεις τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ανάλογα με την ηλικία τους.

2. Η δεύτερη υπόθεση, σχετίζεται με την διαφορά των απόψεων των ηλικιωμένων σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες των παραπάνω, ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο. Επομένως, η υπόθεση ασχολείται με το αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις απόψεις των ηλικιωμένων για τις παρεχόμενες από τις δομές που εξετάζουμε υπηρεσίες, ανάλογα με την μορφωτικό τους επίπεδο.
3. Η τρίτη υπόθεση, ασχολείται με το αν υπάρχουν διαφορετικές απόψεις ανάμεσα στους ηλικιωμένους όσον αφορά στις παρεχόμενες από το Κ.Α.Π.Η., το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» και την Κοινωνική Μέριμνα υπηρεσίες, σε σχέση με τον αν είναι γυναίκες ή άνδρες. Επομένως, διερευνάται η υπόθεση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικών διαφορετικών απόψεων ανάμεσα στους ηλικιωμένους, σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες των προαναφερόμενων δομών σε σχέση με το φύλο τους.
4. Η τέταρτη υπόθεση αφορά στο αν υπάρχει διαφορά στις απόψεις των ηλικιωμένων για τις υπηρεσίες που παρέχουν οι δομές που εξετάζονται στην έρευνα αυτή, ανάλογα με το αν είναι έγγαμοι ή μη. Άρα, η υπόθεση που εξετάζεται έχει να κάνει με το αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των απόψεων των ηλικιωμένων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες των δομών που εξετάζουμε, ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση.

Εκτός από τις ερευνητικές υποθέσεις που αναφέραμε παραπάνω η έρευνα μας περιλαμβάνει και κάποια ερευνητικά ερωτήματα, στα οποία θ' αναφερθούμε παρακάτω. Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

- Τι γνώμη έχετε για τον θεσμό του Κ.Α.Π.Η., των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα; Θεωρείτε ότι είναι καταξιωμένες δομές;
- Ποιες άλλες υπηρεσίες θα έπρεπε να σας παρέχονται επιπλέον;
- Χρησιμοποιείται τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες; Εάν ναι, ποιες είναι αυτές;
- Ποιες νέες υπηρεσίες κατά την γνώμη σας πρέπει να συσταθούν στις ήδη υπάρχουσες δομές, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες σας ;

4.4. ΜΕΘΟΔΟΣ, ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μέθοδος που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνα είναι η ποσοτική. Ο λόγος που χρησιμοποιούμε την ποσοτική έρευνα είναι ο εξής: «Η ποιοτική ανάλυση, αν και απαραίτητη, δεν είναι αρκετή και οπωσδήποτε δεν είναι εφικτή χωρίς την ανάλυση των συγκεκριμένων χαρακτηριστικών των κοινωνικών φαινομένων και των ποσοτικών αναλογιών τους.» (Ψαρρού- Ζαφειρόπουλος, 2004: 108).

«Η ποσοτική έρευνα, σε αντίθεση με την ποιοτική, έχει σταθερή και δύσκαμπτη δομή. Ο σχεδιασμός της επιδέχεται ελάχιστες αλλαγές, εφόσον η έρευνα έχει ξεκινήσει, ενώ βασικό της γνώρισμα είναι ότι επιτρέπει τη σύνδεση δύο ή περισσότερων χαρακτηριστικών για μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, αναδεικνύοντας έτσι τις γενικές τάσεις που εμφανίζονται στο δείγμα. Η δυνατότητα που έχει ο ερευνητής να προσεγγίσει μεγάλο μέρος του πληθυσμού είναι ένα βασικό στοιχείο για την προτίμηση που επιδεικνύεται προς τις ποσοτικές μεθόδους όταν πρόκειται για τον έλεγχο της θεωρίας. Όταν τ' αποτελέσματα της έρευνας στηρίζονται σε μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, η γενική αντίληψη που επικρατεί είναι ότι οι θεωρητικές υποθέσεις υποβάλλονται σε πιο αυστηρό και έγκυρο έλεγχο.» (Κυριαζή, 1999: 47).

Το εργαλείο που χρησιμοποιήσαμε είναι το ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε κλειστές και ανοικτές ερωτήσεις. Στην πλειοψηφία τους οι ερωτήσεις ήταν κλειστές για να μην κουράσουν τους συμμετέχοντες. Οι ερωτήσεις ήταν σαφείς, στις ανοικτές ερωτήσεις, οι οποίες ναι μεν χρειάζονταν εξήγηση από μέρους μας για να κατανοηθούν πλήρως θεωρήσαμε απαραίτητο το ότι έπρεπε να συμπεριληφθούν, γιατί αφορούσαν την αξιολόγηση των υπηρεσιών από τους εξυπηρετούμενους που είναι ουσιαστικά το σημείο που δίνει βάση η έρευνας μας, καθώς και τι Δομές θεωρούν οι εξυπηρετούμενοι ότι θ' αναβάθμιζαν με κάποιο τρόπο την ζωή τους. Σε οποιοδήποτε τέτοιο σημείο οι ερευνήτριες εξήγησαν με απλό και κατανοητό τρόπο ότι δεν αντιλαμβάνονταν πλήρως οι ερωτηθέντες.

Ο λόγος που επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο και όχι κάποια άλλη ερευνητική μέθοδος π.χ. η συνέντευξη, ήταν γιατί με το ερωτηματολόγιο μας δόθηκε η δυνατότητα οι ερωτηθέντες να περιοριστούν σε συγκεκριμένες ερωτήσεις που τους είχαν τεθεί και να μην πλατειάσουν ή να κουραστούν καθώς και γιατί το δείγμα ήταν μεγάλο και ο χρόνος περιορισμένος.

Τα στάδια που ακολουθούνται στις ποσοτικές ερευνητικές πρακτικές και ακολουθήθηκαν και στην δική μας έρευνα, με σκοπό τον έλεγχο των θεωρητικών υποθέσεων είναι τα εξής:

- «Η επιλογή της θεωρίας που αποτελεί το εννοιολογικό πλαίσιο για την ανάλυση του υπό έρευνα κοινωνικού φαινομένου.
- Η διατύπωση συγκεκριμένων ελεγχόμενων υποθέσεων που απορρέουν από τη θεωρία.
- Η κατάστρωση του σχεδίου έρευνας.
- Η εφαρμογή του σχεδίου έρευνας και η συγκέντρωση των στοιχείων.
- Η ανάλυση των στοιχείων με στατιστικές μεθόδους.
- Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων της ανάλυσης και αναλόγως, η επαλήθευση, η τροποποίηση ή η απόρριψη της θεωρίας». (Κυριαζή, 50:1999).

4.4.1. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

«Κάθε δείγμα είναι δυνατό να θεωρηθεί ως αντιπροσωπευτικό ενός πληθυσμού. Γιατί, γνωρίζοντας τα χαρακτηριστικά του δείγματος, μπορούμε να ορίσουμε έναν πληθυσμό ο οποίος να έχει χαρακτηριστικά όμοια με το δείγμα. Είναι απαραίτητο λοιπόν σε κάθε δειγματοληπτική έρευνα να γίνεται λεπτομερής περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος. Επίσης, κάθε γενίκευση πρέπει να περιορίζεται αποκλειστικά και μόνο σε πληθυσμούς που έχουν χαρακτηριστικά όμοια με το δείγμα.» (Παρασκευόπουλος, 1985: 40).

«Εάν έχουμε ένα δείγμα με τα ίδια χαρακτηριστικά με τον πληθυσμό, θα έχουμε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα. Εάν τα χαρακτηριστικά του δείγματος είναι διαφορετικά μ' εκείνα του πληθυσμού, τα οποιαδήποτε συμπεράσματα βασισμένα στο δείγμα θα μπορούσαν να προκαταληφθούν και να μην είναι γενικευμένα στον πληθυσμό.» (Hinton, 1995: 47).

«Για να είναι δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων του δείγματος στον πληθυσμό, πρέπει να ικανοποιούνται τουλάχιστον δυο προϋποθέσεις:

A) Το δείγμα να έχει συγκροτηθεί με τυχαίο τρόπο και B) Το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού από τον οποίο προέρχεται.» (Μακράκης, 1997:44).

Το δείγμα στην παρούσα μελέτη αποτέλεσαν οι εξυπηρετούμενοι του Κ.Α.Π.Η, Βοήθεια στο Σπίτι, Κοινωνική Μέριμνα στον Δήμο Γοργολαΐνη το έτος 2009-2010. Ο προσδιορισμός του δείγματος, έγινε βάσει του αριθμού των εξυπηρετούμενων και εγγεγραμμένων μελών των καταλόγων που πήραμε από τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας στον Δήμο Γοργολαΐνη. Η προσέγγιση των ερωτηθέντων πραγματοποιήθηκε στην οικία τους. Οι ερωτώμενοι απαντούσαν στο ερωτηματολόγιο εθελοντικά, με την βοήθεια των ερευνητριών.

Η τεχνική δειγματοληψίας που χρησιμοποιήσαμε ήταν η τυχαία δειγματοληψία. «Κύριο χαρακτηριστικό της τυχαίας δειγματοληψίας είναι ότι κάθε μέλος του πληθυσμού έχει την ίδια πιθανότητα να συμπεριληφθεί στο δείγμα.» (Παρασκευόπουλος, 1985:38).

Απλό τυχαίο δείγμα ονομάζεται: «Ένα δείγμα μεγέθους n , λαμβανόμενο από ένα πληθυσμό μεγέθους N με τέτοιο τρόπο, ώστε κατά τη λήψη του κάθε άλλο δυνατό δείγμα μεγέθους n να έχει την ίδια πιθανότητα επιλογής με αυτό.» (Γναρδέλης, 2003: 157).

Το μέγεθος του δείγματος ήταν 200 άτομα (άνδρες και γυναίκες) ηλικίας 60-75 ετών εξυπηρετούμενοι του Κ.Α.Π.Η., Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα στο Δήμο Γοργολαϊνή. Τα ερωτηματολόγια χωρίστηκαν ως εξής: 100 άτομα εξυπηρετούμενοι του Κ.Α.Π.Η., 50 άτομα εξυπηρετούμενοι του Βοήθεια στο Σπίτι και 50 άτομα, εξυπηρετούμενοι του προγράμματος Κοινωνικής Μέριμνας. Πριν από την διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας πραγματοποιήθηκε μια πιλοτική έρευνα 20 ερωτηματολογίων. Μ' αυτό τον τρόπο διερευνήθηκε η αποδοτικότητα του ερευνητικού εργαλείου το οποίο χρησιμοποιήσαμε.

4.4.2. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

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

Προκειμένου να διαμορφωθεί το ερωτηματολόγιο, πραγματοποιήθηκε μελέτη Ελληνικής και Ξένης βιβλιογραφίας όσον αφορά την κατασκευή ενός ερωτηματολογίου, καθώς και σε παρόμοιες έρευνες με την δική μας για την δημιουργία των κατάλληλων θεματικών που θα περιελάμβανε η έρευνα μας.

Η έρευνα μας χωρίστηκε σε τρεις θεματικές ενότητες, στις οποίες περιλαμβάνονται ανοιχτές και κλειστές ερωτήσεις.

« **Κλειστές ερωτήσεις:** Οι απαντήσεις καθορίζονται από πριν και ο ερωτώμενος οφείλει υποχρεωτικά να επιλέξει μεταξύ όλων αυτών, που προτείνονται. Αυτός είναι ο πιο απλός τύπος. Θα τον χρησιμοποιήσουμε για να συγκεντρώσουμε ορισμένες κατηγορίες πληροφοριών, για να κρίνουμε την επιδοκιμασία ή αποδοκιμασία μιας δεδομένης γνώμης, τη θέση των ατόμων σε μια σειρά κρίσεων.

Ανοιχτές ερωτήσεις: Η απάντηση δεν προβλέπεται ούτε προκαθορίζεται και ο ερωτώμενος είναι ελεύθερος να εκφραστεί όπως θέλει. Στην περίπτωση των ανοιχτών ερωτήσεων, προβλέπεται στο ερωτηματολόγιο διάστημα αρκετό, ώστε η απάντηση του ερωτώμενου να μπορεί να σημειωθεί ολόκληρη.» (Javeau, 2000: 98).

Η πρώτη θεματική ενότητα, είναι τα Κοινωνικο-Δημογραφικά Στοιχεία. Στην ενότητα αυτή περιλαμβάνονται 9 κλειστές ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν στοιχεία όπως (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση, οικονομική κατάσταση και κατοικία.

Η δεύτερη θεματική ενότητα αφορά την Κατάσταση Υγείας-Λειτουργικότητα των ερωτηθέντων. Στην ενότητα αυτή περιλαμβάνονται 7 κλειστές ερωτήσεις. Οι κλειστές ερωτήσεις αφορούν την κατάσταση υγείας των ασθενών: Πώς θα την χαρακτήριζαν οι ίδιοι; Αν πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα για το οποίο να τους χορηγούνται φάρμακα; Αν χρειάζονται βοήθεια για να κάνουν κάποιες δουλειές εντός και εκτός σπιτιού και τέλος Αν πιστεύουν ότι η κατάσταση της υγείας τους, τους δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινότητα τους.

Η Τρίτη θεματική ενότητα αποτελεί την Κοινωνική Στήριξη. Στην ενότητα περιλαμβάνονται 15 κλειστές ερωτήσεις και 4 ανοιχτές ερωτήσεις. Οι κλειστές ερωτήσεις αναφέρονται: Αν υπάρχουν κάποια άτομα που να προσφέρουν βοήθεια για τις καθημερινές υποχρεώσεις; Αν μένει κάποιο άτομο μαζί με τον/την ερωτώμενο/η, Σε ποιο βαθμό είναι ικανοποιημένοι οι εξυπηρετούμενοι από την φροντίδα που τους παρέχει η οικογένεια τους; (αν έχουν), Εκτός από την φροντίδα της οικογένειας ποια άλλη υπηρεσία χρησιμοποιούν (Βοήθεια στο Σπίτι, Κοινωνική Μέριμνα και Κ.Α.Π.Η.), Αν είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες των υπηρεσιών που είναι εγγεγραμμένοι(1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα Πολύ); Για ποιο λόγο έγιναν μέλη στα προγράμματα Κοινωνική Μέριμνα, Βοήθεια στο Σπίτι και Κ.Α.Π.Η. και αν χρησιμοποιούν της ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες και ποιες είναι αυτές; Αν δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες για ποιο λόγο συμβαίνει αυτό; (δίνοντας τους 5 επιλογές απάντησης), Ποιες άλλες υπηρεσίες θα έπρεπε να τους παρέχονται

επιπλέον; Και τέλος πώς θα χαρακτήριζαν την σχέση τους με το προσωπικό των αντίστοιχων υπηρεσιών που είναι μέλη;

Οι 4 τελευταίες ανοιχτές ερωτήσεις αποτελούν ίσως τις πιο σημαντικές ερωτήσεις της έρευνας μας, διότι αφορούν τις απόψεις που έχουν τα μέλη για τις υπηρεσίες, τι θέλουν οι ίδιοι να γίνει για να βελτιωθεί η κατάσταση, αυτές οι ερωτήσεις αποτελούν ουσιαστικά και αυτό που εμείς σαν ερευνήτριες θέλαμε απ' την αρχή να διαπιστώσουμε, την γνώμη των μελών για τις υπηρεσίες. Συγκεκριμένα οι ανοιχτές ερωτήσεις περιελάμβαναν τις ερωτήσεις: Πόσο συχνά νομίζετε ότι θα έπρεπε να σας παρέχεται η φροντίδα από τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» και Κοινωνική Μέριμνα» για να καλύπτονται οι ανάγκες σας; Τι γνώμη έχετε για τον θεσμό του Κ.Α.Π.Η. και των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα; Θεωρείτε ότι είναι καταξιωμένες δομές; Πιστεύετε ότι οι συγκεκριμένες δομές πρέπει να εποπτεύονται από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Εσωτερικών και από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης; Και γιατί; Τέλος, ποιες νέες υπηρεσίες κατά την γνώμη σας πρέπει να συσταθούν στις ήδη υπάρχουσες δομές, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες σας;

Από τα παραπάνω διαπιστώσαμε ότι η δημιουργία ενός ερωτηματολογίου δεν είναι εύκολη διαδικασία και χρειάζεται προσεκτικός σχεδιασμός και έλεγχος.

«Ο σχεδιασμός ενός ερωτηματολογίου, απαιτεί πειθαρχία στην επιλογή των ερωτήσεων, στην συγγραφή τους, στο σχεδιασμό, στο πιλοτικό στάδιο, στη διανομή και στην επιστροφή των ερωτηματολογίων. Επιπλέον, χρειάζεται σκέψη για το πώς θ' αναλυθούν οι απαντήσεις στο στάδιο του σχεδιασμού κι όχι όταν θα επιστραφούν τα ερωτηματολόγια» (Bell, 2005: 181-182).

4.4.3. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Για όλα τα εργαλεία συγκέντρωσης δεδομένων θα πρέπει να υπάρχει ένας πιλότος.

«Σκοπός της πιλοτικής έρευνας είναι η διόρθωση όλων των ατελειών του εργαλείου της έρευνας, έτσι ώστε οι ερωτώμενοι στη βασική έρευνα να μην αντιμετωπίσουν καμία δυσκολία στην συμπλήρωση του. Επίσης, επιτρέπει να γίνει μια προκαταρκτική ανάλυση προκειμένου να διαπιστωθεί αν η διατύπωση και η μορφή των ερωτήσεων θα προκαλέσουν δυσκολίες κατά την ανάλυση των βασικών δεδομένων.» (Bell, 2005: 195).

Η πιλοτική έρευνα της εργασίας μας υλοποιήθηκε πριν την διεξαγωγή της κύριας έρευνας μας σε 20 ηλικιωμένους, μέλη και από τις τρεις υπηρεσίες που ερευνούμε.

Ο σκοπός της διεξαγωγής της πιλοτικής έρευνας ήταν να εξακριβωθεί η λειτουργικότητα και η κατανόηση του μεθοδολογικού εργαλείου που είχαμε χρησιμοποιήσει στην έρευνα μας, το ερωτηματολόγιο.

Τα 20 ερωτηματολόγια αυτά δεν χρησιμοποιήθηκαν στην κύρια έρευνα και σαφώς ούτε και στην ανάλυση των 200 ερωτηματολογίων που περιελάμβανε η έρευνα μας.

Η πιλοτική έρευνα αποδείχτηκε αρκετά ωφέλιμη για την πορεία της κύριας έρευνας. Μέσα από την πιλοτική έρευνα ανακαλύψαμε σημεία ασαφή και δυσνόητα τα οποία οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν και δεν ήξεραν τι απάντηση να δώσουν. Επίσης, μέσα από την πιλοτική έρευνα ανακαλύψαμε και πράγματα τα οποία έπρεπε να συμπεριληφθούν και εμείς δεν το είχαμε κάνει. Συγκεκριμένα στον τομέα της κοινωνικής στήριξης προσθέσαμε και άλλες κατηγορίες στην ερώτηση για ποιο λόγο δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες (αν συμβαίνει αυτό, ανάλογα με την απάντηση που μας είχαν δώσει σε προηγούμενη ερώτηση σχετικά με τον αν χρησιμοποιούν ή όχι τις υπηρεσίες). Επίσης, προστέθηκαν διάφορες ερωτήσεις όπως αν χρησιμοποιούν της ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες και ποιες είναι αυτές κ.λ.π.

Όλα αυτά τα νέα στοιχεία που προέκυψαν από την πιλοτική έρευνα, μας βοήθησαν στην όσο το δυνατόν αρτιότερη κατασκευή του ερευνητικού μας εργαλείου.

Τέλος, από την πιλοτική έρευνα διαπιστώσαμε και τις διαθέσεις που είχαν οι ερωτηθέντες για το συγκεκριμένο θέμα που ερευνούμε και ποια ήταν η αντιμετώπιση τους. Αυτό που διαπιστώσαμε λοιπόν είναι ότι αυτό το θέμα αφορούσε πολύ τους ερωτηθέντες, οι οποίοι απαντούσαν με μεγάλη προθυμία στις ερωτήσεις μας και δεν κουράστηκαν καθόλου από το πλήθος των ερωτήσεων μιας και ήταν απλές ερωτήσεις, που επιζητούσαν εξίσου απλές και γρήγορες απαντήσεις.

Από τα παραπάνω διαπιστώνουμε πόσο σημαντική είναι η διεξαγωγή της πιλοτικής έρευνας για την πορεία της έρευνας. «Στο δοκιμαστικό αυτό στάδιο πρόκειται να μετρηθεί ο βαθμός κατανόησης, «αποδοχής», καθώς και ερμηνείας του ερωτηματολογίου αυτό το στάδιο, λοιπόν, είναι απολύτως απαραίτητο, και συναντάει κάποιες τεράστιες δυσκολίες, αν δεν το λάβει σοβαρά υπόψη του» (Javeau, 2000: 148).

4.4.4. ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑΣ ΚΑΙ ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ

Σε κάθε έρευνα πρέπει τ' αποτελέσματα τα οποία προκύπτουν απ' αυτήν να είναι βάσιμα, δηλαδή κάθε έρευνα πρέπει να καλύπτει το φάσμα της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας.

«Μια μέτρηση είναι αξιόπιστη, αν φανερώνει την παραγωγή των ίδιων αποτελεσμάτων, μέσα από διαδικασίες επαναλαμβανόμενων μετρήσεων, με τη χρήση ίδιων οργάνων, με τα ίδια πειραματικά υποκείμενα και κάτω από τις ίδιες συνθήκες. (Δαφέρμος, 2005: 44).

«Ένα εργαλείο μέτρησης είναι έγκυρο, εφόσον καλύπτει αποκλειστικά τη θεωρητική έννοια για την οποία κατασκευάστηκε.» (Κυριαζή, 1999:86).

Μερικές από τις κατηγορίες εγκυρότητας είναι:

- **«Επιφανειακή εγκυρότητα:** Η διερεύνηση εάν τα θέματα που περιλαμβάνονται στην κλίμακα παρουσιάζουν επιφανειακά τουλάχιστον, σχέση με το υπό έρευνα θέμα. Η διαδικασία είναι καθαρά υποκειμενική, δεν στηρίζεται σε εμπειρικά στοιχεία αλλά μόνο στην προσωπική κρίση και την κοινή λογική του ερευνητή.
- **Εγκυρότητα του περιεχομένου:** ισχύει όταν το εργαλείο μέτρησης περιλαμβάνει όλες τις πτυχές του χαρακτηριστικού που αντιπροσωπεύει... Η διαδικασία αξιολόγησης είναι καθαρά υποκειμενική, έτσι πρέπει να επιδιώκεται η γνωμοδότηση πολλών κριτών ως προς την επάρκεια του εργαλείου μέτρησης, για την κάλυψη του υπό έρευνα χαρακτηριστικού σε όλες του τις διαστάσεις και κατά συνέπεια, την ασφαλέστερη εκτίμηση της εγκυρότητας του περιεχομένου.
- **Εγκυρότητα κατασκευής της έννοιας:** προϋποθέτει ότι υπάρχει μια καθιερωμένη θεωρία που περιλαμβάνει την υπό μέτρηση έννοια και από την οποία εξάγονται συγκεκριμένες ελέγξιμες υποθέσεις που συνδέουν την εν λόγω έννοια με άλλες... Προαπαιτείται η ορθότητα της θεωρίας για τον έλεγχο της εγκυρότητας της κατασκευής της έννοιας.» (Κυριαζή, 1999: 88-89).

Η κλίμακα που χρησιμοποιήσαμε για να αξιολογήσουμε τους στόχους τους οποίους έχουμε θέσει στην έρευνα μας είναι η κλίμακα Likert. «Οι κλίμακες του

Likert ζητούν από τους ερωτώμενους να δείξουν βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας με μια δεδομένη δήλωση ή σειρά δηλώσεων, σε γενικές γραμμές σε μια πενταβάθμια ή επταβάθμια κλίμακα, βάζοντας σε κύκλο τον κατάλληλο αριθμό. Στη συνέχεια οι απαντήσεις βαθμολογούνται, σε γενικές γραμμές από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 5 (συμφωνώ απόλυτα), κι έτσι μπορούν να μετρηθούν οι απόψεις των ερωτώμενων». (Bell, 2005).

Μερικά από τα πλεονεκτήματα της κλίμακας Likert είναι:

- ❖ «Κατασκευάζεται με μεγαλύτερη ευκολία σε σχέση με άλλες κλίμακες.
- ❖ Η ανάλυση μπορεί να αναδείξει μικρότερες ομάδες ερωτήσεων με μεγαλύτερη εσωτερική συνοχή, δηλαδή υποκλίμακες ερωτήσεων με πιο έντονα κοινά στοιχεία.
- ❖ Μέσα από τον συνολικό βαθμό διαφαίνεται με μεγαλύτερη λεπτομέρεια η διαφορά των στάσεων που χαρακτηρίζει τους ερωτώμενους.» (Κυριαζή, 1999:75).

Επίσης, η μορφή δειγματοληψίας την οποία επιλέξαμε, (τυχαία δειγματοληψία) αποτελεί ένα ακόμη τρόπο για να ελέγξουμε την εγκυρότητα του ερευνητικού μας εργαλείου. « Δειγματοληψίες που γίνονται χωρίς να διασφαλίζεται η τυχαιοποιημένη διαδικασία επιλογής, συχνά δημιουργούν στρεβλώσεις στις εκτιμήσεις των παραμέτρων του πληθυσμού, λόγω πιθανής μεροληψίας κατά την επιλογή των μονάδων (selection bias). Μεροληψία κατά την επιλογή των μονάδων δημιουργείται, όταν υπάρχει μια συστηματική τάση για υπο-αντιπροσώπευση ή υπερ-αντιπροσώπευση ενός τμήματος του πληθυσμού. (Γναρδέλλης, 2003:157).

4.4.5. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την ανάλυση των δεδομένων τα οποία προέκυψαν από την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τους ηλικιωμένους και την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων, πραγματοποιήθηκε ποσοτική ανάλυση με το Στατιστικό Πακέτο SPSS v.17 (Statistical Package for Social Sciences 17.0), και ακολουθήθηκε η παρακάτω διαδικασία:

1. Καταχώρηση δεδομένων.
2. Περιγραφική στατιστική (συχνότητες, ποσοστά, αριθμητικοί μέσοι, τυπικές αποκλίσεις) με τη χρήση πινάκων συχνοτήτων, όπου θα υπολογίζεται η συχνότητα (N) και η σχετική συχνότητα (Ποσοστό %) για τις απαντήσεις των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα. «Οι πίνακες συχνοτήτων

χρησιμοποιούνται για την παρουσίαση κατανομών συχνοτήτων μεταβλητών όλων των τύπων....Σε ορισμένες περιπτώσεις, στους πίνακες συχνοτήτων, είναι αναγκαίο μαζί με τις απόλυτες συχνότητες μιας μεταβλητής, να αναφέρονται και οι αντίστοιχες σχετικές συχνότητες.» (Γναρδέλλης, 2003:30-33).

3. Στατιστικές τεχνικές που χρησιμοποιούν μεταβλητές.
4. Πίνακες και Γραφήματα.

Η παρουσίαση των ερευνητικών δεδομένων έγινε με στατιστικούς και αριθμητικούς πίνακες, με γραφήματα και ραβδογράμματα. Τα ευρήματα της έρευνας αναλύθηκαν σε σχέση με τις ερευνητικές υποθέσεις και τα βασικά ερωτήματα καθώς και τους στόχους που είχαν τεθεί. Με βάση τις υπάρχουσες θεωρίες και τα πορίσματα της έρευνας, ακολούθησε η εξαγωγή συμπερασμάτων και η διατύπωση προτάσεων του ερευνητή.

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε σε δύο στάδια. Αρχικά εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική με την χρήση πινάκων συχνοτήτων, όπου υπολογίστηκε η συχνότητα (N) και η σχετική συχνότητα (ποσοστό %) για τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα. Έπειτα διερευνήθηκαν πιθανές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές των «ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ» δηλαδή (Φύλο, Κλίμακα ηλικίας, Τόπος διαμονής, Οικογενειακή κατάσταση, Εκπαίδευση, Έχετε παιδιά, επάγγελμα κ.α.) και των εξαρτημένων μεταβλητών σχετικών με την «ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ-ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ» (Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, Εάν δεν χρησιμοποιείτε υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η. γιατί συμβαίνει αυτό, Εάν είστε εξυπηρετούμενος των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες που παρέχει, Για ποιους λόγους γίνατε μέλος στα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα, ποιους λόγους γίνατε μέλος στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι κ.α.) και μεταξύ των μεταβλητών «ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ-ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ».

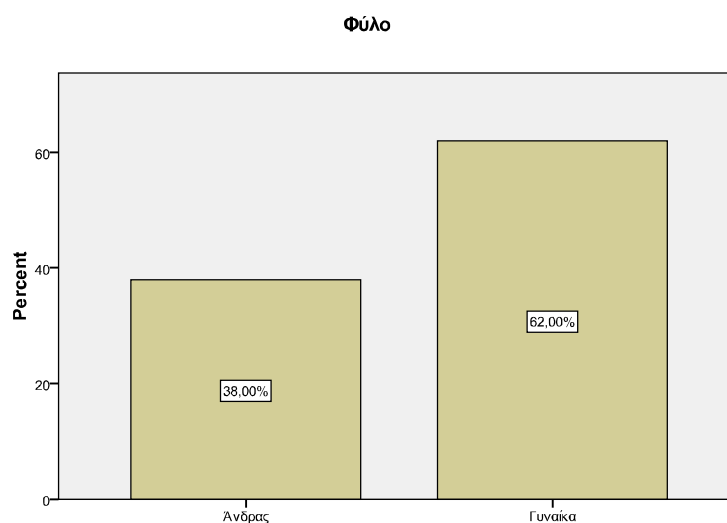
Για την ανάλυση αυτή δημιουργήθηκαν πίνακες διπλής εισόδου (Crosstabulations). Το στατιστικό κριτήριο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ο έλεγχος χ^2 – chi-Square Tests του Pearson. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε εξ'αρχής στο 95% ($p < 5\%$) (Δαφέρμος Β. κ συν. - 60 - 2005, Μακράκης Β. 1997, Κριτωτάκης Ε. 2004) για την αποδοχή της μηδενικής στατιστικής υπόθεσης H_0 ή

την απόρριψη της προς όφελος της εναλλακτικής H_1 . Τέλος εφαρμόσαμε τον παράγοντα χ^2 – chi-square Tests και χρησιμοποιήσαμε τους πίνακες διπλής εισόδου (Crosstabulation) για ανάλυση και βρήκαμε τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις (Δαφέρμος Β. κ συν. - 60 - 2005, Μακράκης Β. 1997, Κριτσωτάκης Ε. 2004, Παπαδοπούλου Ε. 2004, Λαμπίρη Ι., 1995).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

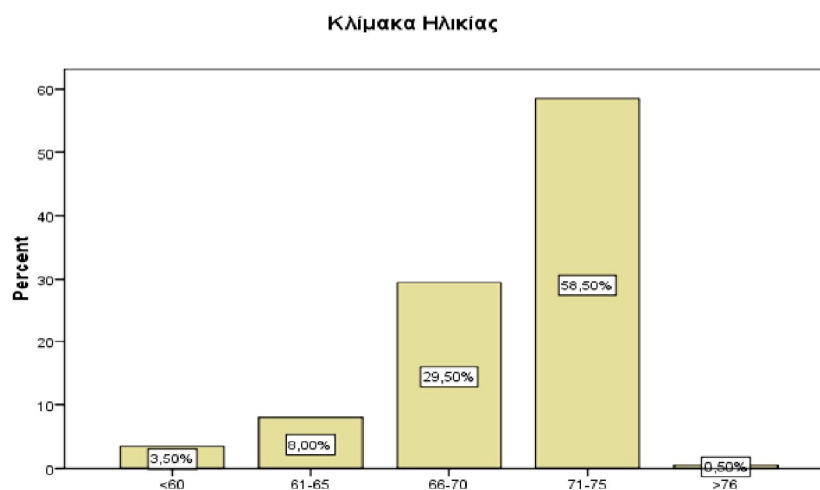
5.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο Δήμο Γοργολαΐνη. Όπως φαίνεται και από το παρακάτω γράφημα 1, το δείγμα μας των 200 ατόμων αποτελείτο στο 62% από γυναίκες και 38% άνδρες.



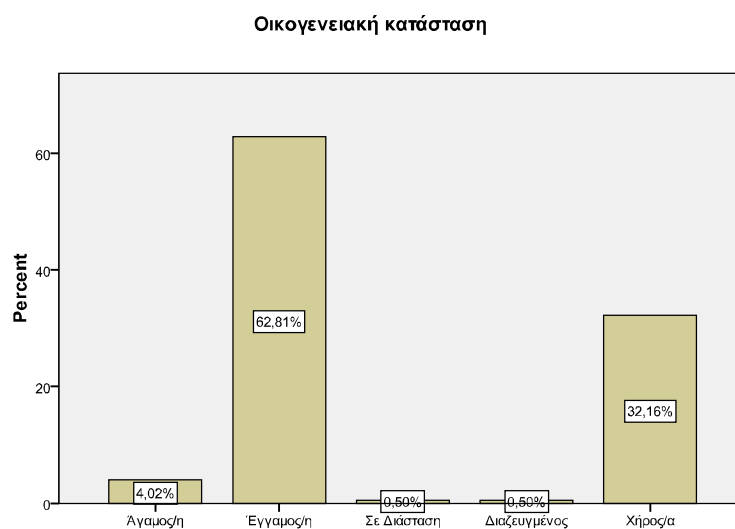
Γράφημα 1

Οι ηλικίες των ερωτηθέντων (γράφημα 2) ανήκαν στις κλίμακες από 60 ετών έως 76 ετών. Πιο αναλυτικά, όπως μπορούμε να διακρίνουμε το 3,5% εκ των ερωτηθέντων ήταν ηλικίας άνω των 60 (7 άτομα), το 8% ήταν από 61 έως 65 (16 άτομα), το 29,5% ήταν μεταξύ 66 και 70 (56 άτομα), το 58,5% ανήκε στην κατηγορία των ηλικιών μεταξύ 71 έως 75 (117 άτομα) και τέλος, στην ηλικιακή κατηγορία των 76 ετών ανήκε το 0,5% (1 άτομο).



Γράφημα 2

Όσον αφορά στην οικογενειακή τους κατάσταση, παρατηρούμε στο γράφημα 3 ότι οι περισσότεροι είναι έγγαμοι (62,81%) και χήροι (32,16%), ενώ το υπόλοιπο 5,03% ανήκει στις κατηγορίες των άγαμων, σε διάσταση και διαζευγμένων.



Γράφημα 3

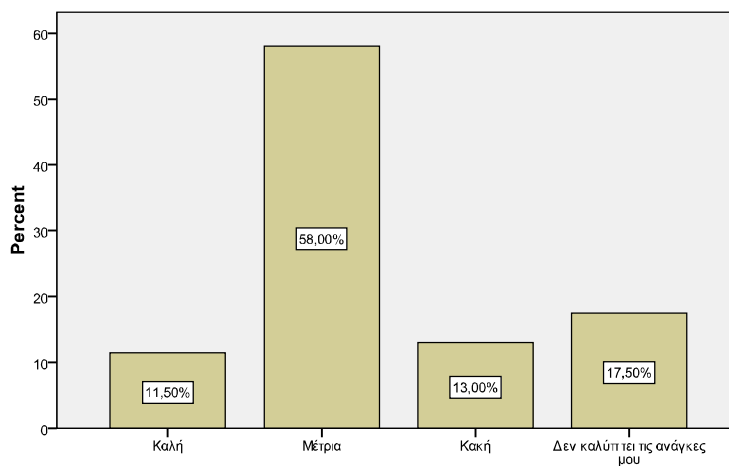
Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος, όπως φαίνεται στον πίνακα 6 το 48,5% έχει αποφοιτήσει από το δημοτικό ενώ το 39% έχει τελειώσει μερικές τάξεις του δημοτικού. Το 9,6 % είναι αναλφάβητο ενώ το 1,5 % έχει καταφέρει να τελειώσει το Γυμνάσιο.

Αναλφάβητος/η	9,6
Μερικές τάξεις του δημοτικού	39,4
Απόφοιτος/ η Δημοτικού.	48,5
Μερικές τάξεις του Γυμνασίου.	0,5
Απόφοιτος/η Γυμνασίου	1,5
Φοίτηση σε ΑΕΙ/ΤΕΙ	0,5
Σύνολο	100,0

Πίνακας 6

Οι ερωτώμενοι σε ποσοστό 58% χαρακτήρισαν την οικονομική τους κατάσταση (γράφημα 4) σαν μέτρια, ενώ είναι ενδιαφέρον και αξίζει να σημειωθεί ότι το 17,50% δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες του αφού χαρακτηρίζει την οικονομική του κατάσταση σαν άσχημη. Στο σημείο αυτό, τονίζεται η ανάγκη των ερωτώμενων αυτών για εξέταση και χρήση υπηρεσιών υγείας χωρίς χρηματική επιβάρυνση.(πίνακας 14ε παραρτήματος)

Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση;

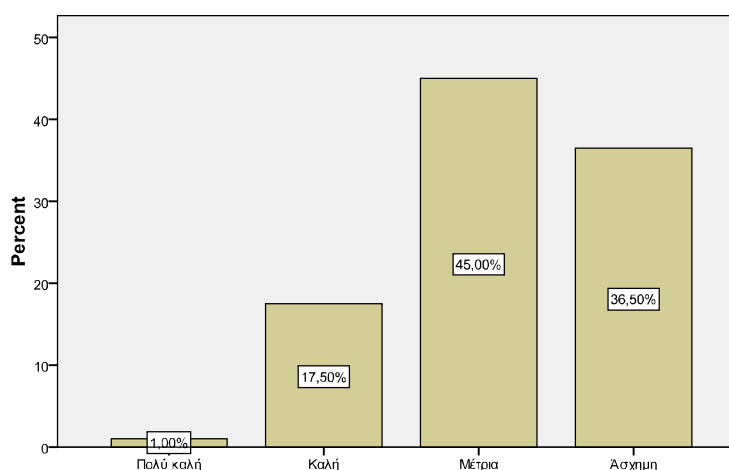


Γράφημα 4

5.2. ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.

Όσον αφορά στα προβλήματα υγείας, όπως φαίνεται από το γράφημα 5 ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 45% την χαρακτηρίζει μέτρια ενώ το 36,50 άσχημη, πράγμα που καταδεικνύει ακόμα περισσότερο την ανάγκη των ατόμων που απάντησαν, για τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν οι θεσμοί που μελετάμε. (πίνακας 15 παραρτήματος)

Πως θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;



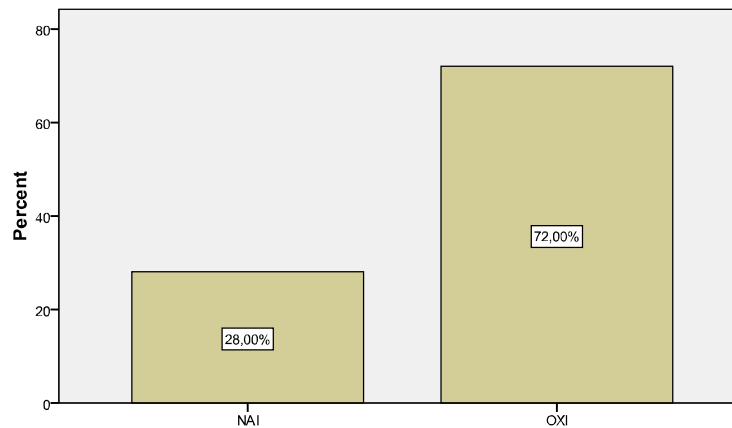
Γράφημα 5

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφέρουμε, ότι σύμφωνα και με τον πίνακα 7 οι περισσότεροι ερωτώμενοι δεν έχουν την δυνατότητα βοήθειας, πράγμα το οποίο τονίζει την αναγκαιότητα ύπαρξης δομών για την παροχή βοήθειας. (πίνακες 16 ,16β,16γ,16δ παραρτήματος).

Παροχή βοήθειας από:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Σύζυγος	31,5	68,5
Παιδιά	46,5	53,5
Συγγενείς	6,0	94,0
Αμειβόμενη οικογενειακή βοηθός	10,0	90,0

Πίνακας 7

Σας παρέχεται βοήθεια για την διεκπεραίωση των καθημερινών σας υποχρεώσεων



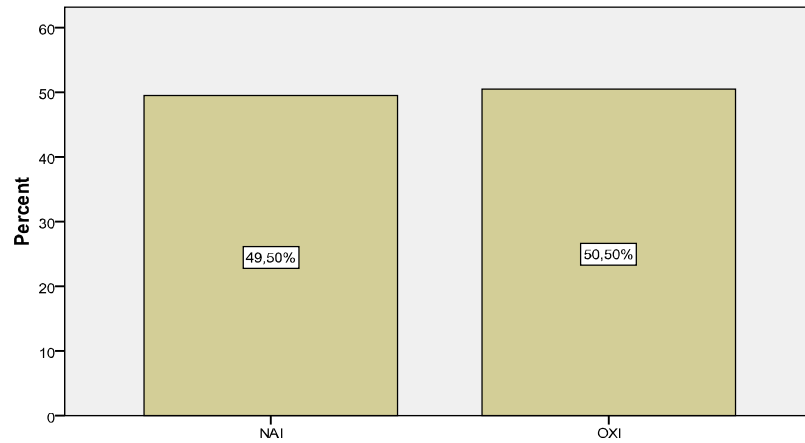
Γράφημα 6

- **Βαθμός χρήσης και ικανοποίησης από την χρήση των υπηρεσιών του Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων Δήμου Γοργολαϊνη.**

Στο τμήμα αυτό της ανάλυσης θα παρουσιαστεί ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών για την προστασία των ατόμων τρίτης ηλικίας στο Δήμο Γοργολαϊνη.

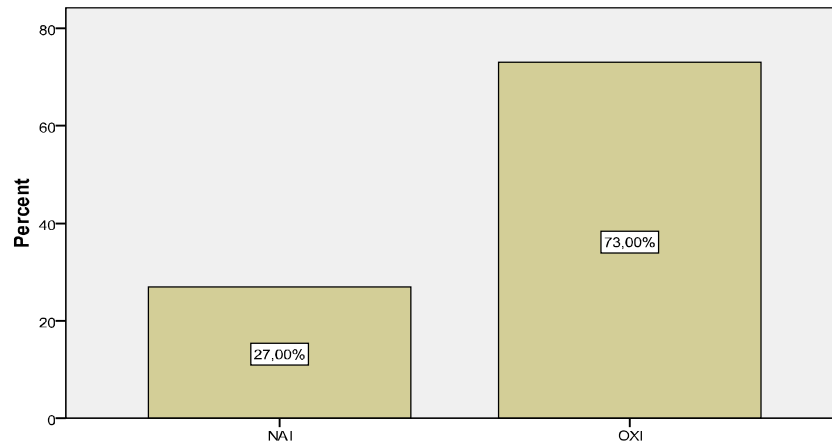
Όπως μπορούμε να δούμε παρακάτω (γράφημα 7,8,9), ένα ποσοστό 49,5% δηλώνει πως χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η. , το 27% κάνει χρήση των υπηρεσιών του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι ενώ ένα 27% χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες της Κοινωνικής Μέριμνας.

Εκτός από την φροντίδα της οικογένειας χρησιμοποιείτε τις υπηρεσίες του Κ.Α. Π.Η.



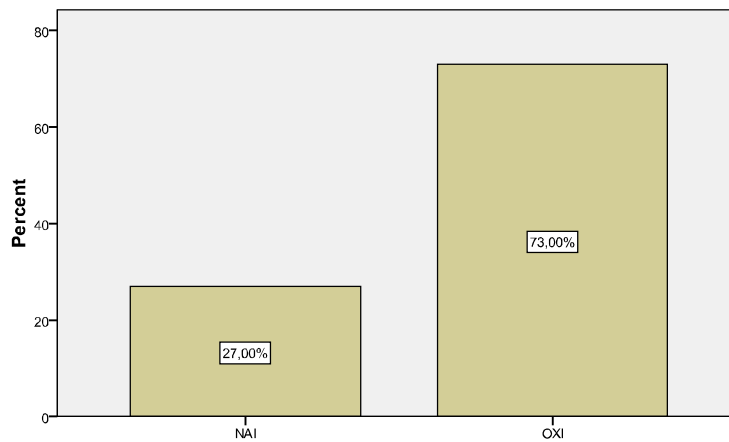
Γράφημα 7

Εκτός από την φροντίδα της οικογένειας χρησιμοποιείτε τις υπηρεσίες του Βοήθεια στο Σπίτι



Γράφημα 8

Εκτός από την φροντίδα της οικογένειας χρησιμοποιείτε τις υπηρεσίες του Κοινωνική Μέριμνα



Γράφημα 9

Σχετικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες τις οποίες παρέχει το Κ.Α.Π.Η., οι οποίες περιλαμβάνουν ιατροφαρμακευτική φροντίδα, νοσηλευτική φροντίδα, συμβουλευτική στήριξη, ψυχαγωγία, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, οικογενειακή βοήθη και εκπαίδευση-επιμόρφωση, όπως παρατηρούμε στον πίνακα 3 το 33% δηλώνει καθόλου ευχαριστημένο, το 66 λίγο και το 2% μέτρια.

Πόσο_ικανοποιημένοι_είστε_από_τις_υπηρεσίες_του_ΚΑΠΗ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	33	16,5	32,7	32,7
	Λίγο	66	33,0	65,3	98,0
	Μέτρια	2	1,0	2,0	100,0
	Total	101	50,5	100,0	
Missing	System	99	49,5		
Total		200	100,0		

Πίνακας 8

Όσον αφορά στον λόγο που ώθησε τους ερωτηθέντες να εγγραφούν στο Κ.Α.Π.Η. όπως βλέπουμε στον πίνακα 9, το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχει η ψυχαγωγία αφού το 61% δηλώνει ότι ήταν λόγος εγγραφής, στην συνέχεια στα ενδιαφέροντά τους περιλαμβάνεται σαν δεύτερη ανάγκη η φυσικοθεραπεία, όπου το 56% δηλώνει ότι γράφτηκε για αυτήν και τρίτη ανάγκη είναι η νοσηλευτική φροντίδα με το 53% να την δηλώνει ως λόγο εγγραφής.

Όπως δηλώνουν, τόσο η ιατροφαρμακευτική φροντίδα όσο και η συμβουλευτική υποστήριξη, η παροχή συντροφιάς, η παροχή οικογενειακής βοήθου, η εργοθεραπεία και η εκπαίδευση- επιμόρφωση δεν αποτέλεσαν κίνητρα για να εγγραφούν στο Κ.Α.Π.Η.

Λόγος εγγραφής	Ναι	Όχι
Ιατροφαρμακευτική φροντίδα	10%	89%
Νοσηλευτική φροντίδα	53%	47%
Κοινωνικές υπηρεσίες	3%	97%
Ψυχαγωγία	61%	39%
Παρέα- συντροφιά	26%	74%
Φυσικοθεραπεία	56%	44%
Εργοθεραπεία	1%	99%
Οικογενειακή βοήθος	2%	98%
Επιμόρφωση- Εκπαίδευση	2%	98%

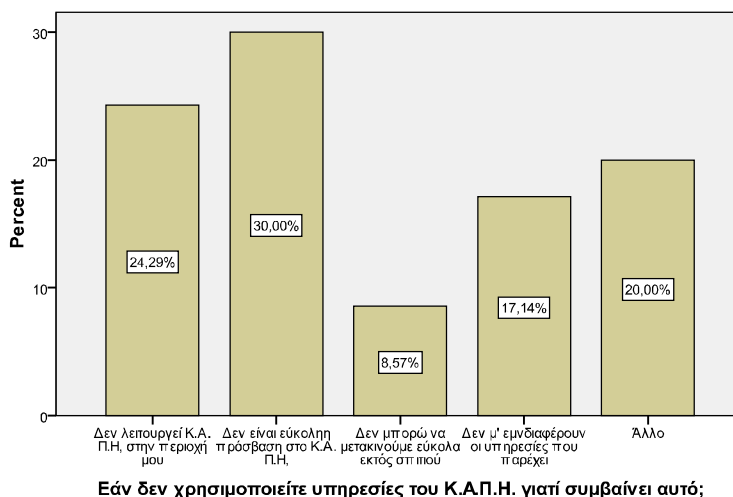
Πίνακας 9

Σχετικά με το αν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η., μόλις τα 20 άτομα δήλωσαν ότι έχουν χρησιμοποιήσει την φυσικοθεραπεία ενώ οι υπόλοιποι είτε χρησιμοποιούν κατά ένα μικρό ποσοστό τις υπόλοιπες υπηρεσίες ή δεν χρησιμοποιούν καθόλου τις υπηρεσίες παρόλο που είναι εγγεγραμμένοι. Έτσι από τα 100 άτομα μόνο 1 δηλώνει ότι έχει χρησιμοποιήσει την ιατροφαρμακευτική φροντίδα, τις κοινωνικές υπηρεσίες, την εργοθεραπεία και την επιμόρφωση-εκπαίδευση, 2 άτομα ότι έχουν χρησιμοποιήσει την νοσηλευτική φροντίδα, 3 άτομα την παροχή παράας - συντροφιάς, 14 άτομα την ψυχαγωγία και 20 την φυσικοθεραπεία. **(πίνακες 18α,18β,18γ,18δ,18ε,18ζ,18η,18θ,18ι παραρτήματος)**

Παρά το γεγονός ότι, όπως οι ίδιοι οι εγγεγραμμένοι στο Κ.Α.Π.Η. δηλώνουν, δεν χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες αρκετά, στην ερώτηση για το πώς θα χαρακτήριζαν τις σχέσεις τους με το προσωπικό το 10% τις χαρακτηρίζει τυπικές, το 42% καλές, το 31% αρκετά καλές και το 17% πάρα πολύ καλές. **(πίνακας 20 παραρτήματος)**

Όπως είδαμε παραπάνω ένα μεγάλο ποσοστό των εγγεγραμμένων στο Κ.Α.Π.Η. δεν χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες που αυτό προσφέρει. Όπως οι ίδιοι υποστηρίζουν **(γράφημα 10)** στο 30% αυτό συμβαίνει λόγω του ότι δεν είναι εύκολη η πρόσβαση στην υπηρεσία. Το 24,29% λόγω του ότι δεν λειτουργεί Κ.Α.Π.Η. στην περιοχή τους και αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω του ότι το Κ.Α.Π.Η. στεγάζεται σε χώρο στις Κάτω Ασίτες με αποτέλεσμα στα άλλα χωριά του Δήμου να υπάρχει πρόβλημα. Το 17,14% των μελών υποστηρίζουν ότι δεν το ενδιαφέρουν οι υπηρεσίες που αυτό παρέχει παρόλο που έχουν κάνει την εγγραφή τους και το 8,57% δεν χρησιμοποιεί την υπηρεσία γιατί δεν είναι ικανό να μετακινηθεί εκτός σπιτιού. Το 20% δήλωσε ότι απέχει από τις υπηρεσίες για άλλο λόγο. **(πίνακας 21 παραρτήματος)**

Εάν δεν χρησιμοποιείτε υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η. γιατί συμβαίνει αυτό;



Γράφημα 10

- **Βαθμός χρήσης και ικανοποίησης από την χρήση των υπηρεσιών του Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων Δήμου Γοργολαΐνη.**

Όσον αφορά στην αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρουν τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα όπως θα δούμε παρακάτω, οι εγγεγραμμένοι σε αυτά δεν δείχνουν να είναι καθόλου ικανοποιημένοι από την λειτουργία τους.

Όσον αφορά στους λόγους που γράφτηκαν αρχικά στα προγράμματα, σχετικά με το Βοήθεια στο σπίτι στο σύνολό τους οι ηλικιωμένοι δήλωσαν επιθυμούσαν νοσηλευτική φροντίδα. Άλλοι λόγοι ήταν η ιατροφαρμακευτική φροντίδα με το 44% να δηλώνει ότι ενδιαφερόταν για αυτήν, το 12% για τις κοινωνικές υπηρεσίες, το 64% για την παροχή ψυχαγωγίας και μόνο το 6% για τις υπηρεσίες της οικογενειακής βοήθου. **(πίνακες 23α,23γ,23δ,23ε παραρτήματος)**

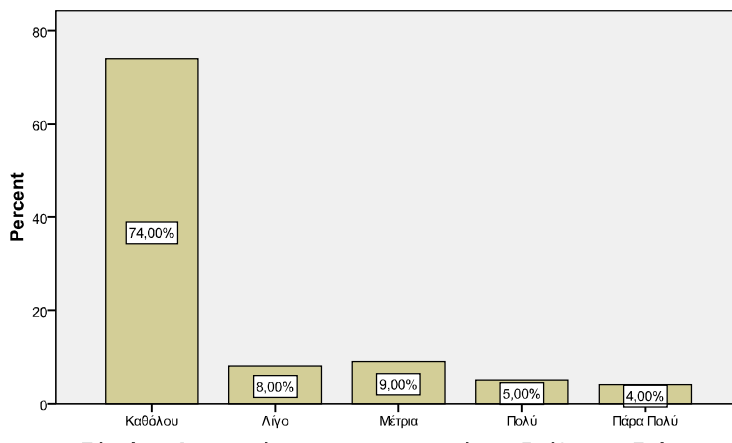
Εδώ πρέπει να σημειώσουμε ότι οι ηλικιωμένοι είχαν την δυνατότητα να επιλέξουν παραπάνω από έναν λόγους.

Σχετικά με τους λόγους εγγραφής στην Κοινωνική Μέριμνα, το 44% δηλώνει ότι γράφτηκε για την ιατροφαρμακευτική φροντίδα, το 90% για την νοσηλευτική φροντίδα, το 6% για τις κοινωνικές υπηρεσίες, το 70% για την ψυχαγωγία και το 4% για την οικογενειακή βοήθου. **(πίνακες 22α, 22β,22γ,22δ,22ε παραρτήματος)**

Όσον αφορά στο κατά πόσο τα μέλη είναι ευχαριστημένα από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα δυο αυτά προγράμματα το 74% δηλώνει πως δεν είναι

καθόλου ικανοποιημένο από την ιατροφαρμακευτική φροντίδα που παρέχουν τα προγράμματα το 8% λίγο ικανοποιημένο, το 9% μέτρια, το 5% πολύ και το 4% πάρα πολύ ικανοποιημένο. (πίνακας 24α του παραρτήματος)

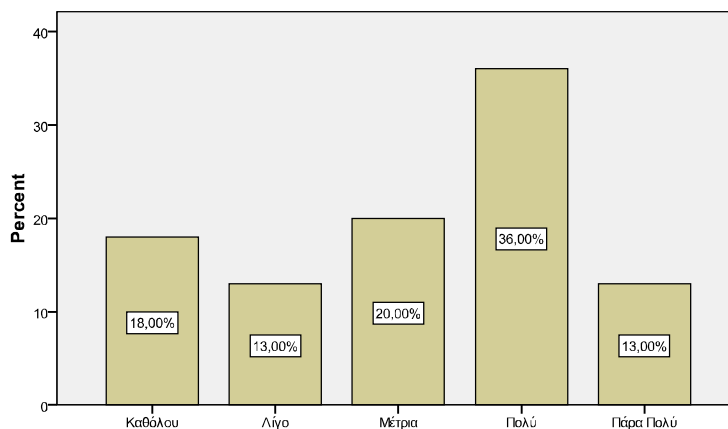
Εάν είστε εξυπηρετούμενος των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Ιατροφαρμακευτική περιθαλψη" που παρέχει;



Γράφημα 11

Σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα στο παρακάτω γράφημα βλέπουμε ότι το 36% είναι πολύ ικανοποιημένο από την υπηρεσία αυτήν, το 20% μέτρια, το 18% δεν αισθάνεται καθόλου ικανοποίηση το 13% λίγη ενώ πάρα πολύ ικανοποιημένο είναι το 13% των ατόμων που ερωτήθηκαν (πίνακας 24γ παραρτήματος).

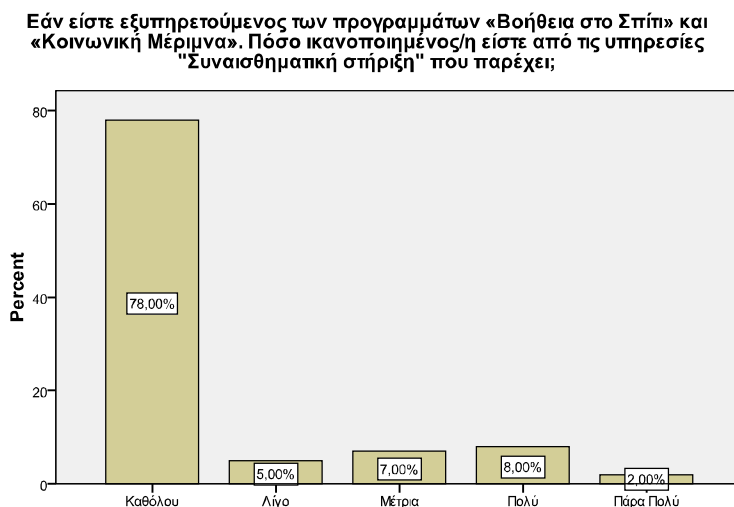
Εάν είστε εξυπηρετούμενος των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Νοσηλευτική φροντίδα" που παρέχει;



Γράφημα 12

Ικανοποιημένοι από την συναισθηματική στήριξη που παρέχει η κοινωνική υπηρεσία το 78% δηλώνει ότι δεν είναι καθόλου ευχαριστημένο, το 5%

λίγο, το 7% μέτρια ικανοποιημένο, το 8% πολύ και το 2% μόνο των χρηστών των υπηρεσιών είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο. (πίνακας 24β παραρτήματος)



Γράφημα 13

Οι ερωτώμενοι απαντούν στο 95% ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες της οικογενειακής βοηθού και το άλλο 5% κατανέμεται στις υπόλοιπες κλίμακες. Καθολικά τα μέλη των υπηρεσιών δηλώνουν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες της οικογενειακής βοηθού που περιλαμβάνουν την προσωπική υγιεινή των μελών την βοήθεια στις εξωτερικές δουλειές του σπιτιού αλλά και την παροχή γεύματος.

5.3. ΈΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ (ΦΥΛΟ, ΗΛΙΚΙΑ, ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ Κ.Α.) ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΚΑΙ Κ.Α.Π.Η.

- *Συσχέτιση της μεταβλητής «Φύλο» με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η.*

Αρχικά, θελήσαμε να μελετήσουμε τι επίδραση έχει η μεταβλητή «φύλο» στις απόψεις των ηλικιωμένων σχετικά με τις υπηρεσίες που τους παρέχουν τόσο το Κ.Α.Π.Η. όσο και τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα.

Εξετάζοντας κάθε υπηρεσία που προσφέρει το Κ.Α.Π.Η. σε σχέση με το φύλο των εγγεγραμμένων και παρατηρώντας τον **πίνακα 10** προκύπτει ότι από τους 36 άνδρες που χρησιμοποιούν την ιατροφαρμακευτική φροντίδα το 91,7% δηλώνει ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο, το 5.6% λίγο, ενώ σε πολύ χαμηλά επίπεδα βρίσκονται οι απόψεις μέτρια και πάρα πολύ. Από τις 65 γυναίκες που είναι χρήστες

της συγκεκριμένης υπηρεσίας, το 93,8% δηλώνει καθόλου ευχαριστημένο, το 3,1% λίγο, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό καλύπτεται από τις θέσεις μέτρια και πάρα πολύ ευχαριστημένοι.

Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Ιατροφαρμακευτική φροντίδα"

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πάρα Πολύ	Total	
Φύλο	Άνδρας	Count	33	2	0	1	36
		Expected Count	33,5	1,4	,4	,7	36,0
		% within Φύλο	91,7%	5,6%	,0%	2,8%	100,0%
Γυναίκα		Count	61	2	1	1	65
		Expected Count	60,5	2,6	,6	1,3	65,0
		% within Φύλο	93,8%	3,1%	1,5%	1,5%	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 10

Επιπλέον, βλέπουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του φύλου με την άποψή τους σε σχέση με την συγκεκριμένη υπηρεσία ($p=0.776$) (πίνακας 28α)

Στην συνέχεια παρατηρούμε ότι από τους 36 άνδρες που χρησιμοποιούν την νοσηλευτική φροντίδα το 69,4% δηλώνει καθόλου ικανοποιημένο, το 11,1% είναι μέτρια και πολύ ικανοποιημένο, ενώ το 2,8% είναι λίγο ικανοποιημένο και το 5,6% πάρα πολύ. Αντίστοιχα, από τις 65 γυναίκες, το 61,5% δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο, το 15,4 μέτρια ενώ ένα 9,2% δηλώνει λίγο και πολύ ικανοποιημένο. Τέλος, το 4,6% των γυναικών δηλώνει πάρα πολύ ικανοποιημένο.

	Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Νοσηλευτική φροντίδα"	Total
--	---	-------

			Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Πάρα Πολύ	
Φύλο	Άνδρας	Count	25	1	4	4	2	36
		Expected Count	23,2	2,5	5,0	3,6	1,8	36,0
		% within Φύλο	69,4%	2,8%	11,1%	11,1%	5,6%	100,0%
Γυναίκα		Count	40	6	10	6	3	65
		Expected Count	41,8	4,5	9,0	6,4	3,2	65,0
		% within Φύλο	61,5%	9,2%	15,4%	9,2%	4,6%	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 11

Δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της ικανοποίησης των μελών ($p= 0.727$). **(πίνακας 28β)**

Ακολούθως δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής φύλο και της ικανοποίησης των εγγεγραμμένων μελών από την χρήση της συμβουλευτικής στήριξης ($p= 0.405$), μεταξύ του φύλου και της χρήσης της ψυχαγωγίας ($p= 0.514$), καθώς και της φυσικοθεραπείας ($p= 0.371$).**(πίνακες 28γ, 28δ,28ε)**

Επιπλέον, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του φύλου με την ικανοποίηση από την χρήση της εργοθεραπείας ($p= 0.455$)) **(πίνακας 28ζ)** και τέλος, σε σχέση με την υπηρεσία της οικογενειακής βοηθού δεν τίθεται θέμα συσχέτισης λόγω του ότι το 100% του δείγματος έδωσε την απάντηση καθόλου ικανοποιημένο. **(πίνακας 28η)**

- ***Συσχέτιση της μεταβλητής «Κλίμακα Ηλικίας» με την ικανοποίηση των χρηστών από της υπηρεσίες που προσφέρει το Κ.Α.Π.Η.***

Δεν βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των κλιμάκων ηλικίας και της ικανοποίησης από την χρήση της νοσηλευτικής φροντίδας ($p=0.651$), της συμβουλευτικής στήριξης ($p=0.935$), της ψυχαγωγίας ($p= 0,823$), της

φυσικοθεραπείας ($p= 0.364$) και τέλος της εργοθεραπείας ($p=0.664$). (πίνακες 29β,29γ,29δ,29^ε,29ζ)

Ωστόσο, βρέθηκε να έχει στατιστικά σημαντική σχέση η ηλικία των ερωτηθέντων με την ικανοποίηση από την χρήση της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας ($p=0.030$). (πίνακας 29α) Στον παρακάτω πίνακα, αξιολογήθηκε το γεγονός ότι μεταξύ των ηλικιών 70-75 υπάρχει 100% μη ικανοποίηση από την χρήση της υπηρεσίας αυτής, ενώ άλλες κατηγορίες ηλικιών, όπως 71-75 δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι σε ποσοστό 96,4%. Μεταξύ των ηλικιών 66-70 οι ηλικιωμένοι νοιώθουν σε ποσοστό 93,3% καθόλου ικανοποιημένοι και το υπόλοιπο 6,7% λίγο.

Όσον αφορά στις ηλικίες μεταξύ 61-65, φαίνεται να υπάρχει μια μεγαλύτερη ικανοποίηση αφού το 81,8% δηλώνει καθόλου ικανοποιημένο, ενώ ένα 9,1% λίγο και άλλο ένα 9,1% πάρα πολύ. Σημαντικό είναι ότι σε ηλικία <60, υπάρχει ένα σημαντικό ποσοστό ικανοποίησης της τάξεως του 33,3% όπου είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι, ενώ το 66.7% βρίσκεται στο άλλο άκρο όπου τα μέλη δηλώνουν καθόλου ικανοποιημένα.

			Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Ιατροφαρμακευτική φροντίδα"				
			Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πάρα Πολύ	Total
Κλίμακα Ηλικίας	<60	Count	2	0	0	1	3
		Expected Count	2,8	,1	,0	,1	3,0
		% within Κλίμακα Ηλικίας	66,7%	,0%	,0%	33,3%	100,0%
	61-65	Count	9	1	0	1	11
		Expected Count	10,2	,4	,1	,2	11,0
		% within Κλίμακα Ηλικίας	81,8%	9,1%	,0%	9,1%	100,0%
	66-70	Count	28	2	0	0	30

	Expected Count	27,9	1,2	,3	,6	30,0
	% within Κλίμακα Ηλικίας	93,3%	6,7%	,0%	,0%	100,0%
71-75	Count	54	1	1	0	56
	Expected Count	52,1	2,2	,6	1,1	56,0
	% within Κλίμακα Ηλικίας	96,4%	1,8%	1,8%	,0%	100,0%
>76	Count	1	0	0	0	1
	Expected Count	,9	,0	,0	,0	1,0
	% within Κλίμακα Ηλικίας	100,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 12

Επιπρόσθετα, παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση της ηλικίας με την ικανοποίηση από την οικογενειακή βοήθη λόγω του ότι το 100% του δείγματος απάντησε ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο από την συγκεκριμένη υπηρεσία.(πίνακας 29η)

- ***Συσχέτιση της μεταβλητής «Οικογενειακή Κατάσταση» με την ικανοποίηση από την χρήση των υπηρεσιών του ΚΑ.Π.Η.***

Δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των ερωτηθέντων μελών και της ικανοποίησής τους από την χρήση των υπηρεσιών του Κ.Α.Π.Η. Πιο αναλυτικά, η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων δεν φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίησή τους από την χρήση της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας ($p=0.650$), την ικανοποίησή τους από την νοσηλευτική φροντίδα ($p=0,131$), από την συμβουλευτική στήριξη ($p=0,984$), την ψυχαγωγία($p=0,906$), την φυσικοθεραπεία($p=0,662$), την εργοθεραπεία ($p=0,976$) (πίνακες 30α, 30β,30γ,30δ,30ε,30ζ) και τέλος, την ικανοποίηση από την χρήση της οικογενειακής βοήθου όπου εδώ δεν τίθεται θέμα συσχέτισης μιας και το 100% του δείγματος απάντησε ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο από την συγκεκριμένη υπηρεσία. (πίνακας 30η)

- ***Συσχέτιση της μεταβλητής «Εκπαίδευση» με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες που προσφέρει το Κ.Α.Π.Η.***

Δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης των ερωτηθέντων μελών και της ικανοποίησής τους από την χρήση των υπηρεσιών του Κ.Α.Π.Η. Πιο αναλυτικά όπως βλέπουμε και στους πίνακες **31α, 31β,31γ,31δ,31ε και 31ζ** η εκπαίδευση των ερωτηθέντων δεν φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίησή τους από την χρήση της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας ($p=0,841$), την ικανοποίησή τους από την νοσηλευτική φροντίδα ($p=0,811$), από την συμβουλευτική στήριξη ($p=0,975$), την ψυχαγωγία($p=0,598$), την φυσικοθεραπεία($p=0,327$), την εργοθεραπεία ($p=0,831$) και τέλος, την ικανοποίηση από την χρήση της οικογενειακής βοήθου όπου εδώ δεν τίθεται θέμα συσχέτισης μιας και το 100% του δείγματος. **.(πίνακας 31η)**

- ***Συσχέτιση της μεταβλητής «Φύλο» με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα.***

Μελετώντας την ερευνητική υπόθεση της συσχέτισης της μεταβλητής «Φύλο» με τις υπηρεσίες των δυο προγραμμάτων, αρχικά παρατηρούμε ότι δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου των ερωτηθέντων μελών με την ικανοποίησή τους από την χρήση της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας ($p=0,284$), την ικανοποίησή τους από την νοσηλευτική φροντίδα ($p=0,380$), από την συναισθηματική στήριξη ($p=0,998$), την βοήθεια στις δουλειές του σπιτιού ($p=0,158$), την υπηρεσία προσωπικής υγιεινής και τις εξωτερικές μικροδουλειές στις οποίες δεν τίθεται καν θέμα συσχέτισης αφού καθολικά οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι **(πίνακες 32α ,32γ,32β,32δ,32ε ,32ζ)** και τέλος, όσον αφορά στην παροχή γεύματος επίσης δεν υπάρχει συσχέτιση ($p=0,402$).**(πίνακας 32η)**

- ***Συσχέτιση της μεταβλητής «Κλίμακα Ηλικίας» με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα.***

Μελετώντας την ερευνητική υπόθεση της συσχέτισης της μεταβλητής «Κλίμακα Ηλικίας» με τις υπηρεσίες των δυο προγραμμάτων, παρατηρούμε ότι

φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων μελών με την ικανοποίησή τους από την χρήση της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας ($p=0.319$). Στατιστικά σημαντική διαφορά δεν υπάρχει, από την ικανοποίησή τους από την νοσηλευτική φροντίδα ($p=0,529$), από την συναισθηματική στήριξη ($p=0,746$), την βοήθεια στις δουλειές του σπιτιού ($p=0,960$), την υπηρεσία προσωπικής υγιεινής και τις εξωτερικές μικροδουλειές μικροδουλειές στις οποίες δεν τίθεται καν θέμα συσχέτισης αφού καθολικά οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι (**πίνακες 33α, 33γ, 33β, 33δ, 33ε, 33ζ**) και τέλος, όσον αφορά στην παροχή γεύματος επίσης δεν υπάρχει συσχέτιση ($p=0.886$).(**πίνακας 33η**)

- ***Συσχέτιση της μεταβλητής «Οικογενειακή Κατάσταση» με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα.***

Μελετώντας την ερευνητική υπόθεση της συσχέτισης της μεταβλητής «Οικογενειακή Κατάσταση» με τις υπηρεσίες των δυο προγραμμάτων, παρατηρούμε ότι φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των ερωτηθέντων μελών με την ικανοποίησή τους από την χρήση της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας ($p=0.198$). Στατιστικά σημαντική διαφορά δεν υπάρχει με την ικανοποίησή τους από την νοσηλευτική φροντίδα ($p=0,586$), από την συναισθηματική στήριξη ($p=0,897$), την βοήθεια στις δουλειές του σπιτιού ($p=0,724$) και τις υπηρεσίες προσωπικής υγιεινής και εξωτερικές μικροδουλειές στις οποίες δεν τίθεται καν θέμα συσχέτισης αφού καθολικά οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι. (**πίνακες 34α, 34γ, 34β, 34δ, 34ε, 34ζ**)

Ωστόσο, όπως φαίνεται από τον **πίνακα 34η** υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και της υπηρεσίας παροχής γεύματος ($p=0,001$). Τόσο οι έγγαμοι όσο και οι χήροι/ες δηλώνουν συνολικά ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από την συγκεκριμένη υπηρεσία. Αντιθέτως, από τους άγαμους το 66,7% δηλώνει καθόλου ικανοποιημένο και το 33,3% πάρα πολύ. (**πίνακας 13**)

			Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέρμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Παροχή γεύματος" που παρέχει;		
			Καθόλο υ	Πάρα Πολύ	Total
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	Count	2	1	3
		Expected Count	3,0	,0	3,0
		% within Οικογενειακή κατάσταση	66,7%	33,3%	100,0%
	Έγγαμος/η	Count	58	0	58
		Expected Count	57,4	,6	58,0
		% within Οικογενειακή κατάσταση	100,0%	,0%	100,0%
	Χήρος/α	Count	39	0	39
		Expected Count	38,6	,4	39,0
		% within Οικογενειακή κατάσταση	100,0%	,0%	100,0%

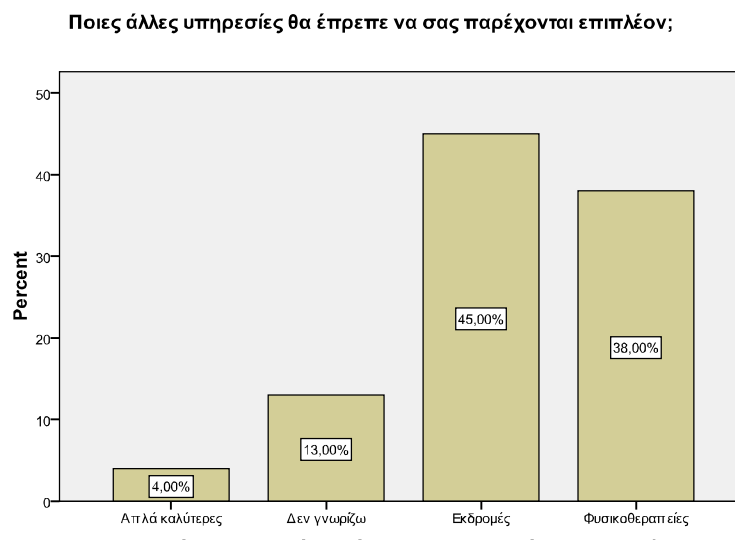
ΠΙΝΑΚΑΣ 13

- **Συσχέτιση της μεταβλητής «Εκπαίδευση» με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα.**

Όσον αφορά στην ερευνητική υπόθεση της συσχέτισης της μεταβλητής «Εκπαίδευση» με τις υπηρεσίες των δυο προγραμμάτων, παρατηρούμε ότι δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης την οποία έχουν λάβει οι ερωτηθέντες με την ικανοποίησή τους από την χρήση της ιατροφαρμακευτικής φροντίδας ($p=0,687$), την ικανοποίησή τους από την νοσηλευτική φροντίδα ($p=0,659$), από την συναισθηματική στήριξη ($p=0,652$), την βοήθεια στις δουλειές του σπιτιού ($p=0,938$), την υπηρεσία προσωπικής υγιεινής και τις εξωτερικές μικροδουλειές. (πίνακες 35α, 35γ, 35β, 35δ, 35ε, 35ζ) Στις δύο τελευταίες δεν τίθεται καν θέμα συσχέτισης αφού καθολικά οι ερωτηθέντες απάντησαν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι. Τέλος, δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και της παροχής γεύματος ($p=0,855$). (πίνακας 35η)

5.4. ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΠΙΟ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.

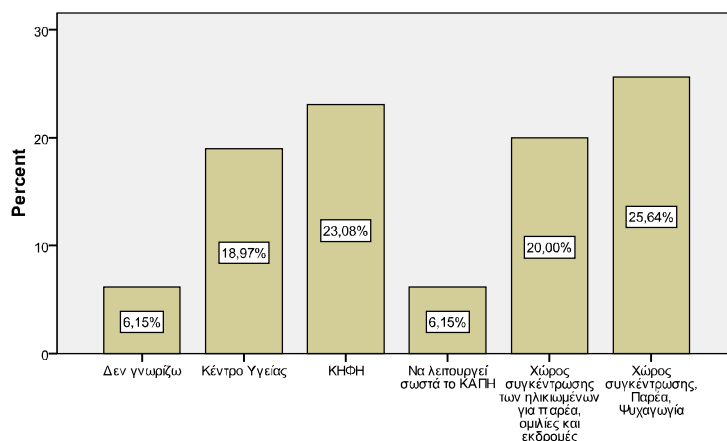
Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι, όπως απεικονίζει και το γράφημα 14 το 45% των ερωτηθέντων εξέφρασε την ανάγκη να τους παρέχεται επιπλέον δυνατότητα για εκδρομές, το 33% δυνατότητα για φυσικοθεραπείες και το υπόλοιπο 22% είτε δεν είχε άποψη, είτε ήθελε τις παρούσες υπηρεσίες αλλά με καλύτερη απόδοση.



Γράφημα 14

Οι ερωτηθέντες όταν τους τέθηκε το ερώτημα ποιες δομές θεωρούν ότι θα έπρεπε να συσταθούν ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες τους και όπως παρατηρούμε και στο γράφημα παρακάτω, απάντησαν ότι θα ήθελαν την δημιουργία ενός χώρου συγκέντρωσης όπου θα έβρισκαν παρέα και θα ψυχαγωγούνταν στο 25,64%. Το 23,08% θα ήθελε να συσταθεί ένα Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) ενώ το 20% θα ήθελε την δημιουργία ενός χώρου συγκέντρωσης ηλικιωμένων που θα τους παρέχει μεν ψυχαγωγία και την δυνατότητα εύρεσης παρέας αλλά και όπου θα διοργανώνονται ομιλίες. Στην συνέχεια το 18,97% θα ήθελε την δημιουργία ενός κέντρου υγείας, ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες τους για ιατρική φροντίδα αλλά και για την πραγματοποίηση εργαστηριακών εξετάσεων. Ένα ποσοστό 6,15% αρκούσαν με τις υπηρεσίες του υπάρχοντος Κ.Α.Π.Η. με την προϋπόθεση ότι θα λειτουργεί σωστά ενώ άλλο ένα 6,15% δεν γνώριζε κάποια υπηρεσία.

Ποιες νέες δομές κατά την γνώμη σας πρέπει να συσταθούν για να καλυφθούν οι ανάγκες σας ;

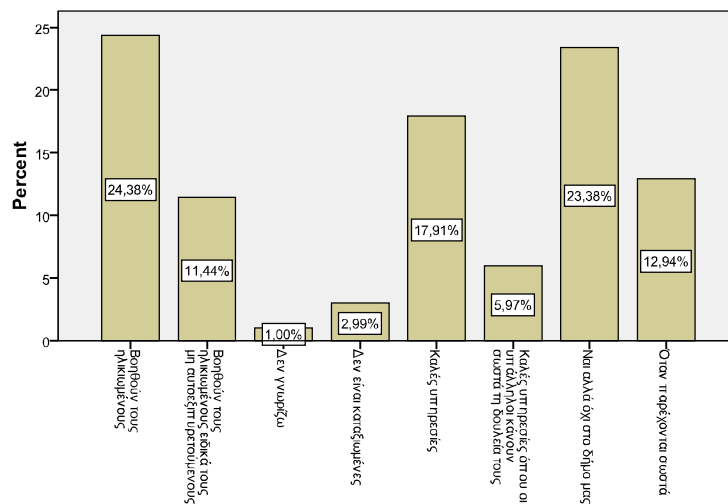


Γράφημα 15

Στην συνέχεια, όταν ερωτήθηκαν σχετικά με την άποψή τους για τον θεσμό του Κ.Α.Π.Η. και των προγραμμάτων και πιο συγκεκριμένα για το εάν θεωρούν ότι είναι καταξιωμένες δομές (γράφημα 16), το 25,38% των ερωτηθέντων απάντησε ότι τις θεωρεί βοηθητικές για τους ηλικιωμένους. Το 23,38% απάντησε ότι ναι μεν είναι καταξιωμένες αλλά όχι στον Δήμο Γοργολαϊνή. Το 17,91% τις θεωρεί καλές υπηρεσίες, ενώ το 12,94% θεωρεί ότι είναι καλές όταν όμως παρέχονται σωστά. Το 11,44% απάντησε ότι βοηθάει τους ηλικιωμένους που δεν είναι αυτοεξυπηρετούμενοι, ενώ το 5,97% πιστεύει ότι είναι καλές υπηρεσίες στις περιοχές

που οι υπάλληλοι κάνουν σωστά την δουλειά τους. Τέλος, το 2,99% θεωρεί ότι δεν είναι καταξιωμένες δομές.

Τι γνώμη έχετε για τον θεσμό του Κ.Α.Π.Η. και των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα; Θεωρείτε ότι είναι καταξιωμένες δομές;



Γράφημα 16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης, ήταν να εντοπιστούν οι ανάγκες των δομών και των προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας για την Τρίτη Ηλικία στον Δήμο Γοργολαΐνη το έτος 2010-2011.

Επίσης, να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας που είναι χρήστες των προγραμμάτων για τις υπάρχουσες δομές.

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας μας τέθηκαν οι ακόλουθοι στόχοι:

- Να εντοπιστούν και να καταγραφούν οι δομές παροχής υπηρεσιών και προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας για την Τρίτη Ηλικία στον Δήμο Γοργολαΐνη.
- Να εντοπιστούν οι ανάγκες για δημιουργία νέων δομών με σκοπό την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων στον Δήμο Γοργολαΐνη.

Το δείγμα της έρευνας μας αποτέλεσαν 200 άτομα μέλη του Κ.Α.Π.Η., Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα. Οι ηλικίες των μελών κυμαίνονταν μεταξύ 60-76 ετών (**πίνακας 14β**). Από το συνολικό δείγμα 62% το οποίο αποτελείτο από γυναίκες και 38% από άνδρες (**πίνακας 14α**).

Από την έρευνα προέκυψε όπως θα δούμε και παρακάτω, ότι οι ευπαθής αυτή ομάδα των ατόμων τρίτης ηλικίας έχει ανάγκη την δημιουργία νέων δομών που να καλύπτουν τις αυξανόμενες ανάγκες της αλλά και την αποδοτικότερη λειτουργία των ήδη υπαρχουσών δομών.

Παρατηρώντας τ' αποτελέσματα της ανάλυσης των ερωτηματολογίων και μελετώντας τον **πίνακα 14γ** διαπιστώνουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων που αγγίζει το 62,81% δηλώνουν ότι είναι έγγαμοι, το 32,6% είναι χήροι/ες, ενώ οι υπόλοιποι είναι άγαμοι ή διαζευγμένοι.

Το γεγονός ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων είναι έγγαμοι ίσως να δικαιολογεί τα μικρά ποσοστά χρήσης των υπηρεσιών. Επιπλέον, λόγω του ότι το 65,2% των ηλικιωμένων έχουν παιδιά τα οποία κατοικούν στο χωριό και σε ποσοστό 97,71% έχουν καθημερινή επικοινωνία μ' αυτά είναι επίσης ένας επιπρόσθετος παράγοντας (**πίνακες 14ζ και 14η**). Συγκεκριμένα, όσον αφορά στο Κ.Α.Π.Η. το 50% δηλώνει ότι δεν χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες (**πίνακας 16ζ**). Σε σχέση με τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα, μόνο το 25% δηλώνει ότι χρησιμοποιεί τις παρεχόμενες υπηρεσίες (**πίνακες 16η και 16θ**).

Τα μέλη του Κ.Α.Π.Η. όπως φαίνεται από τους **πίνακες 17β, 17δ και 17ζ**, εκδήλωσαν ενδιαφέρον κυρίως για την νοσηλευτική φροντίδα 53 (άτομα), 61 (άτομα) για την ψυχαγωγία και 56 (άτομα) για φυσικοθεραπεία. Όσον αφορά στο Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι, τα μέλη γράφτηκαν κυρίως για: νοσηλευτική φροντίδα 50 (άτομα), για ψυχαγωγία 32 (άτομα) και για ιατροφαρμακευτική φροντίδα 22 (άτομα) (**πίνακες 23β, 23δ, 23α**). Στην Κοινωνική Μέριμνα εκδήλωσαν ενδιαφέρον, για την νοσηλευτική φροντίδα 45 (άτομα), για ψυχαγωγία 35 (άτομα) και τέλος, για την ιατροφαρμακευτική φροντίδα 22 (άτομα).(**πίνακες 22β, 22δ, 22α**)

Πολλοί σημαντικοί παράγοντες που αιτιολογούν τα χαμηλά ποσοστά χρήσης των υπηρεσιών είναι, σύμφωνα και με τις δηλώσεις των ηλικιωμένων σε σχετική ερώτηση « εάν δεν χρησιμοποιείται τις υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η. γιατί συμβαίνει αυτό» (στο κτήριο του οποίου συστεγάζονται και τα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα) όπως φαίνεται από τον **πίνακα 21**, τα εξής:

- Δεν είναι εύκολη η πρόσβαση στις υπηρεσίες (30%).
- Δεν λειτουργούν στην περιοχή μου, (24, 29%).
- Δεν μπορώ να μετακινούμε εύκολα εκτός σπιτιού, (8,57%).
- Δεν μ' ενδιαφέρουν οι υπηρεσίες που παρέχουν, (17, 14%).
- Άλλο, (20%) .

Στο σημείο αυτό, πρέπει ν' αναφέρουμε ότι τα μέλη που απάντησαν ότι δεν λειτουργούν στην περιοχή μου είναι κάτοικοι των γύρω χωριών και όχι των Κάτω Ασπιτών που είναι και η βάση των υπηρεσιών.

Ακόμα, στην ερώτηση «αν τους παρέχεται βοήθεια στην διεκπεραίωση των καθημερινών τους υποχρεώσεων» το 72% απάντησε όχι και μόνο το 28% απάντησε ότι έχει βοήθεια. (**πίνακας 16ε**) Απ' αυτό συμπεραίνουμε, ότι παρόλο που ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων δεν διαθέτει βοήθεια, ωστόσο δεν κάνουν χρήση των υπηρεσιών που προσφέρουν τα προγράμματα όπως παροχή γεύματος, προσωπική υγιεινή κ.α.

Όσον αφορά στην ικανοποίηση των μελών του Κ.Α.Π.Η. από τις υπηρεσίες που παρέχει, ένα ελάχιστο ποσοστό δηλώνει ικανοποιημένο. Ενώ αντίθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό δείχνει την δυσαρέσκεια του απέναντι στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, για την Ιατροφαρμακευτική φροντίδα, την Συμβουλευτική στήριξη, την Οικογενειακή Βοήθεια και την Εργοθεραπεία η άποψη «Καθόλου» κάλυπτε ποσοστό άνω του 90%. (**πίνακες 19α, 19γ, 19η, 19ζ**)

Ωστόσο, στην Νοσηλευτική Φροντίδα, στην Ψυχαγωγία και στην Φυσικοθεραπεία διαπιστώνεται μια ποικιλία απόψεων. Πιο συγκεκριμένα, για την Νοσηλευτική Φροντίδα το 64,36% δηλώνει καθόλου ικανοποιημένο, το 13,86% μέτρια ικανοποιημένο ενώ το 9,90% πολύ. Στην Ψυχαγωγία, το 45,52% δηλώνει καθόλου ικανοποιημένο, το 26,73% πάρα πολύ και το 16,83% πολύ. Τέλος, στην Φυσικοθεραπεία, το 45,54% δεν είναι ικανοποιημένο, το 21,78% είναι πολύ και το 19,80% πάρα πολύ ικανοποιημένο. **(πίνακες 19β, 19δ, 19ε)**

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι τα μέλη, δηλώνουν σχετικά ικανοποιημένα από την Νοσηλευτική Φροντίδα και την Φυσικοθεραπεία λόγω του ότι είναι οι μοναδικές υπηρεσίες οι οποίες λειτουργούν σε σχέση με τις υπόλοιπες, όπου αξίζει να τονίσουμε ότι η Εργοθεραπεία και η Οικογενειακή Βοήθεια ήταν εντελώς άγνωστες προς ερωτηθέντες. Σχετικά με την Ψυχαγωγία, αυτή παρουσιάζει κάποια ποσοστά ικανοποίησης λόγω του ότι κατά την πρώτη περίοδο λειτουργίας του Κ.Α.Π.Η. δόθηκε έμφαση στην συγκεκριμένη υπηρεσία με την πραγματοποίηση διαφόρων δράσεων όπως ομιλίες, εκδρομές κ.α. Παρόλα αυτά το ποσοστό ικανοποίησης και πάλι δεν είναι αρκετά μεγάλο, λόγω του ότι σήμερα η ψυχαγωγία έχει ατονήσει καθώς ούτε ο χώρος στέγασης εξυπηρετεί για την πραγματοποίηση εκδηλώσεων (παλαιότερα ο χώρος στέγασης ήταν μεγαλύτερος και λειτουργικός) αλλά και η θέση του Κοινωνικού Λειτουργού έχει μείνει ακάλυπτη για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Ακολούθως, όσον αφορά στα προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα, όπως φαίνεται από τους **πίνακες 24η, 24ε, 24δ και 24ζ**, την πλήρη δυσαρέσκεια εκφράζουν οι ηλικιωμένοι απέναντι στις υπηρεσίες της παροχής γεύματος, της προσωπικής υγιεινής και της παροχής βοήθειας στις δουλειές του σπιτιού καθώς και στις εξωτερικές μικροδουλειές όπου το ποσοστό δυσαρέσκειας αγγίζει το 100%. Ελάχιστα διαφοροποιούνται η ιατροφαρμακευτική φροντίδα (74% καθόλου, 9% μέτρια και 8% λίγο) **(πίνακας 24α)** και η συμβουλευτική στήριξη (78% καθόλου, 8% πολύ και 7% μέτρια) **(πίνακας 24β)**. Σημαντική διαφοροποίηση παρουσιάζει η νοσηλευτική φροντίδα, όπου οι ερωτηθέντες απαντούν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι στο 36% , μέτρια ικανοποιημένοι στο 20%, καθόλου ικανοποιημένοι στο 18%, πάρα πολύ ικανοποιημένοι στο 13% και τέλος λίγο ικανοποιημένοι στο 13% **(πίνακας 24γ)**.

Εκτός από την ικανοποίηση των μελών από τις υπηρεσίες, ένας βασικός άξονας στην έρευνα αυτή ήταν και η άποψη τους σχετικά με το εάν οι θεσμοί αυτοί είναι καταξιωμένοι ή όχι έτσι λοιπόν όταν τους τέθηκε η ερώτηση «θεωρείται καταξιωμένο

το θεσμό του Κ.Α.Π.Η., και τις δομές Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα», θετικά απάντησε το 72,43%, αρνητικά το 4,32% ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 23,24% απάντησε ότι τόσο το Κ.Α.Π.Η. όσο και τα προγράμματα είναι καταξιωμένα αλλά όχι στον συγκεκριμένο δήμο (**πίνακας 27**).

Αφού μελετήσαμε την ικανοποίηση ή μη των χρηστών από τις υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η., Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα, σημαντικό κομμάτι της μελέτης μας αποτέλεσε η έκφραση της ανάγκης των ηλικιωμένων για την δημιουργία νέων δομών οι οποίες θα καλύπτουν επαρκώς τις ανάγκες τους. Έτσι, σύμφωνα με τον **πίνακα 26** προτείνουν την δημιουργία ενός χώρου συγκέντρωσης για παρέα και ψυχαγωγία σε ποσοστό 25,64% (την ανάγκη αυτή εξέφρασαν κυρίως οι γυναίκες, οι οποίες ήθελαν ένα χώρο ειδικά γι' αυτές), την δημιουργία ενός Κέντρου Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων σε ποσοστό 23,08%, ένα χώρο συγκέντρωσης ο οποίος θα προορίζεται για όλους τους ηλικιωμένους σε ποσοστό 20%, την ίδρυση ενός Κέντρου Υγείας σε ποσοστό 18,97%, τέλος το 6,15% επιθυμεί την καλύτερη λειτουργία του υπάρχοντος Κ.Α.Π.Η. ενώ ένα ποσοστό 6,15% απάντησε ότι δεν γνωρίζει.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφέρουμε ότι η ανάγκη για ένα χώρο συγκέντρωσης για ψυχαγωγία έχει να κάνει και με την οικονομική κατάσταση των μελών, καθώς ένα μεγάλο μέρος τους απάντησε μέτρια οικονομική κατάσταση(58%) και ότι το εισόδημα τους δεν επαρκεί για να καλύψουν ακόμα και τις τρέχουσες ανάγκες (17,5%) καθώς οι περισσότεροι είναι χαμηλοσυνταξιούχοι του ΟΓΑ (**πίνακας 14ε**).

Το Κέντρο Υγείας και το Κ.Η.Φ.Η. αποτέλεσαν τις δομές στις οποίες δόθηκε περισσότερη έμφαση από τα ηλικιωμένα μέλη όπως είδαμε και παραπάνω. Αυτό δικαιολογείται από το γεγονός, ότι η οικονομική κατάσταση κυμαίνεται από μέτρια έως πολύ κακή και επιπλέον γιατί αντιμετωπίζουν μια ποικιλία από ασθένειες οι οποίες δυσχεράνουν σε μεγάλο βαθμό την καθημερινότητά τους. Όπως βλέπουμε και από τον **πίνακα 15**, το 45% των ηλικιωμένων δηλώνει μια μέτρια κατάσταση υγείας, το 36,5% άσχημη μόνο το 17,5 καλή κατάσταση υγείας και τέλος το 1% πολύ καλή.

6.1. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ολοκληρώνοντας την έρευνα μας θα διατυπώσουμε κάποιες προτάσεις, που θα μπορούσαν να επιφέρουν θετικές αλλαγές στην παροχή υπηρεσιών των συγκεκριμένων δομών.

Η συγκεκριμένη έρευνα, δεν ήταν δυνατόν να καλύψει πλήρως το θέμα της ανοιχτής φροντίδας των ηλικιωμένων. Κρίνεται σκόπιμο λοιπόν να πραγματοποιηθεί περαιτέρω έρευνα στους παρακάτω τομείς:

- Η έρευνα που υλοποιήσαμε ήταν μια πρώτη προσπάθεια καταγραφής των αναγκών των ηλικιωμένων, χρηστών των προγραμμάτων. Όμως για να υπάρξει ουσιαστική αλλαγή θα πρέπει να γίνουν και άλλες έρευνες που ν' αφορούν την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Δηλαδή, εκτός από τα μέλη των προγραμμάτων, έρευνες θα μπορούσαν να γίνουν για όλους τους ηλικιωμένους του δήμου και να ερευνηθούν οι ανάγκες τους αλλά και οι απόψεις που έχουν για τις δομές προστασίας για την Τρίτη ηλικία. Ακόμα, έρευνα και στον ευρύτερο πληθυσμό για να διερευνηθούν οι απόψεις τους για τις συγκεκριμένες δομές και πως αξιολογούν το έργο που προσφέρουν.
- Έρευνες θα μπορούσαν να υλοποιηθούν και για το προσωπικό των υπηρεσιών αυτών, προκειμένου να διαπιστωθούν οι απόψεις και οι αντιλήψεις τους για τις ανάγκες των ηλικιωμένων και των υπηρεσιών των οποίων εργάζονται. Καθώς και πως αξιολογούν οι ίδιοι τις υπηρεσίες που προσφέρουν.

Έτσι, με την επιστημονική καταγραφή και εκτίμηση των αναγκών των μελών και του ευρύτερου πληθυσμού που θα αποτελέσει τα μελλοντικά μέλη των προγραμμάτων, θα μπορούσαν να σχεδιαστούν μακροπρόθεσμες στρατηγικές παρέμβασης που θα απαντούν στις πραγματικές ανάγκες της τοπικής κοινωνίας.

Σε πιο πρακτικό επίπεδο οι αλλαγές που θα έπρεπε να εφαρμοστούν άμεσα είναι:

- Η στελέχωση των υπηρεσιών με εξειδικευμένο προσωπικό. Συγκεκριμένα για το Κ.Α.Π.Η. (Κοινωνικό/ή Λειτουργό, Νοσηλεύτη/τρια, Φυσικοθεραπευτή/τρια, Εργοθεραπευτή/τρια) γιατί το Κ.Α.Π.Η. αυτήν τη στιγμή ουσιαστικά λειτουργεί με το προσωπικό των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα.

Επίσης, και τα προγράμματα πρέπει να στελεχωθούν και με άλλες ειδικότητες όπως του/της Ιατρού και του Φυσικοθεραπευτή/τριας ειδικότητες που ναι μεν υπήρχαν μέχρι τώρα άλλα έχουν σταματήσει από τον Δεκέμβριο λόγω οικονομικών προβλημάτων.

Σύμφωνα και με τα άρθρα 103 και 109 του Ν. Καλλικράτη τα οποία ορίζουν την δυνατότητα απόσπασης προσωπικού σε άλλο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου του οικείου Δήμου. Δίνεται η ευκαιρία στις παραπάνω υπηρεσίες να στελεχωθούν με προσωπικό το οποίο διαθέτει μια σημαντική πείρα σε χώρους εργασίας με μεγάλο αριθμό εξυπηρετούμενων, αλλά και ποικιλομορφία σε ανάγκες, παροχές και πεδίο δράσεων.

- Αλλαγή χώρου στέγασης των υπηρεσιών, γιατί εκεί που στεγάζονται αυτή τη στιγμή δεν εξυπηρετεί καθόλου τα μέλη. Ο λόγος είναι γιατί ο δρόμος είναι ανηφορικός και ο χώρος πολύ μικρός και μη λειτουργικός, χωρίς την απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή. Όπως αναφέραμε και στην έρευνα μας ένα 30% δεν χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες λόγω του ότι δεν είναι εύκολη η πρόσβαση. Επίσης, το 24,29% δήλωσε ότι δεν χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες, λόγω του ότι δεν λειτουργούν στην περιοχή τους. Αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω του ότι η βάση των προγραμμάτων στεγάζεται σε χώρο στις Κάτω Ασίδες, με αποτέλεσμα στα άλλα χωριά του Δήμου να υπάρχει πρόβλημα. Είτε λόγω έλλειψης μεταφορικού μέσου για να μπορούν να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες, είτε λόγω του ότι αισθάνονται παραγκωνισμένοι και ότι ένα χωριό απολαμβάνει όλα τα προνόμια (ήταν μια άποψη που εκφράστηκε από τα μέλη κατά την διάρκεια συλλογής των ερωτηματολογίων). Έτσι, προτείνουμε την διάσπαση των υπηρεσιών σε τρία χωριά και όχι σ' ένα όπως είναι αυτή τη στιγμή, ώστε να υπάρχει μια όσο το δυνατόν δικαιότερη κατανομή γίνεται.
- Σχεδιασμός δραστηριοτήτων λαμβανομένου υπ' όψιν της κατάστασης υγείας, του μορφωτικού επιπέδου και των προτιμήσεων των ηλικιωμένων όπως ομιλίες, ομάδες, εκδρομές, συνεργασία με φορείς και ανάπτυξη διαφόρων δράσεων. Τώρα δεν λειτουργεί τίποτα απ' αυτά και οι υπηρεσίες λειτουργούν με στόχο την επιβίωση τους και την συνέχιση της λειτουργίας τους.
- Οι ερωτηθέντες στην ερώτηση αν θεωρούν καταξιωμένες τις υπηρεσίες το 23,38%, απάντησε ότι ναι μεν είναι καταξιωμένες αλλά όχι στον Δήμο Γοργολαϊνή. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα μέλη σ' ένα

μεγάλο ποσοστό δεν γνωρίζουν τις υπηρεσίες που προσφέρονται, γι' αυτό θα ήταν καλό να υπάρξει μια ευρύτερη ενημέρωση για την λειτουργία των δομών αυτών έτσι ώστε οι πολίτες να κατανοήσουν το σκεπτικό και το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού θα μπορούσαν να γίνουν κάποιες συγκεκριμένες δράσεις για να ενημερωθεί το κοινό μέσω ενημερωτικών εντύπων, ομιλιών οι οποίες θα παρουσίαζαν τις δράσεις, θ' αξιολογούσαν τι έχει γίνει μέχρι τώρα και θ' ανακοίνωναν μελλοντικές δράσεις.

- Η παρουσία φοιτητών/τριων κοινωνικής εργασίας για την πραγματοποίηση των εργαστηρίων αλλά και πρακτικής άσκησης θα τόνωνε ιδιαίτερα τις υπηρεσίες, οι οποίες αυτή την στιγμή αντιμετωπίζουν προβλήματα επιβίωσης, καθώς με τις συνεχόμενες αλλαγές στον νόμο και τα νέα κριτήρια εισαγωγής στα προγράμματα που ζητούνται καταναλώνουν την ενέργεια τους στα οργανωτικά ζητήματα, καθώς και τις καθημερινές λειτουργίες του προγράμματος και δεν μένει χρόνος για την ανάπτυξη περαιτέρω δράσεων. Επίσης, το προσωπικό είναι απλήρωτο εδώ και αρκετούς μήνες, πριν από κάποιους μήνες το προσωπικό του προγράμματος κοινωνικής μέριμνας είχε περάσει σε επίσχεση εργασίας για περίπου τρεις μήνες διεκδικώντας τα δεδουλευμένα τους. Οι φοιτητές/ριες θα μπορούσαν ν' ασχοληθούν με καινούργιες δράσεις που θα έδιναν μια νέα πνοή στις υπηρεσίες και θα πρόσφεραν πολλά στους εξυπηρετούμενους.
- Επίσης, σημαντικό κομμάτι αποτελεί και η επιμόρφωση των στελεχών των προγραμμάτων, η οποία θα ήταν ιδιαίτερα βοηθητική στην ποιότητα παροχής των υπηρεσιών.
- Η επανεξέταση και αναδημιουργία του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας του Κ.Α.Π.Η. και των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα, ο οποίος θ' ανταποκρίνεται στις τωρινές ανάγκες, δυνατότητες και όρους λειτουργίας με βάση τις αλλαγές που προβλέπει ο νέος νόμος.
- Τέλος, η ανάγκη ύπαρξης αποτελεσματικότερης εποπτείας από το κράτος θεωρείται απαραίτητη, για την καλύτερη οργάνωση και λειτουργία των προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής.

6.2. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η παρούσα έρευνα είχε ως σκοπό να εντοπιστούν οι ανάγκες των δομών και των προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας για την Τρίτη Ηλικία, (Κ.Α.Π.Η., Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα) στο Δήμο Γοργολαΐνη κατά το έτος 2010-2011.

Επίσης, να διερευνηθούν οι αντιλήψεις των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας, που είναι χρήστες των προγραμμάτων για τις υπάρχουσες δομές.

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας μας, τέθηκαν οι ακόλουθοι στόχοι:

- Να εντοπιστούν και να καταγραφούν οι δομές παροχής υπηρεσιών και προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας για την Τρίτη Ηλικία στον Δήμο Γοργολαΐνη.
- Να εντοπιστούν οι ανάγκες για δημιουργία νέων δομών, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων στον Δήμο Γοργολαΐνη.

Παρόλη την προσπάθεια που καταβάλαμε για ένα άρτιο και αξιόπιστο αποτέλεσμα υπήρξαν κάποιες δυσκολίες-αδυναμίες τις οποίες αντιμετωπίσαμε κατά την διάρκεια της έρευνας μας και αναφέρονται αναλυτικά παρακάτω:

Αρχικά, πρέπει να σημειώσουμε ότι λόγω του ότι η έρευνα περιορίστηκε στα μέλη των δομών του συγκεκριμένου Δήμου, τα αποτελέσματα δεν θα πρέπει να γενικευτούν στους ηλικιωμένους - μελών (Κ.Α.Π.Η., Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα) που βρίσκονται σε άλλους Δήμους, μιας και οι ανάγκες δεν ταυτίζονται απόλυτα αλλά και ούτε ο εργασιακός χώρος και οι συνθήκες εργασίας είναι οι ίδιες, καθώς και η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται.

Κατά την διάρκεια της έρευνας, το εργαλείο συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήσαμε ήταν το ερωτηματολόγιο, στο οποίο οι ηλικιωμένοι μπορούσαν να εκφράσουν τις απόψεις τους επιλέγοντας ποια από τις απαντήσεις οι οποίες δίνονταν τους αντιπροσώπευε πλήρως.

Πιθανότατα οι ερωτώμενοι να μπορούσαν να εκφράσουν απόψεις που θα ανταποκρίνονταν περισσότερο στις ανάγκες τους, εάν η συλλογή των δεδομένων γινόταν με κάποια άλλη μέθοδο όπως για παράδειγμα, η συνέντευξη.

Μια ακόμη σημαντική δυσκολία που αντιμετωπίσαμε ήταν στην εύρεση των μελών του Κ.Α.Π.Η. Επειδή, το Κ.Α.Π.Η. ουσιαστικά υπολειτουργεί, οι καταστάσεις των μελών δεν έχουν ενημερωθεί. Έτσι, υπήρχαν αρκετά άτομα τα οποία είτε είχαν

απεβιώσει είτε δεν χρησιμοποιούσαν πλέον την υπηρεσία. Το ξεκαθάρισμα αυτής της λίστας ήταν μια επίπονη και χρονοβόρα διαδικασία, καθώς σε αρκετές περιπτώσεις δεν υπήρχαν τηλέφωνα, διευθύνσεις και ήταν πολύ δύσκολο να βρεθούν τα συγκεκριμένα άτομα. Επίσης, ανενεργά μέλη την δεδομένη χρονική περίοδο που διεξάγει η έρευνα υπήρχαν και στο πρόγραμμα Κοινωνική Μέριμνα λόγω της επισχέσεως εργασίας που είχαν προβεί οι υπάλληλοι γιατί είχαν μείνει απλήρωτοι για αρκετό καιρό. Η επίσχεση εργασίας διήρκησε περίπου 3 μήνες.

Τέλος, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτούσε από το ηλικιωμένο μέλος των υπηρεσιών μια καλή κατάσταση υγείας, πράγμα το οποίο δεν ίσχυε πάντα, με αποτέλεσμα κάποια ερωτηματολόγια να συμπληρωθούν κάτω από αντίξοες συνθήκες, σε περιπτώσεις ερωτώμενων που ήταν κατάκοιτοι, και με άλλα ποικίλα προβλήματα.



Κι αν πέρασαν τα χρόνια δεν πειράζει.....

Κι αν έφυγε η νιοτή δεν με νοιάζει.....

*Και αν στο πρόσωπο ξεκίνησαν οι πρώτες οι ρυτίδες, εμένα δεν με
νοιάζει.....*

Λουλούδι έμεινε η καρδιά για πάντα αυθισμένο.....

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ:

- 1) Αγγουλές, Α. Γ. (2009) «Οστεοπορωτικά Σπονδυλικά Κατάγματα- Βασικές Αρχές Διάγνωσης και Θεραπείας», Αναπηρία τώρα, τρόπος και στάση ζωής, Μάιος- Ιούνιος 2009, (68), <http://www.disabled.gr>.
- 2) Αθανασίου, κ.α. (2005), Δομή, Τόμος 6, Αθήνα: Δομή Α.Ε.
- 3) Αλεξιάς, Γ., Φλάμου, Α. (2007) «Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχο-συναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνικής και αποκλεισμού. Η περίπτωση του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 24, συμπληρωματικό τεύχος (1), σελ.: 37-42. <http://www.mednet.gr/archives>
- 4) Αμηνά, Α., Γεωργιάδη, Ε., Τεπέρογλου, Α. (1986) Ο Θεσμός Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα- Έρευνα για τα Κ.Α.Π.Η., Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
- 5) Αναπτυξιακή Ηρακλείου, (2010), «Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση: Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας» (Μ.Κ.Μ.), <http://www.anher.gr>
- 6) ANCE (Μ.Κ.Ο., Δίκτυο Εμπειρογνομόνων, Αθήνα), (2007), «Ηλικιωμένοι και Νέες Τεχνολογίες», <http://techforelderly.wordpress.com>
- 7) Ανδρουλάκη, Ζ., Κορνελάκης, Ε., Κουτεντάκης, Κ. (2005) «Η ποιότητα ζωής χρόνιων πασχόντων ηλικιωμένων και ο ρόλος της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας», Σύγχρονες Ανάγκες Κοινωνικής Φροντίδας, Δομές και Προγράμματα στην Τοπική Κοινωνία, ΚΟΙΝΩ.ΠΟΛΙΤ.Α ΚΡΗΤΗΣ- Π.Τ.Κ.Σ.Κ.Α.Ε., Ηράκλειο Κρήτης, 19-20 Μαρτίου 2004, σελ.: 265-271.
- 8) Αντωνίου, Π. (2009) «Καρκίνος παχέος εντέρου», Ίατωρ, Μάρτιος 2009, σελ.1.
- 9) Βάρβογλη, Λ. (2006) «Μοναξιά- τα αδιέξοδα της τρίτης ηλικίας» σελ.:1 <http://health.in.gr/illikiomenoi/narticle.asp?arcode=327>.
- 10) Βασιλείου, Μ. (2003) «Η γήρανση του πληθυσμού απειλεί την Ε.Ε., Μέτρα για να περιοριστούν οι επιπτώσεις ως το 2050», Το Βήμα, 5 Ιανουαρίου. <http://www.tovima.gr>
- 11) Γναρδέλλης, Χ. (2003) Εφαρμοσμένη Στατιστική, Αθήνα: Παπαζήση.

- 12) Δαρδαβέσης, Θ. Ι., Κωσταρίδου- Ευκλείδη, Α., Χουσιάδας, Λ. Β. (1999) Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- 13) Δαρδαβέσης, Θ. Ι. (2007) Κοινωνικά Προβλήματα Υπερηλίκων, Θεσσαλονίκη: Επιτροπή Κοινωνικής Πολιτικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- 14) Δαφέρμος, Β. (2005) Κοινωνική Στατιστική με το SPSS, Θεσσαλονίκη: Ζήτη.
- 15) Δημητριάδης, Ε. (2006) «Η νόσος του Πάρκινσον και το περιβάλλον: Ανασκόπηση», Εγκέφαλος, 43, (1), Ιανουάριος- Μάρτιος 2006, σελ.: 17-31, <http://www.encephalos.gr>
- 16) Δήμος Αθηνών, (2007), Λέσχες Φιλίας, <http://www.cityofathens.gr/el/search/node/Λέσχες+Φιλίας>
- 17) Δήμος Βελβέντου, (2004) «Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας», <http://www.velvento.gr>
- 18) Δήμος Γοργολαΐνη, 2010 <http://www.gorgolaini.gr>
- 19) Διαμαντίδου, Α., Τσολάκη, Μ., Πανταζή, Θ., Καζής, Α. (2001) «Χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ασθενών με νόσο Alzheimer πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου», Εγκέφαλος, 38, (2), Απρίλιος- Ιούνιος 2001, σελ.:1-8. <http://www.encephalos.gr>.
- 20) Δόντας, Α. (1974) «Προβλήματα μεγάλων ηλικιών», Ιατρική, 20, (5), σελ.: 2-4.
- 21) Δόντας, Α. (1981) Η Τρίτη ηλικία, Προβλήματα και δυνατότητες, Αθήνα: Παρισιανός Γρηγόριος.
- 22) Δόντας, Α. Σ. (Χ.Χ.) «Ορισμοί- Δημογραφικά Στοιχεία», <http://www.dent.uoa.gr/data/upload/file/courses/51154/chapters> 1-2.pdf.
- 23) Δρακάκης, Ν. (2005) «Οι τοπικές κοινωνίες ως παράγοντας συνδιαμόρφωσης της κοινωνικής πολιτικής: ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης», Σύγχρονες ανάγκες κοινωνικής φροντίδας, Δομές και Προγράμματα στην τοπική κοινωνία, ΚΟΙΝΩ.ΠΟΛΙΤΙ.Α. ΚΡΗΤΗΣ-Π.Τ.Κ.Σ.Κ.Λ.Ε., Ηράκλειο Κρήτης, 19-20 Μαρτίου 2004, σελ.: 31-38.
- 24) Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, (Χ.Χ.), <http://www.gerontology.gr>
- 25) Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών, (2007), Οστεοαρθρίτιδα, <http://www.elire.gr/info-det.php?=19>.

- 26) Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών, (2007), Ρευματοειδής αρθρίτιδα, http://www.elire.gr/info_det.php?di=11.
- 27) Έμκε-Πουλοπούλου, Η. (1994) Το Δημογραφικό, Αθήνα: Έλλην.
- 28) Έμκε-Πουλοπούλου, Η. (1998) «Προσδιοριστικοί παράγοντες της αύξησης των δαπανών για τις συντάξεις στην Ελλάδα», *Κοινωνική Εργασία*, (52), σελ.: 183-187.
- 29) Έμκε- Πουλοπούλου, Η. (1999), Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον, Αθήνα: Έλλην.
- 30) Εσωτερικός Κανονισμός των «Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων» (Κ.Η.Φ.Η.) στο πλαίσιο των Περιφερειακών Προγραμμάτων του Γ' Κ.Π.Σ., Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ομάδα Διοίκησης Έργου Λειτουργίας για την προετοιμασία και παρακολούθηση προγραμμάτων που αφορούν την οικογένεια & το παιδί, τους ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρία & ευπαθείς ομάδες.
- 31) Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών Αθηνών, 2007-2011. [http:// www.alzheimerathens.gr/](http://www.alzheimerathens.gr/)
- 32) Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2011), «Ηλικιωμένοι» Υγεία- Ε.Ε. Η δικτυακή πύλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη δημόσια υγεία. http://ec.europa.eu/health_eu/my_health/elderly/index_el.htm.
- 33) Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ηλικιωμένων που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας και βοήθειας, (2010), Δημοσιοποίηση της ΜΚΟ Γραμμή Ζωής. <http://www.lifelinehellas.gr.pdf>.
- 34) Εφημερίδα της Κυβέρνησης (Φ.Ε.Κ.) (Τεύχος Δεύτερο), Αρ. Φύλλου 455, Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας των «Μονάδων Φροντίδας Υγείας» (Μ.Φ.Η.), Άρθρο 2 «Προϋποθέσεις ίδρυσης και Λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) από ιδιώτες (κερδοσκοπικού χαρακτήρα)».
- 35) Εφημερίδα της Κυβέρνησης (Φ.Ε.Κ.), (1999), Τεύχος Δεύτερο, Αριθ. 7361, 4/5/1999.
- 36) Εφημερίδα της Κυβέρνησης (Φ.Ε.Κ.), (2003), Τεύχος Πρώτο, Αριθ. Φύλλου 30/10/2/2003, «Νόμος Υπ' Αριθ.3106 'Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις».
- 37) Εφημερίδα της Κυβέρνησης (Φ.Ε.Κ.), (2007), Τεύχος Δεύτερο, Αριθ. Φύλλου 772, 15/5/2007.

- 38) Εφημερίδα της Κυβέρνησης (Φ.Ε.Κ.), (2010), Τεύχος Δεύτερο, Αριθ. Φύλλου 1683, 22/10/2010.
- 39) Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (Φ.Ε.Κ.), (2010), Τεύχος Πρώτο, Αριθ. Φύλλου 87, 7/6/2010 http://www.eetaa.gr/kalikratis/support/Nomos3852/fek_html/.
- 40) Ηλιοπούλου, Ε., Βεζυράκης, Δ., Πουλικάκος, Λ. (1993) «Η Τρίτη ηλικία, κοινωνικοιατρικές παράμετροι», Κοινωνική Εργασία, (32) σελ.: 259.
- 41) Καλιγέρη-Βυθούλκα, Π. (1994) «Δικαιώματα Ηλικιωμένων», Κοινωνική Εργασία, 34, σελ.: 45-50.
- 42) Κανάρογλου, Π., Σουλακέλλης, Ν., Μπαλούρδος, Δ. (2001) «Χωρική στατιστική και οι γεωγραφικές ανισότητες της γήρανσης στην Ελλάδα», στο Κοτζαμάνης, Β, Παππάς, Β, (επιμ.) Οι Χωρικές Διαστάσεις των Δημογραφικών Φαινομένων, Βόλος: Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων, Εργαστήριο Εφαρμογών της Πληροφορικής στο Σχεδιασμό του χώρου, Τμήμα Μηχανικών Χωροταξίας, Πολεοδομίας και Περιφερειακής Ανάπτυξης Πολυτεχνική Σχολή-Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, σελ.:2-23.
- 43) Κανδυλάκη, Α., Καραγκούνης, Β. (2005) «Φροντίδα στην Κοινότητα και Βοήθεια στο Σπίτι: Μια Πρόκληση για την Τοπική Αυτοδιοίκηση» στο Ζαϊμάκης, Γ., Κανδυλάκη, Α. (επιμ.) Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας: Μορφές Παρέμβασης σε Ευπαθείς Ομάδες και σε Πολυπολιτισμικές Κοινότητες, Αθήνα: Κριτική Επιστημονική Βιβλιοθήκη, σελ.: 327-351.
- 44) Καπάρος, Σ. (2008) «Το συναίσθημα στην Τρίτη ηλικία», <http://health.in.gr/illikiomenoi/narticle.asp?arcode=73>.
- 45) Κατσίκη, Γ. (2008) «Προγράμματα Δημιουργικής Απασχόλησης Ηλικιωμένων: Μια Προσπάθεια Καταγραφής», Κοινωνική Εργασία, (91), σελ.: 72-76.
- 46) Κρεμαλής, Κ., Λεβέντης, Γ., Φλογαΐτης, Σ., Υφαντόπουλος, Γ., Σταθόπουλος, Π., Πετρόγλου, Α., Ματθαίου, Α., Αμίτσης, Γ., Κεχρή, Β., Παπαλιού, Ο., Φαγαδάκη, Ε. (1990) Κοινωνική Πρόνοια. Διερεύνηση και αξιολόγηση ενός νέου συστήματος, Αθήνα: Χ.Ε.
- 47) Κυριαζή, Ν. (1999) Η Κοινωνιολογική Έρευνα-Κριτική Επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- 48) Λαμπίρη-Δημάκη, Ι. (1995) Κοινωνικές έρευνες με στατιστικές μεθόδους, Αθήνα: Σάκουλας Αντ. Ν.

- 49) Λιάκου, Μ. (1998) «Βοήθεια στο Σπίτι Ε.Ε.Σ. Διαστάσεις και Προοπτικές Ανάπτυξης της κατ' οίκον Κοινωνικής Φροντίδας», Κοινωνική Εργασία, (52), σελ.: 203-210.
- 50) Μακράκης, Β. Γ. (1997) Ανάλυση Δεδομένων στην Επιστημονική Έρευνα με τη χρήση του SPSS- Από τη Θεωρία στην Πράξη, Αθήνα: Gutenberg.
- 51) Μαλγαρίνου, Μ. Γούλια, Ε. (1986) Η Νοσηλεύτρια κοντά στον Υπερήλικα, Αθήνα: Χ.Ε.
- 52) Μαλκογιώργου, Α. (2010) «Η μοναξιά της τρίτης ηλικίας», http://kkalomidas.blogspot.com/2010/08/blog-post_05.html.
- 53) Μαράτου-Αλιπράντη, Α. (1999) «Διαγενεακές Σχέσεις στη Σύγχρονη Εποχή: Θεωρήσεις, Τάσεις, Πρακτικές Συγκριτική Επισκόπηση», Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 98-99, (Α' - Β'), σελ.: 49-73.
- 54) Μαυραγάκη, Ε. (2007) «Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας», Δήμος Καστελίου, <http://www.kastelli.gr/municipality/unit-social-concern/html>.
- 55) Μαυραντωνάκης, Α., Στυλιανίδης, Κ., Τσιγλά, Δ. (2003) «Οι απόψεις των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα κλειστής φροντίδας του Νομού Ηρακλείου για τις συνθήκες ζωής τους», «Πτυχιακή εργασία», Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.
- 56) Μη Κυβερνητική Οργάνωση 50 και Ελλάς, 2008-2011. <http://www.50plus.gr/>
- 57) Μησώκας, Κ. Γ. (2005) Ιερά Μονή Αγίου Γεωργίου του Γοργολαΐνη, ταξίδι μέσα στους αιώνες, Ηράκλειο Κρήτης: Ιερά Μονή Αγίου Γεωργίου Γοργολαΐνη.
- 58) Μπαλογιάννης, Σ. Ι. (2007) «Η αντιμετώπιση του γήρατος δια μέσου των αιώνων», Εγκέφαλος, 44, (3), Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2007, σελ.: 32-45. <http://www.encephalos.gr>.
- 59) Νεοκλέους, Γ. (2009) «Δύο όψεις της Τρίτης Ηλικίας: Ευτυχισμένα Γηρατειά και Ηλικιακή Διάκριση», Κοινωνική Εργασία, (95), σελ.:135-149.
- 60) Οδηγός Υπηρεσιών Πρόνοιας, (Χ.Χ.) Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας.
- 61) Οργανισμός Εσωτερικής Υπηρεσίας του Κ.Α.Π.Η. Δήμου Γοργολαΐνη.
- 62) Οργανισμός Εσωτερικής Υπηρεσίας του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», Σχέδιο Περιγραφής της Δράσης «Βοήθεια στο Σπίτι», Στο πλαίσιο των Περιφερειακών Προγραμμάτων του Γ' Κ.Π.Σ., Ελληνική Δημοκρατία, Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ομάδα Διοίκησης Έργου.

- 63) Παναγιωτάκης, Γ. (2005) «Ο Θεσμός των Κ.Α.Π.Η. σήμερα: Τάσεις και Προοπτικές», Σύγχρονες Ανάγκες Κοινωνικής Φροντίδας, Δομές και Προγράμματα στην Τοπική Κοινωνία, ΚΟΙΝΩ.ΠΟΛΙΤΙ.Α ΚΡΗΤΗΣ-Π.Τ.Κ.Σ.Κ.Λ.Ε., Ηράκλειο, 29-20 Μαρτίου 2004, σελ.: 257-264.
- 64) Παναγιωτάκης, Γ. (2009) «Εκπαιδευτικές ανάγκες στην Τρίτη Ηλικία: Διερεύνηση των Εκπαιδευτικών αναγκών στο Κ.Α.Π.Η. Δήμου Κρουσώνα. Τάσεις και προοπτικές», Κοινωνική Εργασία, (95), σελ.: 170-187.
- 65) Παπαδημητρίου, Γ. Ν., Ζέρβας, Ι. Μ., Πολίτης, Α. Μ., Κανατάς, Γ. Ι., Παπακώστας, Ι. Γ., Σολδάτος, Κ. Ρ. (2007) «Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους και η αντιμετώπιση της με ηλεκτροσπασμοθεραπεία», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 24, (6), Νοέμβριος-Δεκέμβριος, σελ.: 583-589.
- 66) Παπαλιού, Ο., Φαγαδάκη, Ε. (1998) «Κοινωνικο-οικονομικές συνέπειες της δημογραφικής γήρανσης», Πληθυσμός και Ανάπτυξη στην Ελλάδα, Ελληνική Εταιρεία Δημογραφικών Μελετών, Αθήνα, 19-20 Νοεμβρίου 1998, σελ.: 500-505.
- 67) Παπάνης, Ε. (2007) «Η Τρίτη ηλικία», Ελληνική Κοινωνική Έρευνα, <http://epapanis.blogspot.com/2007/09/blog-post-7466.html>.
- 68) Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1983) Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας, Αθήνα: Χ.Ε.
- 69) Παχή, Α., Τζανέτη, Π. Τζιάρας, Π. (2009) «Υπηρεσίες Μετανοσοκομειακής Φροντίδας και Νοσοκομειακή Κοινωνική Εργασία: Μια Διερευνητική Μελέτη», Κοινωνική Εργασία, (95), σελ.: 151-169.
- 70) Περγάμαλη, Μ. (2006) «Ίκανοποίηση των Ηλικιωμένων από τις Υπηρεσίες του Προγράμματος 'Βοήθεια στο Σπίτι' στο Δήμο Ηρακλείου» Μεταπτυχιακή Εργασία, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Κρήτης-Τμήμα Ιατρικής.
- 71) Περιφέρεια Κρήτης, Περιφερειακή Ενότητα Ηρακλείου, (2011), «Δήμος Γοργολαΐνη», <http://www.nah.gr/prefecture-of-heraclion/municipalities/gorgolaini.html>
- 72) Πολίτης, Κ., Καραμβάση, Α., Παπαδημητρίου, Ι. (2009) «Κατάθλιψη σε Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων Παραμεθόριου Νησιωτικής Περιοχής», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 21, (1), Ιανουάριος-Μάρτιος 2009, σελ.: 33-37. <http://www.elegeia.gr>

- 73) Πολύζος, Ν. (1981) Δημογραφική Πρόκληση, Υπογεννητικότητα και γήρανση στην Ελλάδα, Αθήνα: Εξάντας.
- 74) Πόππη, Ε. (2009) «Μη φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στην Άνοια», 6^ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών, Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συγγενών Διαταραχών, Θεσσαλονίκη, 19-22 Φεβρουαρίου 2009, σελ.: 80-81.
- 75) Ρομπόλης, Σ., Μπάγκαβος, Χ., Ρωμανιάς, Γ. (2003) «Δημογραφικές Εξελίξεις και Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα», στο Βενιέρης, Δ, Παπαθεοδώρου, Χ, (επιμ.) Η κοινωνική Πολιτική στην Ελλάδα, Προκλήσεις και Προοπτικές, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ.: 169-213.
- 76) Ρούσσο, Ν. (1987) «Γηροψυχιατρική Εργοθεραπεία», Εκλογή, (72), σελ.: 42-43).
- 77) Σαββίδης, Μ. (2011) «Στον καιρό του μνημονίου... Δείχνου την πόρτα στα 2/3 των επωφελούμενων από τη Βοήθεια στο Σπίτι», Νέα Κρήτη, 12 Μαρτίου, σελ: 11. [http:// www.neakriti.gr/NewsASSET/Imgsrc?working=0&Resolution](http://www.neakriti.gr/NewsASSET/Imgsrc?working=0&Resolution).
- 78) Σημειώσεις κ. Βάντση, (2006) στο Μάθημα «Κοινωνική Πολιτική για Ευάλωτες Ομάδες».
- 79) Σημειώσεις κ. Κριτσωτάκη, (2006) στο Μάθημα «Στατιστική», Κριτσωτάκης, Ε., Παπαδοπούλου, Ε. (2004) «Στατιστική με το spss για windows». Ηράκλειο.
- 80) Σολδάτος, Κ., Λύκουρας, Λ. (2006) Σύγγραμμα Ψυχιατρικής, Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- 81) Σταθόπουλος, Π. Α. (1999), Κοινωνική Πρόνοια μια γενική θεώρηση, 2, Αθήνα: Έλλην.
- 82) Σταθόπουλος, Π. Α. (2005), Κοινωνική Πρόνοια Ιστορική Εξέλιξη, Νέες Κατευθύνσεις, Αθήνα: Παπαζήση.
- 83) Στασινοπούλου, Ο. Β. (1996) Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής- Από το Κράτος Πρόνοιας στο «Νέο» Προνοιακό Πλουραλισμό, Φροντίδα και Γήρανση η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση, Αθήνα: Gutenberg.
- 84) Στεφάνου, Β., Ζήκου, Χ. (1998) «Επίπεδα γήρανσης και πληθυσμιακές εξελίξεις», Πληθυσμός και Ανάπτυξη στην Ελλάδα, Ελληνική Εταιρεία Δημογραφικών Μελετών, Αθήνα, 19-20 Νοεμβρίου 1998, σελ.: 522-533.
- 85) Σχέδιο Περιγραφής της Δράσης και Οδηγίες για την Κατάρτιση Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας: «Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

- (Κ.Η.Φ.Η.)» Στο Πλαίσιο των Περιφερειακών Προγραμμάτων του Γ΄ ΚΠΣ, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- 86) Σώκου, Κ. (2007) «Η υπογεννητικότητα απειλεί την Ελλάδα, Η χώρα μας πέμπτη από το τέλος της Ε.Ε. των «27» και τελευταία μεταξύ των 15 «παλαιών», Το Βήμα, 6 Μαρτίου. <http://www.tovima.gr>
- 87) Τσαχάκη, Γ., Κρασσανάκη, Α., Κούτρα, Κ., Τσιαλκούτη, Μ., Αντωνάκης, Ν. (2004) «Η Τρίτη Ηλικία και οι Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σε μια αγροτική περιοχή της Κρήτης», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 16, (1), Ιανουάριος-Μάρτιος 2004, σελ.: 8-10. <http://www.elegeia.gr>
- 88) Τσερεβελάκης, Γ. Γ. (2005) Μνήμης Ανάπλους, Μια Αναδρομή στην Ιστορία και στο Λαϊκό Πολιτισμό των Κάτω Ασιτών της Επαρχίας Μαλεβυζίου, Ηράκλειο Κρήτης: Πολιτιστικός Σύλλογος Κάτω Ασιτών «Το Γοργολαΐνη».
- 89) Φιτσιώρης, Ξ. (2009) «Η σχέση των περιβαλλοντικών παραγόντων με τη νόσο Alzheimer», 6^ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών, Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συγγενών Διαταραχών, Θεσσαλονίκη, 19-22 Φεβρουαρίου 2009 σελ.: 15.
- 90) Χ.Ο. (2006) «Εισαγωγή σε Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων» Αναπηρία Τώρα, <http://www.disabled.gr/lib/?p=6735>
- 91) Χ.Ο. (2009), «Γραμμή Ζωής: Στο πλευρό των ηλικιωμένων, Η Κατάσταση στην Ελλάδα Σήμερα». <http://www.health.in.gr>
- 92) Χ.Ο. (2009) Η Γη γερνάει: Το 2040 οι ηλικιωμένοι του πλανήτη θα έχουν διπλασιαστεί στα 1,3 δις, Πηγή: ΑΠΕ-ΜΠΕ, <http://www.blogthea.gr>
- 93) Χ.Ο. (2009) Περισσότεροι οι ηλικιωμένοι από τα νήπια, για πρώτη φορά στην Ιστορία, Πηγή: Reuters. <http://healthview.gr/node/10689>.
- 94) Χ.Ο. (2010) Η ακράτεια ούρων και τα απλά μέτρα αντιμετώπισης, http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2294.
- 95) Χ.Ο. (2010) Καρκίνος Στομάχου, http://www.onhealth.gr/portal/eipf/Greece/portal/patient/gastric_cancer.
- 96) Χ.Ο. (Χ.Χ.) «Health Care At Home in Greece» http://www.greeceindex.com/greece_health/greece_health_system_home_health_care.html
- 97) Χναράκη, Ε. (2005) «Το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι και η Τοπική Κοινότητα: εφαρμογή-προβληματισμοί-προτάσεις», Σύγχρονες Ανάγκες Κοινωνικής Φροντίδας, Δομές και Προγράμματα στην Τοπική Κοινωνία,

ΚΟΙΝΩ.ΠΟΛΙΤ.Α ΚΡΗΤΗΣ-Π.Τ.Κ.Σ.Κ.Λ.Ε., Ηράκλειο Κρήτης, 19-20
Μαρτίου 2004, σελ.:125:140.

- 98) Χρυσάκης, Μ., Μπαλούρδος, Δ. (1998) «Περιφερειακές Διαστάσεις της
Γήρανσης στην Ελλάδα», Πληθυσμός και Ανάπτυξη στην Ελλάδα, Ελληνική
Εταιρεία Δημογραφικών Μελετών, Αθήνα, 19-20 Νοεμβρίου 1998, σελ.: 541-
560.
- 99) Ψαρρού, Κ. Μ.- Ζαφειρόπουλος, Κ. (2004) Επιστημονική Έρευνα- Θεωρία
και εφαρμογές στις κοινωνικές επιστήμες, Αθήνα: τυπωθήτω- Γιώργος
Δαρδάνος.
- 100) Wikipedia, (2009) «Άνω Ασίτες Ηρακλείου»,
http://el.wikipedia.org/wiki/Άνω_Ασίτες_Ηρακλείου.
- 101) Wikipedia, (2009) «Πετροκέφαλο Ηρακλείου»,
http://el.wikipedia.org/wiki/Πετροκέφαλο_Ηρακλείου.
- 102) Wikipedia, (2010) «Πυργού Ηρακλείου»,
http://el.wikipedia.org/wiki/Πυργού_Ηρακλείου.
- 103) Wikipedia, (2011) «Home Care»,
http://en.wikipedia.org/wiki/Home_Care.

ΞΕΝΗ:

- 1) Hinton, P. R. (1995) Statistics Explained- A guide for Social Science Students,
5, London: Routledge.
- 2) Kwong-Leung, T., Jik-Joen, L. (2005) «Global Social Justice for Older
People: The Case for an International Convention on the Rights of Older
People» British Journal of Social Work, (36), page: 1135-1150.
<http://bjsw.oxfordjournals.org/content/36/7/1/35.short>.
- 3) Moroney, R. M., Krysik, J. (1998) Social Policy and Social Work-Critical
Essays on the welfare state, 2, New York: Aldine de Grueter.
- 4) Plath, D. (2008) «Independence in Old Age: The Route to Social Exclusion?»,
British Journal of Social Work, (38), σελ.: 1353-1369.
<http://bjsw.oxfordjournals.org/content/38/7/1353/full/pdf+html>.
- 5) Scourfield, P. (2007) «Helping Older People in Residential Care Remain Full
Citizens», British Journal of Social Work, (37), σελ.: 1135-1152. [http://
bjsw.oxfordjournals.org/content/37/7/1135.full.pdf+html](http://bjsw.oxfordjournals.org/content/37/7/1135.full.pdf+html).
- 6) Tanner, D. (2003) «Older People and Access to Care», British Journal of
Social Work, 33, σελ.: 499-515.

ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ:

- 1) Bacque, Marie-Frederique (2001) Πένθος και Υγεία, Άλλοτε και Σήμερα, Μετάφραση: Κουτρομπά, Χ, Αθήνα: Θυμάρι.
- 2) Bell, J. (2005) Πώς να συντάξετε μια επιστημονική εργασία-Οδηγός ερευνητικής μεθοδολογίας, Μετάφραση: Πανάγου, Ε, Αθήνα: Μεταίχμιο.
- 3) Cape, D. T., Coe, R. M., Rossman, I. (1990), Βασικές αρχές της Γηριατρικής, μετάφραση: Ιμπρίαλος, Π, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- 4) Ferré Martí, J.(χ.χ.) Σύγχρονη Ψυχολογία, μετάφραση: Οικονομοπούλου, Ν, Τόμος 4, Αθήνα: ΕΥΡΩΕΚΔΟΤΙΚΗ.
- 5) Javeau, C. (2000) Η Έρευνα με ερωτηματολόγιο-Το εγχειρίδιο του καλού ερευνητή, Μετάφραση: Τζαννόνε-Τζώρτζη, Κ, 2, Αθήνα: Τυπωθήτω.
- 6) Kannel, W. B., Brand, F., McGee, D. (1990) «Η υπέρταση των υπερηλίκων», στο Cape, R. D. T., Coe, R. M., Rossman, I. Βασικές Αρχές της Γηριατρικής, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, σελ.: 381-397.
- 7) Kaplan, H. I., Sadock, B. J., Grebb, J.A.(2000) Ψυχιατρική, μετάφραση: Ομάδα μεταφραστών, 7, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- 8) Καστενμπάουμ, Ρ. (1982), Η Τρίτη ηλικία, μετάφραση: Τζελέπογλου, Ε, Αθήνα: Αθανάσιος ψυχογιός.
- 9) Kramlinger, K. (2010) Κατάθλιψη, Βγείτε από την Παγίδα, Μετάφραση: Ελιάσα, Χ, Αθήνα: Μοντέρνοι Καιροί.
- 10) Morris, V. (2004) Ο Πλήρης Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών, μετάφραση: Λέγκαλ, Μ, Αθήνα: Mendor.
- 11) Μπωβουάρ, Σ. (1970) Τα γηρατειά, μετάφραση: Έμκε, Ε, Αθήνα: Γλάρος.
- 12) Π.Ο.Υ., (1993) ICD 10, Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς, μετάφραση: Στεφανής, Κ, Σολδάτος, Κ, Μαυρέας, Β, 2, Αθήνα: ΒΗ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ

Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ- ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Πίνακας 14α

		Φύλο			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ανδρας	76	38,0	38,0	38,0
	Γυναίκα	124	62,0	62,0	100,0
Total		200	100,0	100,0	

Πίνακας 14β

		Κλίμακα Ηλικίας			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<60	7	3,5	3,5	3,5
	61-65	16	8,0	8,0	11,5
	66-70	59	29,5	29,5	41,0
	71-75	117	58,5	58,5	99,5
	>76	1	,5	,5	100,0
	Total		200	100,0	100,0

Πίνακας 14γ

		Οικογενειακή κατάσταση			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άγαμος/η	8	4,0	4,0	4,0
	Έγγαμος/η	125	62,5	62,8	66,8
	Σε Διάσταση	1	,5	,5	67,3
	Διαζευγμένος	1	,5	,5	67,8
	Χήρος/α	64	32,0	32,2	100,0

Total	199	99,5	100,0
Missing System	1	,5	
Total	200	100,0	

Πίνακας 14δ

Εκπαίδευση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αναλφάβητος/η	19	9,5	9,6	9,6
Μερικές τάξεις του Δημοτικού	78	39,0	39,4	49,0
Απόφοιτος/η Δημοτικού	96	48,0	48,5	97,5
Μερικές τάξεις του Γυμνασίου	1	,5	,5	98,0
Απόφοιτος/η Γυμνασίου	3	1,5	1,5	99,5
Φοίτηση σε Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	1	,5	,5	100,0
Total	198	99,0	100,0	
Missing System	2	1,0		
Total	200	100,0		

Πίνακας 14ε

Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καλή	23	11,5	11,5	11,5
Μέτρια	116	58,0	58,0	69,5
Κακή	26	13,0	13,0	82,5
Δεν καλύπτει τις ανάγκες μου	35	17,5	17,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 14ζ

Μένει έστω και ένα από τα παιδιά σας στο χωριό;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΝΑΙ	129	64,5	65,8	65,8

	OXI	67	33,5	34,2	100,0
	Total	196	98,0	100,0	
Missing	System	4	2,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 14η

Εάν «ναι» πόσο συχνά έχετε επικοινωνία με τα παιδιά σας που μένουν στο χωριό;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθημερινά	128	64,0	97,7	97,7
	ΝΑΙ	1	,5	,8	98,5
	ΟΧΙ	1	,5	,8	99,2
	Σπάνια	1	,5	,8	100,0
	Total	131	65,5	100,0	
Missing		69	34,5		
Total		200	100,0		

B. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ-ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

Πίνακας 15

Πως θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ καλή	2	1,0	1,0	1,0
	Καλή	35	17,5	17,5	18,5
	Μέτρια	90	45,0	45,0	63,5
	Άσχημη	73	36,5	36,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Γ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ

Πίνακας 16α

Υπάρχει Σύζυγος τα οποία σας προσφέρουν βοήθεια για την διεκπεραίωση των καθημερινών σας υποχρεώσεων; (Στους τομείς που έχετε ανάγκη)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	63	31,5	31,5	31,5
	OXI	137	68,5	68,5	99,5
					100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 16β

Υπάρχουν Παιδιά τα οποία σας προσφέρουν βοήθεια για την διεκπεραίωση των καθημερινών σας υποχρεώσεων; (Στους τομείς που έχετε ανάγκη)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	93	46,5	46,5	46,5
	OXI	107	53,5	53,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 16γ

Υπάρχουν Συγγενείς τα οποία σας προσφέρουν βοήθεια για την διεκπεραίωση των καθημερινών σας υποχρεώσεων; (Στους τομείς που έχετε ανάγκη)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	12	6,0	6,0	6,0
	OXI	188	94,0	94,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 16δ

Υπάρχει Αμειβόμενη οικογενειακή βοήθός τα οποία σας προσφέρουν βοήθεια για την διεκπεραίωση των καθημερινών σας υποχρεώσεων; (Στους τομείς που έχετε ανάγκη)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	NAI	20	10,0	10,0	10,0
	OXI	180	90,0	90,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 16ε

Δεν μου παρέχεται βοήθεια τα οποία σας προσφέρουν βοήθεια για την διεκπεραίωση των καθημερινών σας υποχρεώσεων; (Στους τομείς που έχετε ανάγκη)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	56	28,0	28,0	28,0
	OXI	144	72,0	72,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 16ζ

Εκτός από την φροντίδα της οικογένειας χρησιμοποιείτε τις υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	100	50,0	50,0	50,0
	OXI	100	50,0	50,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 16η

Εκτός από την φροντίδα της οικογένειας χρησιμοποιείτε τις υπηρεσίες του Βοήθεια στο Σπίτι

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	50	25,0	25,0	25,0
	OXI	150	75,0	75,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πίνακας 16θ

Εκτός από την φροντίδα της οικογένειας χρησιμοποιείτε τις υπηρεσίες
του Κοινωνική Μέριμνα

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	50	25,0	25,0	25,0
	OXI	150	75,0	75,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Δ. ΛΟΓΟΙ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ Κ.Α.Π.Η.

Πίνακας 17α

Για ποιους λόγους γίνεται μέλος στο Κ.Α.Π.Η.; Για την παροχή
"Ιατροφαρμακευτικής φροντίδας"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	10	5,0	10,1	10,1
	OXI	89	44,5	89,9	100,0
	Total	99	49,5	100,0	
Missing	System	101	50,5		
Total		200	100,0		

Πίνακας 17β

Για ποιους λόγους γίνεται μέλος στο Κ.Α.Π.Η.; Για την παροχή "Νοσηλευτικής
φροντίδας"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	53	26,5	53,0	53,0
	OXI	47	23,5	47,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 17γ

Για ποιους λόγους γίνεται μέλος στο Κ.Α.Π.Η.; Για την παροχή "Κοινωνικών
υπηρεσιών"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	3	1,5	3,0	3,0

	OXI	97	48,5	97,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 17δ

Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο Κ.Α.Π.Η.; Για την παροχή "Ψυχαγωγίας"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	61	30,5	61,0	61,0
	OXI	39	19,5	39,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 17ε

Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο Κ.Α.Π.Η.; Για την παροχή "Παρέας-συντροφιάς"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	26	13,0	26,0	26,0
	OXI	74	37,0	74,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 17ζ

Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο Κ.Α.Π.Η.; Για την παροχή "Φυσικοθεραπείας"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	56	28,0	56,0	56,0
	OXI	44	22,0	44,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		

Για ποιους λόγους γίνεται μέλος στο Κ.Α.Π.Η.; Για την παροχή
"Φυσικοθεραπείας"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	56	28,0	56,0	56,0
	OXI	44	22,0	44,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 17η

Για ποιους λόγους γίνεται μέλος στο Κ.Α.Π.Η.; Για την παροχή
"Εργοθεραπείας"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	1	,5	1,0	1,0
	OXI	99	49,5	99,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 17θ

Για ποιους λόγους γίνεται μέλος στο Κ.Α.Π.Η.; Για την παροχή
"Οικογενειακού/ης βοηθού"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	2	1,0	2,0	2,0
	OXI	98	49,0	98,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 17ι

Για ποιους λόγους γίνεται μέλος στο Κ.Α.Π.Η.; Για την παροχή "Επιμόρφωσης-
Εκπαίδευσης"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	2	1,0	2,0	2,0
	OXI	98	49,0	98,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		
Total		200	100,0		

Ε. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ Κ.Α.Π.Η.

Πίνακας 18α

Χρησιμοποιείτε τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες "Ιατροφαρμακευτικής φροντίδας"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	1	,5	1,0	1,0
	OXI	98	49,0	99,0	100,0
	Total	99	49,5	100,0	
Missing	System	101	50,5		
Total		200	100,0		

Πίνακας 18β

Χρησιμοποιείτε τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες "Νοσηλευτικής φροντίδας"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	2	1,0	2,0	2,0
	OXI	97	48,5	98,0	100,0
	Total	99	49,5	100,0	
Missing	System	101	50,5		
Total		200	100,0		

Πίνακας 18γ

Χρησιμοποιείτε τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες "Κοινωνικών υπηρεσιών"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	1	,5	1,0	1,0
	OXI	98	49,0	99,0	100,0

Total	99	49,5	100,0
Missing System	101	50,5	
Total	200	100,0	

Πίνακας 18δ

Χρησιμοποιείτε τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες "Ψυχαγωγίας"

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	14	7,0	14,1	14,1
OXI	85	42,5	85,9	100,0
Total	99	49,5	100,0	
Missing System	101	50,5		
Total	200	100,0		

Πίνακας 18ε

Χρησιμοποιείτε τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες "Παρέας-συντροφιάς"

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	3	1,5	3,0	3,0
OXI	96	48,0	97,0	100,0
Total	99	49,5	100,0	
Missing System	101	50,5		
Total	200	100,0		

Πίνακας 18ζ

Χρησιμοποιείτε τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες "Φυσικοθεραπείας"

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	20	10,0	20,2	20,2
OXI	79	39,5	79,8	100,0
Total	99	49,5	100,0	
Missing System	101	50,5		
Total	200	100,0		

Πίνακας 18η

Χρησιμοποιείτε τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες "Εργοθεραπείας"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	1	,5	1,0	1,0
	OXI	98	49,0	99,0	100,0
	Total	99	49,5	100,0	
Missing	System	101	50,5		
Total		200	100,0		

Πίνακας 18θ

Χρησιμοποιείτε τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες "Οικογενειακού/ης βοηθού"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	1	,5	1,0	1,0
	OXI	98	49,0	99,0	100,0
	Total	99	49,5	100,0	
Missing	System	101	50,5		
Total		200	100,0		

Πίνακας 18ι

Χρησιμοποιείτε τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες "Επιμόρφωσης-Εκπαίδευσης"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	1	,5	1,0	1,0
	OXI	98	49,0	99,0	100,0
	Total	99	49,5	100,0	
Missing	System	101	50,5		
Total		200	100,0		

Z. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ Κ.Α.Π.Η.

Πίνακας 19α

Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Ιατροφαρμακευτική φροντίδα"

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

Valid	Καθόλου	94	47,0	93,1	93,1
	Λίγο	4	2,0	4,0	97,0
	Μέτρια	1	,5	1,0	98,0
	Πάρα Πολύ	2	1,0	2,0	100,0
	Total	101	50,5	100,0	
Missing	System	99	49,5		
Total		200	100,0		

Πίνακας 19β

Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Νοσηλευτική φροντίδα"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	65	32,5	64,4	64,4
	Λίγο	7	3,5	6,9	71,3
	Μέτρια	14	7,0	13,9	85,1
	Πολύ	10	5,0	9,9	95,0
	Πάρα Πολύ	5	2,5	5,0	100,0
	Total	101	50,5	100,0	
Missing	System	99	49,5		
Total		200	100,0		

Πίνακας 19γ

Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Συμβουλευτική στήριξη"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	98	49,0	97,0	97,0
	Λίγο	1	,5	1,0	98,0
	Πολύ	1	,5	1,0	99,0
	Πάρα Πολύ	1	,5	1,0	100,0
	Total	101	50,5	100,0	
Missing	System	99	49,5		
Total		200	100,0		

Πίνακας 19δ

Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Ψυχαγωγία"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	48	24,0	47,5	47,5
	Λίγο	4	2,0	4,0	51,5
	Μέτρια	5	2,5	5,0	56,4
	Πολύ	17	8,5	16,8	73,3
	Πάρα Πολύ	27	13,5	26,7	100,0
	Total		101	50,5	100,0
Missing	System	99	49,5		
Total		200	100,0		

Πίνακας 19ε

Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Φυσικοθεραπεία"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	46	23,0	45,5	45,5
	Λίγο	6	3,0	5,9	51,5
	Μέτρια	7	3,5	6,9	58,4
	Πολύ	22	11,0	21,8	80,2
	Πάρα Πολύ	20	10,0	19,8	100,0
	Total		101	50,5	100,0
Missing	System	99	49,5		
Total		200	100,0		

Πίνακας 19ζ

Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Εργοθεραπεία"

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	100	50,0	99,0	99,0

	Λίγο	1	,5	1,0	100,0
	Total	101	50,5	100,0	
Missing	System	99	49,5		
Total		200	100,0		

Πίνακας 19η

Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Οικογενειακός/η βοηθός "

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	101	50,5	100,0	100,0
Missing	System	99	49,5		
Total		200	100,0		

Πίνακας 20

Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις σας με το προσωπικό;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Τυπικές	10	5,0	10,0	10,0
	Καλές	42	21,0	42,0	52,0
	Αρκετά καλές	31	15,5	31,0	83,0
	Πάρα πολύ καλές	17	8,5	17,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 21

Εάν δεν χρησιμοποιείτε υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η. και των Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα γιατί συμβαίνει αυτό;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν λειτουργούν στην περιοχή μου	17	8,5	24,3	24,3
	Δεν είναι εύκολη η πρόσβαση.	21	10,5	30,0	54,3

	Δεν μπορώ να μετακινούμε εύκολα εκτός σπιτιού	6	3,0	8,6	62,9
	Δεν μ' ενδιαφέρουν οι υπηρεσίες που παρέχουν	12	6,0	17,1	80,0
	Άλλο	14	7,0	20,0	100,0
	Total	70	35,0	100,0	
Missing	System	130	65,0		
Total		200	100,0		

Η. ΛΟΓΟΙ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ.

Πίνακας 22α

Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο πρόγραμμα Κοινωνικής Μέριμνας; Για την παροχή Ιατροφαρμακευτικής φροντίδας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	22	11,0	44,0	44,0
	OXI	28	14,0	56,0	100,0
	Total	50	25,0	100,0	
Missing	System	150	75,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 22β

Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο πρόγραμμα Κοινωνικής Μέριμνας; Για την παροχή Νοσηλευτικής φροντίδας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	45	22,5	90,0	90,0
	OXI	5	2,5	10,0	100,0
	Total	50	25,0	100,0	
Missing	System	150	75,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 22γ

Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο πρόγραμμα Κοινωνικής Μέριμνας; Για την παροχή Κοινωνικών υπηρεσιών

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

Valid	NAI	3	1,5	6,0	6,0
	OXI	47	23,5	94,0	100,0
	Total	50	25,0	100,0	
Missing	System	150	75,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 22δ

Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο πρόγραμμα Κοινωνικής Μέριμνας; Για την παροχή Ψυχαγωγίας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	35	17,5	70,0	70,0
	OXI	15	7,5	30,0	100,0
	Total	50	25,0	100,0	
Missing	System	150	75,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 22ε

Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο πρόγραμμα Κοινωνικής Μέριμνας; Για την παροχή Οικογενειακού/ης βοηθού

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	2	1,0	4,0	4,0
	OXI	48	24,0	96,0	100,0
	Total	50	25,0	100,0	
Missing	System	150	75,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 22ζ

Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο πρόγραμμα Κοινωνικής Μέριμνας; Για την παροχή Άλλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	50	25,0	100,0	100,0
Missing	System	150	75,0		
Total		200	100,0		

Θ. ΛΟΓΟΙ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΣΤΟ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ.

Πίνακας 23α

Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι; Για την παροχή Ιατροφαρμακευτικής φροντίδας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	22	11,0	44,0	44,0
	OXI	28	14,0	56,0	100,0
	Total	50	25,0	100,0	
Missing	System	150	75,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 23β

Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι; Για την παροχή Νοσηλευτικής φροντίδας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	50	25,0	100,0	100,0
Missing	System	150	75,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 23γ

Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι; Για την παροχή Κοινωνικών υπηρεσιών

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	6	3,0	12,0	12,0
	OXI	44	22,0	88,0	100,0
	Total	50	25,0	100,0	
Missing	System	150	75,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 23δ

Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι; Για την παροχή Ψυχαγωγίας

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

Valid	NAI	32	16,0	64,0	64,0
	OXI	18	9,0	36,0	100,0
	Total	50	25,0	100,0	
Missing	System	150	75,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 23ε

Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι; Για την παροχή Οικογενειακού/ης βοηθού

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	3	1,5	6,0	6,0
	OXI	47	23,5	94,0	100,0
	Total	50	25,0	100,0	
Missing	System	150	75,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 23ζ

Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι; Για την παροχή Άλλο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OXI	50	25,0	100,0	100,0
Missing	System	150	75,0		
Total		200	100,0		

I. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ.

Πίνακας 24α

Εάν είστε εξυπηρετούμενος των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη" που παρέχει;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	74	37,0	74,0	74,0

	Λίγο	8	4,0	8,0	82,0
	Μέτρια	9	4,5	9,0	91,0
	Πολύ	5	2,5	5,0	96,0
	Πάρα Πολύ	4	2,0	4,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 24β

Εάν είστε εξυπηρετούμενος των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Συναισθηματική στήριξη" που παρέχει;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	78	39,0	78,0	78,0
	Λίγο	5	2,5	5,0	83,0
	Μέτρια	7	3,5	7,0	90,0
	Πολύ	8	4,0	8,0	98,0
	Πάρα Πολύ	2	1,0	2,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 24γ

Εάν είστε εξυπηρετούμενος των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Νοσηλευτική φροντίδα" που παρέχει;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	18	9,0	18,0	18,0
	Λίγο	13	6,5	13,0	31,0
	Μέτρια	20	10,0	20,0	51,0
	Πολύ	36	18,0	36,0	87,0
	Πάρα Πολύ	13	6,5	13,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		

Εάν είστε εξυπηρετούμενος των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Νοσηλευτική φροντίδα" που παρέχει;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	18	9,0	18,0	18,0
	Λίγο	13	6,5	13,0	31,0
	Μέτρια	20	10,0	20,0	51,0
	Πολύ	36	18,0	36,0	87,0
	Πάρα Πολύ	13	6,5	13,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 24δ

Εάν είστε εξυπηρετούμενος των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Βοήθεια σε δουλειές του σπιτιού" που παρέχει;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	95	47,5	95,0	95,0
	Λίγο	2	1,0	2,0	97,0
	Μέτρια	1	,5	1,0	98,0
	Πολύ	1	,5	1,0	99,0
	Πάρα Πολύ	1	,5	1,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 24ε

Εάν είστε εξυπηρετούμενος των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Προσωπική υγιεινή" που παρέχει;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	100	50,0	100,0	100,0

Missing	System	100	50,0	
Total		200	100,0	

Πίνακας 24ζ

Εάν είστε εξυπηρετούμενος των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες " Εξωτερικές μικροδουλειές" που παρέχει;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	100	50,0	100,0	100,0
Missing	System	100	50,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 24η

Εάν είστε εξυπηρετούμενος των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Παροχή γεύματος" που παρέχει;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	99	49,5	99,0	99,0
	Πάρα Πολύ	1	,5	1,0	100,0
	Total	100	50,0	100,0	
Missing	System	100	50,0		
Total		200	100,0		

Πίνακας 25

Ποιες άλλες υπηρεσίες θα έπρεπε να σας παρέχονται επιπλέον;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Απλά καλύτερες	4	2,0	4,0	4,0
	Δεν γνωρίζω	13	6,5	13,0	17,0
	Εκδρομές	45	22,5	45,0	62,0
	Φυσικοθεραπείες	33	16,5	33,0	95,0

Φυσικοθεραπείες, Εκδρομές	5	2,5	5,0	100,0
Total	100	50,0	100,0	
Missing	100	50,0		
Total	200	100,0		

Κ. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΝΕΕΣ ΔΟΜΕΣ

Πίνακας 26

Ποιες νέες δομές κατά την γνώμη σας πρέπει να συσταθούν για να καλυφθούν οι ανάγκες σας ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν γνωρίζω	12	6,0	6,2	6,2
	Κέντρο Υγείας	37	18,5	19,0	25,1
	ΚΗΦΗ	45	22,5	23,1	48,2
	Να λειτουργεί σωστά το ΚΑΠΗ	12	6,0	6,2	54,4
	Χώρος συγκέντρωσης των ηλικιωμένων για παρέα, ομιλίες και εκδρομές	39	19,5	20,0	74,4
	Χώρος συγκέντρωσης, Παρέα, Ψυχαγωγία	50	25,0	25,6	100,0
	Total	195	97,5	100,0	
Missing		5	2,5		
Total		200	100,0		

Λ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΔΟΜΩΝ Κ.Α.Π.Η. ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ.

Πίνακας 27

Τι γνώμη έχετε για τον θεσμό του Κ.Α.Π.Η. και των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα; Θεωρείτε ότι είναι καταξιωμένες δομές;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Βοηθούν τους ηλικιωμένους	49	24,4	24,4	24,4
	Βοηθούν τους ηλικιωμένους ειδικά τους μη αυτοεξυπηρετούμενους	23	11,4	11,4	35,8

Δεν γνωρίζω	2	1,0	1,0	36,8
Δεν είναι καταξιωμένες	6	3,0	3,0	39,8
Καλές υπηρεσίες	36	17,9	17,9	57,7
Καλές υπηρεσίες όπου οι υπάλληλοι κάνουν σωστά τη δουλεία τους	12	6,0	6,0	63,7
Ναι αλλά όχι στο δήμο μας	47	23,4	23,4	87,1
Όταν παρέχονται σωστά	26	12,9	12,9	100,0
Total	201	100,0	100,0	

Μ. ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ.

- Συσχέτιση μεταβλητής «Φύλο» με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28α

Φύλο * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Ιατροφαρμακευτική φροντίδα"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,105 ^a	3	,776
Likelihood Ratio	1,410	3	,703
Linear-by-Linear Association	,116	1	,734
N of Valid Cases	101		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28β

Φύλο * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Νοσηλευτική φροντίδα"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,046 ^a	4	,727
Likelihood Ratio	2,271	4	,686
Linear-by-Linear Association	,045	1	,832
N of Valid Cases	101		

a. 6 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,78.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28γ

Φύλο * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η

είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Συμβουλευτική στήριξη"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,913 ^a	3	,405
Likelihood Ratio	3,826	3	,281
Linear-by-Linear Association	,224	1	,636
N of Valid Cases	101		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28δ

Φύλο * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Ψυχαγωγία"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,270 ^a	4	,514
Likelihood Ratio	3,556	4	,469
Linear-by-Linear Association	,185	1	,667
N of Valid Cases	101		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,43.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28ε

Φύλο * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Φυσικοθεραπεία"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,268 ^a	4	,371
Likelihood Ratio	6,219	4	,183
Linear-by-Linear Association	,269	1	,604
N of Valid Cases	101		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,14.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28ζ

Φύλο * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Εργοθεραπεία"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,559 ^a	1	,455		

Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,887	1	,346		
Fisher's Exact Test				1,000	,644
Linear-by-Linear Association	,554	1	,457		
N of Valid Cases	101				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.

b. Computed only for a 2x2 table

ΠΙΝΑΚΑΣ 28η

Φύλο * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Οικογενειακός/η βοηθός "

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	101

a. No statistics are computed because Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Οικογενειακός/η βοηθός " is a constant.

- Συσχέτιση μεταβλητής «Κλίμακα Ηλικίας» με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29α

Κλίμακα Ηλικίας * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Ιατροφαρμακευτική φροντίδα"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,788 ^a	12	,030
Likelihood Ratio	12,504	12	,406
Linear-by-Linear Association	9,739	1	,002
N of Valid Cases	101		

a. 17 cells (85,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29β

Κλίμακα Ηλικίας * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Νοσηλευτική φροντίδα"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,298 ^a	16	,651
Likelihood Ratio	13,997	16	,599
Linear-by-Linear Association	,021	1	,884
N of Valid Cases	101		

a. 20 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29γ

Κλίμακα Ηλικίας * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Συμβουλευτική στήριξη"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,601 ^a	12	,935
Likelihood Ratio	6,100	12	,911
Linear-by-Linear Association	,034	1	,854
N of Valid Cases	101		

a. 17 cells (85,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29δ

Κλίμακα Ηλικίας * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Ψυχαγωγία"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,778 ^a	16	,823
Likelihood Ratio	12,204	16	,730
Linear-by-Linear Association	,037	1	,847
N of Valid Cases	101		

a. 18 cells (72,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29ε

Κλίμακα Ηλικίας * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Φυσικοθεραπεία"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,337 ^a	16	,364
Likelihood Ratio	18,360	16	,303
Linear-by-Linear Association	2,243	1	,134

N of Valid Cases	101	
------------------	-----	--

a. 18 cells (72,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29ζ

Κλίμακα Ηλικίας * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Εργοθεραπεία"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,390 ^a	4	,664
Likelihood Ratio	2,452	4	,653
Linear-by-Linear Association	,251	1	,616
N of Valid Cases	101		

a. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29η

Κλίμακα Ηλικίας * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Οικογενειακός/η βοηθός "

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	101

a. No statistics are computed because Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Οικογενειακός/η βοηθός " is a constant.

- Συσχέτιση μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30α

Οικογενειακή κατάσταση * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Ιατροφαρμακευτική φροντίδα"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,612 ^a	12	,650

Likelihood Ratio	9,215	12	,684
Linear-by-Linear Association	,327	1	,567
N of Valid Cases	100		

a. 18 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30β

Οικογενειακή κατάσταση * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Νοσηλευτική φροντίδα"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,380 ^a	16	,131
Likelihood Ratio	19,100	16	,264
Linear-by-Linear Association	,014	1	,905
N of Valid Cases	100		

a. 21 cells (84,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30γ

Οικογενειακή κατάσταση * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Συμβουλευτική στήριξη"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,950 ^a	12	,984
Likelihood Ratio	4,324	12	,977
Linear-by-Linear Association	,173	1	,677
N of Valid Cases	100		

a. 18 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30δ

Οικογενειακή κατάσταση * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Ψυχαγωγία"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,167 ^a	16	,906
Likelihood Ratio	10,470	16	,841
Linear-by-Linear Association	,311	1	,577
N of Valid Cases	100		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,167 ^a	16	,906
Likelihood Ratio	10,470	16	,841
Linear-by-Linear Association	,311	1	,577
N of Valid Cases	100		

a. 20 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30ε

Οικογενειακή κατάσταση * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Φυσικοθεραπεία"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,152 ^a	16	,662
Likelihood Ratio	13,647	16	,625
Linear-by-Linear Association	,039	1	,844
N of Valid Cases	100		

a. 19 cells (76,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30ζ

Οικογενειακή κατάσταση * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Εργοθεραπεία"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,475 ^a	4	,976
Likelihood Ratio	,776	4	,942
Linear-by-Linear Association	,293	1	,588
N of Valid Cases	100		

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30η

Οικογενειακή κατάσταση * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Οικογενειακός/η βοηθός"

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	^a
N of Valid Cases	100

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	100

a. No statistics are computed because Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Οικογενειακός/η βοηθός " is a constant.

- Συσχέτιση μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31α

Εκπαίδευση * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Ιατροφαρμακευτική φροντίδα"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,924 ^a	9	,841
Likelihood Ratio	6,170	9	,723
Linear-by-Linear Association	,076	1	,782
N of Valid Cases	99		

a. 14 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31β

Εκπαίδευση * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Νοσηλευτική φροντίδα"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,664 ^a	12	,811
Likelihood Ratio	7,773	12	,803
Linear-by-Linear Association	1,375	1	,241
N of Valid Cases	99		

a. 15 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,05.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31γ

Εκπαίδευση * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Συμβουλευτική στήριξη"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,685 ^a	9	,975
Likelihood Ratio	3,830	9	,922
Linear-by-Linear Association	,969	1	,325
N of Valid Cases	99		

a. 14 cells (87,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31δ

Εκπαίδευση * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Ψυχαγωγία"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,206 ^a	12	,598
Likelihood Ratio	11,762	12	,465
Linear-by-Linear Association	1,429	1	,232
N of Valid Cases	99		

a. 14 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31ε

Εκπαίδευση * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Φυσικοθεραπεία"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,604 ^a	12	,327
Likelihood Ratio	13,688	12	,321
Linear-by-Linear Association	,772	1	,380
N of Valid Cases	99		

a. 14 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31ζ

Εκπαίδευση * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Εργοθεραπεία"

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,877 ^a	3	,831
Likelihood Ratio	1,259	3	,739
Linear-by-Linear Association	,388	1	,534

N of Valid Cases	99	
------------------	----	--

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31η

Εκπαίδευση * Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Οικογενειακός/η βοηθός "

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	99

a. No statistics are computed because Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες "Οικογενειακός/η βοηθός " is a constant.

- Συσχέτιση μεταβλητής «Φύλο» με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32α

Φύλο * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,032 ^a	4	,284
Likelihood Ratio	5,734	4	,220
Linear-by-Linear Association	1,378	1	,240
N of Valid Cases	100		

a. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,64.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32β

Φύλο * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Συναισθηματική στήριξη" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
--	-------	----	-----------------------

Pearson Chi-Square	,120 ^a	4	,998
Likelihood Ratio	,119	4	,998
Linear-by-Linear Association	,000	1	,986
N of Valid Cases	100		

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,82.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32γ

Φύλο * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Νοσηλευτική φροντίδα" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,199 ^a	4	,380
Likelihood Ratio	4,205	4	,379
Linear-by-Linear Association	,448	1	,503
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,33.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32δ

Φύλο * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Βοήθεια σε δουλειές του σπιτιού" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,616 ^a	4	,158
Likelihood Ratio	8,354	4	,079
Linear-by-Linear Association	1,673	1	,196
N of Valid Cases	100		

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.

ΠΙΝΑΚΕΣ 32ε & 32ζ

Φύλο * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Προσωπική υγιεινή" και τις "εξωτερικές μικροδουλείες" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	100

a. No statistics are computed because Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Προσωπική υγιεινή" που παρέχει; is a constant.

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	100

a. No statistics are computed because Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες " Εξωτερικές μικροδουλειές" που παρέχει; is a constant.

ΠΙΝΑΚΑΣ 32η

Φύλο * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Παροχή γεύματος" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,702 ^a	1	,402		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	1,062	1	,303		
Fisher's Exact Test				1,000	,590
Linear-by-Linear Association	,695	1	,404		
N of Valid Cases	100				

a. 2 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,41.

b. Computed only for a 2x2 table

- Συσχέτιση μεταβλητής «Κλίμακα Ηλικίας» με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33α

Κλίμακα Ηλικίας * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,714 ^a	12	,319
Likelihood Ratio	14,759	12	,255

Linear-by-Linear Association	,813	1	,367
N of Valid Cases	100		

a. 17 cells (85,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33β

Κλίμακα Ηλικίας * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα».
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Συναισθηματική στήριξη" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,484 ^a	12	,746
Likelihood Ratio	12,404	12	,414
Linear-by-Linear Association	3,644	1	,056
N of Valid Cases	100		

a. 18 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33γ

Κλίμακα Ηλικίας * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα».
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Νοσηλευτική φροντίδα" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,994 ^a	12	,529
Likelihood Ratio	13,733	12	,318
Linear-by-Linear Association	,103	1	,748
N of Valid Cases	100		

a. 12 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,52.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33δ

Κλίμακα Ηλικίας * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα».
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Βοήθεια σε δουλειές του σπιτιού" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)

Pearson Chi-Square	4,939 ^a	12	,960
Likelihood Ratio	6,410	12	,894
Linear-by-Linear Association	,417	1	,518
N of Valid Cases	100		

a. 18 cells (90,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33ε & 33ζ

Κλίμακα Ηλικίας * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα».
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Προσωπική υγιεινή" και τις
"Εξωτερικές μικροδουλείες" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	100

a. No statistics are computed because Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Προσωπική υγιεινή" που παρέχει; is a constant.

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	100

a. No statistics are computed because Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες " Εξωτερικές μικροδουλείες" που παρέχει; is a constant.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33η

Κλίμακα Ηλικίας * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα».
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Παροχή γεύματος" που
παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,646 ^a	3	,886
Likelihood Ratio	,995	3	,802
Linear-by-Linear Association	,459	1	,498
N of Valid Cases	100		

a. 6 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

- Συσχέτιση μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34α

Οικογενειακή κατάσταση * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Ίατροφαρμακευτική περίθαλψη" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,058 ^a	8	,198
Likelihood Ratio	10,603	8	,225
Linear-by-Linear Association	,014	1	,905
N of Valid Cases	100		

a. 12 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34β

Οικογενειακή κατάσταση * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Συναισθηματική στήριξη" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,524 ^a	8	,897
Likelihood Ratio	4,879	8	,770
Linear-by-Linear Association	,005	1	,943
N of Valid Cases	100		

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,524 ^a	8	,897
Likelihood Ratio	4,879	8	,770
Linear-by-Linear Association	,005	1	,943
N of Valid Cases	100		

a. 13 cells (86,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,06.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34γ

Οικογενειακή κατάσταση * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Νοσηλευτική φροντίδα" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,551 ^a	8	,586
Likelihood Ratio	7,164	8	,519
Linear-by-Linear Association	1,118	1	,290
N of Valid Cases	100		

a. 5 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,39.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34δ

Οικογενειακή κατάσταση * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Βοήθεια σε δουλειές του σπιτιού" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,309 ^a	8	,724
Likelihood Ratio	7,043	8	,532
Linear-by-Linear Association	,634	1	,426
N of Valid Cases	100		

a. 13 cells (86,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34ε & 34ζ

Οικογενειακή κατάσταση * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Προσωπική υγιεινή" και τις " Εξωτερικές μικροδουλείς" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	100

a. No statistics are computed because Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Προσωπική υγιεινή" που παρέχει; is a constant.

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	100

a. No statistics are computed because Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες " Εξωτερικές μικροδουλείς" που παρέχει; is a constant.

ΠΙΝΑΚΑΣ 34η

Οικογενειακή κατάσταση * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Παροχή γεύματος" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,660 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	7,381	2	,025
Linear-by-Linear Association	2,044	1	,153
N of Valid Cases	100		

a. 4 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.

- Συσχέτιση μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35α

Εκπαίδευση * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,808 ^a	16	,687
Likelihood Ratio	9,299	16	,901
Linear-by-Linear Association	,482	1	,487
N of Valid Cases	100		

a. 22 cells (88,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35β

Εκπαίδευση * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Συναισθηματική στήριξη" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,288 ^a	16	,652
Likelihood Ratio	13,985	16	,600
Linear-by-Linear Association	2,441	1	,118
N of Valid Cases	100		

a. 22 cells (88,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35γ

Εκπαίδευση * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Νοσηλευτική φροντίδα" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,181 ^a	16	,659
Likelihood Ratio	13,369	16	,646
Linear-by-Linear Association	,368	1	,544
N of Valid Cases	100		

a. 16 cells (64,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35δ

Εκπαίδευση * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Βοήθεια σε δουλειές του σπιτιού" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,353 ^a	16	,938
Likelihood Ratio	9,860	16	,874
Linear-by-Linear Association	,001	1	,970
N of Valid Cases	100		

a. 22 cells (88,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35ε & 35ζ

Εκπαίδευση * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Προσωπική υγιεινή" και τις "Εξωτερικές μικροδουλειές" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	100

a. No statistics are computed because Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Προσωπική υγιεινή" που παρέχει; is a constant.

Chi-Square Tests

	Value
Pearson Chi-Square	. ^a
N of Valid Cases	100

a. No statistics are computed because Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες " Εξωτερικές μικροδουλειές" που παρέχει; is a constant.

ΠΙΝΑΚΑΣ 35η

Εκπαίδευση * Από το «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες "Παροχή γεύματος" που παρέχει;

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,339 ^a	4	,855
Likelihood Ratio	1,701	4	,790
Linear-by-Linear Association	,509	1	,476
N of Valid Cases	100		

a. 7 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,01.

A.T.E.I. ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

***Ερωτηματολόγιο Για Τις
«Δομές Και Προγράμματα Κοινωνικής
Προστασίας Για Την Τρίτη Ηλικία»
Στον Δήμο Γοργολαΐνη.***

Απόφοιτος/η Δημοτικού	
Μερικές τάξεις του Γυμνασίου	
Απόφοιτος/η Γυμνασίου	
Μερικές τάξεις Λυκείου	
Απόφοιτος/η Λυκείου	
Φοίτηση σε Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	
Απόφοιτος Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.	
Άλλο	

6) Έχετε παιδιά; ΝΑΙ ΟΧΙ

Α) Εάν «ναι» συμπληρώστε τις παρακάτω ερωτήσεις:

1) Πόσα παιδιά έχετε; Αγόρια Κορίτσια

2) Μένει έστω και ένα από τα παιδιά σας στο χωριό; ΝΑΙ ΟΧΙ

3) Εάν «ναι» πόσο συχνά έχετε επικοινωνία με τα παιδιά σας που μένουν στο χωριό;.....

7) Εργάζεστε;

Ναι	
Όχι	
Είμαι συνταξιούχος	

Α) Εάν «ναι» ποιο είναι το επάγγελμά σας;.....

Β) Εάν είστε συνταξιούχος ποιο είναι το επάγγελμα που ασκούσατε πριν την συνταξιοδότηση;.....

Γ) Χρόνια συνταξιοδότησης;.....

Δ) Σε ποιόν ασφαλιστικό φορέα ανήκετε;.....

8) Κατοικία:

Είναι ιδιόκτητο	
Πληρώνω ενοίκιο	
Μου έχει παραχωρηθεί	
Άλλο	

9) Πως θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση;

Πολύ καλή	
Καλή	
Μέτρια	
Κακή	

Δεν καλύπτει τις ανάγκες μου	
------------------------------	--

B. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ-ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

10) Πως θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας;

Πολύ καλή	
Καλή	
Μέτρια	
Άσχημη	

11) Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα για το οποίο σας χορηγείται φαρμακευτική αγωγή ή επισκέπτεστε συχνά τον γιατρό;

ΝΑΙ ΟΧΙ

A) Εάν «ναυ» ποια; (δυνατότητα για παραπάνω από μια απαντήσεις):.....

12) Κάνετε συστηματική χρήση φαρμάκων;

ΝΑΙ ΟΧΙ

A) Εάν «ναυ», πόσα διαφορετικά φάρμακα λαμβάνετε σε καθημερινή βάση;.....

13) Χρειάζεστε βοήθεια για να.....

		ΝΑΙ	ΟΧΙ
1	Τηλεφωνήσετε.		
2	Ντυθείτε.		
3	Κάνετε μπάνιο.		
4	Ετοιμάσετε το φαγητό		
5	Πάρτε τα φάρμακα σας.		
6	Μετακινηθείτε εντός κι εκτός σπιτιού.		
7	Τακτοποιήσετε τις δουλειές σας εντός και εκτός σπιτιού.		

14) Πιστεύετε ότι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζετε σας προκαλούν προβλήματα στην καθημερινότητα σας;

Καθόλου

Λίγο

Πολύ

Πάρα πολύ

Γ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ

15) Υπάρχουν άτομα τα οποία σας προσφέρουν βοήθεια για την διεκπεραίωση των καθημερινών σας υποχρεώσεων; (Στους τομείς που έχετε ανάγκη)

Σύζυγος	
Παιδιά	
Συγγενείς	
Αμειβόμενη οικογενειακή βοήθος	
Δεν μου παρέχεται βοήθεια	
Άλλο	

16) Μένουν άλλα άτομα στο ίδιο σπίτι μ' εσάς;

Σύζυγος	
Παιδιά	
Συγγενείς	
Μόνος/η	
Αμειβόμενο πρόσωπο	
Άλλο	

17) Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένοι από την φροντίδα που σας παρέχει η οικογένεια σας (εάν διαθέτετε);

Πολύ ικανοποιημένος/η	
Μέτρια ικανοποιημένος/η	
Λίγο ικανοποιημένος/η	
Καθόλου ικανοποιημένος/η	

18) Εκτός από την φροντίδα της οικογένειας ποιες υπηρεσίες χρησιμοποιείτε;

Κ.Α.Π.Η.	
Βοήθεια στο Σπίτι	
Κοινωνική Μέριμνα	

19) Εάν είστε μέλος του Κ.Α.Π.Η. πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες; (1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα Πολύ).

	1	2	3	4	5
Ιατροφαρμακευτική φροντίδα					
Νοσηλευτική φροντίδα					
Συμβουλευτική στήριξη					
Ψυχαγωγία					
Φυσικοθεραπεία					
Εργοθεραπεία					
Οικογενειακός/η βοήθος					

20) Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο Κ.Α.Π.Η.; Για την παροχή.....

Ιατροφαρμακευτικής φροντίδας	
Νοσηλευτικής φροντίδας	
Κοινωνικών υπηρεσιών	
Ψυχαγωγίας	
Παρέας-συντροφιάς	
Φυσικοθεραπείας	
Εργοθεραπείας	
Οικογενειακού/ης βοηθού	
Επιμόρφωσης-Εκπαίδευσης	

21) Χρησιμοποιείτε τις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες; Εάν ναι ποιες είναι αυτές;

.....

22) Εάν δεν χρησιμοποιείτε υπηρεσίες του Κ.Α.Π.Η. γιατί συμβαίνει αυτό;
 Επειδή.....

Δεν λειτουργεί Κ.Α.Π.Η. στην περιοχή μου	
Δεν είναι εύκολη η πρόσβαση στο Κ.Α.Π.Η.	
Δεν μπορώ να μετακινούμε εύκολα εκτός σπιτιού	
Δεν μ' ενδιαφέρουν οι υπηρεσίες που παρέχει	
Άλλο	

23) Ποιες άλλες υπηρεσίες θα έπρεπε να σας παρέχονται επιπλέον;

.....

24) Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις σας με το προσωπικό;

- Τυπικές
 Καλές
 Αρκετά καλές
 Πάρα πολύ καλές

25) Εκτός από το Κ.Α.Π.Η., την Κοινωνική Μέριμνα και Βοήθεια στο Σπίτι σε ποιες άλλες υπηρεσίες, συλλόγους, οργανώσεις είστε μέλος;

.....

26) Εάν είστε εξυπηρετούμενος των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κοινωνική Μέριμνα». Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες που παρέχει; (1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Μέτρια, 4=Πολύ, 5=Πάρα Πολύ).

	1	2	3	4	5
Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη					
Συναισθηματική στήριξη					

Νοσηλευτική φροντίδα					
Βοήθεια σε δουλειές του σπιτιού					
Προσωπική υγιεινή					
Εξωτερικές μικροδουλειές					
Παροχή γεύματος					

27) Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο πρόγραμμα Κοινωνικής Μέριμνας; Για την παροχή.....

Ιατροφαρμακευτικής φροντίδας	
Νοσηλευτικής φροντίδας	
Κοινωνικών υπηρεσιών	
Ψυχαγωγίας	
Οικογενειακού/ης βοηθού	
Άλλο	

28) Για ποιους λόγους γίνετε μέλος στο πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι; Για την παροχή.....

Ιατροφαρμακευτικής φροντίδας	
Νοσηλευτικής φροντίδας	
Κοινωνικών υπηρεσιών	
Ψυχαγωγίας	
Οικογενειακού/ης βοηθού	
Άλλο	

29) Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις σας με το προσωπικό;

- Τυπικές
- Καλές
- Αρκετά καλές
- Πάρα πολύ καλές

30) Πόσο συχνά νομίζετε ότι θα έπρεπε να σας παρέχετε η φροντίδα από τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» και Κοινωνική Μέριμνα» για να καλύπτονται οι ανάγκες σας;

.....

.....

31) Τι γνώμη έχετε για τον θεσμό του Κ.Α.Π.Η. και των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και Κοινωνική Μέριμνα; Θεωρείτε ότι είναι καταξιωμένες δομές;

.....

.....

32) Πιστεύετε ότι οι συγκεκριμένες δομές πρέπει να εποπτεύονται από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Εσωτερικών και από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης; Και γιατί;

.....
.....

33) Ποιες νέες υπηρεσίες κατά την γνώμη σας πρέπει να συσταθούν στις ήδη υπάρχουσες δομές, ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες σας;

.....
.....

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ