



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Πτυχιακή Εργασία

**ΜΕΤΡΗΣΗ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΠΡΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ Α' ΚΑΤΗ ΔΗΜΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

Σπουδαστής: Καραγιάννης Γιώργος
Επιβλέπων: Μαυρέας Κωνσταντίνος

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	σελ.3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

1.1. Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	σελ.9
1.2. Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ: Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΚΑΠΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	σελ.12
1.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΑ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΚΑΠΗ	σελ.14
1.3.1. Δραστηριότητες των ΚΑΠΗ στον τομέα της πρόληψης, της προαγωγής και της αγωγής της υγείας.....	σελ.17
1.4. Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ Η ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΡΟΛΩΝ.....	σελ.22
1.5. Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ.....	σελ.24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1. ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	σελ.27
2.1.1. Φύλο και ηλικία των ερωτώμενων	σελ.27
2.1.2. Εθνικότητα και θρήσκευμα	σελ.28
2.1.3. Τόπος γεννήσεως.....	σελ.28
2.2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	σελ.29
2.2.1. Οικογενειακές σχέσεις.....	σελ.30
2.3. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ.....	σελ.37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	σελ.44
3.1.1. Οικονομική κατάσταση (κατά την προσωπική γνώμη των ερωτωμένων)	σελ.54
3.1.2. Πηγή εισοδήματος	σελ.55
3.1.3. Επαγγελματική απασχόληση (κατά το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας)	σελ.56
3.1.4. Επάγγελμα πριν τη συνταξιοδότηση	σελ.56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΗΣ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

4.1. Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	σελ.57
4.2. Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	σελ.61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΟΥ ΚΑΠΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΚΑΠΗ	σελ.68
5.2. ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	σελ.69
5.2.1. Πολιτιστικές εκδηλώσεις: συμμετοχή	σελ.69
5.2.2. Πολιτιστικές εκδηλώσεις: ανάγκες	σελ.71
5.3. ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	σελ.73
5.4. ΓΝΩΜΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΜΙΚΡΟΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΗ	σελ.75
5.5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΚΑΠΗ	σελ.76
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	σελ.78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ.80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	σελ.84

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Για την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου Κωνσταντίνο Μαυρέα, την διευθύντρια του Α' ΚΑΠΗ Καλαμάτας, κυρία Αντωνία Κάντζα, η οποία με την πολύτιμη βοήθειά της έγινε η συγκέντρωση των στοιχείων για την προβολή της έρευνας και την Διευθύντρια Διοίκησης και Οικονομίας του Δήμου Καλαμάτας η οποία με τη σειρά της με βοήθησε δίνοντάς μου το ετήσιο κόστος λειτουργίας του Α' ΚΑΠΗ Καλαμάτας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας, έγινε έρευνα στο Α' ΚΑΠΗ Καλαμάτας που αποσκοπούσε στην ανάλυση του θεσμικού πλαισίου λειτουργίας του, στην περιγραφή της υπάρχουσας κατάστασης ως προς το ανθρώπινο δυναμικό, τον τεχνικό και ιατρικό εξοπλισμό τους και στον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σε ενδιάμεσο στάδιο έγινε προσπάθεια προσδιορισμού των αναγκών σε προσωπικό, καθώς και του οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου βάσει του οποίου θα πρέπει να οργανωθεί το ΚΑΠΗ. Στο τελικό στάδιο καταγράφηκε μια σειρά προτάσεων για την ποιοτική αναβάθμιση του ΚΑΠΗ και τη μετατροπή του σε σύγχρονο ιατροκοινωνικό κέντρο, 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.

Βασικοί σκοποί της έρευνας είναι:

1. Η αξιολόγηση των προγραμμάτων του ΚΑΠΗ όπως προέκυψε από τις απόψεις των ίδιων των ενδιαφερομένων ηλικιωμένων, μελών του ΚΑΠΗ.
2. Η διερεύνηση των επιθυμιών των ηλικιωμένων όσον αφορά στα προγράμματα του ΚΑΠΗ.
3. Η προσφορά κινήτρων προς τα μέλη του ΚΑΠΗ προκειμένου να εκφράσουν τις δικές τους σκέψεις, ανησυχίες και προτάσεις για τη σωστότερη και ουσιαστικότερη λειτουργία του ΚΑΠΗ και
4. Ο προσδιορισμός άλλων παραγόντων, δημογραφικών, οικονομικών, εκπαίδευσης, υγείας κτλ., προκειμένου να σκιαγραφηθεί η εικόνα των ηλικιωμένων μελών ενός ΚΑΠΗ.

Στόχος της πτυχιακής εργασίας είναι να αναφερθεί στο κατά πόσο ικανοποιητικό είναι το επίπεδο υπηρεσιών στο ΚΑΠΗ.

Για την επίτευξη του σκοπού της έρευνας διαμορφώθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε μια σειρά ερωτήσεων κλειστού και ανοικτού τύπου, που στάλθηκε στο σύνολο των λειτουργούντων ΚΑΠΗ, βάσει των ειδικών καταλόγων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, για να απαντηθεί από 250 ενεργά μέλη από το ΚΑΠΗ. Ο αριθμός αυτός θεωρήθηκε αντιπροσωπευτικός των μελών του ΚΑΠΗ,

αφού το καταστατικό ενός Κέντρου προβλέπει σύνολο 300 μελών θα απαντούσαν δηλαδή τα μισά.

Οι διευκρινήσεις αφορούσαν: α) στα άτομα που θα συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο (η έννοια του ενεργού μέλους ήταν στην κρίση κάθε κοινωνικής λειτουργού) β) στην αναλογία των φύλων: πόσοι άνδρες και πόσες γυναίκες (ανάλογα με τα μέλη, έπρεπε να υπάρχει αντιπροσώπευση των δύο φύλων) γ) στην ηλικία των Ερωτώμενων (έπρεπε όταν δινόταν η συνέντευξη να έχουν συμπληρώσει το 60ο έτος της ηλικίας τους) δ) στον τρόπο με τον οποίο έπρεπε να πραγματοποιηθεί η συνέντευξη με το ηλικιωμένο άτομο.

Εκτός του ερωτηματολογίου και των σχετικών διευκρινήσεων, χρησιμοποιήθηκε για τη βοήθεια της έρευνας στο ΚΑΠΗ για συμπλήρωση ένας πίνακας με τα εξής στοιχεία:

1. έτος ιδρύσεως του ΚΑΠΗ
2. αριθμός μελών, εγγεγραμμένων και ενεργών.

Στον πίνακα αυτό θα έπρεπε να καταγραφούν τα χαρακτηριστικά όλου του φάσματος του ΚΑΠΗ τα οποία έπαιρναν μέρος στην έρευνα.

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκε, όπως ήδη αναφέρθηκε, δομημένο ερωτηματολόγιο. Οι απαντήσεις των ερωτώμενων καταγράφονταν στο ερωτηματολόγιο κατά τη διάρκεια συνέντευξης, που έπαιρναν οι κοινωνικοί λειτουργοί, καθώς και οι άλλες ειδικότητες της διεύθυνσης του ΚΑΠΗ, όπως φυσιοθεραπευτές, εργασιοθεραπευτές κ.ά.

Οι ερωτήσεις που αφορούν στην αξιολόγηση του ΚΑΠΗ, περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο μόνο της δεύτερης έρευνας της οποίας αποτελούν βασικό στόχο.

Το ερωτηματολόγιο αναλυτικότερα περιλαμβάνει 42 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 30 είναι κλειστές και οι 12 ανοικτές. Βασικά κεφάλαια είναι:

1. Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων
2. Η οικονομική τους κατάσταση
3. Η εκπαίδευση τους
4. Οι οικογενειακές τους σχέσεις (με παιδιά, εγγόνια κ.ά.)
5. Η κατάσταση της υγείας τους
6. Η κατάσταση κατοικίας και οι χώροι διαμονής τους
7. Η διάθεση του χρόνου τους εκτός ΚΑΠΗ και
8. Η γνώμη τους, η αξιολόγηση, οι απόψεις τους για τα προγράμματα των ΚΑΠΗ.

ΚΑΠΗ.

Οι χάρτες που ακολουθούν παρουσιάζουν το ΚΑΠΗ στο οποίο αναφέρεται το ερωτηματολόγιο της έρευνας.

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. 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 το γενικό πληθυσμό.

Είναι προφανές, ότι η δημογραφική γήρανση συνδέεται με τις κοινωνικές μεταβολές στη 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.

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.

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.

Η εξέταση της ηλικιακής δομής του πληθυσμού της Ελλάδας, όπως και των άλλων κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οδηγεί στη διαπίστωση, ότι κατά τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται σαφής τάση δημογραφικής γήρανσης των πληθυσμών τους. Η προσδοκώμενη κατά τη γέννηση ζωή στην Ελλάδα ήταν το 1997 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, μετά τη Σουηδία (76,7 έτη), ενώ κατατάσσει και πέμπτη για τις γυναίκες.

Η μεγάλη εξωτερική μετανάστευση που σημειώθηκε στη δεκαετία του '60 και η μερική παλιννόστηση στα τέλη της δεκαετίας του '70 και στις αρχές της δεκαετίας του '80, 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. Το σχετικά πρόσφατο φαινόμενο της αναστροφής της εσωτερικής μετανάστευσης και της εγκατάστασης στην Ελλάδα μεγάλου αριθμού προσφύγων και αλλοδαπών, κυρίως από τα βαλκανικά κράτη, εισάγει νέα δεδομένα, τα οποία αναμένεται να επιδράσουν στα δημογραφικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του ελληνικού πληθυσμού.

Συμπερασματικά, παρουσιάζω μια σύντομη επεξήγηση του πλάνου στο οποίο αναφέρω στο πρώτο κεφάλαιο την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας από τα κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων, την αντιμετώπιση των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας και το θεσμό των κέντρων ανοικτής προστασίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, αντιπαραθέτω τα δημογραφικά στοιχεία, οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται η ανάλυση των στοιχείων της εμπειρικής έρευνας, οικονομική κατάσταση των ερωτώμενων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο θεσμό της ανοικτής προστασίας στον τομέα της υγείας και της κατοικίας. Τέλος στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται η αξιολόγηση του θεσμού του ΚΑΠΗ, πολιτιστικές εκδηλώσεις, ανάγκες και

εξυπηρετήσεις των ηλικιωμένων, με προτάσεις και απόψεις για τη μελλοντική προσφορά του ΚΑΠΗ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ
ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΟΛΗΨΗΣ,
ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΚΤΗΣ
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

1.1. Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΟΙ
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΥΓΕΙΑΣ

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%. 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%.

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 το χαμηλότερο δείκτη, μαζί με την Ισπανία (1,2 γεννήσεις) και την Ιταλία (1,2 γεννήσεις).

Σύμφωνα με τα στοιχεία που 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 νοσημάτων στα άτομα αυτής της ηλικίας. 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.¹

Οι δημογραφικές εξελίξεις προδιαγράφουν και καθορίζουν σε έναν 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 σ' αυτήν την ηλικία στρέφεται στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, αντίθετα με ό,τι 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 διάρκειας νοσηλείας. Έτσι, για την αντιμετώπιση τέτοιων προβλημάτων είτε παρατείνεται η νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία είτε οι ηλικιωμένοι κατευθύνονται σε μακρές ιδιωτικές κλινικές. Εικάζεται ότι σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων νοσηλεύεται σε τέτοιου είδους κλινικές, οι οποίες δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως μονάδες οξείας νοσηλείας, εφόσον δε διαθέτουν το κατάλληλο έμπυχο δυναμικό και άψυχο υλικό.

Κατά συνέπεια, η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από τους ηλικιωμένους προκαλεί ιδιαίτερα υψηλές δαπάνες. Για το λόγο αυτόν, 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

¹ EUROSTAT (1999), Demographic Statistics Data 1960-1999, Λουξεμβούργο.

διατύπωση μέτρων για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Παρ' όλα αυτά, το 1993 επιχειρήθηκε μια μελέτη προσέγγισης των μελλοντικών οικονομικών εξελίξεων στον υγειονομικό τομέα.²

ΠΙΝΑΚΑΣ 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 την υγεία για ηλικιωμένους 65+ ετών *	30,4	37,1	41,5	44,0	48,2	51,9	52,1
Δαπάνες για την υγεία για ηλικιωμένους 65+ ετών*	34,9	42,5	47,6	50,5	55,3	59,5	59,8

* Με την παραδοχή ότι η κατά κεφαλήν ιατροφαρμακευτική δαπάνη για τους ηλικιωμένους σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό είναι 3,0:1 (εκτιμήσεις Ι.Κ.Α.).

* Με την παραδοχή ότι η κατά κεφαλήν ιατροφαρμακευτική δαπάνη για τους ηλικιωμένους σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό είναι 4,3:1 (εκτιμήσεις Ι.Κ.Α.).

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

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).

Η διεθνής τάση αναδιάρθρωσης των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών, με έμφαση στο ρόλο της τοπικής κοινότητας και την αποϊδρυματοποίηση της φροντίδας, στην Ελλάδα βρήκε έκφραση, όσο αφορά τους ηλικιωμένους, με τη σύσταση των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και τη θεσμοθέτηση προγραμμάτων όπως «βοήθεια στο σπίτι» και «κατ' οίκον νοσηλεία». Θεσμοί οι

² ΚΟΥΡΕΑ-ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ. ΤΖ. (1993), «Διαχείριση μειζόνων προβλημάτων υγείας στην τρίτη ηλικία», στο Γ. Κυριόπουλος - Ε. Γεωργούση - Γ. Σκουτέλης (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

οποίοι άλλωστε, με διαφορετικά σχήματα, λειτουργούν στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ειδικότερα, τα προγράμματα «βοήθεια στο σπίτι» και «κατ' οίκον νοσηλεία» αποσκοπούν στην παροχή βοήθειας, (άστε 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 στην ψυχολογική του υποστήριξη.³

Στις ενότητες που ακολουθούν, παρουσιάζεται η λειτουργία των ΚΑΠΗ και η αξιολόγηση της παροχής από αυτά υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας.

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 '70. Για το σκοπό αυτόν ιδρύθηκαν τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), τα οποία έθεσαν τις βάσεις για νέες προοπτικές σε θέματα κοινωνικής πολιτικής για την τρίτη ηλικία.

Το βασικό νομοθέτημα το οποίο διέπει τη σύσταση των Κ ΑΠ Η 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 την προστασία των υπερηλίκων. Για το σκοπό αυτόν, μεταξύ άλλων μέτρων, στο άρθρο 3 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

³ ΧΑΛΑΣΤΑΝΗ, Π. (1993), «Κατ' οίκον νοσηλεία: το παράδειγμα ενός ογκολογικού νοσοκομείου», στο Γ. Κυριόπουλος - Ε. Γεωργούση - Γ. Σκουτέλης (επιμ.), Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

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.⁴

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Π.Δ. 329/89- για κάθε ΚΑΠΗ γίνεται σύσταση Οργανισμού Λειτουργίας, Διοίκησης και Διαχείρισης. Με βάση τον Οργανισμό, σκοπός των ΚΑΠΗ είναι:

- Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμο και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.

- Η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ιδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

- Η έρευνα σχετικών θεμάτων με τους ηλικιωμένους.

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.

Οι βασικές υπηρεσίες που παρέχει το ΚΑΠΗ είναι: (α) η οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση· (β) η παροχή οδηγιών για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη· (γ) η προσφορά κοινωνικής εργασίας στους ηλικιωμένους και στο άμεσο περιβάλλον τους· (δ) η παροχή υπηρεσιών φυσιοθεραπείας και εργοθεραπείας· (ε) η βοήθεια στο σπίτι στις περιπτώσεις αδυναμίας αυτοεξυπηρέτησης· (στ) η συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις, και (ζ) εντευκτήριο.

Το ΚΑΠΗ διοικείται από επταμελές συμβούλιο, το οποίο απαρτίζουν:

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

⁴ ΚΡΕΜΑΛΗΣ, Κ. - ΛΕΒΕΝΤΗΣ, Γ. - ΦΛΟΓΑΪΤΗΣ, Σ. - ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. - ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ, Π. - ΠΕΤΡΟΓΛΟΥ, Α. - ΜΑΤΘΑΙΟΥ, Α. - ΑΜΙΤΣΗΣ, Γ. - ΚΕ-ΧΡΗ, Π. - ΠΑΠΑΛΙΟΥ, Ο- ΦΑΓΑΔΑΚΠ. Ε. (1990), *Κοινωνική πρόνοια. Διερεύνηση και αξιολόγηση ενός νέου συστήματος*, Αθήνα.

- 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) φυσικοθεραπευτή· (γ) εργοθεραπευτή· (δ) γιατρό φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης ή γηγίατρο· (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 οκτώ Κέντρα με φορείς εθελοντικές οργανώσεις. Σήμερα, στα πλαίσια της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, λειτουργούν περισσότερα από 300 ΚΑΠΗ σε όλη την Ελλάδα.⁵

1.3. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΑ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ, ΠΡΟΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΑ ΚΑΠΗ

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 τα γενικά χαρακτηριστικά των ΚΑΠΗ, όπως η υγειονομική περιφέρεια και το μέγεθος του δήμου ή της κοινότητας στην οποία ανήκουν· ο

⁵ Τελέρογλου, Αφροδίτη, «Ερευνητική δραστηριότητα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών σε θέματα τρίτης ηλικίας». Επιστημονικές συναντήσεις 1984, Οι ανάγκες των ηλικιωμένων στη χώρα μας, Ελληνική Γεροντολογική Εταιρεία, Αθήνα 1985.

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 ίδρυση 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 το 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 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 5.000 κατοίκους.

Ο μέσος πληθυσμός ευθύνης των ΚΑΠΗ είναι 17.010 κάτοικοι (SD=26.742), ενώ υπάρχουν ΚΑΠΗ με πληθυσμό ευθύνης από 1.000 κατοίκους μέχρι και 200.000 κατοίκους (Πίνακας 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Αποδέκτες υπηρεσιών ΚΑΠΗ

	Mean	SD	Min	Max	N
Πληθυσμός ευθύνης	17.010	26.742	1.000	200.000	160
Αριθμός εγγεγραμμένων μελών	870	616,7	30	3.074	228
Φύλο εγγεγραμμένων μελών					
• Άνδρες	397,5	301,7	20	1.900	200
• Γυναίκες	448,4	348,4	10	1.805	200
Αριθμός ενεργών μελών	356,6	256,4	9	1.800	225
Φύλο ενεργών μελών					
• Άνδρες	172,4	125,7	8	800	195

• Γυναίκες	182,8	165,7	1	1.000	194
Ηλικιακή σύνθεση					
εγγεγραμμένων μελών					
• 60-70	49,6	17,7	10,0	92,00	200
• 71-79	37,1	14,3	7,0	80,00	200
• 80+	13,3	8,1	1,0	60,00	200

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

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 αριθμός ενεργών αρρένων μελών είναι 172,4 άνδρες (SD=125,7), ενώ ο μέσος αριθμός των ενεργών θηλέων μελών είναι 182,8 γυναίκες (SD=165,7). Δηλαδή, το 48,5% των ενεργών μελών είναι άνδρες και το 51,5% γυναίκες (Πίνακας 2).

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 2).

1.3.1. Δραστηριότητες των ΚΑΠΗ στον τομέα της πρόληψης, της προαγωγής και της αγωγής της υγείας

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.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Δραστηριότητες σχετικές με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας των μελών των ΚΑΠΗ

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	Δεν Εκτελούνται (%)	Εκτελούνται σε μέτριο βαθμό (%)	Εκτελούνται ικανοποιητικά (%)	Εκτελούνται Πολύ καλά (%)	N
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 V.	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

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα

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 3).

Όσον αφορά την 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).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Προγράμματα Αγωγής Υγείας

Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας	N	(%)	
• Ναι	163	73,1	
• Όχι	60	26,9	
	ΝΑΙ (%)	ΟΧΙ (%)	N
- Διαλέξεις για σωστή διατροφή	85,0	15,0	193
- Διαλέξεις για σωστή ένδυση, κλπ.	47,0	53,0	151
- Διαλέξεις για αποφυγή ατυχημάτων	69,0	31,0	171
- Διαλέξεις για ατομική υγιεινή	79,0	21,0	176
- Αντικαπνιστικές διαλέξεις	68,7	31,3	163
- Διαλέξεις ενημέρωσης για την κατάχρηση του	52,8	47,2	144
- Λοιπές διαλέξεις	82,5	17,5	166

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

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 εξυπηρετήσαν μέχρι και 2.144 άτομα (Πίνακας 5). Τα προαναφερθέντα προγράμματα περιλαμβάνουν προληπτική φυσικοθεραπεία, συντηρητική φυσικοθεραπεία καθώς επίσης και προγράμματα αποκατάστασης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Προγράμματα φυσικοθεραπείας

Ανάπτυξη προγραμμάτων	N	%			
• Ναι	156	67,8			
• Όχι	74	32,2			
Συμμετογή στα προγράμματα	Mean	SD	Min	Max	N
• το τελευταίο τρίμηνο	61,5	96,8	0	542	139
• το τελευταίο εξάμηνο	119,5	186,0	5	1.097	131
• τον τελευταίο χρόνο	212,5	344,4	5	2.144	127

Προληπτική φυσικοθεραπεία	N	%			
• Ναι	138	70,8			
• Όχι	57	29,2			
Συντηρητική φυσικοθεραπεία	N	%			
• Ναι	145	73,6			
• Όχι	52	26,4			
Αποκατάσταση	N	%			
• Ναι	144	74,2			
• Όχι	50	25,8			
Αριθμός μελών που εξυπηρετούνται ημερησίως	Mean	SD	Min	Max	N
	8,3	3,4	2	24	151

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Παράλληλα, ανάπτυξη προγραμμάτων εργοθεραπείας έχουμε στο 39% των ΚΑΠΗ (Πίνακας 6).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Προγράμματα εργοθεραπείας

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

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

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%).

Το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» έχει αναπτυχτεί 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 7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7

Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Ανάπτυξη προγράμματος	N				%
• Ναι	123				54,2
• Όχι	101				45,8
Εξυπηρετούμενα μέλη	Mean	SD	Min	Max	N
	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	10				8,2
• Ευρωπαϊκή Ένωση	27				22,1
• Υπουργείο Εργασίας και Ευρωπαϊκή Ένωση	41				33,6
• Υπουργείο Εσωτερικών	17				13,9
Απασχολούμενο προσωπικό	Mean	SD	Min	Max	N
• Κοινωνικοί λειτουργοί	1,23	0,68	1	6	116
• Επισκέπτες Υγείας	1,40	0,93	1	6	63
• Οικογενειακοί βοηθοί	1,47	0,86	1	6	114
• Λοιπό προσωπικό	1,54	0,76	1	4	63

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

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 7).

1.4.Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ Η ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΡΟΛΩΝ

Το δεύτερο σκέλος, δηλαδή οι σχέσεις των μελών της οικογένειας με τα πιο ηλικιωμένα άτομα (παππούδες-γιαγιάδες), θα μας απασχολήσει περισσότερο.

Στην εκτεταμένη οικογένεια, ο ρόλος του ηλικιωμένου ατόμου ήταν προκαθορισμένος και αδιαφιλονίκητος. Ο ηλικιωμένος άνδρας, ο *pater familias*, έκρινε, έλεγχε, αποφάσιζε, διέταζε. Απολάμβανε την οικογενειακή αποδοχή. Η ηλικιωμένη γυναίκα ήταν μεν υποταγμένη στον «αφέντη» σύζυγο της, αλλά όσον αφορά στις καθαρά οικιακές ασχολίες ήταν το πρόσωπο που έπαιρνε τις αποφάσεις. Απολάμβανε τον οικογενειακό σεβασμό.

Η διαμόρφωση των ρόλων μέσα στην οικογένεια απορρέει από τον τρόπο διαχείρισης των οικονομικών. Η διαχείριση και η κατανομή της οικογενειακής περιουσίας (προίκα κτλ.) ήταν έργο του αρχηγού της οικογένειας και αποτελούσε γι' αυτόν σημαντική πηγή εξουσίας⁶ και δύναμης, η οποία ωστόσο εξασθενούσε στην περίπτωση που η περιουσία μοιραζόταν ή παρεχωρείτο για προικοδότηση ενώ ταυτόχρονα ο ηλικιωμένος δεν καλυπτόταν συνταξιοδοτικά.

Έτσι, το ηλικιωμένο άτομο, μη έχοντας άλλους οικονομικούς πόρους, παρέμενε μέσα στην οικογένεια των παιδιών του.

Η επίτευξη της συνταξιοδότησης και η παροχή κοινωνικής πρόνοιας και μέριμνας προς το ηλικιωμένο άτομο αποτελεί τον καθοριστικό παράγοντα για τη διαμόρφωση μιας νέας μορφής ενδοοικογενειακών σχέσεων, αφού, με τις νέες αυτές συνθήκες, η οικονομική αυτοτέλεια του ηλικιωμένου ατόμου δεν επηρεάζεται από την όποια προικοδότηση ή κατανομή περιουσίας, στην οποία πρόκειται να προβεί.

⁶ Teperoglou, Aphrodite, *Mitgift als ein Sozioökonomisches Problem (dargestellt am Beispiel der griechischen Genenwartsgesellschaft)* Dissertation, Austria, 1969).

Η συνταξιοδότηση, λοιπόν, που του επιτρέπει να κινείται ελεύθερα βασιζόμενος στις δικές του δυνάμεις και ανεξαρτητοποίησή του αυτή, τον διαχωρίζει μοιραία από τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για την εμφάνιση νέων τάσεων στις ενδοοικογενειακές σχέσεις.

Η οικονομική αυτή αυτάρκεια λοιπόν, σε συνδυασμό με τις σύγχρονες κοινωνικές τάσεις, παρέχουν επί πλέον στον ηλικιωμένο τη δυνατότητα να έχει το δικό του ανεξάρτητο νοικοκυριό στο βαθμό βέβαια που αυτό είναι εφικτό. Όπως είναι γνωστό, πάρα πολλά ηλικιωμένα άτομα συγκατοικούν με τα παιδιά τους όχι μόνο για συναισθηματικούς αλλά κυρίως για οικονομικούς λόγους.

Η παραμονή του ηλικιωμένου ατόμου στην οικογένεια των παιδιών εξαρτάται πολλές φορές από το ποσόν της σύνταξης: Αν η σύνταξη είναι πενιχρή και δεν επαρκεί τότε ο γονιός παραμένει στην οικογένεια αν είναι μεγάλη είτε παραμένει στην οικογένεια των παιδιών συμβάλλοντας ουσιαστικά στον προϋπολογισμό, είτε διατηρεί δικό του νοικοκυριό.

Αλλά και στην περίπτωση που η οικονομική αυτοτέλεια έχει εξασφαλιστεί, το ηλικιωμένο άτομο βρίσκεται, αναπόφευκτα, αντιμέτωπο με καινούργια προβλήματα και καινούργιες ανάγκες.

Από τη στιγμή που ζει μόνο του, μακριά από τα παιδιά, τις νύφες, τους γαμπρούς, τα εγγόνια δηλαδή εκτός της εκτεταμένης οικογένειας, αναφύονται τα προβλήματα της περιθωριοποίησης και της μοναξιάς.⁷

Στις πόλεις, οι ηλικιωμένοι είναι αποκλεισμένοι στα διαμερίσματα των πολυκατοικιών ενώ στις αγροτικές περιοχές στερούνται τα παιδιά τους που για ποικίλους λόγους (μετανάστευση κτλ.) εγκατέλειψαν τα χωριά τους για να εγκατασταθούν στην πόλη ή για να αναζητήσουν μια καλύτερη τύχη στις χώρες του εξωτερικού. Όλοι αυτοί οι λόγοι σηματοδότησαν την αποδυνάμωση του παραδοσιακού ρόλου του ηλικιωμένου ατόμου μέσα στην οικογένεια, χωρίς ωστόσο να διαφοροποιήσουν τις καθαρά συναισθηματικές σχέσεις μεταξύ των ηλικιωμένων γονέων και των παιδιών.

⁷ Μαλικιώση - Λοϊζου, Μαρία, «Η ψυχολογία του γήρατος» *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τ. 39-40, 1980. Στη σελίδα 346, αναφέρεται «όπως είναι επόμενο πολλές από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι με τη σύνταξη, το χαμό αγαπητών προσώπων, με θέματα υγείας κτλ. συνδέονται με αλλαγές στην αντίληψη του εαυτού που έχουν συχνά σαν αποτέλεσμα να αισθάνεται το άτομο ανασφάλεια, κατωτερότητα, φόβο».

Αλλά και σε επίπεδο γειτνίασης, παρατηρούνται ουσιαστικές διαφορές σε σύγκριση με το παρελθόν. Οι σχέσεις αυτές όχι μόνο μετασχηματίζονται αλλά οροθετούνται σε νέες βάσεις, τουλάχιστον στις αστικές περιοχές.

Για το ηλικιωμένο άτομο η κοινωνική σχέση με τους γείτονες εξακολουθεί να έχει την ίδια βαρύτητα που είχε και στο παρελθόν έστω και αν αυτή αποδυναμώθηκε με το νέο τρόπο ζωής. Η διαμονής πολυκατοικία, Ειδικότερα στις αστικές περιοχές, επέδρασε αποφασιστικά στις σχέσεις γειτνίασης και οδήγησε τους ηλικιωμένους στην πλήρη σχεδόν αποξένωση εξαιτίας κυρίως της έλλειψης κοινών σημείων αναφοράς μεταξύ των ενοίκων.

Όπως προκύπτει από τις παραπάνω παρατηρήσεις, η ανάγκη να βρεθούν νέες μορφές επικοινωνίας για τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας, καθίσταται επιτακτική.

1.5.Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΩΝ ΑΝΟΙΚΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

Η κοινωνική πολιτική γύρω από τα θέματα της τρίτης ηλικίας τοποθετείται σε κάποιες νέες βάσεις στα τέλη της δεκαετίας του '70.

Όπως αποδεικνύεται από μελέτες που είχαν εκπονηθεί εκείνη την εποχή, υπήρχε πλήρης άγνοια ακόμη και όρων, όπως «ανοικτή προστασία ηλικιωμένων», καθώς και εννοιών που είχαν κάνει την εμφάνισή τους στο λεξιλόγιο των κοινωνικών επιστημών αρκετό καιρό πριν.⁸

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων, έχοντας συνειδητοποιήσει τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας (μοναξιά, απομόνωση, ανησυχία για την υγεία) κάλεσε τις Εθελοντικές Οργανώσεις, τον Όμιλο Εθελοντών, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό, τη ΧΕΝ, το Κέντρο Μέρμινας Οικογένειας και τον ΕΟΠ, για συνεργασία σε προγράμματα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων.

Το Υπουργείο κατήρτισε το πλαίσιο των παρεχομένων Υπηρεσιών και ανέλαβε τη σχετική επιχορήγηση μισθοδοσίας και λειτουργικών δαπανών, ενώ η όλη ευθύνη λειτουργίας ανατέθηκε στους προαναφερθέντες φορείς.

Μετά από πρόταση και με τη μεσολάβηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων), πραγματοποιείται το 1981 μια σημαντική

⁸ Teperoglou, Aphrodite "Open Care for the Elderly in Greece" The Greek Review of Social Research, No 35, Athens 1979. Amann, Anton (editor), Open Care for the Elderly in Seven European Countries, Pergamon Press, 1980.

τροποποίηση και αναβάθμιση του προγράμματος των ΚΑΠΗ τα οποία μέσα στα πλαίσια του κρατικού προγραμματισμού, θα υπάγονται στο εξής στην Τοπική Αυτοδιοίκηση.

Προκειμένου να υπάρχει μια πλήρης εικόνα, αναφερόμαστε στους βασικούς σκοπούς και στις υπηρεσίες του ΚΑΠΗ, που είναι:

- α) Οργανωμένη ψυχαγωγία (εκδρομές με πούλμαν κ.ά.) και επιμόρφωση (διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, εργασία σε ομάδες κτλ.)
- β) φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη
- γ) Κοινωνική εργασία που προσφέρεται όχι μόνο στους ίδιους αλλά και στο άμεσο περιβάλλον τους
- δ) φυσιοθεραπεία
- ε) Εργασιοθεραπεία
- στ) Βοήθεια στο σπίτι για όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν
- ζ) Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις
- η) Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα που προσφέρει ρόφημα, αναψυκτικά κτλ. και όπου βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη.⁹

Τα ΚΑΠΗ, των οποίων την πεντάχρονη λειτουργία διέπει ο κανονισμός του Σεπτεμβρίου του 1983, μέσα στα πρώτα χρόνια, όπως κάθε κοινωνικό πρόγραμμα, αντιμετώπισε πολλαπλά προβλήματα: θεσμικά, οργανωτικά, διοικητικά, θέματα προσωπικού. Για το λόγο αυτό η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που έχει την κεντρική εποπτεία, οργάνωσε Συνέδριο εργαζομένων στα ΚΑΠΗ, με στόχο την εξέταση των προβλημάτων που έχουν ανακύψει από την εφαρμογή του θεσμού.¹⁰

Η συνάντηση αποτέλεσε αφορμή να έρθουν στην επιφάνεια τα ποικίλα προβλήματα που αναφέρονται κατά καιρούς στα ΚΑΠΗ, και εκ των οποίων τα σημαντικότερα είναι τα εξής:

- το οικονομικό (επιχορηγήσεις)

⁹ Αμνρά, Άννα, Γεωργιάδη, Έφη, Τεπέρογλου, Αφροδίτη, *Ο θεσμός της ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, Έρευνα για τα ΚΑΠΗ*, Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1986.

¹⁰ Α' Πανελλαδικό Συνέδριο στελεχών Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων. *Ο ηλικιωμένος στην κοινότητα, ο ηλικιωμένος στη ζωή, παρουσιάσεις θεμάτων, προτάσεις-πορίσματα*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων, Αθήνα 1985.

- διοικητικά θέματα (πρόβλημα υπεύθυνου κτλ.)
 - προβλήματα στέγασης (ακατάλληλα κτίρια που δεν καλύπτουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων)
 - ορθή υλοποίηση των προγραμμάτων (εμπόδια που οφείλονται στο φόρτο εργασίας του προσωπικού)
 - μεγάλος αριθμός εγγεγραμμένων μελών που υπερβαίνει τις βασικές προδιαγραφές.
- Εκτός όμως από τα προβλήματα, εκείνο που έχει σημασία και που απασχόλησε το Συνέδριο που προαναφέραμε, είναι ο βαθμός της απήχησης του θεσμού στα ηλικιωμένα άτομα.

Στο εν λόγω Συνέδριο διαπιστώθηκε ότι ο θεσμός των ΚΑΠΗ που απευθύνεται και στηρίζεται στον παράγοντα άνθρωπο, βρίσκεται στο μεταίχμιο.

Από τη μια μεριά, το πρόγραμμα ανοικτής προστασίας έχει καταξιωθεί στη συνείδηση των ηλικιωμένων, από την άλλη όμως ο θεσμός των ΚΑΠΗ κινδυνεύει να εκφυλιστεί και να πάψει ν' αποτελεί χώρο κοινωνικής παρέμβασης αν δεν καταβληθεί προσπάθεια για την κατάρτιση αναλυτικών προγραμμάτων και την προσφορά ουσιαστικής κοινωνικής εργασίας.

Αντικείμενο της μελέτης που ακολουθεί είναι η διερεύνηση των απόψεων των ίδιων των ηλικιωμένων, όσον αφορά στα προγράμματα των ΚΑΠΗ.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της εν λόγω μελέτης διαπιστώνεται η θετική απήχηση του θεσμού στους ηλικιωμένους, πράγμα στο οποίο θα αναφερθούμε διεξοδικότερα στη συνέχεια. Ο θεσμός των ΚΑΠΗ έχει ήδη επιβληθεί στη συνείδηση των ηλικιωμένων ατόμων και γι' αυτό είναι ανάγκη όσοι ενασχολούνται μ' αυτόν, να εργαστούν με ιδιαίτερη προσοχή και σοβαρότητα για την εδραίωση και τη συνέχιση του με γνώμονα τους αρχικούς στόχους, κι ακόμα τον επαναπροσδιορισμό τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ
ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ
ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ανάλυση των στοιχείων της εμπειρικής έρευνας στηρίζεται στις απαντήσεις των μελών του ΚΑΠΗ στο ερωτηματολόγιο. Στη μελέτη που ακολουθεί παρουσιάζονται τα στοιχεία των απαντήσεων κατά ερώτηση σε ποσοστιαίες αναλογίες και απόλυτους αριθμούς:

- επί του συνόλου του δείγματος
- κατά φύλο
- κατά ομάδες τρίτης (60-74 ετών) και τέταρτης ηλικίας (75 ετών και άνω).

Ερευνητές που έχουν εκπονήσει μελέτες μ' αυτό το θέμα, στην Ελλάδα, δεν έχουν προβεί σ' αυτόν το διαχωρισμό.

2.1. ΤΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1.1. Φύλο και ηλικία των ερωτώμενων

Υπενθυμίζεται ότι η έρευνα αφορούσε σε άτομα ηλικίας 51 ετών και άνω (δηλαδή κατά το 2008 ο ερευτώμενος πληθυσμός έπρεπε να έχει έτος γεννήσεως μέχρι το 1957).

Απαντήθηκαν 45 ερωτηματολόγια, 19 από γυναίκες και 26 από άνδρες. Αντίστοιχα ποσοστά 42,2% και 57,8%.

Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι τα ποσοστά ηλικίας, όπως αναφέρονται στους Πίνακες (8-9), δεν αντιπροσωπεύουν τα ποσοστά ανδρών και γυναικών όλης της χώρας.¹¹ Από τα ευρήματα της έρευνας παρατηρείται ότι μεταξύ των ομάδων ηλικίας, τα υψηλότερα ποσοστά κατέχουν οι ηλικίες 65-74 στους άνδρες και 60-74 στις γυναίκες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. *Ερευνώμενος πληθυσμός. Κατανομή του συνόλου ανδρών και γυναικών κατά ομάδα ηλικιών*

Ηλικία	Ανδρας	Γυναίκα
60 - 64	7.7%	5.3%
65- 69	23.1%	21.1%
70 - 74	23.1%	36.8%
75-79	26.9%	21.1%
80 - 84	19.2%	5.3%
50 - 55		5.3%
55 - 59		5.3%
	100.0%	110 100.0%

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

2.1.2. Εθνικότητα και θρήσκευμα

Τα μέλη των ΚΑΠΗ έχουν κατά 99,8% εθνικότητα ελληνική (βλ. και προλειτουργική έρευνα των ΚΑΠΗ). Οι ερωτώμενοι δηλώνουν επίσης κατά 98,8% Χριστιανοί ορθόδοξοι. Άρα ο πληθυσμός δεν παρουσιάζει ιδιαιτερότητες που συνδέονται με διαφορές πολιτισμικού υπόβαθρου.

2.1.3. Τόπος γεννήσεως

Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι ο αριθμός τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών που γεννήθηκαν σε χωριό είναι σημαντικά ανώτερος του αριθμού εκείνων που γεννήθηκαν στην πόλη και το εξωτερικό.

Επειδή η ηλικία των μελών του δείγματος συμπίπτει με μία περίοδο πληθυσμιακών μετακινήσεων στην Ελλάδα, αναμενόταν υψηλότερο ποσοστό γεννηθέντων στο εξωτερικό. Σύμφωνα όμως με τα στοιχεία που προκύπτουν από την έρευνα, το ποσοστό ανέρχεται στο 1/4 περίπου για την περιοχή της Αθήνας και στο 1/6 για την περιοχή της επαρχίας, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που ήρθαν στην Ελλάδα έχει εγκατασταθεί στην Αθήνα.

2.2. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η διερεύνηση της οικογενειακής κατάστασης των ερωτώμενων είναι αναγκαία, γιατί βοηθάει στη συμπλήρωση των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών, τα οποία ερμηνευόμενα ή συσχετιζόμενα μπορούν να μας χρησιμεύσουν για τον προσδιορισμό άλλων κοινωνικών χαρακτηριστικών.

Στους Πίνακες δεν παρατηρούμε διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες στις κατηγορίες, άγαμος/η, διαζευγμένος/η, σε διάσταση, ενώ αντίθετα συναντούμε ποσοστιαίες διαφορές στις κατηγορίες έγγαμος/η, χήρος/α.

Όπως διαπιστώνεται από τους Πίνακες οι έγγαμοι άνδρες καταλαμβάνουν το 76% του συνόλου και οι χήροι το 17%, ενώ στις γυναίκες το ποσοστό των χηρών φτάνει το 49% και των εγγάμων το 43%.

Για τη διαφορά που παρατηρείται μεταξύ των δύο φύλων υπάρχουν διάφορες «δημογραφικές» ερμηνείες. Σύμφωνα με μία απ' αυτές, για παράδειγμα, «η διαφορά αυτή οφείλεται στη μεγαλύτερη συχνότητα θανάτων των ανδρών και στη μεγαλύτερη διάρκεια ζωής των γυναικών».¹²

Εκτός όμως από τις δημογραφικές ερμηνείες υπάρχουν και κάποιες κοινωνικές. Η γενικά παραδεκτή άποψη ότι οι άνδρες συνήθως ξαναπαντρεύονται μετά το θάνατο της συζύγου ή μετά το διαζύγιο, καθώς επίσης και ότι οι άγαμοι άνδρες αποφασίζουν το γάμο, ακόμη και σε μεγάλη ηλικία, αποδεικνύεται από στοιχεία κατά τη διάρκεια της συνέντευξης

Το μεγαλύτερο ποσοστό εγγάμων ανδρών και χηρών γυναικών οφείλεται όχι μόνο στο υψηλότερο όριο ζωής των γυναικών έναντι των ανδρών αλλά και σε άλλες αιτίες. Οι γυναίκες, μετά το θάνατο του συζύγου, μένουν μόνες είτε λόγω κοινωνικών προκαταλήψεων, είτε γιατί αισθάνονται περισσότερο αυτάρκειες. Αντίθετα, οι άνδρες

¹² Τσαούσης, Δημήτρης, *Κοινωνική Δημογραφία*, σελ. 25, Gutenberg, Αθήνα 1986.

χρειάζονται κάποιον να τους φροντίζει, πράγμα το οποίο και η κοινωνία κατανοεί, αλλά και οι ίδιοι αποδέχονται.

Στην προλειτουργική έρευνα για το ΚΑΠΗ συναντάμε για το ίδιο θέμα επίσης σημαντικές διαφορές. Οι έγγαμοι άνδρες καταλαμβάνουν το 81 % του συνόλου και οι χήροι το 12%, ενώ από τις γυναίκες το 38% ο έγγαμες και το 52% οι χήρες.

Ένας ακόμη κοινωνικός παράγοντας που συντελεί στη διαμόρφωση αυτής της κατάστασης, είναι ότι «η μέση ηλικία τέλεσης γάμου των γυναικών είναι περίπου κατά πέντε χρόνια μικρότερη των ανδρών».

Σχετικά με τις διαφορές μεταξύ τρίτης ηλικίας (60-74 ετών) και τέταρτης (74 ετών και άνω) παρατηρούμε ότι στην κατηγορία των εγγάμων, όπως είναι ευνόητο η τρίτη ηλικία υπερτερεί της τέταρτης και στα δύο φύλα. Το αντίστροφο συμβαίνει στην κατηγορία των χήρων, όπου η τέταρτη υπερτερεί της τρίτης.

Η εικόνα που μας δίνει η συμπεριφορά των ηλικιωμένων της τρίτης ή τέταρτης ηλικίας είναι ομοιόμορφη και στις δύο κατηγορίες των περιοχών που διερευνούμε.

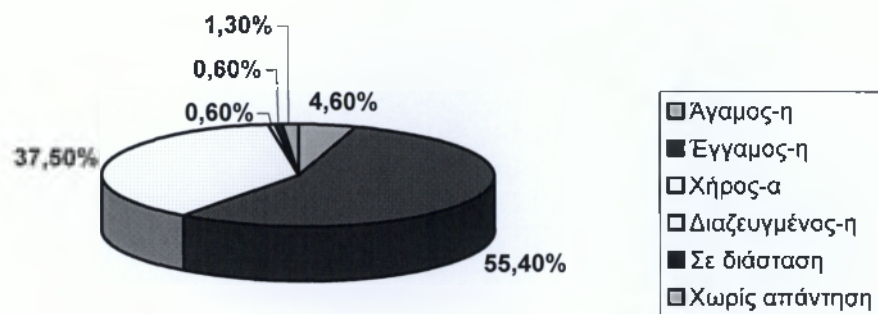
2.2.1. Οικογενειακές σχέσεις

Α. Όπως δείχνει ο Πίνακας 27, πάνω από τους μισούς ηλικιωμένους της έρευνας είναι έγγαμοι (55,4%) αλλά ικανός αριθμός (37,5%) έχουν χάσει τον σύντροφο τους. Ελάχιστοι είναι οι διαζευγμένοι (0,6%), όσοι βρίσκονται σε διάσταση (0,6%) και οι άγαμοι (4,6%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 27. Οικογενειακή κατάσταση

	N	%
Άγαμος-η	14	4,6
Έγγαμος-η	166	55,4
Χήρος-α	112	37,5
Διαζευγμένος-η	2	0,6
Σε διάσταση	2	0,6
Χωρίς απάντηση	4	1,3
Σύνολο	300	100,0

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα

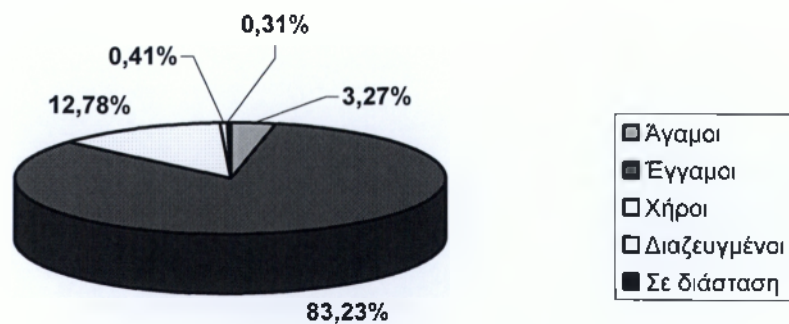


Διάγραμμα 2.1.: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

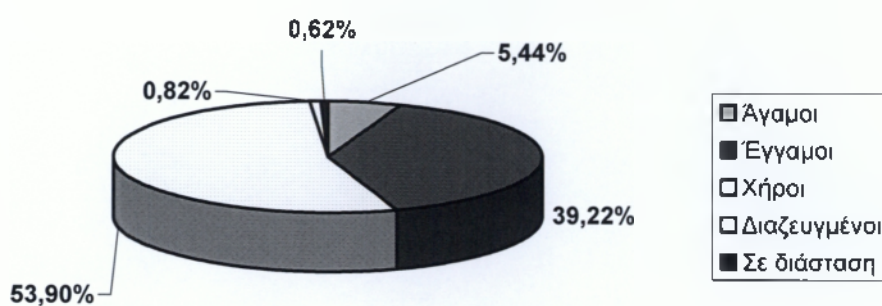
ΠΙΝΑΚΑΣ 28. Οικογενειακή κατάσταση κατά φύλο

Οικογενειακή κατάσταση	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Άγαμοι	3,2%	5,3%	4,6%
Έγγαμοι	81,4%	38,2%	55,4%
Χήροι	12,5%	52,5%	37,5%
Διαζευγμένοι	0,4%	0,8%	0,6%
Σε διάσταση	0,3%	0,6%	0,6%

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα



Διάγραμμα 2.2.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΔΡΩΝ



Διάγραμμα 2.3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Β. Εξετάζοντας την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων της έρευνας κατά φύλο, βρίσκουμε σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες (Πίνακας 28).

Οι γυναίκες είναι πιο πολύ μόνες, τουλάχιστον από πλευράς συντρόφου. Πιο πολλές άγαμες (5,3%) από τους άνδρες (3,2%), λιγότερες έγγαμες (38,2% έναντι 81,4% των ανδρών), πιο πολλές χήρες (52,5% των γυναικών έναντι 12,5% των ανδρών). Αυτό είναι ένα σημείο που θα πρέπει να το λαμβάνουμε υπόψη μας όταν καταρτίζουμε προγράμματα για την προστασία ή τη συμπαράσταση στους ηλικιωμένους. Είναι ένα θέμα που θα έπρεπε να μελετηθεί εις βάθος.

Εξετάζοντας την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων κατά φύλο. Κατά ομάδες ηλικιών διαπιστώνουμε τα ακόλουθα:

ΠΙΝΑΚΑΣ 29. Οικογενειακή κατάσταση κατά φύλο- Άνδρες

Ετος γεννήσεως	Άγαμοι	Εγγαμοι	Χήροι	Διαζευγμένοι	Σε διάσταση
1926– 1929	10%	50%	40%		
1929-1932	—	55,6%	40,7%	3,7%	—
1932- 1935	2,5%	54,3%	43,2%	—	—
1935- 1938	2,4%	68,6%	28,4%	0,3%	0,3%

1938– 1941	3,0%	77,3%	19,0%	—	0,7%
1941-1944	3,1%	83,5%	13,0%	0,3%	0,1%
1944-1947	4,2%	88,0%	6,9%	0,8%	0,1%
1947-1952	3,1%	91,0%	4,5%	0,8%	0,6%
1952 - 1957	3,0%	90,5%	5,5%	—	1,0%
Σύνολο	N=6	N=155	N=23	N=1	N=1

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Το ποσοστό των αγάμων ανδρών είναι συνήθως κάτω του 5%.

Όσο μεγαλώνουν οι ηλικίες μικραίνει το ποσοστό των εγγάμων ανδρών και αυξάνεται ανάλογα το ποσοστό των χήρων. Το ποσοστό των διαζευγμένων και αυτών που βρίσκονται σε διάσταση είναι ελάχιστο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30. Οικογενειακή κατάσταση κατά φύλο- Γυναίκες

Έτος γεννήσεως	Άγαμες	Έγγαμες	Χήρες	Διαζευγμένες	Σε διάσταση	Σύνολο
1926– 1929		9,5%	85,7%	4,8%	—	100%
1929-1932	13,2%	7,5%	77,4%	-	1,9%	100%
1932- 1935	3,9%	8,7%	86,6%	0,8%	—	100%
1935- 1938	4,0%	14,5%	80,9%	0,6%	—	100%
1938– 1941	4,8%	24,2%	70,2%	0,2%	0,6%	100%
1941-1944	4,8%	34,5%	59,2%	1,1%	0,4%	100%
1944-1947	5,9%	45,0%	48,3%	0,4%	0,4%	100%
1947-1952	6,5%	56,9%	34,9%	0,8%	0,9%	100%
1952 - 1957	5,5%	62,9%	28,7%	0,9%	2,0%	100%
Σύνολο	N=6	N=42	N= 60	N=1	N1	N=110

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Στις γυναίκες το ποσοστό των αγάμων κυμαίνεται μεταξύ του 4 και 14 τοις εκατό, κατά μέσο όρο όμως είναι γύρω στο 5% όπως συμβαίνει και με τους άνδρες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31. Ποσοστά χηρείας ανδρών και γυναικών

Ετος γεννήσεως	Ανδρες		Διαφορά % Γυναικών
	Ανδρες	Γυναίκες	
1926– 1929	40%	85,7%	+ 45,7
1929-1932	40.7%	77.4%	+36.7%
1932- 1935	43,2%	86,6%	+ 43,4
1935- 1938	28,4%	80,9%	+ 52,5
1938– 1941	19,0%	70,2%	+ 51,2
1941-1944	13,0%	59,2%	+ 46,2
1944-1947	6,9%	48,3%	+ 41,4
1947-1952	4,5%	34,9%	+ 30,4
1952 - 1957	5,5%	28,7%	+ 23,2

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

ΠΙΝΑΚΑΣ 32. Συνοίκηση κατά φύλο

	Ανδρες		Γυναίκες	
	N	%	N	%
Συνοικούν με άλλους	177	93,3%	86	78,6%
Ζουν μόνοι	13	6,7%	24	21,4%
Σύνολο	190	100%	110	100%

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Όπως και με τους άνδρες, όσο μεγαλώνουν οι ηλικίες τόσο μειώνεται το ποσοστό των εγγάμων και αυξάνεται το ποσοστό των χηρών. Τα ποσοστά των διαζευγμένων και σε διάσταση είναι χαμηλά για τις γυναίκες όπως είναι και για τους άνδρες. Η μεγάλη διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες έγκειται στο θέμα της χηρείας.

Σε όλες τις ηλικίες οι χήρες εκπροσωπούν μεγαλύτερο ποσοστό- στις μεγάλες ηλικίες η διαφορά αυτή αυξάνεται. Ο Πίνακας 31 παρουσιάζει αυτό το φαινόμενο.

Δ. Η ερώτηση 8 του ερωτηματολογίου του ΚΑΠΗ εξετάζει αν και με ποια άτομα συνοικούν οι ηλικιωμένοι της έρευνας. Ο Πίνακας 32 αναφέρεται στο ποσοστό των ανδρών και γυναικών που ζουν με άλλους ή μόνοι.

Από τον Πίνακα 32 είναι φανερό ότι αρκετά μεγάλο ποσοστό γυναικών δεν συγκατοικεί με κανένα. Είναι χρήσιμο να εξετάσουμε αν τα άτομα που μένουν μόνα είναι μικρότερης ή μεγαλύτερης ηλικίας. Ο Πίνακας 33 εξετάζει αυτό το ερώτημα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 33. Μοναχική διαβίωση κατά φύλο και ομάδες ηλικιών

Ομάδα ηλικίας	Ανδρες	Γυναίκες	Σύνολο
1926– 1929	0,8	0,6%	0,6%
1929-1932	0,8	0,6%	0,6%
1932- 1935	3,3	2,3%	2,5%
1935- 1938	18,8	8,8%	10,5%
1938– 1941	21,2	17,4%	18,1%
1941-1944	21,6	25,4%	24,8%
1944-1947	21,2	26,0%	25,2%
1947-1952	8,2	15,0%	13,9%
1952 - 1957	4,1	5,9%	3,8%
Σύνολο	100,	100,0%	100,0%

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Από τους Πίνακες 32 και 33 προκύπτει η αρκετά ενδιαφέρουσα διαπίστωση ότι ενώ είναι μεγαλύτερο το ποσοστό των γυναικών που ζουν μόνες, ενώ είναι μεγαλύτερο το ποσοστό των γυναικών στις μεγάλες ηλικίες, ενώ είναι περισσότερες οι γυναίκες σε χηρεία από τους άνδρες, το ποσοστό των ανδρών που ζουν μόνοι στις μεγάλες ηλικίες -πάνω από 78- είναι υψηλότερο από αυτό των γυναικών.

Ε. Στην παράγραφο αυτή εξετάζουμε με ποιους συνοικούν όσοι δεν ζουν μόνοι (Πίνακας 34). Το πιο χαρακτηριστικό πόρισμα από αυτόν τον πίνακα είναι ότι οι άνδρες που ζουν με τη σύζυγο (52%) είναι πολύ περισσότεροι από ότι οι γυναίκες (25,7%). Οι γυναίκες ζουν και με άλλα άτομα, όπως τα παιδιά τους, κυρίως όταν αυτά δεν έχουν δική τους οικογένεια.

ΣΤ. Συγκρίνοντας τον πληθυσμό της έρευνας με τον ολικό πληθυσμό ηλικιωμένων της χώρας, και πάλι διαπιστώνουμε ότι παρουσιάζονται διαφορές και ότι ο πληθυσμός της έρευνας βρίσκεται σε χειρότερη μοίρα. Ενώ στο σύνολο των ηλικιωμένων της χώρας 64,3% είναι παντρεμένοι και συγκατοικούν με την ή τον σύζυγο τους, στον πληθυσμό της έρευνας αυτό συμβαίνει σε 55,4%. Κατά τα άλλα, όπως και με τους ερωτηθέντες της έρευνας του ΚΑΠΗ έτσι και με τους ηλικιωμένους όλης της χώρας, όσο περνάει η ηλικία τόσο αυξάνει ο αριθμός των γυναικών που μένουν χήρες. Έτσι, όταν περάσει η ηλικία των 80 χρόνων μόνο το 8,6% των γυναικών παραμένουν με σύζυγο εν ζωή ενώ το ποσοστό για τους άνδρες με σύζυγο είναι οκτώ φορές μεγαλύτερο, δηλαδή 62,5%.¹³ Αυτό σημαίνει πως οι άνδρες ή «φεύγουν» πριν από τις γυναίκες τους ή ξαναπαντρεύονται όταν χηρέψουν και μάλιστα με γυναίκες κατά πολύ νεότερές τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31. Συνοικούντα άτομα κατά φύλο

Συνοικούντα	Άνδρες	Γυναίκες
1. Σύζυγος	52%	25,7%
2. Κόρη-ες	1,8%	5,7%
3. Γιοι	1,9%	5,2%
4 Εγγόνια	0,2%	0,6%
5 Φίλοι	0,1%	0,2%
6 Συμβιών		-
7 Έμμισθο προσωπικό		-
8 Αδελφός-η	1,5%	3,2%
9 Κουνιάδος-α		-
10 Σύζυγος + γιος	10,0%	3,3%
11 Κόρη + γιος	1,8%	2,7%
12. Σύζυγος + κόρη	6,5%	2,5%
13. Σύζυγος + οικογένεια γιού	4,5%	2,3%
14. Σύζυγος + οικογένεια κόρης	2,4%	1,1
15 Γονείς		
16 Ξαδέλφια		
17 Ανίψια		
18 Αδέλφια + ανίψια		
19 Κόρη + γαμπρός		1,7%
20 Ξαδέλφια + ανίψια		

¹³ ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. (1984), *Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα*, ΚΕΠΕ, Αθήνα. σελ. 11 και 12.

21 Γιοι + νύφες		2,4%
22 Γιος + αδελφός		
23. Κόρη - γαμπρός - εγγόνια	2,6	7,1%
24 Γιος -νύφη -εγγόνια	2,7%	9,1%
25 Λοιποί συγγενείς		

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Z. Ανακεφαλαιώνοντας, σχετικά με τις οικογενειακές σχέσεις βρίσκουμε ότι:

α) 55,4% των ερωτηθέντων είναι έγγαμοι και οι λοιποί είναι άγαμοι, χήροι, σε διάσταση ή διαζευγμένοι.

β) Οι γυναίκες είναι κατά πολύ πιο μόνες από τους άνδρες, από πλευράς συντρόφου, αν και συνοικούν, κατά 70 έως 80%, με κάποιους άλλους. Μόνο το 6,7% των ανδρών είναι μόνοι.

γ) Όσο μεγαλώνουν οι ηλικίες τόσο μειώνεται το ποσοστό των εγγάμων και αυξάνει το ποσοστό χηρείας.

δ) Το ποσοστό χηρείας των γυναικών αυξάνει σημαντικά με την ηλικία, σε σχέση με τους άνδρες.

ε) Το ποσοστό των ανδρών που ζουν μόνοι στις πολύ μεγάλες ηλικίες—πάνω από τα 78—είναι υψηλότερο από αυτό των γυναικών.

στ) Οι άνδρες ή πεθαίνουν πριν από τις γυναίκες τους ή αν χηρέψουν ξαναπαντρεύονται.

ζ) Ο πληθυσμός της έρευνας βρίσκεται σε χειρότερη μοίρα από τον ολικό πληθυσμό ηλικιωμένων της χώρας από πλευράς απώλειας του συντρόφου.

2.3. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Κοινωνικοί επιστήμονες και ερευνητές που λαμβάνουν μέρος σε διάφορα σεμινάρια ή συνέδρια σχετικά με την τρίτη ηλικία αναφέρονται, μεταξύ άλλων και στο μορφωτικό επίπεδο της ομάδας αυτής του πληθυσμού, το οποίο αποτελεί έναν βασικό παράγοντα της συμπεριφοράς του ηλικιωμένου ατόμου.

Από την επεξεργασία των στοιχείων της έρευνας προκύπτει ότι οι γυναίκες βρίσκονται σε χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο απ' ό,τι οι άνδρες. «Καμιά εκπαίδευση» δηλώνει το 27% των γυναικών της έρευνας, ενώ στους άνδρες το αντίστοιχο ποσοστό μειώνεται στο 10%. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται κι από τη βιβλιογραφία, σύμφωνα με την οποία το ποσοστό των αναλφάβητων γυναικών, σε όλες τις σχετικές έρευνες, είναι πολύ υψηλό,¹⁴ πράγμα που αποδίδεται στο γεγονός ότι η γυναίκα, πριν από χρόνια, ήταν περιορισμένη στη φροντίδα της οικογένειας και είχε πολύ μικρή συμμετοχή στις άλλες κοινωνικές δραστηριότητες. «Βεβαίως με την πάροδο του χρόνου το μέσο επίπεδο εκπαίδευσης ανέρχεται και η κοινωνική θέση των γυναικών βελτιώνεται».¹⁵

Συγκρίνοντας τις βαθμίδες, εκπαίδευσης και των δύο φύλων, παρατηρούμε ότι τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στις υποκατηγορίες «λίγες τάξεις δημοτικού» (γύρω στο 39%) και «απολυτήριο δημοτικού» (32% για τους άνδρες και 23% για τις γυναίκες). Οι υπόλοιπες βαθμίδες παρουσιάζουν πολύ χαμηλά ποσοστά.

Το επίπεδο εκπαίδευσης του κάθε ατόμου επηρεάζει ή ακόμα και καθορίζει την ικανότητα του να ενημερωθεί, να δεχθεί νέες ιδέες και τρόπους αντιμετώπισης και γενικά να έχει μια πιο ικανοποιητική προσαρμογή στο περιβάλλον στο οποίο ζει. Επίσης του δίνει τη δυνατότητα να εκμεταλλευτεί θετικά, για το συμφέρον του και για την καλύτερη διαβίωση του, τους πόρους που θέτει στη διάθεση του το κοινωνικό σύνολο και ιδιαίτερα το στενό οικογενειακό και κοινοτικό του περιβάλλον.

Το επίπεδο εκπαίδευσης καθορίζει επίσης τον τρόπο ζωής του ατόμου, δηλαδή την απασχόλησή του -βιοποριστική ή άλλη-, τη χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου του, τη συναλλαγή του με τους συνανθρώπους του, και τις στρατηγικές που επιλέγει για την αντιμετώπιση και επίλυση των δυσκολιών και των προβλημάτων βιολογικής και κοινωνικής επιβίωσης.

Τα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας διανύουν στάδια ζωής που, στατιστικά, παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών προβληματισμών και το επίπεδο της εκπαίδευσης τους είναι καθοριστικό για την αντιμετώπιση τους.

¹⁴ Αμηνά, Α., κ.α., ό.π. Κανελλόπουλος, Κ., Ν., Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα, Δοκίμια έξι, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, σελ. 28, Αθήνα 1984.

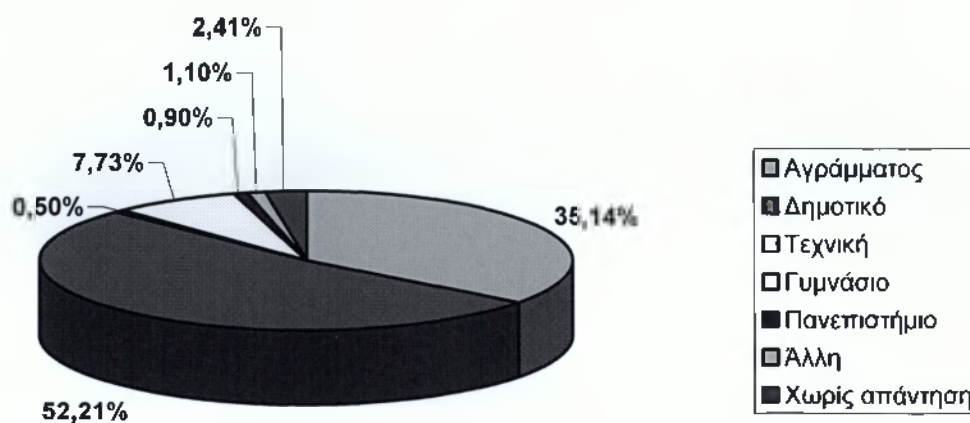
¹⁵ Κανελλόπουλος, Κ.Ν., Οι Ηλικιωμένοι στην Ελλάδα: Στατιστική Ανάλυση των Κοινωνικο-οικονομικών Χαρακτηριστικών, Αθήνα, ΚΕΠΕ, 1982, σελ. 43 - 44.

Σύμφωνα με τα πορίσματα της παρούσας έρευνας, λίγο περισσότερο από το ένα τρίτο των ηλικιωμένων είναι τελείως αγράμματοι (35,4%) ενώ λίγο περισσότεροι από τους μισούς έχουν συμπληρώσει τα έξι χρόνια της εκπαίδευσης Δημοτικού (52%). Ελάχιστοι (7,7%) έχουν συμπληρώσει γυμνασιακές σπουδές και μόνο ένας περίπου στους εκατό έκανε πανεπιστημιακές σπουδές (Βλέπε Πίνακα 22).

ΠΙΝΑΚΑΣ 22. Εκπαίδευση

Επίπεδο μόρφωσης	N	%
Αγράμματος	105	35
Δημοτικό	156	52,0
Τεχνική	2	0,5
Γυμνάσιο	23	7,7
Πανεπιστήμιο	3	0,9
Άλλη	3	1,1
Χωρίς απάντηση	7	2,4
Σύνολο	300	100,0

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα



Διάγραμμα 2.4. ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ

Συγκρίνοντας τα ποσοστά των αναλφάβητων της προλειτουργικής έρευνας του ΚΑΠΗ με αυτά του ολικού πληθυσμού της χώρας, βρίσκουμε ότι στον γενικό

πληθυσμό τα ποσοστά αναλφαβητισμού είναι πολύ πιο χαμηλά, ιδιαίτερα όσον αφορά τους άνδρες (3,7% για τους άνδρες και 15,6% για τις γυναίκες).¹⁶

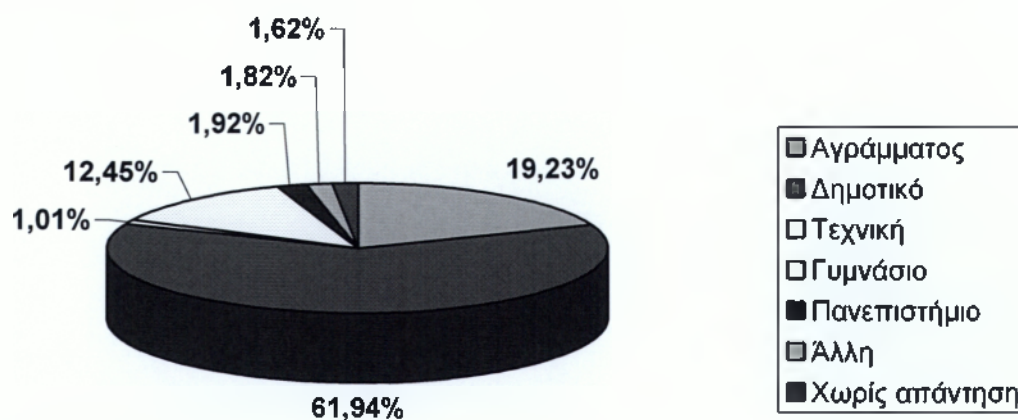
Έντονες διαφορές στο επίπεδο εκπαίδευσης υπάρχουν μεταξύ ανδρών και γυναικών. Οι διαφορές παρουσιάζονται σε όλα τα επίπεδα κυρίως όμως στο ποσοστό των αναλφάβητων που για τις ηλικιωμένες γυναίκες φθάνει το 45% του πληθυσμού τους ενώ για τους ηλικιωμένους άνδρες είναι μόνο 19%. Και πάλι η διαφορά με τον ολικό πληθυσμό της χώρας είναι μεγάλη μια και για τους ηλικιωμένους άνδρες το ποσοστό φθάνει το 7,6% και για τις ηλικιωμένες γυναίκες το 27,4% (απογραφή 1961) και αντίστοιχα 6,3 και 22,6% (απογραφή 1971). Η διαφορά αυτή παρουσιάζεται στον Πίνακα 24.

Προσθέτοντας τον παράγοντα «ηλικία» στις διαφορές ως προς την εκπαίδευση κατά φύλο, έχουμε την εικόνα που παρουσιάζεται στον Πίνακα 25.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23. Εκπαίδευση κατά φύλο

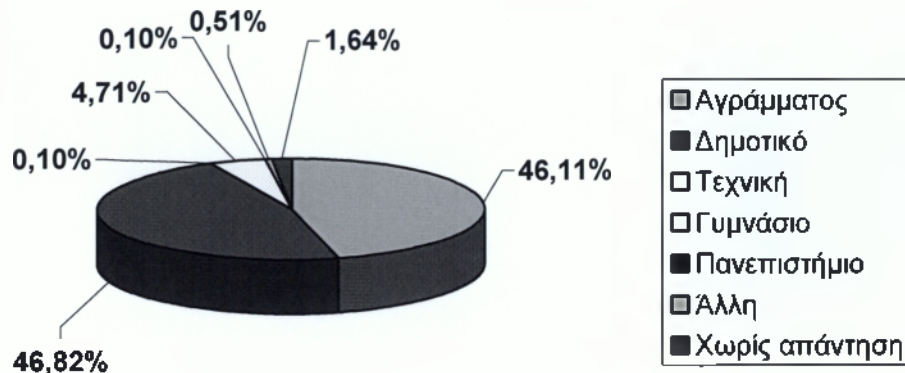
Επίπεδο μόρφωσης	Άνδρες	Γυναίκες
Αγράμματος	19%	45%
Δημοτικό	61,2%	45,7%
Τεχνική	1,0%	0,1%
Γυμνάσιο	12,3%	4,6%
Πανεπιστήμιο	1,9%	0,1%
Άλλη	1,8%	0,5%
Χωρίς απάντηση	1,6%	1,6%
Σύνολο	98,8%	99,8%

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα



Διάγραμμα 2.5. ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ ΑΝΔΡΩΝ

¹⁶ ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. (1984), *Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα*, ΚΕΠΕ, Αθήνα. σελ. 20.



Διάγραμμα 2.6: ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΟΡΦΩΣΗΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 24. Ποσοστά ηλικιωμένων του ολικού πληθυσμού της χώρας και του πληθυσμού της έρευνας

Φύλο	Πληθυσμός έρευνας	Απογραφή 61	Απογραφή 71
Άνδρες	19%	7,6%	6,3%
Γυναίκες	45%	27,4%	22,6%
Σύνολο	35,4%	17,8%	14,5%

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

ΠΙΝΑΚΑΣ 25. Εκπαίδευση κατά ηλικία-Άνδρες

Ετος	Αγράμματ	Δημοτικό	Τεχνική	Γυμνάσιο	Πανεπιστήμιο	Άλλη	Σύνολο
1926– 1929	33,4	33,3	—	33,3	—	—	100%
1929-1932	42,8	42,8	-	14,4	—	—	100%
1932- 1935	23,2	58,1	4,7	14,0	—	—	100%
1935- 1938	28,4	64,6	1,4	1,4	1,4	2,8	100%
1938– 1941	21,1	61,2	0,7	11,1	3,9	2,0	100%
1941-1944	23,2	60,1	0,9	12,6	1,4	1,8	100%

1944-1947	17,5	62,7	0,9	14,7	2,1	2,1	100%
1947-1952	12,8	69,9	1,3	12,4	1,8	1,8	100%
1952 - 1957	16,8	67,8	1,9	9,7	1,9	1,9	100%
Σύνολο	N=38	N=1	N=2	N=23	N=4	N=3	N=190

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Όπως προκύπτει από τους Πίνακες 25 και 26, το επίπεδο εκπαίδευσης μειώνεται όσο η ηλικία αυξάνεται. Η μείωση αυτή παρουσιάζεται τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Υπάρχει όμως μία ουσιαστική διαφορά. Ενώ το ποσοστό των αναλφάβητων ανδρών σε καμία ομάδα ηλικιών δεν ξεπερνά το 43%, στις γυναίκες που έχουν περάσει τα 70 το ποσοστό είναι πάνω από 45%, ενώ στις πολύ μεγάλες ηλικίες φτάνει ακόμα και το 78%. Το πόρισμα αυτό δεν αντιπροσωπεύει μια καινούργια γνώση ούτε είναι ένα εύρημα που εκπλήσσει. Προβάλλει όμως την ανάγκη να προσεγγίσουμε περισσότερο την πολύ ηλικιωμένη γυναίκα και να της προσφέρουμε, αν χρειάζεται, συμπαραστάση ενημερώνοντας την και βοηθώντας την να γνωρίσει τα δικαιώματα της χειριζόμενη η ίδια τις υποθέσεις της.

ΠΙΝΑΚΑΣ 26. Εκπαίδευση κατά ηλικία-Γυναίκες

Έτος γεννήσεως	Αγράμματοι	Δημοτικό	Τεχνικό	Γυμνάσιο	Πανεπιστήμιο	Άλλη	Σύνολο
1926– 1929	75%	25%	—	—	—	—	100%
1929-1932	77,8%	22,2%	—	—	—	—	100%
1932- 1935	70%	30%	—	—	—	—	100%
1935- 1938	60,8%	35,4%	—	3,8%	—	—	100%
1938– 1941	56,5%	39,2%	—	3,6%	—	0,7%	100%
1941-1944	52,3%	42,7%	—	4,6%	—	0,4%	100%
1944-1947	45,7%	48,1%	—	5,4%	0,4%	0,4%	100%
1947-1952	32,3%	60,4%	0,5%	5,7%	—	1,1%	100%
1952 - 1957	23,7%	69,5%	—	6,8%	—	—	100%
Σύνολο	N=51	N=52	N=1	N=5	N=1	N=1	N=110

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Το αναλφάβητο άτομο -άνδρας ή γυναίκα μπορεί να γίνει αντικείμενο εκμετάλλευσης σε πολλές περιπτώσεις και είναι κοινωνικά ευάλωτο. Υποχρέωση ενός προγράμματος

ανοικτής προστασίας για τους ηλικιωμένους είναι όχι μόνο να προασπίζει τα δικαιώματά τους αλλά και να τους ενημερώνει σχετικά με τις υποχρεώσεις τους.

Ανακεφαλαιώνοντας:

Ο πληθυσμός της έρευνας παρουσιάζει μεγάλο ποσοστό αναλφάβητων και φτάνει το ένα τρίτο του συνόλου και λίγο περισσότερο. Αυτό είναι φυσικό επακόλουθο, αν ληφθεί υπ' όψη ότι ο πληθυσμός της έρευνας αποτελείται από μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων γυναικών που παρουσιάζουν συνήθως υψηλά ποσοστά αναλφabetισμού. Βρίσκουμε επίσης ότι το ποσοστό των αναλφάβητων και αυτών με εκπαίδευση Δημοτικού αυξάνεται με την ηλικία και φτάνει έως και το 78% στην ομάδα των πολύ ηλικιωμένων γυναικών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Στην παγκόσμια βιβλιογραφία, η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων αποτελεί ένα από τα πιο δύσκολα και ενδιαφέροντα κεφάλαια.

Όπως ήδη έχει αναφερθεί στο πρώτο μέρος της παρούσας μελέτης, οι κοινωνικές παροχές και η συνταξιοδοτική κάλυψη του ηλικιωμένου πληθυσμού δημιουργούν κάποιες νέες προδιαγραφές για την ομάδα αυτή του πληθυσμού.

Συγκεκριμένα, σε ατομικό επίπεδο τα τελευταία χρόνια υπάρχει οικονομική ανεξαρτησία αντίθετα από ό,τι στο παρελθόν ενώ σε κοινωνικό επίπεδο δημιουργείται η υποχρέωση για συνταξιοδοτική κάλυψη σε ένα διαρκώς αυξανόμενο πληθυσμό.

Στην παρούσα έρευνα, η εικόνα της οικονομικής κατάστασης των ηλικιωμένων έχει ιδιαίτερη σημασία όχι μόνο γιατί φανερώνει τον τρόπο με τον οποίο οι ερωτώμενοι καλύπτονται οικονομικά σε ατομικό επίπεδο, αλλά κυρίως γιατί καθορίζει τις τυχόν κοινωνικές παροχές τις οποίες ίσως χρειάζονται.

Στην έρευνα του ΚΑΠΗ η διερεύνηση της οικονομικής κατάστασης των ηλικιωμένων έγινε βάσει τριών ερωτήσεων:

Η πρώτη ερώτηση εξετάζει την υποκειμενική αξιολόγηση της οικονομικής κατάστασης από τον ίδιο τον ερωτώμενο, η δεύτερη αναφέρεται στην πηγή του εισοδήματος του ηλικιωμένου και η τρίτη στο είδος της εργασίας που κάνει το ηλικιωμένο άτομο.

Με τις παραπάνω τρεις ερωτήσεις σχετικά με την οικονομική κατάσταση δεν είναι δυνατόν να εξακριβώσουμε το μηνιαίο ή ετήσιο εισόδημα των ηλικιωμένων της έρευνας του ΚΑΠΗ.

Θεωρήσαμε ότι μία ερώτηση σχετικά με ποσά θα έβαζε σε αμυντική θέση τους ερωτώμενους.

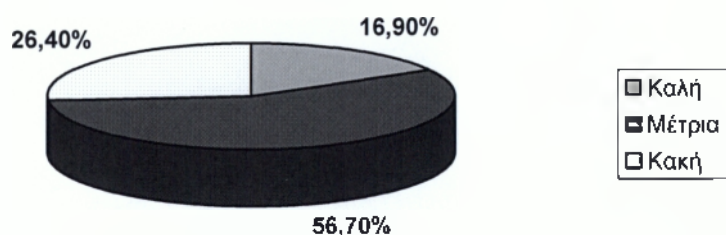
Σύμφωνα με την κρίση των ηλικιωμένων, ελάχιστοι θεωρούν την οικονομική τους κατάσταση «καλή» (16,9%).

Οι περισσότεροι θεωρούν την οικονομική τους κατάσταση μέτρια (56,7%) ενώ το ένα τέταρτο των ερωτηθέντων κρίνει ότι τα οικονομικά τους είναι κακά (26,4%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Υποκειμενική αξιολόγηση οικονομικής κατάστασης

Οικονομική κατάσταση	Αριθμός	Ποσοστό
Καλή	51	16,9%
Μέτρια	170	56,7%
Κακή	79	26,4%
Σύνολο	300	100,0%

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα



Διάγραμμα 3.1.: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Η ομάδα των ηλικιωμένων με κακή οικονομική κατάσταση είναι εκτεταμένη. Αν το ένα τέταρτο του γεροντικού πληθυσμού της χώρας αντιμετωπίζει οικονομικό πρόβλημα, η κρατική αντιμετώπιση θα πρέπει να είναι ανάλογη.

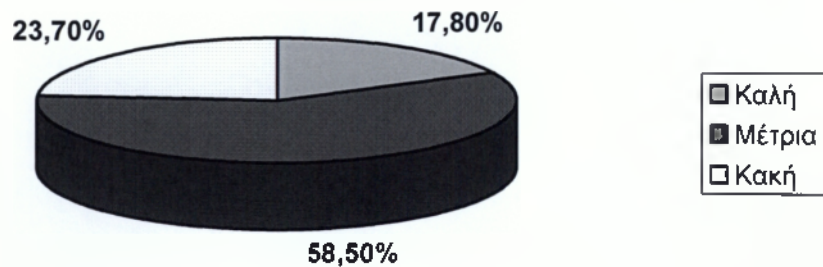
Προτείνουμε να εξετασθεί διεξοδικότερα αυτή η ομάδα και να διερευνηθούν τα προβλήματα της, καθώς και τα κοινωνικά της χαρακτηριστικά.

Όταν γίνεται ο διαχωρισμός κατά φύλο βλέπουμε ότι η οικονομική κατάσταση των γυναικών -πάντα υποκειμενικά κρινόμενη από τους ίδιους τους ερωτώμενους- είναι χειρότερη από αυτή των ανδρών. Ο Πίνακας 12 που ακολουθεί αφορά αυτό τον διαχωρισμό.

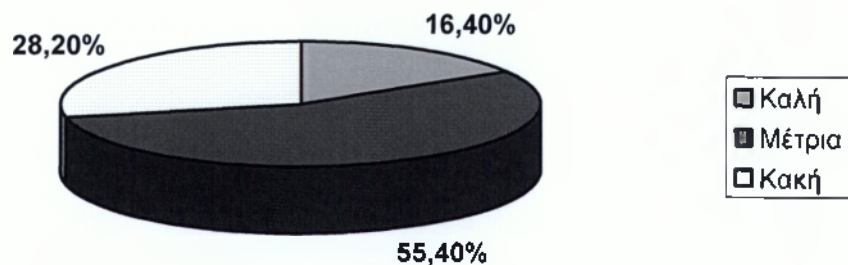
ΠΙΝΑΚΑΣ 12. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Άνδρες		Γυναίκες	
	N	%	N	%
Καλή	34	17,8	18	16,4
Μέτρια	111	58,5	61	55,4
Κακή	45	23,7	31	28,2
Σύνολο	190	100,0	110	100,0

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα



Διάγραμμα 3.2.: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΔΡΩΝ



Διάγραμμα 3.3.: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών (28,2%) είναι σε κακή οικονομική κατάσταση, δηλαδή γύρω στα 5% γυναίκες περισσότερες από άντρες αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες.

Τα οικονομικά των ηλικιωμένων κατά φύλο και κατά ομάδες ηλικιών παρουσιάζονται στους Πίνακες 13 και 14 αυτού του κεφαλαίου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Οικονομική κατάσταση κατά ομάδες ηλικιών- Άνδρες

Έτος γεννήσεως	Καλή	Μέτρια	Κακή	Σύνολο
1926 – 1929	—	66,7%	33,3%	100,0
1929-1932	14,8%	29,6%	55,6%	100,0
1932- 1935	20,3%	64,9%	14,8%	100,0
1935- 1938	22,2%	56,8%	21,0%	100,0
1938 – 1941	17,1%	54,2%	28,7%	100,0
1941-1944	16,0%	61,0%	23,0%	100,0
1944-1947	17,3%	58,5%	24,2%	100,0
1947-1952	19,2%	59,2%	21,6%	100,0
1952 - 1957	19,2%	61,6%	19,2%	100,0
Σύνολο (N)	N= 34	N -45	N = 76	N = 190

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες η οικονομική κατάσταση είναι κυρίως μέτρια ή κακή. Το ποσοστό των ανδρών και των γυναικών που αξιολογούν ότι η οικονομική τους θέση είναι «καλή» είναι συνήθως κάτω από το 20%.

Σε ορισμένες ομάδες ηλικιών, όπως στις γυναίκες που γεννήθηκαν τα έτη 1929- 1932 και 1947-1952 και άνω, το ποσοστό που βρίσκεται σε καλή οικονομική θέση είναι πολύ χαμηλό (12- 14%). Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στα πολύ ηλικιωμένα άτομα, άνδρες ή γυναίκες που μέχρι και το 55,6% της ομάδας ηλικίας τους (άνδρες 1886-1890) βρίσκονται σε κακή οικονομική κατάσταση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Οικονομική κατάσταση κατά ομάδες ηλικιών-Γυναίκες

Έτος γεννήσεως	Καλή	Μέτρια	Κακή	Σύνολο
1926 – 1929	25,0%	50,0%	25,0%	100,0
1929-1932	12,5%	50,0%	37,5%	100,0
1932- 1935	14,5%	57,3%	28,2%	100,0
1935- 1938	20,5%	48,8%	30,7%	100,0
1938 – 1941	18,8%	52,0%	28,3%	100,0

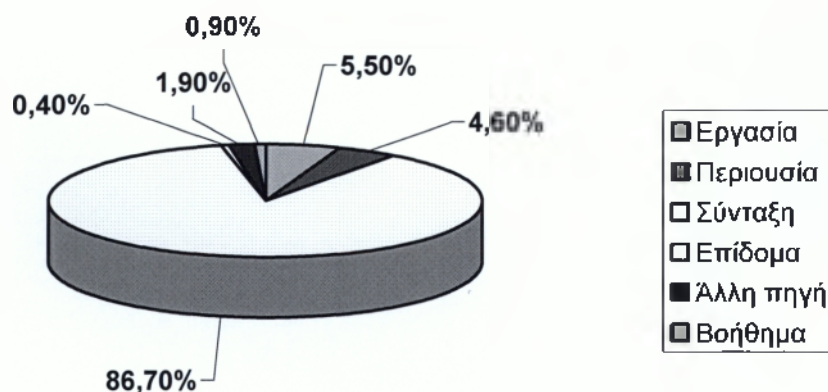
1941-1944	16,7%	56,3%	27,0%	100,0
1944-1947	16,2%	55,5%	28,3%	100,0
1947-1952	14,3%	57,1%	28,6%	100,0
1952 - 1957	12,2%	61,5%	26,3%	100,0
Σύνολο (N)	N = 18	N = 61	N = 31	N = 110

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Πηγή εισοδήματος

Πηγή	Αριθμός	%
Εργασία	461	5,5
Περιουσία	389	4,6
Σύνταξη	7.278	86,7
Επίδομα	35	0,4
Άλλη πηγή	164	1,9
Βοήθημα	75	0,9
Σύνολο	8.402	100,0

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα



Διάγραμμα 3.4: ΠΗΓΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ

Η πηγή εισοδήματος των ηλικιωμένων της έρευνας παρουσιάζεται στον Πίνακα 15.

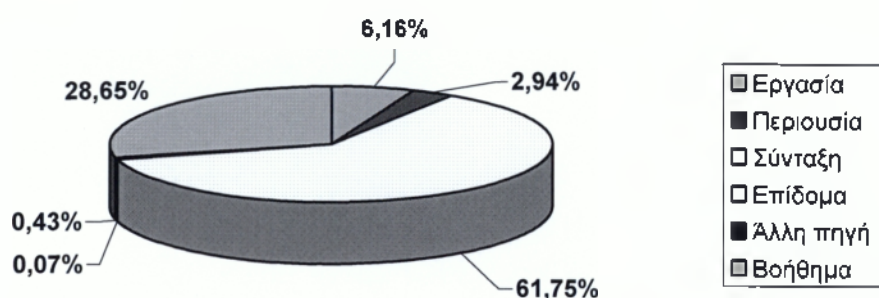
Η μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων συντηρείται από τα έσοδα κάποιας σύνταξης (86,7%). Ελάχιστοι ζουν από περιουσία (4,6%) και ένα 5,5% εξακολουθούν να ζουν από την εργασία τους.

Εξετάζοντας την πηγή εισοδήματος κατά φύλο, παρατηρούμε μικρές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών (Πίνακας 16).

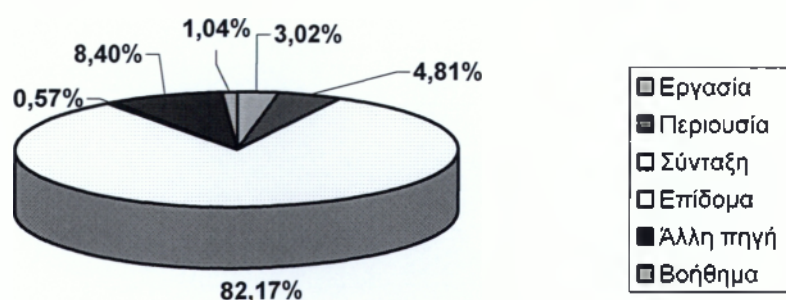
ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Πηγή εισοδήματος κατά φύλο

Πηγή	Άνδρες	Γυναίκες	Αμφότεροι
Εργασία	8,6%	3,2%	5,5%
Περιουσία	4,1%	5,1%	4,6%
Σύνταξη	86,2%	87,1%	86,7%
Επίδομα	0,1%	0,6%	0,4%
Άλλη πηγή	0,6%	8,9%	1,9%
Βοήθημα	0,4	1,1%	0,9%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα



Διάγραμμα 3.5: ΠΗΓΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΝΔΡΩΝ



Διάγραμμα 3.6: ΠΗΓΕΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Οι διαφορές που παρατηρούμε μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι ότι μεγαλύτερο ποσοστό ανδρών εξακολουθεί να ζει από εισόδημα εργασίας (8,6% των ανδρών έναντι του 3,2% των γυναικών) και μεγαλύτερο ποσοστό γυναικών ζει από «άλλη πηγή» και «βοηθήματα».

Ακολουθεί η εξέταση της πηγής εισοδήματος κατά φύλο και κατά ομάδα ηλικιών (Πίνακες 17 και 18).

ΠΙΝΑΚΑΣ 17. Πηγή εισοδήματος κατά ομάδα ηλικιών-Άνδρες

Έτος	Εργασία	Περιουσία	Σύνταξη	Επίδομα	Άλλη πηγή	Βοήθημα	Σύνολο
1926– 1929			100,0%				100,0
1929-1932	—	—	84,6%	-	15,4%	-	100,0
1932- 1935	—	5,1%	94,9%	-	—	-	100,0
1935- 1938	1,4%	3,7%	94,9%	—	—	-	100,0
1938– 1941	1,9%	2,9%	94,5%	-	—	0,7%	100,0
1941-1944	2,6%	3,9%	92,0%	-	0,9%	0,0%	100,0
1944-1947	5,5%	5,1%	88,5%	-	0,5%	0,4%	100,0
1947-1952	26,0%	2,8%	68,5%	0,7	1,3%	0,7%	100,0
1952- 1957	32,8%	6,0%	61,2%	-	-	-	100,0
Σύνολο	N= 16	N =7	N 164	N=1	N=2	N=1	N=190

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

ΠΙΝΑΚΑΣ 18. Πηγή εισοδήματος κατά ομάδα ηλικιών-Γυναίκες

Έτος	Εργασία	Περιουσία	Σύνταξη	Επίδομα	Άλλη	Βοήθημα	Σύνολο
γεννήσεως							
1926– 1929			100,0	—	-	-	100,0
1929-1932	-	-	100,0	-	-	-	100,0
1932- 1935	-	5,1%	89,8%	5,1%	-	-	100,0
1935- 1938	-	1,4%	95,8%	-	1,4%	1,4%	100,0
1938– 1941	0,8%	3,8%	93,0%	0,8%	1,6%	-	100,0
1941-1944	1,0%	4,0%	91,8%	0,6%	1,6%	1,0%	100,0
1944-1947	2,0%	5,4%	87,7%	0,5%	3,4%	1,0%	100,0
1947-1952	9,1%	7,6%	74,9%	0,7%	5,6%	2,1%	100,0

1952 - 1957	14,5%	12,0%	63,5%	-	7,5%	2,5%	100,0
Σύνολο	N=3	N=5	N=96	N=1	N=3	N=1	N=110

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Η σύνταξη παραμένει η κύρια πηγή εισοδήματος τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες όλων των ομάδων ηλικιών ιδιαίτερα στις πολύ μεγάλες ηλικίες. Από περιουσία ζουν περισσότερες γυναίκες κάτω των 68 ετών (έως 12%) ενώ από την εργασία τους ζουν ακόμη περισσότεροι άνδρες κάτω των 68 ετών (έως 32,8%).

Στο ερώτημα ποιο Ταμείο ή άλλο είναι η πηγή της σύνταξης ή του επιδόματος ελάχιστοι απάντησαν, όπως φαίνεται από τους Πίνακες 19 και 20.

Η απάντηση στο ερώτημα αυτό θα ήταν πολύ χρήσιμη όχι μόνο για να γνωρίσουμε την πηγή του εισοδήματος αλλά και για να αποκτήσουμε κάποια γνώση σχετικά με το ποσό με το οποίο ζουν οι περισσότεροι ηλικιωμένοι της έρευνας.

Ελάχιστοι αναφέρουν ότι έχουν βοήθεια από φιλανθρωπικές οργανώσεις ή από την Εκκλησία. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι οι περιπτώσεις που αναφέρουν αυτή την πηγή βοήθειας είναι κυρίως γυναίκες.

Μία ιδέα των ταμείων που καλύπτουν τους ηλικιωμένους της έρευνας έχουμε από επαγγέλματα των ανδρών και των γυναικών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 21. Επαγγέλματα- Κατά φύλο

	Επάγγελμα	Άνδρες	Γυναίκες
1.	Νοικοκυρές	-	48,1%
2.	Συνταξιούχοι κατά την ενεργό ηλικία	0,1%	
3.	Γεωργοί, αγροτεργάτες	20,7%	19,1%
4.	Κτηνοτρόφοι, πτηνοτρόφοι	1,0%	0,2%
5.	Δασοκόμοι, υλοτόμοι	1,4%	-
6.	Αλιείς, αλιεργάτες	1,6%	0,2%
7.	Εργάτες	10,9%	7,6%
8.	Εργοδηγοί, αρχιεργάτες	0,2%	-
11.	Κλωστές, υφαντές, πλέκτες, βαφείς κλπ.	0,6%	1,7%
12.	Βυρσοδέψες, επεξεργαστές δερμάτων και γουνών	0,1%	-

13.	Τεχνίτες και εργάτες παραγωγής τροφίμων και ποτών	0,3%	0,3%
14.	Τυπογράφοι, βιβλιοδέτες, φωτογράφοι, χαράκτες	1,7%	-
15.	Ελαιοχρωματιστές	0,4%	-
16.	Τεχνίτες και εργάτες δομικών έργων	0,9%	0,1%
17.	Χειριστές μηχανημάτων διακινήσεως υλικού και διευθετήσεως του εδάφους, λιμενεργάτες και φορτοεκφορτωτές	6,3%	0,1%
18.	Κατώτερο προσωπικό καταστρώματος και μηχανοστασίου πλοίων, φορτιγίδων και λέμβων	1,8%	-
19.	Μία τέχνη	1,0%	0,1%
20.	Αυτοκινητιστές, ταξιτζήδες, οδηγοί	2,4%	0,3%
21.	Ξυλουργοί, Επιπλοποιοί	2,3%	-
22.	Κομμωτές	2,3%	-
23.	Υπάλληλοι γραφείου	0,9%	-
24.	Έμποροι, πωλητές	7,0%	1,5%
25.	Κυρίως απασχολούμενοι στις παροχές υπηρεσιών	10,5	1,4%
26.	Ράπτες ενδυμάτων, τεχνίτες ταπετσαρίας	2,6%	1,2%
27.	Υποδηματοποιοί και επιδιορθωτές υποδημάτων	1,5%	1,3%
28.	Σιδηρουργοί, κατασκευαστές εργαλείων και χειριστές μηχανουργικών εργαλείων	2,6%	0,1
29.	Εφαρμοστές, συναρμολογητές μηχανών, κατασκευαστές και επισκευαστές οργάνων ακριβείας	1,1%	-
30.	Μηχανοτεχνίτες αυτοκινήτων, μοτοσυκλετών, αεροπλάνων	0,5%	-
31.	Ηλεκτροτεχνίτες και εφαρμοστές ηλεκτρονικού και τεχνίτες συναφών εργασιών	0,4%	-
32.	Χειριστές μηχανημάτων	0,4%	-
33.	Υδραυλικοί, συγκολλητές μετάλλου και τεχνίτες μεταλλικών συσκευών	0,5%	-
34.	Κοσμηματοποιοί και τεχνίτες πολυτίμων μετάλλων	0,2%	-
35.	Υαλουργοί, αγγειοπλάστες, κεραμουργοί και τεχνίτες συναφών εργασιών	0,4%	-
36.	Επιχειρηματίες, βιομήχανοι, εφοπλιστές	0,2%	-

37.	Βιοτέχνες	0,2%	-
38.	Στρατιωτικοί	0,8%	-
39.	Υπηρετούντες στα σώματα ασφαλείας	1,3%	-
40.	Αξιωματικοί πλοίων και αεροπλάνων	0,1%	-
41.	Βιολόγοι, Γεωπόνοι	0,1%	-
42.	Ιατροί	0,2%	-
43.	Οικονομολόγοι, λογιστές (πτυχιούχοι ανωτάτων σχολών)	0,1%	-
44.	Νομικοί	0,3%	-
45.	Εκπαιδευτικοί	1,4%	0,4%
46.	Γλύπτες, γεωγράφοι, φωτογράφοι, σκηνοθέτες κ.ά. καλλιτέχνες	0,1%	-
47.	Συνθέτες, μουσικοί, χορευτές κ.ά. καλλιτέχνες	0,4%	-
48.	Βοηθοί παραϊατρικών, στελεχών επιχειρήσεων, μηχανικών, κοινωνικοί λειτουργοί	0,1%	-
49.	Χωρίς καμία επαγγελματική εξειδίκευση	1,1%	0,7%

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι οι άρρενες ηλικιωμένοι είναι κυρίως γεωργοί, εργάτες και τεχνίτες, έμποροι και πωλητές. Οι γυναίκες είναι κυρίως νοικοκυρές, αγρότισσες και εργάτριες. Τα ασφαλιστικά τους ταμεία και οι πηγές συντάξεων τους θα είναι ανάλογες.

Κλείνοντας το κεφάλαιο αυτό παρατηρούμε ότι οι ηλικιωμένοι της έρευνας θεωρούν κακή την οικονομική τους κατάσταση. Ανεξάρτητα από το ποιο ύψος εισοδήματος θεωρείται ότι προσδιορίζει τα όρια της φτώχειας, σε όλες τις χώρες, οι γυναίκες, οι αγρότες και οι υπερήλικες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να χαρακτηρισθούν φτωχοί. Αυτό οφείλεται σε γενικούς παράγοντες όπως:¹⁷

α) Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης των ηλικιωμένων και εντονότερα των γυναικών, ιδιαίτερα στα χωριά. Στην Ελλάδα όπως και σε άλλες χώρες, το χαμηλό εισόδημα συσχετίζεται θετικά με το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Επί πλέον και η διανομή γενικότερα του εισοδήματος επηρεάζει την οικονομική θέση των ηλικιωμένων γιατί

¹⁷ Κανελλόπουλος, Κ.Ν., Οι Ηλικιωμένοι στην Ελλάδα: Στατιστική Ανάλυση των Κοινωνικο-οικονομικών Χαρακτηριστικών, Αθήνα, ΚΕΠΕ, 1982, σελ. 43 - 44.

όσο πιο χαμηλό είναι το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο πιο άνιση αποδεικνύεται αυτή η κατανομή.

β) *Η θέση των ηλικιωμένων στην αγορά εργασίας.* Για τον εργαζόμενο οι απολαβές του είναι το γινόμενο των ωρών που εργάζεται επί το ποσό που τυχαίνει να είναι η ωριαία αμοιβή. Αυτό δεν ισχύει για όσους έχουν αποσυρθεί από την αγορά εργασίας και τα έσοδα τους προέρχονται από συντάξεις ή άλλες πηγές όπως επιδόματα, ενοίκια, μερίσματα, τόκους κ.ο.κ. και το εισόδημα αυτό, κατά μέσον όρο, μειώνεται σε σχέση με το εισόδημα από την εργασία.

γ) *Μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων δεν είχε ικανοποιητική κοινωνική ασφάλιση κατά τον χρόνο εργασίας ή δεν είχε καθόλου καλυφθεί ασφαλιστικά.* Οι παραπάνω παράγοντες παρουσιάζονται και επηρεάζουν εντονότερα τα πολύ ηλικιωμένα άτομα και τις γυναίκες. Δεδομένου ότι ο υπό έρευνα πληθυσμός περιλαμβάνει μεγάλο ποσοστό ατόμων αυτών των δύο κατηγοριών και του συνδυασμού τους, είναι φυσικό και αναμενόμενο η οικονομική τους κατάσταση να είναι κακή.

Εν τούτοις, πριν ληφθούν μέτρα και καταρτιστούν κοινωνικά προγράμματα για τα άτομα ή τις ομάδες αυτές, ένα ακόμα στοιχείο θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψη. Όπως προκύπτει από τις διάφορες μελέτες των νοικοκυριών, παρατηρείται αξιοσημείωτη μεταβίβαση χρημάτων εντός του νοικοκυριού και αλληλοβοήθεια μεταξύ των μελών της οικογένειας. Στην περίπτωση όμως των ερωτώμενων της παρούσας έρευνας, η αξιολόγηση της οικονομικής τους κατάστασης αφορά το νοικοκυριό τους γενικά και όχι τα ατομικά τους εισοδήματα μόνο. Έτσι, το γενικό συμπέρασμα παραμένει ότι μόνο το ένα πέμπτο των ερωτηθέντων βρίσκεται σε καλή οικονομική κατάσταση, όπως ανέφεραν οι ίδιοι.

3.1.1. Οικονομική κατάσταση (κατά την προσωπική γνώμη των ερωτωμένων)

Με ποσοστό που κυμαίνεται γύρω στο 60%, οι ηλικιωμένοι, άνδρες και γυναίκες, απαντούν ότι θεωρούν την οικονομική τους κατάσταση μέτρια, ενώ καλή τη θεωρεί ένα ποσοστό γύρω στα 23%.

Συγκρίνοντας τις απαντήσεις αυτές με εκείνες που είχαν δοθεί κατά την προλειτουργική έρευνα για το ΚΑΠΗ, παρατηρούμε αισθητή διαφορά ανάμεσα στις δύο πληθυσμιακές ομάδες που ερευνήθηκαν. Τα μέλη του ΚΑΠΗ δηλώνουν καλύτερη οικονομική κατάσταση απ' ό,τι η ομάδα πληθυσμού της προλειτουργικής έρευνας.

Ως προς τις διαφορές μεταξύ των δύο φύλων τα αποτελέσματα και των δύο βρευνών συγκλίνουν στη διαπίστωση ότι οι γυναίκες, και ιδιαίτερα όσες ανήκουν στην τέταρτη ηλικία, βρίσκονται σε ασθενέστερη οικονομική θέση απ' ό,τι οι άνδρες. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποδοθεί:

α) στο ότι η γυναίκα έχει μικρή συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό και β) ότι συνταξιοδοτείται πολλές φορές νωρίτερα.¹⁸

Εκτός από τη διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών που είναι ίσως η πιο σημαντική και κραυγαλέα, υπάρχει και κάποια ακόμη, που αφορά στις ομάδες ηλικιών.

Συγκεκριμένα η τρίτη ηλικία (60-74 ετών) και στους άνδρες και στις γυναίκες φαίνεται να βρίσκεται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση απ' ό,τι η ονομαζόμενη τέταρτη ηλικία (75-85 ετών και άνω).

Κατά την πορεία της έρευνας αποδείχθηκε ότι αυτοί που συνταξιοδοτήθηκαν από παλιά έχουν χαμηλότερο εισόδημα από ό,τι εκείνοι που βγήκαν στη σύνταξη πρόσφατα και που έχουν συντάξεις προσαρμοσμένες στις σύγχρονες οικονομικές απαιτήσεις.

3.1.2. Πηγή εισοδήματος

Η σύνταξη είναι αυτή που αποτελεί τη βασική πηγή εισοδήματος των ηλικιωμένων ατόμων, με ποσοστά γύρω στο 85% και για τα δύο φύλα. Σε ποσοστό 65% υπάρχει παράλληλα και περιουσία ως πηγή εισοδήματος.

Η παρατήρηση αυτή αφορά και στα δύο φύλα. Στην τέταρτη ηλικία, το ποσοστό της σύνταξης ως πηγή εισοδήματος είναι μεγαλύτερο, απ' ό,τι στην τρίτη ηλικία κι αυτό ερμηνεύεται από το γεγονός ότι η τρίτη ηλικία (60-74 ετών) λόγω ορισμένων ενασχολήσεων ενδέχεται, να αργοπορήσει να βγει στη σύνταξη, ενώ αυτού του είδους η επιλογή ελαχιστοποιείται για την τέταρτη ηλικία (75-85 ετών και άνω) ή μάλλον εκμηδενίζεται. Οι άλλες υποκατηγορίες βοήθημα και επίδομα, δεν έχουν αξιόλογα ποσοστά ως πηγές εισοδήματος.

Η εργασία, ως δεύτερη πηγή εισοδήματος, αφορά στο 7,5-10,0% του δείγματος και για τα δύο φύλα, ενώ η σημασία της ως μοναδικής πηγής εισοδήματος είναι μηδαμινή

¹⁸ ΤΣΑΟΥΣΗΣ, Δ. - ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΗ, Α. - ΑΣΤΡΙΝΑΚΗ, Ο. - ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ-ΓΚΙΚΑ, Δ. - ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ, Α. - ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. - ΚΟΥΤΣΗΣ, Α. (1990), Κοινωνικές και χωροταξικές προϋποθέσεις λειτουργίας των ΚΑΠΗ ως θεσμών σύνδεσης των ηλικιωμένων με την κοινότητα, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα.

κι αυτό επιβεβαιώνεται από την αρνητική απάντηση των ηλικιωμένων στην ερώτηση αν απασχολούνται επαγγελματικά, κατά το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας. Η εργασία λοιπόν, για όσους τη δηλώνουν σαν πηγή εισοδήματος διαδραματίζει ένα καθαρά συμπληρωματικό ρόλο.

3.1.3. Επαγγελματική απασχόληση (κατά το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας)

Με ποσοστά που κυμαίνονται γύρω στο 90% και για τα δύο φύλα και για τα δύο υποδείγματα, οι ηλικιωμένοι της έρευνας απαντούν ότι δεν απασχολούνται επαγγελματικά (τη στιγμή που διεξαγόταν η έρευνα). Το στοιχείο αυτό, πέραν του ενδιαφέροντος που παρουσιάζει από οικονομικής πλευράς, υποδηλώνει ότι οι ηλικιωμένοι έχουν πολύ ελεύθερο χρόνο στη διάθεση τους.

Για την πλήρη απασχόληση τα ποσοστά είναι σχεδόν ανύπαρκτα, ενώ για τη μερική απασχόληση είναι πιο αυξημένα ιδιαίτερα στους άνδρες και περισσότερο σ' αυτούς της τρίτης ηλικίας.

3.1.4. Επάγγελμα πριν τη συνταξιοδότηση

Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας οι περισσότεροι ηλικιωμένοι άνδρες εργάστηκαν ως τεχνίτες, γεωργοί, εργάτες (χωρίς ειδίκευση) έμποροι, πωλητές, υπάλληλοι γραφείου.

Συγκρίνοντας την τρίτη με την τέταρτη ηλικία παρατηρούμε ότι από αυτούς που ανήκουν στην τέταρτη ηλικία όσοι ασχολήθηκαν με τη γεωργία, παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό από εκείνους της τρίτης ηλικίας ενώ αυτοί που ήταν τεχνίτες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά στην τρίτη από ό,τι στην τέταρτη ηλικία.

Οι ηλικιωμένες γυναίκες, σχεδόν κατά το 1/2 του δείγματος, δηλώνουν οικιακά. Οι υπόλοιπες, σχεδόν κατά το 21 % ήταν γεωργοί, εργάτριες καθώς και απασχολούμενες στην παροχή υπηρεσιών.

Συγκρίνοντας τις ομάδες τρίτης και τέταρτης ηλικίας παρατηρούμε σημαντικές διαφορές όσον αφορά στις γυναίκες της τέταρτης ηλικίας οι οποίες σε σχέση με εκείνες της τρίτης, παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά στην κατηγορία των απασχολουμένων στη γεωργία, γεγονός που οφείλεται στη φθίνουσα τάση του αγροτικού πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΗΣ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

4.1. Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ανεξάρτητα από τις ομάδες ηλικιών, η υγεία του πληθυσμού της έρευνας αποτελεί αναμφισβήτητα βασικότατο τομέα κοινωνικής μέριμνας και πολιτικής. Οπωσδήποτε, για την ομάδα ηλικίας 60 ετών και άνω, η υγεία αποτελεί πρωταρχικό αντικείμενο μελέτης.

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, ειδικότερα γι' αυτήν την ομάδα πληθυσμού προκύπτει ότι: το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση ανέρχεται σε 71 χρόνια για τους άνδρες και 74 χρόνια για τις γυναίκες. Στην ηλικία των 60 ετών ανέρχεται αντίστοιχα σε 17,5 και 19,3 χρόνια (Πηγή ΕΣΥΕ. Απογραφή 1971).

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας περιελάμβανε τις εξής ερωτήσεις σχετικά με την υγεία. Α. Κατάσταση υγείας. Β. Αναπηρία, εάν υπάρχει και ποια και Γ. Εάν το ηλικιωμένο άτομο έχει πρόβλημα υγείας, τότε πού απευθύνεται.

Α. Σχετικά με την κατάσταση υγείας οι ερωτώμενοι στο σύνολο τους (άνδρες, γυναίκες) δίνουν τις εξής απαντήσεις. Το 17,1% των ερωτώμενων απαντά ότι έχει καλή υγεία. Οι σημαντικότερες ασθένειες που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι είναι οι καρδιακές (26,1%) και οι ρευματικές παθήσεις (16,9%).

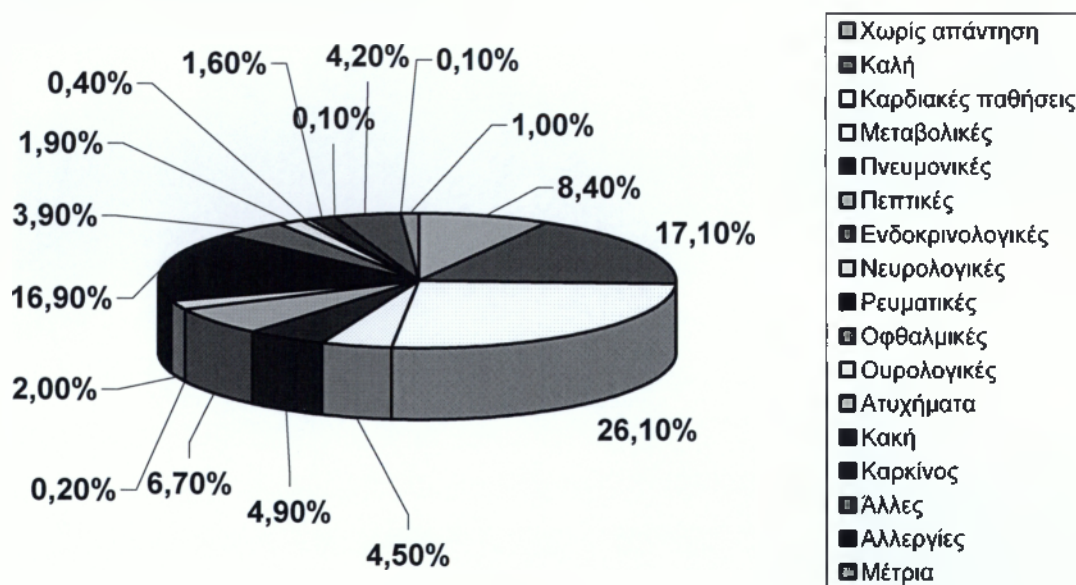
Εκτός των δύο βασικών αυτών παθήσεων κατά σειρά αναφέρονται οι πεπτικές παθήσεις (6,7%), οι πνευμονικές (4,9%) οι μεταβολικές (4,5%) και οι οφθαλμικές (3,9%). Ακολουθούν άλλες παθήσεις με πιο μικρά ποσοστά.

Β. Όσον αφορά το ερώτημα της αναπηρίας προκύπτει ότι το 73,8% του συνολικού πληθυσμού της έρευνας δεν παρουσιάζει καμιά αναπηρία. Το ποσοστό αυτό θα πρέπει να θεωρηθεί αρκετά υψηλό. Από τις αναπηρίες που εμφανίζονται στον πίνακα, εκείνες των άνω και κάτω άκρων παρουσιάζουν σχετικά υψηλό ποσοστό (5,5%), με αμέσως επόμενη υποκατηγορία την τυφλότητα (2,6%) και την κώφωση (1,2%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 35. Κατάσταση υγείας

	%
Χωρίς απάντηση	8,4
Καλή	17,1
Καρδιακές παθήσεις	26,1
Μεταβολικές	4,5
Πνευμονικές	4,9
Πεπτικές	6,7
Ενδοκρινολογικές	0,2
Νευρολογικές	2,0
Ρευματικές	16,9
Οφθαλμικές	3,9
Ουρολογικές	1,9
Ατυχήματα	0,4
Κακή	1,6
Καρκίνος	0,1
Άλλες	4,2
Αλλεργίες	0,1
Μέτρια	1,0
Σύνολο	100,0

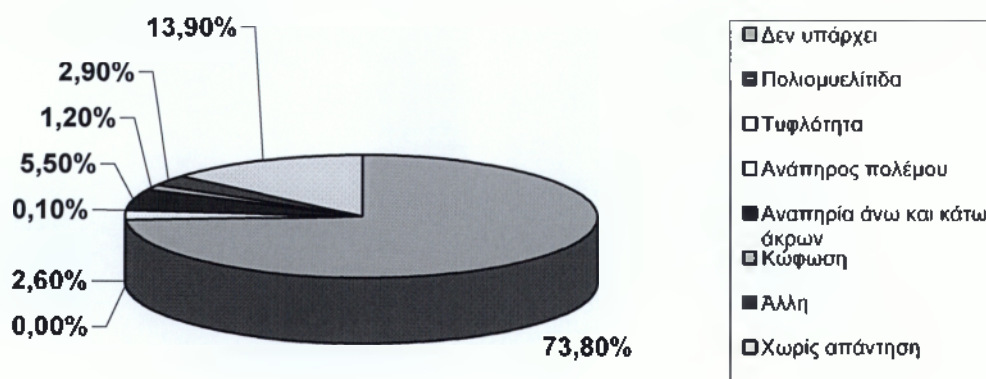
ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα



ΠΙΝΑΚΑΣ 36. Τύπος αναπηρίας

	%
Δεν υπάρχει	73,8
Πολιομυελίτιδα	0
Τυφλότητα	2,6
Ανάπηρος πολέμου	0,1
Αναπηρία άνω και κάτω άκρων	5,5
Κώφωση	1,2
Άλλη	2,9
Χωρίς απάντηση	13,9
Σύνολο	100,0

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

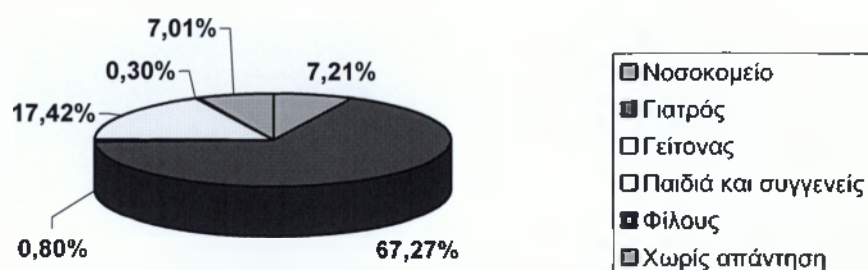
**Διάγραμμα 4.2.: ΤΥΠΟΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**

Γ. Οι ηλικιωμένοι (γυναίκες και άνδρες) ρωτήθηκαν πού απευθύνονται όταν αντιμετωπίζουν πρόβλημα υγείας. Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις, γυναίκες και άνδρες με ποσοστά 61,7% και 67,2% αντίστοιχα, θα απευθυνόντουσαν στο γιατρό. Υπάρχει όμως κι ένα σημαντικό ποσοστό ιδίως γυναικών (22,4%) που θα στρέφονταν στα παιδιά τους και στους συγγενείς. Το αντίστοιχο ποσοστό για τους άνδρες είναι μειωμένο με 17,4%. Το νοσοκομείο είναι η τρίτη επιλογή των ερωτώμενων με ποσοστά γύρω στα 7,0% και για τα δύο φύλα.

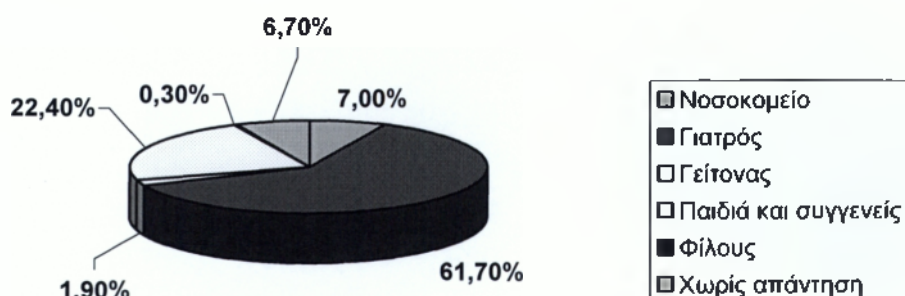
ΠΙΝΑΚΑΣ 37. Προβλήματα υγείας. Πού απευθύνονται

	Άνδρες	Γυναίκες
Νοσοκομείο	7,2	7,0
Γιατρός	67,2	61,7
Γείτονας	0,8	1,9
Παιδιά και συγγενείς	17,4	22,4
Φίλους	0,3	0,3
Χωρίς απάντηση	7,0	6,7

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα



Διάγραμμα 4.3: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΔΡΩΝ



Διάγραμμα 4.4: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Συμπερασματικά, όσον αφορά το θέμα της υγείας, πρέπει να αναφερθεί ότι αυτή παρουσιάζεται αρκετά καλή μεταξύ των ηλικιωμένων.

Η αναπηρία επίσης δεν εμφανίζει ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά. Ο γιατρός τελικά είναι το πρόσωπο που προτιμούν οι ηλικιωμένοι της έρευνας όταν αισθάνονται ότι έχουν πρόβλημα υγείας.

4.2. Ο ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

Όπως προκύπτει από την ελληνική βιβλιογραφία, η κατοικία αποτελεί ζωτικό χώρο για τους ηλικιωμένους. Γιατί για τον άνθρωπο αυτής της ηλικίας το «περιβάλλον» στο οποίο ζει είναι πρωταρχικής σημασίας.

Γενικότερα, το στεγαστικό πρόβλημα στην Ελλάδα πάντοτε ήταν οξύ και επιδειωνόταν συνεχώς από τους αλληπάλληλους πολέμους, τις φυσικές καταστροφές, αφίξεις πολιτικών προσφύγων και, πιο πρόσφατα, από κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές.¹⁹

ΠΙΝΑΚΑΣ 38. Κατάσταση κατοικίας

	Άνδρες N = 190		Γυναίκες N = 110	
Ιδιόκτητη	64,3	(122)	57,5	(63)
Ενοίκιο	13,4	(26)	13,6	(15)
Με παραχώρηση	7,4	(14)	10,8	(12)
Άλλο	2,0	(4)	3,3	(4)
Χωρίς απάντηση	12,9	(24)	14,9	(16)
Σύνολο	100,0		100,0	

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Ακριβώς επειδή η στέγαση αποτελεί σημείο ειδικού ενδιαφέροντος, μεταξύ του 1970 και 1974 ο στεγαστικός τομέας ήταν ένας από τους πιο δυναμικούς της ελληνικής οικονομίας. Στην περίοδο αυτή εκδίδονταν οικοδομικές άδειες για 15,4 νέες κατοικίες, κατά μέσον όρο, ανά 1000 κατοίκους το χρόνο, που ήταν ο υψηλότερος

¹⁹ Μελέτη για τη βελτίωση των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περιθάλψεως των ασφαλιστικών φορέων του αστικού πληθυσμού, ΕΛΚΕΠΑ, Αθήνα, 1982.

ρυθμός στην Ευρώπη.²⁰ Σχετικά με τις συνθήκες στέγασης των ηλικιωμένων δεν υπάρχουν στοιχεία. Μόνον μέσω των αναλύσεων που αφορούν όλο τον πληθυσμό μπορούν να αναφερθούν μερικές διαπιστώσεις.

α) την ιδιοκτησία

β) τον τύπο κατοικίας

γ) τον αριθμό δωματίων. Τα στοιχεία που προκύπτουν είναι τα εξής:

Α. Οι ερωτώμενοι, άνδρες και γυναίκες, σε υψηλά ποσοστά (64,3% και 57,5% αντίστοιχα) κατοικούν σε ιδιόκτητες κατοικίες. Τα στοιχεία της έρευνας συμφωνούν απόλυτα μ' εκείνα της απογραφής της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (ΕΣΥΕ) του 1971, όπου το 70% των οικογενειών ζούσαν σε ιδιόκτητα σπίτια, 25,5% πλήρωναν ενοίκιο και 4,5% κρατούσαν τα σπίτια τους με άλλα μέσα. Από τα στοιχεία της έρευνας προκύπτει μόνον ότι οι άνδρες κατά περίπου 7% περισσότερο διαθέτουν ιδιόκτητες κατοικίες σε σχέση με τις γυναίκες.

Η κατοικία με ενοίκιο, που αποτελεί τη δεύτερη μεγάλη κατηγορία, παρουσιάζει τα ίδια ποσοστά και για τα δύο φύλα (13% περίπου).

Ο παράγοντας ηλικία στην ιδιοκτησία της κατοικίας παρουσιάζεται αυξημένος στις ομάδες ηλικιών από 77 έως 63 χρόνων, και στους άνδρες και στις γυναίκες. Οι μεγαλύτερες ηλικίες παρουσιάζουν αρκετά χαμηλά ποσοστά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 39. Κατάσταση κατοικίας -Γυναίκες

Έτος γεννήσεως	Ιδιόκτητη	Ενοίκιο	Με παραχώρηση	Άλλο	Χωρίς απάντηση
1926- 1929	0,1		0,1	—	0,1
1929-1932	0,6	0,1	0,1	—	0,1
1932- 1935	1,0	0,3	0,2	0,2	0,4
1935- 1938	4,1	1,1	1,1	0,4	1,3
1938- 1941	7,6	1,8	1,7	0,8	2,4
1941-1944	12,9	2,9	2,9	0,5	3,2
1944-1947	14,3	3,2	2,7	0,7	3,5
1947-1952	12,2	3,0	1,5	0,4	2,4
1952 - 1957	3,8	1,0	0,5	0,3	0,3
Χωρίς απάντηση	0,7	0,2	0,1	0,1	1,1

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

²⁰ Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-1980. Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών «Κατοικία». Έκθεση ομάδας εργασίας, Αθήνα 1976.

ΠΙΝΑΚΑΣ 40. Κατάσταση κατοικίας - Άνδρες

Έτος γεννήσεως	Ιδιόκτητη	Ενοίκιο	Με παραχώρηση	Άλλο	Χωρίς απάντηση
1926- 1929	0,1				0,1
1929-1932	0,3	0,2	—	0,1	0,2
1932- 1935	1,1	0,3	0,3	—	0,5
1935- 1938	5,1	0,9	0,7	0,3	1,3
1938- 1941	9,6	2,0	1,8	0,4	2,5
1941-1944	15,0	3,2	1,8	0,4	3,1
1944-1947	16,7	3,0	1,8	0,3	2,7
1947-1952	12,1	2,8	0,7	0,4	1,4
1952 - 1957	3,9	0,?	0,2	0,1	0,4
Χωρίς απάντηση	0,5	0,1	—	—	0,8

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Β. Σημαντικό ερώτημα για τους ηλικιωμένους είναι το εάν μένουν σε πολυκατοικία ή μονοκατοικία.

Γεγονός πάντως αποτελεί για τους μελετητές ότι τα προβλήματα που παρουσιάζει για την τρίτη ηλικία η παραμονή σε μονοκατοικία ή πολυκατοικία είναι διαφορετικά και ποικίλα. Στη μονοκατοικία οι ηλικιωμένοι: πολύ συχνά κατοικούν σε σπίτια χωρίς σύγχρονες ανέσεις ως προς τα θέματα υγείας, πράγμα σημαντικό για άτομα με προβλήματα κινητικά, ούρησης, αφόδευσης. Επίσης οι ακατάλληλες συνθήκες θέρμανσης μπορούν να έχουν επικίνδυνες συνέπειες.²¹

Στα διαμερίσματα, οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν άλλου είδους προβλήματα. Μικροί χώροι, δύσκολη διακίνηση (έλλειψη ασανσέρ κλπ.), ανύπαρκτοι ακάλυπτοι χώροι.

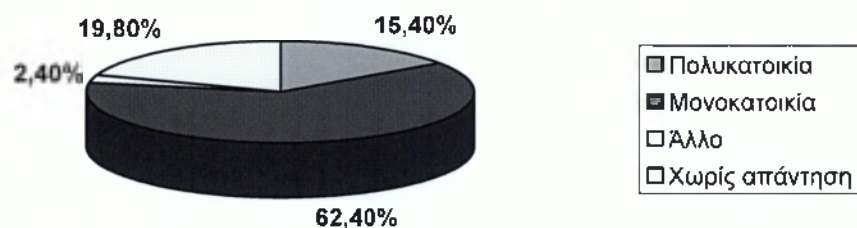
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων (ανδρών και γυναικών, γύρω στο 64%) μένουν σε μονοκατοικία.

²¹ Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα. Έκθεση της Ελληνικής Εθνικής Επιτροπής για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, Ηνωμένα Έθνη, Βιέννη, 1982, Αθήνα, 1982.

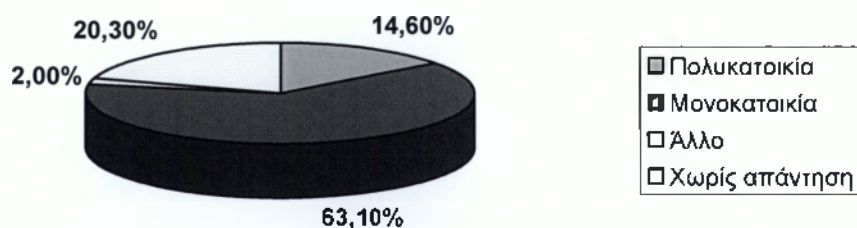
ΠΙΝΑΚΑΣ 41. Κατάσταση κατοικίας (πολυκατοικία ή μονοκατοικία)

	Άνδρες	Γυναίκες
Πολυκατοικία	15,4	14,6
Μονοκατοικία	62,4	63,1
Άλλο	2,4	2,0
Χωρίς απάντηση	19,8	20,3
Σύνολο	100,0	100,0

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα



Διάγραμμα 4.5: ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΑΝΔΡΩΝ



Διάγραμμα 4.6: ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Η ίδια διαπίστωση προκύπτει όπως και στη σχέση ιδιοκτησίας- ενοικίου, και μεταξύ πολυκατοικίας-μονοκατοικίας σε συνάρτηση με τον παράγοντα ηλικία. Κι εδώ οι ερωτώμενοι που έχουν γεννηθεί από το 1906 και μετά κατοικούν σε μονοκατοικίες, σε μεγαλύτερα ποσοστά, όπως φαίνεται από τους Πίνακες 42 και 43 που ακολουθούν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 42. Κατάσταση κατοικίας (πολυκατοικία ή μονοκατοικία)-Γυναίκες

Έτος γεννήσεως	Πολυκατοικία	Μονοκατοικία	Άλλο	Χωρίς απάντηση
1926– 1929	–	0,2	-	0,1
1929-1932	0,1	0,7	-	0,1
1932- 1935	0,3	1,4	0,1	0,4
1935- 1938	1,3	4,5	0,3	2,0
1938– 1941	1,7	9,0	0,3	3,2
1941-1944	3,2	14,1	0,4	4,6
1944-1947	3,4	15,8	0,4	4,6
1947-1952	3,3	12,5	0,4	3,3
1952 - 1957	1,2	3,9	0,1	0,8
Χωρίς απάντηση	0,1	1,0	-	1,1

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

ΠΙΝΑΚΑΣ 43. Κατάσταση κατοικίας (πολυκατοικία ή μονοκατοικία)- Άνδρες

Έτος γεννήσεως	Πολυκατοικία	Μονοκατοικία	Άλλο	Χωρίς απάντηση
1926– 1929	0,1	0,1	-	0,1
1929-1932	0,1	0,3	0,1	0,3
1932- 1935	0,2	1,4	0,1	0,5
1935- 1938	1,4	4,7	0,2	1,9
1938– 1941	2,4	10,1	0,4	3,5
1941-1944	3,1	15,1	0,4	4,8
1944-1947	4,0	15,4	0,6	4,5
1947-1952	2,8	11,2	0,5	2,8
1952 - 1957	1,1	3,6	0,1	0,6
Χωρίς απάντηση	0,2	0,4	-	0,8

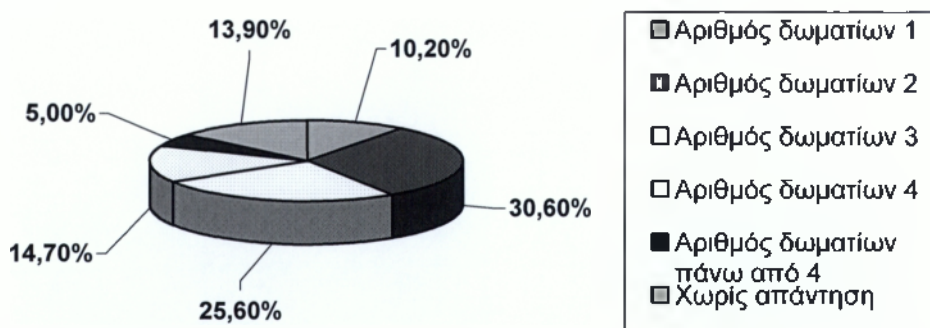
ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Γ. Σύμφωνα με το Πρόγραμμα Οικονομικής Ανάπτυξης που αναφέρεται στην κατοικία, «ο αριθμός των ατόμων κατά δωμάτιο ήδη έχει πέσει στο 1 περίπου και υπάρχουν, κατά μέσον όρο, περίπου 3 δωμάτια ανά κατοικία (χωρίς να περιλαμβάνεται η κουζίνα)».²² Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι μ' ένα ποσοστό γύρω στα 30% άνδρες και γυναίκες μένουν σε σπίτια με 2 δωμάτια, με επόμενη κατηγορία των 3 δωματίων και με ποσοστά κατά μέσον όρο γύρω στο 12%. Οι δύο ακραίες περιπτώσεις, δηλαδή κατοικίες του ενός δωματίου και εκείνες των 4 δωματίων και πάνω, συγκεντρώνουν τα χαμηλότερα ποσοστά. Διαπιστώνεται πάντως ότι οι ηλικιωμένοι άνδρες ζουν σε μεγαλύτερα σπίτια απ' ό,τι οι γυναίκες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 44.Κατοικία (αριθμός δωματίων)

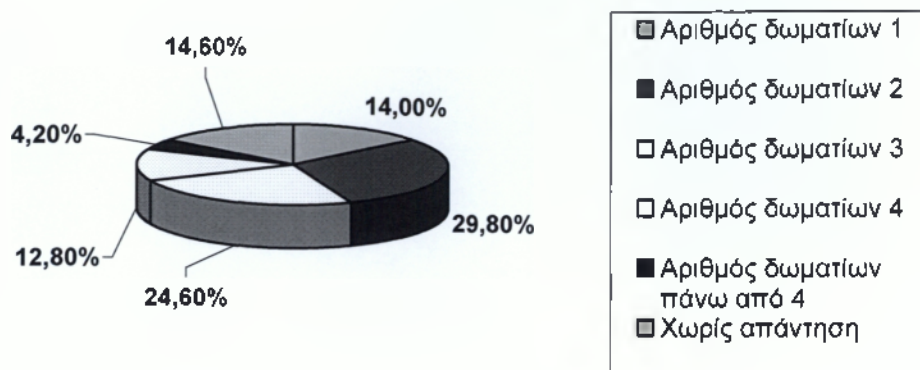
	Άνδρες	Γυναίκες
Αριθμός δωματίων 1	10,2	14,0
Αριθμός δωματίων 2	30,6	29,8
Αριθμός δωματίων 3	25,6	24,6
Αριθμός δωματίων 4	14,7	12,8
Αριθμός δωματίων Πάνω από 4	5,0	4,2
Χωρίς απάντηση	13,9	14,6
Σύνολο	100,0	100,0

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα



Διάγραμμα 4.7: ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ ΑΝΔΡΩΝ

²² Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-1980. Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών «Κατοικία». Έκθεση ομάδας εργασίας, Αθήνα 1976.



Διάγραμμα 4.8: ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΩΜΑΤΙΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Από τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με την κατοικία, προκύπτει ότι: Οι ερωτώμενοι άνδρες και γυναίκες μένουν σε ιδιόκτητες κατοικίες με ποσοστά 64,3% και 57,5% αντίστοιχα, που είναι κατά βάση μονοκατοικίες (γύρω στο 63% και για τα δύο φύλα) και διαθέτουν κατά μέσον όρο 2 δωμάτια (30% περίπου).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΟΥ ΚΑΠΗ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΚΑΠΗ

Πρωταρχικός στόχος της έρευνας αυτής είναι η εντόπιση της προσωπικής άποψης των μελών του ΚΑΠΗ για τα προγράμματα και για τον θεσμό γενικότερα.

Η ανοιχτή ερώτηση «τι έχει προσφέρει στη ζωή σας το ΚΑΠΗ» ανήκει στην ομάδα των ερωτήσεων που σκοπό έχουν να διαφωτίσουν πλήρως το θέμα της πολλαπλής προσφοράς των ΚΑΠΗ.

Οι απαντήσεις των ηλικιωμένων στα ερωτήματα αυτά που μας πληροφορούν ότι το ΚΑΠΗ τους προσφέρει κάθε είδους ψυχαγωγία (θέατρο, χορό, διασκέδαση) κυμαίνονται επί του συνόλου γύρω στο 30%.

Η συντροφιά (η παρέα, οι συζητήσεις) αποτελεί για τους ηλικιωμένους του δείγματος, μετά την ψυχαγωγία, την αμέσως επόμενη προσφορά του ΚΑΠΗ (με ποσοστά που κυμαίνονται γύρω στο 17%).

Αρκετά υψηλή θέση κατέχει και η γενική απάντηση, ιδιαίτερα από την πλευρά των ηλικιωμένων ανδρών και ασχέτως υποδείγματος ότι στο ΚΑΠΗ «όλα είναι ωραία και καλά».

Στις υπόλοιπες απαντήσεις, όπως τουλάχιστον διαμορφώθηκαν μετά την αποδελτίωση των ερωτήσεων, δεν παρατηρούνται αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ υποδειγμάτων και φύλου.

Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε ότι αρνητικά σχόλια για την προσφορά του ΚΑΠΗ είναι σχεδόν ανύπαρκτα. Εμφανίζεται μόνον ένα ποσοστό μελών του ΚΑΠΗ της τάξεως του, 1% που σαν αρνητικό στοιχείο αναφέρουν τους μικρούς και ακατάλληλους χώρους στους οποίους στεγάζονται ορισμένα ΚΑΠΗ, καθώς και τον καπνό που υπάρχει μέσα στους χώρους αυτούς.

Σημαντικές διαφορές μεταξύ τρίτης (60-74 χρόνων) και τέταρτης ηλικίας (75 και άνω) δεν παρατηρούνται.

Όπως φαίνεται η στάση και οι απόψεις των ηλικιωμένων απέναντι στο θεσμό δεν επηρεάζεται από τον παράγοντα ηλικία. Μόνον οι γυναίκες της τέταρτης ηλικίας θα ήθελαν από τα ΚΑΠΗ περισσότερη ιατρική κάλυψη.

Οι ελάχιστες μικρές διαφορές, που υπάρχουν στις άλλες υποκατηγορίες, στατιστικά μπορούν να θεωρηθούν ασήμαντες.

5.2. ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

5.2.1. Πολιτιστικές εκδηλώσεις: συμμετοχή

Η απομόνωση και η μοναξιά των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας θεωρείται βασικό πρόβλημα, όχι μόνο στη χώρα μας αλλά και παγκόσμια. Γιατί οι επιπτώσεις από τα συναισθήματα αυτά είναι άμεσες και ο ψυχικός κλονισμός αρκετά έντονος.

Έρευνες στην Καλαμάτα απέδειξαν το χαμηλό επίπεδο της συμμετοχής του γενικού πληθυσμού και ακόμη περισσότερο του ηλικιωμένου πληθυσμού σε πολιτιστικές δραστηριότητες.

Στην παρούσα έρευνα ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να αναφέρουν τους τρόπους ψυχαγωγίας τους. Στην ερώτηση αυτή οι ερωτώμενοι είχαν τη δυνατότητα να δώσουν μέχρι τρεις απαντήσεις. Η πρώτη και βασική διαπίστωση, όπως προκύπτει από την πρώτη απάντηση που έδωσαν οι ερωτώμενοι, είναι ότι η τηλεόραση κατέχει την πρώτη θέση στον τρόπο ψυχαγωγίας των ηλικιωμένων. Έτσι οι γυναίκες με ποσοστό 51,7%, και οι άνδρες με 50,2% δηλώνουν ότι ψυχαγωγούνται με την τηλεόραση. Σε επόμενη κατηγορία, οι μεν γυναίκες με το ραδιόφωνο (14,3%) οι δε άνδρες με το καφενείο ή τις λέσχες (16,8%). Αξιοσημείωτο βέβαια είναι το γεγονός ότι το 1/4 περίπου των ερωτώμενων γυναικών δηλώνει ότι δεν ψυχαγωγείται. Στην ίδια αυτή κατηγορία οι απαντήσεις των ανδρών είναι αρκετά πιο κάτω από τις απαντήσεις των γυναικών. Το 15,3% των ανδρών απαντά ότι δεν ψυχαγωγείται. Δηλαδή υπάρχει διαφορά μεταξύ των ηλικιωμένων γυναικών και ανδρών.

Επειδή τα μέσα μαζικής επικοινωνίας και ιδιαίτερα η τηλεόραση κατέχουν πρωταρχική θέση, είναι σκόπιμο να αναφερθούν και μερικές ακόμη διαπιστώσεις. Η ύπαρξη της τηλεόρασης θα πρέπει να έχει επιδράσει σημαντικά στη ζωή των ηλικιωμένων, ειδικά στις αγροτικές περιοχές.²³

Όλες οι άλλες δραστηριότητες, όπως τουλάχιστον απάντησαν οι ερωτώμενοι, παρουσιάζουν πολύ χαμηλά ποσοστά συμμετοχής, όπως φαίνεται στον Πίνακα 45.

²³ Γκιζέλης, Γρ., Μυριζάκης, Ι., Πασσά-Γαρδίκη, Ο., Τεπέρογλου, Α., «Πολιτιστικές δραστηριότητες στο πλαίσιο της οικογένειας», Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τ. 39-40. σελ. 198-220, 1980.

ΠΙΝΑΚΑΣ 45. Ψυχαγωγία

Α ΑΠΑΝΤΗΣΗ		
	Γυναίκες	Άνδρες
Ραδιόφωνο	14,3	10,5
Τηλεόραση	51,7	50,2
Επισκέψεις, γιορτές, ομιλίες, διάβασμα, παρέες	6,7	3,1
Κινηματογράφος	0,1	0,2
Καφενείο, Λέσχες	0,2	16,8
Εκκλησία	0,8	0,2
Πανηγύρια	0,5	0,3
Εκδρομές, βόλτες, περίπατος	2,0	3,4
Δεν ψυχαγωγείται	23,7	15,3

ΠΗΓΗ: Ιδία έρευνα

Συγκριτικά με άλλες έρευνες, που έγιναν πριν από χρόνια, διαπιστώνεται η πλήρης αντικατάσταση π.χ. του κινηματογράφου από την τηλεόραση. Σε έρευνα της ΠΟΥ του αγροτικού πληθυσμού²⁴ φαινόταν ότι ένα 15% των ανδρών 60-69 ετών και 5-9% των γυναικών της ίδιας ηλικίας είχαν πάει στον κινηματογράφο. Στην παρούσα έρευνα ο κινηματογράφος σαν τρόπος ψυχαγωγίας κυριολεκτικά εκμηδενίζεται.

Κι αυτό όχι μόνον στην πρώτη απάντηση αλλά και στη δεύτερη και στην τρίτη και των δύο φύλων. Όπως διαπιστώνεται από τον Πίνακα 46, ένα υψηλό ποσοστό ερωτώμενων δεν έδωσαν μια δεύτερη ή τρίτη απάντηση. Ιδιαίτερα η τρίτη απάντηση εκμηδενίζεται αφού το 90% και πάνω δεν απαντά. Ο τρόπος ψυχαγωγίας που αναφέρεται στην πρώτη απάντηση εμφανίζεται και στη δεύτερη.

Σε σχέση με τη μεταβλητή της ηλικίας δεν διαπιστώνονται ιδιαίτερες διακυμάνσεις. Όπως και στο κεφάλαιο της κατοικίας, έτσι κι εδώ οι ομάδες ηλικίας 63 -77 χρόνων, οι αριθμητικά πιο μεγάλες ομάδες της έρευνας, συμμετέχουν περισσότερο στις κατηγορίες ψυχαγωγίας που αναφέρθηκαν και στους άνδρες και στις γυναίκες.

²⁴ Heikkinen, E., Waters, W.E., Brzezinski, J., Οι ηλικιωμένοι σε έντεκα χώρες-κοινωνικο-ιατρική μελέτη ΠΟΥ, Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης, Κοπεγχάγη, 1982 (στα αγγλικά περιλαμβάνεται και η Ελλάδα).

Διαπιστώσεις προηγούμενων ερευνών ότι οι πιο «δημοφιλείς δραστηριότητες είναι οι οικογενειακές συγκεντρώσεις ή η συμμετοχή σε κοινωνικο-θρησκευτικές συναντήσεις», δεν βρίσκουν την ίδια απήχηση στην παρούσα έρευνα αφού τα ποσοστά τους εμφανίζονται μηδαμινά.²⁵

5.2.2. Πολιτιστικές εκδηλώσεις: ανάγκες

Στα πλαίσια της Παγκόσμιας Συνέλευσης Γήρατος των Ηνωμένων Εθνών το 1982 ψηφίστηκε το Σχέδιο Δράσης για τα Γηρατεία (Plan of Action).²⁶

Βασικός τομέας του Σχεδίου Δράσης ήταν τα ανθρωπιστικά θέματα με έμφαση στις ειδικές ανάγκες των ηλικιωμένων, όπως η υγεία, η κοινωνική πρόνοια και μεταξύ άλλων και η συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή. Από μελέτες που έγιναν στο χώρο μας διαπιστώνεται σε διάφορους τομείς η έστω μικρή συμμετοχή τους (όπως πολιτική, παιδεία, οικογένεια).²⁷

ΠΙΝΑΚΑΣ 46. *Οργανώσεις ή ιδρύματα που εξυπηρετούν τους ηλικιωμένους*

	%
Ναι	8,3
Όχι	75,3
Δεν ξέρω	4,1
Χωρίς απάντηση	12,3
ΣΥΝΟΛΟ	100,0

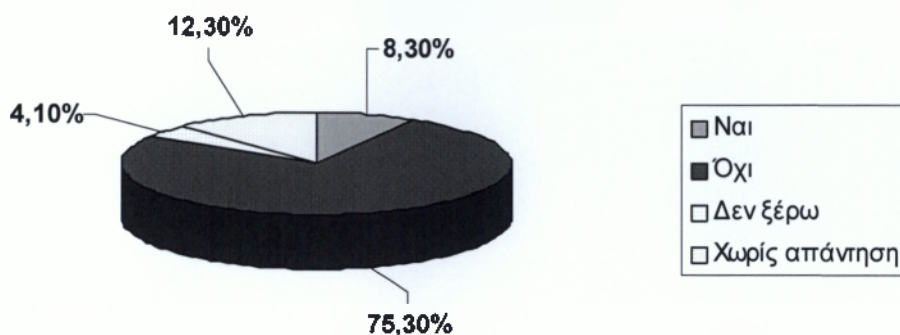
ΠΗΓΗ: *Ιδία έρευνα*

²⁵ Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα. Έκθεση της Ελληνικής Εθνικής Επιτροπής για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, Ηνωμένα Έθνη, Βιέννη, 1982, Αθήνα, 1982, σελ. 34

²⁶ Σχέδιο δράσης για τα γηρατεία, Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος 1983 (πολυγραφημένο).

²⁷ Τεπέρογλου, Α., Παγκύπριο Σεμινάριο για τα γηρατεία. «Η συμβολή των ηλικιωμένων στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της Ελλάδος», Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, τ. 52, σελ. 86-94, 1984.

ΟΡΓΑΝΩΣΕΙΣ Ή ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ



Διάγραμμα :

ΠΙΝΑΚΑΣ 47. *Οργανώσεις ή ιδρύματα που εξυπηρετούν τους ηλικιωμένους.*

Διαχωρισμός κατά φύλο

	Ανδρες	Γυναίκες
Ναι	8,5	6,2
Όχι	75,9	75,0
Δεν ξέρω	3,8	4,3
Χωρίς απάντηση	11,8	12,5

Προκειμένου όμως να υπάρχει συμμετοχή πρέπει να παρέχεται και η υποδομή από ειδικές οργανώσεις, συλλόγους, ιδρύματα.

Αυτό που προκύπτει από την έρευνα είναι η κατά 3/4 αρνητική απάντηση των ερωτώμενων, γυναικών - ανδρών, στο αν στην περιοχή που μένουν υπάρχουν οργανώσεις, ιδρύματα που να εξυπηρετούν τους ηλικιωμένους, κι όπου μπορούν να συμμετέχουν.

Στην εισαγωγή της εργασίας αυτής αναφέρθηκε ότι σκοπός της έρευνας, στη φάση αυτή, είναι «η πληροφόρηση - ενημέρωση της συνοικίας και ειδικότερα των ηλικιωμένων μελών της ότι μια Κοινωνική Υπηρεσία στήνεται σε επίπεδο γειτονιάς».

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 48, όσοι από τους ερωτώμενους κατάλαβαν την ανάλυση που έγινε εκ μέρους αυτών που ρώτησαν τους ηλικιωμένους, με ένα ποσοστό γύρω στα 50%, έδωσαν θετική απάντηση για την ίδρυση του ΚΑΠΗ. Υπογραμμίζεται το «όσοι το κατάλαβαν», γιατί ένα ποσοστό γύρω στο 1/4 των ερωτηθέντων έδωσαν απάντηση άσχετη με το θέμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 48. Κρίσεις, προτάσεις

	Άνδρες	Γυναίκες
	%	%
Ναι, δέχτηκαν την ίδρυση ΚΑΠΗ		
(επιδοκίμασαν)	52,1	49,1
Αδιάφορος	5,0	7,1
Απάντηση άσχετη με το θέμα	22,6	25,6
Χωρίς απάντηση	20,3	18,2

ΠΗΓΗ: Ίδια έρευνα

Ανακεφαλαίωση

Το κεφάλαιο της συμμετοχής των ηλικιωμένων σε πολιτιστικές δραστηριότητες είναι πράγματι σημαντικό εάν συνδυασθεί με τη νέα πολιτική για τους ηλικιωμένους που έχει σαν βάση την πλήρη συμμετοχή.

Γεγονός πάντως είναι, σύμφωνα με αυτά που προκύπτουν από την έρευνα, ότι η συμμετοχή είναι μηδαμινή και η ψυχαγωγική δραστηριότητα περιορίζεται στα πλαίσια της τηλεόρασης. Αυτήν ακριβώς την έλλειψη έρχονται να καλύψουν το πρόγραμμα του ΚΑΠΗ.

5.3. ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Ήδη αναφέρθηκε στο κεφάλαιο το σχετικό με την πολιτιστική συμμετοχή των ηλικιωμένων, πόσο σημαντικό είναι το θέμα της μοναξιάς των ηλικιωμένων, σε ολόκληρο τον κόσμο.

Α. Από τις λίγες σχετικές κοινωνιολογικές έρευνες που έχουν διεξαχθεί έχει διαπιστωθεί ότι «παρά το γεγονός ότι η παραδοσιακή πατριαρχική οικογένεια ήδη

άρχισε να αλλάζει μορφή, οι δεσμοί μεταξύ γονέων και παιδιών παραμένουν ισχυροί».²⁸

Στην παρούσα έρευνα ζητήθηκε από τους ερωτώμενους να απαντήσουν στην ερώτηση: σε ποιους απευθύνονται όταν νοιώθουν ανάγκη συντροφιάς. Τα αποτελέσματα είναι ενδιαφέροντα από την άποψη ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ του συνόλου των ερωτώμενων και του διαχωρισμού των απαντήσεων μεταξύ γυναικών και ανδρών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 49. Όταν νιώθει ανάγκη συντροφιάς πού και σε ποιους απευθύνεται.

Εκ του συνόλου ανδρών-γυναικών

Α ΑΠΑΝΤΗΣΗ	
	%
Γείτονες	23,3
Φίλοι	8,6
Συγγενείς	10,1
Παιδιά -σύζυγος	26,3
Καφενείο	12,2
Βιβλίο, τηλεόραση, ραδιόφωνο, κέντημα, πολιτιστικές δραστηριότητες	1,9
Πουθενά	11,5
Άλλο, οτιδήποτε	1,8
Χωρίς απάντηση	4,3
Δεν τον αφορά	-
Σύνολο	100,0

ΠΗΓΗ: *Ίδια έρευνα*

Το σύνολο των ερωτηθέντων απαντά με ποσοστό 26,3% ότι θα στρεφόταν στα παιδιά - σύζυγο, σαν πρώτη επιλογή, και τους γείτονες σαν δεύτερη (23,3%). Εάν διαφοροποιηθούν οι απαντήσεις κατά φύλο, τότε στις μεν γυναίκες πρώτη επιλογή είναι οι γείτονες με 32,4% και δεύτερη επιλογή τα παιδιά - ο σύζυγος με 29,3%. Οι άνδρες ερωτώμενοι απαντούν ότι θα στρεφόντουσαν στο καφενείο (30,7%) και τοποθετούν σαν δεύτερη επιλογή τα παιδιά- σύζυγο με ποσοστό 21,6%.

Η οικογένεια παραμένει σαν πρώτη λοιπόν επιλογή για το σύνολο των ερωτώμενων (ανδρών και γυναικών). Δεν μπορεί όμως να μη σημειωθούν οι πρώτες επιλογές όταν χωριστούν οι απαντήσεις κατά φύλο. Οι γυναίκες στρέφονται στους γείτονες και αυτό

²⁸ Terperoglou, A., "Open Care for the Elderly-Greece" in Anton Amann, Open Care for the Elderly in Seven European Countries, Pergamon Press, 1980.

διαψεύδει την αντίληψη ότι οι ανθρώπινες σχέσεις, η γειτονιά, έχουν ισοπεδωθεί. Έχοντας πάντα βέβαια υπόψη ότι η έρευνα σε μεγάλο ποσοστό έγινε σε περιοχές αγροτικές και ημιαστικές.

Μια ακόμη σημαντική διαπίστωση είναι, ότι ενώ η τηλεόραση στην ψυχαγωγία κατέχει την πρώτη θέση, στην ερώτηση αυτήν εδώ τα ποσοστά είναι μηδαμινά. Στο σύνολο διαπιστώνουμε ότι οι ερωτώμενοι για παρέα στρέφονται σε άτομα, τονίζοντας έτσι την ανάγκη της επικοινωνίας της προφορικής.

Ο παράγοντας ηλικία των ερωτώμενων σε σχέση με την παρέα δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες διακυμάνσεις. Έτσι κι εδώ, όπως και στα προηγούμενα κεφάλαια, η ηλικία των 63 ετών μέχρι 77 ετών και λόγω της αριθμητικής της διαφοράς παρουσιάζει τα σημαντικότερα ποσοστά. Οι επιλογές βέβαια παραμένουν οι ίδιες όπως αναφέρθηκαν προηγουμένως.

5.4. ΓΝΩΜΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΜΙΚΡΟΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΟΥ ΚΑΠΗ

Η ερώτηση προς τους ηλικιωμένους, αν τα προγράμματα του ΚΑΠΗ τους κάλυπταν από κάθε πλευρά, αποσκοπούσε στην εξαγωγή γενικότερων συμπερασμάτων όσον αφορά στη λειτουργία και στα προγράμματα του Κέντρου αυτού.

Έτσι, με γνώμονα το ποσοστό των θετικών απαντήσεων, κάνουμε τη σκέψη ότι το ΚΑΠΗ σε μεγάλο βαθμό έχει πετύχει τους σκοπούς του εφόσον οι ηλικιωμένοι, μέλη του ΚΑΠΗ, δηλώνουν ικανοποιημένοι στην πλειοψηφία τους!

Συγκεκριμένα, οι απαντήσεις «μου αρέσουν», «είναι ωραία» καταλαμβάνουν το 45% των απαντήσεων. Το 35% των ερωτώμενων απάντησαν πως όλα στο ΚΑΠΗ είναι «άριστα» «πολύ ωραία». Αν σ' αυτά τα ποσοστά προστεθούν και 9% που απάντησαν πως είναι ευχαριστημένοι ή ικανοποιημένοι, έχουμε συνολικά 89% των ερωτώμενων ευχαριστημένους από τα προγράμματα. Ένα ποσοστό 3% ηλικιωμένων χαρακτηρίζουν τα προγράμματα αξιόλογη προσπάθεια. Αυτοί θα μπορούσαν να προστεθούν στους ερωτώμενους που έχουν θετική άποψη.

Ένα μικρό ποσοστό εκφράζεται με αιτήματα όπως «να βελτιωθούν τα προγράμματα, να μην είναι μονότονα, να ενδιαφερθούν περισσότερο οι αρμόδιοι» κτλ.

Η γενική εικόνα που παρουσιάζεται στο σύνολο του δείγματος δεν μεταβάλλεται σχεδόν καθόλου στους Πίνακες διαχωρισμού κατά ηλικίες.

Θα πρέπει μόνον να αναφερθεί ότι οι απαντήσεις που έχουν να κάνουν με το αίτημα για βελτίωση προγραμμάτων εμφανίζονται με μεγαλύτερο ποσοστό στην τρίτη απ' ό,τι στην τέταρτη ηλικία. Αντίθετα η τέταρτη ηλικία δηλώνει ικανοποιημένη σε μεγαλύτερο ποσοστό από την τρίτη.

5.5.ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΟΥ ΚΑΠΗ

Χαρακτηριστικό των απαντήσεων που εκφράζουν τα αιτήματα των ηλικιωμένων είναι η μεγάλη τους ποικιλία. Αξίζει να αναφερθούν, μια και τα αιτήματα αυτά των ηλικιωμένων σηματοδοτούν τις προσδοκίες τους από το ΚΑΠΗ, προσδοκίες που θα έπρεπε να ληφθούν σοβαρά υπόψη στον περαιτέρω σχεδιασμό των προγραμμάτων.

Παρότι η ερώτηση προσφέρεται σαν πρόκληση προς τους ηλικιωμένους για να ζητήσουν κάτι συγκεκριμένο, αυτοί σε σημαντικό ποσοστό δηλώνουν ότι είναι ευχαριστημένοι από τα προγράμματα και ότι δεν ζητούν τίποτα περισσότερο.

Το ότι οι ηλικιωμένοι προσβλέπουν στην οικογένεια σαν σημείο αναφοράς και υποστήριξης τους, καθορίζει και την ποιότητα των αιτημάτων τους. Χαρακτηριστικά είναι τα ποσοστά που έχει πάρει η απάντηση «ειδική μέριμνα για τους αναπήρους» που καλύπτουν μόνο το 0,2% των απαντήσεων ενώ έχει δηλώσει κάποιας μορφής αναπηρία το 11% των ανδρών και το 7% των γυναικών.

Ενώ το 42% περίπου των ερωτώμενων εκφράζει κατά κάποιο τρόπο την ικανοποίηση του από τα προγράμματα και δεν ζητά τίποτα περισσότερο, εμφανίζεται ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό που δηλώνει αδυναμία διατύπωσης κάποιας πρότασης, με ελαφρά υψηλότερο το ποσοστό στις γυναίκες (15% έναντι 11% των ανδρών).

Ζητούν και περιμένουν ιατρική περίθαλψη 8% των ερωτώμενων, ταξίδια-εκδρομές-διακοπές 9%, δραστηριότητες-εκδηλώσεις-εργασιοθεραπεία 8%.

Διατυπώνονται και άλλα αιτήματα, όπως χρηματική βοήθεια, αυτοκίνητο για τη μεταφορά μελών, καλύτερα κτίρια και να παραμένουν περισσότερες ώρες ανοικτά τα ήδη υπάρχοντα.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η πρόταση για τη δημιουργία ξενώνων για τους ηλικιωμένους συγκεντρώνει μόλις 0,5% των απαντήσεων, ένδειξη της αντίληψης που επικρατεί για τις συλλογικές συμβιώσεις ως συνώνυμο της εγκατάλειψης. Το παραπάνω στοιχείο ενισχύει και την ορθότητα της άποψης του Υπουργείου για την

κρατική πρόνοια προς τον ηλικιωμένο, στα πλαίσια του προγράμματος «παραμονή στο σπίτι»,²⁹ ως βασική προσφορά στην ψυχική ηρεμία των ηλικιωμένων.

Επίσης στην Καλαμάτα οι ηλικιωμένοι διατυπώνουν αιτήματα για περισσότερες δραστηριότητες (εκδηλώσεις-ψυχαγωγία-εργασιοθεραπεία) σε ποσοστό 12% έναντι 4% της υπόλοιπης Ελλάδας. Εκδρομές, ταξίδια, διακοπές ζητούν 10% στην Καλαμάτα, ενώ ιατρική περίθαλψη ζητούν 9% στην περιοχή Πρωτεύουσας έναντι 6% της υπόλοιπης Ελλάδας.

Τέλος, και στις δύο περιοχές παρατηρείται στις γυναίκες αδυναμία έκφρασης κάποιας πρότασης για τα προγράμματα του ΚΑΠΗ. Αλλά και κατά περιοχές δεν σημειώνονται, ανάμεσα σε τρίτη και τέταρτη ηλικία, αξιοπρόσεκτες διαφορές.

Γενικά δεν θα πρέπει να παραλείψουμε να αναφέρουμε το γεγονός ότι η τρίτη ηλικία, ζητά να αναπτυχθούν περισσότερες δραστηριότητες, να πραγματοποιηθούν εκδηλώσεις, να προγραμματισθούν εκδρομές, διακοπές κτλ., σε αντίθεση προς την τέταρτη ηλικία η οποία δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένη από τα ήδη προσφερόμενα προγράμματα.

²⁹ Αμηνά, Α., κ.α., ό.π. Κανελλόπουλος, Κ., Ν., Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα, Δοκίμια έξι, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, σελ. 28, Αθήνα 1984. σελ. 15.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού αντιμετωπίζεται σήμερα ως το μεγαλύτερο πρόβλημα που 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.

Μια σημαντική υπηρεσία που παρέχεται από το Δήμο σε συνεργασία με το ΚΑΠΗ προς την τρίτη ηλικία είναι η βοήθεια στο σπίτι η οποία παρέχεται από υπαλλήλους του Δήμου (Κοινωνικοί Λειτουργοί).

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνουν τις διαπιστώσεις προηγούμενων ερευνών, για το σημαντικό ρόλο και το έργο που προσφέρουν τα ΚΑΠΗ και συγκεκριμένα το Α' ΚΑΠΗ Καλαμάτας, στη φροντίδα της τρίτης ηλικίας. Το κοινωνικό όφελος που 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 του ΚΑΠΗ. Από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι ένα μικρό ποσοστό των ατόμων του ΚΑΠΗ προσφέρει εθελοντική εργασία σε παιδικούς σταθμούς, δραστηριότητα η οποία θα μπορούσε να αποτελέσει παράδειγμα για το σύνολο των ΚΑΠΗ της χώρας.

Από τη συγκεκριμένη έρευνα ανακαλύψαμε ότι στο Α' ΚΑΠΗ Καλαμάτας η υπάρχουσα κατάσταση ως προς το ανθρώπινο δυναμικό είναι επαρκής, ο τεχνικός και ιατρικός εξοπλισμός επίσης. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη γίνεται σε καθημερινή βάση από ειδικούς ιατρούς.

Εκτός όμως από το κοινωνικό όφελος της λειτουργίας του ΚΑΠΗ, θα πρέπει να επισημανθεί και το σημαντικό οικονομικό όφελος. Στα πλαίσια των πολιτικών συγκράτησης του κόστους, το ΚΑΠΗ αποτελεί μια εναλλακτική πρόταση με χαμηλή δέσμευση πόρων. Σύμφωνα με τα δεδομένα της παρούσας έρευνας, το μέσο ετήσιο κόστος λειτουργίας των ΚΑΠΗ γενικά, ανερχόταν για το οικονομικό έτος 2007 στα 197.498,61 € έξοδα τα οποία είναι χρηματοδοτούμενα από το Δήμο Καλαμάτας και τα έσοδα στα 290.437,48 €, στο κλείσιμο του έτους υπήρξε υπόλοιπο 92.938,87 €. 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 του ΚΑΠΗ, η οποία σχετίζεται με τη δραστηριοποίηση της κοινωνίας των πολιτών και την ανάπτυξη του εθελοντισμού. Σημαντικό ποσοστό κενών οργανικών θέσεων στα ΚΑΠΗ γενικότερα 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.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΜΗΡΑ, Α., Κ.Α., Ο.Π. ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΣ, Κ., Ν., Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα, Δοκίμια έξι, Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, σελ. 28, Αθήνα 1984.

ΑΜΗΡΑ, ΆΝΝΑ, ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ, ΈΦΗ, ΤΕΠΕΡΟΓΛΟΥ, ΑΦΡΟΔΙΤΗ, *Ο θεσμός της ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, Έρευνα για τα ΚΑΠΗ*, Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1986.

Α΄ Πανελλαδικό Συνέδριο στελεχών Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων. *Ο ηλικιωμένος στην κοινότητα, ο ηλικιωμένος στη ζωή, παρουσιάσεις θεμάτων, προτάσεις-πορίσματα*, Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων, Αθήνα 1985.

ΒΙΟΛΑΚΗ. Μ. (1993), «Υγεία και τρίτη ηλικία: παγκόσμια αντιμετώπιση», στο Γ. Κυριόπουλος - Ε. Γεωργούση - Γ. Σκουτέλης (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

ΓΕΩΡΓΟΥΣΗ, Ε. - ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. - ΓΕΝΝΗΜΑΤΑ, Α. (1993), «Οι δαπάνες για την υγεία στην τρίτη ηλικία στην Ελλάδα», στο Γ. Κυριόπουλος -Ε. Γεωργούση - Γ. Σκουτέλης (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

ΓΚΙΖΕΛΗΣ, ΓΡ., ΚΑΥΤΑΝΤΖΟΓΛΟΥ, Ρ., ΤΕΠΕΡΟΓΛΟΥ, Α., ΦΙΛΙΑΣ, Β., Παράδοση και νεωτερικότητα στις πολιτιστικές δραστηριότητες της ελληνικής οικογένειας: Μεταβαλλόμενα σχήματα, ΕΚΚΕ, Αθήνα, 1984.

ΓΚΙΖΕΛΗΣ, ΓΡ., ΜΥΡΙΖΑΚΗΣ, Ι., ΠΑΣΣΑ-ΓΑΡΔΙΚΗ, Ο., ΤΕΠΕΡΟΓΛΟΥ, Α., «Πολιτιστικές δραστηριότητες στο πλαίσιο της οικογένειας», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τ. 39-40. σελ. 198-220, 1980.

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), Απογραφή 1981.

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), Απογραφή 1981.

ΕΜΚΕ-ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ. Η. (1986), *Προβλήματα μετανάστευσης-παλιννόστησης*, ΙΜΕΟ/ΕΔΗΜ, Αθήνα.

ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΣ, Κ.Ν., Οι Ηλικιωμένοι στην Ελλάδα: Στατιστική Ανάλυση των Κοινωνικο-οικονομικών Χαρακτηριστικών, Αθήνα, ΚΕΠΕ, 1982, σελ. 43 - 44.

ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. (1984), *Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα*, ΚΕΠΕ, Αθήνα σελ.11-12.

ΚΟΥΡΕΑ-ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ. ΤΖ. (1993), «Διαχείριση μειζόνων προβλημάτων υγείας στην τρίτη ηλικία», στο Γ. Κυριόπουλος - Ε. Γεωργούση - Γ. Σκουτέλης (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

ΚΡΕΜΑΛΗΣ. Κ. - ΛΕΒΕΝΤΗΣ, Γ. - ΦΛΟΓΑΪΤΗΣ, Σ. - ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. -ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ, Π. - ΠΕΤΡΟΓΛΟΥ, Α. - ΜΑΤΘΑΙΟΥ, Α. - ΑΜΙΤΣΗΣ, Γ. - ΚΕ-ΧΡΗ, Π. - ΠΑΠΑΛΙΟΥ, Ο- ΦΑΓΑΔΑΚΠ. Ε. (1990), *Κοινωνική πρόνοια. Διερεύνηση και αξιολόγηση ενός νέου συστήματος*, Αθήνα.

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

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. - ΑΝΔΡΙΩΤΗ, Δ. - ΒΟΡ.ΚΜΑ, ν/. (1995), «Υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι στην Ελλάδα», στο *Κοινωνική Εργασία*, τχ\ 38, σ. 79-89.

ΜΑΛΙΚΙΩΣΗ -ΛΟΪΖΟΥ, ΜΑΡΙΑ, «Η ψυχολογία του γήρατος» *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τ. 39-40, 1980. Στη σελίδα 346, αναφέρεται «όπως είναι επόμενο πολλές από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι με τη σύνταξη, το χαμό αγαπητών προσώπων, με θέματα υγείας κτλ. συνδέονται με αλλαγές στην αντίληψη του εαυτού που έχουν συχνά σαν αποτέλεσμα να αισθάνεται το άτομο ανασφάλεια, κατωτερότητα, φόβο».

Μελέτη για τη βελτίωση των υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περιθάλψεως των ασφαλιστικών φορέων του αστικού πληθυσμού, ΕΛΚΕΠΑ, Αθήνα, 1982

ΜΟΥΣΟΥΡΟΥ, Α. (1993), «Κοινωνικό-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.

ΜΠΑΛΟΥΡΔΟΣ, Δ. - ΤΕΠΕΡΟΓΛΟΥ, Α. - ΦΑΚΙΟΛΑΣ, Ν. (1996), «Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης», στο ΕΚΚΕ, *διαστάσεις τον κοινωνικοί αποκλεισμοί στην Ελλάδα. Κύρια θέματα και προσ- διορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής*, Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, τόμ. Β', Αθήνα.

ΝΙΑΚΑΣ, Α. -ΜΠΕΑΖΟΓΛΟΥ, Τ. (1993), «Είναι αναγκαία η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών περίθαλψης για την τρίτη ηλικία στην Ελλάδα;», στο Γ.

Κυριόπουλος - Ε. Γεωργούση - Γ. Σκουτέλης (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα. Έκθεση της Ελληνικής Εθνικής Επιτροπής για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, Ηνωμένα Έθνη, Βιέννη, 1982, Αθήνα, 1982.

Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-1980. Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών «Κατοικία». Έκθεση ομάδας εργασίας, Αθήνα 1976.

ΠΑΠΑΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Γ. - ΤΣΙΜΠΟΣ, Κ. (1993), «Επιδημιολογία της τρίτης ηλικίας», στο Γ. Κυριόπουλος - Ε. Γεωργούση - Γ. Σκουτέλης (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα. ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ, Ο. (1996), *Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής. Από το κράτος πρόνοιας στο νέο προνοιακό πλουραλισμό. Φροντίδα και γήρανση. Η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση*, Gutenberg, Αθήνα.

Σχέδιο δράσης για τα γηρατειά, Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος 1983 (πολυγραφημένο).

ΤΕΠΕΡΟΓΛΟΥ, Α., Παγκύπριο Σεμινάριο για τα γηρατειά. «Η συμβολή των ηλικιωμένων στην κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της Ελλάδος», *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τ. 52, σελ. 86-94, 1984.

ΤΕΠΕΡΟΓΛΟΥ, ΑΦΡΟΔΙΤΗ, «Ερευνητική δραστηριότητα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών σε θέματα τρίτης ηλικίας». *Επιστημονικές συναντήσεις 1984, Οι ανάγκες των ηλικιωμένων στη χώρα μας*, Ελληνική Γεροντολογική Εταιρεία, Αθήνα 1985.

ΤΕΠΕΡΟΓΛΟΥ, Α. - ΚΙΝΙΑ, Ε. - ΠΑΠΑΚΩΣΤΑ, Μ. - ΤΖΩΡΤΖΟΠΟΥΛΟΥ, Μ, -

ΤΣΑΚΙΡΗ, Ε. (1990), *Αξιολόγηση της προσφοράς των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων*, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.

ΤΕΠΕΡΟΓΛΟΥ Α. (1993), «Ο θεσμός ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων, στασιμότητα ή εξέλιξη;», στο Γ. Κυριόπουλος - Ε. Γεωργούση - Γ. Σκουτέλης (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

ΤΣΑΟΥΣΗΣ, Δ. - ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΗ, Α. - ΑΣΤΡΙΝΑΚΗ, Ο. - ΠΑΠΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ-ΓΚΙΚΑ, Δ. - ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ, Α. - ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. - ΚΟΥΤΣΗΣ, Α. (1990), *Κοινωνικές και χωροταξικές προϋποθέσεις λειτουργίας των ΚΑΠΗ ως θεσμών σύνδεσης των ηλικιωμένων με την κοινότητα*, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα.

ΤΣΑΟΥΣΗΣ, ΔΗΜΗΤΡΗΣ, *Κοινωνική Δημογραφία*, σελ. 25, Gutenberg, Αθήνα 1986.

ΤΕΠΕΡΟΓΛΟΥ, ΑΦΡΟΔΙΤΗ, «Ερευνητική δραστηριότητα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών σε θέματα τρίτης ηλικίας». Επιστημονικές συναντήσεις 1984, Οι ανάγκες των ηλικιωμένων στη χώρα μας, Ελληνική Γeronτολογική Εταιρεία, Αθήνα 1985.

ΧΑΛΑΣΤΑΝΗ, Π. (1993), «Κατ' οίκον νοσηλεία: το παράδειγμα ενός ογκολογικού νοσοκομείου», στο Γ. Κυριόπουλος - Ε. Γεωργούση - Γ. Σκουτέλης (επιμ.), *Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα.

EUROSTAT (1999), *Demographic Statistics Data 1960-1999*, Λουξεμβούργο.

FRANCO, A. (1996), «Ευρωπαϊκή Κοινότητα: Αναπόφευκτη γήρανση του πληθυσμού», στο Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ, *Γήρανση και Κοινωνία*, ΕΚΚΕ, Αθήνα.

Heikkinen, E., Waters, W.E., Brzezinskiz, J., *Οι ηλικιωμένοι σε έντεκα χώρες-κοινωνικο-ιατρική μελέτη ΠΟΥ*, Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης, Κοπεγχάγη, 1982 (στα αγγλικά περιλαμβάνεται και η Ελλάδα).

HUTTEN. J. -KERKSTRA, A. (επιμ.) (1996), *Home Care in Europe. A country-specific guide to its organization and financing*, NIVEL, Arena, England.

MESTHENEOS, E. (1999). «Migrants in the Balkans. Some health related aspects from a Greek perspective», στο A. Ritsatakis -J. Levett - J. Kyriopoulos (επιμ.), *Neighbours in the Balkans. Initiating a dialogue for health*, WHO/EURO, National School of Public Health, Αθήνα.

WALKER, A. (1996). "Introduction: The new generational contact", στο A. WALKER (επιμ.), *The New Generation Contract. Intergenerational relations, old age and welfare*, University College London, Press, Λονδίνο.

ΤΕΠΕΡΟΓΛΟΥ, ΑΦΡΟΔΙΤΗ, *Mitgift als ein Sozioökonomisches Problem (dargestellt am Beispiel der griechischen Genenwartsgesellschaft)* Dissertation, Ausria, 1969

ΤΕΠΕΡΟΓΛΟΥ, ΑΦΡΟΔΙΤΗ "Open Care for the Elderly in Greece" *The Greek Review of Social Research*, No 35, Athens 1979. Amann, Anton (editor), *Open Care for the Elderly in Seven European Countries*, Pergamon Press, 1980.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Η ανάλυση της πτυχιακής εργασίας στηρίχτηκε στο παρακάτω ερωτηματολόγιο.

1.ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ:

1. Έτος γεννήσεως

2. φύλο

— άνδρας

— γυναίκα

3. Τόπος γεννήσεως

— χωριό

— πόλη

— εξωτερικό

4. Εθνικότητα

— Έλληνας/Ελληνίδα

— άλλη εθνικότητα (ποια)

5. Θρήσκευμα

— χριστιανός/ή ορθόδοξος

— καθολικός/ή

— μωαμεθανός/ή

— εβραίος/α

— μάρτυρας του Ιεχωβά

— άλλο θρήσκευμα

6. Οικογενειακή κατάσταση

— άγαμος/η

— έγγαμος/η

— χήρος/α

— διαζευγμένος/η

— σε διάσταση

7. Εκπαίδευση

- καμιά εκπαίδευση
- λίγες τάξεις δημοτικού
- απολυτήριο δημοτικού ή κατώτερης τεχνικής σχολής
- λίγες τάξεις γυμνασίου
- απολυτήριο γυμνασίου ή μέσης τεχνικής σχολής
- πτυχίο ανώτερης σχολής
- πτυχίο ανώτατης σχολής
- άλλη (προσδιορίστε)

8. Έχετε παιδιά;

Ναι

Όχι

(Εάν ΟΧΙ, προχωρήστε ερώτ. 11)

9. Εάν ΝΑΙ, πόσα; αριθμός

10. Ζουν τα παιδιά σας;

- μαζί σας
- σε άλλο σπίτι αλλά πολύ κοντά
- σε άλλη συνοικία/πόλη
- στο εξωτερικό

11. Ζείτε μόνος/η;

Ναι

Όχι (Εάν μόνος/η προχωρήστε ερώτ. 13)

12. Εάν ΟΧΙ, συνοικείτε με

- σύζυγο
- παιδιά
- εγγόνια
- σύζυγο και παιδιά
- λοιπούς συγγενείς
- άλλους (προσδιορίστε)

13. Στην ίδια πολυκατοικία ή σε στενή γειτνίαση ύπαρχο

- παιδιά
- εγγόνια
- λοιποί συγγενείς
- δεν υπάρχουν (ή δεν έχει)

14. Στην ίδια γειτονιά υπάρχουν

- παιδιά
- εγγόνια
- λοιποί συγγενείς
- δεν υπάρχουν (ή δεν έχει)

15. Στην ίδια συνοικία υπάρχουν

- παιδιά
- εγγόνια
- λοιποί συγγενείς
- δεν υπάρχουν (ή δεν έχει)

16. Στην ίδια πόλη υπάρχουν

- παιδιά
- εγγόνια
- λοιποί συγγενείς
- δεν υπάρχουν (ή δεν έχει)

17. Οικονομική κατάσταση του/της ηλικιωμένου/ης (κατά την προσωπική τους γνώμη)

- καλή
- μέτρια
- κακή

18. Πηγή εισοδήματος (μέχρι 2 απαντήσεις)

- εργασία
- περιουσία

- σύνταξη
- επίδομα
- βοήθημα
- άλλη πηγή

19. Απασχολείσθε επαγγελματικά (τη στιγμή που γίνεται η έρευνα)

- ναι, πλήρως
- ναι, μερικώς
- όχι

20. Τι επάγγελμα είχατε πριν από τη συνταξιοδότηση σας;

21. Αλλάξατε κατοικία με τη συνταξιοδότηση σας

Ναι

Όχι

(Εάν ΟΧΙ, προχωρήστε ερώτ. 23)

22. Εάν ΝΑΙ,

- γυρίσατε στο χωριό/στην πόλη σας
- πήγατε κοντά σε συγγενείς, αλλά στην ίδια πόλη
- πήγατε κοντά σε συγγενείς, αλλά σε άλλη πόλη
- άλλο

23. Αναφέρατε μέχρι δύο ασθένειες (τις κυριότερες) από τις οποίες υποφέρετε

24. Αναφέρατε ημέρες νοσηλείας σε νοσοκομείο ή κλινική το τελευταίο καιρό

- ημέρες

25. Πόσες φορές επισκέπτεσθε γιατρό (πλην του γιατρού του ΚΑΠΗ);

- μια φορά την εβδομάδα
- μια φορά το μήνα
- μια φορά το τρίμηνο
- μια φορά το εξάμηνο
- σπάνια
- ποτέ

—εξαρτάται

26. Έχετε αναπηρία;

(Εάν ΟΧΙ, προχωρήστε

27. Εάν ΝΑΙ, ποιας μορφής (αναφέρατε μόνο μια)

28. Κατάσταση κατοικίας. Είναι:

—ιδιόκτητη

—με ενοίκιο

—με παραχώρηση

29. Εμβαδόν της κατοικίας:

30. Αριθμός δωματίων

31. Έχει η κατοικία σας

—κουζίνα

—λουτρό

—αποχωρητήριο

—ΠΑΡΟΧΗ ΖΕΣΤΟΥ ΝΕΡΟΥ

Ναι

Όχι

32. Είναι η κατοικία σας

—μονοκατοικία

—ΠΟΛΥΚΑΤΟΙΚΙΑ

(Εάν είναι μονοκατοικία ερώτ. 35)

33. (Εάν είναι πολυκατοικία) Σε ποιον όροφο μένετε

—όροφος

34. Υπάρχει ασανσέρ;

Ναι

Όχι

35. Υπάρχει τηλέφωνο;

Ναι

Όχι

36. Θερμαίνεται η κατοικία σας κυρίως με: (Προσοχή: Μόνο 1 απάντηση)

— κεντρική θέρμανση (καλοριφέρ)

— θερμοσυσσωρευτές

— ηλεκτρικό (καλοριφέρ και σόμπα ηλεκτρική)

— πετρέλαιο

— υγραέριο

— ξύλα

— κάρβουνα

— χωρίς απάντηση

37. Έχετε κάνει επισκευή της κατοικίας σας για να την προσαρμόσετε στις ιδιαίτερες ανάγκες σας;

Ναι

Όχι

38. Εάν ΝΑΙ, ποιες προσαρμογές κάνατε;

39. Πώς περνάτε βασικά το χρόνο σας εκτός από τις ώρες απασχόλησης σας στο ΚΑΠΗ; (Προσοχή: Δύο μόνο απαντήσεις)

— κάνοντας βόλτες, εκδρομές

— βοηθώντας τα παιδιά μου

(κρατώ τα εγγόνια, μαγειρεύω, ψωνίζω)

— βλέποντας τηλεόραση, ακούγοντας ραδιόφωνο

— πηγαίνοντας στο καφενείο

- κάνοντας επισκέψεις, με φίλους
- πηγαίνοντας στον κινηματογράφο, στο θέατρο
- δουλειές σπιτιού
- άλλο (προσδιορίστε)
- χωρίς απάντηση

40. Τι έχει προσφέρει στη ζωή σας το ΚΑΠΗ;

41. Πείτε μας τη γνώμη σας για τα προγράμματα των ΚΑΠΗ

42. Τι θα μπορούσε κατά τη γνώμη σας να προσφέρει ακόμη το ΚΑΠΗ;