



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ  
ΣΧΟΛΗ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στη βελτίωση  
της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων»**

ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΕΣ: ΓΑΛΑΝΗ ΕΥΓΕΝΙΑ  
ΜΠΕΣΣΗ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ  
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2020

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....</b>	<b>3</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ, ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ.....</b>	<b>4</b>
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT, KEYWORDS.....</b>	<b>6</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>7</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b>	
<b>ΓΗΡΑΣ - ΓΗΡΑΝΣΗ</b>	
<b>1.1. Γήρας – Γήρανση .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2. Ανάγκες των ηλικιωμένων.....</b>	<b>9</b>
<b>1.3. Δικαιώματα των ηλικιωμένων.....</b>	<b>12</b>
<b>1.4. Επιδημιολογικά δεδομένα γήρανσης του πληθυσμού.....</b>	<b>14</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b>	
<b>ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ</b>	
<b>2.1. Σύστημα υγείας.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2. Δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.....</b>	<b>18</b>
<b>2.3. Δημόσιες Δομές εξυπηρέτησης Ηλικιωμένων στην Ελλάδα.....</b>	<b>22</b>
<b>2.3.1. Λέσχες Φιλίας.....</b>	<b>23</b>
<b>2.3.2. Κ.Α.Π.Η.....</b>	<b>23</b>
<b>2.3.3. Βοήθεια στο σπίτι.....</b>	<b>24</b>
<b>2.3.4. Κ.Η.Φ.Η.....</b>	<b>25</b>
<b>2.4. Ιδιωτικές δομές εξυπηρέτησης Ηλικιωμένων στην Ελλάδα.....</b>	<b>26</b>
<b>2.5. Θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των Μ.Φ.Η. στην Ελλάδα.....</b>	<b>27</b>
<b>2.6. Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων.....</b>	<b>28</b>
<b>2.7. Προσφορά του Κλάδου.....</b>	<b>29</b>
<b>2.8.Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στις δομές πρωτοβάθμιας υγείας.....</b>	<b>29</b>
<b>2.9. Ανισότητες στην υγεία.....</b>	<b>30</b>
<b>2.10.Κοινωνικές ανισότητες και δυσκολία στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.....</b>	<b>31</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b>	

## **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

**3.1. Ποιότητα φροντίδας και ικανοποίηση ασθενών.....34**

**3.2. Χρησιμότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.....37**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>**

#### **ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**

**4.1. Ιστορική αναδρομή.....39**

**4.2. Κοινοτικός ασθενής.....40**

**4.3. Υγειονομική φροντίδα στην κοινότητα.....43**

**4.4. Νοσηλευτική αξιολόγηση των κοινοτικών ασθενών.....44**

**4.5. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή.....46**

**4.6.Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.....51**

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....58**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....59**

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον καθηγητή μας, κ. Νικόλαο Στεφανόπουλο για την εμπιστοσύνη και την βοήθεια που μας παρείχε κατά την εκπόνηση της εργασίας μας. Για εμάς έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο οι συμβουλές που μας έδινε καθώς επίσης και για το ευχάριστο κλίμα που δημιούργησε. Επίσης, θα θέλαμε να τον ευχαριστήσουμε για την δυνατότητα που μας έδωσε να αναφερθούμε σε ένα θέμα που αφορά μια αρκετά ευαίσθητη ομάδα, ευαισθητοποιώντας τους αναγνώστες μας, αλλά και εμάς. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας για την στήριξη που μας παρείχαν όλο αυτό το διάστημα, κάτι πολύ σημαντικό για εμάς.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη που διεξήχθη κατά το ακαδημαϊκό έτος 2019 - 2020 μέσα στα πλαίσια πτυχιακής εργασίας μας με θέμα «Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων» .

Σκοπός ήταν η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στην Ελλάδα καθώς και τον ρόλο που διαδραματίζει ο κοινοτικός νοσηλευτής στην διατήρηση ή στην βελτίωση αυτής.

Στόχος της εργασίας μας αποτέλεσε η ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με την διαβίωση και την ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας, μια ιδιαίτερα ευαίσθητης ομάδας.

Για την συγγραφή της εργασίας λήφθηκαν υπόψιν επιστημονικές έρευνες, συγγράμματα καθώς επίσης συλλέχθηκαν πληροφορίες από επιστημονικά άρθρα και περιοδικά.

Η εργασία πραγματεύεται την ποιότητα διαβίωσης των ηλικιωμένων ατόμων στην χώρα μας, την κοινωνική τους θέση και πως αυτή μπορεί να έχει θετική ή αρνητική επίδραση στην υγεία τους καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισης τους. Επιπλέον μελετά τον ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή στη ζωή του ηλικιωμένου με βάση τα μέσα που έχει διαθέσιμα από το σύστημα υγείας της χώρας μας.

## ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Ηλικιωμένοι, ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, κοινοτικός νοσηλευτής, κοινοτική νοσηλευτική στην Ελλάδα, κοινωνικός αποκλεισμός ηλικιωμένων

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων στην Ελλάδα είναι ένα ζήτημα θα λέγαμε αρκετά παραγκωνισμένο από το κράτος, το σύστημα υγείας αλλά και την κοινωνία ακόμη. Ένα άτομο της τρίτης ηλικίας στη χώρα μας πέρα από ένα "κουρασμένο" και ανεπαρκές σύστημα υγείας που τις περισσότερες φορές δεν μπορεί να του προσφέρει επαρκώς όσα έχει ανάγκη, βρίσκεται αντιμέτωπος με ένα κοινωνικό μοτίβο που με ευκολία τον παραβλέπει και ταυτόχρονα του αφαιρεί τον ρόλο που μέχρι πρότινος κατείχε. Τον περιθωριοποιεί και τον περιορίζει στα στενά όρια του σπιτιού. Με λίγα λόγια τον "μαραζώνει". Ο κοινοτικός νοσηλευτής από την άλλη που πρόσφατα άρχισε να κάνει τα πρώτα του βήματα στην Ελληνική κοινωνία, καθώς αποτελούσε στοιχείο άγνωστο για το Ελληνικό σύστημα υγείας και την Ελληνική κοινωνία, δεν διαθέτει ακόμη όσα μέσα του είναι απαραίτητα ώστε να βοηθήσει ουσιαστικά τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

## **ABSTRACT**

The present study conducted during the academic year 2019 - 2020 within the framework of our dissertation on "The role of the community nurse in the quality of life of the elderly." The purpose was to investigate the quality of life of the elderly in Greece as well as the role that the community nurse plays in maintaining or improving it.

The aim of our work was to raise public awareness about the living and quality of life of the elderly, a very sensitive group. Scientific research, books, as well as information collected from scientific articles and journals were taken into account for the writing of the work. The work deals with the quality of life of older people in our country, their social status and how this can have a positive or negative impact on their health and how to deal with them. In addition, it studies the role of the community nurse in the life of the elderly based on the means available from the health system of our country.

## **KEYWORDS**

Elderly, quality of life of the elderly, community nurse, community nursing in Greece, social exclusion of the elderly

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στην Ελλάδα είναι ένας τομέας που θα λέγαμε αναμφίβολα πως βάλλεται καθώς η ανεπάρκεια του συστήματος υγείας της χώρας μας δεν επιτρέπει τον σχεδιασμό και την εκπλήρωση ενός σχεδίου σωστής διαχείρισης των ηλικιωμένων. Ταυτόχρονα δεν έχει αναπτυχθεί ο τομέας της κοινοτικής νοσηλευτικής ώστε να μπορούν να βοηθηθούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Στόχος της πτυχιακής μας εργασίας είναι η διερεύνηση των συνθηκών διαβίωσης των ηλικιωμένων στην Ελλάδα με την ταυτόχρονη κατακόρυφη αύξηση αυτής της ηλικιακής ομάδας και οι δυνατότητες των κοινοτικών νοσηλευτών.

Στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας μας δίνεται ο ορισμός του γήρατος , ενώ αναφέρονται οι ανάγκες και τα δικαιώματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας . Ύστερα παρατίθενται μερικά επιδημιολογικά στοιχεία σχετικά με την γήρανση στην Ελλάδα αλλά και στην Ευρώπη

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται το σύστημα υγείας στην Ελλάδα καθώς και οι δομές που διατίθενται για την εξυπηρέτηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας, Επιπλέον αναφέρεται ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας και οι ανισότητες τον τομέα της υγείας.

Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας μας, αναφέρεται η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών καθώς και η χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων.

Συνεχίζοντας στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται μία ιστορική αναδρομή και ταυτόχρονα επεξήγηση του ρόλου του κοινοτικού νοσηλευτή και πως αυτός μπορεί να επιδράσει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου.

Ακολουθούν τα συμπεράσματα της εργασίας μας και τέλος η βιβλιογραφία.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΓΗΡΑΣ - ΓΗΡΑΝΣΗ

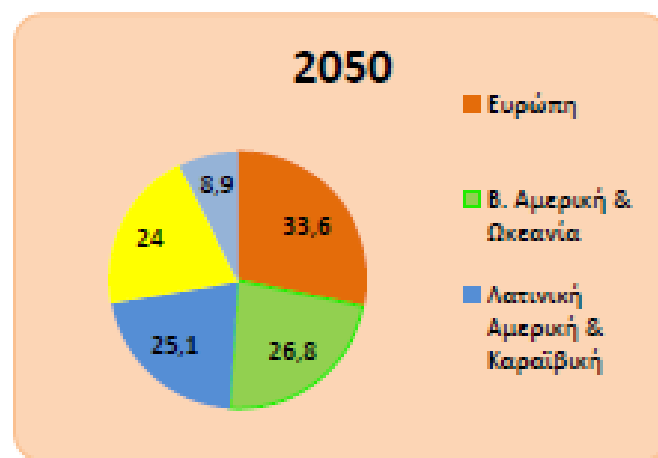
#### 1.1. Γήρας – Γήρανση

Ο Beers, (2007, στο merck Manual) , αναφέρει, ότι *«γήρας είναι η διαδικασία της γήρανσης, δηλαδή η εξέλιξη εκφύλισης των κυττάρων και του ενδιάμεσου ιστού, με σταδιακή μείωση της ικανότητας κυτταρικού πολλαπλασιασμού, που οδηγεί τον οργανισμό στο θάνατο».*

*«Γήρανση είναι η διαδικασία της συνεχούς βιολογικής μεταβολής του οργανισμού. Αυτή η μεταβολή, αρχικά, οδηγεί στην ωρίμανση κι έπειτα στην εκφύλιση ιστών και οργάνων. Το αποτέλεσμα είναι προοδευτικά υγιείς ενήλικες να μετατρέπονται σε λιγότερο υγιή άτομα με*

αυξημένη ευπάθεια στη βλάβη, την ασθένεια και το θάνατο. Η γήρανση χαρακτηρίζεται από αδυναμία στο να επιτευχθεί ομοιόσταση κάτω από συνθήκες φυσιολογικού στρες (Merk Manual, 2007)».

Σύμφωνα με τον Fillit et al., (2010), ο προσδιορισμός της τρίτης και της τέταρτης ηλικίας τέθηκε λόγω της ανάγκης για συνταξιοδότηση και περιλαμβάνει την ηλικία πάνω από 60 ή 65 ετών και πάνω και της τέταρτης από 80 ή 85 ετών και πάνω. Επίσης, από αυτές τις ηλικίες αρχίζουν οι μεγάλες και αυξημένες επιπτώσεις στην υγεία αυτών των ατόμων. Με βάση την αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ηλικιωμένων με τον συνολικό πληθυσμό αναμένεται μέχρι το 2050 μεγάλη δημογραφική μεταβολή σε σχέση με το παρελθόν (Εικόνα 1.) (Field, 2012).



**Εικόνα 1. Παγκόσμια αύξηση των ηλικιωμένων μέχρι το 2050**

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα του κοινωνικού συνόλου που τα τελευταία χρόνια αποτελεί πόλο έλξης από τους επιστήμονες λόγω της συνεχιζόμενης αύξησής τους. Το σύστημα υγείας και η κοινωνική πρόνοια προσπαθούν μέσα από προγράμματα υγείας να διατηρήσουν τους ηλικιωμένους σε καλή φυσική κατάσταση και να τους ενθαρρύνουν να συμμετέχουν σε οικονομικές, κοινωνικές, πνευματικές εκδηλώσεις κερδίζοντας την εμπιστοσύνη τους και βελτιώνοντας το κοινωνικό κεφάλαιο (Social Capital 2014).

Το κράτος προσπαθεί να παράγει τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας που θα απορροφηθούν από τους ηλικιωμένους ώστε με τα οφέλη χρήσης τους να αναβαθμισθούν, να συντονιστούν ως πληθυσμιακή ομάδα (WHO, 2000).

Οι υπηρεσίες υγείας αποβλέπουν μέσα από την πρόληψη να οδηγηθούν σε σωματική πνευματική και ψυχική ευεξία και να αντιμετωπίσουν χρόνια νοσήματα, των οποίων η θεραπεία είναι δύσκολη, μακροχρόνια και επιζήμια. Η πρόληψη μπορεί να είναι πρωτογενής

δευτερογενής και τριτογενής .Στην πρωτογενή πρόληψη συμπεριλαμβάνονται προγράμματα διακοπής καπνίσματος, ενημέρωση για τα οφέλη της υγιεινής διατροφής και της σωματικής άσκησης. Στην δευτερογενή προγράμματα για πρόωμη διάγνωση νόσου όπως η μαστογραφία, κολonosκόπηση, ΠΑΠ τεστ και PSA) ή τριτογενής αποφυγή επιπλοκών σε μια εγκατεστημένη νόσο (κίνηση και φροντίδα ενυδάτωση δέρματος για αποφυγή κατακλίσεων (Ιωαννίδη & συν., 1999).

Ιδιαίτερα, προβληματίζει η προοπτική της αυξημένης ζήτησης ακριβών υπηρεσιών υγείας και παροχής συντάξεων σε πλήθος ανενεργών ηλικιωμένων πολιτών με σκοπό την κοινωνική ευημερία. Παρόλο που οι ανθρώπινες ανάγκες καλύπτονται, τα προβλήματα επιλύονται οι κοινωνικές ευκαιρίες αυξάνονται το κράτος πρόνοια προσπαθεί να ικανοποιήσει τις ανάγκες των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και να διατηρήσει την κοινωνική ισορροπία (Σταύρου & Βουτυρά, 1980).

## **1.2. Ανάγκες των ηλικιωμένων**

Στους ηλικιωμένους οι βιολογικές μεταβολές είναι το κύριο χαρακτηριστικό τους και είναι μη αναστρέψιμες. Επίσης, και μεταξύ των ηλικιωμένων υπάρχουν έντονες διαφορές κατά την οικονομική και κοινωνική τους θέση αλλά και τη φυσική (χρόνιες ή σοβαρές ασθένειες), δημογραφική ( τρίτη και τέταρτη ηλικία) και οικογενειακή τους κατάσταση (χήροι-ες, ζευγάρια, συμβιώνοντας με παιδιά ή μη συμβιώνοντας κ.λπ.). Το ίδιο σημαντικές είναι και οι διαφορές μεταξύ των φύλων, αφού η θέση των γυναικών είναι δυσχερέστερη από οικονομικής άποψης. Ουσιώδεις διαφορές συνιστούν και τα γεωμορφολογικά (π.χ. ορεινές, πεδινές) και άρα και παραγωγικά χαρακτηριστικά των κοινοτήτων (Filliti et al., 2010)».

«Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι ιδιαίτερα διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη από (Filliti et al., 2010) :

- αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια επομένως εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς "φιλανθρωπία".
- Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Σεβασμό της ελευθερίας τους, δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό. Αυτοσεβασμό και αυτονομία. Αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι, ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων. Όχι στην απομόνωση και στην απόρριψη από την οικογένεια και την κοινότητα.
- Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητα τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειας τους.
- Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες.
- Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια στην κίνησή τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα π.χ. μπαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο.
- Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή/ και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.
- Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα.
- Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή/ και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.
- Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα».

«Η άποψη, ότι οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη. Αυτό όμως δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν εξ αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται

από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη. Μερικά παραδείγματα: οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί για ορισμένες εργασίες στην κατοικία τους, όπως το βάψιμο και μερικές μικροεπισκευές τις οποίες οι νεότεροι κάνουν μόνοι τους. Πρέπει να πληρώσουν άλλους για να κάνουν αυτές τις δουλειές. Αρκετοί αγρότες δεν μπορούν να ασχοληθούν με τον κήπο τους, να καλλιεργήσουν φρούτα και λαχανικά για αυτοκατανάλωσή τους. Η περιορισμένη κινητικότητα μερικών καθιστά τη ζωή τους πιο ακριβή, για να μη ζουν κλεισμένοι στο σπίτι τους πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να δαπανούν για ταξί, τηλέφωνο και συγκεντρώσεις φίλων που οργανώνουν στο δικό τους χώρο. Λίγα χρόνια μετά τη συνταξιοδότηση οι ηλικιωμένοι διαπιστώνουν ότι τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά που διαθέτουν χρειάζονται επισκευή ή αλλαγή. Όσοι έχουν χαμηλότερα εισοδήματα θίγονται περισσότερο, διότι συνήθως αγοράζουν είδη πιο φθηνά επομένως χειρότερης ποιότητας. Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης. Με τις χαμηλές συντάξεις που λαμβάνουν πολλοί συνταξιούχοι, είναι δύσκολο να αποταμιεύουν ώστε να αγοράζουν νέα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, ρούχα και παπούτσια. Οι υπερήλικες ζουν πιο συχνά μόνοι σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους. Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο. Πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα άτομο και για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί (Field, 2012)».

### **1.3. Δικαιώματα των ηλικιωμένων**

Οι ηλικιωμένοι, όπως και όλοι οι πολίτες έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις που αναφέρονται σε κείμενα του ΟΗΕ της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλων διεθνών οργανισμών, οργανώσεων ηλικιωμένων και στη νομοθεσία κάθε χώρας. Από όλα τα κείμενα προκύπτει ότι οι ηλικιωμένοι δεν διαφέρουν από τους άλλους πολίτες και ότι ακόμα και οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι μπορούν να εξακολουθήσουν να ασκούν τα δικαιώματα τους και τις ελευθερίες τους ως πολίτες.

Στο Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε. (C364/1.18-12-2002) το άρθρο 25 αναφέρεται στα Δικαιώματα των Ηλικιωμένων και γράφει: «Η Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται το δικαίωμα των ηλικιωμένων προσώπων να διάγουν μία αξιοπρεπή και ανεξάρτητη

ζωή και να συμμετέχουν στον κοινωνικό και πολιτιστικό βίο». Η Ε.Ε. αναγνωρίζει και σέβεται τα δικαιώματα των ηλικιωμένων ανθρώπων, οι οποίοι είναι πιθανότερο να βασιστούν σε άλλους για φροντίδα.

Στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού προγράμματος ΔΑΦΝΗ ΙΙΙ-EUSTACIA , η 50+ Ελλάς μαζί με μία ομάδα εταιρών από 9 Ευρωπαϊκές χώρες και με την επίβλεψη του Age ανέπτυξαν τον Ευρωπαϊκό Χάρτη «δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρειάζονται βοήθεια και μακροχρόνια φροντίδα» που δημοσιεύτηκε τον Νοέμβριο του 2010. Μεταξύ άλλων αναφέρει ότι «Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι απαραβίαστη. Η ηλικία και η εξάρτηση από άλλους δεν μπορούν να δικαιολογούν τον περιορισμό του αναφαίρετου ανθρώπινου δικαιώματος στην πολιτική ελευθερία, όπως αυτό κατοχυρώνεται από τα διεθνή πρότυπα και διαφυλάσσεται στους δημοκρατικούς θεσμούς. Όλοι και όλες, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία ή τον βαθμό εξάρτησης, οφείλουν να απολαμβάνουν αυτά τα δικαιώματα και αυτές τις ελευθερίες, καθώς και να διαφυλάσσουν τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματά τους».

Σκοπός είναι η δημιουργία κοινού σημείου αναφοράς και διαλόγου επιδιώκοντας την χρησιμοποίηση και αξιοποίηση του από όλα τα Κράτη Μέλη τα οποία οφείλουν να αναπτύξουν πολιτικές προάσπισης των συγκεκριμένων δικαιωμάτων. Απευθύνεται σε:

- Στους άτυπους φροντιστές ηλικιωμένων που μπορεί να είναι, συγγενείς, φίλοι γείτονες, εθελοντές, μετανάστες που προσέχουν ηλικιωμένους
- Στους επαγγελματίες φροντιστές, κοινωνικούς φροντιστές και νοσηλευτές που είναι αμειβόμενοι σε δημόσιες ή ιδιωτικές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων ή νοσοκομεία ηλικιωμένων (nursing homes)
- Στις κοινωνικές υπηρεσίες όπως η κοινωνική υπηρεσία των Δήμων
- Στους παρόχους υπηρεσιών που είναι δημόσιοι, ιδιωτικοί, κερδοσκοπικοί και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και επιχειρήσεις όπως οι Μ.Φ.Η.
- Στους υπεύθυνους χάραξης πολιτικών σε τοπικό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο

Ο χάρτης αυτός επιχειρεί να ευαισθητοποιήσει το ευρύτερο κοινό και να γνωστοποιήσει στους ηλικιωμένους τα δικαιώματά τους. Δεν επιχειρεί να 24 αντικαταστήσει μέτρα που ήδη λαμβάνονται στα Κράτη Μέλη, αλλά προσπαθεί να τα συμπληρώσει και να τα υποστηρίξει. Σκοπός του είναι η ευημερία και η αξιοπρέπεια των εξαρτημένων ηλικιωμένων ατόμων, είναι οι ηλικιωμένοι, να αποκτήσουν φωνή και να διασφαλίσουν ότι θα ακούγονται από ολόκληρη την κοινωνία. Τα άρθρα αναφέρονται στα εξής:

- Άρθρο1: Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, τη σωματική & πνευματική ευεξία, την ελευθερία & τν ασφάλεια
- Άρθρο 2: Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού,
- Άρθρο 3: Δικαίωμα στην προσωπική ζωή
- Άρθρο 4: Δικαίωμα σε εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας
- Άρθρο 5: Δικαίωμα σε εξατομικευμένες πληροφορίες, συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης
- Άρθρο 6: Δικαίωμα σε συνεχή επικοινωνία, κοινωνική συμμετοχή και πολιτιστικές δραστηριότητες
- Άρθρο 7: Δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης και την ελευθερία της σκέψης/συνείδησης: πεποιθήσεις, πολιτισμός και θρησκεία
- Άρθρο 8: Δικαίωμα στην παρηγορητική αγωγή και υποστήριξη, στον σεβασμό και την αξιοπρέπεια κατά τα τελευταία στάδια της ζωής και τον θάνατο
- Άρθρο 9: Δικαίωμα πρόσβασης σε ένδικα μέσα

#### **1.4. Επιδημιολογικά δεδομένα γήρανσης του πληθυσμού**

Δημογραφική γήρανση χαρακτηρίζεται η συνεχόμενη αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στον συνολικό πληθυσμό με ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των παιδιών (0 - 14 ετών) και, ενδεχομένως, της αναλογίας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας (15 - 64 ετών)

Καθώς τα τελευταία χρόνια μειώνονται τα ποσοστά γεννήσεων στην Ευρώπη ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής των πολιτών, αυτό έχει ως αποτέλεσμα την διαφοροποίηση της σύνθεσης της ηλικιακής πυραμίδας στη ΕΕ-28. Ίσως η κυριότερη αλλαγή θα είναι η δημιουργία ενός αρκετά γηραιότερου πληθυσμού, κάτι που παρατηρείται ήδη σε

αρκετές χώρες- μέλη της ΕΕ μεταξύ αυτών και η χώρα μας. Αυτό το φαινόμενο θα έχει ως συνέπεια τη μείωση της ηλικιακής ομάδας που εργάζεται στην ΕΕ και ταυτόχρονα την αύξηση του ποσοστού των συνταξιούχων. Το ποσοστό των ηλικιωμένων σε κάθε χώρα αναμένεται να μεγαλώσει σημαντικά μέσα στις επόμενες δεκαετίες, κάτι που θα προκαλέσει την επιβάρυνση των ατόμων που βρίσκονται σε ηλικία εργασίας καθώς είναι εκείνοι που καλούνται να καλύψουν τις δαπάνες που είναι απαραίτητες για την γήρανση του πληθυσμού. Στα κράτη μέλη της ΕΕ, το υψηλότερο ποσοστό νέων στον συνολικό πληθυσμό το 2018 παρατηρήθηκε στην Ιρλανδία (20,8 %), ενώ το χαμηλότερο ποσοστό καταγράφηκε στην Ιταλία (13,4 %) και στη Γερμανία (13,5 %). Όσον αφορά το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στον συνολικό πληθυσμό, η Ιταλία (22,6 %), και η Ελλάδα (21,8 %) είχαν τα υψηλότερα ποσοστά, ενώ η Ιρλανδία είχε το χαμηλότερο ποσοστό (13,8 %).

Population age structure by major age groups, 2008 and 2018  
(% of the total population)

	0–14 years old		15–64 years old		65 years old or over	
	2008	2018	2008	2018	2008	2018
<b>European Union - 28 countries (*)</b>	<b>15.8</b>	<b>15.6</b>	<b>67.2</b>	<b>64.7</b>	<b>17.1</b>	<b>19.7</b>
Belgium (*)	16.9	17.0	66.0	64.3	17.1	18.7
Bulgaria	13.1	14.2	69.1	64.8	17.8	21.0
Czechia	14.2	15.7	71.1	65.0	14.6	19.2
Denmark	18.4	16.6	66.1	64.1	15.6	19.3
Germany (*)	13.7	13.5	66.2	65.1	20.1	21.4
Estonia (*)	14.8	16.3	67.7	64.1	17.5	19.6
Ireland	20.4	20.8	68.9	65.3	10.8	13.8
Greece	14.6	14.4	66.8	63.8	18.7	21.8
Spain	14.6	15.0	68.9	65.9	16.4	19.2
France (*)	18.5	18.1	65.2	62.1	16.4	19.7
Croatia (*)	15.5	14.5	66.7	65.4	17.8	20.1
Italy	14.1	13.4	65.7	64.0	20.2	22.6
Cyprus	18.2	16.2	69.4	67.8	12.4	15.9
Latvia	14.0	15.8	68.4	64.2	17.6	20.1
Lithuania	15.5	15.0	67.5	65.4	17.0	19.6
Luxembourg (*)	18.2	16.1	67.8	69.6	14.0	14.3
Hungary (*)	15.0	14.5	68.8	66.5	16.2	18.9
Malta	16.1	13.9	70.0	67.2	13.9	18.8
Netherlands	17.9	16.1	67.4	65.1	14.7	18.9
Austria	15.4	14.4	67.5	66.9	17.1	18.7
Poland (*)	15.5	15.2	71.0	67.7	13.5	17.1
Portugal	15.6	13.8	66.7	64.6	17.7	21.5
Romania	16.3	15.6	68.2	66.2	15.4	18.2
Slovenia (*)	13.9	15.0	69.8	65.5	16.3	19.4
Slovakia	15.9	15.6	72.0	68.9	12.1	15.5
Finland	16.9	16.2	66.6	62.4	16.5	21.4
Sweden	16.8	17.7	65.7	62.4	17.5	19.8
United Kingdom	17.7	17.9	66.4	63.9	15.9	18.2
Iceland	20.9	19.3	67.6	66.6	11.5	14.1
Liechtenstein	16.8	14.7	70.9	67.8	12.4	17.5
Norway	19.2	17.7	66.2	65.3	14.6	16.9
Switzerland (*)	15.5	15.0	68.1	66.8	16.4	18.3
Montenegro	19.8	18.1	67.3	67.2	12.9	14.8
North Macedonia	18.5	16.5	70.1	69.8	11.4	13.7
Albania	24.1	17.7	65.9	68.8	10.0	13.6
Serbia (*)	15.4	14.4	67.3	65.7	17.2	19.9
Turkey	26.4	23.6	66.5	67.9	7.1	8.5

(\*) Break in time series in various years between 2008 and 2018

(\*) The population of unknown age is redistributed for calculating the age structure.

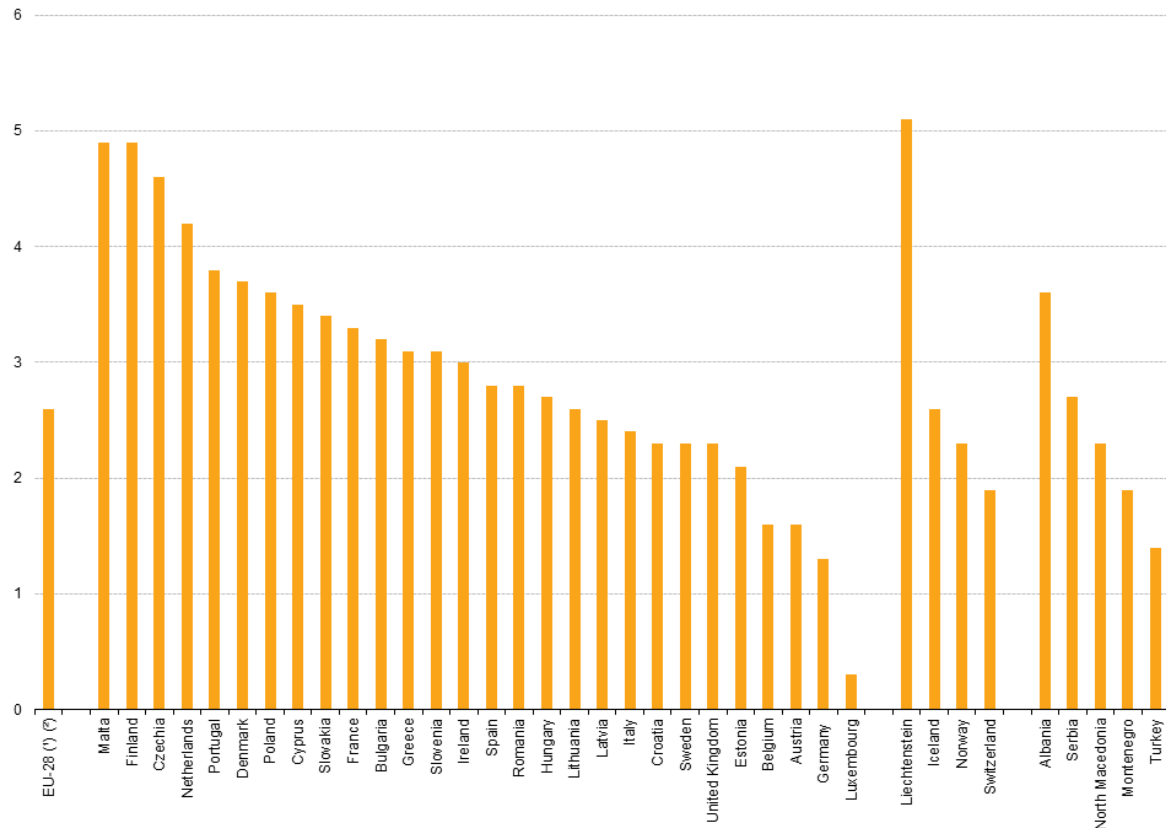
Source: Eurostat (online data code: demo\_pjanind)

Η πληθυσμιακή διάρθρωση της Ευρωπαϊκής Ζώνης Ελεύθερων Συναλλαγών (ΕΖΕΣ) και των υποψήφιων χωρών είναι παρόμοια με αυτή που παρατηρήθηκε στην ΕΕ. Εξαιρούνται η Τουρκία και η Ισλανδία στις οποίες φάνηκε πως το ποσοστό των νεαρότερων ατόμων είναι



υψηλό (23,6% και 19,3% αντίστοιχα), ενώ το ποσοστό των ατόμων από 65 ετών και άνω είναι χαμηλό (8,5% και 14,1% αντίστοιχα). Στην Αλβανία και στην Βόρεια Μακεδονία καταγράφεται επίσης ένα χαμηλό ποσοστό ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω (13,6 % και 13,7 %, αντίστοιχα). Πρέπει να τονίσουμε όμως πως και σε αυτές τις χώρες η τάση της γήρανσης του πληθυσμού είναι εμφανής.

**Increase in the share of the population aged 65 years or over between 2008 and 2018**  
(percentage points)



(\*) Break in time series in various years between 2008 and 2018.

(\*) Provisional.

Source: Eurostat (online data code: demo\_pjanind)

eurostat 

Η διάμεση ηλικία στην ΕΕ αυξήθηκε μέσα σε μία δεκαετία (2008 – 2018) κατά 2,7 έτη (κατά μέσο όρο 0,3 έτη κάθε χρόνο) από τα 40,4 σε 43,1 έτη. Η αύξηση αυτή έγινε σε όλες τις χώρες της ΕΕ κατά 4,0 έτη, ενώ σε κάποιες άλλες όπως Πορτογαλία, Ελλάδα, Ισπανία, Λιθουανία η αύξηση ήταν μεγαλύτερη. Η μοναδική χώρα - μέλος της ΕΕ στην οποία δεν υπήρξε κάποια μεταβολή είναι η Σουηδία όπου η διάμεση ηλικία παρέμεινε σταθερή στα 40,6 έτη. Η μεγαλύτερη αύξηση της διάμεσης ηλικίας τα τελευταία 10 έτη παρατηρήθηκε στην

Αλβανία. Η αύξηση ήταν της τάξης του 18,8% ή 5,7 έτη (από 30,4 έτη το 2008 σε 36,1 έτη το 2018)

Η Ελλάδα συμπεριλαμβάνεται στη λίστα των χωρών με τον πλέον γηρασμένο πληθυσμό καθώς οι πολίτες των οποίων η ηλικία είναι άνω των 65 ετών αντιπροσωπεύουν το 19% ενώ

το 2020 αναμένεται να ξεπεράσουν το 20% και το 2030 το 30% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης, το οποίο είναι κοινό σε όλες τις δυτικού τύπου χώρες, οφείλεται εν μέρη στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής των πολιτών, αλλά και στην ταυτόχρονη μείωση των γεννήσεων στην Ελλάδα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1. Σύστημα υγείας

«Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (2011), η πολιτική υγείας, είναι το σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, ενώ εξαρτάται τόσο από τις πολιτικές δομές και την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, όσο και από παραμέτρους όπως η προϋπάρχουσα γενικότερη κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής, οι ατομικές συνήθειες».

«Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκε σταδιακά στο χρόνο και επηρεάστηκε από την εξέλιξη της κοινωνίας και των ανθρωπίνων αξιών, της ιατρικής, της επιστήμης, της οικονομίας (Mossialos et al., 2005)».

«Το ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε βασισμένο σε μεγάλο βαθμό στην κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών μέσα από τα ασφαλιστικά ταμεία (Σουλιώτης, 2005)».

«Το σύστημα υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι ένα μικτό σύστημα δηλαδή κράτους και κοινωνικής ασφάλισης ταυτόχρονα, τύπου Beveridge και Bismark, και ο Έλληνας πολίτης έχει δωρεάν δημόσια περίθαλψη με μικρή συμμετοχή (Αντωνόπουλος, 2002)».

#### 2.2. Δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

«Τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι (Χλέτσος, 2017) :

μεικτό σύστημα

*ότι η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση*

*το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα*

*οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠΕ)*

*η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας*

*η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία*

*οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία*

*η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών».*

Σύμφωνα με τον Δικαίο (1999), στην αρχή το κεντρικό όργανο του ΕΣΥ (ΚΕ.Σ.Υ) είχε το ρόλο του ελέγχου στο σύστημα υγείας «λαϊκό όργανο ελέγχου».

Ο στόχος ήταν αφενός η διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής στην πολιτική για την υγεία και αφετέρου στη συνολική λήψη αποφάσεων. Έτσι το ΚΕ.Σ.Υ αποτέλεσε το κατεξοχήν αρμόδιο όργανο του υπουργείου σε θέματα δομής και λειτουργίας του συστήματος. Συγκροτήθηκε από μέλη – εκπροσώπους των επαγγελματιών υγείας, συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων, φορέων κοινωνικής ασφάλισης της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων της Πολιτείας (Αντωνοπούλου, 2008)».

Τα περιφερειακά όργανα του ΕΣΥ (ΠΕ.Σ.Υ), συστήθηκαν σύμφωνα με το άρθρο 3 του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ. Η Υγειονομική Περιφέρεια προβλεπόταν να αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας με τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία (περιφερειακά και νομαρχιακά)

Συγκεκριμένα, στο άρθρο 2 προβλεπόταν η έκδοση Προεδρικού Διατάγματος, με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), στο οποίο θα οριζόταν ο αριθμός των Υγειονομικών Περιφερειών, τα όρια και η έδρα τους. Επί πλέον, στα άρθρα 3 του εν λόγω νόμου προβλεπόταν ότι σε κάθε έδρα Υγειονομικής Περιφέρειας ιδρύεται ΠΕΣΥ, ως όργανο διοίκησής της, με αρμοδιότητες (Υπουργείο Υγείας, 2017) :

(α) γνωμοδοτικές σε θέματα προγραμματισμού,

(β) εποπτείας και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρεια και

(γ) παρακολούθησης της λειτουργικής απόδοσης του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο, καθώς και της εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό και το γενικό συντονισμό του ΚΕΣΥ, ενώ στο άρθρο 4 περιγραφόταν η συγκρότηση, η λειτουργία, τα όργανα και η εκπροσώπηση των ΠΕΣΥ (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Στην Ελλάδα, οι παρεχόμενες υπηρεσίες διακρίνονται σε αυτές της πρωτοβάθμιας – εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και της νοσοκομειακής (δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας) οι οποίες παρέχονται από τις αντίστοιχες μονάδες υγείας του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα .

*«Η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), θα λειτουργούν οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ) ενώ στο δεύτερο επίπεδο τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες ΠΦΥ. Η συνεργασία με τις υπόλοιπες μονάδες του Τομέα ΠΦΥ (peer to peer), καθιστά δυνατή την επιστημονική αντιμετώπιση των θεμάτων υγείας του πληθυσμού τους και αναπτύσσει έμμεσα τον αυτοέλεγχο. Κάθε ΤοΜΥ διαρθρώνεται δορυφορικά γύρω από το Κέντρο Υγείας του Τομέα ΠΦΥ, από το οποίο και εποπτεύεται. Ο πληθυσμός ευθύνης ανέρχεται σε περίπου 10.000 – 12.000 κατοίκους. Το Δίκτυο αυτό, με την αποκέντρωση των δομών και την εγγύτητα στον λήπτη υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζει άμεσα τις ανισότητες στην πρόσβαση και τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού. Διοικητικά οι ΤοΜΥ θα υπάγονται απευθείας στις Υγειονομικές Περιφέρειες. Με τον τρόπο αυτό θα γίνει έμμεσα και η αποκέντρωση στην δευτεροβάθμια περίθαλψη γιατί τα περιστατικά πρώτα θα περνάν από την ΠΦΥ και στην συνέχεια αυτά που θα έχουν ανάγκη περίθαλψης θα φθάνουν στα νοσοκομεία (Υπουργείο Υγείας, 2017)».*

*«Οι ΤοΜΥ (Τοπικές Μονάδες Υγείας) είναι Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που στελεχώνονται από μια ολιγομελή διεπιστημονική ομάδα υγείας. Οι μονάδες αυτές θα αποτελούν το νέο “κύτταρο” του ΕΣΥ, γύρω από τις οποίες θα οργανωθεί εκ νέου ολόκληρο το δημόσιο σύστημα υγείας. Βασική αποστολή τους θα είναι η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στον πληθυσμό ευθύνης τους (10.000 – 12.000 άτομα) (Υπουργείο Υγείας, 2017)».*

*«Σύμφωνα με τα νομοθετήματα και τις ενέργειες που έγιναν κατά το χρονικό διάστημα 2009 έως και 2018, κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, όσον αφορά την υγεία ισχύουν τα παρακάτω(Υπουργείο Υγείας, 2017) :*

*Το 2011 δημιουργείται ο ΕΟΠΥΥ, ο οποίος προκύπτει από τη συνένωση εννέα μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων (ΟΠΑΔ, ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΝΑΤ, ΤΥΔΚΥ, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΕΤΑΑ, ΕΤΑΠ-*

*MME) για να προσφέρει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας στο μέγιστο αριθμό του πληθυσμού. Ο ΕΟΠΥΥ απορρόφησε τις υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ και λειτουργεί ταυτόχρονα ως αγοραστής και ως πάροχος υπηρεσιών υγείας. Έχει τους δικούς του γιατρούς, αλλά συνεργάζεται και με άλλους γιατρούς που αμείβονται από τον ΕΟΠΥΥ.*

*Το 2014 ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ αλλάζει φυσιογνωμία, κατόπιν απαίτησης της Τρόικας και παραμένει μόνο αγοραστής υπηρεσιών υγείας, τόσο από το δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Η αλλαγή αυτή της φυσιογνωμίας και του ρόλου του ΕΟΠΥΥ δείχνει την αλλαγή του τρόπου λειτουργίας στην αγορά των υπηρεσιών υγείας και αναβαθμίζει σε μεγάλο βαθμό το ρόλο του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος σταδιακά επιχειρεί και διεκδικεί να υποκαταστήσει σε αρκετές περιπτώσεις το δημόσιο τομέα. Η αλλαγή του ρόλου του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστής των υπηρεσιών υγείας αποσκοπεί στη συγκέντρωση των πόρων σε ένα μόνο φορέα και την αύξηση αυτών, ώστε να γίνει ορθολογικότερη και πιο αποτελεσματική διαχείριση των δαπανών. Στην προσπάθεια αύξησης των εσόδων έγινε η θεσμοθέτηση του clawback, όπου καθορίζεται η ανώτατη μηνιαία δαπάνη του ΕΟΠΥΥ για τους ιδιώτες παρόχους υγείας, οι οποίοι θα πρέπει να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ το ποσό που ξεπερνά αυτό το ανώτατο ποσό. Επίσης, έγινε η θεσμοθέτηση του rebate, όπου γίνεται υποχρεωτική έκπτωση στο τιμολόγιο των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ιδιώτες παρόχους υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμακοποιών, με την αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Επιπλέον θεσμοθετήθηκε το health voucher, το οποίο χρηματοδοτείται από το ΕΣΠΑ και παρέχει τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε πρώην ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ που έχουν εισόδημα μικρότερο των δεκαπέντε χιλιάδων ευρώ ετησίως. Παρέχει, επίσης, τη δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης σε νοσοκομειακή και φαρμακευτική κάλυψη των ανασφάλιστων (Υπουργείο Υγείας, 2017)».*

Ο νέος φορέας με την ονομασία ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας) θα έχει μαζί του τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ καθώς και τα; Κέντρα Υγείας. Αφού η επί σειρά ετών άμεση πρόσβαση στα νοσοκομεία ακόμη και για μικρά περιστατικά ήταν εύκολη αλλά και ανεξέλεγκτη, η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας θα παρέχεται πλέον μετά την επίσκεψη και την παραπομπή του ασθενή από τον οικογενειακό γιατρό. Ο οικογενειακός γιατρός, ο οποίος παρέχει όλες τις βασικές υπηρεσίες υγείας και διασφαλίζει τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έχει τη δυνατότητα να προβεί σε ενέργειες, όπως να αναλαμβάνει τη διαχείριση των πλέον χρόνιων νοσημάτων, των εμβολιασμών, καθώς επίσης τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας και αποκατάστασης. Συμβουλεύει, καθοδηγεί τον ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας και επιμελείται την παραπομπή του στα άλλα επίπεδα

περίθαλψης. Τα καθήκοντα του οικογενειακού γιατρού μπορούν να ασκούν οι γιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής, παθολογίας και παιδιατρικής. Ο κάθε πολίτης-ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα να επιλέξει το δικό του οικογενειακό γιατρό, ο οποίος αποτελεί σημείο αναφοράς για τον κάθε ασθενή. Οι ανασφάλιστοι θα έχουν ακριβώς τα ίδια δικαιώματα με τους ασφαλισμένους, αφού θα έχουν και αυτοί την υποχρέωση επιλογής του οικογενειακού τους γιατρού, με τη διαφορά ότι δεν θα έχουν την ασφαλιστική κάλυψη σε παροχές υγείας. Οι ασφαλισμένοι των άλλων ταμείων δεν θα έχουν τον οικογενειακό τους γιατρό, αφού δεν εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ (Υπουργείο Υγείας, 2017).

Το ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε βασισμένο σε μεγάλο βαθμό στην κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών μέσα από τα ασφαλιστικά ταμεία (Χλέτσος, 2017).

Το σύστημα υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι ένα μικτό σύστημα δηλαδή κράτους και κοινωνικής ασφάλισης ταυτόχρονα, τύπου Beveridge και Bismark, και ο Έλληνας πολίτης έχει δωρεάν δημόσια περίθαλψη με μικρή συμμετοχή (Χλέτσος, 2017).

Οι κύριοι πόροι είναι η γενική φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες. Οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία ανέρχονται περίπου στο 43% του συνόλου των δαπανών για υγεία. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτές αμείβονται με μισθό, ενώ στην περίπτωση των εργαζομένων στα ασφαλιστικά Ταμεία, αυτοί πληρώνονται από το ίδιο το Ταμείο (Χλέτσος, 2017η).

### **2.3. Δημόσιες Δομές εξυπηρέτησης Ηλικιωμένων στην Ελλάδα**

*«Στην Ελλάδα οι ηλικιωμένοι εξυπηρετούνται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) όπως όλοι οι πολίτες και οι νοσοκομειακές υπηρεσίες τους παρέχονται από τα νοσοκομεία της χώρας και από κλινικές. Οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες παρέχονται από ιατρούς συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., από ιδιώτες ιατρούς ή από Κέντρα Υγείας. Λόγω της απουσίας κάποιου οργανισμού που να απασχολείται κεντρικά και συνολικά με τα προβλήματα των ηλικιωμένων, αναπτύχθηκαν τα τελευταία χρόνια διάφορα προγράμματα για Ηλικιωμένους*

όπως το «Βοήθεια στο σπίτι», τα Κ.Α.Π.Η. τα Κ.Η.Φ.Η. και οι Λέσχες Φιλίας (Χλέτσος, 2017)».

### **2.3.1. Λέσχες Φιλίας**

Οι Λέσχες Φιλίας είναι μια πρωτοβουλία του Δήμου Αθηναίων, που ξεκίνησε το 1985. Λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και γειτονιάς και προσφέρουν υπηρεσίες σε άτομα άνω των 60 ετών που είναι μόνιμοι κάτοικοι στο Δήμο Αθηναίων. Στόχος των Λεσχών Φιλίας είναι η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας και η προσαρμογή τους στις νέες συνθήκες ζωής, παρέχοντας ένα υποστηρικτικό περιβάλλον ιδιαίτερα σε άτομα που δεν έχουν οικογένεια για να τους φροντίσει ή έχουν περιορισμένα οικονομικά μέσα. Το προσωπικό που απαρτίζει τις λέσχες φιλίας είναι νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, βοηθητικό και τεχνικό προσωπικό. Είναι ανοικτά από Δευτέρα έως Παρασκευή από τις 8:00 το πρωί έως τις 8:00 το βράδυ. Το εβδομαδιαίο πρόγραμμα περιλαμβάνει δημιουργική απασχόληση, εργοθεραπεία, φυσιοθεραπεία, αυτοάμυνα. Παράλληλα διοργανώνονται εκδρομές, εκδηλώσεις ψυχαγωγικές, επισκέψεις σε μουσεία και πολιτιστικούς χώρους. Ο μέσος χρόνος παραμονής στην λέσχη είναι 3 έως 4 ώρες και τα εξυπηρετούμενα άτομα ανά λέσχη ημερησίως είναι από 50 έως 70. Υπάρχουν 25 Λέσχες κατανεμημένες στον Δήμο Αθηναίων (Χλέτσος, 2017).

### **2.3.2. Κ.Α.Π.Η.**

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) είναι δομές φροντίδας ατόμων τρίτης ηλικίας. Ενεργούν ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου-(Ν.Π.Δ.Δ.) διοικούνται από το Δημόσιο Δίκαιο και υπόκεινται στην άμεση επίβλεψη του Δήμων. Η λειτουργία τους ξεκίνησε το 1984 με νομοθετική πρωτοβουλία και χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Σήμερα σε όλη την χώρα λειτουργούν περισσότερα από 900 Κ.Α.Π.Η. (50 και Ελλάς). Οι υπηρεσίες τους απευθύνονται σε άτομα περιπατητικά, άνω από 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους και μπορούν να συμμετέχουν,



ανεξάρτητα από την κοινωνική ή την οικονομική τους κατάσταση. Συγκεντρώνονται σε συγκεκριμένο χώρο συγκεκριμένες ώρες, πρωινές (<http://old.50plus.gr/kapi>).

Σκοπός του Κ.Α.Π.Η. είναι να κρατηθεί ο ηλικιωμένος ως αυτόνομο, ισότιμο και ενεργό μέλος της κοινότητας, παραμένοντας στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας και της γειτονιάς. Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και ο σκοπός τους είναι (<http://old.50plus.gr/kapi>):

- Η πρωτογενής πρόληψη με εμβολιασμούς και συμβουλές
- *Η δευτερογενής πρόληψη με έγκαιρη διάγνωση μέσω εξετάσεων*
- *Η στήριξη των ηλικιωμένων σε κοινωνικά και ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν*
- *Η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου και των φορέων σχετικά με τις ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων*

*Οι υπηρεσίες, παροχές που προσφέρονται είναι(<http://old.50plus.gr/kapi>) :*

- *Πολιτιστικές εκδηλώσεις, εκδρομές, κατασκηνώσεις, θέατρο, συνεστιάσεις*
- *Ξεναγήσεις σε μουσεία, ιστορικούς και αρχαιολογικούς χώρους*
- *Φυσιοθεραπεία, εργοθεραπεία, κινησιοθεραπεία, χορός*
- *Οδηγίες για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη*
- *Συνταγογράφηση φαρμάκων και εξετάσεων*
- *Ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική*
- *Βοήθεια στο σπίτι όταν ο ηλικιωμένος δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί.*

### **2.3.3. Βοήθεια στο σπίτι**

Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που έχει ως στόχο την παροχή συστηματικής και οργανωμένης πρωτοβάθμιας Κοινωνικής Φροντίδας σε μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους κατ' οίκον (Χλέτσος, 2017)».

«Προτεραιότητα στην εξυπηρέτηση έχουν εκείνοι που ζουν μόνοι τους, δεν αυτοεξυπηρετούνται και χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα και το εισόδημα τους δεν τους επιτρέπει να έχουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης. Ξεκίνησε πιλοτικά τον

Σεπτέμβριο του 1996 στο Δήμο Περιστερίου, με την συνεργασία του Δήμου και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και μετά την επιτυχή εφαρμογή του, αποφασίστηκε η συνέχιση του προγράμματος και η επέκταση του και σε άλλους Δήμους. Άλλαξε πολλές φορές το όνομα και την μορφή του, άλλαζε τις προδιαγραφές ένταξης των ατόμων σε αυτό, κινδύνευσε συχνά να τιναχτεί στον αέρα και συνεχίζει να υφίσταται με μικρές παρατάσεις αμφίβολης αποτελεσματικότητας (Χλέτσος, 2017).

Η χρηματοδότηση του γινόταν από το Κράτος και από Ευρωπαϊκά προγράμματα, όπως το Ε.Σ.Π.Α. Να αναφερθεί, ότι σήμερα κύριοι πάροχοι του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», είναι Ν.Π.Ι.Δ. των Δήμων της χώρας και δεδομένων των οικονομικών συνθηκών αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης του προγράμματος, με μεγάλο αριθμό εργαζομένων σε αυτό να είναι απλήρωτος. Στα είκοσι περίπου χρόνια λειτουργίας του εξυπηρέτησε χιλιάδες ηλικιωμένους και προσέφερε σημαντική βοήθεια σε πολλές οικογένειες. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι το 2013 οι ωφελούμενοι ανάγονταν σε 80.000 άτομα (Χλέτσος, 2017).

#### **2.3.4. Κ.Η.Φ.Η.**

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) περίπου 55 στον αριθμό, είναι μονάδες ημερήσιας ή ολιγόωρης φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (με κινητικές δυσκολίες, άνοια κλπ.) και των οποίων το περιβάλλον που τα φροντίζει, εργάζεται ή αντιμετωπίζει κοινωνικά, οικονομικά ή προβλήματα υγείας, και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα του. Τα Κ.Η.Φ.Η. παρέχουν σε καθημερινή βάση σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους, οργανωμένη φροντίδα από νοσηλευτές, κοινωνικούς φροντιστές ή Επιμελητές Πρόνοιας, εθελοντές ή και άλλους φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας (Χλέτσος, 2017).

Σκοπός τους είναι «η παραμονή των ατόμων 3ης και 4ης ηλικίας στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο μέλος, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση

αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των άλλων μελών της οικογενείας.

Έντονες επικρίσεις έχουν ασκηθεί στα παραδοσιακά προνοιακά μοντέλα που στηρίζονται σε δωρεάν υπηρεσίες, λόγω των αδυναμιών που έχουν παρουσιάσει και που οφείλονται στην αναποτελεσματικότητα του Δημόσιου τομέα, την κακή οικονομική διαχείριση και την αδυναμία παροχής εξατομικευμένης φροντίδας (Αμίτσης, 2014). Η οικονομική ύφεση με τα υψηλά επίπεδα ανεργίας και οι δημογραφικές αλλαγές που έχουν συντελεστεί, απαιτούν εξατομικευμένες προσεγγίσεις, βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και δημοσιονομική εξυγίανση (Χλέτσος, 2017).

#### **2.4. Ιδιωτικές δομές εξυπηρέτησης Ηλικιωμένων στην Ελλάδα**

Οι Ιδιωτικές Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων προσφέρουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας κοινωνικής φροντίδας. Παρέχουν περίθαλψη και περιποίηση σε ηλικιωμένα άτομα που είτε μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, ή έχουν περιορισμένη αυτονομία ή δεν αυτοεξυπηρετούνται καθόλου και χρειάζονται συνεχή παρακολούθηση (νοσηλευτική ή και ιατρική). Η συναναστροφή των ηλικιωμένων με άλλα άτομα ίδιας ηλικίας, η συμμετοχή τους σε δραστηριότητες και εκδηλώσεις έχουν ως στόχο την διασφάλιση μιας αξιοπρεπούς διαβίωσης (<http://www.pemfi.gr/>).

Συνήθως η οικογένεια επιθυμεί να κρατήσει τον ηλικιωμένο άνθρωπο της στο σπίτι του και αυτό έχει μεγάλη αξία, εάν και εφόσον οι συνθήκες είναι κατάλληλες. Αυτό επιτυγχάνεται είτε με την ολιγόωρη απασχόληση κάποιου φροντιστή μέσα στην ημέρα, και αν δεν μπορεί να μείνει ο ηλικιωμένος καθόλου μόνος του, με μόνιμο εσωτερικό φροντιστή όλη την ημέρα (<http://www.pemfi.gr/>).

Το ερώτημα που συχνά τίθεται, είναι πότε έρχεται η στιγμή, το σημείο εκείνο που η οικογένεια πρέπει να πάρει την απόφαση, του να μεταφερθεί ο ηλικιωμένος σε μία Μ.Φ.Η.. Αυτό εξαρτάται από την κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου και τα προβλήματα που προκύπτουν από αυτό καθώς και από τη συχνότητα της ιατρικής παρακολούθησης που χρειάζεται. Συχνά η κοινωνική κριτική που ασκείται από το συγγενικό και οικείο περιβάλλον είναι αντίθετη, καθώς η εντύπωση που έχει διαμορφωθεί κατά το παρελθόν, για τις κλειστές

δομές είναι αρνητική. Στις πιο κλειστές επαρχιακές πόλεις, υπάρχουν ακόμα μεγαλύτερες αντιστάσεις στην πρόταση «διαμονή σε οίκο ευγηρίας», η οποία αποτελεί ακόμη περισσότερο ταμπού. Αυτός είναι και ένας από τους λόγους που δεν υπήρξε ιδιαίτερη ανάπτυξη Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων στην περιφέρεια, παρά μόνο στα αστικά κέντρα (<http://www.pemfi.gr/>).

## **2.5. Θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας των Μ.Φ.Η. στην Ελλάδα**

*«Το θεσμικό πλαίσιο για την ίδρυση και λειτουργία των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων κερδοσκοπικού χαρακτήρα καθορίζεται από τις διατάξεις των νόμων και των υπουργικών αποφάσεων που αναφέρονται στα παρακάτω Φύλλα Εφημερίδας της Κυβέρνησης: ΦΕΚ29 (23-2-1972), ΦΕΚ223 (12-12-1972), ΦΕΚ134 (18-5-1977), ΦΕΚ180(1-3-1978), ΦΕΚ55 (20-3-1979), ΦΕΚ204 (3-9-1979), ΦΕΚ922 (12-12-1979), ΦΕΚ455 (14-6-1996), ΦΕΚ833B (11-9-1996), ΦΕΚ1136 (6-7-2007), ΦΕΚ32(2-3-2011), ΦΕΚ38 (28-2-2012).*

Ορίζεται ότι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι οι μονάδες εκείνες που φροντίζουν ηλικιωμένα άτομα (αυτοεξυπηρετούμενα και μη) και εξασφαλίζουν υποχρεωτικά σε αυτά(<http://www.pemfi.gr/>) :

- Υγιεινή διαμονή, ασφαλή και άνετη διαβίωση,
- Υγιεινή και επαρκή διατροφή,
- Συνεχή φροντίδα και ατομική καθαριότητα,
- Τακτική ιατρική παρακολούθηση,
- Προσφορά και διευκόλυνση απασχόλησης, ψυχαγωγίας και ψυχολογικής βοήθειας,
- Παροχή υπηρεσιών φυσικοθεραπείας ή κινησιοθεραπείας,
- Δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων,
- Τον οφειλόμενο στην ανθρώπινη αξία σεβασμό και ενδιαφέρον, ανεξαρτήτως της σωματικής και πνευματικής κατάστασης του περιθαλπόμενου.

Σύμφωνα με τον ισχύοντα νόμο, η δυναμικότητα κάθε μονάδας μπορεί να είναι από 10 έως 100 κλίνες. Η χορήγηση αδείας λειτουργίας μονάδας φροντίδας ηλικιωμένων παρέχεται από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας της Περιφέρειας

του τύπου στον οποίο έχει εγκατασταθεί. Ο νόμος ρυθμίζει ζητήματα που αφορούν την κτιριακή και ξενοδοχειακή υποδομή των μονάδων, των χαρακτηριστικών των δωματίων, των λουτρών, των μαγειρείων, του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών, της ασφάλειας καθώς και του απασχολούμενου προσωπικού (<http://www.pemfi.gr/>)».

## **2.6. Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων**

Η Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, ιδρύθηκε το 1974 με την απόφαση 756/74, του Πρωτοδικείου Αθηνών, ως Πανελλήνια Ένωση Επιχειρηματιών Οικοτροφείων Ηλικιωμένων «ο Διγενής» και το 2005 μετονομάστηκε σε Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων ( Π.Ε.Μ.Φ.Η.). Εκπροσωπεί όλες τις νόμιμα λειτουργούσες Μ.Φ.Η. της Ελληνικής Επικράτειας, κερδοσκοπικού και μη χαρακτήρα. Συμμετέχει στον Πανευρωπαϊκό φορέα E.D.E., ενώ για τις σχέσεις της στην αλλοδαπή αναφέρεται ως «Greek Care Homes Association». Οι σκοποί όπως αναφέρονται στο καταστατικό της είναι οι παρακάτω (<http://www.pemfi.gr/>) :

- Η ανάπτυξη και καλλιέργεια μεταξύ των μελών της, πνεύματος αλληλεγγύης και σχέσεων επικοινωνίας, συνεργασίας και συναδέλφωσης, καθώς και η σύσφιγξη των σχέσεων και δεσμών μεταξύ τους.
- Η μελέτη, προστασία και προαγωγή των ηθικών, οικονομικών και επαγγελματικών συμφερόντων των μελών της.
- Η μελέτη των συνθηκών λειτουργίας των Μ.Φ.Η.
- Η ανάπτυξη νέων μορφών υπηρεσιών και τεχνολογιών για ηλικιωμένους.
- Η αναζήτηση και εκτέλεση επαγγελματικών ενδιαφερόντων των επιχειρήσεων των μελών της, η επιλογή, θέσπιση και επιδίωξη προτύπων ποιότητας των Μονάδων των μελών της.
- Η προαγωγή της έρευνας, η εκπαίδευση και κατάρτιση επαγγελματιών υγείας και γενικά κάθε δραστηριότητας και ενέργειας που μπορεί να συμβάλει στην παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών από τις Μ.Φ.Η.

- Η προάσπιση και εξυπηρέτηση των οικονομικών συμφερόντων των μελών της και η επιδίωξη μεμονωμένων ενεργειών για την μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις Μ.Φ.Η.. Η επίτευξη βέλτιστης τιμής κοινής για όλα τα μέλη της για προμηθευόμενα προϊόντα, μετά από διερεύνηση της αγοράς και με βάση πρότυπα ποιότητας.

## **2.7. Προσφορά του Κλάδου**

Στην Ελλάδα σύμφωνα με στοιχεία της Π.Ε.Μ.Φ.Η. (2015), λειτουργούν κατά προσέγγιση 120 ιδιωτικές νόμιμες μονάδες κερδοσκοπικού χαρακτήρα που φιλοξενούν περίπου 7.000-10.000 ηλικιωμένους, ενώ οι μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα εκτιμώνται ότι αριθμούν 10.000-15.000 κλίνες. Τα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είναι φιλανθρωπικά, εκκλησιαστικά ιδρύματα και υπό την επίβλεψη των κατά τόπους Δήμων και τα περισσότερα εξ αυτών λειτουργούν στην περιφέρεια. Ενώ το 70% των ιδιωτικών μονάδων βρίσκονται στην Αττική. Υπάρχουν και αρκετές μη αδειοδοτημένες μονάδες για τις οποίες δεν γνωρίζουμε επίσημα τον αριθμό των κλινών τους. Μία μέση μονάδα στην Ελλάδα, έχει ως δυναμικότητα περί τις 50 κλίνες και η πιο συνήθης μορφή επιχείρησης που συναντάται είναι προσωπικές επιχειρήσεις, Ο.Ε. και Ε.Ε., ενώ πολύ λιγότερες είναι εκείνες που έχουν την μορφή της Ανώνυμης και της Ε.Π.Ε (<http://www.pemfi.gr/>).

## **2.8. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στις δομές πρωτοβάθμιας υγείας.**

Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στις δομές πρωτοβάθμιας υγείας όπως για παράδειγμα ΚΑΠΗ, ΤΟΜΥ, ΚΗΦΗ κλπ είναι η προαγωγή της σωματικής καθώς και ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων. Αρχικά είναι πολύ σημαντικό ο κοινοτικός νοσηλευτής να διερευνήσει όλα τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων καθώς επίσης και όλα όσα μπορεί πιθανός να εμφανιστούν στο μέλλον. Συμπληρωματικά, ο κοινοτικός νοσηλευτής οφείλει να δώσει το έναυσμα στους χρήστες των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας να υιοθετήσουν πιο ορθές συνήθειες έτσι ώστε να έχουν την δυνατότητα να έχουν μία καλύτερη ποιότητα ζωής. Εξίσου σημαντικό για τους ηλικιωμένους είναι η διατήρηση της λειτουργικότητάς τους, οι οποία σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να φθίνει καθώς περνούν τα χρόνια. Προκειμένου να επιτευχθεί η διατήρηση της υγείας των ηλικιωμένων είναι ζωτικής σημασίας η πρόληψη τυχόν ατυχημάτων καθώς και η έγκαιρη διάγνωση επικείμενων

προβλημάτων υγείας που θα έχουν ως συνέπεια την επιδείνωση της κατάστασης του ηλικιωμένου. Ταυτόχρονα ο κοινοτικός νοσηλευτής οφείλει να συμβάλλει στη κάλυψη και των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ηλικιωμένων καθώς δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όσων θεωρούν πως δεν μπορούν να προσφέρουν στην κοινωνία όσα μπορούσαν κάποτε με αποτέλεσμα να αισθάνονται κοινωνικά αποκλεισμένοι. Μερικά ακόμη μέτρα μέσω των οποίων ο κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να συμβάλλει στη διατήρηση ή βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων είναι η εκπαίδευση του σε ότι αφορά τα τυχόν προβλήματα υγείας του, την χορήγηση της φαρμακευτικής του αγωγής, την βελτίωση της φυσικής του κατάστασης και την εξασφάλιση ενός ήρεμου και επικοινωνιακού περιβάλλοντος.

## **2.9. Ανισότητες στην υγεία**

Ανισότητες στον τομέα της υγείας είναι οι διαφορές που δημιουργούνται στην κατάσταση της υγείας ή στην κατανομή της υγείας, οι καθοριστικοί παράγοντες μεταξύ των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, καθώς και οι παράγοντες που θα μπορούσαν να συμβάλλουν σε αυτές (Οικονομάκου, 2009).

Άλλοι ορισμοί αναφέρουν ότι, η ύπαρξη διαφορών στα επίπεδα υγείας μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικών συστημάτων στις διάφορες χώρες, όπως και στο εσωτερικό της κάθε χώρας, μεταξύ των διαφόρων βαθμίδων της κοινωνικοοικονομικής και πολιτισμικής διαστρωμάτωσης ή και μεταξύ των διαφόρων γεωγραφικών περιοχών μιας χώρας, αποτελεί τον ορισμό των ανισοτήτων (Παπαθεοδώρου & Μωυσίδου, 2011).

Επίσης, σύμφωνα με τους Σαρρή & συν., (2002), η κοινωνικοοικονομική θέση ενός ατόμου είτε εκτιμάται ως εισόδημα ή επάγγελμα είτε ως εκπαίδευση, σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητά του. Αυτή η διαπίστωση είναι διάχυτη στο εσωτερικό πλαίσιο μιας κοινωνίας και φαίνεται παράλληλα να έχει μία διαχρονική επικαιρότητα. Η πολυδιάστατη προσέγγιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία προσφέρει επίσης ένα κατανοητό πλαίσιο των επιδράσεών τους στο σύνολο της κοινωνίας, που καθιστούν την κοινωνία περισσότερο ή λιγότερο υγιή από μία άλλη, ένα άτομο περισσότερο ή λιγότερο υγιές από ένα άλλο.

Παρά το γεγονός ότι, η υγεία του έθνους δεν θεωρεί τις κοινωνικές ανισότητες στον τομέα της υγείας ως βασικό τομέα, αναγνωρίζει όμως τα αποτελέσματα των κοινωνικών συνθηκών και το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον για την υγεία και δέχεται ότι η υγεία ποικίλλει σημαντικά, σύμφωνα με την κοινωνική και επαγγελματική ομάδα (Bartley, 2004).

Γνωρίζουμε από πολλές μελέτες ότι, υπάρχουν μεγάλες διαφορές στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των πιο προνομιούχων και των πλέον μειονεκτουσών κοινωνικών ομάδων στις βιομηχανικές κοινωνίες. Πέρα από τα αριθμητικά στοιχεία για τις κοινωνικές και βιολογικές διεργασίες που διέπουν τις ανισότητες, πρέπει να κατανοήσουμε τις τέσσερις πιο ευρέως αποδεκτές θεωρίες για το τι κρύβεται πίσω από την ανισότητα στον τομέα της υγείας: συμπεριφορές, ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά, η πορεία της ζωής και οι μέθοδοι που ακολουθεί κάθε άτομο. Ερευνητές των ανισοτήτων υγείας, αναλύουν καθεμιά από τις παραπάνω έννοιες λαμβάνοντας υπόψη τους κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες (Bartley, 2004).

Ακόμη και σε χώρες όπου μια εθνική υπηρεσία υγείας παρέχει καθολική κάλυψη εξακολουθούν να υπάρχουν διαφορές. Είναι καλά τεκμηριωμένο ότι οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες παίζουν ένα ρόλο, οδηγώντας έτσι σε ανισότητες στην υγεία. Τα επίπεδα φροντίδας υγείας είναι χαμηλότερα για εκείνους που τα χρειάζονται περισσότερο.

Ανεξάρτητα από το αν οι κοινωνικοοικονομικές διαφορές στη χρήση των υπηρεσιών υγείας που παρατηρούμε διαμεσολαβούν μέσω γεωγραφικών, οικονομικών ή πολιτισμικών παραγόντων, η ύπαρξή τους αποτελεί αιτία ανησυχίας σε μια κοινωνία που δίνει αξία στην ισότητα της υγείας και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Bartley, 2004).

## **2.10. Κοινωνικές ανισότητες και δυσκολία στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας**

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι το κεντρικό στοιχείο για την εξάλειψη των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στον τομέα της υγείας. Πολλοί επαγγελματίες υγείας έχουν την πεποίθηση ότι οι ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες είναι ο βασικός λόγος για τις μεγάλες διαφορές που δημιουργούνται στην κατάσταση της υγείας μεταξύ των πλούσιων ατόμων και των φτωχών ατόμων. Άλλοι, αναφέρουν, ότι μια σειρά από παράγοντες συμβάλλουν έτσι ώστε, να δημιουργηθούν μεγάλα εμπόδια και ότι η μείωση ή εξάλειψη των οικονομικών αυτών εμποδίων στην υγειονομική περίθαλψη, ειδικότερα, δεν βοηθάει στο να μειωθούν οι διαφορές στην κατάσταση της υγείας (FRA, 2013).



Αναγνωρίζοντας παράλληλα, το φάσμα των παραγόντων που συμβάλλουν, υποστηρίζει ότι η εξάλειψη των οικονομικών ανισοτήτων που βασίζονται στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, είναι στο επίκεντρο κάθε προσπάθειας για τη δημιουργία ιδίων κεφαλαίων ως αποτελέσματα σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Μέσω πολλών επιλεγμένων μελετών σχετικά με την ασφάλιση της υγείας, την πρόσβαση, τα αποτελέσματα και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, έχει διαπιστωθεί ότι, ο πυρήνας που συνδέει τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, αντιμετωπίζει δυσκολία στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και απειλείται η ευημερία του (FRA, 2013).

Με τον τρόπο αυτό, συνδέονται τα προβλήματα που προέρχονται από την έλλειψη ασφάλισης - ειδικά για τα άτομα που ζουν σε συνθήκες φτώχειας – με την αδυναμία λήψης υπηρεσιών και τα δυσμενή αποτελέσματα στην υγεία. Επίσης, η ισοπέδωση των διαφορών στον τομέα της υγείας σε όλες τις κοινωνικοοικονομικές ομάδες μπορεί να κινηθεί προς τη δημιουργία επιθυμητών αποτελεσμάτων αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες και την ποιότητά τους. Οι ανταγωνιστικές πιέσεις στο σημερινό περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης απειλούν να δημιουργήσουν κοινωνικοοικονομικές ομάδες επιπλέον, ασφαλισμένων και ανασφάλιστων ατόμων. Ωστόσο, η πρόσφατη ψήφιση του κράτους δράσεων, ιδίως το πρόγραμμα ασφάλισης υγείας κράτους παιδιών, αποτελούν ισχυρά παραδείγματα για τη χάραξη πολιτικής σε όλα τα επίπεδα, για την παρακολούθηση και τη μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων (Lawrence & Kisely, 2010).

Η ανασκόπηση για τις ανισότητες στον τομέα της υγείας δείχνει ότι, οι ευρωπαϊκές διακρατικές έρευνες παρέχουν την κύρια πηγή για την αναγνώριση και μέτρηση της υγείας του πληθυσμού σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης. Εκθέσεις σχετικές, αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δείχνουν ότι, για παράδειγμα, το ποσοστό των ατόμων που αντιμετωπίζουν ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντικά υψηλότερο μεταξύ των ηλικιωμένων πληθυσμών και εκείνων με αναπηρίες σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Για τις δύο αυτές ομάδες, η οικονομική κατάσταση είναι η κύρια αιτία αυτής της ανισότητας (Lawrence & Kisely, 2010).

Ωστόσο, υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι οι ανισότητες στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης συμβάλλουν στην κακή φυσική κατάσταση με αποτελέσματα την έλλειψη της υγείας. Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέεται γενικά με υψηλή ψυχιατρική νοσηρότητα, αναπηρία, καθώς και ανεπαρκή πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Αυτές οι ανισότητες έχουν αποδοθεί σε έναν συνδυασμό παραγόντων, όπως ο διαχωρισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας από άλλες ιατρικές υπηρεσίες, θέματα παροχής

υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου του στιγματισμού που συνδέεται με την ψυχική ασθένεια, τις συνέπειες της ψυχικής ασθένειας καθώς και τις παρενέργειες της θεραπείας τους (Lawrence & Kisely, 2010).

Η ψυχική ασθένεια και κατ' επέκταση γνωστικής εξασθένησης των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας, διαποτίζει όλες τις πτυχές της κοινωνίας, συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης στο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και δημιουργεί κοινωνικές ανισότητες. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, ένα θέμα στη μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας για τα άτομα με γνωστική εξασθένηση, είναι ο τρόπος που ορισμένοι άνθρωποι θεωρούν τα άτομα αυτά ως δύσκολες περιπτώσεις, αποδίδοντας ανώμαλη συμπεριφορά ως χαρακτηρισμό στο άτομο, παρά ένα από τα συμπτώματα μιας ασθένειας (Lawrence & Kisely, 2010).

Μια εκστρατεία για τη μείωση του στιγματισμού και των διακρίσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης δημιουργώντας κοινωνικές ανισότητες, θα πρέπει να αποτελέσει η υψηλή προτεραιότητα στις προσπάθειες για τη μείωση του στίγματος που συνδέεται με ψυχικές ασθένειες, ιδιαίτερα στον ηλικιωμένο πληθυσμό (Oliver & Mossialos, 2004).

Η ισοτιμία στην υγειονομική περίθαλψη και η εξάλειψη των ανισοτήτων, θα πρέπει να θεωρηθεί ως βασικό ανθρώπινο δικαίωμα. Αυτό εγείρει το ερώτημα του κατά πόσο θα θεωρηθεί η ισοτιμία στον τομέα της υγείας υπό την έννοια της ισότητας στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, την ισότητα όσον αφορά τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης, τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης ανάλογα με τις ανάγκες ή την ισότητα όσον αφορά την υγεία. Ένα επιχείρημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων θα μπορούσε να υποστηριχθεί, ότι δηλαδή τα άτομα με υψηλότερη επιβάρυνση της σωματικής ασθένειας, όπως είναι οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα σε υψηλότερη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης, δεδομένου του υψηλότερου του επιπέδου της ανάγκης για την υγεία (Oliver & Mossialos, 2004).

Η πολυπαραγοντική φύση των προβλημάτων στα οποία βασίζονται οι ανισότητες στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης για τα άτομα με σωματική και ψυχική εξασθένηση, απαιτούν πολύπλευρες λύσεις, για τις οποίες θα πρέπει να γίνει χάραξη πολιτικής (Oliver & Mossialos, 2004).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

#### 3.1. Ποιότητα φροντίδας και ικανοποίηση ασθενών

Η ποιότητα της φροντίδας υγείας θα μπορούσε να οριστεί ως *«ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας, και είναι ανάλογες και συνεπείς με την σύγχρονη επιστημονική γνώση»*. Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής ακαδημίας επιστημών ορίζει την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως *«το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση»* (Τούντας Γ, 2003).

Σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας (ΠΟΥ) *«η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων, ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, μέσα στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής, που πρέπει να στοχεύει στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς, από πλευράς διαδικασίας, αποτελέσματος και ανθρώπινης επαφής* (Διλίντας Α., Σεβαστάκης Ε., 2005)».

Σύμφωνα με τον Donabedian (1978) η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: την τεχνική ποιότητα (technical quality) και την διαπροσωπική ποιότητα (Interpersonal quality). Η τεχνική ποιότητα, εξαρτάται από την εξειδικευμένη (ιατρική) γνώση, και την κρίση που αφορά στην επιλογή των κατάλληλων στρατηγικών φροντίδας και από την ικανότητα εφαρμογής στην πράξη αυτών των στρατηγικών (Donabedian, 1978). Αυτό σημαίνει ότι η επίτευξη της τεχνικής ποιότητας, εξαρτάται κυρίως από τη δυνατότητα χρήσης των νέων τεχνολογικών εξελίξεων, των μεθόδων και της υπάρχουσας τεχνογνωσίας στο χώρο της υγείας. Η διαπροσωπική ποιότητα, αφορά τον τρόπο διαχείρισης της σχέσης ιατρού-ασθενή. Μέσω της διαπροσωπικής ανταλλαγής ο ασθενής μεταδίδει πληροφορίες, απαραίτητες για τις προτιμήσεις του και συνεισφέρει στην επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας. Η μέτρηση λοιπόν της ανταποκρισιμότητας (responsiveness) του συστήματος υγείας στις απαιτήσεις των ασθενών (ικανοποίηση ασθενών) θεωρείται εξίσου σημαντική με

την τεχνική διάσταση της ποιότητας και για αυτό αντιπροσωπεύει σήμερα, μια από τις πιο βασικές περιοχές του ερευνητικού ενδιαφέροντος στον τομέα της υγείας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί βασικό στοιχείο για τον καθορισμό της ποιότητας φροντίδας των ασθενών, όπου το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να γνωρίζει και να σέβεται τις οι ανάγκες του ασθενή.

Η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί μια επιπλέον διάσταση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, την οποία οι εμπλεκόμενοι στο χώρο της υγείας πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους. Είναι γεγονός ότι στις υπηρεσίες υγείας, το πρωταρχικό στοιχείο της ικανοποίησης του ασθενούς, είναι το καλό υγειονομικό αποτέλεσμα και η αποκατάσταση της υγείας του. Μπορούμε να πούμε, ότι η καλή ιατρική πρακτική σε συνδυασμό με την καλή σχέση γιατρού-ασθενούς, συμβάλλει τα μέγιστα στην ικανοποίηση του ασθενούς (Παπανικολάου & Σιγάλας, 1994).

Σύμφωνα με τον Pascoe (1983), «ικανοποίηση από την φροντίδα υγείας, είναι η αξιολόγηση της φροντίδας που βασίζεται στην εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών, σχετικά με το περιεχόμενο, τη διαδικασία και το αποτέλεσμα της εμπειρίας τους». Εκείνο που είναι σημαντικό στον παραπάνω ορισμό, είναι η σύνδεση της ικανοποίησης, με τις προσδοκίες και της αξίες του ασθενή. Η εμπειρία του ασθενή από τις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, στηρίζεται σε υποκειμενικά κριτήρια και σε ένα πλέγμα υποκειμενικών αξιών και προσδοκιών σχετικά με το τι θεωρείται από αυτόν τον ίδιο ιδανική φροντίδα και το πώς ο γιατρός οφείλει να τον μεταχειρίζεται ως προσωπικότητα. *Το πλέγμα αυτό των υποκειμενικών αξιών, προσδοκιών και εκτιμήσεων εξαρτάται, σύμφωνα με τον Pascoe, από το απόθεμα προσωπικών εμπειριών από προηγούμενες καταστάσεις που ο ίδιος ο ασθενής έχει βιώσει κατά το παρελθόν (Wilkin D. et al., 1992).*

Το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών καθώς και η πληροφόρησή τους, τους καθιστά περισσότερο κριτικούς απέναντι στη προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Οι ασθενείς ενδιαφέρονται να συμμετάσχουν στις διαδικασίες που αφορούν τον σχεδιασμό της φροντίδας, τις αποφάσεις και να έχουν ενημέρωση για τη διάγνωση, την πορεία της νόσου και την θεραπεία. Κυρίως κατά τη δεκαετία του '70 και του '80, οι ασθενείς άρχισαν να υιοθετούν περισσότερο κριτική στάση προς την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, εκδηλώνοντας εντονότερα την ανάγκη για ενεργό συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που αφορούσαν στη θεραπεία τους. Ως αποτέλεσμα, σημειώθηκαν σημαντικές αλλαγές στην παροχή ενημέρωσης από τους θεράποντες ιατρούς (Πολυκανδριώτη & Ανάγκη, 2011).

Οι ασθενείς είναι εκείνοι που θέτουν τα κριτήρια για τη προσφερόμενη φροντίδα υγείας, η οποία πρέπει να ικανοποιεί τους ίδιους και όχι μόνο τους λειτουργούς υγείας όπως επίσης λαμβάνουν μέρος στην οργάνωση των συστημάτων υγείας. Τέλος, οι αλλαγές στην οργάνωση των συστημάτων φροντίδας τονίζει την ανάγκη μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις αλλαγές στη παροχή φροντίδας υγείας (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από τρεις παράγοντες (Βενιού & Τεντολούρης, 2013) :

- τις προσδοκίες των ασθενών από την υπηρεσία,
- τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και
- τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους.

Ο βαθμός ικανοποίησης στην ουσία αποδεικνύει ότι, οι προσδοκίες των χρηστών-ασθενών πραγματοποιήθηκαν και καθορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αυτού που ήλπιζαν να συμβεί και εκείνου που συνέβη. Η διαφορά μεταξύ πραγματικής αντίληψης και προσδοκίας των ασθενών οφείλεται σε τέσσερις συνήθεις αιτίες: Πρώτον, στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο. Δεύτερον, στη διαφορά μεταξύ προσδοκιών των ασθενών και προδιαγραφών. Τρίτον, στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο και των προτύπων παροχής υπηρεσιών και εξυπηρέτησης ασθενών που έχει θέσει. Τέταρτον, στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών τις οποίες υπόσχεται το νοσοκομείο στους ασθενείς και των υπηρεσιών που προσφέρει τελικά (Καλογεροπούλου, 2011).

Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου είναι οι συνθήκες στέγασης, σίτισης και υγιεινής. Οι χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν ανάγκη παροχής εξειδικευμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας και απαιτούν την ικανοποίηση βασικών δικαιωμάτων, όπως ενημέρωση και λήψη συγκατάθεσης, καθώς και σεβασμό της προσωπικότητάς τους, ενώ αξιολογούν με ιδιαίτερη βαρύτητα την κατανόηση, την ευγένεια και την εξειδικευμένη γνώση των επαγγελματιών υγείας (Καλογεροπούλου, 2011).

### 3.2. Χρησιμότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών

Ο ασθενής αποτελεί τον πιο σημαντικό καταναλωτή υπηρεσιών και το δικαίωμα έκφρασης είναι αδιαμφισβήτητο. Πράγματι, η δυνατότητα να εκφράσουν οι ασθενείς τα παράπονά τους και τις προτάσεις τους δίνει μια δεύτερη ευκαιρία να γίνουν τα πράγματα καλύτερα (Παπανικολάου & Σιγάλας, 1994).

Συγχρόνως ηθικοί λόγοι επιβάλλουν τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη η ευεξία του ασθενή είναι το σημαντικότερο στοιχείο, άρα επιβάλλεται η ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι πολύ σημαντική για τους διοικητές και όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας, λόγω του έντονου ανταγωνισμού και των αυξημένων απαιτήσεων. Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να μετρηθεί σε συνάρτηση με το κόστος καθώς και με τη πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και να προσφέρει νέα δεδομένα στη διαμόρφωση στρατηγικής της υγείας (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Η διοίκηση μπορεί, επιπλέον, να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών στην αξιολόγηση, επιβράβευση και ενίσχυση του ηθικού των λειτουργών υγείας. Οι πληροφορίες των ασθενών εάν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συνεισφέρουν στη ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Γι' αυτό και η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας αλλά σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, η έκφραση των απόψεων των ασθενών για τη ποιότητα της φροντίδας δημιουργεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης προς το σύστημα υγείας, ελέγχου της κατάστασης και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή στις θεραπευτικές διαδικασίες (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας. Γι' αυτό η μέτρησή της μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αξιολόγηση μοντέλων συμπεριφοράς των ασθενών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας. Στον ιδιωτικό τομέα, η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη προσέλκυση των ασθενών-πελατών (marketing) (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαμορφώσουν έως ένα βαθμό την αντίληψη των ασθενών για τη φροντίδα υγείας και να συμβάλλουν στη διόρθωση πολλών προβλημάτων. Πράγματι, η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για τους τομείς της φροντίδας που χρειάζονται βελτίωση. Αν το προσωπικό χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες των ασθενών, μπορεί να κάνει διορθωτικές παρεμβάσεις οι οποίες θα αυξήσουν

την ικανοποίησή τους και θα οδηγήσουν σε θετική ανταπόκριση στη θεραπεία συμπεριλαμβανομένης της συμμόρφωσης προς τις θεραπευτικές οδηγίες, την ταχύτερη ανάρρωση και τη μείωση του χρόνου νοσηλείας (Βενιού & Τεντολούρης, 2013).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

#### 4.1. Ιστορική αναδρομή

Η Κοινοτική Νοσηλευτική ξεκίνησε σχεδόν ταυτόχρονα με την άσκηση της Νοσηλευτικής στα νοσοκομεία, όπως για παράδειγμα στην Αγγλία. Ήδη από το 19ο αιώνα νοσηλεύτριες εργάζονταν σε εργοστάσια, σχολεία ή νοσήλευαν ασθενείς στο σπίτι τους και απ' αυτές κατάγονται οι επισκέπτριες υγείας (Health Visitors), οι κοινοτικές νοσηλεύτριες (District Nurses), οι νοσηλεύτριες επαγγελματικής υγείας (Occupational Health Nurses), οι σχολικές νοσηλεύτριες (School Nurses), αλλά με εξαίρεση τις επισκέπτριες υγείας οι υπόλοιπες ασχολούνταν κυρίως με τη φροντίδα του ασθενούς ανθρώπου (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελικά, 2013).

Οι υπηρεσίες που παρείχαν οι επισκέπτριες υγείας οργανώνονταν από φιλανθρωπικούς φορείς και στηρίζονταν στις αρχές της δημόσιας υγείας που επικέντρωνε στην πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων και στη βοήθεια των ατόμων και οικογενειών που βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αρρωστήσουν εξαιτίας κακών συνθηκών διαβίωσης και φτώχειας. Παρόμοια, οι υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι καταρχήν οργανώνονταν από φιλανθρωπικές οργανώσεις. Οι υπηρεσίες που πρόσφεραν ήταν παρόμοιες μ' αυτές στα νοσοκομεία και αφορούσαν τους φτωχούς και περιθωριοποιημένους ασθενείς. Επίσης, νοσηλεύτριες εργάζονταν στις γενικές ιατρικές υπηρεσίες. Εργοδότες τους, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες νοσηλεύτριες που εργάζονταν στην κοινότητα, ήταν οι γενικοί γιατροί. Η εργασία τους περιελάμβανε κυρίως βοηθητικά ιατρικά καθήκοντα και προληπτικές ιατρικές παρεμβάσεις και πολύ λιγότερο νοσηλευτική φροντίδα υγείας (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελικά, 2013).

Η κατάσταση αυτή συνεχίστηκε μέχρι το 1948, οπότε ψηφίστηκε ο νόμος για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), ο οποίος συμπεριέλαβε τις επισκέπτριες υγείας και τις νοσηλεύτριες κατ' οίκον νοσηλείας, επισημαίνοντας ότι οι υπηρεσίες τους πρέπει να παρέχονται στο σύνολο του πληθυσμού που τις έχει ανάγκη. Παρόμοιες υπηρεσίες για το σύνολο του πληθυσμού παρέχονται και σήμερα. Επιπλέον, νοσηλευτές απασχολούνται



στην ΠΦΥ μέσω των γενικών ιατρικών υπηρεσιών. Με παρόμοιο τρόπο αναπτύχθηκε η Κοινοτική Νοσηλευτική στη Βόρεια Αμερική, αλλά και στην Ευρώπη (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελίκα, 2013).

Η Νοσηλευτική στη χώρα μας ξεκίνησε επίσημα στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα, αν και υπάρχουν γραπτές μαρτυρίες ότι ήδη από τα πρωτοχριστιανικά χρόνια και το Βυζάντιο αποτελούσε ξεχωριστή επαγγελματική οντότητα. Η Λανάρα (1995) αναφέρει ότι, εκτός από συγκεκριμένες φιλανθρωπικές δραστηριότητες, η Νοσηλευτική περιορίστηκε στα πρώτα χρόνια της στη φροντίδα αρρώστων σε οργανωμένα νοσηλευτικά ιδρύματα. Στη δεκαετία του 1920, με το κύμα των προσφύγων από τη Μ. Ασία και την επιδημία δάγκειου πυρετού, εκπαιδεύτηκαν ταχύρυθμα οι πρώτες επισκέπτριες υγείας από το ΠΙΚΠΑ και τον ΕΕΣ, που ως ρόλο είχαν την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού καταρχήν για την αντιμετώπιση των προβλημάτων δημόσιας υγείας που προέκυψαν. Η εκπαίδευση αυτών των ατόμων ήταν μόλις εξάμηνη μεταγυμνασιακή, αλλά αποτέλεσε τη βάση για την ανάπτυξη του πρώτου πλήρους προγράμματος επισκεπτριών αδελφών και νοσοκόμων και τη νομοθετική ίδρυση της ΑΣΕΑΝ με τον ΑΝ 013/37, τριετούς μεταγυμνασιακής εκπαίδευσης. Αργότερα, στη δεκαετία του 1960, προστέθηκαν δύο ακόμη σχολές, του ΕΕΣ και του ΠΙΚΠΑ. Μέχρι τη δεκαετία του 1980, το νοσηλευτικό επάγγελμα, που κυρίως ασχολείτο στην κοινότητα με θέματα δημόσιας υγείας αλλά και νοσηλείας στο σπίτι, ήταν αυτό του επισκέπτη υγείας. Με την ίδρυση των Κέντρων Υγείας (Ν. 1397/83), εκτός από τους επισκέπτες υγείας, διορίζονται και νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά και μαίες/ μαιευτές με ρόλο στην ΠΦΥ (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελίκα, 2013).

#### **4.2. Κοινοτικός ασθενής**

Η διατήρηση του καθημερινού προγράμματος δραστηριοτήτων ύπνος, διατροφή, άσκηση κλπ, αποτελεί σημαντικό στάδιο στη διατήρηση της υγείας κατά τη μεγάλη ηλικία. Το καθημερινό αυτό πρόγραμμα ρουτίνας θα πρέπει να τηρείται ακόμη και τα Σαββατοκύριακα και στις διακοπές, γιατί αν διακοπεί π.χ. κατά τη διάρκεια των διακοπών, θα είναι δύσκολη η επαναπροσαρμογή. Ο βιολογικός ρυθμός του σώματος, αποδίδει καλύτερα όταν διατηρείται αυτή η ρουτίνα δραστηριοτήτων. Με την αύξηση της ηλικίας, είναι δυσκολότερο για το σώμα να προσαρμοστεί και πάλι στις συνήθειες, όταν αυτές

διαταράσσονται (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελίκα, 2013).

Η διατήρηση της φυσικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της ημέρας, θα οδηγήσει στην πρόληψη πολλών προβλημάτων της μεγάλης ηλικίας. Το περπάτημα, αποτελεί την καλύτερη μορφή φυσικής άσκησης, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν ιδιαίτερες αντενδείξεις (π.χ. καρδιαγγειακή νόσος). Είναι χρήσιμο για κάποιον να περπατάει 30 min το πρωί και 30 min το απόγευμα. Περισσότερη δραστήρια άσκηση, μπορεί να επιχειρηθεί μετά από συμβουλή γιατρού. Υπερένταση ή υπερκόπωση, εξαιτίας της φυσικής δραστηριότητας θα πρέπει να αποφεύγεται. Η φυσική άσκηση, βοηθάει στην κατανάλωση επιπλέον θερμίδων, αυξάνει τη ροή του αίματος στα οστά και επομένως και την αποθήκευση του ασβεστίου, βελτιώνει τη μυϊκή λειτουργία και διευκολύνει τη φυσιολογική εντερική λειτουργία (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελίκα, 2013).

Η τήρηση ενός κανονικού προγράμματος ύπνου είναι πολύ σημαντική στη μεγάλη ηλικία. Οι απαιτήσεις σε ύπνο, μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας. Δεν υπάρχει κανένας λόγος ανησυχίας, αν ο ύπνος διαρκεί λιγότερο ή διακόπτεται περισσότερο απ' ό τι συνέβαινε σε νεαρότερη ηλικία. Αυτό αποτελεί φυσιολογικό φαινόμενο και δεν πρέπει να επιχειρηθεί αλλαγή του με τη χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων. Η κατάκλιση για ύπνο και η αφύπνιση την ίδια πάντα ώρα είναι πολύ σημαντικές παράμετροι για το βιολογικό ρυθμό του σώματος (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελίκα, 2013).

Η καλή ατομική υγιεινή, είναι ουσιώδης στη μεγάλη ηλικία. Η στοματική κοιλότητα θα πρέπει να διατηρείται καθαρή, ιδιαίτερα αν υπάρχουν τεχνητές οδοντοστοιχίες. Το δέρμα πρέπει να διατηρείται καθαρό και να ενυδατώνεται, επειδή η ξηρότητα αποτελεί χαρακτηριστικό της μεγάλης ηλικίας. Αν υπάρχουν ειδικές καταστάσεις (όπως είναι η ακράτεια), θα πρέπει να λαμβάνονται ειδικές προφυλάξεις, που αφορούν στην καλή καθαριότητα και το στέγνωμα των γεννητικών οργάνων, στη χρήση απορροφητικών επιθεμάτων μίας χρήσης, στην έγκαιρη αναγνώριση της ουρολοίμωξης και στην ενθάρρυνση για αναζήτηση συμβουλής από ειδικό. Η φτωχή ατομική υγιεινή μπορεί να οδηγήσει, σε διάφορες μορφές στοματικών λοιμώξεων και σε εξανθήματα, έλκη και κνησμό του δέρματος (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελίκα, 2013).

Πρέπει να διασφαλίζεται, η φυσιολογική εντερική λειτουργία και κινητικότητα. Απαραίτητη προϋπόθεση για φυσιολογική εντερική λειτουργία είναι η πλούσια σε ίνες

διατροφή, η τακτική άσκηση και η καθορισμένη ώρα της επίσκεψης στην τουαλέτα. Τα ηλικιωμένα άτομα, γενικά, έχουν την τάση να εμφανίζουν δυσκοιλιότητα, γεγονός που οφείλεται στην ανεπαρκή διατροφή και στην έλλειψη φυσικής άσκησης. Η εναλλαγή διάρροιας και δυσκοιλιότητας αποτελεί ένα σημαντικό σύμπτωμα, που θα πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό, όπως και η παρουσία αίματος στα κόπρανα. Η παρατεταμένη χρήση υπακτικών μπορεί να είναι βλαβερή και καλό είναι να αποφεύγεται (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελίκα, 2013).

Η κοινωνικότητα ενεργού ατόμου, αποτελεί τον καλύτερο τρόπο διατήρησης της πνευματικής του υγείας και αποφυγής της κατάθλιψης, που παρατηρείται συχνά στη μεγάλη ηλικία. Η κοινωνική απομόνωση και ο αναλογισμός, είναι ο πιο σίγουρος τρόπος για την ανάπτυξη κατάθλιψης και άνοιας. Η συναναστροφή και η καλλιέργεια φιλικών σχέσεων με άλλους ηλικιωμένους, αποτελεί το σωστότερο βήμα στη διασφάλιση της πνευματικής και συναισθηματικής ικανοποίησης. Κάποιος μπορεί να συνδυάσει το κοινωνικό με το φιλανθρωπικό έργο, κάτι που μπορεί να αποβεί εποικοδομητικό και ευχάριστο. Η έλλειψη διανοητικής διέγερσης οδηγεί στην κατάθλιψη και πολύ γρήγορα στη διαταραχή της πνευματικής υγείας. Όσο περισσότερο χρησιμοποιούνται οι πνευματικές λειτουργίες ενός ηλικιωμένου ατόμου, τόσο περισσότερο υγιές παραμένει το άτομο αυτό (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελίκα, 2013).

Απλά προληπτικά για την υγεία μέτρα θα πρέπει να λαμβάνονται, όπως είναι οι τακτικοί έλεγχοι της αρτηριακής πίεσης και του σωματικού βάρους, η χρήση ασφαλούς πόσιμου νερού, η επαρκής και πλήρης διατροφή και η συμβουλή ενός γιατρού ή νοσηλευτή, σε περίπτωση ασθένειας. Η έγκαιρη αναγνώριση των πρώιμων σημείων μιας σοβαρής νόσου, όπως π.χ. οι μεταβολές των εντερικών συνηθειών, κάποιο ογκίδιο στο στήθος, η συνεχής αιμορραγία από ένα σημείο του σώματος, πρέπει ν' αποτελεί μέρος της ενημέρωσης των ηλικιωμένων από τους επαγγελματίες υγείας (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελίκα, 2013).

Η λήψη πολλών φαρμάκων, μπορεί να είναι επικίνδυνη. Όλα τα φάρμακα θα πρέπει να λαμβάνονται με συνταγή και είναι προτιμότερο να χορηγούνται υπό την επίβλεψη κάποιου ενήλικα. Αρκετά συχνά οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν πολλά φάρμακα, που μπορεί να αποβούν επιβλαβή λόγω της αλληλεπίδρασης μεταξύ τους. Ακόμη, η δοσολογία των φαρμάκων διαφέρει στους ηλικιωμένους σε σχέση με τους ενήλικες και μια εσφαλμένη δόση μπορεί να αποβεί πολύ επικίνδυνη. Επιπλέον, εξαιτίας της μείωσης της ικανότητας όρασης ή της απώλειας μνήμης, μπορεί να ληφθεί λανθασμένη δόση ή λανθασμένο φάρμακο από κάποιον

ηλικιωμένο. Μη συμβατικά φάρμακα θα πρέπει να αποφεύγονται, καθώς μπο; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελίκα, 2013)ρεί να αποδειχθούν εξαιρετικά επικίνδυνα (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Με την πάροδο της ηλικίας, τα ηλικιωμένα άτομα σταδιακά νιώθουν την ανάγκη για βοήθεια στη φροντίδα τους, ακόμη και για τις καθημερινές τους δραστηριότητες στο σπίτι, όπως κατά το ντύσιμο, τη διατροφή και τη χρησιμοποίηση της τουαλέτας και του μπάνιου. Συνήθως, τις ανάγκες αυτές καλύπτουν τα μέλη της οικογένειας, στην περίπτωση που οι ηλικιωμένοι ζουν με τις οικογένειες τους. Όταν πάλι τα ηλικιωμένα ζευγάρια ζουν μόνα τους, το άτομο που βρίσκεται σε καλύτερη φυσική κατάσταση βοηθάει το σύντροφο του. Σε κάθε κοινωνία υπάρχει είτε ένας ηλικιωμένος, είτε ένα ζευγάρι ηλικιωμένων που βρίσκονται σε τέτοια φυσική κατάσταση, ώστε να χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να αντεπεξέλθουν στις καθημερινές τους ανάγκες μέσα και έξω από το σπίτι. Η απομόνωση και η μοναξιά αποτελούν συχνές αιτίες κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Τα ηλικιωμένα άτομα, που ζουν με τις οικογένειες τους και βρίσκονται κοντά στα παιδιά δεν υποφέρουν από κατάθλιψη. Στα ιδρύματα και τους οίκους ευγηρίας που είναι καλά οργανωμένα, γίνονται συνεχείς προσπάθειες προκειμένου οι ηλικιωμένοι να έρχονται σε επαφή με άλλους και να αισθάνονται επιθυμητοί. Η κατάλληλα οργανωμένη κοινωνική φροντίδα για τα άτομα τρίτης ηλικίας μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση των ηλικιωμένων σε καλή φυσική και πνευματική κατάσταση. Σημαντική βοήθεια στην ένταξη στην κοινωνία, μπορεί να αποτελέσει η εθελοντική προσφορά των ηλικιωμένων που βρίσκονται σε καλή κατάσταση (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελίκα, 2013).

#### **4.3. Υγειονομική φροντίδα στην κοινότητα**

Ο προγραμματισμός της υγειονομικής φροντίδας βασίζεται στην καλή διερεύνηση της κοινότητας. Εφόσον ο κοινοτικός νοσηλευτής έχει αποκτήσει την απαιτούμενη γνώση και πληροφόρηση για τα απαραίτητα χαρακτηριστικά της κοινότητας, τότε μπορεί να διακρίνει τις ανάγκες υγείας της κοινότητας, να τις ταξινομήσει, να θέσει αντικειμενικούς σκοπούς και να αναπτύξει ένα σχέδιο εργασίας (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 20; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελίκα, 201312).

Ένας καλός προγραμματισμός προϋποθέτει (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελικά, 2013):

- Εξασφάλιση δυναμικού υγείας
- Εξασφάλιση συνεργασίας του κοινού
- Εξασφάλιση συνεργασίας των πολιτικών φορέων για τη σωστή και έγκαιρη λήψη αποφάσεων και Βοήθεια στην πραγματοποίησή τους
- Εξασφάλιση καλής συνεργασίας με την ομάδα
- Γνώση των διαφόρων πηγών της κοινότητας

Χρειάζεται και από τα δύο μέρη, κοινό και επαγγελματίες υπομονή, κατανόηση και προθυμία για συνεργασία, ώστε να επιτευχθεί πιο αποδοτική εργασία. Η κατάλληλη χρησιμοποίηση των κοινοτικών πηγών αποτελεί βασικό στοιχείο για ένα σωστό προγραμματισμό. Οι κοινοτικές πηγές μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: στα ιδρύματα και στους διάφορους κοινωνικούς οργανισμούς. Στα ιδρύματα (υπηρεσίες υγείας) περιλαμβάνονται νοσοκομεία, σχολεία, κέντρα προστασίας παιδιών, οργανώσεις. Οι κοινωνικοί οργανισμοί (ειδικές υπηρεσίες υγείας) ασχολούνται με την κάλυψη ειδικών αναγκών της κοινότητας και περιλαμβάνουν ημερήσια κέντρα φροντίδας, επισκέψεις στο σπίτι, κλινικές σε γειτονιά, συμβουλευτικές υπηρεσίες, πολιτιστικές εκδηλώσεις για ηλικιωμένους, ανάπηρους και νέους. Οι πηγές πρέπει να ανανεώνονται, διότι οι κοινότητες υφίστανται αλλαγές, που υπονομεύονται από πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους. Το γεγονός αυτό δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής του κοινοτικού νοσηλευτή, αν θέλει η εργασία του μέσα στην κοινότητα να είναι πάντα αποδοτική (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αδαμακίδου., 2014; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελικά, 2013).

#### **4.4. Νοσηλευτική αξιολόγηση των κοινοτικών ασθενών**

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι αξιολόγησης του αρρώστου στο σπίτι, οι οποίες αναφέρονται στη φυσική, νοητική, συναισθηματική και ψυχική κατάσταση. Πολλές απ' αυτές μπορεί να αναπτυχθούν σε συνεργασία και με άλλους λειτουργούς υγείας, σύμφωνα με κοινές παραμέτρους ασθενών και οικογενειών που παρακολουθούνται. Οι περισσότερες μέθοδοι βασίζονται σε απλά ερωτηματολόγια, που συμπληρώνονται από τους ασθενείς και/ή τα μέλη

της οικογένειας (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 201; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελίκα, 20132).

Υπάρχει ένα στάδιο πριν από την αξιολόγηση, κατά το οποίο ο κοινοτικός νοσηλευτής δημιουργεί κατάλληλο κλίμα για να κερδίσει την εμπιστοσύνη του αρρώστου. Είναι η απαραίτητη αρχή του εξελισσόμενου αμοιβαίου σεβασμού και συνεργασίας, που αποτελούν βασικά στοιχεία επιτυχίας οποιασδήποτε παρέμβασης. Η προσέγγιση του κοινοτικού νοσηλευτή πρέπει να είναι γνήσια και ειλικρινής. Έχει να αντιμετωπίσει εμπόδια για πλήρη αποδοχή και πολλές ανθρώπινες διαφορές, όπως θρησκεία, αξίες, εθνικότητα και κοινωνική συμπεριφορά. Τουλάχιστον θα γνωρίσει τις προσωπικές του ελλείψεις και θα προσπαθήσει να γίνει πιο ανοιχτός και να αναζητεί την προσφορά των υπηρεσιών και άλλων λειτουργιών υγείας σε περιπτώσεις όπου στάσεις του ενδεχομένως τον οδηγήσουν σε λανθασμένες αποφάσεις (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012; Σαπουντζή – Κρεπια & Τσελίκα, 2013).

Η ολοκληρωμένη αξιολόγηση ασθενούς-οικογένειας στο σπίτι διαφέρει από αυτήν που γίνεται κυρίως στο νοσοκομείο οξέων νοσημάτων. Ένα σημείο διαφοροποίησης είναι το ίδιο το περιβάλλον. Σε αντίθεση με το νοσοκομείο, το ιατρείο ή την κλινική, όπου ο περιβάλλον ελέγχεται από λειτουργούς υγείας, το σπίτι ελέγχεται από τον άρρωστο και την οικογένεια. Ο νοσηλευτής δεν έχει την άμεση και διαρκή κάλυψη κανονισμών, πολιτικών και συναδέλφων στο σχεδιασμό και την εφαρμογή του. Η οικογένεια, στην οποία ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι επισκέπτης, συχνά αποτελείται από πολλές γενεές, με σύνθετες σχέσεις, χρόνια προβλήματα και διάφορες συνήθειες. Σε αντίθεση με τα ιδρύματα υγείας, το σπίτι δεν είναι εύκολο να διαμορφωθεί και να προσαρμοστεί για την παροχή νοσηλείας. Μπορεί να μην υπάρχουν τηλέφωνο, ζεστό νερό, κατάλληλος χώρος, να παρουσιάζεται έλλειψη τροφίμων και οι πιο κοντινές υποστηρικτικές υπηρεσίες να βρίσκονται σε μεγάλη απόσταση. Ο ρόλος του νοσηλευτή στο σπίτι είναι διαφορετικός, διευρυμένος και πιο σύνθετος από ό,τι στο νοσοκομείο. Ο νοσηλευτής στο σπίτι πρέπει να είναι προετοιμασμένος να χρησιμοποιεί όλες τις προσφερόμενες μεθόδους, τρόπους και μέσα, που τον βοηθούν στην ανάπτυξη δημιουργικών σχέσεων με τον ασθενή και την οικογένεια, για τον ορθό έλεγχο του περιβάλλοντος με σκοπό την κατάλληλη και αποτελεσματική φροντίδα (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

#### 4.5. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή

Υπάρχουν διάφορα επίπεδα υποστήριξης του αρρώστου. Το εσωτερικό σύστημα υποστήριξης περιλαμβάνει το αίσθημα της αυτο-αξίας, της μοναδικότητας, της αντίληψης του κόσμου, του χώρου, της απώλειας και των αναγκών. Το εξωτερικό σύστημα, εκτός από την ομάδα υγείας που φροντίζει τον ασθενή, περιλαμβάνει την οικογένεια, τους φίλους, άλλο περιβάλλον, τη θρησκεία και άλλες κοινοτικές πηγές. Η αξιολόγηση αποτελεί την αρχή της παρέμβασης. Είναι η συστηματική και προσεκτική ανάλυση του οικογενειακού δικτύου και του οικιακού περιβάλλοντος με στόχο τη συλλογή ουσιαστικών πληροφοριών, οι οποίες θα βοηθήσουν στην ανάπτυξη κατάλληλου σχεδίου φροντίδας και απαραίτητης υποστήριξης, ώστε να διατηρείται το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας και ποιότητας ζωής για τον άρρωστο και τα μέλη της οικογένειας. Η αξιολόγηση αποβλέπει στον προσδιορισμό του προβλήματος και στην εκτίμηση των συγκεκριμένων παραμέτρων προς τις οποίες θα κατευθυνθεί η παρέμβαση. Περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα χαρακτηριστικά της οικογένειας, θέματα υγείας, ρόλους, επίπεδα λειτουργίας και ειδικότερα θέματα που βοηθούν στην ανάπτυξη και εφαρμογή του σχεδίου φροντίδας. Εξετάζονται με την οικογένεια προβλήματα και ανησυχίες που την απασχολούν, σε σχέση με τον τρόπο που επηρεάζουν τη φροντίδα του αρρώστου. Όλες οι υπάρχουσες οικογενειακές δυνατότητες και τα υποστηρικτικά δίκτυα χρησιμοποιούνται για την καλύτερη φροντίδα στο σπίτι. Όσο περισσότερο μαθαίνει ο νοσηλευτής για τον άρρωστο και την οικογένεια του, τόσο πιο πολύ μαθαίνει ο ίδιος για τον εαυτό του. Επομένως, η εκπαιδευτική νοσηλευτική παρέμβαση αρχίζει από τη φάση της αξιολόγησης (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Ο ρόλος του νοσηλευτή που ασκεί κοινοτική νοσηλευτική είναι να παρέχει, άμεσα, υπηρεσίες σε μεμονωμένα άτομα για την αντιμετώπιση οξέων ή χρόνιων προβλημάτων υγείας τους προάγοντας παράλληλα την αυτοφροντίδα. Η φροντίδα παρέχεται στα πλαίσια της τοπικής κοινωνίας, είναι πολιτισμικά κατάλληλη και έχει οικογενειοκεντρικό χαρακτήρα. Η φιλοσοφία της κοινοτικής νοσηλευτικής βασίζεται στην παροχή φροντίδας υγείας στα άτομα οπουδήποτε και αν βρίσκονται, δηλαδή στον χώρο όπου ζουν, εργάζονται, παίζουν, ασκούν τα θρησκευτικά τους καθήκοντα ή πηγαίνουν σχολείο. Ο ορισμός της κατ' οίκον φροντίδας δεν είναι εύκολη υπόθεση. Δεν αφορά μόνο την αντιμετώπιση της ασθένειας στο περιβάλλον του σπιτιού ή τη δημιουργία ενός νοσοκομειακού θαλάμου στο σπίτι του ασθενούς. Η κατ' οίκον φροντίδα ορίζεται σαν το σύνολο των υπηρεσιών που αποσκοπούν στην αποθεραπεία ατόμων με αναπηρία ή χρονίως πασχόντων που χρήζουν θεραπείας ή

υποστήριξης προκειμένου να αποκτήσουν τη δυνατότητα να λειτουργούν αποτελεσματικά στο περιβάλλον του σπιτιού. Η κατ' οίκον φροντίδα είναι κατάλληλη για ενήλικους και παιδιά που διατρέχουν κίνδυνο κακοποίησης ή παραμέλησης, ή για οποιαδήποτε άτομα που χρειάζονται βραχυχρόνια ή μακροχρόνια βοήθεια την οποία δεν μπορούν να τους προσφέρουν τα μέλη της οικογένειας ή οι φίλοι (Lemone & Burke., 2007).

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές πρέπει να είναι πολυδύναμοι, ικανοί να ανταποκρίνονται σε πολλαπλούς ρόλους και λειτουργίες, να δημιουργούν το περιβάλλον εργασίας τους και να το οργανώνουν, να αποφασίζουν και να ενεργούν κατάλληλα για την εκπλήρωση των στόχων τους, χωρίς άμεση αναφορά σε κάποιον άλλον. Επισημαίνει επίσης ότι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της εργασίας τους είναι η προσφορά των υπηρεσιών τους στους πελάτες τους, ακόμη και όταν αυτοί δεν τις επιδιώκουν και ο ρόλος τους εστιάζει στη διδασκαλία, στην παρακίνηση και στη διευκόλυνση. Ο κύριος σκοπός τους θα πρέπει να είναι η ενδυνάμωση των ατόμων, οικογενειών και ομάδων, ώστε να αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους και να αναλαμβάνουν με περισσότερη υπευθυνότητα την επίλυση προβλημάτων που αφορούν στην υγεία τους. Για την κατάλληλη και αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού είναι ανάγκη η Νοσηλευτική να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για την υγεία σε όλα τα επίπεδα (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Η Κοινοτική Νοσηλευτική σύμφωνα με τις Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., (2012) ασχολείται με την :

- Επίβλεψη του περιβάλλοντος της κοινότητας, καθώς και του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως επίβλεψη τροφίμων, ύδρευσης, αποχέτευσης, έλεγχος εντόμων, τρωκτικών κ.ά.
- Πρόληψη ασθένειας, αναπηρίας ή πρόωρου θανάτου. Πρόληψη μεταδοτικών νοσημάτων, ψυχικών νοσημάτων και διανοητικής καθυστέρησης, αλλεργιών, νεοπλασμάτων, κληρονομικών ή γενετικών καταστάσεων, διαταραχών συμπεριφοράς, αλκοολισμού, χρήσης ναρκωτικών, επαγγελματικών νοσημάτων και ατυχημάτων, κινδύνων μητρότητας, ανάπτυξης και διάπλασης, θεμάτων διατροφής και στοματικής υγείας κ.ά.
- Παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας και νοσηλείας μέσω ισομερούς κατανομής προσωπικού και πόρων, χρήσης νοσοκομείων ημέρας, αναρρωτηρίων, κέντρων αποκατάστασης, ξενώνων, οίκων ευγηρίας, γηροκομείων, κέντρων υγείας, παροχής κατ' οίκον νοσηλείας και συνεχιζόμενης παρακολούθησης ασθενών.



- Υγειονομική διαπαιδαγώγηση του κοινού και κινητοποίηση της κοινότητας για συμμετοχή στα θέματα υγείας.
- Συλλογή και διατήρηση στοιχείων και επιδημιολογική έρευνα.
- Συμμετοχή στον προγραμματισμό υπηρεσιών υγείας και αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών.
- Ανάπτυξη κοινοτικής νοσηλευτικής έρευνας και συμμετοχή σε διεπιστημονική έρευνα.
- Συμμετοχή στην εκπαίδευση προσωπικού υγείας.
- Διεπιστημονική συνεργασία στα πλαίσια της ομάδας ΠΦΥ, αλλά και των υπηρεσιών διασύνδεσης με άλλα επίπεδα και τομείς της φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

Για την πραγμάτωση των παραπάνω αρμοδιοτήτων και ευθυνών κρίνονται απαραίτητες οι εξής δραστηριότητες του κοινοτικού νοσηλευτή (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012):

- Παροχή σωματικής και ψυχολογικής φροντίδας σε περιπτώσεις ασθένειας ή και υγείας.
- Αξιολόγηση της κατάστασης υγείας, παροχή φροντίδας όπου ενδείκνυται σε περιπτώσεις ασθένειας ή ατυχήματος και καθοδήγηση.
- Πρόληψη ασθένειας και προαγωγή της υγείας.
- Ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου/αρρώστου και του ετοιμοθάνατου, καθώς και της οικογένειας.
- Συμβουλευτική εργασία και βοήθεια για τη δημιουργία και διατήρηση υγιεινού περιβάλλοντος.
- Συμβουλευτική εργασία και συνεχιζόμενη βοήθεια αγωγής υγείας, απόκτηση υγιεινών συνηθειών ζωής, κατάλληλη διατροφή κ.λπ.
- Συμμετοχή και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος.
- Συμβουλευτική εργασία και παροχή φροντίδας αποκατάστασης κατά το διάστημα και μετά από ατύχημα ή ψυχική νόσο.
- Συντονισμός παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και παρακίνηση των κατοίκων να τις χρησιμοποιούν όταν τις χρειάζονται.

- Επικοινωνία με τη νοσηλευτική και υγειονομική ομάδα, με το άτομο/άρρωστο, την οικογένεια και την κοινότητα.
- Συμβολή στην ανάπτυξη της επιστήμης και τέχνης της Νοσηλευτικής.
- Εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού.
- Ανάπτυξη ηγεσίας στη νοσηλευτική ομάδα και στην ομάδα υγείας.
- Συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας για κινητοποίηση του πληθυσμού να ενδιαφερθεί για θέματα υγείας του.

Η κατ' οίκον φροντίδα περιλαμβάνει τις παρεχόμενες στο σπίτι υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες σε χρονίως πάσχοντες, άτομα με αναπηρία, ή ασθενείς που διανύουν την περίοδο της αποθεραπείας τους. Κατ' οίκον φροντίδα παρέχεται, συνήθως, όταν ένα άτομο χρήζει βοήθειας την οποία, όμως, αδυνατεί να προσφέρει η οικογένεια ή κάποιος φίλος (Lemone & Burke., 2007).

Οι ασθενείς στους οποίους παρέχονται υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας είναι (Lemone & Burke., 2007):

- Τα άτομα που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν λόγω ηλικίας, ασθένειας ή αναπηρίας.
- Οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, όπως η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, οι καρδιοπάθειες, οι νεφροπάθειες, τα αναπνευστικά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης ή οι νευρομυϊκές διαταραχές.
- Οι ασθενείς τελικού σταδίου που επιθυμούν να καταλήξουν χωρίς πόνο και με αξιοπρέπεια στο σπίτι τους.
- Οι ασθενείς που δεν χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα στο νοσοκομείο ή σε κάποιο ίδρυμα αλλά απλά πρόσθετη βοήθεια.
- Οι ασθενείς που χρειάζονται βραχυχρόνια βοήθεια στο σπίτι κατά τη μετεγχειρητική περίοδο.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στο σπίτι είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν φροντίδα από επαγγελματίες νοσηλευτές, βοηθούς κατ' οίκον φροντίδας, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργασιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και υπηρεσίες σίτισης. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο σπίτι βρίσκονται υπό την επίβλεψη ιατρού και η φροντίδα τους εστιάζεται στη θεραπεία και την αποκατάσταση. Οι νοσηλευτές αυτοί προσφέρουν άμεση φροντίδα, επιβλέπουν άλλους επαγγελματίες υγείας, συντονίζουν τη φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή σε συνεργασία με τον ιατρό, αναλαμβάνουν τον ρόλο του συνηγόρου

του ασθενούς και της οικογένειας, και καθοδηγούν τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους της στο πώς να βοηθούν τον νοσηλευτή και στο πώς να φροντίζουν τον ασθενή όταν δεν θα χρήζει πλέον επαγγελματικής φροντίδας (Lemone & Burke., 2007).

Η παρηγορητική φροντίδα είναι ειδική συνιστώσα της κατ' οίκον φροντίδας για την παροχή ιατρικής, νοσηλευτικής, κοινωνικής, ψυχολογικής και πνευματικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου και στις οικογένειες τους. Φιλοσοφία της παρηγορητικής φροντίδας είναι η ανακούφιση του πάσχοντος από τον πόνο και την ταλαιπωρία, προκειμένου να καταλήξει με αξιοπρέπεια σε ένα άνετο και οικείο περιβάλλον. Οι νοσηλευτές με άδεια άσκησης επαγγέλματος, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ιατροί, οι εργασιοθεραπευτές και φυσικοθεραπευτές και οι εθελοντές παρέχουν φροντίδα (Lemone & Burke., 2007).

Η προσωρινή φροντίδα αποτελεί βραχεία ή περιοδική μορφή φροντίδας στο σπίτι, που παρέχεται συχνά από εθελοντές. Βασικός σκοπός των υπηρεσιών αυτών είναι να προσφέρουν στο άτομο που παρέχει φροντίδα (μέλος της οικογένειας ή φίλος), μια ανάπαυλα από την καθημερινή φροντίδα του ασθενούς. Η προσωρινή φροντίδα προσφέρει μεγάλη ανακούφιση από το βάρος της πολύωρης φροντίδας (Lemone & Burke., 2007).

Τα κοινοτικά κέντρα και οι κλινικές είναι δυνατόν να διευθύνονται από ιατρούς, υψηλόβαθμους νοσηλευτές σε συνεργασία με ιατρούς, ή υψηλόβαθμους νοσηλευτές που εργάζονται χωρίς την επίβλεψη ιατρού (ανάλογα με τους κρατικούς κανονισμούς). Αυτές οι υπηρεσίες υγείας είναι δυνατόν να εδρεύουν μέσα σε ένα νοσοκομείο, να αποτελούν μέρος των παρεχόμενων από το νοσοκομείο υπηρεσιών, αλλά να εδρεύουν σε άλλη περιοχή, ή να είναι αυτόνομες. Τα κέντρα υγείας και οι κλινικές παρέχουν ευρύ φάσμα υπηρεσιών και συχνά ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών που δεν έχουν πρόσβαση σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει τους αστέγους, τους άπορους, άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών, τους ασθενείς με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τα θύματα βίας ή κακοποίησης (Lemone & Burke., 2007).

Τα προγράμματα ημερήσιας φροντίδας, όπως είναι τα κέντρα υπερηλίκων, εδρεύουν συνήθως εκεί όπου συγκεντρώνονται άτομα για κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες ή για τη σίτιση τους. Τα προγράμματα αυτά διαφέρουν από κοινότητα σε κοινότητα. Προσφέρονται, επίσης, γεύματα σε χαμηλό κόστος (Lemone & Burke., 2007).

#### 4.6.Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι συνήθως εισάγονται σε γηροκομεία γιατί χρειάζονται υγειονομική περίθαλψη και κοινωνικές υπηρεσίες υψηλότερης ποιότητας για να διατηρήσουν ή, καλύτερα, να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Η ανάγκη τους για ασφάλεια υποστηρίζεται από τον κοινοτικό νοσηλευτή, ο οποίος σχεδιάζει την υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων στην κοινότητα (Vargaama, 2009).

Οι ηλικιωμένοι, χρειάζονται προσωπική φροντίδα, περισσότερες ώρες φροντίδας και περισσότερη επίβλεψη, όλες οι απαιτήσεις έχουν σχέση με τον κοινοτικό νοσηλευτή που θα φροντίσει τους ηλικιωμένους. Η ανάγκη για βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες σε όσους ηλικιωμένους δεν μπορούν μόνοι τους επιβάλλεται για να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής και για μείνουν στο σπίτι τους (Moyle & O'Dwyer, 2012).

Η αυτονομία και η ποιότητα ζωής απειλούνται από τη σύνθετη και πολύπλοκη παθολογία της τρίτης ηλικίας, η οποία χαρακτηρίζεται από τη σημαντική αύξηση του επιπολασμού των νοσημάτων φθοράς, τη μεγάλη συννοσηρότητα, την αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας, και την κατανάλωση φαρμάκων (Beerens et al., 2014)

Σύμφωνα με τους Gunderson et al., (2018), ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή, στους ηλικιωμένους, είναι καθοριστικός στην παρατήρηση, την επίβλεψη και έμπρακτη βοήθεια για τη διατήρηση της λειτουργικότητας, την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας ή της αναπηρίας, και γενικότερα την προαγωγή της ανεξαρτησίας. Είναι σημαντικό να διατηρείται η συνέχεια και ο συντονισμός στην παρεχόμενη φροντίδα. Υπάρχουν πολλές διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις για την προσφορά κατ' οίκον φροντίδας στους ηλικιωμένους, με επικρατέστερες τη θεωρία των γενικών συστημάτων και τη θεωρία της διατήρησης της ευεξίας και της υγείας. Ο σκοπός της κοινοτικής νοσηλευτικής φροντίδας είναι να εξασφαλίσει τη συνέχεια στη φροντίδα να προαγάγει την αποτελεσματική επικοινωνία του ηλικιωμένου με την οικογένεια του, τον φροντιστή, το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και να διατηρήσει την ανεξαρτησία του παραμένοντα στο σπίτι του. Ο κοινοτικός νοσηλευτής λειτουργεί σε πολλά διαφορετικά επίπεδα και παρέχοντας υπηρεσίες, όπως η παρακολούθηση της κατάστασης υγείας, η διδασκαλία και συμβουλευτική, η αξιολόγηση της ασφάλειας και της φαρμακοθεραπείας, και διενεργώντας με επιδεξιότητα εξειδικευμένες παρεμβάσεις. Οι στόχοι που θέτει σε κάθε επίσκεψη πρέπει να είναι ρεαλιστικοί, εξατομικευμένοι και μετρήσιμοι. Διακρίνονται οι εσωτερικοί (φυσιολογικές

αλλαγές, ψυχοπνευματικοί παράγοντες, τρόπος ζωής) και οι εξωτερικοί παράγοντες (περιβαλλοντικοί παράγοντες, αλλαγές στους ρόλους, το σύστημα της οικογένειας, ο φροντιστής) που επηρεάζουν αλλά και επηρεάζονται από τη διαδικασία της γήρανσης. Θα ακολουθήσει αναλυτική αναφορά σε κάθε έναν από αυτούς καθώς και στον ρόλο του κατ' οίκον νοσηλευτή.

Βασικές κοινοτικές νοσηλευτικές διαγνώσεις στην κατ' οίκον φροντίδα ηλικιωμένου ασθενούς, από τους κοινοτικούς νοσηλευτές, σύμφωνα με τις Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αδαμακίδου., (2014) είναι :

### Διαταραχή επίγνωσης των ικανοτήτων και δυνατοτήτων

Μεταβολή της γνωστικής λειτουργίας : Με την πάροδο του χρόνου συμβαίνουν αλλαγές στην λειτουργία του ανθρώπινου σώματος και φυσικά του εγκεφάλου. Σίγουρα έχουμε παρατηρήσει ότι δεν μπορούμε να μάθουμε καινούρια πράγματα τόσο γρήγορα όσο μαθαίναμε στην ηλικία των 18 χρονών. Παρατηρούμε λοιπόν μεταβολές των γνωστικών λειτουργιών στους ηλικιωμένους όπως είναι η μνήμη, η προσοχή και η συγκέντρωση, η ταχύτητα επεξεργασίας και η κατονομασία. Η μνήμη εξασθενεί στην ενήλικη ζωή και ακόμα πιο έντονα σημάδια εξασθενησης της παρουσιάζονται στην ηλικία των 60 ετών και άνω. Η προσοχή είναι μια γνωστική λειτουργία που μας επιτρέπει να δίνουμε έμφαση σε συγκεκριμένα ερεθίσματα. Όσο μεγαλύτεροι είμαστε σε ηλικία τόσο πιο πολύ δυσκολευόμαστε να εστιάζουμε σε δύο πράγματα ταυτόχρονα. Επίσης, οι γνωστικές λειτουργίες φαίνεται πως δεν ανταποκρίνονται γρήγορα στις απαιτήσεις. Παρατηρείται πως η ταχύτητα επεξεργασίας εξασθενεί σε μεγαλύτερο βαθμό και ξεκινά από την 3<sup>η</sup> με 4<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής μας. Τέλος, παρατηρείται ότι η κατονομασία δεν επηρεάζεται τόσο πολύ, πόσο μάλλον μένει σταθερή μέχρι την ηλικία των 70 και μετά εξασθενεί σταδιακά. Η λειτουργία του λόγου δεν επηρεάζεται καθόλου σε σημείο που να βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου.

Διαταραχές της κινητικότητας : Όλοι οι ηλικιωμένοι πάσχουν συχνά από διαταραχές της κινητικότητας. Οι διαταραχές μπορεί να είναι δύο: η υποκινησία, σύμφωνα με την οποία το άτομο κινείται λιγότερο από το φυσιολογικό, και η υπερκινησία, σύμφωνα με την οποία το άτομο κινείται πολύ περισσότερο. Οι ηλικιωμένοι ωστόσο πάσχουν από την υποκινησία, όπου χαρακτηριστικό παράδειγμα που οδηγεί σε αυτή είναι η νόσος Πάρκινσον. Η νόσος Πάρκινσον είναι μία νευροεκφυλιστική νόσος που αφορά συνήθως ασθενείς άνω των 65 ετών, επηρεάζει την κινητικότητα και οδηγεί σε δυσκολία και βραδύτητα στην κίνηση, το τρέμουλο ηρεμίας, η αστάθεια, η διαταραχή στην βάδιση, οι πτώσεις και η ομιλία. Η βραδυκινησία επηρεάζει δραστηριότητες που αφορούν τα χέρια (δυσκολία στο κούμπωμα των κουμπιών) και τα πόδια (αργή και δυσκολία στην

βάδιση). Στον τρόπο ηρεμίας ο ηλικιωμένος είναι ακίνητος και αργός. Ξεκινά σε ένα άνω άκρο, συνεχίζει στο άλλο, επεκτείνεται στα κάτω άκρα και εν συνεχεία στην κάτω γνάθο. Η αστάθεια είναι από τα πρώτα συμπτώματα που παρατηρούνται σε αυτούς τους ασθενείς. Προστίθεται μείωση του εύρους του βαδίσματος το οποίο καταλήγει σε ένα συρτό βάδισμα. Οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από νόσο Πάρκινσον εμφανίζουν συμπτώματα πέραν των κινητικών εκδηλώσεων όπως είναι οι διαταραχές της όσφρησης, διαταραχές του ύπνου, όπου ο ασθενής βιώνει έντονα τα όνειρά του με αποτέλεσμα να κινείται βίαια και να φωνάζει στον ύπνο του.

Αυξημένος κίνδυνος δερματικής βλάβης : Στην Τρίτη ηλικία οι πιθανότητες εμφάνισης δερματικών βλαβών αυξάνονται. Ο κοινοτικός νοσηλευτής οφείλει αρχικά να διαγνώσει εγκαίρως την πιθανότητα εμφάνισης δερματικών βλαβών αλλά και να παρέμβει έτσι ώστε να αποφευχθεί κάτι τέτοιο. Μια από τις συνηθέστερες δερματικές βλάβες στους ηλικιωμένους είναι τα δερματικά έλκη τα οποία εμφανίζονται είτε λόγω της μείωσης της ροής του αίματος με το πέρασ των χρόνων, είτε λόγω έντονης πίεσης που ασκείται στο δέρμα. Ως αποτέλεσμα ο ηλικιωμένος υφίσταται πόνο, οιδήματα, πυρετό, ευαισθησία του δέρματος καθώς και αιμορραγία. {στελιος βουδούρης δερματολόγος αφροδισιολόγος} . Ένας από τους τρόπους αποφυγής δερματικών βλαβών των ηλικιωμένων ή ακόμη και βελτίωσης των υπάρχοντων είναι αρχικά η κινητοποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας καθώς επίσης η εισαγωγή της φυσικής άσκησης στην καθημερινότητα τους η ορθότερη διατροφή σε συνδυασμό με την πρόσληψη επαρκούς ποσότητας νερού καθημερινά βοηθά επίσης στην πρόληψη των δερματικών βλαβών. Η ενημέρωση και η διδασκαλία των ηλικιωμένων ως προς τις συνέπειες τους στην υγεία τους θα τους παροτρύνει ώστε να υιοθετήσουν πιο υγιεινές συνήθειες.

### Μεταβολή της άνεσης

Διαταραχές οικογενειακών σχέσεων: Το οικογενειακό περιβάλλον διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο για τον καθένα μας πόσο μάλλον για τους ηλικιωμένους οι οποίοι εκτός από το συναισθηματικό δέσιμο σε πολλές περιπτώσεις χρειάζονται την βοήθεια των μελών της οικογένειας τους ακόμη και σε πρακτικά ζητήματα της καθημερινότητας. Είναι συχνό φαινόμενο η διαταραχή των οικογενειακών σχέσεων με τα γηραιότερα μέλη της οικογένειας με αποτέλεσμα ο ηλικιωμένος πολλές φορές να αισθάνεται βάρος ή και να απομακρύνεται από την οικογενειακή εστία. Αυτό μπορεί αν έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία αρνητικών συναισθημάτων όπως αυτά της μοναξιάς, της απόρριψης, της απογοήτευσης κ.α.. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή σε ένα τέτοιο γεγονός θα λέγαμε ότι είναι ιδιαιτέρως λεπτός, καθώς δεν έχει δικαίωμα να παρέμβει στις οικογενειακές σχέσεις του ηλικιωμένου. Παρόλα αυτά πρέπει να εντοπίσει εγκαίρως τα σημάδια της κακής ψυχολογικής κατάστασης του ηλικιωμένου και την παραπομπή του σε έναν ειδικό.

:

Έλλειμμα αυτοφροντίδας: Τα άτομα με έλλειμμα αυτοφρόντιδας δεν έχουν την δυνατότητα να ρυθμίσουν και να διαχειριστούν τον εαυτό τους. Δεν μπορούν να φροντίσουν την αυτοσυντήρηση του σώματός τους, των συναισθημάτων τους αλλά και των σχέσεών τους με άλλα άτομα. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε από κάποιο νόσημα που μπορεί να αντιμετωπίζουν είτε από το κοινωνικό τους περιβάλλον με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους αλλά και η ίδια τους η ύπαρξη.

Διαταραχή του ύπνου, της ούρησης, της κένωσης του εντέρου : Ο ύπνος αποτελεί μια από τις βασικότερες αναγκές για την επιβίωση ζωή. Στους ηλικιωμένους πολλές φορές παρατηρείται η ελλάτωση της ποσότητας και της ποιότητας του υπνού. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες όπως άγχος και στρες αλλά και σε υπάρχοντα νοσήματα. Οι διαταράξεις αυτές είναι ικανές να προκαλέσουν ποικίλα προβλήματα, για παράδειγμα σακχαρώση διαβήτη, νευρολογικά προβλήματα, υπέρταση, καρκίνο, καρδιοπάθειες. Επίσης, στους ηλικιωμένους παρατηρούνται διαταραχές στην ουρήση και στην κένωση του εντέρου. Υπάρχουν πολλά είδη διαταραχών όπως συχνουρία, κατακράτηση ούρων ,νυκτουρία, δυσκοιλιότητα, ακράτεια αντίστοιχα. Συνήθως τα άτομα αυτά έχουν κάποιο νόσημα . Ένας άνδρας για παράδειγμα μπορεί να έχει προστατισμό και μια γυναίκα ινομυώματα. Δεν παύουν όμως να ταλαιπωρούν τον άνθρωπο και να μην του επιτρέπουν να ζει ποιοτικά.

Αναποτελεσματική αναπνευστική λειτουργία: Οι άνθρωποι καθώς γερνούν , ωριμάζει και το σώμα τους και οι λειτουργίες των οργάνων τους. Μια από τις λειτουργίες αυτές είναι η αναπνευστική και οφείλεται στις αλλαγές του θωρακικού τοιχώματος, των αναπνευστικών μυών και των αναπνοών. Ο κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να διακρίνει τα άτομα με δυσλειτουργία του αναπνευστικού από τον βήχα, τη δυσκολία αναπνοής, την πιθανή κυάνωση ,το συριγμό. Χρειάζονται άμεση βοήθεια αλλά και ψυχολογική υποστήριξη από τον κοινοτικό νοσηλευτή ώστε να μπορεί να ρυθμίσει τα προβλημάτά του με τη καλή ποιότητα ζωής.

Πιθανότητα μη συμμόρφωσης με την ενδεικνυόμενη θεραπευτική αγωγή : Τα άτομα τρίτης ηλικίας έχουν τις δικές τους ιδιοτροπίες και αντιδράσεις. Πολλοί απ'αυτούς είναι αντιδραστικοί και ανεπίδεκτοι μαθήσεως. Ο κοινοτικός νοσηλευτής προσπαθεί με κάθε τρόπο να προσεγγίσει τα άτομα αυτά με όσο το δυνατό φιλικότερο τρόπο και να τους καθυσηχάσει. Είναι αναγκαίο να περάσει αρκετό χρόνο μαζί τους ώστε να τους επιτρέψει να νιώσουν άνετα και να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες αλλά και στην θεραπευτική τους αγωγή. Στόχος του νοσηλευτή είναι η απομάκρυνση του φόβου και όποιας αρνητικής αντιδράσης από το υποσυνείδητο του ηλικιωμένου.

Αισθητικές διαταραχές/διαταραχές αντίληψης (αισθητικές, οπτικές, ακουστικές, οσφρητικές, γευστικές):Με την πάροδο των χρόνων και καθώς το άτομο εισέρχεται στην τρίτη ηλικία είναι αρκετά πιθανή η εμφάνιση αισθητικών διαταραχών και διαταραχών αντίληψης. Μερικές από τις συνηθέστερες διαταραχές είναι η εξασθένηση της όρασης , με την εμφάνιση προβλημάτων όπως ο καταρράκτης ή το γλαύκωμα, η έκπτωση της ακοής ακόμη και της όσφρησης. Κάποιες σοβαρότερες διαταραχές που εμφανίζονται συνήθως στην τρίτη ηλικία είναι τα οργανικά ψυχοσύνδρομα όπως η νόσος του Alzheimer, η γεροντική άνοια, η νόσος του Parkinson κ.α.. Όλα τα παραπάνω μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία έντονου άγχους, διαταραχή στον ύπνο, συναισθηματική αστάθεια, εκνευρισμό, επιθετικότητα, ευερεθιστότητα, διαταραχές προσανατολισμού στον χώρο. Ο ηλικιωμένος θεωρείται αδύναμος και λιγότερο αποδοτικός με συνέπεια να περιθωριοποιείται και να απομονώνεται. Ο κοινοτικός νοσηλευτής οφείλει να εντοπίσει τα πρώιμα συμπτώματα των παραπάνω προβλημάτων υγείας και σε συνεργασία με ειδικούς γιατρούς και ψυχολόγους να συμβάλλει στην προσπάθεια βελτίωσης της κατάστασης του ηλικιωμένου. Μερικοί τρόποι βελτίωσης της κατάστασης του ατόμου, κυρίως σε ότι αφορά την καθημερινότητα και την ψυχολογία του είναι αρχικά η ψυχοθεραπεία, η ένδειξη πραγματικού ενδιαφέροντος από την πλευρά του νοσηλευτή, η ουσιαστική επικοινωνία, η βοήθεια στην αλλαγή της συμπεριφοράς, η λογοθεραπεία, η ανάκληση ευχάριστων αναμνήσεων από το παρελθόν καθώς και η δημιουργία νέων και η σωματική άσκηση.  
{healthtimes.gr}

Αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης ελλείμματος όγκου υγρών : Η αφυδάτωση στην Τρίτη ηλικία είναι πολύ συχνή εφόσον οι ηλικιωμένοι δεν καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα ύδατος. Ακόμα στους ηλικιωμένους διακρίνεται νεφρική δυσλειτουργία. Αρκετές φορές δεν είναι αντιληπτό και η διάγνωσή της καθυστερεί, με αποτέλεσμα να επιφέρει αρκετά προβλήματα στο άτομο. Ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι αναγκαίο να επιβλέπει τα άτομα αν καταναλώνουν αρκετή ποσότητα υγρών και να τα ενθαρρύνει. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την ποιο υγιή και ποιοτική ζωή.



Διαταραχή της θρέψης : Περίπου 1 στα 7 άτομα της τρίτης ηλικίας καταναλώνουν λιγότερες από 1.000 θερμίδες την ημέρα, οι οποίες δεν είναι αρκετές. Ο ηλικιωμένος δεν λαμβάνει επαρκή τροφή ή η τροφή που λαμβάνει περιέχει όλες τις θρεπτικές ύλες, αλλά όχι αναγκαίες ποσότητες με αποτέλεσμα μετά από χρόνια έντονου υποσιτισμού ο οργανισμός να χάνει θρεπτικά αποθέματα και να δημιουργούνται σοβαρές διαταραχές. Η υποθρεψία έχει επιπτώσεις στο πεπτικό σύστημα, στο οποίο ελαττώνεται η παραγωγή του γαστρικού οξέως, το στομάχι συρρικνώνεται και εμφανίζονται συχνές διάρροιες. Επίσης, έχει επιπτώσεις και στο καρδιαγγειακό σύστημα καθώς η καρδιά εμφανίζεται διατεταμένη, παρουσιάζει ατροφία, ινώσεις και διάσπαση μυικών ινών. Ελαττώνεται η ποσότητα αίματος που αντλείται με αποτέλεσμα την χαμηλή αρτηριακή πίεση που συχνά μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή ανεπάρκεια. Ο ηλικιωμένος οδηγείται σταδιακά σε καρδιακή ανεπάρκεια λόγω του ότι είναι υποσιτισμένος. Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν διαταραχές στην θρέψη διότι αρνούνται να καταναλώσουν τρόφιμα από όλες τις ομάδες και περισσότερο από τρία γεύματα την ημέρα. Επιπροσθέτως, εμφανίζουν τέτοιες διαταραχές επειδή καταναλώνουν μόνο ένα ζεστό γεύμα την ημέρα και πολτοποιημένη και μαλακή τροφή. Λόγω πτώσης νοητικών λειτουργιών και ψυχολογικών προβλημάτων οι ηλικιωμένοι αμελούν των εαυτού τους. Η αδιαφορία για την φροντίδα του εαυτού τους συνοδεύεται και από αδιαφορία σωστής θρέψης. Όμως η θλίψη που προκαλεί το κενό μέσα του μπορεί να οδηγήσει τον ηλικιωμένο στο να τρώει υπερβολικά πολύ και έτσι να καταλήξει στην παχυσαρκία. Πολλές φορές όμως δεν μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους διότι πάσχουν από νοητικές διαταραχές, απώλεια μνήμης. Αυτά δεν του επιτρέπουν να διατηρεί ένα αξιοπρεπές πρόγραμμα μέσα στην ημέρα. Ένας ηλικιωμένος με μυοσκελετικά και κινητικά προβλήματα δεν μπορεί να επισκεφθεί καταστήματα με τρόφιμα, ούτε να μαγειρέψει μόνος του. Για παράδειγμα, δεν είναι εύκολο σε έναν ηλικιωμένο με κινητικά προβλήματα να σηκώσει μία βαριά τσάντα με ψώνια και να την μεταφέρει μέχρι το σπίτι του. Επίσης, η μοναχική διαβίωση είναι ένας σημαντικός παράγοντας της διαταραχής της θρέψης. Ένας ηλικιωμένος άντρας αφού χάσει την γυναίκα του δεν μπορεί να συντηρηθεί μόνος του διότι έχει μάθει να τον φροντίζει η γυναίκα του στο θέμα της διατροφής. Άλλα προβλήματα που συμβάλουν στην δυσθρεψία είναι προβλήματα κατάποσης, οδοντιατρικά προβλήματα, λήψη συμπληρωμάτων διατροφής, σημαντική αλλαγή βάρους και άγνοια.

Κοινωνική απομόνωση: Η κοινωνική απομόνωση είναι ένα αρκετά συνηθισμένο φαινόμενο στην τρίτη ηλικία. Σε πολλές περιπτώσεις οι γηραιότεροι άνθρωποι καταλήγουν να έχουν λιγιστές ή ακόμη και μηδαμινές κοινωνικές επαφές με την οικογένεια ή τους φίλους τους με αποτέλεσμα να αισθάνονται μοναξιά και απογοήτευση. Σύμφωνα με μελέτες αυτό το φαινόμενο πως να έχει ως συνέπεια ακόμη και τον πρόωρο θάνατο του ηλικιωμένου. Η κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων μπορεί αν έχει αρνητικές συνέπειες ακόμη και στην υγεία τους καθώς δεν υπάρχει κάποιος να φροντίσει για πράγματα της καθημερινότητας όπως η λήψη των φαρμάκων τους, η σωστή διατροφή, η κινητοποίηση τους, ακόμη και η

διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο. Επιπρόσθετα, η ψυχολογία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία της υγείας του ατόμου καθώς μπορεί εύκολα να επιδεινώσει ή να δημιουργήσει ένα πρόβλημα. Ο κοινοτικός νοσηλευτής αφού εντοπίσει μία τέτοια κατάσταση στην οποία ο ηλικιωμένος είναι κοινωνικά αποκλεισμένος πρέπει να παρέμβει προσφέροντας υποστήριξη, να παρακινήσει το άτομο να αναλάβει μια κοινωνικότερη στάση ζωής παίρνοντας μέρος σε κοινωνικές δραστηριότητες. Σε αυτό το εγχείρημα σημαντικό ρόλο μπορούν να διαδραματίσουν τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων [Κ.Α.Π.Η.] με όλες τις δραστηριότητες που οργανώνουν.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Εν κατακλείδι, μέσα από την παραπάνω πτυχιακή εργασία συμπεράναμε πως η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στη χώρα δεν βρίσκεται στα επιθυμητά επίπεδα και πως σαφώς υπάρχουν μεγάλα περιθώρια βελτίωσης. Η τρίτη ηλικία είναι μία αρκετά ευαίσθητη ηλικιακή ομάδα η οποία όμως με τους σωστούς; Χειρισμούς από το κράτος, το σύστημα υγείας και έχοντας στο πλευρό τους τους κοινοτικούς νοσηλευτές μπορεί να μετατραπεί σε μία ιδιαίτερα παραγωγική ηλικιακή ομάδα. Μεγάλο λάθος αποτελεί η κοινωνική απομόνωση τους από το γενικό σύνολο καθώς αυτή η τακτική μόνο αρνητικά αποτελέσματα μπορεί να έχει για τους ηλικιωμένους. Μέσα από αυτή την μελέτη συμπαιράναμε επιπλέον πόσο σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ψυχολογία των ηλικιωμένων οι οποίοι βρίσκονται ούτως ή άλλως σε μία εύθραυστη καμπή της ζωής τους.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ**

Αλεξιάς Γ, Φλάμου Α. (2007) *Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχο-συναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνικής απομόνωσης και αποκλεισμού. Η περίπτωση του Βοήθεια στο σπίτι.*

Αμερικανικό Εθνικό Ινστιτούτο για τη Γήρανση

Αντωνοπούλου Λ., (2008). *Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη.* Εκδόσεις Ζυγός, Θεσσαλονίκη

Έρα Έμκε - Πουλοπούλου “*Δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα*”

Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007). *Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α.* Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα

Καλογεροπούλου Μ. *Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων.* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2011; 28(5):667-673.

Κ.Α.Π.Η., Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. <http://old.50plus.gr/kapi>

Κοτσαγιώργη Ι, Γκέκα Κ. *Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχομένη φροντίδα υγείας.* Το Βήμα του Ασκληπιού 2010;9(4):398-408.

Κουτελέκος, Ι. και Χαλιάσος, Ν. (2014), "Προσδοκίες", Το Βήμα του Ασκληπιού, Vol. 13, Iss. 2.

Κυριαζή Ν., (2002), *Η Κοινωνιολογική Έρευνα, Κριτική Επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών,* Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Κωσταγιόλας, Π.Α., Πλατής, Χ.Γ. και Ζήμερας Στ. (2006), «Διοίκηση συστημάτων υπηρεσιών υγείας στον δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών», *Οικονομικά της Υγείας*, 23:6: 603-14.

Λιονής, Χ. (2011), «Σχέση Ιατρού-Ασθενούς: Οδηγίες για μια αποτελεσματική επικοινωνία (draft version)», Παν/μιο Κρήτης, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής. Διαθέσιμο στο: [http://doctor-patient.med.uoc.gr/arxeia/simeioseis\\_doctor-patient.pdf](http://doctor-patient.med.uoc.gr/arxeia/simeioseis_doctor-patient.pdf)

Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων <http://www.pemfi.gr/>

Παπαθεοδώρου Χ., Μωυσίδου Α. (2011) *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα*. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Μελέτες/16, 61

Παπακωστίδης Α. και Τσουκαλάς Ν. (2012), «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της». Athens Medical Society.

Παπανικολάου Β, Σιγάλας Ι. «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας», Πρακτικά Συνεδρίου : «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας. Θεσσαλονίκη, 1994

Παρασκευόπουλος, Ι. (1993), *Μεθοδολογία της Επιστημονικής Έρευνας*. Τόμος Α & Τόμος Β, Αυτοέκδοση, Αθήνα

Πολυκανδριώτη Μ. Ανάγκη ενημέρωσης-πληροφόρησης των ασθενών. Το Βήμα του Ασκληπιού. 2011;10(4):439-440.

Πουλοπούλου- Έμκε Ή., (1999), *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον*. Αθήνα: Έλλην.

Ραβάνης Χ., (1995), «Κοινωνία και Υγεία», στο: Ποταμιάνος Γ., (Επιμ.), «Δοκίμια στην Ψυχολογία της Υγείας», Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Θεοδώρου Μ., (2001), «Συστήματα Υγείας», Αθήνα: Παπαζήση.  
Σαρρής Μ., (2001), «Κοινωνιολογία της υγείας και Ποιότητα Ζωής», Αθήνα: Παπαζήση.

Σαρρής Μ, Χρυσάκης Μ, Σούλης Σ. (2002). *Ανισότητες στην υγεία – Μία κριτική προσέγγιση*.  
Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 19(6):672–687

Σιώμκος, Συμπεριφορά Καταναλωτή και Στρατηγική Μάρκετινγκ, 3η έκδοση, Εκδόσεις Α. Σταμούλης, (2012).

Σταύρου Αλ. Βουτυρά, «Κοινωνική Πολιτική» Τεύχος Α", Εκδόσεις Α, Αναστασίου 1980

Σουλιώτης Κ. Η χρηματοδότηση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος: Κατανομή των πόρων και ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα, 2002.

Τούντας Γ. (2000) *Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία*. Αρχ Ελλ Ιατρ, 17(4), Ιούλιος-Αύγουστος, 351-352

Τριχοπούλου Α. & Τριχόπουλος Δ., (1986), «Προληπτική Ιατρική», Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιανός.

Τσίμτσιου, Ζ. (2008), Διδακτορική Διατριβή με θέμα: «Σχέση και επικοινωνία ιατρού-ασθενή: καταγραφή αντιλήψεων και προσδοκιών σε δείγμα ιατρών και ασθενών», Τομέας χειρουργικής, Ιατρική σχολή, Αριστοτέλειο Παν/μιο Θεσσαλονίκης, αρ. 2307.

Υπουργείο Υγείας, (2017). Η Μεταρρύθμιση της ΠΦΥ. Αθήνα

Χλέτσος Μιχ., (2017). Εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Ε.Α.Π., Πάτρα

## ΕΕΝΗ

Bartley M (2004). *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Sciences communication society.

Bandura, A. (1977), "Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change", *Psychological Review*, Vol. 84, No. 2, pp. 191-215.

Eurostat

Gunderson JM, Wieland ML, Quirindongo-Cedeno O, Asiedu GB, Ridgeway JL, O'Brien MW et al. Οι κοινοτικοί εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας ως επέκταση του συντονισμού της φροντίδας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη: ένα κοινοτικό μοντέλο συν-εποπτείας. *J Ambul Care Manage*. 2018 ; 41 (4): 333–40

La Barbera and David Mazursky Source A Longitudinal Assessment of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction: The Dynamic Aspect of the Cognitive Process Author(s): Priscilla Journal of Marketing Research 1983

Lawrence D, Kisely S. (2010). *Inequalities in healthcare provision for elderly people with severe mental illness*. *Journal of Psychopharmacology*, 24(11): 61–68

Lim, P.C. and Tag, N.K. (2000), "A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospital", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 13, No. 7, pp. 290-99.

Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*. 2008 Nov 14;372(9650):1661–9.

Merk Manual (2007). Εγχειρίδιο Γηριατρικής. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα

Meterko, M., Nelson, E C. and Rubin H.R. (1990), "Patients judgments of hospital quality", Medical Care.

Mossialos E., Allin S., Davaki K. Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia. Health Economics. 2005;14(1): 151- 168.

Navarro V. What we mean by social determinants of health. International Journal of Health Services, 2009; 39(3); 423–441

#### NATIONAL ACTUARIAL AUTHORITY

Oliver A, Mossialos E. (2004). *Equity of access to health care: outlining the foundations for action. J Epidemiol Community Health, 58:655-658*

Social Capital (13. European Commission. European innovation partnership on active and healthy ageing. 2014.)

Suhrcke M, Stuckler D, Suk JE, et al. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. PLoS ONE. 2011;6(6):e20724.

Suki M.N., Chwee L. J. and Suki M.N. (2011), «Do patients' perceptions exceed their expectations in private health care settings?», International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 24 Iss. 1, pp. 42-56.

WHO (2000). *Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000*. WHO-Euro, Copenhagen



WHO. Active ageing: a policy framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. 2002:1-60.)

Wilkinson RG, Marmot MG. Social Determinants of Health: The Solid Facts. World Health Organization; 2003. 34 p

Wilkin D., Hallam L., Doggett M.A., 1992, Measures of need and outcome for primary healthcare, Oxford University Press