

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

*«Κάλυψη αναγκών υγείας ηλικιωμένων ατόμων από τα  
ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ στο Δήμο Ηρακλείου»*

Από τις:

Αθανασία- Ελένη Τζαβάρα

Έντζι Τρόκα

Μαριγκλένα Κόρδα

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Αικατερίνη Ανδρεάτου

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2019

**Copyright© 2019 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥΠ, ΤΕΙ Κρήτης**

Η έγκριση της πτυχιακής εργασίας του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεως του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των Τζαβάρα Αθανασία, Τρόκα Έντζι και Κόρδα Μαριγκλένα, της επιβλέπουσας καθηγήτριας Ανδρεάτου Αικατερίνης και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

## **ΔΗΛΩΣΗ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑΣ**

Οι υπογράφουσες σπουδάστριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας Τζαβάρα Αθανασία – Ελένη, Τρόκα Έντζι και Κόρδα Μαριγκλένα, δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία με τίτλο «Κάλυψη των αναγκών υγείας ηλικιωμένων ατόμων από τα ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ στο Δήμο Ηρακλείου » έχει γραφτεί από εμάς, χωρίς οποιαδήποτε εξωτερική μη αδειοδοτημένη βοήθεια, ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιαδήποτε ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος της ή στο σύνολο της.

## **ΠΡΟΛΟΓΟΣ**

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο «Κάλυψη αναγκών υγείας ηλικιωμένων ατόμων από τα ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η. στο Δήμο Ηρακλείου» εκπονήθηκε στα πλαίσια της ολοκλήρωσης των προϋποθέσεων , για τη λήψη του πτυχίου μας από το Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, με έδρα το Ηράκλειο.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη και η κατανόηση των αναγκών υγείας των ηλικιωμένων ατόμων στο Δήμο Ηρακλείου και το μέγεθος κάλυψης αυτών.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση και η καταγραφή των αναγκών υγείας των ηλικιωμένων ατόμων στο Δήμο Ηρακλείου και κατά πόσο τα ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ ανταποκρίνονται στις ανάγκες αυτές.

**Μεθοδολογία και δείγμα :**Πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα μέσω των εστιασμένων ομάδων (focusgroups).Το δείγμα μας ήταν 4 ομάδες ηλικιωμένων ατόμων, από 4 διαφορετικά ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ του Δήμου Ηρακλείου που είναι εγγεγραμμένα μέλη σε αυτά.

**Αποτελέσματα :**Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι οι περισσότεροι συνεντευξιαζόμενοι είναι παντρεμένοι ή σε χηρεία, το μορφωτικό επίπεδο είναι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και πλέον είναι όλοι συνταξιούχοι ενώ στο παρελθόν στην πλειοψηφία ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι. Επιπλέον, χαμηλό παρουσιάζεται το ενδιαφέρον συμμετοχής τους σε πολιτικά και κοινωνικά ζητήματα. Όσον αφορά στο κοινωνικό τους δίκτυο αναφέρουν πως αυτό είναι τα παιδιά τους. Ενδιαφέρον εκφράζεται για συμμετοχή σε κοινωνικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις. Τέλος, σχετικά με τις ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων ατόμων, αναφέρθηκαν να αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα υγείας, *τα οποία ικανοποιούνται σε μικρότερο βαθμό σε σχέση με το παρελθόν από τις συγκεκριμένες δομές.*

**Συμπεράσματα :***Οι συνεντευξιαζόμενοι δεν έκαναν αναφορά σε κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα, εκτός των κοινών προβλημάτων της τρίτης ηλικίας όπως διαβήτης, πίεση, κινητικά και ορθοπεδικά θέματα. Η οικονομική κρίση παρουσιάζεται ως παράγοντας επηρεασμού στα ζητήματα αυτά ενώ είναι ενδιαφέρουσα η άγνοια των συνεντευξιαζόμενων για ζητήματα προληπτικής ιατρικής και νοσηλευτικής σε επίπεδο τέτοιας δομής. Επίσης παρά τα κοινά δημογραφικά χαρακτηριστικά των συνεντευξιαζόμενων, οι απόψεις σχετικά με την κάλυψη των αναγκών υγείας των ηλικιωμένων ατόμων από τα ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ στο Δήμο Ηρακλείου δίστανται. Κοινό στοιχείο όλων των συνεντευξιαζόμενων*

είναι η σύγκριση της τωρινής κατάστασης σε σχέση με αυτή που υπήρχε στο παρελθόν. Παρόλα αυτά κάποιοι εκφράζουν ότι είναι ευχαριστημένοι και κάποιοι δυσαρεστημένοι ανάλογα και σε ποιο ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ ήταν εγγεγραμμένοι.

**Λέξεις – κλειδιά :** *Γήρανση, ανάγκες υγείας ηλικιωμένων ατόμων, ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ*

## **ABSTRACT**

**Purpose:** The aim of this specific research is the clarification and the listing of the health needs of the elderly in the municipality of Heraklion and to what extent the Center Of Community Care Open Protection Age rise up to the expectations.

**Methodology and sample:** Qualitative research was effectuated via focusgroups. Our sample was 4 different groups of senior citizens, from 4 different COCC-OPAof the municipality of Heraklion in which they are already registered.

**Results:** From the results of this investigation the outcome is that the majority of the interviewees are married or widows/widowers, their academic status is primary and secondary education all of whom are pensioners in contrast to the past when they used to work in the private sector. Furthermore, their interest in participating in political and social issues is rendered low. Concerning their social network, this is their children. Their interest in the participation in social and political gatherings is considered significant. Last but not least, considering the health needs of the elderly they were found to wrestle with innumerable health issues.

**Conclusion:** Despite the mutual demographic features of the interviewees, the views with regard to the coverage of the health issues of the elderly from COCC-OPAof the municipality of Heraklion are divergent. The mutual element of all interviewees is the comparison of the current condition as opposed to the past one. Despite all this evidence, some of them are found satisfied and some others dissatisfied contingent on the specific COCC-OPAthey are registered on.

**Key words:** The aged, health needs, COCC-OPA

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνέβαλαν στο να ολοκληρωθεί η παρούσα εργασία. Αρχικά, ευχαριστούμε ιδιαιτέρως την κα. Ανδρεάτου Αικατερίνη η οποία, με τη βοήθεια και τη στήριξη της έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας. Ευχαριστούμε επίσης το προσωπικό και τα μέλη των ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ για την συμμετοχή και την συνεργασία τους.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>11</b>
<b>Α΄ ΜΕΡΟΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ .....</b>	<b>14</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>– Γήρανση.....</b>	<b>14</b>
1.1 Ορισμός της τρίτης ηλικίας-χαρακτηριστικά του γήρατος .....	14
1.2 Θεωρίες του γήρατος.....	15
α. Η θεωρία της φθοράς. ....	16
β. Η ανοσολογική θεωρία.....	16
γ. Η θεωρία της βιολογικής ρύθμισης. ....	16
δ. Η Θεωρία της συσσώρευσης καταστροφικών παραγόντων.....	17
ε. Η Θεωρία της αυτοάμυνας. ....	17
ζ. Η θεωρία της ουσίας της ζωής.....	17
η. Η γενετική θεωρία.....	17
1.3 Το κράτος πρόνοιας.....	18
α. Ορισμός.....	18
β. Τυπολογία Κρατών Πρόνοιας- Το Κράτος Πρόνοιας στην Ελλάδα.....	20
γ. Κράτος πρόνοιας για ηλικιωμένα άτομα. ....	24
δ. Στόχοι της Πολιτικής για τα ηλικιωμένα άτομα.....	25
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> – Ανάγκες ηλικιωμένων ατόμων .....</b>	<b>27</b>
2.1 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό χάρτη δικαιωμάτων .....	28
α. Συμμετοχή στα κοινωνικά και πολιτικά θέματα. ....	28
β. Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού. ....	29
γ. Δικαίωμα ιδιωτικότητας. ....	29
δ. Δικαίωμα στη φροντίδα υψηλής προστασίας (εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής προστασίας).....	29
στ. Συμμετοχή στις κοινωνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες.....	30
ε. Δικά τους καθήκοντα.....	30
2.2 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων.....	30
α. Ατομική υγιεινή.....	31
β. Ανάγκες επιβίωσης.....	31
γ. Ψυχο-συναισθηματικές ανάγκες.....	31
δ. Οικονομικές ανάγκες.....	32
στ. Ιατροφαρμακευτικές ανάγκες.....	32
ε. Κοινωνική πρόνοια.....	32
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>- Προβλήματα ηλικιωμένων ατόμων .....</b>	<b>34</b>
3.1 Προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων.....	34
α. Συνταξιοδότηση και προσυνταξιοδότηση.....	35
β. Φροντίδα.....	35
γ. Περιβάλλον.....	35
δ. Διατροφή.....	36
ε. Σωματική δραστηριότητα.....	37
στ. Ψυχική υγεία.....	38

ζ. Πρόληψη τραυματισμών. ....	38
η. Χρήση/Κατάχρηση ουσιών. ....	39
θ. Χρήση φαρμάκων και συναφή προβλήματα. ....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> - Κοινότητα- ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ .....	41
4.1 Ορισμός κοινότητας .....	41
4.2 Το πρόγραμμα Καλλικράτης.....	44
4.3 Δήμος Ηρακλείου.....	45
4.4 ΚΕ.ΚΟΙ.Φ. – Α.Π.Η.....	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	51
5.1 Μεθοδολογία έρευνας .....	51
5.2 Σκοπός της Μελέτης.....	51
5.3 Στόχοι της έρευνας .....	52
5.4 Ερευνητικά ερωτήματα .....	52
5.5 Μέθοδος Συλλογής στοιχείων.....	53
5.6 Εργαλείο έρευνας και άξονες της συνέντευξης.....	53
5.7 Πεδίο και Δείγμα Μελέτης.....	54
5.8 Εκτίμηση δυσκολιών και για την πραγματοποίηση της μελέτης .....	55
5.10 Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα.....	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 <sup>ο</sup> : Ανάλυση δεδομένων .....	57
Το σύστημα υγείας αποτελεί έναν βασικό θεσμό του κοινωνικού κράτους που συμβάλει στην διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Ένα σύστημα υγείας για να θεωρηθεί αποτελεσματικό οφείλει να επανακαθορίζει τους στόχους και να προσαρμόζεται στις ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού. Άλλωστε, οι ανάγκες υγείας χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα και διαφέρουν σημαντικά από άτομο σε άτομο (μοναδικότητα των αναγκών υγείας). (Σαρρής 2001). ....	68
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....</b>	<b>73</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γήρανση είναι ένα σταυροδρόμι, στο οποίο μπορεί να φτάσουν και να περάσουν πολλοί, έτσι όπως έχει αυξηθεί το όριο ηλικίας στις σύγχρονες εποχές. Τα ηλικιωμένα άτομα όμως αποτελούν ένα πληθυσμό που δεν είναι ομοιογενής. Αποτελείται από ένα πολυσύνθετο άθροισμα ανόμοιων ανθρώπων, των οποίων η πνευματική, μορφωτική, οικονομική και κοινωνική κατάσταση διαφοροποιείται, όπως και οι ανάγκες τους. Αναμένεται ότι η αύξηση του αριθμού των ατόμων με ηλικία των 65 ετών και άνω θα είναι ανοδική στην Ελλάδα για τα τουλάχιστον επόμενα 50 χρόνια. (Βενιέρης Δ., Παπαθεοδώρου Χ., 2003:174)

Επομένως το ζήτημα της ικανοποίησης των αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων σε επίπεδο κοινότητας είναι ένα ζήτημα που τοποθετείται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος όλων των εμπλεκόμενων φορέων όλο και περισσότερο.

Στο παρόν θέμα καταλήξαμε παρατηρώντας τα γεγονότα της καθημερινότητας, τις κοινωνικές και πολιτικές εξελίξεις. Από τη μια πλευρά διαφαίνεται η επιδείνωση της ζωής των ηλικιωμένων ατόμων που πηγάζει από την οικονομική ανέχεια μέσω του συστήματος πρόνοιας και υγείας ενώ από την άλλη διαφαίνεται μια τάση προοδευτική μέσω της δημιουργίας κοινωνικών δικτύων αλληλεγγύης, του κοινωνικού ιατρείου, της συνδικαλιστικής δράσης των συνταξιούχων κ.ά. Σε αυτή την αντίφαση η ευθύνη του κράτους είναι συγκεκριμένη και οροθετείται στην ικανοποίηση των πραγματικών αναγκών και στο σεβασμό των δικαιωμάτων των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Την ευθύνη αυτήν την αναλαμβάνουν σε επίπεδο κοινότητας του δήμου Ηρακλείου οι δομές των ΚΕΚΟΙΦ –ΑΠΗ. Ο θεσμός των ΚΑΠΗ θεσπίστηκε το 1984 με νομοθετική πρωτοβουλία και χρηματοδοτήθηκε από Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Μετονομάστηκε και θεμελιώθηκε σε ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ τον Αύγουστο το 2011. Στόχος τους είναι η πρόληψη των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων. Οι υπηρεσίες του κέντρου απευθύνονται σε άντρες και γυναίκες άνω των 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους ανεξάρτητα από την οικονομική και

κοινωνική τους κατάσταση.

Επομένως προβληματισμένες με τη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα, γεννήθηκε η ανάγκη να μελετηθούν οι εκφρασμένες ανάγκες του τοπικού πληθυσμού για τα ζητήματα υγείας καθώς και ο βαθμός ανταπόκρισης των κοινωνικών δομών σε αυτές. Κατά πόσο δηλαδή οι ανάγκες για ζητήματα υγείας των ηλικιωμένων ατόμων ικανοποιούνται σε επίπεδο δομών του δήμου Ηρακλείου και κατ' επέκταση πόσο οι υπάρχουσες δομές μπορούν να ανταποκριθούν σε αυτές. Η μέθοδος που θα χρησιμοποιήσουμε είναι της εστιασμένης έρευνας σε ηλικιωμένα άτομα/εγγεγραμμένα μέλη των ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ του δήμου Ηρακλείου.

Επίσης επιλέγουμε τη συγκεκριμένη μελέτη για το λόγο ότι έχουμε εμπειρία σε παρόμοιο πλαίσιο και έχουμε παρατηρήσει τα θετικά και τις αδυναμίες τους. Παράλληλα το γεγονός ότι αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής σημαίνει και ότι χρειάζονται μεγαλύτερης διάρκειας και ίσως νέες παροχές. Επίσης οι ηλικιωμένοι-ες ανήκουν στις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και την περίοδο της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης πλήττονται περισσότερο (Μπέλλου,2013).

Τέλος η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι δομημένη σε επτά κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην έννοια της Γήρανσης, στην έννοια του κράτους- Πρόνοιας και πώς αυτό συνδέεται με τα ηλικιωμένα άτομα.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων. Πώς καθορίζονται οι ανάγκες, ποιες είναι αυτές στην κατηγορία των ηλικιωμένων ατόμων, ποια είναι τα δικαιώματα τους καθώς και την κοινωνική προστασία που λαμβάνουν.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνονται οι έννοιες της υγείας, οι δείκτες υγείας, ο συσχετισμός νοσηρότητας και γήρανσης, η κατάταξη των προβλημάτων των ηλικιωμένων ατόμων σε γενικά και ψυχοκοινωνικά και θα δίνεται βάρος στα προβλήματα υγείας.

Στο Κεφάλαιο 4ο παρουσιάζονται οι έννοιες της κοινότητας, του προγράμματος Καλλικράτη, των ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ του δήμου Ηρακλείου καθώς και οι υπηρεσίες παροχής υγείας στο δήμο.

Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για τη

διεξαγωγή της έρευνας. Τι είδους μελέτη είναι η συγκεκριμένη, τι εργαλείο συλλογής στοιχείων χρησιμοποιήθηκε. Γίνεται αναφορά στο μέγεθος και τα χαρακτηριστικά του δείγματος, καθώς και στη δειγματοληπτική μέθοδο που επιλέχτηκε. Ακόμα, παρατίθενται τυχόν δυσκολίες που θα αντιμετωπίσουμε κατά τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων, καθώς και η διαδικασία ανάλυσης των συλλεγμένων δεδομένων.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι πιο σημαντικοί πίνακες αποτελεσμάτων της έρευνας, καθώς και η επεξήγηση τους. Γίνεται επίσης η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της εμπειρικής μελέτης.

Στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζεται η τελική συζήτηση του θέματος. Αναφέρονται στα συμπεράσματα στα οποία καταλήξαμε σαν εμπλεκόμενες ερευνήτριες – σπουδάστριες. Τέλος παρατίθενται η δική μας τελική εικόνα από όλη την ερευνητική διαδικασία, οι παρατηρήσεις μας καθώς και οι προτάσεις μας πάνω στο ερευνώμενο αντικείμενο.

## **Α΄ ΜΕΡΟΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ**

### ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> – Γήρανση***

Στο παρόν κεφάλαιο θα αναλύσουμε την έννοια της τρίτης ηλικίας και τα χαρακτηριστικά του γήρατος. Πιο συγκεκριμένα, θα γίνει παρουσίαση της έννοιας αυτής καθώς και της έννοιας του κράτους -πρόνοιας, πώς αυτό εκφράζεται στον ελλαδικό χώρο και με ποιο τρόπο εξυπηρετεί τα ηλικιωμένα άτομα.

#### **1.1 Ορισμός της τρίτης ηλικίας-χαρακτηριστικά του γήρατος**

Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος», που συνεδρίασε το 1982 στη Βιέννη, αποφάσισε ότι τα άτομα από την ηλικία 60 ετών και άνω, ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Όμως, ορισμένοι επιστήμονες έχουν θέσει το αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ κάποιοι άλλοι επιλέγουν να διαχωρίζουν το σύνολο των υπερηλίκων σε υποσύνολα ηλικιωμένων με την αιτιολογία, των διάφορων προβλημάτων τα οποία με την πάροδο της ηλικίας διαφοροποιούνται. Σήμερα, επικρατεί διεθνώς η ηλικία των 65 ετών, ως το όριο από το οποίο ένα άτομο θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως ηλικιωμένο άτομο (Δαρδαβέσης, 1999).

Επιπρόσθετα η ηλικία των 70 ή 75 ετών έως 85 ορίζεται από τη Γηριατρική επιστήμη ως η τέταρτη ηλικία και από 85 ετών και πάνω ως η πέμπτη ηλικία. Η κατηγοριοποίηση αυτή σε ηλικιακές ομάδες με κοινά χαρακτηριστικά διευκολύνει τους επιστήμονες στη μελέτη τους και στην καλύτερη εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων από το σύστημα.

Όσο περνούν τα χρόνια, βλέπουμε, το μέσο όρο ζωής να αυξάνεται. Οι μεταβολές αυτές κυρίως οφείλονται:

- στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης και εφαρμογής προγραμμάτων προληπτικής

ιατρικής με αποτέλεσμα την ανακάλυψη και θεραπεία επικίνδυνων ασθενειών σε πρώιμα στάδια τους, και

- στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, δηλαδή κατοικίας, διατροφής και υγιεινής ζωής τις τελευταίες δεκαετίες σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες.

Το γήρας δεν είναι ένα στατικό γεγονός, είναι η συνέχεια και το καταληκτικό στάδιο μιας διαδικασίας. Το ανθρώπινο σώμα και οι λειτουργίες του αλλάζουν με το πέρασμα του χρόνου. Οι αλλαγές αυτές αλλοιώνουν τον τρόπο με τον οποίο ένας άνθρωπος σκέφτεται, κινείται και αισθάνεται. Με την αύξηση της ηλικίας οι βιολογικές αλλαγές καθορίζουν την ποιότητα ζωής της φυσικής και κινητικής απόδοσης (Beauvoit, 1987).

Τέλος το γήρας διακρίνεται σε δύο κατηγορίες. Το πρωτογενές που αναφέρεται στις βιολογικές και φυσιολογικές λειτουργίες του γήρατος. Στην περίπτωση αυτή θα εκδηλωθούν βιολογικές μεταβολές, όπως η φθορά των οργάνων και των ιστών ενός ατόμου με την πάροδο του χρόνου. Το δευτερογενές αναφέρεται στο παθολογικό ή πρόωρο γήρας. Στην περίπτωση αυτή εκδηλώνεται μια δυσαρμονική και πρόωρη γεροντική φθορά των οργάνων, που συχνά οφείλονται σε εξωτερικά κυρίως νοσολογικά αίτια (Μουσούρου, 1993).

## **1.2 Θεωρίες του γήρατος.**

Σήμερα υπάρχουν πολλές θεωρίες περί του γήρατος. Πολλοί ερευνητές προσπάθησαν να ερμηνεύσουν το γήρας και το θάνατο και να δώσουν τους παράγοντες που προκαλούν το πρόβλημα αυτό. Οι θεωρίες που αναπτύχθηκαν για το γήρας, οι περισσότερες στηρίζονται σε φιλοσοφικές σκέψεις και λίγες είναι αυτές που είναι αποτέλεσμα επιστημονικής έρευνας. Φάνηκε όμως ότι δεν είναι εύκολο να δοθεί ένας συγκεκριμένος ορισμός για το θέμα αυτό.

Πλέον το όριο του γήρατος κυμαίνεται στο 65 έτος της ηλικίας, αυτό συμβαίνει για καθαρά στατιστικούς λόγους. Παρακάτω θα αναφερθούν μερικές από τις θεωρίες του γήρατος:

#### **α. Η θεωρία της φθοράς.**

Σε αυτή τη θεωρία αναφέρεται ότι η γήρανση των οργάνων του ανθρώπινου οργανισμού δημιουργείται από μικρότερες ή σοβαρότερες προσβολές των ενδογενών ή εξωγενών παραγόντων, με αποτέλεσμα να μειώνει τη λειτουργική ικανότητα του οργανισμού (Μαθιουδάκη, 1992).

#### **β. Η ανοσολογική θεωρία.**

Σύμφωνα με την ανοσολογική θεωρία με το πέρασμα του χρόνου, το ανοσολογικό σύστημα γίνεται λιγότερο αποδοτικό και αυτό οφείλεται στις μεταβολές του γενετικού υλικού στα Τ-λεμφοκύτταρα (Τσουνίας, 1993).

#### **γ. Η θεωρία της βιολογικής ρύθμισης.**

Στον ανθρώπινο οργανισμό υπάρχει ένας εσωτερικός ρυθμιστής, που ρυθμίζει τον χρόνο πολλαπλασιασμού, της ανάπτυξης, του μαρασμού και του θανάτου των κυττάρων. Οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής πιστεύουν ότι ένας ρυθμιστής βρίσκεται στον υποθάλαμο του εγκεφάλου ενώ άλλοι πιστεύουν ότι κάθε κύτταρο έχει το δικό του ρυθμιστή. Οι ρυθμιστές με την πάροδο του χρόνου οδηγούν στο γήρας εφόσον ελαττώνεται η λειτουργία τους (Κυριακίδου, 1995).



#### **δ. Η Θεωρία της συσσώρευσης καταστροφικών παραγόντων**

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η ραδιενέργεια, η ρύπανση, η υγρασία κ.λπ. προκαλούν γενετική καταστροφή, η οποία οδηγεί στη γήρανση δημιουργώντας καταστροφή των κυττάρων (Κυριακίδου, 1995).

#### **ε. Η Θεωρία της αυτοάμυνας.**

Στον οργανισμό υπάρχει το αμυντικό δυναμικό το οποίο αποδυναμώνεται με το πέρασ του χρόνου και μέσα από αυτή τη διαδικασία προέρχεται το γήρας. Τα λεμφοκύτταρα του θύμου αδένα επιτίθενται σε κάθε βλαβερή ουσία που εισβάλλει στον οργανισμό, με αυτό τον τρόπο τα λεμφοκύτταρα μειώνονται με αποτέλεσμα η άμυνα του οργανισμού να εξασθενεί και να ακολουθεί το γήρας (Κυριακίδου, 1995).

#### **ζ. Η θεωρία της ουσίας της ζωής.**

Σύμφωνα, με τον Αμερικανό φυσιολόγο Loeb, κάθε ζωντανός οργανισμός από τη στιγμή της γέννησής του περιέχει μέσα του ορισμένη ποσότητα κάποιας χημικής ουσίας απαραίτητη για τη ζωή που σιγά -σιγά με την πάροδο της ζωής καταναλώνεται με την ανταλλαγή της ύλης. Όταν η ουσία αυτή εξαντλείται, το άτομο γερνάει (Κυριακίδου, 1995).

#### **η. Η γενετική θεωρία.**

Η θεωρία αυτή στηρίζει ότι το γήρας είναι αποτέλεσμα μεταβολών στα βιομόρια που περιέχουν τις γενετικές πληροφορίες, οι οποίες με τη σειρά τους προκαλούν βαθμιαία μείωση των λειτουργιών του κυττάρου, του ιστού, του οργανισμού και ολόκληρου του οργανισμού (Μερίκας, 1993).

Εκτός από τις προαναφερθείσες θεωρίες υπάρχουν κι' άλλες που και αυτές προσπαθούν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της γήρανσης. Όμως η γενετική θεωρία της γήρανσης γίνεται περισσότερο αποδεκτή από τους επιστήμονες γιατί η γήρανση είναι πολύ-γονιδιακή σηματοδότηση των χαρακτηριστικών εκδηλώσεων του φαινομένου αυτού (Μερικας, 1993).

Βέβαια, καμία θεωρία δεν μπορεί να ερμηνεύσει από μόνη της το φαινόμενο της γήρανσης. Διάφορα φαινόμενα που δεν είναι βασισμένα σε γενετικούς μηχανισμούς, θα μπορούσαν να συμμετέχουν, ώστε μαζί με τους γενετικούς μηχανισμούς να δώσουν μια καλύτερη εξήγηση στο φαινόμενο της γήρανσης (Τσούνιας, 1993).

### **1.3 Το κράτος πρόνοιας**

#### **α. Ορισμός**

Εξετάζοντας το κατά πόσο καλύπτονται οι ανάγκες των κατοίκων της περιοχής από τις δημόσιες υπηρεσίες οφείλουμε να αναφερθούμε στις έννοιες της κοινωνικής πρόνοιας και του κοινωνικού κράτους. Η κοινωνική πρόνοια όσο και το κράτος δικαίου και το κοινωνικό κράτος αποκτούν διαφορετική σημασία ανάλογα τη χώρα στην οποία αναφερόμαστε, το επίπεδο ανάπτυξής της, τα ιδιαίτερα γνωρίσματά της κ.ο.κ. Ωστόσο, θα ήταν σκόπιμο να επισημάνουμε τη διαφορά μεταξύ κράτους πρόνοιας και κοινωνικού κράτους.

«Το κράτος πρόνοιας δε πρέπει να συγχέεται με το κοινωνικό κράτος, το οποίο είναι ένα μόνο μέρος αυτού, ενώ αντίθετα το πρώτο αποτελεί μια ιστορικά καθορισμένη μορφή του καπιταλιστικού κράτους στις αναπτυγμένες δυτικές κοινωνίες, χαρακτηριζόμενη από την διεύρυνση της κοινωνικής του λειτουργίας, ιδιαίτερα στη σφαίρα της κοινωνικής αναπαραγωγής. Επομένως, θα πρέπει να γίνει δεκτό ότι το κράτος πρόνοιας αποτελεί έννοια γένους σε σχέση με το κοινωνικό κράτος» (Πάνος, 2006:5)

Το κράτος πρόνοιας αποτελεί ένα ιδεατό μοντέλο κράτους, βασισμένο στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και της σχεδιασμένης συλλογικής δράσης, με απώτερο σκοπό την επίτευξη -ποσοτικά και ποιοτικά- της ευημερίας των πολιτών του και την εξάλειψη, ή

τουλάχιστον τη σημαντική μείωση, της κοινωνικής ανισότητας. Αναλαμβάνει την ευθύνη κάλυψης αναγκών απασχόλησης , υγείας , παιδείας κατοικίας , κοινωνικής φροντίδας, προστασία του περιβάλλοντος και του ελεύθερου χρόνου για τον ενεργό ή μη πληθυσμό (Στασινοπούλου, 2003).

Σε γενικές γραμμές, **η κοινωνική πρόνοια αναφέρεται στις οργανωμένες υπηρεσίες του κράτους για την προστασία των πολιτών του από τους διάφορους κινδύνους και τις ανισότητες της πραγματικότητας** (Kwok, 2003). Κάθε καπιταλιστικό κράτος έχει το ρόλο να προστατεύει όσους βρίσκονται σε δεινή θέση και δυσκολεύονται να φροντίσουν τον εαυτό τους για οποιονδήποτε λόγο, καθώς σκοπός του είναι να διασφαλίζει την παραγωγική ικανότητά τους ώστε να αξιοποιείται η εργατική δύναμη κατά το μέγιστο δυνατό βαθμό. Αυτό γίνεται με την αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης, δηλαδή τη μόνιμη επανάληψη, συνεχής ανανέωση της διαδικασίας της παραγωγής, ώστε να μην εξαθλιώνεται η εργαζόμενη πλειοψηφία με έμφαση στις πιο ευπαθείς κοινωνικές ομάδες (Kwok, 2003)

Η έννοια της αναπαραγωγής της εργατικής δύναμης μας δείχνει το βασικό ρόλο της ανάπτυξης του καπιταλιστικού συστήματος ως παράγοντα προώθησης του κράτους πρόνοιας. Π.χ. στην Αγγλία του 19<sup>ο</sup> αιώνα , οι ίδιοι οι εργοδότες αρχίζουν να προσφέρουν στους εργαζόμενους στέγη, να πληρώνουν μεροκάματο ακόμα και σε καιρό που δεν υπήρχε δουλειά και να οργανώνουν φιλανθρωπικές εκδηλώσεις.

Εκτός όμως από την ανάπτυξη του καπιταλιστικού συστήματος διερευνάται ο ρόλος του εργατικού κινήματος στη διεύρυνση της κοινωνικής λειτουργίας του κράτους. Ορισμένοι ερευνητές θεωρούν καθοριστικό παράγοντα την πίεση του εργατικού κινήματος, ώστε το κράτος να αναγκαστεί να εφαρμόσει κοινωνική πολιτική. Υπάρχει επομένως μία αντιφατικότητα της σχέσης κράτους και εργατικού κινήματος. Αυτό όμως δεν αποτρέπει το κράτος να υιοθετήσει μορφές συλλογικής κάλυψης που αναπτύχθηκαν πρώτα από την ίδια την εργατική τάξη. Όμως η ιστορική εξέλιξη του κράτους πρόνοιας μπορεί να χαρακτηριστεί ως μία πορεία σύγκρουσης ανάμεσα στο κράτος και τους εργαζόμενους, όπου οι λαϊκές κατακτήσεις γίνονται αφετηρίες νέων μορφών εκμετάλλευσης (Στασινοπούλου, 2003: 29-31)

Θεσμικά, η φροντίδα αυτή πραγματοποιείται μέσα από τα διάφορα προγράμματα που υλοποιούνται κατά καιρούς, η χρηματοδότηση των οποίων προέρχεται κυρίως μέσα από δημόσια έσοδα. Από αυτή τη σκοπιά, η κοινωνική πρόνοια έχει έναν χαρακτήρα ανταποδοτικής πληρωμής που έχει ως αποτέλεσμα την άμβλυνση των κοινωνικών προβλημάτων είτε μέσω μέτρων ανακούφισης είτε μέσω μέτρων αποτροπής της εξαθλίωσης με σκοπό την ομαλή λειτουργία του συστήματος και την διασφάλιση της κοινωνικής συνοχής (Kwok, 2003).

Τρόποι παρέμβασης του κράτους (στην αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης) , είναι: α) Η αναδιανεμητική πολιτική με βάση τα συστήματα φορολογίας και κοινωνικής ασφάλισης. Επηρεάζει έτσι την αγοραστική δύναμη των πολιτών και συγχρόνως διαμορφώνει την αξία της εργατικής δύναμης. β) Η άσκηση ελέγχου των τιμών των προϊόντων και των προδιαγραφών ποιότητας, καθώς και η ευρύτερη προσπάθεια να ελεγχθεί – σε σχέση με το περιβάλλον- η συμπεριφορά του κεφαλαίου. γ) Οι επιδοτήσεις συγκεκριμένων υπηρεσιών και αγαθών (π.χ. κατοικίας προσιτής στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα) . δ) Η άμεση παροχή υπηρεσιών από το ίδιο το κράτος, δωρεάν ή με μειωμένο κόστος (π.χ. εθνικό σύστημα υγείας). ε) Οι συλλογικές μορφές κάλυψης, όπως στην εκπαίδευση και στην παιδική φροντίδα. στ) Όσον αφορά στο μη ενεργό πληθυσμό τα μέτρα περιλαμβάνουν: κοινωνική ασφάλιση για ανέργους, ηλικιωμένους, ασθενείς και άτομα με ειδικές ανάγκες.

## **β. Τυπολογία Κρατών Πρόνοιας- Το Κράτος Πρόνοιας στην Ελλάδα**

Ωστόσο, δε θα πρέπει να παραλείψουμε το γεγονός ότι ανάλογα με την ιδιαιτερότητα κάθε κράτους, τις υπάρχουσες παραγωγικές σχέσεις σε αυτό, το επίπεδο και τις ανάγκες της οικονομίας, όσο και τους συσχετισμούς δύναμης ανάμεσα στους ιδιοκτήτες των μέσων παραγωγής και τους εργαζόμενους, διαφοροποιείται και το περιεχόμενο των εννοιών «κοινωνικό κράτος», «κοινωνική πρόνοια», «κράτος δικαίου» κ.ο.κ.

Συνεπώς, αυτή η φροντίδα και η προστασία σε κάποια κράτη έχει τη μορφή φιλανθρωπίας, σε άλλα έχει την μορφή του δικαιώματος, σε άλλα εμφανίζεται ως παραχώρηση, σε άλλα ως προληπτικό μέτρο ενάντια σε εξεγέρσεις και πιθανή καταστροφή της δομής αυτής που ονομάζεται κράτος και τέλος, κάποιες φορές βλέπουμε συνδυασμούς των παραπάνω (Kwok, 2003).

Προχωρώντας λοιπόν σε μία τυπολογία του κράτους πρόνοιας έχουμε μία πρώτη διάκριση του Titmuss (1974) σε α) υπολειμματικό και β) σε θεσμικού-αναδιανεμητικό μοντέλο. Το υπολειμματικό μοντέλο στηρίζεται στη φιλελεύθερη ιδεολογία, στην αντίληψη ότι ο ρόλος του κράτους πρόνοιας πρέπει να περιορίζεται στη διασφάλιση ενός «δικτύου ασφαλείας» στις περιπτώσεις όπου οι μηχανισμοί της ελεύθερης αγοράς και η οικογένεια αδυνατούν να καλύψουν ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπρεπούς διαβίωσης (Φερώνας, 2004:27).

Το υπολειμματικό μοντέλο χρησιμοποιεί μεθόδους επιλεκτικής κάλυψης, αναπτύσσοντας συστήματα εξακρίβωσης της οικονομικής κατάστασης και των συνηθισμένων αναγκών που τεκμηριώνουν το δικαίωμα στην παροχή βοήθειας. (Στασινοπούλου, 2003: 24)

Το θεσμικό-αναδιανεμητικό μοντέλο αναπτύσσει μεθόδους καθολικής κάλυψης, επισημαίνοντας ότι οι μηχανισμοί της αγοράς όχι μόνο δεν καλύπτουν τις ανάγκες των ασθενέστερων τάξεων αλλά συμβάλλουν στην διαιώνιση της κοινωνικής ανισότητας. Εστιάζει στην πρόληψη των κοινωνικών προβλημάτων και όχι απλά στην θεραπεία τους όπως το υπολειμματικό μοντέλο. Επίσης η καθολική κάλυψη αποτρέπει τον κοινωνικό στιγματισμό όσων προσφεύγουν στις κοινωνικές υπηρεσίες.

Το θεσμικό μοντέλο είναι αυτό που ταυτίστηκε περισσότερο με το κράτος πρόνοιας. Αλλά η διάκριση αυτή θεωρείται πλέον παρωχημένη και πρέπει να υιοθετήσουμε τη διάκριση του Espring-Andersen (1990) που κατασκεύασε τρεις τύπους κρατών πρόνοιας.

Ο πρώτος τύπος είναι το φιλελεύθερο κράτος πρόνοιας , που ομοιάζει με το υπολειμματικό μοντέλο. Χαρακτηρίζεται από το χαμηλό επίπεδο των παροχών που

αποσκοπούν στην εξασφάλιση ενός ελαχίστου επιπέδου επιβίωσης. Οι παροχές αυτές δίνονται μετά από εισοδηματικό έλεγχο των οικονομικών μέσων των ληπτών και άρα συμβάλλει στον κοινωνικό στιγματισμό τους. Στο μοντέλο αυτό υπάγονται οι ΗΠΑ, η Αγγλία, ο Καναδάς κ.α.

Το συντηρητικό-κορπορατιστικό μοντέλο κράτους πρόνοιας αποσκοπεί στην διατήρηση των κοινωνικών θέσεων (status). Σε αντίθεση με το φιλελεύθερο μοντέλο, ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης είναι περιορισμένος, ενώ ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην αναπαραγωγή των παραδοσιακών οικογενειακών προτύπων. Το σύστημα αυτό χαρακτηρίζεται από τη διαβαθμισμένη κλίμακα των εισφορών εργοδοτών-εργαζομένων και την αντίστοιχη απόδοση των παροχών, ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα-δεσμό. Παραδείγματα του μοντέλου αυτού είναι η Γερμανία, η Γαλλία και οι περισσότερες χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης.

Το τρίτο μοντέλο είναι το σοσιαλδημοκρατικό κράτος πρόνοιας που συναντάται στις Σκανδιναβικές Χώρες και μοιάζει με το αναδιανεμητικό μοντέλο του Titmuss. Το κράτος εγγυάται την πλήρη απασχόληση. Άλλα χαρακτηριστικά του συστήματος είναι η χρηματοδότησή του μέσω της γενικής φορολογίας και η κοινωνικοποίηση της κάλυψης βασικών βιοτικών αναγκών και η εγγύηση ενός επιπέδου συνθηκών διαβίωσης στο σύνολο του πληθυσμού ανεξάρτητα από την απασχόληση ή το εισόδημα του δικαιούχου. Τέλος υπάρχει προληπτική στήριξη της οικογένειας (Φερόνας, 2004).

Ορισμένοι θεωρητικοί (Ferrara, 1996) προτείνουν ένα τέταρτο μοντέλο το μοντέλο της Νότιας Ευρώπης (Ιταλία, Ελλάδα, Ισπανία) με κύρια χαρακτηριστικά την υπεροχή των συνταξιοδοτικών παροχών, τη μεγάλη σημασία της οικογένειας στην παροχή φροντίδας και το συντεχνιακό χαρακτήρα των φορέων κοινωνικής προστασίας.

Στην χώρα μας κυριαρχεί το λεγόμενο **υποτυπώδες μοντέλο Κράτους Πρόνοιας**. Σε αυτό το μοντέλο θεωρείται σημαντική η συμβολή θεσμών όπως της οικογένειας, της Εκκλησίας και της ιδιωτικής φιλανθρωπίας στην κοινωνική φροντίδα. Στο άτυπο δίκτυο της οικογένειας ιδιαίτερη είναι η επιβάρυνση των γυναικών. Ειδικά για την χώρα μας, η κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση των εργατικών και μικρομεσαίων στρωμάτων γίνεται χάρη στην άσκηση μιας ιδιότυπης κοινωνικής πολιτικής με κύρια χαρακτηριστικά της την

ανάπτυξη των πελατειακών κυκλωμάτων, την ενθάρρυνση της μικροδιοκτησίας και της ιδιοκατοίκησης, την ανοχή στην άνηση της παραοικονομίας και το ανίσχυρο εργατικό κίνημα (Φερώνας, 2003).

Αξίζει να εμβαθύνουμε σε ένα σημαντικό κομμάτι της κοινωνικής πολιτικής, που σχετίζεται άμεσα όπως είδαμε με την αντιμετώπιση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού - το κομμάτι της υγείας. Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η υγεία ορίζεται όχι μόνο ως **«απουσία ασθένειας ή αναπηρίας αλλά μία κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας»**. Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού: γενετικοί, βιολογικοί, περιβαλλοντικοί (τρόπος διαβίωσης, κατοικία, εργασία, ρύπανση) και οι τρόποι ζωής (διατροφή, κάπνισμα, χρήση εθιστικών ουσιών). Άρα το επίπεδο υγείας δεν συνδέεται μόνο με την παροχή της ιατρικής φροντίδας αλλά με την γενικότερη κοινωνική πολιτική μιας χώρας.

Οι κοινωνικές πολιτικές στο χώρο της υγείας πρέπει να έχουν σαν κύριο στόχο την εξάλειψη των λεγόμενων «υγειονομικών ανισοτήτων». Ο όρος «υγειονομική ανισότητα» αναφέρεται σε «διαφοροποιήσεις στην υγεία ομάδων ή πληθυσμών που μπορούν να αποφευχθούν και δεν οφείλονται σε βιολογικούς παράγοντες που είναι δυνατόν να επηρεάζουν τα μεμονωμένα άτομα και να τα διαφοροποιούν σε ατομικό επίπεδο» (Φερώνας, 2004:32).

Υγεία και ασθένεια δεν είναι το ίδιο κατανεμημένες στους πληθυσμούς της γης. Η κατανομή του πλούτου και η ανάπτυξη των κοινωνιών παίζει σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Για την εκτίμηση των υγειονομικών ανισοτήτων έχουν αναπτυχθεί μία σειρά δεικτών όπως είναι το προσδόκιμο ζωής, δείκτες που αναφέρονται σε κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, δείκτες θνησιμότητας (π.χ. νεογέννητων), οι αριθμοί των γιατρών ανά κάτοικο. Έρευνες έδειξαν ότι π.χ. ως προς το βαθμό χρήσης υπηρεσιών υγείας οι φτωχοί επισκέπτονται το γιατρό πολύ λιγότερο από τους πλούσιους. Επίσης καταγράφηκε συσχέτιση μεταξύ κατώτερης κοινωνικής τάξης και εμφάνισης χρόνιων ασθενειών (Φερώνας, ο.π.).

Στόχος των υγείας προγραμμάτων είναι ,όπως προαναφέραμε, η ισότητα στην υγεία. Αυτό σημαίνει «ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για ίση ανάγκη, ίση χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας για ίση ανάγκη και ισότητα στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας» (Whitehead, 1990)

Εν κατακλείδι στη χώρα μας κυριαρχεί το λεγόμενο υποτυπώδες μοντέλο Κράτους Πρόνοιας. Σε αυτό το μοντέλο θεωρείται σημαντική η συμβολή θεσμών όπως της οικογένειας της Εκκλησία και της ιδιωτικής φιλανθρωπίας στη φροντίδα των ηλικιωμένων. Στα άτυπο δίκτυο της οικογένειας ιδιαίτερη είναι η επιβάρυνση των γυναικών. Αλλά με την έξοδο των γυναικών στην εργασία το δύσκολο έργο της φροντίδας των ηλικιωμένων ανατίθεται σε μετανάστριες. Σε επίπεδο κράτους πάντως σημαντική θεωρείται η λειτουργία των 350 ΚΑΠΗ (από το 1981) και των 400 δομών Βοήθεια στο Σπίτι (από το 1998). Σήμερα τα ΚΑΠΗ έχουν μετατραπεί σε ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ, και η λειτουργία τους , όπως και η λειτουργία των δομών Βοήθεια στο Σπίτι περιγράφεται αναλυτικότερα σε επόμενο τμήμα της έρευνας.

#### **γ. Κράτος πρόνοιας για ηλικιωμένα άτομα.**

Το κράτος Πρόνοιας για τα ηλικιωμένα άτομα περιλαμβάνει μια πληθώρα υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, οι οποίες προσπαθούν να ανταπεξέλθουν όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά στις συναισθηματικές, κοινωνικές αλλά και οικονομικές ανάγκες των εξυπηρετούμενων της. Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να είναι δημοσίου, ιδιωτικού και ακόμη και εθελοντικού χαρακτήρα.

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί πως στην Ελλάδα, εκτός από τις κρατικές παροχές υγείας προς τα ηλικιωμένα άτομα συναντάμε σε μεγάλο βαθμό την άτυπη παροχή φροντίδας που διαχωρίζεται σε ανέξοδη και επί πληρωμή. Η ανέξοδη παροχή φροντίδας , μπορεί να παρέχεται από την πυρηνική αλλά και την ευρύτερη οικογένεια ή μπορεί να συναντάται σε επίπεδο γειτονιάς από γείτονες και φίλους. Αντίστοιχα η άτυπη παροχή φροντίδας επί πληρωμή, συναντάται σε περιπτώσεις που τα ηλικιωμένα άτομα ή οι



οικογένειες τους προσλαμβάνουν ένα/μία φροντιστή/στρια να προσφέρει συντροφιά και εξυπηρέτηση στο άτομο που το έχει ανάγκη.

Οι παροχές της άτυπης φροντίδας καλύπτουν έως ένα βαθμό τις υπάρχουσες ανάγκες και συμπληρώνουν το σύστημα της κοινωνικής πρόνοιας στα κενά που μπορεί να έχει, αλλά δεν είναι εντελώς επαρκείς, έτσι τα ηλικιωμένα άτομα στρέφονται στην αναζήτηση πιο οργανωμένης και επαρκούς φροντίδας, όπως αυτή παρέχεται από τις δομές του κράτους.

Παρακάτω θα παραθέσουμε τις υπηρεσίες που υφίστανται στο κράτος για τη φροντίδα των ηλικιωμένων.

#### **δ. Στόχοι της Πολιτικής για τα ηλικιωμένα άτομα**

Αρχικά, είναι εύλογο να αναφέρουμε πως ο κύριος στόχος των υπηρεσιών της κοινωνικής πρόνοιας για τα ηλικιωμένα άτομα, είναι να παραμείνουν μέσα στην κοινότητα και να αποφευχθεί ο κοινωνικός αποκλεισμός. Πιο συγκεκριμένα, τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να βρίσκονται σε επικοινωνία τόσο με την οικογένεια τους όσο και με την ίδια την κοινότητα με σκοπό να παραμείνουν ενεργά μέλη της και να συμμετέχουν στη διάθρωσή της, ώστε να περιοριστεί η ψυχολογική αποστασιοποίησή και η περιθωριοποίησή τους. Η παροχή υπηρεσιών φροντίδας για τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να είναι αποτελεσματική και να τους παρέχει τη δυνατότητα να εντάσσονται στις οικονομικές, εκπαιδευτικές και κοινωνικές δραστηριότητες της κοινωνίας, μέσα από την υποστήριξη και την προστασία τους.

Επιπλέον, η ελληνική πολιτεία προσπαθεί διαρκώς να βελτιώσει την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας ποιοτικά και ποσοτικά μέσα στο πλαίσιο για τη διατήρηση, την ποιοτική αναβάθμιση αλλά και τον εκσυγχρονισμό του κοινωνικού κράτους ( Σταθόπουλος 2015) . Σύμφωνα με τον Αμίτση (2013: 26) «βασική προϋπόθεση των σύγχρονων υπηρεσιών φροντίδας είναι η πολύπλευρη στήριξη των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, ώστε να μην ακυρώνεται η άσκηση δικαιωμάτων τους για ενεργητική

συμμετοχή στην οικονομική και κοινωνική ζωή και για ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς τους».

Η προστασία των ηλικιωμένων ατόμων ενάγεται στο Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και πιο συγκεκριμένα, αποτελεί αρμοδιότητα της Διεύθυνσης Προστασίας Οικογένειας (Τμήμα Προστασίας Ηλικιωμένων). Σύμφωνα με τον Σταθόπουλο (2015: 429) «το Τμήμα Προστασίας Ηλικιωμένων φέρει την ευθύνη της χάραξης της γενικής πολιτικής και των κατευθύνσεων καθώς και τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων στον τομέα της ανοικτής και κλειστής προστασίας της τρίτης ηλικίας».

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> – Ανάγκες ηλικιωμένων ατόμων**

Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι απαραβίαστη και αυτό δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να το ξεχνάμε. Δεν δικαιολογείται το ζήτημα της ηλικίας να αποτελέσει αφορμή για περιορισμούς αλλά και ακόμη για αφαίρεση των ανθρώπινων δικαιωμάτων και παροχής της ελευθερίας του ατόμου. Κανένας δηλαδή παράγοντας, όπως για παράδειγμα η ηλικία ή το φύλο, δεν μπορεί να σταθεί εμπόδιο στην απόκτηση της προστασίας από τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει μεριμνήσει για τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ατόμων μέσω της αναγνώρισης και του σεβασμού που τους αποδίδουν. Βασικά δικαιώματα που υποστηρίζονται μέσω του ευρωπαϊκού χάρτη των δικαιωμάτων, είναι το δικαίωμα στην αξιοπρέπεια και ανεξαρτησία του ηλικιωμένου ατόμου καθώς και το δικαίωμα στη συμμετοχή της κοινωνικής και πολιτικής ζωής ( κεφ. Θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ε.Ε, άρθρο 25 ). Οποιαδήποτε αδιαφορία, περιφρόνηση ή ακόμη και περιορισμός αυτών των δικαιωμάτων θεωρούνται ως ενέργειες παραβατικές. Για το λόγο αυτό οι αρμόδιοι φορείς θα πρέπει να δείχνουν το ενδιαφέρον τους όσον αφορά τέτοιου είδους ζητήματα με σκοπό την αποφυγή τους αλλά και τη λύση τους σε περιπτώσεις που έχουν συμβεί περιορισμοί. Κάτι τέτοιο όμως δεν είναι αρκετό, θα πρέπει και τα ίδια τα ηλικιωμένα άτομα να προωθούν και να υποστηρίζουν τα δικαιώματα τους αυτά.

Σκοπός λοιπόν του ευρωπαϊκού χάρτη των δικαιωμάτων είναι να προστατέψει τα δικαιώματα αυτά αλλά και να τα προωθήσει στα ηλικιωμένα άτομα. Παράλληλα έχει σκοπό να βρίσκεται συνεχώς σε αναζήτηση για διάφορα θεμελιώδη δικαιώματα που ήδη εφαρμόζονται σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες καθώς και να τα στηρίζει και να τα εφαρμόζει. Ένας ακόμη σκοπός του ευρωπαϊκού χάρτη που δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε είναι ότι συμβάλει στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των αναγκών και των δικαιωμάτων τους.

Αρχικά, πρέπει να αναφέρουμε ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα αφορούν σε όλους και βασίζονται σε θεμελιώδεις αρχές. Σε αυτό το κεφάλαιο εστιάζουμε στην

αναγκαιότητα να αναγνωρίζονται και να γίνονται σεβαστά τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ατόμων.

## **2.1 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό χάρτη δικαιωμάτων**

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ατόμων παρουσιάζονται διότι μπορούν να μας φωτίσουν καλύτερα τις πραγματικές τους ανάγκες αφού στην πραγματικότητα τα αντανακλούν. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό χάρτη τα ηλικιωμένα άτομα έχουν δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, τη σωματική και πνευματική ακεραιότητα, την ελευθερία και την ασφάλεια. Δικαιούνται επίσης το σεβασμό από το κοινωνικό τους περιβάλλον. Εξίσου σημαντική είναι η ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία των ηλικιωμένων ατόμων. Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν ανάγκη από συναισθηματική ισορροπία και χρειάζονται κοντά τους τα άτομα που εκείνα επιθυμούν. Η οικονομική και υλική τους ασφάλεια δεν θα μπορούσε να λείπει από τα δικαιώματα τους. Βασικό το δικαίωμα να έχουν πρόσβαση σε οτιδήποτε υλικό αγαθό τους ανήκει. Επίσης, όταν τα ηλικιωμένα άτομα δεν θα είναι σε θέση να διαχειρίζονται τα οικονομικά τους, θα πρέπει τα άτομα που τα φροντίζουν να λειτουργούν με βάση το συμφέρον τους και όχι κάπως διαφορετικά. Επίσης ο ευρωπαϊκός χάρτης αναφέρει ότι προστατεύει τα ηλικιωμένα άτομα από οποιαδήποτε ιατρική και φαρμακευτική κακοποίηση ή παραμέληση. Τα ηλικιωμένα άτομα δεν θα πρέπει να παραμελούνται από τα άτομα που μεριμνούν για αυτά αλλά αντίθετα δικαιούνται ένα περιβάλλον με τις απαραίτητες συνθήκες και με τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Επιπλέον, τα ηλικιωμένα άτομα έχουν το δικαίωμα πρόσβασης στην κοινωνική τους φροντίδα.

### **α. Συμμετοχή στα κοινωνικά και πολιτικά θέματα.**

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση, τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ατόμων πρέπει να αναγνωρίζονται καθώς και η ανάγκη τους για φροντίδα αλλά και για συμμετοχή

στα κοινωνικά και πολιτικά θέματα. Τα ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ίσα με τα υπόλοιπα μέλη της κοινωνίας.

### **β. Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού.**

Στην συνέχεια, σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό χάρτη ένα ακόμη δικαίωμα των ηλικιωμένων ατόμων είναι το δικαίωμα του αυτοπροσδιορισμού. Το γεγονός ότι τα ηλικιωμένα άτομα έχουν ορισμένα προβλήματα που τους καθιστούν την καθημερινότητα τους πιο δύσκολη δεν σημαίνει πως θα μπορούν οι άλλοι να τους παραβιάζουν βασικά δικαιώματα, όπως αυτό της ελευθερίας. Έχουν δηλαδή το δικαίωμα να ζουν ανεξάρτητοι καθώς και να γίνονται οι επιλογές τους σεβαστές από τους άλλους. Επιλογές δηλαδή σε διάφορες αποφάσεις υγείας ή επιλογή σε ποιον χώρο επιθυμεί να διαμένει. Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τα ίδια το άτομο που θα το αντιπροσωπεύει σε διάφορες αποφάσεις της ζωής του. Το άτομο αυτό θα πρέπει να λαμβάνει υπόψιν του την γνώμη του ηλικιωμένου ατόμου και να πράττει με βάση το συμφέρον του.

### **γ. Δικαίωμα ιδιωτικότητας.**

Επιπλέον, ένα ακόμη από τα βασικά δικαιώματα που επισυνάπτει ο ευρωπαϊκός χάρτης είναι το δικαίωμα της ιδιωτικότητας. Έχουν δηλαδή δικαίωμα στις προσωπικές του στιγμές καθώς χρειάζονται χρόνο για τον εαυτό τους. Κάτι τέτοιο δεν θα πρέπει να παραβιάζεται. Επίσης, δικαιούνται να έχουν επικοινωνία με οποιοδήποτε άτομο εκείνο επιθυμούν.

### **δ. Δικαίωμα στη φροντίδα υψηλής προστασίας (εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής προστασίας)**

Στα δικαιώματα των ηλικιωμένων ατόμων δεν θα μπορούσαμε βέβαια να παραλείψουμε το δικαίωμα στην φροντίδα υψηλής ποιότητας. Αυτή είναι η ανάγκη που διαφοροποιεί τα ηλικιωμένα άτομα από τα υπόλοιπα άτομα. Τα ηλικιωμένα άτομα

δικαιούνται να ανταποκρίνονται οι άλλοι στις καθημερινές ανάγκες υγείας τους, να τους προσφέρουν μακροχρόνια περίθαλψη εάν χρειάζεται καθώς και να έχουν πλήρη πληροφόρηση για την περίθαλψή τους και οποιοδήποτε άλλο θέμα τους αφορά. Έχουν δηλαδή το δικαίωμα σε εξατομικευμένες πληροφορίες, συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης. Όπως επίσης έχουν δικαίωμα στην ελευθερία έκφρασης και την ελευθερία σκέψης, στις δικές τους πεποιθήσεις και στην επιλογής πολιτισμού και θρησκείας.

#### **στ. Συμμετοχή στις κοινωνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες.**

Επιπλέον, τα ηλικιωμένα άτομα έχουν δικαίωμα στη συμμετοχή σε κοινωνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες, πρέπει δηλαδή να είναι ενήμεροι για διάφορες εκδηλώσεις που πραγματοποιούνται ή και για εθελοντικές δράσεις που μπορεί να επιθυμούν να συμμετέχουν.

#### **ε. Δικά τους καθήκοντα.**

Τέλος, πρέπει τα ηλικιωμένα άτομα να έχουν τα δικά τους καθήκοντα. Πρέπει δηλαδή και αυτοί με την σειρά τους να σέβονται τα άτομα που τα φροντίζουν και τους προσφέρουν τις υπηρεσίες τους.

### **2.2 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων.**

Η έννοια της λέξης «γηρατειά» συνοδεύεται με τις αυξημένες ανθρώπινες ανάγκες. Ανάγκη για ατομική υγιεινή, ανάγκη επιβίωσης, ψυχο-συναισθηματικές ανάγκες, οικονομικές ανάγκες, ιατροφαρμακευτικές ανάγκες και ανάγκη για κοινωνική πρόνοια (Παγοροπούλου, 1993).

Οι ανάγκες όμως των ηλικιωμένων ατόμων δεν διαφέρουν από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο παρόλο που οι ανάγκες των ατόμων είναι γενικά ίδιες, η γερωντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ιδιαίτερες ανάγκες οι οποίες μπορούν

να βελτιωθούν ώστε να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής τους περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη για τους ίδιους (Πουλοπούλου, 1999).

Έτσι η ανθρώπινη αξιοπρέπεια τους δεν περιλαμβάνει μόνο το πώς βλέπουν αυτοί τον εαυτό τους αλλά και το πώς συμπεριφέρονται οι άλλοι στους ίδιους. Κάθε άτομο, χωρίς όριο ηλικίας, έχει δικαίωμα να διατηρήσει την δύναμη και την αξιοπρέπεια του ανεξάρτητα από τις αλλοιώσεις που μπορεί να έχει προκαλέσει ο χρόνος στις πνευματικές και σωματικές του δυνάμεις (Παγοροπούλου, 1993).

#### **α. Ατομική υγιεινή.**

Η ατομική υγιεινή είναι μια από τις βασικότερες ανάγκες των ηλικιωμένων. Η δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης έχει σημαντικό ρόλο στην ζωή του ηλικιωμένου, όπως να μπορεί να ντυθεί, να μπορεί να φάει και να μπορεί να πάει στην τουαλέτα. Η παραμέληση της ατομικής υγιεινής μπορεί να επηρεάσει την ψυχική και συναισθηματική ευεξία του ατόμου.

#### **β. Ανάγκες επιβίωσης.**

Οι ανάγκες επιβίωσης είναι πολύ σημαντικές για όλες τις ηλικιακές ομάδες. Όσον αφορά στα άτομα της τρίτης ηλικίας η διαβίωση τους εξαρτάται από το εισόδημά τους. Προκειμένου να ζουν άνετα και να διατηρήσουν την ανεξαρτησία τους χρειάζονται κατοικία η οποία να είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες τους. Κάτι τέτοιο πολλές φορές είναι ανέφικτο, οπότε τις περισσότερες φορές αναγκάζονται να μετακινηθούν στα σπίτια των παιδιών τους ή κοντά σε αυτά. Ωστόσο η προσαρμογή μερικές φορές δεν είναι εύκολη, ιδιαίτερα για τα άτομα που έφυγαν από αγροτική περιοχή.

#### **γ. Ψυχο-συναισθηματικές ανάγκες.**

Οι ψυχο-συναισθηματικές ανάγκες είναι εξίσου σημαντικές, όπως και στα νεότερα άτομα όχι μόνο τα ηλικιωμένα. Τα ηλικιωμένα άτομα με τη σειρά τους έχουν ανάγκη για

ένα καλό επίπεδο υγείας, να νιώθουν ασφάλεια, ότι είναι δημιουργικοί και ότι προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο. Μια διαφορά των αναγκών των ηλικιωμένων με τους νεότερους εστιάζεται ότι έχουν διαφορετικές εμπειρίες και βιώματα.

#### **δ. Οικονομικές ανάγκες.**

Υπάρχουν πολλοί ισχυρισμοί ότι τα ηλικιωμένα άτομα δεν έχουν μεγάλες οικονομικές ανάγκες, λόγω του γεγονότος ότι με την πάροδο του χρόνου κάποιες ανάγκες ελαττώνονται ή και εξαφανίζονται. Ωστόσο μια τέτοια άποψη είναι λανθασμένη. Από τη μια πλευρά ισχύει ότι κάποιες ανάγκες ελαττώνονται αλλά παράλληλα δημιουργούνται νέες ανάγκες λόγω της ηλικίας που απαιτούν χρήματα για την αντιμετώπιση τους, για παράδειγμα διάφορα προβλήματα υγείας. Για ένα μεγάλο πληθυσμό των ηλικιωμένων, η μόνη πηγή εισοδήματος είναι η σύνταξή τους. Ωστόσο, το ύψος της σύνταξης εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως η ηλικία που συνταξιοδοτήθηκε, το ύψος των αποδοχών που λάμβανε τα τελευταία χρόνια της εργασίας του, τα χρόνια τα οποία έχει ασφαλιστεί ως εργαζόμενος καθώς και η οικογενειακή του κατάσταση (Μαδιανός 2000).

#### **στ. Ιατροφαρμακευτικές ανάγκες.**

Οι ιατροφαρμακευτικές ανάγκες επηρεάζουν σημαντικά τη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων, τα οποία σε αντίθεση με τα άτομα νεαρής ηλικίας, έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας. Οπότε σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα απαραίτητα καθίσταται η ιατροφαρμακευτική κάλυψη, όπως και η πρόσβαση σε κέντρα υγείας. Δύσκολη είναι η πρόσβαση στα κέντρα υγείας σε άτομα που βρίσκονται σε αραιοκατοικημένες περιοχές ή απομακρυσμένα νησιά (Μαδιανός 2000).

#### **ε. Κοινωνική πρόνοια.**

Η κοινωνική πρόνοια αποτελεί έναν από τους βασικούς τομείς στην κάλυψη των αναγκών τους. Στην Ελλάδα, μέχρι και σήμερα, ένα μεγάλο ποσοστό στη φροντίδα των



ηλικιωμένων ατόμων την αναλαμβάνει η οικογένεια. Συνηθισμένο φαινόμενο είναι αρκετά άτομα να μένουν κοντά στο σπίτι των γονιών τους έτσι ώστε να μπορούν να τους προσφέρουν την φροντίδα που χρειάζονται. Αρκετές φορές το άτομο που φροντίζει κάποιον ηλικιωμένο είναι γυναίκα. Επίσης, στις αγροτικές περιοχές παρουσιάζεται περισσότερο το γεγονός να μένουν τα παιδιά με τους ηλικιωμένους γονείς τους ( Σταθόπουλος 2005).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> - Προβλήματα ηλικιωμένων ατόμων**

Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιάσουμε τα προβλήματα που αφορούν στα ηλικιωμένα άτομα. Καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν και γερνούν, αυξάνεται ο κίνδυνος να ασθενήσουν και να αποκτήσουν κάποια αναπηρία, και επομένως κάνουν όλο και πιο συχνά χρήση των υπηρεσιών υγείας. Εξάλλου η νοσηρότητα και θνησιμότητα συνδέονται άμεσα με τη γήρανση ενός πληθυσμού. Παράλληλα το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων είναι καλύτερο από ό,τι γενικά θεωρείται και διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο.

Με ανάρτηση στο διαδίκτυο το τμήμα Αγωγής Υγείας και Πρόληψης της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας (28/9/2016) στο επίπεδο της νοσηρότητας εκτός από τα νοσήματα που οδηγούν σε απώλεια ζωής, πολύ σημαντικά είναι εκείνα τα νοσήματα που υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής σε σημαντικό επίπεδο, όχι μόνο των ηλικιωμένων, αλλά και της οικογένειάς τους, όπως η κατάθλιψη, η άνοια, η οστεοπόρωση, αλλά και οι αισθητηριακές βλάβες (όραση, ακοή), τα οποία επιπλέον, αυξάνουν την εξάρτηση και την ανάγκη για φροντίδα των πασχόντων. Αναμενόμενο επομένως είναι και το κόστος υπηρεσιών υγείας για τα ηλικιωμένα άτομα να είναι αναλογικά πολύ μεγαλύτερο, αφού τα περισσότερα προβλήματα υγείας, αλλά και οι ανάγκες για φροντίδα παρουσιάζονται στις μεγαλύτερες ηλικίες. Οι παράγοντες κινδύνου για τα ηλικιωμένα άτομα που αθροίζονται -οι οποίοι υφίστανται και για νεότερες ηλικίες - και συμβάλλουν στην εμφάνιση των χρόνιων νοσημάτων και των νοσημάτων φθοράς, είναι η πολυφαρμακία, οι πτώσεις και η ευαλωτότητα (<http://www.moh.gov.gr/articles/ministry/ypourgeio-ygeias>).

### **3.1 Προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων**

Σύμφωνα με τη συνοπτική έκδοση της *Greek\_short Health Ageing* για την Υγιή Γήρανση μπορούμε να κατατάξουμε τα προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων με σκοπό τη καλύτερη κατανόηση τους. Η ταξινόμηση αυτή δεν αποτελεί μοναδικό οδηγό καθώς η αναδρομή σε αντίστοιχη βιβλιογραφία ανέδειξε το έλλειμμα που υπάρχει για αντίστοιχη

κατάταξη.

Η συγκεκριμένη κατάταξη θα περιλαμβάνει: τη Συνταξιοδότηση και προσυνταξιοδότηση, τη φροντίδα, το Περιβάλλον, τη Διατροφή, τη Σωματική δραστηριότητα, την Ψυχική υγεία, τη σωματική υγεία (την Πρόληψη τραυματισμών, τη Χρήση/Κατάχρηση ουσιών, Χρήση φαρμάκων και συναφή προβλήματα ).

#### **α. Συνταξιοδότηση και προσυνταξιοδότηση.**

Πολύ λίγες έρευνες έχουν επικεντρωθεί στην προετοιμασία για τη συνταξιοδότηση, στη μεταβατική φάση από την εργασία στον ελεύθερο χρόνο και στη διαδικασία προσαρμογής. Παραδείγματα ορθής πρακτικής των παρεμβάσεων για την προσυνταξιοδότηση δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις προβλεπτικής κοινωνικοποίησης έχουν θετικά αποτελέσματα και συμβάλλουν στη δημιουργία μιας αίσθησης ενδυνάμωσης.

#### **β. Φροντίδα.**

Όσον αφορά στη φροντίδα των ηλικιωμένων διακρίνεται η τάση να μένουν τα ηλικιωμένα άτομα στο σπίτι. Παρατηρείται μία σημαντική απομάκρυνση από την ιδρυματική περίθαλψη (άσυλα γερόντων) και μία στροφή στη φροντίδα στην κοινότητα καθώς και μία ενίσχυση της ανεξάρτητης διαβίωσης των ηλικιωμένων. Στην Ελλάδα μόνο το 1% των ηλικιωμένων ζει σε ιδιωτικά γηροκομεία, μιας και στην Ελλάδα δεν είναι κοινωνικά αποδεκτή λύση (Κουκούλη, 2005).

#### **γ. Περιβάλλον.**

Το εσωτερικό και υπαίθριο περιβάλλον επηρεάζει την ικανότητα των ηλικιωμένων ατόμων να παραμένουν δραστήριοι και να συμμετέχουν καθώς και να συνεισφέρουν στην κοινότητα. Οι βελτιώσεις στο περιβάλλον επιδρούν άμεσα στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και στο προσωπικό που έχει αναλάβει τη φροντίδα τους. Σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων θα ήθελε περισσότερη κινητικότητα και μεγαλύτερη

δραστηριότητα. Οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας με προβλήματα κινητικότητας και οι άνθρωποι με αναπηρίες χρειάζονται χώρους αναψυχής και ανάρρωσης κοντά στην περιοχή όπου διαμένουν. Οι προσβάσιμοι χώροι πρασίνου και η δυνατότητα εξόδου στην ύπαιθρο έχουν επισημανθεί ως σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες για την καλή υγεία.

Η μόλυνση της ατμόσφαιρας ευθύνεται για μια από τις κυριότερες ασθένειες που σχετίζονται με το περιβάλλον και επηρεάζουν την υγεία των ηλικιωμένων. Είκοσι εκατομμύρια Ευρωπαίοι πάσχουν από αναπνευστικά προβλήματα, πολλοί εκ των οποίων είναι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας ή/και άνθρωποι που είναι κοινωνικοοικονομικά στερημένοι.

Οι κλιματολογικές αλλαγές που συντελούνται παγκοσμίως μπορεί να επιδράσουν γενικά στην υγεία του γηράσκοντος πληθυσμού μελλοντικά, λόγω της αυξημένης συχνότητας στην εμφάνιση προβλημάτων υγείας που προκαλούνται από τις ακραίες καιρικές συνθήκες.

#### **δ. Διατροφή.**

Η παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος σχετίζονται με υψηλά επίπεδα ελεύθερων σακχάρων και κορεσμένων λιπαρών στη διατροφή, σε συνδυασμό με τη μειωμένη σωματική δραστηριότητα. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI) αυξάνει γενικότερα με την ηλικία, φτάνοντας στα ανώτατα επίπεδα στους μεσήλικες. Οι ηλικιωμένοι διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών λόγω της παχυσαρκίας, στις οποίες περιλαμβάνονται η στεφανιαία νόσος, ο διαβήτης και ο καρκίνος.

Οι ενεργειακές απαιτήσεις των ηλικιωμένων είναι μικρότερες από εκείνες των νεότερων ανθρώπων, αλλά οι ανάγκες τους σε βασικές θρεπτικές ουσίες είναι εξίσου μεγάλες. Μεγάλη προσοχή χρειάζεται να δίνεται στο ισοζύγιο μεταξύ ενέργειας και θρεπτικών συστατικών. Η διατήρηση του σωματικού βάρους στους ηλικιωμένους θεωρείται ως δείκτης καλής υγείας.

Η κατάθλιψη και η απώλεια του/της συζύγου ή φίλων μπορεί να οδηγήσει στο αίσθημα της μοναξιάς, το οποίο περαιτέρω μπορεί να οδηγήσει σε κακές διατροφικές συνήθειες. Η διατροφή μπορεί ακόμη να επηρεαστεί δυσμενώς από:

- Φυσιολογικές αλλαγές, όπως η μείωση της όρεξης ενός ανθρώπου, λόγω της έλλειψης σωματικής δραστηριότητας. Τα φάρμακα, τα οποία μπορεί να προκαλέσουν τέτοιες παρενέργειες, όπως η ξηροστομία και δυσκοιλιότητα
- Αναπηρίες οι οποίες μπορούν να μειώσουν την ικανότητα ενός ανθρώπου να τρέφεται χωρίς βοήθεια, καθώς και την αίσθηση γεύσης και όσφρησής του/της
- Την ελάττωση της αίσθησης της γεύσης και της όσφρησης με την πάροδο του χρόνου
- Την κακή κατάσταση των δοντιών, η οποία επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα μάσησης της τροφής
- Μολύνσεις μυκητιασικής αιτιολογίας στο στόμα που προκαλούν πόνο κατά τη μάσηση
- Φθίνοντα συντονισμό των μυών του φάρυγγα
- Γεροντική άνοια και κατάθλιψη, οι οποίες συχνά σχετίζονται με τη χαμηλή πρόσληψη τροφών πλούσιων σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά (<http://www.hda.gr>).

#### **ε. Σωματική δραστηριότητα.**

Τα γενικότερα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας για τα ηλικιωμένα άτομα, καθώς και η σχέση της άσκησης με τη μακροζωία και την ποιότητα ζωής έχουν ήδη επαρκώς τεκμηριωθεί. Οι άνθρωποι με το πέρασμα του χρόνου έχουν την τάση να γίνονται σταδιακά λιγότερο δραστήριοι και οι διαφορές που παρατηρούνται στη μείωση της δραστηριότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι μικρές. Ο ρυθμός της έντονης δραστηριότητας μειώνεται με την ηλικία, ο ρυθμός μιας μέτριας σωματικής δραστηριότητας και του βαδίσματος αυξάνεται. Οι ηλικιωμένοι (ηλικίας 80+), όσοι πάσχουν από κάποια ασθένεια και λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, καθώς και οι άνθρωποι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και εισοδήματος, είναι οι λιγότερο δραστήριοι.

#### **στ. Ψυχική υγεία.**

Οι περισσότερες από τις οργανικές ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται στην ενήλικη και γεροντική ηλικία, έχοντας χρόνια πορεία που συνήθως δεν είναι αντιστρέψιμη (Μαδιανός Μ, 2003:144). Οι πιο συχνές τέτοιες διαταραχές για τα ηλικιωμένα άτομα είναι η άνοια και οι αμνησιακές διαταραχές σύμφωνα με το DSM-V.

Σύμφωνα με τον BarrowDurand οι εκδηλώσεις των διαταραχών διάθεσης των ηλικιωμένων ατόμων συχνά περιπλέκονται με τη παρουσία κάποιας οργανικής αιτίας ή τη παρουσία άνοιας και πολλές φορές είναι δύσκολος ο εντοπισμός καταθλιπτικής συμπεριφοράς (BarrowDurand, 2001:17). Η έκπτωση της προσοχής, της συγκέντρωσης και η 'έκπτωση μνήμης' μοιάζει με την εικόνα της ψευδοάνοιας συχνά και χρειάζεται διαφοροδιάγνωση από την Άνοια (Μάνος Ν. 1997:201). Όμως ακόμα και με δυσκολία στη διάγνωση της, η κατάθλιψη των ηλικιωμένων ατόμων κινείται σε υψηλά ποσοστά

#### **ζ. Πρόληψη τραυματισμών.**

Άνθρωποι ηλικίας άνω των 65 ετών έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποστούν κάποιο τραυματισμό παρά οι νεότεροι σε ηλικία άνθρωποι, λόγω ιατρικών προβλημάτων, προβλημάτων στην όραση, στο περπάτημα και στην ισορροπία. Οι τραυματισμοί τους είναι επίσης πιο πιθανό να είναι σοβαρής μορφής, λόγω της οστεοπόρωσης και της ευπάθειάς τους. Αν τραυματιστούν έστω και μία φορά, καθίστανται πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση μοιραίων επιπλοκών και παρατεταμένης κακής κατάστασης της υγείας τους.

Παρά το γεγονός ότι τα άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών αποτελούν λιγότερο από το 20% του πληθυσμού, σε αυτούς παρατηρείται σχεδόν το 30% των θανάτων που οφείλονται σε τραυματισμούς. Είναι, συνεπώς, αναμενόμενο ότι η αύξηση και η αναλογία των ηλικιωμένων στον πληθυσμό θα επιφέρει και αύξηση των θανάτων λόγω τραυματισμών.

#### **η. Χρήση/Κατάχρηση ουσιών.**

Ο καρκίνος των πνευμόνων είναι η ασθένεια που σχετίζεται περισσότερο με το κάπνισμα και τα ποσοστά των θανάτων που οφείλονται σε αυτό είναι ο καλύτερος δείκτης μακροχρόνιας έκθεσης στο κάπνισμα. Τα ποσοστά των καπνιστών στους πληθυσμούς μειώνονται με την ηλικία. Επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι καπνιστές που κόβουν το τσιγάρο σε ηλικία 65-70 ετών μειώνουν τα υψηλά ποσοστά κινδύνου πρόωρου θανάτου κατά το ήμισυ.

Οι διαταραχές που οφείλονται στην κατανάλωση οινοπνευματωδών είναι διαδεδομένες μεταξύ των ανθρώπων μεγαλύτερης ηλικίας και σχετίζονται με σημαντικά προβλήματα υγείας. Τα προβλήματα αυτά περνούν συνήθως απαρατήρητα ή γίνεται εσφαλμένη διάγνωσή τους, καθώς τα όργανα προσυμπτωματικού ελέγχου και τα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν οριστεί αφορούν κυρίως ανθρώπους νεότερων ηλικιών. Από τη Γενική Έρευνα σε Νοικοκυριά που πραγματοποιήθηκε το 1994 στη Μεγάλη Βρετανία διαπιστώθηκε ότι το 17% των ανδρών και το 7% των γυναικών ηλικίας άνω των 65 είχε υπερβεί τα "λογικά όρια" κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών.

#### **θ. Χρήση φαρμάκων και συναφή προβλήματα.**

Τα ηλικιωμένα άτομα είναι οι κυριότεροι ανά κεφαλή χρήστες περισσότερων από 10.000 ιατρικών προϊόντων που έχουν σήμερα ήδη λάβει έγκριση και διατίθενται στις χώρες της Ε.Ε. Τα κόστη για φαρμακευτικά είδη αναλογούν σε ένα μεγάλο ποσοστό δαπανών για τη φροντίδα της υγείας και αυξάνονται ταχύτερα από οποιοδήποτε άλλο κονδύλι του προϋπολογισμού για την ιατρική περίθαλψη. Η χρήση ακατάλληλων ιατρικών σκευασμάτων από τους ηλικιωμένους είναι ένα σύνηθες πρόβλημα, με την ανεπάρκεια ελέγχου και επίβλεψης των θεραπευτικών αγωγών να αποτελεί παράγοντα που περιπλέκει σημαντικά την κατάσταση.

Τα σχετικά με τη λήψη φαρμάκων προβλήματα μπορεί να οφείλονται σε:

- Λανθασμένη χορήγηση φαρμάκου / μη συμμόρφωση

- Ακατάλληλη συνταγογράφηση
- Αλληλεπιδράσεις
- Αρνητικές αντιδράσεις
- Χρήση φαρμάκων που ενέχουν κινδύνους
- Μη επαρκή λήψη λόγω έλλειψης προσβασιμότητας σε γιατρούς, φαρμακεία ή δυσκολίες κατά το άνοιγμα των συσκευασιών
- Αλληλεπιδράσεις με άλλες θεραπείες, όπως φυτικά φάρμακα.

Στα παραπάνω προβλήματα προστίθεται και το γεγονός ότι ένας αριθμός φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σήμερα από ηλικιωμένα άτομα δεν έχουν δοκιμαστεί για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> - Κοινότητα- ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ

Αρχικά, στα προηγούμενα κεφάλαια αναλύσαμε την έννοια της τρίτης ηλικίας καθώς επίσης και όλα τα φάσματα που συνεπάγονται μαζί της. Πιο συγκεκριμένα, έγινε παρουσίαση της έννοιας και αναφορά στις ιδιαίτερες ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων, τόσο σε παθολογικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, ενώ παράλληλα έγινε αναφορά στον τρόπο με τον οποίο οι παραπάνω ανάγκες εξυπηρετούνται από το υπάρχον Κράτος Πρόνοιας.

Σε αυτό το κεφάλαιο θα εξετάσουμε την έννοια της κοινότητας γενικότερα, τι αλλοιώσεις έχει δεχθεί με το πέρασ του καιρού και συγχρόνως την έννοια της ως προς τους ηλικιωμένους. Επιπροσθέτως, θα γίνει αναφορά στις υπηρεσίες και τους φορείς που έχουν δημιουργηθεί από το κράτος με σκοπό να εξυπηρετούν τις ανάγκες των ηλικιωμένων, με σημείο αναφοράς τον δήμο Ηρακλείου.

### 4.1 Ορισμός κοινότητας

Μιας και η έρευνά μας εστιάζει σε σημαντικό βαθμό στην κοινότητα του δήμου Ηρακλείου, κρίνεται σκόπιμο η θεωρητική επεξεργασία του όρου της κοινότητας.

Η έννοια της κοινότητας είναι πολυδιάστατη και ποικιλόμορφη και ως εκ τούτου είναι δύσκολο να δοθεί συγκεκριμένος ορισμός. Παρακάτω, σε μια προσπάθεια να εξηγήσουμε αλλά και να κατανοήσουμε την ευρύτερη έννοια της, θα παρουσιάσουμε κάποιους εννοιολογικούς ορισμούς με πολυμορφικές σημασίες.

Ο όρος κοινότητα έχει τη δυνατότητα να μπορεί να χρησιμοποιηθεί ώστε να περιγράψει και να δώσει νόημα σε πολλές καταστάσεις που διαφοροποιούνται μεταξύ τους, έχοντας όμως ένα κοινό: την αλληλεπίδραση των ανθρώπων που αποτελούν την εκάστοτε κοινότητα. Παρακάτω θα παραθέσουμε μερικούς ορισμούς της έννοιας της κοινότητας αναλόγως με την κατάσταση στην οποία αναφέρονται και εν συνεχεία θα παρουσιάσουμε τα διαφορετικά είδη κοινοτήτων, τις αλλαγές που έχει υποστεί η έννοια

της κοινότητας από τα παλαιότερα χρόνια έως σήμερα και τέλος τις κοινότητες ως προς τα ηλικιωμένα άτομα.

Αρχικά, από αυστηρά σημασιολογική άποψη σύμφωνα με τον Μπαμπινιώτη (2006) κοινότητα χαρακτηρίζεται ένα σύνολο προσώπων που ενώνονται μεταξύ τους με κοινά στοιχεία (πχ. γλώσσα, θρησκεία, καταγωγή, χρώμα, κ.α.), αξίες καθώς και η κατώτατη βαθμίδα διοικητικής διαίρεσης του κράτους σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης. Συμπληρωματικά, όπως αναφέρεται στην Υδρία (1984), κοινότητα είναι η ιδιότητα του κοινού, η ομοιότητα, η ταυτότητα ή και η ένωση προσώπων που ζουν σε ένα συγκεκριμένο χώρο και συγκροτούν νομικό πρόσωπο και αποτελεί την κατώτερη βαθμίδα, τη βάση της Τοπικής αυτοδιοίκησης.

Από καθαρά γεωγραφικά κριτήρια, κοινότητα είναι ένα σύνολο ατόμων που κατοικούν σε μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή. Η περιοχή αυτή μπορεί να είναι μια μικρή γειτονιά, μια συνοικία, μια πολιτεία ή και μια ομάδα κρατών, όπως είναι για παράδειγμα η Ευρωπαϊκή κοινότητα. Αν και κατά κύρια βάση για τον όρο κοινότητα εννοείται μικρή γεωγραφική περιοχή (Bulmer, 1987:27). Καθώς επίσης όπως αναφέρουν και οι Garvin&Tropman (1992), η κοινότητα παραπέμπει σε ένα σύνολο ατόμων που σχηματίζουν μια κοινωνική οντότητα βασισμένη στον κοινό τόπο, στην κουλτούρα και στην ύπαρξη κοινών δραστηριοτήτων.

Πέραν αυτού, σύμφωνα με πιο φιλοσοφικές προσεγγίσεις η κοινότητα είναι η κοινωνική αθροιστικότητα που τα μέλη της συνδέονται με τη συμμετοχή τους σε κοινές αξίες. Η κοινότητα διαθέτει μια εσωτερική αλληλεγγύη που δεν πηγάζει από σαφείς κανόνες αλλά από βαθύτερους δεσμούς από εκείνους του γραπτού νόμου: δεσμοί αίματος και δεσμοί κοινωνικών παραδόσεων (Συλλογικό έργο, 1982). Επιπλέον, όπως αναφέρει ο Αθανάσιος Ιγνάτιος Κάτσος (1967), κοινότητα είναι μια κοινωνική ομάδα στην οποία τα άτομα - μέλη της, έχουν διαμοιρασμένα τα ίδια ιδανικά και επιδιώκουν την πραγματοποίηση ομοίων ενδιαφερόντων.

Όπως θα έγινε αντιληπτό από τους παραπάνω ορισμούς η έννοια της κοινότητας δε μπορεί να αποδοθεί εύκολα χάρη στην ποικιλομορφία της. Παρ' όλα αυτά σύμφωνα με την Bernard (1973) ανεξαρτήτως από τους διάφορους ορισμούς υπάρχουν τρία κοινά

στοιχεία μεταξύ τους , όπως είναι ο τόπος, η κοινωνική αλληλόδραση και ο κοινοτικός δεσμός. Ωστόσο, είναι εύλογο να αντιληφθεί κανείς πως παρά τα κοινά στοιχεία που την διακατέχουν υπάρχουν δύο σημεία έντονου διαχωρισμού στην προσπάθεια απόδοσης της έννοιάς της. Πιο αναλυτικά, η έννοια της "κοινότητας" υφίσταται μια μεγάλη διχοτόμηση ως προς τους ορισμούς· υπάρχουν οι ορισμοί που αναφέρονται και περιγράφουν την κοινότητα α) με βάση το γεωγραφικό της υπόβαθρο και β) με βάση τις κοινές αξίες και ιδέες που έχουν τα μέλη της.

Σε μια προσπάθεια να συμπεριληφθούν και οι δύο παραπάνω διχοτομήσεις ο Willmott (1986) διακρίνει τρεις βασικές σημασίες της κοινότητας. Η πρώτη σημασία αναφέρεται στη γεωγραφική κοινότητα και περισσότερο στην αίσθηση των ανθρώπων ότι έχουν έναν κοινό τόπο, μια γεωγραφική περιοχή. Σύμφωνα με αυτήν την έννοια η κοινότητα αποτελείται από άτομα που γνωρίζονται μεταξύ τους , ζουν κοντά και συχνά μπορεί να εργάζονται και στην ίδια περιοχή. Ο τόπος για τα μέλη αυτά έχει σημαντικό νόημα και συνιστά μια αξία (Ζαϊμάκης 2011).

Η δεύτερη σημασία παραπέμπει στις κοινότητες ενδιαφέροντος , οι οποίες δεν προϋποθέτουν την ύπαρξη μιας κοινής γεωγραφικής περιοχής για την ανάπτυξη του αισθήματος του «ανήκειν» σε μια κοινότητα, αντιθέτως μπορεί να είναι άτομα από διαφορετικές περιοχές του κάθε κράτους ή και ακόμη να είναι άτομα από διαφορετικά κράτη. Πιο συγκεκριμένα , τις κοινότητες αυτές τις αποτελούν άνθρωποι οι οποίοι έχουν κοινά χαρακτηριστικά όπως μπορεί να είναι για παράδειγμα η εθνικότητα, η θρησκεία, η απασχόληση και ο ελεύθερος χρόνος (Ζαϊμάκης 2011).

Η τρίτη σημασία που αποδίδει ο Willmott (1986) αποτελεί την κοινότητα αφοσίωσης ή συναισθήματος η οποία χαρακτηρίζεται από κοινές πεποιθήσεις και ιδέες. Σε αυτό το είδος κοινότητας κυριαρχεί το «κοινοτικό πνεύμα» και αφορά στην αίσθηση μιας διακριτής συλλογικής ταυτότητας, η οποία αναπτύσσεται μέσα από τη συλλογική δράση (Ζαϊμάκης 2011).

Εν κατακλείδι, αντιπαραθέτοντας τις παραπάνω πληροφορίες για την έννοια και την εξέλιξη της κοινότητας, γίνεται αντιληπτό ότι την διακατέχει μεγάλη πολυμορφία και είναι δύσκολο να δοθεί ένας και απόλυτος ορισμός, εν αντιθέσει ο κάθε ορισμός

διαμορφώνεται αναλόγως με την κατάσταση την οποία περιγράφει. Παραδόξως όμως, η πολύπλοκη αυτή έννοια πέρα από τις πολλές διαφορές που τη διακατέχουν, εμπεριέχει και κάποια αναπόσπαστα κοινά χαρακτηριστικά με πρώτο και κυριότερο, το αίσθημα του «ανήκειν» που προσφέρει στα μέλη της και ακολούθως, αποτελεί ένα πρότυπο κοινωνικών σχέσεων οι οποίες βασίζονται σε αλληλεπιδράσεις και δεσμούς, οι οποίοι είναι διαμορφωμένοι με βάση ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά όπως η καταγωγή, η γεωγραφική γειννίαση και τα ενδιαφέροντα (Ζαϊμάκης, 2011). Επιπλέον, ένα ακόμη αξιοσημείωτο κοινό χαρακτηριστικό είναι ότι όλες οι κοινότητες αποτελούν κοινωνικό δημιούργημα και συναντώνται στα πρώιμα βήματα της δημιουργίας της κοινωνικής οργάνωσης και σε ευρύτερες οντότητες όπως είναι το έθνος-κράτος αλλά επίσης και σε μεγαλύτερης κλίμακας κοινωνικές και οικονομικές δομές (Cohen 1985). Και τέλος, η κάθε κοινότητα αποτελεί μια συμβολική ενότητα που διέπεται από σύμβολα και αξίες οι οποίες επιτρέπουν στα μέλη της να δημιουργούν νοήματα και να διαμορφώνουν την κοινοτική συνείδηση και τη συλλογική τους ταυτότητα (Cohen 1985).

#### **4.2 Το πρόγραμμα Καλλικράτης**

Πρόγραμμα Καλλικράτης, ακριβέστερα «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης», ονομάζεται ο ελληνικός νόμος 3852/2010, με τον οποίο μεταρρυθμίστηκε η διοικητική διαίρεση της Ελλάδας το 2011 και επανακαθορίστηκαν τα όρια των , ο τρόπος εκλογής των οργάνων και οι αρμοδιότητές τους. Ενίοτε απαντάται και ως Σχέδιο Καλλικράτης, από την ονομασία που είχε πριν εισαχθεί προς συζήτηση στη Βουλή των Ελλήνων. Το πρόγραμμα ψηφίστηκε από την Ελληνική Βουλή το Μάιο του 2011. Μέρος των διατάξεών του ενεργοποιήθηκε άμεσα με τη δημοσίευσή του στις 7 Ιουνίου του 2010 (ΦΕΚ 87/τ.Α'/2010), ώστε να διεξαχθούν βάσει αυτών οι αυτοδιοικητικές εκλογές του ίδιου έτους. Στη πλήρη μορφή του τέθηκε σε ισχύ την 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου του 2011. Η ονομασία «Πρόγραμμα Καλλικράτης» επεκτάθηκε, μέσω κυρίως των ΜΜΕ, στις συγχωνεύσεις και καταργήσεις δημοσίων υπηρεσιών, σχολείων και νοσοκομείων

Βασικές πτυχές του προγράμματος είναι η μείωση του αριθμού των δήμων και των νομικών τους προσώπων κατά περίπου 2/3, η αντικατάσταση των 57 ως δευτεροβάθμιων από τις 13, η σύστασή των, οι αλλαγές στον τρόπο χρηματοδότησης των ΟΤΑ, η αύξηση της θητείας των αυτοδιοικητικών οργάνων από 4 σε 5 και η ανακατανομή των αρμοδιοτήτων κάθε βαθμού.

Σύμφωνα με το άρθρο 117 του Νόμου 3463/2006, οι οικισμοί-έδρες δήμων που έχουν πληθυσμό πάνω από 100.000 κατοίκους διαιρούνται σε **δημοτικά διαμερίσματα**. Μέχρι τότε δημοτικό διαμέρισμα αποτελούσε κάθε δήμος ή κοινότητα που καταργήθηκε και αποτελούσε υποδιαίρεση του νέου δήμου που προέκυψε από το, αλλά με τον παραπάνω νόμο τόσο τα δημοτικά όσο και τα κοινοτικά διαμερίσματα μετονομάστηκαν σε. Με τον πιο πρόσφατο νόμο 3852/2010, γνωστό και ως πρόγραμμα Καλλικράτης, τα δημοτικά διαμερίσματα μετονομάστηκαν σε δημοτικές κοινότητες. Ο δήμος Ηρακλείου διαθέτει 4 δημοτικά διαμερίσματα.

#### **4.3 Δήμος Ηρακλείου**

Με βάση αυτόν το Νόμο ο Δήμος Ηρακλείου και η διάρθρωσή των κεντρικών δημοτικών του υπηρεσιών υπέστησαν τροποποιήσεις και αλλαγές. Οι κεντρικές Υπηρεσίες υπάγονται στην έδρα του Δήμου και είναι ομαδοποιημένες σε ενότητες αναλόγως με τους σκοπούς και τα αντικείμενά τους. Αναλυτικότερα, στο Δήμο Ηρακλείου ανήκουν οι κάτωθι οργανικές μονάδες:

Ενότητα Α': Υπηρεσίες υπαγόμενες απευθείας στο Δήμαρχο

Ενότητα Β': Επιτελικές Υπηρεσίες

Ενότητα Γ': Υπηρεσίες Τοπικής Οικονομικής Ανάπτυξης

Ενότητα Δ': Υπηρεσίες Περιβάλλοντος και Ποιότητας Ζωής

Ενότητα Ε': Υπηρεσίες Κοινωνικής Προστασίας-Παιδείας και Πολιτισμού

Ενότητα ΣΤ': Υπηρεσίες Υποστήριξης

Η προστασία των Ηλικιωμένων ατόμων υπάγεται στην Ε' ενότητα (Κοινωνικής Προστασίας-Παιδείας και Πολιτισμού) στο Τμήμα Κοινοτικής Φροντίδας – Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τον υπ. αριθμ. Νόμο 3852/2010, άρθ. 12,' σελ. 28988, τ.Β': «είναι κέντρα με πολυδιάστατη παρέμβαση στη συνολικότερη κοινωνική ανάπτυξη της περιοχής που αναφέρεται και που βασικό στόχο θα έχουν την αναγέννηση του αισθήματος «του ανήκω σε μια κοινότητα ανθρώπων» για την πόλη του Ηρακλείου ιδιαίτερα και τη διατήρηση κοινοτιστικών χαρακτηριστικών για την ύπαιθρο (αγροτικές περιοχές) του Δήμου μέσω της παρέμβασης σε κοινωνικά προγράμματα αλλά και γενικότερα θέματα που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής ειδικότερα και ενδεικτικά:

Υλοποιεί προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης ψυχοκοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων όλων των ηλικιών και ασκεί κοινωνική εργασία σε άτομα, οικογένειες κοινωνικές ομάδες και την Κοινότητα. Επίσης, υλοποιεί δράσεις προστασίας περιθαλπομένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και δράσεις προστασίας μονογονεϊκών οικογενειών και διενεργεί κοινωνικές έρευνες για τη χορήγηση επιδομάτων πρόνοιας σε συνεργασία με το αντίστοιχο τμήμα.

Σχεδιάζει και μεριμνά για την εφαρμογή πολιτικών, προγραμμάτων και δράσεων για την υποστήριξη των μαθητών της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά και για τη γενική παιδεία των κατοίκων. Περιλαμβάνονται αρμοδιότητες όπως την εφαρμογή προγραμμάτων για τη λειτουργία βιβλιοθηκών, την ίδρυση και τη λειτουργία κέντρων δημιουργικής απασχόλησης παιδιών και συνεργάζεται για την εφαρμογή του τοπικού προγράμματος δια βίου μάθησης όσον αφορά στα επιμορφωτικά προγράμματα και τη διάθεση χώρων για την υλοποίησή τους.

Επιπλέον, υλοποιεί προγράμματα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων, τις σημερινές δράσεις Κ.Α.Π.Η., Βοήθεια στο σπίτι, Κ.Η.Φ.Η., ξενώνες ηλικιωμένων κ.λπ. Υλοποιεί τοπικά προγράμματα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας και μεριμνά για την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμού και μεριμνά για την πληροφόρηση Δημοτών σε θέματα Δημόσιας Υγείας και ακόμη οργανώνει αυτοτελώς ή σε συνεργασία με τις αντίστοιχες περιφερειακές υπηρεσίες ειδικά προγράμματα για τη προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητας του Δήμου.

#### **4.4 ΚΕ.ΚΟΙ.Φ. – Α.Π.Η.**

Η κοινωνία αποτελεί μια δυναμική κατάσταση που συνεχώς μεταβάλλεται και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Η ελληνική σύγχρονη κοινωνία έχει δεχθεί μεγάλη επιρροή από την οικονομική κρίση και για το λόγο αυτό η δομή και η δυναμική της κοινότητας διαμορφώθηκαν με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι πιο βοηθητική για τα μέλη της. Μέρος της κοινωνίας αποτελούν οι κρατικές υπηρεσίες που με τη σειρά του διαφοροποιήθηκαν αντίστοιχα. Τα παλιά Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων όπως γίνεται αντιληπτό μεταλλάχθηκαν σε Κέντρα Κοινοτικής Φροντίδας - Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων με σκοπό να καλύπτουν αποτελεσματικότερα τις ανάγκες της κοινωνίας και να ανταπεξέρχονται όσο το δυνατόν αποδοτικότερα στις απαιτήσεις της. Πλέον, η φροντίδα που παρέχουν δεν περιορίζεται σε άτομα τρίτης ηλικίας αλλά περιλαμβάνει όλες τις κοινωνικές ομάδες ανεξαρτήτως ηλικίας, υγείας, θρησκείας και εθνικότητας, καθώς και σε όσους αντιμετωπίζουν ειδικές καταστάσεις, όπου απαιτείται άμεσα κοινωνική παρέμβαση ή μέριμνα για παραπομπή σε αρμόδιους φορείς.

Ειδικότερα, στο Δήμο Ηρακλείου υπάρχουν πέντε (5) τμήματα Κοινοτικής Φροντίδας - Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων που αποτελούν Τοπικές Κοινωνικές Υπηρεσίες, Τοπικά Κοινοτικά Αναπτυξιακά Κέντρα και Τοπικές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι υπηρεσίες των παραπάνω τμημάτων καλύπτονται από δέκα (10) Κέντρα Κοινοτικής Φροντίδας - Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων που για την ορθή λειτουργία τους απασχολούν.

#### **Υπηρεσίες**

Κατά γενική βάση, τα ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η. φροντίζουν για την παροχή υπηρεσιών σχετικά με την πρόληψη και την αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων. Παρέχουν επίσης πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και υλοποιούν τόσο προγράμματα όσο και δράσεις στην κοινότητα που έχουν ως στόχο την ενεργοποίηση της κοινωνικής συνοχής, της συμμετοχής, της αλληλεγγύης, της δικτύωσης και της Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται όμως ανά ειδικότητα είναι οι εξής: (heraklion.gr)

#### Κοινωνική Υπηρεσία:

Η Κοινωνική Υπηρεσία αναλαμβάνει και το γραφειοκρατικό κομμάτι υλοποιώντας πράξεις όπως την καταγραφή αιτημάτων, τη λήψη δικαιολογητικών και την εγγραφή ωφελουμένων στην υπηρεσία. Ακόμη, αναλαμβάνει τη λήψη του κοινωνικού ιστορικού των τελευταίων αλλά και τη διεξαγωγή κοινωνικών ερευνών, όπου κρίνεται απαραίτητο και ύστερα από εισαγγελική εντολή. Πραγματοποιεί συνεδρίες συμβουλευτικής και ψυχολογικής στήριξης των ωφελουμένων και παράλληλα συμβάλει στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση των οικογενειακών τους προβλημάτων. Φροντίζει επίσης, για τη συνεργασία με τοπικούς φορείς, Συλλόγους, Μ.Κ.Ο., και για την παραπομπή των κατοίκων σε αρμόδιες υπηρεσίες και για την ενημέρωσή τους σχετικά με θέματα κοινωνικού χαρακτήρα, και τέλος, καλείται να συμμετέχει σε επιτροπές ή και ομάδες εργασίας καθώς επίσης και στην οργάνωση και στην υλοποίηση εκδηλώσεων, παρεμβάσεων και δράσεων σε τοπικό επίπεδο.

#### Υπηρεσία Νοσηλευτικής Φροντίδας:

Η Υπηρεσία Νοσηλευτικής Φροντίδας φροντίζει για τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού και για τον έλεγχο των ζωτικών σημείων και σχεδιάζει θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ακόμη, αναλαμβάνει το σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων Αγωγής Υγείας σε άτομα, ομάδες και στην κοινότητα καθώς επίσης και την παροχή συμβουλευτικής υγείας σε ομάδες υψηλού κινδύνου και σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού.

#### Υπηρεσία Εργοθεραπείας:

Η Υπηρεσία Εργοθεραπείας αναλαμβάνει ατομικές ή και ομαδικές δράσεις για την προαγωγή της υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των εξυπηρετούμενων της για



ανεξάρτητη, παραγωγική και ικανοποιητική ζωή. Αξιολογεί, σχεδιάζει και εφαρμόζει θεραπευτικές παρεμβάσεις στους ωφελούμενούς της και επιπλέον, φροντίζει για την ανάπτυξη συγκεκριμένων δραστηριοτήτων που να αποσκοπούν όχι μόνο στην ανεξαρτησία και τη λειτουργικότητα των ωφελουμένων σε όλες τις πτυχές της ζωής τους αλλά και στη διατήρηση της υγείας τους και την πρόληψη της αναπηρίας.

#### Υπηρεσία Φυσικοθεραπείας:

Η Υπηρεσία Φυσικοθεραπείας παρέχει υπηρεσίες υγείας που έχουν ως στόχο την ανάπτυξη, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της κινητικής αλλά και της λειτουργικής ικανότητας του ατόμου και επίσης, παρέχει υπηρεσίες που αφορούν στην πρόληψη, τη βελτίωση και την αποκατάσταση των παθολογικών καταστάσεων και τραυματικών βλαβών που προκαλούν διαταραχές στο νευρικό, στο αναπνευστικό και στο καρδιαγγειακό σύστημα.

#### Υπηρεσία Μαιευτικής:

Η Υπηρεσία Μαιευτικής αναλαμβάνει την ενημέρωση των γυναικών και των ζευγαριών σε θέματα σχετικά με την αντισύλληψη αλλά και θέματα που αφορούν την ιδιότητα της ως μαία. Παρέχει συμβουλευτική για τον οικογενειακό προγραμματισμό και προσφέρει παραπομπή σε ιατρικές υπηρεσίες. Επίσης, συνεργάζεται με σχολεία της περιοχής για την ενημέρωση των παιδιών πάνω σε θέματα υγείας. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως δίνει τη δυνατότητα σε ανασφάλιστες γυναίκες να υποβληθούν σε δωρεάν test-ραp, σε γυναικολογική εξέταση και σε εξέταση μαστών.

#### Υπηρεσία Οικογενειακής Φροντίδας:

Η Υπηρεσία Οικογενειακής Φροντίδας είναι υπεύθυνη για την εξυπηρέτηση των ωφελουμένων που επισκέπτονται το εντευκτήριο του Κέντρου και παράλληλα για τη

διατήρηση της καθαριότητας του χώρου. Τέλος, προβλέπεται η συμμετοχή της σε δράσεις και προγράμματα που υλοποιούνται από το εκάστοτε Κέντρο.

Τέλος συνολικά τα εγγεγραμμένα μέλη στα ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η. άνω των 65 ετών είναι κατά μέσο όρο 300 ενώ ο αριθμός των ενεργών μελών άνω των 65 ετών είναι κατά μέσο όρο 200.

- **1η Δημοτική Κοινότητα:**

- \* ΚΕ.ΚΟΙ.Φ – Α.Π.Η. ΑΓΙΑΣ ΤΡΙΑΔΑΣ

- **2η Δημοτική Κοινότητα:**

- \* ΚΕ.ΚΟΙ.Φ. - Α.Π.Η. ΚΑΤΣΑΜΠΑ .

- \* ΚΕ.ΚΟΙ.Φ – Α.Π.Η. ΠΟΡΟΥ .

- **3η Δημοτική Κοινότητα:**

- \* ΚΕ.ΚΟΙ.Φ – Α.Π.Η. ΘΕΡΙΣΣΟΥ

- \* ΚΕ.ΚΟΙ.Φ – Α.Π.Η. ΔΕΙΛΙΝΩΝ

- \* ΚΕ.ΚΟΙ.Φ – Α.Π.Η ΤΑΛΩΣ

- **4η Δημοτική Κοινότητα:**

- \* ΚΕ.ΚΟΙ.Φ – Α.Π.Η. ΜΑΣΤΑΜΠΑ

- \* ΚΕ.ΚΟΙ.Φ – Α.Π.Η. ΦΟΡΤΕΤΣΑΣ

- \* ΚΕ.ΚΟΙ.Φ – Α.Π.Η. ΑΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΗ

- **5η Δημοτική Κοινότητα:**

- \* ΚΕ.ΚΟΙ.Φ – Α.Π.Η. ΝΕΑΣ ΑΛΙΚΑΡΝΑΣΣΟΥ

## Β΄ ΜΕΡΟΣ- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

### ***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ***

#### **5.1 Μεθοδολογία έρευνας**

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα είναι η ποιοτική μέσω των εστιασμένων ομάδων (focusgroups). Η ποιοτική έρευνα βασισμένη σε λεπτομερή δεδομένα προσπαθεί να παράγει μια αντίληψη ολιστική, όπως αυτά παρουσιάζονται στο φυσικό και κοινωνικό πλαίσιο (Καλλινικάκη, 2010).

Επιλέξαμε αυτήν την ποιοτική μέθοδο γιατί μας ενδιαφέρει η βαθύτερη διερεύνηση του φαινομένου, όπως η αναζήτηση των λόγων για τους οποίους ορισμένες ανάγκες δεν έχουν αξιοποιηθεί, το προσωπικό βίωμα των κατοίκων στις δοσοληψίες τους με τις κοινωνικές υπηρεσίες κ.ο.κ.

Στην έρευνα χρησιμοποιήσαμε την ομαδικά εστιασμένη συνέντευξη ( focusgroup που αποτελεί εργαλείο μεθοδολογικό ποιοτικής έρευνας, το οποίο χρησιμοποιεί την αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών που απαρτίζουν μια ομάδα για τη διερεύνηση διαφορών θεμάτων (Καλλινικάκη Θ. 2010:194)

Η συνέντευξη χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο προκαθορισμένων ανοικτών κυρίως ερωτήσεων, υπήρχε ευελιξία ως προς την σειρά τους, καθώς και τροποποίηση του περιεχομένου κάποιων ερωτήσεων ανάλογα με τον ερωτώμενο. Επίσης η προσθαφαίρεση ερωτήσεων και θεμάτων για συζήτηση σε μια τέτοια μέθοδο ήταν αναγκαίες.

#### **5.2 Σκοπός της Μελέτης**

Σκοπός της μελέτης μας είναι η διερεύνηση και καταγραφή των εκφρασμένων αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων του Δήμου Ηρακλείου και ο βαθμός ανταπόκρισης των κοινωνικών δομών σε αυτές. Κυρίως η μελέτη εστιάζει στο ποιες είναι οι

εκφρασμένες ανάγκες για θέματα υγείας των ηλικιωμένων ατόμων και κατά πόσο τα ΚΕΚΟΙΦ -ΑΠΗ του δήμου Ηρακλείου τις καλύπτουν και σε ποιο βαθμό.

### **5.3 Στόχοι της έρευνας**

Ο στόχος μας είναι να συνδέσουμε τις εκφρασμένες ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων ατόμων με τις δομές του δήμου Ηρακλείου. Πιο συγκεκριμένα, να γίνει προσπάθεια να εντοπιστούν και να καταγραφούν με βάση την υποκειμενική άποψη των ηλικιωμένων ατόμων που είναι εγγεγραμμένα στα ΚΕΚΟΙΦ –ΑΠΗ οι συγκεκριμένες ανάγκες, ο βαθμός κάλυψής τους και πώς συνδέονται με την ποιότητα ζωής τους, οι τυχόν δυσκολίες για την κάλυψη αυτή, η ανταπόκριση των συγκεκριμένων δομών (δυνατά και αδύναμα σημεία), ο βαθμός ικανοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων, η αναγκαιότητα λήψης μέτρων για την αύξηση της ικανοποίησης καθώς ο εντοπισμός των ζητημάτων υγείας που απασχολούν κύρια τα ηλικιωμένα άτομα και η αναγκαιότητα ενημέρωσης τους.

### **5.4 Ερευνητικά ερωτήματα**

Τα ερωτήματα εστιάζουν κυρίως στη χαρτογράφηση των εκφρασμένων αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων του δήμου Ηρακλείου στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας καθώς και ο βαθμός ικανοποίησης από τις ήδη παρεχόμενες υπηρεσίες.

Συγκεκριμένα τα βασικά δυο ερωτήματα που θα εστιάσουμε είναι :

- Ποιες είναι οι εκφρασμένες ανάγκες για ζητήματα υγείας των ηλικιωμένων ατόμων στα ΚΑΚΟΙΦ-ΑΠΗ του Δήμου Ηρακλείου;
- Υπάρχει ικανοποίηση αυτών των αναγκών από τις υπάρχουσες δομές του Δήμου;

## 5.5 Μέθοδος Συλλογής στοιχείων

Η μέθοδος συλλογής δεδομένων μας ήταν οι εστιασμένες ομαδικές συνεντεύξεις. (focusgroups), οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε δυο συναντήσεις. Στη πρώτη συνάντηση προσδιορίστηκε ο σκοπός της έρευνας και απαντήθηκαν βασικά ζητήματα ενώ στη δεύτερη συνάντηση ( αυξάνοντας την αξιοπιστία) εμπλουτίστηκαν τα καίρια ζητήματα από τους συμμετέχοντες.

## 5.6 Εργαλείο έρευνας και άξονες της συνέντευξης

Η εκτίμηση αναγκών είναι ένα βασικό εργαλείο στην προσπάθεια κοινοτικής ανάπτυξης και στο σχεδιασμό κοινωνικής πολιτικής. Αυτή η ερευνητική πρακτική συνιστά μια συνεχή και ανατροφοδοτούμενη διαδικασία στρατηγικού σχεδιασμού και ανάπτυξης προγραμμάτων εφαρμογής και αξιολόγησης, διαδικασία που παρέχει τη δυνατότητα να αναγνωριστούν και να περιγράψουν ιδιαίτερες περιοχές αναγκών, να ανακαλυφθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στη διαιώνισή τους και να διαμορφωθούν κριτήρια για πλάνα αντιμετώπισης των αναγκών και των προβληματικών καταστάσεων σε μια κοινωνία (Ζαϊμάκης,2010: 252-254).

Απώτερος σκοπός της εν λόγω διαδικασίας είναι να θέσει προτεραιότητες και να προσδιορίσει τα κριτήρια για λύσεις που θα βοηθήσουν όσους λαμβάνουν αποφάσεις για ζητήματα κοινωνικής πολιτικής και τοπικής ανάπτυξης να πάρουν τις κατάλληλες αποφάσεις για προγράμματα, οργανωτικές βελτιώσεις και καταμερισμό δαπανών και πόρων. Φιλοδοξεί επομένως να 'βάλει' το δικό της λιθαράκι σε αυτή τη κατεύθυνση.

Για την εκτίμηση των εκφρασμένων αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων του δήμου Ηρακλείου χρησιμοποιήσαμε όπως ήδη προαναφέραμε ένα σύνολο προκαθορισμένων ανοικτών κυρίως ερωτήσεων, προσαρμοσμένο στους συμμετέχοντες. Οι άξονες της συνέντευξης είναι 3: ο πρώτος άξονας αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, ο δεύτερος την εκτίμηση ανταπόκρισης των ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η. στις ανάγκες υγείας και ο τρίτος την επιθυμία συμμετοχής των σε δραστηριότητες της δομής.

## 5.7 Πεδίο και Δείγμα Μελέτης

Πεδίο μελέτης αποτέλεσαν ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ στο δήμο Ηρακλείου. Αυτό σημαίνει ότι υπήρχε μεγάλη ποικιλία στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων της έρευνάς μας. Ως βασικά κριτήρια για την εισαγωγή ενός ατόμου στο δείγμα μας, θέσαμε το να είναι εγγεγραμμένα μέλη στα ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ και ηλικιακά άνω των 65 ετών. Το όριο ηλικίας επιλέγεται από το γεγονός ότι αυτό είναι το όριο ηλικίας για την εγγραφή στο τμήμα ΑΠΗ των ΚΕΚΟΙΦ (πρώην ΚΑΠΗ) καθώς και από την ικανότητα επικοινωνίας που είναι απαραίτητη. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μεταξύ Νοέμβρη και Δεκέμβρη του 2017.

Το σύνολο των ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ στο δήμο Ηρακλείου είναι 10. Στόχος μας ήταν να απευθυνθούμε στα εγγεγραμμένα ηλικιωμένα μέλη των δομών αυτών. Κάναμε χρήση της ομάδας εστίασης, όπου πρόκειται για μια σχετικά μικρή ομάδα ατόμων (4–5 άτομα). Η ομάδα εστίασης συντονίστηκε από τα μέλη της ομάδας μας. Στο πλαίσιο της συζήτησης, δόθηκε έμφαση στη σκόπιμη χρήση της αλληλεπίδρασης των μελών της ομάδας για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Οι τεχνικές δειγματοληψίας χωρίζονται σε δυο κατηγορίες, τη δειγματοληψία με πιθανότητες και τη δειγματοληψία χωρίς πιθανότητες. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία χωρίς πιθανότητες. Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα μας είναι 4 ομάδες ηλικιωμένων ατόμων, από 4 διαφορετικά ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ του Δήμου Ηρακλείου που είναι εγγεγραμμένα μέλη σε αυτά.. Η επιλογή αυτού του δείγματος έγινε χωρίς κάποιο συγκεκριμένο χαρακτηριστικό. Προϋπόθεση της επιλογής των ατόμων σε αυτές τις ομάδες ήταν αρχικά να είναι εγγεγραμμένα μέλη στο ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ και κατά δεύτερον να βρίσκονται στο 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους. Αυτή η ομάδα ηλικιωμένων ατόμων θεωρήθηκε επαρκής και κατάλληλη. Επίσης επιλέχθηκε ένα τέτοιο μέγεθος δείγματος ώστε να αυξηθεί η εφαρμοσιμότητα των αποτελεσμάτων σε παρόμοιες ομάδες. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι τα δεδομένα των ομάδων εστιασμένης συζήτησης διαθέτουν θεωρητική εφαρμοσιμότητα, αλλά όχι αναγκαία και εμπειρική (Nyamathi A, Shuler P. (1990) *15*:1281–1288).

Οι συνεντεύξεις μας διεξήχθησαν, περίπου στις 9:30 π.μ στους χώρους αναψυχής

των ΚΕΚΟΙΦ. Πραγματοποιήθηκαν συνολικά τέσσερις εστιασμένες συνεντεύξεις, από δύο φορές σε διαφορετικό χρονικό διάστημα. Η πρώτη έγινε στις 11 Δεκεμβρίου 2017 και αφορούσε συνολικά 5 ηλικιωμένα άτομα κατοίκους της περιοχής Δειλινών. Η δεύτερη έγινε με την συμμετοχή 4 ηλικιωμένων ατόμων κατοίκων της περιοχής Μασταμπά στις 12 Δεκεμβρίου 2017. Η τρίτη συνέντευξη διεξήχθη στις 13 Δεκεμβρίου 2017 με την συμμετοχή 4 κατοίκων της περιοχής Αγίου Ιωάννη. Η τέταρτη επιτεύχθηκε στις 14 Δεκεμβρίου 2017 με την συμμετοχή 4 κατοίκων της περιοχής Πόρου.

Σε κάθε συνέντευξη ήταν παρόντες όλοι ερευνητές, από τους οποίους κάθε φορά οι δύο αναλάμβαναν τον ρόλο του συντονιστή και ο άλλος το ρόλο του παρατηρητή. Οι συντονιστές ενημέρωναν τους συμμετέχοντες για τους σκοπούς της έρευνας, ενώ τόνιζαν ιδιαίτερα την ανωνυμία των συμμετεχόντων. Αρχικά χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις για τη καταγραφή δημογραφικών στοιχείων και ακολούθησαν ανοικτές και κλειστές ερωτήσεις. Χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις γνωριμίας, εισαγωγικές ερωτήσεις, ερωτήσεις μετάβασης, κεντρικές ερωτήσεις και ερωτήσεις κλεισίματος/ανασκόπησης.

### **5.8 Εκτίμηση δυσκολιών και για την πραγματοποίηση της μελέτης**

Εκτιμήσαμε στην αρχή της ερευνητικής διαδικασίας πως οι κυριότερες δυσκολίες που εκτιμούμε ότι θα αντιμετωπίσουμε έγγυνται στο γεγονός ότι αρχικά είμαστε εργαζόμενες σπουδάστριες και υπάρχει αντικειμενική δυσκολία στο συντονισμό για την διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας. Λαμβάνοντας εκ των προτέρων υπόψιν αυτή τη δυσκολία, ακολουθήσαμε ένα ευέλικτο πρόγραμμα που μας βοήθησε να αντεπεξέλθουμε στις απαιτήσεις της πτυχιακής

Δε συναντήσαμε ιδιαίτερες δυσκολίες που να αφορούν στη διάθεση για συμμετοχή των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς και δυσκολία συμμετοχής σε focusgroup ομάδα. Η αντιμετώπιση τους ως ξεχωριστές οντότητες βοήθησε στην έκφραση διαφορετικών απόψεων.

Παράλληλα η διεξαγωγή των συμπερασμάτων σε μια ερευνητική μέθοδο που περιλαμβάνει την υποκειμενική γνώμη των ηλικιωμένων ατόμων έχει κάποια

μειονεκτήματα. Αφενός δεν μπορεί να οδηγήσει σε γενίκευση και αφετέρου πλήττεται σε αντικειμενικότητα. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της μεθόδου διασφαλίζεται και μέσα από τη προσεκτική επιλογή του δείγματος (ηλικιωμένα άτομα) τη λεπτομερή καταγραφή των συνεντεύξεων (μαγνητοφώνηση), τη χρησιμοποίηση ενιαίων ερωτήσεων και τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων δυο φορές σε διαφορετικό χρονικό διάστημα.

Τέλος η δυναμική κάποιων ομάδων μπορεί να μην επέτρεψε την εκδήλωση της διαφορετικότητας (όπως στην ομάδα 1) και ορισμένα μέλη να μην μπόρεσαν να εκφραστούν ελεύθερα.

#### **5.10 Ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα**

Οι συμμετέχοντες στις εστιασμένες ομάδες συνέντευξης ενημερώθηκαν για την ηχογράφηση των συνεντεύξεων καθώς και για το απόρρητο και την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών. Επίσης ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της έρευνας και τη δέσμευση μας για την ανωνυμία τους.

Σεβαστήκαμε το δικαίωμα κάθε μέλους να σιωπήσει ή να μιλήσει για κάποιο θέμα, ως σεβασμό στην προσωπικότητα του ατόμου που αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα του ατόμου.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο: Ανάλυση δεδομένων

### ΑΠΟΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ Α ΟΜΑΔΑΣ

Ενότητες - Δείκτες	Γραμμές	Συμπεράσματα-Σχόλια
<b>1ος ΑΞΟΝΑΣ ΠΡΟΦΙΛ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>		
Οικογενειακή κατάσταση	Γραμμές 17-21	Στις γραμμές αυτές αναφέρεται ότι οι ενδιαφερόμενοι είναι διαζευγμένοι, παντρεμένοι και μια μόνο είναι χήρα.
Μορφωτικό επίπεδο	Γραμμές 29-33	Στα συγκεκριμένα σημεία οι συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας και πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης
Επαγγελματική κατάσταση	44-48	Η επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και την συγκεκριμένη περίοδο όλες είναι συνταξιούχοι.
Ενδιαφέροντα	50-54	Εδώ φαίνεται ότι τα ενδιαφέροντα των συνεντευξιζόμενων περιορίζονται στις δουλειές του σπιτιού.
Κατάσταση υγείας	112,119	Ενδεικτικά κάποια προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ενδιαφερόμενες είναι ζαχαρώδη διαβήτη, πίεση.
Κοινωνικά δίκτυα	67-70, 72-73, 75-80, 82-83	Οι περισσότερες φαίνεται πως διαμένουν με άλλα μέλη της οικογένειάς τους
Βασικές ανάγκες	-105-108	Στα σημεία αυτά διαφαίνεται ότι για τις εξυπηρετούμενες η βασική ανάγκη είναι η αυτοεξυπηρέτησή τους, η καλή υγεία, η ψυχολογική υποστήριξη, οι κοινωνικές σχέσεις
Οικονομική κατάσταση	58-63	Στα σημεία αυτά γίνεται φανερό ότι οι ενδιαφερόμενες είναι επηρεασμένες από την οικονομική κρίση της εποχής. Δηλώνουν αδυναμία πληρωμής σε ιδιώτη γιατρό για εξέταση

<b>2ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η. ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>		
Γνώση και εκτίμηση των Υπηρεσιών ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ	85-92, 94-95, 97-101, 110,114, 118,120,124-126, 128-129, 131-132,136-138	Τα ενδιαφερόμενα άτομα φαίνεται πως γνωρίζουν και αξιοποιούν τις υπηρεσίες των ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ. Επιπλέον, συμμετέχουν σε διάφορες ψυχαγωγικές εκδηλώσεις.
<b>3ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η.</b>		

#### ΑΠΟΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΝΤΕΥΞΗΣ Α ΟΜΑΔΑΣ

<b>Ενότητες - Δείκτες</b>	<b>Γραμμές</b>	<b>Συμπεράσματα-Σχόλια</b>
<b>2ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η. ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>		
Γνώση και εκτίμηση των Υπηρεσιών ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ	45-47, 55-56, 71-77	Στις γραμμές αυτές αναφέρεται ότι πραγματοποιούνται ενημερώσεις από τον γιατρό του ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ καθώς οργανώνουν μερικές φορές δραστηριότητες ψυχαγωγίας. Οι ενδιαφερόμενες εκδηλώνουν όμως την ανάγκη τους για την οργάνωση περισσότερων δραστηριοτήτων από το προσωπικό της υπηρεσίας.
Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Νοσηλευτική, Εργοθεραπεία, Φυσικοθεραπεία, Μαιευτική & Προληπτική Ιατρική)	62-68,71-75	Στα σημεία αυτά γίνεται φανερό πως οι ενδιαφερόμενες δεν έρχονται σε επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό. Όταν όμως χρειάζονται κάτι για την κατάσταση της υγείας τους απευθύνονται στον γιατρό της υπηρεσίας. Επίσης αναφέρουν πως όταν υπάρχει ανάγκη γίνονται κάποιες ασκήσεις από τον φυσικοθεραπευτή
Κοινωνική υπηρεσία	37-44	Στις γραμμές αυτές γίνεται φανερό πως

		η κοινωνική λειτουργός έχει ελάχιστο ελεύθερο χρόνο και δεν υπάρχει καθημερινή επαφή με τις ενδιαφερόμενες.
<b>3ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η.</b>		
Ανάγκη για ενημέρωση – επιμόρφωση – εκπαίδευση	45-52	Τα ενδιαφερόμενα άτομα αναφέρουν πως πραγματοποιούνται ομιλίες και ενημερώσεις από το ιατρικό προσωπικό του ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ για θέματα σχετικά με την υγεία τους.

### ΑΠΟΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ Β ΟΜΑΔΑΣ

Ενότητες - Δείκτες	Γραμμές	Συμπεράσματα-Σχόλια
<b>1ος ΑΞΟΝΑΣ ΠΡΟΦΙΛ - ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>		
Οικογενειακή κατάσταση	21-23	Στις γραμμές αυτές αναφέρεται ότι οι ενδιαφερόμενοι είναι όλοι παντρεμένοι, ένας χήρος, οι τρεις αναφέρουν ότι έχουν παιδιά και οι δύο δισέγγονα
Μορφωτικό επίπεδο	24-28	Στην ενότητα αυτή αναφέρεται ότι είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
Επαγγελματική κατάσταση	36-40	Οι ενδιαφερόμενοι αναφέρουν ότι ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, ιδιωτικοί υπάλληλοι και ένας δημόσιος υπάλληλος και τώρα είναι όλοι συνταξιούχοι
Ενδιαφέροντα	56-58	Στο σημείο αυτό γίνεται φανερό πως τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων ατόμων είναι οι εκδρομές, η αρτοποιία και η συμμετοχή σε χορωδία.
Κατάσταση υγείας		Μέσω της παρατήρησης γίνεται φανερό πως οι περισσότεροι από τους ενδιαφερόμενους αντιμετωπίζουν

		κινητικά προβλήματα. ( προβλήματα με τη μέση και τα πόδια τους)
Κοινωνικά δίκτυα	65-67	Στις γραμμές αυτές αναφέρεται πως τα μέλη έχουν ως κοινωνικό δίκτυο τα παιδιά τους.
Βασικές ανάγκες	68-71	Οι ενδιαφερόμενοι μας ανέφεραν πως βασικές ανάγκες της ζωής τους θεωρούν την αυτοεξυπηρέτηση και το να έχουν ένα περιβάλλον γεμάτο αγάπη και ζεστασιά.
Οικονομική κατάσταση	28-36	Στην ενότητα αυτή αναφέρεται ότι το εισόδημα τους είναι μέτριο
<b>2ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η. ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>		
Γνώση και εκτίμηση των Υπηρεσιών ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ		Στην ενότητα αυτή αναφέρεται η δυσαρέσκεια ηλικιωμένων ατόμων για την αλλαγή που έχει επέλθει στη δομή. Σύγκριση με παλαιότερες εποχές.
Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Νοσηλευτική, Εργοθεραπεία, Φυσικοθεραπεία, Μαιευτική & Προληπτική Ιατρική)	45-59, 59-64, 64-69	Στην ενότητα αυτή αναφέρεται ότι ο γιατρός είναι μόνο ένας για τόσα άτομα, μια φορά τη εβδομάδα βρίσκεται στο χώρο, ασχολείται μόνο με τη συνταγογράφηση, ενώ αναφέρεται ότι η συμπεριφορά προς τα ηλικιωμένα άτομα δεν είναι καλή. Αναφέρεται η ύπαρξη νοσηλεύτριας που εξυπηρετεί μόνο στο χώρο της δομής ενώ παλαιότερα υπήρχε και φυσιοθεραπευτής.
<b>3ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η.</b>		
Συμμετοχή σε δραστηριότητες του ΚΕ.ΚΟΙΦ-Α.Π.Η	70-80,81-100	Υπάρχει χορωδία και επιθυμία για συμμετοχή σε δραστηριότητες. Αναφέρεται ότι με πρόσχημα την οικονομική κρίση δεν υπάρχει ενδιαφέρον από το δήμο.

## ΑΠΟΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ Β ΟΜΑΔΑΣ

Ενότητες - Δείκτες	Γραμμές	Συμπεράσματα-Σχόλια
<b>2ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η. ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>		
Γνώση και εκτίμηση των Υπηρεσιών ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ	54-74	Γενικά εκφράζεται η δυσκολία από το δήμο να ανταποκριθεί στα αντίστοιχα αιτήματα των ηλικιωμένων ατόμων της δομής. ( όπως να δοθεί μια τέντα για το κτήριο της δομής)
Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Νοσηλευτική, Εργοθεραπεία, Φυσικοθεραπεία, Μαιευτική & Προληπτική Ιατρική)	11-15	Αναφέρεται ότι υπάρχει λογοθεραπευτής και υπεύθυνη για το χώρο αναψυχής
Κοινωνική υπηρεσία	11-42,43-54,54-74,74-82,84-87	Στα σημεία αυτά αναφέρεται ο μεγάλος όγκος δουλειάς της κοινωνικής λειτουργού εμποδίζει τη δραστηριότητα της για τα ηλικιωμένα μέλη της δομής σε σχέση με παλαιότερα
<b>3ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η.</b>		
Ανάγκη για ενημέρωση – επιμόρφωση – εκπαίδευση	54-74	Γίνονται λίγες ενημερωτικές εκδηλώσεις ( για ζητήματα υγείας). Εκφράζεται όμως η ανάγκη για διεξαγωγή τέτοιων εκδηλώσεων

## ΑΠΟΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ Γ ΟΜΑΔΑΣ

Ενότητες - Δείκτες	Γραμμές	Συμπεράσματα-Σχόλια
<b>1ος ΑΞΟΝΑΣ ΠΡΟΦΙΛ -</b>		

<b>ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ</b>		
Οικογενειακή κατάσταση	25-29	Αναφέρεται ότι οι τρεις είναι παντρεμένοι, η μία είναι χήρα, όλοι έχουν παιδιά και ένας έχει εγγόνια
Μορφωτικό επίπεδο	15-19	Στην ενότητα αυτή αναφέρεται ότι ένας είναι απόφοιτος πρωτοβάθμιας και οι υπόλοιποι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης
Επαγγελματική κατάσταση	33-38	Στην ενότητα οι ενδιαφερόμενοι αναφέρουν πως εργάζονταν ως ελεύθερος επαγγελματίας, εμποροβιοτέχνης, και ιδιωτικές υπάλληλοι. Τώρα είναι όλοι συνταξιούχοι
Ενδιαφέροντα	54-55, 58-59	Στις γραμμές αυτές αναφέρεται ότι τα ηλικιωμένα άτομα έχουν ενδιαφέροντα και συμμετέχουν σε εκδρομές, εκδηλώσεις καθώς και σε αθλητικές δραστηριότητες.
Κατάσταση υγείας	56-64	Υπάρχουν αλλά δεν αναφέρουν συγκεκριμένα προβλήματα
Κοινωνικά δίκτυα	32-35	Οι ενδιαφερόμενοι αναφέρουμε ως το κοινωνικό τους δίκτυο το συγγενικό τους περιβάλλον και πιο συγκεκριμένα τα παιδιά τους.
Βασικές ανάγκες	56-64	Στην ενότητα αυτή οι ενδιαφερόμενοι αναφέρουν την αυτο-εξυπηρέτηση, την ηρεμία, τη συνύπαρξη με τα παιδιά τους, την λήψη ενδιαφέροντος προσοχής και η υγεία
Οικονομική κατάσταση	39-55	Αναφέρουν ότι λαμβάνουν καλό εισόδημα και είναι οικονομικά ανεξάρτητοι, μόνο ένας εκφράζει οικονομική δυσκολία διότι βοηθά οικονομικά τα παιδιά του
<b>2ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η. ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>		
Γνώση και εκτίμηση των Υπηρεσιών ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ	64-74,74-84	Οι ενδιαφερόμενοι εκφράζουν ικανοποίηση από τις υπηρεσίες της δομής

Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Νοσηλευτική, Εργοθεραπεία, Φυσικοθεραπεία, Μαιευτική & Προληπτική Ιατρική)	64-74	Στην ενότητα αυτή αναφέρεται η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που προσφέρει ο γιατρός ( συνταγογράφηση, εξέταση αν κάποιος θέλει). Ύπαρξη 2 νοσηλευτριών, που όμως δεν προσφέρουν τις υπηρεσίες κατ' οίκον αν χρειαστεί όπως στο παρελθόν
Κοινωνική υπηρεσία		Εκφράζεται η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που προσφέρει η κοινωνική λειτουργός (επιδόματα)
<b>3ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η.</b>		
Συμμετοχή σε δραστηριότητες του ΚΕ.ΚΟΙΦ-Α.Π.Η	84-98	Στην ενότητα αυτή εκφράζεται η συμμετοχή σε πρόγραμμα γυμναστικής γυναικών και αναφέρεται η ένδεια των δραστηριοτήτων σε σχέση με το παρελθόν ( δεν υπάρχει επιχορήγηση από το κράτος και πρέπει να πληρώνουν οι ενδιαφερόμενοι)

## ΑΠΟΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ Γ ΟΜΑΔΑΣ

Ενότητες - Δείκτες	Γραμμές	Συμπεράσματα-Σχόλια
<b>2ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η. ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>		
Γνώση και εκτίμηση των Υπηρεσιών ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ	44-70	Εκφράζουν την ικανοποίηση τους για τις δραστηριότητες της δομής. Στο τομέα της ψυχαγωγίας εκφράζουν ικανοποίηση παρότι υπάρχει αρνητική διαφορά σε σχέση με το παρελθόν
Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Νοσηλευτική, Εργοθεραπεία, Φυσικοθεραπεία, Μαιευτική & Προληπτική Ιατρική) Ενημέρωση	9-14, 18-27	Στην ενότητα αυτή οι ενδιαφερόμενοι καθοδηγούνται σε περιπτώσεις ζητημάτων υγείας τους. Επίσης αναφέρεται και η ύπαρξη φυσιοθεραπευτή
Κοινωνική υπηρεσία	44-70	Οι ενδιαφερόμενοι έχουν προτάσεις για τη βελτίωση στο τομέα της ψυχαγωγίας, αρκεί να μην επιβαρυνθεί η κοινωνική λειτουργός
<b>3ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η.</b>		
Ανάγκη για ενημέρωση – επιμόρφωση – εκπαίδευση	26-44	Οι ενδιαφερόμενοι αναφέρουν την διεξαγωγή ενημερωτικών συναντήσεων για ζητήματα υγείας από ειδικούς



## ΑΠΟΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ Δ ΟΜΑΔΑΣ

Ενότητες - Δείκτες	Γραμμές	Συμπεράσματα-Σχόλια
<b>1ος ΑΞΟΝΑΣ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ</b>		
Οικογενειακή κατάσταση	22-27	Στην ενότητα αυτή αναφέρεται ότι οι δύο είναι παντρεμένοι, οι δύο είναι σε χηρεία, όλοι έχουν παιδιά, οι δύο εγγόνια και ένας δισέγγονα
Μορφωτικό επίπεδο	19-22	Οι ενδιαφερόμενοι σε αυτή την ενότητα αναφέρουν ότι είναι απόφοιτοι της πρωτοβάθμιας ( τρεις) και της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ( ένας)
Επαγγελματική κατάσταση	28-34	Όλοι είναι συνταξιούχοι. Η εργασία τους ήταν ιδιωτικός υπάλληλος, ξενοδοχοϋπάλληλοι, οικοδομή
Ενδιαφέροντα	40-42	Στο σημείο τα ηλικιωμένα άτομα αναφέρουν ως ενδιαφέροντα τις εκδρομές, τις χορωδίες και διάφορες δραστηριότητες.
Κατάσταση υγείας	36-37	Στις γραμμές αυτές οι ενδιαφερόμενοι αναφέρουν προβλήματα υγείας που χρήζουν επίβλεψη από ορθοπεδικό και φυσικοθεραπευτή.
Κοινωνικά δίκτυα		Από την παρατήρηση γίνεται φανερό πως το κοινωνικό δίκτυο σε ορισμένους ενδιαφερόμενους είναι τα παιδιά τους.
Βασικές ανάγκες		Μέσω της παρατήρησης γίνεται φανερό πως οι συνεντευξιαζόμενοι έχουν ως βασική ανάγκη την υγεία τους καθώς φαίνεται πως ενδιαφέρονται αρκετά για αυτήν και δεν την παραμελούν.
Οικονομική κατάσταση	36-40	Οι ενδιαφερόμενοι αναφέρουν τη περικοπή της σύνταξη τους και τη δυσκολία επιβίωσης
<b>2ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η. ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>		

Γνώση και εκτίμηση των Υπηρεσιών ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ	49-50,72-73	Οι ενδιαφερόμενοι εκφράζουν την ικανοποίηση τους από το προσωπικό και τις υπηρεσίες της δομής. Επίσης εκφράζουν το αίσθημα του 'ανήκειν' σε μια ομάδα ως εξυπηρετούμενοι
Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Νοσηλευτική, Εργοθεραπεία, Φυσικοθεραπεία, Μαιευτική & Προληπτική Ιατρική)	41-48, 64-71	Οι ενδιαφερόμενοι αναφέρουν τις υπηρεσίες του ορθοπεδικού της δομής και της νοσηλεύτριας. Για τα υπόλοιπα απευθύνονται σε ιδιώτες ιατρούς ή στο νοσοκομείο. Η συνταγογράφηση γίνεται στη δομή
<b>3ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η.</b>		
Συμμετοχή σε δραστηριότητες του ΚΕ.ΚΟΙΦ-Α.Π.Η	51-63	Στην ενότητα αυτή οι ενδιαφερόμενοι αναφέρουν ότι οργανώνουν πολλές δραστηριότητες ( χορωδία, εκδρομές κ.α) χωρίς τη συμβολή και την επιχορήγηση του δήμου

## ΑΠΟΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ Δ ΟΜΑΔΑΣ

Ενότητες - Δείκτες	Γραμμές	Συμπεράσματα-Σχόλια
<b>2ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η. ΣΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>		
Γνώση και εκτίμηση των Υπηρεσιών ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ	10-22, 36,	Οι ενδιαφερόμενοι εκφράζουν ικανοποίηση από το προσωπικό και τις υπηρεσίες που προσφέρονται στη δομή
Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Νοσηλευτική, Εργοθεραπεία, Φυσικοθεραπεία, Μαιευτική & Προληπτική Ιατρική)	35, 48-58	Αναφέρεται η ύπαρξη γιατρού ορθοπαιδικού και η συνταγογράφηση που επιτελεί. Επίσης την ύπαρξη φυσιοθεραπευτή που ικανοποιεί τις ανάγκες τόσο στη δομή όσο και κατ' οίκον
Κοινωνική υπηρεσία	10-22, 33-34, 36-40	Οι ενδιαφερόμενοι αναφέρουν τη συμμετοχή της κοινωνικού λειτουργού στη διοργάνωση και τη υλοποίηση στις δραστηριότητες και τις ενημερωτικές εκδηλώσεις
<b>3ος ΑΞΟΝΑΣ ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-Α.Π.Η.</b>		
Ανάγκη για ενημέρωση – επιμόρφωση – εκπαίδευση	23-34, 40-46, 58-68	Οι συμμετέχοντες αναφέρουν την ύπαρξη ενημέρωσης από το σύνολο του προσωπικού για ζητήματα που τους αφορούν( επιδόματα, δικαιώματα). Αναφέρεται επίσης η υλοποίηση ενημερωτικών εκδηλώσεων με θέματα υγείας που υλοποιείται από γιατρούς και διοργανώνονται από τη κοινωνική λειτουργό

Το σύστημα υγείας αποτελεί έναν βασικό θεσμό του κοινωνικού κράτους που συμβάλει στην διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Ένα σύστημα υγείας για να θεωρηθεί αποτελεσματικό οφείλει να επανακαθορίζει τους στόχους και να προσαρμόζεται στις ανάγκες του εκάστοτε πληθυσμού. Άλλωστε, οι ανάγκες υγείας χαρακτηρίζονται από πολυπλοκότητα και διαφέρουν σημαντικά από άτομο σε άτομο (μοναδικότητα των αναγκών υγείας). (Σαρρής 2001).

Γνωρίζουμε ότι σήμερα υπάρχει ενισχυμένη η κατεύθυνση της ενίσχυσης του πλουραλιστικού μοντέλου στο πεδίο της κοινωνικής φροντίδας. Εξάλλου σύμφωνα με την Κουκούλη (2004) η μικτή οικονομία της πρόνοιας έχει δύο χαρακτηριστικά: **α)** διαρκής περιορισμός του κυρίαρχου ρόλου του κράτους στην χρηματοδότηση και παροχή κοινωνικών υπηρεσιών και **β)** την ταυτόχρονη μετατόπιση του κέντρου βάρους της κοινωνικής φροντίδας από τον δημόσιο τομέα σε άλλες πηγές, όπως αγορά, στον επονομαζόμενο ‘τρίτο τομέα’ (εθελοντικούς φορείς, Μ.Κ.Ο.) και στα ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας (συγγενικό περιβάλλον του ατόμου, γειτονιά).

Για την πραγματική κάλυψη των αναγκών απαιτείται όμως κεντρικός σχεδιασμός της πρόνοιας που θα αποτελεί αποκλειστική ευθύνη του κράτους, με επαρκή κρατική χρηματοδότηση ώστε να μην μετακυλιεται η ευθύνη και το κόστος στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και τους δημότες αντίστοιχα, δημιουργώντας πολλαπλών ταχυτήτων δομές ανάλογα με τα έσοδα της κάθε περιφέρειας.

Ο σκοπός λοιπόν της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνηθούν και να καταγραφούν οι ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων για θέματα υγείας και κατά πόσο τα ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ του Δήμου Ηρακλείου καλύπτουν αυτές τις ανάγκες και σε ποιόν βαθμό. Παράλληλα, έγινε λεπτομερής αναφορά γύρω από το φάσμα της τρίτης ηλικίας.

Πριν γίνει όμως αναφορά στα συμπεράσματα από τις συνεντεύξεις θα παρουσιάσουμε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων από τα οποία προκύπτει ότι οι περισσότεροι είναι παντρεμένοι ή σε χηρεία, το μορφωτικό επίπεδο είναι πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και πλέον είναι όλοι συνταξιούχοι ενώ

στο παρελθόν στην πλειοψηφία ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι ( ξενοδοχοϋπάλληλοι κ.α.). Παρουσιάζεται χαμηλό ενδιαφέρον για συμμετοχή σε πολιτικά και κοινωνικά ζητήματα με πυρήνα τις συγκεκριμένες δομές. Σύμφωνα και με τον Ευρωπαϊκό χάρτη δικαιωμάτων, θα πρέπει να αναγνωρίζεται το δικαίωμα συμμετοχής σε κοινωνικά και πολιτικά θέματα.

Το κύριο κοινωνικό δίκτυό τους φαίνεται να είναι η οικογένεια καθώς πολλοί από τους συνεντευξιζόμενους αναφέρουν πως διαμένουν μαζί με τα παιδιά τους . Όσον αφορά στην συμμετοχή στις κοινωνικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις, τα ηλικιωμένα άτομα εξέφρασαν το ενδιαφέρον τους για συμμετοχή σε εκδρομές, χορωδίες, αθλητικές δραστηριότητες καθώς και σε δραστηριότητες αρτοποιίας. Γεγονός που αποτυπώνεται και από τον Ευρωπαϊκό χάρτη δικαιωμάτων, ο οποίος αναφέρει ως ένα από τα σημαντικά δικαιώματα την ενημέρωση και την συμμετοχή σε κοινωνικές και πολιτιστικές εκδηλώσεις.

Τέλος σχετικά με τις ανάγκες σωματικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων, έγινε φανερό από τις απόψεις τους ότι αντιμετωπίζουν πολλά προβλήματα, όπως διαβήτη, ζάχαρο, κινητικά προβλήματα, καθώς και προβλήματα στην πρόσβαση στις ανάλογες δομές. Το παραπάνω συμπέρασμα επιβεβαιώνεται από τον Μαδιανό(2000), ο οποίος χαρακτηρίζει τις ιατροφαρμακευτικές ανάγκες απαραίτητες για τα ηλικιωμένα άτομα, καθώς λόγω ηλικίας τα προβλήματα υγείας επηρεάζουν την ζωή τους.

Με βάση την αποκωδικοποίηση των συνεντεύξεων, θα παραθέσουμε τα συμπεράσματα και τις προτάσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων.

Το πρώτο ερώτημα αφορά στις εκφρασμένες ανάγκες για ζητήματα υγείας των ηλικιωμένων ατόμων στα ΚΑΚΟΙΦ-ΑΠΗ του Δήμου Ηρακλείου. Στις συνεντεύξεις δεν έγινε αναφορά σε κάποιο συγκεκριμένο πρόβλημα, παρόλα αυτά αναφέρθηκαν κοινά προβλήματα της τρίτης ηλικίας όπως διαβήτη, πίεση, κινητικά και ορθοπεδικά θέματα. Η οικονομική κρίση παρουσιάζεται ως παράγοντας επηρεασμού στα ζητήματα αυτά ενώ είναι ενδιαφέρουσα η άγνοια των συνεντευξιζόμενων για ζητήματα προληπτικής ιατρικής και νοσηλευτικής σε επίπεδο τέτοιας δομής. Επιπρόσθετα έχει σημασία να γίνει αναφορά στις βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων όπως αυτές αναφέρθηκαν, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η υγεία και η ψυχολογική υποστήριξη, οι οποίες επιβεβαιώνονται και

από την Πουλοπούλου, (1999).

Τα δεύτερο ερώτημα αφορά στην ύπαρξη ή μη της ικανοποίησης αυτών των αναγκών από τις υπάρχουσες δομές του Δήμου. Όλες οι ομάδες αναφέρουν την ιατροφαρμακευτική ανάγκη ως την κύρια ανάγκη που καλύπτεται από τις συγκεκριμένες δομές. Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται και από τον Μαδιανό 2000, ο οποίος και αναφέρει ότι οι ιατροφαρμακευτικές ανάγκες είναι απαραίτητες και αναγκαίες. Παράλληλα όμως οι απόψεις των συμμετεχόντων ποικίλουν και αναφέρουν διαφορετικές γνώμες αναλόγως το ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.-ΑΠΗ στο οποίο ανήκουν. Στις δύο πρώτες ομάδες κατά προσέγγιση αναφέρουν ελλείψεις προσωπικού, μη ικανοποιητική συμπεριφορά και εκφράζουν δυσαρέσκεια καθώς θα επιθυμούσαν αφενός παραπάνω δραστηριότητες από το γιατρό για την ενημέρωση σε θέματα υγείας και αφετέρου ο δήμος να ανταποκριθεί στις ανάγκες τους. Αντίθετα οι δύο τελευταίες ομάδες δεν αναφέρουν κάποιο ανάλογο παράπονο και εκφράζουν ικανοποίηση από τη δομή, το προσωπικό και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Όλες όμως οι ομάδες αναφέρουν μεγαλύτερη ικανοποίηση στο παρελθόν προς τις επισκέψεις κατ' οικον.

Επιπλέον, όσον αναφορά στην Κοινωνική Υπηρεσία οι συνεντευξιαζόμενοι κάνουν αναφορά για τον περιορισμένο χρόνο των κοινωνικών λειτουργών και το μεγάλο όγκο εργασίας. Εκφράζουν την επιθυμία συμμετοχής στις δραστηριότητες της δομής ενώ αναφέρεται ότι υπάρχουν εκδηλώσεις και ομιλίες κυρίως για την ενημέρωση σχετικά με θέματα υγείας αλλά ελάχιστες άλλες δραστηριότητες όπως χορωδία, γυμναστική. Σύμφωνα με τις συνεντεύξεις υπάρχει ολιστική επιθυμία για την πραγματοποίηση και των εμπλουτισμό δραστηριοτήτων ώστε να είναι εφικτή η συμμετοχή των ηλικιωμένων ατόμων σε πολιτιστικές και κοινωνικές δραστηριότητες.

Από τα ευρήματα προκύπτει ότι ενώ οι απόψεις σχετικά με τις εκφρασμένες ανάγκες και τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων για ζητήματα υγείας δίστανται (παρά τα κοινά δημογραφικά χαρακτηριστικά τους), φαίνεται να υπάρχει σύγκριση της τωρινής κατάστασης σε σχέση με το παρελθόν και αυτό διότι κάποιοι συνεντευξιαζόμενοι φαίνονται ικανοποιημένοι και κάποιοι άλλοι δυσαρεστημένοι. Η λειπή αντίληψη της προληπτικής παρεχόμενης φροντίδας υγείας σε

επίπεδο τέτοιων δομών από τα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να αποτελέσει πεδίο μελλοντικής έρευνας. Να μελετήσει επομένως τις εκφρασμένες με τις πραγματικές ανάγκες για τα ζητήματα αυτά.

Τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων βρίσκονται στο αναμενόμενο πλαίσιο. Ενδιαφέρον αποτελούν οι απόψεις των ενδιαφερόμενων σχετικά με την βίαιη αλλαγή που υπήρξε στις δομές αυτές. Κύριοι παράγοντες για τις αλλαγές αυτές ορίζονται η οικονομική κρίση καθώς και η αντίληψη που έχουν τα ηλικιωμένα άτομα για το είδος των παροχών υγείας αυτών των δομών.

Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό χάρτη δικαιωμάτων, τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ατόμων οι ανάγκες και τα προβλήματα τους δεν διαφέρουν με αυτά των ηλικιωμένων ατόμων στο Ελλαδικό χώρο (Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ηλικιωμένων ατόμων). Τονίζουμε ακόμα μια φορά την πρωτική τάση στα δικαιώματα και τις ανάγκες και την αυξητική στα προβλήματα, έτσι όπως διαμορφώνονται στο νέο οικονομικο-κοινωνικο πλαίσιο.

Ολοκληρώνοντας θα θέλαμε να αναφερθούμε στους περιορισμούς της έρευνας, όπως αυτοί προκύπτουν από τους περιορισμούς που έχει η ίδια η ποιοτική έρευνα. Η δυσκολία δηλαδή στη γενίκευση των συμπερασμάτων. Χαρακτηριστικό αποτελεί το γεγονός ότι οι δυο πρώτες ομάδες εκφράζουν δυσαρέσκεια στη παροχή των υπηρεσιών ενώ οι δυο επόμενες εκφράζουν ικανοποίηση. Όλες όμως συγκλίνουν στη σύγκριση με το παρελθόν , κάτι που αποτελεί το νήμα που θα ‘δέσει’ τη προσπάθεια μας για εκπόνηση προτάσεων βελτίωσης της σημερινής πραγματικότητας.

## Προτάσεις

Αρχικά, αξίζει να επισημανθεί η ποικιλομορφία που χαρακτηρίζει τα συμπεράσματα της παρούσας έρευνας καθώς και την ύπαρξη των διαφορετικών απόψεων σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων από τα ΚΕ.ΚΟΙΦ.-ΑΠΗ. Πάρα ταύτα, υπάρχουν αρκετά κοινά σημεία αναφοράς πάνω στα οποία θα στηριχθούν και οι παρακάτω προτάσεις.

Πρώτο και κύριο είναι η δυσaréσκεια που εκφράζουν τα ηλικιωμένα άτομα για την τωρινή κατάσταση συγκριτικά με την παρελθοντική. Είναι σημαντικό τα κέντρα (ΚΕ.ΚΟΙΦ.-ΑΠΗ.) να οργανώσουν ομιλίες και συνελεύσεις ανάμεσα στο προσωπικό και τα μέλη ώστε να παραθέσουν και οι δύο πλευρές τις επιθυμίες, τις απόψεις και τις σκέψεις τους, στο γενικό φάσμα της λειτουργίας από τις σχέσεις μεταξύ τους ως και τις δραστηριότητες που θα ήθελαν να πραγματοποιήσουν, με σκοπό την ορθότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία τους.

Επίσης, καθώς τα κέντρα αποτελούν κρατικές υπηρεσίες, θα ήταν συνετό να υπάρξει κάποια επαφή με κρατικά στελέχη με σκοπό την πρόσληψη προσωπικού τόσο για την αμεσότερη κάλυψη αναγκών των μελών όσο και για την ανακούφιση του ήδη υπάρχοντος προσωπικού που υστερεί σε αριθμό συγκριτικά με τα καθήκοντά του.

Τέλος, η ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινού με ενημερωτικές ομιλίες και δράσεις, που αποβλέπουν στην αντίληψη και την κατανόηση των ιδιαιτεροτήτων της τρίτης ηλικίας θα είχε θετικό αντίκτυπο στη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων καθώς εκτός από προβλήματα υγείας που ενδεχομένως αντιμετωπίζουν, δηλώνουν την ανάγκη και για ψυχολογική υποστήριξη.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Αμίτσης, Γ. (1993). *Το θεσμικό πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής σε σχέση με τις λιγότερο ευνοημένες ομάδες*. Αθήνα: Πράξις.
- Αμίτσης, Γ. (2013). *Τα μοντέλα κατ' οίκων φροντίδας στο Ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλειας*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Barlow D. & Durand M. (2001) *Ψυχολογία και Παθολογική συμπεριφορά*, Αθήνα: ΕΛΛΗΝ
- Βενιέρης, Δ. και Παπαθεοδώρου, Χ. (2003) *Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- Beauvoir, S. (1987) *Τα Γηρατειά*, Αθήνα: Εκδόσεις Γλάρος.
- Bernard J. (1973), *The sociology of community*, London: Scott, Foresman.
- Bulmer, M. (1987) *The social basis of community care*, London: George Allen & Unwin.
- Cohen A.P. (1985), *The symbolic construction of community*, London: Ellis Horwood Ltd & Tavistock Publication Ltd.
- Δαρδαβέσης, Θ. (1999) Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στο *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- *Ελληνική και παγκόσμια* (1984) Υδρία *Εγκυκλοπαίδεια, Ελληνική και παγκόσμια*, Τόμος 33, Αρ. σελ: 462. Αθήνα: Εταιρία Ελληνικών Εκδόσεων Α.Ε.
- Espring-Andersen, G. (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press
- Ζαϊμάκης, Γ. (2010) *Κοινοτική Εργασία και Τοπικές Κοινωνίες* Αθήνα: Ελληνικά

Γράμματα.

- Ζαϊμάκης, Ι. (2011). *Κοινωνική Εργασία και Τοπικές Κοινωνίες*. Αθήνα: Πλέθρον.
  - Ferrera, M. (1996), The South Model Of Welfare in social Europe in *Journal of European Social Policy*, Vol.6, No 1, pp. 17-37
  - Garvin C. & Tropman J. (1992), *Social work in contemporary society*, Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
  - Hillery, G. Jr. (1982) *A research odyssey: developing and testing a community theory*, New Brunswick : Transaction Books.
  - Καλλινικάκη, Θ. (2010) *Ποιοτικές Μέθοδοι στην εργασία της Κοινωνικής Εργασίας*, Αθήνα: Τόπος.
  - Κάτσος, Α. (1967). *Κοινωνική Ανάπτυξη: Έννοια - Προϋποθέσεις - Εφαρμογή*. Αθήνα: Τυπογραφείο Γαλάνη Γ.
  - Κουκούλη, Σ. (2005), Ο προνοιακός πλουραλισμός στην κοινωνική φροντίδα, παρόν και μέλλον στο *Σύγχρονες Ανάγκες Κοινωνικής Φροντίδας-Δομές και Προγράμματα στην τοπική κοινωνία* [Συνεδριακές Σημειώσεις] , Ηράκλειο, 19-20 Μαρτίου 2004, ΚΟΙΝΩ.ΠΟΛΙΤ.Α.-Π.Τ.Κ. Σ.Κ.Λ.Ε., σελ. 90-112.
  - Κυριακίδου, Ε. Θ. (1995) *Κοινωνική Νοσηλευτική*, Αθήνα: Ταβιθά.
- Kwok, J. (2011) Social welfare, social capital and social work: personal reflection of a Hong Kong Social Worker. Paper submitted to the *Journal of Social Policy and Social Work*, Japan College of Social Work. [accessed 15 Ιουνίου 2018.]
- Μαδιανός, Γ. Μ. (2000) *Κοινωνική Ψυχιατρική και κοινωνική ψυχική υγιεινή*, Αθήνα: Καστανιώτη.
  - Μαδιανός, Γ. Μ. (2003) *Κλινική Ψυχιατρική*, Αθήνα: Καστανιώτη.

- Μαθιουδάκη, Γ. (1992) *Γεροντολογία και Γηριατρική*, Αθήνα: Γράμμα.
- Μάνος Ν. (1997) *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη: UniversityStudioPress.
- Μερίκας, Γ. (1993) *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Ακαδημίας Αθηνών, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.
- Μουσούρου Λ. ( 1993) *Η κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας*, Αθήνα: Gutenberg.
- Μπαμπινιώτης, Γ. (2006) *Μικρό λεξικό της νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας.
- Μπέλλου, Ε. (2013), *Μια αντιπαράθεση στην οικονομία. Κομμουνιστική Επιθεώρηση τεύχος 1*
- Nyamathi A, Shuler P . (1990) Focus group interview: A research technique for informed nursing practice.*Journal of Advanve Nursing*
- Παγοροπούλου, Α. (1993) *Η ψυχολογία της τρίτης ηλικίας*, Αθήνα: Αρβανιτάκης.
- Πάνος, Α. (2006) *Το κοινωνικό κράτος*. Εργασία στο μάθημα «Εφαρμογές Δημόσιου Δικαίου» (Γ' Κλιμάκιο). Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Πουλοπούλου Ε. (1999) *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες Παρελθόν Παρόν και Μέλλον*, Αθήνα : Ελλην
- Προκοπάκης, Ε. (2010) *Μετανάστευση και στρατηγικές κοινωνικής ένταξης στον αστικό χώρο: Η περίπτωση της πόλης του Ηρακλείου*. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Σαρρής, Μ. (2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και της ποιότητας ζωής*. Αθήνα : Παπαζήση
- Σταθόπουλος, Π. (2005) *Κοινωνική Πρόνοια*, Αθήνα: Παπαζήσης.

- Σταθόπουλος, Π. (2015) *Κοινωνική Προστασία - Κοινωνική Πρόνοια*. Αθήνα: Παπαζήσης
- Στασινοπούλου, Ο. (2003), *Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής –Από το κράτος πρόνοιας στο «νέο» προνοιακό πλουραλισμό- Φροντίδα και Γήρανση: η Σύγχρονη Πλουραλιστική Πρόκληση*, Αθήνα: Gutenberg.
- Συλλογικό έργο. (1982) *Βασικά θέματα της Κοινωνιολογίας και Κοινωνιολογικό Λεξικό*, Αθήνα: Καστανιώτης.
- Τσουνίας, Β. (1993) *Στοιχεία Γεροντολογίας και Γηριατρικής*, Αθήνα: Ζήτα Ιατρικές.
- Titmuss, R. (1974) *Social Policy. An Introduction*, London: George Allen and Unwinn
- Φερόνας , Α. (2004) *Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός σε Ευρώπη και Ελλάδα: Έννοιες , αντιλήψεις, πολιτικές*, Αθήνα: Σάκκουλας
- Willmott P. (1986), *Community initiatives: Patterns and prospects*, London: Policy Studies Institute.
- Whitehead, M. (1990), *The Concepts and Principles of equity and health*, Copenhagen: WHO

## Παραπομπές στο Διαδίκτυο

- Γκιόσος, Γ. Κουτσούμπα, Μ. και Μαυροειδής, Η. *Η ποσοτική έρευνα (θεμελιώδεις έννοιες)*. [πρόσβαση 15 Μαΐου 2017].
- Καραφέρης, Θ. (2010) *Δειγματοληψία ευκολίας* (Convenience sampling). [πρόσβαση 15 Μαΐου 2017].
- Ρούσσοι, Π.(χ.χ.) *Στατιστική Ι*. [πρόσβαση 5 Μαΐου 2017].
- Xekalaki, E. (1995) *Τεχνικές Δειγματοληψίας*. Αθήνα: χ.ε.://[www.stat-athens.aueb.gr](http://www.stat-athens.aueb.gr)[πρόσβαση 5 Μαΐου 2017].
- SwedishNationalInstituteofPublicHealth (SNIPH), (2007) *Υγιήσγήρανση, μια πρόκληση για την Ευρώπη*, [://alzheimerheraklion.gr/wp-content/uploads/2015/10/Greek\\_shortHealthAgeing\\_web.pdf](http://alzheimerheraklion.gr/wp-content/uploads/2015/10/Greek_shortHealthAgeing_web.pdf) [πρόσβαση 2 Μαΐου 2017].
- Υπουργείο υγείας, (2012) *Παγκόσμια ημέρα Υγείας. Η καλή υγεία προσθέτει, ποιότητα στα γηρατειά*. [πρόσβαση 2 Μαΐου 2017].
- Δήμος Ηρακλείου://[www.heraklion.gr/municipality/nomothesia/nomos3463.html](http://www.heraklion.gr/municipality/nomothesia/nomos3463.html)[πρόσβαση 7 Ιανουαρίου 2018]
- ΔΑΡΗΝΕΠ, (2010) *Ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας και βοήθειας*. /ΧΑΡΤΗΣ ΔΙΑΚΙΩΜΑΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.pdf[πρόσβαση 13 Δεκεμβρίου 2017]
- Πανελλήνιος σύλλογος διαιτολόγων-διατροφολόγων [πρόσβαση 15 Μαΐου 2017].

