



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ»**

Διπλωματική Εργασία

**«Η Άτυπη Φροντίδα στην Ελλάδα την Τελευταία Δεκαετία:
Μελέτη Κοινωνικών, Ψυχολογικών και Θεσμικών Διαστάσεων»**

«Αυλωνίτη Αναστασία»

Επιβλέπων καθηγητής: «Τσαγκαράκης Στυλιανός»

Ιούνιος, 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



**«Η Άτυπη Φροντίδα στην Ελλάδα την Τελευταία Δεκαετία:
Μελέτη Κοινωνικών, Ψυχολογικών και Θεσμικών Διαστάσεων»**

«Αυλωνίτη Αναστασία»

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

«Τσαγκαράκης
Στυλιανός»

Μέλος ΣΕΠ

Ελληνικό Ανοικτό
Πανεπιστήμιο

1^{ος} Συν-Επιβλέπων

Καθηγητής:

« Κλεισιάρης Χρήστος»

Μέλος ΣΕΠ

Ελληνικό Ανοικτό
Πανεπιστήμιο

2ος Συν-Επιβλέπων

Καθηγητής:

« Χλέτσος Μιχαήλ»

Μέλος ΣΕΠ

Ελληνικό Ανοικτό
Πανεπιστήμιο

Ιούνιος, 2026

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες σε όλους όσοι με στήριξαν και συνέβαλαν, άμεσα ή έμμεσα, στην ολοκλήρωση αυτής της σημαντικής προσπάθειας.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Τζαγκαράκη Στυλιανό, για την πολύτιμη καθοδήγηση, την επιστημονική υποστήριξη, τις ουσιαστικές παρατηρήσεις και τη συνεχή ενθάρρυνση που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στη Διευθύνουσα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, κ. Βασιλαράκη Μαρία, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και κυρίως για την παρότρυνσή της να συνεχίσω την ακαδημαϊκή μου πορεία μέσω των μεταπτυχιακών σπουδών. Η στήριξη και η ενθάρρυνσή της αποτέλεσαν σημαντικό κίνητρο για την προσωπική και επαγγελματική μου εξέλιξη.

Θα ήθελα επίσης να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην προϊσταμένη και συμφοιτήριά μου, κ. Μπέρτου Μαρία, για τη διαρκή υποστήριξη, τη συνεργασία, την ενθάρρυνση και τη βοήθεια που μου προσέφερε καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών και της συγγραφής της εργασίας αυτής.

Από καρδιάς ευχαριστώ την οικογένειά μου για την αμέριστη αγάπη, την κατανόηση, την υπομονή και τη συνεχή στήριξή της σε κάθε βήμα της προσπάθειάς μου. Η πίστη τους στις δυνατότητές μου υπήρξε πολύτιμη πηγή δύναμης.

Τέλος, ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ απευθύνω στον σύζυγό μου, ο οποίος στάθηκε δίπλα μου με αγάπη, υπομονή και αμέριστη συμπαράσταση καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Η στήριξή του στις απαιτητικές στιγμές και η ενθάρρυνσή του συνέβαλαν καθοριστικά στην επίτευξη αυτού του στόχου.

Σε όλους τους παραπάνω εκφράζω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη και τις θερμές μου ευχαριστίες για τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Περίληψη

Η άτυπη φροντίδα αποτελεί βασικό πυλώνα του συστήματος υγείας και κοινωνικής προστασίας, ιδιαίτερα σε χώρες όπως η Ελλάδα, όπου η οικογένεια διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην παροχή φροντίδας. Η παρούσα μελέτη διερευνά την άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία, εστιάζοντας στις κοινωνικές, ψυχολογικές, οικονομικές και θεσμικές διαστάσεις της εμπειρίας των άτυπων φροντιστών.

Η έρευνα βασίστηκε σε συνδυαστική μεθοδολογική προσέγγιση, η οποία περιελάμβανε βιβλιογραφική ανασκόπηση και ανάλυση πρωτογενών ποιοτικών δεδομένων, με τη χρήση της θεματικής ανάλυσης. Ο ερευνητικός σχεδιασμός προέβλεπε τη συλλογή πρωτογενών δεδομένων μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων, οι οποίες επέτρεψαν την εις βάθος διερεύνηση της εμπειρίας των άτυπων φροντιστών.

Τα ευρήματα αναδεικνύουν ότι η άτυπη φροντίδα συνιστά μια πολυδιάστατη εμπειρία, η οποία επηρεάζει ουσιαστικά την καθημερινότητα, την ψυχική υγεία και την κοινωνική ζωή των φροντιστών. Η έντονη συναισθηματική και σωματική επιβάρυνση (caregiver burden), η κοινωνική απομόνωση και οι σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά της εμπειρίας. Παράλληλα, αναδεικνύεται η ύπαρξη θετικών διαστάσεων, όπως η ανάπτυξη ανθεκτικότητας, η ενίσχυση των διαπροσωπικών σχέσεων και η αίσθηση νοήματος.

Η μελέτη καταδεικνύει επίσης την ανεπαρκή θεσμική υποστήριξη προς τους άτυπους φροντιστές στην Ελλάδα, καθώς και την ενίσχυση των δυσκολιών κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19. Συμπερασματικά, τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για ανάπτυξη ολοκληρωμένων πολιτικών που να αναγνωρίζουν και να στηρίζουν ουσιαστικά τον ρόλο των άτυπων φροντιστών.

Η παρούσα έρευνα συμβάλλει στην κατανόηση της άτυπης φροντίδας ως σύνθετου κοινωνικού φαινομένου και αναδεικνύει τη σημασία ενσωμάτωσης των φροντιστών στις πολιτικές υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Λέξεις - Κλειδιά: *Άτυπη Φροντίδα, Άτυποι Φροντιστές, Μη Αμειβόμενη Φροντίδα, Άτυπη Φροντίδα στην Ελλάδα*

«Αυλωνίτη Αναστασία»,

«Η Άτυπη Φροντίδα στην Ελλάδα
την Τελευταία Δεκαετία:
Μελέτη Κοινωνικών, Ψυχολογικών
και Θεσμικών Διαστάσεων»

«Informal Care in Greece over the Last Decade:
A Study of Social, Psychological and Institutional Dimensions»

«Avloniti Anastasia»

Abstract

Informal care constitutes a fundamental pillar of the health and social protection system, particularly in countries such as Greece, where the family plays a central role in the provision of care. The present study explores informal care in Greece over the past decade, focusing on the social, psychological, economic, and institutional dimensions of informal caregivers' experiences.

The research adopted a mixed methodological approach, combining a literature review with the analysis of primary qualitative data through thematic analysis. The research design initially involved the collection of primary data via semi-structured interviews, which enabled an in-depth exploration of caregivers' experiences.

The findings indicate that informal care constitutes a multidimensional experience that significantly affects caregivers' daily lives, mental health, and social participation. High levels of emotional and physical burden (caregiver burden), social isolation, and substantial economic impacts emerge as key features of this experience. At the same time, positive dimensions are also identified, including the development of resilience, the strengthening of interpersonal relationships, and the presence of meaning and purpose.

The study also highlights the insufficient institutional support provided to informal caregivers in Greece, as well as the intensification of challenges during the COVID-19 pandemic. Overall, the findings underscore the need for the development of comprehensive policies that effectively recognize and support the role of informal caregivers.

This research contributes to a deeper understanding of informal care as a complex social phenomenon and emphasizes the importance of integrating informal caregivers into health and social care policies.

Keywords: *Informal Care, Informal Caregivers, Family Caregivers, Unpaid Care, Caregiver Burden, Informal Care Greece, Psychological Burden, Social Care*

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	IV
Περίληψη	V
Abstract.....	VIII
Περιεχόμενα.....	IX
Κατάλογος Πινάκων	XII
1. Εισαγωγή	1
2. Θεωρητικό Πλαίσιο	5
2.1 Θεωρητικά Μοντέλα Άτυπης Φροντίδας.....	5
2.1.1 Το Μοντέλο Stress-Process	6
Δομή του Μοντέλου: Τέσσερα Βασικά Συστατικά.....	6
2.1.2 Η Θεωρία της Κοινωνικής Ανταλλαγής.....	9
2.1.3 Φεμινιστικές Προσεγγίσεις και η Πολιτική Οικονομία της Φροντίδας	11
2.1.4 Οικολογικά και Συστημικά Μοντέλα	12
2.1.5 Η Θεωρία της Ανθεκτικότητας	14
2.2 Η Άτυπη Φροντίδα στο Ευρωπαϊκό Πλαίσιο	15
2.2.1 Τυπολογίες Καθεστώτων Πρόνοιας και Πολιτικές Φροντίδας στην Ευρώπη..	15
2.2.2 Ευρωπαϊκές Πολιτικές για τους Άτυπους Φροντιστές	18
2.2.3 Δημογραφικές Μεταβολές και Αυξανόμενη Ζήτηση Φροντίδας στην Ευρώπη	19
2.3 Η Άτυπη Φροντίδα στην Ελλάδα: Κοινωνικές, Πολιτισμικές και Θεσμικές Διαστάσεις	21
2.3.1 Πολιτισμικές Αξίες και Οικογενειακοί Δεσμοί.....	21
2.3.2 Η Επίδραση της Οικονομικής Κρίσης (2010–2018)	22
2.3.3 Θεσμικό Πλαίσιο Άτυπης Φροντίδας στην Ελλάδα: Κενά και Προοπτικές.....	24
2.3.4 Η Πανδημία COVID-19 και το Ελληνικό Μοντέλο Φροντίδας	25
2.4 Επιπτώσεις της Άτυπης Φροντίδας στην Υγεία και Ευημερία των Φροντιστών	26
2.5 Σύνοψη Θεωρητικού Πλαισίου.....	31
3. Ερευνητικό Μέρος	34

3.1 Σκοπός.....	34
3.2 Μεθοδολογία.....	34
3.2.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	36
3.2.2 Πρωτογενής Έρευνα Πεδίου.....	36
3.3 Ηθικά Ζητήματα	38
3.4 Περιορισμοί της Μεθοδολογίας.....	39
4. Αποτελέσματα	40
4.1 Αποτελέσματα Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης.....	40
4.1.1 Κοινωνικές Διαστάσεις της Άτυπης Φροντίδας.....	41
4.1.2 Ψυχολογικές Επιπτώσεις στους Φροντιστές.....	42
4.1.3 Οικονομικές Επιβαρύνσεις	43
4.1.4 Θεσμική Υποστήριξη και Πολιτικές	43
4.1.5 Η Επίδραση της Πανδημίας COVID-19	44
4.1.6 Σύνοψη Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης	44
4.2 Αποτελέσματα Πρωτογενούς Έρευνας.....	45
4.2.1 Δημογραφικά Στοιχεία Συμμετεχόντων	45
4.2.2 Θεματικές Κατηγορίες Ανάλυσης.....	47
4.2.3 Αποτίμηση Ευρημάτων	57
5. Συζήτηση	59
6. Συμπεράσματα και Προτάσεις Πολιτικής	66
6.1 Γενικά Συμπεράσματα	66
6.2 Προτάσεις Πολιτικής	67
6.3 Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα	69
6.4 Επίλογος.....	70
7. Βιβλιογραφία	71
Παράρτημα Α: «Δήλωση Συγκατάθεσης & Εμπιστευτικότητας»	77
Παράρτημα Β: «Ερωτήσεις Συνέντευξης»	81
Παράρτημα Γ: «Ερευνητικό Πρωτόκολλο»	86

«Αυλωνίτη Αναστασία»,

«Η Άτυπη Φροντίδα στην Ελλάδα
την Τελευταία Δεκαετία:
Μελέτη Κοινωνικών, Ψυχολογικών
και Θεσμικών Διαστάσεων»

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1 : Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων.....46

Πίνακας 2 : Σύνοψη Κεντρικών Ευρημάτων Ανά Συμμετέχοντα47

1. Εισαγωγή

Η φροντίδα αποτελεί μία από τις πιο θεμελιώδεις ανθρώπινες δραστηριότητες, διαπερνώντας κάθε κοινωνία και πολιτισμό. Στο επίκεντρο της σύγχρονης συζήτησης για την υγεία και την κοινωνική πρόνοια βρίσκεται ολοένα και περισσότερο η έννοια της άτυπης φροντίδας, ένα φαινόμενο εκτεταμένο και πολυδιάστατο, το οποίο συχνά δεν αποτυπώνεται επαρκώς στις επίσημες πολιτικές και στα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας (Cruz et al., 2023).

Ως άτυπη φροντίδα ορίζεται η μη αμειβόμενη, μη επαγγελματική παροχή βοήθειας και υποστήριξης σε άτομα που αντιμετωπίζουν χρόνια νόσο, αναπηρία ή λειτουργική εξάρτηση, από μέλη της οικογένειας, φίλους ή γνωστούς (Pomeroy & Fiori, 2025). Ο άτυπος φροντιστής αναλαμβάνει ευθύνες που εκτείνονται από την καθημερινή σωματική φροντίδα και τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής έως τη συναισθηματική υποστήριξη και τη διαμεσολάβηση με υπηρεσίες υγείας, συχνά χωρίς επίσημη αναγνώριση ή θεσμική υποστήριξη (Cruz et al., 2023).

Η διάκριση μεταξύ τυπικής (επαγγελματικής) και άτυπης φροντίδας είναι κρίσιμη για την κατανόηση του φαινομένου. Ενώ η τυπική φροντίδα παρέχεται από εκπαιδευμένους επαγγελματίες στο πλαίσιο θεσμοθετημένων δομών, η άτυπη φροντίδα λειτουργεί στη σφαίρα του ιδιωτικού, του οικογενειακού και του κοινοτικού βίου. Η σχέση μεταξύ των δύο δεν είναι ανταγωνιστική αλλά συμπληρωματική: σε πολλές χώρες, και ιδιαίτερα στη Νότια Ευρώπη, η άτυπη φροντίδα αποτελεί τον κύριο πυλώνα υποστήριξης των ευάλωτων πληθυσμών, καλύπτοντας κενά που το επίσημο κράτος πρόνοιας αδυνατεί να καλύψει (Zarzycki & Morrison, 2021).

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η άτυπη φροντίδα αναγνωρίζεται πλέον ως κρίσιμος παράγοντας βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας και κοινωνικής προστασίας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, εκατομμύρια πολίτες σε όλη την Ευρώπη παρέχουν άτυπη φροντίδα σε συγγενείς ή φίλους, με το γυναικείο φύλλο να αποτελεί την πλειονότητα των φροντιστών. Το φαινόμενο επιτείνεται από τη γήρανση του πληθυσμού,

την αύξηση των χρόνιων νοσημάτων και τις πιέσεις στα δημόσια συστήματα υγείας (Zigante, 2018).

Στην Ελλάδα, η άτυπη φροντίδα εντάσσεται σε ένα ιδιαίτερο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο, στο οποίο η οικογένεια διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην παροχή φροντίδας, αντανακλώντας ένα μοντέλο κοινωνικής πρόνοιας που βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στην οικογενειακή υποστήριξη. Παραδοσιακά, η οικογένεια αναλαμβάνει τη φροντίδα των ηλικιωμένων, των ατόμων με αναπηρία και των χρόνια ασθενών, αντισταθμίζοντας την περιορισμένη ανάπτυξη δημόσιων δομών φροντίδας (Kalavrezou & Jin, 2021; Zarzycki & Morrison, 2021). Αυτό το μοντέλο, ενώ αντικατοπτρίζει βαθιά ριζωμένες αξίες αλληλεγγύης, εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για την υγεία και την ποιότητα ζωής των ίδιων των φροντιστών.

Την τελευταία δεκαετία, το ελληνικό τοπίο της άτυπης φροντίδας έχει διαμορφωθεί από τρεις σημαντικές παραμέτρους. Πρώτον, η οικονομική κρίση της περιόδου 2010–2018 επέφερε δραστικές περικοπές στις κοινωνικές δαπάνες και στις υπηρεσίες φροντίδας, αυξάνοντας το βάρος που φέρουν οι οικογένειες. Δεύτερον, η επιτάχυνση της δημογραφικής γήρανσης αναδεικνύει μια αυξανόμενη ζήτηση φροντίδας που δύσκολα μπορεί να καλυφθεί από τυπικές δομές. Τρίτον, η πανδημία COVID-19 κατέδειξε τα υπάρχοντα κενά του συστήματος, καθώς οι άτυποι φροντιστές κλήθηκαν να διαχειριστούν αυξημένες ανάγκες φροντίδας σε συνθήκες απομόνωσης και αβεβαιότητας (Bergmann & Wagner, 2021; Kalavrezou & Jin, 2021).

Παρά τη σημασία του φαινομένου, η επιστημονική γνώση για την άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα παραμένει αποσπασματική. Οι υπάρχουσες μελέτες εστιάζουν κυρίως σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού ή νοσολογικές οντότητες, ενώ λείπει μια συνθετική αποτύπωση των κοινωνικών, ψυχολογικών και θεσμικών διαστάσεων της άτυπης φροντίδας (Sapountzi-Krepia et al., 2008; Passa et al., 2026). Η παρούσα εργασία αποσκοπεί ακριβώς στο να καλύψει αυτό το κενό.

Κατα συνέπεια, σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση των κοινωνικών, ψυχολογικών και θεσμικών διαστάσεων της άτυπης φροντίδας στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία (2015-2025), μέσω συνδυασμού βιβλιογραφικής ανασκόπησης και πρωτογενούς ποιοτικής έρευνας.

Η αναγκαιότητα της μελέτης απορρέει από πολλαπλούς παράγοντες. Αφενός, το φαινόμενο της άτυπης φροντίδας αφορά άμεσα ή έμμεσα ένα σημαντικό τμήμα του ελληνικού πληθυσμού, χωρίς ωστόσο να λαμβάνει τη δέουσα επιστημονική και πολιτική σημασία. Αφετέρου, η κατανόηση των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι άτυποι φροντιστές αποτελεί προϋπόθεση για την ανάπτυξη αποτελεσματικών πολιτικών στήριξης και την αναβάθμιση του συστήματος κοινωνικής φροντίδας στη χώρα.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που καθοδηγούν την παρούσα μελέτη είναι:

- Ποιες είναι οι εμπειρίες των άτυπων φροντιστών στην Ελλάδα;
- Ποιες κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις σχετίζονται με την παροχή άτυπης φροντίδας;
- Ποιες οικονομικές επιβαρύνσεις προκύπτουν από τον ρόλο του φροντιστή;
- Πώς αξιολογείται η θεσμική υποστήριξη προς τους άτυπους φροντιστές;
- Πώς επηρέασε η πανδημία COVID-19 την παροχή άτυπης φροντίδας στην Ελλάδα;

Η εργασία διαρθρώνεται σε επτά κεφάλαια. Η Εισαγωγή παρουσιάζει τη θεματική, το σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης. Το δεύτερο κεφάλαιο αφορά το θεωρητικό πλαίσιο, εξετάζοντας τα βασικά μοντέλα και τις θεωρητικές προσεγγίσεις της άτυπης φροντίδας στο διεθνές και ευρωπαϊκό πλαίσιο. Το τρίτο κεφάλαιο περιγράφει αναλυτικά τον σκοπό και την μεθοδολογία της έρευνας, συμπεριλαμβανομένου του σχεδιασμού, της δειγματοληψίας, της μεθόδου συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων, καθώς και των ηθικών αρχών που διέπουν τη διεξαγωγή της. Το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, οργανωμένα ανά θεματικό άξονα.

Το πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζει τα ευρήματα της πρωτογενούς ποιοτικής έρευνας που διεξήχθη μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων με άτυπους φροντιστές. Στο έκτο κεφάλαιο πραγματοποιείται συζήτηση και ερμηνεία των ευρημάτων σε συνάρτηση με τη

βιβλιογραφία, ενώ το έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζει τα συμπεράσματα της εργασίας και διατυπώνει προτάσεις για πολιτικές υποστήριξης των άτυπων φροντιστών στην Ελλάδα.

2. Θεωρητικό Πλαίσιο

2.1 Θεωρητικά Μοντέλα Άτυπης Φροντίδας

Η άτυπη φροντίδα αποτελεί ένα πολυσύνθετο κοινωνικό και υγειονομικό φαινόμενο, η κατανόηση του οποίου προϋποθέτει διεπιστημονική προσέγγιση. Ειδικότερα, η μελέτη της αξιοποιεί θεωρητικά και μεθοδολογικά εργαλεία από την κοινωνιολογία, την ψυχολογία, τη δημόσια υγεία, την κοινωνική πολιτική και την οικονομική ανάλυση, καθώς η παροχή φροντίδας δεν αφορά αποκλειστικά μια διαπροσωπική σχέση υποστήριξης, αλλά συνδέεται με ευρύτερες κοινωνικές δομές, πολιτισμικές αντιλήψεις, έμφυλους ρόλους και θεσμικές ρυθμίσεις (Zigante, 2018; Zarzycki & Morrison, 2021). Υπό αυτή την έννοια, η άτυπη φροντίδα δεν μπορεί να ερμηνευθεί επαρκώς μόνο ως ατομική εμπειρία ή οικογενειακή υποχρέωση, αλλά πρέπει να αναλυθεί ως κοινωνική πρακτική που διαμορφώνεται μέσα σε συγκεκριμένες κοινωνικές, οικονομικές και θεσμικές συνθήκες (Cruz et al., 2023).

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναπτύξει μια σειρά από θεωρητικά μοντέλα που επιτρέπουν την πολυεπίπεδη προσέγγιση της άτυπης φροντίδας, αναδεικνύοντας τόσο τις επιπτώσεις της στον φροντιστή όσο και τους μηχανισμούς μέσω των οποίων οργανώνεται και νοηματοδοτείται ο ρόλος της φροντίδας. Στο πλαίσιο αυτό, παρουσιάζονται τέσσερα βασικά θεωρητικά μοντέλα που έχουν συμβάλει καθοριστικά στη μελέτη του φαινομένου: το Μοντέλο Stress-Process, η Θεωρία της Κοινωνικής Ανταλλαγής, οι Φεμινιστικές Προσεγγίσεις και τα Οικολογικά ή Συστημικά Μοντέλα. Οι προσεγγίσεις αυτές συμβάλλουν στην κατανόηση διαφορετικών αλλά αλληλένδετων διαστάσεων της άτυπης φροντίδας, όπως η ψυχολογική επιβάρυνση των φροντιστών, τα κίνητρα και οι μορφές αμοιβαιότητας που χαρακτηρίζουν τις σχέσεις φροντίδας, οι κοινωνικές και έμφυλες ανισότητες που συνδέονται με την κατανομή των ευθυνών φροντίδας, καθώς και η επίδραση του ευρύτερου κοινωνικού και θεσμικού πλαισίου στη διαμόρφωση των πρακτικών φροντίδας (Bronfenbrenner, 1979; Pearlin et al., 1990; Finch & Groves, 2022).

2.1.1 Το Μοντέλο Stress-Process

Θεωρητικές Αρχές και Ιστορικό Πλαίσιο

Το Μοντέλο Stress-Process αναπτύχθηκε από τον Leonard Pearlin και τους συνεργάτες του στις αρχές της δεκαετίας του 1990 και αποτελεί ένα από τα πλέον επιδραστικά θεωρητικά πλαίσια στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την άτυπη φροντίδα (Pearlin et al., 1990; Aneshensel et al., 1995). Το μοντέλο εντάσσεται στη ευρύτερη κοινωνιολογική θεωρία του στρες και της κοινωνικής δομής και προσεγγίζει την εμπειρία της φροντίδας ως μια δυναμική και εξελισσόμενη διαδικασία. Υπό αυτή την οπτική, η άτυπη φροντίδα δεν αντιμετωπίζεται ως ένα μεμονωμένο γεγονός, αλλά ως μια σύνθετη και χρονικά εξελισσόμενη εμπειρία, η οποία μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια της ζωής του φροντιστή και του φροντιζόμενου (Pearlin et al., 1990).

Κεντρική παραδοχή του μοντέλου αποτελεί η θέση ότι η παροχή φροντίδας δεν είναι από τη φύση της στρεσογόνος. Αντίθετα, οι επιπτώσεις της φροντίδας για τον φροντιστή διαμορφώνονται από τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ των στρεσογόνων παραγόντων, των διαθέσιμων προσωπικών και κοινωνικών πόρων και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του ίδιου του φροντιστή (Pearlin et al., 1990; Aneshensel et al., 1995). Η προσέγγιση αυτή έχει σημαντικές συνέπειες για την κατανόηση και τον σχεδιασμό πολιτικών υποστήριξης, καθώς υποδεικνύει ότι η ενίσχυση των διαθέσιμων πόρων όπως η κοινωνική υποστήριξη, οι υπηρεσίες φροντίδας και οι μηχανισμοί ανακούφισης των φροντιστών, μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στον περιορισμό των αρνητικών συνεπειών της φροντίδας στην ψυχική και σωματική υγεία των φροντιστών (Schulz & Sherwood, 2008).

Δομή του Μοντέλου: Τέσσερα Βασικά Συστατικά

Το μοντέλο Stress-Process οργανώνεται γύρω από τέσσερις βασικές και αλληλένδετες διαστάσεις, οι οποίες επιτρέπουν την κατανόηση της εμπειρίας της άτυπης

φροντίδας ως μιας σύνθετης κοινωνικής διαδικασίας που επηρεάζεται τόσο από ατομικούς όσο και από δομικούς παράγοντες (Pearlin et al., 1990; Aneshensel et al., 1995).

• Το υπόβαθρο και το πλαίσιο της φροντίδας:

Η πρώτη διάσταση αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά και κοινωνικοπολιτισμικά χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσεται η σχέση φροντίδας. Σε αυτά περιλαμβάνονται η ηλικία, το φύλο και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του φροντιστή, καθώς και η ιστορία και η ποιότητα της σχέσης μεταξύ φροντιστή και φροντιζόμενου. Παράλληλα, ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στο ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον στο οποίο εντάσσεται η φροντίδα. Στην ελληνική περίπτωση, το επίπεδο αυτό αναδεικνύει τον ρόλο των έμφυλων προσδοκιών, της δομής της οικογένειας και της ισχυρής παράδοσης οικογενειακής αλληλεγγύης που χαρακτηρίζει τις μεσογειακές κοινωνίες (Sapountzi-Krepia et al., 2008).

• Οι στρεσογόνοι παράγοντες:

Η δεύτερη διάσταση αφορά τους στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με την παροχή φροντίδας. Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε πρωτογενείς και δευτερογενείς. Οι πρωτογενείς συνδέονται άμεσα με τις ανάγκες και την κατάσταση υγείας του φροντιζόμενου, ενώ οι δευτερογενείς αφορούν τις επιπτώσεις που προκύπτουν από τη φροντίδα σε άλλες πτυχές της ζωής του φροντιστή, όπως η εργασία, οι οικογενειακές σχέσεις και η οικονομική κατάσταση.

• Οι μεσολαβητικοί παράγοντες:

Η τρίτη διάσταση αφορά τους πόρους και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης που διαθέτει ή αναπτύσσει ο φροντιστής προκειμένου να διαχειριστεί τις απαιτήσεις του ρόλου του. Σε αυτούς περιλαμβάνονται η κοινωνική υποστήριξη από το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, η αίσθηση προσωπικού ελέγχου, οι στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες, καθώς και προσωπικές ή πολιτισμικές πηγές νοσηματοδότησης της εμπειρίας της φροντίδας, όπως η θρησκεία ή το αίσθημα ηθικής υποχρέωσης.

• Τα αποτελέσματα:

Η τέταρτη διάσταση αφορά τις συνέπειες της εμπειρίας της φροντίδας για τον φροντιστή. Οι συνέπειες αυτές μπορεί να εκδηλώνονται τόσο σε αρνητικό επίπεδο, όπως ψυχολογική επιβάρυνση, κατάθλιψη ή σωματική κόπωση, όσο και σε θετικό επίπεδο, όπως η ανάπτυξη δεξιοτήτων, η ενίσχυση των διαπροσωπικών σχέσεων ή η αίσθηση προσωπικού νοήματος και αυτοπραγμάτωσης που μπορεί να προκύψει μέσα από την εμπειρία της φροντίδας.

Πρωτογενείς Στρεσογόνοι Παράγοντες: Οι πρωτογενείς στρεσογόνοι παράγοντες διακρίνονται σε αντικειμενικούς και υποκειμενικούς (Pearlin et al., 1990). Οι αντικειμενικοί αφορούν τη λειτουργική κατάσταση του φροντιζόμενου όπως η βαρύτητα της νόσου, η εξάρτηση σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής, τα συμπτώματα συμπεριφοράς (ιδίως σε περιπτώσεις άνοιας) και οι γνωστικές διαταραχές (Schulz & Sherwood, 2008). Οι υποκειμενικοί δείκτες αφορούν την αντίληψη του φροντιστή για την κατάσταση αυτή, όπως το κατά πόσο τον έχει καταβάλει η διαδικασία (overload), η αίσθηση αδυναμίας πλήρους ανταπόκρισης στις απαιτήσεις (role captivity) και ο βαθμός στον οποίο ο φροντιστικός ρόλος έχει κυριαρχήσει επί των υπόλοιπων πτυχών της ταυτότητάς του (role engulfment) (Pearlin et al., 1990; Aneshensel et al., 1995).

Δευτερογενείς Στρεσογόνοι Παράγοντες: Οι δευτερογενείς στρεσογόνοι παράγοντες είναι εκείνοι που δεν πηγάζουν άμεσα από τη φροντίδα, αλλά αποτελούν απόρροια της στις υπόλοιπες πτυχές της ζωής του φροντιστή. Οι Pearlin et al. (1990) διακρίνουν δύο κατηγορίες: τις δευτερογενείς επαναλήψεις ρόλων (π.χ. οικογενειακές συγκρούσεις, εργασιακά προβλήματα, οικονομικές δυσχέρειες) και τις εσωτερικές εντάσεις (π.χ. απώλεια αυτοεκτίμησης, αίσθηση εγκλωβισμού, εξαφάνιση του «εαυτού») (Pearlin et al., 1990; Aneshensel et al., 1995). Στο ελληνικό πλαίσιο, η οικονομική κρίση της περιόδου 2010–2018 λειτούργησε ως δευτερογενής στρεσογόνος: ενισχύοντας τις οικονομικές πιέσεις, επέτεινε το συνολικό βάρος του ρόλου του φροντιστή (Kentikelenis et al., 2011).

Παρά την τεράστια επιρροή του, το μοντέλο Stress-Process έχει δεχθεί κριτική για την έντονη εστίαση του στις αρνητικές επιπτώσεις της φροντίδας, αγνοώντας τις θετικές πτυχές. Μεταγενέστερες έρευνες αντέκρουσαν αυτή την αδυναμία, αναπτύσσοντας έννοιες όπως η *caregiver gain* (θετικά οφέλη από τη φροντίδα) και η *posttraumatic growth* (ανάπτυξη μέσα από δύσκολες εμπειρίες) (Tarlow et al., 2004). Επιπλέον, το μοντέλο επικρίθηκε για τη σχετική αδυναμία ενσωμάτωσης των πολιτισμικών και δομικών παραγόντων, αδυναμία που καθίσταται εμφανής στην εφαρμογή του στο ελληνικό πλαίσιο, όπου η πολιτισμική διάσταση της φροντίδας είναι κεντρική (Zigante, 2018).

2.1.2 Η Θεωρία της Κοινωνικής Ανταλλαγής

Η Θεωρία της Κοινωνικής Ανταλλαγής (Social Exchange Theory) έχει τις ρίζες της στις έρευνες των Homans (1958), Blau (1964) και Emerson (1976), ενώ αποτελεί έναν από τους πιο διαδεδομένους θεωρητικούς πυλώνες στη μελέτη των κοινωνικών σχέσεων. Στο πεδίο της άτυπης φροντίδας, εφαρμόστηκε ευρέως για να ερμηνεύσει το ερώτημα των κινήτρων: γιατί κάποιοι αναλαμβάνουν τη φροντίδα ενός συγγενούς, με ποιες προσδοκίες, και τι επηρεάζει την ποιότητα και τη διάρκεια αυτής της παροχής (Homans, 1958; Blau, 2017; Cook & Hahn, 2021).

Σύμφωνα με τη θεωρία, οι κοινωνικές σχέσεις (συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας) διέπονται από μια λογική ανταλλαγής: τα άτομα παρέχουν πόρους (χρόνο, ενέργεια, συναισθηματική υποστήριξη) αναμένοντας (συνειδητά ή ασυνειδητά) κάποιο είδος ανταπόδοσης (Zarzycki & Morrison, 2021). Η ανταπόδοση αυτή δεν είναι απαραίτητα υλική, μπορεί να πάρει τη μορφή ψυχολογικής ικανοποίησης, κοινωνικής αναγνώρισης, ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης ή εκπλήρωσης ηθικής υποχρέωσης (Homans, 1958; Blau, 2017).

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η διάκριση μεταξύ άμεσης ανταλλαγής (όπου η ανταπόδοση έρχεται από τον ίδιο τον φροντιζόμενο, π.χ. ευγνωμοσύνη, αμοιβαιότητα) και γενικευμένης ανταλλαγής (όπου η ανταπόδοση έρχεται από την οικογένεια, την κοινωνία ή ακόμα από κάποια ανώτερη αρχή, θρησκευτική ή ηθική). Στην ελληνική κοινωνία, η

γενικευμένη ανταλλαγή είναι ιδιαίτερα έντονη. Ο φροντιστής δεν φροντίζει μόνο τον γονέα του, αλλά εκπληρώνει μια βαθύτερη υποχρέωση απέναντι στην οικογένεια, στο κοινωνικό του περιβάλλον και στις αξίες με τις οποίες έχει μεγαλώσει (Zigante, 2018).

Οι Zarzycki & Morrison (2021) αναπτύσσουν μια κρίσιμη διάκριση: φροντιστές που κινούνται από εσωτερικά κίνητρα (αγάπη, επιλογή, αίσθηση σκοπού) παρουσιάζουν σημαντικά καλύτερα ψυχολογικά αποτελέσματα σε σχέση με εκείνους που κινούνται κυρίως από εξωτερικά κίνητρα (κοινωνική πίεση, φόβος κοινωνικής κριτικής, έλλειψη εναλλακτικής επιλογής). Αυτή η διαπίστωση έχει σημαντικές συνεπαγωγές για το ελληνικό πλαίσιο, όπου οι κοινωνικές νόρμες ασκούν ισχυρή πίεση για ανάληψη φροντίδας εντός της οικογένειας, περιορίζοντας ενδεχομένως την αίσθηση ελεύθερης επιλογής (Zigante, 2018; Kalavrezou & Jin, 2021).

Ένα από τα πιο γόνιμα αναλυτικά εργαλεία της θεωρίας είναι η έννοια της ανισορροπίας ανταλλαγής, δηλαδή, όταν ο φροντιστής αισθάνεται ότι «δίνει» πολύ περισσότερα από όσα «λαμβάνει», η ψυχολογική του ευεξία επιβαρύνεται σημαντικά (Homans, 1958; Blau, 2017). Αυτή η ανισορροπία μπορεί να προκύψει από: (α) επιδείνωση της κατάστασης του φροντιζόμενου, (β) απουσία κοινωνικής αναγνώρισης από το οικογενειακό ή κοινωνικό περιβάλλον, (γ) έλλειψη θεσμικής υποστήριξης, που ενισχύει την αντίληψη ότι οι φροντιστές καλούνται να διαχειριστούν τις απαιτήσεις του ρόλου τους χωρίς επαρκή εξωτερική υποστήριξη (Zarzycki & Morrison, 2021). Στο ελληνικό πλαίσιο, η ανισορροπία αυτή επιτείνεται από την ανεπαρκή θεσμική αναγνώριση και υποστήριξη των φροντιστών (Zigante, 2018; Passa et al., 2026).

Η θεωρία έχει επικριθεί για τη σημαντική έμφαση που αποδίδει στον ορθολογικό χαρακτήρα των κοινωνικών σχέσεων, η οποία δεν αποτυπώνει επαρκώς τη συναισθηματική, ηθική και πολιτισμική διάσταση της φροντίδας (Blau, 2017). Στην ελληνική πραγματικότητα, η φροντίδα συχνά δεν εκφράζεται ως «ανταλλαγή» αλλά ως φυσική συνέχεια της αγάπης, ενώ ταυτόχρονα υπαγορεύεται από βαθιά κοινωνικά πλαίσια που δεν έχουν τη δομή μιας «συναλλαγής» (Zigante, 2018). Παρ' όλα αυτά, η θεωρία παραμένει χρήσιμη ως αναλυτικό εργαλείο για την κατανόηση της κόπωσης και της ψυχολογικής επιβάρυνσης που προκύπτει όταν ο φροντιστής νιώθει «αόρατος» και «αναλώσιμος».

2.1.3 Φεμινιστικές Προσεγγίσεις και η Πολιτική Οικονομία της Φροντίδας

Οι φεμινιστικές θεωρητικές προσεγγίσεις αποτέλεσαν ορόσημο στη μελέτη της άτυπης φροντίδας, αποκαλύπτοντας τη βαθιά έμφυλη διάσταση ενός φαινομένου που προηγουμένως αντιμετωπιζόταν ως «φυσικό» ή «οικογενειακό» (Finch & Groves, 2022). Ήδη από τη δεκαετία του 1980, ερευνητές μεταξύ των οποίων οι Finch & Groves (1983), Graham (1983) και Ungerson (1987), τόνισαν ότι η φροντίδα δεν είναι ουδέτερη αλλά ανατίθεται δυσανάλογα σε γυναίκες, αντανακλά και αναπαράγει ευρύτερες έμφυλες ανισότητες και τελεί λειτουργία κοινωνικής αναπαραγωγής για τα καπιταλιστικά κράτη.

Μια κεντρική συνεισφορά των φεμινιστικών προσεγγίσεων ήταν η ανάδειξη της φροντίδας ως εργασίας, μία αντίληψη που αμφισβητούσε την κυρίαρχη ιδέα ότι η οικογενειακή φροντίδα είναι «φυσική» έκφραση αγάπης και συνεπώς δεν χρήζει αναγνώρισης ή αποζημίωσης (Graham, 1983). Η Graham (1983) διακρίνει τη φροντίδα σε *caring for* (η υλική, σωματική πτυχή) και *caring about* (η συναισθηματική, ψυχολογική πτυχή), αναδεικνύοντας την πολυπλοκότητα μιας δραστηριότητας που συχνά αντιμετωπίζεται ως απλή.

Στο πλαίσιο της πολιτικής οικονομίας, η άτυπη φροντίδα ερμηνεύεται ως μια μορφή αδήλωτης, μη αμειβόμενης εργασίας που επιδοτεί έμμεσα τα κράτη πρόνοιας, καθώς αντικαθιστά υπηρεσίες που διαφορετικά θα έπρεπε να χρηματοδοτούνται δημοσίως (Ungerson, 1987). Αυτή η «αόρατη» συνεισφορά παραμένει εκτός λογιστικής αποτίμησης και εθνικών λογαριασμών, αποτελώντας ένα από τα κρίσιμα ζητήματα της σύγχρονης φεμινιστικής κριτικής της κοινωνικής πολιτικής (Finch & Groves, 2022).

Σε αυτό το πλαίσιο, η άτυπη φροντίδα αποτελεί ένα από τα πεδία όπου το *gender pay gap* και η *pension gap*, δηλαδή, η διαφορά συνταξιοδοτικών εισοδημάτων μεταξύ ανδρών και γυναικών αναπαράγονται και επιτείνονται. Οι γυναίκες που εγκαταλείπουν ή μειώνουν την εργασία τους για να φροντίσουν κάποιον συγγενή συσσωρεύουν λιγότερα ασφαλιστικά δικαιώματα με αποτέλεσμα να βρίσκονται σε πιο ευάλωτη οικονομική θέση σε μεγαλύτερη ηλικία (Ungerson, 1987; Daly & Lewis, 2000).

Στην Ελλάδα, οι έμφυλες προσδοκίες σχετικά με την παροχή φροντίδας παραμένουν ιδιαίτερα ισχυρές, με αποτέλεσμα η ευθύνη φροντίδας των ηλικιωμένων

μελών της οικογένειας να ανατίθεται συχνότερα στις γυναίκες (Sapountzi-Krepia et al., 2008). Στο πλαίσιο αυτό, η κοινωνική ταυτότητα και η οικογενειακή θέση των γυναικών συνδέονται συχνά με την ανάληψη ρόλων φροντίδας, γεγονός που καθιστά την παροχή φροντίδας κοινωνικά αναμενόμενη συμπεριφορά. Οι κοινωνικές αυτές προσδοκίες ενδέχεται να λειτουργούν ως έμμεσος μηχανισμός πίεσης, καθιστώντας δυσκολότερη την άρνηση ανάληψης του ρόλου του φροντιστή χωρίς κοινωνικές ή οικογενειακές συνέπειες. Παράλληλα, η κατάσταση αυτή ενισχύεται από τον περιορισμένο βαθμό ανάπτυξης εναλλακτικών μορφών υποστήριξης, όπως οι δημόσιες υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας και τα συστήματα οικονομικής ενίσχυσης των φροντιστών, τα οποία θα μπορούσαν να διευρύνουν τις δυνατότητες πραγματικής επιλογής για τα άτομα που καλούνται να αναλάβουν καθήκοντα φροντίδας (Zigante, 2018; Passa et al., 2026).

Συνεπώς, οι φεμινιστικές προσεγγίσεις εμπλούτισαν σημαντικά την κατανόηση της άτυπης φροντίδας, αναδεικνύοντας τις δομικές ανισότητες που την υπο-βαστάζουν (Finch & Groves, 2022). Ωστόσο, επικρίθηκαν για τάση να υποτιμούν τη θέληση και την επιλογή των ίδιων των γυναικών φροντιστών, οι οποίες πολλές φορές αναφέρουν ότι φροντίζουν επειδή το θέλουν και όχι μόνο επειδή νιώθουν πίεση. Η ισορροπία μεταξύ δομικού καθορισμού και ατομικής επιλογής παραμένει ένα ανοιχτό θεωρητικό ζήτημα (Daly & Lewis, 2000).

2.1.4 Οικολογικά και Συστημικά Μοντέλα

Το Οικολογικό Μοντέλο του Bronfenbrenner: Τα οικολογικά μοντέλα στη μελέτη της άτυπης φροντίδας αντλούν κυρίως από την οικοδυναμική θεωρία του Bronfenbrenner (1979), που αντιλαμβάνεται την ανθρώπινη ανάπτυξη ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου και πολλαπλών, ενσωματωμένων επιπέδων κοινωνικού περιβάλλοντος. Στη μελέτη της φροντίδας, αυτή η οπτική μεταφράζεται ως εξής (Bronfenbrenner, 1979):

- **Μικροσύστημα:** Η άμεση σχέση φροντιστή-φροντιζόμενου, η δυναμική εντός της οικογένειας, η καθημερινή αλληλεπίδραση.

- **Μεσοσύστημα:** Οι σχέσεις μεταξύ διαφόρων μικροσυστημάτων π.χ. η αλληλεπίδραση μεταξύ της οικογένειας φροντίδας και του εργασιακού χώρου του φροντιστή.
- **Εξωσύστημα:** Κοινωνικές δομές που επηρεάζουν έμμεσα τον φροντιστή όπως οι εργοδοτικές πολιτικές, κοινοτικές υπηρεσίες, σχέσεις εκτεταμένης οικογένειας.
- **Μακροσύστημα:** Πολιτισμικές αξίες, κοινωνικές νόρμες, θεσμικά πλαίσια, πολιτικές αποφάσεις. Στο ελληνικό πλαίσιο, αυτό το επίπεδο ανάλυσης αναδεικνύει τη σημασία του μεσογειακής οικογένειας και των πολιτικών λιτότητας (Kentikelenis et al., 2011; Zigante, 2018).
- **Χρονosύστημα:** Η διάσταση του χρόνου δηλαδή, πώς αλλάζουν οι σχέσεις φροντίδας με την πάροδο του χρόνου, πώς επηρεάζουν τα ιστορικά γεγονότα (κρίση, πανδημία) τις συνθήκες φροντίδας.

Συστημικά Μοντέλα: Τα συστημικά μοντέλα προσεγγίζουν τη φροντίδα ως ένα αναδυόμενο κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο δεν μπορεί να ερμηνευθεί αποκλειστικά μέσα από τα χαρακτηριστικά μεμονωμένων ατόμων, αλλά προκύπτει από τη δυναμική αλληλεπίδραση πολλαπλών παραγόντων και επιπέδων του κοινωνικού περιβάλλοντος (White & Klein, 2008). Στο πλαίσιο αυτό, η εμπειρία της φροντίδας διαμορφώνεται μέσα από την αλληλεπίδραση ατομικών, οικογενειακών και θεσμικών παραμέτρων. Η προσέγγιση αυτή έχει σημαντικές πρακτικές συνέπειες για τον σχεδιασμό παρεμβάσεων, καθώς υποδεικνύει ότι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται αποκλειστικά είτε στον φροντιστή (π.χ. ψυχολογική υποστήριξη) είτε στον φροντιζόμενο (π.χ. ιατρική φροντίδα) ενδέχεται να έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα, εφόσον δεν λαμβάνουν υπόψη τους ευρύτερους δομικούς και κοινωνικούς παράγοντες όπως είναι τα θεσμικά κενά ή οι κοινωνικές νόρμες, που επηρεάζουν τις συνθήκες παροχής φροντίδας (Bronfenbrenner, 1979; White & Klein, 2008).

Η οικολογική και συστημική προσέγγιση αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμη για την κατανόηση της ελληνικής περίπτωσης, καθώς επιτρέπει την ανάλυση των τρόπων με τους οποίους μακροκοινωνικές και οικονομικές μεταβολές επηρεάζουν σταδιακά τις

οικογενειακές πρακτικές φροντίδας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η οικονομική κρίση, η οποία μέσω αλληλένδετων διαδικασιών, όπως οι περικοπές στις δημόσιες υπηρεσίες, η αύξηση της ανεργίας και η επιστροφή ενηλίκων παιδιών στο πατρικό τους, οδήγησε στην ενίσχυση της οικογενειακής φροντίδας και στην αυξημένη επιβάρυνση συγκεκριμένων μελών της οικογένειας. Οι επιπτώσεις αυτές συχνά εκδηλώνονται στην καθημερινότητα ατόμων μέσης ηλικίας που καλούνται να φροντίσουν ταυτόχρονα ηλικιωμένους γονείς και εξαρτώμενα μέλη της νεότερης γενιάς, ένα φαινόμενο που στη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφεται ως «sandwich generation» (Albertini et al., 2022).

2.1.5 Η Θεωρία της Ανθεκτικότητας

Μια σχετικά πρόσφατη θεωρητική κατεύθυνση στη μελέτη της άτυπης φροντίδας εστιάζει στην έννοια της ανθεκτικότητας (resilience), η οποία αναφέρεται στην ικανότητα ατόμων και οικογενειών να αντιμετωπίζουν, να προσαρμόζονται και να εξελίσσονται παρά την παρουσία δυσμενών συνθηκών ή αντιξοοτήτων (Windle, 2011). Στο πλαίσιο της άτυπης φροντίδας, η ανθεκτικότητα δεν περιορίζεται απλώς στη διατήρηση της λειτουργικότητας του φροντιστή υπό συνθήκες αυξημένων απαιτήσεων, αλλά περιλαμβάνει επίσης την ικανότητα νοηματοδότησης της εμπειρίας της φροντίδας, τη διατήρηση σημαντικών διαπροσωπικών σχέσεων και την ανάπτυξη στρατηγικών διαχείρισης του ψυχολογικού και πρακτικού φορτίου της φροντίδας, χωρίς να οδηγείται ο φροντιστής σε κατάσταση εξουθένωσης (Gaugler, Kane, & Newcomer, 2007).

Παράλληλα, η προσέγγιση της θετικής ψυχολογίας στη φροντίδα αναδεικνύει ότι οι φροντιστές δεν βιώνουν αποκλειστικά αρνητικές επιπτώσεις από τον ρόλο τους, αλλά συχνά αναφέρουν και θετικές ψυχοκοινωνικές μεταβολές. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται η ενίσχυση των διαπροσωπικών δεσμών, η ανάπτυξη αίσθησης σκοπού και προσωπικού νοήματος, ο εμπλουτισμός των προσωπικών αξιών και η καλλιέργεια νέων ψυχολογικών δεξιοτήτων (Tarlow et al., 2004). Στο ίδιο πλαίσιο, η έννοια της posttraumatic growth αναφέρεται στη θετική ψυχολογική αλλαγή που μπορεί να προκύψει ως αποτέλεσμα της προσπάθειας προσαρμογής σε ιδιαίτερα απαιτητικές ή στρεσογόνες

συνθήκες, και έχει τεκμηριωθεί και σε πληθυσμούς άτυπων φροντιστών (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Στην ελληνική κοινωνία, η οικογενειακή παράδοση φροντίδας φαίνεται να εμπεριέχει σημαντικούς πόρους ανθεκτικότητας. Στοιχεία όπως η οικογενειακή αλληλεγγύη, οι ισχυροί δεσμοί αμοιβαίας υποστήριξης μεταξύ των μελών της οικογένειας και η πολιτισμική ή θρησκευτική νοηματοδότηση της φροντίδας λειτουργούν συχνά ως προστατευτικοί παράγοντες για τους φροντιστές (Sapountzi-Krepia et al., 2008). Η αναγνώριση και η κατανόηση αυτών των πόρων ανθεκτικότητας μπορεί να συμβάλει στον σχεδιασμό πολιτικών υποστήριξης που δεν αποδυναμώνουν τις υπάρχουσες μορφές οικογενειακής αλληλεγγύης, αλλά τις ενισχύουν συμπληρωματικά. Αντίθετα, πολιτικές που υποκαθιστούν πλήρως την οικογενειακή φροντίδα ενδέχεται να αποδυναμώσουν τους κοινωνικούς αυτούς μηχανισμούς, αντί να τους ενισχύσουν (Passa et al., 2026).

2.2 Η Άτυπη Φροντίδα στο Ευρωπαϊκό Πλαίσιο

Η Ευρώπη δεν αποτελεί ένα ενιαίο σύνολο ως προς την οργάνωση και τη θεσμική αντιμετώπιση της άτυπης φροντίδας. Αντίθετα, χαρακτηρίζεται από έντονη εθνική και περιφερειακή ετερογένεια, η οποία αντανακλά διαφορετικές ιστορικές παραδόσεις πρόνοιας, πολιτισμικές αξίες και οικονομικές δυνατότητες των κρατών-μελών. Οι διαφορές αυτές επηρεάζουν τόσο τον βαθμό ανάπτυξης των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας όσο και τον ρόλο που αποδίδεται στην οικογένεια και στους άτυπους φροντιστές στο πλαίσιο των συστημάτων κοινωνικής προστασίας (Saraceno & Keck, 2011; Zigante, 2018). Η κατανόηση αυτής της ετερογένειας αποτελεί βασική προϋπόθεση για τη συγκριτική ανάλυση των πολιτικών φροντίδας και για τη θεωρητική τοποθέτηση της ελληνικής περίπτωσης στο ευρύτερο ευρωπαϊκό πλαίσιο (European Commission, 2021).

2.2.1 Τυπολογίες Καθεστώτων Πρόνοιας και Πολιτικές Φροντίδας στην Ευρώπη

Η Θεμελιώδης Τυπολογία: Η τυπολογία που διατύπωσε ο Esping-Andersen (1990) στο έργο *The Three Worlds of Welfare Capitalism* αποτελεί ένα από τα πλέον επιδραστικά θεωρητικά σχήματα στη συγκριτική ανάλυση των κρατών πρόνοιας. Ο Esping-Andersen διακρίνει τρεις βασικούς τύπους καθεστώτων πρόνοιας, οι οποίοι διαφοροποιούνται ως προς τον βαθμό κρατικής παρέμβασης, τον ρόλο της αγοράς και τη σημασία της οικογένειας στην παροχή κοινωνικής προστασίας (Esping-Andersen, 1990; Daly & Lewis, 2000).

- **Το φιλελεύθερο καθεστώς πρόνοιας** (π.χ. Ηνωμένο Βασίλειο, Ηνωμένες Πολιτείες, Καναδάς, Αυστραλία) χαρακτηρίζεται από περιορισμένο βαθμό κρατικής παρέμβασης και ισχυρή εξάρτηση από μηχανισμούς της αγοράς και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Οι κοινωνικές παροχές είναι συχνά στοχευμένες προς τις πιο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, ενώ η παροχή φροντίδας αντιμετωπίζεται κυρίως ως ατομική ή οικογενειακή ευθύνη (Esping-Andersen, 1990).
- **Το συντηρητικό ή κορπορατιστικό καθεστώς πρόνοιας** (π.χ. Γερμανία, Αυστρία, Γαλλία, Ολλανδία) αποδίδει σημαντικό ρόλο στην οικογένεια ως βασική μονάδα κοινωνικής προστασίας, ενώ το κράτος παρέχει συμπληρωματικές παροχές που αναγνωρίζουν και υποστηρίζουν αυτόν τον ρόλο. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Γερμανία, η οποία εισήγαγε το 1994 το σύστημα ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας (*Pflegeversicherung*), παρέχοντας οικονομική υποστήριξη τόσο για επαγγελματικές υπηρεσίες φροντίδας όσο και για άτυπους φροντιστές (Rothgang, 2010).
- **Το σοσιαλδημοκρατικό καθεστώς πρόνοιας** (π.χ. Σουηδία, Δανία, Νορβηγία, Φινλανδία) χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη ανάπτυξη δημόσιων υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και υψηλό βαθμό απο-οικογενειοποίησης της φροντίδας. Στα συστήματα αυτά, η παροχή φροντίδας αντιμετωπίζεται ως συλλογική κοινωνική ευθύνη, με σημαντική δημόσια επένδυση σε υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας και υποστήριξης των φροντιστών (Anttonen & Sipilä, 1996).

Η αρχική τυπολογία του Esping-Andersen κρίθηκε από αρκετούς ερευνητές ανεπαρκής για την κατανόηση των συστημάτων πρόνοιας της Νότιας Ευρώπης. Με βάση αυτή την κριτική, ο Ferrera (1996) και άλλοι ερευνητές πρότειναν την αναγνώριση ενός τέταρτου τύπου, γνωστού ως μεσογειακό ή οικογενειοκεντρικό μοντέλο πρόνοιας, το οποίο περιλαμβάνει χώρες όπως η Ελλάδα, η Ιταλία, η Ισπανία και η Πορτογαλία.

Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτού του μοντέλου περιλαμβάνουν:

- τον πρωταρχικό ρόλο της οικογένειας ως μηχανισμού κοινωνικής προστασίας
- τη σχετικά περιορισμένη ανάπτυξη δημόσιων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας
- την έντονη έμφυλη κατανομή της φροντίδας, με τις γυναίκες να αναλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος της
- την επίδραση πολιτισμικών και θρησκευτικών αξιών που ενισχύουν τον οικογενειακό χαρακτήρα της φροντίδας
- την επικουρική παρέμβαση του κράτους, η οποία ενεργοποιείται κυρίως όταν οι οικογενειακοί μηχανισμοί φροντίδας αδυνατούν να ανταποκριθούν (Ferrera, 1996; Saraceno & Keck, 2011).

Παρά τη σημαντική επιρροή της, η τυπολογία του Esping-Andersen έχει αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης επιστημονικής κριτικής. Μία βασική κριτική αφορά τον σχετικά στατικό χαρακτήρα της τυπολογίας, καθώς τα καθεστώτα πρόνοιας παρουσιάζονται ως σχετικά σταθερές κατηγορίες, χωρίς να λαμβάνονται επαρκώς υπόψη οι δυναμικές μεταβολές που προκαλούν σημαντικά κοινωνικά και οικονομικά γεγονότα, όπως οι οικονομικές κρίσεις ή οι υγειονομικές κρίσεις (Arts & Gelissen, 2002).

Επιπλέον, η τυπολογία έχει επικριθεί από φεμινιστικές προσεγγίσεις, οι οποίες επισημαίνουν ότι η ανάλυση του Esping-Andersen δεν λαμβάνει επαρκώς υπόψη τον ρόλο της άτυπης φροντίδας και της μη αμειβόμενης εργασίας που επιτελείται κυρίως από γυναίκες εκτός της αγοράς εργασίας (Daly & Lewis, 2000). Τέλος, επισημαίνεται ότι οι

χώρες που εντάσσονται στην ίδια κατηγορία ενδέχεται να παρουσιάζουν σημαντικές εσωτερικές διαφοροποιήσεις ως προς τις πολιτικές φροντίδας και τις δομές κοινωνικής προστασίας.

2.2.2 Ευρωπαϊκές Πολιτικές για τους Άτυπους Φροντιστές

Παραδοσιακά, οι πολιτικές φροντίδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση παρέμεναν κυρίως στην αρμοδιότητα των κρατών-μελών. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξανόμενη ευρωπαϊκή εμπλοκή στον τομέα της φροντίδας, κυρίως μέσω πρωτοβουλιών που στοχεύουν στην υποστήριξη των άτυπων φροντιστών και στη βελτίωση της ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και ιδιωτικής ζωής (European Commission, 2022).

Μία από τις σημαντικότερες πρωτοβουλίες αποτελεί η Οδηγία 2019/1158 για την ισορροπία επαγγελματικής και ιδιωτικής ζωής, η οποία εισήγαγε για πρώτη φορά σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης το δικαίωμα άδειας φροντιστή για εργαζομένους που παρέχουν φροντίδα σε άτομα με σημαντικές ανάγκες υποστήριξης. Παρότι η διάρκεια της άδειας παραμένει σχετικά περιορισμένη, η οδηγία σηματοδότησε μια σημαντική θεσμική εξέλιξη, αναγνωρίζοντας ότι η άτυπη φροντίδα αποτελεί ζήτημα που συνδέεται άμεσα με την αγορά εργασίας και τις κοινωνικές πολιτικές (European Parliament & Council, 2019).

Παράλληλα, η Ευρωπαϊκή Στρατηγική Φροντίδας 2022–2030 αποτελεί μια ολοκληρωμένη πρωτοβουλία που αποσκοπεί στη βελτίωση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες φροντίδας, στη στήριξη των άτυπων φροντιστών και στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας στον τομέα της φροντίδας. Η στρατηγική αυτή αναγνωρίζει ρητά τη σημαντική συμβολή των άτυπων φροντιστών στα συστήματα κοινωνικής προστασίας των ευρωπαϊκών χωρών (European Commission, 2022).

Σημαντικό θεσμικό σημείο αναφοράς αποτελεί επίσης ο Ευρωπαϊκός Πυλώνας Κοινωνικών Δικαιωμάτων, και ειδικότερα η αρχή 18, η οποία αναγνωρίζει το δικαίωμα πρόσβασης σε ποιοτικές και οικονομικά προσιτές υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας. Η

αρχή αυτή υποδηλώνει τη δέσμευση της Ευρωπαϊκής Ένωσης να ενισχύσει τα συστήματα φροντίδας και να περιορίσει την υπερβολική εξάρτηση από άτυπες μορφές οικογενειακής φροντίδας (European Commission, 2017).

Σε επίπεδο κρατών-μελών, αρκετές χώρες έχουν αναπτύξει ολοκληρωμένα συστήματα υποστήριξης των άτυπων φροντιστών.

- **Σουηδία:** Το σουηδικό μοντέλο χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη ανάπτυξη δημόσιων υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, καθώς και από πολιτικές που παρέχουν οικονομική στήριξη και υπηρεσίες ανακούφισης στους άτυπους φροντιστές. Οι τοπικές αρχές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην οργάνωση των υπηρεσιών αυτών, ενώ η υποστήριξη των φροντιστών αποτελεί μέρος της εθνικής πολιτικής μακροχρόνιας φροντίδας (Szebehely & Meagher, 2018).

- **Γερμανία:** Η Γερμανία εισήγαγε το 1994 ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας (Pflegeversicherung), το οποίο χρηματοδοτεί τόσο επαγγελματικές υπηρεσίες φροντίδας όσο και οικονομικά επιδόματα για άτυπους φροντιστές (Pflegegeld). Το σύστημα αυτό περιλαμβάνει επίσης την αναγνώριση ασφαλιστικών δικαιωμάτων για άτομα που παρέχουν φροντίδα σε συγγενείς (Rothgang, 2010).

- **Ολλανδία:** Στην Ολλανδία εφαρμόζεται ένα οργανωμένο σύστημα αξιολόγησης αναγκών φροντίδας μέσω του οργανισμού CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg), ενώ οι άτυποι φροντιστές υποστηρίζονται μέσω πολιτικών που είναι γνωστές ως mantelzorg, οι οποίες περιλαμβάνουν υπηρεσίες εκπαίδευσης, ανακούφισης και οικονομικής υποστήριξης (Da Roit & Le Bihan, 2019).

2.2.3 Δημογραφικές Μεταβολές και Αυξανόμενη Ζήτηση Φροντίδας στην Ευρώπη

Η Ευρώπη βρίσκεται αντιμέτωπη με έναν σημαντικό δημογραφικό μετασχηματισμό που αναμένεται να επηρεάσει βαθιά τη ζήτηση υπηρεσιών φροντίδας τις επόμενες

δεκαετίες. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών στην Ευρωπαϊκή Ένωση προβλέπεται να αυξηθεί σημαντικά έως το 2050, ενώ ο δείκτης εξάρτησης ηλικιωμένων, δηλαδή ο λόγος του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω προς τον πληθυσμό παραγωγικής ηλικίας, αναμένεται να διπλασιαστεί (Eurostat, 2020). Οι δημογραφικές αυτές εξελίξεις αναμένεται να ασκήσουν αυξανόμενη πίεση στα συστήματα κοινωνικής προστασίας και στις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας (European Commission, 2021).

Ο δημογραφικός αυτός μετασχηματισμός δημιουργεί αυτό που αρκετοί ερευνητές περιγράφουν ως «ψαλίδα φροντίδας» (care gap), δηλαδή την αυξανόμενη απόκλιση μεταξύ της εντεινόμενης ζήτησης υπηρεσιών φροντίδας και της περιοριζόμενης διαθεσιμότητας άτυπων φροντιστών. Η τάση αυτή συνδέεται με κοινωνικές μεταβολές όπως η αυξανόμενη συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας, η αυξημένη γεωγραφική κινητικότητα, οι αλλαγές στις οικογενειακές δομές και η αποδυνάμωση των οικογενειακών δεσμών μεταξύ των γενεών, ιδιαίτερα στα αστικά περιβάλλοντα (Colombo et al., 2011; OECD, 2021; WHO, 2021).

Ωστόσο, η πανδημία COVID-19 λειτούργησε ως ένα σημαντικό τεστ ανθεκτικότητας για τα ευρωπαϊκά συστήματα φροντίδας. Σε συγκριτική έρευνα που διεξήγαγαν οι Bergmann και Wagner (2021) σε δώδεκα ευρωπαϊκές χώρες, ανέδειξαν σημαντικές αλλαγές στην εμπειρία των άτυπων φροντιστών κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Συγκεκριμένα, εντοπίστηκαν τέσσερις βασικές επιπτώσεις:

- (α) σημαντική αύξηση του φόρτου φροντίδας λόγω της αναστολής ή του περιορισμού δημόσιων υπηρεσιών φροντίδας,
- (β) επιδείνωση της ψυχικής υγείας των φροντιστών λόγω κοινωνικής απομόνωσης,
- (γ) αύξηση της οικονομικής επιβάρυνσης των νοικοκυριών που παρέχουν φροντίδα,
- (δ) περιορισμένη πρόσβαση των φροντιστών σε υπηρεσίες υποστήριξης και ανακούφισης.

Η πανδημία ανέδειξε με ιδιαίτερη σαφήνεια τις δομικές αδυναμίες των συστημάτων φροντίδας που βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην άτυπη οικογενειακή φροντίδα και

υπογράμμισε την ανάγκη ενίσχυσης των θεσμικών μηχανισμών υποστήριξης των φροντιστών (Bergmann & Wagner, 2021; European Commission, 2021; OECD, 2023).

2.3 Η Άτυπη Φροντίδα στην Ελλάδα: Κοινωνικές, Πολιτισμικές και Θεσμικές Διαστάσεις

Η Ελλάδα αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα του μεσογειακού μοντέλου φροντίδας, στο οποίο η οικογένεια διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην παροχή υποστήριξης προς τα εξαρτώμενα μέλη της. Η ιδιαιτερότητα της ελληνικής περίπτωσης δεν περιορίζεται μόνο στα θεσμικά χαρακτηριστικά του κράτους πρόνοιας, αλλά σχετίζεται επίσης με τον συνδυασμό πολιτισμικών αξιών, ιστορικών εμπειριών και θεσμικών ρυθμίσεων που έχουν διαμορφώσει ένα ιδιαίτερο πρότυπο οργάνωσης της φροντίδας (Ferrera, 1996; Saraceno & Keck, 2011; OECD, 2023). Στο πλαίσιο αυτό, η άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα συνδέεται στενά με την οικογενειακή αλληλεγγύη και με την περιορισμένη ανάπτυξη δημόσιων υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας (Zigante, 2018; WHO, 2021).

2.3.1 Πολιτισμικές Αξίες και Οικογενειακοί Δεσμοί

Η ελληνική αντίληψη για την οικογένεια διαφοροποιείται σημαντικά από εκείνη που επικρατεί σε πολλές χώρες της Βόρειας Ευρώπης. Ενώ στις βορειοευρωπαϊκές κοινωνίες η ατομική αυτονομία και η ανεξαρτησία αποτελούν κεντρικές κοινωνικές αξίες, στην ελληνική κοινωνία η οικογένεια λειτουργεί συχνά ως ένα εκτεταμένο δίκτυο αλληλεξαρτώμενων σχέσεων που υπερβαίνει τον στενό πυρήνα γονέων και παιδιών και περιλαμβάνει ευρύτερους συγγενικούς δεσμούς (Pavolini & Ranci, 2008).

Η σημασία της οικογένειας ως βασικού μηχανισμού κοινωνικής προστασίας συνδέεται τόσο με πολιτισμικούς όσο και με ιστορικούς παράγοντες. Θρησκευτικές παραδόσεις, όπως η Ορθόδοξη χριστιανική ηθική, αποδίδουν ιδιαίτερη αξία στην οικογενειακή αλληλεγγύη και στη φροντίδα των ηλικιωμένων μελών της οικογένειας.

Παράλληλα, ιστορικές εμπειρίες οικονομικής αβεβαιότητας, μεταναστευτικών ρευμάτων και πολιτικών κρίσεων έχουν ενισχύσει τον ρόλο της οικογένειας ως βασικού δικτύου κοινωνικής ασφάλειας (Lyberaki & Tinios, 2014).

Εντούτοις, στο ελληνικό πολιτισμικό πλαίσιο, η ανάληψη φροντίδας συνδέεται συχνά με αξίες όπως η ευθύνη απέναντι στην οικογένεια, η ηθική υποχρέωση και η κοινωνική αναγνώριση. Η έννοια της φιλοτιμίας, ένας σύνθετος πολιτισμικός όρος που σχετίζεται με την αίσθηση τιμής, ευθύνης και κοινωνικής αξιοπρέπειας, επηρεάζει συχνά τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται τον ρόλο της φροντίδας προς ηλικιωμένα ή εξαρτώμενα μέλη της οικογένειας (Sapountzi-Krepia et al., 2008). Η πολιτισμική αυτή αντίληψη μπορεί να λειτουργεί ως σημαντικός μηχανισμός ενίσχυσης της οικογενειακής αλληλεγγύης, ενδέχεται όμως ταυτόχρονα να δημιουργεί εμπόδια στην αναζήτηση εξωτερικής βοήθειας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η αποδοχή θεσμικής ή επαγγελματικής υποστήριξης μπορεί να ερμηνεύεται ως ένδειξη αδυναμίας εκπλήρωσης των οικογενειακών υποχρεώσεων, γεγονός που ενδέχεται να περιορίζει την αξιοποίηση διαθέσιμων υπηρεσιών φροντίδας (Lyberaki & Tinios, 2014).

Επιπρόσθετα, η παροχή άτυπης φροντίδας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται επίσης από έντονη έμφυλη διάσταση. Μελέτες δείχνουν ότι το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας προς ηλικιωμένα ή εξαρτώμενα μέλη της οικογένειας παρέχεται από γυναίκες, κυρίως κόρες ή συζύγους (Pavolini & Ranci, 2008; Saraceno & Keck, 2011). Σε πολλές περιπτώσεις, η ανάληψη του ρόλου του φροντιστή δεν βιώνεται ως αποτέλεσμα συνειδητής επιλογής, αλλά ως φυσική επέκταση των κοινωνικών και οικογενειακών ρόλων που αποδίδονται στις γυναίκες. Η διαδικασία αυτή οδηγεί σε αυτό που ορισμένοι ερευνητές περιγράφουν ως «φυσικοποίηση» της φροντίδας, δηλαδή στην αντίληψη ότι η παροχή φροντίδας αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό της γυναικείας ταυτότητας, αποκρύπτοντας έτσι τις κοινωνικές και θεσμικές διαστάσεις του φαινομένου (Daly & Lewis, 2000).

2.3.2 Η Επίδραση της Οικονομικής Κρίσης (2010–2018)

Η οικονομική κρίση που έπληξε την Ελλάδα μετά το 2010 αποτελεί μια σημαντική εμπειρική περίοδο για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ δημοσιονομικής πολιτικής και άτυπης φροντίδας. Η εφαρμογή εκτεταμένων προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής οδήγησε σε σημαντικές μεταβολές στο σύστημα κοινωνικής προστασίας και στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας (Matsaganis, 2011; Petmesidou & Guillén, 2015).

Στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας, η οικονομική κρίση συνδέθηκε με σειρά εξελίξεων που επηρέασαν άμεσα τις οικογένειες που παρέχουν φροντίδα:

- ◆ μείωση ή αναδιάρθρωση υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, όπως τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) και άλλες τοπικές δομές κοινωνικής υποστήριξης
- ◆ περιορισμό ορισμένων κοινωνικών παροχών και επιδομάτων που υποστήριζαν άτομα με αναπηρία και τις οικογένειές τους
- ◆ αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας λόγω περιορισμών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας
- ◆ σημαντική μείωση των εισοδημάτων πολλών νοικοκυριών
- ◆ αύξηση της ανεργίας και ενίσχυση της διαγενεακής συγκατοίκησης (Matsaganis, 2011; Petmesidou & Guillén, 2015).

Υπό αυτές τις συνθήκες, η ελληνική οικογένεια λειτούργησε ως βασικός μηχανισμός απορρόφησης των κοινωνικών επιπτώσεων της κρίσης, αναλαμβάνοντας σε μεγάλο βαθμό την παροχή φροντίδας που το κράτος αδυνατούσε πλέον να εξασφαλίσει. Προγενέστερες έρευνες είχαν ήδη αναδείξει τον σημαντικό ρόλο της οικογένειας στη φροντίδα ηλικιωμένων στην Ελλάδα· η οικονομική κρίση, ωστόσο, ενίσχυσε περαιτέρω αυτή την τάση, αυξάνοντας την εξάρτηση από άτυπες μορφές φροντίδας (Sapountzi-Krepia et al., 2008; Lyberaki & Tinios, 2014).

Ένα ιδιαίτερα έντονο φαινόμενο που αναδείχθηκε κατά την περίοδο της κρίσης είναι αυτό της λεγόμενης «σάντουιτς γενιάς» (sandwich generation). Ο όρος αναφέρεται σε άτομα μέσης ηλικίας που καλούνται να παρέχουν ταυτόχρονα φροντίδα σε ηλικιωμένους

γονείς και σε παιδιά που εξακολουθούν να εξαρτώνται οικονομικά από την οικογένεια. Η ταυτόχρονη αυτή ανάληψη πολλαπλών ρόλων φροντίδας, σε συνδυασμό με οικονομικές πιέσεις και επαγγελματικές υποχρεώσεις, δημιουργεί σημαντικές προκλήσεις για την ψυχολογική και οικονομική ευημερία των φροντιστών (Saraceno, 2010; Pavolini & Ranci, 2008).

2.3.3 Θεσμικό Πλαίσιο Άτυπης Φροντίδας στην Ελλάδα: Κενά και Προοπτικές

Σε αντίθεση με αρκετές ευρωπαϊκές χώρες που έχουν αναπτύξει ολοκληρωμένα συστήματα πολιτικών για τους άτυπους φροντιστές, η Ελλάδα δεν διαθέτει ακόμη ένα συνεκτικό εθνικό νομοθετικό πλαίσιο που να ορίζει τον «άτυπο φροντιστή» ως διακριτή νομική κατηγορία με συγκεκριμένα δικαιώματα και παροχές. Η θεσμική αναγνώριση της άτυπης φροντίδας παραμένει σε μεγάλο βαθμό αποσπασματική και ενσωματώνεται κυρίως σε νομοθετικές διατάξεις που αφορούν άτομα με αναπηρία ή χρόνιες παθήσεις, εστιάζοντας περισσότερο στον φροντιζόμενο παρά στον ίδιο τον φροντιστή (Zigante, 2018; European Commission, 2021).

Επιπρόσθετα, στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής προστασίας εντοπίζονται σημαντικά θεσμικά κενά ως προς την αναγνώριση και την υποστήριξη των άτυπων φροντιστών. Ειδικότερα, απουσιάζουν:

- ❖ ένα εθνικό μητρώο άτυπων φροντιστών που θα επέτρεπε την αποτελεσματική καταγραφή των αναγκών και τον καλύτερο σχεδιασμό πολιτικών υποστήριξης
- ❖ ένα σύστημα οικονομικής αποζημίωσης ή επιδόματος για άτυπους φροντιστές (caregiver allowance), το οποίο θα αναγνώριζε το οικονομικό και εργασιακό κόστος που συνεπάγεται ο ρόλος της φροντίδας
- ❖ η θεσμική αναγνώριση περιόδων παροχής φροντίδας για συνταξιοδοτικούς σκοπούς, ζήτημα ιδιαίτερα σημαντικό δεδομένου ότι το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας παρέχεται από γυναίκες
- ❖ επαρκώς ανεπτυγμένες δομές ψυχολογικής υποστήριξης και εκπαίδευσης φροντιστών

- ❖ υπηρεσίες προσωρινής ανακούφισης των φροντιστών (respite care)
- ❖ μια ολοκληρωμένη εθνική στρατηγική για τη μακροχρόνια φροντίδα που να ενσωματώνει και να υποστηρίζει θεσμικά τους άτυπους φροντιστές (OECD, 2021; European Commission, 2021; OECD, 2023).

Εκτός από τις θεσμικές ελλείψεις, σημαντικό εμπόδιο αποτελεί και το περιορισμένο επίπεδο ενημέρωσης των ίδιων των φροντιστών σχετικά με τα διαθέσιμα δικαιώματα και τις κοινωνικές παροχές. Έρευνες στην Ελλάδα δείχνουν ότι πολλοί άτυποι φροντιστές δεν γνωρίζουν τα επιδόματα που δικαιούνται, τις διαθέσιμες κοινωνικές υπηρεσίες ή τα διοικητικά εργαλεία που μπορούν να αξιοποιήσουν για τη στήριξή τους. Η κατάσταση αυτή συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τη διοικητική πολυπλοκότητα του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας και με την περιορισμένη διάχυση πληροφοριών προς τους δυνητικούς ωφελούμενους (Lyberaki & Tinios, 2014).

Παρά τα παραπάνω θεσμικά κενά, τα τελευταία χρόνια διαφαίνονται ορισμένες ενδείξεις θεσμικής εξέλιξης. Η εναρμόνιση της ελληνικής νομοθεσίας με την Οδηγία (ΕΕ) 2019/1158 για την ισορροπία επαγγελματικής και ιδιωτικής ζωής, καθώς και η υιοθέτηση πολιτικών που σχετίζονται με την υποστήριξη ατόμων με αναπηρία, υποδηλώνουν μια σταδιακή μετατόπιση προς μεγαλύτερη αναγνώριση του ρόλου των άτυπων φροντιστών (European Parliament & Council, 2019).

Επιπλέον, ορισμένες πρωτοβουλίες σε τοπικό επίπεδο, όπως προγράμματα υποστήριξης φροντιστών που υλοποιούνται από δήμους ή οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών, συμβάλλουν στην ανάπτυξη δομών ενημέρωσης και υποστήριξης των οικογενειακών φροντιστών (Zigante, 2018). Η ενσωμάτωση ευρωπαϊκών πολιτικών και η ανάπτυξη μιας εθνικής στρατηγικής για τη μακροχρόνια φροντίδα αποτελούν σημαντικές προϋποθέσεις για τη βελτίωση του θεσμικού πλαισίου στο μέλλον.

2.3.4 Η Πανδημία COVID-19 και το Ελληνικό Μοντέλο Φροντίδας

Η πανδημία COVID-19 επηρέασε σημαντικά το ελληνικό μοντέλο φροντίδας, αναδεικνύοντας τόσο τις δυνατότητες όσο και τις αδυναμίες του συστήματος φροντίδας. Τα μέτρα περιορισμού της κυκλοφορίας και κοινωνικής αποστασιοποίησης, επηρέασαν άμεσα τις καθημερινές πρακτικές οικογενειακής φροντίδας, περιορίζοντας τη φυσική επαφή μεταξύ των μελών της οικογένειας και μειώνοντας τη συχνότητα διαγενεακών αλληλεπιδράσεων (Bergmann & Wagner, 2021).

Ταυτόχρονα, η πανδημία ανέδειξε τη σημασία των οικογενειακών δικτύων υποστήριξης στην Ελλάδα. Πολλές οικογένειες κινητοποιήθηκαν προκειμένου να εξασφαλίσουν τη φροντίδα των ηλικιωμένων μελών τους, αναπτύσσοντας εναλλακτικούς τρόπους επικοινωνίας και αλληλοβοήθειας. Ωστόσο, η κινητοποίηση αυτή δεν μπορούσε να υποκαταστήσει πλήρως τις δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας που ανεστάλησαν ή περιορίστηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας (European Commission, 2021).

Τέλος, η κρίση ανέδειξε εκ νέου την έμφυλη διάσταση της φροντίδας, καθώς το μεγαλύτερο μέρος της επιπλέον φροντίδας που προέκυψε κατά τη διάρκεια της πανδημίας επιβάρυνε κυρίως τις γυναίκες, οι οποίες ήδη διαδραμάτιζαν κεντρικό ρόλο στην παροχή άτυπης φροντίδας εντός της οικογένειας (Bergmann & Wagner, 2021; OECD, 2021).

2.4 Επιπτώσεις της Άτυπης Φροντίδας στην Υγεία και Ευημερία των Φροντιστών

Η προηγούμενη ενότητα ανέδειξε τις βασικές ιδιαιτερότητες του ελληνικού μοντέλου φροντίδας, το οποίο χαρακτηρίζεται από έντονη οικογενειοκεντρική οργάνωση, περιορισμένη ανάπτυξη θεσμικών δομών μακροχρόνιας φροντίδας και ισχυρές πολιτισμικές αξίες οικογενειακής αλληλεγγύης. Στο πλαίσιο αυτό, η παροχή φροντίδας μεταφέρεται σε μεγάλο βαθμό στην οικογένεια και ειδικότερα στα μέλη εκείνα που αναλαμβάνουν τον ρόλο του άτυπου φροντιστή. Η αυξημένη αυτή εξάρτηση από άτυπες μορφές φροντίδας έχει σημαντικές συνέπειες όχι μόνο για τα άτομα που λαμβάνουν φροντίδα αλλά και για τους ίδιους τους φροντιστές. Για τον λόγο αυτό, η κατανόηση των επιπτώσεων της άτυπης φροντίδας στην υγεία και ευημερία των φροντιστών αποτελεί

κρίσιμη διάσταση της δημόσιας υγείας και βασική προϋπόθεση για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών πολιτικών υποστήριξης. Στην επόμενη ενότητα εξετάζονται αναλυτικά οι κύριες ψυχολογικές, σωματικές και κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις που μπορεί να βιώνουν οι άτυποι φροντιστές, καθώς και οι θετικές διαστάσεις που ενδέχεται να συνοδεύουν την εμπειρία της φροντίδας.

Η άτυπη φροντίδα αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους αλλά συχνά υποτιμημένους πυλώνες των σύγχρονων συστημάτων υγείας και κοινωνικής προστασίας. Σε πολλές χώρες, ιδιαίτερα σε εκείνες όπου οι υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας παραμένουν περιορισμένες, οι οικογένειες αναλαμβάνουν μεγάλο μέρος της καθημερινής υποστήριξης ηλικιωμένων ατόμων, ατόμων με χρόνιες παθήσεις ή αναπηρίες. Ως αποτέλεσμα, οι άτυποι φροντιστές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διατήρηση της λειτουργικότητας των συστημάτων φροντίδας και στην υποστήριξη της ποιότητας ζωής των ατόμων που λαμβάνουν φροντίδα (Schulz & Sherwood, 2008; European Commission, 2021).

Ωστόσο, η ανάληψη αυτού του ρόλου δεν είναι χωρίς κόστος για τους ίδιους τους φροντιστές. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει καταδείξει ότι η παροχή μακροχρόνιας φροντίδας συνδέεται με σημαντικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία, στην ψυχική ευημερία, στις κοινωνικές σχέσεις και στην οικονομική κατάσταση των φροντιστών (Cruz et al., 2023). Οι επιπτώσεις αυτές προκύπτουν από τον συνδυασμό πολλαπλών παραγόντων, όπως η ένταση και η διάρκεια της φροντίδας, η σοβαρότητα της κατάστασης υγείας του φροντιζόμενου, οι διαθέσιμοι πόροι υποστήριξης και οι κοινωνικές προσδοκίες που συνοδεύουν τον ρόλο του φροντιστή (Pinquart & Sörensen, 2003).

Στην βιβλιογραφία της δημόσιας υγείας, η εμπειρία της φροντίδας προσεγγίζεται συχνά μέσα από την έννοια του caregiver burden, η οποία αναφέρεται στο σύνολο των ψυχολογικών, σωματικών, κοινωνικών και οικονομικών επιβαρύνσεων που μπορεί να βιώσει ένα άτομο κατά την παροχή φροντίδας σε μέλος της οικογένειας ή άλλο εξαρτώμενο άτομο (Choi et al., 2024). Η έννοια αυτή περιλαμβάνει τόσο το αντικειμενικό φορτίο της φροντίδας, όπως ο χρόνος και οι απαιτήσεις της καθημερινής φροντίδας, όσο

και την υποκειμενική εμπειρία του στρες, της κόπωσης και της συναισθηματικής πίεσης που μπορεί να συνοδεύει τον ρόλο του φροντιστή.

Παράλληλα, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι η εμπειρία της φροντίδας δεν περιορίζεται αποκλειστικά σε αρνητικές επιπτώσεις. Πολλές μελέτες έχουν αναδείξει ότι η παροχή φροντίδας μπορεί να συνδέεται και με θετικές εμπειρίες, όπως η ενίσχυση των οικογενειακών δεσμών, η ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων και η αίσθηση προσωπικής ικανοποίησης που προκύπτει από την υποστήριξη ενός αγαπημένου προσώπου (Tarlow et al., 2004; Liu et al., 2020). Για τον λόγο αυτό, η σύγχρονη έρευνα προσεγγίζει την άτυπη φροντίδα ως ένα σύνθετο και πολυδιάστατο φαινόμενο που περιλαμβάνει τόσο προκλήσεις όσο και δυνατότητες προσωπικής ανάπτυξης.

Η κατανόηση των επιπτώσεων της άτυπης φροντίδας στην υγεία και ευημερία των φροντιστών είναι ιδιαίτερα σημαντική για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών πολιτικών δημόσιας υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Η αναγνώριση των αναγκών των φροντιστών και η ανάπτυξη κατάλληλων μηχανισμών υποστήριξης, όπως υπηρεσίες ανακούφισης, προγράμματα ψυχολογικής υποστήριξης και ευέλικτες μορφές εργασίας, μπορούν να συμβάλουν ουσιαστικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των φροντιστών όσο και των φροντιζόμενων ατόμων (OECD, 2021; OECD, 2023).

Στις επόμενες ενότητες εξετάζονται αναλυτικότερα οι βασικές διαστάσεις των επιπτώσεων της άτυπης φροντίδας, με ιδιαίτερη έμφαση στις ψυχολογικές, σωματικές και κοινωνικοοικονομικές συνέπειες που αντιμετωπίζουν οι φροντιστές.

Ψυχολογικές Επιπτώσεις της Φροντίδας

Ένα από τα πιο συχνά καταγεγραμμένα αποτελέσματα της άτυπης φροντίδας αφορά την ψυχολογική επιβάρυνση των φροντιστών. Πλήθος μελετών έχει δείξει ότι οι άτυποι φροντιστές εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και συναισθηματικής εξάντλησης σε σύγκριση με άτομα που δεν παρέχουν φροντίδα (Pinquart & Sörensen, 2003).

Η ψυχολογική επιβάρυνση σχετίζεται με διάφορους παράγοντες, όπως η ένταση και η διάρκεια της φροντίδας, η σοβαρότητα της κατάστασης υγείας του φροντιζόμενου και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. Ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα ψυχολογικού στρες έχουν καταγραφεί σε φροντιστές ατόμων με άνοια, καθώς οι γνωστικές και συμπεριφορικές διαταραχές των ασθενών δημιουργούν αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας και συναισθηματική επιβάρυνση (Schulz & Sherwood, 2008; Choi et al., 2024).

Η παρατεταμένη έκθεση σε στρεσογόνες συνθήκες φροντίδας μπορεί να οδηγήσει σε φαινόμενα συναισθηματικής εξουθένωσης (burnout), τα οποία χαρακτηρίζονται από αίσθημα εξάντλησης, μειωμένη ψυχολογική ανθεκτικότητα και απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που παλαιότερα παρείχαν ικανοποίηση. Επιπλέον, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι φροντιστές εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Schulz & Sherwood, 2008).

Σωματικές Επιπτώσεις

Εκτός από τις ψυχολογικές συνέπειες, η άτυπη φροντίδα μπορεί να επηρεάσει και τη σωματική υγεία των φροντιστών. Η συνεχής παροχή φροντίδας, ιδιαίτερα όταν περιλαμβάνει απαιτητικές δραστηριότητες όπως η μετακίνηση ή η προσωπική φροντίδα του φροντιζόμενου, μπορεί να οδηγήσει σε μυοσκελετικά προβλήματα, χρόνια κόπωση και διαταραχές ύπνου (Vitaliano et al., 2003; Choi et al., 2024).

Η χρόνια έκθεση σε στρες έχει επίσης συνδεθεί με αρνητικές επιπτώσεις στο ανοσοποιητικό και καρδιαγγειακό σύστημα. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι φροντιστές εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα βιολογικών δεικτών στρες, γεγονός που μπορεί να συμβάλλει στην ανάπτυξη χρόνιων παθήσεων όπως η υπέρταση και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Ιδιαίτερα ανησυχητικά είναι τα ευρήματα που δείχνουν ότι οι φροντιστές συχνά παραμελούν τη δική τους υγεία, καθώς οι αυξημένες απαιτήσεις φροντίδας περιορίζουν τον χρόνο που διαθέτουν για ιατρικές εξετάσεις, φυσική άσκηση ή κοινωνικές

δραστηριότητες. Αυτή η κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της συνολικής υγείας και ευημερίας τους (Vitaliano et al., 2003; Liu et al., 2020).

Κοινωνικές και Οικονομικές Επιπτώσεις

Η παροχή άτυπης φροντίδας μπορεί επίσης να επηρεάσει σημαντικά την κοινωνική ζωή και την οικονομική κατάσταση των φροντιστών. Σε πολλές περιπτώσεις, οι φροντιστές αναγκάζονται να μειώσουν τις ώρες εργασίας τους ή ακόμη και να εγκαταλείψουν την εργασία τους, γεγονός που οδηγεί σε απώλεια εισοδήματος και περιορισμένες επαγγελματικές ευκαιρίες (OECD, 2021).

Η κατάσταση αυτή επηρεάζει ιδιαίτερα τις γυναίκες, οι οποίες αναλαμβάνουν συχνότερα τον ρόλο του φροντιστή. Η μείωση της συμμετοχής τους στην αγορά εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερα εισοδήματα και μειωμένα συνταξιοδοτικά δικαιώματα στο μέλλον, συμβάλλοντας στη διεύρυνση των οικονομικών ανισοτήτων μεταξύ των φύλων (Daly & Lewis, 2000). Παράλληλα, η έντονη ενασχόληση με τη φροντίδα μπορεί να περιορίσει τις κοινωνικές δραστηριότητες των φροντιστών, οδηγώντας σε κοινωνική απομόνωση και μειωμένη κοινωνική συμμετοχή. Η απομόνωση αυτή μπορεί να ενισχύσει περαιτέρω τις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις της φροντίδας (Schulz & Sherwood, 2008; Cruz et al., 2023).

Θετικές Διαστάσεις της Φροντίδας

Παρόλο που μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας εστιάζει στις αρνητικές επιπτώσεις της φροντίδας, αρκετές μελέτες έχουν αναδείξει και τις θετικές διαστάσεις της εμπειρίας αυτής. Πολλοί φροντιστές αναφέρουν ότι η παροχή φροντίδας ενισχύει τις οικογενειακές σχέσεις, δημιουργεί αίσθημα σκοπού και συμβάλλει στην προσωπική ανάπτυξη (Tarlow et al., 2004; Cruz et al., 2023).

Η εμπειρία της φροντίδας μπορεί επίσης να ενισχύσει την ανθεκτικότητα (resilience) των φροντιστών, δηλαδή την ικανότητά τους να προσαρμόζονται σε δύσκολες συνθήκες και να αναπτύσσουν νέες δεξιότητες αντιμετώπισης προβλημάτων. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η εμπειρία της φροντίδας έχει συνδεθεί με φαινόμενα μετατραυματικής ανάπτυξης (post-traumatic growth), όπου τα άτομα αναφέρουν θετικές αλλαγές στις αξίες, στις σχέσεις και στην αντίληψη της ζωής τους μετά από δύσκολες εμπειρίες (Tedeschi & Calhoun, 2004; Choi et al., 2024).

Η αναγνώριση τόσο των αρνητικών όσο και των θετικών πτυχών της φροντίδας είναι ιδιαίτερα σημαντική για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών πολιτικών υποστήριξης των φροντιστών. Πολιτικές που ενισχύουν την κοινωνική υποστήριξη, παρέχουν υπηρεσίες ανακούφισης και προάγουν την ψυχολογική ανθεκτικότητα μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των φροντιστών.

2.5 Σύνοψη Θεωρητικού Πλαισίου

Η ανασκόπηση των θεωρητικών προσεγγίσεων και των εμπειρικών δεδομένων που παρουσιάστηκαν στο παρόν κεφάλαιο επιτρέπει τη διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου ερμηνευτικού πλαισίου για τη μελέτη της άτυπης φροντίδας στην Ελλάδα. Η ανάλυση της άτυπης φροντίδας απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη τόσο την ατομική εμπειρία των φροντιστών όσο και τις κοινωνικές, πολιτισμικές και θεσμικές συνθήκες μέσα στις οποίες διαμορφώνεται η πρακτική της φροντίδας.

Στην πρώτη ενότητα του κεφαλαίου παρουσιάστηκαν τα βασικά θεωρητικά μοντέλα που έχουν χρησιμοποιηθεί στη διεθνή βιβλιογραφία για την ερμηνεία του φαινομένου της άτυπης φροντίδας. Το Μοντέλο Stress-Process αναδεικνύει τη δυναμική σχέση μεταξύ στρεσογόνων παραγόντων, διαθέσιμων πόρων και αποτελεσμάτων για την ψυχική και σωματική υγεία των φροντιστών, ενώ η Θεωρία της Κοινωνικής Ανταλλαγής συμβάλλει στην κατανόηση των κινήτρων και των προσδοκιών που διαμορφώνουν τις σχέσεις φροντίδας εντός της οικογένειας. Παράλληλα, οι φεμινιστικές προσεγγίσεις της φροντίδας

και η πολιτική οικονομία της φροντίδας αναδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο οι έμφυλες ανισότητες και οι κοινωνικές δομές επηρεάζουν την κατανομή του φροντιστικού έργου στις σύγχρονες κοινωνίες.

Στη συνέχεια εξετάστηκε το ευρωπαϊκό πλαίσιο οργάνωσης της φροντίδας, μέσα από τη συγκριτική ανάλυση των καθεστώτων πρόνοιας και των πολιτικών υποστήριξης των άτυπων φροντιστών. Η ανάλυση αυτή ανέδειξε σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών ως προς τον ρόλο του κράτους, της αγοράς και της οικογένειας στην παροχή φροντίδας. Παράλληλα, παρουσιάστηκαν οι βασικές πρωτοβουλίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της μακροχρόνιας φροντίδας και της υποστήριξης των φροντιστών.

Η τρίτη ενότητα επικεντρώθηκε στις ιδιαιτερότητες του ελληνικού οικογενειοκεντρικού μοντέλου φροντίδας, αναδεικνύοντας τον κεντρικό ρόλο της οικογένειας, τις πολιτισμικές αξίες που ενισχύουν την οικογενειακή αλληλεγγύη, καθώς και τις θεσμικές αδυναμίες του συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε επίσης στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και της πανδημίας COVID-19, οι οποίες ανέδειξαν τόσο τις δυνατότητες όσο και τα όρια του οικογενειακού μοντέλου φροντίδας.

Στην τέταρτη ενότητα εξετάστηκαν οι επιπτώσεις της άτυπης φροντίδας στην υγεία και ευημερία των φροντιστών. Η διεθνής βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η παροχή μακροχρόνιας φροντίδας μπορεί να συνδέεται με σημαντικές ψυχολογικές, σωματικές και κοινωνικοοικονομικές επιβαρύνσεις, όπως αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, σωματική κόπωση, περιορισμό της κοινωνικής ζωής και οικονομικές δυσκολίες. Ταυτόχρονα, ωστόσο, αναγνωρίζονται και θετικές διαστάσεις της φροντίδας, όπως η ενίσχυση των οικογενειακών δεσμών, η ανάπτυξη προσωπικών δεξιοτήτων και η αίσθηση σκοπού που μπορεί να βιώνουν οι φροντιστές.

Με βάση τις παραπάνω θεωρητικές και εμπειρικές προσεγγίσεις, η άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα μπορεί να ερμηνευθεί ως ένα φαινόμενο που αναπτύσσεται μέσα από τρία αλληλένδετα επίπεδα ανάλυσης:

Επίπεδο 1: Βιωμένη εμπειρία. Το επίπεδο αυτό αφορά την καθημερινή εμπειρία του φροντιστή και περιλαμβάνει τα συναισθήματα, τα κίνητρα, τους στρεσογόνους παράγοντες και τους διαθέσιμους πόρους υποστήριξης που διαμορφώνουν την εμπειρία της φροντίδας.

Επίπεδο 2: Κοινωνικές δομές. Στο επίπεδο αυτό εξετάζονται οι κοινωνικές ανισότητες, οι έμφυλοι ρόλοι και οι οικογενειακές δυναμικές που επηρεάζουν την κατανομή της φροντίδας μεταξύ των μελών της οικογένειας.

Επίπεδο 3: Θεσμικό και πολιτισμικό πλαίσιο. Το τρίτο επίπεδο αφορά το ευρύτερο κοινωνικό και θεσμικό περιβάλλον μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η φροντίδα, συμπεριλαμβανομένων των πολιτικών πρόνοιας, των πολιτισμικών αξιών και των οικονομικών συνθηκών που διαμορφώνουν τις δυνατότητες και τους περιορισμούς της φροντίδας.

Το ερμηνευτικό αυτό σχήμα των τριών επιπέδων αποτελεί το βασικό αναλυτικό πλαίσιο της παρούσας μελέτης και θα χρησιμοποιηθεί για την ερμηνεία των ευρημάτων τόσο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης όσο και της πρωτογενούς ποιοτικής έρευνας που παρουσιάζεται στα επόμενα κεφάλαια. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται μια ολοκληρωμένη και πολυδιάστατη κατανόηση του φαινομένου της άτυπης φροντίδας στην Ελλάδα.

3. Ερευνητικό Μέρος

3.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των κοινωνικών, ψυχολογικών και θεσμικών διαστάσεων της άτυπης φροντίδας στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία, μέσω συνδυασμού βιβλιογραφικής ανασκόπησης και πρωτογενούς ποιοτικής έρευνας.

Ερευνητικά Ερωτήματα

- Ποιες είναι οι εμπειρίες των άτυπων φροντιστών στην Ελλάδα;
- Ποιες κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις σχετίζονται με την παροχή άτυπης φροντίδας;
- Ποιες οικονομικές επιβαρύνσεις προκύπτουν από τον ρόλο του φροντιστή;
- Πώς αξιολογείται η θεσμική υποστήριξη προς τους άτυπους φροντιστές;
- Πώς επηρέασε η πανδημία COVID-19 την παροχή άτυπης φροντίδας;

3.2 Μεθοδολογία

Το παρόν κεφάλαιο παρουσιάζει αναλυτικά τη μεθοδολογική προσέγγιση που υιοθετείται στην παρούσα διπλωματική εργασία. Περιγράφονται ο ερευνητικός

σχεδιασμός, η επιλογή και τα κριτήρια του δείγματος, η μέθοδος συλλογής και ανάλυσης δεδομένων, καθώς και τα ηθικά ζητήματα που διέπουν τη διεξαγωγή της έρευνας.

Ερευνητικός Σχεδιασμός

Η παρούσα μελέτη υιοθετεί μια μικτή ερευνητική στρατηγική που συνδυάζει την δευτερογενή βιβλιογραφική ανασκόπηση με την πρωτογενή ποιοτική έρευνα πεδίου. Η επιλογή αυτής της προσέγγισης απορρέει από τη φύση των ερευνητικών ερωτημάτων, τα οποία αποσκοπούν όχι απλώς στη στατιστική αποτύπωση του φαινομένου, αλλά στην εις βάθος κατανόηση των βιωμένων εμπειριών, αντιλήψεων και αναγκών των άτυπων φροντιστών.

Η ποιοτική προσέγγιση επελέγη ως η πλέον κατάλληλη, καθώς επιτρέπει την ανάδειξη της υποκειμενικής διάστασης της φροντίδας, δηλαδή του τρόπου με τον οποίο οι ίδιοι οι φροντιστές βιώνουν, ερμηνεύουν και νοηματοδοτούν τον ρόλο τους. Η ποιοτική μέθοδος είναι ιδιαίτερα ενδεδειγμένη όταν το αντικείμενο μελέτης είναι σύνθετο, ευαίσθητο και ελάχιστα ερευνημένο στο εγχώριο πλαίσιο, όπως συμβαίνει με την άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα (Sunde et al., 2025).

Η έρευνα διαρθρώνεται σε δύο αλληλοσυμπληρούμενα στάδια: πρώτον, η βιβλιογραφική ανασκόπηση της υπάρχουσας επιστημονικής γνώσης για την περίοδο 2015–2025 και δεύτερον, η πρωτογενής έρευνα πεδίου μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων με άτυπους φροντιστές στην Ελλάδα. Τα δύο στάδια δεν είναι ανεξάρτητα: τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης τροφοδοτούν τον οδηγό συνέντευξης, ενώ τα δεδομένα της πρωτογενούς έρευνας ερμηνεύονται υπό το πρίσμα του θεωρητικού πλαισίου που αναπτύχθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο.

3.2.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Στρατηγική Αναζήτησης

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση διεξήχθη με συστηματική αναζήτηση σε διεθνείς και ελληνικές βάσεις δεδομένων, μεταξύ των οποίων PubMed/MEDLINE, Scopus, Google Scholar και το Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών. Οι αναζητήσεις πραγματοποιήθηκαν με συνδυασμό λέξεων-κλειδιών στην ελληνική και αγγλική γλώσσα: «άτυπη φροντίδα», «informal caregiver», «family caregiver», «caregiver burden», «informal care Greece», «άτυπη φροντίδα», «φροντιστής», «μη αμειβόμενη φροντίδα», «άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα».

Κριτήρια συμπερίληψης στην ανασκόπηση αποτέλεσαν: (α) δημοσίευση εντός της περιόδου 2015–2025, (β) αντικείμενο σχετικό με την άτυπη φροντίδα σε ελληνικό ή/και ευρωπαϊκό πλαίσιο, (γ) εστίαση σε κοινωνικές, ψυχολογικές ή/και θεσμικές διαστάσεις, και (δ) δημοσίευση σε επιστημονικά περιοδικά με κριτές ή σε αξιόπιστες ακαδημαϊκές πηγές. Εξαιρέθηκαν μελέτες που δεν ήταν διαθέσιμες σε πλήρες κείμενο, καθώς και ανεπίσημες πηγές χωρίς ακαδημαϊκή τεκμηρίωση.

3.2.2 Πρωτογενής Έρευνα Πεδίου

Δείγμα και Δειγματοληψία

Το δείγμα της πρωτογενούς έρευνας αποτελείται από 10 άτυπους φροντιστές, οι οποίοι παρέχουν μη αμειβόμενη φροντίδα σε άτομα με χρόνια νόσο, αναπηρία ή λειτουργική εξάρτηση στην Ελλάδα. Η επιλογή των συμμετεχόντων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας (purposive sampling), με στόχο την επίτευξη

ποικιλομορφίας ως προς το φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια φροντίδας και το είδος της κατάστασης του φροντιζόμενου.

Κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα ήταν: (α) να είναι ο συμμετέχων ο κύριος άτυπος φροντιστής ενός ατόμου με χρόνια νόσο ή αναπηρία, (β) να παρέχει φροντίδα τουλάχιστον έξι μήνες, (γ) να είναι ενήλικος (18 ετών και άνω) και (δ) να κατανοεί και να μιλά ελληνικά. Εξαιρέθηκαν επαγγελματίες υγείας ή επαγγελματίες κοινωνικής φροντίδας που ενδεχομένως παρέχουν φροντίδα στο πλαίσιο της εργασίας τους.

Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων διάρκειας περίπου 20–30 λεπτών. Η ημιδομημένη μορφή επελέγη διότι συνδυάζει τη δομημένη κατεύθυνση μέσω ενός οδηγού συνέντευξης που καλύπτει τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα με την ευελιξία να εμβαθύνει σε θέματα που αναδύονται αυθόρμητα από τον συμμετέχοντα. Αυτό επιτρέπει την ανάδειξη νέων, απρόσμενων οπτικών και την προσαρμογή της ροής της συνέντευξης στην ιδιαίτερη εμπειρία κάθε φροντιστή.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν δια ζώσης ή εξ αποστάσεως (μέσω τηλεδιάσκεψης), ανάλογα με τη διαθεσιμότητα και την προτίμηση του συμμετέχοντα. Με τη ρητή συγκατάθεση των συμμετεχόντων, οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Σε περίπτωση μη συγκατάθεσης για ηχογράφηση, τηρήθηκαν αναλυτικές σημειώσεις κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Ο οδηγός συνέντευξης περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με: την καθημερινότητα του φροντιστή, τις συναισθηματικές και σωματικές επιπτώσεις της φροντίδας, τις οικονομικές επιβαρύνσεις, τη σχέση με θεσμικές υπηρεσίες και την επίδραση της πανδημίας COVID-19.

Ανάλυση Δεδομένων

Τα δεδομένα που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις αναλύθηκαν με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης (Thematic Analysis), όπως αναπτύχθηκε από τους Braun & Clarke (2006). Η μέθοδος αυτή επιτρέπει την αναγνώριση, ανάλυση και αναφορά θεματικών μοτίβων εντός των δεδομένων και θεωρείται ιδιαίτερα κατάλληλη για ερευνητικές ερωτήσεις που αφορούν βιωμένες εμπειρίες (Ahmed et al., 2025).

Η διαδικασία ανάλυσης ακολούθησε έξι στάδια: (1) εξοικείωση με τα δεδομένα μέσω επαναλαμβανόμενης ανάγνωσης των απομαγνητοφωνημένων κειμένων, (2) παραγωγή αρχικών κωδικών, (3) αναζήτηση θεμάτων, (4) αναθεώρηση θεμάτων, (5) ορισμός και ονοματοδοσία θεμάτων και (6) συγγραφή αναφοράς. Η κωδικοποίηση πραγματοποιήθηκε αρχικά επαγωγικά (inductive), επιτρέποντας στα θέματα να αναδυθούν από τα ίδια τα δεδομένα, και στη συνέχεια συνδυάστηκε με απαγωγική (deductive) κωδικοποίηση βάσει του θεωρητικού πλαισίου.

3.3 Ηθικά Ζητήματα

Η διεξαγωγή της έρευνας διέπεται από αυστηρές ηθικές αρχές, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και τις διεθνείς δεοντολογικές αρχές της επιστημονικής έρευνας.

Η συμμετοχή ήταν πλήρως εθελοντική. Κάθε συμμετέχων ενημερώθηκε διεξοδικά για τον σκοπό της έρευνας, τη διαδικασία, τη χρήση των δεδομένων και τα δικαιώματά του, πριν υπογράψει έντυπο ενημερωμένης συναίνεσης.

Ανωνυμία και εμπιστευτικότητα: Η ταυτότητα των συμμετεχόντων προστατεύθηκε πλήρως μέσω χρήσης κωδικών (π.χ. Φ1, Φ2...) αντί ονομάτων. Κανένα αναγνωριστικό στοιχείο δεν συμπεριλήφθηκε στα δεδομένα που αναλύθηκαν ή δημοσιεύθηκαν.

Δικαίωμα αποχώρησης: Οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα να αποχωρήσουν από τη διαδικασία οποιαδήποτε στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια.

Διαχείριση δεδομένων: Οι ηχογραφήσεις και τα απομαγνητοφωνημένα κείμενα αποθηκεύθηκαν σε κρυπτογραφημένο ψηφιακό χώρο, προσβάσιμο αποκλειστικά από την ερευνήτρια, και θα διαγραφούν μετά την ολοκλήρωση της εργασίας.

3.4 Περιορισμοί της Μεθοδολογίας

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους μεθοδολογικούς περιορισμούς, οι οποίοι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων. Πρώτον, το σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο του πληθυσμού των άτυπων φροντιστών. Ωστόσο, η επιλογή μικρότερου δείγματος είναι σύμφωνη με τη λογική της ποιοτικής έρευνας, η οποία στοχεύει κυρίως στην εις βάθος κατανόηση των εμπειριών, των αντιλήψεων και των νοημάτων που αποδίδουν οι συμμετέχοντες στον ρόλο της φροντίδας.

Δεύτερον, η χρήση σκόπιμης δειγματοληψίας (purposive sampling) ενδέχεται να συνεπάγεται πιθανότητα μεροληψίας επιλογής, καθώς οι φροντιστές που αποδέχθηκαν να συμμετάσχουν ενδέχεται να είναι περισσότερο πρόθυμοι να μοιραστούν τις εμπειρίες τους ή να έχουν αυξημένο ενδιαφέρον για το θέμα σε σχέση με άλλους φροντιστές. Παρά ταύτα, η μέθοδος αυτή θεωρείται κατάλληλη για ποιοτικές μελέτες, όπου η επιλογή συμμετεχόντων βασίζεται στην εμπειρία τους σε σχέση με το υπό διερεύνηση φαινόμενο.

Τέλος, η συλλογή δεδομένων μέσω αυτοαναφοράς ενδέχεται να επηρεάζεται από υποκειμενικές αντιλήψεις των συμμετεχόντων ή από την τάση διατύπωσης κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων. Για τον περιορισμό αυτού του κινδύνου, δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των συμμετεχόντων, προκειμένου να ενθαρρυνθεί η ειλικρινής έκφραση των εμπειριών και των απόψεών τους.

4. Αποτελέσματα

4.1 Αποτελέσματα Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύει ένα σύνθετο και πολυδιάστατο πλαίσιο κατανόησης της άτυπης φροντίδας, εντός του οποίου διασταυρώνονται κοινωνικοί, ψυχολογικοί, οικονομικοί και θεσμικοί παράγοντες. Τα ευρήματα που προκύπτουν από τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία επιτρέπουν τη συστηματική αποτύπωση των βασικών χαρακτηριστικών και επιπτώσεων του ρόλου του άτυπου φροντιστή, καθώς και την ανάδειξη των δομικών αδυναμιών του συστήματος φροντίδας.

Η ανάλυση οργανώνεται σε επιμέρους θεματικούς άξονες που ανταποκρίνονται στα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, καλύπτοντας τις κοινωνικές, ψυχολογικές, οικονομικές και θεσμικές διαστάσεις της άτυπης φροντίδας, καθώς και την επίδραση της πανδημίας COVID-19. Η σύνθεση των βιβλιογραφικών ευρημάτων διαμορφώνει το ερμηνευτικό πλαίσιο για την κατανόηση της εμπειρίας των άτυπων φροντιστών.

4.1.1 Κοινωνικές Διαστάσεις της Άτυπης Φροντίδας

Δημογραφικό Προφίλ των Άτυπων Φροντιστών

Η βιβλιογραφία αναδεικνύει ότι οι άτυποι φροντιστές στην Ελλάδα είναι κατά πλειοψηφία γυναίκες - κόρες, σύζυγοι ή νύφες - μέσης ηλικίας 45–65 ετών. Αυτό το εύρημα συνάδει με τα ευρωπαϊκά δεδομένα και αντικατοπτρίζει τις έμφυλες διαστάσεις της κατανομής της φροντίδας (Sapountzi-Krepia et al., 2008; ELIAMEP, 2022; Passa et al., 2026). Η παροχή φροντίδας συχνά συνδυάζεται με εργασιακές υποχρεώσεις, δημιουργώντας διπλό βάρος για τις γυναίκες φροντιστές.

Σημαντική κοινωνική διάσταση αποτελεί η κοινωνική απομόνωση που βιώνουν οι φροντιστές. Λόγω του χρόνου και της ενέργειας που απαιτεί η φροντίδα, πολλοί φροντιστές αναφέρουν σταδιακή αποχώρηση από κοινωνικές δραστηριότητες, φιλίες και ευρύτερα κοινωνικοπολιτισμικά πλαίσια. Αυτή η απομόνωση επιτείνεται από την έλλειψη κατανόησης εκ μέρους του κοινωνικού περιβάλλοντος σχετικά με τις απαιτήσεις και τις προκλήσεις του ρόλου του άτυπου φροντιστή (ELIAMEP, 2022; Passa et al., 2026).

Επίδραση στην Επαγγελματική Ζωή

Η ανάληψη του ρόλου ως άτυπου φροντιστή συχνά έχει άμεσες επιπτώσεις στην εργασιακή ζωή. Στην ελληνική βιβλιογραφία τεκμηριώνεται ότι πολλοί φροντιστές αναγκάζονται να μειώσουν τις ώρες εργασίας, να απέχουν συχνά ή και να εγκαταλείψουν πλήρως την εργασία τους προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες της παρεχόμενης φροντίδας (Passa et al., 2026). Αυτό έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες για τη συνταξιοδοτική κάλυψη, την οικονομική ανεξαρτησία και την επαγγελματική εξέλιξη, διαστάσεις που επηρεάζουν δυσανάλογα τον γυναικείο πληθυσμό άτυπων φροντιστών.

4.1.2 Ψυχολογικές Επιπτώσεις στους Φροντιστές

Βάρος Φροντίδας και Ψυχική Υγεία

Ένα από τα πιο σταθερά ευρήματα της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας είναι η υψηλή επίπτωση ψυχολογικής επιβάρυνσης στους άτυπους φροντιστές. Το caregiver burden το οποίο περιλαμβάνει στρες, άγχος, κατάθλιψη, συναισθηματική εξάντληση και αίσθηση απώλειας προσωπικής ταυτότητας - αναδεικνύεται ως κεντρικό θέμα στη βιβλιογραφία. Φροντιστές ατόμων με άνοια, εγκεφαλικό επεισόδιο ή σοβαρές ψυχικές διαταραχές φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης σε σχέση με άλλες ομάδες (Stavrianou et al., 2018; Eurofound, 2024; Passa et al., 2026).

Η έρευνα των Zarzycki & Morrison (2021), αναδεικνύει ότι τα κίνητρα ανάληψης φροντίδας επηρεάζουν σημαντικά το ψυχολογικό αποτέλεσμα, δηλαδή, φροντιστές που ενεργούν βασιζόμενοι σε εσωτερικά κίνητρα (αγάπη, αίσθηση σκοπού) τείνουν να εμφανίζουν καλύτερη ψυχική υγεία σε σχέση με εκείνους που νιώθουν πίεση ή υποχρέωση. Η παρατήρηση αυτή υπογραμμίζει τη σημασία της υποστήριξης της αίσθησης αυτονομίας και επιλογής στους φροντιστές.

Ανθεκτικότητα και Θετικές Πτυχές Φροντίδας

Παρά τις αναμφίβολες προκλήσεις, μέρος της βιβλιογραφίας αναδεικνύει και θετικές πτυχές της εμπειρίας φροντίδας: αίσθηση σκοπού και νοήματος ζωής, ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, εμβάθυνση των σχέσεων και ανάπτυξη δεξιοτήτων ανθεκτικότητας (Stavrianou et al., 2018). Φαίνεται ότι η ικανότητα εύρεσης νοήματος στη φροντίδα λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας για την ψυχική υγεία των φροντιστών, ακόμα και σε συνθήκες έντονης επιβάρυνσης. Η αναγνώριση αυτής της διπλής εμπειρίας είναι

σημαντική για τη σχεδίαση παρεμβάσεων υποστήριξης που σέβονται την πολυπλοκότητα του ρόλου του άτυπου φροντιστή (Stavrianou et al., 2018; Eurofound, 2024).

4.1.3 Οικονομικές Επιβαρύνσεις

Η οικονομική διάσταση της άτυπης φροντίδας παραμένει από τις λιγότερο ορατές, αλλά από τις πιο σημαντικές. Οι άτυποι φροντιστές αντιμετωπίζουν τριπλή οικονομική επιβάρυνση: άμεσες δαπάνες για φαρμακευτική αγωγή, βοηθητικό εξοπλισμό και πρόσβαση σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας· έμμεσες δαπάνες λόγω απώλειας εισοδήματος από μειωμένη εργασιακή απασχόληση· και αόρατο «κόστος ευκαιρίας» λόγω της εγκατάλειψης ευκαιριών επαγγελματικής ανέλιξης (European Commission, 2021; Eurofound, 2024).

Στο ελληνικό πλαίσιο, οι οικονομικές επιβαρύνσεις επιτάθηκαν σημαντικά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (2010-2018), όταν παράλληλα μειώνονταν οι δημόσιες παροχές και τα νοικοκυριά αντιμετώπιζαν μειωμένα εισοδήματα (Stavrianou et al., 2018; Passa et al., 2026). Η σύνθεση αυτών των παραγόντων δημιούργησε συνθήκες οικονομικής εξάντλησης για πολλές οικογένειες με άτυπους φροντιστές, με επιπτώσεις που συνεχίζουν να γίνονται αισθητές ακόμα και σήμερα.

4.1.4 Θεσμική Υποστήριξη και Πολιτικές

Η αξιολόγηση της θεσμικής υποστήριξης προς τους άτυπους φροντιστές στην Ελλάδα αναδεικνύει ένα τοπίο σημαντικών ελλείψεων. Ενώ σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες υπάρχουν ολοκληρωμένα πλαίσια πολιτικής -αποζημίωση φροντιστών, εκπαίδευση, ψυχολογική υποστήριξη, υπηρεσίες ανακούφισης (respite care) - στην Ελλάδα οι σχετικές πολιτικές παραμένουν αποσπασματικές και ανεπαρκώς χρηματοδοτούμενες (WHO, 2024; Passa et al., 2026).

Η έρευνα αναδεικνύει ότι οι περισσότεροι φροντιστές αγνοούν τα δικαιώματα και τις παροχές που δικαιούνται, ενώ η πρόσβαση στις υπάρχουσες υπηρεσίες εμποδίζεται από γραφειοκρατικά εμπόδια, γεωγραφικές ανισότητες και έλλειψη ενημέρωσης (Sapountzi-Krepia et al., 2008). Η απουσία ενός εθνικού μητρώου φροντιστών και ενός συνεκτικού σχεδίου εθνικής πολιτικής επιτείνει το πρόβλημα.

4.1.5 Η Επίδραση της Πανδημίας COVID-19

Η πανδημία COVID-19 έκανε εντονότερες τις υπάρχουσες αδυναμίες των συστημάτων φροντίδας. Η έρευνα των Bergmann & Wagner (2021) σε δώδεκα ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, κατέδειξε σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις: αύξηση του φόρτου φροντίδας λόγω αναστολής ή περιορισμού δημόσιων υπηρεσιών, επιδείνωση της ψυχικής υγείας των φροντιστών λόγω κοινωνικής απομόνωσης, και αυξημένος φόβος μετάδοσης του ιού στον φροντιζόμενο.

Στο ελληνικό πλαίσιο, η πανδημία επέβαλε ταυτόχρονα αύξηση των αναγκών φροντίδας και μείωση των διαθέσιμων πόρων. Κέντρα ημερήσιας φροντίδας ανεστάλησαν, επισκέψεις υγειονομικής περίθαλψης αναβλήθηκαν και η τηλεφροντίδα αναδείχθηκε ως αναγκαίο αλλά ανεπαρκώς υποστηριγμένο εργαλείο. Παράλληλα, η ψηφιακή ανισότητα που χαρακτηρίζει τους ηλικιωμένους και τους φροντιστές μεγαλύτερης ηλικίας περιόρισε την πρόσβαση σε τηλεϊατρικές υπηρεσίες (WHO, 2024).

4.1.6 Σύνοψη Βιβλιογραφικής Ανασκόπησης

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύει ότι η άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από έντονες έμφυλες ανισότητες, σημαντικές ψυχολογικές και οικονομικές επιβαρύνσεις, ανεπαρκή θεσμική υποστήριξη και αυξημένες πιέσεις λόγω οικονομικής κρίσης και πανδημίας. Ταυτόχρονα, αναδεικνύονται και θετικές πτυχές του ρόλου του φροντιστή, που σχετίζονται με το νόημα, την αλληλεγγύη και την οικογενειακή

συνοχή. Τα ευρήματα αυτά διαμορφώνουν το ερμηνευτικό πλαίσιο για την ανάλυση των δεδομένων της πρωτογενούς έρευνας που παρουσιάζεται στο επόμενο κεφάλαιο.

4.2 Αποτελέσματα Πρωτογενούς Έρευνας

Η πρωτογενής ποιοτική ανάλυση βασίστηκε σε δεδομένα που αντλήθηκαν από ημιδομημένες συνεντεύξεις με δέκα (10) άτυπους φροντιστές, με στόχο την εις βάθος κατανόηση της εμπειρίας της άτυπης φροντίδας στην Ελλάδα. Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο θεματικής ανάλυσης (Braun & Clarke, 2006), επιτρέποντας την ανάδειξη επαναλαμβανόμενων μοτίβων και κεντρικών διαστάσεων του φαινομένου.

Τα ευρήματα οργανώνονται σε εννέα (9) θεματικές κατηγορίες που αναδύθηκαν από την ανάλυση και αντανακλούν τις κύριες πτυχές της εμπειρίας των φροντιστών: την εντατικοποίηση της καθημερινότητας, τη συναισθηματική επιβάρυνση, την κοινωνική απομόνωση, τις επαγγελματικές και οικονομικές επιπτώσεις, τις ψυχολογικές διαστάσεις, τις θετικές εμπειρίες, την αβεβαιότητα για το μέλλον, τα θεσμικά κενά και την επίδραση της πανδημίας COVID-19. Η προσέγγιση αυτή επιτρέπει μια βιωματική και εις βάθος κατανόηση της άτυπης φροντίδας, συμπληρώνοντας τα ευρήματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

4.2.1 Δημογραφικά Στοιχεία Συμμετεχόντων

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 10 άτυποι φροντιστές, εκ των οποίων 7 γυναίκες (70%) και 3 άνδρες (30%). Η ηλικία κυμαινόταν από 39 έως 67 ετών, με μέση τιμή 49,6 έτη. Η μέση διάρκεια παροχής φροντίδας ανερχόταν σε 5,4 χρόνια (εύρος: 2–11 χρόνια) (Πίνακας 1). Οι φροντιζόμενοι αντιμετώπιζαν ποικίλες παθήσεις: άνοια/αγγειακή άνοια (3 περιπτώσεις), νευρολογικές/σωματικές νόσοι (4 περιπτώσεις), ψυχική διαταραχή (1), ογκολογική νόσος (1) και χρόνια σωματική νόσος (1) (Πίνακας 2).

Ως προς τη σχέση με τον φροντιζόμενο, η πλειοψηφία (6/10) ήταν κόρες ή γιοι, ακολουθούμενοι από συζύγους (2/10) και αδελφή (1/10). Επτά (7) από τους δέκα συγκατοικούσαν με τον φροντιζόμενο. Ως προς την εργασιακή κατάσταση, 6 εργαζόνταν πλήρως, 2 μερικώς, 1 ήταν άνεργη και 1 συνταξιούχος.

Κωδ.	Φύλο	Ηλικ.	Οικ. κατ.	Εκπ.	Εργ. κατ.	Σχέση	Διάγνωση φροντ/νου	Διάρκεια	Ωρες/ημ.	Συνοίκ.
Φ1	Γυν.	58	Χήρα	ΑΕΙ	Πλήρης	Κόρη	Άνοια (αρχ.)	8 έτη	5-10ω	Ναι
Φ2	Γυν.	52	Έγγαμη	Λύκειο	Μερική	Κόρη	Εγκ. επεισόδιο	5 έτη	10-15ω	Ναι
Φ3	Ανδ.	61	Έγγαμος	ΑΕΙ	Πλήρης	Γιος	Διαβήτης+επιπλ.	4 έτη	5-10ω	Όχι
Φ4	Γυν.	47	Διαζ.	ΤΕΙ	Πλήρης	Κόρη	Κιν. αναπηρία	6 έτη	5-10ω	Όχι
Φ5	Γυν.	64	Έγγαμη	Γυμν.	Άνεργη	Σύζυγος	Αγγ. άνοια	3 έτη	>15ω	Ναι
Φ6	Γυν.	39	Έγγαμη	ΑΕΙ	Μερική	Αδελφή	Ψυχ. διαταραχή	3 έτη	5-10ω	Ναι
Φ7	Ανδ.	55	Έγγαμος	Λύκειο	Πλήρης	Γιος	ΧΑΠΚ+καρδιαγγ.	7 έτη	5-10ω	Ναι
Φ8	Γυν.	43	Έγγαμη	Μεταπτ.	Πλήρης	Κόρη	Ογκολογική νόσος	2 έτη	Λιγ.<5ω	Όχι
Φ9	Γυν.	67	Έγγαμη	Δημ.	Σ/χος	Σύζυγος	Νόσος Parkinson	11 έτη	24ωρη	Ναι
Φ10	Ανδ.	50	Χήρος	ΑΕΙ	Πλήρης	Γιος	Σκλήρ. κατά πλάκας	5 έτη	5-10ω	Ναι

*Σημείωση: Φ = Φροντιστής/τρια· Διαζ. = Διαζευγμένη· Γυμν. = Γυμνάσιο· Δημ. = Δημοτικό· Μεταπτ. = Μεταπτυχιακό· Σ/χος = Συνταξιούχος

Πίνακας 1: Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων

Κωδ.	Θ1: Καθημερινότητα	Θ2: Ψυχολ. επιπτ.	Θ3: Κοιν. απομόν.	Θ4: Οικον. επιβ.	Θ5: Θεσμικές υπηρ.	Θ6: Πανδημία
Φ1	Πλήρης φροντ., 8ω/ημ.	Εξάντλ., άγχος, νόημα	Απομόν. από φίλους	200€/μ. φάρμακα	Άγνοια δικαιωμάτων	Αύξηση βάρους, φόβος
Φ2	Σωμ. φροντ.+μεταφ.	Άγχος, κούραση	Μερική απομόνωση	Μείωση ωρ. εργ.	Αρνητ. εμπ. ΚΕΠΑ	Αδυν. νοσηλείας
Φ3	Επίβλεψη φαρμάκων	Ανησυχία, ενοχή	Περιορισμός επαφών	300€/μ. εξοπλ.	Έλλ. ενημέρωσης	Αύξηση αναγκών
Φ4	Σωμ. φροντ. παράλλ. εργ.	Κούραση, σκοπός	Μέτρια απομόνωση	Άρνηση προαγωγής	Θετ. ΚΔΑΠ-ΑμεΑ	Αδυν. συνοδείας
Φ5	24ωρη επαγρύπνηση	Κατάθλιψη, απελπισία	Πλήρης απομόνωση	Απώλεια σύνταξης	Ουδεμία υπ/ξη	Πλήρης απομόνωση
Φ6	Κρίσεις+καθημ. υποστ.	Άγχος, φόβος	Ελλιπείς επαφές	Παρ. εισοδ. εργ.	Ελλιπείς ψυχ. υπ.	Αύξηση κρίσεων
Φ7	Ιατρ. επισκ., αναπν. υπ.	Ανησυχία, υπερχ. υπ.	Μέτρια απομόνωση	350€/μ. νοσηλεία	Θετ. ΚΗΦΗ, έλλ. respite	Φόβος μόλυνσης
Φ8	Μεταφ. σε χημ., νοσοκ.	Θλίψη, δύναμη σχέσης	Περιορ. επαφές	Ιδιωτ.: 500€/μ.	Έλλ. ψυχ. υποστ.	Αναστολή θεραπ.
Φ9	24ωρη φροντ., αδυν. αποχ.	Μοναξιά, αφοσίωση	Βαθιά απομόνωση	Απώλεια δικ. συντ.	Καμία βοήθεια	Χείρ. κιν. αδυν.

Κωδ.	Θ1: Καθημερινότητα	Θ2: Ψυχολ. επιπτ.	Θ3: Κοιν. απομόν.	Θ4: Οικον. επιβ.	Θ5: Θεσμικές υπηρ.	Θ6: Πανδημία
Φ10	Σωμ. φροντ., φυσιοθερ.	Αβεβαιότητα, σκοπός	Ελαφρά απομόνωση	Βοηθός: 400€/μ.	Τυχαία εύρεση υπ.	Αναστ. φυσιοθερ.

*Σημείωση: Κάθε κελί αποτυπώνει συνοπτικά το κύριο εύρημα για τον συγκεκριμένο συμμετέχοντα στον αντίστοιχο θεματικό άξονα.

Πίνακας 2: Σύνοψη Κεντρικών Ευρημάτων Ανά Συμμετέχοντα

4.2.2 Θεματικές Κατηγορίες Ανάλυσης

Θέμα 1: Εντατικοποίηση της Καθημερινότητας και Αναδιάρθρωση της Προσωπικής Ζωής

Γενικά Ευρήματα: Ένα κεντρικό χαρακτηριστικό που αναδύθηκε από το σύνολο των συνεντεύξεων είναι η ολιστική αναδιάρθρωση της καθημερινότητας των φροντιστών. Η φροντίδα δεν περιορίζεται σε επιμέρους δραστηριότητες, αλλά διαπερνά το σύνολο της καθημερινής ζωής, μετατρέποντας τον χρόνο σε έναν πόρο σχεδόν αποκλειστικά αφιερωμένο στις ανάγκες του φροντιζόμενου. Στη διεθνή βιβλιογραφία, η εμπειρία αυτή περιγράφεται ως «second full-time job», δηλαδή, μια δεύτερη πλήρης απασχόληση που συνυπάρχει (ή αντικαθιστά) την επαγγελματική.

Η απουσία δομημένης ανακούφισης αναδείχθηκε ως καθολικό εύρημα: 8/10 δεν είχαν καμία τακτική εξωτερική βοήθεια. Μόνο η Φ4 (ΚΔΑΠ-ΑμεΑ) και ο Φ7 (ΚΗΦΗ) χρησιμοποιούσαν κάποια δομή, ενώ η Φ5 και η Φ9 βίωναν 24ωρη φροντίδα χωρίς διάλειμμα.

Αξιοσημείωτη ήταν επίσης η συρρίκνωση των ορίων μεταξύ προσωπικού χρόνου και χρόνου που αφιερώνουν στην φροντίδα, καθώς η φροντίδα διαχέεται σε όλες τις πτυχές της καθημερινότητας. Ειδικότερα, 9/10 συμμετέχοντες ανέφεραν την απουσία προσωπικού χρόνου, ενώ 7/10 χρησιμοποίησαν εκφράσεις που παραπέμπουν σε εμπειρία απώλειας προσωπικής ταυτότητας. Το αίσθημα εγκλωβισμού αναδείχθηκε ως κυρίαρχο, ιδίως μεταξύ φροντιστών που παρέχουν φροντίδα σε 24ωρη βάση.

Φ2: «Μια τυπική μέρα μου; Ξυπνάω, τον ετοιμάζω, τον πηγαίνω στον γιατρό, επιστρέφω, μαγειρεύω, του δίνω φάρμακα. Δεν σου μένει τίποτα δικό σου.»

Φ9: «Δεν μπορώ να βγω ούτε για ψώνια. Τρία χρόνια δεν έχω πάει διακοπές. Είναι σαν να μην υπάρχω πια ως άτομο.»

Φ5: «Η ζωή μου έχει μπει σε παύση. Έχω ξεχάσει πότε ήταν η τελευταία φορά που έκανα κάτι για εμένα.»

Ειδικότερα στο ελληνικό πλαίσιο, η κατάσταση αυτή εμφανίζεται εντονότερη λόγω της περιορισμένης θεσμικής υποστήριξης και της ισχυρής πολιτισμικής προσδοκίας ότι η φροντίδα αποτελεί οικογενειακή ευθύνη, αναδιαμορφώνοντας ριζικά την αυτονομία, τον χρόνο και την ποιότητα ζωής των φροντιστών.

Θέμα 2: Συναισθηματική και Σωματική Εξουθένωση

Γενικά Ευρήματα: Η συναισθηματική και σωματική επιβάρυνση αναδεικνύεται ως μία από τις πλέον καθοριστικές διαστάσεις της φροντίδας και αποτυπώνεται μέσω της έννοιας του caregiver burden (Liu et al., 2020), η οποία περιλαμβάνει τόσο αντικειμενικές όσο και υποκειμενικές πτυχές επιβάρυνσης.

Η σωματική κόπωση αναφέρθηκε από 9/10 συμμετέχοντες ως συσσωρευτική και εντεινόμενη με την πάροδο του χρόνου. Ιδιαίτερα σημαντικές ήταν οι διαταραχές ύπνου (7/10) - ακόμα και κατά τις ώρες ανάπαυσης, η αδυναμία πλήρους αποφόρτισης παρέμενε. Η συναισθηματική εξουθένωση όπως άγχος, θλίψη, αίσθηση απελπισίας, αναφέρθηκε από 8/10, ενώ στοιχεία «προκαταβολικού πένθους» (anticipatory grief) εντοπίστηκαν κυρίως σε φροντιστές ατόμων με προοδευτικές νόσους (Φ1, Φ5, Φ9).

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό εύρημα ήταν η εμφάνιση συναισθημάτων ενοχής: 7/10 ανέφεραν ότι αισθάνονται ότι «δεν κάνουν αρκετά», ακόμα και όταν καταβάλλουν μέγιστη

προσπάθεια. Η ενοχή εντεινόταν ιδίως όταν οι φροντιστές επιθυμούσαν στιγμές προσωπικής αποχώρησης.

Φ1: *«Κάθε μέρα βλέπω τη μαμά μου να χάνεται λίγο λίγο. Είναι σαν πένθος που δεν έχει τελειωμό.»*

Φ3: *«Ό,τι κι αν κάνω, νιώθω ότι δεν είναι αρκετό. Και μετά νιώθω ενοχή που κουράζομαι.»*

Φ6: *«Νιώθω ενοχές όταν θέλω λίγο χρόνο για εμένα. Σαν να μην είμαι καλή αδελφή αν ζητήσω κάτι για τον εαυτό μου.»*

Παρά την επιβάρυνση, 8/10 ανέφεραν ταυτόχρονα αίσθηση νοήματος: «είναι δύσκολο, αλλά ξέρω ότι το κάνω από αγάπη». Αυτή η συνύπαρξη επιβάρυνσης και νοήματος αποτελεί κεντρικό χαρακτηριστικό της εμπειρίας της άτυπης φροντίδας.

Θέμα 3: Κοινωνική Απομόνωση και Περιορισμός Κοινωνικών Σχέσεων

Γενικά Ευρήματα: Η άτυπη φροντίδα επηρεάζει σημαντικά τις κοινωνικές σχέσεις των φροντιστών, οδηγώντας σε σταδιακή κοινωνική απόσυρση. Η αυξημένη χρονική δέσμευση και η συναισθηματική επιβάρυνση λειτουργούν ως διπλός περιοριστικός παράγοντας.

Οι συμμετέχοντες (8/10) ανέφεραν σημαντική μείωση κοινωνικών επαφών. Σημαντικό εύρημα ήταν ότι η απομόνωση δεν προκύπτει μόνο από έλλειψη χρόνου, αλλά και από τη δυσκολία των άλλων να κατανοήσουν την πραγματικότητα της φροντίδας: 6/10 ανέφεραν ότι «οι άλλοι δεν καταλαβαίνουν πόσο δύσκολο είναι», ενισχύοντας την αίσθηση αποξένωσης.

Ακόμη πιο ανησυχητικό ήταν το φαινόμενο της ψυχολογικής απουσίας ακόμα και όταν ο φροντιστής βρίσκεται φυσικά παρών: «ακόμα και όταν βγαίνω, το μυαλό μου είναι

πίσω στο σπίτι». Η φροντίδα συνοδεύει τον φροντιστή παντού, δυσχεραίνοντας οποιαδήποτε ουσιαστική αποφόρτιση.

Σε γενικές γραμμές στο ελληνικό πλαίσιο, η ευθύνη συγκεντρώνεται συχνά σε ένα άτομο (9/10 περιπτώσεις), ακόμα και όταν υπάρχουν άλλα μέλη στην οικογένεια, εντείνοντας την αίσθηση απομόνωσης (Sapountzi-Krepia et al., 2008).

Φ5: *«Μερικές φορές νιώθω εντελώς μόνη σε όλο αυτό. Δεν έχω με ποιον να μιλήσω πραγματικά.»*

Φ7: *«Οι φίλοι μου δεν καταλαβαίνουν. Βλέπουν ότι «φροντίζω τον πατέρα μου» σαν να είναι απλό πράγμα. Δεν ξέρουν τι σημαίνει αυτό στην πράξη.»*

Φ4: *«Ακόμα και όταν βγαίνω με φίλους, δεν μπορώ να χαλαρώσω πραγματικά. Το μυαλό μου είναι πάντα εκεί.»*

Θέμα 4: Επαγγελματικές και Οικονομικές Επιπτώσεις

Γενικά Ευρήματα: Η άτυπη φροντίδα επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην επαγγελματική ζωή και την οικονομική κατάσταση, επηρεάζοντας τόσο το παρόν εισόδημα όσο και τη μελλοντική ασφάλεια. Η ανάγκη συνεχούς φροντίδας δημιουργεί συγκρούσεις μεταξύ επαγγελματικών και υποχρεώσεων που προκύπτουν από την άτυπη φροντίδα, που οδηγούν σε αναγκαστικές προσαρμογές.

Εργασιακές Επιπτώσεις: Έξι (6/10) συμμετέχοντες έχουν μειώσει ή τροποποιήσει την εργασία τους. Ακόμα και εκείνοι που παραμένουν στην αγορά εργασίας αναφέρουν ποιοτική υποβάθμιση απόδοσης: «είμαι στη δουλειά, αλλά το μυαλό μου είναι αλλού». Τέσσερις (4/10) ανέφεραν ότι αρνήθηκαν ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης.

Οικονομικές Επιβαρύνσεις: Οι δαπάνες κυμαίνονταν από 150€ έως 500€ μηνιαίως, ανάλογα με τον τύπο νόσου. Ιδιαίτερη σημασία είχε το «αόρατο κόστος» - η απώλεια εισοδήματος, η περιορισμένη επαγγελματική εξέλιξη και οι χαμένες ευκαιρίες απασχόλησης που επηρεάζουν και τη μελλοντική συνταξιοδοτική ασφάλεια. Ειδικά στο

ελληνικό πλαίσιο, η επιβάρυνση αυτή επιτείνεται από την ανεπαρκή δημόσια οικονομική στήριξη προς τους φροντιστές.

- **Άμεσες δαπάνες:** Φαρμακευτική αγωγή, ιδιωτικοί ειδικοί, βοηθητικός εξοπλισμός, αναλώσιμα (150-500€/μήνα)
- **Έμμεσες δαπάνες:** Απώλεια εισοδήματος από μειωμένες ώρες εργασίας ή εγκατάλειψη θέσης
- **Κόστος ευκαιρίας:** Άρνηση προαγωγών, διακοπή επαγγελματικής εκπαίδευσης, μη συσσώρευση ασφαλιστικών δικαιωμάτων

Αξιοσημείωτο ήταν ότι 7/10 αγνοούσαν υπάρχουσες δημόσιες παροχές που δικαιούνταν, γεγονός που αποτρέπει την αξιοποίηση πόρων που θα μπορούσαν να μειώσουν το οικονομικό βάρος.

Φ9: «Δεν ξέρω καν τι δικαιούμαι. Κάποτε άκουσα για κάποιο επίδομα, αλλά τα χαρτιά ήταν τόσα πολλά... Το άφησα. Δεν είχα χρόνο.»

Φ7: «Τον ιδιώτη πνευμονολόγο τον πληρώνω 120€ κάθε φορά. Στο δημόσιο η αναμονή είναι τέσσερις μήνες. Τι να κάνω;»

Φ4: «Είχα ευκαιρία για προαγωγή. Αλλά θα σήμαινε ταξίδια. Το αρνήθηκα. Δεν μπορούσα να αφήσω τη μαμά.»

Θέμα 5: Ψυχολογικές Επιπτώσεις και Διττή Συναισθηματική Εμπειρία

Γενικά Ευρήματα: Η άτυπη φροντίδα αποτελεί μια βαθιά ψυχολογική εμπειρία που χαρακτηρίζεται από έντονες συναισθηματικές διακυμάνσεις. Η ανάλυση ανέδειξε μια διττή, αμφιθυμική συναισθηματική πραγματικότητα: η επιβάρυνση συνυπάρχει με το νόημα, η εξάντληση με την αφοσίωση, η ενοχή με την ικανοποίηση.

Αρνητικές Ψυχολογικές Εμπειρίες: Το άγχος ήταν το πιο συχνά αναφερόμενο συναίσθημα (9/10), ακολουθούμενο από θλίψη (8/10), συναισθήματα ενοχής (7/10) και

αίσθηση εσωτερικής σύγκρουσης. Ιδιαίτερα έντονη ήταν η βιωμένη απώλεια σε περιπτώσεις προοδευτικών νόσων - ένα «πένθος σε εξέλιξη» για έναν αγαπημένο που υπάρχει σωματικά αλλά χάνεται σταδιακά.

Θετικές Ψυχολογικές Εμπειρίες: Σε πολλές απαντήσεις, η φροντίδα λειτουργεί και ως πηγή συναισθηματικής σύνδεσης και ηθικής επιβεβαίωσης: «μπορεί να είναι δύσκολο, αλλά νιώθω ότι κάνω το σωστό». Η συνύπαρξη αυτή αυτών των αντιφατικών συναισθημάτων καταδεικνύει ότι η άτυπη φροντίδα αποτελεί σύνθετη ψυχολογική εμπειρία που δεν είναι εφικτό να υπάρχει μονοδιάστατη προσέγγιση.

Φ8: *«Πριν πω ότι κουράστηκα, σκέφτομαι: εκείνος κουράζεται πολύ πιο πολύ. Αυτό με βοηθά. Και επίσης... αυτή η φροντίδα με έκανε πιο ώριμη ως άνθρωπο.»*

Φ5: *«Υπάρχουν στιγμές που νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο. Και μετά τον κοιτάω και θυμάμαι γιατί το κάνω.»*

Φ10: *«Είμαι συνεχώς σε ένταση, σαν να μην μπορώ να χαλαρώσω ποτέ. Αλλά ταυτόχρονα νιώθω ότι κάνω κάτι που έχει βαθύ νόημα.»*

Θέμα 6: Θετικές Εμπειρίες και Ανάπτυξη Ανθεκτικότητας

Γενικά Ευρήματα: Παρά τις σημαντικές προκλήσεις, η ανάλυση ανέδειξε ότι η εμπειρία φροντίδας περιλαμβάνει και θετικές διαστάσεις που σχετίζονται με την ανάπτυξη ανθεκτικότητας (*resilience*), προσωπικής εξέλιξης και αίσθηση νοήματος. Το εύρημα αυτό συνάδει με τη θεωρία της *posttraumatic growth* (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Ανάπτυξη Νέων Δεξιοτήτων και Ικανοτήτων: Οκτώ (8/10) συμμετέχοντες ανέφεραν ότι μέσα από τη φροντίδα ανέπτυξαν δεξιότητες που δεν γνώριζαν ότι κατείχαν: υπομονή, ενσυναίσθηση, διαχείριση κρίσεων, γνώσεις νοσηλευτικής. Η φροντίδα λειτουργεί έτσι ως πεδίο προσωπικής μάθησης.

Εμβάθυνση Σχέσεων: Επτά (7/10) περιέγραψαν την εμπειρία ως ευκαιρία βαθύτερης σύνδεσης με τον φροντιζόμενο: «ήρθα πιο κοντά με τη μητέρα μου μέσα από αυτό» ή «η σχέση μας έγινε πιο ουσιαστική».

Ανθεκτικότητα και Ενδυνάμωση: Εξαιρετικά σημαντικό ήταν ότι πολλοί φροντιστές ανέφεραν την ανάδειξη και ενίσχυση μίας νέας εσωτερικής δύναμης: «έμαθα να αντέχω περισσότερα από όσα πίστευα» ή «με έκανε πιο δυνατή αυτή η εμπειρία». Η ανθεκτικότητα δεν εμφανιζόταν εξαρχής, αλλά αναπτυσσόταν σταδιακά ως προσαρμογή στις απαιτήσεις της κατάστασης.

Φ1: *«Όταν με κοιτάει στα μάτια και με γνωρίζει, έστω για μια στιγμή, αξίζει τα πάντα.»*

Φ8: *«Αυτή η φροντίδα με έχει αλλάξει ως άνθρωπο. Έχω αλλάξει αξίες, προτεραιότητες. Βλέπω τα πράγματα διαφορετικά τώρα.»*

Φ6: *«Έμαθα να έχω περισσότερη υπομονή και κατανόηση. Δεν ήξερα ότι μπορώ. Με έκανε πιο δυνατή αυτή η εμπειρία.»*

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι οι θετικές αυτές διαστάσεις δεν αναιρούν τις δυσκολίες, αλλά συνυπάρχουν με αυτές, αναδεικνύοντας τη δυναμική και πολυεπίπεδη φύση της φροντίδας.

Θέμα 7: Αβεβαιότητα και Ανησυχία για το Μέλλον

Γενικά Ευρήματα: Η άτυπη φροντίδα συνοδεύεται από έντονη αβεβαιότητα και ανησυχία για το μέλλον, σε πολυποίκιλα επίπεδα. Εννέα (9/10) συμμετέχοντες εξέφρασαν ανησυχίες που εκτείνονταν πέρα από την τρέχουσα κατάσταση.

Τρία Επίπεδα Ανησυχίας: Τα ευρήματα ταξινομήθηκαν σε τρία αλληλοσυνδεόμενα επίπεδα:

- **Ανησυχία για τον φροντιζόμενο:** Φόβος επιδείνωσης υγείας, αβεβαιότητα για την πορεία της νόσου, αίσθηση αδυναμίας επηρεασμού (9/10). «Δεν ξέρω τι θα φέρει το αύριο· κάθε μέρα φοβάμαι μήπως χειροτερέψει η κατάσταση».
- **Ανησυχία για τον ίδιο τον φροντιστή:** Φόβος ότι δεν θα μπορεί πλέον να ανταποκριθεί στον ρόλο αν αρρωστήσει ο ίδιος (8/10). «Φοβάμαι τι θα γίνει αν αρρωστήσω εγώ - ποιος θα τον φροντίσει;»
- **Ανησυχία για την απώλεια:** Βαθιά συναισθηματική αγωνία για την πιθανή απώλεια του αγαπημένου προσώπου και τις αλλαγές που αυτή θα επιφέρει (6/10). «Φοβάμαι τη στιγμή που δεν θα είναι πια εδώ».

Απουσία Σχεδίου Έκτακτης Ανάγκης: Επτά (7/10) δήλωσαν ότι δεν διαθέτουν σχέδιο για το τι θα γίνει αν αδυνατούν να φροντίσουν. Αυτή η απουσία ασφαλιστικής δικλείδας, όπου στο ελληνικό πλαίσιο δεν καλύπτεται από δομημένες θεσμικές υπηρεσίες, εντείνει σημαντικά το αίσθημα ανασφάλειας.

Φ9: «Αν δεν μπορώ πια να φροντίζω, ποιος θα το κάνει; Δεν υπάρχει εναλλακτική. Αυτό με τρομάζει.»

Φ3: «Δεν έχω σκεφτεί τι θα γίνει μετά, γιατί δεν υπάρχει εύκολη λύση. Νιώθω ότι είμαι μόνος σε αυτό, χωρίς εναλλακτικές.»

Θέμα 8: Θεσμικά Κενά και Ανάγκη Υποστήριξης

Γενικά Ευρήματα: Η ανάλυση ανέδειξε σημαντικά θεσμικά κενά στην υποστήριξη των άτυπων φροντιστών στο ελληνικό πλαίσιο. Οι φροντιστές λειτουργούν ως «αόρατοι πυλώνες» του συστήματος φροντίδας, αναλαμβάνοντας ευθύνες που δεν συνοδεύονται από επαρκή θεσμική αναγνώριση ή υποστήριξη.

Έλλειψη Ενημέρωσης: Επτά (7/10) συμμετέχοντες αγνοούσαν υπηρεσίες ή παροχές για φροντιστές. Από αυτούς που είχαν επαφή με θεσμικές υπηρεσίες (6/10), 5/6 ανέφεραν

γραφειοκρατικά εμπόδια και 4/6 αίσθηση αδιαφορίας. Μόνο η Φ4 (ΚΔΑΠ-ΑμεΑ) και ο Φ7 (ΚΗΦΗ) αξιολόγησαν θετικά τις υπηρεσίες.

Κύρια Αιτήματα: Στην ερώτηση «τι θα σας βοηθούσε περισσότερο;» τα αιτήματα ταξινομήθηκαν ως εξής:

- **Οικονομική στήριξη/επίδομα φροντιστή:** 9/10
- **Υπηρεσίες ανακούφισης (respite care):** 8/10 - «θέλω κάποιον να έρθει έστω τρεις ώρες την εβδομάδα να τον/την προσέχει»
- **Ενημέρωση για δικαιώματα:** 8/10 «θα ήθελα έναν οδηγό»
- **Ψυχολογική υποστήριξη:** 7/10
- **Εκπαίδευση σε δεξιότητες φροντίδας:** 5/10 - «κανείς δεν σε προετοιμάζει για αυτό»

Φ2: *«Κάθισα ολόκληρη μέρα στο ΚΕΠΑ για να αρνηθούν μια γνωμάτευση. Τελικά, βρήκα έναν κοινωνικό λειτουργό που μου έλυσε το πρόβλημα σε δέκα λεπτά αλλά τον βρήκα τυχαία.»*

Φ10: *«Δεν ξέρω τα δικαιώματά μου. Κανείς δεν μου είπε ποτέ «ως φροντιστής δικαιούσαι αυτά και εκείνα». Θα ήθελα έναν οδηγό βοήθειας.»*

Φ5: *«Θα ήθελα να έρθει κάποιος να μείνει μαζί του έστω τρεις ώρες την εβδομάδα. Να μπορέσω να βγω έξω. Τίποτα άλλο. Αυτό αρκεί.»*

Θέμα 9: Επίδραση της Πανδημίας COVID-19

Γενικά Ευρήματα: Εννέα (9/10) συμμετέχοντες ανέφεραν σημαντική επίδραση της πανδημίας. Η πανδημία δεν δημιούργησε νέες προκλήσεις από το μηδέν, αλλά λειτούργησε ως παράγοντας ενίσχυσης των υφιστάμενων δυσκολιών, αναδεικνύοντας παράλληλα τα θεσμικά κενά του ελληνικού συστήματος φροντίδας.

Τέσσερις Κεντρικές Επιπτώσεις: Η ανάλυση ανέδειξε τέσσερις αλληλοσυνδεόμενους άξονες:

- **Αύξηση φόρτου φροντίδας (8/10):** Λόγω αναστολής υπηρεσιών (ΚΗΦΗ, ΚΔΑΠ-ΑμεΑ, φυσιοθεραπεία), ο φόρτος μεταφέρθηκε αποκλειστικά στους φροντιστές. «Κατά τη διάρκεια της πανδημίας έπρεπε να τα κάνω όλα μόνη μου».
- **Αδυναμία πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες (7/10):** Αναβολή ιατρικών ραντεβού, αναστολή θεραπειών (π.χ. χημειοθεραπεία Φ8 για δύο κύκλους, φυσιοθεραπεία Φ10 για τρεις μήνες).
- **Έντονος φόβος μόλυνσης (9/10):** «Φοβόμουν συνεχώς μήπως τους μεταφέρω τον ιό». Αυτοεπιβαλλόμενη αυστηρή απομόνωση ακόμα και πέρα από τα επίσημα μέτρα.
- **Επιδείνωση ψυχολογικής κατάστασης (7/10):** Αίσθηση εγκλωβισμού, αύξηση άγχους, αδυναμία χρήσης έστω των ελάχιστων μηχανισμών ανακούφισης που υπήρχαν πριν.

Ψηφιακή Ανισότητα: Τέσσερις (4/10) ανέφεραν δυσκολίες στην τηλεϊατρική (κυρίως Φ5, Φ9 μεγαλύτερης ηλικίας, Φ7 ανεπαρκής σύνδεση), ενώ νεότεροι και με πιο ανεπτυγμένο ακαδημαϊκό επίπεδο συμμετέχοντες την αξιολόγησαν θετικά.

Θετικές Πτυχές: Τέσσερις (4/10) ανέφεραν και θετικές πτυχές: εμβάθυνση σχέσης λόγω αυξημένου χρόνου μαζί (3/10) και κοινωνική αλληλεγγύη από γειτονικό περιβάλλον (2/10).

Φ6: «Στο lockdown ήμασταν μόνοι. Δεν ερχόταν κανένας να βοηθήσει. Η αδελφή μου ήταν σε κρίση συνεχώς. Ήταν το χειρότερο διάστημα της ζωής μου.»

Φ3: «Ο πατέρας μου φοβόταν πολύ τον ιό. Άρα ούτε εγώ μπορούσα να βγω. Για τρεις μήνες δεν πήγα στη δουλειά.»

Φ1: «Μπορεί να ακούγεται παράξενο, αλλά στο lockdown ήμασταν περισσότερο μαζί. Κάθισα μαζί της χωρίς να βιάζομαι. Ήταν δύσκολο, αλλά και ωραίο.»

4.2.3 Αποτίμηση Ευρημάτων

Η θεματική ανάλυση των δέκα συνεντεύξεων αναδεικνύει μια σύνθετη, πολύπλευρη, αντιφατική και πολυεπίπεδη εικόνα της άτυπης φροντίδας στο ελληνικό πλαίσιο. Πέντε κεντρικά μοτίβα χαρακτηρίζουν το σύνολο των ευρημάτων:

Μοτίβο 1: Ολιστική Ενσωμάτωση του Ρόλου: Για τους περισσότερους συμμετέχοντες, ο ρόλος του φροντιστή δεν αποτελεί ένα μέρος της ζωής τους, αλλά ολόκληρη την ζωή τους. Η διάβρωση της προσωπικής ταυτότητας (role engulfment, Smith et al., 2021) ήταν εντονότερη στις γυναίκες φροντιστές, αλλά παρούσα και στους άνδρες.

Μοτίβο 2: Αόρατη Εργασία και Έλλειψη Θεσμικής Αναγνώρισης: Η παροχή φροντίδας βιώνεται από τους φροντιστές ως μια μορφή άτυπης και μη αναγνωρισμένης εργασίας, η οποία παραμένει σε μεγάλο βαθμό αόρατη τόσο σε κοινωνικό όσο και σε θεσμικό επίπεδο. Όπως αποτυπώνεται χαρακτηριστικά στις αφηγήσεις τους, «κανείς δεν βλέπει τι κάνω καθημερινά», υποδηλώνοντας την έλλειψη κοινωνικής αναγνώρισης της καθημερινής δραστηριότητας παροχής άτυπης φροντίδας.

Παράλληλα, η πλειοψηφία των φροντιστών φαίνεται να βιώνει έντονη έλλειψη θεσμικής αναγνώρισης, καθώς είτε αγνοεί τα διαθέσιμα δικαιώματα και τις παροχές είτε δεν αισθάνεται ότι αναγνωρίζεται από το σύστημα φροντίδας. Η συνύπαρξη αυτών των δύο επιπέδων - κοινωνικής και θεσμικής έλλειψης αναγνώρισης - αναδεικνύεται ως ένα από τα πλέον χαρακτηριστικά και κρίσιμα ευρήματα της ανάλυσης.

Μοτίβο 3: Διττή Εμπειρία Επιβάρυνσης και Νοήματος: Κοινό στοιχείο σχεδόν όλων των αφηγήσεων αποτέλεσε η ταυτόχρονη παρουσία συναισθηματικής και σωματικής κόπωσης, αλλά και αίσθησης νοήματος από τον ρόλο της φροντίδας. Οι δύο αυτές διαστάσεις δεν λειτουργούν ανταγωνιστικά, αλλά συνυπάρχουν, διαμορφώνοντας μια σύνθετη και συχνά αντιφατική εμπειρία. Η συνύπαρξη αυτή επιβεβαιώνει ευρήματα της σύγχρονης βιβλιογραφίας, σύμφωνα με τα οποία η φροντίδα μπορεί να αποτελεί ταυτόχρονα πηγή επιβάρυνσης και προσωπικής ικανοποίησης, ιδίως όταν συνδέεται με εσωτερικά κίνητρα, όπως η αγάπη και η αίσθηση ευθύνης (Zarzycki & Morrison, 2021).

Μοτίβο 4: Ηθική Πίεση και Περιορισμένη Επιλογή: Ένα σημαντικό εύρημα ήταν η αίσθηση ότι η φροντίδα δεν αποτελεί ελεύθερη επιλογή: «δεν το διάλεξα, αλλά δεν μπορώ και να μην το κάνω». Η ένταση μεταξύ κοινωνικής υποχρέωσης και προσωπικής επιθυμίας αποτελεί σημαντική πηγή ψυχολογικής πίεσης - ιδίως στο ελληνικό πλαίσιο, όπου οι κοινωνικές νόρμες φροντίδας είναι ισχυρές.

Μοτίβο 5: Επίδραση της Πανδημίας: Η πανδημία λειτούργησε ως παράγοντας ενίσχυσης των υφιστάμενων δυσκολιών, καταδεικνύοντας την έντονη εξάρτηση του συστήματος φροντίδας από τους άτυπους φροντιστές και την απουσία επαρκών μηχανισμών στήριξης σε περιόδους κρίσης.

Πέραν των κοινών θεματικών μοτίβων, αναδείχθηκαν και αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις μεταξύ των συμμετεχόντων. Ειδικότερα, οι φροντιστές ατόμων με άνοια (Φ1, Φ5) παρουσίασαν εντονότερη απορρόφηση από τον φροντιστικό ρόλο (role engulfment), καθώς και ισχυρότερη εμπειρία απώλειας. Αντίστοιχα, οι νεότεροι φροντιστές (Φ4, Φ6, Φ8) ανέφεραν μεγαλύτερη ένταση στη σύγκρουση μεταξύ επαγγελματικών και φροντιστικών υποχρεώσεων.

Παράλληλα, οι συμμετέχοντες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο φάνηκε να διαθέτουν αυξημένη ικανότητα πληροφόρησης και πλοήγησης στο σύστημα υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, χωρίς ωστόσο το στοιχείο αυτό να συνεπάγεται αντίστοιχη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης.

5. Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη επιδίωξε τη συνολική κατανόηση της άτυπης φροντίδας στην Ελλάδα, μέσα από τη διερεύνηση των κοινωνικών, ψυχολογικών, οικονομικών και θεσμικών διαστάσεων του φαινομένου, αξιοποιώντας ταυτόχρονα δευτερογενή βιβλιογραφική ανασκόπηση και πρωτογενή ποιοτικά δεδομένα μέσω συνεντεύξεων. Τα ευρήματα αναδεικνύουν ότι η άτυπη φροντίδα δεν μπορεί να προσεγγιστεί ως ζήτημα που περιορίζεται αποκλειστικά ως ιδιωτική ή οικογενειακή ευθύνη, αλλά συνιστά ένα πολυσύνθετο κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο διαμορφώνεται από τη συσχέτιση ατομικών εμπειριών και δομικών παραγόντων (Cruz et al., 2023). Σε γενικές γραμμές, τα αποτελέσματα συγκλίνουν με τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, ενώ σε ορισμένα σημεία προσφέρουν μια βαθύτερη, βιωματική διάσταση που εμπλουτίζει και διαφοροποιεί τα ήδη γνωστά ευρήματα.

Στο επίπεδο των κοινωνικών διαστάσεων, τα ευρήματα επιβεβαιώνουν την έντονη έμφυλη ανισοκατανομή της φροντίδας, καθώς οι άτυποι φροντιστές στην Ελλάδα είναι κατά πλειοψηφία γυναίκες (κυρίως κόρες, σύζυγοι ή νύφες) μέσης ηλικίας 45–65 ετών, εύρημα που συνάδει με τα αντίστοιχα δεδομένα της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας (Sapountzi-Krepia et al., 2008; ELIAMEP, 2022; Passa et al., 2026). Ιδιαίτερα εμφανής ήταν η παρουσία της λεγόμενης «σάντουιτς γενιάς», δηλαδή γυναικών που παρέχουν ταυτόχρονα φροντίδα σε ηλικιωμένους γονείς και σε ανήλικα ή νεαρά ενήλικα παιδιά, ενώ συχνά συμμετέχουν παράλληλα και στην αγορά εργασίας (Albertini et al., 2022). Αξιοσημείωτο είναι ότι σε 9 από τις 10 περιπτώσεις η φροντίδα δεν κατανεμόταν στην ευρύτερη οικογένεια, αλλά συγκεντρωνόταν σε ένα και μόνο πρόσωπο, εύρημα που αποτυπώνει τον βαθμό στον οποίο το ελληνικό μοντέλο φροντίδας εξαρτάται από μεμονωμένα άτομα αντί από συλλογικές δομές (Lyberaki & Tinios, 2014).

Η κοινωνική απομόνωση αποτελεί ευρέως τεκμηριωμένο εύρημα στη βιβλιογραφία (Sapountzi-Krepia et al., 2008; Eurofound, 2024). Ωστόσο, τα δεδομένα της παρούσας

μελέτης αναδεικνύουν μια ποιοτικά διαφοροποιημένη διάσταση, δηλώνει ότι η απομόνωση δεν οφείλεται αποκλειστικά σε περιορισμένο χρόνο, αλλά επιτείνεται από ένα αίσθημα κοινωνικής αποξένωσης, καθώς το περιβάλλον δεν αντιλαμβάνεται πλήρως τις απαιτήσεις του ρόλου. Αναφορές όπως «ακόμα και όταν βγαίνω, το μυαλό μου είναι πίσω στο σπίτι» ή «οι άλλοι δεν καταλαβαίνουν πόσο δύσκολο είναι» αποτυπώνουν μια ψυχολογική απομόνωση που υπερβαίνει τη φυσική απουσία κοινωνικών επαφών και σπάνια καταγράφεται σε ποσοτικά εργαλεία. Τα δεδομένα αυτά συνάδουν με ευρήματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε από τους Choi et al., (2024), οι οποίοι επιβεβαιώνουν ότι η έλλειψη κατανόησης ενισχύει το αίσθημα αποξένωσης και συμβάλλει σε έναν φαύλο κύκλο: η κοινωνική απομόνωση ενισχύει το άγχος, ενώ η ψυχολογική επιβάρυνση περιορίζει περαιτέρω τη δυνατότητα κοινωνικής συμμετοχής (Choi et al., 2024).

Οι επαγγελματικές επιπτώσεις της φροντίδας επιβεβαιώνονται πλήρως από τα δεδομένα, σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία (European Commission, 2021; Passa et al., 2026). Έξι από τους δέκα συμμετέχοντες είχαν μειώσει ή τροποποιήσει την εργασία τους, ενώ τέσσερις είχαν αρνηθεί ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης. Αξιοσημείωτο είναι ότι η επίπτωση δεν είναι μόνο ποσοτική (ώρες εργασίας) αλλά και ποιοτική: η ψυχολογική πίεση της φροντίδας «συνοδεύει» τον φροντιστή και στον εργασιακό χώρο, υποβαθμίζοντας τη συγκέντρωση και την απόδοση. Στο ελληνικό πλαίσιο, τα αποτελέσματα αυτά επιτείνονται από την απουσία θεσμοθετημένων ρυθμίσεων ευέλικτης εργασίας για φροντιστές, σε αντίθεση με χώρες που έχουν ενσωματώσει πλήρως την Οδηγία ΕΕ 2019/1158 (European Parliament, 2019).

Σε επίπεδο ψυχολογικών επιπτώσεων, τα ευρήματα επιβεβαιώνουν πλήρως τη βιβλιογραφία αναφορικά με την υψηλή επίπτωση του caregiver burden (Pearlin et al., 1990; Pinquart & Sörensen, 2003; Liu et al., 2020). Εκφράσεις όπως «νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο» ή «κουβαλάω ένα βάρος που δεν φεύγει ποτέ» αντανakλούν υψηλά επίπεδα άγχους και συναισθηματικής εξάντλησης. Αντίστοιχα, η εμφάνιση «προκαταβολικού πένθους», ειδικότερα σε φροντιστές ατόμων με άνοια ή προοδευτικές νόσους, αποτελεί μια ψυχολογική επιβάρυνση που συχνά δεν εντοπίζεται σε τυποποιημένα εργαλεία μέτρησης (Aneshensel et al., 1995). Ιδιαίτερης σημασίας είναι η εμφάνιση ενοχής: 7/10

συμμετεχόντων ανέφεραν ότι αισθάνονται ότι «δεν κάνουν αρκετά», ακόμα και όταν καταβάλλουν μέγιστη προσπάθεια, στοιχείο που επιβεβαιώνει τη σύνθετη συναισθηματική εμπλοκή που περιγράφεται στην έρευνα των Cruz et al., (2023), καθώς και στην ευρύτερη διεθνή βιβλιογραφία (Schulz & Sherwood, 2008; Zarzycki & Morrison, 2021).

Ένα από τα πιο σημαντικά ευρήματα που διαφοροποιεί την παρούσα μελέτη από τα τυποποιημένα ποσοτικά δεδομένα αφορά την εμπειρία απώλειας προσωπικής ταυτότητας. Ενώ η βιβλιογραφία καταγράφει συστηματικά το φαινόμενο του caregiver burden, τα ποιοτικά δεδομένα αναδεικνύουν με μεγαλύτερη σαφήνεια μια ολιστική και διαρκή κατάσταση, η οποία επηρεάζει το σύνολο της ταυτότητας των φροντιστών. Ενδεικτικά, συμμετέχοντες ανέφεραν ότι «έχω σταματήσει να είμαι ο εαυτός μου, είμαι μόνο φροντιστής πλέον» ή ότι «η ζωή μου έχει μπει σε παύση». Αναφορές αυτού του τύπου αποτυπώνουν μια βαθύτερη εμπειρία απορρόφησης από τον άτυπο ρόλο του φροντιστή, η οποία δεν αποτυπώνεται πλήρως από τις τυποποιημένες κλίμακες μέτρησης, επιβεβαιώνοντας την έννοια του role engulfment (Pearlin et al., 1990; Aneshensel et al., 1995) και υπογραμμίζοντας τη συμβολή της ποιοτικής προσέγγισης στην εις βάθος κατανόηση του φαινομένου.

Ταυτόχρονα, τα ευρήματα επιβεβαιώνουν τη διττή φύση της εμπειρίας φροντίδας, όπως αναδεικνύεται στη βιβλιογραφία (Tarlow et al., 2004; Stavrianou et al., 2018; Zarzycki & Morrison, 2021), καθώς, παρά την έντονη επιβάρυνση, οι φροντιστές αντλούν νόημα, ικανοποίηση και αίσθηση σκοπού από τον ρόλο τους. Η συνύπαρξη επιβάρυνσης και νοήματος αναδεικνύεται στην παρούσα ανάλυση ως ιδιαίτερα έντονη και ταυτόχρονη, σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι αποτυπώνεται σε μέρος της βιβλιογραφίας. Οι φροντιστές δεν φαίνεται να μεταβαίνουν διαδοχικά από τη μία κατάσταση στην άλλη, αλλά να βιώνουν και τις δύο διαστάσεις παράλληλα, στο πλαίσιο μιας δυναμικής και συνεχούς συναισθηματικής εμπειρίας. Η παρατήρηση αυτή υποδηλώνει ότι η εμπειρία της φροντίδας δεν ακολουθεί γραμμικά σχήματα προσαρμογής και αναδεικνύει τη σημασία των εσωτερικών κινήτρων ως προστατευτικού παράγοντα για την ψυχική υγεία (Zarzycki & Morrison, 2021). Επιπλέον, αρκετοί συμμετέχοντες ανέφεραν την ανάπτυξη ανθεκτικότητας, μέσω της καλλιέργειας δεξιοτήτων και ικανοτήτων που διαμορφώθηκαν

μέσα από την εμπειρία της φροντίδας. Το εύρημα αυτό συνάδει με τη θεωρητική προσέγγιση της μετατραυματικής ανάπτυξης (post-traumatic growth) (Tedeschi & Calhoun, 2004; Gaugler et al., 2007; Windle, 2011).

Ένα εύρημα που απαιτεί ιδιαίτερη αναφορά, καθώς απουσιάζει συστηματικά από τα ποσοτικά δεδομένα της βιβλιογραφίας, αφορά την εμπειρία της ηθικής πίεσης και της περιορισμένης επιλογής. Πολλοί συμμετέχοντες εξέφρασαν την αίσθηση ότι δεν ανέλαβαν τη φροντίδα ως ελεύθερη επιλογή, αλλά ως κοινωνικά επιβεβλημένη υποχρέωση: «δεν το διάλεξα, αλλά δεν μπορώ και να μην το κάνω». Η ένταση μεταξύ προσωπικής επιθυμίας και κοινωνικής προσδοκίας συνιστά σημαντική πηγή ψυχολογικής πίεσης, ιδίως στο ελληνικό πλαίσιο, όπου οι κοινωνικές νόρμες και οι πολιτισμικά διαμορφωμένες αξίες που σχετίζονται με την οικογένεια και την αίσθηση υποχρέωσης παραμένουν ιδιαίτερα ισχυρές (Ungerson, 1987; Lyberaki & Tinios, 2014). Η διάσταση αυτή συμβάλλει στην κατανόηση του γεγονότος ότι ακόμη και φροντιστές που εκφράζουν θετικά συναισθήματα προς τον φροντιζόμενο ενδέχεται να βιώνουν ταυτόχρονα αίσθηση εγκλωβισμού, υποδεικνύοντας ότι οι δύο αυτές εμπειρίες δεν είναι αμοιβαία αποκλειόμενες.

Οι οικονομικές επιβαρύνσεις που αναδείχθηκαν επιβεβαιώνουν τη βιβλιογραφική θέση για ένα κόστος που διαμοιράζεται σε τρία επίπεδα: άμεσες δαπάνες (φαρμακευτική αγωγή, εξοπλισμός, ιδιωτικοί ιατροί), έμμεσες απώλειες εισοδήματος λόγω μειωμένης εργασιακής απασχόλησης και αόρατο «κόστος ευκαιρίας» λόγω εγκατάλειψης επαγγελματικών ευκαιριών (European Commission, 2021; OECD, 2023; Eurofound, 2024). Στο ελληνικό πλαίσιο, η επιβάρυνση αυτή εντάθηκε σημαντικά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης 2010–2018, όταν παράλληλα συρρικνώνονταν δημόσιες παροχές και μειώνονταν τα οικογενειακά εισοδήματα (Matsaganis, 2011; Kentikelenis et al., 2011; Stavrianou et al., 2018). Ιδιαίτερα ανησυχητικό ήταν το εύρημα ότι 7/10 συμμετέχοντες δεν γνώριζαν ή δεν αξιοποιούσαν παροχές που δικαιούνταν, αναδεικνύοντας μια δομική αποτυχία ενημέρωσης του συστήματος, όχι αδιαφορία των φροντιστών (Sapountzi-Krepia et al., 2008; WHO, 2024). Η έννοια του «αόρατου κόστους» αποκτά έτσι όχι μόνο οικονομική, αλλά και ψυχοκοινωνική διάσταση.

Ένα από τα πλέον σημαντικά ευρήματα αφορά την αντίληψη των φροντιστών σχετικά με την ανεπαρκή θεσμική υποστήριξη. Ενδεικτικά, αναφορές όπως «δεν υπάρχει ουσιαστική βοήθεια από το κράτος» ή «είμαστε αόρατοι για το σύστημα» επιβεβαιώνουν τα συμπεράσματα της βιβλιογραφίας (Sapountzi-Krepia et al., 2008; WHO, 2024; Passa et al., 2026), αναδεικνύοντας ωστόσο και μια βαθύτερη διάσταση του φαινομένου. Δεν πρόκειται μόνο για την καταγραφή ελλείψεων σε επίπεδο πολιτικής, αλλά για μια βιωμένη εμπειρία περιορισμένης κοινωνικής και θεσμικής αναγνώρισης του ρόλου των φροντιστών. Στο πλαίσιο αυτό, οι φροντιστές αντιλαμβάνονται ότι η συμβολή τους στο σύστημα φροντίδας παραμένει σε μεγάλο βαθμό μη αναγνωρισμένη, παρά τη θεμελιώδη σημασία της. Ακόμη και στις περιπτώσεις όπου υφίστανται διαθέσιμες υπηρεσίες, η πρόσβαση σε αυτές περιορίζεται από γραφειοκρατικά εμπόδια, γεωγραφικές ανισότητες και ανεπαρκή ενημέρωση (OECD, 2021; Eurofound, 2024). Παράλληλα, η ανάγκη για ανάπτυξη υπηρεσιών ανακούφισης (respite care), ψυχολογικής υποστήριξης, εκπαίδευσης και οικονομικής ενίσχυσης αναδείχθηκε ως ιδιαίτερα σημαντική, καθώς διατυπώθηκε από την πλειονότητα των συμμετεχόντων.

Μια από τις πιο σημαντικές θεωρητικές συνεισφορές της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη της αλληλοεξάρτησης μεταξύ των διαστάσεων της φροντίδας. Κοινωνικές, ψυχολογικές, οικονομικές και θεσμικές επιπτώσεις δεν αποτελούν παράλληλα και ανεξάρτητα φαινόμενα, αλλά αλληλοτροφοδοτούνται σε έναν φαύλο κύκλο, δηλαδή, η κοινωνική απομόνωση ενισχύει την ψυχολογική εξάντληση· η ψυχολογική επιβάρυνση περιορίζει την εργασιακή συμμετοχή· η οικονομική πίεση αυξάνει το άγχος· η θεσμική αναποτελεσματικότητα εντείνει όλες τις προηγούμενες επιβαρύνσεις. Το μοντέλο Stress-Process (Pearlin et al., 1990) αποδίδει επαρκώς αυτή τη δυναμική, αν και τα ποιοτικά δεδομένα αναδεικνύουν πρόσθετα επίπεδα πολυπλοκότητας που υπερβαίνουν τις δυνατότητες αποτύπωσης ενός γραμμικού μοντέλου. Η διαπίστωση αυτή υπογραμμίζει ότι αποσπασματικές παρεμβάσεις, που αντιμετωπίζουν μόνο μία διάσταση, είναι εκ φύσεως ανεπαρκείς.

Τα ευρήματα σχετικά με την πανδημία COVID-19 ευθυγραμμίζονται με τα συμπεράσματα των Bergmann & Wagner (2021), οι οποίοι τεκμηρίωσαν την αύξηση του

φόρτου φροντίδας, επιδείνωση ψυχικής υγείας και περιορισμό πρόσβασης σε υπηρεσίες σε δώδεκα ευρωπαϊκές χώρες. Η παρούσα ανάλυση δίνει ωστόσο μεγαλύτερη έμφαση στη βιωματική εμπειρία της «πλήρους ανάληψης ευθύνης»: όταν κατέρρευσαν οι δομές υποστήριξης, δεν υπήρξε κανένα εναλλακτικό δίκτυ ασφαλείας, με αποτέλεσμα οι φροντιστές να απορροφήσουν ολόκληρο το βάρος χωρίς στήριξη. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει ότι η πανδημία δεν δημιούργησε νέα προβλήματα, αλλά ενίσχυσε τις ήδη υφιστάμενες δομικές ανισότητες (WHO, 2024; Passa et al., 2026). Ιδιαίτερο εύρημα ήταν η ψηφιακή ανισότητα ως πρόσθετο εμπόδιο πρόσβασης σε τηλεϊατρικές υπηρεσίες, που επηρέασε κυρίως τους μεγαλύτερους σε ηλικία φροντιστές και εκείνους σε γεωγραφικά απομονωμένες περιοχές (WHO, 2024).

Αναφορικά με τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, αρχικά, η εμπειρία των άτυπων φροντιστών χαρακτηρίζεται από σημαντική επιβάρυνση, ενώ ταυτόχρονα συνδέεται με την ανάδυση νοήματος και προσωπικής εξέλιξης (ερώτημα 1ο). Εν συνεχεία, οι κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις είναι σημαντικές και αλληλένδετες, με έμφαση στην εμπειρία απώλειας ταυτότητας και την ανεπαρκή κοινωνική ανταπόκριση (ερώτημα 2ο). Ακόμη, οι οικονομικές επιβαρύνσεις είναι πολυεπίπεδες, έμμεσες και με μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στη συνταξιοδοτική ασφάλεια (ερώτημα 3ο). Επιπρόσθετα, η θεσμική υποστήριξη στην Ελλάδα αξιολογείται ως ανεπαρκής, με τους φροντιστές να βασίζονται αποκλειστικά σε άτυπα δίκτυα χωρίς πρόσβαση σε δομές που υπάρχουν σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες (OECD, 2021; European Commission, 2022) (ερώτημα 4ο). Τέλος, η πανδημία COVID-19 λειτούργησε ως επιβαρυντικός παράγοντας που ανέδειξε τη δομική ευαλωτότητα του ελληνικού μοντέλου φροντίδας (ερώτημα 5ο).

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη καταδεικνύει ότι η άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα αποτελεί ένα φαινόμενο υψηλής κοινωνικής σημασίας, το οποίο δεν αναγνωρίζεται επαρκώς τόσο σε επίπεδο πολιτικών όσο και κοινωνικής αναγνώρισης. Η ισχυρή εξάρτηση από την οικογένεια (χωρίς την αντίστοιχη θεσμική υποστήριξη) μεταφέρει ένα δυσανάλογο βάρος σε μεμονωμένα άτομα, κυρίως γυναίκες, δημιουργώντας συνθήκες χρόνιας επιβάρυνσης (Ferrera, 1996; Saraceno, 2010; Lyberaki & Tinios, 2014). Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων παρεμβάσεων όπως οικονομική αναγνώριση, υπηρεσίες

ανακούφισης, ψυχολογική υποστήριξη, εκπαίδευση και μείωση γραφειοκρατικών εμποδίων, αποτελεί αναγκαία προϋπόθεση για τη βελτίωση της κατάστασης (European Commission, 2022; OECD, 2023). Η επένδυση στην υποστήριξη των άτυπων φροντιστών δεν αφορά μόνο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους, αλλά και τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα ενός συστήματος κοινωνικής φροντίδας που σήμερα στηρίζεται σε αυτούς χωρίς να τους αναγνωρίζει.

6. Συμπεράσματα και Προτάσεις Πολιτικής

6.1 Γενικά Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε την άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία, εστιάζοντας στις κοινωνικές, ψυχολογικές, οικονομικές και θεσμικές διαστάσεις της εμπειρίας των άτυπων φροντιστών. Μέσα από τη συνδυαστική ανάλυση της βιβλιογραφίας και των ποιοτικών δεδομένων, αναδείχθηκε η πολυπλοκότητα και η πολυεπίπεδη φύση του ρόλου του άτυπου φροντιστή, καθώς και η αλληλεπίδραση μεταξύ των επιμέρους διαστάσεων.

Τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η άτυπη φροντίδα αποτελεί έναν κεντρικό πυλώνα του συστήματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα, ο οποίος όμως λειτουργεί σε μεγάλο βαθμό χωρίς επαρκή θεσμική υποστήριξη. Οι φροντιστές αναλαμβάνουν ένα ιδιαίτερα απαιτητικό και συχνά μη αναγνωρισμένο έργο, το οποίο επηρεάζει ουσιαστικά όλες τις πτυχές της ζωής τους, από την καθημερινότητα έως τη μακροπρόθεσμη κοινωνική και οικονομική τους πορεία.

Σε κοινωνικό επίπεδο, η φροντίδα συνδέεται με περιορισμό των κοινωνικών σχέσεων και ενίσχυση της απομόνωσης, ενώ σε ψυχολογικό επίπεδο αναδεικνύεται σημαντική επιβάρυνση, η οποία περιλαμβάνει άγχος, συναισθηματική εξουθένωση και αυξημένη αίσθηση ευθύνης. Παράλληλα, επιβεβαιώνεται η ύπαρξη μιας διττής εμπειρίας, καθώς η φροντίδα συνοδεύεται και από θετικές διαστάσεις, όπως η ανάπτυξη ανθεκτικότητας, η ενίσχυση των διαπροσωπικών σχέσεων και η αίσθηση νοήματος, στοιχείο που αναδεικνύει την πολυπλοκότητα που υπάρχει στον ρόλο του φροντιστή.

Σε οικονομικό επίπεδο, οι φροντιστές αντιμετωπίζουν σημαντικές επιβαρύνσεις, τόσο άμεσες όσο και έμμεσες, ενώ οι επαγγελματικές τους προοπτικές επηρεάζονται αρνητικά. Η έννοια του «αόρατου κόστους» της φροντίδας αναδεικνύεται ως ιδιαίτερα σημαντική, καθώς οι επιπτώσεις εκτείνονται πέρα από το παρόν και επηρεάζουν τη μελλοντική οικονομική ασφάλεια και κοινωνική θέση των φροντιστών.

Ιδιαίτερη σημασία έχει η ανάδειξη των θεσμικών ελλείψεων στο ελληνικό πλαίσιο. Η περιορισμένη ανάπτυξη πολιτικών υποστήριξης, η έλλειψη υπηρεσιών ανακούφισης και οι δυσκολίες πρόσβασης στις υπάρχουσες δομές εντείνουν το βάρος που φέρουν οι φροντιστές. Η ανάγκη για ενίσχυση της θεσμικής αναγνώρισης και ουσιαστικής στήριξης των άτυπων φροντιστών καθίσταται επιτακτική.

Η πανδημία COVID-19 λειτούργησε ως παράγοντας ενίσχυσης των υφιστάμενων αδυναμιών του συστήματος φροντίδας, επιβαρύνοντας περαιτέρω τους φροντιστές, καθιστώντας εμφανή την ανάγκη για πιο ανθεκτικά και ευέλικτα συστήματα υποστήριξης.

Συνεπώς, η μελέτη υπογραμμίζει ότι η άτυπη φροντίδα δεν αποτελεί απλώς μια ιδιωτική υπόθεση της οικογένειας, αλλά ένα κρίσιμο ζήτημα δημόσιας πολιτικής και κοινωνικής δικαιοσύνης. Η ανάπτυξη ολοκληρωμένων και συνεκτικών πολιτικών που θα στηρίζουν ουσιαστικά τους φροντιστές αποτελεί βασική προϋπόθεση τόσο για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους όσο και για τη βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητα του συστήματος φροντίδας στο σύνολό του.

6.2 Προτάσεις Πολιτικής

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης οδηγούν στη διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων πολιτικής, οι οποίες οργανώνονται σε διακριτά αλλά αλληλένδετα επίπεδα: τη θεσμική αναγνώριση, την άμεση υποστήριξη και τις μακροπρόθεσμες δομικές παρεμβάσεις.

Θεσμική Αναγνώριση και Νομοθετικό Πλαίσιο

Κρίσιμη προϋπόθεση αποτελεί η θεσμική κατοχύρωση του άτυπου φροντιστή ως διακριτής κατηγορίας με σαφώς προσδιορισμένα δικαιώματα και παροχές. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται η δημιουργία εθνικού μητρώου άτυπων φροντιστών, το οποίο θα επιτρέπει τη συστηματική χαρτογράφηση των αναγκών και τη στοχευμένη παροχή υπηρεσιών, κατά τα πρότυπα αντίστοιχων ευρωπαϊκών πρακτικών (OECD, 2021). Παράλληλα, κρίνεται αναγκαία η πλήρης εναρμόνιση και ουσιαστική εφαρμογή της

Οδηγίας (ΕΕ) 2019/1158 σχετικά με την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και ιδιωτικής ζωής, με ιδιαίτερη έμφαση στη θεσμοθέτηση άδειας φροντιστή και ευέλικτων μορφών απασχόλησης (European Parliament, 2019). Επιπλέον, η αναγνώριση των περιόδων παροχής φροντίδας ως χρόνου ασφάλισης συνιστά σημαντική παρέμβαση για τη μείωση των συνταξιοδοτικών ανισοτήτων, ιδίως μεταξύ των γυναικών, σύμφωνα με πρακτικές που εφαρμόζονται σε άλλα ευρωπαϊκά κράτη (European Commission, 2021).

Άμεση Οικονομική και Πρακτική Υποστήριξη

Η ανάλυση των δεδομένων αναδεικνύει την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις που θα προσφέρουν ουσιαστική ανακούφιση στους φροντιστές σε καθημερινό επίπεδο. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται η θεσμοθέτηση επιδόματος φροντιστή (caregiver allowance), το οποίο θα αντισταθμίζει την απώλεια εισοδήματος και θα διαμορφώνεται με βάση την ένταση και τη διάρκεια της παρεχόμενης φροντίδας, κατά το πρότυπο ευρωπαϊκών συστημάτων, όπως το γερμανικό και το σουηδικό μοντέλο (Szebehely & Meagher, 2018). Παράλληλα, ιδιαίτερη σημασία έχει η ανάπτυξη υπηρεσιών ανακούφισης (respite care) σε τοπικό επίπεδο, μέσω της ενίσχυσης υφιστάμενων δομών και της δημιουργίας ευέλικτων μορφών κατ' οίκον υποστήριξης, προκειμένου να διασφαλιστεί η δυνατότητα προσωρινής αποφόρτισης των φροντιστών. Επιπλέον, η ενίσχυση εκπαιδευτικών προγραμμάτων που αφορούν τη διαχείριση της ασθένειας, τη φαρμακευτική αγωγή και την αυτοφροντίδα μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας και στη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης (Sunde et al., 2025).

Ψυχοκοινωνική Υποστήριξη

Η ψυχολογική επιβάρυνση των φροντιστών αναδείχθηκε ως ιδιαίτερα σημαντική διάσταση, γεγονός που καθιστά αναγκαία την ανάπτυξη δομών ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Προτείνεται η δημιουργία ομάδων υποστήριξης και αυτοβοήθειας σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με εύκολη και άμεση πρόσβαση για τους φροντιστές. Παράλληλα, η παροχή δωρεάν ή επιδοτούμενων

υπηρεσιών ψυχολογικής συμβουλευτικής για φροντιστές υψηλής επιβάρυνσης μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά για την ψυχική τους υγεία. Επιπλέον, η αξιοποίηση σε ψηφιακά εργαλεία και πλατφόρμες τηλε-υποστήριξης δύναται να συμβάλει στη γεφύρωση γεωγραφικών ανισοτήτων, ιδίως σε απομακρυσμένες και νησιωτικές περιοχές (WHO, 2024).

Ενημέρωση και Απλοποίηση Πρόσβασης

Τέλος, η έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τα δικαιώματα και τις διαθέσιμες παροχές αναδεικνύεται ως ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια για τους άτυπους φροντιστές. Στο πλαίσιο αυτό, προτείνεται η ανάπτυξη ενός ενιαίου συστήματος ενημέρωσης και εξυπηρέτησης, το οποίο θα λειτουργεί ως κεντρικό σημείο πληροφόρησης και καθοδήγησης. Παράλληλα, δράσεις ευαισθητοποίησης της κοινωνίας μπορούν να συμβάλουν στην αναγνώριση της συμβολής των φροντιστών και στη μείωση της κοινωνικής τους απομόνωσης, ενισχύοντας την κοινωνική αποδοχή και υποστήριξη του ρόλου τους (Cruz et al., 2023).

6.3 Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν σημαντικούς άξονες για περαιτέρω διερεύνηση της άτυπης φροντίδας στο ελληνικό πλαίσιο. Καταρχάς, κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη ποσοτικών μελετών μεγάλης κλίμακας, οι οποίες θα επιτρέψουν τη συστηματική χαρτογράφηση του αριθμού, των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των αναγκών των άτυπων φροντιστών, συμβάλλοντας ουσιαστικά στον τεκμηριωμένο σχεδιασμό πολιτικών.

Παράλληλα, η υλοποίηση διαχρονικών (longitudinal) μελετών θα μπορούσε να προσφέρει πολύτιμα δεδομένα σχετικά με την εξέλιξη της εμπειρίας της φροντίδας στον χρόνο, καθώς και να συμβάλει στον εντοπισμό κρίσιμων σημείων επιβάρυνσης και προσαρμογής. Επιπλέον, η εστίαση σε υπο-εκπροσωπούμενες ομάδες φροντιστών, όπως άνδρες φροντιστές, νεαροί ενήλικες που φροντίζουν γονείς και φροντιστές ατόμων με

ψυχικές διαταραχές, αναμένεται να εμπλουτίσει σημαντικά την υπάρχουσα γνώση και να αναδείξει διαφοροποιήσεις που δεν έχουν μελετηθεί επαρκώς έως και σήμερα.

Τέλος, μείζονος σημασίας είναι η διεξαγωγή ερευνητικών μελετών αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας παρεμβάσεων υποστήριξης των φροντιστών, όπου αυτές εφαρμόζονται, προκειμένου να διαμορφωθεί μια ισχυρή εμπειρική βάση για την περαιτέρω ανάπτυξη και επέκτασή τους στο ελληνικό σύστημα φροντίδας.

6.4 Επίλογος

Η άτυπη φροντίδα αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα του ελληνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας, διαδραματίζοντας καθοριστικό ρόλο στην κάλυψη αναγκών που δεν καλύπτονται επαρκώς από τις επίσημες δομές. Μεγάλος αριθμός ατόμων, κυρίως γυναικών, παρέχει καθημερινά φροντίδα σε εξαρτώμενα μέλη της οικογένειας χωρίς οικονομική αποζημίωση και συχνά χωρίς επαρκή θεσμική αναγνώριση ή υποστήριξη. Με τον τρόπο αυτό, η άτυπη φροντίδα λειτουργεί συμπληρωματικά προς το κράτος πρόνοιας, καλύπτοντας σημαντικά κενά του συστήματος.

Ωστόσο, η εμπειρία των άτυπων φροντιστών χρήζει πολυδιάστατης προσέγγισης. Όπως αναδείχθηκε από την παρούσα μελέτη, η παροχή φροντίδας συνδέεται όχι μόνο με επιβάρυνση, αλλά και με την ανάπτυξη ενσυναίσθησης, αίσθησης ευθύνης και συναισθηματικής ικανοποίησης. Στο πλαίσιο αυτό, η ενίσχυση του ρόλου των φροντιστών δεν προϋποθέτει την αντικατάσταση της οικογενειακής φροντίδας, αλλά την ουσιαστική υποστήρισή της μέσω κατάλληλων πολιτικών, υπηρεσιών και μηχανισμών αναγνώρισης.

Η επένδυση στην υποστήριξη των άτυπων φροντιστών συνιστά κρίσιμο παράγοντα για τη βιωσιμότητα του συστήματος φροντίδας. Η επαρκής υποστήριξη συμβάλλει στη διατήρηση της υγείας και της λειτουργικότητας των φροντιστών, ενισχύει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και περιορίζει τη μακροπρόθεσμη επιβάρυνση των συστημάτων υγείας. Αντιθέτως, η παρατεταμένη επιβάρυνση χωρίς υποστήριξη είναι πιθανό να οδηγήσει σε επιδείνωση της υγείας των άτυπων φροντιστών και σε αυξημένες ανάγκες φροντίδας σε επίπεδο πληθυσμού.

Εν κατακλείδι, η παρούσα μελέτη αναδεικνύει την ανάγκη για ενίσχυση της θεσμικής αναγνώρισης και υποστήριξης των άτυπων φροντιστών, ως αναπόσπαστου στοιχείου ενός βιώσιμου και δίκαιου συστήματος φροντίδας. Η περαιτέρω διερεύνηση και ανάδειξη της εμπειρίας τους αποτελεί βασική προϋπόθεση για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών πολιτικών στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας.

7. Βιβλιογραφία

- Ahmed, S. K., Mohammed, R. A., Nashwan, A. J., Ibrahim, R. H., Abdalla, A. Q., Ameen, B. M. M., & Khdhir, R. M. (2025). Using thematic analysis in qualitative research. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 6, 100198.

- Albertini, M., Tur-Sinai, A., Lewin-Epstein, N., & Silverstein, M. (2022). The older sandwich generation across European welfare regimes: Demographic and social considerations. *European Journal of Population*, 38(2), 273-300.
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving: The unexpected career*. Elsevier.
- Anttonen, A., & Sipilä, J. (1996). European social care services: is it possible to identify models?. *Journal of European social policy*, 6(2), 87-100.
- Arts, W., & Gelissen, J. (2002). Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report. *Journal of European social policy*, 12(2), 137-158.
- Bergmann, M., & Wagner, M. (2021). The Impact of COVID-19 on Informal Caregiving and Care Receiving Across Europe During the First Phase of the Pandemic. *Frontiers in public health*, 9, 673874. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.673874>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Blau, P. (2017). *Exchange and power in social life*. Routledge.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.
- Choi, J. Y., Lee, S. H., & Yu, S. (2024). Exploring Factors Influencing Caregiver Burden: A Systematic Review of Family Caregivers of Older Adults with Chronic Illness in Local Communities. *Healthcare*, 12(10), 1002. <https://doi.org/10.3390/healthcare12101002>
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). Help wanted?: Providing and paying for long-term care. *OECD health policy studies*, 2011.
- Cook, K. S., & Hahn, M. (2021). Social exchange theory: current status and future directions. *Theoretical sociology*, 179-205.
- Cruz, S. A., Soeiro, J., Canha, S., & Perrotta, V. (2023). The concept of informal care: ambiguities and controversies on its scientific and political uses. *Frontiers in sociology*, 8, 1195790. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2023.1195790>
- Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British journal of sociology*, 51(2), 281-298.
- Da Roit, B., & Moreno-Fuentes, F. J. (2019). Cash for care and care employment:(Missing) debates and realities. *Social Policy & Administration*, 53(4), 596-611.
- Eurofound. (2024). *Undeclared care work in the European Union*. Publications Office of the European Union. <https://assets.eurofound.europa.eu/f/279033/ac994bd0ca/ef25003en.pdf>

- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton University Press.
- European Commission. (2017). *European pillar of social rights*. https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights_en
- European Commission & Social Protection Committee. (2021). *Long-term care report: Trends, challenges and opportunities in an ageing society*. Publications Office of the European Union. <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/484b0ceb-cd83-11eb-ac72-01aa75ed71a1/language-en>
- European Commission. (2022). *A European care strategy for caregivers and care receivers*. Publications Office of the European Union. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_5169
- European Parliament & Council of the European Union. (2019). *Directive (EU) 2019/1158 on work-life balance for parents and carers*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:32019L1158>
- Eurostat. (2020). *Ageing Europe: Looking at the lives of older people in the EU*. Publications Office of the European Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/SEPDF/cache/80391.pdf>
- Ferrera, M. (1996). The Southern model of welfare in social Europe. *Journal of European social policy*, 6(1), 17-37.
- Finch, J., & Groves, D. (Eds.). (2022). *A labour of love: Women, work and caring*. Taylor & Francis.
- Gaugler, J. E., Kane, R. L., & Newcomer, R. (2007). Resilience and transitions from dementia caregiving. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(1), P38-P44.
- Hellenic Foundation for European and Foreign Policy (ELIAMEP). (2022). *Informal provision of long-term care*. <https://www.eliamep.gr/en/in-focus-anepisimi-parochi-makrochronias-frontidas/>
- Kalavrezou, N., & Jin, H. (2021). *Health Care Reform in Greece: Progress and reform priorities*. International Monetary Fund.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., & Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 378(9801), 1457-1458.

- Leibfried, S., & Castles, F. G. (Eds.). (1993). *Families of nations: Patterns of public policy in Western democracies*. Dartmouth Publishing.
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 7(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>
- Lyberaki, A., & Tinios, P. (2014). The informal welfare state and the family: Invisible actors in the Greek drama. *Political Studies Review*, 12(2), 193-208.
- Matsaganis, M. (2011). The welfare state and the crisis: the case of Greece. *Journal of European Social Policy*, 21(5), 501-512.
- OECD. (2021). *Health at a glance 2021: OECD indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
- OECD. (2023). *Health at a glance 2023: OECD indicators*. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
- Passa, Anna & Apostolakis, Ioannis & Sarafis, Pavlos. (2026). Informal carers in the long-term care in Greece and the European Union. 30. 404-414.
- Pavolini, E., & Ranci, C. (2008). Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*, 18(3), 246-259.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The gerontologist*, 30(5), 583-594.
- Petmesidou, M., & Guillén, A. (2015). *Economic Crisis and Austerity in Southern Europe*. Routledge.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 18(2), 250.
- Pomeroy, E., & Fiori, F. (2025). Competing demands on adult children: How do they shape their provision of informal care?. *SSM - population health*, 29, 101754. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2025.101754>
- Rothgang, H. (2010). Social insurance for long-term care: An evaluation of the German model. *Social Policy & Administration*, 44(4), 436-460.
- Saraceno, C. (2010). Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective. *Journal of European Social Policy*, 20(1), 32-44.
- Saraceno, C., & Keck, W. (2011). Towards an integrated approach for the analysis of gender equity in policies supporting paid work and care responsibilities. *Demographic research*, 25, 371-406.

- Sapountzi-Krepia, D., Raftopoulos, V., Psychogiou, M., Sakellari, E., Toris, A., Vrettos, A., & Arsenos, P. (2008). Dimensions of informal care in Greece: the family's contribution to the care of patients hospitalized in an oncology hospital. *Journal of clinical nursing*, 17(10), 1287–1294. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02033.x>
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education*, 44(sup3), 105-113.
- Smith, T., Fletcher, J., & Lister, S. (2021). Lived experiences of informal caregivers of people with chronic musculoskeletal pain: a systematic review and meta-ethnography. *British journal of pain*, 15(2), 187–198. <https://doi.org/10.1177/2049463720925110>
- Stavrianou, A., Kafkia, T., Mantoudi, A., Minasidou, E., Konstantinidou, A., Sapountzi-Krepia, D., & Dimitriadou, A. (2018). Informal Caregivers in Greek Hospitals: a Unique Phenomenon of a Health System in Financial Crisis. *Materia socio-medica*, 30(2), 147–152. <https://doi.org/10.5455/msm.2018.30.147-152>
- Sunde, O. S., Alteren, J., Kleiven, O. T., & Ytrehus, S. (2025). Maintaining trust and seeking support: a qualitative study of family caregivers' experiences interacting with health care services for home-dwelling older people with mental health problems. *BMC geriatrics*, 25(1), 136. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-05781-4>
- Szebehely, M., & Meagher, G. (2018). Nordic eldercare—weak universalism becoming weaker?. *Journal of European social policy*, 28(3), 294-308.
- Tarlow, B. J., Wisniewski, S. R., Belle, S. H., Rubert, M., Ory, M. G., & Gallagher-Thompson, D. (2004). Positive aspects of caregiving: Contributions of the REACH project to the development of new measures for Alzheimer's caregiving. *Research on aging*, 26(4), 429-453.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18.
- Ungerson, C. (1987). *Policy is personal: Sex, gender and informal care*. Tavistock.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 129(6), 946.
- White, J. M., & Klein, D. M. 2008. Family theories.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in clinical gerontology*, 21(2), 152-169.
- World Health Organization, WHO. (2021). *Global report on ageism*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>

- World Health Organization, WHO. (2024). *Long-term care in Greece: Country report*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/ebc18162-bf8b-4c8e-b108-2d952613f73c/content>
- Zarzycki, M., & Morrison, V. (2021). Getting back or giving back: understanding caregiver motivations and willingness to provide informal care. *Health psychology and behavioral medicine*, 9(1), 636–661. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.1951737>
- Zigante, V. (2018). *Informal care in Europe: Exploring formalisation, availability and quality*. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion. <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=19681&langId=en>

Παράρτημα Α: «Δήλωση Συγκατάθεσης & Εμπιστευτικότητας»



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ»
ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Συμμετοχή σε Ερευνητική Μελέτη

Τίτλος Έρευνας:

Η άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία:
μελέτη κοινωνικών, ψυχολογικών και θεσμικών διαστάσεων

1. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΡΕΥΝΗΤΗ

Ερευνήτρια:	Αυλωνίτη Αναστασία
Ιδιότητα:	Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
Email:	Std532286@ac.eap.gr

2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μια ερευνητική μελέτη που αφορά την άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα. Σκοπός της έρευνας είναι:

- Να κατανοήσουμε τις εμπειρίες των άτυπων φροντιστών
- Να αναδείξουμε τις δυσκολίες και τις πιέσεις που αντιμετωπίζετε
- Να εντοπίσουμε τις ανάγκες σας σε κοινωνικό, ψυχολογικό και οικονομικό επίπεδο

- Να συμβάλουμε στην ανάπτυξη καλύτερων πολιτικών υποστήριξης

Η έρευνα αυτή εκπονείται στο πλαίσιο μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας.

3. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

Αν συμφωνήσετε να συμμετάσχετε:

- ✓ Θα συμμετέχετε σε μία ατομική συνέντευξη διάρκειας περίπου 20-30 λεπτών
- ✓ Η συνέντευξη θα πραγματοποιηθεί σε χώρο της επιλογής σας (σπίτι σας, νοσοκομείο, ή άλλο χώρο)
- ✓ Θα σας ζητηθεί να απαντήσετε σε ερωτήσεις σχετικά με την εμπειρία σας ως φροντιστής/τρια
- ✓ Η συνέντευξη θα ηχογραφηθεί (με τη συγκατάθεσή σας) για να μεταγραφεί και να αναλυθεί
- ✓ Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις - ενδιαφέρει η προσωπική σας εμπειρία και άποψη

4. ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ

Πιθανοί κίνδυνοι:

Η συμμετοχή σας δεν ενέχει κινδύνους. Ωστόσο, ορισμένες ερωτήσεις μπορεί να σας φέρουν σε συναισθηματική ένταση καθώς αφορούν προσωπικές εμπειρίες. Μπορείτε ανά πάσα στιγμή να αρνηθείτε να απαντήσετε σε κάποια ερώτηση ή να διακόψετε τη συνέντευξη.

Πιθανά οφέλη:

- Η συμμετοχή σας θα συμβάλει στην ανάδειξη των προκλήσεων της άτυπης φροντίδας
- Τα ευρήματα της έρευνας μπορεί να οδηγήσουν σε καλύτερες πολιτικές υποστήριξης
- Πολλοί συμμετέχοντες αναφέρουν ότι η συνέντευξη τους δίνει την ευκαιρία να εκφραστούν και να ακουστούν

5. ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΩΝΥΜΙΑ

Τα δεδομένα σας θα προστατευθούν με τους παρακάτω τρόπους:

- ✓ **Ανωνυμία:** Το όνομά σας δεν θα χρησιμοποιηθεί πουθενά. Θα σας δοθεί ψευδώνυμο (π.χ. Συμμετέχουσα)
- ✓ **Εμπιστευτικότητα:** Όλα τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν εμπιστευτικά
- ✓ **Ασφαλής φύλαξη:** Οι ηχογραφήσεις και οι μεταγραφές θα φυλάσσονται σε κλειδωμένο χώρο με πρόσβαση μόνο από τον ερευνητή
- ✓ **Καταστροφή δεδομένων:** Οι ηχογραφήσεις θα διαγραφούν μετά την ολοκλήρωση της έρευνας
- ✓ **Δημοσιεύσεις:** Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορεί να δημοσιευτούν σε επιστημονικά περιοδικά ή συνέδρια, αλλά πάντα χωρίς προσωπικά στοιχεία

6. ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Η συμμετοχή σας είναι εντελώς εθελοντική. Έχετε το δικαίωμα:

- Να αρνηθείτε να συμμετάσχετε χωρίς καμία συνέπεια
- Να αρνηθείτε να απαντήσετε σε συγκεκριμένες ερωτήσεις
- Να διακόψετε τη συνέντευξη ανά πάσα στιγμή
- Να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας ακόμα και μετά τη συνέντευξη (εντός 2 εβδομάδων)
- Να ζητήσετε να διαγραφούν τα δεδομένα σας

Η απόφασή σας να συμμετάσχετε ή όχι δεν θα επηρεάσει με κανέναν τρόπο τη φροντίδα ή τις υπηρεσίες που λαμβάνετε.

7. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Αν έχετε οποιαδήποτε ερώτηση ή ανησυχία σχετικά με την έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε:

Με την ερευνήτρια: Αυλωνίτη Αναστασία, email:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Παρακαλώ εάν συμφωνείται βάλτε ένα X δίπλα σε κάθε δήλωση:

[]	Επιβεβαιώνω ότι διάβασα και κατανόησα τις πληροφορίες για την παραπάνω έρευνα.
[]	Κατανοώ ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και ότι μπορώ να αποχωρήσω ανά πάσα στιγμή χωρίς καμία συνέπεια.
[]	Κατανοώ ότι τα προσωπικά μου δεδομένα θα παραμείνουν εμπιστευτικά και ανώνυμα.
[]	Συναινώ στην ηχογράφηση της συνέντευξης.
[]	Είχα την ευκαιρία να κάνω ερωτήσεις και να λάβω ικανοποιητικές απαντήσεις.
[]	Συμφωνώ να συμμετάσχω στην έρευνα.

ΣΥΜΜΕΤΕΧΩΝ/ΟΥΣΑ:

Ημερομηνία: _____

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ/ΤΡΙΑ

Επιβεβαιώνω ότι παρείχα προφορικές και γραπτές πληροφορίες για την έρευνα στον/στην παραπάνω συμμετέχοντα/ουσα.

Ονοματεπώνυμο: _____

Υπογραφή: _____

Ημερομηνία: _____

Θα λάβετε αντίγραφο αυτού του εντύπου για τα αρχεία σας

Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας!

Παράρτημα Β: «Ερωτήσεις Συνέντευξης»

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

Τίτλος έρευνας:	Η άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία: μελέτη κοινωνικών, ψυχολογικών και θεσμικών διαστάσεων
Διάρκεια:	20-30 λεπτά
Μέθοδος:	Ημιδομημένη συνέντευξη με ηχογράφηση

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Η έρευνα αυτή αποσκοπεί στην κατανόηση των εμπειριών των άτυπων φροντιστών στην Ελλάδα, των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν και των αναγκών τους, ενώ οι απόψεις σας είναι πολύτιμες για την ανάδειξη του ρόλου της άτυπης φροντίδας. Παράλληλα, διασφαλίζεται η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων σας. Επίσης, θα σας ζητηθεί η άδεια και η συγκατάθεση σας για την ηχογράφηση της συνέντευξης. Τέλος, σας υπενθυμίζεται ότι μπορείτε να αποχωρήσετε από τη διαδικασία ανά πάσα στιγμή εσείς επιθυμείτε, ενώ θα λάβετε και το υπογεγραμμένο έντυπο συγκατάθεσης.

2. ΜΕΡΟΣ Α: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (5 λεπτά)

Σκοπός: Καταγραφή βασικών χαρακτηριστικών του φροντιστή

1. Φύλο:

☐ Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐ Άλλο

2. Ηλικία:

_____ ετών

3. Οικογενειακή κατάσταση:

☐ Άγαμος/η ☐ Έγγαμος/η ☐ Διαζευγμένος/η ☐ Χήρος/α

4. Επίπεδο εκπαίδευσης:

☐ Δημοτικό ☐ Γυμνάσιο ☐ Λύκειο ☐ ΤΕΙ/ΑΕΙ ☐ Μεταπτυχιακό

5. Εργασιακή κατάσταση:

☐ Εργάζομαι πλήρως ☐ Εργάζομαι μερικώς ☐ Άνεργος/η ☐ Συνταξιούχος ☐ Οικιακά

6. Σχέση με το άτομο που φροντίζετε:

☐ Γονέας ☐ Σύζυγος ☐ Τέκνο ☐ Αδελφός/ή ☐ Άλλο συγγενής ☐ Φίλος/η

7. Διάγνωση/κατάσταση του ατόμου που φροντίζετε:

(π.χ. άνοια, καρκίνος, αναπηρία, χρόνια νόσος): _____

8. Πόσο καιρό το φροντίζετε;

_____ μήνες/έτη

9. Πόσες ώρες την ημέρα αφιερώνετε στη φροντίδα;

☐ Λιγότερο από 5 ώρες ☐ 5-10 ώρες ☐ 10-15 ώρες ☐ Περισσότερο από 15 ώρες ☐

24ωρη φροντίδα

10. Ζείτε μαζί με το άτομο που φροντίζετε;

☐ Ναι ☐ Όχι

3. ΜΕΡΟΣ Β: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ (10-15 λεπτά)

Σκοπός: Κατανόηση της καθημερινής εμπειρίας, των δυσκολιών και των συναισθημάτων του φροντιστή.

B.1 Καθημερινή εμπειρία

11. Πώς περιγράφετε την καθημερινότητά σας ως φροντιστής/τρια;

Υποερωτήματα:

- Πώς είναι μια τυπική μέρα σας;
- Ποιες είναι οι κύριες δραστηριότητες που κάνετε;
- Έχει αλλάξει κάτι στη ζωή σας από τότε που ξεκινήσατε τη φροντίδα;

B.2 Δυσκολίες και προκλήσεις

12. Ποιες είναι οι μεγαλύτερες δυσκολίες που αντιμετωπίζετε;

Υποερωτήματα:

- Τι σας κουράζει περισσότερο;
- Υπάρχουν στιγμές που αισθάνεστε ότι δεν τα καταφέρνετε;

- Πώς αντιμετωπίζετε αυτές τις δυσκολίες;

B.3 Κοινωνικές επιπτώσεις

13. Πώς επηρεάζει η φροντίδα τις κοινωνικές σας σχέσεις;

Υποερωτήματα:

- Έχετε χρόνο για φίλους και συγγενείς;
- Νιώθετε απομονωμένος/η;
- Πώς αντιδρούν οι άλλοι στην κατάστασή σας;

B.4 Επαγγελματικές επιπτώσεις

14. Πώς επηρεάζει η φροντίδα την εργασία σας;

Υποερωτήματα:

- Χρειάστηκε να αλλάξετε ή να διακόψετε την εργασία σας;
- Πώς συνδυάζετε εργασία και φροντίδα;
- Έχετε υποστεί οικονομικές απώλειες;

B.5 Ψυχολογικές επιπτώσεις

15. Πώς νιώθετε συναισθηματικά με τη φροντίδα που παρέχετε;

Υποερωτήματα:

- Νιώθετε άγχος, κούραση, θλίψη;
- Υπάρχουν στιγμές ενοχής ή θυμού;
- Αισθάνεστε ικανοποίηση ή νόημα από τη φροντίδα;
- Πώς επηρεάζει η φροντίδα τη δική σας υγεία;

B.6 Οικονομικές επιπτώσεις

16. Έχετε οικονομικές επιπτώσεις από τη φροντίδα;

Υποερωτήματα:

- Έχετε έξοδα για φάρμακα, ιατρικό εξοπλισμό, επισκέψεις γιατρών;
- Χρειάστηκε να μειώσετε τις ώρες εργασίας σας;
- Πώς επηρεάζει αυτό τη ζωή σας;

B.7 Θετικές εμπειρίες

17. Υπάρχουν θετικές πλευρές στη φροντίδα που παρέχετε;

Υποερωτήματα:

- Τι σας δίνει δύναμη να συνεχίσετε;
- Έχετε αποκτήσει κάποιες νέες δεξιότητες ή εμπειρίες;
- Πώς σας κάνει να νιώθετε η παροχή φροντίδας;

B.8 Μελλοντικές ανησυχίες

18. Τι σας ανησυχεί για το μέλλον;

Υποερωτήματα:

- Ανησυχείτε για την υγεία σας;
- Τι θα γίνει αν δεν μπορείτε πια να φροντίζετε;
- Έχετε σκεφτεί εναλλακτικές λύσεις;

4. ΜΕΡΟΣ Γ: ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ (10 λεπτά)

Σκοπός: Διερεύνηση της υποστήριξης που λαμβάνει ο φροντιστής και των θεσμικών κενών

19. Λαμβάνετε κάποια βοήθεια για τη φροντίδα;

Υποερωτήματα:

- Από ποιον; (οικογένεια, φίλους, ιδιωτική νοσοκόμο, κράτος)
- Πόσο συχνά;
- Αυτή η βοήθεια είναι αρκετή;

20. Γνωρίζετε κάποιες υπηρεσίες ή προγράμματα υποστήριξης για φροντιστές;

Υποερωτήματα:

- Έχετε ζητήσει κάποια βοήθεια από το κράτος ή άλλους φορείς;
- Αν ναι, ποια ήταν η εμπειρία σας;
- Αν όχι, γιατί;

21. Τι θα σας βοηθούσε περισσότερο;

Υποερωτήματα:

- Οικονομική στήριξη;

- Ψυχολογική υποστήριξη ή συμβουλευτική;
- Υπηρεσίες ανάπαυλας (respite care);
- Εκπαίδευση σε δεξιότητες φροντίδας;
- Κάτι άλλο;

22. Τι πιστεύετε ότι θα έπρεπε να κάνει το κράτος για τους άτυπους φροντιστές;

(Ανοιχτή ερώτηση - ο συμμετέχοντας εδώ εκφράζεται ελεύθερα)

5. ΜΕΡΟΣ Δ: COVID-19 (5 λεπτά)

Σκοπός: Κατανόηση της επίδρασης της πανδημίας στην άτυπη φροντίδα

23. Πώς επηρέασε η πανδημία COVID-19 τη φροντίδα που παρέχετε;

Υποερωτήματα:

- Αυξήθηκε το βάρος της φροντίδας;
- Είχατε πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας;
- Πώς επηρεάστηκε η ψυχική σας υγεία;
- Τι δυσκολίες αντιμετωπίσατε που σχετίζονταν με την πανδημία;

6. ΚΛΕΙΣΙΜΟ (2-3 λεπτά)

24. Υπάρχει κάτι που δεν σας ρώτησα και θα θέλατε να προσθέσετε;

(Ανοιχτή ερώτηση)

Μετά τη συνέντευξη:

- ✓ Ευχαριστήριο προς τον/την συμμετέχοντα/ουσα
- ✓ Ερώτηση αν έχουν ερωτήσεις
- ✓ Στοιχεία επικοινωνίας για οτιδήποτε χρειαστεί
- ✓ Υπενθύμιση ότι τα δεδομένα θα παραμείνουν ανώνυμα
- ✓ Σημειώσεις για την ατμόσφαιρα της συνέντευξης

Παράρτημα Γ: «Ερευνητικό Πρωτόκολλο»



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ»

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**«Η Άτυπη Φροντίδα στην Ελλάδα την Τελευταία Δεκαετία:
Μελέτη Κοινωνικών, Ψυχολογικών και Θεσμικών Διαστάσεων»**

Ονοματεπώνυμο Φοιτήτριας: Αυλωνίτη Αναστασία

Επιβλέπων Μέλος ΣΕΠ: Τσαγκαράκης Στέλιος

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ, 2026

1. Τίτλος Έρευνας

Η άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία: μελέτη κοινωνικών, ψυχολογικών και θεσμικών διαστάσεων.

2. Εισαγωγή - Επιστημονικό Υπόβαθρο

Η άτυπη φροντίδα αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο των συστημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, ιδιαίτερα σε χώρες με οικογενειοκεντρικό μοντέλο φροντίδας, όπως η Ελλάδα (Zarzycki & Morrison, 2021). Ως άτυπη φροντίδα ορίζεται η μη αμειβόμενη παροχή φροντίδας σε άτομα με χρόνια νόσο, αναπηρία ή εξάρτηση από μέλη της οικογένειας ή φίλους (Pomeroy & Fiori, 2025).

Την τελευταία δεκαετία, η οικονομική κρίση, η γήρανση του πληθυσμού και η πανδημία COVID-19 αύξησαν σημαντικά το βάρος της άτυπης φροντίδας στην Ελλάδα, αναδεικνύοντας την ανάγκη για συστηματική αποτύπωση και αξιολόγηση της υπάρχουσας επιστημονικής γνώσης (Bergmann & Wagner, 2021; Passa et al., 2026; Sapountzi et al., 2008). Παρά τη σημασία του φαινομένου, η βιβλιογραφία παραμένει αποσπασματική και απαιτείται συνθετική προσέγγιση των ευρημάτων.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση με στόχο τη χαρτογράφηση της επιστημονικής γνώσης σχετικά με την άτυπη φροντίδα στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2015–2025.

3. Σκοπός της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των κοινωνικών, ψυχολογικών και θεσμικών διαστάσεων της άτυπης φροντίδας στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία, μέσω συνδυασμού βιβλιογραφικής ανασκόπησης και πρωτογενούς ποιοτικής έρευνας.

4. Ερευνητικά Ερωτήματα

- Ποιες είναι οι εμπειρίες των άτυπων φροντιστών στην Ελλάδα;
- Ποιες κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις σχετίζονται με την παροχή άτυπης φροντίδας;
- Ποιες οικονομικές επιβαρύνσεις προκύπτουν από τον ρόλο του φροντιστή;
- Πώς αξιολογείται η θεσμική υποστήριξη προς τους άτυπους φροντιστές;
- Πώς επηρέασε η πανδημία COVID-19 την παροχή άτυπης φροντίδας;

5. Τύπος Έρευνας

Η παρούσα μελέτη αποτελεί ποιοτική έρευνα και περιλαμβάνει:

- Δευτερογενή έρευνα βιβλιογραφικής ανασκόπησης (αφηγηματική ή συστηματική, ανάλογα με τις απαιτήσεις της εργασίας).
- Πρωτογενή έρευνα πεδίου μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων.

6. Μεθοδολογία

6.1 Σχεδιασμός Έρευνας

Η έρευνα ακολουθεί ποιοτική προσέγγιση με στόχο τη διερεύνηση των εμπειριών και των αντιλήψεων των άτυπων φροντιστών μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων.

6.2 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας θα αποτελείται από 8 έως 10 άτυπους φροντιστές που παρέχουν μη αμειβόμενη φροντίδα σε άτομα με χρόνια νόσο, αναπηρία ή λειτουργική εξάρτηση. Η επιλογή των συμμετεχόντων θα πραγματοποιηθεί με τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας (purposive sampling).

6.3 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Τα δεδομένα θα συλλεχθούν μέσω ημιδομημένων συνεντεύξεων διάρκειας περίπου 20–30 λεπτών. Οι συνεντεύξεις θα πραγματοποιηθούν δια ζώσης ή εξ αποστάσεως. Με τη συγκατάθεση των συμμετεχόντων, οι συνεντεύξεις ενδέχεται να ηχογραφηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Σε περίπτωση μη συγκατάθεσης για ηχογράφιση, θα τηρηθούν αναλυτικές σημειώσεις κατά τη διάρκεια της συνέντευξης.

6.4 Ανάλυση δεδομένων

Τα δεδομένα που θα προκύψουν από τις συνεντεύξεις θα αναλυθούν με τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης λόγου. Η διαδικασία ανάλυσης θα περιλαμβάνει:

- Απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων
- Κωδικοποίηση των δεδομένων
- Ομαδοποίηση σε θεματικές κατηγορίες
- Ερμηνευτική ανάλυση των εμπειριών των συμμετεχόντων

7. Ηθικά Ζητήματα

Η συμμετοχή στην έρευνα θα είναι εθελοντική και θα βασίζεται σε ενημερωμένη συναίνεση. Επίσης, θα διασφαλιστεί η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα των συμμετεχόντων μέσω χρήσης ψευδωνύμων ή κωδικών. Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες θα έχουν το δικαίωμα αποχώρησης από τη διαδικασία οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Τέλος, οι ηχογραφήσεις (εφόσον υπάρξει συγκατάθεση και πραγματοποιηθούν) θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και θα διαγραφούν μετά την ολοκλήρωση της ανάλυσης.

8. Περιορισμοί της Έρευνας

- Μικρό μέγεθος δείγματος
- Πιθανή απροθυμία συμμετοχής
- Υποκειμενικότητα των απαντήσεων
- Πιθανή απώλεια πληροφοριών σε περιπτώσεις μη ηχογράφησης
- Περιορισμένος αριθμός ελληνικών μελετών
- Ετερογένεια μεθοδολογιών
- Πιθανή μεροληψία δημοσιεύσεων

9. Αναμενόμενη Συμβολή της Έρευνας

Η μελέτη αναμένεται να αναδείξει τις εμπειρίες και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι άτυποι φροντιστές στην Ελλάδα και να συμβάλει στην κατανόηση των κοινωνικών και θεσμικών αναγκών υποστήριξης τους. Επιπρόσθετα, η ανασκόπηση αναμένεται να συγκεντρώσει και να συνθέσει την υπάρχουσα γνώση, να αναδείξει κενά στη βιβλιογραφία και να υποστηρίξει την ανάγκη ανάπτυξης πολιτικών για τους άτυπους φροντιστές στην Ελλάδα.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

- Bergmann, M., & Wagner, M. (2021). The Impact of COVID-19 on Informal Caregiving and Care Receiving Across Europe During the First Phase of the Pandemic. *Frontiers in public health*, 9, 673874. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.673874>
- Passa, Anna & Apostolakis, Ioannis & Sarafis, Pavlos. (2026). Informal carers in the long-term care in Greece and the European Union. 30. 404-414.
- Pomeroy, E., & Fiori, F. (2025). Competing demands on adult children: How do they shape their provision of informal care?. *SSM - population health*, 29, 101754. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2025.101754>
- Sapountzi-Krepia, D., Raftopoulos, V., Psychogiou, M., Sakellari, E., Toris, A., Vrettos, A., & Arsenos, P. (2008). Dimensions of informal care in Greece: the family's contribution to the care of patients hospitalized in an oncology hospital. *Journal of clinical nursing*, 17(10), 1287–1294. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02033.x>
- Zarzycki, M., & Morrison, V. (2021). Getting back or giving back: understanding caregiver motivations and willingness to provide informal care. *Health psychology and behavioral medicine*, 9(1), 636–661. <https://doi.org/10.1080/21642850.2021.1951737>

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.