

Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ : ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ : ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ : Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ Κ.Α.Π.Η. ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΩΝ Κ.Α.Π.Η.
ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ :

ΒΕΝΕΤΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

A.M. 2000278

ΓΡΑΜΜΟΖΗΣ ΑΧΙΛΛΕΑΣ

A.M. 97029

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΜΠΙΤΣΑΝΗ ΕΥΓΕΝΙΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2005

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ-Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ	7
1.1 Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	9
1.2 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΠΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	15
1.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ Κ.Α.Π.Η	21.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ - ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΚΑΠΗ	23
2.1 Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	23
2.2 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΚΑΠΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΗΜΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	40
3.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΔΗΜΟ	41
3.2 ΗΛΙΑΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	44
3.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ Γ' ΗΛΙΚΙΑΣ ΔΗΜΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ- ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΠΗ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	48
4.1. ΙΔΡΥΣΗ ΚΑΠΗ – ΔΙΟΙΚΗΣΗ	48
4.2. ΔΟΜΗ	48
4.3 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	49
4.3.1. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	49

4.3.2 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ	50
4.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ- ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	52
5.1 ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ	52
5.2 ΣΤΟΧΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	55
5.3 ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ	56
5.3.1 ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ	57
5.3.1.1 ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	57
5.3.3.2 ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ	58
5.4 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΠΟΤΥΧΙΩΝ ΣΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ	58
5.5 ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	59
5.6 ΣΤΑΔΙΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ	60
5.7 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	60
5.8 ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ	62
5.8.1 ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ	62
5.9 ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΑ ΚΑΠΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ- ΤΕΛΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	88
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	92

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα των ηλικιωμένων αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο κόσμος μπαίνοντας στον 21ο αιώνα, με δεδομένο ότι, στις αναπτυγμένες και στις περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες, αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων λόγω της επιμήκυνσης της διάρκειας ζωής και της μείωσης του αριθμού των γεννήσεων. Στην Ελλάδα το πρόβλημα παρουσιάζεται πολύ πιο έντονο τα τελευταία χρόνια, αφού οι ηλικιωμένοι από 7.4 % που ήταν το 1951 σήμερα καλύπτει το 12-15% του συνολικού πληθυσμού αφού υπάρχει μεγάλος περιορισμός της γονιμότητας. Στις περισσότερες παραδοσιακές κοινωνίες, οι ηλικιωμένοι θεωρούνται, ως οι πρεσβύτεροι της κοινότητας ή του χωριού, και παίζουν σημαντικό ρόλο στα διάφορα κοινωνικά θέματα που προκύπτουν (Μουσούρου Α., 1993 σελ 44-68).

Με την τάση της αστικοποίησης από τις αγροτικές περιοχές, ο ρόλος των πρεσβυτέρων έχει σταδιακά μειωθεί και όπως συμβαίνει στις αστικοποιημένες κοινωνίες, όπου ο πληθυσμός των ηλικιωμένων είναι "συνταξιούχοι" οι ηλικιωμένοι είναι σήμερα έξω από το κύριο ρεύμα της κοινότητας. Αυτή η αλλαγή των κοινωνικών δομών που έχει ξεκινήσει από το 20 ο αιώνα θεωρεί τον ηλικιωμένο μη παραγωγικό, αδέξιο, συντηρητικό μη προσαρμοζόμενο σε συνήθειες και τεχνολογία.

Ό,τι πρόσφερε - πρόσφερε είναι η ουσία της κυριαρχικής θέσης για τους ηλικιωμένους. Ωστόσο η κοινότητα μπορεί να τους αξιοποιήσει με πολλούς τρόπους με τους οποίους θα ωφεληθούν τόσο οι ίδιοι όσο και η κοινότητα.

Μια τέτοια υπηρεσία που υπάρχει στην κοινότητα και θεωρείται "ο δικός τους χώρος" είναι το Κέντρο Ανοικτής Προστασίας ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) όπου με την ενεργή τους συμμετοχή αποδεικνύουν ότι δεν ισχύει η αντίληψη που υπάρχει μέχρι τώρα για

τους ηλικιωμένους. Σκοπός της εργασίας μας είναι η κατανόηση του θεσμού του Κ.Α.Π.Η. και ο ρόλος του επαγγελματία υγείας μέσα από τον θεσμό και των εμπειριών που έχουν αποκτήσει.

Ο ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ Η ΥΠΟΘΕΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η παρουσίαση της λειτουργίας των ΚΑΠΗ μέσα από το αντιπροσωπευτικό παράδειγμα του ΚΑΠΗ του Δήμου Περιστερίου. Άρα η υπόθεση της μελέτης μας είναι η εξής: Με δεδομένη την 20ετή λειτουργία των ΚΑΠΗ στη χώρα μας αφενός ως μοναδικού καθιερωμένου θεσμού κοινωνικής προστασίας της τρίτης ηλικίας και αφετέρου την ολοένα αυξανόμενη δημογραφική γήρανση της χώρας μας, προσπαθούμε να αποτιμήσουμε τη λειτουργία και την εμπειρία μέσα από το παράδειγμα του ΚΑΠΗ του δήμου Περιστερίου, το οποίο κατά τη άποψη μας αποτελεί αντιπροσωπευτικό δείγμα των ΚΑΠΗ γενικώς λόγω της κοινωνικό-δημογραφικής σύνθεσης του Δήμου και λόγω της γεωγραφικής του θέσης (ανήκει σε περιφερειακό δήμο της μητροπολιτικής περιοχής της πρωτεύουσας)

Τα ερωτήματα που γεννώνται και θα προσπαθήσουμε ν' απαντήσουμε μέσω της πτυχιακής αυτής είναι τα ακόλουθα:

1. Πώς εξελίχθηκε ο θεσμός των ΚΑΠΗ στη χώρα μας;
2. Ποια είναι η σημερινή τους προσφορά;
3. Το ΚΑΠΗ Περιστερίου αποτελεί ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα ενός τυπικού ΚΑΠΗ.
4. Πως διοικείται.
5. Η οργάνωση και η δομή του και το προσωπικό του ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ηλικιωμένων του Δήμου Περιστερίου;

Η εργασία στηρίχτηκε σε δύο μορφές πηγών από τη μία στις δευτερογενείς οι οποίες ήταν τα βιβλία και άρθρα που

χρησιμοποιήθηκαν είτε μέσα από έρευνα σε βιβλιοθήκες είτε μέσα από τη πλοήγηση σε συγκεκριμένα site όπως αυτό της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του Δήμου Περιστερίου, Της Δυτικής Αττικής κ.λ.π. Από την άλλη σε πρωτογενής με έρευνα που θα διεξαχθεί σε ηλικιωμένους του δήμου ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ προκειμένου να δούμε την άποψη τους για τα ΚΑΠΗ. Στην εκπόνηση της μελέτης μας αντιμετωπίσαμε αρκετούς περιορισμούς όπως τη δυσκολία εύρεση πηγών αλλά κυρίως δυσκολευτήκαμε στην εύρεση πληροφοριών για το ΚΑΠΗ του Περιστερίου και κυρίως για οικονομικά του στοιχεία που τελικά δε μας δόθηκαν.

Η παρούσα μελέτη αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια εισαγωγή στα προβλήματα της τρίτης ηλικίας αλλά και στο μείζον ζήτημα της γήρανσης του πληθυσμού το οποίο μαστίζει την Ελλάδα τα τελευταία χρόνια. Συγχρόνως γίνεται μια θεωρητική προσέγγισή του θεσμού του Κ.Α.Π.Η και η λειτουργία του.

Τέλος παρουσιάζεται ο ρόλος του επαγγελματία υγείας(Νοσηλεύτες-τριες- Επισκέπτες-πτριες Υγείας) στο Κ.Α.Π.Η. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται εκτενώς μια μελέτη που έγινε σε σχέση με τα ΚΑΠΗ στην Ελλάδα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας η οποία παρουσιάζει το περιεχόμενο της λειτουργίας των ΚΑΠΗ σήμερα. Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η κοινωνική σύνθεση του Δήμου Περιστερίου και αντίστοιχα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναλύεται η δομή, διοίκηση και προσωπικό του ΚΑΠΗ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ. Τέλος το Πέμπτο κεφάλαιο αποτελεί την ερευνά μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ-Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ

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

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

Οι επιπτώσεις είναι εξαιρετικά σημαντικές στα άτομα, στην οικογένεια, στην κατανομή του εισοδήματος, στην αγορά εργασίας, στην πορεία των μακροοικονομικών μεγεθών, στην άσκηση της δημόσιας πολιτικής και στην κοινωνία (OECD 1996, pp132).

Ειδικότερα, στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής προστασίας έχει πιστοποιηθεί η αύξηση των δαπανών υγείας και της κατά κεφαλήν κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας κατά τέσσερις έως έξι φορές σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (OECD 1988, pp. 132).

Είναι προφανές ότι η δημογραφική γήρανση συνδέεται με τις κοινωνικές μεταβολές στην δομή και τη λειτουργία της οικογένειας και παρακινεί σε μετασχηματισμούς στο σύστημα κοινωνικής προστασίας. Η σχέση μεταξύ των διαφορετικών γενεών χαλαρώνει και η απασχόληση της γυναίκας έξω από το σπίτι περιορίζει τις φροντίδες που μπορεί να προσφέρει μέσα σε αυτό, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ανάγκες για την προστασία των υπερηλίκων.

Ταυτόχρονα, τίθεται σε αμφισβήτηση το διαγενεακό κοινωνικό συμβόλαιο και η κοινωνική αλληλεγγύη των γενεών, όπως αυτή έλαβε χώρα με τη μορφή της κοινωνικής ασφάλισης (Μουσούρου 1993 σελ 44-68, Walker 1996 σελ. 238-246). Οι δυσχέρειες επιβίωσης και φτώχειας λόγω ανεπαρκούς εισοδήματος, ακατάλληλων συνθηκών στέγασης, χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου και κοινωνικού αποκλεισμού, συνέβαλλαν στη μεταβολή και τη δημιουργία νέων κοινωνικών αναγκών στους ηλικιωμένους, οι οποίες δεν περιορίζονται πλέον στην παροχή περίθαλψης με τη στενή ιδρυματική έννοια, αλλά εκτείνονται και σε θέματα οικιακής βοήθειας, νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι και συμμετοχής στην καθημερινή κοινωνική και πολιτισμική δραστηριότητα της κοινότητας.

Ταυτόχρονα παρατηρούνται σημαντικές ανισότητες στο εσωτερικό της ομάδας των ηλικιωμένων, ανάλογα με τον τόπο κατοικίας, το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση (Κανελλόπουλος 1984, Κρεμαλής σελ. 320-340 και συν. 1990, Μπαλούρδος και συν. 1996, σελ. 38-100). Συνεπώς, τίθεται το ζήτημα της μεταρρύθμισης του θεσμικού πλαισίου, των μηχανισμών και των υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας του γήρατος, έτσι ώστε να ανταποκρίνονται καλύτερα στις νέες συνθήκες και ανάγκες που διαμορφώνονται.

1.1 Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η εξέταση της ηλικιακής δομής του πληθυσμού της Ελλάδας, όπως και των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οδηγεί στη διαπίστωση ότι τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται η σαφής τάση δημογραφικής γήρανσης των πληθυσμών αυτών (Franco 1996). Η προσδοκώμενη κατά τη γέννηση ζωή στην Ελλάδα το 1997 ήταν τα 75,6 χρόνια για τους άντρες και τα 80,8 χρόνια για τις γυναίκες, όταν οι αντίστοιχοι δείκτες για το 1960 ήταν 67,3 και 72,4.

Ανάμεσα στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η χώρα μας παρουσιάζει τη δεύτερη υψηλότερη προσδοκώμενη ζωή για τους άντρες, πίσω από τη Σουηδία (76,7 έτη) ενώ κατατάσσεται πέμπτη για τις γυναίκες (Eurostat 1999).

Η μεγάλη εξωτερική μετανάστευση, η οποία σημειώθηκε στη δεκαετία του 1960 και η μερική παλιννόστηση στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και στις αρχές της δεκαετίας του 1980, συμμετείχαν στη διαδικασία γήρανσης του πληθυσμού. Ταυτόχρονα, το φαινόμενο της εσωτερικής μετανάστευσης, κυρίως για λόγους αναζήτησης εργασίας, οδήγησε στην ανομοιόμορφη κατανομή του πληθυσμού στη χώρα, από την πλευρά της ηλικιακής σύνθεσης (Εμκε-Πουλοπούλου 1986, σελ. 125-140).

Το σχετικά πρόσφατο φαινόμενο της αναστροφής της εσωτερικής μετανάστευσης (Κυριαζή-Αλλισον 1998 σελ. 279-309) και της εγκατάστασης στην Ελλάδα μεγάλου αριθμού προσφύγων και αλλοδαπών, κυρίως από τα Βαλκανικά κράτη (Mestheneos 1999, σελ. 36-48) εισάγει νέα δεδομένα, τα οποία αναμένεται να επιδράσουν στα δημογραφικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του ελληνικού πληθυσμού.

Σύμφωνα με τα κριτήρια του ΟΗΕ, μια χώρα χαρακτηρίζεται πληθυσμιακά νέα όταν το ποσοστό των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας είναι κάτω του 4%, ώριμη όταν το ποσοστό είναι έως 7% και ηλικιωμένη όταν είναι άνω του 7% (Βιολάκη, 1993). Στην Ελλάδα το ποσοστό των ατόμων της τρίτης ηλικίας υπολογίζεται στο 16,5% (1998) του συνόλου του πληθυσμού της χώρας, στοιχείο το οποίο κατατάσσει τη χώρα μας ανάμεσα στις έξι πιο γηρασμένες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το 1960 ο γεροντικός πληθυσμός αντιπροσώπευε το 9,4% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Το αντίστοιχο ποσοστό για τον πληθυσμό ηλικίας έως 14 ετών ήταν 24,8%. Το 1998, το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο 15,8% (Eurostat, 1999). Ο δείκτης γονιμότητας στην Ελλάδα μειώθηκε σταδιακά από 2,3 γεννήσεις ανά γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας το 1960, σε 1,3 γεννήσεις το 1998. Σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η χώρα εμφανίζει τον χαμηλότερο δείκτη, μαζί με την Ισπανία (1,2 γεννήσεις) και την Ιταλία (1,2 γεννήσεις) (Eurostat 1999).

Σύμφωνα με τα στοιχεία τα οποία παρουσιάστηκαν παραπάνω, καταδεικνύεται σαφώς ότι η δημογραφική εξέλιξη του ελληνικού πληθυσμού ακολουθεί το πρότυπο των χωρών της Δυτικής Ευρώπης. Επακόλουθο αυτής της πορείας είναι η μεταβολή της δημοπαθολογίας του πληθυσμού και συνακόλουθα των υγειονομικών του αναγκών, ιδιαίτερα των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Τα νεοπλάσματα και τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος ευθύνονται για το 75% περίπου των θανάτων στην τρίτη ηλικία, υποδηλώνοντας την αυξημένη βαρύτητα των χρόνιων νόσων στα άτομα αυτής της ηλικίας (Παπαευαγγέλου, 1993, σελ. 36). Επιπροσθέτως, η αύξηση της νοσηρότητας και της εξάρτησης που παρατηρείται στους ηλικιωμένους συναρτάται με την κυριαρχία των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων και ιδιαίτερα με τις ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος, τα νεοπλάσματα, τις ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος, τις νόσους των αγγείων του εγκεφάλου, τα ατυχήματα και τις ψυχικές διαταραχές (Κουρέα-Κρεμαστινού 1993, σελ.58).

Οι δημογραφικές εξελίξεις προδιαγράφουν και καθορίζουν σε ένα βαθμό τη σημαντική δέσμευση των υγειονομικών πόρων για τις επόμενες δεκαετίες. Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στην τρίτη ηλικία επικεντρώνεται κυρίως στη θεραπεία και στην περίθαλψη και λιγότερο στην πρόληψη. Έτσι, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών

υγείας σε αυτή την ηλικία στρέφεται στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, αντίθετα με ότι συμβαίνει στις νεαρότερες συνήθως ηλικίες, των οποίων ο κύριος όγκος ζήτησης στρέφεται στις προληπτικές υπηρεσίες.

Είναι γνωστό ότι το κόστος της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης είναι μεγαλύτερο από το κόστος των προληπτικών υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, το επιδημιολογικό πρότυπο της τρίτης ηλικίας χαρακτηρίζεται από την επικράτηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων, για την αντιμετώπιση των οποίων απαιτούνται σύγχρονες και δαπανηρές θεραπευτικές μέθοδοι, αλλά και η υποστήριξη της, συχνά ιδιαίτερα δαπανηρής, φαρμακευτικής και βιοϊατρικής τεχνολογίας. Επιπρόσθετα, η συχνότητα της ανάγκης για ιατρική περίθαλψη είναι μεγαλύτερη στην τρίτη ηλικία, όπως και η συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων και ο αριθμός ημερών νοσηλείας.

Ειδικά στην Ελλάδα είναι έντονη η έλλειψη κλινών αποθεραπείας μέσης ή μακράς νοσηλείας. Έτσι, για την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων είτε παρατείνεται η νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία είτε οι ηλικιωμένοι κατευθύνονται σε μικρές ιδιωτικές κλινικές. Εικάζεται ότι σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων νοσηλεύεται σε τέτοιου είδους κλινικές, οι οποίες δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως μονάδες οξείας νοσηλείας, εφόσον δεν διαθέτουν το κατάλληλο έμψυχο δυναμικό και άψυχο υλικό (Νιάκας και Μπεαζόγλου, 1993, σελ. 38).

Κατά συνέπεια, η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τους ηλικιωμένους προκαλεί ιδιαίτερα υψηλές δαπάνες. Για το λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη νέου τύπου κοινωνικών υπηρεσιών για την πρόληψη και υποστηρικτική θεραπεία, καθώς και η αύξηση του αριθμού των γηριατρικών κρεβατιών, σε συνεργασία πάντοτε με την τοπική αυτοδιοίκηση.

Στη χώρα μας η πλημμελής καταγραφή και επεξεργασία των νοσηλευτικών και οικονομικών δεδομένων στον υγειονομικό τομέα, δεν επέτρεψε ουσιαστικά την εκτίμηση των δαπανών για υπηρεσίες υγείας προς την τρίτη ηλικία, άρα και τη διατύπωση μέτρων για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Παρ' όλα αυτά, το 1993 επιχειρήθηκε μια μελέτη προσέγγισης των μελλοντικών οικονομικών εξελίξεων στον υγειονομικό τομέα (Γεωργούση και συν., 1993, σελ. 120-125). Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της μελέτης αυτής, το συνολικό κόστος για τις υπηρεσίες υγείας προς την τρίτη ηλικία, το οποίο προέρχεται από δημόσιους πόρους, ανερχόταν το 1990 σε 153,8 δισεκατομμύρια δραχμές ή περίπου 30,4% των συνολικών δημοσίων δαπανών υγείας. Με βάση τις προβλέψεις των ερευνητών το ποσοστό αυτό υπολογίζεται να ανέλθει σε 52% το 2050.

Η πρόσθετη χρηματοδότηση, η οποία απαιτείται προκειμένου να καλυφθούν οι αυξημένες μελλοντικές υγειονομικές ανάγκες των ηλικιωμένων, προϋποθέτει ετήσια αύξηση των δαπανών υγείας κατά 0,33% ή 15 – 20 δισεκατομμύρια δραχμές (τιμές 1990).

Πίνακας 1: Μελλοντικές επιπτώσεις στην κατανομή των δημοσίων δαπανών υγείας στον πληθυσμό ηλικίας άνω των 65 ετών στην Ελλάδα.

		ΕΤΟΣ						
		1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
ΠΟΣΟΣΤΟ (%)								
Ηλικιωμένων 65+ ετών		12.3	15.0	16.8	17.8	19.5	21.0	21.1
Νοσοκομειακών δαπανών για ηλικιωμένους 65+ ετών		26.1	31.8	35.6	37.8	41.4	44.6	44.8
Δαπάνες για υγεία ηλικιωμένους 65+ ετών (1)	για την υγεία ηλικιωμένους 65+ ετών (1)	30.4	37.1	41.5	44.0	48.2	51.9	52.1
Δαπάνες για υγεία ηλικιωμένους 65+ ετών (2)	για την υγεία ηλικιωμένους 65+ ετών (2)	34.9	42.5	47.6	50.5	55.3	59.5	59.8

Πηγή: Γεωργούση και συν., 1993, σελ. 120-125

1. Με την παραδοχή ότι η κατά κεφαλήν ιατροφαρμακευτική δαπάνη για τους ηλικιωμένους σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό είναι 3,0:1 (εκτιμήσεις ΙΚΑ)
2. Με την παραδοχή ότι η κατά κεφαλήν ιατροφαρμακευτική δαπάνη για τους ηλικιωμένους σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό είναι 4,3:1 (εκτιμήσεις ΟΟΣΑ)

Η διεθνής τάση αναδιάρθρωσης των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών, με έμφαση στο ρόλο της τοπικής κοινότητας και την αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας (Στασινοπούλου 1996, σελ. 39), στην Ελλάδα βρήκε έκφραση, όσο αφορά στους ηλικιωμένους, με τη σύσταση των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων ΚΑΠΗ και τη θεσμοθέτηση προγραμμάτων όπως «βοήθεια στο σπίτι» και «κατ' οίκον νοσηλεία». Θεσμοί οι οποίοι άλλωστε, με διαφορετικά σχήματα, λειτουργούν στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Hutten and Kerkstra, eds. 1996pp. 140).

Ειδικότερα, τα προγράμματα «βοήθεια στο σπίτι» και «κατ' οίκον νοσηλεία» αποσκοπούν στην παροχή βοήθειας, ώστε να παραμείνει ο ηλικιωμένος στο σπίτι του και να απολαμβάνει ένα καλό επίπεδο ζωής, στην παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του ηλικιωμένου και στην έγκαιρη επέμβαση για παροχή υπηρεσιών υγείας, καθώς και στη ψυχολογική του υποστήριξη (Χαλαστάνη 1993, Κυριόπουλος και συν. 1995, σελ. 248-300).

Στις ενότητες που ακολουθούν, παρουσιάζεται η λειτουργία των ΚΑΠΗ και η αξιολόγηση της παροχής από αυτά υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας, με βάση τα αποτελέσματα πρόσφατης έρευνας αλλά και με βάση έρευνα που διεξάγομε στα ΚΑΠΗ του ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ.

1.2 Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΠΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η ανάγκη παροχής προληπτικής ιατρικής, ψυχικής και κοινωνικής υποστήριξης στους ηλικιωμένους, με τον ταυτόχρονο περιορισμό της ιδρυματοποίησης αυτών, αναγνωρίστηκε από την πολιτεία στα μέσα της δεκαετίας του 1970. Για το σκοπό αυτό ιδρύθηκαν τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), τα οποία έθεσαν τις βάσεις για νέες προοπτικές σε θέματα κοινωνικής πολιτικής για την τρίτη ηλικία.

Τα ΚΑΠΗ πρωτοεμφανίστηκαν στον Ελληνικό χώρο του 1979 όταν η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας κάλεσε τον Όμιλο Εθελοντών και ζήτησε την συνεργασία του στην δημιουργία ενός Πειραματικού Κέντρου Ανοιχτής Εξωιδρυματικής προστασίας Ηλικιωμένων. Το κέντρο αυτό ήταν στελεχωμένο από μια διεπιστημονική ομάδα προσωπικού: Γιατρό, Φυσιοθεραπευτή, Επισκέπτη Υγείας ή Νοσηλεύτη, Εργοθεραπευτή, Οικογενειακό Βοηθό. Ο Όμιλος Εθελοντών συμφώνησε να κλείσει το Πρόγραμμα που λειτουργούσε ως τότε με τίτλο "Η γωνιά του παππού και της γιαγιάς" με παροχή συσσιτίου και να λειτουργήσει το πρώτο ΚΑΠΗ με την ονομασία Πρότυπο ΚΑΠΗ Ν. Κόσμου.

Το πρώτο αυτό ΚΑΠΗ λειτούργησε υποδειγματικά και αποτέλεσε παράδειγμα οργάνωσης και λειτουργίας για άλλα που ακολούθησαν. Μέχρι το τέλος του 1981 λειτούργησαν 8 ΚΑΠΗ με φορείς εθελοντικές οργανώσεις, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, την ΧΕΝ, το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας Παιδιού και ακόμη με τον Εθνικό Οργανισμό Πρόνοιας.

Από το 1982 τα ΚΑΠΗ περνούν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και αποτελούν Ν.Π.Δ.Δ. (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου) των Δήμων και Κοινοτήτων. Στην δεύτερη αυτή φάση ο θεσμός αναπτύσσεται και διευρύνεται σ' όλη την χώρα όπου και τα ΚΑΠΗ φθάνουν τον αριθμό των 260, εκ των οποίων τα 80 βρίσκονται στην Αθήνα. Έως το τέλος του 1988 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μέσω της Διεύθυνσης Προστασίας Ηλικιωμένων κάλυπτε τις δαπάνες μισθοδοσίας και λειτουργικών αναγκών των ΚΑΠΗ και εφόσον οι Δήμοι διέθεταν οικοπεδικό χώρο, επιχορηγούσε και για την ανέγερση κτιρίου του ΚΑΠΗ. Από το 1989 τις δαπάνες μισθοδοσίας - λειτουργικών αναγκών υποχρεώθηκαν να αναλάβουν οι Δήμοι και Κοινότητες.

Το 1990 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνεχίζει να επιχορηγεί για εξοπλισμό και κτιριακά, κυρίως όμως εποπτεύει και φροντίζει τον θεσμό των ΚΑΠΗ. Από το 1991 η θέση του Υπουργείου διαφοροποιείται απέναντι στον θεσμό. Υποστηρίζεται ό,τι δεν ανήκουν πια στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας αλλά στο Υπουργείο Εσωτερικών.

Το βασικό νομοθέτημα το οποίο διέπει τη σύσταση των ΚΑΠΗ είναι το Ν.Δ. 162/1974, «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων» (ΦΕΚ Α' 227). Στο πρώτο άρθρο του Ν.Δ. αναγνωρίζεται η αρμοδιότητα του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών όσον αφορά στην προστασία των υπερηλίκων. Για το σκοπό αυτό, μεταξύ άλλων μέτρων, στο άρθρο τρία του Ν.Δ. παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης Κέντρων Προστασίας Γήρατος, τα οποία θα παρέχουν εξωιδρυματική φροντίδα, ψυχαγωγία και απασχόληση των υπερηλίκων ατόμων.

Τα παραπάνω Κέντρα συνιστώνται με Προεδρικά Διατάγματα, ως ΝΠΔΔ υπαγόμενα στην αρμοδιότητα και την άμεση εποπτεία του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών. Η σύσταση, η λειτουργία, η διοίκηση, η στελέχωση και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών των ΚΑΠΗ ρυθμίζονται με το Ν.Δ. 162/73, όπως συμπληρώθηκε από το Π.Δ. 631/74. Με το Ν.1416/84, για την ενίσχυση της αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, το κράτος μεταβίβασε στην τοπική αυτοδιοίκηση την ευθύνη για την ανάπτυξη του θεσμού των ΚΑΠΗ. Σύμφωνα με το νόμο προβλέπεται η ετήσια επιχορήγηση, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, των δήμων και των κοινοτήτων, καθώς και των ΚΑΠΗ των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, για σκοπούς και δραστηριότητες αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Κρεμαλής και συν. 1990).

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Π.Δ. 329/89, για κάθε ΚΑΠΗ γίνεται σύσταση Οργανισμού Λειτουργίας, Διοίκησης και

Διαχείρισης. Το πρωτίστης σημασίας σημείο στην έννοια της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων είναι η παραμονή τους στην Κοινότητα και σε ό,τι συμπεριλαμβάνεται μέσα σε αυτήν: στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας, της γειτονιάς, του φιλικού περίγυρου. Φαινόμενα όπως η "ασυλοποίηση" και ο "ιδρυματισμός" και πολλές φορές η "κατάθλιψη", έκαναν επιτακτική την ανάγκη προστασίας και παραμονής της Τρίτης ηλικίας στον φυσικό της χώρο μακριά από τον απρόσωπο χαρακτήρα των Ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης και άλλης μορφής ασύλων. Στα πλαίσια αυτά, σκοπός των ΚΑΠΗ είναι:

1. Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
2. Η διαφώτιση και η συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
3. Η έρευνα θεμάτων σχετικά με τους ηλικιωμένους. Πολύ σημαντική τομή σε αυτό το τρίτο σημείο είναι η πρόληψη όπου αυτή διακρίνεται σε:
 - ο πρωτογενή (εμβολιασμοί, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων)
 - ο δευτερογενή (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια πολλές φορές θεραπεία)

Η πρόληψη είναι μια αξιόλογη προσέγγιση της τρίτης ηλικίας όπου οι ηλικιωμένοι δεν αντιμετωπίζονται ως άνθρωποι που έχουν ολοκληρώσει τον ανθρώπινο κύκλο της ζωής τους αλλά ως πρόσωπα με ιδιαίτερες ανάγκες περίθαλψης και προστασίας στην δεδομένη αυτή φάση της ζωής τους. Οι υπηρεσίες που τα ΚΑΠΗ προσφέρουν είναι:

1. Κοινωνική Εργασία στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον.
2. Φροντίδα και οδηγίες για Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή περίθαλψη.
3. Φυσικοθεραπεία.

4. Εργοθεραπεία.
5. Λειτουργία ομάδων αυτενέργειας των μελών των ΚΑΠΗ που βοηθούν τα μέλη σε δραστηριοποίηση.
6. Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε Μουσεία και Αρχαιολογικούς χώρους.
7. Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις.
8. Οργανωμένη ψυχαγωγία με πούλμαν.
9. Βοήθεια στο σπίτι για άτομα που έχουν ανάγκη εξυπηρέτησης.
10. Εντευκτήριο (coffee-shop) όπου προσφέρονται ροφήματα/ αναψυκτικά σε τιμές κόστους όπου η συντροφιά και η συνεύρεση με άλλα μέλη έχουν τον πρώτο ρόλο.

Το προσωπικό των ΚΑΠΗ είναι:

1. Κοινωνικός Λειτουργός (Προϊστάμενη Αρχή του ΚΑΠΗ)
2. Επισκέπτης/ια Υγείας - Νοσηλεύτης/ια
3. Εργοθεραπευτής/ια
4. Φυσικοθεραπευτής/ια.
5. Οικογενειακός Βοηθός

Μέλη του ΚΑΠΗ εγγράφονται άντρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας του Κέντρου, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση. Τα ενεργά μέλη του ΚΑΠΗ δεν μπορεί να είναι λιγότερα από 50 και περισσότερα από 300. Για την εγγραφή τους τα μέλη πληρώνουν μια συμβολική συνδρομή ανάλογα με τις οικονομικές τους δυνατότητες. Ανάλογη είναι και η οικονομική συμμετοχή στις διάφορες εκδηλώσεις του ΚΑΠΗ.

Το ΚΑΠΗ διοικείται από επταμελές συμβούλιο, το οποίο απαρτίζουν:

- Ο Δήμαρχος ή ο Αντιδήμαρχος που ορίζει ο Δήμαρχος, ως Πρόεδρος.

- Ένας Δημοτικός Σύμβουλος, που ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.
- Ένα αιρετό μέλος του ΚΑΠΗ, που εκλέγεται μεταξύ των μελών του, από τους ίδιους τους ηλικιωμένους.
- Ένας Κοινωνικός Λειτουργός, υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που ορίζεται από το Υπουργείο.
- Ένας Δημότης που προτείνει ο Δήμαρχος, ανάμεσα σε άτομα που ασχολούνται με ανθρωπιστικά επαγγέλματα και ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.
- Ένας αιρετός εκπρόσωπος των εργαζομένων στο ΚΑΠΗ.
- Ένας εκπρόσωπος των Τοπικών Συλλόγων των Συνταξιούχων.

Για την εκπλήρωση του έργου τους, τα ΚΑΠΗ στελεχώνονται με: (α) κοινωνικό λειτουργό, (β) φυσιοθεραπευτή, (γ) εργοθεραπευτή, (δ) ιατρό φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης ή γηρίατρο, (ε) αδελφή επισκέπτρια και (στ) οικογενειακή βοηθό. Η γραμματειακή και διοικητική υποστήριξη του ΚΑΠΗ ανατίθεται σε δημοτικό ή κοινοτικό υπάλληλο, με βάση το άρθρο 109 του Ν.1188/81 και σε μέλη του Κέντρου. Εφόσον οι ανάγκες το απαιτούν, για κάθε μία από τις παραπάνω ειδικότητες μπορεί να προσληφθεί και δεύτερο άτομο. Ο θεσμός των ΚΑΠΗ άρχισε να λειτουργεί το 1979 όταν στήθηκε πειραματικά το πρώτο Κέντρο, ενώ στη συνέχεια λειτούργησαν οχτώ Κέντρα με φορείς εθελοντικές οργανώσεις (Τεπέρογλου, 1993, σελ. 38-100, σελ. 38-100).

Σήμερα, στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης, λειτουργούν περισσότερα από 300 ΚΑΠΗ σε όλη την Ελλάδα. Τα ΚΑΠΗ έχουν εισέλθει δυναμικά στην ζωή των Τοπικών Κοινωνιών έχοντας καθιερώσει την παρουσία τους στην κοινωνική και πολιτιστική ζωή όχι μόνο της λεγομένης Τρίτης ηλικίας αλλά του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Τα ΚΑΠΗ υπάρχουν και καθεδρεύουν σε κάθε Δήμο, Κοινότητα, ή Επαρχία του τόπου μας και σαφώς παραπέμπουν την σκέψη μας στις γενιές που με το πέρασμα του χρόνου

παρέρχονται και τις διαδέχονται οι προηγούμενες τους, όπως είναι η φυσική πορεία και κατάληξη της ζωής.

Είναι όμως ανάγκη ο θεσμός των ΚΑΠΗ να επαναπροσανατολισθεί στις νέες ανάγκες των καιρών μας όπου το πρόσωπο της Τρίτης ηλικίας σταδιακά αλλάζει και παίρνει το σχήμα και την μορφή της σύγχρονης Ελλάδας. Η διατήρηση των παραδόσεων, ηθών και εθίμων του τόπου μας, η σύζευξη των ηλικιών σε κοινούς στόχους και οράματα, η δυναμική παρουσία του ηλικιωμένου στην τοπική ζωή μέσω θεσμών, όπως αυτού του ΚΑΠΗ είναι μόνο μερικές από τις δυναμικά μεταμορφωμένες συνιστώσες του θεσμού.

1.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ Κ.Α.Π.Η.

Οι επαγγελματίες υγείας που δουλεύουν στο Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων(υπηρεσία ΠΦΥ) τόσο οι Νοσηλεύτριες-τριες όσο και οι Επισκέπτες-τριες Υγείας έχουν σαν κύριες δραστηριότητες:

1. Πρόληψη
2. Αγωγή Υγείας
3. Νοσηλεία

Η κάθε μια από αυτές τις δραστηριότητες έχει συγκεκριμένους αντικειμενικούς σκοπούς οι οποίοι εξατομικεύονται για τον κάθε ηλικιωμένο (εξατομικευμένη φροντίδα) και για τον κάθε τομέα εργασίας.

Έτσι λοιπόν οι επαγγελματίες υγείας (Νοσηλεύτριες-τριες - επισκέπτες-τριες Υγείας) συμβάλλουν από κοινού στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και αξιολόγηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης. Η δράση τους περιλαμβάνει τους προληπτικούς εμβολιασμούς (αντιγριππικός εμβολιασμός, εμβόλιο κατά του πνευμονιόκοκκου κ.α), τον προσυμπτωματικό έλεγχο

(screening test) π.χ. δερμοαντίδραση mantoux και βοηθάνε στην αποκατάσταση του ηλικιωμένου.

Συμβάλλουν στον σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας όπου οι ηλικιωμένοι αντλούν σημαντικές πληροφορίες και με βάση αυτές μπορούν να αλλάξουν έξεις και συνήθειες.

Βέβαια η αλλαγή σε αυτή την ηλικία είναι ένα δύσκολο κομμάτι άλλα όχι ακατόρθωτο εάν τα στοιχεία που τους δίνεις είναι σωστά δομημένα, κατανοητά και με πολλά παραδείγματα από την καθημερινή ζωή τους. Μερικά από τα θέματα που ασχολείται η Αγωγή Υγείας είναι η υπέρταση και ο τρόπος ζωής , διατροφή και υγεία και πραγματοποιείται κατά άτομο ή κατά ομάδες(ομάδα υπέρτασικών, ομάδα διαβητικών, ομάδα καρδιοπαθών κ.α.) (Χάρης Ν. Ρούσσου Νοσηλευτική επαγγελματική νομοθεσία, Αθήνα 1999 σελ 34-88).

Πραγματοποιούν κατ' οίκον επίσκεψη και από κοινού προγραμματίζουν (νοσηλευτικές πράξεις-συμβουλευτική υγείας) την νοσηλεία όπου θα εφαρμοστεί για τον συγκεκριμένο ηλικιωμένο(εξατομικευμένη φροντίδα) έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί η περίπτωση μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον με την συμμετοχή της οικογένειας του για να επέλθει η δυνατή ανεξαρτοποίηση του (αυτοεξυπηρέτηση/ αυτοφροντίδα).Αποτελούν συνδετικό κρίκο της υπηρεσίας με την οικογένεια του ηλικιωμένου και ασκούν συμβουλευτική υγεία.

Παρέχουν Α΄ Βοήθειες, οργανώνουν και λειτουργούν το ιατρείο του Κ.Α.Π.Η. Συνεργάζονται άμεσα με τον ιατρό, την υπόλοιπη επιστημονική ομάδα καθώς και με τις ανάλογες υπηρεσίες όπως Νοσοκομεία, Δημοτικά ιατρεία, ΙΚΑ, Κ.Ψ.Υ., Διεύθυνση Υγιεινής κ.α. για να φέρουν εις πέραν το έργο τους. Τέλος συμμετέχουν σε ερευνητικά προγράμματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία (Ελένη Θ. Κυριακίδου Κοινωνική Νοσηλευτική,εκδ. "Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1997 σελ 124-144).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ - ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ, ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΙΧΜΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΚΑΠΗ

ΣΤΗ ΒΑΣΙΣΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα αποσκοπούσε στην ανάλυση του θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των ΚΑΠΗ, στην περιγραφή της υπάρχουσας κατάστασης ως προς το ανθρώπινο δυναμικό, τον τεχνικό και ιατρικό εξοπλισμό τους και τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Σε ενδιάμεσο στάδιο έγινε προσπάθεια προσδιορισμού των αναγκών σε προσωπικό, καθώς και του οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου βάσει του οποίου θα πρέπει να οργανωθούν τα ΚΑΠΗ. Στο τελικό στάδιο καταγράφηκε μια σειρά προτάσεων για την ποιοτική αναβάθμιση των ΚΑΠΗ και τη μετατροπή τους σε σύγχρονα ιατροκοινωνικά κέντρα, με στόχο την παροχή ολοκληρωμένης ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Επίσης, έγιναν προτάσεις για το σύστημα χρηματοδότησης των προγραμμάτων ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας (Φράγκος Δ(1990), Ο Γεροντικός πληθυσμός της Ελλάδος, Αθήνα σελ 38).

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας διαμορφώθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο το οποίο περιελάμβανε μια σειρά ερωτήσεων κλειστού και ανοικτού τύπου, ενώ στάλθηκε στο σύνολο των λειτουργούντων ΚΑΠΗ, βάσει των ειδικών καταλόγων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Συγκεκριμένα, η κατάρτιση του ερωτηματολογίου ακολούθησε δύο άξονες, την καταγραφή των εισροών και των εκροών των ΚΑΠΗ. Οι δύο αυτοί άξονες έδωσαν στο ερωτηματολόγιο τη μορφή των επτά επιμέρους ενοτήτων που καλύπτουν κατά το δυνατόν όλες τις

δραστηριότητες και λειτουργίες ενός ΚΑΠΗ. Ειδικότερα, η πρώτη ενότητα αφορούσε στα γενικά χαρακτηριστικά των ΚΑΠΗ όπως η υγειονομική περιφέρεια και το μέγεθος του δήμου ή της κοινότητας στην οποία ανήκουν, ο πραγματικός χρόνος λειτουργίας, ο πληθυσμός ευθύνης, το φύλο και η ηλικιακή σύνθεση των εγγεγραμμένων και των ενεργών μελών.

Η δεύτερη ενότητα αναφερόταν στη σύνθεση του προσωπικού (ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό, λοιπά επαγγέλματα υγείας) όπως προβλεπόταν κατά την ίδρυσή κάθε ΚΑΠΗ καθώς και στην περιγραφή της υπάρχουσας κατάστασης. Στην τρίτη ενότητα καταγράφηκαν λειτουργικά δεδομένα των ΚΑΠΗ όπως το ωράριο λειτουργίας, οι ώρες λειτουργίας, η τήρηση ιατρικού ιστορικού και μηχανογραφημένων αρχείων.

Οι εγκαταστάσεις και ο εξοπλισμός των ΚΑΠΗ (ιατρικός και τεχνικός) περιγράφονται στην τέταρτη ενότητα. Η πέμπτη ενότητα αφιερώνεται στην καταγραφή των δραστηριοτήτων των ΚΑΠΗ και συγκεκριμένα σε δραστηριότητες σχετικές με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας των μελών, προγράμματα φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας, αγωγής υγείας, «βοήθειας στο σπίτι» και ψυχαγωγίας

Στην έκτη ενότητα καταγράφονται οι υπόλοιπες δραστηριότητες που αναπτύσσονται στα πλαίσια της λειτουργίας των ΚΑΠΗ, ενώ τέλος στην έβδομη καταγράφονται οι δαπάνες λειτουργίας των ΚΑΠΗ σε ετήσια βάση.

Στα πλαίσια της προέρευνας συμπληρώθηκε με προσωπική συνέντευξη ερωτηματολόγιο στο ΚΑΠΗ του Δήμου Πυλαίας του Νομού Θεσσαλονίκης. Η συμπλήρωση έγινε σε συνεργασία με τον πρόεδρο του ΚΑΠΗ καθώς και με το υπόλοιπο προσωπικό. Κατά τη διάρκεια της προέρευνας ελέγχθηκαν η πληρότητα και η λειτουργικότητα των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου πριν τη

διαμόρφωση του τελικού σχεδίου. Επίσης έγιναν αναδιατυπώσεις ορισμένων ερωτημάτων προκειμένου να μην υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην ερμηνεία τους και να εξασφαλιστεί η δυνατότητα αποτελεσματικών συγκρίσεων των δεδομένων.

Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε ταχυδρομικά. Το ερωτηματολόγιο ταχυδρομήθηκε στο σύνολο των ΚΑΠΗ της χώρας (370) στις 15 Ιουνίου 2000. Μέσα στο φάκελο περιλήφθηκε συνοδευτική επιστολή, η οποία παρείχε διευκρινίσεις για την έρευνα και απαντητικός φάκελος με γραμματόσημο και τυπωμένη τη διεύθυνση του παραλήπτη.

Σε όσα ΚΑΠΗ δεν απάντησαν ως τις 12 Οκτωβρίου ταχυδρομήθηκε εκ νέου το ερωτηματολόγιο με νέα συνοδευτική επιστολή και νέο απαντητικό φάκελο με γραμματόσημο. Στην ανάλυση των στοιχείων συμπεριλήφθηκαν όσα ΚΑΠΗ απάντησαν ως και τις 28 Νοεμβρίου. Μετά τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων έγινε ηλεκτρονική καταγραφή τους και ακολούθησε επεξεργασία με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS.

Το γεωγραφικό πεδίο εφαρμογής της μελέτης αφορούσε στο σύνολο της ελληνικής επικράτειας δεδομένου ότι η έρευνα απευθυνόταν στο σύνολο των ΚΑΠΗ της χώρας. Από τα ερωτηματολόγια που στάλθηκαν επιστράφηκαν συμπληρωμένα τα 231, δηλαδή ο βαθμός ανταπόκρισης στο σύνολο της χώρας ήταν 62, 4%, ιδιαίτερα ικανοποιητικός και πολύ μεγαλύτερος από αντίστοιχες διεθνείς μελέτες στις οποίες ο βαθμός ανταπόκρισης κυμαίνεται από 22% μέχρι και 30%.

Αν μάλιστα ληφθεί υπόψη μας το γεγονός ότι ένας σημαντικός αριθμός ΚΑΠΗ, που συμπεριλαμβάνονται στη λίστα των εν ενεργεία, δεν είχε ουσιαστικά λειτουργήσει μέχρι την ημερομηνία αποστολής των ερωτηματολογίων, ο βαθμός ανταπόκρισης ξεπερνά το 66%.

Από την ανάλυση των στοιχείων των 231 ΚΑΠΗ προκύπτει ότι ο μέσος χρόνος λειτουργίας των ΚΑΠΗ του δείγματος είναι 128 μήνες (SD=69,5), ενώ υπάρχουν ΚΑΠΗ με χρόνο λειτουργίας τους 2 μήνες και τους 264 μήνες. Επομένως ο μέσος χρόνος λειτουργίας των ΚΑΠΗ του δείγματος είναι περίπου 10,5 έτη.

Το 25,3%, δηλαδή περίπου ένα στα τέσσερα ΚΑΠΗ, ανήκει σε πρωτεύουσα νομού, ενώ το 32,3%, δηλαδή περίπου ένα στα τρία ΚΑΠΗ ανήκει σε πόλη με πληθυσμό μέχρι και 5000 κατοίκους (πίνακας 4.1.β).

Ο μέσος πληθυσμός ευθύνης των ΚΑΠΗ είναι 17.010 κάτοικοι (SD =26.742), ενώ υπάρχουν ΚΑΠΗ με πληθυσμό ευθύνης από 1000 κατοίκους μέχρι και 200.000 κατοίκους (πίνακας 4.1.α). Ο μέσος αριθμός εγγεγραμμένων ανδρών είναι 397,5 (SD=301,7), ενώ ο μέσος αριθμός εγγεγραμμένων γυναικών είναι 448,4 (SD=348,4). Δηλαδή το 47% των εγγεγραμμένων μελών είναι άνδρες και αντίστοιχα το 53% είναι γυναίκες. Παράλληλα, ο μέσος αριθμών ενεργών άρρενων μελών είναι 172,4 άνδρες (SD=125,7), ενώ ο μέσος αριθμός των ενεργών θήλεων μελών είναι 182,8 γυναίκες (SD=165,7). Δηλαδή το 48,5% των ενεργών μελών είναι άνδρες και το 51,5% γυναίκες (πίνακας 4.1.α).

Πίνακας 2 : Αποδέκτες υπηρεσιών ΚΑΠΗ

	<i>Mean</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>N</i>
<i>Πληθυσμός ευθύνης</i>	17.010	26.742	1.000	200.000	160
<i>Αριθμός εγγεγραμμένων μελών</i>	870	616,7	30	3.074	228
<i>Φύλο εγγεγραμμένων μελών</i>					
<i>*Ανδρες</i>					
<i>*Γυναίκες</i>	397,5	301,7	20	1.900	200
				1.805	200
	448,4	348,4	10		
<i>Αριθμός ενεργών μελών</i>		256,4	9	1.800	225
	356,6				
<i>Φύλο ενεργών μελών</i>					
<i>*Ανδρες</i>					
	172,4			800	
<i>*Γυναίκες</i>	182,8	125,7	8	1.000	195
			1		194
		165,7			
<i>Ηλικιακή σύνθεση εγγεγραμμένων μελών</i>					
<i>*60-70</i>					
<i>*71-79</i>	49,6	17,7	10,0	92,00	200
<i>*80+</i>			7,0	80,00	200
	37,1	14,3	1,0	60,00	200
	13,3	8,1			

Πηγή: Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., Δανιηλίδου Ν., Κυριόπουλος Γ(2000).Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας ,Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας 32-68

Από τη σύγκριση των εγγεγραμμένων μελών και των ενεργών μελών γίνεται σαφές ότι οι άνδρες παρουσιάζουν αυξημένη συμμετοχή στις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ ($p < 0,045$). Επίσης, όσον αφορά την ηλικιακή σύνθεση των εγγεγραμμένων μελών, το μεγαλύτερο ποσοστό (49,6%) είναι άτομα 60-70 ετών, το 37,1% άτομα 71-79 ετών, ενώ το μικρότερο ποσοστό (13,3%) αφορά άτομα ηλικίας 80 ετών και άνω (πίνακας 4.1.α).

2.2 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΚΑΠΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΤΗΣ ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το παρόν κεφάλαιο αναφέρεται στην ανίχνευση και καταγραφή των δραστηριοτήτων που ασκούνται από τα ΚΑΠΗ και αναφέρονται στην αγωγή και προαγωγή της υγείας, στην πρόληψη και γενικότερα στην ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων.

Πίνακας 3: Δραστηριότητες σχετικές με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας των μελών των ΚΑΠΗ

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤ ΕΣ	<i>Δεν εκτελούντ αι (%)</i>	<i>Εκτελούν ται μέτριο βαθμό (%)</i>	<i>Εκτελούνται σε ικανοποιητι κά (%)</i>	<i>Εκτελούν ται πολύ καλά (%)</i>	<i>N</i>
1. Μέτρηση αρτηριακής πίεσης	10,8	7,6	11,9	63,7	223
2. Καρδιογράφημα	60,3	14,8	11,6	13,2	189
3. Έλεγχος χοληστερίνης	61,0	8,0	9,6	21,4	187
4. Μέτρηση σακχάρου	21,8	5,1	15,7	57,4	216
5. Ακτινογραφία θώρακος	92,9	1,8	4,1	1,2	170
6. Εξέταση για προστάτη	88,9	4,7	3,5	2,9	171
7. Μαστογραφία και Test Pap	81,5	9,7	4,6	4,6	175
8. Εμβολιασμοί -- γρίπης	19,3	12,6	15,9	52,2	207

**Πηγή: ΕΘΝΙΚΗ
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ, 2000**

Από την ανάλυση των σχετικών στοιχείων γίνεται φανερό ότι σε μεγάλο αριθμό ΚΑΠΗ (>80%) εκτελούνται σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό η μέτρηση αρτηριακής πίεσης, η μέτρηση σακχάρου και μια σειρά εμβολιασμών. Σε μικρότερο αριθμό ΚΑΠΗ, περίπου στο 40%, διενεργούνται σε ικανοποιητικό βαθμό έλεγχοι χοληστερίνης και καρδιογραφήματα. Τέλος, ακτινογραφία θώρακος, εξέταση για προστάτη, μαστογραφία και test-Pap διενεργούνται σε πολύ μικρό αριθμό ΚΑΠΗ, γύρω στο 10% (πίνακας 4.2.α).

Όσον αφορά στην υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, περίπου 3 στα 4 ΚΑΠΗ υλοποιούν σχετικά προγράμματα. Συγκεκριμένα, στο 85% των ΚΑΠΗ υλοποιούνται διαλέξεις για σωστή διατροφή, στο 47% για σωστή ένδυση, στο 69% για αποφυγή ατυχημάτων, στο 79% για ατομική υγιεινή, στο 68,7% αντικαπνιστικές διαλέξεις και στο 52,8% διαλέξεις ενημέρωσης για τη σωστή χρήση του αλκοόλ (πίνακας 4.2.β).

<i>Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>*Ναι</i>	<i>163</i>	<i>73,1</i>
<i>*Όχι</i>	<i>60</i>	<i>26,9</i>

	<i>ΝΑΙ (%)</i>	<i>ΟΧΙ (%)</i>	<i>N</i>
<i>- Διαλέξεις για σωστή διατροφή</i>	<i>85,0</i>	<i>15,0</i>	<i>193</i>
<i>- Διαλέξεις για σωστή ένδυση κλπ</i>	<i>47,0</i>	<i>53,0</i>	<i>151</i>
<i>- Διαλέξεις για αποφυγή ατοχημάτων</i>	<i>69,0</i>	<i>31,0</i>	<i>171</i>
<i>- Διαλέξεις για ατομική υγιεινή</i>	<i>79,0</i>	<i>21,0</i>	<i>176</i>
<i>- Αντικαπνιστικές διαλέξεις</i>	<i>68,7</i>	<i>31,3</i>	<i>163</i>
<i>- Διαλέξεις ενημέρωσης για την κατάχρηση του αλκοόλ</i>	<i>52,8</i>	<i>47,2</i>	<i>144</i>
<i>- Λοιπές διαλέξεις</i>	<i>82,5</i>	<i>17,5</i>	<i>166</i>

Πηγή: Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., Δανιηλίδου Ν., Κυριόπουλος Γ(2000).Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας ,Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας 32-68

Τα προγράμματα φυσικοθεραπείας, όπου υλοποιούνται, φαίνεται ότι είναι μια ουσιαστική δραστηριότητα και γίνονται με μεγάλη σοβαρότητα και επαγγελματισμό. Από την ανάλυση των στοιχείων φαίνεται ότι περίπου 7 στα 10 ΚΑΠΗ παρέχουν προγράμματα φυσικοθεραπείας στα μέλη τους. Στα συγκεκριμένα προγράμματα εξυπηρετούνται 8,3 άτομα ημερησίως, ενώ υπάρχουν ΚΑΠΗ που εξυπηρετούν και 24 άτομα ημερησίως. Επίσης, στο

συγκεκριμένο πρόγραμμα τον τελευταίο χρόνο εξυπηρετούνταν 213 άτομα ανά ΚΑΠΗ, ενώ υπάρχουν ΚΑΠΗ που εξυπηρέτησαν μέχρι και 2.144 άτομα (πίνακας 4.2.γ). Τα προαναφερθέντα προγράμματα περιλαμβάνουν προληπτική φυσικοθεραπεία, συντηρητική φυσικοθεραπεία καθώς επίσης και προγράμματα αποκατάστασης.

Πίνακας 5: Προγράμματα φυσικοθεραπείας

<i>Ανάπτυξη προγραμμάτων φυσικοθεραπείας</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>*Ναι</i>	156	67,8
<i>*Όχι</i>	74	32,2

<i>Συμμετοχή στα προγράμματα</i>	Mean	SD	Min	Max	N
<i>*το τελευταίο τρίμηνο</i>	119,5	186,0	5	1.097	131
<i>*το τελευταίο εξάμηνο</i>	212,5	344,4	5	2.144	127
<i>*τον Τελευταίο χρόνο</i>					
<i>Προληπτική φυσικοθεραπεία</i>		N	%		
<i>*Ναι</i>		138	70,8		
<i>*Όχι</i>		57	29,2		
<i>Συντηρητική φυσικοθεραπεία</i>		145	73,6		
<i>*Ναι</i>		52	26,4		
<i>*Όχι</i>		144	74,2		
<i>Αποκατάσταση</i>		50	25,8		
<i>*Ναι</i>					
<i>*Όχι</i>					
<i>Αριθμός μελών που εξυπηρετούνται ημερησίως</i>	Mean	SD	Min	Max	N
	8,3	3,4	2	24	151

ΠΗΓΗ: ΕΘΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

Παράλληλα, ανάπτυξη προγραμμάτων εργοθεραπείας έχουμε στο 39% των ΚΑΠΗ (πίνακας 4.2.δ). Τα προγράμματα αφορούν κυρίως εκφραστικές και δημιουργικές δραστηριότητες (67,5%) και ατομική και ομαδική ψυχαγωγία (80,8%), αλλά και προγράμματα αυτοεξυπηρέτησης (38,1%) και ορθοπεδική εργοθεραπεία (21,6%).

Πίνακας 6: Προγράμματα εργοθεραπείας

<i>Ανάπτυξη προγραμμάτων εργοθεραπείας</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>*Ναι</i>		
<i>*Όχι</i>	<i>87</i>	<i>39,0</i>
	<i>136</i>	<i>61,0</i>
ΕΙΛΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ		
<i>Αυτοεξυπηρέτηση</i>		
<i>*Ναι</i>		
<i>*Όχι</i>	<i>45</i>	<i>38,1</i>
<i>Ορθοπαιδική εργοθεραπεία</i>	<i>73</i>	<i>61,9</i>
<i>*Ναι</i>		
<i>*Όχι</i>	<i>24</i>	<i>21,6</i>
<i>Εκφραστικές και δημιουργικές δραστηριότητες</i>	<i>87</i>	<i>78,4</i>
<i>*Ναι</i>		
<i>*Όχι</i>		
<i>Ατομική και ομαδική ψυχαγωγία</i>	<i>104</i>	<i>67,5</i>
<i>*Ναι</i>	<i>52</i>	<i>32,5</i>
<i>*Όχι</i>		
	<i>135</i>	<i>80,8</i>
	<i>32</i>	<i>19,2</i>

Πηγή: Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., Δανιηλίδου Ν., Κυριόπουλος Γ(2000).Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας ,Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας 32-68

Το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» έχει αναπτυχθεί σε περισσότερα από τα μισά ΚΑΠΗ. Ο μέσος χρόνος λειτουργίας του είναι 22,5 μήνες (SD=29,9), ενώ υπάρχουν ΚΑΠΗ που το εφάρμοσαν πριν από 15 περίπου χρόνια. Τα εξυπηρετούμενα άτομα ανέρχονται κατά μέσο όρο σε 68,1 ανά ΚΑΠΗ (SD=73,2), ενώ υπάρχουν ΚΑΠΗ που εξυπηρετούν μέχρι και 550 άτομα. Οι ώρες που διατίθενται εβδομαδιαίως ανά εξυπηρετούμενο είναι 3 (SD=2) και σε ειδικές περιπτώσεις διατίθενται μέχρι και 14 ώρες την εβδομάδα (πίνακας 4.2.ε).

Πίνακας 7: Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

	N		%		
Ανάπτυξη προγράμματος					
*Ναι	123		54,2		
*Όχι	104		45,8		
	Mean	SD	Min	Max	N
Εξυπηρετούμενα μέλη	68,1	73,2	3	550	117
Χρόνος λειτουργίας (σε μήνες)	22,5	29,9	2	180	111
Ώρες λειτουργίας που διατίθενται εβδομαδιαίως ανά εξυπηρετούμενο	3,0	2,0	0,5	14	103
Φορέας Χρηματοδότησης	N				%
*Υπουργείο Υγείας	27		22,1		
*Δήμος					

<i>*Ευρωπαϊκή Ένωση</i>	10			8,2	
<i>*Υπουργείο Εργασίας</i>	27			22,1	
<i>και Ευρωπαϊκή Ένωση</i>	41			33,6	
<i>*Υπουργείο Εσωτερικών</i>	17			13,9	
<i>Απασχολούμενο προσωπικό</i>	Mean	SD	Min	Max	N
<i>*Κοινωνικοί Λειτουργοί</i>	1,23	0,68	1	6	116
<i>*Επισκέπτες Υγείας</i>	1,40	0,93	1	6	63
<i>*Οικογενειακοί Βοηθοί</i>	1,47	0,86	1	6	114
<i>*Λοιπό προσωπικό</i>	1,54	0,76	1	4	63
<i>*Σύνολο</i>					

Πηγή: Γεωργούση και συν., 1993, σελ. 120-125

Το απασχολούμενο προσωπικό είναι κυρίως κοινωνικοί λειτουργοί, επισκέπτες υγείας και οικογενειακοί βοηθοί, τουλάχιστον ένας ανά ειδικότητα, και σε αρκετές περιπτώσεις έχουμε μέχρι και 6 άτομα ανά ειδικότητα.

Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται κυρίως από το Υπουργείο Εργασίας και την Ευρωπαϊκή Ένωση (33,6%) και από το Υπουργείο Υγείας (22,1%). Άλλοι φορείς που συμμετέχουν σε μικρότερο βαθμό στη χρηματοδότηση του προγράμματος είναι το Υπουργείο Εσωτερικών και οι Δήμοι (πίνακας 4.2.ε).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν τις διαπιστώσεις προηγούμενων ερευνών (Τεπέρογλου και συν 1990, Τσαούσης και συν. 1990, σελ. 38-100), για το σημαντικό ρόλο και το έργο το οποίο προσφέρουν τα ΚΑΠΗ στη φροντίδα της τρίτης

ηλικίας. Το κοινωνικό όφελος το οποίο προκύπτει σχετίζεται όχι μόνο με τις παρεχόμενες φροντίδες προς τους ηλικιωμένους αλλά και από τις υπηρεσίες που μπορούν να παρέχουν οι ηλικιωμένοι προς το κοινωνικό σύνολο, μέσω των ΚΑΠΗ. Από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι το 8,8% των ΚΑΠΗ του δείγματος, προσφέρει εθελοντική εργασία σε παιδικούς σταθμούς, δραστηριότητα η οποία θα μπορούσε να αποτελέσει παράδειγμα για το σύνολο των ΚΑΠΗ της χώρας.

Εκτός όμως από το κοινωνικό όφελος της λειτουργίας των ΚΑΠΗ, θα πρέπει να επισημανθεί και το σημαντικό οικονομικό όφελος. Στα πλαίσια των πολιτικών συγκράτησης του κόστους, τα ΚΑΠΗ αποτελούν μια εναλλακτική πρόταση με χαμηλή δέσμευση πόρων. Σύμφωνα με τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, το μέσο ετήσιο κόστος λειτουργίας των ΚΑΠΗ ανέρχεται στο ποσό των 38.483.721 δρχ., με μέγιστη τιμή τα 155.029.045 δρχ και ελάχιστη τις 500.000 δρχ. Το 51,94% των δαπανών αφορά δαπάνες μισθοδοσίας και το 10,91% δαπάνες για πολιτιστικές εκδηλώσεις. Το κόστος των φαρμάκων ανέρχεται στο 1,19% και των αναλώσιμων ιατρικών στο 1,58%. Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί και μια άλλη διάσταση λειτουργίας των ΚΑΠΗ, η οποία σχετίζεται με τη δραστηριοποίηση της κοινωνίας των πολιτών και την ανάπτυξη του εθελοντισμού. Σημαντικό ποσοστό κενών οργανικών θέσεων στα ΚΑΠΗ καλύπτεται με εθελοντές οι οποίοι προσφέρουν δωρεάν τις υπηρεσίες τους. Συνοψίζοντας, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για τους ηλικιωμένους μέσω των ΚΑΠΗ θα πρέπει να ενδυναμωθεί προς την κατεύθυνση ενεργητικότερης συμμετοχής της κοινότητας και διεύρυνσης των εφαρμοζόμενων προγραμμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΗΜΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ

Το Περιστέρι στα αρχαία χρόνια αποτελούσε προέκταση του δήμου Χολαργού. Τα περισσότερα εδάφη ήταν καλλιεργήσιμες εκτάσεις (ελαιώνες, αμπελώνες, κλπ) ενώ ο ποταμός Κηφισός αποτελούσε την κύρια πηγή ζωής τους.

Κατά την περίοδο της Τουρκοκρατίας, οι εκτάσεις αυτές γίνονται ένας μικρός αλλά ισχυρά οικονομικός οικισμός με το όνομα Περιστέρι. Η προέλευση του ονόματος είναι άγνωστη. Φήμες μιλούν για κάποιον Τούρκο Περιστέρ Αγά, για κάποιον οπλαρχηγό του 1821 με το όνομα Περιστέρης, για τον σκουπιδιάρη Περιστέρι, για παραποίηση της αλβανικής λέξης *pelistare* (περιστέρι), κλπ. Κανείς όμως δεν μπορεί να μιλήσει με βεβαιότητα για την καταγωγή του τοπωνυμίου αυτού.

Η σύγχρονη ιστορία του Δήμου Περιστερίου ξεκινάει σχεδόν μετά την Μικρασιατική καταστροφή του 1922. Οι χιλιάδες εξαθλιωμένοι πρόσφυγες από τη Μικρά Ασία, τον Πόντο, τη Θράκη, τη Βουλγαρία βρίσκουν μια νέα πατρίδα στα εδάφη του. Οι πρώτες σαθρές ξύλινες παράγκες και οι λασπωμένοι χωματόδρομοι αποτελούν τα πρώτα στάδια της εξέλιξης του Δήμου (www.hellas.teipir.gr/Thesis/Lekanopedio Attikhs)

Το 1934 αποσπάται από τον δήμο της Αθήνας του οποίου ήταν η πιο δυτική συνοικία και αβοήθητος, ως νέος ανεξάρτητος δήμος, ξεκινά την δύσκολη και γεμάτη αγωνίες πορεία στο μέλλον. Χωρίς οικονομικούς πόρους, με ισχυρές τις πληθυσμιακές πιέσεις που δέχεται από την αστυφιλία που θεριεύει τη μεταπολεμική περίοδο στην Αθήνα, το Περιστέρι στον καιρό της Αντίστασης και της Κατοχής, των ανελέητων συμμαχικών βομβαρδισμών, το 1944, κλείνει την πρώτη

δεκαετία ανεξάρτητης παρουσίας στον χώρο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Στα επόμενα χρόνια που ακολουθούν, το Περιστερί δοκιμάζεται συνεχώς. Η ασυδοσία των μεγαλοκτηματιών, των καταπατητών, η ανεξέλεγκτη εγκατάσταση ρυπογόνων βιομηχανιών στην άλλοτε πανέμορφη και ζωογόνα παρακηφίσια περιοχή, δίνουν τα τελευταία ισχυρά χτυπήματα και "λαβώνουν" το Περιστερί. Το τέλος της βασανιστικής αυτής πορείας βρίσκει το Περιστερί στη σημερινή του μορφή, τον μεγαλύτερο, δηλαδή, δήμο της Δυτικής Αθήνας.

3.1 ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΟ ΔΗΜΟ

Το πρώτο στοιχείο της Ταυτότητας του Δήμου Περιστερίου είναι ότι έχουν εξαντληθεί τα όρια έκτασής του με αποτέλεσμα να παρουσιάζει εγκλωβισμένη πόλη από τις γύρω επίσης κτισμένες περιοχές, ενώ δυτικά εκτονώνεται το κτιστό περιβάλλον από την ύπαρξη του Ποικίλου Όρους. Διαθέτει συνολική έκταση 1.100 Ha από τα οποία η νομοθετημένη έκταση καλύπτει τα 977 Ha. Η έκταση αυτή παρουσιάζει εικόνα αδιάκοπης πυκνοδόμησης με μόνη εξαίρεση το σημερινό άλσος του Αγίου Ιερόθεου (Παλιά λιγνιτωρυχεία) έκτασης 8,5 Ha που ιδιοκτησιακά ανήκουν στην Κτηματική Εταιρεία του Δημοσίου).

Με βάση τα επίσημα στοιχεία της ΕΣΥΕ μπορεί να εκτιμηθεί μια μέση μικτή πυκνότητα της τάξης του 149,2 κατ/Ha, ενώ μέση καθαρή 298,5 κατ/Ha. Στην διάρθρωση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού αριθμητικά κυρίαρχος εμφανίζεται ο δευτερογενής τομέας που ωστόσο δεν διαθέτει σήμερα την ίδια δυναμική με τον τριτογενή. Σε αντίθεση με τον Κοινωνικό εξοπλισμό το Περιστερί διαθέτει στις κεντρικές περιοχές του (οδικού άξονες), Κεντρικές λειτουργίες υπερτοπικού επιπέδου με κυριότερο χαρακτηριστικό το συσσωρευμένο εξειδικευμένο και μη εμπόριο.

Διοικητικά εξαρτάται κυρίως από το Αιγάλεω και την Αθήνα που αποτελούν και τους σοβαρότερους πόλους έλξης εξυπηρετήσεων γενικά για τους κατοίκους. Το Περιστερί αποτελεί γεωγραφικά κεντροβαρική περιοχή μέσα στο εσωτερικό της Δυτικής Αθήνας. Από την άποψη αυτή και σε σχέση με τις άλλες περιοχές της ενότητας διαθέτει την σοβαρότερη κυκλοφοριακή και συγκοινωνιακή κάλυψη.

Το Περιστερί συγκαταλέγεται στους μεγαλύτερους πληθυσμιακά Δήμους της Χώρας. Η επίσημη απογραφή της Στατιστικής Επετηρίδας για το 2003 εκτιμά πληθυσμό 250.854 κατοίκους, ενώ αντίθετα τα Στατιστικά Δελτία καταναλωτών της ΔΕΗ για το 2004 εκτιμούν πληθυσμό 260.583 κατοίκων.

Οικιστικά διαχωρίζεται σε 8 συνοικίες και 34 γειτονιές με θεσμοθετημένη χρήση τη γενική κατοικία που σημαίνει μεγάλη όσο και η πόλη διασπορά και μίξη χρήσεων που τις περισσότερες φορές αλληλοσυγκρούονται μεταξύ τους. Συνολικά καταμαρτυρείται σημαντικού μεγέθους ανεπάρκεια αν όχι ανυπαρξία κοινωνικού εξοπλισμού με εξαίρεση τον εξοπλισμό εκπαίδευσης (πρωτοβάθμιας-δευτεροβάθμιας) (Από site Δήμου Περιστερίου- www.peristeri.gr ΕΣΥΕ 2003).

Συνολική έκταση	1.100 Ha
Νομοθετική έκταση	977 Ha
Πληθυσμός 1981 (ΕΣΥΕ)	88.413
Πληθυσμός 1991 (ΕΣΥΕ)	100.858
Πληθυσμός 2001 (ΕΣΥΕ)	138.305

Πληθυσμός 2003 (ΕΣΥΕ)	240.853
Πληθυσμός 2003 (ΔΕΗ)	260.854
Πυκνότητα '91 (κατ/Ha) μ. μικτή	149,2 μ. - καθ. 298,5
Χιλιομετρική απόσταση από το Κέντρο	6 χλμ.
Σύνολο οικονομικά ενεργού πληθυσμού '81	48.428
Πρωτογενής Τομέας	146 [0,3%]
Δευτερογενής Τομέας	27.493 [54,7%]
Τριτογενής Τομέας	20.146 [41,6%]
Κεντρικές Λειτουργίες	Υπερτοπικού επιπέδου
Πόλοι έλξης - Κέντρα επιρροής	Αιγάλεω - Κέντρο Αθήνας, Χαϊδάρι, Πειραιάς
Κυκλοφοριακή κάλυψη	Κέντρο Δήμου Λ. Θηβών και Εθνική Οδός Αθηνών - Λαμίας, (Κ-Δ) Λ. Λένορμαν, Λ. Αθηνών, Λ. Ι.Οδός
Συγκοινωνιακή εξάρτηση	Αστικές συγκοινωνίες-Κέντρο Αθήνας, Κέντρο Πειραιά

Πηγή: Γεωργούση και συν., 1993, σελ. 120-125

3.2 ΗΛΙΑΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Ο Δήμος Περιστερίου είναι ο μεγαλύτερος από τους 9 Δήμους της Δυτικής Αθήνας, τόσο σε έκταση όσο και σε πληθυσμό. Σύμφωνα με την τελευταία απογραφή του έτους 2001, ο πληθυσμός του ανέρχεται σε 138.305 κατοίκους, από τους οποίους οι 67.983 είναι άνδρες και οι 70.322 θήλεις. Η δημογραφική του εξέλιξη παρουσιάζει αλματώδη άνοδο. Ο παρακάτω πίνακας δείχνει τον πληθυσμό του Περιστερίου από το έτος 1951 έως τις ημέρες μας (βάσει των απογραφών της Στατιστικής Υπηρεσίας) (Από site Δήμου Περιστερίου-www.peristeri.gr ΕΣΥΕ 2003).

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΔΗΜΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ		
Α/Α	ΕΤΟΣ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ
1	1951	35.733
2	1961	79.355
3	1971	118.413
4	1981	140.858
5	1991	130.304
6	2001	138.305
7	2003	240.853

Πηγή: Γεωργούση και συν., 1993, σελ. 120-125

Η οικονομική δραστηριότητα της περιοχής φέρει έντονα τα χαρακτηριστικά των Δήμων της Δυτικής Αθήνας, μικρό μέγεθος βιομηχανιών - βιοτεχνιών, με μέσο όρο απασχολούμενων 3 άτομα,

ανεπτυγμένο το μεταποιητικό τομέα και τον τομέα του εμπορίου, με πολλές μικρές επιχειρήσεις και μέσο όρο απασχόλησης 2 άτομα. Από το σύνολο του πληθυσμού, το 39% είναι οικονομικά ενεργό με 6,7% εργοδότες και 81,4% μισθωτούς και αυτοαπασχολούμενους. Το Περιστερί συνορεύει με τους δήμους Νέων Λιοσίων (βόρεια), Αθηναίων (ανατολικά), Αιγάλεω (νότια), Χαϊδαρίου (δυτικά) και Πετροπόλεως (βορειοδυτικά). Η έκτασή του είναι 10,1 χιλιάδες στρέμματα.

3.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ Γ' ΗΛΙΚΙΑΣ ΔΗΜΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ

Η οικονομική και κοινωνική θέση των ηλικιωμένων στο Δήμο Περιστερίου σε γενικές γραμμές δεν είναι σε υψηλά επίπεδα. Συγκεκριμένα με έρευνα της ΕΣΥΕ το 2000 το ποσοστό των ηλικιωμένων οι οποίοι δεν είχαν οικονομική δυνατότητα να αυτοσυντηρηθούν έφτανε το 10% ενώ συγχρόνως σε ποσοστό της τάξεως του 12% δεν είχαν οικογένεια (είτε ήταν ανύπαντροι, είτε είχαν εγκαταλειφθεί από τα παιδιά τους, είτε είχαν χάσει το σύζυγο τους και δεν είχαν παιδιά) άρα και την υποστήριξη από ένα δικό τους οικογενειακό περιβάλλον. Οι περισσότεροι από αυτούς επιζητούν υποστήριξη από τις αρχές είτε σε οικονομικό επίπεδο είτε σε κοινωνικό, στη δεύτερη περίπτωση υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη μια και οι περισσότεροι από αυτούς ζουν μόνοι για πολλά χρόνια. Ουσιαστικά ο Δήμος Περιστερίου ο οποίος είναι ένας από τους μεγαλύτερους δήμους στην Ελλάδα προσπαθεί με τους πόρους που διαθέτει να στηρίξει τη τρίτη ηλικία μέσα από το θεσμό των ΚΑΠΗ (ΤΑ ΝΕΑ, 1/11/2003,σελ 18Κωδικόςάρθρου:Α17780Ν181)

Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων του Δήμου Περιστερίου παρέχουν υπηρεσίες σε ηλικιωμένα άτομα για την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων τους, ώστε να παραμείνουν ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου. Επίσης, συνεργάζονται με ειδικούς φορείς για την επίλυση των προβλημάτων και των αναγκών των μελών τους καθώς και διεξάγουν έρευνες για όλα

τα θέματα εκείνα που αφορούν την γ' ηλικία. Τα Κ.Α.Π.Η. είναι Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου. Το κάθε ένα διοικείται από 7μελές Διοικητικό Συμβούλιο. Μέλη εγγράφονται άτομα από 60 ετών και άνω, άνδρες και γυναίκες που κατοικούν στην περιοχή που λειτουργεί το Κέντρο, χωρίς διάκριση οικονομικών δυνατοτήτων. Μπορούν να γραφτούν και νεότερα άτομα, όταν κρίνεται σκόπιμο από την Κοινωνική Υπηρεσία. Τα μέλη κατά την εγγραφή τους πληρώνουν συμβολική συνδρομή. Η εγγραφή ανανεώνεται κάθε χρόνο.

Το Ιατρείο του Κ.Α.Π.Η. λειτουργεί δύο φορές την εβδομάδα. Εξυπηρετεί όλα τα ασφαλιστικά ταμεία και δίνεται η δυνατότητα στα μέλη να κάνουν καρδιολογική εξέταση και τεστ σακχάρου. Ο Επισκέπτης Υγείας εφαρμόζει προγράμματα προληπτικής ιατρικής, ομιλίες, επισκέψεις κατ'οίκον, πληροφορίες για σωστή διατροφή και για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας, μέτρησης πίεσης και παραπομπής σε κατάλληλες ειδικότητες ιατρών. Καθημερινά λειτουργεί το φυσικοθεραπευτήριο του Κ.Α.Π.Η. προσφέροντας θεραπεία σε νευρολογικά και ορθοπεδικά περιστατικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ- ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΠΗ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ

4.1. ΙΔΡΥΣΗ ΚΑΠΗ – ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Το πρώτο ΚΑΠΗ του Περιστερίου, ιδρύθηκε περίπου πριν 20 χρόνια, και ασχολείται με την προστασία τη φιλοξενία και την υποστήριξη των ηλικιωμένων τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Μέλη του ΚΑΠΗ Περιστερίου, γράφονται άτομα από 60 ετών και άνω, άνδρες και γυναίκες χωρίς διάκριση οικονομικών δυνατοτήτων.

Τα μέλη για την εγγραφή τους πληρώνουν οικονομική συνδρομή η οποία είναι συμβολική και είναι ανάλογα με τις οικονομικές τους δυνατότητες.

Η διοίκησή του ΚΑΠΗ γίνεται μέσα από τρία εξειδικευμένα τμήματα :

- 1) το διοικητικό τμήμα

2) το υγειονομικό

3) το τμήμα κοινωνικής πρόνοιας

Το καθένα από αυτά τα τμήματα έχει εξειδικευμένο προσωπικό το οποίο καλύπτει όλο το εικοσιτετράωρο τις ανάγκες των ηλικιωμένων. Σκοπός της διοίκησης είναι η παροχή υπηρεσιών για τη πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ατόμων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα, και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.

4.2. ΔΟΜΗ

Αναλυτικά Η δομή του ΚΑΠΗ πλαισιώνεται από το μόνιμο προσωπικό το οποίο είναι το υγειονομικό, οικονομικό και διοικητικό. Το καθένα από αυτά τα τμήματα αποτελείται από τον προϊστάμενο, τα διοικητικά γραφεία , και τα οικονομικά γραφεία. Αυτό το οποίο διαφοροποιείται είναι το υγειονομικό το οποίο έχει συγχρόνως γραφείο ιατρών , γραφείο επισκεπτών υγείας, γραφείο φυσιοθεραπευτών, εργοθεραπευτών και νοσηλευτών. Τέλος, υπάρχει ένα τμήμα κοινωνικής πρόνοιας το οποίο αποτελείται από τον προϊστάμενο, το γραφείο κοινωνικών λειτουργών και το γραφείο μέριμνας ηλικιωμένων.(Άρθρο 26 νόμος 1188, του 1980).

4.3 ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

4.3.1. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Στο διοικητικό και οικονομικό τμήμα, προϊστάται το γραφείο διοίκησης και το οικονομικό γραφείο τα οποία συντονίζουν τις ακόλουθες θέσεις:

- 1) Μία θέση διοικητικού βαθμού
- 2) Μια θέση λογιστικού βαθμού
- 3) Οκτώ θέσεις κοινωνικών λειτουργών
- 4) Τρεις θέσεις του κλάδου διοικητικού

- 5) Μία θέση του κλάδου τεχνιτών(με γνώσεις συντήρησης κτιρίου – ελαιοχρωματισμούς – υδραυλικά, ξυλουργικά, κτλ.)
- 6) Τρεις θέσεις οδηγών αυτοκινήτων
- 7) Οκτώ θέσεις του κλάδου οικογενειακών βοηθών
- 8) Μία θέση κλητήρων

Το υγειονομικό γραφείο το οποίο προϊστάται του υγειονομικού τμήματος, συντονίζει τις ακόλουθες θέσεις :

- 1) Δύο θέσεις του κλάδου ιατρών φυσικής, ιατρικής και αποκατάστασης ηλικιωμένων
- 2) Οκτώ θέσεις επισκεπτριών υγείας
- 3) Οκτώ θέσεις φυσιοθεραπευτών
- 4) Οκτώ θέσεις εργοθεραπευτών
- 5) Έξι θέσεις νοσηλευτών

Υπάρχουν ακόμα δυο υποστηρικτικά τμήματα, το ένα έχει να κάνει με έξι θέσεις προσωπικού καθαριότητας, και το άλλο με τη κοινωνική πρόνοια το οποίο αποτελείται από έναν υπάλληλο, κοινωνικό λειτουργό.

4.3.2 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

1) Αρμοδιότητες προϊσταμένου

Ο προϊστάμενος του τμήματος, προϊστάται, εποπτεύει και ελέγχει τη λειτουργία των γραφείων που συγκροτούν το τμήμα. Συντονίζει, κατευθύνει και αναθέτει αρμοδιότητες στα διάφορα στελέχη. Τέλος, μπορεί αν κάνει εσωτερικές κινήσεις και αλλαγές

2) Αρμοδιότητες προσωπικού διοίκησης:

- Τήρηση μητρώου
- Μισθοδοσία
- Ασφάλιση και μισθολογικές καταβολές
- Τήρηση βιβλίων συμβουλίου
- Μηχανογράφηση υπηρεσιών

- Πρωτόκολλο
 - Νομικά θέματα
 - Συνεργασία με τεχνικές υπηρεσίες δήμου
 - Συνεργασία με τμήματα καθαρισμού δήμου
- 3) Αρμοδιότητες προσωπικού οικονομικού τμήματος :
- Προϋπολογισμός
 - Απολογισμός
 - Δαπάνες
 - Προμήθειες
 - Λογιστικά βιβλία
- 4) Προϊστάμενος υγειονομικού τμήματος. Ο προϊστάμενος εποπτεύει , ελέγχει τα υγειονομικά γραφεία, καθορίζει αρμοδιότητες , παραλαμβάνει την αλληλογραφία, και την κοινοποιεί στα υπόλοιπα τμήματα . Συγχρόνως σε αυτόν αναφέρονται οι γιατροί, οι επισκέπτες υγείας, οι φυσιοθεραπευτές, οι εργοθεραπευτές, οι νοσηλευτές.
- 5) Προϊστάμενος τμήματος κοινωνικής πρόνοιας. Εδώ ο προϊστάμενος έχει παρεμφερή αρμοδιότητες με τον προϊστάμενο του διοικητικού και ελέγχει το γραφείο κοινωνικών λειτουργών , και ραφείο μέριμνας ηλικιωμένων. Το πρώτο ασχολείται με την οργάνωση, εκπαίδευση και αξιοποίηση εθελοντών , ενώ το δεύτερο ασχολείται με την υποστήριξη των ηλικιωμένων στο χώρο τους όπως καθαριότητα και διατροφή .

4.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ

Το τμήμα οικονομικής διαχείρισης όπως ήδη αναφέραμε, ασχολείται με όλα τα λογιστικά θέματα του ΚΑΠΗ καταρτίζοντας προϋπολογισμούς αλλά και ελέγχοντας τα έσοδα και τα έξοδα. Θα πρέπει να τονίσουμε ότι τα έσοδα προέρχονται από τη κρατική μέριμνα από εσωτερικές εκδηλώσεις όπως θεατρικές παραστάσεις αλλά και από πιθανές χορηγίες. Αντίθετα τα έξοδα, έχουν να κάνουν με τη φροντίδα

των ηλικιωμένων. Η συγκέντρωση ισολογισμών δεν ήταν εφικτή διότι όπως ενημερωθήκαμε, τα οικονομικά δεδομένα του ΚΑΠΗ αποτελούν απόρρητα στοιχεία για το κοινό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ- ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΠΕΔΙΟΥ

Σε αυτό το κομμάτι της εργασίας θα παρουσιάσουμε την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε προκειμένου να συγγραφεί η συγκεκριμένη εργασία, όσο το δυνατόν πληρέστερα και αντικειμενικότερα γινόταν. Η μεθοδολογία βασίστηκε στο σχεδιάγραμμα του Δρ. Πετράκη, το οποίο παρείχε την βάση για το πώς να κινηθούμε στο κομμάτι της έρευνας. Συγκεκριμένα (Πετράκης Μ. 1999. σελ. 309-333):

Αυτό το τμήμα της εργασίας αναλύει τη θεωρητική υπόσταση της μεθοδολογίας μέσα από τις τρεις βασικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται σε μία μελέτη: θετικισμός (positivism), φαινομενολογία (phenomenology) και ενεργητική μελέτη (action research) (Easterby – Smith, 1991 pp. 102-110).

Η έννοια της μεθοδολογίας έχει να κάνει με το πώς μπορούμε να γνωρίσουμε και να αποκτήσουμε γνώσεις που θα απορρέουν από την πρακτική έρευνα. Η μεθοδολογία επικεντρώνεται σε ειδικούς τρόπους - μέσα τα οποία χρησιμοποιούνται, για να κατανοήσουμε καλύτερα έννοιες που εξετάζουμε από την θεωρητική τους σκοπιά και θέλουμε να τις αναλύσουμε από την πρακτική τους υπόσταση (Elden, M. and Chisholm, R.F. 1993, pp. 146)

Υπάρχουν ποικίλα μέσα έρευνας. Στην παρούσα διατριβή θα επικεντρωθούμε στα τρία πιο βασικά, το θετικισμό (positivism), τη φαινομενολογία (phenomenology) και την ενεργητική μελέτη (action research).

Ο θετικισμός (positivism) και η φαινομενολογία (phenomenology) είναι φιλοσοφικές έννοιες των κοινωνικών επιστημών. Κάθε φιλοσοφική έννοια είναι ξεχωριστή και έχει τις δικές της δομές και αρχές. Εδώ ο ερευνητής θα πρέπει να ακολουθήσει τις φιλοσοφικές αρχές. Είναι επίσης λογικό στην διάρκεια της μελέτης να προκύψουν νέα στοιχεία και δεδομένα που μπορούν να οδηγήσουν το μελετητή να ανασκευάσει ορισμένες από τις φιλοσοφικές αρχές που έχει επιλέξει.

Πολλοί άνθρωποι έχουν μία λανθασμένη εικόνα για την έρευνα και τους ερευνητές. Πιο συγκεκριμένα αναφέρεται ότι «Πολλές φορές όταν οι άνθρωποι σε μια κοινωνία σκέπτονται για τις επιστήμες και την έρευνα, έχουν την εικόνα ενός ανθρώπου σε ένα εργαστήριο» (Elden, M. and Chisholm, R.F. 1993, σελ. 146). Αυτό οφείλεται στην εικόνα που έδινε η φιλοσοφία του θετικισμού (positivism). Ο θετικισμός (positivism) σαν φιλοσοφία στηρίζεται στην λογική.

Τα επιχειρήματα που χρησιμοποιούνται είναι από πραγματικά γεγονότα και αυτά θα χρησιμοποιηθούν από τον ερευνητή για να φτάσει στο επιθυμητό αποτέλεσμα. Έτσι ο ερευνητής μπορεί να κάνει την έρευνά του και να μην επηρεάζεται από τα προσωπικά του πιστεύω και αξίες. Ο θετικισμός (positivism) είναι μία θέση που προϋποθέτει ότι ο στόχος της έρευνας και της γνώσης που βγαίνει από αυτή είναι να περιγράψει φαινόμενα δίχως να χρησιμοποιήσει τις προσωπικές του εμπειρίες. Ο σκοπός του θετικισμού (positivism) είναι να μείνει σε αυτά που παρατηρούμε και να τα αναλύσει βασιζόμενος στην ψυχρή λογική της επιστήμης αποκλείοντας τον ανθρώπινο παράγοντα.

Αντίθετα με τον θετικισμό (positivism), η φαινομενολογική έρευνα παρουσιάζει τον κόσμο να στηρίζεται μόνο σε κοινωνικά θεμέλια και όχι σε αντικειμενικά . Ο ερευνητής πρέπει να παρατηρεί τα φαινόμενα γύρω του και να τα μελετάει. Τα φαινόμενα αυτά μπορεί να είναι και σε προσωπικό επίπεδο με αποτέλεσμα να παρατηρήσει φαινόμενα που αφορούν ακόμα και τον ίδιο. Η έρευνα δεν είναι επιφανειακή όπως στον θετικισμό (positivism) αλλά εις βάθος και πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και δευτερεύοντες παράγοντες.

Η φαινομενολογία (phenomenology), είναι ένα κλάδος της κοινωνιολογίας και της φιλοσοφίας που βασίζεται στην δουλειά του (Husserl 1982, pp.100). Ο σκοπός της φαινομενολογίας (phenomenology), είναι όπως ορίζεται από τον Husserl, να εξετάσει τα ανθρώπινα φαινόμενα με βάση τις ανθρώπινες δράσεις, λαμβάνοντας υπόψη την ανθρώπινη αντίληψη. Η παρατήρηση των φαινομένων έχει μεγάλη σχέση με το κοινωνικό περιβάλλον του ερευνητή τα οποία καθορίζουν τους δευτερεύοντες παράγοντες που θα πρέπει να λάβει σοβαρά υπόψη ο ερευνητής (Wilson K. 1999, pp.120)

Η τρίτη ερευνητική μέθοδος είναι η δραστική έρευνα. Αυτή η μέθοδος έχει πολλά κοινά με τις προηγούμενες και λαμβάνει στοιχεία από αυτές. Το κλασσικό μοντέλο της δραστικής μελέτης στηρίζεται σε πέντε βασικές παραμέτρους: σκοπός και επιλογή, μελέτη, αλλαγή βασισμένη σε στοιχεία - πληροφορίες αλλά και την αίσθηση του ερευνητή, προσωπική άποψη στην έρευνα, γνώσεις.

Στην έρευνα ακολουθήθηκε ως μέσο η δραστική έρευνα. Η δραστική έρευνα βασίζεται σε πέντε στάδια (Wilson K. 1999,pp.120):

- ❖ σκοπός και επιλογή
- ❖ μελέτη
- ❖ αλλαγή βασισμένη σε στοιχεία - πληροφορίες αλλά και την αίσθηση του ερευνητή
- ❖ προσωπική άποψη στην έρευνα

❖ γνώσεις

Η προσωπική εμπειρία στο συγκεκριμένο κλάδο ήταν βασικός παράγοντας για να επιλεγεί η δραστική έρευνα. Η εμπειρία στο συγκεκριμένο χώρο βοήθησε τη συγγραφέα ώστε να βάλει την προσωπική της άποψη πάνω στο αντικείμενο της έρευνας και σε συνδυασμό με τις υπάρχουσες γνώσεις να αναπτύξει την συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία. Η δραστική έρευνα θέλει τον ερευνητή να παίρνει πολλές πρωτοβουλίες και να προσπαθεί να αναλύσει το θέμα έχοντας άμεση επαφή με το αντικείμενο. Αυτό θα γίνει με την πρωτογενή έρευνα όπου θα δοθούν ένας αριθμός ερωτηματολογίων στους ναυλωτές.

Τέλος, η **δραστική έρευνα** (action research) θέτει σε υψηλή προτεραιότητα τον ανθρώπινο παράγοντα και αυτό θα γίνει με την πρωτογενή έρευνα όπου θα προσπαθήσουμε να έρθουμε σε επαφή με μια συγκεκριμένα ομάδα ανθρώπων με σκοπό να εξάγουμε τα σωστά συμπεράσματα.

5.2 ΣΤΟΧΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα έχει ως σκοπό να στηρίξει τα όσα έχουν ειπωθεί στην βιβλιογραφική αναφορά και φυσικά να επιτευχθεί ο γενικότερος στόχος της πτυχιακής εργασίας. **Στόχος** της έρευνας είναι να μετρηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τη παρούσα λειτουργία των ΚΑΠΗ. Για να το κάνει αυτό θα γίνει μία πρωτογενής έρευνα. Η έρευνα θα γίνει με την διανομή ερωτηματολογίων. Σύμφωνα με τις σημειώσεις του πανεπιστημίου (**Research Methods, 2004-5, pp 130**) όταν σχεδιάζουμε ένα ερωτηματολόγιο σαφώς λαμβάνουμε υπόψιν μας πολλούς παράγοντες, όλοι, όμως καταλήγουν στο ίδιο ζητούμενο: την μεγιστοποίηση της ανταπόκρισης.

Στην έρευνα **προτείνεται** να διανεμηθεί ένα ερωτηματολόγιο δύο μερών σε ηλικιωμένους. Το πρώτο μέρος θα έχει τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων ενώ το δεύτερο θα έχει μία σειρά ερωτήσεων

αξιολόγησης με κλίμακες. Σε αυτού του είδους τις ερωτήσεις ζητάμε από τον ερωτώμενο να αξιολογήσει τις εσωτερικές υπηρεσίες των ΚΑΠΗ πάνω σε μία κλίμακα. Το ερωτηματολόγιο θα έχει ερωτήσεις που έχουν να κάνουν αρχικά με την αξιολόγηση των εγκαταστάσεων, δηλαδή για το αν υπάρχουν επίσημες πολιτικές σε σχέση με τους χώρους. Στην συνέχεια θα εξεταστεί και το αν αυτές οι πολιτικές έχουν αποτέλεσμα και τελικά αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ επίτευξης των στόχων των ΚΑΠΗ και της εξυπηρέτησης των ηλικιωμένων. Η μεθοδολογία περιλαμβάνει τη συγκέντρωση πρωτογενών στοιχείων για τις ανάγκες του ερωτηματολογίου (Πετράκης Μ. 1999 σελ. 309-333),.

5.3 ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

- **Τύπος έρευνας** : ποσοτική, γιατί θα γίνει χρήση μεγάλου δείγματος πληθυσμού και δεδομένου ερωτηματολογίου.
- **Μέθοδος συλλογής στοιχείων** : με προσωπικές συνεντεύξεις (Καζάκης 2002 σελ. 169.) που θα πραγματοποιηθούν με την βοήθεια δομημένου ερωτηματολογίου. Θα χρησιμοποιήσουμε προκατασκευασμένο ερωτηματολόγιο, όπου όλες οι οδηγίες και οι πιθανές απαντήσεις θα παρουσιάζονται διεξοδικά στον ερωτώμενο από το ερωτηματολόγιο.
- **Τεχνική δημοσκόπησης** : παρεμβατικής συνέντευξης μέσα σε καπη. Αναλυτικότερα, θα γίνεται συνέντευξη στα άτομα που εργάζονται στο τμήμα πωλήσεων. Με την μέθοδο αυτή ελαχιστοποιείται η πιθανότητα μη απάντησης και επιπλέον θα λάβουμε μεγάλη ακρίβεια πληροφόρησης, γιατί οι αιτίες πίσω από την διαδικασία λήψης αποφάσεων είναι νωπές στο μυαλό τους.

5.3.1 ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

Αυτή η ενότητα αναφέρεται στη σχέση πρωτευουσών και δευτερευουσών πληροφοριών, αλλά και ποια μέθοδος ανάλυσης

χρειάζεται για να πάρουμε πληροφορίες από αυτές τις δύο πηγές. Υπάρχουν δύο βασικές πηγές στοιχείων. Το αρχικό στοιχείο είναι το στοιχείο που συλλέγεται στην πηγή. Το δευτεροβάθμιο στοιχείο είναι στοιχείο που υπάρχει ήδη, όπως τα βιβλία, τα έγγραφα (π.χ. δημοσιευμένες στατιστικές, ετήσιες εκθέσεις και απολογισμοί των επιχειρήσεων, και εσωτερικά αρχεία που κρατιούνται από τις οργανώσεις όπως τα αρχεία προσωπικού). Όταν τα στοιχεία οργανώνονται σε μια χρήσιμη μορφή γίνονται πληροφορίες.

5.3.1.1 ΠΡΩΤΕΥΟΥΣΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Οι πρωτεύουσες πληροφορίες είναι αυτές που παίρνουμε απευθείας από την έρευνά μας, οι πρωτεύουσες πληροφορίες προέρχονται από τους ερωτώμενους που στην περίπτωση μας είναι οι ηλικιωμένοι. Μέσα από τα ερωτηματολόγια μπορούμε να συλλέξουμε χρήσιμες πληροφορίες για την έρευνά μας, πληροφορίες που όταν τις συγκρίνουμε με το θεωρητικό μας μέρος θα εξάγουμε τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα της έρευνάς μας.

5.3.3.2 ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Οι δευτερεύουσες πληροφορίες είναι έτοιμες πληροφορίες που λαμβάνουμε από διάφορες πηγές και χρησιμοποιούμε απευθείας στη μελέτη μας. Αυτές οι πηγές στην συγκεκριμένη έρευνα θα είναι από βιβλία που αναφέρονται στο κοινωνικό υπόβαθρο του ελληνικού κράτους, στο υγειονομικό σύστημα, στο θεσμό των ΚΑΠΗ και τέλος στη τρίτη ηλικία κ.λ.π Συγχρόνως πρόσθετα δευτεροβάθμια στοιχεία θα ληφθούν μέσω των περιοδικών, των άρθρων και των εφημερίδων.

5.4 ΤΡΟΠΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΠΟΤΥΧΙΩΝ ΣΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ

Σε μια έρευνα υπάρχουν πάντα και οι ανασταλτικοί παράγοντες. Ο ερευνητής κινδυνεύει να αποτύχει λόγω δύο λόγων (Elden, M. and Chisholm, R.F. 1993pp. 146)

1. Απουσία του υπό εξέταση ατόμου.
2. Άρνησή του να απαντήσει.

Προκειμένου να αποφευχθεί εν μέρη αυτό, πρέπει από την αρχή να γνωρίζουμε τι δείγμα χρειαζόμαστε προκειμένου να μοιράσουμε τα ερωτηματολόγια σε περισσότερους ερωτώμενους με σκοπό να αποφύγουμε την περίπτωση κάποιου να μην απαντήσει. Σε περίπτωση που κάναμε την έρευνα αλλά δεν καταφέραμε τελικά να μαζέψουμε τον απαιτούμενο αριθμό ερωτώμενων τότε είμαστε υποχρεωμένοι να επαναλάβουμε την έρευνα και συγκεκριμένα στα άτομα που για κάποιο λόγο αρνούνται να μας απαντήσουν.

5.5 ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο είναι ένας όρος ο οποίος χρησιμοποιείται στην ποσοτική μέθοδο. Η ποσοτική μέθοδος χρησιμοποιεί αντικειμενικά κριτήρια κατά την διάρκεια της μελέτης. Με βάση τον (Easterby-Smith 1991, pp.47) υπάρχουν 4 βασικοί τρόποι συλλογής ποσοτικών πληροφοριών: συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια, τεστ / στατιστικά μεγέθη, παρατηρητικότητα. Οι συνεντεύξεις είναι χρήσιμες στην έρευνα αγοράς αλλά και σε θέματα διοίκησης μίας επιχείρησης, σκοπός τους είναι να δούμε την άποψη ενός ατόμου της επιχείρησης για το θέμα που μας απασχολεί. Φυσικά η συγγραφέας θα σχολιάσει αυτή την άποψη βάση της έρευνάς του. Το σημαντικό είναι ο ερωτώμενος να έχει άμεση σχέση με το θέμα προκειμένου να δώσει χρήσιμες απαντήσεις. Τα ερωτηματολόγια βοηθούν προκειμένου να πάρουμε απόψεις από περισσότερα άτομα και να στηρίξουμε την έρευνά μας σε στατιστικά αποτελέσματα που θα απορρέουν από τις απαντήσεις των ερωτώμενων. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονιστεί ότι στην περίπτωση μας η επιλογή του ερωτηματολογίου έγινε με γνώμονα ότι δεν θα είναι εύκολη η προσέγγιση των ΚΑΠΗ και δεν υπάρχει η δυνατότητα να προβούμε σε μια κάτι ιδίαν συνάντηση με τους ερωτώμενους. Η εν λόγω αδυναμία μας οδήγησε στην κατάρτιση ενός ερωτηματολογίου με πολλαπλές επιλογές και δυνατότητες ευελιξίας στην συμπλήρωσή

του. Το βασικό σε ένα ερωτηματολόγιο είναι ο τρόπος που θα το σχεδιάσουμε δηλαδή αν θα περιλαμβάνει συγκεκριμένες ή γενικές ερωτήσεις. Φυσικά σε μια έρευνα βοηθούν οι συγκεκριμένες ερωτήσεις διότι μας δίνουν ποιο ακριβή αποτελέσματα (ΣΧΗΜΑ)



Ερωτηματολόγιο – (Μάλλιαρης Πέτρος ,1990, Εισαγωγή στο Marketing, 2nd edition, σ. 149Α. Σταμούλη)

5.6 ΣΤΑΔΙΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ

Ο σχεδιασμός που ακολουθήθηκε προκειμένου να πραγματοποιηθεί η έρευνα αφορούσε κυρίως δύο μεγάλα κομμάτια. Το πρώτο είναι το θεωρητικό υπόβαθρο (βιβλιογραφικές αναφορές) και το δεύτερο είναι το πρακτικό (ερωτηματολόγιο). Βάσει αυτών καταλήγουμε σε συμπεράσματα και προτάσεις.

5.7 ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΠΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Με τον όρο δειγματοληπτικό πλαίσιο εννοούμε ένα κατάλογο ο οποίος μπορεί να συμπεριλαμβάνει ονόματα ή να είναι ένας χάρτης ή ένα πολεοδομικό σχέδιο κ.λ.π. Στην περίπτωση που από την αρχή ο ερευνητής έχει επιλέξει το που θα επικεντρωθεί, (στην περίπτωση

μας σε ηλικιωμένους) η κατασκευή του πλαισίου είναι αρκετά απλή. Στην περίπτωση όμως που το εξεταζόμενο εύρος είναι μεγάλο και αόριστο τότε είναι δεδομένο ότι ο ερευνητής πρέπει να κάνει δειγματοληπτικό πλαίσιο, το οποίο πιθανόν να τον καθυστερήσει στην διεξαγωγή της ερευνάς του. Το σίγουρο είναι ότι είναι υποχρεωμένος να το κάνει γιατί χωρίς αυτό θα αποτύχει τελείως η έρευνά του. Στη συγκεκριμένη μελέτη ο καθορισμός του πληθυσμού που μας ενδιαφέρει είναι ο ακόλουθος (Πετράκης Μ. 1999, σελ. 303-330)

- **Στοιχεία** : άνδρας ή γυναίκα, ηλικία, μόρφωση
- **Μέγεθος δείγματος** :50 άτομα που θα προσεγγίζονται μέσα από το ΚΑΠΗ του ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ. Η επιλογή του δείγματος με βάση και το βιβλίο του Πετράκη, σελ. 309-330, έγινε με κριτήριο ότι παίρνουμε το 10% του πληθυσμού που εξετάζουμε. Ο αριθμός των ηλικιωμένων στα ΚΑΠΗ Περιστερίου είναι 500 με 600 άτομα.
- **Έκταση** : Το δέκα τοις εκατό των ηλικιωμένων.
- **Χρόνος** : η έρευνα διεξήχθη από 17/10/05-20/10/05
- **Επεξεργασία των στοιχείων** : Έπειτα από την τις συνεντεύξεις και την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, θα προχωρήσουμε στην συγκέντρωση των στοιχείων στο πρόγραμμα EXCEL, κατά κατηγορία και ερώτηση. Έπειτα θα προχωρήσουμε στην στατιστική επεξεργασία και στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων σε μορφή διαγραμμάτων και πινάκων.

5.8 ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

Η συγγραφέας μελέτησε τον *Κώδικα Δεοντολογίας* και ακολουθώντας τον, θα εξασφαλίσει ότι η έρευνα που θα πραγματοποιήσει θα είναι **τίμια, αμερόληπτη και αντικειμενική**. Θα προσπαθήσει οι ερωτήσεις να είναι τέτοιες ώστε να μην θιχτεί και να μην ενοχληθεί ο ερωτώμενος. Ο (Πετράκης 1999, σελ. 309 – 330) τονίζει ότι όσο λιγότερο θίγεται ο ερωτώμενος τόσο

περισσότερο οι πληροφορίες που θα δώσει θα είναι αληθινές και αντικειμενικές.

5.8.1 ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Η συγγραφέας κατά την εξαγωγή της έρευνας θα εφαρμόσει πιστά τους υποχρεωτικούς κανόνες τους οποίους ορίζει το M.R.S. και το I.M.R.A. Συγκεκριμένα:

- Τηρήθηκε η υπόσχεση για εχεμύθεια
- Τα προσωπικά στοιχεία του ερωτώμενου θεωρήθηκαν εντελώς απόρρητα
- Προσπάθησε ο ερωτώμενος να μην αισθανθεί άβολα και αμήχανα από τις ερωτήσεις
- Οι ερωτώμενοι που αρνήθηκαν να απαντήσουν δεν πιέστηκαν για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.
- Με επιστολή που συνόδευε το ερωτηματολόγιο γνωστοποίησε τα προσωπικά της στοιχεία και πληροφορίες που επιβεβαίωναν την φοιτητική της ιδιότητα

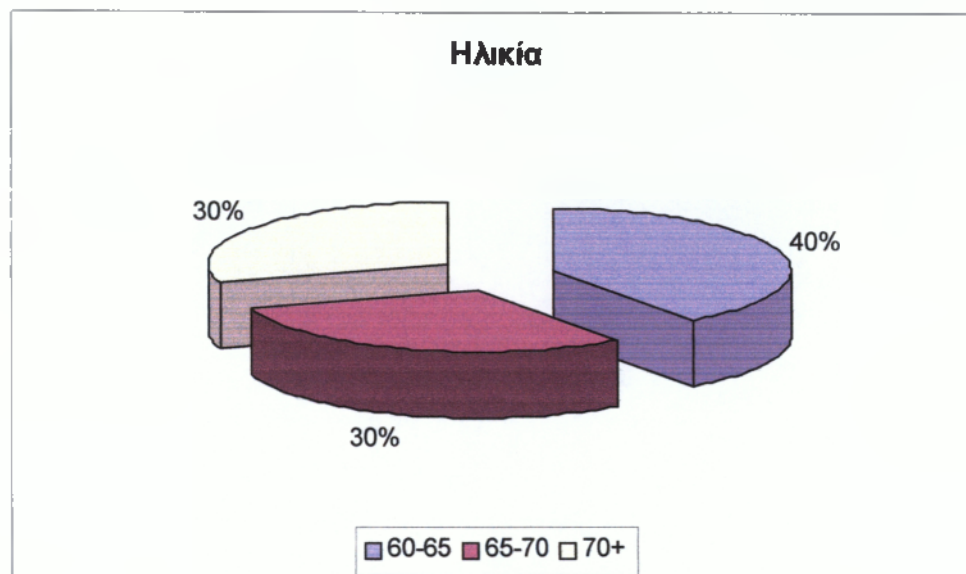
5.9 ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΑ ΚΑΠΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ

Στην παρούσα ενότητα θα αναλύσουμε την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα ΚΑΠΗ Περιστερίου και ειδικότερα τις απαντήσεις που δόθηκαν από τα 50 άτομα που ερωτήθηκαν.

Πιο συγκεκριμένα θα παρουσιάσουμε με ποσοστά και διαγραμματικά τις απαντήσεις που δόθηκαν από τους ερωτώμενους.

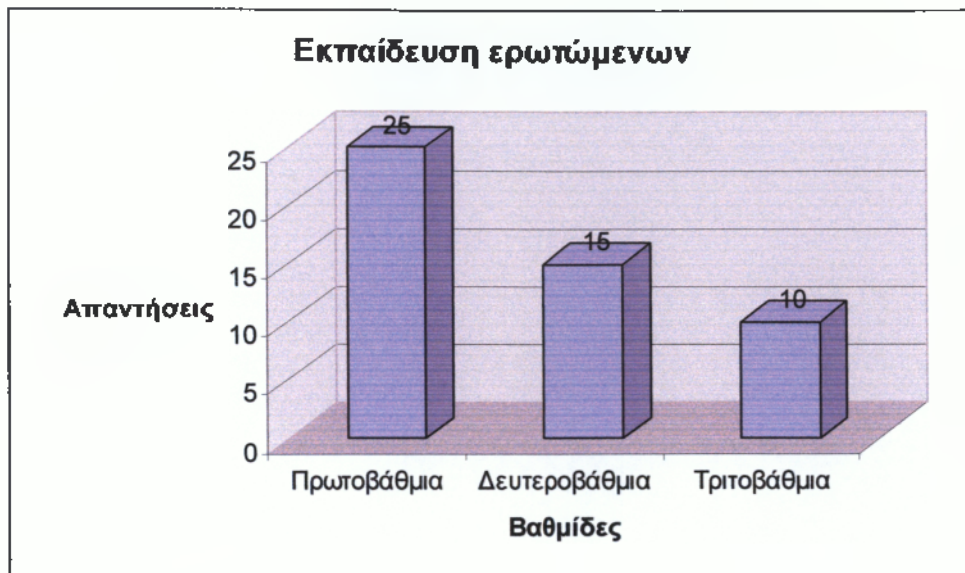
Αρχικά ζητήσαμε από τους ερωτώμενους να μας αναφέρουν την ηλικία τους. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν το 40% ανήκει στην ηλικία των 60 έως 65 ετών, το 30% ανήκει στην ηλικία των 65 με 70 ετών και τέλος το 30 είναι ηλικίας άνω των 70 ετών. Στο διάγραμμα

που ακολουθεί παρουσιάζονται τα ποσοστά των ατόμων που απάντησαν.



ΗΛΙΚΙΑ	
60-65	40%
65-70	30%
70+	30%

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων διαπιστώνουμε ότι 25 άτομα από τους ερωτώμενους έχουν πρωτοβάθμια εκπαίδευση, 15 άτομα είχαν δευτεροβάθμια εκπαίδευση και 10 άτομα τριτοβάθμια. Στο διάγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι απαντήσεις που δόθηκαν.



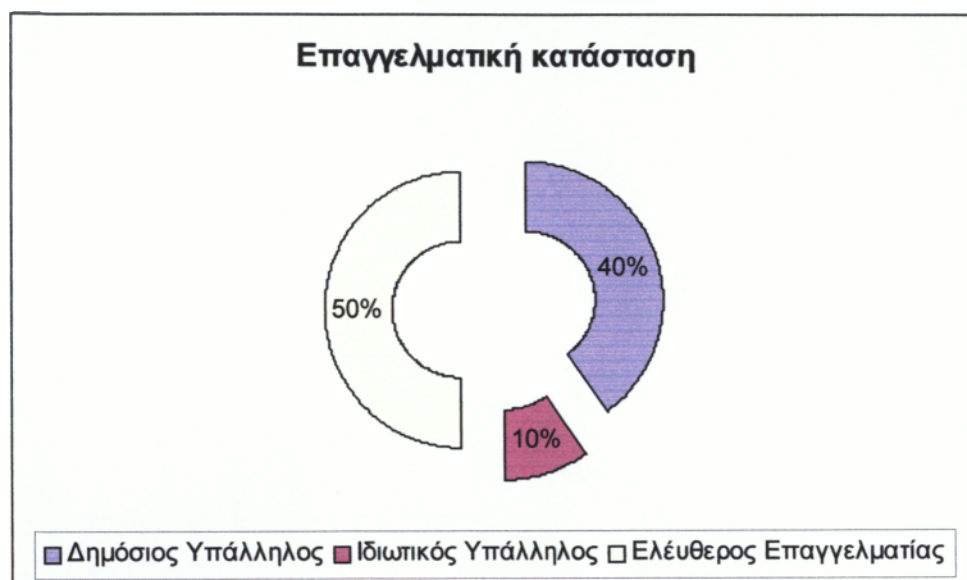
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ	
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ	25
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ	15
ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ	10

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων όπως μπορούμε να δούμε και από το διάγραμμα που ακολουθεί το 40% των ερωτώμενων είναι άγαμοι, το 38% έγγαμοι, και το 22% έγγαμοι με παιδιά



ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
ΑΓΑΜΟΣ	40%
ΕΓΓΑΜΟΣ	38%
ΕΓΓΑΜΟΣ ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ	22%

Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση των ερωτώμενων οι περισσότεροι όπως φαίνεται και στο κάτωθι διάγραμμα είναι δημόσιοι υπάλληλοι, και ελεύθεροι επαγγελματίες ενώ μόνο 5 ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι.



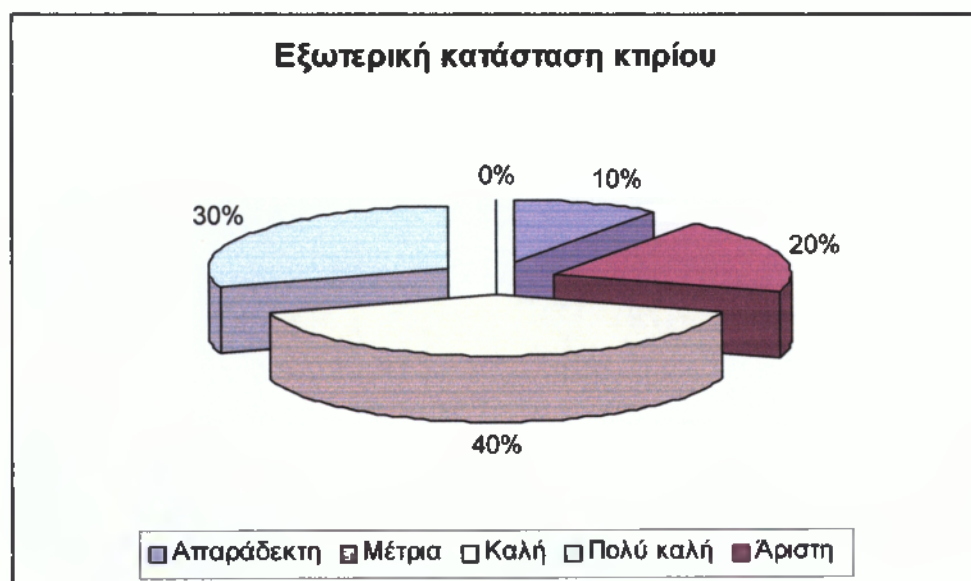
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	40%
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	10%
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	50%

Στο ερώτημα σχετικά με τον πόσα χρόνια επισκέπτονται το συγκεκριμένο ΚΑΠΗ, 10 από τους ερωτώμενους ανέφεραν ότι το επισκέπτονται 1 χρόνο, 15 άτομα είπαν από 1-3 χρόνια, 10 άτομα από 3-5 χρόνια και 15 άτομα από 5 χρόνια και παραπάνω



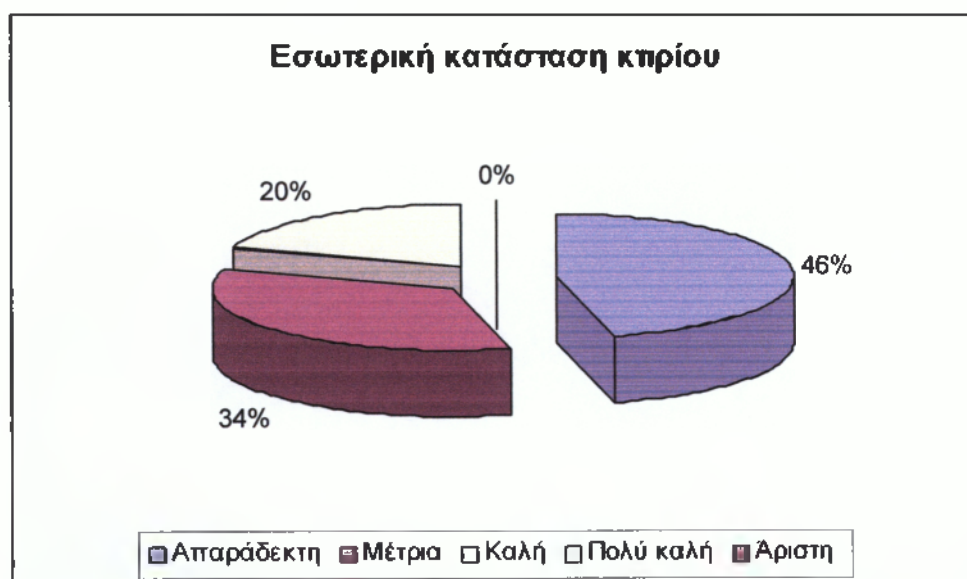
ΧΡΟΝΙΑ ΣΤΟ ΚΑΠΗ	
1 ΧΡΟΝΟ	10
1-3 ΧΡΟΝΙΑ	15
3-5 ΧΡΟΝΙΑ	10
5+ ΧΡΟΝΙΑ	15

Στην συνέχεια ακολούθησαν ερωτήσεις σχετικές με τον χώρο και τις εγκαταστάσεις του ΚΑΠΗ. Ειδικότερα αρχικά ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να μας αναφέρουν την άποψη τους σχετικά με την εξωτερική εμφάνιση του κτιρίου. Οι ερωτώμενοι με ποσοστό 10% ανέφεραν ότι η κατάσταση είναι απαράδεκτη, ένα ποσοστό της τάξεως του 20% δήλωσε ότι η κατάσταση είναι μέτρια, ένα ποσοστό 30% ότι η κατάσταση είναι καλή και τέλος ένα ποσοστό 40% ότι η κατάσταση είναι πολύ καλή. Όλοι οι ερωτώμενοι όμως συμφώνησαν ότι δεν μπορεί η εξωτερική κατάσταση να χαρακτηριστεί ως άριστη καθότι απαιτεί σημαντικές βελτιώσεις.



ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΤΙΡΙΟΥ	
ΑΠΑΡΑΔΕΚΤΗ	10%
ΜΕΤΡΙΑ	20%
ΚΑΛΗ	40%
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	30%
ΑΡΙΣΤΗ	0%

Σχετικά με την εσωτερική κατάσταση του κτιρίου ζητήσαμε από τους ερωτώμενους να μας αναφέρουν την άποψη τους. Οι περισσότεροι ανέφεραν ότι η εσωτερική κατάσταση είναι χειρότερη από την εξωτερική και θα πρέπει να γίνουν άμεσα βελτιώσεις. Πιο συγκεκριμένα το 46% ανέφερε ότι η κατάσταση είναι απαράδεκτη, το 34% ότι η κατάσταση είναι μέτρια και το 20% καλή. Και σε αυτήν την περίπτωση η εσωτερική κατάσταση του κτιρίου δεν μπορούσε να χαρακτηριστεί ως άριστη. Στην συνέχεια παρουσιάζονται οι απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με την εσωτερική κατάσταση του κτιρίου.



ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΤΙΡΙΟΥ	
ΑΠΑΡΑΔΕΚΤΗ	46%
ΜΕΤΡΙΑ	34%
ΚΑΛΗ	20%
ΠΟΛΛΥ ΚΑΛΗ	0%
ΑΡΙΣΤΗ	0%

Εν συνεχεία οι ερωτώμενοι ρωτήθηκαν για το πώς είναι οι χώροι που επισκέπτονται στο ΚΑΠΗ. Και σε αυτήν την περίπτωση οι περισσότεροι δήλωσαν ότι η κατάσταση είναι μέτρια, ένα ποσοστό 27% ότι η κατάσταση είναι απαράδεκτη και ένα ποσοστό 23% ότι η κατάσταση των χώρων επίσκεψης είναι καλή.

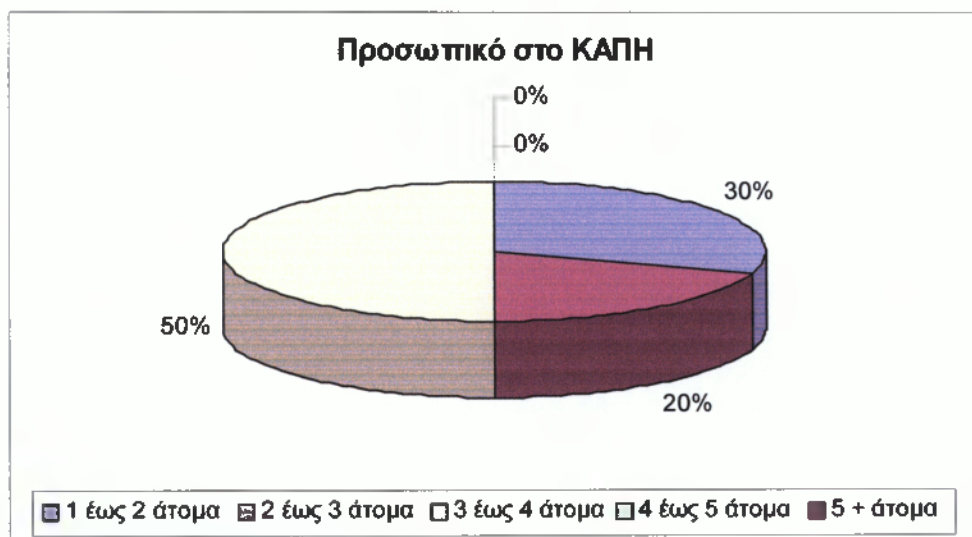


ΧΩΡΟΙ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ	
ΑΠΑΡΑΔΕΚΤΗ	27%
ΜΕΤΡΙΑ	33%
ΚΑΛΗ	23%
ΠΟΛΛΥ ΚΑΛΗ	17%
ΑΡΙΣΤΗ	0%

Έχοντας πλέον εξετάσει την άποψη των ερωτώμενων για τις εγκαταστάσεις του ΚΑΠΗ, τους ζητήσαμε να μας αξιολογήσουν με κλίμακα από το 1-5 τον κάθε χώρο ξεχωριστά. Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι απαντήσεις τους από τις οποίες μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι οι περισσότεροι θεωρούν ότι οι συγκεκριμένοι χώροι υστερούν.

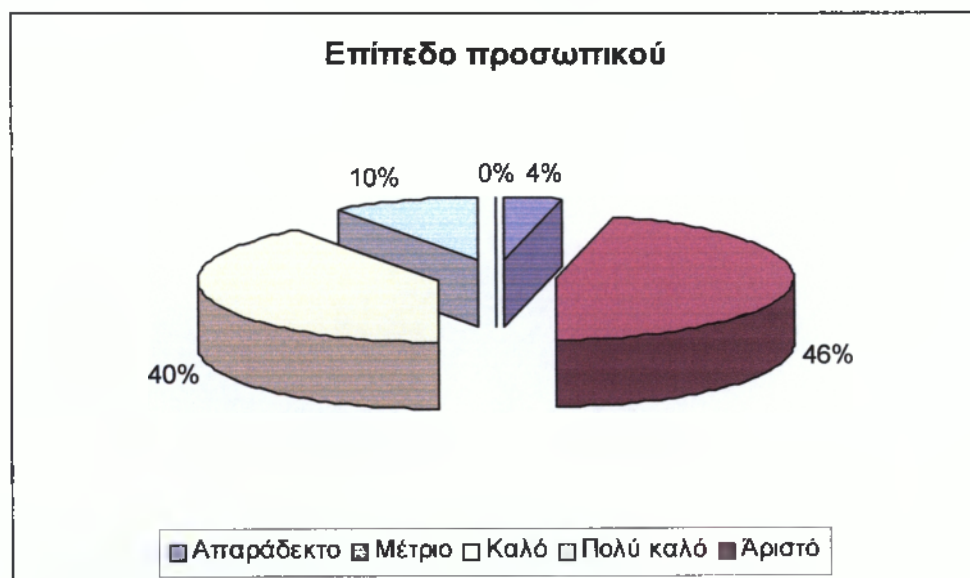
<i>ΧΩΡΟΙ</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>ΚΟΥΖΙΝΑ</i>	<i>5</i>	<i>15</i>	<i>20</i>	<i>10</i>	<i>0</i>
<i>ΣΑΛΟΝΙ</i>	<i>10</i>	<i>20</i>	<i>15</i>	<i>5</i>	<i>0</i>
<i>ΤΟΥΑΛΕΤΕΣ</i>	<i>4</i>	<i>20</i>	<i>16</i>	<i>10</i>	<i>0</i>
<i>ΑΥΛΗ (ΑΝ ΕΧΕΙ)</i>	<i>5</i>	<i>19</i>	<i>26</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>ΥΠΝΟΔΩΜΑΤΙΑ (ΑΝ ΕΧΕΙ)</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>

Τέλος έχοντας αναλύσει την περίπτωση των εγκαταστάσεων ζητήσαμε από τους ερωτώμενους να μας αξιολογήσουν το προσωπικό του ΚΑΠΗ. Ειδικότερα αρχικά τους ζητήσαμε να μας αναφέρουν τον αριθμό του προσωπικού που εξυπηρετεί το ΚΑΠΗ. Οι περισσότεροι ανέφεραν ότι δεν γνώριζαν τον ακριβή αριθμό των ατόμων γι' αυτό και απαντούν με βάση αυτά που γνωρίζουν. Οι απαντήσεις τους παρουσιάζονται στο διάγραμμα που ακολουθεί. Όπως μπορούμε να δούμε οι περισσότεροι αναγνωρίζουν ότι το ΚΑΠΗ απασχολεί 3 με 4 άτομα συνολικά.



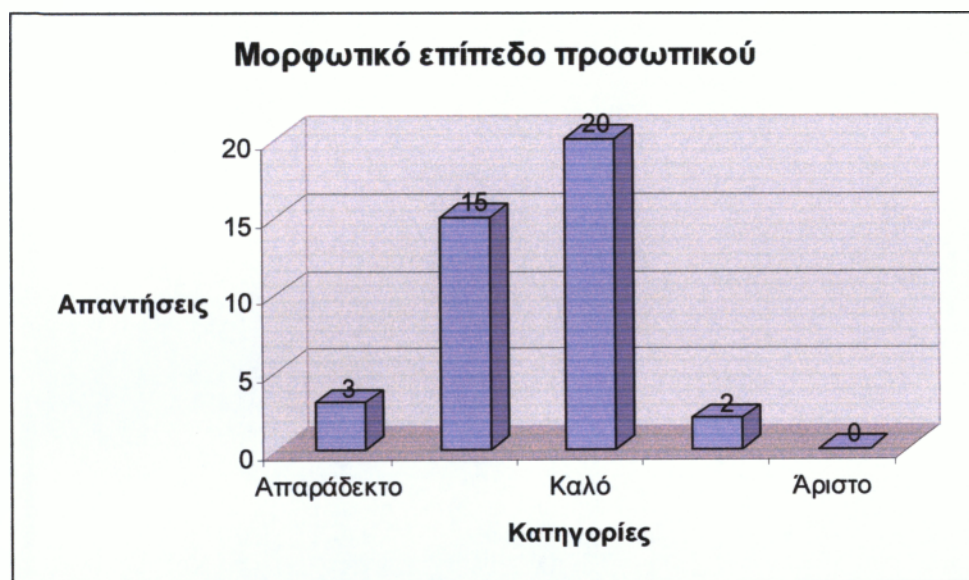
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΤΟ ΚΑΠΗ	
1-2 ΑΤΟΜΑ	30
2-3 ΑΤΟΜΑ	20
3-4 ΑΤΟΜΑ	50
4-5 ΑΤΟΜΑ	0
5+ ΑΤΟΜΑ	0

Σχετικά με το επίπεδο του προσωπικού που απασχολείται στο ΚΑΠΗ όπως μπορούμε να δούμε το 46% ανέφερε ότι είναι μέτριο και απαιτείται μεγαλύτερη ειδικευση, ένα ποσοστό της τάξεως του 40% ανέφερε ότι είναι καλό το επίπεδο αλλά θα έπρεπε να έχει παραπάνω γνώσεις το προσωπικό γύρω από τις ανάγκες τους. Οι απαντήσεις παρουσιάζονται στο διάγραμμα που ακολουθεί.



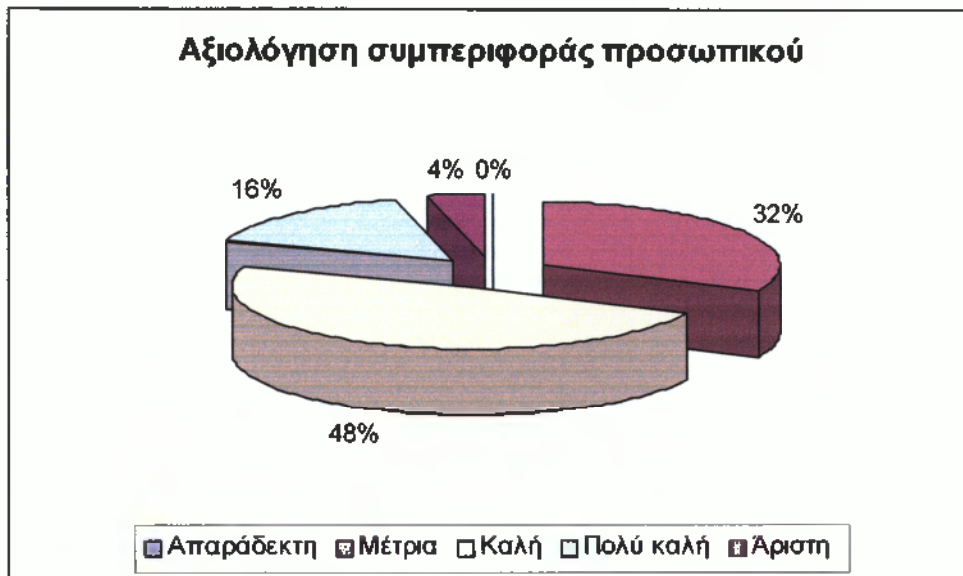
ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	
ΑΠΑΡΑΔΕΚΤΟ	4%
ΜΕΤΡΙΟ	46%
ΚΑΛΟ	40%
ΠΟΛΛΥ ΚΑΛΟ	10%
ΑΡΙΣΤΟ	0%

Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο του προσωπικού του ΚΑΠΗ ζητήσαμε από τους ερωτώμενους να μας το αξιολογήσουν. Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα που ακολουθεί οι περισσότεροι ανέφεραν ότι το μορφωτικό επίπεδο είναι καλό αλλά όχι άριστο. Άλλοι πάλι ανέφεραν ότι το μορφωτικό επίπεδο τους είναι μέτριο ενώ τέλος δήλωσαν ότι απαιτούνται να υπάρξουν σημαντικές βελτιώσεις και σε αυτόν τον τομέα προκειμένου να ικανοποιούνται οι ανάγκες των ατόμων που επισκέπτονται το ΚΑΠΗ.



ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	
ΑΠΑΡΑΔΕΚΤΟ	0
ΜΕΤΡΙΟ	45
ΚΑΛΟ	20
ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	2
ΑΡΙΣΤΟ	0

Στο ερώτημα για το πώς αξιολογούν την συμπεριφορά του προσωπικού στο ΚΑΠΗ οι ερωτώμενοι ανέφεραν ότι το προσωπικό ανταποκρίνεται αρκετά καλά στις ανάγκες τους αλλά όχι άριστα. Ειδικότερα το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι η συμπεριφορά του προσωπικού είναι καλή, άλλοι με ποσοστό 16% ότι είναι πολύ καλή και τέλος ένα ποσοστό της τάξεως του 32% ανέφερε ότι η συμπεριφορά είναι μέτρια



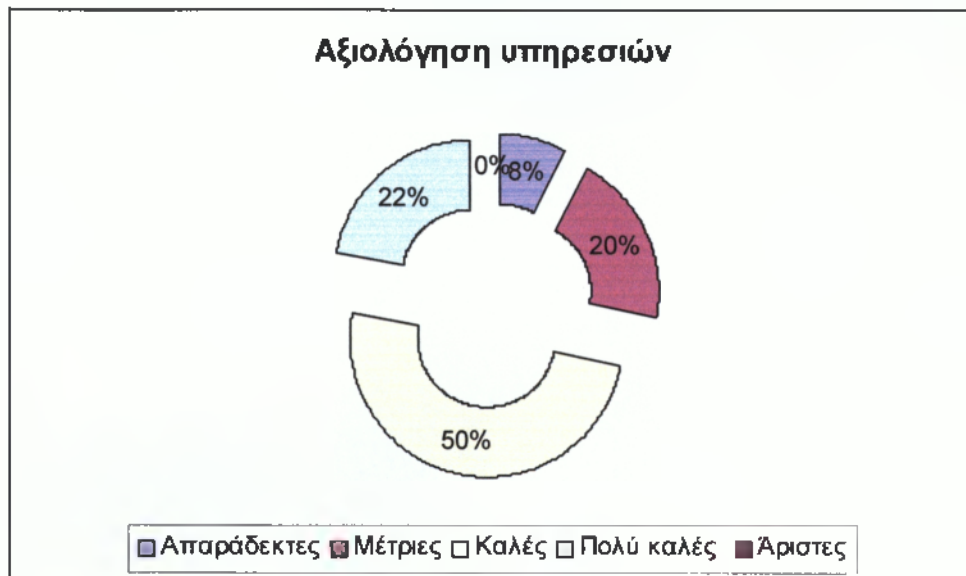
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	
ΑΠΑΡΑΔΕΚΤΗ	16%
ΜΕΤΡΙΑ	32%
ΚΑΛΗ	48%
ΠΟΛΛΥ ΚΑΛΗ	16%
ΑΡΙΣΤΗ	0%

Στην συνέχεια ζητήσαμε από τους ερωτώμενους στο ΚΑΠΗ να μας αξιολογήσουν με κλίμακα από το 1-5 τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς που θα πρέπει να έχει το προσωπικό. Μπορούμε να δούμε από τον πίνακα παρακάτω ότι οι περισσότεροι δίνουν μεγάλη έμφαση στα παραπάνω χαρακτηριστικά και τα θεωρούν όλα εξίσου σημαντικά.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	1	2	3	4	5
<i>ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ</i>	12	23	5	10	0
<i>ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ</i>	2	23	12	10	3
<i>ΦΡΟΝΤΙΔΑ</i>	0	12	15	13	10
<i>ΚΙΝΗΤΡΑ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΤΟΥΣ</i>	2	13	15	10	10

Με βάση τον παραπάνω πίνακα, το 80 % - 90 % θεωρεί σημαντικό έως πολύ σημαντικό τη φροντίδα τους και το να δίνονται κίνητρα στο προσωπικό.

Οι ερωτώμενοι στην συνέχεια αξιολόγησαν τις υπηρεσίες. Έχοντας πλέον απαντήσει σε θέματα προσωπικού και εγκαταστάσεων, ρωτήθηκαν για θέματα υπηρεσιών και ικανοποίησης τους. Όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα οι περισσότεροι με ποσοστό 50% αξιολόγησαν τις υπηρεσίες τους καλές, ένα 20% μέτριες και ένα 22% πολύ καλές. Μόνο ένα ποσοστό της τάξεως του 8% ανέφερε ότι οι υπηρεσίες τους είναι απαράδεκτες.



ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	
ΑΠΑΡΑΔΕΚΤΕΣ	8%
ΜΕΤΡΙΕΣ	20%
ΚΑΛΕΣ	50%
ΠΟΛΛΥ ΚΑΛΕΣ	22%
ΑΡΙΣΤΕΣ	0%

Στην συνέχεια τους ζητήσαμε να μας αξιολογήσουν ορισμένες υπηρεσίες με βάση μια κλίμακα από το 1-5. Όπως μπορούμε να δούμε από τις απαντήσεις που δόθηκαν οι περισσότεροι είναι ευχαριστημένοι σχετικά με τις υπηρεσίες διασκέδασης, ελεύθερου χρόνου και φαγητού ωστόσο δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι σε θέματα ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης.

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	1	2	3	4	5
ΦΑΓΗΤΟΥ	10	12	15	10	3
ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	0	15	17	8	10
ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗΣ	0	15	20	15	0
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ (ΟΠΩΣ ΥΓΙΕΙΝΗ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ)	20	10	10	10	0
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	25	15	5	5	0

Στην συνέχεια ζητήσαμε να μας αναφέρουν με βάση την κλίμακα από το 1 έως το 5 τι θεωρούν πιο σημαντικό για την λειτουργία ενός ΚΑΠΗ. Όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί οι ερωτώμενοι έδωσαν έμφαση σε όλα τα παρακάτω χαρακτηριστικά και ειδικότερα τόνισαν ότι όλα τα παρακάτω στοιχεία αν εφαρμοστούν θα καταφέρουν να βελτιώσουν την εικόνα των ΚΑΠΗ σε μεγάλο βαθμό

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	1	2	3	4	5
ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ	0	0	20	20	10
ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ	0	0	25	5	20
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	0	0	15	15	20
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΛΟΥ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟΥ	0	0	20	20	10
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	0	0	15	15	20
ΣΩΣΤΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ	0	0	20	10	20
ΧΩΡΟΙ ΑΝΑΨΥΧΗΣ (ΑΥΛΗ-ΚΗΠΟΣ)	0	0	17	17	16
ΠΑΡΟΧΗ ΜΕΣΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ	0	0	20	25	5
ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΕΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	0	0	19	21	10

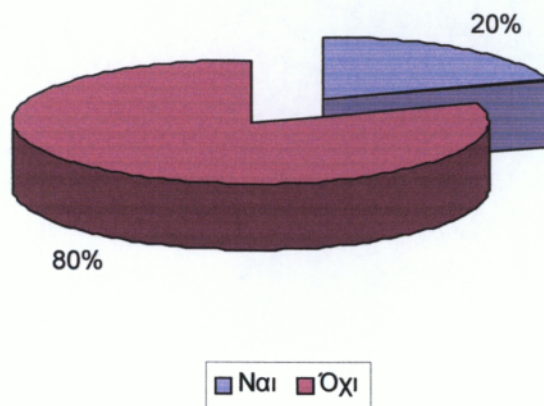
Σχετικά με το τι απουσιάζει από το ΚΑΠΗ, ζητήσαμε από τους ερωτώμενους να μας αναφέρουν τι θεωρούν αρκετά σημαντικό και δεν υπάρχει στο ΚΑΠΗ. Αυτοί με βάση τον παρακάτω πίνακα ανέφεραν ότι τα πιο σημαντικά στοιχεία τα οποία απουσιάζουν από το ΚΑΠΗ είναι η φροντίδα, οι διάφορες δραστηριότητες και η αγάπη.

	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
<i>Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ</i>	<i>10</i>	<i>10</i>	<i>6</i>	<i>4</i>	<i>20</i>
<i>Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>25</i>	<i>10</i>	<i>5</i>
<i>ΟΙ ΦΙΛΟΙ</i>	<i>20</i>	<i>10</i>	<i>10</i>	<i>5</i>	<i>5</i>
<i>ΟΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ</i>	<i>10</i>	<i>5</i>	<i>5</i>	<i>15</i>	<i>15</i>
<i>Η ΑΓΑΠΗ</i>	<i>10</i>	<i>10</i>	<i>15</i>	<i>5</i>	<i>10</i>

Στην συνέχεια του ερωτηματολογίου μας ζητήσαμε από τους ερωτώμενους να μας αναφέρουν την άποψη τους για την πολιτεία. Ειδικότερα ακολουθεί μια σειρά ερωτήσεων σχετικές με το τι πρέπει να κάνει η κοινωνία προκειμένου να αναβαθμίσει τον θεσμό των ΚΑΠΗ.

Αρχικά τους ρωτήσαμε να μας απαντήσουν για το αν ενδιαφέρεται η κοινωνία για τον θεσμό των ΚΑΠΗ. Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα που ακολουθεί οι περισσότεροι ανέφεραν ότι η κοινωνία δεν ενδιαφέρεται καθόλου για τον θεσμό. Με ποσοστό 80% ανέφεραν ότι δεν ενδιαφέρονται για τον θεσμό ενώ με ποσοστό 20% ότι ενδιαφέρεται.

Ενδιαφέρεται η πολιτεία



ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΤΑΙ Η ΠΟΛΙΤΕΙΑ	
ΝΑΙ	20%
ΟΧΙ	80%

Στην συνέχεια τους ρωτήσαμε να μας αναφέρουν τους λόγους αυτής της αδιαφορίας από την πλευρά της πολιτείας. Όπως μπορούμε να δούμε όλοι οι ερωτώμενοι θεωρούν ότι οι παρακάτω λόγοι είναι όλοι εξίσου σημαντικοί και ο σπουδαιότερος λόγος αδιαφορίας της πολιτείας είναι η αδιαφορία που δείχνει για τους ηλικιωμένους και το μεγάλο κόστος που υπάρχει για την χρηματοδότηση των ΚΑΠΗ

ΛΟΓΟΙ	1	2	3	4	5
ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	5	5	10	20	10
ΛΟΓΩ ΚΟΣΤΟΥΣ	5	5	5	15	20
ΑΠΟΞΕΝΩΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ	5	5	10	10	20
ΑΔΙΑΦΟΡΙΑ ΤΩΝ ΔΗΜΩΝ	5	5	10	15	15

Στο τέλος της έρευνας μας ζητήσαμε να μας αναφέρουν ορισμένα μέτρα που πιστεύουν ότι πρέπει να λάβει το κράτος προκειμένου να αναπτύξει τον θεσμό των ΚΑΠΗ και να βελτιώσει την κατάσταση. Αυτό που ανέφεραν οι ερωτώμενοι είναι ότι πρέπει να δοθεί έμφαση σε θέματα οργάνωσης, επενδύσεων, εκπαίδευσης του προσωπικού και βελτίωσης της υπάρχουσας υποδομής

ΜΕΤΡΑ	1	2	3	4	5
ΕΠΕΝΔΥΣΗ ΚΟΝΔΥΛΙΩΝ	10	5	5	10	20
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	5	5	10	20	10
ΕΙΔΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ	5	5	5	15	20
ΙΔΡΥΣΗ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΩΝ ΚΑΠΗ	10	17	10	3	10
ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΙΔΙΚΟΥ ΦΟΡΕΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ	10	20	10	10	0
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ	0	0	20	10	20

Από την παραπάνω έρευνα διαπιστώνουμε ότι η πολιτεία αποτελεί την βάση για την ανάπτυξη των ΚΑΠΗ. Μέσω της προώθησης προγραμμάτων εκπαίδευσης μπορεί να βοηθήσει στην ενίσχυση του προσωπικού των ΚΑΠΗ, παράλληλα μέσω της χρηματοδότησης μπορεί να συμβάλλει σημαντικά στην βελτίωση των υπαρχόντων υποδομών.

Μόνο με τα παραπάνω μέτρα θα καταφέρει ο θεσμός των ΚΑΠΗ να αναβαθμιστεί και έτσι να προσελκύσει ακόμα περισσότερα άτομα.

Τα ΚΑΠΗ και η ύπαρξη τους είναι ιδιαίτερα σημαντικά την σημερινή εποχή στην κοινωνία και θα πρέπει να ληφθούν άμεσα μέτρα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού αντιμετωπίζεται σήμερα ως το μεγαλύτερο πρόβλημα το οποίο θα πρέπει να αντιμετωπίσει η κοινωνική πολιτική στα τελευταία χρόνια, κυρίως λόγω της αύξησης των συντάξεων γήρατος, της έντασης της ιατρικής φροντίδας και των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας για τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Καθίσταται συνεπώς αναγκαία η διαμόρφωση κατάλληλων πολιτικών για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Στα πλαίσια αυτά, ενθαρρύνεται η ανάπτυξη εναλλακτικών τύπων φροντίδας όπως η κατ' οίκον νοσηλεία και η βοήθεια στο σπίτι και επιδιώκεται η εμπλοκή της κοινότητας στην προαγωγή κοινωνικών φροντίδων και οικιακής συνδρομής προς την τρίτη ηλικία

Στη συγκεκριμένη μελέτη είδαμε ότι γίνεται μια πολύ μεγάλη προσπάθεια από το Ελληνικό κράτος μέσω του θεσμού των ΚΑΠΗ για τη στήριξη των ηλικιωμένων. Το πρόβλημα όμως είναι ότι βάσει και της έρευνα η οποία διεξήχθη από εμάς οι ηλικιωμένοι, δεν χαίρουν της καλύτερης υποστήριξης μέσα από τον συγκεκριμένο θεσμό. Ο λόγος είναι, ότι παρ' ότι τα ΚΑΠΗ κάνουν μεγάλες προσπάθειες μέσω του εξειδικευμένου προσωπικού τους, δεν έχουν τα απαραίτητα κεφάλαια για να μπορέσουν να επενδύσουν στη καλύτερη φροντίδα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας. Είναι απαραίτητο να βρεθούν νέα κέντρα στήριξης όπως μεγάλες εταιρίες, ιδιώτες, αλλά και επιπρόσθετα κρατικά κονδύλια προκειμένου να δοθεί η ευκαιρία σε αυτές τις ηλικίες να ζήσουν με αξιοπρέπεια ειδικά όταν δεν έχουν τη βοήθεια της οικογένειάς τους.

Τέλος, θα πρέπει να υπάρξει μεγαλύτερη υποστήριξη σε επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού προκειμένου να βελτιωθεί το επίπεδο διαμονής και διαβίωσης είτε στους χώρους των κέντρων αποκατάστασης ηλικιωμένων είτε στις υπηρεσίες κατ' οίκων υποστήριξης.

Η τρίτη ηλικία παραμένει ενεργό μέλος και μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη της Ελληνικής κοινωνίας. Ο θεσμός των ΚΑΠΗ είναι το μοναδικό μέσο για την αξιοποίηση των δυνατοτήτων τους και η

Ελληνική πολιτεία πρέπει να συνεχίζει να τον στηρίζει και να επιδιώκει τη συνεχή ανάπτυξή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βιολάκη Μ., (1993), «Υγεία και τρίτη ηλικία: παγκόσμια αντιμετώπιση», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε σελ 120-125.,
- Σκουτέλης Γ., (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
- Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Γεννηματά Α., (1993), «Οι δαπάνες για την υγεία στην τρίτη ηλικία στην Ελλάδα», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα σελ 244
- Εμκε-Πουλοπούλου Η., (1986), *Προβλήματα μετανάστευσης-παλιννόστησης*, ΙΜΕΟ/ΕΔΗΜ, Αθήνα σελ 125-140
- Eurostat, (1999), “*Demographic Statistics data 1960-1999*”, Luxembourg
- Franco A., (1996), *Ευρωπαϊκή Κοινότητα: Αναπόφευκτη γήρανση του πληθυσμού*, στο: Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ, *Γήρανση και Κοινωνία*, ΕΚΚΕ, Αθήνα
- Hutten J., Kerkstra A., (eds.), (1996), “*Home care in Europe. A country-specific guide to its organization and financing*”, NIVEL, Arena, England pp.140
- Κανελλόπουλος Κ., (1984), *Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα*, ΚΕΠΕ, Αθήνα 1^ο Κεφάλαιο
- Κουρέα-Κρεμαστινού Τζ., (1993), «Διαχείριση μειζόνων προβλημάτων υγείας στην τρίτη ηλικία», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα σελ 142-145
- Κρεμαλής Κ., Λεβέντης Γ., Φλογαίτης Σ., Υφαντόπουλος Γ., Σταθόπουλος Π., Πετρόγλου Α., Ματθαίου Α., Αμίτσης Γ.,

Κεχρή Β., Παπαλιού Ο., Φαγαδάκη Ε., (1990), «Κοινωνική πρόνοια. Διερεύνηση και αξιολόγηση ενός νέου συστήματος», Αθήνα 320-340

- Κυριαζή-Αλλισον Ε., (1998), «Εσωτερική μετανάστευση στην Ελλάδα του 1990: Τάσεις, προβληματισμοί, προοπτικές», στο: *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 96-97: 279-309
- Κυριόπουλος Γ., Ανδριώτη Δ., Boerma W., (1995), «Υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι στην Ελλάδα», στο: *Κοινωνική Εργασία*, 38: 79-89
- Mestheneos
• E., (1999), “*Migrants in the Balkans. Some health related aspects from a Greek perspective*”, in: Ritsatakis A., Levett J.,
• Kyriopoulos J., (eds.), and «*Neighbours in the Balkans Initiating a dialogue for health*”, WHO/EURO, National School of Public Health, Athens, pp 36-48
- Μουσούρου Α., (1993), «Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβολές και σύγχρονα οικογενειακά σχήματα», στο: 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα, *Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα*, Πάντειο Πανεπιστήμιο, 27-29 Νοεμβρίου 1991, Αθήνα σελ 44-68
- Μπαλούρδος Δ., Τεπέρογλου Α., Φακιολάς Ν., (1996), “Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης”, στο: ΕΚΚΕ, *Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής*, Εκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Τόμος Β’, Αθήνα σελ 38-100
- Νιάκας, Δ., Μπεαζόγλου Γ., (1993), «Είναι αναγκαία η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης για την τρίτη ηλικία στην Ελλάδα», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα σελ 38

- Πετράκης Μ. (1999), *Έρευνα Μάρκετινγκ*, Αθήνα, Σταμούλης. Σελ. 303-330
- OECD (Organization for Economic Co-operation and Development), (1988), "Ageing populations. The social policy implications, Paris ,pp. 132
- Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ., (1993), *Επιδημιολογία της τρίτης ηλικίας*, στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε.,σελ.36
- Σκουτέλης Γ., (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα σελ 198-220
- Στασινοπούλου Ο., (1996),σελ.39 «*Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής. Από το κράτος πρόνοιας στο νέο προνομιακό πλουραλισμό. Φροντίδα και γήρανση. Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση*», Gutenberg, Αθήνα 2^ο κεφάλαιο
- Τεπέρογλου Α., Κίνια Ε., Παπακώστα Μ., Τζωρτζοπούλου Μ., Τσακίρη Ε., (1990), «Αξιολόγηση της προσφοράς των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα σελ 242-248
- Τεπέρογλου Α., (1993), «Ο θεσμός ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων: στασιμότητα ή εξέλιξη», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 2 και 3 κεφάλαιο
- Τσαούσης Δ., Χατζηγιάννη Α., Αστρινάκη Ο., Παπαθανασοπούλου-Γκίκα Δ., Γεωργιάδη Α., Θεοδωρόπουλος Χ., Κούτσης Α., (1990), «Κοινωνικές και χωροταξικές προϋποθέσεις λειτουργίας των ΚΑΠΗ ως θεσμών σύνδεσης των ηλικιωμένων με την κοινότητα», Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα σελ 200-230
- Χαλαστάνη Β., (1993), «Κατ' οίκον νοσηλεία: το παράδειγμα ενός ογκολογικού νοσοκομείου», στο: Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., Σκουτέλης Γ., (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική*

Προστασία στην Τρίτη Ηλικία, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα σελ 248-300

- Elden, M. and Chisholm, R.F. (1993), *Emerging Varieties of Action Research: Introduction to the Special Issue*, *Human Relations Magazine*, Vol46 N02.
- Walker A., (1996), *“Introduction: The new generational contract”*, in: Walker A., (ed.), *“ The new generational contract. Intergenerational relations, old age and welfare”*, University College London Press, London pp.238-246
- Wilson K. (1999), *Methods of research for social sciences*, UK phenomenology research workshop. pp. 120

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Όνομα.....

2. Επίθετο.....

3. Ηλικία

60-65		65-70		70+	
-------	--	-------	--	-----	--

4. Μορφωτικό Επίπεδο

Πρωτοβάθμια		Δευτεροβάθμια		Τριτοβάθμια	
-------------	--	---------------	--	-------------	--

5. Οικογενειακή Κατάσταση

Άγαμος		Έγγαμος		Έγγαμος με παιδιά	
--------	--	---------	--	-------------------	--

6. Προηγούμενη επαγγελματική Κατάσταση

Δημόσιος Υπάλληλος		Ιδιωτικός Υπάλληλος		Ελεύθερος Επαγγελματίας	
--------------------	--	---------------------	--	-------------------------	--

7. Πόσα χρόνια έρχεστε στο συγκεκριμένο ΚΑΠΗ

1		1-3		3-5		5-	
---	--	-----	--	-----	--	----	--

ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

8. Πως είναι η εξωτερική εμφάνιση του κτιρίου

Απαράδεκτη		Μέτρια		Καλή		Πολύ Καλή		Άριστη	
------------	--	--------	--	------	--	-----------	--	--------	--

9. Ποια είναι εσωτερικά η κατάσταση του χώρου

Απαράδεκτη		Μέτρια		Καλή		Πολύ Καλή		Άριστη	
------------	--	--------	--	------	--	-----------	--	--------	--

10. Πώς είναι οι χώροι στο ΚΑΠΗ το οποίο επισκέπτεστε

Ακαταστάσιμα		Μέτριτοι		Καλοί		Πολύ Καλοί		Άριστοι	
--------------	--	----------	--	-------	--	------------	--	---------	--

11. Αξιολογήστε σε κλίμακα από το 1 έως το 5 τους παρακάτω χώρους (1=ΑΠΑΡΑΔΕΚΤΟΣ- 5= ΑΡΙΣΤΟΣ)

ΚΟΥΖΙΝΑ	1	2	3	4	5
ΣΑΛΟΝΙ	1	2	3	4	5
ΤΟΥΑΛΕΤΕΣ	1	2	3	4	5
ΑΥΛΗ (ΑΝ ΕΧΕΙ)	1	2	3	4	5
ΥΠΝΟΔΩΜΑΤΙΑ (ΑΝ ΕΧΕΙ)	1	2	3	4	5

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

12. Πόσα άτομα προσωπικό έχει το ΚΑΠΗ στο οποίο πηγαίνετε

1-2 2-3 3-4 4-5 5-

13. Αξιολογήστε το επίπεδο του προσωπικού

Απαράδεκτο	Μέτριο	Καλό	Πολύ Καλό	Άριστο
------------	--------	------	-----------	--------

14. Αξιολογήστε το μορφωτικό επίπεδο του προσωπικού

Χαμηλό	Μέτριο	Υψηλό	Πολύ Υψηλό
--------	--------	-------	------------

15. Αξιολογήστε τη συμπεριφορά του προσωπικού

Απαράδεκτη	Μέτρια	Καλή	Πολύ Καλή	Άριστη
------------	--------	------	-----------	--------

16. Τα παρακάτω θεωρείται σημαντικό σε σχέση με το προσωπικό, το οποίο πρέπει να βελτιωθεί (1=ΑΣΗΜΑΝΤΟ- 5= ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ)

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ	1	2	3	4	5
ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΝΩΣΕΩΝ	1	2	3	4	5
ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	1	2	3	4	5
ΦΡΟΝΤΙΔΑ	1	2	3	4	5
ΚΙΝΗΤΡΑ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΤΟΥΣ	1	2	3	4	5

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

17. Αξιολογήστε τις παρεχόμενες υπηρεσίες

Απαράδεκτες	Μέτριες	Καλές	Πολύ Καλές	Άριστες
-------------	---------	-------	------------	---------

18. Αξιολογήστε σε κλίμακα από το 1 έως το 5 τις παρακάτω υπηρεσίες (1=ΑΠΑΡΑΔΕΚΤΕΣ- 5= ΑΡΙΣΤΕΣ)

ΦΑΓΗΤΟΥ	1	2	3	4	5
ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	1	2	3	4	5
ΔΙΑΣΚΕΔΑΣΗΣ	1	2	3	4	5
ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΕΣ (ΟΠΩΣ	1	2	3	4	5
ΥΓΙΕΙΝΗ-ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ)					
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	1	2	3	4	5

19. Τι από τα παρακάτω θεωρείται απαραίτητο για τη καλή λειτουργία ενός ΚΑΠΗ (1=ΑΣΗΜΑΝΤΟ- 5= ΠΟΛΥ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ)

ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ	1	2	3	4	5
ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΟΥ	1	2	3	4	5
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	1	2	3	4	5
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΛΟΥ	1	2	3	4	5
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟΥ					
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ	1	2	3	4	5
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ					
ΣΩΣΤΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ	1	2	3	4	5
ΧΩΡΟΙ ΑΝΑΨΥΧΗΣ (ΑΥΛΗ-ΚΗΠΟΣ)	1	2	3	4	5
ΠΑΡΟΧΗ ΜΕΣΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ	1	2	3	4	5
ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΕΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	1	2	3	4	5

20. Τι απουσιάζει από το συγκεκριμένο ΚΑΠΗ(1=ΚΑΘΟΛΟΥ- 5= ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ)

Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ	1	2	3	4	5
Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ	1	2	3	4	5
ΟΙ ΦΙΛΟΙ	1	2	3	4	5
ΟΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	1	2	3	4	5
Η ΑΓΑΠΗ	1	2	3	4	5