

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

«Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία σε άτομα τρίτης ηλικίας»



Μαρία Μπαρλαμά

A. M.: 21065

Επιβλέπουσα:

Δρ. Μαρία – Αγγελική Σταμούλη

Αθήνα, Σεπτέμβριος 2023

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

«Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία σε άτομα τρίτης ηλικίας»

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

A/a	ΟΝΟΜΑ ΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΑΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Μαρία-Αγγελική Σταμούλη	Μέλος Ε.ΔΙ.Π.	
2	Γεώργιος Πιερράκος	Καθηγητής	
3	Ασπασία Γούλα	Καθηγήτρια	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Μπαρλαμά Μαρία του Κωνσταντίνου, με αριθμό μητρώου 21065 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα



Μαρία Μπαρλαμά

Περιεχόμενα

Κατάλογος Ακρωνυμίων και Συντομογραφιών	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	11
1.1 Η ΓΗΡΑΝΣΗ.....	11
1.2. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ	14
1.3. ΕΝΕΡΓΟΣ ΓΗΡΑΝΣΗ.....	16
1.4. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	19
1.5. ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΘΕΜΕΛΙΩΔΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ(2020) .	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	24
2.1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	24
2.2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	26
2.3.ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	27
2.3.1. Κοινωνικοί–οικονομικοί παράγοντες.....	27
2.3.2. Σωματική δραστηριότητα	30
2.3.3. Περιβάλλον	31
2.3.4. Ψυχολογία.....	33
2.3.5. Διατροφή.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	38
3.1. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ.....	38
3.2.ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	55
4.1. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ COVID-19.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	58
5.1. ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΜΦΥ).....	58
5.2. ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΧΩΡΩΝ	60
5.3. ΔΟΜΕΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	63
5.3.1. Αντιλήψεις και προσδοκίες περιθαλπόμενων ατόμων σε ΜΦΗ	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	71
6.1. ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ (ΤΠΕ)	71
6.2. ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΓΕΙΑ	73

6.2.1. Ηλεκτρονική υγεία (<i>e-Health</i>).....	74
6.2.2. Κινητή υγεία (<i>m-Health</i>).....	75
6.2.3. Τηλεϊατρική.....	76
6.2.4 Ηλεκτρονικός φάκελος υγείας.....	79
6.2.5. Φορητοί αισθητήρες και συσκευές.....	79
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	85
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ.....	87

Κατάλογος Ακρωνυμίων και Συντομογραφιών

UN	United Nations
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚ	Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Υπηρεσιών Υγείας
ΗΕ	Ηνωμένα Έθνη
ΗΦΥ	Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
ΚΑΠΗ	Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων
ΚΗΦΗ	Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων
ΜΦΗ	Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων
ΜΦΥ	Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΠΖ	Ποιότητα Ζωής
ΣΥΠΖ	Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΤΠΕ	Τεχνολογίες Πληροφοριών και Επικοινωνιών

ΣΥΝΤΟΜΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η δημογραφική εξέλιξη και η γήρανση του πληθυσμού έχει αυξήσει την ανάγκη για συστηματική τεκμηρίωση, ανάλυση και αντιμετώπιση των ιατρικοκοινωνικών προβλημάτων που επηρεάζουν τους ηλικιωμένους και οφείλονται κυρίως στη συσσώρευση σημείων ψυχικής και σωματικής παρακμής τα οποία επέρχονται με την πάροδο του χρόνου. Οι υπερήλικες έχουν αυξημένες ανάγκες φροντίδας και περίθαλψης οι οποίες βαρύνουν το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Δύο επιστημονικοί κλάδοι, η γεροντολογία και η γηριατρική έχουν ως αντικείμενο τους την μελέτη και αντιμετώπιση των ιατρικο-κοινωνικών προβλημάτων της τρίτης ηλικίας. Η γεροντολογία μελετά την γήρανση και επικεντρώνεται στις κοινωνικές και οικονομικές πτυχές της, ενώ ο ιατρικός τομέας της γηριατρικής ασχολείται με τα βιολογικά, κλινικά, εργαστηριακά και θεραπευτικά ζητήματα που προκύπτουν στα ηλικιωμένα άτομα. (Δαρδαβέσης, 2011:31)

Αν και η χρονολογική ηλικία αποτελεί βασικό δείκτη γήρανσης, ο ορισμός της έννοιας «γέρος» ποικίλλει (Esbensen, 2015:489-498). Στο παρελθόν, οι άνω των 50 ετών θεωρούνταν «ηλικιωμένοι» ενώ σήμερα ονομάζονται «ώριμοι ενήλικες». Ακόμα και άτομα άνω των 70 ετών ικανά ως προς τις νοητικές και διανοητικές εργασίες θεωρούνται εξίσου αποτελεσματικά με τα νεότερα άτομα (Ευκλείδη, 2011:73). Η Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε (1982) καθόρισε το 65ο έτος, ηλικία που ευθυγραμμίζεται με την συνταξιοδότηση και με την έλευση αυτού το άτομο θεωρείται ότι ανήκει στους γηριατρικούς ασθενείς.

ΛΕΞΕΙΣ - ΚΛΕΙΔΙΑ: γήρανση, ενεργός γήρανση, ποιότητα ζωής, μακροχρόνια φροντίδα

ABSTRACT

The demographic maturation and ageing of the population has increased the need for systematic documentation, analysis and treatment of the medical and social problems that affect older people, mainly due to the accumulation of mental and physical decline that occurs over time. Older people have increased care and treatment needs, which are a burden on the immediate family and the wider community. Two scientific disciplines, gerontology and geriatrics, are concerned with the study and treatment of the medical and social problems of the elderly. Gerontology studies ageing and focuses on its social and economic aspects, while the medical field of geriatrics deals with the biological, clinical, laboratory and therapeutic issues that arise in older people. (Dardavessis, 2011:31)

Although chronological age is a key indicator of ageing, the definition of 'old' varies (Esbensen, 2015:489-498). In the past, people over 50 years old were considered 'old' while today they are called 'mature adults'. Even people over 70 years of age competent in terms of cognitive and mental tasks are considered as effective as younger people (Euclid, 2011:73). The UN General Assembly (1982) set the age of 65 as the age that aligns with retirement and on reaching this age a person is considered to be a geriatric patient.

KEYWORDS: ageing, active ageing, quality of life, long-term care

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της συμμετοχής μου στο Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής με τίτλο «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας & Κοινωνικής Φροντίδας».

Με την ολοκλήρωση της θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα Δρ. Μαρία-Αγγελική Σταμούλη για την στήριξη της, την υπομονή και την καθοδήγηση της σε όλη την διάρκεια της εργασίας. Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος.

Ευχαριστώ πολύ και την οικογένεια μου, τον σύζυγό μου Θανάση και τα παιδιά μου, Νικηφόρο και Κωνσταντίνο για την αγάπη και την υποστήριξη τους σε όλη την διάρκεια του μεταπτυχιακού. Είμαι ιδιαίτερα συγκινημένη με την εκπλήρωση αυτού του στόχου μου και εύχομαι και τα παιδιά μου με την βοήθεια του Θεού όπως εγώ τα κατάφερα να μπορέσουν και αυτά να εκπληρώσουν τα όνειρα τους και να κατακτήσουν τους στόχους τους.

*Την παρούσα εργασία την αφιερώνω
στους αείμνηστους γονείς μου,
Χρυσή και Κωνσταντίνο
και τους ευχαριστώ για τις αξίες που
μου δίδαξαν και την αμέριστη αγάπη τους.*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα δημογραφικά στοιχεία δείχνουν ότι οι πληθυσμοί σε όλο τον κόσμο γερνούν με ταχύτερους ρυθμούς από ότι στο παρελθόν και ταυτόχρονα οι γεννήσεις μειώνονται. Το 2050 για πρώτη φορά στην ανθρώπινη ιστορία, θα υπάρχουν περισσότερα άτομα άνω των 60 ετών από παιδιά στον κόσμο, αυξάνοντας τον αριθμό των συνταξιούχων έναντι των ατόμων σε ηλικία εργασίας. Το αυξανόμενο ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων στη δομή του πληθυσμού και η επακόλουθη ανισορροπία μεταξύ του ενεργού και του εξαρτώμενου τμήματος έχουν αρνητικές επιπτώσεις στις υπηρεσίες υγείας, την κοινωνική ασφάλιση, την απασχόληση, την οικονομία και την κοινωνία στο σύνολό της. Η περίοδος της τρίτης ηλικίας είναι άμεσα συναρτώμενη με μία σειρά αναπόφευκτων αλλαγών που επηρεάζουν την σωματική αλλά και την ψυχική υγεία του ατόμου (Ζέττα, 2019). Ο περιορισμός της λειτουργικότητας, της αυτονομίας, η απώλεια κοινωνικοποίησης οδηγεί ηλικιωμένα άτομα στην εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, έντονου άγχους και κατάθλιψης (Ναλμπαντίδης, 2021:28,31). Τα συμπτώματα αυτά έχουν ενταθεί περισσότερο στις μέρες μας λόγω και της τρέχουσας πανδημίας Covid-19 διότι η ευαίσθητη αυτή ηλικιακή ομάδα αναγκάστηκε να απομονωθεί ακόμη περισσότερο βιώνοντας εντονότερα την μοναξιά και τον φόβο του θανάτου (IASC, 2021).

Η Ποιότητα ζωής (ΠΖ) στην Τρίτη ηλικία σχετίζεται με την αντίληψη του ατόμου για τις συνθήκες διαβίωσης του με βάση τις αξίες, τους στόχους, τις ανησυχίες, τις προσδοκίες του και αντικατοπτρίζει το βαθμό ικανοποίησης των σωματικών, πνευματικών, ψυχικών, κοινωνικών του αναγκών. Επιτυγχάνεται δε μέσω της αλληλεπίδρασης ενός συνόλου παραγόντων όπως η φυσική ευεξία, η πνευματική υγεία, η ψυχική ισορροπία και η κοινωνική προσαρμογή (Θεοφίλου, 2010:44). Ως υγεία σύμφωνα με τον ΠΟΥ δεν νοείται μόνο η απουσία ασθένειας αλλά είναι η κατάσταση όπου το άτομο χαρακτηρίζεται από πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία.

Στη σημερινή εποχή, οι ηλικιωμένοι έχουν ενεργό ρόλο μέσα στην κοινωνία, συμβάλλουν σημαντικά μέσω της εθελοντικής εργασίας, μοιράζονται τη σοφία και την εμπειρία τους, παρέχουν υποστήριξη στα παιδιά τους φροντίζοντας τα εγγόνια τους και συμμετέχουν όλο και περισσότερο στο εργατικό δυναμικό. Η συμβολή της τρίτης ηλικίας θα πρέπει να αναγνωρίζεται και να τιμάται ώστε να εξασφαλίζεται η αλληλεγγύη των

μεταξύ των γενεών. Οι δράσεις και πολιτικές των κρατών πρέπει να στοχεύουν στην εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού βιοτικού επιπέδου και στην διατήρηση της φυσικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας ως θεμελιώδες δικαίωμα κάθε ανθρώπου. (ΕΕ, Πράσινη Βίβλος, 2021).

Η Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ (1990) θέλοντας να αποδώσει φόρο τιμής στους ηλικιωμένους όρισε την 1^η Οκτωβρίου ως "Παγκόσμια Ημέρα Ηλικιωμένων". Η ημέρα αυτή παρέχει μια ευκαιρία για να αναδειχθούν οι προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι και να προωθηθούν οι πολιτικές και οι πρακτικές που βοηθούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. (Ψήφισμα 45/106).

Η εργασία έχει χωριστεί σε έξι κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην διαδικασία της γήρανσης και τις επιπτώσεις που επιφέρει στην ζωή των ατόμων. Σε αυτό καταγράφεται η παγκόσμια δημογραφική τάση και οι δημογραφικές εξελίξεις της Ελλάδας και δίνεται έμφαση στη σημασία της προώθησης της ενεργού γήρανσης του πληθυσμού προς όφελος ολόκληρης της ανθρωπότητας.

Το δεύτερο κεφάλαιο ασχολείται με την έννοια της "ποιότητας ζωής" και τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία διαμορφώνοντας την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (οικονομικοί, κοινωνικοί, επίπεδο μόρφωσης, διατροφή κ.λπ.). Στο κεφαλαίο αυτό επιπλέον παρουσιάζονται τα διαθέσιμα ερευνητικά εργαλεία που υπάρχουν για την μέτρηση της ποιότητας ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνονται αναφορές σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν για την πανδημία covid-19 και πως αυτή επηρέασε την ψυχολογία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα επικρατέστερα μοντέλα μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, οι καλές πρακτικές των χωρών και οι δομές μακροχρόνιας φροντίδας που διαθέτει σήμερα η χώρα μας.

Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στις υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας (e-health, m-health, Ηλεκτρονικός φάκελος υγείας κ.λπ.) με την αξιοποίηση των οποίων υπάρχουν δυνατότητες ουσιαστικής βελτίωσης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, της προσβασιμότητας για όλα τα άτομα και της συνολικής βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας. Στο τέλος η εργασία ολοκληρώνεται με την διεξαγωγή των συμπερασμάτων.

Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας, ένα σύνολο 58 βιβλιογραφικών αναφορών εντοπίστηκε και συμπεριλήφθηκε στην παρούσα διπλωματική εργασία. Η διαδικασία για

την εύρεση βιβλιογραφικών αναφορών και ερευνητικών μελετών, στηρίχθηκε στη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση και ξεκίνησε με την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Mednet, GoogleScholar, WileyOnlineLibrary, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής διερευνώντας τις πτυχές της γήρανσης και εστιάζοντας στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία των ηλικιωμένων.

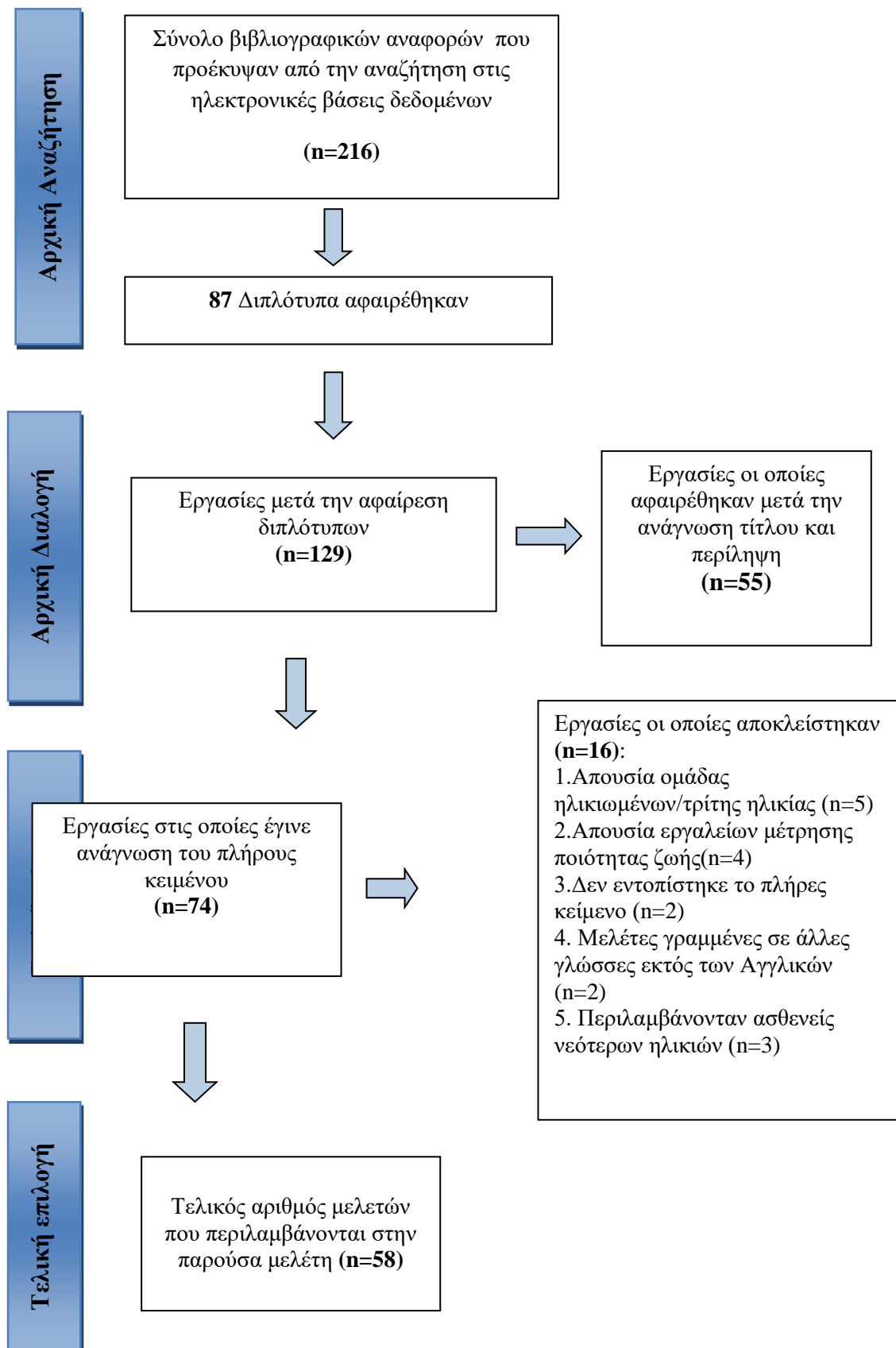
Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους/λέξεις κλειδιά: στην ελληνική γλώσσα «γήρανση» ή «ενεργός γήρανση», «ποιότητα ζωής» ή «ποιότητα ζωής ατόμων τρίτης ηλικίας», «ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία», «μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων». Στην αγγλική γλώσσα χρησιμοποιήθηκαν οι εξής όροι/κλειδιά: “quality” or “healthquality”, “ageingpopulation” or “healthy agein”. Επιπλέον, στην εργασία χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από βιβλία και επιστημονικές σελίδες όπως της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Europa.eu), του Υπουργείου Υγείας, της ΕΛΣΤΑΤ καθώς και από επιστημονικά περιοδικά.

Η έρευνα στις ηλεκτρονικές βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων οδήγησε στην ανεύρεση ενός συνόλου 216 μελετών. Από το σύνολο αυτών των αρχικών εργασιών, αφαιρέθηκαν 87 μελέτες ως διπλότυπες, μετά από χρήση του εργαλείου αφαίρεσης διπλότυπων εργασιών του προγράμματος βιβλιογραφικών αναφορών MendeleyDesktopversion 1.19.

Στη συνέχεια έγινε προσεκτική ανάγνωση των τίτλων και των περιλήψεων των εναπομεινασών μελετών, όπου 55 μελέτες αποκλείστηκαν, καθώς η θεματολογία τους ήταν εκτός του σκοπού της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Οι υπόλοιπες 74 μελέτες/άρθρα προχώρησαν στο στάδιο της ανάγνωσης του πλήρους κειμένου και από αυτές 16 απορρίφθηκαν καθώς πληρούσαν τα εξ αρχής ορισμένα κριτήρια αποκλεισμού της μελέτης όπως μη αναφορά στην Τρίτη ηλικία, στο γήρας, σε απουσία υπηρεσιών υγείας ή εργαλείων μέτρησης, μελέτες γραμμένες σε άλλες γλώσσες εκτός της αγγλικής, ερευνητικά άρθρα χωρίς πλήρες κείμενο. Επιπλέον, συμπεριλήφθηκαν μελέτες στην αγγλική και ελληνική γλώσσα, χωρίς περιορισμό στην ημερομηνία δημοσίευσης, για την αποφυγή αποκλεισμού οποιουδήποτε στοιχείου σχετικά με την έρευνα μας.

Τα στάδια της αναζήτησης, καθώς και τα κριτήρια επιλεξιμότητας των μελετών, δίνονται αναλυτικά στο διάγραμμα ροής που ακολουθεί.

Διάγραμμα 1. Διάγραμμα Ροής



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Η ΓΗΡΑΝΣΗ

Η γήρανση αποτελεί μία σύνθετη διαδικασία πολλών μεταβολών που περιλαμβάνει μόνιμες κυτταρικές αλλαγές που αναπτύσσονται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου. (Δαρδαρέσης, 2011:33). Πρόκειται για μία φυσιολογική διαδικασία όπου τα υγιή άτομα προοδευτικά μετατρέπονται σε λιγότερο υγιή αναπτύσσοντας μεγαλύτερη ευπάθεια στην βλάβη και στον θάνατο (Μόσιαλος, 2020:518).

Ο Kastenbaunt (1982) αναφέρει ότι η "γενική" διεργασία του βιολογικού γεράσματος μοιάζει με την αργή παλίρροια που μας πλησιάζει τόσο σταδιακά ώστε να μας παίρνει χρόνο για να την παρατηρήσουμε, σαν μία συνεχής ροή παρά ένα τεράστιο κύμα που μας παρασύρει. Μαθαίνουμε να κολυμπάμε, να συμπλέουμε, να προσαρμοζόμαστε σε πολλές αλλαγές τόσο σταδιακά και φυσικά που σχεδόν δεν καταλαβαίνουμε πότε ακριβώς συμβαίνουν έως ότου να χαρακτηρίσουμε τον εαυτό μας "γέρο".

Η διαδικασία γήρανσης μπορεί να διαφέρει τόσο ως προς τον ρυθμό όσο και ως προς τον βαθμό μεταξύ των ατόμων, ακόμη και εντός των ίδιων των οργανικών συστημάτων ενός ατόμου (Δαρδαβέσης, 2011:33-34). Στα νεαρά άτομα, τα κύτταρα που αποτελούν τη μικρότερη μονάδα ζωής πολλαπλασιάζονται με ταχύτερο ρυθμό μέσα στο σώμα τους σε σύγκριση με τα κύτταρα στο σώμα ενός ηλικιωμένου ατόμου που ανανεώνονται πιο αργά και τελικά σταματούν να πολλαπλασιάζονται εντελώς με την πάροδο του χρόνου.

Η γήρανση μπορεί να επηρεαστεί τόσο από γενετικούς παράγοντες όσο και από το περιβάλλον που ζει κάθε άτομο (Γκόνοσ, 1998:13-14). Κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη ενός ατόμου είναι οι γενετικοί, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, ο τρόπος που το ίδιο το άτομο λειτουργεί και προσαρμόζεται μέσα στην κοινωνία, η ψυχολογική συγκρότηση του ατόμου και οι επιλογές του τρόπου ζωής που προάγουν την καλή υγεία. (Hayflick,1996)

Στην προσπάθεια κατανόησης της λειτουργίας της γήρανσης γίνεται η διάκριση μεταξύ του πρωτογενούς και του δευτερογενούς γήρατος λαμβάνοντας υπόψη όλους τους

παράγοντες, βιολογικούς, ψυχολογικούς και πολιτισμικούς που επιδρούν στην διαδικασία αυτή.

Η πρωτογενής γήρανση περιλαμβάνει τις βιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, οι οποίες καθορίζονται από τη γενετική και ακολουθούν μια προκαθορισμένη αναπτυξιακή πορεία από τη γέννηση έως το θάνατο. Οι αλλαγές αυτές συμβαίνουν φυσιολογικά, ακόμη και αν το άτομο είναι υγιές και απαλλαγμένο από ασθένειες (Ευκλείδη, 2011:71). Σύμφωνα με τον Lemme (1995) το πρωτογενές γήρας έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Είναι μια περίπλοκη διαδικασία που αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου και στην οποία πραγματοποιούνται δομικές και λειτουργικές αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία.
- Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, πράγμα που σημαίνει ότι κάθε μεταβολή προστίθεται σε εκείνες που έχουν λάβει χώρα προηγουμένως.
- Οι αλλαγές που γίνονται καθιστούν το άτομο λιγότερο λειτουργικό.
- Αναπτύσσεται σταδιακά και δεν εκδηλώνεται αμέσως
- Έχει μη αναστρέψιμες μεταβολές.
- Προέρχεται από εσωτερικές αιτίες.
- Είναι αναπόφευκτο και καθολικό για όλους τους ανθρώπους.
- Ξεκινά στην φάση της ωριμότητας (σωματικής και αναπαραγωγικής)
- Οδηγεί στον θάνατο.

Οι αρνητικές επιπτώσεις της πρωτογενούς γήρανσης είναι εμφανείς στην μειωμένη αντίσταση του ατόμου στις εξωτερικές επιδράσεις και στην αυξημένη πιθανότητα θανάτου. Ωστόσο οι βιολογικές μεταβολές παρότι είναι αναπόφευκτες και καθολικές σε όλους τους ανθρώπους δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι ξεκινούν σε συγκεκριμένη ηλικία και μία συγκεκριμένη μορφή αλλά θεωρείται ότι η εμφάνιση και η μορφή που θα λάβουν είναι συνάρτηση του περιβάλλοντος και του τρόπου ζωής του κάθε ανθρώπου. (Ευκλείδη, 2011:72).

Η δευτερογενής γήρανση αναφέρεται σε παθολογικές αλλαγές που προκαλούνται από εξωτερικούς παράγοντες όπως περιβαλλοντικές επιδράσεις, φυσικές καταστροφές, ιστορικά γεγονότα, οικονομικές αλλαγές και κοινωνικά ζητήματα καθώς και συνήθειες που αφορούν τον τρόπο ζωής και που μπορούν να ωφελήσουν είτε να βλάψουν τη φυσική

κατάσταση ενός ατόμου όπως είναι η διατροφή και η σωματική άσκηση. Η δευτερογενής γήρανση μπορεί επίσης να επηρεαστεί από την προσωπικότητα του ατόμου, την αυτοεικόνα του και τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνεται την ασθένεια.

Σε αντίθεση με την πρωτογενή γήρανση, η δευτερογενής γήρανση δεν είναι καθολική και μπορεί να διαφέρει μεταξύ των ατόμων καθώς ορισμένοι παράγοντες, όπως το κάπνισμα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και η παρατεταμένη έκθεση σε ακτινοβολία που σχετίζεται με την ηλικία, μπορούν να επιταχύνουν την εμφάνιση της. (Ευκλείδη, 2011:72-73). Η αλληλεπίδραση επομένως μεταξύ των πρωτογενών και δευτερογενών λειτουργιών της γήρανσης οδηγεί στη διαδικασία γήρανσης, η οποία είναι μοναδική για κάθε άτομο και επηρεάζεται από τις εμπειρίες του μέσα σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικοπολιτιστικό-ιστορικό περιβάλλον, τη γενετική του σύνθεση και τις τρέχουσες συνθήκες της ζωής του. (Ευκλείδη, 2011:73-74).

Με την πάροδο του χρόνου, η γήρανση οδηγεί σε σημαντικές αλλαγές που μπορούν να παρατηρηθούν τόσο βιολογικά όσο στην εμφάνιση, συμπεριφορά, στις εμπειρίες και τους κοινωνικούς ρόλους των ατόμων (Ευκλείδη,2011:71). Οι αλλαγές που συμβαίνουν επηρεάζουν διάφορες σωματικές λειτουργίες, όπως η κινητικότητα, το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό, το απεκκριτικό σύστημα, την τροφή και την πέψη, το κεντρικό νευρικό σύστημα και το αναπαραγωγικό σύστημα. Η γήρανση οδηγεί επίσης σε μείωση της οξύτητας των αισθήσεων, συμπεριλαμβανομένης της όρασης, της ακοής, της γεύσης και της όσφρησης, της αφής, της ισορροπίας και των λειτουργιών που σχετίζονται με το φύλο. Αλλαγές επέρχονται και στις γνωστικές λειτουργίες όπως η μειωμένη ικανότητα της επεξεργασίας των πληροφοριών, η απώλεια μνήμης και η μείωση της νοητικής λειτουργίας. (Ευκλείδη, 2011:75-102)

Οι υπερήλικες εμφανίζουν παθήσεις ανάλογες με παθήσεις που εμφανίζουν και οι μεσήλικες με την σημαντική διαφορά όμως, ότι οι πρώτοι υποφέρουν από πολλά προβλήματα υγείας ταυτόχρονα και συγχρόνως παρουσιάζουν εξασθένηση των λειτουργικών τους ικανοτήτων. Τα κύρια προβλήματα υγείας που εμφανίζουν τα άτομα τρίτης ηλικίας είτε μεμονωμένα είτε ταυτόχρονα περισσότερα του ενός θα μπορούσαν να ενταχθούν στις παρακάτω κατηγορίες (CapeR. et al, 1983):

- Διαταραχές στους ομοιοστατικούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς του σώματος(πχ. θερμοκρασία σώματος, οξύτητα (pH) αίματος, συγκέντρωση της γλυκόζης και των αλάτων του αίματος).
- Κακώσεις που προκαλούνται από πτώσεις και λόγω μείωσης της κινητικότητας.
- Ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές (άνοια, σχιζοφρένεια, συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές).
- Αγγειακά και εγκεφαλικά επεισόδια.
- Απώλεια ελέγχου ουροδόχου κύστεως και εντέρων (ακράτεια ούρων και κοπράνων)
- Ιατρογενή προβλήματα

Οι καρδιαγγειακές εκφυλιστικές διαταραχές είναι οι πιο διαδεδομένες παθήσεις με την υψηλότερη θνησιμότητα στην τρίτη ηλικία. Ο καρκίνος είναι ο δεύτερος πιο διαδεδομένος, ακολουθούμενος από μια σειρά εκφυλιστικών αρθροπαθειών, αιματολογικών διαταραχών, πνευμονικών, οφθαλμικών, νεφρικών, σακχαρώδη διαβήτη, προστάτη και άλλων ασθενειών. Συνήθως οι χρόνιες ασθένειες που έχουν οι περισσότεροι ηλικιωμένοι οδηγούν στην εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους, αδυναμίας, κόπωσης και διαταραχές στην ποιότητα του ύπνου. Μία παθολογική κατάσταση η οποία απαιτεί καθημερινή χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση και ψυχιατρικών συνδρόμων στα ηλικιωμένα άτομα αλλά και η χρήση ψυχοφαρμάκων μπορεί να επιβαρύνει κάποιο παθολογικό πρόβλημα που ήδη υπάρχει ή ακόμη να προκαλέσει κάποιο νέο. Τα ψυχιατρικά σύνδρομα που εκδηλώνονται στην πλειοψηφία των υπερηλίκων και τα οποία ποικίλουν ανά περίπτωση και αυξάνουν με την πάροδο του χρόνου είναι (Δαρδαβέσης,2011:35-37):

- Η κατάσταση σύγχυσης ή ταραχής
- Γνωστική έκπτωση στους ηλικιωμένους (νόσος του Αλτσχάιμερ)
- Διανοητική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαταραγμένη σκέψη και αντίληψη
- Ψυχωτικές διαταραχές που προκαλούνται από συναισθηματική δυσφορία
- Αίσθημα ανησυχίας ή αμηχανίας, που συχνά συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα.

1.2. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού αποτελεί ένα αναμφισβήτητο γεγονός που επιβεβαιώνεται από τις δημογραφικές αναλύσεις καθώς οι πληθυσμοί σε όλο το κόσμο γερνούν με ταχύτερους ρυθμούς και ταυτόχρονα οι γεννήσεις ελαττώνονται. Σύμφωνα με τις προβλέψεις που έγιναν κατά τη διάρκεια της Παγκόσμιας Συνέλευσης για τη Γήρανση

που πραγματοποιήθηκε στη Βιέννη (1982) ο παγκόσμιος πληθυσμός αναμένεται να έχει τριπλασιαστεί μέχρι το 2050, με πενταπλασιασμό του αριθμού των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών και επταπλασιασμό των ατόμων άνω των 70 ετών. (Δαρδαβέσης, 2011:33)

Την 11/7/2022, “Παγκόσμια Ημέρα Πληθυσμού” ο ΟΗΕ ανακοίνωσε ότι ο πληθυσμός της γης υπολογίζεται να αγγίξει τα οκτώ δισεκατομμύρια καθώς η πρόοδος στην ιατρική επιστήμη έχει επιμηκύνει τη διάρκεια ζωής των ανθρώπων και έχει μειώσει την μητρική την παιδική και τη βρεφική θνησιμότητα. Παρόλο το γεγονός της πληθυσμιακής αύξησης, όλη η ανθρωπότητα βρίσκεται σε πολλούς κινδύνους εξαιτίας της κλιματικής καταστροφής, των πολέμων, των συγκρούσεων, των ανθρωπιστικών καταστάσεων έκτακτης ανάγκης, της πείνας και της φτώχειας, των επιδημιών από μολυσματικούς ιούς όπως ο ιός της γρίπης Covid-19 κ.ά. και γι’ αυτό απαιτείται η επαγρύπνηση όλων των ατόμων ως προς την κοινή ευθύνη που έχουν στην φροντίδα και στην προστασία του πλανήτη. (United Nations, 2022)

Πράγματι, η 15^η Νοεμβρίου 2022 σηματοδότησε ένα ιστορικό ορόσημο καθώς ο παγκόσμιος πληθυσμός έφτασε τα 8 δισεκατομμύρια. Η επίτευξη ενός παγκόσμιου πληθυσμού 8 δισεκατομμυρίων αποτελεί μεν αριθμητικό ορόσημο αλλά ταυτόχρονα θα πρέπει να εστιαστεί η προσοχή στην εξασφάλιση μίας αξιοπρεπούς ζωής για όλους τους ανθρώπους διασφαλίζοντας έτσι την ισότητα και την αλληλεγγύη των σημερινών και των μελλοντικών γενεών. Χρειάστηκαν περίπου 12 χρόνια για να αυξηθεί ο παγκόσμιος πληθυσμός από 7 σε 8 δισεκατομμύρια και θα χρειαστούν ακόμη 15 χρόνια περίπου έως το 2037 όπου ο παγκόσμιος πληθυσμός θα φτάσει τα 9 δισεκατομμύρια και θα κορυφωθεί στα 10,4 δισεκατομμύρια στη δεκαετία του 2080 παραμένοντας σε αυτό το επίπεδο μέχρι και το 2100. Από τα επίσημα στοιχεία που καταγράφονται προκύπτει ότι ο συνολικός ρυθμός αύξησης του παγκόσμιου πληθυσμού θα αρχίζει να επιβραδύνεται σημαντικά καθώς οι αριθμοί των γεννήσεων έχουν μειωθεί σημαντικά με το συνολικό ποσοστό γονιμότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση να διαμορφώνεται στο 1,50 παιδιά (2020). Ο πληθυσμός της ΕΕ γηράσκει με αυξητικούς ρυθμούς με το παγκόσμιο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση του ανθρώπου να έχει διαμορφωθεί στα 72,8 έτη (2019) και στα 80,4 έτη ζωής (2020). Η διάμεση ηλικία του πληθυσμού να καταγράφεται περίπου στα 44,1 έτη ενώ πάνω από ποσοστό 20,8% των ατόμων έχουν ηλικία 65 ετών και άνω. (United Nations, 2022)

1.3.ΕΝΕΡΓΟΣ ΓΗΡΑΝΣΗ

Το 2019, ο Γενικός Γραμματέας των Ηνωμένων Εθνών, Αντόνιο Γκουτέρες, δήλωσε ότι ο παγκόσμιος πληθυσμός συνεχίζει να αυξάνεται, αλλά άνισα. Στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, η σημαντική αύξηση του πληθυσμού και οι επιπτώσεις της κλιματικής αλλαγής δυσχεραίνουν τη βιώσιμη ανάπτυξη. Αντίθετα, οι ανεπτυγμένες χώρες καταβάλλουν προσπάθειες για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της γήρανσης του πληθυσμού, προωθώντας την "υγιά ενεργό γήρανση" και εξασφαλίζοντας επαρκή κοινωνική προστασία. Η ορθή διαχείριση της αστικής επέκτασης αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία, καθώς εκτιμάται ότι περίπου το 68% του παγκόσμιου πληθυσμού θα ζει σε αστικές περιοχές έως το 2050. (United Nations, 2019)

Επιπλέον, σημαντικές κοινωνικές, οικονομικές και δημοσιονομικές επιπτώσεις προκύπτουν από την αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων και τη μείωση του ποσοστού των ατόμων που βρίσκονται στο εργατικό δυναμικό. Οι παροχές που προσφέρονται στον ηλικιωμένο πληθυσμό πρέπει να είναι περισσότερες και ποιοτικότερες, ενώ οι δημόσιες υπηρεσίες πρέπει να χρηματοδοτούν την υγειονομική περίθαλψη και τις συντάξεις, η βιωσιμότητα των οποίων απειλείται όλο και περισσότερο λόγω της τρέχουσας οικονομικής κρίσης. Για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, η ευρωπαϊκή στρατηγική επικεντρώνεται κυρίως στην ανάγκη αναθεώρησης των συστημάτων συνταξιοδότησης και υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας, καθώς και στην ανάγκη θέσπισης κατάλληλων μέτρων για την προώθηση της απασχόλησης με στόχο τη στήριξη και την ενθάρρυνση της γηράσκουσας γενιάς να συνεχίσει να εργάζεται αποφεύγοντας την πρόωφη συνταξιοδότηση, όπως έτειναν να κάνουν οι προηγούμενες γενιές. (ΕΕ, 2011)

Στο Στρασβούργο (2011) το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο της ΕΕ με την αρ.940/2011/ΕΕ απόφαση του ανακήρυξε το 2012 ως «Ευρωπαϊκό Έτος Ενεργού Γήρανσης και Αλληλεγγύης μεταξύ των Γενεών». Ο γενικός στόχος του Ευρωπαϊκού Έτους ήταν να διευκολύνει την καθιέρωση μιας κουλτούρας ενεργού γήρανσης στην Ευρώπη, η οποία θα βασίζεται σε μια κοινωνία για όλες τις ηλικίες. Στο πλαίσιο αυτό, το Ευρωπαϊκό Έτος ενθαρρύνει και στηρίζει τις προσπάθειες των κρατών μελών, των περιφερειακών και τοπικών αρχών, των κοινωνικών εταίρων, της κοινωνίας των πολιτών

και της επιχειρηματικής κοινότητας για την προώθηση της ενεργού γήρανσης και την αποτελεσματικότερη αξιοποίηση του συνεχώς αυξανόμενου πληθυσμού άνω των 60 ετών. Στο πλαίσιο αυτής της προσέγγισης, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη την ποικιλομορφία και την ισότητα των φύλων ενθαρρύνεται η αλληλεγγύη και η συνεργασία μεταξύ των γενεών και παρέχονται ευκαιρίες στους ηλικιωμένους, άνδρες και γυναίκες να μπορούν να συμμετέχουν ικανοποιητικά στο εργατικό δυναμικό καταπολεμώντας την φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό που βιώνουν. Είναι απαραίτητο μέσω του εθελοντισμού και της ενεργού συμμετοχής να υπάρξουν τροποποιήσεις στις συνθήκες εργασίας, να εφαρμοστούν προγράμματα δια βίου μάθησης προσαρμοσμένα στις απαιτήσεις του ηλικιωμένου εργατικού δυναμικού, να ενισχυθεί η υγεία του και η ασφάλεια και να καταπολεμηθούν τα αρνητικά στερεότυπα και οι διακρίσεις που υπάρχουν λόγω της ηλικίας.

Μέσω του διαλόγου και ανταλλαγής πληροφοριών επιζητείται από όλα τα κράτη μέλη να ευαισθητοποιήσουν τους πληθυσμούς τους αναφορικά με την αξία της ενεργού γήρανσης και τις ποικίλες διαστάσεις της. Οι πολιτικές των κρατών θα πρέπει να ακολουθούν καλές πρακτικές που θα οδηγήσουν στην συνεργασία όλων των κρατών μελών με την ενεργή συμμετοχή των πολιτών, των κοινωνικών εταίρων και των επιχειρήσεων. Επιπλέον μέσω στρατηγικών πληροφόρησης μπορούν να προωθηθούν καινοτόμες λύσεις και μακρόπνοες στρατηγικές που θα στοχεύουν στην καταπολέμηση των διακρίσεων στην εργασία λόγω της ηλικίας. Η συμβολή και η αξιοποίηση των ηλικιωμένων στην κοινωνία και την οικονομία είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι μέσω αυτής τους παρέχεται η ευκαιρία να έχουν μια ζωή με αξιοπρέπεια και ανεξαρτησία ενισχύοντας την αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών. (Απόφαση αριθ. 940/2011/EK ΕΕ)

Επιπλέον, με την κήρυξη της **"Δεκαετίας για την υγιή γήρανση" (2021-2030)** τα Ηνωμένα Έθνη επιδίωξαν μια παγκόσμια συνεργασία, ευθυγραμμισμένη με τους Στόχους της Βιώσιμης Ανάπτυξης. Η πρόσφατη πανδημία COVID-19 τόνισε τη σοβαρότητα των υφιστάμενων κενών στις πολιτικές, τα συστήματα και τις υπηρεσίες. Απαιτείται μια δεκαετία συντονισμένης παγκόσμιας δράσης για την υγιή γήρανση, στην οποία θα βρεθούν σε συνεργασία κυβερνήσεις, η κοινωνία των πολιτών, διεθνείς οργανισμοί, επαγγελματίες, ακαδημαϊκοί, μέσα μαζικής ενημέρωσης για να βελτιώσουν την ζωή των ηλικιωμένων, των οικογενειών τους και των κοινοτήτων. Με αυτόν τον τρόπο θα διασφαλιστεί ότι οι

ηλικιωμένοι έχουν την δυνατότητα να αξιοποιήσουν τις δυνατότητές τους ώστε να ζήσουν με αξιοπρέπεια και ισότητα σε ένα υγιές περιβάλλον. (World Health Organization, 2020)

Ο ΠΟΥ σε έκθεση του στις 17/12/2020 όρισε την δεκαετία της υγιούς γήρανσης ως «την διαδικασία ανάπτυξης και διατήρησης της λειτουργικής ικανότητας που επιτρέπει την ευημερία στην τρίτη ηλικία». Στόχος αυτής της δεκαετίας αποτελεί η βελτιστοποίηση της "λειτουργικής ικανότητας" των ηλικιωμένων που περιλαμβάνει αλληλένδετες ικανότητες, όπως η ικανοποίηση βασικών αναγκών, η δυνατότητα να συνεχίζουν να μαθαίνουν, να λαμβάνουν αποφάσεις, να είναι κινητικοί, να δημιουργούν σχέσεις και να συνεισφέρουν στην κοινωνία.

Επιπρόσθετα, η “Πράσινη Βίβλος” η οποία υποστηρίζει την αλληλεγγύη και τη διαγενεακή ευθύνη υιοθετεί την προοπτική του κύκλου ζωής για να εξετάσει τις καθολικές επιπτώσεις της γήρανσης και να αντιμετωπίσει τις ατομικές και ευρύτερες συνέπειες της. (ΕΕ,2021).

Η **“υγιάς και ενεργός γήρανση”** περιλαμβάνει την προβολή των υγιεινών συνηθειών από την πρώιμη κιόλας παιδική ηλικία διότι τότε τίθενται τα ορθά θεμέλια καθώς ο άνθρωπος βιώνει, μαθαίνει και αποκτά συνήθειες που τον ακολουθούν στην υπόλοιπη ζωή του, οι οποίες επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία του. Με την υιοθέτηση σωστών διατροφικών προτύπων, τη συμμετοχή σε σωματικές και κοινωνικές δραστηριότητες και την αποφυγή ανθυγιεινών συμπεριφορών όπως είναι το κάπνισμα, τα άτομα μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων ασθενειών π.χ. διαβήτη, παχυσαρκία, καρδιαγγειακές παθήσεις. Πέρα από την προσωπική ευθύνη που έχει ο κάθε άνθρωπος στον τρόπο ζωής που θα ακολουθήσει έχει εξίσου μεγάλη σημασία και το περιβάλλον στο οποίο ζει, συναναστρέφεται και εργάζεται. Ως εκ τούτου, οι δημόσιες πολιτικές θα πρέπει να δίνουν προτεραιότητα στην πρόληψη και την προώθηση υγιεινών συνηθειών για την έγκαιρη αντίληψη και αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Τα κράτη μέλη είναι κατά κύριο λόγο υπεύθυνα για τις δικές τους πολιτικές υγείας όμως και η ΕΕ υποστηρίζει ενεργά τις προσπάθειές αυτών μέσω του προγράμματος EU4Health 2021-2027, το οποίο αποσκοπεί στην αντιμετώπιση των μακροπρόθεσμων προκλήσεων στον τομέα της υγείας και στην ενίσχυση των συστημάτων υγείας, ώστε να είναι πιο ανθεκτικά και προσβάσιμα (EU4Health 2021-2027). Στόχοι του προγράμματος αυτού είναι:

- Η προαγωγή της υγείας και πρόληψη ασθενειών, ιδίως του καρκίνου με την βελτίωση και ενίσχυση της υγειονομικής περίθαλψης.

- Η πρόληψη, προετοιμασία και ανταπόκριση σε κρίσεις υγείας που εκτείνονται πέρα από τα εθνικά σύνορα και η προστασία των ατόμων.
- Η εξασφάλιση της πρόσβασης σε φάρμακα, ιατρικό εξοπλισμό, προμήθειες έκτακτης ανάγκης.
- Η ενίσχυση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης με την βελτίωση των δεδομένων υγείας και των ψηφιακών εργαλείων και υπηρεσιών, ο ψηφιακός μετασχηματισμός της υγειονομικής περίθαλψης, η ανάπτυξη και εφαρμογή των υγειονομικών κανονισμών της ΕΕ και η προώθηση της ολοκληρωμένης συνεργασίας μεταξύ των εθνικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης.

1.4. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ο πληθυσμός στην χώρα μας αυξήθηκε στην διάρκεια της μεταπολεμικής περιόδου (1951-2020) κατά 3,1 εκατομμύρια. Η αύξηση αυτή του πληθυσμού προέρχεται από την αύξηση των ατόμων ηλικίας από 15 ετών και άνω αλλά κυρίως την αύξηση των ατόμων άνω των 65 και άνω 85 ετών. Όμως ο πληθυσμός της ηλικιακής ομάδας (0-14) μειώθηκε σημαντικά λόγω της υπογεννητικότητας στην χώρα με καταγραφή 71 χιλιάδων λιγότερων γεννήσεων από το έτος 1950 έως το 2020.

Η μέση προσδοκώμενη ζωή στη γέννηση αυξήθηκε κατά 17 περίπου έτη και διαμορφώθηκε στους άνδρες στα 79,2 έτη και στις γυναίκες στα σε 84,2 έτη ζωής. Παράλληλα έχει αυξηθεί αρκετά και ο αριθμός των θανάτων διότι ότι ο πληθυσμός της χώρας έχει γίνει γηραιότερος. (Πίνακας 1)

	1951	2020	Διαφορές 2020-1951	Απογραφή 2021 (ΦΕΚ.2802/26.4.2023 Τεύχος Β')
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	7,63	10,72	+3,09 εκατομ.	10,48
ΑΣΤΙΚΟΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ %	38	76	Διπλασιασμός	
0-14 ετών	2,16	1,53	-0,63 εκατομ.	1,51
0-19 ετών	2,95	2,08	-0,87εκατομ.	2,05
15-44 ετών	3,64	3,81	+0,17 εκατομ.	3,75
45-64 ετών	1,32	3,00	+1,68 εκατομ.	3,00
15-64 ετών	4,95	6,80	+1,85εκατομ.	6,76
65 ετών +	0,52	2,39	+1,87 εκατομ.	2,4
85 ετών +	0,03	0,38	+0,35εκατομ.	0,38
ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ (ΕΤΗ)	30,0	44,5	+14,5	
ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ (000)	151	80	-71	85
ΘΑΝΑΤΟΙ (000)	56	130	+74	143
ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ-ΘΑΝΑΤΟΙ	95	-50	145	-58

ΜΕΣΗ ΠΡΟΣΔΟΚΟΜΕΝΗ ΖΩΗ ΣΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΑΝΔΡΕΣ (ΕΤΗ)	63,4	79,2	+15,8	
ΜΕΣΗ ΠΡΟΣΔΟΚΟΜΕΝΗ ΖΩΗ ΣΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ ΓΥΝΑΙΚΕΣ (ΕΤΗ)	66,7	84,2	+17,5	

Πίνακας (1), ίδια επεξεργασία
Πηγή ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ, Δημογραφικές εξελίξεις και προκλήσεις (2021), πίνακας (2), 12-13
 & πρόσφατα στοιχεία από την Απογραφή Πληθυσμού 2021 (ΦΕΚ.2802/26.4.2023 Τεύχος Β')

- Οι γεννήσεις είναι προϊόν δύο ανεξάρτητων παραγόντων: του πλήθους των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας και του τελικού αριθμού παιδιών που θα κάνουν.
- Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής στη γέννηση οφείλεται στην μείωση της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας και στην συρρίκνωση της θνησιμότητας των ενηλίκων.

Οι δυσμενείς δημογραφικές εξελίξεις με την συνεχή αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων επιβάλλουν να θεσπιστούν στην χώρα μας πολιτικές οι οποίες θα προσφέρουν καλύτερες συνθήκες ώστε ο πληθυσμός να γερνάει με καλή υγεία και ταυτόχρονα να είναι κοινωνικά, οικονομικά και παραγωγικά ενεργός. Για να μπορέσει να αντιμετωπιστεί η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, θα πρέπει να ενθαρρυνθεί η υγιής γήρανση του. (Κοτζαμάνης, 2021)

1.5. ΕΥΡΩΠΑΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΘΕΜΕΛΙΩΔΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (2020)

Η Ευρώπη αναγνωρίζει και τιμά τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ατόμων οι οποίοι πρέπει να ζουν μια ζωή που χαρακτηρίζεται από αξιοπρέπεια, ανεξαρτησία και ενεργό συμμετοχή σε κοινωνικές και πολιτιστικές δραστηριότητες σύμφωνα με το άρθρο 25 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων (2000/C 364/01). Τα κράτη μέλη ενθαρρύνονται να διαμορφώνουν πολιτικές που υποστηρίζουν τα δικαιώματα των ηλικιωμένων τόσο εντός του οικιακού περιβάλλοντος όσο και στις εγκαταστάσεις φροντίδας. Η αγνόηση ή η παραβίαση αυτών των δικαιωμάτων θεωρείται απαράδεκτη, ακόμη και αν η συμπεριφορά αυτή επηρεάζεται από την ηλικία και την εξάρτηση κάποιου. Στα πλαίσια του ευρωπαϊκού προγράμματος DAPHNE III με σκοπό την καταπολέμηση της κακοποίησης των ηλικιωμένων παρουσιάζεται ο παρακάτω χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων (2010) που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα και βοήθεια και τους αναγνωρίζονται τα παρακάτω δικαιώματα:

«Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, τη σωματική και πνευματική ευεξία την ελευθερία και την ασφάλεια». Καθώς το άτομο γερνάει αυξάνεται η πιθανότητα να βασίζεται σε άλλους για υποστήριξη και φροντίδα ωστόσο εξακολουθεί να έχει το δικαίωμα να γίνεται σεβαστή

η ανθρώπινη αξιοπρέπεια του ανεξάρτητα από την ηλικία του, να προφυλάσσεται η σωματική ακεραιότητα του και η ψυχολογική και συναισθηματική ευεξία του, να εξασφαλίζεται η οικονομική και υλική ασφάλεια του και να του παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα και υποστήριξη και επιπλέον να προφυλάσσεται από κάθε ιατρική ή φαρμακευτική επιβάρυνση.

«Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού». Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν το δικαίωμα να διαμορφώνουν τη ζωή τους με βάση το επίπεδο αυτονομίας που τους επιτρέπει η σωματική και ψυχική τους υγεία. Έχουν το δικαίωμα να περιμένουν από τους άλλους στο περιβάλλον τους να σέβονται τις επιθυμίες και τις επιλογές τους, ακόμη και αν δυσκολεύονται να τις εκφράζουν με ευχέρεια και διατηρούν την ελευθερία επιλογής του τόπου διαμονής τους, είτε πρόκειται για το δικό τους σπίτι είτε για μια εξειδικευμένη εγκατάσταση. Επιπλέον πριν επιλέξουν κάποια θεραπεία μπορούν να αναζητούν περισσότερες λεπτομέρειες για την κατάσταση της υγείας τους και να ορίσουν ένα άτομο της εμπιστοσύνης τους που να λαμβάνει αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους.

«Δικαίωμα στην προσωπική ζωή». Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν το δικαίωμα στην ιδιωτική ζωή και θα πρέπει να τους παρέχεται η δυνατότητα να έχουν στιγμές μοναξιάς ή να περνούν χρόνο με άτομα που αυτοί επιθυμούν. Οι φροντιστές που τους παρέχουν υποστήριξη και ιατρική περίθαλψη θα πρέπει να επιδεικνύουν ευαισθησία και διακριτικότητα διασφαλίζοντας την προστασία της ιδιωτικής ζωής και των προσωπικών τους σχέσεων.

«Δικαίωμα σε εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας». Έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και μακροχρόνιας φροντίδας που είναι υψηλής ποιότητας και οικονομικά προσιτές και άμεσα προσαρμοσμένες στις ατομικές τους ανάγκες και προτιμήσεις χωρίς να αντιμετωπίζουν διακρίσεις. Οι φροντιστές, είτε πρόκειται για επαγγελματίες υγείας, μέλη της οικογένειας τους ή άτομα εμπιστοσύνης τους θα πρέπει να έχουν εξειδικευμένη εκπαίδευση και να είναι εφοδιασμένοι με τεχνικούς και οικονομικούς πόρους. Σημαντικό είναι να διασφαλιστεί ότι όλα τα άτομα (φορείς και ομάδες επαγγελματιών υγείας) τα οποία εμπλέκονται στην παροχή φροντίδας, υποστήριξης και ιατρικής περίθαλψης επικοινωνούν και συνεργάζονται αποτελεσματικά μεταξύ τους εναρμονίζοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες ως προς το βέλτιστο συμφέρον του ηλικιωμένου ατόμου.

«Δικαίωμα σε εξατομικευμένες πληροφορίες, συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης». Οι ηλικιωμένοι έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν ολοκληρωμένες πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και τις διαθέσιμες επιλογές περίθαλψης και θεραπείας. Το δικαίωμα αυτό περιλαμβάνει λεπτομερή καθοδήγηση σχετικά με τις πιθανές επιπτώσεις, θετικές ή αρνητικές των ιατρικών εξετάσεων, των φαρμάκων και των παρεμβάσεων στη σωματική και ψυχική τους ευεξία και στην καθημερινή ζωή τους. Οι ίδιοι ή όποιο άτομο που θα επιλέξουν μπορεί να έχει πρόσβαση στα προσωπικά ιατρικά τους αρχεία και να έχουν πλήρη γνώση των εγγράφων που αφορούν την υγεία τους. Επιπρόσθετα πρέπει να λαμβάνουν άμεση, σαφή και λεπτομερή πληροφόρηση για όλες τις διαθέσιμες υπηρεσίες που πιθανώς να τους αφορούν όπως πληροφορίες για το κόστος και τις δυνατότητες προσαρμογής των διαθέσιμων υπηρεσιών στις δικές τους ανάγκες.

«Δικαίωμα σε συνεχή επικοινωνία, κοινωνική συμμετοχή και πολιτιστικές δραστηριότητες». Πρέπει να παρέχονται πληροφορίες και ευκαιρίες να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική και πολιτική ζωή λαμβάνοντας μέρος σε πολιτιστικές δραστηριότητες ανάλογα με τα ενδιαφέροντά και τις ικανότητές τους ενισχύοντας έτσι το αίσθημα της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών. Παράλληλα θα πρέπει να τους προσφέρονται δυνατότητες να εργασθούν (έμμισθα ή εθελοντικά) εφόσον το επιθυμούν, να συμμετέχουν στη δια βίου μάθηση και να ενθαρρύνονται στην χρήση των νέων τεχνολογιών μέσω προγραμμάτων κατάρτισης. Επιπλέον διατηρούν το δικαίωμα να μετακινούνται ελεύθερα ώστε να καλλιεργούν τα ενδιαφέροντα τους και σε περίπτωση που η κινητικότητά τους είναι μειωμένη θα πρέπει να τους παρέχεται η κατάλληλη βοήθεια και υποστήριξη.

«Δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης και την ελευθερία της σκέψης/συνείδησης: πεποιθήσεις, πολιτισμός και θρησκεία». Παρόλο που η φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων παρέχεται από άλλα άτομα, οι ηλικιωμένοι εξακολουθούν να έχουν το δικαίωμα να ζουν σύμφωνα με τις δικές τους αξίες τους και τα πνευματικά τους πιστεύω.

«Δικαίωμα στην παρηγορητική αγωγή και υποστήριξη, στον σεβασμό και την αξιοπρέπεια κατά τα τελευταία στάδια της ζωής και τον θάνατο». Κάθε ηλικιωμένο άτομο έχει το δικαίωμα να λαμβάνει συμπονετική φροντίδα και παρηγορητική θεραπεία η οποία θα του παρέχει ανακούφιση στον πόνο και σε άλλα οδυνηρά συμπτώματα που τον ταλαιπωρούν πλησιάζοντας στο τέλος της ζωής του. Η πορεία των ηλικιωμένων προς τον

θάνατο θα πρέπει να είναι αξιοπρεπής και υποφερτή και όσοι παρέχουν την φροντίδα και την υποστήριξη σε αυτό το στάδιο θα πρέπει να σέβονται τις επιθυμίες του ατόμου και να συμμορφώνονται με αυτές στο μέτρο που είναι επιτρεπτό. Σε περίπτωση που τα ηλικιωμένα άτομα δεν είναι σε θέση να γνωστοποιήσουν τις επιθυμίες τους πρέπει να τηρούνται οι επιθυμίες που είχαν εκφράσει εκ των προτέρων σχετικά με τη φροντίδα τους που επιθυμούν κατά την τελική φάση της ζωής τους και φυσικά εντός των ορίων που επιτρέπονται βάσει της ισχύουσας νομοθεσίας στην χώρα που διαμένουν. Επίσης έχουν το δικαίωμα να γίνονται σεβαστές και να ακολουθούνται οι εκφρασμένες επιθυμίες τους και οι θρησκευτικές τους πεποιθήσεις όσον αφορά τη μεταχείριση των λειψάνων τους μετά το θάνατό τους.

«Δικαίωμα πρόσβασης σε ένδικα μέσα». Έχουν το δικαίωμα να ζητούν βοήθεια ή να αρνούνται την υποστήριξη κάθε φορά που βρίσκονται σε κατάσταση κακοποίησης ή κακομεταχείρισης, ανεξάρτητα από το αν λαμβάνουν φροντίδα σε κάποιο ίδρυμα ή στο σπίτι τους. Πρέπει να ενημερώνονται για το πως μπορούν να καταγγείλουν μια πιθανή κακοποίηση στις αρμόδιες αρχές χωρίς να φοβούνται ότι θα έχουν αρνητικές επιπτώσεις και το ίδιο δικαίωμα έχει και η οικογένεια τους ή οι φίλοι τους που έχουν αναλάβει τη φροντίδα και την υποστήριξή τους.

«Υποχρεώσεις». Εκτός από δικαιώματα τα ηλικιωμένα άτομα καθώς γερνούν έχουν και υποχρεώσεις ιδίως όταν η φροντίδα και η υποστήριξή τους βασίζεται σε τρίτα άτομα. Έχουν υποχρέωση να σέβονται τα δικαιώματα και τις ανάγκες των άλλων ατόμων που ζουν και εργάζονται στο ίδιο περιβάλλον με αυτούς και να τους αντιμετωπίζουν με ευγένεια και σεβασμό. Επιπλέον πρέπει να σχεδιάσουν προληπτικά το μέλλον τους, αναλαμβάνοντας την ευθύνη των επιπτώσεων που μπορεί να έχουν οι πράξεις τους ή η παράλειψη τους σε όσους τους φροντίζουν καθώς και στα μέλη της οικογένειάς τους. Γι' αυτό πρέπει να ορίσουν ένα πρόσωπο της επιλογής τους για τη λήψη των αποφάσεων όταν οι ίδιοι δεν θα μπορούν και μέσω οδηγιών να εκφράσουν τις επιθυμίες που έχουν για την υγεία, την ευημερία, τη φροντίδα και τη θεραπεία για όσο διάστημα βρίσκονται στην ζωή και έως τον θάνατό τους. Επίσης είναι σημαντικό όταν βιώνουν ή βλέπουν περιπτώσεις κακοποίησης, κακομεταχείρισης, παραμέλησης να ενημερώνουν τους ανθρώπους που τους φροντίζουν και τις αρμόδιες αρχές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολύπλοκη και περιλαμβάνει πολλαπλές διαστάσεις, ενώ δεν υπάρχει καθολικά αποδεκτός ορισμός. Διαφορετικοί τομείς μπορεί να την ορίζουν με διαφορετικούς τρόπους, λαμβάνοντας υπόψη παράγοντες όπως οι προσωπικές προτιμήσεις, οι εμπειρίες, οι αντιλήψεις, οι στάσεις και οι διάφορες πτυχές της καθημερινής ζωής, συμπεριλαμβανομένων φιλοσοφικών, πολιτιστικών, πνευματικών, ψυχολογικών, οικονομικών και διαπροσωπικών διαστάσεων. Ορισμένοι ορισμοί θεωρούν την ποιότητα ζωής ως προϊόν τόσο των έμφυτων χαρακτηριστικών ενός ατόμου όσο και της επιρροής του κοινωνικού και οικογενειακού του περιβάλλοντος, ενώ άλλοι την θεωρούν ως προσωπική έκφραση των θετικών και αρνητικών πτυχών που διαμορφώνουν τη ζωή ενός ατόμου. (Υφαντόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (1995), η ποιότητα ζωής αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται την κατάσταση της ζωής του, η οποία διαμορφώνεται από τις πολιτιστικές και κοινωνικές αξίες και σχετίζεται με τους προσωπικούς του στόχους, τις προσδοκίες, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του. Για να εκτιμηθεί με ακρίβεια η ποιότητα ζωής, πρέπει να ληφθούν υπόψη όλες οι πτυχές της ανθρώπινης ύπαρξης, από υποκειμενικούς έως αντικειμενικούς παράγοντες. (Σαρρής, 2001: 43-44)

Η υγεία αποτελεί βασικό συστατικό στην επίτευξη της βέλτιστης ποιότητας ζωής και περιλαμβάνει την πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι απλώς την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, όπως χαρακτηριστικά έχει δηλωθεί από τον ΠΟΥ (1946). Επομένως, η υγεία δεν είναι συνώνυμη της ασθένειας αλλά αποτελεί τη σημαντικότερη επιθυμητή κατάσταση της ανθρώπινης ύπαρξης και περιλαμβάνει πέρα από την σωματική πτυχή και τις ψυχικές και κοινωνικές πτυχές. (Τούντας, 2009:31)

Η υγεία αναφέρεται σε μια κατάσταση ύπαρξης όπου το άτομο έχει την ικανότητα να ξεπερνά τις ανισοροπίες και τις κρίσεις και να αναπτύσσει νέα πρότυπα και ιδανικά. Τα άτομα θα πρέπει να αναζητούν συνεχώς νέα μέσα για την πρόληψη και την αποφυγή ασθενειών, αναπηριών ή ανικανότητας, καθώς η υγεία πηγάζει από το σπίτι, το σχολείο και την εργασία. Η συνολική κοινωνική ανάπτυξη και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων δεν μπορούν να επιτευχθούν χωρίς τη βελτίωση της υγείας. Οι άνθρωποι

επιθυμούν να αισθάνονται ικανοποιημένοι σε περιβάλλον και συνθήκες που τους επιτρέπουν να ζουν ικανοποιητικές ζωές και όχι απλώς να υπάρχουν και να επιβιώνουν.(Σαρρή,2001: 67-68)

Οι έννοιες της υγείας και της ποιότητας ζωής είναι σύνθετα και πολύπλευρα κοινωνικά φαινόμενα που διέπονται από τις αρχές της καθολικότητας, της πραγματικότητας, της εξατομίκευσης και της ικανοποίησης των ανθρώπινων αναγκών για την απόκτηση ευχαρίστησης και ικανοποίησης. (Σαρρή, 2001:252). Αυτά εξαρτώνται από μια σειρά παραγόντων που αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους, όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση, ο τρόπος ζωής, οι κοινωνικές σχέσεις, οι συνθήκες διαβίωσης, η διατροφή, το περιβάλλον, οι κοινωνικές αξίες και αντιλήψεις, οι ασθένειες και οι ασθένειες, η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και άλλα. Αυτοί οι παράγοντες είναι κρίσιμοι όχι μόνο για την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη αλλά και για την ανθρώπινη ανάπτυξη και την κοινωνική ευημερία, σύμφωνα με τον Σαρρή (2001:42-43).

Η έννοια της ποιότητας ζωής στην κλινική έρευνα είναι πιο περιορισμένη, δεν περιλαμβάνει γενικά την ευτυχία, την ικανοποίηση, τον τρόπο ζωής, το περιβάλλον, το κλίμα αλλά επικεντρώνεται σε πτυχές που σχετίζονται με την υγεία και αναφέρεται ως "ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία". Μάλιστα η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποκτά μεγαλύτερο ενδιαφέρον μεταξύ των επιστημόνων υγείας λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και της μέσης διάρκειας ζωής στις δυτικές κοινωνίες, η οποία εγείρει ανησυχίες σχετικά με το αν αυτά τα επιπλέον χρόνια ζωής είναι καλής ποιότητας ή όχι. Ως εκ τούτου, οι μετρήσεις της κατάστασης της υγείας δίνουν πλέον προτεραιότητα στη "σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής" έναντι των παραδοσιακών μετρήσεων της θνησιμότητας και της νοσηρότητας. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να υιοθετήσουν έναν πιο ολοκληρωμένο ορισμό της υγείας που λαμβάνει υπόψη όλες τις σωματικές, κοινωνικές και ψυχικές λειτουργίες του ασθενούς, αντί να αντιμετωπίζει μόνο τις βιολογικές πτυχές μιας νόσου. Σε περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει γνωστή θεραπεία αλλά η ιατρική παρέμβαση μπορεί να ανακουφίσει τα συμπτώματα, είναι ζωτικής σημασίας η διατήρηση ή η βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. (Υφαντόπουλος, 2007:8-9)

2.2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Τα άτομα τρίτης ηλικίας θέλουν να πιστεύουν ότι έζησαν μια "καλή ζωή" και ότι συνέβαλαν θετικά στις κοινότητές τους. Με τον όρο "καλή ζωή", αναφερόμαστε στο πώς οι άνθρωποι αισθάνονται και συμπεριφέρονται. Πρόκειται για μια σύνθετη διαδικασία στην οποία επιδρούν διάφοροι παράγοντες όπως η κατάσταση υγείας, η κοινωνική συμπεριφορά, η συναισθηματική και ψυχολογική ευεξία, η νοητική κατάσταση, η οικονομική κατάσταση, το αίσθημα της ικανοποίησης από την ζωή, οι ρόλοι που αναλαμβάνουν τα ηλικιωμένα άτομα και η γενική ποιότητα ζωής. Η καλή ζωή έχει σημασία γιατί δημιουργεί το αίσθημα του "ευ ζην" που συσχετίζεται θετικά με την ποιότητα ζωής, την αίσθηση της συνοχής και την κοινωνική στήριξη ενώ συσχετίζεται αρνητικά με την παρουσία κατάθλιψης. (Βούλγαρη, 2000:259-266)

Οι θεμελιώδεις ανάγκες των ηλικιωμένων θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα παρακάτω (Μαρκουλάκη, 2000:243):

- Την ανάγκη τους να ζουν με αξιοπρέπεια, κατανόηση και σεβασμό.
- Την ύπαρξη ικανοποιητικού εισοδήματος το οποίο θα τους διασφαλίζει ένα ικανοποιητικό βιοτικό επίπεδο.
- Η στέγη τους να είναι διαμορφωμένη κατάλληλα ώστε να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της ηλικίας τους και να ζουν όπου είναι δυνατόν σε οικολογικό περιβάλλον που δεν τους επιβαρύνει.
- Να έχουν πλήρη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
- Τη δυνατότητα να έχουν μια δουλειά, αν το επιθυμούν, προκειμένου να αποφύγουν να αισθάνονται άχρηστοι και περιθωριοποιημένοι.
- Να μπορούν να διαμένουν στα σπίτια τους μέχρι το τέλος της ζωής τους.

Το 1963, ο Πρόεδρος των Ηνωμένων Πολιτειών John Kennedy είχε αναφερθεί στις ανάγκες των ηλικιωμένων με ειδικό μήνυμα του προς το Κογκρέσο ως «Add life to years, not just more years to life». Δηλαδή ότι δεν αρκεί για ένα μεγάλο έθνος να έχει προσθέσει απλώς νέα χρόνια στη ζωή, στόχος πρέπει επίσης να είναι να προστεθεί νέα ζωή σε αυτά τα χρόνια.

2.3.ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.3.1. Κοινωνικοί–οικονομικοί παράγοντες

Η πρόσφατη οικονομική κρίση έχει πλήξει ιδιαίτερα τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, οι άνθρωποι ηλικίας 65 ετών και άνω έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να βιώσουν τη φτώχεια, με ποσοστό 19% σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Ψήφισμα Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, 2010).

Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων προσδιορίζεται σε σημαντικό βαθμό από το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο. Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο συνδέεται με μεγαλύτερα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας διότι οι πτωχότεροι συνήθως αντιμετωπίζουν χειρότερες συνθήκες στην εργασία τους και στην ζωή τους εν γένει με αποτέλεσμα να οδηγούνται νωρίτερα στην γήρανση από τους πλουσιότερους και μάλιστα να έχουν και μικρότερη διάρκεια ζωής. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση βιώνουν μείωση του προσδόκιμου ζωής κατά 2,1 χρόνια στις ηλικίες από 40 έως και 85 ετών. (Stringhini et al, 2017)

Η οικονομική κατάσταση των ατόμων αλλάζει περισσότερο όταν επέρχεται η συνταξιοδότηση τους, καθώς χάνουν σημαντικό μέρος από το εισόδημα τους σε σχέση με την εποχή που εργαζόντουσαν με αποτέλεσμα πολλές φορές να δυσκολεύονται να καλύψουν ικανοποιητικά ακόμη και τις βασικές βιοποριστικές τους ανάγκες. Επιπλέον τα οικονομικά τους επιβαρύνονται περισσότερο διότι τα ηλικιωμένα άτομα λόγω των χρόνιων προβλημάτων υγείας πρέπει να δαπανήσουν μεγάλα χρηματικά ποσά για τις ιατρικές τους εξετάσεις και τα φάρμακα τους. (Μαρκουλάκη,2000:241-242)

Οι γυναίκες άνω των 65 ετών βρίσκονται σε δυσχερέστατη κατάσταση σε σχέση με τους άνδρες αφού αντιμετωπίζουν ακόμη μεγαλύτερο ποσοστό φτώχειας (22%) σε σχέση με το ανδρικό φύλο. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι συχνά οι συντάξεις που λαμβάνουν μόλις ξεπερνούν το ελάχιστο όριο διαβίωσης κυρίως λόγω της μεγάλης διαφοράς στις αμοιβές τους σε σχέση με τους άνδρες και η οποία επηρεάζει και τα συνταξιοδοτικά τους δικαιώματα. Επιπλέον, η εργασία τους μπορεί να είχε διακοπεί λόγω οικογενειακών υποχρεώσεων τους ή να είχαν απασχοληθεί σε οικογενειακή επιχείρηση χωρίς να τις

ασφαλίζουν και χωρίς να τους καταβάλλονταν ανάλογος μισθός. (Ψήφισμα Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, 2010)

Αντίθετα όσοι διαθέτουν υψηλή κοινωνικοοικονομική θέση φαίνεται ότι ζουν περισσότερο χρόνια από τους υπόλοιπους συνανθρώπους τους, ειδικότερα οι πολλοί πλούσιοι ζουν κατά 8 έτη περισσότερο από τους ανειδίκευτους εργάτες και κατά 4 έτη από την μεσαία τάξη (Σούλης, 2015:312). Το υψηλό εισόδημα τους παρέχει την δυνατότητα απόκτησης ποιοτικών υλικών αγαθών τα οποία εξασφαλίζουν καλύτερη διατροφή, συνθήκες στέγασης, εκπαίδευση και αναψυχή. Επιπλέον όσοι ανήκουν σε αυτή την ομάδα διαθέτουν υψηλότερους κοινωνικούς δεσμούς και νιώθουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ζωή τους. (Γκουβας,2018:760)

Σε πρόσφατα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2020) στην Ελλάδα οι γυναίκες άνω των 65 ετών διατρέχουν κίνδυνο φτώχειας σε ποσοστό 15,6%, ενώ οι άνδρες της ίδιας ηλικιακής ομάδας σε ποσοστό 11,0%. Για τα άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω ο κίνδυνος φτώχειας εκτιμάται σε 14,0%, ενώ για κάτω των 75 ετών το ποσοστό αυτό κυμαίνεται στο 20,2%.

➤ **Μορφωτικό επίπεδο**

Το μορφωτικό επίπεδο συμβάλει σημαντικά στη μείωση του κινδύνου φτώχειας καθώς τα υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης συσχετίζονται με τα χαμηλότερα ποσοστά κινδύνου φτώχειας. Από της ΕΛΣΤΑΤ για το έτος 2021, προκύπτει ότι με την ολοκλήρωση της προσχολικής, πρωτοβάθμιας και του πρώτου σταδίου της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης το ποσοστό κινδύνου φτώχειας διαμορφώνεται σε ποσοστό 25,8%, ενώ εφόσον ολοκληρωθεί το δεύτερο στάδιο της δευτεροβάθμιας και μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης το ποσοστό κινδύνου φτώχειας μειώνεται στο 23,1% και μειώνεται ακόμη περισσότερο σε 7,9% όταν κάποιος έχει ολοκληρώσει και τα δύο στάδια της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. (ΕΛΣΤΑΤ, 2022)

Όμως εκτός από την οικονομική δυσπραγία οι ηλικιωμένοι με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο εμφανίζουν μεγαλύτερο άγχος και καταθλιπτικές συμπεριφορές λόγω των μεταβολών που η γήρανση επιφέρει στην καθημερινή τους λειτουργία. Συνήθως ακολουθούν ανθυγιεινές συνήθειες που βλάπτουν την υγεία τους όπως είναι το κάπνισμα, η κακή διατροφή αλλά και η έλλειψη σωματικής άσκησης. Αντίθετα όσοι ηλικιωμένοι είχαν μία υψηλή εκπαίδευση στην ζωή τους έχουν αποκτήσει περισσότερες γνώσεις και εμπειρίες που τους

βοηθούν στο να έχουν μια καλύτερη γνωστική λειτουργία και προσπαθούν να ακολουθήσουν ένα υγιεινότερο τρόπο διαβίωσης. (Ναλμπαντίδης 2021:17)

Η ανώτερη εκπαίδευση οδηγεί σε καλύτερες και πιο σταθερές θέσεις εργασίας με υψηλότερο εισόδημα, δίνοντας την οικονομική ευχέρεια στα άτομα να έχουν πρόσβαση σε υλικούς πόρους που μπορούν συμβάλλουν στην βελτίωση της υγείας τους. Πολλές είναι οι μελέτες οι οποίες έχουν τεκμηριώσει ότι η μεγαλύτερη σχολική εκπαίδευση συνδέεται με καλύτερη υγεία και μεγαλύτερη διάρκεια ζωής π.χ. οι λευκοί άνδρες και γυναίκες χωρίς απολυτήριο λυκείου έχουν περίπου 57% πιθανότητα να αναφέρουν μέτρια ή κακή υγεία σε σύγκριση με μόλις 9% πιθανότητα μεταξύ των αποφοίτων κολεγίου. (Zajacova et al, 2018)

➤ Οικογενειακές – Κοινωνικές σχέσεις

Οι Kahn και Antonucci (1980) υποστήριξαν ότι κάθε άτομο αποτελεί μέρος ενός "κοινωνικού δικτύου" που αποτελείται από μια ομάδα ατόμων (συγγενείς, φίλοι) που συνδέονται με χαλαρούς δεσμούς με ένα κεντρικό άτομο. Το κοινωνικό αυτό δίκτυο ακολουθεί την πορεία της ζωής του ατόμου και αλλάζει σύμφωνα με την αναπτυξιακή φάση στην οποία βρίσκεται ο κάθε άνθρωπος καθώς σε νεότερη ηλικία περιλαμβάνει πολλούς φίλους ενώ σε μεγαλύτερη ηλικία περιλαμβάνει κυρίως μέλη της οικογένειας. Η οικογένεια είναι αυτή που κατέχει την πιο σημαντική θέση στο κοινωνικό δίκτυο των ηλικιωμένων καθώς δεν δημιουργούν εύκολα νέες φιλίες. Είναι γεγονός ότι οι άνθρωποι όσο μεγαλώνουν γίνονται περισσότερο επιλεκτικοί περιορίζοντας το κοινωνικό τους δίκτυο και διατηρούν περισσότερο τις σχέσεις που έχουν με τους πιο στενούς τους φίλους και την οικογένεια τους. Η δυσκολία δημιουργίας νέων φίλων αλλά και η απώλεια κάποιου μέλους από το κοινωνικό δίκτυο π.χ. θάνατος ενός φίλου, του συζύγου κ.λπ. τους οδηγεί στην μοναξιά και την θλίψη (Ευκλείδη, 215-217). Όμως η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση έχουν συνδεθεί και με την πρόωγη θνησιμότητα και την λειτουργική έκπτωση στους ηλικιωμένους καθώς οι μοναχικοί άνθρωποι είναι περισσότερο αδρανείς με μειωμένη κινητικότητα και αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες στις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής. (Gale et al, 2018)

Σε έρευνα που έγινε στην Ελλάδα σε άτομα ηλικίας από 60 έως 93 ετών από τους Thomopoulou et al (2010) διαπιστώθηκε ότι η οικογενειακή κατάσταση επηρεάζει

σημαντικά την ποιότητα ζωής και τη μοναξιά των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Όσοι ήταν παντρεμένοι είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής και ένιωθαν λιγότερη μοναξιά από τους διαζευγμένους και τους χήρους. Αντίθετα οι παντρεμένοι που είχαν διαζευχτεί παρουσίαζαν μία μη ικανοποιημένη ποιότητα ζωής. Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι όσοι ηλικιωμένοι διαμένουν με την οικογένειά τους παρουσιάζουν καλύτερη ψυχολογία και είναι σε θέση να δεχτούν τη νέα τους πραγματικότητα έχοντας την κοινωνική υποστήριξη που χρειάζονται σε αντίθεση με τους διαζευγμένους ή χήρους που έχοντας χάσει τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και τις κοινωνικές δραστηριότητες τους αισθάνονται περισσότερη μοναξιά και εμφανίζουν περισσότερα λειτουργικά προβλήματα. Η μεγαλύτερη μείωση στην ποιότητα ζωής επέρχεται με τον θάνατο ενός συντρόφου καθώς η χηρεία δημιουργεί αρνητικά συναισθήματα που προκαλούν άγχος, φόβο και ανησυχία οδηγώντας το άτομο σε ψυχολογικές διακυμάνσεις.

Στην ίδια έρευνα καταγράφηκε επίσης η σημαντική επίδραση που έχει το φύλο στην ΠΖ καθώς οι ηλικιωμένες γυναίκες ενώ ζουν περισσότερο από τους άνδρες κατά 6 με 8 χρόνια, εντούτοις εμφανίζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερη μοναξιά σε σχέση με τους άνδρες. Οι γυναίκες φαίνεται να έχουν περισσότερο άγχος σχετικά με την υγεία τους και την οικογένειά του και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση. Είναι γνωστό ότι ο γυναικείος οργανισμός εξασθενεί νωρίτερα σε σύγκριση με τους άνδρες, έτσι στην τρίτη ηλικία οι γυναίκες εμφανίζουν περισσότερες λειτουργικές αναπηρίες, προβλήματα υγείας και εξάρτηση από τους άλλους. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων γυναικών ανέφερε ότι πάσχει από αδυναμία να ανταποκριθεί στις καθημερινές δουλειές του σπιτιού ή τις καθημερινές ανάγκες. Επιπλέον οι γυναίκες είναι οικονομικά εξαρτημένες από τις οικογένειες τους καθώς το εισόδημά τους είναι μικρότερο από των συζύγων τους ή δεν έχουν καθόλου χρήματα δικά τους. (Thomopoulou et al, 2010)

2.3.2. Σωματική δραστηριότητα

Για τους ηλικιωμένους, η τακτική σωματική δραστηριότητα είναι ζωτικής σημασίας, διότι καθορίζει την ποιότητα ζωής τους, καθώς τους επιτρέπει να διατηρούν την ανεξαρτησία τους και να συμμετέχουν στις καθημερινές τους συνήθειες. Η διατήρηση της σωματικής δραστηριότητας συμβάλει στην διατήρηση της καλής υγείας και μπορεί να επιβραδύνει την φυσική παρακμή που επέρχεται με το γήρας. (Jantunen et al, 2017)

Η σωματική άσκηση έχει συσχετιστεί με τον μειωμένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου, χρόνιων ασθενειών και συνολικής θνησιμότητας επειδή επιβραδύνει τη λειτουργική επιδείνωση που επέρχεται λόγω της περιορισμένης κινητικότητας και της μυϊκής αδυναμίας. Η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε ένα τακτικό πρόγραμμα άσκησης αποτελεί μια επιτυχημένη παρέμβαση για την ανάσχεση πολλών λειτουργικών ελλειμμάτων που συνδέονται με τη γήρανση και είναι γνωστό ότι αυξάνει την λειτουργική τους ικανότητα. Για τη βελτίωση της καρδιαγγειακής υγείας και της ποιότητας της ζωής τους τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να εστιάζουν σε μέτριας έντασης δραστηριότητες όπως το περπάτημα ή αερόβια άσκηση, σε δραστηριότητες μυϊκής ενδυνάμωσης και στη μείωση της καθιστικής συμπεριφοράς. Ωστόσο πολλές φορές οι ηλικιωμένοι αποφεύγουν να ασκούνται λόγω πολλών παραγόντων όπως η δυσφορία, η εξάντληση, τα προβλήματα πρόσβασης που μπορεί να έχουν στην εύρεση γυμναστηρίου ή μονάδας αποκατάστασης, η αδυναμία άσκησης σε εξωτερικούς χώρους λόγω δυσμενών καιρικών συνθηκών αλλά και λόγοι που οφείλονται στην έλλειψη της απόλαυσης. (Cacciata et al, 2019)

2.3.3. Περιβάλλον

Από την αρχαιότητα το φυσικό περιβάλλον αποτελούσε αναπόσπαστο μέρος της ζωής των ανθρώπων καθώς οι αρχαίοι θεωρούσαν την φύση ιερή και τιμούσαν την θεά Γαία φροντίζοντας οποιαδήποτε επέμβαση τους στο περιβάλλον να είναι σε αρμονία με την φύση (Χατζόπουλος, 2010). Σήμερα η αέναη εκμετάλλευση του εδάφους, του νερού και του αέρα με πρωταρχικό στόχο την οικονομική ευημερία και ανάπτυξη έχει αρνητικές επιδράσεις στην ποιότητα του περιβάλλοντος και έχει διαταράξει την οικολογική ισορροπία του πλανήτη. Η χρησιμοποίηση πολλών φυσικών πηγών ως δεξαμενών αποβλήτων έχει υποβαθμίζει την ποιότητα τους με συνέπεια να μην μπορούν να αξιοποιηθούν πλέον για την κάλυψη των ανθρώπινων αναγκών. Επιπλέον η εξάντληση των αποθεμάτων ενέργειας και πόρων παράγει σημαντικές ποσότητες τοξικών αποβλήτων που το περιβάλλον δεν είναι σε θέση να επεξεργαστεί. Αυτή η υποβάθμιση του περιβάλλοντος έχει αρνητικές επιδράσεις στην ανθρώπινη υγεία και στην ποιότητα της ζωής ιδιαίτερα των ανθρώπων που κατοικούν στα μεγάλα αστικά κέντρα. Συνήθως η αστικοποίηση οδηγεί στη δημιουργία καλύτερων συνθηκών διαβίωσης όμως αυτό δεν ισχύει για όσους κατοικούν πολύ κοντά σε βιομηχανικές εγκαταστάσεις και όσους ανήκουν στις φτωχές οικονομικά τάξεις γιατί συνήθως αναγκάζονται να ζουν σε ανθυγιεινά περιβάλλοντα.

Η ατμοσφαιρική ρύπανση, ιδίως στις αστικές περιοχές όπου συσσωρεύονται αιωρούμενα σωματίδια, έχει αξιοσημείωτο αντίκτυπο στην υγεία του αναπνευστικού συστήματος, ιδίως στις ευάλωτες ομάδες, επιδεινώνοντας τα υπάρχοντα πνευμονικά προβλήματα ή προκαλώντας νέα. Επιπλέον, οι προφανείς συνέπειες της κλιματικής αλλαγής, όπως τα ακραία καιρικά φαινόμενα που χαρακτηρίζονται από πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές θερμοκρασίες, η αυξημένη υγρασία, θέτουν σε άμεσο κίνδυνο την υγεία διότι με την μεγάλη αύξηση της θερμοκρασίας επιβαρύνονται τα νοσήματα της καρδιάς και αυξάνονται οι θάνατοι από τα εμφράγματα. Η αλλαγή του κλίματος μεταβάλλει ακόμη και τα πρότυπα των μολυσματικών ασθενειών διότι επηρεάζει την κατανομή και τον κύκλο ζωής των λοιμωδών νοσημάτων τα οποία μεταδίδονται μέσω των ενδιάμεσων ξενιστών όπως είναι χαρακτηριστικά η μετάδοση της ελονοσίας από κουνούπια όταν αυξάνεται η θερμοκρασία άνω των 16°C. (Τούντας, 2009)

Δυστυχώς στις σύγχρονες κοινωνίες έχει υποβαθμιστεί η σημαντική συμβολή που έχει το φυσικό περιβάλλον στην υγεία και στην ποιότητα ζωής και οι άνθρωποι έχουν λιγότερες ευκαιρίες για να έρθουν σε επαφή με τη φύση (Τούντας, 2009). Η έλλειψη χώρων πρασίνου και φυσικής χλωρίδας επηρεάζει σημαντικά και την ψυχολογική ευεξία των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς η επαφή με τη φύση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην προαγωγή της ψυχικής υγείας και της συνολικής ευτυχίας των ανθρώπων. (Ζουριδάκη, 2021).

Σε μελέτη που δημοσιεύθηκε στο International Journal of Environment Research and Public Health η οποία εξέτασε τη σχέση μεταξύ του περιβάλλοντος και της ψυχικής ευημερίας στην ενήλικη ζωή, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν σχετικά με την έκθεση στη φύση κατά την παιδική τους ηλικία, το σημερινό επίπεδο επαφής και ικανοποίησής τους με τη φύση και το πόσο μεγάλη σημασία αποδίδουν σε αυτά τα φυσικά μέρη. Τα ευρήματα έδειξαν ότι τα άτομα που είχαν άμεση επαφή με τη φύση κατά την παιδική τους ηλικία επέδειξαν καλύτερη ψυχική υγεία στην ενήλικη ζωή. Οι επιδόσεις τους σε αξιολογήσεις ψυχικής υγείας και η σημασία που έδιναν στο φυσικό περιβάλλον ήταν αξιοσημείωτα υψηλότερες σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν περιορισμένη έκθεση σε χώρους πρασίνου και στη φύση κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής τους. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες που βίωσαν λιγότερη αλληλεπίδραση με το φυσικό περιβάλλον κατά την παιδική ηλικία είχαν την τάση να θεωρούν τους χώρους αυτούς λιγότερο σημαντικούς στην ενήλικη ζωή τους. (Καθημερινή, 2019)

2.3.4. Ψυχολογία

Για τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι σημαντικό η διατήρηση της υγεία τους σε καλή κατάσταση και η δυνατότητα να μπορούν να αξιοποιούν τις δυνατότητές τους, να συμμετέχουν σε δημιουργικές δραστηριότητες, να έχουν φίλους και να διατηρούν κοινωνικές σχέσεις. Η ανάγκη να "διατηρήσουν την ταυτότητά τους", η "ανάγκη για συνέχεια" η ικανότητα δηλαδή να διατηρούν τις κοινωνικές τους σχέσεις και η "ανάγκη για αποτελεσματικότητα" όπως να επηρεάζουν και να επιφέρουν αλλαγές στο περιβάλλον στο οποίο ζουν, αποτελούν τις τρεις θεμελιώδεις αρχές που υπάρχουν σε όλο τον κύκλο της ανθρώπινης ζωής. (Βούλγαρη, 2000:260-261)

Οι περιορισμοί που έχουν οι ηλικιωμένοι στην καθημερινή τους ζωή όπως η οικονομική, κοινωνική και μεταφορική εξάρτηση, η μοναξιά, η μείωση της θέσης και των ευθυνών που αναλαμβάνουν και συγχρόνως η αβεβαιότητα που υπάρχει για το μέλλον, την επιβίωση και τις επικείμενες θεραπείες έχουν αναγνωριστεί ως παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχολογικά προβλήματα τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. (Sense, 2015)

Στη χώρα μας η αστικοποίηση, η εκβιομηχάνιση και η μετανάστευση επέφεραν σημαντικές κοινωνικές αλλαγές με την δομή της οικογένειας να αλλάζει, τις παλαιές αξίες να αντικαθίσταται από νέα πρότυπα συμπεριφοράς και τους ηλικιωμένους να μην αποτελούν πηγή γνώσεων και εμπειριών για τους νεότερους. Τα προβλήματα των ηλικιωμένων στο παρελθόν αποτελούσαν ευθύνη των οικογενειών τους ή άλλων στενών τους συγγενών, οι οποίοι τους παρείχαν την απαραίτητη προστασία και τον σεβασμό που απαιτούνταν. Στις μέρες μας όμως ο ρόλος που κατέχουν μέσα στην οικογένεια αλλά και στην κοινωνία έχει αποδυναμωθεί αρκετά και αυτό τους κάνει να αισθάνονται πολλές φορές πικραμένοι και περιθωριοποιημένοι. (Μαρκουλάκη, 2000:241)

Επιπλέον η συνταξιοδότηση είναι ένα κρίσιμο στάδιο στην ζωή του ανθρώπου και συνήθως επιδρά αρνητικά στην ψυχολογία του κάνοντας το άτομο αυτό να αισθάνεται ότι δεν είναι πλέον χρήσιμος στην κοινωνία κάτι το οποίο εξαρτάται και από την προσωπικότητα του ατόμου, τα χόμπι και την προσαρμοστική του ικανότητα στις νέες συνθήκες. (Μαρκουλάκη, 2000:241)

2.3.5. Διατροφή

Η διατήρηση των ανώτερων λειτουργιών που διακρίνουν το ανθρώπινο είδος και ιδίως η διατήρηση ενός εύλογου βαθμού ποιότητας ζωής δίνουν μεγάλη αξία στη διατροφή (Μόρτογλου και συν, 2002:279). Τα τελευταία 40 χρόνια οι διατροφικές συνήθειες των καταναλωτών στις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες όπως η αύξηση του εισοδήματος των καταναλωτών, η αστικοποίηση, οι αλλαγές στις συνήθειες της ζωής και της εργασίας, η διαφήμιση κ.λπ., παράγοντες που ενοχοποιούνται για την αύξηση της συχνότητας εκδήλωσης πολλών νοσημάτων όπως οι κακοήθεις νεοπλασίες, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, η στεφανιαία νόσος και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. (Δαρδαβέσης,2011:144)

Η κατανάλωση μιας ισορροπημένης διατροφής που καλύπτει τις απαιτήσεις του οργανισμού σε ενέργεια και θρεπτικά συστατικά μπορεί να συμβάλει στη διατήρηση ή τη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης ενός ατόμου, στην ελαχιστοποίηση της εμφάνισης ασθενειών και στην παράταση της διάρκειας ζωής του. Έτσι, η τήρηση των διατροφικών οδηγιών και η υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών του τρόπου ζωής μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ενίσχυση της υγείας, της ποιότητας ζωής, της αυτονομίας και της ανεξαρτησίας του ατόμου, ιδιαίτερα σε όλα τα στάδια της ζωής του ατόμου και στην τρίτη ηλικία σύμφωνα με τον Horwath (1998). Η συνεκτίμηση των ιδιαίτερων αναγκών, προτιμήσεων, πεποιθήσεων, αξιών, χαρακτηριστικών και προσδοκιών κάθε ατόμου είναι υψίστης σημασίας (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, 2014). Η καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να παρέχει αρκετές βιταμίνες με αντιοξειδωτικές ιδιότητες, όπως η Α, η C και η Ε, οι οποίες είναι γνωστό ότι επιβραδύνουν τη διαδικασία γήρανσης. (Γκόνοσ, 1998:18)

Η διατροφή των υπερηλίκων επηρεάζεται από κοινωνικοοικονομικούς και οργανικούς παράγοντες. Σε αυτούς συγκαταλέγεται η οικονομική αδυναμία των ηλικιωμένων που τους εμποδίζει να επιλέγουν για τη διατροφή τους ακριβά αλλά πλούσια σε θρεπτικά συστατικά είδη όπως το κρέας και το ψάρι. Επιπλέον πολλοί ηλικιωμένοι οι οποίοι ζουν μόνοι τους δυσκολεύονται να προμηθευτούν και μεταφέρουν τρόφιμα στο σπίτι τους για να φτιάξουν μία μικρή ποσότητα φαγητού έτσι καταφεύγουν να σιτίζονται συχνά σε εστιατόρια και fastfood, όπου δεν γνωρίζουν την ποιότητα των τροφών που χρησιμοποιούνται για την παρασκευή του φαγητού και συνήθως τα φαγητά αυτά περιέχουν μεγάλες ποσότητες

αλατιού περισσότερο από αυτές που πρέπει να λαμβάνουν (Δαρδαβέσης, 2011:146). Επιπλέον όταν κάποιος τρώει μόνος του στερείται την κοινωνική αλληλεπίδραση που θα είχε εάν έτρωγε μαζί με άλλους ανθρώπους, δεν ενδιαφέρεται για την κατανάλωση ενός καλού θρεπτικού γεύματος και ως εκ τούτου μειώνεται η απόλαυση του φαγητού, μία σημαντική παράμετρος όσο αφορά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. (Yukako Tani, 2015)

Στους οργανικούς παράγοντες συγκαταλέγονται οι χρόνιες ασθένειες που επηρεάζουν τις μεταβολικές διεργασίες, την πρόσληψη τροφής και οδηγούν σε ανεπαρκή διατροφή. Πολλές φορές η αδυναμία φυσιολογικής μάσησης λόγω κατεστραμμένων ούλων και δοντιών ή λόγω ανεπαρκούς παραγωγής σάλιου και οδοντοστοιχιών επηρεάζουν την αντίληψη της γεύσης και μειώνουν την όρεξη για φαγητό. Επιπλέον ορισμένες ασθένειες, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η ηπατοπάθεια και η νεφρική ανεπάρκεια, απαιτούν μια συγκεκριμένη δίαιτα που περιορίζει σημαντικά το τι μπορούν να φάνε οι ασθενείς. Επιπρόσθετα η γεύση και η όρεξη των ηλικιωμένων επηρεάζεται αρνητικά από την πολυετή λήψη πολυάριθμων φαρμάκων λόγω χρόνιων παθήσεων. (Δαρδαβέσης, 2011:147)

Οι κακές συνήθειες διατροφής, η υποθρεψία και η αθρεψία επιδρούν αρνητικά στην λειτουργικότητα των οργάνων και των συστημάτων του οργανισμού των ηλικιωμένων ανθρώπων. Η μειωμένη πρόσληψη θρεπτικών συστατικών καθιστά το ανοσοποιητικό τους σύστημα περισσότερο ευάλωτο σε λοιμώξεις και ιούς. Οι αλλαγές που εμφανίζονται στην λειτουργία του γαστρεντερολογικού τους συστήματος όπως μειωμένη δραστηριότητα λακτίσεις, ατροφική γαστρίτιδα, δυσκοιλιότητα επηρεάζουν την διατροφική πρόσληψη, την πέψη και την απορρόφηση αρκετών θρεπτικών ουσιών όπως σίδηρος, ασβέστιο, βιταμίνες K και B12 χωρίς απαραίτητα να μιλάμε για υποθερμία (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, 2014:24). Επιπλέον η υποθρεψία και η αθρεψία προκαλούν και μυϊκή αδυναμία στον οργανισμό συμβάλλοντας μαζί με την έλλειψη επαρκούς κινητικότητας στην δημιουργία προβλημάτων στο κυκλοφοριακό σύστημα των ηλικιωμένων και στην αύξηση του κινδύνου των φλεβοθρομβώσεων με την εξασθένηση στις λειτουργίες της καρδιάς των ηλικιωμένων. Λόγω της μυϊκής αδυναμίας, το αναπνευστικό τους σύστημα βρίσκεται σε έκπτωση με αυξημένες πιθανότητες για εμφάνιση πνευμονικών λοιμώξεων. Ο υποσιτισμός έχει σοβαρές επιπτώσεις και στην νοητική λειτουργία των ηλικιωμένων ατόμων καθώς τα οδηγεί στην κατάθλιψη και στην αδυναμία συγκέντρωσης με την μειωμένη διάθεση για

διατροφή και μη ακολουθώντας τις συστάσεις που τους έχουν δοθεί σχετικά με την διατροφή που πρέπει να τηρούν. (Δαρδαβέσης, 2011:148-149)

✧ Ενέργεια

Οι ανάγκες των ανθρώπων σε θερμίδες είναι λιγότερες για τα άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών σε σχέση με τους ενήλικες και συγκεκριμένα οι άνθρωποι ηλικίας από 60 έως 75 ετών ασκούν μέτρια σωματική δραστηριότητα, οι άνδρες χρειάζονται 2.000-2.400 θερμίδες την ημέρα, ενώ οι γυναίκες 1.600-1.900 θερμίδες την ημέρα σύμφωνα με τις συστάσεις της Ευρωπαϊκής Αρχής για την Ασφάλεια των Τροφίμων (EFSA) (2013) και άλλων οργανισμών και φορέων υγείας όπως NHMRC(2006), NNR(2012) SACN (2011) FAO/WHO(2004). Οι ηλικίες από 70 έως 75 ετών με χαμηλότερο επίπεδο σωματικής δραστηριότητας χρειάζονται οι άνδρες 1.700-2.200 θερμίδες και οι γυναίκες 1.500-1.800 θερμίδες. Σύμφωνα με την άποψη των περισσότερων Οργανισμών και Εθνών το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας έχει τον ουσιαστικό ρόλο στην εκτίμηση των ημερήσιων ενεργειακών αναγκών, γι' αυτό το λόγο όταν τα ηλικιωμένα άτομα θέλουν να αυξήσουν την ημερήσια πρόσληψη σε θερμίδες είναι αναγκαίο παράλληλα να αυξήσουν και τα επίπεδα της σωματικής τους δραστηριότητας. (Εθνικός Διατροφικός Οδηγός, 2014:33).

✧ Μεσογειακή διατροφή

Η κατανάλωση τροφίμων επηρεάζει εξίσου την κατάσταση της υγείας του ατόμου αλλά και την πορεία της γήρανσης του. Η διατήρηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και διατροφής μπορούν να συμβάλλουν στην διατήρηση της καλής υγείας και ένα στυλ διατροφής που συμβάλλει σε αυτό είναι η μεσογειακή διατροφή η οποία βασίζεται σε παραδοσιακά τρόφιμα και ποτά και κυρίως κρασί των χωρών γύρω από την Μεσόγειο Θάλασσα. Όσοι άνθρωποι κατοικούν στη λεκάνη της Μεσογείου είναι προικισμένοι με ένα παραδοσιακό διατροφικό πρότυπο που συμβολίζει τον τοπικό πολιτισμό και τη γεωργία δίνοντας έμφαση στην καθημερινή κατανάλωση φυτικών τροφών, γαλακτοκομικών προϊόντων, ελαιόλαδου, στη χαμηλή κατανάλωση κρέατος και πουλερικών και στη μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Η μεσογειακή διατροφή μπορεί να μειώσει την συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, ορισμένων κακοηθειών και χρόνιων ασθενειών όπως ο διαβήτης τύπου 2. Επίσης η κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων και ψαριών έχει συνδεθεί ευνοϊκά με την αυξημένη ανθρώπινη μακροζωία και επιπλέον η τακτική κατανάλωση ψαριών έχει συνδεθεί και μικρότερα ποσοστά συμπτωμάτων κατάθλιψης. (Foscolou et al, 2018)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής περιλαμβάνει διάφορες πτυχές της ευημερίας ενός ατόμου και μετριέται μέσω διαφόρων εργαλείων που έχουν αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια. Τα εργαλεία αυτά επικεντρώνονται στη μέτρηση των σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών αποτελεσμάτων της υγείας και χρησιμοποιούνται σήμερα στις περισσότερες κλινικές μελέτες παρέμβασης. Η σωματική υγεία αναφέρεται στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου, στην δυνατότητα να αυτοεξυπηρετείται, στην καλή σωματική λειτουργία, στην άσκηση των καθημερινών ρόλων σε επίπεδο οικογένειας και εργασίας και κυρίως την προσωπική εκτίμηση του ίδιου για το επίπεδο της υγείας του. Η ψυχική ευεξία αφορά την ψυχο-συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, την αυτοεκτίμηση, το άγχος, την κατάθλιψη και την προσαρμοστικότητα του. Η κοινωνική ευεξία αντικατοπτρίζει την ευρύτερη ικανοποίηση του ατόμου από την ζωή του, τις σχέσεις του, τους ρόλους του, την κοινωνική προσαρμογή του. Για τη μέτρηση όλων των παραπάνω παραμέτρων χρησιμοποιούνται ερωτηματολόγια που ερευνούν τη γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου ή την επίδραση συγκεκριμένων ασθενειών στην ποιότητα ζωής του. Τα ακόλουθα εργαλεία χρησιμοποιούνται συνήθως για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας και της ποιότητας ζωής ενός ατόμου (Υφαντόπουλος, 2007, Σαρρής, 2001):

✓ Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire):

Ο Goldberg (1972) ανέπτυξε ένα ερωτηματολόγιο σε τρεις διαφορετικές εκδόσεις με 28, 30 και 60 ερωτήσεις. Στην πρώτη έκδοση από τις 28 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αξιολογούνται τα επίπεδα των ακόλουθων τεσσάρων διαστάσεων: κατάθλιψη, άγχος και αϋπνία, κοινωνική λειτουργικότητα-δραστηριότητα και σωματικά συμπτώματα. Η κάθε μια από αυτές τις ερωτήσεις έχει τέσσερις πιθανές απαντήσεις: 1=καθόλου, 2=όχι περισσότερο από ότι συνήθως, 3=μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως και 4=πολύ περισσότερο από ότι συνήθως. Όσο οι απαντήσεις πλησιάζουν το 4 τόσο πιο βαριά είναι τα συμπτώματα για το θέμα που μελετάται και τόσο πιο μεγάλη ανικανότητα υπάρχει στο να εξακολουθήσει κανείς να εκπληρώνει τις φυσιολογικές «υγιείς» λειτουργίες του.

Αυτό το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της ψυχικής υγείας και των σωματικών συμπτωμάτων τόσο υγιών όσο και μη υγιών ανθρώπων και έχει επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Ωστόσο, ένα από τα μειονεκτήματά του είναι ότι

επικεντρώνεται κυρίως στη σωματική και ψυχολογική υγεία και δεν καλύπτει άλλες πτυχές της ποιότητας ζωής. (Σαρρής, 2001:304)

✓ Επισκόπηση Υγείας του Nottingham (Nottingham Health Profile):

Οι Hant και McEwen (1980) ανέπτυξαν ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της υποκειμενικής δυσφορίας του ατόμου με προβλήματα υγείας και μέτρησης του βαθμού που τα προβλήματα αυτά επηρεάζουν τις φυσιολογικές του δραστηριότητες. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο τμήματα, το πρώτο περιλαμβάνει 38 ερωτήσεις που ομαδοποιούνται σε έξι διαστάσεις όπως «ενέργεια-δραστηριότητα», «πόνος», «συναισθηματικές αντιδράσεις», «ύπνος», «κοινωνική απομόνωση» και «σωματική κίνηση» και το δεύτερο μέρος διερευνά επτά τομείς της καθημερινής ζωής που συχνά επηρεάζονται από την ασθένεια όπως «η αμειβόμενη εργασία», «οικιακή εργασία», «κοινωνική ζωή», «προσωπικές σχέσεις», «σεξουαλική ζωή», «δραστηριότητες αναψυχής» και «ενδιαφέροντα».

Κάθε μία ερώτηση έχει έναν συντελεστή βαρύτητας και οι συμμετέχοντες απαντούν είτε με "ναι" που παίρνει τιμή 1 είτε με "όχι" που παίρνει την τιμή 0. Το εύρος των δυνητικών τιμών των παραγόντων κυμαίνεται από 0 έως 100. Η συγκέντρωση υψηλών τιμών υποδηλώνει την παρουσία πολλαπλών προβλημάτων του συμμετέχοντα και πλησιάζοντας στην τιμή του 100 αναφερόμαστε στην πολύ μεγάλη δυσφορία του ατόμου σε όλες τις διαστάσεις. (Βίδαλης και συν, 2000). Αυτό το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε υγιείς όσο και σε ασθενείς πληθυσμούς και έχει επιδείξει καλή ευαισθησία και εγκυρότητα στη διάκριση μεταξύ υγιών και ασθενών ατόμων. Ωστόσο, έχει το μειονέκτημα ότι διερευνά μόνο την αρνητική διάσταση της υγείας (προβλήματα υγείας) και δεν εξετάζει τις θετικές διαστάσεις της υγείας. (Σαρρής, 2001:304)

✓ Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (Karnofski Performance Index - KPI):

Ο Karnofski (1969) ανέπτυξε μια κλίμακα η οποία αφορά κυρίως την αξιολόγηση της σωματικής λειτουργικότητας ενός ασθενούς χωρίς να εξετάζει την ψυχοκοινωνική του κατάσταση. Η κλίμακα κατηγοριοποιεί δέκα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας, τα οποία μετρούνται σε μια ποσοστιαία κλίμακα που κυμαίνεται από 0 έως 100. Επαγγελματίες υγείας ή γιατροί εκτελούν τη βαθμολόγηση, όπου το 100% υποδηλώνει σωματική λειτουργικότητα χωρίς περιορισμούς ή ασθένεια και το 0% υποδηλώνει τον θάνατο. Ένας άρρωστος με υψηλή βαθμολογία θεωρείται ότι έχει καλή

ποιότητα ζωής, ενώ ένας άρρωστος με χαμηλή βαθμολογία θεωρείται ότι έχει κακή ποιότητα ζωής. (Σαρρής, 2001:302)

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΟΡΙΣΜΩΝ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ ΑΠΟΔΟΣΗΣ KARNOFSKY (%) ΚΡΙΤΗΡΙΑ		
Ικανός να συνεχίσει τη συνήθη δραστηριότητά και να εργαστεί - δεν χρειάζεται ειδική φροντίδα.	100	Κανονικός χωρίς παράπονα, χωρίς ενδείξεις ασθένειας.
	90	Δυνατότητα συνέχισης της κανονικής δραστηριότητας- ασήμαντα σημασία σημάδια ή συμπτώματα ασθένειας.
	80	Κανονική δραστηριότητα με προσπάθεια - κάποια σημάδια ή συμπτώματα της νόσου.
Ανίκανος να εργαστεί-ικανός να ζει στο σπίτι και να φροντίζει τις περισσότερες προσωπικές ανάγκες - ποικίλει η βοήθεια που απαιτείται.	70	Φροντίζει τον εαυτό του - αδυνατεί να συνεχίσει κανονικά τη ζωή του. δραστηριότητα ή να κάνει ενεργό εργασία.
	60	Απαιτεί περιστασιακή βοήθεια, αλλά είναι σε θέση να φροντίζει τις περισσότερες προσωπικές του ανάγκες.
	50	Απαιτεί σημαντική βοήθεια και συχνή ιατρική φροντίδα.
Αδυνατεί να φροντίσει τον εαυτό του - απαιτεί ιδρυματική ή νοσοκομειακή περίθαλψη- η ασθένεια του μπορεί να είναι να εξελίσσεται ταχέως	40	Ανάπηρος - χρειάζεται ειδική φροντίδα και βοήθεια.
	30	Σοβαρή αναπηρία - η εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι αν και ο θάνατος δεν είναι επικείμενος.
	20	Πολύ άρρωστος - απαραίτητη εισαγωγή στο νοσοκομείο - απαραίτητη η υποστηρικτική θεραπεία.
	10	Ένα στάδιο πριν τον θάνατο
	0	Θάνατος

Πηγή : <http://www.nprc.org>

✓ Δείκτης Λειτουργικότητας ΠΟΥ (WHO Performance Status):

Ο ΠΟΥ (1979) ανέπτυξε ένα εργαλείο αξιολόγησης που κατηγοριοποιεί πέντε επίπεδα σωματικής λειτουργίας και ικανότητας σε πενταβάθμια κλίμακα, η οποία κυμαίνεται από το 0 (πλήρως ικανός για όλες τις δραστηριότητες χωρίς περιορισμούς) έως το 4 (εντελώς ανίκανος να φροντίσει τον εαυτό του). Η αξιολόγηση διενεργείται από τον ιατρό και δεν λαμβάνει υπόψη την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενούς. (Σαρρής, 2001:302)

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ	ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΟΔΟΣΗΣ
0	Μπορεί να ασκεί όλες τις συνήθειες δραστηριότητες χωρίς περιορισμούς
1	Περιορισμένη σωματικά επίπονη δραστηριότητα, αλλά περιπατητικός και ικανός να εκτελεί ελαφριά εργασία

2	Περιπατητικός και ικανός να εκτελεί οποιαδήποτε εργασία; πάνω από το 50% των ωρών εγρήγορσης
3	Ικανός για περιορισμένη μόνο αυτοεξυπηρέτηση; καθλωμένος στο κρεβάτι ή σε καρέκλα περισσότερο από το 50% των ωρών που περπατάει
4	Δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί: είναι εντελώς καθλωμένος στο κρεβάτι ή στην καρέκλα.

Πηγή : World Health Organization, Geneva (1979)

✓ Δείκτης Katz Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής:

Ο δείκτης Katz αναπτύχθηκε το 1963 από τους Katz, Ford, Mosowitz, Jackson και Jaffe για την αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης των ηλικιωμένων που διαμένουν σε εγκαταστάσεις κλειστής φροντίδας. Οι γιατροί ή οι νοσηλευτές αξιολογούν την ικανότητα των ηλικιωμένων να εκτελούν δραστηριότητες καθημερινής ζωής με βάση την ικανότητα αυτοφροντίδας και αυτοεξυπηρέτησή τους στις παρακάτω δραστηριότητες:

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΑΥΤΟ-ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ		
	ΚΑΜΙΑ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	ΜΕΡΙΚΗ ΕΞΑΡΤΗΣΗ	ΠΛΗΡΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗ
	1 ΒΑΘΜΟΣ	0,5 ΒΑΘΜΟΙ	0 ΒΑΘΜΟΙ
ΛΟΥΣΙΜΟ	Παίρνει μόνος του μπάνιο χωρίς καμία βοήθεια ή χρειάζεται μικρή βοήθεια για το πλύσιμο ενός μόνο μέρος του σώματος, όπως πλάτη, γεννητικά όργανα ή ένα ανάπηρο άκρο		Απαιτείται βοήθεια για το πλύσιμο περισσότερων του ενός μερών του σώματος, την είσοδο ή την έξοδο από το μπάνιο ή απαιτείται ολοκληρωτική βοήθεια στο λούσιμο
ΝΤΥΣΙΜΟ	Βγάζει τα ενδύματα από τις ντουλάπες και τα συρτάρια, φοράει τα ρούχα μόνος του και		Χρειάζεται σημαντική βοήθεια για να ντυθεί ή πρέπει να ντυθεί

	μπορεί να χρειάζεται βοήθεια για το δέσιμο των κορδονιών		αποκλειστικά από τρίτο άτομο
ΧΡΗΣΗ ΤΟΥΑΛΕΤΑΣ	Πηγαίνει μόνος του στην τουαλέτα, ανεβάζει και κατεβάζει, τακτοποιεί τα ρούχα, καθαρίζει τις ευαίσθητες περιοχές χωρίς βοήθεια		Απαιτείται βοήθεια για την μετακίνηση στην τουαλέτα για τον καθαρισμό των ευαίσθητων περιοχών ή χρησιμοποιεί προστασίες νυκτός (πάνες)
ΜΕΤΑΦΟΡΑ	Μετακινείται προς και από το κρεβάτι, καρέκλα ή πολυθρόνα χωρίς βοήθεια		Απαιτείται βοήθεια για την μετακίνηση του από το κρεβάτι, την καρέκλα ή την πολυθρόνα
ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΦΙΓΚΤΗΡΙΩΝ	Εξασκεί πλήρη έλεγχο πάνω στην ούρηση και την αφόδευση	Μερική/περιστασιακή απώλεια ούρων και κοπράνων	Σημαντική ή πλήρης ακράτεια ούρων ή και κοπράνων
ΛΗΨΗ ΤΡΟΦΗΣ	Μπορεί να μεταφέρει την τροφή από το πιάτο έως το στόμα χωρίς βοήθεια. Η Παρασκευή του φαγητού μπορεί να γίνει από τρίτο άτομο	Μερική βοήθεια για τη λήψη της τροφής	Απαιτεί ολική βοήθεια για τη λήψη της τροφής ή απαιτεί εντερική/παρεντερική διατροφή

Πηγή : <https://docplayer.gr>

Ένα συνολικό άθροισμα του δείκτη ίσο με 6 δείχνει πλήρη λειτουργικότητα, ίσο με 4 δείχνει μέτρια λειτουργικότητα, ενώ άθροισμα μικρότερο ή ίσο του 2 δείχνει σοβαρό πρόβλημα λειτουργικής ικανότητας. Ο δείκτης Katz έχει βρεθεί ότι είναι έγκυρος και αξιόπιστος για την αξιολόγηση συγκεκριμένων ομάδων ασθενών (Σαρρής, 2001:303)

✓ Δείκτης Spitzer για την ποιότητα ζωής (Spitzer Quality of Life Index):

Ο Spitzer (1981) δημιούργησε ένα εργαλείο με σκοπό κυρίως την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών. Η αξιολόγηση επικεντρώνεται στους εξής κύριους τομείς :1.Activity, 2.Dailyliving, 3.Health, 4.Support και 5.Outlook. Ο ασθενής ή ο ιατρός αξιολογεί καθέναν από αυτούς τους τομείς σε μια κλίμακα 3 σημείων που η βαθμολογία κυμαίνεται μεταξύ των τιμών 0-1-2.

1)Καθημερινές δραστηριότητες	Κατά την διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας ο ασθενής	
	Εργάζεται ή σπουδάζει με πλήρες ωράριο ή σχεδόν πλήρες ωράριο στο συνηθισμένο επάγγελμά του, διαχειρίζεται το δικό του νοικοκυριό, συμμετέχει σε εθελοντικές δραστηριότητες	2
	Έχει εργαστεί ή σπουδάζει στο συνηθισμένο επάγγελμα του ή έχει διαχειριστεί δικό του νοικοκυριό ή εθελοντική εργασία αλλά απαιτεί σημαντική βοήθεια ή σημαντική μείωση των ωρών εργασίας ή ήταν σε άδεια ασθενείας	1
	Δεν εργαζόταν ή σπούδαζε σε κάποια θέση και δεν διατηρούσε δικό του νοικοκυριό	0
2)Καθημερινή ζωή	Κατά την διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας ο ασθενής	
	Έχει αυτοεξυπηρετηθεί στο φαγητό, το πλύσιμο, το λούσιμο και το ντύσιμο και χρησιμοποιεί τα μέσα μαζικής μεταφοράς ή να οδηγεί δικό του αυτοκίνητο	2
	Έχει ζητήσει βοήθεια από άλλο άτομο για καθημερινές δραστηριότητες και μετακινήσεις, αλλά εκτελεί ελαφρές δοκιμασίες	1
	Δεν μπορεί να διαχειριστεί την προσωπική του φροντίδα ή να εκτελέσει ελαφρές δοκιμασίες και δεν βγαίνει καθόλου από το σπίτι του ή από το ίδρυμα.	0
3)Αντίληψη υγείας	Κατά την διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας ο ασθενής :	
	Φαίνεται να αισθάνεται καλά ή αναφέρει ότι αισθάνεται "υπέροχα" τις περισσότερες φορές	2
	Έχει έλλειψη ενέργειας ή δεν αισθάνεται εντελώς "καλά" περισσότερο από περιστασιακά	1
	Αισθάνεται πολύ άρρωστος ή χάλια, φαίνεται αδύναμος και ξεθεωμένος τις περισσότερες φορές ή ήταν ανίσθητος.	0
	Κατά την διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας ο ασθενής :	

4)Κοινωνική Υποστήριξη	Είχε καλές σχέσεις με τους άλλους και λάμβανε ισχυρή υποστήριξη από τουλάχιστον ένα μέλος της οικογένειας του ή ένα φίλο	2
	Η υποστήριξη που λάμβανε ή αντιλαμβανόταν ήταν περιορισμένη από την οικογένεια και τους φίλους ή από τον συγκάτοικο του	1
	Η υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους γινόταν σπάνια ή μόνο όταν ήταν απολύτως απαραίτητο ή όταν ο ασθενής ήταν αναισθητός	0
5)Προοπτικές ζωής	Κατά την διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας ο ασθενής :	
	Είναι συνήθως σε θέση να βλέπει, να αποδέχεται και να ελέγχει τις προσωπικές του καταστάσεις.	2
	Έχει βρεθεί σε πρόβλημα επειδή δεν ελέγχει πλήρως τις προσωπικές καταστάσεις ή περνάει περιόδους με προφανές άγχος ή κατάθλιψη	1
	Έχει υποστεί σοβαρή σύγχυση ή πολύ φόβο ή συνείδηση άγχους και κατάθλιψης ή έχει χάσει τις αισθήσεις του	0

Πηγή : Science Direct, Journal Chronic Diseases

Ο δείκτης QL-Index χρησιμεύσει ως μέτρο μέτρησης της ποιότητας ζωής και είναι έγκυρο για ασθενείς με συγκεκριμένη σωματική νόσο καθώς η αξιοπιστία του οργάνου αυτού στα χέρια των ιατρών έχει αποδειχθεί για διάφορους τύπους και στάδια χρόνιων ασθενειών και κυρίως του καρκίνου. Διακρίνει μεταξύ υγιών ατόμων και ασθενών και μεταξύ ατόμων με πρώιμη ή μέτρια εκδήλωση της νόσου τους και ασθενείς που είναι σοβαρά άρρωστοι. Η συγκέντρωση υψηλών βαθμολογιών υποδηλώνει την ύπαρξη υγιών ατόμων ενώ όσο μειώνεται η βαθμολογία υποδηλώνεται η ύπαρξη βαριά πασχόντων ατόμων.

✓ Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο (McGrill Pain Questionnaire):

Οι Melzack και Torgerson (1971) ανέπτυξαν ένα ερωτηματολόγιο για τον πόνο για να μπορέσουν να αξιολογήσουν τις επιπτώσεις του πόνου στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Ο σκοπός του ερωτηματολογίου είναι η λήψη περιγραφικών τιμών και όχι η αντικειμενική ανίχνευση της αλλαγής στο χρόνο, δεδομένου ότι ο πόνος είναι μια υποκειμενική έννοια. Το ερωτηματολόγιο κατηγοριοποιεί διάφορες καταστάσεις που περιγράφουν τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής βιώνει τον πόνο και χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική έρευνα σε διάφορους πληθυσμούς ασθενών και παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.(Σαρρής, 2001:303)

**Συνοπτικό McGill Ερωτηματολόγιο Πόνου
(Short-Form McGill Pain Questionnaire)**

Όνοματεπώνυμο:

Ημερομηνία:

	Καθόλου Πόνος	Ήπιος Πόνος	Μέτριος Πόνος	Έντονος Πόνος
παλμικός-ρυθμικός (throbbing)	0)___	1)___	2)___	3)___
σαν να "περπατάει" (shooting)	0)___	1)___	2)___	3)___
σαν "μαχαιριά" (stabbing)	0)___	1)___	2)___	3)___
οξύς (sharp)	0)___	1)___	2)___	3)___
σαν "κράμπα" (cramping)	0)___	1)___	2)___	3)___
σαν να "δαγκώνει" (gnawing)	0)___	1)___	2)___	3)___
καυστικός-ζεστός (hot-burning)	0)___	1)___	2)___	3)___
γενικός-διαρκής (aching)	0)___	1)___	2)___	3)___
αίσθημα βάρους (heavy)	0)___	1)___	2)___	3)___
ευαίσθητος (tender)	0)___	1)___	2)___	3)___
διαμελιστικός- σαν να σε "σκίζεις" (splitting)	0)___	1)___	2)___	3)___
κουραστικός (tiring-exhausting)	0)___	1)___	2)___	3)___
αηδιαστικός-νοσηρός (sickening)	0)___	1)___	2)___	3)___
τρομακτικός (fearful)	0)___	1)___	2)___	3)___
βασανιστικός (punishing-cruel)	0)___	1)___	2)___	3)___

ΚΑΘΟΛΟΥ ΠΟΝΟΣ

Ο ΧΕΙΡΟΤΕΡΟΣ ΠΟΝΟΣ

(NO PAIN)

ΠΟΥ ΕΧΕΤΕ ΝΙΩΣΕΙ ΠΟΤΕ

(WORD POSSIBLE PAIN)

Ε.Π.Π.	PPI	
0 Καθόλου Πόνος	No pain	_____
1 Ήπιος	mild	_____
2 Ενοχλητικός		_____
3 Οδυνηρός	PPI	_____
4 Φρικτός	horrible	_____
5 Αφόρητος	excruciating	_____

✓ Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια (Psychological Adjustment to Illness Scale):

Ο Morrow και οι συνεργάτες του (1978) ανέπτυξαν μια κλίμακα για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Το PAIS αποτελείται από 45 ερωτήσεις οι οποίες χωρίζονται σε 7 τομείς ψυχοκοινωνικής προσαρμογής που προέρχονται από την γενικά διαδεδομένη αποδοχή τους στην κλινική πρακτική. Οι ερωτήσεις τίθενται στον ασθενή με τη μορφή ημιδομημένης συνέντευξης ή οι ασθενείς μπορούν να τη συμπληρώσουν οι ίδιοι και οι απαντήσεις τους αξιολογούνται σε μία κλίμακα 4 σημείων. Η κλίμακα χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση διαφόρων κατηγοριών ασθενών, όπως καρδιοπαθείς, νεφροπαθείς και καρκινοπαθείς, και είναι εξαιρετικά αξιόπιστη και έγκυρη. (Σαρρής, 2001:305).

ΤΟΜΕΙΣ	
<p>1. ΦΡΟΝΤΙΔΑΥΓΕΙΑΣ (Healthcare orientation)</p>	<p>Αφορά την τρέχουσα υγειονομική περιθαλψη του ερωτώμενου την στάση του και κατά πόσον αυτή ευνοεί τη θετική προσαρμογή στην ασθένεια και τη θεραπεία της. Στοιχεία που αξιολογούνται ως προς τη στάση απέναντι στους γιατρούς και τη θεραπεία, καθώς και ως προς την ενημέρωση των ασθενών και τις προσδοκίες σχετικά με την ιατρική διαταραχή και τις θεραπείες της.</p> <p><i>Παράδειγμα:</i> Πώς αισθάνεστε για τη θεραπεία που λαμβάνετε για την παρούσα ασθένεια και τους γιατρούς που σας θεραπεύουν;</p> <p>0 = πολύ θετική με υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης, 1 = γενικά θετικό με κάποιες επιφυλάξεις, 2 = κάπως αρνητικό με εμφανή κυνισμό, 3 = σαφώς αρνητικό με έλλειψη εμπιστοσύνης και δυσπιστία</p>
<p>2. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ-ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ (Vocational environment)</p>	<p>Αυτός ο τομέας αξιολογεί τις διαταραχές στην εργασιακή απόδοση, την ικανοποίηση και την προσαρμογή, οι οποίες αποδίδονται στην παρούσα ασθένεια. Έξι στοιχεία αξιολογούν πτυχές της προσωπικής αξιολόγησης της απόδοσης, του χρόνου που χάθηκε στην εργασία, της επαγγελματικής επένδυσης, τους στόχους, και τις διαπροσωπικές συγκρούσεις που βιώνουν στο επαγγελματικό περιβάλλον.</p> <p><i>Παράδειγμα:</i> Χρειάστηκε να αλλάξετε τους βασικούς σας στόχους όσον αφορά την εργασία σας ως αποτέλεσμα της ασθένειας;</p> <p>0 = στόχοι αμετάβλητοι, 1 = μικρή τροποποίηση λόγω της ασθένειας, 2 = σημαντική μείωση του πεδίου εφαρμογής και της πληρότητας των στόχων 3 = σημαντική τροποποίηση ή μετατόπιση των στόχων</p>

<p>3. ΟΙΚΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ (Domestic environment)</p>	<p>Τα στοιχεία αυτής της ενότητας είναι προσανατολισμένα προς τις δυσκολίες που προκαλούνται από την ασθένεια και οι οποίες προκύπτουν κυρίως στο σπίτι ή στο συνηθισμένο οικογενειακό περιβάλλον. Συγκεκριμένα στοιχεία αξιολογούν την ποιότητα της σχέσης με συγκατοίκους, την οικογενειακή προσαρμοστικότητα και επικοινωνία, τη στάση εξάρτησης, τη σωματική αναπηρία και τις επιπτώσεις στους οικονομικούς πόρους.</p> <p><i>Παράδειγμα:</i> "Πώς θα χαρακτηρίζατε την σχέση σας με τον/την σύζυγό σας;</p> <p>0 = πολύ καλή, 1 = επαρκής, 2 = κάπως ανεπαρκής, 3 = έντονα ανεπαρκής.</p>
<p>4. ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ (Sexual relationships)</p>	<p>Τα στοιχεία αυτής της ενότητας είναι προσανατολισμένα προς μια αξιολόγηση τυχόν αλλαγών στην ποιότητα της σεξουαλικής συμπεριφοράς ή των σχέσεων που οφείλονται στην παρούσα ασθένεια ή στα επακόλουθά της. Επιμέρους στοιχεία αξιολογούν την ποιότητα και τη συχνότητα της τρέχουσας σεξουαλικής δραστηριοτήτων, το σεξουαλικό ενδιαφέρον, τη σεξουαλική ικανοποίηση, σεξουαλική δυσλειτουργία και διαπροσωπικές συγκρούσεις που απορρέουν από σεξουαλικά θέματα.</p> <p><i>Παράδειγμα:</i> Υπήρξε κάποια αλλαγή στην ευχαρίστηση ή την ικανοποίηση που αντλείτε από τα σεξουαλικές δραστηριότητες;</p> <p>0 = καμία αλλαγή στη σεξουαλική ικανοποίηση, 1 = μικρή μείωση της ευχαρίστησης ή ικανοποίησης, 2 = σημαντική μείωση της ευχαρίστησης ή ικανοποίησης, 3 = καμία σεξουαλική ευχαρίστηση ή ικανοποίηση</p>
<p>5. ΕΥΡΥΤΕΡΕΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ (Extended family relationships)</p>	<p>Αυτός ο τομέας αντανακλά τυχόν δυσκολίες στις σχέσεις την ευρύτερη οικογένεια που οφείλονται στην ασθένεια. Συγκεκριμένα στοιχεία αξιολογούν την ποιότητα των σχέσεων της ευρύτερης οικογένειας, την επικοινωνία με την ευρύτερη οικογένεια, το ενδιαφέρον για αλληλεπίδραση με την εκτεταμένη οικογένεια, και τη στάση εξάρτησης με την εκτεταμένη οικογένεια.</p> <p><i>Παράδειγμα:</i> Εξαρτάσθε από τα μέλη αυτά της οικογένειάς σας για οποιαδήποτε βοήθεια ή συνδρομή ιδιαίτερα μετά την ασθένειά σας;</p> <p>0 = εντελώς ανεξάρτητη από την εκτεταμένη οικογένεια 1 = κάποια εξάρτηση, ανάλογα με το βαθμό εξάρτησης της οικογενειακής δέσμευσης, 2 = κάποια εξάρτηση, πέραν του βαθμού οικογενειακής δέσμευσης, 3 = έντονη εξάρτηση, πέραν του βαθμού οικογενειακής δέσμευσης</p>

<p>6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ (Social environment)</p>	<p>Ο τομέας αυτός αξιολογεί το βαθμό στον οποίο η ασθένεια έχει επηρεάσει τις κοινωνικές και δραστηριότητες αναψυχής. Τα στοιχεία αξιολογούν το επίπεδο συμμετοχής στον κοινωνικό, οικογενειακό και ατομικό ελεύθερο χρόνο καθώς και το επίπεδο ενδιαφέροντος για τις δραστηριότητες (η σωματική αναπηρία μπορεί να αποκλείει τη συμμετοχή αλλά όχι το ενδιαφέρον για δραστηριότητες αναψυχής, η σημαντική απώλεια ενδιαφέροντος θεωρείται ως λιγότερο θετική προσαρμοστική αντίδραση).</p> <p><i>Παράδειγμα :</i> Έχετε διατηρήσει το ενδιαφέρον σας σε κοινωνικές δραστηριότητες μετά την ασθένειά σας π.χ. κοινωνικές λέσχες, εκκλησιαστικές ομάδες, σινεμά, κ.λπ.?</p> <p>0 = το ίδιο επίπεδο ενδιαφέροντος με το προηγούμενο, 1 = ελαφρώς λιγότερο ενδιαφέρον από πριν, 2 = σημαντικά μικρότερο ενδιαφέρον από πριν, 3 = ελάχιστο ή καθόλου ενδιαφέρον</p>
<p>7. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΠΤΩΣΗ (Psychological distress)</p>	<p>Αυτός ο τελικός τομέας μέτρησης καλύπτει το βαθμό στον οποίο έχουν προκύψει σχετικές ψυχολογικές δυσκολίες που σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου. Ως σημαντικές διαστάσεις της ψυχολογικής δυσφορίας αξιολογούνται το άγχος, η κατάθλιψη, η ενοχή, η εχθρότητα, η ανησυχία, η αυτοαξιολόγηση και η αρνητική εικόνα του σώματος.</p> <p><i>Παράδειγμα:</i> Αισθάνεστε άγχος ή νευρικότητα πρόσφατα;</p> <p>0 = καθόλου, 1 = ήπια, 2 = μέτρια, 3 = έντονα</p>

Πηγή: Morrow G. et al (1978)

✓ Κλίμακα Επισκόπησης της Επίδρασης της Αρρώστιας (Sickness Impact Profile) :

Ένα από τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα εργαλεία για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής αναπτύχθηκε από τον Bergner και τους συνεργάτες του και περιλαμβάνει 136 ερωτήσεις που χωρίζονται σε 12 υποκατηγορίες ως εξής :

Διαστάσεις	Κατηγορίες	Στοιχεία που περιγράφουν συμπεριφορά σχετική με
Ανεξάρτητες κατηγορίες	1	SR Υπνος και ξεκούραση (Sleep and Rest)
	2	E Φαγητό (Eating)
	3	W Δουλειά (Work)
	4	HM Οικιακή διαχείριση (Home Management)
	5	RP Αναψυχή και ψυχαγωγία (Recreation and Pastimes)

Σωματική λειτουργία	6	A	Βάδιση (Ambulation)
	7	M	Κινητικότητα (Mobility)
	8	BCM	Φροντίδα σώματος και κίνηση (Body Care and Movement)
Ψυχοκοινωνική λειτουργία	9	SI	Κοινωνική αλληλεπίδραση (Social Interaction)
	10	AB	Συμπεριφορά εγρήγορσης (Alertness Behavior)
	11	EB	Συναισθηματική συμπεριφορά (Emotional Behavior)
	12	C	Επικοινωνία (Communication)

Πηγή: Bergner M. Et al (1981)

Χρησιμοποιώντας μια δεξαμενή 312 ερωτήσεων, καθεμία από τις οποίες αφορά τον τρόπο με τον οποίο η ασθένεια επηρεάζει τη συμπεριφορά και την ικανότητα λειτουργίας ενός ατόμου κατασκευάζεται το ερωτηματολόγιο. Οι ερωτηθέντες καλούνται να τσεκάρουν τα στοιχεία που τους περιγράφουν μια δεδομένη ημέρα και σχετίζονται με την υγεία τους. Τα στοιχεία έχουν σταθμιστεί σύμφωνα με τις κρίσεις περισσότερων από 100 βαθμολογητών, οι οποίοι αξιολόγησαν κάθε στοιχείο σε μια ισόβαθμη 11βαθμη κλίμακα που κυμαίνεται από την ελάχιστη έως τη σοβαρή δυσλειτουργία. Η βαθμολογία SIP προκύπτει από την πρόσθεση των τιμών της κλίμακας για κάθε στοιχείο, τον έλεγχο αυτών των τιμών σε όλους τους τομείς, τη διαίρεση των αθροισμάτων με τη μέγιστη δυνατή βαθμολογία δυσλειτουργίας για όλους τους τομείς και, στη συνέχεια, τον πολλαπλασιασμό με το 100 για να προκύψει η συνολική τιμή SIP. Το εργαλείο παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα όμως είναι μεγάλο σε μέγεθος, γεγονός που μπορεί να καταστήσει τη διαχείρισή του χρονοβόρα και επίπονη. (Σαρρής, 2001:305)

✓ Κλίμακα Επισκόπησης Υγείας SF-36 (SF-36 Health Survey):

Ο Ware (1992) δημιούργησε ένα εργαλείο για τη σύγκριση των επιπέδων υγείας διαφορετικών ομάδων ανθρώπων, όπως οι υγιείς έναντι των ασθενών ή ασθενών που λαμβάνουν διαφορετικές θεραπείες. Μέσω αυτού του εργαλείου μετρούνται γενικές συνθήκες υγείας που δεν αφορούν συγκεκριμένα κάποια συγκεκριμένη ασθένεια ή θεραπεία. Για τη δημιουργία αυτής της κλίμακας, οι ερευνητές της Medical Outcomes Study-MOS εξέτασαν 149 ερωτήσεις από διάφορα μέσα μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Από αυτές, επέλεξαν 36 ερωτήσεις, οι οποίες χωρίστηκαν στις ακόλουθες οκτώ κλίμακες:

1. Σωματική Λειτουργικότητα (Physical Functioning)	προσδιορίζει το κατά πόσο το επίπεδο υγείας περιορίζει σωματικές δραστηριότητες όπως περπάτημα, ανέβασμα σκαλοπατιών κ.α.
2. Σωματικός Ρόλος (Role Physical)	προσδιορίζει τη θετική ή αρνητική επιρροή του επιπέδου σωματικής υγείας στην εργασία και τις καθημερινές δραστηριότητες
3. Σωματικός Πόνος (Bodily Pain)	προσδιορίζει την ένταση του πόνου και την επίδρασή του σε δραστηριότητες μέσα και έξω από το σπίτι
4. Γενική Υγεία (General Health)	προσδιορίζει την προοπτική διατήρησης της υγείας σε υψηλό επίπεδο και την δυνατότητα αντίστασης στην ασθένεια
5. Ζωτικότητα (Vitality)	προσδιορίζει το αίσθημα της ενεργητικότητας ή της κούρασης
6. Κοινωνική Λειτουργικότητα (Social Functioning)	προσδιορίζει το βαθμό επηρεασμού των κοινωνικών δραστηριοτήτων από τη σωματική υγεία και τα συναισθηματικά προβλήματα
7. Συναισθηματικός Ρόλος (Role Emotional):	προσδιορίζει το βαθμό επηρεασμού της εργασίας και άλλων καθημερινών δραστηριοτήτων από τα συναισθηματικά προβλήματα
8. Ψυχική Υγεία (Mental Health)	προσδιορίζει τη γενική διανοητική υγεία συμπεριλαμβάνοντας την κατάθλιψη, την ανησυχία και τον έλεγχο της συμπεριφοράς των συναισθημάτων

Η κάθε κλίμακα δομείται από 2–10 ερωτήσεις κλειστού τύπου, 2–6 διαβαθμίσεων (διαφορική κλίμακα και κλίμακα αθροιστικής βαθμολόγησης τύπου Likert). Το άθροισμα των ερωτήσεων όλων των κλιμάκων ισούται με 36. Κάθε κλίμακα βαθμολογείται από 0–100, όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο περισσότερη «αναπηρία» (κακή ποιότητα ζωής). Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο λιγότερη «αναπηρία» (καλή ποιότητα ζωής), δηλαδή, η βαθμολογία μηδέν ισοδυναμεί με τη μέγιστη «αναπηρία» και η βαθμολογία 100 ισοδυναμεί με καθόλου «αναπηρία».

Η συμπλήρωση της κλίμακας επισκόπησης της υγείας διαρκεί 5 έως 10 λεπτά και μπορεί να γίνει με αυτοσυμπλήρωση, προσωπική συνέντευξη ή μέσω τηλεφώνου και απευθύνεται σε άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω. Είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρέως σε μελέτες γενικών πληθυσμών ή ομάδων ασθενών για την

αξιολόγηση της έκβασης διαφόρων ιατρικών θεραπειών και για την προσέγγιση βασικών διαστάσεων της ποιότητας ζωής. (Σαρρής, 2001:306)

✓ *EuroQoL*)-EQ-5D (European quality of life scale):

Μια ομάδα έμπειρων ερευνητών από ευρωπαϊκές χώρες ανέπτυξε το 1987 στο Πανεπιστήμιο του York της Αγγλίας ένα απλό εργαλείο για τη μέτρηση της κατάστασης της υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Το εργαλείο, που ονομάζεται EuroQoL, είναι ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος μετρά το προφίλ υγείας ενός ατόμου χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες πέντε διαστάσεις: «κινητικότητα», «αυτοεξυπηρέτηση», «συνήθειες δραστηριότητες», «πόνος-δυσφορία» και «άγχος-κατάθλιψη». Η κάθε διάσταση έχει τρεις πιθανές τιμές (1) για κανένα πρόβλημα, (2) για κάποια προβλήματα και (3) για σημαντικά προβλήματα». Αυτό οδηγεί σε 243 πιθανές καταστάσεις υγείας, με την καλύτερη κατάσταση ψυχικής υγείας να αντιπροσωπεύεται από τις τιμές "11111" που υποδηλώνει κανένα πρόβλημα σε καμία από τις πέντε διαστάσεις, ενώ την χειρότερη κατάσταση ψυχικής υγείας να αντιπροσωπεύεται από τις τιμές "33333", που υποδηλώνει σημαντικά προβλήματα και στις πέντε διαστάσεις. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου παρουσιάζεται ως "θερμόμετρο υγείας" με τη χρήση οπτικής αναλογικής κλίμακας (VAS) που βασίζεται στην υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του, με τιμές που κυμαίνονται από 0 ως «χειρότερη νοητή υγεία» έως 100 ως «άριστη νοητή υγεία». Οι ενδιάμεσες τιμές στο VAS (π.χ. VAS=50) υποδηλώνουν μια ενδιάμεση κατάσταση νοητής υγείας. (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001)

✓ *Δείκτης Ποιοτικά Προσδιορισμένων Ετών Ζωής:*

Οι μέθοδοι που αξιολογούν και μετρούν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού συχνά περιλαμβάνουν τη λήψη τελικών αποφάσεων σε καταστάσεις αβεβαιότητας ή κινδύνου, λαμβάνοντας παράλληλα υπόψη την αναμενόμενη ποιότητα ζωής του ατόμου. Αυτό αντικατοπτρίζεται σε μια μέτρηση που ονομάζεται σταθμισμένα έτη ποιότητας ζωής (QUALYs), η οποία επιχειρεί να ποσοτικοποιήσει τη βελτίωση της υγείας σε όρους προστιθέμενων ετών ποιότητας ζωής. Τα QUALYs συνδυάζουν την ποσότητα ζωής (L) με την ποιότητα ζωής (Q) σταθμισμένη σε έτη ποιοτικής ζωής.

Το προσδόκιμο ζωής είναι το πιο ευρέως αποδεκτό μέτρο της ποσότητας ζωής (L), ενώ η ποιότητα ζωής (Q) είναι δύσκολο να μετρηθεί ποσοτικά επειδή περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα διαστάσεων που σχετίζονται με την υγεία, όπως σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και γνωστικές πτυχές της ευημερίας. Ο συνδυασμός της ποσότητας και της

ποιότητας εκφράζεται με όρους υποκειμενικής χρησιμότητας για κάθε άτομο και ενσωματώνεται σε έναν δείκτη έκβασης που ονομάζεται QALYs.

Η βαθμολογία ζωής υπό αυτή την έννοια λαμβάνει μια τιμή μεταξύ (0) που αντιστοιχεί στο θάνατο και (1) που αντιστοιχεί στην πλήρη υγεία, ή από 0 έως και 100 ανάλογα με τις τιμές μέτρησης του ερευνητή. Γενικά θεωρείται ότι ένα άτομο θα προτιμούσε μια μικρότερη αλλά υγιέστερη ζωή από μια μεγαλύτερη ζωή με πολλά προβλήματα υγείας. (Υφαντόπουλος, 2007:15).

3.2. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.

Ο όρος ΣΥΠΖ περιέχει πολυάριθμες αλληλένδετες διαστάσεις που δυσκολεύουν την μέτρηση της ποιότητας ζωής και μπορεί να γίνει με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους ανάλογα με τους στόχους της έρευνας. Για τον λόγο αυτό η προσέγγιση μίας διάστασης θα πρέπει να γίνεται μέσω πολλών ερωτήσεων και όχι μόνο μέσω μιας ερώτησης που περιορίζει το εύρος και το βάθος της εξεταζόμενης διάστασης και τα αποτελέσματα που παράγονται δεν είναι έγκυρα ή δεν ικανοποιούν τους ερευνητικούς στόχους. Ακόμη η χρησιμοποίηση περισσότερων του ενός ερωτηματολογίου βοηθάει σημαντικά στο να μελετηθεί καλύτερα και ακριβέστερα κάθε ιδιαίτερη διάσταση. (Δημητρόπουλος και συν)

Η εκτίμηση της ΣΥΠΖ πραγματοποιείται μέσω γενικών ή ειδικών ερωτηματολογίων που περιλαμβάνουν παραμέτρους υγείας, οι οποίες συγκροτούν κλίμακες που σχετίζονται με μια περιοχή της συμπεριφοράς ή της εμπειρίας του ατόμου όπως σωματική λειτουργικότητα, πνευματική υγεία και ευημερία. Τα γενικά ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται σε όλες τις καταστάσεις και τις νόσους και προσδιορίζουν γενικά τη ΣΥΠΖ και σε αυτά ανήκουν οι επισκοπήσεις υγείας, οι μετρήσεις αξιολόγησης των προτιμήσεων του ατόμου και οι αθροιστικές κλίμακες. Τα ειδικά ερωτηματολόγια χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό των παραμέτρων της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με μία νόσο ή με μια παράμετρο υγείας και διακρίνονται σε ερωτηματολόγια για μία συγκεκριμένη νόσο (π.χ. άσθμα), ερωτηματολόγια για μία ορισμένη παράμετρο υγείας (πχ. ψυχολογική ευημερία), ερωτηματολόγια για ένα ορισμένο σημείο του σώματος και εξατομικευμένα ερωτηματολόγια.

Στα γενικά ερωτηματολόγια ανήκουν οι γενικές επισκοπήσεις υγείας δηλαδή ερωτηματολόγια που αξιολογούν μεγάλο αριθμό παραμέτρων υγείας και χρησιμοποιούνται για μετρήσεις στο γενικό πληθυσμό. Τα γενικά ερωτηματολόγια έχουν το πλεονέκτημα ότι μπορεί να συγκρίνουν την ΣΥΠΖ μεταξύ ποικίλων ιατρικών καταστάσεων και διαφορετικών ομάδων πληθυσμού, να αξιολογήσουν πολλές παραμέτρους υγείας και να δημιουργήσουν πρότυπα για τον γενικό πληθυσμό. Ως μειονέκτημα τους καταγράφεται ο μικρός αριθμός των ερωτήσεων που σχετίζεται με ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας και η χαμηλότερη ευαισθησία σε αλλαγές που προκύπτουν από την εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης και από τον χρόνο. Στα ερωτηματολόγια αυτά ανήκουν η «Επισκόπηση Υγείας SF-36», το «Nottingham Health Profile», το «Sickness Impact Profile», το «EQ-5D» και οι «Αθροιστικές κλίμακες» που αποτελούνται από μία ερώτηση ή από ένα πολύ μικρό αριθμό ερωτήσεων και αξιολογούν μία ή περισσότερες παραμέτρους υγείας.

Τα ειδικά ερωτηματολόγια είναι σχεδιασμένα για μία συγκεκριμένη νόσο ή πρόβλημα που αφορά την υγεία του ατόμου, όπως η ψυχολογική ευημερία και ο πόνος και αξιολογούν τους παραμέτρους της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με αυτό το πρόβλημα. Έχουν ως πλεονέκτημα την δυνατότητα σχεδιασμού κατάλληλων ερωτήσεων για τη μέτρηση της συγκεκριμένης νόσου, την υψηλή ευαισθησία στην ανίχνευση των αλλαγών που προκαλούνται από τον χρόνο ή την εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης και την μεγαλύτερη αποδοχή των ερωτηματολογίων από τους ασθενείς. Στα μειονεκτήματα τους συγκαταλέγεται η μη δυνατότητα εφαρμογής σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν διαφορετική νόσο και η απουσία της δυνατότητας σύγκρισης της ΣΥΠΖ μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών. Τέτοια ερωτηματολόγια είναι το «*Asthma Quality of Life*» για το άσθμα ή το «*Paediatric Asthma Quality of Life*» για παιδιά με άσθμα, το «*Impact of Weighton Quality of Life-Lite (IWQOL-Lite)*» για την παχυσαρκία, το «*Beck Depression Inventory*» για την ψυχολογική ευημερία και το «*McGill Pain*» για τον πόνο.

Για την αξιολόγηση τόσο των γενικών επιδράσεων μίας νόσου, όσο και πολλών παραμέτρων υγείας, καθώς και για τη σύγκριση της φυσικής και ψυχοκοινωνικής υγείας μεταξύ διαφορετικών ομάδων πληθυσμού, χρησιμοποιούνται συνήθως τα γενικά ερωτηματολόγια. Αντίθετα, για την αξιολόγηση μεν των λεπτομερών επιδράσεων μίας νόσου και των αποτελεσμάτων δε μίας νέας θεραπείας στη ΣΥΠΖ, καθώς και για την εκτίμηση ενός ειδικού πληθυσμού, αξιοποιούνται συνήθως τα ειδικά ερωτηματολόγια για μία νόσο ή παράμετρο υγείας. Τέλος, για την ευρύτερη αξιολόγηση της ΣΥΠΖ, καθώς και

για τη λεπτομερή μελέτη των επιπτώσεων μίας νόσου σε αυτή, συνδυάζεται συνήθως η χρήση ενός γενικού και ενός ειδικού ερωτηματολογίου. (Θεοδωροπούλου και συν, 2012)

Σημαντικό ρόλο στην έκβαση της μέτρησης εκτός από την επιλογή των ερωτηματολογίων έχει και η επιλογή των κατάλληλων πηγών συλλογής δεδομένων και πληροφοριών συνήθως από τους ίδιους τους ασθενείς, την οικογένεια τους, τους επαγγελματίες υγείας και τους ιατρικούς φακέλους. Είναι γεγονός ότι οι άρρωστοι έχουν μια υποκειμενική εκτίμηση σχετικά με την ΠΖ τους σε αντίθεση με τους επαγγελματίες υγείας που η εκτίμηση τους είναι πιο αντικειμενική. Αυτή η συσχέτιση τόσο των υποκειμενικών όσο και των αντικειμενικών εκτιμήσεων είναι αυτή που θα οδηγήσει στη συνολική μέτρηση της λειτουργικότητας του ασθενούς. Όταν υπάρχουν πολλές πηγές πληροφόρησης θα πρέπει να γίνεται προσεκτικά η επιλογή του συγκριτικού μέτρου βάση του οποίου θα αξιολογηθεί η κατάσταση της υγείας ή της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Ο ερευνητής ανάλογα με τους στόχους, τον χρόνο και το κόστος της έρευνας θα πρέπει να επιλέξει τον πιο κατάλληλο τρόπο συλλογής των δεδομένων, η επιλογή αυτή μπορεί να συνδυάζει πολλούς διαφορετικούς τρόπους συλλογής όπως αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, προσωπική συνέντευξη, τηλεφωνική έρευνα και μπορεί να αποφέρει καλύτερα αποτελέσματα στην μέτρηση της ΠΖ. (Δημητρόπουλος και συν)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΗΜΙΑΣ COVID-19.

Από τον Δεκέμβριο του 2019 ολόκληρος ο κόσμος βίωσε μια νέα κατάσταση από την έξαρση του SARS-CoV-2 που οδήγησε τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στην κήρυξη της COVID-19 ως παγκόσμια πανδημία (Ευρωπ. Συμβούλιο ΕΕ, Ιστορικό). Η Ευρωπαϊκή Ένωση συνεργάστηκε με τα κράτη μέλη της προκειμένου να ληφθούν μέτρα με στόχο την προστασία της υγείας και της ευημερίας όλων των πολιτών. Ενώ η έκταση και η διάρκεια των μέτρων αυτών διαφοροποιούνταν από κράτος σε κράτος ωστόσο δόθηκαν ως κοινές κατευθύνσεις η κοινωνική αποστασιοποίηση, η χρήση масκών προσώπου, η διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, η ιχνηλάτηση των επαφών και η δημιουργία προσωρινών νοσοκομείων. Εξαιτίας του γεγονότος ότι η πανδημία εξαπλωνόταν γρήγορα εφαρμόστηκαν και πιο στοχευμένα μέτρα όπως περιορισμός των μετακινήσεων, κλείσιμο σχολείων, κλείσιμο επιχειρήσεων και πολιτικές «παραμονής στο σπίτι». (Ευρωπ.Ελεγκτ.Συνέδριο, Επισκόπηση αρ.01/2021)

Ο αντίκτυπος της πανδημίας επηρέασε σημαντικά την καθημερινότητα όλων των ατόμων αλλά ιδιαίτερα των ατόμων τρίτης ηλικίας, ως η πιο ευπαθή ομάδα, εξαιτίας των υποκείμενων νοσημάτων και χρόνιων ασθενειών που αντιμετώπιζε. Οι ηλικιωμένοι λόγω της ήδη επιβαρυσμένης υγείας τους διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο στις λοιμώξεις και τις ασθένειες που οι πιθανές επιπλοκές αυτών μπορούσαν να οδηγήσουν ακόμη και στον θάνατο. Όμως η ανάγκη κοινωνικής απομόνωσης των ηλικιωμένων λόγω των προβλημάτων υγείας και του εξασθενημένου ανοσοποιητικού τους, τους επέφερε συναισθήματα έντονου άγχους και φόβου πιθανής μόλυνσης των ίδιων αλλά και των μελών της οικογένειάς τους από τον ιό. (IASC, 2021).

Σε άρθρο των Tzung-Jeng Hwang et al, που δημοσιεύτηκε από το Πανεπιστήμιο του Cambridge (2020) για την μοναξιά και την κοινωνική απομόνωση κατά την πανδημία Covid-19 αναφέρεται ότι ο κίνδυνος μόλυνσης είναι ιδιαίτερα αυξημένος στους ενήλικες άνω των 60 ετών οι οποίοι μπορούν να νοσήσουν σοβαρά και να χρειαστεί να νοσηλευτούν σε νοσοκομείο ακόμη και να εισαχθούν σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) ή να αποβιώσουν. Το ποσοστό θνητότητας των κρουσμάτων CFR (Case Fatality Rate) είναι περίπου 0,0026%-0,3% σε άτομα ηλικίας κάτω των 45 ετών, 1,5% για ασθενείς άνω των 50 ετών, 4% για ασθενείς άνω των 60 ετών, 8% για ασθενείς άνω των 70 ετών και 15%

περίπου για ασθενείς άνω των 80 ετών. Αναπόφευκτα ο αντίκτυπος της κοινωνικής απομόνωσης και της μοναξιάς είναι πολύ μεγάλος διότι τα ηλικιωμένα άτομα εξαρτώνται άμεσα από τα μέλη της οικογένειας τους ή την υποστήριξη από κοινωνικές δομές. Οι αρνητικές επιδράσεις εμφανίζονται στην σωματική τους υγεία καθώς οι ηλικιωμένοι έχουν εξασθενημένη λειτουργική αυτονομία που συνδέεται με την αυξημένη συστολική αρτηριακή πίεση και τον αυξημένο κίνδυνο καρδιακών παθήσεων. Κυρίως όμως η μοναξιά και η απομόνωση επιδρά πολύ σοβαρά στην ψυχική τους υγεία συμβάλλοντας σε καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές ειδικότερα στις περιπτώσεις που προϋπάρχουν ψυχικές ασθένειες στα ηλικιωμένα άτομα.

Σε μελέτη των Eleni Parlapani et al (2020) με σκοπό την διερεύνηση της ψυχολογικής ανταπόκρισης των ηλικιωμένων κατά την οξεία φάση της πανδημίας στην Ελλάδα με συμμετοχή 103 ατόμων άνω των 60 ετών (40 άνδρες και 63 γυναίκες) φαίνεται ότι ένα σημαντικό ποσοστό(81,6%) από τους συμμετέχοντες παρουσίασε μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης, μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα άγχους (84,5%) και διαταραγμένο ύπνο (37,9%). Ο ψυχολογικός αντίκτυπος της πανδημίας στις γυναίκες ήταν μεγαλύτερος σε σύγκριση με τους άνδρες διότι οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα φόβου, κατάθλιψης και διαταραχές στον ύπνο, ενώ για τα δύο φύλα τα συμπτώματα άγχους βρέθηκαν σε παρόμοια επίπεδα. Οι συμμετέχοντες που ζούσαν μόνοι τους εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς σε σύγκριση με όσους ζούσαν με την οικογένεια τους ή με φροντιστή. Είναι αδιαμφισβήτητο ότι η Ελλάδα αποτελεί μία χώρα με ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες στην οποία η οικογένεια παρέχει την ασφάλεια και την υποστήριξη που χρειάζονται οι ηλικιωμένοι. Οι γιαγιάδες και παππούδες φροντίζουν τα εγγόνια τους όταν οι γονείς τους λείπουν στην εργασία και αυτή η καθημερινή ενασχόληση τους προσφέρει έναν ενεργό κοινωνικό ρόλο που συμβάλει στην μείωση της μοναξιάς και της αβεβαιότητας. Αυτή λοιπόν η καθημερινότητα αναστράφηκε με την έλευση της πανδημίας καθώς οι περισσότερες οικογένειες επέλεξαν να κρατήσουν τα ηλικιωμένα μέλη τους σε απομόνωση προκειμένου να μειώσουν τον κίνδυνο μόλυνσης τους από τον κορονοϊό.

Σε μελέτη του Voitsidi et al (2020) καταγράφηκε ότι άνθρωποι κατά την διάρκεια της επιδημίας βίωσαν αυξημένο στρες που επηρέασε την ποιότητα του ύπνου και αύξησε τα επίπεδα της αϋπνίας ειδικότερα στις γυναίκες και στους πολίτες των μεγάλων αστικών πόλεων.

Ο ΠΟΥ σε έρευνα διάρκειας περιόδου 3 εβδομάδων η οποία πραγματοποιήθηκε τον Μάιο του 2020 κατέγραψε ότι σε 155 χώρες οι υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας για μη μεταδοτικές ασθένειες είχαν διαταραχθεί σοβαρά λόγω της πανδημίας COVID-19. Ο γενικός διευθυντής του ΠΟΥ, DrTedros Adhanom Ghebreyesus σε δήλωση του τόνισε ότι αρκετοί άνθρωποι με χρόνιες ασθένειες όπως καρκίνος, καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτης δεν λαμβάνουν τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας και τα φάρμακα που χρειάζονται λόγω της πανδημίας COVID-19. Όμως αποτελεί βασική προτεραιότητα όλων των χωρών να διασφαλίσουν την παροχή των βασικών υπηρεσιών για τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα καθώς αυτά δεν σταματούν να υφίστανται ακόμη και με την έλευση της τρέχουσας πανδημίας. Στην παραπάνω έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι υπηρεσίες υγείας είχαν μερικώς ή πλήρως ανασταλεί με τις περισσότερες από τις μισές (53%) χώρες να έχουν διακόψει εν μέρει ή πλήρως τις υπηρεσίες τους για τη θεραπεία της υπέρτασης, για τη θεραπεία του διαβήτη και των επιπλοκών που σχετίζονται με τον διαβήτη (49%),για θεραπεία καρκίνου (42%), για επείγοντα καρδιαγγειακά περιστατικά (31%) και πάνω από ποσοστό 50% για προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου καρκίνου του μαστού και του τραχήλου της μήτρας. (WHO, 2020).

Στην έκθεση «European Groundshot» της Επιτροπής Lancet Oncology Commission, η οποία παρουσιάστηκε στο συνέδριο European Cancer Summit 2022 εκτιμάται ότι «περίπου ένα εκατομμύριο διαγνώσεις καρκίνου χάθηκαν στην Ευρώπη στη διάρκεια της πανδημίας λόγω της ταχείας αλλαγής του σκοπού των υπηρεσιών υγείας και την εισαγωγή εθνικών περιορισμών». Ένα μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών διαγιγνώσκεται με μεταγενέστερα στάδια καρκίνου σε σύγκριση με τα ποσοστά προ πανδημίας ως αποτέλεσμα σημαντικών καθυστερήσεων στη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου. Την επόμενη δεκαετία τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας θα επιβαρυνθούν περισσότερο από αυτή την αλλαγή στα στάδια διάγνωσης του καρκίνου. Η μείωση των κλινικών δοκιμών, της έρευνας και της χρηματοδότησης για τον καρκίνο θα θέσουν σε κίνδυνο την επιβίωση και θα συμβάλουν σε κατώτερη ποιότητα ζωής για πολλούς ευρωπαίους ασθενείς με καρκίνο. (Οικονομικός Ταχυδρόμος, 2022)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. ΜΟΝΤΕΛΑ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΜΦΥ)

Καθώς ο πληθυσμός γερνάει και ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες αυξάνεται, οι καταστάσεις αυτές αποτελούν σημαντική πρόκληση για την υγεία. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ οι χρόνιες ασθένειες χαρακτηρίζονται από μεγάλη διάρκεια και αργή εξέλιξη και όταν δε αποκτηθούν δεν θεραπεύονται όπως σημειώνουν τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων των Ηνωμένων Πολιτειών.

Παρόλο που υπάρχουν νέες ιατρικές θεραπείες, οι χρόνιες ασθένειες (καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλικά επεισόδια, διαβήτης, νόσος Πάρκινσον) συχνά απαιτούν μακροχρόνια παρακολούθηση, φροντίδα και εξειδικευμένη αποκατάσταση, με στόχο την παρατεταμένη επιβίωση των ασθενών. Η ύπαρξη πολλών χρόνιων παθήσεων ταυτόχρονα μπορεί να καταστήσει τη θεραπεία αυτών πιο περίπλοκη όπου απαιτείται συνεχής και εξειδικευμένη φροντίδα. Δυστυχώς οι οικογένειες πολλές φορές δεν μπορούν να παρέχουν την επαρκή φροντίδα στα ηλικιωμένα μέλη τους και η κατάσταση δυσκολεύει ακόμη περισσότερο όταν τα άτομα αυτά ζουν μόνα τους (Πιερράκος,2013:39). Λόγω του γεγονότος ότι τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης δέχονται σημαντικές οικονομικές πιέσεις είναι αναγκαίο κάθε χώρα να δώσει προτεραιότητα στη διαχείριση των χρόνιων αυτών καταστάσεων. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας θα πρέπει να επικεντρώνονται στην παροχή μακροχρόνιας φροντίδας σε άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους και γι' αυτό σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα μακροχρόνιας φροντίδας όπως τα παρακάτω (Πιερράκος, 2013:49-55):

- **Μοντέλο Kaiser Permanente:** το μοντέλο αυτό ακολουθεί την προσέγγιση της προληπτικής δράσης που οι ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από χρόνιες ασθένειες χωρίζονται σε τρία επίπεδα με βάση τους παράγοντες κινδύνου του τριγώνου «Kaiser Permanente». Η μεγαλύτερη ομάδα ατόμων με χρόνιες ασθένειες βρίσκεται στο κάτω μέρος του τριγώνου. Σε αυτή την ομάδα εάν παρασχεθεί η κατάλληλη υποστήριξη και αυτοφροντίδα μπορεί να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος επιπλοκών και νοσηλείας για τους ασθενείς. Στο μεσαίο τμήμα του τριγώνου βρίσκονται οι ασθενείς που απαιτούν συχνή παρακολούθηση καθώς διατρέχουν υψηλό κίνδυνο, ενώ οι ασθενείς εκείνοι που βρίσκονται στην κορυφή του τριγώνου διατρέχουν τον υψηλότερο κίνδυνο και χρειάζονται νοσηλεία. Το μοντέλο

«Kaiser Permanente» τονίζει τη σημασία του σχεδιασμού και της αξιολόγησης των αναγκών των ασθενών, της συμμετοχής τους στη λήψη των αποφάσεων καθώς και την ενημέρωσή τους για την κατάσταση της υγείας τους. Σε αυτό το μοντέλο, η πρωτοβάθμια και η δευτεροβάθμια περίθαλψη ενσωματώνονται με τους νοσοκομειακούς γιατρούς και τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης συνεργάζονται μεταξύ τους.

- **Μοντέλο Pfizer:** έχει σχεδιαστεί για να συμπληρώσει τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και να αποτρέψει τυχόν περιττές εισαγωγές στο νοσοκομείο. Για την επίτευξη αυτού του στόχου, οι ασθενείς με υψηλότερο κίνδυνο εντοπίζονται μέσω προληπτικής αξιολόγησης, εκπαιδεύονται και παρακολουθούνται με στόχο την αυτοφροντίδα τους. Οι νοσηλευτές παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες στους ασθενείς μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας.
- **Μοντέλο Evercare:** με υπηρεσίες πρωτοβάθμιας νοσηλευτικής φροντίδας που προσφέρονται στο σπίτι προσφέρει μια εξατομικευμένη προσέγγιση στους ασθενείς που πάσχουν από μακροχρόνιες ασθένειες και αναπηρίες. Κύριος στόχος είναι η ατομική εκπαίδευση των ασθενών και η συνεχής παρακολούθησή τους σε τοπικό επίπεδο με τους νοσηλευτές πρωτοβάθμιας φροντίδας να έχουν καθοριστικό ρόλο στην παροχή προσωπικής φροντίδας και εξειδικευμένων νοσηλευτικών παρεμβάσεων προς τους ασθενείς και τις οικογένειές τους.
- **Μοντέλο Ενδυνάμωσης StrengthsModel:** το μοντέλο αυτό εστιάζει στην παροχή εξατομικευμένης φροντίδας σε ασθενείς με χρόνια προβλήματα ψυχικής υγείας σε επίπεδο τοπικής κοινότητας. Στοχεύει στην εξάλειψη των προσωπικών και κοινωνικών εμποδίων με τη λήψη στοχευμένων μέτρων για την επανένταξη των ασθενών μέσω της εργασίας, της κοινωνικής και πνευματικής υποστήριξης και της εκπαίδευσης. Με τον τρόπο αυτό αναδεικνύει τις μοναδικές δεξιότητες και ικανότητες των ασθενών, αναδεικνύει τις θετικές πτυχές τους και επιτυγχάνει την ικανοποίηση και την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.
- **Μοντέλο Δημόσιας Υγείας PublicHealthModel:** ο πρωταρχικός στόχος αυτού του μοντέλου είναι η πρόληψη και η διαχείριση των ασθενειών με τον εντοπισμό των κοινωνικών, πολιτιστικών και οικονομικών παραγόντων που τις επηρεάζουν. Λειτουργεί σε επίπεδο τοπικής κοινότητας παράλληλα με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και

επικεντρώνεται σε τρία στάδια διαχείρισης χρόνιων ασθενειών: την πρόληψη, την ιατρική παρέμβαση και θεραπεία και την αποκατάσταση και παρηγορητική φροντίδα.

- **Μοντέλο μακροχρόνιας φροντίδας κατά Wagner (1998):** πρόκειται για το πιο γνωστό μοντέλο μακροχρόνιας φροντίδας το οποίο επισημαίνει έξι αλληλένδετους παράγοντες που είναι απαραίτητοι για τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών όπως: *η οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης, ο σχεδιασμός του συστήματος, οι κοινοτικοί πόροι και πολιτικές, η υποστήριξη της αυτοδιαχείρισης, η υποστήριξη αποφάσεων και τα κλινικά συστήματα πληροφοριών.* Το μοντέλο δίνει έμφαση στην αλληλεπίδραση μεταξύ της ομάδας φροντίδας και των ασθενών στην διαχείριση της ασθένειας με την ενδυνάμωση των ασθενών και την ενημέρωσή τους. Στους βασικούς στόχους του μοντέλου αυτού περιλαμβάνονται η μείωση του κόστους περίθαλψης των χρόνιων ασθενών με παράλληλη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, η εστίαση της φροντίδας στους ασθενείς με υψηλό κόστος περίθαλψης, ο προσανατολισμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης προς τη μακροχρόνια φροντίδα και η υιοθέτηση μιας εξειδικευμένης προσέγγισης στη φροντίδα των ασθενών.

5.2. ΚΑΛΕΣ ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΧΩΡΩΝ

Για την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας μέσω της τοπικής αυτοδιοίκησης, στις σκανδιναβικές χώρες (Δανία, Φινλανδία και Σουηδία) υπήρξε στροφή από την ιδρυματική φροντίδα στην κοινοτική φροντίδα. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κατά κύριο λόγο υποστηρίζεται από τις τοπικές κοινότητες όπου κύριο μέλημα είναι η εποπτεία και η παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του τοπικού πληθυσμού. Από μια ομάδα επιστημόνων που αποτελείται από έναν γενικό οικογενειακό γιατρό, έναν κοινοτικό νοσηλεύτη, έναν φυσιοθεραπευτή κ.λπ. παρέχονται υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, ανακουφιστικής φροντίδας και αποκατάστασης. Το κέντρο υγείας αποτελεί το κεντρικό σημείο δράσης της διεπιστημονικής ομάδας όπου εξειδικευμένοι γιατροί (παιδίατροι, γηρίατροι, ψυχίατροι κ.λπ.) παρέχουν υπηρεσίες περίθαλψης. Αυτή η επιστημονική ομάδα λειτουργεί ως σύνδεσμος ανάμεσα στις τοπικές κοινότητες, στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Τα τελευταία χρόνια προωθείται η καλύτερη οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης που συμβάλει στην αποδοτικότερη

παροχή των υπηρεσιών υγείας και στα υπόλοιπα επίπεδα περίθαλψης, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο. (Πιερράκος, 2013:93-107)

Στη Σουηδία, οι μακροχρόνιοι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να λαμβάνουν φροντίδα στο σπίτι ή σε οίκους ευγηρίας, με ειδικευμένους νοσηλευτές και βοηθούς αυτών που παρέχουν υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας. Οι τεχνολογίες επικοινωνίας και πληροφόρησης διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην προώθηση της προαγωγής της υγείας, με τις υπηρεσίες φροντίδας που παρέχονται μέσω διαδικτύου στο σπίτι ή σε οίκους ευγηρίας και καταβάλλονται προσπάθειες να συνδεθούν όλες οι νοσηλευτικές μονάδες και μέσω διαδικτύου να διακινούνται άμεσα τα απαραίτητα στοιχεία για την κατάσταση κάθε ασθενούς.

Στην Ολλανδία, στην μακροχρόνια περίθαλψη εφαρμόζεται το μοντέλο Wagner με τις υπηρεσίες υγείας να παρέχονται στο σπίτι σε συνεργασία με τα νοσοκομεία στα οποία διαφορετικές ειδικότητες επιστημονικού προσωπικού αναλαμβάνουν την ευθύνη για τη θεραπεία του ασθενούς κατόπιν αξιολόγησης του. Η παροχή φροντίδας στο σπίτι πραγματοποιείται από ειδικά εκπαιδευμένους φροντιστές, οι οποίοι εξειδικεύονται στη φροντίδα των ηλικιωμένων με χρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης, το άσθμα κ.ά. Οι φροντιστές επικεντρώνονται στην πρόληψη, τη θεραπεία, την φροντίδα των ασθενών και όταν χρειάζεται τους συνοδεύουν στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Επιπλέον, μέσω προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης οι νοσηλευτές μαθαίνουν να φροντίζουν τους ασθενείς σύμφωνα με συγκεκριμένα πρωτόκολλα, ενώ παράλληλα τους δίνουν την δυνατότητα να συμμετέχουν και οι ίδιοι στη διαχείριση της ασθένειάς τους ενδυναμώνοντας και ενισχύοντας τον ρόλο της αυτοφροντίδας.

Στη Μεγάλη Βρετανία, η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από τους γενικούς ιατρούς, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την ιεράρχηση της φροντίδας των ασθενών και την κατανομή της εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης και των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Λόγω της αυξημένης ζήτησης για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις (διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις κ.ά.) έγιναν προσπάθειες ώστε η παροχή υγειονομικής βοήθειας να γίνεται στην τοπική κοινότητα περιλαμβάνοντας τον δημόσιο τομέα, τις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα, τους εθελοντές και τα μέλη της οικογένειας. Η νοσηλευτική φροντίδα παρέχονταν κατ' οίκον αφού πρωτίστως οι φροντιστές μέσω ενός προγράμματος κατάρτισης εκπαιδεύονται κατάλληλα

ώστε να μπορούν να υποστηρίξουν ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, εστιάζοντας στην αυτοφροντίδα, επικοινωνία και διαχείριση του πόνου.

Στη Γαλλία, η περιφερειακή διοίκηση υποστηρίζει το μοντέλο μακροχρόνιας περίθαλψης, το οποίο περιλαμβάνει την προστασία του πληθυσμού, τη συνέχεια της περίθαλψης, την εξειδικευμένη ιατρική μαζί με τις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και υπηρεσίες τηλεϊατρικής. Μέσω του οργανισμού (A.F.A.P.) παρέχονται κατ' οίκον υπηρεσίες σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες σε συνδυασμό με τις ανάγκες του κάθε ατόμου. Επιπλέον προσφέρεται νοσηλευτική φροντίδα σε ενήλικες και ηλικιωμένους με αναπηρίες αλλά και προληπτική φροντίδα σε παιδιά έως 6 ετών.

Στη Γερμανία, ιδιαίτερη σημασία έχει η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής για συγκεκριμένες παθήσεις και ασθένειες. Λόγω του γεγονότος ότι ο μέσος όρος ζωής αυξάνεται συνεχώς ενώ ταυτόχρονα ο αριθμός των γεννήσεων μειώνεται λαμβάνονται μέτρα για την προώθηση της υγείας και παρέχονται υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας στα άτομα που πάσχουν από μακροχρόνιες ασθένειες.

Στον Καναδά, οι θεμελιώδεις αρχές του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης επικεντρώνονται στην παροχή καθολικής πρόσβασης σε όλους τους κατοίκους και όχι μόνο στην βασική περίθαλψη. Το σύστημα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στον Καναδά αποτελείται από ευέλικτα ιατρικά κέντρα που λειτουργούν ως το πρώτο σημείο επαφής για τους ασθενείς προσφέροντας ολοκληρωμένες υπηρεσίες. Ο Καναδάς εφαρμόζει πλήρως τα μοντέλα μακροχρόνιας περίθαλψης κατά Wagner.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται σε ένα ιδιωτικό μοντέλο ελεύθερης αγοράς που δίνει έμφαση στον ατομικισμό και την ιδιωτική επιχειρηματικότητα. Ωστόσο, αυτό έχει οδηγήσει σε σημαντικές ανισότητες λόγω της έλλειψης καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Πολλοί άνθρωποι είναι ανασφάλιστοι επειδή είτε δεν έχουν δουλειά είτε επειδή εργάζονται σε εταιρείες που δεν τους προσφέρουν κάλυψη. Επειδή το ασφαλιστικό σύστημα λειτουργεί με την παραδοχή ότι η υγειονομική κάλυψη δεν αποτελεί βασικό δικαίωμα των πολιτών έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα με προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση και στην υγειονομική τους κάλυψη ιδιαίτερα αυτοί που έχουν μεγάλη ανάγκη προστασίας.

5.3. ΔΟΜΕΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα καθυστέρησε να δημιουργήσει ένα ολοκληρωμένο κράτος πρόνοιας σε σύγκριση με άλλες ανεπτυγμένες ευρωπαϊκές χώρες και εμφανίζει έναν συνδυασμό χαρακτηριστικών που την κατατάσσουν στο Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κοινωνικού κράτους. Η ανάπτυξη της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας (ΜΦΥ) χαρακτηρίζεται από καθυστέρηση, κατακερματισμό, ανεπάρκεια, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στις διαρθρωτικές ελλείψεις της σε σύγκριση με τις χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης.

Στην Ελλάδα εφαρμόζεται η καθολική υγειονομική περίθαλψη και οι πολιτικές πρόνοιας είναι σχετικά περιορισμένες με χαμηλή αποτελεσματικότητα και έντονη την διαπλοκή δημόσιου και ιδιωτικού τομέα ενώ η οικογένεια αναλαμβάνει κεντρικό ρόλο στην παροχή της κοινωνικής προστασίας. Οι δομές μακροχρόνιας φροντίδας που υπάρχουν μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις τύπους: τις Ανοιχτές δομές, οι οποίες περιλαμβάνουν προγράμματα ημερήσιας φροντίδας, Κατ' οίκον ΜΦΥ και τις Κλειστές δομές φροντίδας ηλικιωμένων. Επιπλέον η παροχή της ΜΦΥ διακρίνεται σε «τυπική» η οποία παρέχεται από αμειβόμενους επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχολόγοι) είτε σε ιδιωτικές ή δημόσιες οργανωμένες δομές ή κατ' οίκον και σε «άτυπη» η οποία παρέχεται από μη επαγγελματίες φροντιστές συνήθως τα μέλη της οικογένειας ή άτομα από τον κοινωνικό κύκλο του ηλικιωμένου ατόμου. (Ιωάννου και συν., 2020)

Μέσω των Δήμων έχουν αναπτυχθεί υπηρεσίες με σκοπό την προαγωγή της ευημερίας των ηλικιωμένων ατόμων μέσω της ενεργού συμμετοχής τους στην κοινότητα. Στόχος των προγραμμάτων αποτελεί η καταπολέμηση της κοινωνικής απομόνωσης και η αποφυγή της ιδρυματοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων. Οι δράσεις που υλοποιούνται αφορούν την φροντίδα, την ενδυνάμωση, την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης και της ανεξαρτησίας των ηλικιωμένων έως το τέλος της ζωής τους. (Ποδάρα, 2020).

Σήμερα διαθέσιμα κέντρα φροντίδας που υποστηρίζουν τις παραπάνω δράσεις είναι:

❖ **Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.):** είναι κέντρα φιλοξενίας για ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως και των οποίων οι οικογενειακοί φροντιστές μπορεί να εργάζονται ή να αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα υγείας που τους εμποδίζουν να διαχειριστούν τη φροντίδα των συγγενών τους. Τα κέντρα αυτά προσφέρουν εξειδικευμένες υπηρεσίες που ανταποκρίνονται στις ιδιαίτερες ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων που χρειάζονται είτε μόνιμη είτε προσωρινή βοήθεια λόγω περιορισμών στην κινητικότητα, διαταραχών της μνήμης ή καταστάσεων όπως η άνοια που εμποδίζουν την ικανότητά τους να φροντίζουν ανεξάρτητα τον εαυτό τους. Μέσα σε αυτά τα κέντρα υπάρχουν εξειδικευμένοι επαγγελματίες, όπως γιατροί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα και υποστήριξη. Πρωταρχικός στόχος είναι να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, επιτρέποντάς τους να παραμείνουν σε ένα οικείο περιβάλλον, ενώ παράλληλα παρέχεται υποστήριξη στα μέλη της οικογένειας και τους συγγενείς τους που φέρουν την ευθύνη για τη φροντίδα τους. (Υπ.Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης)

❖ **Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.):** οι δομές αυτές έχουν σχεδιαστεί για να προσφέρουν βοήθεια και φροντίδα σε άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, κοινωνική απομόνωση ή χρειάζονται βοήθεια στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Αυτά τα κέντρα λειτουργούν ως κοινότητες που παρέχουν προληπτικά μέτρα και υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής υποστήριξης δίνοντας προτεραιότητα στη σωματική και ψυχική ευεξία των ηλικιωμένων ατόμων. Το προσωπικό στα κέντρα αυτά αποτελείται από διάφορους επαγγελματίες, όπως γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές και οικογενειακούς βοηθούς, οι οποίοι παρέχουν τις υπηρεσίες τους είτε μέσα στο κέντρο ή στο σπίτι για όσους ηλικιωμένους αδυνατούν να μετακινηθούν. (Ποδάρα, 2020).

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα ΚΑΠΗ περιλαμβάνουν :

- *Κοινωνική υποστήριξη:* Παροχή προγραμμάτων κοινωνικής αλληλεπίδρασης, συναντήσεων, εκδηλώσεων και δραστηριοτήτων για την κοινωνική ενσωμάτωση των ηλικιωμένων.
- *Ιατρική περίθαλψη:* Παροχή ιατρικών υπηρεσιών, όπως η αξιολόγηση της υγείας, η παρακολούθηση ασθενειών και η χορήγηση φαρμάκων.

- *Ψυχοκοινωνική υποστήριξη:* Παροχή συμβουλευτικής και ψυχοθεραπείας για την αντιμετώπιση των αναγκών των ηλικιωμένων όπως η καταπολέμηση της μοναξιάς, η διαχείριση του στρες και η προώθηση της ψυχοκοινωνικής ευεξίας.
- *Βοήθεια στην καθημερινή ζωή:* Υποστήριξη σε καθημερινές δραστηριότητες όπως η φροντίδα προσωπικής υγιεινής, η προετοιμασία γευμάτων, η καθαριότητα του σπιτιού και η βοήθεια σε βασικές οικιακές υποχρεώσεις.
- *Εκπαίδευση και ενασχόληση:* Διενέργεια εκπαιδευτικών προγραμμάτων, εργαστηρίων και δραστηριοτήτων που ενθαρρύνουν την ψυχική και σωματική τόνωση των ηλικιωμένων ατόμων.
- *Διατροφή:* Παροχή ισορροπημένων γευμάτων και παρακολούθηση της διαιτητικής πρόσληψης ώστε να διασφαλίζεται η σωστή διατροφή των ηλικιωμένων.
- *Μετακινήσεις:* Μεταφορά των ηλικιωμένων είτε προς τις εγκαταστάσεις του κέντρου ή προς ιατρικά κέντρα για εξετάσεις και θεραπείες.

❖ **Βοήθεια στο Σπίτι:** το πρόγραμμα απευθύνεται σε ηλικιωμένα άτομα που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και σε άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και άλλα ειδικά προβλήματα υγείας (ΑΜΕΑ). Προτεραιότητα δίνεται σε όσους ζουν μόνοι τους ή δεν έχουν την κατάλληλη στήριξη και την φροντίδα από το οικογενειακό τους περιβάλλον. Επιπλέον σε όσους το εισόδημά τους δεν είναι αρκετό για να τους εξασφαλίσει την πρόσβαση σε υπηρεσίες που θα βελτιώναν την ποιότητα ζωής τους. Κύριος σκοπός του προγράμματος αποτελεί η βελτίωση της ποιότητας ζωής αυτών των ατόμων και η στήριξη τους ώστε να μπορούν να ζουν ανεξάρτητα και με αξιοπρέπεια και επιπλέον η υποστήριξη στο οικογενειακό τους περιβάλλον. (Helping.gr)

Το πρόγραμμα στελεχώνεται από καταρτισμένα στελέχη όπως :

- Κοινωνικούς λειτουργούς που καταγράφουν και αξιολογούν τις ανάγκες των ηλικιωμένων παρέχοντας τους συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη. Ενημερώνουν τους ηλικιωμένους για τα δικαιώματά τους και έρχονται σε επαφή με συναρμόδιους φορείς προκειμένου να επιλύσουν θέματα που τους απασχολούν όπως ασφαλιστικά, συνταξιοδοτικά κ.ά.
- Νοσηλευτές που προσφέρουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και οι οποίες αφορούν σε κατ' οίκον επισκέψεις για τη μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων όπως αρτηριακής πίεσης, σφυγμών, τιμές σακχάρου κ.ά., επιπλέον συνυπογράφουν τα φάρμακα των ηλικιωμένων και τους συνοδεύουν σε νοσοκομεία για τις προγραμματισμένες εξετάσεις τους.

▫ Οικιακούς βοηθούς που αναλαμβάνουν τη διεκπεραίωση εξωτερικών εργασιών όπως προμήθεια με είδη άμεσης ανάγκης, αγορά φαρμάκων, πληρωμή λογαριασμών και εσωτερικών εργασιών όπως η καθαριότητα του σπιτιού και το ελαφρύ μαγείρεμα. Το σημαντικότερο όμως είναι η συντροφιά που προσφέρουν οι οικιακοί βοηθοί στους ηλικιωμένους αποδεικνύοντας έμπρακτα τον κοινωνικό χαρακτήρα του προγράμματος.

❖ **Λέσχες Φιλίας:** είναι κοινοτικά κέντρα ειδικά σχεδιασμένα για ηλικιωμένα άτομα που αποζητούν ζεστασιά, κοινωνική αλληλεπίδραση, προσωπικές σχέσεις, ενημέρωση και ψυχαγωγία. Ο θεσμός τους εισήχθη στο Δήμο Αθηναίων από το 1985 και σήμερα λειτουργούν στον συγκεκριμένο Δήμο 25 Λέσχες Φιλίας σε επίπεδο συνοικίας και γειτονιάς. Στόχος τους αποτελεί η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων και η ενίσχυση της σωματικής, κοινωνικής και ψυχικής τους ευεξίας. Επιπρόσθετα παρέχουν στους ηλικιωμένους την απαραίτητη ενημέρωση και βοήθεια για να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν στις νέες συνθήκες και προκλήσεις της ζωής τους εξασφαλίζοντας τους ένα υποστηρικτικό περιβάλλον ιδίως στα άτομα που στερούνται οικονομικών πόρων ή οικογενειακής υποστήριξης.

Οι Λέσχες Φιλίας προσφέρουν στα μέλη τους σημαντικά προγράμματα όπως μαθήματα γυμναστικής, εκπαίδευση αυτοάμυνας, νοσηλευτική φροντίδα και συνεδρίες φυσιοθεραπείας. Επιπλέον, κάθε λέσχη οργανώνει διάφορες δημιουργικές δραστηριότητες που περιλαμβάνουν εκδρομές σε πολιτιστικούς χώρους, καλλιτεχνικά προγράμματα, ημερήσιες εκδρομές και περιπάτους. Ακόμη σχεδιάζονται και πραγματοποιούνται ειδικά προγράμματα τα οποία προσαρμόζονται στα ενδιαφέροντα και τις προτιμήσεις των μελών, επιτρέποντάς τους να ασχοληθούν με θέματα που άπτονται με τα γενικά ή ειδικά ενδιαφέροντά τους. Ο πρωταρχικός στόχος αυτών των προγραμμάτων είναι να παρέχουν στα ηλικιωμένα άτομα την ευκαιρία να αξιοποιήσουν δημιουργικά τον χρόνο τους, να εμπλουτίσουν την κοινωνική τους ζωή και να ενισχύσουν τις γνωστικές τους ικανότητες, τη μνήμη τους και τη συνολική τους ευεξία. (Δήμος Αθηναίων)

❖ **Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΜΦΗ):** είναι κλειστές δομές μακροχρόνιας περίθαλψης ηλικιωμένων οι οποίες λειτουργούν είτε ως μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί που ιδρύονται από φιλανθρωπικές ενώσεις, θρησκευτικά ιδρύματα κ.λπ. είτε ως κερδοσκοπικά ιδρύματα που ιδρύονται από ιδιώτες. Οι ΜΦΗ απευθύνονται κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν μοναχικά, αυτοεξυπηρετούνται ή όχι και στερούνται εναλλακτικών επιλογών φροντίδας. Οι εγκαταστάσεις αυτές προσφέρουν ολοκληρωμένη

φροντίδα και διαμονή όλο το εικοσιτετράωρο για την κάλυψη των αναγκών τους παρέχοντας τους ένα ασφαλές και άνετο περιβάλλον διαβίωσης, θρεπτικά γεύματα, βοήθεια στην προσωπική υγιεινή, τακτική ιατρική παρακολούθηση και υπηρεσίες φυσιοθεραπείας ή κινησιοθεραπείας προσαρμοσμένες στις ειδικές απαιτήσεις κάθε ηλικιωμένου. (Σταϊκούρα, 2018:60). Συνήθως οι ασθενείς δεν προτιμούν την παραμονή τους σε οίκους ευγηρίας αλλά αυτό εξαρτάται από την κατάσταση της υγείας τους και την δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης ή όταν απαιτείται να βρίσκονται υπό συνεχής ιατρική επίβλεψη και το οικογενειακό τους περιβάλλον δεν μπορεί να τους παρέχει επαρκώς την απαραίτητη φροντίδα και υποστήριξη που χρειάζονται καθημερινά. (Ποδάρα, 2020:41)

❖ **Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων:** είναι κλειστές δομές που παρέχουν φιλοξενία και φροντίδα σε χρονίως πάσχοντες ασθενείς που είναι μόνιμα κληήρεις ή αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν χωρίς όμως να χρειάζονται θεραπείες με ενδοφλέβια υγρά, χορήγηση φαρμάκων, υποστήριξη μηχανικού αερισμού ή χειρουργικές επεμβάσεις για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων. Για την εισαγωγή των ασθενών αυτών στα θεραπευτήρια απαιτείται ιατρική γνωμάτευση που εκδίδεται από ιατρό κρατικού ή πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, Κέντρου Υγείας, οικογενειακό ιατρό και συμβεβλημένους ιατρούς του ΕΟΠΥΥ με ειδικότητα ανάλογης της πάθησης του ασθενούς. Επιπλέον για την εισαγωγή απαιτείται βεβαίωση κοινωνικής έρευνας από τους κοινωνικούς λειτουργούς των Νοσοκομείων ή άλλων δημοσίων δομών. (Gov.gr)

Το αρ.28 του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (Β'4898/2018) εξειδικεύει τα θεραπευτήρια που παρέχουν φροντίδα σε χρονίως πάσχοντες ασθενείς με τα οποία συμβάλλεται ο ΕΟΠΥΥ:

α. Ιδρύματα Ν.Π.Δ.Δ. ή κοινωφελή ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ή πτέρυγες εντός των ιδρυμάτων αυτών που διατίθενται αποκλειστικά για την παροχή φροντίδας σε χρονίως πάσχοντες ασθενείς που είναι κληήρης ή δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.

β. Ιδιωτικές Κλινικές που περιλαμβάνουν εξειδικευμένους θαλάμους αφιερωμένους στη φροντίδα χρονίως πασχόντων ασθενών. Αυτοί οι θάλαμοι χρόνιας περίθαλψης πρέπει να είναι διακριτοί και ξεχωριστοί, αλλά διασυνδεδεμένοι ως προς τις λειτουργίες και τις παρεχόμενες υπηρεσίες με στόχο τη βέλτιστη παροχή επιστημονικής και άλλης απαραίτητης φροντίδας στους ασθενείς.

γ. Ιδιωτικά Ιδρύματα και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί που ειδικεύονται στην περίθαλψη ηλικιωμένων ή συγκεκριμένες πτέρυγες εντός αυτών που διατίθενται αποκλειστικά για την

περίθαλψη των ασθενών οι οποίοι βρίσκονται σε μόνιμα κατακεκλιμένη κατάσταση ή έχουν αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης.

δ. Δημόσια Νοσοκομεία ή τμήματα αυτών, εφόσον έχουν συνάψει σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ τα οποία δικαιούνται αποζημίωσης σύμφωνα με τις διατάξεις που προβλέπονται για τις κλινικές που θεραπεύουν χρονίως πάσχοντες ασθενείς.

Δυστυχώς η Ελλάδα αποτελεί μία από τις χώρες με την υψηλότερη τάση γήρανσης στην Ευρώπη διότι το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω αναμένεται να αυξηθεί από 21% το 2015 σε 33% έως το 2050 σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε από την Diagnosis (2016). Αυτή η σημαντική τάση γήρανσης του πληθυσμού της χώρας, αύξηση ποσοστού γήρανσης και μείωση γεννητικότητας, απαιτεί εξειδικευμένη και μακροχρόνια φροντίδα στην αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών. Αναδεικνύεται επιτακτική η ανάγκη ανασυγκρότησης και ενίσχυσης της παρεχόμενης ΜΦΥ με εφαρμογή νομοθετικών μέτρων που να αποσκοπούν στη δημιουργία ενός ενιαίου θεσμικού πλαισίου με ενίσχυση των υφιστάμενων δομών και υπηρεσιών, την παροχή κινήτρων για τη βελτίωση των δεξιοτήτων και των συνθηκών εργασίας των φροντιστών και τη δημιουργία ενός αποτελεσματικού ελεγκτικού και διοικητικού μοντέλου που θα διασφαλίζει την αποτελεσματική λειτουργία και την παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. (Ιωάννου και συν, 2020)

5.3.1. Αντιλήψεις και προσδοκίες περιθαλπόμενων ατόμων σε ΜΦΗ

Σε έρευνα του Βινιεράτου (2020) που διεξήχθη σε κλειστή δομή μακροχρόνιας φροντίδας πασχόντων (παράρτημα ΑΜΕΑ Δυτικής Αθήνας του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Αττικής) σε δείγμα 15 ατόμων με χρόνιες ασθένειες και κινητικούς περιορισμούς, με πολλούς εξ αυτών να μην έχουν υποστήριξη από την οικογένεια τους, ούτε οικονομικούς πόρους καταγράφηκαν οι επιθυμητές βελτιώσεις αλλά και οι προσδοκίες που έχουν από την παρεχόμενη φροντίδα στην μονάδα που τους περιθάλπει. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων τόνισε τη σημασία της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης εντός της εγκατάστασης, ιδίως σε σχέση με τις υποδομές, έχοντας αιτήματα για βελτιώσεις όπως το βάνιμο και η επισκευή των χώρων, μεγαλύτερα δωμάτια, την εγκατάσταση λουτρών σε μεμονωμένα δωμάτια αντί για κοινόχρηστες εγκαταστάσεις, τη διασφάλιση της λειτουργικότητας των κουδουνιών συναγερμού κ.ά. Όσον αφορά τη διατροφή, οι συμμετέχοντες εξέφρασαν την επιθυμία για μεγαλύτερη ποικιλία γευμάτων και τακτική ανανέωση των επιλογών φαγητού, καθώς και την προτίμηση τα γεύματα να

σερβίρονται ζεστά. Επιπλέον, τονίστηκε η σημασία της επαρκούς προμήθειας καθαρών σεντονιών, ρούχων και ειδών προσωπικής υγιεινής. Όσοι διέθεταν οικογενειακό περιβάλλον ανέφεραν ότι συχνά βασίζονταν στους συγγενείς τους για να τους παρέχουν αυτά τα απαραίτητα είδη. Σημαντική καταγράφηκε η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ωστόσο παρά την έλλειψη αυτή οι ερωτηθέντες αναγνώρισαν ότι τα μέλη του προσωπικού κάνουν ό,τι καλύτερο μπορούν για να τους παρέχουν φροντίδα μέσα στις υπάρχουσες συνθήκες. Σε σχέση με το αίσθημα κοινωνικής απομόνωσης και μοναξιάς που βιώνουν παρατηρήθηκε ότι ορισμένα άτομα έχασαν σταδιακά τις κοινωνικές τους σχέσεις και εκείνοι που έχουν οικεία πρόσωπα συνήθως δεν καταφέρνουν να τους επισκέπτονται τακτικά. Οι περιθάλποντες εξέφρασαν την επιθυμία τους να διαμένουν σε δωμάτια με άτομα ανάλογης ηλικίας, νοητικής κατάστασης και παρόμοιων προβλημάτων υγείας ώστε να μπορούν πιο εύκολα να επικοινωνήσουν μεταξύ τους αναπτύσσοντας φιλικές σχέσεις. Επιπλέον αναφέρθηκε η ανάγκη για αλλαγή και εμπλουτισμό της καθημερινότητας τους με δραστηριότητες εντός ή εκτός της δομής και την συμμετοχή τους σε εξωτερικές εκδηλώσεις όπως το θέατρο και οι εκδρομές.

Από την παραπάνω έρευνα προκύπτει ότι η παροχή φροντίδας προς τους ηλικιωμένους δεν θα πρέπει να στηρίζεται μόνο στην κάλυψη των βασικών τους αναγκών όπως νοσηλευτική φροντίδα και σίτιση αλλά πρέπει να ακολουθεί μία ολιστική προσέγγιση που θα περιλαμβάνει επιπλέον την ψυχολογική και κοινωνική αποκατάσταση των ατόμων παρέχοντας τους την δυνατότητα να διαβιούν σε ένα αξιοπρεπές περιβάλλον στο οποίο τους προσφέρονται υπηρεσίες υψηλής ποιότητας οι οποίες είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους .

Σε έρευνα της Αβανίδη και Κολοκυθά (2020) για τους περιθάλποντες σε ΜΦΗ, γίνεται αναφορά στην στάση των ηλικιωμένων ανάλογα με το γεγονός εάν ήταν οι ίδιοι που αποφάσισαν την εισαγωγή τους σε μονάδα κλειστής φροντίδας ή αυτή η απόφαση λήφθηκε από το οικείο τους περιβάλλον. Όπως προέκυψε τα ηλικιωμένα άτομα που επέλεξαν οικειοθελώς να εισέλθουν στην μονάδα παρουσίασαν μεγαλύτερη προθυμία να συμμετάσχουν σε συζητήσεις και δήλωσαν ικανοποιημένοι από τις εμπειρίες της ζωής τους. Επίσης το γεγονός ότι έλαβαν μόνοι τους την απόφαση να εισαχθούν στην μονάδα αναζητώντας ασφάλεια και συντροφικότητα διευκολύνει σημαντικά τη διαδικασία της προσαρμογής τους επιτρέποντάς τους να διατηρήσουν θετική στάση και συμπεριφορά.

Μάλιστα κάποιοι εξ αυτών εξέφρασαν ακόμη και την προτίμηση τους για την τωρινή τους ζωή μέσα στην μονάδα σε σχέση με την προηγούμενη εκτός αυτής.

Από την άλλη πλευρά τα ηλικιωμένα άτομα που η εισαγωγή τους στην δομή δεν ήταν δική τους επιλογή αλλά αποφασίστηκε από τρίτο πρόσωπο έχουν αρνητικές απόψεις για την καθημερινή τους ζωή μέσα στην εγκατάσταση. Ορισμένοι μάλιστα αναφέρουν συναισθήματα θυμού προς τον συγγενή που ήταν υπεύθυνος για αυτήν την απόφαση ενώ άλλοι τονίζουν τις αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις που βιώνουν αισθανόμενοι θλίψη και απογοήτευση. Αυτό βέβαια είναι λογικό, αφού η απομάκρυνση ενός ηλικιωμένου ανθρώπου από το περιβάλλον που αισθάνεται οικείο και στο οποίο ζουν τα αγαπημένα του πρόσωπα, φίλοι και γείτονες αποτελεί τραυματικό γεγονός για αυτόν ειδικά όταν δεν ήταν δική του επιθυμία. Αυτή η άρνηση λοιπόν του ηλικιωμένου ατόμου να προσαρμοστεί στο νέο περιβάλλον φροντίδας το επιβαρύνει συναισθηματικά και το ωθεί στην απομόνωση και την μοναξιά. (Runkan, 2011)

Η οικογένεια αναδείχτηκε ως ένας βασικός παράγοντας που βοηθάει στην ομαλή προσαρμογή του ηλικιωμένου σε μια μονάδα κλειστής φροντίδας. Όσοι ηλικιωμένοι είχαν συχνές επισκέψεις από τους οικείους τους ή λάμβαναν συχνά τηλεφωνήματα ένιωθαν μεγαλύτερη ασφάλεια και προσαρμόστηκαν πιο εύκολα στο περιβάλλον της δομής. Από την άλλη πλευρά όσα ηλικιωμένα άτομα είχαν αποξενωθεί από τις οικογένειές τους ή η επικοινωνία τους με αυτήν ήταν σπάνια και επιφανειακή βίωναν ανησυχία για την διαμονή τους στη δομή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ (ΤΠΕ)

Η αύξηση της ηλικίας του παγκόσμιου πληθυσμού δημιουργεί οικονομική επιβάρυνση στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και αποτελεί πρόκληση για την κοινωνία, λόγω του γεγονότος ότι τα ηλικιωμένα άτομα ζουν περισσότερο και είναι πιο υγιή. Λόγω των περιορισμένων πόρων, οι χώρες πρέπει να βρουν τρόπους βελτιστοποίησης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της υγείας των ηλικιωμένων ατόμων. Οι τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ) χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο για την προώθηση της ευημερίας, της υγείας και της ανεξάρτητης διαβίωσης των ηλικιωμένων ατόμων. Η αξιοποίηση της τεχνολογίας και των καινοτόμων εφαρμογών συμβάλλει στην πρόληψη των προβλημάτων υγείας και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Μέσω των τεχνολογιών αυτών παρέχεται μια ποικιλία επιλογών για τη φροντίδα και την υποστήριξη βοηθώντας τα ηλικιωμένα άτομα να διατηρήσουν έναν ενεργό τρόπο ζωής κατά τα υπόλοιπα χρόνια της ζωής τους. (Ζηλίδου & Μπαμπίδης, 2020: 834).

Καθώς αποτελεί γεγονός ότι πολλά ηλικιωμένα άτομα αισθάνονται φόβο, απογοήτευση και άγχος λόγω της πολυπλοκότητας της τεχνολογίας η εκπαίδευση τους θα πρέπει να γίνεται μέσω εύκολων και κατανοητών ψηφιακών πλατφορμών που τους επιτρέπουν να εξοικειωθούν με την τεχνολογία και να την εντάξουν στην καθημερινή τους ζωή. Σε μελέτη της Κεφαλά (2018) που πραγματοποιήθηκε σε 10 άτομα ηλικίας από 80 έως 90 ετών για την διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την εκμάθηση των νέων τεχνολογιών στη τρίτη ηλικία, οι συμμετέχοντες ανέδειξαν μία μέτρια έως ουδέτερη στάση απέναντι στις νέες τεχνολογίες κυρίως λόγω έλλειψης εξοικείωσης με αυτές. Διαπιστώθηκε λοιπόν ότι η εκμάθηση νέας τεχνολογίας ήταν δυνατή αλλά το επίπεδο επιτυχίας επηρεαζόταν εν μέρει από το μορφωτικό τους επίπεδο αφού τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης φάνηκε να είναι πιο άνετα στην χρήση συσκευών tablet. Άλλα εμπόδια που αναφέρθηκαν από τους συμμετέχοντες ήταν το υψηλό κόστος, οι αλλαγές στις γνωστικές ικανότητες τους ως αποτέλεσμα της γήρανσης και η έλλειψη κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους ηλικιωμένους. Σημειώνεται ότι ο ελεύθερος χρόνος δεν αναφέρθηκε ως σημαντικός αρνητικός παράγοντας στην εκμάθηση της νέας τεχνολογίας.

Καθώς οι περισσότεροι ηλικιωμένοι επιθυμούν να ζουν στο σπίτι τους και όχι σε οίκους ευγηρίας είναι σημαντικό να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον υποβοηθούμενης διαβίωσης το οποίο θα τους παρέχει βοήθεια στις καθημερινές τους δραστηριότητες, ιατρική φροντίδα και συνεχή παρακολούθηση ώστε να διασφαλιστεί η ευημερία, η ασφάλεια και η υγεία τους. Τα τελευταία χρόνια πολλοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με την δημιουργία εξειδικευμένων προγραμμάτων που απευθύνονται στους ανθρώπους τρίτης ηλικίας με στόχο την πρόληψη και την ιατρική φροντίδα. Τα προγράμματα αυτά έχουν δημιουργηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να γίνονται κατανοητά από τα ηλικιωμένα άτομα και στόχος τους είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στην καθημερινότητα τους, παραμένοντας αυτόνομοι και ανεξάρτητοι. (Ζηλίδου και Μπαμπίδη, 2020: 839-840)

Το Υπουργείο Ψηφιακής Διακυβέρνησης έχει ξεκινήσει το πρόγραμμα "3η e-λικία" με στόχο την Ψηφιακή Ενδυνάμωση ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω, τα οποία αντιμετωπίζουν δυσκολίες στο να συμβαδίσουν με τις τεχνολογικές εξελίξεις. Στο πρόγραμμα τίθεται ως προτεραιότητα η παροχή βοήθειας και η ενδυνάμωση των πολιτών ώστε να μπορούν να προσαρμοστούν στην ψηφιακή εποχή και να χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τις ψηφιακές υπηρεσίες (3^ηe-λικία, 2022-2023).

Επιπλέον το Εθνικό Δίκτυο Υποδομών Τεχνολογίας και Έρευνας (ΕΔΥΤΕ Α.Ε. – GRNET) ως φορέας του Υπουργείου Ψηφιακής Διακυβέρνησης σχεδίασε και υλοποίησε δύο επιμέρους δράσεις: την λειτουργία ομάδων Ψηφιακής Υποστήριξης και την λειτουργία Ψηφιακών Γωνιών. Οι ομάδες ψηφιακής υποστήριξης απευθύνονται σε άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, τα οποία δεν διαθέτουν τόσο την υποδομή όσο και τη γνωστική ικανότητα να χρησιμοποιούν ψηφιακές υπηρεσίες. Το πρόγραμμα απασχολεί ψηφιακούς βοηθούς οι οποίοι είναι ειδικά εκπαιδευμένοι για να παρέχουν εξατομικευμένη καθοδήγηση ώστε τα άτομα να μάθουν να χρησιμοποιούν τις ψηφιακές υπηρεσίες που προσφέρονται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Οι υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνουν την πλοήγηση στο διαδίκτυο, τη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, την ψηφιακή επικοινωνία και την πρόσβαση σε υπηρεσίες του gov.gr. Η λειτουργία των ψηφιακών γωνιών λειτουργεί σε δομές των Δήμων, όπου οι Ψηφιακοί Βοηθοί-Εκπαιδευτές είναι διαθέσιμοι για να υποστηρίξουν τους ηλικιωμένους στο ταξίδι της ψηφιακής μάθησης και της ανάπτυξης δεξιοτήτων τους. Οι ψηφιακές γωνιές έχουν σχεδιαστεί για να διδάσκουν ψηφιακές δεξιότητες σε ηλικιωμένους που είναι πρόθυμοι να μάθουν, αλλά μπορεί να μην έχουν την κατάλληλη βοήθεια για την απόκτηση αυτών των δεξιοτήτων.

6.2. ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΓΕΙΑ

Η ψηφιακή υγεία αναφέρεται στη χρήση εργαλείων και υπηρεσιών των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ) που αποσκοπούν στη βελτίωση της πρόληψης, της διάγνωσης, της θεραπείας, της παρακολούθησης και της διαχείρισης θεμάτων που σχετίζονται με την υγεία και τη διαχείριση των συνηθειών του τρόπου ζωής που επηρεάζουν την υγεία. Η ψηφιακή υγεία είναι μια καινοτόμος προσέγγιση που στοχεύει στην προαγωγή της υγείας, στον έλεγχο και στην πρόληψη ασθενειών, στην κάλυψη των αναγκών των ασθενών και στην παροχή ισότιμης πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας φροντίδα. Η ψηφιακή υγεία θα πρέπει να διέπεται από τις εξής βασικές αρχές «διαφάνεια, αξιοπιστία, εγκυρότητα, προσβασιμότητα, καθολικότητα, ισότητα, διαλειτουργικότητα, συνδεσιμότητα, χρηστικότητα, αποτελεσματικότητα, ιδιωτικότητα, ασφάλεια, εμπιστευτικότητα». (Γεωργακοπούλου, 2004:17).

Η υγεία και η περίθαλψη των πολιτών μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά μέσω των ψηφιακών λύσεων τονίζει σε ανακοίνωση της η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2018) καθώς αυτές εφόσον εφαρμοστούν με κατάλληλη στόχευση και οικονομικά αποδοτικό τρόπο μπορούν να αλλάξουν ριζικά τον τρόπο με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης συμβάλλοντας στην ευημερία των πολιτών. Η ψηφιοποίηση συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών και συντείνει στη μεταρρύθμιση των συστημάτων υγείας σε νέα μοντέλα περίθαλψης τα δίνουν προτεραιότητα στις ανάγκες των ανθρώπων και καλούνται να αντικαταστήσουν τα παραδοσιακά νοσοκομειοκεντρικά συστήματα υγείας από άλλες δομές που υπάρχουν στην κοινότητα και παρέχουν πιο ολοκληρωμένη φροντίδα. Επιπλέον μπορούν να καταστήσουν δυνατή ακόμη και την παροχή διασυνοριακής περίθαλψης, γεγονός ιδιαίτερα επωφελές για τα άτομα που ταξιδεύουν για επαγγελματικούς λόγους ή για αναψυχή. Τα ψηφιακά εργαλεία μπορούν να ενδυναμώσουν τα άτομα να χρησιμοποιούν τις επιστημονικές γνώσεις για τη διατήρηση μίας καλής υγείας με στόχο την αποτροπή μελλοντικών ασθενειών. Τα δεδομένα υγείας που συλλέγονται μέσω αυτών των συστημάτων χρησιμοποιούνται στην έρευνα και την καινοτομία με σκοπό να παρέχουν μια εξατομικευμένη υγειονομική περίθαλψη με καλύτερες παρεμβάσεις στην φροντίδα υγείας και αποτελεσματικότητα για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας. (ΕΕ, COM(2018) 233final)

Οι κυριότεροι τύποι της ψηφιακής υγείας είναι η Ηλεκτρονική υγεία (E-Health), η Κινητή υγεία (M-Health), η Τηλεϊατρική (Telemedicine), ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (EHR), οι Φορητοί αισθητήρες και συσκευές (Wearable sensores and devices) και το Διαδίκτυο Ιατρικών Πραγμάτων (Internet of medical things – IoMT) (Γεωργακοπούλου, 2004:18)

6.2.1. Ηλεκτρονική υγεία (e-Health)

Η Ηλεκτρονική υγεία αναφέρεται σε ένα ευρύ φάσμα εργαλείων που βασίζονται στις Τεχνολογίες Πληροφορίας και Επικοινωνίας (ΤΠΕ) και έχουν ως στόχο τη βελτίωση της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, παρακολούθησης και διαχείρισης της υγείας και του τρόπου ζωής, με σκοπό την ολιστική αντιμετώπιση της ασθένειας. Ο κύριος στόχος της ηλεκτρονικής υγείας είναι η βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας της περίθαλψης, καθώς και η ενίσχυση της πρόσβασης των ασθενών σε υγειονομικές υπηρεσίες. Η ηλεκτρονική υγεία περιλαμβάνει την αποθήκευση, τη διαχείριση και τη μεταφορά ηλεκτρονικών υγειονομικών δεδομένων, καθώς και τη χρήση διαφόρων τεχνολογιών για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης όπως οργανωμένα δίκτυα πληροφοριών υγείας, ηλεκτρονικός φάκελος υγείας, ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ηλεκτρονική κάρτα υγείας, υπηρεσίες τηλεϊατρικής, τηλεσυμβουλευτικής και τηλεπαρακολούθησης, κινητά τηλέφωνα και προσωπικά φορητά συστήματα επικοινωνίας. Οι ασθενείς κάνοντας χρήση των τεχνολογιών όπως οι αισθητήρες υγείας, οι φορητές συσκευές και οι εφαρμογές υγείας, μπορούν να παρακολουθούν την υγεία τους σε πραγματικό χρόνο, να λαμβάνουν προσαρμοσμένες συμβουλές και πληροφορίες, και να συμμετέχουν περισσότερο ενεργά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με την υγεία τους. Ωστόσο, η επιτυχής υλοποίηση της ηλεκτρονικής υγείας απαιτεί εκπαίδευση και κατάρτιση του ιατρικού προσωπικού και των επαγγελματιών υγείας, καθώς και των ασθενών-χρηστών που σε πολλές περιπτώσεις εκφράζουν επιφυλάξεις σχετικά με την αποκάλυψη των προσωπικών τους πληροφοριών ή την αλληλεπίδραση με την τεχνολογία. Επομένως, είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι προτιμήσεις και οι ανάγκες των ασθενών κατά την εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας. Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να υπάρχει ένα πλαίσιο που προστατεύει την ιδιωτικότητα και την ασφάλεια των ηλεκτρονικών υγειονομικών δεδομένων των ασθενών.

Η ηλεκτρονική υγεία επιτυγχάνει την αύξηση της ακρίβειας και της ασφάλειας των ιατρικών δεδομένων, την μείωση των ιατρικών λαθών, την απλοποίηση των διαδικασιών

διαχείρισης με αποτέλεσμα την αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών περίθαλψης οι οποίες προσαρμόζονται στις ατομικές ανάγκες και προσδοκίες κάθε ασθενούς. Επιπλέον συμβάλει στην βελτίωση της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας γεγονός που οδηγεί στον εξορθολογισμό των υπηρεσιών και στην μείωση πολλών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων που συχνά επαναλαμβάνονταν εξαιτίας της έλλειψης επικοινωνίας και συντονισμού μεταξύ διαφορετικών επαγγελματιών υγείας. Με αυτό το τρόπο επιτυγχάνεται η παροχή βελτιωμένης φροντίδας υγείας σε περισσότερους ασθενείς απελευθερώνοντας πόρους από τα νοσοκομεία, κέντρα υγείας, κλινικές και η μείωση των δαπανών και η αποτελεσματικότερη διαχείριση των υγειονομικών συστημάτων.

Μέσω της ηλεκτρονικής υγείας ενισχύεται σημαντικά η έρευνα στον τομέα της υγείας με την αξιοποίηση των ηλεκτρονικών υγειονομικών εγγραφών και της συλλογής μεγάλου όγκου δεδομένων από διάφορες πηγές. Η ανάλυση αυτών των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει στην ανακάλυψη νέων γνώσεων και προηγμένων αναλύσεων που βοηθούν στην κατανόηση της ασθένειας, των μηχανισμών της και των αντιδράσεων στη θεραπεία. Αυτό μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων φαρμάκων και βελτιωμένων θεραπειών που είναι προσαρμοσμένες στις ατομικές ανάγκες των ασθενών καθώς και στην αναγνώριση πιο αποτελεσματικών τρόπων πρόληψης και αντιμετώπισης των ασθενειών. (Βουτσίδου και συν, 2018)

6.2.2. Κινητή υγεία (m-Health)

Η Κινητή Υγεία σύμφωνα με τον ΠΟΥ είναι «η άσκηση της ιατρικής και των πρακτικών δημόσιας υγείας μέσω έξυπνων κινητών συσκευών, όπως κινητά τηλέφωνα (smartphones) και tablets, προσωπικών ψηφιακών βοηθών (PDAs) και άλλων ασύρματων συσκευών». Ο χρήστης μπορεί εύκολα να αναζητήσει τις εφαρμογές της m-Health στην «έξυπνη συσκευή» του (smartphone, laptop, tablet κ.ά). Συνήθως το κινητό τηλέφωνο είναι αυτό που χρησιμοποιείται περισσότερο από τα παραπάνω σύγχρονα μέσα επικοινωνίας γιατί είναι πιο εύκολα διαθέσιμο, περισσότερο άμεσο και προσιτό για τους χρήστες. Μέσω της ασύρματης τεχνολογίας ο ασθενής μπορεί να μεταφέρει δεδομένα στον ιατρό και να λάβει ιατρικές συμβουλές.

Η Κινητή υγεία διαθέτει εφαρμογές που απευθύνονται σε άτομα με ιατρικές γνώσεις όπως είναι οι επαγγελματίες υγείας και είναι αρκετά πολύπλοκες. Όμως υπάρχουν και άλλες εφαρμογές κατάλληλες για χρήση από άτομα με χρόνια νοσήματα με μεγάλη ποικιλία στην επιλογή των παροχών υγείας όπως χαρακτηριστικά μπορεί να είναι μια απλή υπενθύμιση της λήψης της δόσης ενός φαρμάκου μέσω ηχητικής ειδοποίησης ή γραπτού μηνύματος (SMS) έως και πιο σύνθετες λειτουργίες όπως αυτές που έχουν να κάνουν με την λήψη και την καταγραφή ζωτικών σημάτων σε πραγματικό χρόνο με τη βοήθεια ενός πρόσθετου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού που συνδέεται ενσύρματα ή ασύρματα με την έξυπνη συσκευή. Για παράδειγμα για τους διαβητικούς ασθενείς υπάρχει μια ποικιλία εφαρμογών όπως η καταγραφή των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα, η διατήρηση ιστορικού λήψης ινσουλίνης και συστήματα για τον υπολογισμό της δοσολογίας. Σε καρδιολογικούς ασθενείς υπάρχουν εφαρμογές που αφορούν την μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των καρδιακών παλμών, ειδικές εφαρμογές όπου ο χρήστης μπορεί να τοποθετήσει μια ειδική ζώνη με αισθητήρες στο σώμα του μέσω των οποίων καταγράφονται τα καρδιακά σήματα τα οποία μεταφέρονται ασύρματα στο κινητό του με την εικόνα του ηλεκτροκαρδιογραφήματός. Ανάλογες εφαρμογές έχουν αναπτυχθεί για ασθενείς που πάσχουν από ΧΑΠ για την καταγραφή και την αποθήκευση ζωτικών παραμέτρων των πνευμόνων (κορεσμός του οξυγόνου) και οι εφαρμογές αυτές παρέχουν ακόμη και τη δυνατότητα ασύρματης σύνδεσης ενός φορητού πυρόμετρο με το smartphone δίνοντας την δυνατότητα άμεσης λήψης και αποθήκευσης των δεδομένων τα οποία εν συνεχεία στέλνει ο ασθενής στον ιατρό του για αξιολόγηση. Επιπλέον ο ασθενής μπορεί να ενημερώσει τον ιατρό του για τις διατροφικές του συνήθειες, τη φαρμακευτική αγωγή και την σωματική του δραστηριότητα μέσω ενός ηλεκτρονικού ημερολογίου που είναι ενσωματωμένο στην εφαρμογή ή ακόμη με την χρήση ενσωματωμένης κάμερας που διαθέτουν τα smartphone. (Σπυριδάκη και συν 2019)

6.2.3. Τηλεϊατρική

Η χρήση της τηλεϊατρικής αποτελεί ένα μέσο που χρησιμοποιείται από ανθρώπους που χρειάζονται εξειδικευμένη φροντίδα, αλλά δυσκολεύονται να έχουν άμεση πρόσβαση σε γιατρούς και νοσηλευτικά ιδρύματα λόγω της τοποθεσίας τους σε περιφερειακές και απομακρυσμένες περιοχές. Η παροχή υπηρεσιών υγείας εξ αποστάσεως γίνεται από εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο παρέχει ιατρική φροντίδα από απόσταση, αντιμετωπίζοντας καταστάσεις που θα μπορούσαν να απειλήσουν τη ζωή των

ασθενών. Ο στόχος της τηλεϊατρικής είναι η προαγωγή της υγείας για όλους, μέσω της ανταλλαγής πολύτιμων πληροφοριών για τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόληψη της νόσου και των ατυχημάτων. Με τη χρήση τηλεπικοινωνιακών τεχνολογιών, οι ιατρικοί επαγγελματίες μπορούν να αξιολογήσουν, να διαγνώσουν και να αντιμετωπίσουν ασθένειες. (Τσιριντάνη, 2012)

Η τηλεϊατρική διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο, ιδίως για τα άτομα με χρόνιες ασθένειες, καθώς παρέχει μια λύση που σώζει ζωές, επιτρέποντας τη μακροχρόνια παρακολούθηση και τις συνεχείς ιατρικές διαβουλεύσεις και διαγνωστικές διαδικασίες. (Πετροπούλου, 2013). Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται:

- 1) Η βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, η ικανοποίηση των ασθενών και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.
- 2) Η μείωση των εξόδων θεραπείας με την ελαχιστοποίηση της απαιτούμενης διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο στο ελάχιστο δυνατό.
- 3) Δίνεται η δυνατότητα στους γιατρούς να λαμβάνουν άμεσα και γρήγορα ιατρικά δεδομένα για τον ασθενή από οποιαδήποτε τοποθεσία και ανά πάσα στιγμή βοηθώντας έτσι στη μείωση του χρόνου διάγνωσης και της διάρκειας νοσηλείας.
- 4) Ελαχιστοποιείται η ανάγκη για συνεχή ταξίδια και ελαττώνεται σημαντικά ο κίνδυνος μόλυνσης σε περιόδους πανδημιών και άλλων επιδημιών.

Οι εφαρμογές της τηλεϊατρικής περιλαμβάνουν:

- Τηλεϊατρικές συμβουλευτικές: Οι ασθενείς μπορούν να συμβουλευτούν ιατρούς και να λαμβάνουν ιατρικές συμβουλές μέσω τηλεφώνου, βίντεοκλήσης ή ηλεκτρονικών μηνυμάτων.
- Τηλεϊατρικές εξετάσεις: Οι ασθενείς μπορούν να εκτελούν απλές εξετάσεις και να μεταδίδουν τα αποτελέσματά τους σε ιατρούς για αξιολόγηση και διάγνωση.
- Τηλεπαρακολούθηση: Μέσω ειδικών συσκευών παρακολούθησης, οι ασθενείς μπορούν να μετρούν τις βιολογικές παραμέτρους τους (όπως αίματος, πίεση, παλμοί κ.λπ.) και να τις μεταφέρουν στους ιατρούς για παρακολούθηση και αξιολόγηση της κατάστασής τους.
- Τηλεχειρουργική: Οι χειρουργικές επεμβάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν από απόσταση μέσω ρομποτικών συστημάτων, όπου οι εξειδικευμένοι χειρουργοί μπορούν να εκτελούν χειρουργικές επεμβάσεις με τη χρήση ρομποτικών συστημάτων, ενώ βρίσκονται σε ένα άλλο τοπικό ή ακόμη και απομακρυσμένο μέρος. Οι ρομποτικές

συσκευές ελέγχονται από τον χειρουργό μέσω υψηλής τεχνολογίας τηλεπικοινωνιών, επιτρέποντάς του να εκτελεί πολύπλοκες επεμβάσεις με μεγάλη ακρίβεια.

- Τηλεϊατρική εκπαίδευση: Η τηλεϊατρική μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εκπαίδευση των ιατρών και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού μέσω διαδικτυακών πλατφορμών και διαδραστικών συστημάτων. Αυτό επιτρέπει στους επαγγελματίες της υγείας να αποκτήσουν νέες γνώσεις και δεξιότητες, καθώς και να συνεχίζουν την επαγγελματική τους εκπαίδευση ακόμη και από απομακρυσμένες περιοχές.

Στην Ελλάδα έχει δημιουργηθεί το Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής (ΕΔΙΤ) το οποίο υπάγεται στην 2^η ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου και περιλαμβάνει (Κοινωνία της Πληροφορίας, ΕΔΙΤ, 2022):

- 66 Σταθμούς Τηλεϊατρικής Ιατρού Ασθενούς (ΣΤΙΑ) μέσα σε Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία και μικρότερες μονάδες υγείας που αποτελούν τον φυσικό χώρο μέσα στον οποίο γίνεται η εξέταση του ασθενή παρουσία του θεράποντος ιατρού.
- 21 Σταθμούς Τηλεϊατρικής Ιατρού Συμβούλου (ΣΤΙΣ), οι οποίοι βρίσκονται σε 12 νοσοκομεία της 2ης ΥΠΕ και στο ΕΚΑΒ και επιπλέον 1 Σταθμός στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου της Θεσσαλονίκης. Ο ΣΤΙΣ διαθέτει τον απαραίτητο απεικονιστικό εξοπλισμό, προκειμένου να εμφανίζονται στο Σύμβουλο ιατρό τα δεδομένα, οι ζωτικές ενδείξεις και η εικόνα του εξεταζόμενου.
- 170 Σταθμούς Κατ' Οίκον Περίθαλψης (ΣΚΟΠ), οι οποίοι εγκαθίστανται στα σπίτια των ασθενών που επιλέγονται και έχουν άμεση επικοινωνία με τη Μονάδα Υγείας της περιοχής τους.
- Εκπαιδευτικό Κέντρο στο Κέντρο Υγείας Πειραιά στο οποίο εκπαιδεύεται το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετεί στις μονάδες του ΕΣΥ, οι οποίες διαθέτουν υποδομές τηλεϊατρικής.
- Το Κέντρο Δεδομένων και το Κέντρο Υποστήριξης Λειτουργίας (Helpdesk) που φιλοξενείται στη 2η ΥΠΕ.
- Η διασύνδεση των μονάδων ΕΔΙΤ γίνεται μέσω του Δημόσιου Δικτύου Δεδομένων ΣΥΖΕΥΞΙΣ.

Η τηλεϊατρική έχει πολλαπλά οφέλη όπως η ενίσχυση της προσβασιμότητας στην υγειονομική περίθαλψη, η ελαχιστοποίηση των αποστάσεων και του χρόνου μετακίνησης των ασθενών, η εξοικονόμηση πολύτιμου χρόνου και οικονομικών πόρων και η προώθηση

της οικονομικά αποδοτικής και αποτελεσματικής παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, αποδεικνύεται επωφελής σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και πανδημίας, όταν τα φυσικά εμπόδια και οι περιορισμοί μετακίνησης εμποδίζουν την πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες.

6.2.4 Ηλεκτρονικός φάκελος υγείας

Ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας (ΗΦΥ) αφορά την ψηφιακή αποθήκευση, οργάνωση και ανταλλαγή πληροφοριών υγείας ενός ασθενούς. Αντικαθιστά τους παραδοσιακούς φυσικούς φακέλους με ιατρικά έγγραφα και οι ιατρικές πληροφορίες αποθηκεύονται και διατίθενται ηλεκτρονικά, προσφέροντας έναν πιο ολοκληρωμένο και ασφαλή τρόπο διαχείρισης των ιατρικών δεδομένων. Ουσιαστικά, ένας ΗΦΥ λειτουργεί ως ψηφιακό αποθετήριο όπου εισάγονται και αποθηκεύονται διάφορες λεπτομέρειες σχετικά με την υγεία ενός ασθενούς, όπως ιατρικό ιστορικό, αποτελέσματα εξετάσεων, αρχεία θεραπείας, συνταγές, εμβολιασμοί, αλλεργίες και άλλα σχετικά δεδομένα. Η πρόσβαση σε αυτές τις πληροφορίες περιορίζεται σε εξουσιοδοτημένα άτομα, όπως γιατροί και νοσηλεύτες, προκειμένου να διευκολυνθεί η βελτίωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. (Βουτσίδου, 2018:413-414)

Η εισαγωγή του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας έχει τη δυνατότητα να βελτιώσει την ποιότητα και ασφάλεια της υγειονομικής περίθαλψης, προωθώντας τη συνεργασία διαφορετικών παρόχων υγείας. Επιπρόσθετα οδηγεί στην ελάττωση των νοσοκομειακών δαπανών αποτρέποντας τις περιττές ιατρικές εξετάσεις, ελέγχει την συνταγογράφηση, ενισχύει την αποδοτικότητα του συστήματος και βοηθάει αποτελεσματικά στη διαμόρφωση στρατηγικών δημόσιας υγείας. (Αποστολάκης, 2020)

6.2.5. Φορητοί αισθητήρες και συσκευές

Όπως αναφέρουν οι Bower&Struma (2015), τα βασικά χαρακτηριστικά των φορητών τεχνολογιών περιλαμβάνουν την ενσωμάτωση διαφόρων αισθητήρων. Αυτοί οι αισθητήρες έχουν τη δυνατότητα να συλλέγουν μια σειρά από πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένης της γεωγραφικής θέσης, των περιβαλλοντικών ήχων (π.χ. συχνότητα), των φυσιολογικών λειτουργιών του σώματος (π.χ. καρδιακός ρυθμός,

θερμοκρασία), καθώς και οπτικών λεπτομερειών (π.χ. διάθλαση, συχνότητα φωτεινών κυμάτων, φωτεινότητα) και περιβαλλοντικών δεδομένων (π.χ. θερμοκρασία, υγρασία).

Οι φορητοί αισθητήρες και συσκευές αναφέρονται σε αισθητήρες και ηλεκτρονικές συσκευές που μπορούν να φορεθούν ή να ενσωματωθούν στο σώμα ή σε ρούχα και αξεσουάρ όπως:

1. Έξυπνα ρολόγια (Smartwatches): Αισθητήρες για μέτρηση καρδιακού παλμού, δραστηριότητας, βημάτων, ύπνου και άλλων φυσιολογικών παραμέτρων.
2. Φορητοί αισθητήρες υγείας: Αισθητήρες για μέτρηση αρτηριακής πίεσης, οξυγόνο κορεσμού, θερμοκρασίας σώματος, επιπέδων γλυκόζης, ηλεκτροκαρδιογραφίας και άλλων βιολογικών μεγεθών.
3. Φορητοί αισθητήρες φυσικής κατάστασης: Αισθητήρες που μετρούν την κατανάλωση θερμίδων, την απόσταση που διανύθηκε, την ταχύτητα κίνησης, τον καρδιακό ρυθμό και άλλες παραμέτρους που σχετίζονται με τη φυσική άσκηση.
4. Φορητοί αισθητήρες ύπνου: Αισθητήρες που παρακολουθούν την ποιότητα του ύπνου, τη διάρκεια, την αναπνοή και άλλες παραμέτρους που σχετίζονται με τον ύπνο.
5. Φορητές κάμερες (Wearable Cameras): Κάμερες που φοριούνται στο σώμα ή σε αξεσουάρ.

Επιπλέον οι φορητοί αισθητήρες και συσκευές μπορούν να προσφέρουν και πολλές άλλες λειτουργίες όπως πλοήγησης και κατεύθυνσης και να παρέχουν δυνατότητες επιτήρησης και ασφαλείας. Για παράδειγμα, οι φορητοί αισθητήρες μπορούν να εντοπίζουν κινήσεις ή δραστηριότητα και να ειδοποιούν τον χρήστη σε περίπτωση κινδύνου ή ανωμαλιών. Μερικές φορές αυτές οι συσκευές συνδέονται με εφαρμογές έξυπνου τηλεφώνου, που επιτρέπουν την αποστολή ειδοποιήσεων σε επαφή με άλλα άτομα, όπως συγγενείς ή ιατρούς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι δημογραφικές αναλύσεις για τον πληθυσμό της γης δείχνουν την τάση της "δημογραφικής γήρανσης" με αύξηση της αναλογίας των ατόμων άνω των 65 ετών σε σχέση με το νεότερο πληθυσμό και την μείωση του αριθμού των γεννήσεων. Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων συνεπάγεται αυξημένες ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και μακροχρόνιας περίθαλψης με σημαντική επιβάρυνση για τα συστήματα υγείας των χωρών. Λόγω της γήρανσης του πληθυσμού μειώνεται το ποσοστό του εργατικού δυναμικού με αρνητικές οικονομικές επιπτώσεις όσο αφορά στην βιωσιμότητα των κοινωνικών ασφαλίσεων και των συνταξιοδοτικών συστημάτων των χωρών. Τα έθνη θα πρέπει να θεσπίσουν στρατηγικές και μέτρα που προωθούν την ενεργό γήρανση των πληθυσμών. Ακόμη και οι ηλικιωμένοι που έχουν συνταξιοδοτηθεί, ανεξάρτητα από προβλήματα υγείας ή αναπηρίες, μπορούν να συνεχίσουν να συμμετέχουν ενεργά σε όλους τους τομείς της κοινωνικής, πολιτικής, οικονομικής, πολιτισμικής και πνευματικής ζωής. Ο πρωταρχικός στόχος της ενεργού γήρανσης είναι η διασφάλιση της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας των ηλικιωμένων ατόμων και η επίτευξη σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας.

Η ποιότητα ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας εξαρτάται στενά από την κατάσταση της υγείας τους διότι έχουν να αντιμετωπίσουν πολλές προκλήσεις που συνδέονται με την εμφάνιση διάφορων παθήσεων και λειτουργικών περιορισμών που επιφέρει η φυσιολογική διαδικασία της γήρανσης. Η διατήρηση μιας καλής υγείας είναι ουσιώδης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και μπορεί να επιτευχθεί μέσω της πρόληψης και της διατήρησης μιας υγιούς σωματικής κατάστασης με σωματική άσκηση και υγιεινή διατροφή. Οι περιορισμοί που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητα οι ηλικιωμένοι εξαιτίας της γήρανσης και των προβλημάτων υγείας τους επιφέρει συναισθήματα κατάθλιψης και παραίτησης και πολλές φορές τους οδηγεί στην κοινωνική απομόνωση. Η οικογενειακή υποστήριξη, οι δραστηριότητες κοινωνικής συμμετοχής, η συνεύρεση με φίλους και η συμμετοχή σε κοινωνικά δίκτυα και η πρόσβαση σε μονάδες φροντίδας μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στην ψυχολογική ευεξία των ηλικιωμένων. Οι ηλικιωμένοι έχουν δικαίωμα να συμμετέχουν πλήρως στη δημόσια, κοινωνική και πολιτιστική ζωή, καθώς και στην εκπαίδευση, τη συνεχή κατάρτιση και τη διά βίου μάθηση.

Απαιτούνται να προωθηθούν πολιτικές και κοινωνικές πρωτοβουλίες που επιδιώκουν την προώθηση της υγείας και της ευημερίας των ηλικιωμένων, οι οποίες αφορούν την πρόσβαση τους σε υπηρεσίες υγείας, την ενίσχυση της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας, καθώς και τη δημιουργία κοινωνικών δομών που προάγουν την κοινωνική συμμετοχή και την υποστήριξη των ηλικιωμένων.

Επίσης, η προώθηση της ψηφιακής ευκαιρίας για τους ηλικιωμένους μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Η ψηφιακή δραστηριότητα εγγυάται ολοένα και περισσότερο την ενεργό κοινωνική, πολιτιστική και οικονομική συμμετοχή και ένταξη, συμβάλλει δε στην πρόληψη της κοινωνικής απομόνωσης, και όχι μόνο σε περιόδους πανδημίας. Μέσω της εκπαίδευσης και της παροχής πρόσβασης στις τεχνολογίες πληροφορίας και επικοινωνίας, οι ηλικιωμένοι μπορούν να επωφεληθούν από τις δυνατότητες που προσφέρουν, όπως η πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας, η επικοινωνία με άλλους και η πρόσβαση σε υπηρεσίες ηλεκτρονικής διακυβέρνησης.

Τέλος, η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας για τις ανάγκες και τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι σημαντική. Η ενθάρρυνση της αλληλεγγύης, της συμπαράστασης και της σεβασμού προς τους ηλικιωμένους μπορεί να συμβάλει στη δημιουργία ενός κοινωνικού περιβάλλοντος που προάγει την υγεία και την ευημερία τους.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αβανιά Μ. και Κολοκυθά Α., 2020: 80-82, Η υποκειμενική αίσθηση της μοναξιάς σε δείγμα ηλικιωμένων που διαβιούν σε κλειστές μονάδες φροντίδας, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο
2. Αποστολάκης Ι., 2020:787-788, Νέες τεχνολογίες στις υπηρεσίες υγείας e-health/m-health, Υπηρεσίες Υγείας Συστήματα και Πολιτικές, Ελληνικές Εκδόσεις
3. Βιδάλης Α., Συγγελάκης Μ., 2000, Ειδικό Άρθρο « Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής Nottingham Health Profile (NHP)- Ελληνική Έκδοση» ΠΠΠΟΚΡΑΤΕΙΑ 2000, 4, 1:39-42
4. Βινιεράτος Ν.,2020: 80-91, Προσδοκίες Περιθαλπόμενων σε Δομές Μακροχρόνιας Φροντίδας, ΕΑΠ
5. Βούλγαρη Α., 2000:259-266, Ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων που ζουν σε ίδρυμα, Η Τρίτη ηλικία, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
6. Βουτσίδου Σ., Μωραίτης Ε., Γελαστοπούλου Ε., Σισσούρας Α., Χαραλάμπους Γ., 2019: 36(3):412-418, Εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας (e-Health) στην πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
7. Γεωργακοπούλου Π., 2022, Εφαρμογές των ψηφιακών τεχνολογιών στον τομέα της υγείας,
8. Γκόνος Στ., 1998:13-14, Γήρανση και μακροβιότητα: ο ρόλος των γενετικών παραγόντων και του περιβάλλοντος, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών Ε.Ι.Ε.
9. Παραβίωσης Θ., 1999:34 Εισαγωγικά Στοιχεία Γηριατρικής και Γεροντολογίας στο Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
10. Δαρδαβέσης Θ.,2011:31, Εισαγωγικά στοιχεία Γηριατρικής και Γεροντολογίας στο Θέματα Γηριατρικής και γεροντολογίας, Εκδόσεις Πεδίο
11. Ευκλείδη Α., 2011:73, Γήρας και Υγεία στο Θέματα Γηριατρικής και γεροντολογίας, Εκδόσεις Πεδίο
12. Ζέττα Γ., 2019, Η ποιότητα ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας", ΕΑΠ & Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

13. Ζηλίδου Β., Μπαμπίδης Π., 2020:834, Τεχνολογία και Τρίτη ηλικία στο Υπηρεσίες Υγείας Συστήματα και Πολιτικές, Ελληνικές Εκδόσεις
14. Ιωάννου Α., Αποστολάκης Ι., Σαράφης Π., Κοινωνική Πολιτική, Κράτος Πρόνοιας και Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ελλάδα σε σύγκριση με την Ευρώπη. Οι προκλήσεις στην αυγή του 2020, Review Hellenic Journal of Nursing, 2020, 59(3):212-220
15. Κεφαλά Α., 2018: 32,36,41, Μάθηση και Τρίτη Ηλικία: Η χρήση νέων τεχνολογιών
16. Κοτζαμάνης Β., 2021, Δημογραφικές εξελίξεις και προκλήσεις, ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ.
17. Μαρκουλάκη Ε., 2000:237-246, Κοινωνικοί παράγοντες και Τρίτη ηλικία, Η Τρίτη ηλικία, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
18. Μόρτογλου Τ. και Μόρτογλου Κ., 2002:279, Διατροφή από το σήμερα για το αύριο, 5^η Έκδοση , Εκδόσεις Π. Γιαλλέλη
19. Μόσιαλος Η., 2020, Υπηρεσίες Υγείας Συστήματα και Πολιτικές, Ελληνικές Εκδόσεις
20. Πετροπούλου Π., 2023:318-325, Προαγωγή Υγείας σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, Το βήμα του Ασκληπιού, Τεύχος 2 (Απρίλιος-Ιούνιος 2023)
21. Πιερράκος Γ., 2013, Μοντέλα Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας στην Τοπική Κοινωνία, Εκδόσεις Παπαζήση
22. Ποδάρα Α., 2020: 34, Αξιοπρεπής διαβίωση των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Προβλήματα και προοπτικές, ΕΑΠ
23. Πρόληψις, Αστική μη κερδοσκοπική εταιρεία, 2014:51, Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, Δημοσιογραφικός Οργανισμός Λαμπράκη Α.Ε.
24. Σαρρής Μ., 2001:42-43 , Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής, Εκδόσεις Παπαζήση).
25. Σπυριδάκη Α., Αντωνάκος Ι., Αποστολάκης Ι., Τούντας Ι., 2019: 36(1):73-80, Εφαρμογές της «κινητής υγείας» (mobile health) στα χρόνια νοσήματα και διερεύνηση της αποτελεσματικότητάς τους, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
26. Σταϊκούρα Α., 2018, Η σημασία της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα, ΕΣΔΔΑ διαθέσιμο σε <http://repositoryesdda.ekdd.gr/jspui/handle/123456789/192>
27. Τούντας Γ. 2009 : 31, 97-99, Κοινωνία και Υγεία, Εκδόσεις Οδυσσέας
28. Τσιριντάνη Μ., 2012:284-286, Βάσεις Δεδομένων και Πολυμέσα στην Υγεία, Εκδόσεις Πασχαλίδη

29. Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ., 2001:18(3):218-229, Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, Ανασκόπηση Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
30. Υφαντόπουλος Ι., 2007:6-18, Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bente Appel Esbensen RN, MScN, PhD et al, 29/8/2015, Growing older in the context of needing geriatric assessment: a qualitative study, Wiley Online Library, διαθέσιμο σε <https://doi.org/10.1111/scs.12267>
2. Bergner M. et al (1981) Medical Care, The Sickness Impact Profile Development and Final Revision of a Health Status Measure, διαθέσιμο σε Pubmed doi: 10.1097/00005650-198108000-00001
3. Cape R. et al, 1983, Fundamentals of geriatric medicine, New York: Raven Press
4. Esbensen Bente Appel RN, MScN, PhD et al, 2015: 489-498, Growing older in the context of needing geriatric assessment: a qualitative study , Scandinavian Journal of Caring Sciences, Wiley Online Library, διαθέσιμο σε <https://doi.org/10.1111/scs.12267>
5. European Commission, Brussels, 27/1/2021, COM(2021) 50 final.
6. Foscolou Alexandra et al, 2018, Decomposition of Mediterranean Dietary Pattern on Successful Aging, Among Older Adults: A Combined Analysis of Two Epidemiological Studies, Journal of Aging and Health 1-19.
7. Gale Catharine et al, May:47(3) 2018:392-397, Oxford Journals, Age and Ageing: Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty: the English Longitudinal Study of Ageing, National Library of Medicine (NIH) διαθέσιμο σε <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5920346/>
8. Hayflick L.,1998, How and why we age, National Library of Medicine, διαθέσιμο σε doi: 10.1016/s0531-5565(98)00023-0.
9. Jantunen Hanna et al, 2017:232-237, Oxford Journals, Age and Ageing: Objectively measured physical activity and physical performance in old age, National Library of Medicine (NIH), διαθέσιμο σε <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5460747/>

10. Kastenbaun Robert, 1982:20, Η Τρίτη Ηλικία, Εκδόσεις Ψυχογιός
11. KENNEDY JOHN President, 21 February 1963, Special message to the Congress on the needs of the nation's senior citizens, Public Papers of the Presidents of the United States page 189, subjects: Aged
12. Lemme, B.H., 1995, Development in adulthood. Boston, MA:Allyn & Bacon
13. Marysol Cacciata et al, 2019: 30-40,Effect of exergaming on health-related quality of life in older adults: A systematic review, Volume 93, International Journal of Nursing Studies, διαθέσιμο σε <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.010>
14. Morrow G. et al, 1978,8,605-610, Psychological Medicine, A new scale for assessing patients' psychosocial adjustment to medical illness, Pubmed διαθέσιμο σε doi: 10.1017/s003329170001881x.
15. Parlapani Eleni et al, 2020, Intolerance of Uncertainty and Loneliness in Older Adults During the COVID-19 Pandemic, Faculty of Medicine, Aristotle University of Thessaloniki, διαθέσιμο σε <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00842/full>
16. RunkanP.R. (2011), Elderly institutionalization and depression, Procedia –Social and Behavioral Sciences 33(2012) Pages.109-113, διαθέσιμο σε <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042812001012>
17. Spitzer W. et al (1981) Measuring the quality of life of cancer patients: A concise QL-Index for use by physicians, Journal of Chronic Diseases, Volume 34, Issue 12, 1981, Pages 585-597, Pubmed διαθέσιμο σε [//doi.org/10.1016/0021-9681\(81\)90058-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(81)90058-8)
18. Stringhini Silvia et al, “Socioeconomic status and 25×25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 17 million men and women” The Lancet, Article, Volume 389, Issue 10075, P.1229-1237, March 25, 2017 διαθέσιμο σε [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32380-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32380-7/fulltext)
19. Thomopoulou Ioanna et al, 2010, The differences at quality of life and loneliness between elderly people, Biology of Exercise, Volume 6.2., διαθέσιμο σε <http://doi.org/10.4127/jbe.2010.0037>
20. Tzung-jeng Hwang et al, 2020: 32:10, Loneliness and social isolation during the covid-19 pandemic, International Psychogeriatrics, 1217–1220 publish online by Cambridge University Press διαθέσιμο σε doi:10.1017/S1041610220000988

21. Voitsidis et al, 2020, Insomnia during the COVID-19 pandemic in a Greek population, National Library of Medicine, διαθέσιμο σε doi: 10.1016/j.psychres.2020.113076
22. Zajacova Anna et al, 2018, The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach. Annual Review of Public Health διαθέσιμο σε doi: 10.1146/annurev-publhealth-031816-044628

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

1. Δημητρόπουλος Χ. και συν., Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, Από την θεωρία στην Πράξη, διαθέσιμο σε https://www.iatrikionline.gr/Respiratory_49/5.pdf
2. Δήμος Αθηναίων, Λέσχες Φιλίας διαθέσιμο σε <https://www.cityofathens.gr/who/lesxeis-filias/>
3. ΕΛΣΤΑΤ, Απογραφή πληθυσμού-κατοίκων έτους 2021 διαθέσιμο σε <https://www.statistics.gr/documents/20181/17286366/FEK-2023-Tefkos-B-02802.pdf/cf59bd87-ddb9-84a2-d421-b08e89cb9542>
4. ΕΛΣΤΑΤ, Δελτίο Τύπου 27/2/2022, διαθέσιμο σε <https://www.statistics.gr/documents/20181/44d3d102-5456-c06a-ce9047a761783326>
5. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 27/1/2021 Βρυξέλλες, Πράσινη Βίβλος για την Γήρανση, Προώθηση της αλληλεγγύης και της υπευθυνότητας μεταξύ των γενεών, διαθέσιμο σε https://commission.europa.eu/system/files/2021-02/com_2021_50_f1_green_paper_el.pdf
6. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Ανακοίνωση σχετικά με τη διευκόλυνση του ψηφιακού μετασχηματισμού του τομέα της υγείας και της περίθαλψης στην ψηφιακή ενιαία αγορά, την ισχυροποίηση των πολιτών και την ανάπτυξη μιας υγιέστερης κοινωνίας, Βρυξέλλες, 25/4/2018 διαθέσιμο σε <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=COM:2018:233:FIN>
7. Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Ενεργός γήρανση, Τοπικές και Περιφερειακές λύσεις, Μάιος 2011:17 διαθέσιμο σε <https://cor.europa.eu/en/engage/studies/Documents/Active-ageing-local-and-regional-solutions/EL.pdf>
8. Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα DAPHNE III (2010), Ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα και

- βοήθεια διαθέσιμο σε https://www.age-platform.eu/sites/default/files/European%20Charter_EL.pdf
9. Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, 14/1/2011, Απόφαση αριθ. 940/2011/EK σχετικά με το Ευρωπαϊκό Έτος Ενεργού Γήρανσης και Αλληλεγγύης μεταξύ των Γενεών (2012), Επίσημη Εφημερίδα αριθ. L 246 της 23/09/2011 (σ. 0005–0010) διαθέσιμο σε <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011D0940&from=EN>
 10. Ζουριδάκη Φ., 20/12/2021, Envinow « Η συμβολή του περιβάλλοντος στην υγεία και την ευημερία των ανθρώπων» διαθέσιμο σε <https://www.envinow.gr/post/i-symvoli-tou-perivallontos-stin-ygeia-kai-tin-evimeria-ton-anthropon>
 11. Θεοδωροπούλου Ε. και συν, (12/2012) Μέθοδοι εκτίμησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαθέσιμο σε https://www.researchgate.net/profile/Eleni-Theodoropoulou/publication/248432753_Methods_of_Health-Related_Quality_of_Life_assessment/links/00b7d51dff96d77b41000000/Methods-of-Health-Related-Quality-of-Life-assessment.pdf
 12. Καθημερινή, 31/5/2019, Έρευνα: Η επαφή με τη φύση στην παιδική ηλικία οδηγεί σε καλύτερη ψυχική υγεία στην ενήλικη ζωή, διαθέσιμο σε <https://www.kathimerini.gr/life/health/1026783/ereyna-i-epafi-me-ti-fysi-stin-paidiki-ilikia-odigei-se-kalyteri-psychiki-ygeia-stin-eniliki-zoi/>
 13. Κοινωνία της Πληροφορίας, Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής (ΕΔΙΤ), 15/09/2022, διαθέσιμο σε: <https://www.ktpae.gr/erga/%CE%B5%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CE%B4%CE%AF%CE%BA%CF%84%CF%85%CE%BF-%CF%84%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CF%8A%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%CE%B5%CE%B4%CE%B9%CF%84/>
 14. Οικονομικός Ταχυδρόμος, 16/11/2022, Καρκίνος: 1 εκατ. «χαμένες» διαγνώσεις εν μέσω πανδημίας, διαθέσιμο σε <https://www.ot.gr/2022/11/16/plus/health/karkinos-1-ekat-xamenes-diagnoseis-en-meso-pandimias/>
 15. Παγκόσμια Ημέρα Ηλικιωμένων (ψήφισμα 45/106), 14/12/1990 Γενική Συνέλευση ΟΗΕ διαθέσιμο σε <https://digitallibrary.un.org/record/105602>
 16. Πρόγραμμα «Η ΕΕ για την υγεία» (EU4Health) 2021-2027 Ένα όραμα για μια υγιέστερη Ευρωπαϊκή Ένωση διαθέσιμο σε https://health.ec.europa.eu/funding/eu4health-programme-2021-2027-vision-healthier-european-union_el.

17. Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης, Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) διαθέσιμο σε <https://ypergasias.gov.gr/koinoniki-allilengyi/ilikiomenoi/>
18. Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2000/ C 364/01, διαθέσιμο σε : https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf
19. Ψηφιακή Ενδυνάμωση Ηλικιωμένων, 3η ε-λικία, 2022-2023 διαθέσιμο σε <https://www.act.nationaldigitalacademy.gov.gr/3elikia-2/>
20. Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 7ης Σεπτεμβρίου 2010 σχετικά με το ρόλο των γυναικών σε μια γηράσκουσα κοινωνία (2009/2205(INI)) (2011/C 308 E/08) διαθέσιμο σε <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:308E:0049:0055:EL:PDF>
21. Bower, M. & D. Sturman, (2015) What are the educational affordances of wearable technologies? *Computers & Education*, 88: 343-353 διαθέσιμο σε doi: 10.1016/j.compedu.2015.07.013
22. Gov.gr, Περίθαλψη χρονίως πασχόντων, 7/7/2022 διαθέσιμο σε <https://www.gov.gr/sdg/healthcare/moving-to-residential-care-home/residential-care-homes/health-care-of-chronically-ill-persons>
23. Helping.gr, Πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι" διαθέσιμο σε <https://www.helping.gr/16D7700F.el.aspx>
24. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 8 Billion people: 10 facts on the world's population, 15/12/2022 διαθέσιμο σε <https://unric.org/en/8-billion-people-10-facts-on-the-worlds-population/>
25. United Nations, World Population Day, Message from UN Secretary General, Antonio Guterres, 11/7/2019 διαθέσιμο σε <https://unric.org/el/11-%CE%B9%CE%BF%CF%85%CE%BB%CE%AF%CE%BF%CF%85-2019-%CF%80%CE%B1%CE%B3%CE%BA%CF%8C%CF%83%CE%BC%CE%B9%CE%B1-%CE%B7%CE%BC%CE%AD%CF%81%CE%B1-%CF%80%CE%BB%CE%B7%CE%B8%CF%85%CF%83%CE%BC%CE%BF%CF%8D/>
26. United Nations, World Population Prospects 2022: Summary of Results διαθέσιμο σε <https://www.un.org/development/desa/pd/content/World-Population-Prospects-2022>
27. Karnofski Performance Scale διαθέσιμο σε http://www.npcrc.org/files/news/karnofsky_performance_scale.pdf

28. World Health Organization, Geneva (1979), Who handbook for reporting results of cancer treatment page 7 διαθέσιμο σε https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37200/WHO_OFFSET_48.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. World Health Organization, 17/12/2020, WHO launches Baseline report for Decade of Healthy Ageing, Departmental news, διαθέσιμο σε <https://www.who.int/news/item/17-12-2020-who-launches-baseline-report-for-decade-of-healthy-ageing>
30. World Health Organization, 2021-2031, Who's work on the UN Decade of Healthy Ageing, διαθέσιμο σε <https://www.who.int/ageing/decade-of-healthy-ageing>
31. World Health Organization, June 2020, COVID-19 significantly impacts health services for non-communicable diseases διαθέσιμο σε <https://www.who.int/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-diseases>
32. Yukako Tani, 2015, Nov;44(6):1019-1026, Oxford Journals, Age and Ageing: Eating alone and depression in older men and women by cohabitation status: The JAGES longitudinal survey, National Library of Medicine (NIH) διαθέσιμο σε <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4621239/>