

Αποτύπωση των αναγκών των ατόμων τρίτης ηλικίας του Δήμου Πειραιά και εκπόνηση προτάσεων κοινωνικών δράσεων με στόχο την κοινωνική τους ενσωμάτωση και βέλτιστη διαβίωση

στο πλαίσιο του Έργου με τίτλο

«ΠΑΡΟΧΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΩΝ»

της Πράξης

«Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus»

με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5060900



«ΚΑΙΝΟΤΟΜΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΠΕ»

Πανεπιστημίου 56, Τ.Κ.10678

Τηλ. 210 6995053, fax: 210 6995098

e-mail: [info@innoland.gr](mailto:info@innoland.gr)

<b>ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ 2.1. Αποτύπωση των αναγκών των ατόμων τρίτης ηλικίας του Δήμου Πειραιά και εκπόνηση προτάσεων κοινωνικών δράσεων με στόχο την κοινωνική τους ενσωμάτωση και βέλτιστη διαβίωση</b>	
στο πλαίσιο του Έργου με τίτλο «ΠΑΡΟΧΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΩΝ» της Πράξης «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus» με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5060900	
<b>• Κωδικός Έργου:</b>	Το από 05-04-2021 Συμφωνητικό (ΑΔΑΜ: 21ΣΥΜΝ008433197 2021-04-08)
<b>• Τίτλος Έργου:</b>	«ΠΑΡΟΧΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΩΝ» στο πλαίσιο της Πράξης «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus», του Υποέργου 1 «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus» με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5060900.
<b>• Κύριος του Έργου:</b>	Κοινοφελής Δημοτική Επιχείρηση Πειραιά (ΚΟΔΕΠ)

Σεπτέμβριος 2021



**ΣΕΛΙΔΑ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΟΥ**

**ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΟΥ:** «ΠΑΡΟΧΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΩΝ» στο πλαίσιο της Πράξης «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus», με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5060900

**ΤΙΤΛΟΣ ΠΑΡΑΔΟΤΕΟΥ:** ΠΑΡΑΔΟΤΕΟ 2.1. Αποτύπωση των αναγκών των ατόμων τρίτης ηλικίας του Δήμου Πειραιά και εκπόνηση προτάσεων κοινωνικών δράσεων με στόχο την κοινωνική τους ενσωμάτωση και βέλτιστη διαβίωση

**DOCUMENT REFERENCE NR:** Το από 05-04-2021 Συμφωνητικό (ΑΔΑΜ: 21SYMV008433197 2021-04-08)

**TEMPLATE REF:** v.1

**ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΚΔΟΣΕΩΝ**

Έκδοση	Ημερομηνία	Αιτία Αλλαγής
1η	08/09/2021	-

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1	Εισαγωγή.....	1
1.1	Αντικείμενο του Έργου.....	1
1.2	Παρουσίαση της Κοινωφελούς Επιχείρησης Δήμου Πειραιά (ΚΟΔΕΠ).....	2
1.3	Συνοπτική Παρουσίαση και Στόχοι του Υποέργου 1 «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus.....	6
1.4	Περιεχόμενα της Ομάδας Β «Στοχευμένες Μελέτες, Έρευνες Πεδίου και λοιπές ad hoc Ανάγκες».....	7
1.5	Υφιστάμενη Κατάσταση στην Περιοχή Παρέμβασης.....	8
2	Τρίτη ηλικία. Ποιότητα ζωής, προβλήματα και συστήματα υποστήριξης (οικογένεια, φροντιστές, δομές κ.λπ.). Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	12
2.1	Χαρακτηριστικά της Τρίτης Ηλικίας.....	12
2.2	Οι ανάγκες των ηλικιωμένων.....	14
2.3	Τρίτη Ηλικία στην Ευρώπη.....	16
2.4	Δίκτυο Ευρωπαϊκών οργανώσεων Τρίτης Ηλικίας.....	20
2.5	Ενεργός και Υγιής Γήρανση.....	21
2.6	Προσδιορισμός της Ψυχικής Υγείας στην Τρίτη Ηλικία.....	24
2.7	Άνοια.....	27
2.8	Φροντίδα Τρίτης Ηλικίας.....	31
2.9	Η Τρίτη Ηλικία στην Ελλάδα.....	34
2.10	Παρεχόμενες Υπηρεσίες στην Τρίτη Ηλικία στην Ελλάδα.....	35
2.11	Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδα Ηλικιωμένων ( Π.Ε.Μ.Φ.Η.).....	36
2.12	Δημόσιες Δομές Τρίτης Ηλικίας.....	37
3	Άτομα τρίτης ηλικίας του Δήμου Πειραιά.....	57
3.1	Ανάγκες ποιοτικής διαβίωσης των ατόμων τρίτης ηλικίας του Δήμου Πειραιά....	57
3.2	Επιπτώσεις της πανδημίας στην καθημερινή διαβίωση των ατόμων 3 <sup>ης</sup> ηλικίας.....	58
3.3	Έρευνα που αφορά τα άτομα της 3ης ηλικίας του Δήμου Πειραιά.....	58
3.3.1	Σκοπός της έρευνας.....	58
3.3.2	Μεθοδολογία, δείγμα.....	58
3.3.3	Τεκμηρίωση που αφορά τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου.....	59
4	Αποτελέσματα της έρευνας.....	65
4.1	Παρουσίαση των αποτελεσμάτων και ερμηνεία.....	65
4.2	Ανάλυση Έρευνας.....	65
4.3	Προτάσεις κοινωνικών παρεμβάσεων.....	93
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	
	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΤΟΜΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β .....
ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ ΕΡΕΥΝΑΣ .....
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ .....
ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ .....

# 1 Εισαγωγή

## 1.1 Αντικείμενο του Έργου

Αντικείμενο της Πράξης αποτελεί η εφαρμογή πλέγματος ενεργειών με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των δράσεων κοινωνικής ένταξης και καταπολέμησης της φτώχειας και των διακρίσεων, μέσω της μεθοδολογικής και λειτουργικής ενοποίησης των παρεμβάσεων, του συντονισμού και της παρακολούθησης των δράσεων κοινωνικής συνοχής που συντελούνται στο Δήμο Πειραιά, τόσο από τον ίδιο το Δήμο, όσο και από άλλους φορείς και κοινωνικά δίκτυα.

Η Πράξη εφαρμόζεται σε μια συγκυρία έντασης και επιδείνωσης των κοινωνικών φαινομένων λόγω των επιπτώσεων της πανδημίας του covid-19 σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.

Τα κοινωνικο-οικονομικά δεδομένα και οι συνθήκες καθημερινής διαβίωσης που καταγράφονται διαχρονικά στο Δήμο Πειραιά διακρίνονται από έντονο «δυϊσμό» ανάμεσα στις Δημοτικές Ενότητες, δημιουργώντας συνδυαστικά συνθήκες διακρίσεων, καθώς και αδιέξοδης οικονομικής προοπτικής και κοινωνικής ανέλιξης στα νοικοκυριά, επηρεάζοντας αρνητικά την κοινωνική συνοχή της πόλης.

Στο Δήμο Πειραιά οι μονογονεϊκές οικογένειες ανέρχονται 7.459 (4,5% επί του πληθυσμού), με σαφή υπεροχή των οικογενειών με αρχηγούς γυναίκες (5,63%). Σημειώνεται ότι η μονογονεϊκότητα αποτελεί κρίσιμο πτωχογόνο παράγοντα και, σε ορισμένες περιπτώσεις συνδέεται με την παιδική φτώχεια.

Όσον αφορά στα οικονομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, προκύπτει πως το μέσο εισόδημα του πληθυσμού του Δήμου Πειραιά, σύμφωνα με τα στοιχεία της Γ.Γ.Π.Σ., προσεγγίζει τον μέσο εθνικό όρο είναι ελαφρώς χαμηλότερο), ενώ στο βόρειο τμήμα του Δήμου, στην 4η και 5η Δημοτική Κοινότητα παρατηρούνται χαμηλότερα εισοδήματα.

Ο κοινωνικός διαχωρισμός στον Πειραιά κατά εθνικότητα, ηλικία και επαγγελματική κατηγορία είναι ορατός στα Δημοτικά Διαμερίσματα της Πόλης.

Για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αναγκών έχει αναπτυχθεί ένα τοπικό «δίκτυο» Κοινωνικών Δομών, στο οποίο εντάσσονται οι Κοινωνικές Δομές της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών (ΔΔΥΚΥ) του Δήμου Πειραιά, οι Δομές της Διεύθυνσης Βρεφονηπιακών Σταθμών και το γραφείο Εθελοντισμού του Δήμου Πειραιά, οι Δομές της Κοινωφελούς Δημοτικής Επιχείρησης Πειραιά (ΚΟΔΕΠ), τα Κέντρα Αγάπης και Αλληλεγγύης του Δήμου Πειραιά (ΚΑΠΗ) κλπ.

## 1.2 Παρουσίαση της Κοινωφελούς Επιχείρησης Δήμου Πειραιά (ΚΟΔΕΠ)

Η ΚΟΔΕΠ - Κοινωφελής Δημοτική Επιχείρηση Πειραιά αποτελεί ένα Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου. Με την ολοκλήρωση της διαδικασίας συγχώνευσης των κοινωφελών επιχειρήσεων σε κάθε Δήμο, όπως προέβλεψε ο Ν.3852/2010, το Δημοτικό Συμβούλιο Πειραιά με την υπ' αριθμ.72/186/2011 απόφασή του αποφάσισε τη συγχώνευση των προϋπαρχουσών επιχειρήσεων με την επωνυμία «Κοινωφελής Δημοτική Επιχείρηση Κοινωνικής Ένταξης Περίθαλψης Αλλοδαπών Πειραιά» και «Κοινωφελής Δημοτική Επιχείρηση Κοινωνικής Μέριμνας Πειραιά», σε μία επιχείρηση με την επωνυμία ΚΟΔΕΠ - Κοινωφελής Δημοτική Επιχείρηση Πειραιά.

Η ΚΟΔΕΠ επιχορηγείται για συγκεκριμένες δράσεις, που σκοπό έχουν την οργάνωση λειτουργιών ή δραστηριοτήτων και την παροχή υπηρεσιών συναφών ή συνδεδεμένων με τις αρμοδιότητές του Δήμου Πειραιά που της έχουν εκχωρηθεί, με βάση το πρόγραμμα που έχει συνάψει με αυτόν.

Η ΚΟΔΕΠ υλοποιεί δράσεις που έχουν ως σκοπό την προαγωγή του κοινωφελούς της χαρακτήρα, με την υποστήριξη των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων και γενικότερα των κατοίκων του Δήμου Πειραιά. Στόχος της είναι η μέριμνα για όλα τα κοινωνικά προβλήματα των δημοτών της πόλης, ανεξαρτήτως ηλικίας και κοινωνικής κατάστασης. Μεταξύ άλλων περιλαμβάνεται, η φροντίδα ηλικιωμένων και ατόμων με αδυναμία μετακίνησης, η περίθαλψη και φαρμακευτική υποστήριξη των ηλικιωμένων και χρονίως πασχόντων, η υποστήριξη ατόμων με αναπηρία, η σίτιση, ένδυση και υλιστική συνδρομή απόρων και αστέγων, η φροντίδα για την ενημέρωση του κοινού σε θέματα κοινωνικού ενδιαφέροντος, υγείας και πρόληψης, καθώς και η εν γένει εφαρμογή πολιτικών και δράσεων που στοχεύουν στην μέριμνα και υποστήριξη του ιδιαίτερα ευπαθούς πληθυσμού.

Η ΚΟΔΕΠ, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της και ως όργανο κοινωφελούς δημόσιου σκοπού, λειτουργεί εδώ και χρόνια σταθερές δομές, υλοποιεί κοινωνικά προγράμματα και παρέχει υπηρεσίες, τόσο μέσω του Τμήματος Κοινωνικών Υπηρεσιών και Προγραμμάτων, όσο και στο πλαίσιο χρηματοδοτικών μέσω, είτε κρατικών / θεσμικών είτε διεθνών / ευρωπαϊκών, όπως τα προγράμματα «ΕΣΤΙΑ Ι» (ολοκληρωμένα) και «ΕΣΤΙΑ ΙΙ» (εν εξελίξει) με την υποστήριξη της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες - UNHCR, τα προγράμματα «ΕΣΤΙΑ & ΕΡΓΑΣΙΑ Ι» (ολοκληρωμένο) και «ΕΣΤΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΙΑ ΙΙ», το οποίο έχει αξιολογηθεί θετικά και αναμένεται να ενταχθεί και να υλοποιηθεί σύμφωνα με του όρους και προϋποθέσεις του προγράμματος με τίτλο: «Στέγαση και εργασία για τους Αστέγους», στο πλαίσιο των Δράσεων Στέγασης και Κοινωνικής Φροντίδας για τους Αστέγους, όπως αυτές ορίζονται στο ΦΕΚ Β 4545 – 21.12.2017, βάσει των οριζόμενων στην με ΑΔΑ: 6ΛΡΨ465Θ1Ω – 8Μ4 Πρόσκληση, και

στην με ΑΔΑ: Ω89846ΜΤΛΚ – ΟΥΠ Συμπληρωματική Πρόσκληση του ΕΙΕΑΔ - Εθνικού Ινστιτούτου εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού.

#### Φροντιστήριο «Διδακτική Αλληλεγγύη»

Απευθύνεται σε μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, προσφέροντας τους τη δυνατότητα δωρεάν παρακολούθησης φροντιστηριακών μαθημάτων. Επίσης, παρέχεται η δυνατότητα παρακολούθησης ξενόγλωσσων μαθημάτων, για ενδιαφερόμενους κάθε ηλικίας. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες δεν περιορίζονται στα μαθήματα, υπάρχει η δυνατότητα συνεργασίας των μαθητών και των οικογενειών τους με πλήθος ειδικευμένων επαγγελματιών που καλύπτουν ένα μεγάλο εύρος των αναγκών τους. Ταυτόχρονα, δίνεται στους μαθητές η δυνατότητα συνεδριών με Σύμβουλο Σχολικού Επαγγελματικού Προσανατολισμού και της συμπλήρωσης αντίστοιχου τεστ. Η ένταξη των ωφελούμενων στο Φροντιστήριο γίνεται βάσει εισοδηματικών κριτηρίων και η παραμονή τους σε αυτό κρίνεται βάσει τηρήσεως κανονισμού, ο οποίος διασφαλίζει την ποιότητα του. Το κοινωνικό φροντιστήριο παρέχει δωρεάν πλατφόρμα τηλεκατάρτισης με σκοπό να υποστηρίξει την εκπαιδευτική διδασκαλία των μαθητών διαφόρων σχολείων του Δήμου Πειραιά, μέσω της εξ-αποστάσεως σύγχρονης και ασύγχρονης τηλε-κατάρτισης. Η κάθε εκπαιδευτική ενότητα δίνει τη δυνατότητα σε καθηγητές και μαθητές να πραγματοποιήσουν διαλέξεις και παραδόσεις μαθημάτων σε πραγματικό χρόνο, μέσα σε διαδικτυακή αίθουσα (e-class), ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζει τις on-line εργασίες, βαθμολόγηση, ηλεκτρονική βιβλιοθήκη, κ.α..

#### Ξενώνας Βραχείας Φιλοξενίας Αστεγών Πειραιά «Ανακούφιση»

Η λειτουργία του ξενώνα αντιμετωπίζει τις άμεσες ανάγκες των άστεγων δημοτών του Πειραιά για μέγιστο χρονικό διάστημα τριών μηνών. Σκοπός είναι η ψυχοκοινωνική στήριξη και η κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση των φιλοξενουμένων, έτσι ώστε να αποφευχθεί η μονιμότητα της παραμονής τους.

Στελεχώνεται με το κατάλληλο επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό και προσφέρει υπηρεσίες όπως:

- Διαμονή
- Παροχή ειδών ατομικής υγιεινής και ιματισμού
- Ημιδιατροφή
- Συμβουλευτική και ψυχοκοινωνική στήριξη
- Κοινωνική και προνοιακή κάλυψη

Η Δομή έχει τη δυνατότητα φιλοξενίας 41 συνολικά ατόμων, ενώ διαθέτει κοινόχρηστες τουαλέτες και ντους (γυναικών και αντρών αντίστοιχα), χώρο εστίασης, χώρο αποθήκευσης,



πλήρως εξοπλισμένο χώρο πλυντηρίου/σιδερωτηρίου, γραφείο κοινωνικής υπηρεσίας και γραμματείας καθώς και γραφείο υποδοχής. Στον Ξενώνα μπορούν να φιλοξενηθούν και να γίνουν δεκτοί (κατά προτεραιότητα) άστεγοι Δημότες και πρώην κάτοικοι του Δήμου Πειραιά, οι οποίοι μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και δεν παρουσιάζουν προβλήματα χρόνιας πάθησης, αναπηρία ή ψυχική νόσο, καθώς επίσης δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα εξάρτησης από αλκοόλ ή άλλες ουσίες.

#### Ξενώνας Βραχείας Φιλοξενίας Συνοδών Νοσηλευόμενων Νοσοκομείου «Μεταξά» «Κοινωνική Μέριμνα»

Ο Ξενώνας αποτελείται από τέσσερα (4) δίκλινα δωμάτια στα οποία διαμένουν άτομα του ίδιου φύλου. Μια κοινόχρηστη κουζίνα δίνει τη δυνατότητα στους φιλοξενούμενους να προετοιμάζουν τα γεύματά τους, ενώ υπάρχει τραπεζαρία καθώς και καθιστικό με τηλεόραση για τις ώρες χαλάρωσης και ψυχαγωγίας. Βασική προϋπόθεση για τη βραχεία φιλοξενία των συνοδών ασθενών στον Ξενώνα, αποτελεί η έλλειψη μόνιμης στέγης στην περιοχή της Αττικής καθώς και η αδυναμία να εξασφαλίσουν με δικά τους μέσα προσωρινή διαμονή.

Οι αιτήσεις των ενδιαφερομένων για φιλοξενία αξιολογούνται και εγκρίνονται μετά από πρόταση του Προϊστάμενου της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου «Μεταξά» σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες της ΚΟ.Δ.Ε.Π, ενώ μέγιστο χρονικό διάστημα διαμονής ορίζονται οι δεκαπέντε (15) ημέρες με περιθώρια παράτασης, σε περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητο, μετά από σχετική εισήγηση της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου «Μεταξά».

#### Κοινωνική Ντουλάπα

Η Υπηρεσία αυτή παρέχει ρουχισμό και παιχνίδια, τα οποία έχουν δοθεί στην επιχείρηση από δωρεές ιδιωτών, επιχειρήσεων και προγραμματισμένων δράσεων της ΚΟ.Δ.Ε.Π.

#### Κοινωνικό Φαρμακείο

Παρέχει φάρμακα και ιατροφαρμακευτικό υλικό σε ωφελούμενους, όπου αδυνατούν να αγοράσουν τη συνταγογραφημένη τους θεραπεία.

#### Καλοκαιρινό Πρόγραμμα Δημιουργικής Απασχόλησης για Παιδιά 6-14 ετών

Σκοπός της δράσης είναι να αξιοποιούν τα παιδιά τον ελεύθερο χρόνο τους με τον πιο ευχάριστο, αποδοτικό και δημιουργικό τρόπο, δίνοντας παράλληλα διέξοδο στους γονείς ώστε να ανταποκριθούν καλύτερα στις εργασιακές και προσωπικές τους υποχρεώσεις. Το εβδομαδιαίο πρόγραμμα δραστηριοτήτων περιλαμβάνει μουσικοκινητικές δραστηριότητες,

θεατρικό παιχνίδι, αθλητικές δραστηριότητες, αλλά και ανάπτυξη της δημιουργικής φαντασίας των παιδιών με κατασκευές, ζωγραφική και χειροτεχνίες. Τα παραπάνω υποστηρίζονται από παιδαγωγούς και προσωπικό καταρτισμένο στον εκάστοτε τομέα. Ταυτόχρονα, υλοποιείται και μία εκδρομή ανά περίοδο.

#### Βοήθεια στο Σπίτι

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» μία υπηρεσία κοινωνικού χαρακτήρα που απευθύνεται σε άτομα τρίτης ηλικίας, τα οποία δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα (ΑΜΕΑ) δίνοντας προτεραιότητα σε αυτούς που ζουν μόνοι τους ή δεν έχουν την πλήρη οικογενειακή φροντίδα και το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες. Εξυπηρετούνται κάτοικοι και δημότες εντός των ορίων του Δήμου Πειραιά και πιο συγκεκριμένα των διαμερισμάτων/κοινοτήτων της Καλλιπόλης-Χατζηκυριάκειου, των Καμινίων και της Αγίας Σοφίας. Τις ομάδες φροντίδας των Ωφελούμενων του Προγράμματος στελεχώνουν μία κοινωνική λειτουργός, μία νοσηλεύτρια και μία οικογενειακή βοηθός.

### 1.3 Συνοπτική Παρουσίαση και Στόχοι του Υποέργου 1 «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus

Το Υποέργο 1 της Πράξης αποσκοπεί στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των δράσεων κοινωνικής ένταξης και καταπολέμησης της φτώχειας και των διακρίσεων, μέσω της μεθοδολογικής και λειτουργικής ενοποίησης των παρεμβάσεων, του συντονισμού και της παρακολούθησης των δράσεων κοινωνικής συνοχής που συντελούνται στο Δήμο Πειραιά, τόσο από τον ίδιο το Δήμο, όσο και από άλλους φορείς και κοινωνικά δίκτυα.

Η στόχευση του Υποέργου (και της Πράξης συνολικότερα), αφορά:

- στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δικτύου (hub) εντοπισμού και καταγραφής αναγκών στην περιοχή του Δήμου Πειραιά,
- στην ομογενοποίηση και στον συντονισμό των κοινωνικών παρεμβάσεων με στόχο την ευρύτερη διάδοση των εργαλείων, παραδοτέων και αποτελεσμάτων που αναπτύσσονται στο πλαίσιο της Πράξης, ειδικά για τη βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας της κοινωνικής ένταξης,
- στην οργάνωση μεθοδολογικού πλαισίου πρόληψης και αντιμετώπισης έκτακτων καταστάσεων με στόχο την έγκαιρη και στοχευμένη υποστήριξη των πιο αδύναμων δημοτών. Η αντιμετώπιση και η επιτήρηση της πανδημίας από κοινωνική άποψη για ομάδες υψηλού κινδύνου αποτελεί μία τέτοια «έκτακτη» κατάσταση.
- Στην συνεργασία με τις Κοινωνικές Δομές του Δήμου Πειραιά, αλλά και τρίτους φορείς για την υλοποίηση στοχευμένων παρεμβάσεων κοινωνικής ένταξης στο σύνολο των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων που βιώνουν κοινωνικό και οικονομικό αποκλεισμό.
- στην ενίσχυση της κοινωνικής συνοχής και η πρόληψη φαινομένων περιθωριοποίησης και αποξένωσης από το κοινωνικό γίγνεσθαι.
- Στη δημιουργία και εφαρμογή ολοκληρωμένων και ολιστικών μοντέλων βιώσιμης κοινωνικής ανάπτυξης και συνοχής.
- στη δημιουργία και κοινή χρήση καινοτόμων και εξειδικευμένων εργαλείων με τη χρήση σύγχρονων ΤΠΕ.
- στην υλοποίηση στοχευμένων δράσεων δικτύωσης και δημοσιότητας.

#### **1.4 Περιεχόμενα της Ομάδας Β «Στοχευμένες Μελέτες, Έρευνες Πεδίου και λοιπές ad hoc Ανάγκες»**

Το Έργο εντάσσεται στην Πράξη με τίτλο «Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus» (κωδικός ΟΠΣ/MIS 5060900).

Η Ομάδα Β στοχεύει:

- στην εκπόνηση μελέτης αποτύπωσης των αναγκών και των μακροχρόνια και βραχυχρόνια ανέργων του Δήμου Πειραιά και εκπόνηση προτάσεων κοινωνικών δράσεων με στόχο την κοινωνική τους ενσωμάτωση.
- στην εκπόνηση μελέτης αποτύπωσης των αναγκών των ατόμων τρίτης ηλικίας του Δήμου Πειραιά και εκπόνηση προτάσεων κοινωνικών δράσεων με στόχο την κοινωνική τους ενσωμάτωση και βέλτιστη διαβίωση.
- στην εκπόνηση μελέτης αποτύπωσης των αναγκών πολύτεκνων και τρίτεκνων οικογενειών του Δήμου Πειραιά και εκπόνηση προτάσεων κοινωνικών δράσεων με στόχο την κοινωνική τους ενσωμάτωση και βέλτιστη διαβίωση.

## 1.5 Υφιστάμενη Κατάσταση στην Περιοχή Παρέμβασης

Ο δήμος Πειραιά, όπως και αρκετοί άλλοι Δήμοι, έχει να αντιμετωπίσει δυσμενή κοινωνικό-οικονομικά φαινόμενα όπου τα τελευταία χρόνια εντείνονται συνεχώς, με αποκορύφωμα την υγειονομική κρίση. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, η κοινωνία του Δήμου Πειραιά να επηρεάζεται αρνητικά, καθώς τα ποσοστά των ευάλωτων ομάδων αυξάνονται συνεχώς.

Η ανεργία στο Δήμο Πειραιά εμφανίζεται σταθερά αυξανόμενη. Από την απογραφή του 2011 καταγράφεται ότι από το σύνολο των 163.688 κατοίκων, οι οικονομικά ενεργοί ανέρχονται σε 73.551 άτομα (44%). Οι άνεργοι που έχουν καταγραφεί υπολογίζονται σε 14.429 ή στο 20% επί των οικονομικά ενεργών ή στο 9% επί του συνολικού πληθυσμού. Συνολικά στην Περιφερειακή Ενότητα Πειραιά καταγράφεται ποσοστό 22,5% (25.852 άτομα) και αντίστοιχα στην Περιφερειακή Ενότητα Νήσων Αργοσαρωνικού οι εγγεγραμμένοι άνεργοι ήταν 2.680 άτομα.

Όπως προκύπτουν από νεότερα στοιχεία του ΟΑΕΔ (2021), η εγγεγραμμένη ανεργία στον Πειραιά εξακολουθεί να είναι στα επίπεδα του 2017, ενώ η μακροχρόνια ανεργία είναι σταθερά υψηλότερη από την βραχυχρόνια. Αξίζει να σημειωθεί πως η ανεργία των νέων και οι μακροχρόνια άνεργοι αυξάνεται συνεχώς, με αποτέλεσμα το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού να εντείνεται συνεχώς.

Οι δικαιούχοι του Κοινωνικού Εισοδήματος Αλληλεγγύης (ΚΕΑ) ανέρχονται σε 7.435 ενήλικα άτομα και, αντίστοιχα, του επιδόματος Ταμείου Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς Απόρους (ΤΕΒΑ) είναι 6.436 μέλη οικογενειών που υποστηρίζονται, ενήλικα και ανήλικα όπως περιγράφεται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Γενικά Στατιστικά ΤΕΒΑ

Δημοτικό Διαμέρισμα Πειραιά	Αριθμός ατόμων ανά δημοτικό διαμέρισμα	Ωφελούμενοι ΤΕΒΑ στον Δ. Πειραιά Ποσοστό %
A	1431	22.23
B	1290	20.04
Γ	314	4.88
Δ	1457	22.64
E	1944	30.21
Σύνολο	6436	100.00

Παρατηρείται ότι οι περισσότεροι δικαιούχοι σημειώνονται στο Ε΄ δημοτικό διαμέρισμα, ενώ ακολουθεί το Δ΄, ύστερα το Α΄, το Β΄ και, τέλος, το Γ΄. Αναφορικά με τα ποσοστά, να αναφερθεί πως η ποσόστωση των δικαιούχων έχει πραγματοποιηθεί σύμφωνα με τον πληθυσμό των δημοτικών διαμερισμάτων.

Το έτος 2020, είναι μία χρονιά που περιείχε δύο φάσεις. Κατά την περίοδο Ιανουάριος – Μάιος υπήρξε μία επιβολή αυστηρών περιοριστικών μέτρων για τη μείωση της διασποράς του covid-19 και από τον Μάιο μέχρι σήμερα που βρίσκεται σε μία φάση προσαρμογής στα νέα δεδομένα και στην ελευθερία υπό όρους. Εξαιτίας της υγειονομικής κρίσης υπήρξε αύξηση της ανεργίας και των προνοιακών επιδομάτων.

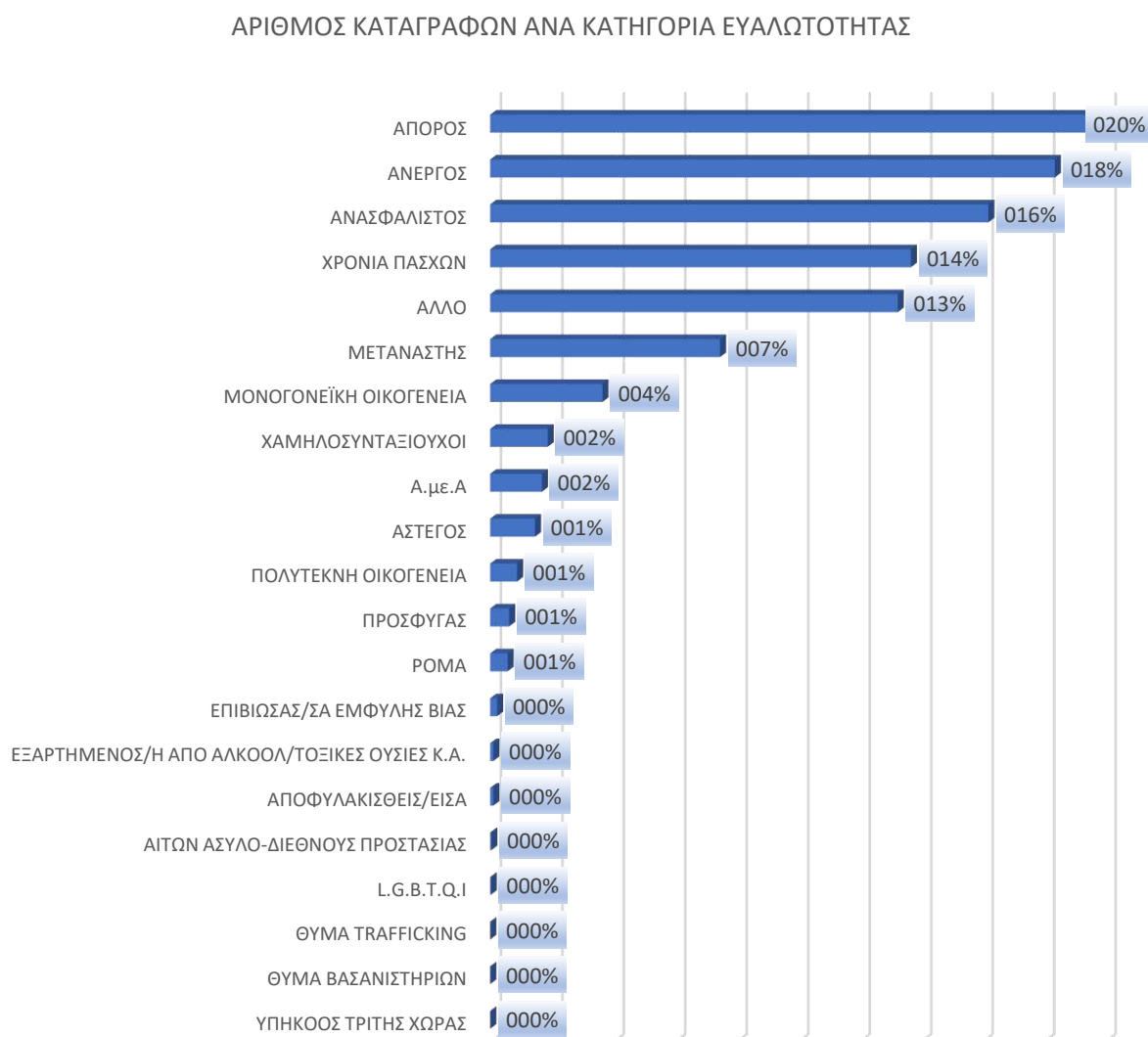
Στον Δήμο Πειραιά, σύμφωνα με τα δεδομένα, υπάρχουν 7.435 ενήλικα άτομα- δικαιούχοι του Κοινωνικού Εισοδήματος Αλληλεγγύης (ΚΕΑ), ενώ άλλα 6.436 μέλη οικογενειών -ενήλικα και ανήλικα- που λαμβάνουν επίδομα από το Ταμείο Ευρωπαϊκής Βοήθειας προς Απόρους (ΤΕΒΑ). Επίσης, καταγράφονται 7.459 μονογονεϊκές οικογένειες

Σύμφωνα με το ΠΣ ΕΡΓΑΝΗ, το 2020 οι προσλήψεις μειώθηκαν κατά 29,83%, οι απολύσεις- αποχωρήσεις κατά 29,96% και οι νέες θέσεις (ισοζύγιο προσλήψεων-απολύσεων) κατά 27,14%. Παρατηρήθηκε επίσης ότι λόγω της υγειονομικής κρίσης εξαπλώθηκε η ψηφιακή εργασία, κάτι που θα επηρεάσει σημαντικά την απασχόληση τα επόμενα χρόνια.

## Ανάλυση καταγραφών ωφελούμενων 2020-2021

Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζονται τα ποσοστά των καταγραφών ανά κατηγορία ευαλωτότητας. Παρατηρείται ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά καταγράφονται στους άπορους (19,81%), στους οι ανέργους (18,37%), στους ανασφάλιστους (16,21%), στους χρόνια πάσχοντες (13,69%) και στους μετανάστες (7,48%). Αξίζει να αναφερθεί πως οι παρακάτω περιπτώσεις καταγραφών είναι περισσότερες, καθώς ένα άτομο μπορεί να ανήκει σε παραπάνω από μία κατηγορία ευαλωτότητας.

Γράφημα 1: Κατηγορίες Ευαλωτότητας 9/2020-1/2021



Σε όλες τις Δημοτικές Κοινότητες του Πειραιά εντοπίζονται καταγεγραμμένοι ωφελούμενοι, όμως στη Δημοτική Κοινότητα Α, Δ και Ε δηλώνονται τα μεγαλύτερα ποσοστά, όπως περιγράφονται και στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 2: Δημοτική κατανομή καταγεγραμμένων

Δημοτική Κοινότητα Πειραιά	Αριθμός ανά κατηγορία	Ποσοστό %
Α	694	28,56
Β	394	16,21
Γ	77	3,17
Δ	611	25,14
Ε	654	26,91
Σύνολο	2430	100,00

Το 50,41% των καταγεγραμμένων ωφελούμενων έχει ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, και ακολουθεί η πρωτοβάθμια εκπαίδευση με 22,96%, όπως παρουσιάζονται και στον πίνακα παρακάτω. Αυτό δηλώνει πως υπάρχει ένα επαρκές εκπαιδευτικό επίπεδο.

Πίνακας 3: Εκπαιδευτικό επίπεδο καταγεγραμμένων

Επίπεδο Εκπαίδευσης/ Κατάρτισης	Αριθμός ανά κατηγορία	Ποσοστό %
Αναλφάβητος	51	2,10
Πρωτοβάθμια	558	22,96
Δευτεροβάθμια	1225	50,41
Τριτοβάθμια	225	9,26
Μεταπτυχιακό	4	0,16
Δεν δηλώθηκε/ Δεν απαντήθηκε/ Δεν ανήκει σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες	367	15,10
Σύνολο	2430	100,00

Σύμφωνα με τα Δεδομένα που παρουσιάστηκαν για το Δήμο Πειραιά, παρατηρείται πως αυτό συμβαίνει και σε όλη την επικράτεια σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης και το βιοτικό επίπεδο. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να δημιουργούνται ταυτόχρονα συνθήκες διακρίσεων αλλά και οικονομικού αδιεξόδου και ως εκ τούτου να επηρεάζεται αρνητικά η κοινωνική συνοχή.



## 2 Τρίτη ηλικία. Ποιότητα ζωής, προβλήματα και συστήματα υποστήριξης (οικογένεια, φροντιστές, δομές κ.λπ.). Βιβλιογραφική ανασκόπηση.

### 2.1 Χαρακτηριστικά της Τρίτης Ηλικίας

Ένα βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα του γήρατος είναι το γεγονός ότι δεν μπορούμε να κατασκευάσουμε ομάδες με κοινά στοιχεία, αφού παρουσιάζεται μεγάλη ποικιλομορφία στην εμφάνισή του. Η προσέγγιση πρέπει να είναι εξατομικευμένη και κάθε ηλικιωμένο πρόσωπο θα πρέπει να κατανοείται ως μία ξεχωριστή βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική ενότητα (Μαυροβουνιώτης & Αργυριάδου, 2008).

Παρά τις πολλές διαφορές στις θεωρίες και προσεγγίσεις του γήρατος, υπάρχει ένα κοινό σημείο – αφετηρία για τις περισσότερες από αυτές: ότι υπάρχει μια γενετική βάση σχετικά με το ανώτατο όριο ζωής, διαφορετικό για το κάθε είδος. Επίσης, ένα ακόμα χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η υποκειμενικότητά του. Ο τρόπος δηλαδή που βιώνονται οι βιολογικές διαδικασίες από τους ανθρώπους και από πολιτισμικές ομάδες είναι διαφορετικός. Κατ' αναλογία, και η σωματικότητα βιώνεται διαφορετικά από τις διάφορες πολιτισμικές ομάδες. Επίσης, ένα άλλο κοινό χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η μείωση της ζωτικότητας και της λειτουργικότητας των κυττάρων στα διάφορα όργανα, με ρυθμούς ασύγχρονους και απρόβλεπτους. Το είδος των βιολογικών μεταβολών που ενεργοποιούνται με το γήρας, είναι χωρίς επιστροφή, είναι καθολικά αναμενόμενες για όλες και όλους και η πορεία τους δεν αναστρέφεται. Η πορεία αυτή έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Κωσταρίδου Ευκλείδη, 1999):

1. «Είναι μία πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πρόοδο του χρόνου.
2. Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη συμβεί.
3. Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.
4. Είναι προοδευτικό στη διαμόρφωσή του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά.
5. Οφείλεται σε εσωτερικές αιτίες.
6. Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δε μπορεί να το αποφύγει κανείς.
7. Είναι καθολικό, δηλαδή εμφανίζεται σε όλα τα μέλη του είδους.
8. Είναι μη αναστρέψιμο, δηλαδή δε μπορεί αν ανασταλεί η πορεία του.

9. Αρχίζει μετά τη σωματική και αναπαραγωγή ωριμότητα.

10. Καταλήγει στο θάνατο» (Κυριαζή, 2006)

Τα ορατά σημάδια της παρουσίας των γηρατειών δεν είναι μόνο τα εξωτερικά (στο πρόσωπο και στο σώμα). Η αρνητική τους επενέργεια είναι ορατή και στην μικρότερη ευελιξία και αντοχή του ατόμου κατά την διαχείριση κρίσεων / πιέσεων, αλλά και στην διαρκώς αυξανόμενη πιθανότητα θανάτου. Παρά το αναπόδραστο του χαρακτήρα των αλλαγών αυτών που επέρχονται με την πάροδο του χρόνου, πρέπει να επισημάνουμε ότι κανείς δεν γνωρίζει σε ποια ηλικία αρχίζουν ούτε ποια μορφή θα πάρουν οι αλλαγές αυτές. Ο χρόνος εμφάνισής τους και η μορφή που θα λάβουν εξαρτώνται, εκτός από το βιολογικό υπόστρωμα, τόσο από περιβαλλοντικούς παράγοντες όσο και από τον τρόπο ζωής (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α).

Αν θεωρήσουμε όμως ότι δεν υπάρχει συνδρομή χρόνιων παθήσεων, τότε οι κυριότερες μεταβολές που προκαλούνται στους ανθρώπους από τα γηρατεία μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε έντεκα (11) κατηγορίες: 1) στην εμφάνιση, 2) στην κινητικότητα, 3) στο καρδιαγγειακό σύστημα, 4) στο αναπνευστικό σύστημα, 5) στο εκκριτικό σύστημα, 6) στην τροφή και στην πέψη, 7) στο αυτόνομο νευρικό σύστημα, 8) στο κεντρικό νευρικό σύστημα, 9) στο αναπαραγωγικό σύστημα, 10) μείωση της οξύτητας των αισθητηρίων και 11) επιδράσεις του φύλου. Αναλυτικότερα, οι μεταβολές στην εμφάνιση είναι οι πλέον εμφανείς, αφού τα άσπρα μαλλιά, οι ρυτίδες, η μείωση ύψους και βάρους και η αύξηση του λίπους γύρω από τη μέση, είναι μερικές από τις αλλαγές που φαίνονται και δηλώνουν την διέλευση της τρίτης ηλικίας. Οι αλλαγές στην κινητικότητα περιλαμβάνουν κυρίως προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα και τις αρθρώσεις, και προκαλούν προβλήματα που περιορίζουν την κίνηση και μπορεί να δυσκολέψουν την λεπτή και αδρή κινητικότητα των χεριών. Οι αλλαγές αυτές κάποτε συνοδεύονται από πόνους, με αποτέλεσμα την μείωση της ευελιξίας των άκρων και την επιβράδυνση στο ρυθμό βαδίσματος. Η μυϊκή δύναμη του ανθρώπου από το τριακοστό μέχρι το εξηκοστό έτος μειώνεται περισσότερο από 30 τοις εκατό. Η μείωση αυτή έχει ευθεία συσχέτιση με την έλλειψη κίνησης. Μαζί με την μυϊκή δύναμη, μειώνεται και η μυϊκή αντοχή. Επίσης, όσο μειώνεται ο μυϊκός ιστός τόσο αυξάνεται ο λιπώδης ιστός. Πιο αρνητικές είναι οι επιπτώσεις στα οστά, με την οστεοπόρωση και την οστεοπενία να απειλούν σοβαρά τους ηλικιωμένους ανθρώπους (αυξάνεται ο κίνδυνος καταγμάτων). Οι αρθρώσεις χάνουν την σταθερότητα και την ευκινησία τους, ιδιαίτερα στο ισχίο και στο γόνατο, στα οποία σημειώνεται και μείωση του εύρους κίνησης. Σαν σε φαύλο κύκλο, με την πάροδο των ετών, οι άνθρωποι μαζί με τις κινητικές τους δραστηριότητες περιορίζουν και το κινητικό εύρος των αρθρώσεων τους, επιτείνοντας έτσι την μείωση της ευκαμψίας τους. Τέλος, όλα

τα παραπάνω προβλήματα στο μυοσκελετικό σύστημα καθιστούν τους ανθρώπους πιο επιρρεπείς στις πτώσεις και στα κατάγματα (Δεληγιάννης, 1992).

## 2.2 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων

Είναι κοινώς αποδεκτό πως τα ηλικιωμένα άτομα έχουν ιδιαίτερες ανάγκες που οφείλονται τόσο στην αδύναμη φυσική τους κατάσταση όσο και σε παράγοντες που αφορούν την οικονομική και κοινωνική τους θέση. Οι αλλαγές και οι παθολογίες που συμβαίνουν με την πάροδο του χρόνου στο ηλικιωμένο άτομο επηρεάζουν όλα τα συστήματα του σώματός του, άλλα σε μεγαλύτερο και άλλα σε μικρότερο βαθμό ανάλογα με την κληρονομικότητα, το περιβάλλον, τον τρόπο ζωής και πολλούς άλλους παράγοντες. Τα συστήματα που επηρεάζονται είναι το σκελετικό, το μυϊκό, το καλυπτήριο, το νευρικό, το ενδοκρινικό, το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό, το λεμφικό, το ανοσοποιητικό, το πεπτικό, το ουροποιητικό και το αναπαραγωγικό.

Σημαντικές αλλαγές επίσης παρατηρούνται στα αισθητικά συστήματα όπως στην όραση και την ακοή και σε γνωστικό επίπεδο όπως στην μνήμη και την πνευματική λειτουργία (Βαρούχα & Νταουντάκη, 2017). Πέραν όλων των παθολογιών του μυοσκελετικού και νευρομυϊκού συστήματος που έχουν αναφερθεί, σημαντικά προβλήματα επέρχονται με την αλλαγή της στάσης και της ισορροπίας του σώματος των ηλικιωμένων και την επιρρέπειά τους στις πτώσεις (Βαρούχα & Νταουντάκη, 2017).

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα παραπάνω, εύκολα οδηγείται κανείς στο συμπέρασμα ότι οι ηλικιωμένοι βιώνουν περιορισμούς στις λειτουργικές τους ικανότητες και άρα έχουν περισσότερες ανάγκες από έναν νέο άνθρωπο. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις των ηλικιωμένων που έχουν ανάγκη βοθημάτων, όπως το

μπαστούνι ή το αναπηρικό καρότσι, κι αυτών που έχουν την ανάγκη ενός φροντιστή γιατί δεν έχουν την δυνατότητα να αυτοεξυπηρετηθούν. Η σωματική υγεία έχει αντίκτυπο και στη ψυχική. Επιπλέον καταστάσεις όπως η χηρεία ή η απώλεια άλλων αγαπημένων προσώπων, η σκέψη ότι πλησιάζει ο θάνατος, η απομόνωση από την οικογένεια και την κοινωνία οδηγούν σε ανάγκες που έχουν σχέση με τον ψυχισμό των ανθρώπων αυτής της ηλικίας.

Η επιμονή σε συνήθειες και το πείσμα, που πολλές φορές προκύπτει, έχει ως κύρια αιτία το φόβο της έλλειψης ελέγχου και το άγχος για τη σωματική (ή/και ψυχική φθορά) που έπεται της ηλικίας. Οι ηλικιωμένοι επιθυμούν έντονα να αποδείξουν πως είναι ικανοί να έχουν και να ασκούν τον έλεγχο σε ό,τι αφορά τον εαυτό τους και ευρύτερα στη ζωή τους, όπως συνέβαινε και παλιότερα, να νιώθουν σημαντικοί, να παραμένουν ενεργοί και δικτυωμένοι (Binstock et al., 2011).

Οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες οδηγούν σε επιπρόσθετες ανάγκες. Σύμφωνα με τους Philippa Clarke και Els R. Nieuwenhuijsen στο άρθρο τους «Environments for healthy ageing: A critical review», οι κοινωνικά μη προνομιούχοι ηλικιωμένοι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη πρόσβασης σε κοινωνικές υπηρεσίες όπως τα προγράμματα συσσιτίων και τα ιδρύματα για ηλικιωμένους. Οι γυναίκες, οι μειονότητες και οι ηλικιωμένοι με χαμηλό εισόδημα είναι πιο ευάλωτοι εξαιτίας της μεγάλης πιθανότητας να στερούνται οικονομικών πόρων και να ζουν σε ένα περιβάλλον που δεν μπορεί να καλύψει τις ανάγκες τους (2009).

Συνεπώς οι ανάγκες των ηλικιωμένων χρήζουν ικανοποίησης ώστε να μπορούν να έχουν μια ποιότητα ζωής και να συνεχίζουν να αποτελούν, όσο γίνεται, ενεργά μέλη της κοινωνίας. Συγκεκριμένα, βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων είναι:

#### 1) Πρωταρχικές ανάγκες

- Ένα εισόδημα, μια αξιοπρεπής σύνταξη για την απόκτηση όλων των απαραίτητων υλικών αγαθών.
- Επαρκής και σωστή διατροφή.
- Κατάλληλος ρουχισμός και υπόδηση.
- Προσωπική υγιεινή και καθαριότητα του χώρου διαβίωσής τους.
- Μια αξιοπρεπής κατοικία με θέρμανση ή η διαμονή τους σε οίκο ευγηρίας.
- Ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη.
- Δυνατότητα μεταφοράς και μετακίνησης.
- Οικιακή βοήθεια.

#### 2) Κοινωνικές ανάγκες

- Αποδοχή από την οικογένεια και την κοινωνία.
- Κοινωνικές επαφές, συμμετοχή σε συλλόγους, ομάδες συνομηλίκων.
- Πρόσβαση στην εκπαίδευση και την πληροφόρηση.
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες και καταστήματα.
- Δυνατότητα συμμετοχής στη διασκέδαση.

#### 3) Συναισθηματικές ανάγκες

- Αυτοεκτίμηση και αυτονομία.
- Συντροφικότητα, αγάπη, στοργή.

- Ενσωμάτωση στην οικογένεια και την κοινωνία με απαλλαγή του συναισθήματος ότι αποτελούν «βάρος».
- Σεβασμός της ελευθερίας τους και του προσωπικού τους ρυθμού.
- Δραστηριότητα, δημιουργική απασχόληση.
- Αίσθημα της προσφοράς τους στο κοινωνικό σύνολο.
- Αίσθημα πληρότητας και ευεξίας.
- Αξιοπρέπεια ως το τέλος της ζωής τους.

Εν κατακλείδι, οι ανάγκες των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας δε διαφέρουν πολύ απ' αυτές των άλλων ηλικιακών ομάδων, χρειάζονται όμως περισσότερο τη στήριξη της κοινωνίας για να πραγματοποιηθούν.

Είναι πολλά τα παραδείγματα ηλικιωμένων ατόμων με κινητικά και άλλα προβλήματα υγείας, τα οποία δεν είναι σε θέση ούτε τις ανάγκες για την επιβίωσή τους να καλύψουν μόνα τους αλλά χρειάζονται τη βοήθεια άλλων ατόμων. Αλλά και οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί σε εργασίες ακόμα και στο χώρο της κατοικίας τους ή στη μετακίνησή τους έξω από αυτόν. Έτσι πολλές φορές τα έξοδά τους προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες τους για φροντίδα (κατ' οίκον βοήθεια, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, νοσηλεία ή διαμονή σε οίκο ευγηρίας) πολλαπλασιάζονται.

Επιπλέον η γήρανση προκαλεί συναισθήματα απογοήτευσης, μοναξιάς, ειδικά στην περίπτωση της χηρείας, απομόνωσης και παραίτησης. Οι ανάγκες για αποδοχή και κοινωνική συμμετοχή, η ανάγκη της αυτοεκτίμησης και, τέλος, η ανάγκη να νιώθει κάποιος δημιουργικός και ολοκληρωμένος καθορίζουν σε σημαντικό βαθμό την ψυχική υγεία ενός ηλικιωμένου ανθρώπου.

### **2.3 Τρίτη Ηλικία στην Ευρώπη**

Σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί το προσδόκιμο ζωής. Ο βασικός λόγος είναι η μείωση της βρεφικής θνησιμότητας σε πολύ χαμηλό επίπεδα, η μείωση της θνησιμότητας των ηλικιωμένων λόγω της προόδου της ιατρικής επιστήμης και της εύρεσης νέων φαρμάκων και η βελτίωση των όρων διαβίωσης και περίθαλψης.

Το επίπεδο αντικατάστασης των γενεών στις ανεπτυγμένες χώρες ή αλλιώς η ολική γεννητικότητα όταν είναι κοντά στο 2,1 (μέσος αριθμός γεννήσεων ανά γυναίκα), μπορεί να διατηρηθεί το μέγεθος του πληθυσμού. Στην Ε.Ε. ο δείκτης γονιμότητας το 2000 ήταν στο 1,48 και πήγε το 2012 στο 1,56. Πιο αναλυτικά η Γαλλία βρίσκεται στην κορυφή (2,01) και

ακολουθούν η Ιρλανδία (1,94), η Σουηδία (1,88) και η Μ. Βρετανία (1,81). Ο χαμηλότερος δείκτης ήταν στην Πορτογαλία (1,23), ενώ πέραν της Ελλάδας, πολύ χαμηλά ήταν και στην Κύπρο (1,31), την Ισπανία και την Πολωνία (1,32), την Ιταλία και τη Σλοβακία (1,37). Η μεγαλύτερη αύξηση του δείκτη γονιμότητας μεταξύ 2001 και 2014 έλαβε χώρα στη Λετονία, την Τσεχία, τη Σλοβενία, τη Λιθουανία, τη Βουλγαρία και τη Σουηδία (E.U. Ageing Report, 2015).

Το μέγεθος του ευρωπαϊκού πληθυσμού δεν θα είναι μόνο μεγαλύτερο το 2060, αλλά θα είναι και πιο ηλικιωμένο. Ο πληθυσμός αναμένεται να αυξηθεί περίπου κατά 4% και από τα 507 εκατομμύρια που ήταν το 2013, υπολογίζεται να κορυφωθεί φτάνοντας τα 526 εκατομμύρια και να ισορροπήσει το 2060, στα 523 εκατομμύρια άτομα. Το 2060 αναμένεται επίσης ότι θα έχει αυξηθεί το ποσοστό των ηλικιωμένων στον πληθυσμό, με τη βάση της ηλικιακής πυραμίδας να είναι μικρότερη λόγω των χαμηλών ποσοστών γονιμότητας. Τα άτομα ηλικίας 65 και άνω θα έχουν ένα μερίδιο 28% του πληθυσμού από 18% που ήταν το 2015 και τα άτομα από 80 και άνω θα αντιπροσωπεύουν το 12% του πληθυσμού από το 5% που ήταν το 2015.

Το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε σημαντικά σε όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. από το 1960 έως το 2012. Στην Ε.Ε. το προσδόκιμο για τους άντρες θα φτάσει από τα 77,6 έτη που ήταν το 2013, στα 84,7 έτη το 2060, ενώ για τις γυναίκες από τα 83,1 έτη το 2013, στα 89,1 έτη το 2060, διαπιστώνοντας μία μείωση της ηλικιακής ψαλίδας μεταξύ αντρών και γυναικών. Ο ρυθμός αύξησης κάθε χρόνο για τις γυναίκες ήταν πάνω από τρεις μήνες. Από το 2000 η αύξηση του προσδόκιμου ζωής ήταν 2,6 χρόνια για τις γυναίκες και 3,3 χρόνια για τους άντρες. Υπάρχουν ωστόσο σημαντικές διαφορές στο προσδόκιμο ζωής ανάμεσα στις χώρες μέλη της Ε.Ε., για παράδειγμα οι γυναίκες στην Γερμανία, Ιρλανδία, Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία, Λουξεμβούργο, Μάλτα και Πορτογαλία κέρδισαν περίπου 11 χρόνια από το 1960 έως το 2012, ενώ σε χώρες όπως η Βουλγαρία, Δανία, Λετονία, Ολλανδία, Σλοβακία, Τσεχία κέρδισαν περίπου 8 έτη.

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής θα επιβραδυνθεί σε σχέση με τις ιστορικές του τιμές. Αυτό συμβαίνει επειδή η θνησιμότητα σε μικρότερες ηλικίες είναι ήδη πολύ χαμηλή. Για την αύξηση του θα απαιτηθεί βελτίωση στην θνησιμότητα μεγαλύτερων

ηλικιών, οι οποίες έχουν στατιστικά μικρότερο αντίκτυπο στο προσδόκιμο ζωής κατά την γέννηση.

Η ηλικιακή πυραμίδα δείχνει ότι η ηλικιακή κατανομή στον πληθυσμό της Ευρώπης θα αλλάξει δραματικά. Το 2013 οι πιο πολυπληθείς σειρές για τους άντρες και για τις γυναίκες ήταν τα 45 έτη. Το 2060 ο αριθμός των ανθρώπων αυτών που το 2013 ανήκαν σε αυτή την

κοόρτη σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής θα είναι τεράστιος. Ένας ακόμη λόγος που η βάση της ηλικιακής πυραμίδας μικραίνει, είναι και λόγω των χαμηλών ποσοστών γονιμότητας ή αλλιώς αντικατάστασης του πληθυσμού και έτσι σταδιακά μεταλλάσσεται η μορφή της από πυραμίδα.

Διαπιστώνουμε ότι το ποσοστό των ηλικιών 0-14 θα μείνει σχετικά σταθερό, το ποσοστό των 15-64 θα μειωθεί από 66% το 2013 , σε 57% το 2060 και το ποσοστό των ηλικιών 65 και άνω θα από 23% σε 40%.

Ως αποτέλεσμα αυτών των διαφορετικών τάσεων μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, η δημογραφική γήρανση (άτομα άνω των 65 ετών, σε σχέση με τις ηλικίες 15-64) αναμένεται να αυξηθεί στην Ευρώπη από το 27,8% στο 50,1 %. Αυτό σημαίνει ότι θα αντιστοιχούν 4 εργαζόμενοι για κάθε άτομο άνω των 65 ετών. Ο δείκτης εξάρτησης (άτομα κάτω των 14 και άνω των 65 σε σχέση με τις ηλικίες 15-64, ότι θα αυξηθεί ακόμα περισσότερο φτάνοντας από το 51,4% του 2013, το 76,6% το 2060.

Η πόλη της Ε.Ε., (στο επίπεδο περιοχών NUTS-3) με το μεγαλύτερο αριθμό ηλικιωμένων, το 2011 ήταν η Μαδρίτη, με 989.000 άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Δεύτερη πόλη ήταν η Βαρκελώνη με 949.000 άτομα ενώ τρίτη στην σειρά ήταν η Ρώμη με 809.000 ηλικιωμένους κατοίκους άνω των 65 ετών. (NUTS είναι γεωκωδική τυποποίηση για την αναφορά των υποδιαίρεσεων των χωρών, που χρησιμοποιεί η Ευρωπαϊκή Ένωση για στατιστικούς λόγους, Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques, υπάρχουν τρία επίπεδα NUTS και δύο επίπεδα τοπικών διοικητικών μονάδων τα οποία βρίσκονται κάτω από τα επίπεδα NUTS).

Ανά χώρα το ποσοστό ηλικιωμένων ποικίλει. Οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ένα πέμπτο του πληθυσμού στην Ιταλία, την Γερμανία και την Ελλάδα. Το 2014 στην Ιταλία ήταν το 21,4% του πληθυσμού, στην Γερμανία το 20,8% και στην Ελλάδα το 20,5%. Το ποσοστό των ηλικιωμένων στον συνολικό πληθυσμό στα κράτη μέλη της ΕΕ είναι κατά μέσο όρο από 17-20%, αν και η Ρουμανία, ή Πολωνία, το Λουξεμβούργο, η Κύπρος, η Σλοβακία και η Ιρλανδία βρίσκονται κάτω από αυτό τον μέσο όρο με χαμηλότερο ποσοστό το 12,6 % της Ιρλανδίας.

Οι ηλικιωμένοι συνήθως αντιπροσωπεύουν μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού στις αγροτικές περιοχές. Η απογραφή του πληθυσμού και των κατοικιών προσέφερε λεπτομερή ανάλυση της πληθυσμιακής δομής. Στο σύνολο της ΕΕ των 28, τα υψηλότερα ποσοστά ηλικιωμένων ατόμων το 2011, καταγράφηκαν στο εσωτερικό της Πορτογαλίας στην περιοχή Pinhal Interior Sul (33,6%), στην κεντρική ελληνική περιφέρεια της Ευρυτανίας (31,0%) και στη βορειοδυτική

ισπανική περιφέρεια της Ourense (29,4%). Η πλειονότητα των περιφερειών με υψηλά ποσοστά ηλικιωμένων

ήταν στις αγροτικές περιοχές και στις πιο απομακρυσμένες. Αυτό φαίνεται αντεστραμμένο σε κάποια ανατολικά κράτη της Ε.Ε., όπως στην Πολωνία όπου τα υψηλότερα ποσοστά ηλικιωμένων καταγράφηκαν στην Βαρσοβία και στη Lodz.

Πολλά άτομα ονειρεύονται όταν συνταξιοδοτηθούν να μετακομίσουν σε άλλη χώρα και ειδικά σε μέρη που βρίσκονται κοντά στην θάλασσα ή προς την Νότια Ευρώπη.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της απογραφής του 2011, τελικά μόνο το 5,1% μετακόμισε σε άλλο κράτος από αυτό που διέμενε κατά την απογραφή. Οι πιο δημοφιλείς προορισμοί για τους ηλικιωμένους ήταν η Ελλάδα με το ένα τέταρτο (27,9%) των ηλικιωμένων που μετακινήθηκαν να την επιλέγουν, ενώ περίπου το ένα

πέμπτο μετακινήθηκε στην Κύπρο, το Λουξεμβούργο, την Κροατία και τη Μάλτα.

Το 66,6% των ηλικιωμένων ατόμων στην ΕΕ ηλικίας 65 ετών και άνω, που άλλαξαν κατοικία κατά τη διάρκεια 12 μηνών πριν από την απογραφή μετακινήθηκαν μέσα στην περιοχή τους, ενώ μόλις πάνω από το 28,4% μετακινήθηκε από άλλη περιοχή εντός της ίδιας χώρας της ΕΕ. Επίσης οι ηλικιωμένοι άνω των 85 ετών έκαναν περισσότερες μετακινήσεις από ότι τα άτομα από 65-84 ετών. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι σε αυτές τις ηλικίες μετακινούνται είτε για να ζήσουν με τα παιδιά ή τους συγγενείς τους, είτε για να εισαχθούν σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ή επιλέγοντας άλλες μορφές διαμονής.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι που ζουν σε κλειστές δομές είναι ηλικίας 85 και άνω. Σε αντίθεση με πολλές άλλες έρευνες, όπου η συλλογή δεδομένων περιορίζεται στα νοικοκυριά, η παρούσα απογραφή μας παρέχει μεγαλύτερη πληροφόρηση διότι έχει

συμπεριλάβει πληροφορίες σχετικές με άτομα που ζουν σε κλειστές δομές. Το 2011 το ποσοστό των ηλικιωμένων στην Ε.Ε. ηλικίας 65-84 ετών που ζούσαν σε ιδρύματα (νοσηλευτικά ή οίκους ευγηρίας) ήταν 1,7% (δεν υπάρχει πληροφόρηση για την Ιρλανδία και την Φινλανδία). Για τα άτομα ηλικίας 85+ το ποσοστό ήταν 12,6% με το 14,8% να είναι πολύ ηλικιωμένες γυναίκες και το 7,6 % να είναι οι πολύ ηλικιωμένοι

άντρες. Σε απόλυτους αριθμούς τα άτομα που ζούσαν στην ΕΕ σε ιδρύματα το 2011, ήταν 1,35 εκατομμύρια άνω των 85 ετών και 1,34 εκατομμύρια ηλικίας 65-84 ετών.

Μεταξύ των περιφερειών NUTS (επιπέδου 2) το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων 85+ που μένει σε ιδρύματα καταγράφηκε στο Λουξεμβούργο (σε μία μόνο περιφέρεια σε αυτό το



επίπεδο ανάλυσης), καταγράφοντας ότι είναι σχεδόν το ένα τρίτο (32,9%) του πληθυσμού. Άλλες τέσσερις περιφέρειες της ΕΕ που κατέγραψαν ποσοστά της τάξεως του 25-30%, ήταν στην γαλλική περιοχή Pays de la Loire, στην Bretagne, στην Ολλανδική περιοχή του Groningen και στην Μάλτα (σε μία μόνο περιοχή σε αυτό το σημείο ανάλυσης). Αντίθετα στην Βουλγαρία, τη Ρουμανία, τη Νότιο Ιταλία και σε κάποια μέρη της Ελλάδας το ποσοστό των ηλικιωμένων που μένει σε κλειστές δομές είναι μικρό.

Εξαιτίας όλων αυτών, ο πληθυσμός της Ε.Ε. αναμένεται να γίνει πιο ηλικιωμένος, δημιουργώντας νέες προκλήσεις στα ευρωπαϊκά συστήματα. Η έντονα καθοδική τάση της γεννητικότητας που ακολούθησε την έκρηξη των γεννήσεων, διόγκωσε την

ηλικιακή κατηγορία των 45-65 ετών και πλέον τίθεται θέμα χρηματοδότησης των συντάξεων. Αυτές οι δημογραφικές αλλαγές θα συνοδεύονται από βαθιές κοινωνικές

ανακατατάξεις σε όλες τις χώρες στη στέγαση, την εργασία, την κοινωνική προστασία και η γήρανση θα ασκήσει πίεση για αύξηση στις δημόσιες δαπάνες και στην κοινωνική προστασία. Όσο το προσδόκιμο ζωής θα αυξάνεται, οι περιορισμοί, οι αντιλήψεις και οι προϋποθέσεις συνταξιοδότησης θα αλλάζουν. Οι συνέπειες της χαμηλής γονιμότητας και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, μπορούν να αντισταθμιστούν σε κάποιο βαθμό από την μεταναστευτική κίνηση (Eurostat, 2015).

#### **2.4 Δίκτυο Ευρωπαϊκών οργανώσεων Τρίτης Ηλικίας**

Στην Ευρώπη έχουν δημιουργηθεί διάφορες οργανώσεις που αφορούν τους ηλικιωμένους. Ο οργανισμός AGE platform Europe, ιδρύθηκε το 2001 και είναι ένα Ευρωπαϊκό δίκτυο που περιλαμβάνει 150 περίπου οργανώσεις μη κυβερνητικού χαρακτήρα, που εκπροσωπούν άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών και αφορούν πάνω από 40 εκατομμύρια ευρωπαίους ηλικιωμένους. Ο AGE χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και από συνδρομές των μελών της. Όπως αναφέρεται στην ιστοσελίδα του, τα θέματα με τα οποία ασχολείται αφορούν την κοινωνική προστασία, τη συνταξιοδότηση, την κοινωνική ένταξη, την υγεία, την απασχόληση των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας, την προσβασιμότητα σε δημόσιες μεταφορές και την εξάλειψη των διακρίσεων στους ηλικιωμένους. Επιδιώκει να γίνει η φωνή των ηλικιωμένων και των συνταξιούχων στις πολιτικές συζητήσεις της Ε.Ε. Παρέχει μία ευρωπαϊκή πλατφόρμα ανταλλαγής εμπειριών και βέλτιστων πρακτικών και στοχεύει στην ενημέρωση των ηλικιωμένων για τα δικαιώματά τους ως Ευρωπαίοι πολίτες.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση Διευθυντών Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, (E.D.E. European Association for Directors and Providers of Long Term Care Services for the Elderly)

δημιουργήθηκε στις 6 Απριλίου 1989 στο Λουξεμβούργο και είναι ένας επαγγελματικός διεθνής οργανισμός που εκπροσωπεί εθνικές οργανώσεις διευθυντών και παρόχων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας, στην Ευρώπη και αντιπροσωπεύει περισσότερους από 28 εκατομμύρια Ευρωπαίους ηλικιωμένους.

Ένας από τους βασικούς του σκοπούς είναι η προώθηση στην ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών μεταξύ των μελών του και η χάραξη κοινής πορείας δράσης. Οι επαγγελματίες του χώρου που ενδιαφέρονται να βελτιώνουν τις παροχές και την ποιότητα των υπηρεσιών τους, μπορούν να χρησιμοποιούν κοινά εκπαιδευτικά πρότυπα, να έχουν συχνές συναντήσεις και να οργανώνονται συνέδρια με την συμμετοχή όλων των διευθυντών για την καλύτερη κατανόηση των προβλημάτων και της σημασίας της φροντίδας των ανθρώπων. Στους σκοπούς του E.D.E. αναφέρονται:

- Η συνεργασία και η συμβουλευτική προσέγγιση οργανώσεων και κοινοτήτων με σκοπό την παροχή υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους σε πανευρωπαϊκό επίπεδο.
- Η παροχή συμβουλών σε διευθυντές και παρόχους μακροχρόνιας φροντίδας σχετικά με την μακροχρόνια και ημερήσια φροντίδα των ηλικιωμένων.
- Η προώθηση και η ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τα διεθνή πρότυπα ανάπτυξης για τη θέση των ηλικιωμένων στην κοινωνία και την υγεία.
- Η οργάνωση διεθνών συνεδρίων και συμβουλίων καθώς και εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ταξιδιών.
- Η έναρξη έρευνας πέρα από τα σύνορα για τη φροντίδα των ηλικιωμένων.
- Η ανάπτυξη κατευθυντήριων εκπαιδευτικών γραμμών και η απόκτηση περισσότερων προσόντων για όλους τους παρόχους υπηρεσιών υγείας των ηλικιωμένων.
- Η ανάπτυξη του κοινωνικού status του επαγγέλματος των παρόχων υγείας και η ανάπτυξη δημοσίων σχέσεων και η άσκηση επιρροής στις νομοθεσίες σχετικά με την φροντίδα των ηλικιωμένων.

## **2.5 Ενεργός και Υγιής Γήρανση**

Η μέτρηση της ηλικίας γίνεται με βάση τον αντικειμενικό χρόνο. Ως γήρανση ορίζεται η διαδικασία εκείνη κατά την οποία με την πάροδο του χρόνου επέρχεται βαθμιαίος περιορισμός της προσαρμοστικότητας και των εφεδρειών του οργανισμού με αποτέλεσμα τη μειωμένη αντιρροπιστική του ικανότητα στις ασθένειες και στο θάνατο (Χανιώτη, 1999). Το φαινόμενο της γήρανσης και της μακροβιότητας συνδέεται με γενετικούς και

περιβαλλοντικούς παράγοντες ενώ η βιολογική, η κοινωνική και η ψυχολογική ηλικία συνήθως, δεν λαμβάνονται υπ' όψη (Εμκε, 1999).

Ως Δημογραφική Γήρανση ορίζεται η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων άνω των 65 ετών στον συνολικό πληθυσμό με ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των παιδιών από 0 έως 14 ετών και ενδεχομένως και της αναλογίας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας από 15 έως 64 ετών (Εμκε-Πουλοπούλου, 1994). Βασικοί δημογραφικοί δείκτες που αποτυπώνουν άμεσα ή έμμεσα τη δημογραφική γήρανση είναι οι παρακάτω (Κοτζαμάνης, 1993):

- 1ος δείκτης, η αναλογία (%) των ατόμων άνω των 65 ετών στον συνολικό πληθυσμό
- 2ος δείκτης, ο δείκτης εξάρτησης που δείχνει πόσα εξαρτώμενα άτομα ηλικίας 0-14 και 65 και άνω, αναλογούν σε 100 παραγωγικά άτομα, ηλικίας 15-64 ετών.
- 3ος δείκτης, ο δείκτης γήρανσης ο οποίος δείχνει πόσα άτομα ηλικίας 0-14 αναλογούν σε 100 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω.
- 4ος δείκτης, ο δείκτης αντικατάστασης που δείχνει την αναλογία ατόμων ηλικίας 10-14 ετών σε 100 άτομα ηλικία 60 έως 64 ετών.
- 5ος δείκτης, η αναλογία των ατόμων ηλικίας 15-64 ετών σε 100 άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.

Η διεθνής βιβλιογραφία (Drag & Bieliauskas, 2010· Steverink, 2001) δείχνει ότι η σωματική και η γνωσιακή έκπτωση είναι στενά συνδεδεμένα με την αύξηση της ηλικίας και ως εκ τούτου δημιουργούνται προβλήματα στην αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων, στις καθημερινές τους δραστηριότητες και στην μνήμη τους (Salthouse, 1996). Η χρονολογική ηλικία είναι φτωχός προγνωστικός παράγοντας της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου και του προσδόκιμου ζωής του και για αυτό το λόγο στη σκιαγράφηση του προφίλ του ηλικιωμένου ως ασθενή, πρέπει να λάβουμε υπόψη και άλλες παραμέτρους όπως το φύλο, το ιατρικό ιστορικό του, τη νοσηρότητα των παθήσεων που έχει καθώς και το κοινωνικό του προφίλ (οικονομική κατάσταση, οικογενειακό περιβάλλον, κα), τα οποία παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο. (US Social Security Administration, 2005).

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού της Ευρώπης το οποίο όπως ήδη έχει αναφερθεί συνεχώς μεγαλώνει. Πολύ συχνά, αυτό εκλαμβάνεται ως πρόβλημα λόγω των προκλήσεων που δημιουργούνται με την αναστροφή της ηλικιακής πυραμίδας στα εργασιακά, στην βιωσιμότητα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, στις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας και γενικά στα οικονομικά που αφορούν την υγεία. Όμως όπως πολύ καλά όλοι γνωρίζουμε, τα ηλικιακά μεγαλύτερα άτομα έχουν πολλές εμπειρίες και γνώσεις και αυτή η αρνητική εικόνα δεν είναι απόλυτα δίκαιη για αυτούς. Πολλές φορές

ακόμα και η εθελοντική προσφορά εργασίας στην κοινότητα, αντιμετωπίζεται με δυσπιστία, ενώ θα έπρεπε να αναγνωριστεί και να προωθηθεί.

Αρχίζει να μπαίνει ο προβληματισμός που αφορά την ποιότητα ζωής που εξασφαλίζεται στα ηλικιωμένα άτομα. Με βάση τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO), ενεργός και υγιής γήρανση είναι η διαδικασία

βελτιστοποίησης των ευκαιριών για καλή υγεία, για συμμετοχή στην κοινωνία και για παροχή ασφάλειας με στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων όσο μεγαλώνουν. Με τον όρο «υγιής» περιγράφεται η σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία, ενώ με τον όρο «ενεργός» περιγράφεται η συνέχιση της συμμετοχής τους στην κοινωνική, οικονομική, πολιτιστική, πολιτική και πνευματική δραστηριότητα. Είναι η ιδανική κατάσταση μέσα στην οποία οι άνθρωποι και σε προχωρημένη ηλικία διατηρούν ένα καλό επίπεδο υγείας, την ζωτικότητα και την λειτουργική τους ανεξαρτησία. Το 2011, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή για την Δημόσια Υγεία ανέπτυξε ένα πιλοτικό πρόγραμμα που ονομάστηκε «Ευρωπαϊκή σύμπραξη καινοτομίας για την ενεργό και υγιή γήρανση» με στόχο να αυξήσει τον μέσο όρο υγιούς ζωής των Ευρωπαίων πολιτών κατά 2 χρόνια μέχρι το 2020. Εταίροι του προγράμματος είναι ο ιδιωτικός και ο δημόσιος τομέας και πιο συγκεκριμένα εκπρόσωποι των κρατών μελών από την πλευρά της Ε.Ε., εκπρόσωποι από την βιομηχανία, τους επαγγελματίες υγείας, την κοινωνική πρόνοια και τις οργανώσεις που εκπροσωπούν ηλικιωμένους και ασθενείς. Αυτό αναφέρεται ότι μπορεί να επιτευχθεί με τους εξής τρόπους (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2013):

- Την βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων
- Την διασφάλιση της βιωσιμότητας και της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας
- Την δημιουργία ευκαιριών ανάπτυξης για τις επιχειρήσεις μέσα από την προώθηση της ανταγωνιστικότητας της ευρωπαϊκής βιομηχανίας, της αύξησης της επιχειρηματικής δραστηριότητας και της επέκτασης των επιχειρήσεων σε νέες αγορές

Τελικός στόχος αυτού του προγράμματος είναι η υποστήριξη της γήρανσης με ενεργητικότητα και υγεία, η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, η συμμετοχή τους στην κοινωνία και η μείωση της πίεσης που ασκείται στα συστήματα υγείας. Τονίζεται ότι χρειάζεται ο κάθε ένας από εμάς να αλλάξει την στάση του απέναντι στους ηλικιωμένους ώστε να οδηγήσουμε την κοινωνία μας σε μια κοινωνία όλων των ηλικιών. Να τους δώσουμε την ευκαιρία απασχόλησης χρησιμοποιώντας τις γνώσεις και την εμπειρία που κατέχουν και να ανασκοπήσουμε τις πολιτικές και τις πρακτικές που ασκούνται, ώστε να επιτευχθεί η ενεργή συμμετοχή τους στην κοινωνία.

## 2.6 Προσδιορισμός της Ψυχικής Υγείας στην Τρίτη Ηλικία

Η διαδικασία της γήρανσης είναι μια εμπειρία που ο κάθε άνθρωπος την ζει με τον δικό του μοναδικό τρόπο. Σημαντικό ρόλο στην διαδικασία αυτή διαδραματίζει η ψυχική υγεία του ηλικιωμένου. Η ψυχική υγεία ενός ηλικιωμένου διαμορφώνεται σύμφωνα με τις βιολογικές, τις ψυχολογικές και κοινωνικές επιδράσεις και καταστάσεις που έχει βιώσει. Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων είναι άκρως σημαντικοί. Για παράδειγμα, ένα χαρακτηριστικό που οδηγεί πολλούς ηλικιωμένους ανθρώπους στην κατάθλιψη, είναι το άγχος της καθημερινότητας (έναν στους έξι ηλικιωμένους παρουσιάζει σημάδια κατάθλιψης) (Godfrey&Denby, 2004).

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη από την φιλανθρωπική οργάνωση Age Concern το 2006, οι πέντε βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία που θα έχει ο ηλικιωμένος είναι οι ακόλουθοι: οι σχέσεις του δηλαδή ο κοινωνικός περίγυρος, η φυσική του κατάσταση, η οικονομική του κατάσταση - φτώχεια, η κοινωνική απομόνωση (διακρίσεις) και τέλος η ενασχόληση του με κάτι δημιουργικό. Αυτούς τους παράγοντες θα εξετάσουμε αναλυτικότερα παρακάτω.

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η επικοινωνία και οι επαφές των ηλικιωμένων ανθρώπων με άλλα άτομα, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες τόσο για την ψυχική τους υγεία, όσο και για την ποιότητα της ζωής τους (Bowling, 1997). Οι ηλικιωμένοι που έχουν ευρύ κοινωνικό περίγυρο τείνουν να είναι πιο χαρούμενοι και να νιώθουν πιο υγιείς, σε αντίθεση με αυτούς που δεν έχουν. Η απουσία ουσιαστικών σχέσεων μπορεί να τους οδηγήσει στην απομόνωση και στην μοναξιά με αποτέλεσμα την επιδείνωση της ψυχικής τους υγείας (Wenger and Tucker, 2002). Σε αυτό το σημείο είναι καλό να τονιστεί ότι οι σχέσεις μπορεί να έχουν και αρνητικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία του ηλικιωμένου (Age Concern, 2006). Για παράδειγμα, η σύζυγος που φροντίζει τον ηλικιωμένο σύζυγό της, έχει περισσότερες πιθανότητες να αντιμετωπίσει στο μέλλον προβλήματα ψυχικής υγείας (Carers UK, 2004).

Η φυσική κατάσταση με την αλλαγή στο σώμα του ανθρώπου είναι το πρώτο αποδεικτικό στοιχείο στην διαδικασία της γήρανσης. Πολλοί δέχονται την διαδικασία της γήρανσης, αλλά όχι και την πιθανή άσχημη φυσική κατάσταση που μπορεί να την συνοδεύει. Η σωματική υγεία και γενικά η καλή φυσική κατάσταση αποτελούν βασικά στοιχεία για την διατήρηση της καλής ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων (Reedetal., 2004).

Η οικονομική κατάσταση και κυρίως η φτώχεια συνδέονται άμεσα με την άσχημη ψυχική υγεία των ηλικιωμένων (Department of Health and Social Security, 1980;Whitehead, 1988; Department of Health, 1998). Σύμφωνα με έρευνες, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι και ιδιαίτερα

οι γυναίκες, τα άτομα που ζουν μόνα τους, οι χωρισμένοι και όσοι ζουν σε υποβαθμισμένες γειτονιές είναι πιο ευάλωτοι στο να εμφανίσουν κακή ψυχική υγεία (Burholt and Windle, 2006).

Πολλές φορές τα άτομα μεγάλης ηλικίας μπορεί να αντιμετωπίσουν ένα είδους ρατσισμού, τον λεγόμενο ηλικιακό ρατσισμό (Age Concern, 2005). Αυτό συμβαίνει καθώς υπάρχουν προκαταλήψεις που είναι άμεσα συνδεδεμένες με την ηλικία.

Σύμφωνα με τον (Martin, 2006), υπάρχουν δύο διαφορετικοί τρόποι σκέψης σχετικά με την διαδικασία της γήρανσης, «η θετική εικόνα» και η «αρνητική εικόνα». Κάποιοι αντιμετωπίζουν την διαδικασία της γήρανσης ως μια φυσική εξελικτική διαδικασία

όπου έχεις την δυνατότητα να κάνεις δραστηριότητες που παλιότερα δεν είχες την ευκαιρία λόγω χρόνου, την εποχή των ευκαιριών, ενώ υπάρχουν και εκείνοι που αντιμετωπίζουν την γήρανση ως μια άσχημη και δυσάρεστη κατάσταση που το μόνο που μπορεί ο ηλικιωμένος να κάνει, είναι να εξαρτάται από άλλους.

Τέλος, η ενασχόληση του ηλικιωμένου με κάποια δραστηριότητα που θα του αποφέρει ή όχι χρήματα, τον βοηθάει ώστε να νιώθει σημαντικός. Υπάρχουν ευέλικτες μορφές απασχόλησης που επιτρέπουν την πιο ομαλή μετάβασή του από την εποχή της πλήρους απασχόλησης στη συνταξιοδότηση (Platman, 2003) και ο εθελοντισμός αποτελεί έναν ακόμη ευέλικτο και δημιουργικό τρόπο. Σύμφωνα με έρευνες, ο εθελοντισμός βοηθάει πολύ στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής (Morrow- Howelletal., 2003) και στην μείωση των θανάτων και των αρρωστιών μεταξύ των εθελοντών (Harris and Thoresen, 2005; Lum and Lightfoot, 2005).

Σύμφωνα με έρευνες, η μοναξιά και ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελούν τους δύο βασικούς λόγους κακής σωματικής και ψυχικής υγείας σε έναν ηλικιωμένο άνθρωπο (Berkman LF, Syme SL, 1979, Walker D, Beauchene RE., 1991, Sugisawa H, Liang J, Liu X., 1994, Byles JE, Harris MA, Nair B, Butler JRG., 1996, Hart CL, Smith GD, Hole DJ, Hawthorne VM., Klinger J, Wylie C, Copeman J, Kirk SFL. 1999, Savikko N, Routasalo P, Tilvis R, etal., 2005).

Ο όρος κοινωνικός αποκλεισμός αναφέρεται σε μια γενική κατάσταση την οποία βιώνει κάποιος ο οποίος έχει μικρό κοινωνικό περίγυρο και γενικά δεν συμμετέχει ενεργά στην κοινωνική ζωή (Molyneux M., 1993, Weiss RS., 1982, Wenger C, Davies R, Shahtahmasebi S, Scott A., 1996). Ο κοινωνικός αποκλεισμός δεν μπορεί να μετρηθεί εύκολα, αλλά στην προσπάθεια τους πολλοί ερευνητές έχουν συμπεράνει ότι στην πλειοψηφία τους οι ηλικιωμένοι άνθρωποι δεν είναι «σοβαρά» (σε μεγάλο βαθμό) κοινωνικά αποκλεισμένοι (Chappell NL, Badger M.,1989, Boldy D, Iredell H, Grenade L.,2005, Victor C, Bowling A, Bond

J, Scambler S. ,2003, Wenger GC, Burholt V. ,2004, Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A.,2000).

Αντίθετα, η μοναξιά είναι μια εμπειρία, συνήθως δυσάρεστη, που βιώνει ο καθένας με τον δικό του μοναδικό τρόπο (Walker D, Beauchene RE.,1991, Weiss RS., Peplau LA, Perlman D.,1982, Bowling A.,1997, de JongGierveld J.,1998, Weiss RS.,1973,1989). Βέβαια, υπάρχουν άτομα που παρ' όλο που έχουν μικρό κοινωνικό περίγυρο δεν αισθάνονται μοναξιά και άτομα που αισθάνονται πολύ έντονα το αίσθημα της μοναξιάς παρ' όλο που έχουν πολλές κοινωνικές επαφές (Walker D, Beauchene RE. ,1991). Πιο συγκεκριμένα και σύμφωνα με έρευνες, ένας στους τρεις ηλικιωμένους έχει βιώσει την εμπειρία της μοναξιάς (Savikko N, Routasalo P, Tilvis R, etal., Victor C,

Scambler S, Bowling A, Bond J., Boldy D, Iredell H, Grenade L. ,2005, Wenger C, Davies R, Shahtahmasebi S, Scott A.,1996). Το αίσθημα της μοναξιάς ποικίλει ανάλογα με τις συνθήκες και κλιμακώνεται ανά περιόδους. Για παράδειγμα, οι ηλικιωμένοι νιώθουν πιο μόνοι την περίοδο των Χριστουγέννων, τα βράδια και τα κρύα χειμωνιάτικα απογεύματα (Victor C, Scambler S, Bowling A, Bond J.,2005, Steed L, Boldy D, Grenade L, Iredell H.,2006).

Γενικά, τα επίπεδα της μοναξιάς και του κοινωνικού αποκλεισμού επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες. Ο κοινωνικός περίγυρος αποτελεί τον πρώτο και κυριότερο παράγοντα που επηρεάζει και συνδέεται άμεσα με τον κοινωνικό αποκλεισμό και την μοναξιά. Τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού δικτύου που έχει κάποιος είναι σημαντικά.

Για παράδειγμα, αν κάποιος είναι χήρος ή δεν έχει παιδιά, επιλέγει για συντροφιά ομάδες ανθρώπων που του μοιάζουν και θα τον καταλάβουν (Chappell NL, Badger M.,1989, Wenger GC, Burholt V.,2004, Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A.,2000, Luggen AS, Rini AG.,1995,Wu Z, Pollard MS.,1998). Ακόμη η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και το μέρος κατοικίας (οι ηλικιωμένοι που ζουν σε αστικές περιοχές μπορεί να νιώσουν πιο δύσκολα μόνοι σε σχέση με αυτούς που ζουν σε αγροτικές και απομονωμένες περιοχές) επηρεάζουν τον βαθμό επίδρασης του αισθήματος της μοναξιάς και του κοινωνικού αποκλεισμού (Baum J.,1982, Beck C, Schultz C, Walton C, Walls R., 1990, Boldy DP, Chou S-C, Lee AH., 2004, Kaufman A, Adams J., 1987, Mullins LC, Elston CH., Hector-Taylor L, Adams P., 1996, Victor C, Scambler S, Bond J, Bowling A., 2000, Victor C, Scambler S, Bowling A, Bond J., Savikko N, Routasalo P, Tilvis R, etal. , 2005) .

## 2.7 Άνοια

Η άνοια αποτελεί βασική αιτία ανικανότητας και αναπηρίας στους ηλικιωμένους. Μόνο στη χώρα μας, υπολογίζεται πως υπάρχουν περισσότεροι από 140.000 ασθενείς με άνοια. Ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί ακόμη περισσότερο τα επόμενα έτη λόγω της αύξησης της μέσης επιβίωσης, δίνοντας ακόμη μεγαλύτερες διαστάσεις στο πρόβλημα. Οι τύποι της άνοιας είναι η νόσος Alzheimer, η αγγειακή άνοια, η άνοια με σωματία Lewy και η μετωποκροταφική. Καθώς δεν υπάρχει ακόμη θεραπεία που να μπορεί να σταματήσει την πορεία της νόσου, όλοι συμφωνούν, πως η βελτίωση της Ποιότητας Ζωής των ασθενών και η μείωση των αρνητικών επακόλουθων της φροντίδας σε όσους την παρέχουν αποτελούν τους βασικούς στόχους στην αντιμετώπιση της άνοιας.

Στη χώρα μας, εξαιτίας της έλλειψης δομών μακράς φροντίδας εκ μέρους της πολιτείας αλλά και για πολιτισμικούς λόγους, τη φροντίδα των ασθενών αναλαμβάνει κυρίως η οικογένεια. Σαν αποτέλεσμα, ο συνολικός αριθμός των ατόμων που επηρεάζονται από την άνοια στη χώρα μας είναι τεράστιος. Για το λόγο αυτό, οι πολιτικές στον τομέα της υγείας θα πρέπει να στραφούν στην στήριξη των ασθενών με άνοια και των φροντιστών τους στην κοινότητα.

Η σημαντικότερη, ίσως, νόσος που σχετίζεται άμεσα με την ηλικία και έχει λάβει τεράστιες διαστάσεις στην εποχή μας είναι η νόσος του Alzheimer και οι άλλες μορφές άνοιας. Ο επιπολασμός της άνοιας μετά τα 60 έτη, διπλασιάζεται ανά πενταετία περίπου, για να ξεπεράσει το 20% στους άνω των 85 ετών (Jorm και συν. 1987, Jorm 2002). Στις αναπτυγμένες χώρες ο επιπολασμός της άνοιας είναι ακόμη μεγαλύτερος. Αυτό μεταφράζεται σε 25 εκατομμύρια ασθενείς με άνοια παγκοσμίως που αναμένονται να αυξηθούν σε 104 εκατομμύρια σε 50 χρόνια (Wimo και συν. 2003). Στη χώρα μας, σύμφωνα με την Eurodem, υπολογίζεται πως υπάρχουν περίπου 140.000 ασθενείς με άνοια.

Χαρακτηρίζεται από σταδιακή απώλεια της μνήμης και περιορισμό των νοητικών λειτουργιών του εγκεφάλου (της κρίσης, του λόγου, της προσωπικότητας). Η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται η άνοια είναι 5% σε άτομα άνω των 65 ετών, με την άνοια τύπου Alzheimer να προσβάλλει το 10% αυτών των ατόμων ως την ηλικία των 85 ετών (Kendrick & Warnes, 1997). Μετά την ηλικία των 65 ετών τα ποσοστά της άνοιας διπλασιάζονται και προσβάλλεται ένα ποσοστό 20% ατόμων ηλικίας 85 ετών και άνω.

Τελικά η νόσος οδηγεί σε αδυναμία πραγματοποίησης των βασικών αναγκών του ατόμου, όπως το πλύσιμο, η μετακίνηση και το φαγητό. Η φροντίδα γίνεται νοσηλευτική και περιπλέκεται από δυσκολίες στην κατάποση και τη βάρδια και από διαταραχές στη συμπεριφορά. Οι ασθενείς τελικά, περιορίζονται στο κρεβάτι και έχουν αυξημένο κίνδυνο



ανάπτυξης κατακλίσεων, λοιμώξεων και καρδιαγγειακών συμβάντων που τελικά οδηγούν στο θάνατο (Benson και συν. 2005). Όπως είναι φυσικό, η συμπτωματολογία των ανοϊκών συνδρομών που περιγράφηκε παραπάνω προκαλεί σημαντική επιβάρυνση στους φροντιστές των ασθενών. Δεν είναι τυχαίο πως η φροντίδα στην άνοια έχει μελετηθεί περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη μορφή φροντίδας και οι επιπτώσεις που επιφέρει, στην υγεία όσων την παρέχουν, είναι σοβαρότερες σε σχέση με άλλες νόσους (Pinquart και Sorensen 2003, Schulz και Martire 2004).

Τα ποσοστά άνοιας είναι υψηλότερα για τις γυναίκες άνω των 75 ετών (Tinker,2000), και συνάμα οι γυναίκες είναι συχνότερα φροντιστές ατόμων με άνοια. Η άνοια είναι σοβαρό πρόβλημα υγείας, ιδιαίτερα για τις γυναίκες (Lindsay&Anderson, 2004). Η αγγειακή άνοια και το Alzheimer είναι βασικές αιτίες θανάτου για περίπου 20% των ηλικιωμένων άνω των 85 ετών και υπολογίζεται ότι αντιστοιχεί σε μείωση του προσδόκιμου ζωής κατά τέσσερα χρόνια. Καθώς γερνάει η πληθυσμός, ο αριθμός των ατόμων που πάσχει από άνοια θα αυξάνεται σημαντικά τα επόμενα χρόνια.

Στους περισσότερους ασθενείς με νόσο Alzheimer η εκμάθηση και η πρόσφατη μνήμη πλήττονται πρώτα. Σε ορισμένους, αφασικά συμπτώματα και οπτικοχωρικά ελλείμματα παρουσιάζονται πρώτα. Στην ήπια άνοια η σταδιακή έκπτωση της μνήμης μαζί με άλλες διαταραχές των ανώτερων λειτουργιών (μειωμένη συγκέντρωση, κρίση, σχεδιασμός, και οργάνωση) αρχίζουν να επηρεάζουν τις σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου. Μη γνωσιακά συμπτώματα, κυρίως κατάθλιψη, μπορεί να αποτελούν το βασικό σύμπτωμα στην έναρξη της άνοιας. Στα αρχικά στάδια της νόσου οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να ζουν μόνοι, χρειάζεται όμως ένα υποστηρικτικό δίκτυο, σε οργανωτικά κυρίως ζητήματα, προκειμένου να μείνουν όσο το δυνατό περισσότερο γίνεται ανεξάρτητοι. Στη μέτρια άνοια οι ασθενείς φαίνεται να ζουν στο παρελθόν, λόγω της σοβαρής διαταραχής της πρόσφατης μνήμης. Ο λογικός σχεδιασμός, η κρίση και η οργάνωση πλήττονται σοβαρά. Γλωσσικές δυσκολίες, απραξία και προσωπογνωσία δυσκολεύουν την καθημερινότητα. Σε αυτό το στάδιο η ανοσογνωσία κυριαρχεί αλλά αποθέματα εναισθησίας συχνά προκαλούν καταστροφικές αντιδράσεις. Τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, απάθεια, επιθετικότητα, περιπλάνηση κ.λπ.) γίνονται συχνότερα. Στη μέτρια άνοια ο ασθενής δεν μπορεί να διαχειριστεί τα θέματα της καθημερινότητας. Τα γνωστικά συμπτώματα δημιουργούν κινδύνους στο σπίτι ενώ τα μη γνωστικά επιβαρύνουν ψυχολογικά την οικογένεια.

Στη σοβαρή άνοια όλες οι γνωστικές λειτουργίες είναι σοβαρά διαταραγμένες. Οι ασθενείς είναι απαθείς και μπορεί να παρουσιάζουν στερεότυπη κινητική συμπεριφορά.

Αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τις βασικές καθημερινές δραστηριότητες, όπως το πλύσιμο, η μετακίνηση και το φαγητό. Η φροντίδα είναι πλέον νοσηλευτική και περιπλέκεται από δυσκολίες στην κατάποση και τη βάδιση και διαταραχές στη συμπεριφορά. Οι ασθενείς τελικά περιορίζονται στο κρεβάτι και έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κατακλίσεων, λοιμώξεων και καρδιαγγειακών συμβάντων που τελικά οδηγούν στο θάνατο (Forstl 2005).

Το Εθνικό Παρατηρητήριο για την Άνοια και τη νόσο Alzheimer, για να αποδείξει τη σοβαρή οικονομική επίπτωση της νόσου στα συστήματα Υγείας δίνει τα παρακάτω στοιχεία: Το ποσό της δαπάνης για την άνοια αντιστοιχεί στο 1,09 % του παγκόσμιου Α.Ε.Π. και υπολογίζεται ότι είναι περίπου 818 δισεκατομμύρια δολάρια Η.Π.Α. Στην Ευρώπη δαπανώνται για την άνοια γύρω στα 17 δισεκατομμύρια ευρώ και το κοινωνικοοικονομικό κόστος υπολογίζεται ανά άτομο, στα 341,00 ευρώ το μήνα στο στάδιο της αυτονομίας, 957,00 ευρώ στο στάδιο της εξάρτησης στο σπίτι και στα 1.276,00 ευρώ όταν το άτομο βρίσκεται στο στάδιο της εξάρτησης σε ίδρυμα.

Είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι η άνοια είναι ίσως η μόνη νόσος που προσβάλλει συγχρόνως αλλά και με διαφορετικό τρόπο δύο άτομα, τον ασθενή και τον φροντιστή του. Μάλιστα υποστηρίζεται ότι είναι η νούμερο ένα ασθένεια στον κόσμο σε θνησιμότητα, όχι στους ασθενείς, αλλά στους φροντιστές (Λέκκα-Μαρκάτη, 2000).

Στη διαγνωστική διαδικασία των ανοϊκών συνδρόμων δύο είναι οι προκλήσεις: η διάγνωση της άνοιας, δηλαδή ο διαχωρισμός του ανοϊκού ασθενούς από τον μη ανοϊκό και η εύρεση του τύπου της άνοιας. Η διαγνωστική διαδικασία της άνοιας περιλαμβάνει α) την εκτίμηση του ασθενούς, με λήψη του ιστορικού, νευρολογική και σωματική εξέταση και αξιολόγηση της λειτουργικής, γνωστικής και ψυχιατρικής κατάστασης του ασθενούς β) αιματολογικές εξετάσεις γ) απεικονιστικές μεθόδους και δ) συμπληρωματικές εξετάσεις, όταν αυτό απαιτείται. Τα στοιχεία που προκύπτουν από τα παραπάνω ταυτίζονται με τα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια της άνοιας ώστε να προκύψει η διάγνωση (Μούγιας 2003).

Α) Ιατρική και νευροψυχολογική εκτίμηση: Το ιστορικό πρέπει να επικεντρώνεται στα σημεία που ενδιαφέρουν με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στα γνωστικά πεδία που επηρεάζονται, στον τρόπο εκδήλωσης των συμπτωμάτων, τη διάρκεια και την εξέλιξή τους καθώς και την επίπτωσή τους στην λειτουργικότητα του ασθενούς (Waldemara και συν. 2007). Οι πληροφορίες από τον ασθενή πρέπει να συνδυάζονται, όταν αυτό είναι δυνατό, με πληροφορίες από συγγενείς και φίλους. Αν και η αξία των πληροφοριών αυτών είναι σημαντική (Jorm και συν. 2000, Mackinnon και συν. 2003), οι πληροφορίες από συγγενείς μπορεί να είναι ανακριβείς, ιδίως όταν τα συμπτώματα είναι ήπια και το μορφωτικό επίπεδο του ασθενούς χαμηλό (Kemp και συν. 2002). Εκτός από τη

λεπτομερή περιγραφή των κύριων συμπτωμάτων και της συννοσηρότητας, το ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει το οικογενειακό, το κοινωνικό, το πολιτισμικό και το φαρμακευτικό ιστορικό (Μούγιας 2003). Η νευρολογική εξέταση είναι απαραίτητη γιατί σε συχνούς τύπους άνοιας, όπως στην άνοια με σωματία του Lewy, συχνά κυριαρχεί νευρολογική συμπτωματολογία. Επίσης η νευρολογική και σωματική εξέταση είναι απαραίτητες για τη διάγνωση δυνητικά αναστρέψιμων ανοιών, νευρολογικών νοσημάτων στις οποίες η άνοια είναι μέρος μεγαλύτερης δυσλειτουργίας και συννοσηρότητας (Waldemara και συν. 2007). Η αξιολόγηση της γνωστικής, λειτουργικής και συμπεριφορικής κατάστασης του ασθενούς είναι απαραίτητη για την πρόδρομη διάγνωση της άνοιας και την εύρεση του αιτίου που την προκαλεί. Μπορεί να γίνει είτε από ιατρό είτε από νευροψυχολόγο και περιλαμβάνει:

1. έλεγχο των γενικών γνωστικών λειτουργιών.
2. έλεγχο της μνήμης.
3. έλεγχο των εκτελεστικών λειτουργιών.
4. έλεγχο των σύνθετων ανώτερων λειτουργιών.
5. εξέταση των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων.
6. εξέταση της λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς.

Β) Αιματολογικές εξετάσεις: Η πραγματοποίηση των αιματολογικών εξετάσεων έχει σαν στόχο τη διερεύνηση συννοσηρότητας, επιπλοκών της άνοιας, παραγόντων κινδύνου και συγγυτικών καταστάσεων. Σπανιότερα μπορεί να αποκαλύψει το πρωτογενές αίτιο της άνοιας. Οι εξετάσεις που προτείνονται από την EFNS (European Federation of Neurological Societies) είναι: Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ), γενική αίματος, ηλεκτρολύτες, ασβέστιο, γλυκόζη, ηπατικός και νεφρικός έλεγχος και έλεγχος των θυρεοειδικών ορμονών. Σε ειδικές περιπτώσεις και ανάλογα με την κλινική εικόνα μπορεί να απαιτηθεί έλεγχος για σύφιλη, AIDS, και *Borellia* καθώς και επιπέδων της Βιταμίνης Β12 (Waldemara και συν. 2007).

Γ) Απεικονιστικές μέθοδοι: Ενώ παλαιότερα οι απεικονιστικές εξετάσεις θεωρούνταν σημαντικές μόνο για τον αποκλεισμό αναστρέψιμων αιτιών άνοιας, σήμερα αποτελούν την πιο αξιόπιστη συμπληρωματική εξέταση για τη διάγνωση του τύπου της άνοιας. Σύμφωνα με τις οδηγίες της EFNS κάθε ασθενής με υποψία άνοιας πρέπει να υποβάλλεται είτε σε Αξονική Τομογραφία είτε σε Μαγνητική Τομογραφία εγκεφάλου. Ο Τομογράφος εκπομπής φωτονίων (SPECT) και ο Τομογράφος Εκπομπής Πρωτονίων (PET) μπορεί να είναι χρήσιμοι μόνο σε περιπτώσεις διαγνωστικής αβεβαιότητας (Waldemara και συν. 2007).

Δ) Συμπληρωματικές εξετάσεις: Σε περίπτωση διαγνωστικών αμφιβολιών ή υποψία συγκεκριμένων ασθενειών μπορεί να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη η πραγματοποίηση κάποιων συμπληρωματικών εξετάσεων. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) πρέπει να πραγματοποιείται σε υποψία νόσου των Creutzfeldt-Jakob και παροδικής επιληπτικής αμνησίας. Ανάλυση του Εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ) απαιτείται σε άτυπες κλινικές περιπτώσεις. Καθορισμός των επιπέδων της τ πρωτεΐνης, της φωσφοριωμένης τ πρωτεΐνης και της Ab42 μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν υποβοηθητικό της διάγνωσης σε δύσκολες περιπτώσεις. Σε υποψία νόσου των Creutzfeldt-Jakob η εξέταση της 14-3-3 πρωτεΐνης στο ΕΝΥ είναι απαραίτητη. Τέλος σε εξειδικευμένα κέντρα και εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί έλεγχος για μεταλλάξεις σε ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό αυτοσωμικής επικρατούσας άνοιας και βιοψία για καθορισμό σπάνιων ανοιών (Waldemara και συν. 2007).

## **2.8 Φροντίδα Τρίτης Ηλικίας**

Η Ποιότητα Ζωής αποτελεί μια από τις πλέον χρησιμοποιούμενες έννοιες στην εποχή μας. Εμφανίζεται στα μέσα ενημέρωσης, χρησιμοποιείται από πολιτικούς, επιστήμονες, αλλά και στην καθημερινή ζωή τείνει να γίνει φράση κλισέ. Μια από τις συχνότερες κριτικές που ασκείται στην έννοια της Ποιότητας Ζωής είναι η απουσία ενός ευκρινούς ορισμού. Όπως παρατηρεί ο Lawton, η Ποιότητα Ζωής ορίζεται με τόσους τρόπους και από τόσους πολλούς ανθρώπους και, δυστυχώς, συχνά δεν ορίζεται (Ettema και συν. 2005α).

Η ομάδα εργασίας για την Ποιότητα Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (The WHOQOL group 1995) έδωσε έναν ορισμό της Ποιότητας Ζωής, περιγράφοντας ταυτόχρονα τις βασικές αρχές της έννοιάς της: «Ποιότητα Ζωής είναι η αντίληψη της θέσης του ατόμου στη ζωή, στα πλαίσια του πολιτισμού και του συστήματος αξιών στα οποία ζει και σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του. Πρόκειται για μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει με πολύπλοκο τρόπο τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, το βαθμό ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, τα προσωπικά πιστεύω και τα εξέχοντα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος». Αυτός ο ορισμός υπογραμμίζει την υποκειμενική φύση της Ποιότητας Ζωής, περιλαμβάνει θετικές και αρνητικές πλευρές της ζωής και είναι πολυδιάστατος. Αποτελεί σήμερα τον πιο συχνά αναφερόμενο ορισμό της Ποιότητας Ζωής και αποτελεί τη βάση για διαφορετικές προσεγγίσεις. Οι Black και Rabins (2005), για παράδειγμα, παραθέτουν τον εξής ορισμό: «Ποιότητα Ζωής είναι η κατάσταση ύπαρξης όπως αυτή καθορίζεται από την αξιολόγηση σημαντικών πτυχών της ζωής του ατόμου με βάση το σύνολο αξιών, στόχων, εμπειριών και πολιτισμού. Υπάρχει μια γενική παραδοχή πως πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια, όμως δεν υπάρχει συμφωνία για τον ορισμό της ούτε για το ποιους τομείς πρέπει κανείς να εξετάζει προκειμένου να την μετρήσει».

Ο ρόλος των Μ.Φ.Η., δεδομένης της φύσης του περιβάλλοντος (κοινόχρηστο καθιστικό, κοινές δραστηριότητες, φροντίδα και υποστήριξη), μπορεί να είναι καθοριστικός για την αντιμετώπιση της μοναξιάς και του κοινωνικού αποκλεισμού. Πολλές φορές οι οικογένειες των ηλικιωμένων παρ' όλες τις προσπάθειες τους για την βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους, δεν τα καταφέρνουν. Σύμφωνα με έρευνες, η κοινωνική ζωή των ηλικιωμένων από την στιγμή που θα μπουν σε ένα ίδρυμα, βελτιώνεται (Hinman MR, Heyl DM., Thoesen Coleman M, Looney S, O'Brien J, et al., 2002). Βέβαια, η οικογένεια συνεχίζει και πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής του ηλικιωμένου (Boise L, White D., 2004).

Για την καταπολέμηση του φαινομένου της μοναξιάς και του κοινωνικού αποκλεισμού μέσω της ιδρυματικής φροντίδας πρέπει να ληφθούν υπόψη κάποιοι ανασταλτικοί παράγοντες. Ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων νιώθει αγχωμένο όταν πηγαίνει σε οίκο ευγηρίας, καθώς αισθάνεται ότι πηγαίνει σε ένα άγνωστο και αφιλόξενο μέρος (Jilek R., 2000). Αυτό το αίσθημα άγχους μπορεί να δημιουργήσει

μακροπρόθεσμα σοβαρά προβλήματα στην ψυχική υγεία του ηλικιωμένου για αυτό και η συχνή επικοινωνία με ένα πρόσωπο από την οικογένεια του είναι απαραίτητη (Proffitt C, Byrne M., 1993). Επίσης, η έλλειψη ουσιαστικής επικοινωνίας του προσωπικού του ιδρύματος με τους ηλικιωμένους αποτελεί έναν ακόμη λόγο που οι ηλικιωμένοι νιώθουν ότι χάνουν την ανεξαρτησία τους, καθώς θεωρούν ότι δεν τους καταλαβαίνουν, με αποτέλεσμα να νιώθουν εγκλωβισμένοι (Tester S, Hubbard G, Downs M, et al., 2003, Jilek R., 2000). Τέλος, το περιβάλλον του οίκου ευγηρίας παίζει πολύ σημαντικό ρόλο ώστε οι ηλικιωμένοι να νιώθουν άνετα και οικεία μέσα σε αυτό (Rule BG, Milke DL, Dobbs AR, 1992).

Ο ορισμός της Ποιότητας Ζωής στην άνοια δε διαφέρει πολύ από τους ορισμούς της έννοιας σε άλλες ασθένειες. Ο Lawton (1994) όρισε την Ποιότητα Ζωής στην άνοια σαν την εκτίμηση, με υποκειμενικά και αντικειμενικά κριτήρια, της συμπεριφορικής και περιβαλλοντικής κατάστασης του ατόμου. Οι Whitehouse και συν. (1997) όρισαν την Ποιότητα Ζωής στην άνοια σαν το άθροισμα της γνωστικής λειτουργίας, των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, των κοινωνικών επαφών και της ψυχολογικής ευεξίας, ενώ σύμφωνα με τους Ettema και συν. (2005), Ποιότητα Ζωής στην άνοια είναι η πολυδιάστατη αξιολόγηση του συστήματος προσώπου-περιβάλλοντος του ατόμου, με όρους προσαρμογής στις αντιλαμβανόμενες συνέπειες της άνοιας.

Η άνοια έχει ορισμένα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν σημαντικά την Ποιότητα Ζωής. Επηρεάζει τη μνήμη αλλά και άλλα γνωστικά πεδία, όπως την προσοχή, την κρίση, τη συμπεριφορά, την προσωπικότητα, την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και την ικανότητα επικοινωνίας. Μπορεί επίσης να προκαλέσει μη γνωστικά, ψυχιατρικά συμπτώματα όπως

ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, απάθεια, κατάθλιψη, άγχος, διέγερση (Black και Rabins 2005). Για τους παραπάνω λόγους οι περισσότεροι πιστεύουν πως οι ασθενείς με άνοια δεν έχουν ποιότητα στη ζωή τους. Σε μια μελέτη των Patrick και συν. (1994) η άνοια αξιολογήθηκε από ένα δείγμα γενικού πληθυσμού ως μια κατάσταση χειρότερη από το θάνατο.

### **Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής στην άνοια**

ύμφωνα με τον Μούγια, Α (Άνοια και ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία, 2011) οι περισσότερες μελέτες πάνω στην Ποιότητα Ζωής των ασθενών με άνοια έχουν σαν στόχο την εύρεση των παραγόντων εκείνων που την επηρεάζουν. Το πρόβλημα είναι η χρήση διαφορετικών κλιμάκων μέτρησης της Ποιότητας Ζωής που καθιστά δύσκολη την εξαγωγή συμπερασμάτων ως προς τη σημασία κάθε παράγοντα στη διαμόρφωση της Ποιότητας Ζωής. Επειδή η μελέτη των παραγόντων αυτών βρίσκεται ακόμη σε πρώιμο στάδιο, δεν έχουν πραγματοποιηθεί ακόμη σχετικές ανασκοπήσεις. Αναλυτικότερη συζήτηση για τους παράγοντες πρόβλεψης της Ποιότητας Ζωής στην άνοια γίνεται στο κεφάλαιο 7, κατά τη συζήτηση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης. Στο παράρτημα 2 παρουσιάζονται επίσης, σε μορφή πίνακα, οι περισσότερες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί πάνω στην Ποιότητα Ζωής στην άνοια. Η συμπλήρωση του πίνακα έγινε μετά από διερεύνηση της βάσης δεδομένων της Medline, χρησιμοποιώντας σαν λέξεις κλειδιά, μόνες ή σε συνδυασμό, τις λέξεις: Ποιότητα Ζωής (Quality of Life), ευεξία (Well being), άνοια (Dementia) και νόσο Alzheimer (Alzheimer Disease). Εδώ παρουσιάζονται συνοπτικά οι προβλεπτικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί και επιχειρείται μια σύντομη ανασκόπηση της προβλεπτικής τους αξίας.

1) Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες: Στις περισσότερες μελέτες, οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες ασθενών και φροντιστών δεν αποτέλεσαν ανεξάρτητους παράγοντες πρόβλεψης της Ποιότητας της Ζωής (Gonzales-Salvador και συν. 2000, Burgener και Twigg 2002, Andersen και συν. 2004, Missotten και συν. 2008α). Σποραδικά, μελέτες ανέδειξαν τη χαμηλότερη εκπαίδευση (Albert και συν. 1996, James και συν. 2005, Logsdon και συν. 1999), την μικρότερη ηλικία (Banerjee και συν. 2006) και την οικογενειακή κατάσταση του ασθενή (Samus και συν. 2005) ως ανεξάρτητους παράγοντες επιδείνωσης της Ποιότητας Ζωής του.

2) Σοβαρότητα της νόσου: Η σοβαρότητα της άνοιας δε φαίνεται να αποτελεί ανεξάρτητο προβλεπτικό παράγοντα της Ποιότητας Ζωής (Gonzales-Salvador και συν. 2000, Andersen και συν. 2004, James και συν. 2005, Missotten και συν. 2008α,β).

3) Γνωστική έκπτωση: Αν και στις περισσότερες μελέτες, η γνωστική έκπτωση δεν αποτέλεσε ανεξάρτητο παράγοντα πρόβλεψης της Ποιότητας Ζωής (Gonzales- Salvador και

συν. 2000, Lyketsos και συν. 2003, Banerjee και συν. 2006, Thorgrimsen και συν. 2003), νεότερες μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων ασθενών έδειξαν διαφορετικό αποτέλεσμα (Samus και συν. 2005, Jonsson και συν. 2006, Missotten και συν. 2008α,β).

4) Λειτουργικότητα: Η σχέση μεταξύ Ποιότητας Ζωής και λειτουργικής έκπτωσης των ασθενών είναι πιο ξεκάθαρη, σε σχέση με αυτή της Ποιότητας Ζωής και της γνωστικής έκπτωσης. Μεγαλύτερη λειτουργική έκπτωση συνεπάγεται μειωμένη Ποιότητα Ζωής στις περισσότερες μελέτες (Albert και συν. 1996, Logsdon και συν. 1999, Gonzalez - Salvador και συν. 2000, Ballard και συν. 2001, Logsdon και συν. 2002, Missotten και συν. 2008α).

5) Κατάθλιψη: η κατάθλιψη έχει ισχυρά αρνητική επίδραση στην Ποιότητα Ζωής (Logsdon και Teri 1997, Logsdon και συν. 1999, Gonzalez-Salvador και συν. 2000, Weiner και συν. 2000, Logsdon και συν. 2002, Thorgrimsen και συν. 2003).

6) Προβλήματα συμπεριφοράς: Αποτελεί σταθερό εύρημα των μελετών πως τα προβλήματα συμπεριφοράς των ασθενών σχετίζονται άμεσα με μειωμένη Ποιότητα Ζωής (Ready και συν. 2004, Samus και συν. 2005, Vogel και συν. 2006, Jonsson και συν. 2006, Matsui και συν. 2006, Missotten και συν. 2008α ).

7) Χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων: Η χρήση αντιψυχωτικών σκευασμάτων (Albert και συν. 1996, Ballard και συν. 2001) και η χρήση αγχολυτικής θεραπείας (Gonzalez - Salvador και συν. 2000) σχετίστηκαν με μειωμένη Ποιότητα Ζωής. Βέβαια πρόκειται για συγχρονικές επιδημιολογικές μελέτες και δεν είναι εύκολο να γνωρίζει κανείς εάν είναι η φαρμακευτική αγωγή που μειώνει την Ποιότητα Ζωής ή τα συμπτώματα για τα οποία αυτή χορηγείται

## **2.9 Η Τρίτη Ηλικία στην Ελλάδα**

Στην έκθεση της Ε.Ε. με τίτλο “The 2015 Ageing Report” (European Union, 2015) μπορούμε να δούμε πως εξελίσσονται οι δημογραφικοί δείκτες που αφορούν την Ελλάδα για το χρονικό διάστημα από το 2013 έως το 2060. Σε ότι αφορά την Ελλάδα τα νέα είναι καλά μόνο ως προς την αύξηση του προσδόκιμου, αλλά δραματικά σε ότι αφορά τη γήρανση καθώς το 2069 θα είμαστε χώρα γερόντων.

Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα, αναμένεται να αυξηθεί από το 2013 στο 2060, κατά 6,9 χρόνια για τους άνδρες (από τα 78 έτη στα 84,9 έτη) και κατά 5,7 χρόνια στις γυναίκες (από 83,3 έτη σε 89 έτη) κινούμενο κοντά στον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το 1950 το προσδόκιμο ζωής για τους άντρες ήταν 63,4 έτη και για τις γυναίκες τα 68,5 έτη. Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών από 2,2 εκατομμύρια το 2013, θα αυξηθούν σε 2,8 εκατομμύρια το 2060 και οι άνω των 85 ετών από 0,6 εκατομμύρια το 2013 σε 1,3 εκατομμύρια το 2060 .

Τα ποσοστά γονιμότητας θα σημειώσουν ισχυρή αύξηση της τάξης του 0,24%, από το

2013 (1,34), στο (1,58) το 2060 . Η Ελλάδα έχει έναν από τους πιο χαμηλούς δείκτες γονιμότητας στην Ε.Ε. όπου ο μέσος όρος ήταν το 2013 στο 1,59 και αναμένεται να είναι το 2060 στο 1,76. Αξίζει να σημειωθεί πως το 2060 η Ελλάδα θα κατέχει την τρίτη θέση από το τέλος και θα έπεται η Ισλανδία με 1,55 και η Πορτογαλία με 1,52. Το 1980, ο δείκτης ήταν στον 2,23 και από το 1960 έως το 2012 παρουσίασε πτώση 0,9.

Το ποσοστό της ηλικιακής ομάδας 0-14 ετών θα μειωθεί από 15% το 2013 κατά 2% το 2060 (13%). Το εργατικό δυναμικό δηλαδή τα άτομα που βρίσκονται σε αυτό που

ονομάζουμε παραγωγική ηλικία (15 – 64 ετών), θα πέσουν από το 65% το 2013, στο 54% του πληθυσμού το 2060 (μείωση 11%) φτάνοντας τα 4,639 εκατομμύρια, δηλαδή θα υπάρξει μία απώλεια 2,551 εκατομμυρίων ατόμων ικανών να εργαστούν. Το εργατικό δυναμικό θα μειωθεί από τα 4,871 εκατομμύρια το 2013 στα 3,500 εκατομμύρια το 2060 (απώλεια 1,371 εκατομμύρια). Η ηλικιακή κατηγορία από 65 ετών και άνω θα έχει αύξηση 12%, από το 26% (20%+6%) το 2013, στο 48% (33%+15%), το 2060.

Ο δείκτης εξάρτησης των ηλικιωμένων θα αυξηθεί από το 31,2% του πληθυσμού το 2013 στο 60,8% το 2060 (αύξηση 29,7%). Η καθαρή ροή μετανάστευσης προς τη χώρα θα αυξηθεί κατά 20,6%. Όμως κατά την περίοδο 2013 – 2035 η εν λόγω ροή μειώνεται. Συγκεκριμένα, το 2013 μειώθηκε κατά 15,9%, το 2015 (σ.σ. σε σχέση με το 2013) θα μειωθεί κατά 21,3%, το 2020 (σε σχέση με το 2013) κατά 22,3%, το 2025 κατά 17,1%, το 2030 κατά 10% και το 2035 θα μειωθεί κατά 3,2%. Με άλλα λόγια, η καθαρή ροή μετανάστευσης θα αρχίσει να αντιστρέφεται από τα πολύ αρνητικά πρόσημα μετά το 2025.

Ο πληθυσμός της χώρας θα μειωθεί κατά 2,5% το 2060 σε σχέση με το 2013. Η μείωση αυτή θα αρχίσει να φαίνεται από το 2020, οπότε ο πληθυσμός θα πέσει στα 10,7 εκατομμύρια από τα 11 εκατομμύρια που βρισκόταν το 2013.

Σε ότι αφορά το δυνητικό Α.Ε.Π. θα αυξηθεί κατά 0,7%, το κατά κεφαλήν Α.Ε.Π. κατά 1,2%, ενώ η απασχόληση θα υποχωρήσει κατά 0,4%. Το Α.Ε.Π. σε τιμές του 2013 θα πέσει στα 171,6 δισ. ευρώ το 2015 από τα 182,1 δισ. ευρώ το 2013. Το 2015 το Α.Ε.Π. θα πέσει στα 163,5 δισ. ευρώ. Το Α.Ε.Π. σε τιμές του 2013 ανακάμπτει το 2020, φτάνοντας στα 167,9 δισ. Ευρώ, ενώ το 2060 θα φτάσει στα 258,8 δισ. Ευρώ.

## **2.10 Παρεχόμενες Υπηρεσίες στην Τρίτη Ηλικία στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα παραδοσιακά, η φροντίδα των ηλικιωμένων ανήκε αποκλειστικά στην οικογένεια. Με την αστικοποίηση, τον σύγχρονο γρήγορο τρόπο ζωής και την αλλαγή των προτύπων ολοένα και περισσότερες οικογένειες αδυνατούν για διάφορους λόγους να ανταποκριθούν σε αυτό τον ρόλο. Έτσι προκύπτει σήμερα πιο έντονη η ανάγκη για την



δημιουργία δομών φροντίδας ηλικιωμένων για εκείνους που έχουν ανάγκη συνεχούς περιποίησης και παρακολούθησης. Στην χώρα μας, υπηρεσίες κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων παρέχονται από εθελοντικούς και εκκλησιαστικούς φορείς, από Φορείς του Δημοσίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και Νομικά πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.), όσο και από Ιδιωτικές επιχειρήσεις κερδοσκοπικού χαρακτήρα (Π.Ε.Μ.Φ.Η., 2016).

### **2.11 Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδα Ηλικιωμένων ( Π.Ε.Μ.Φ.Η.)**

Η Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, ιδρύθηκε το 1974 με την απόφαση 756/74, του Πρωτοδικείου Αθηνών, ως Πανελλήνια Ένωση Επιχειρηματιών Οικοτροφείων Ηλικιωμένων «ο Διγενής» και το 2005 μετονομάστηκε σε Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων ( Π.Ε.Μ.Φ.Η.). Εκπροσωπεί όλες τις νόμιμα λειτουργούσες Μ.Φ.Η. της Ελληνικής Επικράτειας, κερδοσκοπικού και μη χαρακτήρα.

Συμμετέχει στον Πανευρωπαϊκό φορέα E.D.E., ενώ για τις σχέσεις της στην αλλοδαπή αναφέρεται ως «Greek Care Homes Association». Οι σκοποί όπως αναφέρονται στο καταστατικό της είναι οι παρακάτω:

- Η ανάπτυξη και καλλιέργεια μεταξύ των μελών της, πνεύματος αλληλεγγύης και σχέσεων επικοινωνίας, συνεργασίας και συναδέλφωσης, καθώς και η σύσφιξη των σχέσεων και δεσμών μεταξύ τους.
- Η μελέτη, προστασία και προαγωγή των ηθικών, οικονομικών και επαγγελματικών συμφερόντων των μελών της.
- Η μελέτη των συνθηκών λειτουργίας των Μ.Φ.Η.
- Η ανάπτυξη νέων μορφών υπηρεσιών και τεχνολογιών για ηλικιωμένους.
- Η αναζήτηση και εκτέλεση επαγγελματικών ενδιαφερόντων των επιχειρήσεων των μελών της, η επιλογή, θέσπιση και επιδίωξη προτύπων ποιότητας των Μονάδων των μελών της.
- Η προαγωγή της έρευνας, η εκπαίδευση και κατάρτιση επαγγελματιών υγείας και γενικά κάθε δραστηριότητας και ενέργειας που μπορεί να συμβάλει στην παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών από τις Μ.Φ.Η.
- Η προάσπιση και εξυπηρέτηση των οικονομικών συμφερόντων των μελών της και η επιδίωξη μεμονωμένων ενεργειών για την μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις Μ.Φ.Η.. Η επίτευξη βέλτιστης τιμής κοινής για όλα τα μέλη της για προμηθευόμενα προϊόντα, μετά από διερεύνηση της αγοράς και με βάση πρότυπα ποιότητας.

## 2.12 Δημόσιες Δομές Τρίτης Ηλικίας

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν ειδικές υπηρεσίες υγείας για τους ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι εξυπηρετούνται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) όπως όλοι οι πολίτες και οι νοσοκομειακές υπηρεσίες τους παρέχονται από τα νοσοκομεία της χώρας και από κλινικές. Οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες παρέχονται από ιατρούς συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., από ιδιώτες ιατρούς ή από Κέντρα Υγείας. Λόγω της απουσίας κάποιου οργανισμού που να απασχολείται κεντρικά και συνολικά με τα προβλήματα των ηλικιωμένων, αναπτύχθηκαν τα τελευταία χρόνια διάφορα προγράμματα για Ηλικιωμένους όπως το «Βοήθεια στο σπίτι», τα Κ.Α.Π.Η. τα Κ.Η.Φ.Η. και οι Λέσχες Φιλίας. Τα προγράμματα αυτά πιο αναλυτικά όπως αναφέρονται στην σελίδα της Οργάνωσης «50 και Ελλάς» έχουν ως εξής:

### **Κ.Α.Π.Η.**

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) είναι δομές φροντίδας ατόμων τρίτης ηλικίας. Ενεργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου-(Ν.Π.Δ.Δ.) διοικούνται από το Δημόσιο Δίκαιο και υπόκεινται στην άμεση επίβλεψη του Δήμων. Η λειτουργία τους ξεκίνησε το 1984 με νομοθετική πρωτοβουλία και χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Σήμερα σε όλη την χώρα λειτουργούν περισσότερα από 900 Κ.Α.Π.Η. (50 και Ελλάς). Οι υπηρεσίες τους απευθύνονται σε άτομα περιπατητικά, άνω από 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους και μπορούν να συμμετέχουν, ανεξάρτητα από την κοινωνική ή την οικονομική τους κατάσταση. Συγκεντρώνονται σε συγκεκριμένο χώρο συγκεκριμένες ώρες, πρωινές. Σκοπός του Κ.Α.Π.Η. είναι να κρατηθεί ο ηλικιωμένος ως αυτόνομο, ισότιμο και ενεργό μέλος της κοινότητας, παραμένοντας στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας και της γειτονιάς. Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και ο σκοπός τους είναι:

- Η πρωτογενής πρόληψη με εμβολιασμούς και συμβουλές
- Η δευτερογενής πρόληψη με έγκαιρη διάγνωση μέσω εξετάσεων
- Η στήριξη των ηλικιωμένων σε κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν
- Η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου και των φορέων σχετικά με τις ανάγκες
- και τα προβλήματα των ηλικιωμένων

Οι υπηρεσίες, παροχές που προσφέρονται είναι:

- Πολιτιστικές εκδηλώσεις, εκδρομές, κατασκηνώσεις, θέατρο, συνεστιάσεις
- Ξεναγήσεις σε μουσεία, ιστορικούς και αρχαιολογικούς χώρους
- Φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία, κινησιοθεραπεία, χορός

- Οδηγίες για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη
- Συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων
- Ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική
- Βοήθεια στο σπίτι όταν ο ηλικιωμένος δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί

### **Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων Κ.Η.Φ.Η.**

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) περίπου 55 στον αριθμό, είναι μονάδες ημερήσιας ή ολιγόωρης φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (με κινητικές δυσκολίες, άνοια κλπ.) και των οποίων το περιβάλλον που τα φροντίζει, εργάζεται ή αντιμετωπίζει κοινωνικά, οικονομικά ή προβλήματα υγείας, και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα του. Τα Κ.Η.Φ.Η. παρέχουν σε καθημερινή βάση σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους, οργανωμένη φροντίδα από νοσηλευτές, κοινωνικούς φροντιστές ή Επιμελητές Πρόνοιας, εθελοντές ή και άλλους φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας.

*Σκοπός τους είναι «η παραμονή των ατόμων 3ης και 4ης ηλικίας στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο μέλος, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας».*

Έντονες επικρίσεις έχουν ασκηθεί στα παραδοσιακά προνοιακά μοντέλα που στηρίζονται σε δωρεάν υπηρεσίες, λόγω των αδυναμιών που έχουν παρουσιάσει και που οφείλονται στην αναποτελεσματικότητα του Δημόσιου τομέα, την κακή οικονομική διαχείριση και την αδυναμία παροχής εξατομικευμένης φροντίδας (Αμίτσης, 2014). Η οικονομική ύφεση με τα υψηλά επίπεδα ανεργίας και οι δημογραφικές αλλαγές που έχουν συντελεστεί, απαιτούν εξατομικευμένες προσεγγίσεις, βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και δημοσιονομική εξυγίανση.

### **Ιδιωτικές δομές**

Οι Ιδιωτικές Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων προσφέρουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας κοινωνικής φροντίδας. Παρέχουν περίθαλψη και περιποίηση σε ηλικιωμένα άτομα που είτε μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, ή έχουν περιορισμένη αυτονομία ή δεν αυτοεξυπηρετούνται καθόλου και χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση (νοσηλευτική ή και ιατρική). Η συναναστροφή των ηλικιωμένων με άλλα άτομα ίδιας ηλικίας, η συμμετοχή τους

σε δραστηριότητες και εκδηλώσεις έχουν ως στόχο την διασφάλιση μιας αξιοπρεπούς διαβίωσης.

Συνήθως η οικογένεια επιθυμεί να κρατήσει τον ηλικιωμένο άνθρωπο της στο σπίτι του και αυτό έχει μεγάλη αξία, εάν και εφόσον οι συνθήκες είναι κατάλληλες. Αυτό επιτυγχάνεται είτε με την ολιγόωρη απασχόληση κάποιου φροντιστή μέσα στην ημέρα, και αν δεν μπορεί να μείνει ο ηλικιωμένος καθόλου μόνος του, με μόνιμο εσωτερικό φροντιστή όλη την ημέρα.

Το ερώτημα που συχνά τίθεται, είναι πότε έρχεται η στιγμή, το σημείο εκείνο που η οικογένεια πρέπει να πάρει την απόφαση, του να μεταφερθεί ο ηλικιωμένος σε μία Μ.Φ.Η.. Αυτό εξαρτάται από την κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου και τα προβλήματα που προκύπτουν από αυτό καθώς και από τη συχνότητα της ιατρικής παρακολούθησης που χρειάζεται. Συχνά η κοινωνική κριτική που ασκείται από το συγγενικό και οικείο περιβάλλον είναι αντίθετη, καθώς η εντύπωση που έχει διαμορφωθεί κατά το παρελθόν, για τις κλειστές δομές είναι αρνητική. Στις πιο κλειστές επαρχιακές πόλεις, υπάρχουν ακόμα μεγαλύτερες αντιστάσεις στην πρόταση «διαμονή σε οίκο ευγηρίας.», η οποία αποτελεί ακόμη περισσότερο ταμπού. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους που δεν υπήρξε ιδιαίτερη ανάπτυξη Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων στην περιφέρεια, παρά μόνο στα αστικά κέντρα.

### **Λέσχες Φιλίας**

Οι Λέσχες Φιλίας είναι μια πρωτοβουλία του Δήμου Αθηναίων, που ξεκίνησε το 1985. Λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και γειτονιάς και προσφέρουν υπηρεσίες σε άτομα άνω των 60 ετών που είναι μόνιμοι κάτοικοι στο Δήμο Αθηναίων. Στόχος των Λεσχών Φιλίας είναι η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας και η προσαρμογή τους στις νέες συνθήκες ζωής, παρέχοντας ένα υποστηρικτικό περιβάλλον ιδιαίτερα σε άτομα που δεν έχουν οικογένεια για να τους φροντίσει ή έχουν περιορισμένα οικονομικά μέσα. Το προσωπικό που απαρτίζει τις λέσχες φιλίας είναι νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, βοηθητικό και τεχνικό προσωπικό. Είναι ανοικτά από Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 8:00 το πρωί έως τις 8:00 το βράδυ. Το εβδομαδιαίο πρόγραμμα περιλαμβάνει δημιουργική απασχόληση, εργοθεραπεία, φυσιοθεραπεία, αυτοάμυνα.

Παράλληλα διοργανώνονται εκδρομές, εκδηλώσεις ψυχαγωγικές, επισκέψεις σε μουσεία και πολιτιστικούς χώρους. Ο μέσος χρόνος παραμονής στην λέσχη είναι 3 έως 4 ώρες και τα εξυπηρετούμενα άτομα ανά λέσχη ημερησίως είναι από 50 έως 70. Σήμερα υπάρχουν 25 Λέσχες κατανεμημένες στον Δήμο Αθηναίων.

## **Βοήθεια στο σπίτι**

Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που έχει ως στόχο την παροχή συστηματικής και οργανωμένης πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας σε μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους κατ' οίκον.

Προτεραιότητα στην εξυπηρέτηση έχουν εκείνοι που ζουν μόνοι τους, δεν αυτοεξυπηρετούνται και χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα και το εισόδημα τους δεν τους επιτρέπει να έχουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης.

Ξεκίνησε πιλοτικά τον Σεπτέμβριο του 1996 στο Δήμο Περιστερίου, με την συνεργασία του Δήμου και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και μετά την επιτυχή

εφαρμογή του, αποφασίστηκε η συνέχιση του προγράμματος και η επέκταση του και σε άλλους Δήμους. Άλλαξε πολλές φορές το όνομα και την μορφή του, άλλαξε τις προδιαγραφές ένταξης των ατόμων σε αυτό, κινδύνευσε συχνά να τιναχτεί στον αέρα και συνεχίζει να υφίσταται με μικρές παρατάσεις αμφίβολης αποτελεσματικότητας.

Η χρηματοδότηση του γινόταν από το Κράτος και από Ευρωπαϊκά προγράμματα, όπως το Ε.Σ.Π.Α. Να αναφερθεί, ότι σήμερα κύριοι πάροχοι του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι Ν.Π.Ι.Δ. των Δήμων της χώρας και δεδομένων των οικονομικών συνθηκών αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης του προγράμματος, με μεγάλο αριθμό εργαζομένων σε αυτό να είναι απλήρωτος. Στα είκοσι περίπου χρόνια λειτουργίας του εξυπηρέτησε χιλιάδες ηλικιωμένους και προσέφερε σημαντική βοήθεια σε πολλές οικογένειες. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 2013 οι ωφελούμενοι άγγονταν σε 80.000 άτομα.

## **Φροντιστές**

Σύμφωνα με τον Μούγια, Α (Άνοια και ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία, 2011), η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, η γήρανση του πληθυσμού, καθώς και η μεταβολή των οξέων ιατρικών καταστάσεων σε χρόνια, λόγω κυρίως της προόδου της ιατρικής, έχουν καταστήσει την παροχή φροντίδας στην εποχή μας πολύ συχνή. Ο αριθμός των φροντιστών στις διάφορες επιδημιολογικές μελέτες διαφέρει σημαντικά ανάλογα με τον ορισμό που χρησιμοποιεί η κάθε μελέτη για την έννοια του φροντιστή. Μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ο αριθμός αυτών που παρέχουν ανεπίσημη φροντίδα σε κάποιο άρρωστο μέλος της οικογένειας ή φίλο υπολογίζεται στα 52 εκατομμύρια (Health and Human Services 1998). Με χρήση ενός πιο αυστηρού ορισμού της έννοιας του φροντιστή, δηλαδή του παρέχων φροντίδα σε κάποιον με χρόνια νόσο ή αναπηρία, ο αριθμός αυτός μειώνεται στα 27,6 (Arno και συν. 1999) ή στα 9,4 εκατομμύρια (Alexiη και συν. 2001). Περισσότεροι από τους μισούς

των όσων λαμβάνουν φροντίδα είναι ηλικιωμένοι ασθενείς (άνω των 65 ετών) (National Alliance for Caregiving (NAC) και AARP, 2004).

Πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί με τα δημογραφικά στοιχεία των φροντιστών, των ασθενών τους. Παρακάτω, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα τριών μεγάλων, σχετικά πρόσφατων επιδημιολογικών μελετών, για την καλύτερη κατανόηση της έκτασης του φαινομένου της φροντίδας. Η πρώτη μελέτη αφορά φροντιστές όλων των ηλικιών στις ΗΠΑ (National Alliance for Caregiving (NAC) και AARP, 2004), η δεύτερη μελέτη αφορά τη φροντίδα ηλικιωμένων ασθενών (άνω των 65) στις ΗΠΑ (Johnson και Wiener 2006) και η τρίτη είναι μια ευρωπαϊκή μελέτη φροντιστών, στην οποία έλαβε μέρος και η χώρα μας (Τριανταφύλλου και συν. 2006).

1) Η μελέτη της Εθνικής Συμμαχίας Φροντίδας των ΗΠΑ (National Alliance for Caregiving (NAC) και AARP, 2004), με δείγμα 1247 ενήλικες φροντιστές. Τα κυριότερα αποτελέσματα της μελέτης ήταν τα εξής:

-Οι περισσότεροι φροντιστές ήταν μέλη της οικογένειας (83%), γυναίκες (61%) με μέση ηλικία τα 46 έτη. Ήταν παντρεμένοι (62%), απόφοιτοι κολλεγίου (65%) και εργάζονταν (59%).

-Ός προς τα δεδομένα της φροντίδας, το 69% των φροντιστών φρόντιζε ένα μόνο άτομο, το 22% δύο και το 8% περισσότερα από δύο άτομα. Η μέση διάρκεια της φροντίδας ήταν

4,3 έτη, η μέση εβδομαδιαία φροντίδα ήταν λίγο πάνω από τις 20 ώρες.

-Τα άτομα που ελάμβαναν φροντίδα ήταν συνηθέστερα γυναίκες (65%), άνω των 65 ετών (63%) που κατοικούσαν στο σπίτι τους (55%), ενώ 24% και 21% αντίστοιχα κατοικούσαν με τον φροντιστή ή σε κάποια μορφής ιδρύματος αντίστοιχα. Η νόσος Alzheimer ή κάποια άλλη μορφή άνοιας, αποτελούσε τη συχνότερη (23%) αιτία φροντίδας -Ός προς τη βοήθεια, τέλος, στη φροντίδα, 59% των φροντιστών ανέφεραν πως κάποιος άλλος, δευτερεύων φροντιστής, βοηθούσε στην παροχή φροντίδας, συχνότερα οι κόρες (42%) ή οι γιοί (26%) των ασθενών.

2) Η μελέτη «Υγεία και συνταξιοδότηση» που πραγματοποιήθηκε το 2002 και αφορούσε άτομα άνω των 65 που κατοικούσαν στην κοινότητα (Johnson και Wiener 2006). Τα κυριότερα αποτελέσματα ήταν τα εξής:

-Περισσότεροι από ένας στους τέσσερις Αμερικανούς άνω των 65 ετών, περίπου 8,7 εκατομμύρια, παρουσίαζαν λειτουργική έκπτωση σε τουλάχιστον μία δραστηριότητα της καθημερινής ζωής (24,7 εκατομμύρια δεν παρουσιάζουν κάποια έκπτωση). Τα δύο εκατομμύρια από αυτούς είχαν μεγαλύτερη αναπηρία με τρία ή περισσότερα ελλείμματα στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

-63,6% των ηλικιωμένων με αναπηρία ήταν γυναίκες. Σχεδόν 6 στους δέκα από τους ηλικιωμένους της μελέτης δεν είχαν σύζυγο (ανύπαντρες ή χήρες). 37,7% των ασθενών κατοικούσαν μόνοι, ποσοστό μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των υγιών ηλικιωμένων (29,7%).

-Το 61,3% των ηλικιωμένων με αναπηρία στις ΗΠΑ ελάμβανε κάποια βοήθεια από επαγγελματίες ή οικογενειακούς φροντιστές. Από αυτούς που ελάμβαναν βοήθεια 4% μόλις ελάμβαναν βοήθεια από επαγγελματίες βοηθούς μόνο και 10,3% ελάμβαναν βοήθεια εκτός από τον οικογενειακό φροντιστή και από επαγγελματία βοηθό. Η μεγάλη πλειοψηφία (67,4%) των ανάπηρων ηλικιωμένων ελάμβανε βοήθεια από ένα μόνο φροντιστή, το 22,6% ελάμβανε βοήθεια από 2 φροντιστές και μόλις το 10,1% από τρεις ή περισσότερους φροντιστές.

-Το 43,5% των ασθενών ελάμβανε βοήθεια από το/η σύζυγο και το 49,3% από τα παιδιά του. Η μέση εβδομαδιαία φροντίδα ήταν περίπου 41,3 ώρες. Το 36,4% των φροντιστών ήταν θυγατέρες των ασθενών, το 27,6% σύζυγοι και το 16,4% γιοι. Οι υπόλοιποι φροντιστές ήταν εγγόνια (6,4%), λοιποί συγγενείς (6,6% και φίλοι ή γείτονες (6,6%).

3) Η μελέτη στα πλαίσια του ευρωπαϊκού προγράμματος Eurofamcare

(Τριανταφύλλου και συν. 2006). Στο πρόγραμμα συμμετείχαν 6 χώρες. Πρόκειται για τη μοναδική μελέτη που υπάρχει στη χώρα μας πάνω στη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων (άνω των 65 ετών) με συνολικό δείγμα 1012 ατόμων. Τα κυριότερα αποτελέσματα είναι τα εξής:

-Το 64,5% των εξαρτώμενων ηλικιωμένων ήταν γυναίκες. Το 49,8% των ηλικιωμένων που δέχονταν φροντίδα ήταν μεταξύ 65 και 79 ετών με το 50,2% να είναι 80 και άνω. Η πλειονότητα των ανθρώπων που δέχονταν φροντίδα (56,7%) είχε χηρέψει ενώ το 38,3% ήταν ακόμη παντρεμένοι.

-Η μεγάλη πλειονότητα των ασθενών (98,7) διέμενε στο σπίτι. Το ποσοστό των ηλικιωμένων στη χώρα μας που διαμένουν σε οίκους ευγηρίας είναι πολύ μικρό, περίπου 1%. Το 66,1 των φροντιστών διέμεναν με το ηλικιωμένο άτομο που φρόντιζαν, 50,7% στο ίδιο σπίτι και 15,4% στο ίδιο κτίριο. Το ποσοστό των ηλικιωμένων που διέμεναν μόνοι ήταν 24,7%. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς διέμεναν με το σύντροφο (59,8%) ή τα παιδιά του (53,8%) και 10,9% διέμεναν με επαγγελματία βοηθό. Το 35,8% των ατόμων που δεχόταν φροντίδα αντιμετώπιζε πρόβλημα με τη μνήμη του.

-Η μέση ηλικία των φροντιστών ήταν τα 51,7 έτη. 80,9% των φροντιστών ήταν γυναίκες και 76,4% των φροντιστών ήταν παντρεμένοι. Ως προς τη σχέση φροντιστή-ασθενή, το 17,1% των

φροντιστών ήταν σύζυγοι των ασθενών, το 55,4% τέκνα, το 13,9% γαμπρός ή νύφη του ηλικιωμένου, το 4,2% ανίψια και το 9,4% άλλοι φροντιστές (άλλοι συγγενείς, φίλοι, γείτονες).

-Το μορφωτικό επίπεδο των φροντιστών ήταν σχετικά χαμηλό με 37,4% να έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, 40,6% μέτριο μορφωτικό επίπεδο (απόφοιτοι γυμνασίου/λυκείου) και 22,1% είχαν υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Το 47,2% των ατόμων που φρόντιζαν κάποιο ηλικιωμένο άτομο εργάζονταν.

-Ο μέσος όρος των ωρών που αφιερώνονταν στη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων ήταν 51 ώρες εβδομαδιαίως. Το 80,9% των φροντιστών φρόντιζε μόνο ένα άτομο. Το χρονικό διάστημα της φροντίδας ήταν κατά μέσο όρο 60 μήνες.

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ανοϊκών συνδρομών πιστεύεται πως επιφέρουν περισσότερα προβλήματα στους φροντιστές και μεγαλύτερη επιβάρυνση. Η άνοια μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 10 χρόνια, με συνεχώς επιδεινούμενη κλινική εικόνα, που χρήζει ολοένα και περισσότερης φροντίδας και παρακολούθησης. Τα συμπτώματα της άνοιας, με προοδευτική γνωστική και λειτουργική έκπτωση, συχνά προβλήματα συμπεριφοράς, έλλειψη εναισθησίας, αλλαγή της προσωπικότητας και απώλεια συναισθήματος εκ μέρους των ασθενών προκαλούν φθορά σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας φροντιστών και ασθενών. Φθείρονται οι φιλίες τους, η μεταξύ τους σχέσεις, η κοινωνική και οικονομική τους ζωή, η εργασία, η σωματική και η ψυχική τους υγεία (Grunfeld και συν. 1997, Bullock 2004, Ory και συν. 2000).

Η φροντίδα ασθενών με άνοια απαιτεί περισσότερες ώρες εβδομαδιαίως σε σχέση με τη φροντίδα άλλων χρόνιων νόσων. Οι φροντιστές ξοδεύουν 60 με 100 ώρες εβδομαδιαίως για τη φροντίδα του ανοϊκού ασθενούς (Sadik και Wilcock 2003). Στη μελέτη των Johnson και Wiener (2006) που αφορούσε τη φροντίδα ηλικιωμένων ασθενών η μέση εβδομαδιαία φροντίδα ήταν περίπου η μισή, 43,1 ώρες εβδομαδιαίως. Στην ίδια μελέτη η φροντίδα ατόμων με προβλήματα μνήμης απαιτούσε περισσότερο χρόνο. Εξάλλου, έχει αποδειχθεί πως ο χρόνος φροντίδας είναι ανάλογος της γνωστικής και λειτουργικής έκπτωσης των ασθενών (Langa και συν. 2001, Feldman και συν. 2005). Εκτός από τις επιπλέον ώρες ημερήσιας φροντίδας, δημογραφικά δεδομένα διαφοροποιούν τη φροντίδα ασθενών με άνοια σε σχέση με τη φροντίδα άλλων νόσων. Οι περισσότεροι ασθενείς με άνοια λαμβάνουν φροντίδα από τους συζύγους τους, αλλά όταν αυτοί αποβιώσουν ή είναι ανίκανοι να προσφέρουν βοήθεια, τη φροντίδα αναλαμβάνουν άλλοι συγγενείς, συχνότερα τα ενήλικα τέκνα και μάλιστα οι θυγατέρες (Schulz και Martire 2004). Σε διάφορες μελέτες η συγγενική σχέση ασθενή-φροντιστή είναι 36% συζυγική, 28% θυγατρική και σε 9% των περιπτώσεων ο γιος είναι ο φροντιστής (Grunfeld και συν. 1997). Το 61-79% των φροντιστών με άνοια



διαμένουν με τον ασθενή τον οποίον φροντίζουν γεγονός που συνεπάγεται συχνά αδυναμία εργασίας και αύξησης του άμεσου κόστους της νόσου (Sadik και Wilcock 2003). Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι οι φροντιστές ασθενών με άνοια να βιώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση σε σχέση με φροντιστές ασθενών με άλλες χρόνιες νόσους (Pinquart και Sorensen 2003).

### **Η κατάσταση των ασθενών με άνοια και των φροντιστών τους στην Ελλάδα.**

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, τα δύο τρίτα των ασθενών με άνοια διαμένουν και λαμβάνουν φροντίδα στην κοινότητα (Dunkin και συν 1998). Το ποσοστό αυτό στη χώρα μας είναι πολύ μεγαλύτερο, με 98% περίπου των ασθενών με άνοια να υπολογίζεται πως λαμβάνουν φροντίδα από συγγενείς και φίλους στην κοινότητα (Τριανταφύλλου και συν. 2006). Βασική αιτία αυτού του γεγονότος είναι η παραδοσιακή πεποίθηση του λαού μας πως η φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων είναι υποχρέωση της οικογένειας. Επιπρόσθετοι λόγοι είναι η ανυπαρξία εκ μέρους του κράτους εξειδικευμένων δομών (οίκων ευγηρίας, δομές ανεξάρτητης διαβίωσης, μονάδων μακράς νοσηλείας ή εξειδικευμένων δομών για την άνοια) για τη διαμονή ασθενών με άνοια, το χαμηλό επίπεδο των συντάξεων που σε συνδυασμό με το υψηλό κόστος των οίκων ευγηρίας κάνουν αδύνατη οικονομικά τη διαμονή, και ο φόβος της κοινωνικής κατακραυγής σε περίπτωση ιδρυματοποίησης κάποιου ασθενούς.

Αν και δεν υπάρχουν ανάλογες μελέτες, ανοϊκοί ασθενείς χαμηλού οικονομικού επιπέδου, που κατοικούν στην επαρχία, αναγκάζονται να μετακομίσουν σε πόλεις προκειμένου να λαμβάνουν τη φροντίδα των παιδιών τους. Σε ασθενείς υψηλότερου οικονομικού επιπέδου, συχνά μεγάλο μέρος της φροντίδας αναλαμβάνουν επαγγελματίες φροντιστές, συχνά από χώρες της ανατολικής Ευρώπης. Οι φροντιστές αυτοί, στη συντριπτική τους πλειοψηφία, δεν είναι εκπαιδευμένοι στη φροντίδα ηλικιωμένων και δεν ομιλούν καλά την ελληνική γλώσσα. Όταν δεν υπάρχει η οικονομική δυνατότητα πρόσληψης κάποιου επαγγελματία βοηθού ο φροντιστής αναγκάζεται να παραμένει με τον ασθενή σχεδόν όλο το 24ωρο και να αναγκάζεται να παρατήσει την εργασία του ή να μειώσει τις ώρες δουλειάς. Τα τελευταία χρόνια μάλιστα, η κατάσταση στη χώρα μας έχει επιδεινωθεί με την ολοένα και συχνότερη απασχόληση των γυναικών και την αύξηση των ωρών εργασίας, στον ιδιωτικό κυρίως τομέα.

Η παραπάνω κατάσταση επιδεινώνεται από τις ελλείψεις σε εξειδικευμένες κρατικές υπηρεσίες διευκόλυνσης του έργου των φροντιστών ασθενών με άνοια. Το ρόλο αυτό τον έχουν αναλάβει Μη Κερδοσκοπικές Εταιρείες (κυρίως η Ψυχογηριατρική Εταιρεία «Νέστωρ» και η Ελληνική Εταιρεία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών) με την ανάπτυξη Κέντρων Ημέρας για την άνοια (δύο στην Αττική), ενός εξειδικευμένου κέντρου για την άνοια στην Αττική (που αποτέλεσε χώρο πραγματοποίησης της παρούσας μελέτης και

περιγράφεται αναλυτικότερα στο κεφάλαιο 5), προγραμμάτων έντυπης ενημέρωσης του κοινού και ενημερωτικών ομιλιών. Παρέχονται επίσης, δυστυχώς σε περιορισμένη κλίμακα, μαθήματα φροντιστών ασθενών με άνοια και ψυχοεκπαιδευτικές ομάδες φροντιστών από τις παραπάνω Εταιρείες. Παρόλο τις αξιόλογες δομές και υπηρεσίες που αναφέρθηκαν, η συντριπτική πλειοψηφία των φροντιστών, δεν απολαμβάνει καμία από αυτές, είτε λόγω μικρής διαθεσιμότητας, είτε λόγω μη γνώσης της ύπαρξης των υπηρεσιών αυτών.

Πιο μαζική είναι η χρήση άλλων υπηρεσιών υγείας από ασθενείς ασθενών με άνοια και τους φροντιστές τους. Οι υπηρεσίες αυτές δεν είναι εξειδικευμένες για την άνοια, αλλά με βάση τον μεγάλο αριθμό των ασθενών που νοσούν, προσφέρουν βοήθεια στους ασθενείς και τους φροντιστές τους.

Αυτές είναι:

- Τα Ειδικά Εξωτερικά Ιατρεία ορισμένων νοσοκομείων που ασχολούνται με τη Νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές άνοιας. Ονομάζονται Ιατρεία «Μνήμης» και προσφέρουν τακτική ιατρική παρακολούθηση.
- Τα Νοσοκομεία που διαθέτουν Ψυχιατρικές (ή και εξειδικευμένες Ψυχογηριατρικές) ή Νευρολογικές Κλινικές.
- Ορισμένα Κέντρα Ψυχικής Υγείας.
- Οι Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές.
- Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) όλης της χώρας.
- Τα Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας», τα οποία έχουν κατά κανόνα την έδρα τους στο Κ.Α.Π.Η. της περιοχής τους.
- Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.).
- Τα Γηροκομεία και οι Οίκοι Ευγηρίας.
- Τα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων.
- Τα Περιφερειακά και τα Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία αλλά και τα Κέντρα Υγείας όλης της χώρας.

#### **Οι συνταξιούχοι και οι συντάξεις**

Βασική παράμετρος στον καθορισμό της ζήτησης υπηρεσιών από τις Μ.Φ.Η. είναι ο αριθμός των συνταξιούχων και το ύψος των συντάξεων που λαμβάνουν. Από το 2010 μέχρι και σήμερα έχουν συντελεστεί 12 αλληπάλληλες μειώσεις συντάξεων (Νόμος 3845/2010 - ΦΕΚ 65/Α'/06.05.2010; Νόμοι 3863/2010 και 3865/2010 - ΦΕΚ 115/ Α'/15.07.2010; Νόμος

3869/2010 - ΦΕΚ 130/Α'/03.08.2010; Νόμος 3986/2011 – ΦΕΚ 152/Α'/01.06.2011; Νόμος 4002/2011 - ΦΕΚ 180/Α'/22.08.2011; Νόμος 4024/2011 - ΦΕΚ 226/Α'/27.10.2011; Νόμος 4046/2012 - ΦΕΚ 28/Α'/14.02.2012; Νόμος 4093/2012 - ΦΕΚ 222/ Α'/12.11.2012; Νόμος 4254/2012 - ΦΕΚ 85/Α'/07.04.2014).

Η τελευταία μείωση που επιβλήθηκε από την παρούσα κυβέρνηση, με βάση το τρίτο Μνημόνιο (Ν. 4336/2015 – ΦΕΚ 94/Α'/14.08.2015) έφερε σημαντική μείωση σε κύριες και επικουρικές συντάξεις, μέσω της αύξησης των εισφορών υπέρ Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στις κύριες, και της επιβολής εισφοράς στις επικουρικές. Συγκεκριμένα, οι εισφορές αυξήθηκαν κατά 2 μονάδες (6% από 4%) επί του ποσού των κύριων συντάξεων πριν από τις περικοπές που ξεκίνησαν το 2010. Στις επικουρικές, επιβλήθηκε εισφορά 6% επί του ποσού μετά των περικοπών. Στις επικουρικές βέβαια, επιβλήθηκε εισφορά υγείας και στις περιπτώσεις δεύτερης επικουρικής καθώς και στις επικουρικές που δίνονται λόγω θανάτου (χηρείας).

Σύμφωνα με το Πόρισμα του Οκτωβρίου 2015 της Επιτροπής του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την πρόταση ενός νέου ασφαλιστικού συστήματος (Υ.Α. 37564/Δ9.10327/21.8.2015 – ΥΠΕΚΑ, 2015), οι σωρευτικές απώλειες, από το 2010 έως σήμερα, ανέρχονται στις χαμηλές συντάξεις στο 14% και σχεδόν στο 50% στις υψηλότερες συντάξεις σε συνταξιούχους όλων των ηλικιών. Κατά τον Πλάτωνα Τήνιο (2015), επίκουρο καθηγητή οικονομικών του Πανεπιστημίου Πειραιώς, η μείωση στις χαμηλές συντάξεις ανέρχεται συνολικά στο 19,9%, εάν συνηπολογιστούν και οι εισφορές υγείας ενώ οι συντάξεις του Ο.Γ.Α. μειώθηκαν την πενταετία 2010-2015 κατά 8,4%.

Η 26η Μηνιαία Έκθεση Συνταξιοδοτικών Παροχών και Προνοιακών Επιδομάτων για το μήνα Ιούλιο 2015 (ΗΔΙΚΑ, 2015) είναι αποκαλυπτική. Τον μήνα Ιούλιο 2015, 2.663.345 συνταξιούχοι έλαβαν 2.378.208.325 Ευρώ. Οι συνταξιοδοτικές δαπάνες συνιστούν το 17,5% του ΑΕΠ της χώρας. Από την έκθεση προκύπτει ότι ο κύριος όγκος των συνταξιούχων γήρατος λαμβάνουν εισόδημα (άθροισμα περισσότερων από μια συντάξεις) που κυμαίνεται στο εύρος 500 έως 1.000 Ευρώ (768.000 ωφελούμενοι), καθώς και στην κλίμακα μεταξύ 1.000 και 2.000 Ευρώ (777.000 ωφελούμενοι). Μόλις το 2% του συνόλου των συνταξιούχων λαμβάνουν συντάξεις άνω των 2.000 Ευρώ. Τα ποσά είναι προ κρατήσεων φόρου και μετά υγειονομικής περίθαλψης.

Η μέση κύρια σύνταξη γήρατος ανήλθε στα 792,95 Ευρώ, ενώ η μέση επικουρική σύνταξη γήρατος 186,70 Ευρώ. Αντίστοιχα, η μέση σύνταξη θανάτου ανήλθε στα 555,27 Ευρώ, ενώ η μέση επικουρική σύνταξη θανάτου κυμάνθηκε στα 111,53 Ευρώ. Γίνεται κατανοητό ότι οι έμμεσα ασφαλισμένοι (κυρίως γυναίκες) λαμβάνουν χαμηλότερες συντάξεις θανάτου από ότι οι συνταξιούχοι γήρατος – άμεσα ασφαλισμένοι (κυρίως άντρες).

## **Κοινωνικό περιβάλλον**

Λόγω της αύξησης του προσδοκώμενου επιβίωσης, υπάρχουν όλο και περισσότεροι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι. Στην Ελλάδα πολλές οικογένειες επιχειρούν να φροντίσουν τους ηλικιωμένους ανθρώπους τους στο σπίτι, όμως νέοι παράμετροι δυσχεραίνουν αυτό το έργο.

Συχνά οι φροντιστές, μέλη της οικογένειας των εξαρτημένων ηλικιωμένων, είναι και αυτοί ηλικιωμένοι, σύζυγοι ή παιδιά, με τα δικά τους προβλήματα υγείας, που επιδεινώνονται από το βάρος της φροντίδας. Οι δε νεότεροι φροντιστές αντιμετωπίζουν πρόβλημα χρόνου λόγω της πολύωρης εργασίας τους, ή και έλλειψης χώρου φιλοξενίας στα διαμερίσματα τους. Στους εργαζόμενους φροντιστές παρατηρείται συχνά μεγάλη κούραση από το διπλό βάρος δουλειάς και φροντίδας και πολλά ψυχολογικά προβλήματα έχουν τη ρίζα τους στη μακρόχρονη φροντίδα του ηλικιωμένου συγγενή.

Ακόμα και στις περιπτώσεις που υπάρχει στην οικογένεια μέλος που δεν εργάζεται, η καθημερινή φροντίδα του ηλικιωμένου με αναπηρία ή χρόνια νόσημα, δημιουργεί σωματική και ψυχική κόπωση. Είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι το βιολογικό, συναισθηματικό και οικονομικό κόστος του φροντιστή είναι τεράστιο.

Άλλοι κοινωνικοί παράγοντες που είναι χρήσιμο να ληφθούν επίσης υπόψη είναι: Το έντονο μεταναστευτικό ρεύμα προς την Ελλάδα η οποία φιλοξενεί μεγάλο αριθμό οικονομικών μεταναστών χαμηλού κόστους εργασίας, από τις γείτονες χώρες (Αλβανία, Βουλγαρία, Γεωργία, Ουκρανία και πλέον και Συρία κ). Το μεταναστευτικό ρεύμα από την Ελλάδα προς το εξωτερικό λόγω της κρίσης, προς αναζήτηση εργασίας και καλύτερων συνθηκών διαβίωσης, με εξαγωγή των καλύτερων «μυαλών». Η επιρροή καταναλωτικών προτύπων και η έντονη αστικοποίηση της χώρας.

## **Ευρωπαϊκός Χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων**

Στο Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε. (C364/1.18-12-2002) το άρθρο 25 αναφέρεται στα Δικαιώματα των Ηλικιωμένων και γράφει: *«Η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα των ηλικιωμένων προσώπων να διάγουν μία αξιοπρεπή και ανεξάρτητη ζωή και να συμμετέχουν στον κοινωνικό και πολιτιστικό βίο»*. Η Ε.Ε. αναγνωρίζει και σέβεται τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ανθρώπων, οι οποίοι είναι πιθανότερο να βασιστούν σε άλλους για φροντίδα.

Στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού προγράμματος ΔΑΦΝΗ III-EUSTACIA , η 50+ Ελλάς μαζί με μία ομάδα εταιρών από 9 Ευρωπαϊκές χώρες και με την επίβλεψη του Age ανέπτυξαν τον Ευρωπαϊκό Χάρτη «δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρειάζονται βοήθεια και μακροχρόνια φροντίδα» που δημοσιεύτηκε τον Νοέμβριο του 2010. Μεταξύ

άλλων αναφέρει ότι «Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι απαραβίαστη. Η ηλικία και η εξάρτηση από άλλους δεν μπορούν να δικαιολογούν τον περιορισμό του αναφαίρετου ανθρώπινου δικαιώματος στην πολιτική ελευθερία, όπως αυτό κατοχυρώνεται από τα διεθνή πρότυπα και διαφυλάσσεται στους δημοκρατικούς θεσμούς. Όλοι και όλες, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία ή τον βαθμό εξάρτησης, οφείλουν να απολαμβάνουν αυτά τα δικαιώματα και αυτές τις ελευθερίες, καθώς και να διαφυλάσσουν τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματά τους».

τόχος είναι η δημιουργία κοινού σημείου αναφοράς και διαλόγου επιδιώκοντας την χρησιμοποίηση και αξιοποίηση του από όλα τα Κράτη Μέλη τα οποία οφείλουν να αναπτύξουν πολιτικές προάσπισης των συγκεκριμένων δικαιωμάτων. Απευθύνεται σε:

- Στους άτυπους φροντιστές ηλικιωμένων που μπορεί να είναι, συγγενείς, φίλοι γείτονες, εθελοντές, μετανάστες που προσέχουν ηλικιωμένους
- Στους επαγγελματίες φροντιστές, κοινωνικούς φροντιστές και νοσηλευτές που είναι αμειβόμενοι σε δημόσιες ή ιδιωτικές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ή νοσοκομεία ηλικιωμένων (nursing homes)
- Στις κοινωνικές υπηρεσίες όπως η κοινωνική υπηρεσία των Δήμων
- Στους παρόχους υπηρεσιών που είναι δημόσιοι, ιδιωτικοί, κερδοσκοπικοί και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και επιχειρήσεις όπως οι Μ.Φ.Η.
- Στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών σε τοπικό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο

Ο χάρτης αυτός επιχειρεί να ευαισθητοποιήσει το ευρύτερο κοινό και να γνωστοποιήσει στους ηλικιωμένους τα δικαιώματά τους. Δεν επιχειρεί να αντικαταστήσει μέτρα που ήδη λαμβάνονται στα Κράτη Μέλη, αλλά προσπαθεί να τα συμπληρώσει και να τα υποστηρίξει. Σκοπός του είναι η ευημερία και η αξιοπρέπεια των εξαρτημένων ηλικιωμένων ατόμων, είναι οι ηλικιωμένοι, να αποκτήσουν φωνή και να διασφαλίσουν ότι θα ακούγονται από ολόκληρη την κοινωνία. Τα άρθρα αναφέρονται στα εξής:

Άρθρο1: Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, τη σωματική & πνευματική ευεξία, την ελευθερία & την ασφάλεια

1-1 Να σέβονται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και ευημερία, ανεξάρτητα από την ηλικία, τη φυλή, την εθνική ή κοινωνική καταγωγή, την οικονομική κατάσταση, τη θρησκεία, το φύλο, το σεξουαλικό προσανατολισμό ή προσωπικότητα και το βαθμό φροντίδας και βοήθειας που χρειάζονται.

1-2 Να σέβονται και να διαφυλάσσουν τη σωματική, σεξουαλική, ψυχολογική, συναισθηματική, οικονομική και υλική ευημερία.

## Σωματική ευεξία

1-2.1 Να σέβονται και να διαφυλάσσουν τη σωματική ακεραιότητά, καθώς και να τους προφυλάσσουν από σωματική κακοποίηση, όπως: κακομεταχείριση και παραμέληση κάθε μορφής, υποσιτισμό και αφυδάτωση, εξάντληση, υπερβολικό κρύο ή ζέστη και από κάθε σωματική νόσο που μπορεί να προληφθεί.

1-2.2 Να τους διαφυλάσσουν από κάθε μορφής σεξουαλική κακοποίηση και κακομεταχείριση.

## Ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία

1-2.3 Να σέβονται και να διαφυλάσσουν την ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία, καθώς και να τους προφυλάσσουν από κάθε μορφής ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση και κακομεταχείριση.

1-2.4 Να απαιτείται ότι δεν θα τους προκαλέσουν εσκεμμένη αναστάτωση, ταλαιπωρία, αρνητικά συναισθήματα ή κατάθλιψη.

1-2.5 Να τους προφυλάσσουν από κάθε απόπειρα απομάκρυνσής τους από άτομα με τα οποία θέλουν να είναι μαζί.

## Οικονομική και υλική ασφάλεια

1-2.6 Να τους προφυλάσσουν από κάθε μορφής οικονομική ή υλική κακοποίηση.

1-2.7 Να απαιτούν από τα άτομα που τους φροντίζουν, όταν εκείνοι δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τα οικονομικά και υλικά αγαθά τους, να σκέφτονται το δικό τους συμφέρον

1-2.8 Να διατηρούν τα προσωπικά τους υπάρχοντα μέχρι εκείνοι να αποφασίσουν να τα αποχωριστούν ή μέχρι τον θάνατό τους. Έχουν το δικαίωμα να διαφυλάσσονται από κάθε εξαναγκασμό να αλλάξουν τη διαθήκη τους ή να εκχωρήσουν σε άλλους οικονομικά ή υλικά αγαθά που τους ανήκουν.

## Προστασία από ιατρική και φαρμακευτική κακοποίηση

1-2.9 Να τους προφυλάσσουν από κάθε ιατρική και φαρμακευτική κακοποίηση, κακομεταχείριση ή παραμέληση όπως: ακατάλληλη, μη απαραίτητη ή υπερβολική ιατρική περίθαλψη ή χρήση φαρμάκων ή άρνηση θεραπείας.

## Παραμέληση

1-2.10 Να τους προφυλάσσουν από παραμέληση ή έλλειψη κατάλληλης προσοχής όσον αφορά στην παροχή υποστήριξης, φροντίδας ή θεραπείας.

1-3 Να τους προφυλάσσουν από απειλές κάθε είδους. Δικαιούνται τις κατάλληλες

συνθήκες ώστε να αισθάνονται ασφαλής στον χώρο τους και με τους ανθρώπους που τους περιβάλλουν.

1-4 Να έχουν κοινωνική ασφάλιση και κοινωνική πρόνοια.

Άρθρο 2: Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού

Ελευθερία επιλογής

2-1 Έχουν το δικαίωμα να προσδιορίζουν εκείνοι τη ζωή τους με τον βαθμό ανεξαρτησίας που τους επιτρέπει η σωματική και πνευματική τους κατάσταση και να παίρνουν συμβουλές και υποστήριξη για να πετύχετε το σκοπό τους.

2-2 Έχουν το δικαίωμα να απαιτούν οι απόψεις, οι επιθυμίες τους και οι επιλογές τους να γίνονται σεβαστές από τους γύρω τους, ακόμα και όταν δεν μπορούν να επικοινωνήσετε με ευφράδεια. Έχουν το δικαίωμα να τους συμβουλευόμαστε και να συμμετέχουν σε όλες τις διαδικασίες όταν παίρνονται αποφάσεις που τους αφορούν. Έχουν το δικαίωμα να διαλέγουν το μέρος στο οποίο ζουν, έτσι που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους, είτε πρόκειται για το σπίτι τους είτε για χώρους επίσημης φροντίδας.

2-3 Έχουν το δικαίωμα να διατηρούν τον έλεγχο της περιουσίας τους και των εισοδημάτων τους, καθώς και να διαχειρίζονται τις οικονομικές και νομικές τους υποθέσεις και συναλλαγές με το κράτος. Πρέπει να έχουν την υποστήριξη που χρειάζονται για να πετύχουν αυτόν τον έλεγχο.

Υποστήριξη στο να παίρνουν αποφάσεις

2-4 Έχουν το δικαίωμα να ορίζουν εκείνοι το άτομο που επιθυμούν να παίρνει αποφάσεις και να συνηγορεί για εκείνους.

2-5 Έχουν το δικαίωμα να ζητάτε δεύτερη γνώμη για την κατάσταση της υγείας τους πριν ακολουθήσουν κάποια θεραπεία.

2-6 Έχουν το δικαίωμα να τους δίνουν αρκετός χρόνος ώστε να εκτιμάτε προσεχτικά τις αποφάσεις τους, να έχουν στη διάθεσή τους τα σχετικά έγγραφα και να αποφασίζουν αφού πάρουν ανεξάρτητες πληροφορίες, συμβουλές και καθοδήγηση.

2-7 Στην περίπτωση που στο μέλλον δεν μπορούν να αποφασίσουν μόνοι/η τους ή να εκφραστούν μόνοι/η τους, Έχουν το δικαίωμα να αφήσουν εκ των προτέρων οδηγίες σχετικές με την περίθαλψή τους, που να εκτελεστούν από άτομο της επιλογής τους. Οι επιθυμίες τους θα πρέπει να γίνονται σεβαστές ανά πάσα στιγμή, ακόμα και όταν επικοινωνούν μη λεκτικά ή μέσω ατόμου της επιλογής τους.

Περιορισμοί στον αυτοπροσδιορισμό τους

2-8 Δεν πρέπει να υποβληθούν σε κανένα είδος σωματικού ή πνευματικού περιορισμού εκτός αν αυτό δικαιολογείται ως αντίδραση σε πιθανό κίνδυνο. Σ' αυτή την περίπτωση, θα πρέπει να καθοριστεί ότι ο περιορισμός αυτός είναι για το καλό τους μέσα από μια διαφανή και ανεξάρτητα εξακριβωμένη διαδικασία που θα μπορεί να ανατραπεί. Οι αξιολογήσεις του πνευματικού τους επιπέδου όσον αφορά στην ικανότητά τους να παίρνουν αποφάσεις δεν είναι ούτε απόλυτες ούτε μόνιμες και πρέπει να επανεξετάζονται τακτικά.

Άρθρο 3: Δικαίωμα στην προσωπική ζωή

3-1 Έχουν το δικαίωμα να σέβονται την ανάγκη τους για προσωπική ζωή. Πρέπει να τους παρέχεται η δυνατότητα, όταν το επιθυμούν, να έχουν χρόνο και χώρο για εκείνους είτε είναι μόνος ή με άτομα της επιλογής τους.

3-2 Ο προσωπικός τους χώρος πρέπει να αντιμετωπίζεται με σεβασμό ανεξάρτητα από το πού κατοικείται και τον βαθμό φροντίδας και βοήθειας που χρειάζονται. Πρέπει να είναι στόχος όλων όσων ασχολούνται με την υποστήριξη, τη φροντίδα και την ιατρική τους περίθαλψη να αποφεύγεται κάθε περιορισμός της προσωπικής ζωής τους και των προσωπικών σχέσεων τους.

3-3 Το να σέβονται την προσωπική ζωή τους σημαίνει ότι σέβονται τις απόψεις τους, οι οποίες μπορεί να μην εκφράζονται λόγω ταπεινότητας. Έχουν το δικαίωμα, τα άτομα που τους φροντίζουν, να τους συμπεριφέρονται με ευαισθησία και διακριτικότητα.

Δικαίωμα στα προσωπικά δεδομένα τους και την επικοινωνία τους

3-4 Έχουν το δικαίωμα να μην παραβιάζει κανείς την αλληλογραφία τους. Κανείς δεν έχει δικαίωμα να παίρνει, να ανοίγει ή να διαβάζει τα γράμματά τους ή το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο τους χωρίς τη συγκατάθεσή τους. Έχουν δικαίωμα να κάνουν προσωπικά τηλεφωνήματα.

3-5 Το δικαίωμά τους να σέβονται οι άλλοι την προσωπική ζωή τους περιλαμβάνει και τον τρόπο που χειρίζονται τα προσωπικά δεδομένα και έγγραφα τους. Τα προσωπικά τους στοιχεία προστατεύονται από το νόμο.

3-6 Έχουν το δικαίωμα να απαιτούν ότι οι συζητήσεις σε σχέση με την κατάστασή τους, τη φροντίδα και τη θεραπεία τους –ανεξάρτητα αν διεξάγονται ενώπιόν τους ή όχι– θα γίνονται με ευαισθησία, διακριτικότητα και σεβασμό της προσωπικής ζωής τους.

Άρθρο 4: Δικαίωμα σε εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας



## Ποιότητα φροντίδας

4-1 Έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη και υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, οι οποίες θα είναι έγκαιρες, υψηλής ποιότητας, οικονομικά προσιτές, καθώς και προσαρμοσμένες στις εξατομικευμένες ανάγκες και επιθυμίες τους, χωρίς καμία απολύτως διάκριση.

4-2 Έχουν το δικαίωμα να τους περιθάλπουν άτομα με ικανότητες που αντιστοιχούν στις ανάγκες τους όσον αφορά στην υποστήριξη, φροντίδα και ιατρική περίθαλψή τους. Αν και κατά πόσο, οι φροντιστές τους είναι επαγγελματίες υγείας, συγγενείς ή άλλα έμπιστα άτομα, θα πρέπει να τους παρέχονται συνεχώς τέτοιοι τεχνικοί και οικονομικοί πόροι και εξειδικευμένη εκπαίδευση και καθοδήγηση που θα τους επιτρέπει να φέρνουν σε πέρας το έργο τους.

4-3 Θα πρέπει να ζητήσουν υπηρεσίες ανάπαυλας, ώστε τα άτομα που τους φροντίζουν σε καθημερινή βάση να κάνουν τα απαραίτητα διαλείμματα που θα τους επιτρέπουν αφενός να έχουν μια προσωπική ζωή και αφετέρου να βελτιώνουν την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχουν.

4-4 Έχουν το δικαίωμα να επωφελούνται από μέτρα που θα προλαμβάνουν τυχόν επιδείνωση ή θα επιφέρουν βελτίωση της κατάστασής τους και θα προωθούν την ανεξαρτησία τους στον μέγιστο δυνατό βαθμό.

4-5 Έχουν το δικαίωμα να απαιτούν απ' όλα τα άτομα, τους φορείς και τις ομάδες επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με τη φροντίδα, την υποστήριξη και την ιατρική περίθαλψή τους να επικοινωνούν και να συνεργάζονται μεταξύ τους, καθώς και να συντονίζουν προσεχτικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες, έχοντας κατά νου το δικό τους συμφέρον.

4-6 Έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν υποστήριξη για τις καθημερινές τους ανάγκες ακριβώς τη στιγμή που τη χρειάζονται.

## Εξατομικευμένη φροντίδα

4-7 Αν και όταν εισαχθούν σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων, οι συνθήκες και το κόστος της διαμονής τους πρέπει να εξηγούνται ρητώς σε αναλυτικό συμβόλαιο. Οι πληροφορίες για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους πρέπει να είναι σαφείς και κατανοητές. Έχουν το δικαίωμα να λάβουν συμβουλές πριν και κατά τη διάρκεια της εισαγωγής τους.

4-8 Έχουν το δικαίωμα να μετακινούνται ελεύθερα στο περιβάλλον τους. Έχουν το δικαίωμα να υποστηρίζουν και να ενθαρρύνουν τις μετακινήσεις τους.

4-9 Έχουν το δικαίωμα να απαιτούν να λαμβάνονται υπόψη σημαντικές πτυχές από το παρελθόν και τον μέχρι τώρα τρόπο ζωής τους.

Άρθρο 5: Δικαίωμα σε εξατομικευμένες πληροφορίες, συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης Δικαίωμα πρόσβασης σε προσωπικές και εξατομικευμένες πληροφορίες

5-1 Έχουν το δικαίωμα να ενημερώνονται για την κατάσταση της υγείας τους και τις υπάρχουσες επιλογές περίθαλψης και φροντίδας. Το δικαίωμα αυτό περιλαμβάνει πληροφορίες και συμβουλές σε σχέση με τις πιθανότητες επιτυχίας ή αποτυχίας, καθώς και τις επιπτώσεις που ενδέχεται να προκύψουν από ιατρικές εξετάσεις, φάρμακα ή παρεμβάσεις στη σωματική και πνευματική τους κατάσταση και την καθημερινότητά τους. Επίσης περιλαμβάνει ενημέρωση για τις υπάρχουσες εναλλακτικές λύσεις.

5-2 Εκείνοι και κάθε άτομο της επιλογής τους συνεχίζουν να έχουν δικαίωμα πρόσβασης στον προσωπικό τους ιατρικό φάκελο, όπως και το δικαίωμα να ζητήσουν να δουν όλα τα έγγραφα που αφορούν στην υγεία τους.

5-3 Το δικαίωμά τους να αρνηθούν να ενημερωθούν πρέπει επίσης να γίνεται σεβαστό.

5-4 Έχουν το δικαίωμα να ενημερώνονται και να ζητούν συμβουλές για όλες τις υπάρχουσες ψυχαγωγικές δραστηριότητες, δυνατότητες διαμονής και μέτρα κοινωνικής πρόνοιας από τα οποία ίσως επωφεληθούν, ανεξάρτητα από το κόστος τους. Πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να αποφασίζουν ποια από αυτά αντέχουν οικονομικά και πρέπει να τους παρέχονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες ώστε να αποφασίζουν αφού πρώτα ενημερώνονται πλήρως.

Συγκατάθεση μετά από ενημέρωση και συμβουλές

5-5 Εκείνοι και κάθε άτομο της επιλογής τους έχουν το δικαίωμα να ενημερώνονται πριν δίνουν τη συγκατάθεσή τους για κάθε απόφαση που αφορά στη φροντίδα και στην ιατρική τους περίθαλψη, όπως επίσης και για κάθε συμμετοχή τους σε ερευνητικά προγράμματα και κλινικές μελέτες.

5-6 Έχουν το δικαίωμα να ζητούν νομικές συμβουλές, νομική υπεράσπιση και εκπροσώπηση. Πρέπει να τους παρέχεται νομική βοήθεια, όταν εκείνοι δεν έχουν τους απαιτούμενους οικονομικούς πόρους.

5-7 Το να τους μιλάνε ξεκάθαρα, διακριτικά και με κατανοητό τρόπο αποτελεί μέρος του δικαιώματός τους για ενημέρωση πριν να δοθεί η συγκατάθεσή τους.

5-8 Εκείνοι ή κάποιο άτομο της επιλογής τους έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν έγκαιρη, σαφή και ολοκληρωμένη ενημέρωση για όλες τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες και τους

αφορούν. Αυτό το δικαίωμα περιλαμβάνει το αντίστοιχο κόστος των υπηρεσιών, καθώς και τις δυνατότητες προσαρμογής τους, ώστε να ανταποκρίνονται στις δικές τους ανάγκες

5-9 Πριν συνάψουν ή τροποποιήσουν οποιαδήποτε συμφωνία ή συμβόλαιο με κάποια μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων ή άλλες υπηρεσίες έχουν το δικαίωμα να ενημερωθούν πλήρως και να ζητήσουν συμβουλές για το περιεχόμενό της συμφωνίας και την πιθανότητα να προβείτε σε μελλοντικές τροποποιήσεις, σε σχέση με όρους, υπηρεσίες και δαπάνες. Η ενημέρωση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους πρέπει να είναι σαφής και κατανοητή.

Άρθρο 6: Δικαίωμα σε συνεχή επικοινωνία, κοινωνική συμμετοχή και πολιτιστικές

Δραστηριότητες

6-1 Πρέπει να παρέχονται πληροφορίες και ευκαιρίες να συμμετέχουν εθελοντικά στην κοινωνική ζωή ανάλογα με τα ενδιαφέροντά τους και τις ικανότητές τους και σε πνεύμα αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών. Επίσης έχουν το δικαίωμα να τους παρέχονται ευκαιρίες έμμισθης ή εθελοντικής εργασίας και να συμμετέχουν στη δια βίου μάθηση.

6-2 Έχουν το δικαίωμα σε κάθε απαραίτητη υποστήριξη που θα τους βοηθήσει να επικοινωνούν. Έχουν το δικαίωμα να λαμβάνονται υπόψη οι επικοινωνιακές τους ανάγκες και προσδοκίες τους, ανεξάρτητα με τον τρόπο που εκφράζονται.

6-3 Έχουν το δικαίωμα να μετακινούνται ελεύθερα, ώστε να καλλιεργούνται τα ενδιαφέροντα και τις ασχολίες τους. Αν η κινητικότητά τους εμποδίζεται, έχουν το δικαίωμα να λάβουν βοήθεια σε αυτό τον τομέα.

6-4 Έχουν το δικαίωμα για ισότιμη πρόσβαση στις νέες τεχνολογίες, καθώς και στην κατάρτιση και στήριξη χρήσης τους.

6-5 Έχουν το δικαίωμα να συνεχίζουν να ασκούν όλα τα πολιτικά δικαιώματά τους, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος συμμετοχής σε πολιτικές εκλογές και, αν είναι απαραίτητο, να λαμβάνουν αμερόληπτη βοήθεια στην εκπλήρωση του. Το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής και μυστικότητας της ψήφου πρέπει να είναι σεβαστό, από το άτομο που τους βοηθά.

Άρθρο 7: Δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης και την ελευθερία της σκέψης/συνείδησης: πεποιθήσεις, πολιτισμός και θρησκεία

7-1 Έχουν το δικαίωμα να σέβονται τις αξίες και τις απόψεις τους, τη φιλοσοφία τους και τη θρησκευτική ελευθερία τους, ανεξάρτητα από το αν τα άτομα που τους φροντίζουν συμμερίζονται τις εν λόγω αξίες και απόψεις.

7-2 Έχουν το δικαίωμα να εξασκούν και να τηρούν τη θρησκεία τους ή τα πνευματικά πιστεύω τους. Έχουν επίσης το δικαίωμα να λαμβάνουν πνευματική ή θρησκευτική συμπαράσταση και καθοδήγηση, όταν το επιθυμούν, από εκπροσώπους της θρησκείας τους ή των πνευματικών πιστεύω τους. Έχουν το δικαίωμα να αρνηθούν να συμμετέχουν σε θρησκευτικές δραστηριότητες, καθώς και να αρνηθούν να τους προσεγγίσουν εκπρόσωποι θρησκειών, δογμάτων ή φιλοσοφικών κινημάτων.

7-3 Όλοι/όλες έχουν ίσα δικαιώματα στο σεβασμό και την αμοιβαία ανοχή, ανεξάρτητα από την πολιτιστική κληρονομιά τους, τις θρησκευτικές δοξασίες τους και τις λατρευτικές πρακτικές τους.

7-4 Έχουν το δικαίωμα να συναθροίζεστε και να συναναστρέφεστε, όπως επίσης έχουν το δικαίωμα να αρνείστε τις συναναστροφές.

7-5 Έχουν το δικαίωμα να αναπτύσσουν τους πολιτικούς ή κοινωνικούς ορίζοντές τους και πεποιθήσεις, καθώς και να διευρύνουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους σε αυτό τον τομέα.

7-6 Έχουν το δικαίωμα να αρνηθείτε ανεπιθύμητες πιέσεις ιδεολογικού, πολιτικού ή θρησκευτικού χαρακτήρα και έχουν το δικαίωμα να ζητάτε προστασία από τέτοιου είδους πιέσεις.

Άρθρο 8: Δικαίωμα στην παρηγορητική αγωγή και υποστήριξη, στον σεβασμό και την αξιοπρέπεια κατά τα τελευταία στάδια της ζωής και τον θάνατο

8-1 Έχουν το δικαίωμα να λάβουν συμπονετική βοήθεια και παρηγορητική αγωγή όταν φτάνουν στο τέλος της ζωής τους και μέχρι να πεθάνουν. Έχουν το δικαίωμα να ληφθούν μέτρα για την ανακούφιση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων που τους ταλαιπωρούν.

8-2 Έχουν το δικαίωμα να απαιτούν να γίνουν όλα όσα είναι εφικτά, ώστε η πορεία τους προς τον θάνατο να είναι αξιοπρεπής και υποφερτή. Τα άτομα που τους περιθάλπουν και τους συνοδεύουν σε αυτό το στάδιο της ζωής τους πρέπει να σέβονται τις επιθυμίες τους και να τις τηρούν όποτε αυτό είναι δυνατό.

8-3 Έχουν το δικαίωμα να απαιτούν από τους επαγγελματίες υγείας, που τους παρέχουν φροντίδα στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους να συμπεριλάβουν και να προσφέρουν φροντίδα στους οικείους τους, καθώς και σε άλλα έμπιστα άτομα, σύμφωνα με τις επιθυμίες τους. Η επιθυμία τους να αποκλειστούν συγκεκριμένοι άνθρωποι πρέπει επίσης να γίνεται σεβαστή.

8-4 Έχουν το δικαίωμα να καθορίζουν αν και σε ποιο βαθμό πρέπει να ξεκινά ή να συνεχίζει η ιατρική περίθαλψη, καθώς και αν πρέπει να ξεκινήσουν ή να συνεχίσουν μέτρα παράτασης

της ζωής. Αν έχουν κριθεί διανοητικά μη ικανή/ός, πρέπει να γίνουν σεβαστές οι επιθυμίες που έχουν δηλώσει εκ των προτέρων.

8-5 Κανείς δεν επιτρέπεται να πάρει μέτρα που θα τους οδηγήσουν συστηματικά στον θάνατο, εκτός αν αυτό είναι σύμφωνο με την εθνική νομοθεσία της χώρας διαμονής τους και έχουν δώσει ρητά σχετικές οδηγίες.

8-6 Στην περίπτωση που δεν είναι σε θέση να εκφραστείτε, έχουν το δικαίωμα να γίνουν σεβαστές οι οδηγίες που έχουν δώσει εκ των προτέρων όσον αφορά σε αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα τους κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής τους, μέσα στα όρια που θέτει η εθνική νομοθεσία της χώρας διαμονής τους.

8-7 Έχουν το δικαίωμα να γίνουν σεβαστά και να τηρηθούν τα θρησκευτικά πιστεύω τους και οι επιθυμίες που εξέφρασαν κατά τη διάρκεια της ζωής τους σχετικά με το πώς θέλουν να μεταχειριστούν τη σορό τους μετά το θάνατό τους.

Άρθρο 9: Δικαίωμα πρόσβασης σε ένδικα μέσα

9-1 Έχουν το δικαίωμα να λάβουν υποστήριξη ή να αρνηθούν υποστήριξη κάθε φορά που βρίσκονται σε κατάσταση κακοποίησης ή κακομεταχείρισης, ανεξάρτητα από το αν λαμβάνουν φροντίδα σε ίδρυμα ή κατ' οίκον.

9-2 Έχουν το δικαίωμα να απαιτούν οι επαγγελματίες υγείας να είναι εκπαιδευμένοι ώστε να αντιλαμβάνονται ενδείξεις κακοποίησης ή κακομεταχείρισης και να δρουν καταλλήλως, ώστε να αποτρέπεται κάθε μελλοντική κακομεταχείριση.

9-3 Έχουν το δικαίωμα να ενημερώνονται για τους τρόπους με τους οποίους μπορούν να καταγγείλουν ενδεχόμενη κακοποίηση. Έχουν το δικαίωμα να καταγγέλλουν κακοποίηση ή κακομεταχείριση χωρίς να φοβούνται τυχόν αρνητικές συνέπειες, όπως επίσης να απαιτούν ότι οι αρχές θα ανταποκριθούν όπως αρμόζει, όταν προβαίνουν σε καταγγελία. Το δικαίωμα αυτό έχει και το οικείο περιβάλλον τους, ιδιαίτερα οι άνθρωποι που είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα τους και την υποστήριξή τους.

9-4 Έχουν το δικαίωμα να απαιτούν να προφυλαχθούν από την κατάσταση κακοποίησης ή κακομεταχείρισης που έχουν καταγγείλει μέχρις ότου η κατάσταση αυτή ερευνηθεί πλήρως. Δίχως να σημαίνει ότι θα πρέπει να αλλάξουν τον χώρο κατοικίας τους αν δεν το επιθυμούν.

9-5 Έχουν το δικαίωμα να λάβουν περίθαλψη για κάθε σωματικό ή ψυχολογικό τραύμα που ενδεχομένως πάθουν εξαιτίας κακοποίησης ή κακομεταχείρισης, μέχρι την πλήρη αποκατάστασή του. Πρέπει επίσης να τους δίνεται χρόνος για να ανακάμψουν με τον δικό τους ρυθμό.

### 3 Άτομα τρίτης ηλικίας του Δήμου Πειραιά

#### 3.1 Ανάγκες ποιοτικής διαβίωσης των ατόμων τρίτης ηλικίας του Δήμου Πειραιά

Τα άτομα τρίτης ηλικίας βιώνουν έναν ιδιότυπο κοινωνικό αποκλεισμό.

Στο ατομικό επίπεδο του ατόμου οι ανισότητες συνδέονται με τα χαρακτηριστικά του όπως η ηλικία, γένος, έθνος, φυλή, ανικανότητα. Είναι εκείνες οι μορφές ανισότητας που είναι βασισμένες στα χαρακτηριστικά των ατόμων, τα οποία δεν μεταβάλλονται. Βιολογικές ή πολιτιστικές διαφορές συσχετίζονται με διαφορετική κοινωνική εκτίμηση οδηγώντας στην προτίμηση ή στον αποκλεισμό. Η ηλικιωμένοι άνθρωποι βιώνουν επιπρόσθετα οικονομικούς περιορισμούς, αυτό-αποκλεισμό, επιπτώσεις διακρίσεων λόγω υγείας ή άλλων εμποδίων κ.λπ. Αυτά τα φαινόμενα διαμορφώνουν μια ιδιότυπη «διάκριση».

Στο κοινωνικό επίπεδο, οι ανισότητες συσχετίζονται με την άνιση πρόσβαση στους πόρους της κοινωνίας δηλαδή την παραγωγή και διανομή του πλούτου, τις άνισες ευκαιρίες συμμετοχής στο εκπαιδευτικό σύστημα και στην αγορά εργασίας, τον περιορισμό πρόσβασης στο σύστημα υγείας και στις δημόσιες υπηρεσίες καθώς επίσης και τις διακρίσεις στην κοινωνία των πληροφοριών. Οι κοινωνικές ανισότητες συσχετίζονται με την κοινωνική δομή και την κοινωνική διαστρωμάτωση της κοινωνίας. Αυτά τα φαινόμενα διαμορφώνουν τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες.

Τα δυο επίπεδα ανισοτήτων (διακρίσεις και κοινωνικοοικονομικές ανισότητες), συνυπάρχουν και συνδέονται η μια με την άλλη. Όσο περισσότερο η άνιση πρόσβαση στους πόρους συνδέεται με τις συγκεκριμένες κατηγορίες (Άτομα με Αναπηρία, Τρίτη Ηλικία) τόσο περισσότερο οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες παράγουν και αναπαράγουν φαινόμενα κοινωνικού αποκλεισμού.

Ο αποκλεισμός μπορεί να αφορά ένα η περισσότερα επίπεδα: κοινωνικό, οικονομικό πολιτικό και πολιτισμικό. Υπάρχει δηλαδή μια στενή σχέση μεταξύ των ανισοτήτων και του αποκλεισμού αλλά δεν είναι απλή γιατί στη σχέση αυτή παρεμβάλλεται ο τρόπος που τα άτομα αντιμετωπίζουν τις ανισότητες και τον κίνδυνο αποκλεισμού. Η διαδικασία κοινωνικού αποκλεισμού αναφέρεται όχι μόνο στους παράγοντες που διατυπώνουν τις ανισότητες στην σύγχρονη κοινωνία αλλά έχει συνδεθεί με την κρίση των κοινωνικών σχέσεων και ειδικά των οικογενειακών σχέσεων λόγω αλλαγών στην οικογενειακή δομή και στη σφαίρα των αξιών.

Οι ανάγκες ποιοτικής διαβίωσης των ατόμων τρίτης ηλικίας του Δήμου Πειραιά συναρτώνται με το επίπεδο φτώχειας, το οικογενειακό περιβάλλον (μονήρεις ή όχι) και τα

προβλήματα υγείας (χρόνια ή όχι), καθώς και δυνατότητας προσβασιμότητας σε κοινωνικές και λοιπές υπηρεσίες.

### **3.2 Επιπτώσεις της πανδημίας στην καθημερινή διαβίωση των ατόμων 3<sup>ης</sup> ηλικίας**

Η καθημερινή τους διαβίωση έχει επηρεαστεί σημαντικά από την επίπτωση της πανδημίας, ιδιαίτερα στα μοναχικά ηλικιωμένα άτομα. Η κοινωνική ενσωμάτωση των ηλικιωμένων συναρτάται με την αξιολόγηση του μίγματος των παραπάνω παραμέτρων και βίωσης των αντίστοιχων συνθηκών.

### **3.3 Έρευνα που αφορά τα άτομα της 3ης ηλικίας του Δήμου Πειραιά**

#### **3.3.1 Σκοπός της έρευνας**

Προς επιβεβαίωση των ευρημάτων της έρευνας γραφείου και για την εξαγωγή συγκεκριμένων αποτελεσμάτων και προσδιορισμό ειδικών αναγκών και χαρακτηριστικών των ατόμων τρίτης ηλικίας στο Δήμο Πειραιά προχωρήσαμε σε διενέργεια έρευνας πεδίου σε στοχευμένο δείγμα (ομάδα στόχου άνεργοι).

Σκοπό της παρούσας έρευνας αποτελεί η αποτύπωση των αναγκών των ατόμων τρίτης ηλικίας του Δήμου Πειραιά και εκπόνηση προτάσεων κοινωνικών δράσεων με στόχο την κοινωνική τους ενσωμάτωση και βέλτιστη διαβίωση.

#### **3.3.2 Μεθοδολογία, δείγμα**

Στο πλαίσιο της παρούσας επιλέχθηκε ποσοτική έρευνα σε στοχευμένο δείγμα, προκυμμένου να γίνει διερεύνηση των υπό εξέταση παραγόντων, συστηματικά και με επεξεργασία αριθμητικών δεδομένων με τη χρήση στατιστικών μεθόδων. Εστίασαμε στη επιλογή αντιπροσωπευτικού δείγματος του πληθυσμού στην περιοχή παρέμβασης σε συνδυασμό με την διαμόρφωση ερωτηματολογίου, έτσι ώστε να υπάρξουν έγκυρα και επιστημονικά αποτελέσματα. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ημοδομημένο καθώς περιλάμβανε ερωτήσεις καθώς στο μεγαλύτερο μέρος των ερωτήσεων υποδεικνυόταν μια σειρά απαντήσεων (κλειστού τύπου), ενώ υπήρχαν και ερωτήσεις ανάπτυξης (ανοικτού τύπου) στις οποίες οι ερωτώμενοι καλούνταν να παρέχουν διευκρινίσεις τυχόν ελλείψεις ανάγκες και προθέσεις αναφορικά με την τρέχουσα κατάστασή τους αλλά και μελλοντικά.

Συγκεκριμένα η 1η έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων (πρωτογενής έρευνα σε βάθος (in depth survey) σε στοχευμένο δείγμα (Focused sampling)), με απευθείας συμπλήρωση, προκειμένου να γίνει άμεση και πραγματική εκτίμηση, στο πεδίο, των δυσχερειών που υπάρχουν και της απόκρισης του κοινού.

Η επιλογή της σε βάθος ποσοτικής έρευνας προκρίνεται καθώς μπορεί ταυτόχρονα να μας δώσει ποιοτικά δεδομένα από ένα κοινό που σχετίζεται επαγγελματικά με το αντικείμενο της έρευνας, αλλά ταυτόχρονα θα δώσει τα δεδομένα αυτά με στατιστικά μετρήσιμη μορφή. Η ύπαρξη στατιστικών αποτελεσμάτων και όχι μόνο ποιοτικών κατευθύνσεων και προτάσεων είναι απαραίτητη προκειμένου τα αποτελέσματα να είναι συγκρίσιμα και αξιοποιήσιμα.

Το δείγμα επιλέχθηκε από τη βάση καταγεγραμμένων ωφελουμένων της ομάδας στόχου της ΚΟΔΕΠ στην οποία έχουν περιλαμβάνονται 400 άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών, εκ των οποίων οι 281 έχουν καταγραφεί με κάποιο χρόνιο νόσημα.

Φύλο	Αριθμός ατόμων ηλικίας 65+	Αριθμός ατόμων 65+ με χρόνιο νόσημα
Άνδρας	174	126
Γυναίκα	226	155
<b>Σύνολο</b>	<b>400</b>	<b>281</b>

Συγκεκριμένα το μέγεθος του δείγματος ήταν 48 άτομα πλήθος που αντιστοιχεί σε ποσοστό άνω του 10% (12,75%) των καταγεγραμμένων ατόμων ηλικίας 65+. Αναλυτικά η κατανομή του δείγματος φαίνεται στην επόμενη ενότητα.

### 3.3.3 Τεκμηρίωση που αφορά τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου

Σε ό,τι αφορά το ερωτηματολόγιο, δομήθηκε σε τέσσερα επίπεδα, όπου η πρώτη ομάδα ερωτήσεων [ερωτήσεις 1-23], αφορά στα στοιχεία των ερωτώμενων (προσωπικά στοιχεία, κατηγορίες ευάλωτων ομάδων και πληροφορίες σχετικά με το εισόδημα πριν και μετά την εμφάνιση της πανδημίας covid-19, ενώ στην δεύτερη ομάδα ερωτήσεων [ερωτήσεις 24-35], εξετάζονται οι συνθήκες στέγασης και διαμονής. Η τρίτη ομάδα ερωτήσεων [ερωτήσεις 36-42], αφορούν τις κοινωνικές δομές Πειραιά, όπου αναφέρεται η ικανοποίηση τους από τις δομές και οι ελλείψεις που τυχόν υπάρχουν. Τέλος στην τέταρτη ομάδα ερωτήσεων [ερωτήσεις 43-67] αφορούν τις υπηρεσίες των κοινωνικών δομών και τις ανάγκες των ερωτώμενων που καλύπτουν .

1η ΟΜΑΔΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ: Δημογραφικά Στοιχεία:



1. Οι ερωτήσεις 1,2 και 3 είναι εισαγωγικές και αφορούν το φύλο του ερωτώμενου, την περιοχή Διαμονής και τον Ταχυδρομικό Κωδικό. Η 1<sup>η</sup> ερώτηση είναι κλειστού τύπου με μία διαθέσιμη επιλογή, ενώ η 2<sup>η</sup> και η 3<sup>η</sup> είναι ανοιχτού τύπου.
2. Η 4η ερώτηση είναι κλειστού τύπου, όπου καλεί τον ερωτώμενο να αναφέρει το μορφωτικό επίπεδο.
3. Οι ερωτήσεις 5,6, στοχεύουν στην καταγραφή της οικογενειακής κατάστασης. Πιο συγκεκριμένα η 5<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) στοχεύει στη καταγραφή της οικογενειακής κατάστασης κάθε ερωτώμενου. Στη συνέχεια η 6<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου), ο ερωτώμενος καλείται να αναφέρει τα μέλη της οικογένειάς του.
4. Οι ερωτήσεις 7,8 και 9 ερώτηση στοχεύουν στην καταγραφή των εισοδήματων των οποίων λαμβάνουν και αναφορά μεταβολής εισοδήματος μετά την εμφάνιση της πανδημίας. Η 7<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου), ο ερωτώμενος καλείται να αναφέρει στην εισοδηματική κλίμακα την οποία υπαγόταν το έτος 2019, ενώ στην 8<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) αναφέρει την εισοδηματική κλίμακα την οποία υπαγόταν το έτος 2020. Στη συνέχεια η 9<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) πραγματοποιεί σύγκριση ανάμεσα στα εισοδήματα του 2019 και 2020 έτσι ώστε να καταγραφεί αν έχει υπάρξει μεταβολή του εισοδήματος ύστερα από την εμφάνιση της πανδημίας.
5. Οι ερωτήσεις 10,11 στοχεύουν να αναδείξουν το ποσοστό των ερωτώμενων που λαμβάνουν σύνταξη. Στην 10<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει εάν λαμβάνει σύνταξη, ενώ στην 11<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) αναφέρει αν η σύνταξη που λαμβάνει καλύπτει τις βασικές του ανάγκες.
6. Οι ερωτήσεις 12 και 13 (κλειστού τύπου) στοχεύουν στην καταγραφή των κοινωνικών ευάλωτων ομάδων, όπου στην 12<sup>η</sup> ερώτηση ο ερωτώμενος αναφέρει εάν ανήκει σε κάποια κοινωνικά ευάλωτη ομάδα, ενώ στην 13<sup>η</sup> ερώτηση αναφέρει μέσω της πολλαπλής επιλογής σε ποια/ποιες κατηγορίες ανήκει.
7. Οι ερωτήσεις 14 και 15 (κλειστού τύπου) στοχεύουν στην καταγραφή των λοιπών ομάδων που ανήκει η οικογένεια του ερωτώμενου, όπου στην 14<sup>η</sup> ερώτηση ο ερωτώμενος αναφέρει αν ανήκει σε κάποια ομάδα η οικογένεια, ενώ στην 15<sup>η</sup> ερώτηση αναφέρει μέσω της πολλαπλής επιλογής σε ποια/ποιες κατηγορίες ανήκει η οικογένεια του.
8. Οι ερωτήσεις 16, 17, 18, 19 και 20 στοχεύουν στην καταγραφή του Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος και στην υλική στήριξη την οποία λαμβάνουν. Στην 16<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) αναφέρουν εάν λαμβάνουν ενίσχυση από το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα και στην 17<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει αν λαμβάνει υλική στήριξη από το ΤΕΒΑ. Στην 18<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει αν λαμβάνει υλική στήριξη από το Κοινωνικό Φαρμακείο, ενώ στην 19<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου) ο

ερωτώμενος αναφέρει αν λαμβάνει υλική στήριξη από το Κοινωνικό Παντοπωλείο. Τέλος στην 20<sup>η</sup> (ανοικτού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει αν λαμβάνει υλική στήριξη από τρίτο φορέα και εάν ναι, από ποιον.

9. Οι ερωτήσεις 21,22,23 στοχεύουν στην καταγραφή πρόθεσης αναζήτησης εργασίας και των μέσων που χρησιμοποιεί. Στην 21<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) αναφέρουν αν έχουν προβεί σε αναζήτηση εργασίας τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ στην 22<sup>η</sup> ερώτηση καταγράφεται ο τρόπος που αναζήτησαν εργασία. Τέλος στην 23<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) αναφέρουν στην πρόθεση στήριξης / καθοδήγησης για την πρόσβαση του ερωτώμενου στις ευκαιρίες απασχόλησης.

#### 2η ΟΜΑΔΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ: Ποιοτικές Συνθήκες Στέγασης και Διαμονής:

10. Η 24<sup>η</sup> ερώτηση είναι κλειστού τύπου όπου καλεί τον ερωτώμενο να αναφέρει τον τύπο της κατοικίας που ζει, δηλαδή αν μένει σε ιδιόκτητη, ενοικιαζόμενη, παραχωρημένη ή αν φιλοξενείται.
11. Οι ερωτήσεις 25,26,27 (κλειστού τύπου) καταγράφουν στην περίπτωση απώλειας στέγασης την αιτία και τον τρόπο αντιμετώπισης. Στην 25<sup>η</sup> ερώτηση ο ερωτώμενος καλείται να καταγράψει την αιτία απώλειας στέγασης, ενώ στην 26<sup>η</sup> ερώτηση καταγράφει αν μπορεί να βγει από την συγκεκριμένη κατάσταση. Τέλος στην 27<sup>η</sup> ερώτηση αναφέρει μέσω της πολλαπλής επιλογής με ποιο τρόπο θα αντιμετωπίσει τη συγκεκριμένη κατάσταση.
12. Οι ερωτήσεις 28,29,30,31, και 32 (ανοικτού τύπου) στοχεύουν στην καταγραφή των ατόμων που διαμένουν στην ίδια οικία και τη περιγραφή της κατοικίας. Στην 28<sup>η</sup> ερώτηση ο ερωτώμενος αναφέρει πόσα άτομα μένουν στο ίδιο σπίτι, στην 29<sup>η</sup> ερώτηση ο ερωτώμενος αναφέρει πόσα παιδιά μένουν μαζί τους, στην 30<sup>η</sup> ερώτηση ο ερωτώμενος αναφέρει πόσοι ηλικιωμένοι μένουν μαζί τους. Τέλος στην 31<sup>η</sup> ερώτηση ο ερωτώμενος αναφέρει τα τετραγωνικά της οικίας του και στην 32<sup>η</sup> ερώτηση καταγράφονται τα δωμάτια της κατοικίας.
13. Οι ερωτήσεις 33,34,35 (κλειστού τύπου) καταγράφουν τις βασικότερες λειτουργίες που χρειάζεται να υπάρχουν σε μία οικία για να είναι πιο βιώσιμη. Στην 33<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) αναφέρουν αν έχουν ηλεκτρικό ρεύμα, ενώ στην 34<sup>η</sup> ερώτηση αναφέρουν αν έχουν ζεστό τρεχούμενο νερό. Τέλος στην 35<sup>η</sup> ερώτηση αναφέρουν αν έχουν διαδίκτυο.

#### 3η ΟΜΑΔΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ: Κοινωνικές Δομές:

14. Οι ερωτήσεις 36,37 καταγράφουν τις κοινωνικές δομές που υπάρχουν στην περιοχή του ερωτώμενου. Στην 36<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει αν

- γνωρίζει να υπάρχουν κοινωνικές δομές κοντά στην περιοχή του, ενώ στην 37<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου) αναφέρει ποιες κοινωνικές δομές γνωρίζει.
15. Οι ερωτήσεις 38,39 καταγράφουν τις υπηρεσίες που λαμβάνουν από τις κοινωνικές δομές. Στην 38<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει αν κάνει χρήση των υπηρεσιών που παρέχονται από τις κοινωνικές δομές, ενώ στην 39<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου) αναφέρει τις κοινωνικές δομές που λαμβάνει υπηρεσίες.
16. Οι ερωτήσεις 40,41 καταγράφουν τον λόγο που δεν έχουν προβεί σε λήψη υπηρεσιών των κοινωνικών δομών και τον βαθμό ικανοποίησης όσοι έλαβαν υπηρεσίες. Στην 40<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) αναφέρει τον λόγο που δεν προέβη σε λήψη των υπηρεσιών των κοινωνικών δομών. Στην 41<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) με αρίθμηση από το βαθμό 1, όπου είναι ο χαμηλότερος, μέχρι τον βαθμό 5, όπου είναι ο υψηλότερος, στοχεύει στην ανάδειξη του βαθμού ικανοποίησης των υπηρεσιών των οποίων έλαβαν από τις κοινωνικές δομές.
17. Η 42<sup>η</sup> ερώτηση καταγράφει μέσω ενός πίνακα πολλαπλής επιλογής τις τρεις κοινωνικές δομές που χρειάζεται να υπάρχουν στην περιοχή.

#### 4η ΟΜΑΔΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ: Υπηρεσίες Κοινωνικών Δομών:

18. Οι ερωτήσεις 43, 44 στοχεύουν να αναδείξουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσία υγείας. Στην 43<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει εάν μπορεί να απευθυνθεί σε κάποια υπηρεσία υγείας, ενώ στην 44<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου) αναφέρει το λόγο που δεν μπορεί να απευθυνθεί.
19. Οι ερωτήσεις 45, 46 στοχεύουν να αναδείξουν τη δυνατότητα λήψης φαρμάκων. Στην 45<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει εάν μπορεί να λάβει τα φάρμακα που χρειάζονται, ενώ στην 46<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου) αναφέρει το λόγο που δεν μπορεί να τα λάβει.
20. Οι ερωτήσεις 47, 48 στοχεύουν να αναδείξουν τη δυνατότητα πραγματοποίησης προληπτικών εξετάσεων. Στην 47<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει εάν μπορεί να λάβει να πραγματοποιήσεις προληπτικές εξετάσεις, ενώ στην 48<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου) αναφέρει το λόγο που δεν μπορεί να τις πραγματοποιήσει.
21. Οι ερωτήσεις 49, 50 στοχεύουν να αναδείξουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε γιατρό οποιασδήποτε ειδικότητας όταν χρειάζεται ή το επιθυμεί. Στην 49<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει εάν μπορεί να επισκεφθεί γιατρό οποιασδήποτε ειδικότητας όταν χρειάζεται, ενώ στην 50<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου) αναφέρει το λόγο που δεν μπορεί να τον επισκεφτεί τον γιατρό.

22. Οι ερωτήσεις 51, 52 στοχεύουν να αναδείξουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε ψυχολόγο όταν χρειάζεται ή το επιθυμεί. Στην 51<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει εάν μπορεί να επισκεφθεί ψυχολόγο όταν χρειάζεται ή το επιθυμεί, ενώ στην 52<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου) αναφέρει το λόγο που δεν μπορεί να τον επισκεφτεί τον ψυχολόγο.
23. Η ερώτηση 53 (κλειστού τύπου) στοχεύει να αναδείξει εάν υπάρχει κέντρο που μπορούν να απευθυνθούν ΑμεΑ.
24. Η ερώτηση 54 (κλειστού τύπου) στοχεύει να αναδείξει εάν υπάρχει κέντρο που μπορούν να απευθυνθούν ηλικιωμένοι (ΚΗΦΗ)
25. Οι ερωτήσεις 55, 56 στοχεύουν να αναδείξουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε οδοντίατρο όταν χρειάζεται ή το επιθυμεί. Στην 55<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει εάν μπορεί να επισκεφθεί οδοντίατρο όταν χρειάζεται ή το επιθυμεί, ενώ στην 56<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου) αναφέρει το λόγο που δεν μπορεί να τον επισκεφτεί τον οδοντίατρο.
26. Η 57<sup>η</sup> ερώτηση καταγράφει μέσω ενός πίνακα πολλαπλής επιλογής τις τρεις κατηγορίες προϊόντων που πρέπει να παρέχονται σε ένα κοινωνικό παντοπωλείο.
27. Οι ερωτήσεις 58, 59 στοχεύουν να αναδείξουν τη δυνατότητα λήψης αγαθών. Στην 58<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει εάν μπορεί να λάβει τα προϊόντα που επιθυμεί ή χρειάζεται, ενώ στην 59<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου) αναφέρει το λόγο που δεν μπορεί να τα λάβει.
28. Οι ερωτήσεις 60, 61 στοχεύουν να αναδείξουν τη δυνατότητα πραγματοποίησης δραστηριοτήτων αναψυχής. Στην 60<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει εάν μπορεί να πραγματοποιήσει δραστηριότητες αναψυχής, ενώ στην 61<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου) αναφέρει το λόγο που δεν μπορεί να πραγματοποιήσει.
29. Οι ερωτήσεις 62, 63 στοχεύουν να αναδείξουν τη δυνατότητα πραγματοποίησης διακοπών για τουλάχιστον μία εβδομάδα το χρόνο. Στην 62<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει εάν μπορεί να πραγματοποιήσει διακοπές για τουλάχιστον μία εβδομάδα το χρόνο, ενώ στην 63<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου) αναφέρει το λόγο που δεν μπορεί να τις πραγματοποιήσει.
30. Η ερώτηση 64 (κλειστού τύπου) στοχεύει να αναδείξει εάν υπάρχει η δυνατότητα ο να ενημερωθεί ο ερωτώμενος για θέσεις εργασίας ή επιδοτούμενα προγράμματα που τον αφορά.
31. Οι ερωτήσεις 65,66 στοχεύουν να αναδείξουν τη δυνατότητα επαγγελματικής κατάρτισης στην περιοχή που μένουν. Στην 65<sup>η</sup> ερώτηση (κλειστού τύπου) ο ερωτώμενος αναφέρει εάν έχει τη δυνατότητα επαγγελματικής κατάρτισης στην

περιοχή που μένει, ενώ στην 66<sup>η</sup> ερώτηση (ανοικτού τύπου) αναφέρει το λόγο που δεν έχει τη συγκεκριμένη δυνατότητα.

32. Η ερώτηση 67 (κλειστού τύπου) στοχεύει να αναδείξει εάν ο ερωτώμενος γνωρίζει προσωπικά άλλους ανθρώπους στην περιοχή που δεν έχει πρόσβαση σε όλα τα παραπάνω.

## 4 Αποτελέσματα της έρευνας

### 4.1 Παρουσίαση των αποτελεσμάτων και ερμηνεία

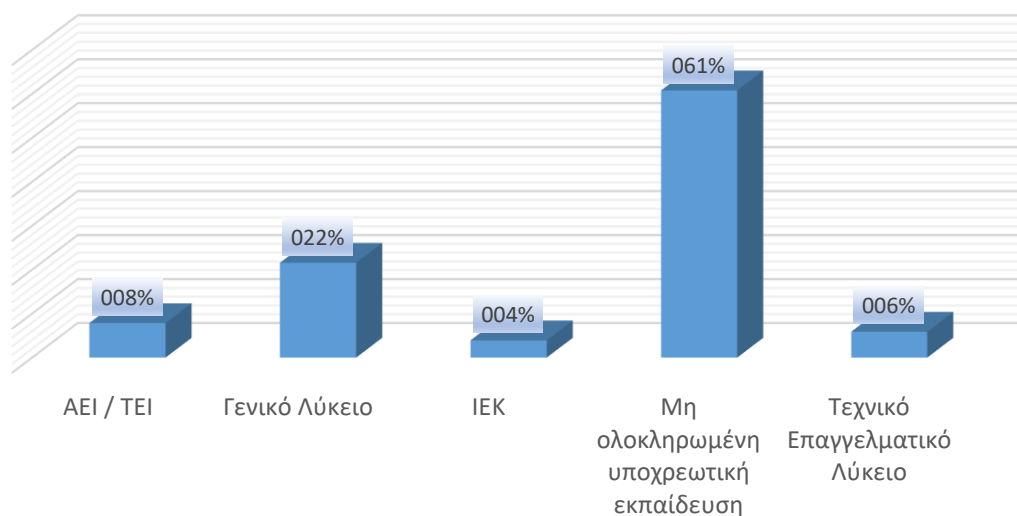
### 4.2 Ανάλυση Έρευνας

#### Δημογραφικά Στοιχεία

Το σύνολο του δείγματος είναι 51 άτομα, όπου το 63% είναι γυναίκες και το 37% άνδρες. Σε αρκετά μεγάλο ποσοστό όσοι δεν έχουν ολοκληρώσει υποχρεωτική εκπαίδευση (60,78%). Το 21,57% του δείγματος έχει αποφοιτήσει από Γενικό Λύκειο, το 7,84% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, ΤΟ 5,88% έχει αποφοιτήσει από Τεχνικό Επαγγελματικό Λύκειο, ενώ 3,92% σημειώνουν οι απόφοιτοι ΙΕΚ.

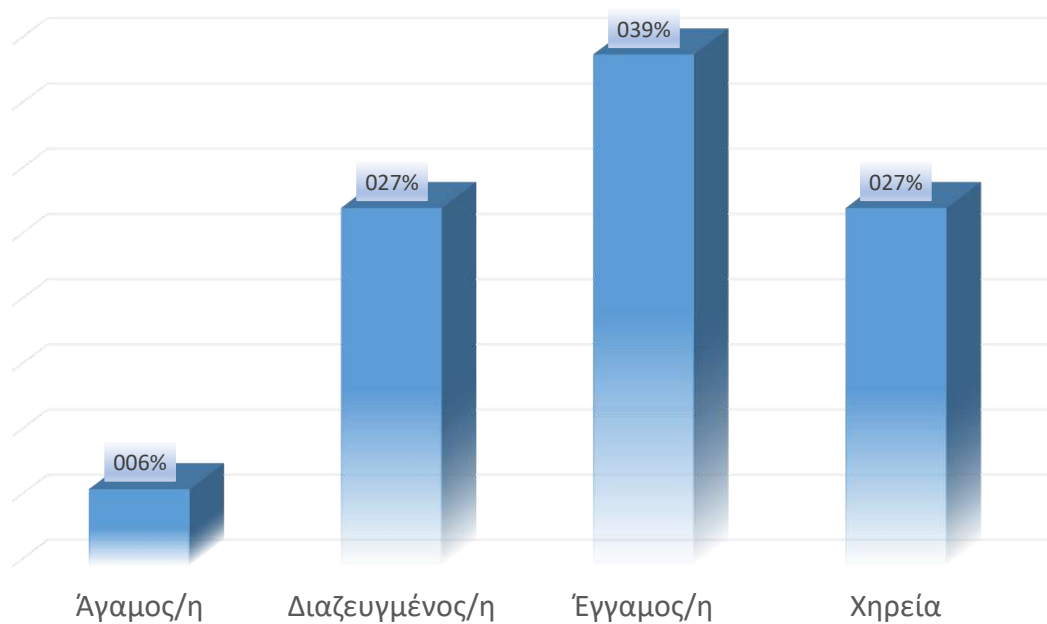


### ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

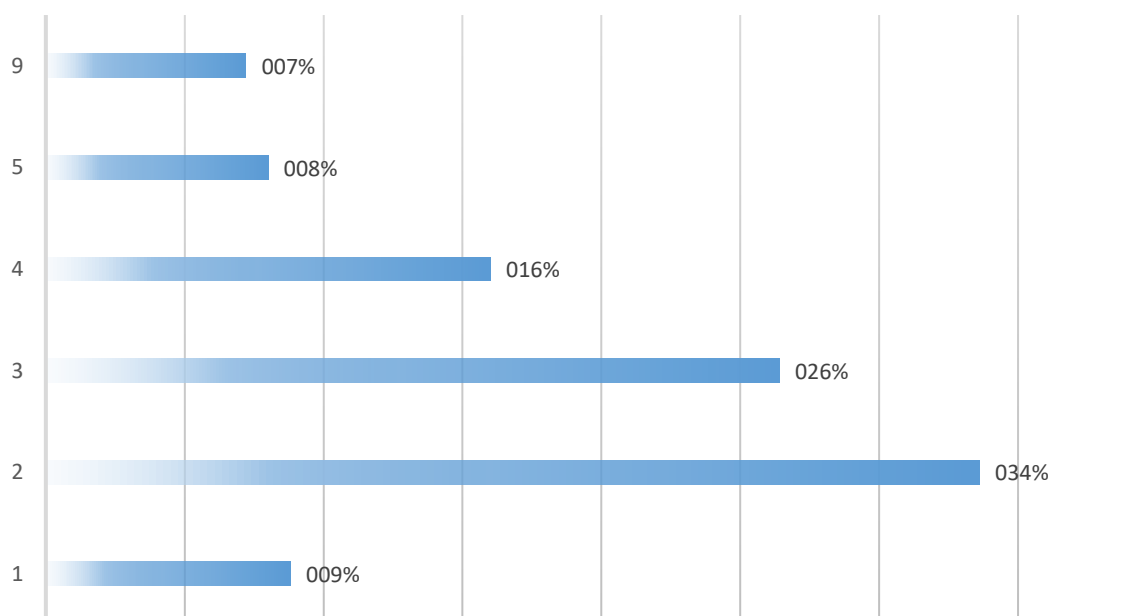


Οι έγγαμοι παρουσιάζουν ποσοστό 39,22%, ενώ οι διαζευγμένοι και όσοι βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας σημειώνουν το ίδιο ποσοστό 27,45%. Τέλος οι άγαμοι κατέχουν το 5,87%. Αναφορικά με τα μέλη οικογένειας, το 33,6% αποτελείται από 2 μέλη, το 26,4% από τρία μέλη, το 16% από τέσσερα, το 8.8% είναι ένα μέλος, πέντε μέλη παρουσιάζουν 8% και τέλος εννέα μέλη σημειώνουν το 7,2%.

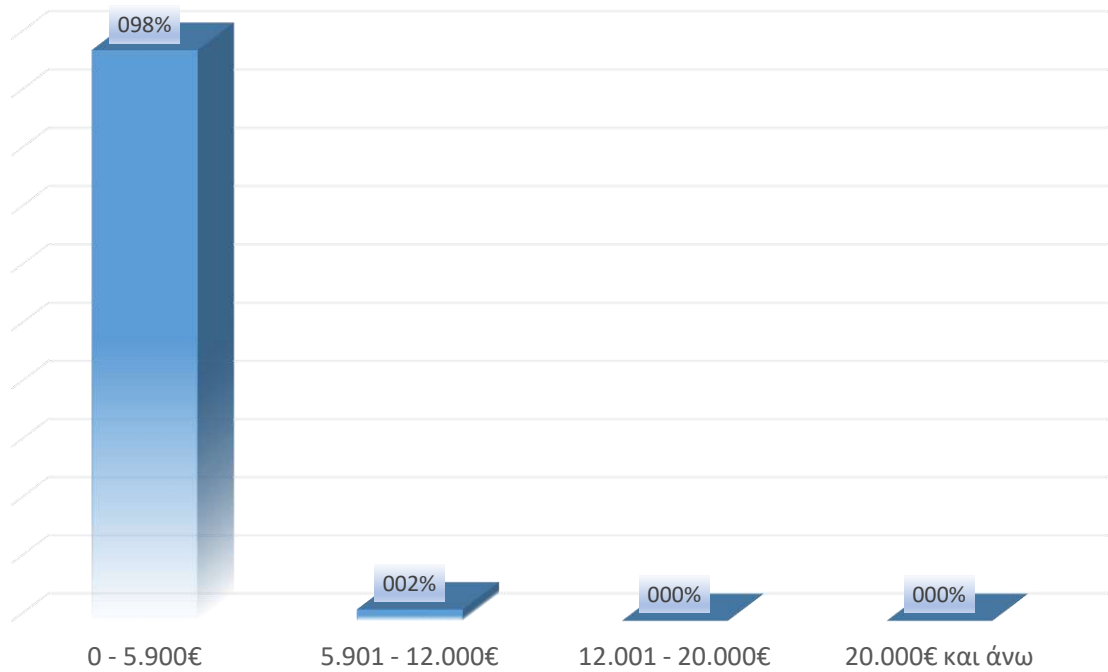
## ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



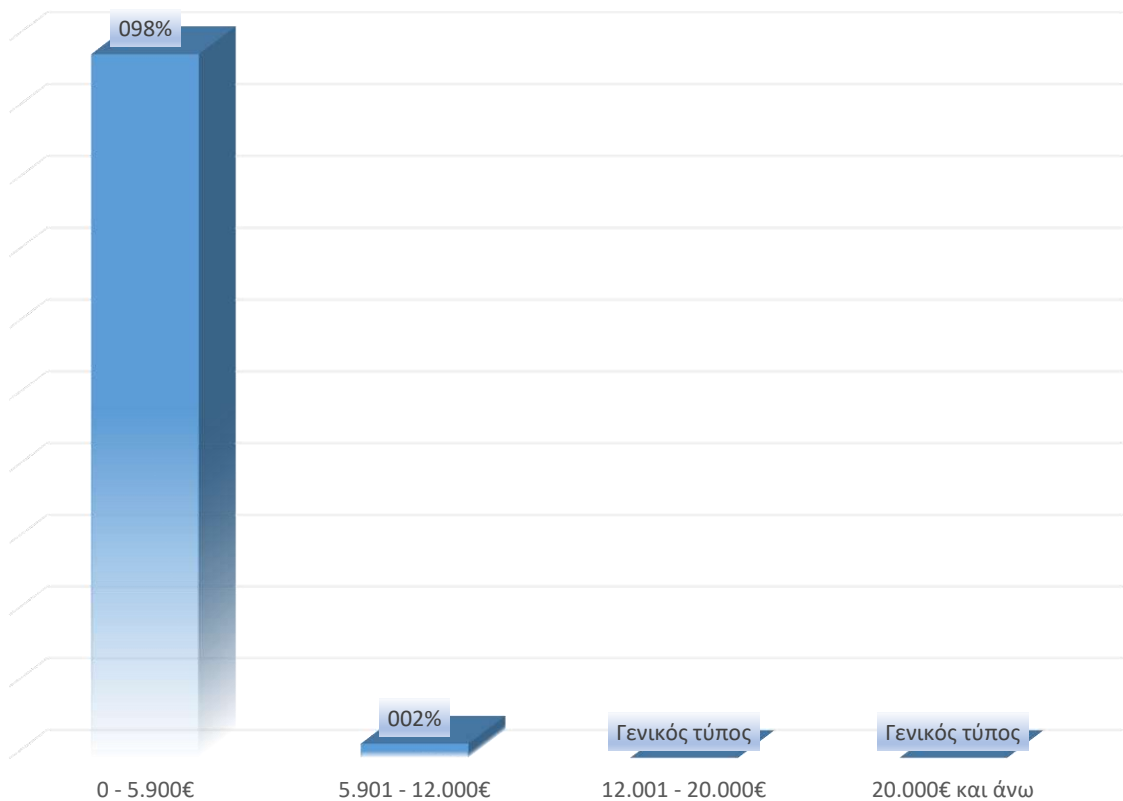
## ΜΈΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ



## ΕΙΣΪΔΗΜΑ 2019

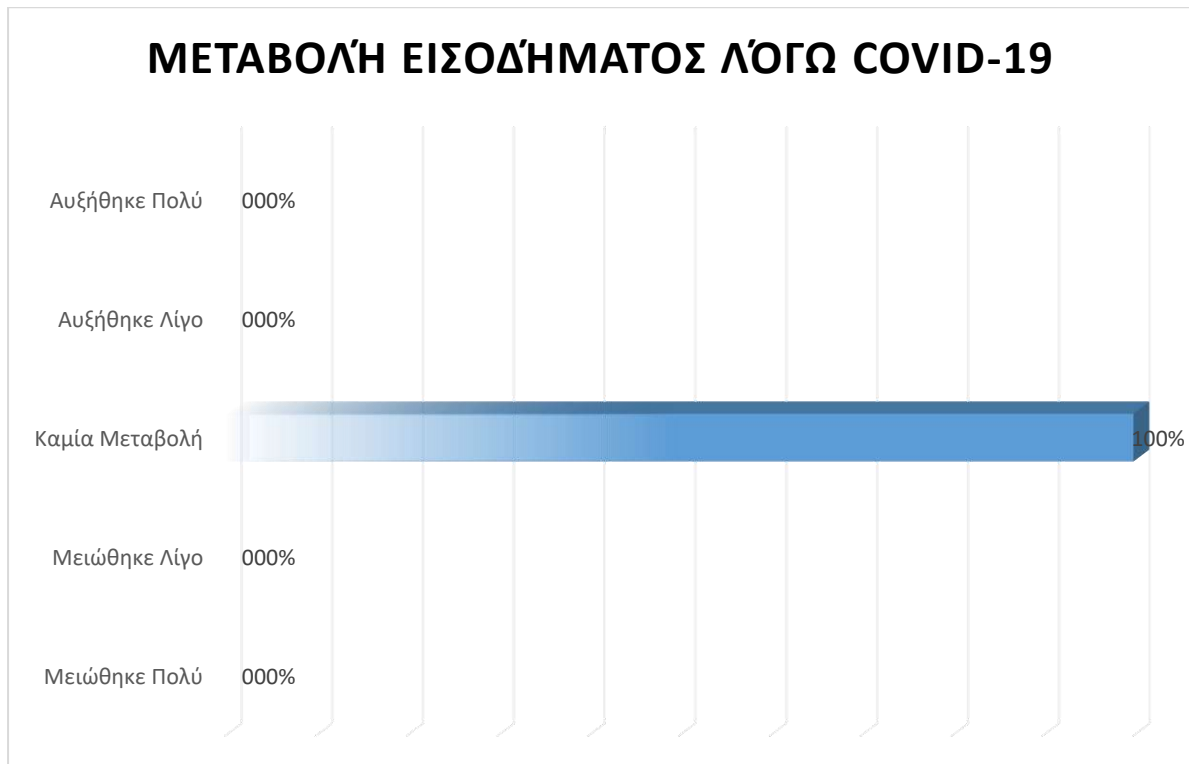


## ΕΙΣΪΔΗΜΑ 2020

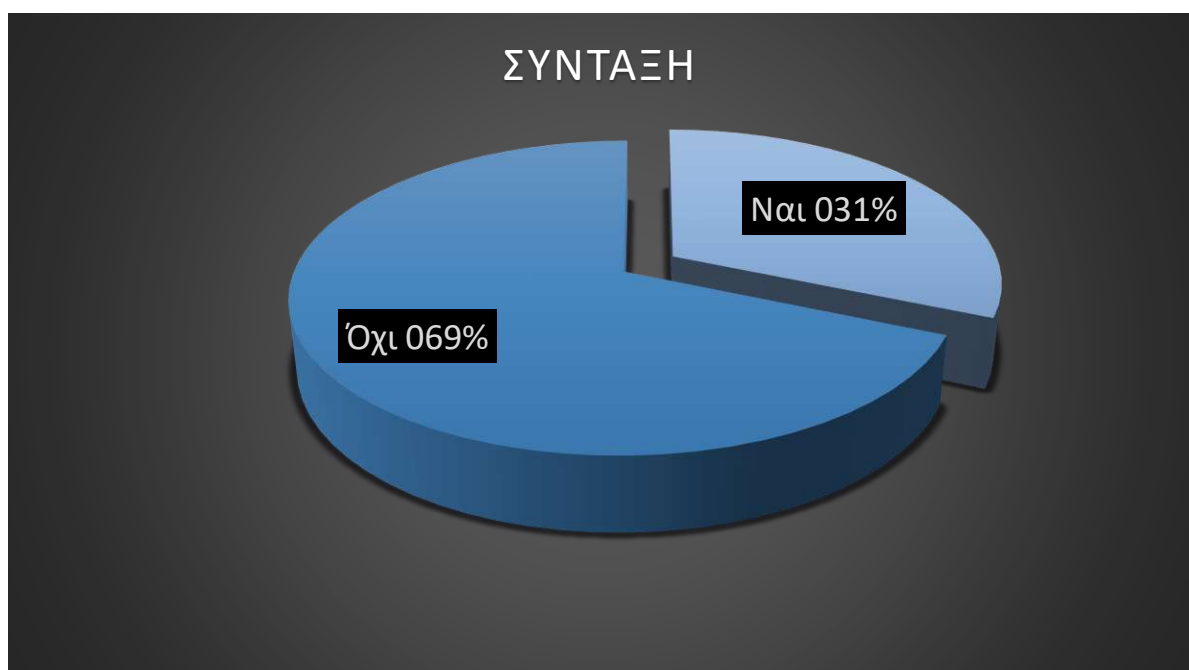




Αξιοσημείωτο είναι πως τα ποσοστά εισοδήματος 2019 και 2020 είναι ακριβώς τα ίδια και γι' αυτό το λόγο η απάντηση καμία μεταβολή στην ερώτηση μεταβολής εισοδήματος λόγω covid - 19 παρουσιάζει ποσοστό 100%.



Αυτό ίσως να συμβαίνει επειδή η κύρια πηγή εισοδήματος να είναι η σύνταξη ή επιδόματα, που αυτά συνέχισε ο κρατικός φορέας να τα προσφέρει. Από τα ποσοστά όμως του δείγματος που λαμβάνει σύνταξη (31,73%) δεν προκύπτει αποδεικνύεται για ποιο λόγο δεν έχει μεταβληθεί το εισόδημα.



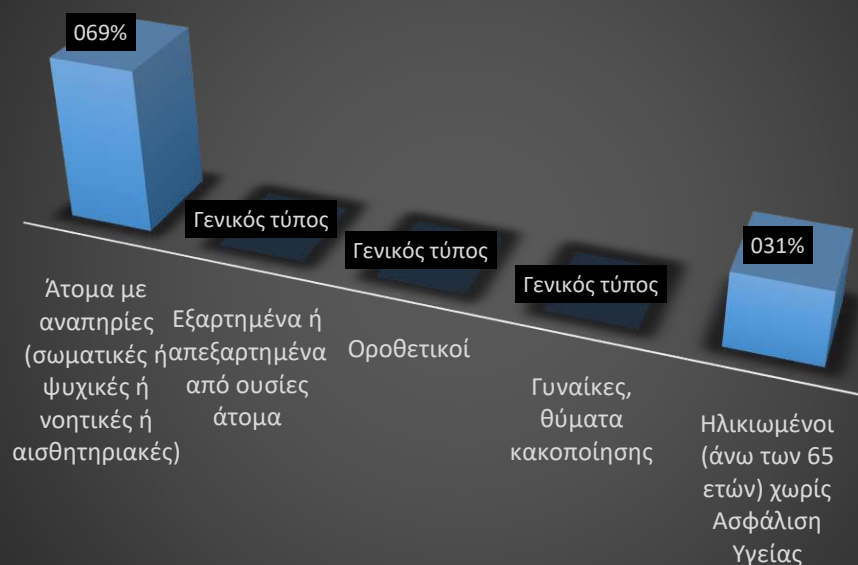
Αξίζει να αναφερθεί πως η συντριπτική πλειοψηφία (91,67%) δεν μπορεί να καλύψει τις βασικές του ανάγκες από τη σύνταξη που λαμβάνει.



Στη συνέχεια οι ερωτηθέντες καλέστηκαν να απαντήσουν αν ανήκουν σε κάποια ευάλωτη ομάδα. Όπως θα παρατηρήσετε, μόνο το 18,75% ανήκει σε ευάλωτη ομάδα. Σύμφωνα λοιπόν με το παρακάτω διάγραμμα το 18,75% ανήκει στα άτομα με αναπηρίες (σωματικές ή νοητικές ή αισθητηριακές).

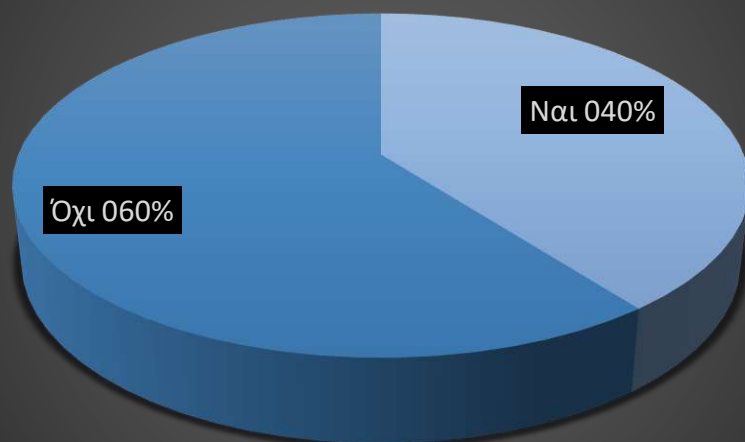


## ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΟΜΑΔΩΝ

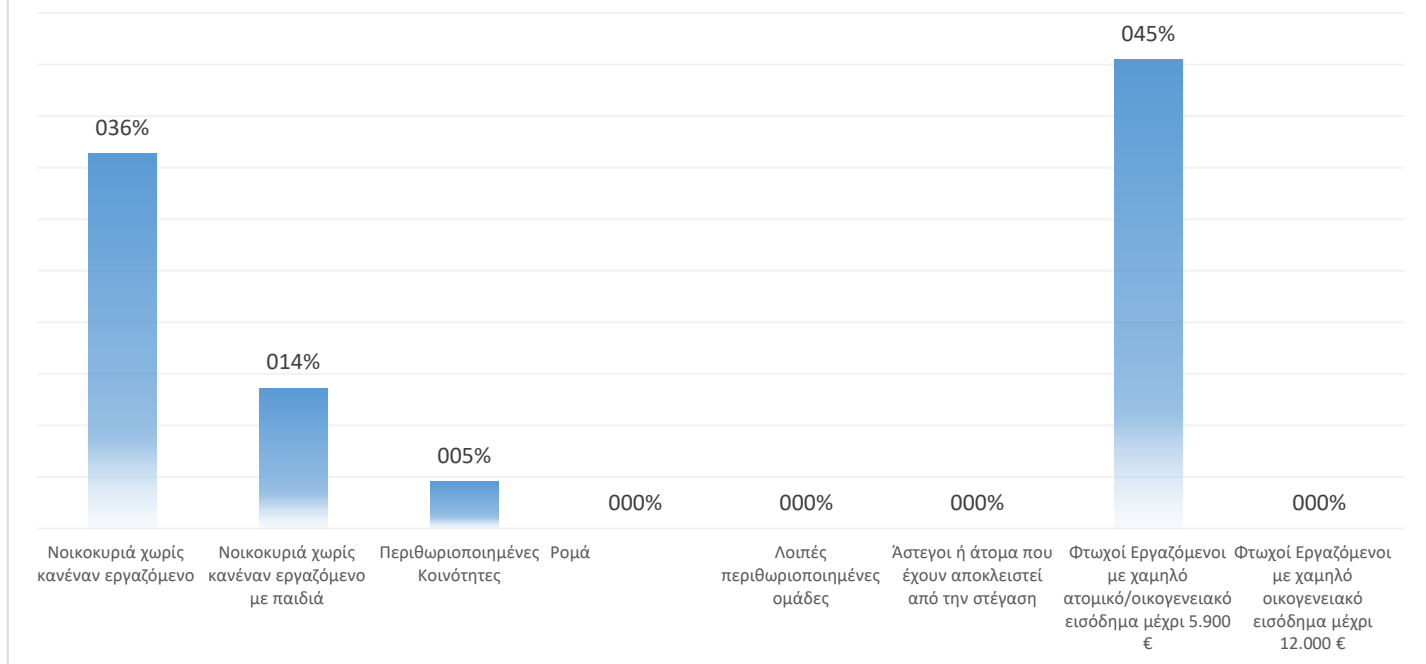


Στην ερώτηση αν ανήκουν στις λοιπές ομάδες, το 39,58% απάντησε θετικά. Στις κατηγορίες τις οποίες δήλωσαν πως ανήκουν, το 45,45% δήλωσε φτωχοί εργαζόμενοι με χαμηλό ατομικό/οικογενειακό εισόδημα μέχρι 5.900 €, ενώ το 36,36% ανήκουν στην ομάδα νοικοκυριά χωρίς εργαζόμενο. Τέλος το 13,64% δήλωσε πως ανήκει στα νοικοκυριά χωρίς κανέναν εργαζόμενο με παιδιά.

## ΛΟΙΠΕΣ ΟΜΑΔΕΣ



## ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΛΟΙΠΩΝ ΟΜΑΔΩΝ



Παρατηρείται πως το 60,78% του δείγματος λαμβάνει ενίσχυση ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος.

## ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΕΛΑΧΙΣΤΟΥ ΕΓΓΥΗΜΕΝΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ

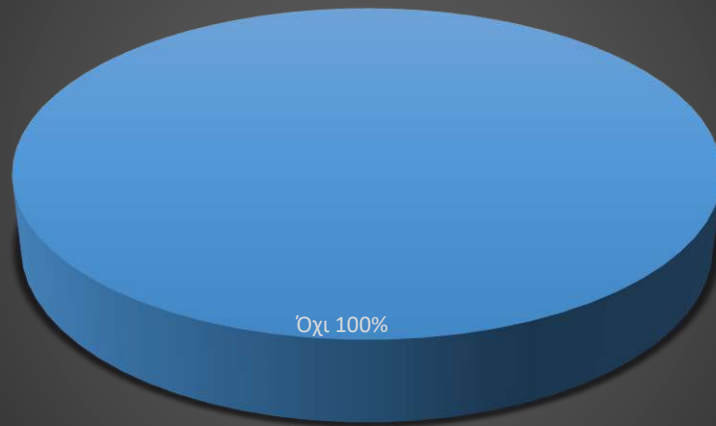


Η υλική στήριξη από το ΤΕΒΑ παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό 50,98%, αμέσως μετά βρίσκεται το κοινωνικό παντοπωλείο με 17,65% και η υλική στήριξη από το Κοινωνικό

Φαρμακείο που δεν εμφανίζει θετικό ποσοστό. Αξίζει να σημειωθεί πως αρκετοί ωφελούμενοι δήλωσαν πως λαμβάνουν υλική στήριξη και από το ΤΕΒΑ και από το Κοινωνικό Παντοπωλείο. Όσοι λαμβάνουν από διαφορετικούς φορείς υλική στήριξη δήλωσαν πως λαμβάνουν υλική στήριξη από την ΚΟΔΕΠ

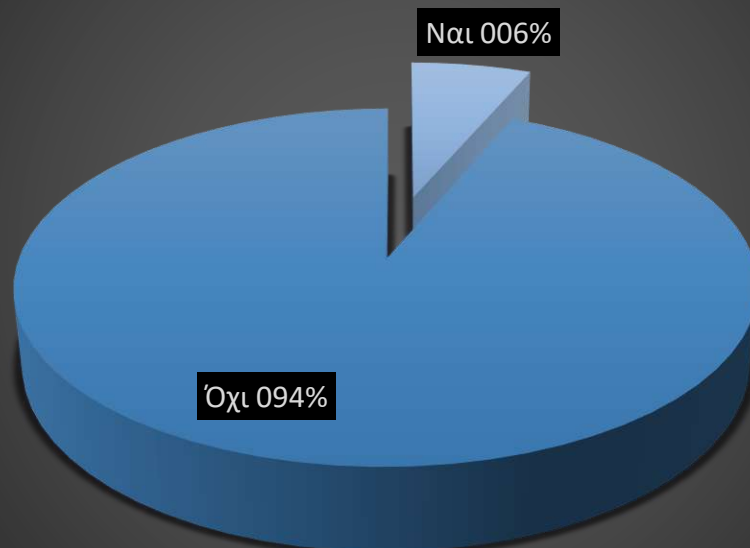


## ΥΛΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ

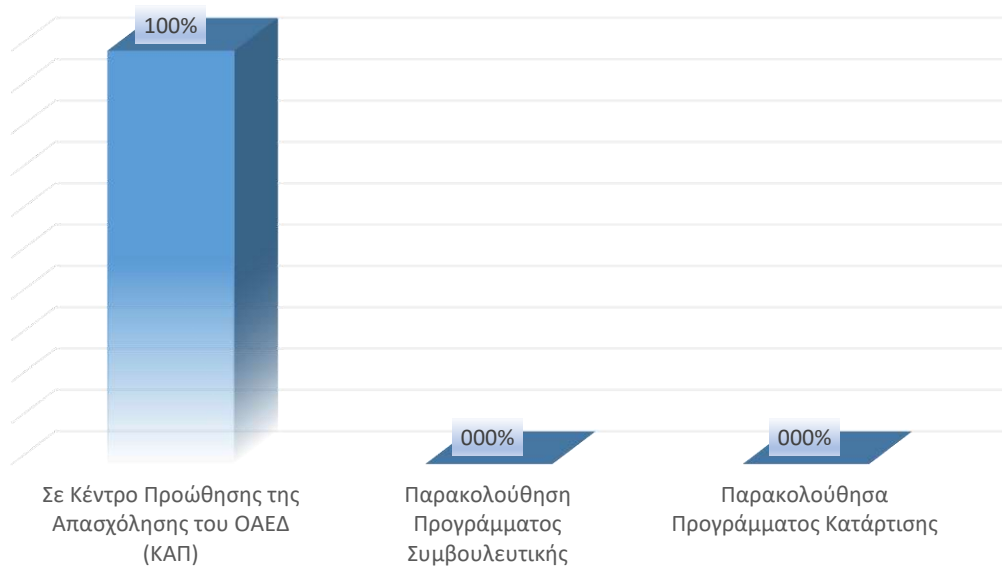


Τους τελευταίους 12 μήνες, το 6,38% των ερωτηθέντων αναζήτησαν εργασία. Η συντριπτική πλειοψηφία επέλεξε το Κέντρο Προώθησης της Απασχόλησης του ΟΑΕΔ (ΚΑΠ), ενώ το 8,7% του δείγματος είναι διατεθειμένο για Στήριξη/Καθοδήγηση στις Ευκαιρίες Απασχόλησης.

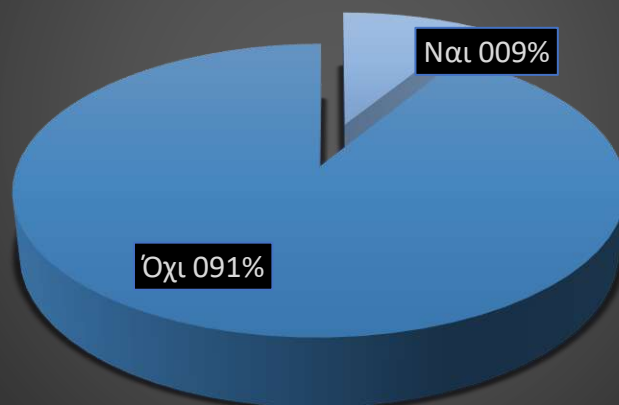
## ΑΝΑΖΗΤΗΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ



## ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

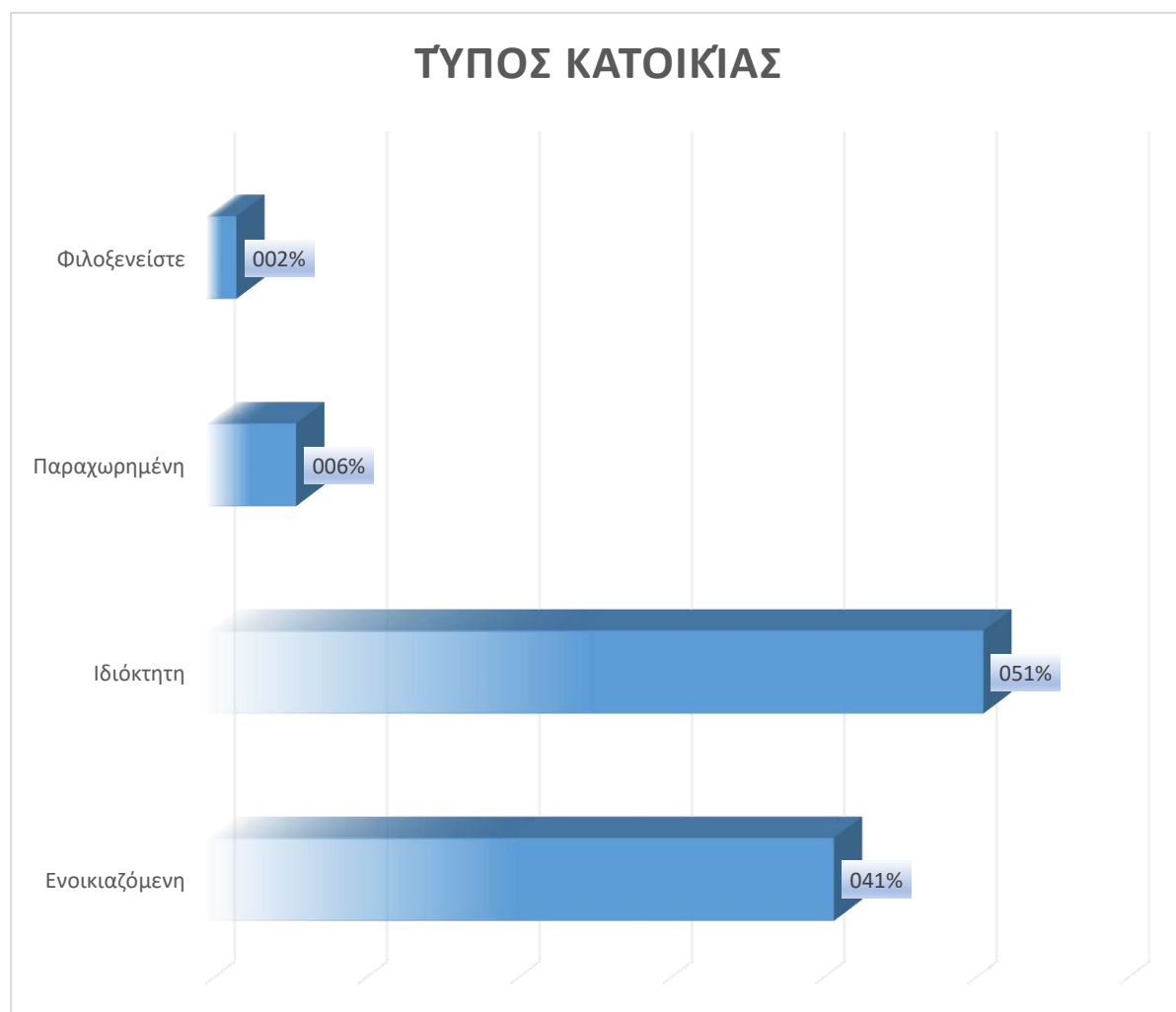


## ΔΙΑΘΕΣΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ/ΚΑΘΟΔΗΓΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ



## Ποιοτικές Συνθήκες Στέγασης και Διαμονής

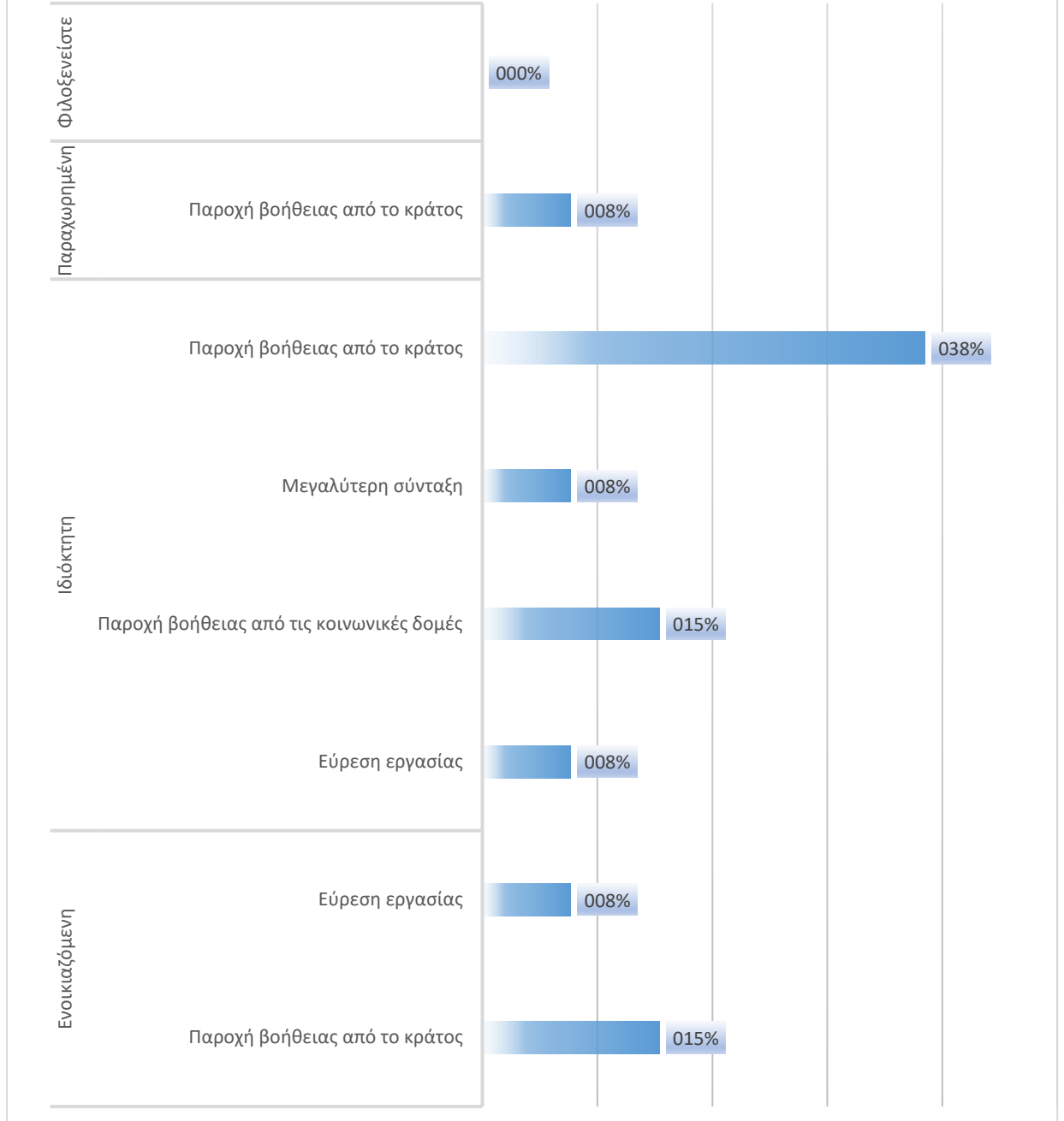
Οι ερωτηθέντες καλέστηκαν να δηλώσουν τον τύπο κατοικίας που διαμένουν. Παρατηρείται πως το 50,98% μένει σε ιδιοκτήτη κατοικία, το 41,18% ενοικιάζει την κατοικία του , στο 5,88% του δείγματος έχει παραχωρηθεί κατοικία και το τέλος το υπόλοιπο 1,96% φιλοξενείται.



Στον πίνακα παρακάτω παρατηρείται πως το 66,67% των θετικών απαντήσεων που δηλώνουν ότι μπορεί να αντιμετωπίσουν την απώλεια στέγασης ζει σε κατοικία ενοικιαζόμενη όπου το 38,46% εξ αυτών θα το αντιμετωπίσει με παροχή βοήθειας από το κράτος, το 15,38% με παροχή βοήθειας από τις κοινωνικές δομές, ενώ η εύρεση εργασίας και η μεγαλύτερη σύνταξη παρουσιάζουν το ίδιο ποσοστό 7,69%. Το 22,2% των θετικών απαντήσεων ανήκει σε όσους ενοικιάζουν την κατοικία τους, όπου το 15,38% εξ αυτών δηλώνει πως θα το αντιμετωπίσει με παροχή βοήθειας από το κράτος και το 7,69% με την εύρεση εργασίας. Τέλος σε όσους έχει παραχωρηθεί κατοικία (7,69%) απάντησαν με την παροχή βοήθειας από το κράτος.

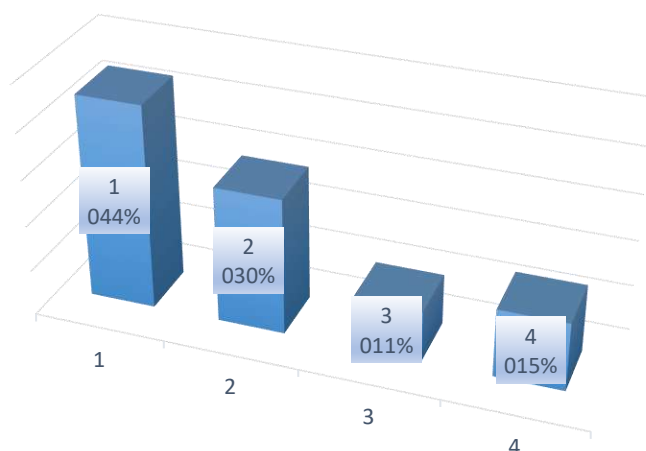


## ΤΥΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ \* ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΣΤΕΓΑΣΗΣ ΜΕ ΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ ΘΑ ΤΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΕΙ



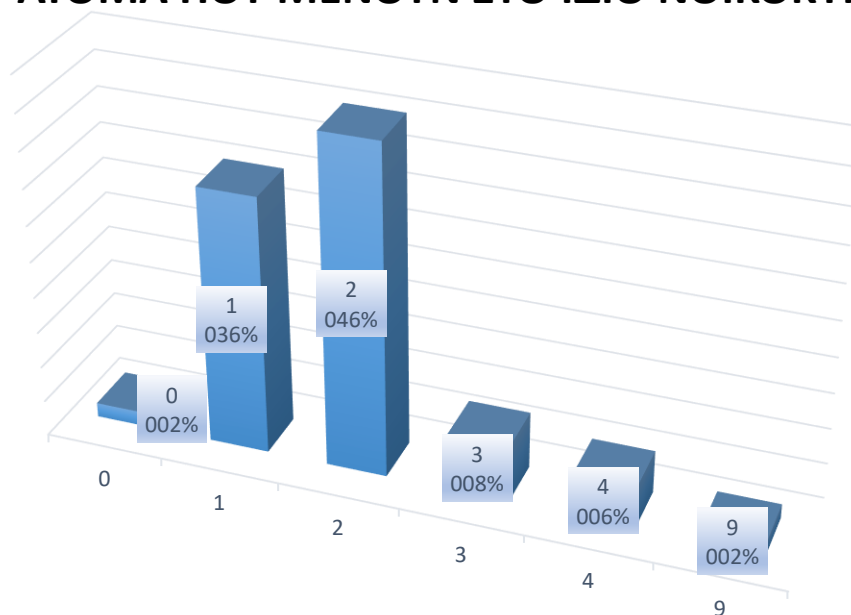
Στη συνέχεια το δείγμα ερωτήθηκε για τον αριθμό των ατόμων που διαμένουν στην ίδια κατοικία, όπου οι απαντήσεις που είχαν τα υψηλότερα ποσοστά είναι 2 άτομα με 46%, 1 άτομο με 36% και 3 άτομα με 8%. Στη συνέχεια ερωτήθηκαν για τα τέκνα όπου τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στο 1 παιδί με 44,44% και στα 2 παιδιά με 29,63%. Τέλος

## ΠΑΙΔΙΑ ΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΟΥΝ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ



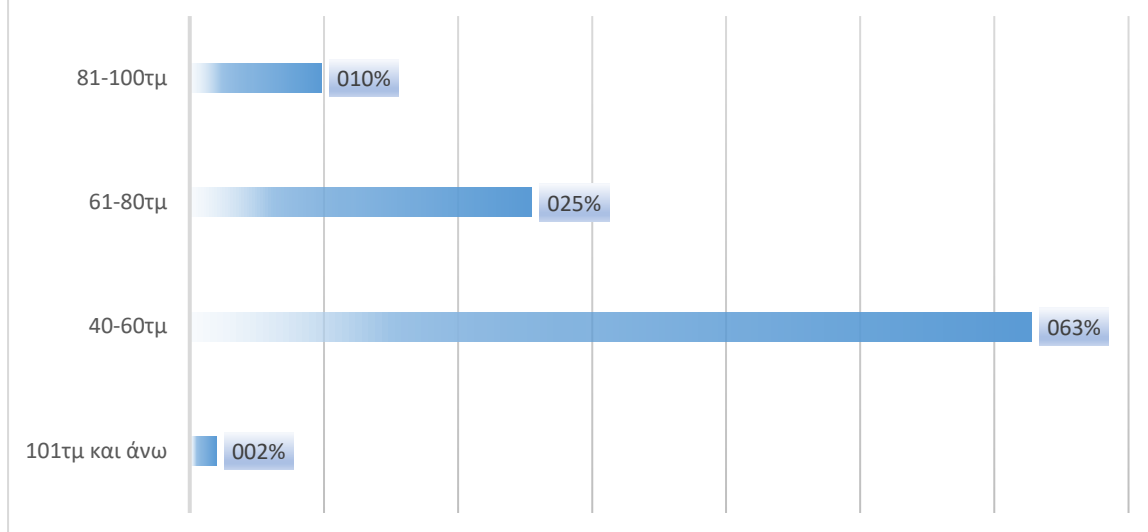
αξίζει να αναφερθεί πως μόνο επτά από τους ερωτηθέντες δήλωσε πως συγκατοικεί με έναν ηλικιωμένο.

## ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΜΕΝΟΥΝ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ

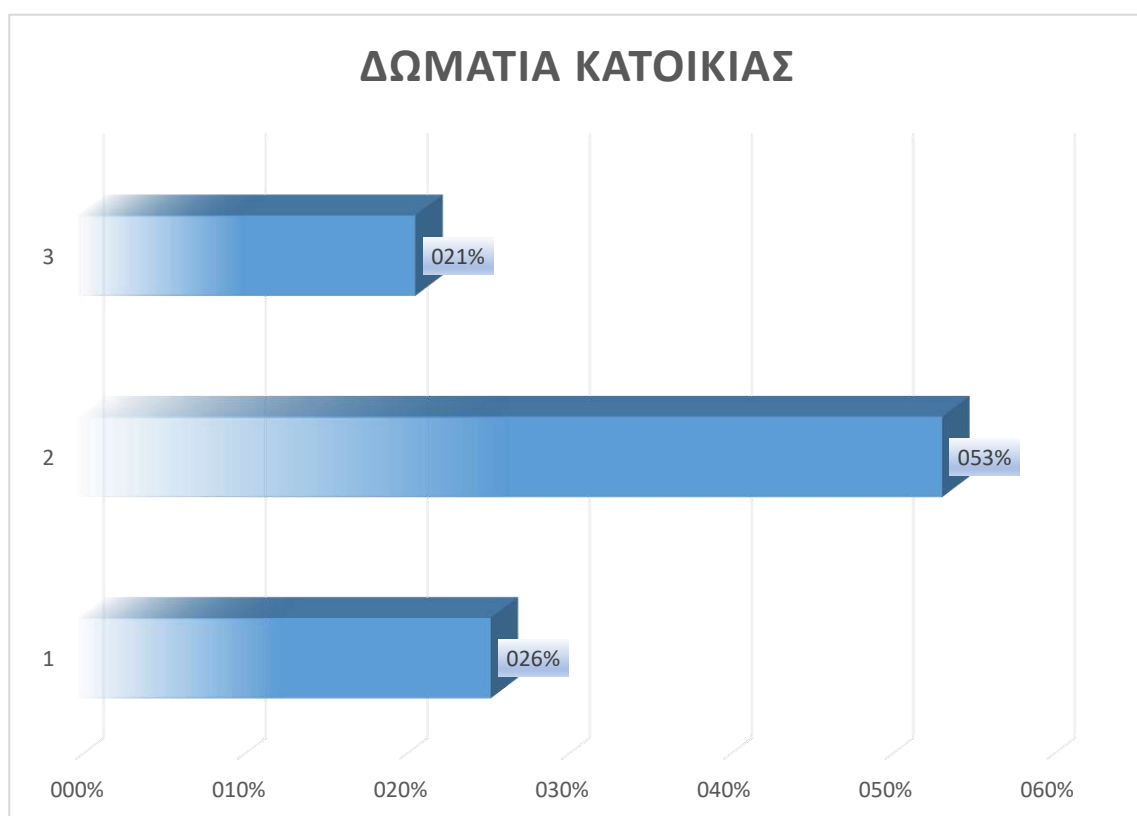


Τα τετραγωνικά κατοικιών που δηλώθηκαν από τους ερωτηθέντες ήταν τα εξής: 37,5% 61-80τμ, 33% 40-60τμ, 20,83% 81-100τμ. Οι απαντήσεις 101τμ και άνω και δεν ξέρω/δεν απαντώ δεν ξεπερνούν το 10%. Τέλος η πλειοψηφία των ερωτώμενων δήλωσε με 64,58% πως οι κατοικία του έχει 2 δωμάτια, το 16,67% 1 δωμάτιο και το 10,42% 3 δωμάτια. Οι υπόλοιπες απαντήσεις δεν ξεπερνούν το 10%.

## ΤΕΤΡΑΓΩΝΙΚΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

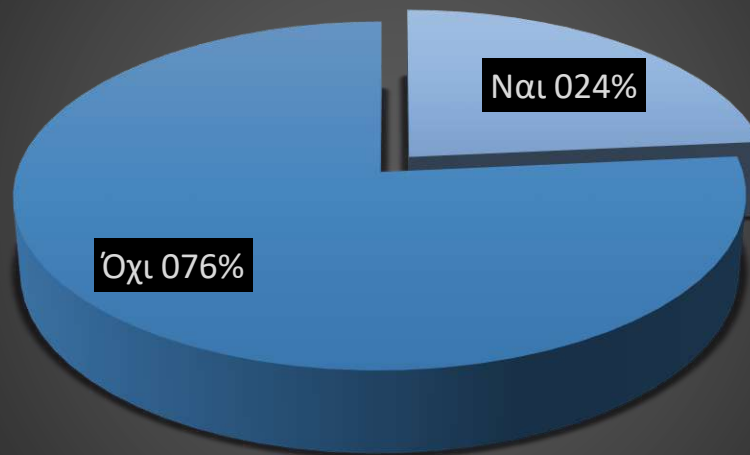


## ΔΩΜΑΤΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ



Αξίζει να αναφερθεί πως όλοι οι ερωτηθέντες έχουν ηλεκτρικό ρεύμα και ζεστό τρεχούμενο νερό, όμως το 76,47% δεν έχει πρόσβαση στο διαδίκτυο.

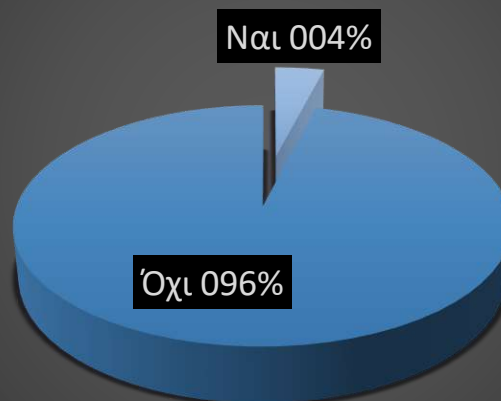
## ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ



### Κοινωνικές Δομές στο Δήμο Πειραιά

Η συντριπτική πλειοψηφία με 96,08% δηλώνει πως δεν υπάρχουν ή δεν γνωρίζει αν υπάρχουν κοινωνικές δομές στην περιοχή. Όσοι απάντησαν θετικά δήλωσαν πως οι κοινωνικές δομές που υπάρχουν στην περιοχή είναι: ΚΟΔΕΠ, Πρόνοια.

## ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ;



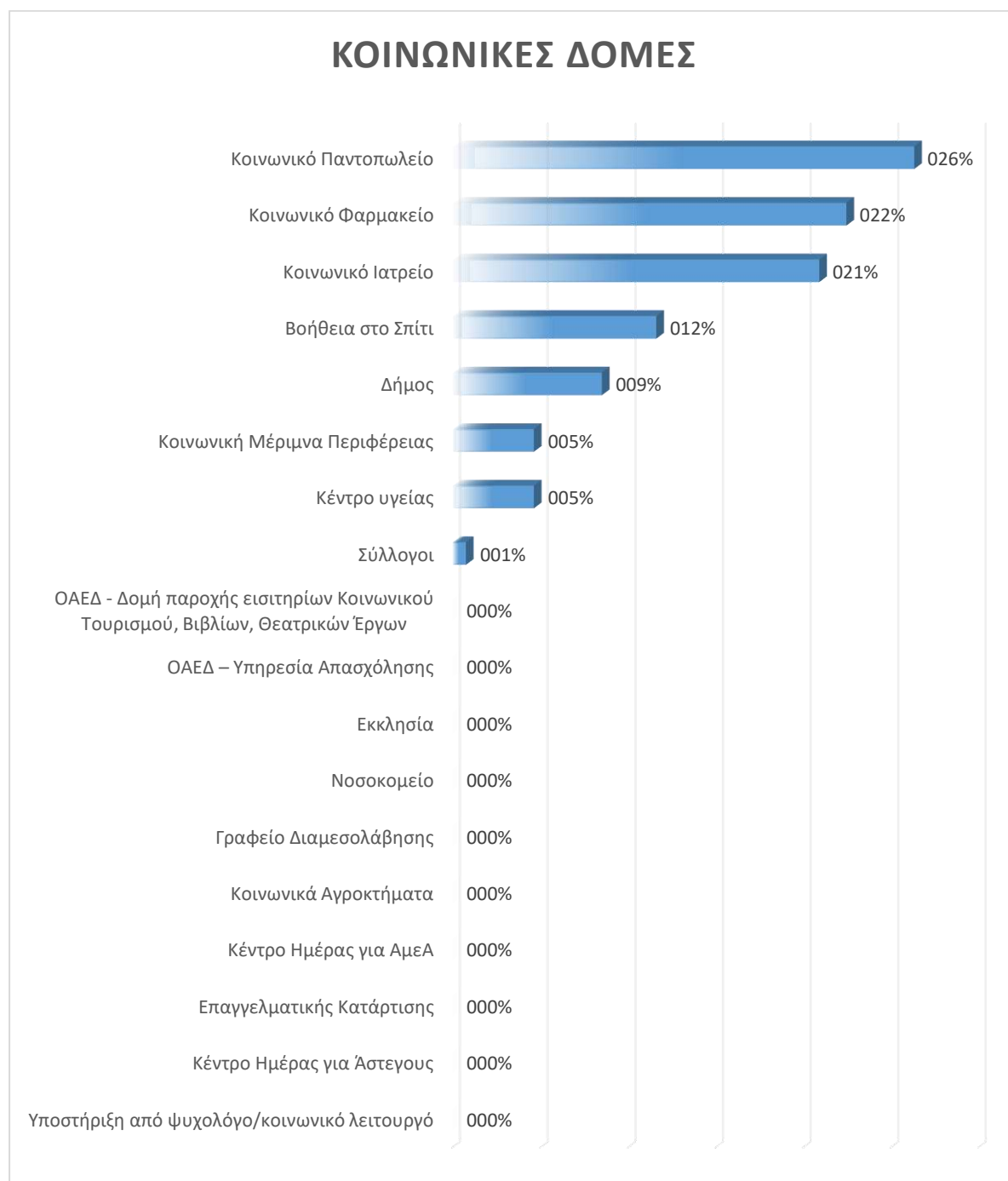
Το 95,92% δηλώνει πως δεν έχει χρησιμοποιήσει υπηρεσίες κοινωνικών δομών. Το 4,08% των ερωτηθέντων που απάντησε θετικά δήλωσε πως χρησιμοποίησε τις υπηρεσίες της ΚΟΔΕΠ και της Πρόνοιας. Οι λόγοι που δεν χρησιμοποιήθηκαν οι υπηρεσίες είναι επειδή δεν γνωρίζουν αν υπάρχουν στην περιοχή ή δεν γνωρίζουν το αντικείμενο των παρεχόμενων υπηρεσιών.



Το 3% του δείγματος απάντησε στην ερώτηση για την ικανοποίηση των υπηρεσιών ου έχουν λάβει. Το 55,56% εξ αυτών είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο και το 44,44% πολύ ικανοποιημένο.

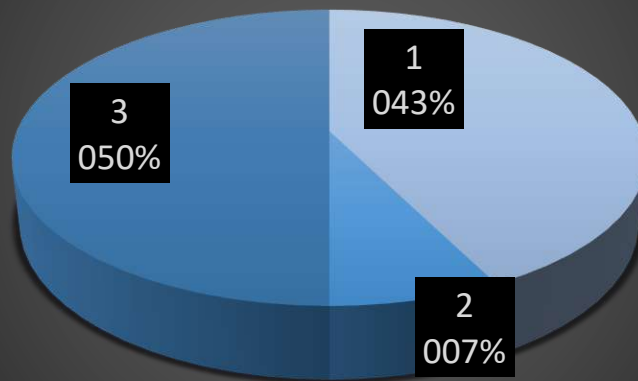


Οι ερωτηθέντες καλέστηκαν να δηλώσουν τρεις κοινωνικές δομές με σειρά προτεραιότητας. Το παρακάτω διάγραμμα περιγράφει τα ποσοστά που σημείωσαν οι κοινωνικές δομές σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν. Το Κοινωνικό Παντοπωλείο σημειώνει 23,36%, το Κοινωνικό Φαρμακείο σημειώνει 22,48% και το Κοινωνικό Ιατρείο 20,93% και τέλος η Βοήθεια στο Σπίτι 11,63%. Οι υπόλοιπες κοινωνικές δομές δεν ξεπερνούν το 10%.

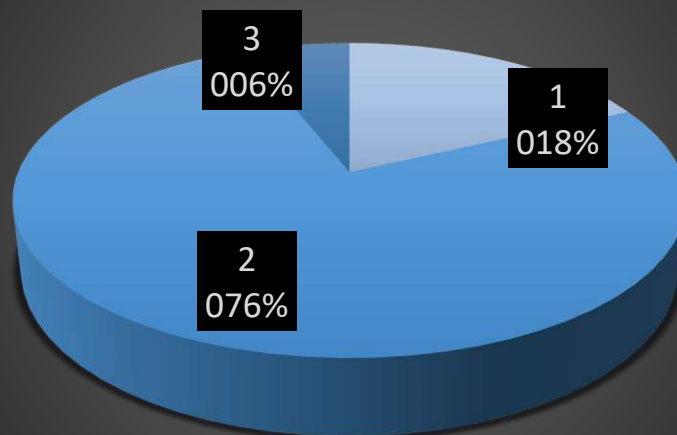


Παρακάτω παρουσιάζονται οι προτιμήσεις στα τρία μεγαλύτερα ποσοστά που σημειώθηκαν όπως διατυπώθηκε παραπάνω.

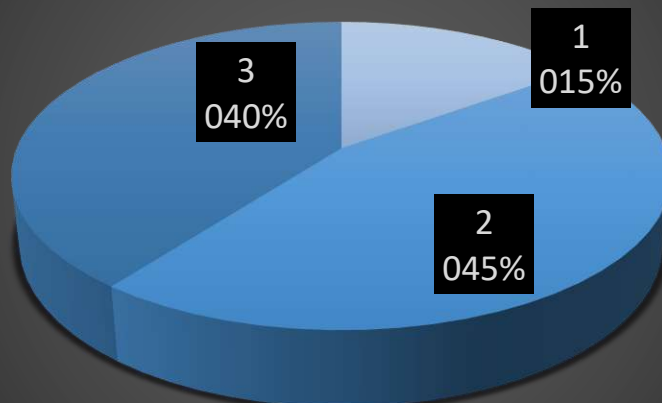
## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΟ



## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ



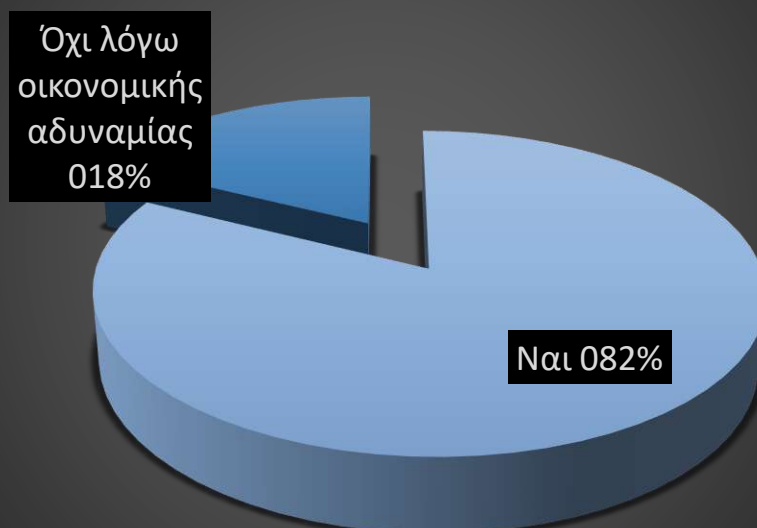
## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ



### Υπηρεσίες Κοινωνικών Δομών

Σχετικά με την ερώτηση αν μπορούν να απευθυνθούν σε κάποια υπηρεσία υγείας όποτε επιθυμούν ή χρειάζεται, το 82,35% απάντησε θετικά, ενώ το 17,65% δήλωσε αρνητικά καθώς υπάρχει οικονομική αδυναμία.

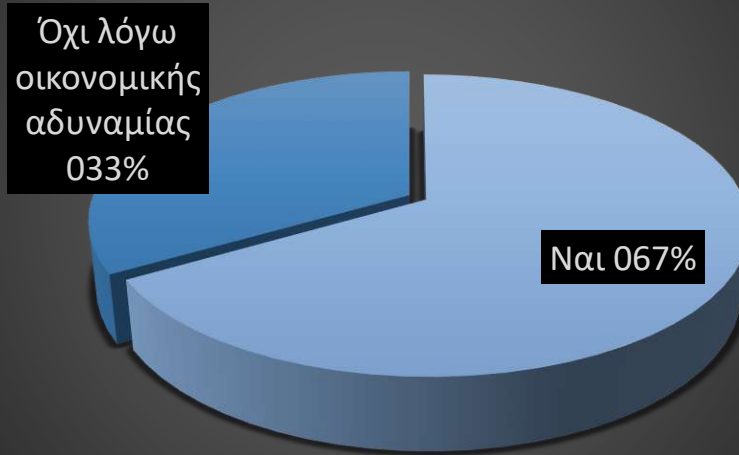
## ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΥΓΕΙΑΣ



Σχετικά με την ερώτηση αν μπορούν να έχουν φάρμακα όταν χρειάζεται το 78,43% δήλωσε θετικά, ενώ το 21,53% δήλωσε πως δεν έχει λόγω οικονομικής αδυναμίας.



## ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

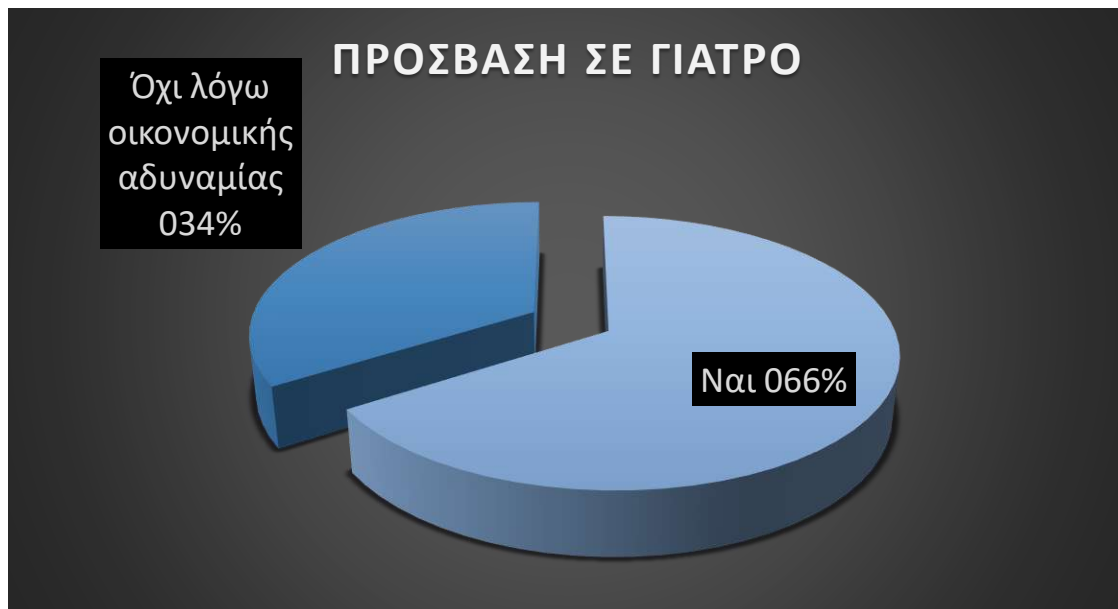


Αναφορικά με την ερώτηση αν μπορούν να κάνουν προληπτικές εξετάσεις το 66,67% δήλωσε θετικά ενώ το 33,33% του δείγματος δήλωσε αρνητικά λόγω οικονομικής αδυναμίας.

## ΔΙΑΘΕΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ



Σχετικά με την ερώτηση αν έχουν πρόσβαση σε γιατρό όποιας ειδικότητας χρειαστεί, οι θετικές απαντήσεις άγγιξαν το 66%, ενώ οι αρνητικές λόγω οικονομικής αδυναμίας αγγίζουν το 34%.



Αναφορικά, στο αν μπορούν να απευθύνουν σε ψυχολόγο το 27,45% δήλωσε αρνητικά λόγω οικονομικής αδυναμίας και το 19,61% θετικά. Τέλος υπολείπεται ένα ποσοστό της τάξεως του 52,94% που αναφέρει πως δεν έχει απευθυνθεί σε ψυχολόγο καθώς δεν έχει χρειαστεί.



Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (84%) δήλωσε πως δεν γνωρίζει αν υπάρχει κέντρο που μπορούν να απευθύνουν ΑμεΑ, το 12% δήλωσε πως δεν υπάρχει κέντρο ενώ το 4% δήλωσε πως υπάρχει.



Το 82,67% του δείγματος δεν γνωρίζει αν υπάρχει στην περιοχή που μένει κέντρο στο οποίο μπορούν να απευθυνθούν Ηλικιωμένοι (ΚΗΦΗ), το 11,76% δηλώνει πως υπάρχει ενώ το 1,96% δηλώνει πως δεν υπάρχει.

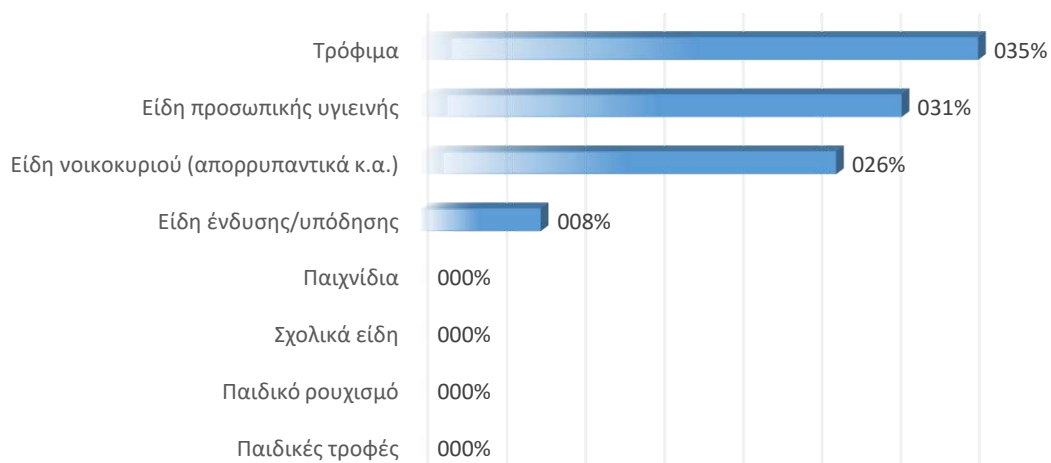


Το 43,14% των ερωτηθέντων δήλωσε πως δεν μπορεί να επισκεφθεί τον οδοντίατρο λόγω οικονομικής αδυναμίας, ενώ το 49,02% δήλωσε πως μπορεί να τον επισκέπτεται. Τέλος υπολείπεται ένα ποσοστό της τάξεως του 7,84% που αναφέρει πως δεν έχει απευθυνθεί σε οδοντίατρο καθώς δεν έχει χρειαστεί.



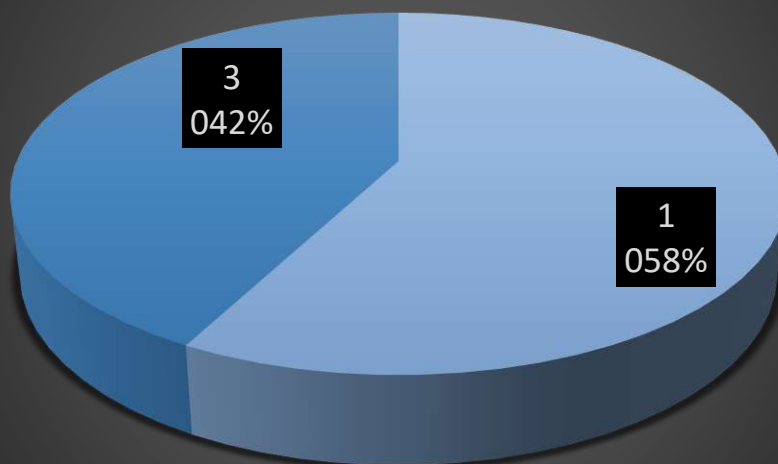
Οι ερωτηθέντες καλέστηκαν να δηλώσουν με σειρά προτεραιότητας τρεις κατηγορίες προϊόντων που πρέπει να παρέχονται από το Κοινωνικό Παντοπωλείο. Το παρακάτω διάγραμμα περιγράφει τα ποσοστά που σημείωσαν οι κατηγορίες προϊόντων σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν. Τα τρόφιμα σημειώνουν 35,42%, τα είδη προσωπικής υγιεινής σημειώνουν 30,56% και τα είδη νοικοκυριού 26,39%. Οι υπόλοιπες κατηγορίες προϊόντων δεν ξεπερνούν το 10%.

## ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΠΑΝΤΟΠΩΛΕΙΟΥ

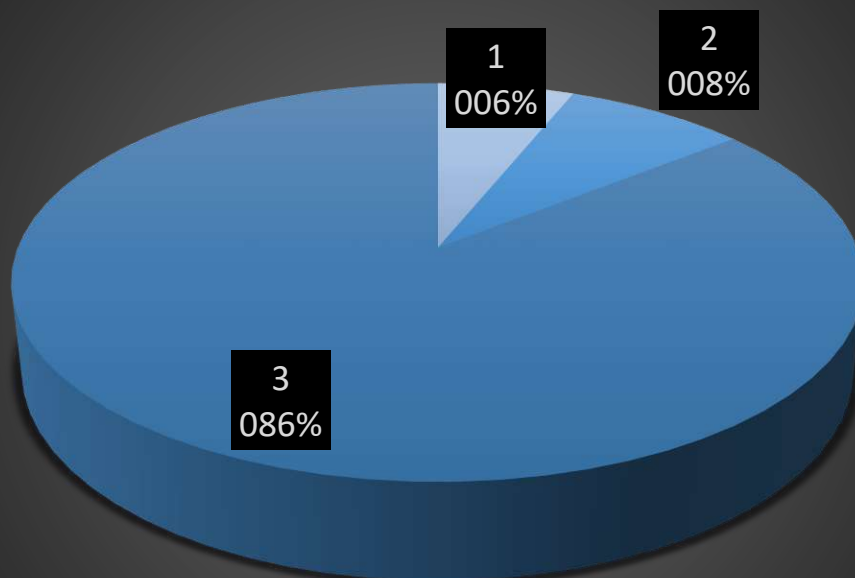


Παρακάτω παρουσιάζονται οι προτιμήσεις στα τρία μεγαλύτερα ποσοστά που σημειώθηκαν όπως διατυπώθηκε παραπάνω.

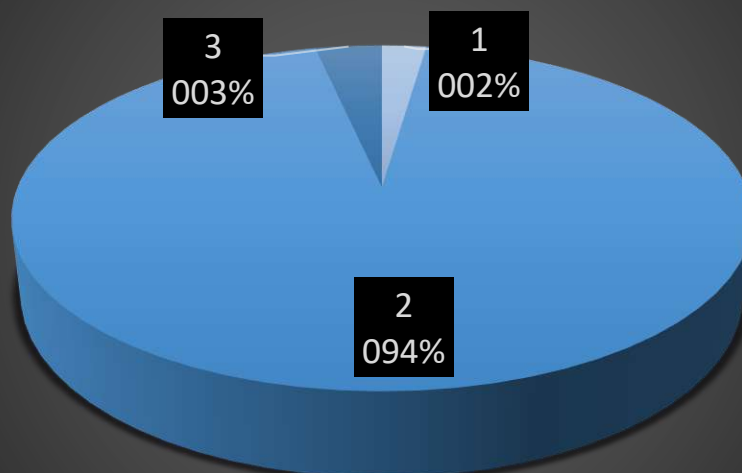
## ΤΡΟΦΙΜΑ



### ΕΙΔΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ (ΑΠΟΡΡΥΠΑΝΤΙΚΑ Κ.Α.)

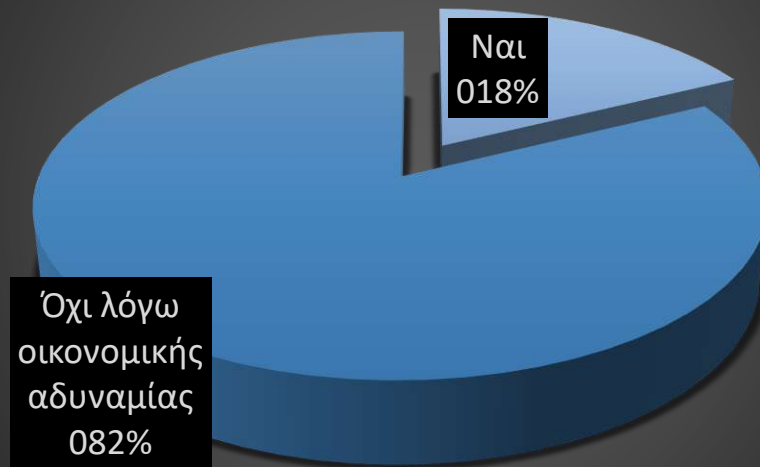


### ΕΙΔΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ



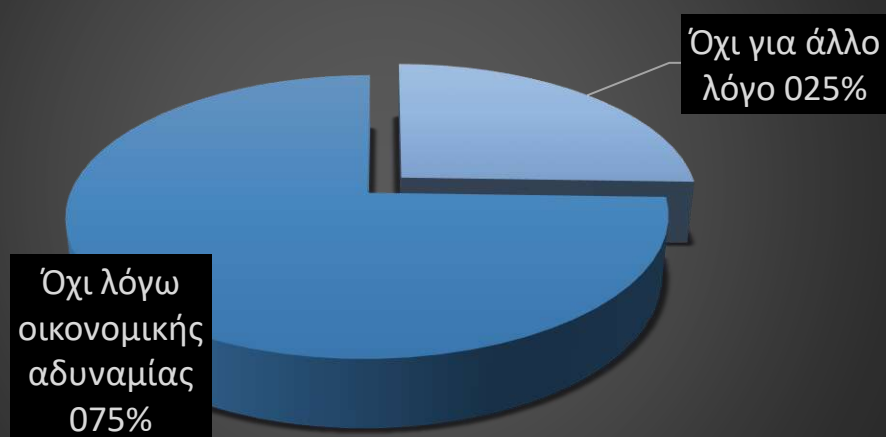
Το δείγμα ρωτήθηκε αν από τα αγαθά που αναφέρονται στην προηγούμενη ερώτηση μπορούν να τα έχουν όποτε χρειάζεται. Το 82,35% απάντησε πως δεν μπορεί να τα αποκτήσει λόγω οικονομικής αδυναμίας ενώ το 17,65% δήλωσε θετικά.

## ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΑΓΑΘΩΝ



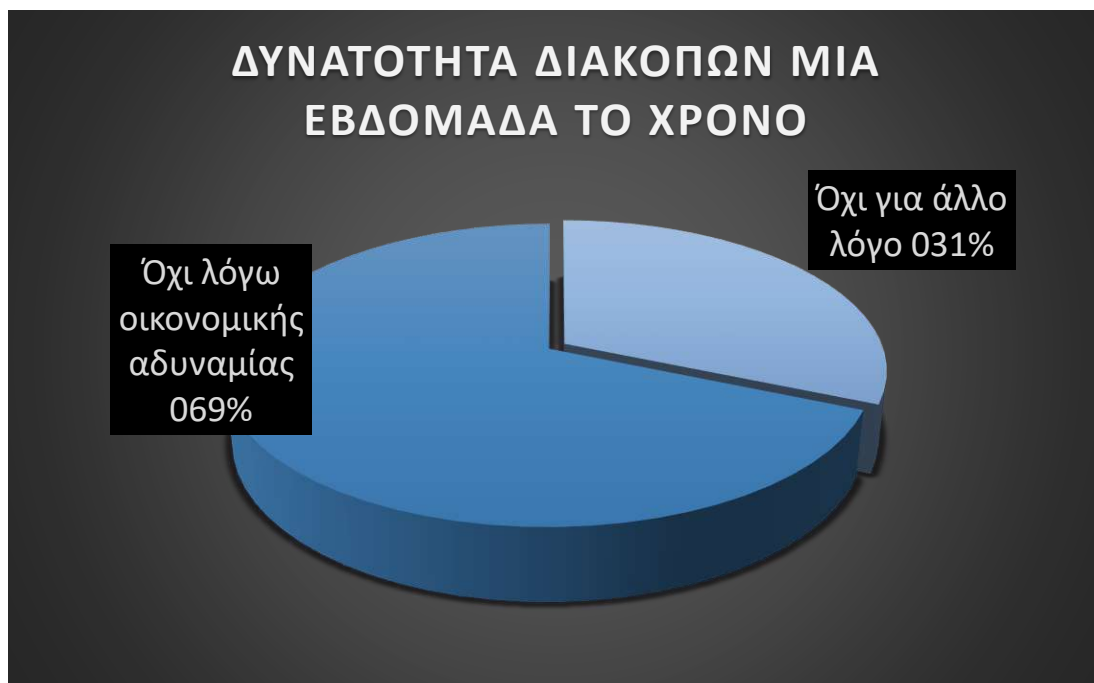
Στο ερώτημα αν έχουν την δυνατότητα να πραγματοποιήσουν δραστηριότητες αναψυχής η συντριπτική πλειοψηφία με 74,51% δήλωσε πως είναι ανέφικτο λόγω οικονομικής αδυναμίας. Το υπόλοιπο 25,49% που αναφέρει πως δεν έχει την δυνατότητα δραστηριοτήτων αναψυχής είναι λόγω ηλικίας και προβλημάτων υγείας.

## ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΑΝΑΨΥΧΗΣ



Το δείγμα καλέστηκε επίσης να απαντήσει στο αν έχουν την δυνατότητα να κάνουν διακοπές μία εβδομάδα τουλάχιστον το χρόνο, όπου ξανά η συντριπτική πλειοψηφία 68,63% δήλωσε

πως δεν μπορεί λόγω οικονομικής αδυναμίας. Το υπόλοιπο 31,37% που αναφέρει πως δεν έχει την δυνατότητα διακοπών είναι λόγω ηλικίας και προβλημάτων υγείας.

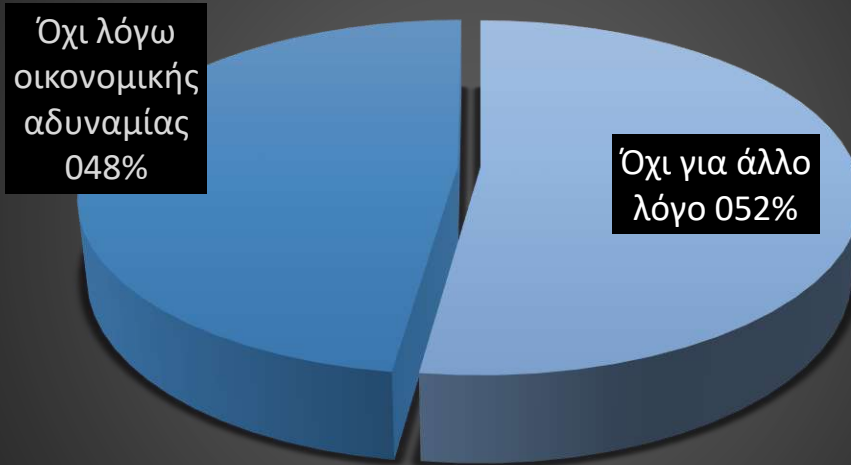


Σχετικά με τη δυνατότητα ενημέρωσης θέσεων εργασίας ή επιδοτούμενων προγραμμάτων το 91,4% του δείγματος είναι αρνητικό. Για την επαγγελματική κατάρτιση οι ερωτηθέντες δηλώνουν πως είναι ανέφικτο λόγω οικονομικής αδυναμίας με ποσοστό που αγγίζει 47,83%, ενώ το 52,17% των ερωτηθέντων δήλωσε πως είναι ανέφικτό για λόγους ηλικίας και προβλημάτων υγείας.



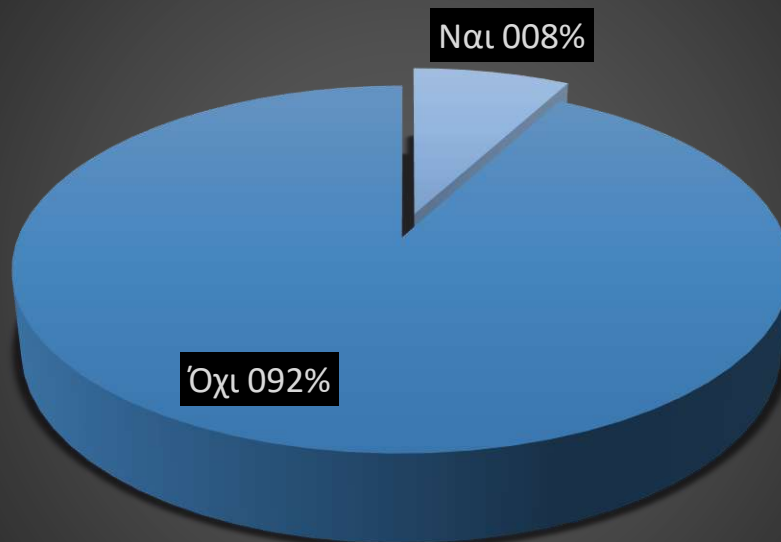


## ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ



Τέλος οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν στο αν γνωρίζουν προσωπικά άτομα που να μην έχουν πρόσβαση σε όσα παρουσιάσαμε παραπάνω όπου το 92,16% δήλωσε πως δεν γνωρίζει ενώ το 7,84% απάντησε θετικά.

## ΑΤΟΜΑ ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗ



### 4.3 Προτάσεις κοινωνικών παρεμβάσεων

Η εκπόνηση προτάσεων κοινωνικών παρεμβάσεων με στόχο την κοινωνική τους ενσωμάτωση και βέλτιστη διαβίωση θα λάβει υπόψη τα παραπάνω χαρακτηριστικά, σε συνδυασμό με τις παρεχόμενες υπηρεσίες από το Δήμο Πειραιά ή/και λοιπούς τοπικούς φορείς

Η ηλικιωμένοι εντάσσονται στις Ευπαθείς Ομάδες Αυξημένου Κινδύνου λόγω COVID 19. Ο έγκαιρος, πλήρης και επκαιροποιούμενος σε συνεχή βάση προσδιορισμός των ομάδων αυξημένου κινδύνου για σοβαρή λοίμωξη COVID 19 στο πλαίσιο του Έργου, ίσως αποτελεί μια επίκαιρη και καινοφανή προσέγγιση της στήριξης της τρίτης ηλικίας.

Η συμβολή στην επιτήρηση των μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης της πανδημίας του COVID-19 ιδιαίτερα τις «ευπαθείς ομάδες υψηλού κινδύνου» όπως αυτές καθορίζονται με την ΚΥΑ ΔΙΔΑΔ/Φ.64/34/9011/14-5-2020 (ΦΕΚ ΦΕΚ Β' 1856/15-5-2020, όπως εφαρμόζεται και ισχύει) θα πρέπει να εξετασθεί στο πλαίσιο των υπηρεσιών στήριξης των ηλικιωμένων, όχι απαραίτητα από το παρόν Έργο, αλλά να ενταχθεί στη μεθοδολογία των «επιλογών» στήριξης.

Τα ηλικιωμένα άτομα καθώς και άτομα οποιασδήποτε ηλικίας με χρόνια υποκείμενα νοσήματα (π.χ. χρόνια αναπνευστικά νοσήματα, κακοήθειες κτλ), ανήκουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου για εμφάνιση σοβαρής νόσου και επιπλοκών του covid-19. Κατά συνέπεια για αυτές τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού κρίνεται ιδιαίτερα αναγκαία η συστηματική εφαρμογή όλων των μέτρων για την πρόληψη της μετάδοσης και διασποράς του κορωνοϊού, με έμφαση στα ακόλουθα:

- συστηματική ατομική υγιεινή εφαρμογή της υγιεινής των χεριών και αποφυγή επαφής των χεριών με το πρόσωπο (μάτια, μύτη, στόμα)
- υπηρεσίες ενδυνάμωσης μετά από νοσκομομειακή νοσηλεία
- συμμόρφωση του ηλικιωμένου στη χρόνια φαρμακευτική αγωγή που ενδεχομένως λαμβάνουν και στις οδηγίες των θεραπόντων ιατρών
- άμεση επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό σε περίπτωση εμφάνισης συμπτωμάτων λοίμωξης του αναπνευστικού συστήματος και ιατρική αξιολόγηση
- αποφυγή επισκέψεων σε νοσηλευόμενους ασθενείς ή/και σε άτομα που βρίσκονται σε καραντίνα,
- στήριξη των ηλικιωμένων για την αποφυγή επισκέψεων σε χώρους υπηρεσιών υγείας χωρίς σοβαρό λόγο ή/και μετριασμός μετακινήσεων των ωφελουμένων υψηλού κινδύνου σε Κοινωνικές Δομές και υπηρεσίες στο πλαίσιο του Έργου.

- αναβάθμιση των υπηρεσιών μέσω του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»

## Βιβλιογραφία

1. Ευρωπαϊκός Χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα και βοήθεια, 2020,
2. Σχετικά με την ευρωπαϊκή σύμπραξη καινοτομίας με θέμα την ενεργό και υγιή γήρανση, Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2013
3. Προώθηση του στρατηγικού σχεδίου υλοποίησης της ευρωπαϊκής σύμπραξης καινοτομίας με θέμα την ενεργό και υγιή γήρανση, Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2012
4. Rima, G. (2012). Ο τρόπος ζωής και το ηθικό των ηλικιωμένων (Διδακτορική Διατριβή). Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη.
5. Ελληνική Εταιρεία Άνοιας <http://www.anoiahellas.gr/>
6. Ιατράκη Ε. (2005). Η φροντίδα των ασθενών με άνοια σε επιλεγμένες αστικές και αγροτικές περιοχές της Κρήτης: αναφορά στην επιβάρυνση των φροντιστών. Μεταπτυχιακή εργασία. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
7. Κυριόπουλος Ι., Βανδώρου Χ., Ζάβρας Α. και Δανιηλίδου Ν. (2005). Το κόστος της Άνοιας Τύπου Alzheimer στην Ελλάδα. Στο: Τσολάκη Μ. και Κάζης Α. (εκδ). Άνοια: Ιατρική και κοινωνική πρόκληση. University Studio Press, 29-35.
8. Μούγιας Α. (2003). Πρώιμη διάγνωση της νόσου Alzheimer και συναφών ανοιών. Στο: Μούγιας Α. (εκδ.). Οδηγός για τη νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές άνοιας. Mendor εκδόσεις, 67-100.
9. Μούγιας Α. και συν. (2007). Τύποι άνοιας ανάλογα με το φύλο. 5ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών.
10. Μούγιας Α. και συν. (2011). Άνοια και ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Σχολή Ιατρικής. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας. Κλινική Ψυχιατρική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.
11. Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε. και Χριστοδούλου Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία Ενοσιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18(3), 239-253.
12. Τζανακάκη-Μελισσάρη Μ., Καστανάκη Α. και Πέτσιου Μ. (2005). Μη Φαρμακευτικές Προσεγγίσεις της ΑΤΑ Στο: Τσολάκη Μ., Κάζης Α. (εκδ.) Άνοια, ιατρική και κοινωνική πρόκληση. University Studio Press 451-478.
13. Τριανταφύλλου Τ., Μεσθενέου Ε., Προύσκας Κ. και συν. (2006). Eurofamcare.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α**

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΤΟΜΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**

# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Το παρόν έντυπο στόχο έχει να αποτελέσει το πρωτογενές υλικό για την καταγραφή των υπαρχουσών αναγκών σε επίπεδο μικρότερο της περιφέρειας ή νομού ώστε με τα συμπεράσματα που θα εξαχθούν να υπάρξει πιο στοχευμένη και αποτελεσματική παρέμβαση σε σχέση με τις ανάγκες των ατόμων τρίτης ηλικίας.

Η συμπλήρωση του παρακάτω ερωτηματολογίου θα γίνεται ανώνυμα.

## Δημογραφικά Στοιχεία

1. Φύλο:

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Γυναίκα

Άνδρας

2. Περιοχή Διαμονής στο Δήμο Πειραιά (συνοικία):

---

3. Ταχυδρομικός Κωδικός:

---

4. Ποιο από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα το μορφωτικό σας επίπεδο:

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό
- ΑΕΙ / ΤΕΙ
- ΙΕΚ
- Γενικό Λύκειο
- Τεχνικό Επαγγελματικό Λύκειο
- Μη ολοκληρωμένη υποχρεωτική εκπαίδευση

5. Οικογενειακή κατάσταση:

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Έγγαμος/η
- Άγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χηρεία

6. Μέλη Οικογένειας:

---

7. Ποιο ήταν κατά προσέγγιση το εισόδημά σας το 2019;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 0 - 5.900€
- 5.901 - 12.000€
- 12.001 - 20.000€
- 20.000€ και άνω

8. Ποιο ήταν κατά προσέγγιση το εισόδημά σας το 2020;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- 0 - 5.900€
- 5901 – 12.000€
- 12.001 – 20.000€
- 20.000€ και άνω

9. Κατά πόσο το εισόδημά του επηρεάστηκε από την πανδημία του covid-19;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Μειώθηκε Πολύ
- Μειώθηκε Λίγο
- Καμία Μεταβολή
- Αυξήθηκε Λίγο
- Αυξήθηκε πολύ

10. Λαμβάνετε σύνταξη;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

11. Εάν ναι, επαρκεί για την κάλυψη των βασικών σας αναγκών;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι



12. Θεωρείτε ότι ανήκετε σε κάποια κοινωνικά ευάλωτη ομάδα;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

13. Εάν ναι, σε ποια από τις παρακάτω;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Άτομα με αναπηρίες (σωματικές ή ψυχικές ή νοητικές ή αισθητηριακές)

Εξαρτημένα ή απεξαρτημένα από ουσίες άτομα

Οροθετικοί

Γυναίκες, θύματα κακοποίησης

Ηλικιωμένοι (άνω των 65 ετών) χωρίς Ασφάλιση Υγείας

14. Μπορείτε να χαρακτηρίσετε την οικογένειά σας ότι ανήκει σε κάποια από τις λοιπές ομάδες;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

15. Εάν Ναι, σε ποια από τις παρακάτω;

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

Νοικοκυριά χωρίς κανέναν εργαζόμενο

Νοικοκυριά χωρίς κανέναν εργαζόμενο με παιδιά

Περιθωριοποιημένες Κοινότητες

Ρομά

Λοιπές περιθωριοποιημένες ομάδες

Άστεγοι ή άτομα που έχουν αποκλειστεί από την στέγαση

Φτωχοί Εργαζόμενοι με χαμηλό ατομικό/οικογενειακό εισόδημα μέχρι 5.900 €

Φτωχοί Εργαζόμενοι με χαμηλό οικογενειακό εισόδημα μέχρι 12.000 € Φτωχοί Εργαζόμενοι με χαμηλό οικογενειακό εισόδημα μέχρι 12.000 €

16. Λαμβάνετε ενίσχυση από το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

17. Λαμβάνετε υλική στήριξη από το ΤΕΒΑ;

---

---

---

---

---

18. Λαμβάνετε υλική στήριξη από το Κοινωνικό Φαρμακείο;

---

---

---

---

---

19. Λαμβάνετε υλική στήριξη από το Κοινωνικό Παντοπωλείο;

---

---

---

---

---

20. Λαμβάνετε υλική στήριξη από από τρίτο Φορέα; Εάν ναι, από ποιόν;

---

---

---

---

---

21. Έχετε προβεί σε αναζήτηση εργασίας τους τελευταίους 12 μήνες;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

22. Εάν ναι, με ποιο τρόπο;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Σε Κέντρο Προώθησης της Απασχόλησης του ΟΑΕΔ (ΚΑΠ)

Παρακολούθηση Προγράμματος Συμβουλευτικής

Παρακολούθησα Προγράμματος Κατάρτισης

23. Εάν όχι, θα θέλατε στήριξη / καθοδήγηση για την πρόσβασή σας στις παραπάνω ευκαιρίες απασχόλησης;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

Ποιοτικές Συνθήκες Στέγασης και Διαμονής

24. Η κατοικία στην οποία ζείτε είναι:

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ιδιόκτητη
- Ενοικιαζόμενη
- Παραχωρημένη
- Φιλοξενείστε
- Άλλο: \_\_\_\_\_

25. Αίτια απώλεια στέγασης:

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ανεργία
- Ανεργία ή υποαπασχόληση λόγω covid-19
- Οικονομικά προβλήματα/Χαμηλό εισόδημα
- Διαζύγιο/Χωρισμός
- Ανεπαρκής στήριξη από την οικογένεια
- Ψυχιατρικό πρόβλημα
- Άλλο: \_\_\_\_\_

26. Θεωρείτε ότι θα μπορέσετε να βγείτε από την κατάσταση αυτή;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

27. Εάν ναι, με ποιο τρόπο; (Παραπάνω από μία επιλογή)

*Επιλέξτε όλα όσα ισχύουν.*

- Παροχή βοήθειας από τις κοινωνικές δομές  
 Παροχή βοήθειας από το κράτος  
 Εύρεση εργασίας

Άλλο:  \_\_\_\_\_

28. Πόσα άτομα μένετε στο ίδιο νοικοκυριό;

\_\_\_\_\_

29. Πόσα παιδιά μένουν μαζί σας;

\_\_\_\_\_

30. Πόσοι ηλικιωμένοι μένουν μαζί σας;

\_\_\_\_\_

31. Πόσα τετραγωνικά μέτρα είναι η κατοικία σας;

\_\_\_\_\_

32. Πόσα δωμάτια έχει η κατοικία σας;

\_\_\_\_\_

33. Η κατοικία σας διαθέτει σήμερα ηλεκτρικό ρεύμα:

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι  
 Όχι

34. Η κατοικία σας διαθέτει ζεστό τρεχούμενο νερό:

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

35. Υπάρχει πρόσβαση στο διαδίκτυο στην κατοικία σας:

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

#### Κοινωνικές Δομές στο Δήμο Πειραιά

36. Στην περιοχή που διαμένετε στο Δήμο Πειραιά υπάρχουν κοινωνικές δομές (σαν περιοχή εννοούμε το χώρο/τόπο, που βρίσκεται κοντά στην κατοικία σας);

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

37. Εάν Ναι, ποιες γνωρίζετε;

---

---

---

---

---

38. Κάνετε χρήση των υπηρεσιών που παρέχονται από κοινωνικές δομές;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

39. Εάν Ναι, σε ποια δομή απευθύνεστε;

---

---

---

---

---

40. Εάν Όχι, για ποιο λόγο;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Δεν γνωρίζω τι είναι

Δεν γνωρίζω αν υπάρχουν στην περιοχή μου

Δεν ενδιαφέρομαι για τις παρεχόμενες υπηρεσίες

41. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη υπηρεσίες της δομής αυτής;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

1      2      3      4      5

Καθόλου      Πάρα Πολύ



42. Ποιες από τις παρακάτω κοινωνικές δομές θεωρείτε απαραίτητο να υπάρχουν; (επιλέξτε μέχρι τρεις με σειρά προτεραιότητας):

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.*

	1	2	3
Κοινωνικό Παντοπωλείο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κοινωνικό Φαρμακείο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Βοήθεια στο Σπίτι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Υποστήριξη από ψυχολόγο/κοινωνικό λειτουργό	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κοινωνικό Ιατρείο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κέντρο Ημέρας για Άστεγους	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Επαγγελματικής Κατάρτισης	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κέντρο Ημέρας για ΑμεΑ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κοινωνικά Αγοκτήματα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Γραφείο Διαμεσολάβησης	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Νοσοκομείο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κέντρο υγείας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Κοινωνική Μέριμνα Περιφέρειας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δήμος	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Σύλλογοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Εκκλησία	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΟΑΕΔ – Υπηρεσία Απασχόλησης	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΟΑΕΔ - Δομή παροχής εισιτηρίων Κοινωνικού Τουρισμού, Βιβλίων, Θεατρικών Έργων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Υπηρεσίες Κοινωνικών Δομών



43. Μπορείτε να απευθυνθείτε σε κάποια υπηρεσία υγείας όποτε επιθυμείτε ή χρειάζεται;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι λόγω οικονομικής αδυναμίας
- Όχι για άλλο λόγο

44. Αναφέρατε τον λόγο.

---

---

---

---

---

45. Μπορείτε να έχετε φάρμακα όποτε χρειάζεται;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι λόγω οικονομικής αδυναμίας
- Όχι για άλλο λόγο

46. Αναφέρατε τον λόγο.

---

---

---

---

---

47. Μπορείτε να κάνετε προληπτικές εξετάσεις σε τακτά χρονικά διαστήματα;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι λόγω οικονομικής αδυναμίας
- Όχι για άλλο λόγο

48. Αναφέρατε τον λόγο.

---

---

---

---

---

49. Μπορείτε να απευθυνθείτε σε γιατρό όποιας ειδικότητας επιθυμείτε ή χρειάζεται;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι λόγω οικονομικής αδυναμίας
- Όχι για άλλο λόγο

50. Αναφέρατε τον λόγο.

---

---

---

---

---

51. Μπορείτε να απευθυνθείτε σε ψυχολόγο εάν το επιθυμείτε ή το χρειάζεστε;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι λόγω οικονομικής αδυναμίας
- Όχι για άλλο λόγο

52. Αναφέρατε τον λόγο.

---

---

---

---

---

53. Στην περιοχή που μένετε υπάρχει κέντρο στο οποίο μπορούν να απευθυνθούν ΑμεΑ;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

54. Στην περιοχή που μένετε υπάρχει κέντρο στο οποίο μπορούν να απευθυνθούν Ηλικιωμένοι (ΚΗΦΗ);

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι
- Δεν γνωρίζω

55. Μπορείτε να απευθυνθείτε σε οδοντίατρο όποτε επιθυμείτε ή χρειάζεται;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι λόγω οικονομικής αδυναμίας
- Όχι για άλλο λόγο

56. Αναφέρατε τον λόγο.

---



---



---



---



---

57. Σε ένα κοινωνικό παντοπωλείο θα έπρεπε να παρέχονται: (επιλέξτε μέχρι τρεις με σειρά προτεραιότητας)

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.*

	1	2	3
Τρόφιμα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είδη προσωπικής υγιεινής	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Παιδικές τροφές	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είδη ένδυσης/υπόδησης	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Παιδικό ρουχισμό	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Σχολικά είδη	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Παιχνίδια	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Είδη νοικοκυριού (απορρυπαντικά κ.α.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

58. Τα αγαθά που αναφέρονται στην προηγούμενη ερώτηση μπορείτε να τα έχετε όποτε χρειάζεται;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι  
 Όχι λόγω οικονομικής αδυναμίας  
 Όχι για άλλο λόγο

59. Αναφέρατε τον λόγο.

---

---

---

---

---

60. Μπορείτε να λάβετε μέρος σε δραστηριότητες αναψυχής

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι  
 Όχι λόγω οικονομικής αδυναμίας  
 Όχι για άλλο λόγο

61. Αναφέρατε τον λόγο.

---

---

---

---

---

62. Μπορείτε να πάτε διακοπές για μια τουλάχιστον εβδομάδα το χρόνο;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι λόγω οικονομικής αδυναμίας
- Όχι για άλλο λόγο

63. Αναφέρατε τον λόγο.

---

---

---

---

---

64. Έχετε τη δυνατότητα να ενημερώνεστε για θέσεις εργασίας ή επιδοτούμενα προγράμματα που σας αφορούν;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι

65. Μπορείτε να καταρτιστείτε επαγγελματικά στην περιοχή που μένετε;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

- Ναι
- Όχι λόγω οικονομικής αδυναμίας
- Όχι για άλλο λόγο

66. Αναφέρατε το λόγο.

---

---

---

---

---

67. Γνωρίζετε προσωπικά άλλους ανθρώπους στην περιοχή σας που δεν έχουν πρόσβαση σε κάτι από τα παραπάνω;

*Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.*

Ναι

Όχι

---

Αυτό το περιεχόμενο δεν έχει δημιουργηθεί και δεν έχει εγκριθεί από την Google.

Google

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

## ΕΠΙΤΕΛΙΚΗ ΣΥΝΟΨΗ ΕΡΕΥΝΑΣ





Αποτύπωση των αναγκών των ατόμων τρίτης ηλικίας του Δήμου Πειραιά και εκπόνηση προτάσεων κοινωνικών δράσεων με στόχο την κοινωνική τους ενσωμάτωση και βέλτιστη διαβίωση

στο πλαίσιο του Έργου με τίτλο

«ΠΑΡΟΧΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΩΝ»

της Πράξης

«Δίκτυο Πρόληψης και Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης στο Δήμο Πειραιά – Social Innovation Piraeus»

με κωδικό ΟΠΣ (MIS) 5060900



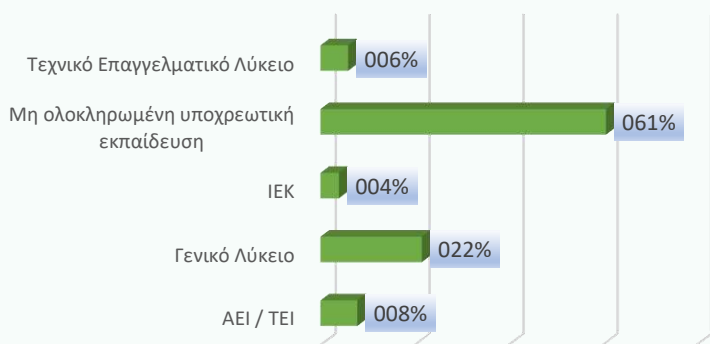
Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



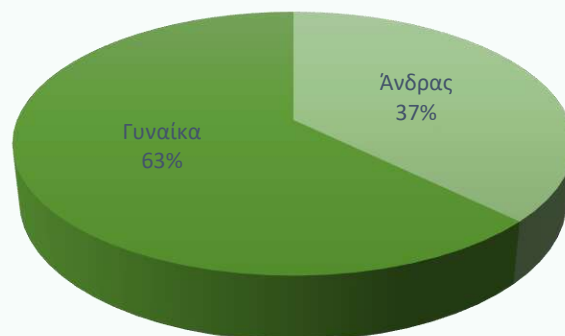
## Δημογραφικά Στοιχεία

Το σύνολο του δείγματος είναι 51 άτομα, όπου το 63% είναι γυναίκες και το 37% άνδρες. Σε αρκετά μεγάλο ποσοστό όσοι δεν έχουν ολοκληρώσει υποχρεωτική εκπαίδευση (60,78%). Το 21,57% του δείγματος έχει αποφοιτήσει από Γενικό Λύκειο, το 7,84% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, ΤΟ 5,88% έχει αποφοιτήσει από Τεχνικό Επαγγελματικό Λύκειο, ενώ 3,92% σημειώνουν οι απόφοιτοι ΙΕΚ.

### Μορφωτικό Επίπεδο

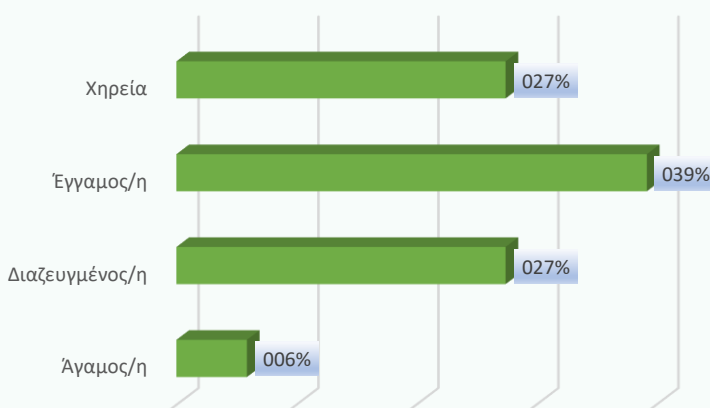


### Φύλο

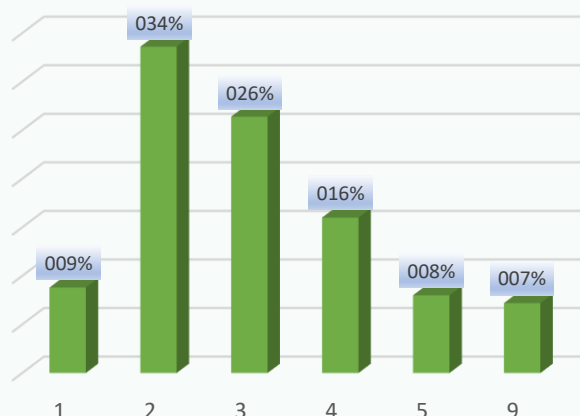


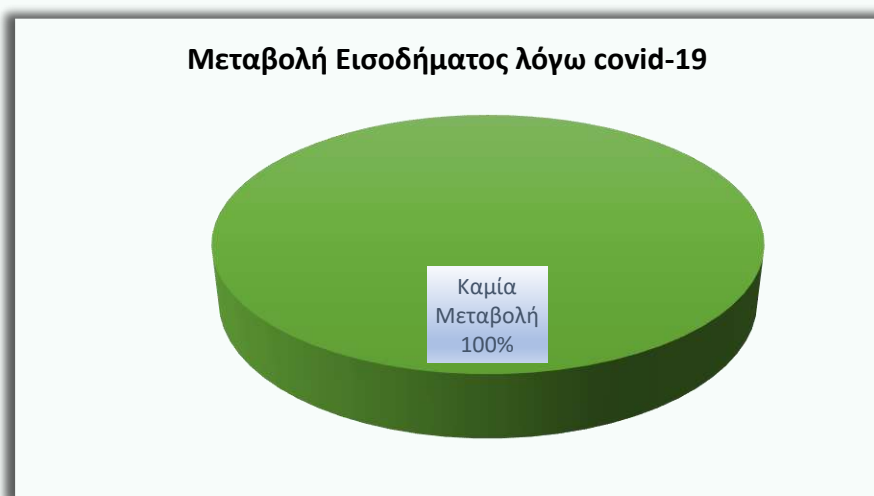
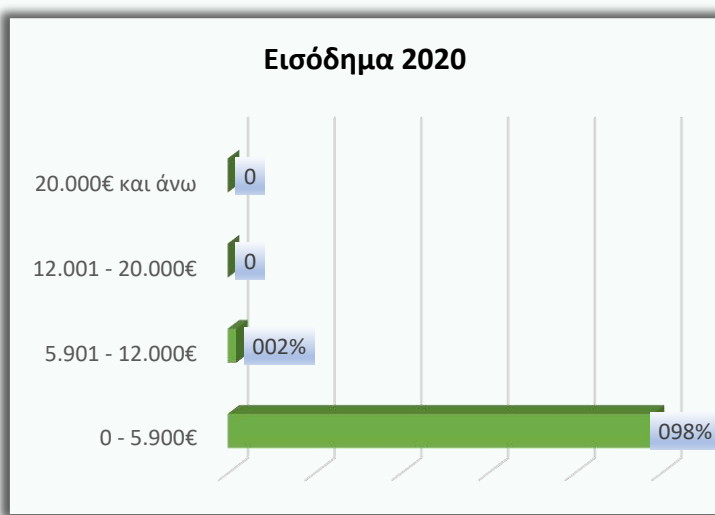
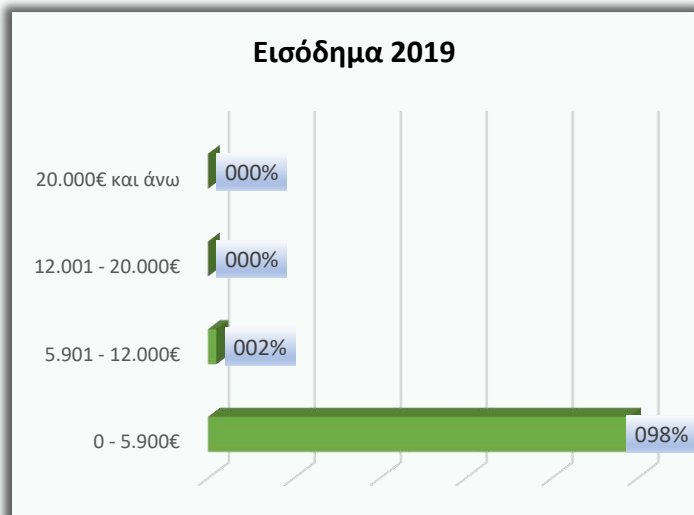
Οι έγγαμοι παρουσιάζουν ποσοστό 39,22%, ενώ οι διαζευγμένοι και όσοι βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας σημειώνουν το ίδιο ποσοστό 27,45%. Τέλος οι άγαμοι κατέχουν το 5,87%. Αναφορικά με τα μέλη οικογένειας, το 33,6% αποτελείται από 2 μέλη, το 26,4% από τρία μέλη, το 16% από τέσσερα, το 8.8% είναι ένα μέλος, πέντε μέλη παρουσιάζουν 8% και τέλος εννέα μέλη σημειώνουν το 7,2%.

### Οικογενειακή Κατάσταση



### Μέλη Οικογένειας

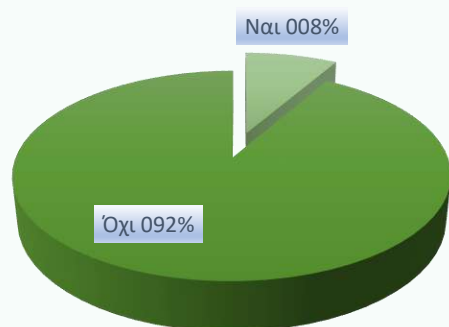




Αξιοσημείωτο είναι πως τα ποσοστά εισοδήματος 2019 και 2020 είναι ακριβώς τα ίδια και γι' αυτό το λόγο η απάντηση καμία μεταβολή στην ερώτηση μεταβολής εισοδήματος λόγω covid - 19 παρουσιάζει ποσοστό 100%. Αυτό ίσως να συμβαίνει επειδή η κύρια πηγή εισοδήματος να είναι η σύνταξη ή επιδόματα, που αυτά συνέχισε ο κρατικός φορέας να τα προσφέρει. Από τα ποσοστά όμως του δείγματος που λαμβάνει σύνταξη (31,73%) δεν προκύπτει αποδεικνύεται για ποιο λόγο δεν έχει μεταβληθεί το εισόδημα.

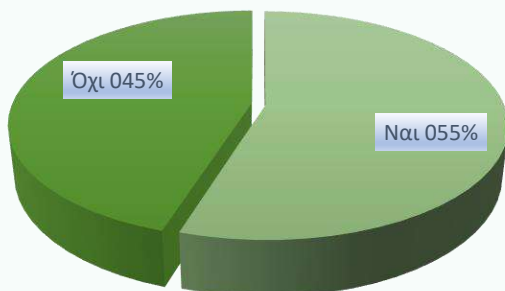


### Κάλυψη βασικών αναγκών μέσω της σύνταξης



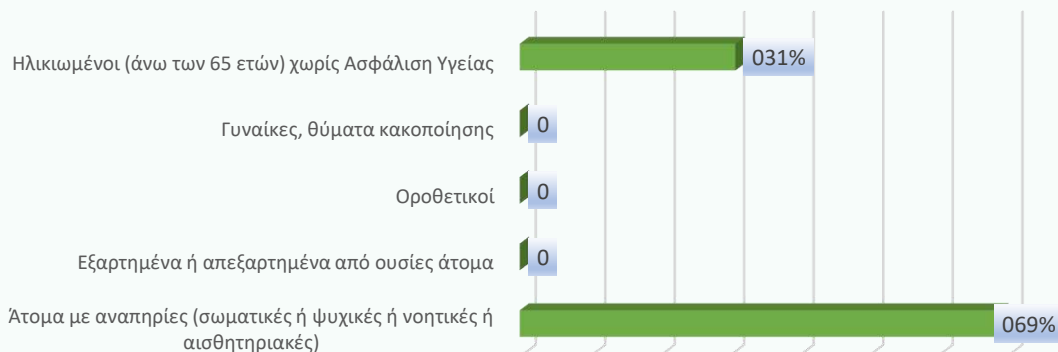
Αξίζει να αναφερθεί πως η συντριπτική πλειοψηφία (91,67%) δεν μπορεί να καλύψει τις βασικές του ανάγκες από τη σύνταξη που λαμβάνει.

### Ευάλωτη Ομάδα

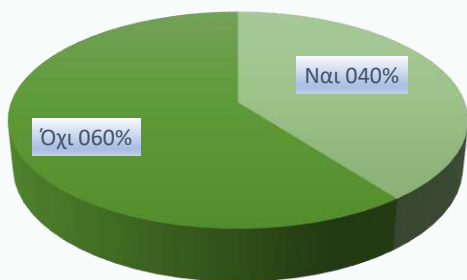


Στη συνέχεια οι ερωτηθέντες καλέστηκαν να απαντήσουν αν ανήκουν σε κάποια ευάλωτη ομάδα. Όπως θα παρατηρήσετε, μόνο το 18,75% ανήκει σε ευάλωτη ομάδα. Σύμφωνα λοιπόν με το παρακάτω διάγραμμα το 18,75% ανήκει στα άτομα με αναπηρίες (σωματικές ή νοητικές ή αισθητηριακές)

### Κατηγορίες Ευάλωτων Ομάδων

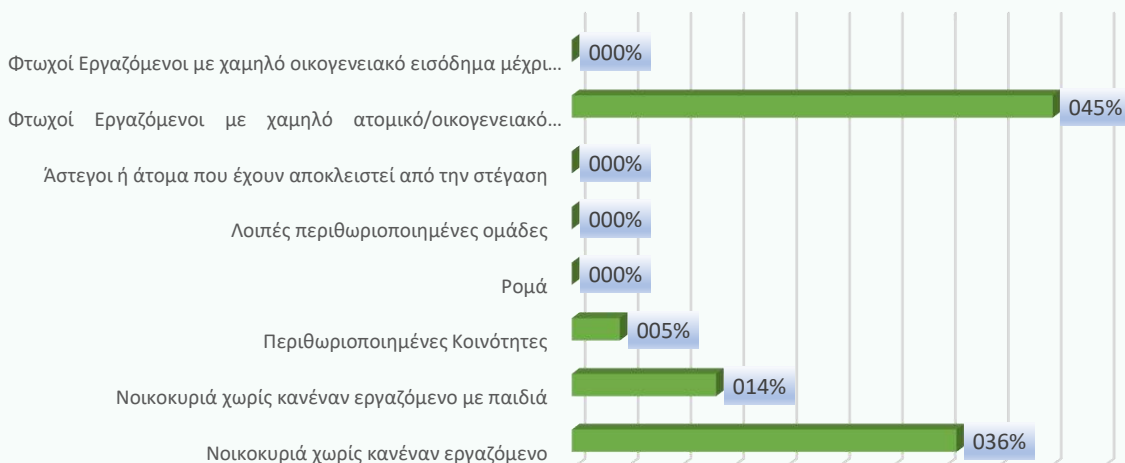


### Λοιπές Ομάδες



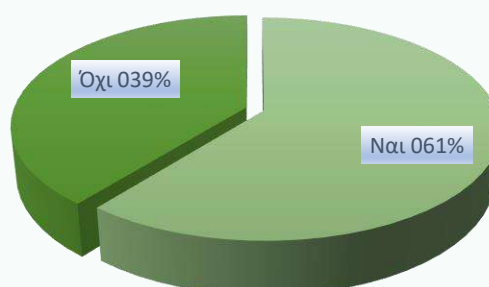
Στην ερώτηση αν ανήκουν στις λοιπές ομάδες, το 39,58% απάντησε θετικά. Στις κατηγορίες τις οποίες δήλωσαν πως ανήκουν, το 45,45% δήλωσε φτωχοί εργαζόμενοι με χαμηλό ατομικό/οικογενειακό εισόδημα μέχρι 5.900 €, ενώ το 36,36% ανήκουν στην ομάδα νοικοκυριά χωρίς εργαζόμενο. Τέλος το 13,64% δήλωσε πως ανήκει στα νοικοκυριά χωρίς κανέναν εργαζόμενο με παιδιά.

### Κατηγορίες Λοιπών Ομάδων



Παρατηρείται πως το 60,78% του δείγματος λαμβάνει ενίσχυση ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος. Η υλική στήριξη από το ΤΕΒΑ παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό 50,98%, αμέσως μετά βρίσκεται το κοινωνικό παντοπωλείο με 17,65% και η υλική στήριξη από το Κοινωνικό Φαρμακείο που δεν εμφανίζει θετικό ποσοστό. Αξίζει να σημειωθεί πως αρκετοί ωφελούμενοι δήλωσαν πως λαμβάνουν υλική στήριξη και από το ΤΕΒΑ και από το Κοινωνικό Παντοπωλείο

### Ενίσχυση Ελάχιστου Εγγυημένου Εισοδήματος



Όσοι λαμβάνουν από διαφορετικούς φορείς υλική στήριξη δήλωσαν πως λαμβάνουν υλική στήριξη από την ΚΟΔΕΠ

### Υλική Στήριξη ΤΕΒΑ



### Υλική Στήριξη Κοινωνικό Φαρμακείο

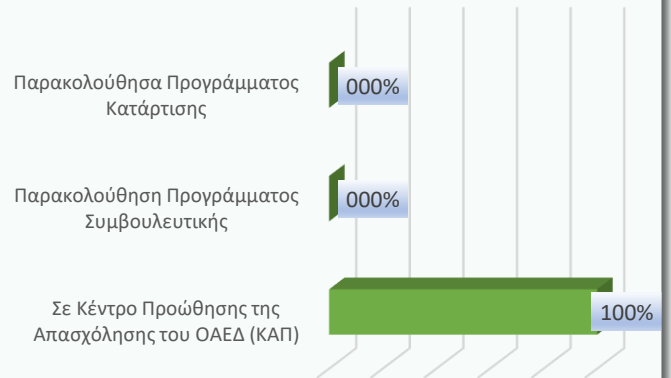


### Υλική Στήριξη Κοινωνικού Παντοπωλείου



Τους τελευταίους 12 μήνες, το 6,38% των ερωτηθέντων αναζήτησαν εργασία. Η συντριπτική πλειοψηφία επέλεξε το Κέντρο Προώθησης της Απασχόλησης του ΟΑΕΔ (ΚΑΠ), ενώ το 8,7% του δείγματος είναι διατεθειμένο για Στήριξη/Καθοδήγηση στις Ευκαιρίες Απασχόλησης.

### Τρόπος Αναζήτησης Εργασίας



### Αναζήτηση Εργασίας τους τελευταίους 12 μήνες



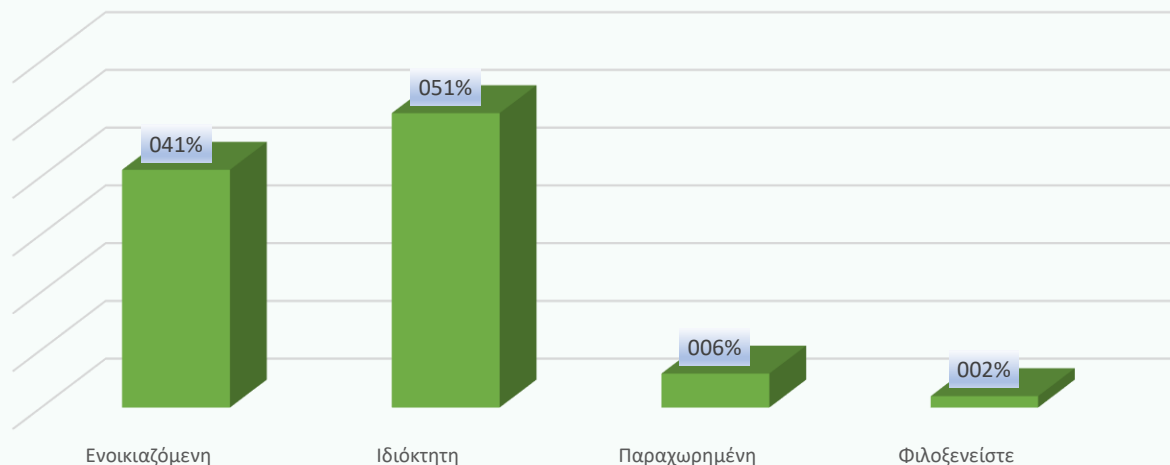
### Διάθεση Στήριξης/Καθοδήγησης στις Ευκαιρίες Απασχόλησης



## Ποιοτικές Συνθήκες Στέγασης και Διαμονής

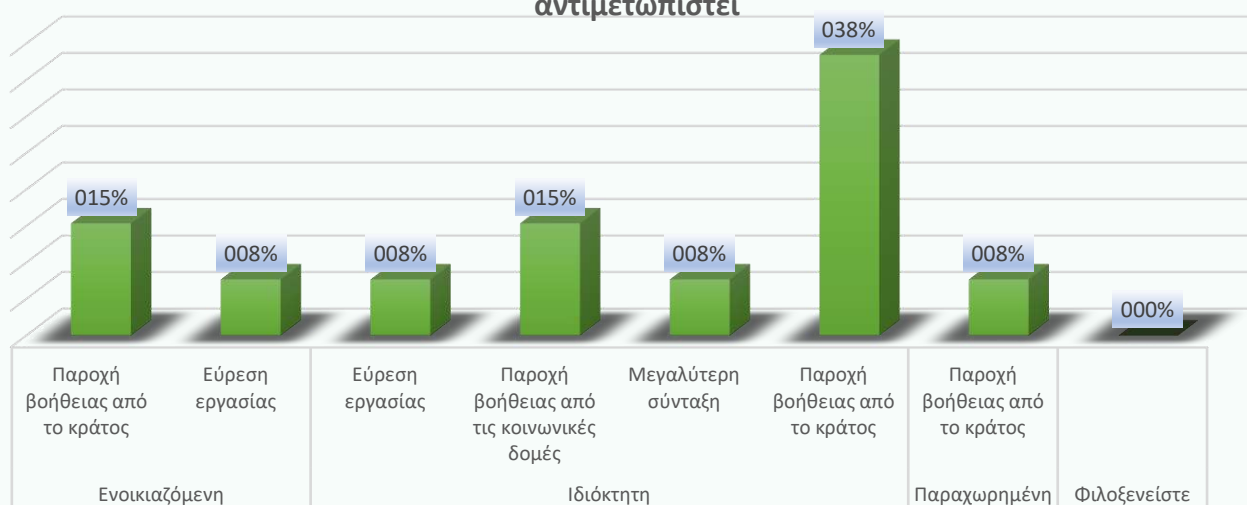
Οι ερωτηθέντες καλέστηκαν να δηλώσουν τον τύπο κατοικίας που διαμένουν. Παρατηρείται πως το 50,98% μένει σε ιδιοκτήτη κατοικία, το 41,18% ενοικιάζει την κατοικία του, στο 5,88% του δείγματος έχει παραχωρηθεί κατοικία και το τέλος το υπόλοιπο 1,96% φιλοξενείται.

### Τύπος Κατοικίας



Στον πίνακα παρακάτω παρατηρείται πως το 66,67% των θετικών απαντήσεων που δηλώνουν ότι μπορεί να αντιμετωπίσουν την απώλεια στέγασης ζει σε κατοικία ενοικιαζόμενη όπου το 38,46% εξ αυτών θα το αντιμετωπίσει με παροχή βοήθειας από το κράτος, το 15,38% με παροχή βοήθειας από τις κοινωνικές δομές, ενώ η εύρεση εργασίας και η μεγαλύτερη σύνταξη παρουσιάζουν το ίδιο ποσοστό 7,69%. Το 22,2% των θετικών απαντήσεων ανήκει σε όσους ενοικιάζουν την κατοικία τους, όπου το 15,38% εξ αυτών δηλώνει πως θα το αντιμετωπίσει με παροχή βοήθειας από το κράτος και το 7,69% με την εύρεση εργασίας. Τέλος σε όσους έχει παραχωρηθεί κατοικία (7,69%) απάντησαν με την παροχή βοήθειας από το κράτος.

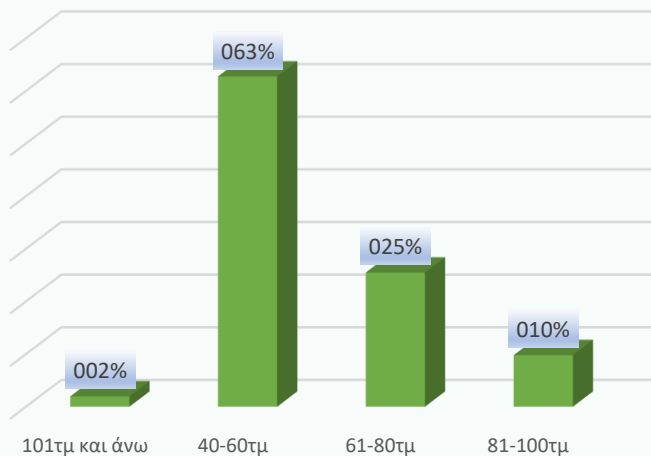
### Τύπος Κατοικίας \* Σε περίπτωση απώλειας στέγασης με ποιο τρόπο θα το αντιμετωπιστεί



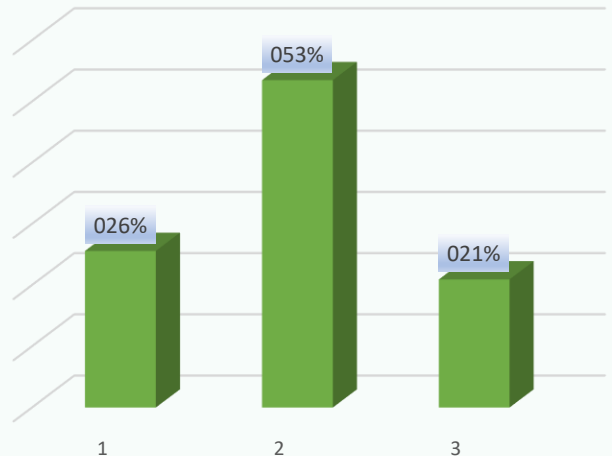


Στη συνέχεια το δείγμα ερωτήθηκε για τον αριθμό των ατόμων που διαμένουν στην ίδια κατοικία, όπου οι απαντήσεις που είχαν τα υψηλότερα ποσοστά είναι 2 άτομα με 46%, 1 άτομο με 36% και 3 άτομα με 8%. Στη συνέχεια ερωτήθηκαν για τα τέκνα όπου τα υψηλότερα ποσοστά εμφανίζονται στο 1 παιδί με 44,44% και στα 2 παιδιά με 29,63%. Τέλος αξίζει να αναφερθεί πως μόνο εφτά από τους ερωτηθέντες δήλωσε πως συγκατοικεί με έναν ηλικιωμένο.

### Τετραγωνικά Κατοικίας

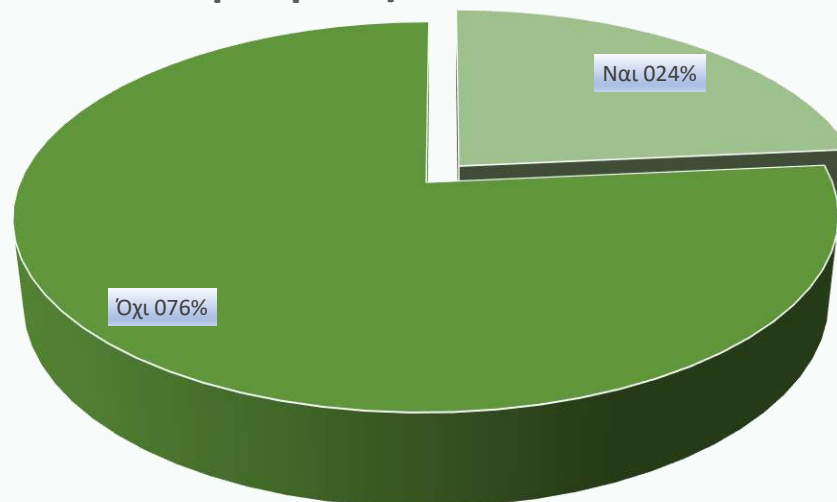


### Δωμάτια Κατοικίας



Αξίζει να αναφερθεί πως όλοι οι ερωτηθέντες έχουν ηλεκτρικό ρεύμα και ζεστό τρεχούμενο νερό, όμως το 76,47% δεν έχει πρόσβαση στο διαδίκτυο.

### Πρόσβαση στο διαδίκτυο

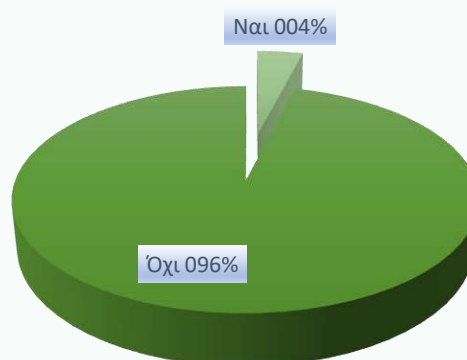




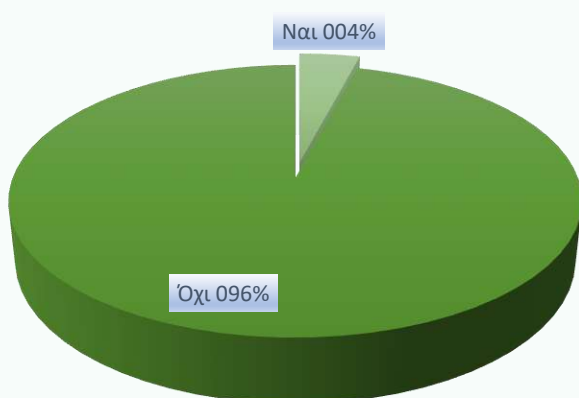
## Κοινωνικές Δομές στο Δήμο Πειραιά

Η συντριπτική πλειοψηφία με 96,08% δηλώνει πως δεν υπάρχουν ή δεν γνωρίζει αν υπάρχουν κοινωνικές δομές στην περιοχή. Όσοι απάντησαν θετικά δήλωσαν πως οι κοινωνικές δομές που υπάρχουν στην περιοχή είναι: ΚΟΔΕΠ, Πρόνοια.

## Υπάρχουν Κοινωνικές Δομές την Περιοχή;



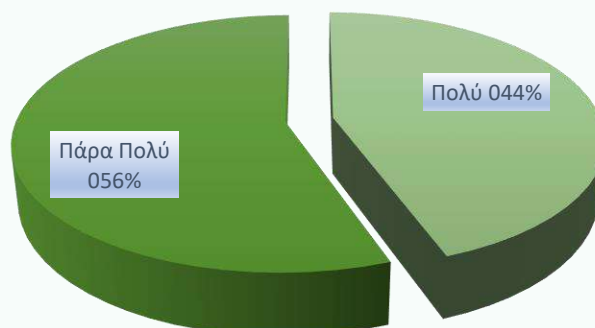
## Χρήση υπηρεσιών των κοινωνικών δομών



Το 95,92% δηλώνει πως δεν έχει χρησιμοποιήσει υπηρεσίες κοινωνικών δομών. Το 4,08% των ερωτηθέντων που απάντησε θετικά δήλωσε πως χρησιμοποίησε τις υπηρεσίες της ΚΟΔΕΠ και της Πρόνοιας. Οι λόγοι που δεν χρησιμοποιήθηκαν οι υπηρεσίες είναι επειδή δεν γνωρίζουν αν υπάρχουν στην περιοχή ή δεν γνωρίζουν το αντικείμενο των παρεχόμενων υπηρεσιών.

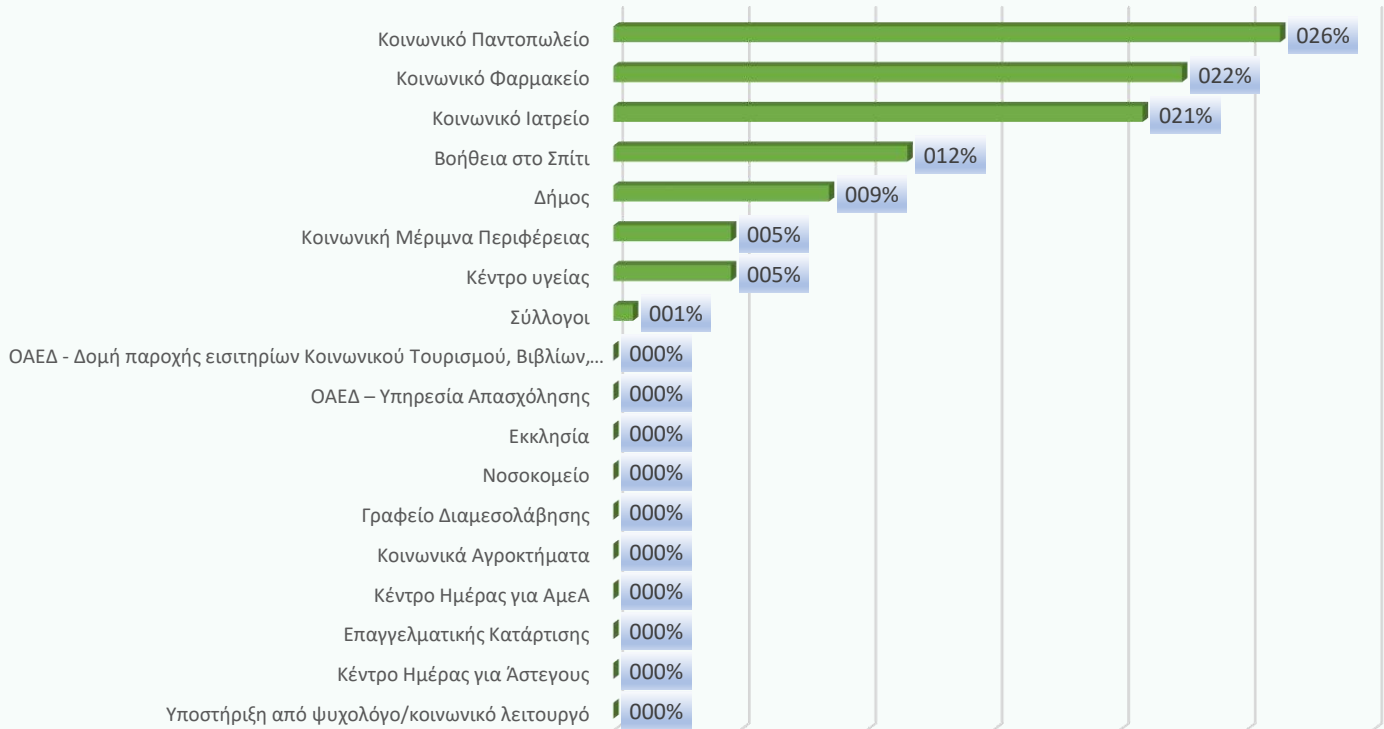
Το 3% του δείγματος απάντησε στην ερώτηση για την ικανοποίηση των υπηρεσιών ου έχουν λάβει. Το 55,56% εξ αυτών είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο και το 44,44% πολύ ικανοποιημένο.

## Ικανοποίηση Υπηρεσιών



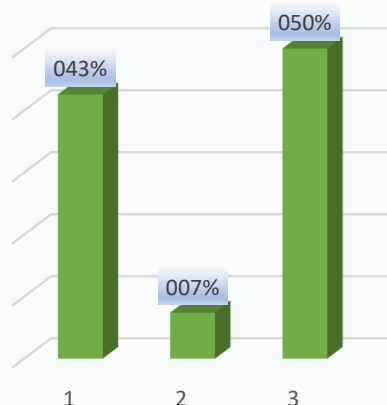
Οι ερωτηθέντες καλέστηκαν να δηλώσουν τρεις κοινωνικές δομές με σειρά προτεραιότητας. Το παρακάτω διάγραμμα περιγράφει τα ποσοστά που σημείωσαν οι κοινωνικές δομές σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν. Το Κοινωνικό Παντοπωλείο σημειώνει 23,36%, το Κοινωνικό Φαρμακείο σημειώνει 22,48% και το Κοινωνικό Ιατρείο 20,93% και τέλος η Βοήθεια στο Σπίτι 11,63%. Οι υπόλοιπες κοινωνικές δομές δεν ξεπερνούν το 10%

### Κοινωνικές Δομές

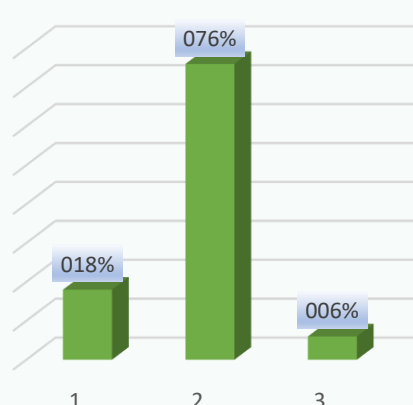


Παρακάτω παρουσιάζονται οι προτιμήσεις στα τρία μεγαλύτερα ποσοστά που σημειώθηκαν όπως διατυπώθηκε παραπάνω.

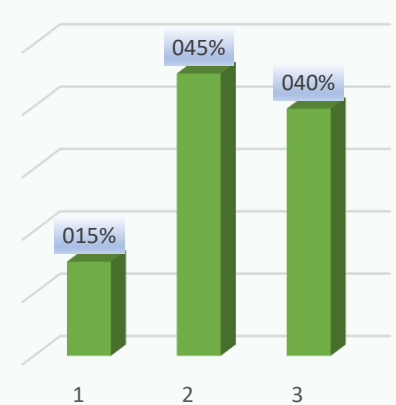
#### Κοινωνικό Παντοπωλείο



#### Κοινωνικό Φαρμακείο



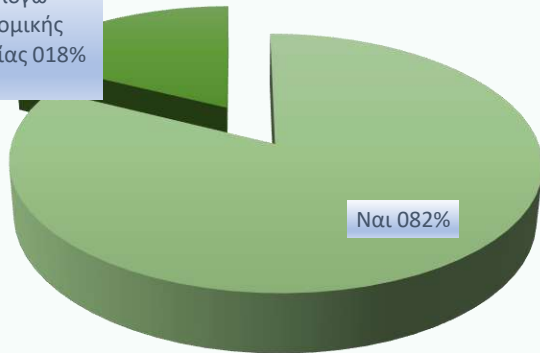
#### Κοινωνικό Ιατρείο



## Υπηρεσίες Κοινωνικών Δομών

### Πρόσβαση σε υπηρεσία υγείας

Όχι λόγω οικονομικής αδυναμίας 018%

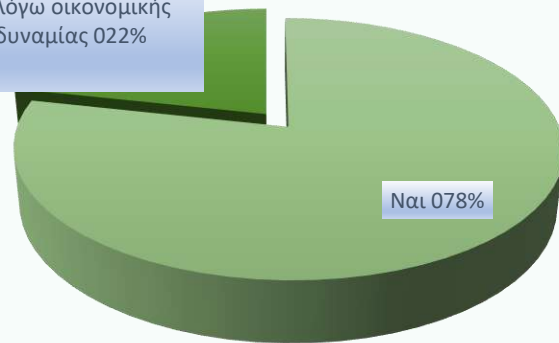


Σχετικά με την ερώτηση αν μπορούν να απευθυνθούν σε κάποια υπηρεσία υγείας όποτε επιθυμούν ή χρειάζεται, το 82,35% απάντησε θετικά, ενώ το 17,65% δήλωσε αρνητικά καθώς υπάρχει οικονομική αδυναμία.

Σχετικά με την ερώτηση αν μπορούν να έχουν φάρμακα όταν χρειάζεται το 78,43% δήλωσε θετικά, ενώ το 21,53% δήλωσε πως δεν έχει λόγω οικονομικής αδυναμίας.

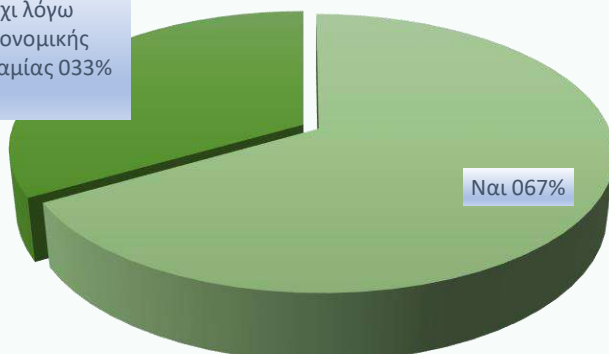
### Διάθεση Φαρμάκων

Όχι λόγω οικονομικής αδυναμίας 022%



### Προληπτικές Εξετάσεις

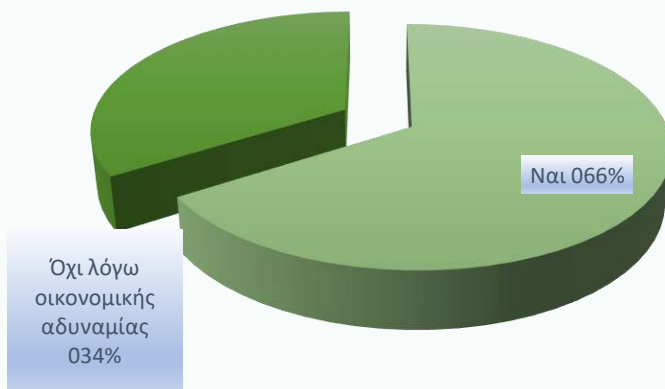
Όχι λόγω οικονομικής αδυναμίας 033%



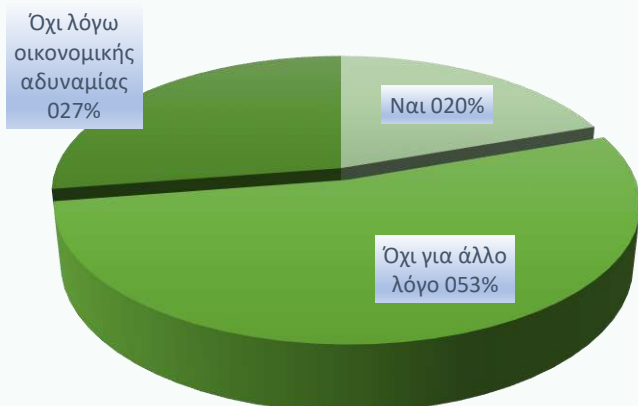
Αναφορικά με την ερώτηση αν μπορούν να κάνουν προληπτικές εξετάσεις το 66,67% δήλωσε θετικά ενώ το 33,33% του δείγματος δήλωσε αρνητικά λόγω οικονομικής αδυναμίας.

Σχετικά με την ερώτηση αν έχουν πρόσβαση σε γιατρό όποιας ειδικότητας χρειαστεί, οι θετικές απαντήσεις άγγιξαν το 66%, ενώ οι αρνητικές λόγω οικονομικής αδυναμίας αγγίζουν το 34%.

### Πρόσβαση σε γιατρό



### Πρόσβαση σε ψυχολόγο



Αναφορικά, στο αν μπορούν να απευθύνουν σε ψυχολόγο το 27,45% δήλωσε αρνητικά λόγω οικονομικής αδυναμίας και το 19,61% θετικά. Τέλος υπολείπεται ένα ποσοστό της τάξεως του 52,94% που αναφέρει πως δεν έχει απευθυνθεί σε ψυχολόγο καθώς δεν έχει χρειαστεί.

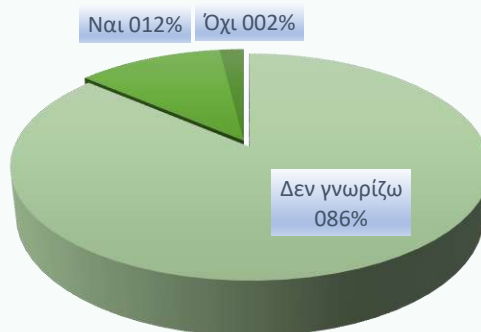
Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (84%) δήλωσε πως δεν γνωρίζει αν υπάρχει κέντρο που μπορούν να απευθύνουν ΑμεΑ, το 12% δήλωσε πως δεν υπάρχει κέντρο ενώ το 4% δήλωσε πως υπάρχει

### Κέντρο που μπορούν να απευθυνθούν ΑμεΑ

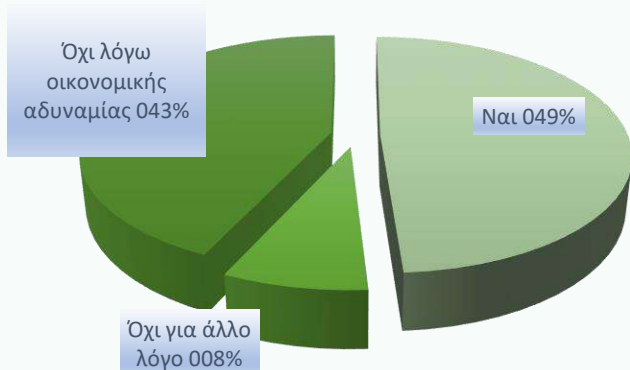


Το 82,67% του δείγματος δεν γνωρίζει αν υπάρχει στην περιοχή που μένει κέντρο στο οποίο μπορούν να απευθυνθούν Ηλικιωμένοι (ΚΗΦΗ), το 11,76% δηλώνει πως υπάρχει ενώ το 1,96% δηλώνει πως δεν υπάρχει.

### Πρόσβαση σε ΚΗΦΗ



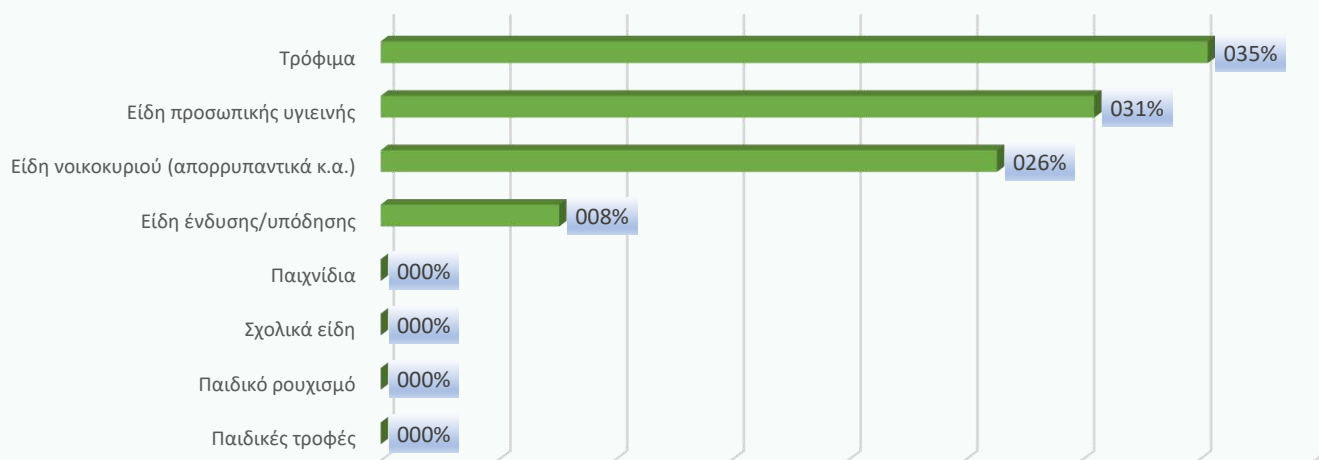
### Πρόσβαση σε Οδοντίατρο



Το 43,14% των ερωτηθέντων δήλωσε πως δεν μπορεί να επισκεφθεί τον οδοντίατρο λόγω οικονομικής αδυναμίας, ενώ το 49,02% δήλωσε πως μπορεί να τον επισκέπτεται. Τέλος υπολείπεται ένα ποσοστό της τάξεως του 7,84% που αναφέρει πως δεν έχει απευθυνθεί σε οδοντίατρο καθώς δεν έχει χρειαστεί.

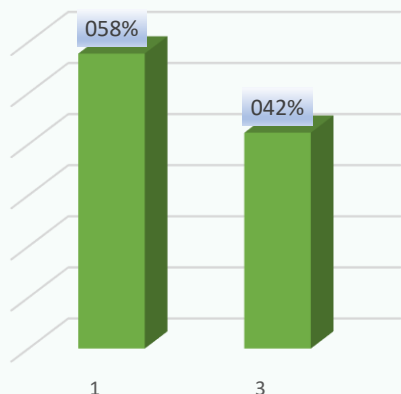
Οι ερωτηθέντες καλέστηκαν να δηλώσουν με σειρά προτεραιότητας τρεις κατηγορίες προϊόντων που πρέπει να παρέχονται από το Κοινωνικό Παντοπωλείο. Το παρακάτω διάγραμμα περιγράφει τα ποσοστά που σημείωσαν οι κατηγορίες προϊόντων σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν. Τα τρόφιμα σημειώνουν 35,42%, τα είδη προσωπικής υγιεινής σημειώνουν 30,56% και τα είδη νοικοκυριού 26,39%. Οι υπόλοιπες κατηγορίες προϊόντων δεν ξεπερνούν το 10%.

### Προϊόντα Κοινωνικού Παντοπωλείου

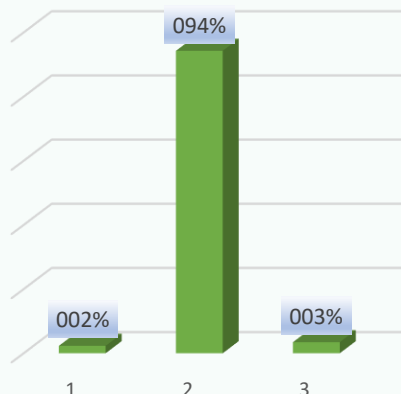


Παρακάτω παρουσιάζονται οι προτιμήσεις στα τρία μεγαλύτερα ποσοστά που σημειώθηκαν όπως διατυπώθηκε παραπάνω.

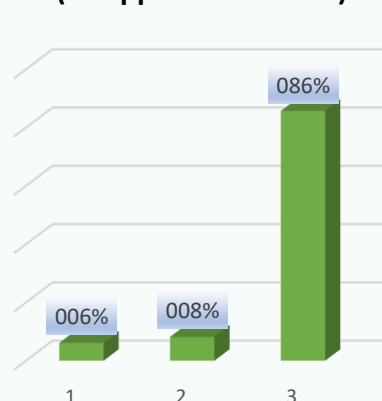
### Τρόφιμα



### Είδη Προσωπικής Υγιεινής

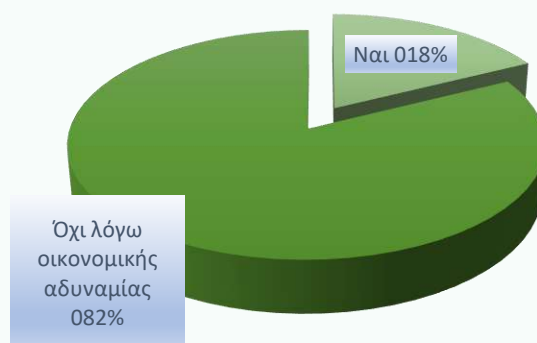


### Είδη νοικοκυριού (απορρυπαντικά κ.α.)

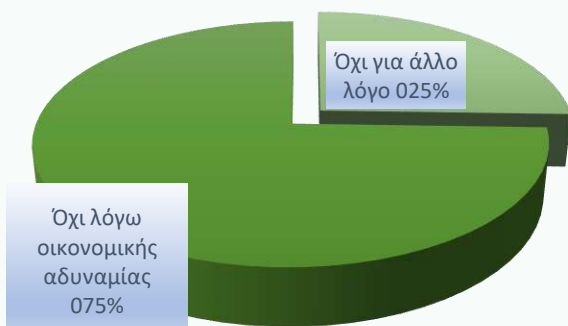


Το δείγμα ρωτήθηκε αν από τα αγαθά που αναφέρονται στην προηγούμενη ερώτηση μπορούν να τα έχουν όποτε χρειάζεται. Το 82,35% απάντησε πως δεν μπορεί να τα αποκτήσει λόγω οικονομικής αδυναμίας ενώ το 17,65% δήλωσε θετικά.

### Απόκτηση Αγαθών



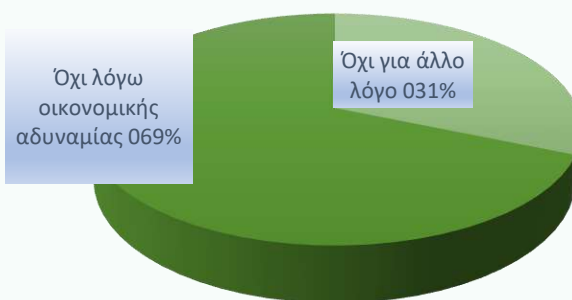
### Δυνατότητα Δραστηριοτήτων Αναψυχής



Στο ερώτημα αν έχουν την δυνατότητα να πραγματοποιήσουν δραστηριότητες αναψυχής η συντριπτική πλειοψηφία με 74,51% δήλωσε πως είναι ανέφικτο λόγω οικονομικής αδυναμίας. Το υπόλοιπο 25,49% που αναφέρει πως δεν έχει την δυνατότητα δραστηριοτήτων αναψυχής είναι λόγω ηλικίας και προβλημάτων υγείας

Το δείγμα καλέστηκε επίσης να απαντήσει στο αν έχουν την δυνατότητα να κάνουν διακοπές μία εβδομάδα τουλάχιστον το χρόνο, όπου ξανά η συντριπτική πλειοψηφία 68,63% δήλωσε πως δεν μπορεί λόγω οικονομικής αδυναμίας. Το υπόλοιπο 31,37% που αναφέρει πως δεν έχει την δυνατότητα διακοπών είναι λόγω ηλικίας και προβλημάτων υγείας

### Δυνατότητα Διακοπών μια εβδομάδα το χρόνο

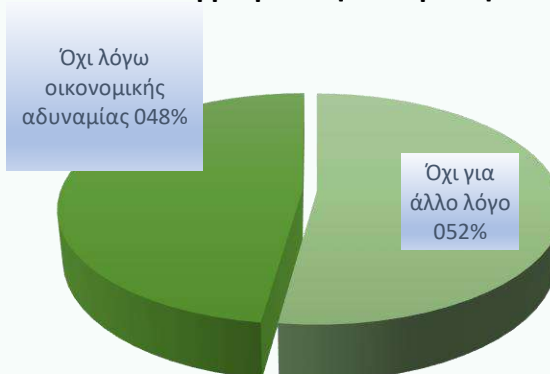


Σχετικά με τη δυνατότητα ενημέρωσης θέσεων εργασίας ή επιδοτούμενων προγραμμάτων το 91,4% του δείγματος είναι αρνητικό. Για την επαγγελματική κατάρτιση οι ερωτηθέντες δηλώνουν πως είναι ανέφικτο λόγω οικονομικής αδυναμίας με ποσοστό που αγγίζει 47,83%, ενώ το 52,17% των ερωτηθέντων δήλωσε πως είναι ανέφικτο για λόγους ηλικίας και προβλημάτων υγείας.

### Δυνατότητα Ενημέρωσης θέσεων εργασίας ή επιδοτούμενων προγραμμάτων

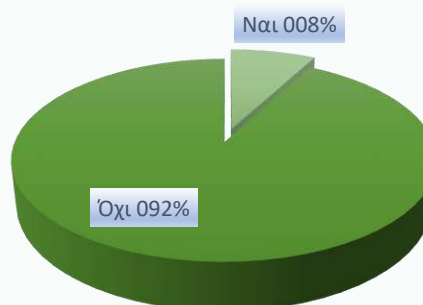


### Επαγγελματική Κατάρτιση



Τέλος οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν στο αν γνωρίζουν προσωπικά άτομα που να μην έχουν πρόσβαση σε όσα παρουσιάσαμε παραπάνω όπου το 92,16% δήλωσε πως δεν γνωρίζει ενώ το 7,84% απάντησε θετικά.

### Ατόμα χωρίς πρόσβαση





## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ**

### **ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ**