

# Τα Νέα του Bowtech

Ενημερωτικό Δελτίο

**BOWEN ΕΛΛΑΔΑΣ**

Οκτώβριος 2020



## ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΑ ΣΤΗΝ 3<sup>η</sup> ΗΛΙΚΙΑ

*και οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις τους*

Αγαπητές ασκούσες και αγαπητοί ασκούντες το Bowtech,

την 1η Οκτωβρίου εορτάζεται διεθνώς η «Παγκόσμια Ημέρα για την Τρίτη Ηλικία» την οποία θέσπισε ο ΟΗΕ με σκοπό αφενός την ανάδειξη των ατόμων της τρίτης ηλικίας ως ισότιμης και κοινωνικά ενεργής πληθυσμιακής ομάδας και αφετέρου την καταγραφή και ανάλυση των ιδιαίτερων θεμάτων που αντιμετωπίζουν στην δύση του βίου τους.

Στην σύγχρονη εποχή, λόγω της εξέλιξης τόσο των διαγνωστικών όσο και των θεραπευτικών παρεμβάσεων της ιατρικής επιστήμης, σημαντικές αιτίες θανάτου είναι πλέον οι χρόνιες και εκφυλιστικές ασθένειες, οι οποίες συχνά οδηγούν σε κάποιου βαθμού αναπηρία. Φυσικό επόμενο είναι οι μακροχρόνιες θεραπείες, η αύξηση του χρόνου παραμονής σε νοσηλευτικά ιδρύματα, η αναγκαία συχνή σύμπραξη των ασθενών με αυξημένο αριθμό επαγγελματιών υγείας, καθώς και η αύξηση δαπανών για την υγεία μεταξύ άλλων, καθώς στα σωματικά προβλήματα προστίθενται και οι **ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις** της ασθένειας και της αναπηρίας.

Για να κατανοήσουμε καλύτερα αυτά τα ψυχοκοινωνικά ζητήματα είναι χρήσιμο αρχικά να ορίσουμε την ασθένεια και την αναπηρία:

**Ασθένεια** είναι η παρέκκλιση από την σωματική, νοητική και κοινωνική ισορροπία. Επειδή αυτοί οι παράγοντες είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι, η λύση της μεταξύ τους συνεχείας έχει ως αποτέλεσμα την απουσία της βιοψυχοκοινωνικής υγείας του ατόμου (Ogden 2007).

**Αναπηρία** είναι ο περιορισμός στην εκτέλεση των κοινωνικών ρόλων και ευθυνών ενός ατόμου στο κοινωνικό, πολιτιστικό και φυσικό περιβάλλον του (Verbrugge and Jette 1994).



# ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Συνέχεια από την σελίδα 1

Οι τρόποι διαχείρισης των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων εντός ενός πλαισίου θεραπευτικής αγωγής έχουν -στην σύγχρονη εποχή- περιγραφεί κυρίως μέσω δύο γνωστικών μοντέλων:

- ➔ Του **βιοιατρικού μοντέλου**, στο οποίο έχει στηριχτεί η σύγχρονη παροχή φροντίδας και ιατρικών υπηρεσιών &
- ➔ Του **βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου**, το οποίο αποτελεί μεταγενέστερη προσέγγιση.

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υποστηρίζει ότι σε κάθε προσπάθεια για την κατανόηση των σωματικών συμπτωμάτων και της εμπειρίας της ίδιας της ασθένειας, θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και βιολογικοί παράγοντες. Η αναγνώριση και η εις βάθος εξέταση αυτών των παραγόντων και των επιπτώσεών τους στην ζωή των ασθενών, μπορεί να αποτελέσει το διακριτικό χαρακτηριστικό του άριστου θεραπευτή συγκρινόμενου με έναν απλά καλό θεραπευτή. Ποιές όμως είναι αυτές οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις;

Μια από τις πιο σημαντικές παραμέτρους, οι οποία καθορίζει τη ζωή των ασθενών της 3ης ηλικίας είναι η **απώλεια της ανεξαρτησίας** τους. Οι ασθενείς συχνά δυσκολεύονται να αυτοεξυπηρετηθούν (π.χ., να κάνουν μπάνιο, να ντυθούν ή να χρησιμοποιήσουν την τουαλέτα) και αυτό τους οδηγεί σε απόγνωση, καθώς χρειάζεται ξαφνικά να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα της ζωής τους.

Επιπρόσθετα, η **αναγκαιότητα παραίτησης από δραστηριότητες και ευθύνες** συχνά επηρεάζει αρνητικά τους ασθενείς, οι οποίοι νιώθουν ότι χάνουν τα κεκτημένα της ζωής τους και αυτό πιθανόν να τους οδηγήσει σε απόγνωση και απομόνωση (Di Matteo & Martin 2006).

Τα **αρνητικά στερεότυπα και οι προκαταλήψεις** που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ηλικιωμένοι στις συναναστροφές τους με νεότερα άτομα αφορούν κυρίως τις ικανότητες των ηλικιωμένων, είτε νοητικές είτε σωματικές και μπορούν πολύ εύκολα να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Στον τομέα της υγείας τα στερεότυπα αυτά μπορούν να επηρεάσουν ακόμη και τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι δεν λαμβάνουν τόσο σοβαρά υπόψη τους τις ανησυχίες των ασθενών και συνδέουν την 3<sup>η</sup> ηλικία με ταλαιπωρία και περιορισμούς (Burggraf and Barry 1998).

Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί επίσης ο **περιορισμός του κοινωνικού τους δικτύου** και η προσαρμογή στο σύνολο των απωλειών, όπως ο θάνατος των συντρόφων και των φίλων τους. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα και συναισθηματικές απώλειες, καθώς συχνά η επαφή με άλλους συγγενείς όπως τα παιδιά και τα εγγόνια τους είναι περιορισμένη, γεγονός που εντείνει το αίσθημα μοναξιάς και παραίτησης, το οποίο ήδη νιώθουν.

Οι ασθενείς της τρίτης ηλικίας είναι πιο ευάλωτοι σε σχέση με τους νεώτερους, με συνέπεια να παρουσιάζεται εντονότερα σε αυτούς η **αίσθηση της αβεβαιότητας για το μέλλον**. Οι ηλικιωμένοι συχνά αρνούνται να αποδεχτούν την κατάστασή τους και τείνουν να έχουν την πεποίθηση, ότι η ίαση θα επέλθει ασχέτως της σοβαρότητας των νοσημάτων τους. Για τον λόγο αυτό απογοητεύονται, όταν διαπιστώνουν, ότι η θεραπεία ή έστω η βελτίωση συχνά είναι ανέφικτη.



Η **οικονομική δυσχέρεια** είναι ένας ακόμη παράγοντας, ο οποίος επηρεάζει αρνητικά την παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένους. Πολλοί από αυτούς που δεν έχουν την οικονομική άνεση, δεν διαθέτουν ιδιωτική ασφάλεια υγείας ή δεν παίρνουν ούτε καν σύνταξη, υποχρεώνονται σε εξαιρετικά μειωμένη και κακής ποιότητας παροχή υπηρεσιών υγείας (DiMatteo και Martin 2006).

Το **προσδόκιμο ζωής συνεχώς αυξάνεται** χωρίς ταυτόχρονα να συνυπάρχει πάντα με τη βιολογική υγεία και ευεξία. Καθώς η τρίτη ηλικία διέπεται από πολυπαθολογία, τα κυριότερα νοσήματα των ηλικιωμένων συχνά συνυπάρχουν: αναπνευστικά, καρδιαγγειακά, εγκεφαλικά, νευροψυχικά (άνοια, κατάθλιψη, άγχος), αισθητηριακά (κώφωση, μείωση όρασης, μείωση ισορροπίας), νεοπλασίες, μυοσκελετικά (αρθρίτιδα, οστεοπόρωση), πτώσεις, μεταβολικά (διαβήτης), κ.ά. (Ραφτόπουλος 2010).

***Αποφάσισα να είμαι ευτυχισμένος επειδή κάνει καλό στην υγεία.  
Βολταίρος, 1694 -1778***

Συνέχεια από την σελίδα 3

Επομένως, οι συχνά περίπλοκοι στόχοι της γηριατρικής αποκατάστασης απαιτούν τον προσδιορισμό προτεραιοτήτων στην λήψη αποφάσεων. Ο βασικός στόχος ζωής των ηλικιωμένων είναι η διατήρηση ή αποκατάσταση της ανεξαρτησίας και της λειτουργικότητας στην καθημερινότητα του ασθενούς.

Οι κύριες λειτουργίες, την αποκατάσταση των οποίων πρέπει να λαμβάνει υπ' όψιν του ο θεραπευτής -καθώς είναι μείζονος σημασίας για τον ασθενή- είναι:

- Η **αυτοεξυπηρέτηση βασικών αναγκών** όπως: αυτόνομη σίτιση, ένδυση, πλύσιμο, χτένισμα, έλεγχος σωματικών λειτουργιών όπως η ούρηση και η αφόδευση.
- Η **κινητικότητα**: ικανότητα να σηκώνονται και να κάθονται στο κρεβάτι, στο τραπέζι και στην τουαλέτα, βάρδιση, ανάβαση/κατάβαση σκάλας (Kemp 1996).

**Ο μόνος τρόπος να διατηρήσεις την υγεία σου είναι να τρως αυτά που δεν θέλεις, να πίνεις αυτά που δεν σου αρέσουν και να κάνεις αυτά που θα προτιμούσες να μην έκανες.**  
**Μαρκ Τουαίην, 1835-1910**



Ποιός όμως είναι ο **ρόλος του θεραπευτή** στην πορεία αποκατάστασης, η οποία ενδέχεται να είναι μακριά και οδυνηρή, αλλά και στην διαχείριση των ψυχοκοινωνικών επιπτώσεων της ασθένειας; Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενούς και θεραπευτή, δεν είναι αποκλειστικά **θεραπευτική** ή **επαγγελματική** (και κατά συνέπεια **οικονομική**) αλλά και **συναισθηματική** και **επικοινωνιακή** (Potter et al 2003).

Όσον αφορά την κοινωνική τους σχέση και τα δύο μέρη αναλαμβάνουν να παίξουν ρόλους, οι οποίοι αναγκαστικά επηρεάζονται από τον βαθμό ενεργητικής ή παθητικής, ηγετικής ή καθοδηγητικής σχέσης και ισότιμης συνεργασίας μεταξύ ασθενούς & θεραπευτή (Σαρρής 2001) αλλά και από την ηλικία, το φύλο, την καταγωγή και το κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο του ασθενούς (Smith 1992, 2001). **4**



Σε γενικές γραμμές ο ηλικιωμένος ασθενής μπορεί να θεωρηθεί «δύσκολος πελάτης» (Potter et al 2003) και να είναι απλά παθητικός ή πλήρως εξαρτημένος, απαιτητικός όσον αφορά στον χρόνο ή την προσοχή του θεραπευτή, αρνητικός ή και καταστροφολόγος. Πιθανόν επίσης να μην αποδέχεται την κατάστασή του, να βιώνει θυμό και να επιρρίπτει ευθύνες σε τρίτους ή να πάσχει από έλλειψη κινήτρου λόγω απογοήτευσης και απόγνωσης. Όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά οδηγούν στην ελλιπή τήρηση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Με αυτόν τον τρόπο διακυβεύονται οι θετικές επιδράσεις κατά τα άλλα επιτυχημένων θεραπευτικών παρεμβάσεων (Butow & Sharpe 2013).

Κατά συνέπεια, για να ασκεί ο θεραπευτής το επάγγελμά του εποικοδομητικά είναι αναγκαίο να προβεί σε συμπεριφορικές προσαρμογές, όπως η βελτίωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας, η αυτοκριτική και η περαιτέρω επιμόρφωση (Berwick 1989).

Η **συναισθηματική σχέση** είναι αυτή που δημιουργεί ένα υπόβαθρο για την προαγωγή της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και της ποιότητας ζωής τους ασθενούς και οδηγεί σε σχέση καλής επικοινωνίας. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι ο θεραπευτής να διαθέτει τις αρετές που θα του επιτρέψουν την επικοινωνία αυτή: **αποδοχή** του ασθενούς που επιτρέπει μια σχέση **σεβασμού** και **φροντίδας**, **ειλικρίνεια** και **ευθυγράμμιση** που επιτρέπουν την έκφραση αυθεντικών συναισθημάτων και **κατανόηση**, η οποία οδηγεί σε **ενσυναίσθηση** (Kolt & Andersen 2004). Παράλληλα ωστόσο ο θεραπευτής πρέπει να παρουσιάζει και κάποια άλλα χαρακτηριστικά, για να λειτουργεί η θεραπεία προς όφελος του ασθενούς:

**Αυτοέλεγχος**, για να μπορεί να παραμένει ανεπηρέαστος από τα συναισθήματα του ασθενούς, όπως η κατάθλιψη που σχετίζεται με τον χρόνιο πόνο (Turk et al 1994, Miller & Cano 2009).

**Συναισθηματική ισορροπία** προς αποφυγήν του φόβου ως προς την χρήση τεχνικών (π.χ., σε ασθενείς με οστεοπόρωση), που μπορεί να οδηγήσει σε αποκλεισμό ασθενών από οφέλη μιας θεραπείας (Sran & Khan 2004).

**Υπομονή**, π.χ., σε ασθενείς με άνοια όπου κατ' ανάγκη η επικοινωνία περιορίζεται σε ένα επαναλαμβανόμενο μοτίβο.

**Επιμονή & Πειθαρξία** θα βοηθήσουν τέλος τον θεραπευτή να επιδείξει αντοχή στην προαγωγή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου σε τομείς που στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στο βιοιατρικό μοντέλο, όπως π.χ., η καρδιοαναπνευστική φυσικοθεραπεία (Roskell 2013).

Η **σχέση επικοινωνίας** που οικοδομείται μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου αφορά την **ενημέρωση** του ασθενούς ή των οικείων του για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, την αποτελεσματικότητά τους, το οικονομικό κόστος τους, την πιθανή παραπομπή σε άλλο επαγγελματία υγείας και την πρόληψη, καθώς οι συμπεριφορικές συνήθειες επηρεάζουν την υγεία και τη γήρανση (Μαρμαράς & Κέντρου, 2011). Το μήνυμα που επικοινωνείται χρειάζεται να είναι σαφές και κατανοητό αμφοτερόπλευρα, έτσι ώστε να οικοδομηθεί μια **σχέση συνεργασίας**, με απώτερο στόχο να τηρηθεί το πλάνο αποκατάστασης και να επέλθει βελτίωση ή διατήρηση της παρούσας κατάστασης.

Η καλή επικοινωνία συμβάλλει θετικά στην εξέλιξη της πορείας υγείας ενός ασθενούς (Ogden 2007). Έτσι οι Butow & Sharpe (2013) προτείνουν ένα μοντέλο επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς & επαγγελματία υγείας, το οποίο βασίζεται σε 6 σημεία:

1. Ενθάρρυνση διαπροσωπικής σχέσης
2. Λήψη πληροφοριών (ιστορικό)
3. Παροχή πληροφοριών για τη θεραπεία
4. Διευκόλυνση λήψης αποφάσεων
5. Προαγωγή συμπεριφοράς υγείας
6. Ανταπόκριση στα συναισθήματα

*Η φύση μας είναι  
κίνηση. Η απόλυτη  
ξεκούραση σημαίνει  
θάνατο.*

**Blaise Pascal, 1623-1662**

Η χρήση του μοντέλου αυτού αποσκοπεί στην διασφάλιση τόσο των **βραχυπρόθεσμων** στόχων (αύξηση ικανοποίησης, καλύτερη ενημέρωση, καλύτερη επικοινωνία) όσο και των **μεσοπρόθεσμων** (τήρηση θεραπευτικής αγωγής, αύξηση κινητοποίησης προς μία συμπεριφορά υγείας) και **μακροπρόθεσμων** (βελτίωση θεραπευτικών αποτελεσμάτων).

Τόσο η **λεκτική επικοινωνία** (χρήση λόγου, ανοικτών & κλειστών ερωτήσεων, παύσεων, φωνής [τόνου, έντασης, ταχύτητας], ενεργητική ακρόαση) όσο και η **μη λεκτική επικοινωνία** (στάση σώματος, χειρονομίες, έκφραση προσώπου, κινήσεις οφθαλμών, άγγιγμα, απόσταση, εξωτερική εμφάνιση, γραπτή επικοινωνία μεταδίδουν ένα μετα-μήνυμα! Παραδείγματα θετικών μετα-μηνυμάτων θα μπορούσαν να είναι: σε στηρίζω, μπορώ να σε βοηθήσω, σε σέβομαι, με ευχαριστεί το έργο που παράγω, πιστεύω πως όλοι πρέπει να βοηθούν τους ηλικιωμένους. Πιθανά αρνητικά μετα-μηνύματα που μπορούν να γίνουν αντιληπτά είναι: σε λυπάμαι, σε σιχαίνομαι, δεν σε καταλαβαίνω, με κουράζεις, βιάζομαι να κάνω τη δουλειά μου, κ.ά.

Στις **επικοινωνιακές δεξιότητες** του θεραπευτή συγκαταλέγονται η προσαρμογή της συμπεριφοράς ανάλογα με τις ιδιαιτερότητες των ασθενών της 3<sup>ης</sup> ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα οι χειρονομίες να είναι ήρεμες και περιορισμένες στις απαραίτητες, η έκφραση του προσώπου να μην δείχνει απαξίωση, αηδία ή ανία, το άγγιγμα να είναι σταθερό (για να μειωθεί ο φόβος της πτώσης ή του πόνου), αλλά απαλό (για να προσδίδει τρυφερότητα) και η απόσταση να μην προδίδει χάσμα μεταξύ επαγγελματία και ασθενούς αλλά να διευκολύνει την οπτική και ακουστική επαφή. Ακόμη η εξωτερική εμφάνιση να μην είναι προκλητική ή άπρεπη, η ομιλία να είναι σαφής και δομημένη και να παρέχει χρόνο για ανταπόκριση και ενεργητική ακρόαση και η φωνή να είναι όσο χρειάζεται σταθερή και δυνατή ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς (Grinder & Bandler 1976).

Στην αρχαία μας γλώσσα **θεράπων** είναι ο βοηθός. Ο ρόλος του θεραπευτή είναι επομένως, να παραστέκεται στον ασθενή, λαμβάνοντας υπ' όψιν του όχι μόνο την δική του ακαδημαϊκή γνώση, αλλά και τις προτιμήσεις και προσδοκίες του δέκτη. Δυστυχώς τα ευρήματα των ερευνών δεν συμφωνούν ως προς το αν ασθενείς με υψηλές προσδοκίες είχαν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα σε σχέση με ασθενείς που δεν είχαν (Foster et al 2010). Οι Alschuler et al (2008) βασιζόμενοι σε προηγούμενες έρευνες (Holzberg et al 1996, Keogh et al 2006) προτείνουν ότι, η συνύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας και κατάθλιψης οδηγεί τους ασθενείς, να δηλώνουν αναπηρία ή μείωση ενασχόλησης με δραστηριότητες. Ο ρόλος του θεραπευτή σε αυτές τις περιπτώσεις είναι υποστηρικτικός, καθώς ταυτόχρονα με την μείωση του πόνου ή της δυσκαμψίας, είναι πιθανή και η βελτίωση των ψυχολογικών συμπτωμάτων. Οι Frobose & Schule (1992) έχουν αποδείξει ότι, τα προγράμματα άσκησης (π.χ., σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα) βελτιώνουν πέρα από την φυσική υγεία και την ψυχολογική διάθεση και ταυτόχρονα μειώνουν το άγχος και την αίσθηση του πόνου.

Ως επαγγελματίας υγείας ο θεραπευτής χρειάζεται να αναρωτηθεί ως προς τον ρόλο του στη θεραπευτική πράξη. Ο Watson (1996) προτείνει την ενδυνάμωση του ρόλου συμμετοχής του ασθενούς, επειδή θεωρεί ότι η αποκατάσταση βασίζεται στην **αυτοδιαχείριση** και την **ανάληψη της ευθύνης** του εαυτού από τον ασθενή. Ο θεραπευτής καλείται λοιπόν να ενισχύσει αυτές τις ικανότητες με κατάλληλη πληροφόρηση, αποτελεσματικές στρατηγικές διαχείρισης και θέτοντας στόχους εφικτούς για ασθενείς της 3<sup>ης</sup> ηλικίας, όπως η ενίσχυση βασικών κινητικών ικανοτήτων και δεξιοτήτων αυτοεξυπηρέτησης.

Όσον αφορά την **επαγγελματική σχέση** μεταξύ θεραπευτή και ασθενούς, αυτή διέπεται από δεοντολογικούς κανόνες και πρέπει να παραμένει στα αρμόζοντα πλαίσια για τους ασθενείς στην 3η ηλικία, παρέχοντας ανακούφιση από τον πόνο, ψυχολογική υποστήριξη και διατήρηση της ζωής με τις καλύτερες δυνατές συνθήκες. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η τήρηση των βασικών κανόνων της **δεοντολογίας**, οι οποίοι αφορούν τους ασθενείς: αρχή της ωφέλειας και της μη βλάβης, σεβασμός στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια, την προσωπική ελευθερία και την ελεύθερη βούληση του ασθενούς, φροντίδα ανεξάρτητα από τις θρησκευτικές, ιδεολογικές ή άλλες τοποθετήσεις του ασθενούς ή από την οικονομική και κοινωνική του κατάσταση ή την βαρύτητα της νόσου του και τήρηση του ιατρικού απορρήτου.

Επίσης ο επαγγελματισμός επιβάλλει την συνεχή **επιμόρφωση** με σκοπό τη διεύρυνση του γνωστικού πεδίου και την **εξειδίκευση** του θεραπευτή. Για παράδειγμα, όπως παραθέτουν οι Briggs et al (2012) ο ικανός θεραπευτής έχει υποχρέωση να αναγνωρίζει σε παρουσία μίας ασθένειας τα σημεία & συμπτώματα άλλης πιθανής υποβόσκουσας νόσου και οφείλει να παραπέμπει ανάλογα, καθώς απαγορεύεται η εκ μέρους του παροχή ιατρικών συμβουλών.

Το φαινόμενο αύξησης των γηριατρικών ασθενών είναι παγκόσμιο και οφείλεται αφ' ενός στο "baby boom" μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο και αφ' ετέρου στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης (υγιεινή, εμβολιασμοί, ιατρική τεχνολογία, κ.λπ.) τον τελευταίο αιώνα (Αγραφιώτης 1998). Στον διεθνή πληθυσμό παρατηρείται σταθερή αύξηση της αναλογίας των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω. Έρευνες που έχουν γίνει σε διαφορετικές χώρες συμφωνούν πως οι ασθενείς της 3ης ηλικίας χρησιμοποιούν ένα ευρύ φάσμα των υπηρεσιών υγείας και έχουν περισσότερες πιθανότητες να νοσηλευτούν ανεβάζοντας έτσι το κόστος των υπηρεσιών (Jayadevarra et al 2006, Heinrich 2008, Wong 2012). Οι χρόνιες παθήσεις ευθύνονται σε μεγάλο ποσοστό για τη συχνή χρήση των υπηρεσιών υγείας (Timms et al 2002, Kristensson et al 2007) η οποία διεθνώς παρουσιάζει αυξητική τάση (Palacios-Cena 2013, Sinha 2011). Η αναπηρία και η μακροχρόνια νοσηλεία φαίνεται να επιδεινώνει τις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους περισσότερο από την επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία. Για το λόγο αυτό η προαγωγή της πρόληψης είναι πιθανόν να έχει θετικό αντίκτυπο στις παραμέτρους αυτές (Jakobsson 2011, Chen 2013), καθώς και στη μείωση του κόστους των υπηρεσιών.



Συνέχεια από την σελίδα 8

Οι κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές διαστάσεις του φαινομένου αυτού έχουν αποτελέσει αντικείμενο πολλών ερευνών. Το βασικότερο συμπέρασμά τους είναι, ότι υπάρχει ανάγκη μεταστροφής στην πολιτική υγείας διεθνώς. Οι βασικότερες επιδιώξεις αφορούν την προώθηση της ενεργού γήρανσης όπως προκύπτει από το σύνταγμα της ΕΕ και άλλων πηγών. Τα καιρία σημεία είναι:

- Η αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τη συμβολή των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας στην κοινωνία
- Η ενθάρρυνση των φορέων χάραξης πολιτικής και των ενδιαφερόμενων για δημιουργία ευκαιριών παράτασης του επαγγελματικού βίου
- Οι προοπτικές συμμετοχής στην αγορά εργασίας
- Η ενίσχυση της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών
- Η ανεξάρτητη διαβίωση και η δίκαιη κατανομή πόρων για την υγεία.

Για την επίτευξη αυτών των στόχων είναι απαραίτητη η εξασφάλιση της πρόσβασης στην περίθαλψη, η διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών, αλλά και η οικονομική βιωσιμότητα. Αυτή η βιωσιμότητα μπορεί να εξασφαλιστεί εν μέρει μέσω συγκεκριμένων δομών του συστήματος υγείας όπως:

- Γηριατρικές κλινικές
- Κατ' οίκον νοσηλεία
- Τηλεϊατρική
- Κέντρα στήριξης ασθενών & αναπήρων και των οικείων τους, καθώς επίσης και με την προαγωγή της πρόληψης (Μαρμαράς και Κέντρου 2011), η οποία θα έχει αποτελέσματα σε βάθος χρόνου.

## Βιβλιογραφία

- ALSCHULER, K.N. 2008. *A comparison of the relationship between depression, perceived disability, and physical performance in persons with chronic pain*. European Journal of Pain 12 757–764
- BERWICK, DM., Continuous improvement as an ideal in health care. N Engl J Med.1989;320:53–56. [PubMed]
- BRIGGS A. et al 2012 *Physiotherapy co-management of rheumatoid arthritis: Identification of red flags, significance to clinical practice and management pathways*, 2013 Elsevier Ltd.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2013.01.006elsevier>
- BUTOW, P. and SHARPE, L., 2013. *The impact of communication on adherence in pain management*. pii: S0304-3959(13)00416-8. Doi:10.1016/j.pain.2013.07.048. [Epub ahead of print].
- DELLORTO, A. E. and POWER, P.W., 2007. *The psychological and social impact of illness and disability*. 5<sup>th</sup>ed. New York: Springer Publishing Company
- FOSTER, N.E., et. al. 2010. *The relationship between patient and practitioner expectations and preferences and clinical outcomes in a trial of exercise and acupuncture for knee osteoarthritis*. European Journal of Pain. Vol. 14, pp. 402–409.
- FROBOSE, I. and SCHULE, K. 1992. *Befindlichkeits- und Einstellungsänderungen beim Sport mit Rheumatikern*. DieRehabilitation, 31, 198±201.

## Συνέχεια από την σελίδα 9

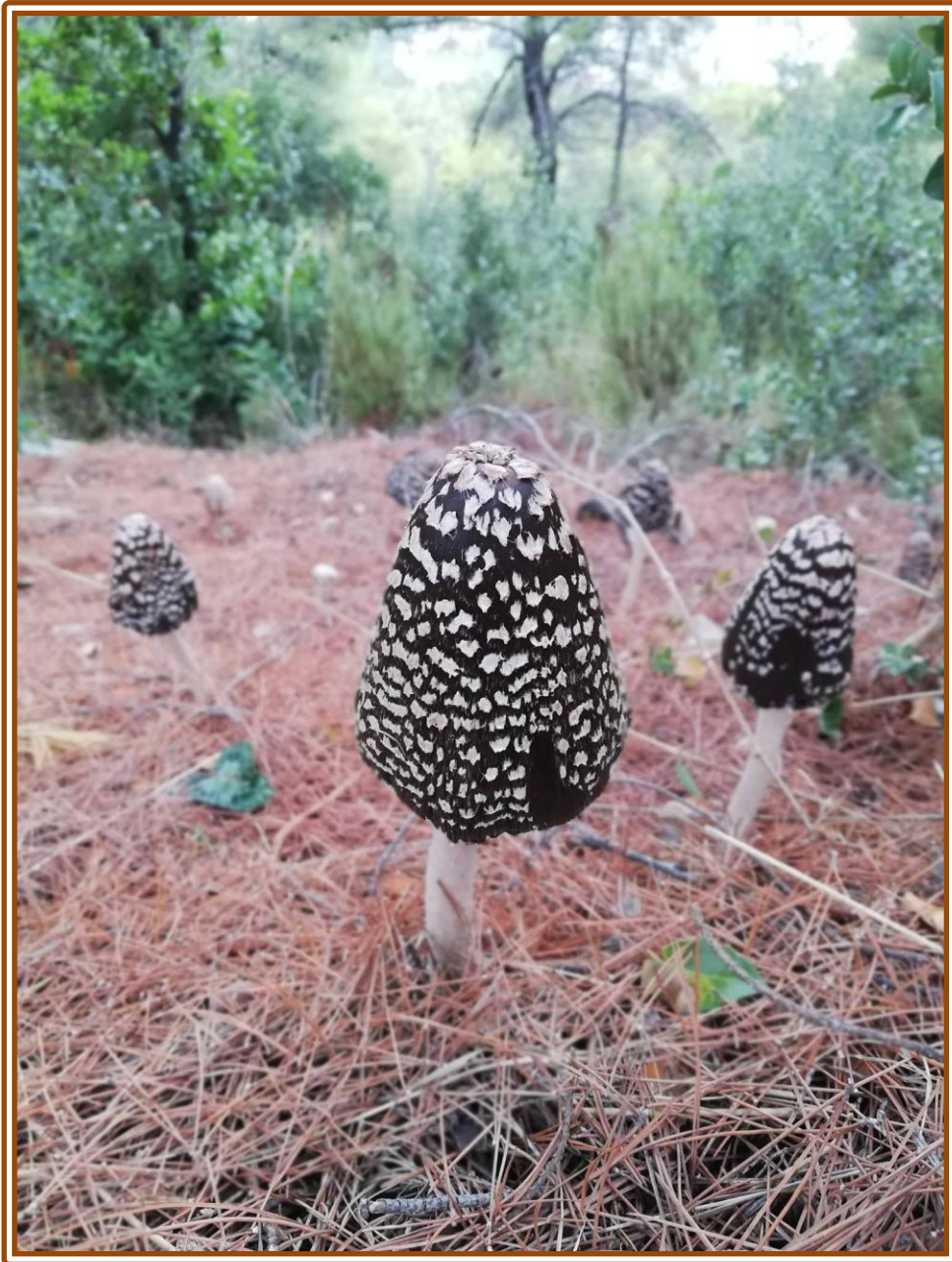
- GRINDER, J. and BANDLER, R., 1976. *The Structure of Magic*. Science and Behavior Books. Palo Alto, California
- HEINRICH S. et al 2008 *Service Utilization and Health-Care Costs in the Advanced Elderly*. Value in Health, Vol. 11 (4) pp 611-620
- JACKOBSON U. et al 2011. *Psychosocial perspectives on health care utilization among frail elderly people: An explorative study* Archives of Gerontology and Geriatrics 52 290-294
- JAYADEVAPPA R. 2006. *Health Resource Utilization and Medical Care Cost of Acute Care Elderly Unit Patients*
- JENSEN, G.M., et. Al. 2000. *Expert practice in physical therapy*. Physical Therapy. Vol. 80, pp. 28-43.
- KEMP, B. 1996. *Rehabilitation*. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology*. San Diego, CA: Academic Press.
- KOLT, G.S and ANDERSEN, M.B. 2004. *Psychology in the physical and manual therapies*. Amsterdam: Elsevier.
- KRISTENSSON, J, et al 2010. *Case managers for frail older people. A randomised controlled pilot study*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 24 (4) pp 755-763
- MILLER, L.M. and CANO, A. 2009. *Comorbid Chronic Pain and Depression: Who Is at Risk?*, The Journal of Pain, Vol 10, No 6 (June), : pp 619-627
- SRANA, M.M. and KHANA, K.M. 2005. *Physiotherapy and osteoporosis: practice behaviors and clinicians' perceptions—a survey*. Manual Therapy 10 21-27
- PALACIOS-CENA D. 2013 *Has the prevalence of health care services use increased over the last decade (2001-2009) in elderly people? A Spanish population-based survey*. Maturitas 76 326-333
- POTTER, M., et. Al. 2003. *The physiotherapy experience in private practice: The patients' perspective*. Australian Journal of Physiotherapy vol. 49, pp. 195-202.
- POTTER, M., et. al. 2003. *The difficult patient in private practice physiotherapy: A qualitative study*. Australian Journal of Physiotherapy. vol. 49, pp. 53-61.
- ROSKELL, C., 2013. *An exploration of the professional identity embedded within UK cardiorespiratory physiotherapy curricula*. Physiotherapy. vol.99, pp. 132-138.
- SINHA S.K. 2011 *Why the elderly could bankrupt Canada and how demographic imperatives will force the design of acute care service delivery*. Healthcare papers 11 (1)Q 46-51
- SMITH, P. and GRAY B., 2001. *Reassessing the concept of emotional labour in student nurse education: role of link lecturers and mentors in a time of change*. Nurse Education Today. April, vol. 21, no. 3, pp. 230-237.
- SMITH, P., 1992. *The Emotional Labour of Nursing*. Macmillan, London book.
- TIMMS, J. et al 2002. *Documentation of characteristics of early hospital readmission of elderly persons*. J. Nurses staff Dev. 18, pp 136-145
- VERBRUGGE, L.M. and JETTE, A.M. 1994, *The disablement process*, Sm. Sci. Med. Vol. 38, No. 1. pp. 1-14.
- WATSON, G., 1996. *Neuromusculoskeletal Physiotherapy: Encouraging Self-management*. Physiotherapy. June, vol. 82, no. 6.
- WONG A., et al 2012. *Medical innovation and age-specific trends in health care utilization: Findings and implications* - Social Science & Medicine 74 263e272
- ΑΓΡΑΦΙΩΤΗΣ, Δ. 1998 "Τρίτη ηλικία": Κοινωνικές και πολιτιστικές ιδιοτυπίες του παρόντος και του μέλλοντος στο βιβλίο «Τα βιολογικά αίτια της γήρασης και τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας». ΕΘΝΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΕΥΝΩΝ (ΕΙΕ.)
- DI MATTEO, M. R. and MARTIN, L. R. 2003. *Health Psychology*. Scientific Editorship by Anagnostopoulos, F. & Potamianos, G. (Greek edition 2006). EllinikaGrammata Editions
- ΜΑΡΜΑΡΑΣ, Ι. και ΚΕΝΤΡΟΥ, Ε. 2011, *Το φαινόμενο της γήρασης στην Ελλάδα και η μελλοντική αντιμετώπιση του από το σύστημα υγείας*. Φυσικοθεραπεία, Τόμος 12, Τεύχος 2
- OGDEN, J. 2004. *Health psychology: A textbook*. Athens: Parisianou Scientific Editions.
- ΣΑΡΡΗΣ, Μ. 2001 *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση

### **ΡΟΛΛ-ON Bowtech**

- ✿ Κατάλληλα για τον βλαισό μεγάλο δάκτυλο, τους αρθρικούς πόνους, την μυϊκή καταπόνηση, την οσφυαλγία, κ.ά.
- ✿ Κατασκευασμένα εξ' ολοκλήρου από αγνές, βιολογικές πρώτες ύλες και αιθέρια έλαια στην Κρήτη.
- ✿ Κόστος: 8 Ευρώ
- ✿ Για παραγγελίες παρακαλώ επικοινωνήστε με το τηλέφωνο του σωματείου: **6987518863**



# Καλό Φθινόπωρο!



Υμηττός - Μετά τα πρωτοβρόχια