

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ¹

Λύκου Αικατερίνη²

Στην Ελλάδα οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύουν σημαντικό ποσοστό του συνολικού πληθυσμού και θεωρούνται ως η «πλέον σταθερά αυξανόμενη δημογραφική ομάδα». Η επεκτεινόμενη Τρίτη ηλικία οδηγεί σε νέες αντιλήψεις για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής προστασίας με πρωταρχικό στόχο τη θέσπιση μέτρων κοινωνικής πολιτικής για ηλικιωμένους.

Η Κοινωνική Εργασία με ηλικιωμένους στο Νοσοκομείο αποκαλύπτει ένα φάσμα συσσωρευμένων προβλημάτων, μακροχρόνιων πολλές φορές αλλά και πρόσφατων, που μπορούν να θεωρηθούν δείκτες οικονομικών, κοινωνικών και πολιτιστικών μεταβολών από τους οποίους διαφαίνεται η ετοιμότητα του συστήματος να αντιδράσει θετικά, αρνητικά ή με απάθεια σε αιφνίδιες εξωτερικές επιδράσεις που προορίζονται να τροποποιήσουν το ρυθμό και τη συνοχή του. Η λειτουργία κοινωνικών θεσμών καθιστά το σύστημα ευέλικτο και ανθεκτικό. Η έλλειψή τους προκαλεί ρήγματα και δημιουργεί χάος.

Μέσα από το συγκεκριμένο πρόβλημα του ηλικιωμένου ατόμου, την αρρώστια ή το ατύχημα, σκιαγραφείται η σχέση του ατόμου με τα μέλη της οικογένειάς του, τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο αλλά και η μέριμνα της πολιτείας. Έτσι, ανοίγεται ένα ευρύ πεδίο παρατήρησης, προβληματισμού και παρεμβάσεων για τροποποίηση συμπεριφοράς, όταν το ίδιο το σύστημα (η οικογένεια) το επιτρέπει. Η κοινωνική εργασία στο ερευνητικό αυτό πεδίο εκπληρώνει μια από τις δυναμικές της μορφές.

Κατ' αρχήν πρέπει να αξιολογήσουμε:

- ➔ εάν το άτομο που νοσηλεύεται είναι ενταγμένο σ' ένα οργανωμένο πλαίσιο, όπως οικογένεια, ίδρυμα, παραδοσιακή κοινότητα ή είναι παραμελημένο,
- ➔ τις σχέσεις που διέπουν το νοσηλευόμενο άτομο με τα μέλη του οικογενειακού ή κοινωνικού ιστού ξεχωριστά και στο σύνολό τους,
- ➔ τα ευέλικτα ή μη όρια του πλαισίου,
- ➔ τη συμπεριφορά του σε κάθε παράγοντα αλλαγής,
- ➔ την ευελιξία και αποτελεσματικότητα των θεσμών της Πολιτείας.

Η ελληνική οικογένεια πέρασε τις τελευταίες δεκαετίες από διάφορα στάδια εξέλιξης που την ανάγκασαν να ενσωματώσει νέα πρότυπα αξιών. Οι εξωγενείς μεταβολές επηρέασαν τον τρόπο επικοινωνίας και τη

1. Αναδημοσίευση από: Λύκου, Αικ. (1994). Κοινωνική εργασία με ηλικιωμένους στο νοσοκομείο. *Εκλογή Θεμάτων Κοινωνικής Πρόνοιας*, ΕΠΠΣΚΕ, τ.100 /1994, σελ.72-78.
2. Η Αικατερίνη Λύκου (1948 – 2000) ήταν κοινωνική λειτουργός, προϊσταμένη της Κοινωνικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Ασκληπείου Βούλας.

συνοχή των γενεών. Ανάμεσα στην «παραδοσιακή» εκτεταμένη οικογένεια και στη «χειραφετημένη» πυρηνική δεν μεσολάβησαν μακροχρόνιοι σταθμοί, όπως στις χώρες της Δ. Ευρώπης, ώστε οι διεργασίες των μεταβατικών σταδίων να γίνουν συνειδητές.

Καθώς στην εποχή μας η πυρηνική οικογένεια αναζητά νέες μορφές επιβίωσης, το ηλικιωμένο άτομο απομονώνεται, διατηρώντας μια ιδιόζουσα αυτονομία και αξιοπρέπεια, όσο οι φυσικές - νοητικές και οικονομικές δυνατότητές του το επιτρέπουν. Μέσα στον πυρηνικό οικογενειακό σχηματισμό, ή έξω από αυτόν, το ηλικιωμένο άτομο εξακολουθεί ν' ασκεί λιγότερη ή περισσότερη επιρροή ανάλογα με το κύρος και τις υπηρεσίες που παρέχει. Η απώλεια ή η μείωση των ικανοτήτων καταργούν πολλές από τις κοινά αποδεκτές λειτουργίες του με αποτέλεσμα ν' απειλείται η μέχρι τότε αυτονομία του και γενικότερα η ποιότητα ζωής, τόσο η δική του όσο και των άλλων ενδιαφερόμενων προσώπων. Αυτήν την εικόνα παρουσιάζουν τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα που προσέρχονται στο νοσοκομείο.

Νοσηλεία

Το νοσοκομείο, όπως είναι γνωστό, θεωρείται σύστημα με ιεραρχημένη δομή, διαρθρωμένο σε υποσυστήματα που τα απαρτίζουν πολλές, διαφορετικές ομάδες. Κάθε μια απ' αυτές είναι φορέας συγκεκριμένων καθηκόντων και πολιτιστικών αξιών. Η περίθαλψη του ηλικιωμένου, ιδιαίτερα του «εξαρτώμενου», αποτελεί τη συνισταμένη των δυο αυτών αξόνων.

Στις Κλινικές του νοσοκομείου περιθάλπονται ηλικιωμένοι 65 ετών και άνω.³ Συνηθέστερες αιτίες νοσηλείας είναι: τα αγγειακά εγκεφαλικά, οι καρδιακές ανεπάρκειες - δύσπνοια, οι αφυδατώσεις εξ αιτίας της παραμέλησης, οι πνευμονίες, οι ουρολοιμώξεις. Στα Ορθοπεδικά τμήματα παρουσιάζεται συχνότητα στα υποκεφαλικά κατάγματα και διατροχαντήρια μηριαίου οστού.

Η συνεχής ενασχόληση των μελών της οικογένειας με τον νοσηλευόμενο ηλικιωμένο συντελεί στην οργανωτική και οικονομική απορρύθμιση της οικογένειας ή του συγγενικού περιβάλλοντος, που συνεχίζεται και μετά την έξοδο από το νοσοκομείο. Για τους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι ή που έχουν εγκαταλειφθεί, το νοσοκομείο μοιάζει να αποτελεί υποκατάστατο του φυσικού τους περιβάλλοντος, ως μια μορφή «εκτεταμένης ανάδοξης οικογένειας».

Η εμφάνιση του κοινωνικού προβλήματος προβάλλει εντονότερα, όταν η νοσηλεία φθάσει στο τέλος χωρίς να έχει επέλθει η αναμενόμενη από τον ίδιο και τους οικείους του βελτίωση. Η επιστροφή στο σπίτι με μειωμένη ή ανύπαρκτη λειτουργικότητα δημιουργεί νέες προϋποθέσεις συμβίωσης με αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας, τις οποίες οι συγγενείς είναι ανέτοιμοι ν' αντιμετωπίσουν. Τότε δημιουργείται σύγκρουση, την οποία καλείται να εξισορροπήσει ο κοινωνικός λειτουργός με τις παρεμβάσεις του, όπως

3. Στα Δημόσια Γενικά Νοσοκομεία της Ελλάδας δεν υπάρχουν πτέρυγες γηριατρικής, όπου οι ηλικιωμένοι να απολαμβάνουν υψηλής ιατρικής - νοσηλευτικής φροντίδας και αποκατάστασης. Όμως παθολογικά τμήματα νοσοκομείων τείνουν να μετατρέπονται εκ των πραγμάτων σε γηριατρικές πτέρυγες χωρίς να έχουν την κατάλληλη υποδομή. Η νέα αυτή μορφή καθορίζεται από τον αριθμό και την ηλικία των νοσηλευόμενων, το είδος και τη διάρκεια της νοσηλείας.

υποστηρικτική και συμβουλευτική στάση τόσο στον ηλικιωμένο όσο και στο συγγενικό περιβάλλον, που έχει ήδη εμπλακεί στην προετοιμασία της εξόδου και αποδέχεται μορφές μετανοσοκομειακής φροντίδας.

Η άρνηση αποδοχής του τέλους της νοσηλείας και της πραγματικής κατάστασης του ηλικιωμένου προσδιορίζεται από παράγοντες που διακρίνονται σε *ενδογενείς* και *εξωγενείς* και έχουν σημείο αναφοράς:

- i. τη δομή της οικογένειας με τα επιμέρους ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της: οικονομική κατάσταση, κατάσταση υγείας, συνθήκες κατοικίας, ποιότητα σχέσεων προς τον ηλικιωμένο και μεταξύ τους, πολιτισμική ιστορία της οικογένειας (*αξίες, πρότυπα συμπεριφοράς, κατανομή ρόλων, εξέλιξη*),
- ii. το δίκτυο υποστήριξης που θα ενθαρρύνει ή θα αποτρέψει την οικογένεια να δεχθεί την επιστροφή του ηλικιωμένου στο σπίτι ή τη συνέχιση περίθαλψης σε ενδιάμεσες δομές φροντίδας.

Το δίκτυο υποστήριξης είναι σειρά οργανωμένων υπηρεσιών κοινωνικής πολιτικής που σχεδιάζονται για να συμβάλλουν στη διατήρηση της ομοιότητας της οικογένειας, όταν κλυδωνίζεται από αιφνίδιες «κοινωνικο-οικονομικές» αλλαγές ή βρίσκεται σε περιόδους κρίσης από γεγονότα που πλήττουν τη συνοχή της. Η θέσπιση μέτρων κοινωνικής πολιτικής και η εφαρμογή τους με τη λειτουργία των υπηρεσιών αυτών εκφράζουν την αντίληψη της πολιτείας για τους ηλικιωμένους και το επίπεδο πολιτισμού της. Ποιά θέση έχει στο χώρο του ένα μέλος της οικογένειας, της μικρής ή ευρύτερης κοινότητας, όταν σταματήσει την παραγωγική του δράση, σύμφωνα με τα πρότυπα της αστικής κοινωνίας;⁴

Στους ενδογενείς παράγοντες, που προσδιορίζονται περισσότερο από την ποιοτική λειτουργία της οικογένειας και την εξελικτική πορεία του ίδιου του ηλικιωμένου, απαιτούνται προσεκτικοί χειρισμοί, ώστε ο κοινωνικός λειτουργός να μη θεωρηθεί «εισβολέας» σε εύθραυστες διαπροσωπικές σχέσεις ή κακή ψυχική υγεία, οι οποίες μπορούν να γίνουν περισσότερο τεταμένες με την αναγκαστική επιστροφή-εγκατάσταση του ηλικιωμένου στο σπίτι. Ο ρόλος της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι να επιτύχει με το μικρότερο συναισθηματικό και οικονομικό κόστος την αναγκαία αλλαγή, που θα διασφαλίσει την ισορροπία των σχέσεων και ένα ελάχιστο ανεκτό επίπεδο μετανοσοκομειακής φροντίδας στα πλαίσια των πηγών που διατίθενται.

4. «Η Μπαλάντα του Ναραγιάμα» απεικονίζει την απόγνωση μιας αγροτικής κοινωνίας στις αρχές του περασμένου αιώνα στην Ιαπωνία, όταν η φτώχεια εξανάγκασε στη βίαιη απομάκρυνση του ηλικιωμένου από την οικογένεια και το φυσικό του χώρο. Βασισμένη στη νουβέλα του Ιάπωνα συγγραφέα Shichiro Fukazawa, «η Μπαλάντα του Ναραγιάμα» έγινε ταινία το 1983 από τον επίσης Ιάπωνα σκηνοθέτη Shōhei Imamura και τιμήθηκε με τον Χρυσό Φοίνικα του Φεστιβάλ των Καννών.

Παράλληλα, στόχος μιας Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι *ν' αναγνωρίσει, να αναπτύξει και να διατηρήσει* τα όρια της αντοχής της σε πιέσεις χρονικές και λειτουργικές, που προέρχονται από την ενδονοσοκομειακή κοινότητα και άλλους εξωτερικούς παράγοντες. Να κατανοήσει την αμφιθυμία που εκφράζουν οι συγγενείς προς τον αρρώστο και τους εκπροσώπους του συστήματος Υγείας και την ανάγκη υποστήριξης εκείνων που θα ασχοληθούν εξ ολοκλήρου με τη φροντίδα του. Ο κοινωνικός λειτουργός γίνεται στις περιπτώσεις αυτές ο *container*, δηλ. αυτός που “εμπεριέχει” το άγχος όλων (ασθενούς, συγγενών, γειτόνων, προσωπικού του νοσοκομείου), που θα χρειασθεί να τους προσανατολίσει στην αναζήτηση εφικτών λύσεων. Συχνά συσσωρεύεται στο πρόσωπό του η ευθύνη παραμέλησης του αρρώστου και τα κενά λειτουργίας του Συστήματος Υγείας, διαπιστώσεις που θεωρητικά τον κατατάσσουν στους πλέον *ενοχοποιημένους επαγγελματίες* του χώρου της Υγείας με τη λιγότερη υποστήριξη και μέσα πραγμάτωσης των επαγγελματικών του στόχων.

Η αποσπασματική θεώρηση του αρρώστου, εστιασμένη στο Καρτεσιανό πρότυπο της γραμμικής προσέγγισης, εξακολουθεί να κατέχει κυρίαρχη θέση στο νοσοκομειακό πλαίσιο, παρά τις επαναλαμβανόμενες διακηρύξεις για διεπιστημονική συνεργασία και ολιστική αντιμετώπιση.

Είδη Παρεμβάσεων

Οι παρεμβάσεις της Κοινωνικής Εργασίας υλοποιούνται σε διάφορα στάδια και επίπεδα. Ο κοινωνικός λειτουργός επιδιώκει:

- ✚ Να βοηθήσει τον ηλικιωμένο να προσαρμοσθεί στο χώρο του νοσοκομείου, ειδικότερα όταν δεν έχει προηγούμενες εμπειρίες από νοσηλεία, για όσο διάστημα κρίνεται αναγκαίο.
- ✚ Να βοηθήσει τον ηλικιωμένο να εκφράσει φόβους, ανάγκες, επιθυμίες και να συζητήσει προοπτικές.
- ✚ Να τροποποιήσει στάσεις της οικογένειας ή συγγενών και ν' αναζητήσει μαζί τους τις λύσεις εκείνες που θ' αμβλύνουν συγκρούσεις και τάσεις απόρριψης.
- ✚ Να μειώσει τα συναισθήματα ενοχής που οδηγούν σε επιθετική συμπεριφορά, όταν αντικειμενικές δυσκολίες και ανεπάρκειες του Συστήματος Υγείας τους εμποδίζουν να εκπληρώσουν το ρόλο τους.
- ✚ Να χειρισθεί το άγχος των άλλων επαγγελματιών του νοσοκομείου, ώστε να αποφευχθούν βεβιασμένοι έξοδοι ηλικιωμένων και άσκηση πιέσεων στον ίδιο τον αρρώστο.

Μετανοσοκομειακές ή Ενδιάμεσες Δομές Νοσηλείας

Είναι γεγονός πως το νοσοκομείο επιδεικνύει αρκετές φορές ανοχή στη μακροχρόνια νοσηλεία και μεταβάλλεται σε χώρο διαίτησής ανάμεσα στους ηλικιωμένους και στους συγγενείς ή σε όσους αυθαίρετα τους εκπροσωπούν.⁵

5. Συμβαίνει άτομα από τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο ή και μακρινοί συγγενείς, οι οποίοι δεν είχαν στο παρελθόν σχέση με τον ηλικιωμένο, να αυτοδιορίζονται διαχειριστές των οικονομικών συμφερόντων και του τρόπου ζωής του.

Ανεξάρτητα από την ύπαρξη ή όχι οικογενειακού περιβάλλοντος, σοβαροί παράγοντες που μπορεί να μετατρέψουν την περιορισμένη νοσηλεία σε νοσηλεία μακράς διάρκειας είναι οι εξής:

α) Η έλλειψη ενδιάμεσων δομών νοσηλείας με σύγχρονη ανάπτυξη δικτύου υπηρεσιών στην κοινότητα ή περιφέρεια (κέντρα αποθεραπείας, προγράμματα κατ' οίκον φροντίδας). Η λειτουργία των υφιστάμενων δομών (Ιδρύματα Κλειστής Περίθαλψης, Προγράμματα κατ' οίκον Φροντίδας) είναι ποσοτικά και ποιοτικά ανεπαρκής για να καλύψει τις ανάγκες του «εξηρητημένου γήρατος». Οι περισσότερες από αυτές τις δομές ανήκουν στην ιδιωτική πρωτοβουλία ή την Εκκλησία και δέχονται ηλικιωμένους με ικανοποιητική ψυχονοητική κατάσταση και κινητική επάρκεια.

β) Τα επιχορηγούμενα από την Ευρωπαϊκή Ένωση προγράμματα «κατ' οίκον περίθαλψης» ή «νοσηλείας στο σπίτι» στηρίζουν τη λειτουργία τους και σε εθελοντές με μικρή συμβολή στις πολλαπλές ανάγκες του μοναχικού, μη αυτοεξυπηρετούμενου ηλικιωμένου που επιθυμεί να παραμείνει στο φυσικό του περιβάλλον.

γ) Τα «Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων» αποκλείουν ορισμένες κατηγορίες αρρώστων. Η διακίνηση των περιστατικών που παραπέμπονται από το νοσοκομείο είναι πολύ αργή και αποδίδεται κυρίως στην έλλειψη προσωπικού, κενών θέσεων φιλοξενίας και γενικότερων διοικητικών δυσλειτουργιών. Η μορφή τους είναι περισσότερο ασυλιακή και λιγότερο θεραπευτική.

δ) Χρονοβόρα και με ασαφή κριτήρια στην αξιολόγηση περιπτώσεων μπορεί να χαρακτηριστεί και η διαδικασία εισαγωγής σε Κοινωνικούς Ξενώνες.

ε) Η σύνθεση του *puzzle* συνεχίζεται με τις ιδιωτικές κλινικές, συμβεβλημένες με ασφαλιστικά ταμεία που δίνουν προσωρινή και όχι ιδιαίτερα αποτελεσματική λύση στο στάδιο της αποθεραπείας. Σημαντικό μέρος της φροντίδας γίνεται από τους συγγενείς και τις αποκλειστικές αδερφές/ φροντιστές.

Επομένως, εκτός από το νοσοκομείο και τη λειτουργικά ανθεκτική οικογένεια, υπάρχει πολύ περιορισμένη δυνατότητα άμεσης αντιμετώπισης από τις υπάρχουσες ενδιάμεσες δομές νοσηλείας, τα κενά των οποίων συμπληρώνουν ιδιωτικές επιχειρήσεις κερδοσκοπικού χαρακτήρα συχνά με ακατάλληλη κτιριακή υποδομή και κακής ποιότητας υπηρεσίες.

Διαπιστώσεις

Η Ελληνική οικογένεια παρουσιάζει θετικά στοιχεία συναισθηματικής αλληλεγγύης και εκφράζει τη διάθεση να κρατήσει τον ηλικιωμένο, όταν ενθαρρύνεται από ένα περιεκτικό δίκτυο παροχών. Στις μεταπολεμικές δεκαετίες ο θεσμός της οικογένειας βιώνει απώλειες και αλλαγές που συνεχίζουν να απειλούν τη συνοχή της. Παρά το γεγονός ότι στην αστική κοινωνία η συναισθηματική αλληλεγγύη συνυφαίνεται με τη δομική, που εκφράζεται από τους κοινωνικούς θεσμούς, η οικογένεια απολαμβάνει

μικρή τυπική αναγνώριση και ανεπαρκή υποστήριξη από τους κρατικούς φορείς. Ενώ θεωρητικά τονίζεται η δραστηριότητα της κοινότητας με εφαρμογή προγραμμάτων κατ' οίκον φροντίδας, στην πραγματικότητα κυριαρχεί η «ιδρυματική αντίληψη» που απλουστεύει τη “λύση”, αλλά αποξενώνει τον ηλικιωμένο. Η τάση αυτή ενισχύεται από τα λίγα, ασυντόνιστα προγράμματα που λειτουργούν ορισμένοι δήμοι και εθελοντικές οργανώσεις στην Αθήνα.

Η αναποτελεσματικότητα των υπηρεσιών της «κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης» και της «ανοικτής» σε συνδυασμό με το οικονομικό κόστος οδηγούν στη διατύπωση προτάσεων με λιγότερα στοιχεία αλλοτρίωσης και ανθρωποκεντρική διάσταση, όπως δημιουργία *κοινότητας-πυλώτη* στην οποία θα εφαρμοσθούν πειραματικά προγράμματα περιεκτικών υπηρεσιών με στόχο την ένταξη του ηλικιωμένου μετά από την περίοδο κρίσης (αρρώστια, ατύχημα, κατάσταση εξάρτησης λόγω μειωμένων ικανοτήτων, κλπ.). Το πρόγραμμα-πυλώτης μπορεί να λειτουργήσει σε διακοινοτικό πλαίσιο δύο ή τριών γειτονικών κοινοτήτων με παρεμφερή χαρακτηριστικά. Η επιλογή μπορεί να απευθύνεται σε αντιπροσωπευτικό δείγμα αστικής, αγροτικής και μικτής κοινότητας.

Καθώς πλησιάζουμε στον 21ο αιώνα, γίνεται θεωρητικά αποδεκτή η αντίληψη ότι οι υπηρεσίες για ηλικιωμένους πρέπει να σχεδιάζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να αποτρέπουν συχνή απομάκρυνση του ηλικιωμένου από το φυσικό του περιβάλλον. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών σε επίπεδο κοινότητας πρέπει να περικλείει βασικές αρχές όπως:

Περιεκτικότητα: Οι υπηρεσίες Υγείας-Πρόνοιας αλληλοσυμπληρώνονται στην κοινότητα και υλοποιούνται με το Κοινοτικό ή Διακοινοτικό Νοσοκομείο που παρέχει αποθεραπεία-αποκατάσταση και μακροχρόνια φροντίδα σε περιπτώσεις «εξηρητημένου γήρατος». Μέρμνα για κατάλληλες συνθήκες κατοικίας, ημερήσια περίθαλψη στο σπίτι ή στο Κέντρο Ημέρας καθώς και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης των ενδιαφερομένων προσώπων είναι δραστηριότητες του περιεκτικού φάσματος.

Ισότητα: Η αρχή της ισότητας διασφαλίζει το δικαίωμα του ηλικιωμένου για μεταχείριση σύμφωνα με τις ανάγκες του, ανεξάρτητα από την κοινωνική, εθνική προέλευση και εισόδημα.

Ευελιξία: Οι υπηρεσίες πρέπει να είναι αρκετά ευέλικτες για να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες και απαιτήσεις των ηλικιωμένων ατόμων και των συγγενών τους.

Συντονισμός: Η κάλυψη των αναγκών προϋποθέτει πρόβλεψη, προγραμματισμό, συντονισμό υπηρεσιών, συνοχή και επανεκτίμηση.

Οικονομική αποτελεσματικότητα: Οι υπηρεσίες πρέπει να είναι δωρεάν ή οικονομικά προσιτές και αποδοτικές και να δίνουν ανακούφιση στην οικογένεια σε περιόδους κρίσης, καθώς και την ευκαιρία ανανέωσης-ανατροφοδότησης.

Δικαιώματα: Η παραβίαση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα αυτών που η ψυχονοητική τους κατάσταση δεν επιτρέπει την αυτοπροστασία, αποτελεί σύγχρονο φαινόμενο με ανησυχητικές διαστάσεις. Παραμέληση, εγκατάλειψη και κακοποίηση ακόμα από συγγενείς, αυτόκλητους επιτρόπους και εκπροσώπους ιδρυμάτων σκιαγραφούν την αντίληψη μιας κατηγορίας πολιτών για το «εξαρτημένο γήρας». Η διαδικασία της επιτροπείας είναι συχνά μακροχρόνια και δύσκαμπτη με τους ρυθμούς που κινείται η ελληνική δικαιοσύνη.

Εάν στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή της κοινωνικής πολιτικής για τους ηλικιωμένους επικρατήσουν οι αρνητικές μορφές ιδρυματικής αντίληψης που αντιμετωπίζουμε συχνά όσοι εργαζόμαστε στα νοσοκομεία, μαζί με τα φαινόμενα παθολογίας που αναφέρθηκαν, είναι πολύ πιθανό να προκληθεί ένα μεγάλο ρήγμα στη συνοχή και στη συνέχεια των γενεών.

Βιβλιογραφία

- Capra, Fritzof, (1982). *The Turning Point: Science, Society and the Rising Culture*, (ελλ.μτφ. *Η Κρίσιμη Καμπή*), Bantam Books, Η.Π.Α.
- Hyland, M., (1989). The Years Ahead: a policy for the elderly, *Ir. Med. J.*, Febr. 82 (1), pp.5-6.
- Κατάκη, Χάρις, (1993). *Οι Τρεις Ταυτότητες της Ελληνικής Οικογένειας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Perrucci, Robert & Knudsen, Dean, (1983). *Sociology*. West Publishing Company.