

*Γίτσα Σουτζόγλου-Κοτταρίδη**

Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΗΣ**
Περίθαλψη στο σπίτι ή εισαγωγή σε ίδρυμα

«Το γήρας δεν είναι νόσος, αλλά είναι μία φυσιολογική κατάσταση. Φυσιολογική κατάσταση όμως με πολλές παραδοξότητες. Βασικότερη είναι ότι ενώ εντάσσεται στο πλαίσιο της φυσιολογικής ανελιξέως της ζωής, εν τούτοις αποτελεί κατάληξή της, συνεπάγεται δηλαδή έκπτωση λειτουργιών» (Χριστοδούλου, 1975: 57).

Τα γερατειά έχουν περιγραφεί σαν μια περίοδος εξασθένησης του ανοσολογικού σθένους. Το αποτέλεσμα είναι η μείωση της έντασης της ανοσολογικής απάντησης έναντι των φλεγμονωδών νόσων και των κακοήθων νεοπλασιών (Bergener 1985: 47).

Περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις καρκίνου συναντώνται στο τμήμα του πληθυσμού που έχει ηλικία άνω των 65 ετών. Έτσι, η γνώση της αλληλεπίδρασης μεταξύ του γήρατος και της νεοπλασίας ως βιολογικής διαδικασίας, η γνώση των χαρακτηριστικών της ασθένειας στην περίπτωση του ηλικιωμένου αρρώστου, και η γνώση των αντιδράσεων του στην ασθένεια και τη θεραπεία της, είναι σημαντικές τόσο για τους ερευνητές, όσο και για τους γιατρούς που ασχολούνται με περιπτώσεις ηλικιωμένων καρκινοπαθών. Μέχρι τώρα δεν είχε γίνει σημαντική οργανωμένη προσπάθεια διερεύνησης αυτών των ζητημάτων. Σήμερα όμως υπάρχει μια αυξανόμενη σειρά στοιχείων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να καθοδηγείται η τρέχουσα έρευνα, καθώς επίσης και για να προταθούν ερωτήματα για μελλοντική μελέτη (Cohen, 1985: 53).

Αν και πολλά έχουν γραφεί για τις ανάγκες κοινωνικής και ιατρικής περίθαλψης των ηλικιωμένων, δεν έχει γίνει παρά ελάχιστη συγκεκριμένη έρευ-

* Ερευνήτρια στο ΕΚΚΕ.

** Στη μελέτη αυτή συχνά, και σκόπιμα, αναφέρονται και γενικά προβλήματα των ηλικιωμένων, εφόσον τα ίδια προβλήματα, και σε εντονότερο βαθμό, αντιμετωπίζει και ο ηλικιωμένος καρκινοπαθής.

να για τις ανάγκες των ηλικιωμένων καρκινοπαθών. Εξετάζοντας αυτό το ζήτημα, είναι αναγκαίο να επικεντρώσουμε την προσοχή μας σε δύο αλληλοεξαρτώμενα σημαντικά προβλήματα: στην επίδραση της ασθένειας, ειδικότερα του καρκίνου, στους ηλικιωμένους, και στις ιδιαίτερες συνθήκες και ανάγκες που αντιμετωπίζει αυτό το τμήμα του πληθυσμού (Berkman κ.ά., 1983: 85).

Οι περισσότερες από τις ασθένειες που ονομάζονται «καρκίνος» εμπίπτουν στην κατηγορία των χρόνιων νοσημάτων. Εκείνο που κάνει τον καρκίνο διαφορετικό είναι ο μύθος γύρω απ' αυτόν —τα συναισθήματα σχετικά μ' αυτόν και οι σημασίες που του αποδίδει η κοινωνία μας— και κυρίως οι λαϊκές δοξασίες που τον περιβάλλουν (Hersh, 1982: 264). Ο πλατιά διαδεδομένος φόβος που γεννά στους ανθρώπους η λέξη, πολλώ μάλλον η διάγνωση «καρκίνος», είναι αναμφισβήτητος (Burdick, 1978: 136). Οι ψυχολογικές διαστάσεις του καρκίνου χρωματίζονται έντονα από τους φόβους της κοινωνίας μας που προβάλλονται στην ασθένεια. Πρόκειται για το φόβο απώλειας του ελέγχου και για το φόβο του θανάτου.

Όταν διαγνωσθεί καρκίνος, οι ασθενείς μπορεί να υποστούν πολλές ψυχολογικές και συναισθηματικές μεταβολές, που κλονίζουν τις μέχρι τότε αποδεδεγμένες αντιλήψεις τους για τη ζωή. Η συναισθηματική επίπτωση της ασθένειας μαζί με την κοινωνική παρανόηση του καρκίνου προστίθενται στις φυσιολογικές πιέσεις που προκαλεί ο καρκίνος και η θεραπεία του. Είναι μέσα σ' ένα τέτοιο πλαίσιο που ο ασθενής αρχίζει να συνειδητοποιεί τις επιπτώσεις του καρκίνου στη ζωή του. Και, σαν να μην έφταναν όλα αυτά, η στάση της οικογένειας και των φίλων συχνά μεταβάλλεται, καθώς οι σχέσεις και η συμπεριφορά τους αλλάζουν για να προσαρμοστούν στο ρόλο του ανθρώπου που πάσχει από καρκίνο (Blumberg κ.ά., 1983: 19).

Πολλά από τα προβλήματα των καρκινοπαθών είναι προβλήματα που αντιμετωπίζουν όλοι όσοι πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα. Μερικά ζητήματα όμως αποκτούν ιδιαίτερη σημασία όταν η διάγνωση είναι «καρκίνος». Είναι θέματα που σπανίως εμφανίζονται μεμονωμένα· συνήθως συνδυάζονται μεταξύ τους, δημιουργώντας ειδικές συνθήκες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στην εξέταση των αναγκών του καρκινοπαθούς γενικά, ιδιαίτερα δε του ηλικιωμένου καρκινοπαθούς. Τα ζητήματα αυτά εκτίθενται παρακάτω (Blumberg κ.ά., 1983: 21-22).

— Ο καρκίνος συχνά παρανοείται από τους ανθρώπους, οι οποίοι μπορεί να αποφεύγουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, αφήνοντάς τους αντιμετώπους όχι μόνο με την κατάσταση καθ' εαυτήν και τη θεραπεία της, αλλά και με το ενδεχόμενο να χάσουν σημαντικές κοινωνικές επαφές και την κοινωνική συμπαράσταση σε κρίσιμες στιγμές.

— Το άγχος που προκαλεί το άκουσμα μιας διάγνωσης καρκίνου μπο-

ρεί να αναστείλει την ικανότητα του ασθενούς να θυμάται σημαντικές πληροφορίες και, έτσι, να χρειαστούν επαναλήψεις πληροφοριών σε άλλα άτομα που θα τις υπενθυμίζουν στους ασθενείς, έτσι ώστε να είναι βέβαιο ότι αυτοί θα κατανοήσουν την κατάσταση τους και θα ακολουθήσουν την καθορισμένη αγωγή.

— Ο καρκίνος δημιουργεί σοβαρή συναισθηματική ένταση και υποχρεώνει τους ασθενείς να αρχίσουν να ανησυχούν για προβλήματα όπως ο ακρωτηριασμός, η αποξένωση, η τρωτότητα και ο θάνατος, και να αισθάνονται φόβο, άγχος και άρνηση, που μπορεί να προκληθούν από τις προαναφερθείσες αλλά και από άλλες ανησυχίες.

— Ο καρκίνος μπορεί να προξενήσει μια αίσθηση απώλειας του ελέγχου, επειδή τα αποτελέσματα της θεραπευτικής αγωγής (είτε πρόκειται για συνήθη είτε για πειραματική θεραπεία) είναι αβέβια, και επειδή ο ασθενής αισθάνεται ότι κάθε έλεγχος πάνω στη ζωή, στο σώμα και στην καθημερινή του υγεία και άνεση έχει περάσει στα χέρια των γιατρών και του λοιπού υγειονομικού προσωπικού.

— Οι ασθενείς μπορεί να θεωρήσουν τη θεραπεία πιο ανεπιθύμητη και τρομακτική από την αρρώστια, και να αρνηθούν να συμμετάσχουν στη θεραπεία ή να τη συνεχίσουν. Καθώς η πιθανότητα για θεραπεία ή έλεγχο της αρρώστιας μειώνεται, ενδέχεται να μειώνεται και η διάθεση των ασθενών για συμμετοχή σε θεραπείες που αλλάζουν τα φυσικά τους χαρακτηριστικά ή επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής που τους απομένει. Μερικοί μπορεί να αρνηθούν να συμμετάσχουν, ή μπορεί να διακόψουν τη θεραπεία ή ακόμα και τις συμπληρωματικές διαγνωστικές εξετάσεις.

— Οι περιθάλποντες, από την άλλη μεριά, επηρεάζονται από τα δικά τους συναισθήματα για τον καρκίνο, και από τη γνώση τους ότι πολλές από τις θεραπείες που παρέχουν έχουν άγνωστα ή αβέβια αποτελέσματα και ότι πολλοί από τους ασθενείς τους μπορεί να χειροτερέψουν με αυτές.

Τα ευρήματα της έρευνας και η πρακτική εμπειρία στην Ογκολογία έχουν οδηγήσει στο συμπέρασμα ότι, εκτός από τη διάγνωση και την πρόγνωση της ασθένειας, υπάρχουν και άλλες μεταβλητές που ενδέχεται να επηρεάσουν το ηθικό και την ποιότητα ζωής των καρκινοπαθών. Η φυσική κατάσταση του ασθενούς, τα συμπτώματα της ασθένειας, η θρησκευτικότητα και το όλο πλέγμα των κοινωνικών σχέσεων του ασθενούς επηρεάζουν το ηθικό και την ποιότητα της ζωής του. Επίσης, έχει μεγάλη σημασία ο τρόπος με τον οποίο το ιατρικό προσωπικό θα πληροφορήσει τον ασθενή και τους ανθρώπους που τον φροντίζουν, σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπευτική αγωγή (Meyers κ.ά., 1985: 223-224).

Οποσδήποτε, η αντίδραση των ασθενών στην αρρώστια και η ικανότητά τους να μάθουν να συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία και να αντεπεξέρ-

χονται καλύτερα στην κατάστασή τους εξαρτώνται από την ψυχοκοινωνική κατάσταση στην οποία βρίσκονται όταν πρωτοπαρουσιάζεται η ασθένεια, καθώς και από τον τρόπο με τον οποίο έχουν αντιμετωπίσει το άγχος κατά το παρελθόν. Ο τρόπος με τον οποίο βλέπουν οι ασθενείς την κατάστασή τους, και τις ενδεχόμενες επιπτώσεις της στη ζωή τους, μπορεί επίσης να επηρεάσει τη δεκτικότητά τους. Η στάση των ασθενών απέναντι στην κατάσταση τους διαφέρει ανάλογα με το στάδιο της ζωής που βρίσκονται κατά την εκδήλωση του καρκίνου. Αν και τα σχετικά με την ηλικία στερεότυπα δεν πρέπει να περιορίζουν τις αντιλήψεις μας για τις ανάγκες ενός ασθενούς, δεν πρέπει ταυτόχρονα να ξεχνάμε ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς αντιμετωπίζουν μια σειρά από διαφορετικές ανησυχίες, οι οποίες τους επηρεάζουν στην προσπάθειά τους να μάθουν να αντεπεξέρχονται στην κατάστασή τους. Για παράδειγμα, η μείωση της ικανότητάς τους να μάθουν μπορεί να οφείλεται σε φυσικούς περιορισμούς, όπως η απώλεια ακοής, η μείωση της προσοχής, η ελαττωμένη όραση, καθώς και σε μείωση των κινήτρων που προκαλείται από την αίσθηση ματαιότητας όσον αφορά την πιθανότητα να θεραπευτούν ή από την κατάθλιψη που σχετίζεται με την αίσθηση ότι έζησαν μια ζωή χωρίς νόημα (Blumberg κ.ά., 1983: 23-24).

Όπως έχει προαναφερθεί, οι καρκινοπαθείς, ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι, συχνά έρχονται αντιμέτωποι με τέσσερα τουλάχιστον κύρια προβλήματα, που τελικά επηρεάζουν την ικανότητά τους να αντεπεξέλθουν και να συμμετάσχουν στην εκπαίδευση και στη θεραπεία τους. Το κάθε ζήτημα αναλύεται παρακάτω (Blumberg κ.ά., 1983: 24-27).

1. **Αποξένωση:** Αυτό το πρόβλημα εμπεριέχει φόβους εγκατάλειψης, μη αποδεξιμότητας, και απομόνωσης, που κάποτε καταλήγουν σε βαθιά απελπισία. Οι ασθενείς συχνά αισθάνονται μόνοι, ανίκανοι για αγάπη ή μίσος, και ότι δεν είναι σε θέση να δημιουργήσουν σχέσεις με τους άλλους. Αυτά τα συναισθήματα μπορεί να διογκωθούν από μια διακριτική απόρριψη εκ μέρους των άλλων, εξαιτίας του φόβου τους μήπως ο καρκίνος είναι μεταδοτικός, ή ως αποτέλεσμα της αντιφατικής συμπεριφοράς των ανθρώπων του στενού περιβάλλοντός τους. Κατά συνέπεια, οι ασθενείς μπορεί να αποσυρθούν από τη σχέση αλληλεπίδρασης με τους περιθάλποντες και να συμμετέχουν λιγότερο ενεργητικά σε δραστηριότητες θεραπευτικής εκπαίδευσής τους.

2. **Ακρωτηριασμός:** Εδώ εντάσσονται οι φόβοι για τα αποτελέσματα χειρουργικών επεμβάσεων σε μέρη του σώματος που έχουν ιδιαίτερη σημασία για τον ασθενή. Όπως επισημαίνει ο Barkley (Barkley, 1968: 36): «το μάτι, το μέλος του σώματος ή ο μαστός που χάθηκε συχνά θεωρούνται από τον ασθενή ως μέρος μιας πιο ευτυχισμένης ζωής· η κατοχή αυτών των οργάνων ήταν γι' αυτόν συνώνυμη με τη δραστηριότητα, με την αίσθηση της κοινωνικής ένταξης και την αξία, συναισθήματα που τώρα έχουν πληγεί ανεπανόρ-

θωτα. Οι ασθενείς μπορεί να υποφέρουν από αϋπνία, ανορεξία, δυσκολία στη συγκέντρωση της προσοχής, και αδιαφορία για τη ζωή, εκδηλώνοντας έτσι ένα μέρος της θλίψης τους για την απώλεια του οργάνου». Η αίσθηση ότι δεν είναι αρτιμελείς μπορεί να τους προκαλέσει τη μείωση των δραστηριοτήτων τους. Μπορεί να αποσυρθούν από κοινωνικές σχέσεις, φοβούμενοι μια απόρριψη λόγω της παραμόρφωσής τους (Blumberg κ.ά., 1980: 208).

3. Θάνατος: Το πρόβλημα αυτό συνίσταται στον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αντιμετωπίζει το θάνατο, στη συνειδητοποίηση του γεγονότος ότι ο θάνατος είναι πιο κοντά από ό,τι πριν, και στις προοπτικές για την αντιμετώπιση του πόνου στο ενδιάμεσο.

4. Τρωτότητα: Αυτό το πρόβλημα στρέφεται γύρω από την αίσθηση που έχει ο ασθενής ότι ελέγχεται από εξωτερικούς παράγοντες, ότι δεν είναι σε θέση να εμποδίσει την ασθένεια ή την εξέλιξή της. Το ότι αισθάνεται εξαρτημένος από άλλους μπορεί να αυξήσει αυτή την αίσθηση τρωτότητας.

Άρνηση, οργή, άγχος και φόβος είναι κοινές αντιδράσεις όλων στη διάγνωση του καρκίνου, αλλά ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους καρκινοπαθείς τα συναισθήματα αυτά παίρνουν ακραία μορφή.

Ο πρώτος θεσμός από τον οποίο αναμένεται ότι θα παρασχεθεί βοήθεια στους ηλικιωμένους σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης είναι η οικογένεια. Αλλά η οικογενειακή φροντίδα και συμπαράσταση βασίζονται σε προσωπικούς δεσμούς που ενώνουν ένα γηραιότερο άτομο με τους συγγενείς του. Οι υποχρεώσεις μέσα στην οικογένεια είναι ηθικού μάλλον παρά νομικού χαρακτήρα. Οι δεσμοί αυτοί πρέπει να συντηρούνται και να καλλιεργούνται διαρκώς, τόσο από τους γηραιότερους όσο και από τους νεότερους (Worach-Kardas, 1985: 74-75).

Το ενδιαφέρον και οι μέθοδοι που αναπτύσσονται τα τελευταία χρόνια απηχούν μια μετάβαση από την έμφαση στην ιδρυματική περίθαλψη στην έμφαση στην περίθαλψη στο σπίτι για τα ηλικιωμένα άτομα (Taylor, 1985: 21). Έτσι, παρατηρείται ανάπτυξη των προγραμμάτων ανοιχτής περίθαλψης (οικιακή βοήθεια, επισκέψεις νοσοκόμων στο σπίτι, στέγαση). Οι τάσεις αυτές όμως και η αναζωογόνηση της αντίληψης των επιβλαβών συνεπειών της ιδρυματικής ζωής είναι άραγε αποτέλεσμα συνειδητής ανάλυσης και σκόπιμης πολιτικής; Ή πρόκειται μάλλον για τρόπους προσαρμογής σε μια κρίση που δημιουργήθηκε με την αλλαγή των οικογενειακών προτύπων, την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων και την οικονομική ύφεση; (Daatland, 1985: 295).

Ο Goffman υποστηρίζει ότι η αυτοεικόνα των ατόμων που ζουν σε ιδρύματα (όπως τα νοσοκομεία) υποβιβάζεται εξαιτίας των χαρακτηριστικών που έχουν αυτά τα ιδρύματα, ανεξάρτητα από το σκοπό για τον οποίο ιδρύθηκαν. Ο Stevens επεκτείνει το επιχειρήμα, περιλαμβάνοντας σ' αυτό την ψυ-

χολογική απομόνωση. Διαπιστώνει μια παρεμφερή αίσθηση αυτοϋποβιβασμού, που απορρέει από την κοινωνική απομόνωση ή το στιγματισμό (Cant κ.ά., 1985: 226).

Είναι γνωστή η δυσκολία προσαρμογής των ηλικιωμένων στα νοσοκομεία, η οποία οφείλεται κυρίως στην απώλεια του οικείου περιβάλλοντος και της ρουτίνας, και στην έλλειψη συνεχών οικογενειακών επαφών (Grieco κ.ά., 1985: 214).

Η προσκόλληση στην «οικογενειακή εστία» είναι σημαντική για τους ανθρώπους κάθε ηλικίας, αν και θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι η «οικογενειακή εστία» —ή ορισμένες πλευρές της— αποκτά ακόμη μεγαλύτερη σημασία για τους γηραιότερους. Από την άλλη μεριά, η προοπτική απόσπασης από την «οικογενειακή εστία» εξαιτίας του θανάτου ή της αρρώστιας είναι για τους ηλικιωμένους μια πραγματικότητα. Οι διαστάσεις σηματοδότησης, φυσικές ή υλικές, καθώς και οι κοινωνικές και μεταφυσικές διαστάσεις μπορεί να θεωρηθούν ότι συνιστούν μια συμβολική οντότητα, και αυτό που κυριαρχεί στη σκέψη των ηλικιωμένων είναι η φύση της «οικογενειακής εστίας» ως συμβόλου (Kallaher, 1985: 78).

Παρόλο που οι περισσότεροι καρκινοπαθείς ζουν με τις οικογένειές τους και περνούν τον περισσότερο καιρό μάλλον στο σπίτι παρά στο νοσοκομείο, η σχετική έρευνα γενικά έχει αγνοήσει τις συναισθηματικές επιπτώσεις του καρκίνου στα άλλα μέλη της οικογένειας και έχει επικεντρωθεί στην ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενούς (Himmelsbach, 1978: 143). Ακόμα, λίγοι είναι οι ερευνητές που έχουν περιλάβει σε σχετικές με το θέμα μελέτες τις αντιλήψεις και τα συναισθήματα του περιθαλλόμενου ηλικιωμένου ασθενούς απέναντι στο οικογενειακό του περιβάλλον (Zweibel, 1985: 265). Και, ως επί το πλείστον, οι πληροφορίες για τη συναισθηματική κατάσταση αυτών των ασθενών έχουν συλλεχθεί μέσα από νοσοκομεία ή εξωτερικά ιατρεία.

Μια σοβαρή αρρώστια συχνά προκαλεί κρίση στην οικογένεια, ιδίως όταν η διάγνωση είναι καρκίνος, αρρώστια που θεωρείται από το κοινό ότι οδηγεί σε αναπηρία και τελικά στο θάνατο. Η έλλειψη κατανόησης της δοκιμασίας που περνούν αυτές οι οικογένειες αποτελεί ένα σοβαρό μειονέκτημα των περισσότερων ερευνών που προηγήθηκαν (Vess κ.ά., 1985: 1).

Ο καρκινοπαθής (ηλικιωμένος, μεσήλικος ή νέος) και η οικογένεια σχηματίζουν ένα σύστημα ανθρώπινων αλληλεπιδράσεων, μέσα στο οποίο κάθε μέλος επηρεάζει τα υπόλοιπα. Συνεπώς, η μελέτη του συστήματος είναι ιδιαίτερα σημαντική, προκειμένου να καθοριστεί η διαρκής ικανότητα όλων των μελών της οικογένειας να ζουν με τα προβλήματα που δημιουργεί ο καρκίνος (Wellish κ.ά., 1983: 2).

Οι μεταβλητές που φανερώνουν την ικανότητα του οικογενειακού συστήματος να αντεπεξέλθει στην περιθαλψη του καρκινοπαθούς στο σπίτι δεν

είναι σαφώς καθορισμένες. Όπως έχουν διαπιστώσει οι Rosenbaum και Rosenbaum (Rosenbaum κ.ά., 1980: 1484): «Η περίθαλψη στο σπίτι δεν είναι για όλους η κατάλληλη· πρέπει να κρίνουμε κατά περίπτωση αν αυτή είναι εφικτή, εκτιμώντας τις ανάγκες του ασθενούς και την ικανότητα της οικογένειας να αντεπεξέλθει σ' αυτές τις ανάγκες. Ακόμη και όταν οι ανέσεις διαβίωσης είναι επαρκείς, η συναισθηματική προσαρμογή που θα χρειαστεί δεν πρέπει να υποτιμάται».

Ελάχιστη προσοχή έχει δοθεί στις επιπτώσεις που έχει η περίθαλψη στο σπίτι στην ποιότητα ζωής των νοσηλευόντων. Στους ανθρώπους αυτούς διαπιστώθηκαν υψηλά επίπεδα ανησυχίας, κατάθλιψης και άγχους· όλες οι παράμετροι έδειξαν ότι ο νοσηλευτικός ρόλος τους είχε μεγάλο αντίκτυπο στη φυσική και πνευματική τους υγεία, στην ευζωία και την ποιότητα της ζωής τους (Jones, 1985: 265).

Ορισμένοι ερευνητές έχουν επισημάνει το πόσο άγχος συνεπάγεται η περίθαλψη στο σπίτι. Η εξάντληση είναι ένας κίνδυνος που απειλεί ιδιαίτερα τα ηλικιωμένα ζευγάρια, όταν ο ασθενής είναι ένας από τους συζύγους. Τα γηραιότερα ζευγάρια αισθάνονται περισσότερο καταπιεσμένα και ανίκανα να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της περίθαλψης στο σπίτι από ό,τι τα νεότερα ζευγάρια. Η φυσική αντοχή των γηραιότερων ζευγαριών έχει μειωθεί ήδη πριν εμφανιστεί η αρρώστια, και η πιθανότητα να έχουν ήδη απομονωθεί από τα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης είναι μεγαλύτερη γι' αυτά τα ζευγάρια παρά για τα νεότερα (Pratt, 1976: 19). Ισχυρές ενδοοικογενειακές εξαρτήσεις και αισθήματα ενοχής παρεμποδίζουν την κατάλληλη παροχή κοινωνικών υπηρεσιών (Höfl κ.ά., 1985: 74). Αυτοί οι παράγοντες οδηγούν σε αύξηση των αισθημάτων εξάντλησης και εξάρτησης, επειδή η συμμετοχή στην ευρύτερη κοινότητα είναι καθοριστικός παράγοντας στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της αρρώστιας. Σε μια μελέτη 80 παντρεμένων καρκινοπαθών, ο Hinton (Hinton, 1979: 32) κατέδειξε ότι εκείνοι που ακολουθούσαν θεραπεία εξωτερικού ασθενούς (περίθαλψη στο σπίτι) ήταν, σε σημαντικό βαθμό, περισσότερο αγχώδεις, καταθλιπτικοί και ευερέθιστοι από τους εσωτερικούς ασθενείς. Και κατέληξε: «Μια θεραπευτική αγωγή όμως δεν μπορεί να κριθεί με αποκλειστικό κριτήριο την πνευματική ηρεμία που εξασφαλίζει· η ελευθερία ή η ελπίδα μπορεί να είναι προτιμότερες έστω και αν συνεπάγονται στενοχώρια».

Τα αισθήματα ενοχής παίζουν σημαντικό ρόλο στις σχέσεις μεταξύ των γενεών, ιδιαίτερα όταν ένας άρρωστος γονέας περιθάλπεται από τα παιδιά του. Από τη μια μεριά αναδεικνύουν ισχυρούς δεσμούς στοργής, από την άλλη όμως μπορεί να προκαλέσουν πρόσθετη επιβάρυνση στον περιθάλποντα, π.χ. δυσκολία να καταβάλει επαρκείς νοσηλευτικές προσπάθειες (πράγμα που

ενέχει τον κίνδυνο να καταρρεύσει η όλη κατάσταση), ή κατάθλιψη (Bruder, 1985: 264).

Για μερικές οικογένειες η περιθάλψη ηλικιωμένων επιφέρει καταπίεση που οδηγεί στην κακομεταχείριση των ηλικιωμένων.

Οι ηλικιωμένοι και οι οικογένειές τους αισθάνονται ντροπή, αποσύρονται από τους άλλους, και πιστεύουν ότι δεν υπάρχει τρόπος να αλλάξουν την κατάστασή τους (Johnson, 1985: 392-393). Μια ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας δίνει τέσσερις παράγοντες ως αιτιολογία της κακοποίησης των ηλικιωμένων: ψυχοπαθολογία, σχέσεις υποχρεωτικής αλληλεξάρτησης, εξωγενές άγχος και κοινωνική απομόνωση (Wolf κ.ά., 1985: 392).

Ο αυξανόμενος αριθμός των περιπτώσεων κακοποίησης ηλικιωμένων που παρατηρήθηκε από το υγειονομικό προσωπικό ώθησε ένα σύγχρονο καναδικό νοσοκομείο να αναλάβει μια μελέτη για την κακοποίηση των ηλικιωμένων από τους μη επαγγελματίες περιθάλποντες. Σκοπός της μελέτης ήταν να ενημερωθεί το προσωπικό, ώστε να μπορεί να διακρίνει τα θύματα κακοποίησης και να προστατεύει τους ευπρόσβλητους ασθενείς από μη ασφαλή οικογενειακά περιβάλλοντα. Περιγράφονται τέσσερις κατηγορίες κακοποίησης: σκόπιμη σωματική κακοποίηση, εσκεμμένη παραμέληση, ακούσια παραμέληση και μακροχρόνια δυσλειτουργία των οικογενειακών σχέσεων. Πιθανοί ένοχοι κακοποίησης είναι οι σύζυγοι, οι γιοι, οι κόρες, τα αδέρφια, το υπηρετικό προσωπικό και άλλοι (McGrath κ.ά., 1985: 392). Κατάλληλο για να παράσχει υποστήριξη είναι το υγειονομικό προσωπικό επειδή συνήθως οι ηλικιωμένοι-θύματα κακοποίησης νοσηλεύονται σε κάποιο νοσοκομείο ή κλινική. Είναι όμως το υγειονομικό προσωπικό σε θέση να υπερβεί τα όρια της αυστηρά ιατρικής περιθάλψης για να βοηθήσει τις οικογένειες να λύσουν το πρόβλημα της κακομεταχείρισης των ηλικιωμένων; Γνωρίζοντας τις συνθήκες που επικρατούν στην οικογένεια και το βιοϊατρικό ιστορικό του ηλικιωμένου, εφόσον προθυμοποιηθούν να βοηθήσουν πέρα από τα στενά ιατρικά πλαίσια, μπορούν να προσφέρουν σημαντική βοήθεια στις οικογένειες που κακοποιούν ηλικιωμένους (Johnson, 1985: 392-393).

Λίγες είναι οι μελέτες που επισημαίνουν την ανάγκη για βελτίωση των μεθόδων πρόληψης, ανίχνευσης και παρέμβασης, για κατάλληλες νομοθετικές ρυθμίσεις, για μια κεντρική υπηρεσία για δηλώσεις (κακοποίησης), και για χώρους όπου θα μπορούν να καταφεύγουν οι ηλικιωμένοι σε περιόδους κρίσης (McGrath κ.ά., 1985: 392).

Η εξεύρεση αποτελεσματικών τρόπων ενίσχυσης της οικογενειακής ζωής των ηλικιωμένων είναι ένα ζωτικό πρόβλημα σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες, όπου οι οικογένειες δοκιμάζουν σοβαρές πιέσεις που οφείλονται στην εκβιομηχάνιση και την αστικοποίηση. Παρόλο που οι οικογενειακές παραδόσεις αποτελούν ισχυρές καταβολές —από τις οποίες οι ηλικιωμένοι

αντλούν, και στις οποίες ταυτόχρονα συνεισφέρουν—, δυνάμεις όπως η εσωτερική μετανάστευση προς τις πόλεις, το στεγαστικό πρόβλημα και η αλλαγή των ηθών δημιουργούν ρευστότητα στα παραδοσιακά πρότυπα οικογενειακής περιθαλψής (Nusberg, 1985: 422).

Η αναζήτηση στρατηγικών για την εξασφάλιση της ευημερίας των ηλικιωμένων πολιτών έχει πια άμεση προτεραιότητα. Όλο και περισσότερες οικογένειες περιθάλπουν ηλικιωμένους συγγενείς στο σπίτι, και αυτή η ευθύνη είναι μεγάλη. Οι οικογένειες χρειάζονται ελεύθερο χρόνο για να διατηρήσουν τη φυσική και τη συναισθηματική τους υγεία (Goldman κ.ά., 1985: 323). Η αυξανόμενη προσοχή που δίνεται στα προβλήματα των περιθαλπόντων έχει αποτέλεσμα την ανάπτυξη κοινοτικών προγραμμάτων για να τους βοηθήσουν και να τους υποστηρίξουν (Boutselis, 1985: 265). Η κοινωνική μέριμνα μέσω υπηρεσιών επιβοήθησης (respite care) μπορεί να προσφέρει στην οικογένεια που περιθάλπει έναν ηλικιωμένο συγγενή την ευκαιρία μιας προσωρινής απομάκρυνσης από τις ευθύνες της περιθαλψής (Goldman κ.ά., 1985: 323).

Η υπηρεσία επιβοήθησης και η βοήθεια που προσφέρει στους περιθάλποντες μπορεί να γίνει, και συχνά είναι, ο καθοριστικός παράγοντας που επιτρέπει σε ένα ηλικιωμένο μέλος της οικογένειας να μείνει σπίτι του, αντί να εισαχθεί σε ίδρυμα. Η ανάπτυξη και η εφαρμογή της υπηρεσίας επιβοήθησης στα προηγμένα βιομηχανικά κράτη διαφέρει σημαντικά από χώρα σε χώρα. Αν σκοπεύουμε να προωθήσουμε το θεσμό της υπηρεσίας επιβοήθησης ως μέσο για τη μείωση της άσκοπης εισαγωγής ηλικιωμένων σε ιδρύματα, τόσο οι γιατροί όσο και οι διοικητικοί παράγοντες της χώρας, πρέπει να εξοικειωθούν με τα διάφορα συστήματα και πρότυπα λειτουργίας τέτοιου είδους υπηρεσιών (McFarland, 1985: 420-421).

Η εκκλησία είναι ο πιο παλιός θεσμός λειτουργοί του οποίου επισκέπτονται και εξυπηρετούν τον ηλικιωμένο που είναι υποχρεωμένος να μένει στο σπίτι, όμως μέχρι τώρα λίγες μελέτες έχουν αναφερθεί στο ρόλο της αυτόν. Η εκκλησία προσφέρει βοήθεια, όσον αφορά τις συμβουλές, τις επισκέψεις και την προσφορά ορισμένων καθημερινών υπηρεσιών. Παίζοντας το ρόλο ενός συγγενούς, η εκκλησία παρέχει πολύτιμες αν και ασυντόνιστες υπηρεσίες για τα ηλικιωμένα μέλη της κοινότητας (Ellor κ.ά., 1985: 281).

Διάφορες μελέτες δίνουν έμφαση στην ιδέα της ομαδικής προσέγγισης για την περίθαλψη στο σπίτι· ορίζουν την ομάδα ως αποτελούμενη από μέλη της οικογένειας, επισκέπτριες, αδελφές, κοινωνικούς λειτουργούς και θεράποντες ιατρούς (Hinton, 1979: 29, Rosenbaum και Rosenbaum, 1980: 1484, Wellish κ.ά., 1983: 2-3).

Στη Μεγάλη Βρετανία έχουν αναπτυχθεί προγράμματα, για την ανάπτυξη της επαφής μεταξύ σπιτιού και νοσοκομείου. Αντικειμενικός σκοπός των

διαφόρων σχετικών προγραμμάτων είναι να φροντίζουν ώστε η περίθαλψη και η αποκατάσταση των ασθενών να συνεχίζονται στο σπίτι, με σκοπό να καταστήσουν ικανά τα άτομα να λειτουργούν ανεξάρτητα (Landsberger 1985: 321). Οι γιατροί είναι ενήμεροι για την ύπαρξη της υπηρεσίας «βοήθεια στο σπίτι», κυρίως μέσω των ίδιων των ηλικιωμένων ασθενών. Είναι συνήθως καλά πληροφορημένοι για την πρακτική αξία της υπηρεσίας αυτής, δεν γνωρίζουν όμως την εσωτερική δομή της και την αξία που έχει ως σημαντική πηγή πληροφοριών όσον αφορά την πνευματική και τη φυσική ικανότητα των ηλικιωμένων της κοινότητας. Η άμεση επαφή με την υπηρεσία «βοήθεια στο σπίτι» είναι πιο αποτελεσματική από την έμμεση – αυτήν μέσω του κοινωνικού λειτουργού του νοσοκομείου. Οι οργανωτές της περίθαλψης στο σπίτι θα έπρεπε να συμμετέχουν στην πολυεπιστημονική ομάδα, όταν συζητείται η ενδεχόμενη έξοδος του ηλικιωμένου ασθενούς από το νοσοκομείο. Όλο το ιατρικό προσωπικό που ασχολείται με ηλικιωμένα άτομα, τόσο οι γιατροί της κοινότητας όσο και οι γιατροί του νοσοκομείου, θα πρέπει να γνωρίζει τη διοικητική δομή της υπηρεσίας «βοήθεια στο σπίτι», ώστε να διευκολύνεται η ανταλλαγή πληροφοριών (Gurta κ.ά., 1985: 320-321).

Τα νοσοκομεία ασχολούνταν ανέκαθεν με την περίθαλψη ηλικιωμένων ασθενών αλλά μόλις πρόσφατα άρχισαν να ανακαλύπτουν τα πλεονεκτήματα της επέκτασης της νοσοκομειακής φροντίδας στην κοινότητα για να βοηθήσουν ηλικιωμένους ασθενείς στο σπίτι. Όμως, ένα τέτοιο πρόγραμμα παρουσιάζει τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα για την κοινότητα και για το νοσοκομείο (Joyce κ.ά., 1985: 322).

Η νοσοκομειακή περίθαλψη ή η περίθαλψη στο σπίτι δεν αποτελούν εναλλακτικές λύσεις, αλλά αλληλοσυμπληρώνονται. Οι ασθενείς θα έπρεπε να βοηθούνται από τις κατάλληλες υπηρεσίες της κοινότητας ώστε να παραμένουν στο σπίτι όταν οι ανάγκες τους το επιτρέπουν, να εισάγονται όμως στο νοσοκομείο όταν οι ανάγκες το απαιτούν. Το όλο σύστημα περίθαλψης πρέπει να είναι ευέλικτο, συντονισμένο και ενοποιημένο για να μπορεί να γίνεται ομαλά η μεταβίβαση του ασθενούς από το σπίτι στο νοσοκομείο και αντίστροφα, ανάλογα με εκείνο που υπαγορεύουν οι περιστάσεις (Williamson, 1985: 21).

Διάφορες μελέτες έχουν καταδείξει ότι η περίθαλψη στο σπίτι συνεπάγεται εντυπωσιακή μείωση του κόστους, ιδιαίτερα στο τελικό στάδιο του καρκίνου. Για παράδειγμα, οι Yates, McKegney και Kun (Yates κ.ά., 1981: 110) υπολόγισαν ότι η περίθαλψη σε νοσοκομείο της Νέας Υόρκης κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα ζωής ενός ηλικιωμένου καρκινοπαθούς κοστίζει 300% παραπάνω από ό,τι η περίθαλψη ενός αντίστοιχου ασθενούς στο σπίτι. Στην Ελλάδα «το κόστος νοσηλείας στο σπίτι ανήρχετο περίπου εις 8.600 δρχ. μηνιαίως με πλήρη κάλυψη εις φάρμακα και εξετάσεις, ενώ το μηνιαίο

κόστος ενός ασθενούς με γενικευμένο καρκίνο εις το Ίδρυμα Άγιοι Ανάργυροι ήτο 30.000, και εις τα άλλα Αντικαρκινικά Ίδρύματα ήτο πολλαπλάσιο» (1η έκθεση Βύρωνος Λισσαίου, 1980). Οι Rosenbaum και Rosenbaum (Rosenbaum κ.ά., 1980: 1486) διατύπωσαν την επιφύλαξη ότι, παρόλο που ίσως ξοδεύονται λιγότερα χρήματα για την περίθαλψη στο σπίτι, τα μέλη της οικογένειας πρέπει συνήθως να αλλάζουν τα επαγγελματικά τους προγράμματα για να ασχοληθούν με την περίθαλψη στο σπίτι, και μια τέτοια αλλαγή ενδέχεται να μειώσει το οικογενειακό εισόδημα. Αυτή η μείωση στο εισόδημα είναι ένας παράγοντας που πρέπει να συνυπολογιστεί σε έναν οικονομικό καθορισμό του κόστους της περίθαλψης στο σπίτι, αν και μέχρι στιγμής καμιά μελέτη δεν το έχει κάνει.

Παράλληλα με τους οικονομικούς λόγους, υφίσταται και μια διαρκώς αυξανόμενη επιθυμία να καταστεί δυνατή η παραμονή των ηλικιωμένων στο σπίτι όσο γίνεται περισσότερο. Έχει αποδειχθεί στην έρευνα ότι ο πρώτος λόγος στην περίθαλψη των ηλικιωμένων ανήκει στην οικογένεια. Όμως, το μη θεσμοθετημένο (οργανωμένο) σύστημα περίθαλψης δεν επαρκεί για να φέρει το βάρος της, χωρίς τη βοήθεια ενός θεσμοθετημένου (οργανωμένου) συστήματος παροχής υπηρεσιών, και έτσι τα θεσμοθετημένα (οργανωμένα) και τα μη θεσμοθετημένα (οργανωμένα) συστήματα λειτουργούν όλο και περισσότερο παράλληλα. Είναι ανάγκη να γίνουν γνωστά πολύ περισσότερα στοιχεία για την αλληλεπίδραση μεταξύ των δύο συστημάτων, για τους τύπους βοήθειας που καθένα από αυτά παρέχει, για το βαθμό στον οποίο το ένα συμπληρώνει ή αναπληρώνει το άλλο, και για τις επιπτώσεις που έχει η θεσμοθετημένη (οργανωμένη) παροχή περίθαλψης στο μη θεσμοθετημένο (οργανωμένο) σύστημα. Πρέπει να δοθεί έμφαση στις δυνατότητες συνεργασίας και διασύνδεσης των δύο συστημάτων. Επίσης, πρέπει να ληφθεί υπόψη ο ρόλος του εθελοντικού τομέα (Cantor, 1985: 75).

Η αλληλοσύνδεση των οργανωμένων δικτύων παροχής υπηρεσιών στους υπερήλικους με τη μη θεσμοθετημένη (οργανωμένη) και οικογενειακή περίθαλψη έχει ασχολήσει τόσο την έρευνα όσο και την πρακτική δραστηριότητα. Το ενδιαφέρον που δημιουργήθηκε οφείλεται, εν μέρει, στην αναγνώριση της σημαντικής συνεισφοράς των γειτόνων, των συγγενών και των φίλων. Όμως είναι σχεδόν βέβαιο ότι το κύριο κίνητρο είναι το οικονομικό. Οι κυβερνήσεις όλων των προηγμένων κρατών έχουν κρίνει αναγκαία την περικοπή των προϋπολογισμών που διατίθενται στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας. Έτσι, έχουν αναζητήσει οικονομικότερες ή χωρίς δαπάνες (για το κράτος) μορφές παροχής υπηρεσιών. Συγχρόνως οι σχεδιαστές κοινωνικών προγραμμάτων έχουν αντιληφθεί την αξία μιας περισσότερο ευαίσθητης σχέσης μεταξύ συστημάτων περίθαλψης με διαφορετικές καταβολές και διαφορετικά κίνητρα. Πριν από την εξέταση των προσπαθειών

για τη δημιουργία τέτοιου είδους διασυνδέσεων, πρέπει να προηγηθεί μια κριτική θεώρηση των υφιστάμενων απόψεων για τη φύση, την ποιότητα, τη διάρκεια και την αποδεξιμότητα της μη θεσμοθετημένης (οργανωμένης) περίθαλψης. Μεταξύ των μύθων που πρέπει να τεθούν υπό αμφισβήτηση είναι η άποψη ότι η περίθαλψη που προσφέρει η οικογένεια είναι η προτιμότερη μορφή περίθαλψης, και ότι η υποστήριξη των υπάρχοντων περιθαλπόντων είναι μια εύλογη πρόταση για την κοινωνική πρόνοια (Johnson, 1985: 76).

Τα πορίσματα ερευνών δείχνουν ότι πολλές οικογένειες δεν μπορούν, δεν διατίθενται, δεν έχουν κίνητρο ή είναι ακατάλληλες να παράσχουν περίθαλψη σε εξαρτώμενους ηλικιωμένους συγγενείς. Παρ' όλα αυτά, η κυβερνητική πολιτική πολλών κρατών προωθεί την περίθαλψη των ηλικιωμένων από την οικογένεια ως έναν τρόπο περιορισμού των δημοσίων δαπανών και επαναβεβαίωσης της ευθύνης των παιδιών προς τους γονείς. Μερικά από αυτά τα κράτη έχουν προτείνει την υποχρεωτική περίθαλψη των ηλικιωμένων από την οικογένεια, και άλλα έχουν υποστηρίξει την έγκριση παροχών στην οικογένεια ή φορολογικών ελαφρύνσεων που θα ενθαρρύνουν τις οικογένειες να περιθάλπουν υπερήλικους συγγενείς τους. Η νομοθετική επιβολή της περίθαλψης από την οικογένεια μπορεί να θεωρηθεί φανερός εξαναγκασμός, ενώ η οικονομική βοήθεια μια πιο εκλεπτυσμένη μορφή εξαναγκασμού. Θα έπρεπε να εξεταστούν διεξοδικά οι διεθνείς εμπειρίες με παρόμοιες πολιτικές τακτικές, και οι συνέπειες για την οικογένεια (όπως το κοινωνικό, ψυχολογικό και φυσικό κόστος) και για τον υπερήλικο (όπως η κακοποίηση, η κακομεταχείριση και οι ενοχές). Θα έπρεπε επίσης να εξεταστούν ζητήματα ηθικής και μεθοδολογίας (είναι άραγε σωστό να επιβληθεί νομοθετικά η μέριμνα, και ποιοι οι τρόποι καθορισμού των ευθυνών;) και προβλήματα σχετικά με τη διασφάλιση ότι η οικονομική βοήθεια στις οικογένειες θα χρησιμοποιηθεί για την περίθαλψη ενός ηλικιωμένου συγγενούς. Αν και πολλές οικογένειες μπορεί να ωφεληθούν από μια κρατική υποστήριξη, οι κυβερνήσεις δεν θα έπρεπε να «επιβάλλουν» τους υπερήλικους συγγενείς στις οικογένειές τους, ούτε να παρέχουν λανθασμένα κίνητρα (οικονομικά οφέλη ή ντροπή) για την προσφορά τέτοιας φροντίδας (Kosberg, 1985: 296).

Η εξάρτηση του ηλικιωμένου —ιδίως όταν αυτός πάσχει από καρκίνο— είναι μια περίπλοκη διαδικασία με ατομικές ιδιαιτερότητες που παραλλάσσουν μέσα στο χρόνο σύμφωνα με πολλές μεταβλητές. Τόσο η φυσική όσο και η κοινωνική εξάρτηση αυξάνουν με την πάροδο της ηλικίας ως προς τη συχνότητα και τη σοβαρότητά τους. Μεταξύ των παραγόντων με την πιο σημαντική επίδραση συγκαταλέγονται: η ασθένεια με τις επιπλοκές της, η οικονομική θέση, οι συνθήκες στέγασης και η οικογενειακή κατάσταση (Sanda κ.ά., 1985: 286).

Πολλοί εξακολουθούν να πιστεύουν ότι το παιδί και ο/η σύζυγος του

παιδιού θα έπρεπε να φροντίζουν τους γονείς τους, ακόμη και όταν αυτοί είναι κατάκοιτοι. Στην πραγματικότητα όμως ο αριθμός των ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα αυξάνεται με ταχύ ρυθμό. Παράλληλα οι υπηρεσίες που παρέχουν περίθαλψη στο σπίτι για τους ηλικιωμένους έχουν επεκταθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Οι αλλαγές αυτές οφείλονται προφανώς στις δημογραφικές μεταβολές και στη μειωμένη ικανότητα των οικογενειών να περιθάλπουν τους ηλικιωμένους γονείς. Η επίδραση των μεταβολών αυτών είναι τόσο ισχυρή ώστε η πρόσφατη ανάπτυξη των οργανωμένων και μη οργανωμένων υπηρεσιών περίθαλψης δεν μπορεί να καλύψει πλήρως τις ανάγκες. Έτσι, πολύ συχνά, εξασθενημένοι ηλικιωμένοι περιθάλπονται από οικογένειες των οποίων η ικανότητα δεν είναι επαρκής για να προσφερθεί η απαραίτητη περίθαλψη. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, η ποιότητα της περίθαλψης είναι πολύ χαμηλή και η θυσία της περιθάλπουσας οικογένειας πολύ μεγάλη. Καθώς οι δημογραφικές και κοινωνικές μεταβολές αναμένεται να επιταχυνθούν περισσότερο στο μέλλον, πολλοί κοινωνικοί γεροντολόγοι πιστεύουν ότι η Ελλάδα πρέπει να αποκτήσει ένα πολύ ανεπτυγμένο σύστημα κοινωνικών υπηρεσιών για τους εξασθενημένους και άρρωστους ηλικιωμένους, αν και, χάρη στην παράδοσή μας, το σχετικό μέγεθος ενός τέτοιου συστήματος μπορεί να είναι κάπως μικρότερο σε σύγκριση με τα αντίστοιχα συστήματα των δυτικών βιομηχανικών χωρών (Maeda, 1985: 73-74).

Κατά την τελευταία δεκαετία παρατηρείται μεγάλη αύξηση του ενδιαφέροντος της έρευνας και της κλινικής βιβλιογραφίας σχετικά με την παροχή περίθαλψης από την οικογένεια. Παλαιότερες περιγραφικές και ερευνητικές μελέτες έχουν θέσει τις βάσεις για τη σύγχρονη εννοιολογική ταξινόμηση του φαινομένου. Πάντως, εξακολουθεί να υπάρχει ασυμφωνία σχετικά με τις πλευρές της παροχής περίθαλψης από την οικογένεια (π.χ. ποιοι είναι οι καθοριστικοί συστατικοί παράγοντες, ποιοι οι συσχετισμοί μεταξύ των μεταβλητών που επηρεάζουν την οικογενειακή παροχή περίθαλψης), με τον ενδεικνύμενο για την έρευνα σ' αυτόν τον τομέα εξοπλισμό, και με τις τεχνικές δειγματοληψίας που μπορούν να αντιμετωπίσουν στατιστικές ανακρίβειες (Archbold, 1985: 404-405).

Αν και υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης που εφαρμόζονται ανά τον κόσμο, οι ηλικιωμένοι στην κοινωνία του δυτικού κόσμου (και ειδικά οι άρρωστοι ηλικιωμένοι) φαίνεται να έχουν παρόμοια προβλήματα, και υπάρχουν αρχές περίθαλψης με παγκόσμια ισχύ (Warshaw, 1985: 54-55).

Μία επισκόπηση των σχετικών μελετών δείχνει ότι η περίθαλψη του ηλικιωμένου καρκινοπαθούς στο σπίτι είναι εφικτή, αν και δύσκολη στην πράξη (Wellish κ.ά., 1983: 3).

Ποια είναι όμως η πηγή βοήθειας που προτιμούν οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι;

Ο εαυτός τους, τα παιδιά, οι συγγενείς, οι φίλοι ή τα επίσημα γραφεία παροχής κοινωνικών υπηρεσιών; Και η επιλογή τους αυτή επηρεάζεται από το αν τους είναι προσίτο κάποιο θεσμοθετημένο ή άτυπο δίκτυο παροχής κοινωνικών υπηρεσιών; (Anderson, 1985: 295). Κατά πόσον συμμετέχει ο ίδιος ο ηλικιωμένος στη λήψη οποιασδήποτε απόφασης που αφορά το μέλλον του; Αυτά είναι σημαντικά ερωτήματα που πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη.

Έχει υπολογιστεί ότι το 1980 23 εκατομμύρια —πάνω από 10% του συνόλου του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών (USDHEW 1980)— ήταν ηλικίας 65 ετών και άνω. Ο καρκίνος αναπτύσσεται συχνότερα στα άτομα άνω των 40 ετών, και η μέγιστη συχνότητα καρκίνου εμφανίζεται στα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Το 48% του συνόλου των ασθενών που πήραν εξιτήριο από νοσοκομεία εντατικής περίθαλψης, το 1978, με για πρώτη φορά διάγνωση κακοήθους νεοπλασματος ανήκαν σ' αυτή την ομάδα ηλικιωμένων (USDHEW, Utilitation of Short-Stay Hospitals, 1980, σ. 36). Από τα 371.000 άτομα όλων των ηλικιών που πέθαναν από καρκίνο το 1975, 59% ήταν ηλικίας 65 ετών και άνω (USDHHS, 1981, σ. 11) (Berkman κ.ά., 1983: 85-86).

Στην Ελλάδα, για το 1983, έχει υπολογιστεί ότι, σύμφωνα με τους Πίνακες 1 και 2, 1.306.548 —δηλαδή πάνω από το 13,17% του συνόλου του πληθυσμού— ήταν ηλικίας 65 ετών και άνω. Το 51,5% του συνόλου των ασθενών που πήραν εξιτήριο από νοσοκομεία εντατικής περίθαλψης, το 1983, με για πρώτη φορά διάγνωση κακοήθους νεοπλασματος ανήκαν σ' αυτή την ομάδα ηλικιωμένων. Από τα 17.547 άτομα όλων των ηλικιών που πέθαναν από καρκίνο το 1983, 65% ήταν 65 ετών και άνω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Στοιχεία έτους 1983*

1. Υπολογιζόμενος πληθυσμός στις 30.6.83	9.846.627
2. Υπολογιζόμενος πληθυσμός 65 ετών και άνω	1.306.548
3. Σύνολο ατόμων όλων των ηλικιών που πέθαναν από καρκίνο	17.547
4. Σύνολο ατόμων 65 ετών και άνω που πέθαναν από καρκίνο	11.414

ΠΙΝΑΚΑΣ 2
Στοιχεία έτους 1983**

5. Σύνολο ατόμων όλων των ηλικιών που είχαν για πρώτη φορά διάγνωση καρκίνου	18.208
6. Σύνολο ατόμων 65 ετών και άνω που είχαν για πρώτη φορά διάγνωση καρκίνου	9.391
<p>Πηγές: * Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος. Διευθύνσεις Πληθυσμού, Τμήμα κινήσεων πληθυσμού. Τα στοιχεία αυτά μου δόθηκαν από την Υπηρεσία πριν ακόμη δημοσιευθούν.</p> <p>** Προσωρινά στοιχεία ΕΣΥΕ για το 1983 (Υπηρεσία Στατιστικής Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων). Και αυτά τα στοιχεία όταν μου δόθηκαν δεν είχαν δημοσιευθεί.</p>	

1. Υπολογίζοντας τον αριθμό των θανάτων από καρκίνο ανά 100.000 κατοίκους, με βάση τα στοιχεία των Πινάκων 1 και 2, βρέθηκε ότι στο σύνολο του πληθυσμού έχουν καταγραφεί 178 θάνατοι από καρκίνο στους 100.000, ενώ στον πληθυσμό 65 ετών και άνω έχουν καταγραφεί 873 θάνατοι. Η πιθανότητα, δηλαδή, θανάτου από καρκίνο στα άτομα 65 ετών και άνω είναι 4,98 φορές μεγαλύτερη από εκείνη που εμφανίζεται στο σύνολο του πληθυσμού.

2. Υπολογίζοντας ανάλογους δείκτες για την πρώτη διάγνωση καρκίνου βρέθηκε ότι η συχνότητα διάγνωσης καρκίνου στα άτομα 65 ετών και άνω εμφανίζεται 3,88 φορές μεταλύτερη απ' ό,τι στο σύνολο του πληθυσμού.

Τα άτομα προχωρημένης ηλικίας είναι περισσότερο ευάλωτα σε κοινωνικές και λειτουργικές αναπηρίες. Το 42% του γενικού πληθυσμού των ηλικιωμένων έχει περιορισμένη, ως ένα σημείο, δραστηριότητα ως συνέπεια χρόνιων ασθενειών (Bangertter κ.ά., 1981: 34). Ο καρκίνος, αντίθετα από τις περισσότερες άλλες χρόνιες ασθένειες από τις οποίες πάσχουν οι ηλικιωμένοι, ακολουθεί συχνά μια απρόβλεπτη πορεία, με περιοδικές ανατροπές στον τρόπο ζωής με τον οποίο έχει συνηθίσει να ζει το άτομο. Μπορεί να καταστήσει τον ασθενή ανάπηρο, πολύ άρρωστο, ανήμπορο και εξαρτημένο από τους άλλους για μεγάλα χρονικά διαστήματα, που ακολουθούνται από διαστήματα σχετικής καλύτερευσης (Rossman, 1979: 65). Ένας ηλικιωμένος καρκινοπαθής μπορεί να παραμείνει στο σπίτι κατά τη διάρκεια της ύφεσης της αρρώστιας, δηλαδή ίσως και για χρόνια, αντί να βρίσκεται διαρκώς σε κάποιο ίδρυμα.

Στην Ελλάδα, το υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, κατά το έτος 1979, αποφάσισε να λειτουργήσει, καταρχήν ως ερευνητικό πρόγραμμα, ο θεσμός της νοσηλείας στο σπίτι, για μη περιπατητικούς καρκινοπαθείς, με έδρα το Διαγωνστικό και Θεραπευτικό Ινστιτούτο Πειραιώς-Μεταξά (ΔΘΠΠ-Μεταξά). Σε έγγραφο του υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών και Υγιεινής,

με θέμα «Περί εφαρμογής Προγράμματος για την κατ' οίκον νοσηλείαν καρκινοπαθών», από τον γενικό γραμματέα Σ. Μαρκέττο (αρ. πρωτ. Α2γ/οικ. 4613 Αθήναι 27.8.1977), προς τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα διαβάζουμε:

«... Είναι αποδεδειγμένον ότι η νοσηλεία των καρκινοπαθών είναι από τις πλέον δαπανηρές και μακροχρόνιες και συνεπώς λόγιοι οικονομικοί αλλά και ψυχολογικοί διά τους ασθενείς επιβάλλουν να εξετασθεί η δυνατότης οργανώσεως της οίκου νοσηλείας...»

Ο Βύρων Λισσαίος, πρόεδρος της Αντικαρκινικής Εταιρείας και ένας από τους κύριους οργανωτές του θεσμού αυτού, γράφει σε «Περίληπτικό Σημείωμα επί του θεσμού της κατ' οίκου νοσηλείας» προς τον γεν. διευθυντή του υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών Κ. Δ. Σαρφατή: «... Είναι παραδεκτόν πλέον, πέραν του οικονομικού ενδιαφέροντος, ότι η κατ' οίκου νοσηλεία είναι εις θέσιν να αναπτυχθή κατά τέτοιον τρόπον, ούτως ώστε να προσφέρει σημαντική βοήθειαν. Η σημασία της στηρίζεται: α) εις τας εντυπώσεις που δημιουργεί το οικογενειακό περιβάλλον εις τον ασθενή, β) εις την δυνατότητα παροχής νοσοκομειακών φροντίδων από εξειδικευμένον νοσηλευτικών προσωπικών, γ) εις την παροχήν κοινωνικών φροντίδων η έκτασις και η εξειδικεύσεις των οποίων είναι τελείως εξατομικευμένες, δ) εις την επίβλεψιν και κατεύθυνσιν του όλου έργου από ιατρικόν προσωπικόν... Η κατ' οίκου νοσηλεία μπορεί λοιπόν να περιγραφηθή σαν ένα οργανωμένο και οικονομικό σύστημα, ιατρικών και κοινωνικών παροχών προς τον πάσχοντα και την οικογένειά του, με μειωμένη οικονομική επιβάρυνσιν».

Η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι άρχισε να λειτουργεί στο ΔΘΠ - Μεταξά με τη συνεργασία της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας, την 1.6.1979, και στην πρώτη της εφαρμογή αφορούσε κλινήρεις καρκινοπαθείς των περιοχών Πειραιώς, Κορυδαλλού, Δραπετσώνας, Νίκαιας, Περάματος, Νέου Φαλήρου, Μοσχάτου και Αγίου Ιωάννου Ρέντη (επιστολή του Κ.Η. Μεταξά, προέδρου του Δ.Σ. του ΔΘΠ προς το ΙΚΑ -Διοίκηση, με θέμα «Νοσηλεία στο Σπίτι Καρκινοπαθών», αρ. πρωτ. 80676/22.5.80).

Απαραίτηση προϋπόθεση για τη συνέχιση της υπηρεσίας αυτής ήταν η αποδοχή του θεσμού και από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, και πρωτίστως από το ΙΚΑ ώστε να καλύπτονται οι ασθενείς και οικονομικά για την αντιμετώπιση των αναγκών (επιστολή του Κ.Η. Μεταξά, προέδρου του Δ.Σ. του ΔΘΠ προς ΙΚΑ -Διοίκηση, με θέμα Περί της Υπηρεσίας «Νοσηλεία στο Σπίτι», αρ. πρωτ. 81810/22.6.1981).

«Παρά το γεγονός ότι (με το σύστημα αυτής της νοσηλείας) η συνολική δαπάνη ανά ημέρα νοσηλείας είναι πολλαπλώς μικρότερη έναντι της δαπάνης ανά ημέρα νοσηλείας στα διάφορα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, παρά το γεγονός ότι με το σύστημα αυτό απελευθερώνονται κλίνες νοσηλείας στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα, το σύστημα δεν έγινε αποδεκτό από τα άλλα Ιδρύματα

ή τους Ασφαλιστικούς φορείς» (επιστολή του Κ.Η. Μεταξά, προέδρου του Δ.Σ. του ΔΘΠ προς το υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών με θέμα «Διακοπή της λειτουργίας της Υπηρεσίας Νοσηλεία στο Σπίτι» αρ. πρωτ. 8011253/22.11.1980).

Ως προς την εξήγηση του γεγονότος αυτού, ο Β. Λισσαίος σε «Τελική έκθεση επί της πειραματικής εφαρμογής συστήματος Νοσηλείας στο σπίτι εις ΔΘΠ» προς το υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών σημειώνει: «... Εν πρώτοις είναι μια ακόμη απόδειξις του επιπέδου νοσηλείας των καρκινοπαθών στη χώρα μας. Η έλλειψις εξειδικευμένων ιατρών εις την σύγχρονον ογκολογίαν περιορίζει το επιστημονικό και οικονομικό ενδιαφέρον των πολλών ιατρών που περιορίζεται άλλωστε και από την ανεπάρκειά τους την επιστημονική στον τομέα αυτό διά να ασχοληθούν με τους ασθενείς αυτούς... Η πτώσις του ενδιαφέροντος του ιατρού μετά την απομάκρυσιν του ασθενούς εκ του Νοσοκομείου ή η άγνοια του ιατρού των ασφαλιστικών φορέων μαζί με την ανυπαρξία κοινωνικού φορέως που θα κατευθύνει τον άρρωστο δεν επέτρεψαν κάλυψη και άλλων ασθενών προελεύσεως άλλης από το ΔΘΠ-Μεταξά...».

Σήμερα (1986), το ΔΘΠ παραμένει η κύρια πηγή προσελεύσεως των ασθενών για κατ' οίκον νοσηλεία. Επανελημμένες ενημερωτικές προσπάθειες για όξυνση του ενδιαφέροντος των γιατρών, νοσοκομείων και άλλων φορέων δεν απέδωσαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Μόνο το ΙΚΑ, πρόσφατα —ενάμιση χρόνο πριν— αναλαμβάνει να πληρώσει ορισμένα και μόνο φάρμακα για την κατ' οίκον νοσηλεία. (Πληροφορίες από την κ. Κωνστ. Πολυχρονοπούλου - Κολοκοτράνη, υπεύθυνη του τμήματος Νοσηλείας στο Σπίτι).

Από πληροφορίες και συζητήσεις με κοινωνικές λειτουργούς νοσοκομείων που ασχολούνται με ηλικιωμένους καρκινοπαθείς, και οι οποίες ζήτησαν να μην αναφερθούν τα ονόματά τους, έβγαλα το συμπέρασμα ότι στην Ελλάδα, παρά την παραδοσιακή δομή της κοινωνίας μας, ένα 10% ενδιαφέρεται και μπορεί να κρατήσει τον ασθενή στο σπίτι. Οι άλλοι είτε θέλουν και δεν μπορούν είτε δεν θέλουν τον ηλικιωμένο άρρωστο. Έτσι, πολύ συχνά, οικογένειες που δεν είναι σε θέση να φροντίσουν τον ηλικιωμένο άρρωστο στο σπίτι, τον κρατούν εις βάρος της ποιότητας της φροντίδας που του προσφέρουν, αλλά και εις βάρος της ποιότητας ζωής της ίδιας της οικογένειας. Από την άλλη μεριά, συχνά ο ηλικιωμένος ασθενής προτιμά το νοσοκομείο επειδή «νιώθει πως δεν γίνεται βάρος, δεν έχει συναισθήματα ενοχής ότι ταιλαιπώνει τους γύρω του, και ακόμη νιώθει πιο ασφαλής εφόσον γιατρός δεν υπάρχει για να τον επισκέπτεται στο σπίτι και κάθε τόσο μαινοβγαίνει στο νοσοκομείο».

Για άτομα με σοβαρές λειτουργικές αναπηρίες και ανεπαρκή κοινωνική

υποστήριξη, η εισαγωγή σε ένα ίδρυμα μπορεί να είναι αναγκαία για τις ειδικές ανάγκες τους. Εκείνο που απομένει να προσδιοριστεί είναι οι ακριβείς μέθοδοι αξιολόγησης που χρειάζονται για να γίνει η διάκριση μεταξύ των περιπτώσεων στις οποίες είναι αναγκαία η εισαγωγή σε μια μονάδα μακροχρόνιας νοσηλείας και των περιπτώσεων στις οποίες η έγκαιρη παροχή περίθαλψης στο σπίτι μπορεί να αποτρέψει την εισαγωγή σε ίδρυμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Το άρθρο αυτό επισήμανε τις επιπτώσεις που έχει ο καρκίνος για τη ζωή των ηλικιωμένων, και τις ιδιαίτερες συνθήκες και ανάγκες αυτού του πληθυσμού. Τα τελευταία χρόνια, το δίλημμα του εάν η περίθαλψη θα πρέπει να παρέχεται σε ίδρυμα ή μέσω υπηρεσιών περίθαλψης στο σπίτι, έχει γίνει το επίκεντρο σειράς ερευνών. Το ζήτημα των μέσων διάκρισης των ηλικιωμένων εκείνων καρκινοπαθών που οι ιατροκοινωνικές ανάγκες τους μπορούν να ικανοποιηθούν μέσω ενός προγράμματος περίθαλψης στο σπίτι και εκείνων που χρειάζονται εισαγωγή σε ίδρυμα, πρέπει να είναι ζήτημα προτεραιότητας για το ιατρικό και υγειονομικό προσωπικό. Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ηθικές, ψυχολογικές και κοινωνικές πλευρές, πριν καταλήξει κανείς σε οποιαδήποτε απόφαση σχετικά με το πώς και πότε θα πρέπει να ενεργήσει.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Anderson, L., «An Inquiry into Preferred Sources of Support and Help Among a Group of Elderly Swedish Women». In: Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985, N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 409: 295.
- Archbold, P., «Family Caregiving to Impaired Older Persons». In: Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985, N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No. 275: 404-405.
- Bangerter, R., Smith, L., Assessing Functional Abilities of Elderly Outpatients. *Health and Social Work* 1981, 6 (2): 33-40.
- Barkley, V., Grief: A Part of Living, *Ohio's Health* 1968, 20: 34-38.
- Bergener, M., «Advances in Medicine» (Part B). In: Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985, N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No. CM-6: 47.
- Berkman, B., Stolberg, C., Calhoun, J., Parker, E., Stearns, N., «Elderly Cancer Patient: Factors Predictive of Risk for Institutionalization», *Journal of Psychosocial Oncology*, 1983, 1 (1): 85-100.

- Blumberg, B., Flaherty, M., Lewis, J. (Eds.), *Coping with Cancer: A Resource for the Health Professional* (NIH Publication 80-2080). Bethesda, MD: National Institutes of Health, September 1980.
- Blumberg, B., Kerns, P., Lewis, M., *Adult Cancer Patient Education: An Overview*. *Journal of Psychosocial Oncology* 1983, 1 (2): 19-39.
- Boutselis, M., Kuppinger, J., Zarit, S., *Reducing the Stress of Dimetia Caregivers: A Comparison of Interventions*. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 320: 265.
- Bruder, J., *Feelings of Quilt in Intergenerational Relationships with Caretaking Activities*. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 320: 264.
- Burdick, D., *Living with Cancer*. In: *Proceedings of the American Cancer Society. Second National Conference on Human Values and Cancer*. New York: American Cancer Society 1978: 136-142.
- Cant, R., Legge, V., *Effects of Institutionalization and Isolation of the Elderly*. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 302: 226.
- Cantor, M., *Linkage between Formal and Informal Support Systems*. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No SRPP - 3: 75.
- Cohen, H.J., *Neoplasia and Aging*. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No CM - 9: 53.
- Daatland, S., *Care for the Aged in the Nordic Countries: Trends and Policies the Last Two Decades*. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 409: 295.
- Ellor, J., Tobin, S., *The Role of Church and Synagogue in the Local Network of Services to the Homebound Elderly*. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 403: 281.
- Goldman, L., Miller, D., *The Realities of Respite: For Families, Clients and Sponsors*. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 503: 323.
- Grieco, A., Freedman, M., *Cooperative Care: A Model for the Acute Hospital Care for the Elderly*. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 229: 214.
- Gupta, R., O'Brien, T., *Medical Implications of Organization of the Home help Service*. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 502: 320-321.
- Hersh, S.P., *Psychologic Aspects of Patients with Cancer*. In: De Vita V., Hellman S., Rosenberg S. (eds), *Cancer: Principles and practice in Oncology*. Philadelphia: J.B. Lippincott Co., 1982: 264-277.
- Himmelsbach, K., *Social Work with the Cancer Patient*. In: *Proceedings of the Second National Conference on Human Values and Cancer*. New York: American Cancer Society 1978: 143-148.
- Hinton, J., *Comparison of Places and Policies for Terminal Care*. *Lancet* 1979, 1 (8106): 29-32.
- Hörl, J., Rosenmayr, L., *Families Versus Organizations as Caregivers*. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No SRPP-2: 74.

- Johnson, M., Inter-weaving of Informal and Formal Care —A Challenge to Some of the Myths. In: Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No SRPP-3: 76.
- Johnson, T., Health Care Provider Support in Cases of Elder Abuse. In: Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 399: 392-393.
- Jones, D., The Effects of Caring for Elderly Dependents upon the Quality of Life of Carers. In: Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 320: 265.
- Joyce, K., Frengley, J., Community Long term Care: Can it Be Based in a Hospital? In: Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 503: 322.
- Kallaher, L., The Meaning of "Home" for Older People in the U.K. In: Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No SRPP - 5: 78.
- Kosberg, J., Policies Encouraging Family Care of the Aged: Social Problems of Panacea? In: Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 409: 296.
- Landsberger, B., Continuity of Care from Hospital to Home. In: Book of Abstracts of the XXth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 503: 321.
- Maeda, D., Family Care of Impaired Elderly in Japan. In: Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No SRPP - 2: 73-74.
- McFarland, L., Respite Care: North American and European Perspectives. In: Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 454: 420-421.
- McGrath, G., King, M., Block, J., Elderly Victims of Physical Abuse Presenting in Hospitals: A Canadian Study. In: Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 399: 392.
- Meyers, N., Garcia, J., Kosberg, J., Factors Associated with Morale and Quality of Life on Oncology Patients in an Out Patient Chemotherapy Unit. In: Book of Abstracts of the XXth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 300: 223-224.
- Nusberg, C., Family Support of the Aging in Developing Nations: Continuity and Change. In: Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 458: 422.
- Pratt, L., Family Structure and Effective Health Behavior: The Energised Family. Boston: Houghton-Mifflin 1976.
- Rosenbaum, E., Rosenbaum J., Principles of Home Care for the Patient with Advanced Cancer. *Journal of the American Medical Association* 1980, 244 (13): 1484-1487.
- Rossmann, I., Home Care for the Cancer Patient. In: Prichard E., Collard J. (eds). *Home Care: living with dying*. New York: Columbia University Press 1979, 60-69.
- Sanda, M., Jucovschi, V., Leonte, M., Dijmarescu D., The Elderly's Dependence and the Factors Influencing it. In: Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 405: 286.
- Taylor, M., Planning Health Services for the Aging: the Canadian Experience. In: Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 5, 15: 21.

- Vess, J., Moreland, J., Schwebel, A., An Empirical Assesment of the Effects of Cancer on Family Role Functioning. *Journal of Psychosocial Oncology* 1985, 3 (1): 1-16.
- Warchaw, G., The Contribution of Primary Care to the Health of the Elderly in the Community. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No CM-10: 54-55.
- Wellish, D., Fawzy, F., Landsverk, J., Pasnau, R., Wolcott, D., Evaluation of Psychosocial Problems of the Homebound Cancer Patient: The Relationship of Disease and the Socio-demographic Variables of Patients to Family Problems. *Journal of Psychosocial Oncology* 1983, 1 (3): 1-15.
- Williamson, J., The Place of the Hospital in the Continuum of Care for the Elderly. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 5-15: 21.
- Wolf, R., Godkin, M., Pillemer, K., Further Inquiry into the Nature of Domestic Elder Abuse. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 399: 392.
- Worach-Kardas, H., Family and Neighbourhood as a Support System —A Case of Poland. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No SRPP - 2: 74-75.
- Χριστοδούλου, Γ., Συμπόσιο με θέμα «Προβλήματα γεροντικής ηλικίας». Υπό την αιγίδα του Υπουργείου Πολιτισμού και Επιστημών. 17-21 Φεβρουαρίου, 1975 Αθήνα: Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος και Συμβούλιο Επιμορφώσεως εις την Κοινωνικήν Εργασίαν, 1975: 57-61.
- Yates, J., McKegney, F., Kun, L., A Comperative Study of Home Nursing Care of Patients with Advanced Cancer. In: *Proceeding of the Third National Conference on Human Values and Cancer*. New York: American Cancer Society 1981, 108-114.
- Zweibel, N., Congruence in Perception on the Caregiving Relationship in Caregiver/Elder Dyads. In: *Book of Abstracts of the XIIIth International Congress of Gerontology*, July 12-17, 1985. N.Y. New York: International Association of Gerontology 1985, No 320: 265.