



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος:

**ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ», ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΩΝ ΚΑΜΕΝΩΝ ΒΟΥΡΑΩΝ**

Ονοματεπώνυμο Φοιτήτριας: Μπαλτά Δήμητρα

Επιβλέπων καθηγητής: Σπυριδάκης Εμμανουήλ

ΑΘΗΝΑ, ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την καθοδήγηση και την υποστήριξη κατά την εκπόνηση της μεταπτυχιακής μου εργασίας ευχαριστώ τον καθηγητή μου κ. Σπυριδάκη Εμμανουήλ.

Θερμές ευχαριστίες στον κ. Ζάρρα Κωνσταντίνο, καθηγητή Θεολογίας ΕΚΠΑ, που με υποστήριξε στη προσπάθειά μου να προσχωρήσω στις μεταπτυχιακές σπουδές.

Τέλος, να ευχαριστήσω ολόκληρη την οικογένειά μου, για την στήριξη, την συνεχή ενθάρρυνση και την αστείρευτη αγάπη που μου δίνουν όλα αυτά τα χρόνια...

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή

Κεφάλαιο 1: Κοινωνική Πολιτική

- 1.1 Ορισμός της κοινωνικής πολιτικής
- 1.2 Μορφές και συστήματα της κοινωνικής πολιτικής
- 1.3 Κοινωνική πολιτική και ευρωπαϊκοί δήμοι
- 1.4 Κοινωνική πολιτική και ελληνικοί δήμοι
- 1.5 Ενωσιακή κατεύθυνση για κοινή κοινωνική πολιτική

Κεφάλαιο 2: Κοινωνικός Αποκλεισμός

- 2.1 Ορισμός του κοινωνικού αποκλεισμού
- 2.2 Μορφές κοινωνικού αποκλεισμού
- 2.3 Οι τρόποι λειτουργίας του κοινωνικού αποκλεισμού και οι Ευπαθείς ομάδες
- 2.4 Προβλήματα και προσεγγίσεις του κοινωνικού αποκλεισμού
- 2.5 Ενωσιακή κατεύθυνση για κοινωνική συνοχή

Κεφάλαιο 3: Ηλικιωμένοι και η Δημογραφική Γήρανση

- 3.1 Επιδημιολογικά δεδομένα
- 3.2 Ορισμός του γήρατος
- 3.3 Η διαδικασία και τα χαρακτηριστικά της γήρανσης
- 3.4 Οι ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων
- 3.5 Η προστασία και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων
- 3.6 Ενωσιακή κατεύθυνση για ενεργό και υγιή γήρανση

Κεφάλαιο 4: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

- 4.1 Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας
- 4.2 Κατ' οίκον Νοσηλεία
- 4.3 Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»
- 4.4 Βασικές επιδιώξεις και στόχοι του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»
- 4.5 Αρχές του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»
- 4.6 Ενωσιακή κατεύθυνση για ανοικτή περίθαλψη και πρόνοια

Κεφάλαιο 5: Το Πρόγραμμα «Βοήθεια Στο Σπίτι» ως Δομή Καμένων Βούρλων

- 5.1 Ανθρώπινο Δυναμικό του προγράμματος
- 5.2 Προϋποθέσεις ένταξης ωφελούμενων στο πρόγραμμα
- 5.3 Παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»
- 5.4 Παρουσίαση του τρόπου και της συχνότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»
- 5.5 Προβλήματα λειτουργίας της δομής «Καμένων Βούρλων»

Κεφάλαιο 6: Έρευνα Εφαρμογής του Προγράμματος «Βοήθεια Στο Σπίτι»

6.1 Σκοπός της έρευνας

6.2 Μεθοδολογία έρευνας

6.2.α Πληθυσμός ερεύνης

6.2.β Σχεδιασμός ερεύνης

6.2.γ Επιλογή του τρόπου συλλογής των στοιχείων ερεύνης

6.2.δ Εργαλεία ερεύνης

6.3 Ερευνητικές υποθέσεις

Κεφάλαιο 7: Επεξεργασία Ερωτηματολογίου

7.1 Περιγραφή δημογραφικών στοιχείων των ερωτώμενων

7.2 Περιορισμοί ερεύνης

7.3 Ανάλυση των αποτελεσμάτων ερεύνης

Κεφάλαιο 8: Συμπεράσματα από την έρευνα

8.1 Συμπεράσματα εκ της έρευνας

Κεφάλαιο 9: Προτάσεις Εξέλιξης του Προγράμματος

9.1 Προτάσεις εξέλιξης και βελτιστοποίησης του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

B. ΑΛΛΟΓΛΩΣΣΗ

Γ. ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β'

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ'

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοινωνική πολιτική συνοχής βαίνει απαραίτητη ως συνέχουσα σε σώμα ετερόκλητες ομάδες, ευπαθείς-ευάλωτες- ειδικές που συμβιώνουν στα όρια του ίδιου δήμου, της ίδιας χώρας και καλούνται να συνυπάρχουν αρμονικά προς ευημερία και ανάπτυξη, προς μακρομέρευση και ασφάλεια.

Μεταξύ των ευπαθών ομάδων, μαζί με τους ΑΜΕΑ, διάκινεται και οι ηλικιωμένοι, που αποτελούν πληθυσμιακή ομάδα με πλήθος αναγκών, των οποίων η εξυπηρέτηση πραγματοποιείται κυρίως από άτυπα δίκτυα αρωγής, όπως το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον ή η γειτονιά, επιπλέον του ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα ή του μη κερδοσκοπικού και της κρατικής πρόνοιας

Τα παραπάνω με οδήγησαν στη μελέτη του προγράμματος Κοινωνικής Προστασίας «Βοήθεια στο Σπίτι», τόσο ως αντικειμενική κοινωνική στήριξη όσο και το πώς την αντιλαμβάνονται οι εξυπηρετούμενοι, ως υποκειμενική κοινωνική στήριξη, όποιας εκπαιδευτικής βαθμίδας ή οικονομικού στάτους είναι.

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην έρευνα και καταγραφή του βαθμού ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ως ωφελούμενων αυτής της δράσης, με απώτερο σκοπό την ενθάρρυνση για δημιουργία πλειόνων εστιών επέκτασης της κοινωνικής πολιτικής των Καμένων Βούρλων.

Το πρώτο κεφάλαιο περιγράφει την έννοια της κοινωνικής πολιτικής, κυρίως ως πολιτική κουλτούρα θεώρησης της κοινωνίας σε καιρό οικονομικο-κοινωνικο-πολιτισμικής κρίσης, καθώς και τις μορφές και τα συστήματα της κοινωνικής πρόνοιας και ασφάλισης, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στην Ευρώπη, και καταλήγει στην ενωσιακή πρόταση για κοινή κοινωνική πολιτική και στους τρόπους πραγμάτωσής της.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει τον κοινωνικό αποκλεισμό, τις μορφές, τον τρόπο λειτουργίας του στις ευπαθείς ομάδες. Εν συνεχεία, ακολουθεί διερεύνηση των προβλημάτων και προσεγγίσεις των αιτιών του κοινωνικού αποκλεισμού με κατάληξη στην ενωσιακή πρόταση για κοινωνική συνοχή, με δίκτυα κοινωνικής στήριξης.

Το τρίτο κεφάλαιο, ασχολείται με τους ηλικιωμένους και την δημογραφική γήρανση, στη σύνολη Ευρώπη κυρίως, ορίζοντας το γήρας, εξηγώντας τη διαδικασία γήρανσης και τα χαρακτηριστικά της γήρανσης, απαριθμώντας τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων, ενθυμίζοντας τα δικαιώματα και την ανάγκη προστασίας των, για να καταλήξει στην ενωσιακή πρόταση για ενεργό και υγιή γήρανση, μέσω της διαγενεακής αλληλεγγύης.

Το τέταρτο κεφάλαιο περιγράφει την πρωτοβάθμια φροντίδα και την κατ'οίκον νοσηλεία, ως οιωνούς του προγράμματος « Βοήθεια στο Σπίτι»,

του οποίου προγράμματος απαριθμούνται οι βασικές επιδιώξεις, οι στόχοι και οι αρχές, καταλήγοντας στην ενωσιακή κατεύθυνση για ανοικτή περίθαλψη και πρόνοια.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, ακολουθεί διεξοδική περιγραφή του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», ως δομή Καμένων Βούρλων, με παράθεση των προϋποθέσεων ένταξης στις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος στους ωφελούμενους και παρουσίαση του τρόπου- συχνότητας υπηρεσιών του προγράμματος, παρενθέτοντας τα λειτουργικά προβλήματα της δομής.

Στο έκτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η έρευνα και η

εφαρμογή του προγράμματος « Βοήθεια στο Σπίτι» αναλυτικά, αναφορικά με τον σκοπό, τη μεθοδολογία, τις δυσκολίες, και τη διαδικασία της έρευνας.

Το έβδομο κεφάλαιο επεξεργάζεται το ερωτηματολόγιο, με παράλληλη ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων, καθώς και ανάλυση έρευνας.

Το όγδοο κεφάλαιο, προϊούσης της έρευνας, συμπεραίνει και καταγράφει.

Το ένατο και τελευταίο κεφάλαιο περιέχει προτάσεις για την εξέλιξη και βελτιστοποίηση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».

ΛΕΞΕΙΣ- ΚΛΕΙΔΙΑ: - Κοινωνική πολιτική δήμων- Ευπαθείς ομάδες -Ηλικιωμένοι- Βοήθεια στο Σπίτι- Πρωτοβάθμια υγεία

1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

1.1 Ορισμός

Κατά τον Pete Alcock η κοινωνική πολιτική στοχεύει στην προαγωγή και την ευημερία των πολιτών διασφαλίζοντας την υγιή, ασφαλή, ποιοτική ζωή. Παρέχεται δε, τόσο από κρατικούς και δημόσιους φορείς Πρόνοιας, όσο και από ιδιωτικούς και κερδοσκοπικούς φορείς ή από κοινοτικούς εθελοντικούς φορείς ή από άτυπα δίκτυα αρωγής, με κύριο στόχο την φροντίδα ευάλωτων και ευπαθών ομάδων, που τελούν σε χρεία. (: Pete Alcock, *Social Policy in Britain*, 2nd ed.- 2003, Palgrave)

Η διαχρονική και γενική σημασία του όρου αφορά στο πεδίο εφαρμογής και στον τρόπο της κρατικής παρέμβασης, εκφράζοντας ταυτόχρονα την εφαρμοζόμενη πρακτική και το ιδεατό πρότυπο. Πλέον, η κοινωνική πολιτική περιγράφει εκτός από την κοινωνική τάξη και την επιστήμη μελέτης και έρευνας συμπεριφορών των κοινωνιών. Ο θεμελιωτής της κοινωνικής πολιτικής ως επιστήμης υπήρξε ο R. Titmuss, που συνεχίζει να επηρεάζει με τις ιδέες και το έργο του (Στασινοπούλου Ο. «Κοινωνική Πολιτική, βασικές έννοιες, ιστορική εξέλιξη, φορείς και πρότυπα- Σημειώσεις Μαθήματος, Τμ. Κοινωνικής Πολιτικής», 2006». Εν συνέχεια, οι μελέτες των Esping- Andersen, καθώς και Ferrera M., ενίσχυσαν το θεωρητικό υπόβαθρο της επιστήμης (Esping- Andersen G. «Γιατί χρειαζόμαστε ένα νέο κοινωνικό κράτος πρόνοιας», εκδόσεις Διώνικος, Αθήνα 2006) και Ferrera M. «Η ανασυγκρότηση του κοινωνικού κράτους στη Νότια

Ευρώπη», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999). Ως προς την εφαρμοζόμενη πρακτική της κοινωνικής πολιτικής, με τις δαπάνες για κοινωνική προστασία και υγεία και τον συνυπολογισμό του πλήθους των μεταβλητών, προκειμένου τη χάραξη κοινωνικής πολιτικής σε εθνικό και υπερεθνικό επίπεδο και για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων δημιουργήθηκε το 1988 το ESSPROS- European System of Integrated Social Protection Statistics- , υπό την αιγίδα της Eurostat- Ευρωπαϊκό Στατιστικό Γραφείο της Επιτροπής, που περιέχει και παρέχει πλήθος δεδομένων περί της κοινωνικής προστασίας των ΕΕ-27. Όσον αφορά δε, στον τομέα της υγείας υπεύθυνος είναι ο ΟΕCD ή ΟΟΣΑ. Η συνεργασία των δύο υπηρεσιών συνεισφέρει στη διοίκηση και στην ανατροφοδότηση της πολιτικής.

Τελευταία έρευνα αναδεικνύει τον Ευρωπαϊκό βορρά να δαπανά ποσά για την κοινωνική προστασία των πολιτών, μεγαλύτερα του μέσου όρου της ΕΕ-15, ενώ ο Ευρωπαϊκός νότος να υστερεί του μέσου όρου της ΕΕ-15 στις δαπάνες για την κοινωνική προστασία των λαών του. Μοναδική στέκεται η περίπτωση της Ελλάδας, που από το 2011 και δώθε οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία είναι ελάχιστες έως μηδαμινές (ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 15, Τεύχος 4, Οκτώβριος- Δεκέμβριος 2016).

Ειδικότερα, η κοινωνική πολιτική αφορά πρώτα σε στόχους για τη μείωση της ένδειας και την ικανοποίηση αναγκών προς βελτίωση της πρόνοιας και την ευημερία-ανάπτυξη

της χώρας, στη συνέχεια, σε τρόπους που οι στόχοι αυτοί γίνονται ειδικά προγράμματα και μέτρα προς αλλαγή

1.2 Μορφές και συστήματα κοινωνικής πολιτικής

Η κοινωνική πολιτική εκφράζεται με την κοινωνική πρόνοια, με την κοινωνική ασφάλιση και την κοινωνική ασφάλεια.

Κοινωνική Πρόνοια: όπου το κράτος μονομερώς χορηγεί παροχές σε άτομα- ομάδες που χρήζουν βοήθειας. Ιστορικά δε, ο όρος κράτος πρόνοιας εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη Γερμανία του 19ου αιώνα για την περιγραφή μιας παραλλαγής του αστυνομικού κράτους και γνώρισε πλατιά διάδοση μεταπολεμικά χάρη σε έναν Άγγλο κληρικό, τον αρχιεπίσκοπο Temple. Αυτός πρότεινε το 1941 τον όρο welfare state για να τον αντιπαραβάλλει στο warfare state των Γερμανών. Ένας από τους θεμελιωτές του κοινωνικού κράτους, ο λόρδος Beveridge, χρησιμοποίησε τον όρο κράτος κοινωνικών υπηρεσιών, social service state.

Κοινωνική Ασφάλιση: όπου το κράτος ανταποδίδει παροχές έναντι εισφορών πολιτών. Με τον έλεγχο δε, των πόρων, το means-testing, εννοούμε τη διαδικασία κατά την οποία οι διάφορες κοινωνικές παροχές και τα διάφορα επιδόματα δίνονται έπειτα από έλεγχο της εισοδηματικής και γενικότερης οικονομικής κατάστασης των αποδεκτών.

Το 1990 ο Esping- Andersen όρισε 3 τύπους κράτους πρόνοιας: Το φιλελεύθερο, το συντηρητικο-κορπορατιστικό και το σοσιαλδημοκρατικό. Αναλυτικότερα: Το Σοσιαλδημοκρατικό σύστημα κοινωνικής προστασίας της Δανίας

και τέλος, σε αποτελέσματα αυτών των προγραμμάτων και μέτρων.

(DK), Σουηδίας(SW), Φινλανδίας (FI), Ολλανδίας (NL), χαρακτηρίζεται από εμπορευματοποίηση των κοινωνικών παροχών και καθολικές παροχές που δίνονται χωρίς έλεγχο πόρων, με μονάδα αναφοράς το άτομο και χρηματοδότηση μέσω υψηλών και ιδιαίτερα προοδευτικών άμεσων φόρων.

Το Συντηρητικόκορπορατιστικό σύστημα κοινωνικής προστασίας της Αυστρίας (AU), του Βελγίου (BE), της Γερμανίας (DE), της Γαλλίας (FR), του Λουξεμβούργου (LU), στηρίζεται στην ανταποδοτικότητα και χαρακτηρίζεται από σχετικά γενναιόδωρες κοινωνικές παροχές με βάση την επαγγελματική-κοινωνική κατάσταση των ατόμων και με μονάδα αναφοράς την οικογένεια.

Φιλελεύθερο Ην. Βασίλειο (UK) Ιρλανδία (IR), όπου το κράτος επιδοτεί τις παροχές μέσω της αγοράς κατόπιν ελέγχου εισοδήματος και, μόνο όταν αποτυγχάνει η αγορά ή η οικογένεια στην επίτευξη ενός κατώτατου επιπέδου διαβίωσης, δίνονται κοινωνικά επιδόματα μέσω στοχευμένης πολιτικής και με έλεγχο των πόρων των δικαιούχων, με παράλληλο στιγματισμό των αποδεκτών.

Ο νοτιοευρωπαϊκός τύπος κράτους πρόνοιας, σύμφωνα με την τυπολογία του Mauricio Ferrera, στα κράτη Ιταλία, Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία, με χαρακτηριστικά, όπως: παροχές επιδομάτων και συντάξεων από την κεντρική αναδιανομή, κατακερματισμένο και πελατειακό σύστημα, μεγάλα κενά στην κοινωνική προστασία, περιορισμένη εφαρμογή της αρχής της καθολικότητας. Σημαντικός ο ρόλος της οικογένειας και των συγγενικών και άτυπων δικτύων στην

παροχή κοινωνικής προστασίας. Σε αυτές τις χώρες η υγεία χρηματοδοτείται μέσω της φορολογίας. (Εκθεση της τράπεζας της Ελλάδος, για την κοινωνική πολιτική και κοινωνική συνοχή στην Ελλάδα σε συνθήκες οικονομικής κρίσης, Ιούνιος 2012). Δαφέρμος, Γ. και Χ. Παπαθεοδώρου (2010), Μακροοικονομικό περιβάλλον, ανισότητα και φτώχεια: Μια εμπειρική διερεύνηση για την επίδραση της οικονομικής μεγέθυνσης και της κοινωνικής προστασίας σε Ελλάδα και ΕΕ, Μελέτη 3, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Αθήνα)

Κοινωνική Ασφάλεια: όπου το κράτος εξασφαλίζει το άτομο από ορισμένους κινδύνους. (Δ. Ιατρίδης, Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής, Gutenberg, Αθήνα, σελ. 42) Συγκεκριμένα, τα συστήματα κοινωνικής ασφάλειας στοχεύουν στην προστασία του πληθυσμού από καταστάσεις που επιφέρουν απώλεια ή μείωση των πηγών συντήρησης, στην προληπτική ή επανορθωτική προστασία της υγείας, στην εξασφάλιση της απασχολησιμότητας την διατήρηση της εργασιακής ικανότητας, στην εγγύηση για αξιοπρεπές βιοτικό επίπεδο και στην διασφάλιση της δυνατότητας για ενεργό συμμετοχή του καθενός στην οικονομική και κοινωνική ζωή. (Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, 2018)

Όσον αφορά στα συστήματα κοινωνικής προστασίας, αυτά στις χώρες της ΕΕ-15 έχουν ομαδοποιηθεί σε τέσσερα διακριτά συστήματα κοινωνικής προστασίας, όπως 1^ο το σοσιαλδημοκρατικό, με κυριότερους εκπροσώπους τη Σουηδία και τη Δανία, 2^ο το συντηρητικό-κορπορατιστικό, με κυριότερους εκπροσώπους τη Γερμανία

και τη Γαλλία, 3^ο το φιλελεύθερο, με εκπροσώπους το Ην. Βασίλειο και την Ιρλανδία και τέλος το νοτιοευρωπαϊκό, που υιοθετείται από την Ελλάδα, την Ισπανία, την Πορτογαλία και την Ιταλία- PIGS (Εκθεση της Τράπεζας της Ελλάδος για την Κοινωνική πολιτική και κοινωνική συνοχή στην Ελλάδα σε συνθήκες οικονομικής κρίσης, Ιούνιος 2012). Η ομαδοποίηση αυτή ακολουθεί την ανάλυση των Παπαθεοδώρου και Πετμεζίδου στα έτη 2004 και 2005, που βασίζεται στην κλασική πλέον διάκριση του Esping-Andersen (1990) για τα τρία καθεστώτα ευημερίας, η οποία έχει κυριαρχήσει στον ακαδημαϊκό διάλογο τα τελευταία 20 χρόνια. (Παπαθεοδώρου, Χ. και Μ. Πετμεζίδου, 2004, “Ανισότητα, φτώχεια και αναδιανομή μέσω των κοινωνικών μεταβιβάσεων: Η Ελλάδα σε συγκριτική προοπτική”, στο Μ. Πετμεζίδου και Χ. Παπαθεοδώρου (επιμ.) Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός, Αθήνα: Εξάντας) και (Παπαθεοδώρου, Χ. και Μ. Πετμεζίδου, 2005, “Ανισότητα, αναδιανομή και καθεστώτα ευημερίας: Η Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της ΕΕ”, στο Γ. Αργεΐτης (επιμ.) Οικονομικές Αλλαγές και Κοινωνικές Αντιθέσεις στην Ελλάδα: Οι Προκλήσεις στις Αρχές του 21ου Αιώνα, Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δαρδανός). Η ομαδοποίηση αυτή αξιοποιεί επίσης τη συζήτηση σχετικά με το σύστημα κοινωνικής προστασίας που έχουν αναπτύξει οι χώρες της Νότιας Ευρώπης (Ferrera, M., 1996, “The ‘southern model’ of welfare in social Europe”, Journal of European Social).

1.3 Κοινωνική πολιτική και ευρωπαϊκοί δῆμοι

Η ευρωπαϊκή περιφέρεια ασκεί παρεμβάσεις δύο τύπων,

κατά τις Βασικές Αρχές Ευρωπαϊκού Μοντέλου Πρόνοιας. Συγκεκριμένα:
- Εθνικά και κατηγοριακά προγράμματα ελάχιστου εισοδήματος, προς εξασφάλιση των ελάχιστων ορίων διαβίωσης ατόμων που τελούν σε ανάγκη. (Αμίτσης Γ. «Νομικά προβλήματα ρύθμισης και εφαρμογής κοινωνικής ασφάλειας», Ελληνική Δικαιοσύνη, 33, 1992, σελ. 504)
- Προγράμματα προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών, για την παροχή κοινωνικής φροντίδας στο σύνολο του πληθυσμού ή σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού.

Η αξιολόγηση της λειτουργίας των προγραμμάτων αυτών έδειξε ότι τα κοινωνικά προγράμματα διακρίνονται σε τέσσερις (4) κατηγορίες ανάλογα με τα τυποποιημένα κριτήρια.
Α)Ως προς το πεδίο εφαρμογής, διακρίνονται σε γενικά και κατηγοριακά συστήματα.
Β)Ως προς τις παροχές, διακρίνονται σε συστήματα εισοδηματικής στήριξης, όπως γενικά και κατηγοριακά, και σε κοινωνικές υπηρεσίες, όπως ανοικτής φροντίδας- ιδρυματικής φροντίδας.
Γ)Ως προς τη νομική κατοχύρωση, διακρίνονται σε συστήματα που θεμελιώνουν αγωγή κοινωνικό δικαίωμα στους ωφελούμενους που εμπíπτουν στους έχοντες τις προϋποθέσεις που ορίζονται στα νομοθετικά κείμενα, καθώς και σε συστήματα που στηρίζονται στη διακριτική ευχέρεια των διοικούντων που αποφασίζουν τα

ίδια αρμόδια όργανα υλοποίησης κοινωνικών προγραμμάτων για τις παροχές.

Δ)Ως προς την οργανωτική διάρθρωση, διακρίνονται σε Κεντρικά, όπως Υπουργεία Κοινωνικών Υπηρεσιών ή Υπουργεία Απασχόλησης, και σε Αποκεντρωμένα, όπως φορείς Τοπικής Αυτοδιοίκησης που άμεσα παρέχουν υπηρεσίες και επιδόματα στους πολίτες, σύμφωνα με το Ν.2218/1994.

Συνακόλουθα, χώρες όπως Δανία- Ολλανδία θεσμοθετούν όρια παρεμβάσεων κοινωνικών υπηρεσιών, ούτως ώστε να υπάρχουν επίπεδα εξυπηρέτησης με προτεραιότητα ανάλογα με τις ανάγκες σε άτομα ή ομάδες που δεν μπορεί η οικογένεια να ανταπεξέλθει.

Επίσης, η Γερμανία και Αυστρία καινοτόμα τοποθετεί το πρόγραμμα στην Κοινωνική Ασφάλιση.

Όσον αφορά στο Ηνωμένο Βασίλειο και Ιρλανδία καθιερώνονται τεχνικές αξιολόγησης δαπανών με μείωση του κόστους και αύξηση της αποτελεσματικότητας, ώστε να επιτευχθεί η αυτοδυναμία των χρηστών μετά τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα. (H. Bolderson / H. Mabett, «cost containment in complex social security systems: The limitation of targeting», International Social Review,49, 1996, page 3)

Τέλος, ο Μεσογειακός Νότος μεταβιβάζει αποκεντρωμένα αρμοδιότητες με προβλήματα χρηματοδότησης των τοπικών φορέων για την παροχή ικανοποιητικού βαθμού κοινωνικών υπηρεσιών.

1.4 Κοινωνική πολιτική και ελληνικοί δήμοι

Είναι προφανές το πλεονέκτημα που έχουν οι δήμοι στην άσκηση της κοινωνικής πολιτικής τους στο λαό με

αποτελεσματικότητα, ταχύτητα και αμεσότητα, καθώς και μπορούν να προσεγγίζουν τα προβλήματα με γνώση των ιδιαιτεροτήτων τους και να τα επιλαμβάνονται αρτιότερα σε σχέση με την Κεντρική Εξουσία που είναι αργή σε τέτοιο βαθμό, ώστε να φαντάζει ανάληψη. Έτσι, η θέση των δήμων είναι πάντα στο πλευρό του πολίτη, προστατεύοντας τα δικαιώματά του, και καθώς οι δήμοι πρώτοι αντιλαμβάνονται την ύπαρξη τυχόν κοινωνικών προβλημάτων, στους δήμους αναλογεί και η ευθύνη της θεραπείας των κοινωνικών προβλημάτων βραχυπρόθεσμα και της πρόληψης των μακροπρόθεσμα .

Οι κοινωνικές δομές στήριξης-προστασίας περιλαμβάνουν :

1. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ. Οι

παιδικοί σταθμοί είναι οι οργανωμένες υπηρεσίες που κεντρικό μέλημα έχουν την προστασία του παιδιού ως 4 ετών. Στους παιδικούς σταθμούς παρέχεται στο παιδί διατροφή, καθαριότητα, δημιουργική απασχόληση και συμμετοχή σε ψυχοκινητικές δραστηριότητες.

2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ Το βασικότερο θέμα που καλούνται να επιλύσουν πρώτα από όλα οι δήμοι, είναι η διευκόλυνση της προσβασιμότητας, ως αναφαίρετο δικαίωμα τον ατόμων με αναπηρία και στα Κέντρα Εκπαίδευσης Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης ΑΜΕΑ, επικεντρώνουν τις υπηρεσίες τους στην εκπαίδευση, την κοινωνική υποστήριξη και την κατάρτιση των ΑΜΕΑ πολιτών τους οι δήμοι.

3. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΕΥΠΑΘΕΙΣ

ΟΜΑΔΕΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ Οι δήμοι δύνανται να πραγματοποιούν κοινωνικές έρευνες, για να έχουν την έγκαιρη και επίσημη πληροφόρηση για

το βαθμό ευαλωτότητας των κοινωνικών τους ομάδων, και εν συνεχεία να κινητοποιούν τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης- δημόσια, ιδιωτικά, άτυπα, εθελοντικά, λειτουργώντας βραχύπνοα και μακρόπνοα προς όφελος των πολιτών.

Ακολουθούν παραδείγματα δημοτικών κοινωνικών δομών, όπως τα κάτωθι:

1) Κοινωνικές Δομές Άμεσης Αντιμετώπισης της Φτώχειας , όπως : στο ΓΑΛΑΤΣΙ με Καταλύματα για άνεργους, άστεγους , πρόσφυγες , κακοποιημένες γυναίκες , χρήστες , ανηλίκους , ψυχικά πάσχοντες , στο ΔΗΜΟ ΑΘΗΝΑΙΩΝ με το Ανοιχτό Κέντρο Ημερήσιας Υποδοχής Αστεγών του Praksis , τη Δομή Παροχής Συσσιτίου από το Equal Society, το Γραφείο Διαμεσολάβησης του ΚΛΙΜΑΚΑ, το Υπνωτήριο και το Κοινωνικό Φαρμακείο των Γιατρών του Κόσμου.

2) Πλατφόρμα «ΝΟΙΑΖΟΜΑΙ» του Δήμου Αθηναίων, με Κάρτα Δημότη, Λέσχες Φιλίας, Κοινωνικό Πλυντήριο

3) Παιδικοί Σταθμοί , στους περισσότερους δήμους,

4) Τράπεζα Χρόνου και Κοινωνικές Συλλογικές Κουζίνες στο Δήμο Γαλατσίου

5) Δημοτικοί Λαχανόκηποι στο Δήμο Καλαμάτας.

6) Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης, Κοινωνικό Φροντιστήριο, Συμβουλευτικός Σταθμός Άνοιας, Πρόγραμμα Στέγασης κι Επανένταξης του Δήμου Ηγουμενίτσας.

7) Δημοτικό Κοινωνικό Ανταλλακτήριο στο Δήμο Κυνουρίας.

8) ΧΑΡΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΔΟΜΩΝ του Δήμου Θεσσαλονίκης , με το Δίκτυο Μεταφοράς «ΑΙΝΕΙΑΣ» και το Ειδικό Ψυχαγωγικό Κέντρο για ΑΜΕΑ , με το Κέντρο Αποθεραπείας –

Αποκατάστασης – Δημέρευσης – Ημερήσιας Φροντίδας «ΒηματίΖΩ», Συμβουλευτική Υποστήριξη «ΠΟΡΤΟΚΑΛΙΑ».

9) Κέντρο Δημέρευσης και Ημερήσιας Φροντίδας ΑΜΕΑ : ΥΠΕΡΙΩΝ στο Δήμο Κεφαλονιάς- Ζακύνθου.

10) Δήμος Σκύδρας

Η ψηφιοποίηση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» με τη δημιουργία ηλεκτρονικής βάσης με ψηφιακά αρχεία των ωφελούμενων του προγράμματος από το 2015

11) «ΣΕ ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΩ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ» του Δήμου Λάρισας , με τη διάθεση του Internet of Things σε 150 δικαιούχους-ωφελούμενους στο «Βοήθεια στο σπίτι» (ACTIVAGE , Horizon 2020)

1.5 Ενωσιακή κατεύθυνση για κοινή κοινωνική πολιτική

Στην ΕΕ η κοινωνική πολιτική επιδιώκει τη βελτίωση της ζωής των λιγότερο ευνοημένων πολιτών της και θέλει να εξισώσει τις οικονομικές και κοινωνικές διαφορές μέσα στην Ένωση Αναγκαία για την κοινωνική συνοχή της Κοινότητας ήταν εξ αρχής μια κοινοτική κοινωνική πολιτική, η οποία, αν και στο προοίμιό της δηλωνόταν ξεκάθαρα ότι υπήρχε συναπόφαση για κοινή δράση προς την κοινωνική πρόοδο και έθεταν ως βασικό στόχο τους τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και εργασίας των λαών τους, διατηρούσαν την πλήρη αυτονομία τους στο κοινωνικό πεδίο. Η πίστη στην αυτόματη βελτίωση των κοινωνικών συνθηκών, με την παράλληλη βεβαιότητα ότι η οικονομική ολοκλήρωση θα συμπαρέσυρε και την κοινωνική πρόοδο, ήταν πράγμα εφικτό υπό προϋποθέσεις.

Αληθεύει ότι όσο οι οικονομίες πλησιάζουν η μια την άλλη, τόσο τα

κοινωνικά προβλήματα ομοιάζουν σε όλα τα κράτη μέλη και τόσο πιο απαραίτητες γίνονται οι κοινές λύσεις τους. Ενόψει αυτών των προβλημάτων η Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση επικαλείται «την άκρως ανταγωνιστική κοινωνική οικονομία της αγοράς, με στόχο την πλήρη απασχόληση και την κοινωνική πρόοδο» (άρθρο 3,3 ΣΕΕ). Η Συνθήκη για τη λειτουργία της ΕΕ, από την πλευρά της, διακηρύσσει ότι η Ένωση και τα κράτη μέλη έχουν ως στόχο εκτός των άλλων, τη βελτίωση της διαβίωσης και εργασίας, ώστε να καταστήσουν δυνατή την εναρμόνισή τους με παράλληλη διατήρηση της προόδου, την κατάλληλη κοινωνική προστασία, τον κοινωνικό διάλογο και την ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων που θα επιτρέψουν ένα υψηλό και διαρκές επίπεδο απασχόλησης και την καταπολέμηση του αποκλεισμού (άρθρο 151). Μια δυναμική κοινωνική πολιτική είναι αλληλένδετη με μια αποτελεσματική βιομηχανική πολιτική, καθώς η τεχνολογική πρόοδος και η βελτίωση της εκπαίδευσης άγουν σε ενδυνάμωση των απαιτήσεων για την κοινωνική προστασία, τη συμμετοχή των εργαζομένων στη διοίκηση των επιχειρήσεων και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής και της εργασίας.

Στις αρχές του 21ου αιώνα οι ευρωπαϊκές κοινωνίες αντιμετωπίζουν κοινές προκλήσεις, καθώς η παγκοσμιοποίηση της παραγωγής και του εμπορίου, η επίδραση των νέων τεχνολογιών πάνω στην εργασία, στην κοινωνία και στα άτομα, το υψηλό επίπεδο ανεργίας και η γήρανση του πληθυσμού ασκούν ισχυρές πιέσεις πάνω στον οικονομικο-κοινωνικό ιστό όλων των κρατών-μελών της ΕΕ, τα οποία και πρέπει να συντονιστούν ως προς την

εξισορρόπηση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Αξιοσημείωτη ήταν και η συζήτηση επί της παγκοσμιοποίησης και του δημογραφικού ζητήματος στη στρατηγική της Λισσαβόνας (Euromedia.moussis.eu).

Οι στόχοι των κοινών στρατηγικών των χωρών της Ε.Ε. αφορούν τόσο σε μηχανισμούς ελέγχου δαπανών προς κοινωνικές υπηρεσίες, καθώς και σε προγράμματα ανάλογα με τις ανάγκες χρηστών, παραδείγματος χάρη των ΑμεΑ, ή βελτιωμένα Προγράμματα Κοινωνικής Φροντίδας, όσο και σε εθελοντισμό καθώς και σε Ανοικτή Φροντίδα και αποϊδρυματοποίηση. Επιπρόσθετα, οι κοινές στρατηγικές στοχεύουν στην αναδιάρθρωση σχέσης δημόσιου-ιδιωτικού τομέα,

αναζητούν κίνητρα για παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στο σπίτι, συνυπολογίζουν την αυξημένη ανάγκη για κοινωνικές υπηρεσίες, δεδομένης της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού της άμβλυνσης των παραδοσιακών οικογενειακών δεσμών και των προβλημάτων στην ποιότητα διαβίωσης λόγω ανεργίας. Οπότε, οι Στρατηγικές μετάβασης στηρίζονται σε 3 άξονες, οι οποίοι και είναι:

ΑΞΟΝΑΣ 1. Προτεραιότητα στην παροχή φροντίδας

ΑΞΟΝΑΣ 2. Μεταβίβαση από τον δημόσιο στον ιδιωτικό και εθελοντικό τομέα σχετικών λειτουργιών και αρμοδιοτήτων

ΑΞΟΝΑΣ 3. Εξεύρεση πόρων για χρηματοδότηση κοινωνικών υπηρεσιών. (Euromedia,moussis.eu)

2.ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

Ο κοινωνικός αποκλεισμός αφετηριάζεται στα κοινωνιολογικές μελέτες της δεκαετίας του 1960 στη Γαλλία. Έκτοτε παρουσιάζεται στους πολιτικούς λόγους ως «μείζον κοινωνικό θέμα» και στις κοινωνικές επιστήμες ως μέγεθος συμβατό για την θέαση- ανάλυση- ερμηνεία των εκάστοτε κοινωνικών προβλημάτων. Ο όρος κυριαρχεί στην ογκώδη βιβλιογραφία δικαίου, κοινωνιολογικής, ευρωπαϊκής πολιτικής, κοινωνικής πολιτικής, κοινωνικής ψυχολογίας, πολιτικής οικονομίας κ.ά. κυρίως μετά το 1990. Καθιερώνεται δε, στα κείμενα και τις Οδηγίες της ΕΕ η καθολική αφομοίωση του όρου και η διευρυμένη χρήση του από το 1990 και τον Jacques Delors. Συζητιέται δε, επίμονα, αποδίδοντας

χωρική διάσταση στην κοινωνία, με «εντός» κι «εκτός» χώρους, όπου το «εντός» εμφανίζει αρμονία και συνοχή, εν αντιθέσει με το «εκτός» που διάκειται απειλητικά στη διατήρηση του status quo, και κατά συνέπεια, η κοινωνία παύει να ιεραρχείται με βάση τις κοινωνικές τάξεις αλλά διαιρείται σε «ευνοημένους» και «αποκλεισμένους». Αυτό εξηγεί εν πολλοίς την ανάγκη για προνοιακές πολιτικές στην κοινότητα των χωρών της ΕΕ, που απορροφά πλήθος κονδυλίων αιτιώμενη την προσπάθεια απομάκρυνσης του κινδύνου του κοινωνικού αποκλεισμού.

2.1Ορισμός του κοινωνικού αποκλεισμού

Είναι κοινωνιολογικός όρος μάλλον, παρά επιστημονικός και αναφέρεται στην τάση αποκοπής κάποιων κοινωνικών ομάδων με κινδύνους διασάλευσης της δημόσιας ευταξίας.

Ως προς τις θεωρητικές προϋποθέσεις της έννοιας, πρώτος ο Γάλλος Lepoitr τον θέτει ως εργαλείο κοινωνικής πολιτικής για την ονομασία των φαινομένων κοινωνικής ένδειας από απόψεως ανάγκης για κοινωνική συνοχή και συνεχίζει να αποτελεί σημείο αναφοράς για τους σημερινούς μελετητές.

Επιπλέον, ως το 1989, στα κείμενα της ΕΕ η λέξη «φτώχεια» περιέγραφε τα φαινόμενα της ένδειας στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής. Έκτοτε, αντικαταστάθηκε από τον όρο «κοινωνικός αποκλεισμός» για να εκφράσει την απόπειρα αλλαγής στη θέαση και διαχείριση του κοινωνικού ζητήματος που ανακύπτει με τη συσσώρευση των μεταναστών, προσφύγων, ανέργων, νεόπτωχων, κλπ., με χρηστές αλλαγές στην κοινωνική πολιτική, οπότε και μετεξελίσσεται η κρατική ευθύνη παροχής υπηρεσιών προς ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών σε ευθύνη για την αντιμετώπιση του κοινωνικού κινδύνου με εξατομικευμένες παροχές υπηρεσιών(Γ.

Βούλγαρης«Φιλελευθερισμός, Συντηρητισμός, κοινωνικό κράτος 1973-1990» εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1994).

Κατά τον Mazel, ο ορισμός του φαινομένου περιγράφει την διαδικασία διαφοροποίησης του κυρίαρχου τρόπου ανταλλαγών και κοινωνικών σχέσεων που εφαρμόζουν ομάδες «μη ευνοημένες» ή άτομα «κοινωνικώς μειονεκτούντα».

Πάντως, όλες οι κοινωνικο-οικονομικές αναλύσεις συμφωνούν σε 4

στοιχεία που ορίζουν τον κοινωνικό αποκλεισμό, ήτοι έννοια πολιτικής διαχείρισης, πολυδιάστατη και οριζόντια, με κοινωνικο-οικονομικο-πολιτικές διαστάσεις. Ως κοινωνικός αποκλεισμός περιγράφεται η διαδικασία αποκλεισμού, και αφορά στον αποκλεισμό της πρόσβασης στην εργασία και σε υλικούς πόρους και τον αποκλεισμό από τις πολιτικές και άλλες διαδικασίες λήψης αποφάσεων, συγχρόνως με την αδυναμία ενσωμάτωσης σε καθημερινές πολιτιστικού χρώματος κυρίως δραστηριότητες.

Σύμφωνα με τη θεωρία των Walker & Walker, ο κοινωνικός αποκλεισμός περιγράφει διαδικασία στην οποία το άτομο υπεισέρχεται αρνούμενο την ιδιότητά του ως πολίτη (Καβουνίδη, 2005).

Με την καινούργια προβληματική, ο κοινωνικός αποκλεισμός θεάται από το πεδίο των κοινωνικών δικαιωμάτων και όχι από το οικονομικό πεδίο και τοιουτοτρόπως καταγράφεται στο Πράσινο Βιβλίο ότι «δε σημαίνει μόνο επαρκές εισόδημα. Υπερβαίνει ακόμα και τη συμμετοχή στην εργασιακή ζωή και εκδηλώνεται σε τομείς όπως η στέγαση, η εκπαίδευση, η υγεία και η πρόσβαση σε υπηρεσίες».

Ο αποκλεισμός προσδιορίζεται από την έλλειψη α) βασικών- κατά την συγκεκριμένη κοινωνία- ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων, β) μετοχής στην παραγωγή και στα δημόσια-κοινωνικά αγαθά, γ) συμμετοχή στη διαμόρφωση της εξουσίας, ως προς την έννοια, τα όρια κλπ., και περιγράφεται ως παρεμπόδιση στην απορρόφηση των κοινωνικών- δημόσιων αγαθών, όπως της εκπαίδευσης, της υγειονομικής περίθαλψης, κλπ., με αρνητικές συνέπειες, όπως την περιθωριοποίηση (Γ. Τσιάκαλος « Ανθρώπινη

αξιοπρέπεια, κοινωνικός αποκλεισμός και εκπαίδευση στην Ευρώπη, στο Ανθρώπινη Αξιοπρέπεια και κοινωνικός αποκλεισμός. Εκπαιδευτική πολιτική στην Ευρώπη. Εταιρεία πολιτικού προβληματισμού Νίκος Πουλαντζάς» εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999).

Επίσης, ο κοινωνικός αποκλεισμός ορίζεται ως η μη συμπερίληψη σε ένα δεδομένο κοινωνικό δίκτυο, όπου το άτομο δεν αγνοείται, απλώς δεν λαμβάνεται υπόψη. Είναι στα όρια της δεδομένης κοινωνικότητας, συχνά δε, εμφανίζεται ως πάλη μεταξύ διάφορων τάξεων (Kipling D. et al., 2005, «The social outcast, ostracism, social exclusion and bullying, Psychology Press, N. Y.).

Ο Weber περιέγραψε τον κοινωνικό αποκλεισμό με τον όρο «κοινωνική περιχαράκωση» ή «social closure», θεωρώντας την αποκλίουσα περιχαράκωση, ως προσπάθεια μιας ομάδας να αποκτήσει και να διατηρήσει την προνομιακή της θέση, μετερχόμενη διαδικασιών καθυπόταξης (Parkin, 1982).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός μπορεί να ονομαστεί και η κατάσταση απουσίας δικαιωμάτων, πολιτικών, κοινωνικών ως και ατομικών, και με τον τρόπο αυτό προβάλλεται ως περιστολή της αρχής της καθολικότητας. Πρόκειται για περιστολή της προσβασιμότητας στην εργασία ή στη μετακίνηση ή στις κοινωνικές σχέσεις ή στην επικοινωνία, και γενικά σε περιορισμό της διεύρυνση της ελευθερίας του ανθρώπου(Πλειός Γ., 1998, «Το νέο περιεχόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού και η σχέση ανεργίας και επιπέδου εκπαίδευσης», Σύγχρονα θέματα: τριμηνιαία έκδοση επιστημονικού προβληματισμού και παιδείας).

Εν συνεχεία, ένας ορισμός του κοινωνικού αποκλεισμού με επισήμανση στη σπουδαιότητα της συμμετοχής διατυπώνεται από τους Burchardt et al., 1999, σελ. 230 με τον ισχυρισμό πως «ένα άτομο είναι κοινωνικά αποκλεισμένο, εάν, α) κατοικεί σε μια γεωγραφική περιοχή μιας κοινωνίας, β) δεν συμμετέχει στις φυσιολογικές δραστηριότητες των πολιτών της κοινότητας. Σημειωτέον ότι, φυσιολογικές δραστηριότητες είναι η συμμετοχή στα κοινά, η κοινωνική αλληλεπίδραση, η κατανάλωση, η αποταμίευση.

Οι «les exclus», δηλαδή οι αποκλεισμένοι, ήταν οι ανάπηροι άνθρωποι, οι μόνοι γονείς και οι ανασφάλιστοι άνεργοι, που δεν τους κάλυπτε το δίκτυο της κοινωνικής προστασίας.

Επιπροσθέτως, στην Αμερική είναι ευρύτατα διαδεδομένοι οι όροι «γκετοποίηση», «περιθωριοποίηση» και «υπο-τάξη», για να δηλώσουν ό,τι δηλώνει και ο «κοινωνικός αποκλεισμός». Ως «υπο-τάξη» λέγοντας, εννοούμε ότι αποτελείται από περισσότερες των δύο γενεές εθνικών μειονοτήτων, που διαβιούν σε γκέτο, με προνοιακά επιδόματα, ξέχωρα από τον κοινωνικό ιστό, για τον οποίο αποτελούν κίνδυνο. Ωστόσο, η βασική υπαιτιότητα, για την δυσχερή κατάσταση, αποδίδεται πρωταρχικά και κύρια στα ίδια τα άτομα, στην αντικοινωνική θεώρηση της ζωής και στην άτονη αναζήτηση υγιούς απασχόλησης και δευτερευόντως, στο σύστημα παροχών, που αποθαρρύνει την εργατικότητα (Murray, 1999).

2.1 Μορφές και οι διαβαθμίσεις του κοινωνικού αποκλεισμού

Ο οστρακισμός, η απόρριψη και η παρενόχληση είναι μορφές κοινωνικού αποκλεισμού. Αναλυτικότερα,

Α) οστρακισμός, όπως η εξορία, όπου το άτομο αγνοείται από τη δεδομένη ανθρώπινη κοινωνία,
Β) παρενόχληση, πρόκειται για επιθετική δραστηριοποίηση και επίδειξη κοινωνικού αποκλεισμού,
Γ) απόρριψη του ατόμου από την ομάδα, με την οποία συλλειτουργούσε μέχρι πρότινος, - με λεκτική ή φυσική πράξη-, ως μη επιθυμητό άτομο (Kipling D. et al., 2005, «The social outcast, ostracism, social exclusion and bullying, Psychology Press, N. Y.).

Οι μορφές κοινωνικού αποκλεισμού ομαδοποιούνται ως προς Α) την προέλευση παραγωγής του φαινομένου, και Β) ως προς την ύπαρξη ή μη των δεσμών συνοχής.

Συγκεκριμένα:

Α) Ανάλογα με την προέλευση παραγωγής του, ο κοινωνικός αποκλεισμός διακρίνεται σε εξωγενή και ενδογενή. Ο εξωγενής κοινωνικός αποκλεισμός είναι προϊόν διεθνών πληθυσμιακών μετακινήσεων και αφορά άτομα που λόγω αποκλεισμού τους από την πατρώα κοινωνία βρίσκονται σε αλλογενών εδάφη, με περιορισμένη ή μικρού βαθμού ένταξη. Ενώ, ο ενδογενής κοινωνικός αποκλεισμός, ως προϊόν εσωτερικών κοινωνικών μεταβολών, ακουμπά έγκριτα μέλη της κοινωνίας που με τον ένα ή άλλο τρόπο αποκλείονται απόλαυσης αγαθού ή δικαιώματος.

Β) Ανάλογα με την ύπαρξη δεσμών συνοχής, οι μορφές κοινωνικού αποκλεισμού κατηγοριοποιούνται σε ομάδες και σε κοινωνικά αθροίσματα. Οι ομάδες περιλαμβάνουν σύνολα ατόμων, με εσωτερικούς δεσμούς και ταυτίσεις στην ιστορία, στην παράδοση, στη γεωγραφική προέλευση και αναφορά και είναι οι διάφορες μειονότητες, εθνικές-θρησκευτικές- γεωγραφικές. Ενώ στα κοινωνικά αθροίσματα υπάγονται

ανθρώπινα σύνολα χωρίς εσωτερικούς δεσμούς, χωρίς κοινές παραδόσεις, χωρίς ιστορική συνέχεια και χωρίς σταθερή γεωγραφική αναφορά, όπως είναι οι χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, οι ομοφυλόφιλοι, οι αποφυλακισμένοι, οι ψυχασθενείς, τα ΑμεΑ.

Ανάλογα με τον τύπο του, ο κοινωνικός αποκλεισμός διακρίνεται σε: 1) τυπικό κοινωνικός αποκλεισμός, όπως το παράνομο εργατικό δυναμικό, ή άτυπο κοινωνικός αποκλεισμός, όπως οι ομοφυλόφιλοι και 2) προϊόν αναγνώρισης μιας ιδιότητας, όπως οι αποφυλακισμένοι με την ιδιότητα-στίγμα του αποφυλακισμένου, ή προϊόν άρνησης αναγνώρισης μιας ιδιότητας, όπως οι ηλικιωμένοι ή τα ΑμεΑ που δεν τους αποδίδεται η συγκεκριμένη ιδιότητα (Λάζος Γ. « Η αλλοδαπή Πόρνη στη σύγχρονη Ελλάδα» σε Μορφές κοινωνικού αποκλεισμού και μηχανισμοί παραγωγής του», Ιδεοκίνηση, Αθήνα, 1997).

Ακολουθούν οι διαβαθμίσεις του κοινωνικού αποκλεισμού, κατά τον Mazel, ο οποίος θεωρεί τον αποκλεισμό διαδικασία μάλλον παρά κατάσταση, όπως εξάλλου φαίνεται και στα κείμενα της ΕΕ, και τον διαβαθμίζει σε 5 στάδια, τα οποία και έπονται: 1^{ov}. Ο βαθμός κινδύνου, που αναφέρεται σε ομάδες με κοινωνικές μειονεξίες, που τις κάνουν ευάλωτες, όπως κακές συνθήκες κατοικίας, δύσκολη οικογενειακή ζωή, αναλφαβητισμός, κλπ. Αυτές οι μειονεξίες δεν είναι ικανές από μόνες τους να καταλήξουν στον αποκλεισμό, όμως εάν προστεθεί ένα τυχαίο συμβάν, τότε ως εκλυτικός παράγοντας λειτουργώντας, δύνανται να δυναμιτίσουν την κατάσταση και να εγκαταστήσουν το δυσάρεστο και παθογόνο φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού. 2^{ov}. Ο βαθμός της απειλής,

που αναφέρεται σε ποικιλία καταστάσεων, όπως ένας εργάτης-μετανάστης ή ηλικιωμένος- που χάνει τη δουλειά του, λόγω εκσυγχρονισμού της επιχείρησης ή δομικών αλλαγών της οικονομίας ή όπως μια γυναίκα που γίνεται αρχηγός μονογονεϊκής οικογένειας μετά από χηρεία ή διαζύγιο, κλπ. Αυτές οι καταστάσεις δύνανται να αποσταθεροποιήσουν το άτομο ή την ομάδα και να αποκλειστεί κοινωνικά.^{3^{ov}} Ο βαθμός της αποσταθεροποίησης, σχετίζεται με τους τρόπους διαχείρισης της απειλής, της απόλυσης, και γενικά της αντιξοότητας, καθώς και της διαχείρισης των δεσμών: οικογενειακών, κοινοτικών, οικογενειακών, προς σταθεροποίηση ή όχι. Αν δε, ο χρόνος αποσταθεροποίησης είναι μακρύς, τότε το άτομο ή ομάδα οδηγείται στην έκπτωση, δηλαδή σε αποκλεισμό.^{4^{ov}} Ο βαθμός της έκπτωσης, που είναι κήρυμα της ρήξης των κοινωνικών ή οικογενειακών δεσμών και η δυσχέρεια επανάκτησής τους, λόγω της επί μακρόν συσσώρευσής τους, όπως μακροχρόνια ανεργία, μακροχρόνια συντήρηση με χαμηλά εισοδήματα, μακροχρόνια στέρηση αγαθών και υπηρεσιών ανεπαρκή για μια αξιοπρεπή διαβίωση. Και στην περίπτωση παραμονής του ατόμου ή ομάδας στην παγίωση τέτοιας κατάστασης, ελλοχεύει ο κίνδυνος του κοινωνικού αποκλεισμού.^{5^{ov}} Ο βαθμός του πραγματικού αποκλεισμού, που αφορά στην πλήρη αποσύνδεση του ατόμου από τους κοινωνικούς δεσμούς, τους σχετικούς με την απασχόληση, κατοικία, οικογένεια. Η απάθεια και η αδιαφορία για την ελάχιστη μορφή κοινωνικότητας, καθώς και η έλλειψη οποιουδήποτε κοινωνικού κινήτρου χαρακτηρίζουν το άτομο ή ομάδα(Κασιμάτη Κ. « Κοινωνικός αποκλεισμός, Η ελληνική Εμπειρία», εκδόσεις GUTENBERG).

2.3 Ο τρόπος λειτουργίας του κοινωνικού αποκλεισμού και οι Ευπαθείς ομάδες

Η λειτουργία του κοινωνικού αποκλεισμού στηρίζεται σε 3 άξονες, κατά τον Γάλλο κοινωνιολόγο Serge Paugam, το 1996, οι οποίοι δρουν αυτόνομα κατά τρόπον ώστε να το φαινόμενο να παρατηρείται μόνο στον ένα άξονα- στη συνέχεια βέβαια εμφανίζεται και στους άλλους άξονες αναπόφευκτα. Αυτοί είναι οι κάτωθι:

1) Αναπαραγωγή των κοινωνικών ανισοτήτων: Είναι αμερικανική άποψη, κατά την οποία, ο κοινωνικός αποκλεισμός παρατηρείται ως αδυναμία συμμετοχής κάποιων κοινωνικών ομάδων κατηγοριοποιημένων από τις νέες μορφές ιεραρχίας ανάλογα με την εργασία, το φύλο, το χρώμα του δέρματος, την ηλικία κλπ., και τοιουτοτρόπως βαίνει στην αναπαραγωγή κοινωνικών ανισοτήτων. Η ανεργία, επί παραδείγματι, και η απομάκρυνση από την παραγωγική διαδικασία, δύναται να καταστήσει το άτομο κοινωνικά αποκλεισμένο (Παπαδοπούλου, 2002).

2) Η απώλεια των ανθρώπινων δικαιωμάτων: Είναι βρετανική άποψη, κατά την οποία και σύμφωνα με την «Πράσινη και Λευκή Βίβλο», ως αποκλεισμός ορίζεται η απώλεια κοινωνικών και μάλιστα ανθρώπινων δικαιωμάτων, με την έννοια της παρεμπόδισης της συμμετοχής στην απορρόφηση των αγαθών, κυρίως των δημόσιων και κοινωνικών. Λογικό ότι, στα σύγχρονα φιλελεύθερα κράτη, που στηρίζαν τα συντάγματά τους στις ιδέες του Διαφωτισμού περί ατομικών δικαιωμάτων κλπ, συνακολουθεί και η ευθύνη της διαφύλαξης των, χωρίς παρεμβάσεις. Όμως, με τη στήριξη του

κοινωνικού κράτους ή του κράτους πρόνοιας, ως αρωγού στη διατήρηση βασικών δικαιωμάτων, όπως ζωή, εργασία, κλπ., τα οποία είχαν βλαφθεί ή κινδύνευσαν να το πάθουν- λόγω της κατάχρησης των αστικών ελευθεριών, κυρίως-, η λειτουργία του κράτους αντιστρέφεται. Και συνεκδοχικά, προβληματίζει τις κοινωνίες για το ζήτημα του κοινωνικού αποκλεισμού, μιας και, σύμφωνα με τον φιλόσοφο και κοινωνιολόγο Raymond Aron, οι τυπικές και ατομικές ελευθερίες δεν αποτελούν την πιο ασφαλή προϋπόθεση για την αξιοπρεπή διαβίωση κάποιων κοινωνικών ομάδων και των οποίων την ελεύθερη πραγμάτωση καλείται η κοινωνία να διασφαλίσει (Βλαχάδη Μαρία, «Μετανάστευση- Κοινωνικός αποκλεισμός και Πολιτικές ένταξης στην Ελλάδα», Αθήνα, 2009).

3) Η ρήξη συγγενικών και ευρύτερων κοινωνικών δεσμών: Είναι γαλλική άποψη, κατά την οποία, το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού συνδέεται με την παράλληλη χαλάρωση των οικογενειακών και ευρύτερων κοινωνικών δεσμών, που διαχέεται σε όλα τα πεδία κοινωνικότητας του ανθρώπου, όπως στην εργασία, στην οικογένεια, στο σχολείο και πλήττεται από τον ατομοκεντρισμό του. Οπότε, η μέχρι πρότινος, κοινωνική αλληλεγγύη αντικαταστάθηκε από την αρωγή των κοινωνικών υπηρεσιών (Παπαδοπούλου, 2002).

Ακολούθως, επισφαλής μπορεί να αποβεί ο ενεργητικός αποκλεισμός μιας ομάδας από μια άλλη, με ύστατο παράδειγμα τις «κλειστές κοινότητες», όπου παρέχοντας ασφάλεια και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες, αποτρέπουν τους «εκτός» να εισέλθουν (Tania Burchardt, Julian le Grandt, David Piachaud).

Σημειώτέον, ότι ως ευπαθείς ομάδες, ορίζονται σύμφωνα με το νόμο

N.4019/2011, άρθρο 1 και παρ. 4, για την Κοινωνική Οικονομία και την Κοινωνική Επιχειρηματικότητα, οι κοινωνικές ομάδες πληθυσμού, με δυσχερή οικονομική και κοινωνική ζωή, εξαιτίας οικονομικο-κοινωνικο-σωματικο-ψυχικών προβλημάτων ή έκτακτων γεγονότων, όπως σεισμό, φωτιά, κ.ά. Διακρίνονται δε, σε ευάλωτες και σε ειδικές ομάδες.

Αναλυτικά:

Ευάλωτες ονομάζουμε κάποιες ομάδες πληθυσμού, όταν η κοινωνικο-οικονομική ένταξή τους εμποδίζεται από ψυχο-σωματικά αίτια, πρόκειται δε, για ΑμεΑ, ουσιοεξαρτώμενα ή ψυχικώς νοσούντα άτομα και Ειδικές ονομάζουμε κάποιες ομάδες πληθυσμού, όταν η κοινωνικο-οικονομική τους ένταξη πλήττεται από κοινωνικο-οικονομικο-πολιτιστικά αίτια, όπως άνεργοι, άνεργοι κάτω των 50 ετών, μακροχρόνια άνεργοι, αρχηγοί μονογονεϊκών οικογενειών, αναλφάβητοι, γυναίκες άνεργες, πληθυσμοί απομακρυσμένων ορεινών ή νησιωτικών περιοχών, έγκλειστοι φυλακών (πρώην ή νυν), ανήλικοι παραβάτες, μετανάστες, άτομα με γλωσσικο-πολιτισμικές ιδιαιτερότητες (πηγή ΕΚΚΕ-Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Δ. Μπαλούρδος, Ν. Σαρρής, Α.).

Επίσης, συμπεριφορικοί παράγοντες, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και οι γεωγραφικοί παράγοντες ενδεχομένως, να κινητοποιούν έμμεσα τους μηχανισμούς του κοινωνικού αποκλεισμού.

Οι ομάδες που πιθανολογούνται ότι δύνανται να περιέλθουν σε κατάσταση κοινωνικού αποκλεισμού δεν είναι μόνο εκείνες που χαρακτηρίζονται από ετερότητα ως προς τη φυλή, την εθνική ταυτότητα, τη γλώσσα, τη θρησκεία, ούτε αυτές που αποκαλούμε κατηγορίες υψηλού κινδύνου λόγω

δομικών μεταβολών. Είναι και εκείνες οι ομάδες, των οποίων τα χαρακτηριστικά ο κοινωνικό-πολιτισμικός περίγυρος ορίζει ως μειονεξίες και τέτοια είναι: η μεγάλη ηλικία, ο αναλφαβητισμός, η αδυναμία πρόσβασης στη νέα τεχνολογία και απόκτησης της απαραίτητης τεχνογνωσίας για τη χρήση της, οι ειδικές ανάγκες, η φτώχεια, κ.ά.

Παρατηρείται δε ότι:

- α) ο κοινωνικά αποκλεισμένος εμπίπτει σε περισσότερες της μιας «μειονεξίες» και
- β) ο κοινωνικά αποκλεισμένος τείνει να συμπαράσχει και τα μέλη της οικογένειάς του, κυρίως τα παιδιά, στον κοινωνικό αποκλεισμό (Γιουβανάκης & Σαχπάζογλου, 2007).

2.4 Προβλήματα και προσεγγίσεις του κοινωνικού αποκλεισμού

Ως προβλήματα ορίζονται α) η ανεργία, και μάλιστα η μακροχρόνια ανεργία, β) η μετανάστευση, γ) η παλιννόστηση, δ) ο αναλφαβητισμός, ε) η σχολική αποτυχία, στ) οι ηλικιωμένοι, ζ) η μονογονεϊκή οικογένεια, η) η πολιτισμική ιδιαιτερότητα, θ) η θρησκευτική ιδιαιτερότητα, ι) η απομόνωση ορεινών περιοχών, ια) η υποβαθμισμένη γειτονιά της πόλης, ιβ) η ανισότητα των φύλων, ιγ) η κοινωνική παραβατικότητα, ιδ) οι θρησκευτικές μειονότητες, ιε) η σωματική ή διανοητική δυσμορφία (Γιουβανάκης & Σαχπάζογλου, 2007).

Έχουν εκφραστεί τρεις προσεγγίσεις του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού, οι οποίες και έπονται:

Η πρώτη προσέγγιση αποδίδει στη φτώχεια την αιτία του κοινωνικού αποκλεισμού- γνωστή και ως αναδιανεμητικός λόγος ή RED, redistributive discourse, με υποστηρικτή της τον Peter Townsend, και με

παραινέσεις έγγειες του πολλαπλασιασμού των προνοιακών και άλλων επιδομάτων, υποστηρίζει ότι οι φτωχοί δεν έχουν χρήματα και για τον λόγο αυτόν είναι αποκλεισμένοι.

Η δεύτερη προσέγγιση θέτει την εργασία ως κλειδί της κοινωνικής ενσωμάτωσης, κατά την θεωρία της κοινωνικής ενσωμάτωσης ή SID, social integration discourse, όπου οι φτωχοί δεν έχουν εργασία και οπότε η ανεργία είναι η αιτία αποκλεισμού τους.

Η τρίτη προσέγγιση επικεντρώνεται στις ηθικές και πολιτισμικές ρίζες της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού- γνωστή και ως ηθικός λόγος για την underclass ή MUD, moral underclass discourse, όπου δεικνύεται ο κίνδυνος της εξάρτησης από τα επιδόματα και φέρει την απασχολησιμότητα στην ατομική ευθύνη ενός εκάστου (Levitas, 1998).

2.5 Ενωσιακή κατεύθυνση για κοινωνική συνοχή

Οι όροι «κοινωνικός αποκλεισμός» και «κοινωνική συνοχή» διέπονται από μια σχέση αντιστρόφως ανάλογη, καθώς αυξανόμενου του πρώτου όρου μειούται ο δεύτερος. Άρα, η εξάπλωση της κοινωνικής συνοχής αποτελεί θεραπεία για τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1980, η κοινοτική κοινωνική πολιτική μπήκε σε νέα τροχιά και ορίστηκε το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο κύριο χρηματοδοτικό της όργανο. Εν συνεχεία, η Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη και αργότερα, η Συνθήκη του Μάαστριχτ έγινε διακήρυξη της ανάγκης ύπαρξης οικονομικο-κοινωνικής συνοχής, κατά το άρθρο 158ΣΕΚ. Τα διαρθρωτικά ταμεία, κυρίως δε το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, ως κύρια όργανα προώθησης της συνοχής, μεριμνούν για

την κοινωνική συνοχή στο εσωτερικό της Ένωσης.

Εν συνεχεία, η Κομισιόν πρότεινε την ατζέντα της κοινωνικής πολιτικής και το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Νικαίας, το Δεκέμβρη του 2000 την ενέκρινε και λειτουργώντας ως χάρτης πορείας κοινωνικής πολιτικής, μεταφράζει σε συγκεκριμένα μέτρα τους στόχους της Στρατηγικής της Λισσαβόνας, αυτούς που αφορούν σε κοινωνικο-οικονομική αναδιάρθρωση, δεδομένου ότι στη μάζωξη της Λισσαβόνας το ζητούμενο ήταν η κοινωνική συνοχή. Οπότε, συζητήθηκαν και αποφασίστηκαν θέματα όπως, η εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού, η ισότητα των φύλων, τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων κοινωνικής προστασίας στην υγεία και τις συντάξεις (COM 2000,379) και (COM 2003,312).

Η δε, πραγμάτωση της κοινωνικής συνοχής έγκειται στη χρήση κοινωνικών δικτύων, ως κοινωνική στήριξη και προστασία. Συγκεκριμένα, ο House το 1981, όρισε 4 μορφές κοινωνικής υποστήριξης, οι οποίες και έπονται:

1. η συναισθηματική υποστήριξη, με την εμπιστοσύνη, την ενσυναίσθηση και την φροντίδα,
2. η έμπρακτη υποστήριξη, με τον δανεισμό χρημάτων, την συνοδεία ατόμων με θέματα κινητικότητας, τη βοήθεια σε οικιακές εργασίες,

3. η πληροφοριακή υποστήριξη, με την ενημέρωση ή την εκμάθηση χρήσιμων προς βιωτή δεξιοτήτων,

4. η αξιολογητική υποστήριξη, με την επιβράβευση άμα τη κατακτήσει συγκεκριμένου στόχου.

Η κοινωνική στήριξη, είναι έννοια ιδιαίτερης βαρύτητας, κυρίως στην κοινωνική γεροντολογία και σχετίζεται άμεσα με την ποιότητα ζωής και την υγεία των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς η συχνότητα και το είδος των κοινωνικών σχέσεων επηρεάζει τους δείκτες υγείας και ποιότητας ζωής. Οι ανεξάρτητα διαβιούντες διατηρούν και επαρκή λειτουργικότητα και ενεργητική θεώρηση της υγείας των και η υποστήριξη της καθημερινότητάς τους αφορά κυρίως σε πρακτικά θέματα, όπως τεχνικές εργασίες, εξωτερικές διεκπεραιώσεις, κλπ, και δευτερευόντως σε συναισθηματική υποστήριξη. Η προσαρμοστικότητα του ηλικιωμένου, ήτοι flexicurity, είναι συνώνυμη των «καλών γηρατειών» και για τον λόγο αυτό ο Γεροντολογικός Σύλλογος των ΗΠΑ το 1995 διατύπωσε το μότο «Add life to years, not just more years to life», το οποίον ελληνιστί, «Πρόσθεσε ζωή στα χρόνια, όχι μόνο χρόνια στη ζωή». Ο τρόπος αποτύπωσης της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων έγκειται σε μετρήσεις αντικειμενικές- π.χ. στατιστικές- και υποκειμενικές- π.χ. ο βαθμός αυτοϊκανοποίησης- και βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια.

3. ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΚΑΙ Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

3.1 Επιδημιολογικά δεδομένα

Καθώς αυξάνεται η διάρκεια ζωής του ανθρώπου, αυξάνεται παράλληλα και η ποσοστιαία αναλογία των ηλικιωμένων σε σχέση με τον

συνολικό πληθυσμό και η ανθρωπότητα έχει να διαχειριστεί την δημογραφική πρόκληση της κοινωνίας γερόντων, κατά την οποία τα παιδιά – για πρώτη

φορά στα χρονικά της ανθρωπότητας- θα είναι λιγότερα από τους ηλικιωμένους, με απροσδιόριστες συνέπειες ανά την υφήλιο (:Global Age Watch). Στις αρχές του περασμένου αιώνα η ύπαρξη των απογόνων απειλούνταν από τις μολυσματικές νόσους και το προσδόκιμο ζωής ήταν περίπου 50 χρόνια ενώ στον 21^ο αγγίζει τα 80 χρόνια για τις γυναίκες και τα 79 για τους άρρενες στις αναπτυγμένες χώρες. Στις ίδιες περιόδους, στην Ανατολική Ασία τα 45 έτη προσδόκιμου ζωής γίνονται 74 σήμερα (WHO, 2011) και (United Nations 2015).

Η μαζική γήρανση, οφείλεται εν πολλοίς στην επιστημονική πρόοδο, στην τεχνολογική ανάπτυξη, στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, όπως καλύτερες εργασιακές συνθήκες, καθαρό νερό και αφθονία επισιτιστικών αγαθών. Αυτή η άνοδος του βιοτικού επιπέδου συνεπαγόμενη τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας, αύξησε τη διάρκεια ζωής (life span) και το προσδόκιμο επιβίωσης (life expectancy)- στου οποίου δηλαδή προσδόκιμου επιβίωσης αποδίδεται η αύξηση των 85χρονων, που είναι το πιο ραγδαία αυξανόμενο τμήμα του ανθρώπινου πληθυσμού, με επαγώγιμα ζητήματα στα κοινωνικά συστήματα ασφάλισης και γενικότερης πολιτικής προσαρμογής(United Nations, 2015)

Η σημερινή παγκόσμια απειλή έγκειται σε ασθένειες χρόνιες και εκφυλιστικές, σαν τον καρκίνο ή το διαβήτη κάθε είδους, που χωρίς να είναι μεταδοτικές, ασκούν επίδραση άμεση και έμμεση, αφενός στην καθημερινή σίτιση, δράση, εξέλιξη της ζωής σε ποιότητα και σε ποσότητα και αφετέρου στην παγκόσμια οικονομία και ανάπτυξη με τα κοινωνικο=οικονομικά κόστη που γεννούν(Lopez

et al., 2006 και United Nations, 2015). Το 2008 στις χώρες με υψηλό εισόδημα οι μη μεταδοτικές ασθένειες απηχούσαν το 86% των ασθενειών, στις χώρες με μέσο εισόδημα το 65% των ασθενειών και στις χώρες με χαμηλό εισόδημα το 37% των ασθενειών. Το 2010 οι 65χρονοι, -χρονοι, αποτελούσαν το 8% του συνολικού πληθυσμού, εν αντιθέσει με το 16% του έτους 2015

Επίσης, οι επιδημιολογικές μελέτες δεικνύουν τη συνάφεια της επιμήκυνσης της ζωής με την χρόνια αναπηρία, και δη, την ήπια χρόνια αναπηρία, η οποία, ειρήσθω εν παρόδω, ελαττώθηκε κατά 25% στους άνω των 65 ετών την 20ετία 1980-2000 στις ΗΠΑ- στοιχείο που βεβαιώνει την συνεισφορά της επιστήμης στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στη διατήρηση της λειτουργικότητας του ηλικιωμένου παράλληλα με την αύξηση των ετών ζωής. Και η οποία διατήρηση της λειτουργικότητας θίγεται από το κάπνισμα, την παχυσαρκία και τον αλκοολισμό. Στατιστικώς αναμενόμενο σε όλες τις ιστορικές εποχές είναι ότι η υγεία του πολίτη εξαρτάται από το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδό του.

Επιπλέον, η νοητική κατάσταση των πρόωρα συνταξιούχων, περί τα 55-65 έτη, είναι επιβραδυμένη σε σχέση με τους εργασιακά ενεργούς συνομηλίκους.(WHO, 2011).

Αξιοπρόσεκτη είναι η επαπειλή των μεταδοτικών ασθενειών στους ηλικιωμένους, που πάσχουν από το λεγόμενο comorbid risk factors, τουτέστιν παράγοντες κινδύνου νοσηρότητας .

Γενικά, η εικόνα της σημερινής ζωής περιγράφει πολυπληθή τα αστικά κέντρα, με λίγους γάμους σε νεαρή ηλικία και οικογένειες, κυρίως πυρηνικές, με λιγότερα τέκνα και λιγότερους ηλικιωμένους στη

επίβλεψη των. Γεγονός, που επιφορτίζει την πολιτεία με την ευθύνη της εξεύρεσης πόρων- ανθρώπινων και υλικών- , μέσων και εργαλείων, στοχεύοντας την επιμέλεια και ευημερία των ηλικιωμένων.(WHO, 2011)

Συνοψίζοντας, η ΕΕ παρουσιάζει τα μεγαλύτερα παγκοσμίως προσδόκιμα επιβίωσης, ήτοι το 2015 τα 80,6 έτη, όπου την πρώτη θέση κατέχει η Ισπανία τα 83 έτη και η Ιταλία τα 82,7 έτη ενώ αντίθετα το μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης παρατηρείται στη Λιθουανία και είναι τα 74,66 έτη. Στην αυτή ταξινόμηση οι ΗΠΑ είναι στην 31^η θέση με προσδόκιμο επιβίωσης τα 79,3 έτη(ΠΟΥ,2017).

Η πλειοψηφία των 85χρονων κατοικεί στις developing or less developed countries, δηλαδή στις υπό ανάπτυξη ή λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, στις οποίες ως το 2050 θα παρουσιάζεται 250% πλήθυσή των, εν αντιθέσει με το 71% της πλήθυσης των γερόντων στις αναπτυγμένες ή περισσότερο αναπτυγμένες χώρες. Οι 25 χώρες του κόσμου με το μεγαλύτερο ποσοστό 65χρονων, σύμφωνα με στοιχεία της Διεθνούς Βάσης Δεδομένων, τον Ιανουάριο 2008 καταγράφονται ως οι γηραιότερες και είναι οι: Ιαπωνία, Ιταλία, Γερμανία, Ελλάδα, Σουηδία, Ισπανία, Αυστρία, Βουλγαρία, Εσθονία, Βέλγιο, Πορτογαλία, Κροατία, Λετονία, Γεωργία, Φινλανδία, Γαλλία, Σλοβενία, Ουκρανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ελβετία, Λιθουανία, Δανία, Ουγγαρία, Σερβία, Νορβηγία(Διεθνής Βάση Δεδομένων-28/01/2019) και (United Nations 2015). Στην κατάταξη αυτή, οι περισσότερες γηραιότερες χώρες είναι ευρωπαϊκές και η Ελλάδα κατέχει την 4^η θέση. Μέχρι το 2040, αυτές οι χώρες πρόκειται να αυξήσουν τους

ηλικιωμένους τους από 18%- 316%. Όσον αφορά δε, στα γηρασμένα σήμερα έθνη- ανάμεσά τους και η Ελλάδα- αναμένεται αύξηση του γηραιού πληθυσμού τους της τάξης του 50% (United Nations, 2015). Επίσης, το προσδόκιμο επιβίωσης (life expectancy) στους σημερινούς 60χρονους είναι 24,5 έτη, το δε προσδόκιμο υγείας (health life expectancy) των ίδιων 60χρονων είναι τα 17,4 έτη(Global Age Watch).

Επιπλέον, σύμφωνα με την Έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την οικονομική- κοινωνική- εδαφική συνοχή, το Σεπτέμβριο του 2017, για το 2016 η διαίρεση της ηλικίας του πληθυσμού ανά: μητροπολιτικές περιφέρειες πρωτεύουσας, άλλες μητροπολιτικές και μη μητροπολιτικές περιφέρειες το 2016 δεικνύει ότι οι μακροβιότεροι πολίτες στην ΕΕ τείνουν να είναι οι κάτοικοι των μη μητροπολιτικών περιφερειών σε ποσοστό 17, 5% στην ΕΕ-13, σε ποσοστό 21,1%στην ΕΕ-15 και σε ποσοστό 20, 2% στην ΕΕ-28.

3.2 Ορισμός του γήρατος

Το γήρας αφορά σε κατάσταση χρονολογικά καθορισμένη και συμβατικά διαφοροποιημένη στις διάφορες ιστορικές εποχές, εξαρτημένη από ενδογενείς παράγοντες, όπως είναι το φύλο και η συνολική βιολογική διάσταση, και εξωγενείς, όπως είναι η κοινωνική πρόσληψη της γήρανσης ανάλογα με την ιστορική περίοδο και το βαθμό ετοιμότητας αποδοχής των ηλικιωμένων.

Σύμφωνα με τα κριτήρια του Strehler, το γήρας ορίζεται ως ένα στάδιο φυσιολογικής εξέλιξης, η οποία εξέλιξη διατελεί καθολική(universal), εγγενής (intrinsic), προοδευτική (progressive), μη

αναστρέψιμη (deleterious), με σταδιακή ολιγόστευση της προσαρμοστικότητας (adaptability)- καθώς όλο και σπανιότερα παρουσιάζει το ίδιο του ανθρώπου γνώρισμα της ποικιλοθερμίας-, με σταδιακή απομείωση της ευαισθησίας (less sensitive), της ακρίβειας (less accurate) και της αντοχής (less sustained) του οργανισμού.

Το γήρας είναι ευμετάβλητο (variable) φυσικό φαινόμενο, καθώς η επέλευσή του- συσχετιζόμενη με περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες – παρουσιάζεται με διαφορετικές ταχύτητες. Την ίδια στιγμή παρουσιάζεται προοδευτικά δυναμικό (highly dynamic) και σύνθετο (complex), με αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικο-οικονομικών παραμέτρων (Αναστασιάδου Β. «Χαρακτηριστικά ηλικιωμένων ατόμων»).

Επιπλέον, οι κρατούσες αξίες και οι κατά καιρούς ηλικιακές χρονικές οριοθετήσεις αποδίδουν και διαφορετικό χρώμα στην έννοια του γήρατος. Οι αρχαίοι Έλληνες φιλόσοφοι Πυθαγόρας ο Σάμιος και ο Αριστοτέλης είχαν αποφανθεί επί του θέματος. Συγκεκριμένα, ο Πυθαγόρας διέκρινε τη ζωή σε τέσσερις περιόδους, διάρκειας 20 χρόνων η κάθε μία, αντίστοιχες με τις εποχές: την παιδική ηλικία ή άνοιξη από 0- 20 ετών, την εφηβεία ή καλοκαίρι από 20- 40 ετών, την νεότητα ή φθινόπωρο από 40- 60 ετών και τα γηρατεία ή χειμώνα από 60- 80 ετών, ενώ ο Αριστοτέλης, από την άλλη, εντοπίζει τη φυσική ωριμότητα στα 35 και την πνευματική στα 49 (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999).

Ο Λάσλετ ορίζει τέσσερα στάδια ζωής: η πρώτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, κοινωνικοποίησης, ανωριμότητας και εκπαίδευσης. Η

δεύτερη ηλικία είναι περίοδος ανεξαρτησίας, ωριμότητας, ευθύνης και κερδών. Η τρίτη ηλικία είναι περίοδος προσωπικών επιτευγμάτων και εκπλήρωσης. Η τέταρτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, εξασθένησης και θανάτου (Laslett, 1989, «Ένας νέος χάρτης της ζωής: η Τρίτη εποχή, Λονδίνο 1989, Cambridge 1991, 2nd ed., 1996).

Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος», Βιέννη 1988, αποφάσισε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο καταγραφής των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Επιστήμονες, από την άλλη, θέτουν ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ ορισμένοι προτιμούν τον διαχωρισμό του συνόλου των υπερηλικών σε υποσύνολα ηλικιών με το επιχείρημα ότι τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται ανάλογα με την πρόοδο της ηλικίας, κατά τα αποφανέντα από την Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982 (Δαρδαβέσης, 1995). Σήμερα, έχει επικρατήσει διεθνώς η ηλικία των 65 ετών, η οποία ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης, ως το όριο πάνω από το οποίο ένας ασθενής θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως γηριατρικός.

Ως προς τη φυσιολογία, η γήρανση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου.

Σαφώς και προφανώς, οι περισσότεροι επιστήμονες, που ασχολούνται με την φυσιολογία και την βιολογία της γήρανσης, ομοφωνούν ότι, πιθανότατα, δεν υφίσταται μία μόνο θεωρία ικανή να ερμηνεύει πλήρως το φαινόμενο της γήρανσης (Rubinstein, 1990)

Επίσης, ο Μπαμπινιώτης το2011, ορίζει την Τρίτη ηλικία να αρχίζει από το 65ο έτος του ανθρώπου και να καλύπτει τα χρόνια της συνταξιοδότησής του και η Τέταρτη ηλικία να είναι από 75 ετών και άνω(Μπαμπινιώτης, 2011).

3.3 Η διαδικασία και τα χαρακτηριστικά της γήρανσης

Η διαδικασία γήρανσης ή the ageing process είναι βιολογική διαδρομή που τελείται ανεξαρτήτως ανθρώπινης βούλησης, προσδιορίζεται δε, συχνά από τις κοινωνικές δομές ο ρόλος και η θέση του γήρατος. Φερ'ειπείν, στις αναπτυγμένες χώρες είναι βαρυσήμαντη η χρονολογική ηλικία, καθώς το όριο των 65 χρόνων, ως αρχή του γήρατος, συμπίπτει με την ηλικία της συνταξιοδότησης. Αντίθετα, στις αναπτυσσόμενες χώρες η αρχή του γήρατος ευνοεί την επωμιδή ειδικών ευθυνών ή την απαλλαγή από ρόλους λόγω σωματικής εξασθένισης. Εν πολλοίς, δεν παρατηρείται ομογνωμία των κοινωνιών στον τρόπο έκφρασης του γήρατος, καθώς όρια χρονολογικά, σαν τη χρονολογική και βιολογική ηλικία εκφράζουν καταρχήν τις μεταβολές στα στάδια της ανθρώπινης ζωής, συνεκδοχικά και την έναρξη του γήρατος, η οποία έναρξη είναι το αποτέλεσμα χρονολογικών, κοινωνικών και λειτουργικών παραμέτρων. Πάντως, ο ΟΗΕ ονομάζει το όριο των 60 χρόνων , ως είσοδο του ενήλικα στο γήρας(WHO, 2011)

Αναλυτικότερα, τα χρονολογικά όρια στη διαδικασία της γήρανσης, δηλαδή η χρονολογική και η βιολογική ηλικία περιγράφουν τα κάτωθι: Η χρονολογική ηλικία (chronological age)ενός οργανισμού αφορά το διάστημα μεταξύ γέννησης και της στιγμής της συγκεκριμένης αναφοράς.

Και την, δε, βιολογική ηλικία (biological age) καθορίζουν η φυσιολογία και η λειτουργικότητα του οργανισμού. Μιας και η έναρξη του γήρατος αποτελεί τον συγκερασμό των χρονικών και βιολογικών δεδομένων, μπορούμε να εξηγήσουμε το αξιοπαρατήρητο γεγονός της σωματικο-πνευματικο-ψυχικής υγείας σε ηλικιωμένους ανθρώπους.

Βάσει της προσπάθειας επιστημονικής διευθέτησης του πονήματος τούτου, κρίνεται ωφέλιμη η παράθεση των ακόλουθων ορισμών της μακροζωίας, του προσδόκιμου ζωής και του ορίου ζωής:

Μακροζωία (longevity): Είναι η μέση διάρκεια ζωής ενός ανθρώπου, όπου τα 115 έτη ορίζουν τον μέγιστο αναμενόμενο χρόνο ζωής, της οποίας ο μέσος όρος είναι τα 80 έτη.

Προσδόκιμο επιβίωσης ή ζωής(life expectancy): Είναι το προβλεπόμενο και αυξανόμενο διάστημα ενεργητικής και υγιούς ζωής, που απομένει στο άτομο.

Όριο ζωής (life span): ονομάζεται ο συνολικός χρόνος ζωής ενός ανθρώπου.

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

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

Υπάρχει μια βασική διάκριση του φυσιολογικού από το παθολογικό γήραος. Μάλιστα, το φυσιολογικό γήραος έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά από το παθολογικό γήραος. Υπάρχει μεγάλη συσχέτιση μεταξύ γήρατος και νοσηρότητας, καθόσον ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων πάσχει

κυρίως από χρόνια νοσήματα και συνηθέστερα από περισσότερα του ενός. Τα μείζονα κλινικά προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων είναι εγκεφαλικά και αγγειακά επεισόδια, έλλειψη κινητικότητας, με αποτέλεσμα πτώσεις και διάφορα ατυχήματα λόγω μειωμένης κινητικότητας, ακράτεια και διανοητικές διαταραχές. Τα νοσήματα των ηλικιωμένων ατόμων έχουν ιδιαιτερότητες και εκδηλώνονται με διαφορετικό τρόπο από ό,τι στους ενήλικες. Η διαφοροποίηση αυτή καθιστά πολλές φορές δύσκολη τη διάγνωση και τη διαχείριση του ηλικιωμένου ασθενή. Η αλληλεπίδραση νόσου- γήρατος έχει σοβαρές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις. Γι' αυτό και απαιτείται ανάλογη προσέγγιση στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης με στόχο την αυτοδυναμία και την υγεία του ηλικιωμένου ατόμου και όχι την αύξηση της πιθανότητας μεγαλύτερης περιόδου επιβίωσης.

Το γήρας συνεπάγεται φυσιολογικές μεταβολές στον ανθρώπινο οργανισμό. Συγκεκριμένα, το γήρας υφίσταται :

- A) εμφανισιακές μεταβολές, όπως ρυτίδες, άσπρα μαλλιά, μείωση του πρότερου ύψους του ατόμου, διαφορετική κατανομή του βάρους του γύρω από τη μέση,
- B) στην κίνηση, με δυσέλικτες αρθρώσεις, γενική και επώδυνη δυσκινησία, με κίνδυνο κατάγματος και σημαντική δυσχέρεια στις λεπτές κινήσεις,
- Γ) στο καρδιαγγειακό σύστημα, με συμβάματα υπέρτασης και μυϊκής ατονίας, λόγω της κακής οξυγόνωσης των μυών,
- Δ) στο εκκριντικό σύστημα, με προβλήματα κυρίως στο ουροποιητικό με συνοδή την ακράτεια ούρων,

- E) στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, με προβλήματα στον ύπνο και στη θερμοκρασία του σώματος,
- ΣΤ) στο αναπνευστικό σύστημα, με προβλήματα από τις μικρές και κοφτές αναπνοές που μειώνουν την αντοχή του ηλικιωμένου,
- Z) στο κεντρικό νευρικό σύστημα, με την υγεία του εγκεφάλου να κινδυνεύει από τις νόσους Alzheimer και Parkinson,
- H) στην τροφή, με προβλήματα απορρόφησης λίπους και μετάλλων,
- I) στο σύστημα αναπαραγωγής, με συνοδά θέματα ορμονικά και σεξουαλικά,
- ΙΑ) στην αισθητική απώλεια, με προβλήματα όρασης, ακοής, γεύσης, όσφρησης,
- ΙΒ) στην αυξημένη θνησιμότητα των ανδρών, που πλήττονται από οξείες νόσους, έναντι των γυναικών, που πλήττονται από χρόνια νοσήματα.

Επίσης, το γήρας πλήττεται από μεταβολές στις γνωστικές λειτουργίες, που είναι οι κάτωθι:

1. Η μνήμη, που ατονεί κατά το γήρας και μάλιστα η εργαζόμενη μνήμη, που κινητοποιείται προς διατήρηση και ανάσυρση πληροφοριών απαραίτητων για την κατανόηση μιας κατάστασης.
2. Η επεξεργασία πληροφοριών, που αποτελεί τη βασική φυσιολογική αλλαγή του γήρατος.
3. Η νοημοσύνη, που η καλή λειτουργία της άπτεται παραγόντων, όπως σωματικής και ψυχικής υγείας, καλής εγκεφαλικής λειτουργίας, του μορφωτικού επιπέδου, των ιστορικών και πολιτισμικών συνιστωσών (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999).

3.4 Οι ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων

Έχει καθιερωθεί η 1^η Οκτωβρίου ως «Η Παγκόσμια ημέρα

για την Τρίτη Ηλικία» ή «η παγκόσμια ημέρα των ηλικιωμένων». Εορτάζεται από το 1990, οπότε και υιοθετήθηκε από τον ΟΗΕ, τόσο για να τιμήσει τους ηλικιωμένους όσο και για να επισημάνει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, που πηγάζουν τόσο από την ίδια την ηλικία όσο και από την άποψη που η κοινωνία φέρει για την ηλικιακή ομάδα των ηλικιωμένων.

Με αφετηρία την πυραμίδα αναγκών του Maslow, έπεται ενδελεχής απόπειρα καταγραφής χρειών και αναστολών, ως αναγκών και προβλημάτων που αγγίζουν την καθημερινότητα του μεγαλύτερου τμήματος του ηλικιωμένου πληθυσμού, κυρίως στη χώρα μας και δευτερευόντως στο εξωτερικό.



, 1. Στο κάτω μέρος της πυραμίδας εδρεύουν οι βασικές πρωτογενείς ανάγκες, οι άμεσα συνδεόμενες με την επιβίωση του κάθε ανθρώπου,

όπως φαγητό, σεξ, υγεία και απαραίτητες για να μπορέσει να καλλιεργήσει τα επόμενα επίπεδα των αναγκών του.

2. Στο δεύτερο επίπεδο βρίσκεται η ανάγκη για ασφάλεια, εννοώντας ένα σπίτι, μια δουλειά, ασφάλιση και σύνταξη.

3. Στο μεσαίο επίπεδο κυριαρχεί η ανάγκη για κοινωνική αποδοχή, για αγάπη και «πατρίδα», για φιλία και ενότητα με την ομάδα.

4. Στο τέταρτο επίπεδο της πυραμίδας βρίσκεται η ανάγκη της αυτοεκτίμησης και της αξιοπρέπειας.

5. Στο πάνω μέρος της πυραμίδας είναι η ανάγκη για αυτοπραγμάτωση, το αίσθημα πληρότητας που αποφέρει η δημιουργικότητα και η πραγματοποίηση των ονείρων του κάθε ανθρώπου (Maslow's hierarchy of needs, wikipedia.eu). Οι ηλικιωμένοι τείνουν να διαφοροποιούνται λόγω της οικονομικής ή της κοινωνικής τους θέσης, είτε λόγω της φυσικής τους κατάστασης- από χρόνιες ή σοβαρές ασθένειες- είτε λόγω της δημογραφικής τους θέσης- τρίτη ή τέταρτη ηλικία- είτε της οικογενειακής τους κατάστασης, όπως χηρεία, γάμος

συγκατοίκηση με τέκνα, κλπ. (Μωυσίδης, 1998). Αν και οι ανάγκες των ηλικιωμένων, προσομοιάζουν στις ευρύτερα διαδεδομένες ανάγκες, εντούτοις η ζωή των ηλικιωμένων γέμει αναγκών που χρήζουν ικανοποίησης, προκειμένου να κατασταθεί ευχάριστη βιώσιμη στους ίδιους και στις οικογένειές τους. Έτσι, λοιπόν, οι ηλικιωμένοι, όπως και όλοι οι άνθρωποι, χρειάζονται:

1) θρεπτικό φαγητό και σε ικανή ποσότητα, ρουχισμό και υπόδηση ανάλογες της εποχής, καθαρή και σωστά κλιματιζόμενη κατοικία, εξασφάλιση της μετακίνησης και οικιακή βοήθεια αξιοπρεπώς,

2) σπιτική θαλπωρή και συντροφιά, ζεστές σχέσεις, παραμονή στην οικογενειακή συνοχή, σεβασμό στην ατομικότητά τους και την αυτοδιαχείριση της καθημερινότητάς τους,

3) ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, δίχως ταλαιπωρία και τραυματισμό της υπερηφάνειάς τους,

4) Δημιουργική απασχόληση, κοινωνικές επαφές, πνευματικά ερεθίσματα,

5) σεβασμό στην ανεξάρτητη μετακίνηση στο χώρο τους, συνυπολογίζοντας τους ανάπηρους ή ασθενείς ηλικιωμένους, τους χρίζοντας φροντιστού και χρώμενους πατερίτσας ή αμαξιτίου,

6) προσβασιμότητα στην πληροφόρηση και έγκαιρη ενημέρωση, κυρίως σε θέματα που άπτονται του ενδιαφέροντός τους,

7) προσβασιμότητα σε υπηρεσίες και αγαθά,

8) δυνατότητα να αναχωρήσουν από τη ζωή, κατά πως το επιθυμούν.

Η φήμη ότι οι υπερήλικες έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη. Αυτό όμως 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 αυτοκατανάλωσή τους. 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 αποταμιεύουν 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 άτομο και για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί. (Πουλοπούλου, 1999).

Αναφορικά με τα προβλήματα των ηλικιωμένων, αυτά είναι ανάλογα των κεκτημένων από την νεαρή ζωή τους χαρακτηριστικών, όπως το μορφωτικό επίπεδο, η εργασιακή απασχόληση, η οικονομική επιφάνεια, ο βαθμός υγείας. Τα πιο αξιοσημείωτα προβλήματα των ηλικιωμένων διακρίνονται σε:

A) η μοναξιά, εννοώντας την απώλεια του ή της συντρόφου ή στενών συγγενών, που επιφέρει συναισθηματικό κενό και αυξάνει τον φόβο του θανάτου,

B) η φτώχεια, καθώς οι Έλληνες ηλικιωμένοι διαβαθμίζονται με μεγάλη οικονομική διαβάθμιση, δηλαδή από μεγάλα εισοδήματα μέχρι μεσαία και χαμηλότερα ως το επίπεδο της φτώχειας με μόνη εισοδηματική πηγή την πενιχρή σύνταξη (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999),

Γ) τα προβλήματα υγείας, παρεπόμενα των χρόνιων κυρίως ασθενειών,

Δ) ο αναλφαβητισμός, και το γενικότερα περιορισμένο μορφωτικό επίπεδο, που μικραίνει τον πολιτισμικό ορίζοντα των ηλικιωμένων,

E) τα μεταφορικά και επικοινωνιακά προβλήματα,

ΣΤ) τα στεγαστικά και περιβαλλοντικά προβλήματα, καθώς η οικοδόμηση δεν προβλέπει ούτε λειτουργική διαβίωση για ΑΜΕΑ ή ηλικιωμένους ούτε αποφέρει ψυχική θαλπωρή στον διαβιούντα ηλικιωμένο (Δαρβέσης, 1995),

Z) η προσβασιμότητα σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, κυρίως για τους μικροεισοδηματίες ηλικιωμένους,

H) η έλλειψη κατ'οίκον υπηρεσιών, κυρίως ιατρικών και κοινωνικών,

Θ) η αήθης και απρόσωπη συμπεριφορά, στα ΑΜΕΑ και στους ηλικιωμένους, θεωρώντας τους περιττούς και ανωφελείς,

I) η έλλειψη σεβασμού στα δικαιώματα των ηλικιωμένων,

ΙΑ) η μειωμένη αυτονομία και η ανάγκη υποβοήθησης ακόμη και για την περάτωση και των ησσόνων εργασιών (Πουλοπούλου 1999).

Αναντίρρητα, υπάρχουν και ηλικιωμένοι που δεν αντιμετωπίζουν τα προλεχθέντα εμπόδια στη διαβίωσή τους και έτσι ζουν αποκομίζοντας ευπροσέγγιστα τα ηλικιακά τους οφέλη (Πανέρα, 1999).

3.5 Η προστασία και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων

Η προστασία των ηλικιωμένων και η εξεύρεση μεθοδολογίας για την περίων προστασία, αφερηριάζεται στις αρχές του 20^{ου} αι.- οι δε κοινωνικές δράσεις για το γήρας στο δεύτερο μισό του 20^{ου} αι.

Στα συνταγματικά κείμενα περιγράφεται η προσωπική ελευθερία ως η υλική και πνευματική δραστηριότητα, που εκφράζει την δυνατότητα αυτοδιάθεσης του κάθε ανθρώπου και είναι παράγωγο της βούλησής του- προστατεύεται δε, από το Σύνταγμα, άρθρο 5, παρ.2,εδάφιο α', και στην παρ.1 και 3. Αποτελεί δικαίωμα κάθε φυσικού προσώπου, συνεπώς και ηλικιωμένου, και τυγχάνει τριών διαστάσεων, ήτοι:

α. η κοινωνική ελευθερία, που ορίζεται σε αντιδιαστολή με την δουλεία,
β. η υλική ελευθερία, που αφορά στην προστασία της ελευθερίας κινήσεων μέσα στο φυσικό χώρο, και η πνευματική ελευθερία, γνωστή και ως ελευθερία σκέψης και συλλογισμού. Επί της παρούσης, το διακύβευμα σχετίζεται με την πνευματική ελευθερία των ηλικιωμένων, καθώς υποτιμάται η έκφραση της γνώμης των ως κύημα άλογης σκέψης και νοσηρού νοός, οπότε και παραγκωνίζεται η ωφέλιμη για την κοινωνία σοφή και έμπειρη επικοινωνήση αξιών στους νεότερους.

Μάλιστα, το 1980, σημαντικές μελέτες για την διαφύλαξη των γηρατειών πραγματοποιήθηκαν στην Ευρώπη και στην Αμερική, και διεθνείς οργανισμοί, όπως ΟΗΕ, ΠΟΥ, Συμβούλιο της Ευρώπης, εντάσσουν στα προγράμματά τους θέματα ηλικιωμένων. Μετ'ολίγον, το 1982, ψηφίζεται από τα κράτη- μέλη του ΟΗΕ ο καταστατικός χάρτης των ηλικιωμένων, σύμφωνα με τον οποίο,

γίνεται κρατική η ευθύνη της διαμόρφωσης των κατάλληλων πολιτικών, για την Α) ασφάλεια ,Β) ευημερία, Γ) δραστηριοποίηση των ηλικιωμένων.

Μέχρι τότε, κυριαρχούσε η κλειστή περίθαλψη, δηλαδή νοσοκομείο, του ηλικιωμένου και η άσκηση πρόνοιας, κυρίως με τη μορφή φιλανθρωπίας και δευτερευόντως κρατικής μέριμνας.

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων, όπως και οι υποχρεώσεις τους, ως πολίτες, αναφέρονται διεξοδικά σε κείμενα του ΟΗΕ και της ΕΕ και λοιπών διεθνών οργανισμών, οργανώσεων και στην εγχώρια νομοθεσία. Διατρανώνεται το αναφαίρετο δικαίωμα του κάθε ηλικιωμένου, εξαρτημένου ή μη, ελεύθερα να ασκεί τις πολιτικές και φυσικές του ελευθερίες. Η αρχή της μη διάκρισης της ηλικίας στην κοινωνική συμμετοχή, στο άρθρο 25, παρ. 1 της Παγκόσμιας Διακήρυξης των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων, διακηρύσσεται το δικαίωμα του καθενός στην ασφάλιση του γήρατος. Επίσης, στα άρθρα 48 και 52 της Συνθήκης, παρέχεται ελευθερία κίνησης και δικαίωμα διαμονής σε νυν και παύσαντες την εργασία εργαζόμενους.

Ο Κοινωνικός Χάρτης αντανακλά τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ως προς την υγεία, τη σύνταξη, την κατοικία, τις υπηρεσίες, την οικογένεια, την κοινωνική πρόνοια, την εκπαίδευση, την απασχόληση και παραγωγικότητα. Μάλιστα, στη 24 και στην 25 παράγραφο, συστήνει τη δυνατότητα συνταξιοδότησης με εισόδημα ικανό για μεσαίου επιπέδου διαβίωση και στην περίπτωση ανυπαρξίας έτερης εισοδηματικής πηγής, πρέπει να λαβαίνει επαρκές και ανάλογο με τις ανάγκες του εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια.

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο αφομοίωσε κείμενο περί της αρχής της ίσης αμοιβής, ανεξαρτήτως φύλης, φύλου, ηλικίας, αναπηρίας, θρησκείας. Παραίνεση του Συμβουλίου της ΕΕ, ορίζει την ανάγκη ύπαρξης πόρων και παροχών ικανών προς εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης. Κύρια μέριμνα είναι η απομάκρυνση της απειλής του κοινωνικού αποκλεισμού, κυρίως με την καθιέρωση του ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος. Η δυσμένεια που περιγράφει την κατάσταση των ηλικιωμένων, κυρίως στην αγορά εργασίας αποτελεί πρόβλημα προς επίλυση στην Ευρώπη τα τελευταία χρόνια.

Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας επωμίστηκε τη διεξαγωγή μελέτης με σκοπό τη διερεύνηση των θετικών δράσεων από τους εργοδότες, προκειμένου να στηρίζουν τους ηλικιωμένους υπαλλήλους τους στην παραμονή στις θέσεις εργασίας τους, εφόσον το επιθυμούν.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος (International Federation of Ageing, 1992) περιγράφει εκτενώς τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων. Όσον αφορά στα δικαιώματα των ηλικιωμένων αυτά περιγράφονται με τις έννοιες

- 1)της συμμετοχής,
- 2)της περίθαλψης,
- 3)της ανεξαρτησίας και
- 4)της ολοκλήρωσης της προσωπικότητας,
- 5)της σπουδαιότητας του εισοδήματος,
- 6)της απασχολησιμότητας,
- 7)της προσβασιμότητας σε εκπαιδευτικά προγράμματα,
- 8)της ασφαλούς διαβίωσης,
- 9)της παραμονής στην οικία τους,

10)της ενεργού συμμετοχής τους στην κοινωνικότητα, κ.ά.(Πουλοπούλου, 1999).

Ως προς δε τις υποχρεώσεις και ευθύνες των ηλικιωμένων, υγείας επιτρεπούσης, περιγράφονται οι ακόλουθες:

- 1) να διατηρούνται αυτάρκειες και ακμαίοι,
- 2) να ασκούνται σωματικά και πνευματικά,
- 3) να πρόσκεινται θετικά στη διά βίου μάθηση,
- 4) να οργανώνονται για την εξελιξιμότητα των γηρατειών,
- 5) να διατηρούν την ευελιξία στη σκέψη,
- 6) να προσπαθούν να συμμετέχουν ενεργά με υπηρεσίες στην κοινότητα,
- 7) να ενδιαφέρονται για τα κοινά,
- 8) να είναι αλληλέγγυοι με τις νέες γενιές,
- 9) να επιλέγουν μόνοι τους τον τύπο της περίθαλψης που τους ταιριάζει (Πουλοπούλου & Έμκε,1999).

Επίσης, το Εθνικό Ίδρυμα Κοινωνικών Ερευνών, ΕΚΚΕ, εκπόνησε το πρόγραμμα PROGRESS,το 2007-2013, για την ενεργό γήρανση στην Ελλάδα. Το εγχείρημα μελέτης χρηματοδοτήθηκε από την ΕΕ και τη Γενική Διεύθυνση Δικαιοσύνης. Τα αποτελέσματα της έρευνας ως προς την απασχολησιμότητα των ηλικιωμένων έδειξαν:

- 1)ηλικιακές διακρίσεις εις βάρος των ηλικιωμένων,
- 2) διευρυμένη ανεργία των ηλικιωμένων,
- 3) χαμηλό το οικονομικό επίπεδο των ηλικιωμένων συγκριτικά με τις λοιπές ευρωπαϊκές χώρες.

Πάντως, σε σχετική έρευνα του Ευρωβαρόμετρου το 2011, εμφανίζεται μεγάλη απροθυμία για αύξηση του ηλικιακού ορίου συνταξιοδότησης,

κυρίως στη Ρουμανία, που το 87% διάκειται απρόθυμο στην εν λόγω αλλαγή. Επίσης, το 61% των Ευρωπαίων συμφωνεί στη συνέχιση της απασχόλησης μετά τη συνταξιοδότηση.

Στην Παγκόσμια Διάσκεψη στη Μαδρίτη το 2002 συζητήθηκε ¹ δημογραφικό ζήτημα της Ευρώπης και υιοθετήθηκε η πρόταση του ΠΟΥ για την ενεργό Γήρανση, με αποτέλεσμα το «Διεθνές Σχέδιο Δράσης της Μαδρίτης για την Γήρανση», που αποσαφηνίζει την ντιρεκτίβα για ενίσχυση των ηλικιωμένων στην αυτόνομη και αξιοπρεπή διαβίωσή τους και αποτροπή του κοινωνικού αποκλεισμού των.

Στην Ελλάδα, μελέτη σχετική με την ενεργό γήρανση διενεργήθηκε από την ΟΚΕ- Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή. Συσχετίζοντας την ενεργό γήρανση με την απασχολησιμότητα σε τρεις διαστάσεις, ήτοι,

α) την οργανωτική-στρατηγική διάσταση, που περιέχει τις πολιτικές: απασχόλησης, συνταξιοδότησης, διά βίου μάθησης,

β) την κοινωνική-επιχειρησιακή, που περιλαμβάνει το σύστημα υγείας και ασφάλισης, την κατάρτιση και τις νέες τεχνογνωσίες,

γ) την υποστηρικτική, που αφορά στην τηλε-εκπαίδευση και χρήση τεχνολογίας.

Σύμφωνα δε, με την μελέτη αυτή,

1. η απασχολησιμότητα των ηλικιωμένων εμφάνισε μείωση της τάξης του 39,4% το 2011,

2. η συνταξιοδότηση των γυναικών από τον ιδιωτικό τομέα άγγιζε τα 57,2 έτη, αντί των 58,3ετών το 2010,

3. οι αποχωρήσεις στον δημόσιο τομέα το 2011 άγγιζαν τα 57,6 έτη στις γυναίκες και τα 56,9 έτη στους άνδρες. Σε σύγκριση με τη σύνολη Ευρώπη γενικότερα, η απασχολησιμότητα τα

έτη 2009- 2012 παρουσιάζεται 10,8 μονάδες μικρότερη των λοιπών ευρωπαϊκών χωρών (Οδικός Χάρτης Ενεργούς Γήρανσης στην Ελλάδα 2012-2020, ΟΚΕ 2012).

3.6 Ενωσιακή κατεύθυνση για ενεργό και υγιή γήρανση

Εκφράσεις, όπως «Επιτυχημένη γήρανση», «Παραγωγική γήρανση», «Υγιής Γήρανση» χρησιμοποιούνται στην Έκθεση της ΕΕ, 2012, για να περιγράψουν την ιδεατή μεν, πραγματοποιήσιμη δε, ευρωπαϊκή βλέψη της θέσης των ηλικιωμένων στην κοινωνικο-οικονομικο-πολιτική πραγματικότητα. Το 2012 ορίστηκε Ευρωπαϊκό Έτος Ενεργού Γήρανσης και Αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών, με στόχευση την ενθάρρυνση της κοινωνίας να σεβαστεί τους ηλικιωμένους και τη χάραξη πολιτικών υποστήριξης της παράτασης του εργασιακού βίου, με τη δημιουργία καλύτερων ευκαιριών απασχόλησης. Γενικότερα, πρόκειται για αλλαγή κουλτούρας, που προτρέπει τις προσπάθειες των κρατών μελών, των περιφερειακών αρχών τους, των κοινωνικών εταίρων, της κοινωνίας των πολιτών και της επιχειρηματικής κοινότητας, με τις μικρομεσαίες επιχειρήσεις, ώστε και να αξιοποιηθεί αποτελεσματικότερα το ταχέως πληθυνόμενο ηλικιωμένο εργατικό δυναμικό των 60χρονων και άνω και να ενδυναμωθεί η αλληλεγγύη- συνεργασία μεταξύ των γενεών. Εν προκειμένω, η αγαστή πολύμορφη διαγενεακή συνεργατικότητα προϋποθέτει:

α) την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού για την αξία του γήρατος και του σεβασμού στην «πολιά» των ασπρομάλληδων παροικούντων τη χώρα,

β) τη διασφάλιση ότι θα δοθεί από κεντρικής εξουσίας η προτεραιότητα στο θέμα , με σημασιοδότηση στην αποτελεσματική συμβολή του ηλικιωμένου εργατικού δυναμικού στην τόνωση της οικονομίας,

γ) την διασφάλιση της δυνατότητας για αξιοπρέπεια και ανεξαρτησία στη γήρανση,

δ) Την ενίσχυση του διακρατικού διαλόγου και της συνεργασίας με συνοδή ανταλλαγή πληροφοριών και πρακτικών επί του θέματος,

ε) την προώθηση δραστηριοτήτων προς απαλοιφή ηλικιακών διακρίσεων στην εργασία,

στ) την δρομολόγηση και υλοποίηση κατευθυντήριων δράσεων και στρατηγικών top- down πληροφόρησης σύσσωμων των φορέων, όπως κοινωνικών εταίρων, κοινωνίας των πολιτών, της επιχειρηματικής κοινότητας, κ.ά.

Ως ενεργό γήρανση αντιλαμβανόμαστε τη διαρκή προσπάθεια του ατόμου να συμπορεύεται και να δημιουργεί, ομόρρυθμα και αρμονικά σε σχέση με τους νεότερους, με βασικό στόχο την ποιότητα της ζωής και την πραγμάτωση του βιβλικού ρηθέντος «εγώ και ο πατήρ μου εργαζόμαστε».

Η ενωσιακή κατεύθυνση της ενεργού και υγιούς γήρανσης στοχεύει στους τομείς της απασχόλησης, της κοινωνικής συμμετοχής και της ανεξάρτητης διαβίωσης. Συγκεκριμένα:

Απασχόληση, όπου η προώθηση της ενεργού και υγιούς γήρανσης και η συνακόλουθη δημιουργία καλύτερων ευκαιριών ευέλικτης εργασίας για τους ηλικιωμένους προς αποφυγή του αποκλεισμού, τόσο ως πρόληψη όσο και ως θεραπεία. Ο τύπος της ευέλικτης αυτής εργασίας προϋποθέτει την

απομάκρυνση των στερεοτύπων και των ηλικιακών διακρίσεων, τον προσανατολισμό των διά βίου μάθησης προγραμμάτων, καθώς και την παράλληλη διασφάλιση της επάρκειας των συστημάτων κοινωνικής προστασίας και παροχής κινήτρων με ενθάρρυνση των ηλικιωμένων και σεβασμό στον ρυθμό τους.

Κοινωνική συμμετοχή, με την υποστήριξη κοινωνικών δικτύων, άτυπων ή τυπικών, αμειβόμενων ή εθελοντικών, δημόσιων ή ιδιωτικών, η διατήρηση του ενεργού ρόλου στα κοινωνικά δρώμενα.

Ανεξάρτητη διαβίωση με κοινωνική στήριξη και υποβοήθηση των ηλικιωμένου για διαβίωση στο οικείο περιβάλλον του με επάρκεια και αξιοπρέπεια (Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., ΘΕΜΑΤΑ ΓΗΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ, Ελληνικά Γράμματα)

Παράδειγμα άριστης συνεργασίας αποτελεί μία εκ των πιο εύρωστων αυτοκινητοβιομηχανιών της Ευρώπης, που λόγω της αναβάθμισης των μηχανημάτων της και της ανεπαρκούς κατάρτισης των γηραιότερων υπαλλήλων της προέβηκε σε απολύσεις και αναγκαστικές συνταξιοδοτήσεις.

Ακολούθως, εξαναγκάστηκε και η ίδια σε απόσυρση μεγάλου αριθμού αυτοκινήτων νέου τύπου από την αγορά, επειδή παρουσίασαν τεχνικά προβλήματα. Το όλον κόστισε πλήθος εκατομμυρίων ευρώ. Αποφάσισε λοιπόν η εταιρεία να απευθυνθούν στους παλαιούς και εκδιωγμένους υπαλλήλους και να τους ρωτήσουν τι έφταιξε. Όταν λοιπόν ρώτησαν έναν συνταξιούχο εκείνος απάντησε ότι δεν γνωρίζει από νέες τεχνολογίες αλλά του αρκεί να ακούσει το αυτοκίνητο για να καταλάβει την βλάβη του. Έτσι η εταιρεία προσέλαβε συνταξιούχους για

μέντορες συμβούλους των νεότερων υπαλλήλων. Αυτό δεικνύει περίτρανα τα οφέλη από την διαγενεακή συνεργασία.

Ενεργός γήρανση είναι το συμμετοχικό μοντέλο γήρανσης με περισσότερες δυνατότητες ψυχοσωματικής ευεξίας.

Κατά τον ΠΟΥ, ενεργός γήρανση είναι η διαδικασία βελτιστοποίησης των ευκαιριών για την υγεία, τη συμμετοχή και την ασφάλεια, προς βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής καθώς βαίνει ο άνθρωπος στο γήρας. (WHO, 2014)

Η ενεργός γήρανση, ως πολιτική και κουλτούρα, προαπαιτεί την καλή σωματική και ψυχική υγεία, με παράλληλη πρόσβαση σε υγιεινούς χώρους εργασίας, σε ευέλικτες συνθήκες εργασίας, όπως ωράριο κλπ, και με έμφαση στη διά βίου μάθηση και τα συνταξιοδοτικά συστήματα. Άρα, προαπαιτούμενα είναι η top-down προώθηση της ενθάρρυνσης της οικογενειακής ζωής και της προς το καλύτερο ισορροπία της εργασίας-ζωής, με κίνητρα το δικαίωμα γονικής αδειας, των παροχών φροντίδας των τέκνων και τη μείωση των φόρων, κατά τρόπον που να αυξάνεται η παραμονή στην εργασία, ιδιαίτερα της γυναίκας.

Σύμφωνα με την ex ante evaluation του Στρατηγικού Σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας της περιόδου 2014- 2020, πρέπει να

4. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) ορίζεται ως «η βασική φροντίδα υγείας, βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά ορθές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες και είναι καθόλα διαθέσιμη

πραγματοωθεί η ενεργός και υγιής γήρανση, κυρίως με την βελτίωση του πρωτοβάθμιου συστήματος υγείας, τόσο σε εθνικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο, με επίκεντρο τις επαπειλούμενες με κοινωνικό αποκλεισμό ομάδες. (:Παράρτημα Γ) Ευρωπαϊκός Πυλώνας Κοινωνικών Δικαιωμάτων, 26/4/2017.

Πρόκειται για 20 αρχές που αφορούν στη στήριξη δίκαιης εργασίας και πρόνοιας, ως οδηγός διαδικασίας σύγκλισης προς άνοδο του βιοτικού επιπέδου στις χώρες της ΕΕ, με δείκτες

α) την ισότητα των ευκαιριών,

β) δίκαιες συνθήκες εργασίας,

γ) κοινωνική προστασία και ένταξη. Ευνόητο ότι πρόκειται για επιβεβαίωση προϋπαρχόντων δικαιωμάτων, συμβατά σε νέα πραγματικότητα. Συγκεκριμένα, ως προς την κοινωνική προστασία-ένταξη, προοιωνίζεται το επίδομα ανεργίας, η φύλαξη των παιδιών, η στήριξη ΑΜΕΑ, η υποστήριξη εκπαίδευσης των παιδιών, η σύνταξη γήρατος, η οικογενειακή προσιτή υγεία, η προσβασιμότητα σε βασικές υπηρεσίες. Τέλος, ορίζονται τα εργαλεία της πραγμάτωσης που είναι: οι κοινωνικοί εταίροι, η κοινωνία πολιτών, και οι τοπικές- περιφερειακές- εθνικές αρχές.

στα μέλη της κοινότητας, με την άρτια συμμετοχή και με κόστος που μπορεί να διατεθεί από την κοινωνία και τη χώρα, προκειμένου τη διατήρησή της σε κάθε φάση της ανάπτυξής τους μέσα στο

πνεύμα του αυτοπροσδιορισμού» (WHO, 1978).

Επισημαίνεται δε σε σχετικές μελέτες, πως η ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και υπηρεσιών περίθαλψης συγκεράζει 5 διαστάσεις :

- α) την ασφάλεια,
- β) την προσβασιμότητα,
- γ) την διαρκή φροντίδα,
- δ) την αποτελεσματικότητα,
- ε) τις σχέσεις ανάμεσα στα άτομα.

4.1 Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας

Το 1983, έτος σταθμός στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα, αφού εισάγεται μια σπουδαία μεταρρύθμιση: η σύσταση και δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) με τον νόμο 1397/1983, με στόχο την ενοποίηση των δομών δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης (ΦΕΚ 143/07.10.1983 τ. Α').

Καινοτομία του νέου συστήματος υγείας ήταν ο σαφής διαχωρισμός της περίθαλψης σε βαθμίδες: την πρωτοβάθμια, την δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια. Οι νομοθετικές μεταρρυθμίσεις σχετικά με την Π.Φ.Υ. από το 1983 μέχρι και σήμερα ήταν αρκετές. Το 1985 με νόμο 1579/1985 ορίζεται ότι στα νοσοκομεία θα εφαρμοστούν ειδικά προγράμματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και με υπουργικές αποφάσεις θα καθοριστεί ο τρόπος λειτουργίας των.

Στην Ελλάδα οι δομές εξυπηρέτησης και φροντίδας ηλικιωμένων που λειτουργούν είναι τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η), τα «Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων» (Κ.Η.Φ.Η) και τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» (ΒσΣ) με τα τελευταία να αφορούν αποκλειστικά την παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον (Ψημίτης, 2011).

ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΣΠΑ 2014 – 2020

ΕΠΕΝΔΥΣΗ ΣΤΗΝ Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Βασικοί άξονες:

Καθολική και Ισότιμη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (: προαγωγής, πρόληψης, θεραπείας , αποκατάστασης) .

Τη Διαφανή και Δημοκρατική διακυβέρνηση , με οικονομικά βιώσιμο και κοινωνικά ανταποδοτικό και διαφανή τρόπο.

Γ) Την χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος Υγείας , με στόχο τόσο την ολοκληρωμένη ικανοποίηση των αναγκών, όσο και την απαλοιφή των ιδιωτικών πληρωμών, ιδιαίτερα των αδύναμων οικονομικο-κοινωνικών στρωμάτων.

Σύμφωνα με το Health in Action, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι Στρατηγικός Στόχος της ΕΕ για την περίοδο 2014 -2020και η ΕΕ λαβαίνοντας υπόψη: 1) τη γήρανση του πληθυσμού, 2)την αύξηση των χρόνιων ασθενειών, 3) τη συνεχή ζήτηση για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και 4) το συνεχώς αυξανόμενο κόστος τεχνολογίας.

Έτσι, κατέστησε το πρόγραμμα Invest in Health, που περιλαμβάνει την ολοκληρωμένη θέση της ΕΕ για την Υγεία και μεταξύ άλλων :

Άξονας 1 ΕΠΕΝΔΥΣΗ ΣΕ ΕΝΑ ΒΙΩΣΙΜΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ, με βελτιστοποίηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Άξονας 2 ΕΠΕΝΔΥΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ, με διατήρηση ενεργούς απασχολησιμότητας και την αυτοδιαχείριση των χρόνιων ασθενειών.

Άξονας 3 ΕΠΕΝΔΥΣΗ ΣΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, με προτεραιοποίηση στις ευπαθείς ομάδες τόσο για τη διασφάλιση

παροχής και πρόληψης της υγείας όσο και για την ικανοποιητική διαβίωση.(EX ANTE EVALUATION 2014- 2020)

4.2 Κατ'οίκον νοσηλεία

Ο ορισμός της κατ' οίκον νοσηλείας ,κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στο σπίτι από επαγγελματίες ή μη φροντιστές , με σκοπό την προαγωγή , αποκατάσταση και διατήρηση του μέγιστου βαθμού ευεξίας , λειτουργικότητας και υγείας του ατόμου, περιλαμβάνοντας τη φροντίδα για έναν αξιοπρεπή θάνατο. Η ταξινόμηση , κατά τον ΠΟΥ είναι :

- Προληπτική
- Θεραπείας
- Αποκατάστασης
- Χρονίως Πασχόντων
- Ανακουφιστική
- Παρηγορητική:(αναφέρθηκαν στο 5ο συμπόσιο Νοσηλευτικής Ογκολογίας, 2017).

Η προγραμματισμένη κατ'οίκον νοσηλεία ξεκίνησε στο Λίβερπουλ της Μεγάλης Βρετανίας το 1859. Μέσα σε λίγα χρόνια, το 1874, αποφασίστηκε η ίδρυση εθνικού οργανισμού, για να εκπαιδεύει και να αποστέλλει νοσηλευτές στα σπίτια φτωχών και άλλων τελούντων σε χρεία. Έτσι αναπτύχθηκε ο θεσμός και έφτασε στην σημερινή του μορφή. Ο πρόδρομος όμως, της κατ'οίκον νοσηλείας είναι ο Κινέζος «BARE FOOT DOCTOR», που με τις γνώσεις και τα λίγα μέσα που διέθετε, αντιμετώπισε με πολύ καλά αποτελέσματα τις ανάγκες υγείας του μικρού τόπου που ζούσε. Οπότε, ο ΠΟΥ αξιολόγησε το πείραμα αυτό της Κίνας και το καθιέρωσε ως Primary Health Care, δηλαδή Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Αγγελική Παπαθανασίου-

Αλεξόγλου, «Μαθήματα Κοινωνικής Νοσηλευτικής», ΑΘΗΝΑ,1988). Στην Ελλάδα το 1973 με το νομοθετικό διάταγμα 162 και ΦΕΚ 227 / 24 - 9- 1973 κατοχυρώνεται η κατ'οίκον παροχή υπηρεσιών υγείας και ο θεσμός της κατ'οίκον νοσηλείας τέθηκε σε λειτουργία με την εφαρμογή του ΕΣΥ(Εθνικό Σύστημα Υγείας).

Η σπουδαιότητα της κατ'οίκον νοσηλείας αφορά στους παρακάτω κυρίως τομείς:

1ον Η ανάγκη των χρονίως πασχόντων (με ή χωρίς αναπηρία) για εντατική και συνεχή ιατρονοσηλευτική παρακολούθηση, η ψυχοκοινωνική τους υποστήριξη καθώς και η αποασυλοποίησή τους, οδήγησε στην υλοποίηση τούτης της δράσης.

2ον Ιδιαίτερα για τους καρκινοπαθείς που κουράρονται στο σπίτι , αξιοσημείωτη είναι η καλή ψυχολογία τους καθώς τελούν σε λειτουργική αυτονομία , ενεργητικότητα και αυτοϊκανοποίηση στην καθημερινότητά τους .

3ον Γενικά επιδρά θετικά στην οικογενειακή ατμόσφαιρα ,παρέχοντας ασφάλεια, άνεση και ηρεμία, αφαιρώντας το άγχος και την ταλαιπωρία που συνήθως συνοδεύουν την ασθένεια.

Στην Ευρώπη τυπικά παραδείγματα χωρών με ιδιαίτερα εξελιγμένη την μορφή της κατ'οίκον υγειονομικής φροντίδας αποτελούν η Μεγάλη Βρετανία, η Φινλανδία, η Νορβηγία και η Σουηδία. Στη Μεγάλη Βρετανία λειτουργούν τα προγράμματα της «Νοσηλείας στο Σπίτι» και του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», με το πρώτο να αφορά κυρίως νοσηλευτικές πράξεις, ενώ το δεύτερο παρέχει ιατρικές, νοσηλευτικές υπηρεσίες, αλλά και υπηρεσίες οικιακής βοήθειας. Στη Φινλανδία τα ηλικιωμένα

άτομα που νοσηλεύονται συχνά λόγω χρόνιων νοσημάτων δέχονται υπηρεσίες κατ' οίκον ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας με στόχο την αυτοεξυπηρέτηση τους και τη διατήρηση της ποιότητας ζωής τους. Όσον αφορά στη Σουηδία και στη Νορβηγία, οι κατ' οίκον υπηρεσίες φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων περιλαμβάνουν κυρίως ιατρική, νοσηλευτική και οικιακή φροντίδα (Αδαμακίδου, 2009).

Η αγγλική απόδοση του Κατ' Οίκον Νοσηλεία ή Φροντίδα, που περιγράφει και τις διαστάσεις του «Βοήθεια στο σπίτι» είναι το αρκτικόλεξο HOME VISIT . Συγκεκριμένα:

Holistic= Ολιστική προσέγγιση, καθώς περιλαμβάνει τον ασθενή, την οικογένεια, τον φροντιστή, το περιβάλλον- έμφυχο και άψυχο- ,την διεπιστημονική ομάδα.

Objectives= Καταγραφή και τεκμηρίωση αντικειμενικών ευρημάτων

Medications= Διαχείριση κι εκπαίδευση στην φαρμακευτική αγωγή

Environment= Περιβάλλον όπως σπίτι, γειτονιά, περιοχή

Visits= Επισκέψεις

Interventions= Παρεμβάσεις του νοσηλευτή, του ιατρού, του ψυχολόγου, του κοινωνικού λειτουργού κ.ά. μελών της διεπιστημονικής ομάδας

Standards= Πρότυπα, κανόνες, νόμοι

Instrumental= Δραστηριότητες σύνθετες της καθημερινής ζωής

Teaching= Διδασκαλία κι εκπαίδευση

(Marrelli T.M.,2012 « Home Health Standards: quality, documentation, reimbursement», 5th ed. Missouri: Elsevier, 75- 127).

4.3 Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»

Η λέξη πρόγραμμα στο σχετικό λήμμα του λεξικού ορίζεται ως: Αγγελία,

ειδοποίηση διά τοιχοκόλλησης, τοιχοκόλληση//Ημερήσια διάταξη της Βουλής ή της Εκκλησίας του δήμου// Καταγραφή ενεργειών και πράξεων, που μέλλουν να γίνουν καθ'ορισμένον χρόνο// Σύνολο λεπτομερειών κάποιας γενικής ενέργειας που έχουν ενιαίο σκοπό και σχέδιο// Προκαθορισμένος και απαρέγκλιτος τρόπος ενέργειας και συμπεριφοράς//Διεύθυνση επιστολής// Τίτλος συνταγής//Συμβουλή, παραινέση(ΛΕΞΙΚΟ ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΥ Δ.)

Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί αναφέρονται στα προγράμματα ως μια συνεχιζόμενη, σημαντική υπηρεσία εξυπηρέτησης προς τους πολίτες και σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2.1 του άρθρου 5 της αριθ. 60292/2158/08 (ΦΕΚ 1724/Β'/27.8.08) το ελάχιστο προσωπικό για τη λειτουργία του προγράμματος είναι ο κοινωνικός λειτουργός, ο νοσηλευτής και το βοηθητικό προσωπικό ή οικογενειακός βοηθός.

Ο σκοπός του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι η παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον σε ηλικιωμένα άτομα , σε άτομα με αναπηρίες και σε μη επαρκώς εξυπηρετούμενα , που διαβιούν κυρίως μοναχικά , με χαμηλό εισόδημα. Πανελλαδικά οι εργαζόμενοι στο πρόγραμμα « Βοήθεια στο Σπίτι» αριθμούν τους 3.200 για 100.000 ωφελούμενους – ηλικιωμένους και ΑΜΕΑ.

Όσον αφορά στη χρηματοδότηση, αρχικά ήταν αμιγώς από την Ε.Ε., ήτοι χρηματοδότηση από τα ΠΕΠ για τα έτη 2000-2006. Στη συνέχεια , λειτούργησε με τη συγχρηματοδότηση της Ε.Ε. , δηλαδή από Εθνικούς πόρους και Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ). Τέλος, από

το 2013 και μετά μόνο από εθνικούς πόρους. Αναλυτικότερα:

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» ξεκίνησε πιλοτικά το Μάρτιο του 1998 σε 102 ΚΑΠΗ, με αρχικό χρονικό πλαίσιο λειτουργίας τα 5 χρόνια. ΚΕΔΚΕ, 2002 (Κρασιώτη, 2013) Θεσμοθετήθηκε με την Υπουργική απόφαση Π4β/5814, ΦΕΚ917/Β/17-10-1997 και τελούσε υπό έγκριση, συντονισμό, εποπτεία του Υπουργείου Υγείας- Πρόνοιας.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» αφορά σχεδιασμό των υπουργείων Εσωτερικών και Υγείας- Πρόνοιας, και εφαρμόστηκε αρχικά σε 5 ΚΑΠΗ του δήμου Περιστερίου. Η επιτυχής πιλοτική λειτουργία του προοιόνισε και την επέκταση σε 202 ΚΑΠΗ, σε ισάριθμους δήμους, σε δύο φάσεις Εν συνεχεία, υπογράφηκαν οι προγραμματικές συμβάσεις μεταξύ των υπουργείων Εσωτερικών και Υγείας- Πρόνοιας, της ΚΕΔΚΕ, των αντίστοιχων δήμων, του ΚΑΠΗ και της Δημοτικής Επιχείρησης, που εντάχθηκαν στην προγραμματική σύμβαση. Η έναρξη του προγράμματος έγινε το 1998, με εφαρμογή σε 97 δήμους και 101 ΚΑΠΗ: ΦΕΚ 90, 13/6/1994 και ΦΕΚ 9, 30/1/2001 και ΚΥΑ 5814/17-10-1997

4.4 Βασικές επιδιώξεις και στόχοι του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

Βασικές επιδιώξεις του προγράμματος είναι σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 2 του ΦΕΚ 917/1997:

α) Η ανίχνευση, η διερεύνηση, η καταγραφή και η μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων στο σπίτι, β) η παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και στις οικογένειές τους, από ειδικούς επιστήμονες, από καταρτισμένα στελέχη και από εθελοντές για να καλύψουν τις

άμεσες ανάγκες αξιοπρεπούς διαβίωσης, γ) ο εντοπισμός και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του Δήμου, των πολιτών και των οργανωμένων τοπικών φορέων για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων δημοτών, δ) η διαρκής 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 και ε) η διαρκής επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων εφαρμογής και των αποτελεσμάτων του προγράμματος για την επανατροφοδότηση του σχεδιασμού και των μεθόδων που εφαρμόζονται»

Οι βασικοί στόχοι του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι η παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας στους εξυπηρετούμενους του προγράμματος, παραμένοντας στον δικό τους οικείο χώρο και υποστηρίζοντας με τον τρόπο αυτό την αξιοπρέπεια και αυτονομία στην καθημερινή τους βιωτή και να διατηρούν την ενεργή συμμετοχή τους στην κοινωνία και η υποβοήθηση της οικογένειας να αντιμετωπίσει τις αυξημένες ανάγκες των μελών της. Αναλυτικά: 1. Η παραμονή των άμεσα ωφελούμενων στο οικείο φυσικό-κοινωνικό τους περιβάλλον. 2. Η μέγιστη δυνατή αυτονομία των άμεσα ωφελούμενων. 3. Η κοινωνική ευημερία. 4. Μετάβαση από θεσμικές υπηρεσίες σε υπηρεσίες κοινοτικού επιπέδου, καθώς μικρές ομάδες γνωρίζουν καλύτερα την κοινότητά τους και την ίδια ώρα είναι αναγνωρίσιμες από αυτές και σταθερές και ικανές επίσης να εδραιώσουν και να συντηρήσουν σχέση διαρκείας. 5. Προώθηση της κοινωνικής ένταξης, τόσο με την παροχή ψυχικής στήριξης και συμβουλευτικής, όσο και με τη

χρήση τεχνολογιών , δωρεάν για τον πολίτη , προς βελτίωση της δυνατότητας πρόσβασης σε αγαθά κοινωνικά , πολιτιστικά ,ή ψυχαγωγικού χαρακτήρα(Κρανιώτη, 2013).

4.5 Αρχές που διέπουν το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»

Το πρόγραμμα διέπεται από αρχές που αναφέρονται κυρίως στα ανθρώπινα δικαιώματα και ειδικότερα στα δικαιώματα των ηλικιωμένων και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Πιο συγκεκριμένα στο ΦΕΚ 1724/Β΄/27.8.08 αναφέρεται ότι: 1)Ο πολίτης έχει δικαίωμα στη φροντίδα στο χώρο του και με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται ότι θα παραμείνει στο οικείο περιβάλλον του. 2) Ο πολίτης έχει δικαίωμα επιλογής και δεν είναι απλός δέκτης υπηρεσιών.3) Με την παραμονή των ηλικιωμένων στο σπίτι διατηρείται η ανεξαρτησία του ατόμου.4) Με την παραμονή του στην οικία του, το άτομο μπορεί να επιλέξει, όσα του παρέχονται, όπως π.χ. φυσιοθεραπεία στο σπίτι, χωρίς επίσης να επιβαρύνει το σύστημα υγείας.

Στην Προγραμματική Περίοδο 2007 – 2013 , στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007 -2013 », με απόφαση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και με την Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών ,Οικονομίας και Οικονομικών , Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αποφασίζεται η Υλοποίηση των Πράξεων :

α) « Ενέργειες στήριξης ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν βοήθειας , για την ενίσχυση της απασχολησιμότητας των εμμέσως ωφελούμενων ατόμων» , το οποίο εντάσσεται στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανάπτυξη Ανθρώπινου

Δυναμικού 2007 – 2013» του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, στο Θεματικό Άξονα Προτεραιότητας 4: «Πλήρης Ενσωμάτωση του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού σε μια κοινωνία ίσων ευκαιριών » και στην κατηγορία Παρεμβάσεων 3: « Ενέργειες στήριξης ατόμων που χρήζουν βοήθειας».

β) « Ενέργειες ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και βελτίωσης της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων και ατόμων που χρήζουν κατ' οίκον βοήθειας».

Συγκεκριμένα :

1ο άρθρο: ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΝΤΑΞΗΣ / ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΤΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ, όπου εντάσσεται στο ΕΠ « Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού 2007 – 2013» , του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας , στο Θεματικό Άξονα Προτεραιότητας 4 : «Πλήρης Ενσωμάτωση του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού σε μια κοινωνία ίσων ευκαιριών» και στην κατηγορία Παρεμβάσεων 3: « ενέργειες στήριξης ατόμων που χρήζουν βοήθειας».

2ο άρθρο :ΣΤΟΧΟΣ ΤΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ . Αναλυτικότερα :

α) Ενίσχυση της απασχολησιμότητας των έμμεσα ωφελούμενων και της ισότιμης συμμετοχής των στην εργασία , με την παροχή φροντίδας κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα μη αυτοεξυπηρετούμενα., ούτως ώστε να διευκολύνονται οι έμμεσα ωφελούμενοι στην ενσωμάτωσή τους στο ενεργό εργατικό δυναμικό , προκειμένου την ανάπτυξη της οικονομίας σε μια κοινωνία ίσων ευκαιριών.

β) Ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής , τόσο με την ισότιμη πρόσβαση στην αγορά εργασίας , όσο και με την πρόληψη του κοινωνικού αποκλεισμού.

γ) Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών, μη ηλικιωμένων ΑΜΕΑ, χρίζοντα

υποστηρικτικών υπηρεσιών , ιατρικο-νοσηλευτικών υπηρεσιών ή κατ'οίκον βοήθειας, με στόχο :

- την παραμονή στο οικείο φυσικό περιβάλλον,
- τη διατήρηση της οικογενειακής συνοχής,
- την αποφυγή της ιδρυματικής εγκατάστασης,
- την αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού και της περιθωριοποίησης και
- την εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης.

3ο άρθρο :ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ, όπου στη δεύτερη παράγραφο προβλέπεται η παροχή φροντίδας μέσω των Μονάδων Βοήθειας στο σπίτι , με σκοπό την αξιοπρεπή διαβίωση και τη βελτίωση ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένους (: άνδρες και γυναίκες) καθώς και σε μη ηλικιωμένους ΑΜΕΑ.

4.6 Ενωσιακή κατεύθυνση για ανοικτή περίθαλψη και πρόνοια

Η αύξηση του όριου ζωής με την συνυπάρχουσα υπογεννητικότητα στην Ελλάδα και Ευρώπη ,είναι αναντίρρητη πραγματικότητα. Η συνακόλουθη κατάσταση ευνοεί την αύξηση της ζήτησης για φροντίδα των ηλικιωμένων

-ιδρυματική και εξωιδρυματική-επιβαρύνοντας τον τομέα της Υγειονομικής Περίθαλψης και αυξάνοντας τις δαπάνες της Κοινωνικής Ασφάλισης. Επιπροσθέτως, τόσο το ανεπαρκές δίκτυο υπηρεσιών υγείας με την συνύπαρξη δυσχέρειας προσβασιμότητας σε υγειονομικές υπηρεσίες των ηλικιωμένων ατόμων με χαμηλό εισόδημα, όσο και η έλλειψη κοινωνικο-ιατρικών υπηρεσιών κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου, οδηγούν σε μεταρρυθμίσεις τόσο ως προς τον τρόπο άσκησης της κοινωνικής πολιτικής όσο και στη λειτουργία Κράτους Πρόνοιας.(ΖΗΡΑΣ Κ. –ΑΓΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Γ. «ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ: ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ»,2015) Επιπλέον, στο ΦΕΚ 1724/Β' /27.08.08 , διατρανώνεται το δικαίωμα του πολίτη στην κατ'οίκον φροντίδα, και στην παραμονή στο ασφαλές και οικείο περιβάλλον του. Διασφαλίζεται η διατήρηση του δικαιώματος της επιλογής και συνακόλουθα η ανεξαρτησία του ηλικιωμένου- ωφελούμενου. Τέλος, με την παραμονή στο σπίτι του, το άτομο μπορεί να επιλέξει όσα του παρέχονται, όπως φυσιοθεραπεία στο σπίτι, χωρίς να επιβαρύνει το σύστημα υγείας

5. ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ», ΩΣ ΔΟΜΗ ΤΩΝ ΚΑΜΕΝΩΝ ΒΟΥΡΛΩΝ

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» των Καμένων Βούρλων ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Οκτώβρη του 2003. Χρηματοδοτήθηκε από το Γ΄ ΚΙΠΣ μέσω της Περιφέρειας Στερεάς Ελλάδας ως το 2011. Από το 2011 και πλέον χρηματοδοτείται από Εθνικούς Πόρους μέσω της Ελληνικής Εταιρείας Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης (ΕΕΤΑΑ) Α. Ε. Περιλαμβάνει τα ορεινά χωριά: Καρυά και Ρεγγίни, και το παραθαλάσσιο χωριό Καινούριο, όμορο της πόλης των Καμένων Βούρλων, που είναι έδρα του προγράμματος και πρωτεύουσα του καλλικρατικού δήμου Μώλου- Αγίου Κωνσταντίνου του Νομού Φθιώτιδας. Στα όρια του καλλικρατικού δήμου τελούν και 2

ακόμη δομές, ήτοι η δομή Μώλου και η δομή του Αγίου Κωνσταντίνου, και οι τρεις τελούσες υπό την ίδια διεύθυνση, η οποία και φέρει την επωνυμία ΑΣΤΙΚΗ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ «ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ» και εδρεύει στη Λαμία, οδός Λεωνίδου 9.

5.1 Ανθρώπινο δυναμικό του προγράμματος « Βοήθεια στο Σπίτι» των Καμένων Βούρλων

Το ανθρώπινο δυναμικό του προγράμματος συγκροτείται από μία(1) Βοηθό Νοσηλεύτρια και μία(1) Οικογενειακή Βοηθό.

5.2 Προϋποθέσεις ένταξης στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» των Καμένων Βούρλων

Το πρόγραμμα απευθύνεται σε ηλικιωμένους και ΑΜΕΑ ,που δεν αυτοεξυπηρετούνται ή έχουν κινητικές δυσλειτουργίες, με προτεραιότητα στους μονήρεις ή με μη ικανό προς βιοπορισμό εισόδημα, οι οποίοι και εισάγονται στο πρόγραμμα προσκομίζοντας και τα απαραίτητα δικαιολογητικά ένταξης, τα οποία και ελέγχει ο κοινωνικός λειτουργός της δομής, ή όμορης δομής- σε καιρό έλλειψης της αυτής ειδικότητας- και αποστέλλονται στο Γραφείο Διεύθυνσης στη Λαμία, προς έγκριση και διαφύλαξη εν απορρήτω.

Τα απαραίτητα δικαιολογητικά ένταξης είναι τα εξής: 1)Αίτηση,2)Φωτοαντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας, 3)Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, 4)ΑΜΚΑ(Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης), 5)Φωτοτυπία βιβλιαρίου ασθένειας, 6)Πιστοποιητικά αναπηρίας για άτομα με ειδικές ανάγκες (και για ηλικιωμένους , εφόσον υπάρχουν), 7)Εκκαθαριστικό εφορίας, 8)Ιατρικές γνωματεύσεις, βεβαιωτικές της κατάστασης υγείας, 9)Κοινωνική Έκθεση (πραγματοποιείται μέσω του / της Κοινωνικού Λειτουργού της αυτής ή όμορης δομής).

5.3 Οι παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» των καμένων Βούρλων

Σημαίνουν για το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι η αξία του προσώπου και αυτό το αξίωμα διατρέχει τη φιλοσοφία της δομής. Οπότε, οι υπηρεσίες που παρέχονται, σύμφωνα με το ΦΕΚ 917/1997είναι:

- α) η μελέτη και καταγραφή των αναγκών των ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ και προτάσεις διευθέτησης των, με παράλληλη τη διαφύλαξη της οικιακής τους συνοχής.
- β) Η παροχή συμβουλευτικής στήριξης και κοινωνικής υποστήριξης των ωφελούμενων και του περιβάλλοντός τους.
- γ) Η σταθερή ενημέρωση των ωφελούμενων και των οικογενειών τους σχετικά με τα επιδόματα που δικαιούνται και με ποιες διαδικασίες δύνανται να τα απολάβουν.
- δ) Η δικτύωση με άλλες δομές, όπως πρόνοια, κοινωνικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί, προκειμένου την εύκολη και ασφαλή πραγματοποίηση της εξυπηρέτησης του ωφελούμενου.
- ε) Η διενέργεια νοσηλευτικών πράξεων, όπως συνταγογράφηση μετά του ιατρού της περιοχής, συστάσεις για ορθή φαρμακολογία, εκπαίδευση ωφελούμενων και φροντιστών σε θέματα υγιεινής.

στ) Η πραγματοποίηση ημερίδων με θέματα ιατρικού, πολιτισμικού και άλλου ενδιαφέροντος με τη συνεπικούρηση ειδικών προσκεκλημένων επιστημόνων.

ζ) η προαγωγή και πρόληψη πρωτοβάθμιας υγείας σε ατομικό και σε επίπεδο κοινότητας, σε συνεργασία με τους τοπικούς φορείς υγείας, όπως οδοντιατρικός έλεγχος, PAP test, PSA test, κλπ.

η) Η βοήθεια στις οικιακές εργασίες , όπως καθάρισμα σπιτιού, μικροδουλειές, πληρωμή λογαριασμών, μαγείρεμα, κλπ.

θ) Η οργάνωση και συμπαράσταση σε ψυχαγωγικές δράσεις, για την στήριξη της κοινωνικότητας των ηλικιωμένων, όπως εκδρομές αναψυχής.

Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας γενικά και του «Βοήθεια στο σπίτι» ειδικά περιλαμβάνει:

- συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη των ωφελούμενων και των οικογενειών τους (άμεσα και έμμεσα ωφελούμενοι),
- πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα,
- οικογενειακή φροντίδα ,
- αγωγή υγείας και πρόληψης.

Τα καθήκοντα προσωπικού του προγράμματος, μαζί και του,της κοινωνικού,-ης λειτουργού, είναι τα κάτωθι :

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ/ΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ,

- η αξιολόγηση περιστατικών προς εγγραφή στο πρόγραμμα
- η παροχή κοινωνικής υποστήριξης,
- η δικτύωση με άλλους συναρμόδιους φορείς (επιδόματα ,παροχές, βοηθήματα),
- η παραπομπή περιστατικών ,που δεν άπτονται των υπηρεσιών του προγράμματος,
- η ψυχοθεραπευτική φροντίδα και παρακολούθηση της κατάστασης ψυχικής υγείας των ωφελούμενων,
- η φροντίδα και υποστήριξη του οικείου περιβάλλοντος των ωφελούμενων, .
- η ανάπτυξη εθελοντισμού,
- η τήρηση αρχείων,
- ο προγραμματισμός επισκέψεων,
- η οργάνωση του προσωπικού της δομής και τέλος,
- ο απολογισμός της δομής.

B. ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ,

- η συνεργασία με τον ιατρό της περιοχής (συνήθως αγροτικό),
- η λήψη βιολογικών υγρών (αίμα , ούρα κ.ά.) για μεταφορά στο τοπικό μικροβιολογικό εργαστήριο,
- η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής IM, IV, per os κι εκπαίδευση των ασθενών και φροντιστών σ' αυτό,
- η περιποίηση τραυμάτων- φλεγμονών σε μετεγχειρητικούς ασθενείς- ωφελούμενους του προγράμματος,
- η συνοδεία σε διάφορες υπηρεσίες,
- η διοργάνωση ενημερωτικών ημερίδων για την προαγωγή της υγείας και του πολιτισμού,
- οι εμβολιασμοί,
- ο προγραμματισμός προληπτικών εξετάσεων.

Ας τονιστεί εδώ ο ρόλος του Νοσηλευτή που είναι τριπλός:

1ον του εκτελεστή , με έργο του τόσο την πρόληψη παραμορφώσεων- συρρικνώσεων όσο και την πρόληψη και θεραπεία κατακλίσεων με συνοδές διατροφικές συστάσεις, 2ον του εκπαιδευτή, με στόχο την αυτοεξυπηρέτηση του αρρώστου, μέσω της διδασκαλίας και της ενθάρρυνσης, και 3ον του συντονιστή, μεταξύ ιατρού, φυσιοθεραπευτή και οικογένειας(ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΙΟΥ- ΑΛΕΞΟΓΛΟΥ «ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ», ΑΘΗΝΑ 1988)

Γ. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΒΟΗΘΟΥ,

- η προμήθεια ειδών άμεσης ανάγκης,
- η διεκπεραίωση εξωτερικών εργασιών (λογαριασμοί, καθαριστήριο, λαϊκή αγορά)
- η προετοιμασία φαγητού και σίτιση του ωφελούμενου,
- η υποβοήθηση στη μετακίνηση και η συντροφιά, καθώς και
- η φροντίδα κλίνης του ωφελούμενου.

5.4 Παρουσίαση του τρόπου και της συχνότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

Η δομή των Καμένων Βούρλων οργανώνει τις επισκέψεις στους ωφελούμενους του δήμου, ως εξής: την Δευτέρα στο Ρεγγίни, την Τρίτη και Τετάρτη στα Καμένα Βούρλα, την Πέμπτη στην Καρυά και την Παρασκευή στο Καινούριο. Βέβαια, πάντα σύμφωνα με τις ανάγκες των ωφελούμενων, οι οποίοι και επικοινωνούν με τη δομή και η δομή μαζί τους, προς τον αμοιβαίο προσπορισμό των αγαθών της καλής συνεργασίας, που είναι κυρίως η ταχεία ανταπόκριση του προσωπικού στις ανάγκες των χρηστών.

Οι ώρες λειτουργίας του προγράμματος είναι: Δευτέρα – Παρασκευή 8 – 2 μ.μ.

Το πρόγραμμα λειτουργεί με την συνεπικουρία των δημόσιων υπηρεσιών, τοπικών και όμορων, καθώς και άλλων, όπως: Φορείς ΟΤΑ, όπως τα ΚΑΠΗ όμορης δημοτικής ενότητας Μώλου, ΚΔΑΥ Λαμίας, Εκκλησία, για την ενημέρωση για μέλος του ποιμνίου της, Μη Κερδοσκοπικοί Οργανισμοί, όπως τον «ΣΥΝ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ» για τη μεσιτεία σε θέματα υλικοτεχνικής δωρεάς, Ερυθρός Σταυρός, για διανομή πακέτων αγάπης κυρίως Χριστούγεννα – Πάσχα, Αγροτικό Ιατρείο, για τις συνταγογραφήσεις (έλεγχος τυχόν υπερφαρμακείας), αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών σε ωφελούμενους (άμεσων, έμμεσων, ή μη).

Στις εργασίες της κάθε δομής υπάγεται και η συμπλήρωση του στατιστικού δελτίου προς απολογισμό μηνός και προς συστηματοποίηση της εργασίας, στο οποίο και καταγράφονται: Α) Συνολικός αριθμός εξυπηρετούμενων στο πρόγραμμα Β) Συνολικός αριθμός διενεργούμενων παρεμβάσεων Γ) Αριθμός νέων εισαγωγών στο πρόγραμμα Δ) Αριθμός ημερήσιων επισκέψεων κατ'οίκον Ε) Αριθμός διενεργούμενων παρεμβάσεων ανά κατηγορία, όπως: 1)Λήψη ιστορικού κι εκτίμηση, 2)Εκτίμηση αναγκών και συνθηκών, 3)Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων, 4)Διδασκαλία για φροντίδα ατομικής υγιεινής, 5)Έλεγχος βιβλιαρίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης,6)Εκτίμηση και αντιμετώπιση πόνου, 7)Φροντίδα δέρματος (αλλαγές τραυμάτων, περιποίηση κατακλίσεων ή παρά φύση έδρας.

5.5 Προβλήματα στη λειτουργία της δομής

Στα Καμένα Βούρλα το πρόγραμμα εξυπηρετεί 19 χρήστες. Ο μικρός αριθμός χρηστών αποδίδεται κυρίως στην έλλειψη κοινωνικού λειτουργού, που είναι η αρμόζουσα ειδικότητα, απαραίτητη σε κάθε δομή τόσο για εισαγωγή και εγγραφή μεγαλύτερου αριθμού ατόμων στο πρόγραμμα, όσο και για την οργάνωση του υπάρχοντος αριθμού ωφελούμενων. Βέβαια, το λιγιστό προσωπικό και ο επαγωγικά μικρός αριθμός χρηστών του προγράμματος είναι πράγμα μάλλον συνηθισμένο στην ελληνική επικράτεια, με το προσωπικό των «Βοήθεια στο Σπίτι» να εμφανίζεται ανεπαρκές στην κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων, λόγω αριθμητικής υστέρησης του προσωπικού, όπως καταγράφηκε και στη δομή της Χίου (Αλεξιάς και Φλάμου, 2007).

6.ΕΡΕΥΝΑ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ» ΣΤΑ ΚΑΜΕΝΑ ΒΟΥΡΛΑ

6.1Σκοπός της παρούσας έρευνας

Σκοπός της παρούσης είναι η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των άμεσα ωφελούμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» των Καμένων Βούρλων. Και απώτερη σκοπιμότητα αυτής της έρευνας είναι η χρησιμοποίησή της και προς βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας των ηλικιωμένων γενικά, και του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» ειδικότερα, αλλά και ο πολλαπλασιασμός των δράσεων κοινωνικής προστασίας του δήμου.

6.2Μεθοδολογία της παρούσας έρευνας

Εδώ περιγράφεται η ερευνητική διαδικασία, ο τρόπος επιλογής του δείγματος και η κατάρτιση του ερωτηματολογίου.

6.2.αΠληθυσμός έρευνας

Τον στατιστικό πληθυσμό, το δείγμα στην έρευνά μου αποτελούν οι 19 ωφελούμενοι χρήστες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» των Καμένων Βούρλων, που είναι το σύνολο των χρηστών του προγράμματος. Οι 19 χρήστες του προγράμματος λοιπόν αποτελούν τις 19 στατιστικές μονάδες για την έρευνά μου (Χαλικιάς & Μανωλέσου & Λάλου «Μεθοδολογία Έρευνας και Εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων με το IBM SPSS STATISTICS», Ελληνικά Ακαδημαϊκά Συγγράμματα και Βοηθήματα, 2015).

6.2.βΣχεδιασμός ερέυνης

Η παρούσα έρευνα υπάγεται στις περιγραφικές έρευνες, καθώς με τη χρήση του ερωτηματολογίου γίνεται προσπάθεια αποτύπωσης των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών μιας συγκεκριμένης κατάστασης, προς ανάλυση, μέσω της συλλογής πληροφοριών.

6.2.γΕπιλογή του τρόπου συλλογής στοιχείων ερέυνης

Αρχικά, αιτήθηκα την έγγραφη συγκατάθεση της «Παρέμβασης», ως φορέα υλοποίησης των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» του νομού Φθιώτιδας, ώστε να μου επιτραπεί η διεξαγωγή έρευνας αξιολόγησης του προγράμματος ως προς το βαθμό ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων, στη δομή των Καμένων Βούρλων. Με την

συγκατάθεση της «Παρέμβασης», επιτράπηκε η διεξαγωγή της έρευνας, υπό τον όρο η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου να γίνει μέσω του προσωπικού του προγράμματος, χωρίς την δική μου παρουσία, προς διαφύλαξη της ανωνυμίας και του γενικότερου απορρήτου των χρηστών του προγράμματος. Αφού παρέδωσα στη δομή τα 19 ερωτηματολόγια και όπως είχε η ομάδα ήδη ενημερωθεί από την «Παρέμβαση», ορίστηκε η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων να πραγματοποιηθεί στο σπίτι του κάθε εξυπηρετούμενου, παρουσία του προσωπικού του « Βοήθεια στο Σπίτι» των Καμένων Βούρλων (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄).

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε από το προσωπικό του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» των Καμένων Βούρλων στους άμεσα ωφελούμενους του προγράμματος στην πόλη των Καμένων Βούρλων, και είχε προηγηθεί ενημέρωση ωφελούμενων για την πρόθεση διενέργειας έρευνας με ερωτηματολόγιο από το προσωπικό του προγράμματος και διαβεβαίωση σχετική με την ανωνυμία των ερωτηματολογίων και τον εθελοντικό χαρακτήρα της έρευνας. Ο αριθμός των ωφελούμενων του προγράμματος είναι 19, όσοι ακριβώς και οι χρήστες του προγράμματος. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και σε κατάσταση υγείας των ερωτώμενων, που να επιτρέπει την αντίληψη στην ερώτηση και την ανταπόκριση σ' αυτή. Κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν παρούσες η νοσηλεύτρια και η οικογενειακή βοηθός του προγράμματος. Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, που κράτησε 25 λεπτά της ώρας, τα άτομα παροτρύνθηκαν να απαντήσουν αυθόρμητα, βάσει της προσωπικής τους εμπειρίας, ως άμεσα ωφελούμενοι του προγράμματος. Μετά τη συλλογή των στοιχείων, ακολούθησε περιγραφική ανάλυση των δεδομένων, με αλληλουχία, καθ' ομοιότητα της σειράς των ερωτήσεων στο έντυπο του ερωτηματολογίου, ήτοι πρώτα τα δημογραφικά στοιχεία και στη συνέχεια της ερωτήσεις έρευνας.

6.2.δΕργαλεία ερεύνης

Η παρούσα έρευνα περιλαμβάνει συλλογή πρωτογενών στοιχείων, με εργαλείο το ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλαμβάνει: ερωτήσεις κλειστού τύπου με περιορισμένο εύρος απαντήσεων και διαιρείται σε 2 μέρη, τα Δημογραφικά στοιχεία του συμμετέχοντος και τις ερωτήσεις της έρευνας. Αναφορικά με τα Δημογραφικά στοιχεία, τέθηκαν οι ποιοτικές μη διατάξιμες μεταβλητές, όπως: 1ΦΥΛΟ, 2ΗΛΙΚΙΑ, 3ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ, 4ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ, 5ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ, 6ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ, 7ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ, 8ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ, ΠΟΙΟΣ ΑΛΛΟΣ ΣΑΣ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΒΟΗΘΕΙΑ, με απαντήσεις περιορισμένου εύρους. Αναφορικά δε, με τη δεύτερη σελίδα του ερωτηματολογίου, το είδος των ερωτήσεων είναι κλειστού τύπου και περιορισμένου εύρους απαντήσεων, με 5 στήλες δυνητικών απαντήσεων ως ποιοτικές διατάξιμες μεταβλητές, όπως στήλη1ΔΙΑΦΩΝΩ, στήλη2ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ, στήλη3ΟΥΤΕΔΙΑΦΩΝΩ- ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝΩ, στήλη4ΣΥΜΦΩΝΩ, στήλη5ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ. Για την κατάρτιση του ερωτηματολογίου προηγήθηκε εκτενής βιβλιογραφική μελέτη και συζητήσεις με το προσωπικό της δομής του «Βοήθεια στο Σπίτι» Καμένων Βούρλων, για τα προβλήματα και τις προτάσεις της ομάδας, σχετικά με τους άμεσα και έμμεσα ωφελούμενους και την πορεία του προγράμματος, στην έδρα της δομής που τυγχάνει συσκεπής με το Αγροτικό Ιατρείο των Καμένων Βούρλων. Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνήτρια, σε συνεργασία με τον επιβλέποντα καθηγητή και περιέχει 2 μέρη- σελίδες, όπου η μία σελίδα περιέχει 8 δημογραφικές

ερωτήσεις και η άλλη σελίδα περιέχει 10 ερωτήσεις ερεύνης, που αφορούν τις ερευνητικές υποθέσεις της ερευνήτριας (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄).

Το βασικό κριτήριο συμμετοχής στην έρευνα ήταν η εθελοντική συμμετοχή των ωφελουμένων και η κατάσταση της υγείας τους να το επιτρέπει.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν το 2^ο δεκαπενθήμερο του Φεβρουαρίου του 2019 στους 19 εξυπηρετούμενους του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» των Καμένων Βούρλων, ηλικιωμένους άνω των 60 ετών, οι οποίοι αποτελούν το στατιστικό πληθυσμό, που περιλαμβάνει 19 στατιστικές μονάδες, άνδρες και γυναίκες, για να διαπιστωθούν οι ομοιότητες και οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Το δείγμα είναι ακραιφνές καθώς οι 19 ερωτηθέντες είναι και οι μόνοι χρήστες του προγράμματος, άρα και αντιπροσωπευτικό δείγμα, στην πόλη των Καμένων Βούρλων, όπου και διενεργείται η παρούσα έρευνα.

6.3 Ερευνητικές υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις, που θα καταβληθεί προσπάθεια να απαντηθούν στη μελέτη είναι οι επόμενες: α) εάν υπάρχει ικανοποίηση από την κοινωνικο-οικονομική αλλαγή στη ζωή των εξυπηρετούμενων λόγω της συμμετοχής στο πρόγραμμα, β) εάν υπάρχει ικανοποίηση από τη συμπεριφορά του προσωπικού του προγράμματος γ) εάν υπάρχει προσωπική ικανοποίηση από την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Και εν συνεχεία, θα αναλυθούν με βάση το φύλο ως ανεξάρτητη μεταβλητή, οπότε :δ) εάν υπάρχει επίδραση του φύλου στην ικανοποίηση από την κοινωνικο-οικονομική αλλαγή στη ζωή των εξυπηρετούμενων λόγω της συμμετοχής στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ε) εάν υπάρχει επίδραση του φύλου στην ικανοποίηση από τη συμπεριφορά του προσωπικού του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», στ) εάν υπάρχει επίδραση του φύλου στην προσωπική ικανοποίηση από την αποτελεσματικότητα του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», και στ) εάν οι χρήστες του προγράμματος θεωρούν ότι πρέπει να προστεθούν ειδικότητες προς βελτίωση της λειτουργίας του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».

6.4 Δυσκολίες της έρευνας

Οι δυσκολίες που αντιμετωπίστηκαν ήταν δύο. Η βασική δυσκολία σημειώνεται στο γεγονός ότι καθώς πρόκειται για την πρώτη έρευνα στη συγκεκριμένη δομή, από ενάρξιάς της, τον Οκτώβρη του 2003, υπήρξε ένα κλίμα ελαφράς δυσπιστίας, εκ μέρους της Διευθύντριας Εταιρείας, το οποίο αντιμετωπίστηκε έγκαιρα και επιτυχώς από την αρχή της έρευνας, οπότε και η έρευνα τελεσφόρησε γόνιμα, μετά και την έγγραφη εκ μέρους μου διαβεβαίωση διαφύλαξης του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων των εξυπηρετούμενων του προγράμματος (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄).

Όσον αφορά στη δεύτερη δυσκολία, αυτή παρουσιάστηκε κατά το 15^ο ήμερο διεξαγωγής της έρευνας, όταν εντοπίστηκαν 7 αναλφάβητοι συμμετέχοντες- γεγονός που αντιμετωπίστηκε με την ανάγνωση του ερωτηματολογίου από το προσωπικό του προγράμματος και τη συμπλήρωση με σταυρό από τους εν λόγω συμμετέχοντες της έρευνας και χρήστες του προγράμματος.

7. ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται τα δεδομένα που προκύπτουν από την διενεργηθείσα έρευνα. Μάλιστα, ακολουθεί παράθεση των δημογραφικών δεδομένων, προϊόντα του ερωτηματολογίου, με αποτελέσματα σχετικά με τις ποιοτικές μη διατάξιμες μεταβλητές, όπως το φύλο, την ηλικία, την εκπαιδευτική βαθμίδα, την οικογενειακή κατάσταση, το μηνιαίο εισόδημα, την περίοδο συμμετοχής στο πρόγραμμα, τη συχνότητα επισκέψεων και την ύπαρξη άλλης, εκτός του προγράμματος βοήθειας του εθελοντή-ερωτώμενου στην έρευνα. Εν συνεχεία, αναλύονται οι 10 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που αφορούν στους τρεις άξονες:

1. της ικανοποίησης από τη συμπεριφορά και τις δεξιότητες του προσωπικού του προγράμματος,

2. της προσωπικής ικανοποίησης από την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, και

3. της ικανοποίησης από την οικονομικο-κοινωνική βελτίωση λόγω της συμμετοχής στο πρόγραμμα.

Τέλος, θα γίνει συσχέτιση των τριών αυτών αξόνων με την ανεξάρτητη μεταβλητή του φύλου των εθελοντών-ερωτώμενων χρηστών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» των Καμένων Βούρλων.

Διάγραμμα 1: Ωφελούμενοι ανά φύλο

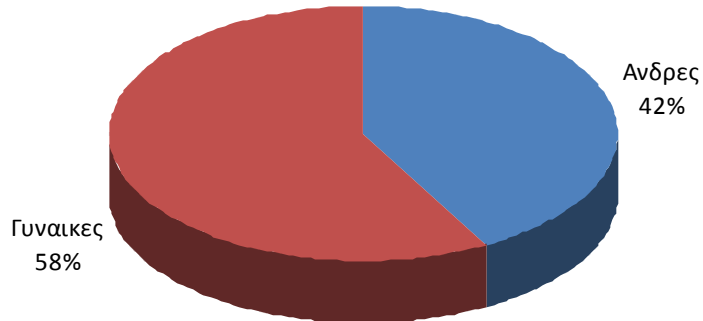
7α Περιγραφή των δημογραφικών στοιχείων των συμμετεχόντων στην έρευνα

Ο στατιστικός πληθυσμός και συνολικός αριθμός του δείγματος είναι 19 συμμετέχοντες, εκ των οποίων οι 8, δηλαδή το 42% είναι άνδρες και οι 11, δηλαδή το 58% είναι γυναίκες (Διάγραμμα1).

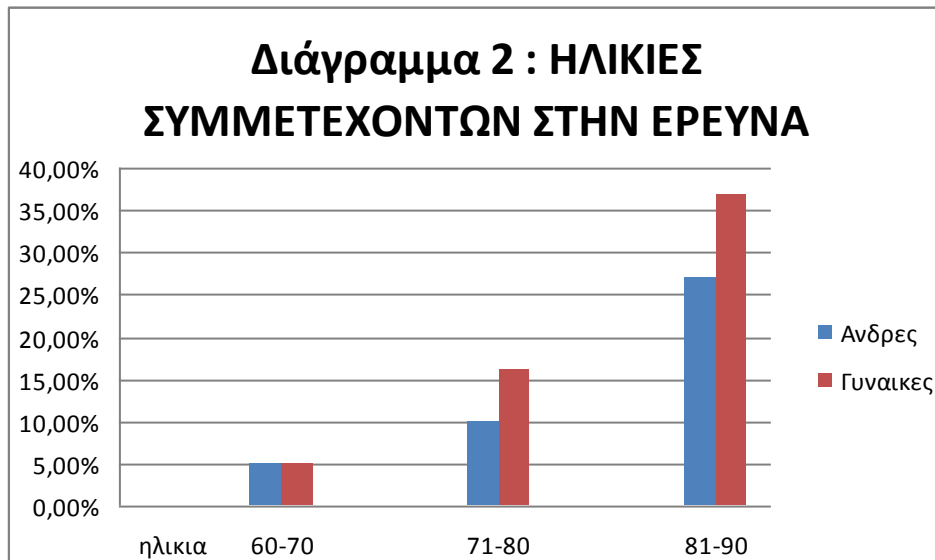
Στην ηλικιακή ομάδα 60-70 χρονών ανήκει το 10%, εκ των οποίων το 5% άνδρες, δηλαδή 1 άνδρας και το 5% είναι γυναίκες, δηλαδή 1 γυναίκα. Στη δεύτερη ηλικιακή ομάδα 71- 80 χρονών ανήκει το 26%, εκ των οποίων το 10%, δηλαδή 2 είναι άνδρες και το 16%, δηλαδή 3 είναι γυναίκες. Στην τρίτη ηλικιακή ομάδα 81- 90 χρονών ανήκει το 64%, εκ των οποίων το 27%, δηλαδή 5 είναι άνδρες και το 37%, δηλαδή 7 είναι γυναίκες (Διάγραμμα2).

Το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος είναι αναλφάβητοι σε ποσοστό 37%, εκ των οποίων το 16%, δηλαδή 3 είναι άνδρες και το 21%, δηλαδή 4 είναι γυναίκες, δημοτικής εκπαίδευσης είναι το 48%, εκ των οποίων το 11%, δηλαδή 2 είναι άνδρες και το 37%, δηλαδή 7 είναι γυναίκες, απόφοιτος Γυμνασίου το 5%, δηλαδή 1 άνδρας, απόφοιτος Λυκείου είναι το 5%, δηλαδή 1 άνδρας, και απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης το 5%, δηλαδή 1 άνδρας (Διάγραμμα3).

**Διαγραμμα 1 : Συμμετοχη
Εθελοντων στην Ερευνα**

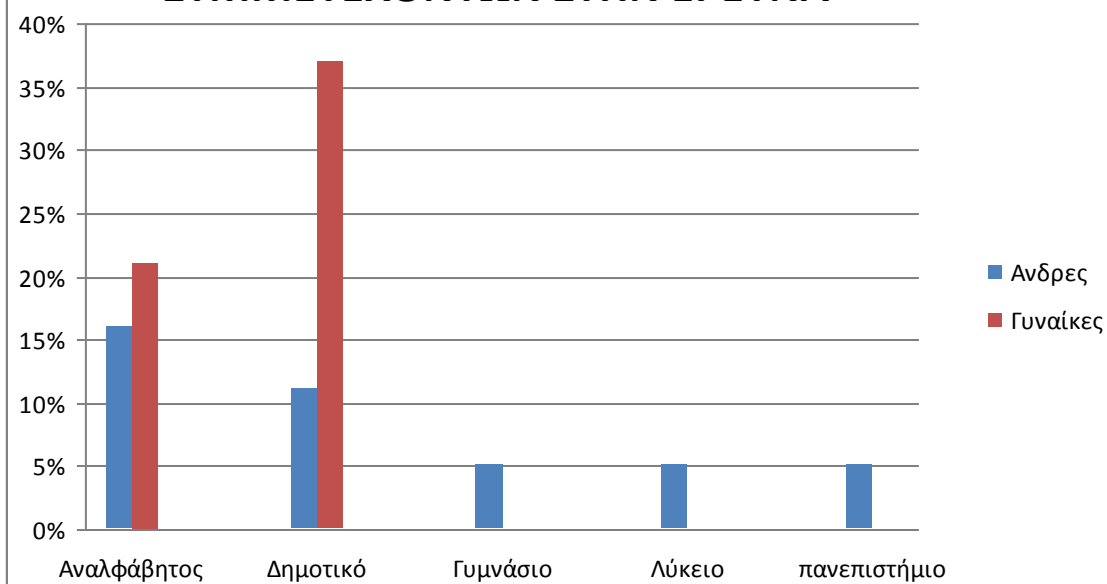


Διάγραμμα 2: Ωφελούμενοι ανά ηλικιακή ομάδα ανά φύλο



Διάγραμμα 3: Ωφελούμενοι ανά εκπαιδευτική βαθμίδα ανά φύλο

Διάγραμμα 3 ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

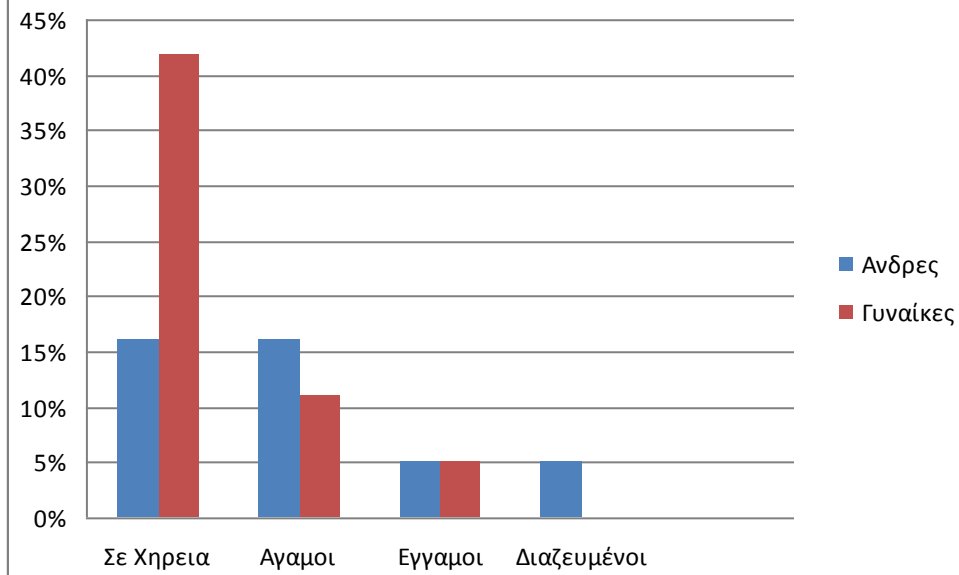


Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, το 10% απάντησαν έγγαμοι, εκ των οποίων 5% άνδρες, δηλαδή 1 άνδρας και 5% γυναίκες, δηλαδή 1 γυναίκα, το 58% απάντησαν χήροι, εκ των οποίων 16% χήροι, δηλαδή 3 άνδρες και 42% χήρες, δηλαδή 8 γυναίκες, το 27% απάντησαν άγαμοι, εκ των οποίων το 16%, δηλαδή 3 άνδρες και το 11%, δηλαδή 2 γυναίκες, και το 3%, δηλαδή 1 άνδρας, απάντησε διαζευγμένος (Διάγραμμα 4). Ως προς το μηνιαίο εισόδημα των ερωτηθέντων παρατηρείται η πλειοψηφία, σε ποσοστό 58%,

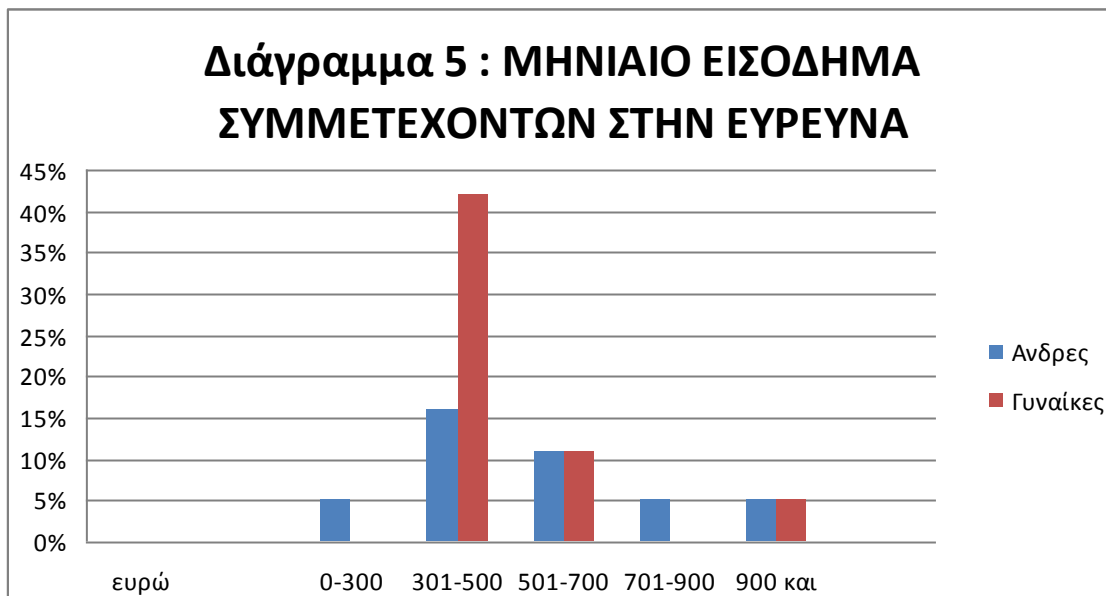
δηλαδή 11 άτομα, εκ των οποίων 3 άνδρες και 8 γυναίκες, με εισόδημα 301- 500ευρώ, το 5%, δηλαδή 1 άτομο, που είναι άνδρας, με εισόδημα μικρότερο των 300ευρώ, το 22%, δηλαδή 4 άτομα, εκ των οποίων 2 άνδρες και 2 γυναίκες, με εισόδημα της τάξης των 501- 700 ευρώ, το 5%, δηλαδή 1 άτομο, που είναι άνδρας, με εισόδημα της τάξης των 701-900 ευρώ και το 10%, δηλαδή 2 άτομα, εκ των οποίων 1 άνδρας και 1 γυναίκα, με εισόδημα μεγαλύτερο των 900 ευρώ (Διάγραμμα 5).

Διάγραμμα 4: Οικογενειακή κατάσταση ωφελουμένων- συμμετεχόντων στην έρευνα ανά φύλο

Διάγραμμα 4: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ



Διάγραμμα 5: Μηνιαίο εισόδημα ωφελούμενων- συμμετεχόντων στην έρευνα ανά φύλο



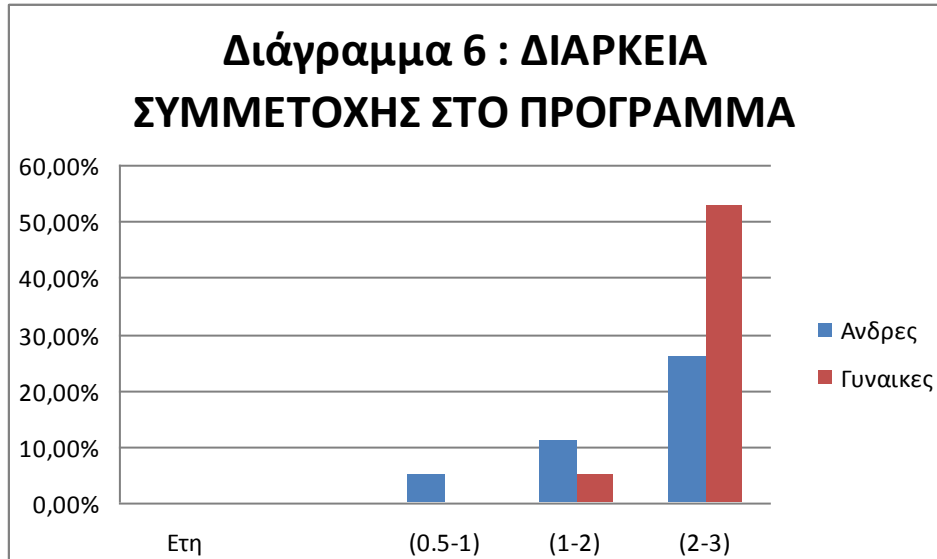
Στα δημογραφικά δεδομένα του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικές με τη συχνότητα των επισκέψεων του προγράμματος

«Βοήθεια στο Σπίτι», την περίοδο συμμετοχής στο πρόγραμμα, καθώς και την ύπαρξη ή μη ύπαρξη άλλης βοήθειας εκτός των υπηρεσιών του προγράμματος. Η έρευνα έδειξε το 79%,

δηλαδή 15 άτομα, εκ των οποίων 5 άνδρες και 10 γυναίκες, που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων, ότι είναι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα για

περίοδο 2- 3 χρόνια, το 16%, δηλαδή 3 άτομα, εκ των οποίων 2 άνδρες και 1 γυναίκα, για περίοδο 1- 2 χρόνια, το 5%, δηλαδή 1 άτομο, που είναι άνδρας, για περίοδο 7- 12 μήνες(Διάγραμμα 6).

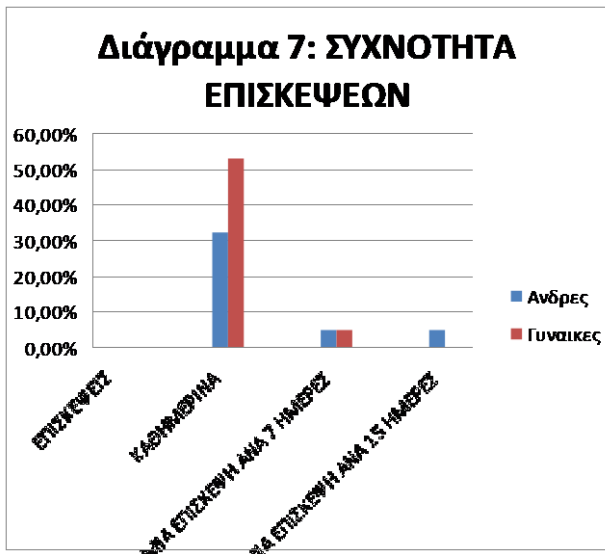
Διάγραμμα 6 : Περίοδος συμμετοχής στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»



Αναφορικά με τη συχνότητα των επισκέψεων στο σπίτι των ωφελούμενων, οι συμμετέχοντες απάντησαν άπαξ εβδομαδιαίως σε ποσοστό 85%, δηλαδή 16 άτομα, εκ των οποίων 6 άνδρες και 10 γυναίκες,

καθημερινά Δευτέρα ως Παρασκευή σε ποσοστό 20%, δηλαδή 2 άτομα, εκ των οποίων 1 άνδρας και 1 γυναίκα, ανά 15νήμερο το 5%, δηλαδή 1 άτομο, που είναι άνδρας(Διάγραμμα 7).

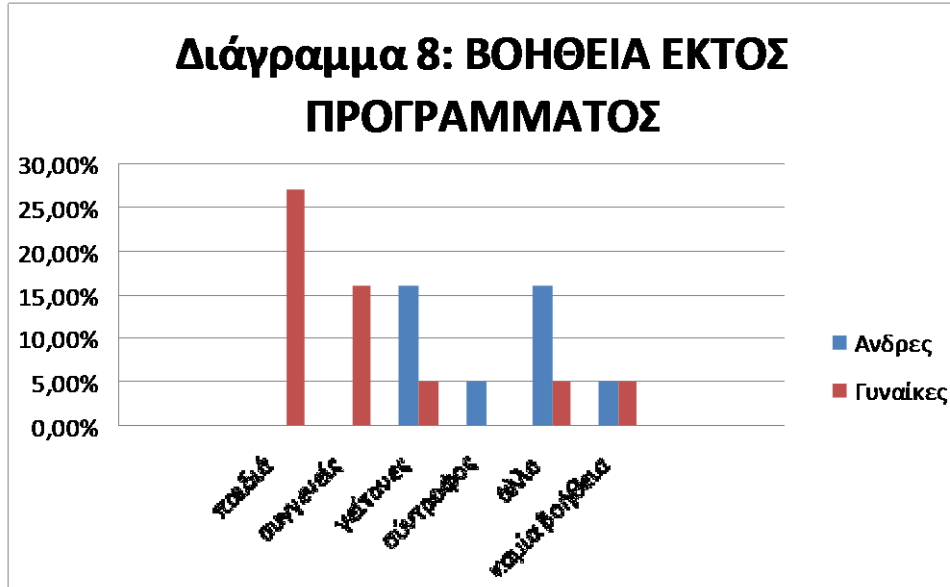
Διάγραμμα 7 : Συχνότητα επισκέψεων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» στο σπίτι των ωφελούμενων



Αρωγοί των ωφελούμενων, εκτός του προσωπικού του προγράμματος είναι τα τέκνα σε ποσοστό 27%, δηλαδή 5 άτομα, που είναι γυναίκες, οι γείτονες και οι άλλοι σε ίδια ποσοστά της τάξης του 21%, εκ των οποίων οι άνδρες είναι 3 και οι γυναίκες 1- και στις δύο

υποομάδες-, οι λοιποί συγγενείς σε ποσοστό 16%, δηλαδή 3 άτομα, εκ των οποίων και οι 3 γυναίκες, κανείς άλλος σε ποσοστό 10%, δηλαδή 2 άτομα, εκ των οποίων 1 άνδρας και 1 γυναίκα, και ο σύντροφος- σύζυγος σε ποσοστό 5%, που είναι άνδρας (Διάγραμμα 8).

Διάγραμμα 8 : Αρωγή άλλη , εκτός του προγράμματος « Βοήθεια στο Σπίτι»



7β Περιορισμοί έρευνας

Η συγκεκριμένη έρευνα, υπόκειται σε δύο περιορισμούς, αφενός γιατί τα αποτελέσματα αναφέρονται σε δείγμα ευκολίας, που είναι η πόλη των Καμένων Βούρλων, και έτσι δεν μπορούν να γενικευθούν σε άλλους πληθυσμούς, και αφετέρου, διότι πρόκειται μεν για μικρό αριθμό 19 συμμετεχόντων- ωφελούμενων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», εκ των οποίων οι 2- γυναίκες- δήλωσαν « δεν θέλω να συμμετάσχω, περιλαμβάνει δε τον συνολικό αριθμό των ωφελούμενων, και για το λόγο αυτό είναι έγκυρο. Άρα στα ερωτήματα της έρευνας έχουν απαντήσει 17 εθελοντές-συμμετέχοντες χρήστες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» των

Καμένων Βούρλων, 8 άνδρες και 9 γυναίκες.

7γ Ανάλυση των αποτελεσμάτων έρευνας

Η αρχική επισήμανση αφορά στις 5 απαντητικές στήλες, οι οποίες στα διαγράμματα συμπύσσονται λόγω όμοιου αποτελέσματος, οπότε συχνά η στήλη1 και η στήλη2 ενώνονται στο ΔΙΑΦΩΝΩ, καθώς και η στήλη4 ενώνεται με τη στήλη5 στο ΣΥΜΦΩΝΩ. Επίσης, η αρνητική ερώτηση7 μεταστρέφεται σε θετική, δηλαδή «το προσωπικό αρνείται να με εξυπηρετήσει σε εργασίες που υπάγονται στα καθήκοντά του» δέχτηκε απαντήσεις αρνητικές όπως ΔΙΑΦΩΝΩ και ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ, οι οποίες

αναλύονται συνυπολογίζοντας το «2 αρνήσεις ισούνται με κατάφαση» και έτσι η ερώτηση αποκτά θετικό πρόσημο και οι απαντώντες στο ΔΙΑΦΩΝΩ και ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ εννοούν «το προσωπικό είναι πρόθυμο να με εξυπηρετήσει σε εργασίες που υπάγονται στα καθήκοντά του».

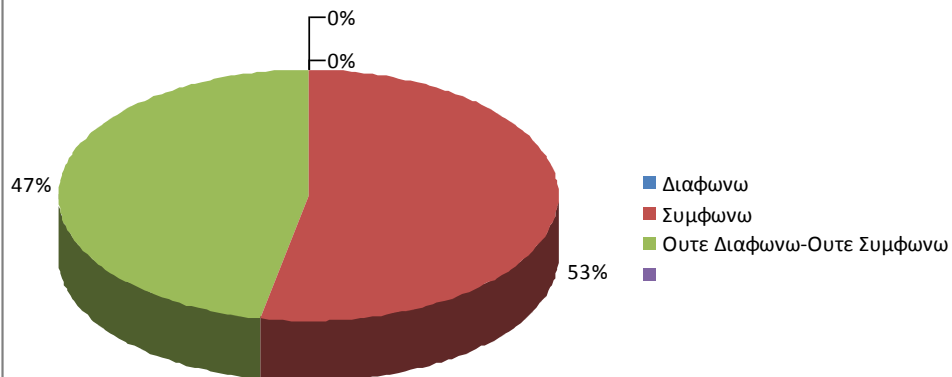
Στη συνέχεια, ακολουθεί ομαδοποίηση των ερωτημάτων προκειμένου την εξαγωγή συμπερασμάτων βασισμένων στους τρεις άξονες- παράγοντες της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» των Καμένων Βούρλων. Αναλυτικότερα:

Η ικανοποίηση από την κοινωνικο-οικονομική αλλαγή περιγράφεται με τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 5, 6. Μάλιστα, η ερώτηση 5 αφορά στην κοινωνική αλλαγή των εξυπηρετούμενων του προγράμματος (διάγραμμα 5), όπου το 12% των αντρών και το 35% των γυναικών, απαντώντας στη στήλη 3 δεν παρατήρησαν κοινωνικο-οικονομική αλλαγή στη ζωή τους, το 6% των ανδρών και το 23% των γυναικών, απαντώντας στη στήλη 4,

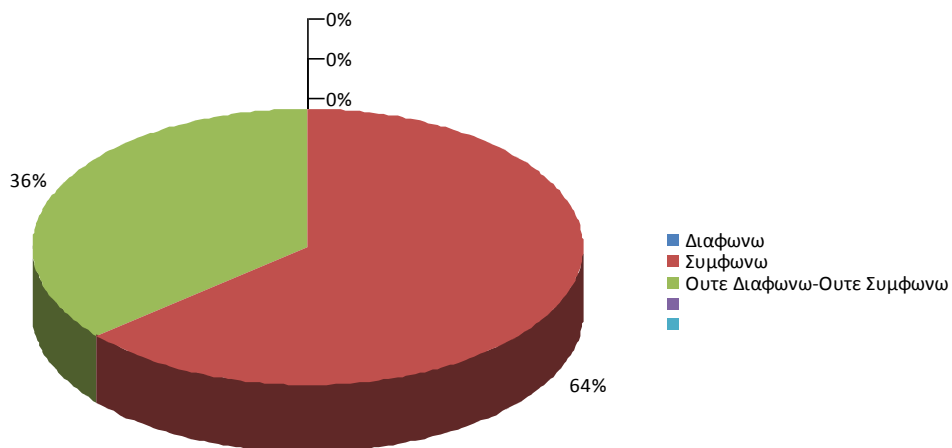
παρατήρησαν σημαντική κοινωνική αλλαγή, ενώ το 12% των αντρών και των γυναικών, απαντώντας στη στήλη 5, παρατήρησαν θεαματική κοινωνική αλλαγή στη ζωή τους από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», και αθροιστικά οι στήλες 4,5=18% άνδρες +35% γυναίκες=53%

Ως προς την ερώτηση 6, που αφορά στην οικονομική αλλαγή της ζωής των εξυπηρετούμενων του προγράμματος (διάγραμμα 6), το 18% των αντρών και γυναικών, απαντώντας στη στήλη 3, δεν παρατήρησαν ιδιαίτερη οικονομική αλλαγή στη ζωή των, το 5% των αντρών και το 35% των γυναικών, απαντώντας στη στήλη 4, παρατήρησαν βελτίωση στην οικονομική τους κατάσταση, και το 12% των αντρών και γυναικών, απαντώντας στη στήλη 5, συμφωνούν στην θεαματική βελτίωση των οικονομικών τους από την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», και αθροιστικά οι στήλες 4,5=17% άνδρες +47% γυναίκες=64%

Διαγραμμα 5: Αισθανομαι ότι βελτιωθηκε η κοινωνικη μου ζωη



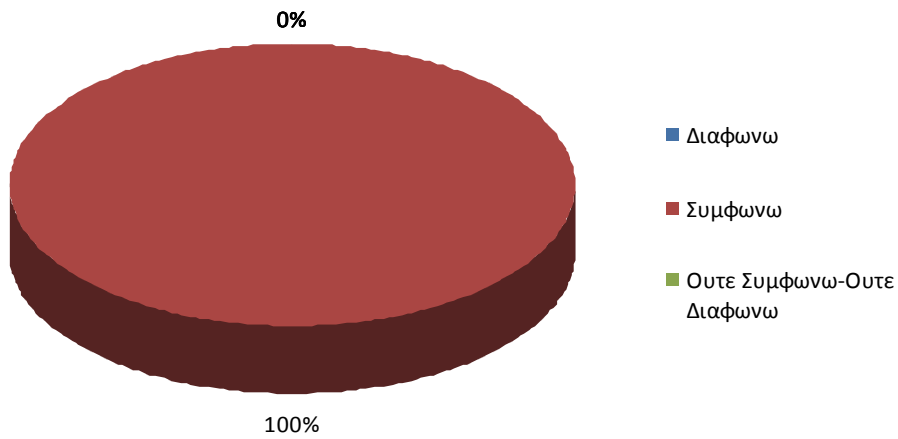
Διαγραμμα 6: Η συμμετοχη μου στο προγραμμα βελτιωσε τα οικονομικα μου



Η προσωπική ικανοποίηση από το πρόγραμμα περιγράφεται με τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 1,9,10. Αναλυτικά, στην ερώτηση 1, σχετικά με την ασφάλεια που αισθάνονται οι εξυπηρετούμενοι που έγκειται στην εμπειρία και τεχνογνωσία του προσωπικού (διάγραμμα 2), το 12% των ανδρών και το 47% των γυναικών, απαντώντας

στη στήλη4, συμφώνησε ότι αισθάνεται ασφάλεια. Επίσης, το 29% των ανδρών και το 12% των γυναικών, απαντώντας στη στήλη5, δήλωσαν απόλυτα ασφαλείς στο πρόγραμμα με το έμπειρο με τεχνογνωσία προσωπικό του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», και αθροιστικά οι στήλες4,5= 41%άνδρες+59%γυναίκες=100% Ακολουθώντας, στην ερώτηση9, τη σχετική με τις προσδοκίες των εξυπηρετούμενων του προγράμματος (διάγραμμα9), το 23% των ανδρών και των γυναικών, απαντώντας στη στήλη1 και τα 6% των ανδρών και 29% των γυναικών, απαντώντας στη στήλη2, και αθροιστικά οι στήλες1,2= 29% άνδρες +52% γυναίκες= 81% , δηλώνουν ότι την μεγάλη ικανοποίηση από την απόδοση του προγράμματος, ενώ το 13% των γυναικών απαντώντας στη στήλη4 και το 6% των ανδρών, απαντώντας στη στήλη5, και αθροιστικά οι στήλες4,5= 13%+ 6%=19%, εκφράζει τη μειωμένη ικανοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Επιπλέον, στην ερώτηση10, σχετικά με το αν θα συνέστηναν το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» (διάγραμμα10), το 6% των ανδρών και το 12% των γυναικών, απαντώντας στη στήλη4, καθώς και το 29% των ανδρών και το 53%, απαντώντας στη στήλη5, και αθροιστικά οι στήλες4,5= 35% άνδρες+ 65% γυναίκες=100%,δηλώνουν ότι θα συνέστηναν ανεπιφύλακτα το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι».

Διαγραμμα 2: Ικανοποίηση από το εμπειρο προσωπικό



Διαγραμμα 9 : Οι προσδοκίες που ειχα για το προγραμμα ηταν λιγοτερες σε σχεση με αυτό που προσφερει



Διαγραμμα 10 : Θα προτεινα το προγραμμα και σε αλλα άτομα

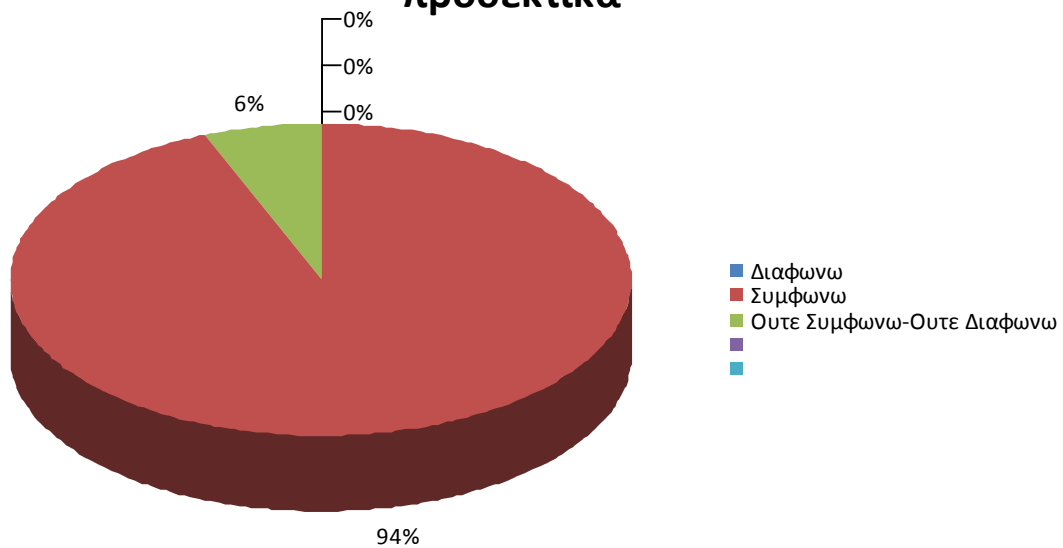


Η ικανοποίηση από τη συμπεριφορά του προσωπικού του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» περιγράφεται με τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 3,4,7,8 (διαγρ.3, 4, 7, 8). Αναλυτικά, στην ερώτηση 3, για το εάν το προσωπικό ακούει προσεκτικά και ευγενικά εξυπηρετούμενους, μόνο το 6% των γυναικών, απαντώντας στη στήλη 3, δήλωσε αδιάφορα ικανοποιημένο, τη στιγμή που το 12% των ανδρών και το 29% των γυναικών, απαντώντας στη στήλη 4, καθώς και το 18% των ανδρών και το 35% των γυναικών απαντώντας στη στήλη 5, και αθροιστικά οι στήλες 4,5= 30% άνδρες+ 64% γυναίκες=94%, εκφράζουν την ικανοποίησή των από το προσωπικό που ακούει προσεκτικά τα λόγια των εξυπηρετούμενων του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Ακολούθως, στην ερώτηση 4, σχετικά με την εμπιστοσύνη στο προσωπικό του προγράμματος, το 12% των ανδρών και το 35% των γυναικών, απαντώντας στη στήλη 4, καθώς και το 24% των ανδρών και το 29% των γυναικών, απαντώντας στη

στήλη 5, και αθροιστικά οι στήλες 4,5= 36% άνδρες+ 64% γυναίκες, δηλώνουν την εμπιστοσύνη στο προσωπικό του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Εν συνεχεία, στην ερώτηση 7, τη σχετική με την προθυμία του προσωπικού του προγράμματος, το 29% των ανδρών και το 36% των γυναικών, απαντώντας στη στήλη 1, καθώς και το 6% των ανδρών και το 29% των γυναικών, απαντώντας στη στήλη 2, και αθροιστικά οι στήλες 1,2= 35% άνδρες+ 65% γυναίκες=100%, αποφαινόμενοι την προθυμία του προσωπικού του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».

Τέλος, στην ερώτηση 8, τη σχετική με την υπευθυνότητα του προσωπικού του προγράμματος, το 18% των ανδρών και το 41% των γυναικών, απαντώντας στη στήλη 4, καθώς και το 5% των ανδρών και το 18% των γυναικών, απαντώντας στη στήλη 5, και αθροιστικά οι στήλες 4,5=23% άνδρες+59% γυναίκες=82%, δηλώνει την εμπιστοσύνη στην υπευθυνότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» των Καμένων Βούρλων.

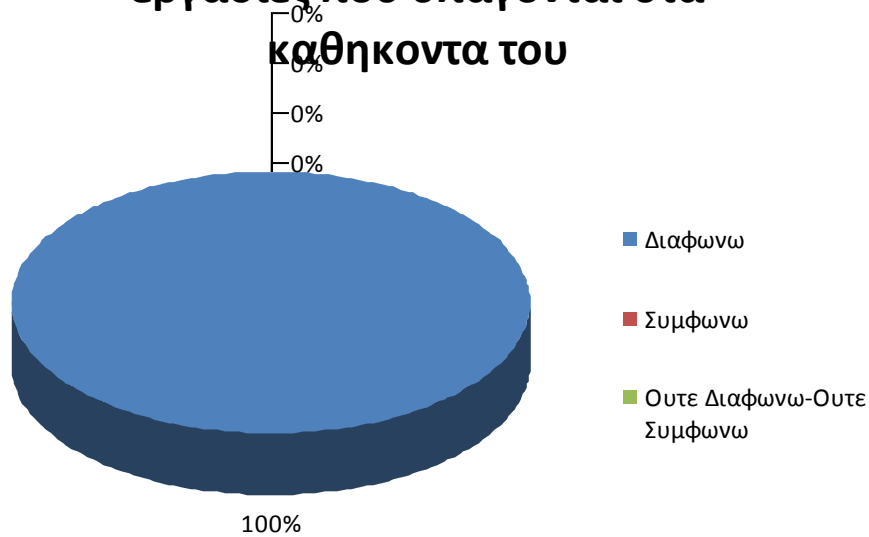
Διαγραμμα 3: Το προσωπικό με ακουει προσεκτικά



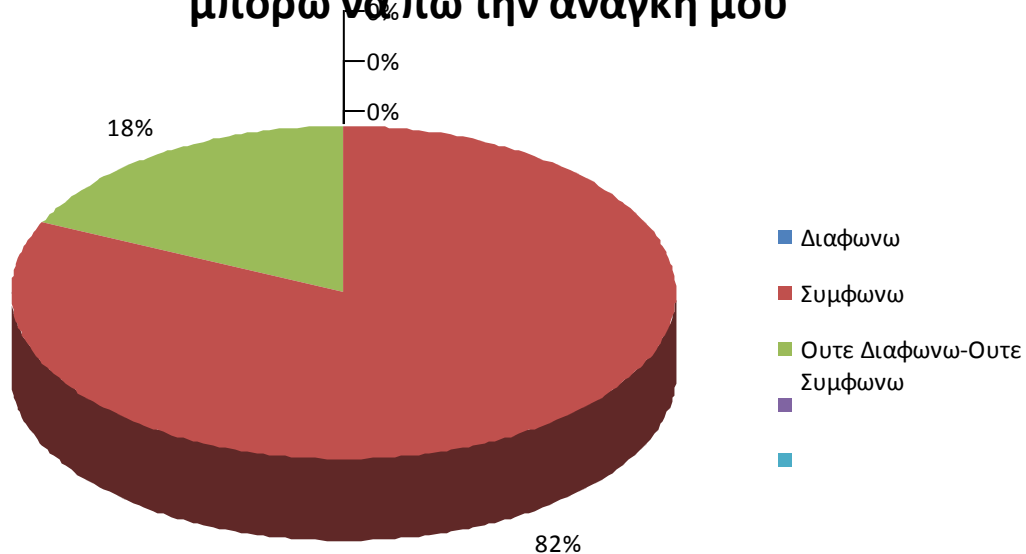
Διαγραμμα 4: Το προσωπικό τηρει το απορρητο των προσωπικων δεδομενων



Διαγραμμα 7: Το προσωπικό αρνείται να με εξυπηρετήσει σε εργασίες που υπαγονται στα καθήκοντά του

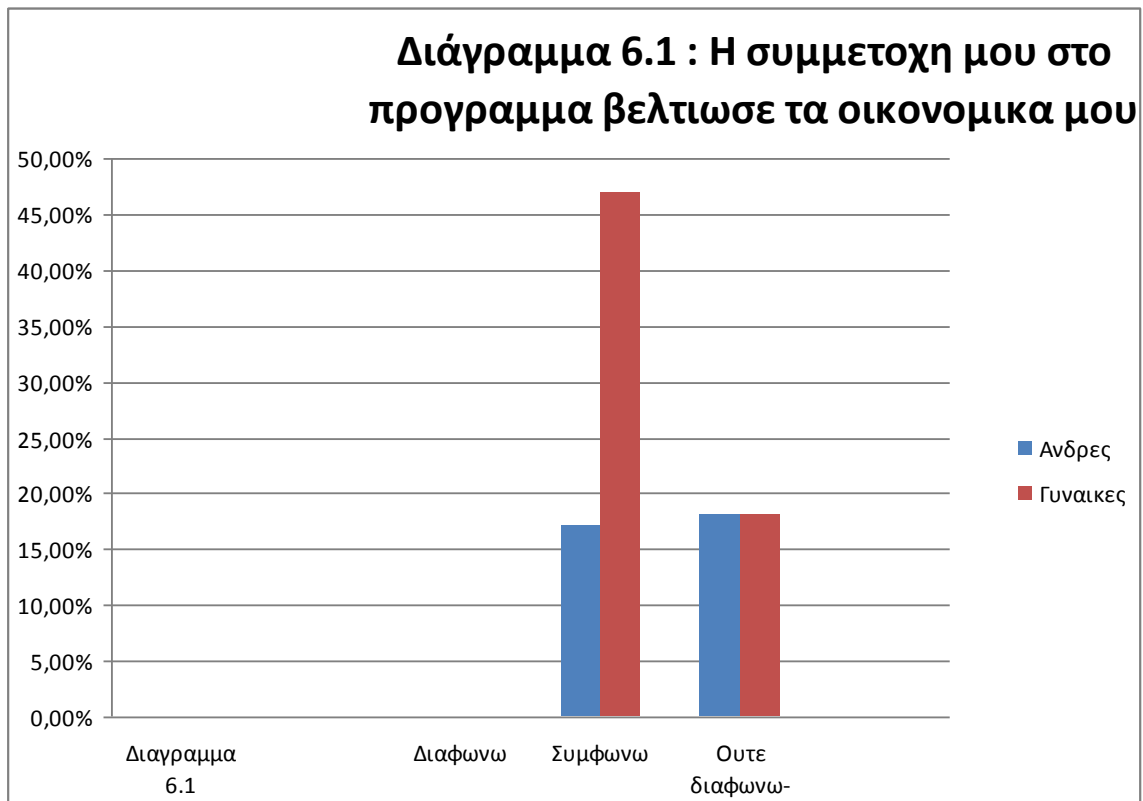
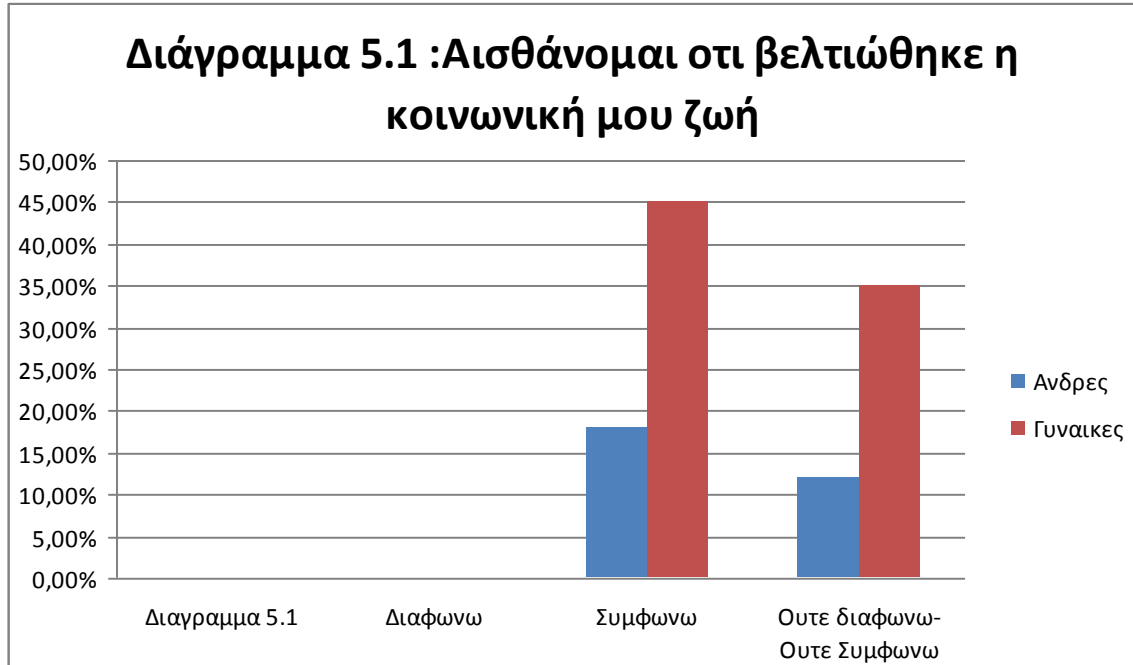


Διαγραμμα 8 : Όταν τηλεφωνώ στην υπηρεσία πάντα υπάρχει κάποιος που μπορώ να πω την ανάγκη μου



Αναφορικά, με τη συσχέτιση των τριών αξόνων με το φύλο συμβαίνουν τα κάτωθι:

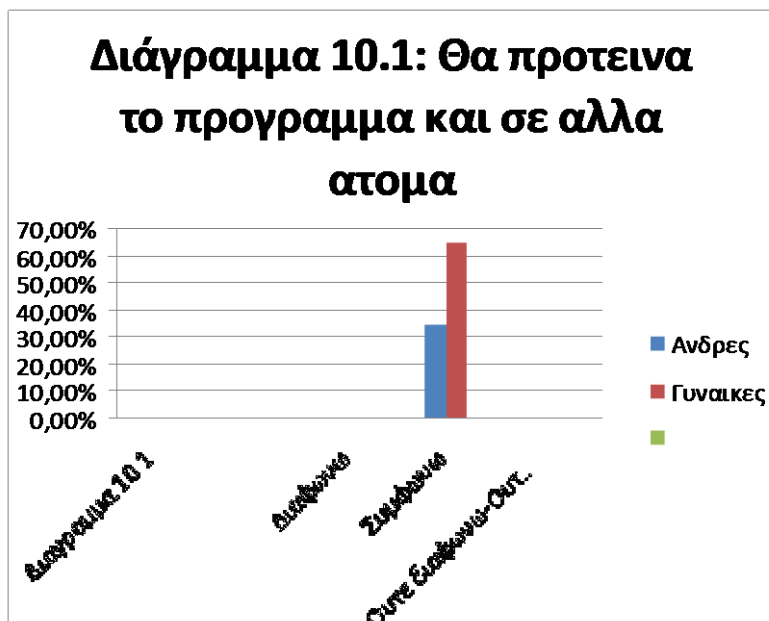
Α) Ως προς την κοινωνικοοικονομική αλλαγή ανδρών & γυναικών του προγράμματος συμβαίνουν τα εξής (διάγραμμα 5.1, 6.1).



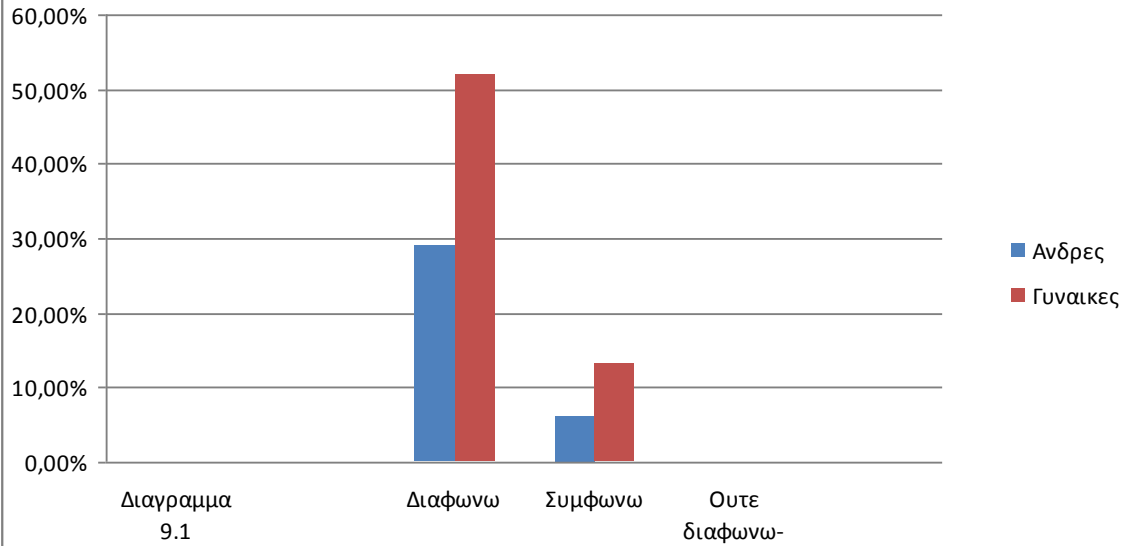
Εδώ παρατηρούμε ότι οι άνδρες εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες στην αλλαγή της κοινωνικής τους ζωής σε ποσοστό 18% έναντι του 35% των γυναικών(άθροισμα στηλών4,5).

Αναφορικά δε, με την οικονομική αλλαγή στη ζωή των συμμετεχόντων, οι άνδρες εμφανίζονται λιγότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες σε ποσοστό17% αντί του 47% των γυναικών (άθροισμα στηλών4,5).

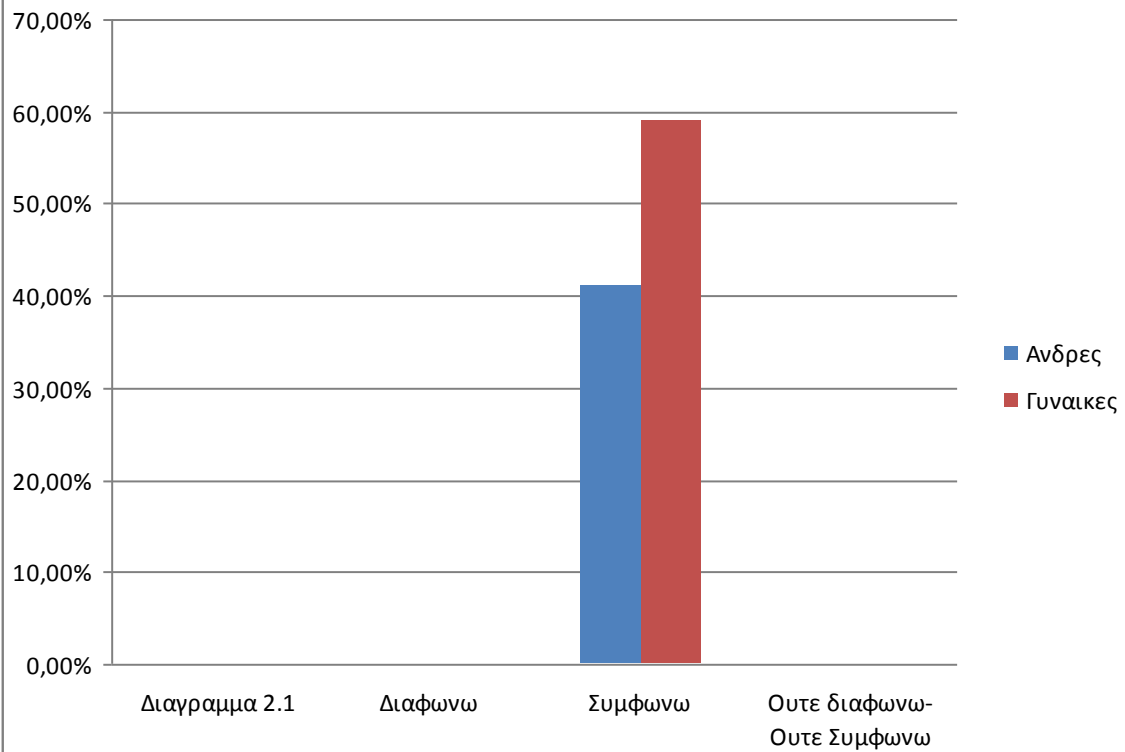
Β) Ως προς την προσωπική ικανοποίηση των συμμετεχόντων ανδρών και γυναικών του προγράμματος, παρατηρούνται τα εξής (διάγραμμα 2.1, 9.1, 10.1): Ως προς τα ερωτήματα1,10 το 100% ποσοστό ανδρών και γυναικών, είναι απόλυτα ικανοποιημένο από την εμπειρία-τεχνογνωσία του προσωπικού και θα το συνέστηναν ανεπιφύλακτα. Στο δε ερώτημα9,οι άνδρες με 29%, ποσοστό μικρότερο του 52% των γυναικών εμφανίζονται λιγότερο ενημερωμένοι και λιγότερο ικανοποιημένοι από την απόδοση του προγράμματος έναντι των γυναικών.



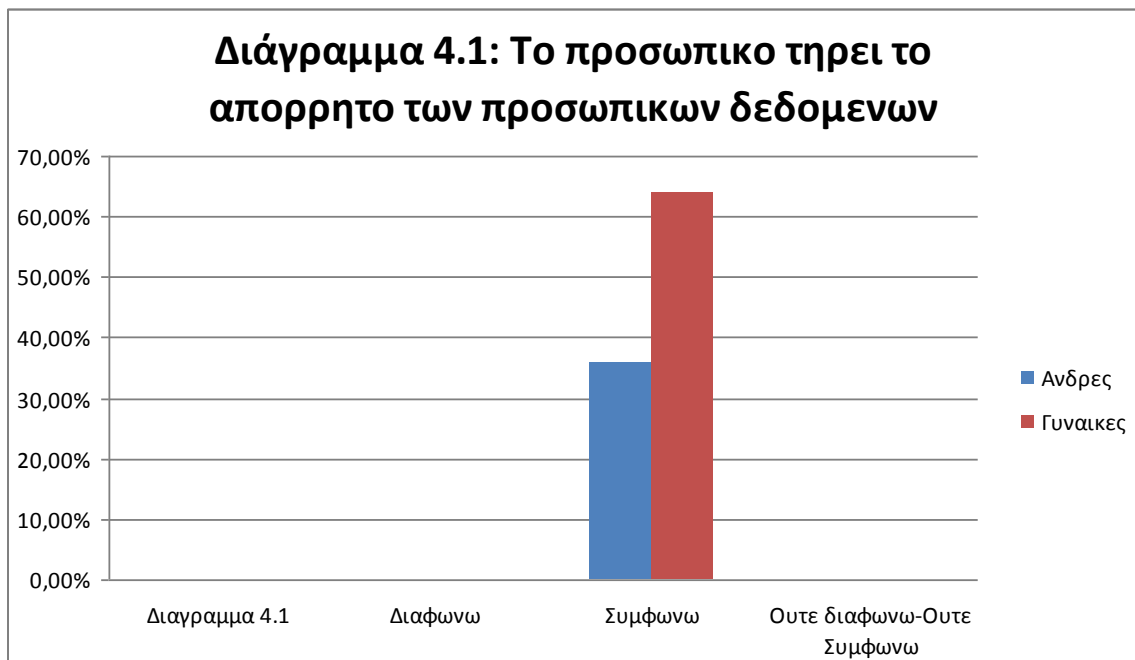
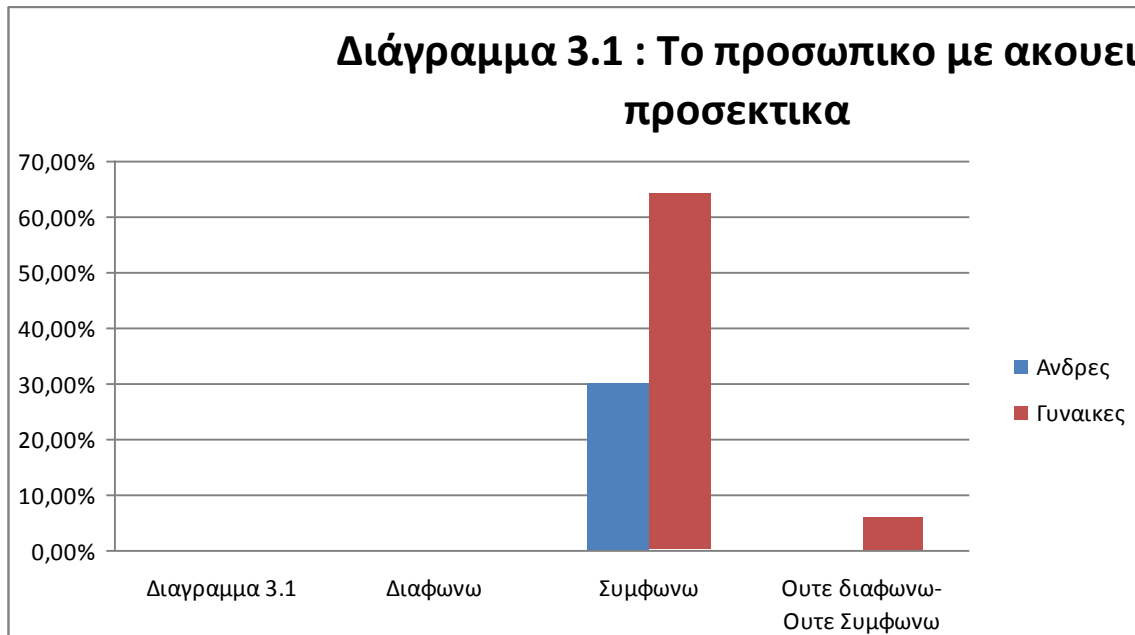
**Διάγραμμα 9.1: Οι προσδοκίες που ειχα για το
προγραμμα ηταν λιγοτερες σε σχεση με αυτο
που προσφερει**



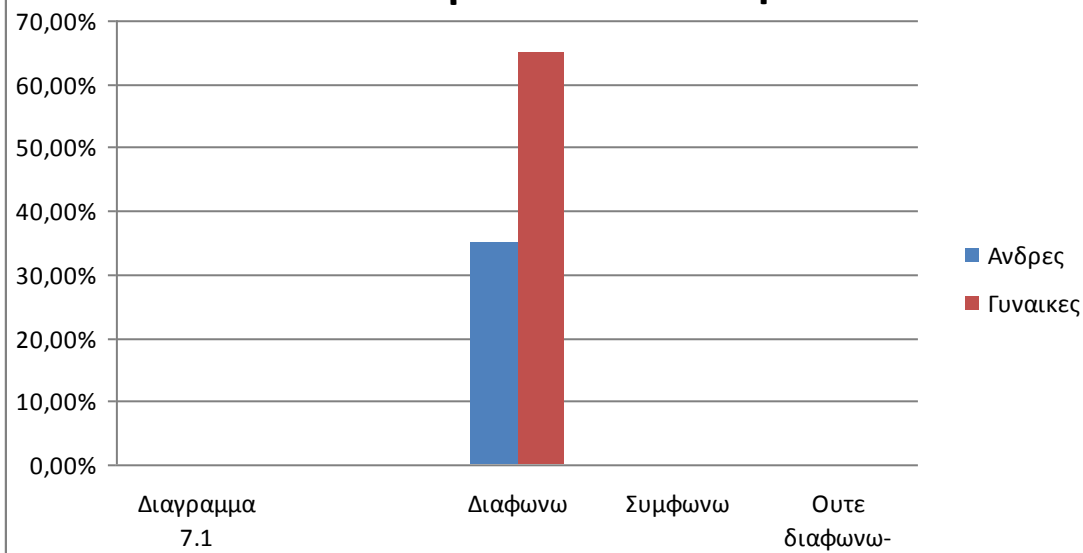
**Διάγραμμα 2.1 : Ικανοποιηση απο το εμπειρο
προσωπικο**



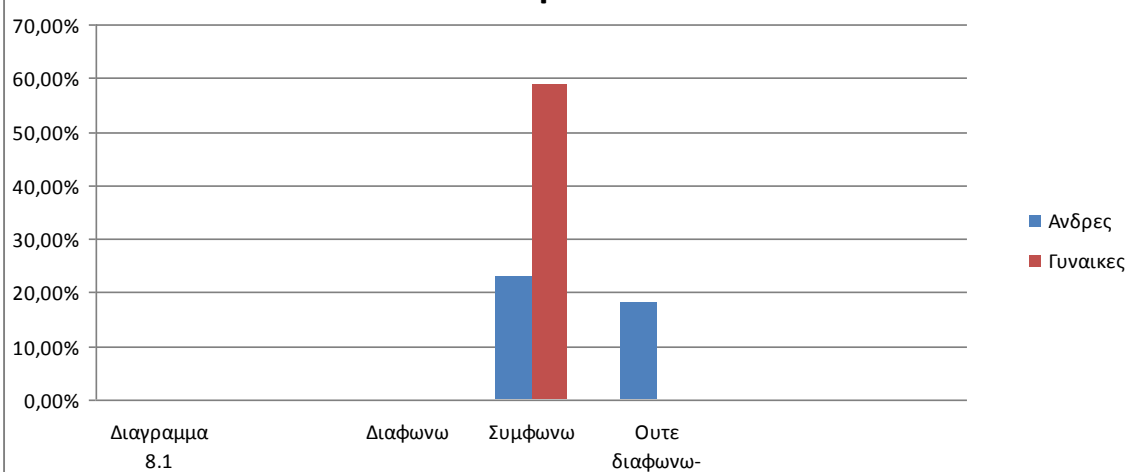
Γ) Αναφορικά με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων ανδρών και γυναικών από τη συμπεριφορά του προσωπικού του προγράμματος αποβαίνουν τα παρακάτω (διάγραμμα 3.1, 4.1, 7.1, 8.1):



Διάγραμμα 7.1: Το προσωπικό αρνείται να με εξυπηρετήσει σε εργασίες που υπαγονται στα καθήκοντα του



Διάγραμμα 8.1 : Όταν τηλεφωνω στην υπηρεσία πάντα υπάρχει κάποιος που μπορώ να πω την ανάγκη μου



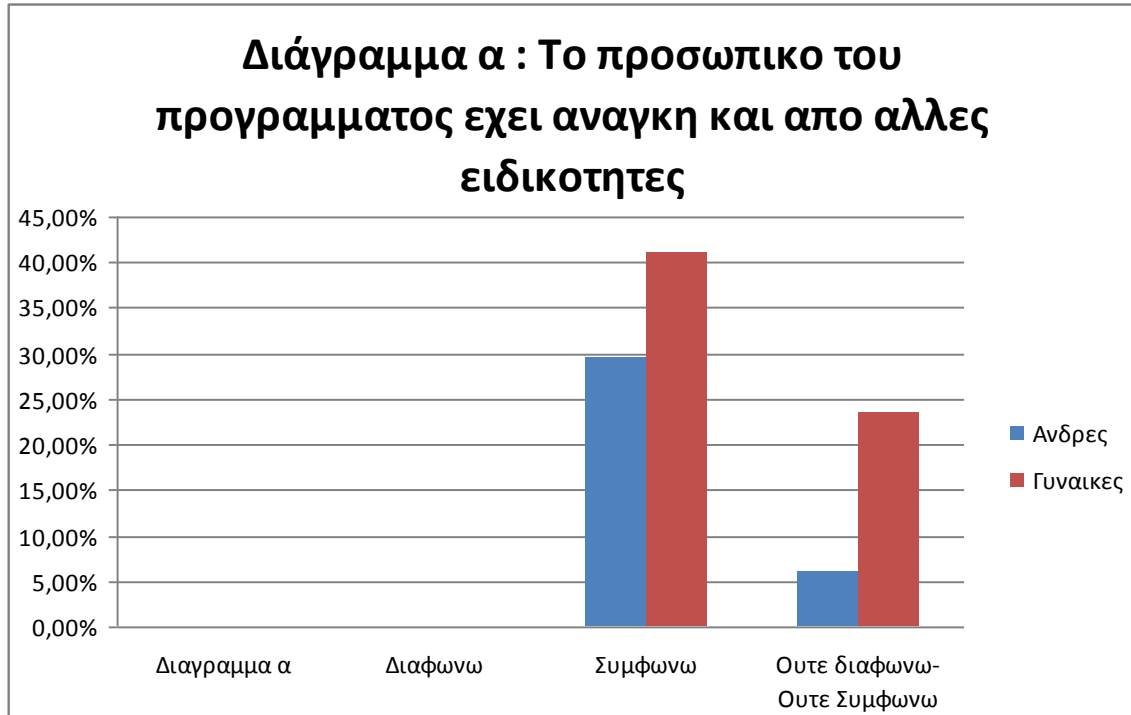
Αναφορικά με το ερώτημα 7, και αντιστρέφοντάς το-όπως διευκρινίστηκε προηγουμένως-, εμφανίζεται γυναικεία ικανοποίηση από την συνεργασία και ανταπόκριση του προσωπικού σε ποσοστό 65% αντί του ανδρικού ποσοστού 35%. Αναφορικά δε, με το ερώτημα 8, οι γυναίκες δεικνύονται πιο

ικανοποιημένες με ποσοστό 59% έναντι του 23% των ανδρών, οι οποίοι παρουσιάζονται αδιάφοροι και με λιγότερες απαιτήσεις σε ποσοστό 18% του συνόλου.

Τέλος, ως προς την ερώτηση 2 του ερωτηματολογίου σχετικά με το αν το προσωπικό του προγράμματος

χρειάζεται και άλλες ειδικότητες, ευνοώντας την βέλτιστη λειτουργία του, δόθηκαν απαντήσεις οι οποίες και σχηματοποιούνται στο παρακάτω ραβδόγραμμα (διάγραμμα α): Παρατηρείται λοιπόν, με ποσοστό 29% των ανδρών και 41,1% των γυναικών

αναγνώριση της ανάγκης για πληρέστερη επάνδρωση του προγράμματος με συναφείς ειδικότητες προς επιστημονικότερη απόδοση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» των Καμένων Βούρλων.



8.ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Στόχευσε η παρούσα έρευνα στο να αποβεί εφελτήριο για περαιτέρω προβληματισμό και για κοινωνική εγρήγορση και επαγρύπνηση, καθώς και για δράση κοινωνικών και άλλων επιστημών, όπως υγείας, κ.ά., όπως και φορέων περιφερειακού και εθνικού επιπέδου.

Επίσης, ευκαταίο είναι, το τελικό αποτέλεσμα και η κοινή συνισταμένη των θεωρητικών μελετών και των πρακτικών παρεμβάσεων να είναι η βελτίωση της θέσης των ηλικιωμένων στη σύνολη κοινωνική ζωή και η ωφέλεια της κοινωνίας από τα γηραιά μέλη της. Το θέμα «ηλικιωμένοι»

βρίσκεται στο σημείο ενδιαφέροντος πολλών φορέων και ερευνητών και επιδέχεται και βελτιώσεις και προτάσεις καλύτερευσης για την ευδοκίμηση της κοινωνικής ευρωστίας.

8α.Συμπεράσματα εκ της έρευνας

Η κοινωνική πολιτική εθνικού και διεθνούς επιπέδου, περιφερειακής ή κεντρικής ευθύνης, διάκειται φιλικά προς την αξία του προσώπου, με νόρμες και ντιρεκτίβες ανάλογες των εποχών και των αναγκών της κάθε εποχής. Οι όροι social exclusion και social inclusion του Rene Lenoir είναι ακριβείς στην απόδοση της θέασης του προβλήματος της περιθωριοποίησης των ηλικιωμένων από κοινωνιολογικής

άποψης. Πρέπει να εισέλθουμε στην κοινωνικότητα και να είμαστε στο μαζί και στο εμείς του Μακρυγιάννη σύσσωμες οι κοινωνίες με τις αντιθέσεις των να γίνονται συνθέσεις διαχρονικής αντοχής και αέναης λειτουργικότητας, στο όνομα της διαγενεακής αλληλεγγύης και της αειφόρου ανάπτυξης, που τάζει η ΕΕ.

Ακολούθως της κοινής κοινωνικής πολιτικής και της κοινωνικής συνοχής, προτείνεται το μότο «ενεργός και υγιής γήρανση», προτρέποντας σε εθνικές και υπερεθνικές πρακτικές ενεργοποίησης του ευρύτερου και πλέον παλαιότερου ανθρώπινου πόρου, τους ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι είναι σημαίνουσα οικονομικο-κοινωνικο-πολιτισμική πληθυσμιακή ομάδα, και ως τέτοια βρίθκει πλούτου προς μεταλαμπάδευση, και εναπόκειται στους νεότερους να διαβλέψουν αυτό το οικονομικο-κοινωνικο-πολιτισμικό όφελος και να το αναζητήσουν. Πάντα οι μεσογειακοί λαοί φρόντιζαν τους ηλικιωμένους, αποδίδοντας σεβασμό και παραχωρώντας ενεργό ρόλο στην καθημερινή ζωή της οικογένειας, είτε σε πυρηνική είτε σε διευρυμένη οικογένεια. Τις τελευταίες δεκαετίες, όμως παρουσιάζουν αυξητική τάση αλλοτρίωσης, κυρίως λόγω της άλογης αντίληψης της παγκοσμιοποίησης, και προξενείται το χάσμα γενεών, που μεταβάλλει προς το αρνητικό τη θεώρηση της τρίτης-τέταρτης ηλικίας. Επειδή «η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν ταυτίζονται, αθροίζονται» και επειδή θεωρητικά τουλάχιστον, δύνανται οι φτωχοί να είναι κοινωνικά ενεργοί και οι πλούσιοι να είναι κοινωνικά αποκλεισμένοι, χρειάζεται να επισημανθεί και να διαφυλαχθεί το ζήτημα της εργασίας ως εισιτήριο για την υγιά και ενεργή κοινωνικότητα όλων των ηλικιών και

κυρίως των ηλικιωμένων(Βενιέρης Δ., Ευρωπαϊκή Κοινωνική πολιτική & κοινωνική ενσωμάτωση: ο ρόλος του Συμβουλίου της Ευρώπης»,2006). Και είναι ικανή η οικογένεια αλλά και η θρησκεία, συντελώντας στη δημιουργία σταθερών δεσμών, να συμβάλουν στη διατήρηση υγιούς κοινωνικότητας για τον έναν και διαφύλαξη κοινωνικής συνοχής για τους πολλούς(:Emile Durkheim, «Αυτοκτονία», 1897).

Από τα παραπάνω, συνάγεται ότι η κοινωνική πολιτική αποτελεί μία από τις πιο βασικές κρατικές λειτουργίες και με την κατάλληλη ενθάρρυνση των δημοτικών δομών δύνανται να λειτουργήσει ευδόκιμα για τους πολίτες, τόσο στον τομέα της θεραπείας όσο και της πρόληψης των κοινωνικών προβλημάτων. Επίσης, η επικοινωνία μεταξύ των κοινωνικών υπηρεσιών των δήμων τόσο της ημεδαπής όσο και της αλλοδαπής στέκεται αέναη αρωγός, με μεγάλη επιτυχία στον συγκεκριμένο τομέα. Ευνόητο είναι ότι η φτώχεια απαιτεί καλύτερη διαχείριση των διαθέσιμων πόρων- ανθρώπινων και υλικών, έμψυχων και άψυχων. Η κυβέρνηση δε, επιδιώκει να είναι στοχευμένες οι κοινωνικές παροχές μέσω ελέγχου των πόρων των δικαιούχων (Υπουργείο Οικονομικών, 2011). (Δαφέρμος και Παπαθεοδώρου, 2011).

Επιπλέον, απαιτούνται βελτιώσεις στον τομέα σχεδιασμού, έρευνας και ανταλλαγής πληροφοριών και τεχνογνωσίας ανάμεσα στις αποκεντρωμένες, κεντρικές και υπηρεσίες του εξωτερικού. Συγκεκριμένα, στο πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού, που εμφανίστηκε και αντιμετωπίζεται ήδη τις τελευταίες δεκαετίες, δυο ζητήματα παρουσιάζονται καίριας σημασίας: το

ένα είναι η οικονομική αυτοδυναμία και αυτοτέλεια της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και το άλλο είναι το σύστημα οργάνωσης των κοινωνικών υπηρεσιών, τόσο ως προς το θεσμικό πλαίσιο, όσο και ως προς τη δομή και τη φιλοσοφία. Λογικό είναι ότι χωρίς επάρκεια πόρων, τόσο η Τοπική όσο και Κεντρική Διοίκηση δεν δύναται να επεκταθεί σε νέα πεδία, οπότε και οι υπηρεσίες δεικνύουν ανεπάρκεια. Παράλληλα, δραπιαστικά η αναγκαιότητα της μετατόπισης του κέντρου βάρους της κοινωνικής πολιτικής σε υλικοτεχνικό σχεδιασμό και εξεύρεση πόρων και της ικάνωσης της Τοπικής Αυτοδιοίκησης να αναβαθμίσει τη συνεργασία και τη σχέση των αποκεντρωμένων δομών.

Η διευρυμένη ενημέρωση των παρεπόμενων της «Διά βίου μάθησης» ευκαιριών δύναται να εξασφαλίσει τη δυνατότητα παραμονής των ηλικιωμένων γενεών στην αγορά εργασίας και συνεπώς στην αποτροπή της πρόωρης συνταξιοδότησης.

Η κοινή κοινωνική πολιτική αποσκοπεί στην ενδυνάμωση της κοινωνικής συνοχής, κατά το 151 άρθρο της Συνθήκης για τη λειτουργία της ΕΕ, ότι στόχος της ΕΕ και των κρατών-μελών της τίθενται η προαγωγή της απασχόλησης και η καλύτερη συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, με δυνατότητα πραγμάτωσης της προόδου και της κοινωνικής προστασίας, μέσω του διαλόγου και της αξιοποίησης των ανθρώπινων πόρων. Όσον αφορά στους πόρους, και για να επιτευχθεί η βέλτιστη χρήση τους θα χρησιμοποιηθεί ο κοινωνικός διάλογος, η κατάλληλη πολιτική εκπαίδευσης και επαγγελματικής κατάρτισης. Στο αυτό άρθρο, η επίτευξη της κοινωνικής συνοχής και προόδου θα είναι πραγματοποιήσιμη και με την εναρμόνιση των κοινωνικών

συστημάτων και με τις θεσπισμένες από τις Συνθήκες διαδικασίες, και επιπλέον, με τις διατάξεις νομοθετικού-κανονιστικού- διοικητικού περιεχομένου (Europedia.moussis.eu)

Για να επιτευχθεί η κοινωνική συνοχή, αρκούν λίγες κοινωνικές προδιαγραφές που να συνυπολογίζουν τα διάφορα εθνικά συστήματα και τις οικονομικές αντοχές των κρατών-μελών της ΕΕ.

9.ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

Παρήλθε εικοσαετία λειτουργίας του προγράμματος στον ελλαδικό χώρο. Ο τόπος οικειοποιήθηκε το πρόγραμμα, και καθώς το «Βοήθεια στο Σπίτι» αντανακλούσε «πάγιες και διαρκείς ανάγκες» ενσωματώθηκε στα ελληνικά πράγματα και αποτελεί υπολογίσιμη μονάδα Πρωτοβάθμιας υγείας, με καινοτομίες προσέγγισης του πολίτη και κυρίως του ηλικιωμένου πολίτη. Η ανάγκη για συμπόρευση με τους καιρούς οδηγεί το πρόγραμμα σε bottom-up εξελικτική διαδικασία, όπως είναι ευδόκιμο να συμβαίνει σε κάθε δημόσια ή ιδιωτική, κερδοσκοπική ή εθελοντική υπηρεσία παροχών υγείας, πρόνοιας, περίθαλψης, κ.ά.

9αΠροτάσεις εξέλιξης και βελτιστοποίησης του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

Η πληθυσμιακή αύξηση των ηλικιωμένων, σε εθνική και υπερεθνική κλίμακα, επιβάλλει τη χρήση της ανοικτής περίθαλψης και πρόνοιας, παρέχοντας πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και κατ'οίκον νοσηλεία, και παράλληλα μειώνοντας τις δαπάνες για την υγεία.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, αφορώντας σε τοπικό, κυρίως, επίπεδο χρήζει ικανοτήτων- δεξιοτήτων όχι μόνο οργανωτικών αλλά και επικοινωνιακών, και όχι μόνο από μεριάς διοίκησης αλλά και από υπαλλήλων όλων των βαθμίδων, για να τοποθετηθεί στο κέντρο η αξία του προσώπου και να εφαρμοστεί στην πράξη η κοινωνική πολιτική συνοχής. Επιπλέον τούτου, οι ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας επιδρούν θετικά και στο ίδιο το σύστημα υγείας της χώρας με τη μείωση των ζητήσεων για νοσήλια και συμπαρομαρτούσες νοσοκομειακές δαπάνες.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας κοινωνικής προστασίας και φροντίδας υγειονομικής καθώς και οικιακής βοήθειας σε ηλικιωμένους και ΑΜΕΑ πράττοντας το αγαθό στους χρήστες του προγράμματος και όχι μόνο αλλά ενεργώντας ωφέλιμα στους κύκλω πολίτες καθιστά την ύπαρξή του αναγκαία και απαραίτητη όσο και η σύνταξη γήρατος. Μάλιστα, αποπνέει την ίδια αίσθηση δώρου και a priori κοινωνικής παροχής. Και καθώς στην απελεύθυνα 20ετία του προγράμματος, τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών στον ελλαδικό χώρο, δεικνύουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι φρόνιμο να υποστηριχθεί το πρόγραμμα: 1) με υλικοτεχνικό εξοπλισμό, 2) με επιπλέον ειδικότητες που ήδη προβλέπονται αλλά δεν χρηματοδοτείται η απασχόλησή τους, 3) με ανάπτυξη εθελοντισμού, 4) με άθληση και επιμόρφωση ηλικιωμένων, 5) καλές αμοιβές του προσωπικού, για να αποτραπεί ο κίνδυνος αλλοτρίωσης της ιδεολογικής βάσης του προγράμματος.

Αξιοσημείωτα ανησυχητικό είναι το συμπέρασμα της Έκθεσης Global Age Index του 2015 ότι η Ελλάδα κατατάσσεται στην 79^η θέση χώρας για ποιοτική διαβίωση ηλικιωμένου, και καθώς, εμπειριστατωμένα, οι ηλικιωμένοι καταλαμβάνουν το μεγαλύτερο τμήμα της παγκόσμιας κοινότητας, μιας και ο αριθμός των 65χρονων πληθαίνει κατά 6 φορές περισσότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό της γης, και κατά τον Π.Ο.Υ., οι ηλικιωμένοι θα ξεπεράσουν το 1.000.000.000 ως το 2020 και ως το 2050 θα αποτελούν το 1/3 των κατοικούντων τη γη, ευνόητο είναι ότι η ανοικτή πρόνοια και η ενεργός και υγιής γήρανση τίθενται σε τροχιά, τόσο για πολιτισμικούς λόγους όσο και για οικονομικο-κοινωνικούς. Συναινούμε ότι η νέα τάση που επικρατεί ότι ο ηλικιωμένος πρέπει να παραμένει στο περιβάλλον του, θα πρέπει να συμβαδίζει με παροχές που να τον διευκολύνουν στην ενεργό κοινωνική ζωή και στην προσπάθεια ένταξής του σ' αυτή. Σημειωτέον εκ προοιμίου, βέβαια, ότι η κατοικία για τον ηλικιωμένο δεν αποτελεί μόνο τον χώρο διαβίωσής του, αλλά, τον χώρο ύπαρξής του (Γ. Ν. Χριστοδούλου, Β. Π. Κονταξάκης, «Η Τρίτη Ηλικία», Εκδόσεις ΒΗΤΑ, σελ.241).

Με βάση τα προρηθέντα, εννοούμε την αγωνία σύσσωμων των επιστημών να μορφοποιήσουν ένα καινούριο- παλαιό μοντέλο της συνεργατικής συνύπαρξης και υγιούς κοινωνικότητας, τόσο κοινωνιολογικού, όσο υγειονομικού και οικονομικού ενδιαφέροντος. Οπότε, τόσο οι κοινωνιολογικές επιστήμες, που προσπαθούν να κατανοήσουν και να εφαρμόσουν λύσεις σε καθημερινά προβλήματα των ηλικιωμένων, όσο και οι βιοϊατρικές, που αναζητούν τις βιολογικές αιτίες της γήρανσης και το

αν και κατά πόσο σχετίζονται με παράγοντες γενετικούς ή περιβαλλοντικούς, αλλά και οι Οικονομικές Επιστήμες, που μελετούν τις οικονομικές επιπτώσεις της αυξανόμενης διάρκειας ζωής, συνεργάζονται προς όφελος των ηλικιωμένων.

Η πρόταση για μελλοντικές έρευνες, αναφέρεται στην πραγματοποίηση μιας πανελλήνιας έρευνας για την αξιολόγηση της ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων εξυπηρετούμενων των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι». Έτσι το δείγμα των συμμετεχόντων θα είναι σαφώς μεγαλύτερο με διαφορετικά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά που θα αφορά όλες τις γεωγραφικές περιοχές της χώρας. Με τον τρόπο αυτό θα δοθεί η δυνατότητα συγκρίσεων κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών σε σχέση με επίπεδα ποιότητας ζωής και ικανοποίησης σε αστικό, επαρχιακό, νησιωτικό πληθυσμό και μακροπρόθεσμα με τον πληθυσμό άλλων χωρών.

Και καθώς η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων εξαρτάται:

A) την σωματική και ψυχική ευρωστία,
B) την ικανότητα στη διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων του,
Γ) την οικονομική ανεξαρτησία,
Δ) την ενεργή κοινωνικότητά του, με ή χωρίς, υποστήριξη, είναι καταφανές ότι στους ώμους της δήμων τίθεται η ευθύνη της αρωγής και της ευδοκίμησης της ηλικιακής αυτής μερίδας του συνολικού πληθυσμού της χώρας μας.

Όσον αφορά δε, στην υποβοηθούμενη κοινωνικότητα, μέσω των δικτύων κοινωνικής στήριξης, έχει τεκμηριωθεί από την Κοινωνική Γεροντολογία η συσχέτισή της με την υγεία και τη σύνολη ποιότητα ζωής των

ηλικιωμένων (Fernandez-Ballesteros, 2002).

Επιπλέον τούτου, οι ανάγκες των ηλικιωμένων που χρήζουν κοινωνικής υποβοήθησης συνδέονται με την ηλικία, το φύλο, τη φυλή, το έθνος, τον σεξουαλικό προσανατολισμό (Lewis, 1997).

Ως προς δε, την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων αυτή είναι συνακόλουθη της σωματικής και ψυχικής υγείας και ικανότητας διεκπεραίωσης των καθημερινών δραστηριοτήτων, προκειμένου την ανεξάρτητη διαβίωση, την οικονομική ανεξαρτησία και την κοινωνική συμμετοχή. Η κοινωνική στήριξη είναι έννοια σύνθετη και πολυδιάστατη, με κύριο στόχο των προγραμμάτων αυτών την ενδυνάμωση της επάρκειας και ανεξάρτητης διαβίωσης των χρηστών. Υπάρχουν και κάποιες επιστημονικές φωνές, που κρίνουν ότι η κοινωνική στήριξη είναι μόνο η συναισθηματική και έμπρακτη στήριξη.

Το μότο των Αμερικανών του 1995 «add life to years, not just more years to life», το οποίον ελληνιστί, «Πρόσθεσε ζωή στα χρόνια, όχι μόνο χρόνια στη ζωή» σχετίζεται με τα κριτήρια των πετυχημένων γηρατειών, τα οποία έπονται και είναι: 1)η διάρκεια ζωής, 2)η βιολογική ηλικία, 3)η ψυχική υγεία, 4)η γνωστική αποτελεσματικότητα, 5)η κοινωνική ικανότητα και παραγωγικότητα, 6)η ικανότητα ελέγχου στη ζωή μας 7)η ικανοποίηση από τη ζωή. Στην Ελλάδα γίνεται προσπάθεια διεύρυνσης της ανοικτής πρόνοιας και περίθαλψης των ηλικιωμένων με παράλληλη αύξηση του βιοτικού, υγειονομικού, πολιτισμικού, οικονομικού επιπέδου και για τον λόγο αυτό γίνεται μεγάλη προσπάθεια στήριξης του προγράμματος από τους

δήμους, που εκτός των άλλων ωφελειών, συντηρεί και ψηφοφόρους, με το σύστημα της ανατροφοδότησης της εξουσίας, καθώς τόσο σε εθνικό όσο και σε υπερεθνικό επίπεδο, οι σχετικές έρευνες δεικνύουν τους

κατ'οίκον εξυπηρετούμενους υγείας ικανοποιημένους και από το προσωπικό και από την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, με παράλληλη καλυτέρευση της υγείας και ζωής των.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

- 1.Αγγελική Παπαθανασίου- Αλεξόγλου, ΜΑΘΗΜΑΤΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ, Αθήνα, 1988
- 2.Αλεξιάς & Φλάμου, 2007 « Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνική απομόνωση και αποκλεισμού» Αρχεία Ελληνική Ιατρικής, 24(1):37- 42
- 3.Αμίτσης Γ. «Νομικά προβλήματα ρύθμισης και εφαρμογής κοινωνικής ασφάλειας» Ελληνική Δικαιοσύνη, 33, 1992
- 4.Αναστασιάδου Β. «Χαρακτηριστικά ηλικιωμένων ατόμων»
- 5.Βενιέρης Δ. «Ευρωπαϊκή κοινωνική πολιτική και κοινωνική ενσωμάτωση: ορόλος του Συμβουλίου της Ευρώπης», 2006
- 6.Βλαχάδη Μαρία «Μετανάστευση, Κοινωνικός αποκλεισμός και πολιτικές ένταξης στην Ελλάδα», Αθήνα, 2009
- 7.Βούλγαρης Γ., «Φιλελευθερισμός, Συντηρητισμός, κοινωνικό κράτος 1973-1990» εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1994
- 8.Γ. Αργεΐτης «Οικονομικές αλλαγές και οικονομικές αντιθέσεις στην Ελλάδα: Οι προκλήσεις στις αρχές του 21^{ου} αι.» Αθήνα, Τυπωθήτω- Γιώργος Δαρδάνος
- 9.Γιουβανάκης & Σαχπάζογλου, 2007, «Κοινωνική στήριξη και ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών με ανεξάρτητη διαβίωση- Μελέτη σε χρήστες των ΚΑΠΗ του Δήμου Ηρακλείου
- 10.Γ. Ν. Χριστοδούλου & Β. Π. Κονταξάκης «Η Τρίτη Ηλικία», εκδόσεις ΒΗΤΑ
- 11.Γρηγοριάδου Α. & al.,1991,Ωρίμανση και Γήρανση του ελληνικού πληθυσμού, Ελληνική Ιατρική
- 12.Γ. Τσιάκαλος, Ανθρώπινη αξιοπρέπεια, κοινωνικός αποκλεισμός και εκπαίδευση στην Ευρώπη, στο «Ανθρώπινη αξιοπρέπεια και κοινωνικός αποκλεισμός: Εκπαιδευτική πολιτική στην Ευρώπη, Εταιρεία πολιτικού προβληματισμού Νίκος Πουλατζάς» Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999
- 13.Δαρδαβέσης θ. & al, 1995, Ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός των υπερηλίκων στην Ελλάδα, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία.
- 14.Δαφέρμος Γ. & Χ. Παπαθεοδώρου 2010 «Μακροοικονομικό περιβάλλον, ανισότητα και φτώχεια: μια εμπειρική διερεύνηση για την επίδραση της οικονομικής μεγέθυνσης και της κοινωνικής προστασίας σε Ελλάδα και ΕΕ», Μελέτη 3, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Αθήνα
- 15.Δ. Ιατρίδης « Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής», Gutenberg, Αθήνα
- 16.Ζήρας Κ.- Αγαλόπουλος Γ. «Τρίτη Ηλικία- Πολιτικές Πρόνοιας», 2015

- 17.Καβουνίδη Τζένη «Κοινωνικός αποκλεισμός: Έννοια, κοινοτικές πρωτοβουλίες, Ελληνική εμπειρία και διλλήματα πολιτικής», στο «Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο: Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα», ΕΚΚΕ
- 18.Κασιμάτη, Κ., (επιμ.), (1998). Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία. Αθήνα:
Gutenberg (Βιβλιοθήκη Π.Α., Παράρτημα Μυτιλήνης).
- 19.Κωσταρίδου - Ευκλειδη. Α., (1999), «Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- 20.Λάζος Γ. «Μορφές κοινωνικού αποκλεισμού και μηχανισμοί παραγωγής του», Ιδεοκίνηση, Αθήνα 1997
- 21.ΛΕΞΙΚΟ ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΥ Δ.
- 22.ΛΕΞΙΚΟ ΜΠΑΜΠΙΝΙΩΤΗ
- 23.Παπαδοπούλου Δ. και, Από την Κοινωνική Ευπάθεια στον Κοινωνικό Αποκλεισμο, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Αθήνα, 2002.
- 24.Πανέρα Ε., 1999 «Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων», Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας
- 25.Πλειός Γ., 1998 « Το νέο περιεχόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού και η σχέση ανεργίας και επιπέδου εκπαίδευσης», Σύγχρονα Θέματα- Τριμηνιαία έκδοση επιστημονικού προβληματισμού και παιδείας
- 26.Πουλοπούλου Ε., «Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες- Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Ήρα, Αθήνα, 1999
- 27.Στασινοπούλου Ό., «Κοινωνική Πολιτική, Βασικές έννοιες, ιστορική εξέλιξη, φορείς και πρότυπα-Σημειώσεις μαθήματος, Τμ. Κοινωνικής Πολιτικής», 2006
- 28.ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 15, Τεύχος 4, Οκτώβριος- Δεκέμβριος 2016
- 29.Χαλικιάς & Μανωλέσου & Λάλου «Μεθοδολογία έρευνας και Εισαγωγή στη Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων με το IBM SPSS STATISTICS», Ελληνικά Ακαδημαϊκά Συγγράμματα και Βοηθήματα, 2015
- 30.Χ. Παπαθεοδώρου & Μ. Πετμεζίδου « Ανισότητα, αναδιανομή και καθεστώς ευημερίας: Η Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ», 2005
- 31.Ψημίτης Μ.(2006). Θεωρίες των κοινωνικών κινήματων. Εισαγωγή στα σύγχρονα κοινωνικά κινήματα. Αθήνα: Ατραπός

B. ΑΛΛΟΓΛΩΣΣΗ

- 1.Burchardt T., Le Grand J., Piachaud D. (1999), «Social Exclusion in Britain 1991-1995», Social Policy and Administration, 33(3): 227-244
- 2.Burchardt T. (2000), «Social Exclusion: Concepts and Evidence», in: Gordon D.,
- 3.Byrne D. (1999), Social Exclusion, Oxford University Press, Oxford
- 4.Esping-Andersen G. «Γιατί χρειαζόμαστε ένα νέο κοινωνικό κράτος πρόνοιας», εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 2006
- 5.-Ballerteros, 2002 «Social Support and Quality of life Among Older People in Spain», Journal of Social Issues, 58(4):645-659
6. Emil Durkheim «Αυτοκτονία», 1897
- 7.Ferrera M. «The southern model of welfare in social Europe», Journal of European Social, 1996
- 8.Ferrera M. «Η ανασυγκρότηση του κοινωνικού κράτους στη Νότια Ευρώπη», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999

- 9.Hayflick, 1996 «How and why we age»,Ballantine Books, New York
- 10.H.Bolderson & H.Mabett «cost containment in complex social security systems: The limitation of targeting», International Social Review, 49, 1996
- 11.Kipling D et al.,2005 «The social outcast, ostracism, social exclusion and bullying», Psychology Press, N.Y.
- 12.Lenoir R., (1974), Les Exclus, Seuil, Paris
- 13.Levitas R., (1998). The inclusive society: Social exclusion and New Labour, Macmillan, London
- 14.Lewis, 1997 «Housing and social support needs of elderly persons: a needw assessmentin an independedliving facility, Evaluation and Program Planning 20(3):269-277
- 15.Marrelli T.M.2012, « Home Health Standards: quality, documentation, reimbursement» 5th ed. Missouri: Elsevier
- 16.Parkin F., 1982,« Social Closure and Class Formation», στο Giddens A., Held D.(επιμ.), «Classes, Power and Conflict»
- 17.Paugam S., (1996), «Poverty and Social Disqualification: A Comparative Analysis of Cumulative Social Disadvantage in Europe», Journal of European Social Policy
- 18.Paugam S., (1998), «La Dynamique de la Disqualification Sociale», Science Humanities (May).
- 19.Pete Alcock, Social Policy in Britain, 2nd ed.-2003, Palgrave
- 20.Rubinstein L.Z.and Josephson, K.R.«The epidemiology of falls and syncope»Clin Geriatr Med, 18(2):141- 158
- 21.Townsend P. (eds), Breadline Britain: The Measurement of Poverty, Polity Press, Bristol.

Γ. ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ

- 1.Euromedia.moussis.eu
- 2.Wikipedia.eu

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄

ΠΡΟΣ ΑΜΚΕΤΑ «ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ», ΛΑΜΙΑ
ΘΕΜΑ :ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Αξιότιμε κύριε Πρόεδρε του ΔΣ , κ. Κουτσούβελη

Στο πλαίσιο των ακαδημαϊκών μου υποχρεώσεων στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Τοπική και Περιφερειακή Αυτοδιοίκηση και Ανάπτυξη» του Τμήματος Πολιτικών Επιστημών και Διεθνών Σχέσεων του Παν / μίου Πελοποννήσου , έχω αναλάβει την εκπόνηση διπλωματικής εργασίας με θέμα : Βοήθεια στο σπίτι «Το κοινωνικό πρόσωπο των Καμένων Βούρλων», υπό την επίβλεψη του Dr. Εμμανουήλ Σπυριδάκη.

Το θέμα εντάσσεται στο θεματικό πεδίο της κοινωνικής πολιτικής και της Πρωτοβάθμιας Υγείας Του δήμου Καμένων Βούρλων , με σκοπό την αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των άμεσα ωφελούμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» της δομής Καμένων Βούρλων και μόνο στην πόλη των Καμένων Βούρλων. Συγκεκριμένα θα διερευνηθεί η προσωπική ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων από την αποτελεσματικότητα του προγράμματος, η ικανοποίηση από

τη συμπεριφορά του προσωπικού του προγράμματος , η ικανοποίηση από την κοινωνικο-οικονομική αλλαγή λόγω της συμμετοχής στο πρόγραμμα , καθώς και δημογραφικά στοιχεία.

Η έρευνα θα διεξαχθεί από το προσωπικό της δομής του προγράμματος με τη χρήση έντυπου ερωτηματολογίου που θα έχω προηγουμένως παραδώσει προς συμπλήρωση εντός χρονικού διαστήματος δύο εβδομάδων . Βεβαιωτέον , ότι θα τηρηθεί το πρωτόκολλο τήρησης απορρήτου των προσωπικών δεδομένων, χωρίς αναφορά σε στοιχεία εξυπηρετούμενων, επαγγελματιών ή και του φορέα.

Ευελπιστώ ότι θα έχω την άδειά σας για την διεξαγωγή της έρευνας και την αгаσθή συνεργασία με το προσωπικό της δομής και της ΑΜΚΕΤΑ σε ενδεχόμενη ανάγκη συνεπικουρίας. Επιπροσθέτως, σας επισυνάπτω το πρότυπο ερωτηματολόγιο προς ενημέρωσή σας. Παραμένω στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση. Σας ευχαριστώ εκ προοιμίου για τη συνεργασία.

Μετά τιμής
Μπαλτά Δήμητρα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄

A/A	ΕΡΩΤΗΣΗ	1 ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	2 ΔΙΑΦΩΝΩ	3 ΟΥΤΕ ΣΥΜΦΩΝ Ω ΟΥΤΕ ΔΙΑΦΩΝΩ	4 ΣΥΜΦΩΝ Ω	5 ΣΥΜΦ ΑΠΟΛ
1	Αισθάνομαι ασφάλεια με το πρόγραμμα γιατί το προσωπικό είναι έμπειρο με τεχνογνωσία.					
2	Το προσωπικό του προγράμματος έχει ανάγκη και από άλλες ειδικότητες(φυσιοθεραπευτή, ψυχολόγο).					
3	Το προσωπικό του προγράμματος με ακούει προσεκτικά όταν συζητάμε, χωρίς να με διακόπτει.					
4	Έχω εμπιστοσύνη στο προσωπικό του προγράμματος, ότι τηρεί το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων μου.					
5	Αισθάνομαι ότι έχει βελτιωθεί η κοινωνική μου ζωή.					
6	Η συμμετοχή μου στο πρόγραμμα έχει βελτιώσει την οικονομική μου κατάσταση (παροχή φαρμακευτικού υλικού, οικιακές εργασίες, μεσολάβηση για την					

	παροχή βοηθημάτων).					
7	Το προσωπικό του προγράμματος αρνείται να με εξυπηρετήσει σε εργασίες που υπάγονται στα καθήκοντά του.					
8	Όταν τηλεφωνώ στην υπηρεσία υπάρχει πάντα κάποιος που μπορώ να πω την ανάγκη μου.					
9	Οι προσδοκίες που είχα για το πρόγραμμα ήταν λιγότερες σε σχέση με αυτά που μου προσφέρει.					
10	Θα το σύστηνα και σε άλλα άτομα.					

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

(Παρακαλώ συμπληρώστε τα στοιχεία σας)

1. ΦΥΛΟ

ΑΝΤΡΑΣ ___ ΓΥΝΑΙΚΑ ___

2. ΗΛΙΚΙΑ

60 – 71 ___ 71 – 80 ___ 81 – 90 ___

3. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ ___ ΔΗΜΟΤΙΚΟ ___ ΓΥΜΝΑΣΙΟ ___ ΛΥΚΕΙΟ ___ ΤΕΙ ___
ΑΕΙ ___ ΑΛΛΟ ___

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΑΓΑΜΟΣ/-Η ___ ΕΓΓΑΜΟΣ/-Η ___ ΧΗΡΟΣ/-Α ___ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/-Η ___

5. ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

ΜΕΧΡΙ 300 ΕΥΡΩ ___ 301 – 500 ΕΥΡΩ ___ 501 – 700 ΕΥΡΩ ___ 701 – 900
ΕΥΡΩ ___ 901 ΚΑΙ ΑΝΩ ___

6. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

2 – 6 ΜΗΝΕΣ ___ 7-12 ΜΗΝΕΣ ___ 1 – 2 ΧΡΟΝΙΑ ___ 2 – 3 ΧΡΟΝΙΑ ___

7. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΕΩΝ

1 ΦΟΡΑ / ΕΒΔΟΜΑΔΑ ___ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ___ 1 ΦΟΡΑ / 15 ΗΜΕΡΕΣ ___ 1
ΦΟΡΑ / ΜΗΝΑ ___

8. ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ, ΠΟΙΟΣ ΑΛΛΟΣ ΣΑΣ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΒΟΗΘΕΙΑ
ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ ___ ΠΑΙΔΙΑ ___ ΓΕΙΤΟΝΕΣ ___ ΑΛΛΟ ___

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄

EX ANTE EVALUATION του Στρατηγικού Σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας της περιόδου 2014 -2020

- Προτεραιότητα 2 ,iii

« Βελτίωση της ενεργούς και υγιούς γήρανσης. Σύμφωνα με τις θέσεις της ΕΕ, το χαμηλό ποσοστό συμμετοχής στην αγορά εργασίας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, που παρατηρείται σήμερα στην Ελλάδα, θα πρέπει να αντιμετωπιστεί μέσω του

σχεδιασμού και της υλοποίησης μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής ενεργού γήρανσης. Η αναγκαιότητα αυτή καθίσταται ακόμα πιο εμφανής αν ληφθούν υπόψη και οι δημογραφικές εξελίξεις. Οι δημογραφικές εξελίξεις, μαζί με την οικονομική κρίση έχουν αναδείξει τη σημασία ύπαρξης αποτελεσματικών συστημάτων για τη δημόσια υγεία. Η εφαρμογή μιας συνεκτικής στρατηγικής, η οποία βασίζεται σε σαφώς καθορισμένους στόχους σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, σε συνδυασμό με την αναβάθμιση και προσαρμογή των δεξιοτήτων του προσωπικού που εργάζεται στον τομέα της υγείας θα πρέπει να υποστηριχθεί. Όπου απαιτείται, οι υφιστάμενες υποδομές υγείας και κοινωνικής πρόνοιας θα εκσυγχρονιστούν και η οργάνωσή τους θα βελτιωθεί προκειμένου να παρέχονται στους πολίτες βελτιωμένες υπηρεσίες.» (σελ.17)

«Στο πλαίσιο αυτής της χρηματοδοτικής προτεραιότητας επιδιώκεται μεταξύ άλλων και η μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα σύμφωνα με τα αναφερόμενα στην Εγκύκλιο, η μεταρρύθμιση του Τομέα της Υγείας στην Ελλάδα προϋποθέτει την αναδιάταξη του υφιστάμενου εθνικού μοντέλου παροχής υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να βελτιωθεί η σχέση κόστους –αποτελέσματος που χαρακτηρίζει το σημερινό σύστημα. Άμεση προτεραιότητα αποτελούν: Η βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του πρωτοβάθμιου συστήματος φροντίδας και η διασφάλιση της πρόσβασης σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ατόμων που απειλούνται από κοινωνικό αποκλεισμό, καθώς και η διασφάλιση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους των απομακρυσμένων αγροτικών κοινοτήτων, των αραιοκατοικημένων περιοχών, των ορεινών περιοχών και των μικρών και πολύ μικρών νησιών μέσω της αξιοποίησης της τηλεϊατρικής.» (EX ANTE EVALUATION του Στρατηγικού Σχεδιασμού του Υπουργείου Υγείας της περιόδου 2014 -2020, σελ.27)