

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ ΓΙΑ

Π.Μ.Σ.

ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Διεθνών Σχέσεων - Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

Τμήμα Οικονομικών Επιστημών - Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Τμήμα Οικονομικών Επιστημών - Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων - Πανεπιστήμιο Πειραιά

Διαπανεπιστημιακό Διατμηματικό

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Αυτοδιοίκηση»

Τίτλος διπλωματικής

**Η εφαρμογή δράσεων υποστήριξης & κοινωνικής φροντίδας της
τρίτης ηλικίας στα πλαίσια αρμοδιοτήτων της Τοπικής
Αυτοδιοίκησης.**

Μελέτη περίπτωσης : Κ.Α.Π.Η. Δήμου Ξάνθης

Ονοματεπώνυμο

ΚΥΡΟΥ ΜΑΡΙΑ

Κόρινθος, Σεπτέμβριος 2016



Department of Political Studies and International Relations - University of Peloponnese

Department of Economics - Democritus University of Thrace

Department of Economics - Aristotle University of Thessaloniki

Department of Business Administration - University of Piraeus

Interuniversity Interdepartmental

Master Program in

«Local and Regional Government and Development»

Thesis Title

The implementation of supporting actions and social care of the elderly within the competence of the local authorities.

Case study : The centers for the protection of the elderly of the Municipality of Xanthi

Name

KYROU MARIA

Corinth, September 2016

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θεωρώ υποχρέωσή μου να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν στην πραγματοποίηση της διπλωματικής μου εργασίας και ιδιαίτερα τον κο. Λαζαρίδη Θεμιστοκλή, Επίκουρο Καθηγητή και Πρόεδρο του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Δυτικής Μακεδονίας και επιβλέποντα της παρούσας εργασίας, για την παροχή των επιστημονικών του συμβουλών και επισημάνσεων κατά την επίβλεψη της εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κο. Ανδριόπουλο Θ. στέλεχος της ΕΕΤΑΑ για την βοήθειά του.

Θα ήταν παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω τα υπηρεσιακά στελέχη του ΝΠΔΔ Ξάνθης με την επωνυμία " Κέντρο Κοινωνική Προστασίας και Αλληλεγγύης Δήμου Ξάνθης " και των δομών των Κ.Α.Π.Η. Ξάνθης για τις σημαντικότερες πληροφορίες και στοιχεία που μου παρείχαν. Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα πρέπει να απευθύνω και στους εξυπηρετούμενους των παραπάνω δομών, καθώς με τη συμμετοχή τους μέσω της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων της έρευνας διαμόρφωσαν τα αποτελέσματά της.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ χρωστώ στην οικογένειά μου για την αμέριστη κατανόηση που επέδειξε.

Τέλος αφιερώνω την παρούσα εργασία στους γονείς μου, εκφράζοντάς τους ένα μεγάλο και εγκάρδιο ευχαριστώ για την πολύτιμη συμβολή και βοήθειά τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Λέξεις Κλειδιά : Τοπική αυτοδιοίκηση, κοινωνική φροντίδα, τρίτη ηλικία, δομές υποστήριξης, ικανοποίηση

Η παρούσα εργασία ασχολείται με την εφαρμογή δράσεων υποστήριξης και κοινωνικής φροντίδας της τρίτης ηλικίας στα πλαίσια αρμοδιοτήτων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Αρχικά, στο γενικό μέρος της εργασίας γίνεται μια εισαγωγή στην έννοια της κοινωνικής πολιτικής. Έπειτα περιγράφονται τα χαρακτηριστικά, οι ανάγκες και τα προβλήματα στην τρίτη ηλικία. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στην έννοια της κοινωνικής στήριξης και συγκεκριμένα στις δράσεις των Ο.Τ.Α για την Τρίτη ηλικία. Περιγράφεται ο θεσμός της βοήθειας στο σπίτι, ο θεσμός των Κ.Η.Φ.Η, ενώ εκτενής αναφορά γίνεται για τα Κ.Α.Π.Η. Το θεωρητικό μέρος ολοκληρώνεται με την παράθεση στοιχείων για τα Κ.Α.Π.Η. του δήμου Ξάνθης τα οποία και αποτελούν αντικείμενο μελέτης της εργασίας. Το ειδικό μέρος της εργασίας περιλαμβάνει τη διενέργεια έρευνας με στόχο να διαπιστώσει το ποσοστό ικανοποίησης των εγγεγραμμένων μελών των δομών Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Ξάνθης από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται τόσο σε επίπεδο εξυπηρέτησης όσο και δραστηριοτήτων.

Το κεντρικό ερώτημα δηλαδή , το οποίο θα επιχειρηθεί να απαντηθεί με σαφήνεια είναι “κατά πόσο οι κοινωνικές δομές και δράσεις του Δήμου Ξάνθης μπορούν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας με δεδομένη την οικονομική κρίση των τελευταίων χρόνων που αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα” . Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας και φυσικά με την πολύτιμη συμμετοχή των ευεργετούμενων των παραπάνω δομών θα προκύψουν συμπεράσματα σχετικά με την λειτουργία , την οργάνωση και τις παρεχόμενες υπηρεσίες , ειδικότερα από τα κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων , με δεδομένο τους πενιχρούς οικονομικούς προϋπολογισμούς των ΝΠΔΔ και τις υποστελεχωμένες υπηρεσίες . Από τα αποτελέσματα της έρευνα προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες είναι σε γενικές γραμμές ικανοποιημένοι από τη λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. στα οποία είναι μέλη. Παρατηρείται υψηλή ικανοποίηση σχετικά με το ωράριο, το κυλικείο και τις υπηρεσίες που τα ίδια παρέχουν. Σύμφωνα με τις απόψεις των μελών η φυσικοθεραπεία, οι εκδρομές και οι νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι πολύ σημαντικές υπηρεσίες για αυτούς, συνεπώς κρίνεται απαραίτητο να ενισχυθούν ακόμη περισσότερο. Επίσης, με βάση τα μέλη, κρίνεται απαραίτητη η εισαγωγή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής αλλά και η ενημέρωση για κοινωνικές παροχές, όπως η βοήθεια στο σπίτι, τα Κ.Η.Φ.Η., κα. Τελειώνοντας, εξάγονται ιδιαίτερα ενθαρρυντικά

αποτελέσματα και για το προσωπικό, καθώς οι συμμετέχοντες δήλωσαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης για αυτό.

ABSTRACT

Keywords : Local authority , social care, elderly, support structures, satisfaction

This paper deals with the implementation of support actions and social care of the elderly within the powers of local government. Initially, the general part of the work is an introduction to the concept of social policy. After describing the characteristics, needs and problems in old age. Then refer to the concept of social support particularly in LAs actions in later life. Described the institution of home help, the institution of KIFI while extensive reference is made to the KAPI. The theoretical part is completed by appending data to the KAPI of Xanthi municipality which are the subject of work study. The special part of this work involves conducting research to ascertain the satisfaction rate of registered members of KAPI structures of the Municipality of Xanthi from the services provided in both service levels and activities. The main question which is going to be answered with clarity is "whether the social structures and actions of the Municipality of Xanthi can meet the needs of the local society given the economical crisis of the recent years which is an inhibitory factor . Completing the present study by the precious participation of the benefited structures above , conclusions will arise regarding the functioning , the organization and the services provided , especially from the centers of the protection for the elderly given the meagre budgets and the under – staffed services . The results of the survey show that the participants are generally satisfied with the functioning of the KAPI in which they are members. Observed high satisfaction with the time, the canteen and the services which they provide. According to the views of physiotherapy members, tours and nursing services are very important services for them, therefore it is necessary to strengthen further. Also, based on users, it is necessary to introduce preventive medicine and awareness programs for social benefits, such as helping at home, KIFI, Ms. Finally, leaving very encouraging results and the staff, as participants expressed high levels of satisfaction about it.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	
ABSTRACT	
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ.....	1
1.1 Έννοια - Ορισμός.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	4
2.1 Ορισμός.....	4
2.2 Οι ανάγκες στην τρίτη ηλικία.....	5
2.3 Προβλήματα στην τρίτη ηλικία	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ-Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ	
ΟΤΑ	8
3.1 Εισαγωγή-Ορισμός.....	8
3.2 Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης.....	10
3.3 Ρόλος - Δράσεις των ΟΤΑ.....	10
3.4 Βοήθεια στο Σπίτι και Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας.....	16
3.5 Κέντρα Ημερήσιας φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.).....	20
3.6 Ο θεσμός των Κέντρων Ανουκτικής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)	21
3.6.1 Ιστορικά στοιχεία	21
3.6.2 Σκοποί-Στόχοι.....	22
3.6.3 Παροχές	23
3.6.4 Υπηρεσίες.....	24
3.6.5 Πορεία του θεσμού	24
3.7 Μελέτη περίπτωσης: Κ.Α.Π.Η Δήμου Ξάνθης	25

3.7.1	Σκοπός	27
3.7.2	Προσωπικό.....	27
3.7.3	Τρόπος λειτουργίας	27
3.7.4	Μέλη και υποχρεώσεις.....	28
3.8	Το Παράδειγμα της Σουηδίας.....	29
3.8.1	Βοήθεια στο σπίτι.....	30
3.8.2	Το Σουηδικό σύστημα συντάξεων.....	31
3.8.3	Προετοιμασίες για την γήρανση του πληθυσμού.....	31
3.9.	Καλές πρακτικές άλλων χωρών.....	32
3.9.1	Ελληνική πρακτική.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....		36
4.1	Σκοπός	36
4.2	Σχεδιασμός μελέτης.....	36
4.3	Το δείγμα της μελέτης.....	36
4.4	Εργαλείο συλλογής	37
4.5	Δεοντολογικά θέματα	37
4.6	Διαδικασία συλλογής δεδομένων	38
4.7	Στατιστική ανάλυση.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ		39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....		52
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....		54
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....		57

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 5.1 : Δημογραφικά χαρακτηριστικά	39
Πίνακας 5.2 : Δομές ΚΑΠΗ	41
Πίνακας 5.3 : Διάρκεια	42
Πίνακας 5.4 :Συνολική ικανοποίηση	43
Πίνακας 5.5 : Εξυπηρετικό ωράριο	43
Πίνακας 5.6 : Ικανοποίηση από τη λειτουργία του κυλικείου	44
Πίνακας 5.7 : Επιμόρφωση/Διαλέξεις	44
Πίνακας 5.8 : Χορωδίες	45
Πίνακας 5.9 : Φυσικοθεραπεία	45
Πίνακας 5.10 : Εκδρομές	46
Πίνακας 5.11: Δημιουργική απασχόληση	46
Πίνακας 5.12 : Γυμναστική	47
Πίνακας 5.13 : Κοινωνική εργασία	47
Πίνακας 5.14 : Νοσηλευτικές υπηρεσίες	48
Πίνακας 5.15 : Άλλα προγράμματα ή δραστηριότητες	49
Πίνακας 5.16 : Συνέπεια Προσωπικού	50
Πίνακας 5.17 : Αποτελεσματικότητα Προσωπικού	50
Πίνακας 5.18 : Διακριτικότητα Προσωπικού	51

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 5.1 : Ηλικία συμμετεχόντων

41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

1.1 Έννοια - Ορισμός

Αρχικά, στα τέλη της χρονιάς του 1969 και περισσότερο στη δεκαετία του 1970 παρουσιάστηκε μεγάλη αναγκαιότητα για εξέλιξη του θεωρητικού ζητήματος για την κοινωνική πολιτική, όπου εξακολουθεί να υπάρχει έως και στις μέρες μας. Δύο είναι οι βασικοί άξονες της συγκεκριμένης προσπάθειας: η γενική κατανόηση του κράτους στην κοινωνική του διάσταση και η εξέταση της κοινωνικής ανισότητας και του ζητήματος της φτώχειας.

Αρχή του σημερινού θεωρητικού προβληματισμού για την κοινωνική πολιτική και το κράτος πρόνοιας ήταν η εύρεση της φτώχειας, παρόλα αυτά η αντιπαράθεση σύμφωνα με την κρίση του κράτους πρόνοιας και τις διαδικασίες καταπολέμησής της, παρουσίασε πάλι την αντιπαράθεση που υπήρχε μεταξύ του φιλελευθερισμού και της σοσιαλιστικής δημοκρατίας. Μαζί με τις παραπάνω αιτίες αλλά και την κρίση που εκδηλώθηκε στις σοσιαλιστικές χώρες και τις ραγδαίες εξελίξεις δημιουργούν στις μέρες μας μια νέα κατηγορία ζητημάτων για την κοινωνική πολιτική, και ιδιαίτερα για ζητήματα κάλυψης κοινωνικών αναγκών που αποτελούν ένα από κυριότερα στοιχεία της άσκησης πολιτικής σε αυτές τις χώρες. Σύμφωνα με τα παραπάνω, παρουσιάζονται αρκετά θέματα όπως παραδείγματος χάριν σε ποια ευρύτερα θεωρητικά ρεύματα υπάρχει η συγκεκριμένη προσπάθεια, σε ποιες διαφορετικές προσεγγίσεις στα θέματα της πρόνοιας επικρατούν και με ποια ιδεολογικά-πολιτικά ρεύματα και κοινωνικά κινήματα μοιάζουν.

Η Φιόνα Γουίλιαμς από το έργο της «Κοινωνική Πολιτική, μια Κριτική Εισαγωγής» παρέχει μια κατάλληλη παρουσίαση των βασικότερων προσεγγίσεων σύμφωνα με τις σημαντικότερους στόχους, κανόνες και αξίες (Στασινοπούλου, 2003). Στόχος αυτής της προσπάθειας είναι να παρουσιάσει ότι η απουσία ή η ελλιπής και περιθωριακή αναφορά στη σημασία του φύλου και της φυλής ως κύριων παραμέτρων στη μελέτη της κοινωνικής πολιτικής, έχει άσχημη επίπτωση στο οπτικό πεδίο της εξέτασης των φαινομένων και εμφανίζει μια τάση απλούστευσης των μοντέλων.

Αρκετοί ερευνητές αλλά και επιστήμονες αναλύουν την συγκεκριμένη έννοια από αρκετές επιστημονικές βάσεις και μέσα από αρκετά ιδεολογικά και πολιτικά πρίσματα. Στόχος της κοινωνικής πολιτικής είναι η ανάλυση των κοινωνικών φαινομένων, η ερμηνεία, η αξιολόγηση και η πρόβλεψή τους. Επίσης, εκμεταλλεύεται τα συγκεκριμένα δεδομένα με σκοπό να δημιουργηθούν διαδικασίες και μέτρα για την επίλυση των συγκεκριμένων ζητημάτων. Σύμφωνα με τα προηγούμενα θα είχε την δυνατότητα να πει κάποιος ότι αποσκοπεί στην πρόληψη και την επίλυση κοινωνικών ζητημάτων, στη διασφάλιση της κοινωνικής δικαιοσύνης, όπως και της κοινωνικής συνοχής, στη καλύτερευση του επιπέδου όπως και της ποιότητας του συλλογικού και του ατομικού βίου. Ακόμα, ο Kemsall χαρακτηρίζει ως στόχο της κοινωνικής πολιτικής την αντιμετώπιση κινδύνου. Οι κίνδυνοι οι οποίοι έχουν την δυνατότητα να βρεθούν και να αναλυθούν, δεν έχουν μόνο την μορφή δυσάρεστων γεγονότων αλλά και μεταβολών, ενώ στις σημερινές κοινωνίες διακινδύνευσης, οι κοινωνικά ευπαθείς ομάδες είναι πιο εκτεθειμένες σε εκείνους τους κινδύνους (Kemsall, 2002).

Όπως παρουσιάζει το εναρμονισμένο ευρωπαϊκό σύστημα στατιστικών κοινωνικής προστασίας ο χαρακτηρισμός «κοινωνική πολιτική» έχει να κάνει με τον αριθμό των παροχών σε χρήμα ή σε είδος των προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας που έχουν να κάνουν με την καταπολέμηση ενός συγκεκριμένου αριθμού ζητημάτων (Κοντιάδης κ συν, 2006).

Πιο αναλυτικά, η κοινωνική πολιτική έχει να κάνει με την καταγραφή, ιεράρχηση και κάλυψη κοινωνικών ζητημάτων και προβλημάτων που αφορούν την υγεία, την ασφάλιση, την απασχόληση, την στέγαση και τις προνοιακές υπηρεσίες, χαρακτηριζόμενες ως τον αριθμό των παρεμβάσεων που αποσκοπούν στην εξατομικευμένη φροντίδα και κάλυψη ζητημάτων που σχετίζονται κυρίως με: την παιδική μέριμνα, την προστασία της τρίτης ηλικίας, την ενδυνάμωση της οικογένειας και την υποστήριξη ατόμων με αναπηρίες (Κοντιάδης κ συν, 2006).

Στις κυριότερες στοχεύσεις της κοινωνικής πολιτικής βρίσκεται η εξομάλυνση των ποσοτικών και ποιοτικών ζητημάτων που έχουν να κάνουν με τις συνθήκες διαβίωσης των ευπαθών κοινωνικά ομάδων του πληθυσμού και η διασφάλιση αξιοπρεπών όρων ζωής αυτών. Επίσης, μία άλλη έννοια της «κοινωνικής πολιτικής» είναι η παρακάτω: Ένα ολόκληρο

σύστημα μέσων και μέτρων που εφαρμόζει η κάθε χώρα, παρεμβαίνοντας με αυτό το τρόπο τόσο στην οικονομία όσο και στην κοινωνία της χώρας με στόχο να προστατεύσει και να καλυτερεύσει την κοινωνική ευημερία για τα άτομα και κυρίως για εκείνα με ειδικές ανάγκες παρέχοντάς τους περισσότερη αγάπη και φροντίδα (Κοντιάδης κ συν, 2006).

Επομένως, η κοινωνική πολιτική στοχεύει στη κοινωνική ανάπτυξη την οποία διευκολύνει με καλυτέρευση των συνθηκών διαβίωσης, των ασθενέστερων εισοδηματικών ομάδων, και των όρων συμβίωσης των ατόμων και των κοινωνικών τάξεων. Λόγο της συγκεκριμένης καλυτέρευσης του κοινωνικού περιβάλλοντος ο άνθρωπος, με την μεγαλύτερη συμμετοχή του στα αγαθά και στις αξίες του πολιτισμού και την απαλλαγή του από τις καταστάσεις καταναγκασμού και υποταγής, προάγεται σε προσωπικότητα στην κοινωνική συμβίωση και η κοινωνία αλλάζει από κοινωνία ατόμων σε κοινωνία ανθρώπων. Επομένως η κοινωνική πολιτική επηρεάζει την διάρθρωση της κοινωνίας και αλλάζει την πολιτική της (Βαρδακούλας, 1980).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1 Ορισμός

Τα γηρατειά ως φυσική-βιολογική ακολουθία ανέκαθεν χαρακτηριζόταν από διάφορες πεποιθήσεις, απόψεις και αισθήματα. Το μυστήριο όπως και κακό αποτέλεσμα της φυσικής και πνευματικής παρακμής συμπορευόταν με το σεβάσμιο, σοφό και αγαθό, όπως και την περιφρόνηση και του κακού ριζικού που δημιουργούσε η τρίτη ηλικιακή φάση της ζωής (Λοΐζου, 1993 στο Μωϋσίδης και συν, 2002). Αντιθέτως, η κοινωνική πρόσληψη του χαρακτηρισμού των γηρατειών ξεπερνά τη βιολογική διάσταση και συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την κοινωνική θέση του κάθε ατόμου. Έχει να κάνει επιπλέον, και με την ιστορική περίοδο και την ετοιμότητα της κοινωνίας για την αποδοχή των ηλικιωμένων (Μωϋσίδης, 1998). Επίσης, οι παραδόσεις και οι κρατούσες αξίες, οι κανόνες δικαίου και οι διάφοροι ηλικιακοί περιορισμοί, όπως και οι κοινωνικές / ταξικές αλλαγές, επιφέρουν ένα νέο χαρακτήρα στον ορισμό της γήρανσης, δημιουργώντας την ίδια ώρα και το πλαίσιο της στάσης της κοινωνίας για τα ηλικιωμένα άτομα (Mitterauer et al., 1977 στο Μωϋσίδης και συν, 2002).

Επιπλέον, η γήρανση είναι μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων αλλαγών που πραγματοποιούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται σιγά σιγά όσο περνούν τα χρόνια (Cauley et al., 1996 στο Δαρδαβέσης, 1999). Ακόμα, η ταχύτητα της γήρανσης διαφέρει για κάθε άνθρωπο, όπως και τα οργανικά συστήματα του ίδιου του ανθρώπου. Στις μέρες μας, η ηλικία που ένα άτομο θεωρείται ότι έχει φτάσει στην τρίτη ηλικία είναι η ηλικία των 65, η οποία επίσης συνδέεται και με την συνταξιοδότηση (Γρηγοριάδου και συν, 1991 στο Δαρδαβέσης, 1999). Παίρνοντας υπόψη πως οι ποικίλες ψυχοσωματικές, κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές που παρουσιάζονται στην τρίτη ηλικία είναι μια μόνιμη διαδικασία, τότε ο χαρακτηρισμός γήρανση έχει την δυνατότητα να οριστεί ως η καλύτερη επιλογή. Ακόμα, όπως αναφέρει ο Hayflick, κάποιοι κύριοι λόγοι οι οποίοι παίζουν σημαντικό ρόλο στη γήρανση είναι οι παρακάτω:

- Η κληρονομικότητα
- Το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον

- Η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά
- Η ψυχосύνθεση του ατόμου
- Η υγιεινή διαβίωση

Η πλειοψηφία των ειδικών που εργάζονται πάνω στην βιολογία της γήρανσης, πιστεύουν ότι είναι πολύ πιθανό, να μην υπάρχει απλά μια και μόνο θεωρία, που να χαρακτηρίζει αποτελεσματικά το φαινόμενο της γήρανσης (Rubinstein, 1990 στο Δαρδαβέσης, 1999).

2.2 Οι ανάγκες στην τρίτη ηλικία

Είναι γνωστό ότι μεταξύ των ατόμων της τρίτης ηλικίας παρουσιάζονται πολλές διαφοροποιήσεις σχετικά με την οικονομική και κοινωνική τους θέση όπως και τη φυσική, δημογραφική και οικογενειακή τους κατάσταση. Πολλές είναι επίσης οι διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες, διότι η θέση των γυναικών σύμφωνα με τα οικονομικά είναι σε χειρότερη θέση από ότι των αντρών. Διαφοροποιήσεις παρουσιάζουν και τα γεωμορφολογικά και επομένως και παραγωγικά χαρακτηριστικά των κοινοτήτων. (Μουσίδης, 1998)

Επιπλέον, οι ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων δεν διαφέρουν και πολύ από εκείνες των υπολοίπων ατόμων. Παρόλα αυτά η γεροντική ηλικία συνδέεται με κάποιες ανάγκες που είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν έτσι ώστε να έχουν μια πιο άνετη ζωή. Τα ηλικιωμένα άτομα όπως και όλοι οι άνθρωποι έχουν τις εξής ανάγκες:

- Απαραίτητες δόσεις σε θρεπτική τροφή, κατάλληλο ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και ένα κατάλληλο μέρος για να ζουν το οποίο θα περιέχει αρκετή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια, άρα και κατάλληλο εισόδημα για να υπάρχει η δυνατότητα παροχής των συγκεκριμένων αναγκών,
- Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, ενσωμάτωση στην οικογένεια. Να νιώθουν ότι ανήκουν κάπου.

- Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητα τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειας τους.
- Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες,
- Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους.
- Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή/ και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.
- Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα.
(Πουλοπούλου- Έμκε, 1999)

2.3 Προβλήματα στην τρίτη ηλικία

Τα ζητήματα που παρουσιάζονται στην τρίτη ηλικία είναι πολλές φορές αποτέλεσμα των χαρακτηριστικών που πήραν τα άτομα όταν ήταν πιο νέα σε ηλικία, παραδείγματος χάριν όπως είναι η μόρφωση, η εργασία, η οικονομική κατάσταση, η υγεία, που έχουν να κάνουν με τον τρόπο ζωής. Ακόμα, τα ενήλικα άτομα της εικοσαετίας που μας πέρασε έχουν ήδη πάρει κάποια χαρακτηριστικά που θα τα βοηθήσουν να είναι περισσότερο παραγωγικά και αυτόνομα στα γηρατειά τους. Τα κυριότερα ζητήματα των ηλικιωμένων ατόμων παρουσιάζονται παρακάτω:

- η μοναξιά: η απουσία κοντινών προσώπων, παράγει συναισθηματικά μοναξιάς. Ταυτόχρονα μικραίνει ο αριθμός των φίλων και γνωστών. Ακόμα, η μοναξιά γίνεται μεγαλύτερη διότι συνδέεται αρκετά και με την ανησυχία του θανάτου,
- οικονομικά προβλήματα. Στους ηλικιωμένους της χώρας μας, παρουσιάζεται υψηλή και σημαντική οικονομική ανισότητα. Είναι άνθρωποι με μεγάλο εισόδημα, μεσαίο, όμως είναι και πολλοί οι οποίοι είναι στο επίπεδο της φτώχειας όταν η σύνταξη είναι η μόνη πηγή εισοδήματος (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α),

- Τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες,
- Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης που περιορίζει τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων,
- Οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και επικοινωνίας,
- Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος. Η διαμόρφωση των κατοικιών και η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση κάνει τα ηλικιωμένα άτομα να ζουν σε χώρους που δεν τους επιφέρουν σωστή διαμονή και λειτουργούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους (Arling, 1987 στο Δαρδαβέσης, 1999).
- Οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας και η περιορισμένη πρόσβαση των ατόμων που ανήκουν στα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια,
- Η έλλειψη κοινωνικό-ιατρικών υπηρεσιών κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου και η άνιση κατανομή τους στο χώρο.
- Η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά απέναντι στους ηλικιωμένους: Η κοινωνία συχνά φέρεται πατερναλιστικά, βλέπει τον ηλικιωμένο με συγκατάβαση ή τον θεωρεί βάρος,
- Η έλλειψη σεβασμού στα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων,
- Η απώλεια της αυτονομίας και η ανάγκη βοήθειας τρίτου προσώπου. (Πουλοπούλου-Έμκε, 1999).

Στην πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων βρίσκονται προφανώς αρκετοί που δεν αντιμετωπίζουν τα προηγούμενα ζητήματα και χαίρονται τα πλεονεκτήματα της ηλικίας τους (Πανέρα, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ-Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΤΑ

3.1 Εισαγωγή-Ορισμός

Η κοινωνική στήριξη είναι ένας ευρύς ορισμός που περιέχει δομικά χαρακτηριστικά των κοινωνικών δικτύων ενός ατόμου, αλλά και τις κοινωνικές σχέσεις των ατόμων της ομάδας. Οι δομικές συνθήκες έχουν την δυνατότητα να κατανοηθούν ως το γενικότερο πλαίσιο όπου πραγματοποιούνται οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, ενώ η παροχή «τρυφερότητας» και η ανταλλαγή υλικών πόρων, δεδομένων, αγαθών ή υπηρεσιών ως τη λειτουργική πλευρά ενός δεδομένου δικτύου.

Η κοινωνική στήριξη έχει την δυνατότητα να βρίσκεται μέσα σε ένα ευρύ εννοιολογικό δίκτυο που καλύπτει την κοινωνική ένταξη, τα κοινωνικά δίκτυα, τις κοινωνικές σχέσεις και επιπλέον ακόμα συνδεδεμένες έννοιες που έχουν να κάνουν με την κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου αλλά και στην αλληλεπίδραση του με μια ομάδα, κοινότητα ή την κοινωνία (Fernández–Ballesteros, 2002). Παρόλα αυτά, δεν υπάρχει ομοφωνία σύμφωνα με την έννοια της κοινωνικής στήριξης, από όλους τους ερευνητές. (Kim et al, 2000)

Στις μέρες μας, η κοινωνική στήριξη δέχεται μεγάλη προσοχή από την γεροντολογία. (όπως και από άλλους κλάδους της ιατρικής παραδείγματος χάριν η ψυχολογία και η γενική ιατρική). Έρευνες που έχουν να κάνουν με την κοινωνική στήριξη πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια των δεκαπέντε τελευταίων χρόνων σε αλλιώτικα πλαίσια και κουλτούρες, και παρουσίασαν ότι είναι μεγάλη η συσχέτιση με την υγεία και την ευημερία κατά τη διάρκεια της ζωής, όμως περισσότερο στα γηρατειά (Fernández– Ballesteros, 2002). Παρόλα αυτά, όπως είναι γνωστό, ένα κύριο θέμα στην έρευνα για την κοινωνική βοήθεια είναι η απουσία ενός πλήρους θεωρητικού πλαισίου για την κατανόηση της κατάληξης της κοινωνικής στήριξης στην υγεία (Fernández–Ballesteros, 2002).

Όπως αναφέρουν οι Broese Van Groenou, et al (1997) σχετικά με τους τύπους στήριξης. αρχικά, έχουμε, την ανάγκη για πρακτική στήριξη που έχει να κάνει αρκετά με τις ικανότητες ενός προσώπου να πραγματοποιεί συγκεκριμένες καθημερινές δραστηριότητες της ζωής, όπως το να φροντίζει το σπίτι, το να κάνει ψώνια, ή το να φροντίζει για την

προσωπική υγιεινή του. Ακόμα, η ανάγκη για τη συναισθηματική βοήθεια που παρουσιάζεται αρκετά την περίοδο που γίνονται μεγάλες αλλαγές στην ζωή, όπως η απώλεια ενός συζύγου ή η μετακόμιση σε έναν οίκο ευγηρίας. Κατά την διάρκεια του γήρατος, η ανάγκη και για τους δύο τύπους στήριξης γίνεται πιο μεγάλη διότι οι φυσικές ικανότητες ενός ατόμου ελαχιστοποιούνται και μεγαλώνει η πιθανότητά να χάσει μερικές από τις αγαπημένες του συνήθειες. Έτσι, η λειτουργία του δικτύου ως πηγή στήριξης, μεγαλώνει με το πέρασμα των χρόνων. (Broese Van Groenou, et al, 1997)

Σύμφωνα με τον House (1981), τέσσερις είναι οι τύποι υποστηρικτικής συμπεριφοράς και παρουσιάζονται παρακάτω: (1) συναισθηματική υποστήριξη που περιέχει τη φροντίδα, την εμπιστοσύνη, και την ενσυναίσθηση, (2) έμπρακτη υποστήριξη που περιέχει βοήθεια με τις εργασίες τους, δανεισμό χρημάτων, και συνοδεία ατόμων με κινητικά προβλήματα, (3) πληροφοριακή υποστήριξη, όπου έχει να κάνει με την παροχή δεδομένων ή εκμάθηση ικανοτήτων που έχουν την δυνατότητα να δίνουν απαντήσεις σε διάφορα ζητήματα, και (4) αξιολογητική υποστήριξη όπου βρίσκονται δεδομένα που παρέχουν την δυνατότητα σε κάποιον να αξιολογήσει την προσωπική του απόδοση, λόγω χάριν στην περίπτωση που ένας προϊστάμενος λέει σε έναν υφιστάμενο ότι έκανε σωστή δουλειά (Kim et al, 2000). Παρόλα αυτά, κάποιοι επιστήμονες παρουσιάζουν ότι η κοινωνική στήριξη έχει την δυνατότητα να καλυφθεί πραγματικά μόνο από τους εξής δυο τύπους: την συναισθηματική και την έμπρακτη στήριξη (Kim et al, 2000).

Η αύξηση της έρευνας για την κοινωνική στήριξη έχει αποδοθεί στην πιθανότητα ότι η «κοινωνική στήριξη προσφέρει ένα φειδωλό εννοιολογικό πρότυπο για την ποικιλομορφία των ψυχοκοινωνικών αποτελεσμάτων που έχουν να κάνουν με την υγεία» (Lewis, 1997). Ακόμα, η κοινωνική βοήθεια είναι μια σύνθετη, πολυδιάστατη έννοια η οποία έχει αναλυθεί εξονυχιστικά σε αρκετές επιστήμες μαζί και της γηροντολογίας. Αν και υπάρχει γενική αποδοχή της σπουδαιότητας της κοινωνικής στήριξης για την υγεία και την ευημερία, οι αρκετές και ποικίλες πτυχές της συγκεκριμένης σχέσης χρειάζονται περισσότερη ανάλυση.

Αναλυτικότερα η έρευνα για την κοινωνική στήριξη και τα άτομα τρίτης ηλικίας περιέχει ζητήματα όπως οι πηγές κοινωνικής στήριξης, ο αντίκτυπος της οικογενειακής κατάστασης και διαβίωσης στις πτυχές της κοινωνικής στήριξης, οι επιδράσεις της κοινωνικής στήριξης στις ανάγκες υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες, η επίδραση των

κοινωνικών δεσμών στην ευημερία, την ικανοποίηση για τη ζωή και την ικανότητα να ανταποκρίνονται επαρκώς στις ανάγκες της καθημερινότητας και η κοινωνική στήριξη σχετικά με προγράμματα στέγασης και κοινοτικά προγράμματα (Lewis, 1997).

Τέλος, οι Feingold, και Werby (1990) σε μια περίπτωση μελέτης ενός προγράμματος ανεξάρτητης διαβίωσης, παρουσίασαν ότι τα συγκεκριμένα προγράμματα αποσκοπούν στην ενδυνάμωση της αίσθησης ελέγχου και της ανεξάρτητης διαβίωσης των ηλικιωμένων. Ακόμα, οι απαιτήσεις για κοινωνική βοήθεια δεν είναι ίδιες σε κάθε άτομο, και δεν βρίσκονται κάποια προφανή πρότυπα για την κανονικότητα, αλλά μάλλον κάθε άτομο θα βρει μια μέση λύση σε κοινωνικές σχέσεις που ταιριάζουν στην προσωπικότητά του, αντικατοπτρίζουν τις αξίες και την προηγούμενη εμπειρία του, όπως και την προσαρμογή του στις μεταβαλλόμενες συνθήκες της ζωής του. Επομένως είναι μεγάλης σημασίας να αναγνωριστεί η ποικιλομορφία των απαιτήσεων για κοινωνική στήριξη στους ηλικιωμένους σύμφωνα με παράγοντες όπως η φυλή, το φύλο, το έθνος, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, η τάξη, ακόμη και η ηλικία. (Lewis, 1997).

3.2 Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) ονομάζονται τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που το καθένα έχει συσταθεί σε συγκεκριμένη εδαφική περιφέρεια της Ελλάδας και έχει ως σκοπό τη διοίκηση των τοπικών ζητημάτων, τα δε όργανά του εκλέγονται με καθολική ψηφοφορία από τους δημότες της περιφέρειας. Έμμεσα ο όρος εμπεριέχει και γεωγραφική και δημογραφική σημασία, υπό την έννοια ότι κάθε Ο.Τ.Α. έχει καθορισμένη έκταση, έδρα και συγκεκριμένο πληθυσμό.

3.3 Ρόλος - Δράσεις των ΟΤΑ

Ο ρόλος των Ο.Τ.Α. και ειδικά των δήμων, αναφορικά με την κοινωνική πολιτική, όχι μόνο είναι σημαντικός, αλλά κρίνεται ως απαραίτητος, δεδομένου ότι η Ελλάδα διέρχεται μια σημαντική οικονομική κρίση, με αποτέλεσμα οι δημότες να έχουν αυξημένες ανάγκες σε μια σειρά θεμάτων.

Η βασική στόχευση της κοινωνικής πολιτικής είναι η κοινωνική ανάπτυξη, υπό την έννοια μιας δίκαιης κοινωνίας χωρίς αποκλεισμούς που προέρχονται από τις οικονομικές,

κοινωνικές, δημογραφικές, φυλετικές, θρησκευτικές, πολιτισμικές ή άλλες διαφορές των πολιτών. Έτσι η κοινωνική πολιτική αποτελεί ένα συνδυασμό ενεργειών και αποφάσεων που περιέχει σειρά θεμάτων όπως η εργασία, η υγεία, η εκπαίδευση, η ασφάλεια, ο σεβασμός του ατόμου και ο πολιτισμός.

Η δυνατότητα των Ο.Τ.Α. να ασκούν κοινωνική πολιτική είναι θεσμοθετημένη. Ειδικότερα οι ρυθμίσεις του κώδικα δήμων και κοινοτήτων στον τομέα της κοινωνικής πολιτικής προβλέπουν, ότι οι δημοτικές και οι κοινοτικές αρχές διευθύνουν και ρυθμίζουν όλες τις τοπικές υποθέσεις, σύμφωνα με τις αρχές της επικουρικότητας και της εγγύτητας, με στόχο την προστασία, την ανάπτυξη και τη συνεχή βελτίωση των συμφερόντων και της ποιότητας ζωής της τοπικής κοινωνίας (άρθρο 75 Ν.3463/2006, όπως διευρύνθηκε με τα άρθρα 94 & 95 του Ν.3852/2010).

Το θεσμικό και νομικό πλαίσιο, βάσει της αναπροσαρμογής του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων (Ν. 3463/2006), προβλέπει εκτεταμένες αρμοδιότητες στους Δήμους. Η σημερινή μορφή των Ο.Τ.Α. είναι αποτέλεσμα του νόμου του Καλλικράτη (Ν. 3852/2010), ο οποίος συνένωσε περαιτέρω τους πρωτοβάθμιους Ο.Τ.Α. και κατήργησε τις νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις, αντικαθιστώντας τις, ως δευτεροβάθμιους Ο.Τ.Α., από τις περιφέρειες. Οι τελευταίες υπήρχαν και πριν το νόμο του Καλλικράτη, δεν αποτελούσαν όμως Ο.Τ.Α. αλλά μέρος της περιφερειακής διοίκησης του κράτους στο πλαίσιο της αποκέντρωσης. Είναι γεγονός ότι η τοπική αυτοδιοίκηση αποτελεί τον κεντρικό φορέα άσκησης πολιτικής για την κοινωνική προστασία. Για να μπορέσει όμως να ανταπεξέλθει στις αυξημένες απαιτήσεις καλείται να αναπτύξει στρατηγική κοινωνικής φροντίδας η οποία βασίζεται σε αναλυτική έρευνα, ενδελεχή σχεδιασμό και συντονισμό των απαιτούμενων δράσεων. Απαραίτητη είναι η ανάπτυξη δικτύων συνεργασίας, η επανασχεδίαση των κοινωνικών υπηρεσιών και φυσικά των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για την πραγματοποίηση και επιτυχή έκβαση όλων των παραπάνω καταλυτικός παράγοντας είναι η συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων φορέων, η προσέγγιση εθελοντών, η ενημέρωση των ενδιαφερόμενων και φυσικά η αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού. Στον Ν. 3852/2010 δίνεται ειδική έμφαση στον ρόλο των δήμων αναφορικά με:

- την κοινωνική προστασία και αλληλεγγύη
- την ποιότητα ζωής των πολιτών

- την εύρυθμη λειτουργία των πόλων
- την πολιτική προστασία
- την τοπική ανάπτυξη
- την απασχόληση
- την παιδεία, τον πολιτισμό και τον αθλητισμό
- το περιβάλλον

Βάσει του νομικού πλαισίου, οι δήμοι έχουν την δυνατότητα να ιδρύσουν ένα Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου για τους τομείς πολιτισμού, αθλητισμού και περιβάλλοντος, ενώ μπορούν να ιδρύσουν ένα Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου για την κοινωνική προστασία, αλληλεγγύη και παιδεία. Συγκεκριμένα οι δήμοι μπορούν να δημιουργήσουν:

- Παιδικούς Σταθμούς
- Κοινωνικά Ιατρεία
- Γραφεία Διαμεσολάβησης
- Κοινωνικά Φαρμακεία
- Κοινωνικά Παντοπωλεία
- Κ.Α.Π.Η
- Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης για Άτομα με Ειδικές Ανάγκες
- Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών
- Κοινωνικά Φροντιστήρια
- Κέντρα Δια Βίου Μάθησης
- Βοήθεια κατ' Οίκον
- Δημοτικά Κέντρα Δια Βίου Μάθησης
- Δημοτικούς Λαχανόκηπους
- Συσσίτια
- Προγράμματα Αυτεπιστασίας

Σύμφωνα με το άρθρο 94 του Ν. 3852/2010, στους δήμους αναγνωρίζονται σημαντικές αρμοδιότητες που άπτονται της κοινωνικής πολιτικής, όπως η κατοικία (αφού οι ΟΤΑ πλέον είναι αρμόδιοι για την οικονομική ενίσχυση αυτοστεγαζόμενων, την ρύθμιση ζητημάτων κοινωνικής κατοικίας, την δωρεάν παραχώρηση της χρήσης οικημάτων λόγω απορίας ή για άλλους σοβαρούς λόγους, την αναγνώριση δικαιούχων στεγαστικής

συνδρομής, κ.α.), την υγεία (όπως για παράδειγμα την οργάνωση ειδικών προγραμμάτων για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας, την υλοποίηση εκτάκτων προγραμμάτων υγείας, κ.α.), την στήριξη ΑμεΑ με καταβολή επιδομάτων, την εκπαίδευση, δια μέσου της εκτέλεσης προγραμμάτων δια βίου μάθησης, την οικονομία, με προγράμματα σύνδεσης του τουρισμού με την αγροτική παραγωγή και την υλοποίηση προγραμμάτων εγκατάστασης νέων αγροτών.

Βάσει όλων αυτών, γίνεται σαφές ότι η έννοια της κοινωνικής πολιτικής δεν εστιάζει σε έναν μεμονωμένο τομέα, αλλά αποτελεί ένα πλέγμα ενεργειών. Τα πεδία της κοινωνικής πολιτικής των δήμων έχουν άμεση αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, ως εκ τούτου οι όποιες αποφάσεις των δήμων θα πρέπει να λαμβάνονται βάσει μια συνολικής στρατηγικής πολιτικής (Κοντιάδης και Τσέκος, 2008). Για παράδειγμα, η ποιότητα της ζωής των πολιτών επηρεάζεται άμεσα από το επίπεδο κοινωνικής προστασίας και συνδέεται ευθέως με την απασχόληση των πολιτών, ως εκ τούτου η κοινωνική πολιτική θα πρέπει να αφορά όλους τους τομείς και όχι να εξετάζει τον κάθε τομέα μεμονωμένα. Έτσι, σύμφωνα με τον ορισμό του Ινστιτούτου Τοπικής Αυτοδιοίκησης, η κοινωνική πολιτική «περιλαμβάνει το σύνολο των κοινωνικών λειτουργιών προστασίας, αναπαραγωγής και ανάπτυξης των ατομικών και συλλογικών εργασιακών δυνατοτήτων. Υπό το πρίσμα αυτό, θα συμπεριληφθούν στο πεδίο, πέραν των προσωπικών προνοιακών υπηρεσιών και οι υπηρεσίες υγείας, εκπαίδευσης και κατάρτισης για την ανάπτυξη εργασιακών δεξιοτήτων, σύνδεσης με την αγορά εργασίας και υποστήριξης ανέργων, και διασφάλισης έναντι της ανικανότητας προς εργασία και της αδυναμίας απόκτησης εισοδήματος» (ΙΤΑ, 2006, σ. 187).

Ένα από τα κύρια ζητήματα που προκύπτουν είναι το εάν η κοινωνική πολιτική των δήμων είναι όντως απαραίτητη, ή, αντιθέτως, εάν οι ανάγκες των πολιτών μπορούν να καλυφθούν από την γενική εθνική κυβερνητική κοινωνική πολιτική.

Επ' αυτού εγείρονται δύο ζητήματα. Το πρώτο αφορά στην αυτονομία που έχουν –και πρέπει να έχουν- οι ΟΤΑ αναφορικά με τις αποφάσεις κοινωνικής πολιτικής που λαμβάνουν. Όπως σημειώνεται στην μελέτη του Ινστιτούτου Τοπικής Αυτοδιοίκησης: «Η Τοπική Αυτοδιοίκηση δεν πρέπει να αποτελεί εκτελεστικό μηχανισμό της κεντρικής κυβέρνησης υλοποιώντας τις αποφάσεις της και εκτελώντας τις εντολές της. Αποτελεί αυτόνομο θεσμό διαμόρφωσης τοπικού συστήματος προτεραιοτήτων» (ΙΤΑ, 2008, σ. 30). Υπό αυτό το

πρίσμα, οι δήμοι γνωρίζουν πολύ καλύτερα από την κεντρική κυβέρνηση τις ιδιαίτερες ανάγκες τους, καθώς και τις συνθήκες – οικονομικές, κοινωνικές, δημογραφικές, πολιτισμικές, κτλ- που επικρατούν στον κάθε δήμο, άρα μπορούν να εκπληρώσουν καλύτερα τους στόχους της κοινωνικής πολιτικής απ’ όσο δύναται να τους εκπληρώσει η κεντρική εξουσία.

Το δεύτερο ζήτημα αφορά στην αναγκαιότητα της δραστηριοποίησης των δήμων στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής, ακριβώς λόγω της όξυνσης των προβλημάτων.

Η οικονομική κρίση, αν και επέφερε επιδείνωση του χάσματος στην πρόσβαση των πολιτών σε δομές όπως το σύστημα υγείας, ωστόσο δεν οφείλεται αποκλειστικά στην τρέχουσα κρίση, καθώς η αναποτελεσματική κατανομή των κονδυλίων είχε καταγραφεί και προ της κρίσης, όπως επίσης είχε καταγραφεί και η σημαντική απόκλιση μεταξύ της Ελλάδας και των λοιπών κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Danilidou et al., 2004). Ωστόσο, ακριβώς λόγω των διαχρονικών και διαρθρωτικών προβλημάτων, η οικονομική κρίση λειτούργησε εξόχως επιβαρυντικά για την πρόσβαση των πολιτών στις κοινωνικές δομές (Ματσαγκάνης και Λεβέντη, 2012). Όπως επισημαίνεται στην πλέον πρόσφατη έκθεση του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδος, η οικονομική κρίση είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας (ΤτΕ, 2016). Ο συνδυασμός των τριών αυτών παραγόντων –αύξηση φτώχειας, αύξηση της ανισοκατανομής των εισοδημάτων και μείωση των δημοσίων πόρων- έχει σημαντικές επιπτώσεις στο επίπεδο ποιότητας ζωής των πολιτών.

Οι ομάδες πληθυσμού με μικρότερο εισόδημα καταγράφουν χαμηλότερο επίπεδο υγείας και αυτό λόγω των φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού που συνδέονται με τα χαμηλότερα εισοδήματα.

Ένα σημαντικό ζήτημα αναφορικά με την αναγκαιότητα και την χρησιμότητα των κοινωνικών δομών των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης έγκειται όχι τόσο στην μεταβολή του ύψους των κονδυλίων που παρέχει το κράτος για τις κοινωνικές παροχές, όσο στην αποτελεσματικότητα των εν λόγω παροχών. Όπως σημειώνεται από τον Σωτηρόπουλο (2012) το ποσοστό του προϋπολογισμού που δίδεται σε κοινωνικές παροχές στην Ελλάδα είναι σε υψηλότερο επίπεδο από το αντίστοιχο ποσοστό άλλων χωρών .

Το εν λόγω στοιχείο συνδέεται με το ότι, στην Ελλάδα, καταγράφεται μεγάλο ποσοστό ιδιωτικής δαπάνης της υγείας ως προς την συνολική δαπάνη υγείας, γεγονός που επιτείνει ακόμη περισσότερο τόσο το εισοδηματικό χάσμα, όσο και την ανισότητα των πολιτών στην πρόσβασή τους σε κοινωνικές υπηρεσίες, όπως η υγεία .

Ένας σημαντικός παράγοντας για την μείωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση στις δημόσιες δομές υγείας αποτελεί η δημιουργία δικτύων κοινωνικής προστασίας. Η απουσία των εν λόγω δομών, όπως επισημαίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2013) επιβαρύνει σημαντικά το συνολικό επίπεδο υγείας των πολιτών.

Σύμφωνα με τους Κυριόπουλος και Τσιάντου (2010) η δημιουργία δομών κοινωνικής προστασίας περιορίζει δραστικά τις αρνητικές επιπτώσεις που επιφέρει η διεύρυνση των εισοδηματικών ανισοτήτων.

Όπως επισημαίνουν οι Μπουρίκος και Σωτηρόπουλος (2013), με την δημιουργία κοινωνικών δικτύων προστασίας αυξάνεται η πρόσβαση των ομάδων πληθυσμού που έρχονται αντιμέτωπες με τον κοινωνικό αποκλεισμό, καθώς, αφ' ενός βρίσκουν πρόσβαση δια μέσου των δήμων σε προγράμματα ένταξης και αφ' ετέρου έχουν την δυνατότητα να λάβουν πληροφόρηση για το πού μπορούν και πρέπει να απευθυνθούν.

Η σημαντικότητα της ύπαρξης των κοινωνικών δομών επισημαίνεται στην μελέτη των Storm et al (2011), οι οποίοι αναφέρουν σημαντική μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων δια μέσου δράσεων της τοπικής αυτοδιοίκησης όπως η δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης, δημιουργία ομάδων κοινωνικής προστασίας, η εγκαθίδρυση δημοτικών ιατρείων και κυρίως με την δημιουργία προγραμμάτων αντιμετώπισης της ανεργίας, με παροχή προγραμμάτων δια βίου μάθησης.

Οι Kunitz et al (2000) σημειώνουν ότι ο ρόλος της τοπικής κοινότητας και των δήμων είναι ιδιαίτερος σημαντικός όταν παρατηρείται αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων.

Αναφορικά με την ενεργοποίηση των δήμων στην δημιουργία κοινωνικών υπηρεσιών, σημαντική είναι η επισήμανση του Bagavos (2013) αναφορικά με τις ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μεταξύ των Ελληνικών περιφερειών.

3.4 Βοήθεια στο Σπίτι και Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας

Το «Βοήθεια στο Σπίτι» και οι Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας, θα παρουσιαστούν ενιαία διότι η φιλοσοφία και η λειτουργία των προγραμμάτων δεν διαφέρει. Αμφότερα είναι μέρος ενός φάσματος υπηρεσιών που συμπεριλαμβάνει ψυχοκοινωνική στήριξη, νοσηλεία στην κοινότητα, άσκηση και φυσικοθεραπεία, αλλά και προθανάτια φροντίδα στο σπίτι. Στη χώρα μας, παρά τις πιλοτικές προσπάθειες που ξεκίνησαν με κατά τόπους πρωτοβουλίες ήδη από τη δεκαετία του '80, στην ουσία το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» για ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες άρχισε να έχει ευρεία εφαρμογή με την αξιοποίηση των τριών Κοινοτικών Πλαισίων Στήριξης.

Από το 1994 έως το 1996, λειτούργησαν σταδιακά δεκαοκτώ (18) Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» και πέντε (5) πιλοτικά Προγράμματα στο Δήμο Περιστερίου (Αττική). Το 1997 η εφαρμογή του προγράμματος επεκτάθηκε σε 102 Δήμους της χώρας, επιλέγοντας τα Κ.Α.Π.Η. οργανωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους και το 2001, η ενίσχυση για τη δημιουργία υπηρεσιών «Βοήθεια στο Σπίτι» εντάχθηκε στα Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα (Π.Ε.Π) και στο Ε.Π. «Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση» στο πλαίσιο του Γ' Κ.Π.Σ.. Στη χώρα μας λειτουργούν 881 Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» για παροχή υπηρεσιών σε περίπου 100.000 ηλικιωμένους, στα οποία απασχολούνται 3.351 άτομα και 183 προγράμματα «Κοινωνικής Μέριμνας» με 32.750 ωφελούμενους, στα οποία απασχολούνται 922 άτομα.

Στόχος του Προγράμματος είναι η λειτουργία τουλάχιστον ενός (1) Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» σε κάθε Δήμο, καθώς και σε όλες τις μεγάλες Κοινότητες της χώρας, και η προσφορά υπηρεσιών σε περίπου 100.000 ηλικιωμένους και ΑμΕΑ. Σήμερα, σε επίπεδο Περιφέρειας δεν υπάρχει νομός της χώρας όπου να μην έχει δημιουργηθεί Μονάδα «Βοήθεια στο Σπίτι». Επιπλέον, αρχική επιδίωξη του προγράμματος ήταν η σύνδεση των ηλικιωμένων, εξυπηρετούμενων του προγράμματος, με το Κ.Α.Π.Η. και η ταυτόχρονη αξιοποίηση και δραστηριοποίηση των μέτρων του Κ.Α.Π.Η. για τους εξυπηρετούμενους στο σπίτι. Το πρόγραμμα επιδιώκει (Υ.Α.5814/ΦΕΚ 917/Β'/17.10.97) τη διαρκή επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων εφαρμογής και των αποτελεσμάτων του προγράμματος για την ανατροφοδότηση του σχεδιασμού και των μεθόδων που εφαρμόζονται. Επιπλέον, στόχος του είναι ο εντοπισμός και η αξιοποίηση των δυνατοτήτων του δήμου, των πολιτών και των

οργανωμένων τοπικών φορέων για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων δημοτών. Τέλος, το πρόγραμμα επιδιώκει την συστηματική αξιοποίηση των εθελοντικών πρωτοβουλιών, την ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεγγύης, τη διαρκή ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερης κοινότητας για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και τις δυνατότητες των ηλικιωμένων προκειμένου να αναπτυχθεί η δύναμη της αλληλεγγύης των γενεών, απαραίτητο στοιχείο για την επιτυχία μιας ολοκληρωμένης φροντίδας για την τρίτη ηλικία.

Η υφιστάμενη λειτουργία του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» χρηματοδοτήθηκε κατά το μεγαλύτερο μέρος της από το Γ' Κ.Π.Σ. μέσω του Ε.Π. «Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση» στον τομέα ανθρώπινου δυναμικού, στο πλαίσιο του πυλώνα «Ισότητα», με σκοπό την διευκόλυνση της απασχόλησης των γυναικών, που αναλαμβάνουν ρόλο «φροντίστριας». Ειδικότερα, σύμφωνα με το Τεχνικό Δελτίο Υποβολής του Προγράμματος σκοπός του είναι η ανάληψη της φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων και των ατόμων με αναπηρίες που έχουν υποστηρικτικό περιβάλλον, με στόχο να διευκολυνθούν οι γυναίκες με ευθύνες φροντίδας προκειμένου να αναζητήσουν μια θέση στην αγορά εργασίας. Με άλλα λόγια, το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» σχεδιάστηκε για να συμβάλλει στην αύξηση της γυναικείας απασχόλησης. Θεωρήθηκε ότι η συμβολή του προγράμματος στην ένταξη των γυναικών στην απασχόληση μπορούσε να επιτευχθεί με δυο τρόπους: αφενός με την απασχόληση τους στο πλαίσιο του προγράμματος (ως εργαζομένων) και αφετέρου με την δυνατότητα που δόθηκε στις γυναίκες, που στερεοτυπικά είναι αποκλειστικά υπεύθυνες για την φροντίδα των εξαρτημένων μελών της οικογένειας, να αναζητήσουν εργασία. Είναι μάλιστα χαρακτηριστικό ότι στο πρόγραμμα κατά συντριπτική πλειοψηφία απασχολούνται γυναίκες.

Για να επιτευχθούν ωστόσο οι παραπάνω στόχοι, κάθε πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» θα πρέπει να εξυπηρετεί έναν μικρό αριθμό πολιτών, ώστε να παρέχεται καθημερινή φροντίδα μεγαλύτερης διάρκειας με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτρέψει στις γυναίκες που έχουν αναλάβει εξ' ολοκλήρου τη φροντίδα των ηλικιωμένων να αναζητήσουν εργασία εφόσον το επιθυμούν.

Η εφαρμογή του «Βοήθεια στο Σπίτι» ανέδειξε νέες διαστάσεις που οδηγούν στην αυτονόητη ανάγκη για επανασχεδιασμό του προγράμματος, ενώ ευρεία υιοθέτηση του προγράμματος δείχνει επίσης τις αυξανόμενες ανάγκες των πολιτών να ενταχθούν σε αυτό.

Παράλληλα, τα προγράμματα παρακολουθούν, και δικαίως, σε προτεραιότητα ηλικιωμένους, αλλά και άτομα με αναπηρίες, που ζουν μοναχικά. Ωστόσο η ελλειμματική υποδομή κοινωνικών υπηρεσιών και η έλλειψη πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στην περιφέρεια και τα νησιά, αποτελεί μια πραγματικότητα που πολλές φορές αναδεικνύει την ανάγκη διεύρυνσης των παρεμβάσεων του προγράμματος και σε άλλους πολίτες πέραν των ομάδων στόχων.

Είναι γεγονός ότι το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» λειτουργεί πρωτίστως ως μονάδα ιατρό-κοινωνικής φροντίδας και ο τρόπος εφαρμογής του δεν φαίνεται να μπορεί να υποκαταστήσει το ρόλο των «φροντιστριών». Εντούτοις, συμβάλλει στην πρόληψη σε ζητήματα υγείας, ιδιαίτερα σε ορισμένους οικισμούς. Από την έρευνα που πραγματοποίησε η Αναπτυξιακή Καρδίτσας (ΑΝ.ΚΑ.), στο πλαίσιο της Δράσης 10 12 της Κ.Π. Equal Α.Σ. «Συγκλίσεις» φαίνεται ότι οι αγροτικοί Ο.Τ.Α. εκμεταλλεύτηκαν περισσότερο τις δυνατότητες του προγράμματος (στο πλαίσιο του Γ' Κ.Π.Σ.) και η γεωγραφική κατανομή των μονάδων είναι πιο αντιπροσωπευτική στους Δήμους αυτούς, απ' ότι στους αστικούς, όπου δεν υπήρχαν κριτήρια, με αποτέλεσμα να υπάρχει πρόβλημα ως προς την εξισορρόπηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, από την αξιολόγηση του προγράμματος διαπιστώθηκε θετική ανταπόκριση των ηλικιωμένων στο πρόγραμμα, σημαντική κάλυψη των αναγκών τους με παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών, ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι και υπηρεσιών οικογενειακής βοήθειας, καθώς και ελάφρυνση των μελών της οικογένειας που φροντίζουν τους ηλικιωμένους. Ένα επιπλέον σημαντικό πλεονέκτημα του προγράμματος αποτελεί το χαμηλό κόστος λειτουργίας του σε σχέση με το αντίστοιχο κόστος μιας μονάδας κλειστής περίθαλψης.

Ωστόσο, εκτός από τα θετικά στοιχεία του προγράμματος διαπιστώνονται και αδυναμίες που αφορούν αφενός την έλλειψη ανεπτυγμένου δικτύου ιδιαίτερα σε νησιωτικές και ορεινές περιοχές, και αφετέρου την αδυναμία ικανοποίησης της αυξημένης ζήτησης, διότι κάθε πρόγραμμα μπορεί να καλύψει συγκεκριμένο αριθμό εξυπηρετούμενων. Σήμερα λειτουργούν 1.064 μονάδες «Βοήθεια στο Σπίτι» για ηλικιωμένους, συμπεριλαμβανομένων και των «Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας», οι οποίες παρέχουν αντίστοιχες υπηρεσίες σε

100.000 άτομα, εργάζονται 4.273 εργαζόμενοι και χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και τα Π.Ε.Π.

Το «Βοήθεια στο Σπίτι» εξυπηρετεί κυρίως ανήμπορους ηλικιωμένους με σύνταξη Ο.Γ.Α., η οποία όμως δεν επαρκεί ούτε για τα στοιχειώδη, καθώς και χαμηλόμισθους άλλων ταμείων. Όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών των ωφελούμενων φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων απαντά ότι καλύπτονται επαρκώς με ένα μικρό ποσοστό να θεωρεί ότι είναι μέτρια η κάλυψη των αναγκών τους.

Οι βασικές ανάγκες των ωφελούμενων ηλικιωμένων ιεραρχούνται ως εξής:

- Ως βασική πρώτη ανάγκη δηλώνονται τα προβλήματα υγείας και η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
- Δεύτερη ανάγκη είναι συντροφιά και η επικοινωνία και
- Ως τρίτη η βοήθεια στην φροντίδα του νοικοκυριού, στις μετακινήσεις, και γενικότερα σε ότι αφορά τη διαβίωση, τη διατροφή, την ένδυση και την αγοραστική ικανότητα

Οι παραπάνω ανάγκες πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τον επανασχεδιασμό του προγράμματος, ο οποίος θα προσδιορίσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες, αλλά και την απαιτούμενη στελέχωση των δομών αυτών.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» παρά τα σημαντικά ελλείμματα σε πόρους, προσωπικό, χρήση αξιόπιστων μεθοδολογικών εργαλείων εκτίμησης, καταγραφής και αξιολόγησης αναγκών και υπηρεσιών και την έλλειψη πόρων για τη βιωσιμότητα του, σήμερα αποτελεί μία από τις πιο ουσιαστικές υπηρεσίες στήριξης πολιτών μέσα στην κοινότητα τους από την τοπική αυτοδιοίκηση.

Κρίσιμο ζήτημα για τη συνέχιση του θεσμού αποτελεί η οικονομική και θεσμική του στήριξη από την τοπική αυτοδιοίκηση. Η αξιοποίηση των ευρωπαϊκών κονδυλίων, αλλά και της πολύχρονης εμπειρίας από την εφαρμογή του προγράμματος θα πρέπει να αποτελέσει τη βάση πάντων στην οποία η τοπική αυτοδιοίκηση θα συνεχίσει, αλλά και θα επεκτείνει τη δραστηριότητα του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι».

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» αποφέρει πολλαπλό κοινωνικό έργο με σημαντικά προνοιακά αποτελέσματα τα οποία συνδέονται με την καθαυτή

λειτουργία του και αφορούν τους στόχους του, τη στελέχωση και τον εξοπλισμό, τους ωφελούμενους, καθώς και το συντονισμό του προγράμματος.

3.5 Κέντρα Ημερήσιας φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)

Τα Κ.Η.Φ.Η. είναι σύγχρονες ανοικτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, οι οποίες απευθύνονται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών, μη δυνάμενων να αυτοεξυπηρετηθούν (με κινητικές δυσκολίες, άνοια κλπ.), των οποίων το υποστηρικτικό περιβάλλον εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει. Σκοπός των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και η παραμονή τους στο φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, καθώς και η διατήρηση μίας φυσιολογικής κοινωνικής και εργασιακής ζωής των μελών του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος, που ασχολείται με τη φροντίδα των ατόμων αυτών. Τα Κ.Η.Φ.Η. αναπληρώνουν αυτό το κενό, παρέχοντας υπηρεσίες κάλυψης βασικών καθημερινών αναγκών, ψυχοσυναισθηματικής στήριξης και νοσηλευτικής φροντίδας. Τα 56 Κέντρα λειτουργούν σε μεγάλες αστικές και ημιαστικές περιοχές, όπου οι ανάγκες είναι μεγαλύτερες και οι οικογενειακοί δεσμοί ενδεχομένως δεν είναι τόσο ισχυροί όσο στην περιφέρεια. Στο σύνολο της χώρας έχουν εγκριθεί και βρίσκονται σε στάδιο υλοποίησης 62 Κ.Η.Φ.Η., στα οποία απασχολούνται 273 άτομα και εξυπηρετούν περίπου 1.000 ηλικιωμένους.

Η ίδρυση των Κ.Η.Φ.Η. κατά μια έννοια αποτελεί τη θετική ανταπόκριση της πολιτείας σε μια διαπιστωμένη ανάγκη. Είναι γεγονός ότι τα Κ.Η.Φ.Η. συνέβαλαν αποτελεσματικά στην καθημερινή φροντίδα των ηλικιωμένων, οι οποίοι πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα ή αναπηρία, ή δεν έχουν την δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης ή ακόμα έχουν την ανάγκη επαφής και συντροφιάς. Παρόλο που ο στόχος του προγράμματος ήταν αντίστοιχος με αυτόν του «Βοήθεια στο Σπίτι», δηλαδή η αποδέσμευση των γυναικών που φροντίζουν ηλικιωμένους, τα αποτελέσματα που παρουσιάστηκαν, από την έρευνα της Ε.Υ.Σ.ΕΚΤ, δείχνουν ότι οι γυναίκες αποδεσμεύονται για ένα μικρό χρονικό διάστημα της ημέρας. Η συχνότητα της εξυπηρέτησης του ωφελούμενου από τη δομή (5-6 ημέρες τη βδομάδα) και το ωράριο λειτουργίας των δομών (8:00-14:00) θα μπορούσαν εν δυνάμει να

συμβάλουν στην αποδέσμευση των γυναικών για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Στην πράξη όμως η ίδρυση και λειτουργία των Κ.Η.Φ.Η. δεν είχε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, εξαιτίας διοικητικών και οργανωτικών περιορισμών. Συγκεκριμένα, παρά το γεγονός ότι το θεσμικό πλαίσιο των Κ.Η.Φ.Η. προβλέπει τη δυνατότητα το ωράριο λειτουργίας τους να ρυθμίζεται σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού-στόχου, στην πράξη τα Κ.Η.Φ.Η. λειτουργούσαν σε μόνο μια βάρδια, γεγονός που δεν επέτρεψε την ανταπόκρισή τους στις πραγματικές ανάγκες των άμεσα, όσο και των έμμεσα ωφελούμενων (κυρίως σε ότι αφορά το ωράριο εργασίας με ευθύνες φροντίδας).

Επίσης, παρά το γεγονός ότι το θεσμικό πλαίσιο των Κ.Η.Φ.Η. προβλέπει τη δυνατότητα σίτισης, στην πράξη δεν παρέχεται σίτιση. Επιπλέον, περιορισμένη είναι η δυνατότητα μετακίνησης των ηλικιωμένων με αυτοκίνητα, ενώ και στις περιπτώσεις που είναι εφικτό πραγματοποιείται με συμβατικά αυτοκίνητα, γεγονός ιδιαίτερα προβληματικό για άτομα που αντιμετωπίζουν κινητικά προβλήματα (μετά από εγκεφαλικό ή κάταγμα).

Για τους παραπάνω λόγους και επιπλέον τις δυσκολίες ως προς την εξεύρεση κτιρίου που να πληροί τις προδιαγραφές, τα Κ.Η.Φ.Η. δεν υιοθετήθηκαν ευρέως ως θεσμός από την τοπική αυτοδιοίκηση. Σε αυτό συνέβαλε επίσης το ότι οι Ο.Τ.Α. είχαν να επιλέξουν μεταξύ άλλων παρόμοιων προγραμμάτων προνοιακού χαρακτήρα (Βοήθεια στο Σπίτι, Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας) που εμφανίστηκαν το ίδιο χρονικό διάστημα και με το ίδιο χρηματοδοτικό πλαίσιο (εθνικούς πόρους και πόρους από την Ε.Κ.Τ.).

3.6 Ο θεσμός των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

3.6.1 Ιστορικά στοιχεία

Η ασυλοποίηση, ο ιδρυματισμός και πολλές φορές η κατάθλιψη, έκαναν επιτακτική την ανάγκη προστασίας και παραμονής των ηλικιωμένων στον φυσικό τους χώρο μακριά από τον απρόσωπο χαρακτήρα των ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης και άλλης μορφής ασύλων.

Το 1979 αποτελεί ημερομηνία ορόσημο για την εμφάνιση των Κ.Α.Π.Η. ως θεσμού στον Ελληνικό χώρο. Την χρονιά αυτή η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας κάλεσε τον Όμιλο Εθελοντών, ο οποίος λειτουργούσε ως τότε με τίτλο " Η γωνιά του παππού και της γιαγιάς ", ένα πρόγραμμα με παροχή συσσιτίου,

και ζήτησε την συνεργασία του για να δημιουργήσει ένα Πειραματικό Κέντρο Ανοιχτής Εξωϊδρυματικής Προστασίας Ηλικιωμένων. Ο πυρήνας πάνω στον οποίο θα στηρίζονταν η νέα αυτή δομή αποτελούνταν από : Γιατρό, Φυσιοθεραπευτή, Επισκέπτη υγείας ή Νοσηλεύτη, Εργοθεραπευτή και Οικογενειακό Βοηθό.

Έτσι το Ελληνικό κράτος άρχισε να δημιουργεί τα πρώτα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), σε πειραματικό στάδιο ξεκινώντας από την πρωτεύουσα. Μέχρι το 1981 είχαν λειτουργήσει έντεκα (11) δομές ΚΑΠΗ οι οποίες στηρίχτηκαν σε εθελοντικές οργανώσεις και φορείς, όπως στον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας, στον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, στο Κέντρο Μέριμνας Παιδιού και στην Χριστιανική Ένωση Νέων.

Την πρώτη αυτή φάση διαδέχεται η δεύτερη φάση της ανάπτυξης και διεύρυνσης του θεσμού σε ολόκληρη την χώρα, από το 1982, στην οποία τα Κ.Α.Π.Η. γίνονται πλέον Ν.Π.Δ.Δ. και περνούν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση. Η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας χρηματοδοτεί τις νέες δομές (λειτουργικά έξοδα και δαπάνες) μέχρι το τέλος του 1988, ενώ το 1989 την χρηματοδότηση αναλαμβάνουν οι Δήμοι και Κοινότητες. Ο Θεσμός των Κ.Α.Π.Η. έγινε αποδεκτός από το σύνολο των ηλικιωμένων, λειτουργώντας ως το πρώτο αποκεντρωμένο πρωτοβάθμιο θεσμό κοινωνικής φροντίδας.

Σύμφωνα με πρόσφατη καταγραφή της ΚΕΔΕ λειτουργούν περίπου 688 Κ.Α.Π.Η. σε όλη τη χώρα. Η μέχρι σήμερα προσφορά των παραπάνω δομών δεν έχει τύχει αμφισβήτησης και έχει συμβάλει στην ευαισθητοποίηση των φορέων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης για την ανάπτυξη προνοιακών υπηρεσιών και φράσεων.

3.6.2 Σκοποί-Στόχοι

Ο κύριος σκοπός του Κ.Α.Π.Η., ως θεσμού είναι η παροχή εξωϊδρυματικής προστασίας στα ηλικιωμένα άτομα.

Προωθεί την παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι και τη γειτονιά του, ως ενεργό μέλος, ισότιμο και αυτόνομο, την ενθάρρυνση για ανθρώπινες σχέσεις μέσα στην Κοινότητα και έξω από τα ιδρύματα βγάζοντας τον από τη απομόνωση και κάνοντας τον δημιουργικό.

Ειδικότερα οι στόχοι :

Α) Με την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ατόμων της τρίτης ηλικίας συμβάλει στην ισότιμη ενεργή παραμονή τους στην κοινωνία.

Β) Ανάδειξη των αναγκών και των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας, με στόχο την ενημέρωση, την ευαισθητοποίηση και την συνεργασία ολόκληρου του κοινωνικού ιστού συμπεριλαμβανομένων και των ειδικών φορέων.

Γ) Παροχή Πρωτογενούς Πρόληψης με εμβολιασμούς, με προγράμματα και συμβουλές για την βελτίωση της σωματικής και ψυχικής κατάστασης, την πρόληψη ατυχημάτων.

Δ) Παροχή Δευτερογενούς Πρόληψης με ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση με φυσικοθεραπείες, εργοθεραπεία και ψυχολογική υποστήριξη.

Το προσωπικό των ΚΑ.Π.Η. είναι :

- Ιατρός
- Κοινωνικός Λειτουργός
- Φυσιοθεραπευτής
- Νοσηλεύτης
- Οικογενειακός Βοηθός

3.6.3 Παροχές

Κοινωνική Υπηρεσία : Είναι υπεύθυνη για την οργάνωση και τον συντονισμό όλων των υπηρεσιών και των προγραμμάτων του Κ.Α.Π.Η. Παρέχει επίσης συναισθηματική στήριξη, βοήθεια στην αντιμετώπιση προσωπικών και οικογενειακών προβλημάτων και ένταξη σε προγράμματα του Κ.Α.Π.Η. ή παραπομπή σε άλλες υπηρεσίες.

Ο Γιατρός : Συνήθως με ειδικότητα παθολόγου, εξυπηρετεί καθημερινά τα μέλη του Κ.Α.Π.Η. Εξετάζει και συνταγογραφεί όλα τα ασφαλιστικά ταμεία.

Η Νοσηλεύτρια : Κάνει προληπτικές εξετάσεις μετά από εντολή ιατρού, παρέχει συμβουλευτική σε θέματα διατροφής, ατομικής υγιεινής και φροντίδας. Τις υπηρεσίες αυτές τις προσφέρει και κατ' οίκον όπου χρειάζεται.

Η Φυσιοθεραπεύτρια : Παρέχει τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας που δικαιούνται τα μέλη δωρεάν με παραπεμπτικό από τον ιατρό τους. Γίνεται και κατ' οίκον μετά από σύσταση του ιατρού.

3.6.4 Υπηρεσίες

- Κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους, καθώς επίσης και στήριξη τόσο συμβουλευτική, όσο και συναισθηματική και ψυχολογική.
- Παροχή Φυσικοθεραπείας τόσο στον τομέα της θεραπείας όσο και της πρόληψης.
- Εργοθεραπεία
- Οργανωμένη ψυχαγωγία
- Κατ' οίκον εξυπηρέτηση σε άτομα που το έχουν ανάγκη
- Προγράμματα εθελοντισμού, επιμόρφωση σε θέματα που άπτονται των ενδιαφερόντων και των προβλημάτων των μελών και ομιλίες από ειδικούς.
- Εντευκτήριο όπου προσφέρονται καφές, ροφήματα και αναψυκτικά σε συμβολικές τιμές καθώς και παιχνίδια (σκάκι, τάβλι, ντόμινο) με στόχο την συντροφιά και συνεύρεση των μελών.

3.6.5 Πορεία του θεσμού

Σημαντικό για την εξέλιξη των Κ.Α.Π.Η. ήταν το γεγονός ότι οι συγκεκριμένες δομές αποτέλεσαν πρωτοπορία, η οποία αγκαλιάστηκε από την Πολιτεία και τους ηλικιωμένους - μέλη με ενθουσιασμό.

Με τον καιρό όμως τα Κ.Α.Π.Η. υποβαθμίστηκαν με διάφορους τρόπους. Η πιο σημαντική υποβάθμιση ήταν η αισθητή μείωση του προσωπικού που εργάζονταν για την επίτευξη των στόχων του Κέντρου. Υπήρξε μείωση στις ειδικότητες του προσωπικού, αλλά και μείωση του ωραρίου του ήδη υπάρχοντος.

Σημαντική παράμετρος επίσης είναι η οικονομική κρίση που υφίσταται η χώρα μας, η οποία επέφερε επιπτώσεις και στην λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. όπως την μείωση του προϋπολογισμού. Τα οικονομικά προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν είναι τεράστια και έχουν άμεσο αντίκτυπο και στο αριθμό και στην ποικιλία των προσφερόμενων προγραμμάτων, είτε διότι τα τελευταία θεωρούνται δαπανηρά, είτε διότι η διοργάνωσή τους είναι χρονοβόρα και απαιτούν την ύπαρξη μεγαλύτερου αριθμού εργαζομένων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν πολλά Κ.Α.Π.Η., τα οποία τείνουν να μετατραπούν σε καφεενεία ή περιστασιακά ιατρεία (συνταγογράφηση φαρμάκων), αφού στερούνται πολλές και αναγκαίες ειδικότητες για να λειτουργήσουν σε άλλο πλαίσιο.

Ο φόρτος εργασίας επίσης των εργαζομένων είναι τεράστιος, κυρίως των κοινωνικών λειτουργών και των φυσιοθεραπευτών, με αποτέλεσμα εις βάρος της διοργάνωσης και πραγματοποίησης των διαφόρων προγραμμάτων να επωμίζονται και την διοικητική λειτουργία των Κ.Α.Π.Η.

3.7 Μελέτη περίπτωσης: Κ.Α.Π.Η Δήμου Ξάνθης

Η μελέτη περίπτωσης της παρούσας διπλωματικής εργασίας αφορά τις δομές Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Ξάνθης.

Σύμφωνα με το νέο Οργανισμό Εσωτερικών υπηρεσιών του Δήμου Ξάνθης (ΦΕΚ 1419/12-6-2013 Τ.Β') , αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Κοινωνικής Προστασίας , Παιδείας Αθλητισμού και Πολιτισμού είναι ο σχεδιασμός και η εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής, των πολιτικών ισότητας των φύλων καθώς και η προστασία και προαγωγή της δημόσιας υγείας στην περιοχή του Δήμου, με τη λήψη των καταλλήλων μέτρων και τη ρύθμιση των σχετικών δραστηριοτήτων. Ειδικότερα σε ότι αφορά τις αρμοδιότητες Κοινωνικής Προστασίας της τρίτης ηλικίας η Διεύθυνση είναι υπεύθυνη για την εφαρμογή πολιτικών ή τη συμμετοχή σε δράσεις που αποσκοπούν στην υποστήριξη και κοινωνική φροντίδα της τρίτης ηλικίας, με την ίδρυση και λειτουργία νομικών προσώπων και ιδρυμάτων όπως κέντρων ανοικτής περίθαλψης και ημερήσιας φροντίδας, ψυχαγωγίας και αναψυχής ηλικιωμένων, γηροκομείων κ.λπ. και τη μελέτη και εφαρμογή σχετικών κοινωνικών προγραμμάτων.

Όλες οι δράσεις επίσης της Διεύθυνσης γίνονται σε συνεργασία με το ΝΠΔΔ με την επωνυμία «Κέντρο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης Δήμου Ξάνθης» σκοπός του οποίου μεταξύ άλλων είναι η οργάνωση και η λειτουργία των υπηρεσιών με γνώμονα την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών των κατοίκων Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης και συγκεκριμένα η υποστήριξη και κοινωνική φροντίδα βρεφικής – παιδικής ηλικίας – τρίτης ηλικίας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι κατευθυντήριες αρχές του στρατηγικού σχεδιασμού του δήμου σε σχέση με την "κοινωνία" είναι μεταξύ άλλων, η αναβάθμιση και συμπλήρωση υποδομών και προγραμμάτων – δράσεων Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης, ο εθελοντισμός και η Κοινωνική προσφορά. Μελετώντας επίσης το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης και συγκεκριμένα στον άξονα 2 (Κοινωνική πολιτική, παιδεία, πολιτισμός, αθλητισμός, τουρισμός), στο μέτρο "υγεία και κοινωνική πρόνοια", περιλαμβάνονται δράσεις όπως σχεδιασμός και υλοποίηση εκπομπών ενημέρωσης των πολιτών για υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, συγγραφή, παραγωγή και μετάδοση ραδιοφωνικών μηνυμάτων για την άμεση επικοινωνία των πολιτών με τις δομές κοινωνικής πρόνοιας και φροντίδας, δημιουργία δικτύου των κοινωνικών υπηρεσιών του Δήμου, άθληση ηλικιωμένων και διεξαγωγή ημερίδων στο ΚΑΠΗ. Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι οι δράσεις που σχετίζονται με την Τρίτη ηλικία χαρακτηρίζονται ως Α προτεραιότητας που σημαίνει ότι υπάρχει η χρηματοδότησή τους ή ότι η χρηματοδότησή τους θεωρείται σχεδόν δεδομένη ενώ η υλοποίησή τους θα γίνει με την συνδρομή της Διεύθυνσης Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας Αθλητισμού και Πολιτισμού και του ΝΠΔΔ του Δήμου Ξάνθης.

Καταλήγοντας ο Δήμος Ξάνθης θα χρησιμοποιήσει κάθε πρόσφορο μέσο και χρηματοδοτικό εργαλείο προκειμένου να επιτύχει το όραμά του που έγκειται στη

" Δημιουργία μιας σύγχρονης, λειτουργικής, φιλικής, συμμετοχικής και ανθρώπινης πόλης, η οποία θα λειτουργεί και πρωτοπορεί ως κέντρο ανάπτυξης και πολιτισμού τόσο στην περιφέρεια ΑΜΘ όσο και ευρύτερα " .

Σύμφωνα με το υπ' αριθμ. 349 τεύχος Β' /1-6-1984 (ΦΕΚ) το πρώτο Κ.Α.Π.Η. του δήμου λειτούργησε τον Νοέμβριο του ίδιου έτους. Στον Δήμο Ξάνθης λειτουργεί σήμερα το κεντρικό Κ.Α.Π.Η. στην οδό Καπνεργατών 1 και άλλα τέσσερα στις περιοχές Καλλιθέας, Κιμμερίων, Σταυρούπολης και Χρύσας.

3.7.1 Σκοπός

Σύμφωνα με τον κανονισμό λειτουργίας σκοπός των παραπάνω δομών είναι:

- Η παροχή υπηρεσιών για την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Η έρευνα σχετικών θεμάτων με τους ηλικιωμένους.

3.7.2 Προσωπικό

Το προσωπικό που υπηρετεί σήμερα στις δομές των Κ.Α.Π.Η. Ξάνθης αποτελείται από :

- Έναν Ιατρό (Παθολόγο) ο οποίος εξετάζει τα μέλη και συνταγογραφεί φάρμακα για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία δύο φορές την εβδομάδα. Υπάρχει και ένας δεύτερος Ιατρός ο οποίος υποστηρίζει την λειτουργία των Κ.Α.Π.Η., παρέχει τις υπηρεσίες και γνώσεις του στους ηλικιωμένους - μέλη, εθελοντικά.
- Μια Νοσηλεύτρια
- Μια φυσιοθεραπεύτρια
- Μια καθαρίστρια

3.7.3 Τρόπος λειτουργίας

Σύμφωνα με το υπ' αριθμ. 1190 τεύχος Β' /9-6-2011 (ΦΕΚ) σύστασης του νέου ΝΠΔΔ με την επωνυμία " Κέντρο Κοινωνική Προστασίας και Αλληλεγγύης Δήμου Ξάνθης " η διοίκηση όλων των δομών του νεοσύστατου νομικού προσώπου, συμπεριλαμβανομένων και των Κ.Α.Π.Η., πραγματοποιείται από εντεκαμελές Διοικητικό Συμβούλιο με τους αναπληρωτές τους που ορίζονται από το Δημοτικό Συμβούλιο Ξάνθης.

Σύμφωνα με τον κανονισμό λειτουργίας των Κ.Α.Π.Η. το Διοικητικό Συμβούλιο με απόφασή του, μπορεί να αναθέτει σε μέλη του, υπαλλήλους ή ιδιώτες τη φροντίδα και επιμέλεια ορισμένων τομέων της δραστηριότητας του. Μπορεί επίσης να συγκροτεί επιτροπές, στις οποίες θα μετέχουν ιδιώτες εθελοντές που δεν είναι μέλη του, με σκοπό να φροντίζουν και να επιμελούνται συγκεκριμένους τομείς της δραστηριότητας τους. Οι επιτροπές αυτές, λειτουργούν με ευθύνη ενός υπαλλήλου των Κ.Α.Π.Η. που ορίζει το Δ.Σ. με απόφασή του. Πόροι του Ν.Π.Δ.Δ θα είναι:

- η ετήσια τακτική επιχορήγηση του Δήμου Ξάνθης και ή τυχόν έκτακτη επιχορήγηση το ύψος της οποίας διαμορφώνεται ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες που οδηγούν στην καταβολή της έκτακτης επιχορήγησης.
- κάθε είδους εισφορές, επιχορηγήσεις, δωρεές, κληρονομίες και κληροδοσίες,
- εισπράξεις από το αντίτιμο των πραγμάτων ή των υπηρεσιών, που παρέχει το Ν.Π.Δ.Δ.
- πρόσοδοι από τη δική του περιουσία, καθώς και από τη συμμετοχή του σε προγράμματα.

3.7.4 Μέλη και υποχρεώσεις

Μέλη των Κ.Α.Π.Η. εγγράφονται άτομα από 60 ετών και πάνω, άνδρες και γυναίκες που κατοικούν στην περιοχή που λειτουργεί το Κέντρο, χωρίς διάκριση οικονομικών δυνατοτήτων ή άλλων ιδιαιτεροτήτων. Ο αριθμός των μελών κάθε Κέντρου δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από 300 μέλη και μικρότερος από 50. Ο αριθμός αναφέρεται στην ενεργό συμμετοχή και όχι στα εγγεγραμμένα μέλη. Τα μέλη για την εγγραφή τους πληρώνουν συνδρομή η οποία είναι συμβολική ανάλογα με τις οικονομικές δυνατότητες τους. Ανάλογη είναι και η οικονομική συμμετοχή των μελών στις εκδηλώσεις και στα διάφορα προγράμματα που οργανώνει το Κέντρο.

Τα μέλη οφείλουν να ακολουθούν τις οδηγίες της υπηρεσίας τόσο εντός του Κέντρου όσο και εκτός αυτού, εφόσον παίρνουν μέρος σε κάποια εκδήλωση ή δραστηριότητα που οργανώνεται από τα Κ.Α.Π.Η., όπως εκδρομές, κατασκηνώσεις, θαλάσσια μπάνια. Τα μέλη φροντίζουν τις οικονομικές υποχρεώσεις τους ώστε να λαμβάνουν μέρος στα προγράμματα και τις εκδηλώσεις που πραγματοποιούνται.

3.8 Το Παράδειγμα της Σουηδίας

Η υγεία και η κοινωνική μέριμνα των ηλικιωμένων αποτελούν σημαντικά τμήματα της σουηδικής πολιτικής πρόνοιας. Το 20% των κατοίκων της Σουηδίας δηλαδή 9,8 εκατομμύρια έχουν συμπληρώσει την προβλεπόμενη ηλικία συνταξιοδότησης των 65 ετών. Ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί στο 23% από το έτος 2040 καθώς ένα μεγάλο ποσοστό των Σουηδών γεννήθηκαν τη δεκαετία του 1940.

Το προσδόκιμο ζωής στη Σουηδία είναι μεταξύ των υψηλότερων στον κόσμο : 79,9 χρόνια για τους άνδρες και 83,7 χρόνια για τις γυναίκες. Στη Σουηδία το 5,2% του πληθυσμού είναι ηλικίας 80 ετών, ποσοστό το οποίο είναι ελαφρώς υψηλότερο από το μέσο όρο του 5,1% της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Δεδομένου ότι όλο και περισσότεροι πολίτες αυτής της ηλικιακής ομάδας είναι καλά στην υγεία τους, οι απαιτήσεις φροντίδας τους έχουν μειωθεί από το έτος 1980.

Οι περισσότερες δράσεις φροντίδας των ηλικιωμένων χρηματοδοτούνται από δημοτικούς φόρους και κρατικές επιχορηγήσεις. Το 2014 το συνολικό κόστος της φροντίδας των ηλικιωμένων ήταν 11,7 δισεκατομμύρια ευρώ, αλλά μόνο το 4% του κόστους χρηματοδοτήθηκε από τέλη των ασθενών. Τα ποσά που καταβάλλουν οι ηλικιωμένοι για την υγειονομική τους περίθαλψη έχουν ελαττωθεί σύμφωνα με συγκεκριμένα προγράμματα.

Οι περισσότεροι δήμοι επιλέγουν την ιδιωτικοποίηση της φροντίδας των ηλικιωμένων, αφήνοντας την άσκηση των δικών τους αρμοδιοτήτων στους παρόχους της ιδιωτικής περίθαλψης. Το έτος 2013 η ιδιωτική περίθαλψη παρείχε υπηρεσίες σε ποσοστό 24% όλων των ηλικιωμένων με την μορφή της βοήθειας στο σπίτι. Όλοι οι αποδέκτες μπορούν να επιλέξουν αν επιθυμούν βοήθεια στο σπίτι τους ή κάποια άλλη ειδική φροντίδα που μπορεί να παρέχεται είτε από δημόσιους είτε από ιδιωτικούς φορείς. Ωστόσο ο δήμος έχει πάντα τη συνολική ευθύνη σε τομείς όπως η χρηματοδότηση, τη βοήθεια στο σπίτι ή την εξασφάλιση μιας θέσης σε ένα ειδικό χώρο στέγασης. Από έρευνες που έγιναν μεταξύ των ετών 1995 και 2005 προέκυψε ότι ο αριθμός των ιδιωτικών επιχειρήσεων στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών πενταπλασιάστηκε. Επίσης βάσει άλλων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ήρθαν στη δημοσιότητα σοβαρές

ελλείψεις σε διάφορα ιδιωτικά υγειονομικά ιδρύματα. Τα συγκεκριμένα ιδρύματα κατηγορήθηκαν ότι χάριν του κέρδους μείωσαν την ποιότητα των υγειονομικών παροχών.

3.8.1 Βοήθεια στο σπίτι

Ένας από τους στόχους της φροντίδας είναι να βοηθήσει τους ηλικιωμένους και τα άτομα με αναπηρία να ζήσουν φυσιολογικά μια ανεξάρτητη ζωή. Αυτό σημαίνει να ζουν στο σπίτι τους όσο το δυνατό περισσότερο. Οι ηλικιωμένοι που συνεχίζουν να ζουν στο σπίτι λαμβάνουν διάφορες μορφές υποστήριξης για να διευκολυνθεί η ζωή τους. Για παράδειγμα, σχεδόν όλοι οι δήμοι στη Σουηδία προσφέρουν έτοιμα γεύματα που μπορούν να παραδοθούν στο σπίτι. Το 2014, είχαν βοήθεια στο σπίτι περίπου 221.600 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Σχεδόν οι μισοί δήμοι της χώρας παρέχουν γεύματα για τους ηλικιωμένους σε ειδικά κέντρα διήμερευσης, ενώ μερικοί έχουν οργανώσει μικρές ομάδες ηλικιωμένων οι οποίοι μαγειρεύουν οι ίδιοι τα γεύματά τους.

Όταν ένα ηλικιωμένο άτομο δεν είναι πλέον σε θέση να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, μπορεί να υποβάλλει αίτηση στον δήμο για βοήθεια μέσω των κατ' οίκον υπηρεσιών. Το είδος της φροντίδας προσαρμόζεται στις ανάγκες του κάθε ενδιαφερόμενου. Ηλικιωμένα άτομα με ειδικές ανάγκες μπορούν να έχουν βοήθεια όλο το εικοσιτετράωρο καθώς πολλοί από αυτούς πρέπει να παραμείνουν στο σπίτι όλη τους τη ζωή. Σε σοβαρά ασθενείς επίσης παρέχονται υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας στον χώρο τους.

Κάθε δήμος αποφασίζει τις δικές του χρεώσεις για την φροντίδα των ηλικιωμένων. Το κόστος εξαρτάται από το παράγοντες όπως το ύψος ή το είδος της βοήθειας που παρέχεται και φυσικά το εισόδημα του ατόμου.

3.8.2 Το Σουηδικό σύστημα συντάξεων

Όλοι οι Σουηδοί πολίτες δικαιούνται εθνική σύνταξη γήρατος μετά τη συνταξιοδότησή τους. Οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν να αρχίσουν να λαμβάνουν τη σύνταξή τους μεταξύ των ηλικιών 61 και 67.

Από το 2005 έως το 2014, ο αριθμός των Σουηδών που εργάζονται ηλικίας 65-74 ετών αυξήθηκε κατά τουλάχιστον 127 τοις εκατό. Η μέση ηλικία συνταξιοδότησης είναι σήμερα 64,5 έτη.

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές πηγές που συνθέτουν μια σουηδική σύνταξη. Οι άνθρωποι που έχουν εργαστεί και ζήσει στη Σουηδία θα πάρουν μια εθνική σύνταξη γήρατος με βάση το εισόδημα επί του οποίου τους έχουν καταβληθεί φόροι.

Η εθνική σύνταξη γήρατος αποτελείται από το συνταξιοδοτικό εισόδημα, τα ασφάλιστρα συνταξιοδότησης και την εγγυημένη σύνταξη.

Η μέση εθνικής σύνταξης το 2014 ήταν 11.093 Σουηδικές κορόνες ανά μήνα. Εκτός από την εθνική σύνταξη γήρατος, οι περισσότεροι άνθρωποι που εργάζονται στη Σουηδία λαμβάνουν και μια επαγγελματική σύνταξη η οποία βασίζεται σε συνεισφορές των εργοδοτών τους.

Συνολικά, το 71 τοις εκατό του συνολικού εισοδήματος των συνταξιούχων προέρχεται από το δημόσιο συνταξιοδοτικό σύστημα. Για πρόσθετη ασφάλεια, πολλοί επιλέγουν να ενισχύσουν τις συνταξιοδοτικές παροχές τους με ιδιωτικές συνταξιοδοτικές αποταμιεύσεις.

3.8.3 Προετοιμασίες για την γήρανση του πληθυσμού

Όπως κι άλλες πολλές χώρες η Σουηδία έχει ένα αυξανόμενο ποσοστό ηλικιωμένων. Ως εκ τούτου ο τομέας φροντίδας τους είναι σημαντικός και η κυβέρνηση έχει λάβει κατάλληλα μέτρα για να αντιμετωπίσει τις μελλοντικές προκλήσεις που θα παρουσιαστούν.

Το έτος 2040 ένας στους τέσσερις Σουηδούς θα είναι 65 ετών και άνω, αλλά οι περισσότεροι από αυτούς τους ανθρώπους αυτής της ηλικιακής ομάδας θα είναι ενεργοί και υγιείς. Ήδη έχουν τεθεί σε εφαρμογή αρκετές πρωτοβουλίες που αποσκοπούν στην ικανοποίηση των μελλοντικών αναγκών.

Επίσης αρκετές νέες μορφές αποτελεσματικής προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης έχουν εφαρμοστεί τα τελευταία χρόνια προκειμένου να προσελκύσουν το ενδιαφέρον περισσότερων ηλικιωμένων. Για παράδειγμα προτείνονται με ιατρική συνταγή διαφόρων ειδών σωματικές δραστηριότητες για προληπτικούς λόγους, αλλά και ως μορφή θεραπείας. Συνταγογραφείται δηλαδή το κατάλληλο είδος σωματικής δραστηριότητας για τον καθένα σε συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή, όπου χρειάζεται, υπό ιατρική φυσικά παρακολούθηση. Επίσης γίνονται σημαντικές προσπάθειες για την μείωση των τραυματισμών από πτώσεις, οι οποίες ευθύνονται για σημαντικά προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων.

Τέλος σημαντικό ρόλο στην ψυχική ηρεμία και υγεία των ηλικιωμένων κατέχουν δραστηριότητες μέσω της μουσικής, ταινιών, την ανάγνωση, τη ζωγραφική και πολλές άλλες πολιτιστικές δραστηριότητες. Η ευεργετική επίδραση των παραπάνω αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο.

3.9 Καλές πρακτικές άλλων χωρών

Στο πεδίο των καινοτόμων πιλοτικών δράσεων ανοικτής φροντίδας ηλικιωμένων, καλές πρακτικές έχουν αναδειχθεί στις πιλοτικές εφαρμογές που υλοποιήθηκαν στην Ιταλία, την Δανία και την Ισπανία.

A) Το Πρόγραμμα για Ηλικιωμένους του Ιδρύματος Del Monte που υλοποιήθηκε στις περιοχές της Μπολόνια και της Ραβέννα στην Ιταλία είναι ιδιαίτερα πρωτότυπο στη σύλληψή του καθώς στοχεύει αφενός στην αναβάθμιση της αγοράς υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας ηλικιωμένων, αφετέρου στην προστασία των μεταναστών που παρέχουν τέτοιες υπηρεσίες σε καθεστώς «μαύρης» εργασίας. Στο πλαίσιο του προγράμματος, ενθαρρύνεται η δημιουργία μικρών επιχειρήσεων κατ'οίκον φροντίδας ηλικιωμένων που προσλαμβάνουν νόμιμα αλλοδαπούς παρέχοντάς τους όλα τα εργασιακά και ασφαλιστικά δικαιώματα. Οι επιχειρήσεις αυτές έχουν την ευκαιρία να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο πλαίσιο του προγράμματος και να πιστοποιηθούν στο συγκεκριμένο πεδίο οικονομικής δραστηριότητας. Η πιστοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών συμβάλλει καταλυτικά στην διασφάλιση της ποιότητάς τους εξασφαλίζοντας στους εξυπηρετούμενους ηλικιωμένους αναβαθμισμένη φροντίδα.

Β) Χαρακτήρα καλής πρακτικής εμφανίζει η λειτουργία του Δανικού πιλοτικού Προγράμματος Reaching out to users (Άνοιγμα προς τους χρήστες) που υλοποιείται σε μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας. Το πρόγραμμα προωθεί πρωτότυπες τεχνικές κοινωνικής εργασίας όπως την «κοινωνική εργασία στο δρόμο». Τα στελέχη των δημοτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας καλούνται να αναζητήσουν με δική τους πρωτοβουλία τα άτομα που χρειάζονται βοήθεια και να τα βοηθήσουν να εξασκήσουν αποτελεσματικά το δικαίωμά τους στις προνοιακές υπηρεσίες.

Γ) Επίσης χαρακτήρα καλής πρακτικής έχει η θεσμική παρέμβαση της Ισπανικής Επαρχίας Galicia για σύσταση κινητών διεπιστημονικών μονάδων κοινωνικής φροντίδας. Με την χρήση της ευέλικτης αυτής λύσης, η τοπική αυτοδιοίκηση επιχείρησε να καλύψει τις υφιστάμενες ανάγκες κοινωνικής φροντίδας σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές όπου η δημιουργία μόνιμων δομών ανοικτής προστασίας δεν ήταν εφικτή λόγω αυξημένου κόστους. Οι κινητές μονάδες εδρεύουν στον μεγαλύτερο δήμο της περιοχής και επισκέπτονται τους μικρούς δήμους σε συγκεκριμένες ημέρες και ώρες.

Καλές πρακτικές στο πεδίο της ανοικτής φροντίδας ατόμων με αναπηρίες

Στο πεδίο των θεσμικών παρεμβάσεων για την καλύτερη διάχυση της πληροφορίας και την ανοικτή φροντίδα στα άτομα με αναπηρίες και στα άτομα που τα φροντίζουν, καλές πρακτικές εντοπίζονται στα εθνικά συστήματα της Ιρλανδίας, της Δανίας και της Ισπανίας.

Α) Με στόχο την ενοποίηση των πληροφοριών και της δράσης στο πεδίο προστασίας των ατόμων με αναπηρίες, η Ιρλανδική κυβέρνηση ίδρυσε μία ειδική υποστηρικτική υπηρεσία το 2000 με την επωνυμία Comhairle, η οποία παρακολουθεί τις υποστηρικτικές και ενημερωτικές δράσεις των δημόσιων προνοιακών υπηρεσιών και εξασφαλίζει την ενσωμάτωση σε αυτές εξειδικευμένων δράσεων για άτομα με αναπηρίες. Στο πεδίο της πρόσβασης των ατόμων με αναπηρίες στην πληροφόρηση, το Comhairle έχει επιδείξει αξιόλογα αποτελέσματα παρέχοντας πλέον την δυνατότητα στα άτομα με αναπηρίες να λαμβάνουν πληροφορίες απευθείας από τα 85 ανεξάρτητα Κέντρα Ενημέρωσης Πολιτών (Citizens Information Centres) που λειτουργούν σε τοπικό επίπεδο χωρίς να χρειάζεται να απευθυνθούν σε ξεχωριστή υπηρεσία.

Β) Στη Δανία, οι θεσμοί του «συνοδού» για άτομα με κινητικές αναπηρίες και του «κοινωνικού διερμηνέα» για κωφάλαλους ενισχύουν σημαντικά την αυτονομία των ατόμων

με αναπηρίες ενθαρρύνοντας την ενεργητική συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή και αποφεύγοντας την απομόνωσή τους. Τα άτομα με αναπηρίες υποβάλλουν αιτήσεις στο δήμο κατοικίας τους και δικαιούνται υπηρεσίες «συνοδού» ή «κοινωνικού διερμηνεία» για 15 ώρες την εβδομάδα.

3.9.1 Ελληνική πρακτική

Μελετώντας τις παραπάνω καλές πρακτικές που παρουσιάστηκαν γίνεται αντιληπτό ότι υπάρχουν πάμπολλες διαφοροποιήσεις στην ευρωπαϊκή τοπική αυτοδιοίκηση γεγονός που οφείλεται στις συνθήκες που ισχύουν ή ισχύσαν σε κάποια χρονική στιγμή στην κάθε χώρα. Επομένως δεν υπάρχει κάποιο ‘μοντέλο’ που θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως το επικρατέστερο καθώς η διαμόρφωση της τοπικής αυτοδιοίκησης σε κάθε κράτος απορρέει από τις συνθήκες που επικρατούν: τοπικές, εθνικές, ιστορικές, πολιτικές, και κοινωνικό - οικονομικές. Επομένως η συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης στην διακυβέρνηση της χώρας είναι καθοριστικής σημασίας για τα κράτη με παράδοση στην τοπική αυτονομία, όπως είναι τα Σκανδιναβικά, ενώ οι δράσεις της αυτοδιοίκησης περιορίζονται από τους κεντρικούς μηχανισμούς για τα κράτη που λειτουργούν συγκεντρωτικά, όπως η Ιταλία η Γαλλία και η Ελλάδα.

Στην Ελληνική πραγματικότητα παραδοσιακά η φροντίδα των ηλικιωμένων ήταν ευθύνη της οικογένειας και η προσδοκία των ηλικιωμένων ήταν να γηροκομηθούν από τα παιδιά τους . Η οικογένεια, λόγω και της κρατικής θέσης για το χαμηλό κόστος, θεωρήθηκε ως ο περισσότερο ενδεδειγμένος θεσμός για την φροντίδα των ηλικιωμένων συγγενών, σε σύγκριση με άλλους θεσμούς. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται συρρίκνωση και εξασθένηση της ομάδας που παραδοσιακά στήριζε τους ηλικιωμένους: εκτεταμένη οικογένεια, συγγένεια, κοινότητα. Στην Ελλάδα τα άτυπα δίκτυα κατέχουν κύριο ρόλο στη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων. Η ύπαρξη άτυπων δικτύων στήριξης στο πλαίσιο της Ελληνικής κοινωνίας- οικογένειας, έχει ως αποτέλεσμα να διαμένει σε κλειστές δομές φροντίδας ένας μικρός αριθμός ηλικιωμένων. Ο υποστηρικτικός ρόλος της οικογένειας αντισταθμίζει σε ένα βαθμό την ανεπάρκεια του κράτους πρόνοιας . Επιθυμία όλων των ηλικιωμένων είναι να παραμείνουν όσο το δυνατό περισσότερο στο σπίτι τους, στην οικογένεια τους, στη γειτονιά τους. Καθώς με την παραμονή των ηλικιωμένων στο

οικογενειακό και το κοινωνικό τους περιβάλλον δε λύνονται όμως όλα τα προβλήματα, απαραίτητη είναι η δημιουργία προγραμμάτων που θα συμβάλλουν στην ενίσχυση της παραμονής των ηλικιωμένων στην κοινότητα. Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να παρέχονται από το κράτος και την τοπική αυτοδιοίκηση . Επομένως χρειάζεται περαιτέρω ενίσχυση και υποστήριξη όλων των υποστηρικτικών δομών της τρίτης ηλικίας κυρίως αυτών που παρέχονται από την τοπική αυτοδιοίκηση , ενώ όσο βαθαίνει η οικονομική κρίση που ταλανίζει την χώρα τόσο δημιουργούνται συνεχώς νέες ανάγκες . Οι πόροι που απαιτούνται για να καλυφθούν οι νέες ανάγκες των κοινωνιών περιορίζονται διαρκώς . Επομένως, η δύσκολη οικονομική συγκυρία επιβάλλει σε όλους τους Δήμους να αναζητήσουν εναλλακτικές ή συμπληρωματικές λύσεις χρηματοδότησης και να αξιοποιήσουν με το καλύτερο δυνατό τρόπο τους εθνικούς και ευρωπαϊκούς πόρους προς όφελός τους .

Στην Ελλάδα σήμερα υπάρχει ανάγκη για ανανέωση και αλλαγή του συστήματος πρόνοιας. Οι φορείς που εμπλέκονται πρέπει να προβούν στις απαραίτητες ενέργειες ώστε να μπορέσουν τα άτομα να ζήσουν αυτόνομα , να υποστηριχθεί η οικογένεια ως θεσμός προστασίας ,ενώ θα πρέπει να υπάρξουν τέτοια δίκτυα υπηρεσιών που συνεργαζόμενα με όλες τις απαραίτητες πολιτικές θα μετατρέψουν την Ελλάδα σε ένα κράτος εξασφαλισμένων παροχών .

Ένα κράτος που θα λειτουργεί με γνώμονα την αξιοπρέπεια του ανθρώπου – πολίτη και θα εμπνέει εμπιστοσύνη ως προς την άσκηση – εξασφάλιση των δικαιωμάτων των πολιτών του .

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διαπιστωθεί το ποσοστό ικανοποίησης των εγγεγραμμένων μελών των δομών ΚΑΠΗ του Δήμου Ξάνθης από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται τόσο σε επίπεδο εξυπηρέτησης όσο και δραστηριοτήτων. Να αξιολογηθεί δηλαδή η λειτουργία των συγκεκριμένων δομών, να παρουσιαστούν προβλήματα που τυχόν προκύπτουν και να διεξαχθούν συμπεράσματα και προτάσεις.

4.2 Σχεδιασμός μελέτης

Τη διατύπωση του προβλήματος ακολούθησε η επιλογή ερευνητικής μεθόδου, η οποία αποφασίστηκε ότι θα είναι η ποσοτική συλλογή δεδομένων με τη χρήση ερωτηματολογίου.

4.3 Το δείγμα της μελέτης

Για την πραγματοποίηση της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε δείγμα 100 ατόμων. Αποφασίστηκε ο πληθυσμός που θα αποτελέσει το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας να είναι τα 800 άτομα τα οποία είχαν ανανεώσει την εγγραφή τους στις δομές των Κ.Α.Π.Η. Δήμου Ξάνθης μέχρι την χρονική στιγμή της έρευνας.

Το μέγεθος του δείγματος προέκυψε από τον παρακάτω τύπο :

$n=1/e$ στο τετράγωνο. Όπου $n=$ το μέγεθος του δείγματος και e το επιθυμητό ποσοστό σφάλματος. Για ποσοστό σφάλματος $10\%=0,1$, ο παρανομαστής στο παραπάνω κλάσμα θα είναι $0,01$ και συνεπώς το δείγμα με βάση τον τύπο είναι 100 .

Επομένως μοιράστηκαν συνολικά 100 ερωτηματολόγια εκ των οποίων επεστράφησαν όλα πλήρως συμπληρωμένα.

4.4 Εργαλείο συλλογής

Ως ερευνητικό μέσο, στην παρούσα εργασία, επιλέχτηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο βοηθά στη γρήγορη συλλογή δεδομένων και επιτρέπει την ταχεία οργάνωση και ανάλυση τους (Cohen&Manion, 1997). Το ερωτηματολόγιο είναι ένα έντυπο στο οποίο βρίσκεται ένας αριθμός δομημένων ερωτήσεων που είναι τοποθετημένες με κατάλληλη σειρά και όπου τα άτομα πρέπει να δώσουν γραπτές απαντήσεις (Ζαφειρίου, 2003). Ένα σωστό ερωτηματολόγιο πρέπει να είναι σύντομο, να περιλαμβάνει βασικές οδηγίες συμπλήρωσης και να επιδέχεται κωδικογραφική και μηχανογραφική επεξεργασία

Για τη δημιουργία του ερωτηματολογίου, χρειάστηκε να ληφθούν υπόψη συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως η πληρότητα, η σαφήνεια, η συνοχή, και η σωστή δομή. (Javeau, 1996, Ρούσσο, Τσαούσης 2002). Για την διατύπωση των ερωτήσεων που αφορούν το λεξιλόγιο και την φρασεολογία του ερωτηματολογίου, αποφασίστηκε οι ερωτήσεις να ακολουθούν τους κανόνες της γραμματικής και του συντακτικού και να είναι διατυπωμένες με σαφήνεια (Javeau, 1996).

Επίσης, επιλέχθηκε οι ερωτήσεις να είναι συνοπτικές και περιεκτικές με στόχο τα άτομα να μπορούν με ευκολία να τις συμπληρώνουν. Έγινε, παράλληλα, προσπάθεια να αποφευχθούν άσκοπες και δίχως νόημα ερωτήσεις, ώστε να απαιτεί, όσο το δυνατό λιγότερο χρόνο να συμπληρωθεί (Χλουβεράκης, 2002).

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει γενικές αλλά και εξειδικευμένες ερωτήσεις κλίμακας, στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνταν να βαθμολογήσουν από το 1-4 το βαθμό της ικανοποίησης τους σε διάφορα θέματα σχετικά με την έρευνα.

4.5 Δεοντολογικά θέματα

Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τους σκοπούς της μελέτης. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα εθελοντικά, ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και τη διαδικασία στην οποία θα λάμβαναν μέρος, καθώς και για το χρόνο που θα έπρεπε να αφιερώσουν. Επιπλέον, ενημερώθηκαν για τη διατήρηση του προσωπικού απορρήτου, που είναι πολύ σημαντικό στοιχείο, ώστε να

εξασφαλιστεί ένα επίπεδο άνεσης για περισσότερο ακριβείς απαντήσεις. Σε όλα τα στάδια της μελέτης διαφυλάχθηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων.

4.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από 29 Ιουνίου 2016 έως και 18 Ιουλίου 2016 στην πόλη της Ξάνθης και συγκεκριμένα στους χώρους των Κ.Α.Π.Η. Το δείγμα επιλέχτηκε τυχαία και αποτελούνταν από άτομα που προσεγγίστηκαν σε ανύποπτο χρόνο. Η προσέγγιση έγινε με αυτόν τον τρόπο ώστε να εξασφαλιστεί ο τυχαίος χαρακτήρας του δείγματος. Η έρευνα στηρίχτηκε σε αυτό-συμπλήρωση, η οποία δεν απαιτούσε πάνω από 10 λεπτά και ολοκληρωνόταν υπό την εποπτεία του ερευνητή. Ακολουθήθηκε η ίδια σειρά συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων σε όλα τα άτομα.

4.7 Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS Statistics 19.0, με τη βοήθεια του οποίου ερμηνεύτηκαν τα αποτελέσματα που προέκυψαν από το σύνολο των ερωτηματολογίων που επεστράφησαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ανάλυση του ερωτηματολογίου ξεκινά με την παρουσίαση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος των 100 ατόμων που έλαβαν μέρος. Όπως δείχνει και ο Πίνακας 5.1 το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων ήταν άνδρες με 58,6% και ακολουθούν οι γυναίκες με 41,4%. Το δείγμα είχε μέση ηλικία τα 74,5 έτη ($\pm 6,34$ έτη). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση οι περισσότεροι είναι έγγαμοι με ποσοστό 59,8% και ακολουθούν οι χήροι με 25,8%. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες σε ποσοστό 83% δήλωσαν ότι έχουν παιδιά με τους περισσότερους να έχουν δύο παιδιά (51,2%). Όσον αφορά τον συνταξιοδοτικό τους φορέα οι περισσότεροι ανήκουν στο ΙΚΑ με 59% ενώ όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο οι περισσότεροι με 46% έχουν τελειώσει το Γυμνάσιο και ακολουθούν με 44% όσοι τελείωσαν το Δημοτικό. Τέλος, στην έρευνα σχεδόν όλοι όσοι συμμετείχαν είναι εξυπηρετούμενα πρόσωπα σε ποσοστό 97,9%.

Πίνακας 5.1

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

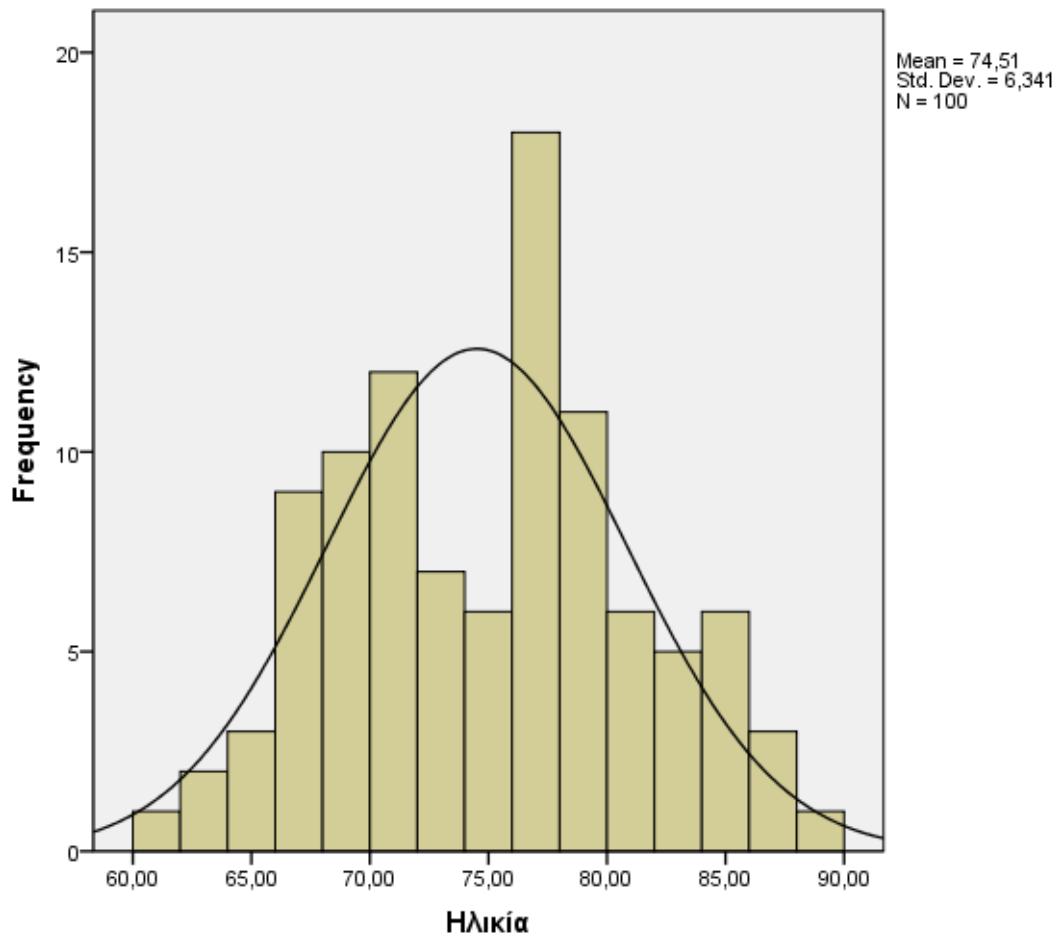
Χαρακτηριστικό	Συχνότητα n	Ποσοστό %
Φύλο		
Ανδρας	58	58,6
Γυναίκα	41	41,4
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/η	58	59,8
Άγαμος/η	5	5,2
Διαζευγμένος/η	9	9,3
Χήρος/α	25	25,8
Παιδιά		

Η εφαρμογή δράσεων υποστήριξης & κοινωνικής φροντίδας της τρίτης ηλικίας στα πλαίσια αρμοδιοτήτων της
Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα n	Ποσοστό %
Ναι	83	83
Όχι	17	17
Αριθμός παιδιών		
1	14	16,7
2	43	51,2
3	18	21,4
4	7	8,3
5	1	1,2
6	1	1,2
Συνταξιοδοτικός φορέας		
ΙΚΑ	59	59,0
ΕΤΑΑ	3	3,0
ΟΓΑ	20	20,0
ΟΑΕΕ	17	17,0
ΠΡΟΝΟΙΑ	1	1,0
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό	44	44
Γυμνάσιο	46	46
Ανώτερη	8	8
Πρόσωπο		
Εξυπηρετούμενος	94	97,9
Συγγενής εξυπηρετούμενου	2	2,1

Διάγραμμα 5.1

Ηλικία



Όσον αφορά το ΚΑΠΗ στο οποία ανήκουν οι συμμετέχοντες, οι περισσότεροι με 74% ανήκουν στο κεντρικό ΚΑΠΗ (Πίνακας 5.2).

Πίνακας 5.2

Δομές ΚΑΠΗ

ΚΑΠΗ	Συχνότητα	Ποσοστό
	n	%
Κεντρικό ΚΑΠΗ	74	74

ΚΑΠΗ	Συχνότητα n	Ποσοστό %
ΚΑΠΗ Καλλιθέας	6	6
ΚΑΠΗ Κιμμερίων	6	6
ΚΑΠΗ Σταυρούπολης	8	8
ΚΑΠΗ Χρύσας	6	6

Σχετικά με τη διάρκεια που οι συμμετέχοντες είναι μέλη στο ΚΑΠΗ που ανήκουν, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι είναι για περισσότερο από 6 χρόνια μέλη με ποσοστό 52% και ακολουθούν όσοι είναι 3-6 χρόνια με 21% (Πίνακας 5. 3).

Πίνακας 5.3

Διάρκεια

Διάρκεια	Συχνότητα n	Ποσοστό %
0-12 μήνες	9	9
1-3 χρόνια	18	18
3-6 χρόνια	21	21
Περισσότερο	52	52

Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν πόσο ικανοποιημένοι είναι σε γενικές γραμμές από τη λειτουργία του ΚΑΠΗ που είναι μέλη. Η συντριπτική πλειοψηφία του 62,2% απάντησε πως είναι πολύ ικανοποιημένη και ακολουθούν με 27,6% όσοι είναι αρκετά ικανοποιημένοι. Ωστόσο, υπήρξε κι ένα 5,1% που απάντησε ότι είναι λίγο ικανοποιημένο και ένα ίδιο ποσοστό που απάντησε πως δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο με το ΚΑΠΗ του (Πίνακας 5.4).

Πίνακας 5.4

Συνολική ικανοποίηση

Συνολική ικανοποίηση	Συχνότητα	Ποσοστό
	n	%
Πολύ	61	62,2
Αρκετά	27	27,6
Λίγο	5	5,1
Καθόλου	5	5,1

Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν τους εξυπηρετεί το ωράριο που ακολουθεί το ΚΑΠΗ που είναι μέλη. Οι περισσότεροι απάντησαν θετικά με ποσοστό 96% (Πίνακας 5.5).

Πίνακας 5.5

Εξυπηρετικό ωράριο

Εξυπηρετικό ωράριο	Συχνότητα	Ποσοστό
	n	%
Ναι	96	96
Όχι	4	4

Ακόμη, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν είναι ευχαριστημένοι από τη λειτουργία του κυλικείου. Και εδώ οι περισσότεροι απάντησαν θετικά με ποσοστό 86,7% (Πίνακας 5.6).

Πίνακας 5.6

Ικανοποίηση από τη λειτουργία του κυλικείου

Εξυπηρετικό ωράριο	Συχνότητα	Ποσοστό
	n	%
Ναι	85	86,7
Όχι	13	13,3

Έπειτα, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν μια σειρά ερωτήσεων σχετικά με τη σημαντικότητα κάποιων υπηρεσιών που παρέχει το ΚΑΠΗ. Αρχικά, όσον αφορά την επιμόρφωση/διαλέξεις που προσφέρει το ΚΑΠΗ οι περισσότεροι δήλωσαν ότι είναι αρκετά σημαντική με ποσοστό 50% και ακολουθούν όσοι δήλωσαν πως είναι λίγο σημαντική με 28,6% (Πίνακας 5.7).

Πίνακας 5.7

Επιμόρφωση/Διαλέξεις

Επιμόρφωση/Διαλέξεις	Συχνότητα	Ποσοστό
	n	%
Πολύ	19	19,4
Αρκετά	49	50,0
Λίγο	28	28,6
Καθόλου	2	2,0

Όσον αφορά τις χορωδίες που προσφέρει το ΚΑΠΗ οι περισσότεροι δήλωσαν ότι είναι αρκετά σημαντικές με ποσοστό 48,5% και ακολουθούν όσοι δήλωσαν πως είναι πολύ σημαντικές με 29,3% (Πίνακας 5.8).

Πίνακας 5.8

Χορωδίες

Χορωδίες	Συχνότητα	Ποσοστό
	n	%
Πολύ	29	29,3
Αρκετά	48	48,5
Λίγο	17	17,2
Καθόλου	5	5,1

Όσον αφορά τη φυσικοθεραπεία που προσφέρει το ΚΑΠΗ οι περισσότεροι δήλωσαν ότι είναι πολύ σημαντική με ποσοστό 53,1% και ακολουθούν όσοι δήλωσαν πως είναι αρκετά σημαντική με 39,8% (Πίνακας 5.9).

Πίνακας 5.9

Φυσικοθεραπεία

Φυσικοθεραπεία	Συχνότητα	Ποσοστό
	n	%
Πολύ	52	53,1
Αρκετά	39	39,8
Λίγο	3	3,1
Καθόλου	4	4,1

Όσον αφορά τις εκδρομές που προσφέρει το ΚΑΠΗ οι περισσότεροι δήλωσαν ότι είναι πολύ σημαντικές με ποσοστό 68,7% και ακολουθούν όσοι δήλωσαν πως είναι αρκετά σημαντικές με 19,2% (Πίνακας 5.10).

Πίνακας 5.10

Εκδρομές

Εκδρομές	Συχνότητα n	Ποσοστό %
Πολύ	68	68,7
Αρκετά	19	19,2
Λίγο	5	5,1
Καθόλου	7	7,1

Όσον αφορά τη δημιουργική απασχόληση που προσφέρει το ΚΑΠΗ οι περισσότεροι δήλωσαν ότι είναι αρκετά σημαντική με ποσοστό 50% και ακολουθούν όσοι δήλωσαν πως είναι πολύ σημαντική με 38,8% (Πίνακας 5.11).

Πίνακας 5.11

Δημιουργική απασχόληση

Δημιουργική απασχόληση	Συχνότητα n	Ποσοστό %
Πολύ	38	38,8
Αρκετά	49	50,0
Λίγο	10	10,2
Καθόλου	1	1,0

Όσον αφορά τη γυμναστική που προσφέρει το ΚΑΠΗ οι περισσότεροι δήλωσαν ότι είναι λίγο σημαντική με ποσοστό 37,5% και ακολουθούν όσοι δήλωσαν πως είναι αρκετά σημαντική με 32,3% (Πίνακας 5.12).

Πίνακας 5.12

Γυμναστική

Γυμναστική	Συχνότητα	Ποσοστό
	n	%
Πολύ	10	10,4
Αρκετά	31	32,3
Λίγο	36	37,5
Καθόλου	19	19,8

Όσον αφορά την κοινωνική εργασία που προσφέρει το ΚΑΠΗ οι περισσότεροι δήλωσαν ότι είναι αρκετά σημαντική με ποσοστό 47,8% και ακολουθούν όσοι δήλωσαν πως είναι πολύ σημαντική με 42,4% (Πίνακας 5.13).

Πίνακας 5.13

Κοινωνική εργασία

Κοινωνική εργασία	Συχνότητα	Ποσοστό
	n	%
Πολύ	39	42,4
Αρκετά	44	47,8

Κοινωνική εργασία	Συχνότητα	Ποσοστό
	n	%
Λίγο	8	8,7
Καθόλου	1	1,1

Τέλος, όσον αφορά τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που προσφέρει το ΚΑΠΗ οι περισσότεροι δήλωσαν ότι είναι πολύ σημαντικές με ποσοστό 79,4% και ακολουθούν όσοι δήλωσαν πως είναι αρκετά σημαντικές με 9,3% (Πίνακας 5.14).

Πίνακας 5.14

Νοσηλευτικές υπηρεσίες

Νοσηλευτικές υπηρεσίες	Συχνότητα	Ποσοστό
	n	%
Πολύ	77	79,4
Αρκετά	9	9,3
Λίγο	7	7,2
Καθόλου	4	4,1

Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να επιλέξουν άλλα προγράμματα ή δραστηριότητες που θα τους ενδιέφερε να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα των ΚΑΠΗ. Ο Πίνακας 5.15 περιλαμβάνει τα προγράμματα που τους προτάθηκαν και τις προτιμήσεις των συμμετεχόντων στο καθένα. Παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι προτιμούν να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα των ΚΑΠΗ προγράμματα προληπτικής ιατρικής (51%) και ενημέρωση για κοινωνικές παροχές (βοήθεια στο σπίτι, ΚΗΦΗ, δημοτικό κατάστημα αλληλεγγύης, δημοτικά ιατρεία αλληλεγγύης, δημοτικό φαρμακείο αλληλεγγύης,

κα) (77%). Αντίθετα, κυριάρχησαν οι αρνητικές απαντήσεις στην ένταξη προγραμμάτων δημιουργικής απασχόλησης (θέατρο/μουσική/χειροτεχνία), θεραπευτικής γυμναστικής και ψυχολογικής υποστήριξης.

Πίνακας 5.15

Άλλα προγράμματα ή δραστηριότητες

Άλλα προγράμματα ή δραστηριότητες	Συχνότητα n	Ποσοστό %
Πρόγραμμα προληπτικής ιατρικής		
Ναι	51	51
Όχι	49	49
Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης (θέατρο/μουσική/χειροτεχνία)		
Ναι	17	17
Όχι	83	83
Προγράμματα θεραπευτικής γυμναστικής		
Ναι	9	9
Όχι	91	91
Προγράμματα ψυχολογικής υποστήριξης		
Ναι	37	37
Όχι	63	63
Ενημέρωση για κοινωνικές παροχές (βοήθεια στο σπίτι, ΚΗΦΗ, δημοτικό κατάστημα αλληλεγγύης, δημοτικά ιατρεία αλληλεγγύης, δημοτικό φαρμακείο αλληλεγγύης, κα)		
Ναι	77	77

Άλλα προγράμματα ή δραστηριότητες	Συχνότητα	Ποσοστό
	n	%
Όχι	23	23

Τελειώνοντας, η έρευνα ζητούσε από τους συμμετέχοντες να επιλέξουν πόσο ικανοποιημένοι είναι από το προσωπικό του ΚΑΠΗ. Αρχικά, όσον αφορά τη συνέπεια του προσωπικού οι περισσότεροι δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι με ποσοστό 80% και ακολουθούν όσοι δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι με 10% (Πίνακας 5.16).

Πίνακας 5.16

Συνέπεια Προσωπικού

Συνέπεια	Συχνότητα	Ποσοστό
	n	%
Πολύ	80	80
Αρκετά	10	10
Λίγο	5	5
Καθόλου	5	5

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα του προσωπικού οι περισσότεροι δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι με ποσοστό 65% και ακολουθούν όσοι δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι με 25% (Πίνακας 5.17).

Πίνακας 5.17

Αποτελεσματικότητα Προσωπικού

Αποτελεσματικότητα	Συχνότητα	Ποσοστό
	n	%

Πολύ	65	65
Αρκετά	25	25
Λίγο	4	4
Καθόλου	6	6

Τέλος, όσον αφορά τη διακριτικότητα του προσωπικού οι περισσότεροι δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι με ποσοστό 78% και ακολουθούν όσοι δήλωσαν αρκετά ικανοποιημένοι με 12% (Πίνακας 5.18).

Πίνακας 5.18

Διακριτικότητα Προσωπικού

Διακριτικότητα	Συχνότητα n	Ποσοστό %
Πολύ	78	78
Αρκετά	12	12
Λίγο	3	3
Καθόλου	7	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας εργασίας είχε στόχο να διαπιστώσει το ποσοστό ικανοποίησης των εγγεγραμμένων μελών των δομών ΚΑΠΗ του Δήμου Ξάνθης από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται τόσο σε επίπεδο εξυπηρέτησης όσο και δραστηριοτήτων. Να αξιολογηθεί δηλαδή η λειτουργία των συγκεκριμένων δομών, να παρουσιαστούν προβλήματα που τυχόν προκύπτουν και να διεξαχθούν συμπεράσματα και προτάσεις.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 100 άτομα εκ των οποίων οι περισσότεροι ήταν άντρες, με μέση ηλικία τα 74,5 έτη, έγγαμοι με δύο παιδιά, συνταξιοδοτημένοι στο ΙΚΑ και απόφοιτοι γυμνασίου ή δημοτικού. Όσον αφορά το ΚΑΠΗ στο οποίο ανήκουν οι συμμετέχοντες, οι περισσότεροι ανήκουν στο κεντρικό ΚΑΠΗ. Σχετικά με τη διάρκεια που οι συμμετέχοντες είναι μέλη στο ΚΑΠΗ που ανήκουν, οι περισσότεροι δήλωσαν ότι είναι για περισσότερο από 6 χρόνια μέλη.

Όσον αφορά τη συνολική ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη λειτουργία του ΚΑΠΗ οι περισσότεροι δήλωσαν πως είναι πολύ ικανοποιημένοι και ακολουθούν όσοι είναι αρκετά ικανοποιημένοι. Ωστόσο, υπήρξε κι ένα 5,1% που απάντησε ότι είναι λίγο ικανοποιημένο και ένα ίδιο ποσοστό που απάντησε πως δεν είναι καθόλου ικανοποιημένο με το ΚΑΠΗ του. Επίσης οι περισσότεροι δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι με το ωράριο λειτουργίας του ΚΑΠΗ αλλά και με τη λειτουργία του κυλικείου.

Έπειτα, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν μια σειρά ερωτήσεων σχετικά με τη σημαντικότητα κάποιων υπηρεσιών που παρέχει το ΚΑΠΗ. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν προκύπτει ότι οι περισσότεροι θεωρούν πολύ σημαντικές τις εξής λειτουργίες του ΚΑΠΗ: τη φυσικοθεραπεία, τις εκδρομές και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Ως αρκετά σημαντικές θεωρήθηκαν οι εξής λειτουργίες του ΚΑΠΗ: η επιμόρφωση/διαλέξεις, οι χορωδίες, η δημιουργική απασχόληση και η κοινωνική εργασία. Αντιθέτως, ως λίγο σημαντική θεωρήθηκε η γυμναστική.

Σχετικά με άλλα προγράμματα ή δραστηριότητες που θα ενδιέφερε τους συμμετέχοντες να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα των ΚΑΠΗ, αυτά κυρίως είναι τα προγράμματα προληπτικής ιατρικής και η ενημέρωση για κοινωνικές παροχές (βοήθεια στο

σπίτι, ΚΗΦΗ, δημοτικό κατάστημα αλληλεγγύης, δημοτικά ιατρεία αλληλεγγύης, δημοτικό φαρμακείο αλληλεγγύης, κα) τα οποία και επιλέχθηκαν από τους περισσότερους.

Τελειώνοντας, όσον αφορά την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από το προσωπικό των ΚΑΠΗ προκύπτει ότι σε γενικές γραμμές η πλειοψηφία είναι πολύ ικανοποιημένη και από τη συνέπεια και από την αποτελεσματικότητα και από τη διακριτικότητα του προσωπικού.

Στην εισαγωγή είχε τεθεί το κεντρικό ερώτημα και σκοπός της παρούσας μελέτης σε σχέση με την ικανοποίηση των εξυπηρετούμενων από τα Κ.Α.Π.Η Ξάνθης και την λειτουργία των εν λόγω δομών . Από την παρουσίαση όλων των στοιχείων και τα αποτελέσματα της έρευνας είναι σαφές ότι οι κοινωνικές δομές του Δήμου λειτουργούν με άψογο τρόπο κάτω από δύσκολες οικονομικά συνθήκες αξιοποιώντας στο έπακρο την ευσυνειδησία , την προθυμία και την υπευθυνότητα του υπάρχοντος λιγοστού προσωπικού .

Σύμφωνα με τα παραπάνω προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες της έρευνας είναι σε γενικές γραμμές ικανοποιημένοι από τη λειτουργία των ΚΑΠΗ στα οποία είναι μέλη. Παρατηρείται υψηλή ικανοποίηση σχετικά με το ωράριο, το κυλικείο και τις υπηρεσίες που τα ίδια παρέχουν. Σύμφωνα με τις απόψεις των μελών η φυσικοθεραπεία, οι εκδρομές και οι νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι πολύ σημαντικές υπηρεσίες για αυτούς, συνεπώς κρίνεται απαραίτητο να ενισχυθούν ακόμη περισσότερο. Επίσης, με βάση τα μέλη, κρίνεται απαραίτητη η εισαγωγή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής αλλά και η ενημέρωση για κοινωνικές παροχές, όπως η βοήθεια στο σπίτι, τα ΚΗΦΗ, κα. Τελειώνοντας, εξάγονται ιδιαίτερα ενθαρρυντικά αποτελέσματα και για το προσωπικό, καθώς οι συμμετέχοντες δήλωσαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης για αυτό.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Bagavos, C. (2013). Regional inequalities in health expectancy in Greece. *Journal of Public Health Research*, 2(2), 66-73

Broese Van Groenou M., Van Tilburg T. (1997), Changes in the support networks of older adults in the Netherlands, *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 12:23-44.

Danilidou, N.V., Groegory, S., Kyriopoulos, J.H and Zavraw, D.J. (2004) Factors associated with self-rated health in Greece. A population based postal survey. *European Journal of Public Health*, 14, 209–211

Fernández–Ballesteros R., (2002), Social support and Quality of life Among Older People in Spain, *Journal of Social Issues*, 58(4): 645-659.

Kemsall H., (200) *Risk Social Policy and Welfare*, Philadelphia, Open University Press.

Kim H.-K., Hisata Mi., Kai I. & Lee S-K, (2000), Social support exchange and quality of life among the Korean elderly, *Journal of Cross- Cultural Gerontology*, 15: 331-347.

Kunitz, S.J. (2000). Accounts of social capital: the mixed health effects of personal communities and voluntary groups. In Leon, D.A, and Walt G. (Ed.), *Poverty, inequality and health*. Oxford: Oxford University Press

Lewis J., (1997), Housing and social support needs of elderly persons: a needs assessment in an independent living facility, *Evaluation and Program Planning* 20(3):269-277.

Storm, I., Aarts, M-J., Harting, J. and Schuit, A.J. (2011). Opportunities to reduce health inequalities by ‘Health in All Policies’ in the Netherlands: An explorative study on the national level. *Health Policy*, 103(2), 130-140

Ελληνική

Βαρδακούλας Γ., (1980) *Κοινωνική πολιτική στον καπιταλισμό, στο σοσιαλισμό στη χώρα μας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Δαρδαβέσης Θ., (1999), Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης (2006). Κοινωνική πολιτική και τοπική αυτοδιοίκηση. Αθήνα: Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης (2008). Η πρόκληση μιας νέας Μεταρρύθμισης της πρωτοβάθμιας Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Αθήνα: Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Κοντιάδης Ξ. και Τσέκος Θ. (2008). Προτάσεις πολιτικής: Ζητήματα σχεδιασμού και οργάνωσης των κοινωνικών δράσεων της αυτοδιοίκησης. Στο Ξ. Κοντιάδης και Θ. Τσέκος (επ.), Η αναδιάρθρωση της κοινωνικής διοίκησης σε τοπικό επίπεδο (σσ. 199-250). Αθήνα: Παπαζήση,

Κοντιάδης, Ξ., Καλατζής, Ν., Μίχος, Λ., Μπιτσάνη, Ε., Τσέκος, Θ., (2006), «Κοινωνική Πολιτική και ΤΑ, Τελική Έκθεση», Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Αθήνα.

Κυριόπουλος, Γ. και Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(5), 834-840

Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., (1999α), Γήρας και υγεία στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., (1999β), Η ανάπτυξη στην ενήλικη ζωή και το γήρας στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ματσαγγάνης, Μ., και Λεβέντη, Χ. (2012). Οι διανεμητικές επιπτώσεις της κρίσης στην κατανομή του εισοδήματος. Στο: Κοινωνική Πολιτική και Κοινωνική Συνοχή στην Ελλάδα σε συνθήκες οικονομικής κρίσης (συλλογικό). Αθήνα: Τράπεζα της Ελλάδος

Μπουρίκος, Δ., Σωτηρόπουλος, Δ.Α. (2013). Οικονομική κρίση, κοινωνική πρόνοια και κοινωνία πολιτών. Παρατηρητήριο για την κρίση, ΕΛΙΑΜΕΠ

Μωυσίδης Α.(1998) Κοινωνικός μετασχηματισμός και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού στον αγροτικό χώρο: το πρόβλημα των ηλικιωμένων, στο Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής (ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π.), Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία, επίμ. Κασιμάτη Κούλα, Αθήνα: Gutenberg.

Μωυσιάδης Α., Ανθοπούλου Θ., Ντύκεν Μ.Ν., Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής (ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π.), (2002), Οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο, συνθήκες διαβίωσης και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού, Αθήνα: Gutenberg.

Πανέρα Ε. (1999), Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Πουλοπούλου- Έμκε Ή., (1999), Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον. Αθήνα: Έλλην.

Στασινοπούλου Ο. (2003), Κράτος Πρόνοιας - Ιστορική Εξέλιξη. Σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις, Αθήνα, Gutenberg.

Τράπεζα της Ελλάδος (2016). Έκθεση του Διοικητή για το έτος 2015. Αθήνα: Τράπεζα της Ελλάδος

ΠΗΓΕΣ / ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

Υπηρεσίες Δήμου Ξάνθης

Ιστοσελίδα : www.cityofxanthi.gr

Ν.Π.Δ.Δ. Κέντρο Κοινωνικής Προστασίας & Αλληλεγγύης

Ιστοσελίδα : www.kkpadimouxanthis.gr

Ιστοσελίδα : www.eetaa.gr

Ιστοσελίδα : <https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden/>

Ιστοσελίδα : www.mlsi.gov.cy (Πορίσματα της μελέτης)«ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΚΥΠΡΙΑΚΟ. ΜΟΝΤΕΛΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ»

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για τις ανάγκες της διπλωματικής μου εργασίας με τίτλο "Η εφαρμογή δράσεων υποστήριξης & κοινωνικής φροντίδας της τρίτης ηλικίας στα πλαίσια αρμοδιοτήτων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Μελέτη περίπτωσης "Δήμος Ξάνθης ", χρειάζομαι τη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου από τους εξυπηρετούμενους των ΚΑΠΗ - ΞΑΝΘΗΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι εμπιστευτικό και θα χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά για επιστημονικού σκοπούς.

Ο σκοπός του παρακάτω ερωτηματολογίου είναι να εξετάσει κατά πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις υπηρεσίες που σας παρέχουν τα ΚΑΠΗ.

1. Φύλο

ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

2. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος/η Άγαμος/η Διαζευγμένος/η Χήρος/α

3. Έτος γέννησης

4. ΠΑΙΔΙΑ ΝΑΙ ΟΧΙ

5. Αριθμός Παιδιών

6. Συνταξιοδοτικός φορέας

ΙΚΑ

ΕΤΑΑ

ΟΓΑ

ΟΑΕΕ

ΠΡΟΝΟΙΑ

7. Μορφωτικό επίπεδο

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

Ανώτερη

8. Επιλέξτε πρόσωπο

Εξυπηρετούμενος

Συγγενής εξυπηρετούμενου

9. Επιλέξτε ΚΑΠΗ

Κεντρικό ΚΑΠΗ

ΚΑΠΗ Καλλιθέας

ΚΑΠΗ Κιμμερίων

ΚΑΠΗ Σταυρούπολης

ΚΑΠΗ Χρύσας

10. Πόσο καιρό είστε μέλος του ΚΑΠΗ της περιοχής σας ;

- 0-12 μήνες
- 1-3 χρόνια
- 3-6 χρόνια
- Περισσότερο

11.Είστε ικανοποιημένοι, σε γενικές γραμμές, από την λειτουργία του ΚΑΠΗ ;
Απαντήστε επιλέγοντας τον αντίστοιχο αριθμό που αφορά την κλίμακα Likert (1: Πολύ, 2: Αρκετά, 3: Λίγο, 4: Καθόλου)

- 1 2 3 4

12.Σας εξυπηρετεί το ωράριο που ακολουθεί το ΚΑΠΗ της περιοχής σας ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

13. Σχολιάστε :

14.Είστε ευχαριστημένοι από την λειτουργία του κυλικείου μέσα στο ΚΑΠΗ ;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

15. Πόσο σημαντικές θεωρείτε, κατά τη γνώμη σας, τις παρακάτω υπηρεσίες που παρέχει το ΚΑΠΗ. ;Απαντήστε επιλέγοντας τον αντίστοιχο αριθμό που αφορά την κλίμακα Likert (1: Πολύ, 2: Αρκετά, 3: Λίγο, 4: Καθόλου)

Επιμόρφωση / Διαλέξεις

1 2 3 4

Χορωδίες

1 2 3 4

Φυσικοθεραπεία

1 2 3 4

Εκδρομές

1 2 3 4

Δημιουργική Απασχόληση

1 2 3 4

Γυμναστική

1 2 3 4

Κοινωνική εργασία (ατομική)

1 2 3 4

Νοσηλευτικές Υπηρεσίες

1 2 3 4

16. Επιλέξτε ή προτείνετε άλλα προγράμματα ή δραστηριότητες που θα σας ενδιέφεραν να συμπεριληφθούν στο πρόγραμμα των ΚΑΠΗ.

- Πρόγραμμα προληπτικής Ιατρικής
- Προγράμματα Δημιουργικής Απασχόλησης (Θέατρο/Μουσική/Χειροτεχνία)
- Προγράμματα θεραπευτικής Γυμναστικής

- Προγράμματα Ψυχολογικής υποστήριξης
- Ενημέρωση για κοινωνικές παροχές (Βοήθεια στο Σπίτι, ΚΗΦΗ, Δημοτικό Κατάστημα Αλληλεγγύης, Δημοτικά Ιατρεία Αλληλεγγύης, Δημοτικό Φαρμακείο Αλληλεγγύης, κ.α.)

17. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το προσωπικό που σας εξυπηρετεί ;
Απαντήστε επιλέγοντας τον αντίστοιχο αριθμό που αφορά την κλίμακα Likert (1: Πολύ, 2: Αρκετά, 3: Λίγο, 4: Καθόλου)

Συνέπεια

1 2 3 4

Αποτελεσματικότητα

1 2 3 4

Διακριτικότητα

1 2 3 4

18. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Ευχαριστώ για την συνεργασία σας.