

7

Οι επιπτώσεις της σαρκοπενίας στην ποιότητα ζωής: μια μικρο- και μακροσκοπική ανάλυση των προκλήσεων για τη δημόσια υγεία

Αρχοντούλα Φιλιππούλου

Εισαγωγή

Η ποιότητα ζωής έχει απασχολήσει από αρχαιοτάτους χρόνους τους Έλληνες φιλόσοφους. Ο Αριστοτέλης, στο σύγγραμμά του *“Ηθικά Νικομάχεια”*, απέδιδε τους όρους ποιότητα ζωής (*ευ ζην*) και ευημερία (*ευ πράττειν*) με τη λέξη “ευδαιμονία”, δηλαδή «το τέλειο και αυτάρκες αγαθό», που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου.

Ο πληθυσμός των ενηλίκων, άνω των 50, αλλά κυρίως των ηλικιωμένων, έχει αυξηθεί ραγδαία τον τελευταίο αιώνα και αναμένεται πως θα συνεχίσει να αυξάνεται σε όλο τον κόσμο.

Υπάρχουν 580 εκατομμύρια άνθρωποι, παγκοσμίως, άνω των 60 ετών ενώ το 2025 ο πληθυσμός αυτός αναμένεται να φτάσει τα 694 εκατομμύρια ή το 22,3%. Ταυτόχρονα, οι γυναίκες φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με τους άνδρες. Ενδεικτικά, το 2002 στην Ευρώπη η αναλογία άνδρες προς γυναίκες άνω των 60 ήταν 678 άνδρες για κάθε 1000 γυναίκες. Αυτή η αναλογία, αν και διατηρείται σε παγκόσμιο επίπεδο δεν παρατηρείται και στις αναπτυσσόμενες χώρες και αναμένεται να αυξηθεί τα επόμενα 20 χρόνια.

Στην Ευρώπη το 22% των κατοίκων είναι άνω των 60 ετών και το ποσοστό αυτό εκτιμάται πως θα αυξηθεί σε 27% μέχρι το τέλος του 2020 [1,2] οπότε και αναμένεται η Ευρώπη να διατηρεί τον τίτλο της «αρχαιότερης» ηπείρου παγκοσμίως. Η Ελλάδα και η Ιταλία εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό ηλικι-

ωμένων στον κόσμο, το οποίο στη χώρα μας ανέρχεται στο 19% στην τελευταία απογραφή του 2010, έναντι του 14% το 1991¹.

Επίσης, σύμφωνα με τη στατιστική υπηρεσία της χώρας μας το ποσοστό των γυναικών σε ολόκληρο τον πληθυσμό φτάνει το 50%.

Καθώς το ποσοστό των παιδιών και των νέων μειώνεται και το ποσοστό των ηλικιωμένων αυξάνεται, η τριγωνική πληθυσμιακή πυραμίδα του 2010 θα αντικατασταθεί από μια πιο «δομή το 2025 (Εικόνα 1).

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, του επιπολασμού των χρόνιων ασθενειών, μαζί με την ασθένεια και των φυσιολογικών φθορών του σώματος στην τρίτη ηλικία, αναδεικνύουν τη σημαντικότητα της διατήρησης της ποιότητας ζωής στους ενήλικες και τους ηλικιωμένους εφόσον η διαχωριστική γραμμή μεταξύ των δύο ομάδων είναι λεπτή και ο καλύτερος τρόπος διατήρησης και θεραπείας είναι η πρόληψη.

Ένας από τους πιο σημαντικούς τροποποιησιμους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ενηλίκων είναι η διατροφή, με την οποία μπορεί να επιτευχθεί η διατήρηση τριών συμπεριφορών-κλειδιών: α) Χαμηλός κίνδυνος ασθενειών και αναπηριών σχετιζόμενων με ασθένειες, β) υψηλή νοητική και φυσιολογική λειτουργία και γ) δέσμευση με τη ζωή.

Ανεξάρτητα, των νοσογόνων καταστάσεων που βιώνουν τα ηλικιωμένα άτομα, η γήρανση συνοδεύεται και από φυσιολογικές μεταβολές σε όλα τα συστήματα του σώματος.

Οι αλλαγές αυτές του οργανισμού, οφείλονται στην εξέλιξη της ζωής και χαρακτηρίζονται από φθορά ή περιορισμό των λειτουργιών του ατόμου.

Εντοπίζονται δε, σε επίπεδο λειτουργίας ιστών, σύστασης σώματος καθώς και σε επίπεδο μεταβολισμού [2]. Αν και είναι παρόμοιες και στα δύο φύλα παρουσιάζονται σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα και αυτό λόγω διαφοράς της φυσιολογίας μεταξύ ανδρών και γυναικών.

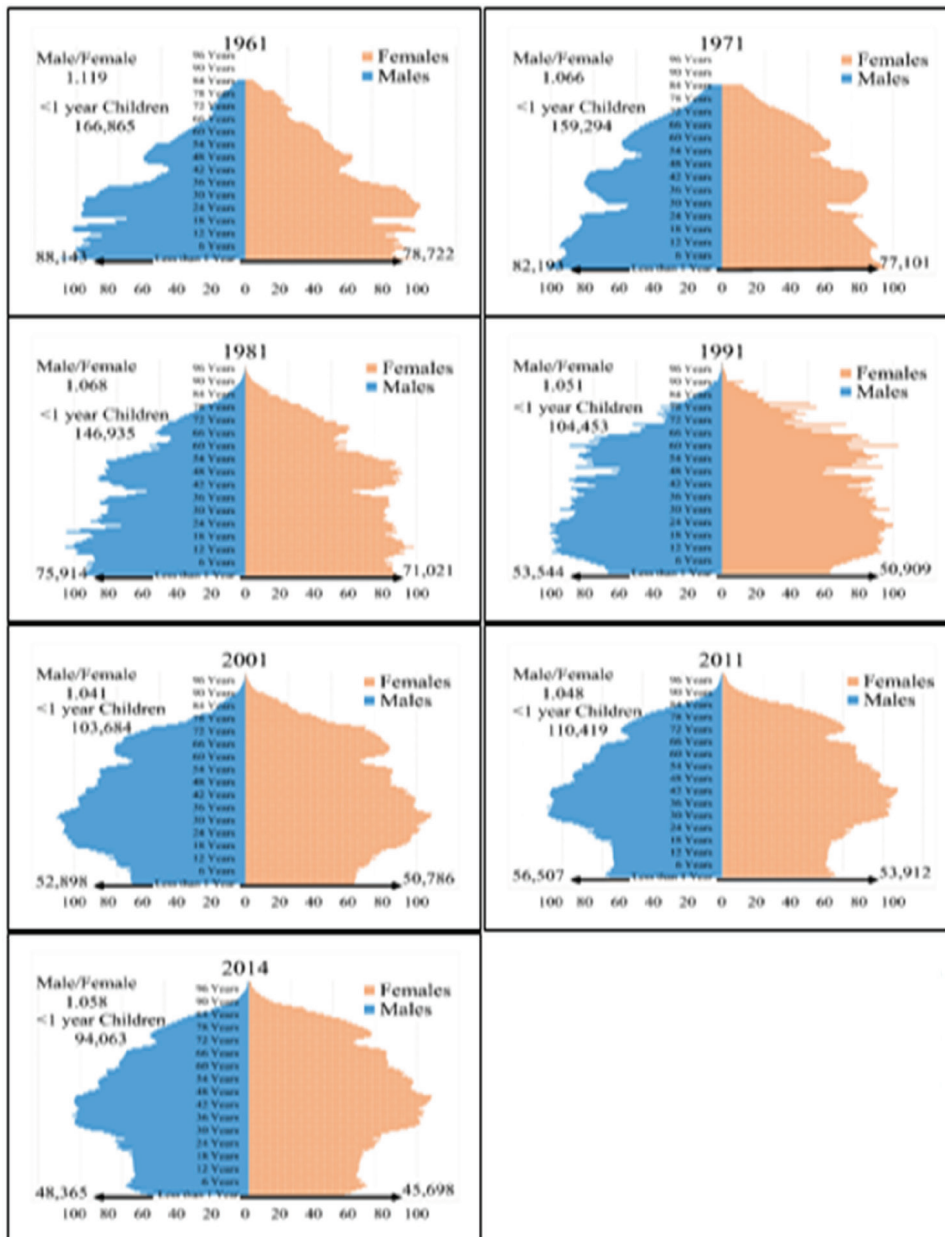
Ο ρόλος της πολιτείας στην προαγωγή και διατήρηση της υγείας ή και στην βελτίωση αυτής αναφέρεται στον Ν.3370/2005 άρθρο 1 και 2 «*Η Δημόσια Υγεία* είναι επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας».

Ως Δημόσια Υγεία ορίζεται «το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής».

Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της Δημόσι-

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ ΚΑΙ ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ	
ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΗ	ΕΠΕΞΗΓΗΣΗ
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
WHO	World Health Organization
ΠΖ	Ποιότητα Ζωής
EWGSOP	Ευρωπαϊκή Ομάδα Εργασίας για την Σαρκοπενία στους ηλικιωμένους
ΚΑΠΗ	Κέντρο Ανοικτής Περιθάλψης Ηλικιωμένων
MNA	Mini nutritional Assessment
ΔΘ	Δείκτης θρέψης
EKT	Ευρωπαϊκή κεντρική Τράπεζα
EUROSTAT	Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία

¹ Συνοπτική στατιστική επετηρίδα της Ελλάδας 2009. Υπολογιζόμενος πληθυσμός στο μέσο όρο ετών 1989-2008, Σελ. 36, Πίνακας ΙΙ4.



Εικ. 1. Τριγωνική πληθυσμιακή πυραμίδα του 2010 θα αντικατασταθεί από μια πιο «κυλινδρική» δομή το 2025.

ας Υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία.

Στην ευρύτερη έννοια της Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνονται, επίσης, ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων.

Η Δημόσια Υγεία στηρίζεται σε διάφορες επιστήμες και τεχνικές όπως η ιατρική, η επιδημιολογία και

η βιο-στατιστική, η δημογραφία και οι κοινωνικές επιστήμες, οι οποίες συντελούν στο να διερευνηθεί το επίπεδο υγείας και νοσηρότητας του πληθυσμού και να παραχθούν και να αξιολογηθούν μέτρα που προτείνονται από τους ειδικούς, με σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Οι βασικές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας συνίστανται ιδίως:

- 1) Στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν.
- 2) Στην προστασία και προαγωγή της υγείας, καθώς και στην πρόληψη ασθενειών.
- 3) Στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.

- 4) Στην προάσπιση των αναγκών υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.
- 5) Στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων, και στην αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών.

Τέλος, οι δράσεις της Δημόσιας Υγείας επεκτείνονται:

- 1) Στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία από το φυσικό περιβάλλον από δραστηριότητες της κοινωνικής και παραγωγικής ζωής.
- 2) Στους κοινωνικούς περιβαλλοντικούς και οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.
- 3) Στις ανάγκες των ευπαθών πληθυσμών και στους τρόπους ζωής και τις συνθήκες που τις επηρεάζουν.
- 4) Στην αποτελεσματική αντιμετώπιση επειγόντων ή έκτακτων καταστάσεων και γεγονότων.
- 5) Στη διαμόρφωση πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα.
- 6) Στη διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της.

Η σαρκοπενία σχετίζεται με διάφορες παθολογικές επιπτώσεις στην υγεία καθώς και την οικονομία της χώρας μακροσκοπικά και μικροσκοπικά .

Επηρεάζει:

- 1) την καρδιαγγειακή λειτουργία, δεδομένου ότι ο καρδιακός ρυθμός σε άτομα με σαρκοπενία αυξάνεται δυσανάλογα, ενώ συχνά εμφανίζονται στηθαγικά ενοχλήματα ύστερα από μέτρια κόπωση,
- 2) την αναπνευστική λειτουργία, οδηγώντας σε καταστάσεις όπως η χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια,
- 3) το νευρικό σύστημα και την κινητικότητα τους, αφού τα σαρκοπενικά άτομα έχουν μεγάλη τάση για πτώσεις και ατυχήματα,
- 4) τη σκελετική υγεία: τα σαρκοπενικά άτομα και ειδικά οι γυναίκες με σαρκοπενία μετά την εμμηνόπαυση παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα οστεοπόρωσης και καταγμάτων,
- 5) τις αρθρώσεις: άτομα με σαρκοπενία και ταυτόχρονη παχυσαρκία παρουσιάζουν μεγαλύτερη εκφυλιστική αρθροπάθεια και ισχυρότερους αρθρικούς πόνους,
- 6) τα επίπεδα γλυκόζης και την εμφάνιση διαταραχής γλυκόζης. Έχει φανεί πως η απώλεια της μυϊκής μάζας που συνοδεύει τη σαρκοπενία οδηγεί σε αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη, που ευνοεί την ανάπτυξη μεταβολικού συνδρόμου και της παχυσαρκίας. Ειδικά τα παχύσαρκα σαρκοπενικά άτομα κινδυνεύουν σε πολύ μεγάλο βαθμό λόγω της υψηλότερης συχνότητας θανάτου. Η σαρκοπενική παχυσαρκία χαρακτηρίζεται από βάρος φυσιολογικό ή αυξημένο, αλλά με ταυτόχρονα αυξημένο ποσοστό λιπώδους ιστού και μειωμένη μυϊκή μάζα, και έτσι μειωμένο μεταβολικό ρυθμό.

Στις συντάξεις:

- 1) Στη μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη.
- 2) Στην εκπαίδευση.
- 3) Στα επιδόματα ανεργίας.
- 4) Στις διάφορες συζητήσεις πολιτικής σε επίπεδο Ε.Ε.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση και εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με σαρκοπενία και σύνδρομο ευπάθειας. Η μελέτη αποτελεί μια βιβλιογραφική επισκόπηση για την παρουσίαση και την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με σαρκοπενία και σύνδρομο ευπάθειας. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη μέθοδο της βιβλιογραφικής επισκόπησης από βιβλιοθήκες και ηλεκτρονικές πηγές.

1. Ορισμοί βασικών εννοιών

1.1 Ποιότητα ζωής

Οι ορισμοί που έχουν προταθεί είναι: «ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στην κατάσταση της υγείας τους και στις άλλες μη ιατρικές πλευρές της ζωής τους» έκδοση των Gill και Feinstein (1994), ο οποίος κατευθύνετε προς την κλινική προσέγγιση, χωρίς να έχει μεγάλη πρακτική αξία από ότι αναφέρετε [3,4]. Άλλος ορισμός της ΠΖ που προέρχεται από τον χώρο της Δημόσιας Υγείας ορίζει ότι: «Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι η αξία που διανέμετε στη διάρκεια της ζωής, όπως τροποποιείται από τα ελαττώματα, τη λειτουργική κατάσταση, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από αρρώστια, τραύμα, θεραπεία ή πολιτική υγείας», ο οποίος τονίζει τον πολυδιάστατα χαρακτήρα της Π.Ζ. και τη σχέση, κυρίως, μεταξύ της διάρκειας της ζωής ενός ατόμου και της ποιότητας της ζωής του.

Άλλος ορισμός είναι αυτός του ΠΟΥ: «Η υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους». Τονίζει τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της Π.Ζ., δίνει βάρος στην υποκειμενική διάσταση και στις θετικές όψεις, παρουσιάζει την περιβαλλοντική προσέγγιση της Π.Ζ. και εισάγει την πολιτισμική της διάσταση.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) τοποθετεί την ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας έχοντας δύο στόχους:

- την αντιμετώπιση των συναφών με την υγεία κοινωνικών και οικονομικών θεμάτων ,μέσω της πολιτικής και των προγραμμάτων που ενισχύουν την ισότητα στην υγεία και την ενσωμάτωση ευνοϊκής αντιμετώπισης των φτωχών σε μια βάση σεβασμού και τήρησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων,
- να προωθήσει ένα υγιές περιβάλλον, να εντατικοποιήσει την πρωτογενή πρόληψη και να εντείνει την επιρροή των δημόσιων πολιτικών σε όλους τους το-

μείς, έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν τα βαθύτερα αίτια των περιβαλλοντικών απειλών για την υγεία.

και με τον ορισμό που δίνει στην υγεία την προσδιορίζει ως «φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας» [5].

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του» [6,7].

Η ποιότητα ζωής είναι ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις, *σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία*. Η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του. Εξετάζεται σ' αυτή η νοσηρότητα, ο πόνος και το επίπεδο σωματικής λειτουργίας. Η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου αφορά την ψυχική ευεξία ενώ η κοινωνική ευεξία αντανακλά το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του [8].

Θεωρητικά η ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί με την περιγραφή χαρακτηριστικών της ζωής των ανθρώπων, που είναι απαραίτητα για να λειτουργεί ανεξάρτητα και αυτόνομα ο άνθρωπος. Η ποιότητα ζωής αφορά την ελευθερία δράσης, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την εκπλήρωση ψυχοκοινωνικών αναγκών και επιθυμιών στην καθημερινή ζωή καθώς και τη διατήρηση της υγείας. Ο *Hornquist* (1982) θεωρεί ότι συνολικά η ποιότητα ζωής έχει να κάνει με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών αναφορικά με τους σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς και διαρθρωτικούς τομείς της ζωής [9,10].

1.2 Σαρκοπενία

Σαρκοπενία είναι η απώλεια μυϊκής μάζας και δύναμης με την πάροδο της ηλικίας [11,12]. Η κατάσταση αυτή διαφέρει από τη μείωση της μυϊκής μάζας που οφείλεται σε φλεγμονώδεις νόσους ή σε ελάττωση του σωματικού βάρους, η οποία προέρχεται από κακή θρέψη λόγω παρατεταμένης νηστείας ή κακής θρέψης [13].

Η σαρκοπενία αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες επιδημιολογικές τάσεις της εποχής εφόσον εμφανίζεται σε όλο και νεότερες ηλικίες της τρίτης ηλικίας, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται και αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Η σημασία της μελέτης της, όμως, έγκειται στο γεγονός πως είναι μία από τις κυριότερες αιτίες αδυναμίας, αναπηρίας και μείωσης της ανεξαρτησίας των ηλικιωμένων.

Ο επιπολασμός της κατάστασης αυτής φαίνεται να διαφοροποιείται ανάλογα με τη μέθοδο εκτίμησης της, το φύλο και την ηλικία. Οι περισσότερες έρευνες χρησιμοποιούν τη μέθοδο της απόστασης των τυπικών αποκλίσεων (2SD) από τη μέση φυσιολογική τιμή της μυϊκής μάζας υγιών νέων ενηλίκων. Έρευνες, έδειξαν πως ο επιπολασμός της σαρκοπε-

νίας είναι 13-24% σε άτομα κάτω των 70 ετών, ενώ φτάνει το 50% σε άτομα μεγαλύτερα των 80 ετών [14,15]. Παρόμοιες μελέτες δείχνουν πως συνολικά η σαρκοπενία φτάνει το 22,6% στις γυναίκες και το 26,8% στους άνδρες [15]. Τέλος, ένα άλλο σημαντικό εύρημα αυτών των μελετών είναι πως η μείωση της μυϊκής μάζας ήταν μεγαλύτερη σε μικρόσωμους άνδρες και γυναίκες.

Σημαντική, ωστόσο, φαίνεται να είναι και η σχέση της σαρκοπενίας με το σωματικό βάρος. Η μείωση του βάρους δεν είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την ανάπτυξη της, μπορεί όμως να την επισπεύσει [13]. Η απειλή της απώλειας σωματικού βάρους για τη σαρκοπενία γίνεται πιο έντονη στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες όπου παρατηρείται μείωση του βάρους μετά την ηλικία των 60 ετών. Παρόλα αυτά, η σαρκοπενία μπορεί να εμφανιστεί και σε καταστάσεις που συνοδεύονται από υπερβάλλον σωματικό βάρος, όπως η παχυσαρκία. Η σαρκοπενική παχυσαρκία είναι ένα αναδυόμενο επείγον πρόβλημα δημόσιας υγείας κι αυτό γιατί αν και η αύξηση βάρους οδηγεί σε αύξηση της ισχνής όσο και της λιπώδους μάζας, η παχυσαρκία στους ηλικιωμένους δρα συνεργικά με τη σαρκοπενία με αποτέλεσμα τη μεγιστοποίηση της ανικανότητας.

Οι επιπτώσεις της σαρκοπενίας επηρεάζουν σημαντικά, εκτός από τη μυϊκή δύναμη, το βάδισμα και την ισορροπία. Επίσης, η σαρκοπενία, συνεισφέρει στην αύξηση του κινδύνου των ατυχημάτων από πτώση και της αστάθειας στους ηλικιωμένους, ανεξάρτητα από συνυπάρχουσες ασθένειες που οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα (πχ. οστεοπόρωση) [12]. Βέβαια, μια τέτοια ασθένεια θα επιδεινώσει την ελάττωση της μυϊκής μάζας αυξάνοντας ακόμη περισσότερο τον κίνδυνο καταγμάτων και θνησιμότητας. Τέλος δεν υπάρχει αμφιβολία πως οι ηλικιωμένοι με σαρκοπενία έχουν χειρότερη πρόγνωση σε άλλες παθήσεις, σε σχέση με υγιείς ενήλικες [12]. Σύμφωνα με τα παραπάνω, η σαρκοπενία συνεισφέρει συνολικά και στη μείωση ποιότητας ζωής, την αύξηση του κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, καθώς και την αύξηση της θνησιμότητας και της θνητότητας σε άτομα άνω των 60 ετών.

Δεν υπάρχει απόλυτο επίπεδο ισχνής, μυϊκής και κυτταρικής μάζας το οποίο να προσδιορίζει την παρουσία της σαρκοπενίας [12,16]. Ένα τέτοιο κριτήριο θα αποτελούσε το κλειδί εύρεσης του αιτιολογικού μηχανισμού που οδηγεί σε αυτήν. Σύμφωνα με τον *Roubenoff* (2004) δύο υποθέσεις πρέπει να αποσαφηνιστούν ώστε να αποδοθεί ο ορισμός της σαρκοπενίας [13]. Η πρώτη είναι ο προσδιορισμός της δομικής σχέσης μεταξύ μυϊκής δύναμης και μάζας αλλά και του τρόπου αλληλεξάρτησής τους. Η δεύτερη υπόθεση αφορά στη σημασία της σαρκοπενίας ως δείκτη απώλειας πρωτεϊνικών αποθεμάτων σε καταστάσεις στρες και ποια είναι η οριακή ποσότητα μυϊκής μάζας πέραν της οποίας επέρχεται ο θάνατος.

Ο όρος σαρκοπενία υιοθετήθηκε για να περιγράψει την απώλεια μυϊκής μάζας στη φυσιολογική

γήρανση [11]. Η μάζα των σκελετικών μυών εκπροσωπεί το συνολικό ποσό των συσταλών πρωτεϊνών τους και αποτελεί σημαντική παράμετρο για την εθελούσια παραγωγή μεγίστης δύναμης. Η συσχέτιση μεταξύ των δύο επιβεβαιώνεται ικανοποιητικά σε μελέτες εγκάρσιας τομής [17].

Αρκετές μελέτες αναδεικνύουν αυτή την συνάρτηση σε σχέση με την αύξηση της ηλικίας και με τη μείωση δύναμης να είναι σημαντικά μεγαλύτερη έναντι της παρατηρούμενης ελάττωσης μάζας [18]. Φάνηκε ότι το μυϊκό μέγεθος είναι συνυπεύθυνο για την παρατηρούμενη μείωση δύναμης [19]. Σε σύγκριση με τη μάζα, η δύναμη και κυρίως η μυϊκή ισχύς, παράμετρος που απηχεί τον ρυθμό εκτέλεσης μηχανικού έργου και εκφράζεται από το γινόμενο δύναμης επί την ταχύτητα συστολής, προβλέπουν καλύτερα τους περιορισμούς που αφορούν την κινητικότητα [20]. Συνεπώς η σαρκοπενία χαρακτηρίζεται ως η σχετιζόμενη με τη γήρανση αξιοσημείωτη ελάττωση της μυϊκής μάζας και λειτουργικής ικανότητας του μυός [21]. Η ποσοτική διάσταση αφορά τη μείωση της μυϊκής μάζας με την αύξηση της ηλικίας. Έχει αντίκτυπο στη σύσταση του σώματος και στο πρωτεϊνικό αποθεματικό των μυών και επομένως στο μέγεθος τους, αλλά και στη δυνατότητά τους να ασκήσουν δύναμη και να έχουν ισχύ [22]. Χαρακτηρίζεται και ως ατροφία. Η μυϊκή ποιότητα αφορά τη δυνατότητα άσκησης δύναμης ή ισχύος ανά μονάδα μάζας ή εγκάρσιας τομής του μυός και είναι ανεξάρτητη του μυϊκού μεγέθους. Η σαρκοπενία ως έννοια παρουσιάζει αυξημένο κλινικό ενδιαφέρον γιατί ενέχει την προοπτική καλύτερης κατανόησης των λειτουργικών επιπτώσεων της μυϊκής αδυναμίας [23].

1.3 Σύνδρομο ευπάθειας

Ο όρος σύνδρομο ευπάθειας (*Frailty Syndrome*) αναφέρεται στους περισσότερο ευάλωτους και αδύναμους ηλικιωμένους. Χαρακτηρίζεται ως ο φαινότυπος γήρανσης που συνοδεύεται από περιορισμένη φυσική δραστηριότητα, αδυναμία, απώλεια βάρους, εύκολη κόπωση, βραδύτητα, χαμηλή άμυνα και τελικά αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Θεωρητικά η απορρύθμιση του νευροενδοκρινικού και ανοσοποιητικού συστήματος με τη γήρανση καταλήγει σε μια ομάδα συγγενών παθήσεων. Η σταδιακή και αθροιστική εξέλιξη των επιπτώσεων τους οδηγεί στην ευπάθεια. Συμβάλλουν η παρουσία άλλης νόσου, γενετικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές παράμετροι. Η επιβαρυνόμενη σαρκοπενία συνιστά κεντρικό άξονα του συνδρόμου. Ενδέχεται καθυστερημένα ή συνεργικά με άλλες παθήσεις που εμπλέκονται (π.χ. οστεοπόρωση) να καταλήξει σε λειτουργικούς περιορισμούς [24]. Καθώς η δύναμη φθίνει, ο ηλικιωμένος τείνει να επιστρατεύει ολοένα μεγαλύτερο μέρος του αποθέματος του για την πραγματοποίηση απλών καθηκόντων. Οι πιο αδύναμοι μπορεί να υπερβούν το υπάρχον αποθεματικό οδηγούμενοι σε καθήλωση, με σοβαρές ατομικές συνέπειες και υψηλό οικονομικό κόστος [25].

2. Δεδομένα και βιβλιογραφική αναζήτηση

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από τις στατιστικές βάσεις δεδομένων. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από την Ελληνική Στατιστική Αρχή και την Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία.

Η βιβλιογραφική αναζήτηση έγινε με τη χρήση της βάσεως δεδομένων pub med². Για τη διερεύνηση των δεδομένων επί της σαρκοπενίας, χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά sarcopenia, Ποιότητας ζωής, Σαρκοπενία, Σύνδρομο Ευπάθειας, Γήρανση, Μυϊκή δύναμη, δημόσια υγεία, οστεοπόρωση, παχυσαρκία, διατροφή. Επίσης ελλείψη συνολικών στοιχείων για τον επιπολασμό της σαρκοπενίας στο γενικό πληθυσμό έγινε προσπάθεια προσομοίωσης των δεδομένων, επί του δείγματος για το οποίο υπάρχουν δεδομένα. Ως εκ τούτου, έγινε αναγωγή, από τον πληθυσμό ανά έτος, με βάση το ποσοστό σαρκοπενίας ώστε να υπολογισθεί ο σαρκοπενικός πληθυσμός. Τα δεδομένα αυτά χρησιμοποιήθηκαν για την περαιτέρω μελέτη και συσχετισμούς, που έγιναν στην παρούσα εργασία.

3. Ποιότητα ζωής

3.1 Έννοια της ποιότητας ζωής

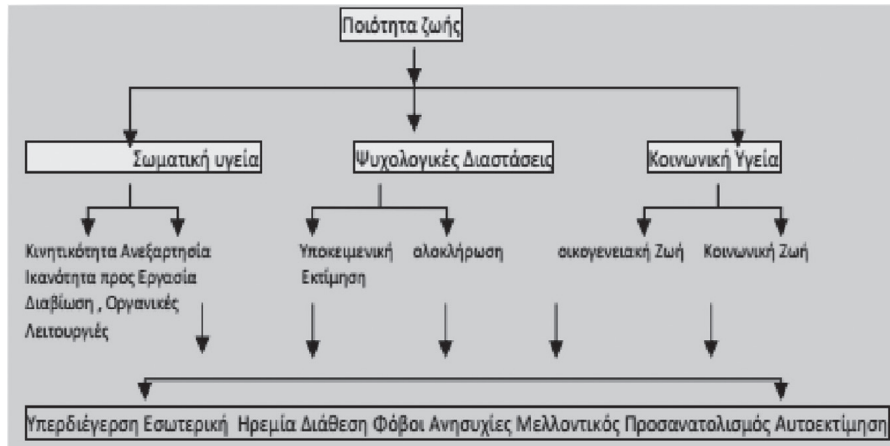
Η έννοια της ποιότητας ζωής τις τελευταίες δεκαετίες έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών στο χώρο της υγείας. Συγκεκριμένα, η έννοια της ποιότητας ζωής χρησιμοποιείται σήμερα ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και μελετάται ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενών οι οποίοι πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ή ασθενείς που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και ασθενείς τελικού σταδίου [26,27].

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μία δύσκολα καθοριζόμενη και πολυδιάστατη έννοια, η οποία αναφέρεται σε όλες τις πλευρές της ζωής ενός ατόμου και χρησιμοποιείται σε πολλούς τομείς, όπως λογοτεχνία, φιλοσοφία, διαφήμιση, ιατρικές και κοινωνικές επιστήμες (π.χ. οικονομικά της υγείας, κοινωνιολογία, ψυχολογία και άλλες επιστήμες, που ασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του) [28].

Πρόκειται για έννοια με ευρύ περιεχόμενο και περιλαμβάνει επιδημιολογικές, βιοϊατρικές, λειτουργικές, οικονομικές και πολιτισμικές προσεγγίσεις, καθώς και προσωπικές προτιμήσεις, αντιλήψεις και εμπειρίες [29].

Ο *McCall* αργότερα υποστήριξε ότι η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή. Μετά το 1979, οι *Zautra* και *Goodman* και αργότερα ο *Lehman*, υποστήριξαν ότι για την αποσαφήνιση και τον εννοιολογικό προσδιορισμό της έννοιας ΠΖ, είναι απαραίτητος τόσο ο συνδυασμός αντικειμενικών όσο και υποκειμενικών παραγόντων και δεικτών [30].

² <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>



Διάγρ. 1. Βασικά στοιχεία της Ποιότητας Ζωής. (Πηγή: [9]).

Οι αντικειμενικοί παράγοντες αφορούν στο τι είναι το άτομο ικανό να κάνει και στην πρόσβαση που έχει σε πόρους και ευκαιρίες, ώστε να μπορεί να χρησιμοποιήσει τους πόρους αυτούς για την επίτευξη των ενδιαφερόντων του. Οι υποκειμενικοί παράγοντες αφορούν στο αίσθημα ψυχικής ευεξίας που βιώνει το άτομο. Ο όρος «ποιότητα ζωής» άρχισε να γίνεται ευρέως γνωστός με τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο όταν υπήρξε η ανάγκη να δοθεί έμφαση στο γεγονός ότι η «καλή ζωή» εξαρτάται όχι μόνο από υλικά αγαθά αλλά και από άλλους παράγοντες όπως η απασχόληση, η κατοικία, το περιβάλλον και η υγεία [31].

Μετά το '60, το περιεχόμενο του όρου διευρύνεται, συμπεριλαμβάνοντας την εκπαίδευση, την υγεία, όπως και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση. Στη δεκαετία του '70, δίνεται επιπλέον έμφαση προς την κατεύθυνση της «προσωπικής ελευθερίας», της συναισθηματικής και ψυχο-κοινωνικής ισορροπίας και ευεξίας. Επίσης παρατηρήθηκε ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής σε καταστάσεις αρρώστιας, θεραπειάς και αποκατάστασης.

Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος, ο οποίος έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από όλους τους κλάδους των επιστημών. Επιστήμονες σε διαφορετικά πεδία εφαρμοσμένων ερευνών έχουν μετρήσει και καταγράψει τις επιπτώσεις της. Είναι πολύ δύσκολο να διατυπώσουμε έναν κοινώς αποδεκτό ορισμό της ποιότητας ζωής. Οι κλινικοί γιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας.

Η ποιότητα ζωής αποτελεί αδιαμφισβήτητα μία πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια. Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία υπό την οποία κάθε στοχαστής ή μελετητής αντιμετωπίζει το θέμα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) τοποθετεί την ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας με το

σύνταγμά του και τον ορισμό που δίνει στην υγεία προσδιορίζοντάς την ως «φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας» [5].

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του» [29].

Η ποιότητα ζωής είναι ένα σύμπλεγμα παραμέτρων με τρεις διαστάσεις, σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία (Διάγραμμα 1). Η σωματική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ατόμου για την υγεία του. Εξετάζεται σ' αυτή η νοσηρότητα, ο πόνος και το επίπεδο σωματικής λειτουργίας. Η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου αφορά την ψυχική ευεξία ενώ η κοινωνική ευεξία αντανακλά το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του [10].

Θεωρητικά η ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί με την περιγραφή χαρακτηριστικών της ζωής των ανθρώπων, που είναι απαραίτητα για να λειτουργεί ανεξάρτητα και αυτόνομα ο άνθρωπος. Η ποιότητα ζωής αφορά την ελευθερία δράσης, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την εκπλήρωση ψυχοκοινωνικών αναγκών και επιθυμιών στην καθημερινή ζωή καθώς και τη διατήρηση της υγείας. Ο *Hornquist* θεωρεί ότι συνολικά η ποιότητα ζωής έχει να κάνει με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών αναφορικά με τους σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς και διαρθρωτικούς τομείς της ζωής [9].

3.1.1 Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Κρίθηκε αναγκαίο να διαχωριστεί η έννοια της ποιότητας ζωής γενικά από την *σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής* και σύμφωνα με τον *Till et al.* (1992) η *σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής* είναι οι υποκειμενικές εμπειρίες ή προτιμήσεις που εκφράζονται

από ένα άτομο, ή μέλη μιας συγκεκριμένης ομάδας ατόμων, σε σχέση με συγκεκριμένες πλευρές της κατάστασης της υγείας τους και είναι σημαντικές και προσδιορισίμες για το άτομο ή την ομάδα [32]. Σήμερα για την αξιολόγηση των νέων θεραπειών λαμβάνεται υπόψη το κόστος και τα οφέλη που αποκομίζουν οι ασθενείς. Ο καθορισμός της *ποιότητας ζωής* των ασθενών, αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην επιλογή θεραπευτικών σχημάτων και τη δημιουργία νέων φαρμακευτικών και τεχνολογικών βοηθημάτων [32].

Ο όρος της *σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής* ενέχει επίσης ασάφειες και είναι σχετικά δύσκολο να προσδιοριστούν τα στοιχεία που τον συνθέτουν, τα οποία ποικίλουν από μελέτη σε μελέτη. Γενικά, η *ποιότητα ζωής* σε σχέση με την υγεία, μπορεί να περιλαμβάνει θέματα όπως η υγεία γενικά, τα σωματικά συμπτώματα, η συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα, καθώς και έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου [33,34]. Η *σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής* μπορεί να οριστεί ως η λειτουργικότητα στη φυσική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση της ζωής με συνυπολογισμό της ευεξίας, όπως αυτή εκτιμάται από τον κάθε άνθρωπο, ή σαν την αξία που αποδίδεται στο χρόνο επιβίωσης, όπως αυτή τροποποιείται από τις βλάβες, τις διάφορες καταστάσεις λειτουργικότητας, τις προσδοκίες και τις κοινωνικές ευκαιρίες.

Γενικά, ο όρος, περιλαμβάνει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις:

- Την υποκειμενική αποτίμηση της (σωματικής και ψυχικής) λειτουργικής κατάστασης του ατόμου.
- Την επίδραση της κατάστασης της υγείας στη λειτουργικότητά του.
- Τον περιορισμό της λειτουργικότητας στους τομείς εκείνους που είναι απαραίτητοι ώστε το άτομο να μπορεί να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους της ζωής του [27].

Η *σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής* λοιπόν, αποτελεί μια δυναμική έννοια, που μεταβάλλεται μαζί με το επίπεδο υγείας, τις σχέσεις, τις εμπειρίες και τους ρόλους του ατόμου. Στους πάσχοντες από κάποιο νόσημα, όπως είναι αναμενόμενο, η *σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής* επηρεάζεται από το βασικό νοσολογικό υπόστρωμα, από πιθανές καταστάσεις μειωμένης λειτουργικότητας ή καταστάσεις εξάρτησης από βοηθήματα – συσκευές υποστήριξης, καθώς και από πιθανές παρενέργειες της φαρμακευτικής τους αγωγής. Σημαντικό ρόλο στη *σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής* παίζουν και οι προσδοκίες των ατόμων για βελτίωση της υγείας τους, οι κοινωνικές ευκαιρίες για τη βελτίωση της λειτουργικότητάς τους και οι πολιτικές υγείας, που πιθανά επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τις συνθήκες διαβίωσής τους.

Η ταχεία ανάπτυξη και καθιέρωση θεραπευτικών ιατρικών πράξεων παράτασης ή βελτίωσης της ζωής ασθενών τελικού σταδίου προκάλεσε το ενδιαφέρον των γιατρών και των άλλων επιστημόνων υγείας να

μελετήσουν την *ποιότητα ζωής* των ασθενών αυτών, προκειμένου να διερευνηθούν οι τυχόν κίνδυνοι ή τα οφέλη από τις ιατρικές αυτές πράξεις καθώς και οι επιπτώσεις στη ζωή του αρρώστου. Στο πλαίσιο αυτό τοποθετείται η μελέτη για την *ποιότητα ζωής*, αφενός η προσωπική εμπειρία ενός ατόμου για τη ζωή του (υποκειμενική διάσταση) και αφετέρου η εκτίμηση εξωτερικών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής του (αντικειμενική διάσταση) [35].

3.1.2 Δείκτες μέτρησης και αξιολόγησης της ποιότητας ζωής

Η μέτρηση της *ποιότητας ζωής*, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εκτίμηση αποτελέσματος, ως προγνωστικός παράγοντας ή ως παρέμβαση. Στην πρώτη περίπτωση σκοπός είναι η εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος (π.χ. κλινικές δοκιμές), ο χαρακτηρισμός του ποσοστού επιβίωσης (μελέτες κόστους - αποτελέσματος) και η αξιολόγηση των απώτερων φυσικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Στην δεύτερη περίπτωση, σκοπός είναι η πρόβλεψη της θνησιμότητας ή το αντίθετο και ο υπολογισμός της συνολικής επιβίωσης. Στην Τρίτη περίπτωση η αξιολόγηση χρησιμοποιείται, προκειμένου να υποστηρίξει τη διαδικασία παροχής πληροφοριών κατά την ιατρική συμβουλευτική [36].

Η μέτρηση της *ποιότητας ζωής* στο χώρο της υγείας γίνεται με ειδικά και γενικά εργαλεία. Το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού όπως και διαφόρων κοινωνικο-οικονομικών ομάδων γίνεται με τη χρήση εργαλείων γενικής χρήσης (generic instruments). Τα εργαλεία αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν και σε διάφορους τύπους ασθενειών και ιατρικών θεραπειών [37].

3.1.2.1 Γενικά εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής

Είναι συστήματα μέτρησης της κατάστασης της υγείας (health status) ενός πληθυσμού. Περιλαμβάνουν ένα σύστημα περιγραφής της κατάστασης της υγείας και ένα σύστημα απόδοσης της αξίας [38].

Τα εργαλεία αυτά βασίζονται σε μία ευρεία και γενικευμένη αντίληψη της ΠΖ. Αξιολογούν πολλές πλευρές του επιπέδου υγείας, ανεξάρτητα από το φύλο, την ηλικία, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο ή τη νόσο των ατόμων. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε όλο τον πληθυσμό και διευκολύνουν τις συγκρίσεις μεταξύ ομάδων του γενικού πληθυσμού ή μεταξύ των πληθυσμών των χωρών. Εστιάζουν σε μία γενική θεώρηση για την υγεία και δεν είναι ευαίσθητα για καταγραφή ιδιαίτερων προβλημάτων που χαρακτηρίζουν μία συγκεκριμένη ασθένεια. Αποδίδουν μία ενιαία τελική βαθμολογία ή ένα βαθμό για κάθε διάσταση ξεχωριστά. Μεταξύ των κυριοτέρων είναι τα παρακάτω [10].

3.1.2.2 Ερωτηματολόγια και κλίμακες αξιολόγησης του γενικού επιπέδου υγείας

- EuroQol (EQ-5D).
- Nottingham Health Profile (NHP).

- Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire -GHQ).
- Επισκόπηση της Επίδρασης της Ασθένειας (Sickness Impact Profile - SIP).
- Δείκτης Ωφελιμότητας Υγείας (Health Utility Index - HUI).
- Γενικός Δείκτης Κατάταξης Υγείας (General Health Rating Index - GHRI).
- Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια (The Psychological Adjustment to Illness Scale).

3.1.2.3 Κλίμακες ευεξίας και προσαρμοσμένα έτη ζωής

- Κλίμακα Ποιότητας Ευεξίας (Quality of Well-Being Scale).
- Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας (The Spiritual Well-being Scale).
- Κλίμακα Γενικής Ευεξίας (General Well-Being Scale).
- Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής (Quality Adjusted Life Years – QALYs): αποτελούν δείκτη μέτρησης της ΠΖ και χρησιμοποιούνται από τη μέθοδο ανάλυσης κόστους – χρησιμότητας για την κοινωνικο-οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων και ειδικότερα της κλινικής πρακτικής.

3.1.2.4 Κλίμακες μέτρησης ανικανότητας

- Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (Karnofski Index).
- Δείκτης Λειτουργικότητας του ΠΟΥ (The WHO Performance Status).
- Δείκτης Spitzer για την ΠΖ (The Spitzer Quality of Life Index).
- Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living).

3.1.2.5 Κλίμακες μέτρησης πόνου

Πολυδιάστατες κλίμακες

Οι πολυδιάστατες κλίμακες αποτελούν εργαλεία που αξιολογούν περισσότερες από μία διαστάσεις του φαινομένου ταυτόχρονα, όπως η έντασή του, η εντόπισή του στο σώμα, η συναισθηματική κατάσταση των ασθενών κ.λπ.

Αντίστοιχες, πολυδιάστατες κλίμακες, αποτελούν οι:

- Chronic Pain Grade Scale (CPGS)
- Dartmouth Pain Questionnaire (DPQ)
- Descriptor Differential Scale (DDS)
- Edmonton Symptom Assessment System Revised (ESAS-r)
- Integrated Pain Score (IPS)
- McGill Comprehensive Pain Questionnaire (MCPQ)
- Multidimensional Pain Evaluation Scale (MPES)
- Pain Perception Profile (PPP)
- Pain Quality Assessment Scale (PQAS)
- Revised Pain Quality Assessment Scale (PQAS-R)
- Short-form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)
- Short-Form McGill Pain Questionnaire 2 (SF-MPQ-2)
- West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI/ MPI)

3.1.3 Σκοποί της μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής

Η αύξηση της μακροβιότητας, η μείωση της νοσηρότητας και η ευεξία των ασθενών όπως αυτή εκφράζεται από τους στόχους του Π.Ο.Υ., όπως για παράδειγμα η «προσθήκη χρόνων στη ζωή» και «ζωής στα χρόνια», αποτελούν τους σκοπούς της αξιολόγησης της *ποιότητας ζωής*. Κύριες εφαρμογές της αξιολόγησης της *ποιότητας ζωής* σε επίπεδο πληθυσμού [39-44] αποτελούν:

- Η επιτήρηση της κατάστασης του πληθυσμού.
- Η εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού.
- Η αξιολόγηση των επιπτώσεων της εφαρμογής των πολιτικών υγείας.
- Η κατανομή και παρακολούθηση του προϋπολογισμού της δημόσιας υγείας.

Ενώ σε επίπεδο ομάδας ή ατόμου κύριες εφαρμογές [45], αποτελούν:

- Η εκτίμηση προσωπικών αναγκών υγείας:
- Η ανίχνευση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.
- Η διάγνωση της έκτασης και της βαρύτητας της αρρώστιας, πρόγνωση.
- Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας.
- Η αξιολόγηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας.
- Η σύγκριση εναλλακτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων.
- Οι κλινικές δοκιμές (clinical trials).
- Η ανάλυση κόστους οφέλους.
- Ο οικονομικός έλεγχος (medical audit).

Στην κλινική Ιατρική, η εκτίμηση της *ποιότητας ζωής*, εφαρμόζετε κυρίως για την παρακολούθηση ασθενών με χρόνιες παθήσεις ή την αξιολόγηση των αναγκών υγείας μιας συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού. Στην εκτίμηση αυτή έμφαση δίνεται στις επιπτώσεις της αρρώστιας στις αδιάφορες σφαίρες της ζωής των ασθενών, συμπεριλαμβάνοντας και το ρόλο του στην οικογένεια, την απόδοση στην εργασία, τη συμμετοχή στις κοινωνικές δραστηριότητες, την πρόσβαση, τις υπηρεσίες κ.λπ.

3.1.4 Κοινωνιολογία και ποιότητα ζωής

Η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν σήμερα κεντρικό στόχο, όχι μόνο των υπηρεσιών υγείας, αλλά και μιας κοινωνίας μη υγιούς [33].

Μετά την καθιέρωση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και την διαπίστωση ότι από μόνη της η οικονομική ανάπτυξη, δεν αποτελεί αυτόματα την λύση σε όλες τις ανθρώπινες ανάγκες, ξεκίνησαν προσπάθειες μελέτης της υγείας και της ποιότητας ζωής. Αποσαφηνίζεται σε αρκετές μελέτες ο πολυδιάστατος χαρακτήρας της Π.Ζ. και επιβεβαιώνεται η ανάγκη εκτίμησης, της αντικειμενικής της διάστασης, που εκφράζετε ως ανάγκες αλλά και της υποκειμενικής, που εκφράζετε ως επιθυμίες [46].

Κατά τον OECD, οι κατηγορίες των κοινωνικών

δεικτών που ορίστηκαν για την εκτίμηση της κοινωνικής ανάπτυξης είναι: η υγεία, η παιδεία και η μόρφωση, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής, η διάθεση χρόνου και οι δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, ο έλεγχος περιουσίας και πρόσβαση σε υπηρεσίες, το φυσικό περιβάλλον, το κοινωνικό περιβάλλον και η προσωπική ασφάλεια [3]. Επίσης στο ατομικό επίπεδο, η φτώχεια αποτελεί τον πλέον σημαντικό και καθοριστικό παράγοντα υγείας, η οποία συνοδεύεται από σειρά δυσμενών κοινωνικών παραγόντων, που επηρεάζουν με την σειρά τους την Π.Ζ. και την υγεία του ατόμου [3].

Άλλοι παράγοντες αντικειμενικοί αλλά και υποκειμενικοί που αναφέρετε ότι παίζουν ρόλο στην «αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής» είναι: η αυτοαντίληψη, η οικογενειακή ζωή, το οικονομικό επίπεδο, η απόλαυση της ζωής, η στέγη, οι οικογενειακές δραστηριότητες, η διάθεση χρόνου, οι δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, η κυβέρνηση, η πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγορά, η υγεία και η εργασία-απασχόληση [47]. Με τα παραπάνω φανερώνεται η σημασία που έχει για την ευεξία του ανθρώπου η οικογένεια, οι κοινωνικές δραστηριότητες και η αυτονομία του ατόμου.

Τα τελευταία χρονιά γίνονται από μελετητές προσπάθειες επαναπροσέγγισης της υγείας με την κοινωνία, στηριζόμενες στο «ολιστικό» και «βιοψυχοκοινωνικό» μοντέλο υγείας και διερευνώνται όχι μόνο οι αντικειμενικές αλλά και οι υποκειμενικές πραγματικότητες και διαστάσεις της ασθένειας, της αρρώστιας και της υγείας. Επιπλέον παρουσιάζεται από μελέτες, η ανάγκη σύνθεσης των επιμέρους θεωριών και των σχετικών θεωρημάτων, με σκοπό τη διαμόρφωση μιας συνιστώσας μεταθεωρίας, της κοινωνιολογίας της υγείας και της ποιότητας ζωής.

Επίσης στο πεδίο της κοινωνιολογίας της ασθένειας και της κοινωνιολογίας των υπηρεσιών υγείας γίνεται προσπάθεια απάντησης ζητημάτων όπως για παράδειγμα το ζήτημα της νευρικότητας ή μετά-νευρικότητας στην υγεία, ως πολυδιάστατο πολυπαράγοντικό κοινωνικό φαινόμενο [33].

3.1.5 Ψυχολογία και ποιότητα ζωής

Το δεύτερο μισό του 20^{ου} αιώνα, στα πλαίσια του καθορισμού των κριτηρίων για την καλή ψυχική υγεία τονίστηκε ότι, η εξασφάλιση των προϋποθέσεων για καλή ψυχική υγεία, βελτιώνει ταυτόχρονα την ποιότητα ζωής [48].

Η έννοια της ποιότητας ζωής τις τελευταίες δεκαετίες έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών στο χώρο της ψυχικής υγείας, οι οποίοι θεωρούν επίκεντρο της παραμέτρους όπως η ψυχολογική ευεξία και η ικανοποίηση από τη ζωή. Η θεώρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι υποκειμενική, όπου, αξιολογείται από το ίδιο το άτομο, με κριτήρια υποκειμενικά, αλλά και αντικειμενική, όπου καθορίζεται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών. Τα παραδοσιακά αυτά θεωρητικά μοντέλα ποιότητας ζωής βασίζονται κυρίως σε αντικειμενι-

κούς και υποκειμενικούς δείκτες, αλλά και στο συνδυασμό τους. Θεωρείται όμως ότι πρέπει επιπλέον να διερευνηθούν και οι εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες του ατόμου, οι οποίες επενεργούν ως διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί για την υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής [10].

Επίσης κριτήρια ψυχικής υγείας αποτελούν: η θετική αυτοαντίληψη, η ανάπτυξη δραστηριοτήτων και δεξιοτήτων από το άτομο, η ολοκληρωμένη προσωπικότητα, η ικανότητα λήψης αποφάσεων και εκτέλεσης πράξεων (χωρίς κοινωνική απομόνωση), η αίσθηση της πραγματικότητας, η εμπάθεια, η ικανότητα δημιουργίας και διατήρησης σχέσεων με άλλους ανθρώπους [3].

Αργότερα αναπτύχθηκε η έννοια της εσωτερικής ποιότητας ζωής, σύμφωνα με την οποία η ποιότητα ζωής σε ατομικό επίπεδο είναι καλή όταν το άτομο:

- Είναι δραστήριο, ασχολείται με εξωτερικές δραστηριότητες (όπως άθληση καλλιτεχνικές δραστηριότητες κ.λπ.) που δίνουν σημασία στην ζωή του.
- Έχει καλές διαπροσωπικές σχέσεις (φίλους, συνεργάτες, οικογένεια κ.λπ.), αισθάνεται ότι συμμετέχει στην κοινωνία και ότι κάπου ανήκει.
- Αισθάνεται αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, γνωρίζει τις δεξιότητες του και ικανοποιείται από τις επιτυχίες του.
- Είναι χαρούμενο άτομο, βρίσκει ωραία τη ζωή και νιώθει ασφάλεια.

Οι παραπάνω παράμετροι εξαρτώνται εκτός από την εσωτερική διάθεση και από εξωτερικούς παράγοντες [3]. Επίσης σε άλλα μοντέλα παρουσιάζετε ο συνδυασμός των ψυχολογικών και των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων σε τρεις σφαίρες:

- Εξωτερικές συνθήκες (οικονομία, εργασία).
- Διαπροσωπικές σχέσεις (φίλοι, σύντροφος).
- Εσωτερική ισορροπία (αυτοεκτίμηση, διάθεση).

Η διερεύνηση – αποτύπωση της επίδρασης των παραπάνω και η αξιολόγηση της Π.Ζ. γίνεται με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, κυρίως ερωτηματολογίων. Τα περισσότερα όργανα εξετάζουν την ποιότητα ζωής σφαιρικά, αξιολογώντας διάφορες πλευρές ή διαστάσεις του ατόμου, όπως η λειτουργικότητα του στον κοινωνικό, οικογενειακό, σεξουαλικό και εργασιακό τομέα, η ψυχολογική ευεξία, καθώς και χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που θεωρούνται ότι καθορίζουν ως ένα βαθμό την ποιότητα ζωής του ατόμου, όπως το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης, οι οικονομικοί πόροι και οι ευκαιρίες που έχει για απασχόληση, η ψυχαγωγία και η εκπαίδευση [33,34,49].

Τα τελευταία χρονιά επίσης αναπτύχθηκαν εργαλεία που είναι εξειδικευμένα και απευθύνονται σε ασθενείς που πάσχουν από μια συγκεκριμένη νόσο (diseases specific), εξετάζοντας την ποιότητα ζωής σε συνάρτηση με την υγεία και τις πολλαπλές επιπτώσεις της νόσου ή της θεραπείας.

3.1.6 Ιατρική και ποιότητα ζωής

Η υγεία αποτελεί το θεμελιώδη προσδιοριστή της ποιότητας ζωής ενός ατόμου [50]. Ενώ παράλληλα κρίνεται σημαντική η οριοθέτηση του εύρους της Π.Ζ. Στην προσπάθεια να οριοθετηθεί το εύρος της έννοιας «Ποιότητα Ζωής» ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην επιστημονική έρευνα, οι μελετητές του τομέα της Υγείας επικεντρώνονται, στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Μέχρι πρόσφατα, πιο ακριβής όρος, θα μπορούσε να ήταν η «σχετιζόμενη με την αρρώστια» ποιότητα ζωής, αφού όλοι οι δείκτες υγείας ήταν αρνητικοί: θνησιμότητα, νοσηρότητα, βαθμός αναπηρίας, χειρουργικών επεμβάσεων αριθμός ημερών νοσηλείας, κόστος νοσηλείας κ.λπ. Ακόμα και θετικοί δείκτες όπως τα αναμενόμενα χρόνια ζωής, δεν εξέφραζαν την ποιότητα της επιβίωσης, αλλά την διάρκεια. Ακολούθησε έτσι, προσπάθεια εκτίμησης της γενικής κατάστασης υγείας και της λειτουργικότητας [51].

Για τους παραπάνω λόγους προτάθηκαν κλίμακες [51], που αφορούσαν δέκα ενότητες όπως: το επίπεδο υγείας (υποεκτιμώμενο), την ανησυχία για την υγεία, τις χρόνιες παθήσεις, το βαθμό ενεργητικότητας, την ικανοποίηση από τη φυσική κατάσταση, την αισθηματική κατάσταση, το βαθμό ευτυχίας, την αναπηρία, τους περιορισμούς και τις κοινωνικές επαφές. Με βάση τα παραπάνω σχεδιάστηκαν εργαλεία που θεωρήθηκαν πολύ χρήσιμα στην επιδημιολογική έρευνα, την αξιολόγηση της υγείας του πληθυσμού και την κατανομή των πόρων στον τομέα της υγείας. Ακολούθως στην κλινική πράξη, άρχισε να γίνεται εκτίμηση των επιδράσεων στην ποιότητα ζωής που έχουν τα διάφορα νοσήματα κυρίως τα χρόνια αλλά και οι τερματικές ασθένειες όπως π.χ. ο καρκίνος, και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις [52,53]. Μέχρι την δεκαετία του '90 εμφανίστηκαν πλήθος εργαλείων εκτίμησης της Π.Ζ. που όμως είχαν μειωμένη αξιοπιστία και καθορισμό στόχων [38]. Ακολούθησαν έντονες προσπάθειες αναβάθμισης ως προς την καταλληλότητα των εργαλείων την αξιοπιστία και την εγκυρότητα και σχεδιάστηκαν ειδικά εργαλεία για κάποια νόσο (disease-specific). Από τα κυριότερα εργαλεία για τη εκτίμηση της κατάστασης της υγείας ενός πληθυσμού και την εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής αποτελούν το Nottingham Health Profile με 38 ερωτήσεις [54], το δημοφιλέστερο SF-36 [55-58], και το World Health Organization Quality of Life [59], με 29 ερωτήματα.

Ανάλογα δε με τη στρατηγική και τους στόχους της μέτρησης της Ποιότητας Ζωής, χρησιμοποιείται κάποιο από τα πολλά σήμερα συστήματα ή «εργαλεία» μέτρησης που είναι διαθέσιμα στη διεθνή βιβλιογραφία. Συστήματα μέτρησης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι:

– Δείκτες Π.Ζ.: Είναι δείκτες που έχουν θετική ή αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής και η μέτρησή τους οδηγεί σε κάποια συμπεράσματα σχετικά με την Ποιότητα Ζωής. Τέτοιοι δείκτες είναι η απασχόληση, οι ημέρες νοσηλείας σε νοσοκομείο, η σεξουαλική λειτουργία ή δυσλειτουργία, η αϋπνία. κ.λπ

- «Προφίλ Υγείας» (Health Profiles): Είναι συστήματα μέτρησης της κατάστασης της υγείας (healthstatus) ενός πληθυσμού. Περιλαμβάνουν ένα σύστημα περιγραφής της κατάστασης υγείας και ένα σύστημα απόδοσης αξίας στην περιγραφή αυτή. Εδώ ανήκουν γνωστά συστήματα μέτρησης όπως το Προφίλ Υγείας που δημιουργήθηκε στο Nottingham της Αγγλίας, Nottingham Health Profile (NHP), το Sickness Impact Profile (SIP) και το δημοφιλέστατο ερωτηματολόγιο SF-36 (Short Form Questionnaire-36) που δημιουργήθηκε στη Βοστώνη το 1992 από τους Ware και *Shelbourne*. Τα συστήματα αυτά μπορούν να συγκρίνουν πληθυσμούς ασθενών με το γενικό πληθυσμό και πληθυσμούς ασθενών μεταξύ τους, δε δίνουν όμως στοιχεία για επιμέρους προβλήματα που αφορούν το κάθε νόσημα. Αποτελούνται όλα από ερωτηματολόγια που απαντώνται από τον υπό μελέτη πληθυσμό και αντίστοιχες κλίμακες αξιολόγησης και αντιστοίχισης βαρών στις απαντήσεις. Η απάντηση των ερωτηματολογίων μπορεί να γίνει με παρουσία ειδικού ο οποίος και κάνει τις ερωτήσεις, είτε από τον ασθενή μόνο του στο σπίτι, είτε τηλεφωνικά.
- Εξειδικευμένα εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί ειδικά για συγκεκριμένα νοσήματα όπως καρδιαγγειακά, πνευμονοπάθειες, νεοπλάσματα, αρθριτίδες του τελικού σταδίου νεφρική νόσος ή για ειδικούς πληθυσμούς όπως οι ηλικιωμένοι ή για ειδικούς πληθυσμούς όπως η σεξουαλική λειτουργία ή για συγκεκριμένες καταστάσεις και προβλήματα. Τα εξειδικευμένα αυτά εργαλεία εστιάζουν στο θέμα που εξετάζουν με ειδικές ερωτήσεις, δεν επιτρέπουν όμως συγκρίσεις μεταξύ του υπό εξέταση πληθυσμού και άλλων ομάδων, ή συγκρίσεις μεταξύ καταστάσεων ή νοσημάτων.
- Τέλος, από την οικονομική θεωρία, μας έρχονται τα συστήματα μέτρησης που ονομάζονται δείκτες ωφέλειας. Η έννοια δείκτες ωφέλειας αναφέρονται στην αύξηση της δυνατότητας ικανοποίησης των ατομικών και κοινωνικών αναγκών, με την πάροδο του χρόνου, στο εσωτερικό μίας οικονομίας δείκτης της ωφέλειας είναι ο μακροχρόνιος ρυθμός αύξησης του κατά κεφαλή ΑΕΠ, ενώ χρησιμοποιούνται και άλλοι δείκτες, όπως για παράδειγμα δείκτες που σχετίζονται με το επίπεδο υγείας, μόρφωσης και μακροβιότητα Η μέτρηση της χρησιμότητας βασίζεται στον υπολογισμό ενός δείκτη αποτελέσματος που είναι γνωστός με την ονομασία "QALYs" (Quality Adjusted Life-Years), ποιοτικώς προσδιορισμένα έτη ζωής. Ο δείκτης αυτός επιχειρεί να μετρήσει τη βελτίωση της υγείας σε προστιθέμενα ποιοτικά χρόνια ζωής. Συγκεκριμένα, ο δείκτης QALYs παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη μέτρηση του υγειονομικού αποτελέσματος καθώς συνδυάζει την «ποσότητα» ζωής με την «ποιότητα», σταθμισμένη σε ποιοτικά χρόνια επιβίωσης. Ο δείκτης που θεωρείται ευρύτερα αποδεκτός για τη μέτρηση της ποσότητας ζωής ή μακροβιότητας είναι το προσδόκιμο επιβίωσης.

Γνωρίζοντας ότι η σαρκοπενία επηρεάζει τις βασικές παραμέτρους την ψυχολογική, την κοινωνική, την επαγγελματική και τη σωματική διάσταση που ορίζουν την ποιότητα ζωής, αλλά και την ποσότητα ζωής που ορίζετε από χρόνιες παθήσεις και μακροχρόνια νόσηση καθώς και από την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στο υπάρχων υγειονομικό σύστημα και από το συνταξιοδοτικό απόθεμα της χώρας.

– Τα συστήματα αυτά επιχειρούν να εκτιμήσουν την οικονομική ωφέλεια που έχει η κοινωνία από τη χρησιμοποίηση ή μη συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας και να ωθήσουν σε μια ορθολογική κατανομή των πόρων μέσα στο σύστημα υγείας.

Συνοψίζοντας φάνηκε ότι ως σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής γενικά αναγνωρίζεται «*η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του, απάντηση η οποία επηρεάζει το βαθμό στον οποίο μπορεί το άτομο να νιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του*». Στην έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής περιλαμβάνονται όροι όπως η λειτουργική ικανότητα, η κατάσταση υγείας, το ευ ζην και η λειτουργική κατάσταση του ατόμου.

3.1.7 Χρόνια νοσήματα και ποιότητα ζωής

Από τα μέσα του 20^{ου} αιώνα οι κοινωνίες άρχισαν να συνειδητοποιούν την ανάγκη παροχής ποιοτικής Ιατρικής και Νοσηλευτικής φροντίδας στους χρήστες των υπηρεσιών της υγείας μέσα από ένα οργανωμένο σύστημα υγείας που θα βασίζεται σε τεκμηριωμένες Ιατρικές-Νοσηλευτικές πρακτικές. Στο πλαίσιο αυτό η σύγχρονη ιατρική άρχισε να επικεντρώνει την προσοχή της όχι μόνο στα αποτελέσματα των ιατρικών πράξεων, αλλά και στις επιπτώσεις που έχουν αυτές στη συνολική ζωή του πάσχοντα [49].

Το ενδιαφέρον λοιπόν σήμερα εστιάζεται όχι μόνο στην επιμήκυνση της ζωής των ασθενών, αλλά και για τις επιπτώσεις που προκαλούνται, όπως οι ενδεχόμενες επιπλοκές και τα συμπτώματα που επηρεάζουν τη ζωή του πάσχοντα. Οι επιπτώσεις αυτές, τις περισσότερες φορές δημιουργούν περιορισμούς στην καθημερινή ζωή, μειώνουν το θεραπευτικό όφελος και επιδρούν αρνητικά στην αναμενόμενη βελτίωση της ποιότητας ζωής [37,60,61]. Από πολλούς μελετητές τονίζετε ότι, στο βαθμό που η αρρώστια επιφέρει δυσλειτουργικές και περιοριστικές επιπτώσεις στη σωματική και στην ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενούς, η αβεβαιότητα θα αποτελέσει το επίκεντρο της υποκειμενικής εμπειρίας πολλών χρόνιων παθήσεων και παρατηρείται ο χρόνιος ασθενής να ζει υπό συνθήκες και όρους ύπαρξης και διαβίωσης πολλές φορές, που επιδρούν δεσμευτικά και περιοριστικά στην ικανοποίηση της ανάγκης για μια υψηλού επιπέδου ποιότητα ζωής.

Παράλληλα εκδηλώνεται και αποσαφηνίζετε η ανάγκη από μελετητές, η κατάσταση της ασθένει-

ας να ερευνάται και να αναλύεται σε όλες τις όψεις της κοινωνικής ζωής και ιδιαίτερα της καθημερινής ζωής, των ανθρώπων που ζουν μαζί και υπό το βάρος της αρρώστιας [62].

Σημαντικό επίσης ενδιαφέρον για τους ερευνητές παρουσιάζει ο προσδιορισμός της αποτελεσματικότητας της ιατρικής παρέμβασης και η βελτίωση της διαδικασίας των ιατρικών αποφάσεων. Η εκτίμηση αυτή της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και η χρησιμότητα που έχει μια θεραπευτική πράξη για τον ασθενή καθώς και ρόλος και η σχέση της με την ποιότητα ζωής, μεγάλου ερευνητικού ενδιαφέροντος.

Παράλληλα η σπανιότητα των διαθέσιμων πόρων και η συνεχής διαφοροποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, κάνουν την καθιέρωση μεθόδων εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των ιατρικών πράξεων επιτακτική [37,60,61].

Στο πλαίσιο αυτό, η ίδια, η αντίληψη των ασθενών για την υγεία και την ποιότητα ζωής τους, αποτελεί μια σημαντική μέτρηση-εκτίμηση για τα αποτελέσματα της θεραπευτικής τους αντιμετώπισης. Η δε χρήση πολυσύνθετων αναλύσεων για την εκτίμηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας καταλήγει σε μια ποικιλία μεθόδων προσέγγισης της χρησιμότητας που έχει για τον ασθενή μια ιατρική πράξη αλλά και η σημασίας της στην εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.

Συνοψίζοντας, μετά από μελέτη της βιβλιογραφίας, βρίσκουμε ότι τα χρόνια νοσήματα δεν επιφέρουν μόνο, αποσταθεροποίηση των βασικών λειτουργιών του οργανισμού, αλλά οδηγούν σε βαθύτερες προεκτάσεις, που ανατρέπουν την συναισθηματική, κοινωνική και οικονομική ισορροπία του ατόμου και της οικογενείας του. Οι χρόνιοι δε πάσχοντες έρχονται αντιμέτωποι με μακροχρόνιες θεραπείες και προκλήσεις, όπως της διατήρησης της συναισθηματικής ισορροπίας, της αυτοεκτίμησης, του αυτοέλεγχου και του συμβιβασμού, πολλές φορές, με ένα αβέβαιο μέλλον. Οι διαγνωστικές δυσκολίες, η ανικανότητα, η εξάρτηση, το κοινωνικό στίγμα και οι αλλαγές που επιφέρει η νόσος, κοινά προβλήματα των χρόνιων πασχόντων, παρουσιάζεται να έχουν, δυσμενή επίδραση στην ποιότητα ζωής τους [63].

3.1.8 Ποιότητα ζωής και υγεία

Ποιότητα ζωής είναι μια γενική, πλούσια σε περιεχόμενο και αφηρημένη έννοια, που έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα από αρχαιοτάτων χρόνων. Είναι δύσκολο να οριστεί και αναμφίβολα αποτελεί μία πολυδιάστατη μεταβλητή που μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο από τα διαφορετικά επιστημονικά πεδία και θεωρητικά εμπεριέχει όλες τις διαστάσεις ή πλευρές της ζωής ενός ατόμου [60].

Στο τέλος του 20^{ου} αιώνα υποστηρίχθηκε ότι για την αποσαφήνιση και τον εννοιολογικό προσδιορισμό της, ήταν απαραίτητο να μετρηθεί με διαφορετικούς τρόπους χρησιμοποιώντας συνδυασμό αντικειμενικών και υποκειμενικών δεικτών [31].

Οι περισσότερες μελέτες υιοθέτησαν έναν μεγάλο αριθμό δεικτών σε θέματα υγείας, στέγασης, εργασίας, ψυχαγωγίας εγκληματικότητας, όμως σε τελική ανάλυση αυτό που προέκυψε είναι ότι η ποιότητα ζωής δεν μπορεί να αντικειμενικοποιηθεί αφού η επιλογή των δεικτών, η παρουσία τους και η ερμηνεία τους εμπεριέχουν ούτως η άλλως κάποιο βαθμό υποκειμενικότητας και επομένως η έννοια της ποιότητας ζωής συνδέεται με την υποκειμενική εκτίμηση σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας [10].

Αξίζει να σκεφτόμαστε την υγεία ως την κατάσταση εκείνη που επιτρέπει στο άτομο να απολαμβάνει όσο γίνεται περισσότερο τη χαρά της ζωής, να εργάζεται δημιουργικά και να υπηρετεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την ανθρωπότητα. Η ταύτιση της υγείας με την απουσία της αρρώστιας αποτελεί έκφραση μετριότητας. Η υγεία είναι ποιότητα ζωής που σηματοδοτεί έμπνευση και συνεχή δημιουργικότητα. Κατά τη διάρκεια της ζωής του ο άνθρωπος, επιχειρεί να κατασκευάσει μια γέφυρα, μεταξύ ενός βαθύτερου εσωτερικού κόσμου και ενός ευρύτερου εξωτερικού κόσμου. Η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία διέπεται, τόσο από τις αρχές της καθολικότητας αλλά και της εξατομίκευσης, όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ποιότητας ζωής αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας, αλλά και τη σωματική και τη ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου [33,34,49].

Η πεποίθηση ότι η υγεία ενός ατόμου έχει διαστάσεις σωματικές, διανοητικές, συναισθηματικές και κοινωνικές, οι οποίες αλληλεπιδρούν για να συνθέσουν την ολότητα της, τυγχάνει σήμερα ευρείας αποδοχής, τόσο στο χώρο των κοινωνικών επιστημών, όσο και στην Ιατρική.

Οι πολιτικοί, οι φιλόσοφοι, οι ιερείς, οι ψυχολόγοι, οι ποιητές, οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς μπορεί να δίνουν διαφορετική ερμηνεία και να προτείνουν διαφορετικές μεθόδους μέτρησης της ποιότητας ζωής. Ίσως για ορισμένους η μέτρηση της ποιότητας ζωής δε χρειάζεται. Από τη στιγμή όμως που η ποιότητα άρχισε να απασχολεί το χώρο της υγείας, απαιτείται μεγαλύτερη ακρίβεια στη χρήση του όρου και ανάπτυξη κατάλληλης μεθόδου μέτρησης.

Στη διεθνή βιβλιογραφία απαντώνται πολλές έννοιες συνώνυμες με την ποιότητα ζωής, όπως καλή κατάσταση, ευτυχία, συνθήκες ζωής και ικανοποίηση. Ορισμένοι συγγραφείς ταυτίζουν την ποιότητα με την ικανοποίηση των αναγκών. Ωστόσο, η ικανοποίηση, εξαρτάται από τα υποκειμενικά στοιχεία, ενώ η ποιότητα ζωής στηρίζεται τόσο σε υποκειμενικά όσο και σε αντικειμενικά στοιχεία και είναι πολυσύνθετο φαινόμενο. Οι περισσότεροι συμφωνούν ότι η ποιότητα ζωής δεν αφορά μια μονοδιάστατη αντίληψη, αλλά ένα σύμπλεγμα αλληλοεπιδρώμε-

νων παραγόντων ικανοποιητικής λειτουργίας σε τέσσερις βασικούς τομείς, οι οποίοι περιλαμβάνουν τις ακόλουθες διαστάσεις:

- 1) την ψυχολογική,
- 2) την κοινωνική,
- 3) την επαγγελματική και
- 4) τη σωματική διάσταση.

Στη συνέχεια αναλύονται οι τέσσερις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

3.1.8.1 Ψυχική διάσταση

Άγχος και κατάθλιψη

Οι ασθενείς που υποφέρουν από άγχος και κατάθλιψη δεν μπορούν να απολαύσουν τίποτε και η αυτοεκτίμησή τους μειώνεται με επακόλουθο τη μη προσαρμογή τους στη νόσο.

Ο Πλάτωνας ήταν ο πρώτος που μίλησε για τη σπουδαιότητα της ολιστικής φροντίδας: «*Όπως δεν προσπαθούμε να φροντίσουμε τα μάτια αγνοώντας το κεφάλι ή το κεφάλι αγνοώντας το υπόλοιπο σώμα ομοίως πρέπει να συμβαίνει και με την ψυχή*» Επομένως, είναι πολύ σημαντική η ανίχνευση των ψυχολογικών προβλημάτων και η άμεση θεραπεία τους. Για μερικούς ασθενείς ίσως χρειαστεί θεραπεία συμπεριφοράς ή φαρμακευτική αγωγή.

Η θεραπεία συμπεριφοράς βοηθά τα άτομα να αλλάξουν τρόπο σκέψης και αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης. Το άτομο οδηγείται στην επιλογή αποτελεσματικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση της πρόκλησης της νόσου και διατηρεί μια θετική εικόνα του εαυτού του [64]. Τις βασικές αρχές της θεραπείας της συμπεριφοράς αναφέρει ο στωικός φιλόσοφος Επισθένης που τονίζει «...*οι άνθρωποι δεν ενοχλούνται από πράγματα αλλά από τον τρόπο που τα βλέπουν και τα αντιλαμβάνονται...*». Παρόμοια άποψη διατυπώνει και ο Shakespeare στον Hamlet «...*δεν υπάρχουν καλά και κακά, οι σκέψεις μας τα κάνουν έτσι...*» [65].

Αποδοχή της νόσου

Αυτό που κάνει τον άνθρωπο να ξεχωρίζει από το υπόλοιπο ζωικό βασίλειο είναι η ικανότητα να αποδέχεται και να κατευθύνει τη ζωή του. Η επιβίωσή του εξαρτάται από την ύπαρξη ορισμένων στοιχείων, όπως οξυγόνου και φωτός για τη ζωή μέσα στο νερό και στο έδαφος, και ένδυσης στις αρκτικές και τροπικές ζώνες. Παρομοίως, η επιβίωση του εσωτερικού κόσμου είναι εφικτή για τον άνθρωπο μόνο με την προσαρμοστική ικανότητα.

Ορισμένα άτομα δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν ασθένειες δίχως την υποστήριξη των δικών τους καθώς και των επαγγελματιών υγείας. Ωστόσο, υπάρχουν και άτομα που αντλούν από μόνοι τους το κουράγιο, το σθένος, την αξιοπρέπεια ακόμη και το χιούμορ για να αντιμετωπίσουν τον πόνο, την αναπηρία και το θάνατο.

Κάποιοι υποστηρίζουν ότι η καλή ψυχολογία επιτρέπει σε κάποιον να προσαρμόζεται και να αντιμε-

τωπίζει κάθε σωματική και κοινωνική απειλή, όπως φαίνεται και από τις μαρτυρίες διασωθέντων από στρατόπεδα συγκεντρώσεων. Η συναισθηματική καλή κατάσταση συνδέεται με την σωματική, είναι όμως κάτι ξεχωριστό. Είναι διπολική, καθώς παρουσιάζει θετική και αρνητική επίδραση στη ζωή ενός ατόμου. Ένα καλό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής πρέπει να λαμβάνει υπόψη και τις δύο διαστάσεις του συναισθήματος.

Συμπερασματικά, έχει βρεθεί ότι η ψυχική ευεξία, η αποδοχή και η προσαρμοστική ικανότητα στις διάφορες ασθένειες συμβάλλουν στη διατήρηση καλής ποιότητας ζωής [64].

Οι ασθενείς λοιπόν, με χρόνια νοσήματα μπορούν να προσαρμοστούν καλύτερα στις προκλήσεις της ασθένειας, μέσα από μια προσπάθεια ελέγχου και αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης που επιφέρει η διάγνωση μιας νόσου.

3.1.8.2 Κοινωνική διάσταση

Κοινωνικές σχέσεις

Σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις και μακροχρόνια νόσηση παρατηρείται κατάθλιψη που οφείλεται στο φόβο ότι οι φίλοι και τα αγαπημένα πρόσωπα θα τους εγκαταλείψουν.

Υπάρχουν περιπτώσεις που η υποστήριξη του περιβάλλοντος είναι πολύ σημαντική και κυρίως, όταν πρόκειται για χρόνια-προχωρημένη-θανατηφόρο νόσο. Το σύνθημα που κυριαρχεί στις τάξεις των ασθενών αυτών είναι: «*Ο πιστός φίλος είναι το φάρμακο της ζωής*». Όταν η νόσος συνοδεύεται από κοινωνικό στίγμα, ο φόβος μετατρέπεται σε τρόπο περιθωριοποίησης που δυσκολεύει την επικοινωνία με τους υπολοίπους συνανθρώπους [64].

Η κοινωνική καλή κατάσταση είναι πολύ δύσκολο να καθοριστεί. Οι περισσότερες κλίμακες ποιότητας ζωής είτε ερευνούν ελάχιστα το θέμα είτε δεν ασχολούνται καθόλου με την κοινωνική και οικογενειακή δραστηριότητα των ασθενών. Το φαινόμενο αυτό δείχνει την τάση πολλών να αποφεύγουν ό,τι «πονάει».

Στην κοινωνική διάσταση υπάγονται μια σειρά σημαντικών λειτουργιών, όπως η κοινωνική υποστήριξη, η διατήρηση των δραστηριοτήτων διασκέδασης, η συνοχή της οικογένειας και η σεξουαλικότητα. Δεν υπάρχει σαφής ορισμός και συμφωνία των μελετητών για την κοινωνική διάσταση αλλά έχει πολύ μεγάλη σημασία για τον ίδιο τον ασθενή που προσπαθεί να προσαρμοστεί και να ξεπεράσει τη νόσο. Έτσι, για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα η διατήρηση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής και η κοινωνική υποστήριξη είναι μείζονος σημασίας για τη διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής.

Σεξουαλικές σχέσεις

Τα σοβαρότερα προβλήματα στην σεξουαλική ζωή των ανθρώπων προέρχονται από συναισθηματικά και σωματικά τραύματα. Το άγχος που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής

μπορεί να υποχωρήσει ή ακόμη και να εξαφανιστεί με την κατάλληλη βοήθεια του συντρόφου. Ο φόβος για την απώλεια του ερωτικού συντρόφου είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των χρόνιων ασθενών έτσι όπως εκφράζεται από μια ασθενή «η διατήρηση της σχέσης σου είναι το πρώτο που σε απασχολεί, μόλις ξεπεραστούν τα προβλήματα υγείας. Αυτό είναι η πιο σημαντική δοκιμασία που έχεις να περάσεις. Πώς θα αντιδράσει βλέποντας μια γυναίκα με επιδέσμους ανίκανη να βοηθήσει τον ίδιο της τον εαυτό, ακόμη και όταν υπάρχει έρωτας, υπάρχουν πράγματα που του θυμίζουν την κατάστασή σου».

Για τους περισσότερους ανθρώπους, υγιείς και ασθενείς, η επαφή αποτελεί βασική ανάγκη που αποδεικνύει την αγάπη και το ενδιαφέρον. Στα άτομα που αρνούνται τη σωματική επαφή σε περιπτώσεις ανιάτων νόσων, εκδηλώνεται τελικά σοβαρή κατάθλιψη.

Στην περίπτωση αυτή απαιτείται η υποστήριξη του συντρόφου και η βοήθεια για την ανακάλυψη νέων τρόπων έκφρασης της αγάπης.

3.1.8.3 Επαγγελματική διάσταση

Η εργασία αποτελεί ένα από τα βασικά γνωρίσματα του ανθρώπου. Το άτομο μέσω της εργασίας μπορεί να πετύχει την κοινωνική και οικονομική του ανάδειξη. Επιπλέον, η επαγγελματική ευεξία επιτρέπει την ενεργό συμμετοχή στα έξοδα του σπιτιού. Πολλοί χάνουν την αυτοεκτίμηση τους, όταν δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα για την οικογένεια και εξαρτώνται από άλλους για τις καθημερινές τους ανάγκες. Αυτή η εξάρτηση μειώνει την αυτοεκτίμηση του ατόμου και τον καθιστά παρατηρητή και όχι πρωταγωνιστή της ζωής. Ωστόσο, η εργασία δεν προσφέρει πάντα ικανοποίηση καθώς συνδέεται με μεγάλο άγχος που εμποδίζει το άτομο να απολαύσει τη ζωή. Για τα άτομα με χρόνιο νόσημα η μακροχρόνια αποχή από την εργασία επιτείνει την εξάρτηση και τη χαμηλή αυτό-εκτίμηση του ατόμου με αποτέλεσμα να μεγεθύνονται τυχόν συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης [66-68].

3.1.8.4 Σωματική διάσταση

Η σωματική καλή κατάσταση αναφέρεται στη σωματική λειτουργία και περιλαμβάνει εκδηλώσεις όπως ο πόνος, η ναυτία και η κόπωση. Αντιπροσωπεύει μια ποικιλία παραγόντων που συνίστανται στα συμπτώματα της νόσου, την αντιμετώπισή τους και τη γενική καλή κατάσταση, όπως την ορίζει ο ασθενής [66-68]. Η διάκριση της νόσου, από τη σωματική κατάσταση είναι πολύ σημαντική για τον καθορισμό της θεραπείας, αν και για τους ίδιους τους ασθενείς είναι ασήμαντη [69-71].

Ο πόνος αποτελεί μια από τις βασικές αιτίες προσφυγής στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Ο χρόνιος πόνος επηρεάζει την κινητικότητα του ατόμου και έχει επιπτώσεις στην ψυχολογική, στην κοινωνική και στην οικονομική κατάσταση του. Όλοι οι άνθρωποι σε κάποια στιγμή της ζωής τους έχουν βιώσει πόνο, όμως είναι πολύ δύσκολο

να περιγράψουν επαρκώς το πλήθος των συναισθημάτων που προκαλεί.

Ο χρόνιος πόνος συχνά είναι λιγότερο απειλητικός και οδυνηρός. Ο ανίατος, όμως, πόνος είναι ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα των ασθενών. Ακόμη και όταν δεν επηρεάζει την εξέλιξη και την πρόγνωση της νόσου πρέπει να λαμβάνεται υπόψη καθώς βιώνεται διαφορετικά από το κάθε άτομο. Ο πόνος συχνά υποδηλώνει άγχος. Ο φόβος του πόνου δεν επιδεινώνει μόνο τον πόνο αλλά μπορεί να αποδειχθεί χειρότερος και από τον ίδιο τον πόνο [67,68].

3.1.9 Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα

Τις τελευταίες δεκαετίες οι χρόνιες ασθένειες έχουν αναδειχθεί ως η εντονότερη ανησυχία για τους ανθρώπους γενικές γραμμές οι χρόνιες ασθένειες είναι αργές στην εξέλιξη τους πολυδάπανες και απαιτούν μακροχρόνια ιατρική θεραπεία. Έτσι οι άνθρωποι δεν επικεντρώνονται απλώς στο να ζουν περισσότερο, αλλά εστιάζουν στο να διατηρήσουν ή και να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Όλες οι χρόνιες ασθένειες έχουν την δυνατότητα να περιορίσουν την λειτουργική κατάσταση, την παραγωγικότητα και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων που ασθενούν αλλά και αυτών που ζουν μαζί τους. Επιπλέον οι χρόνιες ασθένειες είναι μια σημαντική επιβάρυνση στην υγεία λόγω των ιατρικών εξόδων φροντίδας των ατόμων. Στις ΗΠΑ οι ετήσιες δαπάνες για τις χρόνιες ασθένειες αντιπροσωπεύουν το 75% των \$2.000 δισεκατομμυρίων δολαρίων που αφορά στις ετήσιες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα έρχονται αντιμέτωποι με μακροχρόνιες θεραπείες και προκλήσεις, όπως η διατήρηση συναισθηματικής ισορροπίας και αυτοεκτίμησης, αυτοελέγχου, ενίσχυση των σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους και ο συμβιβασμός με ένα αβέβαιο μέλλον. Βασικό χαρακτηριστικό των χρόνιων νοσημάτων είναι οι διαγνωστικές ασάφειες, το κοινωνικό στίγμα, η ανικανότητα, η εξάρτηση και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής [72]. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί το ενδιαφέρον των κοινωνιολόγων και των επαγγελματιών υγείας για τις επιπτώσεις των χρόνιων νοσημάτων στην ποιότητα ζωής. Πλέον και οι ίδιοι οι ασθενείς με χρόνιες και σοβαρές παθήσεις έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται όχι μόνο για τις πιθανότητες επιβίωσης αλλά και για την ποιότητα της ζωής τους [73-78].

Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι πρόκειται για ένα τόσο σοβαρό θέμα και το ενδιαφέρον των ίδιων των ασθενών είναι τεράστιο, πολύ λίγο έχει ερευνηθεί και ελάχιστες είναι οι πληροφορίες για την επίδραση της νόσου στην ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών.

4. Σαρκοπενία και σύνδρομο ευπάθειας

4.1 Σύνδρομο ευπάθειας

Ο όρος σύνδρομο ευπάθειας αναφέρεται στους περισσότερο ευάλωτους και αδύναμους ηλικιωμένους. Χαρακτηρίζεται ως φαινότυπος γήρανσης που

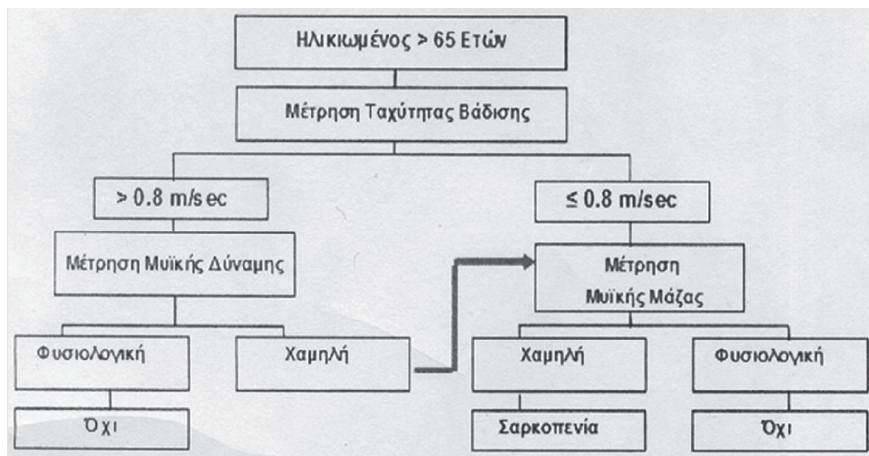
συνοδεύεται από περιορισμένη φυσική δραστηριότητα, αδυναμία, απώλεια βάρους, εύκολη κόπωση, βραδύτητα, χαμηλή άμυνα και τελικά αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα [24].

Η απορρύθμιση του νευροενδοκρινικού και αμυντικού συστήματος με τη γήρανση καταλήγει σε ομάδα συγγενών παθήσεων. Σταδιακή και αθροιστική εξέλιξη των επιπτώσεων τους οδηγεί στην ευπάθεια. Συμβάλλουν η παρουσία άλλης νόσου, γενετικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές παράμετροι. Η επιβαρυνόμενη σαρκοπενία συνιστά κεντρικό άξονα του συνδρόμου. Ενδέχεται καθωυτή ή συνεργικά με άλλες παθήσεις που εμπλέκονται (π.χ. οστεοπόρωση) να καταλήξει σε λειτουργικούς περιορισμούς. Καθώς η δύναμη φθίνει, ο ηλικιωμένος τείνει να επιστρατεύει ολοένα μεγαλύτερο μέρος του αποθέματος του για την πραγματοποίηση απλών καθηκόντων. Οι πιο αδύναμοι μπορεί να υπερβούν το υπάρχον αποθεματικό οδηγούμενοι σε καθήλωση, με σοβαρές ατομικές συνέπειες και υψηλό οικονομικό κόστος [25].

4.1.1 Η ελάττωση μυϊκής μάζας και δύναμης στους ηλικιωμένους

Η χαμηλή μυϊκή μάζα αποτελεί συχνό χαρακτηριστικό στη μεγάλη ηλικία. Απώλεια κάτω των 2SD (standard Deviation - σταθερές αποκλίσεις) έναντι της μέσης τιμής νεαρών ατόμων του ίδιου φύλου χαρακτηρίζει ποσοστό 5-15% στις ηλικιακές ομάδες 60 ως 70 ετών. Υψηλότερη συχνότητα απαντάται στους υπερηλικείς άνω των 80 ετών. Οι γυναίκες προσβάλλονται περισσότερο από τους άνδρες, οι παχύσαρκοι έναντι των ομάδων φυσιολογικού δείκτη μάζας σώματος & οι Αφρικανοί συγκριτικά με τους Καυκάσιους. Η μεταβλητότητα ενισχύεται περαιτέρω όταν υιοθετούνται διαφορετικές μέθοδοι και αξιολογικά κριτήρια μέτρησης [14,79]. Η μέγιστη δύναμη αποκτά την κορυφαία τιμή της μεταξύ 2^{ης} και 3^{ης} δεκαετίας ζωής. Παρουσιάζει μικρή έκπτωση έως περίπου την 5^η-6^η δεκαετία και κατόπιν ακολουθεί φθίνουσα πορεία [80]. Χαρακτηριστικά η μυϊκή δύναμη των εκτεινόντων μυών του γόνατος μετρούμενη ισομετρικά ή ισοκινητικά σε χαμηλές ταχύτητες 60-120°/sec επι τις εκατό ανά δευτερόλεπτο μειομετρικής συστολής, ελαττώνεται με ρυθμό ~10-15% ανά δεκαετία μετά την ηλικία των 65 ετών.

Προοπτικές μελέτες αναδεικνύουν μεγαλύτερη απώλεια ανερχόμενη μεταξύ του 20 και 40% ανά δεκαετία, μετά την ηλικία των 70. Μετά τα 80, αρκετοί ηλικιωμένοι διατηρούν λιγότερο από το ήμισυ των τιμών νεότερων ατόμων. Ο ρυθμός ελάττωσης εξαρτάται από τη μετρούμενη μυϊκή ομάδα και μέθοδο μέτρησης. Σε γενικές γραμμές ανάλογες απώλειες έχουν καταγραφεί για τους κεντρικούς και περιφερικούς μύς των άκρων συμπεριλαμβανομένων των πελματιαίων και ραχιαίων καμπτήρων, των εκτεινόντων του γόνατος, των καμπτήρων του ισχίου, των καμπτήρων και εκτεινόντων του αγκώνα, όπως και για τη δύναμη γροθιάς του χεριού, τουλάχιστον για



Εικ. 2. Αλγόριθμος ανάδειξης απόμων υψηλού κινδύνου για την παρουσία Σαρκοπενίας σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ομάδα Εργασίας για την Σαρκοπενία στους ηλικιωμένους (EWGSOP).

τις στατικές και μειομετρικές συστολές [20]. Η μείωση δύναμης είναι αναλογικά μεγαλύτερη σε υψηλότερες ταχύτητες, ενώ η έκπτωση μυϊκής ισχύος και ταχύτητας συστολής κατά κανόνα υπερβαίνουν την απώλεια σε δύναμη. Ο ετήσιος ρυθμός απώλειας της μέγιστης ισχύος των εκτεινόντων του κάτω άκρου μετά τα 65 έτη ανέρχεται σε ποσοστό 3-4% σε υγιή άτομα [81]. Σε ανθρώπους προχωρημένης ηλικίας καθώς και τους περισσότερο ευπαθείς (frail) η ραγδαία απώλεια ισχύος συνιστά κυρίαρχη απειλή μείωσης της κινητικής ανεξαρτησίας. Συγκριτικά με τους άνδρες οι γυναίκες ξεκινούν από χαμηλότερη κορυφαία τιμή, είναι ασθενέστερες και τείνουν να ζουν περισσότερο. Συνεπώς απειλούνται περισσότερο από τις συνέπειες της σαρκοπενίας [82].

4.1.2 Απορύθμιση του ορμονικού ισοζυγίου

Μείωση των συγκεντρώσεων της αυξητικής ορμόνης (Growth Hormone (GH)) και του ινσουλινοειδούς αυξητικού παράγοντα 1 (Insulin-like Growth Factor 1 (IGF-1)) σχετίζεται με ελαττωμένη σύνθεση των ισομερών της μυοσίνης και διαταραχές στον πολλαπλασιασμό και τη διαφοροποίηση των κυττάρων-δορυφόρων. Η ελάττωση των επιπέδων τεστοστερόνης και η μειούμενη βιοδιαθεσιμότητα της δρουν υπέρ της ελάττωσης του ρυθμού σύνθεσης μυϊκών πρωτεϊνών, του αριθμού και της δραστηριότητας των κυττάρων-δορυφόρων. Επικουρικά δρα η ελάττωση της δεϋδροεπιανδροστερόνης (Dehydroepiandrosterone (DHEA)) [83]. Η εκλεκτική συμμετοχή της ινσουλίνης στη σύνθεση μιτοχονδριακών πρωτεϊνών πιθανώς ελαττώνεται. Η αύξηση του ολικού σωματικού λίπους στη μέση ηλικία αυξάνει την αντίσταση στην ινσουλίνη και περιορίζει την αναβολική της δράση, προδιαθέτοντας στην εγκατάσταση σαρκοπενίας [17]. Η βιταμίνη D έχει γενωμικές και μη γενωμικές επιδράσεις στον μυϊκό ιστό. Η υπό-βιταμίνωση D συνεπάγεται χαρακτηριστική μυοπάθεια, κεντρομελική, εκλεκτικής απώλειας μυϊκών ινών τύπου I Ia. Συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ

χαμηλών συγκεντρώσεων βιταμίνης D ορού και μείωσης της μυϊκής μάζας ή δύναμης. Πολυμορφισμοί του υποδοχέα της βιταμίνης D (Vitamin D Receptor (VDR)) σχετίζονται με αυξημένο σωματικό λίπος και χαμηλή μυϊκή δύναμη στους υπερήλικες. Η υποβιταμίνωση D επιδρά άμεσα ελαττώνοντας το μυϊκό αναβολισμό και έμμεσα μέσω της ελαττωμένης έκκρισης ινσουλίνης. Η αύξηση της παραθορμόνης επηρεάζει το μυϊκό μεταβολισμό αντισταθμιστικά προς την υποβιταμίνωση D. Ως ανεξάρτητος παράγων επιδρά τοπικά παρεμποδίζοντας τους μηχανισμούς απελευθέρωσης ιόντων ασβεστίου. Συστηματικά προάγει τη δράση κυτοκινών που εμπλέκονται [84].

4.1.3 Αύξηση του μυϊκού καταβολισμού - δράση των κυτοκινών

Η απορύθμιση του αμυντικού ισοζυγίου που συνοδεύει τη φυσιολογική γήρανση διαφέρει από την εντονότερη παραγωγή κυτοκινών που παρατηρείται στους ηλικιωμένους με χρόνιες παθήσεις και την επιθετική υπερπαραγωγή της οξείας φλεγμονής. Πρόκειται για ήπια αύξηση που πραγματοποιείται αργά σε εύρος δεκαετιών. Οι κυτοκίνες παράγονται αντισταθμιστικά προς την αποδρομή των στεροειδών του φύλου, την εμμηνόπαυση και τη μείωση του IGF-1 επιταχύνοντας το μυϊκό καταβολισμό. Η αύξηση του σωματικού λίπους στη μέση ηλικία συνεπιδρά προς αυτή την κατεύθυνση. Ορισμένες κυτοκίνες δρουν τοπικά ή συστηματικά ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινητοποίησης πρωτεολυτικών διεργασιών. Στους ηλικιωμένους υψηλές συγκεντρώσεις φλεγμονωδών δεικτών και κυτοκινών (π.χ. CRP, IL-1, IL-6, TNFa), συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο σαρκοπενίας, κινητικών δυσχερειών και θανάτου [85].

4.2 Σαρκοπενία - παχυσαρκία

Η ταυτόχρονη παρουσία σαρκοπενίας και παχυσαρκίας συνδέεται με μεγαλύτερο βαθμό κινητι-

κής δυσλειτουργίας, υψηλότερο κίνδυνο πτώσεων, συνοσηρότητας και θανάτου έναντι της απώλειας μυϊκού ιστού που δε συνοδεύεται από αύξηση του ολικού σωματικού λίπους. Φαίνεται ακόμα ότι η παρουσία λιπώδους ιστού ενδομυϊκά ελαττώνει τη μυϊκή δύναμη και παρεμβαίνει αρνητικά στο μεταβολισμό και τη φυσιολογική σηματοδότηση της μυϊκής συστολής [14]. Στους υπέρβαρους και παχύσαρκους ηλικιωμένους το αυξημένο κοιλιακό λίπος σχετίζεται στενά με τις φλεγμονώδεις διεργασίες που προάγουν δυσανάλογα τη λύση μυοϊνδιακών πρωτεϊνών, ενώ προδιαθέτει περαιτέρω στην ανάπτυξη μεταβολικών διαταραχών [86]. Ωστόσο, η αύξηση σωματικού βάρους στη μέση ηλικία συμπίπτει με αυξημένη παραγωγή λεπτίνης από το λιπώδη ιστό. Το φαινόμενο σε συνδυασμό με την έκλυση άλλων νευροδιαβιβαστών και φλεγμονωδών παραγόντων, με σπουδαιότερο τον παράγοντα νέκρωσης του όγκου α (Tumor Necrosis Factor α (TNFα)), συμβάλλει στην ανάπτυξη γεροντικής ανορεξίας. Αυτή προδιαθέτει σε σαρκοπενία με χαμηλή αναλογία σωματικού λίπους. Η αναλογία λεπτίνης/ σωματικού λίπους θεωρείται παράμετρος κλειδί για την εξέλιξη της σαρκοπενίας προς τη μια ή την άλλη κατεύθυνση [15].

4.2.1 Σαρκοπενία και οστεοπόρωση

Σαρκοπενία, η μείωση τις μυϊκής μάζας και της μυϊκής λειτουργίας θεωρείται ένα από τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων. Πολλές απόψεις θεωρούν την σαρκοπενία από μόνη της μια νόσο που οφείλεται σε ιατρικούς, περιβαλλοντολογικούς παράγοντες καθώς και παράγοντες συμπεριφοράς που χαρακτηρίζουν τα άτομα μεγάλης ηλικίας. Επίσης η απώλεια οστίτη οστού είναι γνωστό ότι οφείλεται σε αρκετούς παθογενετικούς παράγοντες. Το σκελετικό και το μυϊκό σύστημα είναι άρρηκτα δεμένο, οι ισχυρές μυϊκές ασκήσεις δυναμώνουν τα οστά και η έλλειψη μυϊκών ινών ικανών να οδηγήσουν στην γένεση νέου οστικού ιστού οδηγεί σε οστεοπόρωση. Δεν προκαλεί λοιπόν εντύπωση ότι η σαρκοπενία οδηγεί σε οστεοπόρωση ή το αντίθετο!

Η μυϊκή αδυναμία οδηγεί σε φόβο πτώσεων, περιορισμένη κινητικότητα, απώλεια αυτονομίας και μείωση προσδόκιμου ζωής.

Αυξανόμενες ενδείξεις δείχνουν ότι η σαρκοπενία και η οστεοπόρωση έχουν κοινή πορεία, καθώς μοιράζονται την ευαισθησία τους στη μειωμένη έκκριση της αναβολικής ορμόνης, στην αυξημένη έκκριση της κυτοκίνης που έχει φλεγμονώδη δράση και στα αναβολικά ή καταβολικά μόρια που απελευθερώνονται από τους σκελετικούς μύς ή από τα κύτταρα των οστών και τελικά οδηγούνται σε μειωμένη σωματική δραστηριότητα. Βασικές είναι οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων που σχετίζονται με την άσκηση και τον τρόπο διατροφής, όπως τα επαρκή επίπεδα βιταμίνης D, που έχουν σημαντικό ρόλο τόσο στο χτίσιμο των μυών όσο και στην οστεογένεση, που παρέχονται με τρόπο χωρίς κόστος (έκθεση του άτομου στον ήλιο), κατάλληλη δι-



Εικ. 3. Ηλικιωμένη γυναίκα με μεγάλη απώλεια σωματικού βάρους, μυϊκού ιστού και λίπους συνέπεια σοβαρής γεροντικής ανορεξίας. Χαρακτηριστική είναι η ατροφία των μυών των κάτω. (Προσωπικό αρχείο).

ατροφή για την ηλικία καθώς και άσκηση προσαρμοσμένη στην ηλικία και στους περιβαλλοντολογικούς παράγοντες.

4.2.2 Γεροντική ανορεξία

Η γεροντική ανορεξία αποτελεί με βεβαιότητα ένα νευροενδοκρινές φαινόμενο. Η γεροντική ανορεξία εξαρτάται, όμως, από ποικίλους παράγοντες σχετιζόμενους με τη γήρανση (π.χ. ελαττωμένη γευστική και οσφρητική οξύτητα, πρόωρο αίσθημα κορεσμού), την ύπαρξη άλλης νόσου (π.χ. υποβολή σε περιοριστικές δίαιτες, δυσφαγία πολυφαρμακία), αλλά και ψυχολογικούς παράγοντες όπως η κατάθλιψη, καθώς και κοινωνικούς όπως η φτώχεια, η απομόνωση κ.λπ., συνιστώσες που έχουν ως κατάληξη την ελαττωμένη πρόσληψη τροφής.

Η γεροντική ανορεξία συνεπάγεται συνολική μείωση της προσλαμβανόμενης ενέργειας, πρωτεϊνών και θρεπτικών συστατικών και υπό αυτή την έννοια προδιαθέτει στη μείωση της μυϊκής μάζας. Η γεροντική ανορεξία στην ακραία της μορφή ενδέχεται να καταλήξει σε μεγάλη απώλεια σωματικού βάρους, μυϊκού ιστού και λίπους, αλλά και σε σύνδρομο ευπάθειας. Υπό την επήρεια στρεσογόνων παραγόντων μπορεί να εκτρέψει τη σαρκοπενία σε καχεξία χαρακτηριζόμενη από επιθετικό υπερκαταβολισμό [87,88].

Σε έρευνα που έγινε σε 120 ηλικιωμένων ατόμων που ήταν μέλη των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) του Δημοτικού Διαμερίσματος Αττικής με δείγμα 120 Assessment (MNA) παρατηρήθηκε ότι το 58,3% των ατόμων βρέθηκε σε καλή κατάσταση θρέψης, ενώ το 35,8% βρισκόταν σε κίνδυνο υποσιτισμού και το 5,8% σε κατάσταση υποσιτισμού. Ο δείκτης θρέψης βρέθηκε ότι σχετίζεται με την ηλικία, την οικονομική και οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και την συγκατοίκηση.

Η τρίτη ηλικία έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία

Πίν. 1. Δείκτης θρέψης (Δ.Θ.) σε σχέση με την οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων στα ΚΑΠΗ.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΜΕΣΟΣ Δ.Θ.	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ	χ^2 (ΤΙΜΗ)
ΚΑΚΗ	21.5	3.99	12.29 (0.01)
ΜΕΤΡΙΑ	23.8	2.90	
ΚΑΛΗ	25.75	2.26	
ΣΥΝΟΛΟ	23.35	3.42	

για τη δημογραφία όλων των χωρών του δυτικού κόσμου, εξαιτίας της συνεχιζόμενης γήρανσης του πληθυσμού.

Οι γεροντολόγοι αντιμετωπίζουν τη γήρανση ως μια σειρά αλλαγών που συμβαίνει σε τέσσερα επίπεδα στο βιολογικό, στο χρονολογικό, στο ψυχολογικό και στο κοινωνικό επίπεδο. Οι εν λόγω αλλαγές μπορούν να επηρεαστούν από γεγονότα ζωής όπως ασθένειες γενετικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που αλλάζουν και από τον τρόπο ζωής του ηλικιωμένου.

Επίσης σημαντική είναι η μεταβολή που παρατηρείται στη σύσταση του σώματος με την αύξηση της ηλικίας. Η γήρανση συνοδεύεται από μείωση κατά 2-3% της άλιπης μάζας σώματος, από αύξηση και αναδιανομή του σωματικού λίπους καθώς και από μείωση του σωματικού νερού.

Η απώλεια μάζας και δύναμης λόγω ηλικίας, κατάσταση γνωστή και ως σαρκοπενία, οδηγεί σε παράλληλη μείωση του βασικού μεταβολικού ρυθμού κατά 15-20%, καθώς και των ενεργειακών απαιτήσεων των ηλικιωμένων ατόμων [2].

Ο υποσιτισμός είναι ένα συχνό και σοβαρό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους ανθρώπους. Ως υποσιτισμός ορίζεται η ελαττωματική ή ανεπαρκής διατροφική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή πρόσληψη τροφής, έλλειψη όρεξης, απώλεια μυϊκής μάζας και κατά συνέπεια η απώλεια σωματικού βάρους (Εικόνα 3). Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων και την ποιότητα ζωής, τη νοσηρότητα και την θνησιμότητα. Πρόκειται για μια συσχέτιση που αποδίδεται στην πτωχή διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων και στις συνέπειες του υποσιτισμού.

Ωστόσο η επιλογή των τροφίμων είναι αποτέλεσμα της επίδρασης και άλλων παραγόντων. Έκτος από τους βιολογικούς και του ψυχολογικούς παράγοντες, πολλοί κοινωνικο-οικονομική και κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες επιδρούν στην διατροφική συμπεριφορά των ηλικιωμένων.

Από όλα τα τρόφιμα τα όποια είναι διαθέσιμα, ο κάθε άνθρωπος επιλεγεί ορισμένα για το διαιτολόγιο του υπό την επίδραση διαφόρων οικονομικών(θρησκευτικών, πολιτισμικών και κοινωνικο-ψυχολογικών παραμέτρων.

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 1, τα άτομα με καλύτερη οικονομική κατάσταση εμφανίζουν αυξημένο μέσο δείκτη θρέψης. Τα ηλικιωμένα άτομα σε κακή οικονομική κατάσταση συχνά δεν έχουν την δυνατότητα να δαπανούν τα χρήματα που απαιτούνται για να έχουν την απαιτούμενη υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή ενώ παρουσιάζονται και δυσκολίες στην μετακίνηση τους στα καταστήματα τροφίμων.

Η είσοδος του ατόμου στην συνταξιοδότηση μετά το τέλος της επαγγελματικής του σταδιοδρομίας σηματοδότη πολλές αλλαγές στο οικονομικό του προγραμματισμό καθώς η σύνταξη είναι χαμηλότερη από το μισθό. Συνέπεια αυτού είναι η αποφυγή αγοράς ακριβών ή ποιοτικών τροφίμων. Τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα βρίσκονται στο επίκεντρο της ζωής τους και συνδέονται άμεσα με τους τομείς της υγείας και της κοινωνικής ευημερίας. Συμπερασματικά για την βελτίωση της διατροφής των ηλικιωμένων στην κοινότητα απαιτείτε η εφαρμογή προγραμμάτων με στόχο τη διατροφική αγωγή, τη διατροφική συμβουλευτική μέσα από ομαδικές και ατομικές συνεδρίες καθώς και η παροχή σκευασμάτων διατροφής μετά από συνεννόηση με τον θεράποντα γιατρό, την παροχή βοήθειας από κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές για την αγορά τροφίμων και την παροχή θρεπτικών γευμάτων σε άτομα με χαμηλό εισόδημα και μοναχικά.

4.2.3 Η έλλειψη μυϊκής επιβάρυνσης ως γενετική προδιάθεση

Η ελάττωση μυϊκής μάζας αποτελεί αναπόφευκτα επακόλουθα της γήρανσης. Ωστόσο η άσκηση εφόρου ζωής μπορεί να εξασφάλισε ηπιότερο ρυθμό ελάττωσης. Αντίθετα, η αδράνεια και η έλλειψη μυϊκής επιβάρυνσης μέσα από την άσκηση οδηγούν σε μεγαλύτερη πτώση δύναμης. Έτσι, η φυσική δραστηριότητα ελαττώνεται με τη γήρανση συνεπεία φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών περιορισμών.

4.2.4 Αντιμετώπιση της σαρκοπενίας μέσω της άσκησης μυϊκής ενδυνάμωσης

Η άσκηση ενδυνάμωσης προοδευτικής επιβάρυνσης μέσω της άσκησης μυϊκής ενδυνάμωσης συνιστά τη βασική στρατηγική αντιμετώπισης της σαρκοπενίας. Υπερτροφία αναπτύσσεται όταν οι μύες φορτίζονται με επιβαρύνσεις μεγαλύτερες από εκείνες που συνήθως αντιμετωπίζουν και εφόσον η προπόνηση έχει κατάλληλη ένταση, διάρκεια και συχνότητα. Οι πρώιμες μεταβολές της δύναμης οφείλονται κυρίως σε νευρογενείς προσαρμογές. Στους ηλικιωμένους αρκούν μέτριες επιβαρύνσεις (40-60%). Ακόμα η άσκηση είναι συνδεδεμένη με τη δραστηριότητα και την ταχύτητα εκτέλεσης.

Φαίνεται ότι η άσκηση επιβάρυνσης μεμονωμένων μυών με αυξημένες απαιτήσεις στην δυναμική ισορροπία δε βελτιώνει αρκετά αποτελεσματικά τις κινητικές αντιδράσεις ή τους ελιγμούς αυτών.

Ασκήσεις επιβάρυνσης μεμονωμένων μυών είναι οι ασκήσεις όπου τα φορτία «μοιράζονται» σε όλες τις αρθρώσεις του κάτω άκρου καθώς προσομοιώνουν λειτουργικές δραστηριότητες και μπορούν να αποτελέσουν μορφές εκπαίδευσης δύναμης στοχευμένες στη βελτίωση κινητικών δεξιοτήτων. Πρέπει να συνυπολογίζονται όλοι οι παράγοντες που μετέχουν στον τελικό βαθμό δυσκολίας, όπως:

- Οι βλάβες, οι λειτουργικοί περιορισμοί ή οι ανικανότητες.
- Η ψυχολογική κατάσταση, όπως η προσαρμογή του ασθενή στο πρόβλημα, το κίνητρο και η προσωπικότητα, όπως επίσης η ικανότητα κατανόησης και μάθησης.
- Η κοινωνικοοικονομική υποστήριξη.
- Η οικιακή ή άλλου είδους φροντίδα.
- Το φυσικό και συναισθηματικό περιβάλλον, η οικογενειακή αντίδραση, η συνεργασία και οι υπευθυνότητες.

4.2.5 Άλλα μέσα αντιμετώπισης

Για την αντιμετώπιση της σαρκοπενίας συνδυαστικά με την μυϊκή άσκηση θα πρέπει να γίνεται και διατροφικός έλεγχος. Η αναστροφή της ανορεξίας βασίζεται στην εξισορρόπηση του διαιτολογίου με έμφαση στην πρόσληψη πρωτεϊνών υψηλής θερμιδικής αξίας και άλλων υποκείμενων αιτιών, ειδικά της κατάθλιψης. Επιβαρυντικός παράγοντας στην απώλεια βάρους παχύσαρκων σαρκοπενικών είναι και η ανεπάρκεια βιταμίνης D (Vitamin D) που συναντάται σε ευπαθείς υπερηλικίες που διαβιούν σε ιδρύματα. Συνολικά η ανάδειξη των πλέον πρόσφορων θεραπευτικών σχημάτων για την αντιμετώπιση της σαρκοπενίας, ειδικά στους περισσότερο ευπαθείς, προϋποθέτει συστηματική διερεύνηση των ωφελειών στοχευμένων θεραπευτικών συνδυασμών σε βάθος χρόνου.

5. Μακροσκοπικές επιπτώσεις σαρκοπενίας

5.1 Αύξηση γήρανσης πληθυσμού και ποιότητας ζωής

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat αλλά και εθνικών στατιστικών υπηρεσιών, το 17,2% περίπου του πληθυσμού της Ευρώπης των 27 είναι ηλικίας άνω των 65 ετών.

Ο γηράσκων πληθυσμός της Ευρώπης θα συνεχίσει να αυξάνεται και προβλέπεται ότι θα φτάσει σε επίπεδα που δεν έχει γνωρίσει έως σήμερα η ανθρωπότητα. Το γεγονός αυτό αποτελεί σημαντικό πρόβλημα αναφορικά με τις δυνατότητες των κοινωνιών και των χωρών να χρηματοδοτήσουν την καταβολή συντάξεων αλλά και με την εύρεση χρηματικών πόρων για την κατάληψη των δαπανών του συστήματος υγείας. Υπάρχει έμμεση οικονομική επίπτωση στο επιχειρηματικό πνεύμα, την αποφασιστικότητα και στην εισαγωγή καινούργιων καινοτομιών και επενδύσεων με αποτέλεσμα την χαμηλή ανταγωνιστικότητα και την παραγωγικότητα με τελική επίπτωση την επιβράδυνση της οικονομικής ανάπτυξης.

Οι συνέπειες των δημογραφικών εξελίξεων είναι αρνητικές για τα οικονομικά του συστήματος κοινωνικής προστασίας αφού μειώνονται τα έσοδα ενώ αυξάνονται οι δαπάνες για την πληρωμή συντάξεων και ασθένειας, ενός συνεχώς διογκούμενου αριθμού συνταξιούχων συμβάλλοντας έτσι στη δημιουργία ή στην επιδείνωση των ελλειμμάτων με αποτέλεσμα να τίθεται σε κίνδυνο η οικονομική και κοινωνική ισορροπία των συστημάτων κοινωνικής προστασίας.

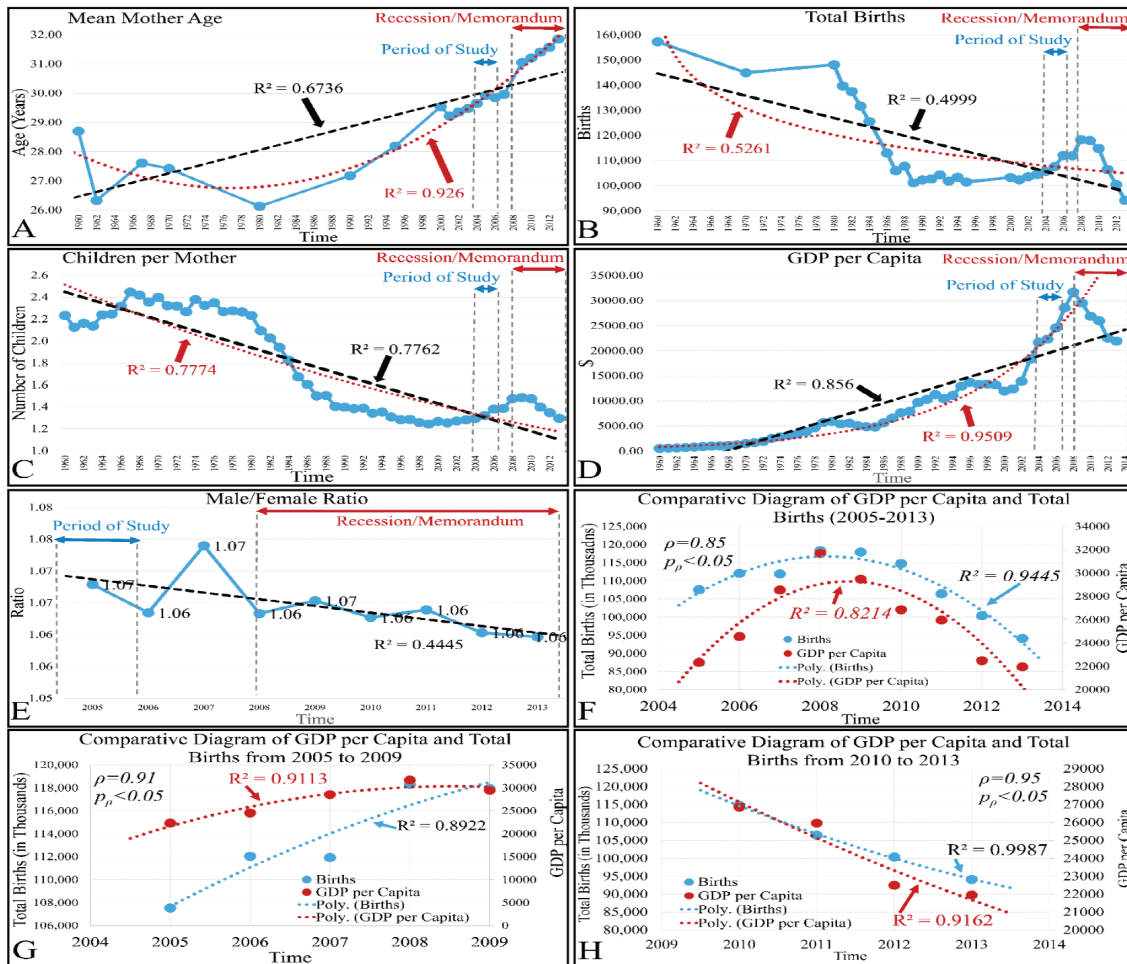
Ταυτόχρονα, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι το γενικότερο επίπεδο υγείας των Ευρωπαίων είναι σχετικά καλό, με το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 50 ετών και τουλάχιστον έως τα 80 να μπορούν να ζουν εύπορα αλλά και σχετικά ποιотικά. Τα δεδομένα αυτά μπορούν να τεκμηριώσουν μία πιθανή αλλαγή στην πολιτική των Ευρωπαϊκών χωρών με σκοπό την ένταξη μεγάλου μέρους των ηλικιωμένων στο ενεργό δυναμικό των χωρών ώστε να μην αποτελούν παθητικό μέρος του πληθυσμού, όταν κάτι τέτοιο δεν κρίνεται απαραίτητο. Παράλληλα, αποδεικνύεται ότι το επίπεδο υγείας και ευζωίας των ηλικιωμένων μπορεί να μην να επηρεάζεται από διάφορους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (ηλικία, εκπαίδευση, χώρα, κ.λπ.) αλλά δεν μπορεί να εξηγηθεί από μέρος αυτών των παραγόντων.

Η προστασία και η φροντίδα των ηλικιωμένων αποτελούσε ανέκαθεν ένα μείζον ζήτημα όλων των κοινωνιών. Η αντιμετώπιση των ηλικιωμένων παρ' όλα αυτά, ενώ ο πληθυσμός γηράσκει, καθώς και οι πολιτικές που εφαρμόζουν οι διάφορες χώρες στην Ευρώπη αλλά και σε άλλες ηπείρους, ελάχιστα έχει αλλάξει ή βελτιωθεί. Γνωστή και με ευρεία χρήση είναι η πολιτική προστασίας, ιδιαίτερων προνομίων και παροχών προς τους ηλικιωμένους. Επίσης βασική πολιτική αποτελεί η ολοένα αυξανόμενη επιβολή φόρων και κρατήσεων προς τους νεότερους ώστε να είναι δυνατή η κάλυψη των επίσης αυξανόμενων αναγκών για τις δαπάνες υγείας.

5.2 Αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού και σαρκοπενία

Γενικά αποδεκτό είναι το γεγονός ότι ο πληθυσμός της Ευρώπης αυξάνει. Ο πληθυσμός της Ευρώπης αυξάνει με ταχείς ρυθμούς τα τελευταία χρόνια και σύμφωνα με τα στοιχεία και τη βιβλιογραφία θα συνεχίσει να αυξάνει [89]. Η γενικότερη αύξηση του πληθυσμού στην Ευρώπη οφείλεται κυρίως σε δύο λόγους. Ο πρώτος είναι η φυσική αύξηση που συντελείται (γεννήσεις μείον θάνατοι) και ο δεύτερος είναι η συνολική καθαρή μετανάστευση (διεθνής και εσωτερική μετανάστευση). Ουσιαστικό ρόλο παρ' όλα αυτά, φαίνεται να διαδραματίζει η μετανάστευση η οποία επηρεάζει σε μεγαλύτερο βαθμό την αύξηση του πληθυσμού στην Ευρώπη έως και το 2030 [90,91].

Η πληθυσμιακή αυτή αύξηση εμπεριέχει στοιχεία όπως τη γήρανση του πληθυσμού. Η γήρανση του πληθυσμού σε τοπικό, περιφερειακό αλλά και παγκόσμιο επίπεδο έχει απασχολήσει και συνεχίζει να απο-



Εικ. 4. Παρουσιάζονται οι ακόλουθες μεταβλητές με στοιχεία των δημογραφικών και οικονομικών στατιστικών. Η μέση ηλικία της μητέρας είναι η ηλικία της κατά την στιγμή της γέννησης του πρώτου της παιδιού. Γραμμική (μαύρη διεκεκομμένη) και το πολυώνυμο (κόκκινη διεκεκομμένη γραμμή) έχουν παλινδρομήσεις που έχουν διεξαχθεί προκειμένου να διερευνηθεί το μοτίβο της δυναμικής (Α) και οι συνολικές γεννήσεις σε απόλυτο αριθμό (B) καθώς και ο αριθμός γονιμότητας που εκφράζεται ως παιδιά ανά μητέρα.

τελεί αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημών, ιδιαίτερα των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών, που μέσω της συγκέντρωσης, μελέτης και ανάλυσης δημογραφικών στοιχείων, πολλές φορές επιδιώκουν την εύρεση τρόπων βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ανθρώπων. Οι κυριότεροι λόγοι που οδηγούν στη γήρανση του πληθυσμού είναι δύο

- οι χαμηλοί ρυθμοί τεκνοποίησης ή η υπογεννητικότητα και
- το αυξανόμενο προσδόκιμο όριο ζωής.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που δημοσιεύει η Eurostat (2011b) ο πληθυσμός της Ευρώπης των 27 για το 2009 είχε την ακόλουθη διάρθρωση:

- 15.6% του πληθυσμού αποτελείται από νέους ηλικίας από 0 έως 14ετών.
- 67.1% του πληθυσμού αποτελείται από άτομα που κυμαίνονται ηλικιακά από 15 έως 64. Οι ηλικίες αυτές ανήκουν, σύμφωνα με την Eurostat, ηλικιακά

στην ομάδα των ατόμων που θεωρητικά εργάζονται.

- 17.2% του πληθυσμού είναι 65 ετών και άνω.

Επιπλέον, μεταξύ των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης το υψηλότερο ποσοστό νέων καταγράφεται στην Ιρλανδία (20.9%) ενώ το χαμηλότερο στην Γερμανία (13.6%). Αντιστρόφως, τα πρωτεία στους ηλικιωμένους, άνω των 65 ετών, κατέχει η Γερμανία (20.4%) ενώ στην Ιρλανδία καταγράφεται το χαμηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων (11.0%) μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών.

Στη πληθυσμιακή εξέλιξη στην Ευρώπη με βάση την ηλικία και το φύλο (Πίνακας 2) συγκρίνοντας την ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού κατά το 1990 και το 2009. Παρατηρείται ότι υπάρχει μία τάση αύξησης του ποσοστού των ηλικιωμένων με ταυτόχρονη μείωση του ποσοστού των νέων. Σύμφωνα με διαπιστώσεις και προβλέψεις της Eurostat (2011b) αλλά και του ερευνητικού κέντρου Έρευνα για την

Διάρθρωση Πληθυσμού Ευρώπης						
Ηλικιακό Εύρος	0-14 Έτη Ζωής		15-16 Έτη Ζωής		Ανω των 65 Έτη Ζωής	
Έτος	1990	2009	1990	2009	1990	2009
ΕΥ-27	19,5	15,6	66,7	67,1	13,7	17,2
Βέλγιο	18,1	16,9	67,1	66,1	14,8	17,1
Βουλγαρία	20,5	13,4	66,5	69,2	13,0	17,4
Τσεχία	21,7	14,1	65,8	71,0	12,5	14,9
Δανία	17,1	18,3	67,3	65,8	15,6	15,9
Γερμανία	16,0	13,6	69,2	66,0	14,9	20,4
Εσθονία	22,3	14,9	66,1	67,9	11,6	17,1
Ιρλανδία	27,4	20,9	61,3	68,0	11,4	11,0
Ελλάδα	19,5	14,3	66,8	67,0	13,7	18,7
Ισπανία	20,2	14,8	-*66,3	68,6	13,4	16,6
Γαλλία	20,1	18,3	1 65,9	65,0	13,9	16,7
Ιταλία	16,8	14,1	68,5	65,8	14,7	20,1
Κύπρος	26,0	17,1	63,1	70,1	10,8	12,7
Λετονία	21,4	13,7	66,7	69,0	i 11,8	17,3
Λιθουανία	22,6	15,1	66,6	68,9	10,8	16,0
Λουξεμβούργο	17,2	18,0	69,4	68,1	13,4	14,0
Ουγγαρία	20,5	14,9	66,2	>*68,8	13,2	16,4
Μάλτα	23,6	15,9	66,0	70,1	10,4	14,1
Ολλανδία	18,2	17,7	69,0	> 67,3	12,8	15,0
Αυστρία	17,5	15,1	67,6	67,5	14,9	17,4
Πολωνία	25,3	15,3	64,8	71,2	10,0	13,5
Πορτογαλία	20,8	15,3	66,0	67,1	13,2	17,6
Ρουμανία	23,7	15,2	66,0	69,9	10,3	14,9
Σλοβενία	20,9	14,0	68,5	69,6	10,6	16,4
Σλοβακία	25,5	15,4	64,3	72,5	10,3	12,1
Φινλανδία	19,3	16,7	67,4	66,5	13,3	16,7
Σουηδία	17,8	16,7	64,4	65,6	17,8	17,8
Ηνωμένο Βασίλειο	19,0	17,6	65,3	66,3	15,7	16,1
Ισλανδία	25,0	20,8	64,4	67,5	10,6	11,6
Δανεςτάν	; 19,4	16,4	65,3	70,7	10,0	12,9
Νορβηγία	'->18,9	19,0	64,4	66,3	16,3	14,7
Ελβετία	. 17,0	15,3	70,6	68,1	14,6	16,6
Κροατία		15,4	64,8	67,3		17,3
Σκόπια		18,1	68,4	70,4		11,5

Πίν. 2. Διάρθρωση πληθυσμού της Ευρώπης σε τρεις ηλικιακές ομάδες³.

Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη [92] το ποσοστό των ηλικιωμένων θα συνεχίσει να αυξάνεται έναντι των άλλων ηλικιακών ομάδων και μάλιστα θα ανέλθει σε επίπεδα που δεν έχει γνωρίσει μέχρι σήμερα η ανθρωπότητα.

Πιο αναλυτικά μετά από εργασίες της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας παρουσιάζεται ένα συγκλητικό σενάριο το οποίο προβλέπει ότι ο πληθυσμός της Ευρώπης των 27 θα αυξάνει και από τα 495,4 εκατομμύρια που ήταν το 2008 θα φτάσει τα 520,7 εκατ. το 2035 και από κει και πέρα, θα μειωθεί ελάχιστα στα 505,7 εκατ. μέχρι το 2060 [90]. Όπως χαρακτηριστικά διαφαίνεται, το ποσοστό του πληθυσμού που ξεπερνά τα 65 έτη θα αυξηθεί από 17.1% σε 30% του συνολικού πληθυσμού. Η Ευρώπη δηλαδή θα γίνει γηραιότερη, με τη μέση ηλικία του

πληθυσμού να ανέρχεται από τα 40.4 έτη το 2008 στα 47.9 έτη το έτος 2060.

Σημειώνεται βέβαια ότι η πλειοψηφία των Ευρωπαίων πολιτών είναι σε θέση αυτή τη στιγμή να συμμετέχουν ενεργά στα κοινά, απολαμβάνοντας το αγαθό της ζωής και της συμμετοχικότητας, ακόμη κι όταν αυτά αφορούν σε άτομα μεγάλης ηλικίας, πριν ή μετά την ηλικία των 65 ετών (Commission of the European Communities, 2009). Στο αντίθετο άκρο όμως, η γήρανση του πληθυσμού παραμένει, και σε συνδυασμό με την υπογεννητικότητα, θέτουν σοβαρούς οικονομικούς περιορισμούς και κοινωνικές προκλήσεις.

Οι αλλαγές που συνδέονται με τη γήρανση του πληθυσμού θα έχουν αντίκτυπο:

- Στις συντάξεις
- Στη μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη
- Στην εκπαίδευση

³ http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_healthEurostat2011a

- Στα επιδόματα ανεργίας
- Στις διάφορες συζητήσεις πολιτικής σε επίπεδο Ε.Ε.

Το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει η Ευρωπαϊκή Επιτροπή είναι ότι θεσμικές και πολιτικές αλλαγές είναι απαραίτητο να ισχύσουν ώστε να αποφευχθούν μελλοντικές συγκρούσεις που θα προέλθουν από την αλλαγή της διάρθρωσης των κοινωνιών, η οποία αλλαγή, θα δημιουργήσει αυξημένες ανάγκες από στις επερχόμενες γενεές. Αυτές οι τάσεις επηρεάζουν σημαντικά την δυνατότητα για ανάπτυξη των χωρών ασκώντας πιέσεις ως προς την αύξηση των δημοσίων δαπανών, όχι μόνο στους τομείς των συντάξεων και της υγείας αλλά και της υποδομής των πόλεων, της ενέργειας, της στέγασης και της εκπαίδευσης. Η οικονομική κρίση την οποία επίσης βιώνει η Ευρώπη καθιστά το πρόβλημα της γήρανσης του πληθυσμού εντονότερο.

5.3 Αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού και επιβάρυνση δημόσιων φορέων

Με δεδομένες τις επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού, όπως αυτές διατυπώθηκαν στα προηγούμενα, θεωρείται ότι αυτές θα επηρεάσουν σε διαφορετικό βαθμό τις διάφορες χώρες της Ευρώπης [91]. Η αύξηση των δημόσιων δαπανών ενδέχεται να αυξηθεί σηµαδιακά (7 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ και περισσότερο) σε χώρες όπως το Λουξεμβούργο, την Ελλάδα, τη Σλοβενία, την Κύπρο, τη Μάλτα, την Ολλανδία, τη Ρουμανία, την Ισπανία και την Ιρλανδία. Για μία ομάδα κρατών όπως το Βέλγιο, τη Φιλανδία, την Τσεχία, τη Λιθουανία, τη Σλοβακία, το Ηνωμένο Βασίλειο, τη Γερμανία και την Ουγγαρία, το κόστος της γήρανσης του πληθυσμού ενδέχεται να είναι πιο περιορισμένο (4 έως 7 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ) αλλά και πάλι σημαντικό. Τέλος, πιο ήπια ενδέχεται να είναι η πίεση ως προς την αύξηση των δημοσίων δαπανών (4 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ και λιγότερο) σε χώρες όπως η Βουλγαρία, η Σουηδία, η Πορτογαλία, η Αυστρία, η Γαλλία, η Δανία, η Ιταλία, η Εσθονία και η Πολωνία. Στις περισσότερες από τις χώρες της τελευταίας ομάδας έχουν εφαρμοστεί ειδικές διατάξεις σχετικά με το θέμα της συνταξιοδότησης και καινοτόμα σχήματα και συνταξιοδοτικά προγράμματα που ενσωματώνουν πολλές φορές και τον ιδιωτικό τομέα. Το σύστημα υγείας επίσης επηρεάζεται από την γήρανση του πληθυσμού.

Οι αυξανόμενες δαπάνες προς αυτήν την κατεύθυνση αποτελούν συνδυασμό και της αύξησης του εισοδήματος καθώς και της προόδου της τεχνολογίας και της επιστήμης.,

Σε αυτό το επίπεδο η επενδύσεις στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση, καθώς και σε κάποιες νέες τεχνολογίες, μπορούν να συμβάλουν μακροπρόθεσμα στη μείωση του κόστους και να παρέχουν καλύτερα μέσα στον πληθυσμό για τη διατήρηση της υγείας και της παραγωγικότητάς του για περισσότερα χρόνια Carone, G Eckefeld, P. 2010,Στα εξελιγμένα συστήματα υγείας εντάσσεται και η περίθαλψη των

ηλικιωμένων ατόμων (long-term care) που δεν επηρεάζεται μόνο από την αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής αλλά και από το γεγονός ότι την περίθαλψη αυτή την προσφέρουν έως τώρα στις περισσότερες των περιπτώσεων, σε ανεπίσημη βάση, οι συγγενείς. Η αύξηση όμως του ποσοστού των γυναικών που θα εργάζονται και των ηλικιακών ορίων εργασίας, θα οδηγήσει στην ανάγκη λειτουργίας επίσημων φορέων για την περίθαλψη των 4 ηλικιωμένων [93].

Η εκπαίδευση αποτελεί ακόμη ένα πυλώνα των δημόσιων δαπανών που πρέπει να απασχολήσει τους δημόσιους φορείς και τις υπηρεσίες. Η βάση για τη βιωσιμότητα της «γηραιάς» Ευρώπης είναι η κοινωνία της γνώσης εφόσον η ορθή εκμετάλλευση του ανθρώπινου δυναμικού των χωρών θα αποτελέσει το κλειδί για την κάλυψη των αυξανόμενων αναγκών σε συντάξεις, στο σύστημα υγείας και περίθαλψης των ηλικιωμένων.

Σε αυτό το μοντέλο όπου λαμβάνονται υπόψη οι δημόσιες δαπάνες που άμεσα και έμμεσα επηρεάζονται από τη γήρανση του πληθυσμού (το σύστημα υγείας, η μακροχρόνια περίθαλψη των ηλικιωμένων, οι συντάξεις και η εκπαίδευση), σημαντικοί παράγοντες είναι η βιομηχανική παραγωγή και η απασχόληση του πληθυσμού στην παραγωγή αυτή καθώς και η επικείμενη ανεργία.

Προκειμένου να μπορούν στο μέλλον οι χώρες της Ευρωπαϊκής ηπείρου να αντιμετωπίσουν τις αυξημένες δημόσιες δαπάνες που προκαλεί η αύξηση του πληθυσμού, η ταυτόχρονη γήρανση του πληθυσμού και η υπογεννητικότητα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή έχει θέσει τους εξής στόχους (Commission of the European Communities, 2009):

- Την προώθηση της δημογραφικής ανανέωσης στην Ευρώπη δημιουργώντας και
- την προώθηση της απασχόλησης στην Ευρώπη, δημιουργία περισσότερων θέσεων εργασίας, παράταση του χρόνου εργασίας με ταυτόχρονη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών.
- Την προώθηση της παραγωγικότητας στην Ευρώπη καθώς και της δυναμικής των επιχειρήσεων.
- Την υποδοχή και ομαλή απορρόφηση μεταναστών.
- Την διασφάλιση των δημόσιων οικονομικών στην Ευρώπη, εξασφαλίζοντας έτσι κοινωνική ασφάλεια και δικαιοσύνη μεταξύ των γενεών.

5.4 Αύξηση των σαρκοπενικών στο συνολικό πληθυσμό και επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού

Η στάθμιση της υγείας ενός πληθυσμού αποτελεί προϋπόθεση για την ορθολογική αξιολόγηση των μέτρων που την επηρεάζουν, για τη διαμόρφωση των πολιτικών επιλογών και τον προγραμματισμό των διαδικασιών πραγμάτωσής των. Οι δυνατότητες αξιολόγησης βέβαια, πολύ συχνά, περιορίζονται από τα διαθέσιμα στοιχεία αλλά στην καλύτερη περίπτωση πρέπει να καλύπτουν τη δημογραφική ανατομία του πληθυσμού, τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα,

καθώς και παραμέτρους που επιτρέπουν την καλύτερη κατανόηση των στοιχείων, την αποτύπωση όσο το δυνατόν της ποιότητας ζωής και της έκτασης των αναπόφευκτων ανισοτήτων [94]. Επιπροσθέτως, η σχέση εισοδήματος με το επίπεδο υγείας έχει τεκμηριωθεί με πολλές παρατηρήσεις, σε διαφορετικούς πληθυσμούς.

Η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο εισόδημα, την κοινωνική θέση και την υγεία είναι πολύπλοκη, ωστόσο είναι προφανές ότι η υψηλή κοινωνικοοικονομική θέση συσχετίζεται με καλύτερη υγεία. Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, οι οποίες αποτελούνται από το επίπεδο υγείας, την έκθεση σε κινδύνους και κυρίως τη χρήση υπηρεσιών υγείας, φαίνεται να αυξάνονται, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια.

Σύμφωνα με Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization (WHO)), υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας.

Σύμφωνα με τον ορισμό, η υγεία αποτελεί σύνθετο βιολογικό και ψυχοκοινωνικό φαινόμενο, το οποίο, πέρα από τις παραδοσιακές βιολογικές διαστάσεις, περιλαμβάνει και τις έννοιες της ευεξίας και της λειτουργικότητας.

Η εξέλιξη αυτή δημιούργησε την ανάγκη μέτρησης της σωματικής ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Σε αυτό το πλαίσιο κινείται και το ερευνητικό κέντρο SHARE του οποίου εκτενέστερα συστατικά της έρευνας που διεξάγει θα παρουσιαστούν και θα σχολιαστούν παρακάτω.

Παρομοίως, παράγοντες για την υγεία υπό την παραπάνω έννοια που της αποδόθηκε, αποτελούν η κληρονομικότητα, η διατροφή, η Παιδεία, το καθημερινό περιβάλλον, η οικονομική κατάσταση, η περιβαλλοντική κρίση, ο ελεύθερος χρόνος και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Μπορεί να ειπωθεί ότι η καλύτερη δυνατή κατάσταση της υγείας είναι ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου [95]. Συμπερασματικά αναφέρεται ότι η πλήρης φυσική, διανοητική και κοινωνική ευεξία (υγεία) ταυτίζεται με την άριστη ποιότητα ζωής. Προϋποθέσεις για την υγεία είναι η καλή διατροφή, η απασχόληση, ο οικογενειακός προγραμματισμός και επαγγελματικός προσανατολισμός, η υγιεινή κατοικία και οι καλές συνθήκες εργασίας, η δημιουργική διάθεση του ελεύθερου χρόνου και η ελευθερία στην βούληση και την δράση. Ο ρόλος του ατόμου, της ανθρώπινης κοινότητας και της πολιτικής ηγεσίας στην επίτευξη των στόχων της πλήρους ευεξίας είναι καθοριστικός.

Απώτερος στόχος όλων των διαδικασιών είναι να απομακρυνθούν οι παράγοντες κινδύνου που οδηγούν στη νόσο, να αναπυχθεί όσο το δυνατόν περισσότερο η πρωτογενής πρόληψη. Με αυτόν τον τρόπο, η νοσοκομειοκεντρική και ιατροκεντρική οργάνωση του συστήματος υγείας θα μπορέσει να υποχωρήσει, δίνοντας ώθηση στην ανάπτυξη εκείνων των δομών που έχουν ως στόχο την εξάλειψη των παραγόντων που προκαλούν την αρρώστια.

Πίν. 3. Κατά κεφαλήν συνολική και δημόσια δαπάνη υγείας στην Ελλάδα και επιλεγμένες χώρες της ΕΕ.

ΧΩΡΕΣ	ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ (US\$ PPP)	ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ (US\$ PPP)
ΕΛΛΑΔΑ	2,914.00	1.730,70
ΔΑΝΙΑ	4,464.00	3.800,10
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	4,338.00	3.331,00
ΓΑΛΛΙΑ	3,974.00	3.060,90
ΙΤΑΛΙΑ	2,964.00	2.358,90
ΙΣΠΑΝΙΑ	3,056.00	2.266,80
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	2,728.00	2.266,80
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	3,433.00	2.857,30

5.5 Αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού, το σύστημα υγείας και οι δαπάνες

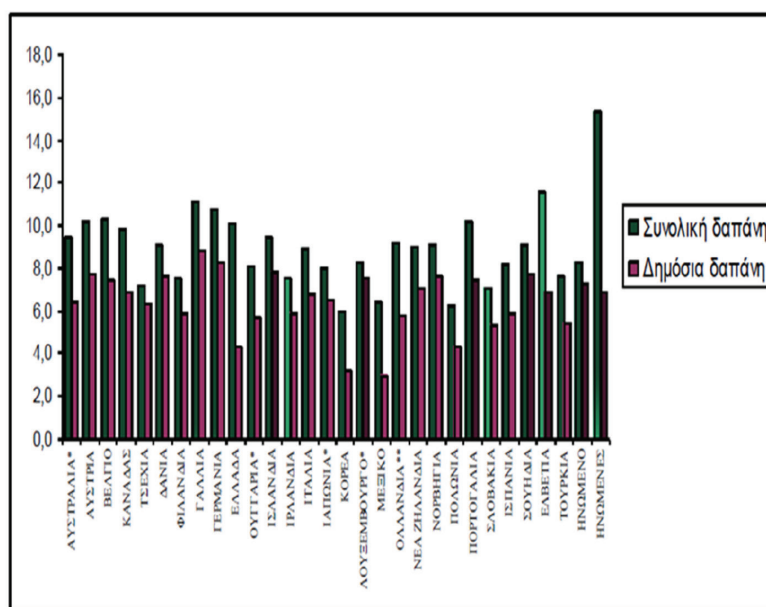
Το συνολικό κόστος της γήρανσης στη ζώνη του ευρώ αναμένεται να αυξηθεί στη διάρκεια του χρονικού ορίζοντα προβολής, αν και με σημαντικές διαφορές μεταξύ χωρών. Σύμφωνα με την Έκθεση για τη δημογραφική γήρανση 2015, το συνολικό κόστος της γήρανσης στη ζώνη του ευρώ προβλέπεται να αυξηθεί κατά 1,5% του ΑΕΠ, δηλ. από 26,8% του ΑΕΠ το 2013 σε 28,3% το 2060).

Ωστόσο, οι εξελίξεις όσον αφορά το κόστος γήρανσης διαφέρουν πολύ από χώρα σε χώρα. Οι δημόσιες δαπάνες αποτελούν σχεδόν το 80% των προϋπολογισμών υγειονομικής περίθαλψης. Για το έτος 2010 οι δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη, αντιπροσώπευαν σχεδόν το 15% του συνόλου των δαπανών της κυβέρνησης. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ (Πίνακας 3) που αφορούν στο έτος 2010, η κατά κεφαλήν συνολική δαπάνη υγείας σε (US\$) και η αντίστοιχη κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας για την Ελλάδα είναι πολύ χαμηλότερη συγκριτικά με τις ανεπτυγμένες χώρες του Βορρά (Γερμανία, Δανία) ενώ η κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας για την Ελλάδα είναι χαμηλότερη και όλων των Μεσογειακών Ευρωπαϊκών κρατών (Ιταλία, Ισπανία, Πορτογαλία).

Οι δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και τη μακροχρόνια φροντίδα αναμένεται να αυξηθούν κατά το ένα τρίτο έως το 2060 λόγω κυρίως της επιταχυνόμενης γήρανσης.

Το κόστος γήρανσης προβλέπεται να αυξηθεί σημαντικά στη Σλοβενία, τη Μάλτα, το Λουξεμβούργο, το Βέλγιο και τη Γερμανία (τουλάχιστον κατά 5% του ΑΕΠ), ενώ αναμένεται να μειωθεί στη Γαλλία, την Ιταλία, την Ελλάδα, την Ισπανία, την Κύπρο και τη Λετονία. Το υψηλότερο κόστος γήρανσης το 2013 καταγράφηκε στη Φινλανδία και τη Γαλλία (περίπου 31% του ΑΕΠ και στις δύο), ενώ ακολουθούν η Ελλάδα και η Ιταλία (άνω του 28% του ΑΕΠ και στις

Συνολική Δαπάνη και Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ κατά το έτος 2005



Εικ. 5. Τα τελευταία δέκα χρόνια παρουσιάζετε αυξητική τάση στις κατά κεφαλήν δαπάνες τις δημόσιες και ιδιωτικές υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Πηγή: Ίδια διαμόρφωση στοιχείων του ΟΟΣΑ, OECD Health Data 2007, Στοιχεία 2004).

δύο). Μέχρι το 2060 η Φινλανδία, το Βέλγιο και η Σλοβενία αναμένεται να είναι οι χώρες που θα αντιμετωπίσουν τη σοβαρότερη πρόκληση στη ζώνη του ευρώ, καθώς το συνολικό κόστος της γήρανσης θα υπερβαίνει σαφώς το 31% του ΑΕΠ [96].

Σε συνέχεια, είναι σκόπιμο να επαναδιατυπωθεί ότι η υγεία θεωρείται ένα απαραίτητο λειτουργικό στοιχείο που δίνει την ικανότητα και δυνατότητα στο άτομο να εκπληρώσει αποτελεσματικά τον κοινωνικό του ρόλο και να πραγματοποιήσει το σκοπό του μέσα στην κοινωνία, ζητήματα για τα οποία έχει κοινωνικοποιηθεί [97]. Με την έννοια αυτή, η ασθένεια αποτελεί ένα κόστος για το κοινωνικό σύνολο και για το λόγο αυτό είναι προς όφελος όλων να ελέγχεται και να περιορίζεται. Η στρατηγική διαχείριση των μονάδων υγείας και συγκεκριμένα των δημόσιων νοσοκομείων αποτελούν βασικό στοιχείο διαφύλαξης της δημόσιας υγείας, που όπως προαναφέρθηκε, χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης αλλά ξεφεύγει της ανάλυσης και του σκοπού της παρούσας διπλωματικής. Τα νοσοκομεία, στην περίπτωση αυτή, αποτελούν βασικό παρονομαστή, είναι κοινωνικές οντότητες και έχουν συνειδητά δομημένη την παροχή υπηρεσιών). Σύμφωνα με το εθνικό σύστημα υγείας, στην Ελλάδα η υγεία είναι ένα δημόσιο αγαθό και αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα ευρύτερης κοινωνικής αποδοχής. Μπουραντάς Δ.(1999).

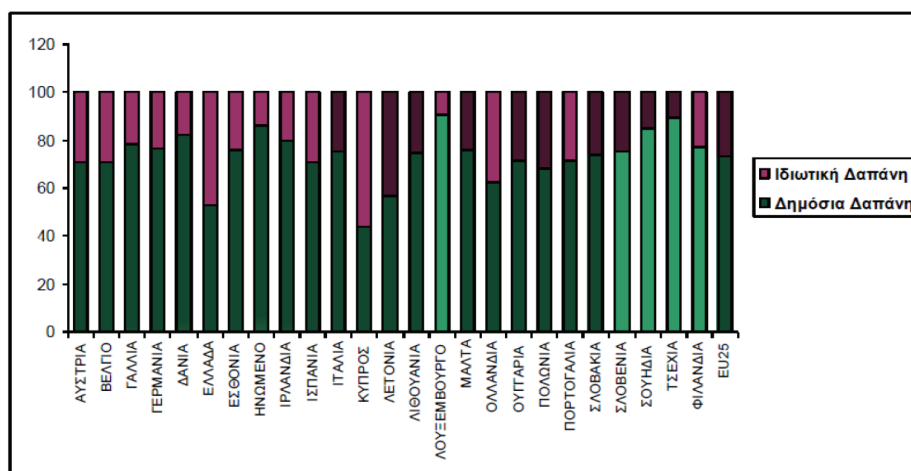
Έτσι, ένα δημόσιο νοσοκομείο οφείλει να παρέχει υπηρεσίες σε όλους όσους το ζητήσουν [98]. Γεγονός είναι ωστόσο ότι ενώ ο κλάδος της δημόσιας

υγείας φθίνει ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ακολουθεί ανοδική πορεία, σύμφωνα με τη νεότερη έκδοση κλαδικής μελέτης η οποία κυκλοφόρησε πρόσφατα από τον Τομέα Μελετών & Συμβούλων Διοίκησης της.

Το 2008, η Ελλάδα είχε το υψηλότερο κατά κεφαλήν αριθμό γιατρών, 6 γιατροί για κάθε 1000 άτομα, σχεδόν διπλάσιο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Ακολουθεί η Αυστρία, η Ιταλία και η Νορβηγία με 4 περίπου γιατρούς για κάθε 1000 άτομα. Αύξηση στους κατά κεφαλήν γιατρούς παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στην πλειοψηφία των κρατών, κυρίως λόγω αύξησης των εισακτέων στις ιατρικές σχολές. Γενικότερα τα στοιχεία δείχνουν ότι τα τελευταία περίπου δέκα χρόνια οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στο δημόσιο αλλά και ιδιωτικό τομέα ακολουθούν μία ετήσια αύξηση της τάξης του 4.6% κατά μέσο όρο σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο ρυθμός της αυξητικής αυτής τάσης σε ορισμένες χώρες παρουσιάζει μείωση από το 2005 κι έπειτα.

Ουσιαστικά οι χώρες στις οποίες αυξήθηκαν με γοργούς ρυθμούς οι δαπάνες για την υγεία είναι αυτές που παρουσίαζαν χαμηλές επενδύσεις και δαπάνες στην υγεία στο παρελθόν. Επίσης, παρόλο που θεωρείται πως το υψηλό κατά κεφαλήν εισόδημα προϋποθέτει και συνδέεται με τις υψηλές κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν ότι κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει στην πραγματικότητα, παρουσιάζεται μια ψευδής εικόνα για τις δαπάνες των «πλουσίων» στον τομέα

Δημόσια & Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας στα κράτη μέλη της ΕΕ κατά το 2004



Εικ. 6. Το 2004 η αγορά ιδιωτικών αγαθών υγείας παρουσιάζει αύξηση με ετήσιο ρυθμό 8,3%.
(Πηγή: Ίδια διαμόρφωση στοιχείων του ΠΟΥ, WHO DATA 2000-2004).

της υγείας. Το επίπεδο των νοσηλευτικών υπηρεσιών του δημοσίου τομέα είναι ίσως ο σημαντικότερος παράγοντας για τη στρόφη του κοινού στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, πέραν των δημογραφικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων. Η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας βάσει αξίας παρουσιάζει διαχρονική αύξηση κατά την περίοδο 2004 με μέσο ετήσιο ρυθμό 8,3%. Σχετικά με την αγορά των διαγνωστικών κέντρων, η μέση ετήσια αύξηση είναι 8.3% (Εικόνα 6).

Συνάγεται επομένως ότι η νοσοκομειακή περίθαλψη, καθώς και το γενικότερο σύστημα υγείας, βρίσκονται σήμερα, όχι μόνο στη χώρα μας αλλά και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο, κάτω από πολλές πιέσεις από πολλές πλευρές. Ένα μέρος από τις πιέσεις αυτές οφείλεται στις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις της σύγχρονης κοινωνίας για ένα πιο αποτελεσματικό και ευέλικτο σύστημα υγείας, καθώς επίσης και στη διαρκώς αυξανόμενη πολυπλοκότητα των αναγνωρίσιμων ασθενειών και μεθόδων θεραπείας [99]. Η εξέλιξη των αναγκών και του ρόλου των νοσοκομείων συνδέεται στενά με τη γήρανση του πληθυσμού, την αύξηση του προσδόκιμου ζωής αλλά και γενικότερα της ποιότητας ζωής και του προσδόκιμου υγιούς ζωής. Η σύγχρονη κοινωνία εστιάζει στην πρόληψη αλλά δημιουργεί και την ανάγκη για μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων σε οργανωμένα κέντρα φροντίδας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι όταν οι οργανισμοί αναφέρονται στις δαπάνες για την υγεία λαμβάνουν υπόψη την τελική κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας καθώς και την επένδυση κεφαλαίων σε υποδομές νοσοκομειακής περίθαλψης. Όλες αυτές οι δαπάνες επιβαρύνουν τον δημόσιο αλλά και τον ιδιωτικό φορέα, αφορούν όλες τις ιδιωτικές και δημόσιες έρευνες επάνω στην υγεία (ιατρική, φαρ-

μακολογία, κ.λπ.), περιλαμβάνουν την πρόληψη και όλες τις ενέργειες ή τα προγράμματα που ασχολούνται με αυτήν, καθώς και τις δαπάνες για τη διοικητική υποστήριξη όλων αυτών των ενεργειών και τη χρήση της τεχνολογίας της πληροφορίας [93]. Το γηριατρικό σύνδρομο που ονομάζεται Σαρκοπενία αποτελεί ένα τεράστιο ζήτημα για τη δημόσια υγεία λόγω των πολλαπλών κλινικών και κοινωνικών-οικονομικών επιπτώσεων. Πολλές από τις συνέπειες σαρκοπενίας είναι προγνωστικοί δείκτες για την επιβάρυνση της δημόσιας υγείας, όπως η ανάπτυξη σωματικής αναπηρίας, η εισαγωγή στο γηροκομείο, η κατάθλιψη καθώς και η νοσηλεία σε νοσοκομείο.

Πότε δεν έχουν ποσοτικοποιηθούν οι επιπτώσεις της σαρκοπενίας ούτε στις ΗΠΑ, ούτε στην Ευρώπη.

Μια μόνο μελέτη έχει αναφερθεί στο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης των σαρκοπενικών ασθενών στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2000 όπου ήταν 10,8 δισεκατομμύρια δολάρια για τους άνδρες και 7,7 δις δολάρια για τις γυναίκες [100].

Οι δαπάνες αυτές αντιπροσώπευαν από τη νοσηλεία την εισαγωγή σε γηροκομείο καθώς και τα έξοδα υγείας στο σπίτι. Το 2000 το ποσό αυτό αποτελούσε περίπου το 1.5% των συνολικών δαπανών για την υγεία στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Σε αξιολόγηση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης στις ΗΠΑ, Janssen et al. (2004) των επιπτώσεων της σαρκοπενίας στους ασθενείς (κάταγμα, οστεοπόρωση σακχαρώδης διαβήτη), με σωστή φαρμακολογική αντιμετώπιση, εκστρατείες για τη δημόσια υγεία, την παρότρυνση για σωστή σωματική δραστηριότητα, θα επέφερε στο κράτος 10% μείωση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης οδηγώντας σε κέρδος κατά 1,1 δισεκατομμύρια δολάρια κατά έτος [100].

Θα πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπόψη μας ότι η σαρκοπενία συνδέεται με πολλαπλά συνωδά νοσή-

ματα όπως οστεοπόρωση, παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, κατάγματα και αναπηρία ανεβάζοντας το κόστος υγειονομικής περίθαλψης.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, μια μελέτη έχει δείξει ότι, σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς σαρκοπενία και με αυτούς που διαγνώστηκαν με σαρκοπενία, παρουσιάζεται μια μέση παραμονή στο νοσοκομείο υψηλότερη χρονικά (μέση τιμή 13.4 περίπου 8.8 ημέρες για τους σαρκοπενικούς έναντι 9.4 περίπου 7 ημέρες για τους μη σαρκοπενικούς ασθενείς) [101] σύμφωνα με την Αναπτυξιακή Στρατηγική και τους Στόχους του Τομέα Υγείας για την περίοδο 2014-2020. Σήμερα, στην Ελλάδα ο Τομέας της Υγείας επηρεάζεται πολύπλευρα τόσο από τάσεις καθολικού και παγκόσμιου χαρακτήρα λόγω περιορισμένων διαθέσιμων δημοσιονομικών πόρων, όσο και από τις παθογένειες του παρελθόντος. Στα παραπάνω έρχεται να προστεθεί και η ταχύτατη κατά μέσο όρο γήρανση του Ευρωπαϊκού πληθυσμού από 17,5% το 2009 σε άνω του 22% το 2020 και σε 35% το 2050 που οδηγεί σε μια σειρά σοβαρών κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων που διεθνώς θεωρούνται ως προσδιοριστικοί της κατάστασης υγείας του πληθυσμού. Συνολικά προ κρίσης η χώρα χαρακτηριζόταν από υψηλή για τα Ευρωπαϊκά δεδομένα δαπάνη εθνικής υγείας, που όμως αναλυόταν σε χαμηλή δημόσια και υψηλή κατά κεφαλή ιδιωτική δαπάνη, με αποτέλεσμα την άνιση επιβάρυνση των φτωχών και ηλικιωμένων. Η περίοδος αυτή κληρονόμησε τα πολύ γνωστά και σοβαρά διαρθρωτικά-χρονίζοντα προβλήματα όπως η υπέρ προσφορά γιατρών, ακριβές κλίνες και νοσηλευτικές πράξεις, υπέρ κατανάλωση φαρμάκων, κ.λπ. Σε όλα αυτά έρχεται να προστεθεί και η ταχύτατη αύξηση του μέσου όρου γήρανσης του πληθυσμού που οδηγεί σε ραγδαία επιδείνωση των οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων που διεθνώς θεωρούνται προσδιοριστικοί για την ποιότητα ζωής του πληθυσμού.

Η γήρανση του πληθυσμού κάνει τους οικονομολόγους της υγείας να αναζητούν τις βέλτιστες πρακτικές για την θεραπεία στους ηλικιωμένους με περισσότερες από μια παθήσεις, αλλά και την μείωση του κόστους νοσηλείας.

Η αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κοινωνικο-οικονομικής κρίσης στην υγεία των Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων (ΕΚΟ) θα μπορούσαν με συγκεκριμένες παρεμβάσεις πρόληψης όπως διαμόρφωση παρεμβάσεων προληπτικής ιατρικής στους ηλικιωμένους των λιγότερο ευνοημένων κοινωνικών ομάδων. Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας, διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων, προσυμπτωματικού ελέγχου, εμβολιασμών κ.λπ. σε επιλεγμένες ομάδες πληθυσμού (ΕΚΟ) που αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού.

Σε επόμενη παράγραφο γίνεται ιδιαίτερη αναφορά και στην χρήση φαρμάκων εφόσον όπως ήδη αναφέρθηκε επηρεάζει τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αλλά και επηρεάζεται από την δημογραφική ανατομία ενός πληθυσμού, τα επίπεδα υγείας και την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση.

5.6 Κύριες αιτίες θανάτου και νοσηρότητας για ηλικιωμένους

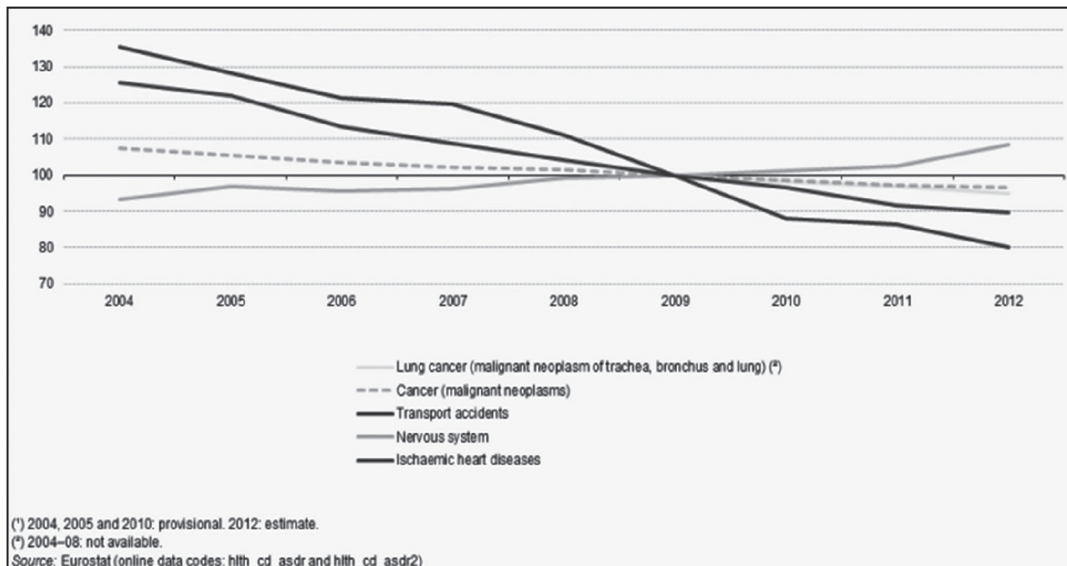
Η περιγραφή της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού, της νοσηρότητας και της θνησιμότητας είναι ένα από τα αντικείμενα μελέτης της επιδημιολογικής έρευνας. Στόχος είναι η διαπίστωση των αναγκών του πληθυσμού για την καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και του συστήματος υγείας καθώς και η πρόληψη, όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη παράγραφο [95]. Πρέπει να αναφερθεί ότι η σαρκοπενία εκτός από αναπηρία συνδέεται και με άλλα συνωδά νοσήματα όπως η οστεοπόρωση (κατάγματα - ακινητοποίηση), παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη τα οποία οδηγούν τις περισσότερες φορές σε θάνατο.

Οι έρευνες για τη θνησιμότητα όπως παρουσιάζονται από εθνικούς, κοινοτικούς και ερευνητικούς φορείς περιλαμβάνουν εκτός από τους δείκτες θνησιμότητας και το προσδόκιμο όριο ζωής καθώς και τις κύριες αιτίες θανάτου των πληθυσμών. Σύμφωνα με τη Eurostat (2009) οι δείκτες θνησιμότητας δείχνουν τη συχνότητα θανάτων των χωρών της Ευρώπης. Σε περιφερειακό επίπεδο, η συχνότητα αυτή κυμαίνεται μεταξύ των 390 και 2,444 ατόμων για κάθε 100.000 κατοίκους. Κατά μέσο όρο παρατηρούνται 1,032 θάνατοι για κάθε 100.000 κατοίκους.

Ο αριθμός θανάτων για κάθε περιοχή συσχετίζεται σημαντικά με τον αριθμό των ηλικιωμένων ανθρώπων στην περιοχή, γιατί η θνησιμότητα είναι πιο συχνή και μάλλον φυσιολογική σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τους νεότερους ανθρώπους. Περίπου 80% των θανάτων ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας συμβαίνουν σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών (Διάγραμμα 2). Κατά συνέπεια, χώρες όπως η Σουηδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και Ιταλία, όπου μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού είναι ηλικιωμένοι, παρουσιάζουν υψηλούς ρυθμούς θνησιμότητας, σε αντίθεση με χώρες όπως την Ισλανδία και την Ιρλανδία.

Εντούτοις, η ηλικιακή διάρθρωση των πληθυσμών δεν μπορεί από μόνη της να εξηγήσει το επίπεδο του ρυθμού των θανάτων της κάθε περιοχής. Κάποιες χώρες για παράδειγμα, όπως η Πορτογαλία και η Ρουμανία έχουν υψηλούς ρυθμούς θανάτου ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων είναι σχετικά χαμηλό.

Ακόμη ένας παράγοντας που μπορεί να εξηγήσει, μονομερώς όμως, τους υψηλότερους ρυθμούς θνησιμότητας που εντοπίζονται σε κάποιες χώρες, είναι η οικονομική κατάσταση των χωρών καθώς και άλλα κοινωνικοοικονομικά κριτήρια. Παράδειγμα τέτοιου κριτηρίου αποτελούν οι χώρες και κράτη μέλη της ανατολικής Ευρώπης, που παρουσιάζουν υψηλούς ρυθμούς θνησιμότητας. Ένα μέρος της θνησιμότητας αυτών των χωρών μπορεί να εξηγηθεί από τις κοινωνικές συνέπειες που προκάλεσε η μετάβαση των χωρών αυτών από τον σοσιαλισμό στην ελεύθερη αγορά.



Διάγρ. 2. Causes of death. Απίες θανάτου σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών κατά τα έτη 2004 έως 2012 στα κράτη μέλη της Ε.Ε.

Ο τρόπος ζωής επίσης μπορεί να εξηγήσει πολλές φορές μέρος των διαφορών που εντοπίζονται στους ρυθμούς θνησιμότητας. Χαρακτηριστική είναι η σύγκριση των διαφορών που εντοπίζονται στους ρυθμούς θνησιμότητας ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες. Ο ρυθμός θανάτου των ανδρών είναι πολύ υψηλότερος σε σχέση με αυτόν των γυναικών σε χώρες όπως την Ελλάδα, τη Γαλλία, τη Σουηδία και τη Φινλανδία. Αυτά τα μεγάλα κενά αναφορικά με τη θνησιμότητα των φύλων συχνά αντικατοπτρίζουν μεγάλες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά την έκθεσή τους σε κινδύνους (κάπνισμα. Χρήση αλκοόλ, κ.λπ.). Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι οι χαμηλοί ρυθμοί θνησιμότητας στις γυναίκες χωρών της Νότιας Ευρώπης. Αυτό οφείλεται στα μειωμένα καρδιακά επεισόδια που παρατηρούνται και αναφέρεται συχνά ως «το Μεσογειακό παράδοξο». Υπάρχουν ελάχιστες και όχι ικανοποιητικές εξηγήσεις ως προς αυτό το φαινόμενο οι οποίες εμμένουν κυρίως στο θέμα της διατροφής.

Σημαντικός παράγοντας επίσης που επηρεάζει τις διαφορές στους ρυθμούς θνησιμότητας αποτελεί και η αποτελεσματικότητα ή όχι του συστήματος υγείας καθώς και η ευκολία και η δυνατότητα πρόσβασης σε αυτό.

Μία σημαντική διάκριση που γίνεται όσον αφορά τη θνησιμότητα των πληθυσμών είναι αυτός της βρεφικής θνησιμότητας (infant mortality) και ο διαχωρισμός των υπόλοιπων ηλικιών σε δύο μεγάλες ομάδες.

Η βρεφική θνησιμότητα μας δείχνει το ρυθμό θανάτων των παιδιών που γεννήθηκαν και πέθαναν πριν από τα πρώτα τους γενέθλια. Στο παρελθόν, και ειδικότερα πριν από τη βιομηχανοποίηση, ο ρυθμός αυτός ήταν πολύ υψηλός λόγω κακής διατροφής του βρέφους, υγιεινής, δυσκολιών στη γέννα. Σήμε-

ρα αυτός ο δείκτης είναι καθοριστικός και θεωρείται παγκοσμίως σημείο αναφοράς ως προς το επίπεδο υγείας μίας χώρας, την ανάπτυξη και την ποιότητα άσκησης της πολιτικής.

Η δεύτερη διάκριση γίνεται μεταξύ δύο ηλικιακών ομάδων στις οποίες ανήκουν η θνησιμότητα πριν από την ηλικία των 65 ετών (πρώιμη θνησιμότητα - premature) και η θνησιμότητα μετά από την ηλικία των 65. Στην Ευρώπη η πρώιμη θνησιμότητα καλύπτει σχεδόν το 20% των θανάτων. Σημειώνεται ότι οι ρυθμοί θνησιμότητας για τους άντρες είναι σχεδόν διπλάσιοι από αυτούς των γυναικών.

Γενικότερα, οι λόγοι της πρώιμης θνησιμότητας εντοπίζονται στην έκθεση σε κινδύνους που έχουν σχέση με τη συμπεριφορά και οι κυριότερες αιτίες αυτών εντοπίζονται σε παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος, σε κακοήθειες, ατυχήματα και αυτοκτονίες. Στην περίπτωση των γυναικών προστίθεται και ο καρκίνος του μαστού ο οποίος αποτελεί και τη σημαντικότερη αιτία πρώιμου θανάτου από κακοήθειες.

Όσον αφορά τώρα τις κύριες αιτίες θανάτου στον ελληνικό πληθυσμό, με φθίνουσα σειρά, είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τα κακοήθη νεοπλασμάτα, οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος και οι εξωτερικές αιτίες που προκαλούν τραύματα και δηλητηριάσεις.

Οι κύριες αιτίες νοσηρότητας καθώς και οι σχετικοί δείκτες είναι δυσκολότερο να υπολογιστούν με ακρίβεια γι' αυτό πολλές φορές αξιοποιούνται τα στοιχεία από την καταγραφή των νοσηλευόμενων ασθενών και συγκεκριμένα στοιχεία εξελθόντων ασθενών. Επίσης πολύ συχνά υπολογίζεται αντί αυτού το προσδόκιμο υγιούς ζωής (Healthy Life Expectancy) ή άλλοι δείκτες όπως τα χρόνια απαλλαγμένα από ανικανότητα (Disability Adjusted Life Years) [93].

Λαμβανομένου υπόψη της παραπάνω διαπίστωσης, το προσδόκιμο όριο ζωής κατά τη γέννηση του πληθυσμού σε όλες τις χώρες της Ευρώπης δείχνει να αυξάνεται. Αυτό οφείλεται στη βελτίωση του επιπέδου ποιότητας ζωής, του βελτιωμένου τρόπου ζωής, της καλύτερης και δια βίου εκπαίδευσης και αύξησης της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Το μέσο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση μεταξύ των 27 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης έφτασε τα 74,3 έτη για τους άντρες και τα 80,8 έτη για τις γυναίκες. Περίπου το 70% των χωρών της Ευρώπης διατηρεί προσδόκιμο ζωής άνω των 80 ετών για τις γυναίκες και άνω των 77 ετών για τους άντρες. Σε σχέση με τα στοιχεία του 1995-97 το προσδόκιμο ζωής αυξήθηκε δύο έτη για τις γυναίκες.

Αυτό όμως στο οποίο δίνεται μεγαλύτερη βαρύτητα είναι το προσδόκιμο υγιούς ζωής το οποίο αντικατοπτρίζει πόσα κατά μέσο όρο είναι τα χρόνια κατά τα οποία ένα άνθρωπος ζει απαλλαγμένος από κάθε μορφή περιορισμού των δραστηριοτήτων του. Συνήθως χρησιμοποιείται ένας κατάλογος περιορισμών που μπορεί να προκύψουν, πρόκειται για τον διεθνή δείκτη περιορισμού δραστηριοτήτων (GALI-Global Activity Limitation Indicator). Γενικά το προσδόκιμο υγιούς ζωής στην Ευρώπη, σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία, κυμαίνεται στα 61,3 έτη για τις γυναίκες και στα 60,1 έτη για τους άντρες [93].

Η συσχέτιση του εθνικού εισοδήματος, όπως αυτό αποτυπώνεται υπό τη μορφή του κατά κεφαλήν ΑΕΠ, είναι συνδυασμένο συνήθως με υψηλότερο προσδόκιμο κατά τη γέννηση. Αντίθετα το προσδόκιμο υγιούς ζωής δεν φαίνεται να συσχετίζεται το ίδιο σημαντικά με το κατά κεφαλήν εισόδημα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ευρήματα που υποδηλώνουν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στο προσδόκιμο υγιούς ζωής μεταξύ των χωρών της Ευρώπης που ταυτόχρονα παρουσιάζουν περίπου το ίδιο κατά κεφαλήν εισόδημα. Σημαντική συσχέτιση επίσης εντοπίζεται στις κατά κεφαλήν δαπάνες που γίνονται για την υγεία και το υγιές προσδόκιμο ζωής [102].

6. Συζήτηση και συμπεράσματα

Η εκτίμηση της ποιότητας της ζωής, στην κλινική Ιατρική, εφαρμόζεται για την παρακολούθηση ασθενών με χρόνιες παθήσεις ή την αξιολόγηση των αναγκών υγείας μιας συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού. Στην εκτίμηση αυτή έμφαση δίνεται στις επιπτώσεις της αρρώστιας στις διάφορες σφαίρες της ζωής των ασθενών, συμπεριλαμβάνοντας και το ρόλο του στην οικογένεια, την απόδοση στην εργασία, τη συμμετοχή στις κοινωνικές δραστηριότητες, την πρόσβαση, τις υπηρεσίες κ.λπ.

Συνοψίζοντας ως σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής γενικά αναγνωρίζεται «η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του, απάντηση η οποία επηρεάζει το βαθμό

στον οποίο μπορεί το άτομο να νιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του». Στην έννοια ποιότητα ζωής περιλαμβάνονται όροι όπως η λειτουργική ικανότητα, η κατάσταση υγείας, το ευ ζην και η λειτουργική κατάσταση του ατόμου.

Το ενδιαφέρον λοιπόν σήμερα εστιάζεται όχι μόνο την επιμήκυνση της ζωής των ασθενών, αλλά και για τις επιπτώσεις που προκαλούνται, όπως οι ενδεχόμενες επιπλοκές και τα συμπτώματα που επηρεάζουν τη ζωή τους. Οι επιπτώσεις αυτές, τις περισσότερες φορές δημιουργούν περιορισμούς στην καθημερινή ζωή, μειώνουν το θεραπευτικό όφελος και επιδρούν αρνητικά στην αναμενόμενη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Παράλληλα εκδηλώνεται και αποσαφηνίζεται η ανάγκη από μελετητές, η κατάσταση της ασθένειας να ερευνείται και να αναλύεται σε όλες τις όψεις της κοινωνικής ζωής και ιδιαίτερα της καθημερινής ζωής, των ανθρώπων που ζουν μαζί και υπό το βάρος της αρρώστιας [62].

Σημαντικό επίσης ενδιαφέρον για τους ερευνητές παρουσιάζει ο προσδιορισμός της αποτελεσματικότητας της ιατρικής παρέμβασης και η βελτίωση της διαδικασίας των ιατρικών αποφάσεων. Η εκτίμηση αυτή της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και η χρησιμότητα που έχει μια θεραπευτική πράξη για τον ασθενή καθώς και ρόλος και η σχέση της με την ποιότητα ζωής, μεγάλου ερευνητικού ενδιαφέροντος.

Συνοψίζοντας, μετά από μελέτη της βιβλιογραφίας, παρατηρούμε ότι τα χρόνια νοσήματα δεν επιφέρουν μονό, αποσταθεροποίηση των βασικών λειτουργιών του οργανισμού, αλλά οδηγούν σε βαθύτερες προεκτάσεις, που ανατρέπουν την συναισθηματική, κοινωνική και οικονομική ισορροπία του ατόμου και της οικογενείας του. Οι χρόνιοι δε πάσχοντες έρχονται αντιμέτωποι με μακροχρόνιες θεραπείες και προκλήσεις όπως, της διατήρησης της συναισθηματικής ισορροπίας, της αυτοεκτίμησης, του αυτοέλεγχου και του συμβιβασμού, πολλές φορές, με ένα αβέβαιο μέλλον. Οι διαγνωστικές δυσκολίες, η ανικανότητα, η εξάρτηση, το κοινωνικό στίγμα και οι αλλαγές που επιφέρουν κοινά προβλήματα των χρόνιων πασχόντων, παρουσιάζεται να έχουν, δυσμενή επίδραση στην ποιότητα ζωής τους [63].

Στην κλινική Ιατρική, η εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής, εφαρμόζεται κυρίως για την παρακολούθηση ασθενών με παθήσεις όπως η οστεοαρθρίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα ή την αξιολόγηση των αναγκών υγείας μιας συγκεκριμένης ομάδας πληθυσμού. Στην εκτίμηση αυτή έμφαση δίνεται στις επιπτώσεις της αρρώστιας στις αδιάφορες σφαίρες της ζωής των ασθενών, συμπεριλαμβάνοντας και το ρόλο του στην οικογένεια, την απόδοση στην εργασία, τη συμμετοχή στις κοινωνικές δραστηριότητες, την πρόσβαση, τις υπηρεσίες κ.λπ.

7. Επίλογος

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η βιβλιογραφική μελέτη και εκτίμηση της ποιότητας ζωής των

ασθενών με σαρκοπενία και σύνδρομο ευπάθειας.

Η μελέτη αποτελεί μια βιβλιογραφική επισκόπηση για την παρουσίαση και την εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με σαρκοπενία και σύνδρομο ευπάθειας.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη μέθοδο της βιβλιογραφικής επισκόπησης από βιβλιοθήκες και ηλεκτρονικές πηγές.

Τα βασικά αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στους ασθενείς με σαρκοπενία και σύνδρομο ευπάθειας, εκτιμήθηκε σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ως αρκετά σοβαρό πρόβλημα στον παγκόσμιο και Ευρωπαϊκό γενικό πληθυσμό και κυρίως στον γεροντικό πληθυσμό.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών η σαρκοπενία αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες επιδημιολογικές τάσεις της εποχής εφόσον εμφανίζεται σε όλο και νεότερες ηλικίες της τρίτης ηλικίας, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται και αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Η σημασία της μελέτης της, όμως, έγκειται στο γεγονός πως είναι μία από τις κυριότερες αιτίες αδυναμίας, αναπηρίας και μείωσης της ανεξαρτησίας των ηλικιωμένων. Οι παράγοντες που ευνοούν την σαρκοπενία στους ηλικιωμένους περιλαμβάνουν το ενεργειακό ισοζύγιο, τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα, οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους (αγορά φτηνών και μη θρεπτικών τροφίμων), κατάθλιψη. Οι γυναίκες στην τρίτη ηλικία εμφανίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό σαρκοπενίας και σε μικρότερο ποσοστό υπέρβαρο σε σχέση με τους άντρες, φαινόμενο που πιθανά οφείλεται στο γεγονός ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση στη μείωση βάρους και λιπώδους ιστού, κυρίως μετεμμηνοπαυσιακά.

Τα βασικά συμπεράσματα είναι το ότι, δεν υπάρχει απόλυτο επίπεδο ισχνής, μυϊκής και κυτταρικής μάζας το οποίο να προσδιορίζει την παρουσία της σαρκοπενίας. Ένα τέτοιο κριτήριο θα αποτελούσε το κλειδί εύρεσης του αιτιολογικού μηχανισμού που οδηγεί σε αυτήν. Σύμφωνα με τον *Roubenoff* δύο υποθέσεις πρέπει να αποσαφηνιστούν ώστε να αποδοθεί ο ορισμός της σαρκοπενίας. Η πρώτη είναι ο προσδιορισμός της δομικής σχέσης μεταξύ μυϊκής δύναμης και μάζας αλλά και του τρόπου αλληλεξάρτησής τους. Η δεύτερη υπόθεση αφορά τη σημασία της σαρκοπενίας ως δείκτη απώλειας πρωτεϊνικών αποθεμάτων σε καταστάσεις στρες και ποια είναι η οριακή ποσότητα μυϊκής μάζας πέραν της οποίας επέρχεται ο θάνατος.

Καταλήγοντας, και σύμφωνα με τους *Anderson* και *Hussey* (1999), σε όλες τις χώρες της Ευρώπης η σχετική αναλογία του πληθυσμού των ηλικιωμένων θα αυξηθεί σημαντικά μέχρι και το 2020 και οι άνθρωποι θα ζουν περισσότερο από όσο μέχρι σήμερα έχει παρατηρηθεί. Αυτός ο γηράσκων πληθυσμός υποστηρίζεται ότι μπορεί να είναι διαχειρίσιμος από τη μεριά του δημοσίου εάν ακολουθηθούν και εφαρμοστούν κατάλληλες πολιτικές. Οι *Anderson* και *Hussey* (1999) αποδεικνύουν κατόπιν σχετικής ερευ-

νητικής διαδικασίας ότι το αυξανόμενο ποσοστό του γηράσκωντος πληθυσμού δεν συσχετίζεται σημαντικά και δεν θα προκαλέσει απότομη και καταλυτική αύξηση των δαπανών στο σύστημα υγείας. Σε παρόμοια αποτελέσματα ως προς τη συσχέτιση υπερβολικής αύξησης των δαπανών του συστήματος υγείας με τη γήρανση του πληθυσμού καταλήγουν και οι *Strunk*, *Ginsburg* και *Banker* (2006). Επιπλέον, από τη στιγμή που διαπιστώνουν ότι οι δαπάνες μακροχρόνιας περίθαλψης των ηλικιωμένων καταλαμβάνουν το 1% ή και λιγότερο στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, θα μπορούσαν πιθανόν οι κυβερνήσεις κατευθύνουν επιπλέον δημόσιες δαπάνες προς αυτήν την κατεύθυνση χωρίς να επιβαρύνουν τα οικονομικά των χωρών.

8. Βιβλιογραφία

1. Buckley BM. Healthy ageing: ageing safely. *European heart journal* 2001;3 Suppl N:N6-10.
2. Ζαμπέλας ΑΗ. Διατροφή στα στάδια της ζωής. Ιατρικές εκδόσεις Π Χ Πασχάληδης 2003.
3. Νάκου Σ. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. τομέας Οικολογίας, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001; 18(3):254-60.
4. Gill TM, et al. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama* 1994;272(8):619-26.
5. WHO WHO. Targets for health for all: targets in support of the European regional strategy for health for all: World Health Organization. Regional Office for Europe; 1985.
6. Θεοφίλου ΠΑ. Η συμβολή των κοινωνικών επιστημών στην αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. 2015.
7. Θεοφίλου ΠΑ. Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας. 2015.
8. Stenner PH, et al. Putting the Q into quality of life; the identification of subjective constructions of health-related quality of life using Q methodology. *Social science & medicine* (1982) 2003;57(11):2161-72.
9. Hornquist JO. The concept of quality of life. *Scandinavian journal of social medicine* 1982;10(2):57-61.
10. Οικονόμου Μ, et al. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Ενωσιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001;18(3):239-53.
11. Rosenberg IH. Summary comments. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1989;50(5):1231-3.
12. Roubenoff R. Sarcopenia and its implications for the elderly. *European journal of clinical nutrition* 2000;54 Suppl 3:S40-7.
13. Roubenoff R. Sarcopenic obesity: the confluence of two epidemics. *Obesity research* 2004;12(6):887-8.
14. Baumgartner RN, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *American journal of epidemiology* 1998;147(8):755-63.
15. Doherty TJ. Invited review: Aging and sarcopenia. *Journal of applied physiology* (Bethesda, Md: 1985) 2003;95(4):1717-27.
16. Solomon AM, et al. Modifying muscle mass - the endocrine perspective. *The Journal of endocrinology* 2006;191(2):349-60.
17. Rolland Y, et al. Sarcopenia: its assessment, etiology, pathogenesis, consequences and future perspectives. *The journal of nutrition, health & aging* 2008;12(7):433-50.
18. Hughes VA, et al. Longitudinal muscle strength changes in older adults: influence of muscle mass, physical activity, and health. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2001;56(5):B209-17.
19. Manini T, et al. The role of disease in initial differences and longitudinal trajectories of muscle strength and quality among older adults. *Gerontologist* 2006;46:153.
20. Clark BC, et al. Sarcopenia =/= dynapenia. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2008;63(8):829-34.
21. Cruz-Jentoft AJ, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and ageing* 2010;39(4):412-23.
22. Bean JF, et al. A comparison of leg power and leg strength within the InCHIANTI study: which influences mobility more? *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2003;58(8):728-33.
23. Schragger M, et al. Sarcopenia: twenty open questions for a research agenda. *BAM-PADOVA- 2003;13(4):203-8.*
24. Ferrucci L, et al. Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or

- delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004;52(4):625-34.
25. Walston J, et al. Research agenda for frailty in older adults: toward a better understanding of physiology and etiology: summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 2006;54(6):991-1001.
 26. Fayers P, et al. *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*: John Wiley & Sons; 2013.
 27. Fayers PM, et al. *Quality of life assessment, analysis and interpretation*. John & Sons, England 2000;4.
 28. Davison SN, et al. Is there a legitimate role for the therapeutic use of cannabinoids for symptom management in chronic kidney disease? *Journal of pain and symptom management* 2011;41(4):768-78.
 29. Yfantopoulos J. Quality of life and QALYs in the measurement of health. *Arch Hell Med* 18(2):114-130 2001.
 30. Zautra A, et al. Quality of life indicators: a review of the literature. *Community mental health review* 1979;4(1):1, 3-10.
 31. Lehman AF. Instruments for measuring quality of life in mental illnesses. *Quality of life in mental disorders* 1997:79-94.
 32. Till JE, et al. Is there a role for preference assessments in research on quality of life in oncology? *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 1992;1(1):31-40.
 33. Σαρρής Μ. Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. 2014.
 34. Σαρρής Μ, et al. Ποιότητα ζωής αμφοκαθαιρούμενων και μεταμοσχευμένων νεφροπαθών. 2015.
 35. Bullinger M. International comparability of health interview surveys: An overview of methods and approaches. *Biomedical And Health Research-Commission Of The European Communities Then IOS Press* 2003;57:1-12.
 36. Kaplan RM, et al. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis. *Health psychology* 1982;1(1):61.
 37. Υφαντόπουλος ΓΝ, και συν. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. 2015.
 38. Aaronson NK. Quality of life research in cancer clinical trials: a need for common rules and language. *Oncology (Williston Park, NY)* 1990;4(5):59-66; discussion 70.
 39. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Social science & medicine* (1982) 1995; 41(10):1383-94.
 40. Ebrahim S, et al. Lowering blood pressure: a systematic review of sustained effects of non-pharmacological interventions. *Journal of public health medicine* 1998;20(4):441-8.
 41. Fitzpatrick R, et al. Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *BMJ (Clinical research ed)* 1992;305(6861):1074-7.
 42. Fitzpatrick R, et al. Importance of sensitivity to change as a criterion for selecting health status measures. *Quality in health care: QHC* 1992;1(2):89-93.
 43. Fitzpatrick R, et al. A generic health status instrument in the assessment of rheumatoid arthritis. *British journal of rheumatology* 1992;31(2):87-90.
 44. Skevington SM, et al. Can we identify the poorest quality of life? Assessing the importance of quality of life using the WHOQOL-100. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 2004;13(1):23-34.
 45. Byock IR, et al. Measuring quality of life for patients with terminal illness: the Missoula-VITAS quality of life index. *Palliative medicine* 1998;12(4):231-44.
 46. Schneider M. The quality of life in large American cities: Objective and subjective social indicators. *Social Indicators Research* 1975;1(4):495-509.
 47. Andrews FM, et al. *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*: Springer Science & Business Media; 2012.
 48. Jahoda M. *Current concepts of positive mental health*. 1958.
 49. Σαρρής Μ, και συν. Επισκόπηση υγείας μεταμοσχευμένων ασθενών λόγω τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. 2015.
 50. Rokeach M. *The nature of human values*: Free press New York; 1973.
 51. Segovia J, et al. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Social science & medicine* (1982) 1989;29(6):761-8.
 52. Najman JM, et al. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. *Social science & medicine Part F, Medical & social ethics* 1981;15(2-3):107-15.
 53. Najman JM, et al. Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and a critique. *Social science & medicine* (1982) 1981;15F(2-3):107-15.
 54. Kirshner B, et al. A methodological framework for assessing health indices. *Journal of chronic diseases* 1985;38(1):27-36.
 55. Fitzpatrick R, et al. A comparison of the sensitivity to change of several health status instruments in rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology* 1993;20(3):429-36.
 56. Hayes JA, et al. Outcome measures for adult critical care: a systematic review. *Health technology assessment (Winchester, England)* 2000;4(24):1-111.
 57. Jenkinson C, et al. Short form 36 (SF36) health survey questionnaire: normative data for adults of working age. *BMJ (Clinical research ed)* 1993;306(6890):1437-40.
 58. Garratt AM, et al. The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ (Clinical research ed)* 1993;306(6890):1440-4.
 59. Group TW. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social science & medicine* 1998;46(12):1569-85.
 60. Υφαντόπουλος Γ. Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχαία ελληνικής ιατρικής* 2007;24:6-18.
 61. Υφαντόπουλος Ι. Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας. *Νέα Υγεία* 2003;36:4-7.
 62. Matas AJ, et al. Life satisfaction and adverse effects in renal transplant recipients: a longitudinal analysis. *Clinical transplantation* 2002;16(2):113-21.
 63. Μηνασίδου ΕΥΤ, et al. Ποιότητα Ζωής Ατόμων με Χρόνια Νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών. *Νοσηλευτική* 2005;44(2):202-11.
 64. Παπαδάτου Δ, και συν. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας: *Papazisis Publishers*; 2015.
 65. Shakespeare W, et al. *Hamlet: Vivliopoleion tis "Hestias" Ioannou D. Kollarou*; 1938.
 66. Bates T, et al. Breast cancer in elderly women: a Cancer Research Campaign trial comparing treatment with tamoxifen and optimal surgery with tamoxifen alone. *The Elderly Breast Cancer Working Party. The British journal of surgery* 1991;78(5):591-4.
 67. Fallowfield LJ. Counselling and communication in oncology. *British journal of cancer* 1991;63(4):481-2.
 68. Fallowfield LJ, et al. Psychosocial and sexual impact of diagnosis and treatment of breast cancer. *British medical bulletin* 1991;47(2):388-99.
 69. Cella DF, et al. Quality of life in cancer: definition, purpose, and method of measurement. *Cancer investigation* 1993;11(3):327-36.
 70. Cella DF, et al. Integrating health-related quality of life into cross-national clinical trials. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation* 1993;2(6):433-40.
 71. Cella DF, et al. Cancer support groups: the state of the art. *Cancer practice* 1993;1(1):56-61.
 72. de Ridder D, et al. Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept? *Clinical psychology review* 2001;21(2):205-40.
 73. Feibiger W, et al. Health-related quality of life outcomes after kidney transplantation. *Health and quality of life outcomes* 2004;2:2.
 74. Patrick D, et al. Postscript: the remaining questions. *Medical care* 2000;38(9 Suppl):I209-10.
 75. Patrick DL, et al. Measurement of health outcomes in treatment effectiveness evaluations: conceptual and methodological challenges. *Medical care* 2000;38(9 Suppl):I14-25.
 76. Patrick DL, et al. Convening health outcomes methodologists. *Medical care* 2000;38(9 Suppl):I3-6.
 77. Aytac I, et al. The likely worldwide increase in erectile dysfunction between 1995 and 2025 and some possible policy consequences. *BJU international* 1999;84:50-6.
 78. Burckhardt CS, et al. Quality of life of women with systemic lupus erythematosus: a comparison with women with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology* 1993;20(6):977-81.
 79. Iannuzzi-Sucich M, et al. Prevalence of sarcopenia and predictors of skeletal muscle mass in healthy, older men and women. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2002;57(12):M772-7.
 80. Macaluso A, et al. Muscle strength, power and adaptations to resistance training in older people. *European journal of applied physiology* 2004;91(4):450-72.
 81. Skelton DA, et al. Strength, power and related functional ability of healthy people aged 65-89 years. *Age and ageing* 1994;23(5):371-7.
 82. Lauretani F, et al. Age-associated changes in skeletal muscles and their effect on mobility: an operational diagnosis of sarcopenia. *Journal of applied physiology (Bethesda, Md: 1985)* 2003;95(5):1851-60.
 83. Nikolic M, et al. Aging of human skeletal muscles. *Collegium antropologicum* 2005;29(1):67-70.
 84. Ceglia L. Vitamin D and its role in skeletal muscle. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care* 2009;12(6):628-33.
 85. Lang T, et al. Sarcopenia: etiology, clinical consequences, intervention, and assessment. *Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA* 2010;21(4):543-59.
 86. Zamboni M, et al. Health consequences of obesity in the elderly: a review of four unresolved questions. *International journal of obesity (2005)* 2005;29(9):1011-29.
 87. Hays NP, et al. Eating behavior and weight change in healthy postmenopausal women: results of a 4-year longitudinal study. *The journals of gerontology Series A, Biological sciences and medical sciences* 2006;61(6):608-15.

88. Hays NP, et al. The anorexia of aging in humans. *Physiology & behavior* 2006;88(3):257-66.
89. Marcu M. The EU-27 population continues to grow. *Data in focus, Eurostat* 2009;31:2009.
90. Giannakouris K. Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. *Statistics in focus* 2008;72:2008.
91. Giannakouris K. Regional population projections EUROPOP2008: Most EU regions face older population profile in 2030. *Population and social conditions, Eurostat Statistics in Focus* 2010;1.
92. Peytremann-Bridevaux I, et al. Health correlates of overweight and obesity in adults aged 50 years and over: results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Obesity and health in Europeans aged > or = 50 years. Swiss medical weekly* 2008;138(17-18):261-6.
93. OECD OfEC-o, et al. *Health at a glance: Europe 2010*: OECD; 2010.
94. Τούντας Ι. Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού Αθήνα: Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, 2007.
95. Παπαδάκης. Περιβάλλον, υγεία και ποιότητα ζωής. HELLENIC MEDICINE. Αθήνα: Πανεπιστημιακές παραδόσεις Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης; 2005.
96. ΕΚΤ. Οικονομικό δελτίο. ΕΚΤ, Ιούνιος 2015.
97. Parsons T. Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. *Patients, physicians and illness* 1958:165-87.
98. Arrow K. 1951. *Social choice and individual values*. New York: Wiley; 1963.
99. Mckee M, et al. *Hospitals in a changing Europe. European observatory on health care systems series*. Open University Press, Buckingham; 2002.
100. Janssen I, et al. The healthcare costs of sarcopenia in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society* 2004;52(1):80-5.
101. Gariballa S, et al. Sarcopenia: prevalence and prognostic significance in hospitalized patients. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)* 2013;32(5):772-6.
102. Hagemann R, et al. Population ageing: economic effects and some policy implications for financing public pensions: na; 1989.