ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

« *Κ.Α.Π.Η ΓΩΝΙΩΝ ΔΗΜΟΥ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ - Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ* »

ΚΑΛΟΜΟΙΡΗ ΟΥΡΑΝΙΑ Α.Μ. : 3968

ΧΟΥΣΤΟΥΛΑΚΗ ΣΤΥΛΙΑΝΗ Α.Μ. :3933

Επιβλέπων καθηγητής
Γεώργιος Παναγιωτάκης
Καθηγητής εφαρμογών

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2014

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ 6
ABSTRACT 7
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ 8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{ο} 8
ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ 8
1.1.1 Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη 8
1.1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ 11
1.1.3 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ 12
1.1.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ 13
1.2 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 18
1.3 ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ 25
1.4 ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ 29
1.5 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ 31
1.5.1 ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Α.Π.Η.) 33
1.5.2 ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Η.Φ.Η.) 36
1.5.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» 37
1.5.4 ΑΝΑΔΟΧΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ 43
1.5.5 ΛΕΣΧΕΣ ΦΙΛΙΑΣ 44
1.5.6 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΛΕΣΥΝΑΓΕΡΜΟΥ – ΤΗΛΕΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ 45
1.5.7 ΜΟΝΑΔΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ 46
(ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ) 46
1.5.8 ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ 50
1.5.9 ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 52
1.5.10 ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 56
1.5.11 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ICT4T ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ 59
1.5.12 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ SEELERNETZ 60
1.5.13 ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ (Κ.Ε.Ε.) 61
1.5.14 ΚΕΝΤΡΑ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ 62

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^{Ο} 63
Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Α.Π.Η.) 63
2.1 Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ Κ.ΑΠ.Η. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥΣ 63

2.2 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΩΝ Κ.Α.Π.Η. ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ. 67
2.3 ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΩΝ Κ.ΑΠ.Η ΚΑΙ Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΗΜΕΡΑ 70
2.4 ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΟ Κ.Α.Π.Η ΓΩΝΙΩΝ ΔΗΜΟΥ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ 73
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ 77

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^{ο} 77
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ 77
3.1 Σκοπός και στόχος της έρευνας 77
3.1.2 Αναγκαιότητα και σημασία της έρευνας 77
3.2 Ερευνητικά ερωτήματα 78
3.3 Σχεδιασμός, μέθοδος και στάδια της έρευνας. 78
3.4 Επιλογή δείγματος της έρευνας 79
3.5 Σχεδιασμός ερωτηματολογίου 80
3.6 Πιλοτική έρευνα 81
3.7 Ανάλυση Δεδομένων 81
3.8 Εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου 82
ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ 84

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο 84
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 118
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ 120
ΕΠΙΛΟΓΟΣ 123
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 124
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α’ - Πίνακες 130
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β’ – Σχήματα 146
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ’ - Ερωτηματολόγιο 156
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ 156

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ηλικιωμένοι πάντοτε αποτελούσαν ιδιαίτερο μέρος κάθε κοινωνίας. Οι «απόμαχοι της ζωής» βρίσκονται σε μια μεταβατική περίοδο της ζωής τους. Η έξοδος από την παραγωγική διαδικασία, η συνταξιοδότηση, οι αρρώστιες και οι ασθένειες, ο πιθανός θάνατος του/της συζύγου καθώς και οι πιθανές αλλαγές στο οικογενειακό περιβάλλον αποτελούν μερικές από τις σημαντικότερες αλλαγές που μπορούν να επέλθουν στην ζωή κάποιου ατόμου που περνάει στην τρίτη ηλικία. Επιπλέον, μια από τις πιθανές αλλαγές που συναντώνται στην τρίτη ηλικία είναι ο τόπος που τους παρέχεται φροντίδα καθώς και από ποιους παρέχεται αυτή η φροντίδα (Stajduhar 2003). Επομένως, είναι κατανοητό ότι τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να τύχουν ιδιαίτερης προσοχής και φροντίδας από την πολιτεία, ώστε να καταφέρουν να ανταπεξέλθουν στις προκλήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν.

Η παρούσα Πτυχιακή Εργασία θίγει ορισμένα καίρια ζητήματα, που αφορούν στην Τρίτη ηλικία και κατά συνέπεια στα ηλικιωμένα άτομα του Κ.Α.Π.Η ΓΩΝΙΩΝ του Δήμου Μαλεβιζίου στο Νομό Ηρακλείου Κρήτης. Ειδικότερα θα πραγματευτούμε το θέμα «Τάσεις και Προοπτικές – Η Διερεύνηση των αναγκών των ηλικιωμένων μελών» του συγκεκριμένου Κ.Α.Π.Η.
Μετά την αναδίφηση της σχετικής βιβλιογραφίας και την διαλεύκανση βασικών επιστημονικών όρων που σχετίζονται άμεσα με το θέμα προχωρήσαμε στη θεωρητική προσέγγιση του θέματος. Η προσέγγιση του θέματος ολοκληρώνεται σε δύο κεφάλαια.

Η εν λόγω εργασία αποτελείται από δύο κύρια μέρη: το Πρώτο μέρος αποτελεί το θεωρητικό κομμάτι, στο οποίο αναφέρονται θέματα σχετικά με την Τρίτη ηλικία όπως το φαινόμενο της Δημογραφικής Γήρανσης, η έννοια και τα χαρακτηριστικά της Τρίτης ηλικίας, προηγούμενες έρευνες που έχουν διεξαχθεί για το εν λόγω θέμα, προγράμματα και μέτρα για την Τρίτη ηλικία.
Το δεύτερο μέρος αποτελεί το ερευνητικό κομμάτι, το οποίο περιλαμβάνει την παρουσίαση της έρευνας γύρω από τις ανάγκες των ηλικιωμένων μελών του Κ.Α.Π.Η ΓΩΝΙΩΝ του Δήμου Μαλεβιζίου. Η εργασία ολοκληρώνεται με τον επίλογο.

Τελειώνοντας οφείλουμε να ομολογήσουμε ότι η εργασία αυτή δεν θα έφτανε ποτέ στην ολοκλήρωσή της εάν δεν είχαμε την άμεση συμπαράσταση του επιβλέποντος καθηγητή κ. Γ. Παναγιωτάκη. Η εμπειρία του σε θέματα σαν το δικό μας και η επιστημονική του κατάρτιση, υπήρξαν για εμάς ο καλύτερος οδηγός γι' αυτό και τον ευχαριστούμε.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το αντικείμενο που πραγματεύεται η παρούσα πτυχιακή εργασία αφορά το θέμα, *«Το Κ.Α.Π.Η. Γωνιών – Τάσεις προοπτικές και η Διερεύνηση των Αναγκών των Ηλικιωμένων»,*που προβάλλεται πλέον, ως ένα από τα σημαντικότερα θέματα εξαιτίας των δημογραφικών και κοινωνικών αλλαγών που έχουν συντελεστεί στη σύγχρονη κοινωνία και τις ανάγκες που έχουν προκύψει.

Μέσα από την μελέτη της κοινοτικής φροντίδας θα εστιάσουμε στην υπηρεσία του Κέντρου Ανοικτής Προστασίας Γωνιών του Δ.Ο.Κ.Α.Π.Α.Μ (Δημοτικός Οργανισμός Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Προστασίας & Παιδείας Μαλεβιζίου) Δήμου Μαλεβιζίου. Με κύριο σκοπό να εξετάσουμε αν το πρόγραμμα επιτυγχάνει τους σκοπούς του και σε ποιον βαθμό καλύπτει τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

Μεθοδολογικά, το προς μελέτη αντικείμενο ερευνάται μέσα από την επισκόπηση της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας, αλλά και από την ποσοτική έρευνα που διεξήχθη στο Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων Γωνιών του Δ.Ο.Κ.Α.Π.Α.Μ του Δήμου Μαλεβιζίου.

Από άποψη δομής η εργασία αποτελείται από τέσσερα(4) κυρίως μέρη. Το πρώτο και δεύτερο μέρος αποτελεί το θεωρητικό τμήμα της πτυχιακής εργασίας όπου παρουσιάζονται θέματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία όπως η έννοια ,τα χαρακτηριστικά της Τρίτης ηλικίας, το φαινόμενο της Δημογραφικής Γήρανσης, προγράμματα και μέτρα για την Τρίτη Ηλικία, εκπαιδευτικές ανάγκες, ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η- σκοπός και στόχος αλλά και οι υπηρεσίες που παρέχονται. Το Τρίτο μέρος αποτελεί το ερευνητικό τμήμα της πτυχιακής εργασίας. Σε αυτό το σημείο γίνεται η παρουσίαση της έρευνας γύρω από τη διερεύνηση των αναγκών των ηλικιωμένων μελών του Κ.Α.Π.Η Γωνιών του Δ.Ο.Κ.Α.Π.Α.Μ. του Δήμου Μαλεβιζίου. Τέλος στο τέταρτο μέρος παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας ,συμπεράσματα, περιορισμοί και προτάσεις της έρευνας.

ABSTRACT

The present thesis subject is, "The case of the Center of Daily Elderly Care of Gwnies - Trends and Perspectives Exploring the Needs of the Elderly ". This subject is now one of the most important aspects due to demographic and social changes which have taken place in modern society and the needs that have arisen during the past years.

The present study focuses mainly on the services of the Center of Daily Elderly Care of Gwnies of D.O.K.A.P.A.M (Municipal Social and Welfare Agency for Protection & Education of Malevizi) municipality of Malevizi. The main purpose of the study is to evaluate whether the program achieves its objectives and in what degree it meets the needs of the elderly.

The methods used in the present study are: a review of the Greek and the foreign literature, as well as a quantitative survey carried out at the Center of Daily Elderly Care of Gwnies of Malevizi Municipality.

The structure of the present study consists of four (4) main parts. The first and second part is the theoretical part of the thesis which presents the main issues concerning the elderly, main characteristics of the elderly, the phenomenon of demographic aging of the society, programs and measures for the elderly and their educational needs. The role of the Center of Daily Elderly Care and its functions is also presented as well as the goals and the services provided. Finally, the third part of the thesis presents the results of the research which was conducted at the Center of Daily Elderly Care concerning the needs of the elderly and the valuation of the present facilities. Finally, the last part presents the main results of our research, along with the conclusions, limitations and recommendations for further research.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{ο}

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1.1 Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα και στην Ευρώπη

Το θέμα των ηλικιωμένων αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο κόσμος στον 21^{ο} αιώνα, με δεδομένο ότι, στις αναπτυγμένες και στις αναπτυσσόμενες χώρες, αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων λόγω της επιμήκυνσης της διάρκειας ζωής και της μείωσης του αριθμού των γεννήσεων.
Η δημογραφική γήρανση αποτελεί οικονομικό και συγχρόνως έντονο φαινόμενο για τις ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη μας και προβληματίζει έντονα τις σύγχρονες κοινωνίες. Ο πλανήτης μας γερνά με γρήγορους ρυθμούς, επομένως είναι ένα φαινόμενο το οποίο έχει καθολική ισχύ αφού αφορά όλες τις ηπείρους, χωρίς εξαιρέσεις.
«Ως δημογραφική γήρανση ορίζεται η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων (60,65,70,75 +) στον πληθυσμό, η οποία αντανακλάται στην επακόλουθη αύξηση της διάμεσης ηλικίας του πληθυσμού, με ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των νέων (0-14 ή 0-19 ετών) και ενδεχομένως της αναλογίας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας (15-64 ή 20-60 ετών). Διακρίνεται σε: α) γήρανση από τη βάση της πυραμίδας των ηλικιών όταν μειώνεται η αναλογία των νέων ατόμων που οφείλεται στην μείωση της γεννητικότητας και β) σε γήρανση από την κορυφή της πυραμίδας των ηλικιών όταν αυξάνει ο πληθυσμός των ηλικιωμένων εξ αιτίας της θνησιμότητας των μεγάλων ηλικιών.» (Μουσούρου, 1993)

Η δημογραφική γήρανση είναι ο μετασχηματισμός της ηλικιακής δομής ενός πληθυσμού και συγκεκριμένα η αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων στο συνολικό πληθυσμό, η οποία δε συντελείται αυτόνομα, αλλά ακολουθείται και από ταυτόχρονη μείωση των ατόμων νεαρής ηλικίας. Ως ηλικιωμένοι θεωρούνται εκείνοι που έχουν φτάσει σε ηλικία συνταξιοδότησης. Αν και παλαιότερα η τάση γήρανσης αποτελούσε χαρακτηριστικό γνώρισμα της πληθυσμιακής πυραμίδας των βιομηχανικών χωρών, κατά τα τελευταία χρόνια έχει μετεξελιχθεί σε ένα παγκόσμιο φαινόμενο.

Οι βιομηχανικές χώρες και ιδιαίτερα αυτές της Ευρωπαϊκής Ηπείρου συμπεριλαμβανομένης και της χώρας μας γηράσκουν και θα συνεχίσουν να γηράσκουν χωρίς αμφιβολία στην διάρκεια των επόμενων δεκαετιών.

Το 2050 το 19% των ανθρώπων θα είναι ηλικίας άνω των 80 ετών. Ο πληθυσμός της Γης γερνά τόσο γρήγορα που οι ηλικιωμένοι θα ξεπεράσουν σε αριθμό τα παιδιά για πρώτη φορά στην ιστορία του ανθρώπινου γένους μέχρι το 2050, υποστηρίζει σε έκθεσή του ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών.

Το 2050 οι άνθρωποι ηλικίας άνω των 60 ετών θα φτάνουν σχεδόν τα δύο δισεκατομμύρια, ξεπερνώντας όσους θα είναι κάτω των 15 χρονών. Η έκθεση αυτή συντάχθηκε με την ευκαιρία της 2^{ης} Παγκόσμιας Συνόδου για το Γήρας που έγινε στη Μαδρίτη. Τα άτομα τρίτης ηλικίας, η πληθυσμιακή ομάδα που αυξάνεται γρηγορότερα από όλες τις υπόλοιπες, φτάνουν σήμερα τα 629 εκατομμύρια, δηλαδή ένας στους δέκα ανθρώπους θεωρείται ηλικιωμένος. Οι άνω των 80 ετών αποτελούν σήμερα το 12% του πληθυσμού του πλανήτη. Εκτιμάται ότι το 2050 το 19% των ανθρώπων θα είναι ηλικίας άνω των 80 ετών. Ο αριθμός των αιωνόβιων αναμένεται

επίσης να αυξηθεί κατά 15 φορές, από 210.000 σήμερα στα 3,2 εκατομμύρια μέσα στα επόμενα 48 χρόνια. Τέλος, σύμφωνα με την έκθεση, οι γυναίκες της τρίτης ηλικίας είναι πολύ περισσότερες από τους άνδρες, αφού σε κάθε 100 ηλικιωμένες γυναίκες αντιστοιχούν 81 άνδρες. Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες, αποτελεί σήμερα, ένα κυρίαρχο δεδομένο με σοβαρότατες κοινωνικές, οικονομικές ασφαλιστικές, προνοιακές, και υγειονομικές προεκτάσεις. Ειδικότερα στην Ελλάδα, η αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής και η δραματική πτώση της γεννητικότητας, έχει ως αποτέλεσμα η χώρα μας να είναι μία από τα πλέον γερασμένες χώρες του κόσμου μαζί με την Ιταλία, τη Γερμανία και τη Σουηδία(Eurostat,1999). Ενώ

στις ΗΠΑ, η αναλογία ατόμων άνω των 60 ετών, στο σύνολο του πληθυσμού, είναι 16,5%, στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό είναι 22,3%. Το έτος 2030, ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών, στη χώρα μας, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), θα αυξηθεί κατά 10% φτάνοντας το 1/3 του συνόλου. (Κυριαζή-Αλλισον,1998)

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

Παλαιότερα, το έτος 1853, το ποσοστό των ηλικιωμένων ήταν 3,2% και των νέων κάτω των 15 ετών 41,2%.

Οι πιο γερασμένες περιοχές της χώρας είναι η κεντρική και νότια Πελοπόννησος και τα νησιά του ανατολικού Αιγαίου. Οι νομοί με τα υψηλότερα ποσοστά ωρίμων πολιτών είναι η Λευκάδα, (22%), η Σάμος (21%), η Κεφαλονιά (21%). Ακολουθούν η Αρκαδία, η Λέσβος και η Φωκίδα, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 20-21%.(Eurostat,1999)

Το προσδοκώμενο μέσο όριο ζωής, μέχρι και τις αρχές του τρέχοντος αιώνα στις περισσότερες χώρες, δεν ξεπερνούσε τα 60-65 χρόνια. Σήμερα έχει φτάσει και ξεπερνά τις ηλικίες των 77 ετών. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα, οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 80 και οι άντρες 75 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι ο μέσος όρος ζωής στη χώρα μας αυξήθηκε κατά 14 χρόνια μεταπολεμικά. (Βιολάκη, Μ. στο Κυριόπουλος κ.ά, 1993)

Και οι γυναίκες είναι το «ισχυρό» φύλο, τουλάχιστον όσον αφορά τη μακροζωία.

Σύμφωνα με τα στοιχεία τα οποία παρουσιάστηκαν παραπάνω, καταδεικνύεται σαφώς ότι η δημογραφική εξέλιξη του ελληνικού πληθυσμού ακολουθεί το πρότυπο των χωρών της Δυτικής Ευρώπης.

1.1.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Στην τελευταία δεκαετία του 20ου αιώνα, ο ελληνικός πληθυσμός θα σημείωνε επικίνδυνη στασιμότητα, αν δε μεσολαβούσε η ορμητική εισροή 200.000 περίπου ομοεθνών παλιννοστούντων και προσφύγων και 650.000 περίπου αλλοεθνών και ξένων λαθρομεταναστών που αναλογούν συνολικά στο 8,5% του πληθυσμού. Η μετατροπή της χώρας από τόπο εξαγωγής σε κέντρο εισαγωγής μεταναστών, αποτελεί ένα σοβαρότατο νέο δεδομένο που ανατρέπει πολλά από τα παλαιότερα κοινωνικά, ηλικιακά, οικονομικά κι εθνικά της χαρακτηριστικά Αυτή η καινοφανής εξέλιξη συνδέεται άμεσα με την οξύτατη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού και την υποκατάσταση του εγχώριου εργατικού δυναμικού ελληνικής καταγωγής, από εργαζόμενους ξένης υπηκοότητας.

Οι παράγοντες της δημογραφικής γήρανσης βρίσκονται στις συνιστώσες δυνάμεις της δημογραφικής μεταβολής, δηλαδή, στην θνησιμότητα, τη γεννητικότητα, την εξωτερική μεταναστευτική κίνηση και την εσωτερική μετανάστευση. Στην κατά χρόνο παρατηρούμενη αύξηση της γήρανσης, επέδρασαν οι εξής παράγοντες:

- ☑ η μείωση της θνησιμότητας και η επιμήκυνση της ζωής («γήρανση από την κορυφή»).
- ☑ η μείωση της γεννητικότητας, από την οποία ενσωματώθηκαν στα κατώτερα κλιμάκια ηλικιών, ελλειμματικές γενεές και συρρίκνωσαν την πυραμίδα του πληθυσμού στις νέες ηλικίες («γήρανση από την βάση»).
- ☑ η εξωτερική μεταναστευτική κίνηση, η οποία με την αποδημία αφαίρεσε από τις παραγωγικές και αναπαραγωγικές κυρίως ηλικίες νέους και συρρίκνωσε την πυραμίδα του πληθυσμού στις ηλικίες αυτές, ενώ με την παλιννόστηση πρόσθεσε κυρίως σε μεγαλύτερες ηλικίες πληθυσμό. Ειδικότερα, η εισροή αλλοδαπών βραχυχρονίως φαίνεται ότι διογκώνει τον πληθυσμό στις παραγωγικές ηλικίες, πράγμα το οποίο ερμηνεύεται ως ανασταλτικό της γήρανσης του πληθυσμού. (Έμκε-Πουλοπούλου, Η. 1999).

1.1.3 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Η δημογραφική γήρανση, ως συνέπεια της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης και της μείωσης της γεννητικότητας και της θνησιμότητας, αποτελεί στις βιομηχανικές χώρες ένα σημαντικό κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό πρόβλημα και βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των κυβερνήσεων, των κοινωνικών εταίρων και των ερευνητών.

Το ενδιαφέρον αυτό, αναδύεται από το γεγονός ότι η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων στο γενικό πληθυσμό και η ανισορροπία μεταξύ ενεργού και εξαρτώμενου πληθυσμού, προκαλεί μια σειρά παρενεργειών στην κοινωνική ασφάλιση, στις υπηρεσίες υγείας, στη σύνθεση της απασχόλησης και γενικότερα στην οικονομία.

(Μουσούρου, 1993)

Οι επιπτώσεις είναι εξαιρετικά σημαντικές στα άτομα, στην οικογένεια, στην κατανομή του εισοδήματος, στην αγορά εργασίας, στην πορεία των μακροοικονομικών μεγεθών, στην άσκηση της δημόσιας πολιτικής και στην κοινωνία. (OECD, 1996)

Σύμφωνα με πολλούς μελετητές οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης είναι οι εξής:

Α) ***οικονομικές*** και αφορούν την χρηματοδότηση των δαπανών για κοινωνική ασφάλιση και τις δαπάνες για την υγεία. Η δημογραφική γήρανση εξαιτίας της αυξανόμενης δυσαναλογίας συνταξιούχων προς εργαζομένων προκαλεί δυσχέρειες στην χρηματοδότηση των συντάξεων ή και στην βελτίωση των ιδιαίτερα χαμηλών συντάξεων ορισμένων ταμείων. Ακόμη επιφέρει μεγάλη αύξηση δαπανών για την υγεία υπό την διττή επίδραση της αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων και της αύξησης της ροπής για κατανάλωση ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών στις μεγάλες ηλικίες. Ειδικότερα, στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής προστασίας έχει πιστοποιηθεί η αύξηση των δαπανών υγείας και της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας κατά τέσσερις έως έξι φορές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. (OECD,1988)

Β) ***πολιτικές,*** όπου οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύουν όλο και περισσότερο στο εκλογικό σώμα, και θεωρούνται πιο συντηρητικοί και έτσι πιστεύεται ότι δυσχεραίνονται οι

κοινωνικές αλλαγές (πρόσδεση στην παράδοση, τα κεκτημένα, έλλειψη τόλμης και επιθυμίας για αλλαγή).

Γ) ***εθνικές,*** όπου εδώ αναφέρονται οι επιπτώσεις στην άμυνα και η αύξηση των κονδυλίων για πολεμικούς εξοπλισμούς εξαιτίας της μείωσης του στρατεύσιμου πληθυσμού.

Δ) ***κοινωνικές,*** όπου αναφέρονται στην σύγκρουση γενεών και την διερεύνηση του χάσματος ανάμεσα στους ηλικιωμένους και τους νέους, η διερεύνηση της φτώχειας, περιθωριοποίηση κοινωνικών ομάδων (Παναγιωτάκης, 2008).

1.1.4 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η προστασία των ηλικιωμένων δεν είναι μόνο μία πανάρχαια και πανανθρώπινη προσπάθεια, αλλά και ένα βαθύ και πηγαίο ένστικτο που το βλέπουμε σε όλα τα έμψυχα όντα. Σήμερα θεωρείται και πρέπει να είναι, κοινωνική υποχρέωση. Ο Αριστοτέλης, ο Αιλιανός, ο Αριστοφάνης και άλλοι αρχαίοι συγγραφείς που ασχολήθηκαν με τη ζωή των ζώων, αναφέρουν χαρακτηριστικά παραδείγματα προστασίας των ηλικιωμένων από τα νεότερα άτομα, ιδιαίτερα στους πελαργούς και στα κοράκια.

Αναφέρει ο Αριστοτέλης συγκινητικές σκηνές αφοσίωσης και περιποίησης των κοράκων στους γεννήτορες τους, μάλιστα μέχρι και την τελευταία στιγμή της αιωνόβιας ζωής τους. Έξοχο σεβασμό δείχνουν επίσης οι πελαργοί προς τους γεροντότερους, που με πολλή τρυφερότητα τους διατρέφουν και τους συντηρούν μέχρι να αποβιώσουν.

Οι αρχαίοι Έλληνες θεωρούσαν το σεβασμό προς τα γερατειά, όχι μόνο σαν ηθικό χρέος, αλλά και σαν κυριότερη απόδειξη ευγενικού και αγαθού ανθρώπου. Γνωστό από την ιστορία το παράδειγμα του Αινεία, που με την καταστροφή της Τροίας αντί άλλου πολύτιμου αντικείμενου ή αγαθού, πήρε το γέροντα πατέρα του (κατάκοιτο και τυφλό) στους ωμούς, εγκαταλείποντας ολόκληρη την άλλη περιουσία.

Όμως, στους πρωτόγονους λαούς, όπως στους Εσκιμώους παλαιότερα οι γέροντες αντί άλλης μέριμνας εγκαταλείπονταν στην τύχη τους μέσα στους πάγους και το κρύο και πέθαιναν ή τους θανάτωναν όταν ήταν πλέον ανίκανοι να αυτοβοηθηθούν.

Στην TIERA DEL FUEGO, στο άλλο άκρο της Αμερικάνικης ηπείρου, σε περίοδο πείνας, τα μέλη της φυλής σκότωναν και έτρωγαν τα ηλικιωμένα άτομα πρώτα, πριν σκοτώσουν και φάνε τα σκυλιά τους. Τα σκυλιά ήταν περισσότερο χρήσιμα μιας και βοηθούσαν στο κυνήγι της φώκιας. Στους Μαλαίσιους επικρατούσε η συνήθεια να θάβουν ζωντανούς τους γέροντες μιας και ήταν ανίκανοι να εργάζονται. Το περίεργο είναι ότι, η μέριμνα αυτή ή μάλλον η συμπεριφορά αυτή των πρωτόγονων λαών δεν θεωρούνται δείγμα σκληρότητας, αλλά ζήτημα ανάγκης και ευθανασίας.

Αντίθετα, σε άλλους λαούς, οι γέροντες απολάμβαναν εξαιρετικές τιμές σαν αρχηγοί φυλών, σαν θρησκευτικοί ηγέτες, σαν θεραπευτές, σαν μάγοι κ.τ.λ. και κρατούσαν μάλιστα τις φυλές τους υποχείριες με τη σοφία, τη σωστή κρίση, τις μαντικές τους ικανότητες, τις μαγείες και άλλα τέτοια. Σε μερικές φυλές μάλιστα στην Αυστραλία επικρατούσε γεροντοκρατία και κάθε άτομο γεροντικής ηλικίας ενέπνεε φόβο και σεβασμό.

Οι Ίνκας του Περού και οι Αζτέκοι του Μεξικού είχαν θεσπίσει ένα υποτυπώδες σύστημα προστασίας των ηλικιωμένων. Στους Κινέζους ο σεβασμός και η τυφλή υπακοή προς τους γέροντες εθεωρείτο θρησκευτικό καθήκον. Σε παλιά κινέζικα κείμενα βλέπουμε ότι είχαν ασχοληθεί αρκετά με τα γηρατειά και είχαν θεσπίσει και κανόνες υγιεινής για την πρόληψη του γήρατος. Πίστευαν ότι κακές συνθήκες υγιεινής προκαλούν τα πρόωρα γηρατειά. Συνιστούσαν ένθερμα, εγκράτεια στις τροφές, τα ποτά, τις σεξουαλικές καταχρήσεις, επαρκή ύπνο, διατήρηση ψυχικής ηρεμίας και πολλά άλλα. Πίστευαν ακόμα ότι η κατάχρηση άλατος προκαλεί βλάβες στην κυκλοφορία και ότι στα γεράματα η θερμοκρασία του σώματος μειώνεται γι αυτό οι ηλικιωμένοι φορούσαν περισσότερα ρούχα.

Αναφερόμενη στην εποχή του Δαυίδ, γνωρίζουμε πως όταν είχε πια γεράσει (είχε περάσει τα 100 χρόνια) κρύωνε πάρα πολύ στον ύπνο του, παρόλο που τον σκέπαζαν με βαριά σκεπάσματα. Έτσι οι αυλικοί σκέφτηκαν να του φέρουν μια νεαρά παρθένου, τη Σουλαμίτιδα, που κοιμότανε μαζί του για να τον ζεσταίνει. Στους Άραβες κυριαρχούσε η αντίληψη ότι οι σωματική επαφή γερόντων με νεαρές γυναίκες, προφύλαγε τους γέρους από την πνευματική και σωματική κατάρρευση.

Οι αρχαίοι Έλληνες όχι μόνο παραδέχονταν τις παραπάνω αντιλήψεις αλλά και τις εφάρμοζαν, χρησιμοποιώντας «ζωντανά ερεθίσματα της ζωτικότητας» όπως έλεγαν.

Συνιστούσαν, κατά τον ύπνο, να «αναπνέουν τα χνώτα νεαρής γυναίκας» που πίστευαν ότι έχουν αναζωογονητική επίδραση. Η αντίληψη αυτή ισχύει ακόμα και σήμερα σε λαούς της Αφρικής αλλά και κατά κάποιον άλλο τρόπο και στο βόρειο ημισφαίριο, ποιος δεν θέλει να έχει νεαρή σύζυγο;

Στην αρχαία Ελλάδα το συμβουλευτικό σώμα της Πυθίας, στο Μαντείο των Δελφών, αποτελούνταν από 7 σοφούς. Στη Σπάρτη, η γεροντοκρατία ήταν απόλυτη. Ο Πυθαγόρας, για τη διατήρηση της καλής υγείας και την παράταση της ζωής, συμβούλευε εγκράτεια από το κάθε τι και μετριοπάθεια. Τα ίδια δίδασκαν και άλλοι αρχαίοι Έλληνες ιατροφιλόσοφοι.

Μετά τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό, από τα πρώτα βιβλία της αρχαιότητας που πραγματεύονταν προβλήματα των γηρατειών, είναι του Κικέρωνα, όπου εκεί επαναλαμβάνονται οι απόψεις του Ιπποκράτη και του Πυθαγόρα και οι διδασκαλίες τους σχετικά με τα γηρατειά, τα προβλήματα και τις παθήσεις τους. Κατά τον Κικέρωνα οι απώλεια τις φιληδονίας είναι θείο δώρο της γεροντικής ηλικίας και μειονέκτημα της νεότητας.

Γενικά, οι αρχαίοι ιατροφιλόσοφοι πίστευαν ότι τα γηρατειά οφείλονται στην απώλεια της θερμοκρασίας και συνιστούσαν καλή, όχι πολύ, τροφή, καλό κρασί, όχι πολύ δυνατό, σωματικές ασκήσεις όχι πολύ γρήγορα , όχι δυνατά, όχι για πολύ ώρα, χλιαρά λουτρά, μαλάξεις του σώματος και άλλα πολλά που τα περισσότερα παραδεχόμαστε οι γεροντολόγοι και σήμερα.

Ένα από τα πιο ενδιαφέροντα βιβλία της παλιάς εποχής γράφτηκε από τον AVICENA το 1181 της με τον τίτλο «Γενικές Σημειώσεις για την δίαιτα τον γερόντων». Στο βιβλίο αυτό αναφέρονται πολλές παρατηρήσεις και κανόνες υγιεινής για τα γεράματα. Όμοιο επίσης βιβλίο γράφτηκε την εποχή της Αναγέννησης από τον Roger Barou με τίτλο «Η θεραπεία του Γήρατος και η διατήρηση της νεότητας». Στο βιβλίο αυτό περιέχονται όλες οι μέχρι τότε γνώσεις και γνώμες των αρχαίων Ελλήνων και Αράβων ιατροφιλόσοφων. Δύνονται εκεί και πάρα πολλές συμβουλές για την τροφή, τα ποτά και τις διάφορες καταχρήσεις.

Στο Μεσαίωνα αντίθετα, η φιλοσοφία των γηρατειών βασιζόταν μόνο και σχεδόν απόλυτα στο μυστικισμό και στη μαύρη μαγεία. Το 1470 ο Maricilio Micinis έγραψε ένα πολύ ενδιαφέρον βιβλίο, όπου διαπραγματευόταν διάφορους τρόπους και μεθόδους με

τους οποίους οι άνθρωποι μπορούσαν να παρατείνουν τη ζωή τους. Ανάμεσα στις άλλες συμβουλές που έδινε στο κεφάλαιο της διαιτητικής, περιείχε και μια ειδική συνταγή που αποτελούνταν από ζωμό πουλερικών. Επίσης τόνιζε ιδιαίτερα τους κινδύνους των ηλικιωμένων από τις σεξουαλικές καταχρήσεις και τον έρωτα. Συνιστούσε ακόμα και το θηλασμό των ηλικιωμένων από το στήθος νεαρής μητέρας.

Άλλοι πάλι αρχαίοι λαοί, πίστευαν ότι αν πιουν το αίμα νεαρών ανθρώπων ή ζώων θα μπορούσαν να διατηρήσουν την υγεία, το σφρίγος , τη ζωτικότητα και να παρατείνουν τη ζωή τους. Στην αντίληψη αυτή βασιζόταν και η τρομερή συνήθεια των Ρωμαίων να εισβάλουν στις αρένες και να πίνουν ζεστό το αίμα των μονομάχων που σκοτώνονταν.

Στους μετέπειτα χρόνους χρησιμοποιήθηκε σαν μέσο παράτασης της ζωής η αφαίμαξη και η σύγχρονη μετάγγιση αίματος νέων ατόμων.

Στο Mont Pelier της Γαλλίας ο Francois Rauchin ασχολήθηκε γύρω στα 1500 με τα προβλήματα της παρατάσεως της ζωής και συμβούλευε εγκράτεια φαγητού και ποτού και αποφυγή κόπωσης και γενικά καταχρήσεων. Συνιστούσε σαν εκλεκτή και ιδιαίτερη τροφή, με ανανεωτική ικανότητα, τους όρχεις ζώων. Ακόμα και σήμερα στην Ισπανία οι όρχεις των ταύρων των ταυρομαχιών θεωρούνται ότι έχουν σπουδαίες αναζωογονητικές ιδιότητες.

Το 19^{ο} αιώνα, με την πρόοδο της φυσιολογίας και της παθολογίας, όλα τα κλινικά προβλήματα της γεροντολογίας τέθηκαν σε επιστημονικότερες βάσεις, δημοσιεύθηκαν δε πάρα πολλές εργασίες και συγγράμματα.

Στον 20^{ο} αιώνα και μέχρι το Β’ Παγκόσμιο Πόλεμο το ενδιαφέρον υπήρχε και είχαν δημοσιευτεί ωραιότατες έρευνες και εργασίες, όμως κανένας δεν αισθανότανε την ανάγκη της συστηματικής μελέτης και της λήψης διαφόρων μέτρων. Τα γεράματα μέχρι τότε θεωρούνταν σαν εξέλιξη και δεν αποτελούσαν σημαντικό πρόβλημα από κοινωνικής και οικονομικής πλευράς.

Με την απότομη βιομηχανική ανάπτυξη, ιδίως στις χώρες της βόρειας Ευρώπης, και με την μετακίνηση των νεότερων ατόμων προς τις πόλεις ή τα βιομηχανικά κέντρα, γεροντότεροι έμειναν μόνοι, χωρίς τους φυσικούς τους προστάτες, τα παιδιά τους, και έτσι το πρόβλημα έγινε αρκετά εμφανές.

Κ.Α.Π.Η ΓΩΝΙΩΝ ΔΗΜΟΥ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ
ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ - Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Παρουσιάστηκαν προβλήματα οικονομικά κατ' αρχήν, κοινωνικά, ψυχολογικά αλλά και προβλήματα νοσηλείας, μια και ο ηλικιωμένος μόνος του δεν μπορούσε να μείνει στο σπίτι του, έστω και στην παραμικρή ασθένεια. Με τον τρόπο αυτό δημιουργήθηκαν αμέσως προβλήματα νοσηλευτηρίων για ηλικιωμένα άτομα και κυρίως για τα χρόνια και βασανιστικά νοσήματα που είναι και συνήθως νοσήματα που καθηλώνουν το γέροντα στο κρεβάτι και για μακρό διάστημα.

Έτσι και με την πίεση των παραπάνω παραγόντων δημιουργήθηκε και ο κλάδος της γεροντολογίας και το κλινικό της τμήμα η γηριατρική. Ο πρώτος για το σκοπό της καθαυτό έρευνα της γήρανσης και τα προβλήματα της και ο δεύτερος ο καθαρά πρακτικός και ιατρικός.

Σήμερα βασικά υπάρχει διεθνής οργασμός και διεθνής συνεργασία για το σκοπό αυτό, δημιουργήθηκε δε και η Διεθνής Οργάνωση Γεροντολογίας με το κλινικό της τμήμα τη Διεθνή Γηριατρική Ένωση.

Η Διεθνής Οργάνωση Γεροντολογίας είναι μέλος της UNESCO του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών γιατί ενδιαφέρεται για μερίδα πληθυσμού που είναι ανίκανη να φροντίσει τον εαυτό της όπως π.χ. συμβαίνει με τα παιδιά, τα οποία προστατεύονται από τον ΟΗΕ όπως και άλλες ομάδες ανθρώπων ανίκανων, διανοητικά καθυστερημένων, και τα λοιπά. Για τη φετινή χρονιά μάλιστα ο ΟΗΕ καθόρισε πως θα είναι η χρονιά του ανάπηρου και του ηλικιωμένου ανθρώπου.

Όπως για το έτος 1981 διεθνώς προβλήθηκε το θέμα του ανάπηρου, οι ανάγκες του, οι καλύτεροι τρόποι προστασίας είτε αυτοί είναι οικονομικοί και κοινωνικοί και επηρεάζουν άμεσα την κάθε κυβέρνηση και τα υπουργεία Οικονομικών και Κοινωνικής Πολιτικής, είτε είναι καθαρά ιατρικοί που σημαίνει καλύτερες συνθήκες νοσηλείας αφ' ενός για να μην μένουν πολύ άνθρωποι ανάπηροι σε κάποια χώρα. Από την άλλη μεριά καλύτερη εκπαίδευση του προσωπικού, κατώτερου και ανώτερου που ασχολείται με τη νοσηλεία και την αποκατάσταση του αναπήρου αλλά και έρευνα επί των θεραπειών και των μεθόδων για γρήγορη, άνετη και πιο φθηνή πρόληψη των νοσημάτων που προξενούν αναπηρίες. Όπως βλέπετε το θέμα είναι ευρύτατο και για αυτό υπάγεται κάτω από την προστασία των Ηνωμένων Εθνών και χρηματοδοτούνται πολλά προγράμματα από την UNESCO.

1.2 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Τελευταία το ενδιαφέρον πολλών επιστημών έχει εστιάσει στην πληθυσμιακή ομάδα της Τρίτης ηλικίας. Τι εννοούμε όμως με τον όρο αυτό; Με σκοπό να αποσαφηνιστεί η εν λόγω έννοια, παρατίθενται ενδεικτικά κάποιοι ορισμοί.

Οι άνθρωποι που ανήκουν στην λεγόμενη Τρίτη Ηλικία είναι από 60 -75 ετών ή 65- 75 ενώ τα άτομα 75 ετών και άνω ανήκουν στην Τέταρτη Ηλικία που περιλαμβάνει τους «γέρους υπερήλικες». Ορισμένοι συγγραφείς θεωρούν την Τρίτη Ηλικία ως περίοδο χωρίς δραστηριότητα πριν από την εξάρτηση της Τέταρτης Ηλικίας (Πουλοπούλου, 1999).

Ένας δεύτερος ορισμός αναφέρει πως γήρας ονομάζεται η περίοδος της ζωής που ακολουθεί την ώριμη ηλικία και προηγείται του φυσικού θανάτου. Στις προηγμένες χώρες, θεωρείται ότι το γήρας αρχίζει στα 60 χρόνια, ηλικία στην οποία αρχίζει συνήθως η παροχή σύνταξης ή η αποχώρηση από την ενεργό επαγγελματική ζωή. Σήμερα ο άνθρωπος χάρη στις προόδους της επιστήμης, ζει πολύ περισσότερο από ότι στο παρελθόν. (Αθανασίου, κ. α. , 2005)

Ένας τρίτος ορισμός αναφέρει : «Γήρας είναι η περίοδος της ζωής του ανθρώπου που εντοπίζεται στο $70^{ο}$ περίπου έτος της ηλικίας του και χαρακτηρίζεται από σταδιακή απώλεια των σωματικών και πνευματικών ικανοτήτων.» (Marti, χ.χ.: 41)

Άλλοι ορισμοί έχουν σαν βάση και εστιάζουν κυρίως στον χρονικό προσδιορισμό. Έτσι προσδιορίζουν τον ορισμό τους με βάση το βιολογικό ή οργανικό γήρας.Ένας άλλος ορισμός που υπάρχει αναφέρει ότι το γήρας είναι κατάσταση εξατομικευμένη και αφορά τη χρονολογική ηλικία. Η βιολογική ηλικία διαφέρει:

Α) **ανάλογα με τα άτομα**: για κάθε άνθρωπο τα γηρατειά έχουν διαφορετική έναρξη και διαφορετική διάρκεια.

Β) **ανάλογα με την εποχή**: σήμερα ο άνθρωπος βιολογικά έπαψε να έχει την ίδια ηλικία που είχε στην ίδια χρονολογική ηλικία στις αρχές του αιώνα. Διάφορες ψυχολογικές θεωρίες εστιάζουν μιλώντας για τα γηρατειά στην κάμψη της ψυχολογικής ευημερίας και της ικανότητας προσαρμογής καθώς οι ηλικιωμένοι εισέρχονται στο στάδιο αυτό της ζωής τους.

Η άποψη του Φρόιντ για τους ηλικιωμένους ήταν ότι αποτελούν προσωπικότητες οι οποίες είναι αυστηρά συγκροτημένες που δεν είναι πρόθυμες για αλλαγή και εξέλιξη.

Το γήρας συνοδεύεται από μια σειρά αλλαγών τόσο στον οργανισμό όσο και στην ψυχολογία του ατόμου .Οι αλλαγές στον οργανισμό με την πάροδο της ηλικίας μμπορούν να ταξινομηθούν σε μεταβολές στο γνωστικό τομέα, στην προσωπικότητα και στην προσαρμογή. Όσον αφορά τον πρώτο παρατηρείται αδυναμία πρόσκτησης νέας γνώσης, αλλά το γεγονός αυτό αντισταθμίζεται από την αύξηση της κριτικής ικανότητας και την ευχέρεια αξιοποίησης της εμπειρίας και των εμπεδωμένων κατά τη διάρκεια της ζωής δεξιοτήτων. Τελευταίες έρευνες έχουν αποδείξει ότι η απώλεια της μνήμης είναι επιλεκτική (οι ηλικιωμένοι ξεχνούν συμβάντα και πληροφορίες που δεν τους ενδιαφέρουν) και δεν αφορά τη μακροπρόθεσμη, αλλά τη βραχυπρόθεσμη μνήμη. Τα νέα γι' αυτούς ερεθίσματα πρέπει να παρουσιάζονται με αργότερους ρυθμούς, ενώ οι ασκήσεις απομνημόνευσης, το διάβασα και η ενεργός συμμετοχή σε δραστηριότητες αποτρέπουν την εμφάνιση του φαινομένου. Η απώλεια γνώσης είναι παθολογική κατάσταση και μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες.

Κατά την Τρίτη Ηλικία η εσωστρέφεια αυξάνεται, αλλά ταυτόχρονα μμειώνεται ο νευρωτισμός . Σύμφωνα με τη θεωρία της απόσυρσης οι ηλικιωμένοι αποστερούνται μεγάλου μέρους των κοινωνικών τους ρόλων, αλλά και η ίδια η κοινωνία τους περιθωριοποιεί (κυρίως για λόγους που σχετίζονται με την παραγωγή και την οικονομία). Κοινωνικά αίτια αναγκάζουν τους ηλικιωμένους να αποδεχτούν ρόλους εξάρτησης (από την οικογένεια, την κρατική μέριμνα, το σύστημα Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Περίθαλψης), που πολλές φορές είναι γενεσιουργοί παράγοντες κατάθλιψης.

Σύμφωνα με στατιστικές έρευνες που έχουν γίνει, τα άτομα άνω των 65 ετών στην Ελλάδα αντιπροσωπεύουν το 18% του συνολικού πληθυσμού της χώρας (από 15% το 1995). Επιδημιολογικές μελέτες σε ηλικιωμένους κατέδειξαν ότι το 10-25% αυτών εξαφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης. Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία έχει πολλές φορές κοινωνικά και ψυχολογικά αίτια:

- Πένθος και απώλεια αγαπημένων προσώπων, φίλων κλπ.
- Κοινωνική απομόνωση και έλλειψη ενδιαφερόντων μετά τη σύνταξη.
-Αλλαγή στον τρόπο ζωής.

-Μοναξιά και οικονομικές δυσκολίες (http://epapanis.blogspot.gr, πρόσβαση στις 2/7/2013).

Ωστόσο σε αυτό το σημείο είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι η αλλαγή των εξωτερικών χαρακτηριστικών στους ηλικιωμένους, θεωρείται αναμενόμενο, και αναπόφευκτο γεγονός, αφού είναι επακόλουθο αυτής της περιόδου. Εντούτοις, αναφορικά με την υγεία του ατόμου, θα πρέπει να τονιστεί ότι το γήρας δεν σημαίνει «αρρώστια», απλά οι ηλικιωμένοι είναι πιο ευάλωτοι σε αυτή. Το αν θα ασθενήσει κάποιος σχετίζεται με τον οργανισμό του και την προδιάθεσή του για ασθένεια και όχι το γήρας.

Όσον αφορά την ψυχολογία του ατόμου για το πώς εκλαμβάνει τα γηρατειά, είναι ένα θέμα, που διαφέρει από άτομο σε άτομο. Ειδικότερα «υπάρχουν άνθρωποι που παρά την προχωρημένη τους ηλικία συνεχίζουν να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική ζωή. Τα άτομα αυτά έχουν συμφιλιωθεί με την ιδέα του γήρατος αντιμετωπίζοντας το ως κάτι φυσιολογικό, που δεν είναι σε θέση να τους εμποδίσει να έχουν πολύπλευρα ενδιαφέροντα και στόχους. Ωστόσο για πολλούς ανθρώπους η Τρίτη Ηλικία είναι μία δυσάρεστη πραγματικότητα. Οι ηλικιωμένοι αυτοί χαρακτηρίζονται από πολλά αρνητικά συναισθήματα, αφού νιώθουν άγχος για το τι θα επακολουθήσει, θλίψη και νοσταλγία για τα χρόνια που πέρασαν ενώ δεν έχουν πλέον ενδιαφέροντα και επιδιώξεις» (Παναγιωτάκης, 2008).

Ο Ericsson μιλώντας για τα 8 στάδια της ζωής του ανθρώπου (βρεφική ηλικία, στάδια παιδικής ηλικίας, εφηβεία, νεανική ηλικία, ώριμη ηλικία, γηρατειά) φτάνει στο τελευταίο στάδιο το οποίο ονομάζει «στάδιο της καταξίωσης ή της απόγνωσης» που μπορεί να χαρακτηρίζεται από ενσωμάτωση ή απόγνωση. Ένα ηλικιωμένο άτομο, αναπολεί την ζωή του και διαπιστώνει ότι έχει σημειώσει επιτυχίες, έχει ενεργήσει σωστά και έτσι νιώθει το συναίσθημα της προσωπικής αξίας και καταξίωσης. Αντίθετα, ένα ηλικιωμένο άτομο εκφράζει το συναίσθημα της απόγνωσης, διότι γνωρίζει ότι ο χρόνος του μειώθηκε και δεν μπορεί να ξαναρχίσει την ζωή του πιο σωστά, χωρίς αποτυχίες και εσφαλμένες εκτιμήσεις.

Παρακάτω, αναφέρονται οι κυριότερες κατηγορίες με τις οποίες μπορεί να προσδιοριστεί η έννοια του γήρατος:

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

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

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

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

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

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

Τα γηρατειά, είναι πρώτα κοινωνικό φαινόμενο και μετά βιολογικό. Δεν είναι μια καινούργια ηλικία αλλά μια κατάληξη, άμεσα επηρεαζόμενη από τα κοινωνικά δεδομένα. Υπάρχουν κάποια κοινωνικά αίτια τα οποία επιταχύνουν τα γηρατειά, αυτά είναι η περιθωριοποίηση του ηλικιωμένου, η αδράνεια, η απομόνωση, η κοινωνική και ψυχολογική αποξένωση από το κοινωνικό του περιβάλλον αλλά και από τον υπόλοιπο

πληθυσμό και τέλος ο εγκλεισμός σε ιδρύματα. Υπάρχουν άτομα που ο ρυθμός εμφάνισης γήρατος ανάμεσα τους ποικίλει, αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν διάφοροι παράγοντες, μερικούς από τους οποίους αναφέραμε παραπάνω, που επηρεάζει την εμφάνιση περισσότερο ή λιγότερο γρήγορα. (Παναγιωτάκης, 2008).

«Όλα τα άτομα εμφανίζουν κάμψη των διάφορων λειτουργιών αλλά σε διαφορετική στιγμή το καθένα, η οποία, σε κάθε άτομο προχωρεί με διαφορετικό ρυθμό. Επίσης, δεν υπάρχει πάντοτε παραλληλισμός μεταξύ σωματικών και ψυχικών εκπτωτικών φαινομένων. Η κάμψη αυτών των λειτουργιών αρχίζει πολύ νωρίς, ίσως από το 30^0 έτος της ηλικίας του ατόμου και συνεχίζεται σε όλη την διάρκεια της ζωής του.

Άλλοι υποστηρίζουν ότι η κάμψη των λειτουργιών του οργανισμού του ατόμου αρχίζει από την γέννηση ή και από την ενδομήτριο ζωή ακόμη» (Μαλγαρινού και Γούλια, 1986).

Ο ρυθμός και ο βαθμός της γήρανσης διαφέρει τόσο από άτομο σε άτομο, όσο και στα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου του ατόμου. Σήμερα στην κοινωνία επικρατούν κάποιοι μύθοι σχετικά με την Τρίτη ηλικία οι οποίοι είναι οι εξής:

-Η γήρανση είναι ένα αδιέξοδο με μόνη λύτρωση το θάνατο καθώς και ότι η προσωπική ανάπτυξη και ολοκλήρωση σταματούν.

-Οι νοητικές λειτουργίες επιδεινώνονται και προκαλούν τα σκώμματα και την έλλειψη ανοχής από τον κοινωνικό περίγυρο.

-Τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι βάρος για τις οικογένειες τους.

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

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

Φυσιολογικά, το γήρας χαρακτηρίζεται από μια σειρά μεταβολών, όπως ελάττωση του βασικού μεταβολισμού, προοδευτική μείωση της μυϊκής δύναμης, αλλοιώσεις της οπτικής και ακουστικής λειτουργίας, ελάττωση του αερισμού των πνευμόνων,

αλλοιώσεις της καρδιάς και των αγγείων. Όλα αυτά, ακόμα και αν μεταβάλλουν σε μεγάλο βαθμό τις φυσιολογικές λειτουργίες κάθε οργανικού συστήματος, προκαλούν έναν περιορισμό στην λειτουργική ικανότητα και γενικότερα στην προσαρμοστικότητα του οργανισμού. (Παναγιωτάκης, 2008).

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας που βρίσκονται στα πλαίσια της γήρανσης, παρουσιάζουν κάποιες χαρακτηριστικές μεταβολές στον γνωστικό τομέα, στην προσωπικότητα καθώς και στην προσαρμογή. Όσον αφορά τον γνωστικό τομέα, εύκολα καταλαβαίνει κανείς ότι υπάρχει μια αδυναμία απόκτησης νέας γνώσης, πράγμα το οποίο αντισταθμίζεται από το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι έχουν ήδη αποκτήσει κάποιες γνώσεις και κάποια εμπειρία από τα περασμένα χρόνια της ζωής τους και έχουν την δυνατότητα να την χρησιμοποιούν. Επίσης, χαρακτηριστικό της γήρανσης είναι η ελάττωση της ζωτικότητας και της αποδοτικότητας των κυττάρων κάποιων οργάνων του οργανισμού, που δεν γίνεται συγχρόνως και παράλληλα σε όλα. Άλλοτε γερνά πρώτα το μυαλό ενώ των άλλων οργάνων η ικανότητα διατηρείται πολύ καλά και άλλοτε πρώτα η καρδιά ή τα πόδια, ή οι σφιγκτήρες, ή άλλη λειτουργία. Επίσης σημειώνεται απώλεια στην ταχύτητα που διαφέρει ανάλογα με την δραστηριότητα. (Έμκε- Πουλοπούλου, 1999).

Παρακάτω αναφέρονται μερικά χαρακτηριστικά του γήρατος:

α) Είναι μια πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών λειτουργιών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πρόοδο του χρόνου.

Β) Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη συμβεί.

Γ) Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν την λειτουργικότητα του ατόμου.

Δ) Είναι προοδευτικό στην διαμόρφωση του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά.

Ε) Οφείλονται σε εσωτερικές αιτίες.

Στ) Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δεν μπορεί να το αποφύγει κανείς.

Ζ) Είναι καθολικό, δηλαδή εμφανίζεται σε όλα τα μέλη του είδους.

Η) Είναι μη ανατρέψιμο, δηλαδή δεν μπορεί να ανασταλεί η πορεία του.

Θ) Αρχίζει μετά την σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.

Ι) Καταλήγει στο θάνατο.

Αυτές οι βιολογικές μεταβολές είναι αναπόφευκτες και ισχύουν για όλους τους ανθρώπους. Σκοπός της υγιεινής του γήρατος είναι η πρόληψη ή τουλάχιστον ο περιορισμός εκείνων των βιολογικών μεταβολών που συχνά αποτελούν αιτία μαρασμού των γερόντων, με την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής. (Αθανασίου, κ.α., 2005).

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

Η μείωση της μαθησιακής ικανότητας, η ελάττωση της μνήμης, η επιθετικότητα, η ισχυρογνωμοσύνη είναι κάποια από τα συμπτώματα των αλλαγών στον ψυχολογικό τομέα, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν και στην λεγόμενη γεροντική απροσαρμοστικότητα. Αυτή η κατάσταση δεν είναι απαραίτητο να εμφανίζεται σε όλους τους ηλικιωμένους, αλλά και όταν εμφανίζεται δεν έχει τα ίδια χαρακτηριστικά συμπτώματα. Κάποιες επιστημονικές μελέτες καταλήγουν στις παρακάτω διαπιστώσεις:

1. Τα γηρατειά αρχίζουν από την γέννηση και από βιοϊατρική άποψη ακόμη νωρίτερα και είναι μια διαδικασία συνεχιζόμενων φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών σε όλη την διάρκεια της ζωής.
2. Μεγάλες διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στα άτομα. Η ταχύτητα και η ένταση του γήρατος ποικίλει από άτομο σε άτομο τόσο στο φυσιολογικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο. Για κάθε άνθρωπο τα γερατειά έχουν διαφορετική έναρξη και διαφορετική διάρκεια, διαφορετικές δυνατότητες και διαφορετικές συνέπειες.
3. Οι διαφορές που παρατηρούνται αυξάνονται όσο προχωρεί η ηλικία.
4. Το όριο που χωρίζει τη μέση ηλικία από τα γερατειά δεν είναι ξεκάθαρο.
5. Ένα όριο ηλικίας συνταξιοδότησης κοινό για όλους δεν λαμβάνει υπόψη τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν στα άτομα. (Έμκε- Πουλοπούλου, 1999:33).

Κλείνοντας, θα ήταν χρήσιμο να τονιστεί ότι οι περισσότεροι επιστήμονες που ασχολούνται με την φυσιολογία και την βιολογία του γήρατος συμφωνούν ότι δεν υπάρχει μια και μόνο θεωρία που να ερμηνεύει πλήρως το φαινόμενο της γήρανσης.

1.3 ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Η βασική ανάγκη όλων των ηλικιωμένων, ανεξάρτητα αν ζουν στις αναπτυσσόμενες ή αναπτυγμένες χώρες, στην οικογένεια ή σε κάποιο ίδρυμα, είναι η ίση μεταχείριση με τα άτομα των άλλων ηλικιών.

Ωστόσο η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999) Παρακάτω θα γίνει μια κατηγοριοποίηση αναγκών που έχουν οι ηλικιωμένοι:

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

Β. **Δυνατότητα παραμονής στην κοινότητα**: Αποτελεί την ανάγκη των ηλικιωμένων να παραμείνουν σπίτι τους και στην οικογένεια τους με την ανάπτυξη ζεστών ανθρώπινων σχέσεων, ενσωμάτωσης στην οικογένεια χωρίς να αισθάνονται ότι αποτελούν βάρος, αντίθετα σημαντικό για τους ηλικιωμένους είναι να αισθάνονται ότι ανήκουν κάπου. Η σιγουριά και η ασφάλεια που αισθάνονται οι ηλικιωμένοι ζώντας κοντά στα παιδιά τους και στα εγγόνια τους, βοηθάνε ώστε να αποφευχθεί η αποσύνθεση της προσωπικότητας τους, ενώ συγχρόνως τους δίνουν κουράγιο να αντιμετωπίσουν και να δεχθούν ομαλά την τελευταία αυτή φάση της ζωής τους.

Γ. **Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη**: Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητα τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειας τους. Στην Ελλάδα δε λειτουργούν εξειδικευμένες γηριατρικές μονάδες, με συνέπεια οι ηλικιωμένοι να εξυπηρετούνται από τις γενικές υγειονομικές υπηρεσίες. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που παρέχεται στους ηλικιωμένους αγρότες μέσω των Κέντρων Υγείας και των αγροτικών ιατρείων, στους συνταξιούχους του Ι.Κ.Α., του Τ.Ε.Β.Ε. και των άλλων ασφαλιστικών οργανισμών μέσω των υπηρεσιών τους και στους συνταξιούχους του δημοσίου μέσου των κρατικών

υγειονομικών υπηρεσιών, καλύπτει τις άμεσες ιατρονοσηλευτικές ανάγκες των ηλικιωμένων, απέχει όμως σημαντικά από ένα πλήρες και σωστά οργανωμένο υγειονομικό σύστημα, που να ανταποκρίνεται σε ικανοποιητικό βαθμό στις σύγχρονες ιατροκοινωνικές ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας στη χώρα μας (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999)

Δ. **Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, κοινωνικές επαφές**: Με αυτό τον τρόπο το άτομο αισθάνεται ότι είναι ενεργό μέλος μέσα στην κοινωνία και δεν έχει περάσει στο περιθώριο. Το άρθρο 16 του Συντάγματος κατοχυρώνει το δικαίωμα της παιδείας, ως δικαίωμα που αφορά την πνευματική κατάσταση του ανθρώπου. Παιδεία με την ευρύτερη έννοια του όρου, είναι η καλλιέργεια του ανθρώπινου πνεύματος.

Ωστόσο, έρευνες καταδεικνύουν ένα πολύ μεγάλο ποσοστό αναλφάβητων ηλικιωμένων, οι οποίοι λόγω ιστορικών συγκυριών αποστερήθηκαν αυτού του δικαιώματος. Το σύγχρονο ανθρωπιστικό – κοινωνικό κράτος, οφείλει να δώσει ιδιαίτερη σημασία στο δικαίωμα των πολιτών αυτών στην πληροφόρηση και στη γνώση. Προς τον σκοπό αυτό, το κράτος μεριμνά με τα «Σχολεία δεύτερης ευκαιρίας» και τα ελεύθερα Ανοιχτά Πανεπιστήμια. Όλα αυτά μπορούν να παίξουν ένα θετικό ρόλο σε συνεργασία και με τα Κ.Α.Π.Η. Παράλληλα όμως, αναγνωρίζεται στους ηλικιωμένους και το δικαίωμα στη δια βίου εκπαίδευση. Η κατάρτιση δεν πρέπει να σταματά κατά την συνταξιοδότηση, διότι θα οδηγηθούμε σε δυσμενείς παρενέργειες, όπως τον αποκλεισμό των συνταξιούχων από την τεχνολογική επανάσταση και εκπαίδευση. Ο Ν.1532/85, ορίζει ρητά στο άρθρο 13 το δικαίωμα μορφώσεως κάθε προσώπου και στο άρθρο 15 το δικαίωμα συμμετοχής στην επιμορφωτική ζωή. Επομένως, αναγνωρίζεται δικαίωμα πρόσβασης των συνταξιούχων σε όλες τις δυνατότητες κατάρτισης και εκπαίδευσης, για να μπορούν να συνεχίσουν να είναι ισότιμοι πολίτες και να νικήσουν τον τεχνολογικό αναλφαβητισμό που είναι δυνατό να οδηγήσει σε κοινωνικό αποκλεισμό.

Ως προς την ψυχαγωγία, οι ηλικιωμένοι που δε βρίσκονται κοινωνικά απομονωμένοι, διαθέτουν κάποια οικονομική άνεση και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας, καλύπτουν τον ελεύθερο χρόνο τους ασχολούμενοι με διάφορα ενδιαφέροντα, συχνάζοντας σε λέσχες, συμμετέχοντας σε εκδρομές και στις δραστηριότητες διάφορων σωματείων ή οργανώσεων. Ένα μεγάλο όμως μέρος των ηλικιωμένων, δεν έχει δυνατότητες ευχάριστης ψυχαγωγίας και δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου.

Στις περιπτώσεις αυτές τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) παρέχουν σημαντικό έργο, διοργανώνοντας προγράμματα ψυχαγωγίας, ανεβάζοντας θεατρικά έργα, παρουσιάζοντας μουσικά προγράμματα και διοργανώνοντας εκδρομές.

Ε. **Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητα στο χώρο τους** : Ιδιαίτερα για τους ηλικιωμένους που έχουν κάποια μορφή αναπηρίας ή είναι ευάλωτοι και χρειάζονται κάποιον φροντιστή και βοήθεια στην κίνηση τους χρησιμοποιώντας διάφορα βοηθήματα π.χ μπαστούνι, πατερίτσα, αναπηρικό αμαξίδιο.

ΣΤ. **Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν**: Το αίσθημα ότι λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις και στις εξελίξεις που τους αφορούν ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων και ότι έχουν τη δυνατότητα επιλογής και ελέγχου πάνω στη ζωή και στη μοίρα τους.

Ζ. **Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία**: Η κατ' οίκον φροντίδα από ειδικές υπηρεσίες, αποτρέπει την εισαγωγή των ηλικιωμένων σε ιδρύματα ή ελαχιστοποιεί το χρόνο της νοσοκομειακής τους περίθαλψης, ενώ παράλληλα τους προσφέρει μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Η παρεχόμενη κατ' οίκον φροντίδα δεν πρέπει να ακολουθεί σταθερό πρόγραμμα, αλλά πρέπει να προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάζει κατά περίπτωση ο κάθε ηλικιωμένος.

Η. **Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα πρόσωπα**:
απολαμβάνοντας όσα απέκτησαν τόσα χρόνια, στον οικείο χώρο τους ανάμεσα σε αγαπημένα τους πρόσωπα, αναγνωρίζοντας την μακρόχρονη και συνεχή προσφορά τους τόσο προς την οικογένεια τους, όσο και προς το Κράτος.

Η ιδέα ότι οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά
για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη αλλά δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν εξ αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη.

Μερικά παραδείγματα: οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί για ορισμένες εργασίες στην κατοικία τους, όπως το βάψιμο και μερικές μικροεπισκευές τις οποίες οι νεότεροι κάνουν μόνοι τους. Πρέπει να πληρώσουν άλλους για να κάνουν

αυτές τις δουλειές. Αρκετοί αγρότες δεν μπορούν να ασχοληθούν με τον κήπο τους, να καλλιεργήσουν φρούτα και λαχανικά για την αυτοκατανάλωση τους. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

Η περιορισμένη κινητικότητα μερικών καθιστά τη ζωή τους πιο ακριβή: για να μη ζουν κλεισμένοι στο σπίτι τους πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να δαπανούν για ταξί, τηλέφωνο και συγκεντρώσεις φίλων που οργανώνουν στο δικό τους χώρο. Λίγα χρόνια μετά τη συνταξιοδότηση οι ηλικιωμένοι διαπιστώνουν ότι τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά που διαθέτουν χρειάζονται επισκευή ή αλλαγή. Όσοι έχουν χαμηλότερα εισοδήματα θίγονται περισσότερο διότι συνήθως αγοράζουν είδη πιο φθηνά επομένως χειρότερης ποιότητας.

Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης. Με τις χαμηλές συντάξεις που λαμβάνουν πολλοί συνταξιούχοι, είναι δύσκολο να αποταμιεύσουν ώστε να αγοράζουν νέα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, ρούχα και παπούτσια. Οι υπερήλικες ζουν πιο συχνά μόνοι σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους. Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο. Πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί. Τα ψώνια επίσης στοιχίζουν περισσότερο για ένα άτομο που ζει μόνο. Αγοράζει αγαθά σε μικρή ποσότητα, που κοστίζουν πιο ακριβά γιατί δύσκολα βρίσκει, ιδιαίτερα στις υπεραγορές, προϊόντα σε μικρές συσκευασίες.

Για τους περισσότερους ηλικιωμένους ικανοποιούνται με κάποιο τρόπο οι ανάγκες διατροφής και στέγασης. Ωστόσο όμως πολλές άλλες ανάγκες τους δεν καλύπτονται. Όπως είναι οι βασικές οικονομικές ανάγκες, που δεν καλύπτονται για ένα μεγάλο μέρος ατόμων μεγάλης ηλικίας, αφού ουσιώδης και μερικές φορές μοναδικός πόρος ζωής των ηλικιωμένων είναι η σύνταξη και οι περισσότερες συντάξεις είναι χαμηλές. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα να ζήσουν ανεξάρτητοι και στηρίζονται για την επιβίωση τους είτε στα παιδιά τους είτε στην κρατική βοήθεια, η οποία κυρίως προσφέρεται με τη μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης. Πολλοί ηλικιωμένοι ζουν σε ακατάλληλα για τις ανάγκες τους σπίτια ή διαμερίσματα. (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

Οι κοινωνικές ανάγκες, οι ανάγκες για συμμετοχή στην κοινωνική ζωή συχνά δεν καλύπτονται. Οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες, δεν

ικανοποιούνται για τους περισσότερους ασθενείς με βαριές χρόνιες ασθένειες που ζουν στο σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικό- οικονομικές τάξεις. Η ενημέρωση των ηλικιωμένων για θέματα που τους αφορούν είναι ελλιπής έως ανύπαρκτη. Οι ενδιαφερόμενοι συχνά δεν γνωρίζουν τα μέτρα που λαμβάνονται, τις υπηρεσίες Υγείας-Κοινωνική Αλληλεγγύης και τις διάφορες παροχές που προσφέρουν το Κράτος, η Τοπική Αυτοδιοίκηση και μη κυβερνητικές οργανώσεις προς τους ηλικιωμένους-άρρωστους και τις οικογένειες τους.

1.4 ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

Παρά το γεγονός ότι μία από τις μεγαλύτερες επιτυχίες του 20ού αιώνα είναι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά περίπου 25 χρόνια, η πληροφόρηση που έχουμε σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων στην Ελλάδα είναι σχεδόν ανύπαρκτη.

Η έλλειψη σοβαρών μελετών και στατιστικών δεδομένων που θεωρούνται απαραίτητα εργαλεία για τη διαμόρφωση πολιτικών συνδεδεμένων με την Τρίτη ηλικία έχει ως συνέπεια η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ανθρώπων να επαφίεται στη «φιλανθρωπία». Ιδιαίτερα για τις ηλικιωμένες γυναίκες υπάρχει η τάση να αγνοούνται τόσο από την επιστημονική έρευνα όσο και από τα επίσημα στατιστικά στοιχεία.

Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί σαν αποτέλεσμα της μη ορατής πολιτικής και κοινωνικής παρουσίας των γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας ή των πατριαρχικών συστημάτων προστασίας των γυναικών που ακόμη επικρατούν, όμως η πραγματικότητα της ζωής των ηλικιωμένων Ελληνίδων είναι συχνά σκληρή.

Η μοναξιά, η αυξανόμενη τάση των ασθενειών, τα καταθλιπτικά φαινόμενα, το αδύναμο συνταξιοδοτικό σύστημα κ.ά., δίνουν το τελικό χτύπημα στην ποιότητα της ζωής ενεργών πολιτών.

Ειδικότερα η Ελλάδα δεν έχει συντάξει ποτέ μια πλήρη αναφορά «Η Υγεία για όλους» για τον ΠΟΥ. Οι μελέτες για το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες και τις γυναίκες στην Ευρώπη δείχνουν ένα προσδόκιμο ζωής 81,18 για τις γυναίκες στην Ελλάδα, έναντι 75,87 για τους άνδρες. Μία άλλη μελέτη δείχνει ότι το προσδόκιμο ζωής για τις Ελληνίδες 65 ετών και άνω παρουσιάζει σταθερή αύξηση από 17,6 χρόνια το 1986 σε 18,1 το 1992. (Εμκε-Πουλοπούλου, 2007)

Στις διαθέσιμες μελέτες, οι οποίες έχουν συμπεριληφθεί στη συγκριτική «Ευρωπαϊκή Ανασκόπηση των Διαθέσιμων Στατιστικών Στοιχείων», και στις έρευνες σχετικά με τις Συνθήκες Διαβίωσης των Γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας, στις 12 χώρες της Ε.Ε. που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, φαίνεται ότι η Τρίτη ηλικία στην Ελλάδα αντιμετωπίζεται ως περιττό μέγεθος.

- ✓ Πνευματικές διαταραχές και αναπηρίες: καμία έρευνα
- ✓ Ιατρική φροντίδα και Περίθαλψη: καμία έρευνα
- ✓ Φροντίδα στο Σπίτι: δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία για τα άτομα που δέχονται βοήθεια στο σπίτι είτε ανεπίσημα (από μέλη της οικογένειας) είτε

επίσημα, π.χ. από άτομα επί πληρωμή. Γίνεται αναφορά στην ανεπάρκεια των υπηρεσιών της πολιτείας να ανταποκριθούν σε επίπεδο φροντίδας για τον αυξανόμενο πληθυσμό ηλικιωμένων ατόμων στην Ελλάδα και για τον ρόλο της οικογένειας στην παροχή τέτοιων υπηρεσιών. Σημειώνεται, επίσης, ότι οι γυναίκες όλων των ηλικιών επωμίζονται αυτό το βάρος (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999).

- ✓ Φροντίδα σε ξενώνες και ιδρύματα: δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία για τον αριθμό των ηλικιωμένων ατόμων που βρίσκονται σε διαφόρων ειδών ξενώνες και ιδρύματα και μάλιστα πολλοί από αυτούς τους ξενώνες δεν είναι επίσημα δηλωμένοι και καταχωρισμένοι. Τα στοιχεία έχουν προκύψει από την τελευταία απογραφή. Δεν βρέθηκαν καθόλου πληροφορίες από έρευνες για αυτό το θέμα.
- ✓ Γενική εκπαίδευση των ηλικιωμένων: Τα εθνικά στατιστικά στοιχεία δίνουν κάποιες πληροφορίες για τα επίπεδα μόρφωσης των γυναικών 45-64 ετών και 65 και άνω. Οι αριθμοί δείχνουν ότι 8 στις 10 γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας δεν ολοκλήρωσαν κάτι παραπάνω από τη βασική εκπαίδευση.
- ✓ Επαγγελματική κατάρτιση και διά βίου μάθηση: Είναι σε γενικές γραμμές πολύ χαμηλή για όλα τα άτομα ηλικίας 55 έως 64 ετών (0,1%), αλλά δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία ανά φύλο.
- ✓ Σύνθεση του νοικοκυριού και οικογενειακή κατάσταση: δεν υπάρχουν καθόλου στατιστικά στοιχεία για τον ρόλο του παππού και της γιαγιάς για την οικογένεια, ως προς την φροντίδα των εγγονιών τους.

- ✓ Εικόνα εαυτού: Ένα πολύ σημαντικό ζήτημα που όμως δεν έχει μελετηθεί όσο θα έπρεπε.
- ✓ Βία κατά των ηλικιωμένων: δεν υπάρχουν καθόλου επίσημα στοιχεία αναφορικά με τη βία που βιώνουν ιδιαίτερα οι ηλικιωμένες γυναίκες μέσα στην οικογένεια ή σε ιδρύματα φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων, και μόνο πρόσφατα γράφτηκε μία αναφορά για τη βία στο σπίτι εναντίον των γυναικών, αλλά καλύπτει μέχρι την ηλικία των 60 ετών. (Κορνάρου &, Ρουμελιώτη, 2008)
- ✓ Η Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών, είναι η μόνη εταιρία, που πραγματοποίησε για το 2006 Ημερίδα με θέμα «Εκπαιδευτικές ανάγκες και ενδιαφέροντα ηλικιωμένων» που έλαβε χώρα στις 29 Απριλίου, στο Πνευματικό Κέντρο του Δήμου Αθηναίων. Η Ημερίδα αυτή οργανώθηκε για τις ανάγκες του ευρωπαϊκού προγράμματος ΣΩΚΡΑΤΗΣ/ GRUNDTVIG2.

Αντίστοιχοι οργανισμοί από το Βέλγιο, τη Λετονία και τη Σλοβακία σε συνεργασία με την Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών συμμετέχουν στο πρόγραμμα με θέμα: «Οι ευρωπαϊκές διαστάσεις στην εκπαίδευση και ενδυνάμωση της μνήμης ηλικιωμένων»

1.5 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα, η οποία αρκετές φορές έρχεται αντιμέτωπη με προβλήματα και δυσκολεύεται να καλύψει σε πολλές περιπτώσεις ακόμα και τις βασικές ανάγκες. Έτσι στα πλαίσια της προστασίας των υπερηλίκων έχουν τεθεί σε εφαρμογή διάφορα προγράμματα που στοχεύουν στην ευημερία, στην ψυχαγωγία και στην καλύτερη διαβίωση των ηλικιωμένων. Αρμόδια για την υλοποίηση τέτοιου είδους προγραμμάτων είναι η Διεύθυνση Κοινωνικής Αλληλεγγύης της εκάστοτε Περιφερειακής Αυτοδιοίκησης. Τα πιο σημαντικά προγράμματα που υλοποιούνται στην Ελλάδα υπέρ της τρίτης ηλικίας είναι τα ακόλουθα.

Κ.Α.Π.Η ΓΩΝΙΩΝ ΔΗΜΟΥ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ
ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ - Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Ένα πρόγραμμα ζωτικής σημασίας κυρίως για τους άπορους ηλικιωμένους, είναι το ‘’Πρόγραμμα Οικονομικής Ενίσχυσης’’. Βάσει του προγράμματος αυτού χορηγούνται τα εξής επιδόματα :

Α) Επίδομα σε ανασφάλιστους ηλικιωμένους με χρόνια πάθηση και αναπηρία 67% και άνω χορηγεί η υπηρεσία του Τμήματος Επιδοματικής Πολιτικής και Ελέγχου.

Β) Χορηγείται επίσης επίδομα ενοικίου σε ανασφάλιστα οικονομικά αδύνατα μοναχικά ηλικιωμένα άτομα από την ίδια υπηρεσία.

Γ) Ο ΟΓΑ χορηγεί τη βασική σύνταξη γήρατος σε όλα τα ανασφάλιστα άτομα ηλικίας από 67 χρόνων και άνω, που δεν έχουν κατοχυρώσει δικαίωμα συνταξιοδότησης από κανένα ασφαλιστικό ταμείο και είναι οικονομικά αδύνατα (Δ/νση Κοινωνικής Μέριμνας της Περιφέρειας Κρήτης).

Αυτά τα επιδόματα δίνονται για τους ηλικιωμένους . Εάν έχουν κάποια αναπηρία και είναι και ηλικιωμένοι ανασφάλιστοι πάλι επιδοτούνται από τα προνοιακά προγράμματα για αναπήρους.

Η παροχή προγραμμάτων, όσον αφορά στους ηλικιωμένους δεν περιορίζεται μονάχα στην χορήγηση επιδομάτων, αλλά και στην παροχή υπηρεσιών οι οποίες σκοπό έχουν το συμφέρον και την βελτίωση της ζωής των ηλικιωμένων. Οι υπηρεσίες αυτές διακρίνονται σε ανοικτής και κλειστής περίθαλψης.

Οι υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους, σύμφωνα με τον καινούριο νόμο του Καλλικράτη στο Δήμο Μαλεβιζίου, παρέχονται στο πλαίσιο λειτουργίας των δημόσιων φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης και συγκεκριμένα μέσω του Δημοτικού Οργανισμού Κοινωνικής Αλληλεγγύης Προστασίας και Παιδείας (Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.ΑΜ). Ο (Δ.Ο.Κ.Α.Π.ΠΑ.Μ.), είναι μία υπηρεσία του Δήμου Μαλεβιζίου, η οποία ιδρύθηκε με την **76/2011** απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου του Δήμου, με σκοπό την οργάνωση και τη λειτουργία των υπηρεσιών στους τομείς κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης και παιδείας, όπως αυτοί οριοθετούνται από το άρθρο 75 του Δ.Κ.Κ. όπως ισχύει και στον **Ο.Ε.Υ.** του Δ.Ο.Κ.Α.Π.ΠΑ.Μ. **(Φ.Ε.Κ. 646/Β/19.04.2011)** με γνώμονα την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών των κατοίκων (http://www.dokappam.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=28, πρόσβαση στις 2/7/2013).

Οι υπηρεσίες ανοιχτής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους που περιλαμβάνει ο Δ.Ο.Κ.Α.Π.ΠΑ.Μ. είναι τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) και το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Επίσης άλλες υπηρεσίες που υπάρχουν είναι οι Λέσχες Φιλίας, το Πρόγραμμα Τηλεσυναγερμού – Τηλεβοήθειας στο σπίτι και η Αναδοχή Ηλικιωμένων.

1.5.1 ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Α.Π.Η.)

Ο Θεσμός Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) αποτελεί φορέα παροχής υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας προς ηλικιωμένους, επιδιώκοντας με αυτό τον τρόπο την παραμονή των ενδιαφερομένων στο ευρύτερο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον.
Ο τομέας αυτός της ανοικτής περίθαλψης εγκαινιάσθηκε στην Ελλάδα, κατά τη διάρκεια του πιλοτικού προγράμματος το 1979 από φορείς του εθελοντικού τομέα. Η ενεργοποίηση της Κεντρικής Διοίκησης (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης) οδήγησε και στην τυποποίηση του θεσμού, ο οποίος σήμερα λειτουργεί στο πλαίσιο των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Η μεταβίβαση των αρμοδιοτήτων ίδρυσης και λειτουργίας των Κ.Α.Π.Η. στους ΟΤΑ έγινε με διάταγμα αρ. 68 Ν. 1416/84, όπου και εξαπλώθηκε η παροχή σχετικών υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα.
Τα Κ.Α.Π.Η. συνιστούν ΝΠΔΔ , ιδρύονται και λειτουργούν στο πλαίσιο των ΟΤΑ. Η ίδρυσή του προϋποθέτει την έκδοση Προεδρικού Διατάγματος, ύστερα από απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, με το οποίο ορίζονται τα όργανα της διοίκησης, ο σκοπός, οι πόροι, η περιουσία και το όνομα του ιδρύματος. Η χρηματοδότησή τους στηρίζεται σε επιχορηγήσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που καλύπτουν τις ανάγκες λειτουργίας, υποδομής και εξοπλισμού.
Η λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. εντάσσεται σε ένα σύγχρονο πλαίσιο με το οποίο προωθείται το μοντέλο της ανοικτής φροντίδας και εξυπηρετεί του εξής σκοπούς:
• Την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων
των ηλικιωμένων που θα τους βοηθήσει να παραμείνουν αυτόνομα
ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.

• Τη διαφώτιση και την συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

• Την αξιοποίηση της έρευνας για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ηλικιωμένων.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα Κ.Α.Π.Η. συνδυάζουν τις παραδοσιακές υπηρεσίες ιατρικής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τις προνομιακές υπηρεσίες ανοικτού τύπου. Συγκεκριμένα (Αμίτσης.,1993)

Γίνεται πρωτοβάθμια φροντίδα και συμβουλευτική για τη χρήση παροχών ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης,

Φυσιοθεραπεία και εργασιοθεραπεία

Κοινωνική εργασία

Βοήθεια στο σπίτι για όσους δε μπορούν αν αυτοεξυπηρετηθούν

Οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση

Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις.

Η εξέλιξη του θεσμού μέχρι σήμερα αποδεικνύει ότι λειτούργησε θετικά και ενισχύθηκε η κοινωνική αυτονομία των ηλικιωμένων, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στη βελτίωση των δυνατοτήτων παραμονής τους στο κοινωνικό περιβάλλον και στην αξιοποίηση εκείνων των μηχανισμών για την κοινωνική προστασία που προβλέπονται γι' αυτούς. Οι ελλείψεις εστιάζονται στην υλικοτεχνική υποδομή και διάρθρωση των προγραμμάτων, γι' αυτό και χρειάζεται να γίνει αναθεώρηση του θεσμού και να αναπροσαρμοστεί στις νέες οικονομικές και κοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων. (Τεπέρογλου,1991,)

Με το νόμο 1416/84 άρθρο 38, το κράτος πλέον μεταβίβασε την αρμοδιότητα διοίκησης και λειτουργίας των Κ.Α.Π.Η. στην τοπική αυτοδιοίκηση. Έκτοτε επεκτάθηκε η λειτουργία τους και καλύφθηκε σχεδόν το σύνολο της χώρας. Τα Κ.Α.Π.Η. διοικούνται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο, χρηματοδοτούνται από το Δήμο και έχουν δικό τους προϋπολογισμό. Στο διοικητικό συμβούλιο συμμετέχουν και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι μέσω ενός εκπροσώπου τους. Με τη συμμετοχή των ηλικιωμένων μέσω ενός εκπροσώπου στο διοικητικό συμβούλιο, προλαμβάνεται η περιθωριοποίηση και η διατήρηση των ηλικιωμένων σε κατάσταση ενεργού κοινωνικής παρουσίας. Για να συμβεί κάτι τέτοιο τα ΚΑΠΗ δεν αποτελούν ένα κοινωνικά κλειστό σύστημα παροχής

υπηρεσιών αλλά δίαυλο μιας αμφίδρομης σχέσης των ηλικιωμένων και του κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Η δημιουργία των ΚΑΠΗ θεωρήθηκε πρωτοποριακή και επιτυχής παρέμβαση δεδομένου ότι διαφέρει από τις παραδοσιακές υπηρεσίες, καθόσον οι δράσεις τους επικεντρώνονται στην εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων για την κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων, την ενεργοποίηση τους, την πρόληψη της υγείας τους καθώς και την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Τα ΚΑΠΗ ως προγράμματα ανοικτής περίθαλψης και φροντίδας ξεκίνησαν με την προοπτική να ανταποκριθούν σε μια σειρά από βασικές ανάγκες του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού ηλικιωμένων.

Ωστόσο διάφορες μελέτες και έρευνες διαπίστωσαν ότι τα Κ.Α.Π.Η. έχουν προσελκύσει συγκεκριμένες κατηγορίες ηλικιωμένων, δηλαδή τους νεότερους, με καλή υγεία και οι οποίοι σε μεγάλο ποσοστό δεν μένουν μόνοι. Αυτό σημαίνει ότι ένα σημαντικό μέρος των ηλικιωμένων δεν συμμετέχει ή αποκλείεται από τις δραστηριότητες των Κ.Α.Π.Η. , γεγονός που υπαγορεύει τη διεύρυνση των προγραμμάτων για την ένταξη και των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι, είναι μη αυτοεξυπηρετούμενοι, έχουν μειωμένη κινητικότητα κ.λ.π. Παρόλα αυτά ο ρόλος και το έργο τους έχει ευρέως αναγνωριστεί και κυρίως εκ μέρους των ίδιων των ηλικιωμένων, οι οποίοι δηλώνουν ότι έχουν συμβάλει θετικά στην αναβάθμιση της καθημερινής τους ζωής. Αυτό προκύπτει και από τα αποτελέσματα δυο ερευνών που διεξήχθησαν στο παρελθόν από το ΕΚΚΕ και αφορούν η πρώτη τη μελέτη των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων των περιοχών όπου προγραμματιζόταν να λειτουργήσουν τα Κ.Α.Π.Η. (προλειτουργική έρευνα – 1986) και η δεύτερη τη διερεύνηση των απόψεων των ηλικιωμένων όσον αφορά τα /προγράμματα των Κ.Α.Π.Η. (1990-Αξιολόγηση της προσφοράς των Κ.Α.Π.Η.) (Τεπέρογλου,1991).

Συγκεκριμένα, τα Κ.Α.Π.Η., κατά τους ηλικιωμένους τους προσφέρουν ψυχαγωγία και συντροφιά. Ένα μεγάλο ποσοστό (89%) είναι ευχαριστημένοι από τη λειτουργία και τα προγράμματα των κέντρων. Πρέπει να αναφερθεί ότι η τέταρτη ηλικία δηλώνει ικανοποιημένη σε μεγαλύτερο ποσοστό από την Τρίτη, ενώ η Τρίτη ηλικία εκφράζει σε μεγαλύτερο ποσοστό αιτήματα για βελτίωση των προγραμμάτων. Επίσης το 42% του δείγματος δηλώνει ότι είναι ικανοποιημένο από τα προγράμματα και δεν ζητά τίποτε περισσότερο. Τα αιτήματα που διατυπώνουν για επιπλέον υπηρεσίες αφορούν ιατρική

περίθαλψη και ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Η αποδοχή και η στήριξη του θεσμού εκ μέρους των ηλικιωμένων προέκυψαν από έρευνες που αναφέρονται στα πρώτα χρόνια λειτουργίας των Κ.Α.Π.Η. . Έκτοτε και μέχρι σήμερα δεν έχουν διεξαχθεί σε ευρεία κλίμακα παρόμοιες έρευνες και μελέτες. Για το λόγο αυτό έχει προκύψει η αναγκαιότητα δημιουργίας ενός μηχανισμού αφενός παρακολούθησης των συνεχώς διαμορφούμενων αναγκών των ηλικιωμένων και αφετέρου αξιολόγησης της συμβολής των Κ.Α.Π.Η. στην κάλυψη των αναγκών αυτών. Σήμερα λειτουργούν 607 Κ.Α.Π.Η. σε όλη τη χώρα και σχεδιάζεται η συμπλήρωση των υπαρχουσών δομών με την ανάπτυξη νέων Κ.Α.Π.Η. σε περιοχές που δεν υπάρχει αντίστοιχη υποδομή ή και σε περιοχές όπου έχουν διαπιστωθεί αυξημένες ανάγκες και δεν καλύπτονται από τις υπάρχουσες δομές. (1990-Αξιολόγηση της προσφοράς των Κ.Α.Π.Η.,Τεπέρογλου,1991)

Σε επίπεδο Κρήτης ο αριθμός των δομών ανέρχεται στις 70 και ο αριθμός του μόνιμου προσωπικού ανέρχεται στα 470 άτομα διαφόρων ειδικοτήτων, έχουν εξυπηρετήσει στα εννιά χρόνια λειτουργίας τους 20000 και πλέον άτομα. Ειδικότερα στο Δήμο Ηρακλείου λειτουργούν από το 1983 έντεκα Κ.Α.Π.Η. Το 2008 δημιουργήθηκε ο Δημοτικός Οργανισμός Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΔΟΚΑΠΗ) ο οποίος είναι ένας ενιαίος φορέας φροντίδας ηλικιωμένων. (www.neakriti.gr).

Όσον αφορά το Δήμο Μαλεβιζίου λειτουργούν πέντε Κ.Α.Π.Η. με αντίστοιχα παραρτήματα τα οποία βρίσκονται υπό την εποπτεία του Δημοτικού Οργανισμού Κοινωνικής Αλληλεγγύης Προστασίας και Παιδείας. (www.dokappam.gr).

1.5.2 ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Η.Φ.Η.)

Τα Κ.Η.Φ.Η. είναι σύγχρονες ανοιχτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας αδυνατώντας να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει.

Βασικοί σκοποί του Κ.Η.Φ.Η. είναι να παραμένουν τα ηλικιωμένα άτομα στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, έτσι ώστε να υπάρχει διατήρηση της συνοχής της

οικογένειας. Επίσης επιδιώκεται εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο άτομο, η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και κοινωνικού αποκλεισμού και τέλος η υποστήριξη ώστε να διατηρήσουν την αυτονομία τους, την κοινωνική συνοχή και το κοινωνικό τους περιβάλλον.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα Κ.Η.ΦΗ. είναι:

- Νοσηλευτική φροντίδα
- Φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- Ατομική υγιεινή
- Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης, προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων
- Διασύνδεση των Κ.Η.Φ.Η.

Τα Κ.Η.Φ.Η. στελεχώνονται από: νοσηλευτές/τριες, κοινωνικούς φροντιστές, βοηθητικό προσωπικό (Διαλυνάκη, 2010).

1.5.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι για ηλικιωμένους εγκαινιάστηκε το 1994 και άρχισε να εφαρμόζεται πιλοτικά από το 1996. Το πρόγραμμα αυτό εφαρμόστηκε ολοκληρωμένα και η λειτουργά του θεσμοθετήθηκε από το 1997, γι’ αυτό και επιλέχθηκαν συγκεκριμένοι Δήμοι οι οποίοι παρείχαν τις σχετικές υπηρεσίες, σε συνεργασία με τα Υπουργεία Εσωτερικών, δημόσιας διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η προνομιακή λειτουργία των υπηρεσιών που παρέχονται στο σπίτι των ενδιαφερομένων συμβαδίζει με τις παρεμβάσεις στη δεκαετία του 1980 που έγινε στον τομέα της Υγείας. (Κυριακάκη,1991).

Το πρώτο ολοκληρωμένο σχέδιο για την προώθηση του Προγράμματος κατοχυρώνει την ενεργοποίηση των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης για την υλοποίηση των δράσεων. Τα ΚΑΠΗ επίσης χρησιμοποιούνταν ως οργανωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους (αρθρο 1 της υπ’αρ. Π4β/οικ.5814/17.10.97).

Ο κύριος στόχος των προγραμμάτων είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων. Δίδεται προτεραιότητα σε κατηγορίες ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν πρόσθετα προβλήματα

όπως οι ηλικιωμένοι που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως, εκείνοι που χρειάζονται ειδική φροντίδα, διαβιούν μοναχικά και δεν έχουν επαρκείς πόρους για να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους και να διατηρηθούν οι ίδιοι και οι οικογένειές τους στον κοινωνικό ιστό, παραμένοντας στο φυσικό και στο κοινωνικό τους περιβάλλον.

Με τα προγράμματα αυτά επιδιώκεται :

- ☑ Η ανίχνευση, η διερεύνηση, η καταγραφή και η μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων στο σπίτι
- ☑ Η παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και στις οικογένειές τους, από ειδικούς επιστήμονες, από καταρτισμένα στελέχη και από εθελοντές για να αναπτύξουν τις άμεσες ανάγκες αξιοπρεπούς επιβίωσης
- ☑ Ο εντοπισμός και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του Δήμου, των πολιτών και των οργανωμένων τοπικών φορέων για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων δημοτών.
- ☑ Την συστηματική αξιοποίηση των εθελοντικών πρωτοβουλιών, την διαρκή ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και δυνατότητες των ηλικιωμένων με έμφαση στην αλληλεγγύη των γενεών.
- ☑ Την σύνδεση των εξυπηρετούμενων με τα Κ.Α.Π.Η. και ταυτόχρονη αξιοποίηση και δραστηριοποίηση των μελών των Κ.Α.Π.Η.
- ☑ Την οργάνωση και συστηματική παροχή υπηρεσιών Κοινωνικής Εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσιοθεραπείας, εργοθεραπείας και οικογενειακής βοήθειας για την κάλυψη των βασικών αναγκών των ηλικιωμένων. (Κυριακάκη,1991)
- ☑ Τη διαρκή μελέτη και αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων ώστε να υποβάλλονται οι σχετικές εισηγήσεις προς τους αρμόδιους φορείς προκειμένου να λαμβάνονται μέτρα για την κάλυψη αυτών των αναγκών
- ☑ Τη διαρκή επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων εφαρμογής και των αποτελεσμάτων του προγράμματος για την επανατροφοδότηση του σχεδιασμού και των μεθόδων που εφαρμόζονται.

Οι υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται είναι:

- ☑ Η διερεύνηση, η καταγραφή, η επεξεργασία και η μελέτη των αναγκών των ηλικιωμένων στους σχετικούς δήμους και η κοινωνική χαρτογράφησή τους
- ☑ Η εκπαίδευση εθελοντών και η οργάνωση δράσεων κοινωνικής αλληλεγγύης
- ☑ Η κοινωνική εργασία με άτομα, ομάδες και οικογένειες
- ☑ Η ενημέρωση για τα προνομιακά δικαιώματα των εξυπηρετουμένων
- ☑ Η διασύνδεση με υπηρεσίες Υγείας – Πρόνοιας και άλλες, που καλύπτουν ανάγκες των ηλικιωμένων
- ☑ Η ιατρική παρακολούθηση, η νοσηλευτική φροντίδα και η φυσικοθεραπεία στο σπίτι ή όπου αλλού παρέχεται
- ☑ Οι υπηρεσίες οικογενειακής βοηθητικής φροντίδας
- ☑ Η διευκόλυνση για συμμετοχή στις πολιτιστικές, θρησκευτικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες των ηλικιωμένων
- ☑ Η συστηματοποίηση του δικτύου υπηρεσιών του Δήμου για την κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι και η σύνδεση με τις αντίστοιχες υπηρεσίες της ευρύτερης κοινότητας.

Η υλοποίηση των προγραμμάτων τυποποιήθηκε θεσμικά με την υπογραφή της σύμβασης μεταξύ του Υπουργείου Υγείας – Κοινωνική Αλληλεγγύης, του Υπουργείου Εσωτερικών και Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, της ΚΕΚΕ, των εκπροσώπων των Κ.Α.Π.Η. και των δημοτικών Επιχειρήσεων των αντίστοιχων δήμων. Οι φορείς για την υλοποίηση του προγράμματος ορίστηκαν οι 102 δήμοι οι οποίοι προώθησαν τις δράσεις για 5 έτη.

Η εφαρμογή των προγραμμάτων τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και ασκείται από την αρμόδια Διεύθυνση Ηλικιωμένων και Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, και από τα αρμόδια Τμήματα Κοινωνική Αλληλεγγύης της Περιφερειακής Διοίκησης.

Οι δήμοι οι οποίοι επιλέχθηκαν διακρίνονται σε δύο κατηγορίες:

• Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται οι Δήμοι που επιχορηγούνται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Εσωτερικών, δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης.

• Στην δεύτερη κατηγορία εντάσσονται οι Δήμοι που επιχορηγούνται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνική Αλληλεγγύης με τα ίδια ποσά όπως επιχορηγούνταν και οι δήμοι από το Υπουργείο Εσωτερικών Δημόσιας διοίκησης και Αποκέντρωσης.

Η υλοποίηση των προγραμμάτων ανατέθηκε στα ΚΑΠΗ των δήμων, τα οποία εκτός από το τακτικό τους προσωπικό, απασχολούν και εξειδικευμένο προσωπικό (κοινωνικό λειτουργό ΑΕΙ/ΤΕΙ, νοσηλευτή ΤΕΙ/ΜΤΕΝΣ και οικογενειακή βοηθό). Οι δήμοι μάλιστα υποχρεούνται να επιχορηγούν τα ΚΑΠΗ με 9.000 € για δύο χρόνια.

Το πεδίο εφαρμογής του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» διευρύνθηκε από το 2000 με την ένταξη ειδικών υπηρεσιών τηλεβοήθειας οι οποίες παρέχονται στα ηλικιωμένα άτομα. Οι υπηρεσίες «Τηλεβοήθεια στο σπίτι» εγκαινιάζονται κανονιστικά με την έκδοση της υπ'αρ. Π1Γ/οικ. 4128/18.10.200 Απόφασης των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΕΚ Β' 1360), με την οποία ορίζονται ως φορείς υλοποίησης του προγράμματος οι δήμοι που εφαρμόζουν το πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» και τον Οργανισμό Τηλεπικοινωνιών της Ελλάδας.

Το πρόγραμμα «Τηλεβοήθεια στο Σπίτι» εποπτεύεται από τη Διεύθυνση Προστασίας Οικογένειας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων ατόμων που διαβιώνουν μόνοι και αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν λόγω νοητικής ή κινητικής αναπηρίας και προβλημάτων υγείας. Αυτό είναι ένα πιλοτικό πρόγραμμα κοινωνικών υπηρεσιών με το οποίο προωθείται η διασύνδεση των χρηστών με προνοιακές μονάδες άμεσης παρέμβασης καθώς και την άμεση επικοινωνία με το συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον (Αμίτσης,1993).

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι για ηλικιωμένους» θεσπίστηκε με το Ν. 2082/92 και εφαρμόζεται από το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, την Εκκλησία, και τις μη Κυβερνητικές/ Εθελοντικές Οργανώσεις.

Με το πρόγραμμα αυτό εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνική Αλληλεγγύης και συγχρηματοδοτείται από τα Υπουργεία Υγείας – Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι λειτουργούν σε άμεση σχέση και διασύνδεση με τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) κάθε δήμου, ενώ το συνολικό Πρόγραμμα συντονίζεται και αξιολογείται από μία Επιτροπή παρακολούθησης. Η βοήθεια στο σπίτι είναι δικαίωμα του ηλικιωμένου πολίτη, δεδομένου ότι εξασφαλίζει την παραμονή του στο σπίτι και την κοινότητα που επιλέγει να ζήσει, όταν αντιμετωπίζει προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης και αποσκοπεί στην ενθάρρυνση των ανθρώπων αυτών. Τα

προγράμματα αυτά έχουν συμβάλλει θετικά στην αναβάθμιση της καθημερινής τους ζωής (Αμίτσης,1993).

Σημειώνεται ότι, το 2001, τρία χρόνια μετά την έναρξη λειτουργίας του Πιλοτικού προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι για ηλικιωμένους» (1998 – 2003) και ενώ το πρόγραμμα είχε ήδη επεκταθεί, επιχειρήθηκε μια πρώτη αξιολόγηση σε εκατό δήμους που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, με βάση τα απολογιστικά στοιχεία που συλλέγονταν για τον ποιοτικό και διαχειριστικό του έλεγχο. Η Επιτροπή Παρακολούθησης του Προγράμματος αποφάσισε την αξιολόγηση της τριετούς λειτουργίας του για την επανατροφοδότηση του σχεδιασμού και των μεθόδων που εφαρμόζονται, για την εκτίμηση της αποδοτικότητας του και τον εντοπισμό των αδυναμιών του. Η αξιολόγηση βασίστηκε στα στοιχεία που συλλέγονται από τους επαγγελματίες που φροντίζουν τους εξυπηρετούμενους.

Συγκεκριμένα έγινε επεξεργασία των πληροφοριών που υπάρχουν τόσο στα διάφορα έντυπα/ερωτηματολόγια εκτίμησης αναγκών για την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας όσο και στα έντυπα του Κοινωνικού Ιστορικού κάθε ηλικιωμένου – μέλους της «Βοήθειας στο σπίτι».

Τα συμπεράσματα από την έρευνα ήταν ότι οι κάτοικοι των περιοχών που λειτούργησαν τα προγράμματα δέχθηκαν πολύ θετικά τη νέα αυτή υπηρεσία και τη στήριξαν, είτε με εθελοντική εργασία, είτε με προσφορά ειδών και χρημάτων.

Στα τρία χρόνια λειτουργίας του, εξυπηρετήθηκαν περίπου 9,000 ηλικιωμένα άτομα και αυτός ο αριθμός θεωρείται άτι είναι αρκετά ικανοποιητικός δεδομένης της περιορισμένης έκτασης του προγράμματος. Από το σύνολο των εξυπηρετηθέντων το 47% ήταν άτομα που διαβιούν μοναχικά και το 34% ήταν 28 μη αυτοεξυπηρετούμενα.

Οι μορφές φροντίδας που προσφέρθηκαν στο σύνολο των εξυπηρετουμένων αφορούσαν υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας και οικογενειακής βοήθειας. Από τις υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας που προσφέρθηκαν το μεγαλύτερο ποσοστό εξυπηρετουμένων (39%) έκανε χρήση υποστηρικτικής κοινωνικής εργασίας. Όσον αφορά τις υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και η αγωγή υγείας εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά χρήσης από τους εξυπηρετούμενους (26% και 24% αντίστοιχα).

Τέλος από τις υπηρεσίες οικογενειακής φροντίδας, τα μεγαλύτερα ποσοστά χρήσης από τους εξυπηρετούμενους εμφανίζουν η συντροφιά και οι εξωτερικές εργασίες (28% και 27% αντίστοιχα). Ως προς τη συχνότητα παροχής, η κοινωνική εργασία, στην πλειονότητα εξυπηρετουμένων, προσφέρθηκε μια φορά το δεκαπενθήμερο (38%) ή μία φορά την εβδομάδα (34%) ενώ στο υπόλοιπο των εξυπηρετούμενων συχνότερα (2-3 φορές την εβδομάδα ή και καθημερινά}. Όσον αφορά την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και οικογενειακής βοήθειας, εμφανίζεται σε συχνότερη βάση μια φορά την εβδομάδα (34% και 41% αντίστοιχα).Όπου κρίνεται βέβαια αναγκαίο, υπάρχει και καθημερινή προσφορά υπηρεσιών κάθε κατηγορίας.

Το κόστος λειτουργίας μιας υπηρεσίας «βοήθεια στα σπίτι για ηλικιωμένους» είναι για τους 60 ηλικιωμένους 35.000 ευρώ, κόστος που αναλογεί κατά προσέγγιση στην παραμονή δύο ηλικιωμένων σε ίδρυμα κλειστής περίθαλψης. Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι λόγω των υπηρεσιών που προσφέρθηκαν στους ηλικιωμένους από τα προγράμματα, υπήρξε πιθανά μείωση της χρησιμοποίησης των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Αυτό δεν ήταν δυνατόν να εκτιμηθεί, αλλά θα μπορούσε να ειπωθεί ότι περιορίστηκε σημαντικά η χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Τα πλεονεκτήματα από τα προγράμματα αυτά είναι ότι πρόσφεραν ένα αίσθημα ασφάλειας στους μοναχικούς ηλικιωμένους, προσέφεραν την απαραίτητη νοσηλευτική και υποστηρικτική φροντίδα σε όσους δεν ήταν απαραίτητο να παραμείνουν στο νοσοκομείο. Προσέφεραν τη δυνατότητα διεξαγωγής εργαστηριακών εξετάσεων που θα απασχολούσαν τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και πιθανά και κλίνες. Και τέλος συνέβαλαν στην πρόληψη εξελίξεων παθήσεων με παρακολούθηση και συχνή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής.

Το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» που είναι πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας και στοχεύει στην παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες, έχει τη μορφή των αντίστοιχων «home care» του Ηνωμένου Βασιλείου ή των Σκανδιναβικών χωρών. Αυτή η μορφή της υγειονομικής περίθαλψης δίνει μια νέα μορφή στην παροχή κοινωνικής προστασίας στον πολίτη. (Αμίτσης, 1993)

Σημειώνεται ότι στις Ηνωμένες Πολιτείες στα πλαίσια της αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας το Βρετανικό ΕΣΥ (NHS) δέχεται ριζικές και παρατεταμένες αλλαγές για να προσφέρει καλύτερες υπηρεσίες. Οι δαπάνες ανέρχονται σε 128 δις στερλίνες, με

ολόκληρο τον κλάδο υγεία να απορροφά 144 δις στερλίνες εν έτη 2001. Η αναβάθμιση του ΕΣΥ σχετίζεται με την περισσότερη πληροφόρηση των ασθενών, με την επάρκεια κλινών και ιατρικών υπηρεσιών, με την επάρκεια ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, με μικρότερες λίστες αναμονής, με καθαρότερους θαλάμους, καλύτερη ποιότητα ξενοδοχειακών υποδομών και σίτισης στα νοσοκομεία, με Ποιότητα φροντίδας προς τους ηλικιωμένους, με υψηλότερα standards και ανταμοιβές για καλύτερο αποτέλεσμα, και με αποκέντρωση των κέντρων αποφάσεων και ενδυνάμωση της αυτοδιοίκησης) Ο μετασχηματισμός σε Care & Foundations Trusts (καινοτόμες μορφές ΝΠΙΔ) αποτελεί ένα παράδειγμα κοινής προσπάθειας μεταξύ του τομέα της υγεία και της τοπικής διοίκησης. Στη Μεγάλη Βρετανία λειτουργούν ήδη 8 Care Trusts και η πρακτική των ΣΙΤ έχει συμβάλλει στην εύρυθμη λειτουργία τους.(Ρουμελιώτης et al, 2006)

Γι' αυτή έχει η μορφή της υγειονομικής περίθαλψης το 75% χρηματοδοτείται κατά από το ευρωπαϊκό ταμείο περιφερειακής ανάπτυξης της ευρωπαϊκής ένωσης και κατά 25% από το Ελληνικό δημόσιο και αποτέλεσμα οι υπηρεσίες να προσφέρονται δωρεάν στο σπίτι των πολιτών .(http://www.depoansx.gr/program.php,)

1.5.4 ΑΝΑΔΟΧΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η αναδοχή των ηλικιωμένων αποτελεί ένα προσωρινό μέτρο για άτομα που παρουσιάζουν δυσκολίες στην αυτοεξυπηρέτηση και έκπτωση στην κοινωνική λειτουργικότητά τους. Ο στόχος είναι η πρόληψη, η φροντίδα και η εγκατάλειψη του ιδρυματισμού. Η αναδοχή στην Τρίτη ηλικία περιλαμβάνει περιπτώσεις ηλικιωμένων ατόμων με χαμηλές συντάξεις και χωρίς άλλους οικονομικούς πόρους, άστεγα ή εγκαταλελειμμένα σε νοσοκομεία ή γηροκομεία, άτομα με προβλήματα υγείας ή με βαριές αναπηρίες (το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» καλύπτει αυτή την ανάγκη), ηλικιωμένα άτομα που έχουν άρρωστα ή ανάπηρα παιδιά, που πάσχουν από άνοια και άλλες ψυχικές διαταραχές και τέλος άτομα που έχουν κακοποιηθεί. (Αμηρά, 2001).

Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η άτυπη μορφή αναδοχής που παρέχεται από το κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον. Συγκεκριμένα κάποιες μορφές είναι, η άτυπη αναδοχή ηλικιωμένων ατόμων από τους γείτονές τους που τους παρέχουν κάθε δυνατή φροντίδα, η πρόσληψη κυρίως αλλοδαπών γυναικών για την παροχή φροντίδας, αλλά και

εθελοντές ανάδοχοι οι οποίοι επισκέπτονται ηλικιωμένους σε κλειστά κέντρα περίθαλψης ή στο σπίτι τους κρατώντας τους συντροφιά για μερικές μέρες.
Ολοκληρώνοντας, οφείλουμε να τονίσουμε ότι η ελληνική κοινή γνώμη χρειάζεται μεγαλύτερη ενημέρωση για το θεσμό της αναδοχής στην Τρίτη ηλικία, αλλά και το κράτος Πρόνοιας οφείλει να λάβει δραστικότερα μέτρα σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη των ατόμων αυτών. Χρειάζονται μέτρα με σεβασμό για το παρελθόν παρέχοντας ταυτόχρονα την ελπίδα του παρόντος και του μέλλοντος.

1.5.5 ΛΕΣΧΕΣ ΦΙΛΙΑΣ

Ο Δήμος Αθηναίων έχει δημιουργήσει μέχρι σήμερα 22 λέσχες οι οποίες παρέχουν σε εκατοντάδες ηλικιωμένους διέξοδο και την δυνατότητα δημιουργικής απασχόλησης. Οι λέσχες φιλίας ιδρύθηκαν το 1985 με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου στα διαμερίσματα και στις συνοικίες της Αθήνας σε ιδιόκτητα ακίνητα του Δήμου με μέλη άτομα και των δύο φύλων που έχουν ξεπεράσει τα 60 έτη και κατοικούν στην συνοικία όπου λειτουργούν από τις 8 το πρωί μέχρι τις 8 το βράδυ.
Στόχος των λεσχών αυτών είναι να προσφέρουν στους ηλικιωμένους υποστήριξη, ανθρώπινη ζεστασιά, κοινωνική υποστήριξη, επαφή με συνομήλικους, ενημέρωση, ψυχαγωγία, δημιουργική απασχόληση μέσα από δράσεις και προγράμματα, κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας.
Επίσης, η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, η προσαρμογή τους στις καινούργιες συνθήκες ζωής, η ομαλή συνύπαρξή τους με τους νεότερους και η παροχή ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ιδίως σε ανθρώπους που δεν έχουν οικονομικά μέσα ή οικογένεια να τους φροντίσει.
Το προσωπικό των λεσχών φιλίας απαρτίζουν κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, βοηθητικό και τεχνικό προσωπικό. Όσον αφορά στα θέματα υγείας οι λέσχες φιλίας συνεργάζονται με τα Δημοτικά Ιατρεία τα οποία και έχουν την ευθύνη.
Σύμφωνα με τη Διαλυνάκη, οι προϋποθέσεις για την εισαγωγή ενός ηλικιωμένου ατόμου στις λέσχες φιλίας είναι οι εξής:

- ✓ Να έχει ηλικία άνω των 60 ετών.

- ✓ Να είναι κάτοικος της περιοχής.

1.5.6 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΗΛΕΣΥΝΑΓΕΡΜΟΥ – ΤΗΛΕΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Είναι ένα πρόγραμμα το οποίο εφαρμόστηκε, σε μικρό βαθμό, στην Αθήνα και στη Θεσσαλονίκη αρχικά από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας ενώ σταδιακά άρχισε να επεκτείνεται πιλοτικά και σε άλλες πόλεις της Ελληνικής επικράτειας σε συνεργασία με το σύστημα τηλεβοήθειας του OTE ALERT.

Σκοπός του προγράμματος είναι η παροχή άμεσης βοήθειας σε καταστάσεις οι οποίες χαρακτηρίζονται ως έκτακτες μέσα σε σύγχρονα τεχνολογικά μέσα σε άτομα ηλικιωμένα, μοναχικά, ΑΜΕΑ, και άτομα που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις. Ο κεντρικός σταθμός είναι εγκατεστημένος στις εγκαταστάσεις του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (σε συνεργασία με τον ΟΤΕ) ενώ υπάρχουν και οι περιφερειακοί σταθμοί οι οποίοι συμπληρώνονται από έναν ειδικό δέκτη οι οποίοι και είναι τοποθετημένοι στα σπίτια των εξυπηρετούμενων ηλικιωμένων. Είναι απαραίτητο να υπάρχει τηλεφωνική συσκευή και ένας ατομικός – προσωπικός πομπός που βρίσκεται πάντα πάνω στον ηλικιωμένο και τίθεται σε λειτουργία όταν ο ηλικιωμένος για οποιοδήποτε λόγο δεν μπορεί να προσεγγίσει την τηλεφωνική συσκευή. Από τη στιγμή που γίνεται αυτόματη κλήση προς τον κεντρικό σταθμό ο χειριστής ενημερώνεται για το συγκεκριμένο περιστατικό μέσω του αρχείου του Υ/Η και αναλαμβάνει συγκεκριμένες ενέργειες όπως: ειδοποίηση συγγενών και γειτόνων οι οποίοι έχουν ορισθεί από τον συνδρομητή, ειδοποίηση του ΕΚΑΒ για την παροχή των πρώτων βοηθειών, πυροσβεστικής υπηρεσίας ή ακόμη και της αστυνομίας αν αυτό κριθεί απαραίτητο. Η διαδικασία συμμετοχής σε αυτό το πρόγραμμα καθώς και η επιλογή του συνδρομητή γίνεται ύστερα από αίτηση προς τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, μετά από κοινωνική έρευνα – έγκριση και αφού ληφθεί υπόψη η κατάσταση της υγείας και κοινωνικής κατάστασης του ηλικιωμένου. Τα άτομα τα οποία μπορούν να επωφεληθούν αυτού του προγράμματος είναι άτομα από κοινωνικές οργανώσεις, την τοπική αυτοδιοίκηση, τα Κ.Α.Π.Η., από ασφαλιστικούς οργανισμούς και ασφαλιστικά ταμεία καθώς επίσης και ιδιώτες. Τέλος έχουν αναφερθεί και ιδιωτικές εταιρίες οι οποίες παρέχουν αυτήν την υπηρεσία, π.χ. η ασφαλιστική εταιρία INTERAMERICAN (Κωσταρίδου,1999).

1.5.7 ΜΟΝΑΔΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ)

Τα Γηροκομεία σε αντίθεση με τα παραπάνω, αποτελούν μια μορφή ιδρυματικής περίθαλψης. Το πρώτο γηροκομείο στην Ελλάδα ιδρύθηκε το έτος 1938 από την Αγγλική κατοχική διοίκηση στην νήσο της Κέρκυρα και μάλιστα σε κτίριο που στέγαζε στρατιωτικές φυλακές και λειτουργεί ακόμα εκεί. Ένα άλλο πρωτοποριακό γηροκομειακό και ψυχιατρικό ίδρυμα στην Ελλάδα ήταν το γνωστό Δρομοκαΐτιο. Το ίδρυμα αυτό ήταν Δημοσίου Δικαίου που άνοιξε τις πύλες του το έτος 1887 στην περιοχή του Δαφνίου.

Στο τέλος του 2^{ου} παγκοσμίου πολέμου ο υπερκορεσμός των νοσοκομείων από κάθε είδος αρρώστων τρίτης ηλικίας οδήγησε στην δημιουργία μιας πρώτης αποικίας ανιάτων σε εγκαταστάσεις της Σαλαμίνας. Το έτος 1965 ιδρύεται το γηροκομείο –ψυχιατρείο της Λέρου και το οποίο σε σύντομο χρονικό διάστημα απέκτησε την φήμη ενός παραμελημένου ασύλου. Το έτος 1964 ιδρύεται, ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου το πρώτο γηροκομείο πόλη της Αθήνας. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 αρχίζουν να ακούγονται εντονότερα ορισμένες φωνές διαμαρτυρίας για την εξαθλίωση της ιδρυματικής γηροκομειακής στην Ελλάδα. Στο χρονικό εκείνο σημείο εμφανίζονται οι πρώτες συστηματικές μελέτες, είτε σχετικά με την ιστορία της γηροκομειακής είτε αναφορικά με αυτήν και την περίθαλψη και τις συνθήκες των εγκλείστων στα Ελληνικά γηροκομεία. Διαπιστώνεται με τον τρόπο αυτό ότι οι συνθήκες στα Ελληνικά γηροκομεία είναι απάνθρωπες. Υλικοτεχνική υποδομή και συνθήκες διαβίωσης φτάνουν σε ακραία όρια υποβάθμισης. Η ολοκληρωτική εγκατάλειψη και παραμέληση των εγκλείστων είναι το κοινό χαρακτηριστικό των δημόσιων γηροκομείων εκείνης της εποχής. Η φύλαξη και η διατήρηση της ιδρυματικής τάξης αποτελούν τους βασικούς «θεραπευτικούς» στόχους. Το μεγαλύτερο μέρος όμως των οικονομικών πόρων διατίθεται για λειτουργικά έξοδα και ψυχοφάρμακα. Το εξειδικευμένο προσωπικό συγκεντρώνεται στα αστικά άσυλα χωρίς όμως αυτό να διαφοροποιεί σημαντικά τις συνθήκες από τα περιφερειακά γηροκομεία.

Το «Ελληνο-Γαλλικό Συμπόσιο Κοινωνικής Γηροκομεικής» το οποίο πραγματοποιείται το έτος 1981, αναδεικνύεται σε βήμα συστηματικής προσέγγισης των μεταρρυθμιστικών αναγκών, συζήτησης γύρω από την υποβαθμισμένη πραγματικότητα της γηροκομεικής και συζήτησης για νέες έξω –νοσοκομειακές γηροκομειακές δομές. Η επεξεργασία του «Εθνικού Συστήματος Υγείας» από τη νέα τότε σοσιαλιστική κυβέρνηση και η πορεία του όπως αναφέρθηκε στο δεύτερο κεφάλαιο αυτής της πτυχιακής εργασίας και η ένταξη της Ελλάδας στην ΕΟΚ, αναδεικνύονται σε δύο σημαντικά γεγονότα για το γεγονός εκείνο που από το έτος 1984 και έπειτα θα χαρακτηρισθεί ως «γηροκομειακή μεταρρύθμιση». (Ουζούνη,2004),

Σημαντικό αποτέλεσμα του προγράμματος ΕΟΚ 815/84 για την γηροκομειακή μεταρρύθμιση στην Ελλάδα, ήταν η εμφανής μείωση του αριθμού των χρόνιων ασθενών στα δημόσια γηροκομεία. Εμφανίστηκε μια νέα μορφή υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την ανάπτυξη εξωτερικών ιατρείων, κέντρων ψυχικής υγείας, γηροκομειακών μονάδων στα γενικά νοσοκομεία, προγραμμάτων και δημιουργία ξενώνων και προστατευμένων διαμερισμάτων στην κοινότητα. Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός πως για να επιτευχθεί η βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς στα διάφορα γενικά γηροκομεία, θα πρέπει να υπάρξει ένα σύστημα ελέγχου ποιότητας σχετικά με αυτές τις υπηρεσίες.(Δρακουλόγκωνα,2004)

Το όποιο σύστημα εφαρμοστεί με σκοπό την διασφάλιση του ελέγχου ποιότητας στα γενικά γηροκομεία, θα πρέπει να προωθεί αποτελεσματικά την συνεχή βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας καθώς και της αποτελεσματικότητας με το δυνατόν λιγότερο κόστος για την άμεση ωφέλεια των γερόντων – ασθενών. Ποια είναι όμως εκείνα τα συστήματα το οποία χαρακτηρίζονται από ποιότητα και πως μπορούν να επιτευχθούν εντός των γηροκομείων και γενικότερα από τα συστήματα υγείας.

Εκείνοι οι οποίοι ασχολούνται με τα συστήματα ποιότητας έχουν αναφέρει πως αυτά χαρακτηρίζονται από τις εξής τρεις παραμέτρους (Νιάκας,2000).

Βασίζονται σε μια κουλτούρα ποιότητας και όχι σε απόλυτες μετρήσεις και προδιαγραφές επιστημονικών περιεχομένων Αποτελούν εργαλεία διαχείρισης και βάση στοιχείων που έχουν δημιουργηθεί από τις συμμετοχικές διαδικασίες διεξάγεται ένας μεθοδικός εντοπισμός προβλημάτων που δίνεται προς επίλυση και βελτίωση και όχι μέθοδος τιμωρίας των υπευθύνων Βάση των παραπάνω στοιχείων λοιπόν, γίνεται

αντιληπτό πως ένας νοσηλευτής ή μια ομάδα νοσηλευτών η οποία εργάζεται εντός ενός γενικού γηροκομείου, θα πρέπει να διενεργεί κατάλληλα έτσι ώστε να υπάρχει ο σωστός συντονισμός, προγραμματισμός, επίβλεψη, επικοινωνία μεταξύ των μελών με τους διαμένοντες γέροντες, συλλογή δεδομένων, επεξεργασία αυτών, διεξαγωγή ερευνών και αξιολόγηση. Οι νοσηλευτές ποιότητας θα πρέπει να αποτελούν τον σύνδεσμο μεταξύ των νοσηλευτικών προσωπικών στα γηροκομεία και των υπευθύνων για την εφαρμογή της ποιότητας. Οι υποχρεώσεις του θα είναι να προγραμματίζει και να ταξινομεί τα προβλήματα ανάλογα με την νοσηλευτική φροντίδα των γερόντων που διαμένουν εκεί. Θα πρέπει επίσης να προχωρά στην αναγκαία συλλογή στοιχείων και πληροφοριών σχετικά με την αξιόλογης της παρεχόμενης ποιότητας στο γηροκομείο όπου εργάζεται. Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί πως κάποιος ο οποίος αναφέρεται ως νοσηλευτής ποιότητας, θα πρέπει να ενημερώνει κατάλληλα το νοσηλευτικό προσωπικό για τις ενέργειες αυτών σχετικά με προσπάθειες διασφάλισης της ποιότητας και να εφαρμόζει όλες εκείνες τις προσπάθειες που καταβάλλονται με σκοπό την ενημέρωση και την σωστή αντιμετώπιση των γερόντων.

Από όλα τα παραπάνω λοιπόν γίνεται αντιληπτό πως η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχεται στους γέροντες που διαμένουν στα γενικά γηροκομεία, μπορεί να καθορίζεται από τον βαθμό ικανοποίησης του κάθε γέροντα αλλά και από την ανάλυση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας αυτών. Η βελτίωση της ποιότητας σχετικά με τις παρεχόμενες φροντίδες στα γηροκομεία, αποτελεί μια συνεχής ενέργεια που αποσκοπεί στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των διεργασιών ενός νοσηλευτή ή μιας ομάδας νοσηλευτών. Τέλος

στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί όποιες διορθωτικές παρεμβάσεις εκτελούνται στα αποτελέσματα της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας στα γενικά γηροκομεία, μπορούν να ελαττώνουν ή να διαγράφουν τα όποια προβλήματα έχουν

προκύψει.

Πολλές φορές στην Ελλάδα έχει επικριθεί κατηγορητικά ο τρόπος με τον οποίο λειτουργούν τα ιδρύματα φιλοξενίας ηλικιωμένων ανθρώπων και τα γηροκομεία. Μια πρόσφατη έρευνα η οποία διεξήχθη από την Νομαρχία Αθηνών ανέδειξε για μια ακόμη φορά την αθλιότητα και την απανθρωπιά που υπάρχει σε αυτά τα ιδρύματα και γηροκομεία της χώρας μας. Βέβαια τα τελευταία χρόνια το πρόβλημα που υπάρχει και

ασχολείται με την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται σε αυτά τα γηροκομεία, έχει απασχολήσει πολλές φορές τους υπευθύνους λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και της υπογεννητικότητας. Στην Ελλάδα και ιδιαίτερα μετά το έτος 1960 όπου η οικογένεια μειώνει τον αριθμό των παιδιών που αποκτά, η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων που αναζητούν φροντίδα σε γηροκομεία και ιδιωτικά κέντρα διαμονής ενηλίκων παρατηρείται να είναι ιδιαιτέρως σημαντική. Στις αντίστοιχες χώρες της Ευρώπης, η φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι από τους συγγενείς τους διεξάγεται με την μορφή χρηματοδότησης σε μια προσπάθεια μείωσης του μεγάλου και σημαντικού κόστους λειτουργίας των γηροκομείων αλλά και την επιπλέον επιβάρυνση που μπορούν αυτά να επιφέρουν στον κρατικό προϋπολογισμό.

Στην Ελλάδα το θέμα της λειτουργίας των γηροκομείων έχει εξελιχθεί σε μείζων θέμα, αφού η χρήση αυτών λόγω της αύξησης της ηλικίας και της μείωσης των παιδιών σε μια οικογένεια θέτουν μια σημαντική σειρά προβλημάτων σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας των δημοσίων και ιδιωτικών γηροκομείων στην χώρα μας. Η άποψη βέβαια που υπάρχει πως τα μη κερδοσκοπικά γηροκομεία στην Ελλάδα μπορούν και προσφέρουν καλύτερες υπηρεσίες σε σύγκριση με τα ιδιωτικά, δεν επιβεβαιώνεται από τις σχετικές έρευνες. Μια πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα έδειξε ότι ενώ τα δημόσια γηροκομεία διαθέτουν όλα τα απαραίτητα εφόδια και συνθήκες για την καλύτερη περίθαλψη και διαμονή των ασθενών σε αυτά, εντούτοις αδυνατούν να πράξουν το γεγονός αυτό λόγω την διαφόρων διοικητικών ανεπαρκειών και των ανθρώπων που χρειάζονται ως εκπαιδευμένο προσωπικό σε αυτά. (Λιακοπούλου,2007),

Με άλλα λόγια θα μπορούσαμε να πούμε πως τα δημόσια γηροκομεία έχουν σοβαρή έλλειψη σωστού μάνατζμεντ και διαχείρισης των υπηρεσιών τους προς του διαμένοντες σε αυτά, καθώς πολλές φορές υπάρχουν σε αυτά πολλοί οι οποίοι δεν είναι αρμόδιοι για να διοικήσουν σωστά τα ιδρύματα αυτά. Είναι ενδεικτικό να αναφέρουμε πως η ανάγκη για τέτοια ικανά στελέχη είναι τόσο μεγάλη στην Ευρώπη, όπου το πανεπιστήμιο του London School of Economics στην Μεγάλη Βρετανία έχει θεσπίσει ειδικό μεταπτυχιακό πρόγραμμα για την «Διοίκηση Μη Κερδοσκοπικών Οργανισμών Διαμονής και Φιλοξενίας Ενηλίκων». Στην Ελλάδα βέβαια τόσο τα δημόσια αλλά και τα ιδιωτικά γηροκομεία διαθέτουν σοβαρές ελλείψεις διοίκησης αλλά και συναισθηματικής ηθικής των ανθρώπων που ασχολούνται με την διοίκηση τους. Σύμφωνα με νέο θεσμικό πλαίσιο

που έχει ετοιμαστεί και προταθεί από το Υπουργείο Υγείας, θα απαγορεύεται στο εξής η ασχολία των άσχετων με τα διοικητικά και την λειτουργία των γηροκομείων.

Σημαντικό πρόβλημα των γηροκομείων στις μέρες μας, αποτελεί και η βασική τους στελέχωση από άρτια εκπαιδευμένο προσωπικό και ιατρούς οι οποίοι θα μπορούν να επανδρώσουν τα γηροκομεία και να είναι διαθέσιμοι για παροχή φροντίδας προς τους διαμένοντες σε αυτά. Είναι φανερό επίσης πως ένα γηροκομείο στην Ελλάδα δεν ελκύει τους καλύτερους επιστήμονες και σωστά διοικητικά στελέχη, αφού άνθρωποι με ειδικότητες όπως νοσοκόμοι, ιατροί και διοικητικοί υπάλληλοι προτιμούν άλλου είδους θέσεις σε δημόσια νοσοκομεία η ιδιωτικά ιατροδιαγνωστικά κέντρα. Η ποιότητα ενός προσωπικού που υπάρχει στα γηροκομεία μπορεί να επηρεάσει και να προσδιορίσει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχει το κάθε γηροκομείο εντός της Ελληνικής επικράτειας. Η σωστή διοίκηση των γηροκομείων στην Ελλάδα και εκτός από την σωστή στελέχωση και ηγεσία ανθρώπων, θα μπορούσαν να συμπεριλάβουν στις στρατηγικές τους αποφάσεις και την γνώμη των συγγενών των πελατών τους. Απώτερος στόχος τους θα πρέπει να είναι η βελτίωση της ποιότητας της φαρμακευτικής φροντίδας προς τους διαμένοντες σε αυτά. Τα γηροκομεία τα οποία παρέχουν τέτοιου είδους υπηρεσίες στους πελάτες τους και τους

συγγενείς αυτών, θα πρέπει να διεξάγουν έρευνες με σκοπό την καταγραφή των προτάσεων για καλύτερη παροχή ποιότητας, όπως κάτι αντίστοιχο συμβαίνει και στις χώρες της Ευρώπης

1.5.8 ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Στην Ελλάδα, οι ηλικιωμένοι ασθενείς εξυπηρετούνται από τις κλινικές, όπου διαθέτουν ένα μεγάλο ποσοστό κρεβατιών για τις ανάγκες αυτών. Ωστόσο, για τους κατάκοιτους και ημικατάκοιτους ασθενείς υπάρχουν τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων, στα οποία γίνονται δεκτοί ασφαλισμένοι και συνταξιούχοι όλων των φορέων και γενικότερα άτομα ηλικίας άνω των 18 ετών που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.

Τα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων έχουν σκοπό την περίθαλψη χρονίως πασχόντων, στοχεύοντας στην ιατρική και κοινωνική τους αποκατάσταση. Μέσα σε κάθε Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων λειτουργεί μονάδα αποκατάστασης στελεχωμένη με

γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσικοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και άτομα άλλων ειδικοτήτων.

Στην περίπτωση που κάποιος ηλικιωμένος αντιμετωπίζει χρόνιο πρόβλημα υγείας είτε σωματικό, είτε ψυχικό, δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθεί και αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του και για τους συνανθρώπους του, τότε κρίνεται αναγκαία η εισαγωγή του σε θεραπευτήριο χρόνιων παθήσεων. Η υπηρεσία αυτή παρέχει στους υπερήλικες στέγη, τροφή, φαρμακευτική αγωγή και γενικότερα όλα τα απαραίτητα έως ότου το πρόβλημα του αποκατασταθεί και να μπορέσει να επιστρέψει υγιής στην κοινωνία.

Στα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων ένας μεγάλος αριθμός διατίθεται για τους ηλικιωμένους. Αρμόδια υπηρεσία είναι το Τμήμα Κοινωνικής Αρωγής της Διεύθυνσης Κοινωνικής Πρόνοιας της οικείας Περιφερειακής Αυτοδιοίκησης.

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

1. Ηλικία άνω των 18
2. Ιατρικό πιστοποιητικό κατά προτίμηση ιατρού, δημόσιου υπαλλήλου, στο οποίο βεβαιώνεται ότι:

- ✓ Το προς εισαγωγή άτομο είναι αυτοεξυπηρετούμενο.
- ✓ Δεν φέρει σύνδρομο διανοητικής αναπηρίας ή φέρει σύνδρομο το οποίο όμως δεν φτάνει μέχρι διεγέρσεων, ώστε να γίνεται ανήσυχο και ακατάλληλο για συμβίωση.
- ✓ Δεν υπάρχει επιληψία.
- ✓ Δεν φέρει κατακλίσεις ή άλλα δυσεπούλωτα τραύματα.
- ✓ Δεν πάσχει από μολυσματικές ασθένειες, σύφιλη ή φυματίωση.
- ✓ Δεν πάσχει από οξύ νόσημα που απαιτεί ειδική νοσηλεία ή από καρκίνο.

3. Απόφαση οικονομικής αδυναμίας.
4. Έκθεση που συντάσσεται από Κοινωνικό Λειτουργό της Νομικής Αυτοδιοίκησης του τόπου κατοικίας ή διαμονής ή από όργανο οποιασδήποτε άλλης Δημόσιας Κοινωνικής Υπηρεσίας.
5. Στοιχεία ταυτότητος.

Όσον αφορά τη διαδικασία η οποία ακολουθείται, μετά την υποβολή των δικαιολογητικών στην οικεία Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση το Διοικητικό Συμβούλιο

αποφασίζει για την εισαγωγή στο κέντρο ή σε προγράμματά του. Η απάντηση εκδίδεται σε ένα μήνα περίπου, ενώ η διάρκεια ισχύος της έγκρισης εισαγωγής σε θεραπευτήρια παθήσεων είναι αόριστη (Πουλοπούλου, 1999).

1.5.9 ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ ΚΑΙ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Παναγιωτάκη, (2008) στο πλαίσιο των πολιτικών που αναπτύσσονται για την αύξηση της απασχόλησης και την μείωση της ανεργίας, η Ελλάδα υστερεί σε δαπάνες για ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης. Συγκεκριμένα, το 2003 στη χώρα μας δαπανήθηκε το 0,11% του ΑΕΠ για στήριξη μέτρων ενεργητικής απασχόλησης, ποσοστό μικρότερο του Ευρωπαϊκού μέσου όρου 0,70%. Χαρακτηριστική ήταν όμως, αφενός η έλλειψη συντονισμού φορέων εκπαίδευσης και κατάρτισης και η καταγραφή αλληλοεπικάλυψης των δράσεων και ενεργειών τους, αφετέρου η καθυστέρηση που διαπιστώθηκε τόσο ως προς την ολοκλήρωση του θεσμικού πλαισίου της πιστοποίησης των δομών συνεχιζόμενης με την πιστοποίηση προγραμμάτων εκπαιδευτών, γνώσεων και δεξιοτήτων, όσο και ως προς την ενεργοποίηση του ΕΣΣΕΕΚΑ. (Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών- Γενική Γραμματεία Επενδύσεων και Ανάπτυξης- Εθνικό Στρατηγικό πλαίσιο Αναφοράς 2007-2013).

Η ανάπτυξη της νοημοσύνης φαίνεται πως εξαρτάται τόσο από το επίπεδο εκπαίδευσης που απέκτησε κανείς από την μετέπειτα χρησιμοποίηση των δεξιοτήτων στις ασχολίες του, όσο και από την βασική μαθησιακή ικανότητα που αναπτύχθηκε στην νεανική του ηλικία. Άτομα με μεγάλη μόρφωση, που η απασχόληση τους απαιτεί πλατιά και τακτική ενημέρωση με νέα στοιχεία, θα έχουν στα 50 τους χρόνια μεγαλύτερη νοημοσύνη από όση είχαν στα 25 τους χρόνια και αντίθετα εκείνοι που απασχολούνται σε επαγγέλματα που δεν απαιτούν πρόσθετη μάθηση, πιθανόν να μην αναπτύξουν τόσο πολύ την νοημοσύνη τους.

Είναι χρήσιμο να σκιαγραφηθεί αυτό που αποκαλούμε «δια βίου μάθηση» και να συσχετιστεί με την εκπαίδευση ενηλίκων, γιατί η μάθηση αποτελεί διεργασία προσωπικών αλλαγών που γίνεται για να προσαρμοστεί κανείς σε μεταβαλλόμενες

συνθήκες και εμπειρίες. Φαίνεται ότι είναι αποδεκτό πως, για τον ενήλικο, είναι λίγες οι αλλαγές που συνδέονται με την ηλικία του (στην περίπτωση που υπάρχουν), γιατί οι ενήλικες αλλάζουν και εξελίσσονται περισσότερο με την εμπειρία και με την άσκηση των ικανοτήτων τους πάρα εξαιτίας της ηλικίας τους.

Στη Δύση δίνεται μεγάλη έμφαση στα εξωτερικά στοιχεία της σωματικής κατασκευής του ανθρώπου. Έτσι η γήρανση θεωρείται φαινόμενο στο οποίο πρέπει να αντισταθεί κανείς, κάτι που πρέπει να αντιμετωπίσει κανείς και όχι κάτι που θεωρείται ευπρόσδεκτο, και το οποίο εκτιμάται λόγω της σοφίας και της κοινωνικής θέσης που το συνοδεύουν.

Η ανάπτυξη των ενηλίκων έχει και μερικές άλλες διαστάσεις. Αφενός υπάρχουν οι αλλαγές που συμβαίνουν στο ίδιο το πρόσωπο με το πέρασμα του χρόνου, αφετέρου υπάρχουν οι αλλαγές στα κοινωνικά και πολιτισμικά περιβάλλοντα του ατόμου, οι οποίες απαιτούν νέες μορφές αντιμετώπισης.Ίσως η μοναδική σύγκλιση των Ευρωπαίων είναι η διαπίστωση ότι η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, οι νέες απαιτήσεις και ο νέος τρόπος ζωής, δημιουργούν συνθήκες συρρίκνωσης της οικογένειας. Το άτομο είναι μεταβαλλόμενο μέσα σε ένα κόσμο που αλλάζει και η αλλαγή και όχι η σταθερότητα αποτελεί τον κανόνα.

Παραδοσιακά στις δυτικές κοινωνίες η νεότητα αντιμετωπίστηκε θετικά, ενώ η γήρανση αρνητικά. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια οι απόψεις σχετικά με τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν σημαντικές αλλαγές, με αυξανόμενες θετικές στάσεις για τις ομάδες μεγαλύτερης ηλικίας και αυξανόμενες αρνητικές στάσεις για τους νεότερους ανθρώπους, ίσως λόγω της συνεχούς αύξησης των ηλικιωμένων στο σύνολο της κοινωνίας.

Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες οι οποίες είναι επηρεασμένες από δυτικά πολιτισμικά πρότυπα, φαίνεται να συμβαίνει το αντίστροφο παρά τον αυξανόμενο αριθμό των ηλικιωμένων που συμμετέχουν σε διάφορες μορφές εκπαίδευσης ώριμης ηλικίας. Η κοινωνία όχι μόνο επιβάλλει ρόλους στα άτομα, αλλά διαρκώς επανερμηνεύει αυτούς τους ρόλους και όλες αυτές οι αλλαγές θα απαιτήσουν μάθηση εκ μέρους κάθε ενηλίκου.

Ο Σαίξπηρ αναφέρει τις επτά ηλικίες του ανθρώπου: το βρέφος, τον μαθητή, τον εραστή, τον στρατιώτη, τον δικαστή, τον ισχνό γερομπισμπίκη με τις παντόφλες, και τέλος τον παλίμπαιδα. Από την εποχή του Σαίξπηρ έγιναν πολλές απόπειρες να βελτιωθούν οι περιγραφές των αλλαγών του ενηλίκου. Μερικές είναι πολύ γενικές: οι διαδοχικές φάσεις ρομαντισμού, ακρίβειας και ορθολογισμού του Whitehead ή το ρομαντικό στάδιο, το

φιλοσοφικό στάδιο και το ειρηνικό στάδιο ή στάδιο εκπλήρωσης του Egan. Μερικοί επισημαίνουν ακόμα το καλούμενο «φαινόμενου υψιπέδου» του Σαίξπηρ: ανάπτυξη, ωριμότητα και παρακμή. Ο ίδιος τίτλος του Πανεπιστημίου τρίτης ηλικίας διαιωνίζει την αναχρονιστική ιδέα των τριών σταδίων της ζωής, που είναι η ανάπτυξη, η δημιουργία και η ολοκλήρωση.

Ανάμεσα στις θεωρίες που αναφέρονται στις διάφορες φάσεις της ανθρώπινης ζωής, η πιο σημαντική κατηγορία είναι αυτή που αντιλαμβάνεται τις αλλαγές κατά τη φάση της ενήλικης ζωής από την οπτική γωνία των κυρίαρχων ενδιαφερόντων.

Ο Havighurst (1968) αναφέρει χαρακτηριστικά ότι το άτομο διανύει οκτώ κύρια ηλικιακά στάδια: ειδικά για το στάδιο που μας ενδιαφέρει δηλαδή από τα 50 έως τα 60 έτη αναφέρει ότι, οι ενήλικοι διατηρούν τη θέση τους και ταυτόχρονα αλλάζουν ρόλους.

Η συμμετοχή τους στην εκπαίδευση έχει εκφραστικούς μάλλον παρά χρηστικούς ρόλους. Υπάρχει αυξανόμενη ένδειξη φυσικής φθοράς (όραση και ακοή) και περισσότερες δυνάμεις καταβάλλονται στην προσπάθεια να μην απολέσουν δυνάμεις.

Συνάγεται συχνά το συμπέρασμα ότι ο ενήλικος είναι παθητικός και σεβάσμιος, αλλά με μειωμένη την αίσθηση της αυτοπεποίθησης. Η σκέψη και όχι η δράση αποτελεί τον τρόπο ύπαρξης στον κόσμο και παρατηρείται περισσότερη επικέντρωση σε βραχυπρόθεσμα παρά σε μακροπρόθεσμα επιτεύγματα. Ο ενήλικος δαπανά τα χρόνια ανάμεσα στα 60 και τα 70 έτη της ζωής του σκεπτόμενος και προβληματισμένος επειδή αυτή είναι συχνά η περίοδος θανάτου φίλων και συγγενών, λιγότερων κοινωνικών ενδιαφερόντων, λιγότερο ζωηρών ενασχολήσεων και βραχυπρόθεσμων ικανοποιήσεων. Από τα 70 έτη και άνω είναι η κατεξοχήν περίοδος της απεμπλοκής από τις παραπάνω σκέψεις και προβληματισμούς. Οι υγιείς ενήλικοι δεν ασχολούνται τόσο με το παρελθόν, αποδέχονται τους εαυτούς τους και είναι σχετικά ικανοποιημένοι από τα αποτελέσματα της ζωής τους αλλά και η περίοδος αυτή συχνά χαρακτηρίζεται από προβλήματα υγείας, μειωμένους πόρους και εξάρτηση από άλλους.

Όσον αφορά τους εκπαιδευτές ενηλίκων είναι σκόπιμο να θυμόμαστε ότι οι ενήλικοι μεγαλώνουν και ότι με την γήρανση:

Α) συντελούνται φυσικές μεταβολές, σε άλλους με μεγαλύτερη και σε άλλους με μικρότερη έκταση και για άλλους με διαφορετικούς τρόπους.

Β) αλλάζουν οι ρόλοι και όλοι χρειάζονται νέα μάθηση και μπορεί καμιά φορά να υπάρξουν δυσκολίες στην προσαρμογή στους νέους ρόλους ή στις νέες αντιλήψεις για τους ρόλους.

Γ) διανύονται περίοδοι κρίσεων, άλλοτε εύκολα και άλλοτε με δυσκολία.

Το άτομο έχει την ικανότητα να μαθαίνει στην Τρίτη ηλικία που φανερώνεται και αποδεικνύεται από τα βάθη των αιώνων με το «γηράσκω αεί πολλά διδασκόμενος» του Σόλωνα όσο και από τις σύγχρονες επιστημονικές έρευνες. Όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα στην εκπαίδευση και στην ειδίκευση άσχετα από το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και από την ηλικία τους. Δυστυχώς η έλλειψη πόρων και οι προκαταλήψεις εμποδίζουν την πρόσβαση των ηλικιωμένων σε ευκαιρίες εκπαίδευσης και ειδίκευσης.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα στην Ελλάδα πρέπει να αποβλέπουν:

Α) στην καλύτερη κατανόηση των σύγχρονων θεμάτων και των προβλημάτων της νεότερης γενιάς.

Β) στην απόκτηση δεξιοτήτων και γνώσεων για τη χρήση του ελεύθερου χρόνου και την βελτίωση της υγείας.

Γ) στην βοήθεια για την επίλυση των προβλημάτων που αφορούν τους συνταξιούχους και τα άτομα που ετοιμάζονται να αποχωρήσουν από την ενεργό υπηρεσία.

Δ) στην διατήρηση της σωματικής και πνευματικής δύναμης και συμμετοχή στην ζωή της κοινότητας.

Το **Υπουργείο Παιδείας και Θρησκευμάτων** (μέσω της Γενικής Γραμματείας Διά Βίου Μάθησης και του Ιδρύματος Νεολαίας και Διά Βίου Μάθησης) έθεσαν σε λειτουργία το **Κέντρο Διά Βίου Μάθησης**(Κ.Δ.Β.Μ.) του δήμου Μαλεβιζίου, και κατά συνέπεια και στο Κ.Α.Π.Η Γωνιών στο οποίο θα υλοποιούνται εκπαιδευτικά προγράμματα Γενικής Εκπαίδευσης Ενηλίκων με εκπαιδευτικές δράσεις εθνικής και τοπικής εμβέλειας.(www.gazi.gr)

Στο Κ.Α.Π.Η. Γωνιών του Δήμου Μαλεβιζίου εκτελούνται θεματικές ενότητες: «**Ποιότητας ζωής και περιβάλλοντος**»που περιλαμβάνουν εκπαιδευτικά σεμινάρια για το Περιβάλλον και την Καθημερινή Ζωή, Πρακτικές Συμβουλές (Υγιεινής) Διατροφής και την Αγωγή Υγείας με την εκμάθηση πρώτων βοηθειών. Ακόμα εκτελούνται οι θεματικές ενότητες «**Νέες Τεχνολογίες στην Τρίτη Ηλικία**», **«Κοινωνικές δεξιότητες και Δράσεις»** με προγράμματα για την διαχείριση άγχους, για αποτελεσματική συνεργασία, για σωστή διαχείριση χρόνου, εθελοντικές δράσεις στην τοπική κοινωνία.Τέλος, πραγματοποιούνται προγράμματα με θέμα τον **«Πολιτισμός και τέχνη»** που περιέχουν ποικιλία ενοτήτων όπως: *Ιστορία της Τέχνης,Ζωγραφική, Γλυπτική, Φωτογραφία, Τοπική Ιστορία, Μουσική και Θέατρο.*

1.5.10 ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Τα Πανεπιστήμια Τρίτης Ηλικίας, αποτελούν πιλοτικό πρόγραμμα στη χώρα μας,
αλλά δεν είναι θεσμοθετημένο. Εδώ και λίγους μήνες, ο δήμος σε συνεργασία με ακόμη έξι δήμους της δυτικής Θεσσαλονίκης έχει θέσει σε λειτουργία το πρόγραμμα «Πανεπιστήμιο της Τρίτης Ηλικίας».Οι φοιτητές του πανεπιστημίου της τρίτης ηλικίας είναι γυναίκες και άνδρες μεταξύ εξήντα και εβδομήντα ετών. Το Πανεπιστήμιο Τρίτης Ηλικίας στη Θεσσαλονίκη, είναι ένα πάρα πολύ πρωτοποριακό πρόγραμμα στο οποίο οι ίδιοι οι φοιτητές επιλέγουν το αντικείμενο διδασκαλίας ανάμεσα σε τρία. Στο συγκεκριμένο πανεπιστήμιο, οι φοιτητές, είχαν να διαλέξουμε ανάμεσα στις σχέσεις των ατόμων της τρίτης ηλικίας με τα εγγόνια τους, στη χρήση των κινητών και στη χρήση του διαδικτύου και επέλεξαν το πρώτο. Με τη βοήθεια δύο ψυχολόγων, οι ηλικιωμένοι μαθαίνουν πώς να συμπεριφέρονται στα εγγόνια τους, πώς να διακρίνουν το παιδικό ψέμα από την αλήθεια, πώς να τα συμβουλεύουν σχετικά με τη διαχείριση των χρημάτων τους.

Κ.Α.Π.Η ΓΩΝΙΩΝ ΔΗΜΟΥ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ
ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ - Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Το πρόγραμμα «University of third age in Greece» αποτελεί μια πιλοτική εφαρμογή ενός θεσμού που σε χώρες του εξωτερικού μετρά ήδη αρκετά χρόνια ζωής .Στο δήμο Καλλιθέας το πρόγραμμα υλοποιείται σε συνεργασία με τη Διαδημοτική Επιχείρηση Δυτικής Υπαίθρου Θεσσαλονίκης «Νεφέλη», ενώ περιλαμβάνει δυο κύκλους μαθημάτων. Ο πρώτος αφορά τις ανθρώπινες σχέσεις και κυρίως τις σχέσεις των ατόμων τρίτης ηλικίας με το οικογενειακό περιβάλλον και ο δεύτερος την εξοικείωση με τις νέες τεχνολογίες. Ο δήμαρχος Καλλιθέας, εξηγεί πως το πανεπιστήμιο τρίτης ηλικίας ήταν μια ιδέα που ξεκίνησε από το ΚΕΚ Γέφυρας και τον Αθανάσιο Σαρακίνο, υπεύθυνο του προγράμματος. Οι δήμοι που εμπλέκονται στο συγκεκριμένο πρόγραμμα είναι ο δήμος Καλλιθέας, Εχεδώρου, Χαλάστρας, Αξιού, Αγ. Αθανασίου, Χαλκηδόνας και Κουφαλίων. Με τη «φοίτηση» στο πρωτότυπο πανεπιστήμιο οι ηλικιωμένοι αισθάνονται περισσότερο χρήσιμοι, ενώ τονώνεται η αυτοπεποίθησή τους και βελτιώνεται η σχέση με τα εγγόνια τους. (Εξαδακτύλου , 2010)

Συγκεκριμένα σήμερα στην Ελλάδα υπάρχει το Πανεπιστήμιο Τρίτης Ηλικίας στη Θεσσαλονίκη (άτυπο) και η Ακαδημία των Πολιτών στο Ηράκλειο Κρήτης. Το Πανεπιστήμιο Τρίτης Ηλικίας στη Θεσσαλονίκη είναι ένα πάρα πολύ πρωτοποριακό πρόγραμμα στο οποίο οι ίδιοι οι φοιτητές επιλέγουν το αντικείμενο διδασκαλίας ανάμεσα σε τρία. Οι φοιτητές είναι γυναίκες και άνδρες μεταξύ εξήντα και εβδομήντα ετών. Στο συγκεκριμένο πανεπιστήμιο, οι φοιτητές είχαν να διαλέξουν ανάμεσα 1) στις σχέσεις των ατόμων τις τρίτης ηλικίας με τα εγγόνια τους, 2) στη χρήση των κινητών και 3) στη χρήση του διαδικτύου, όπου επέλεξαν το πρώτο. Επίσης, με τη βοήθεια δύο ψυχολόγων του πανεπιστημίου, οι ηλικιωμένοι μαθαίνουν πώς να συμπεριφέρονται στα εγγόνια τους, πώς να διακρίνουν το παιδικό ψέμα από την αλήθεια και πώς να συμβουλεύουν σχετικά με τη διαχείριση των χρημάτων.

Η Ακαδημία των Πολιτών είναι μία αστική μη κερδοσκοπική εταιρία (ISO 9001) και λειτουργεί στο Ηράκλειο από τον Οκτώβριο του 2012. Η ολοένα μεγαλύτερη ανάγκη των πολιτών για εκπαίδευση οδήγησε στην οργάνωση και λειτουργία Τμημάτων της Ακαδημίας σε 45 πόλεις της Ελλάδας, καθώς επίσης στην Κύπρο και στη Γερμανία (Αννόβερο).

Πανεπιστημιακοί Καθηγητές από όλη την Ελλάδα και καταξιωμένοι επαγγελματίες υγείας προσφέρουν μια συναρπαστική και διαφορετική ερμηνεία των κοινωνικών και

ψυχικών φαινομένων με οδηγό τη συστημική προσέγγιση, την καινοτόμο μεθοδολογία και τα πρωτοποριακά διδακτικά συστήματα.Στο Ηράκλειο τα μαθήματα της Ακαδημίας πραγματοποιούνται σε δύο κύκλους μαθημάτων. Στο πρώτο Ακαδημαϊκό έτος οι θεματικές ενότητες που διδάχθηκαν είναι: «Σύγχρονες αρχές και θέματα Ψυχολογίας» και ακολούθως «Σύγχρονες αρχές και θέματα Συμβουλευτικής». Η ετήσια συνδρομή μέλους (και για τις 26 συνεδρίες) είναι 80 €, ενώ υπάρχει έκπτωση 50% για άνεργους, άτομα με αναπηρία, πολύτεκνους, τρίτεκνους και φοιτητές. Αιτήσεις μπορούν να υποβάλλουν όλοι οι Πολίτες άνω των 18 ετών, ανεξάρτητα από μορφωτικό, οικονομικό ή κοινωνικόεπίπεδο
[http://civilacademy.ucoz.org/index/deltio_typoy_idrysh_akadhmias_krhths/0-26, Πρόσβαση στις 4/6/2013].

Ο θεσμός του Πανεπιστημίου Τρίτης Ηλικίας είναι διαδεδομένος και σε άλλα κράτη ευρωπαϊκά και μη. Το Πανεπιστήμιο Τρίτης Ηλικίας του Μιλάνο, έχει ως σκοπό τη διδασκαλία και ψυχαγωγία των ηλικιωμένων. Έχει περίπου 82 καθηγητές, οι οποίοι δίνουν διαλέξεις για περίπου 3.108 ώρες συνολικά κατά τη διάρκεια του ακαδημαϊκού έτους. Τα μαθήματα καλύπτουν ένα ευρύ πολιτιστικό τοπίο, που κυμαίνονται από τις παραδοσιακές ειδικότητες της λογοτεχνίας, της τέχνης, της γλώσσας και της επιστήμης . Υπάρχουν, επίσης, μαθήματα γυμναστικής, εργαστήρια ζωγραφικής, μαθήματα παιχνίδια καρτών, προβολές ταινιών. Η συμμετοχή στο συγκεκριμένο πρόγραμμα είναι 130€ για κάθε ακαδημαϊκό έτος. (www.uteduomomilano.it). Επίσης το Πανεπιστήμιο του Σίδνεϋ έχει αναλάβει μια ενδιαφέρουσα πρωτοβουλία. Έχει δημιουργήσει το θεσμό ¨Σχολεία για Ηλικιωμένους¨. Αυτά τα σχολεία διευθύνονται από διάφορες ομάδες για άτομα 50 ετών και άνω. Λειτουργούν αρκετές φορές την εβδομάδα για τρεις ή τέσσερις εκπαιδευτικές περιόδους το χρόνο και χρεώνουν μια μικρή αμοιβή την κάθε περίοδο. Προσφέρουν μαθήματα όπως γλώσσες, ηλεκτρονικούς υπολογιστές, φιλολογία, φιλοσοφία, καλές τέχνες, ζωγραφική, χορό και μουσική. Το μεγαλύτερο σχολείο λειτουργεί στο Wesley School for Seniors, 220 Pitt Street, στο Σίδνεϋ. (http://sydneyu3a.gr)

1.5.11 ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ICT4T ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Το ICT4T ήταν ένα διετές έργο κατάρτισης ενηλίκων που χρηματοδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Ο στόχος του έργου ήταν να συμβάλει στη καλύτερη ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών (ΝΤ) στην κοινωνία προς όφελος των ηλικιωμένων ατόμων, λαμβάνοντας υπόψη τις συγκεκριμένες ανάγκες τους έτσι ώστε μπορούν να απολαύσουν τα οφέλη των νέων τεχνολογιών. Το έργο εστίασε στο να δώσει τη δυνατότητα σε εκπαιδευτές και εκπαιδευτικούς οργανισμούς της Ευρώπης να σχεδιάσουν ειδικά προγράμματα κατάρτισης των ηλικιωμένων ατόμων στηριζόμενα στις νέες τεχνολογίες, και να αναπτύξουν την ικανότητα σχεδίασης μέσων ηλεκτρονικής μάθησης. Αυτό βασίστηκε σε παιδαγωγικά πρότυπα και καθολικές σχεδιαστικές αρχές.

Το έργο σκόπευε να παρέχει τις πιο προσιτές λύσεις και να συμβάλει στην ένταξη των ηλικιωμένων, να συγκεντρώσει τη γνώση και την εμπειρία προκειμένου να επιτευχθούν συγκεκριμένες και καινοτόμες παρεμβάσεις και στην πιλοτική εφαρμογή εργαλείων με σκοπό να παράγει διδακτικό υλικό υψηλής ποιότητας.

Βασικός στόχος του έργου ήταν η ανάπτυξη σειράς μαθημάτων καλύπτοντας τις ανάγκες βασικής εκπαίδευσης στις νέες τεχνολογίες υπό το πρίσμα της ανάπτυξης των απαραίτητων δεξιοτήτων. Επιπλέον, παρείχε κατάρτιση σε καθολικά μοντέλα, προκειμένου να υποστηριχθούν τόσο οι εκπαιδευτικοί οργανισμοί όσο και οι εκπαιδευτές για να σχεδιάσουν αποτελεσματικότερες σειρές μαθημάτων, για τους ηλικιωμένους σύμφωνα με τα υπάρχοντα ερευνητικά αποτελέσματα. Η σειρά μαθημάτων ICT4T προσφέρθηκε σε εκπαιδευόμενους από Ευρωπαϊκές χώρες τόσο με τον κλασικό τρόπο διδασκαλίας σε τάξη όσο και on-line.

Πέραν τούτου το έργο στόχευε στην ανάπτυξη κατάλληλων νέων παιδαγωγικών προτύπων και σχεδίων μαθημάτων τα οποία βασίζονται σε προηγμένα
τεχνολογικά μέσα ηλεκτρονικής μάθησης, καθώς και στην δημιουργία εκπαιδευτικού
υλικού, την κατάρτιση εκπαιδευτών, την σχεδίαση συστήματος αξιολόγησης, τη διάδοση των παιδαγωγικών προτύπων / υλικού αυτής της σειράς μαθημάτων σε Ευρωπαϊκά εκπαιδευτικά ιδρύματα, και σε εκπαιδευτικούς.

Τα μαθήματα που αναπτύχθηκαν ενσωμάτωσαν τις ακόλουθες ενότητες:

Ενότητα 1: Εισαγωγή και εμπειρία

Ενότητα 2: Ανάγκες ηλικιωμένων εκπαιδευόμενων στα πλαίσια της βασισμένης στις νέες τεχνολογίες διδασκαλίας

Ενότητα 3: Ζητήματα προσβασιμότητας στα πλαίσια της βασισμένης στις νέες τεχνολογίες διδασκαλίας των ηλικιωμένων

Ενότητα 4: θεωρίες 733 0.6 -1μάθησης ηλικιωμένων με χρήση νέων τεχνολογιών

Ενότητα 5: Εργαλεία νέων τεχνολογιών διαθέσιμα στην μάθηση των ηλικιωμένων

Ενότητα 6: Παιδαγωγικά ζητήματα – Δραστηριότητες στη χρήση των νέων τεχνολογιών με ηλικιωμένους

Ενότητα 7: Παιδαγωγικά ζητήματα – Ρόλοι εκπαιδευτών στη χρήση των NT
με ηλικιωμένους

Ενότητα 8: Παιδαγωγικά ζητήματα – Σχεδιασμός σειράς μαθημάτων
(http://www.ict4t.net/?)

1.5.12 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ SEELERNETZ

Η εξέλιξη της δημογραφικής γήρανσης μέσω της ενίσχυσης της δια βίου μάθησης και μόρφωσης είναι ένα κεντρικό θέμα στην Ευρώπη. Προκειμένου να υπάρχει νόημα στη ζωή μετά την συνταξιοδότηση, χρειάζονται καινούργιες προκλήσεις με τις οποίες μπορούν να ασχοληθούν τα άτομα άνω των 55 ετών.

Δυστυχώς όμως αυτή η ηλικιακή ομάδα τις περισσότερες φορές μένει εκτός των διαδικασιών μάθησης: από τη μία τα άτομα άνω των 60 ετών συμμετέχουν γενικά λιγότερο σε προγράμματα κατάρτισης σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες και από τη άλλη τα άτομα άνω των 55 με χαμηλότερο εισόδημα και μορφωτικό επίπεδο έχουν δυσκολότερα πρόσβαση σε προγράμματα μάθησης.

Αυτό επιφέρει τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού αυτής της ηλικιακής και κοινωνικής ομάδας, με επακόλουθα όπως προβλήματα υγείας, μείωση των νοητικών ικανοτήτων και λειτουργιών, μοναξιά και απομόνωση. Συνάμα η απουσία εκπαιδευτικών προγραμμάτων για ηλικιωμένους οδηγεί στην επιβολή ενός τρόπου ζωής συνήθως χωρίς την προσωπική επιλογή αυτών των ατόμων.

Σκοπός

Το SEELERNETZ δείχνει πώς η ίδρυση κοινωνικών δικτύων μπορεί να οδηγήσει άτομα μη συνηθισμένα σε εκπαιδευτικές και μορφωτικές διαδικασίες να συμμετέχουν σε αυτές. Το πρόγραμμα ενισχύει τις μαθησιακές και γνωστικές ικανότητες των ατόμων αυτών, έτσι ώστε να διαμορφώνουν ενεργά τις κοινωνικές αλλαγές και να ενεργοποιούνται και να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία που ζουν.

Η βασική θέση του προγράμματος είναι: Τα ασθενέστερα σε μόρφωση άτομα άνω των 55 ετών είναι διατεθειμένα να λάβουν μέρος σε κοινωνικά δίκτυα με απώτερο σκοπό την μάθηση και εκπαίδευσή τους, όταν πιστεύουν πως μέσω αυτού θα καλυτερεύσει η ποιότητα ζωής τους.

Η ανάπτυξη ενός ευρωπαϊκού μοντέλου έχει σκοπό να δείξει πώς μια μικρή ενίσχυση της πρόσβασης σε κοινωνικά δίκτυα καθιστά δυνατή την μόρφωση. Το πιλοτικό μοντέλο στις διαφορετικές ευρωπαϊκές μορφές του είναι διαφοροποιημένο κατά τόπο και χαρακτηριστικά της ομάδας που αφορά και πραγματοποιείται από κοινωνικούς οργανισμούς. Ένας κατάλογος οδηγιών δράσεων σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο θα είναι βασισμένος στα αποτελέσματα των ερευνών και των πιλοτικών προγραμμάτων των συνεργαζόμενων χωρών. (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, seelernetz, 2010)

Το SEELERNETZ (Άτομα άνω των 55 ετών μαθαίνουν σε κοινωνικά δίκτυα) είναι ένα ευρωπαϊκό πρόγραμμα στο οποίο άτομα άνω των 55 ετών μέσα από την ανάμειξή τους σε ομάδες (κοινωνικά δίκτυα) ενισχύεται η συμμετοχή τους σε διαδικασίες μάθησης και γενικής μόρφωσης. Πρόκειται για μια διακρατική συνεργασία της Γερμανίας, Αυστρίας, Ελλάδας, Βουλγαρίας και Ρουμανίας κατά την οποία διερευνούνται τα θέματα που απασχολούν αυτή την ομάδα του πληθυσμού και στην συνέχεια αναπτύσσεται ένα πιλοτικό πρόγραμμα σε κάθε χώρα με διαφορετικές πτυχές. Το SEELERNETZ είναι ένα πρόγραμμα δια βίου μάθηση ΓΙΑ άτομα άνω των 55 ετών αλλά και ΜΕ άτομα άνω των 55 ετών, μιας και οι ίδιοι αποφασίζουν ποια θέματα τους ενδιαφέρουν.

1.5.13 ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ (Κ.Ε.Ε.)

Η Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης (Γ.Γ.Δ.Β.Μ.) του Υπουργείου Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων είναι ο εθνικός επιτελικός φορέας ο οποίος συγκροτεί

δομές και σχεδιάζει, συντονίζει και υποστηρίζει προγράμματα και δράσεις στον τομέα της διά βίου μάθησης. (Κ.Ε.Ε., 2010)

Σε εφαρμογή αυτής της στρατηγικής ιδρύονται Κέντρα Εκπαίδευσης Ενηλίκων (Κ.Ε.Ε.). Η λειτουργία των Κ.Ε.Ε. υποστηρίζεται και προωθείται από το Ινστιτούτο Διαρκούς Εκπαίδευσης Ενηλίκων (Ι.Δ.ΕΚ.Ε.), το οποίο είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου υπαγόμενο στη Γενική Γραμματεία Δια Βίου Μάθησης.

Το έργο «Κέντρα Εκπαίδευσης Ενηλίκων» στην αρχική του φάση χρηματοδοτήθηκε από το **Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Εκπαίδευση και Αρχική Επαγγελματική Κατάρτιση** (Ε.Π.Ε.Α.Ε.Κ).ΙΙ του Υπουργείου Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων (Μέτρο 1.1, Ενέργεια 1.1.2).

1.5.14 ΚΕΝΤΡΑ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ

Τα «Κέντρα Κατάρτισης στη Φροντίδα Ηλικιωμένων» είναι οργανισμοί φροντίδας ηλικιωμένων, π.χ. Οίκοι Ευγηρίας, Φροντίδα στο Σπίτι ή ανάλογα ιδρύματα που παρέχουν επαγγελματική πρακτική εξάσκηση σε καταρτιζόμενους. Τα Κέντρα Κατάρτισης δέχονται καταρτιζόμενους που προτείνει ο Κοινωνικός Εταίρος του σχεδίου ECVC, υποστηρίζουν την κατάρτιση με το «Λογισμικό αυτοκατάρτισης στη φροντίδα ηλικιωμένων» και απασχολούν τους καταρτιζόμενους σε κανονικές βάρδιες εργασίας, μαζί με έμπειρους φροντιστές όπου αποκτούν πρακτική εμπειρία και επαγγελματική συνάφεια. Κάθε Κέντρο Κατάρτισης συνδέεται λειτουργικά με τον αντίστοιχο Εταίρο Επαγγελματικής Εκπαίδευσης του σχεδίου ECVC ο οποίος υποστηρίζει και εποπτεύει την όλη εκπαιδευτική διαδικασία, παραδίδει συμπληρωματικά σεμινάρια στους καταρτιζόμενους και παρέχει το «Πιστοποιητικό Επαγγελματικής Φροντίδας Ηλικιωμένων» μέσα από τη διαδικασία «Διαπίστευση Προσόντων Φροντίδας Ηλικιωμένων».(Κέντρα Κατάρτισης, 2010)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^{Ο}

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Α.Π.Η.)

2.1 Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ Κ.ΑΠ.Η. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΤΟ ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥΣ

Ο θεσμός των Κ.ΑΠ.Η αποτελεί ένα παράδειγμα οργανωμένου πλαισίου ιατροκοινωνικών υπηρεσιών στα πλαίσια των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και έχουν οργανωθεί περίπου 260 μονάδες στην Ελλάδα εκ των οποίων περίπου λειτουργούν στην Κρήτη. (Παναγιωτάκης,2008). Χρονολογικά, το έτος 1962 δημιουργήθηκε από την Άννα Αμιρά το «Στέκι του Παππού και την Γιαγιάς» για να λύσει τα προβλήματα της περιοχής του Νέου Κόσμου και λειτούργησε με καθαρά εθελοντικό χαρακτήρα. Ένα πρόγραμμα με παροχή συσσιτίου, καθώς ζήτησε την συνεργασία του για να δημιουργήσει ένα Πειραματικό Κέντρο Ανοιχτής Εξωιδρυματικής Προστασίας Ηλικιωμένων. Ο πυρήνας πάνω στον οποίο θα στηρίζονταν η νέα αυτή δομή αποτελούνταν από: Γιατρό, Φυσιοθεραπευτή, Επισκέπτη Υγείας ή Νοσηλευτή, Εργοθεραπευτή, και Οικογενειακό Βοηθό. Στη συνέχεια το έτος 1979 αποτελεί ημερομηνία ορόσημο όπου δημιουργήθηκαν τα πρώτα Κ.ΑΠ.Η υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ιδιωτικού δικαίου. Μέχρι το τέλος του 1981 λειτούργησαν και Κ.ΑΠ.Η με φορείς εθελοντικές οργανώσεις, τον ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, τη ΧΕΝ, το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας του Παιδιού και τέλος με τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας. Το έτος 1982 αρχίζει ι ιδέα του θεσμού των Κ.ΑΠ.Η να εξαπλώνεται σε επίπεδο Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης και αποτελούν Ν.Π.Δ.Δ (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου) των Δήμων και κοινοτήτων, με την υποστήριξη όμως του Υ.Υ.Π.Κ.Α. που αναλαμβάνει αποκλειστικά την οικονομική

υποστήριξη των Κ.Α.Π.Η. Το έτος 1988 το Υ.Π.Κ.Α χάνει την δυνατότητα χρηματοδότησης του θεσμού αφού οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης αναλαμβάνουν την οικονομική στήριξη. (Τεμπέρογλου,1996).

Από το 1989 οι δαπάνες μισθοδοσίας οι δαπάνες μισθοδοσίας λειτουργικών αναγκών υποχρεώθηκαν να αναλάβουν οι Δήμοι ή Κοινότητες. Το 1990, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνεχίζει να επιχορηγεί για εξοπλισμό και κτιριακά, κυρίως όμως, εποπτεύει και φροντίζει τον θεσμό των Κ.Α.Π.Η. Από το 1991, η θέση του Υπουργείου διαφοροποιείται απέναντι στον θεσμό. Υποστηρίζεται ότι δεν ανήκουν πια στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, αλλά στο Υπουργείο Εσωτερικών.(Κ.Α.Π.Η Φορτέτσας Ηρακλείου Κρήτης,,.2008).

Το 2011 με υπουργική εγκύκλιο του νόμου «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης-Πρόγραμμα Καλλικράτης» νμ.3852/2010 τα Κέντα Ανοιχτής Προστασίας συγχωνεύτηκαν μαζί και με άλλες κοινωνικές δομές όπως παιδικοί σταθμοί, ΚΗΦΗ(Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων), Πρόγραμμα ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ, ΚΔΑΠ(Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών).Συγχωνεύτηκαν σε ένα ενιαίο δημοτικό οργανισμό το οποίο είναι νομικό πρόσωπο νομικού δικαίου του Δήμου.(Οδηγός Σύνταξης ΟΕΥ των Δημοτικών ΝΠΔΔ, Υπουργείο Εσωτερικών,2011).

Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση κοινωνικών δικαιωμάτων της Τρίτης Ηλικίας. Οι υπηρεσίες του κέντρου απευθύνονται σε άντρες και γυναίκες άνω των 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική κατάστασης τους. Αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία στην έννοια της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων είναι η παραμονή τους στην κοινότητα, στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας, της γειτονιάς, του φιλικού περίγυρου και η αποφυγή της ιδρυματικής κλειστής περίθαλψης και άλλης μορφής ασύλων. Τα ΚΑΠΗ διοικούνται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο, χρηματοδοτούνται από το Δήμο και έχουν δικό τους προϋπολογισμό. Στο διοικητικό συμβούλιο συμμετέχουν και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι, μέσω ενός εκπροσώπου τους. Με τη συμμετοχή των ηλικιωμένων, μέσω ενός εκπροσώπου στο διοικητικό συμβούλιο, προλαμβάνεται η περιθωριοποίηση και η διατήρηση των ηλικιωμένων σε κατάσταση ενεργού κοινωνικής παρουσίας. Για να συμβεί κάτι τέτοιο, τα ΚΑΠΗ δεν αποτελούν ένα κοινωνικά κλειστό σύστημα παροχής

υπηρεσιών, αλλά δίαυλο μιας αμφίδρομης σχέσης των ηλικιωμένων και του κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Η δημιουργία των ΚΑΠΗ θεωρήθηκε πρωτοποριακή και επιτυχής παρέμβαση, δεδομένου, ότι διαφέρει από τις παραδοσιακές υπηρεσίες, καθόσον οι δράσεις τους επικεντρώνονται στην εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων για την κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων, την ενεργοποίηση τους, την πρόληψη της υγείας τους, καθώς και την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού τους περιβάλλοντος. Τα ΚΑΠΗ, ως προγράμματα ανοικτής περίθαλψης και φροντίδας, ξεκίνησαν με την προοπτική να ανταποκριθούν σε μια σειρά από βασικές ανάγκες του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού ηλικιωμένων. Ωστόσο, διάφορες μελέτες και έρευνες διαπίστωσαν ότι τα ΚΑΠΗ έχουν προσελκύσει συγκεκριμένες κατηγορίες ηλικιωμένων, δηλαδή τους νεότερους, με καλή υγεία και οι οποίοι σε μεγάλο ποσοστό δεν μένουν μόνοι. Αυτό σημαίνει, ότι ένα σημαντικό μέρος των ηλικιωμένων δεν συμμετέχει ή αποκλείεται από τις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ, γεγονός που υπαγορεύει τη διεύρυνση των προγραμμάτων για την ένταξη και των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι, είναι μη αυτοεξυπηρετούμενοι, έχουν μειωμένη κινητικότητα κ.λ.π.

Παρόλα αυτά ο ρόλος και το έργο τους, έχουν ευρέως αναγνωριστεί και κυρίως, εκ μέρους των ίδιων των ηλικιωμένων, οι οποίοι δηλώνουν, ότι έχουν συμβάλει θετικά στην αναβάθμιση της καθημερινής τους ζωής. Αυτό προκύπτει και από τα αποτελέσματα δυο ερευνών, που διεξήχθησαν στο παρελθόν από το ΕΚΚΕ, και αφορούν, η πρώτη τη μελέτη των διαφόρων, κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων των περιοχών, όπου προγραμματιζόταν να λειτουργήσουν τα ΚΑΠΗ (προλειτουργική έρευνα - 1986) και η δεύτερη, τη διερεύνηση των απόψεων των ηλικιωμένων, όσον αφορά τα προγράμματα των ΚΑΠΗ(Τεμπέρογλου,.1991).

Συγκεκριμένα, τα ΚΑΠΗ, κατά τους ηλικιωμένους, τους προσφέρουν συντροφιά. Ένα μεγάλο ποσοστό είναι ευχαριστημένοι από τη λειτουργία και τα προγράμματα των κέντρων. Πρέπει να αναφερθεί, ότι η τέταρτη ηλικία δηλώνει ικανοποιημένη σε μεγαλύτερο ποσοστό από την τρίτη, ενώ η τρίτη ηλικία εκφράζει σε μεγαλύτερο ποσοστό αιτήματα για βελτίωση των προγραμμάτων. Τα αιτήματα που διατυπώνουν για επιπλέον υπηρεσίες, αφορούν ιατρική περίθαλψη και ψυχαγωγικές δραστηριότητες. Η αποδοχή και η στήριξη του θεσμού εκ μέρους των ηλικιωμένων προέκυψαν από έρευνες, που αναφέρονται στα πρώτα χρόνια λειτουργίας των ΚΑΠΗ. Έκτοτε και μέχρι σήμερα, δεν

έχουν διεξαχθεί σε ευρεία κλίμακα παρόμοιες έρευνες και μελέτες. Για το λόγο αυτό, έχει προκύψει η αναγκαιότητα δημιουργίας ενός μηχανισμού, αφενός παρακολούθησης των συνεχώς διαμορφούμενων αναγκών των ηλικιωμένων και αφετέρου, αξιολόγησης της συμβολής των ΚΑΠΗ στην κάλυψη των αναγκών αυτών. (Τεμπέρογλου ,1991).

Ακόμα το σύνολο του πληθυσμού των ηλικιωμένων δεν είναι μόνο το σύνολο των απομάχων, αλλά το σύνολο ενεργών πολιτών που συνεχίζουν και προσφέρουν μέχρι και σήμερα στην κοινωνία. Η μειωμένη συνταξιοδότηση, η φτώχεια, η επιμήκυνση του μέσου όρου ζωής, προβλήματα που αντιμετωπίζουν με την κοινωνική τους ασφάλιση αλλά και τα συνεχή προβλήματα υγείας οδηγούν στην αύξηση ενός κοινωνικού βάρους. Είναι λοιπόν αναγκαία η διερεύνηση ειδικών προβλημάτων αυτής της κοινωνικής ομάδας ,όχι μόνο για καλύτερες συνθήκες ζωής, αλλά και για την υπεράσπιση των συμφερόντων και δικαιωμάτων του κοινωνικού συνόλου που έχει ανάγκη η Τρίτη ηλικία. (Τεμπέρογλου,1996).

Για το λόγο αυτό η πολιτεία έχοντας μεγάλη ευθύνη στα άτομα της Τρίτης ηλικίας και στις ανάγκες τους δημιούργησε νέους θεσμούς προσαρμοσμένες στις οικονομικές, ιατρικές και κοινωνικές εξελίξεις. Εννοώντας Τρίτη ηλικία εννοούμε τα άτομα που συμπληρώνουν το $65^{Ο}$ έτος της ηλικίας τους, δηλαδή την παύση του εργασιακού τομέα και ταυτόχρονα, την αρχή της συνταξιοδότησης. Εξαιτίας παλαιών αντιλήψεων και νοοτροπίας που εξουσίαζαν την κοινωνία επιλέχθηκε το συγκεκριμένο όριο δείχνοντας την βιολογική φθορά του ανθρώπου και της μειωμένης σωματικής και πνευματικής δύναμης και διαφόρων κριτηρίων, ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση κάθε χώρας. Πριν μερικά χρόνια το κοινωνικό πρόβλημα των ηλικιωμένων δεν είχε πάρει τις σημερινές διαστάσεις. Ο μέσος όρος ζωής ήταν χαμηλός, ο δεσμός της οικογένειας πιο στενός και τα χρήματα της σύνταξης έδιναν σε πολλές περιπτώσεις την λύση του εγκλεισμού σε κάποιο γηροκομείο. (Τεμπέρογλου,1996).

Όπως προαναφέρθηκε η αλλαγή των κοινωνικών συνθηκών ήρθε με το πέρασμα των χρόνων, είχαμε αλλαγή των συνθηκών εργασίας, του τρόπου ζωής, την εξέλιξη της ιατρικής και άλλων επιστημών οι οποίες λειτούργησαν καταλυτικά στην επιμήκυνση της ζωής του ανθρώπου και βοήθησαν στην διατήρηση σωματικών και πνευματικών δυνάμεων πέρα από το $60^{ου}$ της ηλικίας. Ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξάνεται και θα αυξάνεται ραγδαία και όπως δείχνουν τα στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε. οι ηλικιωμένοι

υπολογίζονται στο 16,3% του γενικού πληθυσμού και αναμένεται να αυξηθούν το έτος 2020 στο 21%.Η σημερινή αντίληψη που κυριαρχεί για τους ηλικιωμένους και την κοινωνική φροντίδα είναι οι ηλικιωμένοι δεν θα πρέπει να βρίσκονται εγκλωβισμένοι μέσα στο σπίτι αλλά να αποτελούν ένα μέρος σε ανοιχτό περιβάλλον, ενταγμένοι στην κοινότητα και στην αγορά. Η αντίληψη της κλειστής Ιδρυματικής ζωής και των Γηροκομείων δεν αποτελεί σύγχρονη αντίληψη αλλά ιδεολογία ενός πατερναλιστικού τρόπου προστασίας των ηλικιωμένων. (Τεμπέρογλου,1996).

2.2 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΩΝ Κ.Α.Π.Η. ΚΑΙ ΠΡΟΣΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.

Η λειτουργία των ΚΑΠΗ εντάσσεται σε ένα σύγχρονο πλαίσιο, με το οποίο προωθείται το μοντέλο της ανοικτής φροντίδας και εξυπηρετεί του εξής σκοπούς:

- Κοινωνική φροντίδα σε άτομα με φυσική ανικανότητα για την πρόληψη ψυχολογικών , βιολογικών , και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Στη διαφώτιση και τη συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Φαρμακευτική κάλυψη του ατόμου.
- Στην έρευνα πάνω σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους σε συνεργασία με τα Τριτοβάθμια Ιδρύματα της Χώρας. Πολύ σημαντική τομή σε αυτό το σημείο είναι η πρόληψη όπου διακρίνετε σε:

α)Πρωτογενή (εμβολιασμοί, Συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων)

β)Δευτερογενή (ιατρικές εξετάσεις που έχουν ως στόχο την διάγνωση, έτσι ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια θεραπεία).

Η εξέλιξη του θεσμού μέχρι σήμερα, αποδεικνύει, ότι λειτούργησε θετικά και ενισχύθηκε η κοινωνική αυτονομία των ηλικιωμένων, συμβάλλοντας με αυτό τον τρόπο στη βελτίωση των δυνατοτήτων παραμονής τους στο κοινωνικό περιβάλλον και στην αξιοποίηση εκείνων των μηχανισμών για την κοινωνική προστασία, που προβλέπονται γι' αυτούς. Ελλείψεις, όμως, εστιάζονται στην υλικοτεχνική υποδομή και διάρθρωση των προγραμμάτων, γι' αυτό και χρειάζεται να γίνει αναθεώρηση του θεσμού και να αναπροσαρμοστεί στις νέες οικονομικές και κοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων. (Τεμπέρογλου,.1991).

Η πρόληψη είναι μια αξιόλογη προσέγγιση της τρίτης ηλικίας όπου οι ηλικιωμένοι δεν αντιμετωπίζονται ως άνθρωποι που έχουν ολοκληρώσει τον ανθρώπινο κύκλο της ζωής τους αλλά ως πρόσωπα με ιδιαίτερες ανάγκες περίθαλψης και προστασίας στην δεδομένη αυτή φάση της ζωής τους. (Strawbridge et al, 1996).

Οι Στόχοι του θεσμού των Κ.Α.Π.Η. είναι:

1. Η κοινωνικοποίηση
2. Η προληπτική ιατρική
3. Η ενεργοποίηση και
4. Η ευαισθητοποίηση της κοινότητας

(Σταθόπουλος Π.,1999).

α) Κοινωνικοποίηση: Η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε διάφορες δραστηριότητες, εκδηλώσεις, επιμορφωτικά σεμινάρια προσεγμένες εγκαταστάσεις που διαθέτει το Κ.Α.Π.Η, οι συζητήσεις μεταξύ των μελών ,το διήγημα ιστοριών οδηγούν στην πλήρη κοινωνικοποίηση. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η αποφυγή ψυχικών καταθλιπτικών νοσημάτων που κάνει όλο και πιο συχνά την εμφάνιση της στα άτομα της Τρίτης Ηλικίας. Η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις πιο συνηθισμένες συναισθηματικές διαταραχές. Ακόμα όπως αναφέρθηκαν παραπάνω η κοινωνικοποίηση στοχεύει στην καλύτερη ψυχική και συναισθηματική υγεία καθώς ο ι ηλικιωμένοι έχουν

το αίσθημα της προσφοράς της συντροφιάς και της αλληλεγγύης απέναντι στο συνάνθρωπό τους. (Αμηρά Α., Δοντά Α., Τριανταφύλλου Τ.,1987**).**

β)Προληπτική Ιατρική: Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι δεν είναι σε θέση να καταλάβουν την διαφορά μεταξύ ασθένειας και γήρατος. Με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών να καταφεύγουν σε μεγάλη χρήση των φαρμάκων. Η πρόληψη μέσα στα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας διακρίνεται σε:

- **Πρωτογενή**(Εμβολιασμοί, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων)
- **Δευτερογενή** (με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση έτσι ώστε να αποφευχθεί η θεραπεία)

γ) **Ενεργοποίηση:** Η ενεργοποίηση είναι η τελευταία φάση κατά την οποία ο ηλικιωμένος έχει ησυχάσει από θέματα υγείας ή τα έχει υπό παρακολούθηση καθώς έχει κοινωνικοποιηθεί συμμετέχοντας στα προγράμματα που διοργανώνει το Κ.Α.Π.Η. Στο σημείο αυτό φαίνεται η ικανότητα του υπευθύνου του Κ.Α.Π.Η., που συνήθως είναι ο κοινωνικός λειτουργός, σε συνεργασία και με το υπόλοιπο προσωπικό που είναι εργοθεραπευτές ψυχολόγοι, οικογενειακοί φροντιστές, να καταλάβουν το κρυμμένο ταλέντο που μπορεί να έχει το κάθε μέλος έτσι ώστε να το αξιοποιήσει. Στη περίπτωση αυτή ο υπεύθυνος του κέντρου σε συνεργασία με το διοικητικό συμβούλιο να προσκαλούν ειδικούς για να διδάξουν μαθήματα κηπουρικής, χορού, μουσικής, επεξεργασία πυλού και μετάλλου για τη δημιουργία αντικειμένων που μπορούν αν και οι ίδιοι το επιθυμούν να τα διαθέσουν για εμπόριο. Επίσης μπορούν να πραγματοποιηθούν διαλέξεις επιμορφωτικού χαρακτήρα σε θέματα υγείας, σωστής διατροφής, ιστορίας, θεολογίας.(Σταθόπουλος Π.,1999).

δ) **Ευαισθητοποίηση της κοινότητας:** Όταν έχει επιτευχθεί η ευαισθητοποίηση της κοινότητας σημαίνει ότι το Κ.Α.Π.Η. έχει πραγματοποιήσει έναν από τους βασικότερους στόχους του. Στην ευαισθητοποίηση τα νεότερα μέλη αποδέχονται τα παλαιότερα και εκδηλώνουν την επιθυμία για προσφορά υπηρεσιών στο Κ.Α.Π.Η. ή στο σπίτι τους .Η κινητοποίηση της κοινότητας μπορεί να γίνει από κάθε ηλικία, ακόμα και

από παιδιά δημοτικού σχολείου σε συνεργασία με τους υπεύθυνους καθηγητές τους. Όταν ευαισθητοποιηθεί η γειτονιά, όταν αναπτυχθεί η κριτική συνειδητοποίηση και η κοινωνική προσφορά τότε γεφυρώνεται το χάσμα των γενεών και παγιώνεται η αλληλεγγύη μεταξύ τους που αποτελεί προϋπόθεση για την ουσιαστική ένταξη του ηλικιωμένου.(Αμηρα κ.α,1986).

2.3 ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΩΝ Κ.ΑΠ.Η ΚΑΙ Η ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΗΜΕΡΑ

Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας είναι από τις πιο σημαντικές δομές υπηρεσιών στα άτομα Τρίτης ηλικίας ,κρατικά προγράμματα που στοχεύουν στην εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων και της επικρατούσας τάσης «παραμονή στο σπίτι» Το νομοθέτημα για τη σύσταση του Κ.Α.Π.Η είναι το Ν.Δ.162/1974 «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων» (ΦΕΚ Α΄227).

Σύμφωνα με το Ν.Δ. 162/1973 όπως συμπληρώθηκε από το Π.Δ. 631/74 η λειτουργία και ο τρόπος διοίκησης θα λειτουργούν με βάση αυτή τη νομοθεσία. Η πολιτεία μεταβίβασε στην Τοπική Αυτοδιοίκηση την ευθύνη για την ανάπτυξη των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας σύμφωνα με το νόμο 141/84.(Γεωργούση Εκ.α,2000).

Το Κ.Α.Π.Η. θεωρείται καλή πρακτική καθώς είναι μια ανοιχτή δομή προς ηλικιωμένους για να αξιοποιούν τον μεγάλο ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν δημιουργικά, διευκολύνει την επικοινωνία με άλλα άτομα της ηλικίας τους, καλύπτει την ανάγκη τους για ψυχαγωγία κ.α., με απώτερο όφελος την αποφυγή κοινωνικού αποκλεισμού. Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας αποτελούν ακόμη μια υπηρεσία πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας. Τα Κ.Α.Π.Η λειτουργούν σε τοπικό επίπεδο και παρέχουν ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα, και διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες. (Πουλοπούλου,.1999).

Επίσης τα ΚΑΠΗ είναι ένας χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων αλλά και παροχής ιατροκοινωνικών υπηρεσιών όπου τα προγράμματα τους αποσκοπούν στην κοινωνικοποίηση, την δημιουργική απασχόληση, την ψυχαγωγία και την πρόληψη ασθενειών σε ηλικιωμένα άτομα. (Σταθόπουλος Π., 1999).

Πολλά είναι τα προγράμματα και οι υπηρεσίες που παρέχονται στο Κ.Α.Π.Η. Μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Κοινωνική Εργασία στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον.
- Εργοθεραπεία.
- Φροντίδα και οδηγίες για Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Φυσικοθεραπεία.
- Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε Μουσεία και Αρχαιολογικούς χώρους.
- Βοήθεια στο σπίτι για άτομα που έχουν ανάγκη εξυπηρέτησης.
- Λειτουργία ομάδων αυτενέργειας των μελών των Κ.Α.Π.Η που βοηθούν τα μέλη σε δραστηριοποίηση.
- Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις.
- Εντευκτήριο όπου προσφέρονται ροφήματα / αναψυκτικά σε τιμές κόστους όπου η συντροφιά και η συνεύρεση με άλλα μέλη έχουν τον πρώτο ρόλο.
- Συγκρότηση ομάδων αυτενέργειας και ενδιαφερόντων όπως: (ομάδα κηπουρικής ,ομάδα αθλητισμού, ομάδα εφημερίδας, ομάδα χορού, ομάδα περιβάλλοντος,ομάδας εθελοντικής βοήθειας.

Ο ηλικιωμένος όπως και κάθε άτομο σε όποια ηλικία κι αν βρίσκεται έχει το δικαίωμα για την ανάγκη και συμπαράσταση.(Μίχου,1993). «Όμως η στάση της κοινωνίας απέναντι στους γέροντες χαρακτηρίζεται κατά κανόνα από ανεπίτρεπτες γενικεύσεις. Αυτό γίνεται με βάση το μύθο ότι γηρατειά σημαίνει μοναξιά, απομόνωση ,εξάρτηση, ανάγκη για προστασία και βοήθεια για έκπτωση νοητικών ικανοτήτων» Litwin H (2010). Σήμερα λειτουργούν στην χώρα μας περίπου 260 Κ.Α.Π.Η. τα 48 εκ των οποίων βρίσκονται στον νομό Αττικής, ενώ στην περιφέρεια της Κρήτης έχουν δημιουργηθεί 48 Κ.Α.Π.Η τα οποία λειτουργούν ουσιαστικά με κανονικό προσωπικό τα 33,ενώ τα υπόλοιπα είναι στην διαδικασία ανασυγκρότησης.(Παναγιωτάκης Γ,.2005).

Σήμερα στην Ελλάδα όμως, τα άτομα της τρίτης ηλικίας, βιώνουν τη χειρότερη εποχή τους. Η σύνταξή τους δεν επαρκεί να καλύψει τις ανάγκες τους. Δεν υπάρχουν δομές φιλοξενίας για μοναχικούς ηλικιωμένους ή είναι ελάχιστες. Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας είναι σημαντικά, αλλά χρειάζονται ενίσχυση. Η κοινωνική ασφάλιση είναι ανύπαρκτη. Δεν έχουν σωστή ιατρική, φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη.(http://lifelinehellas.gr)

Σύμφωνα με τον Παναγιωτάκη ,2005 η καταξίωση του θεσμού στην συνείδηση των ηλικιωμένων αλλά και των πολιτών της ελληνικής κοινωνίας είναι δεδομένη και η επίτευξη των στόχων έχει πραγματοποιηθεί σε μεγάλο ποσοστό χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν έχουν εντοπιστεί και πολλά κενά αλλά και άλλα προβλήματα.

Επιλογικά, από ορισμένα δεδομένα, μπορούμε να αναφέρουμε την έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού, την έλλειψη κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής και ακατάλληλων κτιριακών εγκαταστάσεων με πολυδισπασμένες υπηρεσίες και έλλειψη συντονισμού των υπηρεσιών κοινωνικού χαρακτήρα και ακόμη η ελλιπής και αποσπασματική επιμόρφωση και εκπαίδευση των ηλικιωμένων μελών των Κ.Α.Π.Η. Σαν βασική αιτία της κατάστασης που επικρατεί σήμερα στα περισσότερα από αυτά τα Κέντρα, θεωρούμε τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Καποδιστριακοί Δήμοι, με αποτέλεσμα να επηρεάζουν και την οικονομική δραστηριότητα και λειτουργία των Νομικών τους προσώπων όπως είναι τα Κ,Α.Π.Η.

Τέλος, με βάση του προγράμματος «Καλλικράτης» (Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης) Ν. 3852/2011 συστάθηκαν οι κοινωνικές υπηρεσίες στο θεσμικό πλαίσιο του Δήμου. Ο ρόλος των δήμων ως προς την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών με «τοπικό» χαρακτήρα αναδείχθηκε ως κεντρικός, προκειμένου να καλύπτονται αποτελεσματικότερα οι ανάγκες των τοπικών κοινωνιών διορθώνοντας τις γνωστές αγκυλώσεις του κράτους. (http://www.swm.gr)

2.4 ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΤΟ Κ.Α.Π.Η ΓΩΝΙΩΝ ΔΗΜΟΥ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ

Το Κ.Α.Π.Η Γωνιών συστάθηκε το έτος 2012 με απόφαση του προέδρου του Δ.Ο.Κ.Α.Π.Α.Μ.**(** Δημοτικός Οργανισμός Κοινωνικής Αλληλεγγύης Προστασίας και Παιδείας Μαλεβιζίου **)** ως γραφείο του τμήματος Κ.Α.Π.Η. Κρουσώνα και διέπεται από τις νομικές διατάξεις όπως τα υπόλοιπα Κέντρα. Τα εγγεγραμμένα μέλη του Κ.Α.Π.Η. φτάνουν στα 150. Το προσωπικό είναι προσωρινό και αναπληρώνονται οι θέσεις από οικογενειακό βοηθό ,κοινωνικό λειτουργό ,από άλλες δομές του οργανισμού μέχρι να προσληφθούν καινούργιοι.

Το Κ.Α.Π.Η Γωνιών του Δήμου Μαλεβιζίου απαρτίζεται από το εξής προσωπικό: α) ένα κοινωνικό λειτουργό, β) μια οικογενειακή βοηθό και τέλος ένα εθελοντή ιατρό .Ωστόσο υπάρχει έλλειψη ειδικοτήτων :από φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, ψυχολόγο και του Γιατρού Φυσικής Ιατρικής. Ανάλογα με το αντικείμενο του καθ' ενός οι ειδικοί αναλαμβάνουν αρμοδιότητες.

Πιο συγκεκριμένα:

Κοινωνικός Λειτουργός: Σκοπός της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Κ.ΑΠ.Η είναι η πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση προβλημάτων της κοινωνικής και ψυχικής σφαίρας. Προΐσταται η *Κοινωνική Λειτουργός* που είναι συντονιστής της καλής λειτουργίας όλων των υπηρεσιών του Κ.ΑΠ.Η., η οποία έρχεται σε επαφή με το κοινωνικό του Ιστορικό και να το ενημερώσει για τις υπηρεσίες που προσφέρει το κέντρο. Επίσης Παρέχει ψυχολογική – συναισθηματική υποστήριξη στα άτομα μέλη του Κ.ΑΠ.Η. για την αντιμετώπιση ψυχολογικών δυσκολιών και προβλημάτων καθώς επίσης και συμβουλευτική κοινωνική εργασία τόσο των ιδίων όσο και του οικογενειακού και κοινωνικού περίγυρου. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στα μέλη που χρειάζονται περισσότερη προστασία και στήριξη και είναι άτομα που βρίσκονται σε πρόσφατη χηρεία, τα μοναχικά άτομα, επειδή παρουσιάζουν συναισθηματικές στερήσεις και τέλος στους πολύ υπερήλικες επειδή διακατέχονται από το άγχος του θανάτου, παρουσιάζουν φοβίες και ανασφάλειες.

Παρέχει συμβουλευτική και στήριξη στα μέλη του ΚΑΠΗ προκειμένου να αντιμετωπίσουν θέματα που αφορούν την επικοινωνία τους με νοσοκομεία, ασφαλιστικούς οργανισμούς, πρόνοια και άλλους φορείς. Οργανώνει, εμψυχώνει, συντονίζει, βοηθά τις ομάδες ή επιτροπές αυτενέργειας των μελών που λειτουργούν στο Κ.ΑΠ.Η. όπως χορωδίες, αλληλοβοήθειας, καλής λειτουργίας, ψυχαγωγίας, εκδρομών, διαχείρισης κυλικείου. Σκοπός αυτών των ομάδων είναι η επαναδραστηριοποίηση και κοινωνική επανένταξη των ηλικιωμένων, η καλλιέργεια ειδικών ενδιαφερόντων όπου μέσα από τη δημιουργική απασχόληση δημιουργείται το αίσθημα της ικανοποίησης και προσφοράς, η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων, η δημιουργία συντροφικότητας και συνεργασίας. Ένα από τα μέσα της πραγματοποίησης των σκοπών και στόχων είναι εμφάνιση μέσα στο χώρο των Κ.ΑΠ.Η., σε δημοτικές, πανελλαδικές εκδηλώσεις άλλων Κ.ΑΠ.Η.

Αναπτύσσει δίκτυο επικοινωνίας και συνεργασίας με τους τοπικούς παράγοντες της περιοχής και τις υπηρεσίες του Δήμου με σκοπό την ενημέρωση και συμμετοχή σε διάφορα πράγματα. Επίσης και με άλλους κρατικούς και ιδιωτικούς φορείς όπως με πολιτιστικούς συλλόγους για προγράμματα λαϊκής παράδοσης, με την Κοινωνική Πρόνοια για προγράμματα κατασκηνώσεων και λουτρών, με την Πυροσβεστική Υπηρεσία για προγράμματα Πυρασφάλειας με τον Ερυθρό Σταυρό για πρόγραμμα Πρώτων Βοηθειών και τηλεσυναγερμού με την Τροχαία για Προγράμματα κυκλοφοριακής αγωγής με σχολεία, για προγράμματα Σύνδεσης ηλικιών.

- **Η Οικογενειακή Βοηθός:** Η οικογενειακή βοηθός έρχεται σε άμεση επαφή με τους ηλικιωμένους, κατ' οίκον, ιδίως σε άτομα άπορα μη αυτοεξυπηρετούμενα. Πραγματοποιεί διάφορες μικροεξυπηρετήσεις μέσα και έξω από το σπίτι, (προμήθεια φαρμάκων, πληρωμή λογαριασμών). Βοηθάει στη διαμόρφωση του χώρου για την καλύτερη μετακίνηση του μέλους και συμπαραστέκεται ηθικά στα προβλήματα των ηλικιωμένων.

- **Ο Γιατρός :** έχει σκοπό έχει την διατήρηση της ψυχοσωματικής υγείας του ηλικιωμένου. Ο σκοπός αυτός επιτυγχάνεται με την εφαρμογή της προληπτικής και της εφαρμοσμένης ιατρικής. Σε καθημερινή βάση ο *γιατρός παθολόγος* εξετάζει τους ασθενείς δίνει τις ανάλογες εξετάσεις και καθορίζει την φαρμακευτική τους αγωγή. Παρακολουθεί την πορεία της υγεία τους και εκδίδει παραπεμπτικά για φυσιοθεραπεία. Απαραίτητη είναι η συνεργασία του *γιατρού* με την *νοσηλεύτρια* ή το *νοσηλευτή*. Παρέχει νοσηλεία μέσα στο ΚΑΠΗ και αν παραστεί ανάγκη και κατ' οίκον.

- **Ο εργοθεραπευτής** :φροντίζει για την αξιοποίηση και δραστηριοποίηση των μελών για δημιουργική απασχόληση και παραγωγικό έργο, τη βελτίωση και διατήρηση της φυσικής τους κατάστασης και την αξιοποίηση του δυναμικού τους με την λειτουργία ομάδων και άλλων δραστηριοτήτων ή εκδηλώσεων.

Ωστόσο είναι αναγκαίο να αναφερθούν οι προϋποθέσεις που πρέπει κανείς να έχει για να εγγραφεί στο Κ.Α.Π.Η. Αρχικά τα μέλη να έχουν ξεπεράσει τα 58 έτη ,να είναι κάτοικοι του Δημοτικού Διαμερίσματος που ανήκει το Κ.Α.Π.Η χωρίς να υπάρχει διάκριση οικονομικών δυνατοτήτων. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν οποιαδήποτε μορφή αναπηρίας μπορούν να εγγραφούν στο Κέντρο ανεξαρτήτως ηλικίας. Επιπρόσθετα για την εγγραφή των μελών στο Κ.Α.Π.Η. είναι απαραίτητη η προσκόμιση της αστυνομικής ταυτότητας καθώς και η καταγραφή του κοινωνικού ιστορικού που καταγράφει η κοινωνική λειτουργός.

Σκοπός του Κ.Α.Π.Η. είναι το ηλικιωμένο άτομο να κρατηθεί αυτόνομο, ισότιμο και ενεργό μέλος της κοινότητας. Αυτό επιτυγχάνεται με την πρόληψη και αντιμετώπιση ιατρικών, ψυχολογικών και κοινωνικών δυσκολιών καθώς και με την ενεργοποίηση του ίδιου του ατόμου μέσω των ποικίλων ομάδων που λειτουργούν στο Κ.Α.Π.Η. Πιο συγκεκριμένα προσφέρει:

- ✓ Κοινωνική Εργασία στους ίδιους και στο περιβάλλον τους.
- ✓ Εντευκτήριο το οποίο προσφέρει ροφήματα, αναψυκτικά κ.α
- ✓ Οργανωμένη ψυχαγωγία με εκδρομές, συνεστιάσεις, θέατρα, κατασκηνώσεις.
- ✓ Επιμόρφωση σε διάφορα θέματα με βάση το πρόγραμμα «ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗΣ»

Κ.Α.Π.Η ΓΩΝΙΩΝ ΔΗΜΟΥ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ
ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ - Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Το Κ.Α.Π.Η. Γωνιών διαθέτει τη σωστή κτηριακή υποδομή έτσι ώστε να στεγάζονται με ασφάλεια τα άτομα Τρίτης Ηλικίας. Επίσης διαθέτει ράμπες για την ευκολότερη μετακίνηση ατόμων με αναπηρίες. Κλείνοντας αξίζει να αναφερθούν οι δυσκολίες που αντιμετωπίζει το Κ.Α.Π.Η Γωνιών του Δήμου Μαλεβιζίου οι οποίες αφορούν την έλλειψη χρηματοδότησης και την μη δυνατή πρόσληψη εξειδικευμένου προσωπικού .

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Σκοπός και στόχος της έρευνας

Βασικός σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των αναγκών των μελών του Κ.Α.Π.Η. Γωνιών του Δήμου Μαλεβιζίου και της πραγματικής κατάστασης που επικρατεί, αλλά και κατά πόσο εξυπηρετεί τους ηλικιωμένους.
Επίσης στην εν λόγο έρευνα θα μελετηθούν και οι προοπτικές που υπάρχουν για τη συνέχιση της λειτουργίας του.
Επιμέρους στόχοι, οι οποίοι θα μελετηθούν στην εν λόγο έρευνα και είναι οι εξής:
_ Να εντοπιστούν και να καταγραφούν λειτουργικά και οργανωτικά κενά τα οποία δυσχεραίνουν τη λειτουργία του Κ.Α.Π.Η Γωνιών
_ Να εντοπιστούν τυχόν νέες ανάγκες των μελών.

3.1.2 Αναγκαιότητα και σημασία της έρευνας

Στη συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία θα γίνει λόγος για τις ανάγκες των ηλικιωμένων, δεδομένου ότι ελάχιστες είναι οι έρευνες που έχουν πραγματευτεί το ζήτημα τόσο στην Ελληνική, όσο και στην Διεθνή βιβλιογραφία.
Παρότι έχει διεξαχθεί πληθώρα ερευνών για την Τρίτη Ηλικία, οι περισσότερες αν όχι όλες, εστιάζουν στις ιατρικές, ψυχιατρικές, κοινωνικοοικονομικές ανάγκες και γενικότερα με ζητήματα που η κοινωνία μας θεωρεί αλληλένδετα και περισσότερο σημαντικά για την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα.

Θεωρείται λοιπόν, σημαντική η διεξαγωγή της παρούσας έρευνας καθώς το Κ.ΑΠ.Η Γωνιών είναι ένα νεοσύστατο πλαίσιο . Επίσης είναι ένας χώρος που δεν έχει διερευνηθεί ποτέ και δεν έχουν πραγματοποιηθεί άλλες πτυχιακές εργασίες .Τέλος είναι ένας χώρος ο οποίος είναι ανοικτός δε έρευνες οικονομικού ,κοινωνικού, δημογραφικού περιεχομένου.

3.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα που αναδύονται είναι τα ακόλουθα:

- Ποιες είναι οι ανάγκες των ηλικιωμένων του Κ.ΑΠ.Η Γωνιών ;
- Έχετε ανάγκη παροχής ιατρικής βοήθειας , και φυσικοθεραπείας ;
- Ποιες άλλες ανάγκες έχτε διαπιστώσει ότι έχετε ;
- Ποιες άλλες υπηρεσίες θα θέλατε να έχετε στο Κ.ΑΠ.Η σας ;
- Έχετε ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης και κοινωνικής υπηρεσίας ;
- Χρειάζεστε ενημέρωση ,επιμόρφωση σε διάφορα θέματα; Αν ναι ποια;

Τα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα θα αναλυθούν με βάση τις ανεξάρτητες μεταβλητές «φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο».

3.3 Σχεδιασμός, μέθοδος και στάδια της έρευνας.

Προκειμένου να διερευνηθεί ο αρχικός σκοπός και οι επιμέρους στόχοι επιλέχθηκε η Ποσοτική έρευνα, δεδομένου ότι είναι πιο εύχρηστη σε μεγάλο τμήμα πληθυσμού, αποδίδει μετρήσιμα αποτελέσματα, είναι αντικειμενική, στοχεύει στον έλεγχο των μεταβλητών, έχει την δυνατότητα να επιβεβαιωθεί και πιθανόν να μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματά της (Ιωσηφίδης, 2003 στο Ράτσικα 2006).
Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω θα πρέπει να σημειωθεί, ότι οι ανάγκες των ηλικιωμένων του Κ.Α.Π.Η. ΓΩΝΙΩΝ του Δήμου Μαλεβιζίου πιθανόν να παρουσιάζουν ομοιότητες με τις ανάγκες των ηλικιωμένων άλλων Κ.Α.Π.Η. του Ελλαδικού χώρου.

Ωστόσο δεν μπορούμε να πούμε, ότι υπάρχει δυνατότητα γενικεύσεως των αποτελεσμάτων, διότι το μορφωτικό επίπεδο και οι ανάγκες μελών άλλων Κ.Α.Π.Η. ενδεχομένως να διαφέρουν.

Το μεθοδολογικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε κατά κύριο λόγο κλειστές και ανοιχτές ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες με τρόπο σαφή, άμεσο, ακριβή και πλήρη. Ο γλωσσικός κώδικας που χρησιμοποιήθηκε ήταν άμεσα κατανοητός στα υποκείμενα, ενώ κάθε ερώτηση αποσκοπούσε σε συγκεκριμένο στόχο και οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμες. Ο λόγος που επιλέχτηκε το ερωτηματολόγιο, οφείλεται στο γεγονός ότι η χρήση π.χ. της συνέντευξης δεν ενδείκνυται για τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, δεδομένου ότι οι ερωτηθέντες ενδέχεται να κουραστούν, να πλατειάζουν καθώς και γιατί το δείγμα είναι μεγάλο και ο χρόνος περιορισμένος.

3.4 Επιλογή δείγματος της έρευνας

Ο πληθυσμός για τη διερεύνηση των επιμέρους στόχων στους οποίους αποσκοπεί η έρευνα μας αποτελείται από τα εξυπηρετούμενα μέλη του Κ.Α.Π.Η ΓΩΝΙΩΝ του Δήμου Μαλεβιζίου. Η επιλογή ωστόσο μιας συγκεκριμένης υποστηρικτικής μονάδας όπως αυτή καθορίζεται στα πλαίσια λειτουργίας του Δήμου Γαζίου, οφείλεται στην δυνατότητα εκπόνησης της παρούσας ερευνητικής εργασίας. Η δειγματοληψία χαρακτηρίζεται λοιπόν από την ευκολία επιλογής ή αλλιώς δειγματοληψία ευκολίας (Μπένος, 1991) του συγκεκριμένου Δήμου και κατ' επέκταση όλων των εξυπηρετούμενων μελών που εξυπηρετεί ο θεσμός του Κ.Α.Π.Η ΓΩΝΙΩΝ στη γεωγραφική περιοχή του Δήμου Μαλεβιζίου, στην αρχή του έτους 2014. Συνεπώς, η έρευνα είναι απογραφική των μελών μιας συγκεκριμένης κοινωνίας .

Το μέγεθος του δείγματος της έρευνας αποτέλεσαν λοιπόν 110 εγγεγραμμένα ηλικιωμένα ή μη μέλη του Προγράμματος Κ.Α.Π.Η Γωνιών του Δήμου Μαλεβιζίου, που συμφώνησαν να λάβουν μέρος στην έρευνα συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο εθελοντικά με τη βοήθεια των ερευνητών. Συνολικά συμπληρώθηκαν 110 ερωτηματολόγια, ενώ επιπλέον 10 αποτέλεσαν τη πιλοτική έρευνα από μέλη του ίδιου Κ.Α.Π.Η .

3.5 Σχεδιασμός ερωτηματολογίου

Είναι γνωστό ότι το ερωτηματολόγιο έχει ένα περιεχόμενο, είναι ένα εργαλείο συλλογής πληροφορίας και απευθύνεται σε συνολικά μεγάλο πληθυσμό , που έχει ως στόχο την ανάλυση του προβλήματος της έρευνας που είχε μελετηθεί.
(Δαρβίρη, 2009).
Έτσι λοιπόν πρέπει να έχει καθοριστεί ο χαρακτήρας των δεδομένων και ο τύπος των πληροφοριών που θα συγκεντρωθούν. Οι ερωτήσεις διακρίνονται σε όσες αναφέρονται σε γεγονότα (επίπεδο μόρφωσης, ηλικία, εργασία, κτλ.) και σε ερωτήσεις απόψεων .Με αυτό τον τρόπο αναζητούνται τα γεγονότα και η έκφραση της γνώμης πάνω σε αυτά. (Ψαρού και Ζαφειρόπουλος,2004)
Ο πληθυσμός της έρευνας αποτελούσε τα μέλη των εγγεγραμμένων μελών του Κ.Α.Π.Η. των Γωνιών –Δήμου Μαλεβιζίου το έτος 2014 από 65 έως 78 ετών, ο αριθμός των οποίων προσδιορίζεται στα 100 άτομα, άνδρες και γυναίκες κλίθηκαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια.
Για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκαν πολλές επισκέψεις στο Κ.Α.Π.Η Γωνιών και πάντα οι ηλικιωμένοι απαντούσαν με την βοήθεια των ερευνητριών. Ο αριθμός των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από τα μέλη του Κέντρου ανέρχονται στα 120, εκ των οποίων τα 20 αποτέλεσαν πιλοτική έρευνα.
Για τη σωστή διαμόρφωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε έρευνα της Ελληνικής και Διεθνούς βιβλιογραφίας. Διαπιστώθηκε ότι το ζήτημα των ηλικιωμένων δεν αποτελεί θέμα έλξης μελέτης για τους περισσότερους ερευνητές τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.
Αξίζει να σημειωθεί ότι στην Ελλάδα το θέμα της Εκτίμησης Αναγκών και της Εκπαίδευσης έχει ερευνηθεί από το κ. Γεώργιο Παναγιωτάκη την κ. Ήρα- Έμκε Πουλοπούλου από την Γεροντολογική Ελληνική και Γηριατρική Εταιρία, από την ΕΚΚΕ(Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών) και από άλλους εκπαιδευτικούς φορείς όπως Πανεπιστήμια και ΤΕΙ. Επίσης σε ημερίδες και συνέδρια έχει αναφερθεί το συγκεκριμένο θέμα μιας και η Τρίτη Ηλικία και οι ανάγκες της αποτελούν ένα από τα

σημαντικότερα προβλήματα στις μέρες μας. Από όλες αυτές έρευνες τις αντλήθηκαν πληροφορίες για τη διαμόρφωση του ερωτηματολόγιου έτσι ώστε να διασφαλιστεί η εγκυρότητα της μεθοδολογίας.

3.6 Πιλοτική έρευνα

Κρίθηκε απαραίτητο πριν την διεξαγωγή της επίσημης έρευνας να πραγματοποιηθεί πιλοτική έρευνα 20 ερωτηματολογίων στον πληθυσμό της έρευνας για να εξακριβωθεί η λειτουργικότητα και η κατανόηση του μεθοδολογικού εργαλείου από τα μέλη.
Με την πιλοτική έρευνα βρέθηκαν τα δυσνόητα σημεία προς τους ηλικιωμένους κι έτσι έγιναν οι κατάλληλες αλλαγές προκειμένου τα ερωτηματολόγια να γίνουν πιο κατανοητά. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο αριθμός των 20 ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην πιλοτική έρευνα δεν αποτέλεσαν μέρος της επίσημης έρευνας.

3.7 Ανάλυση Δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε χρήση του προγράμματος SPSS.19.0 Οι κατανομές συχνοτήτων (απόλυτων και ποσοστιαίων) των περιγραφικών χαρακτηριστικών των 100 εξυπηρετούμενων, διαχωρίζοντας κατά περίπτωση ως προς το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο ή την οικογενειακή κατάσταση τους. Για την διεξαγωγή και τον έλεγχο συχνοτήτων αποτέλεσε ο έλεγχος χ^2, ενώ στον προσδιορισμό του βαθμού συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε η γραμμική μη παραμετρική μέθοδος συσχέτισης κατά Spearman. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το $p < 0,05$ (Δαφέρμος, 2005).

Πιο συγκεκριμένα ακολούθησε η εξής διαδικασία:

- Καταχώρηση δεδομένων (Στατιστικοί και αριθμητικοί πίνακες)

- Περιγραφική Στατιστική (Χρήση πίνακα συχνοτήτων, σχετική συχνότητα (ποσοστό %) και συχνότητα Ν)
- Πίνακες Γραφήματα, Ραβδόγραμμα)
- Στατιστικές τεχνικές(Cross tabulations, Chi sqare tests του Pearson και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας στο 95%) ($\alpha < 5\%$).

3.8 Εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου

Οι έννοιες της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της έρευνας σχετίζονται κυρίως με την ποσοτική έρευνα αλλά όχι μόνο με αυτή. Με την έννοια της εγκυρότητας εννοούμε αν «μετράμε» αυτό που πραγματικά θέλουμε να μετρήσουμε, ενώ με την έννοια της αξιοπιστίας εκφράζεται η ακρίβεια των ερευνητικών μεθόδων και τεχνικών, το πόσο δηλαδή αξιόπιστα και ακριβή είναι τα δεδομένα που μετράμε. Έτσι είναι απαραίτητο να έχουμε υπόψη μας και να ελέγξουμε αν το κάθε ερευνητικό μας ερώτημα έχει τη δική του κατάλληλη ερευνητική μέθοδο και πηγή. (Mason, 2003).

Σύμφωνα με την Ψαρού και Ζαφειρόπουλο ,2014 για την επιτυχία της έρευνας είναι απαραίτητο να διασφαλιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου. Εγκυρότητα εννοούμε την ιδιότητα της κλίμακας να μετρά αυτό που ισχυρίζεται ότι μετρά. Αναλυτικότερα, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα περιείχε ερωτήματα τα οποία μελετούσαν λεπτομερώς το θέμα της έρευνας ,ειδικότερα την διερεύνηση αναγκών των ηλικιωμένων(60 έως 78 ετών) στο Κ.ΑΠ.Η Γωνιών του Δήμου Μαλεβιζίου. Χρειάζεται επίσης να σημειωθεί ότι στην παρούσα έρευνα το ερευνητικό εργαλείο διερευνούσε αν όχι όλες τις περισσότερες πλευρές του θέματος. Πιο συγκεκριμένα το ερευνητικό εργαλείο περιείχε πρόσθετες παράμετροι όπως, φύλο, ηλικία κ.α προκειμένου να ληφθούν περισσότερες πληροφορίες.

Με τον όρο αξιοπιστία της έρευνας εννοούμε ότι μπορούμε να είμαστε σίγουροι ότι στην περίπτωση που εμείς ή κάποιος άλλος, αποφασίσουμε να την επαναλάβουμε σε κάποια άλλη χρονική στιγμή, θα καταλήξουμε στα ίδια περίπου αποτελέσματα (Faulkner κ. συν., 1999, σ.33). Εκτός από την επαναληψιμότητα (σταθερότητα και συνέπεια) ο βαθμός αξιοπιστίας μιας έρευνας εξαρτάται και από το βαθμό συμφωνίας των ισχυρισμών της με αντίστοιχους

ισχυρισμούς άλλων ερευνών. Ελέγχοντας λοιπόν την αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος έλεγχος-επανέλεγχος στην οποία πραγματοποιήθηκαν δύο (2) δειγματοληπτικές έρευνες στο ίδιο σύνολο των ερωτώμενων(Ψαρού και Ζαφειρόπουλος, 2014).

Ειδικότερα πραγματοποιήθηκε πιλοτική έρευνα 20 ερωτηματολογίων για την εντόπιση δυσνόητων σημείων από τους ηλικιωμένους και στην συνέχεια έγινε επαναληπτική πιλοτική έρευνα 20 ερωτηματολογίων στα ίδια άτομα που είχε εφαρμοστεί και η πρώτη.

Συμπερασματικά οδήγησαν στις ίδιες απαντήσεις καθώς με τον τρόπο αυτό διαπιστώθηκε και κατά πόσο ήταν κατανοητό το ερευνητικό εργαλείο από το πληθυσμό του δείγματος.

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Πίνακας 1: Ηλικία δείγματος

Descriptive Statistics

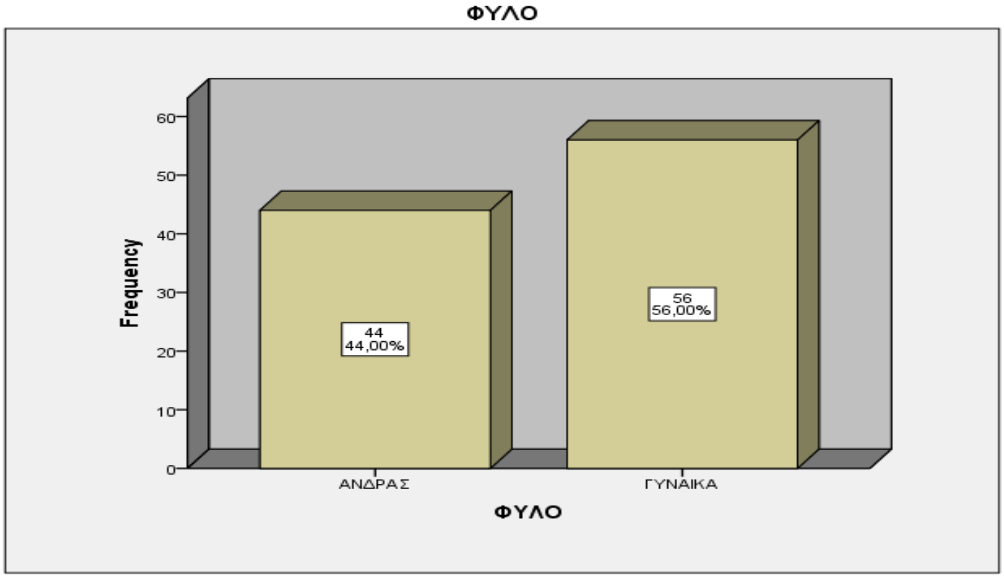
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ηλικία	99	60	94	75,30	7,113
Valid N (listwise)	99				

Από τον πίνακα 1 φαίνεται ότι η μέση ηλικία του δείγματος είναι τα 73 έτη.

Πίνακας 2: Φύλο συμμετεχόντων

ΦΥΛΟ				
		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	44	44,0	44,0
	ΓΥΝΑΙΚΑ	56	56,0	56,0
	Total	100	100,0	100,0

Διάγραμμα 1: Φύλο συμμετεχόντων



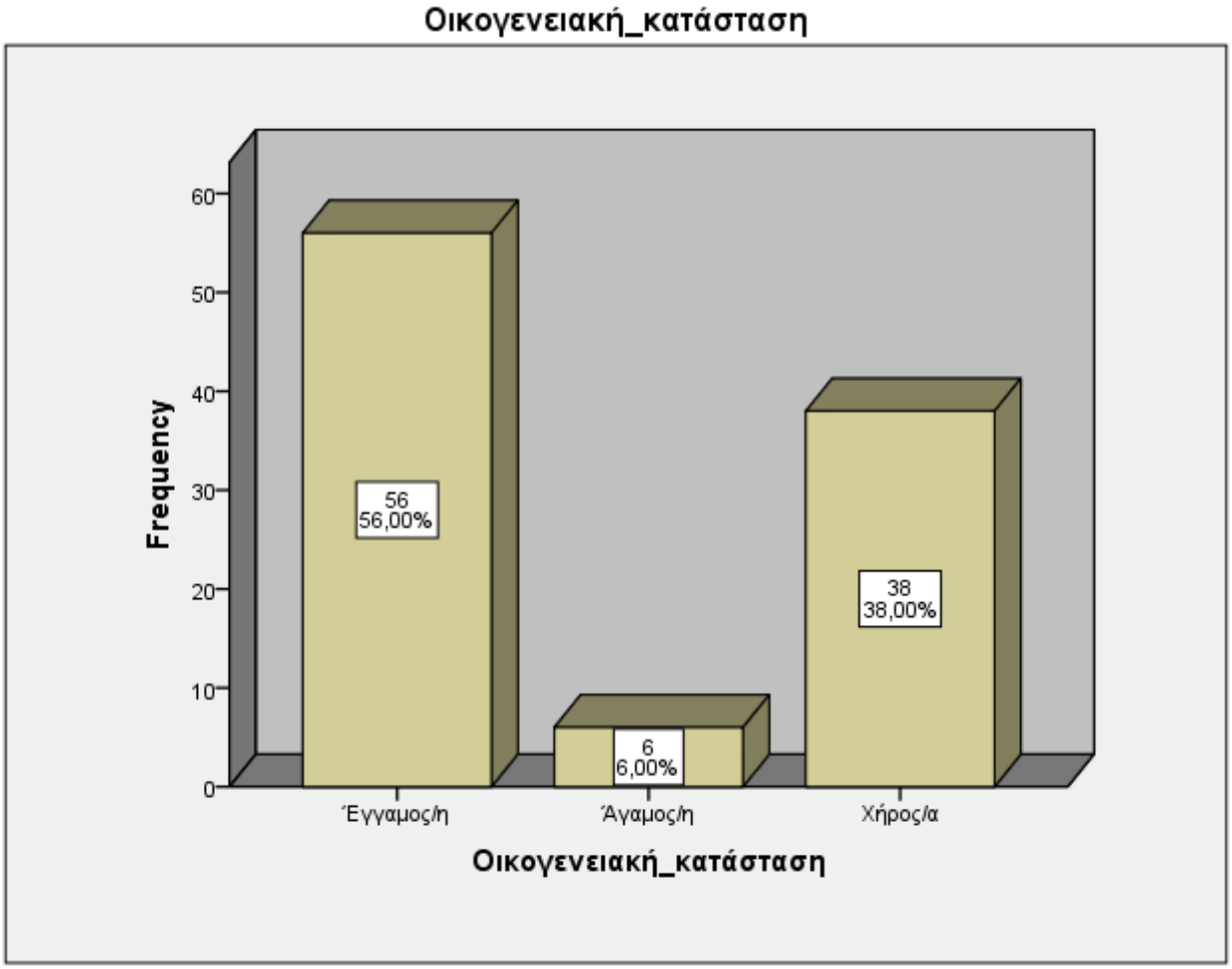
Παραπάνω παρουσιάζεται το φύλο των συμμετεχόντων. Όπως φαίνεται οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν σε ποσοστό 56% γυναίκες και 44% άντρες.

Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων

Οικογενειακή_κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Έγγαμος/η	56	56,0	56,0	56,0
	Άγαμος/η	6	6,0	6,0	62,0
	Χήρος/α	38	38,0	38,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 2: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων



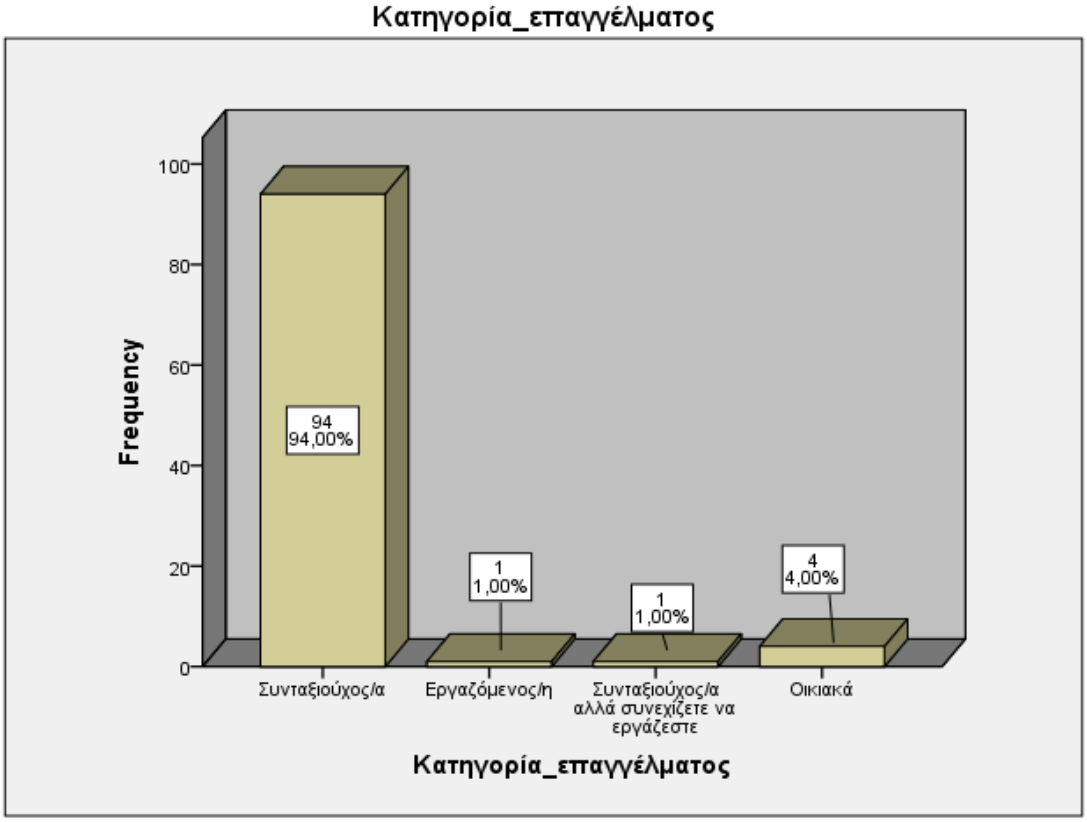
Από το παραπάνω διάγραμμα και πίνακα βλέπουμε ότι στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες είναι έγγαμοι (56%) ενώ ένα ποσοστό 38% είναι χήρος/α. Τέλος, ένα ποσοστό της τάξεως 6% δηλώνει άγαμο.

Πίνακας 4: Κατηγορία επαγγέλματος

Κατηγορία_επαγγέλματος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνταξιούχος/α	94	94,0	94,0	94,0
	Εργαζόμενος/η	1	1,0	1,0	95,0
	Συνταξιούχος/α αλλά συνεχίζετε να εργάζεστε	1	1,0	1,0	96,0
	Οικιακά	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 3: Κατηγορία επαγγέλματος



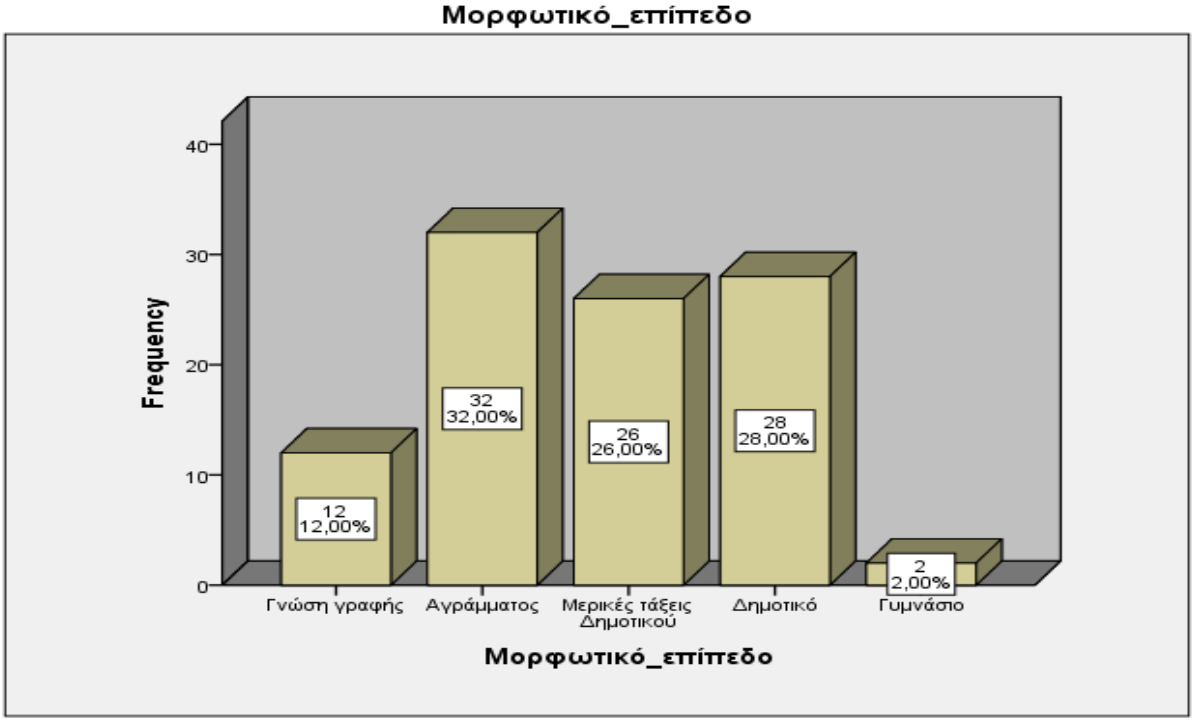
Από τα παραπάνω είναι φανερό ότι η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα είναι συνταξιούχοι (94%). Σε ποσοστά 4%, !% και 1% ακολουθούν όσοι δήλωσαν ως επάγγελμα τα οικιακά, οι εργαζόμενοι αλλά και όσοι είναι συνταξιούχοι αλλά συνεχίζουν να εργάζονται.

Πίνακας 5: Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων

Μορφωτικό_επίπεδο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Γνώση γραφής	12	12,0	12,0	12,0
	Αγράμματος	32	32,0	32,0	44,0
	Μερικές τάξεις Δημοτικού	26	26,0	26,0	70,0
	Δημοτικό	28	28,0	28,0	98,0
	Γυμνάσιο	2	2,0	2,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 4: Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων



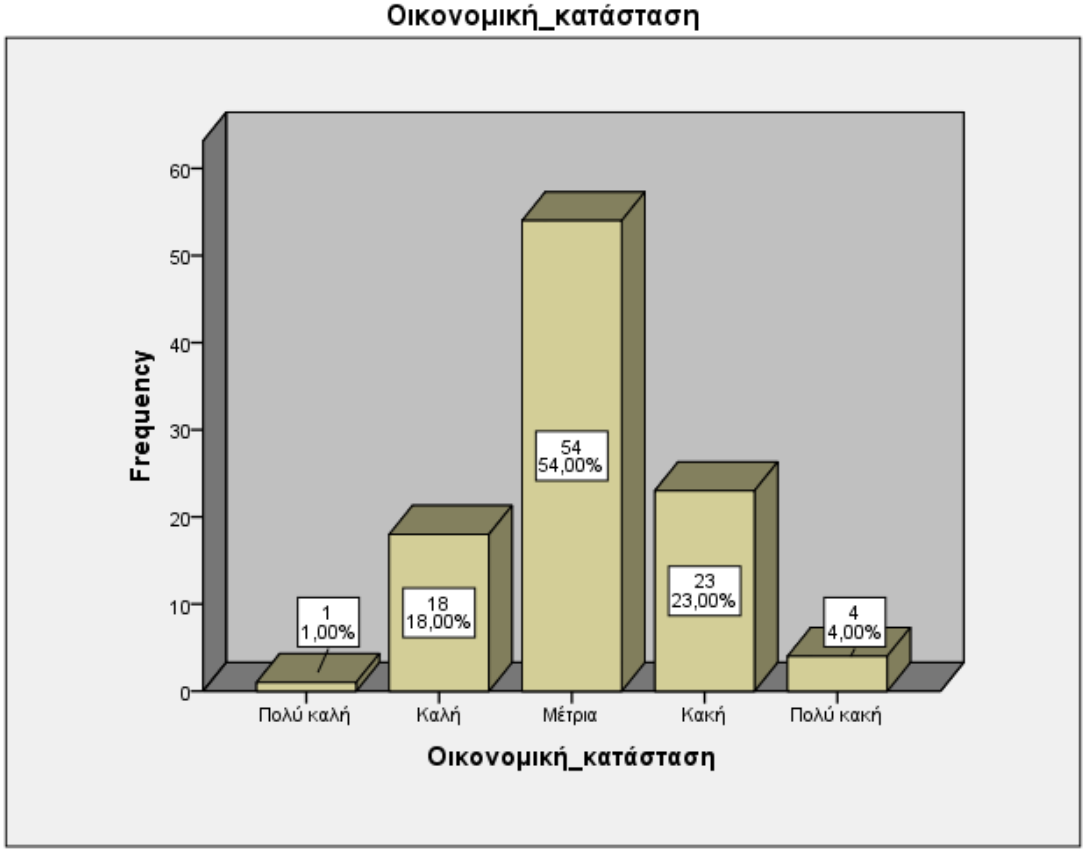
Βλέπουμε ότι το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι χαμηλό. Το 32% δεν γνωρίζει ανάγνωση και γραφή ενώ το 54% των συμμετεχόντων παρακολούθησαν είτε κατάφεραν να ολοκληρώσουν το δημοτικό. Επιπλέον, γνώσεις γραφής δηλώνει ότι διαθέτει το 12% ενώ μόλις το 2% έχει αποφοιτήσει από το Γυμνάσιο.

Πίνακας 6: Οικονομική κατάσταση συμμετεχόντων

Οικονομική_κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ καλή	1	1,0	1,0	1,0
	Καλή	18	18,0	18,0	19,0
	Μέτρια	54	54,0	54,0	73,0
	Κακή	23	23,0	23,0	96,0
	Πολύ κακή	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 5: οικονομική κατάσταση συμμετεχόντων



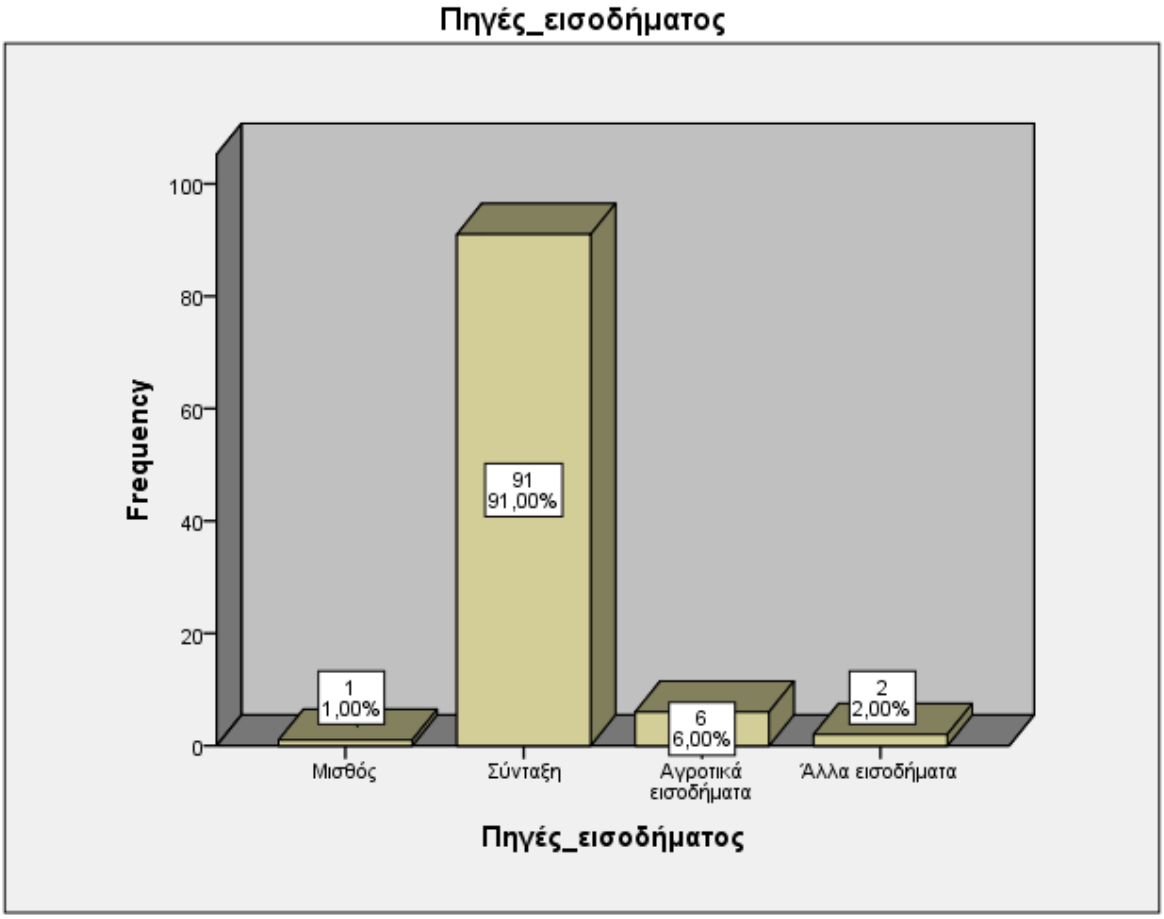
Ως μέτρια χαρακτηρίζει η πλειοψηφία των συμμετεχόντων την οικονομική της κατάσταση (54%). Αντίθετα μόλις το 18% δηλώνει ότι έχει καλή οικονομική κατάσταση. Κακή και πολύ κακή οικονομική κατάσταση δηλώνουν ότι έχουν αντίστοιχα το 23% και το 4% των συμμετεχόντων.

Πίνακας 7: Πηγές εισοδήματος

Πηγές_εισοδήματος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μισθός	1	1,0	1,0	1,0
	Σύνταξη	91	91,0	91,0	92,0
	Αγροτικά εισοδήματα	6	6,0	6,0	98,0
	Άλλα εισοδήματα	2	2,0	2,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 6: Πηγές εισοδήματος



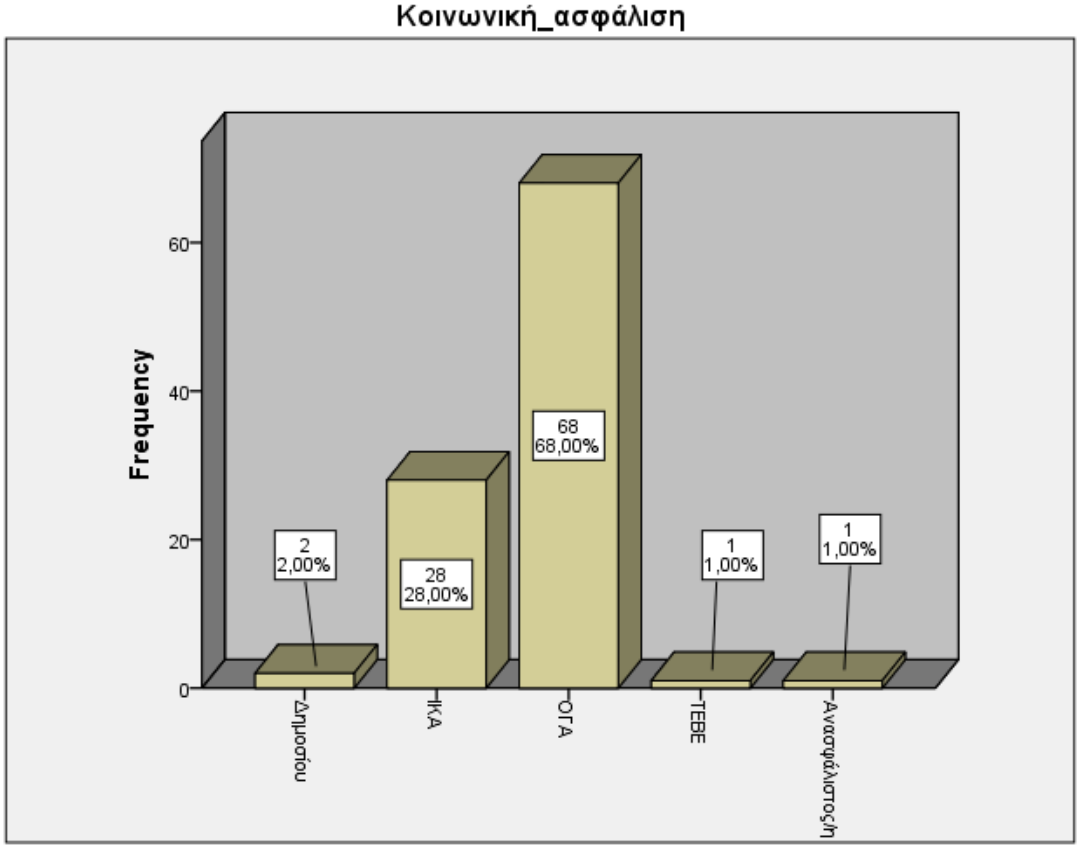
Η κύρια πηγή εισοδήματος των συμμετεχόντων είναι η σύνταξη που λαμβάνουν, σε ποσοστό 91%. Σε μικρότερα ποσοστά δηλώνουν ότι οι πηγές εισοδήματος τους είναι ο μισθός (1%), τα αγροτικά εισοδήματα (6%) και άλλα εισοδήματα (2%).

Πίνακας 8: Κοινωνική ασφάλιση

Κοινωνική_ασφάλιση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημοσίου	2	2,0	2,0	2,0
	ΙΚΑ	28	28,0	28,0	30,0
	ΟΓΑ	68	68,0	68,0	98,0
	ΤΕΒΕ	1	1,0	1,0	99,0
	Ανασφάλιστος/η	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 7: Κοινωνική ασφάλιση



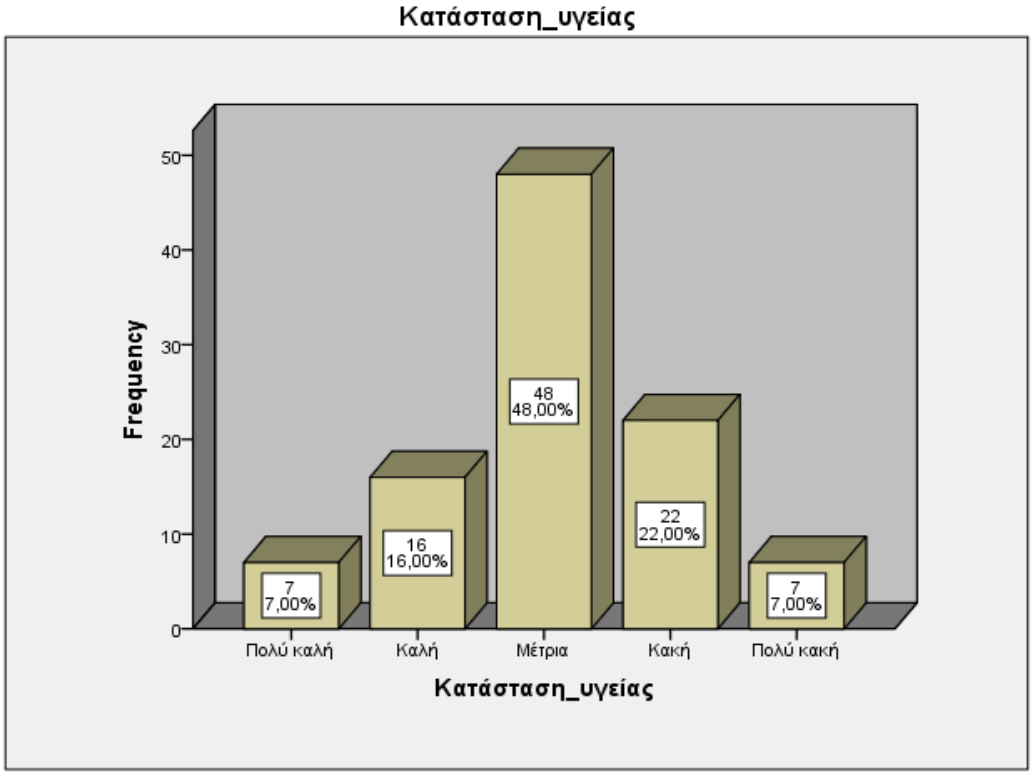
Από τον παραπάνω πίνακα είναι φανερό ότι οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι ασφαλισμένη στον ΟΓΑ (68%) αλλά και στο ΙΚΑ (28%). Ελάχιστοι ήταν οι συμμετέχοντες που δήλωσαν άλλους ασφαλιστικούς φορείς όπως Δημοσίου (2%), ΤΕΒΕ (1%). Τέλος ένα άτομο (1%) ανέφερε ότι είναι ανασφάλιστο.

Πίνακας 9: Κατάσταση Υγείας

Κατάσταση_υγείας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ καλή	7	7,0	7,0	7,0
	Καλή	16	16,0	16,0	23,0
	Μέτρια	48	48,0	48,0	71,0
	Κακή	22	22,0	22,0	93,0
	Πολύ κακή	7	7,0	7,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 8: Κατάσταση υγείας



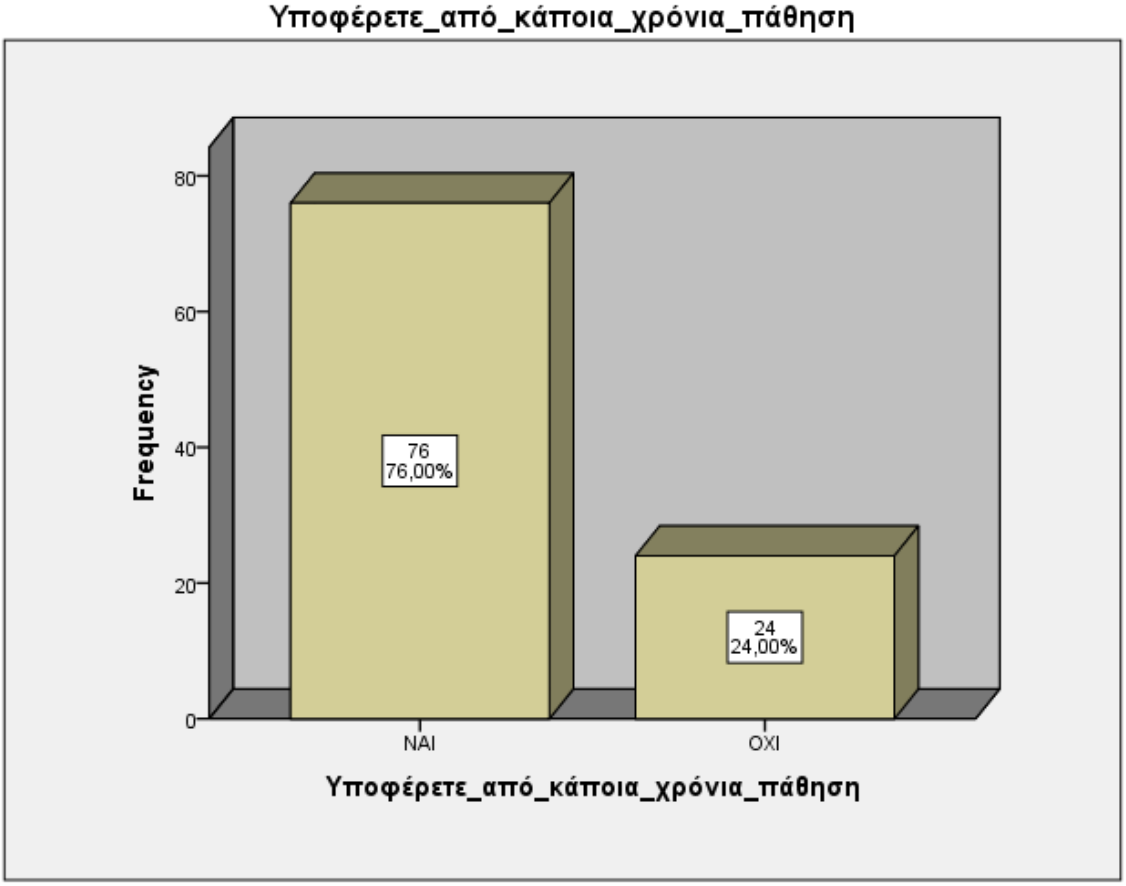
Όπως βλέπουμε στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες δεν είναι ευχαριστημένοι από την κατάσταση της υγεία τους καθώς το 48% την χαρακτηρίζει ως μέτρια, το 22% κακή και το 7% πολύ κακή. Πολύ καλή ή καλή χαρακτηρίζει την υγεία του το 7% και το 16% αντίστοιχα.

Πίνακας 10: Υποφέρετε από κάποια χρόνια πάθηση;

Υποφέρετε_από_κάποια_χρόνια_πάθηση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	76	76,0	76,0	76,0
	ΟΧΙ	24	24,0	24,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 9: Υποφέρετε από κάποια χρόνια πάθηση;



Στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες στην έρευνα δηλώνουν ότι υποφέρουν από κάποια χρόνια πάθηση (76%) ενώ μόλις το 24% δηλώνει πως όχι.

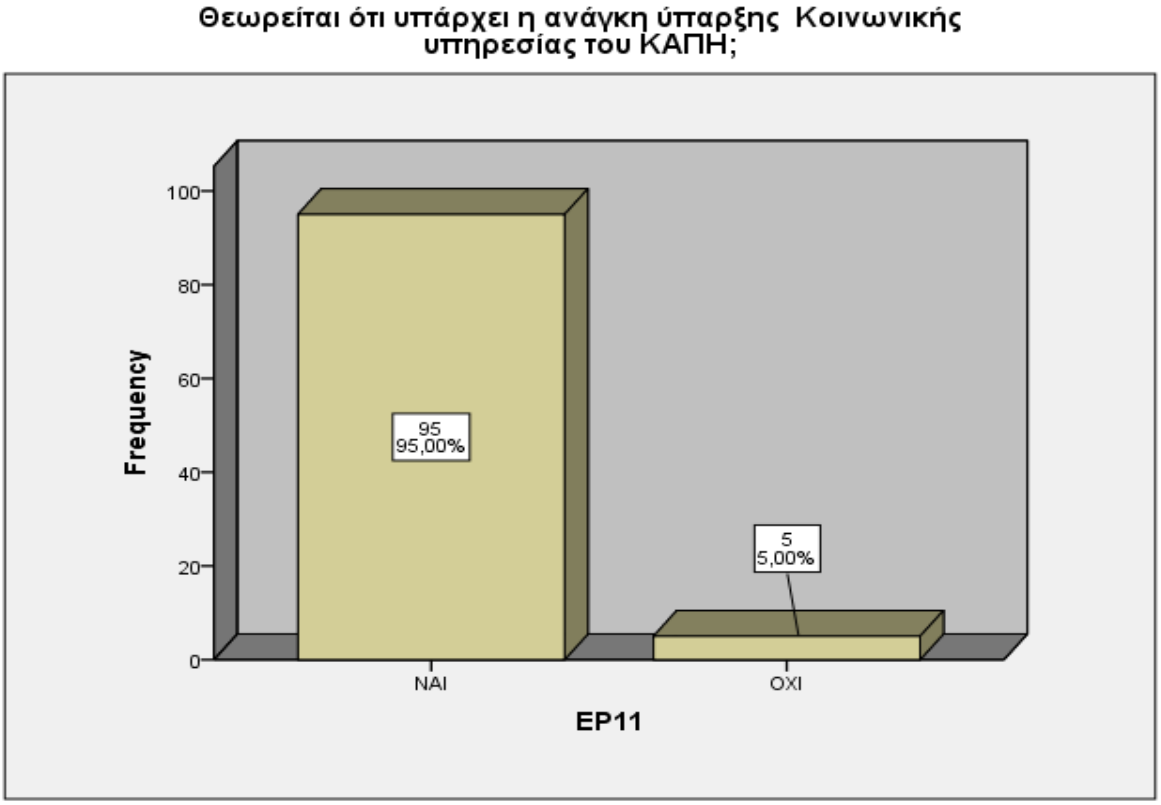
Β. ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΚΑΠΗ, ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Πίνακας 11: Θεωρείται ότι υπάρχει η ανάγκη ύπαρξης Κοινωνικής υπηρεσίας του ΚΑΠΗ;

Θεωρείται ότι υπάρχει η ανάγκη ύπαρξης Κοινωνικής υπηρεσίας του ΚΑΠΗ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	95	95,0	95,0	95,0
	ΟΧΙ	5	5,0	5,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 10: Θεωρείται ότι υπάρχει η ανάγκη ύπαρξης Κοινωνικής υπηρεσίας του ΚΑΠΗ;



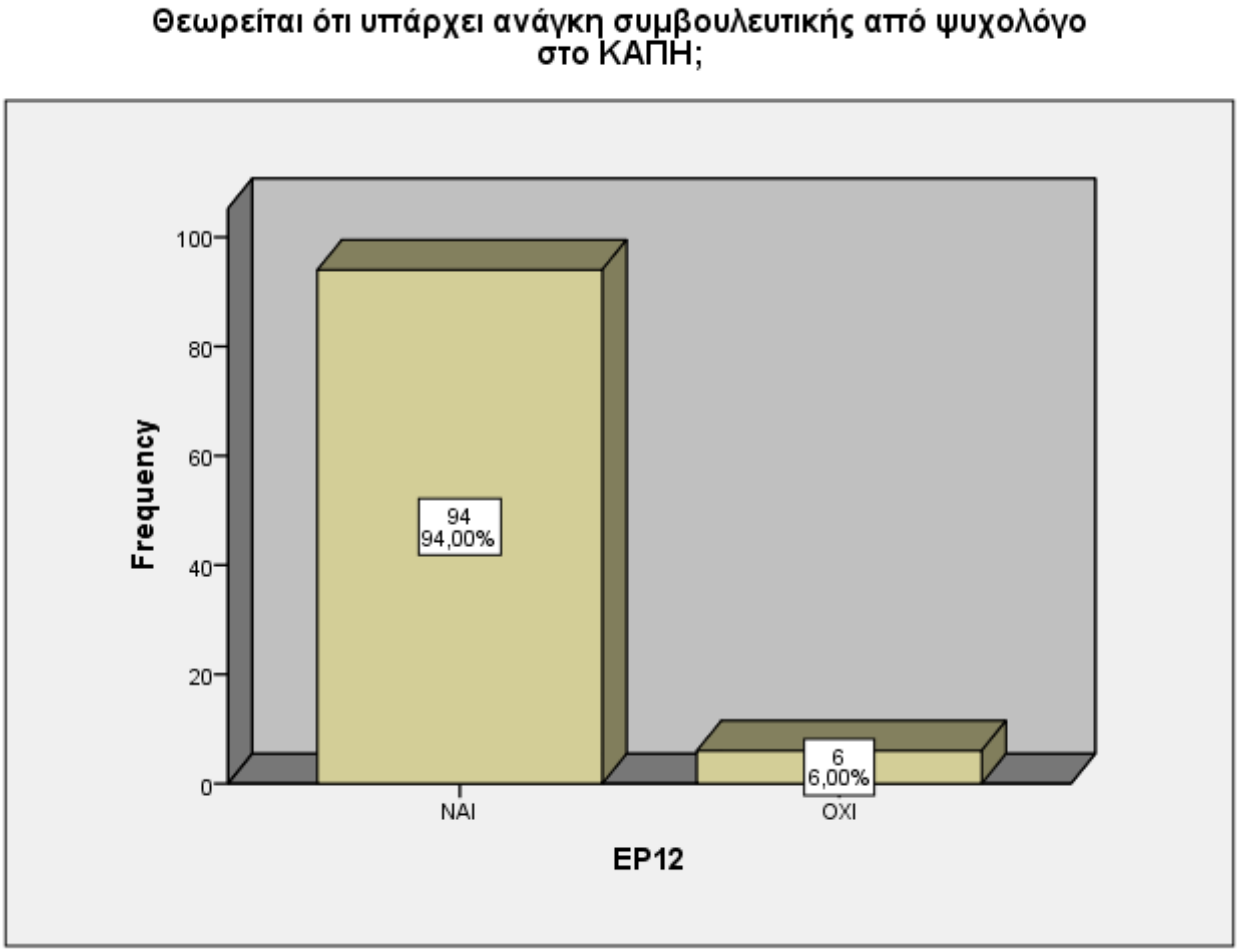
Οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων (95%) θεωρεί ότι υπάρχει η ανάγκη ύπαρξης Κοινωνικής
υπηρεσίας του ΚΑΠΗ ενώ όχι απάντησε το 5% του δείγματος.

Πίνακας 12: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη συμβουλευτικής από ψυχολόγο στο ΚΑΠΗ;

Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη συμβουλευτικής από ψυχολόγο στο ΚΑΠΗ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	94	94,0	94,0	94,0
	ΟΧΙ	6	6,0	6,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 11: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη συμβουλευτικής από ψυχολόγο στο ΚΑΠΗ;



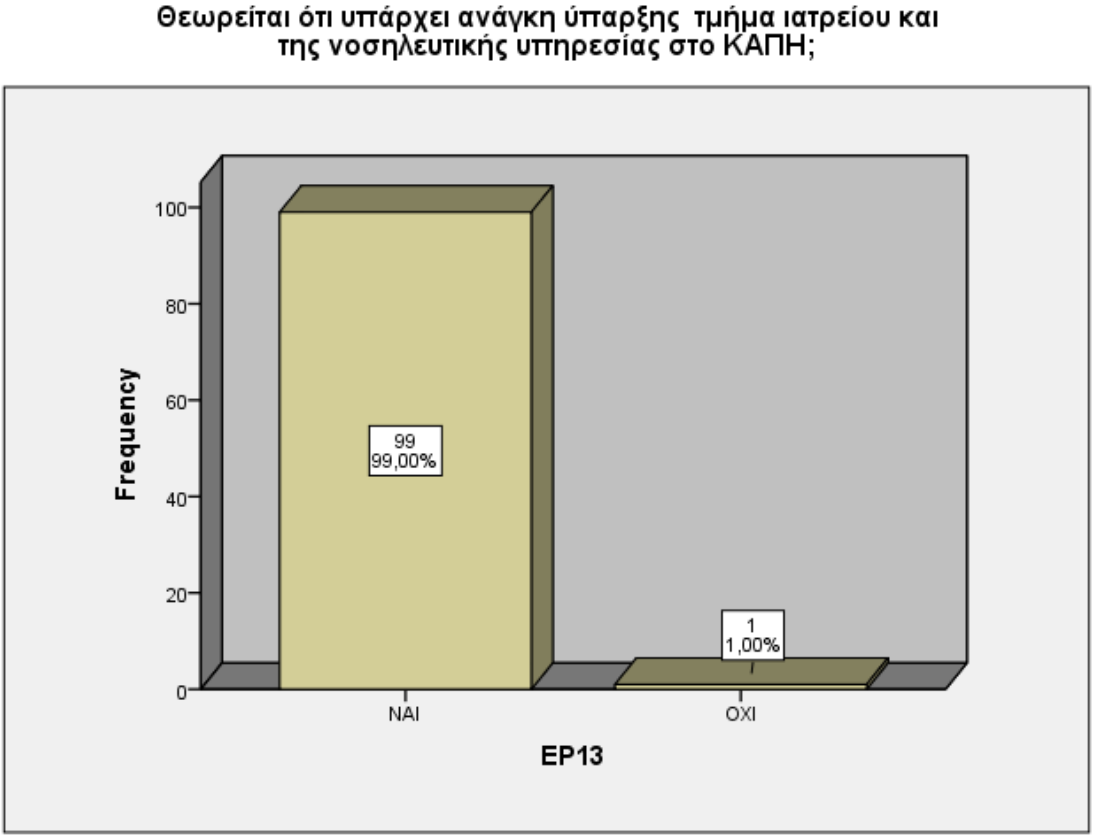
Όπως παρατηρούμε σε ποσοστό 94% οι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι υπάρχει ανάγκη συμβουλευτικής από ψυχολόγο στο ΚΑΠΗ ενώ όχι δήλωσε το 6% του δείγματος.

Πίνακας 13: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα ιατρείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο ΚΑΠΗ;

Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα ιατρείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο ΚΑΠΗ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	99	99,0	99,0	99,0
	ΟΧΙ	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 12: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα ιατρείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο ΚΑΠΗ;



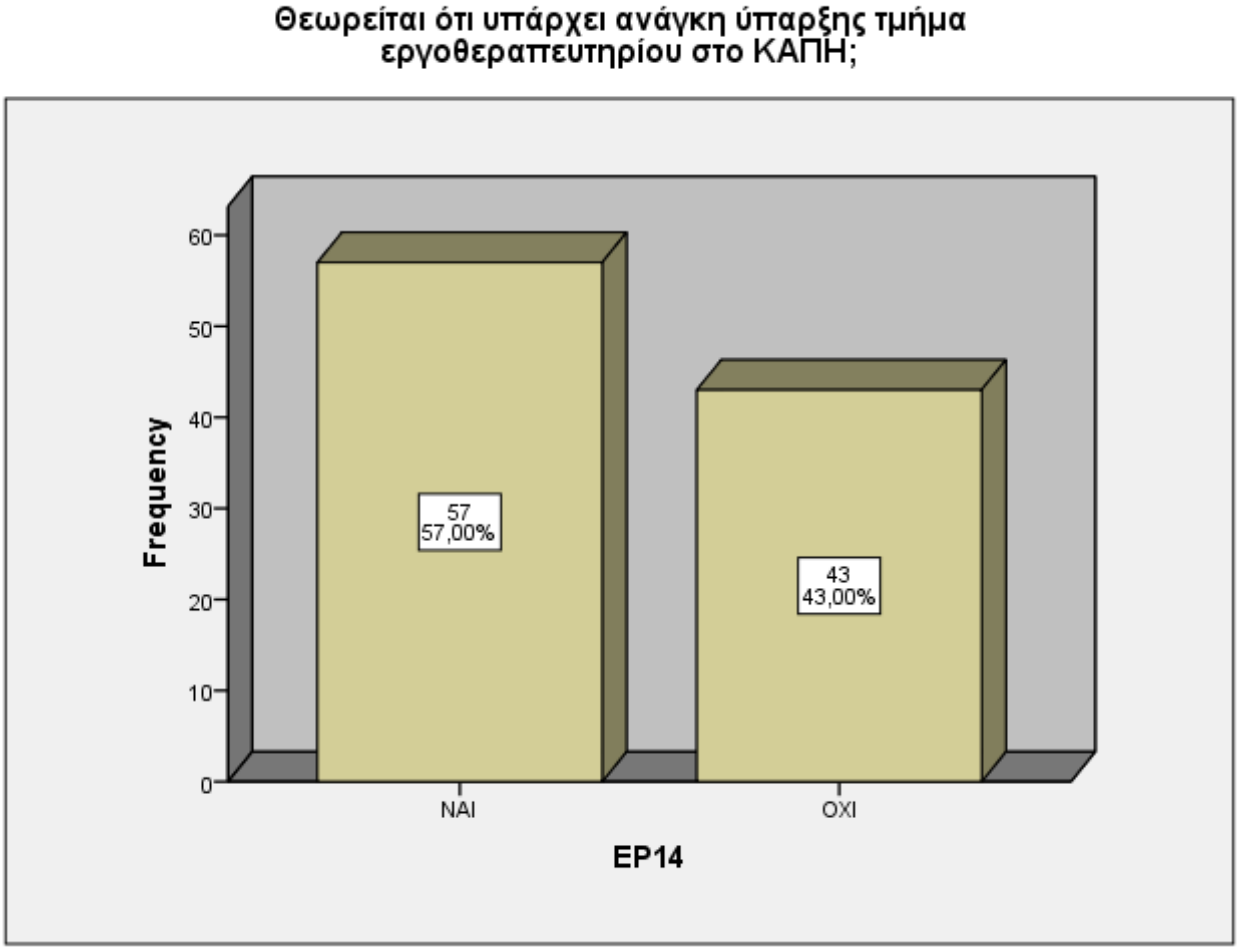
Επίσης εδώ βλέπουμε ότι το 99% των συμμετεχόντων στην έρευνα συμφωνεί στην ανάγκη ύπαρξης τμήματος ιατρείου και νοσηλευτικής υπηρεσίας στο ΚΑΠΗ.

Πίνακας 14 : Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα εργοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ;

Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα εργοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	57	57,0	57,0	57,0
	ΟΧΙ	43	43,0	43,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 13: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα εργοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ;



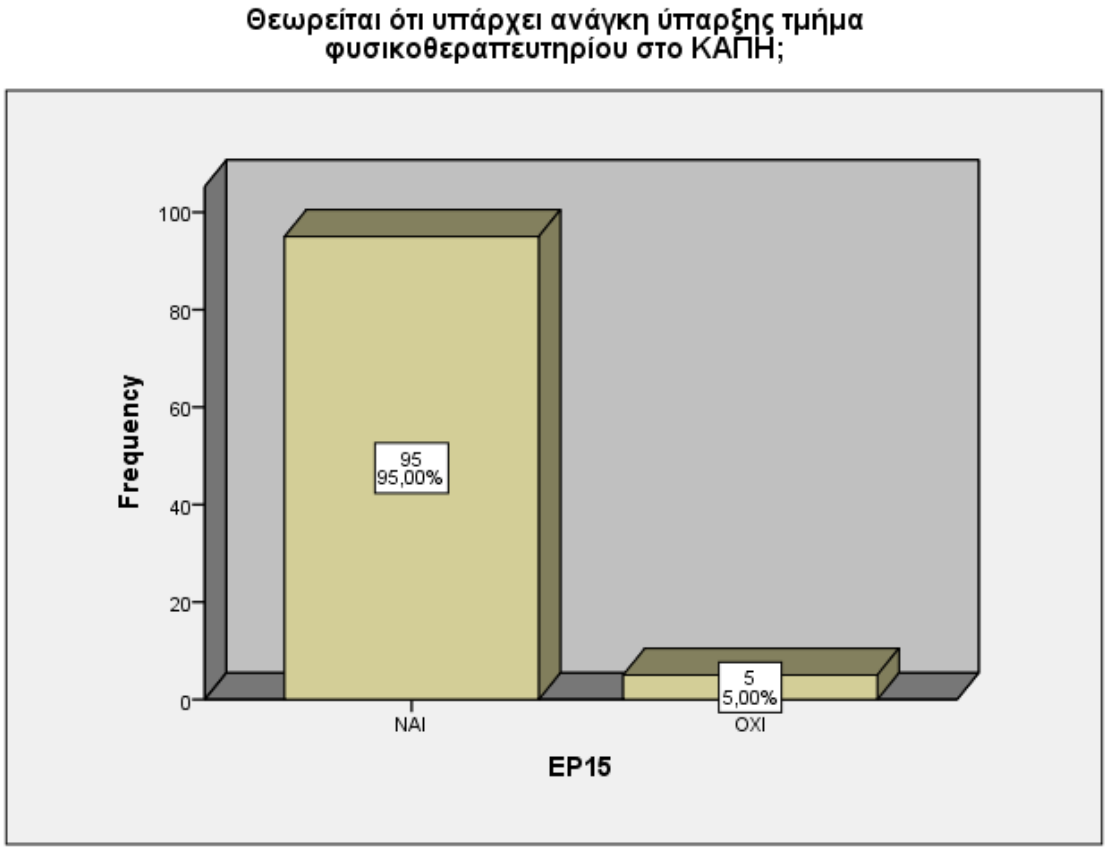
Την ανάγκη ύπαρξης τμήμα εργοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ, επιβεβαιώνει το 57%. Αντίθετα, το 43% δηλώνει ότι δεν υπάρχει τέτοια ανάγκη.

Πίνακας 15: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα φυσικοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ;

Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα φυσικοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	95	95,0	95,0	95,0
	ΟΧΙ	5	5,0	5,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 14: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα φυσικοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ;



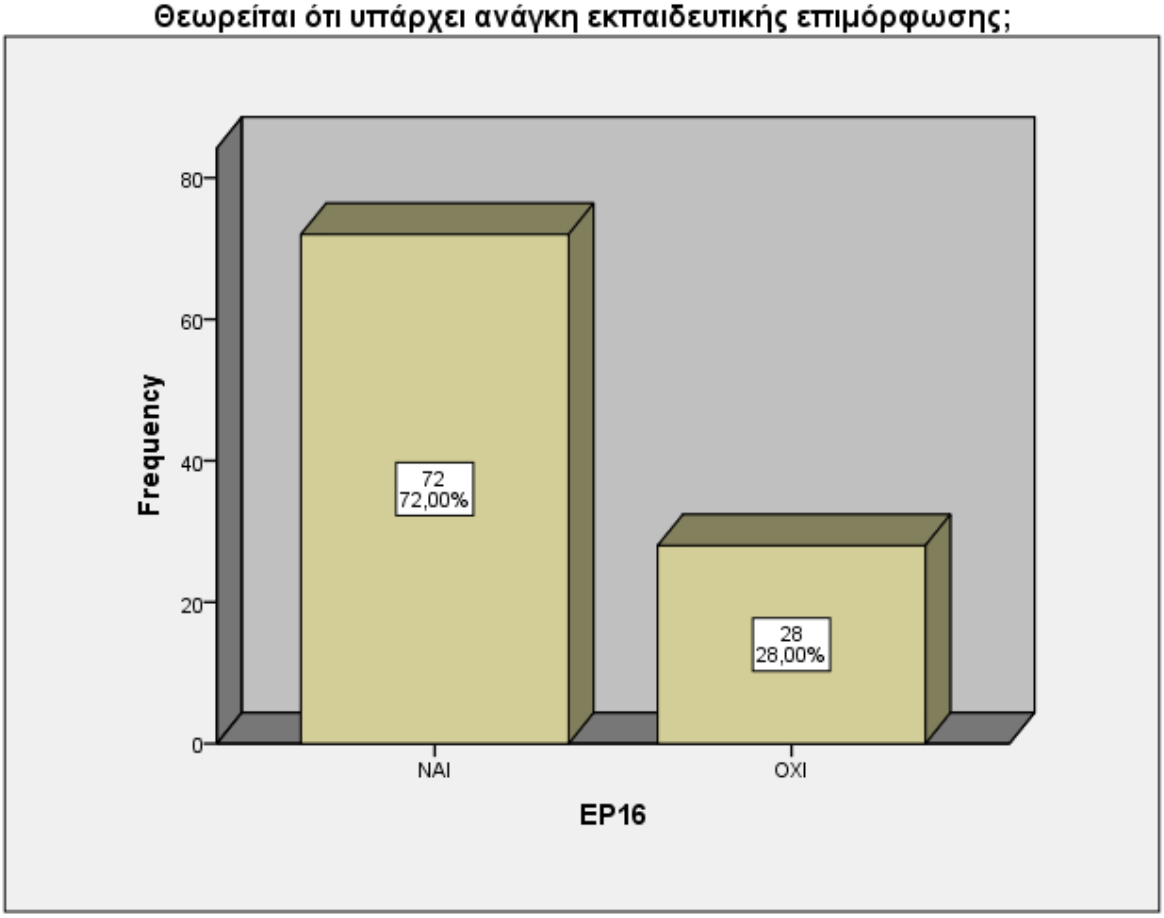
Οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 95% κρίνουν απαραίτητη την ύπαρξη φυσικοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ. Αντίθετα, το 5% των συμμετεχόντων δεν αναγνωρίζει την ανάγκη αυτή.

Πίνακας 16: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη εκπαιδευτικής επιμόρφωσης;

Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη εκπαιδευτικής επιμόρφωσης;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	72	72,0	72,0	72,0
	ΟΧΙ	28	28,0	28,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 15: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη εκπαιδευτικής επιμόρφωσης;



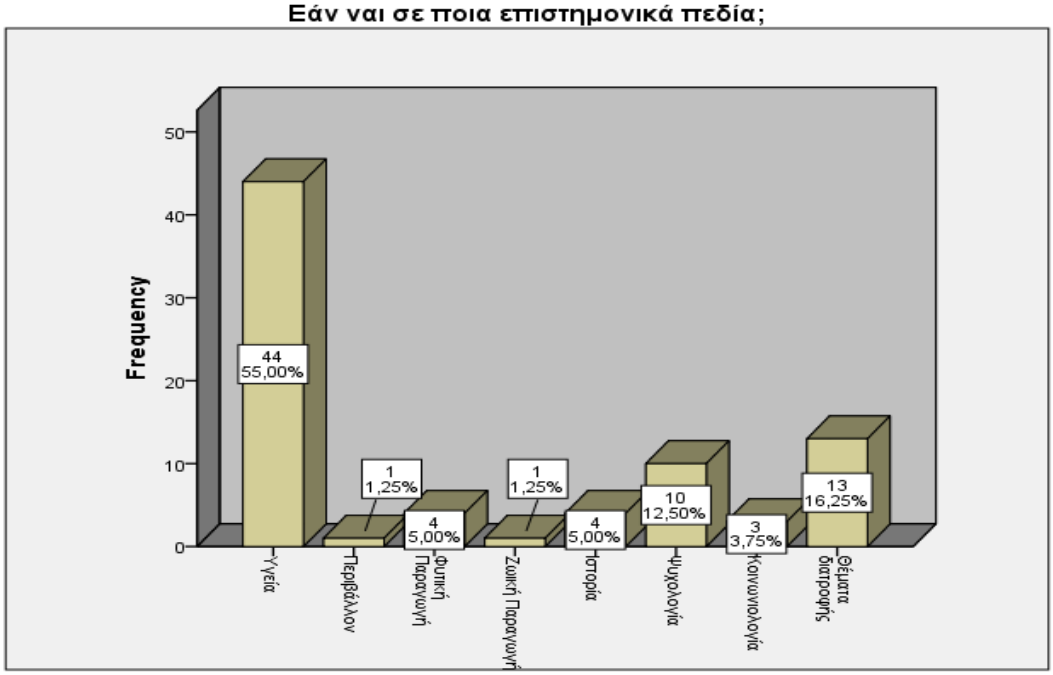
Το 72% των συμμετεχόντων συμφωνεί με την ανάγκη επιμόρφωσης στο ΚΑΠΗ σε αντίθεση με το28% των συμμετεχόντων που διαφωνεί.

Πίνακας 17: Εάν ναι σε ποια επιστημονικά πεδία;

Εάν ναι σε ποια επιστημονικά πεδία;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Υγεία	44	44,0	55,0	55,0
	Περιβάλλον	1	1,0	1,3	56,3
	Φυτική Παραγωγή	4	4,0	5,0	61,3
	Ζωική Παραγωγή	1	1,0	1,3	62,5
	Ιστορία	4	4,0	5,0	67,5
	Ψυχολογία	10	10,0	12,5	80,0
	Κοινωνιολογία	3	3,0	3,8	83,8
	Θέματα διατροφής	13	13,0	16,3	100,0
	Total	80	80,0	100,0	
Missing	88	20	20,0		
Total		100	100,0		

Διάγραμμα 16: Εάν ναι σε ποια επιστημονικά πεδία;



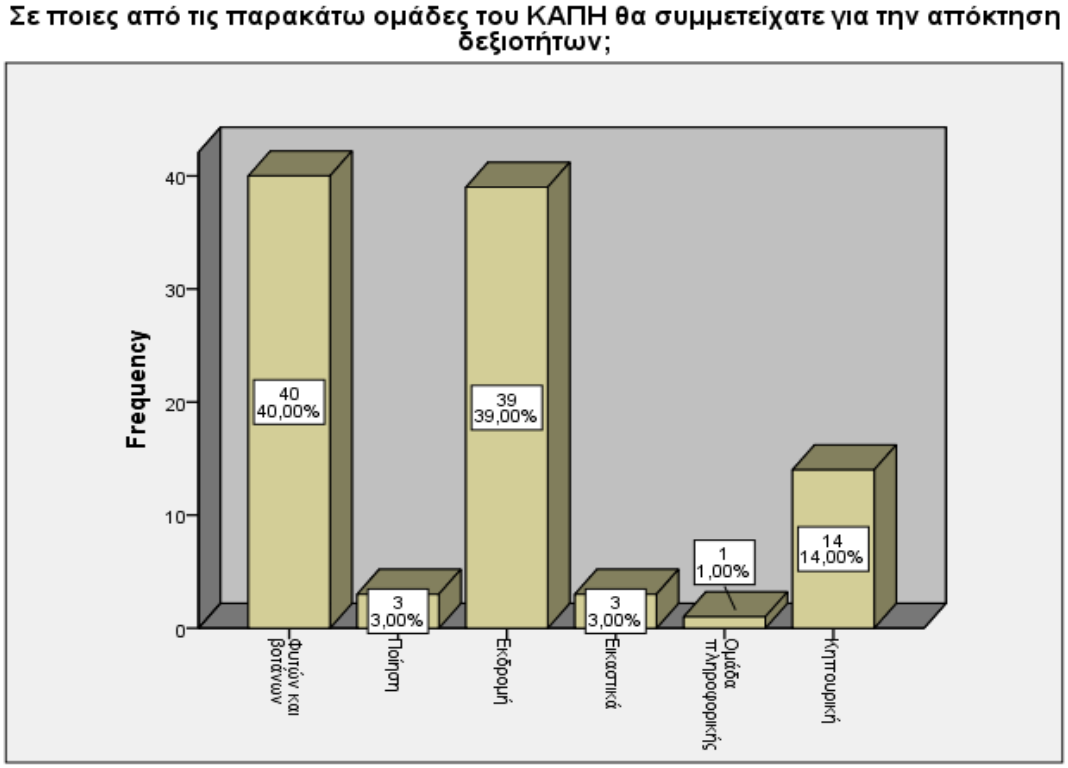
Όσοι απάντησαν ότι είναι αναγκαία η επιμόρφωση, κρίνουν ως πιο σημαντικούς τομείς, την υγεία (55%), τα θέματα διατροφής (16.25) και την ψυχολογία (12.5%) ενώ λιγότερο δημοφιλή είναι θέματα που αφορούν το περιβάλλον (1.25%), την ζωική παραγωγή (1.25%) και την κοινωνιολογία (3.75%).

Πίνακας 18: Σε ποιες από τις παρακάτω ομάδες του ΚΑΠΗ θα συμμετείχατε για την απόκτηση δεξιοτήτων;

Σε ποιες από τις παρακάτω ομάδες του ΚΑΠΗ θα συμμετείχατε για την απόκτηση δεξιοτήτων;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Φυτών και βοτάνων	40	40,0	40,0	40,0
	Ποίηση	3	3,0	3,0	43,0
	Εκδρομή	39	39,0	39,0	82,0
	Εικαστικά	3	3,0	3,0	85,0
	Ομάδα πληροφορικής	1	1,0	1,0	86,0
	Κηπουρική	14	14,0	14,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 17: Σε ποιες από τις παρακάτω ομάδες του ΚΑΠΗ θα συμμετείχατε για την απόκτηση δεξιοτήτων;



Οι ομάδες του ΚΑΠΗ που θα συμμετείχαν οι ερωτώμενοι για την απόκτηση δεξιοτήτων είναι με ποσοστό 40% η ομάδα βοτάνων και φυτών και 39% οι εκδρομικές ομάδες ενώ λιγότερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι ομάδες της πληροφορικής (1%), της ποίησης (3%), των εικαστικών (3%) και της κηπουρικής (14%).

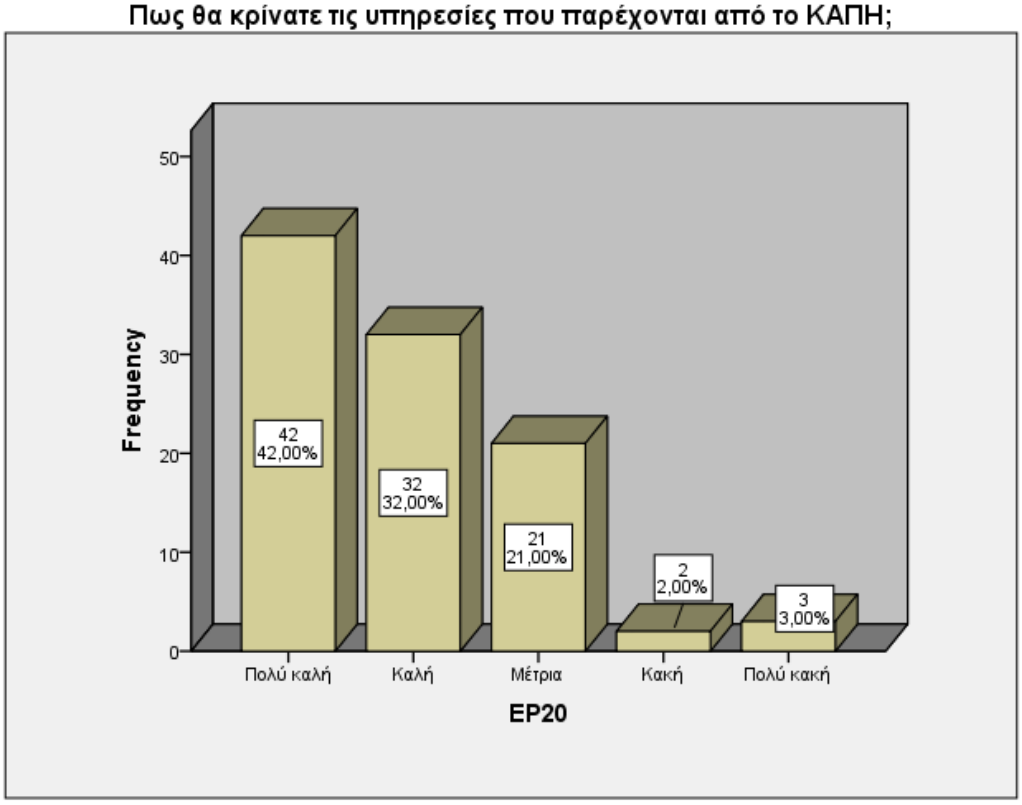
Γ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΞΙΩΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣΚΑΙ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Πίνακας 19: Πως θα κρίνατε τις υπηρεσίες που παρέχονται από το ΚΑΠΗ;

Πως θα κρίνατε τις υπηρεσίες που παρέχονται από το ΚΑΠΗ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ καλή	42	42,0	42,0	42,0
	Καλή	32	32,0	32,0	74,0
	Μέτρια	21	21,0	21,0	95,0
	Κακή	2	2,0	2,0	97,0
	Πολύ κακή	3	3,0	3,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 18: Πως θα κρίνατε τις υπηρεσίες που παρέχονται από το ΚΑΠΗ;



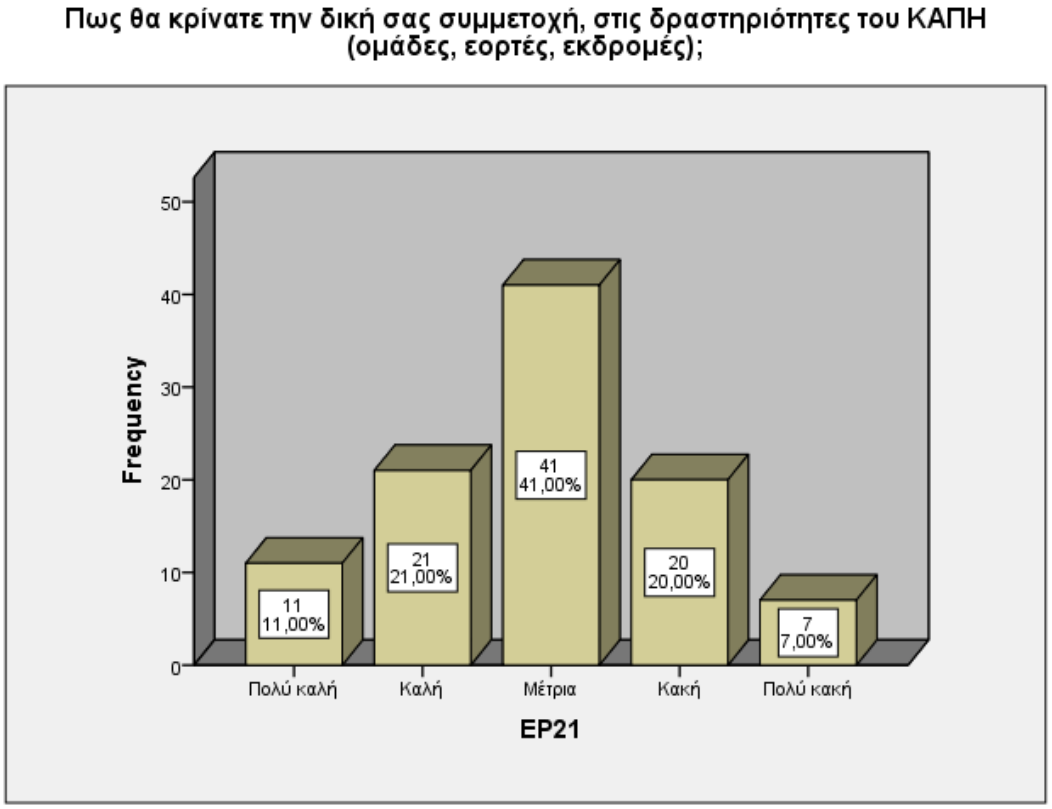
Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρεί ότι οι υπηρεσίες που παρέχοντες στο ΚΑΠΗ είναι καλές. Συγκεκριμένα το 42% τις κρίνει ως πολύ καλές και το 32% ως καλές. Επιπλέον το 21% τις θεωρεί μέτριες.

Πίνακας 20: Πως θα κρίνατε την δική σας συμμετοχή, στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ (ομάδες, εορτές, εκδρομές);

Πως θα κρίνατε την δική σας συμμετοχή, στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ (ομάδες, εορτές, εκδρομές);

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ καλή	11	11,0	11,0	11,0
	Καλή	21	21,0	21,0	32,0
	Μέτρια	41	41,0	41,0	73,0
	Κακή	20	20,0	20,0	93,0
	Πολύ κακή	7	7,0	7,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 19: Πως θα κρίνατε την δική σας συμμετοχή, στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ (ομάδες, εορτές, εκδρομές);

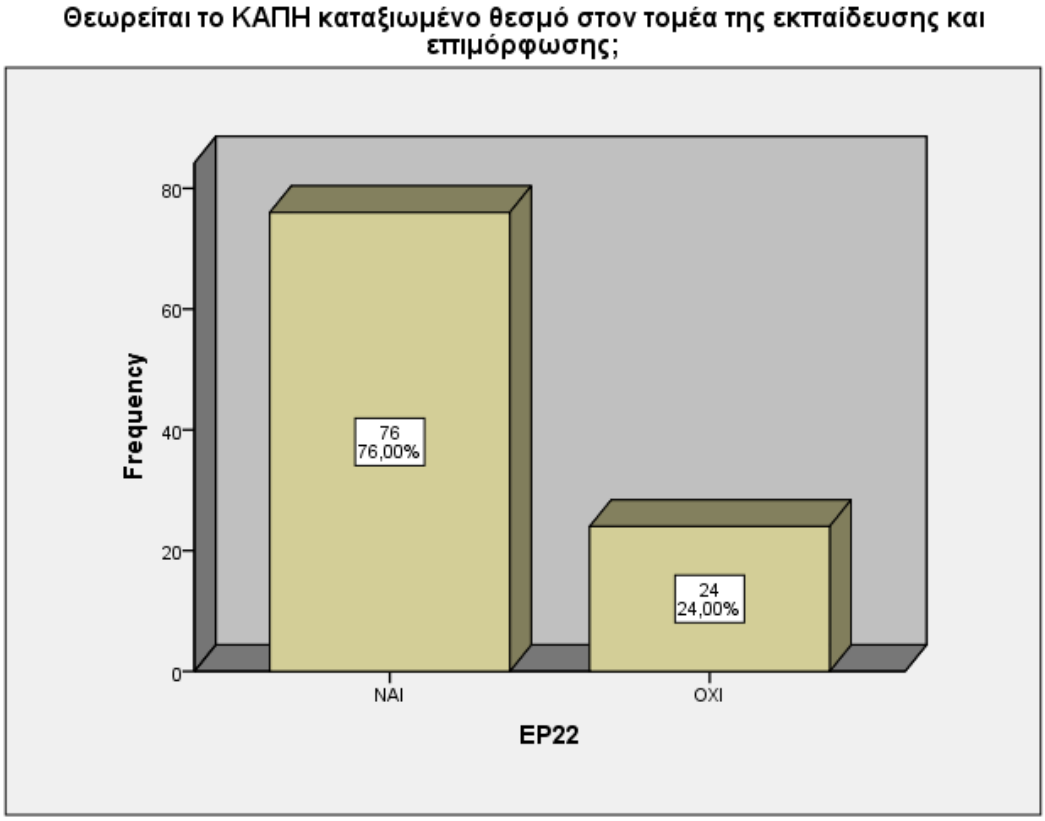


Το 41% θεωρεί μέτρια την συμμετοχή του στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ ενώ σχεδόν το ίδιο ποσοστών των συμμετεχόντων (21% και 20% αντίστοιχα) την θεωρεί καλή και κακή. Πολύ καλή ή πολύ κακή θεωρεί την συμμετοχή του το 11% και το 7%αντίστοιχα.

Πίνακας 21: Θεωρείται το ΚΑΠΗ καταξιωμένο θεσμό στον τομέα της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης;

Θεωρείται το ΚΑΠΗ καταξιωμένο θεσμό στον τομέα της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης;					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	76	76,0	76,0	76,0
	ΟΧΙ	24	24,0	24,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 20: Θεωρείται το ΚΑΠΗ καταξιωμένο θεσμό στον τομέα της εκπαίδευσης
και επιμόρφωσης;



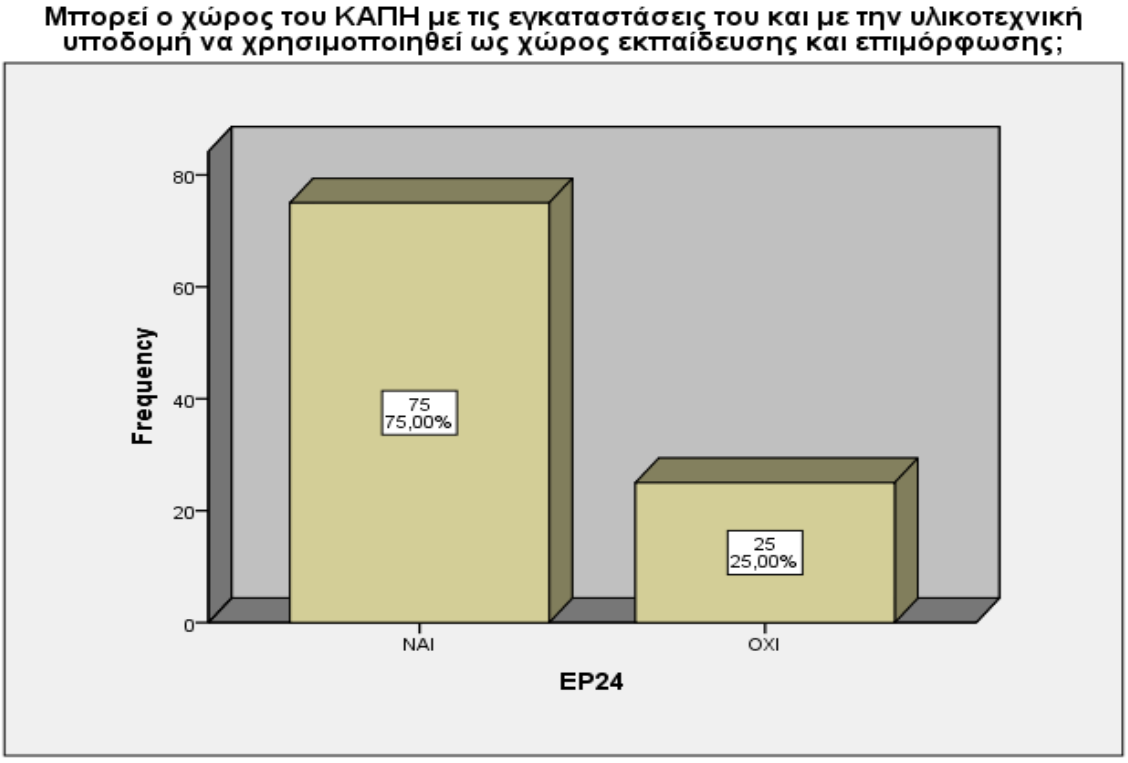
Το 76% των συμμετεχόντων θεωρείται το ΚΑΠΗ καταξιωμένο θεσμό στον τομέα της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης ενώ το24% των συμμετεχόντων διαφωνεί.

Πίνακας 22: Μπορεί ο χώρος του ΚΑΠΗ με τις εγκαταστάσεις του και με την υλικοτεχνική υποδομή να χρησιμοποιηθεί ως χώρος εκπαίδευσης και επιμόρφωσης;

Μπορεί ο χώρος του ΚΑΠΗ με τις εγκαταστάσεις του και με την υλικοτεχνική υποδομή να χρησιμοποιηθεί ως χώρος εκπαίδευσης και επιμόρφωσης;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	75	75,0	75,0	75,0
	ΟΧΙ	25	25,0	25,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Διάγραμμα 21: Μπορεί ο χώρος του ΚΑΠΗ με τις εγκαταστάσεις του και με την υλικοτεχνική υποδομή να χρησιμοποιηθεί ως χώρος εκπαίδευσης και επιμόρφωσης;



Τέλος το 75% θεωρεί ότι ο χώρος του ΚΑΠΗ με τις εγκαταστάσεις του και με την υλικοτεχνική υποδομή να χρησιμοποιηθεί ως χώρος εκπαίδευσης και επιμόρφωσης ενώ το 25% των συμμετεχόντων διαφωνεί.

Επιπλέον από τις δύο ερωτήσεις ανοιχτού τύπου που είχαν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα και είναι σχετικές με τις ανάγκες και τις ελλείψεις που εντοπίζουν σχετικά με την λειτουργία του ΚΑΠΗ, οι συχνότερες που καταγράφηκαν είναι η ύπαρξη γιατρού για να εξυπηρετούν τις ανάγκες τους όπως η συνταγογράφιση (99%), η ύπαρξη φυσιοθεραπευτή (92%) αλλά και ψυχολόγου (90%).

ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΝΑ ΦΥΛΟ

Πίνακας 23: Οικογενειακή κατάσταση ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Οικογενειακή_κατάσταση Crosstabulation

			Οικογενειακή_κατάσταση			
			Έγγαμος/η	Άγαμος/η	Χήρος/α	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	25	3	16	44
		% within ΦΥΛΟ	56,8%	6,8%	36,4%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	31	3	22	56
		% within ΦΥΛΟ	55,4%	5,4%	39,3%	100,0%
Total		Count	56	6	38	100
		% within ΦΥΛΟ	56,0%	6,0%	38,0%	100,0%

Η πλειοψηφία τόσο των γυναικών όσο και των αντρών (56.8% και 55.4%) είναι έγγαμοι ενώ παρόμοιο είναι και το ποσοστό όσων έχουν χάσει τον σύντροφο τους (36.4% και 39.3% αντίστοιχα για άντρες και γυναίκες). .

Πίνακας 24: Επάγγελμα ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Κατηγορία_επαγγέλματος Crosstabulation

			Κατηγορία_επαγγέλματος				
			Συνταξιούχος/α	Εργαζόμενος/η	Συνταξιούχος/α αλλά συνεχίζετε να εργάζεστε	Οικιακά	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	43	0	1	0	44
		% within ΦΥΛΟ	97,7%	0,0%	2,3%	0,0%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	51	1	0	4	56
		% within ΦΥΛΟ	91,1%	1,8%	0,0%	7,1%	100,0%
Total		Count	94	1	1	4	100
		% within ΦΥΛΟ	94,0%	1,0%	1,0%	4,0%	100,0%

Από τον πίνακα 24 βλέπουμε ότι και στην γενική ανάλυση. Σε ποσοστό 97.7% για τις γυναίκες και 91.1% για τους άνδρες, οι συμμετέχοντες είναι συνταξιούχοι.

Πίνακας 25: Μορφωτικό επίπεδο ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Μορφωτικό_επίπεδο Crosstabulation

			Μορφωτικό_επίπεδο					
			Γνώση γραφής	Αγράμματος	Μερικές τάξεις Δημοτικού	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	8	18	12	5	1	44
		% within ΦΥΛΟ	18,2%	40,9%	27,3%	11,4%	2,3%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	4	14	14	23	1	56
		% within ΦΥΛΟ	7,1%	25,0%	25,0%	41,1%	1,8%	100,0%
Total		Count	12	32	26	28	2	100
		% within ΦΥΛΟ	12,0%	32,0%	26,0%	28,0%	2,0%	100,0%

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι το 40.9% των αντρών και το 25% των γυναικών είναι αγράμματοι ενώ το 41.1% των γυναικών και το 11.4% των αντρών έχουν αποφοιτήσει από το δημοτικό. Επιπλέον, μερικές τάξεις του δημοτικού έχει παρακολουθήσει το 27.3% των ανδρών και το 25.% των γυναικών.

Πίνακας 26: Οικονομική κατάσταση ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Οικονομική_κατάσταση Crosstabulation

			Οικονομική_κατάσταση					
			Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	1	5	28	8	2	44
		% within ΦΥΛΟ	2,3%	11,4%	63,6%	18,2%	4,5%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	0	13	26	15	2	56
		% within ΦΥΛΟ	0,0%	23,2%	46,4%	26,8%	3,6%	100,0%
Total		Count	1	18	54	23	4	100
		% within ΦΥΛΟ	1,0%	18,0%	54,0%	23,0%	4,0%	100,0%

Το 63.6% των αντρών και το 46.4% των γυναικών χαρακτηρίζουν την οικονομική τους κατάσταση ως μέτρια ενώ κακή την χαρακτηρίζει το 26.8% των γυναικών και το 18.2% των αντρών. Επίσης καμία γυναίκα δεν δήλωσε ότι έχει πολύ καλή οικονομική κατάσταση ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άντρες είναι 2.3%.

Πίνακας 27:Πήγες εισοδήματος ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Πηγές_εισοδήματος Crosstabulation

			Πηγές_εισοδήματος				
			Μισθός	Σύνταξη	Αγροτικά εισοδήματα	Άλλα εισοδήματα	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	1	40	3	0	44
		% within ΦΥΛΟ	2,3%	90,9%	6,8%	0,0%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	0	51	3	2	56
		% within ΦΥΛΟ	0,0%	91,1%	5,4%	3,6%	100,0%
Total		Count	1	91	6	2	100
		% within ΦΥΛΟ	1,0%	91,0%	6,0%	2,0%	100,0%

Όπως φαίνεται καθαρά από τον πίνακα, η πηγή εισοδήματος τόσο για την πλειοψηφία των αντρών (90.9%) όσο και των γυναικών (91.1%) είναι η σύνταξή που λαμβάνουν. Αντίθετά, από τις αγροτικές εργασίες εξασφαλίζει το εισόδημα του το 6.8% των αντρών και το 5.4% των γυναικών.

Πίνακας 28:Κοινωνική ασφάλιση ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Κοινωνική_ασφάλιση Crosstabulation

			Κοινωνική_ασφάλιση					
			Δημοσίου	ΙΚΑ	ΟΓΑ	ΤΕΒΕ	Ανασφάλιστος/η	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	1	15	27	1	0	44
		% within ΦΥΛΟ	2,3%	34,1%	61,4%	2,3%	0,0%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	1	13	41	0	1	56
		% within ΦΥΛΟ	1,8%	23,2%	73,2%	0,0%	1,8%	100,0%
Total		Count	2	28	68	1	1	100
		% within ΦΥΛΟ	2,0%	28,0%	68,0%	1,0%	1,0%	100,0%

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 28, ο ΟΓΑ παρέχει κοινωνική ασφάλιση τόσο για την πλειοψηφία των αντρών (61.4%) όσο και των γυναικών (73.2%) ενώ δεύτερος σε ποσοστά φορέας κοινωνικής ασφάλισης είναι το ΙΚΑ για το 34.1% των ανδρών και το 23.2% των γυναικών.

Πίνακας 29: Κατάσταση υγείας ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Κατάσταση_υγείας Crosstabulation

			Κατάσταση_υγείας					
			Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	2	5	25	9	3	44
		% within ΦΥΛΟ	4,5%	11,4%	56,8%	20,5%	6,8%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	5	11	23	13	4	56
		% within ΦΥΛΟ	8,9%	19,6%	41,1%	23,2%	7,1%	100,0%
Total		Count	7	16	48	22	7	100
		% within ΦΥΛΟ	7,0%	16,0%	48,0%	22,0%	7,0%	100,0%

Ως μέτρια χαρακτηρίζουν την κατάσταση υγείας τους τόσο οι άντρες (56.8%) όσο και οι γυναίκες (41.1%) και στην ανά φύλο ανάλυση. Επιπλέον, κακή την χαρακτηρίζουν το 20.5% των ανδρών και το 23.2% των γυναικών.

Πίνακας 30: Χρόνια πάθηση ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Υποφέρετε_από_κάποια_χρόνια_πάθηση Crosstabulation

			Υποφέρετε_από_κάποια_χρόνια_πάθηση		
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	39	5	44
		% within ΦΥΛΟ	88,6%	11,4%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	37	19	56
		% within ΦΥΛΟ	66,1%	33,9%	100,0%
Total		Count	76	24	100
		% within ΦΥΛΟ	76,0%	24,0%	100,0%

Οι άνδρες συμμετέχοντες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες πάσχουν από κάποια χρόνια πάθηση (88.6% και 66.1%) αντίστοιχα ενώ μόλις το 11.4% των ανδρών και το 33.9% των γυναικών δηλώνουν πως δεν πάσχουν από κάποια χρόνια πάθηση.

Πίνακας 31: Ανάγκη ύπαρξης Κοινωνικής υπηρεσίας του ΚΑΠΗ ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP11 Crosstabulation

			EP11		
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	43	1	44
		% within ΦΥΛΟ	97,7%	2,3%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	52	4	56
		% within ΦΥΛΟ	92,9%	7,1%	100,0%
Total		Count	95	5	100
		% within ΦΥΛΟ	95,0%	5,0%	100,0%

Και τα δύο φύλα εξίσου πιστεύουν στην ανάγκη ύπαρξης Κοινωνικής υπηρεσίας του ΚΑΠΗ σε ποσοστό 97.7% και 92.9% αντίστοιχα.

Πίνακας 32: Ανάγκη συμβουλευτικής από ψυχολόγο στο ΚΑΠΗ ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP12 Crosstabulation

			EP12		
			NAI	OXI	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	41	3	44
		% within ΦΥΛΟ	93,2%	6,8%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	53	3	56
		% within ΦΥΛΟ	94,6%	5,4%	100,0%
Total		Count	94	6	100
		% within ΦΥΛΟ	94,0%	6,0%	100,0%

Και σε αυτή την ερώτηση δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανά φύλο αφού πιστεύουν τόσο οι άντρες με ποσοστό 93.2% όσο και οι γυναίκες με ποσοστό 94.6% στην ανάγκη συμβουλευτικής από ψυχολόγο στο ΚΑΠΗ.

Πίνακας 33: Ανάγκη ύπαρξης τμήμα ιατρείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο ΚΑΠΗ ανά φύλο.

ΦΥΛΟ * EP13 Crosstabulation

			EP13		
			NAI	OXI	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	44	0	44
		% within ΦΥΛΟ	100,0%	0,0%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	55	1	56
		% within ΦΥΛΟ	98,2%	1,8%	100,0%
Total		Count	99	1	100
		% within ΦΥΛΟ	99,0%	1,0%	100,0%

Καθολικά οι άντρες σε ποσοστο 100% και έπειτα οι γυναίκες σε ποσοστό 98.2% πιστεύουν στην ανάγκη ύπαρξης τμήμα ιατρείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο ΚΑΠΗ.

Πίνακας 34: Ανάγκη ύπαρξης τμήμα εργοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP14 Crosstabulation

			EP14		
			NAI	OXI	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	26	18	44
		% within ΦΥΛΟ	59,1%	40,9%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	31	25	56
		% within ΦΥΛΟ	55,4%	44,6%	100,0%
Total		Count	57	43	100
		% within ΦΥΛΟ	57,0%	43,0%	100,0%

Σε μεγαλύτερο ποσοστό οι άντρες (59.1%) σε σχέση με τις γυναίκες (55.4) πιστεύουν στην
ανάγκη ύπαρξης τμήμα εργοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ.

Πίνακας 35: Ανάγκη ύπαρξης τμήμα φυσικοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP15 Crosstabulation

			EP15		
			NAI	OXI	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	42	2	44
		% within ΦΥΛΟ	95,5%	4,5%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	53	3	56
		% within ΦΥΛΟ	94,6%	5,4%	100,0%
Total		Count	95	5	100
		% within ΦΥΛΟ	95,0%	5,0%	100,0%

Δεν υπάρχει ουσιαστική διαφοροποίηση στην παραπάνω ερώτηση αφού τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες πιστεύουν στην ανάγκη ύπαρξης φυσικοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ (95.5% και 94.6% αντίστοιχα).

Πίνακας 36: Εκπαιδευτική επιμόρφωση ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP16 Crosstabulation

			EP16		
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	35	9	44
		% within ΦΥΛΟ	79,5%	20,5%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	37	19	56
		% within ΦΥΛΟ	66,1%	33,9%	100,0%
Total		Count	72	28	100
		% within ΦΥΛΟ	72,0%	28,0%	100,0%

Περισσότερο οι άνδρες (79.5%) σε σχέση με τις γυναίκες (66.1) πιστεύουν στην ανάγκη για επιμόρφωση μέσω του ΚΑΠΗ.

Πίνακας 37: Κατηγορίες επιμόρφωσης ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP17 Crosstabulation

			EP17								
			Υγεία	Περιβάλλον	Φυτική Παραγωγή	Ζωική Παραγωγή	Ιστορία	Ψυχολογία	Κοινωνιολογία	Θέματα διατροφής	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	20	0	3	1	2	3	2	7	38
		% within ΦΥΛΟ	52,6%	0,0%	7,9%	2,6%	5,3%	7,9%	5,3%	18,4%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	24	1	1	0	2	7	1	6	42
		% within ΦΥΛΟ	57,1%	2,4%	2,4%	0,0%	4,8%	16,7%	2,4%	14,3%	100,0%
Total		Count	44	1	4	1	4	10	3	13	80
		% within ΦΥΛΟ	55,0%	1,3%	5,0%	1,3%	5,0%	12,5%	3,8%	16,3%	100,0%

Οι γυναίκες με ποσοστό 57.1% και έπειτα οι άντρες με ποσοστό 52.6% θεωρούν την υγεία ως ένα σημαντικό τομέα ο οποίος θα ήταν ενδιαφέρον για επιμόρφωση. Επιπλέον ενδιαφέρον παρουσιάζουν και οι τομείς της διατροφής (18.4% για τους άντρες και 14.3% για τις γυναίκες),καθώς και της ψυχολογίας (7.9% για τους άντρες και 16.7% για τις γυναίκες).

Πίνακας 38: Ομάδες για την απόκτηση δεξιοτήτων ανά φύλο.

ΦΥΛΟ * EP19 Crosstabulation

			EP19						
			Φυτών και βοτάνων	Ποίηση	Εκδρομή	Εικαστικά	Ομάδα πληροφορικής	Κηπουρική	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	14	3	19	0	1	7	44
		% within ΦΥΛΟ	31,8%	6,8%	43,2%	0,0%	2,3%	15,9%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	26	0	20	3	0	7	56
		% within ΦΥΛΟ	46,4%	0,0%	35,7%	5,4%	0,0%	12,5%	100,0%
Total		Count	40	3	39	3	1	14	100
		% within ΦΥΛΟ	40,0%	3,0%	39,0%	3,0%	1,0%	14,0%	100,0%

Η ομάδα βοτάνων και φυτών (46.4%) για τις γυναίκες και η εκδρομική ομάδα (43.2%) για τους άνδρες ήταν οι δημοφιλέστερες μεταξύ των συμμετεχόντων.

Σε μεγαλύτερο ποσοστό οι άνδρες και έπειτα οι γυναίκες κρίνουν πολύ καλή την παροχή υπηρεσιών από το ΚΑΠΗ (43.2% και 41.1% αντίστοιχα) ενώ πολύ κακή μόλις το 4.5% των αντρών και το 1.8% των γυναικών.

Πίνακας 39: Παροχή υπηρεσιών από το ΚΑΠΗ ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP20 Crosstabulation

			EP20					Total
			Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	19	15	8	0	2	44
		% within ΦΥΛΟ	43,2%	34,1%	18,2%	0,0%	4,5%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	23	17	13	2	1	56
		% within ΦΥΛΟ	41,1%	30,4%	23,2%	3,6%	1,8%	100,0%
Total		Count	42	32	21	2	3	100
		% within ΦΥΛΟ	42,0%	32,0%	21,0%	2,0%	3,0%	100,0%

Επίσης οι άντρες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες κρίνουν την συμμετοχή τους στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ ως μέτριες (43.2% και 39.3%). Αντίθετα ως κακή κρίνει τη συμμετοχή του το 13.6% των αντρών και το 25% των γυναικών.

Πίνακας 40: Συμμετοχή ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP21 Crosstabulation

			EP21					Total
			Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	5	11	19	6	3	44
		% within ΦΥΛΟ	11,4%	25,0%	43,2%	13,6%	6,8%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	6	10	22	14	4	56
		% within ΦΥΛΟ	10,7%	17,9%	39,3%	25,0%	7,1%	100,0%
Total		Count	11	21	41	20	7	100
		% within ΦΥΛΟ	11,0%	21,0%	41,0%	20,0%	7,0%	100,0%

Πίνακας 41: Το ΚΑΠΗ ως καταξιωμένο θεσμό στον τομέα της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP22 Crosstabulation

			EP22		
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	37	7	44
		% within ΦΥΛΟ	84,1%	15,9%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	39	17	56
		% within ΦΥΛΟ	69,6%	30,4%	100,0%
Total		Count	76	24	100
		% within ΦΥΛΟ	76,0%	24,0%	100,0%

Σε μεγαλύτερο ποσοστό οι άντρες (84.1%) και έπειτα οι γυναίκες (69.6%) θεωρούν το ΚΑΠΗ καταξιωμένο θεσμό στον τομέα της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης.

Πίνακας 42: Ο χώρος του ΚΑΠΗ με τις εγκαταστάσεις του και με την υλικοτεχνική υποδομή να χρησιμοποιηθεί ως χώρος εκπαίδευσης και επιμόρφωσης ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP24 Crosstabulation

			EP24		
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	37	7	44
		% within ΦΥΛΟ	84,1%	15,9%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	38	18	56
		% within ΦΥΛΟ	67,9%	32,1%	100,0%
Total		Count	75	25	100
		% within ΦΥΛΟ	75,0%	25,0%	100,0%

Οι άντρες σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες (84.1% και 67.9% αντίστοιχα) θεωρούν ότι ο χώρος του ΚΑΠΗ με τις εγκαταστάσεις του και με την υλικοτεχνική υποδομή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως χώρος εκπαίδευσης και επιμόρφωσης.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας είναι πιθανόν και λόγο της ειδικής κατηγορίας των συμμετεχόντων να έχουν προκύψει σφάλματα κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεδομένου ότι το μορφωτικό επίπεδο τον συμμετεχόντων ήταν χαμηλό, όπως προέκυψε από την ανάλυση. Επιπλέον λόγο ηλικίας μπορεί να έχουν προκύψει σφάλματα ανάκλησης της πληροφορίας όπως επίσης να αποκρύφθηκαν κάποια στοιχεία από τους συμμετέχοντες. Τέλος, σφάλματα μπορεί να προέκυψαν κατά την επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων της έρευνας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη οι γυναίκες ήταν ελαφρώς περισσότερες από τους άνδρες και η μέση ηλικία των συμμετεχόντων τα 73 έτη. Στην πλειοψηφία τους χαμηλού μορφωτικού επιπέδου και μέτρια οικονομικής κατάστασης. Επιπλέον η πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα μας δήλωσε ότι η υγεία του είναι καλή, γεγονός που συμφωνεί με τα αποτελέσματα και άλλων έρευνών (Rennemark et al., 1999). Επίσης στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι πάσχουν από χρόνια ασθένεια που επιβεβαιώνεται και από την έρευνα των Bury et al., (1990).

Τα κυριότερα ευρήματα της παρούσας έρευνας συνοψίζονται ως εξής:

- Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 95% θεωρεί ότι υπάρχει η ανάγκη ύπαρξης Κοινωνικής υπηρεσίας του ΚΑΠΗ ενώ το 5% των συμμετεχόντων που αντίθετη άποψη .

- Οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 94% δηλώνουν ότι υπάρχει ανάγκη συμβουλευτικής από ψυχολόγο στο ΚΑΠΗ ενώ το ποσοστό 6% των συμμετεχόντων έχει αντίθετη άποψη .

- Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 99% στην έρευνα συμφωνεί στην ανάγκη ύπαρξης τμήματος ιατρείου και νοσηλευτικής υπηρεσίας στο ΚΑΠΗ ενώ το ποσοστό 1% έχει αντίθετη άποψη .

- Οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 95% κρίνουν απαραίτητη την ύπαρξη φυσικοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ ενώ το ποσοστό 5% έχει αντίθετη άποψη.

- Η πλειοψηφία συμφωνεί με την ανάγκη επιμόρφωσης στο ΚΑΠΗ κρίνοντας ως πιο σημαντικούς τομείς, την υγεία με ποσοστό 55%, τα θέματα διατροφής με ποσοστό 16,3% και την ψυχολογία 12,5% των συμμετεχόντων .

- Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε ποσοστό 42% θεωρεί ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται στο ΚΑΠΗ είναι πολύ καλές.

- Οι ανάγκες και οι ελλείψεις που εντοπίζουν οι συμμετέχοντες σχετικά με την λειτουργία του ΚΑΠΗ είναι η ύπαρξη γιατρού για να εξυπηρετούν τις ανάγκες τους όπως η συνταγογράφιση, η ύπαρξη φυσιοθεραπευτή αλλά και ψυχολόγου.

- Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στην ανά φύλο ανάλυση του δείγματος.

Η σπουδαιότητα της ύπαρξης και ορθής λειτουργίας του ΚΑΠΗ για τους ηλικιωμένους προκύπτει επίσης από τα αποτελέσματα της έρευνας μας, διαμέσου των ερωτήσεων ανοιχτού τύπου όπου πολλοί από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι θα πρέπει να είναι επανδρωμένο με γιατρό, ψυχολόγο και άλλες ειδικότητες. Αξίζει να σημειώθει ότι επίσης ένα μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων δήλωσε πως επισκέπτεται το ΚΑΠΗ λόγω της ανάγκης του για παρέα με άλλους ηλικιωμένους.

Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται από έρευνες που αναφέρουν ότι τα ηλικιωμένα άτομα έχουν μεγάλη ανάγκη για αυξημένη φροντίδα, είτε από διάφορες ειδικότητες επαγγελματιών υγείας είτε από τους συγγενείς τους (Dabelko & Zimmerman, 2008; DePalma, 2003; Iecovich & Biderman, 2012; Schmitt et al, 2010; Zarit et al, 1998; Zarit et al, 2011).

Από την μελέτη των Baumgarten et al (2002) προκύπτει ότι η συμμετοχή των ηλικιωμένων στα ΚΑΠΗ και τις δραστηριότητες του έχει ως αποτέλεσμα την μείωση του άγχους, της κατάληψης και του αισθήματος της μοναξιάς. Στοιχεία από την Ελληνική μελέτη SHARE έδειξαν ότι, παρά την ισχυρή οικογενειακή συνοχή που χαρακτηρίζει την Ελληνική οικογένεια, το αίσθημα της μοναξιάς χαρακτηρίζει το 60% των ατόμων ηλικίας 50+ ετών (Sundstrom et al, 2009).

Επιπλέον, η ανάγκη επιμόρφωσης στα πλαίσια των δραστηριοτήτων του ΚΑΠΗ επιβεβαιώνεται και από παλιότερη μελέτη (2007/08) που πραγματοποιήθηκε στο ΚΑΠΗ του Κρουσώνα, όπως και η παρούσα μελέτη (Παναγιωτάκης, 2008).

Η ανάγκη ύπαρξης εξοπλισμού αλλά και φυσιοθεραπευτή, ώστε να μπορούν οι ηλικιωμένοι να υποβληθούν σε θεραπείες που θα τους ανακουφίσουν από την σωματική καταπόνηση επιβεβαιώνεται από στοιχεία άλλων ΚΑΠΗ της χώρας (www.deka-trikala.gr).

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Αναγκαίες κρίνονται οι προτάσεις που παρουσιάζονται παρακάτω για την κάλυψη των σωματικών αλλά και πνευματικών αναγκών των ηλικιωμένων που επισκέπτονται το ΚΑΠΗ:

- Ανάγκη πρόσληψης μόνιμου Κοινωνικού Λειτουργού που θα προσφέρει υποστηρικτικές υπηρεσίες με σκοπό την πρόληψη ή την αντιμετώπιση κοινωνικών αναγκών και ανθρώπινων προβλημάτων
- Πρόβλεψη θέσης από ειδικό ψυχολόγο για άμεση εξυπηρέτηση των συναισθηματικών αναγκών των ηλικιωμένων και η πρόληψη διάφορων διαταραχών καθώς και η παροχή συμβουλευτικής στήριξης
- Ανάγκη απαραίτητου ιατρικού εξοπλισμού στο υπάρχον ιατρείο και φυσικοθεραπευτηρίου του τμήματος που θα καταστήσει την ιατρική φροντίδα ικανή να ανταποκριθεί στη βασική ανάγκη για ανοικτή πρόσβαση όλων των ηλικιωμένων του ΚΑΠΗ σε αξιόπιστες ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας.
- Πρόβλεψη θέσεων μόνιμου ιατρού και φυσικοθεραπευτή για την άμεση παροχή ιατρικής βοήθειας και συνταγογράφησης στα μέλη του ΚΑΠΗ

- Εκσυγχρονισμός του γενικού εξοπλισμού του ΚΑΠΗ ώστε οι ηλικιωμένοι να μπορούν να απασχολήσουν εκεί τις ελεύθερες ώρες τους.
- Επιτακτική επίσης είναι η ανάπτυξη και ο σχεδιασμός εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την Τρίτη ηλικία. Προτείνεται λοιπόν, έπειτα από αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων η υλοποίηση νέων προγραμμάτων επιμόρφωσης
- Ανάπτυξη προγραμμάτων οικιοθελούς απασχόλησης των ηλικιωμένων και προσφοράς στην κοινότητα(πχ. φροντίδα του σχολείου, εκκλησίας κτλ)
- Σημαντικό στοιχείο που θα βοηθήσει στην επιμόρφωση των ατόμων της Τρίτης ηλικίας είναι η επέκταση και η προσαρμογή των σχολείων δεύτερης ευκαιρίας προσαρμοσμένο στις δυνατότητες των ηλικιωμένων. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχτεί με την συνεργασία του ΣΔΕ Τυλίσσου (Σχολείο Δεύτερης Ευκαιρίας) του Δήμου Μαλεβιζίου και του ΚΑΠΗ Γωνιών και να δώσει την ευκαιρία για μάθηση σε όσους ενδιαφέρονται. Οι οποίοι για διάφορους λόγους είτε εγκατέλειψαν πρόωρα το Γυμνάσιο είτε δεν εισήλθαν καθόλου στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

- Σύμφωνα με τη Διεθνή εμπειρία Πανεπιστήμια Τρίτης ηλικίας τα ΤΕΙ και τα Πανεπιστήμια θα μπορούν να δημιουργούν τμήματα 3ης ηλικίας που θα παρέχουν στους ηλικιωμένους/ενήλικες, νέους ορίζοντες στη μόρφωση σε θεματικές ενότητες όπως φιλοσοφία, ιστορία, Λογοτεχνία, Επιστήμες της γης, Γεωργικής και Κτηνιατρικής Επιστήμης, Νομικές σπουδές, Οικονομικά και στατιστικά στοιχεία και Πολιτικές και Κοινωνικές Επιστήμες σύμφωνα με το Universita Degli Studi Di Padova(Διεθνή Πανεπιστήμιο Τρίτης Ηλικίας Ιταλίας).(http://www.unipd.it/)
- Επιπλέον, σημαντική θα ήταν η ενημέρωση των ηλικιωμένων από τους αρμόδιους φορείς εκπαίδευσης, για τα τρέχοντα εκπαιδευτικά προγράμματα που λειτουργούν στην Ελλάδα και αφορούν τους ηλικιωμένους καθώς λόγω και της δύσκολης πρόσβασης στην πληροφόρηση λίγοι εξ αυτών μπορεί να τα γνωρίζουν.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παρούσα έρευνα μελέτησε τον εντοπισμό των αναγκών των ηλικιωμένων καθώς τις τάσεις και προοπτικές του Κ.Α.Π.Η. Γωνιών. Έγινε μια προσπάθεια να κατανοήσουμε τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων, αφού μόνο μέσα από την κατανόηση της προσωπικών αναγκών του κάθε ανθρώπου θα μπορέσουμε να προβούμε σε βελτιώσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών (Kane and Kane 1981, σελ.271) και εν τέλει να οδηγηθούμε σε προτάσεις που αποσκοπούν στην καλύτερη και πιο συντονισμένη λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. Οι προτάσεις που γίνονται σε αυτήν την έρευνα στοχεύουν στο να βελτιώσουν και να κάνουν καλύτερη την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων καθώς και να βελτιώσουν τις υποστηρικτικές δομές. Τέλος, προτείνεται παρόμοιες έρευνες να πραγματοποιούνται στα εκάστοτε Κ.Α.Π.Η., εφ ’όσον μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλείο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών σε καθένα από αυτά.

Μέσα από το σύνολο της έρευνας είδαμε να αναδεικνύεται η ανάγκη παροχής μόνιμης Κοινωνικής υπηρεσίας του Κ.Α.Π.Η., ακόμη η ύπαρξη συμβουλευτικής από ψυχολόγο ,ανάγκη ύπαρξης τμήματος ιατρείου και νοσηλευτικής υπηρεσίας, καθώς κρίνουν απαραίτητη την ύπαρξη φυσικοθεραπευτηρίου . Τέλος κρίνεται σημαντική η ανάγκη επιμόρφωσης των μελών του Κ.Α.Π.Η. στους εξής τομείς υγεία , θέματα διατροφής και ψυχολογίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ :

1. Αμηρά Α., Γεωργιάδη Ε., Τεπέρογλου Α. (1986), Ο θεσμός της Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα, Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας – Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Κοινωνικών Ασφαλίσεων – ΕΚΚΕ, Αθήνα

2. Αμίτσης Γ. (1993), Το θεσμικό πλαίσιο της κοινωνικής πολιτικής σε σχέση με τις λιγότερο ευνοημένες ομάδες – Η κάλυψη των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες, σελ. : 148-219 σε Χ. Χτούρη (επ.), Θεσμοί και ρυθμίσεις της κοινωνικής πολιτικής, Εκδόσεις: Πράξις, Αθήνα

3. Αμηρά Α.,Δοντά Α.,Τριανταφύλλου Τ., «Υγεία και χρήση υπηρεσιών από τους ηλικιωμένους στην αγροτική Ελλάδα», στο έργο Επιστημονικές συναντήσεις 1986.Κοινωνική έρευνα και προγραμματισμός για τους ηλικιωμένους, Ελληνική Γεροντολογική Εταιρεία,Αθήνα 1987

4. Αρχείο του Ε΄ Τμήματος Δ.Ο.Κ.Α.Π.Η. Φορτέτσας Ηρακλείου Κρήτης, 2008

5. Βιολάκη-Παρασκευά Μ. (1989) «Τρίτη Ηλικία», Πρακτικά Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας-Γηριατρικής, Αθήνα 8-9/12/89, σελ, 11-14.

6. Γεωργούση Ε,Οικονόμου Χ,Δανηλίδου Ν,Υφαντόπουλος Γ.,(2000). Παρεχόμενες υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής και αγωγής και υγείας στα Κ.Α.Π.Η., Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης,Αθήνα

7. Διαλυνάκη, Ε. (2010) Φάκελος διδακτικών σημειώσεων Κοινωνική Πολιτική για Ευάλωτες ομάδες, Ηράκλειο.

8. Δαφέρμος Β (2005). Κοινωνική στατιστική με το SPSS. Εκδόσεις ΖΗΤΗ, Θεσσαλονίκη.

9. Δαρβίρη Χ (2009). *Μεθοδολογία της έρευνας στο χώρο της Υγείας*. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα, σελ.175-200.

10. Δρακουλογκώνα, Σ. , (2004) «*Ο Ρόλος της Νοσηλευτικής στο Σύστημα Ελέγχου Ποιότητας στο Γενικό Νοσοκομείο.»* Το Βήμα του Ασκληπειού, Αθήνα

11. Εμκε- Πουλοπούλου , Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες παρεθόν παρόν και μέλλον, Έλλην, Αθήνα: 1999

12. Εξαδάκτυλου Π., (2010) Πανεπιστήμια Τρίτης Ηλικίας,http://www.agelioforos.gr [ανακτήθηκε 7/3/2010]

13. ΚΥΑ για τη λειτουργία του προγράμματος 4035/27/7/2001, ΦΕΚ 1127/τβ/30/8/2001, 114574/25-11-02 και 114573/25-11-02 που τροποποιούν τις 4035 και 4036/27-7-01 ΚΥΑ

14. ΚΥΑ 4035/27-7-2001, ΦΕΚ 1197/Β/30-8-2001 και τροποποίηση της ΚΥΑ 4035/27-7-2001

15. ΚΥΑ 543/5543 (ΦΕΚ 376/Β/2000) των Υφ. Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομικών – χρήση κυκλοφορίας και άλλα θέματα σχετικά με τα αυτοκίνητα υπηρεσιών του δημοσίου.

16. Κυριαζή-Αλλισον Ε., (1998), «Εσωτερική μετανάστευση στην Ελλάδα του 1990: Τάσεις, προβληματισμοί, προοπτικές», στο: *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 96-97: 279-309

17. Κυριακάκη, Σ. (1991) Εναλλακτικές μορφές στην προστασία Ηλικιωμένων στη Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 2

18. Κωσταρίδου, Α. (1999) Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

19. Μίχου,Τ.(1993).Νοσηλευτική Φροντίδα Ηλικιωμένων Ατόμων.Αθήνα.Φωτόγραμμα

20. Μουσούρου Λ., (1993), «Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβολές και σύγχρονα οικογενειακά σχήματα», στο: 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη

21. Καράγιωργα, «Δ*ιαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα*», Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα σελ 44-68

22. Μπένος Β (1991). Μέθοδοι και τεχνικές δειγματοληψίας. Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα.

23. Ν. 1416/84 (ΦΕΚ Α' 18): ΄΄Τροποποίηση και συμπλήρωση διατάξεων της δημοτικής και κοινοτικής νομοθεσίας για την ενίσχυση της Αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης''

24. Νιάκας, _., Μπεαζόγλου Τ., (1993), «Είναι αναγκαία η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης για την τρίτη ηλικία στην Ελλάδα», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), «*Υγεία καιΚοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*», Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα σελ 38

25. Οδηγός των Κ.Α.Π.Η., 1994, Αθήνα: Ελληνική Εταιρία Κοινωνικής Συμμετοχής Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας Κ.Η.Φ.Η., Αθήνα: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας

26. «Οδηγός Σύνταξης των Οργανισμών Εσωτερικής Υπηρεσίας (Ο.Ε.Υ)των Δημοτικών Ν.Π.ΔΔ»., Υπουργείο Εσωτερικών Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης .,Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.Α.Ε.)2011

27. Οδηγός Εφαρμογής των Προγραμμάτων του Γ' ΚΠΣ της Περιφέρειας Κρήτης. Το έγγραφο ΥΦΠ οικ. 1811 του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας δμα 2396 (ΦΕΚ 117 Α). Περί κανονισμού χρήσεως και κίνησης αυτοκινήτων των δημόσιων υπηρεσιών.

28. Ουζούνη, Χρ. (2004*) «Το Στρες των Νοσηλευτών που Εργάζονται σεΨυχιατρικά Τμήματα»*. Νοσηλευτική 43, Αθήνα.

29. Οργανισμός Λειτουργίας και Διοίκησης του Κ.Α.Π.Η., Αθήνα: Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας

30. Παναγιωτάκης Γ., (2005). *Ο θεσμός των ΚΑΠΗ - Τάσεις και προοπτικές στο: Πρακτικά Εισηγήσεων Πανελλήνιας Διημερίδας- Σύγχρονες ανάγκες κοινωνικής φροντίδας- Δομές και προγράμματα,* έκδοση ΚΟΙΝΟΠΟΛΙΤΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ, ΣΚΛΕ, Ηράκλειο

31. Παναγιωτάκης, Γ. (2008) Εκπαιδευτικές ανάγκες στην Τρίτη Ηλικία, Ηράκλειο: Οκτώβριος 2008.

32. Παπάνης Ε., (2007) *«Ελληνική Κοινωνική Έρευνα- Greek SocialResearch»* http://epapanis.blogspot.com/ [ανακτήθηκε 20/3/2010]

33. Πουλοπούλου, Η. (1999) Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες, Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον, Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

34. Ράτσικα, Ν., (2006). Φάκελος διδακτικών σημειώσεων, άρθρων, εργασιών και περιλήψεις αρχείων. Ηράκλειο.

35. Ρουμελιώτης et al, (6/10/2006,) Συμπράξεις Δημοσίου-Ιδιωτικού Τομέα

36. Τα τρία «Ρ» στην Υγεία, *Πρακτικά από 7ο Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας*

37. Σαρινάκη Μ. Κοινωνική Λειτουργός Δ/νση Κοιν. Μέριμνας της Περιφέρειας Κρήτης [14 Μαίου 2013]

38. Σταθόπουλος, Π. (2005) Κοινωνική Πρόνοια Ιστορική εξέλιξη-νέες κατευθύνσεις, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

39. Σταθόπουλος Π., Κοινωνική Πρόνοια - Μια Γενική Θεώρηση, Αθήνα (Έλλην) 1999 Τσολάκη Μ. & Καζής, Α.Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη, (Studio Press) 2005

40. Τεπέρογλου Α., Κοτζαμάνης Β., Μαράτου Λ., Τζωρτζοπούλου Μ. (1996), Γήρανση και Κοινωνία, Εκδόσεις: ΕΚΚΕ, Αθήνα

41. Τεπέρογλου Α, 1991, Αξιολόγηση της Προσφοράς των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, ΕΚΚΕ., Αθήνα
42. ΦΕΚ, (1996), Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (Αρ. φύλλου 833).
43. Ψαρού Κ., Ζαφειρόπουλος Κ. (2004), Επιστημονική Έρευνα – Θεωρία και Εφαρμογές στις Κοινωνικές Επιστήμες, Εκδόσεις: Τυπωθήτο, Αθήνα

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ :

1. Eurostat, (1999), "Demographic Statistics data 1960-1999", Luxembourg
2. Litwin H (2010). Social networks and well-being: a comparison of older people in Mediterranean and non-Mediterranean countries. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci., 65(5):599-608.
3. Mason, J. (2003). Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
4. OECD (1996), "Globalisation: What Challenges and Opportunities for Governments?, p 132
5. OECD (Organization for Economic Co-operation and Development),
6. (1988), "Ageing populations. The social policy implications, Paris ,pp. 132
7. Stajduhar KI: Examining the perspectives of family members involved in the delivery of palliative care at home. J Palliat Care 2003, 19:27-35.
8. Shneiderman,B.(1998).Designingtheuser interface:strategies foreffectivehuman-computer-interaction.3rd edition:Addison-Wesley,Reading
9. Faulkner,W.(1999).Research Methods for social workers.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ :

1. http://civilacademy.ucoz.org/index/deltio_typoy_idrysh_akadhmias_krhths/0-26
2. [πρόσβαση στις 4 Ιουνίου 2013].
3. http://www.dokappam.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=52&Itemid=28 [πρόσβαση 2 Ιουλίου 2013].
4. http://epapanis.blogspot.gr/, [πρόσβαση στις 2 Ιουλίου 2013
5. http://www.encephalos.gr/full/45-3-03g.htm [Πρόσβαση 30/06/2013].
6. http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse2/seyp/ker/2010/GeorgiadiEvanthia,SamoliEirini,FriligouGolfo/attached-document-1279014948-228257-28001/Georgiadi2010.pdf [πρόσβαση στις 4 Ιουνίου 2013]
7. http://www.palladas.gr/ [Πρόσβαση 30/06/2013]
8. http://lifelinehellas.gr
9. http://www.swm.gr)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α' - Πίνακες

Πίνακας 1: Ηλικία δείγματος

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ηλικία	99	60	94	75,30	7,113
Valid N (listwise)	99				

Πίνακας 2: Φύλο συμμετεχόντων

ΦΥΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	44	44,0	44,0
	ΓΥΝΑΙΚΑ	56	56,0	56,0
	Total	100	100,0	100,0

Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων

Οικογενειακή_κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Έγγαμος/η	56	56,0	56,0	56,0
	Άγαμος/η	6	6,0	6,0	62,0
	Χήρος/α	38	38,0	38,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 4: Κατηγορία επαγγέλματος

Κατηγορία_επαγγέλματος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συνταξιούχος/α	94	94,0	94,0	94,0
	Εργαζόμενος/η	1	1,0	1,0	95,0
	Συνταξιούχος/α αλλά συνεχίζετε να εργάζεστε	1	1,0	1,0	96,0
	Οικιακά	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 5: Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων

Μορφωτικό_επίπεδο

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Γνώση γραφής	12	12,0	12,0	12,0
	Αγράμματος	32	32,0	32,0	44,0
	Μερικές τάξεις Δημοτικού	26	26,0	26,0	70,0
	Δημοτικό	28	28,0	28,0	98,0
	Γυμνάσιο	2	2,0	2,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 6: Οικονομική κατάσταση συμμετεχόντων

Οικονομική_κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ καλή	1	1,0	1,0	1,0
	Καλή	18	18,0	18,0	19,0
	Μέτρια	54	54,0	54,0	73,0
	Κακή	23	23,0	23,0	96,0
	Πολύ κακή	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 7: Πηγές εισοδήματος

Πηγές_εισοδήματος

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Μισθός	1	1,0	1,0	1,0
	Σύνταξη	91	91,0	91,0	92,0
	Αγροτικά εισοδήματα	6	6,0	6,0	98,0
	Άλλα εισοδήματα	2	2,0	2,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 8: Κοινωνική ασφάλιση

Κοινωνική_ασφάλιση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δημοσίου	2	2,0	2,0	2,0
	ΙΚΑ	28	28,0	28,0	30,0
	ΟΓΑ	68	68,0	68,0	98,0
	ΤΕΒΕ	1	1,0	1,0	99,0
	Ανασφάλιστος/η	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 9: Κατάσταση Υγείας

Κατάσταση_υγείας

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ καλή	7	7,0	7,0	7,0
	Καλή	16	16,0	16,0	23,0
	Μέτρια	48	48,0	48,0	71,0
	Κακή	22	22,0	22,0	93,0
	Πολύ κακή	7	7,0	7,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 10: Υποφέρετε από κάποια χρόνια πάθηση;

Υποφέρετε_από_κάποια_χρόνια_πάθηση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	76	76,0	76,0	76,0
	ΟΧΙ	24	24,0	24,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 11: Θεωρείται ότι υπάρχει η ανάγκη ύπαρξης Κοινωνικής υπηρεσίας του ΚΑΠΗ;

Θεωρείται ότι υπάρχει η ανάγκη ύπαρξης Κοινωνικής υπηρεσίας του ΚΑΠΗ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	95	95,0	95,0	95,0
	OXI	5	5,0	5,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 12: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη συμβουλευτικής από ψυχολόγο στο ΚΑΠΗ;

Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη συμβουλευτικής από ψυχολόγο στο ΚΑΠΗ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	94	94,0	94,0	94,0
	OXI	6	6,0	6,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 13: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα ιατρείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο ΚΑΠΗ;

Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα ιατρείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο ΚΑΠΗ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	99	99,0	99,0	99,0
	OXI	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 14 : Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα εργοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ;

Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα εργοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	57	57,0	57,0	57,0
	ΟΧΙ	43	43,0	43,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 15: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα φυσικοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ;

Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα φυσικοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	95	95,0	95,0	95,0
	ΟΧΙ	5	5,0	5,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 16: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη εκπαιδευτικής επιμόρφωσης;

Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη εκπαιδευτικής επιμόρφωσης;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	72	72,0	72,0	72,0
	ΟΧΙ	28	28,0	28,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 17: Εάν ναι σε ποια επιστημονικά πεδία;

Εάν ναι σε ποια επιστημονικά πεδία;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Υγεία	44	44,0	55,0	55,0
	Περιβάλλον	1	1,0	1,3	56,3
	Φυτική Παραγωγή	4	4,0	5,0	61,3
	Ζωική Παραγωγή	1	1,0	1,3	62,5
	Ιστορία	4	4,0	5,0	67,5
	Ψυχολογία	10	10,0	12,5	80,0
	Κοινωνιολογία	3	3,0	3,8	83,8
	Θέματα διατροφής	13	13,0	16,3	100,0
	Total	80	80,0	100,0	
Missing	88	20	20,0		
Total		100	100,0		

Πίνακας 18: Σε ποιες από τις παρακάτω ομάδες του ΚΑΠΗ θα συμμετείχατε για την απόκτηση δεξιοτήτων;

Σε ποιες από τις παρακάτω ομάδες του ΚΑΠΗ θα συμμετείχατε για την απόκτηση δεξιοτήτων;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Φυτών και βοτάνων	40	40,0	40,0	40,0
	Ποίηση	3	3,0	3,0	43,0
	Εκδρομή	39	39,0	39,0	82,0
	Εικαστικά	3	3,0	3,0	85,0
	Ομάδα πληροφορικής	1	1,0	1,0	86,0
	Κηπουρική	14	14,0	14,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 19: Πως θα κρίνατε τις υπηρεσίες που παρέχονται από το ΚΑΠΗ;

Πως θα κρίνατε τις υπηρεσίες που παρέχονται από το ΚΑΠΗ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ καλή	42	42,0	42,0	42,0
	Καλή	32	32,0	32,0	74,0
	Μέτρια	21	21,0	21,0	95,0
	Κακή	2	2,0	2,0	97,0
	Πολύ κακή	3	3,0	3,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 20: Πως θα κρίνατε την δική σας συμμετοχή, στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ (ομάδες, εορτές, εκδρομές);

Πως θα κρίνατε την δική σας συμμετοχή, στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ (ομάδες, εορτές, εκδρομές);

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ καλή	11	11,0	11,0	11,0
	Καλή	21	21,0	21,0	32,0
	Μέτρια	41	41,0	41,0	73,0
	Κακή	20	20,0	20,0	93,0
	Πολύ κακή	7	7,0	7,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 21: Θεωρείται το ΚΑΠΗ καταξιωμένο θεσμό στον τομέα της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης;

Θεωρείται το ΚΑΠΗ καταξιωμένο θεσμό στον τομέα της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	76	76,0	76,0	76,0
	ΟΧΙ	24	24,0	24,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 22: Μπορεί ο χώρος του ΚΑΠΗ με τις εγκαταστάσεις του και με την υλικοτεχνική υποδομή να χρησιμοποιηθεί ως χώρος εκπαίδευσης και επιμόρφωσης;

Μπορεί ο χώρος του ΚΑΠΗ με τις εγκαταστάσεις του και με την υλικοτεχνική υποδομή να χρησιμοποιηθεί ως χώρος εκπαίδευσης και επιμόρφωσης;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	75	75,0	75,0	75,0
	ΟΧΙ	25	25,0	25,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Πίνακας 23: Οικογενειακή κατάσταση ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Οικογενειακή_κατάσταση Crosstabulation

			Οικογενειακή_κατάσταση			
			Έγγαμος/η	Άγαμος/η	Χήρος/α	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	25	3	16	44
		% within ΦΥΛΟ	56,8%	6,8%	36,4%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	31	3	22	56
		% within ΦΥΛΟ	55,4%	5,4%	39,3%	100,0%
Total		Count	56	6	38	100
		% within ΦΥΛΟ	56,0%	6,0%	38,0%	100,0%

Πίνακας 24: Επάγγελμα ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Κατηγορία_επαγγέλματος Crosstabulation

			Κατηγορία_επαγγέλματος				
			Συνταξιούχος/α	Εργαζόμενος/η	Συνταξιούχος/α αλλά συνεχίζετε να εργάζεστε	Οικιακά	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	43	0	1	0	44
		% within ΦΥΛΟ	97,7%	0,0%	2,3%	0,0%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	51	1	0	4	56
		% within ΦΥΛΟ	91,1%	1,8%	0,0%	7,1%	100,0%
Total		Count	94	1	1	4	100
		% within ΦΥΛΟ	94,0%	1,0%	1,0%	4,0%	100,0%

Πίνακας 25: Μορφωτικό επίπεδο ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Μορφωτικό_επίπεδο Crosstabulation

			Μορφωτικό_επίπεδο					
			Γνώση γραφής	Αγράμματος	Μερικές τάξεις Δημοτικού	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	8	18	12	5	1	44
		% within ΦΥΛΟ	18,2%	40,9%	27,3%	11,4%	2,3%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	4	14	14	23	1	56
		% within ΦΥΛΟ	7,1%	25,0%	25,0%	41,1%	1,8%	100,0%
Total		Count	12	32	26	28	2	100
		% within ΦΥΛΟ	12,0%	32,0%	26,0%	28,0%	2,0%	100,0%

Πίνακας 26: Οικονομική κατάσταση ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Οικονομική_κατάσταση Crosstabulation

			Οικονομική_κατάσταση					
			Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	1	5	28	8	2	44
		% within ΦΥΛΟ	2,3%	11,4%	63,6%	18,2%	4,5%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	0	13	26	15	2	56
		% within ΦΥΛΟ	0,0%	23,2%	46,4%	26,8%	3,6%	100,0%
Total		Count	1	18	54	23	4	100
		% within ΦΥΛΟ	1,0%	18,0%	54,0%	23,0%	4,0%	100,0%

Πίνακας 27:Πήγες εισοδήματος ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Πηγές_εισοδήματος Crosstabulation

			Πηγές_εισοδήματος				
			Μισθός	Σύνταξη	Αγροτικά εισοδήματα	Άλλα εισοδήματα	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	1	40	3	0	44
		% within ΦΥΛΟ	2,3%	90,9%	6,8%	0,0%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	0	51	3	2	56
		% within ΦΥΛΟ	0,0%	91,1%	5,4%	3,6%	100,0%
Total		Count	1	91	6	2	100
		% within ΦΥΛΟ	1,0%	91,0%	6,0%	2,0%	100,0%

Πίνακας 28:Κοινωνική ασφάλιση ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Κοινωνική_ασφάλιση Crosstabulation

			Κοινωνική_ασφάλιση					
			Δημοσίου	ΙΚΑ	ΟΓΑ	ΤΕΒΕ	Ανασφάλιστος /η	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	1	15	27	1	0	44
		% within ΦΥΛΟ	2,3%	34,1%	61,4%	2,3%	0,0%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	1	13	41	0	1	56
		% within ΦΥΛΟ	1,8%	23,2%	73,2%	0,0%	1,8%	100,0%
Total		Count	2	28	68	1	1	100
		% within ΦΥΛΟ	2,0%	28,0%	68,0%	1,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας 29: Κατάσταση υγείας ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Κατάσταση_υγείας Crosstabulation

			Κατάσταση_υγείας					
			Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	2	5	25	9	3	44
		% within ΦΥΛΟ	4,5%	11,4%	56,8%	20,5%	6,8%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	5	11	23	13	4	56
		% within ΦΥΛΟ	8,9%	19,6%	41,1%	23,2%	7,1%	100,0%
Total		Count	7	16	48	22	7	100
		% within ΦΥΛΟ	7,0%	16,0%	48,0%	22,0%	7,0%	100,0%

Πίνακας 30: Χρόνια πάθηση ανά φύλο

ΦΥΛΟ * Υποφέρετε_από_κάποια_χρόνια_πάθηση Crosstabulation

			Υποφέρετε_από_κάποια_χρόνια_πάθηση		
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	39	5	44
		% within ΦΥΛΟ	88,6%	11,4%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	37	19	56
		% within ΦΥΛΟ	66,1%	33,9%	100,0%
Total		Count	76	24	100
		% within ΦΥΛΟ	76,0%	24,0%	100,0%

Πίνακας 31: Ανάγκη ύπαρξης Κοινωνικής υπηρεσίας του ΚΑΠΗ ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP11 Crosstabulation

			EP11		
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	43	1	44
		% within ΦΥΛΟ	97,7%	2,3%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	52	4	56
		% within ΦΥΛΟ	92,9%	7,1%	100,0%
Total		Count	95	5	100
		% within ΦΥΛΟ	95,0%	5,0%	100,0%

Πίνακας 32: Ανάγκη συμβουλευτικής από ψυχολόγο στο ΚΑΠΗ ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP12 Crosstabulation

			EP12		
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	41	3	44
		% within ΦΥΛΟ	93,2%	6,8%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	53	3	56
		% within ΦΥΛΟ	94,6%	5,4%	100,0%
Total		Count	94	6	100
		% within ΦΥΛΟ	94,0%	6,0%	100,0%

Πίνακας 33: Ανάγκη ύπαρξης τμήμα ιατρείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο ΚΑΠΗ ανά φύλο.

ΦΥΛΟ * EP13 Crosstabulation

			EP13		
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	44	0	44
		% within ΦΥΛΟ	100,0%	0,0%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	55	1	56
		% within ΦΥΛΟ	98,2%	1,8%	100,0%
Total		Count	99	1	100
		% within ΦΥΛΟ	99,0%	1,0%	100,0%

Πίνακας 34: Ανάγκη ύπαρξης τμήμα εργοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP14 Crosstabulation

			EP14		
			NAI	OXI	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	26	18	44
		% within ΦΥΛΟ	59,1%	40,9%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	31	25	56
		% within ΦΥΛΟ	55,4%	44,6%	100,0%
Total		Count	57	43	100
		% within ΦΥΛΟ	57,0%	43,0%	100,0%

Πίνακας 35: Ανάγκη ύπαρξης τμήμα φυσικοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP15 Crosstabulation

			EP15		
			NAI	OXI	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	42	2	44
		% within ΦΥΛΟ	95,5%	4,5%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	53	3	56
		% within ΦΥΛΟ	94,6%	5,4%	100,0%
Total		Count	95	5	100
		% within ΦΥΛΟ	95,0%	5,0%	100,0%

Πίνακας 36: Εκπαιδευτική επιμόρφωση ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP16 Crosstabulation

			EP16		
			NAI	OXI	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	35	9	44
		% within ΦΥΛΟ	79,5%	20,5%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	37	19	56
		% within ΦΥΛΟ	66,1%	33,9%	100,0%
Total		Count	72	28	100
		% within ΦΥΛΟ	72,0%	28,0%	100,0%

Πίνακας 37: Κατηγορίες επιμόρφωσης ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP17 Crosstabulation

			EP17								
			Υγεία	Περιβάλλον	Φυτική Παραγωγή	Ζωική Παραγωγή	Ιστορία	Ψυχολογία	Κοινωνιολογία	Θέματα διατροφής	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	20	0	3	1	2	3	2	7	38
		% within ΦΥΛΟ	52,6%	0,0%	7,9%	2,6%	5,3%	7,9%	5,3%	18,4%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	24	1	1	0	2	7	1	6	42
		% within ΦΥΛΟ	57,1%	2,4%	2,4%	0,0%	4,8%	16,7%	2,4%	14,3%	100,0%
Total		Count	44	1	4	1	4	10	3	13	80
		% within ΦΥΛΟ	55,0%	1,3%	5,0%	1,3%	5,0%	12,5%	3,8%	16,3%	100,0%

Πίνακας 38: Ομάδες για την απόκτηση δεξιοτήτων ανά φύλο.

ΦΥΛΟ * EP19 Crosstabulation

			EP19						
			Φυτών και βοτάνων	Ποίηση	Εκδρομή	Εικαστικά	Ομάδα πληροφορικής	Κηπουρική	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	14	3	19	0	1	7	44
		% within ΦΥΛΟ	31,8%	6,8%	43,2%	0,0%	2,3%	15,9%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	26	0	20	3	0	7	56
		% within ΦΥΛΟ	46,4%	0,0%	35,7%	5,4%	0,0%	12,5%	100,0%
Total		Count	40	3	39	3	1	14	100
		% within ΦΥΛΟ	40,0%	3,0%	39,0%	3,0%	1,0%	14,0%	100,0%

Πίνακας 39: Παροχή υπηρεσιών από το ΚΑΠΗ ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP20 Crosstabulation

			EP20					Total
			Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	19	15	8	0	2	44
		% within ΦΥΛΟ	43,2%	34,1%	18,2%	0,0%	4,5%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	23	17	13	2	1	56
		% within ΦΥΛΟ	41,1%	30,4%	23,2%	3,6%	1,8%	100,0%
Total		Count	42	32	21	2	3	100
		% within ΦΥΛΟ	42,0%	32,0%	21,0%	2,0%	3,0%	100,0%

Πίνακας 40: Συμμετοχή ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP21 Crosstabulation

			EP21					Total
			Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	5	11	19	6	3	44
		% within ΦΥΛΟ	11,4%	25,0%	43,2%	13,6%	6,8%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	6	10	22	14	4	56
		% within ΦΥΛΟ	10,7%	17,9%	39,3%	25,0%	7,1%	100,0%
Total		Count	11	21	41	20	7	100
		% within ΦΥΛΟ	11,0%	21,0%	41,0%	20,0%	7,0%	100,0%

Πίνακας 41: Το ΚΑΠΗ ως καταξιωμένο θεσμό στον τομέα της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP22 Crosstabulation

			EP22		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	37	7	44
		% within ΦΥΛΟ	84,1%	15,9%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	39	17	56
		% within ΦΥΛΟ	69,6%	30,4%	100,0%
Total		Count	76	24	100
		% within ΦΥΛΟ	76,0%	24,0%	100,0%

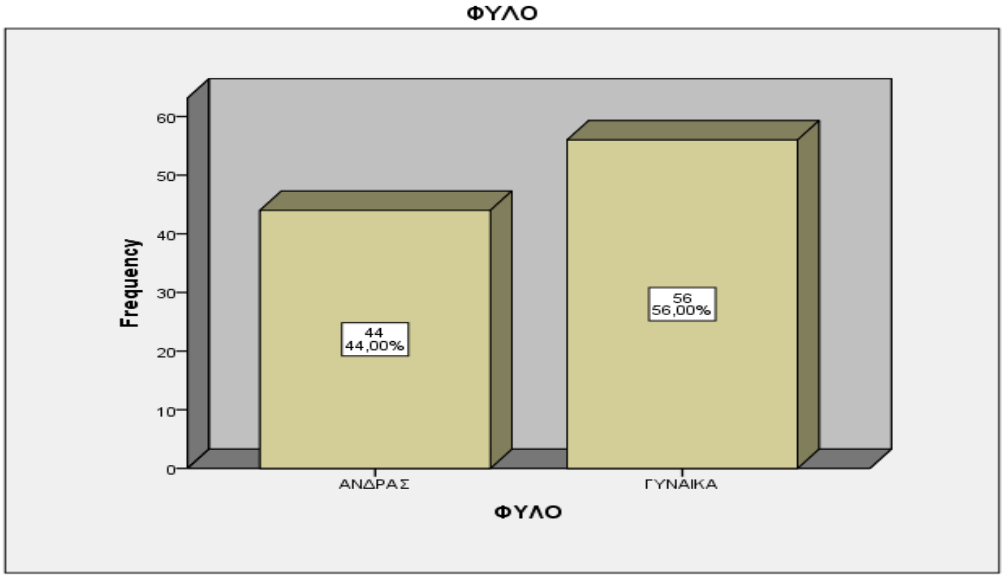
Πίνακας 42: Ο χώρος του ΚΑΠΗ με τις εγκαταστάσεις του και με την υλικοτεχνική υποδομή να χρησιμοποιηθεί ως χώρος εκπαίδευσης και επιμόρφωσης ανά φύλο

ΦΥΛΟ * EP24 Crosstabulation

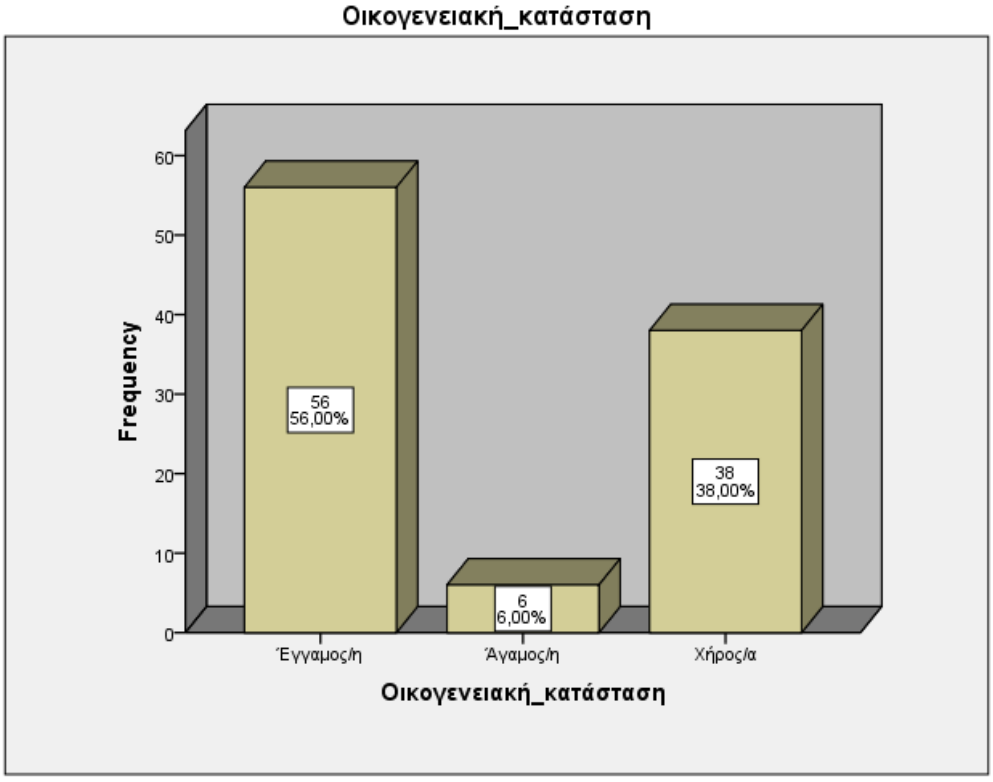
			EP24		
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	Total
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	37	7	44
		% within ΦΥΛΟ	84,1%	15,9%	100,0%
	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	38	18	56
		% within ΦΥΛΟ	67,9%	32,1%	100,0%
Total		Count	75	25	100
		% within ΦΥΛΟ	75,0%	25,0%	100,0%

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β' – Σχήματα

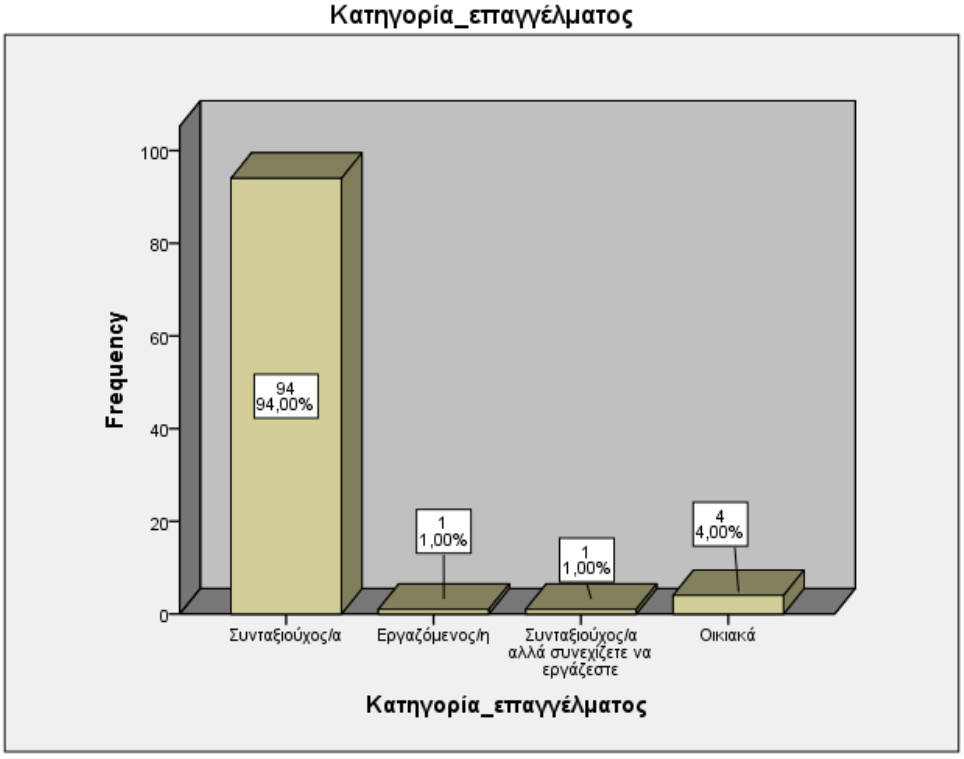
Διάγραμμα 1: Φύλο συμμετεχόντων



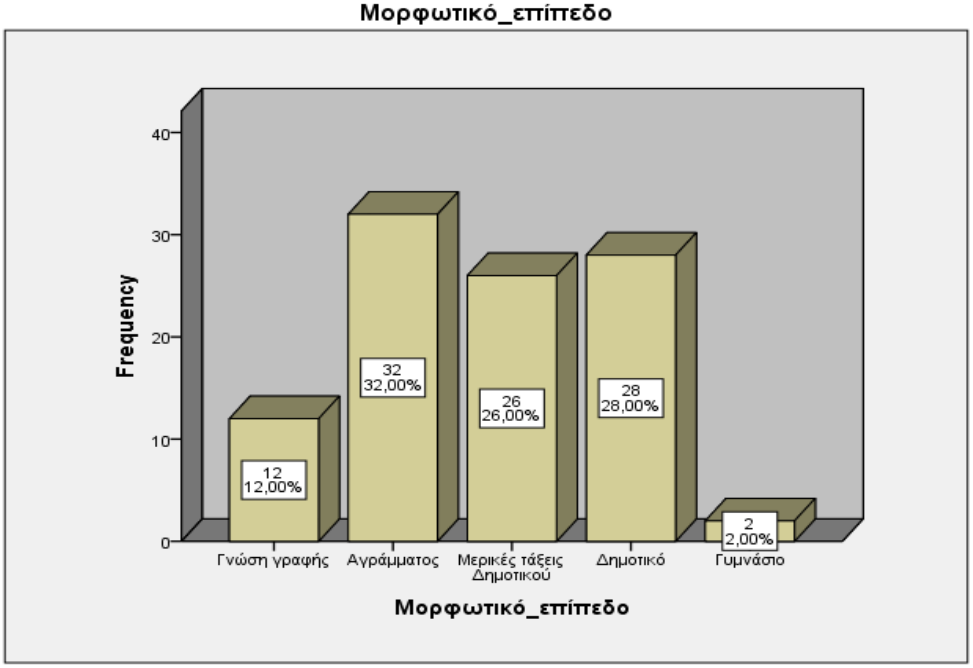
Διάγραμμα 2: Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων



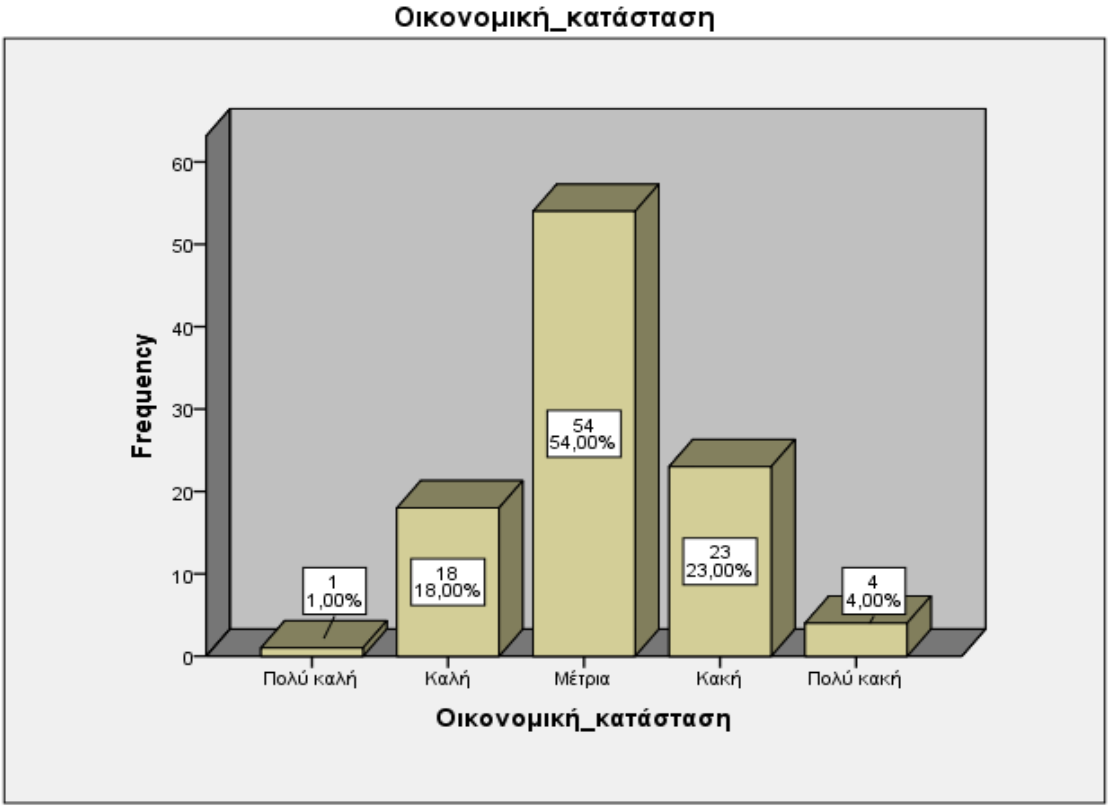
Διάγραμμα 3: Κατηγορία επαγγέλματος



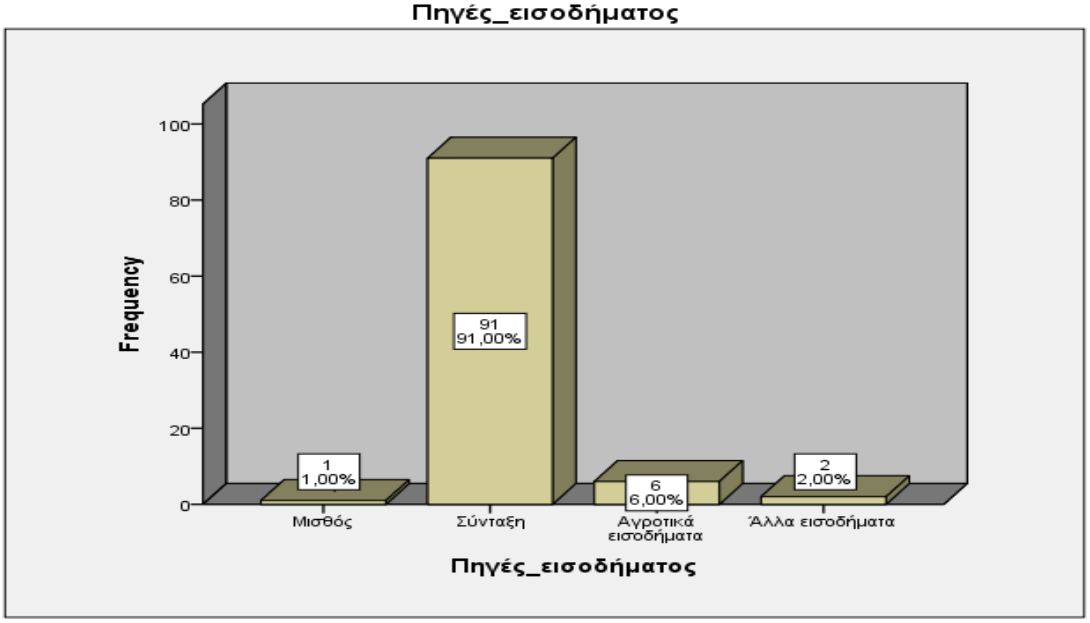
Διάγραμμα 4: Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων



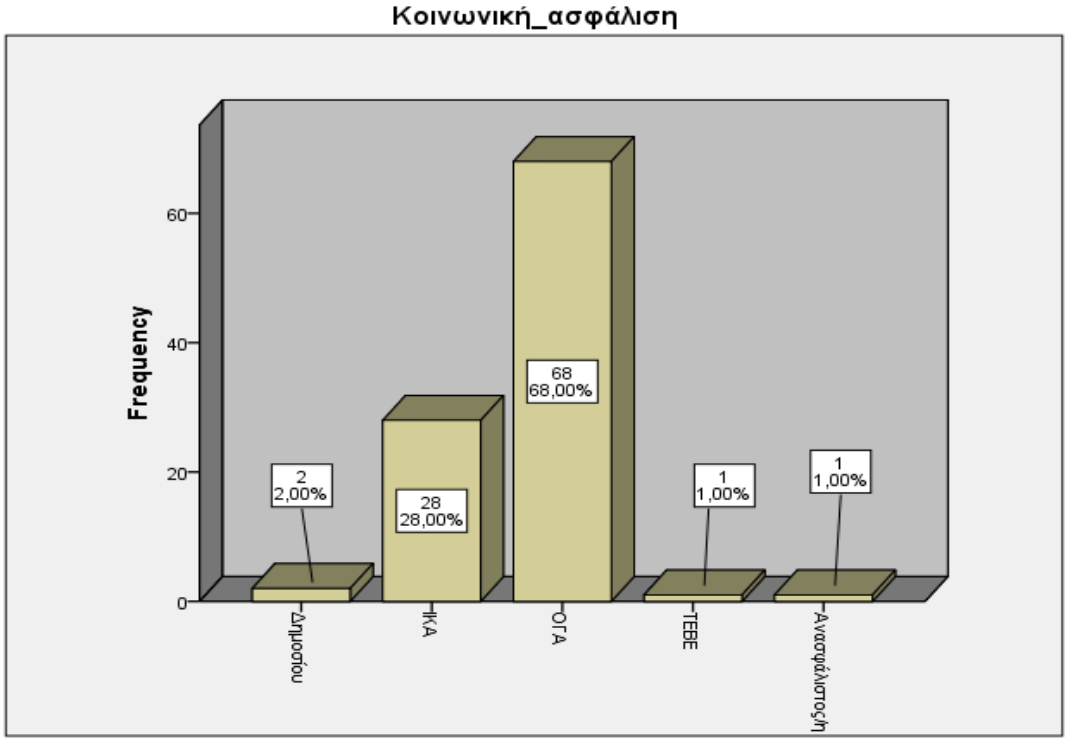
Διάγραμμα 5: οικονομική κατάσταση συμμετεχόντων



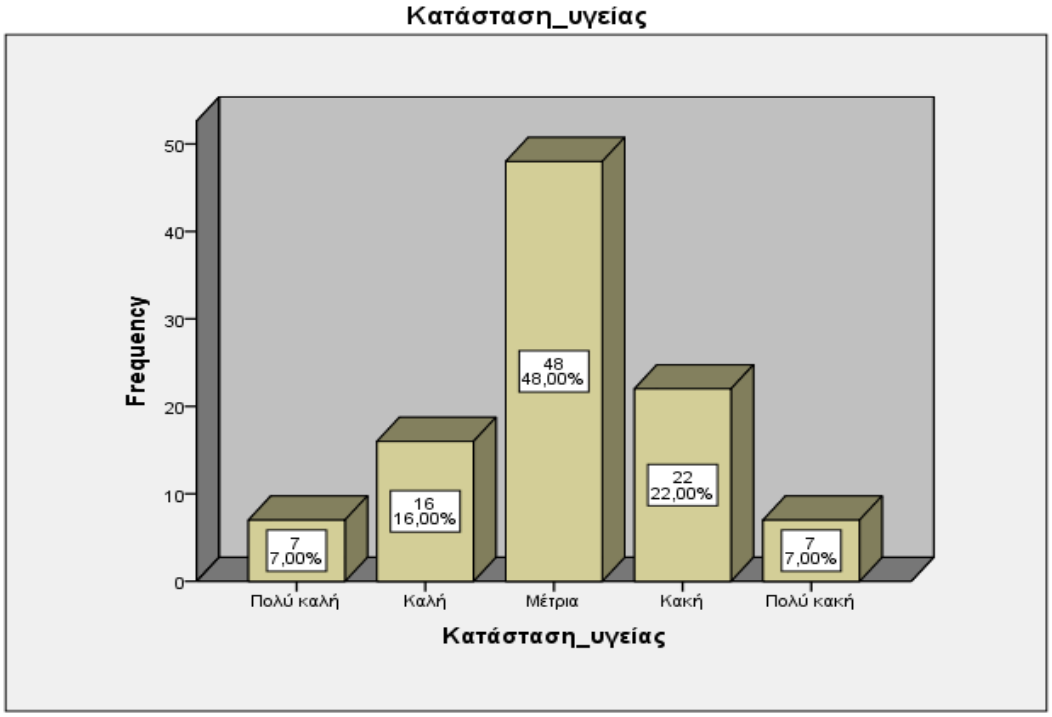
Διάγραμμα 6: Πηγές εισοδήματος



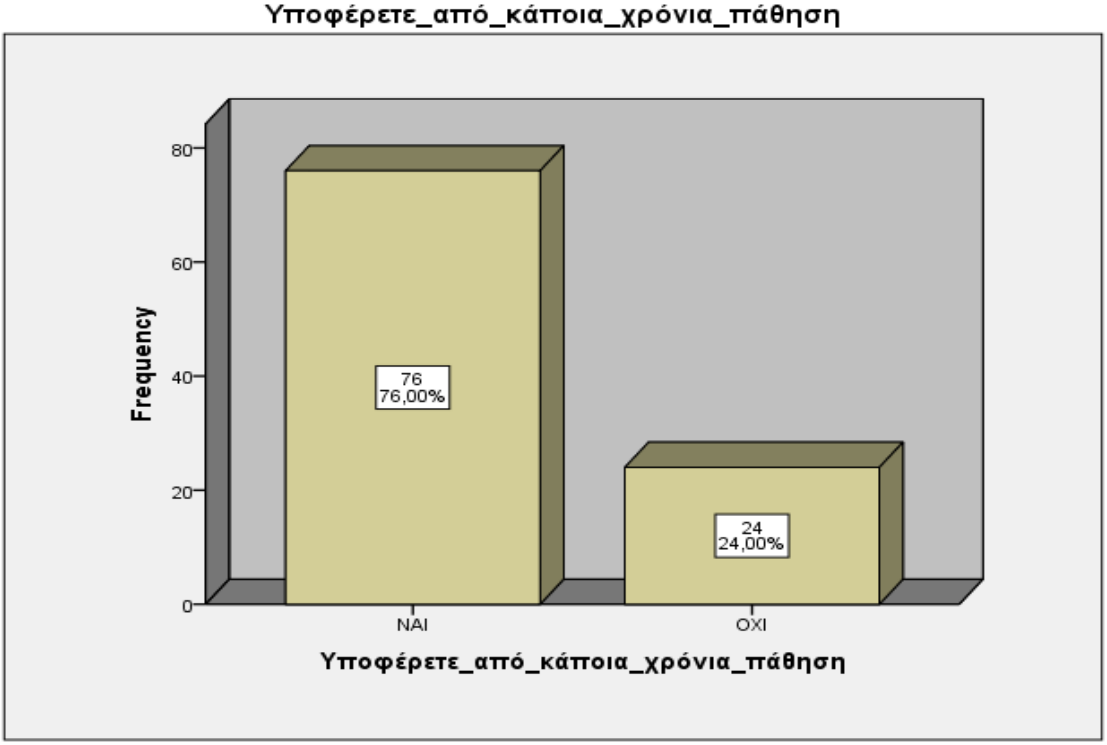
Διάγραμμα 7: Κοινωνική ασφάλιση



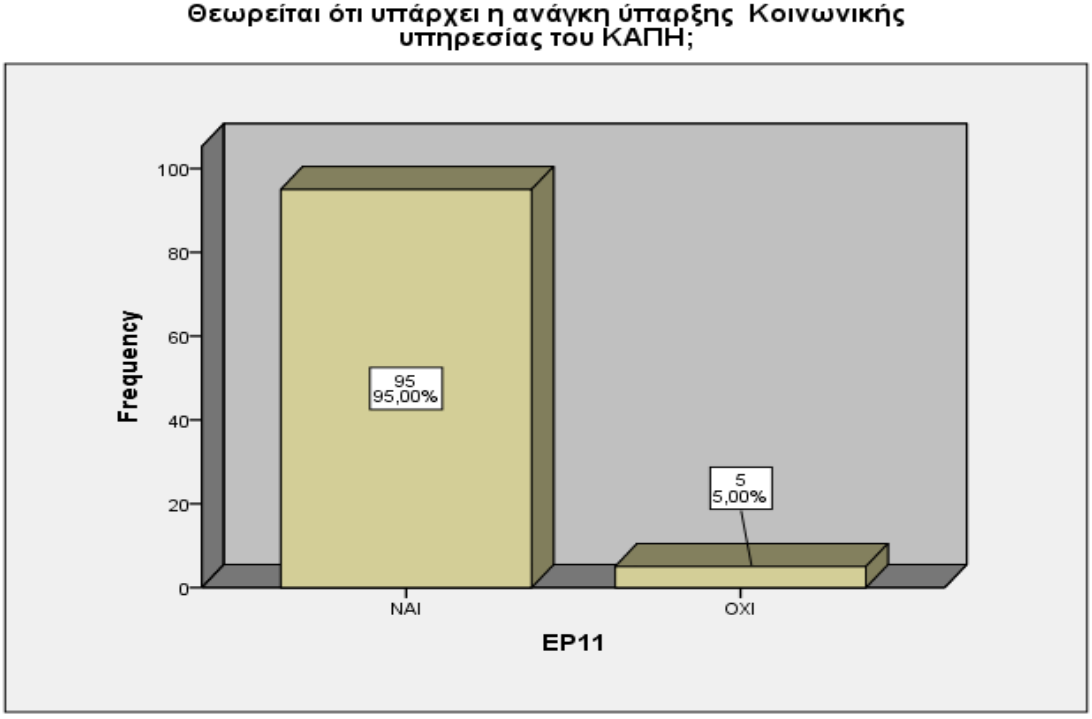
Διάγραμμα 8: Κατάσταση υγείας



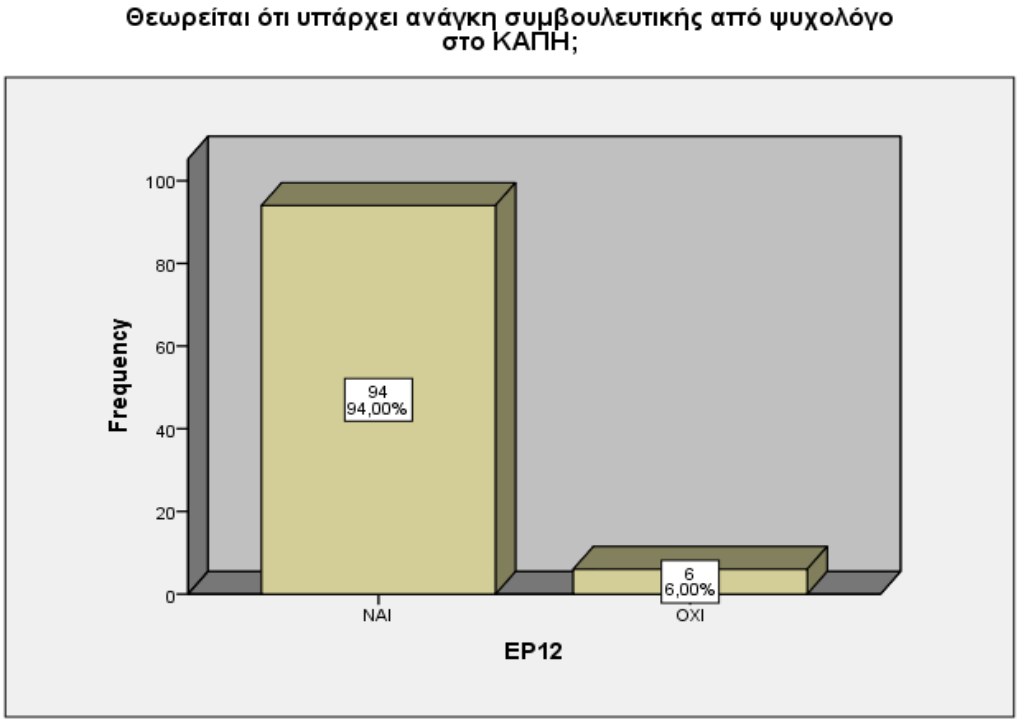
Διάγραμμα 9: Υποφέρετε από κάποια χρόνια πάθηση;



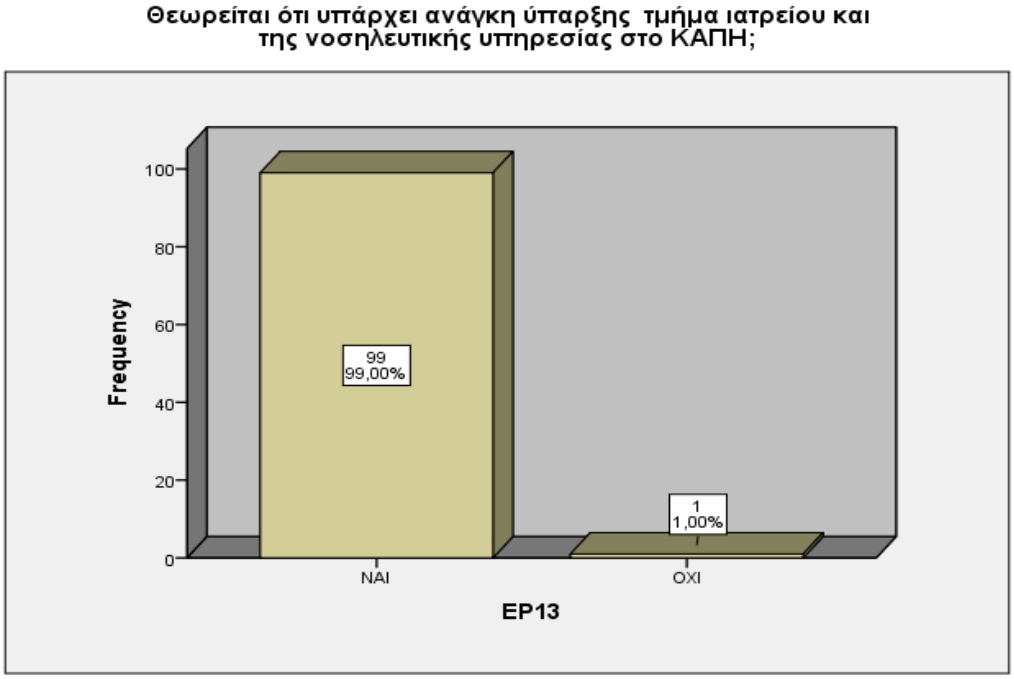
Διάγραμμα 10: Θεωρείται ότι υπάρχει η ανάγκη ύπαρξης Κοινωνικής υπηρεσίας του ΚΑΠΗ;



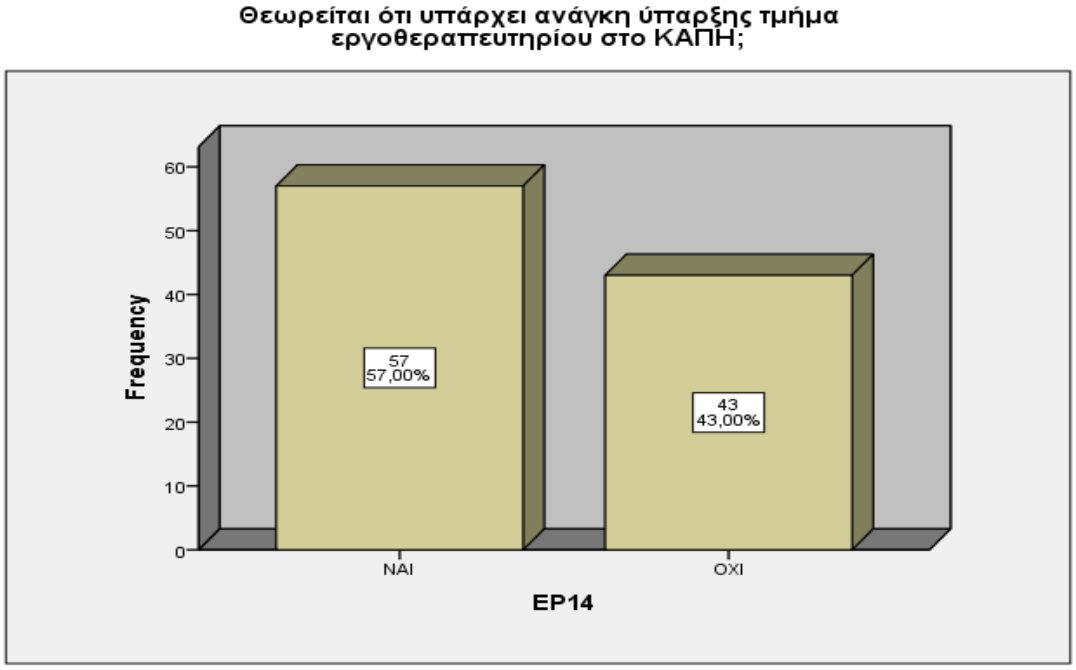
Διάγραμμα 11: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη συμβουλευτικής από ψυχολόγο ΣτοΚΑΠΗ;



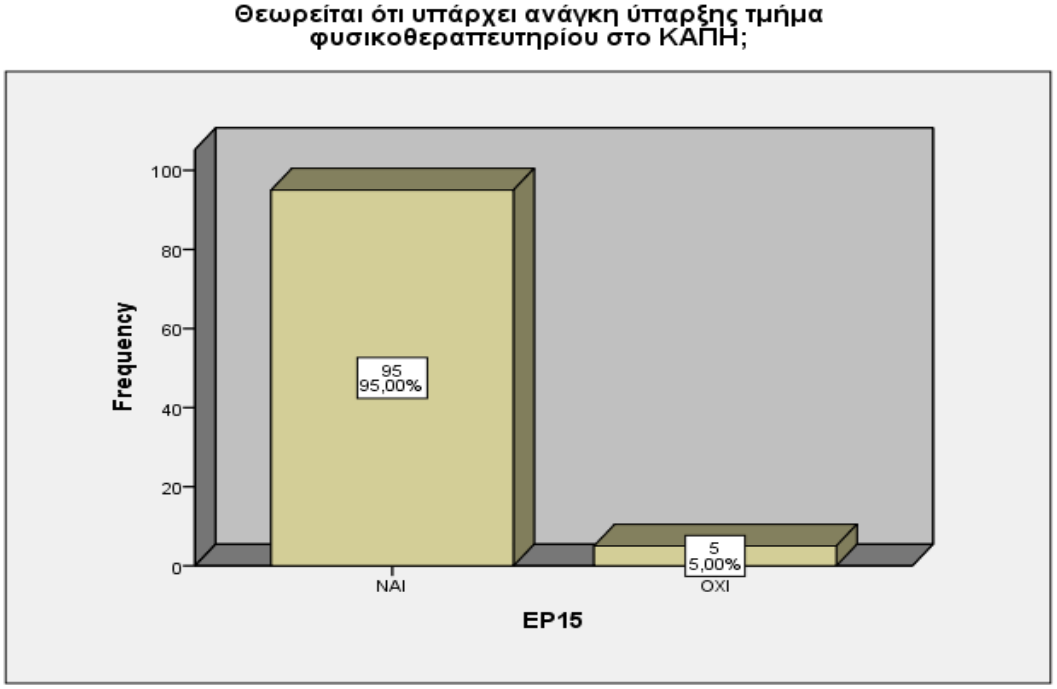
Διάγραμμα 12: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα ιατρείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο ΚΑΠΗ;



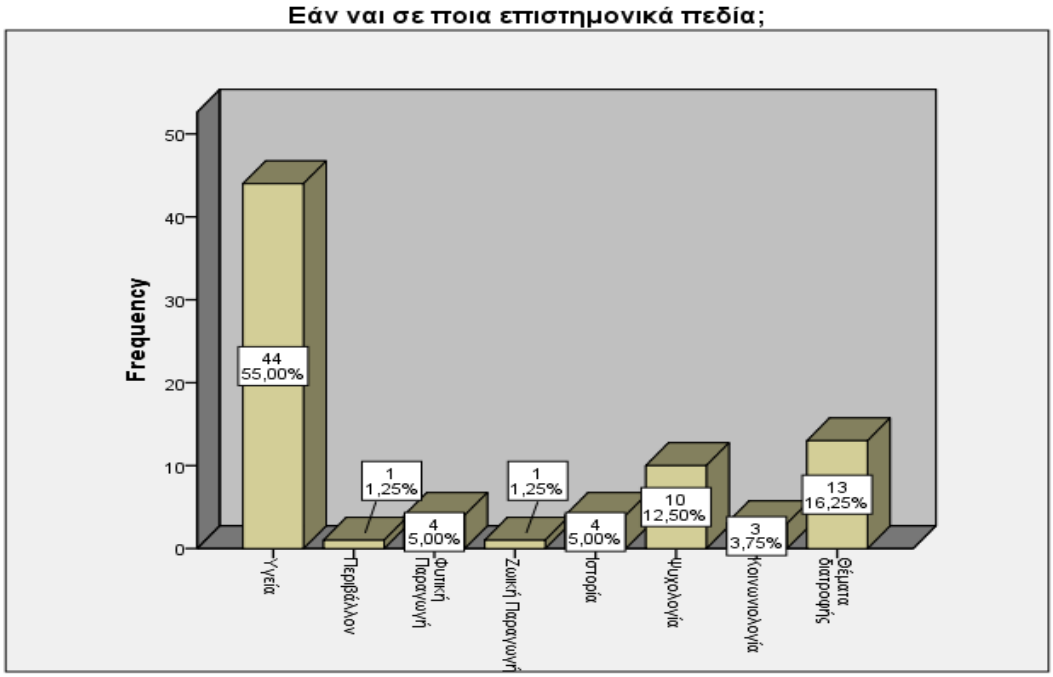
Διάγραμμα 13: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα εργοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ;



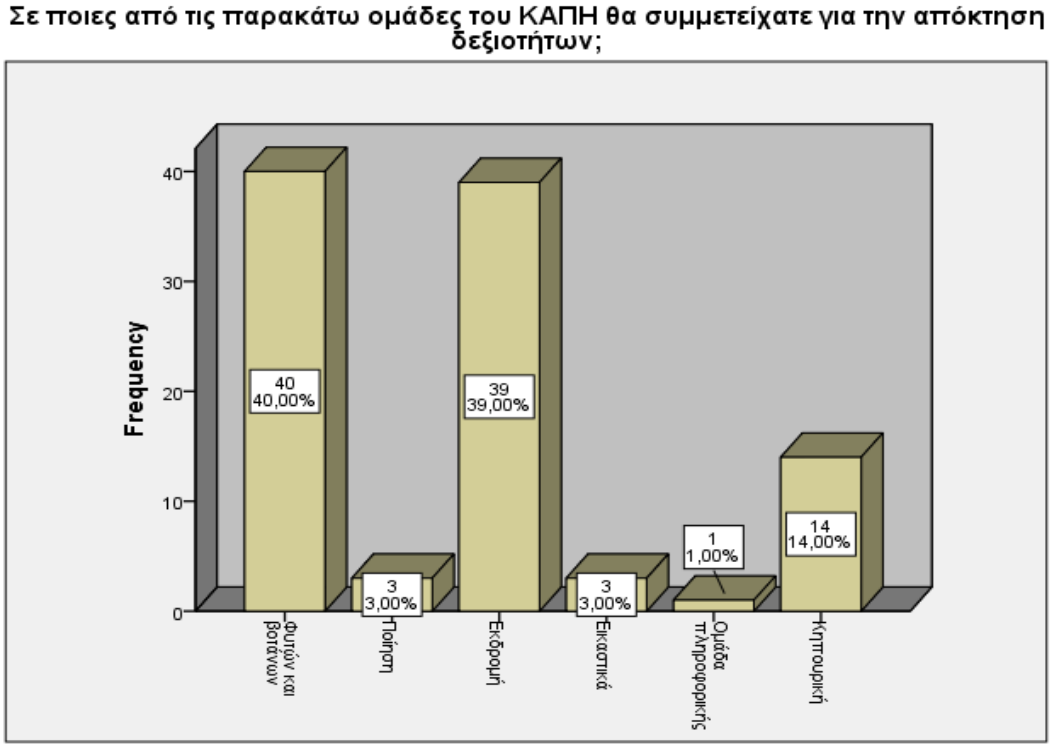
Διάγραμμα 14: Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα φυσικοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ;



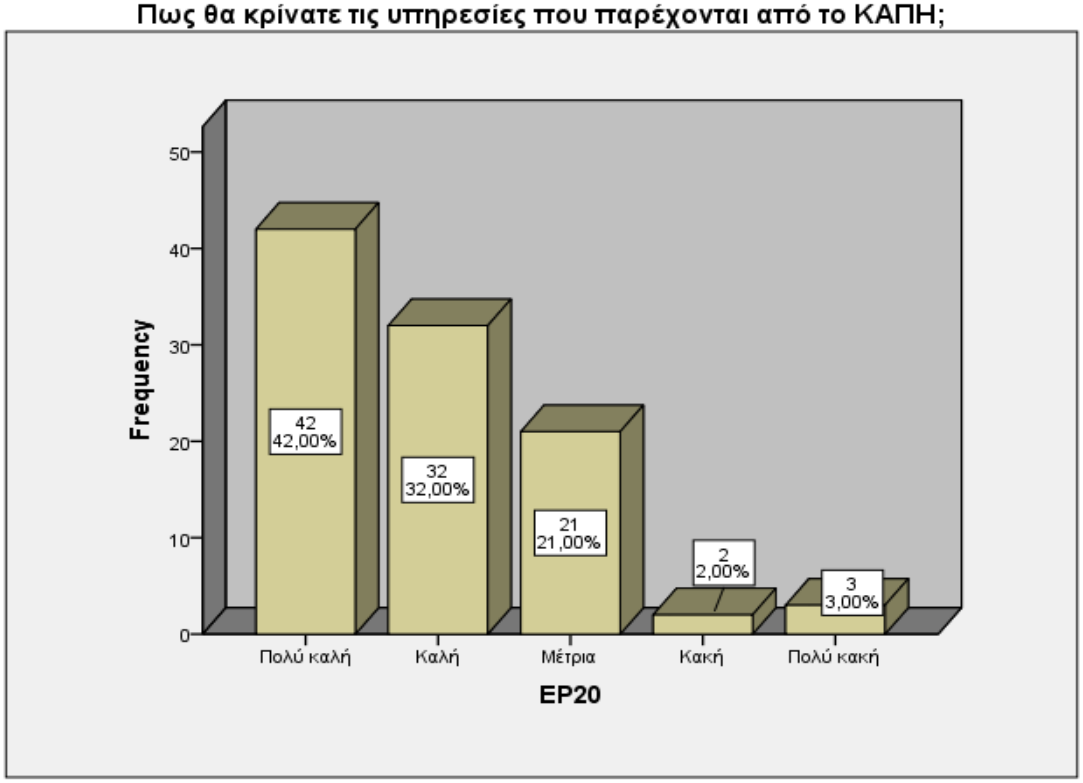
Διάγραμμα 16: Εάν ναι σε ποια επιστημονικά πεδία;



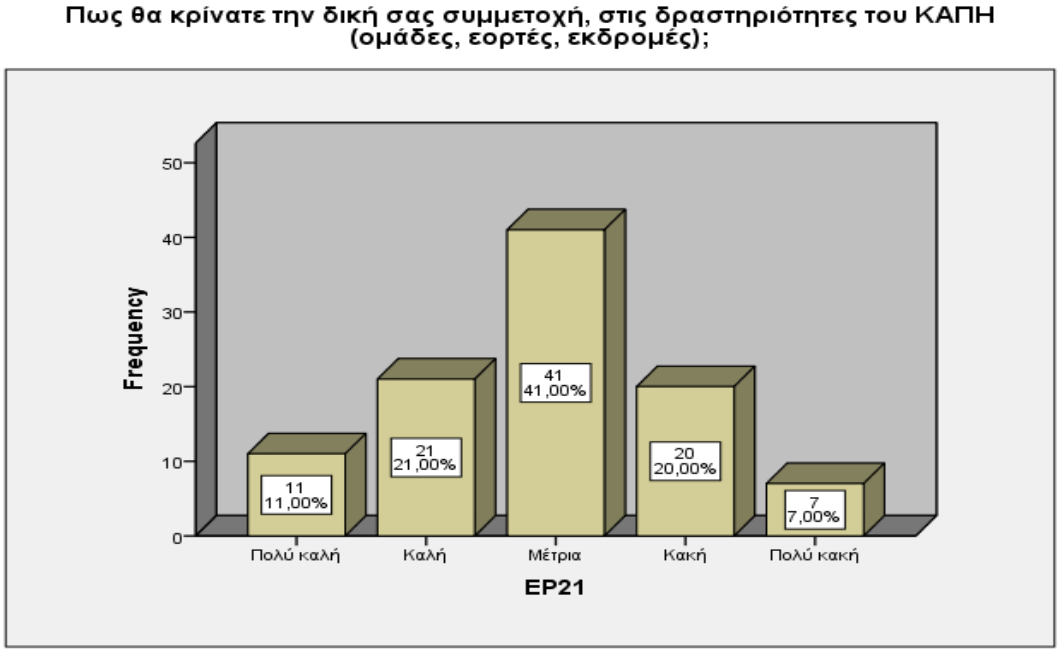
Διάγραμμα 17: Σε ποιες από τις παρακάτω ομάδες του ΚΑΠΗ θα συμμετείχατε για την απόκτηση δεξιοτήτων;



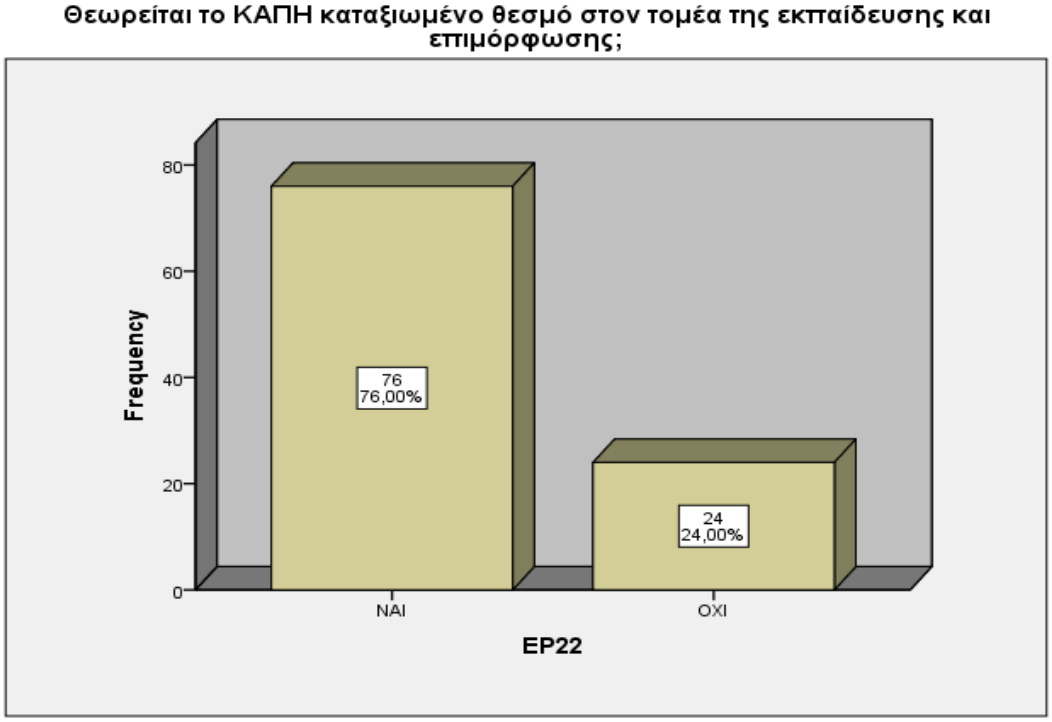
Διάγραμμα 18: Πως θα κρίνατε τις υπηρεσίες που παρέχονται από το ΚΑΠΗ;



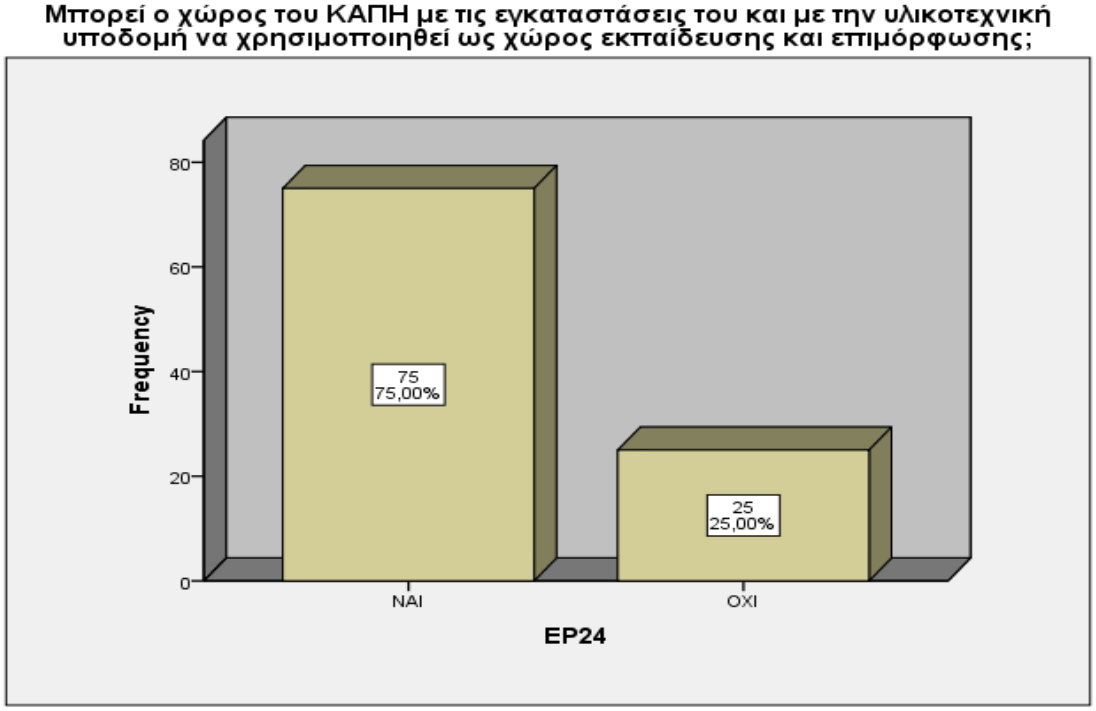
Διάγραμμα 19: Πως θα κρίνατε την δική σας συμμετοχή, στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ (ομάδες, εορτές, εκδρομές);



Διάγραμμα 20: Θεωρείται το ΚΑΠΗ καταξιωμένο θεσμό στον τομέα της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης;



Διάγραμμα 21: Μπορεί ο χώρος του ΚΑΠΗ με τις εγκαταστάσεις του και με την υλικοτεχνική υποδομή να χρησιμοποιηθεί ως χώρος εκπαίδευσης και επιμόρφωσης;



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ' - Ερωτηματολόγιο

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Φύλο:

Άνδρας □ Γυναίκα □

2. Έτος γέννησης:

3. Σε ποιες από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκετε;

- Συνταξιούχος/α; □
- Εργαζόμενος/η; □
- Συνταξιούχος/α αλλά συνεχίζετε να εργάζεστε; □
- Οικιακά □

4. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- Έγγαμος/η □
- Άγαμος/η □
- Χήρος/α □
- Διαζευγμένος/η □
- Σε διάσταση □

5. Πως θα κρίνατε την οικονομική σας κατάσταση;

- Πολύ καλή □
- Καλή □
- Μέτρια □
- Κακή□

- Πολύ κακή □

6. Ποιες είναι οι πηγές του εισοδήματος σας;

- Μισθός□
- Σύνταξη□
- Αγροτικά εισοδήματα□
- Άλλα εισοδήματα□
- Δεν απαντώ□

7. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;

- Μερικές τάξεις Δημοτικού; □
- Δημοτικό; □
- Γυμνάσιο; □
- Λύκειο; □
- Ανώτερη / ανώτατη εκπαίδευση; □

8. Τι κοινωνική ασφάλιση έχετε;
- Δημοσίου□
- ΙΚΑ□
- ΟΓΑ□
- Ανασφάλιστος/η□
- Άλλη □

9. Πως θα κρίνατε την κατάσταση της υγείας σας;
- Πολύ καλή□
- Καλή□
- Μέτρια□
- Κακή□
- Πολύ κακή□

10.Υποφέρετε από κάποια χρόνια πάθηση;
ΝΑΙ□ ΟΧΙ□

Β. ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΤΟΥ ΚΑΠΗ, ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

11. Θεωρείται ότι υπάρχει η ανάγκη ύπαρξης Κοινωνικής υπηρεσίας του ΚΑΠΗ;
ΝΑΙ□ ΟΧΙ□
12. Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα ιατρείου και της νοσηλευτικής υπηρεσίας στο ΚΑΠΗ;
ΝΑΙ□ ΟΧΙ□
13. Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη συμβουλευτικής από ψυχολόγο στο ΚΑΠΗ;
ΝΑΙ□ ΟΧΙ□
14. Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης στο ΚΑΠΗ;
15. Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα εργοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ;
ΝΑΙ□ ΟΧΙ□
16. Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη ύπαρξης τμήμα φυσικοθεραπευτηρίου στο ΚΑΠΗ;
ΝΑΙ□ ΟΧΙ□
17 . Θεωρείται ότι υπάρχει ανάγκη εκπαιδευτικής επιμόρφωσης;
ΝΑΙ□ ΟΧΙ□
18. Εάν ναι σε ποια επιστημονικά πεδία;
□Υγεία
□Περιβάλλον
□Φυτική Παραγωγή
□Ζωική Παραγωγή
□Θεολογία
□Ιστορία

□Ψυχολογία
□Κοινωνιολογία
□Θέματα διατροφής

19.Σε ποιες από τις παρακάτω ομάδες του ΚΑΠΗ θα συμμετείχατε για την απόκτηση δεξιοτήτων;
□Φυτών και βοτάνων
□Ποίηση

□Εκδρομή
□ Ομάδα πληροφορικής
□ Κηπουρική

Γ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΞΙΩΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣΚΑΙ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

20. Πως θα κρίνατε τις υπηρεσίες που παρέχονται από το ΚΑΠΗ;
- Πολύ καλή □
- Καλή □
- Μέτρια□
- Κακή □
- Πολύ κακή □

21. Πως θα κρίνατε την δική σας συμμετοχή, στις δραστηριότητες του ΚΑΠΗ (ομάδες, εορτές, εκδρομές);
- Πολύ καλή □
- Καλή □
- Μέτρια □
- Κακή □
- Πολύ κακή □

22.Θεωρείται το ΚΑΠΗ καταξιωμένο θεσμό στον τομέα της εκπαίδευσης και επιμόρφωσης;

ΝΑΙ□ ΟΧΙ□

23.Τι ελλείψεις διαπιστώνεται στο ΚΑΠΗ;

24.Μπορεί ο χώρος του ΚΑΠΗ με τις εγκαταστάσεις του και με την υλικοτεχνική υποδομή να χρησιμοποιηθεί ως χώρος εκπαίδευσης και επιμόρφωσης;
ΝΑΙ□ ΟΧΙ□