

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Απρίλιος – Ιούνιος 2001

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ
ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ
ΣΥΝΔΕΣΜΟΥ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΥΧΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ
ΕΛΛΑΔΟΣ



NOSILEFTIKI Volume 40
Issue 2
April – June 2001

QUARTERLY PUBLICATION OF THE HELLENIC
NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τριμηνιαίο Περιοδικό του Εθνικού Συνδέσμου
Διπλωματούχων Νοσηλευτών Ελλάδος

Τόμος 40 • Τεύχος 2 • Απρίλιος – Ιούνιος 2001

Περιεχόμενα

1. Οδηγίες για τους συγγραφείς 4
2. Άρθρο Σύνταξης 7
Α. Παπαδαντωνάκη

Ανασκοπήσεις

1. Παχυσαρκία στην παιδική ηλικία:
Αυξημένη νοσηρότητα στην ενήλικη ζωή; 8
Ι. Καραγιάννης, Κ. Μέλλου
2. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση
της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών 15
Ε. Αδαλή, Χ. Λεμονίδου
3. Χρήση συγκράτησης ασθενών
σε γενικό νοσοκομείο – Πρωτόκολλο εφαρμογής
καρπιαίας συγκράτησης 23
Μ. Σ. Αρβανίτη, Χ. Ι. Γκιόκα
4. Προεγχειρητική ενημέρωση – πληροφόρηση –
διδασκαλία του ασθενούς και
ο ρόλος του νοσηλευτή 28
Ε. Κοιρώτσιου, Ε. Θεοδοσοπούλου
5. Νοσηρότητα και θνησιμότητα των ηλικιωμένων 31
Ε. Θεοδοσοπούλου, Β. Ραφτόπουλος

Ειδικό Θέμα

1. Κοινωνικός Νοσηλευτής ψυχικής υγείας 42
Μ. Πριάμη

Ερευνητικές Εργασίες

1. Εφαρμογή προληπτικών μέτρων
από το νοσηλευτικό προσωπικό για τον έλεγχο
των λοιμώξεων σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας 49
Α. Μερκούρης, Μ. Καλαφάτη, Δ. Καλογράνα, Χ. Λεμονίδου
2. Αξιολόγηση προληπτικού προγράμματος
στοματικής υγείας
σε σχολικό πληθυσμό 58
Φ. Κυρίτση, Π. Ιορδάνου, Π. Κρέτση, Δ. Κοσμίδη
3. Επισκεπτήριο ηλικιωμένων σε οίκους ευγηρίας 64
Π. Ιορδάνου, Φ. Μπαμπάτσικου, Ε. Κωνσάντου, Ε. Κτενάς
Φ. Κυρίτση, Π. Μπέκα
4. Συμβουλευτικές και υποστηρικτικές υπηρεσίες
σε παιδιά και εφήβους ασθενείς
κατά την περιεγχειρητική περίοδο 70
Ν. Μόσχος, Ε. Γαλανοπούλου, Μ. Φωτεινού, Ι. Δούκα
5. Διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ Νοσηλευτών –
Κοινωνικών Λειτουργών
και διαφορές αντιλήψεων 79
Δ. Σαπουντζή-Κρέπια, Κ. Κάντζος, Π. Παπαδημητρίου, Γ. Γεωργίου
6. Αποτελεσματικότητα προγράμματος για τη μείωση
των επιπέδων ολικής χοληστερίνης
αίματος και η σχέση τους με το κάπνισμα 87
Ε. Βρούζου, Π. Ιορδάνου, Ε. Κτενάς
Ι. Κωνσταντοπούλου, Μ. Νικολαΐδου
7. Ηθικά θέματα στη Νοσηλευτική: Πιλοτική Μελέτη 92
Χ. Λεμονίδου, Α. Μερκούρης, Μ. Κυράνου, Η. Leino-Kilpi
Μ. Valimaki, Th. Dassen, M. Gasull, A. Scott, M. Arndt, Α. Παναγιώτου

Αναλυτικές οδηγίες για τους συγγραφείς 102



NOSILEFTIKI

Quarterly Publication of the Hellenic National
Graduate Nurses Association

Volume 40 • Issue 2 • April – June 2001

Contents

1. Instructions to authors 4
2. Editorial 7
A. Papadantonaki

Reviews

1. Obesity in childhood:
Increased morbidity in adulthood? 8
I. Karagiannis, K. Mellou
2. Factors contributing to the development
of burnout in hospital nursing 15
E. Adali, Chr. Lemonidou
3. Usage of restraint
in a general hospital – Wrist restraint
protocol 23
M. S. Arvaniti, H. I. Gkioka
4. Preoperative information – notification –
instruction of the patient and
the nurse's role 28
E. Kotrotsiou, H. Theodosopoulou
5. Elderly morbidity and mortality 31
H. Theodosopoulou, V. Raftopoulos

Special Topic

1. Community mental health Nurse 42
M. Priami

Research Papers

1. Infection control practices among
nursing staff
in Intensive Care Units 49
A. Merkouris, M. Kalafati, D. Kalograna, C. Lemonidou
2. Evaluating the effectiveness of a provided dental
prevention program in an elementary
school population 58
F. Kyritsi, P. Iordanou, P. Kretsi, D. Kosmidis
3. Visitations to older adults in long-term care settings 64
P. Iordanou, F. Babatsikou, E. Konstadou
E. Ktenas, F. Kiritsi, P. Beka
4. Counseling and supporting services in children and
adolescents inpatients
at the around operational 70
N. Moschos, H. Galanopoulou, M. Fotinou, I. Douka
5. Interprofessional collaboration between
registered Nurses and Social Workers
and differences on perceptions 79
D. Sapountzi-Krepia, K. Kantzos, P. Papadimitriou, G. Georgiou
6. Program efficacy for lowering
total blood cholesterol levels and
the relation with smoking 87
E. Vrouzou, P. Iordanou, E. Chtenas
J. Konstantopoulou, M. Nikolaïdou
7. Ethical issues in Nursing: A Pilot Study 92
C. Lemonidou, A. Merkouris, M. Kyranou, H. Leino-Kilpi
M. Valimaki, Th. Dassen, M. Gasull, A. Scott, M. Arndt, A. Panagiotou

Detailed instructions to authors 102

Νοσηλευτική 2, 31-41, 2001

Νοσηρότητα και θνησιμότητα των ηλικιωμένων

Ελένη Θεοδοσοπούλου¹
Βασίλειος Ραφτόπουλος²

1. Επίκουρη καθηγήτρια Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Αθηνών
2. Νοσηλεύτης Π.Ε., MSc, Σύμβουλος Γονέων
Υποψήφιος Διδάκτορας

Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Περίληψη. Το παρόν άρθρο αποτελεί μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των βασικών επιδημιολογικών παραμέτρων της γήρανσης του πληθυσμού σε όλο τον κόσμο. Σε μια εποχή που κυριαρχεί η γήρανση του πληθυσμού, όσοι διαμορφώνουν την πολιτική Υγείας πρέπει να λάβουν αποφάσεις με βάση τη διεθνή μαρτυρία. Ο μεταβαλλόμενος χαρακτήρας των νοσημάτων μάς θυμίζει ότι πρέπει να αντλήσουμε τις πληροφορίες που μας δίνουν οι δείκτες της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, ώστε να εκτιμήσουμε το βάρος που προκαλούν τα νοσήματα και οι κακώσεις στους ηλικιωμένους και έτσι να αναλάβουμε δράση. Το άρθρο χωρίζεται σε δύο μέρη: το πρώτο είναι η ανασκόπηση και το δεύτερο είναι η επεξεργασία και ανάλυση των στοιχείων που βρίσκονται στις βάσεις δεδομένων και αφορούν στους ηλικιωμένους.

Λέξεις-κλειδιά:

ηλικιωμένοι, βάρος των νοσημάτων και των κακώσεων, νοσηρότητα, δείκτες υγείας, αποτελέσματα φροντίδας υγείας.

Nosileftiki 2, 31-41, 2001

Elderly morbidity and mortality

Helen Theodosopoulou¹
Vasilios Raftopoulos²

1. Assistant Professor of Nursing
University of Athens
2. RN, MSc, Parents' Counselor
PhD candidate

Nursing Department University of Athens

Abstract. This article is a review of the main epidemiological measures in elderly in all over the world. In a new era where aging becomes a reality, health policy makers have to take decisions according to the evidence. The changing pattern of diseases reminds us that we need to explore measures of mortality and morbidity, in order to assess the burden of diseases and injuries in elderly and take actions.

The article is divided in two parts: the first one is a review and the second is the result of the analysis of relevant databases.

Key words:

elderly, burden of diseases and injuries, morbidity, health indicators, health outcomes.

Η Shel Silverstein¹ σε ένα ποίημά της με τίτλο «Το μικρό αγόρι και ο ηλικιωμένος άνδρας» λέει χαρακτηριστικά:

Είπε το μικρό αγόρι: «κάποιες φορές μού πέφτει το σαπούνι».

Είπε ο ηλικιωμένος: «και μένα το ίδιο».

Το μικρό αγόρι ψιθύρισε: «συχνά κλαίω».

Ο ηλικιωμένος με ένα καταφατικό νεύμα απαντά: «και εγώ το ίδιο».

«Το χειρότερο όμως όλων», συμπληρώνει το μικρό αγόρι,

«είναι ότι μου φαίνεται πως οι μεγάλοι δεν μου δίνουν σημασία».

Τότε αισθάνθηκε το ρυτιδωμένο ζεστό χέρι του ηλικιωμένου,

ο οποίος του απαντά: «Γνωρίζω πολύ καλά τι εννοείς».

Εισαγωγή

Η πορεία του ανθρώπου μέσα στους αιώνες αποτελεί αναμφίβολα μια συνεχή πορεία από τη ζωή μέχρι τον θάνατο, κλείνοντας μέσα της τη χαρά της παιδικής αθωότητας και τη θλίψη των γηρατειών. Ο Πίνδαρος συνδέει αυτές τις δύο ενότητες της ζωής αναφέροντας: «ειπώθηκε ότι το έντιμο γήρας είναι η παιδική ηλικία της αιωνιότητας. Οι πρώτες λευκές τρίχες είναι τα πρώτα λευκά λουλούδια, δώρα του θανάτου».

Πριν από κάποιες δεκαετίες, διακαής πόθος του ανθρώπου ήταν η αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Σήμερα, που καταφέραμε να πραγματοποιηθεί αυτός ο πόθος μας, το σύνθημά μας είναι: ποιότητα ζωής μετά τα 65. Προς αυτή την κατεύθυνση, στις 2 Οκτωβρίου του 1999, κορυφώθηκαν οι εκδηλώσεις για το Παγκόσμιο Έτος των Ηλικιωμένων, όπως ανακηρύχθηκε το 1999. Σε αυτές τις εκδηλώσεις, έλαβαν μέρος πολίτες από 86 χώρες του κόσμου, από 1.000 διαφορετικές πόλεις και από τις 5 ηπείρους και σηματοδότησαν την έναρξη της Παγκόσμιας Πολιτικής για «Δραστήρια Γηρατεία».

Στον εορτασμό αυτό του «Παγκόσμιου Εναγκαλισμού» τονίστηκε η ανάγκη κατάρριψης του μύθου ότι οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα που «παρασπεί» σε βάρος της οργανωμένης παραγωγικής κοινωνίας.

Δύο επιπλέον δεκαετίες ζωής κέρδισε ο άνθρωπος μέσα στον εικοστό αιώνα, κατακτώντας το ρεκόρ μακροζωίας σε σχέση με τους προγόνους του. Η νέα χιλιετία χαρίζει στους Ιάπωνες και στους Ισλανδούς τον τίτλο του μακροβιότερου πληθυσμού της υψηλίου, με προσδόκιμο ζωής² τα 77 χρόνια για τους άνδρες και τα 83 για τις γυναίκες. Το 1998, σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών², 66 εκατομμύρια άνθρωποι, σε όλο τον πλανήτη, είχαν ηλικία μεγαλύτερη των 80 ετών. Ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί κατά 6 φορές μέχρι το έτος 2050 και θα φτάσει, αισίως, τους 370 εκατομμύρια ανθρώπους. Το 2050, 14 χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα³, αναμένεται να έχουν αναλογία υπερήλικων κατοίκων μεγαλύτερη από το 10% του γενικού πληθυσμού.

Οι άνθρωποι που γιόρταζαν τα εκατοστά γενέθλιά τους συγκέντρωναν πάντα το ενδιαφέρον των υπολοίπων. Το 1998 υπήρχαν σε όλο τον κόσμο 135.000 άνθρωποι ηλικίας μεγαλύτερης των 100 ετών, ενώ το 2050 θα είναι 2.200.000 άνθρωποι. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat για το 1999, φτά-

σαμε σε ένα προσδόκιμο ζωής 76 χρόνια για τους άνδρες και 81,4 χρόνια για τις γυναίκες, ενώ μέχρι το 2030 αναμένεται να φτάσουμε σε ένα μέσο προσδόκιμο ζωής 82 χρόνια.

Όπως δείχνουν λοιπόν τα στοιχεία, το ποσοστό των ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών θα συνεχίσει να αυξάνεται. Παρόλο που ο βαθμός χρησιμοποίησης των υπηρεσιών Υγείας από τους ηλικιωμένους διαφέρει μεταξύ των χωρών, οι πολιτικοί Υγείας θεωρούν ότι αυτός ο υψηλός αριθμός ηλικιωμένων συνεπάγεται μεγαλύτερο όγκο υπηρεσιών Υγείας και κατ' επέκταση αυξημένο κόστος¹. Όταν οι άνθρωποι πλησιάζουν στην ηλικία συνταξιοδότησης, αρχίζει να αυξάνεται η ζήτηση υπηρεσιών Υγείας και επιταχύνεται ο ρυθμός χρησιμοποίησης των υπηρεσιών αυτών πάνω από την ηλικία των 75 ετών. Οι πιο πάνω επισήμανσεις αποτελούν τον οδοδείκτη των νέων προτεραιοτήτων στον τομέα της Υγείας και σηματοδοτούν μια νέα γενιά επαγγελματιών Υγείας που θα παρέχει εξειδικευμένη φροντίδα στους ηλικιωμένους.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της γήρανσης

Ο εξάκις δισεκατομμυριοστός άνθρωπος της Γης γεννήθηκε στις 9 Αυγούστου 1999. Όμως οι φόβοι για τον υπερπληθυσμό υποχωρούν μπροστά στην πραγματικότητα της υπογεννητικότητας. Μέχρι το τέλος της προσεχούς χιλιετίας, το Τόκιο θα είναι μια πόλη-φάντασμα και η Ιαπωνία θα έχει αδειάσει! Θα έχει μόλις 500 κατοίκους το έτος 3000 και μόνο έναν κάτοικο το 3050. Όταν πεθάνει και αυτός, το ιαπωνικό έθνος θα έχει εκλείψει³. Η ίδια εικόνα επικρατεί και στις ευρωπαϊκές χώρες, όπου η υπογεννητικότητα κάνει θραύση. Αν συνεχιστεί με τους ίδιους ρυθμούς, ο πληθυσμός της Ελλάδας⁴ θα μειωθεί κατά 2,4 εκατομμύρια και θα φτάσει τα 8,2 εκατομμύρια το 2050.

Ισως το μεγαλύτερο πρόβλημα θα αντιμετωπίσει η Ισπανία, όπου σε πολλές περιοχές ο δείκτης γονιμότητας είναι μικρότερος της μονάδας. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ανακοίνωσε ότι τον προηγούμενο χρόνο γεννήθηκαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση λιγότερα παιδιά από οποιαδήποτε άλλη χρονιά μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Το 2000, ο «φυσικός» πληθυσμός της Ελλάδας, της Γερμανίας, της Ιταλίας και της Σουηδίας μειώθηκε και μόνο η μετανάστευση συντέλεσε στο να παραμείνει σταθερός ο πληθυσμός αυτών των χωρών. Μέχρι το 2060, η Ευρώπη θα έχει χάσει το 24% του πληθυ-

σμού, με σοβαρές επιπτώσεις σε όλους του τομείς της ανθρώπινης ζωής. Αρκεί να σκεφτούμε ότι το 1950 το 32% του παγκόσμιου πληθυσμού ζούσε στις αναπτυσσόμενες χώρες και το έτος 2050 το ποσοστό αυτό θα έχει περιοριστεί στο 12%. Το 1900, η Ευρώπη, είχε τρεις φορές τον πληθυσμό της Αφρικής. Το 2050, η Αφρική θα έχει τρεις φορές τον πληθυσμό της Ευρώπης. Το 1950, έξι από τις δώδεκα χώρες με τον μεγαλύτερο πληθυσμό ανήκαν στον αναπτυγμένο κόσμο. Το 2050, οι Η.Π.Α. θα είναι η μοναδική αναπτυγμένη χώρα ανάμεσα στις δώδεκα χώρες του κόσμου με το μεγαλύτερο πληθυσμό. Σύμφωνα με τον Πίνακα 1, την τελευταία εικοσιπενταετία, η Ελλάδα⁵ παρουσιάζει τη μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση στην αναλογία των ηλικιωμένων στον γενικό πληθυσμό (μεταβολή 5%).

σματα, θα πρέπει να αναζητήσουμε εκείνα τα κοινωνικά, πολιτιστικά και θρησκευτικά δεδομένα που διαφοροποιούν κάθε χώρα, χωρίς να κρίνουμε τις επιθυμίες κάποιων ηλικιωμένων να ζουν μόνοι τους. Τα νούμερα αυτά είναι ενδεικτικά μόνο σε μακροεπίπεδο. Ετσι, υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών, ως αποτέλεσμα της διαφορετικής θνησιμότητας.

Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους δημιουργεί επιπρόσθετο βάρος στις κοινωνίες που –παραδοσιακά– ο ηλικιωμένος ζούσε με την οικογένειά του, η οποία και τον φρόντιζε. Σήμερα, τον ρόλο αυτό έχουν αναλάβει οι οίκοι ευγηρίας και οι αλλοδαπές. Από την άλλη πλευρά, ο κλονισμός του θεσμού της οικογένειας εγείρει την απαρχή μιας μελλοντικής γενιάς ηλικιωμένων που δεν ξέρουμε

Πίνακας 1.
Αναλογία ηλικιωμένων – διαχρονική μεταβολή

Χώρα	% Αναλογία 65 +			% Αλλαγή 1975-2000
	1975	1990	2000	
ΒΕΛΓΙΟ	13	15	17	4
ΔΑΝΙΑ	13	15	16	3
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	15	15	17	2
ΕΛΛΑΔΑ	12	12	17	5
ΓΑΛΛΙΑ	14	14	16	2
ΙΣΠΑΝΙΑ	11	13	15	4
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	10	11	11	1
ΙΤΑΛΙΑ	12	14	16	4
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	13	14	15	2
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	11	13	13	2
ΒΡΕΤΑΝΙΑ	14	16	16	2

Πηγή: Crosby, Tester (1996)

Εκείνο το σημείο ίσως που έχει μεγαλύτερη σημασία για όλους μας είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων ανθρώπων που ζουν μόνοι τους. Όπως διαπιστώνουμε στον Πίνακα 2, έχουμε το μικρότερο ποσοστό (14,7%) μετά την Ισπανία⁶. Ενδιαφέρον είναι επίσης το γεγονός ότι τα μικρότερα ποσοστά αντιστοιχούν στις χώρες της ζώνης της Μεσογείου, σε αντίθεση με τις χώρες του Βορρά, όπου το ποσοστό είναι σχεδόν το διπλάσιο.

Πριν βιαστούμε όμως να προβούμε σε συμπερά-

πώς θα συμπεριφερθεί. Πρόκειται για τους διαζευγμένους, αυτούς χωρίς παιδιά και εκείνους με περισσότερους από ένα γάμους.

Γνωρίζουμε λίγα για τη γεωγραφική κατανομή των ηλικιωμένων στη χώρα μας και πώς αυτή επηρεάζει ενδεχομένως τη ζήτηση για υπηρεσίες Υγείας. Το ίδιο ισχύει και για τη σύνθεση του πληθυσμού των ηλικιωμένων (μετανάστες από τις πρώην ανατολικές χώρες).

Σύμφωνα με την αναφορά του Π.Ο.Υ.⁷, τις επόμε-

Πίνακας 2.

Ποσοστό ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους

Χώρα	%
ΒΕΛΓΙΟ	31,9
ΔΑΝΙΑ	38,3
ΓΑΛΛΙΑ	32,6
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	38,9
ΕΛΛΑΔΑ	14,7
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	20,1
ΙΤΑΛΙΑ	25,0
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	22,6
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	17,7
ΙΣΠΑΝΙΑ	14,1
ΒΡΕΤΑΝΙΑ	30,3

Πηγή: Crosby (1996)

νες δεκαετίες, λίγες μόνο χώρες θα είναι σε θέση να παρέχουν ειδικευμένη φροντίδα στους ηλικιωμένους ασθενείς. Κάποιες ευρωπαϊκές χώρες γνωρίζουν ήδη μια αδυναμία κάλυψης των αναγκών των ασθενών άνω των 75 ετών, που καταναλώνουν περισσότερες υπηρεσίες Υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες, σε σχέση

με τους ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 75 ετών.

Διαχρονική εξέλιξη της μέσης ηλικίας των ανθρώπων

Σύμφωνα με τον Πίνακα 3, η μέση ηλικία των ανθρώπων όλης της Γης⁸ αυξήθηκε από 23,5 χρόνια το 1950 σε 26,1 χρόνια το 1998, ενώ σύμφωνα με κάποιες προβλέψεις θα φτάσει τα 37,8 χρόνια το 2050. Το 1950, τα πρωτεία κατείχε η Βόρεια Αμερική με μια μέση ηλικία 29,8 χρόνια και, 48 χρόνια αργότερα, τη σκυτάλη παίρνει η Ευρώπη με 37,1 χρόνια, οδεύοντας σταθερά προς το 2050, οπότε και θα φτάσει αισίως τα 47,4 χρόνια.

Το ποσοστό των παιδιών κάτω των 15 ετών μειώθηκε από το 34% το 1950 στο 30% το 1998, την ίδια στιγμή που το ποσοστό των ηλικιωμένων αυξήθηκε από το 8% στο 10% την ίδια περίοδο. Μέχρι το 2050, υπολογίζεται⁸ ότι το ποσοστό των παιδιών θα μειωθεί στο 20%, ενώ αυτό των ηλικιωμένων θα διπλασιαστεί και θα φτάσει το 22%, ξεπερνώντας και το ποσοστό των παιδιών.

Το 1950, το ποσοστό των παιδιών στις αναπτυγμένες χώρες ήταν 27%, ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων ήταν 12%. Το 1998, τα ποσοστά ήταν αντίστοιχα 19,1% και 18,8%. Μέχρι το 2050, το ποσοστό των ηλικιωμένων θα φτάσει το 33%, την ίδια στιγμή που το ποσοστό των παιδιών θα μειωθεί στο 15%. Αυτό το

Πίνακας 3.

Μέση ηλικία των ανθρώπων στις χώρες του κόσμου, το 1950, 1998 και 2050

	1950	1998	2050
Παγκόσμια	23,5	26,1	37,8
Αναπτυγμένος κόσμος	28,6	36,8	45,6
Αναπτυσσόμενος κόσμος	21,3	23,9	36,7
Αφρική	18,7	18,3	30,7
Ασία	21,9	25,6	39,3
Ευρώπη	29,2	37,1	47,4
Λατινική Αμερική	20,1	23,9	37,8
Βόρεια Αμερική	29,8	35,2	42,1
Ωκεανία	27,9	30,7	39,3

Πηγή: United Nations Population Division, World Population Prospects: The 1998 Revision.

ποσοστό των ηλικιωμένων μεταφράζεται σε μια αύξηση από 580.000.000 ηλικιωμένους το 1998, σε σχεδόν 1,97 δις το 2050. Μόνο στον αναπτυγμένο κόσμο⁸, το ποσοστό θα αυξηθεί κατά 65%. Τη δραματικότερη εξέλιξη θα έχουμε στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, οπότε και θα συμβεί ένας εννιαπλασιασμός του αριθμού των ηλικιωμένων (από 171 εκατομμύρια ο 1998 σε 1,594 δις το 2050).

Εάν εμβαθύνουμε ακόμη περισσότερο στα χαρακτηριστικά της γήρανσης ανά τον κόσμο, διαπιστώνουμε ότι το 1990 η αναλογία ανδρών προς γυναίκες διαφέρει ανά γεωγραφική περιοχή και ανά ηλικιακή ομάδα. Ετσι, σύμφωνα με τον Πίνακα 4, στην Ευρώπη⁹ οι

νής και διαβίωσης, καθώς πεθαίνουν στην περιγεννητική περίοδο. Εξάλλου, δεν πρέπει να ξεχνάμε τον ρόλο της γυναίκας σε αυτές τις περιοχές. Όλα αυτά συνηγορούν υπέρ της σύντομης διάρκειας ζωής των Αφρικανών γυναικών και ορίζουν την ανάγκη επιμερισμού κάποιων προτεραιοτήτων.

Η επιδημιολογία των νοσημάτων και των κακώσεων των ηλικιωμένων σε όλο τον κόσμο

Τα συστήματα Υγείας των κρατών-μελών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) αντιμετωπίζουν σήμερα μια διπλή πρόκληση: τη συγκράτηση του συνεχώς αυξανόμενου κόστους και τη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού τους. Προκειμένου λοιπόν να αντεπεξέλθουν σε αυτές τις προκλήσεις, όσοι καταστρώνουν την πολιτική Υγείας χρειάζονται περισσότερη και καλύτερη πληροφόρηση σχετικά με τα αποτελέσματα της φροντίδας Υγείας. Όλα αυτά τα θέματα αποτέλεσαν το εφελτήριο για τη Διεθνή συνάντηση τον Δεκέμβριο του 1997, στην οποία έλαβαν μέρος ειδικοί από όλες τις χώρες και στατιστικολόγοι που ασχολούνται με την Υγεία, προκειμένου να δώσουν έμφαση στη σημασία των δεικτών που μετρούν τα αποτελέσματα της φροντίδας Υγείας (health outcomes). Με δεδομένη την πληροφόρηση για τα αποτελέσματα της φροντίδας Υγείας, οι πολιτικοί Υγείας έχουν τη δυνατότητα μιας τεκμηριωμένης προσέγγισης (evidence-based), προκειμένου να θέσουν προτεραιότητες και να επιμερίσουν τους πόρους μεταξύ ανταγωνιστικών και επειγουσών αναγκών, προγραμμάτων, περιοχών και μεταξύ κοινωνικών ομάδων.

Τα αποτελέσματα της φροντίδας Υγείας έχουν τύχει ευρείας χρήσης στη διαμόρφωση της πολιτικής Υγείας τα τελευταία 10 χρόνια. Ωστόσο, η ερμηνεία του όρου διαφέρει ανάλογα με τον χρήστη και το περιεχόμενο του κειμένου. Ο παραδοσιακός ορισμός³ των «αποτελεσμάτων της φροντίδας Υγείας» είναι: «μια αλλαγή της παρούσας και μελλοντικής κατάστασης υγείας του ασθενούς, που μπορεί να αποδοθεί σε παρελθούσα φροντίδα Υγείας».

Δεδομένου ότι πρωταρχική επιδίωξη όλων είναι η βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού, οι δείκτες υγείας είναι το εργαλείο για να περιγράψουμε το επίπεδο υγείας και τις διαφοροποιήσεις ανά χώρα και ανά χρονική περίοδο. Ο William H. Foegell, σε ένα

Πίνακας 4.

Μέση ηλικία των ανθρώπων στις χώρες του κόσμου το 1950, 1998 και 2050

	>60 ετών	>70 ετών
Αφρική	0,84	0,78
Ασία	0,93	0,83
Ευρώπη	0,64	0,51
Λατινική Αμερική	0,86	0,80
<i>Bos et al. (1994)</i>		

6 στους 10 ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ετών ήταν άνδρες, ενώ στους πολύ ηλικιωμένους η αναλογία είναι η ίδια, δηλαδή 51%. Η ερμηνεία αυτού του φαινομένου είναι δύσκολη και πολύπλοκη, καθώς υπεισέρχονται κάποιοι γενετικοί παράγοντες, αλλά και η αυξημένη ανδρική θνησιμότητα στον αναπτυγμένο κόσμο, όπως και η αυξημένη επίπτωση της βίας και των ατυχημάτων στους άνδρες ηλικίας >70 ετών. Αυτή η πραγματικότητα είναι γνωστή και ως «φεμινοποίηση της τρίτης ηλικίας»¹⁰.

Στον αντίποδα, ακριβώς, βρίσκεται η Ασία, στην οποία κυριαρχεί το αρσενικό φύλο. Οι λόγοι είναι πολλοί και όχι πάντα ορατοί. Ετσι, για παράδειγμα στην Αφρική, όπου επικρατεί το ίδιο φαινόμενο, οι γυναίκες πλήττονται περισσότερο από τις κακές συνθήκες υγιει-

σχολιό του για τη Δημόσια Υγεία, τονίζει: «δεν χρειάζεται να γνωρίζεις πάντα πού πρέπει να είσαι, αλλά είναι χρήσιμο να γνωρίζεις πού είσαι εάν θέλεις να βρεθείς κάπου αλλού», υπονοώντας ότι στη Δημόσια Υγεία υπάρχει διάχυτη η πρόθεση να φτάσουμε την υγεία σε υψηλότερα επίπεδα, ακόμη και όταν δεν είμαστε σε θέση να μετρήσουμε ακριβώς το σημείο στο οποίο βρισκόμαστε.

Ασφαλώς, το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού εξαρτάται από πλήθος παραγόντων πέραν του συστήματος Υγείας, όπως το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον. Ως εκ τούτου, είναι εξαιρετικά δύσκολο να εκτιμήσουμε αμιγώς τη συμβολή του συστήματος Υγείας στις αλλαγές του επιπέδου υγείας. Για τον λόγο αυτό, χρησιμοποιούμε δείκτες που αντανakλούν την απόδοση, την ποιότητα του συστήματος Υγείας και την ικανό-

τητά του να διατηρεί ή να βελτιώνει τα αποτελέσματα της φροντίδας Υγείας.

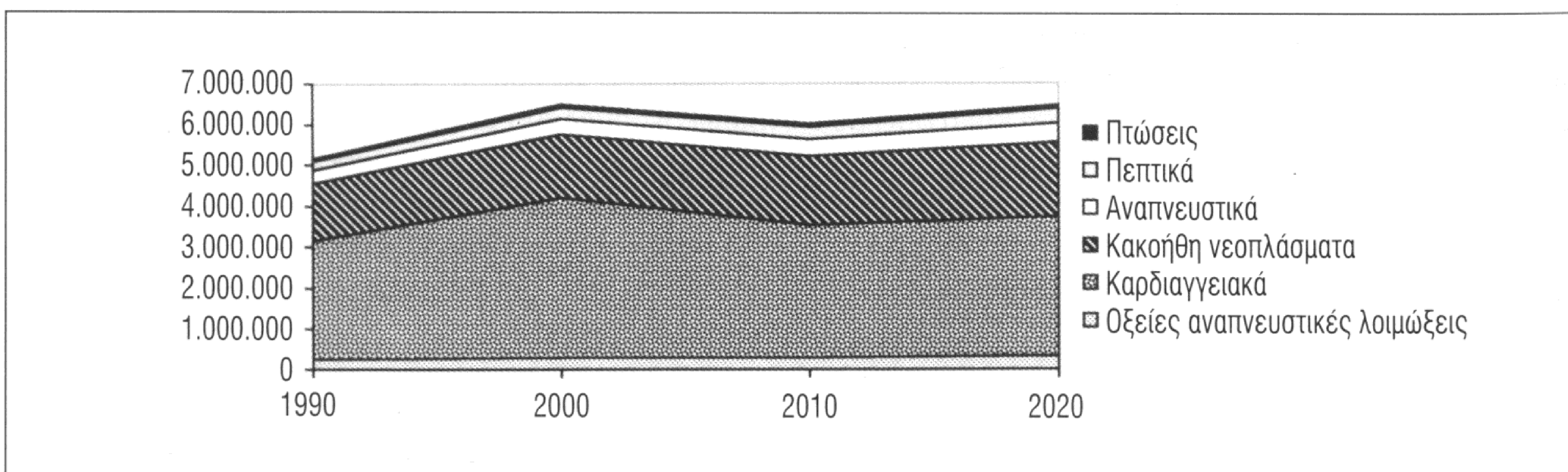
Θνησιμότητα

Η θνησιμότητα αποτέλεσε διαχρονικά τον πιο συχνά χρησιμοποιούμενο δείκτη –δεδομένου του υποχρεωτικού (μέσω νομοθεσίας) χαρακτήρα συλλογής των δεδομένων– για την απεικόνιση του ποσοστού των θανάτων αλλά και των αιτιών τους. Σύμφωνα με τα δεδομένα του Π.Ο.Υ., αναμένεται μια αύξηση των θανάτων των ηλικιωμένων την επόμενη εικοσαετία, με απόλυτη επικράτηση των μη μεταδοτικών νοσημάτων (Εικόνα 1).

Το 1990 (Εικόνα 2), η πρώτη αιτία θανάτου¹¹ –στις χώρες Εδραιωμένης Οικονομίας Αγοράς (Ε.Ο.Α.), στις



Εικόνα 1. Εξέλιξη των αιτιών θανάτου των ηλικιωμένων στις χώρες Ε.Ο.Α. από το 1990 μέχρι το 2020



Εικόνα 2. Εξέλιξη των κυριότερων αιτιών θανάτου των ηλικιωμένων στις χώρες Ε.Ο.Α. (1990-2020)

οποίες ανήκει και η Ελλάδα— των ηλικιωμένων στην κατηγορία των μεταδοτικών νοσημάτων ήταν οι οξείες λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος, που προκάλεσαν 255.000 θανάτους και το 2020 αναμένεται να προκαλέσουν 332.000 θανάτους.

Το 1990, τα καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν η πρώτη αιτία θανάτου μεταξύ όλων των νοσημάτων στους ηλικιωμένους των χωρών Ε.Ο.Α., καθώς ευθύνονταν για 2.899.000 θανάτους. Το 2001 αναμένεται να αυξηθούν απότομα, αγγίζοντας τους 3.915.000 θανάτους, ενώ το 2010 θα έχουν μια σχετική μείωση φτάνοντας στο 2020, οπότε και θα προκαλέσουν 3.399.000 θανάτους.

Τα κακοήθη νεοπλάσματα ήταν η δεύτερη αιτία θανάτου το 1990 και αναμένεται μια αύξηση κατά 33% μέχρι το 2020, εξακολουθώντας να διατηρούν τη δεύτερη θέση. Την πρώτη θέση μεταξύ των κακοήθων νεοπλασμάτων κατέχουν τα κακοήθη νεοπλάσματα της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα.

Τα αναπνευστικά νοσήματα¹² ήταν η τρίτη αιτία θανάτου το 1990 και αναμένεται μια αύξηση κατά 49% μέχρι το 2020. Την πρώτη θέση μεταξύ των αναπνευστικών νοσημάτων καταλαμβάνει η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια. Τα πεπτικά νοσήματα προκάλεσαν το 1990 232.000 θανάτους, μεταξύ των οποίων κυριότερη αιτία ήταν η κίρρωση του ήπατος. Μέχρι το έτος 2020, αναμένεται μια αύξηση της τάξης του 60%, με την κίρρωση του ήπατος να είναι η πρώτη αιτία θανάτου στην κατηγορία των πεπτικών νοσημάτων.

Οι κακώσεις³ αποτελούν μείζον πρόβλημα κακής υγείας, αλλά και αιτία θανάτου για τους ηλικιωμένους. Αρκεί να σκεφτούμε ότι το 1990 189.000 ηλικιωμένοι έχασαν τη ζωή τους εξαιτίας κάποιας εκούσιας ή ακούσιας κάκωσης. Πρώτη αιτία θανάτου μεταξύ των κακώσεων ήταν οι πτώσεις, υπεύθυνες για τον 1 στους 3 θανάτους από κάκωση. Μέχρι το 2020, αναμένουμε μια αύξηση κατά 30% της θνησιμότητας από τις πτώσεις, αφού θα είναι κύρια αιτία θανάτου για 72.000 ηλικιωμένους.

Ενας θάνατος αποτελεί αναμφίβολα ένα δραματικό γεγονός, αλλά δεν αποτελεί την καλύτερη πληροφορία για τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη προγραμμάτων υγειονομικών παρεμβάσεων με στόχο τη μείωση του βάρους που συνεπάγονται τα νοσήματα και οι κακώσεις. Ετσι, εκτός από τη θνησιμότητα αναπτύχθηκαν και άλλοι δείκτες υγείας που αντανakλούν την «πρόωρη θνησιμότητα» για κάθε αιτία θανάτου, όπως τα Χαμένα Χρόνια Ζωής λόγω πρόωρου θανάτου (Years of Life Lost).

Χαμένα Χρόνια Ζωής λόγω πρόωρου θανάτου (Years of Life Lost, YLL)

Ενας δείκτης που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του χαμένου χρόνου ζωής λόγω πρόωρου θανάτου είναι τα Χαμένα Χρόνια Ζωής, που σταθμίζει κάθε θάνατο με την ηλικία θανάτου. Στη μελέτη των Murray και Lopez¹¹, βρέθηκε ότι το 1990 χάθηκαν σε όλο τον κόσμο 907.000.000 χρόνια ζωής λόγω πρόωρου θανάτου, από τα οποία το 54% προερχόταν από τα μεταδοτικά νοσήματα, το 31% από τα μη μεταδοτικά νοσήματα και το υπόλοιπο 15% από τις κακώσεις (ακούσιες και εκούσιες).

Η πρόβλεψη είναι στη φύση του ερευνητή, που προσπαθεί να αποτυπώσει το μέλλον όπως αυτό διαμορφώνεται από την εξέλιξη των νοσημάτων. Ετσι, για το έτος 2020 προβλέπεται μια σταδιακή μείωση των Χαμένων Χρόνων Ζωής από 907.000.000 σε 859.000.000, δηλαδή μια μείωση κατά 49.000.000 Χαμένα Χρόνια Ζωής.

Αναλυτικότερα, το μέλλον επιφυλάσσει τα εξής:

- Μια μείωση στα Χαμένα Χρόνια Ζωής από τα μεταδοτικά νοσήματα κατά 50%, από 491.000.000 το 1990 σε 241.000.000 το 2020. Ετσι, ενώ το 1990 τα μεταδοτικά νοσήματα ευθύνονταν για το 54% των YLL σε όλο τον κόσμο, το 2020 θα ευθύνονται για το 28%.

- Μια αύξηση στα Χαμένα Χρόνια Ζωής από τα μη μεταδοτικά νοσήματα από το 30% που ήταν το 1990 σε 50% το 2020. Στους άνδρες, η αύξηση θα είναι από 153.000.000 σε 257.000.000, ενώ στις γυναίκες από 130.000.000 σε 167.000.000.

- Τα Χαμένα Χρόνια Ζωής από τις κακώσεις αναμένεται να αυξηθούν κατά 50% στους άνδρες και κατά 40% στις γυναίκες. Συνολικά, από το 15% το 1990 στο 23% το 2020.

Το 1990, η πρώτη αιτία των Χαμένων Χρόνων Ζωής σε όλο τον κόσμο ήταν οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού, με 108.600.000 χαμένα χρόνια ζωής. Η φυματίωση ήταν η 6η αιτία. Στον αναπτυγμένο κόσμο, οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού ήταν η 7η αιτία, με πρώτες αιτίες την ισχαιμική καρδιοπάθεια, τα αγγειακά εγκεφαλικά και τα τροχαία ατυχήματα. Στον αναπτυσσόμενο κόσμο, οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού ήταν η πρώτη αιτία και η φυματίωση η 5η.

Για το 2020, η εικόνα αλλάζει με εντυπωσιακό τρόπο, καθώς η πρώτη αιτία των Χαμένων Χρόνων Ζωής θα είναι η ισχαιμική καρδιοπάθεια, ενώ οι λοιμώξεις

του κατώτερου αναπνευστικού θα είναι η 4η αιτία, η φυματίωση η 5η, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια η 10η αιτία και τα νεοπλάσματα της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα η 12η.

Οι ηλικιωμένοι έχασαν το 1990 12.953.000 χρόνια ζωής εξαιτίας των μεταδοτικών νοσημάτων, 97.192.000 χρόνια ζωής εξαιτίας των μη μεταδοτικών νοσημάτων και 4.095.000 χρόνια ζωής εξαιτίας των κακώσεων. Η πρώτη αιτία Χαμένων Χρόνων Ζωής από τα μη μεταδοτικά νοσήματα –στους ηλικιωμένους– ήταν τα αναπνευστικά και από τα μεταδοτικά νοσήματα ήταν η φυματίωση¹⁰.

Δείκτες για τα μη θανατηφόρα αποτελέσματα φροντίδας Υγείας

Καθώς το προσδόκιμο ζωής συνέχεια αυξάνεται και τα χρόνια νοσήματα «εξαπλώνονται» με μεγάλη ταχύτητα, όσοι σχεδιάζουν την πολιτική Υγείας χρειάζονται περισσότερη πληροφόρηση για τα μη θανατηφόρα αποτελέσματα φροντίδας Υγείας (non-fatal health outcomes) και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Ένας τέτοιος δείκτης υγείας είναι τα Χρόνια Ζωής με Ανικανότητα (Years lived with disability) σταθμισμένα για τη σοβαρότητα της ανικανότητας.

Χρόνια Ζωής με Ανικανότητα (Years Lived with Disability, YLD)

Είναι γεγονός ότι ο ορισμός και η μέτρηση των μη θανατηφόρων αποτελεσμάτων υγείας είναι λιγότερο α-

κριβή σε σχέση με τη θνησιμότητα και αυτό συμβαίνει διότι, ενώ υπάρχουν δεδομένα για τον συνολικό αριθμό των θανάτων κατά ηλικία και φύλο για δεκαετίες, δεν υπήρξαν εκτιμήσεις του βάρους των νοσημάτων και των κακώσεων από μη θανατηφόρες καταστάσεις.

Το 1990, είχαμε συνολικά σε όλο τον κόσμο, και για τα δυο φύλα, 472.000.000 Χρόνια Ζωής με Ανικανότητα. Η πρώτη αιτία¹¹ των Χρόνων Ζωής με Ανικανότητα ήταν η μείζων κατάθλιψη σε ποσοστό 10,7% επί του συνόλου. Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια ήταν η 5η αιτία σε όλο τον κόσμο, με 14.692.000 Χρόνια Ζωής με Ανικανότητα, και η 4η αιτία στον αναπτυσσόμενο κόσμο.

Το πιο σημαντικό ίσως μήνυμα αυτού του δείκτη είναι ότι η πρώτη αιτία των Χρόνων Ζωής με Ανικανότητα ήταν τα νευροψυχιατρικά νοσήματα σε ποσοστό 47% επί του συνόλου στις Εδραιωμένες Οικονομίες της Αγοράς. Στην Εικόνα 3, παρουσιάζονται συγκριτικά η αναλογία των Χαμένων Χρόνων Ζωής λόγω πρόωρου θανάτου και των Χρόνων Ζωής με Ανικανότητα στους ηλικιωμένους το 1990.

Διαπιστώνουμε πως ο επιπολασμός της ανικανότητας είναι πολύ μεγάλος στους ηλικιωμένους, καθώς τα μη μεταδοτικά νοσήματα προκάλεσαν το 1990 9.554.000 Χρόνια Ζωής με Ανικανότητα.

Σε όλο τον κόσμο, τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την κυριότερη αιτία θανάτου και ανικανότητας στους ηλικιωμένους και όλοι συμφωνούν ότι υπάρχει η δυνατότητα πρόληψης και θεραπείας τους. Στον Πίνακα 5, παρουσιάζονται οι 9 κύριες αιτίες των YLDs σε όλο τον κόσμο και στους ηλικιωμένους το 1990, α-



Εικόνα 3. YLLs και YLDs στους ηλικιωμένους το 1990

Πίνακας 5.

Σύγκριση των κύριων αιτιών των YLDs σε όλο τον κόσμο το 1990

Κύριες αιτίες των YLDs σε όλες τις ηλικίες	Κύριες αιτίες των YLDs στους ηλικιωμένους
1. μείζων κατάθλιψη	1. χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια
2. σιδηροπενική αναιμία	2. άνοια
3. πτώσεις	3. καταρράκτης
4. υπερκατανάλωση αλκοόλ	4. ισχαιμική καρδιοπάθεια
5. χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	5. οστεοαρθρίτιδα
6. διπολικές διαταραχές	6. εγκεφαλικά
7. συγγενείς ανωμαλίες	7. μείζων κατάθλιψη
8. οστεοαρθρίτιδα	8. κίρρωση ήπατος
9. σχιζοφρένεια	9. καρκίνος στομάχου

πό όπου φαίνεται πόσο χρήσιμοι είναι οι δείκτες των μη θανατηφόρων αποτελεσμάτων υγείας στην ανάδειξη των προτεραιοτήτων σε κάθε ηλικιακή ομάδα, αλλά και σε κάθε περιοχή του κόσμου.

Ετσι, στις Εδραιωμένες Οικονομίες της Αγοράς, η πρώτη αιτία των Χρόνων Ζωής με Ανικανότητα, το 1990, στους ηλικιωμένους ήταν τα νευροψυχιατρικά νοσήματα (άνοια, κατάθλιψη) με 2.901.000 YLDs¹³. Ακολουθούν τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα αναπνευστικά νοσήματα, τα μυοσκελετικά, τα πεπτικά, ο σακχαρώδης διαβήτης, τα τροχαία ατυχήματα και τα νοσήματα του ουρογεννητικού συστήματος.

Σταθμισμένα Χρόνια Ζωής με Ανικανότητα (Disability Adjusted Life Years, DALYs)

Σήμερα, εκδηλώνεται ένα αυξημένο ενδιαφέρον για τη διαμόρφωση δεικτών υγείας που να ενσωματώνουν δεδομένα για τη θνησιμότητα, για τη νοσηρότητα και την ποιότητα ζωής, προκειμένου να απεικονίσουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Κάποιοι σύνθετοι δείκτες που υπολογίζουν τα ισοδύναμα χρόνια ζωής με καλή υγεία έχουν ήδη χρησιμοποιηθεί από τον Ο.Ο.Σ.Α., όπως τα προσδόκιμα υγείας και τα Σταθμισμένα Χρόνια Ζωής με Ανικανότητα. Κάθε δείκτης βασίζεται σε διαφορετικά δεδομένα νοσηρότητας. Τέτοιοι σύνθετοι δείκτες υγείας είναι τα προσδόκιμα υγείας¹⁴:

- Προσδόκιμο Ζωής με Υγεία (HLE).

- Προσδόκιμο Ζωής χωρίς Ανικανότητα (DFLE).
- Σταθμισμένα Χρόνια Ζωής με Ανικανότητα (DALYs).

Τα DALYs αποτελούν το άθροισμα των Χαμένων Χρόνων Ζωής λόγω πρόωρου θανάτου (YLL) και των Χρόνων Ζωής με Ανικανότητα (YLDs), σταθμισμένα για τη σοβαρότητα της ανικανότητας. Ένα DALY είναι ένα χαμένο έτος ζωής με υγεία. Τι εννοούμε όμως πρόωρο θάνατο και τι βάρος της νόσου;

Πρόωρος θάνατος³ είναι αυτός που εμφανίζεται πριν από την ηλικία στην οποία το άτομο που πέθανε περιμέναμε να ζήσει. Το άτομο αυτό μπορεί να είναι μέλος ενός σταθμισμένου πληθυσμού, με προσδόκιμο ζωής ίσο με του μακροβιότερου πληθυσμού, της Ιαπωνίας.

Το βάρος της νόσου³ είναι η διαφορά μεταξύ του τρέχοντος επιπέδου υγείας του πληθυσμού και κάποιου μοντέλου αναφοράς.

Όπως φαίνεται και στην Εικόνα 4, την επόμενη εικοσαετία θα συμβούν σημαντικές αλλαγές στην επιδημιολογική εξέλιξη των νοσημάτων και των κακώσεων, όπως αυτή εκφράζεται μέσα από τα DALYs. Ετσι, μέχρι το 2010 αναμένεται μια αύξηση του βάρους των νοσημάτων και των κακώσεων, με απόλυτη επικράτηση των μη μεταδοτικών νοσημάτων, που θα ευθύνονται για τα 9,4 από τα 10 DALYs. Το 2020, αναμένεται μια μείωση στον συνολικό αριθμό των DALYs, με τα μεταδοτικά νοσήματα να ευθύνονται για τα 9,21 από τα 10 DALYs.

Στην Εικόνα 5 απεικονίζεται η διαχρονική εξέλιξη του βάρους των μη μεταδοτικών νοσημάτων και των ο-

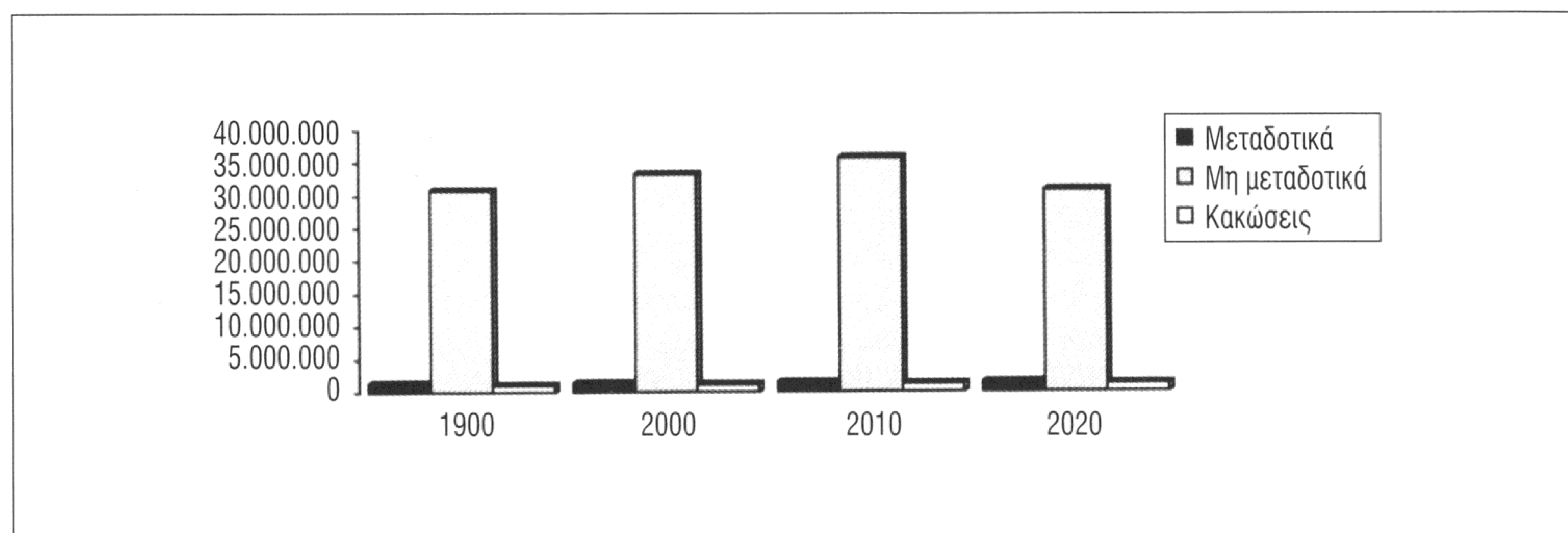
ξέων αναπνευστικών λοιμώξεων στους ηλικιωμένους. Διαπιστώνουμε ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρώτη αιτία του βάρους των μη μεταδοτικών νοσημάτων με σταθερά αύξουσα πορεία.

Ακολουθούν τα νευροψυχιατρικά νοσήματα (άνοια, κατάθλιψη), τα κακοήθη νεοπλάσματα (με πρώτα τα νεοπλάσματα της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα), τα αναπνευστικά νοσήματα (χρόνια αποφρακτι-

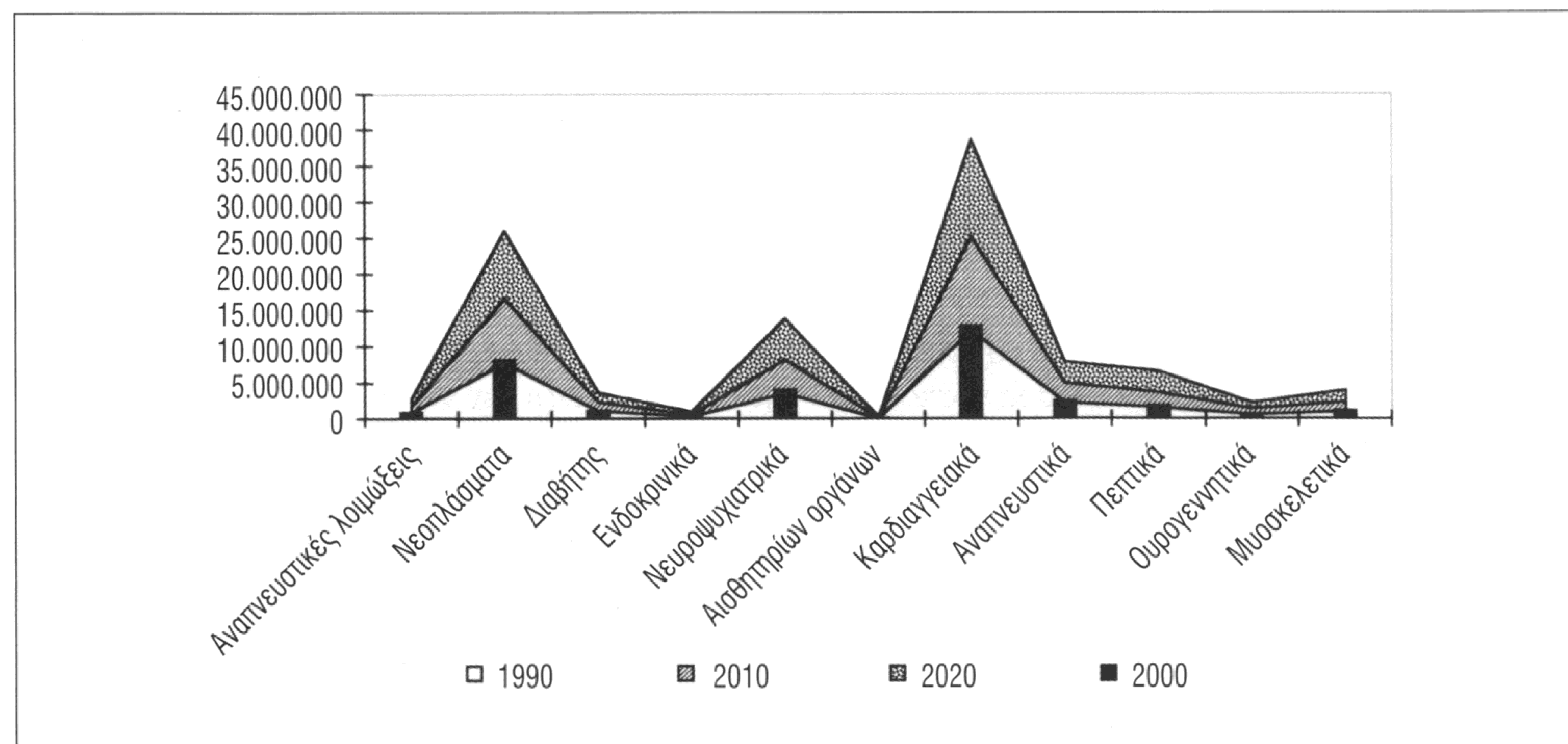
κή πνευμονοπάθεια) και τα πεπτικά νοσήματα (καρκίνος στομάχου).

Επίλογος

Η παρούσα ευρεία ανασκόπηση που περιλάμβανε και τη συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων του Π.Ο.Υ. είχε ως στόχο αφενός μεν την παρουσίαση των



Εικόνα 4. Εξέλιξη των DALYs στους ηλικιωμένους (1990-2020)



Εικόνα 5. Εξέλιξη των DALYs από τα μη μεταδοτικά νοσήματα στους ηλικιωμένους (1990-2020)

βασικών δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας στους ηλικιωμένους και αφετέρου τον προβληματισμό όλων σχετικά με την ποιότητα και τη δυνητική χρησιμότητα των πληροφοριών που δίνουν οι δείκτες.

Ετσι, τα προσδόκιμα ζωής των χωρών μας στέλλουν το μήνυμα της γήρανσης του πληθυσμού και την ίδια στιγμή περιγράφουν το «Σισύφειο μαρτύριο»* που περνά ο αναπτυσσόμενος κόσμος. Για πολλούς, η παράταση της ζωής μοιάζει περισσότερο με τιμωρία παρά με δώρο.

Ετσι, ένας επιβάτης της πτήσης από την Ιαπωνία στην Ουγκάντα αφήνει μια χώρα με το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής –83 χρόνια– και προσγειώνεται σε

μια χώρα με προσδόκιμο ζωής 42 χρόνια, κάτι που πρακτικά σημαίνει ότι ο Ιάπωνας ζει 2 φορές περισσότερο. Αυτή η ανισότητα εκδηλώνεται ακόμη και ανάμεσα στις πληθυσμιακές ομάδες χωρών του αναπτυγμένου κόσμου. Ενδεικτικό είναι ότι στις Η.Π.Α. η διαφορά στο προσδόκιμο ζωής¹⁵ μεταξύ των γυναικών στη Μινεσότα και στη Βόρεια Ντακότα αγγίζει τα 22 χρόνια. Είναι πρόδηλο, λοιπόν, ότι χρειαζόμαστε σύνθετους δείκτες υγείας που θα αντανakλούν τον αντίκτυπο των παρεμβάσεών μας στο βάρος των νοσημάτων και θα αναδεικνύουν τις ανισότητες στην υγεία αλλά και στη χρηματοδότηση της έρευνας για συγκεκριμένα νοσήματα.

Όπως και να έχει, οι δείκτες υγείας αποκαλύπτουν μια πραγματικότητα που μπορεί όμως να ξεπεραστεί εάν σχεδιάσουμε την πολιτική Υγείας για τους ηλικιωμένους με τρόπο αποτελεσματικό και αποδοτικό, έχοντας υπόψη μας τη λατινική ρήση: Si velis, possis (Εάν θέλεις, μπορείς).

* Ο Σίσυφος, βασιλιάς της Κορίνθου, καταδικάστηκε από τους θεούς του Αδη να ανεβάσει ένα βράχο στην κορυφή κάποιου βουνού και, λίγο πριν φτάσει, ο βράχος κυλούσε προς τα πίσω.

Βιβλιογραφία

1. Burggraf V, Stanley M. Nursing the elderly. A care plan approach. J.B.Lippincott Company, 1989.
2. United Nations Population Division. World population prospects: the 1998 revision. New York, United Nations, 1998.
3. Ραφτόπουλος Βασίλειος. Χρόνια Ζωής Σταθμισμένα για Ανικανότητα: ένας δείκτης για τη διαμόρφωση πολιτικής Υγείας. Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Νοσηλευτικής. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, 1999.
4. World Almanac. Bureau of Census Department of Commerce US, 1999.
5. Tester. Community care for older people in Europe. Macmillan, Basingstoke, 1996.
6. Crosby G. The European Directory of older age. Center for Policy on Ageing, London, 1996.
7. The world health report 1998 - Life in the 21st century: A vision for all. Geneva, World Health Organization, 1998.
8. United Nations Population Division. World Population Prospects: The 1998 Revision, 1998.
9. Bos et al. World population projections. Estimates and projections with related demographic statistics, 1994-95. Washington, DC: World Bank, 1994.
10. Arber S & Ginn J. Gender and later life - a sociological analysis of resources and constraints. London: Sage, 1991.
11. Murray CJL, Lopez AD (eds). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and The World Bank, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).
12. Raftopoulos B, Theodosopoulou E, Nikolaou M, Kotrotsiou E, Papathanasiou E, Konstadinou E. The Global Burden of Respiratory Diseases. 3rd Mediterranean Congress on Thoracic Diseases. Nov. 1-4 2000. Crete.
13. Ραφτόπουλος Β. Το βάρος των νοσημάτων στην τρίτη ηλικία. 6ο Πανελλήνιο Συνέδριο Γeronτολογίας-Γηριατρικής, 2000.
14. Reseau Esperance de Vie en Sante. Statistical world yearbook. Retrospective 1993 issues. Montpellier, INSERM, 1993.
15. Murray CJL et al. US patterns of mortality by county and race: 1965-1994. Cambridge MA, Harvard Centre, 1996.

Υποβλήθηκε για δημοσίευση 22/3/2001