

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΕΝΤΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΙΑΣ ΤΟΥΣ: ΜΙΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Τσουδερού Ιωσηφίνα¹, Παττακού Βασιλική²

Περίληψη

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι ένα φαινόμενο που, επί του παρόντος, δεν έχει πλήρως αποσαφηνισθεί εννοιολογικά. Όταν, μάλιστα, η κακοποίηση συμβαίνει εντός της οικίας μπορεί να παρουσιαστεί με διαφορετικές μορφές. Πολλοί είναι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση του προβλήματος, μέσα στο οικείο περιβάλλον. Μεταξύ άλλων, θεωρείται δε πως η κακοποίηση των ηλικιωμένων με νομική έκπτωση από τους ίδιους τους φροντιστές είναι συνεπακόλουθο των αυξημένων ευθυνών που αυτοί αναλαμβάνουν.

Οι στρατηγικές πρόληψης που προτείνονται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και από τις κυβερνήσεις των κρατών-μελών και στοχεύουν στην προστασία και στην κοινωνική επανένταξη των ηλικιωμένων, φαίνονται ικανές να προσφέρουν μία αποτελεσματική λύση στο πρόβλημα της κακοποίησης των ηλικιωμένων εντός της οικίας τους. Το κράτος, η αγορά, ο εθελοντισμός και η οικογένεια συνιστούν πρακτικές τους φορείς εκείνους που δομούν τα επίσημα και τα άτυπα δίκτυα φροντίδας των ηλικιωμένων και υλοποίησης της σχετικής κοινωνικής πολιτικής. Η συνεργασία μεταξύ αυτών των δικτύων φαίνεται αποτελεί μέρος του πληρωπικού/ μεκτού μοντέλου κοινωνικής πολιτικής.

1. Εισαγωγή

Η οποιαδήποτε μορφή βίας που ασκείται εναντίον των ηλικιωμένων μέσα στο περιβάλλον του σπιτιού τους αποτελεί σαφή καταπάτηση των δικαιωμάτων τους (Buzgova' & Ivanova', 2009). Για το λόγο αυτό κρίνεται επιτακτική η ανάγκη ανάπτυξης και ενίσχυσης προληπτικών στρατηγικών για την καταπολέμησή της (Anetzberger et al., 2000, Connolly, 2008).

Ο σύγχρονος προβληματισμός για την ανάπτυξη πολιτικών σχετικά με την πρόληψη και την καταπολέμηση του φαινομένου της κακοποίησης των ηλικιωμένων, μέσω συγκεκριμένων νομοθετικών ρυθμίσεων, εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ειδικά σχεδιασμένων παρεμβάσεων, είναι άμεσα συνδεδεμένος, τόσο με την αύξηση των ποσοστών του ηλικιωμένου πληθυσμού (Koenig & DeGuerre, 2005), όσο και με τις ευρύτερες δημογραφικές αλλαγές που σημειώνονται στις σύγχρονες κοινωνίες και ενισχύουν το φαινόμενο της κακοποίησης των ηλικιωμένων (Anetzberger, 1987).

1. Κοινωνική επιστήμων, υπαφ. διδάκτωρ, Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα.

2. Καθηγήτρια Κοινωνικής Εργασίας, PhD.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Quinn & Tomita, 1997, Tomita, 2000, Gordon & Brill, 2001), καθίσταται σαφές ότι παράγοντες σημαίνουσας βαρύτητας, στους οποίους θα αναφερθούμε στη συνέχεια, επιτείνουν την ανάπτυξη και εκδήλωση των βίαιων συμπεριφορών εναντίον των ηλικιωμένων ατόμων. Επί παραδείγματι, επισημαίνεται ότι εντός του σύγχρονου οικιακού περιβάλλοντος οι φυσικές (Deeken et al., 2003) και οι νοητικές εκπτώσεις (Cooper et al., 2006) του ηλικιωμένου, επιδεινώνουν το πρόβλημα καθώς σχετίζονται με τη μεγιστοποίηση των ευθυνών που ο φροντιστής του επωμίζεται σε σχέση με την κάλυψη των αναγκών του ατόμου.

2. Εννοιολογική προσέγγιση της κακοποίησης των ηλικιωμένων

Από το 1980 η βία αναγνωρίζεται ως ένα δημόσιο ζήτημα υγείας, είτε αυτή προκαλεί φυσικό τραυματισμό είτε σεξουαλική κακοποίηση με διαταραχές και δυσμενείς επιπτώσεις για την ψυχική υγεία του ατόμου (Saskia et al., 2005). Στην προβληματική αυτή εμπίπτει και η κακοποίηση κατά των ηλικιωμένων ατόμων, πολύ περισσότερο εξαιτίας της ευάλωτης ψυχολογικής και φυσικής κατάστασης που το βιολογικό γήρας επιφέρει.

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων που κατά τη δεκαετία του 1970 ορίστηκε απλώς ως ο «ξυλοδαρμός της γιογιάς» (Baker, 1977), από τη δεκαετία του 1990 και εντεύθεν άρχισε να συγκεντρώνει ολοένα και περισσότερο το επιστημονικό ενδιαφέρον λόγω της βαθμιαίας αύξησης των κρουσμάτων με σοβαρά επακόλουθα στην υγεία και στην ευημερία των ηλικιωμένων ατόμων (Lachs & Pillemer, 2004).

Σε διεθνές επίπεδο οι μέχρι στιγμής ορισμοί της κακοποίησης των ηλικιωμένων υστερούν ως προς την εννοιολογική κάλυψη του φαινομένου, επειδή από το περιεχόμενό τους κρίνονται αρκετά αντιφατικοί και ασαφείς (Macalini, 1995).

Ένας από τους γενικότερους και πιο δόκιμους ορισμούς που προτείνεται στη διεθνή βιβλιογραφία, είναι ότι κακοποίηση ηλικιωμένων αποτελεί οποιοσδήποτε τρόπος ή συμπεριφορά μπορεί να προκαλέσει φυσική, ψυχολογική, οικονομική ή κοινωνική βλάβη σε ηλικιωμένο άτομο (Kuttle, 2004). Σε άλλο ορισμό από τους Bonnie & Wallace (2002) τονίζεται ότι οι πράξεις κακοποίησης εναντίον ηλικιωμένων αποτελούν πράξεις με πρόθεση, που μπορούν να προκαλέσουν βλάβη ή σοβαρό κίνδυνο βλάβης σε ένα αδύναμο ηλικιωμένο άτομο από φροντιστή ή από άλλο άτομο που βρίσκεται σε πολύ στενή σχέση με τον/ την ηλικιωμένο/ η.

Εμφανής είναι η διαφορά μεταξύ των δύο ορισμών που προαναφέρθηκαν. Κατά την προσέγγιση που προτείνεται από την Kuttle το ενδιαφέρον εστιάζεται στον δράστη της πράξης της κακοποίησης εναντίον του ηλικιωμένου ατόμου. Αντιθέτως, στην προσέγγιση που ακολουθείται από τους Bonnie & Wallace, το ενδιαφέρον εστιάζεται στο αποτέλεσμα που επιφέρει η πράξη της κακοποίησης στο ηλικιωμένο άτομο (εγκληματολογική προσέγγιση/ *corpus delicti*), από το άτομο που εν δυνάμει μπορεί να προκαλέσει τη βλάβη.

Οι προσεγγίσεις αυτές αποτελούν το πλαίσιο για την ανάπτυξη δύο διαφορετικών

εννοιολογικών συζητήσεων. Κατά την πρώτη συζήτηση εκείνο που επιχειρείται είναι η ανάδειξη της συμπεριφοράς, μέσω της οποίας ο δράστης επιτυγχάνει το σκοπό της βλάβης του/της ηλικιωμένου/ης (κακοποίηση). Εν αντιθέσει με τη δεύτερη συζήτηση όπου η έμφαση δίνεται στο αποτέλεσμα της βίαιης πράξης εναντίον του/της ηλικιωμένου/ης (στο «προϊόν» της πράξης της κακοποίησης).

Για την επίτευξη του στόχου της επαρκούς αντιμετώπισης του φαινομένου της κακοποίησης, μέσω της ανάπτυξης των κατάλληλων πολιτικών και πρακτικών, κρίνεται αναγκαία η ανεύρεση του σημείου σύνδεσης μεταξύ των δύο αυτών διαφοροποιημένων εννοιών (Hugman, 1994). Εκ των βασικότερων παραγόντων για τη μη, μέχρι στιγμής, υιοθέτηση ενός κοινού ορισμού ευρείας αποδοχής, που θα μπορούσε ν' αποτελέσει και το σημείο σύνδεσης μεταξύ των δύο προσεγγίσεων, είναι οι διαφορετικοί τύποι κακοποίησης κατά των ηλικιωμένων που καταγράφονται στη βιβλιογραφία (Wyandt, 2004).

3. Τύποι κακοποίησης ηλικιωμένων

Τον Οκτώβριο του 1996, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) εξέδωσε την Πρώτη Παγκόσμια Έκθεση σχετικά με τη Βία και την Υγεία. Αυτή εμπεριέχει τη βία εναντίον των ανηλίκων καθώς και την παραμέληση ανηλίκων, τη νεανική βία, τη βία μεταξύ φυσικών προσώπων σε στενή συντροφική σχέση, τη σεξουαλική βία, τη βία κατά των ηλικιωμένων στόμων, την άμεσα κατευθυνόμενη βία και, τέλος, τη συλλογική βία (Krug et al., 2002).

Ο Hazzard (Hazzard, 1995) περιγράφει την κακοποίηση των ηλικιωμένων ως μία απάνθρωπη συμπεριφορά, την οποία και διακρίνει σε τέσσερις τύπους:

- Πρόκληση πόνου ή τραυματισμού
- Εξουθενωτικό ψυχικό μαρτύριο
- Άλλογος εγκλεισμός
- Επιβλοή στέρψη από τον φροντιστή των αναγκών μέσω για τη διατήρηση της ψυχικής και φυσικής υγείας του ηλικιωμένου.

Αντιστοίχως, το Εθνικό Κέντρο Κακοποίησης Ηλικιωμένων των Η.Π.Α. περιγράφει επτά κατηγορίες κακοποίησης:

- Τη φυσική κακοποίηση: Η φυσική κακοποίηση συμπεριλαμβάνει τη χρήση βίας, με σκοπό τον εκφοβισμό ή την πρόκληση βλάβης (τραυματισμός) του ηλικιωμένου.
- Την ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση: Σε αυτό τον τύπο συμπεριλαμβάνονται οι λεκτικές επιθέσεις, οι απειλές, η απομόνωση, η πρόκληση πόνου, καθώς και η απόρριψη.
- Την οικονομική ή αποστέρψη υλικών αγαθών: Στην αποστέρψη οικονομικών ή υλικών αγαθών περιλαμβάνονται η κλοπή, η απάτη, η χρήση αθέμιτης επιρροής με σκοπό τον ολοκληρωτικό έλεγχο του ηλικιωμένου ή της περιουσίας του.
- Την παραμέληση: Παραμέληση αποτελεί η άρνηση εκ μέρους του φροντιστή

της κάλυψης των φυσικών, συναισθηματικών και των αναγκών ασφάλειας του ηλικιωμένου.

- Τη σεξουαλική κακοποίηση: Σε αυτό τον τύπο κακοποίησης ενυπάρχει ο εξαναγκασμός σε ερωτική συνεύρεση με άτομο αδύναμο να αντιδράσει.
- Την αυτοβούλη παραμέληση του εαυτού: Σε αυτό τον τύπο κακοποίησης συμπεριλαμβάνεται η αδυναμία του ίδιου του ηλικιωμένου να κατανοήσει τις συνέπειες της αδράνειας, που μπορούν να οδηγήσουν σε βλάβη ή κίνδυνο βλάβης του εαυτού.
- Την εγκατάλειψη: Σε αυτό τον τύπο η έμφαση δίνεται στην εγκατάλειψη του αδύναμου ηλικιωμένου ατόμου από οποιοδήποτε άτομο που είναι επιφορτισμένο με το καθήκον της φροντίδας του ηλικιωμένου.

Μια άλλη κατάταξη των μορφών κακοποίησης, σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία, είναι πρώτον η συζυγική και δεύτερον η κοινωνική κακοποίηση (Wyandt, 2004). Όσον αφορά την κακοποίηση που συνετελείται εντός της συζυγικής σχέσης, καταγράφεται η άποψη ότι η βία που ασκείται εντός των στενών συντροφικών σχέσεων, ειδικότερα κατά των γυναικών που αποτελούν και την πλειονότητα των θυμάτων (Hoban & Keamey, 2000, Marshall, Benton & Brazier, 2000), συνιστά σοβαρότατο πρόβλημα και για τη Δημόσια Υγεία εξαιτίας της πρόκλησης οξύτων φυσικών και ψυχικών βλαβών (Ellsberg et al., 2008).

Στα επεισόδια ενδοοικογενειακής βίας κατά των γυναικών, ένας, ή περισσότεροι του ενός, από τους συγγενείς, τους φίλους και τους γείτονες εμφανίζονται να είναι οι συχνότεροι θύτες (Taket et al. 2004). Αντιστοίχως, κατά των ηλικιωμένων γυναικών, οι σύζυγοι, οι σύντροφοι, ή και μέλη των οικογενειών τους, γίνονται κοινοί θύτες (Nelson et al., 2004). Σύμφωνα με τους Gorbien & Eisenstein, οι ηλικιωμένες γυναίκες αποτελούν τα συχνότερα θύματα σεξουαλικής και φυσικής βίας (Gorbien & Eisenstein, 2005).

Υποστηρίζεται ότι η βία κατά των ηλικιωμένων γυναικών εντός του περιβάλλοντος του σπιτιού τους δεν είναι ένα φαινόμενο που ξεκινάει χρονικά με την είσοδο της γυναίκας στην περίοδο της βιολογικής γήρανσης, αλλά ασκείται εις βάρος τους μακροχρόνια (Winton, 1998). Το φαινόμενο αυτό θεωρείται σημείο τομής μεταξύ δύο μορφών βίας: α) της γενικότερης βίας που ασκείται εναντίον των ηλικιωμένων ατόμων και β) της έμφυλης βίας που ασκείται εναντίον των ηλικιωμένων γυναικών στην οικογένεια (Straka, 2006).

Η βούληση της απόκτησης κυριαρχίας αποτελεί βασικό παράγοντα για την ανάπτυξη της βίας, οποιουδήποτε τύπου και μορφής. Η διαφορά έγκειται στο ότι, ενώ η βία που ασκείται εναντίον των γυναικών στην οικογένεια θεωρείται άμεσα συνδεδεμένη με τη βούληση της απόκτησης (Brandl & Raymond, 1997), εξαιτίας των στενών σχέσεων που υφίστανται μεταξύ των φυσικών προσώπων, η βία που ασκείται εναντίον των ηλικιωμένων γενικώς είναι αναπόσπαστο κομμάτι της γενικότερης κοινωνικής βίας (έμμεση βούληση εξουσίας) που ασκείται εναντίον του ανυπεράσπιστου ηλικιωμένου σώματος (Βάγια & Κρεμαλής, 1991, Tamburro et al., 1992).

Η φυσική και η νοητική έκπτωση του ανθρώπινου σώματος, καθώς και τ' αποτελέσματα που προκύπτουν, είναι μέρος της εξελικτικής διαδικασίας του βιολογικού γήρατος. Επισημαίνεται όμως ότι η μεγιστοποίηση των φυσικών ή και των νοητικών εκπλάσεων των ηλικιωμένων αποτελεί έναν από τους πιο βασικούς παράγοντες για την ανάπτυξη βίαιων συμπεριφορών εντός της οικίας τους, από το άτομο που αναλαμβάνει τα καθήκοντα φροντιστή (Rudolph & Hughes, 2001). Κατ' αυτό τον τρόπο, η φυσική και η λεκτική κακοποίηση των ηλικιωμένων από το άτομο που τελεί χρέη φροντιστή μπορεί να θεωρηθεί ως ένας τρόπος κοινωνικού ελέγχου ή διόρθωσης της κοινωνικής συμπεριφοράς του ίδιου του εξαρτημένου ατόμου (Wyandt, 2004).

4. Παράγοντες και ενδείξεις για την κακοποίηση των ηλικιωμένων εντός του οικιακού τους περιβάλλοντος

Τα αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη κατά τη δεκαετία του 1990 ανέδειξαν ότι, τόσο στην Αμερική όσο και στην Ευρώπη, το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων που μέσα στο ίδιο τους το σπίτι έχουν δεχτεί φυσική κακοποίηση από φροντιστή ή συγγενικό πρόσωπο με καθήκοντα επιμέλειας ανέρχεται στο 0,5- 2% (Tonks & Bennett, 1999). Η κακοποίηση ή η παραμέληση των ηλικιωμένων εντός της οικίας τους εκτιμάται ότι ως επί το πλείστον προέρχεται από: α) τα ενήλικα παιδιά του/της ηλικιωμένου/ης (Schiamberg & Gans, 2000), β) από τον/την εξουθενωμένο/η φροντιστή του/της ηλικιωμένου/ης (Gainey & Payne, 2006), και γ) από άλλο ηλικιωμένο άτομο (συνήθως σύζυγο, κόρη ή νύφη) με καθήκοντα φροντίδας (Ayres & Woodthi, 2001). Η Holly Ramsey-Klawnsnik καταγράφει πέντε τύπους θυτών: α) το ναρκισσιστή, β) τον εξασθενημένο νοητικά ή ψυχολογικά, γ) το σαδιστή, δ) τον κυριαρχικό και ε) τον καταπιεστή (Ramsey-Klawnsnik, 2002).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η κακοποίηση των ηλικιωμένων αποτελεί ένα πολυ-παραγοντικό φαινόμενο, το οποίο ενισχύει την εκδήλωση της κακοποίησης πολλαπλών τύπων (Wolf, 1998). Οι συννηθέστεροι παράγοντες για την εκδήλωση του φαινομένου είναι η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών ουσιών και η ύπαρξη πνευματική νόσος τόσο του ίδιου του/της ηλικιωμένου/ης όσο και του φροντιστή του/της (Paris et al., 1995, Bradley, 1996, Coma et al., 2007). Επιπροσθέτως, στους παράγοντες συμπεριλαμβάνονται οι διαφορές σε εθνικό επίπεδο, όσον αφορά την ανάπτυξη κυρίαρχων πολιτισμικών αντιλήψεων σε σχέση με την εξάρτηση των ηλικιωμένων από τα άτομα που αναλαμβάνουν καθήκοντα φροντίδας, καθώς και οι διαφορές στο ίδιο το σύστημα των κοινωνικών παροχών προς τους ηλικιωμένους και την οικογένειά τους (Cooper et al., 2006).

Είναι αυτονόητο πως, στους αρνητικούς παράγοντες που προαναφέρθηκαν, υπεισέρχονται και οι κοινωνικές ανισότητες. Αυτές δημιουργούνται και προωθούνται βάσει των έμφυλων διαφορών που προκύπτουν από τις επικρατούσες αντιλήψεις για την παροχή οικιακής φροντίδας σε ηλικιωμένους. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ιαπωνία έδειξε ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες που αναλαμβάνουν καθήκοντα

φροντιστή του συζύγου αναπτύσσουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης. Από αυτό συνεπάγεται ότι οι γυναίκες αρέσκονται στις τεχνικές «συναισθηματικής ενίσχυσης» από το οικείο περιβάλλον, ενώ αντιθέτως οι άνδρες απευθύνονται στις υπάρχουσες κοινωνικές υπηρεσίες για τη διαχείριση των προβλημάτων φροντίδας της καθημερινότητας (Keiko et al., 2009).

Η φυλή, το φύλο, η ηλικία, η οικονομική κατάσταση του ηλικιωμένου, θεωρούνται παράγοντες υψίστης σημασίας για την εμφάνιση του φαινομένου, με διαφορετικούς τύπους, σε οποιαδήποτε δομή κι αν παρουσιάζεται (Lachs, 1997, Pavlik et al., 2001, Wang et al., 2006). Εκ παραλλήλου, αποτελέσματα άλλης έρευνας που διεξήχθη στην Αμερική κατέδειξαν ότι η ποιότητα ζωής του ίδιου του ηλικιωμένου ατόμου (φυσική ή πνευματική) είναι άμεσα συνδεδεμένη με την παραμέληση στο περιβάλλον του σπιτιού του από το άτομο που έχει αναλάβει τα καθήκοντα φροντίδας του (Laumann et al., 2009).

Οι Wierucka και Goodridge σε άρθρο τους, αντιστοίχως, υπογραμμίζουν ότι η φυσική έκπτωση και η γενικότερη πνευματική κατάσταση των ηλικιωμένων σχετίζεται, επίσης, με το φαινόμενο της κακοποίησης των ηλικιωμένων εντός των ιδρυματικών δομών παροχής φροντίδας (Wierucka & Goodridge, 1996). Ανάλογες είναι οι διαπιστώσεις που έχουν καταγραφεί όσον αφορά την παροχή φροντίδας στο σπίτι σε ηλικιωμένα άτομα με έκπτωση των φυσικών τους ή των νοητικών τους λειτουργιών. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η έκπτωση της νοητικής ικανότητας του/ της ηλικιωμένου/ης αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες για την ενίσχυση του φαινομένου της κακοποίησής των ηλικιωμένων (Lachs et al., 1997, Chen & Koval, 2002, Cooper et al., 2006).

Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων συμβάλλει καθοριστικά στην κακοποίηση ηλικιωμένου ατόμου μέσα στη συζυγική σχέση (MacNeil et al., 2010).

Η κατάθλιψη καθώς και η έκπτωση της νοητικής ικανότητας του ηλικιωμένου ατόμου θεωρούνται στενότερα συνδεδεμένες με την αύξηση του κινδύνου κακοποίησης ή παραμέλησης από τον/τη φροντιστή εντός της οικίας του/της ηλικιωμένου/ης (Dyer et al., 2002). Και αυτό διότι η έκπτωση της νοητικής ικανότητας του/ της ηλικιωμένου/ της μεγιστοποιεί την εξάρτησή του από το άτομο που αναλαμβάνει καθήκοντα φροντιστή (Laumann et al., 2009). Κατά συνέπεια, η εξάρτηση αυτή πολλαπλασιάζει τις πιθανότητες κακοποίησής του από το άτομο που ασκεί τα καθήκοντα της επιμέλειάς του, πρώτον, εξαιτίας του άγχους που ο/ η φροντιστής καλείται να αντιμετωπίσει στην καθημερινή του πρακτική σε σχέση με την κάλυψη των αναγκών του/της ηλικιωμένου/ης (Lee & Kolomey, 2005, Wang et al., 2009) και, δεύτερον, εξαιτίας της ελλιπούς εμπειρίας του ίδιου του φροντιστή (Matsuda, 2007).

Η διερεύνηση και η ερμηνεία του προβλήματος σχετικά με την αύξηση των πιθανοτήτων κακοποίησης ηλικιωμένου/ης από φροντιστή χωρίς προηγούμενες εμπειρίες, συνδέεται άμεσα με τη συζήτηση περί μίσθωσης, κυρίως αλλοδαπών γυναικών, για την ανάληψη καθηκόντων φροντίδας των ηλικιωμένων, μέσα στα σύγχρονα αστικά οικιακά περιβάλλοντα (Sgatta, 2009). Η ελλιπής εμπειρία του/ της αλλοδαπού/ης φροντιστή σε συνδυασμό με τη φύση της ίδιας της εργασίας, η

οποία ως επί το πλείστον χαρακτηρίζεται επισφαλής και ρευστή, αναπαράγουν τις πιθανότητες θυματοποίησης του εξαρτώμενου ατόμου.

Όσον αφορά την αυτο-παραμέληση του/της ηλικιωμένου/ης με ήπια νοσητική διαταραχή, παρατηρείται ότι αυτή σπανίως σχετίζεται με την οικογένεια ή το φιλικό προς αυτούς δίκτυο φροντίδας. Αντίθετα εκτιμάται ότι μάλλον αποτελεί προϊόν προσωπικής βούλησης του/της ίδιου/ιδίας ηλικιωμένου/ης (Burnett et al., 2006).

Σε έρευνα που διεξήχθη στις Η.Π.Α. αποδείχθηκε ότι από τα δεκατέσσερα περιστατικά κακοποίησης ηλικιωμένων που συμβαίνουν μόνο το ένα καταγγέλλεται στις τοπικές αρχές (Pillemer & Finkelhor, 1998). Τα περισσότερα εξ αυτών δεν αποκαλύπτονται, αποσιωπώνται και δεν καταγγέλλονται (Criner, 1994). Οι βασικότεροι λόγοι για τη στάση αυτή θεωρούνται: α) η ανεπαρκής εκπαιδευτική προετοιμασία των ίδιων των επαγγελματιών υγείας για την έγκαιρη διάγνωση της κακοποίησης (Halphen et al., 2009), β) η έλλειψη γνώσεων των ίδιων των συγγενικών προσώπων του/της ηλικιωμένου/ης για τον εντοπισμό του προβλήματος (Wood & Stephens, 2003) και γ) η έλλειψη κοινωνικής ενημέρωσης και κοινωνικής κινητοποίησης για την αντιμετώπιση του προβλήματος (Jogerst et al., 2003).

Οι Gorbien & Eisenstein σε άρθρο τους καταγράφουν τις κυριότερες ενδείξεις σε τέσσερις τύπους κακοποίησης ηλικιωμένων: α) τη φυσική, β) την ψυχολογική, γ) τη σεξουαλική, και δ) την παραμέληση (Gorbien & Eisenstein, 2005). Ενδείξεις φυσικής βίας αποτελούν οι μελανιές, τα καψίματα, τα σημάδια στους καρπούς και στους αστράγαλους, καθώς και η τραυματική αλωπεκία. Αντίστοιχα ενδείξεις ψυχολογικής κακοποίησης αποτελούν οι διαταραχές στις συνήθειες του ηλικιωμένου/ης, οι νευρωτικές διαταραχές και οι διαταραχές στη συμπεριφορά. Στις ενδείξεις σεξουαλικής κακοποίησης περιλαμβάνονται οι πόνοι στην περιοχή των γεννητικών οργάνων, οι φαγούρες, οι μελανιές, η εμφάνιση αίματος στην επιφάνεια του δέρματος ή στα εσώρουχα, καθώς και τα αφροδίσια νοσήματα. Τέλος, ενδείξεις παραμέλησης συνιστούν η εμφάνιση αφυδάτωσης ή υποσιτισμού του/της ηλικιωμένου/ης, η ελλιπής τήρηση των κανόνων υγιεινής, η παραμέληση της φαρμακευτικής αγωγής, ο ακατάλληλος ρουχισμός, η ενσφήνωση των κοπράνων, οι παρατεταμένοι περίοδοι διαταραχών του έλκους και οι εκδορές.

5. Κοινωνική πολιτική και δίκτυα παροχής φροντίδας για τους ηλικιωμένους

Η λήψη μέτρων κοινωνικής πολιτικής σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο σκοπό έχει να καλύψει τις υπάρχουσες ανάγκες και να βελτιώσει τις συνθήκες διαβίωσης των πολιτών (Βάγια, 2004). Κύριες ομάδες στόχου για την ανάπτυξη των συγκεκριμένων πολιτικών αποτελούν οι ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες, μεταξύ αυτών και οι ηλικιωμένοι.

Οι πολιτικές που προτείνονται τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε εθνικό επίπεδο για την κοινωνική προστασία των ηλικιωμένων, στοχεύουν στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και του κινδύνου της περιθωριοποίησης, που αναπόφευκτα προκαλούνται από τις ταχύτατες τεχνολογικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις

της εποχής μας. Για την εφαρμογή των πολιτικών αυτών το κράτος, η ιδιωτική εθελοντική πρωτοβουλία, η αγορά και η οικογένεια καλούνται από κοινού να καλύψουν τις ανάγκες για την κοινωνική προστασία των πολιτών, μειώνοντας με αυτό τον τρόπο τον κίνδυνο της περιθωριοποίησης και των ανισοτήτων. Η από κοινού αυτή δράση συνιστά το πλουραλιστικό/μεικτό μοντέλο το οποίο στις μέρες μας, όλο και περισσότερο, έλκει το ενδιαφέρον για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη μέτρων κοινωνικής προστασίας (μεταξύ αυτών και η πρόληψη) σε σχέση με τις πιο ευπαθείς ομάδες. Προς την ανάπτυξη αυτού του μοντέλου αδιαμφισβήτητα συνέβαλαν, πρώτον, η συρρίκνωση των κοινωνικών υπηρεσιών παροχής φροντίδας (Κουκούλη, 2005) και δεύτερον, η ευρύτερη συρρίκνωση του κράτους - πρόνοιας. Οι παράγοντες αυτοί θεωρούνται ότι οδήγησαν σε μία γενικότερη επανεκτίμηση της συμβολής των ανεπίσημων δικτύων κοινωνικής φροντίδας και της συμβολής του εθελοντικού τομέα (Σταθόπουλος, 1996).

Η σύνδεση μεταξύ του εθελοντικού και του δημόσιου τομέα, της αγοράς και της οικογένειας (Σταθόπουλος, 1996) θεωρείται σημαντική, εφόσον έρχεται να καλύψει το χάσμα το οποίο δημιουργείται μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής αντίληψης, σχετικά με την ανάληψη ευθύνης και πρωτοβουλίας για την παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένα άτομα (Στασινοπούλου, 2002). Στην προκειμένη περίπτωση το ενδιαφέρον εστιάζεται κυρίως σε άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας, μεταξύ των οποίων και οι ηλικιωμένοι με Ηλία Νοτική Διαταραχή (Η.Ν.Δ.), επειδή υπάρχουν στις ομάδες υψηλού κινδύνου να υποστούν κακοποίηση, οποιουδήποτε τύπου, μέσα στο περιβάλλον του σπιτιού τους.

Τα προγράμματα που προωθούνται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και γίνονται προσπάθειες εφαρμογής τους σε εθνικό επίπεδο, για την προστασία των ηλικιωμένων στοχεύουν: α) στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και β) στην πρόληψη της διανοητικής διαταραχής. Αυτό που στην πραγματικότητα επιδιώκεται μέσω της πρακτικής τους εφαρμογής είναι η αποφυγή της ιδρυματικής φροντίδας και η παραμονή των ηλικιωμένων στο ενεργό κοινωνικό σύνολο (Πράσινο Βιβλίο, 2005). Η θέση αυτή συνάδει με το άρθρο 25 του Χάρτη των Βασικών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στο οποίο ορίζεται ρητώς το δικαίωμα των ηλικιωμένων για μία αξιόπρεπη και ανεξάρτητη διαβίωση, και της ελεύθερης συμμετοχής τους στην πολιτιστική και κοινωνική ζωή της κοινότητας. Η επίτευξη της ενδυνάμωσης των νοητικών λειτουργιών των ηλικιωμένων ατόμων μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό προληπτικό μέτρο για τη μη κακοποίησή τους, επειδή, έτσι, μειώνεται το άγχος του/της φροντιστή του/της ηλικιωμένου/ης.

Στο γενικότερο πλαίσιο της πρόληψης και της διαχείρισης του προβλήματος της κακοποίησης των ηλικιωμένων εντός της οικίας τους, τα κυριότερα μέτρα που συστήνονται, είναι: α) η ενίσχυση των κατάλληλων θεσμικών ρυθμίσεων σχετικά με την κακοποίηση των ηλικιωμένων (Koenig & DeGuepe, 2005, Cox, 2008, Stam, 2009), β) η περαιτέρω εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος (Tilden et al., 1994, Bond, 2004) και γ) η ενίσχυση των δικτύων παροχής φροντίδας ηλικιωμένων στην κοινότητα (McDonald & Abrahams,

1990, McGarry & Simpson, 2004, Morgan, 2009).

Μεταξύ των μέτρων που προτείνονται για την πρόληψη του κινδύνου της κακοποίησης των ηλικιωμένων, αποφασιστικής σημασίας κρίνεται η αρωγή των επίσημων και των άτυπων δικτύων φροντίδας.

6. Επίσημα και άτυπα δίκτυα παροχής φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα

Όπως ήδη αναφέραμε, το κράτος, οι μη κυβερνητικές-εθελοντικές οργανώσεις, ο ιδιωτικός τομέας και η οικογένεια αποτελούν τους τέσσερις τομείς παροχής φροντίδας και προστασίας στους ηλικιωμένους. Οι τρεις πρώτοι τομείς εντάσσονται στα επίσημα δίκτυα παροχής φροντίδας, ενώ η οικογένεια θεωρείται άτυπο δίκτυο. Το έλλειμμα που προκύπτει από τις κρατικές κοινωνικές υπηρεσίες παροχής φροντίδας σε ευπαθείς ομάδες, καλούνται να καλύψουν τόσο ο μη κερδοσκοπικός τομέας και τα οικογενειακά σχήματα, όσο και ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας. Κοινός σκοπός της συνεργασίας αυτής, μέσω της εφαρμογής ειδικών προγραμμάτων, είναι η αποφυγή της ιδρυματοποίησης των ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση αναζήτησης φροντίδας και η ενεργός επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο. Αναπτύσσοντας αυτές τις στρατηγικές απομακρύνουμε τον κίνδυνο της περιθωριοποίησης.

Στα επίσημα δίκτυα παροχής φροντίδας σε ηλικιωμένους, περιλαμβάνονται: α) ο δημόσιος τομέας, β) οι κρατικές υπηρεσίες, γ) οι Ο.Τ.Α. Α' και Β' βαθμού και δ) τα Νομικά Πρόσωπα του δημοσίου τομέα. Ο δημόσιος τομέας κατά το σύνθημα λειτουργεί ως ένα δίκτυ ασφαλείας για τις ευπαθέστερες κοινωνικά ομάδες, μέσω των παροχών και των υπηρεσιών που προσφέρονται (Cutler, 2006). Επισημαίνεται ότι για τους φορείς που λειτουργούν υπό την αιγίδα του κράτους, βασικό κίνητρο αποτελεί η υποχρέωση για την παροχή υπηρεσιών με νομικό έρεισμα (Σταθόπουλος, 1996).

Στην Ελλάδα τον κύριο κορμό για τη θεσμική κάλυψη των αναγκών φροντίδας ηλικιωμένων αποτελούν οι υπηρεσίες που δημιουργούνται και στελεχώνονται υπό την επιβλεψη της τοπικής αυτοδιοίκησης. Διατυπώνεται όμως η άποψη ότι οι ελλείψεις που σημειώνονται σε υλικό και ανθρώπινους πόρους για την εύρυθμη λειτουργία των υπηρεσιών αυτών, αφενός μειώνουν τους δείκτες αποτελεσματικότητας των ίδιων των υπηρεσιών και αφετέρου επιδρούν αρνητικά στην ανάπτυξη κοινωνικής πολιτικής εκ μέρους των Ο.Τ.Α. (Μελέτη ΚΕΔΚΕ- ΕΕΤΑΑ, 1995, Βάγια, 2006). Για τα ελλείμματα που παρατηρούνται σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης σχετικά με την παροχή φροντίδας στον ηλικιωμένο πληθυσμό, την κύρια ευθύνη φέρει η έλλειψη του κατάλληλου θεσμικού πλαισίου από την πλευρά της πολιτείας, η οποία και θα διασφάλιζε την πάγια οικονομική κάλυψη των υπηρεσιών αυτών (Μελέτη ΚΕΔΚΕ- ΕΕΤΑΑ, 1995). Ωστόσο, το όλο ζήτημα γύρω από την ανάπτυξη τοπικής κοινωνικής πολιτικής για τους ηλικιωμένους δεν είναι μόνο οικονομικό. Οι δήμοι οφείλουν να διεκδικήσουν το ρόλο του συντονιστή για τη δικτύωση και τη δημιουργία υπηρεσιών πρόληψης και αποκατάστασης των ηλικιωμένων δημοτών τους (Βάγια, 1994).

Στα επίσημα δίκτυα φροντίδας ηλικιωμένων συμπεριλαμβάνονται τα Κ.Α.Π.Η., τα οποία εγκαινιάστηκαν το 1979 υπό τη Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και, αρχικώς, η λειτουργία τους στηρίχτηκε στην εθελοντική εργασία των πολιτών. Από το 1982, τα Κ.Α.Π.Η. πέρασαν στην τοπική αυτοδιοίκηση και αποτελούν Ν.Π.Δ.Δ. (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου) των Δήμων και Κοινοτήτων και ως εκ τούτου συγκαταλέγονται στα επίσημα, ανοικτής φροντίδας, δίκτυα. Τα κέντρα απευθύνονται: α) σε ηλικιωμένα μοναχικά άτομα ή ζευγάρια μη αυτοεξυπηρετούμενα, που χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας λόγω προσωρινών ή χρόνιων παθήσεων, β) σε άτομα ηλικιωμένα με ειδικές ανάγκες τα οποία αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού, γ) σε άτομα χωρίς επαρκείς οικονομικούς πόρους, δ) στις οικογένειες που φροντίζουν και φιλοξενούν ηλικιωμένους και άτομα με χρόνιες παθήσεις και χρήζουν νοσηλευτικής φροντίδας. Σκοπός των Κ.Α.Π.Η. είναι: 1. Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου. 2. Η διαφώτιση και η συνεργασία με το ευρύτερο κοινό και με ειδικούς φορείς σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων. 3. Η έρευνα θεμάτων για ηλικιωμένα άτομα (Σταθόπουλος, 1996). Βασικός στόχος των προγραμμάτων, που σε τοπικό επίπεδο σχεδιάζονται και υλοποιούνται μέσω των ομάδων υγείας που στελεχώνουν τα Κ.Α.Π.Η., παραμένει εκείνος της αποφυγής της ιδρυματοποίησης των ηλικιωμένων.

Στα επίσημα δίκτυα συμπεριλαμβάνονται οι φορείς του ιδιωτικού κερδοσκοπικού τομέα. Η δημογραφική αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού σε σχέση με τη μείωση των γεννήσεων σε εθνικό επίπεδο, ενίσχυσε την επιχειρηματολογία, ιδιαίτερα από τη δεκαετία του 1980 εντός των κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υπέρ της νομιμοποίησης της συρρίκνωσης του κοινωνικού κράτους και της ενίσχυσης των ιδιωτικών φορέων (αγορά) κοινωνικής προστασίας στους ηλικιωμένους (Στασινοπούλου, 2002). Για την παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένους που έχουν ανάγκη βοήθειας έως και το 1996, οι Μονάδες που ιδρύονταν και λειτουργούσαν από φυσικά πρόσωπα εντός του κερδοσκοπικού ιδιωτικού τομέα, έφεραν το τίτλο «Οίκοι Ευγηρίας» ή «Γηροκομεία». Από το 1996 με σχετική απόφαση μετονομάστηκαν σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων. Για τη λήψη της άδειας σχετικά με την ίδρυση και λειτουργία Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων από φυσικά πρόσωπα, κατατίθεται αίτηση στις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Κατόπιν εξέτασης της αίτησης, και αφού ληφθούν υπ' όψιν οι όροι πλήρωσης των σχετικών προϋποθέσεων για την ίδρυση και λειτουργία της Μονάδας, το Υπουργείο δύναται να εκδώσει τη σχετική άδεια (ΦΕΚ 455/1996). Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αποδίδεται επίσης η ευθύνη εποπτείας για την εύρυθμη λειτουργία των Μονάδων.

Αντιστοίχως στα επίσημα ιδιωτικά δίκτυα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα συμπεριλαμβάνονται: α) οι εθελοντικές οργανώσεις, β) οι Μ.Κ.Ο. και γ) η Εκκλησία. Βασικό κίνητρο για την ίδρυση των μη κερδοσκοπικών οργανισμών από φυσικά

πρόσωπα θεωρείται ότι αποτελεί η προσφορά υπηρεσιών προς τους πάσχοντες (Σταθόπουλος, 1996). Η έννοια της αλληλεγγύης προς τους πάσχοντες αποτελεί συνηθέστερα το κομβικό σημείο για τη διαμόρφωση του ιδεολογικού χαρακτήρα των περισσότερων εθελοντικών σχημάτων και της Εκκλησίας, μέσω της οποίας ενισχύεται κυρίως η οργανωμένη παροχή φροντίδας ιδρυματικού τύπου. Στο σημείο όμως αυτό οφείλουμε να παρατηρήσουμε ότι για την περίπτωση της Εκκλησίας, η αλληλεγγύη η οποία προτείνεται ταυτίζεται περισσότερο με την έννοια της φιλανθρωπίας.

Εδώ αξίζει να αναφέρουμε ότι οι γυναίκες συνεχίζουν, ακόμη και σήμερα, ν' αποτελούν την κύρια δεξαμενή ανθρώπινου δυναμικού για τη στελέχωση των άμισθων αυτών υπηρεσιών φροντίδας, οποιουδήποτε τύπου, σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, μεταξύ αυτών και σε ηλικιωμένους. Στη δεξαμενή αυτή μπορούν να προστεθούν και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι. Επισημαίνεται ότι η συμμετοχή των ίδιων των ηλικιωμένων στη στελέχωση των εθελοντικών αυτών σχημάτων μπορεί να επιφέρει στους ίδιους και στην κοινότητα, ένα τριπλό όφελος: α) ενισχύεται η ένταξη των ίδιων των ηλικιωμένων στην κοινωνία, μέσω της ενεργού συμμετοχής και προσφοράς, β) οι υπηρεσίες γίνονται πιο προσιτές για τις ομάδες με χαμηλό εισόδημα λόγω της εθελοντικής εργασίας, και γ) ενδυναμώνονται οι τοπικές Υπηρεσίες φροντίδας και προστασίας με μείωση του λειτουργικού τους κόστους (Βάγια, 2004).

Τέλος, στα άτυπα δίκτυα συμπεριλαμβάνονται τα οικογενειακά σχήματα, οι συγγενείς, οι φίλοι, οι γείτονες και οι συνάδελφοι στο χώρο εργασίας (Στασινοπούλου, 1993). Ο όρος «άτυπα δίκτυα» άρχισε να χρησιμοποιείται στη δεκαετία του 1970 και αναφέρεται στην άμισθη προσφορά υπηρεσιών σε άτομα που έχουν ανάγκη βοήθειας (Κουκούλη, 2005) και τα οποία βρίσκονται σε σχέση εξάρτησης με αυτόν/αυτή που προσφέρει τις υπηρεσίες του/της. Βασικό κίνητρο για τη λειτουργία αυτών των άτυπων δικτύων θεωρείται αφενός η αυτοβοήθεια και αφετέρου το ενδιαφέρον για την εξυπηρέτηση ατόμων με παρόμοια προβλήματα και ανάγκες (Johnson, 1987).

Μεταξύ των άτυπων φορέων ιδιαίτερη θέση καταλαμβάνει η οικογένεια, διότι αποτελούσε και αποτελεί, εξαιτίας των ελαχίστων έως ανύπαρκτων συλλογικών θεσμών κοινωνικής πρόνοιας, τον σημαντικότερο φορέα παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και περίθαλψης ευπαθών ατόμων (Μωυσίδης, 1996).

Αξίζει να σημειωθεί πως, έως και τις αρχές της δεκαετίας του 1980, υπερίσχυε η προτίμηση των υπερήλικων ατόμων στη μοναχική, ανεξάρτητη διαβίωση από την οποιασδήποτε μορφής ιδρυματοποίησή τους (Μουσούρου, 2006). Αυτή η επιλογή, βεβαίως, σε καμία περίπτωση δεν σημαίνει την ουσιαστική απομόνωση από την οικογένειά τους. Πράγματι, στην Ελλάδα, ένα σημαντικό ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων διαβιεί σε κατοικία, η οποία ελάχιστα απέχει από την κατοικία των παιδιών τους (Μουσούρου, 2006). Η προτίμηση αυτή βέβαια δεν μπορεί να ευοδωθεί εκτός του πλαισίου παροχής φροντίδας των άτυπων οικογενειακών σχημάτων.

Έχει παρατηρηθεί ότι, ειδικότερα στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης, οι γυναίκες είναι εκείνες που κατά κύριο λόγο αναλαμβάνουν την παροχή φροντίδας στην

οικογένεια, εντός του πλαισίου των «άτυπων πληγμάτων» άσκησης κοινωνικής πολιτικής (Στασινοπούλου, 2002). Η ανάθεση της άσκησης αυτών των καθηκόντων φροντίδας στη γυναίκα, έχει να κάνει με την κατασκευή ενός ηθικού/ κοινωνικού μοντέλου, το οποίο «επιβάλλει» στις γυναίκες την καθιέρωση συμπεριφορών φροντίδας και αφοσίωσης στο νοικοκυριό (Στασινοπούλου, 1992). Υπό το ίδιο πρίσμα, είναι το ίδιο το κράτος πρόνοιας που, ενισχύοντας ένα συγκεκριμένο μοντέλο οικογένειας και κατά συνέπεια τον άνισο καταμερισμό εργασίας μεταξύ ανδρών και γυναικών, αποδίδει στη γυναίκα την αποκλειστική φροντίδα του σπιτιού (Pascall, 1986). Παράγωγο της ανάπτυξης αυτής της νοοτροπίας, που συστηματικά καλλιεργείται σχετικά με την καθιέρωση του ρόλου της γυναίκας ως φορέα φροντίδας, αποτελεί η διαπίστωση ότι ο συντριπτικός αριθμός νοσοκόμων, κοινωνικών λειτουργών και του βοηθητικού προσωπικού υγείας είναι γυναίκες (Λαμπροπούλου, 1999). Για την καλύτερευση της ποιότητας ζωής των γυναικών και των δικαιωμάτων τους, καθοριστικές κρίνονται οι πολιτικές που αναπτύσσονται από τα επίσημα δίκτυα άσκησης κοινωνικής φροντίδας για ηλικιωμένα άτομα, είτε σε υπερεθνικό επίπεδο (Ευρωπαϊκή Ένωση, Ευρωπαϊκό Συμβούλιο) είτε σε εθνικό (Ο.Τ.Α., κ.λπ.). Σε κρατικό επίπεδο, η άσκηση κοινωνικής πολιτικής από τους Ο.Τ.Α. έχει βαρύνουσα σημασία για την κοινωνική αναγνώριση και δικαιοσύνη, σχετικά με θέματα που άπτονται των αιτημάτων του φεμινιστικού κινήματος (Σταθόπουλος, 1996). Στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ιδιαίτερα κρίσιμη θεωρείται η ανάπτυξη συγκεκριμένων προγραμμάτων τα οποία, εντός των κοινωνικών δομών των κρατών - μελών της, επιτρέπουν το συμβιβασμό μεταξύ ιδιωτικής και δημόσιας ζωής των γυναικών (Guerrero, 2005). Σε επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, σημαντικά θεωρούνται τα προγράμματα της ενίσχυσης των «Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων» και της «Βοήθειας στο Σπίτι» το οποίο στην Ελλάδα άρχισε να λειτουργεί από το 1998 (Matsagganis, 2005). Επίσης, με χρηματοδότηση 75% από πόρους της Ε.Ε. και 25% κρατικών, στην Ελλάδα, το 2002, ξεκίνησαν τη λειτουργία τους τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) (ΦΕΚ Β/ 139 7/22.10.2001). Στόχος τους είναι η φροντίδα και η φύλαξη των ηλικιωμένων που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (γεροντική άνοια, κινητικές δυσκολίες, μοναχικά άτομα) σε έναν ειδικά διαμορφωμένο χώρο, έτσι ώστε να ανακουφίζονται τα εργαζόμενα μέλη των οικογενειών τους. Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με τα Κ.Α.Π.Η. που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή. Συνεργάζονται επίσης με τοπικούς φορείς που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες και εφαρμόζουν ανάλογα ή παρεμφερή προγράμματα, καθώς και με μονάδες υγείας.

Μεταξύ των κύριων στόχων που τα προγράμματα αυτά καλούνται να καλύψουν είναι: α) η ενδυνάμωση της σύνδεσης και της λειτουργικότητας της οικογένειας (Smith, 1995), β) η μείωση του κινδύνου του κοινωνικού αποκλεισμού των γυναικών που κατά κύριο λόγο αναλαμβάνουν καθήκοντα φροντιστή ηλικιωμένου ατόμου, ενισχύοντας και εφαρμόζοντας την αρχή των ίσων ευκαιριών μεταξύ ανδρών και γυναικών (Μούσης, 2002), και γ) η μείωση του κινδύνου της περιθωριοποίησης και

του κοινωνικού αποκλεισμού των ατόμων της τρίτης ηλικίας εξαιτίας των φυσικών και, κάποιες φορές, των πνευματικών εκπνώσεων που συνεπάγεται το βιολογικό γήρας (Μωυσίδης et al., 2002).

7. Μερικά συμπεράσματα

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων, τις τελευταίες δεκαετίες, αποτελεί ένα συνεχώς διευρυνόμενο φαινόμενο. Φαινόμενο που θεωρείται άμεσα συνδεδεμένο τόσο με την αύξηση των ποσοστών του ηλικιωμένου πληθυσμού όσο και με τις ευρύτερες δημογραφικές αλλαγές που σημειώνονται στις σύγχρονες κοινωνίες, οι οποίες δυστυχώς δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για πρακτικές κακοποίησης.

Τα τέλη της δεκαετίας του 1970 και η δεκαετία του 1980 αποτέλεσαν τους κυριότερους σταθμούς για τη συστηματικότερη επιστημονική προσέγγιση του φαινομένου μέσω ερευνών και καταγεγραμμένων επεισοδίων. Το εγχείρημα αποδείχθηκε πολύ δύσκολο, διότι ένα μεγάλο μέρος των επεισοδίων αποσιωπάται. Μία από τις αιτίες που οδηγούν στην αποσιώπηση είναι οι ελλείψεις που σημειώνονται, σε σχέση τόσο με την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας όσο και των ίδιων των συγγενικών προσώπων των ηλικιωμένων, στην αναγνώριση των συμπτωμάτων και στη δυνατότητα άμεσης επέμβασης για την καταπολέμηση του φαινομένου.

Οι ηλικιωμένες γυναίκες φαίνεται να αποτελούν την πλειονότητα των θυμάτων, οποιουδήποτε τύπου κακοποίησης, εντός του περιβάλλοντος του σπιτιού τους. Επισημαίνεται ότι η κακοποίηση των ηλικιωμένων γυναικών εντός της συντροφικής ή συζυγικής σχέσης σπανίως αποτελεί φαινόμενο που ξεκινάει με την είσοδο της γυναίκας στην τρίτη ηλικία. Βασικά, η έναρξη της κακοποίησης διερευνάται σε βάθος χρόνου.

Επιπλέον, έχει ευρέως παρατηρηθεί ότι η έκπτωση των φυσικών και νοητικών λειτουργιών του/της ηλικιωμένου αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες που οδηγούν σε κακοποίηση. Και αυτό γιατί η αύξηση της εξάρτησης του ηλικιωμένου ατόμου από τον/τη φροντιστή του εξαιτίας των φυσικών ή νοητικών του εκπνώσεων, θεωρείται ότι είναι άμεσα συνδεδεμένη με τη μεγιστοποίηση του άγχους του φροντιστή σε σχέση με την κάλυψη των υλικών και συναισθηματικών αναγκών του ηλικιωμένου.

Η ενίσχυση των κατάλληλων θεσμικών ρυθμίσεων σχετικά με την κακοποίηση των ηλικιωμένων, η ενίσχυση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του προβλήματος και η ενίσχυση των δικτύων παροχής φροντίδας ηλικιωμένων στην κοινότητα, αποτελούν τρία από τα βασικότερα μέτρα που συστήνονται για την καταπολέμηση ή την αποτελεσματική μείωση των παραγόντων που ενισχύουν την κακοποίηση ηλικιωμένων.

Τα μέτρα αυτά αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι του πρωτογενούς τομέα (πρόληψη) ανάπτυξης στρατηγικών για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του φαινομένου. Επιπροσθέτως, όλοι οι φορείς ανάπτυξης και άσκησης υπηρεσιών

φροντίδας για ηλικιωμένα άτομα, δηλαδή το κράτος, η αγορά, ο εθελοντισμός και η οικογένεια δραστηριοποιούνται προς την κατεύθυνση αυτή.

Ήδη, από τη δεκαετία του 1990, επισημαίνεται ότι η εμπλοκή, όσον αφορά τις παροχές φροντίδας σε ηλικιωμένα άτομα, μεταξύ της αγοράς, των εθελοντών και της οικογένειας, παράλληλα με την ουσιαστική στήριξη του κράτους, μπορεί ν' αποτελέσει ένα υποδειγματικό/ηλουργαλιστικό μοντέλο ανάπτυξης κοινωνικής πολιτικής. Σημαντική θεωρείται και η συμμετοχική λειτουργία των ίδιων των ηλικιωμένων σε αυτό. Στόχος αυτού του μοντέλου είναι η αποφυγή του κινδύνου περιθωριοποίησης των ηλικιωμένων, εξαιτίας νοητικών ή φυσικών εκπτώσεων που συνεπάγεται το βιολογικό γήρας.

Προς το σκοπό αυτό συστήνεται επίσης η ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων παρέμβασης στον ηλικιωμένο πληθυσμό, ιδιαιτέρως εκείνων με διάγνωση Ήπιας Νοητικής Διαταραχής, τα οποία θα συμβάλλουν στην ομαλή επανένταξη των ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα.

Συμπερασματικά, εκτιμάται ότι τα αναμενόμενα αποτελέσματα των παρεμβάσεων αυτών μπορούν, πρωτίστως, να καλύψουν έναν διπλό στόχο: α) την ορθολογικότερη διαχείριση των οικονομικών δαπανών εκ μέρους του κράτους (όσον αφορά τη δευτερογενή και τριτογενή διαχείριση του προβλήματος), και β) σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο, την καλύτερευση της ποιότητας ζωής των ίδιων των ηλικιωμένων και των συγγενικών τους προσώπων. Δευτερευόντως, η καλύτερευση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, μέσω των προγραμμάτων πρόληψης που συστήνονται, συντελεί θετικά στην ελαχιστοποίηση ή τη μείωση του άγχους των ατόμων που αναλαμβάνουν τα καθήκοντα φροντίδας του. Η μείωση του άγχους του φροντιστή αντιστοίχως μπορεί να επιφέρει τα μέγιστα σε σχέση με την επίτευξη του στόχου της εξόφλησης ή της μείωσης του κινδύνου της κακοποίησης των ηλικιωμένων, εντός του περιβάλλοντος της οικίας τους.

Βιβλιογραφία- Πηγές

Ξένη Βιβλιογραφία

- Anetzberger, G.J., (1987), *Etiology of Elder Abuse by Adult Offspring*, Springfield.
- Anetzberger, G.J., Palmisano, B. R., Sanders, M., Bass, D., Dayton, C., Eckert, S., Schimer, M. R., (2000), «A model intervention for elder abuse and dementia», *The Gerontologist*, 40(4): 492- 497.
- Ayres, M.M., Woodth, A., (2001), «Concept analysis: a buse of ageing caregivers by elderly care recipients», *Journal of Advance Nursing*, 35(3):326- 334.
- Baker, A., (1977) «Granny battering», *Modern Geriatrics*, 5(8): 20- 24.
- Bond, C., (2004), «Education and a multi-agency approach are key to addressing elder abuse», *Professional Nurse*, 20(4):39-41.
- Bonnie, R. J., Wallace, Robert B., (eds.), (2002), *Elder Mistreatment: Abuse, Neglect, and Exploitation in an Aging America*, Washington D.C., National Academy Press.

- Brandl, B., Raymond, J., (1997), «Unrecognized elder abuse victims. Older abused women», *Journal of Case Management*, 6(2):62-8.
- Brandley, M., (1996), «Caring for older people: Elder Abuse», *BMJ*, 313:548-550.
- Bumett, J., Regev, T., Pickens, S., Prati, L.L., Aung, K., Moore, J., Dyer, C.B., (2006), «Social networks: a profile of the elderly who self-neglect», *Journal of Elder Abuse Neglect*, 18(4):35-49.
- Buzgova, R., Ivanova, K., (2009), «Elder Abuse and mistreatment in residential settings», *Nurse Ethics*, 16(1): 110- 126.
- Chen, A.L., Koval, K.J., (2002), «Elder abuse: the role of the orthopaedic surgeon in diagnosis and management», *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 10(1):25-31.
- Coma, M., Munoz, J., Postigo, P., Ayuso, M., Sierra, C., Sayrol, T., (2007), «Primary care doctors' and nurses' opinion of elder abuse and neglect», *Gaceta Sanitaria/ S.E.S.P.A.S.*, 21(3):235- 41.
- Connolly, M.T., (2008), «Elder self- neglect and justice system: an essay from an interdisciplinary perspective», *Journal of the American Geriatric Society*, 56(2): 244-252.
- Cooper, C., Katona, C., Finne- Soveri, H., Topinkova, E., Carpenter, G.I., Livingston, G., (2006), «Indicators of elder abuse: a cross-national comparison of psychiatric morbidity and other determinants in the Ad-HOC study», *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(6):489-97.
- Cox, K., (2008), «The application of crime science to the prevention of elder abuse», *British Journal of Nursing*, 17(13):850-54.
- Crimer, J.A., (1994), «The nurse's role in preventing abuse of elderly patients», *Rehabilitation Nursing*, 19(5): 277- 280.
- Cumie, Janet, (2006), *The Invisible Net: Protecting the Nation's Poor Children and Families*, Princeton, Princeton University Press.
- Deeken, J.F., Taylor, K.L., Mangan, P., Yabroff, R., Ingham, J. M., (2003), «Care for caregivers: a review of self- report instruments developed to measure the burden, needs, and quality of life of informal caregivers», *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(4):922-953.
- Dyer, C.B, Pavlik, V.N, Murphy, K.P, Hyman, D.J., (2002), «The high prevalence of depression and dementia in elder abuse or neglect», *Journal of the American Geriatric Society*, 48: 205-58.
- Ellsberg, M., Jansen, H.A., Heise, L., Watts, C.H., Garcia- Moreno, C., (2008), «Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study», *Lancet*, 371(9619): 1165- 72.
- Gainey, R.R., Payne, B.K., (2006), «Caregiver burden, elder abuse and Alzheimer's disease: testing the relationship», *Journal of Health and Human Services Administration*, 29(2):245-59.
- Gorbien, M., J., Eisenstein, A. R., (2005), «Elder Abuse and Neglect: An Overview», *Clinical Geriatric Medicine*, 21(2): 279- 292.
- Gordon, R. & Brill, D., (2001), «The Abuse and Neglect of the Elderly», *International Journal of Law and Psychiatry*, 24(2-3), 183-19.
- Guemina, Roberta, (2005), *Mothering the Union: Gender Politics in the E.U*, Manchester,

Manchester University Press.

- Halphen, J.M., Varas, J.M., Sadowsky, J.M., (2009), «Recognizing and reporting elder abuse and neglect», *Geriatrics*, 64(7):13-8.
- Hazzard, W.R., (1995), «Elder abuse: definitions and implications for medical education», *Academic Medicine*, 70 (11):979-82.
- Hoban, Sheila, Kearney, Kathleen, (2000), «Emergency: Elder Abuse and Neglect», *American Journal of Nursing*, 100(11): 49-50.
- Hugman, R. , (1994), *Ageing and the Care of Older People in Europe*, London-New York, Macmillan/St. Martin's Press.
- Jogerst, G., Daly, Jeanette, Brining, M., Dawson, J., Schmuck, G., Ingram, J., (2003), «Domestic Elder Abuse and the Law», *American Journal of Public Health*, 93(12):2131- 36.
- Johnson, Norman, (1987), *The Welfare State in Transition Theory and Practices of Welfare Pluralism*, Brighton, Wheatsheaf Books Ltd..
- Keiko, S., Mikiko, I., Masami, K., Hiroshi, M., (2009), «Gender Differences in Spousal Caregiving in Japan», *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(1):147- 156.
- Koenig, R.J., DeGuene, C.R., (2005), «The legal and governmental response to domestic elder abuse», *Clinical Geriatric Medicine*, 21(2):389-98.
- Krug, E.G., Mercy, J.A., Dahleberg, L.L., Zwi, A.B., (2002), «The world report on violence and health», *Lancet*, 360(9339): 1083- 88.
- Kunle, S., (2004), «Elder Abuse», *Australian Family Physician*, 33(10): 807- 812.
- Lachs, M.S., Williams, C., O'Brien, S., Hurst, L., Horwitz, R., (1997), «Risk factors for reported elder abuse and neglect: A nine-year observational cohort study», *Gerontologist*, 37(4), 469-74.
- Lachs, M., Pillemer, K., (2003), «Elder Abuse», *Journal of American Geriatrics Society*, 51(1):24-31.
- Laumann, E.O., Leitsch, S.A. Waite, L.J., (2008), «Elder Mistreatment in the United States- Prevalence Estimates from a Nationally Representative Study», *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Science and Social Science*, 63(4): S248-S254.
- Lee, M., Kolomer, S.R., (2005), «Caregiver burden, dementia, and elder abuse in South Korea», *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 17(1):61-74.
- MacNeil, G., Kosberg, J., Durkin, D.W., Dooley, K., DeCoster, J., Williamson, G.M., (2010), «Caregiver Mental Health and Potentially Harmful Caregiving Behavior: The Central Role of Caregiver Anger», *Gerontologist*, 50(1):76-86.
- Macolini, R. M., (1995), «Elder abuse policy: considerations in research and legislation», *Behavioral Sciences and the Law*, 13(3):349-63.
- Marshall, C.E., Benton, D., Brazier, J.M., (2000), «Using clinical tools to identify clues of mistreatment», *Geriatrics*, 55(2): 42-53.
- Matagganis, Manos, (2005), «Greece- fighting with hands tied behind the back», in Ferrera, Maurizio, *Welfare State Reform in Southern Europe*, Routledge, 33- 83.
- Matsuda, O., (2007), «An assessment of the attitudes of potential caregivers toward the abuse of elderly persons with and without dementia», *International Psychogeriatrics*, 19(5):892-901.
- McDonald, A.J., Abrahams, S.T., (1990), «Social emergencies in the elderly», *Emergency*

- Medicine Clinics of North America*, 8(2):443-59.
- McGarry, J., Simpson, C., (2009), «Raising awareness of elder abuse in the community practice setting», *British Journal of Community Nursing*, 14(7):305-308.
- Morgan, A., (2009), «Health service struggling to integrate safeguarding policy», *Nursing Older People*, 21:(8):8-9.
- Nelson, Heidi, Nygren, Peggy, McInemey, Yasmin, Klein, Jonathan, (2004), «Screening Women and Elderly Adults for Family and Intimate Partner Violence: A Review of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force», *Annals of Internal Medicine*, 150(4): 387-396.
- Paris, B.E., Meier, D.E., Goldstein, T., Weiss, M., Fein, E.D., (1995), «Elder abuse and neglect: how to recognize warning signs and intervene», *Geriatrics*, 50(4):47-51; quiz 52-3.
- Pascale, G., (1986), *Social Policy-A Feminist Critique*, London, Tavistock.
- Pavlik, V.N., Hyman, D.J., Festa, N.A., Bitondo Dyer, C., (2001), «Quantifying the problem of abuse and neglect in adults—analysis of a statewide database», *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(1):45-8.
- Pillemer, K., Finkelhor, D., (1988), «The prevalence of elder abuse: A random sample survey», *Gerontologist*, 28(1), 51-57.
- Quinn, M., Tomita, S., (1997), *Elder abuse and Neglect: Causes, Diagnosis, and Interventional Strategies*, New York, Springer.
- Ramsey-Klawnsnik, H., (2000), «Elder-abuse offenders: a typology», *Generations*, 24(2):17-22.
- Rudolph, M. N., Hughes, D., (2001), «Emergency Psychiatry: Emergency Assessments of Domestic Violence, Sexual Dangerousness, and Elder and Child Abuse», *Psychiatric Services*, 52:281-306.
- Saskia, Mol S.L., Amoud, Amtz, Metsemakers, J. F.M., Divant, G. J., Vilters-Van Montfort, P.A.P., Knotterus, A., (2005), «Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events: evidence from an open population study», *The British Journal of Psychiatry*, 186 (6): 494-499.
- Schiemberg, L.B., Gans, D., (2000), «Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life», *International Journal of Aging & Human Development*, 50(4):329-354.
- Sgritta, Giovanni, (2009), *Badanti e Anziani in un Welfare senza futuro*, Roma, Lavoro.
- Smith, C., (1995), «The home visit: Opening doors for family health», in Smith C., Maurer F., Community Health Nursing, Theory and Practice, Philadelphia, N.B Saunders Company.
- Starr, L., (2009), «Need for stronger laws to protect older Australians», *Australian Nursing Journal*, 19(7): 27.
- Straka, S.M., (2006), «Responding to the Needs of Older Women Experiencing Domestic Violence», *Violence Against Women*, 12 (3), 251-267.
- Taket, Ann, Wathen, Nadine, MacMillan, Harriet, (2004), «Should Health Professionals Screen All Women for Domestic Violence?», *Plos Medicine*, 1(1): e4.
- Tamburro, G. A., Di Sciascio, G., De Giglio, F., (1992), «The elderly subject and social violence: the body as a factor in communication», *Acta Psychiatrica Belgica*, 92(4):246-57.

- Tiklen, V. P, Schmidt, T. A., Limandri, B. J., Chiodo, G. T., Garland, M. J., Loveless, P. A., (1994), «Factors that influence clinicians' assessment and management of family violence», *American Journal of Public Health*, 94:(4):628- 633.
- Tonks, A., Bennett, G., (1999), «Elder Abuse», *BMJ*, 318: (7179): 278.
- Tomita, S., (2000), «Elder Mistreatment: Practice Modifications to Accommodate Cultural Differences», *Journal of Multicultural Social Work*, 8(3/4), 305-326.
- Vinton, Linda, (1992), «Battered Women's Shelters and Older Women: The Florida Experience», *Journal of Family Violence*, 7(1), 63- 72.
- Wang, J.J., Lin, M.F., Tseng, H.F., Chang, W.Y,(2009), «Caregiver factors contributing to psychological elder abuse behavior in long-term care facilities: a structural equation model approach», *International Psycho geriatrics / IPA*, 21(2):314-20.
- Wierucka, D., Goodridge, D., (1996), «Vulnerable in a safe place: institutional elder abuse», *Canadian Journal of Nursing Administration*, 9(3):82-104.
- Wood, S., Stephens, M., (2003), «Vulnerability to elder abuse and neglect in assisted living facilities», *Gerontologist*, 43(5): 753-57.
- Wolf, Rosaline, (1998), «Caregiver stress, Alzheimer's disease, and elder abuse», *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 13(2): 81-83.
- Wyandt, M. A., (2004), «A Review of Elder Abuse Literature: An Age Old Problem Brought to Light», *Californian Journal of Health Protection*, 2(3): 40- 52.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Βάγια, Χριστίνα, Κρεμαλής Κωνσταντίνος, (1991), «Ανθρώπινα και Κοινωνικά Δικαιώματα των Ηλικιωμένων», *Κοινωνική Εργασία*, τ. 24, 283-288.
- Βάγια, Χριστίνα, (1994), «Δικτύωση και Συντονισμός των Υπηρεσιών για Ηλικιωμένους στις Αυτοδιοικούμενες Τοπικές Μονάδες», στο *Υγεία και Προστασία των Ηλικιωμένων*, Αθήνα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, 281- 291.
- Βάγια, Χριστίνα, (2004), «Κοινωνική προστασία των ηλικιωμένων στην Ευρωπαϊκή Ένωση και ο ρόλος του εθελοντικού τομέα», *Κοινωνική Εργασία*, τ.74, 179- 187.
- Βάγια, Χριστίνα, (2006), «Ανάπτυξη και Συντονισμός της Τοπικής Κοινωνικής Πολιτικής: Οι Προοπτικές στους Δήμους», *Κοινωνική Εργασία*, τ. 83, 135- 141.
- Κουκούλη, Σοφία, (2005), «Ο προνοιακός πλουραλισμός στην κοινοτική φροντίδα- Μοντέλα φροντίδας ηλικιωμένων στην Ε.Ε», στο Ζαϊμάκης, Γ., Κανδυλάκη, Αγάπη, (επιμ.), *Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας*, Αθήνα, Κριτική, 299- 325.
- Λαμπροπούλου, Κούλα, (1999), «Φύλο και Φροντίδα Προβληματισμοί και Αναθεωρήσεις στη Σύγχρονη Κοινωνική Πολιτική», στο Σακελλαρόπουλος, Θεόδωρος (επιμ.), *Η μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους*, Αθήνα, Κριτική, 89- 131.
- Μελέτη Κ.Ε.Δ.Κ.Ε- Ε.Ε.Τ.Α.Α, (1995), *Κοινωνική Πολιτική και Τοπική Αυτοδιοίκηση*, Αθήνα, Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης και Αυτοδιοίκησης Α.Ε..
- Μούσης, Νίκος, (2002), *Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, Αθήνα, Παπαζήση.
- Μουσούρου, Λουκία, (2006), *Κοινωνιολογία της Σύγχρονης Οικογένειας*, Αθήνα, Gutenberg.
- Μωυσίδης, Αντ., (1996), *Οικογένεια και εργασία στον Αγροτικό Χώρο*, Πρακτικά Ευρωπαϊκού Συνεδρίου με θέμα *Οικογένεια και Εργασία*, Αθήνα, Ίδρυμα Μελετών Λαμπράκη.

- Μωυσίδης, Αντ., Ανθοπούλου, Θ., Ντυκέν, Μ.Ν., (2002), *Οι Ηλικιωμένοι στον Αγροτικό Χώρο*, Αθήνα, Gutenberg.
- Πράσινο βιβλίο, (2005), *Βελτίωση της Ψυχικής Υγείας του Πληθυσμού, Προς μια στρατηγική σχετικά με την ψυχική υγεία για την Ευρωπαϊκή Ένωση*, Βρυξέλλες, 14.10.2005, COM(2005) 484 τελικό.
- Σταθόπουλος, Π., (1996), *Κοινωνική Πρόνοια-για μία γενική θεώρηση*, Αθήνα, Έλλην.
- Στασινοπούλου, Όλγα, (1992), *Κράτος Πρόνοιας-Ιστορική Εξέλιξη-Σύγχρονες Θεωρητικές Προσεγγίσεις*, Αθήνα, Gutenberg.
- Στασινοπούλου, Όλγα, (1993), «Αναδιάρθρωση των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Η επικαιρότητα της ανεπίσημης φροντίδας και οι σύγχρονες διαπλοκές», στο Γεμίτης, Π., Γράβαρης, Δ., *Κοινωνικό Κράτος και Κοινωνική Πολιτική. Η Σύγχρονη Προβληματική*, Αθήνα, Θεμέλιο, 271- 311.
- Στασινοπούλου, Όλγα, (2002), *Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής*, Αθήνα, Gutenberg.