



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ, ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΤΗΤΑ**  
**ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ»**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ**  
**ΣΤΟΝ ΔΗΜΟ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ-ΠΕΡΑΧΩΡΑΣ-ΑΓΙΩΝ ΘΕΟΔΩΡΩΝ.**  
**Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ**  
**ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΣΚΑΖΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ**

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Σπυριδάκης Εμ., καθηγητής - Επιβλέπων

Γαζή Φ., αναπλ. καθηγήτρια - Μέλος

Φερόνας Α., αναπλ. καθηγητής - Μέλος

Κόρινθος, Ιανουάριος 2020

Copyright © Αναστασία Σκάζα, 2019

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τη συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τη συγγραφέα και μόνο.

Αφιερωμένη σε εκείνους που  
με το παράδειγμά τους μου δίδαξαν  
τον σεβασμό στους ηλικιωμένους ανθρώπους,  
**στους ΓΟΝΕΙΣ μου**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα μιας επίπονης, αλλά άκρως ενθουσιώδους προσπάθειας, στην πραγμάτωση της οποίας συνέβαλλαν πολλοί, ο καθένας με τον δικό του ξεχωριστό τρόπο, και τους οποίους αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω.

Καταρχάς τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Εμμανουήλ Σπυριδάκη που από την πρώτη στιγμή με ενέπνευσε με την αμεσότητά του και που δέχτηκε απερίφραστα να συνεργαστεί μαζί μου και να με στηρίξει στη διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος.

Πολλές ευχαριστίες οφείλω στον Δήμαρχο Λουτρακίου – Περαχώρας – Αγίων Θεοδώρων αλλά και στην Πρόεδρο του ν.π. «ΜΕΡΙΜΝΑ» για τις διευκολύνσεις που μου παρείχαν, αλλά και στους αγαπημένους συναδέλφους μου στον Δήμο και στο ν.π. για την βοήθειά τους.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στους ηλικιωμένους που δέχτηκαν με χαρά και ενθουσιασμό να συνεργαστούν μαζί μου, «ανοίγοντας» την καρδιά τους, με αυθεντική αξιοπρέπεια, και κάνοντάς με συμμετοχο στα προβλήματα και στις ανησυχίες τους.

Τέλος θέλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, τη Δήμητρα, τον Νίκο και τη Φρόσω, που με αμέριστη υπομονή στέκονται πάντα δίπλα μου και με στηρίζουν συναισθηματικά και έμπρακτα.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	iv
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	v
ΠΙΝΑΚΕΣ.....	viii
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	ix
ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ.....	xi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ .....	4
1.1 Ορισμός/έννοια της τρίτης ηλικίας .....	4
1.2 Θεωρίες για το γήρας .....	8
1.3 Χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας.....	12
1.4 Ανάγκες – προβλήματα .....	16
1.4.1 Ανάγκες των ηλικιωμένων .....	16
1.4.2 Προβλήματα στην τρίτη ηλικία.....	21
1.5 Δικαιώματα και υποχρεώσεις των ηλικιωμένων.....	26
1.5.1 Δικαιώματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας.....	26
1.5.2 Υποχρεώσεις των ηλικιωμένων.....	36
1.6 Ενεργός γήρανση.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ.....	41
2.1 Ορισμός.....	41
2.2 Μορφές κοινωνικής υποστήριξης .....	43
2.3 Ανακεφαλαίωση.....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΤΑ Α΄ ΒΑΘΜΟΥ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ .....	47
3.1 Συνεισφορά του κράτους στην τρίτη ηλικία .....	47
3.1.1 Προγράμματα/Δομές προστασίας ηλικιωμένων .....	48
3.1.2 Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ).....	51
3.2 Αρμοδιότητες των Δήμων σχετικά με την τρίτη ηλικία.....	53
3.3 Κοινωνική πολιτική των Δήμων - Δομές και δράσεις για τους ηλικιωμένους.....	56

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΙΚΟΣ ΔΗΜΟΣ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ-ΠΕΡΑΧΩΡΑΣ-ΑΓΙΩΝ ΘΕΟΔΩΡΩΝ.....	65
4.1 Γενικά.....	65
4.2 Χαρακτηριστικά του Δήμου.....	66
4.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	70
4.4 Αρμοδιότητες στο θέμα της τρίτης ηλικίας.....	73
4.5 Αρμοδιότητες του ΝΠΔΔ «ΜΕΡΙΜΝΑ».....	75
4.6 Υφιστάμενη κατάσταση στον τομέα διαχείρισης της τρίτης ηλικίας.....	78
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	81
5.1 Σκοπός, στόχος και ερευνητικά ερωτήματα.....	81
5.2 Σχεδιασμός της έρευνας.....	82
5.3 Πληθυσμός έρευνας και επιλογή του δείγματος.....	85
5.4 Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	86
5.4.1 Δομή του ερωτηματολογίου.....	88
5.5 Πιλοτική μελέτη.....	89
5.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	91
5.7 Στατιστική ανάλυση.....	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	94
6.1 Αξιοπιστία κλιμάκων.....	94
6.2 Περιγραφική στατιστική.....	95
6.2.1 Κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία.....	95
6.2.1.1 Στοιχεία ασφάλισης και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.....	98
6.2.1.2 Κατάσταση υγείας, οικονομική κατάσταση και λειτουργικότητα.....	100
6.2.1.3 Αντιλήψεις σχετικά με τα οικονομικά, την υγεία και τη λειτουργικότητα.....	102
6.2.2 Προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη.....	105
6.2.2.1 Μορφές συμβίωσης.....	105
6.2.2.2 Επαφή με παιδιά.....	106
6.2.2.3 Ανάγκη για βοήθεια.....	108
6.2.2.4 Δείκτες κοινωνικής υποστήριξης.....	109
6.2.2.5 Συνολική βαθμολογία προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης.....	115
6.2.3 Αποτύπωση αναγκών.....	116

6.2.3.1 Κοινωνική φροντίδα.....	116
6.2.3.2 Πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη .....	117
6.2.3.3 Οικιακή και προσωπική φροντίδα.....	119
6.2.3.4 Ψυχαγωγία.....	120
6.2.3.5 Δημιουργική απασχόληση.....	121
6.2.3.6 Ενημέρωση-συμβουλευτική.....	122
6.2.3.7 Εκπαίδευση.....	123
6.2.3.8 Ιεράρχηση αναγκών σε κάθε τομέα .....	124
6.2.4 Αναγκαιότητα δομών .....	125
6.3 Μονοπαραγοντικές αναλύσεις .....	126
6.3.1 Διαφορές μεταξύ κατηγορικών δημογραφικών και κοινωνικών μεταβλητών.....	126
6.3.2 Συσχετίσεις.....	129
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>131</b>
7.1 Συζήτηση .....	131
7.1.1 Κοινωνικά-δημογραφικά στοιχεία .....	131
7.1.2 Προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη.....	133
7.1.3 Αποτύπωση αναγκών .....	136
7.1.4 Αναγκαιότητα δομών .....	138
7.2 Περιορισμοί και μελλοντικές επεκτάσεις.....	138
7.3 Συμπεράσματα - Προτάσεις .....	139
<b>ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>144</b>
Ελληνική βιβλιογραφία .....	144
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία.....	147
Ηλεκτρονικές πηγές.....	151
Νομοθεσία .....	153
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....</b>	<b>155</b>
A) Ερωτηματολόγιο.....	156
B) Οικουμενική Διακήρυξη για τα ανθρώπινα δικαιώματα .....	167
Γ) Ευρωπαϊκός Χάρτης των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των ηλικιωμένων .....	174

## ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Απογραφή Πληθυσμού Δήμου .....	70
Πίνακας 2: Ηλικιακή Κατανομή Μόνιμου Πληθυσμού (2011) .....	71
Πίνακας 3: Κατανομή Μόνιμου Πληθυσμού (ηλικία/φύλο) (2011) .....	72
Πίνακας 4: Συντελεστές εσωτερικής συνοχής.....	94
Πίνακας 5: Δημογραφικά στοιχεία ατόμων τρίτης ηλικίας (N=244) .....	95
Πίνακας 6: Αριθμός παιδιών ανά φύλο (N=214) .....	97
Πίνακας 7: Κοινωνική ασφάλιση και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (N=244) .....	98
Πίνακας 8: Αντιλήψεις ατόμων τρίτης ηλικίας σχετικά με τα οικονομικά, την υγεία και τη λειτουργικότητα (N=244) .....	102
Πίνακας 9: Συνολική βαθμολογία προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης .....	115
Πίνακας 10: Ιεράρχηση αναγκών κοινωνικής φροντίδας.....	116
Πίνακας 11: Ιεράρχηση αναγκών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης.....	117
Πίνακας 12: Ιεράρχηση αναγκών οικιακής και προσωπικής φροντίδας.....	119
Πίνακας 13: Ιεράρχηση αναγκών ψυχαγωγίας.....	120
Πίνακας 14: Ιεράρχηση αναγκών δημιουργικής απασχόλησης .....	121
Πίνακας 15: Ιεράρχηση αναγκών ενημέρωσης-συμβουλευτικής.....	122
Πίνακας 16: Ιεράρχηση εκπαιδευτικών αναγκών .....	123
Πίνακας 17: Ιεράρχηση αναγκών σε κάθε τομέα .....	124
Πίνακας 18: Ιεράρχηση δομών άσκησης κοινοτικής και υποστηρικτικής φροντίδας .	125
Πίνακας 19: Προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη ανά κοινωνικό-δημογραφικό στοιχείο.....	126
Πίνακας 20: Συσχέτιση προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και αναγκών ..	129



## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα 1: Η Πυραμίδα του Maslow.....	17
Διάγραμμα 2: Ποσοστά τρίτης ηλικίας (2011).....	72
Διάγραμμα 3: Δημογραφικά στοιχεία ατόμων τρίτης ηλικίας (N=244) .....	97
Διάγραμμα 4: Ποσοστά συχνότητας για την κοινωνική ασφάλιση και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (N=244) .....	98
Διάγραμμα 5: Ποσοστά συχνότητας για την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (N=234) .....	99
Διάγραμμα 6: Ποσοστά συχνότητας για την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος (N=244) ....	100
Διάγραμμα 7: Ποσοστά συχνότητας για τη λήψη φαρμάκων (N=244) .....	100
Διάγραμμα 8: Ποσοστά συχνότητας ιατρικών εξετάσεων (N=244) .....	101
Διάγραμμα 9: Ποσοστά συχνότητας για τις αντιλήψεις σχετικά με τα οικονομικά, την υγεία και τη λειτουργικότητα (N=244) .....	103
Διάγραμμα 10: Αντιλήψεις για τα οικονομικά, την υγεία και τη λειτουργικότητα .....	104
Διάγραμμα 11: Ποσοστά συχνότητας για τις μορφές συμβίωσης (N=244).....	105
Διάγραμμα 12: Ποσοστά συχνότητας για τα παιδιά που μένουν στην ίδια πόλη/ οικισμό (N=214) .....	106
Διάγραμμα 13: Ποσοστά συχνότητας συναντήσεων με τα παιδιά που μένουν μακριά (N=146) .....	107
Διάγραμμα 14: Ποσοστά συχνότητας για την ανάγκη για βοήθεια (N=244) .....	108
Διάγραμμα 15: Ποσοστά συχνότητας για το άτομο που βοηθά στην καθημερινότητα όταν υπάρχει ανάγκη (N=244) .....	109
Διάγραμμα 16: Ποσοστά συχνότητας για τον αριθμό των στενών φίλων (N=244).....	110
Διάγραμμα 17: Ποσοστά συχνότητας συναντήσεων με τους στενούς φίλους (N=132) .....	110
Διάγραμμα 18: Ποσοστά συχνότητας για τον αριθμό των συγγενών (N=244) .....	111
Διάγραμμα 19: Ποσοστά συχνότητας συναντήσεων με τους συγγενείς (N=134) .....	112
Διάγραμμα 20: Ποσοστά συχνότητας για τον αριθμό των οικογενειών (N=244) .....	112
Διάγραμμα 21: Ποσοστά συχνότητας για τον αριθμό συλλόγων, οργανώσεων, ή/και ομάδων που είναι μέλη (N=244) .....	113
Διάγραμμα 22: Ποσοστά συχνότητας συμμετοχής σε συλλόγους, οργανώσεις ή/και ομάδες (N=64).....	114

Διάγραμμα 23: Ποσοστά συχνότητας για την αίσθηση μοναξιάς (N=244) .....	114
Διάγραμμα 24: Συνολική βαθμολογία προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης. ....	115
Διάγραμμα 25: Ανάγκες κοινωνικής φροντίδας.....	117
Διάγραμμα 26: Ανάγκες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης.....	118
Διάγραμμα 27: Ανάγκες οικιακής και προσωπικής φροντίδας (N=244) .....	119
Διάγραμμα 28: Ανάγκες ψυχαγωγίας.....	120
Διάγραμμα 29: Ανάγκες δημιουργικής απασχόλησης .....	121
Διάγραμμα 30: Ανάγκες ενημέρωσης-συμβουλευτικής.....	122
Διάγραμμα 31: Εκπαιδευτικές ανάγκες.....	123
Διάγραμμα 32: Ανάγκες ανά τομέα.....	124
Διάγραμμα 33: Αναγκαιότητα δομών .....	125

## ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ

Α.Ε.Π.	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Δ.Ο.ΚΟ.Π.Α.Π.	Δημοτικός Οργανισμός Κοινωνικής Προστασίας, Αλληλεγγύης, Παιδείας
Ε.Δ.Δ.Υ.Π.Π.Υ.	Εθνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων-Προαγωγής Υγείας
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική (Αρχή)
Ε.Σ.Π.Α.	Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς
Ε.Φ.Κ.Α.	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
Κ.Α.Π.Η.	Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων
Κ.Ε.Π.	Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών
Κ.Η.Φ.Η.	Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων
Κ.Π.Σ.	Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης
Κ.Υ.Α.	Κοινή Υπουργική Απόφαση
Μ.Κ.Ο.	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
Μ.Φ.Η.	Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων
Ν.Δ.	Νομοθετικό Διάταγμα
Ν.Π.Δ.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ν.Π.Ι.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
Ο.Γ.Α.	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Ο.Η.Ε.	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
Ο.Ε.Υ.	Οργανισμός Εσωτερικής Υπηρεσίας
Ο.Π.Ε.Κ.Α.	Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων & Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Ο.Τ.Α.:	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Ο.Φ.ΗΛΙ.	Ολοκληρωμένη Φροντίδα Ηλικιωμένων
Π.Δ.	Προεδρικό Διάταγμα
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Φ.Ε.Κ.	Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη εποχή της μετανεωτερικότητας, οι ηλικιωμένοι αποτελούν αντικείμενο συζήτησης και έρευνας, λόγω της παγκόσμιας γήρανσης του πληθυσμού. Η δημογραφική εικόνα του πλανήτη θυμίζει «μανιτάρι», όπως χαρακτηριστικά έχει αναφερθεί, με τα άτομα της τρίτης ηλικίας να βρίσκονται στην κορυφή και να αποτελούν την πληθυσμιακή ομάδα που αυξάνεται πιο γρήγορα από όλες τις άλλες, ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες χώρες. Μεταξύ αυτών και η Ελλάδα, που σήμερα όχι μόνο έχει έναν από τους πιο γερασμένους πληθυσμούς στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αλλά καταλαμβάνει και την χειρότερη ίσως θέση μεταξύ των κρατών – μελών ως προς την ενεργό γήρανση και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, που ακριβώς λόγω της ηλικίας τους έχουν όχι μόνο περισσότερες αλλά και ιδιαίτερες ανάγκες και προβλήματα.

Κι ενώ ακόμα και πριν την οικονομική κρίση η χώρα μας δεν είχε ακολουθήσει μια στρατηγική για την ενεργό γήρανση, κατά τη διάρκεια αυτής η κατάσταση “εκτροχιάστηκε”. Η απουσία μιας ενιαίας και δίκαια οργανωμένης από το ίδιο το Κράτος κοινωνικής πολιτικής για την Τρίτη Ηλικία, έχει οδηγήσει τους ηλικιωμένους, δηλαδή το μεγαλύτερο τμήμα της ελληνικής κοινωνίας, στο περιθώριο και σε κατάσταση κοινωνικού αποκλεισμού.

Από την άλλη, η αποσπασματική και κατακερματισμένη πολιτική που εφαρμόζουν οι Δήμοι ως φορείς Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α’ βαθμού, χωρίς επαρκή χρηματοδότηση και το απαιτούμενο προσωπικό, αλλά και συχνά χωρίς πολιτικό όραμα και ουσιώδες ενδιαφέρον για τη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, έχοντας και οι ίδιοι πληγεί από την οικονομική κρίση, δεν αρκεί για να καλύψει το κενό της κεντρικής διοίκησης, ενώ ταυτόχρονα, εκ της εγγύτητάς τους με τον τοπικό πληθυσμό, τίθενται προ των ευθυνών τους και καλούνται να διαχειριστούν τα προβλήματα τα των ηλικιωμένων, δυστυχώς τις περισσότερες φορές χωρίς επιτυχία.

Αυτό το κενό που δημιουργείται στη διαχείριση των αναγκών και των προβλημάτων των ηλικιωμένων, συχνά έρχεται να το καλύψει, δυστυχώς όχι πάντα επαρκώς, το ίδιο το περιβάλλον τους, λόγω και του ιδιαίτερου χαρακτήρα τη ελληνικής κοινωνίας. Πρόκειται για την οικογένεια των ηλικιωμένων, με τη στενότερη και ευρύτερη έννοια της, το φιλικό περιβάλλον τους, αλλά και τη γενικότερη κοινότητα στην οποία ανήκουν. Είναι λοιπόν φανερό, σε συνδυασμό με

τα προεκτεθέντα, ότι στις περιπτώσεις που εκλείπει ακόμα κι αυτή η άτυπη κοινωνική υποστήριξη, η κατάσταση των ηλικιωμένων δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο.

Δεδομένης αυτής της κατάστασης και με το σκεπτικό ότι ο πολιτισμός μιας κοινωνίας κρίνεται μεταξύ άλλων και από τη στάση της έναντι της τρίτης ηλικίας, διεξήχθη η παρούσα έρευνα.

*Βασικός σκοπός* της είναι η διερεύνηση-αποτύπωση των αναγκών που έχουν σε διάφορους τομείς τα άτομα τρίτης ηλικίας του Δήμου Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων, όπως τα ίδια τις προβάλλουν, και η συσχέτιση των αναγκών αυτών με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν από τα άτυπα δίκτυα φροντίδας,

*Στόχος* της είναι να αναδείξει τις δομές-προγράμματα τα οποία είναι απαραίτητο να λειτουργήσουν μελλοντικά και κατά προτεραιότητα στον Δήμο, προς όφελος των ηλικιωμένων, με απώτερο σκοπό, δυνάμει των συμπερασμάτων που θα προκύψουν, να γίνουν προτάσεις στον ανωτέρω Δήμο, προς ενίσχυση της κοινωνικής πολιτικής του σε επίπεδο τρίτης ηλικίας.

Η επιλογή του συγκεκριμένου Δήμου δεν είναι τυχαία και πηγάζει από την επαγγελματική μου ιδιότητα. Ως υπάλληλος του Δήμου Λουτρακίου – Περαχώρας – Αγίων Θεοδώρων είμαι σε θέση να γνωρίζω μέσα από την προσέλευση των ίδιων των ηλικιωμένων στις δημοτικές υπηρεσίες αλλά και τα προβλήματα που καθημερινά αναδύονται και σχετίζονται με αυτούς, πόσο πολλές είναι οι ανάγκες τους, συχνά ζωτικής σημασίας, τις οποίες ωστόσο οι υπάρχουσες δομές στον Δήμο, αλλά και στο αρμόδιο νομικό του πρόσωπο, δεν επαρκούν να καλύψουν.

Η παρούσα ερευνητική μελέτη είναι περιγραφική, συγχρονική με χαρακτήρα επισκόπησης και βασίστηκε στην ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση. Ως εργαλείο συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ανώνυμο ερωτηματολόγιο, η συμπλήρωση του οποίου έγινε μέσω της προσωπικής δομημένης συνέντευξης. Τον πληθυσμό της έρευνας απαρτίζουν μόνιμοι κάτοικοι του εν λόγω Δήμου, ηλικίας 65 ετών και άνω, ενώ το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 244 ηλικιωμένα άτομα.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος, το θεωρητικό, συντάχθηκε κατόπιν διεξαγωγής συστηματικής μελέτης της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και περιλαμβάνει τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο γίνεται μια προσπάθεια να οριστεί η Τρίτη ηλικία, με αναφορά στα χαρακτηριστικά γνωρίσματά της, και να εντοπιστούν σε θεωρητικό πάντα επίπεδο οι ανάγκες και τα προβλήματα

των ηλικιωμένων. Το δεύτερο κεφάλαιο αφιερώνεται στην έννοια της κοινωνικής υποστήριξης. Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στον ρόλο που διαδραματίζουν οι Δήμοι στο θέμα της Τρίτης ηλικίας, ενώ στο τελευταίο κεφάλαιο του μέρους αυτού γίνεται γνωριμία με τον Δήμο Λουτρακίου – Περαχώρας – Αγίων Θεοδώρων

Το δεύτερο μέρος είναι το καθαρά ερευνητικό και περιλαμβάνει τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η μεθοδολογία της έρευνας. Στο δεύτερο παρουσιάζονται τα αποτελέσματά της, κατόπιν στατιστικής ανάλυσης των στοιχείων που προέκυψαν. Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μια συζήτηση πάνω στα αποτελέσματα της έρευνας, τα οποία συσχετίζονται με αυτά άλλων ερευνών, εντοπίζονται οι περιορισμοί που τα διέπουν, ενώ παράλληλα προβάλλονται μελλοντικές προεκτάσεις της έρευνάς μας. Το ερευνητικό μέρος ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα.

Συγκεκριμένα παρουσιάζονται οι ανάγκες των ηλικιωμένων του Δήμου Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων σε διάφορους τομείς, ιεραρχημένες ως προς τη σπουδαιότητά τους από τους ίδιους. Προβάλλεται η ένταση και ο βαθμός της κοινωνικής στήριξης που λαμβάνουν από τα άτυπα κοινωνικά τους δίκτυα, η οποία είναι ποικίλη και παρουσιάζει συσχέτιση (και μάλιστα αρνητική) με κάποιους από τους τομείς των αναγκών. Ιεραρχούνται οι δομές/προγράμματα που είναι άμεσης προτεραιότητας να λειτουργήσουν στον εν λόγω Δήμο με ωφελούμενους τα ηλικιωμένα άτομα, ενώ στο τέλος προτείνονται στη δημοτική αρχή συγκεκριμένες δράσεις και πρακτικές, προκειμένου να διαδραματίσει ένα ουσιαστικό ρόλο στην βελτίωση της ζωής των ηλικιωμένων της τοπικής κοινωνίας.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση της βιβλιογραφίας που μελετήθηκε και με την έκθεση παραρτημάτων.

# ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

*«Βλέπεις φλόγα στα μάτια των νέων.*

*Μα στα μάτια των γέρων βλέπεις φως» (Victor Hugo)*

### 1.1 Ορισμός/έννοια της τρίτης ηλικίας

Από τα δημογραφικά στοιχεία των τελευταίων δεκαετιών προκύπτει μια αλματώδης αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, μεταξύ αυτών και στην Ελλάδα, φαινόμενο μάλιστα που εξελίσσεται, με ταυτόχρονη υποχώρηση του ποσοστού εκείνων που ανήκουν στην αρχή της ηλικιακής κλίμακας του πληθυσμού. Το γεγονός αυτό έστρεψε το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας στο θέμα της *τρίτης ηλικίας* και στο φαινόμενο της γήρανσης.

Βέβαια η ενασχόληση των ερευνητών με τους ηλικιωμένους είχε ήδη ξεκινήσει τα χρόνια που ακολούθησαν τη λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Ενώ πριν την έναρξη του πολέμου, το γήρας θεωρούνταν ένα μικρό τμήμα της ζωής, χωρίς ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αλλά απλώς μια φυσική εξέλιξη στην πορεία της ζωής, μετά το τέλος του πολέμου εκείνο που κέντρισε το ενδιαφέρον των επιστημόνων ήταν ότι οι ηλικιωμένοι άνθρωποι είχαν διαδραματίσει κατά τη διάρκειά του σημαντικό αλλά αφανή ρόλο, δρώντας στα «μετόπισθεν» (π.χ. κατασκευάζοντας πυρομαχικά), κάτι που μαρτυρούσε την ύπαρξη σε αυτούς σωματικών και ψυχικών δυνάμεων, που μέχρι τότε περνούσαν απαρατήρητες και φυσικά προκάλεσαν έκπληξη. Ταυτόχρονα την ίδια περίοδο προέκυψε τεράστιο κοινωνικό ζήτημα αναφορικά με την φροντίδα των ηλικιωμένων που συστηματικά πλέον έμεναν μόνοι, καθώς με την ανάπτυξη της βιομηχανίας στις αναπτυσσόμενες χώρες τα παιδιά τους ακολουθούσαν τους δρόμους της αστυφιλίας, κυνηγώντας το όνειρο μιας καλύτερης ζωής.

Από τότε μέχρι σήμερα έχει διεξαχθεί πληθώρα ερευνών από επιστήμονες διαφορετικών ειδικοτήτων, όπως βιολόγους, κοινωνιολόγους, ψυχολόγους κ.λπ., ο καθένας από τους οποίους, ανάλογα με το αντικείμενό του, αναζητά και άλλη πτυχή της τρίτης ηλικίας, την οποία προσπαθεί να φωτίσει. Το αποτέλεσμα είναι να μην

υπάρχει μια ενιαία θεωρία γι' αυτήν. Ωστόσο, για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, θα γίνει μια προσπάθεια να αποδοθεί η έννοια της τρίτης ηλικίας, δυνάμει των ερευνητικών αποτελεσμάτων που έχουν κατά καιρούς εξαχθεί.

Το σημείο στο οποίο συγκλίνουν όλα τα αποτελέσματα είναι η *ανομοιογένεια της πληθυσμιακής ομάδας των ηλικιωμένων*, καθώς στο εσωτερικό της διακρίνονται υποομάδες, με πρώτο και βασικό κριτήριο την ηλικία των ατόμων που την απαρτίζουν. Βέβαια στο θέμα αυτό πρωτοπόροι υπήρξαν και πάλι οι Έλληνες φιλόσοφοι. Συγκεκριμένα ο Αριστοτέλης, μιλώντας για ωριμότητα (και όχι για γηρατειά), τη διέκρινε σε φυσική και πνευματική, τοποθετώντας την πρώτη γύρω στην ηλικία των 35 ετών και τη δεύτερη περίπου στα 49 έτη. Ακολουθώντας ο Πυθαγόρας, μιλώντας για τέσσερα ηλικιακά στάδια στην ανθρώπινη ζωή, κατ' αντιστοιχία με τις εποχές του έτους, διάρκειας είκοσι ετών το καθένα, κάνει σαφή λόγο για γηρατειά ή «χειμώνα», που καλύπτουν την ηλικιακή περίοδο 60-80 έτη.

Νεότεροι ερευνητές, αναφερόμενοι στους ηλικιωμένους, μιλούν για άτομα από 65 ετών και άνω, τα οποία και κατατάσσουν σε τρεις κατηγορίες, ήτοι 65-79, 80-89 και 90 ετών και άνω, ενώ άλλοι σε παραπλήσιες ήτοι 65-74, 75-84 και 85 ετών και άνω. Για την τελευταία μάλιστα κατηγορία, κάποιιο επιστήμονες χρησιμοποιούν τον όρο «τέταρτη ηλικία», αναφερόμενοι σε υπερήλικες, ενώ στα πλαίσια περαιτέρω εξειδίκευσης μερικοί αποκαλούν την περίοδο από το 90ό έτος και πάνω ως «πέμπτη ηλικία».

Ποικιλία απόψεων, όμως, έχει προκαλέσει και το χρονικό σημείο έναρξης της γεροντικής περιόδου. Πολλοί επιστήμονες, κυρίως τις τελευταίες δεκαετίες του 20ού αιώνα, έκαναν λόγο για το 60ό έτος της ηλικίας του ανθρώπου (όριο που πρότεινε το 1982 και η Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος στη Βιέννη). Αργότερα, άλλοι υιοθέτησαν το 65ο έτος, το οποίο σηματοδοτούσε, στις αναπτυγμένες χώρες τουλάχιστον, την έναρξη της συνταξιοδότησης του ατόμου, άποψη που ασπάζονται κυρίως εκείνοι που θεωρούν ότι οι ηλικιωμένοι παύουν ταυτόχρονα να είναι οικονομικά δραστήριοι, οπότε και τους ταυτίζουν με τους συνταξιούχους. Δεδομένου, όμως, ότι σε πολλές χώρες, όπως και στην Ελλάδα, η συνταξιοδότηση πλέον συντελείται σε μεγαλύτερη ηλικία, αναμένονται νέες θεωρίες που θα μεταθέσουν προς τα πάνω την απαρχή των γηρατειών. Εν κατακλείδι, η χρήση του ορίου συνταξιοδότησης για την εννοιολόγηση της τρίτης ηλικίας είναι αρκετά επισφαλής, αφού, όπως τονίζει και ο ΟΟΣΑ αυτό το όριο είναι απλά ένας αριθμός που προκύπτει



με κριτήρια θεσμικά και οικονομικά και κάθε φορά βρίσκεται στο επίκεντρο συζητήσεων και πολεμικής σε σχέση με τη μεταρρύθμιση της κοινωνικής πολιτικής των κρατών.

Είναι περισσότερο από εμφανές ότι η ηλικιακή κατάταξη των ηλικιωμένων είναι ιδιαίτερα περίπλοκη και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από το προσδόκιμο ζωής, το οποίο με τη σειρά του ποικίλλει ανάλογα με την εποχή και τη χώρα. Για παράδειγμα, όταν στην αρχαία Ελλάδα της κλασσικής εποχής ο μέσος όρος ζωής ήταν περίπου τα 30 χρόνια, γίνεται κατανοητό ότι τα γηρατειά κάλυπταν αναλογικά άλλη χρονική περίοδο από αυτήν που καλύπτουν στις μέρες μας, οπότε το προσδόκιμο ζωής, όσον αφορά τουλάχιστον την Ελλάδα, ανέρχεται σήμερα κατά μέσο όρο στα 80 έτη. Παράλληλα, όταν σε μια χώρα υπάρχει υψηλό βιοτικό επίπεδο, αυτό οδηγεί σε αύξηση του μέσου όρου ζωής, επηρεάζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο και την χρονική έναρξη της περιόδου της τρίτης ηλικίας.

Εκτός, όμως, από την ηλικία, κριτήριο διάκρισης μεταξύ των ηλικιωμένων αποτελούν και άλλοι παράγοντες, όπως η υγεία, η ψυχολογική κατάσταση, η οικογενειακή κατάσταση και η οικονομική τους δυνατότητα. Συγκεκριμένα έχει γίνει πολύς λόγος για «νέους ηλικιωμένους» και για «ηλικιωμένους ηλικιωμένους». Οι πρώτοι έχουν υγεία, είναι ακμαίοι και δραστηριοποιούνται σε πολλούς τομείς, αποτελούν ενεργά μέλη των οικογενειών τους και διαθέτουν οικονομική άνεση, στοιχεία που στερούνται οι δεύτεροι, γεγονός που τους προσδίδει ευαλωτότητα.

Όλα τα παραπάνω έχουν σαν αποτέλεσμα ακόμα και μέσα στην ίδια κατηγορία (π.χ. ηλικιακή), οι ηλικιωμένοι να παρουσιάζουν βασικές διαφορές μεταξύ τους λ.χ. ως προς την ψυχοσύνθεσή τους. Υπάρχουν επίσης ηλικιωμένοι που δεν εμφανίζουν τα χαρακτηριστικά που αποδίδουν οι ερευνητές στην τρίτη ηλικία, ενώ από την άλλη, τα χαρακτηριστικά αυτά μπορεί να εντοπίζονται ακόμα και σε άτομα μικρότερων ηλικιών (το φαινόμενο της λεγόμενης «πρόωρης γήρανσης»). Είναι λοιπόν πασιφανές ότι η τρίτη ηλικία αποτελεί μια συγκεχυμένη έννοια που κακώς συνδέεται αποκλειστικά με τη χρονολογική ή βιολογική ηλικία, αφού ενέχει και κοινωνικές και ψυχολογικές εκφάνσεις.

Όλα αυτά, συνέβαλαν αφενός στο να αμφισβητηθεί από πολλούς το δόκιμο της ύπαρξης του όρου «τρίτη ηλικία» ως μία κατηγορία στην οποία δύνανται να ενταχθούν όλοι οι ηλικιωμένοι, και αφετέρου στο να ανακύψει πρόβλημα ως προς την υιοθέτηση μιας κοινής πολιτικής, αποδοτικής για το σύνολο των ηλικιωμένων πάνω σε θέματα που τους αφορούν.

Εναλλακτικά του όρου αυτού, πολλοί ερευνητές χρησιμοποιούν τους όρους «γήρας» ή «γήρανση», αναφερόμενοι στην τελευταία περίοδο της ζωής, λίγο πριν το βιολογικό θάνατο και αμέσως μετά την περίοδο ωριμότητας του ανθρώπου, μία περίοδο όπου το άτομο μεταπίπτει από την ανεξαρτησία στην απώλεια αυτής. Άλλοι με τους όρους αυτούς κάνουν λόγο για μια πολύπλοκη διαδικασία κατά την οποία το άτομο υφίσταται μια σειρά αλλαγών, καταρχάς οργανικών και στη συνέχεια εμφανισιακών, καθώς και αλλαγών σε επίπεδο συμπεριφοράς, εμπειρίας και κοινωνικών ρόλων, που όχι μόνο δεν επιδέχονται διόρθωση και δη βελτίωση, αλλά επιδεινώνονται με το πέρασμα των χρόνων. Οι αλλαγές αυτές βέβαια παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις από άνθρωπο σε άνθρωπο και δεν σημαίνει ότι κατ' ανάγκη εντοπίζονται όλες σωρευτικά στο ίδιο πρόσωπο. Έχει μάλιστα αποδειχθεί ότι η έκτασή τους εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, με σημαντικότερους τον τρόπο ζωής του ατόμου, την κληρονομικότητά του, την ιδιοσυγκρασία του καθώς και τις οικογενειακές και κοινωνικές συνθήκες στις οποίες ζει.

Γίνεται λοιπόν φανερό ότι και στην περίπτωση χρήσης των όρων αυτών, η συμπτωματολογία διαφέρει τόσο πολύ από άτομο σε άτομο, που και πάλι καταλήγουμε στον ίδιο παρονομαστή: ότι δεν μπορεί να υπάρξει αποκλειστικά μία θεωρία που να καλύπτει όλες τις περιπτώσεις.

Ανεξάρτητα από όσα προαναφέρθηκαν, πρέπει να καταστεί σαφές ότι το γήρας δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση ασθένεια, μολονότι στα ηλικιωμένα άτομα παρατηρείται συσσώρευση ασθενειών σε σχέση με τους νεότερους, και ότι, όπως υποστήριξαν οι Whitbourne και Hulicka (1990) «[...] η προχωρημένη ηλικία δεν είναι κατ' ανάγκη περίοδος φυσικής αποσύνθεσης, γνωστικής κάμψης και κοινωνικής απομόνωσης. Για πολλούς ηλικιωμένους είναι περίοδος φυσικής δραστηριότητας, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ευχάριστων κοινωνικών σχέσεων».

Κλείνοντας το θέμα αυτό και λαμβάνοντας υπόψη όσα προαναφέρθηκαν, επισημαίνεται ότι, στα πλαίσια αυτής της εργασίας, ως χρονική αφετηρία για να χαρακτηριστεί κάποιος ως ηλικιωμένος, συμβατικά θα ληφθεί το 65ο έτος της ηλικίας του, δεδομένου ότι αυτό προκύπτει και από τα στοιχεία της απογραφής του ελληνικού πληθυσμού (2011) στα οποία θα στηριχθεί και η έρευνα που θα διεξαχθεί.

## 1.2 Θεωρίες για το γήρας

Πριν προχωρήσουμε στην αποτύπωση των πιο σημαντικών θεωριών σχετικά με το γήρας, θα γίνει αναφορά στη διάκριση που γίνεται μεταξύ πρωτογενούς και δευτερογενούς γήρατος (Busse, 1969; Lemme, 1995).

Το *πρωτογενές γήρας* αναφέρεται στη βιολογική γήρανση. Συνοπτικά τα χαρακτηριστικά του έχουν ως εξής:

- Εμφανίζεται σε όλα τα έμβια όντα και σε όλα τα μέλη του ίδιου είδους
- Δεν εμφανίζεται ξαφνικά και εξελίσσεται προοδευτικά
- Συνίσταται σε δομικές και λειτουργικές μεταβολές, που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου, είναι γενετικά προγραμματισμένες, εμφανίζονται με την πάροδο του χρόνου και δρουν αθροιστικά
- Οφείλεται σε εσωτερικά αίτια
- Είναι αναπότρεπτο, αρχίζει μετά την ωριμότητα (σωματική και αναπαραγωγική) και καταλήγει στον θάνατο.
- Οι επιπτώσεις του έγκεινται στη μικρότερη αντοχή του ατόμου στην αντιμετώπιση των εξωγενών πιέσεων και στην αύξηση της πιθανότητας θανάτου.

Το *δευτερογενές γήρας* αναφέρεται σε παθολογικές μεταβολές που βιώνει το άτομο και οφείλονται σε εξωγενείς παράγοντες: το περιβάλλον (φυσικό, κοινωνικό, οικονομικό, ιστορικό), η προσωπικότητα του ατόμου και η αυτοεικόνα του, η συμπεριφορά του (π.χ. συνήθειες) και οι ασθένειες. Καθίσταται λοιπόν φανερό ότι το δευτερογενές γήρας δεν είναι καθολικό ούτε προγραμματισμένο και όταν κάνει την εμφάνισή του επιδεινώνει το πρωτογενές, που στέκεται «ακοίμητος» φρουρός του ανθρώπου.

Οι σημαντικότερες θεωρίες του γήρατος είναι οι βιολογικές και οι ψυχοκοινωνικές.

Οι *βιολογικές θεωρίες* αναφέρονται στις βιολογικές μεταβολές που σχετίζονται με την ηλικία και διακρίνονται σε δύο επιμέρους κατηγορίες:

- (α) Στις *θεωρίες του λάθους* που υποστηρίζουν ότι ο οργανισμός του ανθρώπου επηρεάζεται από τις συνθήκες του περιβάλλοντος. Σε αυτές ενδεικτικά ανήκουν η *θεωρία της φθοράς*, η οποία αντιμετωπίζει τον ανθρώπινο οργανισμό ως μία μηχανή που λόγω της ακατάπαυστης χρήσης της καταστρέφεται, καθώς και η *θεωρία των ελευθέρων ριζών* που αντιμετωπίζει το γήρας ως το συνολικό αποτέλεσμα των ζημιών που υφίσταται ο οργανισμός καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του και οι οποίες οφείλονται στη δράση χημικών ενώσεων.
- (β) Στις *θεωρίες του προγραμματισμού*, σύμφωνα με τις οποίες κάθε έμβιο ον είναι προγραμματισμένο να ζήσει συγκεκριμένα χρόνια. Ενδεικτικά, η *θεωρία του ρυθμού της ζωής* υποστηρίζει ότι κάθε ον εμπεριέχει μια προκαθορισμένη ποσότητα ζωτικής ουσίας που όταν τελειώσει με το πέρασμα των χρόνων, το άτομο πεθαίνει, ενώ η *διασταυρωμένη θεωρία* κάνει λόγο για λανθασμένες συνδέσεις των μορίων του DNA με την πάροδο του χρόνου.

Αντίστοιχα οι *ψυχοκοινωνικές θεωρίες* ασχολούνται με τις συναισθηματικές και κοινωνικές μεταβολές που σηματοδοτεί η έλευση του γήρατος. Περιλαμβάνουν τη *θεωρία της δραστηριότητας* που συσχετίζει το γήρας με την αξία της δράσης, υποστηρίζοντας ότι όσο πιο δραστήρια είναι τα άτομα κατά την περίοδο αυτή, τόσο πιο ευχαριστημένα είναι από τη ζωή τους, καθώς και τη *θεωρία της αποδέσμευσης*, η οποία αντιθέτως, υποστηρίζει ότι οι μεταβολές που επέρχονται με τα χρόνια αναγκάζουν εκ των πραγμάτων το άτομο να αποχωρήσει από την ενεργό δράση.

Άλλη μια βασική κατηγορία θεωριών με αντικείμενο το γήρας είναι οι λεγόμενες *θεωρίες σταδίων*, οι οποίες αναφέρονται αφενός στα πρότυπα ανάπτυξης κι αφετέρου στην ακολουθία των σταδίων αυτής. Οι πιο διαδεδομένες είναι οι ακόλουθες:

#### *Θεωρία του Erickson*

Η εν λόγω θεωρία τονίζει την αλληλεπίδραση ατόμου και κοινωνίας και ασχολείται με την ανάπτυξη σε όλες τις ηλικίες. Στα πλαίσια αυτά, διαπιστώνει οκτώ

στάδια ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης, τα οποία ισχύουν για όλους τους ανθρώπους, σχετίζονται με την ηλικία και αποτυπώνουν τις διαφορετικές πτυχές του «εγώ» σε σχέση με τους άλλους ανθρώπους. Σε καθένα από αυτά τα στάδια, το άτομο εμφανίζει θετικές και αρνητικές συμπεριφορές και επικρατούν τελικά εκείνες που βοηθούν το άτομο να προσαρμοστεί στο συγκεκριμένο στάδιο, γεγονός που οδηγεί στην ανάπτυξή του και στην κατάλληλη προετοιμασία του ώστε να μεταβεί στο επόμενο.

Στη θεωρία του Erikson το 8ο και τελευταίο στάδιο ανάπτυξης του ανθρώπου είναι η «ολοκλήρωση-απελπισία» (όψιμα χρόνια-θάνατος): στο στάδιο αυτό, ο άνθρωπος, ηλικιωμένος πλέον και σταδιακά απομακρυσμένος από τις δραστηριότητες της ενήλικης ζωής, κοιτά το παρελθόν του και προσπαθεί να αξιολογήσει την έως τώρα ζωή του, προκειμένου να προετοιμαστεί κατάλληλα ώστε να αποδεχτεί τον θάνατο. Σε περίπτωση που δεν καταφέρνει να τον αποδεχτεί ή η αξιολόγηση που κάνει καταλήγει να είναι αρνητική, τότε είναι δυστυχισμένος και φοβισμένος για τον θάνατο που θα έρθει. Αντίθετα αν διαπιστώσει ότι «έζησε τελικά μια ζωή με νόημα» νιώθει ευφορία και πληρότητα, σε σημείο που μπορεί να διαχειριστεί ακόμα και αυτή την ιδέα του θανάτου.

#### *Θεωρία του Peck*

Επεκτείνοντας την προαναφερόμενη θεωρία, ο Peck δίνει στους ανθρώπους οδηγίες που πρέπει να ακολουθούν ανάλογα με το στάδιο της ζωής τους. Αναφερόμενος στο στάδιο του γήρατος, αναφέρει ότι το άτομο θα πρέπει:

- Να διαφοροποιεί τις δραστηριότητές του και τα κριτήρια αυτοεκτίμησής του προκειμένου να ικανοποιούν τις διάφορες πτυχές της ταυτότητάς του και τα ενδιαφέροντά του. Μόνο με αυτόν τον τρόπο θα μπορέσει να ανταποκριθεί στη μεγάλη αλλαγή που θα φέρει στη ζωή του η συνταξιοδότηση, οπότε και θα αναγκαστεί να εγκαταλείψει τη βασική του δραστηριότητα.
- Να αποδέχεται τις σωματικές δυσκολίες που θα προκύψουν και να επιδιώκει την υπέρβασή τους, κι όχι να τις τοποθετήσει στο επίκεντρο της προσοχής του.
- Να προσπαθήσει να περιορίσει τον εγωισμό του, προσφέροντας στα παιδιά και τους φίλους του και κάνοντας φιλανθρωπίες.

### *Θεωρία του Butler*

Αναφέρεται στο πόσο σημαντικό είναι για το άτομο κατά την περίοδο του γήρατος να επιτύχει την αυτο-ολοκλήρωσή του και να εξασφαλίσει την ψυχική του ηρεμία. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της «ανασκόπησης», κατά την οποία ο ηλικιωμένος ανασύρει στη μνήμη του το παρελθόν του, εξετάζει τα διάφορα περιστατικά και τα προβλήματα υπό νέο πρίσμα και με τις νέες εμπειρίες που διαθέτει, τα αξιολογεί και πολλές φορές αναθεωρεί τη στάση και τις απόψεις του.

### *Θεωρία του Havighurst*

Η συγκεκριμένη θεωρία κάνει λόγο για τις υποχρεώσεις που έχει το άτομο σε κάθε στάδιο της ζωής του. Έτσι μιλώντας για τους ηλικιωμένους (60-θάνατο) επισημαίνει τα εξής:

- Να αποδεχτούν τον σταδιακό περιορισμό των σωματικών τους δυνάμεων
- Να αποδεχτούν τη συνταξιοδότηση και την παρεπόμενη απώλεια εισοδήματος
- Να αποδεχτούν τον θάνατο του/της συζύγου/συντρόφου
- Να επιδιώξουν σχέσεις με ανθρώπους της ηλικίας τους
- Να ανταπεξέρχονται στα κοινωνικά καθήκοντά τους και στα καθήκοντα που έχουν απέναντι στο κράτος
- Να εξασφαλίσουν μια ποιοτική ζωή

Κλείνοντας τις θεωρίες των σταδίων, από τις οποίες παρατέθηκαν κάποιες ενδεικτικά, θα πρέπει να επισημανθεί ότι το μεγαλύτερο πρόβλημά τους είναι ότι αντιμετωπίζουν το γήρας (όπως και τα άλλα στάδια της ζωής) καθαρά ηλικιακά και χρονικά, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τους ανθρώπινες συμπεριφορές, κάτι που αποτελεί μείζον ζήτημα για την εμβάθυνση στο θέμα των γηρατειών, όπως έχει ήδη επισημανθεί.

Τέλος, εκτός των όσων προαναφέρθηκαν, αξίζει να μνημονεύσουμε και τις ακόλουθες θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για το γήρας:

- Τη *θεωρία της ανταλλαγής*: υποστηρίζει ότι η οι ηλικιωμένοι, καθώς υπολείπονται σε πόρους των νεότερων, κατέχουν μικρότερη δύναμη σε σχέση με αυτούς.

- Τη *θεωρία του εκσυγχρονισμού*: παρουσιάζει τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνική βιομηχανοποίηση και στη θέση των ηλικιωμένων μέσα στην κοινωνία, αναφέροντας ότι όσο η πρώτη αυξάνεται τόσο δυσχεραίνει η δεύτερη και αντίστροφα.
- Τη *θεωρία των συγκρούσεων*: σύμφωνα με αυτήν, η γήρανση διαμορφώνεται υπό την επίδραση της κοινωνίας και συγκεκριμένα των μεταβολών που υφίσταται και των ομάδων που περιλαμβάνει.

### 1.3 Χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας

Η τρίτη ηλικία ως μία ξεχωριστή περίοδος στη ζωή του ανθρώπου, και μάλιστα η έσχατη, αποδίδει στους ανθρώπους της συγκεκριμένα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά, τα οποία και σηματοδοτούν αξιοσημείωτες αλλαγές σε σύγκριση με τα προγενέστερα στάδια.

(α) *Εξωτερική εμφάνιση*: Οι αλλαγές σε αυτήν είναι χαρακτηριστικές χωρίς, όμως, να συντελούνται ακαριαία, με την είσοδο του ατόμου στη φάση του γήρατος, και με τον ίδιο ρυθμό για όλους. Τα άσπρα μαλλιά είναι δείγμα προχωρημένης ηλικίας, αλλά και συσσωρευμένης σοφίας. Το δέρμα μπορεί να είναι μια σκληρή ένδειξη ότι κάποιος έχει αρχίσει να γερνάει. Οι ρυτίδες πληθαίνουν και γίνονται πιο βαθιές, το δέρμα γίνεται όλο και πιο ευαίσθητο, «στεγνώνει» και παρουσιάζει σημεία με έντονη ξηρότητα, ενώ συχνά γίνεται πιο ωχρό. Ταυτόχρονα εμφανίζονται στο πρόσωπο, στα χέρια και στα πόδια οι επονομαζόμενες «γεροντικές κηλίδες», δηλαδή σκούρες πανάδες, χαρακτηριστικές του γερασμένου δέρματος. Τέλος το βάρος μειώνεται και συρρικνώνεται το ύψος.

Οι παραπάνω αλλαγές σαφώς δεν επηρεάζουν τους υπόλοιπους τομείς που θα αναπτυχθούν παρακάτω, όμως, επειδή σχετίζονται με την αυτο-εικόνα του ανθρώπου και το επίπεδο αυτο-εκτίμησης που αυτή δημιουργεί, είναι πιθανόν να έχουν συνέπειες κυρίως στη ψυχολογία του ηλικιωμένου.

(β) *Βιολογικό επίπεδο*: Οι άνθρωποι γερνάνε, γιατί πρώτα από όλα γερνάνε τα κύτταρά τους. Τα βλαστοκύτταρα, που θεωρείται ότι αντιμάχονται τη γήρανση αναπληρώνοντας τα γερασμένα ή κατεστραμμένα κύτταρα, υποχωρούν, καθώς το γήρας επέρχεται, ενώ η ικανότητα αναγέννησής τους αδυνατίζει. Στα ηλικιωμένα άτομα η κατάσταση και λειτουργία των διαφόρων συστημάτων του οργανισμού διαταράσσονται και τείνουν προς την επιδείνωση. Αυτά που πρωτίστως επιβαρύνονται είναι το κυκλοφορικό σύστημα, με τη λειτουργία της καρδιάς να γίνεται λιγότερο σταθερή και με εμφάνιση αρτηριακής πίεσης, το αναπνευστικό (ο αέρας φτάνει στους πνεύμονες με λιγότερες ποσότητες οξυγόνου, κάτι που προκαλεί μεγαλύτερη κόπωση και δύσπνοια, που με τη σειρά τους κάνουν το άτομο, αντίστοιχα, να αποφεύγει τις κοπιαστικές δραστηριότητες και να έχει την αίσθηση της ασφυκτικής δυσκολίας αναπνοής), το γαστρεντερολογικό (πεπτικές δυσκολίες) και το ουροποιητικό σύστημα (κυρίως στους άνδρες με την εμφάνιση του προστάτη ή ακράτεια και για τα δύο φύλα).

Παράλληλα πιο ευαίσθητα γίνονται το μυοσκελετικό σύστημα (ιδιαίτερα στις γυναίκες ως απόρροια της οστεοπόρωσης), το ανοσοποιητικό (γίνονται πιο ευπρόσβλητοι στις ασθένειες) και το νευρικό σύστημα (π.χ. εμφάνιση διαταραχών στον ύπνο - κυρίως αϋπνία, απορρύθμιση της σωματικής θερμοκρασίας με αποτέλεσμα να κρυώνουν και να ζεσταίνονται πιο εύκολα). Αλλαγές βέβαια εμφανίζονται και στο αναπαραγωγικό σύστημα (με τους άνδρες να μπορούν να τεκνοποιήσουν και σε μεγάλη ηλικία, όχι, όμως, και οι γυναίκες) και στη σεξουαλική ζωή (της οποίας οι δραστηριότητες περιορίζονται, στους μεν άνδρες λόγω της λειτουργίας του προστάτη, στις δε γυναίκες λόγω ορμονικών δυσλειτουργιών). Αν και όσον αφορά την τελευταία, έχει αποδειχθεί ότι η καταστολή της δεν οφείλεται τόσο σε βιολογικούς παράγοντες, όσο σε ψυχολογικούς και πολιτιστικούς – ηθικούς λόγους.

Ταυτόχρονα οι ηλικιωμένοι γίνονται πιο δυσκίνητοι, γεγονός που συχνά τους αποκλείει από κάποιες δραστηριότητες ή στο μέγιστο βαθμό τούς καθλώνει και τους καθιστά εξαρτώμενους από τους άλλους, διαταράσσεται η ισορροπία τους, έτσι ώστε κινδυνεύουν με πτώσεις, ενώ οι αισθήσεις τους αμβλύνονται, με πρώτες την όραση και την ακοή, επηρεάζοντας την προσαρμοστικότητά τους στο περιβάλλον, εμποδίζοντάς τους από κοινωνικές εκδηλώσεις και κυρίως υποχρεώνοντάς τους σε εξάρτηση από άλλους (ιδιαίτερα στην περίπτωση προβλημάτων όρασης).



Οι παραπάνω βιολογικές αλλαγές επέρχονται ανεξάρτητα από την υγεία των ανθρώπων. Η εμφάνιση ασθενειών απλώς έρχεται να τις επιτείνει και να τις επιταχύνει, καθιστώντας τον ηλικιωμένο πιο ευάλωτο.

(γ) *Γνωστικό επίπεδο*: Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν δυσκολίες στην απόκτηση καινούριων γνώσεων, καθώς μειώνεται η ικανότητά τους για αφομοίωση. Επίσης παρουσιάζουν μεγαλύτερη έλλειψη προσοχής, μειώνεται η ικανότητά τους να αγνοούν τους περισπασμούς, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να διαχειριστούν πολλές και άσχετες μεταξύ τους πληροφορίες. Καθώς η μνήμη τους αμβλύνεται, περιορίζεται στην «αποθήκευση» μόνο εκείνων των πληροφοριών που κρίνονται από αυτούς σημαντικές, κι εφόσον τους παρέχονται με τέτοια ταχύτητα που να προλαβαίνουν να τις επεξεργαστούν. Από την άλλη, παραμένει έντονα προσκολλημένη σε γεγονότα του παρελθόντος, το οποίο και οι ηλικιωμένοι αναπολούν καθώς αντιπροσωπεύει την περίοδο της νιότης και της δράσης τους.

Ωστόσο, οι ελλείψεις αυτές, αν και σημαντικές, εξισορροπούνται αφενός από την όξυνση της ορθολογιστικής και στοχαστικής σκέψης τους και αφετέρου από την εφαρμογή των βιωμάτων τους και τη μετουσίωση των ικανοτήτων τους σε πράξεις. Επίσης έρευνες που έχουν γίνει ανέδειξαν την ικανότητα κάποιων γηραιότερων να υπερσυνδέουν τις άσχετες πληροφορίες που λαμβάνουν, να τις συνδέουν δηλαδή με άλλες πληροφορίες που εμφανίζονται την ίδια ώρα, και με τον τρόπο αυτό να ενισχύουν τη μνήμη τους.

Τέλος θα πρέπει να επισημανθεί ότι η ανωτέρω περιγραφόμενη απώλεια μνήμης, που αποτελεί χαρακτηριστικό της φυσιολογικής γήρανσης, διαφοροποιείται άρδην από τη σοβαρή απώλεια της γενικής νοητικής ικανότητας (άνοια), η οποία αποτελεί σοβαρή πάθηση που οφείλεται σε βλάβη και μπορεί να εμφανιστεί και σε μη ηλικιωμένα άτομα.

(δ) *Κοινωνικό επίπεδο*: Τα ηλικιωμένα άτομα είναι περισσότερο ενδοστρεφή, λιγότερο κοινωνικά, απεμπολούν μεγάλο μέρος της ανεξαρτησίας τους ή αναγκάζονται από τις συνθήκες ζωής τους να το κάνουν και παρουσιάζουν μεγαλύτερη εξάρτηση από τους άλλους (κυρίως την οικογένειά τους και δη τα παιδιά τους). Η κατάσταση αυτή επιτείνεται και από τη στάση του συνόλου της κοινωνίας

που αντιμετωπίζει τους ηλικιωμένους ως απόμαχους της ζωής, ωθώντας τους με τον τρόπο της στο περιθώριο.

Ωστόσο, υπάρχουν και άτομα τα οποία, όντας εξοικειωμένα με τα γηρατειά, είναι δραστήρια, με ενεργή κοινωνική ζωή και ενδιαφέροντα προσαρμοσμένα στις νέες καταστάσεις. Εξάλλου οι ηλικιωμένοι έχουν ένα βασικό προνόμιο, τον «ελεύθερο χρόνο», που αν αξιοποιηθεί σωστά, κάτι που εξαρτάται ως επί το πλείστον από τους ίδιους, μπορεί να αποβεί θετικό στοιχείο για την καθημερινότητά τους αλλά και έναυσμα για τη δημιουργία κοινωνικών δεσμών.

Επίσης έχει διατυπωθεί η άποψη ότι οι άνθρωποι, καθώς βιώνουν τα γηρατειά τους, έχουν πιο αυστηρές πεποιθήσεις γι' αυτό και αποκαλούνται χαρακτηριστικά «οπισθοδρομικοί», καθώς δεν μπορούν να ακολουθήσουν τις εξελίξεις της κοινωνίας και να εκσυγχρονιστούν (εδώ πολλοί βασίζονται για να μιλήσουν για το «χάσμα των γενεών»). Από την άλλη, όμως, έρευνες αμερικανών έδειξαν ότι πολλές φορές οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν αναπάντεχη «στροφή» προς περισσότερο ελεύθερες απόψεις και υιοθετούν στάσεις πιο φιλελεύθερες όσον αφορά στην πολιτική, στην οικονομία, στις εθνικές πεποιθήσεις, στα δύο φύλα, στη θρησκεία και σε σεξουαλικά θέματα. Πρόκειται για εκείνες τις σπάνιες περιπτώσεις που τα λόγια ενός παππού ή μιας γιαγιάς μπορούν να καταπλήξουν ακόμα και τα εγγόνια τους.

(ε) *Ψυχολογικό επίπεδο:* Στον ψυχολογικό τομέα η κατάθλιψη πραγματικά «σαρώνει» μεγάλο μέρος των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας. Αυτή μπορεί να οφείλεται σε διάφορους λόγους, με πιο σημαντικούς την απώλεια του/της συντρόφου, τη μοναξιά, τις αλλαγές που εμφανίζονται στη ζωή του ατόμου χωρίς το ίδιο να μπορεί να τις διαχειριστεί, την οικονομική δυσπραγία κ.λπ. Ένα άλλο χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων είναι ότι διακατέχονται από έντονη νοσταλγία για τη ζωή που πέρασε και ταυτόχρονα έντονο άγχος, απαισιοδοξία και ανασφάλεια για τα χρόνια που έρχονται, και πάνω από όλα από το άγχος του θανάτου.

Ο φόβος της απώλειας των οικείων προσώπων τους είναι πολύ έντονος, ενώ το μεγάλο στρες που νιώθουν σχετικά με την υγεία τους συχνά τους κάνει εμμονικούς. Πολλές φορές έχουν εκρήξεις θυμού, αδικαιολόγητες για τους άλλους, ενώ η θλίψη συχνά είναι μόνιμη σύντροφός τους καθώς δεν μπορούν να διαχειριστούν τον κυκεώνα των αλλαγών που τους κατακλύζει. Στο ίδιο ακριβώς σημείο οδηγεί και η

αίσθηση ότι συχνά, λόγω της αδυναμίας να ανταποκριθούν μόνοι τους στις ανάγκες της ζωής, εξαρτώνται από τους άλλους και ότι δεν έχουν πλέον τον έλεγχο της ζωής τους, γεγονός που μειώνει την αυτο-εκτίμησή τους.

Σε γενικές γραμμές κατά το γήρας η προσωπικότητα του ατόμου αλλάζει, με τις αλλαγές που συντελούνται να κυμαίνονται από τις πιο απλές μέχρι και την εμφάνιση συμπτωμάτων ψυχικών παθήσεων (π.χ. παράνοια). Όλα τα ανωτέρω χαρακτηριστικά δεν εμφανίζονται ούτε στο σύνολό τους ούτε με την ίδια ένταση στα ηλικιωμένα άτομα. Γεγονός πάντως είναι ότι μεταξύ τους δεν υπάρχουν στεγανά, αλλά είναι αλληλένδετα και συχνά το ένα είναι η αιτία για την εμφάνιση του άλλου.

Η εκδήλωση ή μη αυτών καθώς και οι διαστάσεις που θα λάβουν έχει αποδειχθεί ερευνητικά ότι εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, ενδογενείς και εξωγενείς, με κυρίαρχους: την κληρονομικότητα, τη ψυχική υπόσταση του ατόμου, την προσαρμοστική ικανότητα και συμπεριφορά του, το οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του, καθώς και τον τρόπο ζωής του.

## **1.4 Ανάγκες – προβλήματα**

### **1.4.1 Ανάγκες των ηλικιωμένων**

Σε άμεση συνάφεια με τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων βρίσκονται και οι ανάγκες τους, οι οποίες παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις κατ' αντιστοιχία με την ετερογένεια που παρατηρείται στην πληθυσμιακή ομάδα τους. Οπωσδήποτε οι πιο βασικές από αυτές δεν διαφέρουν από τις ανάγκες των νεοτέρων.

Με τις ανάγκες των ανθρώπων, ανεξαρτήτου ηλικίας, ασχολήθηκε εμπεριστατωμένα ο ανθρωπιστής ψυχολόγος και φιλόσοφος Abraham Maslow, ο πρώτος που εισήγαγε την έννοια της ιεράρχησης των αναγκών και την επίδρασή τους στην ανθρώπινη συμπεριφορά, στην εργασία του με τίτλο «A Theory of Human Motivation» (1943) και ακολούθως στο έργο του «Motivation and Personality», επιδιώκοντας να αναδείξει την τάση των ανθρώπων να ικανοποιήσουν κατά πρώτον τις βασικές ανάγκες τους και ακολούθως τις πιο σύνθετες.

Ο Maslow, στα πλαίσια της ιεράρχησης, τη σχηματοποίησε με τη μορφή πυραμίδας, στη βάση της οποίας τοποθετούνται οι πιο βασικές ανάγκες, και όσο

προχωρά κανείς προς την κορυφή οι ανάγκες γίνονται πιο περίπλοκες, όπως φαίνεται και στο παρακάτω διάγραμμα (Διάγραμμα 1):



**Διάγραμμα 1: Η Πυραμίδα του Maslow**

*Πηγή: socialpolicy.gr*

Στη βάση της πυραμίδας βρίσκονται οι βασικές βιολογικές ανάγκες, που έχουν σχέση με την επιβίωση, και που το άτομο θα πρέπει πρωτίστως να καλύψει για να μπορέσει να πορευθεί στα ανώτερα επίπεδα. Στο αμέσως επόμενο επίπεδο βρίσκεται η ανάγκη για ασφάλεια σε διάφορους τομείς, που και αυτό κατά κάποιον τρόπο σχετίζεται με την επιβίωση. Ακολουθούν οι κοινωνικές ανάγκες, δηλαδή το να έχει κάποιος οικογενειακές και φιλικές σχέσεις, καθώς και σχέσεις με το άλλο φύλο, να αισθάνεται ότι τον αγαπούν και ότι τον αποδέχονται. Πρόκειται για ανάγκες που δε σχετίζονται άμεσα με την επιβίωση, παρέχουν, όμως, μεγάλη ικανοποίηση στον άνθρωπο.

Επόμενες στη σειρά είναι οι ανάγκες της εκτίμησης. Πρόκειται για τις ανάγκες του ατόμου να έχει τις δικές του απόψεις, να στηρίζεται και να πιστεύει στον εαυτό του, εξασφαλίζοντας τόσο τον αυτοσεβασμό όσο και τον σεβασμό των άλλων στο πρόσωπό του. Στην κορυφή του σχήματος τοποθετούνται οι ανάγκες της αυτοπραγμάτωσης, δηλαδή η δημιουργικότητα, η εκπλήρωση των δυνατοτήτων και

ικανοτήτων του ατόμου καθώς και η εσωτερική ισορροπία που επιφέρει η πληρότητα και η επίτευξη των στόχων.

Επιχειρώντας την προσαρμογή της παραπάνω θεωρίας συγκεκριμένα στα άτομα της τρίτης ηλικίας, εύκολα διαπιστώνονται τα εξής:

- Βασική προτεραιότητα για τους ηλικιωμένους, στα πλαίσια διασφάλισης της επιβιώσής τους, είναι η υγεία και η διαχείριση των θεμάτων που σχετίζονται με αυτή.
- Ακολουθεί η ανάγκη της ασφάλειας η οποία καλύπτεται από τη στιγμή που το άτομο διαθέτει ένα ασφαλές σπίτι, ασφαλές εισόδημα και σταθερή πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
- Επόμενη αλλά εξίσου σημαντική είναι η ανάγκη του ανήκειν. Η ανάγκη αυτή επαναπροσδιορίζεται αναγκαστικά, καθώς οι ηλικιωμένοι χάνουν τους συντρόφους και τους φίλους τους και ταυτόχρονα βιώνουν έντονα το άγχος της απομόνωσης και της μοναξιάς, ενώ εκείνο που οι ίδιοι αποζητούν είναι η αγάπη, το ενδιαφέρον και η αποδοχή. Στην περίπτωση αυτή το άτομο, για να καλύψει τις παραπάνω ανάγκες, θα πρέπει να βρει το ψυχικό σθένος ώστε να επιδιώξει νέες γνωριμίες, διευρύνοντας τον κύκλο του, και να στραφεί σε νέες ενασχολήσεις και δραστηριότητες από τις οποίες θα αντλεί ικανοποίηση.
- Η διατήρηση της αυτοεκτίμησης είναι η βάση πάνω στην οποία στηρίζεται όλη η ψυχολογία του ηλικιωμένου. Δεδομένου ότι οι ικανότητές του μειώνονται και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει αυξάνονται, ο ηλικιωμένος αισθάνεται την ανάγκη να νιώθει ότι εξακολουθεί να βασίζεται στις δυνάμεις του, χωρίς να εξαρτάται από τους άλλους. Το όπλο που διαθέτει απέναντι σε αυτή την ανάγκη είναι οι γνώσεις του και η εμπειρία που έχει αποκτήσει από τη ζωή, που έρχονται να εξισορροπήσουν την εξασθένηση των σωματικών και πνευματικών του δυνάμεων, εξασφαλίζοντάς του αξιοπρεπή θέση στην κοινωνία και κύρος ανάμεσα στις νεότερες γενιές.
- Στην κορυφή της πυραμίδας των αναγκών βρίσκεται η αυτοπραγμάτωση. Στο επίπεδο αυτό, όπως και στο προηγούμενο, η εμπειρία τους, χάριν στην οποία έχουν φιλοσοφήσει τη ζωή, δύναται να τους εξασφαλίσει το αίσθημα πληρότητας και ολοκλήρωσης. Ταυτόχρονα έρευνες που έχουν γίνει σε πληθυσμούς ηλικιωμένων σε διάφορες χώρες, έχουν αναδείξει τη δημιουργική απασχόληση ως

βασικό μέσο για την αύξηση της αυτοεκτίμησης και την επίτευξη της αυτοπραγμάτωσης των συμμετεχόντων σε αυτές.

Ολοκληρώνοντας τη θεωρία του Maslow, χρειάζεται να σημειωθεί κατά πρώτον ότι δεν πρόκειται για ένα στατικό μοντέλο και ότι οι ανάγκες που αποτυπώνει είναι πιθανόν να επηρεαστούν από διάφορους παράγοντες, όπως την ιδιοσυγκρασία του ατόμου, το πολιτιστικό περιβάλλον του κ.λπ. και κατά δεύτερον ότι ένας ηλικιωμένος δεν επιτυγχάνει να καλύψει όλα τα επίπεδα των αναγκών, με το ποσοστό να μειώνεται όσο προχωράει κάποιος προς την κορυφή της πυραμίδας.

Πέραν του Maslow, πολλοί άλλοι ερευνητές ασχολήθηκαν αποκλειστικά πλέον με τις ανάγκες των ηλικιωμένων, οι οποίες συνοψίζονται στα κάτωθι:

- *Σωστή διατροφή*: Η διατροφή των ηλικιωμένων πρέπει να είναι επαρκής και να τους εξασφαλίζει υγεία ή να συνάδει με τις παθήσεις τους.
- *Εξασφάλιση ατομικής υγιεινής και φροντίδας*: Έγκειται στην καθαριότητα των μαλλιών, του δέρματος, των νυχιών, στην στοματική υγιεινή και στην καθαριότητα των ρούχων. Σχετιζόμενη με την εξωτερική εμφάνιση του ανθρώπου, συνδέεται άμεσα με τη ψυχολογία του και την κοινωνική αποδοχή που απολαμβάνει. Μια παραμελημένη εμφάνιση αποτελεί ένδειξη έλλειψης σωματικής ή ψυχικής υγείας καθώς και εγκατάλειψης και μπορεί να οδηγήσει στην περιθωριοποίηση.
- *Κατάλληλο οικιακό περιβάλλον*: Καθώς οι ώρες που περνούν οι ηλικιωμένοι μέσα στο σπίτι είναι οι περισσότερες, η καθαριότητα του χώρου κρίνεται απαραίτητη για τη σωματική αλλά και για τη ψυχική τους υγεία. Ταυτόχρονα έχουν ανάγκη από σπίτια λειτουργικά, προσαρμοσμένα στην καθημερινότητα και στις ανάγκες τους και διαμορφωμένα με τέτοιο τρόπο που να μην ελλοχεύουν κίνδυνοι για ατυχήματα.
- *Κατάλληλο οικιστικό περιβάλλον*: Το ίδιο λειτουργικό θα πρέπει να είναι και το οικιστικό περιβάλλον της περιοχής όπου διαμένουν, ώστε να διευκολύνεται η κυκλοφορία, η μετακίνησή τους και η διεκπεραίωση των εξωτερικών υποθέσεών τους από τους ίδιους, ικανοποιώντας την απαίτησή τους για ελευθερία και αυτονομία.

- *Κάλυψη ιατρικής-νοσοκομειακής περίθαλψης και φαρμακευτικής αγωγής:* Μεγάλη είναι η ανάγκη των ηλικιωμένων, όχι μόνο εξαιτίας των συσσωρευμένων προβλημάτων στην υγεία τους αλλά και λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών της ζωής τους (π.χ. για τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε ορεινές περιοχές και δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε νοσοκομείο ή ιατρική φροντίδα, οι ανάγκες αυτές γιγαντώνονται). Η δυνατότητα κάλυψης αυτών των αναγκών δημιουργεί στους ηλικιωμένους ένα μόνιμο άγχος.
- *Οικονομικές ανάγκες:* Οι ηλικιωμένοι σίγουρα δεν έχουν τις ίδιες απαιτήσεις από τη ζωή που έχουν οι νεότεροι (π.χ. σχετικά με την διασκέδαση ή τα ταξίδια) ούτε τις ίδιες υποχρεώσεις (σε σύγκριση με τους νεότερους που έχουν δική τους οικογένεια). Ωστόσο οι οικονομικές ανάγκες τους είναι μεγάλες, λόγω και των δαπανών που απαιτούνται για την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη, αλλά και του γεγονότος ότι η σύνταξη αποτελεί για την πλειοψηφία τη μοναδική πηγή εισοδήματος.
- *Ψυχικές ανάγκες:* Η μεγάλη επιθυμία του ηλικιωμένου πρώτα από όλα είναι να βρίσκεται με την οικογένειά του, καθώς αυτό του εξασφαλίζει αγάπη, ασφάλεια, σταθερότητα και ένα είδος συνέχειας στη ζωή του. Ταυτόχρονα, όπως επεσήμανε και ο Maslow, χρειάζεται να διατηρήσει αμετάβλητο το είναι του, να αισθάνεται ότι δεν έχει αλλοιωθεί με τα χρόνια, έχοντας την ικανότητα να διαχειρίζεται αποτελεσματικά τις αλλαγές που επέρχονται χωρίς τη θέλησή του.
- *Κοινωνικές ανάγκες:* Διανύοντας την περίοδο της τρίτης Ηλικίας το άτομο θέλει να αισθάνεται ενεργό. Απεκδυόμενο τον χαρακτηρισμό του απόμαχου, αισθάνεται την ανάγκη να συνεισφέρει στους άλλους, κάνοντας αισθητή την παρουσία του μέσα στον κοινωνικό ιστό και εξασφαλίζοντας έτσι την αποδοχή και την αναγνώριση
- *Συντροφιά:* Είναι απαραίτητη εντός και εκτός του σπιτιού και βοηθά το άτομο να αντιμετωπίσει την καθημερινότητα και τη ρουτίνα του. Ωστόσο η δημιουργία σχέσεων με άλλους ανθρώπους θα πρέπει να συνοδεύεται από σεβασμό στο πρόσωπό του, διασφάλιση της ανεξαρτησίας του και σεβασμό των ιδιαιτεροτήτων του και των επιθυμιών του. Το ίδιο βέβαια πρέπει να εκλαμβάνει και από την οικογένειά του.

- *Διαχείριση ελεύθερου χρόνου:* Καθώς ο ελεύθερος χρόνος που διαθέτει είναι άπλετος, ο ηλικιωμένος χρειάζεται να τον καλύψει δημιουργικά, με την ανάληψη νέων δραστηριοτήτων, την ανάπτυξη νέων ενδιαφερόντων και μέσω της διασκέδασης και της εκπαίδευσης.
- *Ενημέρωση πάνω σε θέματα που τους απασχολούν:* Όντας ενήμεροι, οι ηλικιωμένοι αισθάνονται πιο ικανοί να διεκπεραιώσουν τις υποθέσεις τους και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους. Ταυτόχρονα αποφεύγουν τον κίνδυνο να πέσουν θύματα εκμετάλλευσης.
- *Ανάγκη κοινωνικής μέριμνας:* Στην Ελλάδα η κοινωνική μέριμνα αποτελεί απότοκο της οικονομικής κρίσης. Πριν από αυτήν, η φροντίδα του ηλικιωμένου εναπόκειτο στην οικογένειά του, δεδομένης και της ηθικής υπόστασης της ελληνικής οικογένειας. Με την κρίση, όμως, άλλαξαν τα οικονομικά και κοινωνικά δεδομένα των οικογενειών, και πολλοί ηλικιωμένοι βρέθηκαν να στερούνται τη φροντίδα που είχαν ή περίμεναν να έχουν στο μέλλον από τα παιδιά τους. Αν σε αυτούς προστεθούν και οι ηλικιωμένοι που ανέκαθεν χρειάζονταν ειδική φροντίδα λόγω κινητικών ή ψυχικών προβλημάτων, γίνεται φανερό ότι είναι επιτακτική ανάγκη το ίδιο το κράτος, μέσω των υπηρεσιών του, να προνοήσει για τον πληθυσμό της τρίτης ηλικίας, προωθώντας την κατ' οίκον φροντίδα και νοσηλεία, προς αποφυγή και της ιδρυματοποίησης.

#### **1.4.2 Προβλήματα στην τρίτη ηλικία**

(α) Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει κατά καιρούς, οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν διάφορα *προβλήματα υγείας* και είναι ιδιαίτερα ευπαθείς εξαιτίας των αλλαγών που συντελούνται στις λειτουργίες του οργανισμού, για τις οποίες έγινε παραπάνω αναλυτική αναφορά. Η προχωρημένη ηλικία είναι προάγγελος νοσηρότητας και θνησιμότητας, αν και συχνά το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων είναι στην πραγματικότητα καλύτερο απ' ό,τι θεωρείται και διαφορετικό από άτομο σε άτομο.

Η νοσηρότητα και η εξάρτηση που παρατηρείται στους ηλικιωμένους έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: (α) υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης (οι ηλικιωμένοι αρρωσταίνουν πιο συχνά από τους νέους), (β) εμφάνιση συγκεκριμένων ασθενειών, αποκαλούμενων ως ασθενειών γήρατος (κυριαρχούν τα χρόνια εκφυλιστικά



νοσήματα και κυρίως του καρδιαγγειακού συστήματος, των εγκεφαλικών αγγείων, τα ατυχήματα – ιδιαίτερα οι πτώσεις είναι συχνές και επιτείνουν την νοσηρότητα, οδηγώντας συχνά και στον θάνατο, πνευματικές διαταραχές, ψυχικές διαταραχές, φυσική αναπηρία), (γ) επιβράδυνση της ίασης (αφενός η ανάρρωση από μια ασθένεια έχει μεγαλύτερη διάρκεια στους ηλικιωμένους κι αφετέρου υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος οι ασθένειες να γίνουν χρόνιες), (δ) πολλαπλή νοσηρότητα (οι ηλικιωμένοι πάσχουν ταυτόχρονα από πολλές ασθένειες).

Παρόλο που δεν αποτελεί αντικείμενο της παρούσας εργασίας η παράθεση των ασθενειών που πλήττουν τους ηλικιωμένους, κρίνεται σκόπιμο να γίνει μία παρενθετική αναφορά στην άνοια και στη νόσο Alzheimer. Πρόκειται για αρρώστιες της εποχής μας που πλήττουν όλο και περισσότερο τους ηλικιωμένους. Οι ίδιοι, όμως, δεν μπορούν να τις διαχειριστούν. Αυτό σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η φροντίδα των ασθενών που πάσχουν από αυτές είναι ιδιαίτερα απαιτητική και μετακυλύεται κατά κόρον στο οικογενειακό περιβάλλον τους, που δεν δύναται πάντα να ανταποκριθεί σε αυτή την υποχρέωση – εξάλλου λόγω της υφιστάμενης οικονομικής δυστοκίας είναι ανέφικτη η ανάθεση της φροντίδας του ηλικιωμένου σε τρίτο πρόσωπο με την καταβολή αμοιβής - καθιστά αναγκαία την παροχή βοήθειας από το κράτος και τους κρατικούς φορείς για την εξασφάλιση μιας υγιούς κοινωνίας.

(β) Άμεσα συναρτώμενο με τα παραπάνω είναι και το πρόβλημα που δημιουργείται από την *έλλειψη* ή την *ανεπάρκεια της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης*, αλλά και από το κόστος που θα πρέπει πλέον να επιφορτιστεί ο ίδιος ο ηλικιωμένος προκειμένου να έχει πρόσβαση σε αυτήν.

(γ) Εκτός από τα προβλήματα υγείας, και το *ζήτημα της ατομικής υγιεινής* ταλανίζει τους ηλικιωμένους. Η διατήρηση μιας υγιούς εξωτερικής εμφάνισης που δεν θα απωθεί τους ανθρώπους με τους οποίους έρχονται σε επαφή, απαιτεί συνεχή προσπάθεια εκ μέρους τους. Τα πράγματα περιπλέκονται περισσότερο όσο οι δυνάμεις τους εξασθενούν και ιδίως όταν δεν υπάρχει ανθρώπινο περιβάλλον που να υποστηρίζει ή να αναλαμβάνει την περιποίησή τους.

(δ) Συναφές με τα παραπάνω είναι και το θέμα της *οικιακής διαβίωσης*, το οποίο είναι διττό. Πολλοί ηλικιωμένοι δεν μπορούν να εξασφαλίσουν από μόνοι τους την καθαριότητα του σπιτιού, το πλύσιμο των ρούχων, το μαγείρεμα και την αγορά των απαραίτητων αγαθών. Το φαινόμενο αυτό μάλιστα παρατηρείται συνήθως σε

περιπτώσεις ηλικιωμένων ανδρών που ζουν μόνοι τους. Αυτή η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης έχει σαν αποτέλεσμα είτε να διαβιούν σε ακατάλληλο περιβάλλον και να μην μπορούν να διαχειριστούν την καθημερινότητά τους, είτε να αναγκάζονται να εγκαταλείψουν τις οικίες τους και να συγκατοικούν με τα παιδιά τους.

Στο τελευταίο μπορεί να οδηγήσει και το χαμηλό τους εισόδημα. Οι ηλικιωμένοι, εγκαταλείποντας τον δικό τους χώρο και συχνά ακόμα και την περιοχή τους (κυρίως αναγκάζονται να φύγουν από την επαρχία και να μετακινηθούν σε αστικά κέντρα), αντιμετωπίζουν προβλήματα προσαρμογής, απομονώνονται, παύουν να έχουν κοινωνικές επαφές, ενώ παράλληλα αισθάνονται πως είναι βάρος στα παιδιά τους, ακόμα και σε εκείνες τις περιπτώσεις που συνεισφέρουν σε αυτά (π.χ. βοηθούν στο μέγιστο των εγγονιών τους). Δεν είναι λίγα βέβαια και τα περιστατικά όπου οι ηλικιωμένοι είναι πράγματι ανεπιθύμητοι σε αυτή τη συγκατοίκηση, για διάφορους λόγους, και το αντιλαμβάνονται καθημερινά. Όλα αυτά, όμως, επιδεινώνουν πρωτίστως τη ψυχολογία τους. Έχει παρατηρηθεί μάλιστα ότι σε ανάλογες περιπτώσεις, πολλά ηλικιωμένα άτομα οδηγούνται στον ψυχικό μαρασμό, και από εκεί μπορεί και στον θάνατο.

(ε) Ήδη από όσα προαναφέρθηκαν έχει αναδειχθεί ένα ακόμα βασικό πρόβλημά τους, που επηρεάζει μάλιστα την ποιότητα ζωής τους, αυτό του *εισοδήματος*, που συχνά είναι τόσο χαμηλό που δεν επαρκεί να καλύψει τις βασικές ανάγκες τους. Πολλές είναι οι περιπτώσεις ηλικιωμένων ατόμων που δεν σιτίζονται επαρκώς (σε ποσότητα και ποιότητα) ή δε λαμβάνουν την απαραίτητη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη λόγω οικονομικής δυσπραγίας. Το γεγονός ότι κάποιοι έχουν παιδιά, δεν τους εξασφαλίζει απαραίτητα και τη δυνατότητα να λάβουν οικονομική βοήθεια από αυτά, κυρίως την εποχή της κρίσης που διανύει η χώρα μας. Αντιθέτως, συχνά υποχρεούνται οι ίδιοι να ενισχύσουν οικονομικά τα παιδιά τους, οπότε το ήδη πενιχρό εισόδημά τους μειώνεται ακόμη περισσότερο. Σε περιπτώσεις δε, που δεν μπορούν να τα βοηθήσουν, παρατηρείται ότι καταρρέουν ψυχολογικά, στην ιδέα ότι είναι ανήμποροι να στηρίξουν τα παιδιά τους. Τέλος δεν πρέπει να αγνοηθούν και εκείνοι, στη συντριπτική τους πλειοψηφία γυναίκες, που δεν διαθέτουν κανένα εισόδημα, ούτε καν σύνταξη, καθώς στο παρελθόν απασχολούνταν αποκλειστικά με τα οικιακά και το μέγιστο των παιδιών τους ή δεν είχαν φροντίσει να θεμελιώσουν συνταξιοδοτικό δικαίωμα.

(στ) Μεγάλα είναι, όμως, και τα *ψυχολογικά προβλήματα*. Καθώς η ηλικία τους προχωρά, πολλοί ηλικιωμένοι δεν βρίσκουν κανένα ενδιαφέρον στη ζωή. Λόγω των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν, νιώθουν ανήμποροι και εξαρτώμενοι από τους άλλους, μη μπορώντας να αποδεχτούν τα νέα δεδομένα στη ζωή τους, κυρίως οι άνδρες. Συνεπεία αυτών έρχεται η θλίψη και το άγχος και για τη κατάσταση που βιώνουν, αλλά και για το μέλλον που φαντάζει αβέβαιο. Η κατάθλιψη караδοκεί, με όλες τις συνέπειές της. Εκείνο βέβαια που τους ταλανίζει περισσότερο είναι ότι αισθάνονται πως αποτελούν βάρος για τους άλλους και κυρίως την οικογένειά τους, μια κατάσταση που επιτείνεται σε περίπτωση που δεν βιώνουν τον απαραίτητο σεβασμό από τους γύρω τους.

Και δυστυχώς δεν είναι λίγες οι φορές που η οικογένεια και η κοινωνία γενικότερα, με διάφορους τρόπους, δείχνουν είτε την αδιαφορία τους είτε την έλλειψη σεβασμού στο πρόσωπο και στα δικαιώματα των ηλικιωμένων.

(ζ) Αρνητικά συναισθήματα τους δημιουργεί και η *μοναξιά*, η οποία είναι απόρροια είτε της έλλειψης συντροφιάς είτε της έλλειψης κατανόησης. Πιο έντονα βιώνουν τα συναισθήματα αυτά εκείνοι οι ηλικιωμένοι που έχουν χάσει τον/την σύντροφό τους και συγχρόνως ή δεν έχουν παιδιά ή τα παιδιά τους μένουν μακριά.

Από την άλλη, ο κύκλος των συγγενών και των φίλων τους συνεχώς συρρικνώνεται. Ωστόσο η ύπαρξη συντρόφου και παιδιών, δεν είναι πάντα πανάκεια. Γιατί υπάρχουν περιπτώσεις ατόμων που, ενώ έχουν δικούς τους ανθρώπους γύρω τους, νιώθουν μεγάλη μοναξιά ή βιώνουν αδιαφορία και παραμέληση.

(η) Στο σημείο αυτό και κλείνοντας το κεφάλαιο για τα προβλήματα των ηλικιωμένων, θα γίνει αναφορά σε ένα θέμα-ταμπού: στην *κακοποίηση των ηλικιωμένων*. Παρόλο που δεν υπάρχει γι' αυτήν ένας ορισμός κοινά αποδεκτός από όλα τα κράτη της ΕΕ, αναγνωρίζεται από τους ερευνητές ως μείζον κοινωνικό πρόβλημα, που διογκώνεται συνεχώς δεδομένης της ταχείας γήρανσης του πληθυσμού. Εκείνο στο οποίο υπάρχει σύγκλιση απόψεων είναι ότι η κακοποίηση των ηλικιωμένων μπορεί να συμβεί οπουδήποτε και να πάρει διάφορες μορφές. Οι πιο σημαντικές είναι: η σωματική, η ψυχολογική, η παραμέληση, η οικονομική/υλική, η σεξουαλική, η αυτοπαραμέληση, η διάκριση καθώς και αυτή που συντελείται σε δομές φροντίδας-ιδρύματα.

Από αυτές η πιο ευρέως αναγνωρισμένη μορφή είναι η σωματική, δεδομένου ότι είναι ορατή και μπορεί να αποδειχθεί. Αντίθετα λιγότερο ορατή είναι η ψυχολογική (συμπεριλαμβανομένων της συναισθηματικής, διανοητικής και λεκτικής), αν και είναι η πιο συνηθισμένη και μπορεί εύκολα να μετατραπεί σε σωματική. Ορατή μορφή κακοποίησης είναι επίσης και η οικονομική/υλική. Το παράδοξο με αυτήν είναι ότι συναντάται τόσο σε χώρες με χαμηλότερη, όσο και σε χώρες με υψηλότερη οικονομική ευημερία και μέσα σε όλες τις κοινωνικές-οικονομικές ομάδες. Η τελευταία παρατηρείται κατά κόρον τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα λόγω της υφιστάμενης οικονομικής κρίσης.

Λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις ανάγκες όσο και τα προβλήματα τους, δεν ξενίζει το γεγονός ότι, όπως προκύπτει από την παγκόσμια βιβλιογραφία και από στοιχεία που έχει δώσει στην δημοσιότητα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν τους υψηλότερους δείκτες αυτοκτονίας τουλάχιστον στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες και πως οι αυτοχειρίες είναι περισσότερες ανάμεσα στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Ωστόσο οι αυτοκτονίες ηλικιωμένων ατόμων μένουν στην αφάνεια καθώς συχνά εκλαμβάνονται από την κοινωνία ως πράξεις «επιλογής». Ένας άλλος λόγος είναι ότι επίσης συχνά υποκαταγράφονται, αφενός γιατί υπάρχει δυσκολία προσδιορισμού της πραγματικής αιτίας θανάτου και αφετέρου γιατί σε υπερήλικα άτομα το οικογενειακό περιβάλλον σπάνια ζητά ιατροδικαστική εξέταση, αποδίδοντας τις αιτίες θανάτου σε χρόνιες παθήσεις του θανόντα. Δεδομένου, λοιπόν, ότι δεν έχουν αναδειχθεί, ως έπρεπε, οι διαστάσεις του φαινομένου της αυτοκτονικότητας στην τρίτη ηλικία, δυστυχώς καταβάλλονται διεθνώς ελάχιστες προσπάθειες πρόληψής του.

## 1.5 Δικαιώματα και υποχρεώσεις των ηλικιωμένων

### 1.5.1 Δικαιώματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας

*«Οι ηλικιωμένοι δεν θέλουν περισσότερα από τους άλλους. Θέλουν ισότητα. Ένα ανθρώπινο δικαίωμα»*

Τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι για όλους, ανεξαρτήτου ηλικίας.

Παρά την εντεινόμενη γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού και παρά τις αναφορές που γίνονται στα ηλικιωμένα άτομα σε άλλες διεθνείς συμβάσεις (ενδεικτικά αναφέρονται η Σύμβαση για την Εξάλειψη όλων των Μορφών διακρίσεων κατά των Γυναικών) καθώς και τη σχετικότητα με αυτούς άλλων συμβάσεων (π.χ. Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, το Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα κ.ά.) δεν υπάρχει διεθνής σύμβαση η οποία να αναφέρεται αποκλειστικά στα δικαιώματα των ηλικιωμένων. Αυτά προστατεύονται μόνο υπό μία γενική έννοια.

Αναμφισβήτητα τα ηλικιωμένα άτομα δικαιούνται να απολαμβάνουν όσα ενδελεχώς αναφέρονται στα τριάντα (30) άρθρα της Οικουμενικής Διακήρυξης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, στην οποία προέβη η Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών στις 10 Δεκεμβρίου 1948 (*Παράρτημα Β*).

Περαιτέρω οι κυβερνήσεις έχουν συμφωνήσει σε μερικά κείμενα όσον αφορά τα δικαιώματα των ηλικιωμένων, τα οποία, ενώ είναι μη-δεσμευτικά, μπορούν να αποτελέσουν ένα πολύ ισχυρό εργαλείο που να αναγκάζει τις κυβερνήσεις να λογοδοτούν, αλλά και να επηρεάσουν τις εθνικές πολιτικές. Ενδεικτικά αναφέρονται τα ακόλουθα:

#### *Διεθνές Σχέδιο Δράσης της Βιέννης για τη Γήρανση (1983)*

Αυτό το Σχέδιο Δράσης προέβλεπε ότι τα κράτη:

- Θα αναπτύξουν και θα εφαρμόσουν πολιτικές σε διεθνές, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, οι οποίες έχουν σχεδιαστεί για να βελτιώσουν τις ζωές των ηλικιωμένων ατόμων και να τους επιτρέψουν να απολαύσουν πλήρως και ελεύθερα την προχωρημένη ηλικία τους με ειρήνη, υγεία και ασφάλεια.
- Θα διεξάγουν μελέτη των επιπτώσεων της γήρανσης του πληθυσμού στην ανάπτυξη, με σκοπό να μπορέσουν οι δυνατότητες και δυναμικότητες των

ηλικιωμένων να αξιοποιηθούν πλήρως και να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα ούτως ώστε να μειωθούν οποιεσδήποτε ενδεχόμενες αρνητικές επιπτώσεις που προκύπτουν από αυτήν την επίδραση.

#### Αρχές των Ηνωμένων Εθνών για τους ηλικιωμένους

Αυτές αναφέρονται στο Παράρτημα με τίτλο «Οι Αρχές των Ηνωμένων Εθνών για τα Ηλικιωμένα Πρόσωπα», το οποίο είναι προσαρτημένο στην απόφαση (αριθμ. 46/91) της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ της 16-12-1991 με τίτλο «Εφαρμογή του Διεθνούς Σχεδίου Δράσης για τις Δραστηριότητες για τους Ηλικιωμένους και τις συναφείς». Αναλυτικά:

- Αρχή της ανεξαρτησίας
  1. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να έχουν πρόσβαση σε επαρκή τροφή, νερό, σκέπη, ένδυση και υγειονομική περίθαλψη μέσω παροχής εισοδήματος, οικογενειακής και κοινοτικής υποστήριξης και αυτοβοήθειας.
  2. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να εργαστούν ή να έχουν πρόσβαση σε άλλες ευκαιρίες που δημιουργούν εισόδημα.
  3. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να μπορούν να συμμετέχουν στον προσδιορισμό του πότε και με ποιο ρυθμό λαμβάνει χώρα η απόσυρση από το εργατικό δυναμικό.
  4. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να έχουν πρόσβαση σε κατάλληλα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης.
  5. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας πρέπει να μπορούν να ζουν σε ένα περιβάλλον που είναι ασφαλές και προσαρμόσιμο στις προσωπικές προτιμήσεις και τις μεταβαλλόμενες ικανότητες.
  6. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να μπορούν να διαμένουν στο σπίτι όσο το δυνατόν περισσότερο.
  
- Αρχή της συμμετοχής
  7. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να παραμείνουν ενταγμένοι στην κοινωνία, να συμμετέχουν ενεργά στη διαμόρφωση και εφαρμογή πολιτικών που

επιηρεάζουν άμεσα την ευημερία τους και να συμμερίζονται τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους με τις νεότερες γενεές.

8. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να είναι σε θέση να αναζητούν και να αναπτύσσουν ευκαιρίες υπηρεσίας στην κοινότητα και να υπηρετούν ως εθελοντές σε θέσεις κατάλληλες για τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητές τους.

9. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να μπορούν να ιδρύουν κινήσεις ή ενώσεις ηλικιωμένων.

- Αρχή της μέριμνας

10. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να επωφελούνται από την οικογενειακή και κοινοτική φροντίδα και προστασία, σύμφωνα με το σύστημα πολιτιστικών αξιών κάθε κοινωνίας.

11. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για να τους βοηθήσουν να διατηρήσουν ή να ανακτήσουν το βέλτιστο επίπεδο σωματικής, ψυχικής και συναισθηματικής ευεξίας και να αποτρέψουν ή να καθυστερήσουν την εμφάνιση της ασθένειας.

12. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να έχουν πρόσβαση σε κοινωνικές και νομικές υπηρεσίες για να ενισχύουν την αυτονομία, την προστασία και την φροντίδα τους.

13. Οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να μπορούν να χρησιμοποιούν τα κατάλληλα επίπεδα ιδρυματικής φροντίδας που παρέχουν προστασία, αποκατάσταση και κοινωνική και πνευματική διέγερση σε ένα ανθρώπινο και ασφαλές περιβάλλον.

14. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να μπορούν να απολαμβάνουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις θεμελιώδεις ελευθερίες όταν διαμένουν σε οποιαδήποτε εγκατάσταση στέγης, φροντίδας ή θεραπείας, συμπεριλαμβανομένου του πλήρους σεβασμού της αξιοπρέπειας, των πεποιθήσεων, των αναγκών και της ιδιωτικής τους ζωής, καθώς και του δικαιώματος λήψης αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα τους και την ποιότητα της ζωής τους.

- Αρχή της αυτό-εκπλήρωσης

15. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να μπορούν να αξιοποιούν ευκαιρίες για την πλήρη ανάπτυξη των δυνατοτήτων τους.

16. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να έχουν πρόσβαση στους εκπαιδευτικούς, πολιτιστικούς, πνευματικούς και ψυχαγωγικούς πόρους της κοινωνίας.

- Αρχή της αξιοπρέπειας

17. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να είναι σε θέση να ζουν με αξιοπρέπεια και ασφάλεια και να μην υπόκεινται σε εκμετάλλευση και σωματική ή ψυχική κακοποίηση.

18. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να αντιμετωπίζονται δίκαια ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, αναπηρίας ή άλλης κατάστασης, και να εκτιμώνται ανεξάρτητα από την οικονομική τους συμβολή.

Διακήρυξη της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ για τη Γήρανση (1992)

Η παρούσα Διακήρυξη αποσκοπούσε να εξασφαλίσει, μεταξύ άλλων:

- Κατάλληλες εθνικές πολιτικές και προγράμματα για τους ηλικιωμένους που θεωρούνται μέρος της συνολικής στρατηγικής για την ανάπτυξη
- Πολιτικές που ενισχύουν τον ρόλο της κυβέρνησης και που επεκτείνουν και υποστηρίζουν τον εθελοντικό τομέα και τις ιδιωτικές ομάδες.
- Συνεργασία όλων των γενιών για τη δημιουργία μίας ισορροπίας όσο αφορά την οικονομική, κοινωνική και πολιτιστική ανάπτυξη
- Ανάπτυξη πολιτικών και προγραμμάτων που ανταποκρίνονται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, τις ανάγκες και τις ικανότητες των ηλικιωμένων γυναικών.
- Επαρκή υποστήριξη των ηλικιωμένων γυναικών για τη συμβολή τους στην οικονομία και την ευημερία της κοινωνίας.
- Ενθάρρυνση των ηλικιωμένων ανδρών να αναπτύξουν τις κοινωνικές, πολιτιστικές και συναισθηματικές δυνατότητές τους που μπορεί να μην είχαν την ευκαιρία να κάνουν όταν εργάζονταν.
- Ευαισθητοποίηση της κοινωνίας και συμμετοχή όλων για τη διαμόρφωση και υλοποίηση των προγραμμάτων και των έργων που περιλαμβάνουν τους ηλικιωμένους.



Ανακοίνωση της Επιτροπής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων στο Συμβούλιο και στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (Βρυξέλλες, 18/03/2002)

Η ανακοίνωση αυτή αποτέλεσε τη συνεισφορά της Ευρωπαϊκής Επιτροπής στη 2η παγκόσμια συνέλευση για τη γήρανση που διοργανώθηκε στη Μαδρίτη στις 8-12 Απριλίου 2002, από τα Ηνωμένα Έθνη και την ισπανική κυβέρνηση. Επρόκειτο για τη συνεισφορά της Επιτροπής στη διεθνή συζήτηση για το νέο διεθνές σχέδιο δράσης για τη γήρανση που υιοθετήθηκε στη Μαδρίτη (βλ. παρακάτω) και αποτύπωσε την κοινή θέση της ΕΕ αναφορικά με το σχέδιο αυτό. Η ανακοίνωση αυτή, διαδραματίζοντας σημαντικό ρόλο στη διατύπωση του διεθνούς σχεδίου για την τρίτη ηλικία, μεταξύ άλλων, έκανε λόγο και για:

- Εξασφάλιση στους ηλικιωμένους επαρκών παροχών, ώστε να διασφαλιστεί ότι οι γυναίκες και οι άντρες μεγαλύτερης ηλικίας δεν θα απειλούνται από τη φτώχεια, ώστε να προωθηθεί η δικαιοσύνη τόσο μεταξύ όσο και εντός των γενεών.
- Εξασφάλιση πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη και μακροχρόνια φροντίδα: υποστήριξη της παροχής άτυπης φροντίδας, επέκταση της παροχής επίσημης υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας καθώς και πρόοδο στα βοηθήματα και τις βοηθητικές τεχνολογίες.
- Εξασφάλιση ότι η παρατεταμένη μακροζωία θα συνοδεύεται από καλή υγεία και ευεξία.
- Διατήρηση της ποιότητας ζωής και της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ηλικιωμένων και ιδίως των «πολύ ηλικιωμένων»: οι ασφαλείς και κατάλληλες κατοικίες και τα συστήματα συγκοινωνίας και επικοινωνίας κρίνονται ιδιαίτερα σημαντικά για την ευημερία αυτών. Η ελαχιστοποίηση των κινδύνων του φυσικού περιβάλλοντος είναι σημαντική για να αποφεύγονται η εξασθένιση και οι επώδυνοι τραυματισμοί των ηλικιωμένων.
- Δημιουργία δομών επίσημης παροχής φροντίδας προς τους ηλικιωμένους, καθώς η διάρθρωση της οικογένειας και του νοικοκυριού υφίσταντο βαθιές αλλαγές σε πολλές χώρες.
- Όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα σε έναν όσο το δυνατόν πιο αξιοπρεπή θάνατο, που σέβεται τις πολιτιστικές τους αξίες. Θα πρέπει λοιπόν να τους δίνεται η δυνατότητα να πεθαίνουν σε ένα περιβάλλον φροντίδας, με επαρκή

επαγγελματική στήριξη, αλλά και με απόδοση υψηλής προτεραιότητας στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με τον ασθενή και τους συγγενείς του.

*Διεθνές Σχέδιο Δράσης της Μαδρίτης για τη Γήρανση (2002)*

Το Σχέδιο Δράσης ελήφθη προκειμένου να ανταποκριθεί στις ευκαιρίες και τις προκλήσεις της γήρανσης του πληθυσμού στον εικοστό πρώτο αιώνα και να προωθήσει την ανάπτυξη μιας κοινωνίας για όλες τις ηλικίες. Περιελάμβανε τρεις (3) τομείς προτεραιότητας: (α) τα πρόσωπα και την ανάπτυξη, (β) την προώθηση της υγείας και της ευημερίας των ηλικιωμένων και (γ) τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος για τους ηλικιωμένους.

*Κατευθυντήριες γραμμές της Ε.Ε. για τη σωματική άσκηση (Βρυξέλλες, 10/10/2008)*

Η ΕΕ, βασιζόμενη σε αποτελέσματα ερευνών, αναγνώρισε τη σημασία της σωματικής άσκησης για τους ηλικιωμένους. Αν και η κατάσταση υγείας κατά τη γήρανση μπορεί να θεωρείται σε μεγάλο βαθμό αποτέλεσμα του τρόπου ζωής κατά την ενήλικη ζωή, ενδεχομένως ακόμη κι από την περίοδο της νεότητας, ο βαθμός σωματικής άσκησης των ηλικιωμένων αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τα επίπεδα ευεξίας τους και την ικανότητά τους να ζουν με αυτάρκεια. Οι θετικές επιπτώσεις της συνεχούς σωματικής άσκησης είναι και ψυχολογικές (ικανοποίηση από τη ζωή) και σωματικές, φυσιολογικές και κοινωνικές. Τα παραπάνω αποτελέσματα ισχύουν ακόμη και για τους υπερήλικες.

Έτσι, στα πλαίσια των συστάσεων πολιτικής δράσης για την υποστήριξη της σωματικής άσκησης για τη βελτίωση της υγείας, εξέδωσε τις εξής κατευθυντήριες γραμμές που αφορούν αποκλειστικά τους ηλικιωμένους πολίτες:

- Κατευθυντήρια γραμμή 35: Ενόψει της αύξησης της μακροζωίας στις ευρωπαϊκές κοινωνίες, τα κράτη μέλη της ΕΕ πρέπει να εντείνουν την έρευνα σχετικά με το πώς συνδέεται η σωματική άσκηση των ηλικιωμένων πολιτών με τη ψυχική και σωματική υγεία τους και να εντοπίσουν μέσα ώστε να γίνει περισσότερο κατανοητή η σημασία της σωματικής άσκησης.

- Κατευθυντήρια γραμμή 36: Οι δημόσιες αρχές πρέπει να παρέχουν εγκαταστάσεις που θα καθιστούν τη σωματική άσκηση περισσότερο προσβάσιμη και ελκυστική στους ηλικιωμένους, γνωρίζοντας ότι η διάθεση πόρων γι' αυτές τις εγκαταστάσεις θα συμβάλλει στην εξοικονόμηση χρημάτων από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
- Κατευθυντήρια γραμμή 37: Τα άτομα που εργάζονται στον τομέα της φροντίδας ηλικιωμένων στο σπίτι και σε ιδρύματα πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή για να διασφαλίζεται η τήρηση των κατάλληλων επιπέδων σωματικής άσκησης ανάλογα με την κατάσταση της υγείας του κάθε ανθρώπου.

*Ευρωπαϊκός Χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα και βοήθεια*

Ο Χάρτης αυτός δημιουργήθηκε στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Προγράμματος DAPHNE III (2007-2013), και για την έκδοσή του συνεργάστηκαν η AGE Platform Europe (ως συντονιστής του Προγράμματος), η EDE (Ευρωπαϊκή Ομοσπονδία Διευθυντών Οίκων Ευγηρίας) και δέκα (10) εθνικοί εταίροι (για λογαριασμό της Ελλάδας συμμετείχε η 50+Hellas), με σκοπό την καταπολέμηση της κακοποίησης των ηλικιωμένων.

Ο Χάρτης αποσκοπούσε στο να παρέχει εφόδια στους ίδιους τους ηλικιωμένους, στις οικογένειές τους και σε όσους τους φροντίζουν σε επαγγελματική ή σε εθελοντική βάση, ώστε να διευκολύνεται η πρόσβαση των ηλικιωμένων στα θεμελιώδη δικαιώματά τους. Γενικά ο Χάρτης στόχευε στο να γίνει ένα κείμενο αναφοράς που θα καθόριζε τις θεμελιώδεις αρχές και δικαιώματα που είναι απαραίτητα για την ευημερία όλων όσων εξαρτώνται από άλλους για την υποστήριξη και την φροντίδα τους, μεταξύ άλλων και λόγω ηλικίας.

Στα πλαίσια αυτά, έκανε λόγο για τα εξής δικαιώματα των ηλικιωμένων:

- Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, τη σωματική και πνευματική ευεξία, την ελευθερία και την ασφάλεια
- Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού (ήτοι δικαίωμα να σέβονται οι άλλοι τις επιθυμίες τους και να αποφασίζουν οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι για τη ζωή τους - το δικαίωμα αυτό ισχύει και για κάθε άτομο της επιλογής τους)

- Δικαίωμα στην προσωπική ζωή
- Δικαίωμα σε εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας
- Δικαίωμα σε εξατομικευμένες πληροφορίες, συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης
- Δικαίωμα σε συνεχή επικοινωνία, κοινωνική συμμετοχή και πολιτιστικές δραστηριότητες
- Δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης και την ελευθερία της σκέψης/συνείδησης: πεποιθήσεις, πολιτισμός και θρησκεία
- Δικαίωμα στην παρηγορητική αγωγή και υποστήριξη, στον σεβασμό και την αξιοπρέπεια κατά τα τελευταία στάδια της ζωής και τον θάνατο
- Δικαίωμα πρόσβασης σε ένδικα μέσα

*Οδηγός για τα ηλικιωμένα άτομα αναφορικά με τα δικαιώματά τους*

Η ΕΕ εξέδωσε το 2013 αυτόν τον Οδηγό που στόχευε ως οδηγός στην υποστήριξη των ίδιων των ηλικιωμένων ατόμων, προκειμένου να ενημερωθούν για το πλαίσιο προάσπισης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους, έτσι ώστε να μπορούν να θέσουν σε αμφισβήτηση μια κακή μεταχείριση και να απαιτήσουν καλύτερες υπηρεσίες.

Ο οδηγός επικεντρώνεται σε τρία βασικά ανθρώπινα δικαιώματα που έχουν χρησιμοποιηθεί ευρύτατα για την προστασία των ηλικιωμένων:

- Το δικαίωμα να μην υποβάλλονται σε βασανιστήρια ή να μην υπόκεινται σε απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση (αποτελεί απόλυτο δικαίωμα, και ως τέτοιο δεν πρέπει ποτέ να περιοριστεί ή να απαγορευθεί με οποιονδήποτε τρόπο). Ως απάνθρωπη μεταχείριση νοείται εκείνη που προκαλεί σοβαρή ψυχική ή σωματική βλάβη, ενώ εξευτελιστική είναι η ταπεινωτική και κατάφωρα αναξιοπρεπής μεταχείριση.
- Το δικαίωμα στον σεβασμό της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής, της κατοικίας και της αλληλογραφίας (το δικαίωμα αυτό είναι ειδικό, δηλαδή μπορεί να δεχτεί παρέμβαση, προκειμένου να ληφθούν υπόψη τα δικαιώματα των άλλων ατόμων ή /και της ευρύτερης κοινότητας).

- Το δικαίωμα στη ζωή το οποίο έχει δύο πτυχές. Σημαίνει ότι οι δημόσιες αρχές (στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η κυβέρνηση, τα νοσοκομεία και οι κοινωνικές υπηρεσίες) πρέπει αφενός να μην αφαιρούν τη ζωή των ηλικιωμένων και αφετέρου να λαμβάνουν εύλογα μέτρα για την προστασία της ζωής τους.

### Η ατζέντα για τη βιώσιμη ανάπτυξη του 2030

Εγκρίθηκε στις 25 Σεπτεμβρίου 2015 από τη διάσκεψη κορυφής των κρατών του ΟΗΕ για την αειφόρο ανάπτυξη των Ηνωμένων Εθνών (με ισχύ από 01/01/2016), έχοντας 17 στόχους για την αειφόρο ανάπτυξη κι άλλους 169 στόχους για την ανάληψη παγκόσμιας δράσης σε βασικούς τομείς για την ανθρώπινη ζωή, επιδεικνύοντας ταυτόχρονα σεβασμό στις εθνικές ταυτότητες, στην ανάπτυξη και τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας καθώς και στις εθνικές πολιτικές. Η κοινωνική διάσταση είναι μία από τις τρεις πτυχές της επιδιωκόμενης αειφόρου ανάπτυξης, καθώς η ατζέντα στηρίζεται στην Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων.

Στην ατζέντα αυτή περιλαμβάνονται οι ανάγκες ατόμων που θεωρούνται ευάλωτα, μεταξύ αυτών και οι ηλικιωμένοι, ενώ οι στόχοι που τίθενται για αυτούς είναι η διασφάλιση της σωματικής & ψυχικής υγείας, η ευημερία τους, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η εξασφάλιση της πρόσβασής τους σε προσιτούς και ασφαλείς δημοσίους χώρους, η μείωση των ανισοτήτων που βιώνουν εντός των χωρών τους αλλά και διακρατικά, καθώς και η επιδίωξη της κοινωνικής, οικονομικής και πολιτικής τους ένταξης σε μια προσπάθεια μείωσης των ανωτέρω ανισοτήτων, οι οποίες εντείνονται κι από την πληθυσμιακή γήρανση.

### Σύνταγμα της Ελλάδας και τα δικαιώματα των ηλικιωμένων

Στα πλαίσια της εθνικής νομοθεσίας, το Σύνταγμα της Ελλάδας, όπως και η Οικουμενική Διακήρυξη, κατοχυρώνει τα ανθρώπινα δικαιώματα για όλες ανεξαιρέτως τις γενιές κι επομένως και για τα ηλικιωμένα άτομα. Χαρακτηριστικά αναφέρονται:

- Ο σεβασμός και η προστασία της αξίας του ανθρώπου (άρθρο 2 παρ. 2), σε συνδυασμό με την απαγόρευση των βασανιστηρίων, οποιασδήποτε σωματικής κάκωσης, βλάβης υγείας ή άσκησης ψυχολογικής βίας καθώς και κάθε άλλης προσβολής της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (άρθρο 7 παρ. 2).

- Η ισότητα όλων των πολιτών και η εξασφάλιση ίσων δικαιωμάτων και υποχρεώσεων (άρθρο 4 παρ. 1).
- Το δικαίωμα του καθενός να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας (άρθρο 5 παρ. 1).
- Το δικαίωμα της απόλυτης προστασίας της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας, χωρίς διάκριση εθνικότητας, φυλής, γλώσσας και θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων (άρθρο 5 παρ. 2) (Στο σημείο αυτό το συνταγματικό κείμενο δεν αναφέρει ρητά ως κριτήριο διαφοροποίησης μεταξύ των ανθρώπων την ηλικία, ωστόσο ως στοιχείο διάκρισης υφίσταται μέσα στην κοινωνία).
- Το δικαίωμα στην προστασία της υγείας (άρθρο 5 παρ. 5).
- Το δικαίωμα προστασίας της κατοικίας. Η ιδιωτική και οικογενειακή ζωή αναγνωρίζεται ως απαραβίαστη (άρθρο 9 παρ. 1).
- Η υγεία των πολιτών αποτελεί μέριμνα του Κράτους, το οποίο παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία μεταξύ άλλων και του γήρατος (άρθρο 21 παρ. 3).

Η 1η Οκτωβρίου υιοθετήθηκε από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ το 1990 και ισχύει έως σήμερα ως *Παγκόσμια Ημέρα των Ηλικιωμένων*, γνωστή και ως «*Παγκόσμια Ημέρα για την Τρίτη Ηλικία*», για να αποτίσει τον οφειλόμενο φόρο τιμής στους ηλικιωμένους, αλλά και για να επισημάνει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Στοχεύει στο να αναγνωρισθεί η συμβολή των ηλικιωμένων στην οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη, καθώς στη σύγχρονη εποχή παίζουν έναν ολοένα και σημαντικότερο ρόλο, μέσω του εθελοντισμού τους, της μετάδοσης των γνώσεών τους, της εμπειρίας τους, της υποστήριξης και βοήθειας στα παιδιά τους, αλλά και της αυξανόμενης συμμετοχής τους στην αγορά εργασίας. Αυτή η συμβολή των ηλικιωμένων μπορεί να εξασφαλιστεί μόνο στην περίπτωση που διαθέτουν ποιότητα ζωής.

Η Παγκόσμια ή αλλιώς Διεθνής Ημέρα για την Τρίτη Ηλικία, ως ημέρα ευαισθητοποίησης για τους ηλικιωμένους, κατ' έτος διαπραγματεύεται ένα συγκεκριμένο θέμα. Για το έτος 2019 το μήνυμα που προωθεί έχει τίτλο “Το ταξίδι προς την Ηλικιακή Ισότητα (The Journey to Age Equality)”, έχοντας ως κύριο

αντικείμενο τις ανισότητες που βιώνουν οι ηλικιωμένοι και ως στόχο αφενός τη διερεύνηση της σχέσης αυτών των ανισοτήτων με τη μειονεκτική θέση των ηλικιωμένων καθόλη τη ζωή τους κι αφετέρου την ευαισθητοποίηση των ανθρώπων πάνω σε αυτό το θέμα καθώς και την αναζήτηση συγκεκριμένων πρακτικών προκειμένου να εκλείψουν οι προκαταλήψεις που υπάρχουν για την Τρίτη Ηλικία.

Παρά τα όσα προαναφέρθηκαν, η ωμή πραγματικότητα είναι ότι τα κράτη και οι φορείς τους δεν φαίνεται να συμμορφώνονται με τις αρχές του ΟΗΕ για τους ηλικιωμένους καθώς και με το διεθνές (σε επίπεδο ΟΗΕ) και ευρωπαϊκό (σε επίπεδο Συμβουλίου της Ευρώπης) καθεστώς για την τρίτη ηλικία. Επίσης δε φαίνεται να γίνονται, κατά περίπτωση, καθόλου ή επαρκώς σεβαστά τα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων είτε από τους φορείς είτε από την πλειονότητα των μελών της κοινωνίας.

Πολύ συχνά τα δικαιώματα αυτά αγνοούνται ή δεν υποστηρίζονται με κατάλληλα μέτρα, με αποτέλεσμα να παραβιάζονται ή/και να υιοθετούνται στερεοτυπικές στάσεις και συμπεριφορές απέναντι στους ηλικιωμένους, τόσο από τον γενικό πληθυσμό όσο κάποιες φορές κι από επαγγελματίες, στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στον σχεδιασμό αντίστοιχων μέτρων πολιτικής.

### **1.5.2 Υποχρεώσεις των ηλικιωμένων**

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων, ως ευάλωτου πληθυσμού, είναι σαφώς πολλά και έχουν γίνει αντικείμενο πολυετών συζητήσεων και αέναων προσπαθειών για την κατοχύρωσή τους. Ωστόσο δεν πρέπει να ξενίζει το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι, όπως και οι εκπρόσωποι των άλλων γενιών, έχουν και υποχρεώσεις.

Ο Ευρωπαϊκός Χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα και βοήθεια, αναφέρει με σαφήνεια ότι οι ηλικιωμένοι υποχρεούνται:

- Να σέβονται τα δικαιώματα και τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων που ζουν και εργάζονται στο ίδιο περιβάλλον με αυτούς, καθώς και να σέβονται το γενικό συμφέρον της κοινότητας στην οποία ζουν. Οι υποχρεώσεις και οι ελευθερίες των

ηλικιωμένων πρέπει να περιορίζονται μόνο από την ανάγκη να γίνουν σεβαστά τα ίδια δικαιώματα των άλλων μελών της κοινότητάς τους.

- Να σέβονται το ότι οι άνθρωποι και το προσωπικό που τους φροντίζουν έχουν το δικαίωμα να τους συμπεριφέρονται οι ηλικιωμένοι με ευγένεια και να εργάζονται σε ένα περιβάλλον χωρίς να υφίστανται παρενοχλήσεις και κακοποίηση.
- Να σχεδιάζουν για το μέλλον τους και να αναλαμβάνουν την ευθύνη των επιπτώσεων που θα έχει η δράση τους ή η έλλειψη δράσης τους στους ανθρώπους που τους φροντίζουν και τους συγγενείς τους. Αυτό περιλαμβάνει την υποχρέωση:
  - Να ορίζουν το κατάλληλο άτομο της επιλογής τους που θα παίρνει αποφάσεις και θα συνηγορεί εξ ονόματός τους.
  - Να αφήνουν εκ των προτέρων οδηγίες που θα καθορίζουν λεπτομερώς τις επιθυμίες τους σε σχέση με την υγεία και την ευημερία τους, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας και της θεραπείας για όσο ζούνε αλλά και κατά τα τελευταία στάδια της ζωής τους, όπως επίσης και να κανονίσουν πώς θα διαθέσουν την περιουσία τους και τα οικονομικά τους ζητήματα. Αν δεν είναι σε θέση να το κάνουν αυτό, είναι καθήκον των άμεσων συγγενών τους ή του εκπροσώπου που έχουν ορίσει, να πάρουν αποφάσεις εξ ονόματος τους με το μεγαλύτερο δυνατό σεβασμό στις επιθυμίες τους.
- Να ενημερώνουν τις αρμόδιες αρχές και τους ανθρώπους που τους περιβάλλουν για καταστάσεις κακοποίησης, κακομεταχείρισης ή παραμέλησης που βιώνουν ή παρατηρούν.

Πέραν αυτών που προβλέπει ο Ευρωπαϊκός Χάρτης αναφορικά με τις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων, και αν θέλουμε να δούμε αυτές σε συνάρτηση με τα ανθρώπινα δικαιώματα που προβλέπονται στην Οικουμενική Διακήρυξη, έχοντας πάντα ως γνώμονα ότι αυτά εξισορροπούνται και πρέπει να εξισορροπούνται από ανάλογες υποχρεώσεις, προκειμένου να μην υποστούν εκφυλισμό, κρίνεται απαραίτητο τα ηλικιωμένα άτομα:

- Να επιδιώκουν την υγεία τους, ψυχική και σωματική, αλλά και να είναι έτοιμοι ώστε να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις του γήρατος
- Να είναι προσαρμοστικοί στις ραγδαίες αλλαγές που προκύπτουν στη ζωή τους
- Να μπορούν να φροντίζουν τον εαυτό τους και να προσφέρουν στην κοινωνία



- Να εκμεταλλεύονται τις ευκαιρίες που τους παρέχονται για απόκτηση περαιτέρω γνώσεων και να μοιράζονται τις γνώσεις αυτές με τους νεότερους
- Να είναι δραστήριοι, να αναλαμβάνουν πολιτική δράση αξιοποιώντας την εμπειρία τους και να συμβάλλουν στην πολιτιστική ανάπτυξη του τόπου όπου ζουν
- Να αναπτύσσουν εθελοντική δράση

## 1.6 Ενεργός γήρανση

Η δημογραφική γήρανση, δηλαδή η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό, αποτελεί φαινόμενο παγκόσμιο, ευρωπαϊκό και ελληνικό, που ακόμη και δεκαετίες πριν είχε προκαλέσει μεγάλους προβληματισμούς. Ήδη στις αρχές της δεκαετίας του 1980, σε ειδική σύνοδο του ΟΗΕ, είχαν γίνει αναφορές στις τάσεις της γήρανσης του πληθυσμού, μεταξύ αυτών και ότι μέχρι το 2050 ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 60 ετών θα πενταπλασιαζόταν, ενώ ο πληθυσμός των υπερηλίκων (άνω των 80 ετών) θα επταπλασιαζόταν.

Ξεκινώντας από αυτή τη βάση και λαμβάνοντάς την ως δεδομένο, τα τελευταία χρόνια γίνεται όλο και περισσότερος λόγος για την *ενεργό γήρανση*. Μάλιστα αυτή αποτελεί πλέον μία από τις κύριες πολιτικές του ΠΟΥ σχετικά με την τρίτη ηλικία.

Ενεργός γήρανση είναι η διαδικασία βελτιστοποίησης των δυνατοτήτων που σχετίζονται με την υγεία και τη συμμετοχή στην κοινωνία ώστε να διατηρηθεί το καλό επίπεδο διαβίωσης και η ποιότητα ζωής των ανθρώπων όταν γερνούν. Σηματοδοτεί την αύξηση των δυνατοτήτων των ανθρώπων για σωματική, κοινωνική και πνευματική ευεξία σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, με σκοπό τη βελτίωση της κοινωνικής ένταξης και συμμετοχής. Ενεργός γήρανση σημαίνει επίσης καλύτερη πρόσβαση στις υγειονομικές δομές, στη μακροχρόνια φροντίδα και στις κοινωνικές υπηρεσίες, πρόσβαση στη δια βίου μάθηση, συμμετοχή στην κοινωνία και στις πολιτιστικές δραστηριότητες, εξάλειψη των στερεοτύπων και των διακρίσεων λόγω ηλικίας καθώς και καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο με Απόφασή του (αριθ. 940/2011/ΕΕ) όρισε το 2012 ως «Ευρωπαϊκό Έτος Ενεργού Γήρανσης και Αλληλεγγύης μεταξύ των Γενεών», με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με την αξία της ενεργούς γήρανσης, την ενθάρρυνση ανταλλαγής πληροφοριών, την προώθηση των πολιτικών γι' αυτή και τη διαμόρφωση ενός πλαισίου για την ανάληψη συγκεκριμένων δράσεων από την ΕΕ. Οι πρωτοβουλίες που αναλήφθηκαν στα πλαίσια του έτους αυτού κατέστησαν σαφές ότι οι ηλικιωμένοι δεν αποτελούν βάρος, αλλά λόγω της πείρας, των επιτευγμάτων και των γνώσεών τους, αποτελούν ωφέλιμο κεφάλαιο και κέρδος για την οικονομία και την κοινωνία.

Η ενεργός γήρανση αποτέλεσε μία από τις επενδυτικές προτεραιότητες του Ευρωπαϊκού Κοινοτικού Ταμείου για την περίοδο προγραμματισμού 2014-2020. Παράλληλα τα έργα για την προώθησή της χρηματοδοτήθηκαν στα πλαίσια προγραμμάτων, όπως τα ευρωπαϊκά διαρθρωτικά και επενδυτικά ταμεία (ESIF), το πρόγραμμα «ΟΡΙΖΩΝ 2020», το πρόγραμμα για την απασχόληση και την κοινωνική καινοτομία (EaSI) και το πρόγραμμα για την υγεία. Όλα αυτά τα προγράμματα αποσκοπούσαν στην υποστήριξη της αυτόνομης και ενεργούς διαβίωσης των ηλικιωμένων για όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο, αναπτύσσοντας και διατηρώντας δημόσιες υπηρεσίες στήριξης και φροντίδας των ηλικιωμένων, με γνώμονα τον άνθρωπο, και βελτιώνοντας τη διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών αυτών.

Στην Ελλάδα ένας βασικός φορέας προώθησης της Ενεργούς Γήρανσης είναι το «Ελληνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων». Το δίκτυο αυτό έχει ως αποκλειστικό σκοπό την Πρόληψη των Νοσημάτων, την Προαγωγή της Υγείας, τον Προσυμπτωματικό Έλεγχο των πληθυσμιακών ομάδων υψηλού κινδύνου και γενικότερα την προώθηση ολοκληρωμένων Πολιτικών και Δράσεων στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας. Σήμερα αριθμεί 221 Καλλικρατικούς Δήμους-Μέλη από όλες τις Περιφέρειες της χώρας. Αποτελεί τη συνένωση 3 Δικτύων: του Διαδημοτικού Δικτύου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης ΟΤΑ που ιδρύθηκε το 2005, του Εθνικού Δικτύου Δήμων Προαγωγής Υγείας που ιδρύθηκε το 2007 και του Εθνικού Δικτύου Υγιών Πόλεων που ιδρύθηκε το 1994. Από τον Ιούνιο 2010 πιστοποιήθηκε από τον ΠΟΥ ως ένα Εθνικής Εμβέλειας Δίκτυο Πόλεων που ακολουθεί τα κριτήρια και τη μεθοδολογία του.

Τον Οκτώβριο του 2015 το Δίκτυο, στα πλαίσια μίας συνάντησης εργασίας των μελών του, αφού έλαβε υπόψη του: (α) τα σύγχρονα δημογραφικά δεδομένα και τις προβλέψεις για τη ραγδαία αύξηση του ποσοστού των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών τα προσεχή χρόνια (βάσει στοιχείων της Eurostat και ΕΛΣΤΑΤ) και (β) τη χαμηλή θέση κατάταξης της χώρας μας (79η θέση σε 96 χώρες) στην παγκόσμια κατάταξη με τις χώρες όπου είναι καλύτερες να γερνάς, υπέβαλε πρόταση για την επίτευξη της ενεργούς γήρανσης, η οποία περιελάμβανε συγκεκριμένες δράσεις αναφορικά με:

- Την υγεία, σωματική και ψυχική, την πρόληψη και την αγωγή υγείας
- Την κοινωνική πολιτική (μεταξύ άλλων έγινε λόγος για κοινωνική δικτύωση, ισότητα, διαγενειακή επικοινωνία, εθελοντισμό)
- Το οικονομικό περιβάλλον
- Το αστικό περιβάλλον (σε αυτό συμπεριλαμβάνεται και ο τομέας των μεταφορών)
- Τον αθλητισμό
- Τον πολιτισμό – ψυχαγωγία
- Τις νέες τεχνολογίες

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

*Ο άνθρωπος είναι φύσει πολιτικόν ζώον»(Αριστοτέλης)*

Με τη φράση του αυτή, ο μεγάλος Έλληνας φιλόσοφος υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος από την φύση του είναι κοινωνικό ον και δύσκολα μπορεί να επιβιώσει και να ζήσει μόνος του για μεγάλο χρονικό διάστημα. Έχει δηλαδή την έμφυτη ανάγκη να συνυπάρχει και να συνεργάζεται με τους άλλους ανθρώπους, τόσο για την εξέλιξη όσο και για την επιβίωσή του. Και αποκαλυπτικά συνεχίζει: «κι αν μπορεί να μείνει μόνος του, τότε είναι είτε ζώο είτε Θεός», κάτι δηλαδή αδιανόητο, που ξεπερνά την ανθρώπινη φύση.

Με αφετηρία την παραπάνω άποψη που συσσωρεύει την αρχαία ελληνική σοφία και καταδεικνύει την ανάγκη συνεργασίας και αλληλοβοήθειας μεταξύ των ανθρώπων, στο κεφάλαιο αυτό θα επιχειρηθεί να αναλυθεί η έννοια της κοινωνικής υποστήριξης που στη σύγχρονη εποχή έρχεται να πραγματώσει τη θέση αυτή.

### 2.1 Ορισμός

Η «κοινωνική υποστήριξη» (social support) ή κατά άλλους «κοινωνική στήριξη», άμεσα σχετιζόμενη, όπως έχουν αναδείξει έρευνες που διεξήχθησαν τα τελευταία χρόνια, με τη σωματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου (Uchino, 2009), και ιδιαίτερα κατά την περίοδο των γηρατειών (Fernandez-Ballesteros, 2002) ήταν αναμενόμενο να απασχολήσει ποικιλία επιστημόνων, όπως κοινωνικούς λειτουργούς, κοινωνιολόγους, ψυχολόγους, γεροντολόγους αλλά και γιατρούς και νοσηλευτές, γεγονός που έχει οδηγήσει στη διατύπωση πολλών ορισμών και στην ανάδειξη πολλών μορφών της, ανάλογα με τη διάστασή της στην οποία κάθε φορά ο ερευνητής δίνει έμφαση.

Οι Albrecht και Adelman (1987), αλλά και μετέπειτα ο Mattson (2011) που βασίστηκε στους πρώτους, παρουσιάζουν την κοινωνική υποστήριξη ως μια διαδικασία η οποία, εμπεριέχοντας λεκτικά και μη λεκτικά επικοινωνιακά στοιχεία, αποσκοπεί στο να βοηθήσει το άτομο να βελτιώσει την αίσθησή του ως προς την ικανότητα να διαχειρίζεται τα προβλήματά του, την αίσθηση ότι ανήκει κάπου καθώς και την αυτοεκτίμησή του.

Ο Jacobson (1986), εξειδικεύοντας την κοινωνική υποστήριξη, τη συνδέει με τις σχέσεις που αναπτύσσει το άτομο με τους υπόλοιπους ανθρώπους, οι οποίες και του εξασφαλίζουν ποικίλη υποστήριξη, προκειμένου να καταστεί εφικτή η αντιμετώπιση καταστάσεων που του προκαλούν άγχος. Έρευνες μάλιστα που έχουν γίνει σχετικά με το θέμα έχουν δείξει ότι τα άτομα που δεν έχουν κοινωνική υποστήριξη επηρεάζονται περισσότερο από αγχογόνες καταστάσεις και υποφέρουν περισσότερο από σωματικά συμπτώματα (π.χ. πονοκεφάλους) από ότι εκείνα που βιώνουν κοινωνική υποστήριξη (Cohen & Hoberman, 1986).

Οι Παπακωνσταντίνου & Παπαδόπουλος (2010) προσδιορίζουν την κοινωνική υποστήριξη ως τη μορφή της βοήθειας που τα άτομα είτε δέχονται είτε προσδοκούν να λάβουν από εκείνους με τους οποίους συναναστρέφονται, ενώ ο Cobb (1976) εκλαϊκεύοντας την έννοια της εντοπίζει κυρίαρχα σε αυτήν τα αισθήματα του ατόμου ότι ανήκει κάπου, ότι το αγαπούν και ότι έχει αξία.

Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, οι οποίοι μελετούν την κοινωνική υποστήριξη στα στενά πλαίσια του δίπολου παροχή-λήψη, κάθε είδους δράση, συμβουλή και πληροφορία που παρέχεται από ένα κοινωνικό δίκτυο και που μπορεί να έχει ωφέλιμες ή επιβλαβείς επιπτώσεις στη ζωή των παραληπτών, νοείται ως κοινωνική υποστήριξη. Συνεπώς ο όρος αυτός εστιάζει στις κοινωνικές συναλλαγές μεταξύ παρόχου και λήπτη της υποστήριξης κατά τις καθημερινές συναναστροφές (Sarason, Pierce & Sarason, 1990).

Από τους ανωτέρω ορισμούς εύκολα συνάγεται ότι η κοινωνική υποστήριξη είναι μια πολυεπίπεδη έννοια που μπορεί να τοποθετηθεί σε ένα ευρύτερο δίκτυο εννοιών, το οποίο συνθέτουν μεταξύ άλλων η κοινωνική ένταξη, τα κοινωνικά δίκτυα, η φιλία και γενικότερα έννοιες που σχετίζονται με την κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου και την αλληλεπίδρασή του με μια ομάδα ή την κοινωνία.

## 2.2 Μορφές κοινωνικής υποστήριξης

Όσο δαιδαλώδης είναι ως έννοια η κοινωνική υποστήριξη, άλλο τόσο περίπλοκη είναι και η κατηγοριοποίησή της. Η πρώτη βασική διάκρισή της είναι σε *αντικειμενική* (actual, received or enacted support) και σε *υποκειμενική* (perceived or subjective support). Η αντικειμενική σχετίζεται με την υποστήριξη που δέχεται στην πραγματικότητα το άτομο, ενώ η υποκειμενική με την αντίληψη του ατόμου αναφορικά με τη διαθεσιμότητα της υποστήριξης, δηλαδή τι πιστεύει το ίδιο ότι χρειάζεται σε αντιστοιχία ή αντιδιαστολή με την υποστήριξη που στο τέλος λαμβάνει, γι' αυτό και διακρίνεται αντιστοίχως σε θετική ή αρνητική.

Συνεπώς όταν η στήριξη που λαμβάνει το άτομο είναι μεγαλύτερη από αυτή που αναμένει γίνεται λόγος για θετική υποστήριξη. Αντίθετα αρνητική υποστήριξη υφίσταται όταν το άτομο, αντί της βοήθειας που αναμένει και θεωρεί διαθέσιμη, γίνεται αποδέκτης αρνητικών μορφών συμπεριφοράς. Ως τέτοιες συμπεριφορές μπορούν να αναφερθούν η εχθρότητα, η κριτική, η έλλειψη ενδιαφέροντος, οι υπερβολικές απαιτήσεις των άλλων, ενώ για πολλούς ερευνητές ακόμα και η υπερπροστατευτικότητα εκ μέρους εκείνων που παρέχουν την υποστήριξη.

Μια δεύτερη πιο αναλυτική κατηγοριοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης βασίζεται στο είδος της παρεχόμενης υποστήριξης. Στα πλαίσια αυτά διακρίνεται:

- Στη *συναισθηματική υποστήριξη*: Είναι η πιο συνηθισμένη μορφή στήριξης και αποσκοπεί στην κάλυψη συναισθηματικών αναγκών (ενδεικτικά αναφέρονται η δημιουργία εμπιστοσύνης, η ανάπτυξη ενσυναίσθησης στο άτομο, η παροχή παρηγοριάς σε αυτό, η δυνατότητα που του δίνεται να συζητήσει τα θέματα που το απασχολούν και να δεχτεί συμβουλές κ.ά.). Η συναισθηματική υποστήριξη έχει βρεθεί από έρευνες ότι είναι άκρως απαραίτητη για τον άνθρωπο σε μεταβατικές περιόδους της ζωής του, όπως είναι η απώλεια του/της συντρόφου/συζύγου.
- Στην *έμπρακτη ή συντελεστική υποστήριξη*: Είναι η βοήθεια που στοχεύει στην αντιμετώπιση των πρακτικών ζητημάτων που ανακύπτουν στην καθημερινή ζωή του ατόμου (π.χ. φροντίδα ατομικής υγιεινής, ετοιμασία φαγητού, υποβοήθηση ατόμων με κινητικά προβλήματα κ.ά.). Πρόκειται κυρίως για βοήθεια υλική ή για παροχή υπηρεσιών.

- Στην *υποστήριξη σε επίπεδο κοινωνικού δικτύου* ή αλλιώς *αντιλαμβανόμενη υποστήριξη*: Αποτελεί μορφή υποκειμενικής υποστήριξης καθώς σχετίζεται με την πεποίθηση του ατόμου για την ύπαρξη άλλων προσώπων που μπορούν να του συμπαρασταθούν ποικιλοτρόπως. Το άτομο έχει την αίσθηση ότι υπάρχουν άνθρωποι στους οποίους μπορεί να βασιστεί και που θα του παρέχουν βοήθεια σε κρίσιμες περιόδους της ζωής του, βοήθεια που μπορεί να κυμαίνεται από την απλή επίδειξη ενδιαφέροντος μέχρι την πιο ουσιώδη.
- Στη *στήριξη σε επίπεδο εκτίμησης*: έχει ως στόχο να ενισχύσει την πίστη του ατόμου ότι είναι ικανό να διαχειριστεί μόνο του τα προβλήματα που προκύπτουν.
- Στην *υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης*: στοχεύει στην ενημέρωση του ατόμου πάνω σε θέματα που το αφορούν (π.χ. σε θέματα υγείας), με την παροχή πληροφοριών αλλά και με την ανάπτυξη δεξιοτήτων.

Άλλοι επιστήμονες διακρίνουν την κοινωνική υποστήριξη σε *δομική* και *λειτουργική*. Η δομική (structural support) σχετίζεται με το κοινωνικό δίκτυο που διαθέτει το άτομο και την αλληλεπίδρασή του με αυτό. Συγκεκριμένα στα πλαίσια αποτίμησης του κοινωνικού δικτύου, εξετάζεται ο αριθμός των μελών του, η συχνότητα των επαφών του ατόμου με αυτά, η συμμετοχή του ατόμου σε ομάδες καθώς και η οικογενειακή του κατάσταση. Η λειτουργική (functional support) περιλαμβάνει πέρα από κάποιες προαναφερόμενες μορφές, και συγκεκριμένα την έμπρακτη υποστήριξη, τη συναισθηματική καθώς και την υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης, και κάποιες ειδικότερες όπως την οικονομική υποστήριξη και την υποστήριξη σε επίπεδο εκτίμησης μιας κατάστασης.

Μια ακόμα διάκριση, επίσης αρκετά διαδεδομένη στον χώρο των ερευνητών, είναι η *τυπική* και η *άτυπη* κοινωνική υποστήριξη. Η τυπική (formal support) αφορά τη βοήθεια που παρέχεται από τους επαγγελματίες (π.χ. γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους, κ.ά.), ενώ η άτυπη (informal support) προσφέρεται από το κοινωνικό δίκτυο του ατόμου (π.χ. οικογένεια, φίλους, συγγενείς, συναδέλφους, συλλόγους, κ.ά.).

Τέλος πολλοί κάνουν λόγο για τη *μη ορατή υποστήριξη* (invisible support) που ενώ είναι ιδιαίτερα χρήσιμη, το άτομο δεν την αντιλαμβάνεται, γι' αυτό ενδεχομένως και είναι πιο αποτελεσματική.

Όλες οι ανωτέρω μορφές κοινωνικής υποστήριξης θεωρητικά είναι το ίδιο απαραίτητες, η επιλογή, όμως, της πιο ενδεδειγμένης κάθε φορά εξαρτάται από το ίδιο το άτομο που την αποδέχεται και από τις συνθήκες ζωής του.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι έρευνες έχουν αποδείξει ότι η ανάγκη για λήψη κοινωνικής υποστήριξης αυξάνεται με τη ηλικία. Ιδιαίτερα τα ηλικιωμένα άτομα κρίνουν απαραίτητες κυρίως την έμπρακτη και τη συναισθηματική στήριξη, δεδομένου ότι αφενός σταδιακά μειώνονται οι φυσικές- σωματικές δυνάμεις τους και αφετέρου γιατί τα γηρατειά είναι κατεξοχήν περίοδος ριζικών και έντονων αλλαγών, τις οποίες το άτομο καλείται να διαχειριστεί συναισθηματικά (π.χ. απώλεια συζύγου ή φίλων, συνταξιοδότηση, προβλήματα υγείας κ.ά.).

### **2.3 Ανακεφαλαίωση**

Η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί μεγάλο κεφάλαιο στη ζωή του ανθρώπου. Έτσι εξηγείται η πληθώρα ορισμών που υπάρχουν γι' αυτήν, γεγονός που μαρτυρά το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας, αλλά και ο πλούτος των μορφών της που υποδηλώνει την ικανοποίηση διαφορετικών αναγκών.

Επομένως, λόγω του πολυδιάστατου χαρακτήρα της, είναι απαραίτητο να καταστεί σαφές ότι στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, όπου γίνεται λόγος για κοινωνική υποστήριξη, νοείται η άτυπη υποστήριξη που παρέχεται στους ηλικιωμένους. Πρόκειται για τη στήριξη που προσφέρουν σε αυτούς τα άτυπα κοινωνικά δίκτυα και συγκεκριμένα η οικογένεια, κατά κύριο λόγο, οι συγγενείς, οι φίλοι, οι γείτονες, και οι σύλλογοι-ομάδες στις οποίες συμμετέχουν και δραστηριοποιούνται τα άτομα τρίτης ηλικίας (αντιθέτως οι συνάδελφοι δεν λειτουργούν πλέον ως πάροχοι υποστήριξης των ηλικιωμένων).

Η επιλογή αυτή πηγάζει από την ιδιαίτερη ενίσχυση του ρόλου αυτών των άτυπων κοινωνικών δικτύων που παρατηρήθηκε τα τελευταία χρόνια, συμπεριλαμβανομένης και της περιόδου της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, γεγονός που δικαιολογείται κυρίως από τους εξής παράγοντες:

- Την αδυναμία του Κράτους αλλά και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης (Περιφέρειες-Δήμοι) να καλύψουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων, σε επίπεδο επίσημης υποστήριξης.



- Το μεγάλο κόστος που συνεπάγεται η παραμονή των ηλικιωμένων σε ιδιωτικά κέντρα περίθαλψης.
- Τη σύγχρονη τάση για εξωιδρυματική περίθαλψη των ατόμων τρίτης ηλικίας, με το σκεπτικό ότι κατά αυτόν τον τρόπο τούς εξασφαλίζεται ποιοτική ζωή, μια τάση που συνάδει και με τις προτιμήσεις των ίδιων.
- Το νότιο-ευρωπαϊκό μοντέλο πρόνοιας που εφαρμόζεται στην Ελλάδα, το οποίο αποδίδει ισχυρό ρόλο στην οικογένεια.
- Τις αξίες και τις αρχές που κατά βάση χαρακτηρίζουν την ελληνική κοινωνία (ανθρωπισμός, αλληλεγγύη, αλληλοβοήθεια, φιλότιμο κ.ά.), οι οποίες άντεξαν, ακόμα και στην περίοδο της οικονομικής-κοινωνικής κρίσης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΟΤΑ Α' ΒΑΘΜΟΥ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

### 3.1 Συνεισφορά του κράτους στην τρίτη ηλικία

Η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες με τον πλέον γερασμένο πληθυσμό. Με βάση την απογραφή του 2011 και με δεδομένα αφενός την επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής και αφετέρου την ολοένα και μεγαλύτερη υπογεννητικότητα - κοινά σε όλες τις δυτικού τύπου χώρες - προβλέπεται ότι το 2020 τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών θα αντιπροσωπεύουν ποσοστό άνω του 20% και το 2030 περίπου το 30% του πληθυσμού της. Πρόκειται δηλαδή για μια πραγματική έκρηξη της δημογραφικής γήρανσης και εκ των πραγμάτων τα άτομα τρίτης ηλικίας ήδη αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι της ελληνικής κοινωνίας.

Το κράτος, κατ' επιταγή των συνταγματικών του υποχρεώσεων, προβαίνει σε παροχές προς το ηλικιωμένο τμήμα του πληθυσμού του. Συγκεκριμένα η πολιτεία χορηγεί στους ηλικιωμένους και γενικά σε όλους τους Έλληνες πολίτες κοινωνικές παροχές στο πλαίσιο του *Ενιαίου Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλειας* (Ν. 4387/2016, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει), με σκοπό την εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και κοινωνικής προστασίας, με όρους ισότητας, κοινωνικής δικαιοσύνης, αναδιανομής και αλληλεγγύης των γενεών.

Το Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας, λειτουργώντας με ενιαίους κανόνες για όλους τους ασφαλισμένους, περιλαμβάνει το Εθνικό Σύστημα Υγείας για τις παροχές υγείας, το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τις προνοιακές παροχές και το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης για τις ασφαλιστικές παροχές. Παράλληλα προβλέπεται η καταβολή *εθνικής σύνταξης* σε όλους όσοι θεμελιώνουν δικαίωμα σύνταξης εξ ιδίου δικαιώματος ή ανικανότητας ή κατά μεταβίβαση (άρθρο 7 Ν. 4387/2016).

Ταυτόχρονα στο Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης λειτουργεί ξεχωριστό *Τμήμα Προστασίας Ηλικιωμένων*, οι αρμοδιότητες του οποίου, σύμφωνα με το άρθρο 37 του Οργανισμού λειτουργίας του (ΠΔ 113/2014) είναι:

- η μελέτη και η παρακολούθηση εφαρμογής προγραμμάτων ανοικτής και κλειστής προστασίας ηλικιωμένων,
- η μέριμνα για την παροχή πάσης φύσεως ενίσχυσης σε άτομα τρίτης ηλικίας πχ επίδομα στεγαστικής συνδρομής κ.λπ.,
- ο καθορισμός όρων και προϋποθέσεων σύστασης και λειτουργίας φορέων κερδοσκοπικού ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που παρέχουν υπηρεσίες ανοικτής και κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων,
- η υλοποίηση προγραμμάτων ίδρυσης και ανάπτυξης κοινωνικής προστασίας ατόμων τρίτης και τέταρτης ηλικίας.

### **3.1.1 Προγράμματα/Δομές προστασίας ηλικιωμένων**

Στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων του Τμήματος Προστασίας Ηλικιωμένων, λειτουργούν προγράμματα/δομές προστασίας ηλικιωμένων. Παρακάτω γίνεται αναφορά στα πιο σημαντικά προγράμματα/δομές που λειτουργούν υπό την εποπτεία του κράτους, με δικαιούχους τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

#### *Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ανασφάλιστων Υπερηλίκων*

Η εν λόγω παροχή θεσμοθετήθηκε με τον Ν. 4387/2016 και συγκαταλέχθηκε στην προνοιακή μέριμνα της ελληνικής πολιτείας για τα ευάλωτα στρώματα του πληθυσμού. Το επίδομα αυτό, όπως υποστηρίζει ο Οργανισμός Προνοιακών Επίδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΟΠΕΚΑ), που έχει αναλάβει τη διαχείριση και την καταβολή του, υψώνει ασπίδα προστασίας για τους πολίτες ανεξαρτήτως εθνικότητας που βρίσκονται σε μια ευαίσθητη ηλικία και δεν κατάφεραν να συγκεντρώσουν τον απαραίτητο για την συνταξιοδότηση ασφαλιστικό χρόνο. Ο νομοθέτης προβλέπει πλήρες ποσό επιδόματος 360€σε όσους έχουν συμπληρώσει το 67ο έτος της ηλικίας τους, έχουν 35ετή μόνιμη και νόμιμη διαμονή στην Ελλάδα, με το ποσό να αυξάνεται από το 2022 με ρήτρα ανάπτυξης, ακολουθώντας την αύξηση του ΑΕΠ και τη μεταβολή του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή.

### *Επίδομα Στεγαστικής Συνδρομής σε ανασφάλιστους υπερήλικες*

Το πρόγραμμα παροχής στεγαστικής συνδρομής εφαρμόζεται υπό μορφή ενοικίου σε μοναχικούς ανασφάλιστους και οικονομικά αδύνατους ηλικιωμένους από 65 ετών και άνω, υπό την προϋπόθεση ότι στερούνται ιδιόκτητης στέγης και διαμένουν σε μισθωμένο κτίριο, τελούν σε κατάσταση οικονομικής αδυναμίας και δε διαθέτουν εισόδημα από οποιαδήποτε πηγή προερχόμενο, της ημεδαπής ή αλλοδαπής ή ακίνητα περιουσιακά στοιχεία να τους παρέχουν την δυνατότητα αντιμετώπισης των στεγαστικών τους δαπανών. (Απόφαση Γ3/οικ.2615/22-5-1985, ΦΕΚ 329/Β'/1985, όπως τροποποιήθηκε με την αριθ. Γ3/2435/8-7-1987, ΦΕΚ 435/Β'/1987, όμοια.).

Το στεγαστικό επίδομα καταβάλλεται πλέον από τον ΟΠΕΚΑ σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 4520/2018, και αποδίδεται απευθείας στον ιδιοκτήτη του ακινήτου.

### *Πρόγραμμα «Κατ' οίκον φροντίδα συνταξιούχων»*

Σκοπός του προγράμματος είναι η κατοχύρωση συνθηκών αξιοπρεπούς και αυτόνομης διαβίωσης των ηλικιωμένων και των αναπήρων συνταξιούχων στην κατοικία τους, ώστε να προληφθούν καταστάσεις κοινωνικού αποκλεισμού και να αποφευχθεί η παραπομπή τους σε δομές κλειστής φροντίδας.

Δικαιούχοι του προγράμματος είναι άτομα που έχουν συμπληρώσει τουλάχιστον το 78ο έτος της ηλικίας τους, συνταξιούχοι λόγω γήρατος, αναπηρίας ή θανάτου των φορέων ασφάλισης που ενσωματώθηκαν στον Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ). Επίσης, δικαιούχοι είναι και οι συνταξιούχοι λόγω γήρατος, αναπηρίας ή θανάτου του Δημοσίου καθώς και οι ανασφάλιστοι υπερήλικες του πρώην ΟΓΑ, οι οποίοι αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα προβλήματα υγείας ή αναπηρίας. Συγκεκριμένα η κατάσταση της υγείας τους πρέπει να καθιστά αδύνατη την αυτοεξυπηρέτησή τους ή την κάλυψη των καθημερινών τους αναγκών, ενώ παράλληλα το συνολικό ετήσιο ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα πρέπει να είναι χαμηλό.

Το πρόγραμμα έχει ιδίως ως περιεχόμενο: (α) την καταπολέμηση της εξάρτησης ηλικιωμένων και αναπήρων με την οργάνωση και συστηματική παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, ψυχοκοινωνικής στήριξης, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και οικιακής βοήθειας, (β) την ενημέρωση των

εξυπηρετούμενων για τα δικαιώματά τους και την υποστήριξη κατά τις επαφές τους με τις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας, κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας και (γ) τη διευκόλυνση των εξυπηρετούμενων για τη συμμετοχή τους σε πολιτιστικές, ψυχαγωγικές, κοινωνικές και θρησκευτικές δραστηριότητες.

#### *Πρόγραμμα Κατασκηνώσεων -Λουτροθεραπείας - Πηλοθεραπείας*

Το εν λόγω πρόγραμμα υλοποιείται από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κάθε χρόνο σε συνεργασία με Δημοτικές Επιχειρήσεις, για ηλικιωμένα άτομα και ενήλικα άτομα με αναπηρίες, σε όλη τη χώρα από τον μήνα Ιούλιο έως τον μήνα Οκτώβριο, διάρκειας 7 ημερών (υπ' αριθμ. ΓΠ Δ27/οικ. 25725/1158/31-7-2013 ΚΥΑ). Η επιλογή των δικαιούχων για τη συμμετοχή στο πρόγραμμα πραγματοποιείται από τις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας των Περιφερειακών Ενοτήτων της χώρας σε συνεργασία με φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης (ΚΑΠΗ) και με καθαρά κοινωνικο-οικονομικά κριτήρια. Το πρόγραμμα χρηματοδοτείται εξολοκλήρου από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου.

#### *Μονάδες ανοικτής φροντίδας ηλικιωμένων – ΚΗΦΗ & ΚΑΠΗ*

Λειτουργούν από νομικά πρόσωπα των ΟΤΑ και φορείς ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και φυσικά πρόσωπα, σε αστικές και ημι-αστικές περιοχές (αναλυτική αναφορά για τις μονάδες αυτές ακολουθεί στην ενότητα όπου γίνεται λόγος για τον ρόλο των Δήμων).

#### *Μονάδες κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων*

Η κλειστή περίθαλψη των ηλικιωμένων παρέχεται από τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΜΦΗ), οι οποίες λειτουργούν με τη μορφή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού (ιδρύονται από φιλανθρωπικά σωματεία και την εκκλησία) ή κερδοσκοπικού χαρακτήρα (ιδρύονται από ιδιώτες). Το νομικό πλαίσιο λειτουργίας τους καθορίζεται από τις διατάξεις του Ν.2345/1995 (ΦΕΚ 213/Α'/1995). Οι μονάδες αυτές φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα αυτοεξυπηρετούμενα και μη.

Οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων εξασφαλίζουν στους φιλοξενούμενους υγιεινή και ασφαλή διαμονή, υγιεινή διατροφή, τακτική ιατρική παρακολούθηση, φυσικοθεραπεία, ψυχαγωγία, ψυχολογική υποστήριξη και γενικά σεβασμό και ενδιαφέρον στον περιθαλπόμενο, ανεξαρτήτως πνευματικής και σωματικής κατάστασης.

### **3.1.2 Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ)**

Υπάρχει μια σειρά Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ) που δραστηριοποιούνται αποβλέποντας στην προστασία των ηλικιωμένων και στην εξασφάλιση σε αυτούς ποιότητας ζωής. Στο πλαίσιο αυτό ενδεικτικά αναφέρονται κάποιες από τις δράσεις τους.

#### *Το κόκκινο κουμπί*

Η διαχείριση του προγράμματος γίνεται από την ΜΚΟ «ΓΡΑΜΜΗ ΖΩΗΣ», η οποία μέσω της υπηρεσίας «Τηλεειδοποίηση» δίνει τη δυνατότητα στους ηλικιωμένους να επικοινωνούν άμεσα με το Συντονιστικό Κέντρο Διαχείρισης Κλήσεων της Οργάνωσης, αμφίδρομα και με ανοιχτή ακρόαση, πατώντας απλά ένα φορητό κόκκινο κουμπί που φορούν στο λαιμό ή στον καρπό τους, 24 ώρες το 24ωρο και όλες τις ημέρες του χρόνου, χωρίς να χρειάζεται να μετακινηθούν από τη θέση τους ή να επιλέξουν οποιονδήποτε αριθμό.

Η ΓΡΑΜΜΗ ΖΩΗΣ, έχοντας αρχείο για κάθε ηλικιωμένο, ανταποκρίνεται άμεσα στις ανάγκες του ή στέλνει αμέσως βοήθεια (π.χ. ασθενοφόρο, Άμεση Δράση, κάποιο μέλος της οικογένειάς του κ.ά. ή ακόμα και έναν γείτονα που έχει δηλωθεί ως «εθελοντής γείτονας» στο αντίστοιχο πρόγραμμα της Οργάνωσης).

#### *Εθνική Τηλεφωνική Γραμμή SOS(1065)*

Έχει δοθεί στη διάθεση της ΜΚΟ «ΓΡΑΜΜΗ ΖΩΗΣ» από την Εθνική Επιτροπή Τηλεπικοινωνιών και Ταχυδρομείων και συμβάλει θετικά σε περιστατικά αναγγελίας εξαφάνισης ηλικιωμένων αλλά και σε περιστατικά καταγγελίας κακομεταχείρισης, κακοποίησης ή παραμέλησής τους.

Μέσω της γραμμής γίνονται ανώνυμες και επώνυμες καταγγελίες που αφορούν περιστατικά κακοποίησης/κακομεταχείρισης ηλικιωμένων, ενώ παράλληλα λειτουργεί και ως εργαλείο συμβουλευτικής ηλικιωμένων, των παιδιών τους και των φροντιστών τους. Ακολούθως οι καταγγελίες αποστέλλονται στις αρμόδιες εισαγγελικές αρχές προς διερεύνηση, προκειμένου να αναζητηθούν οι καλύτερες δυνατές λύσεις για τους ηλικιωμένους θύματα, ενώ η συμβουλευτική αφορά συνήθως σε θέματα σχέσεων με τα παιδιά τους, το οικογενειακό τους περιβάλλον και εν γένει αυτούς που τους φροντίζουν.

Η γραμμή λειτουργεί όλο το 24ωρο, 365 ημέρες το έτος, και στελεχώνεται από κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, καθώς και ειδικά εκπαιδευμένους εθελοντές.

#### *Πρόγραμμα SILVER ALERT*

Είναι το Εθνικό συντονιστικό πρόγραμμα έγκαιρης και έγκυρης ειδοποίησης των πολιτών σε περιστατικά εξαφάνισης ηλικιωμένων. Αποτελεί ένα ακόμα βήμα στην κατεύθυνση για την υποστήριξη ηλικιωμένων με Alzheimer, άνοια και συναφείς διαταραχές. Ενεργοποιεί άμεσα τα αντανακλαστικά των πολιτών σε περιστατικά εξαφάνισης ηλικιωμένων.

Το Silver Alert Hellas λειτουργεί με τη σημαντική συνδρομή της Ελληνικής Αστυνομίας και της ΜΚΟ «ΓΡΑΜΜΗ ΖΩΗΣ» και εποπτεύεται από την Εισαγγελία του Αρείου Πάγου, η οποία έχει προεγκρίνει το αυστηρό πρωτόκολλο λειτουργίας του. Με τη λειτουργία του Silver Alert και τη βοήθεια των ΜΜΕ και άλλων Φορέων, ο χρόνος έναρξης της αναζήτησης έχει ελαχιστοποιηθεί και στις περισσότερες περιπτώσεις αποβαίνει σωτήριος.

#### *Τηλεφωνική Γραμμή SOS για την άνοια (τηλ. 2103303678)*

Δημιουργήθηκε το 2002 από τη Ψυχογηριατρική Εταιρεία «Ο ΝΕΣΤΩΡ» σε συνεργασία με την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, με στόχο να παρέχει χρήσιμη συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη στους φροντιστές ασθενών με άνοια και νόσο Alzheimer, κυρίως ως προς την αντιμετώπιση οξέων συμβάντων.

Σκοπός της γραμμής είναι όχι μόνο η πληροφόρηση, αλλά και η ανακούφιση και αποφόρτιση των φροντιστών των ασθενών με άνοια, διότι η σωστή βοήθεια στον ασθενή προϋποθέτει καλή ψυχολογική κατάσταση του φροντιστή και του αρρώστου.

### *Πανελλήνια Τράπεζα Αίματος για την τρίτη ηλικία*

Η «ΓΡΑΜΜΗ ΖΩΗΣ» και η Μονάδα Αιμοδοσίας του Αντικαρκινικού - Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας» ένωσαν τις δυνάμεις τους για την ίδρυσή της, με ιδρυτική εκδήλωση αιμοδοσίας αυτή της 6ης Μαρτίου 2011.

Πέρα από όσα προαναφέρθηκαν, δηλαδή τη συνεισφορά του Κράτους και των ΜΚΟ στα θέματα της τρίτης ηλικίας, αιχμή του δόρατος στην αποτελεσματική διαχείρισή τους αποτελούν οι Δήμοι, λόγω του συγχρωτισμού τους με τον ηλικιωμένο πληθυσμό κάθε περιοχής.

## **3.2 Αρμοδιότητες των Δήμων σχετικά με την τρίτη ηλικία**

Σύμφωνα με το Σύνταγμα της Ελλάδας, η διοίκηση του Κράτους οργανώνεται με αποκεντρωτικό σύστημα. (άρθρο 101). Σε άλλο σημείο του (άρθρο 102) προβλέπεται ότι η διοίκηση των τοπικών υποθέσεων ανήκει στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ) πρώτου και δεύτερου βαθμού, ενώ με νόμους καθορίζονται το εύρος και οι κατηγορίες αυτών των υποθέσεων. Με νόμους επίσης ανατίθεται στους ΟΤΑ η άσκηση αρμοδιοτήτων που συνιστούν αποστολή του κράτους.

Οι *Δήμοι* είναι αυτοδιοικούμενα κατά τόπο νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, συγκροτούν τον πρώτο βαθμό τοπικής αυτοδιοίκησης και ως έκφραση της λαϊκής κυριαρχίας αποτελούν θεμελιώδη θεσμό του δημόσιου βίου των Ελλήνων, όπως αυτός κατοχυρώνεται από το Σύνταγμα και από τις διατάξεις του Ευρωπαϊκού Χάρτη Τοπικής Αυτονομίας που κυρώθηκε με τον Ν. 1850/1989 (ΦΕΚ 144 Α').

Σύμφωνα επίσης με τις διατάξεις του Ν. 3463/2006 «Κύρωση του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων» (άρθρο 75) και του Ν. 3852/2010 «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης & της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΗΣ», (άρθρο 94), που στην παρούσα χρονική περίοδο είναι τα κύρια νομοθετήματα που διέπουν τη λειτουργία των ΟΤΑ Α' βαθμού, οι δημοτικές αρχές διευθύνουν και



ρυθμίζουν όλες τις τοπικές υποθέσεις, σύμφωνα με τις αρχές της επικουρικότητας και της εγγύτητας, με στόχο την προστασία, την ανάπτυξη και τη συνεχή βελτίωση των συμφερόντων και της ποιότητας ζωής της τοπικής κοινωνίας.

Οι βασικές αρμοδιότητες των Δήμων που εκτενώς αναφέρονται στους ανωτέρω νόμους αφορούν κυρίως τους τομείς:

- της ανάπτυξης,
- του περιβάλλοντος,
- της ποιότητας ζωής και της εύρυθμης λειτουργίας των πόλεων και των οικισμών,
- της απασχόλησης,
- της κοινωνικής προστασίας και της αλληλεγγύης,
- της παιδείας, του πολιτισμού και του αθλητισμού,
- της πολιτικής προστασίας,
- της τοπικής ανάπτυξης.

Μεταξύ αυτών των αρμοδιοτήτων περιλαμβάνονται και εκείνες που αφορούν την τρίτη ηλικία (κάποιες αρμοδιότητες μάλιστα αφορούν αποκλειστικά τους ηλικιωμένους, ενώ κάποιες άλλες αφορούν άτομα ανεξαρτήτου ηλικίας, συνεπώς και τους πρώτους). Χαρακτηριστικά αναφέρονται:

- Η εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις που αποσκοπούν στην υποστήριξη και κοινωνική φροντίδα της τρίτης ηλικίας, με την ίδρυση και λειτουργία νομικών προσώπων και ιδρυμάτων όπως κέντρων ανοικτής περίθαλψης και ημερήσιας φροντίδας, ψυχαγωγίας και αναψυχής ηλικιωμένων, γηροκομείων κ.λπ., καθώς και τη μελέτη και εφαρμογή σχετικών κοινωνικών προγραμμάτων.
- Η εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα, που στοχεύουν στη μέριμνα, υποστήριξη και φροντίδα ευπαθών κοινωνικών ομάδων με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή ψυχικής υγείας, όπως δημιουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, κέντρων αγωγής υγείας, υποστήριξης και αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία, κέντρων ψυχικής υγείας.
- Η μέριμνα για τη στήριξη αστεγών και οικονομικά αδύνατων δημοτών, με την παραχώρηση δημοτικών και κοινοτικών οικοπέδων σε αυτούς ή με την παροχή

χρηματικών βοηθημάτων, ειδών διαβίωσης και περίθαλψης σε κατοίκους που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα διαβίωσης.

- Η προώθηση και ανάπτυξη του εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης με τη δημιουργία τοπικών δικτύων κοινωνικής αλληλεγγύης, εθελοντικών οργανώσεων και ομάδων εθελοντών που θα δραστηριοποιούνται για την επίτευξη των στόχων και την υποβοήθηση του έργου της κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης του Δήμου και της Κοινότητας.
- Η εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών και η διενέργειά τους.
- Η καταβολή επιδομάτων σε αναπήρους καθώς και σε λοιπά άτομα δικαιούμενα παροχής κοινωνικής προστασίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.Δ. 57/1973 (ΦΕΚ 149 Α'), της σχετικής νομοθεσίας, καθώς και των οικείων κανονιστικών ρυθμίσεων.
- Η δωρεάν παραχώρηση της χρήσης οικημάτων λόγω απορίας ή για άλλους σοβαρούς λόγους.
- Η αναγνώριση δικαιούχων στεγαστικής συνδρομής.
- Η έκδοση αποφάσεων παροχής κοινωνικής προστασίας.
- Η χορήγηση άδειας λειτουργίας ιδιωτικών επιχειρήσεων περίθαλψης ηλικιωμένων ή ατόμων που πάσχουν ανίατα από κινητική αναπηρία.
- Η προώθηση και εφαρμογή προγραμμάτων ενίσχυσης μαζικού αθλητισμού και διοργάνωση αθλητικών εκδηλώσεων.
- Η εκτέλεση προγραμμάτων δια βίου μάθησης στο πλαίσιο του αντίστοιχου εθνικού και περιφερειακού σχεδιασμού, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

Στα πλαίσια των προαναφερθεισών αρμοδιοτήτων, ο κάθε Δήμος ενεργοποιεί κάποιες από αυτές, εφαρμόζοντας τοπικές δράσεις και συμμετέχοντας σε προγράμματα εθνικής εμβέλειας καθώς και σε ευρωπαϊκά προγράμματα, ανάλογα πάντα με τον στρατηγικό σχεδιασμό του, τις υπηρεσίες του, τους διαθέσιμους πόρους του, αλλά και το όραμα της εκάστοτε δημοτικής αρχής που τον διοικεί.

Εν κατακλείδι, οι Δήμοι κατέχουν νευραλγική θέση για την επίτευξη υψηλού επιπέδου ζωής των ανθρώπων της εκάστοτε τοπικής κοινωνίας, ιδιαίτερα με το επιτελικό έργο τους στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής, η οποία κρίνεται άκρως

απαραίτητη κατά την υφιστάμενη οικονομική κρίση και την παρεπόμενη αυτής αύξησης κοινωνικών ανισοτήτων.

### **3.3 Κοινωνική πολιτική των Δήμων - Δομές και δράσεις για τους ηλικιωμένους**

Σε αυτό το στάδιο της μελέτης θα γίνει μια προσπάθεια να αποτυπωθούν οι δομές και οι δράσεις που αυτή τη στιγμή διαθέτουν οι Δήμοι για την υποστήριξη των ηλικιωμένων και την παροχή σε αυτούς των προϋποθέσεων εκείνων που θα βελτιώσουν τη ζωή τους. Συγκεκριμένα θα γίνει αναφορά στον σκοπό της ίδρυσης και της εφαρμογής τους, στα χαρακτηριστικά τους καθώς και στις ανάγκες που καλύπτουν.

Επισημαίνεται πως έχοντας ως δεδομένο ότι ο βασικός στόχος της μελέτης είναι η χαρτογράφηση των αναγκών της τρίτης ηλικίας σε έναν συγκεκριμένο Δήμο (Λουτρακίου – Περαχώρας - Αγ. Θεοδώρων) που έχει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και δυνατότητες (οικονομικές, διαθέσιμο προσωπικό κ.ά.), κρίνεται σκόπιμο στη φάση αυτή να καταγραφούν ενδεικτικά δομές και προγράμματα που ήδη υφίστανται και εφαρμόζονται σε άλλους Δήμους με πληθυσμό ίσο και μεγαλύτερο (μέχρι +25.000 κατοίκους περίπου) από τον πληθυσμό του συγκεκριμένου Δήμου που θα μελετηθεί (σύμφωνα πάντα με τα στοιχεία του μόνιμου πληθυσμού της απογραφής 2011). Σε διαφορετική περίπτωση, δηλαδή η καταγραφή δομών-προγραμμάτων σε μεγαλύτερους Δήμους που έχουν άλλες δυνατότητες, θα οδηγούσε σε μια πελαγοδρόμηση που τίποτα ουσιαστικό δεν θα προσέφερε στην παρούσα έρευνα, αφού σε καμία περίπτωση ο υπό μελέτη Δήμος δεν θα μπορούσε να εφαρμόσει ανάλογη κοινωνική πολιτική για τους ηλικιωμένους.

Συγκεκριμένα αφού μελετήθηκαν είκοσι τρεις (23) Δήμοι από διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας, αναδείχθηκαν οι κάτωθι δομές και προγράμματα, διαχειριστές των οποίων είναι είτε οι ίδιοι οι Δήμοι μέσω των Κοινωνικών Υπηρεσιών τους είτε τα Νομικά Πρόσωπα αυτών, Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου.

### *«Βοήθεια στο Σπίτι» και Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας*

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» αρχικά χρηματοδοτήθηκε από τα Κοινοτικά Πλαίσια Στήριξης (ΚΠΣ) - κυρίως το Γ' ΚΠΣ - και ακολούθως από εθνικούς πόρους, το μεγαλύτερο μέρος των οποίων προέρχεται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, έχοντας αρχικά ως στόχο να δοθεί η δυνατότητα να αποκτήσει εργασία εκείνο το τμήμα του γυναικείου πληθυσμού που ήταν υποχρεωμένο να φροντίζει τους ηλικιωμένους που υπήρχαν στις οικογένειές του.

Και τα δύο προγράμματα εντάσσονται στο πλαίσιο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. Απευθύνονται κυρίως σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες, δίνοντας προτεραιότητα σε εκείνους που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και χρήζουν φροντίδας κάποιου ατόμου του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος, σε όσους χρήζουν ιδιαίτερης ανάγκης ή φροντίδας λόγω προσωρινών ή μόνιμων δυσκολιών, σε όσους ζουν μόνοι ή έχουν εγκαταλειφθεί από το οικογενειακό και συγγενικό τους περιβάλλον, που αντιμετωπίζουν καταστάσεις απομόνωσης, αποκλεισμού, επιβίωσης, υπερβολικής επιβάρυνσης και κρίσης της οικογένειάς τους, αλλά και σε εκείνους που αντιμετωπίζουν προσωρινά οικονομικές δυσκολίες ή δεν έχουν επαρκείς οικονομικούς πόρους.

Στο πλαίσιο αυτό, στόχος των προγραμμάτων έγινε η επανένταξη και η παραμονή των ατόμων αυτών στο ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους μέσω της παροχής ανάλογων υπηρεσιών, και ταυτόχρονα η διαφύλαξη της ανεξαρτησίας τους καθώς και η αποτροπή εγκλεισμού τους σε ίδρυμα. Οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι: υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας, νοσηλευτικής φροντίδας και οικογενειακής οικιακής βοήθειας και συγκεκριμένα: συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων που χρήζουν βοήθεια, αλλά και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, νοσηλευτική μέριμνα και ιατροφαρμακευτική φροντίδα, πρόληψη αγωγής υγείας, συντροφιά, φροντίδα του νοικοκυριού, πληρωμές λογαριασμών, μικροαγορές και οικογενειακή φροντίδα. Όλες αυτές ή επιλεκτικά κάποιες από αυτές, κατά περίπτωση, παρέχονται εξατομικευμένα, δηλαδή αφού πρώτα διερευνηθούν οι ανάγκες του κάθε ηλικιωμένου που πρόκειται να ενταχθεί στα εν λόγω προγράμματα.

Το προσωπικό που κρίνεται απολύτως απαραίτητο για τη λειτουργία των προγραμμάτων, σύμφωνα με την υπ' αριθμ. 4035/2001 ΚΥΑ, είναι το εξής: κοινωνικός/ή λειτουργός, νοσηλεύτης/τρια, αμφότεροι με άδεια άσκησης επαγγέλματος, καθώς και βοηθητικό προσωπικό που διαθέτει την απαιτούμενη κατάρτιση ή εμπειρία. Στις περιπτώσεις ορεινών ή νησιωτικών ή παραμεθόριων ή φθινουσών περιοχών, οι δύο πρώτες ειδικότητες, αν δεν υπάρχει ενδιαφέρον από αντίστοιχους επαγγελματίες, δύνανται να αντικατασταθούν από ψυχολόγο και επισκέπτη υγείας αντίστοιχα.

#### *Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)*

Τα ΚΗΦΗ αποτέλεσαν εξ αρχής μέτρο προώθησης της πολιτικής ίσων ευκαιριών απασχόλησης και άσκησης κοινωνικής πολιτικής, όπως ακριβώς συνέβη και με τα προαναφερθέντα προγράμματα, και συγχρηματοδοτούνται από το ΕΣΠΑ και ειδικότερα από τα Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα. Αποτελούν σύγχρονες ανοικτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, οι οποίες απευθύνονται σε αυτούς που ζουν σε αστικές και ημιαστικές περιοχές, δεν έχουν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης, ήτοι αντιμετωπίζουν κινητικές δυσκολίες, είναι ανάπηροι ή έχουν ασθένεια που χρονίζει κ.λπ. και που το υποστηρικτικό περιβάλλον δεν δύναται να τους φροντίσει για διαφόρους λόγους π.χ. εργασιακούς, οικονομικούς, κοινωνικούς, υγείας κ.λπ.

Σκοπός τους είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας, η διασφάλιση της αξιοπρέπειάς τους και η παραμονή τους στο φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, με ταυτόχρονη αποφυγή της ιδρυματοποίησής τους, καθώς και η εξασφάλιση στους οικείους τους ενός ομαλού κοινωνικού βίου και η διαφύλαξη της εργασίας αυτών, που σε άλλη περίπτωση θα διαταρασσόταν από την ανάγκη ενασχόλησης με τους ηλικιωμένους τους. Οι υπηρεσίες που παρέχουν σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους είναι: νοσηλευτικές υπηρεσίες, ικανοποίηση αναγκών προσωπικής φροντίδας, δημιουργική κάλυψη του χρόνου τους, δράσεις για τυχόν βελτίωση των καθημερινών και κοινωνικών ικανοτήτων τους, διασύνδεση με φορείς παροχής παρεμφερών κοινωνικών υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο, με μονάδες υγείας, καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας.

Παρόλο που αναφέρονται σε ημερήσια φροντίδα, στην πραγματικότητα η φιλοξενία των ηλικιωμένων σε αυτά περιορίζεται σε εκείνες τις ώρες κατά τις οποίες οι οικογένειές τους εργάζονται και πολύ σπάνια και σε πολύ ειδικές περιστάσεις διαρκεί όλο το εικοσιτετράωρο. Επίσης δεν λειτουργούν και τις επτά ημέρες της εβδομάδας και συχνά δεν παρέχουν φαγητό στους ηλικιωμένους ούτε εξασφαλίζουν τη μετακίνησή τους από και προς το Κέντρο, η οποία πρέπει να σημειωθεί ότι κάποιες φορές απαιτεί ειδικά οχήματα. Για τη λειτουργία των ΚΗΦΗ, σύμφωνα με την υπ' αριθ. 4035/2001 ΚΥΑ, ως απαραίτητο προσωπικό θεωρείται το εξής: νοσηλεύτης/τρια (με άδεια άσκησης επαγγέλματος), επιμελητές πρόνοιας ή κοινωνικοί φροντιστές, καθώς και καταρτισμένο βοηθητικό προσωπικό που διαθέτει εμπειρία.

#### *Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)*

Τα ΚΑΠΗ έχουν μακρά ιστορία. Ήδη από το 1982 λειτουργούν υπό την σκέπη των ΟΤΑ Α' Βαθμού και η αξία τους ως θεσμού έχει αναγνωριστεί από τους ηλικιωμένους πανελληνίως, γι' αυτό και αποτελούν τις δομές με τα περισσότερα εγγεγραμμένα μέλη. Τα εν λόγω Κέντρα χρηματοδοτούνται εξολοκλήρου από τους Δήμους και έχουν τοπικό χαρακτήρα. Μέχρι και το 2010 αποτελούσαν ξεχωριστά Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) των Δήμων. Με την εφαρμογή του Προγράμματος «ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΗΣ» (Ν. 3852/2010) από την 01/01/2011 και μετά συγχωνεύτηκαν υποχρεωτικά σε ένα από τα δύο (2) ΝΠΔΔ, που θα μπορούσε να διαθέτει ο κάθε Δήμος με πληθυσμό μέχρι 300.000 κατοίκους, και συγκεκριμένα στο ΝΠΔΔ με τομέα αρμοδιοτήτων κοινωνικής προστασίας, αλληλεγγύης και παιδείας ή εναλλακτικά σε κοινωφελή επιχείρηση επίσης του Δήμου με αντίστοιχες αρμοδιότητες.

Βασικός σκοπός των ΚΑΠΗ είναι η προστασία και η συνέχιση της ζωής από τα άτομα τρίτης Ηλικίας σε χώρο εκτός ιδρυμάτων. Όσοι εμπνέονται από αυτόν τον θεσμό και εμπλέκονται στη λειτουργία του θεωρητικά ή πρακτικά, οραματίζονται για τα ηλικιωμένα άτομα τη διαμονή τους εντός του σπιτιού τους, εντός της συνοικίας τους, τη διατήρηση και την επέκταση των κοινωνικών τους επαφών και την ανάπτυξη δραστηριοτήτων στην καθημερινότητά τους που θα τους προσφέρουν ψυχολογική τόνωση. Οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι οι εξής: κοινωνικές υπηρεσίες στους

ηλικιωμένους και τους οικείους τους σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες του Δήμου, συμβουλευτική, ψυχολογική υποστήριξη, προγράμματα προληπτικής ιατρικής, νοσηλευτική φροντίδα, εργοθεραπεία, διασκέδαση και λειτουργία ομάδων δημιουργικής απασχόλησης, οικιακή φροντίδα σε ανθρώπους που τη χρειάζονται, ενεργοποίηση του εθελοντισμού, ενημέρωση σε θέματα που άπτονται των ενδιαφερόντων και των προβλημάτων των μελών και ομιλίες από ειδικούς, λειτουργία κυλικείου με προϊόντα σε πολύ χαμηλές τιμές, καθώς και χώρου όπου διατίθενται επιτραπέζια παιχνίδια ώστε τα μέλη να περνούν όμορφα μεταξύ τους.

Όλα τα παραπάνω έχουν οδηγήσει κάποιους στο να υποστηρίξουν ότι τα ΚΑΠΗ κυρίως απευθύνονται στους πιο νέους από τους ηλικιωμένους, σε εκείνους που συνήθως διαθέτουν καλύτερη υγεία, κινητική ευκολία και ενδιαφέρον για να μάθουν και να ψυχαγωγηθούν, οπότε ανταποκρίνονται πιο εύκολα στα προγράμματα που τα Κέντρα διαθέτουν.

Βέβαια τα τελευταία χρόνια ακόμα και τα ΚΑΠΗ έχουν πέσει θύματα της οικονομικής κρίσης, μη δυνάμενα να επανδρωθούν με το απαραίτητο εξειδικευμένο προσωπικό, γεγονός που αποβαίνει σε βάρος του πλούτου των προγραμμάτων που εφαρμόζουν. Έτσι σε πολλές περιπτώσεις οι δράσεις τους έχουν περιοριστεί μόνο στη διοργάνωση κάποιων εκδρομών, ενώ οι χώροι τους έχουν καταλήξει ως χώροι καφενείου.

Εκ διαμέτρου αντίθετη με αυτή την κατάσταση, είναι η πρόκληση στην οποία τα ΚΑΠΗ καλούνται να ανταποκριθούν: στην πρόκληση του 21ου αιώνα. Με τη ραγδαία αύξηση της πληθυσμιακής γήρανσης που συνεχώς θα εντείνεται, σε συνδυασμό με την άνοδο του μορφωτικού-κοινωνικού-πολιτιστικού επιπέδου των ανθρώπων, δημιουργείται μια νέα γενιά ηλικιωμένων με καλύτερη μόρφωση, με εξελιγμένες απόψεις και απαιτήσεις. Μπροστά σε αυτά τα νέα δεδομένα, ο θεσμός είναι αναγκαίο να εξελιχθεί, με διεύρυνση των προγραμμάτων του, έτσι ώστε να καλύπτουν όλο και μεγαλύτερο μέρος του εκάστοτε τοπικού πληθυσμού.

Τέλος παρεμφερείς με τα ΚΑΠΗ ήταν και οι επονομαζόμενες «Λέσχες Φιλίας» οι οποίες ιδρύονταν με αποφάσεις Δημοτικών Συμβουλίων. Τέτοιες είχαν δημιουργηθεί σε λίγους Δήμους, κυρίως στον Δήμο Αθηναίων, ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων πιο στοχευμένα ανά συνοικία, αλλά και στον Δήμο που θα μας απασχολήσει (πρόσφατα μετονομάστηκε σε ΚΑΠΗ).

### *Εκπαίδευση ηλικιωμένων*

Τα προγράμματα αυτά υλοποιούνται σε συνεργασία με τα Κέντρα Δια Βίου Μάθησης και ως επί το πλείστον έχουν σκοπό να φέρουν σε επαφή τους ηλικιωμένους με τις νέες τεχνολογίες, να τους παράσχουν κατάρτιση στο θέμα της αγωγής υγείας και τις Πρώτες Βοήθειες και τέλος να τους βοηθήσουν να συμβιβαστούν με την ηλικία τους, με απώτερο σκοπό να παραμείνουν ενεργά μέλη της κοινωνίας.

### *Προγράμματα άθλησης*

Πρόκειται για προγράμματα ήπιας άσκησης που απευθύνονται σε όλους τους ηλικιωμένους και υλοποιούνται από εξειδικευμένους/ες γυμναστές/στριες - προπονητές/τριες (κρίνεται βέβαια σκόπιμος ο διαχωρισμός των συμμετεχόντων σε ομάδες, ανάλογα με την κατάσταση υγείας και τη φυσική τους κατάσταση, ώστε να υπάρχει ομοιογένεια των ασκήσεων εντός της ίδιας ομάδας για μια πιο αποτελεσματική άθληση).

Αυτά τα Προγράμματα, που σε πολλούς Δήμους έχουν την ονομασία «Άσκηση και Τρίτη Ηλικία», έχουν στόχο τη μυϊκή ενδυνάμωση και διατήρηση της μυοσκελετικής λειτουργικότητας των ηλικιωμένων, καθώς και τη διατήρηση της φυσικής ανεξαρτησίας τους, ενώ ταυτόχρονα αποσκοπούν στην ενίσχυση της ψυχοσύνθεσης τους, μέσα από την άσκηση και την κίνηση, στην αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου τους, στην ευεξία τους και στην υποβοήθηση της ποιότητας ζωής για την τόσο ευαίσθητη τρίτη ηλικία.

### *Συμβουλευτικοί σταθμοί για την άνοια*

Λειτουργούν στα πλαίσια του προγράμματος με τίτλο «Κοινότητες φιλικές προς την άνοια», που υλοποιεί η Εταιρεία Alzheimer Αθηνών με το Εθνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων (ΕΔΔΥΠΠΥ) και λειτουργούν σε Δήμους – μέλη του Δικτύου. Οι δομές αυτές έχουν ως στόχο την πρόληψη της άνοιας, αλλά και την υποστήριξη των ανθρώπων που πάσχουν καθώς και των οικογενειών τους.

Συγκεκριμένα περιλαμβάνουν: προγράμματα πρόληψης (αξιολόγηση νοητικών λειτουργιών, ομάδες νοητικής ενδυνάμωσης σε ηλικιωμένους χωρίς προβλήματα μνήμης, ενημερωτικές ομιλίες στην κοινότητα), προγράμματα



παρέμβασης για την άνοια (προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης για άτομα που πάσχουν από ήπια προβλήματα μνήμης, ομάδες υποστήριξης και εκπαίδευσης των συγγενών που φροντίζουν ανθρώπους με άνοια), ειδικά εκπαιδευτικά σεμινάρια για επαγγελματίες υγείας που στελεχώνουν κοινωνικές υπηρεσίες.

Στο πλαίσιο λειτουργίας των Συμβουλευτικών Σταθμών, υποστηρίζεται η δικτύωση και η διασύνδεση τόσο οριζόντια - μέσα στις δομές τοπικής αυτοδιοίκησης - όσο και με εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και ψυχικής υγείας, διασφαλίζοντας το συνεχές της φροντίδας.

#### *Δημοτικά γηροκομεία*

Λειτουργούν σε πολύ λίγους Δήμους και υπό τη νομική μορφή του δημοτικού ιδρύματος. Οι πιο βασικές προϋποθέσεις για να γίνει κάποιος ηλικιωμένος δεκτός σε αυτά, είναι να έχει τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης, να μην έχει σοβαρά προβλήματα υγείας και να χαρακτηρίζεται ως οικονομικά αδύναμος.

Συνδυαστικά με τις ανωτέρω δομές/προγράμματα που αφορούν αποκλειστικά τους ηλικιωμένους, στους Δήμους λειτουργούν και άλλα που, ενώ δεν απευθύνονται μόνο σε ηλικιωμένους, αυτοί αποτελούν ένα μεγάλο μέρος των δικαιούχων τους. Ενδεικτικά αναφέρονται τα κέντρα σίτισης, τα κοινωνικά παντοπωλεία και τα ΚΕΠ Υγείας.

#### *Κέντρα σίτισης*

Τα κέντρα αυτά φροντίζουν και διανέμουν κατ' οίκον συσσίτια για την καλύτερη εξυπηρέτηση ατόμων που έχουν ανάγκη και κυρίως ατόμων της τρίτης ηλικίας. Πρόκειται κυρίως για μοναχικούς ηλικιωμένους που δεν περιβάλλονται από συγγενείς πρώτου βαθμού, παρουσιάζουν αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης και έχουν χαμηλές οικονομικές δυνατότητες.

### *Κοινωνικά παντοπωλεία*

Προσφέρουν συσκευασμένα τρόφιμα σε τακτά χρονικά διαστήματα, καθώς και ρούχα και είδη υγιεινής σε ανθρώπους, μεταξύ άλλων και σε ηλικιωμένους, με πενιχρά εισοδήματα, προκειμένου να εξασφαλίσουν τη διαβίωσή τους.

### *ΚΕΠ Υγείας*

Παρέχουν υπηρεσίες και δωρεάν εξετάσεις σε πολίτες που το έχουν ανάγκη, μεταξύ αυτών και σε ηλικιωμένους.

Συμπέρασμα: Κοινή διαπίστωση όλων είναι πως, ενώ στην Τοπική Αυτοδιοίκηση Α' Βαθμού υπάρχουν προγράμματα και δράσεις που αφορούν την κοινωνική πολιτική για τους ηλικιωμένους, δεν υπάρχει μια ενιαία πολιτική για την τρίτη ηλικία και ολιστική προσέγγιση των θεμάτων που την απασχολούν.

Εξαίρεση αποτελεί μια καινοτομία που εξήγγειλε εντός του 2018 το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης σχεδιάζοντας το ΟΦΗΛΙ. Όπως χαρακτηριστικά είχε δηλώσει η τότε Αναπληρώτρια Υπουργός, απαντώντας σε ερώτηση στα πλαίσια κοινοβουλευτικού ελέγχου σχετικά με τα ΚΗΦΗ: «Το Υπουργείο, αφενός αναγνωρίζοντας ότι στη δεδομένη στιγμή οι ηλικιωμένοι, ως ευάλωτη ομάδα πληθυσμού, επωφελούνταν ουσιαστικά από τρεις δομές-δράσεις που στόχευαν στην κοινωνική προστασία της τρίτης ηλικίας, ήτοι τα ΚΑΠΗ, τα ΚΗΦΗ και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», και αφετέρου επιδιώκοντας τον συντονισμό, τον εκσυγχρονισμό και την παροχή της καλύτερης δυνατής ποιότητας υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους, σχεδιάστηκε το ΟΦΗΛΙ: ένα σύστημα διασύνδεσης, συντονισμού και βελτιστοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών των τριών αυτών υφιστάμενων δράσεων που θα λειτουργεί με τρόπο ενιαίο και ολοκληρωμένο, ώστε να επιτυγχάνεται λειτουργική συνέργεια, αλληλοσυμπλήρωση και οικονομίες κλίμακας με στόχο την παροχή της βέλτιστης δυνατής βοήθειας στους ηλικιωμένους.

Επίκεντρο του ΟΦΗΛΙ θα είναι τα Κέντρα Κοινότητας και θα βασίζεται σε ένα πληροφοριακό διοικητικό εργαλείο, συνδεδεμένο με το ενιαίο πληροφοριακό σύστημα των Κέντρων Κοινότητας, που θα επιτρέπει στους Δήμους να διαχειρίζονται τους ανθρώπινους πόρους και τις υποδομές τους, έτσι ώστε ανά πάσα στιγμή ο

ηλικιωμένος να λαμβάνει τη συνδρομή που αρμόζει στην περίπτωσή του με τρόπο άμεσο, εύκολο, διαφανή και δίκαιο, με διασφάλιση της δυνατότητας κινητικότητάς του από τη μια δράση στην άλλη, ανάλογα με τις πραγματικές του ανάγκες.

Ουσιαστικά πρόκειται για την ενσωμάτωση των παροχών φροντίδας του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι», των ΚΗΦΗ και των ΚΑΠΗ σε μια ενιαία δομή ολοκληρωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας των ατόμων της τρίτης ηλικίας, που θα αντιμετωπίζει ολιστικά όλες τις ανάγκες μέριμνας για τους ηλικιωμένους, όπως νοσηλεία, κοινωνικοποίηση, βοήθεια στην καθημερινότητα κ.λπ.».

Δυστυχώς το εν λόγω πρόγραμμα δεν εφαρμόστηκε και η τύχη του παραμένει άγνωστη λόγω των πολιτικών εξελίξεων που μεσολάβησαν.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΚΑΛΛΙΚΡΑΤΙΚΟΣ ΔΗΜΟΣ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ-ΠΕΡΑΧΩΡΑΣ-ΑΓΙΩΝ ΘΕΟΔΩΡΩΝ**

### **4.1 Γενικά**

Με τον Ν. 3852/2010 (Πρόγραμμα «Καλλικράτης») συστάθηκε στον Νομό Κορινθίας ο Δήμος Λουτρακίου-Αγίων Θεοδώρων, κατόπιν συνένωσης των Δήμων Λουτρακίου-Περαχώρας και Αγίων Θεοδώρων, οι οποίοι και καταργήθηκαν. Ακολούθως, με το Π.Δ. 15/2014 (Φ.Ε.Κ. 23/29.01.2014 τ. Α') ο ανωτέρω μετονομάστηκε σε Δήμο Λουτρακίου – Περαχώρας – Αγίων Θεοδώρων.

Έδρα του Δήμου, όπως ορίζεται στον προαναφερθέντα νόμο, είναι το Λουτράκι, ενώ ο οικισμός Περαχώρα έχει οριστεί ως ιστορική έδρα του (Φ.Ε.Κ. 2604/25.09.2012 τ.Β'). Ο εν λόγω Δήμος ανήκει διοικητικά στην Περιφέρεια Πελοποννήσου και συγκεκριμένα στην Περιφερειακή Ενότητα Κορινθίας και σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 4555/2018 (Πρόγραμμα «Κλεισθένης Ι») ανήκει στην κατηγορία των Μεσαίων Ηπειρωτικών Δήμων.

Η εδαφική του περιφέρεια αποτελείται από δύο Δημοτικές Ενότητες (που εν τοις πράγμασι είναι οι εδαφικές περιφέρειες των δύο Δήμων που συνενώθηκαν), ήτοι: (α) τη Δημοτική Ενότητα Λουτρακίου-Περαχώρας και (β) τη Δημοτική Ενότητα Αγίων Θεοδώρων, οι οποίες περιλαμβάνουν τις επονομαζόμενες Κοινότητες. Συγκεκριμένα τη Δημοτική Ενότητα Λουτρακίου-Περαχώρας απαρτίζουν: (α) η Κοινότητα Λουτρακίου-Περαχώρας, (β) η Κοινότητα Ισθμίας και (γ) η Κοινότητα Πισίων, ενώ η Δημοτική Ενότητα Αγίων Θεοδώρων περιλαμβάνει την ομώνυμη Κοινότητα. Περαιτέρω κάθε Κοινότητα περιλαμβάνει επιμέρους πόλεις και οικισμούς.

## 4.2 Χαρακτηριστικά του Δήμου

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Απογραφής έτους 2011 (ΕΛΣΤΑΤ), ο Δήμος Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων έχει συνολική έκταση 293,98km<sup>2</sup>. Από αυτά, τα 196,87 km<sup>2</sup> καταλαμβάνει η Δημοτική Ενότητα Λουτρακίου - Περαχώρας και τα υπόλοιπα η Δημοτική Ενότητα Αγίων Θεοδώρων.

Η *Δημοτική Ενότητα Λουτρακίου-Περαχώρας* (τέως Καποδιστριακός Δήμος Λουτρακίου-Περαχώρας) βρίσκεται στο ΒΑ τμήμα του νομού Κορινθίας, σε απόσταση 81 χλμ. από την Αθήνα, με την οποία συνδέεται οδικά και σιδηροδρομικά. Οδικά, σιδηροδρομικά και θαλάσσια συνδέεται επίσης και με τις κυριότερες πύλες εισόδου και εξόδου της χώρας, Πειραιά και Πάτρα. Η περιοχή δυτικά συνορεύει με τον Κορινθιακό Κόλπο και τον Δήμο Κορινθίων, ανατολικά με τον τέως Καποδιστριακό Δήμο Αγίων Θεοδώρων και νότια με τον Δήμο Κορινθίων. Στο σύνολο της ευρύτερης περιοχής της παρατηρείται μία ορεινή περιοχή, προς βορρά, που αντιστοιχεί στα Γεράνεια όρη (όπου και ο οικισμός Πισίων) και μια πεδινή περιοχή προς νότο, η οποία περιλαμβάνει την ευρύτερη περιοχή της πόλης του Λουτρακίου. Σημαντικότερες πόλεις-οικισμοί της είναι το Λουτράκι, η Περαχώρα (σε απόσταση 9,00 χλμ από την έδρα του Δήμου), τα Πίσια (σε 14,5 χλμ.) και η Ισθμία (σε 8,00 χλμ. περίπου).

Η *Δημοτική Ενότητα Αγίων Θεοδώρων* (τέως Καποδιστριακός Δήμος Αγίων Θεοδώρων) καταλαμβάνει το ΝΑ άκρο του Νομού Κορινθίας που βρίσκεται ανατολικά της Διώρυγας Κορίνθου. Ανατολικά συνορεύει με τον νομό Αττικής και συγκεκριμένα με την περιοχή της Κινέτας του Δήμου Μεγαρέων, ενώ νότια βρέχεται από τον Σαρωνικό κόλπο και τον κόλπο Κεχρεών. Βόρεια συνορεύει και έχει σαν φυσικό όριο την κορυφογραμμή των Γερανείων. Στην πραγματικότητα βρίσκεται στο στενό τμήμα γης που συνδέει την Πελοπόννησο με τη Στερεά Ελλάδα, αλλά και μεταξύ δύο κόλπων, του Κορινθιακού και του Σαρωνικού. Επίσης βρίσκεται επάνω στον άξονα Αθήνα-Πάτρα, ενώ συνδέεται με την Αθήνα οδικά (μέσω της Νέας Εθνικής Οδού), αλλά και σιδηροδρομικά. Το μεγαλύτερο τμήμα της είναι ορεινό και δασοσκεπές (κυρίως πευκοδάση), ενώ το υπόλοιπο περιλαμβάνει τρεις φυσικές ενότητες-κοιλιάδες. Σε μία από αυτές βρίσκεται ο οικισμός των Αγ. Θεοδώρων (σε απόσταση 21,00 χλμ. περίπου από την έδρα του Δήμου).

Σε γενικές γραμμές ο Δήμος διαθέτει ποικίλο ανάγλυφο, με περιοχές παραθαλάσσιες, πεδινές, αλλά και ημιορεινές και ορεινές. Επίσης χωροταξικά διαθέτει οργανωμένες οικιστικά περιοχές, αλλά και πολλούς οικισμούς, που κυρίως βρίσκονται εκτός σχεδίου πόλεως, οι οποίοι δεν είναι οργανωμένοι και αντιμετωπίζουν διαφόρων ειδών προβλήματα.

Αναφορικά με την απασχόληση, οι κάτοικοι του Δήμου δραστηριοποιούνται σε τρεις τομείς: (α) στον πρωτογενή (γεωργία, κτηνοτροφία, δασοκομία, αλιεία, θύρα), (β) στον δευτερογενή (βιοτεχνία, βιομηχανία) και (γ) στον τριτογενή τομέα (υπηρεσίες, εξυπηρετήσεις).

Όσον αφορά τον δευτερογενή τομέα, σημειώνεται ότι η γειτνίαση της περιοχής των Αγίων Θεοδώρων με την Αττική, είχε ως αποτέλεσμα την εγκατάσταση σε αυτή μεγάλων και ισχυρών οικονομικά βιομηχανικών μονάδων. Ταυτόχρονα, η ύπαρξη στην περιοχή του σημαντικότερου εμπορικού λιμανιού της Περιφέρειας Πελοποννήσου, από άποψη διακίνησης εμπορευμάτων εξωτερικού, διευκολύνει τις εγκαταστημένες στην περιοχή βιομηχανίες. Στον τριτογενή τομέα κυρίαρχο ρόλο παίζει το Καζίνο Λουτρακίου, προσφέροντας πολλές θέσεις εργασίας, αλλά και αποτελώντας καθημερινά πόλο έλξης χιλιάδων επισκεπτών.

Ωστόσο η μακράιωνη παράδοση του Δήμου έγκειται κυρίως στον τουρισμό, ενώ για δεκαετίες έχει αναπτύξει ιδιαίτερα τον ιαματικό τουρισμό. Μάλιστα με το Π.Δ. 899/25-11-1976 (Φ.Ε.Κ. 329/10.12.1976 τ.Α') οι τέως Δήμοι Λουτρακίου-Περαχώρας καθώς και οι πρώην Κοινότητες Αγίων Θεοδώρων και Ισθμίας, περιοχές που στο σύνολό τους σήμερα ανήκουν στον εν λόγω Δήμο, ανακηρύχθηκαν τουριστικοί τόποι. Σε αυτό συνέβαλε τόσο η γεωγραφική του θέση (συνδυασμός βουνού και θάλασσας) όσο και η φυσική ομορφιά που διαθέτει. Έτσι κάθε χρόνο αποτελεί προορισμό χιλιάδων τουριστών, ενώ ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού του απασχολείται σε όλο το πλέγμα του τουριστικού προϊόντος. Σημαντικό ρόλο στην τουριστική ανάπτυξη του Δήμου διαδραμάτισε και η εγγύτητά του με την Αθήνα, γεγονός που του επιτρέπει να έχει τουρισμό όλο τον χρόνο (ο λεγόμενος «τουρισμός του Σαββατοκύριακου»), ενώ πολλοί κάτοικοι της πρωτεύουσας διαθέτουν εξοχικές κατοικίες εντός των διοικητικών ορίων του.

Αιχμές της τουριστικής ανάπτυξης του Δήμου, πέρα από τις τουριστικές υποδομές που διαθέτει (ξενοδοχεία, εστιατόρια, κ.ά.), αποτελούν οι Ιαματικές Πηγές Λουτρακίου, το Loutraki Thermal Spa (Υδροθεραπευτήριο), το Αλεξάνδρειο Συνεδριακό Κέντρο, το Δημοτικό Κολυμβητήριο ολυμπιακών προδιαγραφών, η τουριστική περιοχή του Ισθμού, καθώς και αρχαιολογικοί χώροι (Ισθμίας, Ηραίου, κ.ά.). Παράλληλα, το επιτραπέζιο μεταλλικό νερό Λουτρακίου είναι γνωστό στο πανελλήνιο.

Ο Δήμος Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων, ως ΝΠΔΔ και διαθέτοντας συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, συμμετέχει σε διάφορους Συνδέσμους της ευρύτερης περιοχής (Νομού Κορινθίας και Περιφέρειας Πελοποννήσου), αλλά και σε Δίκτυα μεγαλύτερης γεωγραφικής εμβέλειας, διεκδικώντας μέσω της συμμετοχής του σε αυτά να εξασφαλίσει για τους κατοίκους του ποιότητα ζωής σε διάφορους τομείς. Χαρακτηριστικά αναφέρονται ο Περιφερειακός Σύνδεσμος Φορέων Διαχείρισης Στερεών Αποβλήτων Περιφέρειας Πελοποννήσου (ΦΟΔΣΑ), ο Σύνδεσμος Προστασίας και Ορθολογικής Ανάπτυξης του Κορινθιακού Κόλπου (ΣΠΟΑΚ) «Ο ΑΡΙΩΝ», το Κέντρο Επιμόρφωσης και Κατάρτισης (ΚΕΚ) Ν. Κορινθίας Α.Ε., η Αναπτυξιακή Βορείου Πελοποννήσου-Αναπτυξιακή Ανώνυμη Εταιρεία ΟΤΑ (ΑΝΒΟΠΕ), καθώς και το Κέντρο Πρόληψης των εξαρτήσεων και προαγωγής της ψυχοκοινωνικής υγείας Περιφερειακής Ενότητας Κορινθίας «ΔΙΟΛΚΟΣ».

Επίσης, ο Δήμος είναι μέλος του Συνδέσμου Δήμων Ιαματικών Πηγών Ελλάδας, λόγω των ιαματικών πηγών που διαθέτει, ενώ ως απόρροια και του γεγονότος ότι το Λουτράκι επί δεκαετίες ήταν φημισμένη λουτρόπολη της χώρας, είναι η ένταξή του στο Ευρωπαϊκό Δίκτυο Ιστορικών Πόλεων Θερμαλισμού (ΕΗΤΤΑ). Τέλος από το 2015 έχει ενταχθεί στο Εθνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων-Προαγωγής Υγείας (ΕΔΔΥΠΠΥ) του ΠΟΥ, χωρίς ωστόσο να έχει έως σήμερα αξιοποιήσει τη συμμετοχή του σε αυτό το Δίκτυο ως εργαλείο για τη βελτίωση των υπηρεσιών του προς τους πολίτες (π.χ. συμμετοχή σε προγράμματα).

Όσοι διαμένουν εντός των ορίων του Δήμου, πρωτίστως μόνιμοι κάτοικοι αλλά και παραθεριστές που διαθέτουν εξοχικές κατοικίες, μπορούν να απολαμβάνουν τις υπηρεσίες που παρέχονται από αυτόν, είτε από τον ίδιο ως φορέα μέσω των Δημοτικών Υπηρεσιών του είτε μέσω των νομικών προσώπων του. Συγκεκριμένα,

σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, στον εν λόγω Δήμο λειτουργούν τα εξής νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου:

- Ο Δημοτικός Οργανισμός Κοινωνικής Προστασίας, Αλληλεγγύης και Παιδείας
- Το Δημοτικό Λιμενικό Ταμείο
- Οι δύο Σχολικές Επιτροπές: Πρωτοβάθμιας & Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης
- Η Δημοτική Επιχείρηση Ύδρευσης-Αποχέτευσης
- Η Τουριστική Λουτρακίου Α.Ε. ΟΤΑ (μέσω της οποίας ο Δήμος συμμετέχει στη διαχείριση του Καζίνο Λουτρακίου)

Βέβαια, εκτός από τις δημοτικές υπηρεσίες, στον Δήμο λειτουργούν και αρκετές δημόσιες υπηρεσίες. Ενδεικτικά αναφέρονται:

- Αστυνομικά Τμήματα: Α.Τ. Λουτρακίου και Α.Τ. Αγίων Θεοδώρων
- Λιμεναρχεία: Α' Λιμενικό Τμήμα Αγίων Θεοδώρων και Β' Λιμενικό Τμήμα Ισθμίων
- Πυροσβεστική: Πυροσβεστικό Κλιμάκιο Περαχώρας
- Στρατόπεδα: Σχολή Μηχανικού Σώματος
- Υπηρεσίες Υγείας: (α) Το Κέντρο Υγείας Λουτρακίου, το οποίο λειτουργεί επί 24ώρου βάσεως, αποτελεί αποκεντρωμένη μονάδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου. Το ίδιο υποστηρίζει και τη λειτουργία του Περιφερειακού Ιατρείου Περαχώρας (το οποίο μία ημέρα την εβδομάδα παρέχει τις υπηρεσίες του στους οικισμούς Πίσια και Σχίνο), καθώς και το Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο Αγίων Θεοδώρων (το οποίο καθημερινά εξυπηρετεί και την Κοινότητα Ισθμίας). (β) Κέντρο Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης (ΚΕΦΙΑΠ) στην περιοχή «Άρης» Ισθμίας, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας και νοσηλείας σε ασθενείς εσωτερικούς ή εξωτερικούς, οι οποίοι πάσχουν από παθήσεις του μυϊκού, νευρικού, κυκλοφορικού, ερειστικού, αναπνευστικού συστήματος και σε άτομα όλων των ηλικιών με κινητικά ή νοητικά προβλήματα.
- Ταχυδρομικές υπηρεσίες: ΕΛΤΑ Λουτρακίου και ΕΛΤΑ Αγίων Θεοδώρων.

Επίσης στον Δήμο λειτουργούν:

- Καταστήματα τεσσάρων τραπεζών



- Κατάστημα ΟΤΕ και καταστήματα κινητής τηλεφωνίας
- Ιδιωτικό Κέντρο Αιμοκάθαρσης
- Ιδιωτικά Διαγνωστικά Κέντρα
- Ιδιωτικό Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας
- Ιδιωτικός Οίκος Ευγηρίας
- Γηροκομείο γυναικών Ιεράς Μονής Οσίου Παταπίου στο Λουτράκι, υπό την εποπτεία της Ιεράς Μητροπόλεως Κορίνθου

Κλείνοντας θα πρέπει να επισημανθεί ότι στα χρόνια της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε μία συρρίκνωση των δημοσίων υπηρεσιών που λειτουργούσαν στον Δήμο, με την κατάργηση των υφισταμένων σε αυτόν παραρτημάτων τους, γεγονός που δημιούργησε και εξακολουθεί να προκαλεί σημαντικά προβλήματα ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα που υποχρεούνται να μετακινηθούν στην Κόρινθο (ως έδρα του Νομού), προκειμένου να εξυπηρετηθούν από τις κεντρικές υπηρεσίες τους που εδρεύουν εκεί.

### 4.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο μόνιμος πληθυσμός του Δήμου Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων, όπως προκύπτει από την Απογραφή έτους 2011 (ΕΛΣΤΑΤ), είναι 21.221 άτομα, με μέση ηλικία τα 43,8 έτη. Η πληθυσμιακή πυκνότητα του Δήμου ανέρχεται σε 74 κατοίκους/km<sup>2</sup>.

Ο μόνιμος πληθυσμός του Δήμου ανά Δημοτική Ενότητα και ανά Κοινότητα κατανέμεται ως εξής:

**Πίνακας 1: Απογραφή Πληθυσμού Δήμου**

Δημοτικές Ενότητες/Κοινότητες	Μόνιμος πληθυσμός
<b>Δημοτική Ενότητα Λουτρακίου - Περαχώρας</b>	<b>16.578</b>
Κοινότητα Λουτρακίου- Περαχώρας	13.353
Κοινότητα Ισθμίας	2.760
Κοινότητα Πισίων	465

<b>Δημοτική Ενότητα Αγίων Θεοδώρων</b>	<b>4.643</b>
Κοινότητα Αγίων Θεοδώρων	4.634

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Απογραφή 2011, Ιδία επεξεργασία

Ο μόνιμος πληθυσμός ανά ομάδες ηλικιών σε όλο τον Δήμο αποτυπώνεται σε απόλυτα μεγέθη στον παρακάτω πίνακα:

**Πίνακας 2: Ηλικιακή Κατανομή Μόνιμου Πληθυσμού (2011)**

Ομάδα ηλικιών	0-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
Απόλυτο μέγεθος	1.958	1.004	941	923	1.169	1.535	1.592	1.583
Ομάδα ηλικιών	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80+
Απόλυτο μέγεθος	1.358	1.452	1.504	1.610	1.315	1.318	937	1.022

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Απογραφή 2011, Ιδία επεξεργασία

Με βάση τα ανωτέρω στοιχεία, θα προσπαθήσουμε να υπολογίσουμε τον δείκτη γήρανσης στον Δήμο, ο οποίος εκφράζει το ποσοστό των ατόμων 70 ετών και άνω ως προς τα άτομα 0-9 ετών. Πρόκειται για τον λόγο που δείχνει πόσα ηλικιωμένα άτομα αναλογούν σε ένα παιδί ή αλλιώς το δείκτη που αποδίδει κατά πόσο ένας πληθυσμός είναι γηρασμένος (όσο μεγαλύτερος είναι ο δείκτης τόσο πιο γηρασμένος είναι ο πληθυσμός).

$$\text{Δείκτης γήρανσης (ΔΓ)} = \frac{\text{Πληθυσμός (70+)}}{\text{Πληθυσμός (0-9)}} = \frac{3.277}{1.958} = 1,67 \text{ ή } 167\%$$

Ερμηνεύοντας τον Δείκτη Γήρανσης, μπορεί να ειπωθεί ότι ο πληθυσμός του Δήμου περιλαμβάνει μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων.

Παρακάτω θα παρουσιαστούν πληθυσμιακά στοιχεία του Δήμου που αφορούν αποκλειστικά την τρίτη ηλικία, ήτοι το τμήμα του πληθυσμού του από 65 ετών και άνω.

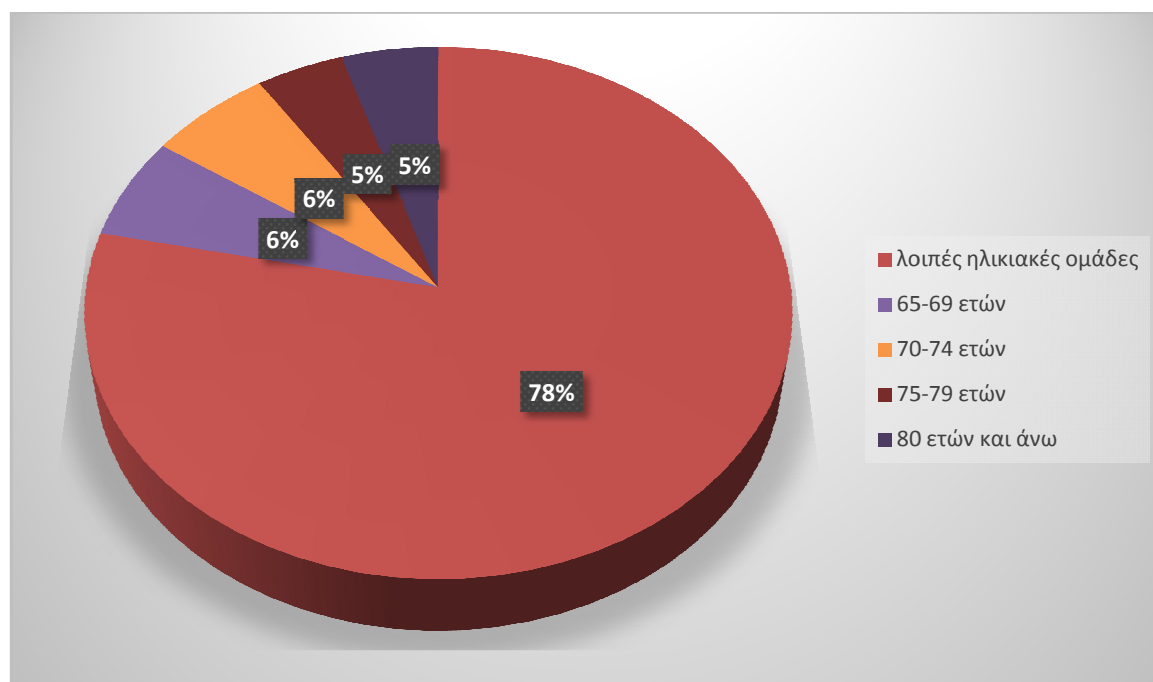
Συγκεκριμένα, στον Πίνακα 3 παρατίθεται ο αριθμός των ηλικιωμένων του Δήμου (όπως αυτοί διακρίνονται σε ηλικιακές ομάδες) ανά Κοινότητα στην οποία διαμένουν και με βάση το φύλο τους:

**Πίνακας 3: Κατανομή Μόνιμου Πληθυσμού (ηλικία/φύλο) (2011)**

Ομάδα ηλικιών/ Φύλο	65-69 ετών		70-74 ετών		75-79 ετών		80+ ετών	
	Άρρεν	Θήλυ	Άρρεν	Θήλυ	Άρρεν	Θήλυ	Άρρεν	Θήλυ
Κοινότητα Λουτρακίου-Περαχώρας	371	412	375	372	253	304	269	376
Κοινότητα Ισθμίας	104	85	100	79	54	69	64	87
Κοινότητα Πισίων	22	28	22	15	22	15	17	17
Κοινότητα Αγίων Θεοδώρων	137	156	175	180	109	111	92	100

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Απογραφή 2011, Ιδία επεξεργασία

Στο Διάγραμμα 2 απεικονίζονται τα ποσοστά της τρίτης ηλικίας του Δήμου.



**Διάγραμμα 2: Ποσοστά τρίτης ηλικίας (2011)**

Πέρα από τα στατιστικά δεδομένα που αποτυπώνουν αριθμητικά την πληθυσμιακή κατάσταση του Δήμου και είναι αναμφισβήτητα, θα πρέπει να τονιστεί ότι αφενός η γειτνίασή του με το πολεοδομικό συγκρότημα των Αθηνών και αφετέρου ο τουριστικός χαρακτήρας του, οδήγησαν εδώ και δεκαετίες πολλούς κατοίκους της πρωτεύουσας να αποκτήσουν εξοχικές κατοικίες στην περιοχή, με αποτέλεσμα ο πληθυσμός του Δήμου ανά περιόδους να αυξάνεται κατακόρυφα. Μάλιστα τα τελευταία χρόνια παρατηρείται το φαινόμενο, λόγω της οικονομικής κρίσης, οι εξοχικές αυτές κατοικίες, πολλές από τις οποίες βρίσκονται σε εκτός σχεδίου οικισμούς, να μετατρέπονται σε μόνιμες για τους ηλικιωμένους πλέον ιδιοκτήτες τους, οι οποίοι μαζί με το νοικοκυριό τους μεταφέρουν και τα προβλήματα και τις ανάγκες της ηλικίας τους, κάτι που δεν αποτυπώνεται βέβαια στα αποτελέσματα της απογραφής (2011).

#### **4.4 Αρμοδιότητες στο θέμα της τρίτης ηλικίας**

Όσον αφορά το πληθυσμιακό τμήμα της τρίτης ηλικίας, ο Δήμος Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων, ως ΟΤΑ Α' Βαθμού, έχει όλες εκείνες τις αρμοδιότητες που απορρέουν από την κείμενη νομοθεσία και οι οποίες αναλυτικά έχουν αναφερθεί σε προγενέστερο σημείο της παρούσας. Στην ενότητα αυτή θα γίνει περαιτέρω εξειδίκευση με αποτύπωση των αντίστοιχων αρμοδιοτήτων, όπως ενδεικτικά αναφέρονται στον Οργανισμό Εσωτερικής Υπηρεσίας (ΟΕΥ) του Δήμου.

Αρμόδια για την άσκηση αυτών είναι η *Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας, Πολιτισμού και Αθλητισμού*, η οποία περιλαμβάνει τρία τμήματα: (α) Κοινωνικής Πολιτικής, (β) Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Νεολαίας και (γ) Πολιτισμού και Αθλητισμού. Από αυτά, το Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής «σηκώνει» το μεγαλύτερο βάρος στη διαχείριση των θεμάτων των ηλικιωμένων. Τα υπόλοιπα δύο τμήματα δεν έχουν αρμοδιότητες που να αφορούν αποκλειστικά την τρίτη ηλικία, αλλά το σύνολο των κατοίκων, και ως εκ τούτου μεταξύ αυτών και των ηλικιωμένων.

Συγκεντρωτικά οι αρμοδιότητες που άμεσα ή έμμεσα αφορούν την τρίτη ηλικία, όπως αποτυπώνονται στον ΟΕΥ του Δήμου είναι οι κάτωθι:

### *Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής*

- Διεξάγει κοινωνικές έρευνες, σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών ή συμμετέχει σε δράσεις που αποσκοπούν στην υποστήριξη και κοινωνική φροντίδα της τρίτης ηλικίας, με την ίδρυση και λειτουργία νομικών προσώπων, ιδρυμάτων και επιχειρήσεων (κέντρα ανοικτής περίθαλψης και ημερήσιας φροντίδας, ψυχαγωγίας και αναψυχής ηλικιωμένων, γηροκομείων κ.ά.)
- Διεξάγει κοινωνικές έρευνες, σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών που αφορούν την κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων
- Χορηγεί άδεια ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών επιχειρήσεων περίθαλψης ηλικιωμένων
- Ασκεί κοινωνική εργασία με άτομα
- Λειτουργεί μονάδες συμβουλευτικής, ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης
- Υλοποιεί προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης ψυχοκοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων, μεταξύ άλλων και των υπερηλίκων
- Μεριμνά για την εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών

### *Τμήμα Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Νεολαίας (Γραφείο Παιδείας και Δια Βίου Μάθησης)*

- Καταρτίζει το Τοπικό Πρόγραμμα Δια Βίου Μάθησης, με βάση το αντίστοιχο Εθνικό Πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει επενδύσεις, προγράμματα ή επιμέρους δράσεις γενικής εκπαίδευσης ενηλίκων
- Μεριμνά για τη λειτουργία Κέντρων Δια Βίου Μάθησης που εφαρμόζουν το Τοπικό Πρόγραμμα Δια Βίου Μάθησης
- Ασκεί τις αρμοδιότητες λαϊκής επιμόρφωσης ή γενικής εκπαίδευσης ενηλίκων

### *Τμήμα Πολιτισμού και Αθλητισμού*

- Διοργανώνει και εφαρμόζει πολιτιστικά προγράμματα (θεατρικές παραστάσεις, συναυλίες και άλλες πολιτιστικές εκδηλώσεις)
- Προωθεί και εφαρμόζει προγράμματα ενίσχυσης του μαζικού αθλητισμού

Το γεγονός ότι ο ΟΕΥ του Δήμου προβλέπει όλες τις παραπάνω αρμοδιότητες δεν εξασφαλίζει και το ότι αυτές ασκούνται εν μέρει ή στο σύνολό τους όπως θα δούμε και στο ερευνητικό μέρος της εργασίας.

#### **4.5 Αρμοδιότητες του ΝΠΔΔ «ΜΕΡΙΜΝΑ»**

Συνεπικουρικά του Δήμου, σε επίπεδο άσκησης κοινωνικής πολιτικής και διαχείρισης των αναγκών και προβλημάτων των ηλικιωμένων, λειτουργεί το νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, με τον διακριτικό τίτλο «ΜΕΡΙΜΝΑ». Ο «Δημοτικός Οργανισμός Κοινωνικής Προστασίας, Αλληλεγγύης και Παιδείας Δήμου Λουτρακίου - Αγίων Θεοδώρων (Δ.ΟΚΟΠΑΠ)», όπως είναι το πλήρες όνομα του, συστάθηκε κατ' επιταγή των διατάξεων του Ν. 3852/2010 (Πρόγραμμα «Καλλικράτης»), ως το ένα από τα δύο ΝΠΔΔ που μπορούσε να διαθέτει ο συγκεκριμένος Δήμος, με σκοπό να εκπροσωπεί τους τομείς αρμοδιοτήτων Κοινωνικής Προστασίας Αλληλεγγύης και Παιδείας, κατόπιν συγχώνευσης των ΝΠΔΔ των καταργηθέντων Δήμων Λουτρακίου-Περαχώρας και Αγίων Θεοδώρων που ασκούσαν αντίστοιχες αρμοδιότητες.

Σύμφωνα με τη *συστατική πράξη* του, το εν λόγω νομικό πρόσωπο, υπάρχει για να διαδραματίσει πρωταρχικό ρόλο στη φροντίδα και εξασφάλιση ποιοτικής ζωής, μεταξύ άλλων και στους ηλικιωμένους κατοίκους του Δήμου. Πάνω στο θέμα αυτό ενδεικτικά αναφέρονται ως *σκοποί* του:

- Η εφαρμογή προγραμμάτων εξωϊδρυματικής προστασίας υπερηλίκων και η παροχή ιατροκοινωνικής φροντίδας και προστασίας, ώστε να παραμείνουν ενεργά μέλη στην οικογένεια και στη κοινωνία.
- Η παροχή υπηρεσιών για την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Η προσφορά βοήθειας στο σπίτι, κατά περίπτωση, και η μέριμνα για τη βελτίωση ποιότητας ζωής τους μέσα από τη συντροφικότητα και την ενασχόληση σε ομάδες αυτενέργειας με ποικίλες δραστηριότητες, προσαρμοσμένες στην ηλικία τους και στις ικανότητές τους.

- Η δημιουργία χώρων συνάντησης υπερηλίκων, όπου έναντι συμβολικού τμήματος ή όχι, θα μπορούν να απολαμβάνουν την ανάγνωση βιβλίων, εντύπων, επιτραπέζιων παιχνιδιών (σκάκι, τάβλι, κ.ά.) και την προσφορά ειδών καφενείου και ζαχαροπλαστείου.
- Η προσφορά οργανωμένης ψυχαγωγίας με την πραγματοποίηση συνεστιάσεων, εκδρομών, επισκέψεων σε μουσεία, σε θρησκευτικούς και αρχαιολογικούς χώρους, την προβολή ταινιών, την παρακολούθηση ή πραγματοποίηση συναυλιών μουσικών συγκροτημάτων, καθώς και χορευτικών, θεατρικών και μουσικών παραστάσεων και εκδηλώσεων κ.λπ..
- Η εκτέλεση προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής είτε αυτόνομα, είτε σε συνεργασία με αρμόδιους φορείς και υπηρεσίες.

Αντίστοιχες με τους ιδρυτικούς σκοπούς του νομικού προσώπου είναι και οι υπηρεσίες και οι αρμοδιότητες που αναφέρονται στον Οργανισμό Εσωτερικών Υπηρεσιών (ΟΕΥ) του.

Την ευθύνη για την άσκηση κοινωνικής πολιτικής στα θέματα της τρίτης ηλικίας έχει το Αυτοτελές Τμήμα Παιδικής Φροντίδας, Παιδείας, Κοινωνικής Πολιτικής και Πρόληψης – Προαγωγής της Υγείας που περιλαμβάνει μεταξύ άλλων: το Γραφείο Ιατρικής και Ψυχοκοινωνικής Στήριξης, το Γραφείο Κοινωνικής Πολιτικής και Προστασίας (που λειτουργεί με δύο παραρτήματα, ήτοι το ΚΑΠΗ Αγίων Θεοδώρων και το ΚΑΠΗ Λουτρακίου) και το Γραφείο Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας (που έχει ως παράρτημα το Δημοτικό Ιατρείο Λουτρακίου).

Γενικά το ανωτέρω Τμήμα είναι αρμόδιο για την εφαρμογή προγραμμάτων φροντίδας ηλικιωμένων και για τη λειτουργία των ΚΑΠΗ. Ειδικότερα έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- Αποτελεσματική λειτουργία των ΚΑΠΗ και εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων φροντίδας ατόμων της τρίτης ηλικίας και ατόμων που βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό.
- Πληροφόρηση των πολιτών για τα ΚΑΠΗ, με σκοπό την προσέλκυση των ανθρώπων που έχουν ανάγκη των παροχών του ή εκείνων που θέλουν να προσφέρουν εθελοντικές υπηρεσίες και γενικά την ευαισθητοποίηση της κοινότητας σε θέματα κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικής συνοχής.

- Υποδοχή, ενημέρωση, συμβουλευτική και παροχή κοινωνικής υποστήριξης στα μέλη των ΚΑΠΗ και στις οικογένειές τους. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίδεται στην προσπάθεια για: (α) την παραμονή των ατόμων της τρίτης ηλικίας στο οικείο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον, την πρόληψη και αντιμετώπιση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων, την εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και (β) την ενημέρωση και υποστήριξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες στη διαδικασία κοινωνικής ένταξης.
- Υλοποίηση προγραμμάτων δημιουργικής απασχόλησης και ψυχαγωγίας για τα μέλη και τους επωφελούμενους των ΚΑΠΗ.
- Συνεργασία με την αρμόδια Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου και άλλες εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας για την παροχή πλήρους υποστήριξης στους επωφελούμενους και τις οικογένειές τους και την παραπομπή σε αυτές όταν απαιτείται.
- Προσέλκυση εθελοντών, εκπαίδευσή τους και αξιοποίησή τους στις δομές και υπηρεσίες των ΚΑΠΗ.
- Διαρκής ενημέρωση για τις δυνατότητες συμμετοχής του νομικού προσώπου σε χρηματοδοτούμενα προγράμματα φροντίδας τρίτης ηλικίας (π.χ. «Βοήθεια στο σπίτι», Προγράμματα Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων, κ.ά.) και εισήγηση για τη συμμετοχή του νομικού προσώπου σε αυτά.
- Προετοιμασία προτάσεων προς τους αρμόδιους φορείς για την ανάληψη από το νομικό πρόσωπο της ευθύνης οργάνωσης και υλοποίησης των ανωτέρω προγραμμάτων, προώθηση των προτάσεων για έγκρισή τους και μέριμνα για την υποβολή τους.
- Οργάνωση της εφαρμογής των ανωτέρω προγραμμάτων εξασφαλίζοντας τους αναγκαίους και κατάλληλους ανθρώπινους και τεχνικούς πόρους.
- Υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας για τους χρήστες των υπηρεσιών των ΚΑΠΗ και των εξυπηρετούμενων των προγραμμάτων Φροντίδας τρίτης ηλικίας.
- Παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στα πλαίσια των δυνατοτήτων του συνταγογράφηση φαρμάκων από τον υπεύθυνο ιατρό (που απασχολείται στο Δημοτικό Ιατρείο).



- Παροχή υπηρεσιών φυσιοθεραπείας, εργοθεραπείας και ήπιας αθλητικής άσκησης στους χρήστες των υπηρεσιών των ΚΑΠΗ και των εξυπηρετούμενων των προγραμμάτων φροντίδας τρίτης ηλικίας.

Τέλος αξιοσημείωτο είναι ότι το νομικό πρόσωπο έχει παραχωρήσει στο Κέντρο Υγείας Λουτρακίου ασθενοφόρο, με σκοπό την άμεση παροχή πρώτων βοηθειών και τη διακομιδή προς αυτό και το νοσοκομείο Κορίνθου των κατοίκων του Δήμου που χρήζουν περίθαλψης. Μάλιστα το νομικό πρόσωπο αναλαμβάνει την υποχρέωση για την επισκευή και συντήρηση του ασθενοφόρου, την εξασφάλιση των απαραίτητων καυσίμων για την κίνησή του, ενώ παράλληλα το επανδρώνει με δικούς του υπαλλήλους (οδηγούς και διασώστες).

Ωστόσο, όπως συμβαίνει και στην περίπτωση του Δήμου, τόσο η συστατική πράξη όσο και ο ΟΕΥ του νομικού προσώπου έχουν μεγαλεπήβολο χαρακτήρα σχετικά με το ρόλο που δύναται αυτό να διαδραματίσει αναφορικά με την τρίτη ηλικία, από τον οποίο στην πράξη και στη δεδομένη χρονική στιγμή υπολείπεται κατά πολύ, όπως θα αναδειχθεί παρακάτω.

#### **4.6 Υφιστάμενη κατάσταση στον τομέα διαχείρισης της τρίτης ηλικίας**

Αντιθέτως με τα όσα προβλέπονται στον ΟΕΥ του Δήμου αναφορικά με τις αρμοδιότητές του για την τρίτη ηλικία, η πραγματική κατάσταση είναι αποθαρρυντική. Σύμφωνα με στοιχεία που μας παρείχε η αρμόδια Διεύθυνση, ήτοι η Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας, Παιδείας, Πολιτισμού & Αθλητισμού, με το υπ' αριθμ. 12609/09-08-2019 έγγραφό της, μέχρι και σήμερα στον Δήμο δεν υφίστανται δομές και δεν διεξάγονται προγράμματα που να έχουν ως ωφελούμενους αποκλειστικά ηλικιωμένα άτομα. Το μόνο πρόγραμμα που έχει ο Δήμος, το οποίο και χρηματοδοτεί ο ίδιος και απευθύνεται σε άτομα ανεξαρτήτως ηλικιών, είναι το Κοινωνικό Παντοπωλείο. Δικαιούχοι σε αυτό, μεταξύ άλλων, είναι και άποροι ηλικιωμένοι, που ο αριθμός τους ετησίως ανέρχεται περίπου στα ογδόντα άτομα.

Συμπληρωματικά καταβάλλεται προσπάθεια από τον κοινωνικό λειτουργό που υπηρετεί μόνιμα στην ανωτέρω Δ/ση να παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη τόσο στους ηλικιωμένους όσο και στο οικογενειακό τους περιβάλλον σε θέματα που τους

αφορούν και κυρίως σχετικά με τη διαδικασία εισαγωγής των πρώτων σε Μονάδες Φροντίδας, οίκους ευγηρίας κλπ. Πρόκειται, όμως, για μια προσπάθεια αποσπασματική από την πλευρά της Υπηρεσίας κι όχι πάντα με τα προσδοκώμενα αποτελέσματα καθώς δεν υποστηρίζεται από την ύπαρξη απαιτούμενων δομών και απαραίτητου επιστημονικού προσωπικού.

Ανάλογα στοιχεία, σχετικά με τα προγράμματα/δομές για την τρίτη ηλικία, μας χορηγήθηκαν και από το ΝΠΔΔ «ΜΕΡΙΜΝΑ». Σύμφωνα με το υπ' αριθμ. 732/26-08-2019 έγγραφό του, η υφιστάμενη κατάσταση έχει ως εξής:

Το νομικό πρόσωπο λειτουργεί δύο ΚΑΠΗ, ένα στην πόλη του Λουτρακίου και ένα στους Αγίους Θεοδώρους. Στο ΚΑΠΗ Λουτρακίου υπάρχουν 923 εγγεγραμμένα μέλη, εκ των οποίων 584 είναι γυναίκες και 339 άνδρες. Από τα μέλη αυτά μόνο τα 400 είναι ενεργά. Αντίστοιχα στο ΚΑΠΗ Αγίων Θεοδώρων είναι εγγεγραμμένες/οι 120 γυναίκες και 160 άνδρες. Από τα 280 συνολικά εγγεγραμμένα μέλη, τα 200 είναι ενεργά.

Οι δραστηριότητες των ανωτέρω ΚΑΠΗ έχουν ως εξής:

- Διοργάνωση εκδρομών
- Παρακολούθηση θεατρικών παραστάσεων
- Διοργάνωση τουρνουά τάβλι-σκάκι μεταξύ των δύο ΚΑΠΗ
- Συνεστιάσεις με αφορμή παγκόσμιες ημέρες (π.χ. ημέρα τρίτης ηλικίας, γιορτή της γυναίκας κ.ά.)
- Συνεστιάσεις με αφορμή γιορτές (π.χ. Απόκριες, Πάσχα κ.ά.)
- Ενημερωτικές ομιλίες ιατρικού περιεχομένου
- Δημιουργία τμημάτων εκμάθησης χειροτεχνιών (π.χ. κόσμημα, decoupage κ.ά.)

Επίσης το νομικό πρόσωπο λειτουργεί δημοτικό ιατρείο στο Λουτράκι και συγκεκριμένα στο κτίριο όπου στεγάζεται το Διοικητικό Τμήμα του (Ελ. Βενιζέλου 4). Στα πλαίσια λειτουργίας του ιατρείου γίνονται διάφορες μετρήσεις, όπως σακχάρου, αρτηριακής πίεσης, χοληστερίνης, περιποίηση τραυμάτων και ενέσεις. Μάλιστα μία φορά τον μήνα η νοσηλεύτρια που υπηρετεί μόνιμα στο νομικό πρόσωπο επισκέπτεται τις τροφίμους του Γηροκομείου του Οσίου Παταπίου, προσφέροντάς τους τις υπηρεσίες της.

Τέλος το νομικό πρόσωπο παρέχει κατά καιρούς διάφορες υπηρεσίες (φυσικοθεραπεία, κοινωνική έρευνα-μέριμνα) με τη βοήθεια εξειδικευμένου προσωπικού που εξασφαλίζει μέσω προγραμμάτων του ΟΑΕΔ.

Συμπερασματικά, μπορεί να ειπωθεί ότι ο Δήμος Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων χαρακτηρίζεται από ανυπαρξία κοινωνικής πολιτικής σχετικά με την Τρίτη Ηλικία, ενώ οι υπηρεσίες που παρέχει το αρμόδιο ν.π.δ.δ. στους ηλικιωμένους κατοίκους του Δήμου εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την εκάστοτε σύναψη συμβάσεων με ειδικευμένο προσωπικό.

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 5.1 Σκοπός, στόχος και ερευνητικά ερωτήματα

*Βασικός σκοπός* της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση-αποτύπωση των αναγκών των ατόμων τρίτης ηλικίας στον Δήμο Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων και η συσχέτιση των αναγκών αυτών με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν.

Στο πλαίσιο αυτό εξετάζει εμπειρικά τις απόψεις ηλικιωμένων που διαμένουν μόνιμα στον Δήμο σχετικά με την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, τις ανάγκες τους σε διάφορους τομείς, καθώς και τη δημιουργία/λειτουργία δομών άσκησης κοινοτικής και υποστηρικτικής φροντίδας. Ειδικότερα επιδιώκεται ο εντοπισμός των αναγκών των ατόμων τρίτης ηλικίας, καθώς και η διερεύνηση του βαθμού ποικιλότητας των αναγκών τους ανάλογα με την προσφερόμενη κοινωνική στήριξη, κυρίως από τα άτυπα δίκτυα φροντίδας και ιδιαίτερα από την οικογένεια.

*Στόχος* της μελέτης είναι να καταδείξει τη σημασία που αποδίδουν οι ηλικιωμένοι σε κάθε τομέα κοινωνικής υποστήριξης και να αναδείξει τις δομές-προγράμματα τα οποία είναι απαραίτητο να λειτουργήσουν μελλοντικά και κατά προτεραιότητα στον Δήμο, προς κάλυψη των αναγκών τους. Αντικειμενικός στόχος είναι η άντληση ποιοτικών δεδομένων με απώτερο σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων και την τεκμηρίωση προτάσεων στον εν λόγω Δήμο, προς ενίσχυση της κοινωνικής πολιτικής του σε επίπεδο τρίτης ηλικίας.

Τα *ερευνητικά ερωτήματα* διαμορφώθηκαν με βάση τους παραπάνω στόχους, ώστε να εξυπηρετείται και να επιτυγχάνεται ο κύριος σκοπός της μελέτης και είναι τα εξής:

- (α) Ποιες είναι οι ανάγκες των ηλικιωμένων που διαβιούν μόνιμα στον Δήμο;
- (β) Ποια είναι η κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν από τα δίκτυα άτυπης φροντίδας (οικογένεια, συγγενείς, φίλους, γείτονες, γενικότερη κοινότητα/Σύλλογοι);

- (γ) Πώς ιεραρχούν οι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι τη σημαντικότητα των αναγκών σε διάφορους τομείς;
- (δ) Πώς σχετίζονται οι ανάγκες των ηλικιωμένων με την (άτυπη) κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν;
- (ε) Ποιες νέες δομές και προγράμματα, κατά την άποψη των ηλικιωμένων, θεωρούνται ως άμεσης προτεραιότητας για να λειτουργήσουν στον Δήμο προς όφελός τους;
- (στ) Πώς σχετίζεται η προσλαμβάνουσα κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων με τα κοινωνικό-δημογραφικά τους στοιχεία;

## 5.2 Σχεδιασμός της έρευνας

Η παρούσα ερευνητική εργασία είναι περιγραφική με χαρακτήρα επισκόπησης και συγχρονικό σχεδιασμό (cross-sectional design), η οποία στοχεύει στον έλεγχο συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων και στη διερεύνηση συγκεκριμένων ερευνητικών ερωτημάτων. Ο σχεδιασμός αυτός περιλαμβάνει τη μέτρηση και περιγραφή ενός ή περισσότερων μεταβλητών σε ένα συγκεκριμένο δείγμα, οδηγώντας σε αναγνώριση και ανάδειξη προβλημάτων ή/και παρέχοντας υλικό που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για περαιτέρω έρευνα.

Σκοπός της περιγραφικής μελέτης είναι η διερεύνηση και η περιγραφή φαινομένων σε πραγματικές καταστάσεις. Μέσω αυτής, περιγράφονται ιδέες και αναγνωρίζονται σχέσεις που παρέχουν τη βάση για περαιτέρω ποσοτική έρευνα και έλεγχο της θεωρίας (Muijs, 2004). Η περιγραφική μελέτη ή μελέτη συσχέτισης σχεδιάζεται με σκοπό την απόκτηση πληροφοριών από πληθυσμούς που αφορούν στην επικράτηση, στην κατανομή και συσχέτιση μεταβλητών εντός αυτών των πληθυσμών, και μπορεί να έχει συγχρονικό (cross-sectional) ή διαχρονικό (longitudinal) σχεδιασμό.

Η συγχρονική μελέτη όπως η παρούσα, αφορά στη συλλογή δεδομένων σε μια μόνο χρονική στιγμή χωρίς να περιλαμβάνει ξεχωριστές δειγματοληψίες, αλλά μία μόνο δειγματοληψία για όλο τον πληθυσμό (Bryman, 1992). Βασικά της πλεονεκτήματα είναι ότι είναι σχετικά οικονομική, λιγότερο χρονοβόρα και αρκετά πρακτική στο χειρισμό της, συγκριτικά με τη διαχρονική μελέτη. Σύμφωνα με τα

παραπάνω, η συγχρονική περιγραφική μελέτη είναι κατάλληλη για την περιγραφή σχέσεων μεταξύ μεταβλητών σε μια ορισμένη χρονική στιγμή προσδίδοντας την εικόνα του φαινομένου τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Η ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση επιλέχθηκε ως η καταλληλότερη μέθοδος, εφόσον αποτελεί συστηματική και αντικειμενική διαδικασία που χρησιμοποιείται για την ποσοτικοποίηση, τον έλεγχο συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων και την παραγωγή αξιόπιστων, έγκυρων και αντιπροσωπευτικών αποτελεσμάτων (Coolikan, 2004). Μέσω αυτής της μεθόδου, ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα προσέγγισης ενός μεγάλου αριθμού περιπτώσεων που θα οδηγήσει στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, η οποία, υπό ορισμένες συνθήκες, επιτρέπει γενίκευση των τάσεων στον ευρύτερο πληθυσμό του δείγματος.

Η συλλογή των δεδομένων επιλέχθηκε να γίνει με την συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου και με την τεχνική της προσωπικής δομημένης συνέντευξης (face to face interview). Οι λόγοι που οδήγησαν στη συγκεκριμένη επιλογή ήταν: αφενός με την τεχνική αυτή θα δίνονταν όλες οι απαντήσεις και δε θα υπήρχαν κενές ερωτήσεις, ούτε κενά ερωτηματολόγια, και αφετέρου θα παρέχονταν τυχόν απαραίτητες επεξηγήσεις στους συμμετέχοντες, όπου χρειάζονταν, σχετικά με το νοηματικό περιεχόμενο των ερωτήσεων (Oppenheim, 1992).

Προκειμένου μια συνέντευξη, ως μέσο συλλογής υλικού, να είναι επιτυχής με αντικειμενικά αποτελέσματα, θα πρέπει να διέπεται από ορισμένες προϋποθέσεις και κανόνες που καλείται να εφαρμόσει ο ερευνητής όπως (Ζαφειρόπουλος, 2005):

- τη σαφή διευκρίνιση του σκοπού και των στόχων της έρευνας,
- την προσεκτική επιλογή των ερωτήσεων,
- τη διασφάλιση της συλλογής όλων των απαιτούμενων δεδομένων και την προθυμία συμμετοχής στην έρευνα,
- τη διαβεβαίωση πως όλες οι πληροφορίες και οι αναφορές που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τη συγκεκριμένη έρευνα και θα παραμείνουν ανώνυμες,
- τον προσδιορισμό του κατάλληλου χρόνου και τόπου που θα πραγματοποιηθεί η κάθε συνέντευξη με βάση τις ανάγκες των συνεντευξιαζόμενων,
- την εξασφάλιση ενός άνετου, φιλικού και ήρεμου κλίματος καθ' όλη τη διάρκεια της συνέντευξης έτσι ώστε να μην έχει τη μορφή και το χαρακτήρα ανάκρισης.

Προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η επίδραση των αρνητικών σημείων που διακρίνουν αυτές τις μεθόδους της προσωπικής συνέντευξης, εφαρμόστηκαν συγκεκριμένοι μέθοδοι:

- Η ερευνήτρια, κατά την επαφή της με τους πιθανούς συμμετέχοντες, προσπαθούσε να δώσει στον ερωτώμενο να καταλάβει ότι δίνει μεγάλη βαρύτητα στη γνώμη του, να εκφράσει την ευγνωμοσύνη του για το χρόνο και τον κόπο που θα αφιερώσει για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, καθώς επίσης και να παρουσιάσει το γενικό όφελος που θα προκύψει από την συμμετοχή του κάθε ερωτώμενου στην μελέτη.
- Η ερευνήτρια απέπνεε φιλικότητα (προϋπόθεση για την αύξηση της αξιοπιστίας της συνέντευξης), φυσικότητα και εμπιστοσύνη. Επιπλέον, διατηρούσε την ουδετερότητα και την αμεροληψία της στην καταγραφή των απόψεων των συμμετεχόντων.
- Σε κάθε περίπτωση διαβεβαιωνόταν από πλευράς της ερευνήτριας η τήρηση της πλήρους ανωνυμίας των ερωτώμενων (η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων δεν απαιτούσε αναφορά του ονόματος) και σε επιβεβαίωση αυτού, με το πέρας της συνέντευξης, το ερωτηματολόγιο σφραγιζόταν παρουσία τους σε φάκελο.
- Οι ερωτήσεις δεν περιείχαν παραμέτρους που να άπτονται ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων. Η συμπλήρωση των απαντήσεων και η καταγραφή των απόψεων των συμμετεχόντων διεξήχθη με την προσήκουσα διαβεβαίωση της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών.
- Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην κοινωνική επαφή μεταξύ συνεντεύκτριας και ερωτώμενου, καθώς πολλές φορές ο ερωτώμενος επηρεάζεται από το φύλο του ερευνητή, τα μηνύματα που εκπέμπει, τον τρόπο που εκφέρει τις ερωτήσεις, αλλά και δέχεται τις απαντήσεις. Η παρουσία του συνεντεύκτριας δεν είχε σκοπό παρέμβασης, παρά μόνο κατεύθυνσης της συζήτησης, εξασφαλίζοντας την αντικειμενικότητά της.
- Η καταγραφή των απαντήσεων των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο παρακολούθηθηκε με ιδιαίτερη προσοχή, προκειμένου να διαπιστωθούν εγκαίρως τυχόν δυστοκίες των ερωτώμενων σε κάποια σημεία του. Κάτι τέτοιο δεν παρατηρήθηκε, γεγονός που επιβεβαιωνόταν από τη μη ύπαρξη δισταγμού στις απαντήσεις και επεξηγηματικών ερωτήσεων πριν την αποτύπωση της άποψής τους.

### 5.3 Πληθυσμός έρευνας και επιλογή του δείγματος

Η δειγματοληψία αφορά τη διεργασία επιλογής των υποκειμένων της μελέτης από ένα μεγαλύτερο πληθυσμό. Ο καθορισμός και η επιλογή του δείγματος αποτελεί το σημαντικότερο τμήμα σε μία εμπειρική έρευνα, καθώς το δείγμα θα πρέπει να είναι σε ικανοποιητικό βαθμό αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού. Οι βασικοί παράγοντες προσδιορισμού του βαθμού αντιπροσωπευτικότητας του δείγματος είναι το μέγεθος του δείγματος και ο τρόπος επιλογής των μονάδων του (Καραγεώργος, 2002).

Το μέγεθος του δείγματος, όσο μεγαλύτερο είναι τόσο αυξάνεται και η αντιπροσωπευτικότητά του, αφού το μέγιστο μέγεθος συμπίπτει με τον πληθυσμό. Ο καθορισμός του δείγματος θα πρέπει να γίνεται βάσει της αρχής ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο βαθμός διασποράς των τιμών της ιδιότητας ή των ιδιοτήτων που εξετάζονται ανάμεσα στις μονάδες του πληθυσμού, τόσο μεγαλύτερο πρέπει να είναι και το μέγεθος του δείγματος που θα ληφθεί, προκειμένου να εξασφαλιστεί ορισμένος βαθμός αξιοπιστίας στα στοιχεία που θα προκύψουν από την έρευνα (Κυριαζή, 2002).

Πληθυσμό-στόχο της συγκεκριμένης έρευνας αποτέλεσαν οι μόνιμοι κάτοικοι του Δήμου Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων, ηλικίας 65 ετών και άνω. Στον συγκεκριμένο Δήμο εργάζεται και η ερευνήτρια ως διοικητικός υπάλληλος στη Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών (Τμήμα Υποστήριξης Πολιτικών Οργάνων), με συνέπεια η πρόσβαση και η επαφή με τους συμμετέχοντες να καθιστούν ευκολότερη και υλοποιήσιμη τη διεξαγωγή της έρευνας. Το δείγμα που εξήχθη από τον ανωτέρω πληθυσμό έπρεπε να είναι οπωσδήποτε αντιπροσωπευτικό, προκειμένου να εξαχθούν από την έρευνα αντικειμενικά στοιχεία και να καθίσταται δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων. Για το λόγο αυτό επιδιώχθηκε η ύπαρξη κάποιας αναλογικότητας των συμμετεχόντων ως προς το φύλο, ενώ και η επιλογή του δείγματος ανά κοινότητα ακολούθησε την αναλογικότητα του ποσοστού των ηλικιωμένων που διαβιούν σε καθεμία από αυτές.

Δεδομένου ότι ο καθορισμός των ορίων του πληθυσμού και η απαρίθμηση των μελών του ήταν πρακτικά εφικτή, χρησιμοποιήθηκε δείγμα ευκολίας με τυχαία δειγματοληψία (random sampling). Αυτό σημαίνει ότι οποιοδήποτε μέλος του πληθυσμού έχει την ίδια πιθανότητα να συμπεριληφθεί σε αυτό. Στο πλαίσιο αυτό, το δείγμα αφορούσε καταρχάς άτομα που αποτελούν μέλη των δύο ΚΑΠΗ που



λειτουργούν στον Δήμο, χωρίς, όμως, να περιοριστεί η έρευνα σε αυτά, καθώς είναι ως επί το πλείστον άνδρες και άτομα αυτοεξυπηρετούμενα. Επίσης, στο δείγμα συμπεριελήφθησαν ηλικιωμένα άτομα που συμμετέχουν σε κάποιους συλλόγους, τα οποία και αυτά, όμως, όπως συμβαίνει με τα μέλη των ΚΑΠΗ, είναι αυτοεξυπηρετούμενα και με ενισχυμένη κοινωνικότητα. Για τον λόγο αυτό, το δείγμα περιέλαβε και μεμονωμένα άτομα, τα οποία δε συχνάζουν σε δομές ή συλλόγους. Τελευταίο και πιο σημαντικό είναι ότι στο δείγμα συμμετείχαν ηλικιωμένοι που κατά το διάστημα διεξαγωγής της έρευνας προσήλθαν για διάφορες υποθέσεις τους στον Δήμο και κυρίως στην Κοινωνική Υπηρεσία του, προκειμένου να επιλύσουν προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Ως επιπλέον κριτήρια του δείγματος ορίστηκε οι ηλικιωμένοι να μιλούν την ελληνική γλώσσα, να δηλώνουν την πληροφορημένη τους συναίνεση για συμμετοχή στην έρευνα, καθώς επίσης και να έχουν τη δυνατότητα επικοινωνίας και συνομιλίας με άλλο πρόσωπο.

Το δείγμα περιελάμβανε 260 άτομα, από τα οποία 16 άτομα δεν υπέγραψαν την πληροφορημένη συγκατάθεση και δήλωσαν ότι δεν επιθυμούν να συμμετέχουν στη μελέτη. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 244 άτομα τρίτης ηλικίας (41% άνδρες, 59% γυναίκες), οι οποίοι διαμένουν μόνιμα στις τέσσερις Κοινότητες του Δήμου Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων.

#### **5.4 Εργαλείο συλλογής δεδομένων**

Η συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς (*Παράρτημα Α*), ειδικά προσαρμοσμένου στις ανάγκες της μελέτης. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα χρήσιμο ερευνητικό εργαλείο για τη συλλογή πρωτογενών δεδομένων που σχετίζονται με απόψεις, συμπεριφορές, στάσεις, πεποιθήσεις και αξίες. Παρέχει στον ερευνητή το πλεονέκτημα εξαγωγής συμπερασμάτων μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα, έχοντας παράλληλα χαμηλό οικονομικό κόστος (Παπαγεωργίου, 2004). Κατά τη δημιουργία και το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου, πρέπει να τονίζεται ιδιαίτερα η σαφήνεια και η κάλυψη όλων των ερευνητικών ερωτημάτων, στο πλαίσιο διασφάλισης της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της έρευνας, καθώς επίσης και της ελαχιστοποίησης των λαθών από την πλευρά των συμμετεχόντων (Παππάς, 2002). Περαιτέρω, ένα σωστό ερωτηματολόγιο αποσκοπεί και στην αύξηση του

ενδιαφέροντος των συμμετεχόντων στην έρευνα, στην εθελοντική συνεργασία τους, καθώς και στην ειλικρινή συμπλήρωση και αποτύπωσή του (Bell, 2007).

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο, με ερωτήσεις κλειστού τύπου (closed ended questions), οι οποίες παρέχουν τη δυνατότητα εύκολης συμπλήρωσης και κωδικοποίησης (Cohenetal., 2008). Οι ερωτήσεις κλειστού τύπου θεωρούνται καταλληλότερες για ηλικιωμένα άτομα που η μνήμη τους ενδεχομένως να μην τους βοηθά και ίσως δεν έχουν την απαραίτητη υπομονή να διαθέσουν τον χρόνο τους σε εκτεταμένες απαντήσεις, καθώς απαιτούν λίγο χρόνο για να απαντηθούν, περιορίζουν τον ερωτώμενο στο θέμα, εξασφαλίζοντας αντικειμενικές πληροφορίες (Παρασκευόπουλος, 1993). Η αδυναμία του κλειστού τύπου ερωτήσεων είναι ότι δεν δίνουν τη δυνατότητα στους ερωτώμενους να προσθέσουν σχόλια ή/και να αιτιολογήσουν τις απαντήσεις τους, με συνέπεια να εγκυμονούν κινδύνους όπως να μην καλύπτουν πλήρως το θέμα και να εμπεριέχουν προκαταλήψεις (Cohenetal., 2008). Επίσης, είναι δυνατόν να μην καλύπτουν όλο το εύρος των πιθανών απαντήσεων (Παρασκευόπουλος, 1993).

Η δημιουργία του ερωτηματολογίου έγινε από τη βασική ερευνήτρια (Σκάζα Αναστασία), υπό την επίβλεψη του επόπτη της εργασίας και στηρίχθηκε σε βιβλιογραφική ανασκόπηση, σε ερωτήσεις από εργαλεία προηγούμενων ερευνών (Βαρδάκη & Μανωλιτσάκη, 2011; Καλομοίρη & Χουστουλάκη, 2014; Κύρου, 2016), στην προσωπική επαγγελματική εμπειρία της ερευνήτριας, καθώς και στη συνεργασία που είχε με τον Προϊστάμενο της Δ/σης Κοινωνικής Πολιτικής του Δήμου Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων και τον Προϊστάμενο το αρμοδίου Τμήματος του ν.π.δ.δ. “ΜΕΡΙΜΝΑ”. Πρόκειται για ερωτήσεις που υποστηρίζουν το θεωρητικό κομμάτι της μελέτης και στοχεύουν τόσο στη συλλογή στοιχείων που προσφέρονται για ποσοτικές αναλύσεις, όσο κυρίως στην άντληση ποιοτικών δεδομένων. Η σύνθεση των ερωτήσεων ήταν όσο το δυνατόν σαφέστερη, ώστε να μην δημιουργηθούν αμφιβολίες, ως προς την ακριβή έννοια τους, οι οποίες φυσικό είναι να μειώσουν την ακρίβεια των αντίστοιχων απαντήσεων. Επίσης, οι ερωτήσεις ακολουθούσαν τους γραμματικούς και συντακτικούς κανόνες της νεοελληνικής γλώσσας, με αποφυγή, όμως, λέξεων που πιθανόν να ήταν δυσκολονόητες για τους ηλικιωμένους.

Με αφετηρία τις παραπάνω παραμέτρους, δημιουργήθηκε μια τελική κλίμακα 33 ερωτήσεων, αποτελούμενη από τέσσερις (4) ενότητες. Ο διαχωρισμός αυτός έγινε με σκοπό να είναι αργότερα ευκολότερη η επεξεργασία των δεδομένων.

#### **5.4.1 Δομή του ερωτηματολογίου**

Η πρώτη ενότητα αφορά τα κοινωνικά-δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις (ερ. 1-14). Από αυτές κάποιες αφορούν αντικειμενικά στοιχεία (π.χ. φύλο, ηλικία, τόπο διαμονής, οικογενειακή κατάσταση, κ.ά.), ενώ κάποιες άλλες στοιχεία υποκειμενικής αντίληψης (π.χ. πόσο ικανοποιημένοι είναι από την κατάσταση της υγείας τους ή πώς κρίνουν οι ίδιοι την οικονομική τους κατάσταση). Οι ερωτώμενοι καλούνταν να επιλέξουν μόνο μία απάντηση από ένα προκαθορισμένο αριθμό απαντήσεων, με εξαίρεση την ερώτηση 5 (αριθμός παιδιών) όπου συμπλήρωναν και τον αριθμό των παιδιών τους ανά φύλο. Στις ερωτήσεις που αφορούσαν τις υποκειμενικές αντιλήψεις των ηλικιωμένων για την οικονομική τους κατάσταση, την κατάσταση της υγείας και τη λειτουργικότητά τους, οι ερωτώμενοι επέλεξαν μέσα από μια 5-βαθμη κλίμακα Likert με διακύμανση από 1 για την απάντηση «Καθόλου» μέχρι το 5 για την απάντηση «Πάρα πολύ».

Η δεύτερη ενότητα περιέχει 10 ερωτήσεις (ερ. 15-24) που ερευνούν τις αντικειμενικές αλλά και υποκειμενικές αντιλήψεις των ερωτώμενων για την κοινωνική υποστήριξη που τους παρέχεται, ώστε να αποδειχθεί αν είναι σημαντική ή όχι. Όπως και στην προηγούμενη ενότητα, έτσι και σε αυτή υπάρχουν αφενός ερωτήσεις από τις οποίες κατά ρεαλιστικό τρόπο θα αποτυπωθεί το κοινωνικό περιβάλλον των ερωτώμενων (π.χ. «με ποιον ζείτε;»), και αφετέρου ερωτήσεις από τις οποίες θα προκύψει το πώς οι ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται τη δυναμική του περιβάλλοντός τους (π.χ. «έχετε συγγενείς στους οποίους θα μπορούσατε να στηριχθείτε;»). Οι ερωτώμενοι επέλεξαν μόνο μία απάντηση από ένα προκαθορισμένο αριθμό απαντήσεων, με εξαίρεση την ερώτηση 15 («με ποιον ζείτε;») και την ερώτηση 19 («έχετε ανθρώπους που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες, όταν χρειάζεται;») όπου μπορούσαν να επιλέξουν περισσότερες από μία απαντήσεις. Στόχος είναι η μέτρηση της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι. Για την ποσοτικοποίηση της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, δημιουργήθηκε μια κλίμακα (scale), η οποία υπολογίζεται μετά από κωδικοποίηση

και άθροιση για το σύνολο των ερωτήσεων, λαμβάνοντας τιμές από 0 έως 32, όπου μεγαλύτερη βαθμολογία δηλώνει περισσότερη κοινωνική υποστήριξη.

Η τρίτη ενότητα αφορά την αποτύπωση των αναγκών των ηλικιωμένων και περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις ιεράρχησης (ερ. 25-32), σχετικά με ανάγκες στους εξής τομείς: κοινωνική φροντίδα, πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, οικιακή και προσωπική φροντίδα, ψυχαγωγία, δημιουργική απασχόληση, ενημέρωση-συμβουλευτική, εκπαίδευση. Οι ανάγκες αυτές δίνονται ομαδοποιημένες, ανάλογα με τον χαρακτήρα τους, ενώ στο τέλος οι ηλικιωμένοι καλούνταν να ιεραρχήσουν και τις ομάδες αυτές μεταξύ τους (ερ. 32). Οι ερωτώμενοι επέλεξαν τις προτάσεις με σειρά προτεραιότητας, κατατάσσοντας τες, από την περισσότερο προς τη λιγότερο σημαντική (καταχωρώντας τον αριθμό 1 στην πιο σημαντική, τον αριθμό 2 στην αμέσως λιγότερο σημαντική κ.ο.κ.), εκφράζοντας τις στάσεις-αντιλήψεις τους. Σε κάθε τομέα αναγκών δημιουργήθηκε μια κλίμακα μέτρησης της κάθε ερώτησης/ανάγκης με βάση τη σημαντικότητά της, δηλώνοντας τις προσδοκίες των ηλικιωμένων τόσο σε κάθε τομέα όσο και συνολικά.

Η τέταρτη ενότητα περιλαμβάνει μία (1) ερώτηση ιεράρχησης (ερ. 33), στην οποία αποτυπώνονται δομές άσκησης κοινοτικής και υποστηρικτικής φροντίδας. Οι ερωτώμενοι καλούνταν να κατατάξουν τη σημαντικότητα δημιουργίας/λειτουργίας αυτών των δομών από τη περισσότερο προς τη λιγότερο σημαντική κατά τη γνώμη τους, δηλώνοντας ποιες είναι αυτές που θεωρούν κατά προτεραιότητα πιο απαραίτητες να λειτουργήσουν προς όφελός τους στον Δήμο τους.

## **5.5 Πιλοτική μελέτη**

Πριν την έναρξη της έρευνας, πραγματοποιήθηκε δοκιμαστική χορήγηση του ερωτηματολογίου στα πλαίσια πιλοτικής/προκαταρκτικής μελέτης (pilot study), προκειμένου να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα του ερευνητικού εργαλείου ως προς τον βαθμό κατανόησης, αποδοχής και ερμηνείας του, καθώς επίσης και να εκτιμηθεί προσεγγιστικά ο χρόνος συμπλήρωσής του. Η χορήγηση ενός ερωτηματολογίου στα πλαίσια πιλοτικής μελέτης, βοηθά να ελεγχθεί η εγκυρότητα περιεχόμενου του ερωτηματολογίου, η ύπαρξη ασαφών ερωτήσεων ή απαντήσεων, υποδεικνύοντας την ανάγκη ή μη αναδιατύπωσης μιας ερώτησης ή μιας απάντησης (McCull et al., 2001). Με τον τρόπο αυτό, η πιλοτική μελέτη στοχεύει στον έλεγχο

του βαθμού κατανόησης των ερωτήσεων και απαντήσεων, στον έλεγχο του βαθμού ευκολίας της απάντησης των ερωτήσεων, στην εκτίμηση των δυσχερειών και των ασαφειών, καθώς και στη καλύτερη μεθόδευση της αντιμετώπισής τους.

Η πιλοτική μελέτη πραγματοποιήθηκε τον Ιούλιο του 2019 και αφορά σε δείγμα πληθυσμού που διαμένει μόνιμα στην ευρύτερη περιοχή του Δήμου Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας (purpose sampling), επιτρέποντας την επιλογή ερωτώμενων που εξυπηρετούν τους σκοπούς της έρευνας. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκε μη-τυχαίο δείγμα είκοσι (20)ηλικιωμένων που ενέπιπταν στον πληθυσμό που διερευνάται, χωρίς όμως στη συνέχεια να συμπεριληφθούν στο δείγμα της κυρίως έρευνας.

Για τον πιλοτικό έλεγχο του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος των γνωστικών συνεντεύξεων (cognitive interviewing), κατά την οποία ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να περιγράψουν τις σκέψεις τους, να εκφράσουν μεδικάτους λόγια τι αντιλαμβάνονταν ως περιεχόμενο της κάθε ερώτησης και να δηλώσουν ποιες ερωτήσεις, απαντήσεις ή λέξεις ήταν δυσνόητες ή ασαφείς (Collins, 2003; Sudman & Bradburn 1982). Η συμπλήρωση έγινε μέσω προσωπικής συνέντευξης (face-to-face interview), προκειμένου να ενισχυθεί η κατανόηση των ερωτήσεων από τους ερωτηθέντες και να ελαχιστοποιηθούν οι ελλείπουσες τιμές (missing data).

Βάσει των στοιχείων που προέκυψαν, έγιναν αλλαγές σε κάποιες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αλλά και στη σειρά τοποθέτησής τους στο σώμα αυτού, προστέθηκαν επιπλέον οδηγίες και δόθηκαν περαιτέρω διευκρινίσεις σε κάποια σημεία του, ενώ έγινε και σύμπτυξη κάποιων επιλογών που δίνονταν στους ηλικιωμένους να ιεραρχήσουν, κρίνοντάς τες ως αρκετά εξειδικευμένες. Ταυτόχρονα η πιλοτική μελέτη αποτέλεσε μια πρώτη προσέγγιση των υποκειμένων της έρευνας και διερευνήθηκαν οι προθέσεις τους απέναντι σε αυτήν. Στο πλαίσιο αυτό διαμορφώθηκε και ο τρόπος προσέγγισης των ερωτώμενων, προκειμένου να προκληθεί εξαρχής το ενδιαφέρον τους και να εξασφαλισθεί η εμπιστοσύνη τους.

## 5.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για την ευκολότερη διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων, καταστρώθηκε ένα πλάνο διανομής αυτών. Δεδομένου του αυστηρού και περιορισμένου χρονικού περιθωρίου εκπόνησης της μελέτης, κρίθηκε σκόπιμο και αποφασίστηκε τα ερωτηματολόγια να συμπληρωθούν παρουσία της ερευνήτριας, από την οποία έγινε και η υποβολή των ερωτήσεων και η καταγραφή των απαντήσεων. Οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτό είναι κυρίως η δυσπιστία των ηλικιωμένων απέναντι στις έρευνες, η έλλειψη υπομονής εκ μέρους τους, η ανασφάλειά τους για τη σωστή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, και ενδεχομένως η μη καλή γνώση γραφής και ανάγνωσης.

Σε κάθε περίπτωση το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από μια επιστολή στην οποία διευκρινίζονταν ο σκοπός της έρευνας, καθώς και ο φορέας στα πλαίσια του οποίου διεξάγεται. Η βασική ερευνήτρια, έχοντας την ηθική υποχρέωση προς τους ερωτώμενους να προστατεύσει τα δικαιώματά τους, τόνιζε εκ των προτέρων στη συνοδευτική ενημερωτική επιστολή του ερωτηματολογίου την εθελοντική φύση της συμμετοχής στη μελέτη, την τήρηση της ανωνυμίας τους και την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, με ευγενή διάθεση του χρόνου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, ο οποίος κυμαινόταν στα 10 περίπου λεπτά. Υπήρχε σαφής ενημέρωση πως τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους ερευνητικούς σκοπούς και δεν θα χρησιμοποιηθούν οπουδήποτε αλλού ως ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα. Επίσης, επισημαινόταν πως δεν υπήρχαν σωστές και λάθος απαντήσεις, παρά μόνο το προσωπικό κριτήριο απάντησης κάθε συμμετέχοντα.

Η διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια, χωρίς διαμεσολάβηση κάποιου άλλου συνδέσμου. Σε καθημερινή βάση η ερευνήτρια προσδιόριζε το υπό έρευνα δείγμα και συνέλεξε στοιχεία συμπληρώνοντας τα ερωτηματολόγια μαζί με τους ερωτώμενους ηλικιωμένους.

Η διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων διήρκησε συνολικά τρεις (3) μήνες, από τον Αύγουστο του 2019 έως και τον Οκτώβριο του 2019. Στη συνέχεια, κάθε ερωτηματολόγιο κωδικοποιήθηκε και ακολούθησε η καταγραφή και η επεξεργασία των στοιχείων.

## 5.7 Στατιστική ανάλυση

Η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 22.0 (SPSS, Inc, Chicago, Illinois). Το πρόγραμμα SPSS γενικώς παρέχει τη δυνατότητα εκτέλεσης ποικίλων στατιστικών ελέγχων και αναγνωρίζεται ως ισχυρό και χρήσιμο εργαλείο για τον σκοπό αυτό (Babbieetal., 2003; Μακράκης, 2005).

Στην πρώτη φάση της στατιστικής ανάλυσης πραγματοποιήθηκε έλεγχος των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του ερωτηματολογίου και συγκεκριμένα έλεγχος της αξιοπιστίας του μέσω του συντελεστή Cronbach's alpha. Συνοπτικά, ο συντελεστής άλφα προσδιορίζει το βαθμό όπου το τεστ μετρά ένα μόνο παράγοντα και η πηγή του σφάλματος είναι οι διαφορές μεταξύ των ερωτημάτων του τεστ. Κατηγοριοποιείται ως εξής: 0.00-0.25=ελάχιστη έως καθόλου, 0.26-0.49=χαμηλή, 0.50-0.69=μέτρια, 0.70-0.89=υψηλή και 0.90-1.00= εξαιρετική. Συνήθως, οι ενδεδειγμένες τιμές του συντελεστή είναι 0.7 και πάνω, ωστόσο αυτό δεν είναι απόλυτο και, πολλές φορές, μπορούν να γίνουν αποδεκτές και τιμές κάτω από 0.7, ειδικά όταν η έρευνα είναι διερευνητικής φύσης. Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του συντελεστή τόσο μεγαλύτερη είναι η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Peers, 1996).

Για τις ποσοτικές και τις ποιοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικές στατιστικές αναλύσεις. Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών (συνεχείς ή διακριτές), εξετάστηκαν οι δείκτες κεντρικής τάσης μέσου όρου (mean), μέσης τιμής (mode), μεταβλητότητας τυπικής απόκλισης ( $\sigma$ ) και τυπικού σφάλματος (stddev) και χρησιμοποιήθηκαν ιστογράμματα και διαγράμματα πίτας. Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών (διάταξης ή ονομαστικές), χρησιμοποιήθηκαν πίνακες κατανομής συχνοτήτων με χρήση απόλυτων (N) και σχετικών (%) συχνοτήτων, ραβδογράμματα και error bars.

Για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ διαφορετικών ομάδων του δείγματος χρησιμοποιήθηκε επαγωγική στατιστική. Για τον έλεγχο των διαφορών των μέσων όρων μεταξύ δύο ομάδων εφαρμόστηκε το τστατιστικό τεστ ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent-Samples T-test). Για τη σύγκριση των μέσων όρων μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA με έναν παράγοντα (One-way Anova Test).

Προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη σχέσης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (Pearson's correlation coefficient) με τιμές από -1 (απόλυτη αρνητική συσχέτιση) έως +1 (απόλυτη θετική συσχέτιση). Οι συσχετίσεις θεωρούνται χαμηλές όταν ο συντελεστής συσχέτισης ( $r$ ) κυμαίνεται από  $r=0.1-0.3$ , μέτριες όταν κυμαίνεται από  $r=0.31-0.5$  και υψηλές όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από  $r=0.5$ .

Για όλους τους ελέγχους υποθέσεων χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $\alpha=0.05$ . Αυτό σημαίνει ότι στα στατιστικά τεστ T-test και ANOVA, όταν  $p\text{-value}<0.05$  υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους των διαφόρων εξεταζόμενων ομάδων του δείγματος.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 6.1 Αξιοπιστία κλιμάκων

Η αξιοπιστία των υποκλιμάκων διερευνήθηκε με τον συντελεστή Cronbach's alpha. Τιμές του συντελεστή  $\alpha > 0.7$  επιβεβαιώνουν την αξιοπιστία της κάθε υποκλίμακας. Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται οι τιμές του συντελεστή  $\alpha$  σε όλες τις κλίμακες.

Πίνακας 4: Συντελεστές εσωτερικής συνοχής

Κλίμακα/Παράγοντας	Cronbach's alpha
Προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη	0.723
Αποτύπωση αναγκών	0.745

Από την επισκόπηση του πίνακα φαίνεται ότι οι κλίμακες/παράγοντες των αντιλήψεων των ατόμων τρίτης ηλικίας είχαν ικανοποιητικό συντελεστή εσωτερικής συνοχής (0.723-0.745), ικανοποιώντας σε κάθε περίπτωση το κριτήριο  $> 0.70$ . Στις ερωτήσεις και στις κλίμακές τους δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές, ανεξάρτητα από την ίδια την τιμή του συντελεστή συσχέτισης, αποδεικνύοντας ότι οι απαντήσεις προέρχονται από το ίδιο δείγμα..

## 6.2 Περιγραφική στατιστική

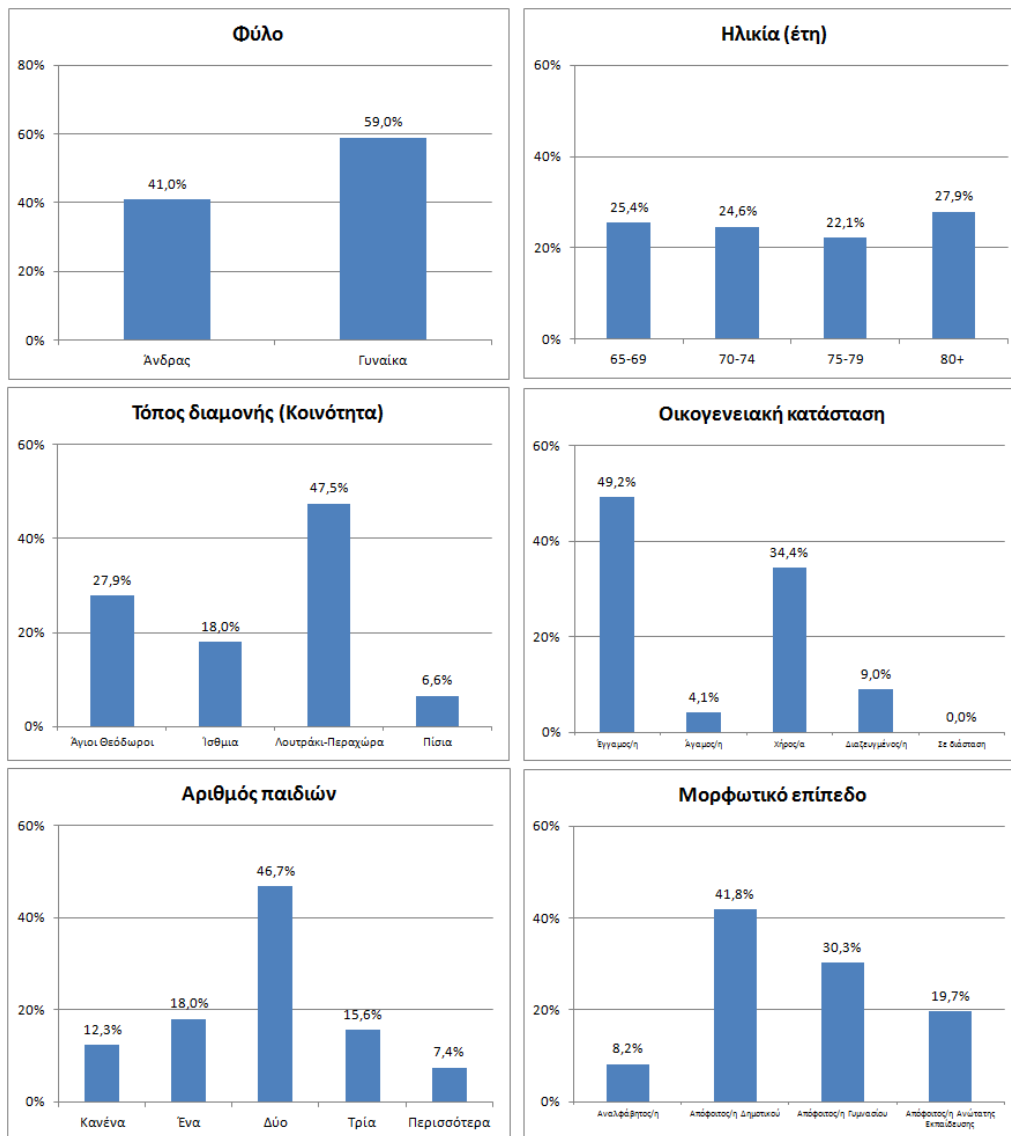
### 6.2.1 Κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία

Ο συνολικός αριθμός του δείγματος ήταν 244 άτομα τρίτης ηλικίας. Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα.

**Πίνακας 5: Δημογραφικά στοιχεία ατόμων τρίτης ηλικίας(N=244)**

Μεταβλητές		Συχνότητα(N)	Ποσοστό(%)
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	100	41.0
	Γυναίκα	144	59.0
<b>Ηλικία (έτη)</b>	65-69	62	25.4
	70-74	60	24.6
	75-79	54	22.1
	80+	68	27.9
<b>Τόπος διαμονής (κοινότητα)</b>	Άγιοι Θεόδωροι	68	27.9
	Ίσθμια	44	18.0
	Λουτράκι-Περαχώρα	116	47.5
	Πίσια	16	6.6
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Έγγαμος/η	120	49.2
	Άγαμος/η	10	4.1
	Χήρος/α	84	34.4
	Διαζευγμένος/η	22	9.0
	Σε διάσταση	8	3.3
<b>Αριθμός παιδιών</b>	Κανένα	30	12.3
	Ένα	44	18.0
	Δύο	114	46.7
	Τρία	38	15.6
	Περισσότερα	18	7.4
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Αναλφάβητος/η	20	8.2
	Απόφοιτος/η Δημοτικού	102	41.8
	Απόφοιτος/η Γυμνασίου	74	30.3
	Απόφοιτος/η Ανώτατης Εκπαίδευσης	48	19.7

Το 59% του δείγματος ήταν γυναίκες και το 41% άνδρες. Στην πρώτη ηλικιακή ομάδα (65-69 έτη) ανήκε το 25.4%, στη δεύτερη (70-74 έτη) το 24.6%, στην τρίτη (75-79 έτη) το 22.1%, ενώ το υπόλοιπο 27.9% ανήκε στην τέταρτη ηλικιακή κατηγορία (80+). Το 47.5% των συμμετεχόντων δήλωσε ως τόπο διαμονής το Λουτράκι-Περαχώρα, το 27.9% τους Αγίους Θεοδώρους, το 18% τα Ίσθμια και το 6.6% τα Πίσια. Το 49.2% ήταν έγγαμοι/ες, το 4.1% άγαμοι/ες, το 34.4% χήροι/ες, το 9% διαζευγμένοι/ες, ενώ το 3.3% δήλωσε ότι είναι σε διάσταση. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (87.7%) είχαν αποκτήσει παιδιά. Συγκεκριμένα, το 18% του δείγματος δήλωσαν ότι έχουν ένα παιδί, το 46.7% δύο παιδιά, το 15.6% τρία παιδιά, ενώ το υπόλοιπο 7.4% απάντησε ότι έχει περισσότερα από τρία παιδιά. Αναφορικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, το 8.2% ήταν αναλφάβητοι/ες, το 41.8% απόφοιτοι/ες δημοτικού, το 30.3% απόφοιτοι/ες γυμνασίου και το 19.7% ήταν απόφοιτοι/ες ανώτατης εκπαίδευσης (*Διάγραμμα 3*)



**Διάγραμμα 3: Δημογραφικά στοιχεία ατόμων τρίτης ηλικίας (N=244)**

Στον Πίνακα παρουσιάζεται ο αριθμός παιδιών ανά φύλο, σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων.

**Πίνακας 6: Αριθμός παιδιών ανά φύλο (N=214)**

Αριθμός παιδιών ανά φύλο	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)	
<b>Αγόρια</b>	1	110	51.4
	2	32	15.0
	3	18	8.4
<b>Κορίτσια</b>	1	110	51.4
	2	46	21.5
	3	8	3.7
	4	4	1.9

Στα 214 άτομα που απάντησαν ότι έχουν αποκτήσει παιδιά, το μεγαλύτερο ποσοστό αντιστοιχεί σε εκείνους που δήλωσαν ότι έχουν ένα αγόρι και ένα κορίτσι (51.4%). Το 21.5% δήλωσαν ότι έχουν δύο κορίτσια, το 15% δύο αγόρια, το 8.4% τρία αγόρια, το 3.7% τρία κορίτσια, ενώ το 1.9% απάντησε ότι έχει τέσσερα κορίτσια.

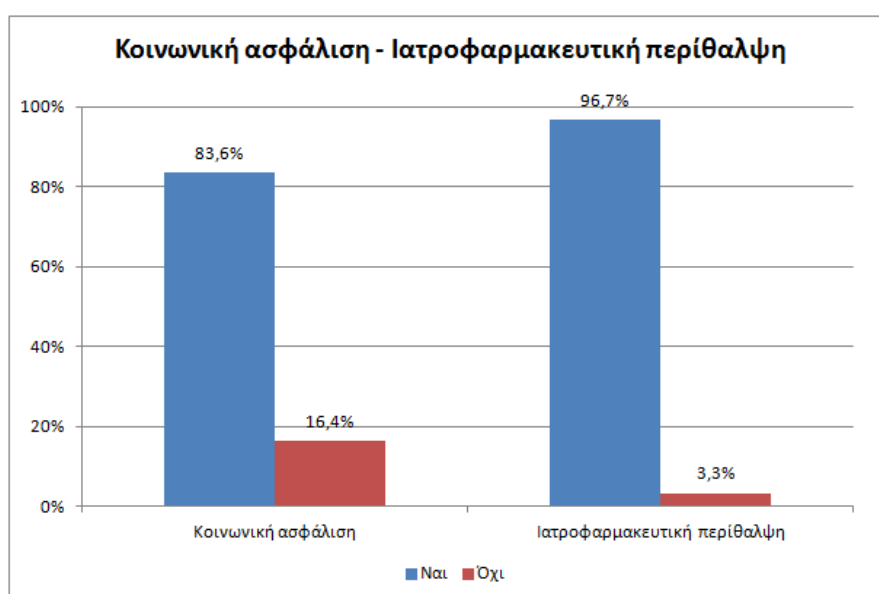
### 6.2.1.1 Στοιχεία ασφάλισης και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη

Για όλους τους συμμετέχοντες ηλικιωμένους καταγράφηκαν στοιχεία που αφορούν την κοινωνική τους ασφάλιση και την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη.

**Πίνακας 7: Κοινωνική ασφάλιση και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (N=244)**

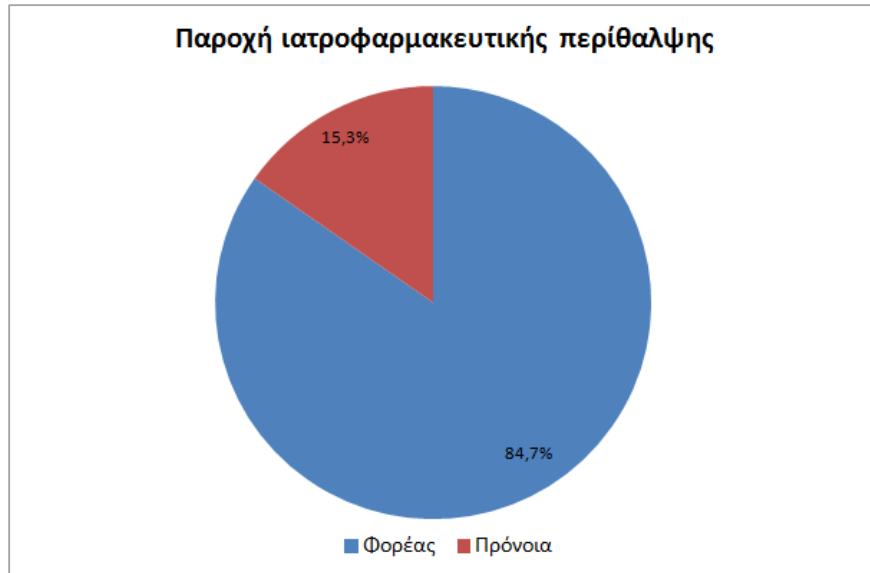
Κοινωνική ασφάλιση Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη	Ναι N (%)	Όχι N (%)
Κοινωνική ασφάλιση	204 (83.6)	40 (16.4)
Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη	236 (96.7)	8 (3.3)

Η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (83.6%) ήταν ασφαλισμένοι σε κάποιο ταμείο ασφάλισης, ενώ ένα ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό (96.7%) δήλωσαν ότι έχουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Διάγραμμα 4).



**Διάγραμμα 4: Ποσοστά συχνότητας για την κοινωνική ασφάλιση και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (N=244)**

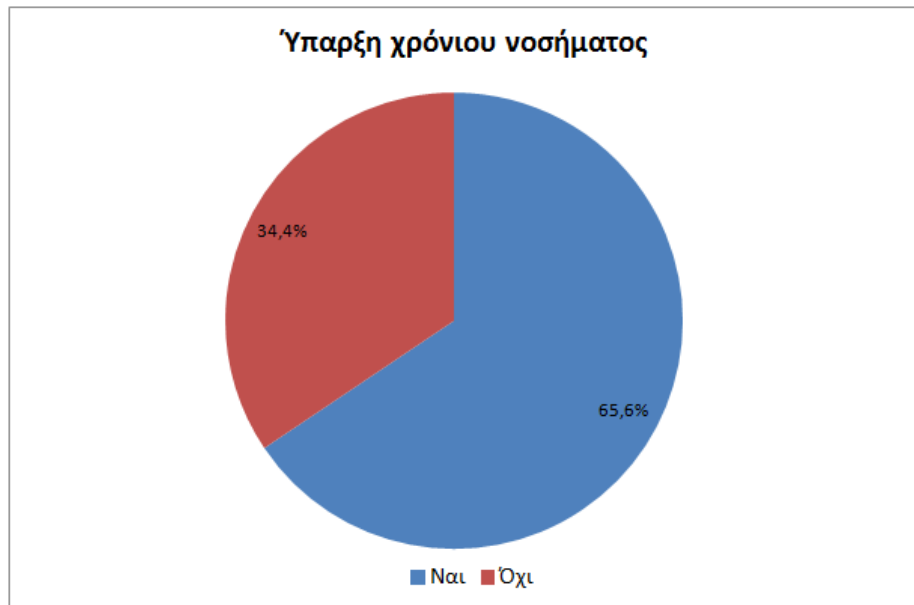
Το 84.7% των ατόμων τρίτης ηλικίας που έχουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη απάντησαν ότι αυτή προέρχεται από κάποιον φορέα, ενώ το υπόλοιπο 15.3% δήλωσε τις Υπηρεσίες Πρόνοιας.



**Διάγραμμα 5: Ποσοστά συχνότητας για την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (N=234)**

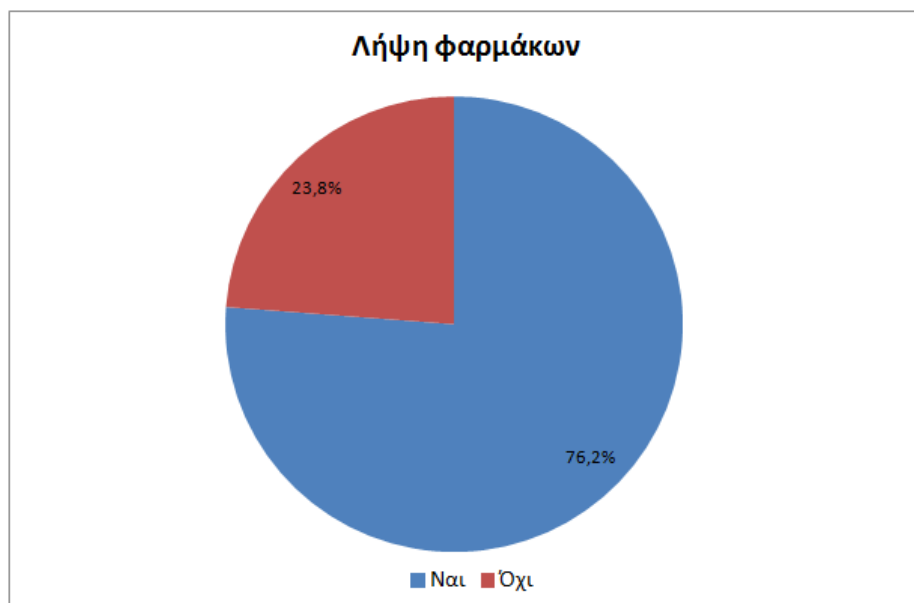
### 6.2.1.2 Κατάσταση υγείας, οικονομική κατάσταση και λειτουργικότητα

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (65.6%) απάντησαν πως πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα για το οποίο τους χορηγείται φαρμακευτική αγωγή ή παρακολουθούνται/ επισκέπτονται συχνά τον γιατρό ή θεραπευτική ομάδα.



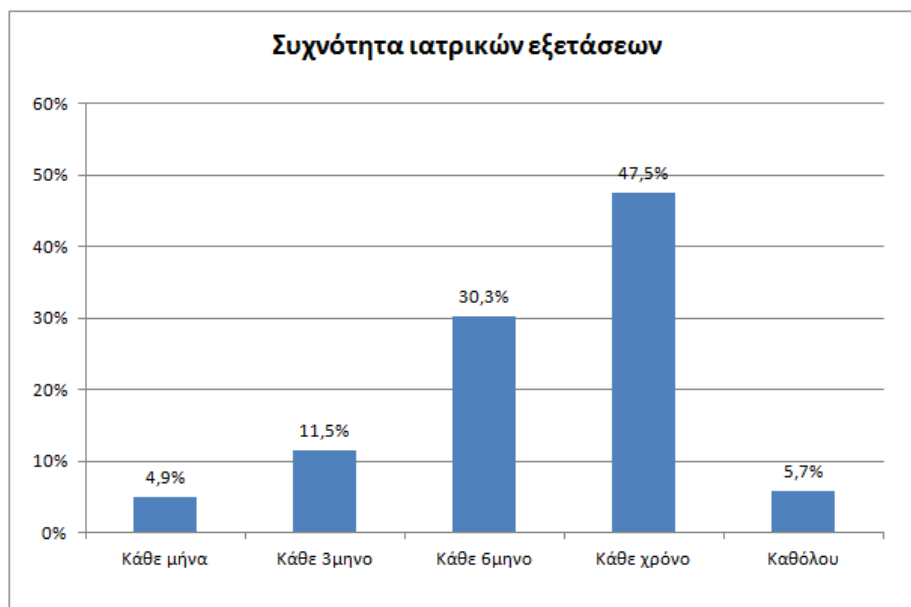
Διάγραμμα 6: Ποσοστά συχνότητας για την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος (N=244)

Αντίστοιχα η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (76.2%) απάντησε πως λαμβάνει καθημερινά φαρμακευτικά σκευάσματα για τις παθήσεις τους.



Διάγραμμα 7: Ποσοστά συχνότητας για τη λήψη φαρμάκων (N=244)

Στην ερώτηση σχετικά με το κάθε πότε κάνουν ιατρικές εξετάσεις, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (94.3%) απάντησε ότι κάνει συστηματικά ιατρικές εξετάσεις. Συγκεκριμένα, το 4.9% κάθε μήνα, το 11.5% κάθε τρίμηνο, το 30.3% κάθε εξάμηνο και το 47.5% κάθε χρόνο.



**Διάγραμμα 8: Ποσοστά συχνότητας ιατρικών εξετάσεων (N=244)**



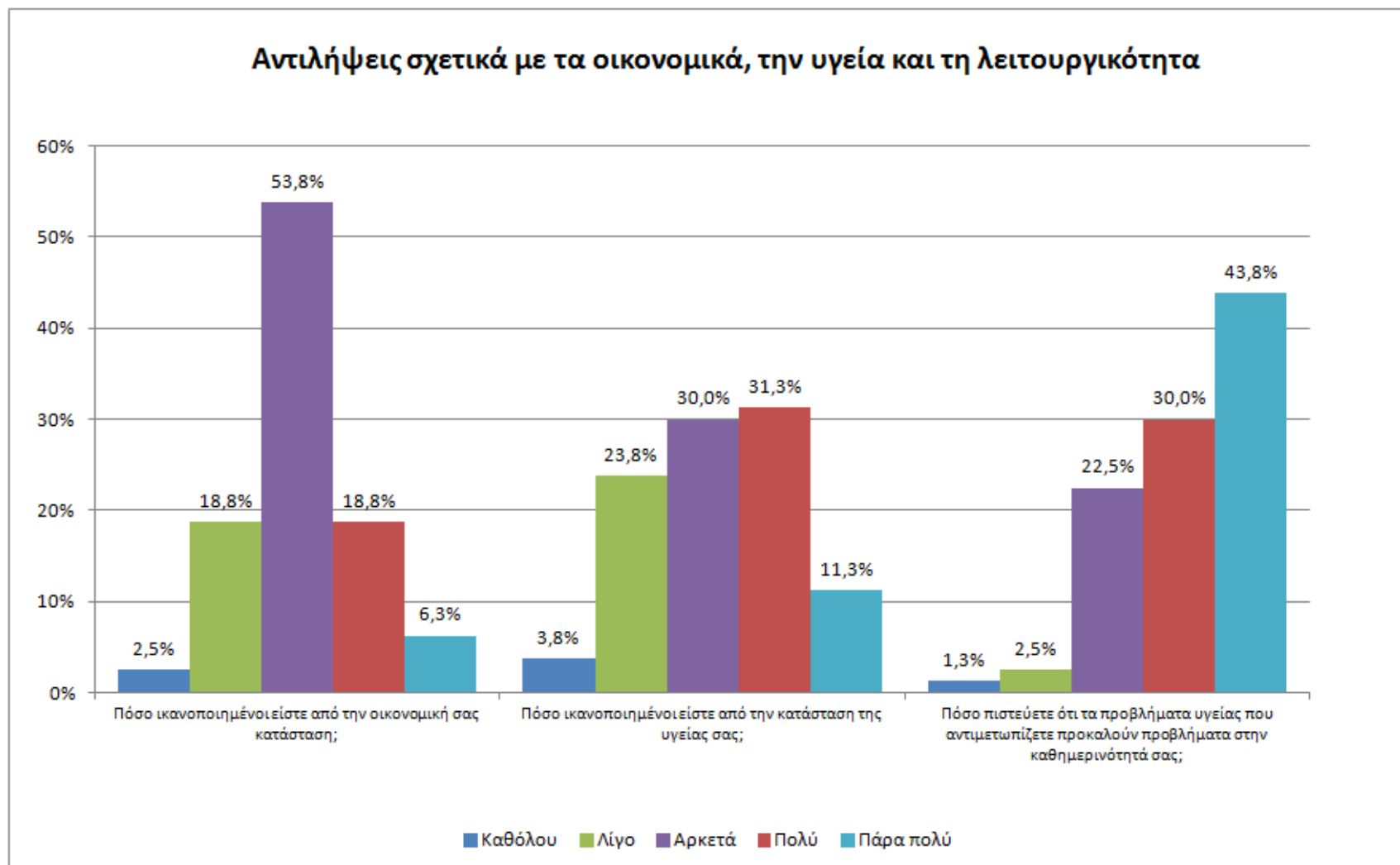
### 6.2.1.3 Αντιλήψεις σχετικά με τα οικονομικά, την υγεία και τη λειτουργικότητα

Στον Πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν στις αντιλήψεις των ατόμων τρίτης ηλικίας σχετικά με την οικονομική τους κατάσταση, την κατάσταση της υγείας τους και το βαθμό που αυτή επηρεάζει την καθημερινότητά τους.

**Πίνακας 8: Αντιλήψεις ατόμων τρίτης ηλικίας σχετικά με τα οικονομικά, την υγεία και τη λειτουργικότητα (N=244)**

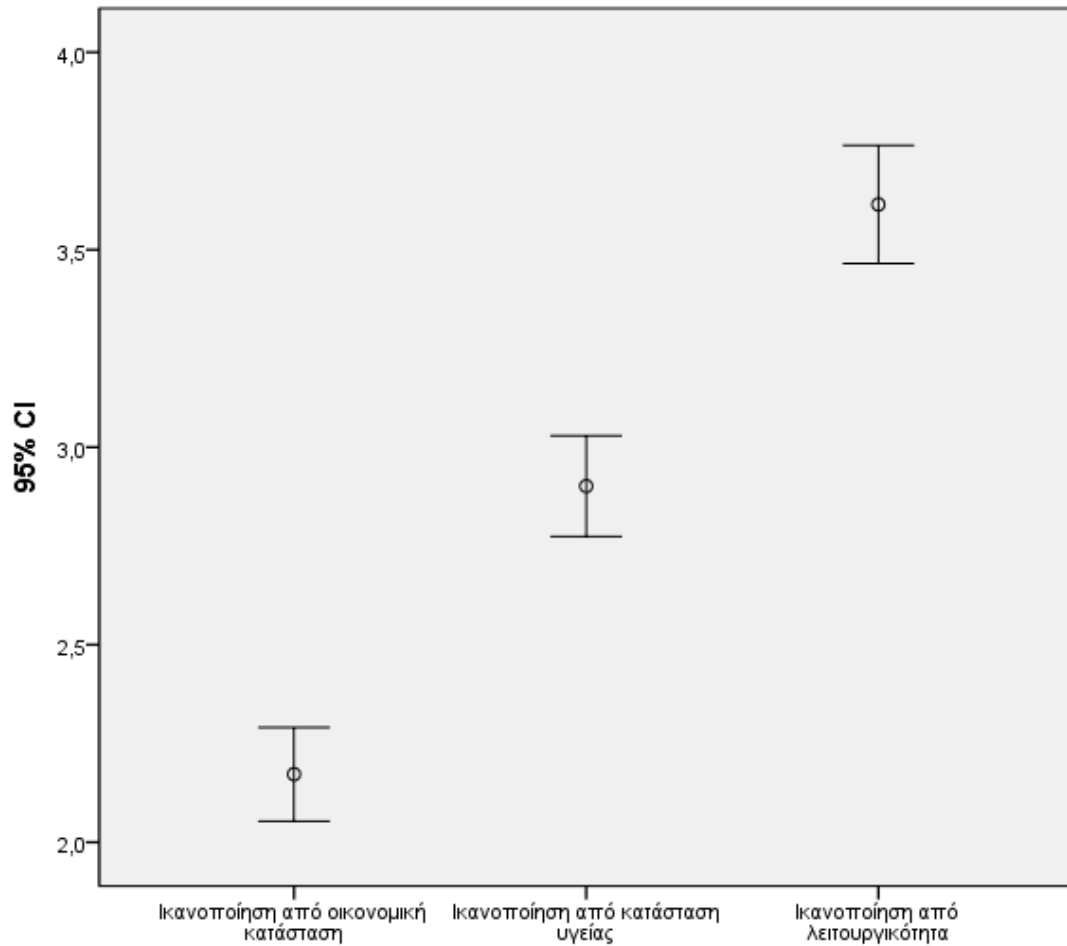
	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	Ελάχιστο	Μέγιστο	M.T.	T.A.
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)				
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την οικονομική σας κατάσταση;	68 (27.9)	82 (33.6)	84 (34.4)	4 (1.6)	6 (2.5)	1	5	2.17	0.940
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την κατάσταση της υγείας σας;	22 (9)	54 (22.5)	112 (45.9)	38 (15.6)	18 (7.4)	1	5	2.90	1.014
Πόσο πιστεύετε ότι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζετε προκαλούν προβλήματα στην καθημερινότητά σας;	58 (23.8)	96 (39.3)	50 (20.5)	18 (7.4)	22 (9.0)	1	5	3.61	1.186

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων νιώθει αρκετή ικανοποίηση τόσο από την οικονομική τους κατάσταση (34.4%) όσο και από την κατάσταση της υγείας τους (45.9%). Επίσης οι περισσότεροι ερωτηθέντες υποστηρίζουν ότι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν προκαλούν σε μικρό βαθμό προβλήματα στην καθημερινότητά τους (39.3%).



**Διάγραμμα 9: Ποσοστά συχνότητας για τις αντιλήψεις σχετικά με τα οικονομικά, την υγεία και τη λειτουργικότητα (N=244)**

Από την επισκόπηση του Πίνακα δκαταδεικνύεται ότι οι ερωτώμενοι θεωρούν σε μεγαλύτερο βαθμό ότι τα προβλήματα υγείας τους δεν προκαλούν προβλήματα στην καθημερινότητά τους (MT=3.61), δηλώνοντας σε μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίηση από την κατάσταση της υγείας τους (MT=2.90) συγκριτικά με την οικονομική τους κατάσταση (MT=2.17).



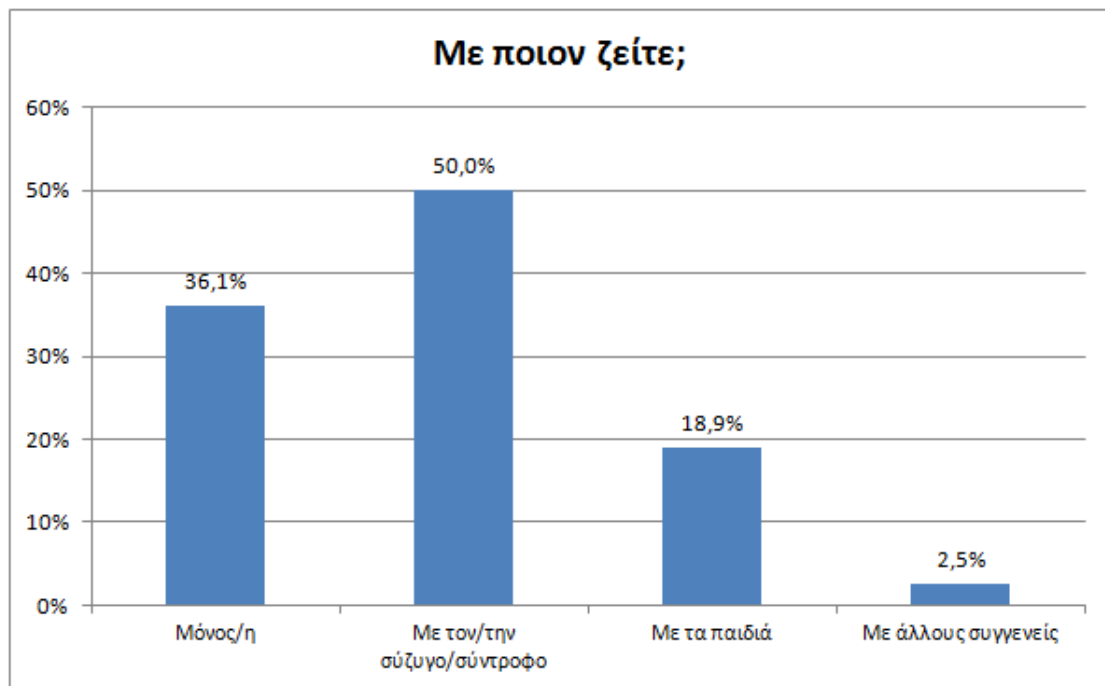
**Διάγραμμα 10: Αντιλήψεις για τα οικονομικά, την υγεία και τη λειτουργικότητα**

## 6.2.2 Προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη

Στην ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν στις απαντήσεις των ατόμων τρίτης ηλικίας σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν από τα δίκτυα άτυπης φροντίδας (οικογένεια, συγγενείς, φίλους, γείτονες, γενικότερη κοινότητα/Σύλλογοι).

### 6.2.2.1 Μορφές συμβίωσης

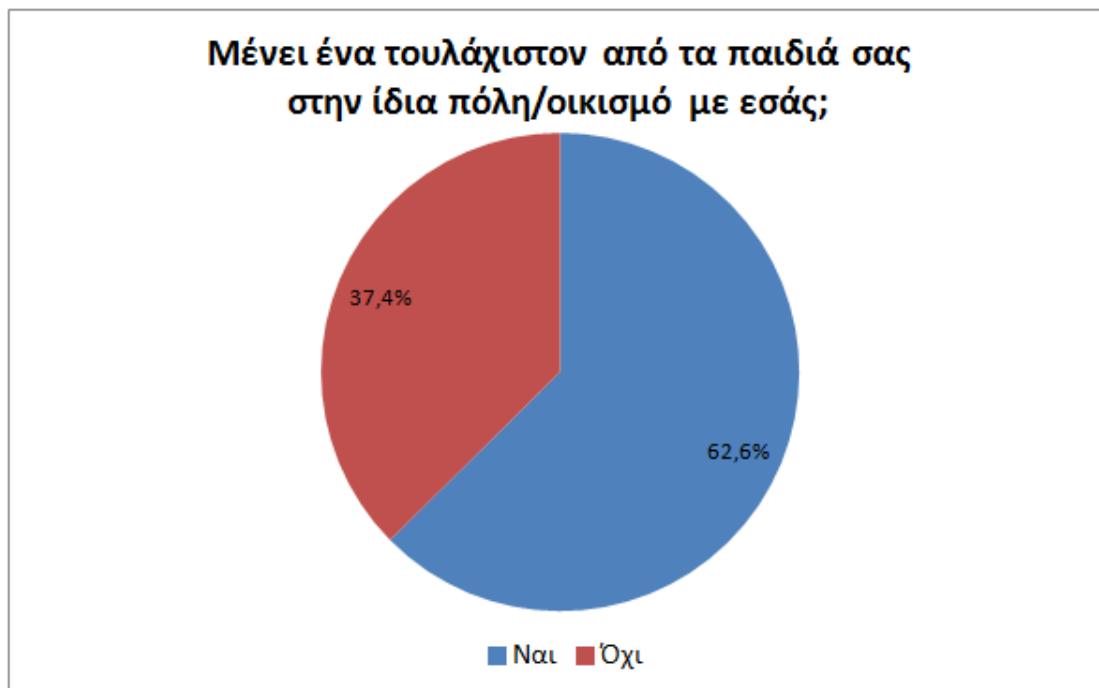
Στο σύνολο των ερωτηθέντων, το 36.1% απάντησε πως ζει μόνος/η, το 50% πως ζει με τον/την σύζυγο/σύντροφο, το 18.9% πως ζει με τα παιδιά, ενώ μόλις το 2.5% ανέφερε πως ζει με άλλα συγγενικά πρόσωπα (Διάγραμμα 11).



Διάγραμμα 11: Ποσοστά συχνότητας για τις μορφές συμβίωσης (N=244)

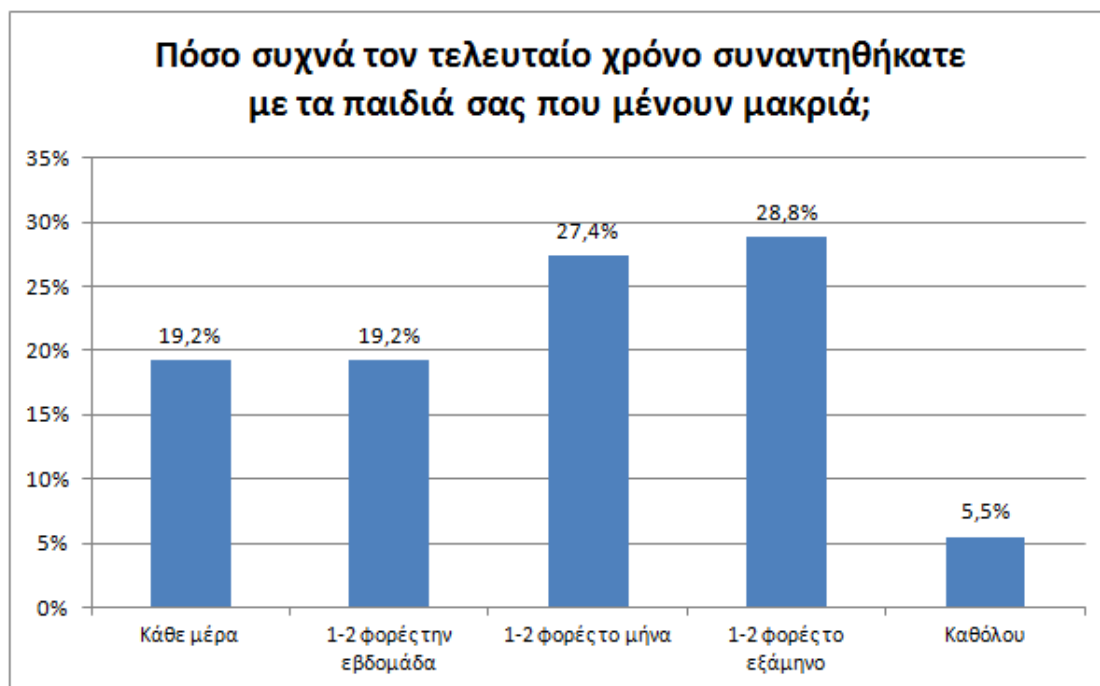
### 6.2.2.2 Επαφή με παιδιά

Από το σύνολο των 214 συμμετεχόντων που έχουν παιδιά, το 62.6% απάντησε ότι τουλάχιστον ένα από τα παιδιά τους μένει στην ίδια πόλη/οικισμό με αυτούς, ενώ το υπόλοιπο 37.4% απάντησε ότι τα παιδιά τους μένουν σε άλλη πόλη (Διάγραμμα 12).



**Διάγραμμα 12: Ποσοστά συχνότητας για τα παιδιά που μένουν στην ίδια πόλη/οικισμό (N=214)**

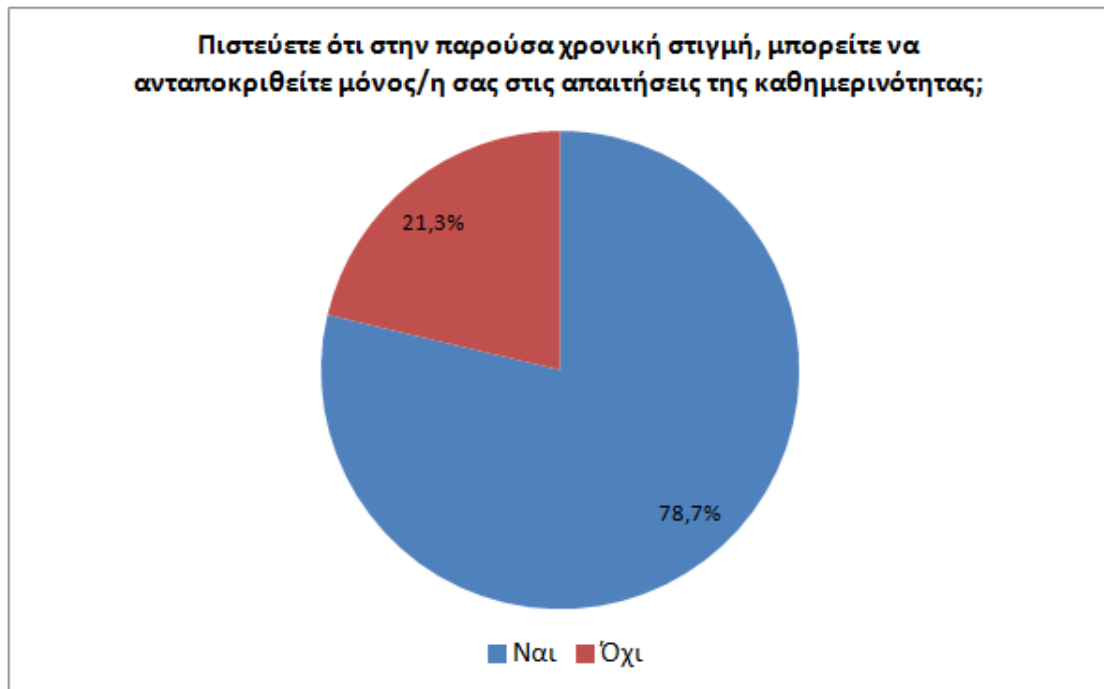
Στο σύνολο του δείγματος, το 59.8% (146 άτομα) έχουν έστω και ένα παιδί που μένει μακριά. Από αυτούς, στη διάρκεια του τελευταίου χρόνου το 19.2% συναντήθηκε καθημερινά με τα παιδιά τους, το 19.2% 1-2 φορές την εβδομάδα, το 27.4% 1-2 φορές το μήνα, το 28.8% 1-2 φορές το εξάμηνο, ενώ το 5.5% δεν συναντήθηκε καθόλου (Διάγραμμα 13).



**Διάγραμμα 13: Ποσοστά συχνότητας συναντήσεων με τα παιδιά που μένουν μακριά(N=146)**

### 6.2.2.3 Ανάγκη για βοήθεια

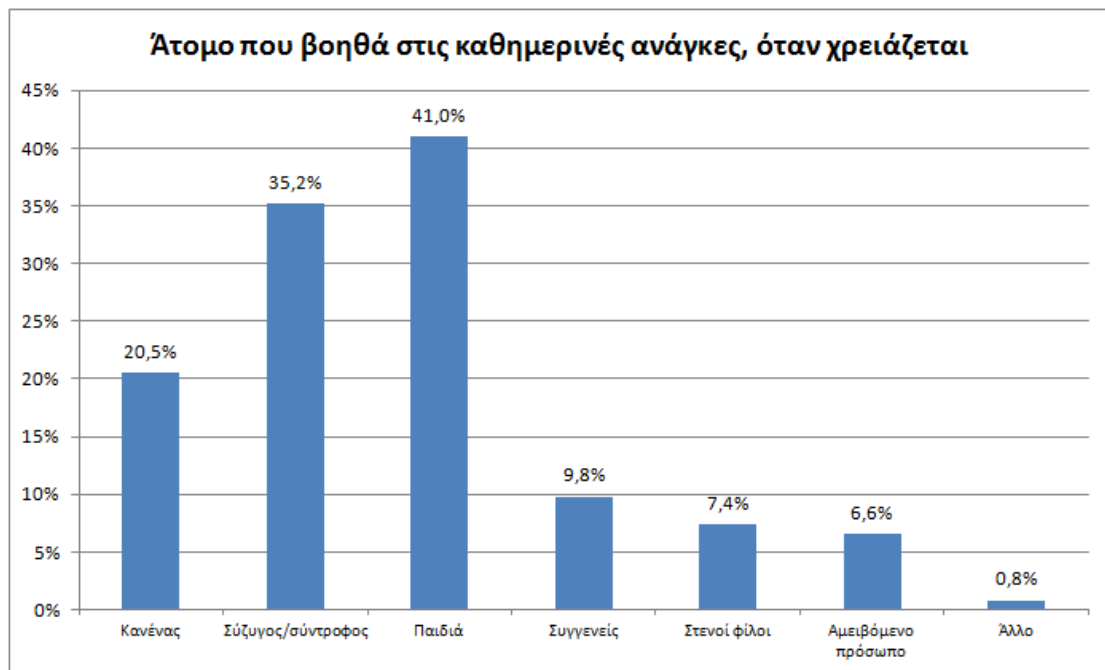
Το 78.7% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι στην παρούσα χρονική στιγμή, μπορούν να ανταποκριθούν μόνοι τους στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Αυτό σημαίνει ότι το υπόλοιπο 21.3% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, χρειάζεται βοήθεια (Διάγραμμα 14).



**Διάγραμμα 14: Ποσοστά συχνότητας για την ανάγκη για βοήθεια (N=244)**

#### 6.2.2.4 Δείκτες κοινωνικής υποστήριξης

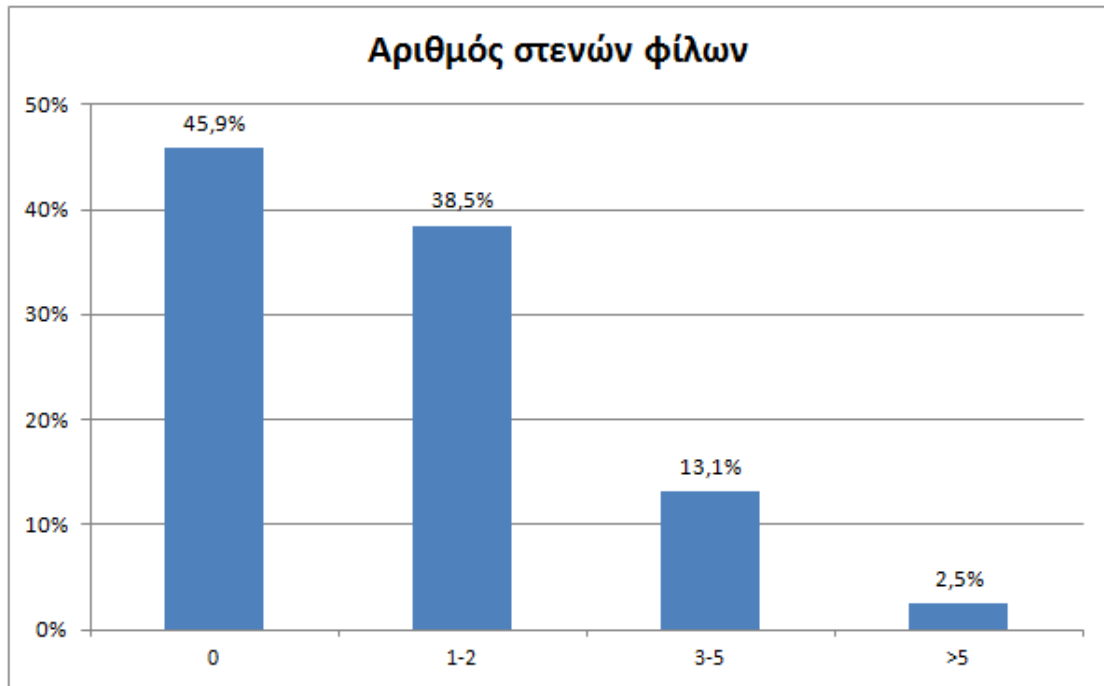
Στην ερώτηση σχετικά με το εάν υπάρχει κάποιο άτομο που τους βοηθά στις καθημερινές τους ανάγκες όταν χρειάζεται, το 20.5% απάντησε πως δεν υπάρχει κανένας, το 35.2% απάντησε πως αυτό το πρόσωπο είναι ο/η σύζυγος/σύντροφος, το 41% απάντησε τα παιδιά, το 9.8% τους συγγενείς, το 7.4% κάποιοι στενοί φίλοι, το 6.6% κάποιο αμειβόμενο πρόσωπο, ενώ μόλις το 0.8% επέλεξε κάποιο άλλο πρόσωπο από τις προτεινόμενες επιλογές (γείτονες).



**Διάγραμμα 15: Ποσοστά συχνότητας για το άτομο που βοηθά στην καθημερινότητα όταν υπάρχει ανάγκη (N=244)**

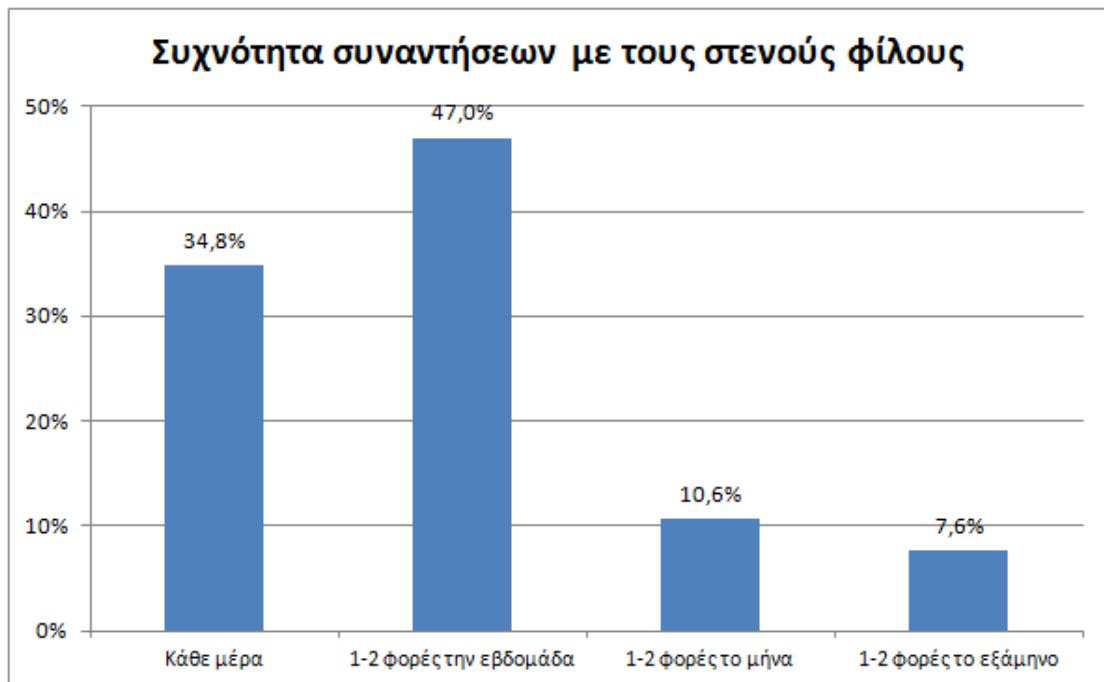
Στο συνολικό δείγμα, το 45.9% απάντησε ότι δεν έχει κανέναν στενό φίλο που θα μπορούσε να βοηθήσει στην καθημερινή τους διαβίωση και να τους συμπαρασταθεί (ψυχολογικά, συναισθηματικά, οικονομικά, κ.ά.). Το 38.5% απάντησε ότι έχει 1-2 στενούς φίλους, το 13.1% ότι έχει 3-5, ενώ το 2.5% δήλωσε ότι έχει περισσότερους από 5 φίλους (Διάγραμμα 16).





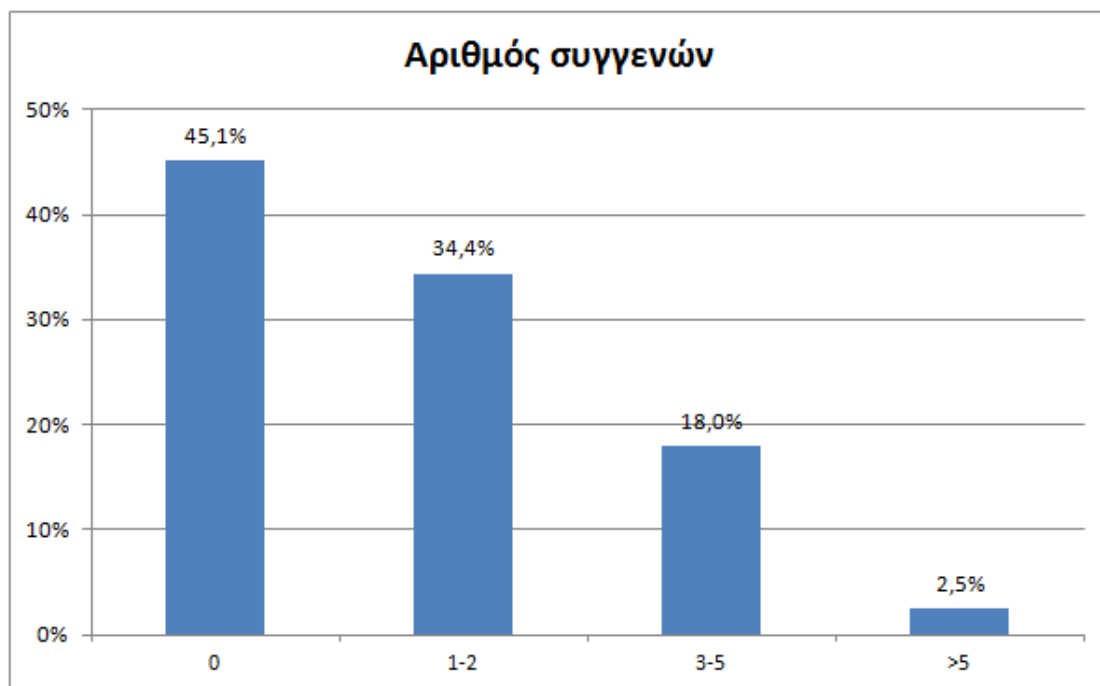
**Διάγραμμα 16: Ποσοστά συχνότητας για τον αριθμό των στενών φίλων (N=244)**

Από το σύνολο αυτών που απάντησαν ότι έχουν στενούς φίλους που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν στην καθημερινή τους διαβίωση και να τους συμπαρασταθούν, τον τελευταίο χρόνο το 34.8% συναντήθηκε καθημερινά με αυτούς, το 47% 1-2 φορές την εβδομάδα, το 10.6% 1-2 φορές το μήνα, ενώ το 7.6% 1-2 φορές το εξάμηνο.



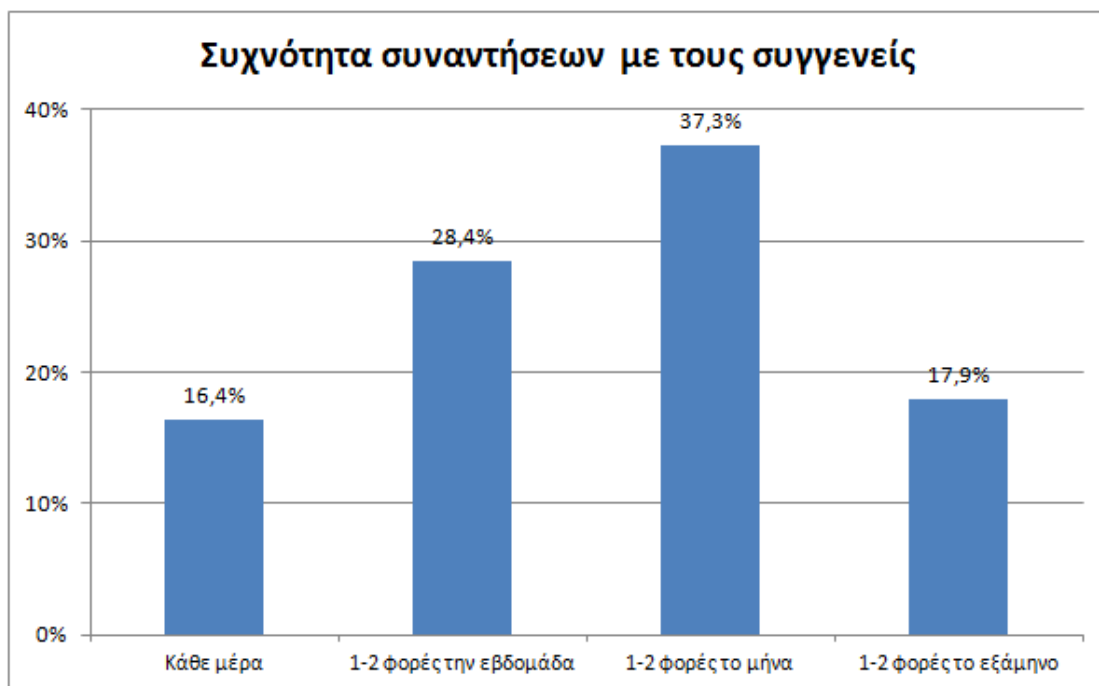
**Διάγραμμα 17: Ποσοστά συχνότητας συναντήσεων με τους στενούς φίλους (N=132)**

Το 45.1% του συνολικού δείγματος δήλωσε ότι δεν έχει άλλους συγγενείς στους οποίους θα μπορούσε να στηριχθεί σε περίπτωση που θα αντιμετώπιζε δυσκολίες στην καθημερινότητα του ή ψυχολογικά. Το 34.4% δήλωσε ότι έχει 1-2 συγγενείς, το 18% ότι έχει 3-5, ενώ το 2.5% απάντησε ότι έχει περισσότερους από 5 συγγενείς (Διάγραμμα 18).



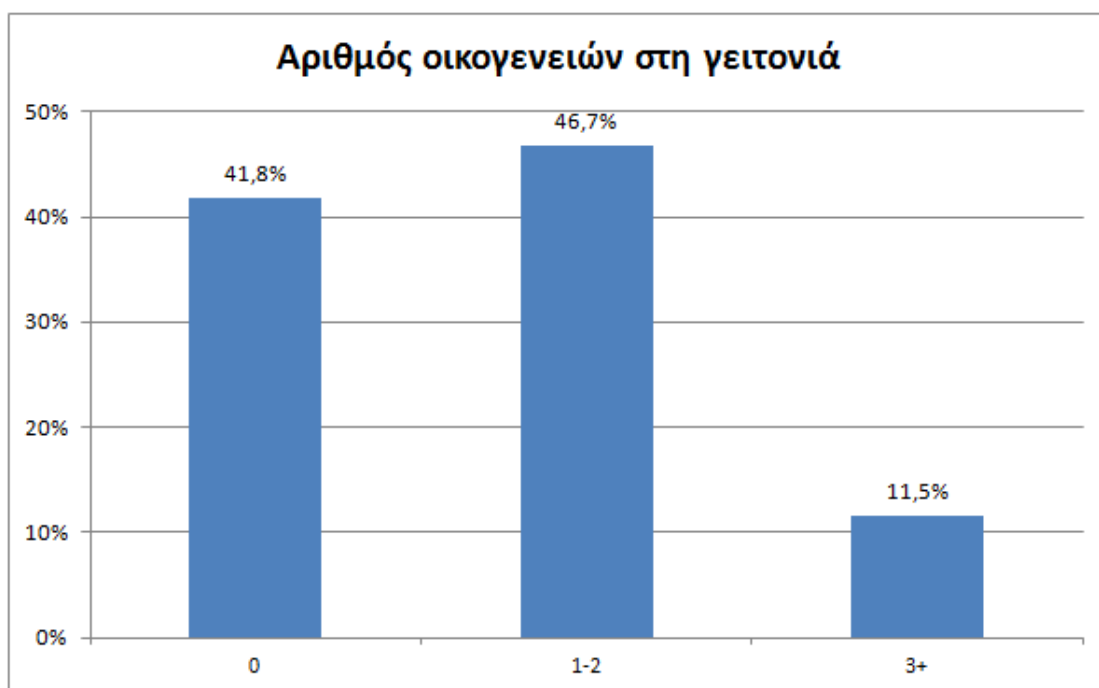
**Διάγραμμα 18: Ποσοστά συχνότητας για τον αριθμό των συγγενών (N=244)**

Από το σύνολο αυτών που απάντησαν ότι έχουν άλλους συγγενείς στους οποίους θα μπορούσαν να στηριχθούν σε περίπτωση που αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην καθημερινότητά τους ή ψυχολογικά, τον τελευταίο χρόνο το 16.4% συναντήθηκε καθημερινά με αυτούς, το 28.4% 1-2 φορές την εβδομάδα, το 37.3% 1-2 φορές το μήνα, ενώ το 17.9% 1-2 φορές το εξάμηνο (Διάγραμμα 19).



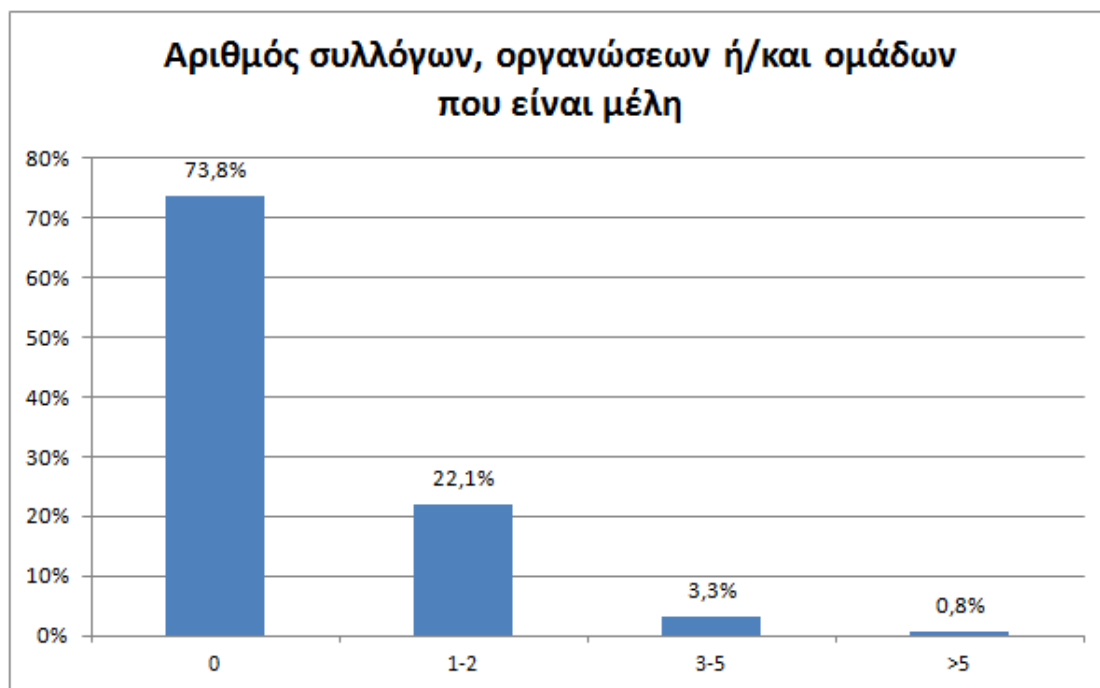
**Διάγραμμα 19: Ποσοστά συχνότητας συναντήσεων με τους συγγενείς (N=134)**

Στην ερώτηση που αφορούσε στον αριθμό των οικογενειών που βρίσκονται στη γειτονιά και με τις οποίες γνωρίζονται τόσο καλά, ώστε να τους βοηθούν πρακτικά και ψυχολογικά και να τους αφιερώνουν χρόνο όταν παραστεί ανάγκη, το 41.8% απάντησε ότι δεν υπάρχει καμία φιλική οικογένεια, το 46.9% ότι υπάρχουν 1-2, ενώ το 11.5% δήλωσε ότι υπάρχουν από 3 οικογένειες και άνω.



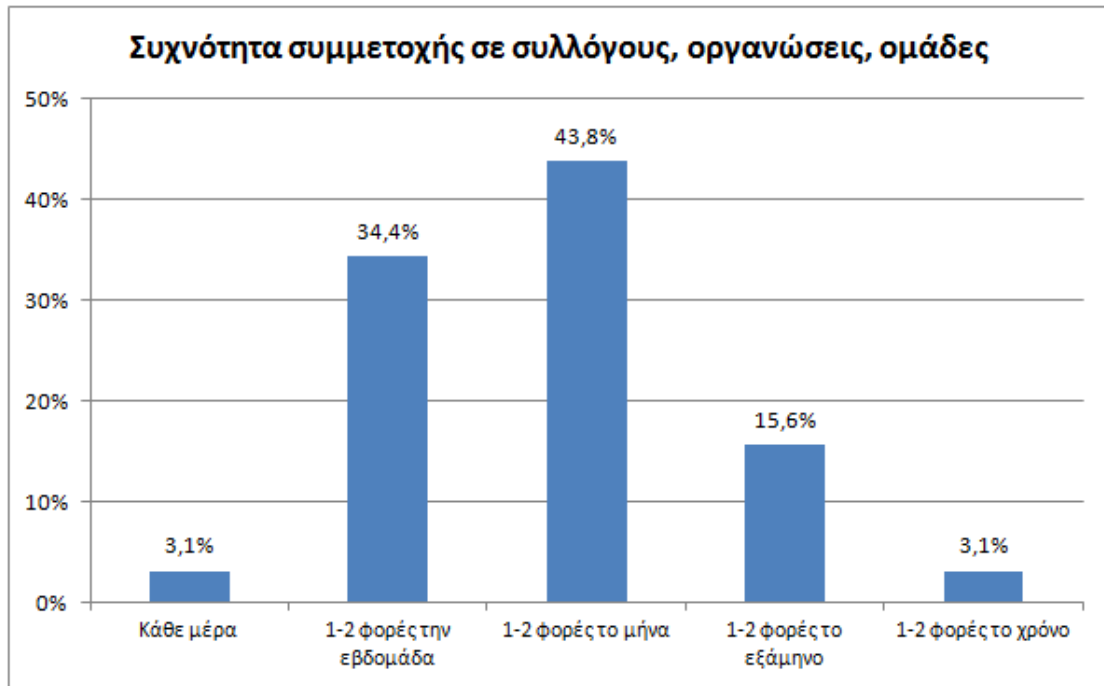
**Διάγραμμα 20: Ποσοστά συχνότητας για τον αριθμό των οικογενειών (N=244)**

Στο συνολικό δείγμα, το 73.8% απάντησε ότι δεν συμμετέχει σε συλλόγους, οργανώσεις ή ομάδες. Το 22.1% απάντησε ότι είναι μέλος σε 1-2 συλλόγους, οργανώσεις ή ομάδες, το 3.3% σε 3-5, ενώ μόλις το 0.8% δήλωσε σε περισσότερους από 5 (Διάγραμμα 21).



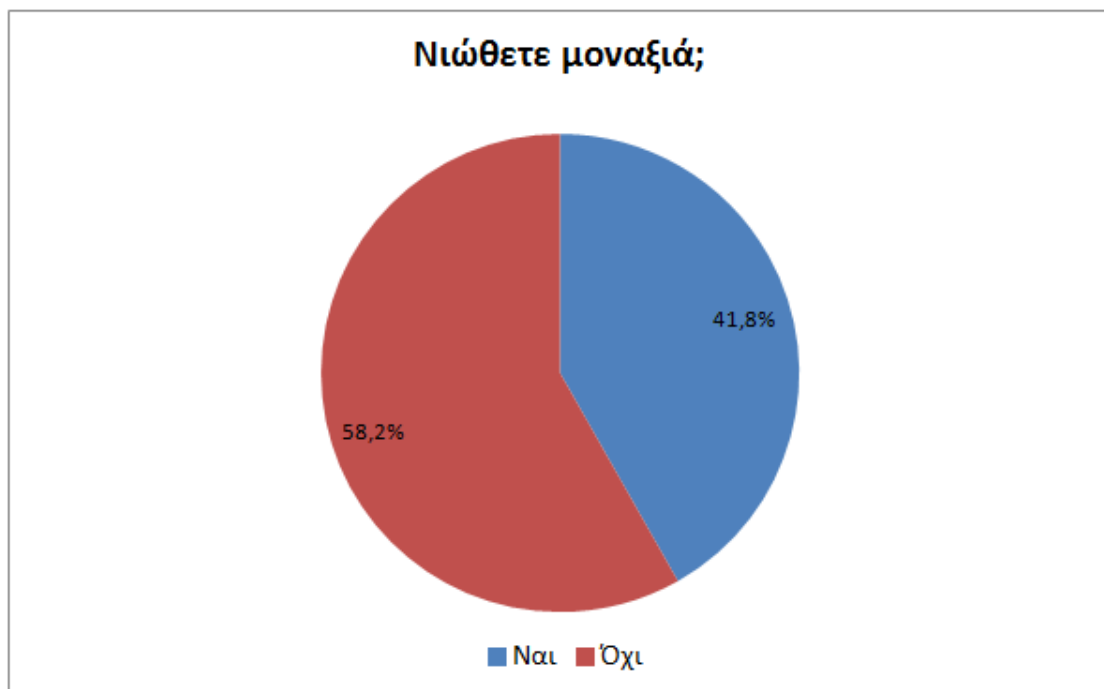
**Διάγραμμα 21: Ποσοστά συχνότητας για τον αριθμό συλλόγων, οργανώσεων, ή/και ομάδων που είναι μέλη (N=244)**

Από το σύνολο αυτών που απάντησαν ότι είναι μέλη σε κάποιον σύλλογο, οργάνωση ή ομάδα, το 3.1% συμμετέχει καθημερινά στις δράσεις τους, το 34.4% 1-2 φορές την εβδομάδα, το 43.8% 1-2 φορές το μήνα, το 15.6% 1-2 φορές το εξάμηνο και το 3.1% 1-2 φορές το χρόνο (Διάγραμμα 22).



**Διάγραμμα 22: Ποσοστά συχνότητας συμμετοχής σε συλλόγους, οργανώσεις ή/και ομάδες (N=64)**

Τέλος, στο συνολικό δείγμα το 41.8% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι νιώθουν μοναξιά (Διάγραμμα 23).



**Διάγραμμα 23: Ποσοστά συχνότητας για την αίσθηση μοναξιάς (N=244)**

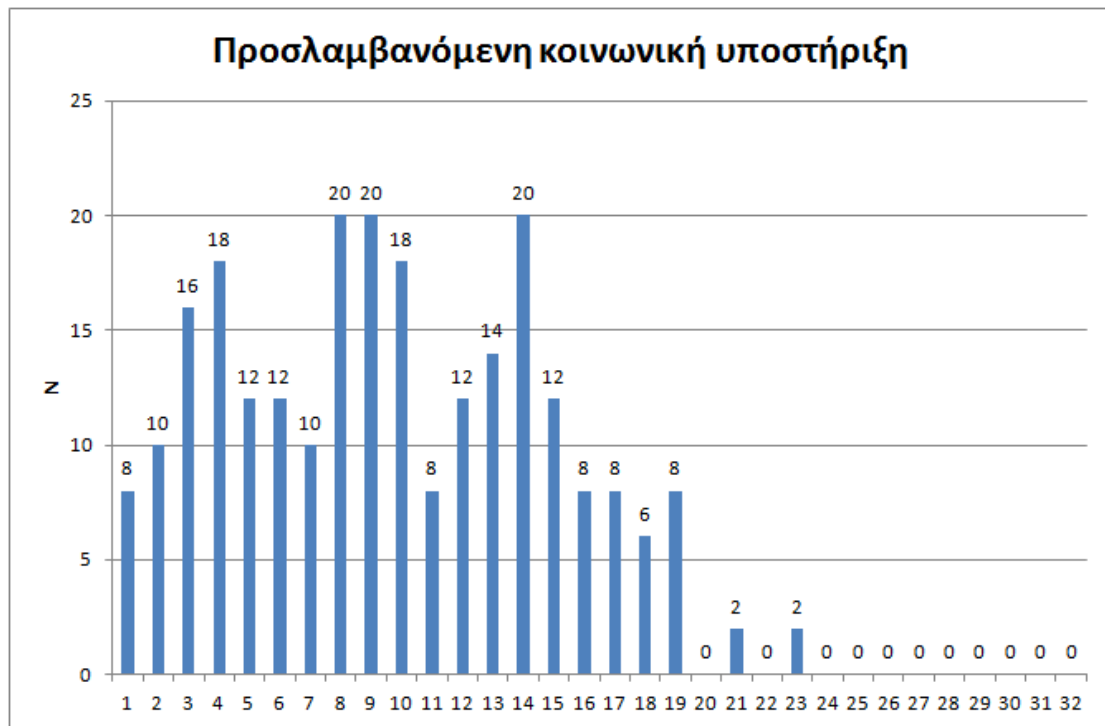
### 6.2.2.5 Συνολική βαθμολογία προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης

Στον Πίνακα 9 παρουσιάζεται η συνολική βαθμολογία της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι από τα δίκτυα άτυπης φροντίδας (οικογένεια, συγγενείς, φίλους, γείτονες, γενικότερη κοινότητα).

**Πίνακας 9: Συνολική βαθμολογία προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης**

Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
9.64	5.19	9	0	23

Η συνολική βαθμολογία της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης κυμάνθηκε από 0-23, με διάμεσο 9 και μέση τιμή δείγματος 9.64 ( $TA = 5.19$ ), η οποία υποδηλώνει αρκετή προσφερόμενη κοινωνική υποστήριξη.



**Διάγραμμα 24: Συνολική βαθμολογία προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης**

### 6.2.3 Αποτύπωση αναγκών

Στις ενότητες που ακολουθούν παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τις ανάγκες των συμμετεχόντων σε διάφορους τομείς. Στο πλαίσιο αυτό εκτιμήθηκαν τα αθροίσματα των ιεραρχήσεων σε κάθε πρόταση/ανάγκη για κάθε τομέα. Λόγω του τρόπου συμπλήρωσης των ερωτήσεων, όσο μικρότερο είναι το άθροισμα, τόσο μεγαλύτερη σημασία αποδίδεται στην/στον εκάστοτε ανάγκη/τομέα.

#### 6.2.3.1 Κοινωνική φροντίδα

Τα αθροίσματα των ιεραρχήσεων και η κατάταξη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας παρουσιάζονται στον *Πίνακα 10*.

**Πίνακας 10: Ιεράρχηση αναγκών κοινωνικής φροντίδας**

Κατάταξη	Ανάγκη	Σύνολο	N	%
3	Ενημέρωση για τα δικαιώματα των ηλικιωμένων (π.χ. επιδόματα, πιστοποιητικά αναπηρίας κ.ά.)	686	56	23.0
4	Συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη	786	46	18.9
2	Διαμεσολάβηση με δημόσιες υπηρεσίες, ασφαλιστικούς οργανισμούς, υγειονομικές επιτροπές κ.λπ.	652	46	18.9
1	Παραπομπές – κλείσιμο ραντεβού σε γιατρούς, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα	640	64	26.2
5	Συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον των ηλικιωμένων για την επίλυση των προβλημάτων τους	896	32	13.1

Οι ηλικιωμένοι θεωρούν πολύ σημαντικές τις ανάγκες «Παραπομπές-κλείσιμο ραντεβού σε γιατρούς, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα» (26.2%) και τη «Διαμεσολάβηση με δημόσιες υπηρεσίες, ασφαλιστικούς οργανισμούς, υγειονομικές επιτροπές κ.λπ.» (18.9%). Ως αρκετά σημαντικές θεωρήθηκαν οι ανάγκες «Ενημέρωση για τα δικαιώματα των ηλικιωμένων» (23%) και η «Συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη» (18.9%), ενώ ως λιγότερο σημαντική θεωρήθηκε η «Συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον των ηλικιωμένων για την επίλυση των προβλημάτων τους» (13.1%).



**Διάγραμμα 25: Ανάγκες κοινωνικής φροντίδας**

#### 6.2.3.2 Πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη

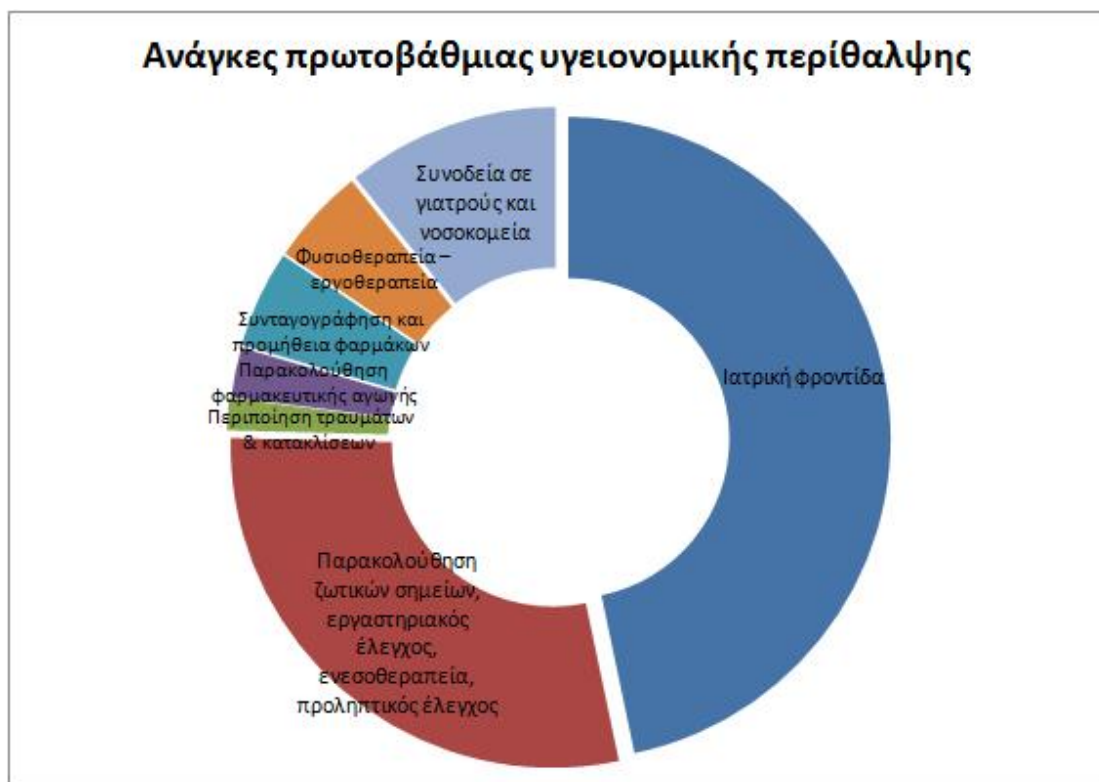
Τα αθροίσματα των ιεραρχήσεων και η κατάταξη των αναγκών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζονται στον Πίνακα 11.

**Πίνακας 11: Ιεράρχηση αναγκών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης**

Κατάταξη	Ανάγκη	Σύνολο	N	%
1	Ιατρική φροντίδα (π.χ. από καρδιολόγο, πνευμονολόγο, παθολόγο, ορθοπεδικό)	488	114	46.7
2	Παρακολούθηση ζωτικών σημείων (σάκχαρο, πίεση κ.ά.), εργαστηριακός έλεγχος (αιμοληψίες, εξέταση χοληστερόλης, κ.ά.), ενεσοθεραπεία, προληπτικός έλεγχος (π.χ. εμβολιασμός)	522	70	28.7
7	Περιποίηση τραυμάτων και κατακλίσεων	1318	4	1.6
4	Παρακολούθηση φαρμακευτικής αγωγής	1032	6	2.5
3	Συνταγογράφηση και προμήθεια φαρμάκων	978	12	4.9
6	Φυσιοθεραπεία – εργοθεραπεία	1280	12	4.9
5	Συνοδεία σε γιατρούς και νοσοκομεία (σε περίπτωση έλλειψης υποστηρικτικού περιβάλλοντος)	1212	26	10.7



Οι ηλικιωμένοι θεωρούν πολύ σημαντικές τις ανάγκες «Ιατρική φροντίδα» (46.7%) και «Παρακολούθηση ζωτικών σημείων, εργαστηριακός έλεγχος, ενεσοθεραπεία, προληπτικός έλεγχος» (28.7%). Ως αρκετά σημαντικές θεωρήθηκαν οι ανάγκες «Συνοδεία σε γιατρούς και νοσοκομεία» (10.7%), «Συνταγογράφηση και προμήθεια φαρμάκων (4.9%), «Παρακολούθηση φαρμακευτικής αγωγής» (2.5%). Αντιθέτως, ως λιγότερο σημαντικές θεωρήθηκαν οι ανάγκες «Φυσιοθεραπεία-εργοθεραπεία» (4.9%) και «Περιποίηση τραυμάτων και κατακλίσεων» (1.6%).



**Διάγραμμα 26: Ανάγκες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης**

### 6.2.3.3 Οικιακή και προσωπική φροντίδα

Τα αθροίσματα των ιεραρχήσεων και η κατάταξη των αναγκών οικιακής και προσωπικής φροντίδας παρουσιάζονται στον Πίνακα 12.

**Πίνακας 12: Ιεράρχηση αναγκών οικιακής και προσωπικής φροντίδας**

Κατάταξη	Ανάγκη	Σύνολο	N	%
1	Καθαριότητα σπιτιού	602	70	28.7
3	Προετοιμασία φαγητού	690	38	15.6
2	Αγορές ειδών πρώτης ανάγκης, τροφίμων και ατομικής υγιεινής	668	48	19.7
5	Πληρωμή λογαριασμών (ΔΕΗ, νερό κ.ά.)	928	26	10.7
4	Βοήθεια στην ατομική υγιεινή (π.χ. κόψιμο νυχιών, περιποίηση σώματος κ.ά.)	772	62	25.4

Οι ηλικιωμένοι θεωρούν πολύ σημαντικές τις ανάγκες «Καθαριότητα σπιτιού» (28.7%) και «Αγορές ειδών πρώτης ανάγκης, τροφίμων και ατομικής υγιεινής» (19.7%). Ως αρκετά σημαντικές θεωρήθηκαν οι ανάγκες «Προετοιμασία φαγητού» και «Βοήθεια στην ατομική υγιεινή» (25.4%), ενώ ως λιγότερο σημαντική θεωρήθηκε η ανάγκη «Πληρωμή λογαριασμών» (10.7%).



**Διάγραμμα 27: Ανάγκες οικιακής και προσωπικής φροντίδας (N=244)**

### 6.2.3.4 Ψυχαγωγία

Τα αθροίσματα των ιεραρχήσεων και η κατάταξη των αναγκών ψυχαγωγίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 13.

**Πίνακας 13: Ιεράρχηση αναγκών ψυχαγωγίας**

Κατάταξη	Ανάγκη	Σύνολο	N	%
1	Οργάνωση εκδρομών, επισκέψεις σε μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους	578	92	37.7
3	Παρακολούθηση θεατρικών παραστάσεων	738	26	10.7
4	Ψυχαγωγικές εκδηλώσεις (π.χ. χριστουγεννιάτικη γιορτή, γιορτή της γυναίκας, καλοκαιρινό φεστιβάλ κ.ά.)	778	26	10.7
5	Πρόγραμμα λουτροθεραπείας	840	30	12.3
2	Λειτουργία εντευκτηρίου, ως χώρου συνάντησης των ηλικιωμένων	726	70	28.7

Οι ηλικιωμένοι θεωρούν πολύ σημαντικές τις ανάγκες «Οργάνωση εκδρομών, επισκέψεις σε μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους» (37.72%) και «Λειτουργία εντευκτηρίου, ως χώρου συνάντησης των ηλικιωμένων» (28.7%). Ως αρκετά σημαντικές θεωρήθηκαν οι ανάγκες «Παρακολούθηση θεατρικών παραστάσεων» (10.7%) και «Ψυχαγωγικές εκδηλώσεις» (10.7%), ενώ ως λιγότερο σημαντική θεωρήθηκε η ανάγκη «Πρόγραμμα λουτροθεραπείας» (12.3%).



**Διάγραμμα 28: Ανάγκες ψυχαγωγίας**

### 6.2.3.5 Δημιουργική απασχόληση

Τα αθροίσματα των ιεραρχήσεων και η κατάταξη των αναγκών δημιουργικής απασχόλησης παρουσιάζονται στον Πίνακα 14.

Πίνακας 14: Ιεράρχηση αναγκών δημιουργικής απασχόλησης

Κατάταξη	Ανάγκη	Σύνολο	N	%
1	Οργάνωση εθελοντικών ομάδων (π.χ. για τη διοργάνωση εκδηλώσεων, παροχή κοινωνικής αλληλεγγύης)	548	102	41.8
3	Εκμάθηση χορού, λειτουργία χορωδίας, θεατρική ομάδα	748	26	10.7
5	Προγράμματα γυμναστικής	856	24	9.8
2	Εργαστήριο χειροτεχνίας – κατασκευών	712	46	18.9
4	Παρουσίαση βιβλίων – φιλαναγνωσία	796	46	18.9

Οι ηλικιωμένοι θεωρούν πολύ σημαντικές τις ανάγκες «Οργάνωση εθελοντικών ομάδων» (41.8%) και «Εργαστήριο χειροτεχνίας-κατασκευών» (18.9%). Ως αρκετά σημαντικές θεωρήθηκαν οι ανάγκες «Εκμάθηση χορού, λειτουργία χορωδίας, θεατρική ομάδα» (10.7%) και «Παρουσίαση βιβλίων-φιλαναγνωσία» (18.9%), ενώ ως λιγότερο σημαντική θεωρήθηκε η ανάγκη «Προγράμματα γυμναστικής» (9.8%).



Διάγραμμα 29: Ανάγκες δημιουργικής απασχόλησης

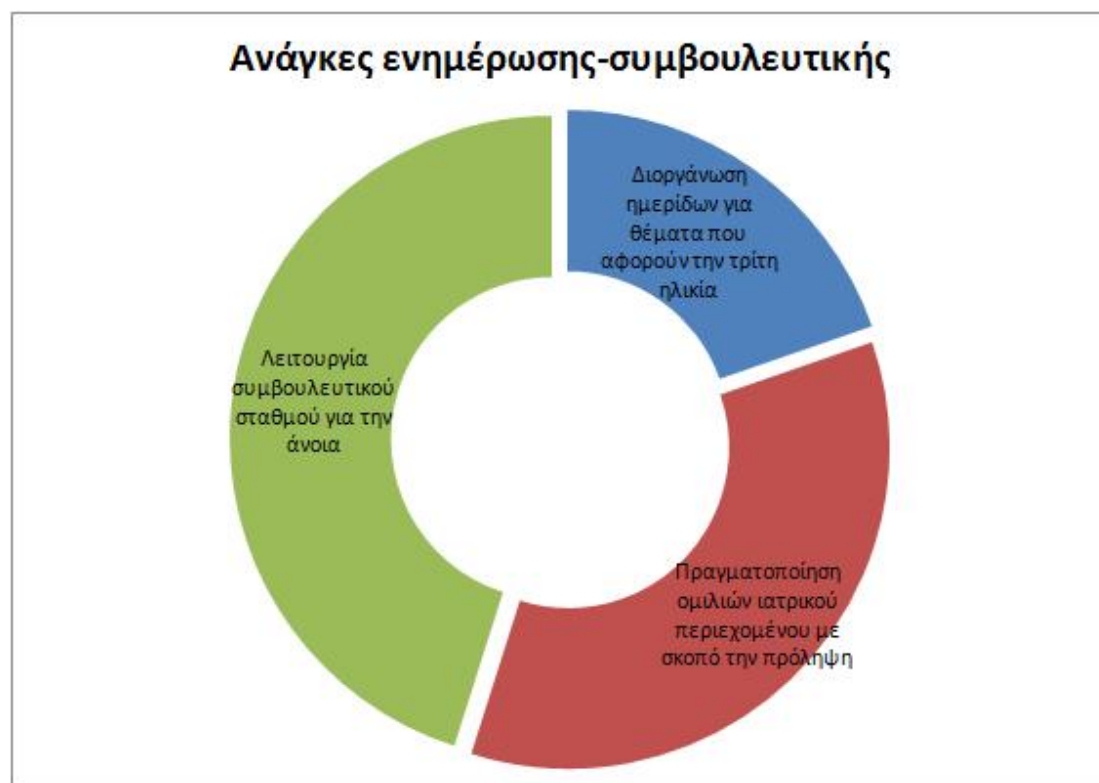
### 6.2.3.6 Ενημέρωση-συμβουλευτική

Τα αθροίσματα των ιεραρχήσεων και η κατάταξη των αναγκών ενημέρωσης-συμβουλευτικής παρουσιάζονται στον Πίνακα 15.

**Πίνακας 15: Ιεράρχηση αναγκών ενημέρωσης-συμβουλευτικής**

Κατάταξη	Ανάγκη	Σύνολο	N	%
3	Διοργάνωση ημερίδων για θέματα που αφορούν την τρίτη ηλικία	562	48	19.7
2	Πραγματοποίηση ομιλιών ιατρικού περιεχομένου με σκοπό την πρόληψη	456	86	35.2
1	Λειτουργία συμβουλευτικού σταθμού για την άνοια (με προγράμματα πρόληψης και προγράμματα παρέμβασης για τους πάσχοντες)	652	110	45.1

Οι ηλικιωμένοι θεωρούν πολύ σημαντικές τις ανάγκες «Λειτουργία συμβουλευτικού σταθμού για την άνοια» (45.1%) και «Πραγματοποίηση ομιλιών ιατρικού περιεχομένου με σκοπό την πρόληψη» (35.2%), ενώ ως αρκετά σημαντική θεωρήθηκε η ανάγκη «Διοργάνωση ημερίδων για θέματα που αφορούν την τρίτη ηλικία» (19.7%).



**Διάγραμμα 30: Ανάγκες ενημέρωσης-συμβουλευτικής**

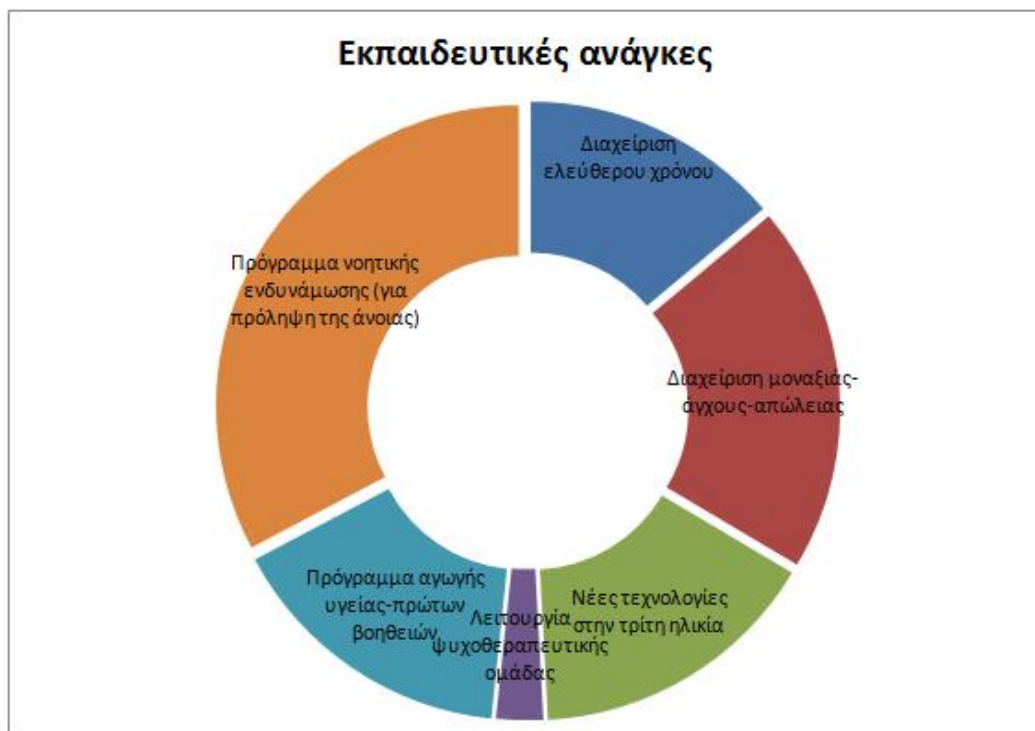
### 6.2.3.7 Εκπαίδευση

Τα αθροίσματα των ιεραρχήσεων και η κατάταξη των εκπαιδευτικών αναγκών παρουσιάζονται στον Πίνακα 16.

**Πίνακας 16: Ιεράρχηση εκπαιδευτικών αναγκών**

Κατάταξη	Ανάγκη	Σύνολο	N	%
3	Διαχείριση ελεύθερου χρόνου	822	34	13.9
4	Διαχείριση μοναξιάς – άγχους – απώλειας	834	48	19.7
5	Νέες τεχνολογίες στην τρίτη ηλικία	980	38	15.6
6	Λειτουργία ψυχοθεραπευτικής ομάδας	1010	6	2.5
2	Πρόγραμμα αγωγής υγείας – πρώτων βοηθειών	770	38	15.6
1	Πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης (για πρόληψη της άνοιας)	708	80	32.8

Οι ηλικιωμένοι θεωρούν πολύ σημαντικές τις ανάγκες «Πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης» (32.8%) και «Πρόγραμμα αγωγής υγείας-πρώτων βοηθειών» (15.6%). Ως αρκετά σημαντικές θεωρήθηκαν οι ανάγκες «Διαχείριση ελεύθερου χρόνου» (13.9%), «Διαχείριση μοναξιάς-άγχους-απώλειας» (19.7%) και «Νέες τεχνολογίες στην τρίτη ηλικία» (15.6%). Αντιθέτως, ως λιγότερο σημαντική θεωρήθηκε η ανάγκη «Λειτουργία ψυχοθεραπευτικής ομάδας» (2.5%).



**Διάγραμμα 31: Εκπαιδευτικές ανάγκες**

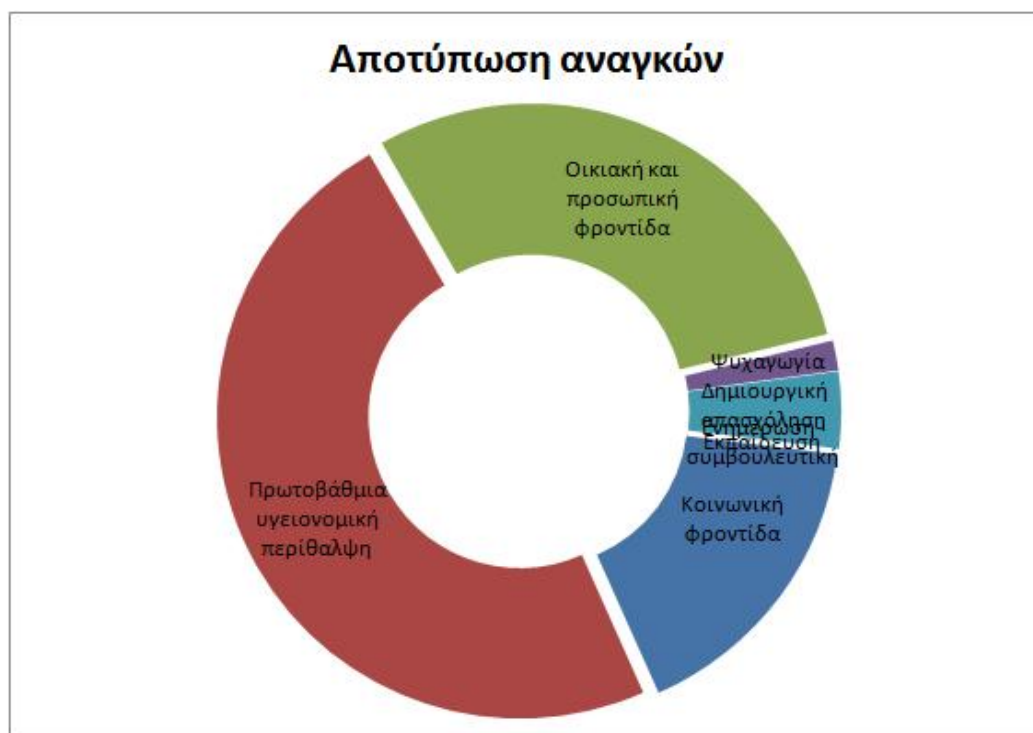
### 6.2.3.8 Ιεράρχηση αναγκών σε κάθε τομέα

Τα αθροίσματα των ιεραρχήσεων και η κατάταξη των αναγκών σε κάθε τομέα παρουσιάζονται στον Πίνακα 17.

**Πίνακας 17: Ιεράρχηση αναγκών σε κάθε τομέα**

Κατάταξη	Ανάγκη (τομέας)	Σύνολο	N	%
2	Κοινωνική φροντίδα	600	40	16.4
1	Πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη	438	118	48.4
3	Οικιακή και προσωπική φροντίδα	694	72	29.5
4	Ψυχαγωγία	1146	4	1.6
5	Δημιουργική απασχόληση	1198	10	4.1
6	Ενημέρωση-συμβουλευτική	1218	0	0.0
7	Εκπαίδευση	1510	0	0.0

Οι ηλικιωμένοι θεωρούν πολύ σημαντικές τις ανάγκες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (48.4%),κοινωνικής φροντίδας (16.4%) και οικιακής και προσωπικής φροντίδας (29.5%). Ως αρκετά σημαντικές θεωρήθηκαν οι ανάγκες ψυχαγωγίας (1.6%) και δημιουργικής απασχόλησης (4.1%). Αντιθέτως, ως λιγότερο σημαντικές θεωρήθηκαν οι ανάγκες ενημέρωσης-συμβουλευτικής και οι εκπαιδευτικές ανάγκες.



**Διάγραμμα 32: Ανάγκες ανά τομέα**

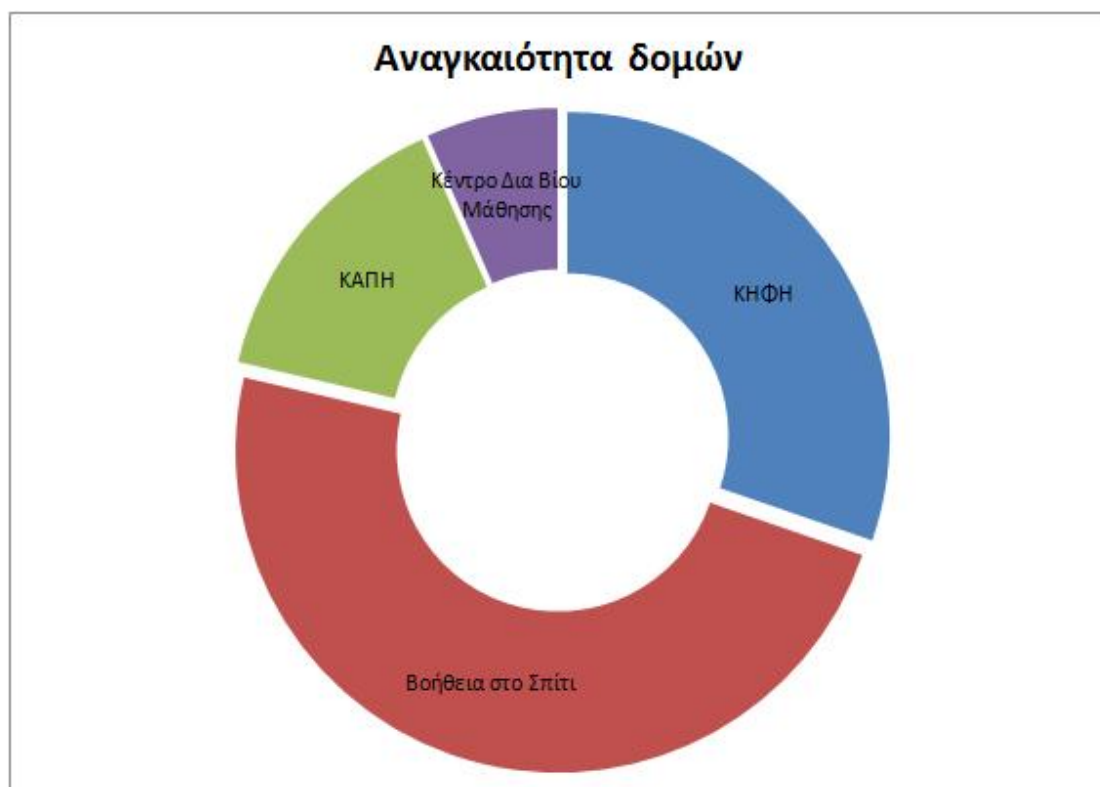
#### 6.2.4 Αναγκαιότητα δομών

Στην ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τις δομές άσκησης κοινοτικής και υποστηρικτικής φροντίδας. Στο πλαίσιο αυτό εκτιμήθηκαν τα αθροίσματα των ιεραρχήσεων σε κάθε δομή όσον αφορά τη σημαντικότητα δημιουργίας/λειτουργίας αυτών των δομών στον Δήμο.

**Πίνακας 18: Ιεράρχηση δομών άσκησης κοινοτικής και υποστηρικτικής φροντίδας**

Κατάταξη	Δομές άσκησης	Σύνολο	N	%
2	Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)	504	74	30.3
1	Βοήθεια στο Σπίτι	416	118	48.4
3	Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)	634	36	14.8
4	Κέντρο Δια Βίου Μάθησης (ΚΔΒΜ)	640	16	6.6

Οι ηλικιωμένοι θεωρούν πολύ σημαντικές τη λειτουργία του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» (48.4%) και τα ΚΗΦΗ (30.3%). Ως αρκετά σημαντική θεωρήθηκε η λειτουργία των ΚΑΠΗ (14.8%), ενώ ως λιγότερο σημαντική θεωρήθηκε η λειτουργία του Κέντρου Δια Βίου Μάθησης (6.6%).



**Διάγραμμα 33: Αναγκαιότητα δομών**



## 6.3 Μονοπαραγοντικές αναλύσεις

### 6.3.1 Διαφορές μεταξύ κατηγορικών δημογραφικών και κοινωνικών μεταβλητών

Διερευνήθηκε κατά πόσο η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων παρουσιάζει σημαντικές διαφορές με βάση τα δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία τους (Πίνακας 19).

**Πίνακας 19: Προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη ανά κοινωνικό-δημογραφικό στοιχείο**

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	100	9.62	4.790	T-test	0.961
	Γυναίκα	144	9.65	5.464		
<b>Ηλικία (έτη)</b>	65-69	62	9.06	6.032	ANOVA	0.028*
	70-74	60	10.97	4.923		
	75-79	54	10.30	4.359		
	80+	68	8.47	4.949		
<b>Τόπος διαμονής (Κοινότητα)</b>	Άγιοι Θεόδωροι	68	10.59	5.241	ANOVA	0.102
	Ίσθμια	44	9.41	4.934		
	Λουτράκι-Περαχώρα	116	9.52	5.142		
	Πίσια	16	7.13	5.451		
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Έγγαμος/η	120	10.98	4.747	ANOVA	0.000*
	Άγαμος/η	10	4.20	2.044		
	Χήρος/α	84	9.19	5.131		
	Διαζευγμένος/η	22	6.18	3.875		
	Σε διάσταση	8	10.50	8.635		
<b>Αριθμός παιδιών</b>	Κανένα	30	4.93	2.912	ANOVA	0.000*
	Ένα	44	9.55	5.333		
	Δύο	114	10.82	4.790		
	Τρία	38	10.32	5.041		
	Περισσότερα	18	8.78	6.339		
<b>Μορφωτικό επίπεδο</b>	Αναλόγος/η	20	8.30	5.583	ANOVA	0.525
	Απόφοιτος/η Δημοτικού	102	9.53	5.386		
	Απόφοιτος/η Γυμνασίου	74	9.70	4.634		
	Απόφοιτος/η Ανώτατης Εκπαίδευσης	48	10.33	5.440		
<b>Κοινωνική ασφάλιση</b>	Ναι	204	10.46	4.944	T-test	0.000*
	Όχι	40	5.45	4.350		
<b>ΙΑτροφαρμακευτική περίθαλψη</b>	Ναι	236	9.61	5.237	T-test	0.634
	Όχι	8	10.50	3.586		

Μεταβλητές		N	M.T.	T.A.	Test	P-value
Χρόνιο νόσημα	Ναι	160	8.68	5.030	T-test	0.000*
	Όχι	84	11.48	5.012		
Λήψη φαρμάκων	Ναι	186	8.82	4.954	T-test	0.000*
	Όχι	58	12.28	5.081		
Συχνότητα ιατρικών εξετάσεων	Κάθε μήνα	12	10.17	5.374	ANOVA	0.012*
	Κάθε 3μηνο	28	9.00	4.959		
	Κάθε 6μηνο	74	8.70	5.047		
	Κάθε χρόνο	116	10.71	5.004		
	Καθόλου	14	6.57	6.047		
Ικανοποίηση από την οικονομική κατάσταση	Καθόλου	68	8.38	4.948	ANOVA	0.022*
	Λίγο	82	9.73	5.587		
	Αρκετά	84	10.17	4.578		
	Πολύ	4	10.00	5.774		
	Πάρα πολύ	6	15.00	6.753		
Ικανοποίηση από την κατάσταση της υγείας	Καθόλου	22	5.45	4.009	ANOVA	0.000*
	Λίγο	54	8.26	5.395		
	Αρκετά	112	10.70	4.548		
	Πολύ	38	10.21	5.121		
	Πάρα πολύ	18	11.11	6.552		
Προβλήματα καθημερινότητας από προβλήματα υγείας	Καθόλου	58	10.17	5.416	ANOVA	0.000*
	Λίγο	96	10.38	4.927		
	Αρκετά	50	9.96	5.241		
	Πολύ	18	8.89	4.788		
	Πάρα πολύ	22	4.91	3.449		
Ανάγκη για βοήθεια	Ναι	52	7.00	4.135	T-test	0.000*
	Όχι	192	10.35	5.222		
Αίσθημα μοναξιάς	Ναι	102	7.55	4.583	T-test	0.000*
	Όχι	142	11.14	5.090		

\*Η διαφορά των μέσων είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 0.05

Τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης έδειξαν ότι η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων του δείγματος επηρεάζεται από την ηλικία ( $p=0.028$ ), την οικογενειακή τους κατάσταση ( $p=0.000$ ), τον αριθμό των παιδιών ( $p=0.000$ ), την κοινωνική τους ασφάλιση ( $p=0.000$ ), την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος ( $p=0.000$ ), τη λήψη φαρμάκων ( $p=0.000$ ), τη συχνότητα των ιατρικών εξετάσεων ( $p=0.012$ ), την ικανοποίηση από την οικονομική κατάσταση

( $p=0.022$ ), την υγεία ( $p=0.000$ ) και τη λειτουργικότητα ( $p=0.000$ ), καθώς επίσης και από την ανάγκη για βοήθεια ( $p=0.000$ ) και το αίσθημα μοναξιάς ( $p=0.000$ ).

Αναλυτικότερα, η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη είναι μεγαλύτερη σε εκείνους τους ηλικιωμένους που:

- έχουν ηλικία 70-79 ετών,
- είναι έγγαμοι,
- έχουν παιδιά,
- έχουν κοινωνική ασφάλιση,
- δεν πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα,
- δεν λαμβάνουν καθημερινά φαρμακευτικά σκευάσματα για τις παθήσεις τους,
- κάνουν συστηματικά κάθε χρόνο ιατρικές εξετάσεις,
- είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την οικονομική τους κατάσταση,
- δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι από την κατάσταση της υγείας τους,
- υποστηρίζουν ότι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν προκαλούν σε μικρό βαθμό προβλήματα στην καθημερινότητά τους,
- μπορούν να ανταποκριθούν μόνοι τους στις απαιτήσεις της καθημερινότητας,
- δεν αισθάνονται μοναξιά.

Οι υπόλοιπες μεταβλητές (φύλο, τόπος διαμονής, μορφωτικό επίπεδο, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη) δεν φαίνεται να επηρεάζουν την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων, αφού από τα στατιστικά τεστ δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $p>0.05$ ).

### 6.3.2 Συσχετίσεις

Διερευνήθηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και των αναγκών των ατόμων τρίτης ηλικίας, χρησιμοποιώντας το συντελεστή Pearson (Πίνακας 20).

**Πίνακας 20: Συσχέτιση προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και αναγκών**

Συσχετίσεις	Προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη
	R <sup>1</sup>
Κοινωνική φροντίδα	-0.041
Πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη	-0.323**
Οικιακή και προσωπική φροντίδα	-0.039
Ψυχαγωγία	-0.164*
Δημιουργική απασχόληση	-0.222**
Ενημέρωση – συμβουλευτική	-0.070
Εκπαίδευση	-0.189**
Νέες δομές	0.103

<sup>1</sup>Συντελεστής συσχέτισης Pearson

\*\*Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01, \*Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.05

Με βάση τον συντελεστή συσχέτισης Pearson παρατηρούνται αρνητικές συσχετίσεις σε όλους τους επιμέρους τομείς αναγκών, με εξαίρεση την αναγκαιότητα νέων δομών (θετική συσχέτιση), γεγονός που εκφράζει και τη σχέση των αναγκών των ηλικιωμένων με την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κοινωνική υποστήριξη των ατόμων τρίτης ηλικίας επηρεάζεται από τις ανάγκες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης ( $r=-0.323$ ), τις ανάγκες ψυχαγωγίας ( $r=-0.164$ ), τις ανάγκες δημιουργικής απασχόλησης ( $r=-0.222$ ) και τις εκπαιδευτικές ανάγκες ( $r=-0.189$ ), και αυτές οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές ( $p<0.05$ ). Αυτό σημαίνει ότι η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι αυξάνει τις ανάγκες τους στους ανωτέρω τομείς.

Αντιθέτως, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και των αναγκών κοινωνικής φροντίδας, οικιακής και προσωπικής φροντίδας, ενημέρωσης-συμβουλευτικής και της αναγκαιότητας νέων δομών ( $p>0.05$ ).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

### **7.1 Συζήτηση**

Στη συζήτηση που ακολουθεί, πραγματοποιείται ανάλυση και συσχέτιση των ευρημάτων της έρευνας σε δύο επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο αναφέρεται στην αιτιολόγηση των ευρημάτων σε σχέση με τη θεωρία, όπως αυτή παρουσιάστηκε στη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Το δεύτερο επίπεδο αφορά στη σύγκριση και αναζήτηση συμβατότητας των παραμέτρων και ευρημάτων της εν λόγω έρευνας με αντίστοιχες παραμέτρους άλλων ερευνών. Στο πλαίσιο αυτό διερευνώνται οι ατομικές αντιλήψεις ηλικιωμένων που διαμένουν μόνιμα σε έναν συγκεκριμένο Δήμο σχετικά με την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, τις ανάγκες τους σε διάφορους τομείς, καθώς και την αναγκαιότητα δημιουργίας και λειτουργίας δομών άσκησης κοινοτικής και υποστηρικτικής φροντίδας, προς κάλυψη των αναγκών τους.

#### **7.1.1 Κοινωνικά-δημογραφικά στοιχεία**

Το δείγμα της μελέτης μας αποτελείται από 244 άτομα τρίτης ηλικίας. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι γυναίκες (59%) και ανήκουν στην πρώτη ηλικιακή ομάδα 65-69 έτη (25.4%). Σχεδόν οι μισοί διαμένουν μόνιμα στην Δημοτική Κοινότητα Λουτρακίου-Περαχώρας (47.5%) και είναι έγγαμοι (49.2%) με δύο παιδιά (46,7%). Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι απόφοιτοι δημοτικού (41.8%). Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος της μελέτης συμπίπτουν με τα στοιχεία της απογραφής του 2011, προσδιορίζοντας ουσιαστικά την πληθυσμιακή κατάσταση του Δήμου και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων της τρίτης ηλικίας που διαβιούν μόνιμα σε αυτόν. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος έχει αποκτήσει παιδιά (87.7%), στοιχείο που εμφανίζει υψηλά ποσοστά και σε αντίστοιχες έρευνες του εξωτερικού (Wenger, 1993).

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (83.6%) ήταν ασφαλισμένοι σε κάποιο ταμείο ασφάλισης, ενώ ένα ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό (96.7%) δήλωσε ότι έχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, η οποία προέρχεται είτε από κάποιον φορέα (84.7%) είτε από τις Υπηρεσίες Πρόνοιας (15.3%). Αναφορικά με την ύπαρξη κάποιου χρόνιου νοσήματος, οι απαντήσεις των ερωτώμενων ήταν κυρίως θετικές (65.6%),

ενώ ένα μεγάλο ποσοστό (34.4%) δήλωσε πως δεν πάσχει από κάποιο χρόνια νόσημα για το οποίο να απαιτείται χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής ή παρακολούθηση/ επίσκεψη συχνά σε γιατρό ή θεραπευτική ομάδα. Τα αποτελέσματα της μελέτης μας πιστοποιούν την καλή κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων και συμφωνούν με τα ευρήματα και άλλων ερευνών (Rennemark & Hagberg, 1999, Καλομοίρη & Χουστουλάκη, 2014), ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά των ερωτηθέντων που δήλωσαν σε ανάλογες έρευνες (Bury & Holme, 1990; Γιουβανάκης & Σαχπάζογλου, 2007) ότι δεν πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα ήταν σαφώς μικρότερα (7% και 3.8% αντίστοιχα).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας τεκμηριώνει πως η αναλογία των ηλικιωμένων σε ένα πληθυσμό χρησιμοποιείται συχνά ως δείκτης της αντιληπτής ανάγκης για υπηρεσίες υγείας και της χρησιμοποίησής τους (Vallgarda, 1999). Στο πλαίσιο αυτό, αν και είναι αναμενόμενο, εφόσον ληφθεί ως δεδομένο τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, η πλειοψηφία ανέφερε πως λαμβάνει καθημερινά φαρμακευτικά σκευάσματα για τις παθήσεις τους (76.2%), ενώ η συστηματική διενέργεια ιατρικών εξετάσεων είναι κάτι το συνηθισμένο, με το μεγαλύτερο ποσοστό (47.5%) να κάνει ιατρικές εξετάσεις κάθε χρόνο.

Τα οικονομικά και η υγεία, και μάλιστα ο τρόπος με τον οποίο τα ίδια τα άτομα αντιλαμβάνονται την οικονομική τους κατάσταση και την κατάσταση της υγείας τους, αποτελούν σημαντικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων δήλωσε πως είναι αρκετά ικανοποιημένο από την οικονομική του κατάσταση (34.4%), μολονότι σε μεγάλο ποσοστό οι συμμετέχοντες στην έρευνα (27.9%) δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από την οικονομική τους κατάσταση. Σαφώς καλύτερα είναι τα αποτελέσματα όσον αφορά την υγεία, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε αρκετή ικανοποίηση από την κατάσταση της υγείας του (45.9%), υποστηρίζοντας ότι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει προκαλούν σε μικρό βαθμό προβλήματα στην καθημερινότητά του (39.3%). Το στοιχείο της «καλής» υγείας επιβεβαιώνεται και στη βιβλιογραφία από αντίστοιχες έρευνες (Γιουβανάκης & Σαχπάζογλου, 2007), καθώς και από μελέτες στις οποίες μάλιστα το ποσοστό είναι αρκετά αυξημένο (86%) (Lindergren et al., 1994 in Rennemark & Hagberg, 1999).

Η σημαντικότητα της λειτουργικότητας έγκειται στο ότι προσδίδει στα άτομα ανεξαρτησία μέσα στην καθημερινότητα, χωρίς να τα περιορίζει στην κοινωνική και προσωπική τους ζωή (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Όπως ήταν αναμενόμενο, λαμβάνοντας ως δεδομένο πως η έρευνα έγινε σε δείγμα ατόμων τρίτης ηλικίας, τα αποτελέσματα ανέδειξαν καλό βαθμό λειτουργικότητας των συμμετεχόντων, με μικρό σχετικά ποσοστό ανάγκης για βοήθεια. Συγκεκριμένα, το 78.7% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι στην παρούσα χρονική στιγμή μπορούν να ανταποκριθούν μόνοι τους στις απαιτήσεις της καθημερινότητας. Αυτό σημαίνει ότι ένα ποσοστό 21.3% του δείγματος των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, έχει πραγματικά ανάγκη βοήθειας. Σε αντίστοιχες έρευνες, εντοπίστηκαν μεγάλα ποσοστά στις ανάγκες για βοήθεια στις δουλειές του σπιτιού και στην προετοιμασία του φαγητού (Γιουβανάκης & Σαχπάζογλου, 2007), ενώ σημαντικά ποσοστά παρατηρήθηκαν σε προβλήματα μετακίνησης εκτός του σπιτιού και σε προβλήματα κινητικότητας μέσα στο σπίτι (Rennemark & Hagberg, 1999).

### **7.1.2 Προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη**

Η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη εξετάστηκε σε σχέση με τα δίκτυα άτυπης φροντίδας (οικογένεια, συγγενείς, φίλους, γείτονες, γενικότερη κοινότητα). Στο πλαίσιο αυτό διερευνήθηκαν οι αντικειμενικές και υποκειμενικές αντιλήψεις των ηλικιωμένων για την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν, με στόχο τη μέτρηση της συνολικής προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης. Οι αντικειμενικοί δείκτες περιελάμβαναν τις μορφές συμβίωσης των ηλικιωμένων, την ύπαρξη ατόμων που τους παρέχουν βοήθεια στις καθημερινές τους ανάγκες, τις συναντήσεις με τα παιδιά που μένουν μακριά, τους στενούς φίλους και τους συγγενείς τους, την ύπαρξη φιλικών οικογενειών στη γειτονιά που τους βοηθούν πρακτικά και ψυχολογικά όταν παραστεί ανάγκη, καθώς και τη συμμετοχή σε συλλόγους, οργανώσεις ή/και ομάδες. Αντίστοιχα οι υποκειμενικοί δείκτες περιλάμβαναν τη διαμονή έστω ενός παιδιού στην ίδια πόλη/οικισμό με αυτούς, καθώς και την ύπαρξη στενών φίλων και άλλων συγγενών που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν στην καθημερινή τους διαβίωση και να τους συμπαρασταθούν.



Αναφορικά με τις μορφές συμβίωσης, το 36.1% των συμμετεχόντων απάντησε πως ζει μόνος/η, το 50% πως ζει με τον/την σύζυγο/σύντροφο, το 18.9% πως ζει με τα παιδιά, ενώ μόλις το 2.5% ανέφερε πως ζει με άλλα συγγενικά πρόσωπα. Τα αποτελέσματα της έρευνας συμπίπτουν με τα αντίστοιχα της βιβλιογραφίας, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων διαμένει με τον/την σύζυγο και το αμέσως μικρότερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι ζουν μόνοι (Fernandez-Ballesteros, 2002). Επίσης, το 62.6% των συμμετεχόντων που έχουν παιδιά απάντησε ότι τουλάχιστον ένα από τα παιδιά τους κατοικεί στον Δήμο Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων.

Στο ερώτημα της μελέτης μας σχετικά με το εάν υπάρχει κάποιο άτομο που τους βοηθά στις καθημερινές τους ανάγκες όταν χρειάζεται, το 20.5% των ερωτώμενων απάντησε πως δεν υπάρχει κανένας, το 35.2% απάντησε πως αυτό το πρόσωπο είναι ο/η σύζυγος/σύντροφος, το 41% απάντησε τα παιδιά, το 9.8% τους συγγενείς, το 7.4% κάποιοι στενοί φίλοι, το 6.6% κάποιο αμειβόμενο πρόσωπο, ενώ μόλις το 0.8% επέλεξε κάποιο άλλο πρόσωπο από τις προτεινόμενες επιλογές (γείτονες).

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διαπιστώνονται κάποιες διαφοροποιήσεις μεταξύ των ερευνών, όσον αφορά στο πρώτο πρόσωπο που θα τους βοηθούσε εάν υπήρχε ανάγκη. Το εύρημα της μελέτης μας συμφωνεί με τα αποτελέσματα δύο βιβλιογραφικών αναφορών, τα οποία αναφέρουν ως πρώτο πρόσωπο τα παιδιά και ακολουθεί ο/η σύζυγος (Bury & Holme, 1990; Fernandez-Ballesteros, 2002), ενώ έρχεται σε αντιπαράθεση με τα αποτελέσματα δύο αντίστοιχων ερευνών, σύμφωνα με τα οποία το πρώτο πρόσωπο ως επιλογή από τους συμμετέχοντες είναι ο/η σύζυγος και ακολουθούν τα παιδιά (Kimetal., 2000; Γιουβανάκης & Σαχπάζογλου, 2007),

Το μέγεθος του δικτύου αποτελεί έναν ευρύ τρόπο μέτρησης σχετικά με τον προσδιορισμό του κοινωνικού δικτύου, για τη μέτρηση της προσλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης (Fernandez-Ballesteros, 2002). Στο πλαίσιο αυτό είναι σημαντικό πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων τρίτης ηλικίας του δείγματος απάντησαν ότι έχουν στενούς φίλους που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν στην καθημερινή τους διαβίωση και να τους συμπαρασταθούν (54.1%), άλλους συγγενείς στους οποίους θα μπορούσαν να στηριχθούν σε περίπτωση που αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην καθημερινότητά τους ή ψυχολογικά (54.9%), καθώς και φιλικές

οικογένειες στη γειτονιά τους οι οποίες τους βοηθούν πρακτικά και ψυχολογικά και τους αφιερώνουν χρόνο όταν παραστεί ανάγκη (58.2%). Από την άλλη, αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό που αντιστοιχεί σε εκείνους που δήλωσαν πως δεν έχουν στενούς φίλους (45.9%), άλλους συγγενείς (45.1%) και καμία φιλική οικογένεια στη γειτονιά τους (41.8%). Σε αντίθεση με αποτελέσματα της βιβλιογραφίας που αναφέρουν σε πλειοψηφία την μη ύπαρξη φίλων (Bury&Holme, 1990), στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν 1-5 φίλους (51.6%), 1-5 συγγενείς (52.4%) και 1-2φιλικές οικογένειες που τους βοηθούν πρακτικά και ψυχολογικά, όταν παραστεί ανάγκη.

Ένα συμπληρωματικό αλλά εξίσου σημαντικό στοιχείο μέτρησης της προσλαμβανόμενης κοινωνικής στήριξης αποτελεί και η συχνότητα των κοινωνικών επαφών (Fernandez-Ballesteros, 2002). Το κομμάτι της συχνότητας των κοινωνικών επαφών περιλαμβάνει τις συναντήσεις με τα παιδιά, τους φίλους και τους συγγενείς. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειοψηφία συναντά 1-2 φορές το εξάμηνο τα παιδιά που μένουν μακριά (28.8%), 1-2 φορές την εβδομάδα τους στενούς φίλους (47%), ενώ 1-2 φορές το μήνα τους συγγενείς (37.3%). Μια άλλη παράμετρος είναι η ύπαρξη ενδιαφερόντων όπως η συμμετοχή σε συλλόγους, οργανώσεις ή ομάδες, όμως η πλειοψηφία των ερωτώμενων δεν είναι μέλη σε κάποιον σύλλογο, οργάνωση ή/και ομάδα (73.8%). Περαιτέρω, ακόμα και εκείνοι που είναι μέλη δεν συμμετέχουν ενεργά, καθώς οι περισσότεροι δηλώνουν ότι συμμετέχουν στις δράσεις τους 1-2 φορές το μήνα (43.8%).

Τα αποτελέσματα της κλίμακας που δημιουργήθηκε με σκοπό τη μέτρηση της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι από τα άτυπα δίκτυα συγγενών, φίλων, γειτόνων, της γενικότερης κοινότητας και ιδιαίτερα από την οικογένεια, καταδεικνύουν μια αρκετά ικανοποιητική προσφερόμενη κοινωνική στήριξη που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην φροντίδα τους. Τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης έδειξαν ότι η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων του δείγματος επηρεάζεται από την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των παιδιών, την κοινωνική ασφάλιση, την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος, τη λήψη φαρμάκων, τη συχνότητα ιατρικών εξετάσεων, την ικανοποίηση από την οικονομική κατάσταση, την υγεία και τη λειτουργικότητα, καθώς επίσης και από την ανάγκη για βοήθεια και το αίσθημα μοναξιάς. Αντιθέτως,

δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με βάση το φύλο, τον τόπο διαμονής, το μορφωτικό επίπεδο και την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Από την ανάλυση των στατιστικών στοιχείων προέκυψαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και των αναγκών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, ψυχαγωγίας, δημιουργικής απασχόλησης και εκπαίδευσης. Ειδικότερα οι ανωτέρω τομείς συσχετίζονται αρνητικά με την επίτευξη ικανοποιητικής κοινωνικής υποστήριξης. Αυτό σημαίνει ότι η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι αυξάνει τις ανάγκες τους στους ανωτέρω τομείς.

### **7.1.3 Αποτύπωση αναγκών**

Η τρίτη ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης προκειμένου αυτή η περίοδος της ζωής τους να γίνει περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999). Η ιεράρχηση των αναγκών των ηλικιωμένων σε διάφορους τομείς, ανέδειξαν τη σημαντικότητα τους αλλά και τις προσδοκίες των ατόμων τρίτης ηλικίας, τόσο σε επίπεδο τομέα όσο και συνολικά μεταξύ τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι ανάγκες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης είναι με διαφορά αυτές που λαμβάνουν τη χαμηλότερη βαθμολογία και κατ' επέκταση έχουν τη μεγαλύτερη σημαντικότητα, ενώ ακολουθούν κατά σειρά αξιολόγησης οι ανάγκες κοινωνικής φροντίδας, οι ανάγκες οικιακής και προσωπικής φροντίδας, οι ανάγκες ψυχαγωγίας, οι ανάγκες δημιουργικής απασχόλησης, οι ανάγκες ενημέρωσης-συμβουλευτικής και τέλος οι εκπαιδευτικές ανάγκες. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να ταυτιστεί με την πυραμίδα του Maslow, όπου στη βάση της τοποθετούνται οι βασικότερες ανάγκες και ακολουθούν προς την κορυφή της πυραμίδας οι πιο σύνθετες/περίπλοκες. Στο πλαίσιο αυτό οι βασικές ανάγκες που σχετίζονται με την επιβίωση και την ασφάλεια είναι οι ανάγκες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης. Στο επόμενο επίπεδο βρίσκονται οι κοινωνικές ανάγκες και οι ανάγκες της εκτίμησης, οι οποίες παρέχουν μεγάλη ικανοποίηση στον άνθρωπο. Πρόκειται για τις ανάγκες κοινωνικής φροντίδας, οικιακής και προσωπικής φροντίδας, καθώς και οι ανάγκες ψυχαγωγίας. Στην κορυφή

βρίσκονται οι ανάγκες της αυτοπραγμάτωσης, δηλαδή οι ανάγκες δημιουργικής απασχόλησης, οι ανάγκες ενημέρωσης-συμβουλευτικής και οι εκπαιδευτικές ανάγκες.

Από τις ανάγκες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης οι συμμετέχοντες ιεραρχούν υψηλότερα την ιατρική φροντίδα και την παρακολούθηση ζωτικών σημείων-εργαστηριακός έλεγχος – ενεσοθεραπεία - προληπτικός έλεγχος, ενώ αξιολογούν χαμηλότερα την περιποίηση τραυμάτων και κατακλίσεων. Αντίστοιχα από τις ανάγκες κοινωνικής φροντίδας οι ερωτώμενοι ιεραρχούν υψηλότερα τις παραπομπές-κλείσιμο ραντεβού σε γιατρούς, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα και τη διαμεσολάβηση με δημόσιες υπηρεσίες, ασφαλιστικούς οργανισμούς, υγειονομικές επιτροπές κ.λπ., ενώ αξιολογούν χαμηλότερα την συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον των ηλικιωμένων για την επίλυση των προβλημάτων τους.

Από τις ανάγκες οικιακής και προσωπικής φροντίδας οι συμμετέχοντες ιεραρχούν υψηλότερα την καθαριότητα σπιτιού και τις αγορές ειδών πρώτης ανάγκης, τροφίμων και ατομικής υγιεινής, ενώ αξιολογούν χαμηλότερα την πληρωμή λογαριασμών. Αντίστοιχα από τις ανάγκες ψυχαγωγίας, οι ηλικιωμένοι ιεραρχούν υψηλότερα την οργάνωση εκδρομών, επισκέψεις σε μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους και τη λειτουργία εντευκτηρίου, ως χώρου συνάντησης των ηλικιωμένων, ενώ αξιολογούν χαμηλότερα το πρόγραμμα λουτροθεραπείας.

Από τις ανάγκες δημιουργικής απασχόλησης οι συμμετέχοντες ιεραρχούν υψηλότερα την οργάνωση εθελοντικών ομάδων και το εργαστήριο χειροτεχνίας-κατασκευών, ενώ αξιολογούν χαμηλότερα τα προγράμματα γυμναστικής. Αντίστοιχα από τις ανάγκες ενημέρωσης-συμβουλευτικής οι ερωτώμενοι ιεραρχούν υψηλότερα τη λειτουργία συμβουλευτικού σταθμού για την άνοια και την πραγματοποίηση ομιλιών ιατρικού περιεχομένου με σκοπό την πρόληψη, ενώ αξιολογούν χαμηλότερα τη διοργάνωση ημερίδων για θέματα που αφορούν την τρίτη ηλικία. Τέλος, από εκπαιδευτικές ανάγκες οι ηλικιωμένοι ιεραρχούν υψηλότερα το πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης και το πρόγραμμα αγωγής υγείας-πρώτων βοηθειών, ενώ αξιολογούν χαμηλότερα τη λειτουργία ψυχοθεραπευτικής ομάδας.

#### **7.1.4 Αναγκαιότητα δομών**

Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν σχετικά με τη σημαντικότητα δημιουργίας/λειτουργίας κάποιων δομών άσκησης κοινοτικής και υποστηρικτικής φροντίδας. Από τις απαντήσεις που δόθηκαν προκύπτει ότι οι περισσότεροι θεωρούν πολύ σημαντικές τη λειτουργία του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και τα ΚΗΦΗ. Ως αρκετά σημαντική θεωρήθηκε η λειτουργία των ΚΑΠΗ, ενώ ως λιγότερο σημαντική θεωρήθηκε η λειτουργία του Κέντρου Δια Βίου Μάθησης.

### **7.2 Περιορισμοί και μελλοντικές επεκτάσεις**

Παρόλο που κατεβλήθη κάθε δυνατή προσπάθεια σε κάθε στάδιο της μελέτης για την επιτυχή και ολοκληρωμένη διεξαγωγή της, τα αποτελέσματα που προκύπτουν υπόκεινται σε ορισμένους περιορισμούς σχετικά με το δείγμα, το εργαλείο και την μεθοδολογία που ακολουθήθηκε.

Αρχικά, το γεγονός ότι το μέγεθος του δείγματος είναι σχετικά μικρό, δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Η ανάλυση των απόψεων και αντιλήψεων των ατόμων τρίτης ηλικίας έλαβαν χώρα σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή (Δήμος Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων), ενώ και η επιλογή του δείγματος που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα αποτέλεσε από μόνη της περιορισμό. Συνεπώς, τα αποτελέσματα μπορούν να γενικευτούν μόνο στον εν λόγω Δήμο που αποτέλεσε και το πεδίο της μελέτης, ενώ σε καμιά περίπτωση δεν μπορούν να αποτελούν γενίκευση στον ευρύτερο πληθυσμό. Ένα μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος θα επέτρεπε μια περισσότερο ολοκληρωμένη και πλήρη διερεύνηση των στάσεων, καθώς και βαθύτερη εξέταση για την ύπαρξη ή όχι διαφορών μεταξύ κοινωνικό-δημογραφικών μεταβλητών.

Στην δειγματοληπτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου, περιγράφονται γενικές τάσεις του πληθυσμού, χωρίς ωστόσο να εξετάζονται επιμέρους στάσεις και απόψεις των συμμετεχόντων. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη δεν αποτέλεσε ήδη υπάρχουσα σταθμισμένη κλίμακα, αλλά δημιουργήθηκε βάσει εργαλείων από προηγούμενες έρευνες και προσαρμόστηκε για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας σύμφωνα με την εμπειρία της μελετήτριας, αφού προηγουμένως ελέγχθηκε μέσω πιλοτικής μελέτης για την εγκυρότητα και αξιοπιστία του.

Αναφορικά με την ποσοτική μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου εστιάζει αποκλειστικά σε ορισμένους τομείς του υπό διερεύνηση θέματος, με αποτέλεσμα τον περιορισμό έκφρασης των ερωτώμενων. Για τη συγκέντρωση δεδομένων, τα οποία θα επιτρέψουν στην περαιτέρω εμβάθυνση και κατανόηση των στάσεων, ένας συνδυασμός ποιοτικής και ποσοτικής προσέγγισης ενδεχομένως να παρείχε καλύτερη κατανόηση, αναδεικνύοντας επιπλέον τομείς σχετικά με τη θεματολογία της παρούσας μελέτης. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται η επανάληψη της έρευνας σε μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού, συμπεριλαμβάνοντας και άλλους δήμους της χώρας, προκειμένου να εξασφαλισθεί μεγαλύτερη εγκυρότητα και αξιοπιστία ως προς τη γενίκευση συμπερασμάτων. Επίσης, θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον να συγκριθούν οι απόψεις των ηλικιωμένων από διαφορετικές περιοχές (με διαφορετικά γεωγραφικά, κοινωνικά, οικονομικά κλπ χαρακτηριστικά) όσον αφορά τη διερεύνηση των αναγκών τους και τη συσχέτιση με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν.

### **7.3 Συμπεράσματα - Προτάσεις**

Οι δημογραφικές εξελίξεις σηματοδοτούνται από το φαινόμενο της αντιστροφής της πυραμίδας των γενεών, με ό,τι αυτό συνεπάγεται, φέρνοντας αντιμέτωπες τις κοινωνίες με ένα ευρύ φάσμα σοβαρών θεμάτων, όπως είναι η απασχόληση και ο ελεύθερος χρόνος των ηλικιωμένων, η κοινωνική ασφάλιση και η υγεία τους, η διασφάλιση της ισότητας και της αυτονομίας τους, η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών και βεβαίως η ανάγκη για την ανάπτυξη ενός δικτύου αποτελεσματικών υπηρεσιών φροντίδας και κοινωνικής υποστήριξης για την τρίτη ηλικία.

Στο πλαίσιο αυτό κρίνεται αναγκαίο να γίνουν κάποιες διαρθρωτικές κινήσεις, όπως η εξεύρεση νέων οικονομικών κεφαλαίων, η υιοθέτηση καινούριων πολιτικών πρακτικών για τη διαχείριση των νέων κοινωνικών δεδομένων, η εφαρμογή όλων των μέσων που θέτει η τεχνολογία στη διάθεση της σημερινής κοινωνίας.

Το ζήτημα της τρίτης ηλικίας, καθώς αυτή πλέον αποτελεί μεγάλο και πολυδιάστατο κοινωνικό κεφάλαιο, χρειάζεται να τύχει μιας ιδιαίτερης και πολύ καλά συντονισμένης διαχείρισης, στο οποίο θα ενώσουν τις δυνάμεις τους όλοι οι εμπλεκόμενοι: κράτος & τοπική αυτοδιοίκηση, κοινωνικά δίκτυα των ηλικιωμένων,

πρωτίστως δε η οικογένεια, αλλά και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι μέχρι πρότινος ήταν ενεργά μέλη της κοινωνίας, όπως και πρέπει να παραμείνουν, χάριν τόσο των ίδιων όσο και της ευρύτερης κοινωνίας, καθώς η επίτευξη της ενεργούς γήρανσης όχι μόνο προσδίδει υγιή εικόνα στο κοινωνικό οικοδόμημα, αλλά και υποδηλώνει μια κοινωνία με αξίες και πολιτισμό.

Οι δεσμεύσεις και οι υποχρεώσεις απέναντι στην Τρίτη Ηλικίας δεν αίρονται βέβαια κάτω από την “δαμόκλειο σπάθη” της υφιστάμενης οικονομικής κρίσης. Αντιθέτως, το κοινωνικό πρόγραμμα πρωτίστως του κράτους και δευτερευόντως της τοπικής αυτοδιοίκησης επιβάλλεται να προχωρήσει σε ιεράρχηση στόχων για την τρίτη ηλικία, παρά τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα δημόσια οικονομικά, προκειμένου να κατοχυρωθεί ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης για κάθε ηλικιωμένο. Παράλληλα θα πρέπει να γίνουν προσπάθειες ώστε τόσο το ίδιο το ηλικιωμένο άτομο να παραμείνει στο οικείο του περιβάλλον όσο και η οικογένεια να κρατήσει το ηλικιωμένο μέλος της κοντά της, με την τελευταία να υποβοηθείται στον ρόλο της ως φροντιστής του ηλικιωμένου.

Ωστόσο η χάραξη των πιο ενδεδειγμένων κάθε φορά πολιτικών, σε οποιοδήποτε τομέα και αν αναφέρονται, εκκινεί από την αποτύπωση των υφισταμένων συγκεκριμένων αναγκών που αφορούν. Στις περιπτώσεις μάλιστα που οι προς σχεδίαση πολιτικές αφορούν την τρίτη ηλικία, οι πλέον αρμόδιοι να καταγράψουν και να αξιολογήσουν τις ανάγκες τους είναι οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι.

Υπό το πρίσμα όλων των ανωτέρω, διεξήχθη και η παρούσα έρευνα, η οποία ανέχνευσε τις ανάγκες των ηλικιωμένων που ζουν μόνιμα στον Δήμο Λουτρακίου – Περαιώνας - Αγίων Θεοδώρων, έναν Δήμο με υποτυπώδη κοινωνική πολιτική αναφορικά με την τρίτη ηλικία.

Η έρευνα έδωσε βήμα στους ίδιους τους ηλικιωμένους για να παρουσιάσουν τις ανάγκες τους, ενώ παράλληλα διερευνήθηκε ο βαθμός στον οποίο αυτές συνδέονται με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι από τα άτυπα κοινωνικά τους δίκτυα (οικογένεια, συγγενείς, φίλους, κοινότητα), με τελικό στόχο να δοθούν κατευθυντήριες γραμμές στον εν λόγω Δήμο για την ανάπτυξη πολιτικών για την Τρίτη ηλικία.

Στην έρευνα συμμετείχαν 244 άτομα τρίτης ηλικίας, που στην πλειοψηφία τους:

- είναι γυναίκες
- διαμένουν στην Κοινότητα Λουτρακίου – Περαχώρας
- είναι απόφοιτοι δημοτικού
- έχουν παιδιά
- είναι ασφαλισμένοι και έχουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
- είναι ικανοποιημένοι από την κατάσταση της υγείας τους
- είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την οικονομική τους κατάσταση
- διαθέτουν καλό βαθμό λειτουργικότητας στην καθημερινότητά τους

Αναφορικά με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνουν από τα άτυπα κοινωνικά δίκτυα (όπως αυτά προαναφέρθηκαν), η έρευνα ανέδειξε μια αρκετά ικανοποιητική προσφερόμενη κοινωνική στήριξη, η οποία συμβάλλει στη φροντίδα των ηλικιωμένων, δεδομένου ότι αφενός ο Δήμος θεσμικά δεν συνεισφέρει σε αυτή, καθώς δε διαθέτει τις απαραίτητες δομές και προγράμματα, κι αφετέρου πρόκειται για μία ημιαστική περιοχή, όπου ακόμη διατηρούνται οι οικογενειακοί και κοινωνικοί δεσμοί. Βέβαια αυτή η προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη ποικίλει, αφού όπως έδειξε η έρευνα επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες (π.χ. ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμό παιδιών κλπ.).

Όσον αφορά στις ανάγκες των ηλικιωμένων, η έρευνα έδειξε ότι οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι προβάλλουν ως πιο σημαντικές αυτές που σχετίζονται με την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη (με πιο σημαντική την ιατρική φροντίδα) κι ακολούθως τις ανάγκες κοινωνικής φροντίδας (με πιο σημαντική το “παραπομπές-κλείσιμο ραντεβού σε γιατρούς, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα”) και τις ανάγκες οικιακής και προσωπικής φροντίδας (με σημαντικότερη την καθαριότητα σπιτιού). Έπονται οι ανάγκες ψυχαγωγίας (με σημαντικότερη την οργάνωση εκδρομών και τις επισκέψεις σε μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους), και οι ανάγκες για δημιουργική απασχόληση (με πιο σημαντική την οργάνωση εθελοντικών ομάδων). Ως τελευταίες στην ιεραρχία και συνεπώς λιγότερο σημαντικές προβάλλουν τις ανάγκες ενημέρωσης-συμβουλευτικής (με σημαντικότερη τη λειτουργία συμβουλευτικού σταθμού για την άνοια) και τέλος τις εκπαιδευτικές ανάγκες τους (δίνοντας προβάδισμα στο πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης).

Από τους ανωτέρω τομείς αναγκών από την έρευνα προέκυψε ότι μόνο οι ανάγκες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, οι ανάγκες ψυχαγωγίας, οι ανάγκες



δημιουργικής απασχόλησης και οι ανάγκες εκπαίδευσης συσχετίζονται με την προσλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη. Πρόκειται μάλιστα για αρνητική συσχέτιση, στοιχείο που σημαίνει ότι όσο μειώνεται η δεύτερη αυξάνονται οι πρώτες κι αντιστρόφως.

Τέλος, αναφορικά με την αναγκαιότητα των δομών/προγραμμάτων που χρειάζεται να λειτουργήσουν από τον Δήμο προς επ' ωφελεία των ηλικιωμένων, ως άμεσης προτεραιότητας αναδείχθηκαν από τους ίδιους το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» και το ΚΗΦΗ.

Κατόπιν όλων των ανωτέρω, κρίνεται άκρως απαραίτητο οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής στον Δήμο Λουτρακίου–Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων να αφουγκραστούν τους ηλικιωμένους πολίτες του και να ενσκήψουν πάνω στις ανάγκες και τα προβλήματά τους. Σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να επαναπαυθούν στην κοινωνική υποστήριξη που τυχόν παρέχει στους ηλικιωμένους το περιβάλλον τους, αλλά ως πολιτικοί ταγοί να ανταποκριθούν στον θεσμικό ρόλο τους. Χρειάζεται επομένως να σχεδιάσουν πολιτικές και να υιοθετήσουν πρακτικές που θα εξασφαλίσουν ποιότητα ζωής στα ηλικιωμένα άτομα, επιτυγχάνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο για την τοπική κοινωνία κοινωνική συνοχή, κοινωνική αλληλεγγύη και κοινωνική ενσωμάτωση, καθώς και ισότητα και καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, προωθώντας παράλληλα τα συμφέροντα ατόμων, οικογενειών και της κοινότητας.

Είναι αυτονόητο, στην παρούσα χρονική στιγμή και δεδομένης της οικονομικής κρίσης, ότι ο Δήμος Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων δεν είναι σε θέση να καλύψει όλες τις παραπάνω ανάγκες, γι' αυτό και χρειάζεται να προβεί στην ιεράρχησή τους.

Έτσι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, προτείνουμε στους ιθύνοντες του εν λόγω Δήμου, προς υποβοήθησή τους, τα κάτωθι:

- λειτουργία προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»
- ίδρυση Κέντρου Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ).
- Ίδρυση συμβουλευτικού κέντρου για την άνοια και εφαρμογή σχετικών με αυτή προγραμμάτων
- ενίσχυση και εμπλουτισμό των προγραμμάτων των ΚΑΠΗ

- στελέχωση των κοινωνικών υπηρεσιών του Δήμου και του ν.π. “ΜΕΡΙΜΝΑ” με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό
- δημιουργία εθελοντικών ομάδων, όπου θα συμμετέχουν ηλικιωμένοι
- ενίσχυση του εθελοντισμού με αποδέκτες τους ηλικιωμένους
- εξασφάλιση χρηματοδοτικών μέσων και συνεργασιών για την υλοποίηση των προαναφερθέντων

Ολοκληρώνοντας και συνοψίζοντας την παρούσα μελέτη για την τρίτη ηλικία, κι αντιμετωπίζοντας αυτήν ως μια φυσιολογική περίοδο στη ζωή, κατά την οποία ο άνθρωπος χρειάζεται και πρέπει να είναι ενεργός, με θετική σκέψη και αισιόδοξη στάση, διατηρώντας την αξιοπρέπειά τους, ας υιοθετήσουμε τη ρήση του Αθηναίου ρήτορα Ισοκράτη που χαρακτηριστικά λέει “Γήρας προσδέχου” (Να αναμένεις ευχαρίστως τα γηρατειά), αλλά και αυτή του αρχαίου τραγικού Αισχύλου “αεί γαρ ηβή τοις γέρουσιν ευ μαθείν” («πάντα στους γέρους υπάρχει μια νεανική όρεξη για γνώση της αλήθειας»)

## ΠΗΓΕΣ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική βιβλιογραφία

- Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, Α. (1993). *Η ψυχολογία της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα: Αρβανιτάκης.
- Βαρδάκη, Ε., & Μανωλιτσάκη, Μ. (2011). *Δομές και προγράμματα κοινωνικής προστασίας για την τρίτη ηλικία στον Δήμο Γοργολαϊνή. Αντιλήψεις και διαπιστώσεις για τις υπάρχουσες δομές καθώς και εντοπισμός αναγκών για νέα προγράμματα*. Πτυχιακή εργασία, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ηράκλειο: ΑΤΕΙ Κρήτης.
- Γιουβανάκης, Γ., & Σαχπάζογλου, Α. (2007). *Κοινωνική στήριξη και ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών με ανεξάρτητη διαβίωση. Μελέτη σε χρήστες των Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Ηρακλείου*. Πτυχιακή εργασία, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ηράκλειο: ΑΤΕΙ Κρήτης.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2008). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Μτφρ. Μ. Φιλοπούλου, Μ. Μαυράκη, Π. Μπιθάρα, Σ. Κυρανάκης, Χ. Μητσοπούλου. (Νέα συμπληρωμένη και αναθεωρημένη έκδοση). Αθήνα: Μεταίχμιο.
- Δαρδαβέσης, Θ. (2011). Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας. Στο: Α. Κωσταρίδου-Ευκλείδη (επιμ.), *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, σελ. 31-49), Αθήνα: Πεδίο.
- Έμκε-Πουλοπούλου, Η. (1999). *Έλληνες Ηλικιωμένοι πολίτες: Παρελθόν παρόν & μέλλον*. Αθήνα: Έλλην.
- Ευκλείδη, Α. (2011). Γήρας και υγεία. Στο: Α. Κωσταρίδου-Ευκλείδη (επιμ.), *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, σελ. 71-107, Αθήνα: Πεδίο.
- Ευκλείδη, Α. (2011). Η ανάπτυξη στην ενήλικη ζωή. Στο: Α. Κωσταρίδου-Ευκλείδη (Επιμ.), *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, σελ. 179-230, Αθήνα: Πεδίο.
- Ζαφειρόπουλος, Κ. (2005). *Πώς γίνεται μία επιστημονική εργασία*. Αθήνα: Κριτική.
- Καλομοίρη, Ο., & Χουστουλάκη, Σ. (2014). *Κ.Α.Π.Η Γωνιών Δήμου Μαλεβιζίου. Τάσεις και Προοπτικές – Η διερεύνηση των αναγκών των ηλικιωμένων*. Πτυχιακή

εργασία, Σχολή Επαγγελματών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ηράκλειο: ΑΤΕΙ Κρήτης.

Καραγεώργος, Δ. (2002). *Μεθοδολογία έρευνας στις επιστήμες της αγωγής – Μια διδακτική προσέγγιση*. Αθήνα: Σαββάλας.

Καστενμπάουμ, Ρ. (1982). *Η Τρίτη ηλικία*. Αθήνα: Ψυχογίος.

Κοκκινάκη, Φ. (2006). *Κοινωνική ψυχολογία: Εισαγωγή στη μελέτη της κοινωνικής συμπεριφοράς*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

Κονταξάκης, Χ. (2000). *Η τρίτη ηλικία*. Αθήνα: Βήτα.

Κοντιάδης, Ξ., Καλατζής, Ν., Μίχος, Λ., Μπιτσάνη, Ε., & Τσέκος, Θ. (2006). *Κοινωνική Πολιτική και τοπική αυτοδιοίκηση*. Αθήνα: Ινστιτούτο τοπικής αυτοδιοίκησης.

Κυριαζή, Ν. (2002). *Η Κοινωνιολογική Έρευνα – Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κύρου, Μ. (2016). *Η εφαρμογή δράσεων υποστήριξης & κοινωνικής φροντίδας της τρίτης ηλικίας στα πλαίσια αρμοδιοτήτων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Μελέτη: Κ.Α.Π.Η. Δήμου Ξάνθης*. Διπλωματική εργασία, Διαπανεπιστημιακό Διατμηματικό ΠΜΣ Τοπική και Περιφερειακή Ανάπτυξη και Αυτοδιοίκηση, Κόρινθος.

Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1999). *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Μαδιανός, Μ. (2000). *Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή*. Αθήνα: Καστανιώτη.

Μακράκης, Β. (2005). *Ανάλυση Δεδομένων στην Επιστημονική Έρευνα με τη χρήση του SPSS – Από τη θεωρία στην πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2003). *Η ψυχολογία της γήρανσης*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Πανέρα, Ε. (2011). Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων. Στο: Α. Κωσταρίδου-Ευκλείδη (Επιμ.), *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, σελ. 433-451, Αθήνα: Πεδίο.

Παπαγεωργίου, Γ. (2004). *Μέθοδοι και Κοινωνιολογική Έρευνα*. Αθήνα: Τυπωθήτω

- Παππάς, Θ. (2002). *Η μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας στις ανθρωπιστικές επιστήμες*. Αθήνα: Καρδαμίτσα.
- Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας*. Τόμοι Α και Β, Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.
- Pervin, L. A., & John O. P. (2001). *Θεωρίες προσωπικότητας, έρευνα και εφαρμογές*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Πλατή, Χ. (2000). *Γεροντολογική νοσηλευτική*. Αθήνα: Παπανικολάου.
- Σταθόπουλος, Π. (2005). *Κοινωνική πρόνοια*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Τζημουράκης, Α. (1989). *Τα γηρατειά και τα προβλήματά τους*. Θεσσαλονίκη: Μέλισσα.
- Υφαντόπουλος, Γ., & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (3): 218-229.

## Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Albrecht, T. L., & Adelman, M. B. (1987). Communicating social support. A theoretical perspective. In T.L. Albrecht & M.B. Adelman (Eds), *Communicating social support* (pp.18-39), Newbery Park: Sage.
- Babbie, E., Halley, F, Wagner, William, E., & Zaino, Jeanne. (2003). *Adventures in Social Research: Data Analysis Using IBM SPSS Statistics*. Bookshelf Brockport.
- Barrera, M. J. (1986). Distinctions between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology*, 14: 413-445.
- Bell, A. (2007). Designing and testing questionnaires for children. *Journal for Research in Social Sciences* 12(5): 461–469.
- Bolger, N., Zuckerman, A., & Kessler R. C. (2000). Invisible support and adjustment to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79: 953-961.
- Bolger, N., & Amarel, D. (2007). Effects of social support visibility on adjustment to stress. Experimental evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92: 458-475.
- Broese Van Groenou, M., & Van Tilburg, T. (1997). Changes in the support networks of older adults in the Netherlands. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 12: 23-44.
- Brough, P., & Peras, J. (2004). Evaluating the influence of the type of social support on job satisfaction and work related psychological well-being. *International Journal of Organisational Behaviour*, 8(2): 472-485.
- Bryman, A. (1992). Quantitative and qualitative research: further reflections on their integration. In (ed.) *J. Brannen Mixing Methods: Qualitative and Quantitative Research*. Aldershot: Ashgate.
- Bury, M., & Holme, A. (1990). Quality of life and social support. *Journal of aging studies* 4 (4): 345-357.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine*, 38(5): 300-314.

- Coolikan, H. (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology*. 4<sup>th</sup> (eds), London: Hodders & Stoughton.
- Collins, D. (2003). Pre-testing survey instruments: an overview of cognitive methods. *Quality of Life Research* 12(3): 229-238.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2002). Social support and Quality of life Among Older People in Spain. *Journal of Social Issues*, 58(4): 645-659.
- Finch, J. F, Okun, M. A., Pool, G. J., & Ruehlman, L. S. (1999). A comparison of the influence of conflictual and supportive social interactions on psychological distress. *Journal of personality*, 67(4): 581-621.
- Hawkins, B., Foose, A., & Binkley, A. (2004). Contribution of leisure to the life-satisfaction of older adults in Australia and the United States. *World Leisure Journal*, 46(2): 4-12.
- Hayflick, L. (1996). *How and why we age*. New York: Ballantine Books.
- Jacobson, E. (1986). Types and timing of social support. *Journal Health and Social Behaviour*, 27: 250-264.
- Kahn, J. H., Hessling, R. M., & Russel, D. W. (2003). Social support, health and wellbeing among the elderly, what is the role of negative affectivity, personality and individual differences. *The Journals of Gerontology*, 35: 5-17. doi:10.1016/S0191-8869(02)00135-6.
- Kim, H. K., Hisata, M., Kai, I., & Lee, S. K. (2000), Social support exchange and quality of life among the Korean elderly. *Journal of Cross- Cultural Gerontology*, 15: 331-347.
- Mattson, M. (2011). *Mattson's Health as Communication nexus*. Dubuque, Iowa: Kendal Hunt.
- McColl, E., Jacoby, A., Thomas, L., Souter, J., Bamford, C., Steen, N., Thomas, R., Harvey, E., Garratt, A., Bond, J. (2001). Design and use of questionnaires : a review of best practice applicable to surveys of health service staff and patients. *Health Assessment Technology*, 5: (31).
- Miller, C. (2009). *Nursing for wellness in older adults: theory and practice* (5<sup>th</sup> ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Muijs, D. (2004), *Doing Quantitative Research in Education with SPSS*. London: Sage Publication, pp. 2-13.
- Norris, F. H., & Kanaisty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress. A test of the social support deterioration deference model. *Journal of personality and social Psychology*, 71: 498-511.
- Okun, M. A., & Keith, V. M. (1998). Effects of positive and negative social exchanges with various sources on depressive symptoms in younger and older adults. *The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(1): 4-20.
- Oppenheim, A. N. (1992). *Questionnaire design, interviewing and attitude measurement*. London: Pinter.
- Papadatou, D., Papazoglou, I., Petraki, D., & Bellali, T. H. (1999). Mutual support among nurse who care to dying children. *Illness crisis & loss*, 7(1): 37-48.
- Papakonstantinou, D., & Papadopoulos, K. (2010). Forms of social support in the workplace for individuals with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 104: 183-187.
- Peers, I. (1996). *Statistical analysis for education and psychology researchers*. London: Falmer Press.
- Rennemark, M., & Hagberg B. (1999). Gender specific associations between social networks and health behavior in old age. *Aging and Mental Health* 3 (4): 320-327.
- Rook, K.S. (1987). Social support versus companionship: Effects on life stress, loneliness, and evaluations by others. *Journal of personality and social psychology*, 52(6): 1132.
- Ruehlman, L.S., & Karoly, P. (1991). With a little flak from my friends: Development and preliminary validation of the Test of negative Social Exchange. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1): 97.
- Sarason, B. R., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1990). Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. In B.R. Sarason, I.G. Sarason & G.R.



- Pierce (Eds.), *Social support: An international view* (pp. 97-128). New York: Wiley.
- Schaefer, C., Coyne, J. C. & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4: 381-406.
- Scharlach, A., Damron-Rodriguez, J. A., Robinson, B., & Feldeman, R. (2000). Educating social workers for an aging society: a vision for the 21<sup>st</sup> century. *Journal of social work education*.
- Sudman, S., Bradburn, N. (1982). *Asking Questions. A practical Guide to Questionnaire Design*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Uchino, B. N. (2009). Understanding the links between social support and physical health. A life-span perspective with emphasis on the separability of perceived and received support. *Association for Psychological Science*, 4(3): 236-255.
- Vallgarda, S. (1999). Is old age necessarily connected with high hospital admission rates? *Scandinavian Journal of Public Health* 2: 137- 142.
- Wenger, C. (1993). The formation of social networks: Self Help, Mutual Aid, and Old people in Contemporary Britain. *Journal of aging studies* 7 (1): 25-40.
- Wills, T.A. (1991). Social support and interpersonal relationships. In M. Clark. *Prosocial Behavior, Review of Personality and Social Psychology*, 12, pp. 265-289.

## Ηλεκτρονικές πηγές

<http://www.un.org> (πρόσβαση στις 18/07/2019): Ιστοσελίδα των Ηνωμένων Εθνών

<http://ec.europa.eu> (πρόσβαση στις 18/07/2019): Ιστοσελίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης

<http://www.unric.org> (πρόσβαση στις 18/07/2019): Ιστοσελίδα του Περιφερειακού κέντρου πληροφόρησης των Ηνωμένων Εθνών

<http://www.europarl.europa.eu> (πρόσβαση στις 20/07/2019): Ιστοσελίδα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου

<http://www.yeka.gr> (πρόσβαση στις 06/07/2019): Ιστοσελίδα του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης & Αλληλεγγύης

<http://aplo.yeka.gr> (πρόσβαση στις 05/08/2019): Ιστοσελίδα των «ψηφιακών υπηρεσιών μίας στάσης» του ΥΠ.Ε.Κ.Α.Α.

<http://www.eddyp.py.gr> (πρόσβαση στις 25/07/2019): Ιστοσελίδα του Ελληνικού Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων

<http://www.gerontology.gr> (πρόσβαση στις 21/06/2019): Ιστοσελίδα της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας

<http://alzheimerathens.gr> (πρόσβαση στις 07/08/2019): Ιστοσελίδα της Εταιρείας Alzheimer Αθηνών

<http://dementia-community.gr> (Πρόσβαση στις 07/08/2019): Ιστοσελίδα του προγράμματος «Κοινότητες φιλικές προς την άνοια»

<http://www.lifelinehellas.gr> (πρόσβαση στις 18/07/2019): Ιστοσελίδα του κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού σωματείου «Γραμμή Ζωής»

<http://www.50plus.gr> (πρόσβαση στις 18/07/2019): Ιστοσελίδα της αστικής μη κερδοσκοπικής εταιρείας «50+Ελλάς»

<http://www.psychology.gr/personality> (πρόσβαση στις 17/07/2019)

<http://www.gernaoallios.gr/ψυχολογία> (πρόσβαση στις 17/07/2019)

<http://socialpolicy.gr> (πρόσβαση στις 18/07/2019)

<http://www.klimaka.org.gr> (πρόσβαση στις 21/06/2019)

<http://www.aequitas-humanrights.org> (πρόσβαση στις 18/07/2019)

<http://www.orestiada.gr> (Δήμος Ορεστιάδας) (πρόσβαση στις 25/05/2019)

<http://www.lagadas.gr> (Δήμος Λαγγαδά) (πρόσβαση στις 25/05/2019)

<http://dimos-chalkidonos.gr> (Δήμος Χαλκηδόνος) (πρόσβαση στις 25/05/2019)

<http://www.alexandria.gr> (Δήμος Αλεξάνδρειας) (πρόσβαση στις 25/05/2019)

<http://www.naoussa.gr/>(Δήμος Νάουσας) (πρόσβαση στις 25/05/2019)

<http://www.dimosalmopias.gov.gr> (Δήμος Αλμωπίας) (πρόσβαση στις 25/05/2019)

<http://www.kastoria.gov.gr> (Δήμος Καστοριάς) (πρόσβαση στις 25/05/2019)

<http://www.dimosprevezas.gov.gr> (Δήμος Πρέβεζας) (πρόσβαση στις 25/05/2019)

<http://kalambaka.gov.gr> (Δήμος Μετεώρων) (πρόσβαση στις 25/05/2019)

<http://dimoslevadeon.gr> (Δήμος Λεβαδέων) (πρόσβαση στις 25/05/2019)

<http://www.dimosdelfon.gr> (Δήμος Δελφών) (πρόσβαση στις 25/05/2019)

<http://www.lefkada.gr> (Δήμος Λευκάδας) (πρόσβαση στις 25/05/2019)

<http://messolonghi.gov.gr> (Δήμος Ι.Π. Μεσολογγίου) (πρόσβαση στις 25/05/2019)

<http://www.andravida-kilini.gr> (Δήμος Ανδραβίδας – Κυλλήνης) (πρόσβαση στις 26/05/2019)

<http://www.nafplio.gr> (Δήμος Ναυπλιέων) (πρόσβαση στις 26/05/2019)

<http://www.sparti.gov.gr> (Δήμος Σπάρτης)(πρόσβαση στις 26/05/2019)

<http://www.dafni-ymittos.gov.gr> (Δήμος Δάφνης – Υμηττού) (πρόσβαση στις 26/05/2019)

<http://www.philothei-psychiko.gov.gr> (Δήμος Φιλοθέης – Ψυχικού) (πρόσβαση στις 26/05/2019)

<http://agiavarvara.gr> (Δήμος Αγίας Βαρβάρας) (πρόσβαση στις 26/05/2019)

<http://www.saronikocity.gr> (Δήμος Σαρωνικού) (πρόσβαση στις 26/05/2019)

<http://www.megara.gr> (Δήμος Μεγαρέων) (πρόσβαση στις 26/05/2019)

<http://e-naxos.eu>(Δήμος Νάξου) (πρόσβαση στις 26/05/2019)

<http://www.dimosagn.gr/> (Δήμος Αγ. Νικολάου) (πρόσβαση στις 26/05/2019)

## Νομοθεσία

Το Σύνταγμα της Ελλάδας (όπως αναθεωρήθηκε με το ψήφισμα της 27<sup>ης</sup> Μαΐου 2008της Η' Αναθεωρητικής Βουλής των Ελλήνων).

Ν. 2345/1995 (ΦΕΚ 213/12.10.1995 τ. Α') «Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις».

Ν. 3463/2006 (ΦΕΚ 114/8.6.2006 τ. Α')«Κύρωση του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων».

Ν. 3852/2010 (ΦΕΚ 87/07.06.2010 τ. Α') «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης».

Ν. 4052/2012 (ΦΕΚ 41/01.03.2012 τ. Α'), άρθρο 138, «Ρυθμίσεις Θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης».

Ν. 4387/2016 (ΦΕΚ 85/12.05.2016 τ. Α') «Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας – Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού - συνταξιοδοτικού συστήματος – Ρυθμίσεις Φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιγνίων και άλλες διατάξεις».

Ν. 4520/2018 (ΦΕΚ 30/22.02.2018 τ. Α')«Μετεξέλιξη του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων σε Οργανισμό Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΟΠΕΚΑ) και λοιπές διατάξεις».

Ν. 4555/2018 ( ΦΕΚ 133/19.07.2018 τ. Α')«Μεταρρύθμιση του θεσμικού πλαισίου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης - Εμβάθυνση της Δημοκρατίας - Ενίσχυση της Συμμετοχής – Βελτίωση της οικονομικής και αναπτυξιακής λειτουργίας των Ο.Τ.Α. [Πρόγραμμα «ΚΛΕΙΣΘΕΝΗΣ Ι»]».

ΚΥΑ 4035/2001 (ΦΕΚ 1127/30-08-2001 τ. Β') «Σύστημα Διαχείρισης, Αξιολόγησης, Παρακολούθησης και Ελέγχου - Διαδικασία Εφαρμογής της ενέργειας «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων» (ΚΗΦΗ),συγχρηματοδοτούμενης από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (Ε.Κ.Τ.), στο πλαίσιο των Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (ΠΕΠ) του Γ' ΚΠΣ».

Υπ' αριθμ. 876/10-12-2018 έγγραφο του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προς τη Βουλή των Ελλήνων (στα πλαίσια κοινοβουλευτικού ελέγχου σχετικά με τα ΚΗΦΗ).

Το υπ' αριθμ. Γ1γ/Γ.Φ.18Γ,Ε,20.Ε/Γ.Π.οικ.70116/04.10.2019 (ΑΔΑ 910Σ465ΦΥΟ-Κ00) έγγραφο του Υπουργείου Υγείας “Οργάνωση και ανάπτυξη Εθνικού Πιλοτικού Προγράμματος Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας των Ηλικιωμένων Ατόμων - ΗΠΙΟΝΗ”.

Φ.Ε.Κ. 982/30.03.2012 τ.Β' και 4470/30.12.2016 τ.Β' «Οργανισμός Εσωτερικής Υπηρεσίας (Ο.Ε.Υ.) Δήμου Λουτρακίου – Περαχώρας – Αγίων Θεοδώρων».

Φ.Ε.Κ. 1960/02.09.2011 τ.Β' και 1810/25.07.2013 τ.Β' «Συστατική Πράξη του ν.π.δ.δ. Δ.Ο.ΚΟ.Π.Α.Π. “ΜΕΡΙΜΝΑ”».

Φ.Ε.Κ. 1513/20.06.2013 τ.Β' και 4729/23.10.2018 τ.Β' «Οργανισμός Εσωτερικής Υπηρεσίας (Ο.Ε.Υ.) του ν.π.δ.δ. Δ.Ο.ΚΟ.Π.Α.Π. “ΜΕΡΙΜΝΑ”».

Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Δήμου Λουτρακίου – Περαχώρας – Αγίων Θεοδώρων 2014 – 2019 (υπ' αριθμ. 90/2015 Απόφαση Δημοτικού Συμβουλίου – ΑΔΑ ΒΧΙ4ΩΛ3-439).

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

- A) Εργαλείο συλλογής δεδομένων (Ερωτηματολόγιο)
- B) Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα
- Γ) Ευρωπαϊκός Χάρτης των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των ηλικιωμένων

(Α)



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ  
Π.Μ.Σ. “ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ”  
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ "ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ, τις ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ  
ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ"

---

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ  
ΣΤΟΝ ΔΗΜΟ ΛΟΥΤΡΑΚΙΟΥ-ΠΕΡΑΧΩΡΑΣ-ΑΓΙΩΝ ΘΕΟΔΩΡΩΝ  
Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ  
ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ**

**ΛΟΥΤΡΑΚΙ 2019**

*Αξιότιμε κύριε/κυρία,*

Για τις ανάγκες εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας, με τον ανωτέρω τίτλο, είναι απαραίτητη η συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου από άτομα που ανήκουν στην Τρίτη Ηλικία (άνω των 65 ετών) και διαμένουν μόνιμα στο Δήμο Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων.

Ο σκοπός του παρακάτω ερωτηματολογίου είναι να εντοπίσει τις ανάγκες των ανωτέρω ηλικιωμένων και να διερευνήσει το πώς αυτές επηρεάζονται από τη στήριξη που δέχονται από το κοινωνικό περιβάλλον τους. Στη συνέχεια και βάσει των αποτελεσμάτων που θα προκύψουν, προβλέπεται να γίνουν συγκεκριμένες προτάσεις στον εν λόγω Δήμο για ενίσχυση της κοινωνικής πολιτικής του στο θέμα της Τρίτης Ηλικίας.

Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι:

- Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι **ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ**. Παραμένει στη δική σας κρίση αν θα συμμετάσχετε.
- Το ερωτηματολόγιο είναι **ΑΝΩΝΥΜΟ** και οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν **ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΕΣ**.
- Είναι πολύ σημαντικό να απαντηθούν **ΟΛΕΣ** οι ερωτήσεις.
- Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Σε περίπτωση που δε βρείτε την ακριβή απάντηση που σας ταιριάζει, παρακαλούμε επιλέξτε την απάντηση που είναι πιο κοντά σε αυτή.
- Οι αυθόρμητες και ειλικρινείς απαντήσεις είναι πιο αντιπροσωπευτικές.

*Ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι περίπου 10 λεπτά. Η συμμετοχή σας είναι πολύ σημαντική για τη μελέτη. Παρακαλώ, αφιερώστε μερικά λεπτά από το χρόνο σας, εφόσον συμφωνείτε να συμμετέχετε στην έρευνα.*

Σας ευχαριστώ πολύ εκ των προτέρων  
για την πρόθυμη συμμετοχή σας στη μελέτη και την πολύτιμη βοήθειά σας

Με εκτίμηση,

Η ερευνήτρια

Αναστασία Σκάζα

**Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΥΝΙΣΤΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ  
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**



## A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλώ σημειώστε με ένα (✓) την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει σε κάθε ερώτηση.

### 1. Φύλο

Άνδρας      Γυναίκα  
           

### 2. Ηλικία (σε έτη)

65 έως 69      70 έως 74      75 έως 79      80 και άνω  
                                   

### 3. Τόπος διαμονής (Κοινότητα)

Άγιοι Θεόδωροι      Ίσθμια      Λουτράκι-Περαχώρα      Πίσια  
                                   

### 4. Οικογενειακή κατάσταση

Έγγαμος/η      Άγαμος/η      Χήρος/α      Διαζευγμένος/η      Σε διάσταση  
                                               

### 5. Αριθμός παιδιών

Κανένα      Ένα      Δύο      Τρία      Περισσότερα  
                                               

Παρακαλώ δηλώστε τον αριθμό παιδιών ανά φύλο      Αγόρια \_\_\_\_      Κορίτσια \_\_\_\_

### 6. Μορφωτικό επίπεδο

Αναλφάβητος/η                                  Απόφοιτος/η Γυμνασίου.                              
Απόφοιτος/η Δημοτικού                                  Απόφοιτος/η Ανώτατης Εκπαίδευσης                           

### 7. Έχετε κοινωνική ασφάλιση (ανήκετε σε κάποιο Ταμείο Ασφάλισης);

Ναι            Όχι

**8. Έχετε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη;**

Ναι                      Όχι  
                     

**Εάν έχετε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, από που προέρχεται;**

Φορέα                      Πρόνοια  
                     

**9. Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα για το οποίο σας χορηγείται φαρμακευτική αγωγή ή παρακολουθήστε/επισκέπτεστε συχνά τον γιατρό ή θεραπευτική ομάδα;**

Ναι                      Όχι  
                     

**10.Λαμβάνετε καθημερινά φαρμακευτικά σκευάσματα για τις παθήσεις σας;**

Ναι                      Όχι  
                     

**11.Κάθε πότε κάνετε ιατρικές εξετάσεις;**

Κάθε μήνα      Κάθε 3μηνο      Κάθε 6μηνο      Κάθε χρόνο      Καθόλου  
                                                                                       

**12.Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την οικονομική σας κατάσταση;**

Καθόλου      Λίγο                      Αρκετά                      Πολύ                      Πάρα πολύ  
                                                                                       

**13.Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την κατάσταση της υγείας σας;**

Καθόλου      Λίγο                      Αρκετά                      Πολύ                      Πάρα πολύ  
                                                                                       

**14.Πόσο πιστεύετε ότι τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζετε προκαλούν προβλήματα στην καθημερινότητά σας;**

Καθόλου      Λίγο                      Αρκετά                      Πολύ                      Πάρα πολύ

## B. ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνετε. Παρακαλώ σημειώστε με ένα (✓) την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει σε κάθε ερώτηση.

### 15. Με ποιον ζείτε; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

- Μόνος/η
- Με τον/την σύζυγο, τον/την σύντροφο
- Με τα παιδιά
- Με άλλους συγγενείς
- Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε) \_\_\_\_\_

### 16. Μένει ένα τουλάχιστον από τα παιδιά σας στην ίδια πόλη/οικισμό με εσάς;

- Ναι  Όχι

### 17. Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο συναντηθήκατε με τα παιδιά σας που μένουν μακριά; (η ερώτηση θα απαντηθεί μόνο εάν έστω κι ένα παιδί μένει μακριά)

- Κάθε μέρα
- 1-2 φορές την εβδομάδα
- 1-2 φορές το μήνα
- 1-2 φορές το εξάμηνο
- Καθόλου

### 18. Πιστεύετε ότι στην παρούσα χρονική στιγμή, μπορείτε να ανταποκριθείτε μόνος/η σας στις απαιτήσεις της καθημερινότητας;

- Ναι  Όχι

### 19. Έχετε ανθρώπους που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες, όταν χρειάζεται;

- Ναι  Όχι

**Αν ναι, ποιοι είναι αυτοί; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)**

Σύζυγος / σύντροφος

Παιδιά

Συγγενείς

Στενοί φίλοι

Αμειβόμενο πρόσωπο

Άλλο (παρακαλώ διευκρινίστε) \_\_\_\_\_

**20. Έχετε στενούς φίλους που θα μπορούσαν να σας βοηθήσουν στην καθημερινή σας διαβίωση και να σας συμπαρασταθούν (ψυχολογικά, συναισθηματικά, οικονομικά, κ.ά.);**

Ναι  Όχι

**Αν όχι, προχωρήστε στην ερώτηση 21**

**Αν ναι, πόσοι είναι αυτοί;**

1-2  3-5  Περισσότεροι από 5

**Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο συναντηθήκατε με αυτούς τους στενούς φίλους σας;**

Κάθε μέρα

1-2 φορές την εβδομάδα

1-2 φορές το μήνα

1-2 φορές το εξάμηνο

Καθόλου

**21. Έχετε άλλους συγγενείς στους οποίους θα μπορούσατε να στηριχθείτε σε περίπτωση που αντιμετωπίζατε δυσκολίες στην καθημερινότητά σας ή ψυχολογικά;**

Ναι  Όχι

**Αν όχι, προχωρήστε στην ερώτηση 22**

**Αν ναι, πόσοι είναι αυτοί;**

1-2

3-5

Περισσότεροι από 5

**Πόσο συχνά τον τελευταίο χρόνο συναντηθήκατε με αυτούς τους συγγενείς σας;**

Κάθε μέρα

1-2 φορές την εβδομάδα

1-2 φορές το μήνα

1-2 φορές το εξάμηνο

Καθόλου

**22.Με πόσες οικογένειες στη γειτονιά σας γνωρίζετε τόσο καλά, ώστε να σας βοηθούν πρακτικά και ψυχολογικά και να σας αφιερώνουν χρόνο όταν παραστεί ανάγκη;**

0

1-2

3 και άνω

**23.Συμμετέχετε σε συλλόγους, οργανώσεις ή/και ομάδες;**

Ναι

Όχι

**Αν όχι, προχωρήστε στην ερώτηση 24**

**Αν ναι, πόσοι είναι αυτοί;**

1-2

3-5

Περισσότεροι από 5

**Πόσο συχνά συμμετέχετε στις δράσεις τους;**

Κάθε μέρα

1-2 φορές την εβδομάδα

1-2 φορές το μήνα

1-2 φορές το εξάμηνο

1-2 φορές το χρόνο

**24.Νιώθετε μοναξιά;**

Ναι

Όχι

## **Γ. ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΑΝΑΓΚΩΝ**

Στις ερωτήσεις που ακολουθούν αποτυπώνονται προτάσεις σχετικά με ανάγκες σε διάφορους τομείς. Παρακαλώ ιεραρχήστε τη σημαντικότητα αυτών των αναγκών, **καταχωρώντας τον αριθμό 1 στην πιο σημαντική, τον αριθμό 2 στην αμέσως λιγότερο σημαντική κ.ο.κ. και μέχρι την αξιολόγηση όλων των αναγκών**

## 25.Κοινωνική φροντίδα

	Σειρά
Ενημέρωση για τα δικαιώματα των ηλικιωμένων (π.χ. επιδόματα, πιστοποιητικά αναπηρίας κ.ά.)	<input type="checkbox"/>
Συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη	<input type="checkbox"/>
Διαμεσολάβηση με δημόσιες υπηρεσίες, ασφαλιστικούς οργανισμούς, υγειονομικές επιτροπές κ.λπ.	<input type="checkbox"/>
Παραπομπές - κλείσιμο ραντεβού σε γιατρούς, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα	<input type="checkbox"/>
Συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον των ηλικιωμένων για την επίλυση των προβλημάτων τους	<input type="checkbox"/>

## 26.Πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη

	Σειρά
Ιατρική φροντίδα (π.χ. από καρδιολόγο, πνευμονολόγο, παθολόγο, ορθοπεδικό)	<input type="checkbox"/>
Παρακολούθηση ζωτικών σημείων (σάκχαρο, πίεση κ.ά.), εργαστηριακός έλεγχος αιμοληψίες, εξέταση χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων κ.ά.), ενεσοθεραπεία, προληπτικός έλεγχος (π.χ. εμβολιασμός)	<input type="checkbox"/>
Περιποίηση τραυμάτων και κατακλίσεων	<input type="checkbox"/>
Παρακολούθηση φαρμακευτικής αγωγής	<input type="checkbox"/>
Συνταγογράφηση και προμήθεια φαρμάκων	<input type="checkbox"/>
Φυσιοθεραπεία - εργοθεραπεία	<input type="checkbox"/>
Συνοδεία σε γιατρούς και νοσοκομεία (σε περίπτωση έλλειψης υποστηρικτικού περιβάλλοντος)	<input type="checkbox"/>

## 27.Οικιακή και προσωπική φροντίδα

	Σειρά
Καθαριότητα σπιτιού	<input type="checkbox"/>
Προετοιμασία φαγητού	<input type="checkbox"/>
Αγορές ειδών πρώτης ανάγκης, τροφίμων και ατομικής υγιεινής	<input type="checkbox"/>
Πληρωμή λογαριασμών (ΔΕΗ, Νερό κ.ά.)	<input type="checkbox"/>
Βοήθεια στην ατομική υγιεινή (π.χ. κόψιμο νυχιών, περιποίηση σώματος κλπ)	<input type="checkbox"/>

## 28.Ψυχαγωγία

	Σειρά
Οργάνωση εκδρομών, επισκέψεις σε μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους	<input type="checkbox"/>
Παρακολούθηση θεατρικών παραστάσεων	<input type="checkbox"/>
Ψυχαγωγικές εκδηλώσεις (π.χ. χριστουγεννιάτικη γιορτή, γιορτή της γυναίκας, καλοκαιρινό φεστιβάλ κ.ά.)	<input type="checkbox"/>
Πρόγραμμα Λουτροθεραπείας	<input type="checkbox"/>
Λειτουργία εντευκτηρίου, ως χώρου συνάντησης των ηλικιωμένων	<input type="checkbox"/>

## 29.Δημιουργική απασχόληση

	Σειρά
Οργάνωση εθελοντικών ομάδων (π.χ. για τη διοργάνωση εκδηλώσεων, παροχή κοινωνικής αλληλεγγύης)	<input type="checkbox"/>
Εκμάθηση χορού, λειτουργία χορωδίας, θεατρική ομάδα	<input type="checkbox"/>
Προγράμματα γυμναστικής	<input type="checkbox"/>
Εργαστήριο χειροτεχνίας – κατασκευών	<input type="checkbox"/>
Παρουσίαση βιβλίων – φιλιαναγνωσία	<input type="checkbox"/>

### 30.Ενημέρωση-συμβουλευτική

	Σειρά
Διοργάνωση ημερίδων για θέματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία	<input type="checkbox"/>
Πραγματοποίηση ομιλιών ιατρικού περιεχομένου με σκοπό την πρόληψη	<input type="checkbox"/>
Λειτουργία συμβουλευτικού σταθμού για την άνοια (με προγράμματα πρόληψης και προγράμματα παρέμβασης για τους πάσχοντες)	<input type="checkbox"/>

### 31.Εκπαίδευση

	Σειρά
Διαχείριση ελεύθερου χρόνου	<input type="checkbox"/>
Διαχείριση μοναξιάς - άγχους – απώλειας	<input type="checkbox"/>
Νέες τεχνολογίες στην Τρίτη ηλικία	<input type="checkbox"/>
Λειτουργία ψυχοθεραπευτικής ομάδας	<input type="checkbox"/>
Πρόγραμμα αγωγής υγείας – πρώτων βοηθειών	<input type="checkbox"/>
Πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης (για πρόληψη της άνοιας)	<input type="checkbox"/>

**32.Ιεραρχήστε τη σημαντικότητα των ανωτέρω τομέων, καταχωρώντας έναν αριθμό από το 1 (για τον περισσότερο σημαντικό) έως το 7 (για τον λιγότερο σημαντικό).**

	Σειρά
Κοινωνική φροντίδα	<input type="checkbox"/>
Πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη	<input type="checkbox"/>
Οικιακή και προσωπική φροντίδα	<input type="checkbox"/>
Ψυχαγωγία	<input type="checkbox"/>
Δημιουργική απασχόληση	<input type="checkbox"/>
Ενημέρωση – συμβουλευτική	<input type="checkbox"/>
Εκπαίδευση	<input type="checkbox"/>



#### Δ. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΔΟΜΩΝ

Στην παρακάτω ερώτηση αποτυπώνονται δομές άσκησης κοινοτικής και υποστηρικτικής φροντίδας. Παρακαλώ ιεραρχήστε τη σημαντικότητα δημιουργίας/λειτουργίας αυτών των δομών στο Δήμο Λουτρακίου-Περαχώρας-Αγίων Θεοδώρων, καταχωρώντας τους αριθμούς από το 1 έως το 4, με τον αριθμό 1 να αντιστοιχεί στην πιο σημαντική.

#### 33.Δομές άσκησης

	Σειρά
<i>Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)</i> (έργο του είναι η παροχή ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων που δεν αυτοεξυπηρετούνται απόλυτα και το οικογενειακό περιβάλλον τους αδυνατεί να τους φροντίζει)	<input type="checkbox"/>
<i>Βοήθεια στο σπίτι</i> Παροχή κατ' οίκον κοινωνικής φροντίδας, νοσηλείας & οικιακής φροντίδας)	<input type="checkbox"/>
<i>Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)</i> με προγράμματα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, ψυχαγωγίας, δημιουργικής απασχόλησης, ενημέρωσης, ψυχοσυναισθηματικής στήριξης, προώθηση συντροφικότητας κ.ά.)	<input type="checkbox"/>
<i>Κέντρο Δια Βίου Μάθησης</i> Υλοποίηση προγραμμάτων εκπαίδευσης)	<input type="checkbox"/>

Σας ευχαριστώ πολύ για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Παρακαλώ ελέγξτε αν έχετε συμπληρώσει όλες τις ερωτήσεις.

*Για τυχόν διευκρινήσεις, παρακαλώ όπως επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια  
Αναστασία Σκάζα στο τηλέφωνο XXXXXXXXXXXX ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση*

*XXXXXXXXXXXX*

## **B) Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα**

Η Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα είναι μια διακήρυξη που υιοθετήθηκε από την απόφαση 217 Α (III) της Γενικής Συνέλευσης του [Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών](#) στις 10 Δεκεμβρίου 1948 (A/RES/217, [10 Δεκεμβρίου 1948](#)), περιγράφοντας την άποψή τους για τα βασικά [ανθρώπινα δικαιώματα](#). Το προσχέδιο γράφτηκε από τον [Τζον Πήτερς Χάμφρεϋ](#) από τον [Καναδά](#), με τη βοήθεια της [Ελέανορ Ρούσβελτ](#) από τις [ΗΠΑ](#), του [Ρενέ Κασίν](#) από τη [Γαλλία](#), του [Π. Σ. Τσάγγκ](#) από την [Κίνα](#) και άλλων.

## **ΟΙΚΟΥΜΕΝΙΚΗ ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ**

### **ΠΡΟΟΙΜΙΟ**

Επειδή η αναγνώριση της αξιοπρέπειας, που είναι σύμφυτη σε όλα τα μέλη της ανθρώπινης οικογένειας, καθώς και των ίσων και αναπαλλοτρίωτων δικαιωμάτων τους αποτελεί το θεμέλιο της ελευθερίας, της δικαιοσύνης και της ειρήνης στον κόσμο.

Επειδή η παραγνώριση και η περιφρόνηση των δικαιωμάτων του ανθρώπου οδήγησαν σε πράξεις βαρβαρότητας, που εξεγείρουν την ανθρώπινη συνείδηση, και η προοπτική ενός κόσμου όπου οι άνθρωποι θα είναι ελεύθεροι να μιλούν και να πιστεύουν, λυτρωμένοι από τον τρόμο και την αθλιότητα, έχει διακηρυχθεί ως η πιο υψηλή επιδίωξη του ανθρώπου.

Επειδή έχει ουσιαστική σημασία να προστατεύονται τα ανθρώπινα δικαιώματα από ένα καθεστώς δικαίου, ώστε ο άνθρωπος να μην αναγκάζεται να προσφεύγει, ως έσχατο καταφύγιο, στην εξέγερση κατά της τυραννίας και της καταπίεσης.

Επειδή έχει ουσιαστική σημασία να ενθαρρύνεται η ανάπτυξη φιλικών σχέσεων ανάμεσα στα έθνη.

Επειδή, με τον καταστατικό Χάρτη, οι λαοί των Ηνωμένων Εθνών διακήρυξαν και πάλι την πίστη τους στα θεμελιακά δικαιώματα του ανθρώπου, στην αξιοπρέπεια και την αξία της ανθρώπινης προσωπικότητας, στην ισότητα δικαιωμάτων ανδρών και γυναικών, και διακήρυξαν πως είναι αποφασισμένοι να συντελέσουν στην κοινωνική πρόοδο και να δημιουργήσουν καλύτερες συνθήκες ζωής στα πλαίσια μιας ευρύτερης ελευθερίας.

Επειδή τα κράτη μέλη ανέλαβαν την υποχρέωση να εξασφαλίσουν, σε συνεργασία με τον Οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών, τον αποτελεσματικό σεβασμό των δικαιωμάτων του ανθρώπου και των θεμελιακών ελευθεριών σε όλο τον κόσμο.

Επειδή η ταυτότητα αντιλήψεων ως προς τα δικαιώματα και τις ελευθερίες αυτές έχει εξαιρετική σημασία για να εκπληρωθεί πέρα ως πέρα αυτή η υποχρέωση,

## **Η ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ**

**Διακηρύσσει** ότι η παρούσα Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου αποτελεί το κοινό ιδανικό στο οποίο πρέπει να κατατείνουν όλοι οι λαοί και όλα τα έθνη, έτσι ώστε κάθε άτομο και κάθε όργανο της κοινωνίας, με τη Διακήρυξη αυτή διαρκώς στη σκέψη, να καταβάλλει, με τη διδασκαλία και την παιδεία, κάθε προσπάθεια για να αναπτυχθεί ο σεβασμός των δικαιωμάτων και των ελευθεριών αυτών, και να εξασφαλιστεί προοδευτικά, με εσωτερικά και διεθνή μέσα, η παγκόσμια και αποτελεσματική εφαρμογή τους, τόσο ανάμεσα στους λαούς των ίδιων των κρατών μελών όσο και ανάμεσα στους πληθυσμούς χωρών που βρίσκονται στη δικαιοδοσία τους.

### **ΑΡΘΡΟ 1**

Όλοι οι άνθρωποι γεννιούνται ελεύθεροι και ίσοι στην αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα. Είναι προικισμένοι με λογική και συνείδηση, και οφείλουν να συμπεριφέρονται μεταξύ τους με πνεύμα αδελφοσύνης.

### **ΑΡΘΡΟ 2**

Κάθε άνθρωπος δικαιούται να επικαλείται όλα τα δικαιώματα και όλες τις ελευθερίες που προκηρύσσει η παρούσα Διακήρυξη, χωρίς καμία απολύτως διάκριση, ειδικότερα ως προς τη φυλή, το χρώμα, το φύλο, τη γλώσσα, τις θρησκείες, τις πολιτικές ή οποιεσδήποτε άλλες πεποιθήσεις, την εθνική ή κοινωνική καταγωγή, την περιουσία, τη γέννηση ή οποιαδήποτε άλλη κατάσταση.

Δεν θα μπορεί ακόμα να γίνεται καμία διάκριση εξαιτίας του πολιτικού, νομικού ή διεθνούς καθεστώτος της χώρας από την οποία προέρχεται κανείς, είτε πρόκειται για χώρα ή εδαφική περιοχή ανεξάρτητη, υπό κηδεμονία ή υπεξουσία, ή που βρίσκεται υπό οποιονδήποτε άλλον περιορισμό κυριαρχίας.

### **ΑΡΘΡΟ 3**

Κάθε άτομο έχει δικαίωμα στη ζωή, την ελευθερία και την προσωπική του ασφάλεια.

#### **ΑΡΘΡΟ 4**

Κανείς δεν επιτρέπεται να ζει υπό καθεστώς δουλείας, ολικής ή μερικής. Η δουλεία και το δουλεμπόριο υπό οποιαδήποτε μορφή απαγορεύονται.

#### **ΑΡΘΡΟ 5**

Κανείς δεν επιτρέπεται να υποβάλλεται σε βασανιστήρια ούτε σε ποινή ή μεταχείριση σκληρή, απάνθρωπη ή ταπεινωτική.

#### **ΑΡΘΡΟ 6**

Καθένας, όπου και αν βρίσκεται, έχει δικαίωμα στην αναγνώριση της νομικής του προσωπικότητας.

#### **ΑΡΘΡΟ 7**

Όλοι είναι ίσοι απέναντι στον νόμο και έχουν δικαίωμα σε ίση προστασία του νόμου, χωρίς καμία απολύτως διάκριση. Όλοι έχουν δικαίωμα σε ίση προστασία από κάθε διάκριση που θα παραβίαζε την παρούσα Διακήρυξη και από κάθε πρόκληση για μια τέτοια δυσμενή διάκριση.

#### **ΑΡΘΡΟ 8**

Καθένας έχει δικαίωμα να ασκεί αποτελεσματικά ένδικα μέσα στα αρμόδια εθνικά δικαστήρια κατά των πράξεων που παραβιάζουν τα θεμελιακά δικαιώματα τα οποία του αναγνωρίζουν το Σύνταγμα και ο νόμος.

#### **ΑΡΘΡΟ 9**

Κανείς δεν μπορεί να συλλαμβάνεται, να κρατείται ή να εξορίζεται αυθαίρετα.

#### **ΑΡΘΡΟ 10**

Καθένας έχει δικαίωμα, με πλήρη ισότητα, να εκδικάζεται η υπόθεσή του δίκαια και δημόσια, από δικαστήριο ανεξάρτητο και αμερόληπτο, που θα αποφασίσει είτε για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του είτε, σε περίπτωση ποινικής διαδικασίας, για το βάσιμο της κατηγορίας που στρέφεται εναντίον του.

#### **ΑΡΘΡΟ 11**

1. Κάθε κατηγορούμενος για ποινικό αδίκημα πρέπει να θεωρείται αθώος, ωστόσο διαπιστωθεί η ενοχή του σύμφωνα με τον νόμο, σε ποινική δίκη, κατά την οποία θα του έχουν εξασφαλιστεί όλες οι απαραίτητες για την υπεράσπισή του εγγυήσεις.
2. Κανείς δεν θα καταδικάζεται για πράξεις ή παραλείψεις που, κατά τον χρόνο που τελέστηκαν, δεν συνιστούσαν αξιόποιο αδίκημα κατά το εσωτερικό ή το διεθνές δίκαιο. Επίσης, δεν επιβάλλεται ποινή βαρύτερη από εκείνη που ίσχυε κατά τον χρόνο που τελέστηκε η αξιόποινη πράξη.

## **ΑΡΘΡΟ 12**

Κανείς δεν επιτρέπεται να υποστεί αυθαίρετες επεμβάσεις στην ιδιωτική του ζωή, την οικογένεια, την κατοικία ή την αλληλογραφία του, ούτε προσβολές της τιμής και της υπόληψης του. Καθένας έχει το δικαίωμα να τον προστατεύουν οι νόμοι από επεμβάσεις και προσβολές αυτού του είδους.

## **ΑΡΘΡΟ 13**

1. Καθένας έχει το δικαίωμα να κυκλοφορεί ελεύθερα και να εκλέγει τον τόπο της διαμονής του στο εσωτερικό ενός κράτους.
2. Καθένας έχει το δικαίωμα να εγκαταλείπει οποιαδήποτε χώρα, ακόμα και τη δική του, και να επιστρέφει σε αυτήν.

## **ΑΡΘΡΟ 14**

1. Κάθε άτομο που καταδιώκεται έχει το δικαίωμα να ζητά άσυλο και του παρέχεται άσυλο σε άλλες χώρες.
2. Το δικαίωμα αυτό δεν μπορεί κανείς να το επικαλεστεί, σε περίπτωση δίωξης για πραγματικό αδίκημα του κοινού ποινικού δικαίου ή για ενέργειες αντίθετες προς τους σκοπούς και τις αρχές του ΟΗΕ.

## **ΑΡΘΡΟ 15**

1. Καθένας έχει το δικαίωμα μιας ιθαγένειας.
2. Κανείς δεν μπορεί να στερηθεί αυθαίρετα την ιθαγένειά του ούτε το δικαίωμα να αλλάξει ιθαγένεια.

## **ΑΡΘΡΟ 16**

1. Από τη στιγμή που θα φθάσουν σε ηλικία γάμου, ο άνδρας και η γυναίκα, χωρίς κανένα περιορισμό εξαιτίας της φυλής, της εθνικότητας ή της θρησκείας, έχουν το δικαίωμα να παντρεύονται και να ιδρύουν οικογένεια. Και οι δύο έχουν ίσα δικαιώματα ως προς τον γάμο, κατά τη διάρκεια του γάμου και κατά τη διάλυσή του.
2. Γάμος δεν μπορεί να συναφθεί παρά μόνο με ελεύθερη και πλήρη συναίνεση των μελλοντύμων.
3. Η οικογένεια είναι το φυσικό και το βασικό στοιχείο της κοινωνίας και έχει το δικαίωμα προστασίας από την κοινωνία και το κράτος.

## **ΑΡΘΡΟ 17**

1. Κάθε άτομο, μόνο του ή με άλλους μαζί, έχει το δικαίωμα της ιδιοκτησίας.
2. Κανείς δεν μπορεί να στερηθεί αυθαίρετα την ιδιοκτησία του.

### **ΑΡΘΡΟ 18**

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα της ελευθερίας της σκέψης, της συνείδησης και της θρησκείας. Στο δικαίωμα αυτό περιλαμβάνεται η ελευθερία για την αλλαγή της θρησκείας ή πεποιθήσεων, όπως και η ελευθερία να εκδηλώνει κανείς τη θρησκεία του ή τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις, μόνος ή μαζί με άλλους, δημόσια ή ιδιωτικά, με τη διδασκαλία, την άσκηση, τη λατρεία και με την τέλεση θρησκευτικών τελετών.

### **ΑΡΘΡΟ 19**

Καθένας έχει το δικαίωμα της ελευθερίας της γνώμης και της έκφρασης, που σημαίνει το δικαίωμα να μην υφίσταται δυσμενείς συνέπειες για τις γνώμες του, και το δικαίωμα να αναζητεί, να παίρνει και να διαδίδει πληροφορίες και ιδέες, με οποιοδήποτε μέσο έκφρασης, και από όλο τον κόσμο.

### **ΑΡΘΡΟ 20**

1. Καθένας έχει το δικαίωμα να συνέρχεται και να συνεταιρίζεται ελεύθερα και για ειρηνικούς σκοπούς.
2. Κανείς δεν μπορεί να υποχρεωθεί να συμμετέχει σε ορισμένο σωματείο.

### **ΑΡΘΡΟ 21**

1. Καθένας έχει το δικαίωμα να συμμετέχει στη διακυβέρνηση της χώρας του, άμεσα ή έμμεσα, με αντιπροσώπους ελεύθερα εκλεγμένους.
2. Καθένας έχει το δικαίωμα να γίνεται δεκτός, υπό ίσους όρους, στις δημόσιες υπηρεσίες της χώρας του.
3. Η λαϊκή θέληση είναι το θεμέλιο της κρατικής εξουσίας. Η θέληση αυτή πρέπει να εκφράζεται με τίμιες εκλογές, οι οποίες πρέπει να διεξάγονται περιοδικά, με καθολική, ίση και μυστική ψηφοφορία, ή με αντίστοιχη διαδικασία που να εξασφαλίζει την ελευθερία της εκλογής.

### **ΑΡΘΡΟ 22**

Κάθε άτομο, ως μέλος του κοινωνικού συνόλου, έχει δικαίωμα κοινωνικής προστασίας. Η κοινωνία, με την εθνική πρωτοβουλία και τη διεθνή συνεργασία, ανάλογα πάντα με την οργάνωση και τις οικονομικές δυνατότητες κάθε κράτους, έχει χρέος να του εξασφαλίσει την ικανοποίηση των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών δικαιωμάτων που είναι απαραίτητα για την αξιοπρέπεια και την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς του.

### **ΑΡΘΡΟ 23**

1. Καθένας έχει το δικαίωμα να εργάζεται και να επιλέγει ελεύθερα το επάγγελμά του, να έχει δίκαιες και ικανοποιητικές συνθήκες δουλειάς και να προστατεύεται από την ανεργία.
2. Όλοι, χωρίς καμία διάκριση, έχουν το δικαίωμα ίσης αμοιβής για ίση εργασία.
3. Κάθε εργαζόμενος έχει δικαίωμα δίκαιης και ικανοποιητικής αμοιβής, που να εξασφαλίζει σε αυτόν και την οικογένειά του συνθήκες ζωής άξιες στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια. Η αμοιβή της εργασίας, αν υπάρχει, πρέπει να συμπληρώνεται με άλλα μέσα κοινωνικής προστασίας.
4. Καθένας έχει το δικαίωμα να ιδρύει μαζί με άλλους συνδικάτα και να συμμετέχει σε συνδικάτα για την προάσπιση των συμφερόντων του.

### **ΑΡΘΡΟ 24**

Καθένας έχει το δικαίωμα στην ανάπαυση, σε ελεύθερο χρόνο, και ιδιαίτερα, σε λογικό περιορισμό του χρόνου εργασίας και σε περιοδικές άδειες με πλήρεις αποδοχές.

### **ΑΡΘΡΟ 25**

1. Καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένεια του υγεία και ευημερία, και ειδικότερα τροφή, ρουχισμό, κατοικία, ιατρική περίθαλψη όπως και τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες. Έχει ακόμα δικαίωμα σε ασφάλιση για την ανεργία, την αρρώστια, την αναπηρία, τη χηρεία, τη γεροντική ηλικία, όπως και για όλες τις άλλες περιπτώσεις που στερείται τα μέσα της συντήρησής του, εξαιτίας περιστάσεων ανεξαρτήτων της θέλησής του.
2. Η μητρότητα και η παιδική ηλικία έχουν δικαίωμα ειδικής μέριμνας και περίθαλψης. Όλα τα παιδιά, ανεξάρτητα αν είναι νόμιμα ή εξώγαμα, απολαμβάνουν την ίδια κοινωνική προστασία.

### **ΑΡΘΡΟ 26**

1. Καθένας έχει δικαίωμα στην εκπαίδευση. Η εκπαίδευση πρέπει να παρέχεται δωρεάν, τουλάχιστον στη στοιχειώδη και βασική βαθμίδα της. Η στοιχειώδης εκπαίδευση είναι υποχρεωτική. Η τεχνική και επαγγελματική εκπαίδευση πρέπει να εξασφαλίζεται για όλους. Η πρόσβαση στην ανώτατη παιδεία πρέπει να είναι ανοικτή σε όλους, υπό ίσους όρους, ανάλογα με τις ικανότητές τους.
2. Η εκπαίδευση πρέπει να αποβλέπει στην πλήρη ανάπτυξη της ανθρώπινης προσωπικότητας και στην ενίσχυση του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιακών ελευθεριών. Πρέπει να προάγει την κατανόηση, την ανεκτικότητα

και τη φιλία ανάμεσα σε όλα τα έθνη και σε όλες τις φυλές και τις θρησκευτικές ομάδες, και να ευνοεί την ανάπτυξη των δραστηριοτήτων των Ηνωμένων Εθνών για τη διατήρηση της ειρήνης.

3. Οι γονείς έχουν, κατά προτεραιότητα, το δικαίωμα να επιλέγουν το είδος της παιδείας που θα δοθεί στα παιδιά τους.

#### **ΑΡΘΡΟ 27**

1. Καθένας έχει το δικαίωμα να συμμετέχει ελεύθερα στην πνευματική ζωή της κοινότητας, να χαίρεται τις καλές τέχνες και να μετέχει στην επιστημονική πρόοδο και στα αγαθά της.
2. Καθένας έχει το δικαίωμα να προστατεύονται τα ηθικά και υλικά συμφέροντά του που απορρέουν από κάθε είδους επιστημονική, λογοτεχνική ή καλλιτεχνική παραγωγή του.

#### **ΑΡΘΡΟ 28**

Καθένας έχει το δικαίωμα να επικρατεί μια κοινωνική και διεθνής τάξη, μέσα στην οποία τα δικαιώματα και οι ελευθερίες που προκηρύσσει η παρούσα Διακήρυξη να μπορούν να πραγματώνονται σε όλη τους την έκταση

#### **ΑΡΘΡΟ 29**

1. Το άτομο έχει καθήκοντα απέναντι στην κοινότητα, μέσα στα πλαίσια της οποίας και μόνο είναι δυνατή η ελεύθερη και ολοκληρωμένη ανάπτυξη της προσωπικότητάς του.
2. Στην άσκηση των δικαιωμάτων του και στην απόλαυση των ελευθεριών του κανείς δεν υπόκειται παρά μόνο στους περιορισμούς που ορίζονται από τους νόμους, με αποκλειστικό σκοπό να εξασφαλίζεται η αναγνώριση και ο σεβασμός των δικαιωμάτων και των ελευθεριών των άλλων, και να ικανοποιούνται οι δίκαιες απαιτήσεις της ηθικής, της δημόσιας τάξης και του γενικού καλού, σε μια δημοκρατική κοινωνία.
3. Τα δικαιώματα αυτά και οι ελευθερίες δεν μπορούν, σε καμία περίπτωση, να ασκούνται αντίθετα προς τους σκοπούς και τις αρχές των Ηνωμένων Εθνών.

#### **ΑΡΘΡΟ 30**

Καμιά διάταξη της παρούσας Διακήρυξης δεν μπορεί να ερμηνευθεί ότι παρέχει σε ένα κράτος, σε μια ομάδα ή σε ένα άτομο οποιοδήποτε δικαίωμα να επιδίδεται σε ενέργειες ή να εκτελεί πράξεις που αποβλέπουν στην άρνηση των δικαιωμάτων και των ελευθεριών που εξαγγέλλονται σε αυτήν.



## Γ) Ευρωπαϊκός Χάρτης των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των ηλικιωμένων

### ΠΡΟΛΟΓΟΣ

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.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ανθρώπων, οι οποίοι είναι πιθανότερο να βασιστούν σε άλλους για φροντίδα, «να ζήσουν μια ζωή με αξιοπρέπεια και ανεξαρτησία και να συμμετέχουν στην κοινωνική και πολιτισμική ζωή» (Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ, άρθρο 25). Κάθε περιορισμός αυτών των δικαιωμάτων, εάν οφείλεται στην ηλικία και την εξάρτηση, πρέπει να αιτιολογείται με σαφή νομικά επιχειρήματα και διαφανείς νομικές διαδικασίες, πρέπει να είναι αναλογικός, να επιδέχεται επαναξιολόγηση και, προπαντός, να λειτουργεί προς όφελος του ατόμου που αφορά. Η περιφρόνηση και η παραβίαση αυτών των δικαιωμάτων πρέπει να θεωρείται μη αποδεκτή. Τα Κράτη Μέλη οφείλουν να αναπτύξουν πολιτικές που προωθούν τα συγκεκριμένα δικαιώματα τόσο στο σπίτι όσο και στα ιδρύματα παροχής φροντίδας, καθώς και να προσφέρουν υποστήριξη στα άτομα ώστε να τα διεκδικούν.

Με την παρούσα πρόταση ενός Ευρωπαϊκού Χάρτη «των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρειάζονται βοήθεια και μακροχρόνια φροντίδα» στα πλαίσια του προγράμματος DAPHNE III με σκοπό την καταπολέμηση της κακοποίησης των ηλικιωμένων, οι εταίροι του EUSTACEA στοχεύουν να ξεκινήσουν ένα διάλογο στα Κράτη Μέλη της ΕΕ για τον καλύτερο τρόπο αναγνώρισης και διεκδίκησης των δικαιωμάτων των πιο ευάλωτων ηλικιωμένων. Σκοπός των εταίρων είναι οι ηλικιωμένοι να αποκτήσουν φωνή και να διασφαλίσουν ότι θα ακούγονται από ολόκληρη την κοινωνία.

Τα μέλη του AGE και οι εταίροι του προγράμματος τονίζουν ότι η μεγάλη ηλικία δεν συνεπάγεται καμία μείωση των δικαιωμάτων, καθηκόντων και υποχρεώσεων ενός ατόμου, αλλά υπογραμμίζει ότι ένα άτομο μπορεί να βρίσκεται σε μια είτε μόνιμη ή

προσωρινή κατάσταση αδυναμίας που να εμποδίζει την προάσπιση των δικαιωμάτων του.

Ο Χάρτης αναγνωρίζει ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ευπαθών και ευάλωτων ηλικιωμένων ατόμων είναι γυναίκες: δύο στα τρία άτομα άνω των 80 ετών στην Ευρώπη είναι γυναίκες. Πάνω από το ένα τρίτο αυτών των γυναικών πάσχουν από Αλτσχάιμερ νόσο ή άνοια, γεγονός που τις καθιστά ακόμη πιο ευάλωτες στην κακοποίηση.

Η υγεία και η μακροχρόνια φροντίδα, συμπεριλαμβανόμενης της πρόληψης και της έγκαιρης παρέμβασης, πρέπει να μη θεωρούνται κόστος αλλά επένδυση που θα ωφελήσει όλες τις ηλικιακές ομάδες. Η υγειονομική περίθαλψη και οι υπηρεσίες παροχής μακροχρόνιας φροντίδας στα όρια της ΕΕ θα πρέπει να βασίζονται στην αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών και να αντανακλούν τις διατάξεις της Συνθήκης της Λισσαβόνας, οι οποίες δηλώνουν ότι η ΕΕ «θα καταπολεμήσει τον κοινωνικό αποκλεισμό και τις κοινωνικές διακρίσεις και θα προωθήσει την κοινωνική δικαιοσύνη και προστασία, την ισότητα ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες, την αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών και την προστασία των δικαιωμάτων του παιδιού».

Το να είσαι ευάλωτος/η και να εξαρτάσαι από άλλους είναι σύνθετες καταστάσεις: οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι, οι οικογένειές τους και όσοι τους φροντίζουν σε επαγγελματική ή σε εθελοντική βάση πρέπει να σέβονται τα προαναφερθέντα δικαιώματά τους. Ο Χάρτης αποσκοπεί στο να παρέχει εφόδια σε όλους αυτούς, ώστε να διευκολύνουν την πρόσβαση των ηλικιωμένων στα θεμελιώδη δικαιώματά τους.

Στόχος του Χάρτη είναι να συμπληρώσει και να υποστηρίξει τους χάρτες και τα άλλα μέτρα, που ήδη εφαρμόζονται σε ορισμένα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και όχι να τα αντικαταστήσει. Ο Χάρτης επίσης στοχεύει στο να ευαισθητοποιήσει το ευρύτερο κοινό, να τονίσει τα δικαιώματα του συνεχώς αυξανόμενου αριθμού ατόμων που λαμβάνουν μακροχρόνια φροντίδα και να προωθήσει την ανταλλαγή βέλτιστων πρακτικών τόσο στα Κράτη Μέλη όσο και σε άλλες χώρες. Αν και τα δικαιώματα αυτά δεν είναι πλήρως σεβαστά σήμερα, φιλοδοξούμε να τα διεκδικήσουμε.

Συνοπτικά ο Χάρτης στοχεύει να γίνει ένα κείμενο αναφοράς που θα καθορίζει τις θεμελιώδεις αρχές και δικαιώματα που είναι απαραίτητα για την ευημερία όλων όσων εξαρτώνται από άλλους για την υποστήριξη και τη φροντίδα τους λόγω ηλικίας, νόσου ή αναπηρίας. Ο συνοδευτικός οδηγός λειτουργεί συμπληρωματικά και επεξηγηματικά στον Χάρτη. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του Χάρτη και παρέχει

πολύαριθμα παραδείγματα από εμπειρίες και πρωτοβουλίες των οργανισμών που συμμετείχαν στη δημιουργία του.

Ο εν λόγω οδηγός παρέχει τη δυνατότητα σε όλους τους εμπλεκόμενους να οικειοποιηθούν τις αρχές που καθορίζονται στον Χάρτη και να τον προσαρμόσουν στα εθνικά ή τοπικά τους πλαίσια.

## **ΑΡΘΡΟ 1**

### **Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, τη σωματική και πνευματική ευεξία την ελευθερία και την ασφάλεια.**

Καθώς γερνάτε και ίσως εξαρτάτε από άλλους για την υποστήριξη και τη φροντίδα σας, εξακολουθείτε να έχετε το δικαίωμα να απαιτείτε από τους άλλους να σέβονται την ανθρώπινη αξιοπρέπιά σας, τη σωματική και πνευματική ευεξία σας, την ελευθερία και την ασφάλειά σας. Συγκεκριμένα, έχετε το δικαίωμα:

**1-1** Να σέβονται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και ευημερία σας, 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 χρειάζεστε.

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

#### Σωματική ευεξία

1-2.1 Να σέβονται και να διαφυλάσσουν τη σωματική ακεραιότητά σας, καθώς και να σας 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 σας 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 σας, καθώς και να σας προφυλάσσουν από κάθε μορφής ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση και κακομεταχείριση.

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

1-2.5 Να σας προφυλάσσουν από κάθε απόπειρα απομάκρυνσής σας από άτομα με τα οποία θέλετε να είστε μαζί.

### Οικονομική και υλική ασφάλεια

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

1-2.7 Να απαιτείται από τα άτομα που σας φροντίζουν, όταν εσείς δεν είστε σε θέση να φροντίσετε τα οικονομικά και υλικά αγαθά σας, να σκέφτονται το δικό σας συμφέρον

1-2.8 Να διατηρείτε τα προσωπικά σας υπάρχοντα μέχρι εσείς να αποφασίσετε να τα αποχωριστείτε ή μέχρι τον θάνατό σας. Έχετε το δικαίωμα να διαφυλάσσετε από κάθε εξαναγκασμό να αλλάξετε τη διαθήκη σας ή να εκχωρήσετε σε άλλους οικονομικά ή υλικά αγαθά που σας ανήκουν.

### Προστασία από ιατρική και φαρμακευτική κακοποίηση

1-2.9 Να σας 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 σας προφυλάσσουν από παραμέληση ή έλλειψη κατάλληλης προσοχής όσον αφορά στην παροχή υποστήριξης, φροντίδας ή θεραπείας.

**1-3** Να σας προφυλάσσουν από απειλές κάθε είδους. Δικαιούστε τις κατάλληλες συνθήκες ώστε να αισθάνεστε ασφαλής στον χώρο σας και με τους ανθρώπους που σας περιβάλλουν.

**1-4** Να έχετε κοινωνική ασφάλιση και κοινωνική πρόνοια.

## **ΑΡΘΡΟ 2**

### **Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού.**

Καθώς γερνάτε και ίσως εξαρτάστε από άλλους για την υποστήριξη και την φροντίδα σας, εξακολουθείτε να έχετε το δικαίωμα να σέβονται οι άλλοι τις επιθυμίες σας και να παίρνετε εσείς αποφάσεις για τη ζωή σας. Το δικαίωμα αυτό ισχύει επίσης και για κάθε άτομο της επιλογής σας.

### Ελευθερία επιλογής

**2-1** Έχετε το δικαίωμα να προσδιορίζετε εσείς τη ζωή σας με τον βαθμό ανεξαρτησίας που σας επιτρέπει η σωματική και πνευματική σας κατάσταση και να παίρνετε συμβουλές και υποστήριξη για να πετύχετε το σκοπό σας.

**2-2** Έχετε το δικαίωμα να απαιτείτε οι απόψεις, οι επιθυμίες σας και οι επιλογές σας να γίνονται σεβαστές από τους γύρω σας, ακόμα και όταν δεν μπορείτε να επικοινωνήσετε με ευφράδεια. Έχετε το δικαίωμα να σας συμβουλεύονται και να συμμετέχετε σε όλες τις διαδικασίες όταν παίρνονται αποφάσεις που σας αφορούν. Έχετε το δικαίωμα να

διαλέγετε το μέρος στο οποίο ζείτε, έτσι που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας, είτε πρόκειται για το σπίτι σας είτε για χώρους επίσημης φροντίδας.

**2-3** Έχετε το δικαίωμα να διατηρείτε τον έλεγχο της περιουσίας σας και των εισοδημάτων σας, καθώς και να διαχειρίζεστε εσείς τις οικονομικές και νομικές σας υποθέσεις και συναλλαγές με το κράτος. Πρέπει να έχετε την υποστήριξη που χρειάζεστε για να πετύχετε αυτόν τον έλεγχο.

#### Υποστήριξη στο να παίρνετε αποφάσεις

**2-4** Έχετε το δικαίωμα να ορίζετε εσείς το άτομο που επιθυμείτε να παίρνει αποφάσεις και να συνηγορεί για σας.

**2-5** Έχετε το δικαίωμα να ζητάτε δεύτερη γνώμη για την κατάσταση της υγείας σας πριν ακολουθήσετε κάποια θεραπεία.

**2-6** Έχετε το δικαίωμα να σας δίνετε αρκετός χρόνος ώστε να εκτιμάτε προσεχτικά τις αποφάσεις σας, να έχετε στη διάθεσή σας τα σχετικά έγγραφα και να αποφασίζετε αφού πάρετε ανεξάρτητες πληροφορίες, συμβουλές και καθοδήγηση.

**2-7** Στην περίπτωση που στο μέλλον δεν μπορείτε να αποφασίσετε μόνος/η σας ή να εκφραστείτε μόνος/η σας, έχετε το δικαίωμα να αφήσετε εκ των προτέρων οδηγίες σχετικές με την περίθαλψή σας, που να εκτελεστούν από άτομο της επιλογής σας. Οι επιθυμίες σας θα πρέπει να γίνονται σεβαστές ανά πάσα στιγμή, ακόμα και όταν επικοινωνείτε μη λεκτικά ή μέσω ατόμου της επιλογής σας.

#### Περιορισμοί στον αυτοπροσδιορισμό σας

**2-8** Δεν πρέπει να υποβληθείτε 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 σας μέσα από μια διαφανή και ανεξάρτητα εξακριβωμένη διαδικασία που θα μπορεί να ανατραπεί. Οι αξιολογήσεις του πνευματικού σας επιπέδου όσον αφορά στην ικανότητά σας να παίρνετε αποφάσεις δεν είναι ούτε απόλυτες ούτε μόνιμες και πρέπει να επανεξετάζονται τακτικά.

### **ΑΡΘΡΟ 3**

#### **Δικαίωμα στην προσωπική ζωή.**

Καθώς γερνάτε και ίσως εξαρτάστε από άλλους για την υποστήριξη και την φροντίδα σας, εξακολουθείτε να έχετε το δικαίωμα να σέβονται και να διαφυλάσσουν την προσωπική σας ζωή και τις προσωπικές σας σχέσεις.

#### Δικαίωμα στην προσωπική ζωή

**3-1** Έχετε το δικαίωμα να σέβονται την ανάγκη σας για προσωπική ζωή. Πρέπει να σας παρέχεται η δυνατότητα, όταν το επιθυμείτε, να έχετε χρόνο και χώρο για εσάς είτε είστε μόνος ή με άτομα της επιλογής σας.

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

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

#### Δικαίωμα στα προσωπικά δεδομένα σας και την επικοινωνία σας

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

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

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

### **ΑΡΘΡΟ 4**

#### **Δικαίωμα σε εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας.**

Καθώς γερνάτε και ίσως εξαρτάστε από άλλους για την υποστήριξη και την φροντίδα σας, εξακολουθείτε να έχετε το δικαίωμα σε φροντίδα, υποστήριξη και θεραπεία υψηλής ποιότητας, που θα προστατεύουν την υγεία σας και θα είναι εξατομικευμένες, ώστε να ανταποκρίνονται στις προσωπικές σας ανάγκες και επιθυμίες.

#### Ποιότητα φροντίδας

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

**4-2** Έχετε το δικαίωμα να σας περιθάλπουν άτομα με ικανότητες που αντιστοιχούν στις ανάγκες σας όσον αφορά στην υποστήριξη, φροντίδα και ιατρική περίθαλψή σας. Αν και κατά πόσο, οι φροντιστές σας 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 ζητήσετε υπηρεσίες ανάπαυλας, ώστε τα άτομα που σας 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 σας παρέχουν.

**4-4** Έχετε το δικαίωμα να επωφελείστε από μέτρα που θα προλαμβάνουν τυχόν επιδείνωση ή θα επιφέρουν βελτίωση της κατάστασής σας και θα προωθούν την ανεξαρτησία σας στον μέγιστο δυνατό βαθμό.

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

**4-6** Έχετε το δικαίωμα να λαμβάνετε υποστήριξη για τις καθημερινές σας ανάγκες ακριβώς τη στιγμή που τη χρειάζεστε.

#### Εξατομικευμένη φροντίδα

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

**4-8** Έχετε το δικαίωμα να μετακινείστε ελεύθερα στο περιβάλλον σας. Έχετε το δικαίωμα να υποστηρίζουν και να ενθαρρύνουν τις μετακινήσεις σας.

**4-9** Έχετε το δικαίωμα να απαιτείτε να λαμβάνονται υπόψη σημαντικές πτυχές από το παρελθόν και τον μέχρι τώρα τρόπο ζωής σας.

## ΑΡΘΡΟ 5

### **Δικαίωμα σε εξατομικευμένες πληροφορίες, συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης.**

Καθώς γερνάτε και ίσως εξαρτάστε από άλλους για την υποστήριξη και την φροντίδα σας, εξακολουθείτε να έχετε το δικαίωμα να αναζητείτε και να λαμβάνετε εξατομικευμένες πληροφορίες και συμβουλές σχετικά με όλες τις υπάρχουσες επιλογές όσον αφορά στη φροντίδα, υποστήριξη και περίθαλψή σας, ούτως ώστε να λαμβάνετε αποφάσεις βασισμένες σε σωστή ενημέρωση.

#### Δικαίωμα πρόσβασης σε προσωπικές και εξατομικευμένες πληροφορίες

**5-1** Έχετε το δικαίωμα να ενημερώνεστε για την κατάσταση της υγείας σας 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 σας κατάσταση και την καθημερινότητά σας. Επίσης περιλαμβάνει ενημέρωση για τις υπάρχουσες εναλλακτικές λύσεις.

**5-2** Εσείς και κάθε άτομο της επιλογής σας συνεχίζετε να έχετε δικαίωμα πρόσβασης στον προσωπικό σας ιατρικό φάκελο, όπως και το δικαίωμα να ζητήσετε να δείτε όλα τα έγγραφα που αφορούν στην υγεία σας.

**5-3** Το δικαίωμά σας να αρνηθείτε να ενημερωθείτε πρέπει επίσης να γίνεται σεβαστό.

**5-4** Έχετε το δικαίωμα να ενημερώνεστε και να ζητάτε συμβουλές για όλες τις υπάρχουσες ψυχαγωγικές δραστηριότητες, δυνατότητες διαμονής και μέτρα κοινωνικής πρόνοιας από τα οποία ίσως επωφεληθείτε, ανεξάρτητα από το κόστος τους. Πρέπει να έχετε τη δυνατότητα να αποφασίζετε ποια από αυτά αντέχετε οικονομικά και πρέπει να σας παρέχονται όλες οι απαραίτητες πληροφορίες ώστε να αποφασίζετε αφού πρώτα ενημερώνεστε πλήρως.

#### Συγκατάθεση μετά από ενημέρωση και συμβουλές

**5-5** Εσείς και κάθε άτομο της επιλογής σας έχετε το δικαίωμα να ενημερώνεστε πριν δίνετε τη συγκατάθεσή σας για κάθε απόφαση που αφορά στη φροντίδα και στην ιατρική σας περίθαλψη, όπως επίσης και για κάθε συμμετοχή σας σε ερευνητικά προγράμματα και κλινικές μελέτες.

**5-6** Έχετε το δικαίωμα να ζητάτε νομικές συμβουλές, νομική υπεράσπιση και εκπροσώπηση. Πρέπει να σας παρέχεται νομική βοήθεια, όταν εσείς δεν έχετε τους απαιτούμενους οικονομικούς πόρους.



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

**5-8** Εσείς ή κάποιο άτομο της επιλογής σας έχετε το δικαίωμα να λαμβάνετε έγκαιρη, σαφή και ολοκληρωμένη ενημέρωση για όλες τις υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες και σας αφορούν. Αυτό το δικαίωμα περιλαμβάνει το αντίστοιχο κόστος των υπηρεσιών, καθώς και τις δυνατότητες προσαρμογής τους, ώστε να ανταποκρίνονται στις δικές σας ανάγκες

**5-9** Πριν συνάψετε ή τροποποιήσετε οποιαδήποτε συμφωνία ή συμβόλαιο με κάποια μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων ή άλλες υπηρεσίες έχετε το δικαίωμα να ενημερωθείτε πλήρως και να ζητήσετε 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 σας πρέπει να είναι σαφής και κατανοητή.

## **ΑΡΘΡΟ 6**

### **Δικαίωμα σε συνεχή επικοινωνία, κοινωνική συμμετοχή και πολιτιστικές δραστηριότητες.**

Καθώς γερνάτε και ίσως εξαρτάστε από άλλους για την υποστήριξη και την φροντίδα σας, εξακολουθείτε να έχετε το δικαίωμα να αλληλεπιδράτε με άλλους ανθρώπους και να συμμετέχετε στην πολιτική ζωή, στη διά βίου μάθηση και στις πολιτιστικές δραστηριότητες.

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

**6-2** Έχετε το δικαίωμα σε κάθε απαραίτητη υποστήριξη που θα σας βοηθήσει να επικοινωνείτε. Έχετε το δικαίωμα να λαμβάνονται υπόψη οι επικοινωνιακές σας ανάγκες και προσδοκίες σας, ανεξάρτητα με τον τρόπο που εκφράζονται.

**6-3** Έχετε το δικαίωμα να μετακινείστε ελεύθερα, ώστε να καλλιεργείτε τα ενδιαφέροντα και τις ασχολίες σας. Αν η κινητικότητά σας εμποδίζεται, έχετε το δικαίωμα να λάβετε βοήθεια σε αυτό τον τομέα

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

**6-5** Έχετε το δικαίωμα να συνεχίζετε να ασκείτε όλα τα πολιτικά δικαιώματά σας, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος συμμετοχής σε πολιτικές εκλογές και, αν είναι

απαραίτητο, να λαμβάνετε αμερόληπτη βοήθεια στην εκπλήρωση του. Το δικαίωμά ελεύθερης επιλογής και μυστικότητας της ψήφου πρέπει να είναι σεβαστό, από το άτομο που σας βοηθά.

## ΑΡΘΡΟ 7

### **Δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης και την ελευθερία της σκέψης/συνείδησης: πεποιθήσεις, πολιτισμός και θρησκεία.**

Καθώς γερνάτε και ίσως εξαρτάστε από άλλους για την υποστήριξη και την φροντίδα σας, εξακολουθείτε να έχετε το δικαίωμα να ζείτε σύμφωνα με τα πιστεύω σας, τις δοξασίες σας και τις αξίες σας.

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

**7-2** Έχετε το δικαίωμα να εξασκείτε και να τηρείτε τη θρησκεία σας ή τα πνευματικά πιστεύω σας. Έχετε επίσης το δικαίωμα να λαμβάνετε πνευματική ή θρησκευτική συμπαράσταση και καθοδήγηση, όταν το επιθυμείτε, από εκπροσώπους της θρησκείας σας ή των πνευματικών πιστεύω σας. Έχετε το δικαίωμα να αρνηθείτε να συμμετέχετε σε θρησκευτικές δραστηριότητες, καθώς και να αρνηθείτε να σας προσεγγίσουν εκπρόσωποι θρησκειών, δογμάτων ή φιλοσοφικών κινήματων.

**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** Έχετε το δικαίωμα να συναθροίζεστε και να συναναστρέφεστε, όπως επίσης έχετε το δικαίωμα να αρνείστε τις συναναστροφές.

**7-5** Έχετε το δικαίωμα να αναπτύσσετε τους πολιτικούς ή κοινωνικούς ορίζοντές σας και πεποιθήσεις, καθώς και να διευρύνετε τις γνώσεις και τις δεξιότητές σας σε αυτό τον τομέα.

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

## ΑΡΘΡΟ 8

### **Δικαίωμα στην παρηγορητική αγωγή και υποστήριξη, στον σεβασμό και την αξιοπρέπεια κατά τα τελευταία στάδια της ζωής και τον θάνατο**

Έχετε το δικαίωμα να πεθάνετε αξιοπρεπώς και σύμφωνα με τις επιθυμίες σας, μέσα στα όρια που καθορίζει η εθνική νομοθεσία της χώρας διαμονής σας

**8-1** Έχετε το δικαίωμα να λάβετε συμπονετική βοήθεια και παρηγορητική αγωγή όταν φτάνετε στο τέλος της ζωής σας και μέχρι να πεθάνετε. Έχετε το δικαίωμα να ληφθούν μέτρα για την ανακούφιση του πόνου και άλλων συμπτωμάτων που σας ταλαιπωρούν.

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

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

**8-4** Έχετε το δικαίωμα να καθορίζετε 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 έχετε κριθεί διανοητικά μη ικανή/ός, πρέπει να γίνουν σεβαστές οι επιθυμίες που έχετε δηλώσει εκ των προτέρων.

**8-5** Κανείς δεν επιτρέπεται να πάρει μέτρα που θα σας οδηγήσουν συστηματικά στον θάνατο, εκτός αν αυτό είναι σύμφωνο με την εθνική νομοθεσία<sup>1</sup> της χώρας διαμονής σας και έχετε δώσει ρητά σχετικές οδηγίες.

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

**8-7** Έχετε το δικαίωμα να γίνουν σεβαστά και να τηρηθούν τα θρησκευτικά πιστεύω σας και οι επιθυμίες που εκφράσατε κατά τη διάρκεια της ζωής σας σχετικά με το πώς θέλετε να μεταχειριστούν τη σορό σας μετά το θάνατό σας.

## **ΑΡΘΡΟ 9**

### **Δικαίωμα πρόσβασης σε ένδικα μέσα.**

Καθώς γερνάτε και ίσως εξαρτάστε από άλλους για την υποστήριξη και την φροντίδα σας, εξακολουθείτε να έχετε το δικαίωμα να έχετε πρόσβαση σε ένδικα μέσα σε περίπτωση κακομεταχείρισης, κακοποίησης ή παραμέλησης.

**9-1** Έχετε το δικαίωμα να λάβετε υποστήριξη ή να αρνηθείτε υποστήριξη κάθε φορά που βρίσκεστε σε κατάσταση κακοποίησης ή κακομεταχείρισης, ανεξάρτητα από το αν λαμβάνετε φροντίδα σε ίδρυμα ή κατ' οίκον.

**9-2** Έχετε το δικαίωμα να απαιτείτε 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** Έχετε το δικαίωμα να ενημερώνεστε για τους τρόπους με τους οποίους μπορείτε να καταγγείλετε ενδεχόμενη κακοποίηση. Έχετε το δικαίωμα να καταγγέλλετε κακοποίηση ή κακομεταχείριση χωρίς να φοβάστε τυχόν αρνητικές συνέπειες, όπως επίσης να απαιτείτε ότι οι αρχές θα ανταποκριθούν όπως αρμόζει, όταν προβαίνετε σε καταγγελία. Το δικαίωμα αυτό έχει και το οικείο περιβάλλον σας, ιδιαίτερα οι άνθρωποι που είναι υπεύθυνοι για τη φροντίδα σας και την υποστήριξή σας

**9-4** Έχετε το δικαίωμα να απαιτείτε να προφυλαχθείτε από την κατάσταση κακοποίησης ή κακομεταχείρισης που έχετε καταγγείλει μέχρις ότου η κατάσταση αυτή ερευνηθεί πλήρως. Δίχως να σημαίνει ότι θα πρέπει να αλλάξετε τον χώρο κατοικίας σας αν δεν το επιθυμείτε.

**9-5** Έχετε το δικαίωμα να λάβετε περίθαλψη για κάθε σωματικό ή ψυχολογικό τραύμα που ενδεχομένως πάθατε εξαιτίας κακοποίησης ή κακομεταχείρισης, μέχρι την πλήρη αποκατάστασή του. Πρέπει επίσης να σας δίνεται χρόνος για να ανακάμψετε με τον δικό σας ρυθμό.

## **ΑΡΘΡΟ 10**

### **Οι υποχρεώσεις σας.**

Καθώς γερνάτε και ίσως εξαρτάστε από άλλους για την υποστήριξη και την φροντίδα σας, εσείς πρέπει:

**10-1** Να σέβεστε τα δικαιώματα και τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων που ζουν και εργάζονται στο ίδιο περιβάλλον με εσάς, καθώς και να σέβεστε το γενικό συμφέρον της κοινότητας στην οποία ζείτε· οι υποχρεώσεις και οι ελευθερίες σας πρέπει να περιορίζονται μόνο από την ανάγκη να γίνονται σεβαστά τα ίδια δικαιώματα των άλλων μελών της κοινότητάς σας.

**10-2** Να σέβεστε το ότι οι άνθρωποι και το προσωπικό που σας φροντίζουν έχουν το δικαίωμα να τους συμπεριφέρεστε με ευγένεια και να εργάζονται σε ένα περιβάλλον χωρίς να υφίστανται παρενοχλήσεις και κακοποίηση

**10-3** Να σχεδιάζετε για το μέλλον σας και να αναλαμβάνετε την ευθύνη των επιπτώσεων που θα έχει η δράση σας ή η έλλειψη δράσης σας στους ανθρώπους που σας φροντίζουν και τους συγγενείς σας, σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία της χώρας σας. Αυτό περιλαμβάνει:

10-3.1 Να ορίζετε το κατάλληλο άτομο της επιλογής σας που θα παίρνει αποφάσεις και θα συνηγορεί εκ ονόματός σας.

10-3.2 Να αφήνετε εκ των προτέρων οδηγίες που θα καθορίζουν λεπτομερώς τις επιθυμίες σας σε σχέση με την υγεία σας και την ευημερία σας, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας και της θεραπείας για όσο ζείτε και κατά τα τελευταία στάδια της ζωής σας, όπως επίσης και να κανονίσετε πώς θα διαθέσετε την περιουσία σας και τα οικονομικά σας ζητήματα. Αν δεν είστε σε θέση να το κάνετε αυτό, είναι καθήκον των άμεσων συγγενών σας ή του εκπροσώπου που έχετε ορίσει να πάρει αποφάσεις εξ ονόματός σας με το μεγαλύτερο δυνατό σεβασμό στις επιθυμίες σας.

**10-4** Να ενημερώνετε τις αρμόδιες αρχές και τους ανθρώπους που σας περιβάλλουν για καταστάσεις κακοποίησης, κακομεταχείρισης ή παραμέλησης που βιώνετε ή παρατηρείτε.

Ο παρών Ευρωπαϊκός Χάρτης δημιουργήθηκε από τους ακόλουθους εταίρους:

50+ Hellas › <http://www.50plus.gr/english>

AGE Platform Europe › [www.age-platform.eu](http://www.age-platform.eu)

ANBO › <http://www.anbo.nl>

BIVA › <http://www.biva.de/>

Commune de Saint Josse ›

<http://www.stjosse.irisnet.be/index.php?id=50>

E.D.E. › <http://www.ede-eu.org/>

FIPAC › <http://www.fipac.it/>

FNG › <http://www.fng.fr/>

MZU › [www.mzu.si](http://www.mzu.si)

NIACE › <http://www.niace.org.uk/>

SPF Sweden › [www.spfpension.se](http://www.spfpension.se)

Zivot 90 › <http://www.zivot90.cz/>