CO2GETHER

Όταν η γήρανση συναντά τη φτώχεια:

Η ζωή στις αγροτικές περιοχές της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας

Δρ. Μαρία Ζαφειροπούλου, Γεροντολόγος, Νομικός, Ιδρύτρια της Co2gether

Δρ. Ελίζαμπεθ Μεσθεναίος, Κοινωνιολόγος, Σύμβουλος της Co2gether

Δημήτριος Νέντας, Υποψήφιος Διδάκτωρ, Γενικός Διευθυντής Τράπεζας Τροφίμων

Γεωργία Μποτζάκη, Νομικός, Συνήγορος Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων της Co2gether

Ιφιγένεια Μπουλή, Κοινωνική Λειτουργός της Co2gether

Γρηγόριος Αλόκριος, Διευθυντής Κέντρου Υγείας Χαλανδρίτσας

Με την Υποστήριξη:

CO2GETHER

ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΡΟΦΙΜΩΝ 1995

Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία

Εισαγωγή 4
Διαστάσεις κοινωνικοοικονομικής ευαλωτότητας 6
Γεωγραφική διάσταση: 6
Ηλικιακή διάσταση: 6
Στέγαση και οικονομική ευαλωτότητα: 7
Απασχόληση και οικονομική ανασφάλεια: 7
Αναπηρία: 7
Δημογραφικές προκλήσεις: 8
Επιλεγμένα βασικά δεδομένα: 8
Ψυχική υγεία και φτώχεια 10
Ο ρόλος της Co2gether στη μελέτη της φτώχειας στη Δυτική Ελλάδα 11
Δείγμα Μελέτης 12
Ερευνητική Διαδικασία 14
Περιορισμοί της μελέτης 19
Συνθήκες στέγασης και προσβασιμότητα 20
Κουζίνα, μπάνιο και θέρμανση 23
Υγεία και φτώχεια 31
Σωματική Υγεία 31
Ψυχική υγεία 34
Συμπεράσματα 37
Προτεινόμενες άμεσες παρεμβάσεις 39
1. Στοχευμένη ενεργειακή και στεγαστική αναβάθμιση κατοικιών οικονομικά ευάλωτων νοικοκυριών 39
2. Συντονισμένη παρέμβαση για τη στέγαση, την ενεργειακή επάρκεια και την υγεία 39
3. Ενίσχυση της πρόληψης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές 40
4. Ενίσχυση της κατ' οίκον φροντίδας και της υποστήριξης των φροντιστών 40

5. Ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην κοινωνική και κατ' οίκον φροντίδα 41
6. Τοπικές δράσεις ψηφιακής ενδυνάμωσης και πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες 42
Κεντρικό μήνυμα 42
Παράρτημα α – αναλυτικοί πίνακες 43
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 49

«Όσο συνεχίζει να υπάρχει η φτώχεια, δεν υπάρχει αληθινή ελευθερία.»

— Nelson Mandela

Εισαγωγή

Η φτώχεια έχει πολλά πρόσωπα, που παραμένουν αόρατα στις αγροτικές και απομονωμένες περιοχές. Η φτώχεια ορίζεται στην Ευρωπαϊκή Ένωση με τη χρήση αντικειμενικών κριτηρίων τα οποία επιτρέπουν συγκρίσεις τόσο σε εθνικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο, και δεν περιορίζονται μόνο στην οικονομική κατάσταση του ατόμου ή του νοικοκυριού[1]. Επηρεάζει άμεσα τις συνθήκες διαβίωσης, την υγεία, την εκπαίδευση, την οικονομική και συναισθηματική ασφάλεια, καθώς και τη συνολική ευημερία του ατόμου, οδηγώντας, κατά συνέπεια, σε κοινωνικό αποκλεισμό.

Το 2025, το 27,5% του πληθυσμού της Ελλάδας (2.797.000 άτομα) βρισκόταν σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ η σοβαρή υλική και κοινωνική στέρηση αυξήθηκε από 14,0% το 2024 σε 14,9%[2]. Η φτώχεια μεταξύ των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας στην Ελλάδα εντείνεται σταδιακά, με το ποσοστό να ανέρχεται στο 20,9% το 2025, έναντι 18,8% το 2024 και 17,6% το 2023. Το αντίστοιχο ποσοστό για τα παιδιά ηλικίας 0-17 ετών ανήλθε στο 22,8% το 2025, σημειώνοντας αύξηση κατά 0,4 μονάδες[3]. Τα τελευταία έτη, παρά τον σημαντικό ρόλο των συντάξεων και των κοινωνικών μεταβιβάσεων στη μείωση του κινδύνου φτώχειας[4], η οικονομική ευπάθεια μεταξύ των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας συνεχίζει να επιδεινώνεται, καθώς η δυνατότητα ενίσχυσης του εισοδήματός τους παραμένει περιορισμένη, γεγονός το οποίο συχνά συνεπάγεται επιδείνωση της υγείας τους.

---

[1] Τα στοιχεία συλλέγονται σε εθνικό και ετήσιο επίπεδο από τις εθνικές στατιστικές υπηρεσίες κάθε κράτους μέλους και βάση δεδομένων που χρησιμοποιείται για Στατιστικές της ΕΕ για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (EU-SILC) και το ποσοστό κινδύνου φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού (AROPE) στον συνολικό πληθυσμό.

Eurostat, *EU-SILC and ECHP Surveys: Income and Living Conditions Statistics* (Luxembourg: European Commission, 2024), https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/ilc_pnp1__custom_8792030/default/table?lang=en.

[2] Ελληνική Στατιστική Αρχή, *Κίνδυνος Φτώχειας ή Κοινωνικού Αποκλεισμού 2025: Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών (EU-SILC)*, Δελτίο Τύπου (Πειραιάς: ΕΛΣΤΑΤ, 19 Μαρτίου 2026).

[3] ΕΛΣΤΑΤ, *Κίνδυνος Φτώχειας ή Κοινωνικού Αποκλεισμού 2025*.

[4] Ελληνική Στατιστική Αρχή, *Κίνδυνος Φτώχειας ή Κοινωνικού Αποκλεισμού 2025*

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας[5], η φτώχεια επηρεάζει σημαντικά την υγεία και γενικότερα την ευημερία των ατόμων, καθώς συνδέεται με μη ασφαλείς συνθήκες διαβίωσης, ανεπαρκή διατροφή, περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και αυξημένο ψυχολογικό στρες, το οποίο επηρεάζει δυσμενώς την ψυχική υγεία. Συγκεκριμένα, οι κίνδυνοι για την υγεία αυξάνονται όταν οι συνθήκες στέγασης είναι ανεπαρκείς ή μη ασφαλείς και όταν το περιβάλλον διαβίωσης δεν πληροί τα κριτήρια υγιεινής, στην περίπτωση ανεπαρκούς πρόσβασης σε καθαρό πόσιμο νερό και κατάλληλες υποδομές αποχέτευσης. Μία παράμετρος που λαμβάνεται υπόψιν για την εκτίμηση του κινδύνου φτώχειας είναι η σοβαρή υλική και κοινωνική στέρηση. Ο δείκτης αυτός αντανακλά το ποσοστό του πληθυσμού που, για οικονομικούς λόγους, αδυνατεί να εξασφαλίσει τουλάχιστον 7 από τα 13 αγαθά, υπηρεσίες ή κοινωνικές δραστηριότητες που θεωρούνται απαραίτητα για ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης[6].

Μία ακόμη παράμετρος είναι η διαβίωση σε νοικοκυριά με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας, δηλαδή σε νοικοκυριά όπου οι ενήλικες (ηλικίας 18-59 ετών) έχουν εργαστεί κατά το προηγούμενο έτος λιγότερο από το 20% του συνολικού δυνητικού χρόνου εργασίας τους[7]. Για την αποτύπωση της οικονομικής και κοινωνικής ευπάθειας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας στη μελέτη αυτή συνεκτιμήθηκαν επίσης παράγοντες όπως το εργασιακό ιστορικό, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, η κατάσταση υγείας και η διαβίωση σε αγροτικές ή απομακρυσμένες περιοχές.

Η φτώχεια και η κοινωνική ευαλωτότητα δεν κατανέμονται ομοιογενώς στον πληθυσμό, αλλά επηρεάζονται από παράγοντες που αλληλεπιδρούν και

---

[5] World Health Organization, *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes* (Geneva: World Health Organization, 2010).

[6] Eurostat, "Living Conditions in Europe — Poverty and Social Exclusion," *Statistics Explained*, 2025, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Living_conditions_in_Europe_-_poverty_and_social_exclusion.

[7] Ελληνική Στατιστική Αρχή, Κίνδυνος Φτώχειας ή Κοινωνικού Αποκλεισμού 2025.

συσσωρεύονται. Ο τόπος κατοικίας, η ηλικία, οι συνθήκες στέγασης, η κατάσταση υγείας και αναπηρίας, καθώς και οι δυνατότητες πρόσβασης στην εργασία και σε βασικές υπηρεσίες οξύνουν τις υφιστάμενες ανισότητες. Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, ιδιάζουσα σημασία έχουν οι ακόλουθες διαστάσεις κοινωνικοοικονιμικής ευαλωτότητας.

Διαστάσεις κοινωνικοοικονομικής ευαλωτότητας

Γεωγραφική διάσταση: Η γεωγραφική διάσταση αποτελεί σημαντικό παράγοντα κοινωνικής και οικονομικής ευαλωτότητας. Οι κάτοικοι αγροτικών και απομακρυσμένων περιοχών αντιμετωπίζουν συχνά μεγαλύτερες αποστάσεις από βασικές υπηρεσίες, περιορισμένες δυνατότητες μετακίνησης και άνιση πρόσβαση σε κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες[8]. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επισημαίνει και το 2026 ότι στην Ελλάδα τα άτομα που ζουν σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές συγκαταλέγονται στις ομάδες που πλήττονται ιδιαίτερα από τον κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ εξακολουθούν να καταγράφονται σημαντικές εδαφικές ανισότητες στην πρόσβαση σε κοινωνικές υπηρεσίες[9]. Η παρούσα μελέτη υιοθετεί τη χωρική αυτή διάκριση ως κεντρικό άξονα ανάλυσης, εστιάζοντας σε αγροτικές και απομακρυσμένες κοινότητες της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας, όπου οι επιπτώσεις της φτώχειας συνοδεύονται με περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες, γεωγραφική απομόνωση και άλλες μορφές κοινωνικών ανισοτήτων.

Ηλικιακή διάσταση: Η οικονομική ευαλωτότητα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας παραμένει σημαντική. Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα στοιχεία που ήδη χρησιμοποιούνται στην παρούσα μελέτη, ο κίνδυνος φτώχειας για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας στην Ελλάδα αυξήθηκε στο 20,9% το 2025, έναντι 18,8% το 2024 και 17,6% το 2023. Η εξέλιξη αυτή αναδεικνύει την ανάγκη ενίσχυσης της κοινωνικής

[8] Theodosia Anthopoulou, Maria Partalidou, Sofia Nikolaidou, and Glykeria Stamatopoulou, "Poverty and Housing Precariousness in Rural Areas under the Lens of Social Resilience: Revealing Societal Implications of Lived Experiences of Rural Poverty," *Societal Impacts* 6 (2025): 100119, doi: 10.1016/j.socimp.2025.100119

[9] European Commission, *2026 Country Report—Greece*, Commission Staff Working Document SWD(2026) 208 final (Brussels, June 3, 2026).

προστασίας, ιδιαίτερα για άτομα που αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα χαμηλό εισόδημα, προβλήματα υγείας, ανάγκες φροντίδας ή γεωγραφική απομόνωση[10].

Στέγαση και οικονομική ευαλωτότητα: Το κόστος στέγασης αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική διάσταση της οικονομικής πίεσης στην Ελλάδα. Το 2024, το 28,9% του πληθυσμού της Ελλάδας ζούσε σε νοικοκυριά στα οποία οι συνολικές δαπάνες στέγασης υπερέβαιναν το 40% του διαθέσιμου εισοδήματος, το υψηλότερο ποσοστό μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ[11]. Η στεγαστική επιβάρυνση είναι ιδιαίτερα κρίσιμη για τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος και πρέπει να εξετάζεται σε συνδυασμό με την ενεργειακή φτώχεια, την ποιότητα της κατοικίας και την πρόσβαση σε βασικές υποδομές, καθώς το 19,0% του πληθυσμού δήλωσε αδυναμία να διατηρήσει την κατοικία του επαρκώς θερμή[12].

Απασχόληση και οικονομική ανασφάλεια: Οι άνθρωποι που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές έρχονται συχνά αντιμέτωποι με ελλιπείς υποδομές και περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες, καθώς και με περιορισμένες ευκαιρίες απασχόλησης για το νεότερο πληθυσμό. Επιπρόσθετα, στις αγροτικές περιοχές τα εισοδήματα στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό σε εποχικές γεωργικές δραστηριότητες, γεγονός που μπορεί να εντείνει την οικονομική ανασφάλεια.

Αναπηρία: Η αναπηρία μπορεί να επηρεάζει τα άτομα σε κάθε στάδιο της ζωής τους, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων παραγωγικής ηλικίας. Στις φτωχότερες και αγροτικές κοινότητες ειδικότερα, οι περιορισμένες υποδομές, η ανεπαρκής πρόσβαση σε υπηρεσίες και τα εμπόδια στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να εντείνουν τις ανισότητες που βιώνουν τα άτομα με αναπηρία και να περιορίσουν την πρόσβασή τους στην εργασία, την υγεία και την κοινωνική συμμετοχή.

---

[10] Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), *Πληθυσμός σε Κίνδυνο Φτώχειας ή Κοινωνικό Αποκλεισμό: Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών, Έτος 2025* (Πειραιάς: ΕΛΣΤΑΤ, 19 Μαρτίου 2026), Πίνακας 7.

[11] Eurostat, "SDG 1 — No Poverty," *Statistics Explained*, 2026, ενότητα "Access to Housing and Health Care."

[12] Eurostat, *Inability to Keep Home Adequately Warm — EU-SILC Survey*, online data code ilc_mdes01, 2026, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/.

Δημογραφικές προκλήσεις: Ένα ακόμη χαρακτηριστικό πολλών αγροτικών περιοχών είναι η δημογραφική αποδυνάμωση, καθώς σημαντικό μέρος του νεότερου πληθυσμού μετακινείται προς τα αστικά κέντρα ή το εξωτερικό, αναζητώντας εργασία και καλύτερες επαγγελματικές ή εκπαιδευτικές ευκαιρίες. Η πληθυσμιακή συρρίκνωση και η χαμηλή πυκνότητα πληθυσμού, σε συνδυασμό με τις μεγάλες αποστάσεις από βασικές υπηρεσίες και τις περιορισμένες οικονομικές και επαγγελματικές ευκαιρίες, συνδιαμορφώνουν ένα σύνολο διαρθρωτικών και κοινωνικοοικονομικών προκλήσεων που μπορούν να εντείνουν την οικονομική και κοινωνική ευαλωτότητα των αγροτικών κοινοτήτων, συμπεριλαμβανομένων εκείνων της Δυτικής Ελλάδας.

Επιλεγμένα βασικά δεδομένα:

- Το 2024, το 33,1% του πληθυσμού στις αγροτικές περιοχές της Ελλάδας βρισκόταν σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, έναντι 25,4% στις κωμοπόλεις και τα προάστια και 23,8% στις πόλεις, διαφορά περίπου εννέα ποσοστιαίων μονάδων μεταξύ αγροτικού και αστικού ιστού[13].
- Σε περιφερειακό επίπεδο, το 2025 το 27,9% του πληθυσμού της Δυτικής Ελλάδας βρισκόταν σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού, ποσοστό ελαφρώς υψηλότερο από το 27,5% στο σύνολο της χώρας[14]. Τα συγκεντρωτικά περιφερειακά μεγέθη, ωστόσο, συμπεριλαμβάνουν και τον αστικό πληθυσμό της Πάτρας και συνεπώς υποεκτιμούν τις συνθήκες που επικρατούν στις αγροτικές και ορεινές κοινότητες της Περιφέρειας, στις οποίες εστιάζει η παρούσα μελέτη.
- Η οικονομική ευπάθεια της Δυτικής Ελλάδας συνδέεται επίσης με μακροχρόνιους μετασχηματισμούς της τοπικής αγοράς εργασίας. Στην ευρύτερη περιοχή της Πάτρας, η αποβιομηχάνιση κατά τις τελευταίες δεκαετίες του 20ού αιώνα συνοδεύτηκε από το κλείσιμο σημαντικών βιομηχανικών μονάδων και την απώλεια

[13] Eurostat, *Key Figures on European Living Conditions – 2025 Edition* (Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2025), "People at risk of poverty or social exclusion, by degree of urbanisation", data for 2024.

[14] European Commission, *2026 Country Report – Greece*, Commission Staff Working Document SWD(2026) 208 final, 3 June 2026, Annex 18, Table A18.1, "Key regional indicators (at NUTS 2 level) for Greece".

θέσεων εργασίας, επηρεάζοντας τη δομή της τοπικής οικονομίας και της απασχόλησης[15].

- Σημαντική μείωση πληθυσμού στη Δυτική Ελλάδα. Η απογραφή πληθυσμού του 2021 παρουσίασε μείωση 5,4% από το 2011, με περαιτέρω μείωση να εκτιμάται για τα επόμενα έτη[16].
- Τα τελευταία χρόνια, τα ακραία καιρικά φαινόμενα και οι ευρύτερες επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής έχουν δημιουργήσει πρόσθετες προκλήσεις για τις τοπικές κοινότητες της Δυτικής Ελλάδας, ιδιαίτερα για εκείνες των οποίων η οικονομική δραστηριότητα εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τη γεωργία και την κτηνοτροφία[17]. Έντονες καταιγίδες, πλημμύρες και επαναλαμβανόμενες πυρκαγιές κατά τις θερινές περιόδους συνεπάγονται σημαντικές ζημιές στη γεωργική παραγωγή, απώλειες καλλιεργειών και ζωικού κεφαλαίου, και καταστροφές σε κατοικίες και υποδομές, επιβαρύνοντας περαιτέρω την οικονομική και κοινωνική ευπάθεια των κατοίκων. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι πυρκαγιές του Αυγούστου 2025 στους Δήμους Πατρέων και Δυτικής Αχαΐας, οι οποίες προκάλεσαν εκτεταμένες ζημιές σε καλλιέργειες, αγροτικές και κτηνοτροφικές εκμεταλλεύσεις, περιουσίες και υποδομές. Για πολλές οικογένειες και παραγωγούς, οι ζημιές αυτές συνιστούν απώλεια εισοδήματος, παραγωγικής δυνατότητας και οικονομικής και στεγαστικής ασφάλειας.[18]

---

[15] Απόστολος Παλαιολόγος, «Βιομηχανία και εργατικό κίνημα στην Πάτρα στη διάρκεια του 20ού αιώνα: Μετασχηματισμοί στο περιβάλλον της Μεταπολίτευσης (1974–1990)» (διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 2024).

[16] Ελληνική Στατιστική Αρχή, *Αποτελέσματα Απογραφής Πληθυσμού-Κατοικιών 2021 που Αφορούν στον Μόνιμο Πληθυσμό της Χώρας* (Πειραιάς: ΕΛΣΤΑΤ, 2023), https://www.statistics.gr.

[17] Constantinos Antonopoulos, Nikos Koutsias, Vagelis Papadakis, Dimitrios Vitsas, Galateia Katsi, and Ileanna Diamantopoulou, *Down to Earth: Environmental Risks Related with Depopulation and Ageing Population in Rural Areas — Regional Report Year 1: Western Greece* (Interreg Europe / University of Patras, 2024), https://www.interregeurope.eu/sites/default/files/2024-02/Western%20Greece%20%20Regional%20Report%20Year%201.pdf.

[18]BBC News, "Wildfires in Western Greece Cause Extensive Damage to Farming," BBC News, 2025, https://www.bbc.com/news/articles/cwy5dqxd0z1o.

Ψυχική υγεία και φτώχεια

Η ψυχική υγεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την ποιότητα ζωής και την υγιή γήρανση[19] Καταστάσεις όπως η κατάθλιψη και το άγχος μπορούν να επηρεάσουν δυσμενώς τη συνολική ευημερία των ατόμων, ιδίως όταν συνυπάρχουν με κοινωνικές και οικονομικές δυσκολίες. Ευρωπαϊκά δεδομένα[20] καταδεικνύουν ότι παράμετροι όπως η φτώχεια, το χαμηλό εισόδημα, η επισφαλής απασχόληση, οι ανεπαρκείς συνθήκες στέγασης και η κοινωνική απομόνωση σχετίζονται με επιδείνωση της ψυχικής υγείας και την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους. Η παρατεταμένη οικονομική κρίση στην Ελλάδα, με τη συρρίκνωση των συνταξιοδοτικών παροχών και των εισοδηματικών εισροών, σε συνδυασμό με την κοινωνική απομόνωση κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19[21], λειτούργησαν ως στρεσογόνοι παράγοντες για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Η ανεπαρκής και άνισα κατανεμημένη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις αγροτικές περιοχές καθίσταται επιπρόσθετος επιβαρυντικός παράγοντας, εντείνοντας τις υπάρχουσες ανισότητες, ιδιαίτερα για άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση φτώχειας[22].

---

[19] Η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα συνολικά ποσοστά κατάθλιψης μεταξύ των πληθυσμών της ΕΕ, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Για τον γενικό ελληνικό πληθυσμό βλ. Eurobarometer, *Mental Health Factsheet (FL 530)* (European Commission, 2023), https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3040.

[20] European Commission, *European Health Interview Survey (EHIS): Harmonized Mental Health Data Across EU Member States* (Eurostat Microdata, 2024), https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-health-interview-survey.

[21] Loukia Moustakopoulou et al., "Exploring Loneliness, Fear and Depression Among Older Adults During the COVID-19 Era: A Cross-Sectional Study in Greek Provincial Towns," *Healthcare* 11, no. 9 (2023): 1234, doi: 10.3390/healthcare11091234.

[22] Βάιος Περιτογιάννης και Χρήστος Ληξουριώτης, «Παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας για ηλικιωμένους στην αγροτική Ελλάδα: ανικανοποίητες ανάγκες», *Journal of Neurosciences in Rural Practice* 10, no. 4 (2019): 721–24, https://doi.org/10.1055/s-0039-3399603.

Ο ρόλος της Co2gether στη μελέτη της φτώχειας στη Δυτική Ελλάδα

Η Co2gether, η οποία εδρεύει στην Πάτρα, έχει αναπτύξει τη δράση «Επισκέψεις Ζωής» η οποία αποτελεί μία διεθνώς αναγνωρισμένη καινοτόμο πρακτική σε τοπικό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, μέσω της οποίας παρέχονται δωρεάν κατ' οίκον υπηρεσίες, κυρίως σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, σε συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων. Η διεπιστημονική ομάδα των «Επισκέψεων Ζωής» απαρτίζεται, μεταξύ άλλων, από γεροντολόγο, νοσηλεύτρια, κοινωνικό λειτουργό, κοινωνική φροντίστρια, ψυχολόγο, νομικό με εξειδίκευση στα ανθρώπινα δικαιώματα, και παρέχει εξατομικευμένες κατ' οίκον παρεμβάσεις, καθώς και δράσεις στην τοπική κοινότητα. Με τον τρόπο αυτό, η Co2gether έχει αναπτύξει ισχυρή παρουσία στη Δυτική Ελλάδα, με τη συμβολή επαγγελματιών και εθελοντών[23], υποστηρίζοντας κυρίως άτομα που κατοικούν σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές που αντιμετωπίζουν αυξημένη οικονομική και κοινωνική ευπάθεια, με ιδιαίτερη έμφαση στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Πιο συγκεκριμένα, η Co2gether προσφέρει εξειδικευμένες υπηρεσίες που απευθύνονται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, με στόχο την προαγωγή της υγείας, της αυτονομίας και, γενικότερα, τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Μέσα από κατ' οίκον παρεμβάσεις και δράσεις στην κοινότητα, παρέχει ολοκληρωμένη εκτίμηση της γεροντολογικής ευπάθειας και των ιδιαίτερων αναγκών κάθε ατόμου, ώστε να διαμορφώνεται ένα εξατομικευμένο και ολιστικό πλάνο υποστήριξης. Παράλληλα, παρέχει προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης που συμβάλλουν στη διατήρηση και ενίσχυση των γνωστικών λειτουργιών, αλλά και πνευματική και συναισθηματική υποστήριξη, αξιοποιώντας εργαλεία θεραπευτικής ψυχαγωγίας που ενισχύουν την ευεξία, την κοινωνική συμμετοχή και την ψυχολογική ανθεκτικότητα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Επιπλέον, παρέχονται νοσηλευτικές υπηρεσίες και

[23] Ο αριθμός των εθελοντών ποικίλλει ανάλογα με τον μήνα και τις δραστηριότητες· πάνω από 120 άτομα είναι επίσημα εγγεγραμμένα. Βλ. Co2gether, «Οι εθελοντές μας», https://co2gether.gr/οι-εθελοντές-μας/.

φαρμακευτική συμβουλευτική, με στόχο την ασφαλή διαχείριση της υγείας, την ορθή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και την υποστήριξη τόσο των ίδιων των ωφελούμενων όσο και των φροντιστών τους. Η παρέμβαση συμπληρώνεται από νομική και διοικητική συμβουλευτική και καθοδήγηση, η οποία περιλαμβάνει ενημέρωση για δικαιώματα και κοινωνικές παροχές, υποστήριξη στη συγκέντρωση δικαιολογητικών και την υποβολή αιτήσεων, καθώς και διασύνδεση με τις αρμόδιες δημόσιες και κοινωνικές υπηρεσίες. Με τον τρόπο αυτό, η υποστήριξη προσαρμόζεται στις πραγματικές ανάγκες κάθε ωφελούμενου ατόμου.

Οι μακροχρόνιες κοινωνικοοικονομικές μεταβολές, η δημογραφική συρρίκνωση και οι επιπτώσεις ακραίων καιρικών φαινομένων έχουν επιβαρύνει περαιτέρω ορισμένες κοινότητες της Δυτικής Ελλάδας. Ειδικότερα, όσον αφορά στα ακραία καιρικά φαινόμενα, οι συνέπειες των κλιματικών καταστροφών εντείνουν την κοινωνικοοικονομική ευπάθεια των κατοίκων της περιοχής. Καταστροφικές πλημμύρες και πυρκαγιές έχουν προκαλέσει σημαντικές ζημίες σε κατοικίες, καλλιέργειες και αγροτικές εκμεταλλεύσεις, επηρεάζοντας τις οικογένειες και τα άτομα που βασίζονται κυρίως στη γεωργία και την κτηνοτροφία για την απόκτηση εισοδήματος.

Ανταποκρινόμενη στις αυξανόμενες ανάγκες της τοπικής κοινωνίας, και ιδιαίτερα στην επισιτιστική ανασφάλεια που αντιμετωπίζουν ευάλωτα άτομα και οικογένειες, η Co2gether έχει αναπτύξει συνεργασίες με φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης, κοινωνικούς φορείς και ιδιωτικές επιχειρήσεις. Στο πλαίσιο αυτό, με πρωτοβουλία της Co2gether δημιουργήθηκε η Τράπεζα Τροφίμων Δυτικής Ελλάδας, η οποία συλλέγει και αναδιανέμει τρόφιμα και είδη υγιεινής δωρεάν σε ευάλωτα νοικοκυριά που διαβιούν σε συνθήκες φτώχειας ή/και απομόνωσης, με τη στήριξη μεγάλων αλυσίδων σουπερμάρκετ, τοπικών επιχειρήσεων, χορηγών και εθελοντών.

Δείγμα Μελέτης

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε κατοίκους των Περιφερειακών Ενοτήτων Αχαΐας, Ηλείας και Αιτωλοακαρνανίας, με έμφαση σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές της Δυτικής Ελλάδας. Οι συμμετέχοντες εντοπίστηκαν μέσω του δικτύου συνεργασίας της Co2gether με τοπικούς φορείς και κοινωνικές υπηρεσίες 8 δήμων και πληρούσαν

προκαθορισμένα κριτήρια οικονομικής ευπάθειας. Συγκεκριμένα, στο δείγμα περιλήφθηκαν άτομα με διαθέσιμο μηνιαίο εισόδημα κάτω των 600 ευρώ, είτε διέμεναν σε ιδιόκτητη κατοικία είτε, στην περίπτωση μισθωμένης κατοικίας, διέθεταν λιγότερα από 600 ευρώ μηνιαίως μετά την καταβολή του ενοικίου.
Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν δικαιούχοι προνοιακών ή κοινωνικών παροχών, ενώ μεγάλο μέρος τους λάμβανε Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα (ΕΕΕ) ή/και άλλες παροχές του ΟΠΕΚΑ, όπως επίδομα στέγασης, παροχές αναπηρίας και επίδομα κοινωνικής αλληλεγγύης ανασφάλιστων υπερηλίκων[24]. Η επιλεξιμότητα για τις παροχές αυτές ερείδεται σε συγκεκριμένα εισοδηματικά, περιουσιακά και κοινωνικά κριτήρια και, συνεπώς, παρέχεται μια αντικειμενική ένδειξη της οικονομικής και κοινωνικής ευπάθειας του πληθυσμού που μελετήθηκε. Μολονότι πολλοί συμμετέχοντες λάμβαναν κάποια κοινωνική παροχή, η Co2gether παρείχε συστηματική υποστήριξη κυρίως σε άτομα και νοικοκυριά με τις εντονότερες και πιο σύνθετες/πολυδιάστατες ανάγκες.

Ως εκ τούτου, το δείγμα δεν βασίστηκε αποκλειστικά στον αυτοπροσδιορισμό των συμμετεχόντων ως «φτωχών», αλλά αποτελούνταν από άτομα με τεκμηριωμένο πολύ χαμηλό εισόδημα και, κυρίως από δικαιούχους κοινωνικών και προνοιακών παροχών βάσει επίσημων κριτηρίων επιλεξιμότητας. Το γεγονός αυτό ενισχύει τη δυνατότητα της μελέτης να αποτυπώσει τις συνθήκες διαβίωσης και τις ανάγκες ενός πληθυσμού που βιώνει αντικειμενικά τεκμηριωμένη οικονομική και κοινωνική ευπάθεια.

Το αρχικό δείγμα αποτελούνταν από 448 συμμετέχοντες. Επειδή δεν απάντησαν όλοι οι συμμετέχοντες στο σύνολο των ερωτήσεων, ο αριθμός των έγκυρων απαντήσεων διαφοροποιείται μεταξύ των μεταβλητών. Για αυτόν τον λόγο, σε κάθε ανάλυση αναφέρεται ο αντίστοιχος αριθμός συμμετεχόντων (N) για τους οποίους υπήρχαν διαθέσιμα δεδομένα.

[24] Ο Οργανισμός Προνοιακών Επιδομάτων και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΟΠΕΚΑ) διαχειρίζεται, μεταξύ άλλων, το Ελάχιστο Εγγυημένο Εισόδημα, το επίδομα στέγασης, τις προνοιακές παροχές αναπηρίας και την παροχή κοινωνικής αλληλεγγύης ανασφάλιστων υπερηλίκων. Δεν υπάρχουν συστηματικά δημοσιευμένα στοιχεία που να επιτρέπουν άμεση συγκριτική αποτίμηση του αριθμού των δικαιούχων ανά Περιφερειακή Ενότητα για όλα τα έτη της μελέτης.

Μεταξύ των 339 συμμετεχόντων για τους οποίους υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με τον τόπο κατοικίας, το 74,0% κατοικούσε στην Αχαΐα, το 13,6% στην Ηλεία και το 12,4% στην Αιτωλοακαρνανία. Στο σύνολο (N = 448), το 65,2% ήταν γυναίκες και το 34,8% άνδρες. Η μέση ηλικία ήταν 59,0 έτη (SD = 16,3), ενώ η διάμεση ηλικία ήταν 60 έτη. Μεταξύ των 431 συμμετεχόντων με διαθέσιμα δεδομένα ηλικίας, το 44,1% ήταν ηλικίας 60 ετών και άνω και το 55,9% ήταν κάτω των 60 ετών[25]. Το όριο των 60 ετών υιοθετήθηκε σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Όλοι οι συμμετέχοντες παρείχαν ενημερωμένη συγκατάθεση πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

		N	**%**
Περιφερειακή Ενότητα (N=339)	Αχαΐας	251	74,0
	Αιτωλοακαρνανίας	42	12,4
	Ηλείας	46	13,6
Φύλο (N= 448)	Άνδρες	156	34,8
	Γυναίκες	292	65,2
Ηλικία, Μέση ηλικία (SD), Διάμεση τιμή (εσωτερικό εύρος)		59,0 (16,3)	60,0 (49- 69)
Είστε 60 ετών και άνω (N= 431)	Όχι	241	55,9
	Ναι	190	44,1

Επιπρόσθετα, η μελέτη στόχευε να αποτυπώσει ευρύτερα τις συνθήκες και τις παραμέτρους που επηρεάζουν την καθημερινή τους διαβίωση. Ειδικότερα, εξετάστηκαν οι συνθήκες στέγασης και γενικότερα το περιβάλλον διαβίωσης των συμμετεχόντων για τον εντοπισμό αναγκών και πιθανών παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Ταυτόχρονα, διερευνήθηκαν η γεωγραφική εγγύτητα και η προσβασιμότητα βασικών δημόσιων και κοινωνικών υπηρεσιών, ιδίως των υπηρεσιών υγείας.

Ερευνητική Διαδικασία

Η Co2gether συνεργάστηκε με τις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων στις Περιφερειακές Ενότητες Αχαΐας, Αιτωλοακαρνανίας και Ηλείας και, ειδικότερα, με

[25] Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, ως άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ορίστηκαν τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω. Η επιλογή αυτή είναι συμβατή με την ορολογία που χρησιμοποιεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στο πλαίσιο της παρακολούθησης της υγιούς γήρανσης. Βλ. World Health Organization, *World Report on Ageing and Health* (Geneva: World Health Organization, 2015).

κοινωνικούς λειτουργούς, στελέχη του προγράμματος, το προσωπικό του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» και τα Κέντρα Κοινότητας. Η συλλογή δεδομένων ξεκίνησε τον Απρίλιο του 2023 και ολοκληρώθηκε τον Ιούλιο του 2025.

Οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από νοικοκυριά ήδη καταγεγραμμένα στις κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων ως ευρισκόμενα σε κίνδυνο φτώχειας. Τα κριτήρια επιλεξιμότητας για τη λήψη επισιτιστικής ή άλλης υλικής υποστήριξης, όπως ορίζονταν από τις υπηρεσίες αυτές, είναι ενδεικτικά η ανεργία, το χαμηλό συνταξιοδοτικό εισόδημα, οι ακατάλληλες συνθήκες στέγασης, η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και η αναπηρία.

Η προσέγγιση των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με δύο τρόπους. Το προσωπικό των Δήμων που ήδη υποστήριζε τα νοικοκυριά και είχε αναπτύξει μαζί τους σχέση εμπιστοσύνης, διευκόλυναν την πρώτη επικοινωνία των ωφελούμενων με την ομάδα της Co2gether, συνοδεύοντάς το προσωπικό κατά την πρώτη επίσκεψη, ώστε να γίνει η σύσταση. Κατόπιν της πρώτης επίσκεψης, της αξιολόγησης των νοικοκυριών και την ένταξή τους στο πρόγραμμα υποστήριξης της Co2gether, η ομάδα μπορούσε να πραγματοποιεί επισκέψεις χωρίς την συνοδεία των κοινωνικών υπηρεσιών των Δήμων. Συμπληρωματικά, έξι νοικοκυριά εντοπίστηκαν απευθείας από το προσωπικό και τους εθελοντές της Co2gether κατά τη διάρκεια των επισκέψεων και εντάχθηκαν στο πρόγραμμα κατόπιν αξιολόγησης.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η συμμετοχή ήταν απολύτως ανεξάρτητη από την παροχή υλικής βοήθειας. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ρητά, προφορικά και εγγράφως, ότι η άρνηση συμμετοχής ή η ανάκλησή της σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας δεν συνεπάγεται τη διακοπή της παροχής υλικής στήριξης. Δεδομένου ότι η έρευνα περιλάμβανε δεδομένα που αφορούν την υγεία, τα οποία συνιστούν ειδική κατηγορία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά το άρθρο 9 παρ. 1 του Γενικού Κανονισμού Προσωπικών Δεδομένων (ΓΚΠΔ), η επεξεργασία θεμελιώθηκε στη ρητή συγκατάθεση των συμμετεχόντων, σε συμφωνία με το άρθρο 9 παρ. 2 στοιχ. α΄.

Στο μέτρο του δυνατού, τα άτομα που παραπέμφθηκαν στην Co2gether μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών των Δήμων εντάχθηκαν στο πρόγραμμα εντατικής

παρακολούθησης, καθώς οι επισκέψεις πραγματοποιούνταν σε διμηνιαία ή μηνιαία βάση, ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ωφελούμενου. Οι παρεμβάσεις, ξεκίνησαν τον Απρίλιο του 2023 και συνεχίζονται έως σήμερα.

Από τα νοικοκυριά που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα, δύο αρνήθηκαν εξαρχής τη λήψη επισιτιστικής βοήθειας και πέντε τη διέκοψαν εκ των υστέρων, αναφέροντας ότι τη συνέδεαν με αίσθημα στιγματισμού. Το εύρημα αυτό, συμβαδίζει με τα ευρήματα της βιβλιογραφίας ότι το κοινωνικό στίγμα παρακωλύει τη λήψη επισιτιστικής στηριξης[26]. Η γραπτή συγκατάθεση που παρείχαν οι συμμετέχοντες κατά την πρώτη επίσκεψη κάλυπτε τη συμμετοχή τους στις επαναλαμβανόμενες επισκέψεις του προγράμματος για διάστημα ενός έτους. Αξίζει να επισημανθεί ότι η συγκατάθεση ήταν ελεύθερα ανακλητή σε οποιοδήποτε χρόνο, δίχως να επηρεάζει την λήψη επισιτιστικής βοήθειας ή άλλου είδους παροχής.
Μετά τη διαδικασία λήψης συγκατάθεσης, το ερωτηματολόγιο συμπληρωνόταν από την ομάδα της Co2gether κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον παρέμβασης. Κατά το πρώτο έτος υλοποίησης, το ερωτηματολόγιο είχε έντυπη μορφή, ενώ αργότερα αναπτύχθηκε και χρησιμοποιήθηκε ένα ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο.

Οι απαντήσεις που αφορούσαν τις στεγαστικές συνθήκες, διασταυρώθηκαν με άμεση παρατήρηση από την ομάδα της Co2gether κατά την κατ' οίκον παρέμβαση. Η παρατήρηση κάλυπτε, μεταξύ άλλων, την ύπαρξη συστήματος θέρμανσης, την κατάσταση των χώρων υγιεινής και της κουζίνας, την κατάσταση των χώρων υγιεινής και της κουζίνας, την ύπαρξη βασικών οικιακών συσκευών, τη σύνδεση με δίκτυο ύδρευσης, καθώς και παραμέτρους που σχετίζονταν με την ασφάλεια και την

[26] Kingsley Purdam, Elizabeth A. Garratt, and Arpana Esmail, "Hungry? Food Insecurity, Social Stigma and Embarrassment in the UK," *Sociology* 50, no. 6 (2016): 1072–1088, doi: 10.1177/0038038515594092; Kayleigh Garthwaite, *Hunger Pains: Life Inside Foodbank Britain* (Bristol: Policy Press, 2016); Manos Matsaganis, Horacio Levy, and Maria Flevotomou, "Non-Take Up of Social Benefits in Greece and Spain," *Social Policy & Administration* 44, no. 7 (2010): 827–844, doi: 10.1111/j.1467-9515.2010.00744.x; Eurofound, *Access to Social Benefits: Reducing Non-Take-Up*(Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015).

προσβασιμότητα της κατοικίας, όπως η πρόσβαση στην είσοδο και η ύπαρξη πιθανών κινδύνων πτώσης, συμπεριλαμβανομένων ολισθηρών δαπέδων.

Το δείγμα αυτής της έρευνας είναι σκόπιμο, καλύπτει άτομα που ήταν ήδη καταγεγραμμένα ή είχαν παραπεμφθεί από δημοτικές κοινωνικές υπηρεσίες και τα οποία, στην πλειονότητά τους, ήταν δικαιούχοι δημόσιας οικονομικής ή κοινωνικής υποστήριξης. Συνεπώς, το δείγμα δεν αντιπροσωπεύει το σύνολο του πληθυσμού της Δυτικής Ελλάδας, αλλά αποσκοπεί να αποτυπώσει τις συνθήκες διαβίωσης και τις ανάγκες μίας κοινωνικής ομάδας με αυξημένη ευαλωτότητα.

Το ερωτηματολόγιο επικεντρώθηκε στις κάτωθι θεματικές:

- Την ύπαρξη και το είδος φροντίδας ή υποστήριξης που λάμβαναν οι ωφελούμενοι,
- Το μέγεθος του νοικοκυριού,
- Τις συνθήκες στέγασης, μεταξύ άλλων, του εμβαδού της κατοικίας, της θέρμανσης, των βασικών εγκαταστάσεων και παροχών και της παρουσίας κατοικίδιων ή μη ζώων,
- Την προσβασιμότητα της κατοικίας,
- Την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, κοινωνικής φροντίδας και άλλες βασικές υπηρεσίες.

Ένας σημαντικός στόχος της μελέτης ήταν να εντοπίσει ανάγκες και προβλήματα του οικιακού περιβάλλοντος, καθώς και να εξετάσει πιθανές παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν για να βελτιωθούν η ασφάλεια, η προσβασιμότητα, η αυτονομία και εν όλω οι συνθήκες διαβίωσης των ωφελούμενων.

Συνολικά, το 54,8% των συμμετεχόντων ήταν δικαιούχοι ΤΕΒΑ, με το ποσοστό να ανέρχεται σε 72% για τα άτομα κάτω των 60 ετών και σε 35,2% για τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω. Μεταξύ εκείνων που δεν ήταν δικαιούχοι, το 63,3% ήταν σύζυγοι συνταξιούχων (88,5% για συμμετέχοντες κάτω των 60 ετών και 45,8% για άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω). Το 39,5% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι, ενώ το 70,8% είχαν παιδιά.

Ο διάμεσος αριθμός των ατόμων που ζούσαν στο νοικοκυριό ήταν 2 (εύρος: 1-3). Για τους συμμετέχοντες με ηλικία κάτω των 60 ετών, ο αριθμός ήταν ελαφρώς μεγαλύτερος, στα 3 άτομα (εύρος: 2-4), ενώ για τα άτομα με ηλικία 60 ετών και άνω ήταν 2 (εύρος: 1-2). Αντίστοιχα, το 73% των συμμετεχόντων κάτω των 60 ετών που είχαν παιδιά συμβιούσε με τουλάχιστον ένα από αυτά. Παράλληλα, για τους συμμετέχοντες άνω των 60 ετών το ποσοστό αυτό ήταν χαμηλότερο, στο 36,4% (συνολικά, το 54,9% όσων είχαν παιδιά με τουλάχιστον ένα από αυτά). Το 87,1% όσων είχαν παιδιά (ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας) αλλά δεν ζούσαν μαζί τους δήλωσαν ότι δέχονταν επισκέψεις από τα παιδιά τους, ενώ η συχνότερα αναφερόμενη συχνότητα ήταν μία φορά την εβδομάδα (33,9%).

Επιπλέον, το 27,6% των συμμετεχόντων διέθετε φροντιστή (το 24,5% είχε μέλος της οικογένειας και το 3,1% είχε επαγγελματία), με τα αντίστοιχα ποσοστά να είναι 16,3% για τα άτομα κάτω των 60 ετών (15,8% είχε μέλος της οικογένειας και 0,5% είχε επαγγελματία φροντιστή) και 41,2% για τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω (το 34,7% είχε οικογενειακό φροντιστή και το 6,5% είχε επαγγελματία φροντιστή). Για την πλειονότητα των ατόμων κάτω των 60 ετών, ο οικογενειακός φροντιστής ήταν άλλος συγγενής (58,1%) που περνούσε περισσότερες από 8 ώρες στο σπίτι (72,4%). Για τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, ήταν πιο συνηθισμένο ο οικογενειακός φροντιστής να είναι παιδί του ωφελούμενου (38,6%) που παρέμενε στο σπίτι για περισσότερες από 8 ώρες (78,2%). Οι επαγγελματίες φροντιστές και στις δύο περιπτώσεις παρείχαν υποστήριξη για λιγότερες από 8 ώρες ημερησίως (100% για άτομα κάτω των 60 ετών και 66,7% για άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω).

Συνεπώς, τα ευρήματα αναδεικνύουν αντίστροφη σχέση μεταξύ ανάγκης και διαθεσιμότητας άτυπης φροντίδας. Όπως γίνεται αντιληπτό, μολονότι η ανάγκη υποστήριξης υπερδιπλασιάζεται στα άτομα με ηλικία 60 ετών και άνω, η συμβίωση με τέκνα υποχωρεί από 73,0% σε 36,4%, χωρίς αντίστοιχη κάλυψη της ανάγκης από επαγγελματικές υπηρεσίες, οι οποίες υποστήριζαν μόλις το 6,5% των ατόμων αυτών.

Τέλος, το μέσο ποσοστό αναπηρίας για τα άτομα με ηλικία κάτω των 60 ετών ήταν περίπου 16%, ενώ για τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω ήταν 20%. Η αργή αλλά

σταδιακή αύξηση της αναπηρίας ανά ηλικία είναι ορατή στα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, σημειώνοντας ταχύτερη αύξηση σε άτομα άνω των 75 ετών. Μόλις 12 άτομα στη μελέτη ανέφεραν ότι λάμβαναν υποστήριξη από αμειβόμενο επαγγελματία φροντιστή, συνήθως εκείνα που ζούσαν σε αστικά κέντρα, και οι αποδέκτες ήταν συνήθως άτομα με αναπηρία με ηλικία κάτω των 65 ετών, τα οποία κάλυπταν το κόστος της φροντίδας μέσω δημόσιας οικονομικής ενίσχυσης.

Η υπηρεσία *«Βοήθεια στο Σπίτι»* παρείχε υποστήριξη σε εβδομαδιαία βάση, κυρίως για την ατομική υγιεινή και την αγορά τροφίμων και άλλων ειδών πρώτης ανάγκης, σε άτομα με ηλικία 65 ετών και άνω. Το ηλικιακό αυτό όριο συνεπάγεται ότι οι συμμετέχοντες ηλικίας 60–64 ετών δεν είχαν πρόσβαση στην υπηρεσία, παρά την ύπαρξη ανάγκης υποστήριξης στον πληθυσμό αυτόν.

Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων. Κατ' αρχάς, χρησιμοποιήθηκε σκόπιμο, όχι τυχαίο δείγμα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ήδη καταγεγραμμένοι ή είχαν παραπεμφθεί από κοινωνικές υπηρεσίες Δήμων και πληρούσαν κριτήρια οικονομικής ή κοινωνικής ευπάθειας. Συνεπώς, το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό του συνολικού πληθυσμού της Δυτικής Ελλάδας και τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν στο σύνολο των κατοίκων της Περιφέρειας. Αντιθέτως, η μελέτη αποσκοπεί στην αναλυτική αποτύπωση των συνθηκών διαβίωσης και των αναγκών ενός πληθυσμού που αντιμετωπίζει αυξημένη οικονομική και κοινωνική ευαλωτότητα.

Επιπρόσθετα, η ένταξη των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε σε σημαντικό βαθμό μέσω του δικτύου συνεργασίας της Co2gether με κοινωνικές υπηρεσίες και τοπικούς φορείς. Κατ' επέκταση, είναι πιθανό να υποεκπροσωπούνται άτομα που βιώνουν αντίστοιχες συνθήκες ευαλωτότητας, αλλά παραμένουν εκτός της εμβέλειας των κοινωνικών υπηρεσιών και των υφιστάμενων μηχανισμών υποστήριξης.

Ο αριθμός των διαθέσιμων παρατηρήσεων διαφοροποιήθηκε μεταξύ των μεταβλητών, καθώς δεν υπήρχαν πλήρη δεδομένα για όλους τους συμμετέχοντες σε όλες τις

ερωτήσεις. Για τον λόγο αυτό, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με τον αντίστοιχο αριθμό έγκυρων παρατηρήσεων (N) όπου αυτό είναι απαραίτητο. Επίσης, ορισμένα δεδομένα βασίζονται στις αναφορές των ίδιων των συμμετεχόντων και ενδέχεται να επηρεάζονται από παράγοντες όπως η ανάκληση πληροφοριών ή η υποκειμενική εκτίμηση. Εντούτοις, συγκεκριμένα όσον αφορά στις στεγαστικές συνθήκες, οι απαντήσεις συμπληρώθηκαν από άμεση παρατήρηση του οικιακού περιβάλλοντος από τη διεπιστημονική ομάδα της Co2gether.

Τέλος, το συνολικό δείγμα περιλάμβανε τόσο άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω όσο και νεότερους συμμετέχοντες. Κατά συνέπεια, τα συμπεράσματα που αφορούν ειδικά τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας βασίζονται στην αντίστοιχη υποομάδα του δείγματος και στις συγκρίσεις μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων. Από τους συμμετέχοντες για τους οποίους ήταν διαθέσιμα δεδομένα ηλικίας, το 44,1% ήταν ηλικίας 60 ετών και άνω.

Παρά τους παραπάνω περιορισμούς, η μελέτη παρέχει σημαντικά πρωτογενή δεδομένα από έναν πληθυσμό που συχνά υποεκπροσωπείται στις γενικές πληθυσμιακές έρευνες, καθώς η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε απευθείας στο οικιακό περιβάλλον των συμμετεχόντων.

Συνθήκες στέγασης και προσβασιμότητα

Το 54,4% των κατοικιών είχε κατασκευαστεί πριν από το 1978 (49,8% για τους κάτω των 60 ετών και 59,9% για τους άνω των 60 ετών). Η πλειονότητα των κατοικιών βρισκόταν εντός οικισμού, με τα αντίστοιχα ποσοστά να ανέρχονται σε 69,6% και 80,3% σε αμφότερες ηλικιακές ομάδες. Η διάμεση επιφάνεια των κατοικιών ήταν 65 τετραγωνικά μέτρα (εύρος: 42–90) και η πλειονότητα ήταν μονοκατοικίες (78,1%), σε υψηλότερο ποσοστό στα άτομα με ηλικία 60 ετών και άνω (83,3% έναντι 73,6%).

Ως προς την ασφάλεια της οικίας, προστατευτικά κιγκλιδώματα υπήρχαν στο 64,1% των κατοικιών (62,9% για τα άτομα με ηλικία κάτω των 60 ετών και 65,1% για τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω). Εν αντιθέσει, η προσβασιμότητα της κατοικίας εμφάνισε σημαντικότερη διαφορά, καθώς το 77,2% των κατοικιών των ατόμων 60

ετών και άνω χαρακτηρίστηκε εύκολα προσβάσιμο, έναντι 61,7% στα άτομα με ηλικία κάτω των 60 ετών.

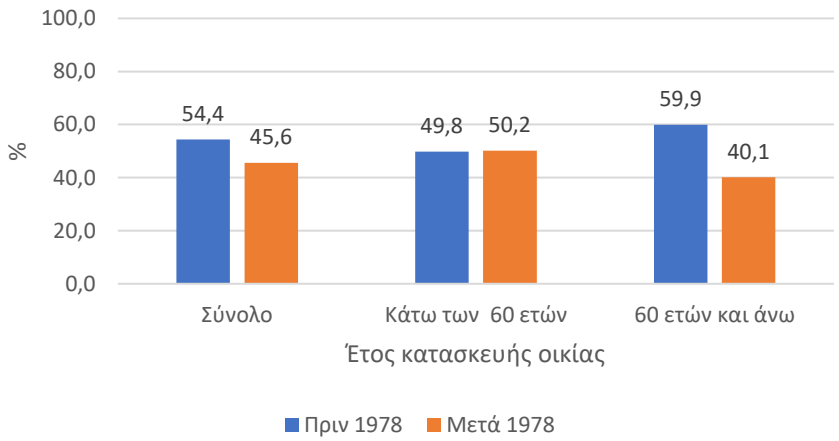
Εικόνα 1 Ένας 67χρονος άνδρας, χήρος, δείχνει την κατάσταση του σπιτιού στο οποίο συμβιεί με τους δύο γιούς του και το οποίο δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να ανακαινίσει. Με συγκίνηση παρουσιάζει τις αγιογραφίες που κοσμούν την οικία του, οι οποίες αποτελούν για εκείνον σύμβολο πίστης και ελπίδας.

Εξετάζοντας τις διαφορές που παρατηρήθηκαν στις συνθήκες στέγασης για τις δύο ηλικιακές ομάδες, αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω ήταν πιθανότερο να διαμένουν εντός οικισμού και σε παλαιότερες κατοικίες.

Οι οικίες των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω καταγράφηκαν ως ευκολότερα προσβάσιμες σε σύγκριση με εκείνες των συμμετεχόντων κάτω των 60 ετών. Η διαφορά αυτή ενδέχεται να σχετίζεται είτε με τα αρχικά χαρακτηριστικά της οικίας είτε με παρεμβάσεις που είχαν πραγματοποιηθεί για τη βελτίωση της προσβασιμότητας και της ασφάλειάς της.

Εικόνα 2 Εκεί όπου οι φθορές του χρόνου συναντούν τις δυσκολίες της ζωής, κάθε αυτοσχέδιος μηχανισμός μαρτυρά την προσπάθεια να κρατηθεφί ζωντανό ένα σπίτι με όσα λίγα υπάρχουν.

Γράφημα που φανερώνει το έτος κατασκευής της οικίας.



Εικόνα 3 Σε ένα ορεινό οικισμό με μόλις 40 κατοίκους, η Co2gether πρόσφερε τα απαραίτητα υλικά και συνεργάστηκε με ένα ζευγάρι μεγαλύτερης ηλικίας, το οποίο αντιμετώπιζε σοβαρές προκλήσεις, όπως προβλήματα που σχετίζονταν με την κατανάλωση αλκοόλ και τον καρκίνο, προκειμένου να βελτιώσουν από κοινού τις συνθήκες διαβίωσης και τη συντήρηση της κατοικίας του.

Κουζίνα, μπάνιο και θέρμανση

Η κατάσταση των σπιτιών στα οποία διαβιούσαν οι ερωτηθέντες αποτυπωνόταν και στις ελλείψεις βασικών εγκαταστάσεων και παροχών. Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα ήταν ότι 59 συμμετέχοντες (13,2%) δεν διέθεταν κουζίνα, με το ποσοστό αυτό να

αγγίζει το 20% στα άτομα κάτω των 60 ετών, έναντι5,8%, στα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω. Το εύρημα αυτό εγείρει ερωτήματα σχετικά με τη δυνατότητα κάλυψης των επισιτιστικών αναγκών των ατόμων., Εντούτοις, η πλειονότητα των συμμετεχόντων διέθετε ηλεκτρική κουζίνα (70% συνολικά, 64,6% των ατόμων κάτω των 60 ετών και 75,7% των ατόμων 60 ετών και άνω).

Εικόνα 4 Οι παλιές συσκευές, τα φθαρμένα ντουλάπια και τείχη υποδηλώνουν μια καθημερινότητα στέρησης και πενίας, αποτυπωμένη στον χώρο της κουζίνας.

Εικόνα 5 Η παλιά εστία πετρογκάζ και το μη ηλεκτροδοτούμενο, εγκαταλελειμμένο σπίτι αποτυπώνουν τις ιδιαίτερα δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης ενός άνδρα μεγαλύτερης ηλικίας με προβλήματα ψυχικής υγείας που διαμένει στην Δυτική Ελλάδα.

Ακόμη, υψηλό ήταν το ποσοστό των ατόμων που δεν διέθεταν βασικές ηλεκτρικές συσκευές, το οποίο ανέρχεται στο 35,9% (45,8% και 23,1% για τις δύο ηλικιακές ομάδες αντίστοιχα). Η έλλειψη βασικών οικιακών συσκευών, όπως για παράδειγμα το ψυγείο, αποτελεί σημαντική ένδειξη υλικής στέρησης και μπορεί να επηρεάζει άμεσα την ασφαλή αποθήκευση και διατήρηση των τροφίμων.

Εικόνα 6 Νοικοκυριό ζευγαριού μεγαλύτερης ηλικίας με μοναδικό εισόδημα μία χαμηλή σύνταξη. Το ζευγάρι διαμένει σε έναν ενιαίο χώρο, ο οποίος αξιοποιείται ταυτόχρονα ως σαλόνι, κουζίνα και υπνοδωμάτιο, ενώ το τζάκι χρησιμοποιείται και για την προετοιμασία του φαγητού.

Ως προς τα μέσα θέρμανσης, συχνότερα αναφέρθηκε η ξυλόσομπα (29,5% συνολικά, 34,7% στα άτομα κάτω των 60 ετών και 21,5% στα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω). Το τζάκι χρησιμοποιούνταν από το 22,9% του συνολικού δείγματος, με σημαντικά υψηλότερη συχνότητα στα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω (33,9%). Την ίδια στιγμή, το 7,5% των συμμετεχόντων δεν διέθετε κανένα μέσο θέρμανσης. Εν γένει, το 54,9% χαρακτήρισε τη διαθέσιμη θέρμανση ως ανεπαρκή, ποσοστό που ανερχόταν σε 61,1% στα άτομα κάτω των 60 ετών και σε 47,4% στα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω.

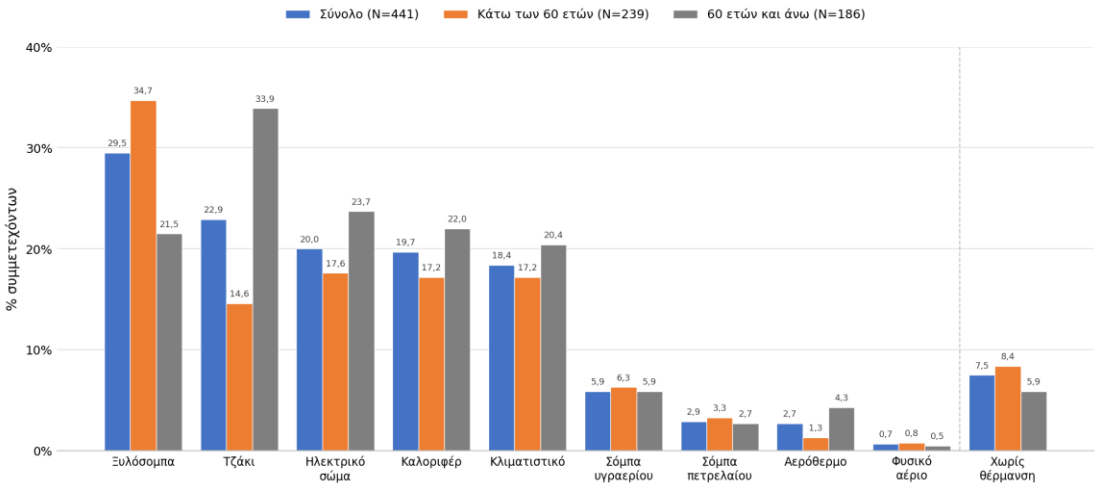
Η αδυναμία επαρκούς θέρμανσης της κατοικίας αποτελεί από τους πλέον διαδεδομένους δείκτες υλικής στέρησης στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat που δημοσιεύτηκαν το 2026, το 19,0% του ελληνικού πληθυσμού δήλωσε οικονομική αδυναμία διατήρησης της κατοικίας σε επαρκή βαθμό, το οποίο αποτελεί το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ από κοινού με τη Βουλγαρία. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο αντίστοιχος μέσος όρος στην ΕΕ ανέρχεται στο 9,2%.[27]

[27] Eurostat, *Inability to Keep Home Adequately Warm*.

Επίσης, το δείγμα της παρούσας μελέτης, το 44,8% των συμμετεχόντων θεώρησε τον τρόπο θέρμανσης της κατοικίας του μη ασφαλή, με σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των ηλικιακών ομάδων: 51,2% στους κάτω των 60 ετών έναντι 32,1% στους 60 ετών και άνω.

Εικόνα 7 Αυτοσχέδιος μηχανισμός για να εμποδίζει τα παιδιά από το να πλησιάζουν τις θερμές επιφάνειες της σόμπας, σε ένα σπίτι όπου συζούν τρεις γενιές.

Διάγραμμα βασικών μεθόδων θέρμανσης



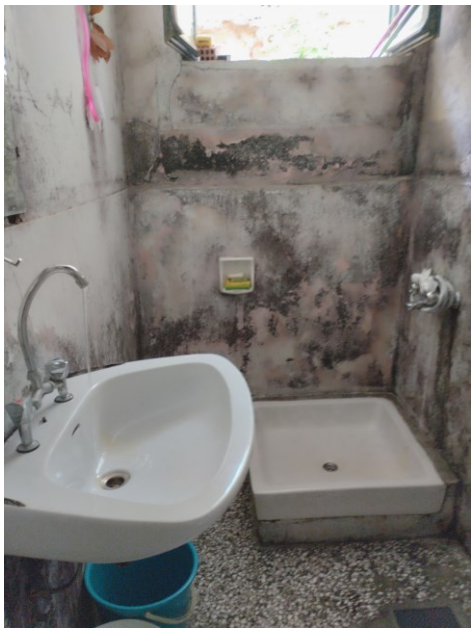
Ύδρευση και αποχέτευση

Ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα αποτελεί η πλήρης απουσία χώρων υγιεινής. Το 16,5% των συμμετεχόντων (61 άτομα) δεν διέθετε χώρο υγιεινής στην κατοικία του, με το ποσοστό να ανέρχεται σε 23,0% στα άτομα κάτω των 60 ετών και σε 7,7% στα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω. Από όσους διέθεταν, το 43,5% είχε ντουζιέρα και το 40,0% μπανιέρα.

Ως προς την κατάσταση των διαθέσιμων χώρων υγιεινής, το 52,1% καταγράφηκε σε καλή κατάσταση (49,8% στα άτομα κάτω των 60 ετών και 56,2% στα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω), ενώ το 47,9% αξιολογήθηκε ως μέτριας ή κακής κατάστασης. Η κακή κατάσταση ήταν συχνότερη στα άτομα κάτω των 60 ετών (32,2% έναντι 19,7%).

Συνεκτιμώντας τα δύο ευρήματα, περισσότερα από τα μισά νοικοκυριά του δείγματος διέμεναν σε κατοικία είτε χωρίς χώρο υγιεινής είτε με χώρο υγιεινής μέτριας ή κακής κατάστασης. Σε συνδυασμό με το 13,2% που δεν διέθετε κουζίνα, τα στοιχεία αυτά αποτυπώνουν ελλείψεις σε εγκαταστάσεις που θεωρούνται στοιχειώδεις για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης.

Εικόνα 8 Εξωτερικός χώρος υγιεινής 65χρονου άνδρα, ο οποίος διαθέτει μόνο λεκάνη τουαλέτας και δεν έχει πρόσβαση σε τρεχούμενο νερό.



Εικόνα 9 Μπάνιο με έντονα σημάδια υγρασίας και μούχλας, σημαντικές φθορές και συνθήκες που δυσχεραίνουν τη διατήρηση επαρκούς υγιεινής

Η συντριπτική πλειονότητα των συμμετεχόντων που απάντησαν τη σχετική ερώτηση (99,7%) είχε πρόσβαση σε νερό μέσω του τοπικού δικτύου ύδρευσης. Ως προς την αποχέτευση, στους ωφελούμενους με ηλικία κάτω των 60 ετών επικρατούσε ο εξωτερικός βόθρος (43,8%), ενώ σε εκείνους ηλικίας 60 ετών και άνω ο εσωτερικός (40,3%). Η απουσία σύνδεσης με δίκτυο αποχέτευσης συνιστά δείκτη υποβαθμισμένων συνθηκών υγιεινής. Η διαφοροποίηση ως προς τη θέση των εγκαταστάσεων υγιεινής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για την καθημερινότητα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς η χρήση εξωτερικών εγκαταστάσεων, καθώς η ανάγκη μετακίνησης

εκτός της οικίας μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο πτώσης, ιδιαίτερα σε συνθήκες χαμηλού φωτισμού ή δυσμενών καιρικών συνθηκών.

Εικόνα 10 *Οι ιδιαίτερα επισφαλείς συνθήκες διαβίωσης ενός 80χρονου άνδρα με αναπηρία που διέμενε μόνος σε ένα πρόχειρο, απομονωμένο οίκημα χωρίς τρεχούμενο νερό και πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες.*

Εικόνα 11 Ο 80χρονος άνδρας με αναπηρία βρέθηκε σε κρίσιμη κατάσταση λόγω σοβαρού υποσιτισμού και χρειάστηκε να νοσηλευτεί στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών. Η Co2gether ανέλαβε ολιστικά την υποστήριξή του, εξασφάλισε κατάλληλη κατοικία προς μίσθωση, συνέβαλε στην κάλυψη των ενοικίων και στην πλήρη επίπλωση και την εργονομική διαμόρφωση της νέας του οικίας, ενώ του παρείχε καθημερινή σίτιση και συνεχή κοινωνική υποστήριξη. Παράλληλα, συνέδραμε στην αποκατάσταση των σχέσεων του με το οικογενειακό του περιβάλλον. Η υποστήριξη της Co2gether συνεχίστηκε συστηματικά μέχρι τον θάνατό του.

Υγεία και φτώχεια

Σωματική Υγεία

Τα άτομα που διαβιούν σε συνθήκες φτώχειας εμφανίζουν συστηματικά χειρότερους δείκτες υγείας, το οποίο είναι αποτέλεσμα πολλαπλών παραγόντων που περιλαμβάνουν το εισόδημα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και τις κοινωνικά διαμορφωμένες συμπεριφορές υγείας. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα κοινωνικά διαμορφωμένης συμπεριφοράς αποτελεί το κάπνισμα.

Στην παρούσα μελέτη, το 42,2% των ερωτηθέντων ήταν καπνιστές, με έντονη ηλικιακή διαφοροποίηση (53,5% στους κάτω των 60 ετών έναντι 26,3% στους 60 ετών και άνω). Η βιβλιογραφία αποδίδει την υψηλότερη συχνότητα του καπνίσματος σε άτομα με χαμηλό εισόδημα σε δύο κύριους παράγοντες. Ο πρώτος αφορά τη συχνότερη έκθεση σε στρεσογόνες συνθήκες διαβίωσης σε συνδυασμό με περιορισμένους διαθέσιμους πόρους αντιμετώπισης[28], ενώ ο δεύτερος αφορά τα εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες[29]. Επισημαίνεται επίσης ότι ο κίνδυνος καπνίσματος αυξάνεται όσο συνυπάρχουν διαφορετικές μορφές κοινωνικής ευπάθειας στο ίδιο άτομο, όπως ανεργία, φτώχεια και αναπηρία[30]. Η συνύπαρξη τέτοιων παραγόντων ήταν συχνή και στο παρόν δείγμα.

Συνάμα, η επιδείνωση της υγείας καθιστά ιδιαίτερα κρίσιμη την έγκαιρη και εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, η οποία στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές είναι περιορισμένη. Συγκεκριμένα, εξετάζοντας την πρόσβαση των συμμετεχόντων στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, αναδεικνύονται σημαντικές δυσκολίες σε δυσπρόσιτες, αγροτικές και οικονομικά ευάλωτες περιοχές. Τα διαθέσιμα στοιχεία φανερώνουν ότι το 63% των ερωτηθέντων είχε οικογενειακό γιατρό (61,2% των ατόμων με ηλικία κάτω των 60 ετών και 64,7% των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω). Η συχνότερα αναφερόμενη δομή στην οποία απευθύνονταν για ιατρική φροντίδα ήταν το Κέντρο Υγείας (48,4% συνολικά, 51,4% και 44,1% για τις δύο ηλικιακές ομάδες, αντίστοιχα). Τα περισσότερα άτομα, ανεξαρτήτως ηλικίας, μετακινούνταν προς την ιατρική μονάδα με ιδιωτικό αυτοκίνητο (53,5% συνολικά, 57,9% και 47,6% για τις αντίστοιχες ηλικιακές ομάδες). Το 30,8% των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω χρειαζόταν συνοδεία κατά τη μετακίνησή του στις υπηρεσίες υγείας, έναντι 9,2% των ατόμων κάτω των 60 ετών.

---

[28] Annika Theodoulou et al., "Differences in the Effectiveness of Individual-Level Smoking Cessation Interventions by Socioeconomic Status," *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2025, no. 1 (2025): CD015120, doi: 10.1002/14651858.CD015120.pub2.

[29] Els C. van Wijk, Lorraine L. Landais, and Janneke Harting, "Understanding the Multitude of Barriers That Prevent Smokers in Lower Socioeconomic Groups from Accessing Smoking Cessation Support: A Literature Review," *Preventive Medicine* 123 (2019): 143–151, doi: 10.1016/j.ypmed.2019.03.029.

[30] Rosemary Hiscock, Linda Bauld, Amanda Amos, Jennifer A. Fidler, and Marcus Munafò, "Socioeconomic Status and Smoking: A Review," *Annals of the New York Academy of Sciences* 1248, no. 1 (2012): 107–123, doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x.

Ως προς τον εμβολιασμό, συνολικά το 81,3% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι είχε λάβει τουλάχιστον ένα από τα εμβόλια που εξετάστηκαν, με παρόμοια ποσοστά στις δύο ηλικιακές ομάδες (80,9% στους κάτω των 60 ετών και 81,5% στους 60 ετών και άνω). Η ανάλυση ανά τύπο εμβολίου αναδεικνύει, ωστόσο, αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις. Ανά τύπο εμβολίου, υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των συμμετεχόντων ηλικίας 60 ετών και άνω καταγράφηκαν για τη γρίπη (58,9% έναντι 29,9% για τα άτομα με ηλικία κάτω των 60 ετών), τον πνευμονιόκοκκο (33,2% έναντι 19,5%), την COVID-19 (64,2% έναντι 53,1%) και τον έρπητα ζωστήρα (13,7% έναντι 0%). Εν αντιθέσει, τα άτομα κάτω των 60 ετών παρουσίαζαν υψηλότερο ποσοστό εμβολιασμού κατά του τετάνου (38,6% σε σύγκριση με 17,4% για τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω).

Η εικόνα αυτή συμπληρώνεται από την υψηλή συχνότητα χρόνιων παθήσεων στο δείγμα. Το 92% των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω και το 61,9% των ατόμων κάτω των 60 ετών είχαν χρόνια πάθηση, με το συνολικό ποσοστό στο δείγμα να ανέρχεται σε 74,8%. Η υψηλή συχνότητα χρόνιων παθήσεων, ιδίως στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, υπογραμμίζει τις αυξημένες ανάγκες για συνεχή παρακολούθηση, εύκολη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και συντονισμένη υποστήριξη, κυρίως για τα άτομα που αντιμετωπίζουν παράλληλα οικονομικές και κοινωνικές δυσκολίες.

Εικόνα 12 Χαμηλοσυνταξιούχα γυναίκα μεγαλύτερης ηλικίας, η οποία έχει χάσει τρία από τα πέντε παιδιά της, συνομιλεί με κοινωνική λειτουργό του Δήμου κατά τη διάρκεια κατ' οίκον επίσκεψης της ομάδας της Co2gether.

Ψυχική υγεία

Όπως προαναφέρθηκε, οι ανάγκες ψυχικής υγείας στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές της Δυτικής Ελλάδας αποτελούν σημαντική πρόκληση. Δείκτες ψυχικής υγείας και ευεξίας που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα ήταν η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην Κλίμακα Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (GAD-7). Οι βαθμολογίες της κλίμακας κυμαίνονται από 0 έως 21 βαθμούς, με υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν υψηλότερο επίπεδο άγχους. Σε αυτό το δείγμα, η μέση βαθμολογία στην κλίμακα ήταν 8,9 βαθμοί (SD = 4,6 βαθμοί). Για τους συμμετέχοντες με ηλικία κάτω των 60 ετών, ήταν 8,6 βαθμοί (SD = 4,7), ενώ για τους συμμετέχοντες ηλικίας 60 ετών και άνω, ήταν 9 βαθμοί (SD = 4,3). Οι δύο ηλικιακές ομάδες δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολογία GAD-7 (p=0,340)[31]. Ο

[31] Robert L. Spitzer, Kurt Kroenke, Janet B. W. Williams, and Bernd Löwe, "A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7," *Archives of Internal Medicine* 166, no. 10 (2006): 1092–1097,

συντελεστής Cronbach α ήταν 0,85, υποδεικνύοντας καλή εσωτερική συνέπεια της κλίμακας στο συγκεκριμένο δείγμα.

Αναφορικά με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων άγχους, το 14,0% των συμμετεχόντων παρουσίαζε ελάχιστα συμπτώματα, το 45,4% ήπια, το 30,3% μέτρια και το 10,3% σοβαρά συμπτώματα άγχους. Η κατανομή ήταν παρόμοια στις δύο ηλικιακές ομάδες. Στα άτομα με ηλικία κάτω των 60 ετών, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 16,7%, 44,2%, 30,0% και 9,2%, ενώ στα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω ήταν 11,4%, 48,4%, 29,9% και 10,3%. Ως εκ τούτου, περίπου 4 στους 10 συμμετέχοντες εμφάνιζαν μέτρια ή σοβαρά συμπτώματα άγχους.

Ταυτόχρονα, το 28,4% των ερωτηθέντων ηλικίας 60 ετών και άνω, δήλωσε ότι αντιμετώπιζε κοινωνική απομόνωση, έναντι 19,9% των ατόμων κάτω των 60 ετών. Η κοινωνική απομόνωση συνιστά ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα, καθότι συνδέεται με τη μοναξιά, την ψυχολογική επιβάρυνση και τη συνολική ευημερία των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας.

Εξετάζοντας επιμέρους συμπτώματα και δυσκολίες ψυχικής υγείας, οι διαταραχές ύπνου ήταν το συχνότερα αναφερόμενο πρόβλημα, με το ποσοστό να ανέρχεται σε 52,7% του συνολικού δείγματος (47,7% στα άτομα με ηλικία κάτω των 60 ετών και 60,0% στα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω). Άγχος ανέφερε ότι βίωνε το 31,7% των συμμετεχόντων (31,1% και 33,7% αντίστοιχα), ενώ εύκολη κόπωση δήλωσε το 29,7% (23,7% και 37,9% αντίστοιχα). Αδυναμία καταγράφηκε στο 23,2%, κοινωνική απομόνωση στο 23,0% και απροσδιόριστα ψυχοσωματικά προβλήματα στο 20,3% του δείγματος.

Σε διαθέσιμες ελληνικές μελέτες υπάρχουν ενδείξεις υψηλού επιπολασμού διαταραχών ύπνου μεταξύ των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Οι διαταραχές ύπνου συνδέονται με

---

doi: 10.1001/archinte.166.10.1092. Στην αρχική επικύρωση της κλίμακας, βαθμολογίες 5, 10 και 15 προτάθηκαν ως όρια για ήπια, μέτρια και σοβαρά επίπεδα άγχους, αντίστοιχα.

παράγοντες όπως οι χρόνιες παθήσεις και τα καταθλιπτικά συμπτώματα[32]. Σε μελέτη αστικού πληθυσμού 250 ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω, οι οποίοι ήταν μέλη ΚΑΠΗ του Δήμου Λαρισαίων, ο επιπολασμός της αϋπνίας ανήλθε σε 39,2%[33]. Σε μεταγενέστερη μελέτη αντίστοιχου πληθυσμού στη Λάρισα, το ποσοστό ανήλθε σε 40,5%[34].

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι αυτοκτονικές σκέψεις αναφέρθηκαν από το 4,0% του συνολικού δείγματος, με το ποσοστό να ανέρχεται σε 5,4% στα άτομα κάτω των 60 ετών και σε 1,6% στα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω. Αντιθέτως, το 34,4% του συνολικού δείγματος δεν ανέφερε κανένα από τα συγκεκριμένα συμπτώματα, ποσοστό που ήταν υψηλότερο στους ερωτηθέντες με ηλικία κάτω των 60 ετών (41,1%) σε σχέση με εκείνους ηλικίας 60 ετών και άνω (26,3%).

Για το σύνολο των συμμετεχόντων που ανέφεραν αυτοκτονικές σκέψεις ενεργοποιήθηκε η διαδικασία παραπομπής και άμεσης υποστήριξης της Co2gether. Ειδικότερα, η Co2gether ενημέρωνε και συνεργαζόταν με τις αρμόδιες κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες, ενώ, όπου κρινόταν αναγκαίο, εξασφάλιζε πρόσβαση σε ψυχιατρική αξιολόγηση και περαιτέρω παρακολούθηση. Παράλληλα, κάλυπτε, όπου απαιτούνταν, το κόστος της εξειδικευμένης υποστήριξης και της μετακίνησης του ωφελούμενου προς την κατάλληλη δομή ή επαγγελματία υγείας. Η παρέμβαση δεν περιοριζόταν στην αρχική παραπομπή, αλλά περιλάμβανε παρακολούθηση και διασύνδεση με τις αρμόδιες υπηρεσίες.

---

[32] Efstratios Christodoulou et al., “Depression Is Associated with Worse Health-Related Quality of Life, Lower Physical Activity Levels, and Inadequate Sleep Quality in a Greek Elderly Population,” *Psychology, Health & Medicine* 28, no. 9 (2023): 2486–2500, doi: 10.1080/13548506.2023.2221446.

[33] Konstantinos Tsaras et al., “Predictors of Depression and Insomnia in Community-Dwelling Elderly People: A Cross-Sectional Evidence of Their Bidirectional Relationship,” *Cureus* 13, no. 3 (2021): e13965, doi: 10.7759/cureus.13965.

[34] Konstantinos Tsaras et al., "The Effect of Depressive and Insomnia Symptoms in Quality of Life Among Community-Dwelling Older Adults," International Journal of Environmental Research and Public Health 19, no. 20 (2022): 13704, https://doi.org/10.3390/ijerph192013704.

Εικόνα 13 Κατοικία άνδρα μεγαλύτερης ηλικίας με επιβαρυμένη ψυχική υγεία, η οποία είχε επηρεάσει αποφασιστικά την ικανότητά του να διατηρεί την καθαριότητα και την υγιεινή του χώρου.

Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει ότι η φτώχεια στη Δυτική Ελλάδα, είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που επηρεάζει όλες τις εκφάνσεις της καθημερινής ζωής του ατόμου, όπως τις συνθήκες στέγασης, την υγεία, την αυτονομία, την πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες και τη δυνατότητα κοινωνικής συμμετοχής και δεν αποτελεί απλώς οικονομικό ζήτημα. Για ένα σημαντικό μέρος των συμμετεχόντων, κυρίως για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και τα άτομα που κατοικούν σε αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές, οι διαφορετικές μορφές ευπάθειας συσσωρεύονται και αλληλοεπιδρούν, δημιουργώντας σύνθετες και εντεινόμενες μορφές κοινωνικού αποκλεισμού και ανισότητας. Τα ευρήματα καταγράφουν σημαντικές στεγαστικές ελλείψεις, ανεπαρκή ή μη ασφαλή θέρμανση, περιορισμένη πρόσβαση σε βασικές εγκαταστάσεις και, σε ορισμένες περιπτώσεις, συνθήκες διαβίωσης που δυσχεραίνουν την ασφάλεια και την αξιοπρεπή καθημερινότητα. Συνάμα, οι χρόνιες παθήσεις, τα

προβλήματα ψυχικής υγείας, η αναπηρία, η έλλειψη υποστηρικτικού πλαισίου και η διαμονή σε δυσπρόσιτες και υποεξυπηρετούμενες γεωγραφικές περιοχές διαμορφώνουν αυξημένες ανάγκες υποστήριξης και φροντίδας.

Συγκεκριμένα, ο τόπος διαμονής συνιστά καθοριστικό παράγοντα. Οι μεγάλες αποστάσεις, η περιορισμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών και οι κινητικές δυσκολίες μπορούν να μετατρέψουν ακόμη και μια βασική ανάγκη, όπως η μετάβαση σε μονάδα παροχής υγειονομικής φροντίδας, όπως το Κέντρο Υγείας, η πρόσβαση σε κοινωνική υπηρεσία ή η προμήθεια βασικών αγαθών και τροφίμων, σε μεγάλο καθημερινό άχθος.

Ως εκ τούτου, τα δεδομένα της μελέτης αναδεικνύουν, την έλλειψη ίσων ευκαιριών και δυνατοτήτων μεταξύ ορισμένων κοινωνικών ομάδων, καθώς αδυνατούν στην πράξη να απολαμβάνουν στοιχειώδη κοινωνικά δικαιώματα, όπως το δικαίωμα στην υγεία, στην πρόσβαση σε ασφαλές τρεχούμενο νερό, στην στέγαση, στην κοινωνική προστασία και την αξιοπρεπή διαβίωση. Τα δικαιώματα αυτά είναι θεμελιώδη και αναπαλλοτρίωτα, τα οποία είναι σύμφυτα με την ιδιότητα του ανθρώπου. Κατά συνέπεια, κάθε άτομο πρέπει να έχει πρόσβαση σε αυτά, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, τόπου κατοικίας, ή οποιουδήποτε άλλου χαρακτηριστικού.

Η αντιμετώπιση της φτώχειας στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές δεν μπορεί, συνεπώς, να περιορίζεται αποκλειστικά σε εισοδηματικές ενισχύσεις. Απαιτείται μια ολιστική και συντονισμένη προσέγγιση που να συνδέει την κοινωνική προστασία με την υγειονομική και ψυχική φροντίδα, τη βελτίωση των συνθηκών στέγασης, την προσβασιμότητα, τη μετακίνηση, την επισιτιστική ασφάλεια και την υποστήριξη των άτυπων φροντιστών. Παράλληλα, οι παρεμβάσεις πρέπει να προσαρμόζονται στις ιδιαίτερες ανάγκες των αγροτικών κοινοτήτων και να φτάνουν στα άτομα, τα οποία, λόγω ηλικίας, αναπηρίας, απομόνωσης ή οικονομικής αδυναμίας, παρακωλύονται περισσότερο να προσεγγίσουν τα ίδια τις διαθέσιμες υπηρεσίες.

Η εμπειρία της Co2gether στο πεδίο επιβεβαιώνει ότι η έγκαιρη αναγνώριση των αναγκών, η κατ' οίκον και εξατομικευμένη ολιστική προσέγγιση και η στενή συνεργασία μεταξύ κοινωνικών υπηρεσιών, επαγγελματιών υγείας, τοπικής αυτοδιοίκησης και οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών μπορούν να συνδράμουν

ουσιαστικά στον εντοπισμό και την υποστήριξη ευάλωτων ατόμων, τα οποία διαφορετικά κινδυνεύουν να παραμείνουν αόρατα για το σύστημα κοινωνικής προστασίας και να αντιμετωπίζουν σημαντικά εμπόδια στην ουσιαστική άσκηση και απόλαυση των θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους.

Προτεινόμενες άμεσες παρεμβάσεις

1. Στοχευμένη ενεργειακή και στεγαστική αναβάθμιση κατοικιών οικονομικά ευάλωτων νοικοκυριών

Τα ευρήματα σχετικά με την ανεπαρκή και μη ασφαλή θέρμανση, τις παλαιές κατοικίες και τις ελλείψεις βασικών υποδομών υπογραμμίζουν την ανάγκη για στοχευμένες πρωτοβουλίες ενεργειακής αναβάθμισης και μικρών επισκευών, δίνοντας προτεραιότητα στα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα, στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και γενικότερα στα άτομα με αυξημένη κοινωνική ευπάθεια.

Αρμόδιοι και συνεργαζόμενοι φορείς:

- Υπουργείο Περιβάλλοντος και Ενέργειας
- Υπουργείο Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας
- Περιφέρειες και Δήμοι

2. Συντονισμένη παρέμβαση για τη στέγαση, την ενεργειακή επάρκεια και την υγεία

Οι συνθήκες στέγασης, η ενεργειακή επάρκεια και η κατάσταση υγείας είναι στενά συνυφασμένες και δεν μπορούν να αντιμετωπίζονται αποσπασματικά. Απαιτείται ένας συντονισμένος μηχανισμός παραπομπής και παρέμβασης, ώστε όταν εντοπίζεται άτομο ή νοικοκυριό με πολλαπλές ανάγκες να πραγματοποιείται συνολική αξιολόγηση και να ενεργοποιείται εξατομικευμένο σχέδιο υποστήριξης. Το σχέδιο αυτό μπορεί να περιλαμβάνει παρεμβάσεις για τη βελτίωση της κατοικίας και της ενεργειακής

επάρκειας, προσαρμογές προσβασιμότητας και ασφάλειας, καθώς και διασύνδεση με υπηρεσίες υγείας, ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Αρμόδιοι και συνεργαζόμενοι φορείς:

- Υπουργείο Περιβάλλοντος και Ενέργειας
- Υπουργείο Υγείας
- Τοπική Αυτοδιοίκηση
- Κέντρα Υγείας, κινητές μονάδες υγείας και υπηρεσίες ψυχικής υγείας

3. Ενίσχυση της πρόληψης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές

Το υψηλό ποσοστό χρόνιων παθήσεων και οι δυσκολίες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας αναδεικνύουν την ανάγκη ενίσχυσης της πρόληψης, της έγκαιρης διάγνωσης και της συνεχούς παρακολούθησης. Απαιτούνται κινητές μονάδες, τακτικές προληπτικές παρεμβάσεις στις αγροτικές κοινότητες και ενίσχυση των Κέντρων Υγείας.

Αρμόδιοι και συνεργαζόμενοι φορείς:

- Υπουργείο Υγείας
- Υγειονομικές Περιφέρειες
- Κέντρα Υγείας και κινητές μονάδες

4. Ενίσχυση της κατ' οίκον φροντίδας και της υποστήριξης των φροντιστών

Η υψηλή συχνότητα χρόνιων παθήσεων και η περιορισμένη πρόσβαση σε επαγγελματική φροντίδα καθιστούν αναγκαία την ενίσχυση των υπηρεσιών κατ' οίκον υποστήριξης. Συνάμα, απαιτείται υποστήριξη των οικογενειακών και άτυπων φροντιστών μέσω συμβουλευτικής, εκπαίδευσης και υπηρεσιών ανακούφισης.

Αρμόδιοι και συνεργαζόμενοι φορείς:

- Υπουργείο Υγείας
- Υπουργείο Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας
- Τοπική Αυτοδιοίκηση και υπηρεσίες «Βοήθεια στο Σπίτι»
- Οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών και μη κερδοσκοπικοί φορείς

5. Ενσωμάτωση της ψυχικής υγείας στην κοινωνική και κατ' οίκον φροντίδα

Τα υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων άγχους, κοινωνικής απομόνωσης και άλλων ενδείξεων ψυχικής επιβάρυνσης καταδεικνύουν την ανάγκη συστηματικής ανίχνευσης και έγκαιρης παραπομπής. Συγκριτικές αναλύσεις διεθνών δεικτών δείχνουν ότι η Ελλάδα υστερεί σημαντικά στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε σχέση με άλλες χώρες υψηλού εισοδήματος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρουσιάζοντας σοβαρές ελλείψεις σε προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής ευεξίας[35]. Η χρήση σταθμισμένων εργαλείων, σε συνδυασμό με σαφή πρωτόκολλα διασύνδεσης με επαγγελματίες και υπηρεσίες ψυχικής υγείας, μπορεί να συμβάλει στον εντοπισμό ατόμων που διαφορετικά ενδέχεται να παραμένουν χωρίς υποστήριξη.

Αρμόδιοι και συνεργαζόμενοι φορείς:

- Υπουργείο Υγείας
- Κέντρα Υγείας και υπηρεσίες ψυχικής υγείας
- Τοπική Αυτοδιοίκηση
- Οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών

[35] Konstantinos Kotsis et al., "The State of Mental Health in Greece: An International Comparative Analysis Using Data from the Global Mental Health Countdown 2030," International Journal of Social Psychiatry 71, no. 4 (2025): 757–69, https://doi.org/10.1177/00207640241303029.

6. Τοπικές δράσεις ψηφιακής ενδυνάμωσης και πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες

Η ψηφιοποίηση ολοένα περισσότερων δημόσιων και κοινωνικών υπηρεσιών μπορεί να δημιουργεί πρόσθετα εμπόδια για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και κατοίκους απομακρυσμένων περιοχών. Απαιτούνται τοπικά προγράμματα ψηφιακών δεξιοτήτων και πρακτικής υποστήριξης για την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, κοινωνικής προστασίας και δημόσιας διοίκησης.

Αρμόδιοι και συνεργαζόμενοι φορείς:

- Υπουργείο Παιδείας, Θρησκευμάτων και Αθλητισμού
- ΔΥΠΑ και φορείς δια βίου μάθησης
- Δήμοι, ΚΑΠΗ και οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών

Κεντρικό μήνυμα

Η κοινωνία των πολιτών διαδραματίζει αποφασιστικό ρόλο στον εντοπισμό, την προσέγγιση και την υποστήριξη ανθρώπων που συνήθως παραμένουν εκτός της εμβέλειας των υφιστάμενων υπηρεσιών. Εντούτοις, η έκταση και η πολυπλοκότητα των αναγκών που καταγράφονται στην παρούσα μελέτη υπερβαίνουν τις δυνατότητες μεμονωμένων παρεμβάσεων ή παρεμβάσεων αποκλειστικά φιλανθρωπικού χαρακτήρα.

Απαιτείται διατομεακή δημόσια πολιτική που να αντιμετωπίζει ταυτόχρονα τη φτώχεια, τη στέγαση, την υγεία, την ψυχική υγεία, τη φροντίδα και την πρόσβαση στις υπηρεσίες ολιστικά και όχι ως μεμονωμένες καταστάσεις, με ιδιαίτερη έμφαση στους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν πολλαπλές και αλληλεπικαλυπτόμενες μορφές ευπάθειας.

Η αντιμετώπιση της φτώχειας δεν μπορεί να περιορίζεται στη διαχείριση της επιβίωσης. Οφείλει να εξασφαλίζει τις προϋποθέσεις ώστε κάθε άνθρωπος να μπορεί

να ζει με αξιοπρέπεια και να απολαμβάνει ουσιαστικά όλο το φάσμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Παράρτημα α – αναλυτικοί πίνακες

ΗΛΙΚΙΑ: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : ΦΡΟΝΤΙΔΑ: ΑΝΑΠΗΡΙΑ		**ΣΥΝΟΛΟ**		**ΚΑΤΩ ΤΩΝ 60 ΕΤΩΝ**		**ΑΝΩ ΤΩΝ 60 ΕΤΩΝ**	
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ ΤΕΒΑ	Όχι	177	45,2	59	28,0	107	64,8
	Ναι	215	54,8	152	72,0	58	35,2
ΑΝ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΩΦΕΛΟΥΜΕΝΟΙ ΤΕΒΑ	Συνταξιούχοι	65	36,7	7	11,5	58	54,2
	Σύζυγοι Συνταξιούχων	112	63,3	54	88,5	49	45,8
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Χήροι	67	17,5	7	3,6	58	34,3
	Διαζευγμένη	78	20,4	43	21,9	30	17,8
	Ανύπαντροι	86	22,5	59	30,1	26	15,4
	Παντρεμένοι	151	39,5	87	44,4	55	32,5
Σύνολο ανθρώπων που ζουν στην οικία, Αριθμητικός μέσος (SD), Διάμεσος, ενδοτεταρτημοριακό εύρος (interquartile range)		2,5 (1,6)	2 (1 – 3)	3 (1,8)	3 (2 – 4)	2,0 (1,1)	2 (1 – 2)
Τέκνα	Όχι	121	29,2	72	33,8	41	22,3
	Ναι	293	70,8	141	66,2	143	77,7
Συγκατοίκηση Τέκνων	Δεν συγκατοικούν	132	45,1	38	27,0	91	63,6
	Συγκατοικούν	161	54,9	103	73,0	52	36,4
Επισκέψεις Τέκνων	Όχι	17	12,9	6	15,8	10	11,0
	Ναι	115	87,1	32	84,2	81	89,0
Συχνότητα Επισκέψεων Τέκνων	Κάθε μέρα	24	19,4	4	10,8	20	23,8
	Κάθε εβδομάδα	42	33,9	13	35,1	27	32,1
	Κάθε μήνα	24	19,4	11	29,7	13	15,5
	Πιο σπάνια	34	27,4	9	24,3	24	28,6
Έχετε φροντιστή	Όχι	275	72,4	164	83,7	100	58,8
	Οικογενειακός φροντιστής	93	24,5	31	15,8	59	34,7
	Επαγγελματίας φροντιστής	12	3,1	1	0,5	11	6,5
Αν είναι οικογενειακός φροντιστής	Τέκνο	31	34,1	8	25,8	22	38,6
	Συγγενής	38	41,8	18	58,1	19	33,3
	Γείτονας	1	1,1	0	0,0	1	1,8

	Φίλος	6	6,6	2	6,5	4	7,0
	Σύζυγος	15	16,5	3	9,7	11	19,3
Αν είναι οικογενειακός φροντιστής	Λιγότερες από 8 ώρες στο σπίτι	16	18,4	7	24,1	8	14,5
	Περισσότερες από 8 ώρες στο σπίτι	66	75,9	21	72,4	43	78,2
	Εκτός σπιτιού	5	5,7	1	3,4	4	7,3
Αν είναι επαγγελματίας φροντιστής	Λιγότερες από 8 ώρες στο σπίτι	5	71,4	1	100,0	4	66,7
	Περισσότερες από 8 ώρες στο σπίτι	2	28,6	0	0,0	2	33,3
	Εκτός σπιτιού	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ποσοστό αναπηρίας (%), Αριθμητικός Μέσος (SD), Διάμεσος (range)		18,2 (32,1)	0 (0 – 20)	16,2 (30,4)	0 (0 –0)	20 (33,8)	0 (0 – 50)

Περιγραφή συνθηκών στέγασης

		Σύνολο		**ΚΑΤΩ ΤΩΝ 60 ΕΤΩΝ**		**ΑΝΩ ΤΩΝ 60 ΕΤΩΝ**	
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Έτος κατασκευής	Πριν το 1978	242	54,4	120	49,8	112	59,9
	Μετά το 1978	203	45,6	121	50,2	75	40,1
Τοποθεσία	Εντός οικισμού	328	73,7	167	69,6	151	80,3
	Εκτός οικισμού	117	26,3	73	30,4	37	19,7
Εμβαδόν οικία (αριθμητική τιμή), Αριθμητικος μέσος (SD), Διάμεσος, ενδοτεταρτημοριακό εύρος (interquartile range)		67,8 (41,5)	65 (42 – 90)	66,5 (47,5)	63 (40 – 90)	69,2 (32,4)	65 (50 – 85)
Αριθμός δωματίων (εκτός μπάνιου)	1,0	83	19,0	57	23,8	26	14,3
	2,0	88	20,1	42	17,6	42	23,1
	3,0	125	28,6	72	30,3	47	25,8
	4,0	88	20,1	41	17,2	43	23,6
	5,0	45	10,3	25	10,5	19	10,4
	6,0	8	1,8	3	1,3	5	2,7
Είδος κατοικίας	Μονοκατοικία	342	78,1	173	73,6	155	83,3
	Διαμέρισμα	96	21,9	62	26,4	31	16,7
Η οικία αποτελείται από:							
Ισόγειο		333	97,4	170	98,3	149	96,1
Υπόγειο		8	2,3	4	2,3	4	2,6
Ανώγειο		68	19,9	37	21,4	30	19,4

Ποιά από αυτά είναι κατοικήσιμα;							
Ισόγειο		318	93,0	161	93,1	144	92,9
Υπόγειο		16	4,7	7	4,0	8	5,2
Ανώγειο		59	17,3	31	17,9	28	18,1
Προστατευτικά κυγκλιδώματα	Όχι	160	35,9	89	37,1	66	34,9
	Ναι	286	64,1	151	62,9	123	65,1
Πρόσβαση εισόδου	Εύκολη	307	68,8	148	61,7	146	77,2
	Δύσκολη	139	31,2	92	38,3	43	22,8
Αυλή/μπαλκόνι	Όχι	29	6,5	13	5,4	14	7,4
	Ναι	416	93,5	227	94,6	174	92,6

Πίνακας: Κουζίνα, Μπάνιο και Θέρμανση

		Σύνολο		**Κάτω των 60**		**Άνω των 60**	
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Κουζίνα	Όχι	59	13,2	48	20,0	11	5,8
	Ηλεκτρική	312	70,0	155	64,6	143	75,7
	Πετρογκαζ	65	14,6	31	12,9	31	16,4
	Και τα δύο	10	2,2	6	2,5	4	2,1
Έλειψη βασικών ηλεκτρικών συσκευών	Όχι	282	64,1	129	54,2	143	76,9
	Ναι	158	35,9	109	45,8	43	23,1
Θέρμανση							
Τζάκι		101	22,9	35	14,6	63	33,9
Σόμπα πετρελαίου		13	2,9	8	3,3	5	2,7
Σόμπα υγραερίου		26	5,9	15	6,3	11	5,9
Ξυλόσομπα		130	29,5	83	34,7	40	21,5
Αερόθερμο		12	2,7	3	1,3	8	4,3
Καλοριφέρ		87	19,7	41	17,2	41	22,0
Ηλεκτρικό σώμα		88	20,0	42	17,6	44	23,7
Φυσικό αέριο		3	0,7	2	0,8	1	0,5
Κλιματιστικό		81	18,4	41	17,2	38	20,4
Χωρίς Θέρμανση		33	7,5	20	8,4	11	5,9
Θέρμανση	Επαρκής	188	45,1	89	38,9	91	52,6
	Ασθενής	229	54,9	140	61,1	82	47,4

Ασφάλεια θέρμανσης	Ασφαλής	122	55,2	63	48,8	57	67,9
	Ανασφαλής	99	44,8	66	51,2	27	32,1
Μπάνιο	Όχι	72	16,5	55	23,0	14	7,7
	Ντουζιέρα	190	43,5	96	40,2	88	48,4
	Μπανιέρα	175	40,0	88	36,8	80	44,0
Κατάσταση μπάνιου	Καλή	222	52,1	116	49,8	100	56,2
	Μέτρια	87	20,4	42	18,0	43	24,2
	Κακή	117	27,5	75	32,2	35	19,7
Είδος ύδρευσης	Πηγάδι	1	0,3	0	0,0	1	0,6
	Τοπικό δίκτυο ύδρευσης	387	99,7	215	100,0	163	99,4
	Αποχέτευση στο δίκτυο	53	32,9	23	28,8	28	38,9
	Οικιακός βόθρος εντός οικίας	52	32,3	22	27,5	29	40,3
	Οικιακός βόθμος εκτός οικίας	56	34,8	35	43,8	15	20,8

Κατάσταση Υγείας

		Σύνολο		**Κάτω των 60**		**Άνω των 60**	
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Καπνίζετε; (N= 446)	Όχι	258	57,8	112	46,5	140	73,7
	Ναι	188	42,2	129	53,5	50	26,3
Καπνίζει κάποιος άλλος μέσα στο σπίτι εκτός από εσάς; (N= 446)	Όχι	248	55,6	109	45,2	133	70,0
	Ναι	198	44,4	132	54,8	57	30,0
Έχετε οικογενειακό γιατρό; (N= 416)	Όχι	154	37,0	85	38,8	65	35,3
	Ναι	262	63,0	134	61,2	119	64,7
Ο γιατρός είναι N= 409)	Ιδιώτης	110	26,9	55	25,0	53	29,9
	Νοσοκομειακός	101	24,7	52	23,6	46	26,0
	Κέντρο Υγείας	198	48,4	113	51,4	78	44,1
Πώς μεταβαίνετε στην πλησιέστερη ιατρική μονάδα;							
Με τα πόδια		104	23,7	62	25,8	39	21,1
Με δημόσια συγκοινωνία		51	11,6	35	14,6	14	7,6
Συνοδευόμενος		80	18,2	22	9,2	57	30,8
Μη συνοδευόμενος		9	2,1	5	2,1	4	2,2
Με ταξί		57	13,0	23	9,6	34	18,4
Με ιδιωτικό αυτοκίνητο		235	53,5	139	57,9	88	47,6
	Κοντά	249	56,3	131	54,4	113	60,8

Απόσταση (οδικώς) από το Κέντρο Υγείας	Μακριά	193	43,7	110	45,6	73	39,2
Απόσταση (οδικώς) από το Περιφερειακό Ιατρικό Κέντρο	Κοντά	227	52,9	127	53,1	92	52,0
	Μακριά	202	47,1	112	46,9	85	48,0
Έχετε εμβολιαστεί? (N= 439)	Όχι	82	18,7	46	19,1	34	18,5
	Ναι	357	81,3	195	80,9	150	81,5
Εμβόλια							
Τετάνου		129	28,8	93	38,6	33	17,4
Γρίπης		187	41,7	72	29,9	112	58,9
Πνευμονιόκοκκου		113	25,2	47	19,5	63	33,2
Covid-19		261	58,3	128	53,1	122	64,2
Έρπητα ζωστήρα		27	6,0	0	0,0	26	13,7
Χρόνια πάθηση (Ναι)		330	74,8	148	61,9	173	92,0

Άγχος και στρες

	Σύνολο		**Κάτω των 60 ετών**		**Άνω των 60 ετών**	
	Αριθμητικός Μέσος (SD)	**Διάμεσος (SD)**	**Αριθμητικός Μέσος (SD)**	**Διάμεσος (SD)**	**Αριθμητικός Μέσος (SD)**	**Διάμεσος (SD)**
Αγχώδη Διαταραχή (GAD-7)	8,9 (4,6)	8 (6 – 12)	8,6 (4,7)	8 (6 – 12)	9,0 (4,3)	8 (6 – 12)

		Σύνολο		**Κάτω των 60 ετών**		**Άνω των 60 ετών**	
		N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Επίπεδο άγχος	Πολύ λίγο	61	14,0	40	16,7	21	11,4
	Ήπιο	198	45,4	106	44,2	89	48,4
	Μέτριο	132	30,3	72	30,0	55	29,9
	Πάρα πολύ	45	10,3	22	9,2	19	10,3

	Σύνολο		**Κάτω των 60**		**Άνω των 60**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Διαταραχή ύπνου	236	52,7	115	47,7	114	60,0
Αδυναμία	104	23,2	45	18,7	57	30,0
Άγχος	142	31,7	75	31,1	64	33,7
Κοινωνική απομόνωση	103	23,0	48	19,9	54	28,4
Έλλειψη ενδιαφέροντος	68	15,2	36	14,9	29	15,3
Μειωμένη συγκέντρωση	41	9,2	18	7,5	22	11,6
Αυτοκτονικές σκέψεις	18	4,0	13	5,4	3	1,6
Μειωμένη όρεξη	46	10,3	19	7,9	26	13,7
Συναισθήματα ανεπάρκειας	45	10,0	26	10,8	17	8,9
Εύκολη κόπωση	133	29,7	57	23,7	72	37,9
Απροσδιόριστα ψυχοσωματικά προβλήματα	91	20,3	49	20,3	38	20,0
Κανένα	154	34,4	99	41,1	50	26,3

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Anthopoulou, Theodosia, Maria Partalidou, Sofia Nikolaidou, and Glykeria Stamatopoulou. "Poverty and Housing Precariousness in Rural Areas under the Lens of Social Resilience: Revealing Societal Implications of Lived Experiences of Rural Poverty." *Societal Impacts* 6 (2025): 100119. doi: 10.1016/j.socimp.2025.100119.

Antonopoulos, Constantinos, Nikos Koutsias, Vagelis Papadakis, Dimitrios Vitsas, Galateia Katsi, and Ileanna Diamantopoulou. *Down to Earth: Environmental Risks Related with Depopulation and Ageing Population in Rural Areas—Regional Report Year 1: Western Greece*. Interreg Europe, 2024.

Christodoulou, Efstratios, Eleni Pavlidou, Maria Mantzorou, Antonios Koutelidakis, Konstantinos Vadikolias, Evmorfia Psara, Theofanis Vorvolakos, et al. "Depression Is Associated with Worse Health-Related Quality of Life, Lower Physical Activity Levels, and Inadequate Sleep Quality in a Greek Elderly Population." *Psychology, Health & Medicine* 28, no. 9 (2023): 2486–2500. doi: 10.1080/13548506.2023.2221446.

Co2gether. «Οι εθελοντές μας». https://co2gether.gr/οι-εθελοντές-μας/. Επίσκεψη 9 Σεπτεμβρίου 2026.

Eurofound. *Access to Social Benefits: Reducing Non-Take-Up*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2015.

European Commission. *2026 Country Report—Greece*. Commission Staff Working Document SWD(2026) 208 final. Brussels, June 3, 2026.

European Commission. *Flash Eurobarometer 530: Mental Health*. Brussels: European Commission, 2023.

European Commission, Eurostat. *European Health Interview Survey (EHIS): Microdata*. 2024.

Eurostat. "9.2% of EU Population Struggled to Keep Their Home Warm." *Eurostat News*. February 2, 2026.

Eurostat. "EU-SILC and ECHP Surveys: Income and Living Conditions Statistics." 2024.

Eurostat. "Inability to Keep Home Adequately Warm." EU-SILC database. Data code ilc_mdes01. 2026.

Eurostat. *Key Figures on European Living Conditions—2025 Edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2025. doi: 10.2785/1105614.

Eurostat. "Living Conditions in Europe—Poverty and Social Exclusion." *Statistics Explained*. 2025.

Eurostat. "SDG 1—No Poverty." *Statistics Explained*. 2026.

Garthwaite, Kayleigh. *Hunger Pains: Life Inside Foodbank Britain*. Bristol: Policy Press, 2016.

Hiscock, Rosemary, Linda Bauld, Amanda Amos, Jennifer A. Fidler, and Marcus Munafò. "Socioeconomic Status and Smoking: A Review." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1248, no. 1 (2012): 107–123. doi: 10.1111/j.1749-6632.2011.06202.x.

Kotsis, Konstantinos, Lauro Estivalete Marchionatti, André Simioni, Julia Luiza Schafer, Sara Evans-Lacko, Shekhar Saxena, Sarah Kline, Antonis Kousoulis, Anastasia Koumoula, and Giovanni Abrahão Salum. "The State of Mental Health in Greece: An International Comparative Analysis Using Data from the Global Mental Health Countdown 2030." *International Journal of Social Psychiatry* 71, no. 4 (2025): 757–769. doi: 10.1177/00207640241303029.

Matsaganis, Manos, Horacio Levy, and Maria Flevotomou. "Non-Take Up of Social Benefits in Greece and Spain." *Social Policy & Administration* 44, no. 7 (2010): 827–844. doi: 10.1111/j.1467-9515.2010.00744.x.

Moustakopoulou, Lamprini, Theodoula Adamakidou, Sotirios Plakas, Marianna Drakopoulou, Paraskevi Apostolara, Alexandra Mantoudi, Dimos Mastrogiannis, et al. "Exploring Loneliness, Fear and Depression among Older Adults during the COVID-19 Era: A Cross-Sectional Study in Greek Provincial Towns." *Healthcare* 11, no. 9 (2023): 1234. doi: 10.3390/healthcare11091234.

Papanikolaou, Nikos, and Rachel Hagan. "Wildfire Menaces Major Greek City as Heatwave Grips Europe." *BBC News*. August 13, 2025.

Peritogiannis, Vaios, and Christos Lixouriotis. "Παροχή φροντίδας ψυχικής υγείας για ηλικιωμένους στην αγροτική Ελλάδα: Ανικανοποίητες ανάγκες." *Journal of Neurosciences in Rural Practice* 10, no. 4 (2019): 721–724. doi: 10.1055/s-0039-3399603.

Purdam, Kingsley, Elizabeth A. Garratt, and Arpana Esmail. "Hungry? Food Insecurity, Social Stigma and Embarrassment in the UK." *Sociology* 50, no. 6 (2016): 1072–1088. doi: 10.1177/0038038515594092.

Spitzer, Robert L., Kurt Kroenke, Janet B. W. Williams, and Bernd Löwe. "A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7." *Archives of Internal Medicine* 166, no. 10 (2006): 1092–1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.

Theodoulou, Annika, Thomas R. Fanshawe, Eleanor Leavens, Effie Theodoulou, Angela Difeng Wu, Laura Heath, Cristina Stewart, et al. "Differences in the Effectiveness of Individual-Level Smoking Cessation Interventions by Socioeconomic Status." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2025, no. 1 (2025): CD015120. doi: 10.1002/14651858.CD015120.pub2.

Tsaras, Konstantinos, Maria Tsiantoula, Ioanna V. Papathanasiou, Dimitrios Papagiannis, Maria Chatzi, and Evangelos C. Fradelos. "Predictors of Depression and Insomnia in Community-Dwelling Elderly People: A Cross-Sectional Evidence of

Their Bidirectional Relationship." *Cureus* 13, no. 3 (2021): e13965. doi: 10.7759/cureus.13965.

Tsaras, Konstantinos, Maria Tsiantoula, Dimitrios Papagiannis, Ioanna V. Papathanasiou, Maria Chatzi, Martha Kelesi, Evridiki Kaba, and Evangelos C. Fradelos. "The Effect of Depressive and Insomnia Symptoms in Quality of Life among Community-Dwelling Older Adults." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, no. 20 (2022): 13704. doi: 10.3390/ijerph192013704.

van Wijk, Els C., Lorraine L. Landais, and Janneke Harting. "Understanding the Multitude of Barriers That Prevent Smokers in Lower Socioeconomic Groups from Accessing Smoking Cessation Support: A Literature Review." *Preventive Medicine* 123 (2019): 143–151. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.03.029.

World Health Organization. *Equity, Social Determinants and Public Health Programmes*. Geneva: World Health Organization, 2010.

World Health Organization. *World Report on Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization, 2015.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). *Αποτελέσματα Απογραφής Πληθυσμού-Κατοικιών 2021 που αφορούν στον Μόνιμο Πληθυσμό της Χώρας*. Πειραιάς: ΕΛΣΤΑΤ, 2023.

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ). *Κίνδυνος Φτώχειας ή Κοινωνικού Αποκλεισμού 2025: Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών (EU-SILC)*. Δελτίο Τύπου. Πειραιάς: ΕΛΣΤΑΤ, 2026.

Παλαιολόγος, Απόστολος. «Βιομηχανία και εργατικό κίνημα στην Πάτρα στη διάρκεια του 20ού αιώνα: Μετασχηματισμοί στο περιβάλλον της Μεταπολίτευσης (1974–1990)». Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 2024.