



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***«Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19 ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΑΧΑΪΑΣ»***

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ Β. ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ

A.M: 3032202001318

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

M. ΚΟΝΤΟΥΛΗ –ΓΕΙΤΟΝΑ

Δ. ΛΑΤΣΟΥ

A. ΤΟΣΚΑ

ΚΟΡΙΝΘΟΣ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2022

Copyright© Ελευθερία Πετροπούλου, 2022.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, η αποθήκευση και η διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, η αποθήκευση και η διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τη συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τη συγγραφέα και μόνο.

Πρόλογος & Ευχαριστίες

Η παρούσα έρευνα αποτελεί συγκερασμό και επιστέγασμα των προσωπικών γνώσεων, των εμπειριών και των ενδιαφερόντων μου, τα οποία αφειδώς εμπλούτισαν ακαδημαϊκά όλοι οι καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος της Κοινωνικής Πολιτικής και της κατεύθυνσης «Οικονομία, Διοίκηση και Πολιτική της Υγείας», εμπνέοντάς με παράλληλα γόνιμα και δημιουργικά.

Όλως ιδιαιτέρως όμως και τιμητικώς αναφέρομαι στη Δρ. Μαίρη Γείτονα, στη Δρ. Δήμητρα Λατσού και στην Δρ. Αικατερίνη Τόσκα, οι οποίες με την αμέριστη, τη σχολαστική και την καθ' όλα επαγγελματική συμπαράστασή τους με συνέδραμαν ως τώρα συστηματικά και προνοητικά και εξακολουθούν να με ωθούν σε ακόμα πιο απαιτητικά και διεπιστημονικά επίπεδα, καταδεικνύοντάς μου την ανάγκη για εδραίωση, διεύρυνση και εμπλουτισμό των έως εδώ κατεκτημένων γνώσεων και ικανοτήτων μου.

Επιπροσθέτως, για την έκτακτη συνδρομή του στην υλοποίηση του οράματός μου και για την εμπιστοσύνη που επέδειξε προς το πρόσωπό μου, οφείλω να εκφράσω την αμέριστη ευγνωμοσύνη μου προς το Κοινωφελές Ίδρυμα Ιωάννη Σ. Λάτση, καθόσον μου ενέκρινε πλήρη υποτροφία επί των διδάκτρων του παρόντος Μεταπτυχιακού Προγράμματος. Η συμβολή του υπήρξε όντως πολύτιμη και καθοριστική!

Ωστόσο, είναι δέον να αναφερθώ και στους δύο πολυμαθείς γονείς μου, γιατί εκτός του ότι μου κατέδειξαν από νωρίς τις τεχνικές της μελέτης, μου δίδαξαν πρώτα-πρώτα οι ίδιοι, θυσιαστικά, πως η προσωπική εξέλιξη και ανέλιξη αξίζει όταν ωφελεί αποκλειστικά και μόνον τον Άνθρωπο. Επίσης, ευχαριστώ και τα τρία μου αδέλφια διότι η πολυπραγμοσύνη του καθενός αποτελεί πάντοτε ερέθισμα και αιτία διαπλάτυνσης της προσωπικής αναζήτησης και του γνωσιακού μου κόσμου.

Αδήριτη αισθάνομαι ακόμη την ανάγκη να ευχαριστήσω τον παππού και τη γιαγιά μου π. Ιωάννη και πρεσβ. Ελευθερία, τις γιαγιάδες μου Εμμέλεια και Νότα, τον θείο μου Νίκο και τη θεία μου Βούλα, οι οποίοι επέδρασαν καθοριστικά στη ζωή μου, καθώς η δική τους ύπαρξη, φροντίδα, στήριξη και αδόλευτη αγάπη με έκαναν να συνδεθώ από νωρίς, βαθιά και άρρηκτα, με την τρίτη και τέταρτη ηλικία.

Επιπλέον, ευχαριστώ θερμά τους πολυσέβαστους εργοδότες μου, που με εμπιστεύτηκαν ως άνθρωπο και ως νοσηλεύτρια στο πρώτο μου μεγάλο επαγγελματικό βήμα στη «Μ.Φ.Η-Μ.Κ. Αγάπης Μέλαθρον “ο Άγιος Χαράλαμπος” εν Αιγίω», τους διευθυντές του ευαίσθητου αυτού χώρου, των οποίων οι συμβουλές και οι προτροπές με καθιέρωσαν σε τόσο νεαρή ηλικία ως Προϊσταμένη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του, τους φιλότιμους και τόσο ξεχωριστούς συναδέλφους μου όλων των ειδικοτήτων, με τους οποίους η συνεργασία μας υπήρξε τέτοια, ώστε η πανδημία του Covid-19 να μας ενώσει ψυχικά και να μας ενδυναμώσει ως επαγγελματίες υγείας και ως προσωπικότητες και ασφαλώς, τους εξωτερικούς συνεργάτες του φορέα που μου εδραίωσαν την εξωστρέφεια και την καινοτόμα αντίληψη. Όλοι τους, ο καθένας και η καθεμία τους, ξεχωριστά μα και συμπληρωματικά, συνέβαλαν ουσιαστικά και καταλυτικά στη διαμόρφωση της έως τώρα πορείας μου.

Αποδέκτες όμως της ειλικρινούς ευγνωμοσύνης μου αποτελούν και οι πενήντα δύο παππούδες και γιαγιάδες, οι τυπικά «ωφελούμενοι» του φορέα εργασίας μου, που σε κάθε δευτερόλεπτο της κοινής μας ζωής καθιστούν το προσωπικό της δομής μας κοινωνό στα αστεία και στις έννοιες τους, στη χαρά και στη λύπη τους, στα «παιχνίδια» και στις αγωνίες τους. Είναι αυτοί που αποδεικνύουν καθημερινά, και σε όλους, πως διαθέτουν γνήσια σοφία, πολυσχιδή εμπειρία και ικανότητα, παρά την ηλικία και τις ασθένειές τους, περίσσειμα ζωτικότητας και αγάπης.

Η δυναμική τους επίδραση στις προσπάθειες και στις επιλογές μου παραμένει ασύγκριτη. Όταν κάθε φορά η προσφορά μου προς αυτούς ακολουθείται από ένα εγκάρδιο και θερμό «Ευχαριστώ», αναγνωρίζω πως πρόκειται για μία λέξη που εκφράζει και περικλείει την ανακούφιση από τον πόνο, την ψυχική και σωματική ανάταση και την ελπίδα και τη θαλπωρή που ενδόμυχα αναζητούν, είτε βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους, είτε όχι. Αυταπόδεικτα λοιπόν αποτελούν μία ακόμη κινητήριο δύναμη στην προσπάθειά μου να προσεγγίσω διεξοδικότερα και αποτελεσματικότερα τη φροντίδα τους.

Σε ΟΛΟΥΣ εσάς λοιπόν που προανέφερα αφιερώνεται η εργασία και ο μόχθος μου, ως αποτέλεσμα της συμβουλευτικής και υποστηρικτικής δράσης σας και του διαμοιρασμού των κοινών μας σκέψεων, διεργασιών και συναισθημάτων.

Θα σας ευγνωμονώ πάντα!

Πίνακας περιεχομένων

Πρόλογος & Ευχαριστίες	2
Περίληψη.....	6
Abstract	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	10
Εισαγωγή.....	10
Κεφάλαιο 1 ^ο : Η Παθοφυσιολογία των Ηλικιωμένων	13
1.1 Η Ευπάθεια των Ηλικιωμένων (<i>Frailty</i>)	13
1.2 Οι Συννοσηρότητες Χρονίων Νοσημάτων	20
1.3 Η Μη-Αυτοεξυπηρέτηση.....	23
Κεφάλαιο 2 ^ο : Ο Covid-19 ως Επιβαρυντικός Παράγων στην Παθοφυσιολογία και στην Καθημερινότητα των Ηλικιωμένων	25
2.1 Η Κυτταρική Γήρανση και ο Αυξημένος Κίνδυνος Νόσησης από τον SARS-CoV-2....	25
2.2 Οι Μακροχρόνιες Επιπτώσεις του SARS-CoV-2 και οι Απαιτήσεις της Διαχείρισης Ασθενών με <i>Long-Covid Syndrome</i>	28
2.3 Οι Δυσκολίες στην Πρόσβαση και στη Χρήση της Τηλεϊατρικής & Τηλεσυμβουλευτικής	29
Κεφάλαιο 3 ^ο : Η Επιδημιολογία του SARS-CoV-2 στους Ωφελούμενους των Μ.Φ.Η. ...	32
3.1 Διεθνή Στοιχεία Επίπτωσης του SARS-CoV-2	32
3.2 Ελληνικά Στοιχεία Επίπτωσης του SARS-CoV-2	33
3.3 Δείκτες Συσχετισμού της Πανδημίας Covid-19 και των Ηλικιωμένων.....	34
Κεφάλαιο 4 ^ο : Μέτρα Περιορισμού Διασποράς του SARS-CoV-2 στις Μ.Φ.Η.....	37
4.1 Τα Μέτρα και Διατάξεις για τον Περιορισμό της Διασποράς του Covid-19 στην Ελλάδα: ΦΕΚ, Κ.Υ.Α. και Οδηγοί Ορθής Λειτουργίας 2020-2021.	37
Κεφάλαιο 5 ^ο : Οι Προκλήσεις που Δημιούργησε η Πανδημία στη Διαχείριση των Μ.Φ.Η.	48
5.1 Το Στοιχείο του Αιφνιδιασμού και η Προετοιμασία των Δομών έναντι των Κρίσεων .	48
5.2 Ο Έλεγχος των Λοιμώξεων στις Μ.Φ.Η.	49
5.3 Η Οικονομική Επιβάρυνση των Μ.Φ.Η.	51
5.4 Η Πρόκληση στη Διαχείριση και στη Νοσηλεία Κρουσμάτων	53
5.5 Οι Αλλαγές στο Καθημερινό Συνεχές των Ωφελουμένων των Μ.Φ.Η.	54
5.6 Η Ψυχοσυναισθηματική Επιβάρυνση των Εργαζομένων λόγω Covid-19	56
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	58
Κεφάλαιο 6 ^ο : Σκοπός και Μεθοδολογία Έρευνας	58
6.1 Σκοπός της Έρευνας	58
6.2 Ερευνητικά Ερωτήματα.....	58
6.3 Μεθοδολογία Έρευνας	59

6.4 Ερευνητικά Εργαλεία	59
Α. Ερωτηματολόγιο 1 ^ο : «Ταυτότητες των Μ.Φ.Η. του Νομού Αχαΐας και οι Επιπτώσεις της Πανδημίας σε Αυτές»	60
Β. Ερωτηματολόγιο 2 ^ο : «Ο φόβος του Προσωπικού των Μ.Φ.Η. Απέναντι στην Πανδημία».....	61
6.5 Δείγμα και Συλλογή Δεδομένων	62
6.6 Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων	63
Κεφάλαιο 7 ^ο : Αποτελέσματα Έρευνας.....	64
7.1 Τελικό Δείγμα Συμμετεχόντων Φορέων και τα Χαρακτηριστικά τους.....	64
7.2 Έλεγχος Λοιμώξεων στις Μ.Φ.Η. του Νομού Αχαΐας	67
7.3 Αξιολόγηση των Μέτρων Περιορισμού του SARS-CoV-2.....	69
7.4 Αλλαγές στο Καθημερινό Συνεχές των Ωφελουμένων στις Μ.Φ.Η.....	71
7.5 Η Διαχείριση των Κρουσμάτων Covid-19 στις Μ.Φ.Η.....	73
7.6 Ανεπάρκειες και Ελλείψεις των Μ.Φ.Η. κατά τη διάρκεια της Πανδημίας	75
7.7 Στάσεις του Προσωπικού κατά τη Διάρκεια της Πανδημίας	77
7.8 Συνεργασία με Κρατικούς Μηχανισμούς.....	78
7.9 Αποτύπωση των Μεταβολών στα οικονομικά Στοιχεία των Μ.Φ.Η.	79
7.10 Μαθήματα των Μ.Φ.Η από την Πανδημία	82
7.11 Ο Φόβος του Προσωπικού απέναντι στην Πανδημία: Ανάλυση Ερωτηματολογίου ..	85
7.11.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος	86
7.11.2 Ανάλυση FCV-19S (Φόβος για τον Covid-19).....	88
7.11.3 Ανάλυση GAD-7 (Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή)	89
7.11.4 Ανάλυση PHQ-9 (Κατάθλιψη)	89
7.11.5 Απάντηση Ερευνητικών Ερωτημάτων.....	91
Κεφάλαιο 8 ^ο : Συζήτηση, Συμπεράσματα, Προτάσεις, Αναστοχασμός και Περιορισμοί επί της Μελέτης.....	99
8.1 Συζήτηση	99
8.2 Συμπεράσματα.....	102
8.3 Προτάσεις	103
8.4 Αναστοχασμός και Περιορισμοί της Μελέτης	104
Βιβλιογραφία.....	108

Περίληψη

Εισαγωγή: Η πανδημία Covid-19 έχει πολύπλευρα επηρεάσει ανθρώπους και οργανισμούς. Οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων δε θα μπορούσαν να αποτελούν εξαίρεση, καθώς βρέθηκαν αντιμέτωπες και με ελλείψεις, αλλά και με ευκαιρίες που η πανδημία τους προσέφερε. Οι αλλαγές στο καθημερινό συνεχές της λειτουργίας τους και της φροντίδας των ωφελουμένων τους ήταν αυτονόητες, αφού ο αιφνιδιασμός της πανδημίας, ως γεγονός απειλητικό προς τη δημόσια υγεία, οδήγησε στην απολυτότητα της τήρησης μέτρων προστασίας κατά της διασποράς του ιού και στην υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού. Όλα αυτά είχαν ως αποτέλεσμα την εμφάνιση αισθημάτων φόβου στην καθημερινή ζωή και εν γένει επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των εργαζομένων στις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.).

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η παρουσίαση όλων των μεταβολών στη διοικητική και διαχειριστική καθημερινότητα των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων του Νομού Αχαΐας, όπως αυτές προέκυψαν από την πανδημία Covid-19. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην απόλυτη ανάγκη για προστασία των ωφελουμένων πληθυσμών τους και στην ευημερία και ευψυχία των εργαζομένων τους.

Μεθοδολογία: Για την επίτευξη του παραπάνω σκοπού και της απάντησης 14 σχετικών ερευνητικών ερωτημάτων ακολουθήθηκε μικτή ερευνητική διαδικασία, με εκπόνηση τόσο πρωτογενούς, με τη μορφή της ποσοτικής έρευνας, όσο και δευτερογενούς έρευνας με τη μορφή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Για την πραγματοποίηση της πρωτογενούς έρευνας χρησιμοποιήθηκαν δύο (2) αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια. Το πρώτο απευθύνεται στους ιθύνοντες των Μ.Φ.Η. του Νομού και δημιουργήθηκε με σκοπό την αναζήτηση των επιπτώσεων της πανδημίας Covid-19 στην πολύπλευρη καθημερινότητα στους φορείς αυτούς. Το δεύτερο απευθύνεται στο σύνολο των εργαζομένων των Μ.Φ.Η. και στοχεύει στην αναγνώριση των επιπέδων φόβου, άγχους και κατάθλιψης που σχετίζονται με τον Covid-19.

Αποτελέσματα: Από τις 7 Μ.Φ.Η. του Νομού μόνο 3 επέλεξαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Από τις 3 δομές ένα σύνολο (N=120) εργαζομένων συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο που αφορούσε τα επίπεδα φόβου, άγχους και κατάθλιψης που σχετίζονται με την πανδημία. Η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες

(71%), με το 29% να αποτελείται από άνδρες. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες, μέλη του προσωπικού των Μ.Φ.Η., είχαν ηλικία από 31 έως 50 ετών (67%). Ένας στους τέσσερεις συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (25%). Το 39% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Το 37.5% του προσωπικού που έλαβε μέρος στη μελέτη ήταν νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών. Το δείγμα είχε ένα μεσαίο επίπεδο φόβου για την πανδημία Covid-19, και οι συμμετέχοντες συμφωνούσαν ότι ένιωθαν ανασφάλεια για τον κορωνοϊό, διαφωνούσαν όμως ότι είχαν προβλήματα ύπνου ή ότι ίδρωναν τα χέρια τους επειδή ανησυχούσαν για την πιθανότητα προσβολής τους από τον κορωνοϊό. Επιπλέον, ο φόβος για την πανδημία Covid-19 είχε στατιστικά σημαντική και ισχυρή θετική συσχέτιση με τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ($r_{ho} = 0.72, p < 0.01$) και με την κατάθλιψη ($r_{ho} = 0.52, p < 0.01$). Ο φόβος της πανδημίας αποτελούσε στατιστικά σημαντική προβλεπτική μεταβλητή της δριμύτητας της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, όπου η αύξηση κατά μία μονάδα στον φόβο για την πανδημία ανταποκρινόταν σε μία μεγάλη αύξηση κατά 0.71 μονάδες στο επίπεδο άγχους, ενώ αντίστοιχα η αύξηση μίας μονάδας στον φόβο της πανδημίας ανταποκρινόταν σε μία μεγάλη αύξηση κατά 0.60 μονάδες στη δριμύτητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης.

Συμπεράσματα: Επιβεβαιώνονται και με ελληνικά πλέον δεδομένα ότι οι ηλικιωμένοι, ως πληθυσμός ευπαθής, με αρκετά μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα και που δεν έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες τηλεϊατρικής, επιβαρύνθηκε πολύ από τον Covid-19. Τα οξέα περιστατικά νόσησης, το long- και το post-Covid σύνδρομο είναι αποτέλεσμα της επίπτωσης του ιού στα άτομα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας, όπως αποδεικνύεται και από το πλήθος των επιδημιολογικών δεικτών που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας για τη μέτρηση των επιπλοκών της νόσου στους ηλικιωμένους. Ταυτόχρονα, ο φόβος, το άγχος και η κατάθλιψη που συνοδεύουν την πανδημία Covid-19 είναι μέρος της πραγματικότητας των εργαζομένων σε Μ.Φ.Η. Η αναγνώριση των στοιχείων των ωφελούμενων πληθυσμών και οι δυνατότητες που κρίσεις, όπως η πανδημία, μπορούν να επιφέρουν είναι αυτό που τελικά μετράει στη θέσπιση μακροπρόθεσμων στόχων βιώσιμης ανάπτυξης και στην πρόσθεση αξίας στις παρεχόμενες υπηρεσίες των Μ.Φ.Η.

Λέξεις Κλειδιά: Δευτεροβάθμια Περίθαλψη, Covid-19, Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, Φόβος, Πανδημία, Νομός Αχαΐας

Abstract

Introduction: The Covid-19 pandemic has affected people and organizations multispectrively. The Elderly Care Units could not be exceptions, as they were faced with deficiencies in their sources and also opportunities offered by the pandemic. The changes in the daily continuum of their operations and the day-to-day care of their beneficiaries were self-evident since the pandemic, as a sudden threat to public health, resulting in the absolute observance of protection measures against the spread of the virus and the obligation of vaccination. All these consequenced the appearance of Covid-19-related fear and became a burden on the mental health of employees of E.C.U.s

Purpose: The purpose of this research is to present all the changes in the administrative and operational daily life of the Elderly Care Units of the Prefecture of Achaia, as they emerged from the Covid-19 pandemic. Particular emphasis is placed on the absolute need to protect their beneficiary populations and on the well-being of their employees.

Methodology: In order to achieve the aforementioned purpose and to answer 14 relevant research questions, a mixed research process was followed, by conducting both primary research, in the form of quantitative research, and secondary research, in the form of literature review. Two (2) self-administered questionnaires were also prepared to conduct the primary research. The first was addressed by the ECU's managers of the Prefecture and was created to identify the effects of the Covid-19 pandemic on the multifaceted daily life of these entities. The second was addressed by all the employees of the ECUs, aiming to identify their fear, anxiety, and depression level, related to Covid-19.

Results: The vast majority of the sample were women (71%), with 29% being men. Most of the participants, members of the ECU staff, were aged from 31 to 50 years (67%). One in four participants were high school graduates (25%). 39% were graduates of higher education. 37.5% of the staff who participated in the study were nurses and nursing assistants. The sample had a moderate level of fear of the Covid-19 pandemic, and agreed that they felt insecure about the coronavirus, but disagreed that they had trouble sleeping or sweating their hands because they were worried about being infected with the coronavirus. In addition, fear of the Covid-19 pandemic was statistically

significant and strongly correlated with a generalized anxiety disorder ($\rho = 0.72$, $p < 0.01$) and depression ($\rho = 0.52$, $p < 0.01$). a statistically significant predictor of the severity of generalized anxiety disorder, where a one-unit increase in pandemic fear corresponded to a large 0.71-point increase in anxiety level, while a one-unit increase in pandemic fears corresponded to a large increase in pandemic fear. 0.60 points in the severity of depressive symptoms.

Conclusions: It is also confirmed by Greek data that the elderly, as a frail population, with several individuals with a lack of self-care and limited access to telemedicine services, were heavily affected by Covid-19. Acute cases of the disease, long- and post-Covid syndromes are the result of the virus's impact on the elderly of the third and fourth age, as evidenced by the number of epidemiological indexes utilized during the pandemic to measure the disease's complications upon the elderly. Simultaneously, the fear, anxiety, and depression that accompany the Covid-19 pandemic are part of the reality of ECU workers. Recognizing the characteristics of the beneficiary populations and the possibilities that crises, such as the pandemic, can bring is what ultimately counts in the establishment of long-term goals of sustainable development for the ECUs to eventually add value to their provided services.

Keywords: Secondary Care, Covid-19, Elderly Care Units, Fear, Pandemic, Prefecture of Achaia

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Από την αρχή της γνωστοποίησης της ύπαρξης του Covid-19 και της διασποράς του, ήδη από τις 26 Φεβρουαρίου 2020 στην Ελλάδα (Moris & Schizas, 2020), οι διοικήσεις των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) ανά την ελληνική επικράτεια, κλήθηκαν, τόσο αυτοβούλως όσο και με τις υποδείξεις του αρμόδιου κρατικού μηχανισμού, να θωρακίσουν τους ευαίσθητους πληθυσμούς της τρίτης και τέταρτης ηλικίας που φιλοξενούν. Στην παρούσα χρονική περίοδο, κατά το τέταρτο πανδημικό κύμα στη χώρα μας, είναι δεδομένο ότι τα άτομα άνω των 65 ετών, λόγω της κυτταρικής γήρανσης (D'ascanio et al., 2021), της συννοσηρότητας χρονίων νοσημάτων (Laires et al., 2021), αλλά και της εν γένει ευπάθειάς τους (Zhang et al., 2021) αποτελούν τον πλέον ευάλωτο πληθυσμό για νόσηση με εντονότερα συμπτώματα ή/και νοσηλεία από τον νέο κορονοϊό. Αναλογικά δε αυξάνονται και οι πιθανότητες η νόσησή τους να οδηγήσει σε long Covid syndrome (Sathyamurthy et al., 2021)

Όμως, τα παραπάνω δεδομένα αποτελούν απόσταγμα των τελευταίων μηνών της πανδημίας και αρκετά είναι τα σημεία που αξίζουν παρουσίασης, ώστε να γίνει κατανοητή η πορεία της διαχείρισης της πανδημίας από τις διοικήσεις των Μ.Φ.Η.

Σε μία πρωτόγνωρη για τον σύγχρονο κόσμο υγειονομική απειλή, τα συστήματα υγείας σε όλον τον κόσμο βρέθηκαν εκτεθειμένα στις μόνιμες ελλείψεις σε προσωπικό, σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και σε συστήματα τηλεϊατρικής, μη έχοντας προηγουμένως πραγματοποιήσει crush tests, μέσα από τα οποία θα μπορούσαν να αξιολογήσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Στην Ελλάδα, η μη πλήρης στελέχωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (European Commission, 2020), η απουσία προβλεπτικών μηχανισμών έναντι βιολογικών απειλών και η υποτίμηση των πολιτικών και των βασικών αρχών της δημόσιας υγείας (Κυριόπουλος & Σουλιώτης, 2021), επέφεραν μοιραία και την άμεση διασπορά και επικράτηση του ιού. Εκτεθειμένες βρέθηκαν και οι Μ.Φ.Η., οι οποίες βρίσκονταν μετέωρες ακόμα και πριν την πανδημία, η οποία τελικά και κατέδειξε τα τραγικά προβλήματα και τις παραλείψεις του κλάδου. Η διαχείριση της πανδημίας διέφερε αρχικά μεταξύ των φορέων φροντίδας, καθώς οι Μ.Φ.Η. προφανώς διαθέτουν μια ετερογένεια και ως προς

τα περιστατικά που νοσηλεύουν και ως προς τον τύπο τους, αφού είτε είναι μικρές και μικρομεσαίες επιχειρήσεις παροχής φροντίδας σε ηλικιωμένους είτε πολυτελείς δομές υποβοηθούμενες διαβίωσης. Και αυτό γιατί η ανισοκατανομή των διαθέσιμων πόρων μεταξύ των παρόχων δευτεροβάθμιας περίθαλψης (Love-Koh et al., 2020) δεν άφησε σε όλες τις διοικήσεις των Μ.Φ.Η. το περιθώριο να θωρακιστούν αποτελεσματικά απέναντι στον κορονοϊό.

Στην αρχή της πανδημίας, οι διοικήσεις των Μ.Φ.Η. ενημερώνονταν από τον Π.Ο.Υ. και από τις εβδομαδιαίες και τις έκτακτες ανακοινώσεις και νομοθετήσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων, αρχής γενομένης την 27^η Φεβρουαρίου 2020 (Κ.Υ.Α. 13776/2020). Κατά συνέπεια, και οι Μ.Φ.Η. χρειάστηκε να ακολουθούν τις νομοθετικές πράξεις που αφορούσαν στον περιορισμό της διασποράς του ιού στις υγειονομικές μονάδες, όπως ο περιορισμός των συναθροίσεων σε κοινόχρηστους χώρους και η συνεχής χρήση μέσων ατομικής προστασίας (Μ.Α.Π.). Στο διάστημα που ακολούθησε ζητήθηκαν και από τις εκάστοτε Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Περιφερειακών Ενοτήτων της χώρας αναφορές από τις δομές σχετικά με την υιοθέτηση των μέτρων που είχαν λάβει οι διοικήσεις τους. Αξίζει να αναφερθεί πως υπήρξε ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα, μέχρι τον Αύγουστο 2020, οπότε και τότε δημοσιεύθηκαν για πρώτη φορά από τον ΕΟΔΥ (2020) αναλυτικές οδηγίες προς τις Μ.Φ.Η., σχετικές με αλλαγές στην καθημερινή τους λειτουργία, με την υιοθέτηση αναγκαίων μέτρων και με το πρότυπο πλάνο διαχείρισης υπόπτου ή επιβεβαιωμένου κρούσματος Covid-19. Παραδόξως, οι έλεγχοι από τα αρμόδια όργανα, τα κλιμάκια των οποίων είχαν αρχικά συμβουλευτικό και υποδεικτικό χαρακτήρα προς τη διοίκηση και το προσωπικό των δομών (Εθνική Αρχή Διαφάνειας, 2020), είχαν ξεκινήσει ήδη από τον Μάρτιο.

Απόδειξη της επιτακτικότητας για διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που αποτέλεσαν μελανά, αλλά και φωτεινά παραδείγματα στη διοικητική αντιμετώπιση της πανδημίας στις Μ.Φ.Η. της χώρας, αποτελεί και το γεγονός της έλλειψης σχετικής βιβλιογραφίας και τρεχόντων αναφορών. Έτσι λοιπόν, η παρούσα εργασία αποτελεί μία γεωγραφικά περιορισμένη στον νομό Αχαΐας, ευέλικτη και πολύπλευρη αναζήτηση των έως σήμερα γνωστών στοιχείων της πανδημίας που επηρέασαν τη διαλειτουργικότητα και των επτά (7) Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων της περιοχής, πάντοτε, βέβαια, με σεβασμό στην ιδιωτικότητα των στοιχείων τόσο των φορέων όσο

και του φιλότιμου προσωπικού τους, του οποίου όμως, πραγματικά, δεν έχει επαρκώς αναδειχθεί η θυσιαστική προσπάθεια.

Η διάρθρωση της εργασίας σε κεφάλαια και υποκεφάλαια ακολουθεί τη λογική σειρά με την οποία εμφανίζονται τα ζητήματα στη βιβλιογραφία. Σε συνδυασμό με την κριτική προσέγγιση του ζητήματος, στο Κεφάλαιο 1 ανασκοπείται η παθοφυσιολογία των ηλικιωμένων που χαρακτηρίζονται από ευπάθεια, πολλαπλές συννοσηρότητες, ενώ για κάποιους η μεγάλη ηλικία έχει οδηγήσει στη μη αυτό-εξυπηρέτηση και την εξαρτημένη φροντίδα. Στο Κεφάλαιο 2 μελετάται ο Covid-19 ως παράγων επιβαρυντικός για τους ηλικιωμένους. Έτσι, γίνεται συσχετισμός του SARS-CoV-2 και της αυξημένης θνησιμότητας των ηλικιωμένων, εξαιτίας της κυτταρικής γήρανσης, παρουσιάζεται η επίπτωση του ιού στην εμφάνιση του long- και post- Covid συνδρόμων που καθιστούν. Επιπλέον μελετάται και η επίπτωση της πανδημίας στη χρήση της τηλεϊατρικής από τους ηλικιωμένους και η ανάγκη της πρόσβασής τους σε υπηρεσίες τηλεσυμβουλευτικής. Στο Κεφάλαιο 3 παρουσιάζονται τα επιδημιολογικά στοιχεία και η επίπτωση του SARS-CoV-2 στα άτομα τρίτης και τέταρτης ηλικίας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Επίσης καταγράφονται οι δείκτες εκείνοι που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας και αφορούσαν τις μεταβολές στο επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων. Στο Κεφάλαιο 4 συντάσσεται αναλυτικός πίνακας με τις κρατικές οδηγίες και τους οδηγούς ορθής λειτουργίας των Μ.Φ.Η., όπως αυτά εκδόθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Στο Κεφάλαιο 5 ανασκοπούνται οι προκλήσεις που η πανδημία επέφερε στις Μ.Φ.Η. σε επίπεδο διοικητικό, οικονομικό, στους εργαζόμενους και στους ωφελουμένους τους. Στο Κεφάλαιο 6 εξηγείται η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης, ενώ στο Κεφάλαιο 7 γίνεται η ανάλυση των δύο ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν. Τέλος, ακολουθούν η Συζήτηση, τα Συμπεράσματα, κάποιες Προτάσεις, ο Αναστοχασμός και οι Περιορισμοί της έρευνας και η σχετική Βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε.

Κεφάλαιο 1^ο: Η Παθοφυσιολογία των Ηλικιωμένων

1.1 Η Ευπάθεια των Ηλικιωμένων (Frailty)

Η ευπάθεια είναι η κατάσταση εκείνη στην οποία περιέρχεται ο γηραιός, κυρίως, ενήλικας, λόγω απώλειας του φυσιολογικού αποθέματος ενέργειας, σωματικής, ψυχικής και πνευματικής. Ταυτόχρονα, το ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου χαρακτηρίζεται από μειωμένη αποδοτικότητα, γεγονός που το αφήνει ευάλωτο απέναντι σε αναπηρίες ή/και ασθένειες. Κοινά χαρακτηριστικά των ασθενών με ευπάθεια είναι η σαρκοπενία, η δυσανεξία στην άσκηση, οι συχνές πτώσεις, η ακινησία, η ακράτεια σωματικών εκκρίσεων και οι συχνές παροξύνσεις των χρόνιων ασθενειών (Veronese et al., 2018). Δυστυχώς, η πολυπαραγοντική αυτή κατάσταση, μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές απώλειες στην κοινωνική συμμετοχή και επίσης στη αυτονομία του ατόμου. Ωστόσο, υπάρχουν προληπτικά μέτρα καθώς και μια πολλά υποσχόμενη θεραπεία που μπορεί να σταματήσει την εξέλιξη του Συνδρόμου Ευπάθειας. Μπορεί επίσης να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών, των συγγενών τους και των φροντιστών τους.

Κύριο αίτιο μείωσης της ανθεκτικότητας των οργανισμών είναι η φιλασθένεια και οι στρεσογόνοι παράγοντες. Τέτοιοι μπορεί να είναι η αλλαγή στο κοινωνικό περιβάλλον, η σύγχυση λόγω βαρύνουσας σημασίας τεκταινομένων στο οικογενειακό περιβάλλον, η φιλασθένεια και οι αλλαγές στη σωματική εικόνα λόγω αναπηρίας. Σαφώς, κάθε προσβολή από παθογόνο παράγοντα, όπως μία ιογενής λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος, η πολυφαρμακία, η κληρονομικότητα ασθενειών, ή κάποιο ατύχημα, επιβαρύνει την υγεία του ανθρώπου πολύπλευρα (Körtner, 2006). Έτσι, προς τη δύση της ζωής του, ο άνθρωπος καλείται να αντιμετωπίσει πληθώρα ζητημάτων που αφορούν τον ίδιο και τον περίγυρό του, κατανοώντας όμως την ελλειπτική κατανόηση που έχει για τα πράγματα και το γεγονός ότι μπορεί πλέον να μην ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της εποχής του. Όντας λοιπόν η ευπάθεια μία εξελικτική και πολυπαραγοντικώς επηρεαζόμενη ανθρώπινη κατάσταση, δεν έχει γίνει κοινώς αποδεκτή από την ιατρική κοινότητα ως ασθένεια, αλλά ως σύνδρομο που καταλήγει στην έκπτωση του ανθρώπινου οργανισμού. Είναι βέβαια ένα μέγεθος μετρήσιμο (frail-scale) (Morley et al., 2012). Σε κάθε περίπτωση, τα πρώτα σημάδια-συμπτώματά της αφορούν τη σωματική αδυναμία με μειωμένη δύναμη και αντοχή, την επιβράδυνση της ταχύτητας του περπατήματος, την επιβράδυνση των διαδικασιών της

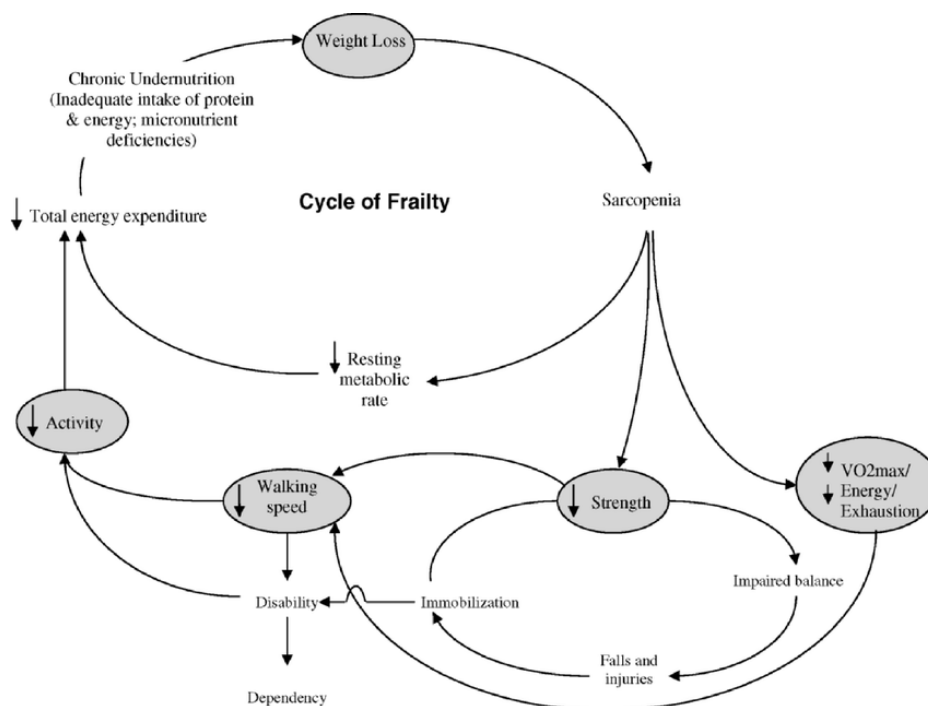
σκέψης, τη μειωμένη σωματική δραστηριότητα, την ανεπιθύμητη απώλεια βάρους και την πολυοργανική ανεπάρκεια. Οι μειωμένες σωματικές και πνευματικές δυνατότητες μπορεί να οδηγήσουν σε περιορισμούς στις καθημερινές λειτουργίες και στην κοινωνική συμμετοχή. Σε ορισμένες περιπτώσεις, το σύνδρομο ευθραυστότητας μπορεί επίσης να οδηγήσει σε καταθλιπτικά συμπτώματα, τα οποία γίνεται δυσκολότερο να ανιχνευθούν όταν ο ασθενής εμφανίζει έκπτωση του νευρικού συστήματος, ανοϊκά στοιχεία ή άλλη συμπτωματολογία του φάσματος του οργανικού ψυχοσυνδρόμου ή της σωματοποίησης των ψυχολογικών διαταραχών του. Γι' αυτό, κρίνεται κρίσιμη η διαφοροδιάγνωσή του και η παθογένεση των παραπάνω συμπτωμάτων, κάτι το οποίο εντείνει την ανάγκη για διεπιστημονική προσέγγιση του συνδρόμου (Vanleerberghe et al., 2019).

Η ευπάθεια των ηλικιωμένων αναπόφευκτα συνοδεύεται από την ανάγκη για φροντίδα, σε αναλογικά αυξανόμενη συχνότητα όσο το άτομο μεγαλώνει ηλικιακά και εκπίπτει λειτουργικά. Η φροντίδα αυτή περιλαμβάνει τη συμπαράσταση στον ασθενή σε όλο το εύρος των ανθρωπίνων αναγκών, από την βοήθεια στη λήψη τροφής και στη διατήρηση της προσωπικής υγιεινής έως τη νομική συμπαράσταση και την οικονομική υποστήριξη (Deckx et al., 2015). Η κοινωνία μας οφείλει να παρέχει στους απομάχους της ζωής την απαραίτητη φροντίδα από επαγγελματικά κατηρτισμένους επιστήμονες ή φροντιστές δομών και μονάδων και να υποστηρίζει τους φροντιστές-συγγενείς που τους περιθάλλουν σε οικιακό περιβάλλον (Stiel et al., 2019). Στόχος της υποστήριξης των ασθενών, και στους δύο τύπους αρωγής, είναι η αναχαίτιση της εξέλιξης του Συνδρόμου Ευπάθειας, η οποία μπορεί να προληφθεί με στοχευμένη αντιμετώπιση των παραγόντων που το επηρεάζουν. Ωστόσο, η προχωρημένη ηλικία και οι σχετικές διαδικασίες γήρανσης δεν μπορούν να σταματήσουν.

Ένας από τους καθοριστικούς πυλώνες της προσπάθειας αυτής είναι η θεραπεία των οξέων συμπτωμάτων των χρόνιων ασθενειών και η διατήρηση σταθερών επιπέδων των ζωτικών σημείων και των αιμοδυναμικών στοιχείων των ηλικιωμένων (Franceschi et al., 2018). Έτσι, η προσαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής στις πραγματικές ανάγκες της παθοφυσιολογίας και της ανατομίας του ασθενούς είναι ένα σημαντικό βήμα προς την κατεύθυνση αυτή. Ορισμένα φάρμακα είναι ακατάλληλα για θεραπεία σε μεγάλη ηλικία και μπορούν να αντικατασταθούν ή να διακοπούν εάν είναι απαραίτητο. Πολλοί ηλικιωμένοι λαμβάνουν έως και 10 φάρμακα ταυτόχρονα λόγω των προηγούμενων ασθενειών τους ή εξαρτώνται από παυσίπονα, χωρίς να

αποκλείεται η συνταγογράφησή τους ως υποτιθέμενα placebo (για παράδειγμα χορήγηση παρακεταμόλης των 500 mg στον χρόνιο πόνο της αρθρίτιδας). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους και να αυξήσει την αδυναμία ή την ηπατική ή άλλη λειτουργία. Ειδικές λίστες, όπως η λίστα Priscus, είναι διαθέσιμες για αυτόν τον σκοπό. Πρόκειται για λίστες που μπορούν να βοηθήσουν τον οικογενειακό ιατρό ή/και τον νοσηλευτή-σύμβουλο, σε συνεννόηση με τον ίδιο τον ασθενή ή/και το συγγενικό του φροντιστή να επιλέξει/ουν το σωστό σκεύασμα.

Επιπλέον, θα πρέπει να υπάρχει επαρκής παροχή βοηθημάτων και μέσω προστασίας για αποφυγή τραυματισμών και ατυχημάτων, όπως για παράδειγμα η προσαρμογή ακουστικών βαρηκοΐας, οπτικών βοηθημάτων, περιπατητή, αντιολισθητικές ταινίες στο δάπεδο, λαβές στο μπάνιο, στρογγυλεμένες γωνίες στα έπιπλα, ελεύθερος χώρος για περπάτημα χωρίς εμπόδια και άλλα. Αυτό μπορεί να κάνει την καθημερινή ζωή των ασθενών και των φροντιστών τους πολύ πιο εύκολη. Η εξέλιξη της αδυναμίας μπορεί επίσης να αντιμετωπιστεί μέσω στοχευμένης προπόνησης για αύξηση της μυϊκής δύναμης, του συντονισμού των κινήσεων και της ισορροπίας του κορμού του σώματος. Διάφορες ασκήσεις είναι απλές και άμεσα διαθέσιμες από εργοθεραπευτές και φυσικοθεραπευτές, οι οποίες μπορούν να ακολουθηθούν σε καθημερινή βάση, ακόμα και με πρόγραμμα που θα αναλάβει να διεκπεραιώνει ο φροντιστής του ηλικιωμένου (Varghese & Dehale, 2018). Ακόμα, η βέλτιστη διατροφή με εξατομικευμένο πλάνο και η διατήρηση-αναδόμηση της μυϊκής μάζας υποστηρίζουν τον οργανισμό και το ανοσοποιητικό του σύστημα ενώ επίσης αντιμετωπίζουν και τη σαρκοπενία (Calder et al., 2017; Custodero et al., 2018).

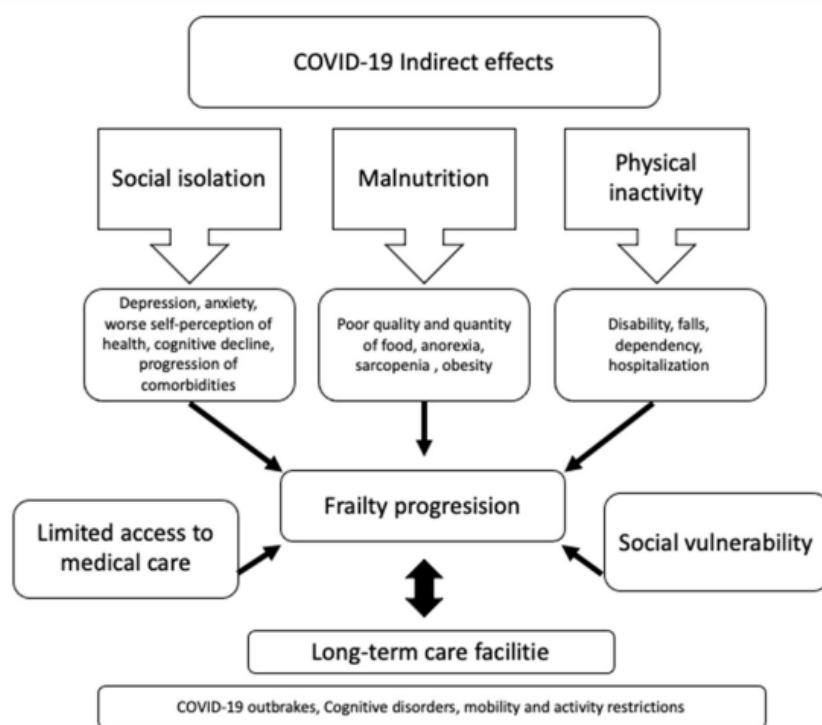


Εικόνα 1: Ο κύκλος της ευπάθειας (Xue et al., 2008)

Η πρόληψη και η αντιμετώπιση της ευπάθειας είναι εφικτή σε έναν σημαντικό βαθμό, για αυτό και τα τελευταία χρόνια έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στα προγράμματα υγιούς γήρανσης (Zhang et al., 2017). Καταδεικνύεται η σημαντικότητα του υγιούς πρότερου βίου, δηλαδή η απουσία εξαρτήσεων πάσης φύσεως (καπνός, ναρκωτικές ουσίες, φαγητό, αλκοόλ κ.λπ.), η διατήρηση φυσιολογικού δείκτη μάζας σώματος, η καλή διατροφή, η σωματική και νοητική άσκηση, κατά το δυνατόν (Klindtworth, et al., 2017). Όμως, σε έναν πλανήτη που οι κάτοικοί του βρίσκονται σε έναν διαρκή αγώνα για να βρουν το ελιξήριο της αιωνιότητας, θέλοντας μάλλον να διαιωνίσουν τους εαυτούς τους παρά το γένος τους, η ευπάθεια και η ανάγκη για υποστήριξη του αυξανόμενου γηρασμένου πληθυσμού θα συνεχίσει να υφίσταται, αν όχι να αυξάνει. Έτσι, στην εξίσωση της υγιούς γήρανσης προστίθεται ο παράγοντας άνθρωπος και, πιο συγκεκριμένα, το χαρακτηριστικό της ανθρωπιάς, της αγάπης και του φιλότιμου των φροντιστών.

Ακόμα και η καλύτερη περιποίηση και φροντίδα όμως δεν είναι πάντοτε αρκετές. Κι αυτό γιατί η ολοκληρωμένη προστασία και θωράκιση του ευάλωτου πληθυσμού των ηλικιωμένων και του υποπληθυσμού των υπερηλίκων χρήζει κεντρικής, κάθετης και πολύπλευρης παρέμβασης από τους αρμόδιους φορείς που λαμβάνουν τις σχετιζόμενες με τη δημόσια υγεία αποφάσεις. Όπως θα παρουσιαστεί

και στη συνέχεια της εργασίας, δυστυχώς η κοινωνία μας δεν στάθηκε ικανή να αμυνθεί στον SARS-CoV-2 αποτελεσματικά και να προστατεύσει ούτε τον εαυτόν της, πόσο μάλλον τους παππούδες και τις γιαγιάδες της. Ήδη από το 2020, στην αρχή της πανδημίας Covid-19, άρθρα που σχετίζουν την ευαλωτότητα με την αυξημένη θνησιμότητα των ηλικιωμένων από τον SARS-CoV-2 έκαναν την εμφάνισή τους. Καθώς ήδη ο δείκτης της ευπάθειας ήταν αρνητικά προγνωστικός της νοσηρότητας και της θνητότητας των ηλικιωμένων από λοιμώξεις, οι δημοσιεύσεις αυτές το απέδειξαν τραγικά, με τον νέο κορονοϊό να σαρώνει τα ηλικιωμένα μέλη των κοινοτήτων και να αυξάνει το ιϊκό φορτίο μέσα σε οικογένειες αλλά και σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας, υποβοηθούμενης διαβίωσης και παρηγορητικής φροντίδας (Gaertner et al., 2021).



Εικόνα 2: Έμμεσες επιπτώσεις που σχετίζονται με τη μόλυνση από τον COVID-19 και που οδηγούν σε εξέλιξη της ευπάθειας (Pizano-Escalante et al., 2021)

Είναι γεγονός ότι δεν υπάρχουν πολλά ελληνικά, εμπειρικά δεδομένα σχετικά με την ιατρική περίθαλψη για ηλικιωμένους με νόσο COVID-19 κατά την περίοδο διεξαγωγής της παρούσας έρευνας, εκτός από μία (1) διπλωματική εργασία (Φυτράκης, 2021). Άλλα δεδομένα θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν δεδομένα για την οξεία νοσοκομειακή φροντίδα, αλλά και την ιατρική και τη νοσηλευτική μετέπειτα φροντίδα για ηλικιωμένους που έχουν επιζήσει από τον COVID-19, οι οποίοι είτε ανέρρωσαν

πλήρως είτε απέκτησαν long-Covid. Ομοίως, δεν εντοπίστηκαν εμπειρικά δεδομένα για την αξιολόγηση της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης εξωτερικών και εσωτερικών ασθενών για πολυπαθείς ή ευπαθείς ηλικιωμένους υπό συνθήκες πανδημίας ή για την ανάπτυξη προτύπων ποιότητας. Το ερώτημα της έκτασης των βραχυπρόθεσμων και μεσοπρόθεσμων συνεπειών της πανδημίας στην υγεία των ηλικιωμένων παραμένει επίσης αναπάντητο.

Ελληνικές έρευνες που να περιλαμβάνουν υποθέσεις και δεδομένα για την επιδείνωση της σωματικής και ψυχικής υγείας καθώς και της σωματικής και γνωστικής λειτουργίας των ηλικιωμένων σε Μ.Φ.Η. και οικογενειακά νοικοκυριά, επίσης απουσιάζουν. Είναι μόνο λογική υπόθεση ότι όπως και άτομα του γενικού πληθυσμού επωφελούνται της νοσηλείας σε νοσοκομείο αναφοράς για περιστατικά Covid-19, τοιουτοτρόπως και με την προϋπόθεση ύπαρξης των κατάλληλων πόρων, ωφελούνται και οι ασθενείς της τρίτης και τέταρτης ηλικίας, με τις προγνώσεις όμως να μην είναι εξίσου αυξημένες (De Smet et al., 2020). Επιπλέον, δεν είναι σαφές το πώς αναπτύσσεται η υπερβολική θνησιμότητα λόγω της ειδικής αιτίας της ευπάθειας και ποιες μπορεί να είναι οι αλλαγές που προκύπτουν στη θνησιμότητα ανάλογα με τον τόπο του θανάτου. Για το συγκεκριμένο ζήτημα όμως δύο δημοσιεύσεις των Welch et al., 2021 και των Dumitrascu et al., 2021 υποδεικνύουν ότι ο Covid-19 αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για τα ευπαθή άτομα, όπως και θα συνέβαινε και με έναν οποιοσδήποτε άλλο μικροοργανισμό σε ηλικιωμένα άτομα με χαμηλή ανοσοαπόκριση επί μολυσματικών παραγόντων. Σημειώνουν δε, ότι οι μηχανισμοί που δρα ο SARS-CoV-2 και αυξάνει τη θνησιμότητα σε ευπαθή άτομα μπορεί να περιλαμβάνουν την ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, που οδηγεί σε αγγειοσύσπαση και δυσλειτουργία οργάνων, την αυξημένη φλεγμονή, την προπηκτική κατάσταση, τη διαρρυθμισμένη μετατροπή του ενζύμου της αγγειοτενσίνης-2 (ACE2), που προάγει την ιϊκή πρόσληψη και την ανοσολογική γήρανση (immunosenescence). Η συσχέτιση της ευπάθειας με τη θνητότητα από Covid-19 έχει αποδειχθεί ότι είναι ανεξάρτητη από τη γεωγραφική περιοχή, το σχεδιασμό της εκάστοτε μελέτης και το περιβάλλον που αυτή διεξήχθη. Συνολικά όμως, η αξιολόγηση της ευπάθειας μπορεί να βοηθήσει τους κλινικούς ιατρούς να εκτιμήσουν τον κίνδυνο που διατρέχει η κατηγορία των ηλικιωμένων ασθενών με COVID-19 (Covid-19 triage), για να βοηθήσουν τους εργαζόμενους στην κλινική υγειονομική περίθαλψη να διαχειριστούν και να εξισορροπήσουν τα οφέλη και τους κινδύνους για τους ασθενείς τους (Zhang et al., 2021). Απαιτείται λοιπόν

πολυδιάστατη και αποτελεσματική ιατρική φροντίδα και παρέμβαση για αυτήν την ομάδα, με στόχο τη μείωση των ποσοστών θνησιμότητας (Geschwindner & Bieri-Brüning, 2020).

Τέλος, η ευπάθεια και ο συσχετισμός της με τον εμβολιασμό κατά του COVID-19 υφίσταται, χωρίς όμως πάλι να υπάρχουν ελληνικά δεδομένα. Έτσι, προκύπτει και η ανάγκη για έρευνα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των διαφόρων διαθέσιμων εμβολίων, ειδικά για τα ευπαθή και πολύ ηλικιωμένα άτομα. Η αιτιολόγηση δίνεται βιβλιογραφικά και αφορά πρωτίστως το γεγονός της χαμηλής ανοσοαπόκρισης των ευπαθών ηλικιωμένων σε εμβολιασμούς και έναντι άλλων νόσων (Hussien et al., 2021) και δευτερευόντως τη μη συμμετοχή ευπαθών ηλικιωμένων στις κλινικές δοκιμές των εμβολίων (Ramasaamy et al., 2021). Κάτι τέτοιο δεν θα έδινε την ευκαιρία στους μελετητές που ανέπτυξαν τα εμβόλια να μελετήσουν τις μακροχρόνιες συνέπειές τους, αλλά και θα αυξανόταν το ποσοστό θνησιμότητας των συμμετεχόντων στις κλινικές έρευνες, δυσχεραίνοντας τις διαδικασίες αξιολόγησης των εμβολίων. Συνολικά, το 24,8% των συμμετεχόντων στη δοκιμή εμβολίου Moderna ήταν άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (Baden, et al., 2021) και η δοκιμή Oxford-AstraZeneca περιέλαβε 5% συμμετέχοντες ηλικίας άνω των 70 ετών (Voysey, et al., 2021). Παρόλο που σε αυτές τις δοκιμές εμβολίου COVID-19 συμμετείχε συγκεκριμένο ποσοστό ηλικιωμένων ενηλίκων, σε αυτές τις δοκιμές ενεγράφησαν μόνο ηλικιωμένοι ενήλικες με σταθερή υγειονομική κατάσταση. Στην πρακτική του πραγματικού κόσμου, σε σύγκριση με υγιείς ηλικιωμένους που λαμβάνουν εμβόλια κατά του COVID-19, οι τρόφιμοι Μ.Φ.Η. εμφάνισαν υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας που σχετίζεται με το εμβόλιο (Chen, 2021). Τα πιθανά θανατηφόρα συμβάντα που σχετίζονται με τον εμβολιασμό μπορεί να είναι η προϋπάρχουσα αδυναμία και αναπηρία, αλλά όχι η μεγαλύτερη ηλικία από μόνη της. Ωστόσο, οι θάνατοι μετά τον εμβολιασμό έχουν προσελκύσει την προσοχή και τις ανησυχίες του κοινού για τα εμβόλια COVID-19 όλων των εμπορικών σημάτων (Chen, 2021).

Κλείνοντας το παρόν κεφάλαιο, καταδεικνύεται πως η αυξημένη επίγνωση της σημασίας της μέτρησης της ευπάθειας των ηλικιωμένων παράλληλα με την ηλικία και τις συννοσηρότητες σε νοσηλευόμενους ασθενείς, βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να λάβουν ολιστικές αποφάσεις που περιλαμβάνουν τη θεραπεία της αναστρέψιμης παθολογίας των ηλικιωμένων, την πρόληψη της ανεπιθύμητης ή επαχθούς θεραπείας και την έγκαιρη αποκατάσταση των νοσούντων. Λαμβάνοντας υπόψιν τις υψηλές

πιθανότητες αυξημένης περίθαλψης σε ευπαθείς ηλικιωμένους, απαιτείται επείγουσα χρηματοδότηση για την ενίσχυση των κοινοτικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών αποκατάστασης. Προς το παρόν, οι μακροπρόθεσμες συνέπειες του COVID-19 είναι, εν μέρει, άγνωστες. Η περαιτέρω έρευνα θα πρέπει να επικεντρωθεί στην κατανόηση των μηχανισμών και των δυσμενών προγνωστικών παραγόντων ανάρρωσης, ιδιαίτερα σε ασθενείς που ανέπτυξαν οξεία σαρκοπενία, επαγόμενη αδυναμία και που επιβαρύνθηκαν κινησιολογικά, γνωστικά ή/και επικοινωνιακά (Jesdale et al., 2021).

1.2 Οι Συννοσηρότητες Χρονίων Νοσημάτων

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι περισσότεροι από τους μισούς ηλικιωμένους στις ανεπτυγμένες χώρες έχουν περισσότερες από τρεις χρόνιες ασθένειες, που σημαίνει ότι ένα άτομο πάσχει από δύο ή περισσότερες ασθένειες με διαφορετική παθολογία και χωρίς αμοιβαία εξάρτηση ταυτόχρονα (American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity, 2012). Μελέτες στην Κίνα (όπως στο Πεκίνο και στη Σαγκάη) υποδηλώνουν ότι περισσότερο από το 70 τοις εκατό των ηλικιωμένων στην κοινότητα έχουν δύο ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες (Wang et al., 2016). Σε σύγκριση με ασθενείς με μία μόνο νόσο, το ποσοστό νοσηλείας και το ποσοστό θνησιμότητας των ασθενών με συννοσηρότητες είναι υψηλότερα και η κλινική πρόγνωση είναι σημαντικά χαμηλότερη. Οι συννοσηρότητες καθιστούν τις ιατρικές αποφάσεις πιο περίπλοκες και δύσκολες. Και επιπλέον, οι συννοσηρότητες συχνά περιλαμβάνουν πολλαπλά φάρμακα και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ φαρμάκων και ασθενειών, επίσης συχνά, οδηγούν σε χειρότερη τελική αποτελεσματικότητα, χειρότερη πρόγνωση, περισσότερες ανεπιθύμητες ενέργειες και μεγαλύτερο ιατρικό κόστος (Dai et al., 2021).

Η σοβαρότητα της πνευμονίας SARS-CoV-2, η πορεία της και η θνησιμότητά της είναι πολυπαραγοντική λόγω της άμεσης παρεγχυματικής βλάβης στην περιοχή των πνευμόνων (συμπεριλαμβανομένων των πνευμονικών αγγείων), των προϋπαρχουσών συννοσηροτήτων, των εξωπνευμονικών επιπλοκών, των δευτερογενών λοιμώξεων και την ποιότητα της διαθέσιμης ιατρικής περίθαλψης. Από αυτή την άποψη, ο COVID-19 είναι συγκρίσιμος με άλλες σοβαρές πνευμονίες της κοινότητας που προκαλούνται από συμβατικά παθογόνα, ακόμη και αν η παθογένεση είναι διαφορετική (Caliskan & Saylan, 2020). Η θνησιμότητα των νοσηλευόμενων ασθενών με COVID-19 είναι περίπου 20% (άρα υψηλότερη από ό,τι με άλλα παθογόνα

της πνευμονίας), σε ασθενείς εντατικής θεραπείας 30–40% και σε ασθενείς με επεμβατικό αερισμό περίπου 50%. Οι καθοριστικοί παράγοντες κινδύνου για τη θνησιμότητα είναι η ηλικία, η παχυσαρκία, το αρσενικό φύλο και τυπικές υποκείμενες καρδιοπνευμονικές παθήσεις που εξαρτώνται από την ηλικία (Dessie & Zewotir, 2021). Οι κύριες συννοσηρότητες που αναφέρονται περιλαμβάνουν υψηλή αρτηριακή πίεση, διαβήτη, καρδιακές παθήσεις, χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού και του νεφρικού συστήματος. Μάλιστα οι συννοσηρότητες αυτές είχαν αναλυθεί και ως επιβαρυντικοί παράγοντες σε ασθενείς που είχαν νοσήσει με τον MERS-CoV (Nikolich-Zugich et al., 2020). Αν και έχουν εκδοθεί κατευθυντήριες οδηγίες αντιμετώπισης του Covid-19 και οι αλγόριθμοι που συνδυάζουν τα χαρακτηριστικά των ασθενών προκειμένου να απολάβουν καταλληλότερης θεραπείας επικαιροποιούνται τακτικά, εντούτοις, η εξατομικευμένη αντιμετώπιση των ασθενών με Covid-19 είναι αυτή που τελικά αυξάνει τις πιθανότητες ανάρρωσής τους.

Τα άτομα άνω των 85 ετών έχουν οκτώ φορές υψηλότερο ποσοστό νοσηλείας σε σχέση με τα άτομα ηλικίας 40 έως 44 ετών και 200 φορές υψηλότερο κίνδυνο θανάτου. Με τον διαβήτη, ο κίνδυνος νοσηλείας αυξάνεται κατά 64% και ο κίνδυνος θανάτου κατά 75%. Υπάρχουν γνωστές αιτίες για αυτό. Το ανοσοποιητικό σύστημα είναι λιγότερο αποτελεσματικό στους ηλικιωμένους και το σώμα είναι λιγότερο ανθεκτικό συνολικά. Για παράδειγμα, ο αριθμός των «ώριμων αφελών» Τ κυττάρων μειώνεται με την ηλικία, γεγονός που κάνει τους ηλικιωμένους πιο επιρρεπείς σε νέες ασθένειες (Flick, 2020). Επίσης, οι γηραιότεροι ενήλικες είναι πιο πιθανό να είναι ευπαθείς ως οργανισμοί, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω. Ένας μηχανισμός που θα μπορούσε να συμβάλει σε αυτήν την εξήγηση είναι ο εξής: η πρωτεΐνη που ονομάζεται χιτινάση 3-like-1 (CHI3L1), παρουσιάζει συγκέντρωση υψηλότερη στους ηλικιωμένους και αυξάνεται με τις λοιμώξεις (Kamle et al., 2021). Οι χιτινάσες είναι πρωτεΐνες που υπάρχουν φυσικά στο αίμα και επιτελούν διάφορες λειτουργίες στην πέψη, στην άμυνα έναντι των παθογόνων μικροοργανισμών και των αλλεργιογόνων. Τα επίπεδά τους αυξάνονται δε και κατά τη διάρκεια μιας λοίμωξης, ειδικά σε ασθένειες που χαρακτηρίζονται από φλεγμονή και αλλαγές στους ιστούς, όπως το εμφύσημα, το άσθμα και η ΧΑΠ, που αποτελούν επίσης παράγοντες κινδύνου για Covid. Συσχετισμοί των αλληλεπιδράσεων μεταξύ της CHI3L1 και του υποδοχέα ACE2, ο οποίος δρα ως δεσμευτική θέση για τον ιό SARS-CoV-2 να μολύνει το κύτταρο διαπιστώνεται ότι αυτή η πρωτεΐνη διεγείρει έντονα το ACE2 και την

πρωτεΐνη ακίδας του ιού στα αγγειακά και στα πνευμονικά κύτταρα (Uysal et al., 2018). Με άλλα λόγια, η δραστηριότητα του υποδοχέα αυξάνεται σημαντικά, γεγονός που βελτιώνει την ικανότητα του ιού να διεισδύει σε αυτά τα κύτταρα. Άρα, η CHI3L1 βελτιώνει επίσης την ενσωμάτωση του ιού στο κύτταρο, καθιστώντας έτσι την CHI3L1 ως έναν ελκυστικό θεραπευτικό στόχο για τη θεραπεία του Covid-19. Η δημιουργία αντισωμάτων, ή άλλων μικρών μορίων που μπορούν να αναστείλουν την CHI3L1, θα μπορούσε να βοηθήσει στον έλεγχο της ιογενούς λοίμωξης. Βέβαια, αυτό ήδη γίνεται, αφού έχει αναπτυχθεί ένα συγκεκριμένο μονοκλωνικό αντίσωμα που ονομάζεται RFA και έχει αποδειχθεί εξαιρετικά αποτελεσματικό στην καταπολέμηση της λοίμωξης (McMillan et al., 2021). Η RFA αναστέλλει την ινοπολλαπλασιαστική επιδιόρθωση, η οποία μπορεί να βελτιώσει την παθολογική ίνωση που εμφανίζεται σε ασθενείς που είναι διασωληνωμένοι για μεγάλες χρονικές περιόδους. Τα επίπεδα CHI3L1 αποτελούν επίσης έναν ενδιαφέρον βιοδείκτη για την πρόβλεψη της σοβαρότητας της νόσου σε νοσηλευόμενους ασθενείς (Savvateeva et al., 2020).

Οι συννοσηρότητες όμως των ηλικιωμένων δεν αφορούν μόνο τη νόσηση από τη λοίμωξη Covid-19 καθαυτή, αλλά και τα έμμεσα αποτελέσματά της. Λόγω της κοινωνικής αποστασιοποίησης, περαιτέρω ψυχολογικές συννοσηρότητες εντοπίζονται όλο και περισσότερο σε ηλικιωμένους-απομονωμένους ανθρώπους, οπότε παρατηρείται αύξηση στις εξάρσεις της αγχώδους διαταραχής, στην κατάχρηση αλκοόλ ή/και στη χρήση καπνού (Pantel, 2021). Με τη σειρά του αυτό αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας, ο οποίος είναι ήδη σημαντικά υψηλότερος σε αυτήν την πληθυσμιακή ομάδα σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Έτσι, η πανδημία αυτή αποτελεί μάθημα που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψιν σχετικά με την πολυσχιδή προστασία των ηλικιωμένων σε περιόδους κρίσεων, καταδεικνύοντας για ακόμα μία φορά την πρόληψη ως τον πρώτο παράγοντα που θα σώσει και θα διαφυλάξει το δικαίωμα της τρίτης και τέταρτης ηλικίας στο πολύπλευρο αγαθό της υγείας.

1.3 Η Μη-Αυτοεξυπηρέτηση

Η μειωμένη αυτοφροντίδα των ηλικιωμένων, και η συσχέτισή της με τη δυσκολία στην πρόληψη της νόσησης από Covid-19 και την αποθεραπεία σε περίπτωση ασθένειας, αποτελεί κομμάτι της βιβλιογραφίας που δεν έχει μελετηθεί εκτενώς. Οι όποιες πρόσφατες αναφορές επικεντρώνονται στη σύνδεση της απομόνωσης και της κοινωνικής αποστασιοποίησης, που μπορεί να έχει επέλθει στους ηλικιωμένους, με τη μειωμένη παροχή υπηρεσιών φροντίδας (Thompson et al., 2020), καθώς και στη δημοσίευση οδηγιών για προστασία της ψυχικής υγείας και της αυτοφροντίδας των ηλικιωμένων (Luis et al., 2021). Όμως, είναι λογικό ότι καθώς ο αριθμός των εξαρτώμενων ατόμων της τρίτης και της τέταρτης ηλικίας αυξάνεται, αναλογικά αυξάνει και η ανάγκη τους για φροντίδα και περιποίηση παρεχόμενη από φροντιστές, οι οποίοι ως γνωστόν δεν αποτελούν πάντοτε οικεία ή συγγενικά πρόσωπα. Έτσι λοιπόν, παρατηρείται ότι τα άτομα που δεν μπορούν να φροντίσουν τον εαυτόν τους μόνα τους δεν μπορούν ούτε να τηρήσουν όλα εκείνα τα προστατευτικά μέτρα κατά των λοιμογόνων νόσων και δεν μπορούν, επίσης, να αποφασίσουν μόνα τους για την πρόληψη των ασθενειών συμμετέχοντας σε ενέργειες όπως ο εμβολιασμός (Na & Yang, 2021). Πιθανώς, αυτοί οι άνθρωποι να μην έχουν καν τη δυνατότητα να εκφράσουν τους προβληματισμούς τους επί των ζητημάτων της υγείας τους και να μην μπορούν ούτε να εκφράσουν την ύπαρξη κάποιου συμπτώματος νόσου. Ακόμα, δεν είναι λίγοι οι συμπολίτες μας που δεν έχουν τη δυνατότητα, σωματική, ψυχική ή/και νοητική να φροντίσουν τον εαυτόν τους σε βασικές λειτουργίες, όπως η ατομική υγιεινή, ο ευπρεπισμός και ο επισιτισμός.

Τα άτομα λοιπόν αυτά εντοπίζονται στην κοινότητα είτε να ζουν μόνα τους, με ή χωρίς την υποστήριξη των προνοιακών υπηρεσιών του Κράτους, είτε να βρίσκονται υπό την ευθύνη οικείων τους προσώπων, είτε στεγάζονται σε Μ.Φ.Η. ή σε άλλου τύπου Ιδρύματα προστασίας ΑμΕΑ. και χρονίως πασχόντων. Όταν μάλιστα πρόκειται για κατάκοιτους ασθενείς, τότε η μη αυτοεξυπηρέτηση σημαίνει την απόλυτη εξάρτηση από κάποιο άλλο άτομο, τόσο για τη διατήρηση και προαγωγή της προσωπικής υγείας όσο και του υγιεινού και ασφαλούς του περιβάλλοντος. Όπως ξεχωριστές εντοπίζονται οι ανάγκες των ηλικιωμένων, έτσι μεμονωμένα και ασθενοκεντρικά οφείλει η κοινωνία να τους προσεγγίζει και να τους αγκαλιάζει (Moore & Merrill, 2019). Βασικά κριτήρια για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι πρωτίστως η διασπορά της γνώσης και η

έγκαιρη και έγκυρη πληροφόρηση των φροντιστών των ηλικιωμένων για τις πράξεις, τις δράσεις και τις προφυλάξεις που χρειάζεται να πραγματοποιήσουν και να λάβουν, ώστε να υποστηρίξουν αποτελεσματικά αυτήν την ευπαθή ομάδα. Επιπλέον, κρίνεται αξιόλογη η πρότερη ενημέρωση του πληθυσμού σχετικά με ζητήματα γεροντολογική φύσεως και η ενασχόληση με προγράμματα που αφορούν την αγωγή της υγείας και την προαγωγή του γήρατος. Τα στοιχεία αυτά μάλιστα είναι εκείνα που αξιολογούνται στον πρόσφατα δημιουργηθέντα δείκτη της ετοιμότητας για αυτοφροντίδα (self-care readiness index) (Self Care Readiness Index Patient Information Forum, 2021).

Η αυτοφροντίδα ορίζεται με πολλούς τρόπους, σύμφωνα με το Διεθνές Ίδρυμα Αυτοφροντίδας, αλλά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει μια χρήσιμη άποψη για τον όρο: «Η αυτοφροντίδα είναι αυτό που οι άνθρωποι κάνουν για τον εαυτό τους για να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν την υγεία τους και να αποτρέψουν και να αντιμετωπίσουν τις ασθένειες» (Abrams, 2021). Στον ορισμό αυτόν περιλαμβάνεται η δυναμική που έχουν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, η υγιεινή, ο τρόπος ζωής και η διατροφή στην σύγχρονη και ολιστική άποψη για την αυτοφροντίδα. Οι δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης, ενώ όλοι διανύουμε την αβεβαιότητα, την απομόνωση και τη θλίψη, θα βοηθήσουν τους ηλικιωμένους να παραμείνουν υγιείς, λιγότερο αγχωμένοι και δυνατοί.

Πάλι όμως η πραγματικότητα προκαλεί το ιδεατό: οι ηλικιωμένοι μας δεν είναι πάντα άνθρωποι που είχαν εύκολη ζωή, δεν είναι άτομα δίχως οικογενειακές υποχρεώσεις και, εκτός ελαχίστων εξαιρέσεων, είναι ασθενείς με πολλαπλές συννοσηρότητες που επιβαρύνουν την καθημερινότητά τους. Στο επίπεδο της ψυχικής υγείας, καινοτόμες δράσεις που προσπάθησαν να προσεγγίσουν τους ηλικιωμένους μέσω των ψηφιακών μέσων και της τηλεπικοινωνίας οργανώθηκαν από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και από διάφορα Σωματεία. Οι τηλεφωνικές γραμμές υποστήριξης, οι τηλεσυναντήσεις και η προγραμματισμένη τηλεσυμβουλευτική είναι μόνο μερικά παραδείγματα που, καλώς ή κακώς, θα βρουν μεγαλύτερη απήχηση στις επόμενες γενιές των ηλικιωμένων, οι οποίοι θα είναι και πιο εξοικειωμένοι με τα ηλεκτρονικά μέσα (Moore & Merrill, 2019). Το βήμα όμως έχει γίνει και τα μέσα που διαθέτουμε σήμερα ήδη προΐδεάζουν τους πολίτες για τη σχέση τους με την τηλεϊατρική και την αυτοπαρακολούθηση της υγείας τους.

Κεφάλαιο 2^ο: Ο Covid-19 ως Επιβαρυντικός Παράγων στην Παθοφυσιολογία και στην Καθημερινότητα των Ηλικιωμένων

2.1 Η Κυτταρική Γήρανση και ο Αυξημένος Κίνδυνος Νόσησης από τον SARS-CoV-2

Η κατάσταση της μόνιμης διακοπής του κυτταρικού κύκλου που ορίστηκε αρχικά για τα κύτταρα που αναπτύχθηκαν σε κυτταρική καλλιέργεια, ορίζεται ως κυτταρική γήρανση (Herranz & Gil, 2018). «Αντιγραφική γήρανση» (ή αναπαραγωγική) ονομάζεται η μη ικανότητα των κυττάρων να διαιρούνται επ'άοριστον (Zhao et al., 2020). Αυτή προκύπτει καθώς τα τελομερή, τα τελευταία μέρη των χρωμοσωμάτων, χάνουν ένα μικρό μέρος του DNA κατά την αντιγραφή τους, επειδή τα ένζυμα που είναι υπεύθυνα για την αναπαραγωγή του DNA δεν μπορούν να φθάσουν στο τέλος του χρωμοσώματος. Έτσι, τα χρωμοσώματα καταλήγουν όχι μόνο να χάνουν τα τελομερή τους, αλλά και σημαντικές γενετικές πληροφορίες. Σε αυτό το σημείο, τα κύτταρα υφίστανται απόκριση της βλάβης επί του DNA (DDR) (Ogrodnik et al., 2019).

Στη συσσώρευση των βλαβών του DNA ενός κυττάρου, οι οποίες προκαλούνται σε κάθε αντιγραφή του, οφείλεται η κυτταρική γήρανση. Η αντιγραφή των κυττάρων που φιλοξενούν κατεστραμμένο DNA εμποδίζεται από την γήρανση, κάτι το οποίο δρα και ως σημαντική αντιογκογονική λειτουργία (Herranz & Gil, 2018). Τοιουτοτρόπως, η γήρανση αποτρέπει την εξάπλωση γενικευμένων φλεγμονών, αυξάνει τη λειτουργία των αιμοποιητικών κυττάρων και συντηρεί τις κυτταρικές ομάδες, ώστε να εκτελούν τις λειτουργίες των βλαστοκυττάρων. Αυτό όμως στα νεαρά άτομα, αφού στους ηλικιωμένους προωθεί την ογκογένεση.

Εξαιτίας της κυτταρικής γήρανσης, που όπως γράφτηκε και νωρίτερα αποτελεί αίτιο της γενικευμένης ευπαθείας των ηλικιωμένων, προκύπτει και η έκπτωση του αναπνευστικού συστήματος. Σοβαρή επιδείνωση της δομής και της λειτουργίας του αναπνευστικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένης της πνευμονικής κυκλοφορίας προκαλούνται λόγω της κυτταρικής γήρανσης. Αυτές οι αλλαγές έχουν ως αποτέλεσμα μεταβολές στις πνευμονικές αγγειακές πιέσεις, στην ανταλλαγή αερίων σε κατάσταση ηρεμίας και στην πνευμονική αγγειακή αντίσταση. Στη διατήρηση της μηχανικής του αναπνευστικού συστήματος των ηλικιωμένων στοχεύουν και τα προγράμματα υγιούς γήρανσης (Spruit et al., 2016). Χρήσιμες για την τροποποίηση των πνευμονικών αγγειακών πιέσεων επί ηρεμίας και της αιμοδυναμικής τους σε ηλικιωμένα άτομα είναι οι εξαρτώμενες από την ηλικία δομικές αλλαγές στο πνευμονικό αγγειακό σύστημα και

η σχετική αύξηση της πνευμονικής αγγειακής δυσκαμψίας. Ταυτόχρονα, συμφωνία παρατηρείται βιβλιογραφικά σχετικά με τη γραμμική μείωση της ικανότητας διάχυσης των πνευμόνων για το μονοξείδιο του άνθρακα (DLCO) (Roman et al., 2016). Η μείωση του όγκου του πνευμονικού τριχοειδικού αίματος, η μείωση της κυψελιδικής επιφάνειας με επακόλουθη τη μείωση της ικανότητας διάχυσης της μεμβράνης και η αύξηση της ετερογένειας της πνευμονικής αιμάτωσης και του αερισμού, αποτελούν τους τρεις συντελεστές που προκαλούνται από την κυτταρική γήρανση και έχουν ως αποτέλεσμα τη μη ολοκληρωμένη ανταλλαγή αερίων (Coffman et al., 2017).

Τα γηρασμένα κύτταρα είναι πιο επιρρεπή στην καταστροφή. Έτσι, η οποιαδήποτε λοίμωξη επιβαρύνει τη λειτουργία τους και προάγει τον θάνατό τους. Επιπλέον, οι ιογενείς λοιμώξεις μπορεί να διαδώσουν τη γήρανση μέσω της διαδικασίας της νεκρόπτωσης ή της πυρόπτωσης. Αυτοί είναι δύο τύποι μηχανισμών φλεγμονώδους κυτταρικού θανάτου που απελευθερώνουν μοριακά μοτίβα που σχετίζονται με τον κίνδυνο. Ο SARS-CoV-2 πιστεύεται ότι προκαλεί πυρόπτωση (Yang et al., 2020). Συνοψίζοντας λοιπόν, οι ηλικιωμένοι ασθενείς με COVID-19 είναι πιο πιθανό να συσσωρεύσουν υψηλά επίπεδα κυτταρικής γήρανσης για τρεις λόγους: (α) ο αριθμός των γηρασμένων κυττάρων είναι ήδη αυξημένος τη στιγμή της μόλυνσης και αυτό μπορεί να αυξήσει την πιθανότητα παρακρινών συμβάντων γήρανσης, (β) τα ηλικιωμένα κύτταρα είναι πιο επιρρεπή στη γήρανση λόγω της μειωμένης ικανότητάς τους να επιδιορθώνουν τις βλάβες, και γ) οι γηρασμένοι ιστοί είναι λιγότερο ικανοί να εξαλείψουν τα γηρασμένα κύτταρα λόγω, τουλάχιστον εν μέρει, της μείωσης των ανοσολογικών λειτουργιών τους (Nehme et al., 2020).

Όπως αναφέρθηκε και πρωτύτερα, η ευπάθεια προδιαθέτει για μειωμένη ικανότητα των λοιμώξεων από τους πιο ηλικιωμένους οργανισμούς (Keilich et al., 2019). Έτσι, μόλις εισπνευστεί ο SARS-CoV-2, είναι πιθανό να συνδεθεί πρώτα με το ACE2 στα επιθηλιακά κύτταρα της ρινικής κοιλότητας και να αρχίσει να αναπαράγεται. Μετά από αυτό το στάδιο, ο ιός διαδίδεται στην αναπνευστική οδό και ενεργοποιεί μια πιο ισχυρή ανοσολογική απόκριση. Μόλις φτάσει στις μονάδες ανταλλαγής αερίων του πνεύμονα, ο SARS-CoV-2 μολύνει κατά προτίμηση τα κυψελιδικά κύτταρα τύπου II, τα μεγαλύτερα κύτταρα που εμπλέκονται στην έκκριση επιφανειοδραστικών. Περίπου το 20% των μολυσμένων ασθενών μπορεί να αναπτύξουν πνευμονικές διηθήσεις και ορισμένες από αυτές φαίνεται να εξελίσσονται σε σοβαρή νόσο (Mason et al., 2020). Τα κύρια παθολογικά χαρακτηριστικά του πνεύμονα των ασθενών με COVID-19

μοιάζουν με εκείνα που παρατηρούνται στον SARS (Woo, 2020) και στο αναπνευστικό σύνδρομο της Μέσης Ανατολής (MERS) είναι: πνευμονικό οίδημα, μικροθρόμβοι, διάχυτη βλάβη με σχηματισμό υαλώδους μεμβράνης (Fox et al., 2020) και στοιχεία των πνευμονοκυττάρων που υποδηλώνουν την παρουσία ή την εξέλιξη σε σύνδρομο οξείας αναπνευστικής δυσχέρειας (ARDS) (Xu et al., 2020). Είναι σημαντικό ότι μια ανώμαλη θεραπευτική απόκριση μπορεί να προάγει την υπερβολική ίνωση των ιστών, να βλάψει την αναγέννηση και την αναδιαμόρφωση και τελικά να οδηγήσει σε μη βέλτιστη ανάκαμψη του αναπνευστικού συστήματος εν γένει (Mason et al., 2020).

Παρόλα αυτά, ο πολλαπλασιασμός του SARS-CoV-2 εμφανίζεται σε ιστούς πέραν του πνεύμονα, συμπεριλαμβανομένου του εντερικού και του νεφρικού επιθηλίου (Chu et al., 2020) και είναι ευρέως αναγνωρισμένο ότι σχετίζεται με κλινικές εκδηλώσεις που περιλαμβάνουν, ενδεικτικά, τη διάρροια, τις διαταραχές της ηπατικής λειτουργίας και τη δυσλειτουργία των νεφρών και του εγκεφάλου. Συγκεκριμένα, έχουν περιγραφεί συμπλέγματα συμπτωμάτων που κυριαρχούνται από πόνο στις αρθρώσεις και τους μύες ή γαστρεντερικές διαταραχές, ενώ από μεταξύ των αναπνευστικών συμπτωμάτων κυριαρχεί ο βήχας (Docherty et al., 2020). Εκτός από τον χαμηλό κορεσμό οξυγόνου της αιμοσφαιρίνης, λόγω πνευμονικών συνδρόμων, η πολυοργανική ανεπάρκεια παρατηρείται συνήθως σε σοβαρές περιπτώσεις COVID-19 (Guan et al., 2020). Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με σοβαρή νόσηση από COVID-19 είναι επίσης πιο πιθανό να εμφανίσουν μια σειρά από νευρολογικά συμπτώματα, που υποδηλώνουν λοίμωξη του κεντρικού νευρικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένης της μειωμένης συνείδησης και της απώλειας γεύσης και όσφρησης (Mao et al., 2020). Τέλος, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι, ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου και την εξελικτική της πορεία, οι ασθενείς που έχουν αναρρώσει μπορεί να αναπτύξουν μακροπρόθεσμες συνέπειες και να παραμείνουν για μεγάλο χρονικό διάστημα συμπτώματα παρόμοια ή ίδια με της νόσου (Inciardi et al., 2020).

2.2 Οι Μακροχρόνιες Επιπτώσεις του SARS-CoV-2 και οι Απαιτήσεις της Διαχείρισης Ασθενών με Long-Covid Syndrome

Με τα νεότερα δεδομένα της πανδημίας Covid-19, στη διεθνή βιβλιογραφία διακηρύττεται η επείγουσα διασύνδεση όλων των επιπέδων υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης για τη διαχείριση των ασθενών με «Long-Covid Syndrome» που ορίζεται ως «τα νέα ή επαναλαμβανόμενα συμπτώματα του COVID-19 που συνεχίζονται για εβδομάδες» (ονομάζεται επίσης μακρύ COVID-19) (Jiang & McCoy, 2020). Το συγκεκριμένο σύνδρομο θα πρέπει να ξεχωρίζει από το post-Covid σύνδρομο, το οποίο ορίζεται ως τα «νέα ή τρέχοντα συμπτώματα που επιμένουν περισσότερο από οκτώ εβδομάδες μετά την αρχική μόλυνση και το άτομο δεν είναι πλέον θετικό», το οποίο εμφανίζεται και σε νεαρότερα άτομα, σε βαθμό που να μη μπορούν να είναι παραγωγικά στην εργασία τους, λόγω της υπέρμετρης κόπωσης (Augustin et al., 2021). Στη χώρα μας, μία κλινική post-Covid έχει δημιουργηθεί στο νοσοκομείο αναφοράς περιστατικών Covid-19, «Η Σωτηρία». Τα πιο κοινά συμπτώματα μπορούν να είναι τα ακόλουθα: πόνο στο στήθος, βήχας, δύσπνοια (υποξία), κόπωση ή εξάντληση, προβλήματα συγκέντρωσης (ομίχλη του εγκεφάλου), προβλήματα ύπνου, αυξημένο άγχος ή κατάθλιψη, αίσθημα ζάλης, τριχόπτωση, πονοκέφαλοι, ταχυκαρδία, αρθραλγίες ή/και μυαλγίες, απώλεια γεύσης ή όσφρησης (Fjaeldstad, 2020), μούδιασμα στα ακροδάκτυλα, διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD), πεπτική δυσφορία (Rosales-Castillo et al., 2021). Μάλιστα, στο 30% και πλέον των επιζώντων του COVID-19 και ιδιαιτέρως σε πρώην ασθενείς της ΜΕΘ, καθώς έζησαν πλησιέστερες του θανάτου τους εμπειρίες (Taboada et al., 2021), αναφέρονται το άγχος, η κατάθλιψη, οι διαταραχές ύπνου και η PTSD.

Η αντιμετώπιση του συνδρόμου μπορεί να επέλθει κυρίως με την εξατομικευμένη ανά ασθενή αντιμετώπισή του. Η προσέγγισή του είναι διεπιστημονική, αναλόγως τη συμπτωματολογία που εμφανίζει ο ασθενής και τις ανάγκες του. Η προσέγγισή του είναι ολιστική, και αν και πολλοί καταφέρνουν να το αντιμετωπίσουν με την αυτοφροντίδα τους, εντούτοις πληθυσμοί όπως οι ηλικιωμένοι είναι αρκετά εξουθενωμένοι για να παρακολουθήσουν προγράμματα αναπνευστικής φυσιοθεραπείας, κινησιοθεραπείας, γνωστικά τεστ ή άλλα (Menges et al., 2021). Οι ίδιες οι Μ.Φ.Η., έχοντας κληθεί να φιλοξενήσουν περιστατικά Covid-19 και να δεχθούν νέα περιστατικά ή επανεισαγωγές τους που νόσησαν από τον SARS-CoV-2,

(Su et al., 2021) έχουν έρθει πλέον αντιμέτωπες με το post-Covid syndrome. Μάλιστα, ο επιπολασμός του συνδρόμου μετά τον Covid-19 στους ηλικιωμένους είναι περίπου 9,3% (Sathyamurthy et al., 2021), χωρίς όμως να υπάρχουν μελέτες αξιολόγησης του επιπολασμού του συνδρόμου σε δομές κλειστής φροντίδας. Ιδιαίτερα κρίσιμη κρίνεται η αξιολόγηση ηλικιωμένων ασθενών οι οποίοι και απομονώθηκαν κοινωνικά, και εν τέλει νόσησαν, αλλά και εμφανίζουν συμπτώματα long-Covid syndrome. Δεδομένου ότι δεν είναι ακόμα σαφές τι προκαλεί τις μακροπρόθεσμες συνέπειες της μόλυνσης από τον κορωνοϊό, το long-Covid μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο στη συμπτωματολογία του, μέχρι στιγμής, ενώ άμεσα απαιτούνται ενέργειες σύντομης εκπαίδευσης και ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας και των φροντιστών ηλικιωμένων πασχόντων σχετικά με τη εξέλιξη αυτή της νόσου.

2.3 Οι Δυσκολίες στην Πρόσβαση και στη Χρήση της Τηλεϊατρικής & Τηλεσυμβουλευτικής

Ο γενικός όρος «τηλεϊατρική» φέρνει τον ιατρό και τον ασθενή σε επαφή με την υπάρχουσα υποδομή και με δεδομένη διασυνδεσιμότητα, αποφεύγοντας ταυτόχρονα χωρικά εμπόδια. Προϋπόθεση για την πραγματοποίηση αυτή είναι ο τεχνικά επαρκής εξοπλισμός με φιλικό προς τον χρήστη υλικό που μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί από άτομα με ειδικές ανάγκες, και ένας ολοκληρωμένος και νομικά συμβατός κανονισμός προστασίας δεδομένων με κλιμακωτά δικαιώματα πρόσβασης για τους εμπλεκόμενους (Eberly et al., 2020). Διαβουλεύσεις και θεραπείες μέσω των μέσων επικοινωνίας είναι δυνατές σε μεμονωμένες περιπτώσεις, ακόμη και χωρίς προσωπική πρώτη επαφή, εάν αυτό δικαιολογείται ιατρικά και εφόσον λαμβάνεται η απαραίτητη φροντίδα στον τρόπο διάγνωσης, διαβούλευσης, θεραπείας και τεκμηρίωσης του προβλήματος του ασθενούς. Επιπλέον, ο ασθενής ή/και ο φροντιστής του πρέπει να ενημερώνεται για τις ιδιαιτερότητες της αποκλειστικής συμβουλευτικής και θεραπείας μέσω των μέσων επικοινωνίας (Batsis et al., 2019).

Η συνεχιζόμενη κατάσταση στο πλαίσιο της πανδημίας COVID-19 θέτει νέες προκλήσεις για το σύστημα υγείας. Όπως σε πολλούς άλλους τομείς της ζωής, το θέμα της ψηφιοποίησης βρίσκεται στο επίκεντρο της προσοχής στην υγειονομική περίθαλψη και προσφέρει εναλλακτικές λύσεις για την αντιμετώπιση της τρέχουσας κατάστασης

κρίσης, προσφέροντας λύσεις σε απομακρυσμένες περιοχές και σε ασθενείς μη δυνάμενους να μεταβούν σε δομή παροχής υγειονομικών υπηρεσιών (Slightam et al., 2020). Ενώ η τηλεϊατρική φροντίδα ασθενών αποτελεί ήδη μέρος της τακτικής φροντίδας σε άλλες χώρες, στην Ελλάδα δεν έχει ακόμη εφαρμοστεί με τις έως τώρα υπάρχουσες δομές και απαιτήσεις. Η συνεχιζόμενη πανδημία έδωσε μια πολύ καθυστερημένη ώθηση και επηρέασε καταλυτικά τη χρήση της τηλεϊατρικής και της τηλεαποκατάστασης, κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στην τηλενοσηλευτική συμβουλευτική (Baum et al., 2021), στην επικοινωνία με τους οικογενειακούς ιατρούς και στην καθημερινή πράξη, με τη χρήση λογισμικών για την επίδειξη των πιστοποιητικών νόσησης, εμβολιασμού και υποβληθέντων διαγνωστικών ελέγχων των πολιτών.

Η πανδημία έχει ωθήσει τις κοινότητες των επαγγελματιών υγείας προς τις εικονικές θεραπευτικές προσεγγίσεις που αποτρέπουν την ανάγκη για δια ζώσης συναντήσεις (Webster, 2020). Οι υπηρεσίες τηλεματικής υγείας έχουν αποδειχθεί ότι έχουν θετικό αντίκτυπο στην υποστήριξη τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών τους (Zhou, 2020), ελαχιστοποιώντας κατά το δυνατόν τις παροξύνσεις, κυρίως, ψυχιατρικών νόσων (Mann et al., 2020) και άρα τον νοσοκομειακό φόρτο εργασίας. Ακόμα και στην αξιολόγηση των ασθενών Covid-19 ως νοσούντων με οξεία λοίμωξη, αλλά και στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, η έγκαιρη, έγκυρη και συστηματική αξιολόγηση των ζωτικών σημείων των ασθενών μπορεί να αποβεί εξαιρετικά προβλεπτική και να αποφευχθούν εξάρσεις των νόσων.

Από τη βιβλιογραφική έρευνα προκύπτει ότι αν και πολλοί ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας είναι πρόθυμοι και ικανοί να μάθουν να χρησιμοποιούν τις πλατφόρμες και τα λογισμικά της τηλεϊατρικής, ένα δίκαιο σύστημα υγείας θα πρέπει να αναγνωρίσει ότι για ορισμένους, όπως εκείνους με άνοια ή αναπηρία είναι δύσκολη η υποστήριξη μέσω της τηλεϊατρικής, έως και αδύνατη (Donaghy et al., 2020). Για αυτούς τους ασθενείς, η υποστήριξη από κοινωνικές υπηρεσίες είναι απαραίτητη. Ιδιαίτερος δε, θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν και να χρηματοδοτηθεί, αφού προηγηθεί αξιολόγηση της ψηφιακής τους ωριμότητας, η τηλεπικοινωνιακή και ηλεκτρονική αναβάθμιση των Μ.Φ.Η., κάτι το οποίο μπορεί να αποβεί αποτελεσματικό και στην εν γένει διοίκησή τους. Συνοπτικά, οι τηλεϊατρικές, τηλεαποκαταστατικές και τηλεθεραπευτικές εφαρμογές, όπως η θεραπεία με βίντεο, προσφέρουν τη δυνατότητα συμπλήρωσης και βελτιστοποίησης των υφιστάμενων δομών φροντίδας,

υποδεικνύοντας ότι στο μέλλον, θα πρέπει να αναπτυχθεί μια συμβατή, φιλική προς το χρήστη, ολοκληρωμένη λύση που να διευκολύνει την πρόσβαση και τη μεταφορά δεδομένων, προκειμένου να καταστεί δυνατή η δικτυωμένη θεραπεία και να ενσωματωθεί στην τυπική φροντίδα, ακόμα και των ηλικιωμένων (Nimrod, 2020).

Κεφάλαιο 3^ο: Η Επιδημιολογία του SARS-CoV-2 στους Ωφελούμενους των Μ.Φ.Η.

3.1 Διεθνή Στοιχεία Επίπτωσης του SARS-CoV-2

Παγκοσμίως, ο αθροιστικός αριθμός επιβεβαιωμένων λοιμώξεων από SARS CoV-2 είναι επί του παρόντος (31/12/2021) 287.507.610 κρούσματα. Ο αριθμός των θανάτων που συνδέονται με τον ιό είναι 5.449.612 παγκοσμίως (Worldometer, 2021). Οι Η.Π.Α. σταθερά εμφανίζουν τα περισσότερα κρούσματα, και ακολουθούν η Ινδία, η Βραζιλία και η Μεγάλη Βρετανία. Στις ΗΠΑ, το προσωπικό και οι ωφελούμενοι εγκαταστάσεων μακροχρόνιας φροντίδας ήταν οι πρώτοι που επλήγησαν συστηματικά, ήδη από το πρώτο έτος της πανδημίας, αντιπροσωπεύοντας το 31% όλων των θανάτων από COVID-19 έως τις 30 Ιουνίου 2021 (Chidambaram, 2021). Το καλοκαίρι του 2021, και λόγω της αύξησης των εμβολιασμών, ο αριθμός των νέων κρουσμάτων μειωνόταν καθημερινά. Αυτό όμως μέχρι το φθινόπωρο του 2021, οπότε και η μετάλλαξη Δέλτα αύξησε εκ νέου τα κρούσματα και τους θανάτους. Άγνωστα παραμένουν ακόμη τα στοιχεία της νεοεμφανισθείσας μετάλλαξης Όμικρον. Επί του συνόλου των δομών μακροχρόνιας φροντίδας υγείας (συμπεριλαμβανομένων των Μ.Φ.Η.) στις Η.Π.Α. το 87,2% των ωφελουμένων τους έχουν εμβολιαστεί, ενώ το ποσοστό των εργαζομένων αντίστοιχα φτάνει το 79,0%. Τα συνολικά κρούσματα ωφελουμένων στις δομές αυτές αγγίζουν τις 750.000 ενώ του προσωπικού ξεπερνούν τις 700,000, με τους θανάτους όμως από τον Covid-19 να αντιστοιχούν ως 64 προς 1 (The Covid Tracking Project, 2021). Έως και σήμερα, το υπερβαίνον ποσοστό θνησιμότητας που σχετίζεται με την πανδημία COVID-19 στις ΗΠΑ για το 2020 είναι για τα άτομα ηλικίας 65-74 ετών 420,5 ενώ για τα άτομα 75+ ετών 1.246,8 (Elflein, 2021). Περίπου το 8% των ανθρώπων που ζουν σε εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας στις ΗΠΑ έχουν πεθάνει από COVID-19, σχεδόν 1 στους 12. Μόνο για τους οίκους ευγηρίας, ο αριθμός είναι σχεδόν 1 στους 10 (The Covid Tracking Project, 2021).

Σε Ευρωπαϊκό έδαφος πλέον, ο ECDC δημοσίευσε τα τελευταία του στοιχεία σχετικά με τα κρούσματα και τους θανάτους σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας υγείας έως τις 09/11/2021. Από τα στοιχεία αυτά τα αρνητικά πρωτεία κατέχει η Γαλλία με επιβεβαιωμένα 153.219 κρούσματα εντός των δομών αυτών, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι Μ.Φ.Η. με το 20,75% αυτών να αποβιώνει λόγω του Covid-19 (ECDC, 2021). Τα αμέσως επόμενα αυξημένα ποσοστά εντοπίζονται στη

Γερμανία, όπου έως τις 16/12/2021 είχαν χάσει τη ζωή τους 52.666 άνδρες 60 ετών και άνω και 48.312 γυναίκες, με το μεγαλύτερο ποσοστό τους να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 80-89 ετών (Statista, 2021). Το αντίστοιχο υπερβαίνον ποσοστό θνησιμότητας είναι 67,8 θάνατοι στην ηλικιακή ομάδα 65-74 ετών και 414,8 θάνατοι ατόμων 75+ ετών (Elflein, 2021).

3.2 Ελληνικά Στοιχεία Επίπτωσης του SARS-CoV-2

Η Ελλάδα σήμερα, 31/12/2021 αριθμεί περί τα 1.210.853 κρούσματα Covid-19 και τους 20.790 συνολικούς θανάτους. Τα στοιχεία του ECDC για την πορεία της πανδημίας στις Μ.Φ.Η. δεν έχουν ανανεωθεί από τις αρχές Ιανουαρίου 2021, οπότε η επέλαση της μετάλλαξης Δέλτα και Όμικρον δεν αποτυπώνεται στατιστικά για τις Μ.Φ.Η. Μέχρι τότε όμως είχαμε 1.512 κρούσματα και 228 θανάτους σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας (ECDC, 2021). Άλλες πηγές βέβαια αναφέρουν ότι έως τα τέλη Οκτωβρίου του 2020 είχαν εντοπιστεί 2.476 κρούσματα σε κλειστές δομές, εκ των οποίων τα 1.155 (46%) ήταν σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, γηροκομεία και κέντρα αποκατάστασης (Τρομπούκης, 2021). Η μη ύπαρξη αυτούσιων στατιστικών στοιχείων για τις Μ.Φ.Η. δηλώνει βέβαια την συνεχόμενη παθογένεια στην παρουσίαση στατιστικών στοιχείων που αφορούν την τρίτη και τέταρτη ηλικία στη χώρα μας. Σε κάθε περίπτωση είναι γνωστή η υποχρεωτική εμβολιαστική κάλυψη του προσωπικού των Μ.Φ.Η., οπότε τα ποσοστά εμβολιασμού των εργαζομένων αναμένονται υψηλά. Υπάρχει όμως γκρίζα ζώνη σχετικά με την εμβολιαστική κάλυψη των ωφελούμενων των δομών, αφού αφενός είναι υποχρεωτική και η τρίτη δόση εμβολιασμού τους και επιπλέον γίνονται δεκτοί μόνο πλήρως εμβολιασμένοι ηλικιωμένοι (άρθρο 206 Νόμος 4876/2021), αφετέρου όμως, δεν υπάρχει πρόβλεψη για τους παλαιότερους ωφελούμενους, οι οποίοι, είτε από προσωπική τους επιλογή είτε από επιλογή των κηδεμόνων τους, παραμένουν μη εμβολιασμένοι.

3.3 Δείκτες Συσχετισμού της Πανδημίας Covid-19 και των Ηλικιωμένων

Οι δείκτες επιδημιολογικής επιτήρησης του πληθυσμού που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας αφορούσαν τόσο την παρακολούθηση παραμέτρων της ζωής και των μεταξύ τους συσχετισμών, όπως αυτές εκδηλώνονταν, είτε σχετίζονταν με τον SARS-Cov-2, είτε και όχι. Κατά τη διάρκεια του διεθνούς φαινομένου της πανδημίας Covid-19, οι επιστημονικές κοινότητες ακολούθησαν την κοινή τους κωδικοποίηση, τους δείκτες δηλαδή, για να κατορθώσουν να μετρήσουν, να αξιολογήσουν και να διατυπώσουν προτάσεις σχετικές με το επίπεδο υγείας, αλλά και τον τρόπο ζωής των ανθρώπων. Για τον λόγο αυτόν μάλιστα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε ένα πλαίσιο χρησιμοποιούμενων δεικτών, οι οποίοι αρχικά αφορούσαν μόνο δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας από τον Covid-19 (WHO, 2021). Η πολυπλοκότητα των δεικτών προέκυψε από την ανάγκη μελέτης και άλλων πτυχών της καθημερινότητας της ζωής που η πανδημία επηρέασε, χωρίς να εστιάζονται μόνο στους ασθενείς με Covid-19. Βιβλιογραφικά, παρατηρείται η τάση χρήσης των δεικτών αυτών και για ομάδες του πληθυσμού οι οποίες τείνουν να υποεκπροσωπούνται ή να αποκλείονται από τακτικές συλλογές δεδομένων που χρησιμοποιούνται για την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, όπως οι ηλικιωμένοι (Mattiuzzi et al., 2021; Moore et al., 2016; European Commission, 2020).

Μερικοί από τους δείκτες που έχουν προταθεί ή/και μπορούν να χρησιμοποιηθούν ή ήδη έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη της υγείας σε πληθυσμούς τρίτης και τέταρτης ηλικίας είναι οι, αλλά δεν περιορίζονται στους:

- Επαφές εξωτερικών ασθενών για καταστάσεις που (δεν) σχετίζονται με τον COVID-19
- Εισαγωγές σε νοσοκομείο για παθήσεις που (δεν) σχετίζονται με τον COVID-19
- Δείκτης επαναλαμβανόμενων μολύνσεων από Covid-19
- Δείκτης επαναλαμβανόμενης νόσησης από SARS-CoV-2 (Mari et al., 2021)
- Δείκτης διάδοσης του Covid-19: Εμπειρικός αριθμός αναπαραγωγής, Ο ρυθμός επιθέσεων 14 ημερών: Μέτρηση των μεταδοτικών ατόμων, Αποτελεσματική δυνητική ανάπτυξη (ενν. της πανδημίας), Η κλίμακα Biocom-CoV (Català et al., 2021)
- Δείκτης πρόγνωσης κρουσμάτων επιδημικών νόσων, όπως Covid-19

- Δείκτης ευπάθειας μολυσματικών ασθενειών (και για τον Covid-19: Δείκτης ευπάθειας πανδημίας COVID-19 (PVI) (National Institute of Environmental Health Sciences, 2021)
- Ποσοστό κάλυψης εμβολιασμού από το εμβόλιο για κάθε εμβολιασμό στο εθνικό πρόγραμμα
- Αυτοαντιλαμβανόμενη (ψυχική) υγεία
- Αυτοαναφερόμενες ακάλυπτες ανάγκες για ιατρική εξέταση βάσει αιτιολογίας
- Ποιότητα ζωής
- Self-care Readiness index (Self Care Readiness Index Patient Information Forum, 2021)
- Συνολική αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη
- Ποσοστό του πληθυσμού με μεγάλες δαπάνες των νοικοκυριών για την υγεία ως ποσοστό των συνολικών δαπανών ή εισοδήματος των νοικοκυριών
- Ευεξία
- Επιπολασμός ανεπαρκούς σωματικής δραστηριότητας
- Επιπολασμός της κατάθλιψης
- Ποιότητα ύπνου
- Μέτρηση κατάθλιψης
- Επικράτηση της βίας από τους οικείους συντρόφους
- Μέτρα έκβασης της ασθένειας που αναφέρονται από τον ασθενή (PROM)
- Κατανάλωση αντιμικροβιακών φαρμάκων
- Εμφάνιση χρόνιων παθήσεων
- Εμφάνιση ψυχικών διαταραχών
- Εμφάνιση μολυσματικών ασθενειών (που μπορούν να προληφθούν με εμβόλιο)
- Εμφάνιση μη θανατηφόρων τραυματισμών
- Θνησιμότητα από όλες τις αιτίες
- Υπερβολική θνησιμότητα
- Θνησιμότητα από χρόνια νοσήματα
- Θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα εκτός από τον COVID-19
- Ποσοστό περιεγχειρητικής θνησιμότητας
- Θανατηφόρα τραύματα (συμπεριλαμβανομένης της αυτοκτονίας)
- Ποσοστό θνησιμότητας που μπορεί να αποφευχθεί

- Δείκτης κινδύνου της Παγκόσμιας Υγείας (Boyd et al., 2020)

Ιδιαίτερος για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, τα οποία μπορούν να ανήκουν στον ενεργό πληθυσμό, κοινωνικοοικονομικοί δείκτες μπορούν να διερευνηθούν και να αξιολογηθούν με βάση τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία που ισχύουν σε κάθε περιοχή, σε δεδομένες στιγμές. Τέτοιοι μπορούν να είναι δείκτες που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της πορείας των αγορών και των καταναλωτικών συνηθειών μίας κοινωνίας, δείκτες που αφορούν τη χρήση ή/και την πρόβλεψη χρήσης των διαφόρων υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων και των υγειονομικών, όπως ο δείκτης κάλυψης υγειονομικών υπηρεσιών, ο δείκτης χρήσης υγειονομικών υπηρεσιών και δείκτης μέτρησης υγειονομικών δαπανών (World Bank, 2021). Άλλοι οικονομικοί δείκτες περιλαμβάνουν τον δείκτη τιμών καταναλωτή (CPI) (U.S. Bureau of Labor Statistics, 2021) και τον δείκτη στέρησης (deprivation index) που βρέθηκαν αρκετά πιο αυξημένοι για τα έτη 2019-2021 (Coma et al., 2020). Ακόμα, δείκτες που αφορούν κρίσεις και έκτακτες καταστάσεις, όπως αυτή της πανδημίας, είναι εφικτό να εστιάσουν στην ανάλυση δεδομένων που προκύπτουν από ομάδες ηλικιωμένων πληθυσμών. Επί παραδείγματι, ο δείκτης αυστηρότητας των μέτρων (stringency index) μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της αυστηρότητας των μέτρων που ελήφθησαν για προστασία από τον νέο κορονοϊό και τον περιορισμό της διασποράς του σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων και χρονίως πασχόντων σε σχέση με τα αποτελέσματα που τελικά αυτή επέφερε (Li et al., 2021). Τέλος, δείκτες που αφορούν την ετοιμότητα των παρόχων υπηρεσιών υγείας σε σχέση, είτε εξ ολοκλήρου είτε εν μέρει, με την τρίτη και τέταρτη ηλικία, όπως οι Προνοιακές υπηρεσίες, οι Μ.Φ.Η., τα νοσοκομεία, οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τα Κέντρα Ημερήσιας Φιλοξενίας Ηλικιωμένων και άλλοι, επίσης αξίζουν διερεύνησης, προκειμένου να αποσαφηνιστούν οι αλλαγές που η πανδημία επέφερε στη λειτουργία τους και να αξιολογηθεί η προετοιμασία τους έναντι άλλων ενδημικών ή πανδημικών, μολυσματικών νόσων (nursing homes resilience index) (Lyng et al., 2021).

Κεφάλαιο 4^ο: Μέτρα Περιορισμού Διασποράς του SARS-CoV-2 στις Μ.Φ.Η.

4.1 Τα Μέτρα και Διατάξεις για τον Περιορισμό της Διασποράς του Covid-19 στην Ελλάδα: ΦΕΚ, Κ.Υ.Α. και Οδηγοί Ορθής Λειτουργίας 2020-2021.

Από την αρχή της πανδημίας το 2020, τα μέτρα προστασίας από τον κορονοϊό SARS-CoV-2 καθώς και τα μέτρα περιορισμού της διασποράς του ιού στην κοινότητα, αφορούσαν εν γένει τις υγειονομικές μονάδες και απευθύνονταν σε όλες ανεξαιρέτως τις δομές και τους φορείς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Οι βασικές οδηγίες αφορούσαν αναστολή του επισκεπτηρίου στις δομές, την αυστηρή τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας (CDC, 2020; Walker et al., 2020), την αναστολή του επισκεπτηρίου και την απολύμανση των χώρων με ταυτόχρονη επαγρύπνηση και διενέργεια διαγνωστικών ελέγχων για την εμφάνιση συμπτωμάτων της νόσου στους ωφελούμενους των δομών (WHO, 2020; Rodríguez-Mañas, 2020). Έτσι, η έκδοση στοχευμένων οδηγιών και πρωτοκόλλων που αφορούσαν την διαχείριση της πανδημίας από τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων βασίστηκε σε αυτές ακριβώς τις οδηγίες και παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στις 31/7/2020, με την ολοκληρωτική αναστολή των επισκεπτηρίων στις δομές αυτές. Αργότερα μέσα στο έτος, στις 26/8/2020 συγκροτείται από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδος «Κλιμάκιο Ελέγχου για την πρόληψη κατά της διασποράς του SARS-CoV-2 σε δομές κλειστής φροντίδας για ηλικιωμένους, ΑμΕΑ και χρονίως πάσχοντες», το οποίο θα αποτελείτο από έναν Επόπτη Υγείας ή Επαγγελματία Υγείας ή Ιατρό και από έναν Κοινωνικό Σύμβουλο της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας & Κοινωνικής Μέριμνας. Η πράξη αυτή της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδος είχε αρχικά συμβουλευτικό χαρακτήρα, χωρίς να έχει γίνει γνωστή η μη συμμόρφωση κάποιας Μ.Φ.Η. στα εκάστοτε μέτρα και οδηγίες στην ευρύτερη περιοχή της Αχαΐας. Οι πρώτοι έλεγχοι αφορούσαν και την τήρηση υγειονομικών πρωτοκόλλων που οι διοικήσεις των δομών ήταν υποχρεωμένες να ακολουθούν και προ της πανδημίας, όπως η τήρηση υγιεινής σε χώρους κουζίνας, εστιατορίου, αποδυτηρίων και κοινόχρηστων μπάνιων/WC.

Από εκείνην τη χρονική περίοδο και έπειτα, Φύλλα Εφημερίδος της Κυβερνήσεως (Φ.Ε.Κ.), Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις (Κ.Υ.Α.) και Υπουργικές Αποφάσεις (Υ.Α.), Δελτία Τύπου της Επιτροπής Διαχείρισης της Πανδημίας και

Οδηγοί Ορθής Λειτουργίας των Μ.Φ.Η. από τον ΕΟΔΥ εκδίδονταν σε συστηματική πλέον βάση, κάποιες φορές εβδομαδιαία (κάθε Δευτέρα), ενώ τα αρμόδια τμήματα των Περιφερειών ανέλαβαν την εγκαίριότερη ενημέρωση των διοικήσεων των Μ.Φ.Η αποστέλλοντας ενημερωτικά e-mails. Κάθε σχετική πράξη και τα σημεία της που αφορούν τις Μ.Φ.Η. παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα με χρονολογική σειρά. Δεν αναφέρονται τα Φ.Ε.Κ. που περιλαμβάνουν την απαγόρευση της βραδινής κυκλοφορίας ή την θέσπιση αποστολής μηνύματος sms για την μετακίνηση των πολιτών ή την έκδοση πιστοποιητικού εργασίας από το ΕΡΓΑΝΗ για αιτιολόγηση μετακίνησης, καθώς οι εργαζόμενοι των Μ.Φ.Η. ακολουθούσαν αυτές τις οδηγίες, χωρίς να επηρεαστεί το εργασιακό τους συνεχές κατά τη διάρκεια της πανδημίας από τις παραπάνω δραστηριότητες. Μέσα από τα εκάστοτε μέτρα μπορεί κάποιος να κατανοήσει την ολόκληρη την πορεία της πανδημίας και να εντοπιστούν τα σημεία έξαρσης και ύφεσής της.

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΕΚ	ΕΙΣΑΓΟΜΕΝΑ ΜΕΤΡΑ
Υ.Α. 3573/Β'/28.8.2020 Δ1α/ΓΠ.οικ.49000/31.7.2020	Αναστολή επισκεπτηρίων σε δομές φιλοξενίας ευάλωτων ομάδων (Νοσοκομεία, Μ.Φ.Η., κλπ.) από την 1.9.2020 έως και τις 15.9.2020
ΕΟΔΥ (2020) «Κρατώντας τον Κορωνοϊό Μακριά από τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων Ατόμων-οδηγίες καθημερινής πρακτικής»	Οδηγός αξιολόγησης συμπτωμάτων σχετικών με τον SARS-CoV-2 σε ωφελούμενους/τροφίμους από το προσωπικό της δομής.
ΕΟΔΥ & ΕΑΔ (2020) «Οδηγός Ασφαλούς Συμπεριφοράς Εργαζομένων-Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων & Προνοιακές Δομές»	Οδηγός του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων και της Εθνικής Αρχής Διαφάνειας για τα Μέτρα Προστασίας από τον Covid-19 και την συμπεριφορά των εργαζομένων προς τους ωφελούμενους των Μ.Φ.Η. (και άλλων προνοιακών δομών)
ΕΟΔΥ ε), 28 Αυγούστου 2020 «Μέτρα για την Προστασία των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων-Οδηγίες Καθημερινής Πρακτικής Αύγουστος 2020»	Οδηγός του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων με συνολική παρουσίαση των μέτρων που οφείλουν να λάβουν οι Μ.Φ.Η για πρόληψη της διασποράς του Covid-19 σε αυτές. Στο ΦΕΚ 3611 στις 29/08/2020 αναφέρονται τα μέτρα αυτά αναλυτικά.
ΦΕΚ 3611/Β'/29.8.2020	Υποχρέωση εντός των δομών για εφαρμογή υγιεινής των χεριών, χρήση μάσκας και κοινωνική αποστασιοποίηση.

	<p>Εξαιρούνται για ιατρικούς λόγους τα άτομα που πάσχουν αποδεδειγμένα από αναπνευστικά προβλήματα.</p> <p>Υποχρέωση λήψης μέτρων καθαριότητας και απολύμανσης χώρων, αντικειμένων και εξοπλισμών εντός της δομής και ορθής διαχείρισης μολυσματικών απορριμμάτων.</p> <p>Καθημερινή ενεργητική επιτήρηση των ασθενών/ φιλοξενούμενων για τυχόν εκδήλωση συμπτωμάτων συμβατών με τον κορονοϊό COVID-19 (πυρετός, βήχας, αναπνευστική δυσχέρεια) δύο (2) φορές την ημέρα με θερμομέτρηση και μέτρηση κορεσμού αιμοσφαιρίνης.</p> <p>Καθολική απαγόρευση των επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η.</p> <p>Υποχρεωτικός προληπτικός εργαστηριακός έλεγχος (PCR 48 ώρες πριν) για κορονοϊό COVID-19 σε όλους τους νέους εργαζομένους και σε όσους επιστρέφουν από πολυήμερη άδεια (τουλάχιστον 5 ημερών). Επιβάλλεται πρόστιμο πεντακοσίων (500) ευρώ στους εργαζόμενους που υποχρεούνται να υποβληθούν σε προληπτικό εργαστηριακό έλεγχο και δεν το κάνουν και (3.000) ευρώ πρόστιμο στους εργοδότες τους.</p> <p>Ορισμός υπευθύνου διαχείρισης περιπτώσεων επί υποψίας ή διαπιστωμένου κρούσματος λοίμωξης COVID-19-αυτός μπορεί να είναι ο επιστημονικός υπεύθυνος ή ο διευθυντής ή ο διοικητής ή ο πρόεδρος της Μ.Φ.Η. ή αναπληρωτής του.</p> <p>Υποχρεωτική καθημερινή συμπλήρωση ερωτηματολογίου δήλωσης υγείας του προσωπικού και έλεγχός τους από καθορισμένο εκπρόσωπο της δομής για προστασία των προσωπικών δεδομένων των εργαζομένων (βλ. παράρτημα 1 του σχετικού ΦΕΚ). Ο υπεύθυνος αυτός μπορεί με οιονδήποτε τρόπο να ενημερώνει για τα στοιχεία των ερωτηματολογίων, (αωνυμοποιημένα στοιχεία) τον σχετικό εκπρόσωπο της οικείας Περιφέρειας.</p> <p>Καθημερινή θερμομέτρηση του προσωπικού και των συνεργατών κατά την είσοδό του στη δομή.</p> <p>Με απόφαση του Διοικητή κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.ΠΕ.), ορίζονται τα νοσοκομεία και οι φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στα οποία θα διενεργούνται οι προληπτικοί εργαστηριακοί έλεγχοι για κορονοϊό COVID-19.</p> <p>Επιβάλλονται σχετικές προβλεπόμενες ποινικές κυρώσεις και διοικητικά πρόστιμα για κάθε παράβαση των ανωτέρω, με ελάχιστο ποσό τα (3.000) ευρώ, εάν η δυναμικότητα της δομής δεν υπερβαίνει τους σαράντα (40) ωφελούμενους. Για περισσότερους από 40</p>
--	--

	<p>ωφελομένους, το ποσό ανέρχεται στις (5.000) ευρώ και δύναται να επιβληθεί και το διοικητικό μέτρο της αναστολής λειτουργίας της δομής για χρονικό διάστημα εξήντα (60) ημερών.</p> <p>Σε περίπτωση υποτροπής το πρόστιμο διπλασιάζεται.</p> <p>Στους ωφελομένους/φιλοξενούμενους των Μ.Φ.Η. που δεν τηρούν τους παραπάνω κανόνες επιβάλλεται για κάθε παράβαση, διοικητικό πρόστιμο εκατό πενήντα (150) ευρώ, παράλληλα με τις προβλεπόμενες ποινικές κυρώσεις.</p> <p>Μέτρα για το προσωπικό των Μ.Φ.Η :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Γενική χρήση ιατρικής μάσκας από όλο το προσωπικό καθ' όλη την ώρα της βάρδιας, καθώς και ασπίδα προσώπου όπου απαιτείται, καθώς και εκτός της δομής. • Ομαδοποίηση του προσωπικού και ανάθεση φροντίδας συγκεκριμένων δωματίων/φιλοξενουμένων για την κάθε ομάδα χωρίς αλλαγές από μέρα σε μέρα. • Εκπαίδευση όλου του προσωπικού σχετικά με την χρήση ατομικού προστατευτικού εξοπλισμού από εκπαιδευτή που έχει οριστεί για τον σκοπό αυτό. Επίσης ενθαρρύνεται η συμμετοχή του προσωπικού σε προγράμματα τηλεεκπαίδευσης πάνω στο αντικείμενο. • RT-PCR testing δειγματοληπτικά και με δεξαμενοποίηση δειγμάτων από 5 εργαζόμενους (sample pooling), σύμφωνα με πρωτόκολλο που θα εκπονήσει ο ΕΟΔΥ. Ομοίως και για τους ασθενείς. • Σε περίπτωση που υπάρξει κρούσμα στην δομή, υποχρεωτικός έλεγχος (RT-PCR) όλου του προσωπικού ανά εβδομάδα μέχρι την παρέλευση δεκαπέντε (15) ημερών από την ημερομηνία εμφάνισης του τελευταίου κρούσματος. • Απομάκρυνση από την εργασία άμεσα μετά την εμφάνιση συμπτωμάτων και διενέργεια RT-PCR test: σε περίπτωση θετικού PCR test για Covid - 19, απομάκρυνση από την εργασία για δέκα (10) ημέρες. • Σε περίπτωση υψηλού κινδύνου επαφής με επιβεβαιωμένο κρούσμα: καραντίνα επτά (7) ημερών και διενέργεια PCR test πριν την επιστροφή. • Αποφυγή ομαδικών διαλειμμάτων. • Αποφυγή ταυτόχρονης απασχόλησης του προσωπικού σε περισσότερες της μιας δομής καθώς και σε άλλες δομές φιλοξενίας (ξενοδοχεία) ή σε καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος <p>Μέτρα για τους φιλοξενούμενους/ωφελομένους:</p>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Προϋπόθεση εισαγωγής κάθε ασθενούς το αρνητικό test PCR (48 ωρών) • Χωροταξικός διαχωρισμός φιλοξενουμένων και κοινοχρήστων χώρων. • Απαγόρευση εξόδου των φιλοξενουμένων στις περιόδους που απαγορεύονται τα επισκεπτήρια. • Άμεση απομόνωση υπόπτων περιστατικών και cohorting (νοσηλεία στον ίδιο θάλαμο) αν υπάρξουν περισσότερα του ενός κρούσματα. • Σε περίπτωση εμφάνισης κρούσματος θα πρέπει να ακολουθήσει ιχνηλάτηση με δειγματοληψία για test Covid - 19 με RT-PCR σε όλους τους φιλοξενούμενους. • Χρήση μη ιατρικής μάσκας σε όσους είναι περιπατητικοί και εφ' όσον το επιτρέπει η νευρολογική/αναπνευστική τους κατάσταση • Λήψη γεύματος/δείπνου κ.λπ. στο δωμάτιο του φιλοξενούμενου, εφ' όσον στην τραπεζαρία δεν μπορούν να τηρηθούν οι αποστάσεις ή υπάρχουν κρούσματα. • Μέτρα και οδηγίες για τις δομές (διοίκηση): Εκπόνηση σχεδίων αντιμετώπισης κρούσματος/ πιθανού κρούσματος: • Πλάνο Δράσης-Σχέδιο αντιμετώπισης μεμονωμένων ή συρροής κρουσμάτων Covid - 19 σε φιλοξενούμενους και προσωρινής τους νοσηλείας στη δομή. Ομοίως και για κρούσματα στο προσωπικό, με διερεύνηση δυνατότητας άμεσης εξασφάλισης προσωπικού από τον ΕΟΔΥ. • Άμεση ενημέρωση ΕΟΔΥ σε περίπτωση διάγνωσης κρούσματος Covid - 19 σε τρόφιμο ή σε προσωπικό. • Εμβολιασμός των φιλοξενουμένων έναντι της γρίπης και όλων των προβλεπόμενων εμβολίων σύμφωνα με την ηλικία τους και το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών. • Καθιέρωση πολιτικής χορήγησης αναρρωτικών αδειών προσωπικού, ακόμα και με ελάχιστα συμπτώματα. • Εξασφάλιση καθημερινής επάρκειας αλλά και ικανού αποθέματος υλικών (απολυμαντικά, αλκοολούχα αντισηπτικά διαλύματα, κάδοι, σάκοι απορριμμάτων, κ.λπ.) καθώς και μέσων ατομικής προστασίας (γάντια, μάσκες απλές χειρουργικές, μάσκες υψηλής αναπνευστικής προστασίας FFP2/FFP3, προσωπίδες, προστατευτική ενδυμασία, αδιάβροχη ποδιά, ποδονάρια). • Εξασφάλιση διαθεσιμότητας παροχής οξυγόνου ή φιαλών οξυγόνου στα δωμάτια των φιλοξενουμένων.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Δημιουργία/Εξασφάλιση κατάλληλου χώρου (κενό μονόκλινο με εύκολη πρόσβαση και ει δυνατόν σε απομόνωση σε σχέση με τα υπόλοιπα δωμάτια) για προσωρινή απομόνωση βεβαιωμένου ή πιθανού κρούσματος Covid – 19 με τήρηση όλων των απαραίτητων πρωτοκόλλων για μη διασπορά του ιού, όπως ξεχωριστά αντικείμενα, κάδο απορριμμάτων, θερμόμετρο κ.λπ.) και •Εξασφάλιση κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού σε κάθε βάρδια, για την πιθανότητα εφαρμογής φροντίδας σε θετικό κρούσμα. • Τοποθέτηση αλκοολικών διαλυμάτων και μασκών σε όλα τα δωμάτια και τους κοινόχρηστους χώρους. •Ανάπτυξη συστημάτων επικοινωνίας με φιλοξενούμενους/συγγενείς/επισκέπτες (SMS, Skype, διαδίκτυο, κ.λπ.). • Σήμανση - ανάρτηση πινακίδων/αφισών για υπενθύμιση κανόνων υγιεινής, υγιεινής των χεριών, υγιεινής του βήχα και του φταρνίσματος, κ.λπ.
ΦΕΚ 3958/Β’/15.09.2020 (αντικαταστάθηκε από την Κοινή Υπουργική Απόφαση ΔΙα/Γ.Π.οικ. 64450 - ΦΕΚ 4484/Β/11-10-2020)	Επανάληψη των μέτρων ΦΕΚ 3611 Β 2020/29.8.2020
ΦΕΚ 177/Α’/15.09.2020	Επανάληψη των μέτρων ΦΕΚ 3611 Β 2020/29.8.2020-Επιτρέπεται το επισκεπτήριο μόνο σε ασθενείς που βρίσκονται σε προθανάτια κατάσταση και υπό προϋποθέσεις. Επίσης δίνεται η δυνατότητα στις Μ.Φ.Η. να συστήσουν συλλογικό όργανο διαχείρισης και ελέγχου της προστασίας τους από τον Covid-19.
ΦΕΚ 4321/Β’/02.10.2020	Σύσταση «Επιτροπής Προστασίας Ευπαθών Ομάδων». Αρμοδιότητα της Επιτροπής είναι: η παρακολούθηση της τήρησης των μέτρων, η συλλογή και η επεξεργασία πληροφοριών από τις Μ.Φ.Η. σε σχέση με την εξέλιξη της διασποράς του κορωνοϊού Covid-19 η σχετική ενημέρωση του Υπουργείου Υγείας
ΦΕΚ 4484/Β’/11.10.2020 (αντικατέστησε το ΦΕΚ 3958 Τεύχος Β’ 3958/15.09.2020)	Επιβολή προσωρινής αναστολής επισκεπτηρίων.

ΦΕΚ 4829/Β'/02.11.2020	Αναστολή επισκεπτηρίου στις Μ.Φ.Η.
ΦΕΚ 4899/Β'/06.11.2021	Συνέχιση της αναστολής του επισκεπτηρίου στις Μ.Φ.Η. έως τις 30.11.2021
ΦΕΚ 235/Α'/26.11.2020	Επανάληψη των μέτρων ΦΕΚ 3611 Β 2020/29.8.2020-Το Υπουργείο Υγείας μπορεί να θεσπίζει και να ορίζει τους όρους συμμετοχής των δομών σε προγράμματα υποστήριξής τους.
ΦΕΚ 5255/Β'/28.11.2020	Επαναλαμβάνονται τα μέτρα του ΦΕΚ 3611 Β 2020/29.8.2020
Εκπαιδευτικό Εγχειρίδιο Εμβολιαστικά Κέντρα Covid-19, Έκδοση 1.0 (ΕΟΔΥ β) και 1.1 (ΕΟΔΥ γ)	Ορίζονται οι τρόποι που αφορούν την ένταξη του εμβολιαστικού προγράμματος κατά του Covid-19 στις Μ.Φ.Η. Επισυνάπτονται οδηγίες για την προετοιμασία των τροφίμων, του προσωπικού, καθορίζεται ο τύπος της συνεργασίας του ιατρού της Μ.Φ.Η. με τα εμβολιαστικά κλιμάκια του Ε.ΟΔ.Υ., ενημερώνεται το προσωπικό για τον αλγόριθμο αναφυλαξίας και τη διαχείριση περιστατικών που εμφανίσουν παρενέργειες κατά τη διάρκεια και μετά το πέρας του εμβολιασμού (εργαζομένων και προσωπικού) και επισυνάπτονται για πρώτη φορά τα έντυπα 1) Συγκατάθεσης στον εμβολιασμό, 2) Ατομικού ιστορικού (αλλεργίες, χρόνια νοσήματα κλπ.) καθώς και 3) Συναίνεση μετά από ενημέρωση για πολίτες μη δυνάμενους να παράσχουν προφορική συγκατάθεση». Το τελευταίο έντυπο αφορούσε ηλικιωμένους που δε μπορούσαν να λάβουν οι ίδιοι απόφαση σχετική με τη ζωή τους και συνοδευόταν απαραίτητως από υπεύθυνη δήλωση συγκατάθεσης, ή μη, του κηδεμόνος/δικαστικού συμπαραστάτη τους.
ΦΕΚ 5350/Β'/5.12.2020	Επαναλαμβάνονται τα μέτρα του ΦΕΚ 3611 Β 2020/29.8.2020
ΦΕΚ 5486/Β'/12.12.2020	Επαναλαμβάνονται τα μέτρα του ΦΕΚ 3611 Β 2020/29.8.2020
ΦΕΚ 256/Α'/23.12.2020	Θεσπίζεται ο υποχρεωτικός εμβολιασμός των ωφελουμένων/τροφίμων κάθε δομής από κλιμάκια του Ε.Ο.Δ.Υ.
ΦΕΚ 30/Β'/08.01.2021	Εισάγονται τα ίδια μέτρα όπως στο ΦΕΚ Β' 5350/2020/5.12.2020 - ΦΕΚ 3611 Β 2020/29.8.2020
ΦΕΚ 89/Β'/16.01.2021	Ισχύουν τα μέτρα του ΦΕΚ 4321 Τεύχος Β' 4321/02.10.2020 - ΦΕΚ 3611 Β 2020/29.8.2020

ΦΕΚ 186/Β'/23.01.2021	Αναστολή επισκεπτηρίου και παροχής υπηρεσιών (εννοείται από εξωτερικούς συνεργάτες ή/και εθελοντές) στις Μ.Φ.Η. (από 25/1/2021-1/2/2021)
ΦΕΚ 341/Β'/29.01.2021, ΚΥΑ Δ1α/Γ.Π.οικ.: 6877/2021	Επαναλαμβάνονται τα μέτρα του ΦΕΚ Β' 89/ 16.01.2021
ΦΕΚ 586/Β'/13.02.2021	Η Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδος εντάσσεται στον επιδημιολογικό χάρτη της χώρας ως περιοχή «πολύ αυξημένου κινδύνου», γεγονός που σημαίνει την αναστολή εισόδου-εξόδου από τις Μ.Φ.Η. και την εντατική επιτήρηση των δομών από τα ελεγκτικά κλιμάκια των αρμόδιων Αρχών για τήρηση των μέτρων προστασίας από τον Covid-19.
ΦΕΚ 648/Β'/20.02.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 01.03.2021
ΦΕΚ 768/Β'/26.02.2021	Ισχύει η αναστολή του επισκεπτηρίου στις Μ.Φ.Η. και ορίζεται πως η εκάστοτε Υγειονομική Περιφέρεια θα ενημερώσει κάθε Μ.Φ.Η. για το εγγύτερο σε αυτήν νοσοκομείο από το οποίο θα προμηθεύεται τα rapid tests.
ΦΕΚ 843/Β'/03.03.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 16.03.2021
ΦΕΚ 996/Β'/13.03.2021	Η Περιφερειακή Ενότητα Αχαΐας εντάσσεται στις περιοχές «πολύ αυξημένου κινδύνου» και τηρούνται τα πρωτόκολλα και οι οδηγίες προηγούμενων ΦΕΚ.
ΦΕΚ 1076/Β'/20.03.2021 Αριθμ. Δ1α/Γ.Π.οικ. 17698 (ομοίως αναφέρεται το μέτρο και στο ΦΕΚ 1119/Β'/22.03.2021)	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 29.03.2021
ΦΕΚ 1308/Β'/03.04.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 12.04.2021
ΦΕΚ 1441/Β'/10.04.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 19.04.2021
ΦΕΚ 1558/Β'/17.04.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 26.04.2021
ΦΕΚ 1814/Β'/29.04.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 10.05.2021
ΦΕΚ 1872/Β'/08.05.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 14.05.2021
ΦΕΚ 1944/Β'/13.05.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 24.05.2021

ΦΕΚ 2233/Β'/29.05.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 07.06.2021
Εκπαιδευτικό Εγχειρίδιο Εμβολιαστικά Κέντρα Covid-19, Έκδοση 1.2 (ΕΟΔΥ δ)	Επαναλαμβάνονται οι οδηγίες για τον εμβολιασμό των πολιτών, δίνοντας μεγαλύτερη έμφαση στην αντιμετώπιση άμεσων παρενεργειών από τον εμβολιασμό σε άτομα που αναφέρουν ιστορικό αναφυλαξίας, αφού η δεύτερη δόση του εμβολίου μπορεί να αφορά διαφορετικό σκεύασμα από κείνο που διενεργήθηκε ως πρώτη δόση.
ΕΟΔΥ, 04.06.2021 «Οδηγίες για την πρόληψη και τον έλεγχο της διασποράς του SARS-CoV-2 σε Μονάδες Φιλοξενίας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.), Θεραπευτήρια Χρονίως Πασχόντων και Παραρτήματα των Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας ανά Περιφέρεια που φιλοξενούν ηλικιωμένους ή/και χρονίως πάσχοντες»	Παρουσιάζονται οι οδηγίες με τις οποίες θα μπορούσε να γίνει άρση της αναστολής του επισκεπτηρίου. Αυτές βασίζονται σε συσχέτιση της εμβολιαστικής κάλυψης των ωφελουμένων, των εργαζομένων και των επισκεπτών αντίστοιχα. Επί παραδείγματι, εάν η εμβολιαστική κάλυψη του προσωπικού είναι μεγαλύτερη του 95% και των φιλοξενούμενων μεγαλύτερη του 85%, τότε το επισκεπτήριο επιτρέπεται μόνο σε εξωτερικούς χώρους, με τη χρήση διπλής μάσκας, χωρίς την παρουσία άλλων ασθενών/φιλοξενούμενων, ενώ εμβολιασμένοι και μη επισκέπτες οφείλουν να διενεργούν tests πριν την είσοδό τους στις δομές, με rapid και self-test αντίστοιχα.
ΦΕΚ 2366/Β'/05.06.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 14.06.2021
ΦΕΚ 2476/Β'/10.06.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 21.06.2021
ΦΕΚ 2744/Β'/26.06.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 05.07.2021
ΦΕΚ 3066/Β'/09.07.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 15.07.2021
ΦΕΚ 3112/Β'/14.07.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 25.07.2021
ΦΕΚ 130/Α'/23.07.2021	<p>Θέσπιση υποχρεωτικού εμβολιασμού κατά του κορωνοϊού COVID-19 όλου του προσωπικού των Μ.Φ.Η.</p> <p>Θέσπιση υποχρεωτικού εμβολιασμού κατά του κορωνοϊού COVID-19 για κάθε νεοεισερχόμενο στη δομή ασθενούς. Εξαιρούνται όσοι έχουν νοσήσει προ εξαμήνου (Νόμος 4876/2021, άρθρο 206)</p> <p>Σε περίπτωση μη εμβολιασμού του προσωπικού, οι εργαζόμενοι υποχρεούνται σε αναστολή των καθηκόντων τους, άνευ αποδοχών. Με τη συμπλήρωση δεκατεσσάρων (14) ημερών από την ολοκλήρωση του εμβολιασμού, η αναστολή αίρεται.</p>

	Στον εργοδότη που απασχολεί προσωπικό κατά παράβαση του ΦΕΚ 130_τΒ_23_07_2021, επιβάλλεται διοικητικό πρόστιμο α) δέκα χιλιάδων (10.000) ευρώ για κάθε παράβαση και έως πενήντα χιλιάδων (50.000) ευρώ και, σε περίπτωση υποτροπής το πρόστιμο διπλασιάζεται και δύναται να φτάσει έως και έως τις (200.000) ευρώ.
ΦΕΚ 3481/Β'/30.07.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 9.08.2021
ΦΕΚ 3660/Β'/7.08.2021	Αναστολή επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η. έως τις 16.08.2021
ΦΕΚ 3959/Β'/27.08.2021	Θέσπιση προστίμου (3.000) ευρώ στη δομή που δεν τηρεί τα μέτρα του επισκεπτηρίου
ΦΕΚ 4054/Β'/04.09.2021	Επαναλαμβάνονται τα μέτρα του ΦΕΚ 6877 Β 2020/29.8.2020
ΦΕΚ 4337/Β'/18.09.2021	Επαναλαμβάνονται τα μέτρα του ΦΕΚ 6877 Β 2020/29.8.2020
ΦΕΚ 4919/Β'/24.10.2021	Επαναλαμβάνονται τα μέτρα του ΦΕΚ 6877 Β 2020/29.8.2020
ΦΕΚ 5138/Β'/05.11.2021	<p>Δίνονται οδηγίες για την επιστροφή του προσωπικού που είχε τεθεί σε αναστολή των καθηκόντων του, λόγω μη εμβολιασμού του και που τελικά νόσησε από Covid-19: επιστροφή με PCR test από δημόσια δομή.</p> <p>Επιτρέπεται το επισκεπτήριο στις Μ.Φ.Η., κατόπιν ραντεβού, μόνο σε εξωτερικούς χώρους και μόνο με τη χρήση ιατρικής μάσκας (ή διπλής), ενώ επιτρέπεται το επισκεπτήριο σε εσωτερικούς χώρους μόνο αν ο ασθενής και ο επισκέπτης του είναι εμβολιασμένοι. Επιτρέπεται η στενή σωματική επαφή και η μη χρήση μάσκας μόνο αν είναι οι επισκέπτες αρνητικοί σε εργαστηριακό έλεγχο. Οι μη εμβολιασμένοι επισκέπτες εισέρχονται με PCR test 48 ωρών και οι εμβολιασμένοι με rapid test 48 ωρών. Το προσωπικό της δομής υποχρεούται να ενημερώσει τον επισκέπτη για τα μέτρα που τηρούνται κατά τη διάρκεια των συναντήσεων με τους ασθενείς.</p> <p>Κάθε ασθενής μπορεί να έχει 1 εβδομαδιαίο επισκέπτη, ή 2, εφόσον είναι εμβολιασμένοι (ασθενής και επισκέπτες).</p> <p>Το μη εμβολιασμένο προσωπικό της δομής υποχρεούται σε 2 φορές rapid tests/εβδομάδα και το εμβολιασμένο σε 1. Σε κάθε περίπτωση, η δομή υποχρεούται να διατηρεί αρχείο με τα διενεργούμενα tests.</p>

<p>Κοινή Υπουργική Απόφαση Δια/Γ.Π.οικ. 72486/2021 - ΦΕΚ 5401/Β'/20.11.2021</p>	<p>Θεσπίζεται η υποχρέωση από τις Μ.Φ.Η. να κάνουν δεκτές νέες εισαγωγές ασθενών μόνο εφόσον αυτοί είναι εμβολιασμένοι ή διαθέτουν πιστοποιητικό πρόσφατης νόσησης από Covid-19., σύμφωνα με το άρθρο 206 του ν. 4820/2021 (Α' 130) και υπό την επιφύλαξη της υπ' αρ. 50933/13.8.2021 (Β' 3794) κοινής υπουργικής απόφασης. Επίσης, κάθε εισαγωγή γίνεται δεκτή εφόσον διαθέτει αρνητικό PCR 48 ωρών και παραμένει σε προληπτική καραντίνα 5 ημερών.</p>
<p>ΦΕΚ 5673/Β'/04.12.2021</p>	<p>Πλέον οι επισκέπτες προσέρχονται με rapid test, εφόσον είναι εμβολιασμένοι ή με PCR test, εφόσον δεν είναι εμβολιασμένοι, 48 ωρών έκαστο και τα οποία έχουν διενεργηθεί σε εργαστήριο.</p> <p>Σε περίπτωση επαφής με κρούσμα:</p> <p>Οι μη εμβολιασμένοι εργαζόμενοι ελέγχονται άμεσα με PCR test και παραμένουν σε καραντίνα 7 ημερών. Εάν εμφανίσουν συμπτώματα ακολουθείται η διαδικασία 10ήμερης απομόνωσης. Εάν παραμείνουν ασυμπτωματικοί, επιστρέφουν στην εργασία τους με δεύτερο μοριακό τεστ.</p> <p>Οι εμβολιασμένοι εργαζόμενοι ελέγχονται άμεσα με PCR test και εφόσον είναι αρνητικό παραμένουν στην εργασία τους. Ελέγχονται εκ νέου με rapid test την 4^η και την 7^η ημέρα από την επαφή τους με το κρούσμα.</p>

Κεφάλαιο 5^ο: Οι Προκλήσεις που Δημιούργησε η Πανδημία στη Διαχείριση των Μ.Φ.Η.

5.1 Το Στοιχείο του Αιφνιδιασμού και η Προετοιμασία των Δομών έναντι των Κρίσεων

Η πανδημία Covid-19 επέφερε αφόρητη πίεση στα συστήματα υγείας, τα οποία δεν είχαν δοκιμαστεί σε crush tests. Αφενός η ανάγκη για πραγματοποίηση της σταθερής χρήσης υπηρεσιών υγείας, σε όλες τις βαθμίδες και η ανάγκη των ασθενών για εξυπηρέτησή τους και αφετέρου η απότομη εισροή ασθενών με πολλαπλές ανάγκες σε τεχνογνωσία, υπηρεσίες, υλικό, εξοπλισμούς και επαγγελματίες υγείας μαγνήτισε τους πόρους που θα κατανέμονταν στην προγραμματισμένη χρήση. Έτσι, κλίνες Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) επιτάχθηκαν, προγραμματισμένα χειρουργεία ακυρώθηκαν, ιδιώτες ιατροί κλήθηκαν να συνδράμουν σε νοσοκομειακές δομές και η επιστημονική κοινότητα επικεντρώθηκε στην εξεύρεση θεραπειών και λύσεων των συμπτωμάτων του Covid-19 (American Hospital Association, 2020).

Και ενώ η δευτεροβάθμια περίθαλψη των ηλικιωμένων και των χρονίως πασχόντων δεν αποτελεί προτεραιότητα όλων των Κρατών, ούτε αντιμετωπίζεται σε ίδια επίπεδα, ο νέος κορονοϊός έμελλε να αποτελέσει εφιάλτη για την κατηγορία αυτή. Κριτικά, μπορεί κάποιος να αξιολογήσει ότι μέρος της ευθύνης έχει και η διεπιστημονική υγειονομική, ερευνητική κοινότητα, αφού τα τελευταία χρόνια γινόταν λόγος για αντιμετώπιση των χρονίων νοσημάτων, της βιοϊατρικής και της γονιδιωματικής, αφήνοντας εκτός έρευνας τα μολυσματικά νοσήματα που θα μπορούσαν να πλήξουν τον πλανήτη. Και όλα αυτά, ενώ ιοί όπως ο Ebola και ο Zika δεν αποτελούν μακρινό παρελθόν. Όμως το γεγονός της μη παγκόσμιας μετάδοσής τους οδήγησε σε μειωμένα αντανακλαστικά στη λήψη αποφάσεων για την προστασία της δημόσιας υγείας (Florek, 2021).

Δεν είναι αξιοπερίεργος ο αιφνιδιασμός των Μ.Φ.Η. στην πανδημία, αφού τα προγράμματα υγιούς γήρατος στα πλαίσια των πολιτικών για τη δημόσια υγεία δεν είχαν ιδιαίτερη απήχηση, τουλάχιστον στη χώρα μας, μάλλον επειδή τα αποτελέσματά τους είναι μακροπρόθεσμα (Κυριόπουλος & Σουλιώτης, 2021). Υπό την απειλή του Covid-19 όμως, οι κλειστές δομές, οι μονάδες προστασίας και φροντίδας ηλικιωμένων, χρονίως πασχόντων, ΑμΕΑ και οι δομές παροχής παρηγορητικής φροντίδας έπρεπε άμεσα να λάβουν μέτρα προστασίας από τη διασπορά του ιού, να προβλέψουν και να

καλύπτουν τις ανάγκες που η αυξημένη θωράκισή τους φαινόταν ότι θα χρειαζόταν, σε προσωπικό και σε υλικοτεχνολογικό εξοπλισμό (Devi et al., 2020). Τέλος, οι ιθύνοντες των Μ.Φ.Η. κλήθηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας να διατηρήσουν την ψυχραιμία μεταξύ του προσωπικού, των ωφελουμένων και των οικείων τους αντίστοιχα και ακόμα να διαχειριστούν κρούσματα υπό άγνωστες και αντίξοες συνθήκες.

5.2 Ο Έλεγχος των Λοιμώξεων στις Μ.Φ.Η.

Οι Μ.Φ.Η. του πλανήτη δεν αξιολογούνται επαρκώς ως προς την ποιότητα ή την ασφάλεια κατά τη διάρκεια των χρόνων λειτουργίας τους. Η έλλειψη πρόληψης και ελέγχου των λοιμώξεων φάνηκε να έχει καθοριστικό ρόλο στον χρόνο και στον βαθμό που τα μέτρα προστασίας από τον Covid-19 υιοθετήθηκαν (Ward-Fore, 2021). Η πανδημία είχε ως αποτέλεσμα η μεγάλη πλειονότητα των Μ.Φ.Η. σε χώρες που δεν εφαρμόζουν την υποχρεωτική ύπαρξη επιτροπής ελέγχου λοιμώξεων εντός των δομών, όπως η Ολλανδία (Schols et al., 2020) και σε κάποιες περιπτώσεις η Αυστρία (Gori et al., 2016), να αντιμετωπίσει καταστάσεις πρωτοφανείς, με πολλούς ωφελούμενους τους να οδηγούνται ακόμα και στον θάνατο.

Αφορμή από την πανδημία λαμβάνεται για να συζητηθεί η πραγματικότητα στις ελληνικές Μ.Φ.Η. Αρχικά, μόνο μία μικρή μερίδα ερευνητών εστιάζει στη μελέτη των κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων του γήρατος στη χώρα μας και ασχολείται με την διερεύνηση του επιπέδου φροντίδας τους, όπως οι Καϊτελίδου et al. (2013). Δυστυχώς, οι έρευνες αυτές δε φαίνεται να λαμβάνονται υπόψιν από τα αρμόδια κρατικά όργανα που λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη χρηματοδότηση των Μ.Φ.Η. Εν γένει, η αξιολόγηση των Μ.Φ.Η. στη χώρα μας μπορεί να συμβεί με τους εξής τέσσερις (4) τρόπους:

- 1) Την επί τόπου επίσκεψη ελεγκτικού κλιμακίου της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της οικείας Περιφέρειας, με επικεφαλής τον/την κοινωνικό/ή σύμβουλο, όπως ορίζεται από τον Ν. 2345/1995 (ΦΕΚ 213/Α'/1995)
- 2) Την επί τόπου επίσκεψη ελεγκτικού κλιμακίου οποιουδήποτε αρμοδίου Υπουργείου (Ανάπτυξης, Υγείας και λοιπά)

- 3) Την ετήσια υποχρέωση των Μ.Φ.Η. που ανήκουν στους Κοινοφελείς Φορείς να δηλώνουν τις μεταβολές του προσωπικού, των ωφελουμένων και των παρεχόμενων υπηρεσιών τους στην πλατφόρμα των Κέντρων Κοινότητας.
- 4) Την ανά τετραετία υποχρέωση των Μ.Φ.Η. που ανήκουν στους Κοινοφελείς Φορείς να πιστοποιούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους, αναλυτικά, με την απόδειξη φωτογραφικού και άλλου υλικού (ekka.org, 2005)

Δύο είναι οι κύριες υπουργικές αποφάσεις που διέπουν εν πολλοίς τη λειτουργία των Μ.Φ.Η. στη χώρα μας (Υπουργική Απόφαση Π4Β/οικ. 3176/6.6.1996 - ΦΕΚ 455/Β/14-6-1996 και Υπουργική Απόφαση Π1γ/οικ.81551/2007 - ΦΕΚ 1136/Β/6-7-2007) και καμία από αυτές δεν κάνει λόγο για έλεγχο των λοιμώξεων ή προστασία του προσωπικού και των ωφελουμένων των φορέων από μολυσματικούς παράγοντες. Σε καμία επίσης απόφαση δεν διευκρινίζεται ο τρόπος λογοδοσίας της καθημερινής πρακτικής του προσωπικού των Μ.Φ.Η. Καθίσταται λοιπόν σαφές ότι η ανάγκη για επιτήρηση των ασθενών και των παρεχόμενων υπηρεσιών των Μ.Φ.Η. είναι επιτακτικότερη. Οδηγίες θα πρέπει να δοθούν αναφορικά με την ύπαρξη κατηρτισμένου επί των λοιμώξεων προσωπικού, την ορθή χρήση των Μ.Α.Π., την δημιουργία βάσης δεδομένων και αναφοράς για τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των ωφελουμένων τους, αλλά και την επιτήρηση των χρόνιων νοσημάτων και των εξάρσεων τους. Παράδειγμα αποτελεί το Δημόσιο Αρχείο COVID-19 των Μ.Φ.Η., που είναι ένα έγγραφο που περιέχει ένα σύνολο αυτοαναφερόμενων από τις Μ.Φ.Η. πληροφοριών στο Εθνικό Δίκτυο Ασφάλειας Υγείας (NHSN) του CDC (Thompson et al., 2020). Ταυτόχρονα, συγκεκριμένες οδηγίες σχετικά με την προφυλακτική συνταγογράφηση αντιβιώσεων στις Μ.Φ.Η. θα πρέπει να εκδοθούν, αφού ως δομές παρουσιάζουν κατά καιρούς έξαρση μεταδόσεων σε ανθεκτικά και πολυανθεκτικά μικρόβια (Tandan, 2021). Με αυτούς τους τρόπους θα προλαμβάνονται οι μεταδόσεις λοιμογόνων νόσων, θα αναδεικνύεται και θα διαμοιράζεται η πληροφόρηση για τα χρόνια νοσήματα και την αντιμετώπισή τους, αλλά θα υπάρχει και διαφάνεια στον τρόπο διαχείρισης των περιστατικών σε κάθε Μ.Φ.Η.

5.3 Η Οικονομική Επιβάρυνση των Μ.Φ.Η.

Οι οικονομικές επιπτώσεις της πανδημίας παρουσιάζονται στη βιβλιογραφία κυρίως ως αρνητικές. Και αυτό γιατί οι Μ.Φ.Η βρίσκονταν ήδη σε μία ομιχλώδη προσπάθεια να ισορροπήσουν μεταξύ της καινοτομίας, της οργανωτικής σταθερότητας, της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών τους και της οικονομικής τους διαχείρισης (Lyng et al., 2021). Μέσα στο χρονικό διάστημα 2020-2021, αν και αυξήθηκε η ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας, η περίθαλψη της τρίτης και τέταρτης ηλικίας γνώρισαν ύφεση. Αυτό συνέβη γιατί από την εμφάνιση του Covid-19 στο μεγαλύτερο μέρος του πλανήτη, γύρω στον Ιανουάριο-Μάρτιο 2020 (AHCA/NCAL, 2020), οι εκάστοτε κυβερνητικοί μηχανισμοί έκριναν πως ως δομές προστασίας ευάλωτων ομάδων οι Μ.Φ.Η. έφεραν μεγάλη ευθύνη απέναντι στους ωφελούμενούς τους (Nambisan et al., 2021). Όταν λοιπόν οι φορείς αυτοί αποτύγχαναν να εκπληρώσουν τον στόχο αυτόν, τότε η κοινωνική κατακραυγή ήταν τόσο μεγάλη που η δυσφήμιση των μονάδων συνοδευόταν από μη εμπιστοσύνη των πολιτών προς τον τύπο αυτόν δευτεροβάθμιας περίθαλψης (Bonacker et al., 2022). Επιβαρυντικός δε παράγον για όλον τον κλάδο των Μ.Φ.Η. υπήρξε και η ανακάλυψη πολλών υποτυπωδών Μ.Φ.Η., μη αδειοδοτημένων, που δεν προσέφεραν ούτε τις προφανείς υπηρεσίες στους απομάχους της ζωής. Τα περιστατικά αυτά, που έφταναν ακόμα και στην κακοποίηση και στον θάνατο ανήμπορων συνανθρώπων μας ήταν αρκετά για να «τσουβαλιάσουν» την κοινή γνώμη, να καταστήσουν την κοινωνία μας σκεπτική και προβληματισμένη απέναντι στον τρόπο λειτουργίας των Μ.Φ.Η. και τελικά να οδηγήσουν επικείμενους ωφελούμενους ή κηδεμόνες τους να μην επιλέξουν ή να καθυστερήσουν αρκετά τη νοσηλεία των δικών τους ανθρώπων σε κάποια μονάδα. Αυτό βέβαια, επέφερε με τη σειρά του μείωση των νοσηλίων και των τροφείων, δηλαδή των κύριων εσόδων τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση των Η.Π.Α.. Εκεί, η Αμερικανική Ένωση Υγείας και το Εθνικό Κέντρο Υποβοηθούμενης Διαβίωσης (AHCA / NCAL) διεξήγαγαν μια ανάλυση που υπολόγισε ότι ο κλάδος της μακροχρόνιας περίθαλψης αναμένεται να χάσει 94 δισεκατομμύρια δολάρια σε μια περίοδο δύο ετών (2020-2021). Μόνο το 2020, οι Μ.Φ.Η. ξόδεψαν περίπου 30 δισεκατομμύρια δολάρια μόνο για Μ.Α.Π και πρόσθετο προσωπικό (AHCA/NCAL, 2021).

Και όλα αυτά όταν όπως και παρακάτω στην εργασία αξιολογείται από τη διεύθυνση μίας Μ.Φ.Η., ότι το σταθερό νοσήλιο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δεν επαρκεί για την

κάλυψη των συνεχώς μεταβαλλόμενων αναγκών των ηλικιωμένων. Πόσο μάλλον όταν αυτοί έχουν την ανάγκη νοσηλείας από σοβαρές μεταδοτικές ασθένειες, όπως ο Covid-19. Η πανδημία ήρθε να προστεθεί στην ήδη επιβαρυνόμενη οικονομική κατάσταση των Μ.Φ.Η., μετά την οικονομική ύφεση του 2009–2018 και την ενδιάμεση θέσπιση των μηνιαίων rebates (μηχανισμός του ΕΟΠΥΥ που αφορά τις συμβεβλημένες μόνο με αυτόν Μονάδες). Εν τω μεταξύ, εμφανίζεται μάλιστα το εξής παράδοξο: η νοσηλεία των απλών γηριατρικών περιστατικών, βάσει των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων να είναι σχεδόν η διπλάσια σε σχέση με το νοσήλιο που λαμβάνει μία Μ.Φ.Η. με σύμβαση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Επί παραδείγματι, το Κ.Ε.Ν. (N23A) για τη νόσο του Alzheimer (ICD-10 G30) ανέρχεται στα 1.326 € για τις 13 ημέρες νοσηλείας (Εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων(ΚΕΝ) του Ε.Σ.Υ, 2022), χωρίς επιπλοκές της νόσου ή δραστικές διαφορές στον τύπο νοσηλείας του ασθενούς, αφού δευτεροβάθμιο είναι το επίπεδο και στις Μ.Φ.Η. και στο νοσοκομείο. Αντίστοιχα, μία Μ.Φ.Η. πληρώνεται 450,19 €, αφού το ημερήσιο νοσήλιο ανέρχεται στα 34,63€ (Δ. Συμβούλιο ΕΟΠΥΥ, 2018) για την ίδια ακριβώς νοσηλεία. Να σημειωθεί εδώ πως το νοσήλιο αυτό θεσπίστηκε το 2008 (Κ.Υ.Α. Υ4ε/130675/22-9-2008, ΦΕΚ 2115/Β'/2008), δηλαδή εδώ και 14 χρόνια δεν έχει καν ληφθεί υπόψιν η επαναξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων και χρονίως πασχόντων ασθενών.

Όπως αποδεικνύεται και στα αποτελέσματα της έρευνας παρακάτω, η σοβαρότερη οικονομική επιβάρυνση επήλθε στις δομές Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων που έχουν συμβάλλει με τον ΕΟΠΥΥ. Αυτό προκύπτει πρακτικά, αφού ναι μεν μέσα στο 2020 οι συντάξεις παρέμειναν ίδιες, αλλά όμως αυτές δεν αποτελούν έσοδο των 40 Μ.Φ.Η. που φιλοξενούν και φροντίζουν ωφελούμενους των κατώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων. Σε αυτό ήρθαν να προστεθούν οι αυξήσεις στις τιμές των απαραίτητων μέτρων προστασίας που είχαν εκτοξευθεί το ίδιο έτος, αφού μόνο για τις απλές χειρουργικές μάσκες η ζήτηση ήταν τεράστια και η προμήθεια χαμηλή, λόγω της κατά 40% μείωσης της διεξαγωγής διεθνούς εμπορίου της Κίνας (IFC.org). Η υπέρμετρη των δυνατοτήτων των Μ.Φ.Η. δαπάνη ήταν που ώθησε τις διευθύνσεις τους, αρκετά εντονότερα από προηγούμενες χρονιές, να αναζητήσουν υποστήριξη, εις χρήμα ή σε είδος από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και Σωματεία.

5.4 Η Πρόκληση στη Διαχείριση και στη Νοσηλεία Κρουσμάτων

Η νοσηλεία ασθενών με Covid-19 εντός των Μ.Φ.Η. ήταν αποτέλεσμα της ανάγκης διαλογής των πολιτών που νοσούσαν με Covid-19. Έτσι, στην αρχή της πανδημίας όλοι οι ωφελούμενοι που νοσούσαν, διεκομίζονταν στο πλησιέστερο, εφημερεύον νοσοκομείο αναφοράς. Όσο όμως η επιδημία εξελισσόταν και οι μεταλλάξεις του ιού επέφεραν σοβαρότερα συμπτώματα, τέθηκε το ζήτημα του κορεσμού των νοσοκομειακών μονάδων, οπότε και οι ηλικιωμένοι που βρίσκονταν θετικοί μεν στον ιό, αλλά εμφάνιζαν καμία έως μέτρια συμπτωματολογία παρέμεναν εντός της δομής, τηρώντας τα πρωτόκολλα και τις οδηγίες που ο ΕΟΔΥ είχε εκδώσει. Οι Μ.Φ.Η. κλήθηκαν σχετικά νωρίς να διατυπώσουν ένα πλάνο δράσης επί θετικού κρούσματος, να δημιουργήσουν χώρους καραντίνας με συγκεκριμένες προδιαγραφές, για αν φιλοξενηθεί το κρούσμα, είτε μόνιμα είτε μέχρι να διακομισθεί στο νοσοκομείο αναφοράς. Οι χώροι καραντίνας έπρεπε να διαθέτουν πηγή παροχής οξυγόνου, συμπυκνωτή ή φιάλη, Μ.Α.Π. για το προσωπικό και τον ωφελούμενο και ατομικά εργαλεία λήψης ζωτικών σημείων (Wasserman et al., 2020). Η διαχείριση των μολυσματικών αποβλήτων και απορριμμάτων εξηγούνταν πλήρως στο ΦΕΚ 3611/Β'/29.8.2020. Σε αυτό δίνονταν επίσης οδηγίες για τον τρόπο και τον χρόνο διεξαγωγής διαγνωστικών ελέγχων στο σύνολο του προσωπικού και των ωφελουμένων, ώστε να προληφθεί η μεγάλη διασπορά του ιού και έγκαιρα να εντοπιστούν και τα υπόλοιπα κρούσματα. Εννοείται πως σε περίπτωση υποψίας ή ύπαρξης θετικού κρούσματος αυστηροποιούνταν στο μέγιστο τα μέτρα κοινωνικής αποστασιοποίησης μεταξύ των ωφελουμένων του φορέα.

Λιγότερη σημασία δόθηκε στο γεγονός ότι στις Μ.Φ.Η. δεν φιλοξενούνταν εξ αρχής ασθενείς με μολυσματικές ασθένειες, οπότε τεράστια πρόκληση αποτέλεσε η ταχεία εκπαίδευση των εργαζομένων, ειδικά όσων έρχονταν σε άμεση επαφή με τα κρούσματα. Την κύρια ευθύνη για τη νοσηλεία των κρουσμάτων και την τήρηση των μέτρων είχε ο επιστημονικός υπεύθυνος κάθε δομής ή όποιο άλλο μέλος της διοίκησης είχε οριστεί. Την περίθαλψη των κρουσμάτων Covid-19 εντός Μ.Φ.Η. έχουν εκτενώς μελετήσει οι Alexander et al. (2021) και Gangoso-Fermoso et al., (2021). Στη μεν πρώτη έρευνα καταδεικνύεται η αποτελεσματική χρήση αντιβιώσεων, αντικών, κορτικοστεροειδών και αντιπηκτικών φαρμάκων για τη θεραπεία ασθενών με Covid-19 εντός των Μ.Φ.Η., ενώ στη δεύτερη αξιολογείται ότι η συνεχής επιτήρηση των

κρουσμάτων Covid-19 εντός των δομών από τον θεράποντα ιατρό τους, έθεσε τις βάσεις για επαναπροσδιορισμό των βασικών αναγκών και της φαρμακευτικής κάλυψης των ασθενών αυτών.

5.5 Οι Αλλαγές στο Καθημερινό Συνεχές των Ωφελουμένων των Μ.Φ.Η.

Τις αλλαγές στο καθημερινό συνεχές των ωφελουμένων δεν τις έφερε η ασθένεια Covid-19 όσο ο κοινωνικός αποκλεισμός, ο οποίος δρα ως αναστολέας της υγιούς γήρανσης (Li et al., 2021). Προκειμένου να διατηρηθεί και να προαχθεί η υγεία των ηλικιωμένων ακόμη και σε αυτές τις έκτακτες στιγμές, αναπτύχθηκαν σε πρώτη φάση αρκετά προγράμματα προαγωγής υγείας, τα οποία ήταν διαθέσιμα σε ηλικιωμένους και στους φροντιστές τους. Από την πρόληψη της νόσησης, στην ασθένεια και στην καθημερινή δραστηριότητά τους, οι ηλικιωμένοι συμπολίτες μας κλήθηκαν να αναπροσαρμόσουν τομείς της ζωής τους (Amoretti, 2020) προκειμένου να προστατεύουν τους εαυτούς τους, αλλά και τις κοινότητες στις οποίες είναι μέλη. Αναλόγως του βαθμού εξάρτησής τους από τους φροντιστές τους, οι ωφελούμενοι κλειστών δομών φροντίδας ήταν υποχρεωμένοι να τηρήσουν νέα, ίσως και παράλογα για αυτούς, μέτρα όπως η τήρηση των αποστάσεων, η απαγόρευση των εξόδων τους και η αναστολή του επισκεπτηρίου (Gillain et al., 2020).

Ένα σχετικό σημείο κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19 είναι η εμπειρία ασφάλειας των ηλικιωμένων στην καθημερινότητά τους. Η ασφάλεια είναι σημαντικό στοιχείο της ικανοποίησης της ανάγκης για προστασία, κατά τον Maslow. Αναλόγως με τις βιολογικές, κοινωνικές, πολιτιστικές και οικονομικές αλλαγές στην τρίτη ηλικία, η εσωτερική και η εξωτερική δυναμική των ατόμων αυξάνει την ανάγκη τους για ασφάλεια. Έτσι, τα προστατευτικά μέτρα και τα μέτρα προφύλαξης από τη διασπορά του Covid-19 οφείλουν να αναφέρονται ως στοιχεία ασφαλείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Και γενικά, τα δεδομένα δείχνουν υψηλή προθυμία του ηλικιωμένου πληθυσμού να υποστηρίξει τα μέτρα για τον περιορισμό της πανδημίας Covid-19 (Podhorecka et al., 2021). Η συμμόρφωση στη χρήση μάσκας, στην αποφυγή του συγχρωτισμού και ο περιορισμός των κοινωνικών επαφών ήταν στοιχεία τα οποία εύκολα υιοθετήθηκαν από τους μεγαλύτερους ενήλικες. Είναι σημαντικότατο όμως να γραφτεί ότι η μέτρηση και η αξιολόγηση των δεδομένων αυτών προκύπτει από

ηλικιωμένους οι οποίοι δεν διαμένουν σε κλειστές δομές, γιατί για τους υπόλοιπους ήδη έχει επέλθει περιορισμός της κοινωνικότητάς τους και οι επαφές τους είναι πλέον συγκεκριμένες (Chee, 2020).

Ένα ακόμα στοιχείο που σίγουρα διαμόρφωσε την καθημερινότητα, όλου του πληθυσμού και όχι μόνο των ηλικιωμένων, είναι η χρήση της τεχνολογίας. Η χρήση των μέσων επικοινωνίας είναι βασικός τομέας της καθημερινότητας του μεγαλύτερου μέρους του ηλικιωμένου πληθυσμού που αναγκάστηκε λόγω της πανδημίας σε “cocooning”, την ίδια στιγμή που οι ψηφιακές δεξιότητες αποτελούν ήδη σημαντικό ακρογωνιαίο λίθο της δια βίου μάθησης στα γηρατειά. Από το 2020, η χρήση ψηφιακών τεχνολογιών ήρθε στο προσκήνιο λόγω των lockdown και των περιορισμών στις κοινωνικές επαφές (Ontario Ministry of Health, 2020). Με νέες επιλογές στην διενέργεια της επικοινωνίας μέχρι την αναδιοργάνωση της καθημερινής ζωής, για παράδειγμα μέσω ηλεκτρονικών αγορών, ηλεκτρονικών τραπεζικών συναλλαγών (e-banking) ή προμήθειας πληροφοριών (διαδικτυακές ή τηλεφωνικές προσφορές, συμβουλές κ.λπ.), μπορεί γενικά να υποθεθεί ότι οι τεχνολογίες αυτές «ήρθαν για να μείνουν» και να εξελιχθούν (Wallinheimo & Evans, 2021). Ακόμα και στα ίδια τα μέτρα που εξέδωσαν οι κρατικές Αρχές και ο Π.Ο.Υ. η χρήση των social media και των τηλεπικοινωνιών εν γένει, προς διευκόλυνση των ωφελουμένων ηλικιωμένων που διαμένουν σε κλειστές δομές, αποτελούσε ισχυρή προτροπή προς τους ιθύνοντες των Μονάδων. Από την άλλη, ο βαθμός στον οποίο έγινε χρήση άλλων ηλεκτρονικών υπηρεσιών, όπως το e-banking, οι αγορές μέσω e-shop (Omotayo, 2020), η έκδοση εγγράφων και η φορολογική υποστήριξη μέσω του TAXISNet και άλλες, εναπόκεινται στον βαθμό ανεξαρτησίας του εκάστοτε τροφίμου/ενοίκου της δομής, στην ύπαρξη ηλεκτροτεχνολογικού εξοπλισμού στη δομή, στη δυνατότητα του ωφελούμενου να τον αξιοποιήσει αυτόνομα ή αν όχι, στη σχέση του προσωπικού που θα εκτελέσει τις επιθυμίες και θα καλύψει τις ανάγκες του ωφελούμενου.

Αρνητικές αλλαγές έχουν όμως επέλθει κατά τη διάρκεια της πανδημίας στην φυσική, αλλά και στην ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων (Sepúlveda-Loyola et al., 2021). Η πανδημία έχει συσχετιστεί με υψηλότερο επίπεδο άγχους και τα άτομα που το αναφέρουν τείνουν να έχουν χειρότερη υποκειμενική κατάσταση υγείας. Τα άτομα που τηρούν αυστηρά τα μέτρα ασφαλείας αναφέρουν περισσότερο ψυχολογικό στρες κατά τη διάρκεια της πανδημίας, αυξημένο αίσθημα μοναξιάς και αποκλεισμού, επηρεάζοντας έτσι την διάθεσή τους (van Tilburg et al., 2021). Για τους ηλικιωμένους

άνω των 65 ετών, οι προϋπάρχουσες συνθήκες υγείας, η έλλειψη κοινωνικής ένταξης, η απομόνωση (Chen, 2021) και οι φόβοι για κακή ποιότητα θεραπείας σε περίπτωση νόσησης από Covid-19 διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Στην περίπτωση των νεότερων ηλικιωμένων η διάθεση και η ψυχική ευεξία παρουσιάζονται μειωμένες κατά τη διάρκεια της πανδημίας (Benoy, 2020). Εν μέρει, αυτό έχει να κάνει με το γεγονός ότι τα άτομα που ανήκουν στην τρίτη ηλικία (μεταξύ 65-84 περίπου ετών) κι όχι στην τέταρτη ηλικία (85+ ετών) παρουσιάζονταν στον δημόσιο λόγο ως αδιαφοροποίητα και καταγράφονται από τις Αρχές και τα ΜΜΕ ως ευάλωτη και παθητική ομάδα (Kolland et al., 2020). Το αίσθημα της άδικης μεταχείρισης και ο φόβος της επιδείνωσης της μελλοντικής τους υγείας σχετίζονται άμεσα με την κακή ψυχική τους υγεία. Αντίστοιχα ανομοιόμορφη εμφανίζεται και η σύγκριση των ωφελουμένων εντός των Μ.Φ.Η., καθώς σε αυτές εφαρμόστηκαν οριζόντια μέτρα, μη λαμβάνοντας υπόψιν το επίπεδο αυτοεξυπηρέτησης, νόησης και διανοήσης των ωφελουμένων τους μεμονωμένα.

Εκτός από την κοινωνική κινητικότητα στην καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων (life-space mobility) η απαγόρευση των συναθροίσεων, των εξόδων, των επισκέψεων και των δραστηριοτήτων/ασκήσεων στις οποίες οι ηλικιωμένοι μπορούσαν να συμμετέχουν, η κυριολεκτική κινητικότητα εμφανίζεται μειωμένη στους γηραιότερους ενήλικες (Perracini et al., 2020). Σε αυτό βέβαια συμβάλλει και η κακή ψυχολογική τους διάθεση και δεν ευθύνεται μόνο η αναστολή λειτουργίας κάποιων Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων ή των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Στις κλειστές δομές η αναστολή του επισκεπτηρίου επέφερε το ίδιο αποτέλεσμα της μείωσης της κινητικότητας σε ασθενείς, καθώς εθελοντές ή συγγενικά πρόσωπα δεν μπορούσαν να βγουν για περπάτημα ή να συμμετέχουν από κοινού σε παιχνίδια και δραστηριότητες άσκησης με τους ωφελούμενους (Frahsa et al., 2020).

5.6 Η Ψυχοσυναισθηματική Επιβάρυνση των Εργαζομένων λόγω Covid-19

Εκτός από τους ωφελούμενους όμως των Μ.Φ.Η., επιβαρυνμένο ψυχικά και σωματικά ήταν και το προσωπικό των δομών. Η διαχείριση και η νοσηλεία κρουσμάτων, η ταυτόχρονη αδειοδότηση (νόμιμη και ειδικού σκοπού) που σε μερικές περιπτώσεις ήταν επιβαρυντική έναντι των υπολοίπων συναδέλφων, οι προσωπικές

ανησυχίες και σκέψεις, η υποχρεωτικότητα στην υιοθέτηση μέτρων καθημερινής προστασίας κατά του Covid-19, η υποχρεωτικότητα του εμβολιασμού και της διαρκούς διεξαγωγής διαγνωστικών ελέγχων, η υποστελέχωση των δομών σε σχέση με την πολυπλοκότητα της φροντίδας που απαιτούν οι ασθενείς τους, η πίεση, η ένταση και το άγχος, επαγγελματικό και οικογενειακό που επέφερε η πανδημία, αποτέλεσαν παράγοντες που συνέτειναν στην ψυχοσυναισθηματική επιβάρυνση των εργαζομένων στις Μ.Φ.Η. (White, 2021). Όλα αυτά ήρθαν να προστεθούν σε όποια προϋπάρχουσα επαγγελματική εξουθένωση και στο αυξημένο ψυχολογικό στρες που οι ομάδες των εργαζομένων στις Μ.Φ.Η. αντιμετωπίζουν (Majeronitz, 2007), όπως η εργασία με βάρδιες, οι συχνές υπερωρίες και τα μειωμένα ρεπό, η δυσκολία αποχωρισμού από την εργασία, το εργασιακό ψυχολογικό τραύμα καθώς και οι κακές ευκαιρίες για ανέλιξη (Köllner, 2015).

Ιδιαίτερος μετά την πανδημία απαιτείται δράση για να προστατευθούν οι εργαζόμενοι και να μην υπάρχει ακόμα εντονότερη η δυσκολία εύρεσης προσωπικού στις Μ.Φ.Η. (Dykgraaf et al., 2021). Έτσι λοιπόν, η παρούσα έρευνα αποτελεί εφαλτήριο καταγραφής του φόβου που η πανδημία επέφερε, και της αύξησης της γενικής αγχώδους διαταραχής και της κατάθλιψης στους εργαζόμενους των Μ.Φ.Η. Είναι σημαντικό να κατανοηθεί από τους ιθύνοντες των μονάδων ότι το ψυχικό στρες πρέπει να καταγράφεται συστηματικά και να αξιολογείται η συμπεριφορά και οι πράξεις του προσωπικού, ιδιαιτέρως των επαγγελματιών, που αφορά τη φροντίδα των ηλικιωμένων (Kunkle et al., 2021). Μέσω του εργασιακού χώρου η ψυχική υγεία και η αυτοφροντίδα πρέπει ήδη να προάγονται με την κατάλληλη εκπαίδευση, επίβλεψη και καθοδήγηση των εργαζομένων και τελικά να λειτουργούν ως πρόληψη της κακομεταχείρισης των ωφελουμένων και των συγκρούσεων στο χώρο εργασίας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 6^ο: Σκοπός και Μεθοδολογία Έρευνας

6.1 Σκοπός της Έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η παρουσίαση όλων των μεταβολών στη διοικητική και διαχειριστική καθημερινότητα των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων του Νομού Αχαΐας, όπως αυτές προέκυψαν από την πανδημία Covid-19 και την απόλυτη ανάγκη για προστασία των ωφελουμένων πληθυσμών τους.

6.2 Ερευνητικά Ερωτήματα

Οι θεματικοί άξονες που θα αναλυθούν στην παρούσα εργασία έχουν θέσει και τη βάση για την ανάπτυξη των παρακάτω ερευνητικών ερωτημάτων (ΕΕ). Τα ερωτήματα αριθμούνται ξεχωριστά για την ανάλυση του εκάστοτε ερωτηματολογίου.

ΕΕ1: Ποιες είναι οι παρεχόμενες υπηρεσίες των Μ.Φ.Η. του Νομού Αχαΐας και ποιο είναι το δημογραφικό και υγειονομικό προφίλ του πληθυσμού τρίτης και τέταρτης ηλικίας που εξυπηρετούνται στις Μ.Φ.Η. του Νομού;

ΕΕ2: Ποιος είναι ο τρόπος ελέγχου λοιμώξεων στις Μ.Φ.Η του Νομού και σε τι βαθμό ήταν οι έτοιμες να αντιμετωπίσουν την πανδημία Covid-19;

ΕΕ3: Ποια ήταν τα μέτρα που ελήφθησαν από τις Μ.Φ.Η., βάσει κρατικών οδηγιών και ιδιωτικών πρωτοβουλιών, για την διαχείριση της πανδημίας Covid-19;

ΕΕ4: Σε ποιους τομείς επηρεάστηκε η καθημερινότητα των ωφελουμένων των Μ.Φ.Η. λόγω της πανδημίας;

ΕΕ5: Ποια είναι τα χαρακτηριστικά στοιχεία της διαχείρισης των κρουσμάτων Covid-19 που εμφανίστηκαν στις Μ.Φ.Η. του Νομού;

ΕΕ6: Ποιες οικονομικές, υλικοτεχνικές και ανθρώπινες ελλείψεις παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας στις Μ.Φ.Η. του Νομού;

ΕΕ7: Ποια ήταν τα χαρακτηριστικά των βασικότερων στάσεων και αντιλήψεων του προσωπικού των Μ.Φ.Η. του Νομού σχετικά με τον Covid-19 και αργότερα, του υποχρεωτικού εμβολιασμού; λ

ΕΕ8: Ποιοι ήταν οι αρμόδιοι κρατικοί μηχανισμοί με τους οποίους συνεργάστηκαν οι Μ.Φ.Η. του Νομού Αχαΐας κατά τη διάρκεια της πανδημίας;

ΕΕ9: Σε ποιους τομείς επηρεάστηκαν τα οικονομικά στοιχεία των Μ.Φ.Η. του Νομού κατά τη διάρκεια της πανδημίας και πώς αυτά μεταβλήθηκαν;

ΕΕ10: Πώς αξιολογούν οι διευθύνσεις των Μ.Φ.Η. του Νομού την εμπειρία τους από την πανδημία και ποια μαθήματα μπορεί να έχουν λάβει κατά τη διάρκεια αυτής;

ΕΕ I.: Ποια είναι η σχέση ανάμεσα στον φόβο της πανδημίας και τα επίπεδα γενικευμένης αγχώδους διαταραχής του προσωπικού των Μ.Φ.Η. του Νομού Αχαΐας;

ΕΕ II.: Ποια είναι η σχέση ανάμεσα στον φόβο της πανδημίας και τα επίπεδα κατάθλιψης του προσωπικού των Μ.Φ.Η. του Νομού Αχαΐας;

ΕΕ III: Ποια είναι η επίδραση των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος στον φόβο της πανδημίας;

6.3 Μεθοδολογία Έρευνας

Στη συγκεκριμένη μελέτη ακολουθήθηκε μικτή ερευνητική διαδικασία, με εκπόνηση τόσο πρωτογενούς, με τη μορφή της ποσοτικής έρευνας, όσο και δευτερογενούς έρευνας με τη μορφή της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Για την πραγματοποίηση της πρωτογενούς έρευνας συντάχθηκαν δύο (2) ερωτηματολόγια, όπως αυτά αναλύονται παρακάτω, στην επόμενη ενότητα «6.4 Ερευνητικά Εργαλεία».

6.4 Ερευνητικά Εργαλεία

Η ανάλυση των ερευνητικών ερωτημάτων σε ενότητες και υποενότητες βασίστηκε στην εξελικτική αναφορά του θέματος στη βιβλιογραφία, ενώ η σύγκριση και η μερική επιλογή του περιεχομένου τους βασίζονται σε προσωπική κρίση. Έτσι, ακολουθείται μια λογική πορεία, από την ιστορικότητα του ζητήματος της προστασίας των Μ.Φ.Η. από λοιμογόνους νόσους στην έρευνα και στην πρώιμη έκφραση της

ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής και οικονομικής επιστήμης, ενώ τα ακριβή παραδείγματα των επιπτώσεων της πανδημίας Covid-19 παρατίθενται στη συνέχεια..

Τα βιβλιογραφικά ευρήματα που εγκρίθηκαν τελικά για την προετοιμασία αυτής της εργασίας βασίστηκαν σε δημοσιεύσεις του 2019-2021 ενώ οι ιστορικές αναφορές, οι ορισμοί και οι διάφορες θεωρίες περί του γήρατος και της διοίκησης των Μ.Φ.Η. βασίστηκαν και σε προηγούμενες ημερομηνίες. Επίσης, μόνο πηγές στην ελληνική, αγγλική και γερμανική γλώσσα συμπεριελήφθησαν στο τελικό κείμενο. Ακόμα, διπλότυπες ή μεταφρασμένες μεταξύ των ανωτέρω γλωσσών πηγές, απορρίφθηκαν. Τέλος, καθώς λέξεις κλειδιά, όπως «covid-19» αναμενόταν να δώσουν πληθώρα αποτελεσμάτων, απορρίφθηκαν οι πηγές που δεν σχετίζονταν επαρκώς με το αντικείμενο μελέτης της παρούσας εργασίας.

A. Ερωτηματολόγιο 1^ο: «Ταυτότητες των Μ.Φ.Η. του Νομού Αχαΐας και οι Επιπτώσεις της Πανδημίας σε Αυτές»

Το ερωτηματολόγιο «Ταυτότητες των Μ.Φ.Η. του Νομού Αχαΐας και οι επιπτώσεις της πανδημίας σε αυτές» δημιουργήθηκε με σκοπό την αναζήτηση των επιπτώσεων της πανδημίας Covid-19 στην πολύπλευρη καθημερινότητα μίας Μονάδας Φροντίδας Ηλικιωμένων. Σε αυτό εμπεριέχονται ερωτήσεις κλειστού τύπου και μερικές ανοιχτού. Έτσι αντιστοιχούν ερωτήσεις στους ακόλουθους νευραλγικούς τομείς απαντώντας αντίστοιχα τα ΕΕ 1 έως 11:

- Γενικές Πληροφορίες για τη Μονάδα
- Χαρακτηριστικά Ωφελούμενων
- Διαχείριση Πανδημίας Covid-19 στην ΜΦΗ
- Η Καθημερινότητα των Ωφελούμενων την Περίοδο της Πανδημίας
- Διαχείριση Κρουσμάτων Covid-19 (μόνο αν υπήρχαν κρούσματα)
- Ελλείψεις κατά την Περίοδο της Πανδημίας
- Στάσεις Προσωπικού κατά τη Διάρκεια της Πανδημίας Covid-19
- Συνεργασία με Κρατικούς Μηχανισμούς
- Αποτύπωση των Οικονομικών Στοιχείων της ΜΦΗ κατά την Πανδημία

- Απόσταγμα από την Πανδημία

B. Ερωτηματολόγιο 2^ο: «Ο φόβος του Προσωπικού των Μ.Φ.Η. Απέναντι στην Πανδημία»

Η πρωτογενής, ποσοτική έρευνα διενεργήθηκε με αυτοσυμπληρούμενο και ανώνυμο ερωτηματολόγιο με σκοπό την αναγνώριση του φόβου και του άγχους των εργαζομένων και των άμεσων συνεργατών στις Μ.Φ.Η του Νομού σχετικά με τον Covid-19. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελεί συνδυασμό τριών (3) μεταφρασμένων στην ελληνική γλώσσα και ήδη σταθμισμένων κλιμάκων. Αυτές είναι οι:

1. Κλίμακα Φόβου για τον Covid-19 (FCV-19S): Αποτελεί κλίμακα αυτοαναφοράς με στόχο την αξιολόγηση του φόβου για τον COVID-19. Η κλίμακα αποτελείται από επτά στοιχεία που σχετίζονται με αντιδράσεις συναισθηματικού φόβου απέναντι στην πανδημία. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε μια κλίμακα τύπου Likert πέντε στοιχείων που κυμαίνεται από το 1 (διαφωνώ απόλυτα) έως το 5 (συμφωνώ απόλυτα). Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται μεταξύ 7 και 35, με τη βαθμολογία αθροίσματος να σχετίζεται αναλογικά με τον φόβο για τον COVID-19, όταν το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται αυτούσιο σε σχετικές έρευνες (Tzur Bitan et al., 2020).
2. Ερωτηματολόγιο Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (Gad-7): Αποτελεί εργαλείο αυτοαναφοράς 7 στοιχείων που σκοπό έχει τον εντοπισμό πιθανών περιπτώσεων Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (Γ.Α.Δ.) μαζί με τη μέτρηση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων άγχους. Ζητήθηκε από τους ανταποκρινόμενους να βαθμολογήσουν τη συχνότητα των συμπτωμάτων άγχους τους τις τελευταίες 2 εβδομάδες σε μια κλίμακα Likert που κυμαίνεται από 0-3, για 0=καθόλου έως 3=σχεδόν κάθε μέρα. Σε αυτούσιες έρευνες που χρησιμοποιείται το ερωτηματολόγιο αυτό, τα στοιχεία μπορούν να αθροιστούν για να δώσουν συνολική βαθμολογία από 0 έως 21 και η σχέση της βαθμολογίας με την εμφάνιση των συμπτωμάτων Γ.Α.Δ. είναι αναλογική (Barzilay et al., 2020).
3. Ερωτηματολόγιο Υγείας (PHQ-9): Είναι μια κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης που αποτελείται από εννέα ερωτήσεις: 8 ερωτήσεις που αξιολογούν άμεσα τα

συμπτώματα της κατάθλιψης και 1 ερώτηση που αξιολογεί τον τρόπο με τον οποίο οποιαδήποτε καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν επηρεάσει την ικανότητά του ερωτώμενου να λειτουργήσει, τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Οι επιλογές κυμαίνονται σε σχέση με το πόσο συχνά εμφανίζονται τα συμπτώματα, από «Καθόλου» έως «Σχεδόν κάθε μέρα» και η βαθμολογία κυμαίνεται από 0-27. Όταν το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται αυτούσιο σε σχετικές έρευνες η σχέση της βαθμολογίας με την εμφάνιση των συμπτωμάτων κατάθλιψης είναι αναλογική (Hurissi et al., 2021)

Στο νέο ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε αντιστοιχούν τα ΕΕ I, II και III. Έχει προστεθεί δε και ένα εισαγωγικό μέρος καταγραφής των βασικότερων κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των ερωτώμενων, όπως το φύλο και η ηλικία τους, καθώς και η συμπλήρωση του τίτλου εργασίας τους στον φορέα απασχόλησής τους.

6.5 Δείγμα και Συλλογή Δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο «Ταυτότητες των Μ.Φ.Η. του Νομού Αχαΐας και οι Επιπτώσεις της Πανδημίας σε Αυτές» εστάλη στους διευθυντές και των 7 φορέων που βρίσκονται στον Νομό Αχαΐας. Στο έγγραφο υπήρχε ενσωματωμένο εισαγωγικό, ενημερωτικό σημείωμα που δήλωνε την εθελοντική συμμετοχή στην έρευνα, την τήρηση της ανωνυμίας τους και την εμπιστευτική διαχείριση των δεδομένων τους, τα οποία και θα χρησιμοποιούνταν μόνο για τον σκοπό της παρούσας έρευνας. Εξ αρχής ζητήθηκε να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο στο χρονικό διάστημα 07/12/2021-22/12/2021. Οι δομές είναι οι εξής:

- 1) Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων-Μονάδα Κατακοίτων Αγάπης Μέλαθρον «ο Άγιος Χαράλαμπος» εν Αιγίω (Αίγιο)
- 2) Καλλιμανοπούλειο Εκκλησιαστικό & Διακονικό Κέντρο (Κ.Ε.ΔΙ.Κ.) (Καλάβρυτα)
- 3) Άσυλο Ανιάτων Πατρών «Η Αγία Ευφροσύνη» (Πάτρα)
- 4) Κωνσταντοπούλειο Ευγηρείο (Πάτρα)
- 5) Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων «Η Αγία Σκέπη» (Πάτρα)
- 6) Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων Αφροδίτη (Πάτρα)
- 7) Κέντρο Φροντίδας Ηλικιωμένων "ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ" (Κάτω Αχαΐα)

Στην εργασία αυτή έγινε για πρώτη φορά μία συγκεντρωτική καταγραφή των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων του Νομού Αχαΐας. Διερευνήθηκαν ως οργανωτικοί φορείς, ως πάροχοι υγειονομικών υπηρεσιών, ενώ επίσης έγινε καταγραφή του πληθυσμού των ωφελουμένων τους και των χαρακτηριστικών τους. Από τους 5 φορείς που είναι Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου, οι δύο είναι ιδιωτικές, οι 3 δηλώνουν εξ ολοκλήρου τις κλίνες τους στον ΕΟΠΥΥ (40 μόνο Μ.Φ.Η. της ελληνικής επικράτειας δηλώνουν από κάποιες έως όλες τις κλίνες τους στον ΕΟΠΥΥ), ενώ ο τέταρτος φορέας λειτουργεί με μικτό σύστημα, δεχόμενος περιστατικά και από τον ΕΟΠΥΥ, αλλά και με απευθείας επικοινωνία με ενδιαφερόμενους ηλικιωμένους. Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί το εξής: Το άσυλο Ανιάτων είναι ένας φορέας, ο οποίος αν και λογίζεται ως Μ.Φ.Η., ανήκει στα Θεραπεία Χρονίως Πασχόντων-Ιδιωτικού Δικαίου-Μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Αυτό προκύπτει καθώς οι χρονίως πάσχοντες μικρότερης της τρίτης ηλικίας φιλοξενούνται στη δομή έως το τέλος της ζωής τους, αν και έτσι δημιουργείται κάποια σύγχυση στην κατηγοριοποίηση των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων, αφού τελικά δεν υπάρχει θεραπεία των χρονίων νοσημάτων, αλλά μόνο άμβλυνση των συμπτωμάτων τους.

Επίσης, καθώς η μελέτη έχει απογραφικό χαρακτήρα, κατά συνέπεια το ερωτηματολόγιο «Ο Φόβος του Προσωπικού των Μ.Φ.Η. Απέναντι στην Πανδημία Covid-19» απευθύνθηκε σε όλους τους εργαζόμενους και τους άμεσους συνεργάτες των υπό μελέτη φορέων. Το ερωτηματολόγιο εστάλη ηλεκτρονικά σε κάθε φορέα, μέσω Google Forms, προκειμένου να προωθηθεί κεντρικά.

6.6 Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων

Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences). Η επεξεργασία βασίστηκε στην περιγραφική στατιστική με τη μορφή ποσοστιαίων κατανομών, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων και η επαγωγική στατιστική στα τεστ Pearson's chi-squared test (χ^2), Student's t-Test και Analysis of variances, ανάλογα τα δεδομένα. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε σε 0,05.

Κεφάλαιο 7^ο: Αποτελέσματα Έρευνας

7.1 Τελικό Δείγμα Συμμετεχόντων Φορέων και τα Χαρακτηριστικά τους

Εκ των 7 προαναφερόμενων φορέων δέχθηκαν να συμμετέχουν μόνο τρεις (3) στην έρευνα, όλοι τους Ν.Π.Ι.Δ.-Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα. Έτσι, εκπροσωπήθηκε η ευρεία περιοχή της Αιγιάλειας, των Πατρών και των Καλαβρύτων. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθούν οι λόγοι για τους οποίους οι υπόλοιπες δομές δεν επιθυμούσαν να εκπροσωπηθούν. Ένας φορέας έκρινε ότι το διάστημα κατά το οποίο εστάλη το ερωτηματολόγιο δεν ήταν κατάλληλο, λόγω επιβάρυνσης της διοίκησης με τη γραφειοκρατία που συνοδεύει το τέλος κάθε έτους και το κλείσιμό του. Δεύτερος φορέας, ιδιωτική επιχείρηση, έκρινε ότι τα στοιχεία που ζητούνταν για την παρούσα έρευνα είναι προσωπικού χαρακτήρα και δεν επιθυμούσε τη δημοσίευσή τους, άρα και αρνήθηκε να συμμετέχει. Ένας τρίτος φορέας, ιδιωτική επιχείρηση, δεν επεδίωξε οποιαδήποτε επικοινωνία με την ερευνήτρια, αλλά εν τέλει, μέλος της διοίκησης απάντησε ότι λόγω φόρτου εργασίας δε θα μπορούσε ο ιθύνων να απαντήσει το ερωτηματολόγιο. Ο τέταρτος φορέας αρνήθηκε άμεσα τη συμμετοχή του στο ερωτηματολόγιο, δίχως διευκρινιστικούς λόγους, αν και βέβαια είναι γνωστό από δημοσιεύματα του Τύπου και πληροφορίες στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) της περιοχής ότι ο εν λόγω φορέας αντιμετωπίζει κρούσματα Covid-19 τη δεδομένη χρονική στιγμή, οπότε ο φόρτος εργασίας δεν επιτρέπει τη συμμετοχή τους.

Σε κάθε περίπτωση αξιολογείται ως αρκετά θετικό το γεγονός ότι συμμετέχουν στην παρούσα έρευνα Μ.Φ.Η από όλο το εύρος του Νομού. Άλλωστε, η ανάγκη για δομές φιλοξενίας, προστασίας και νοσηλείας ατόμων της τρίτης και της τέταρτης ηλικίας αποδεικνύεται από τον αριθμό των κλινών που υφίστανται στη περιοχή της Αχαΐας. Συγκεκριμένα, στην περιοχή της Αιγιαλείας υπάρχουν 52 θέσεις δευτεροβάθμιας περίθαλψης ηλικιωμένων, 72 στην περιοχή των Καλαβρύτων και τουλάχιστον 42 στην Πάτρα. Οι συνολικές κλίνες στην περιοχή των Πατρών σε Μ.Φ.Η. ξεπερνούν τις 285, χωρίς να μπορούν να βρεθούν στοιχεία για μία εκ των δομών.

Ο συνολικός αριθμός των εργαζομένων που απασχολείται στις ερευνώμενες Μ.Φ.Η. είναι 105 άτομα, με τους ιατρούς να μην είναι το μεγαλύτερο ποσοστό, αλλά οι διάφορες ειδικότητες τους να συνεργάζονται εξωτερικά με αυτές. Οι ιατροί που συνεργάζονται με τις δομές αφορούν όλες τις ειδικότητες, όπως αναφέρεται από τους

φορείς, όμως σε μόνιμη και συστηματική βάση 2 εκ των φορέων απασχολούν 1 ιατρό, και ο τρίτος φορέας απασχολεί 3. Βάσει της Υπουργικής Απόφασης Αριθ. Π4Β/Ρ1Κ 3176/1996 (ΦΕΚ 455/Β/14-6-1996) οι ιατροί που απασχολούνται σε Μ.Φ.Η. δεν είναι συγκεκριμένης ειδικότητας. Συγκριτικά μεγαλύτερος είναι ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού, αφού και στις 3 δομές απασχολούνται επί τω συνόλω 39 νοσηλευτές. Ακολουθούν ποσοστιαία οι κοινωνικοί φροντιστές, δηλαδή βοηθοί θαλάμου/θαλαμηπόλοι, αφού 19 άτομα απασχολούνται επαγγελματικά στον τομέα αυτόν.

Επίσης, οι ιθύνοντες των Μ.Φ.Η. ερωτήθηκαν σχετικά με την ύπαρξη εταιρικής σχέσης των μονάδων τους με άλλες. Έγινε γνωστό ότι οι 2 εκ των 3 δομών είναι εγγεγραμμένες στην Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Π.Ε.Μ.Φ.Η.) ενώ ο τρίτος φορέας όχι. Άλλωστε, ο συνασπισμός των Μ.Φ.Η. σε ένα όργανο δεν είναι υποχρεωτικός, δημιουργώντας ερωτηματικά για την ανάγκη ύπαρξης ενός φορέα που τελικά δεν αφορά το σύνολο των Μ.Φ.Η. και που εν τέλει υποεκπροσωπούνται. Είναι σημαντικό εδώ να τονιστεί ότι στην ΠΕΜΦΗ είναι εγγεγραμμένες 113 μονάδες (ΠΕΜΦΗ, 2021) εκ των 248 δομών Μ.Φ.Η. που υπάρχουν στη χώρα (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων, 2021). Στον Νομό Αχαΐας μόνο οι 3 εκ των 7 δομών είναι εγγεγραμμένες στην Ένωση (ΠΕΜΦΗ, 2021). Αν και με αρκετούς συμμετέχοντες, ο ένας φορέας που συμμετείχε στην έρευνα και που είναι εγγεγραμμένος στην ΠΕΜΦΗ απάντησε ότι έλαβε σε κάποια χρονική στιγμή ενημέρωση από την Π.Ε.Μ.Φ.Η. σχετικά με την πανδημία, ενώ ο άλλος απάντησε αρνητικά. Είναι γεγονός πάντως ότι στη σελίδα της ΠΕΜΦΗ δεν υπάρχει αρκετό ενημερωτικό υλικό σχετικό με την πανδημία.

Σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Μ.Φ.Η. στον Νομό, και οι 3 φορείς αναφέρουν ως παροχές τους την φυσικοθεραπεία και την κινησιοθεραπεία, τη νοητική ενδυνάμωση, το εξατομικευμένο διατροφικό πλάνο καθώς και υπηρεσίες καλλωπισμού, δηλαδή προσωπική περιποίησης. Δύο εκ των τριών φορέων διαθέτουν επίσης ψυχοσυμβουλευτικές συνεδρίες στους ωφελούμενους τους. Μόνο ένας φορέας εφαρμόζει ως πρακτική την εργοθεραπεία, ένας άλλος επιπλέον την παιγνιοθεραπεία και άλλος την ψυχοθεραπεία. Επίσης μόνο ένας φορέας δήλωσε ότι παρέχει παρηγορητική φροντίδα, υπό όρους όμως που θέτει βάσει του καταστατικού λειτουργίας του.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και ο πληθυσμός των ωφελουμένων των Μ.Φ.Η. του Νομού, οι οποίοι απολαμβάνουν αυτές τις παροχές. Το σύνολο των ωφελούμενων στους υπό μελέτη 3 φορείς είναι στην παρούσα χρονική στιγμή είναι 160 άτομα. Το ηλικιακό τους εύρος στη δεδομένη χρονική στιγμή για όλες τις δομές αφορά το διάστημα 50-102 ετών. Από τα 160 άτομα που φιλοξενούνται τη στιγμή της έρευνας στις 3 ερευνώμενες Μ.Φ.Η., οι 71 είναι εντελώς κατάκοιτοι ασθενείς, μη αυτοεξυπηρετούμενοι. Όσον αφορά τη νοσηλεία κοινωνικών περιστατικών, τα οποία μπορεί να έχουν εισαχθεί με εισαγγελική εντολή ή ως έκτακτα περιστατικά μέσω του ΕΟΠΥΥ, ο ένας φορέας στην παρούσα χρονική στιγμή δεν νοσηλεύει κάποιον τέτοιον ασθενή, ενώ στους άλλους δύο φορείς εντοπίζονται από 2 ασθενείς. Ο αριθμός αυτός αλλάζει, αναλόγως τις εισαγγελικές εντολές για έκτακτη εισαγωγή ασθενών σε Μ.Φ.Η. που δέχεται κάθε φορά ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό πως οι ασθενείς που εισάγονται στις Μ.Φ.Η. μέσω του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι στην πλειονότητα των περιπτώσεων ηλικιωμένοι οι οποίοι βρίσκονται στα κατώτατα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, οπότε και δεν έχουν συνταξιοδοτική κάλυψη, ίσως κάποια βασική. Δεν λείπουν μάλιστα και οι περιπτώσεις που ακόμα και η κοινωνική έρευνα που προηγείται ως προαπαιτούμενο της εισαγωγής ασθενούς σε μία Μ.Φ.Η. καταλήγει σε αδιέξοδο, αφού ο ηλικιωμένος μπορεί να μην έχει περιουσιακά στοιχεία, να μην έχει συγγενικό περιβάλλον και να μην έχει τακτοποιημένες φορολογικές και τραπεζικές υποχρεώσεις. Έτσι, η εισαγωγή τους στις συμβεβλημένες με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δομές γίνεται εφόσον ο ηλικιωμένος είναι άπορος. Αυτή τη στιγμή, στον κάθε υπό μελέτη φορέα το ποσοστό των ωφελούμενων που έχει κάποιο συγγενικό περιβάλλον ξεκινά από το 80% και ανέρχεται έως και το 97%. Ακόμα και από τους ωφελούμενους που έχουν συγγενικό περιβάλλον, η σχέσεις και η συνεργασία μαζί τους δεν είναι πάντοτε η ιδανική. Και οι 3 υπό μελέτη φορείς απάντησαν ότι η συμμετοχή των κηδεμόνων στην φροντίδα των ηλικιωμένων είναι μέτρια. Καθότι η έρευνα αφορούσε και το έτος 2019, οπότε και ο νέος κορονοϊός δεν είχε οδηγήσει στην αναστολή των επισκεπτηρίων στις Μ.Φ.Η., η διαπίστωση αυτή αποδεικνύει την ανάγκη εισαγωγής των συγγενών στην φροντίδα των ωφελουμένων, κατά το δυνατόν και όσο αυτό δεν επηρεάζει την ασφάλεια και την ευημερία των ωφελουμένων.

Ως συγκεντρωτικό αποτέλεσμα και από τους 3 φορείς προκύπτει ότι στην παρούσα χρονική περίοδο και σε διαφορετικά ποσοστά νοσηλεύουν ασθενείς με όλα τα χρόνια

νοσήματα, και τις εξάρσεις αυτών, εκτός από διπολική διαταραχή, διαταραχές της θρέψης και μεταδοτικά νοσήματα. Κυρίως αυτά είναι: άνοια, αλτσχάιμερ, (χρόνια) νεφρική ανεπάρκεια, (χρόνια) καρδιακή ανεπάρκεια, (χρόνια) αναπνευστική πνευμονοπάθεια, αγγειακά εγκεφαλικά, σχιζοφρένεια, σκλήρυνση κατά πλάκας, παραπληγίες, οργανικό ψυχοσύνδρομο, σακχαρώδης διαβήτης (1 &2), άσθμα, αρθρίτιδα και οστεοπόρωση. Και από τις τρεις δομές αναφέρουν ότι νοσηλεύουν ηλικιωμένους με πολλαπλές συννοσηρότητες, ακόμα και καρκινοπαθείς, που όμως δεν χρήζουν ενδοφλέβιας νοσηλείας. Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται να επιβεβαιώσει τον κανονισμό του ΕΟΠΥΥ βάσει του οποίου ασθενείς με μεταδοτικά νοσήματα δεν μπορούν να νοσηλεύονται σε Μ.Φ.Η., όπως επίσης ισχύει και για περιπατητικούς ασθενείς με έξαρση των νευροψυχιατρικών τους νοσημάτων, οπότε και δεν θα ήταν διαχειρήσιμα εντός μίας τέτοιας κλειστής δομής. Από τον Νομό απουσιάζει επίσης η ύπαρξη μόνιμου κέντρου άνοιας, άμεσα συνδεδεμένο με κάποια Μ.Φ.Η., καθώς και δομές βραχύχρονης νοσηλείας ηλικιωμένων.

Η πανδημία Covid-19 προκαλεί και την διερεύνηση της εμβολιαστικής κάλυψης κατά του νέου κορονοϊού στους ωφελούμενους των Μ.Φ.Η. Έτσι, οι δύο εκ των τριών φορέων παρουσιάζουν 100% εμβολιαστική κάλυψη των ωφελουμένων τους, ενώ ο τρίτος φορέας νοσηλεύει και 8 μη εμβολιασμένους ασθενείς. Αυτό προκύπτει καθώς οι ασθενείς αυτοί εισήχθησαν στη δομή προ της υποχρεωτικότητας του εμβολιασμού των τροφίμων (ΦΕΚ 130/Α'/23.07.2021, άρθρο 206 παρ. 1β του Νόμου 4820/2021), που όπως γράφτηκε αποτελεί γκρίζα νομική ζώνη.

7.2 Έλεγχος Λοιμώξεων στις Μ.Φ.Η. του Νομού Αχαΐας

Για την απάντηση του ΕΕ2 μελετάται η προετοιμασία των Μ.Φ.Η του Νομού Αχαΐας ως προς τον έλεγχο των λοιμώξεων που εφάρμοζαν πριν την έξαρση του Covid-19. Αρχικά οι ιθύνοντες των δομών ερωτήθησαν αν ακολουθούνται πλάνα εξατομικευμένης φροντίδας των ωφελουμένων τους, όπως οι διαγνώσεις κατά NANDA, με σκοπό την αξιολόγηση στη βαρύτητα που κάθε δομή δίνει στην ατομικότητα του κάθε ασθενούς της. Δεν ερωτήθηκαν όμως αν η πρακτική τήρησής τους υφίσταται ως επιλογή των ιθυνόντων ή αν προκύπτει ως αποτέλεσμα της λογοδοσίας που οφείλουν να διατηρούν οι Νοσηλευτικές Υπηρεσίες, και άρα η διαδικασία καταγραφής και αξιολόγησης των νοσηλευτικών διαγνώσεων και στόχων

προκύπτει αναπόφευκτα. Το επόμενο ερώτημα αφορούσε την εκπαίδευση των εργαζομένων στον έλεγχο των λοιμώξεων, σε ατομικό επίπεδο, ανά ασθενή δηλαδή, ή και σε ευρύτερα πεδία. Εκ των 3 δομών στις 2 θεωρείται ότι το προσωπικό έχει εκπαιδευτεί στη διαχείριση και τον έλεγχο των λοιμώξεων, ενώ για τον τρίτο φορέα κάτι τέτοιο δεν ισχύει. Η απουσία ουσιαστικής ενημέρωσης και τεχνογνωσίας περί του της επιτήρησης διασπειρόμενων λοιμογόνων νόσων σε μία μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας επιβεβαιώνεται και από το γεγονός ότι μόνο ο ένας εκ των δύο φορέων-μελών της ΠΕΜΦΗ απάντησε ότι έχει λάβει ενημέρωση από την Ένωση σχετικά με την επιτήρηση λοιμογόνων νόσων, χωρίς να διερευνάται αν αυτή αφορά τον SARS-CoV-2 ή και άλλους μολυσματικούς οργανισμούς. Στη συνέχεια δήλωσε βέβαια ότι υπάρχει η επιθυμία εκ μέρους του προσωπικού για περεταίρω ενίσχυση των γνώσεων και των δεξιοτήτων του. Είναι άλλωστε γνωστό ότι δεν έχουν πραγματοποιηθεί προγράμματα εκπαίδευσης του προσωπικού των Μ.Φ.Η. στον έλεγχο των λοιμώξεων, ενώ ταυτόχρονα δεν υπάρχουν επιτροπές επιτήρησης συγκεκριμένων υγειονομικών πρωτοκόλλων σχετικά με τον έλεγχο διασποράς μολυσματικών παραγόντων. Σίγουρα όμως, από τη στιγμή που όλες οι δομές έχουν επιστημονικό υπεύθυνο και νοσηλευτές Τ.Ε., ίσως και Π.Ε., αυτοί έχουν διδαχθεί τις βασικές αρχές επιτήρησης μέσω των προγραμμάτων σπουδών που παρακολούθησαν. Άρα, ήδη υπάρχει το γνωσιακό υπόβαθρο των επαγγελματιών που απασχολούνται στις Μ.Φ.Η., απλά η πανδημία και η ανάγκη για διαχείριση πολλαπλών κρουσμάτων ενέτεινε την ανάγκη μεγαλύτερης διαφύλαξης της ασφάλειας, ωφελουμένων και προσωπικού στις Μ.Φ.Η.

Για να διερευνηθεί και να συσχετιστεί καλύτερα ο πρότερος έλεγχος των λοιμώξεων στις Μ.Φ.Η. με την αντιμετώπιση της τρέχουσας πανδημίας, οι ιθύνοντες των δομών ερωτήθηκαν αν υπήρχε παλαιότερα επιδημία άλλης νόσου που να επηρέασε τη μονάδα τους. Μόνο ο ένας εκ των τριών μόνο φορέων απάντησε θετικά στην ερώτηση αυτήν. Συγκεκριμένα, ανέφερε ότι παλαιότερα, με την επιδημία της γρίπης των πτηνών (H1N1) στην περιοχή, είχαν χρειαστεί να αντιμετωπίσουν κρούσματα που αριθμούσαν ποσοστό μεγαλύτερο του 75% εκ των ωφελουμένων και του προσωπικού αντίστοιχα. Επίσης, σημείωσαν ότι παλαιότερα είχαν έξαρση σε κρούσματα μόλυνσης από σαλμονέλα. Και για τις δύο περιπτώσεις είχαν αναπτυχθεί, ανεπίσημα, πλάνα δράσεις για αντιμετώπισή τους. Ενδιαφέρον αποτελεί το ότι κανένας φορέας δεν ανέφερε την κατά καιρούς ύπαρξη ενδημικής ανθεκτικότητας των παθογόνων που προκαλούν ουρολοιμώξεις, προερχόμενα κυρίως από νοσοκομειακές μονάδες, ενώ

σίγουρα δεν υπάρχουν συγκεκριμένες οδηγίες προς τις Μ.Φ.Η. για έλεγχο της διασποράς τους μέσα στις δομές.

7.3 Αξιολόγηση των Μέτρων Περιορισμού του SARS-CoV-2

Ένα σημαντικό εύρημα της παρούσας μελέτης αφορά το γεγονός ότι εκ των 3 Μ.Φ.Η. ένας φορέας επεσήμανε ότι η πανδημία οδήγησε σε μείωση των εισαγωγών του σε αυτόν κατά 25%. Αν και οι υπόλοιποι δύο φορείς δεν παρατήρησαν ασυνήθιστες αλλαγές, εντούτοις αρκετοί ηλικιωμένοι ή/και κηδεμόνες τους που ανέβαλαν ή ακύρωσαν την εισαγωγή τους σε κάποια μονάδα. Τα αίτια πίσω από αυτήν την απόφαση ήταν κυρίως η αυστηρότητα στην τήρηση των περιοριστικών μέτρων και η απαγόρευση τους επισκεπτηρίου, η υποχρεωτικότητα των εμβολιασμών στους ωφελούμενους, η μη ικανοποιητική διαχείριση των κρουσμάτων Covid-19 εντός των Μ.Φ.Η., η ψυχοσωματική πίεση που δεχόταν το προσωπικό και ο μιντιακός διασυρμός των μονάδων σε σχέση με την ύπαρξη κρουσμάτων εντός τους και της θνησιμότητας των τροφίμων τους κατά τη διάρκεια της πανδημίας.

Όμως η πραγματικότητα αποδεικνύει πως οι Μ.Φ.Η. στάθηκαν αρκετά καλά στο ύψος των περιστάσεων και πέραν λιγοστών εξαιρέσεων ακολούθησαν στο ακέραιο τις κρατικές οδηγίες, προστατεύοντας κατά το δυνατόν τους ωφελούμενους και τους εργαζόμενούς τους. Οι 3 φορείς συμφώνησαν ότι στο σύνολό τους τα μέτρα που ελήφθησαν για περιορισμό της διασποράς του SARS-CoV-2 στις δομές ήταν μέτρια ή πολύ αποτελεσματικά. Ως πιο αποτελεσματικά αξιολογήθηκαν: η αναστολή του επισκεπτηρίου, η απαγόρευση εξόδου των ωφελουμένων, η αναστολή απασχόλησης εθελοντών, η δημιουργία δωματίων καραντίνας/ αναρρωτηρίων, η υποχρέωση προσωπικού για εργασία σε συγκεκριμένους χώρους, η καραντίνα των νέων εισαγωγών & επανεισαγωγών για ορισμένο χρονικό διάστημα, η συχνή αντισηψία των χεριών και η καθημερινή απολύμανση των χώρων εντός των δομών, η μόνιμη χρήση μέσων ατομικής προστασίας (Μ.Α.Π.), η αναστολή των ομαδικών δραστηριοτήτων, η συστηματική εγγραφή δελτίων υγείας προσωπικού & ωφελουμένων, η καθημερινή θερμομέτρηση ωφελουμένων και προσωπικού, η συστηματική παρακολούθηση (screening) με rapid tests για τους ωφελούμενους και τους εργαζόμενους και η δημιουργία πλάνου δράσης επί θετικού κρούσματος. Μάλιστα στην τελευταία αυτή

υποχρέωση κανένας φορέας δεν αντιμετώπισε πρόβλημα κατά τη σύνταξη τέτοιου πλάνου.

Τα μέτρα που αξιολογήθηκαν ως μέτρια, από δύο εκ των τριών φορέων ήταν η αποφυγή του συγχρωτισμού των ωφελουμένων των μονάδων στους κοινόχρηστους χώρους. Η πιθανή αιτιολόγηση για αυτό είναι ότι οι ωφελούμενοι οι οποίοι μπορούν να μεταβούν στους κοινόχρηστους χώρους είναι λιγότεροι από τους μη περιπατητικούς καθώς και το γεγονός ότι συνήθως, οι περισσότεροι αυτόνομοι τρόφιμοι διαμένουν σε κοινά δωμάτια ή πτέρυγες, οπότε ούτως ή άλλως έρχονται σε επαφή. Επίσης οι ίδιοι δύο φορείς έκριναν περιττή την καθημερινή συμπλήρωση ερωτηματολογίου υγείας από τους εργαζομένους τους.

Γενικά οι διευθύνσεις των Μ.Φ.Η. προτίθενται να υιοθετήσουν κάποια από τα παραπάνω μέτρα και μετά τη λήξη της πανδημίας. Συγκεκριμένα προέκυψε ότι δύο εκ των τριών φορέων προτίθενται γενικότερα να υιοθετήσουν μέτρα που εφαρμόστηκαν για την προστασία της διασποράς κατά του SARS-CoV-2 και μετά τη λήξη της πανδημίας. Ενδιαφέρον προκαλεί το ότι ο ένας φορέας χρειάστηκε να διαχειριστεί κρούσματα Covid-19 ενώ ο άλλος όχι. Τα μέτρα αυτά είναι η τοποθέτηση των νέων εισαγωγών σε μονόκλινα δωμάτια καραντίνας, η διατήρηση της συστηματικής αντισηψίας των χεριών και η απολύμανση των χώρων, η μόνιμη χρήση των μέτρων ατομικής προστασίας και η καθημερινή θερμομέτρηση του προσωπικού πριν την έναρξη της βάρδιας εργασίας του. Αυτή η στάση αξιολογείται ως ιδιαίτερα θετική, αφού με τον τρόπο αυτό θα προλαμβάνεται η μετάδοση μολυσματικών παθογόνων που μπορεί αν φέρουν οι νεοεισερχόμενοι ασθενείς, αλλά και το προσωπικό από το εξωτερικό περιβάλλον εντός των κλειστών δομών. Η καραντίνα δε των νέων εισαγωγών για εύλογο χρονικό διάστημα, ώστε να μην καθυστερεί ο εγκλιματισμός του νέου ωφελούμενου, θα βοηθήσει στην πιο συγκεκριμένη και προσωποκεντρική παρακολούθηση, που θα επιτρέψει με τη σειρά της στοχευμένη ιατρονοσηλευτική πρακτική, ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες του ωφελούμενου. Η θετική δήλωση πρόθεσης για μόνιμη υιοθέτηση κάποιων από τα παραπάνω μέτρα στο μέλλον προέκυψε ύστερα από παρατήρηση των διευθύνσεων των Μ.Φ.Η. σχετιζόμενη με τη μείωση της μετάδοσης άλλων μολυσματικών νόσων εντός των δομών τους. Ως κύριο αίτιο για το γεγονός αποδίδουν τη χρήση των ατομικών μέτρων προστασίας και την τήρηση των μέτρων για μείωση της διασποράς του Covid-19, ολοκληρώνοντας έτσι τις απαντήσεις τους στο ΕΕ3.

7.4 Αλλαγές στο Καθημερινό Συνεχές των Ωφελουμένων στις Μ.Φ.Η

Δε θα μπορούσε να απουσιάζει από την παρούσα έρευνα η διερεύνηση των επιπτώσεων της πανδημίας στην καθημερινότητα των ωφελουμένων των Μ.Φ.Η.. Έτσι, οι διευθυντές τους κλήθηκαν να αξιολογήσουν τον βαθμό στον οποίο οι παρακάτω καθημερινές δραστηριότητες που αφορούν τους ωφελουμένους τους διαταράχθηκαν λόγω των μέτρων περιορισμού διασποράς του ιού SARS-CoV-2. Και οι τρεις φορείς συμφώνησαν εν γένει στο πώς επηρεάστηκε το καθημερινό συνεχές των ωφελουμένων τους. Έτσι, για τους τροφίμους τους μειώθηκαν οι ομαδικές δραστηριότητες και οι συναναστροφές με τους υπολοίπους ωφελούμενους, όπως ήταν άλλωστε και το ζητούμενο των κρατικών μέτρων για την πρόληψη της διασποράς του Covid-19. Επίσης, και στους τρεις φορείς δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές στην παροχή υπηρεσιών ατομικής φροντίδας και υγιεινής των ωφελουμένων, ούτε στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και γεύματος κάθε ασθενούς. Ομοίως οι τρόφιμοι και των τριών συμμετείχαν κανονικά στα θεραπευτικά τους προγράμματα. Ακόμα, ένας φορέας παρατήρησε μείωση στο επισκεπτήριο των εξωτερικών συνεργατών του, γεγονός που δεν έγινε όμως αισθητό από τους υπόλοιπους δύο φορείς. Τέλος, δύο εκ των τριών φορέων σημείωσαν μείωση στις επισκέψεις των ωφελουμένων τους σε υπηρεσίες, επιβεβαιώνοντας τη βιβλιογραφία που παρουσίασε αυξητική τάση στη χρήση των ηλεκτρονικών υπηρεσιών κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Ένας μόνο φορέας ανέφερε αύξηση στον τομέα αυτόν.

Η επιρροή της αναστολής του επισκεπτηρίου στους ωφελούμενους των Μ.Φ.Η. κρίθηκε με κλίμακα «Καθόλου-Λίγο-Μέτρια-Πολύ» σε επίπεδο κινητικό, επικοινωνιακό, ψυχολογικό/συναισθηματικό, γνωσιακό, διατροφικό και καλλωπιστικό. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απαντήσεις των φορέων στη συγκεκριμένη ερώτηση, αφού οι δύο εκ των τριών φορέων που είχαν κρούσματα στη δομή τους απάντησαν ότι οι ωφελούμενοί τους επηρεάστηκαν από την πανδημία κατά μία βαθμίδα μεγαλύτερη στην κλίμακα «καθόλου, λίγο, μέτρια, πολύ». Εξαιρεση αποτελεί η γνωσιακή έκπτωση των ωφελουμένων, η οποία «λίγο» φάνηκε να είναι αποτέλεσμα της αναστολής του επισκεπτηρίου στις Μ.Φ.Η. Οι δομές στις οποίες εμφανίστηκαν κρούσματα Covid-19 ανέφεραν ότι οι ωφελούμενοί τους επηρεάστηκαν «πολύ» κινητικά, επικοινωνιακά και ψυχολογικά/συναισθηματικά. Ως «μέτρια» αξιολογήθηκε η επίδραση της αναστολής τους επισκεπτηρίου των Μ.Φ.Η. στην

παρουσίαση διαταραχών της θρέψης, ενώ επίσης «μέτρια» ο καλλωπισμός των τροφίμων τους εξαρτάται από τους συγγενείς/κηδεμόνες που επισκέπτονται τις δομές.

Σαφώς και τα προβλήματα που προέκυψαν από την αναστολή του επισκεπτηρίου όφειλαν να επιλυθούν. Η εξ αποστάσεως επικοινωνία των ωφελουμένων των Μ.Φ.Η. με τους οικείους τους ήταν ο μόνος κοινός τρόπος των τριών υπό μελέτη φορέων στην αντιμετώπιση των προαναφερόμενων προβλημάτων που η αναστολή του επισκεπτηρίου επέφερε στους πρώτους. Επίσης, οι δύο εκ των τριών φορέων αξιολόγησαν ως εν γένει καλή τη συμμόρφωση και των συγγενών των ωφελουμένων τους στην απαγόρευση του επισκεπτηρίου. Ο τρίτος φορέας έλαβε περισσότερες μικτές αντιδράσεις, οπότε την αξιολόγησε ως μέτρια. Δύο εκ των τριών φορέων σημείωσαν ότι οι υπηρεσίες που χρησιμοποιήθηκαν για την άμβλυνση των αρνητικών επιπτώσεων της αναστολής του επισκεπτηρίου ήταν συνδυαστικές. Και αυτό γιατί, ιδιαιτέρως στους ανοϊκούς, περιπατητικούς ασθενείς που οι οικείοι τους παλαιότερα τους επισκέπτονταν, η μείωση της ευδιαθεσίας και η χειρότερη ψυχολογική τους κατάσταση τους οδήγησε σε μείωση της κινητικότητας και αυτό-περιορισμό στην κλίνη τους, σε μείωση της λήψης τροφής, στη μείωση της όρεξης για συμμετοχή σε παιχνίδια, ακόμα και στην άρνηση της ατομικής περιποίησης και του καλλωπισμού. Σε αυτές τις περιπτώσεις κρίθηκε αναγκαία η παραπομπή στην κατάλληλη κάθε φορά ιατρική ειδικότητα, με την αντιμετώπιση να ακολουθεί και τη λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων. Υπήρχαν δε και ανοϊκοί ασθενείς οι οποίοι χρειάστηκε να μεταφερθούν σε νοσοκομειακή κλίνη, αφού δεν υπήρχε η δυνατότητα να κινούνται και να περπατούν. Βέβαια, μάλλον η πρότερη κινησιολογική τους κατάσταση, ακόμα και με βοηθήματα, ίσως να μην ήταν καλή, οπότε η όποια επιβάρυνση να ήταν καθοριστική. Τέλος, ένας φορέας ανέφερε πως για δύο περιστατικά του χρειάστηκε ειδική γνωμάτευση από ψυχολόγο και ψυχίατρο αντίστοιχα, προκειμένου να επιτραπεί το επισκεπτήριο υπό όρους. Έτσι, λόγω ψυχολογικής εξάρτησης των ασθενών από ένα οικείο τους πρόσωπο αντίστοιχα, και υπό την αυστηρή τήρηση των μέτρων ατομικής προστασίας, το επισκεπτήριο μπορούσε να πραγματοποιηθεί. Για κάθε τέτοια περίπτωση ενημερώνονταν τα κλιμάκια των Αρχών που ήλεγχαν την τήρηση της αναστολής του επισκεπτηρίου.

7.5 Η Διαχείριση των Κρουσμάτων Covid-19 στις Μ.Φ.Η.

Απαντώντας στο ΕΕ5, η νοσηλεία των κρουσμάτων Covid-19 στις Μ.Φ.Η. σίγουρα διέφερε από αυτήν των νοσοκομείων. Η νοσηλεία των ωφελουμένων-κρουσμάτων Covid-19 ήταν αναπόφευκτη λόγω της ραγδαίας διασποράς του ιού στις μονάδες και εξαιτίας του ότι τα νοσοκομεία δέχονταν ισχυρές πιέσεις από τον ολόένα και αυξανόμενο αριθμό πολιτών που χρειάζονταν περίθαλψη. Έτσι, οι δομές έπρεπε να «ανασκουμπωθούν» και να περιθάλψουν τους ωφελούμενούς τους που νοσούσαν με Covid-19, όσο τα συμπτώματά τους δεν ήταν απειλητικά για τη ζωή τους, καθώς και αυτούς που επέστρεφαν από το νοσοκομείο. Για την ορθότερη διερεύνηση του ζητήματος, αρχικά ερωτήθηκαν οι δομές αν χρειάστηκε να νοσηλεύσουν κρούσματα. Εκ των τριών φορέων δύο ανέφεραν ότι παρουσιάστηκαν κρούσματα Covid-19 στις δομές τους. Και οι δύο αυτοί φορείς τόνισαν ότι τα ΜΜΕ υπήρξαν αυστηρά απέναντί τους για την παρουσία κρουσμάτων Covid-19 σε αυτούς. Και οι δύο ανέφεραν ότι υπήρξαν αληθή, αναληθή και παραπλανητικά δημοσιεύματα. Βέβαια, από δημοσιεύματα του Τύπου είναι γνωστό ότι 4 εκ των 7 δομών του Νομού Αχαΐας παρουσίασαν κρούσματα, σε διαφορετικές χρονικές στιγμές.

Η χρονική περίοδος εμφάνισης των κρουσμάτων για τις δομές δεν ήταν ο ίδιος. Ο μεν ένας φορέας αντιμετώπισε κρούσματα Covid-19 το διάστημα Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2020. Ο δεύτερος χρειάστηκε να αντιμετωπίσει τη μετάλλαξη «Δέλτα» του Covid-19 τον Αύγουστο-Σεπτέμβριο 2020, ενώ εμφανίστηκαν εκ νέου κρούσματα την περίοδο Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2021, για τα οποία δεν έχει διενεργηθεί ακόμα ταυτοποίηση αν ανήκουν στη μετάλλαξη «Όμικρον». Ένας συσχετισμός ο οποίος δε μπορεί να πραγματοποιηθεί στην παρούσα χρονική στιγμή και με τα υπάρχοντα δεδομένα είναι αυτός της παρουσίας κρουσμάτων στις Μ.Φ.Η. με την εμβολιαστική κάλυψη ωφελουμένων και προσωπικού. Μπορεί μεν να καταγραφεί ότι με τον εμβολιασμό αποφεύγεται η σοβαρή νόσηση από SARS-CoV-2, αλλά το ζήτημα χρήζει μεγαλύτερης διερεύνησης. Άλλωστε, για την πρώτη μονάδα το θέμα δεν υφίσταται καν, αφού τα εμβόλια κατά του Covid-19 δεν είχαν παραχθεί το διάστημα που νόσησαν οι ωφελούμενοί του. Μόνο ο δεύτερος φορέας αναφέρει ότι είχε ως κρούσματα 24 ωφελούμενους, εκ των οποίων οι 11 ήταν εμβολιασμένοι την πρώτη φορά και 5 κρούσματα τη δεύτερη περίοδο, όλοι εμβολιασμένοι. .

Η θνησιμότητα του Covid-19 στις Μ.Φ.Η. δεν ήταν ιδιαίτερα αυξημένη. Συμπεραίνεται μάλιστα ότι η θνησιμότητα των εμβολιασμένων ηλικιωμένων είναι μικρότερη από αυτήν των μη εμβολιασμένων. Ο ένας φορέας δεν είχε κανέναν θάνατο σχετιζόμενο με τον Covid-19, και αν και είχε ξεπεράσει τα 10 κρούσματα, δύο μόνο ηλικιωμένοι με Covid-19 χρειάστηκαν να διακομισθούν στο νοσοκομείο. Ο δεύτερος φορέας ανέφερε 9 θανάτους την πρώτη φορά και 2 τη δεύτερη. Τα στοιχεία δείχνουν ότι ο φορέας στον οποίο έγινε διασπορά της μετάλλαξης «Δέλτα» καταμέτρησε 6 θανάτους εμβολιασμένων την πρώτη φορά και 2 θανάτους εμβολιασμένων ωφελούμενων τη δεύτερη φορά. Ο φορέας αυτός μέτρησε 6 θανάτους σε διακομισθέντες στο νοσοκομείο ασθενείς στην πρώτη περίοδο, εμβολιασμένων και μη ωφελούμενων, και 1 στη δεύτερη περίοδο. Συνολικά χρειαστήκαν διακομιδή σε νοσοκομείο αναφοράς πλέον των 10 ωφελούμενοι την πρώτη φορά και 2 τη δεύτερη. Να σημειωθεί εδώ ότι τα νοσοκομεία αναφοράς για τον Covid-19 στον Νομό Αχαΐας είναι το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η Βοήθεια» και το Γενικό Νοσοκομείο Πατρών «ο Άγιος Ανδρέας».

Ένα στοιχείο που μελετάται πρώτη φορά είναι το πόσοι ηλικιωμένοι ωφελούμενοι απεβίωσαν αργότερα, ως μη Covid περιστατικά, αλλά επιβαρυνόμενα, λόγω της νόσησής τους. Ο πρώτος φορέας εντόπισε 3 τέτοια περιστατικά, ενώ ο δεύτερος 4. Έτσι, και οι δύο φορείς είναι απόλυτα υπέρ της δημιουργίας πλάνων φροντίδας για ασθενείς με post-Covid-syndrome, αφού ακόμα και σήμερα νοσηλεύουν ασθενείς οι οποίοι επιβαρύνθηκαν αρκετά έως πολύ από τον ιό, ο οποίος «τους κατέβαλε», όπως αναφέρουν.

Ενδιαφέρον έχει και η μελέτη της διαδικασίας της νοσηλείας των κρουσμάτων στις δομές, των φορέων που κατεύθυναν τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες των Μ.Φ.Η. και των διεργασιών που έλαβαν χώρα. Αρχικά, οι οδηγίες του ΕΟΔΥ και της Γενικής Γραμματείας Πολιτικής Προστασίας αφορούσαν την αυστηροποίηση των μέτρων προστασίας των ωφελουμένων και των εργαζομένων που δεν είχαν νοσήσει. Για τον φορέα με τα λιγότερα κρούσματα, η επιτήρηση από τις αρμόδιες Αρχές ήταν πιο άμεση και στοχευμένη, αφού ακόμα δεν είχαν εκδοθεί τα πλάνα δράσης επί θετικών κρουσμάτων προς τις Μ.Φ.Η.. Ακόμα και για τον δεύτερο φορέα, που αργότερα οι ωφελούμενοι του νόσησαν από Covid-19, οι κατευθυντήριες οδηγίες των επιστημονικά υπευθύνων ιατρών των Μ.Φ.Η. και των ιατρών των Νοσοκομείων αναφοράς που νοσήλευσαν τους ασθενείς με Covid-19 ήταν πιο επιθετικές. Εκτός της αυστηρής

τήρησης των μέτρων διασποράς του ιού, πλέον και η φαρμακευτική αντιμετώπιση των ασθενών αφορούσε την χορήγηση:

- Αντιβιώσεων (Φωσφορική Χλωροκίνη, Υδροχλωροκίνη, Αζιθρομυκίνη,, Αμοξυκιλλίνη+Κλαβουλανικό οξύ, Λεβοφλοξασίνη, Κλαριθρομυκίνη και Κεφπροζίλη),
- Αντιπηκτικών/Αντιθρομβωτικών παραγόντων, ενέσιμων, ενδοφλεβίων και ταμπλετών (Ηπαρίνη, Κλοπιδογρέλη, Κλοπιδογρέλη+Ακετυλοσαλικυλικό οξύ, Ακετυλοσαλικυλικό οξύ, Βεμηπαρίνη, Νατριούχος Ενοξαπαρίνη, Νατριούχος Τινζαπαρίνη, Ριβαροξαμπάνη, Δαβιγκατράνη, Απιξαμπάνη)
- Εισπνεομένων, για νεφελοποίηση ή εισπνοή (Βουδεσονίδη, Σαλβουταμολη, Σαλβουταμόλη+Ιπρατρόπιο, Ιπρατρόπιο, Βεκλομεθαζόνη, Βεκλομεθαζόνη+Φορμοτερόλη, Σαλμετερόλη+Φλουτικαζόνη)
- Κορτικοστεροειδών, σε ταμπλέτες, πόσιμα εναιωρήματα και ενέσιμα (Μεθυλπρεδνιζολόνη, Δεξαμεθαζόνη, Βηταμεθαζόνη)
- Αντιϊκών, σε κόνις για ενδοφλέβια έγχυση και σε ταμπλέτες (Ρεμδεσιβίρη, Οσελταμιβίρη)

Κλείνοντας, και οι δύο φορείς ανέφεραν ότι σε κάποια στιγμή αντιμετώπισαν έλλειψη σε αντιβιώσεις, σε εισπνεόμενα και σε αντιπηκτικά, καθώς αυτά υπήρχαν ήδη σε έλλειψη από τους προμηθευτές τους. Όπως αναλύεται και στην παρακάτω ενότητα, τις ελλείψεις αυτές προσπάθησαν να καλύψουν ζητώντας την σε είδος συνδρομή από φαρμακευτικούς συλλόγους, άλλες Μ.Φ.Η. και κοινωνικά φαρμακεία.

7.6 Ανεπάρκειες και Ελλείψεις των Μ.Φ.Η. κατά τη διάρκεια της Πανδημίας

Το ΕΕ6 αφορά την διερεύνηση των ελλείψεων που αντιμετώπισαν οι Μ.Φ.Η. σε οικονομικούς, υλικοτεχνικούς και ανθρώπινους πόρους κατά τη διάρκεια της πανδημίας, αλλά και τις συνεργασίες που ανέπτυξαν οι Μ.Φ.Η. με άλλους φορείς προκειμένου να τις αντιμετωπίσουν. Ως γενική πραγματικότητα οι ιθύνοντες των δύο εκ των τριών φορέων σημείωσαν πως υπήρχαν ελλείψεις σε προσωπικό προτού καταστεί υποχρεωτικός ο εμβολιασμός του υγειονομικού προσωπικού των Μ.Φ.Η. Η ανάγκη σε νοσηλευτές ήταν κοινή σε δύο φορείς ενώ ο ένας φορέας αντιμετώπιζε ελλείψεις στη στελέχωση και της Κοινωνικής Υπηρεσίας του, ελλείψεις σε οδηγούς

και σε υπαλλήλους γενικών καθηκόντων. Ανέφερε επίσης ότι θα μπορούσε να καλύψει και κάποιες ανάγκες του με εθελοντικό προσωπικό, αν αυτό βρισκόταν.

Εκτός από το ανθρώπινο δυναμικό, απαιτήσεις υπήρχαν και σε υλικοτεχνικές υποδομές και μέτρα ατομικής προστασίας, αφού ως υλικά δε χρησιμοποιούνταν εκτενώς από τις δομές προ της πανδημίας. Όπως αναμενόταν και τρεις φορείς αντιμετώπισαν ελλείψεις σε ατομικά μέσα προστασία, ιδιαιτέρως κατά το πρώτο και στις αρχές του δευτέρου κύματος της πανδημίας. Η έλλειψη σε απλές χειρουργικές μάσκες, μάσκες FFP3, γάντια μίας χρήσης και αντισηπτικό ήταν κοινές. Στις δομές στις οποίες εμφανίστηκαν τα κρούσματα Covid-19 παρατηρήθηκε και έλλειψη σε ολόσωμες φόρμες προστασίας και σε ρόμπες μίας χρήσης. Μάλιστα, ένας εκ των φορέων κάλυψε την ανάγκη του αυτή προμηθευόμενος τα απαραίτητα Μ.Α.Π. από επιχειρήσεις εμπορίας αγροτικών εργαλείων. Ταυτόχρονα, για έναν εκ των τριών φορέων δεν υπήρχε έλλειψη σε αντιγονικά rapid tests.

Επίσης, οι ελλείψεις σε εξοπλισμό εντοπίστηκαν κατεγράφησαν στις δύο δομές που χρειάστηκαν να νοσηλεύσουν κρούσματα με Covid-19. Ως εξοπλισμός απαραίτητος, αλλά δυσεύρετος και δαπανηρός για τους φορείς ήταν οι συμπτυκνωτές οξυγόνου, ενώ ένας εκ των φορέων χρειάστηκε να αντιμετωπίσει και την έλλειψη της αγοράς σε νεφελοποιητές φαρμάκων. Μάλιστα, ένας φορέας ανέφερε ότι αντιμετώπισε πρόβλημα στη δημιουργία πολλαπλών χώρων καραντίνας, και αυτό γιατί δεν υπήρχαν τόσα πολλά διαθέσιμα δωμάτια και εξοπλισμό. Δευτερευόντως η έλλειψη μηχανημάτων απαραίτητων σε δωμάτιο καραντίνας (συμπυκνωτών οξυγόνου, νεφελοποιητών κλπ) δε θα καθιστούσε τους χώρους αυτούς κατάλληλους για τη φιλοξενία κρουσμάτων Covid-19.

Με ποιους φορείς όμως συνεργάστηκαν οι Μ.Φ.Η. του Νομού για να καλύψουν τις ανάγκες τους αυτές και πώς αξιολογείται η συνεργασία των Μ.Φ.Η. με αυτούς; Εκτός των Κοινοφελών Ιδρυμάτων και των Τοπικών Συλλόγων, πολλές κατηγορίες φορέων ενεπλάκησαν στη στήριξη των Μ.Φ.Η. του Νομού Αχαΐας και βοήθησαν στην κάλυψη κάποιων αναγκών τους με κάποιου είδους συνεργασία ή συνέργεια. Ιδιαιτέρως μεταξύ τους οι Μ.Φ.Η., η Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδος, τα Κοινωνικά Φαρμακεία και Ιατρεία και οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις αναγνωρίζονται ως οι μεγαλύτεροι υποστηρικτές των παρόχων προστασίας στους ηλικιωμένους συμπολίτες μας. Λιγότερο συχνά οι Δήμοι και κάποια Σωματεία δηλώθηκαν ως αρωγοί του έργου των Μ.Φ.Η. και τέλος

τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας, τα οποία στήριζαν παρέχοντας rapid tests στις δομές. Μεταξύ όλων των παραπάνω φορέων και των Μ.Φ.Η. η συνεργασία αξιολογήθηκε ως «καλή» και μόνο ένας φορέας αξιολόγησε τη συνεργασία του με την 6^η Υ.Π.Ε. «μέτρια», αφού δεν υπήρχε ουσιαστική υποστήριξη, απλά υπόδειξη βάσει της κείμενης νομοθεσίας για τον τρόπο προμήθειας δωρεάν rapid tests από το εγγύτερο Νοσοκομείο.

7.7 Στάσεις του Προσωπικού κατά τη Διάρκεια της Πανδημίας

Για την απάντηση του ΕΕ7 και την αναγνώριση των στάσεων, των αντιλήψεων και των συναισθημάτων του προσωπικού τω Μ.Φ.Η. του Νομού Αχαΐας δημιουργήθηκε ξεχωριστή ενότητα στο ερωτηματολόγιο που εστάλη προς συμπλήρωση από τους ιθύνοντες των Μ.Φ.Η.. Τα στοιχεία που αποκομίζονται από αυτό αποτελούν εισαγωγή της διερεύνησης του φόβου που η πανδημία προκάλεσε στο προσωπικό των Μ.Φ.Η. Αρχικά μελετήθηκε ποια επαγγελματική ομάδα έφερε μεγαλύτερη αντίσταση στην υιοθέτηση των μέτρων προστασίας από τον Covid 19. Στην ερώτηση αυτή οι ιθύνοντες δύο εκ των τριών Μ.Φ.Η. συμφωνούν ότι οι κοινωνικοί φροντιστές ήταν η επαγγελματική ομάδα που έφερε τη μεγαλύτερη αντίσταση στην υιοθέτηση των μέτρων για την προστασία από τον Covid-19. Ο δεύτερος φορέας μάλιστα προσθέτει και το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο τρίτος όμως δεν αντιμετώπισε τέτοιου είδους ζητήματα με κάποια από τις παραπάνω επαγγελματικές ομάδες, αλλά υπήρξε δυσκολία τα μέτρα κατά της διασποράς του SARS-CoV-2 να εναγκαλιστούν από υπαλλήλους γενικών καθηκόντων, οδηγούς και την Κοινωνική Υπηρεσία του. Επίσης, εκ των τριών φορέων ένας δήλωσε ότι υπήρξαν και εξωτερικοί συνεργάτες του, και συγκεκριμένα ιατροί, οι οποίοι κατά το πρώτο κύμα της πανδημίας, οπότε και επικρατούσε μεγαλύτερη ανασφάλεια και άγνοια γύρω από τον τρόπο μετάδοσης του SARS-CoV-2, ενημέρωσαν ότι δεν ήθελαν για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα να εξυπηρετήσουν ωφελούμενους της δομής. Βέβαια, η εξ αποστάσεως συμβουλευτική από αυτούς έλαβε χώρα, αφού ήταν εφικτή για αυτά τα περιστατικά.

Ακόμα πιο συγκεκριμένα, δύο διευθυντές εκ των τριών κατέδειξαν την ηλικιακή ομάδα 41-50 ετών να δυσκολεύεται να ενστερνιστεί την ανάγκη για ύπαρξη και τήρηση

μέτρων προστασίας ενόψει της πανδημίας. Για τον τρίτο φορέα όμως, οι ομάδες 31-40 ετών και 51-60 ετών ήταν οι πιο «αναποφάσιστες».

Επίσης, σε κάθε Μ.Φ.Η. υπήρξαν άτομα από το προσωπικό που επέλεξαν αν μην εμβολιαστούν κατά του Covid-19 και μη έχοντας πιστοποιητικό νόσησης αποφάσισαν να τεθούν σε καθεστώς αναστολής εργασίας. Ο συνολικός αριθμός τους ανέρχεται στα 9 άτομα. Οι ίδιες επαγγελματικές ομάδες που δυσκολεύτηκαν να προσαρμοστούν στα νέα μέτρα προστασίας κατά του Covid-19 ήταν και αυτές που έφεραν μεγαλύτερη αντίσταση στον εμβολιασμό τους κατά του Covid-19. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι που δε δέχθηκαν να εμβολιαστούν ήταν νοσηλευτές, υπάλληλοι γενικών καθηκόντων, οδηγοί και κοινωνικοί λειτουργοί.

Εκτός όμως από τα προβλήματα που αντιμετώπισαν με το προσωπικό οι φορείς, ερωτήθηκαν και αν έλαβαν κάποια μέτρα αναχαίτησης των αρνητικών αισθημάτων του προσωπικού τους και αν προσπάθησαν να διατηρήσουν την ευημερία του προσωπικού κατά την περίοδο της πανδημίας. Έτσι, προέκυψε ότι η λήψη αδειών ειδικού σκοπού και η διατήρηση του νόμιμου χρόνου διαλλείματος ήταν χαρακτηριστικό μέτρο που εφάρμοσαν όλες οι διοικήσεις των Μ.Φ.Η. Ένας φορέας όμως αποτέλεσε την έκπληξη δηλώνοντας ότι δόθηκε αύξηση στην ώρα του διαλλείματος των εργαζομένων, υπήρξε τακτική παροχή συμπληρωμάτων διατροφής στο προσωπικό, όπως βιταμινούχα ποτά σκευάσματα τα οποία αναζητούνταν μέσω δωρεών απευθείας από φαρμακευτικές και παραφαρμακευτικές εταιρίες ή κοινωνικά φαρμακεία, υπήρξε καθημερινή παροχή και σε φυσικούς χυμούς για το προσωπικό, όπως και καθημερινή παροχή υγιεινών επιλογών διατροφής, όπως σαλάτες, φρούτα και σούπες.

7.8 Συνεργασία με Κρατικούς Μηχανισμούς

Στην ενότητα αυτή του ερωτηματολογίου οι ιθύνοντες των Μ.Φ.Η. κλήθηκαν να διαφωτίσουν σχετικά με το ποιοι ήταν οι αρμόδιοι φορείς ελέγχου τους κατά τη διάρκεια της πανδημίας, ποιος ήταν εν γένει ο ρόλος τους και πώς τον αξιολόγησαν και να απαντήσουν τελικά στο ΕΕ8. Αρχικά, μεταξύ των φορέων του Ε.Ο.Δ.Υ., της 6^η Υ.Π.Ε, της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδος, της Ανεξάρτητης Αρχής Δημοσίων Εσόδων και της Γενικής Γραμματείας Εμπορίου & Προστασίας του Καταναλωτή, κλήθηκαν να αξιολογήσουν πόσο αποτελεσματική

κρίνουν τη συμβολή τους στην αντιμετώπιση της πανδημίας, σε μία κλίμακα τύπου «Καθόλου-Λίγο-Μέτρια-Πολύ». Αρχικά, είναι σημαντικό το γεγονός ότι και τους τρεις φορείς τους επισκεπτόταν κάποιο ελεγκτικό κλιμάκιο αρμόδιας Αρχής σε τακτική βάση. Πιο συγκεκριμένα, για τους δύο εκ των τριών φορέων η συμβολή του ΕΟΔΥ στην αντιμετώπιση της πανδημίας αξιολογήθηκε ως πολύ σημαντική, ενώ για άλλον φορέα ως «Μέτρια». Αντιθέτως, η συμβολή της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας κρίθηκε ως λίγο σημαντική για έναν φορέα και μέτρια σημαντική για τους υπόλοιπους δύο. Από την άλλη, η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας φάνηκε να παίζει πολύ μεγάλο ρόλο την αντιμετώπιση της πανδημίας για δύο εκ των τριών φορέων και μόνο μέτριο ρόλο για τον τρίτο. Τελικά, αντιφατικές ήταν οι απόψεις για τη συμβολή της Α.Α.Δ.Ε. και της Γ.Γ. Εμπορίου & Προστασίας του Καταναλωτή στην αντιμετώπιση της πανδημίας, αφού και οι τρεις φορείς απάντησαν πως η δράση τους ήταν καθόλου, λίγο και μέτρια σημαντική.

Επίσης, και οι δύο φορείς που νοσήλευσαν κρούσματα με Covid-19 έκριναν πολύ σημαντική την συμβολή των νοσοκομείων αναφοράς και των εγγυτέρων τους κέντρων υγείας, ενώ ο τρίτος φορέας δεν απάντησε την ερώτηση, λόγω απουσίας κρουσμάτων.

7.9 Αποτύπωση των Μεταβολών στα οικονομικά Στοιχεία των Μ.Φ.Η.

Στην ενότητα αυτή του ερωτηματολογίου οι φορείς κλήθηκαν να σημειώσουν μεταβολές (αύξηση, μείωση, καμία μεταβολή, δεν υφίστανται στον φορέα) σε βασικές κατηγορίες εσόδων και εξόδων τους, βάσει των απολογιστικών σας καταστάσεων για τα έτη 2019, 2020 και 2021. Η απάντηση αυτής της ερώτησης αντιστοιχεί στο ΕΕ9. Ας σημειωθεί εδώ πως τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν έως τις 22/12/2021, οπότε ο απολογισμός του 2021 βασίστηκε σε δεδομένα που έδωσαν οι διευθύνσεις των δομών έως εκείνη τη χρονική στιγμή. Οι κατηγορίες των εσόδων ήταν:

Μεταβολή Εισπράξεων από τροφεία
Εισπράξεις (ΕΟΠΥΥ)
Επιχορηγήσεις Κρατικών Φορέων (π.χ. Περιφέρεια, Δήμοι)
Εισπράξεις από Δωρεές
Εισπράξεις εκ Μισθωμάτων

Τα τροφεία είναι το κύριο έσοδο μόνο ενός εκ των τριών φορέων που απάντησαν. Οι δύο φορείς που εκπροσωπούνται στην παρούσα μελέτη καλύπτουν τις κλίνες τους μέσω των διαδικασιών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., οπότε τα τροφεία ως υπόσταση λογιστική δεν αντιστοιχεί. Και αυτό γιατί από τη μία δεν λαμβάνουν συγκεκριμένα ποσά από τους ωφελούμενους τους, παρά μόνο τα μηνιαία νοσήλια του ΕΟΠΥΥ, από την άλλη οι ωφελούμενοί τους είναι χαμηλοσυνταξιούχοι ή κοινωνικά περιστατικά, άρα χωρίς κάποιο εισόδημα. Για τους δύο αυτούς φορείς τα νοσήλια του ΕΟΠΥΥ αφορούν το ημερήσιο νοσήλιο Γ' θέσης ιδιωτικών κλινικών του ΕΟΠΥΥ που ανέρχεται σε 34,63€ για κάθε διανυκτέρευση, βάσει του ΦΕΚ 2115/Β'/14-10-2008 (Gov.gr, 2021), και που παραμένει αμετάβλητο για οποιαδήποτε αλλαγή στις ανάγκες των ασθενών. Για τον έναν φορέα που δέχεται περιστατικά εκτός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές στις απολαβές του ΕΟΠΥΥ, αφού οι επιστροφές των συμμετοχών σε φάρμακα και εξετάσεις δεν μεταβλήθηκαν μέσα στο διάστημα 2019-2021. Αυτός ο φορέας κατέγραψε πως το σύνολο των τροφείων του παρέμεινε ίδιο στο ερευνώμενο χρονικό διάστημα, όμως δεν συνέβη το ίδιο και για τους φορείς που δηλώνουν τις κλίνες τους στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.: και οι δύο φορείς χρειάστηκαν να νοσηλεύσουν κρούσματα Covid-19. Κατά τη διάρκεια της ύπαρξης κρουσμάτων μέσα στη δομή δεν επιτρέπονταν οι εισαγωγές άλλων ασθενών, ούτε καν σε non-Covid πτέρυγες, οπότε οι θέσεις που δημιουργούνταν λόγω θανάτου ασθενούς (Covid ή όχι) έμεναν κενές. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα αφενός η σταθερά, το νοσήλιο, να μην μειώνεται, αφετέρου το συνολικό, αιτούμενο μηνιαίο νοσήλιο να μειώνεται για τον τρέχοντα μήνα που υπήρχαν τα κρούσματα, αλλά και τους επόμενους, έως ότου καλυφθούν εκ νέου οι θέσεις.

Επιπλέον, και οι 3 φορείς ανέφεραν σταθερότητα στις εισπράξεις τους από μισθώματα, μείωση των δωρεών τους εις χρήμα και σταθερή κρατική επιχορήγηση. Ιδιαίτερος το τελευταίο καταδεικνύει τη μη ικανοποιητική κρατική στήριξη των Μ.Φ.Η. μεσούσης της πανδημίας Covid-19.

Αναφορικά με τα έξοδά τους στις κατηγορίες

Αμοιβές και Έξοδα Προσωπικού
Φαρμακευτικό Υλικό και Εργαστηριακές Εξετάσεις
Λειτουργικά Έξοδα
Δημόσιες Σχέσεις

οι απαντήσεις των φορέων ήταν οι αναμενόμενες: Οι αμοιβές του προσωπικού, ήτοι η μισθοδοσία, οι ασφαλιστικές εισφορές και οι φόροι των μισθωτών υπηρεσιών παρέμειναν οι ίδιες, Οι ιατροφαρμακευτικές δαπάνες, οι εργαστηριακές εξετάσεις και τα λειτουργικά έξοδα αυξήθηκαν, ενώ για 2 εκ των 3 φορέων τα έξοδα που αφορούσαν τις δημόσιες σχέσεις τους μειώθηκαν. Για έναν μόνο φορέα παρέμειναν ίδια. Αξιολογήσιμο κρίνεται το γεγονός ότι τα έξοδα των δημοσίων σχέσεων μειώθηκαν για τους φορείς που αντιμετώπισαν κρούσματα Covid-19 εντός των εγκαταστάσεών τους, οπότε και διεκόπησαν οι όποιες δημοσιεύσεις, ανακοινώσεις, δελτία τύπου και δράσεις.

Στην ίδια ενότητα οι διευθυντές των δομών κλήθηκαν να απαντήσουν ποιο ήταν το μέσο ετήσιο κόστος των ωφελούμενων τους για τα έτη 2019-2021. Ο πρώτος φορέας παρουσίασε για τα έτη 2019-2020 ίδιο ποσό, το οποίο ανερχόταν στις 12.000€/άτομο και το ποσό αυτό να αυξάνεται κατά 2.000€ για το 2021. Ο δεύτερος φορέας ανέφερε πως το μέσο ετήσιο κόστος των ωφελουμένων του παρέμεινε στις 10,200 €/άτομο καθ' όλη τη διάρκεια των τελευταίων τριών ετών. Ο τρίτος φορέας απάντησε πως οι άμεσα σχετιζόμενες δαπάνες με την ιατρονοσηλευτική φροντίδα και την προστασία των ωφελουμένων του ανήλθαν το 2019 στις 228.745€, το 2020 στις 234.606€ και το 2021 στις 231.610 €. Στα ποσά αυτά δεν περιλαμβάνονται τα έξοδα της μισθοδοσίας του προσωπικού, τα οποία σε ετήσια βάση ανέρχονται περίπου στις 690.000€. Άρα, το μέσο ετήσιο κόστος των ωφελουμένων του κυμάνθηκε για όλα τα έτη περί τις 13,000€/άτομο.

Σε σχέση με τη δυνατότητα κάλυψης των δαπανών τους εν μέσω της πανδημίας, οι 3 φορείς στην ερώτηση «Ποια δαπάνη δυσκολευτήκατε να καλύψετε, λόγω της πανδημίας; Επιλέξτε τις 3 πιο σημαντικές.», απάντησαν πως η μισθοδοσία του προσωπικού και οι ασφαλιστικές τους εισφορές προς αυτό, οι φορολογικές τους δαπάνες, οι λογαριασμοί ΔΕΚΟ και η συντήρηση ή αγορά εξοπλισμών ήταν όλες δαπάνες πιο αυξημένες από το αναμενόμενο. Βέβαια, τα λειτουργικά έξοδα να φάνηκαν δύσκολο να καλυφθούν και από τους 3 φορείς.

7.10 Μαθήματα των Μ.Φ.Η από την Πανδημία

Στην τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου δόθηκε η ευκαιρία στους διευθυντές των Μ.Φ.Η. του Νομού Αχαΐας να σχολιάσουν ανοιχτά και να κάνουν έναν απολογισμό ύστερα από τα δύο χρόνια εμπειρίας τους στην πανδημία. Αρχικά, οι 2 εκ των 3 διευθυντών αξιολόγησαν τους φορείς τους ως «ΠΟΛΥ» ικανούς να αντιμετωπίσουν μία επόμενη πανδημία ενώ υπήρχε και μία απάντηση «ΜΕΤΡΙΑ». Οι απαντήσεις κρίνονται ως αρκετά αισιόδοξες, αν ληφθεί υπόψιν ότι τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν μερικές ημέρες πριν την ραγδαία αύξηση των κρουσμάτων στην ελληνική επικράτεια λόγω της εμφάνισης της μετάλλαξης όμικρον, και ενώ το τέλος της πανδημίας δεν διαφαίνεται ακόμα.

Με τη δεύτερη, ανοιχτή ερώτηση, «Τι είδους ευκαιρίες θεωρείτε ότι σας έδωσε η πανδημία και η εμπειρία από αυτήν;» οι διοικήσεις των Μ.Φ.Η. είχαν τη δυνατότητα να εκφραστούν και να καταθέσουν όλα αυτά που θα ήθελαν να γνωρίζει ο κόσμος για το έργο τους. Οι απαντήσεις που ολοκληρώνουν το ΕΕ10 εκπλήσσουν με το πόσο φάνηκε να έχουν ξεπεράσει το στάδιο της ανασφάλειας που η πανδημία προκαλεί και να καταγράφουν τις ευκαιρίες που αυτή τους έδωσε. Οι αποφάσεις τους κινήθηκαν στο τρίπτυχο «μείωση εξόδων, αύξηση εσόδων και αύξηση εξωστρέφειας» με τις αντίστοιχες στρατηγικές τους κινήσεις να αφορούν την προσπάθεια για άμεση συνεργασία με φορείς, όπως φαρμακευτικούς συλλόγους, κοινωνικά φαρμακεία για εξεύρεση δωρεάν φαρμακευτικών σκευασμάτων και εξοπλισμών, να επιδιώκουν τη συνεργασία με Μ.Κ.Ο. για υποστήριξη των παρεχόμενων υπηρεσιών τους. Ένας φορέας μάλιστα έκρινε πως βοηθήθηκε διοικητικά από την επικοινωνία με όμοιο επαγγελματικό φορέα, δηλαδή υπήρξε επικοινωνία μεταξύ των ίδιων των δομών συνεργασία, και συγκεκριμένα για τη διαχείριση των κρουσμάτων που σε άλλες χρονικές στιγμές είχαν.

Άλλος φορέας απάντησε πιο ολοκληρωμένα, αναδεικνύοντας την πορεία του μέσα στην πανδημία, γράφοντας:

«Μάθημα 1^ο: Οι κρίσεις είτε μας φέρνουν πιο κοντά είτε μας διαχωρίζουν: Οι σχέσεις μας με τους περιθάλπομενους και τις οικογένειές τους συσφίχθηκαν, στο μεγαλύτερο ποσοστό τους. Αλληλοϋποστηριζόμασταν με τους κηδεμόνες των τροφίμων μας προς έναν κοινό σκοπό: την προστασία των δικών τους ανθρώπων. Επίσης, η καθημερινή

τριβή με τους ωφελούμενους έγινε ακόμα πιο συστηματική αφού ακόμα και η διπλή θερμομέτρηση και λήψη ζωτικών σημείων συνοδευόταν από συζητήσεις για την επικαιρότητα, παιχνίδια και αγάπη.

Μάθημα 2^ο: Το κλειδί στην αντιμετώπιση των κρίσεων είναι η διεπιστημονική συσπείρωση, η αλληλοκατανόηση και η διάθεση για συνεργασία: Εξ αρχής η διοίκηση και οι προϊστάμενοι των Τμημάτων συσπειρώθηκαν με το προσωπικό, οργανωθήκαμε καλύτερα και αρχίσαμε να δουλεύουμε σε μικρές, παραγωγικές ομάδες, ο καθένας στο πόστο του.

Μάθημα 3^ο: Στις κρίσεις υπάρχουν ευκαιρίες για εξέλιξη, προσωπική και επαγγελματική: Μέσα στα τελευταία δύο χρόνια κατορθώσαμε να αποκτήσουμε νέες γνώσεις μέσα από σεμινάρια που παρακολουθήσαμε, εν ώρα ή/και μη εργασίας, κατά τη θέληση του κάθε εργαζομένου και που μας βοήθούσαν να προβλέψουμε την πορεία της πανδημίας, τις ανάγκες μας και συστηματικά να θωρακίσουμε τους τροφίμους μας. Παρατηρήσαμε ότι γενικά, τα δεδομένα της πανδημίας κάθε φορά ενδιέφεραν τους εργαζομένους μας και δεν αισθανθήκαμε μόνοι, ως φορέας απέναντι στον ιό, λόγω του ανοίγματός μας στην κοινωνία και στη γνώση.

Μάθημα 4^ο: Ουδέν κακόν αμιγές καλού: Η πανδημία μας ώθησε να θέσουμε νέες προτεραιότητες στην καθημερινή λειτουργία του Ιδρύματος και να αξιολογήσουμε κάποια από τα ληφθέντα μέτρα για τη διασπορά του Covid ως εφαρμόσιμα και στην καθημερινή μας, ει δυνατόν, πρακτική, όπως η καθημερινή θερμομέτρηση του προσωπικού, η τήρηση των ατομικών μέτρων προστασίας για το προσωπικό που έρχεται σε άμεση επαφή με τους ωφελούμενους, η τήρηση του προγράμματος απολύμανσης των χώρων, ενώ χρήσιμη αποδεικνύεται και η τήρηση της καθημερινής θερμομέτρησης των τροφίμων μας.

Μάθημα 5^ο: Εξωστρέφεια με παρατράγουδα: Ιδιαιτέρως μέσα στο 2020 και αφού πέρασε το πρώτο κύμα-μάθημα της πανδημίας αναζητήθηκαν νέοι πόροι για να ανταπεξέλθουμε στις αναδυόμενες δαπάνες μας. Η συνεργασία της διοικητικής και της νοσηλευτικής μας υπηρεσίας, ήταν το κλειδί: δόθηκε η εμπιστοσύνη στη νοσηλευτική υπηρεσία να αξιολογήσει τις ανάγκες των ωφελουμένων και των εργαζομένων που έρχονται σε άμεση επαφή μαζί τους, αλλά και η δυνατότητα να προτείνουν τρόπους κάλυψής τους. Έτσι, ήρθαμε σε επαφή με ΜΚΟ, μέσω των οποίων δικτυωθήκαμε σε πληθώρα κοινωνικών φαρμακείων, παντοπωλείων και ιματιοθηκών και αποκτήσαμε

πρόσβαση σε φάρμακα, παραϊατρικό υλικό, ιατρικό εξοπλισμό, είδη πρώτης ανάγκης και ατομικής φροντίδας, αλλά και άλλα είδη ευρείας χρήσης. Αντίστοιχες δράσεις πραγματοποιήθηκαν για την εξεύρεση ατομικών μέτρων προστασίας μέσω συνεργασίας με ιδιωτικές εταιρίες. Για όλα αυτά βέβαια χρειάστηκε ένας σημαντικότατος αριθμός αιτημάτων, με πολλά απορριφθέντα και λιγότερα με θετική απάντηση. Επίσης, σε λογικά πλαίσια θέσαμε τις βάσεις για να χρηματοδοτηθούμε και από μεγάλα Ιδρύματα και ιδιωτικές πρωτοβουλίες, αλλά αυτό ήταν σχεδόν ανέφικτο, λόγω του ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας είχε μεγαλύτερη πίεση και άρα ανάγκη για υποστήριξη. Ως κατακλείδα, μπορούμε να πούμε ότι μέσα στο 2020-2021 είχαμε τη μεγαλύτερη ανταποκρισιμότητα των τελευταίων ετών από Μη Κερδοσκοπικούς Φορείς, από τους οποίους ζητήσαμε την εις είδος υποστήριξή τους, οι οποίοι συνέτρεξαν να μας προσφέρουν τα είδη που ακριβώς χρειαστήκαμε, όταν οι τιμές τους στο πρώτο κύμα της πανδημίας ήταν πολύ αυξημένες. Έτσι, προέκυψε και η καλύτερη υγειονομική επιτήρηση των φιλοξενουμένων μας, η καλύτερη διαχείριση των μολυσματικών απορριμμάτων που προέκυπταν από την νοσηλεία των κρουσμάτων και εν τέλει η ασφάλεια του προσωπικού.

Μάθημα 6^ο: Κράτος-ΜΚΟ: Σημειώσατε 0-1: Γενικά μας στεναχώρησε και μας έκανε να αισθανθούμε παραγκωνισμένοι από τον κρατικό μηχανισμό εν μέσω της πανδημίας το γεγονός ότι δεν δεχθήκαμε εις χρήμα ή σε είδος στήριξη, με εξαίρεση την περιορισμένη παροχή κάποιων ειδών ατομικής προστασίας και χαρτικών από την Περιφέρεια. Μας έγινε κατανοητό πως κανένα από τα αρμόδια Υπουργεία δεν μας υποστήριξε γιατί είμαστε Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου, χωρίς να λαμβάνεται υπόψιν το γεγονός ότι όλες μας τις κλίνες τις διαχειρίζεται κρατικός φορέας, ο ΕΟΠΥΥ, και τα έσοδά μας προέρχονται από αυτόν. Ατυχέστατη δε, αξιολογείται η μη μεταβολή του Νοσηλείου Γ-Θέσης, το οποίο παρέμεινε ίδιο, ενώ χρειάστηκε να νοσηλεύσουμε ασθενείς με Covid-19, και άρα με εντελώς διαφοροποιημένες ανάγκες σε ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Επίσης, βάσει της Υ.Α. 27026 (ΦΕΚ 1971/Β'/14.05.2021) οργανώθηκε πρόγραμμα στήριξης των Μ.Φ.Η., Ν.Π.Ι.Δ. και Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), το οποίο ουδέποτε πραγματοποιήθηκε, έως και σήμερα. Από την άλλη, μας εντυπωσίασε ο βαθμός της σε είδος προσφοράς από Μη Κυβερνητικούς Φορείς. Βέβαια, από μεριάς μας χρειάστηκε αρκετή γραφειοκρατική προσπάθεια, σχετικά με την διεκπεραίωση των αιτημάτων προς τους φορείς αυτούς, την επικοινωνία μας, την σύμπλευση προς τους κοινούς μας

στόχους για την προστασία προσωπικού και ωφελουμένων. Κρατάμε ως θετικές τις συνεργασίες μας αυτές και ελπίζουμε σε διεύρυνση του πλαισίου συμπράξεων, σε καιρούς ειρηνικούς, ώστε να βελτιώσουμε όχι μόνο το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών μας προς τους ωφελούμενούς μας, αλλά και προς την κοινότητα στην οποία εδραζόμαστε.

Μάθημα 7^ο: Στις κρίσεις ξεχωρίζεις τους φίλους, τους ψεύτικους φίλους και τους λύκους: Σίγουρα στο δρόμο είχαμε απώλειες σε προσωπικό και σε συνεργάτες. Κάποιοι λιποτάκτησαν γιατί νόμισαν ότι η «βάρκα» βούλιαζε, ειδικά όταν μετά από τόσες προσπάθειες προστασίας ωφελουμένων και προσωπικού εντοπίστηκαν κρούσματα στη δομή μας. Όμως το φιλότιμο όσων μείναμε στις επάλξεις και όσων μας υποστήριξαν, μας αντάμειψε και με εμπειρίες που μας έφεραν πιο κοντά ως συνεργάτες και με την αισιοδοξία πως, αν προκύψει άλλη πανδημία ή επιδημία στη δομή μας, θα την αντιμετωπίσουμε ψυχραιμότερα και με όπλο μας τη γνώση.

Μάθημα 8^ο: Η γνώση και η κριτική ανάλυση της πληροφορίας έγιναν καθημερινότητά μας. Αφενός ο βομβαρδισμός των πληροφοριών που δεχόμαστε καθημερινά από τους αρμόδιους φορείς, αφετέρου η ανασφάλεια για την καινούρια απειλή, τον Covid-19, και, ως τρίτο μέτωπο, η παραπληροφόρηση επί αυτής της ασθένειας, μας ώθησαν στο να προσπαθήσουμε να διατηρήσουμε ένα επίπεδο ευψυχίας, ευημερίας και ασφάλειας στο προσωπικό της δομής μας, ώστε να μπορέσουμε να «κρατήσουμε τα λογικά μας» και την ψυχραιμία μας.»

7.11 Ο Φόβος του Προσωπικού απέναντι στην Πανδημία: Ανάλυση Ερωτηματολογίου

Στο παρόν υποκεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την ανάλυση του σχετικού ερωτηματολογίου. Το τελικό δείγμα στο ερωτηματολόγιο που μελετά τον φόβο του προσωπικού των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) του Νομού Αχαΐας απέναντι στην πανδημία Covid-19, το τελικό δείγμα αποτελείται από N = 120 συμμετέχοντες. Όλες οι απαντήσεις ήταν έγκυρες.

7.11.1 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά του Δείγματος

Η μεγάλη πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (71%), με το 29% να αποτελείται από άνδρες. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες, μέλη του προσωπικού των Μ.Φ.Η., είχαν ηλικία από 31 έως 50 ετών (67%). Αναλυτικά, το 19% ήταν από 20 έως 30 ετών, το 32% ήταν από 31 έως 40 ετών, το 35% ήταν από 41 έως 50 ετών, το 10% ήταν από 51 έως 60 ετών και το 4% ήταν πάνω από 60 ετών. Ένας στους τέσσερεις συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (25%). Το 21% ήταν απόφοιτοι Ι.Ε.Κ., το 39% ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και το 15% διέθεταν μεταπτυχιακό τίτλο (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Φύλο, ηλικία και εκπαίδευση των συμμετεχόντων

		Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο	Άνδρες	35	29.2
	Γυναίκες	85	70.8
	Σύνολο	120	100.0
Ηλικία	20-30 ετών	23	19.2
	31-40 ετών	38	31.7
	41-50 ετών	42	35.0
	51-60 ετών	12	10.0
	61+ ετών	5	4.2
	Σύνολο	120	100.0
Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο/Λύκειο)	30	25.0
	Ι.Ε.Κ.	25	20.8
	Τριτοβάθμια (Τ.Ε.Ι./Πανεπιστήμιο)	47	39.2
	Μεταπτυχιακές Σπουδές	18	15.0
	Σύνολο	120	100.0

Το 37.5% του προσωπικού που έλαβε μέρος στη μελέτη ήταν νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτή. Το 11% ήταν κοινωνικοί φροντιστές και βοηθοί θαλάμου, το 9% ήταν κοινωνικοί λειτουργοί, το 8% ήταν καθαριστές/καθαρίστριες και άλλο ένα 8% ήταν προσωπικό μαγειρείου. Το 7.5% του δείγματος ήταν διοικητικοί υπάλληλοι, το 3% ήταν ιατροί και το 2.5% ήταν διευθυντές. Αυτές και οι υπόλοιπες θέσεις εργασίας των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: Θέση εργασίας των συμμετεχόντων

	Συχνότητα	Ποσοστό
Νοσηλευτές/Βοηθοί νοσηλευτών	45	37.5
Κοινωνικοί φροντιστές/Βοηθοί θαλάμου	13	10.8
Κοινωνικοί λειτουργοί	11	9.2
Καθαριστές/στριες	10	8.3
Προσωπικό μαγειρείου	10	8.3
Διοικητικοί υπάλληλοι	9	7.5
Τεχνικοί υπάλληλοι/Συντηρητές	6	5.0
Ιατροί	4	3.3
Διευθυντές/ντριες	3	2.5
Έμποροι	2	1.7
Λογιστές	2	1.7
Φαρμακοποιοί	2	1.7
Ψυχολόγοι	2	1.7
Οδηγοί	1	.8
Σύνολο	120	100.0

7.11.2 Ανάλυση FCV-19S (Φόβος για τον Covid-19)

Σε ό,τι αφορά τα ερωτήματα του φόβου για τον Covid-19 (Ερωτηματολόγιο FCV-19S), βρέθηκαν τα εξής. Κατά μέσο όρο και σε σειρά προτεραιότητας, τα μέλη του προσωπικού συμφωνούσαν ότι όταν σκέφτονται τον κορωνοϊό, νοιώθουν ανασφάλεια (MO = 3.57). Αντιθέτως, οι συμμετέχοντες διαφωνούσαν ότι ιδρώνουν τα χέρια τους όταν σκέφτονται τον κορωνοϊό (MO = 2.34), ενώ επίσης διαφωνούσαν ότι δεν μπορούν να κοιμηθούν επειδή ανησυχούν ότι μπορεί να προσβληθούν από τον κορωνοϊό (MO = 2.25). Κατά μέσο όρο, οι συμμετέχοντες ούτε συμφωνούσαν ούτε και διαφωνούσαν ότι όταν βλέπουν ειδήσεις για τον κορωνοϊό στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης τους πιάνει νευρικότητα και άγχος (MO = 3.46), ότι είναι πολύ φοβισμένοι για τον κορωνοϊό (MO = 3.42), ότι φοβούνται μήπως χάσουν τη ζωή τους λόγω του κορωνοϊού (MO = 3.11), και ότι νοιώθουν την καρδιά τους να χτυπάει πιο γρήγορα, ή τους παλμούς τους να ανεβαίνουν, όταν σκέφτονται ότι μπορεί να προσβληθούν από τον κορωνοϊό (MO = 2.60). Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει αυτά τα ευρήματα.

Πίνακας 3: Φόβος για τον Covid-19

	MO	TA
1. Είμαι πολύ φοβισμένος/η για τον κορωνοϊό	3.42	.886
2. Όταν σκέφτομαι τον κορωνοϊό, νοιώθω ανασφάλεια	3.57	.950
3. Τα χέρια μου ιδρώνουν, όταν σκέφτομαι τον κορωνοϊό	2.34	1.096
4. Φοβάμαι μήπως χάσω τη ζωή μου εξαιτίας του κορωνοϊού	3.11	1.083
5. Όταν βλέπω ειδήσεις σχετικά με τον κορωνοϊό στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, με πιάνει νευρικότητα και άγχος	3.46	1.250
6. Δεν μπορώ να κοιμηθώ, επειδή ανησυχώ μήπως προσβληθώ από τον κορωνοϊό	2.25	1.204
7. Νοιώθω την καρδιά μου να χτυπάει πιο γρήγορα ή τους παλμούς μου να ανεβαίνουν, όταν σκέφτομαι ότι μπορεί να προσβληθώ από τον κορωνοϊό	2.60	1.198

7.11.3 Ανάλυση GAD-7 (Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή)

Σε ό,τι αφορά τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (Ερωτηματολόγιο GAD-7), κατά μέσο όρο και κατά σειρά προτεραιότητας, οι συμμετέχοντες μέλη προσωπικού των Μ.Φ.Η. ανέφεραν ότι κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες, «μερικές μέρες» αισθάνθηκαν νεύρα, άγχος ή ένταση (MO = 1.36), ένιωθαν εύκολα ενόχληση ή εκνευρισμό (MO = 1.33), ανησυχούσαν υπερβολικά για διάφορα πράγματα (MO = 1.32), δυσκολεύονταν να χαλαρώσουν (MO = 1.23), φοβόντουσαν ότι κάτι φρικτό μπορεί να συμβεί (MO = 1.02), δεν μπορούσαν να σταματήσουν ή να ελέγξουν το άγχος τους (MO = 0.94), και είχαν τόσο μεγάλη ανησυχία που δεν μπορούσαν να μείνουν ακίνητοι (MO = 0.69). Ο Πίνακας 4 παρουσιάζει αυτά τα αποτελέσματα.

Πίνακας 4: Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

	MO	TA
1. Αισθανθήκατε νεύρα, άγχος ή ένταση;	1.36	.968
2. Δεν μπορούσατε να σταματήσετε ή να ελέγξετε το άγχος σας;	.94	.973
3. Ανησυχούσατε υπερβολικά για διάφορα πράγματα;	1.32	.889
4. Δυσκολευόσασταν να χαλαρώσετε;	1.23	.968
5. Είχατε τόσο μεγάλη ανησυχία που δεν μπορούσατε να μείνετε ακίνητος/η;	.69	.906
6. Νοιώθατε εύκολα ενόχληση ή εκνευρισμό;	1.33	.973
7. Φοβόσασταν ότι κάτι φρικτό μπορεί να συμβεί;	1.02	1.029

7.11.4 Ανάλυση PHQ-9 (Κατάθλιψη)

Σχετικά με τη δριμύτητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης (Ερωτηματολόγιο PHQ-9), κατά μέσο όρο και σε σειρά προτεραιότητας, τις τελευταίες δύο εβδομάδες, οι συμμετέχοντες μέλη προσωπικού των Μ.Φ.Η. «μερικές μέρες» ένοιωθαν κουρασμένοι ή είχαν χαμηλή ενέργεια (MO = 1.39), είχαν λίγο ενδιαφέρον ή απόλαυση στις δραστηριότητές τους (MO = 1.15), ένοιωθαν καταβεβλημένοι, κατατεθλιμμένοι ή

απελπισμένοι (MO = 1.08), δεν είχαν πολλή όρεξη ή αντίθετα έτρωγαν υπερβολικά (MO = 0.98), είχαν πρόβλημα να κοιμηθούν ή να συνεχίσουν τον ύπνο τους ή, αντίθετα, κοιμούνταν υπερβολικά (MO = 0.81), είχαν πρόβλημα συγκέντρωσης σε ενέργειες όπως το διάβασμα της εφημερίδας ή η παρακολούθηση τηλεόρασης (MO = 0.67), ένοιωθαν άσχημα για τον εαυτό τους ή ένοιωθαν ότι έχουν αποτύχει ή ότι έχουν απογοητεύσει τον εαυτό τους ή την οικογένειά τους (MO = 0.63), και κινούνταν ή μιλούσαν τόσο αργά που οι άλλοι άνθρωποι το παρατηρούσαν ή, αντίθετα, ήταν τόσο ανήσυχοι ή νευρικοί που κινούνταν πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο (MO = 0.53). Από την άλλη πλευρά, οι συμμετέχοντες δεν σκέφτονταν «καθόλου» ότι θα ήταν καλύτερα να είχαν πεθάνει ή ότι θα προκαλούσαν κακό στον εαυτό τους με κάποιο τρόπο (MO = 0.10). Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει τα σχετικά αποτελέσματα.

Πίνακας 5: Κατάθλιψη των συμμετεχόντων

	MO	TA
1. Έχετε μικρό ενδιαφέρον ή λίγη απόλαυση στις δραστηριότητές σας	1.15	.967
2. Νοιώθετε καταβεβλημένος/η, κατατεθλιμμένος/η ή απελπισμένος/η	1.08	1.001
3. Έχετε πρόβλημα να αποκοιμηθείτε ή να συνεχίσετε τον ύπνο, ή κοιμάστε υπερβολικά	.81	.946
4. Νοιώθετε κουρασμένος/η ή έχετε λίγη ενέργεια	1.39	.964
5. Έχετε λίγη όρεξη ή τρώτε υπερβολικά	.98	1.008
6. Νοιώθετε άσχημα για τον εαυτό σας ή ότι έχετε αποτύχει ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας	.63	.829
7. Έχετε πρόβλημα συγκέντρωσης σε κάποιες ενέργειες, όπως για παράδειγμα, όταν διαβάζετε την εφημερίδα ή όταν παρακολουθείτε τηλεόραση	.67	.911
8. Κινείστε ή μιλάτε τόσο αργά που άλλοι άνθρωποι θα το παρατηρούσαν, ή το αντίθετο - είστε τόσο ανήσυχος/η ή νευρικός ώστε να κινείστε πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο	.53	.888
9. Σκεπτόσαστε ότι θα ήταν καλύτερα αν είχατε πεθάνει ή σκεπτόσαστε να προκαλέσετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο	.10	.397

7.11.5 Απάντηση Ερευνητικών Ερωτημάτων

Για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων που συνδέονται με την ανάλυση του ερωτηματολογίου, αρχικά δίνεται απάντηση στο όγδοο ερευνητικό ερώτημα ΕΕ8, που αφορά τα χαρακτηριστικά των βασικότερων στάσεων και αντιλήψεων του προσωπικού των Μ.Φ.Η. του Νομού σχετικά με τον Covid-19. Όπως είδαμε νωρίτερα, κατά μέσο όρο οι συμμετέχοντες, μέλη προσωπικού των Μ.Φ.Η., όταν σκέφτονταν τον κορωνοϊό, συμφωνούσαν ότι νοιώθουν ανασφάλεια, αλλά διαφωνούσαν ότι ίδρωναν τα χέρια τους ή ότι είχαν προβλήματα ύπνου λόγω ανησυχίας ότι μπορεί να προσβληθούν από τον κορωνοϊό. Οι συμμετέχοντες διατήρησαν ουδέτερη στάση στα υπόλοιπα ερωτήματα που αφορούν τον φόβο για την πανδημία Covid-19, αφού ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν ότι ένοιωθαν άγχος και νευρικότητα όταν μάθαιναν νέα για τον κορωνοϊό στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, ότι ήταν πολύ φοβισμένοι και ότι φοβούνταν ότι μπορεί να χάσουν τη ζωή τους, ενώ επίσης ούτε συμφωνούσαν ούτε διαφωνούσαν ότι οι παλμοί τους αυξάνονταν όταν σκέφτονταν πως μπορεί να προσβληθούν από τον κορωνοϊό.

Κατόπιν, υπολογίστηκαν οι δείκτες αξιοπιστίας Cronbach για τις τρεις κλίμακες του ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι κλίμακες φόβου της πανδημίας, γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης είχαν πολύ υψηλή και αποδεκτή αξιοπιστία, που κυμαινόταν από $\alpha = 0.91$ για τα 9 ερωτήματα της κατάθλιψης μέχρι $\alpha = 0.94$ για τα 7 ερωτήματα της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Με βάση αυτά τα αποτελέσματα, υπολογίστηκαν οι τρεις διαστάσεις της μελέτης. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6, ο φόβος για την πανδημία είχε μέση τιμή $MO = 20.8$, που αντιστοιχεί σε ένα μεσαίο επίπεδο φόβου σε μια αναλογική κλίμακα από 7 (ελάχιστος/καθόλου φόβος) έως 35 (μέγιστος φόβος). Η δριμύτητα της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής είχε μέση τιμή $MO = 7.9$, που αντιστοιχεί σε ένα μεσαίο επίπεδο άγχους που για την κλίμακα GAD-7 διαπιστώνεται για βαθμολογία από 6 έως 10. Τέλος, η μέση βαθμολογία για τη δριμύτητα συμπτωμάτων κατάθλιψης ήταν $MO = 7.3$, που ανταποκρίνεται σε ένα ήπιο επίπεδο κατάθλιψης, αφού στην κλίμακα PHQ-9 εντάσσεται στο εύρος των τιμών 5 έως 9.

Κατά συνέπεια, το δείγμα είχε ένα μεσαίο επίπεδο φόβου για την πανδημία Covid-19, και συμφωνούσαν ότι ένοιωθαν ανασφάλεια για τον κορωνοϊό,

διαφωνούσαν όμως ότι είχαν προβλήματα ύπνου ή ότι ίδρωναν τα χέρια τους επειδή ανησυχούσαν για την πιθανότητα προσβολής τους από τον κορωνοϊό.

Πίνακας 6: Αξιοπιστία Cronbach κλιμάκων του ερωτηματολογίου και μέσοι όροι προκυπτουσών διαστάσεων

	Αξιοπιστία Cronbach	Αριθμός ερωτημάτων	ΜΟ	ΤΑ
Φόβος για τον Covid-19 (FCV-19S)	.920	7	20.76	6.338
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (Gad-7)	.944	7	7.89	5.806
Υγεία/Κατάθλιψη (PHQ-9)	.912	9	7.33	6.183

Για την απάντηση του ΕΕ I: Ποια είναι η σχέση ανάμεσα στον φόβο της πανδημίας και τα επίπεδα γενικευμένης αγχώδους διαταραχής του δείγματος, καθώς και του επόμενου ερευνητικού ερωτήματος ΕΕ II: Ποια είναι η σχέση ανάμεσα στον φόβο της πανδημίας και τα επίπεδα κατάθλιψης του δείγματος;, αρχικά πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων Kolmogorov-Smirnov, που ενδείκνυται για δείγματα μεγαλύτερα των πενήντα συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα, που παρουσιάζονται στον Πίνακα 7, έδειξαν ότι τα δεδομένα δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή (όλα $p < 0.01$). Επιπλέον, σημειώνεται ότι το ίδιο ίσχυε και για όλα τα μεμονωμένα ερωτήματα των κλιμάκων φόβου της πανδημίας, γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης (όλα $p < 0.01$).

Πίνακας 7: Έλεγχος κανονικότητας των δεδομένων των διαστάσεων Kolmogorov-Smirnov*

	Δείκτης	df	p
Φόβος για τον Covid-19 (FCV-19S)	.076	120	.082
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (Gad-7)	.186	120	.000
Υγεία/Κατάθλιψη (PHQ-9)	.155	120	.000

*Με διόρθωση στατιστικής σημαντικότητας Lilliefors

Με βάση τα παραπάνω ευρήματα, που έδειξαν ότι τα δεδομένα αποκλίνουν από την κανονική κατανομή, πραγματοποιήθηκε μη-παραμετρικός έλεγχος συσχέτισης Spearman rho του φόβου για την πανδημία με τη δριμύτητα συμπτωμάτων άγχους και με τη δριμύτητα συμπτωμάτων κατάθλιψης (Πίνακας 8). Ο φόβος για την πανδημία Covid-19 είχε στατιστικά σημαντική και ισχυρή θετική συσχέτιση με τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ($\rho = 0.72, p < 0.01$) και με την κατάθλιψη ($\rho = 0.52, p < 0.01$). Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι η δριμύτητα συμπτωμάτων γενικευμένης αγχώδους διαταραχής συσχετιζόταν στατιστικά σημαντικά και ισχυρά θετικά με τη δριμύτητα συμπτωμάτων κατάθλιψης, όπου $\rho = 0.76, p < 0.01$.

Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκε συσχέτιση Spearman rho ανάμεσα στο μεμονωμένο ερώτημα του φόβου της πανδημίας («1. Είμαι πολύ φοβισμένος/η για τον κορωνοϊό») με τον αυτοκτονικό ιδεασμό της κλίμακας κατάθλιψης («9. Σκεπτόσαστε ότι θα ήταν καλύτερα αν είχατε πεθάνει ή σκεπτόσαστε να προκαλέσετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο»). Οι δύο μεταβλητές δεν συσχετιζόνταν στατιστικά σημαντικά, αφού $\rho = 0.03, p = 0.763$.

Πίνακας 8: Έλεγχος συσχέτισης Spearman rho ανάμεσα στις διαστάσεις

	Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	Κατάθλιψη
Φόβος για τον Covid-19 (FCV-19S)	.717*	.522*

* $p < 0.01$.

Στη συνέχεια, για να μελετηθεί περαιτέρω η σχέση ανάμεσα στον φόβο της πανδημίας από τη μία πλευρά και τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης από την άλλη πλευρά, πραγματοποιήθηκαν δύο απλές γραμμικές παλινδρομήσεις. Στην πρώτη γραμμική παλινδρόμηση, ο φόβος για τον Covid-19 ήταν η ανεξάρτητη προβλεπτική μεταβλητή, και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή ήταν η εξαρτημένη μεταβλητή. Το μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό, με $F(1,118) = 170.87, p < 0.01$, και ερμήνευε το 59.2% (R^2) της παρατηρούμενης διακύμανσης στον παράγοντα του άγχους (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Μοντέλο πρώτης γραμμικής παλινδρόμησης

Μοντέλο	R	R ²	Προσαρμοσμένο R ²	Τυπικό σφάλμα
1	.769	.592	.588	3.727

Ο φόβος της πανδημίας αποτελούσε στατιστικά σημαντική προβλεπτική μεταβλητή της δριμύτητας της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, όπου η αύξηση κατά μία μονάδα στον φόβο για την πανδημία ανταποκρινόταν σε μία μεγάλη αύξηση κατά 0.71 μονάδες στο επίπεδο άγχους (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Ο φόβος για τον Covid-19 ως μεταβλητή πρόβλεψης της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής

Μοντέλο		Μη-τυποποιημένοι παράγοντες		Τυποποιημένοι παράγοντες		p
		B	Τυπικό σφάλμα	Beta	T	
1	(Σταθερά)	-6.734	1.169		-5.758	.000
	Φόβος για τον Covid-19	.705	.054	.769	13.072	.000

Στη δεύτερη γραμμική παλινδρόμηση που πραγματοποιήθηκε, ανεξάρτητη προβλεπτική μεταβλητή ήταν ο φόβος για τον Covid-19 και εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η κατάθλιψη. Το μοντέλο αυτό ήταν επίσης στατιστικά σημαντικό ($F(1,118) = 73.16, p < 0.01$) και ερμήνευε το 38.3% της παρατηρούμενης διακύμανσης στον φόβο για τον Covid-19 (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Μοντέλο δεύτερης γραμμικής παλινδρόμησης

Μοντέλο	R	R ²	Προσαρμοσμένο R ²	Τυπικό σφάλμα
1	.619	.383	.377	4.878

Ο φόβος για τον Covid-19 ήταν στατιστικά σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης των επιπέδων κατάθλιψης, όπου η αύξηση μίας μονάδας στον φόβο της πανδημίας ανταποκρινόταν σε μία μεγάλη αύξηση κατά 0.60 μονάδες στη δριμύτητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης (Πίνακας 12).

Πίνακας 12: Ο φόβος για τον Covid-19 ως μεταβλητή πρόβλεψης της κατάθλιψης

Μοντέλο		Μη-τυποποιημένοι παράγοντες		Τυποποιημένοι παράγοντες		
		B	Τυπικό σφάλμα	Beta	t	p
1	(Σταθερά)	-5.194	1.531		-3.393	.001
	Φόβος για τον Covid-19	.603	.071	.619	8.553	.000

Κατά συνέπεια, ο φόβος της πανδημίας είχε μία ισχυρή θετική σχέση τόσο με τα επίπεδα γενικευμένης αγχώδους διαταραχής του δείγματος (EE I), όσο και με τα επίπεδα κατάθλιψης του δείγματος (EE II). Συγκεκριμένα, όταν αυξανόταν ο φόβος της πανδημίας, αυξανόταν σε υψηλό βαθμό και η δριμύτητα των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης και αντιστρόφως. Επιπλέον, ο φόβος του Covid-10 αποτελούσε έναν στατιστικά σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης των επιπέδων άγχους και κατάθλιψης.

Στο EE III: Ποια είναι η επίδραση των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος στον φόβο της πανδημίας, στην γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και στην κατάθλιψη;», βρέθηκαν τα εξής. Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα δεδομένα για τις διαστάσεις φόβου της πανδημίας, γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, πραγματοποιήθηκαν μη-παραμετρικοί έλεγχοι Mann-Whitney U (αντίστοιχο με τον παραμετρικό έλεγχο Student's t-test) και Kruskal-Wallis H (αντίστοιχο με τον παραμετρικό έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης ANOVA). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 13, το φύλο δεν επηρέαζε στατιστικά σημαντικά τον φόβο τα πανδημίας ($U = 1452.50$, $p = 0.840$), τη δριμύτητα του άγχους ($U = 1312.50$, $p = 0.311$) ή τη δριμύτητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης ($U = 1481.50$, $p = 0.972$). Ειδικότερα, οι γυναίκες είχαν υψηλότερη βαθμολογία από τους άνδρες και στις τρεις διαστάσεις, ωστόσο η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 13: Επίδραση του φύλου στις διαστάσεις της μελέτης

	Φόβος για τον Covid-19	Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	Κατάθλιψη
Mann-Whitney U	1452.50	1312.50	1481.50
P	.840	.311	.972

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 14, η ηλικία επίσης δεν διαφοροποιούσε στατιστικά σημαντικά τον φόβο της πανδημίας ($H(4) = 4.63, p = 0.328$), τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή ($H(4) = 6.90, p = 0.141$) ή την κατάθλιψη ($H(4) = 0.67, p = 0.955$). Ειδικότερα, η βαθμολογία του δείγματος και στις τρεις διαστάσεις αυξανόταν σταδιακά από την ηλικία των 31-40 ετών μέχρι την ηλικία των 51-60 ετών, και μειωνόταν ξανά στην ηλικία των 61+ ετών, ωστόσο οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές

Πίνακας 14: Επίδραση της ηλικίας στις διαστάσεις της μελέτης

	Φόβος για τον Covid-19	Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	Κατάθλιψη
Kruskal-Wallis H	4.63	6.90	.67
df	4	4	4
p	.328	.141	.955

Η ηλικία επηρέαζε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις του δείγματος στο ερώτημα 7 της κλίμακας γενικευμένης αγχώδους διαταραχής ($H(4) = 10.54, p = 0.032$). Ο Πίνακας 15 παρουσιάζει αυτό το εύρημα.

Πίνακας 15: *Επίδραση της ηλικίας στο μεμονωμένο ερώτημα 7 της κλίμακας γενικευμένης αγχώδους διαταραχής*

7. Φοβόσασταν ότι κάτι φρικτό μπορεί να συμβεί	
Kruskal-Wallis H	10.542
df	4
p	.032

Ο Πίνακας 16 παρουσιάζει τις μέσες κατατάξεις των δεδομένων του ερωτήματος 7 της κλίμακας γενικευμένης αγχώδους διαταραχής με βάση την ηλικία των ερωτηθέντων. Συγκεκριμένα, τα άτομα άνω των 60 ετών κατά πρώτο λόγο και τα άτομα 51-60 ετών κατά δεύτερο λόγο, φοβούνταν περισσότερο ότι κάτι φρικτό μπορεί να συμβεί. Τα άτομα 20-30 ετών βρίσκονταν στην τρίτη θέση, ακολουθούμενα από τα άτομα 41-50 ετών στην τέταρτη θέση. Τον χαμηλότερο φόβο ότι κάτι φρικτό μπορεί να συμβεί είχαν τα άτομα ηλικίας 31-40 ετών.

Πίνακας 16: *Μέσες κατατάξεις βαθμολογίας στο μεμονωμένο ερώτημα 7 της κλίμακας γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, ανά ηλικία*

	Ηλικία	N	Μέση κατάταξη
7. Φοβόσασταν ότι κάτι φρικτό μπορεί να συμβεί;	20-30 ετών	23	65.07
	31-40 ετών	38	50.16
	41-50 ετών	42	59.26
	51-60 ετών	12	79.75
	61+ ετών	5	82.30
	Σύνολο	120	

Τέλος, όπως φαίνεται στον Πίνακα 17, το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν επηρέαζε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις του δείγματος αναφορικά με τον φόβο της

πανδημίας και τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (όλα $p > 0.05$). Οι απόφοιτοι ΙΕΚ είχαν την υψηλότερη βαθμολογία και στις τρεις διαστάσεις, ωστόσο η διαφορά τους με τις άλλες εκπαιδευτικές βαθμίδες δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Πίνακας 17: *Επίδραση της εκπαίδευσης στις διαστάσεις της μελέτης (έλεγχος Kruskal-Wallis H)*

	Φόβος για τον Covid-19	Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	Κατάθλιψη
Kruskal-Wallis H	7.22	2.54	1.62
Df	3	3	3
P	.065	.468	.655

Επιπλέον, όπως φαίνεται στον Πίνακα 18, το επίπεδο εκπαίδευσης δεν επηρέαζε τις απαντήσεις του προσωπικού των Μ.Φ.Η στο ερώτημα εάν αισθάνονταν νεύρα, άγχος ή ένταση και στο ερώτημα εάν ένοιωθαν άσχημα για τον εαυτό τους, ότι είχαν αποτυχημένοι ή ότι απογοήτευσαν τον εαυτό ή την οικογένειά τους ($p > 0.05$). Κατά συνέπεια, τα δημογραφικά στοιχεία του φύλου, της ηλικίας και της εκπαίδευσης δεν επηρέαζαν τα επίπεδα φόβου της πανδημίας, άγχους, ή κατάθλιψης, με την εξαίρεση της επίδρασης της ηλικίας στο ερώτημα 7 της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, όπου κατά σειρά προτεραιότητας, τα άτομα 60 ετών και πάνω, τα άτομα 51-60 ετών και τα άτομα 20-30 ετών είχαν μεγαλύτερο φόβο ότι κάτι φρικτό μπορεί να συμβεί από ό,τι τα άτομα 31-50 ετών (ΕΕ III).

Πίνακας 18: *Επίδραση της εκπαίδευσης στα μεμονωμένα ερωτήματα 1 της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής και 6 της κατάθλιψης (έλεγχος Kruskal-Wallis H)*

	1. Αισθανθήκατε νεύρα, άγχος ή ένταση;	6. Νοιώθετε άσχημα για τον εαυτό σας ή ότι έχετε αποτύχει ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας
Kruskal-Wallis H	2.248	.049
Df	3	3
P	.523	.997

Κεφάλαιο 8^ο: Συζήτηση, Συμπεράσματα, Προτάσεις, Αναστοχασμός και Περιορισμοί επί της Μελέτης

8.1 Συζήτηση

Βασικό στοιχείο που παρατηρείται στην περιοχή της Αχαΐας, αλλά και πανελλαδικά, είναι η μη ευελιξία και η στασιμότητα των Μ.Φ.Η., ιδιαιτέρως δε των Μη Κερδοσκοπικών φορέων. Αυτό μπορεί να οφείλεται αφενός στο γεγονός μίας κάποιας οικονομικής δυσκαμψίας που αντιμετωπίζουν οι δομές, αφετέρου μπορεί να είναι και αποτέλεσμα της απουσίας ηγετών στο χώρο των δομών, με τη δραστηριοποίηση διευθυντών (managers) αντί αρχηγών (leaders). Με τον διαχωρισμό αυτόν δικαιολογείται επίσης η έλλειψη των μεγάλων επιχειρησιακών οραμάτων τους. Όποιο όμως σενάριο και αν ισχύει, αποδεικνύεται ότι οι διοικήσεις των Μ.Φ.Η. φτάνουν συχνά στο σημείο να «παρακαλούν» τις οικείες κοινωνίες τους, τα κοινωφελή Ιδρύματα, τα Σωματεία ή άλλες ιδιωτικές πρωτοβουλίες προκειμένου να καλύψουν τα λειτουργικά τους έξοδα. Έχοντας κατά πολύ ξεπεράσει την πληθώρα των δωρεών και τη γενναιοδωρία των πολιτών και των κοινοτήτων, που μπορεί να ήταν εμφανείς στη δεκαετία του '80 έως και τα πρώτα χρόνια του 2000, πλέον οι δομές που δεν θέλουν να μειώσουν το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών τους επιδίδονται σε έναν αγώνα γραφειοκρατίας και αναζήτησης δωρεών, με τα αιτήματα περί κάλυψης των λειτουργικών αναγκών τους να απευθύνονται προς πάσα κατεύθυνση. Και βέβαια, αυτά συμβαίνουν χωρίς καν να έχει πανελλαδικά ακόμα μετρηθεί το μέγεθος αυτής της προσπάθειας των δομών και χωρίς καν να έχει θιχτεί επίσημα το ζήτημα βιβλιογραφικά.

Από την περίθαλψη των ηλικιωμένων στη χώρα μας απουσιάζει ο κεντρικός σχεδιασμός του Δικτύου των παρόχων υγειονομικών υπηρεσιών καθώς και ο έλεγχός τους. Με αφορμή την πανδημία και την πρόσφατη απογραφή του πληθυσμού, ο οποίος γηράσκει, οι ανάγκες των τοπικών κοινωνιών χρήζουν επαναξιολόγησης. Όπως εξηγούν οι Klasa et al. (2021) οι Μ.Φ.Η. οφείλουν συνειδητοποιημένα να μελετήσουν τους τρόπους και τα μοντέλα εκείνα τα οποία θα ακολουθήσουν εφεξής, ώστε και σε περιπτώσεις καταστροφών και στην καθημερινότητά τους να επιτυγχάνουν τους στόχους τους. Θα πρέπει να αποκτήσουν τη δυνατότητα να προγραμματίζουν τις δραστηριότητές τους, να απορροφούν άμεσα όσες πληροφορίες τους αφορούν, να έχουν υπόψιν τους διαδικασίες ανάκαμψης και επαναπροσδιορισμού τους σε

περιπτώσεις κρίσεων ή/και καταστροφών. Ταυτόχρονα, ο έλεγχος της ποιότητας των ήδη παρεχόμενων υπηρεσιών θα αναδείξει τα ζητήματα εκείνα που οι Μ.Φ.Η. αντιμετωπίζουν στον τομέα αυτό και θα τις αξιολογήσει τόσο σε περιόδους ησυχίας όσο και κατά την πανδημία. Οι λειτουργίες της εκάστοτε Μ.Φ.Η. οφείλουν να είναι ασθενοκεντρικές και κάθε αλληλουχία πράξεων των εργαζομένων της να στοχεύει στη βελτίωση της αποδοτικότητας της (Perley, 2016). Αρκετές είναι οι έρευνες που συνδέουν την απόδοση και την αποτελεσματικότητα των Μ.Φ.Η. με την καινοτομία και την εν γένει σταθερή τους θέση στην αγορά (Lyng et al., 2021).

Από τη βιβλιογραφική έρευνα και το γεγονός της μη συμμετοχής όλων των αδειοδοτημένων Μ.Φ.Η. σε κάποιο αντιπροσωπευτικό τους σώμα, όπως η Π.Ε.Μ.Φ.Η., καταδεικνύεται η περιορισμένη συμμετοχή των ιθυνόντων των δομών αυτών στην ανοικτή και συμμετοχική διακυβέρνηση που αφορά τον κλάδο τους. Επίσης, δεν υφίσταται συνασπισμός των εργαζομένων σε Μ.Φ.Η.. Σε αυτό συμβάλλει και η μη αναγνώριση της γεροντολογικής ειδικότητας, ιατρών και νοσηλευτών, στην Ελλάδα. Παρατηρείται δε μία σύγκρουση ως προς την ύπαρξη δύο κρατικών οργάνων που έχουν ως αντικείμενο την τρίτη ηλικία. Έτσι, το Υπουργείο Υγείας εποπτεύει τη Διεύθυνση Προστασίας της Οικογένειας και το αρμόδιο Τμήμα Προστασίας των Ηλικιωμένων, ενώ το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων εμπεριέχει δύο τμήματα: αυτό των Χρονίως Πασχόντων και Ηλικιωμένων και αυτό των Πολιτικών Αποϊδρυματοποίησης ΑμΕΑ και Χρονίως Πασχόντων. Και ενώ τόσοι φορείς εμπλέκονται, ούτε ένα επίσημο πακέτο στήριξης των ανθρώπων αυτών και των δομών στις οποίες εξυπηρετούνται δεν υλοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Επίσης, δεν έχει ανακοινωθεί κάποιο μοντέλο που να στοχεύει στην αειφόρο ανάπτυξη αυτών των δομών, οπότε στο σημείο αυτό γεννάται βέβαια και το ερώτημα εάν ένα τέτοιο σχέδιο θα μπορούσε να είναι αποτέλεσμα συμπράξεων του Δημοσίου με τον Ιδιωτικό τομέα (Hodgson, 2020).

Η εμπειρία των τελευταίων δύο ετών επιβεβαίωσε ότι ο αποτελεσματικότερος τρόπος διαφύλαξης και προστασίας της δημόσιας υγείας είναι η πρόληψη της διασποράς νόσων, η ενεργή επιτήρηση των ευάλωτων ομάδων και του γενικού πληθυσμού επί ασθενειών και λοιμώξεων (Guion et al., 2021). Έτσι, η τήρηση των μέτρων προστασίας, καθαριότητας, απολύμανσης και αντισηψίας αφορούν άμεσα τις Μ.Φ.Η. και πλέον αποτελεί ζήτημα δημόσιας ασφάλειας.

Αν και οι Μ.Φ.Η. δεν ανήκουν άμεσα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, εντούτοις το υποστηρίζουν και καλύπτουν το μεγαλύτερο ποσοστό των αναγκών των ηλικιωμένων και των χρονίως πασχόντων. Αντίστοιχη στήριξη με τις κρατικές δομές, στο κράτος προνοίας, που χαρακτηρίζει τη χώρα μας, θα πρέπει να έχουν οι ασθενείς και οι φροντιστές όλων των κατηγοριών των φορέων αυτών, αφού επαγγελματίες ή μη, οι φροντιστές σε σπίτια (Fajardo Ramos et al., 2021), σε κέντρα αποκατάστασης, σε δομές μακροχρόνιας και παρηγορητικής φροντίδας (Johnston et al., 2021) έχουν τον ίδιο σκοπό: τη φροντίδα, την περιποίηση και την προστασία των ωφελουμένων τους. Ιδιαίτερος μάλιστα δικαιούνται τη στήριξη αυτή εν μέσω της πανδημίας, οπότε και η σωματική και συναισθηματική κατάσταση όλων, φροντιστών και ασθενών έχει επιβαρυνθεί (Prouskas, 2021). Συγκεκριμένα, το αίσθημα της ανασφάλειας, του φόβου, το άγχος, η ένταση και η καταθλιπτική διάθεση αποτελούν πλέον δεδομένα μετρήσιμα, τα οποία στην παρούσα έρευνα επιβεβαιώνονται από προηγούμενες έρευνες (Baughman et al., 2021), τα οποία όμως δεν θα έπρεπε να καταβάλουν και να πλήττουν κανέναν. Τόσο οι επαγγελματίες που εργάζονται και συνεργάζονται με Μ.Φ.Η. όσο και οι ωφελούμενοί τους επιβεβαιώνεται ότι υπέστησαν μείωση του επιπέδου της ζωής και της υγείας τους, λόγω του φόβου, της ανασφάλειας και των αρνητικών συναισθημάτων που η πανδημία και η προβολή της προκάλεσε (Savcı et al., 2021).

Έτσι λοιπόν, σκοπός των πολιτικών και των αποφάσεών τους, των σχετικών με τα επίπεδα υγείας, θα πρέπει εφεξής να είναι η αρωγή της συνειδητοποιημένης προσφοράς στον Άνθρωπο και η πολύπλευρη και χωρίς διακρίσεις υποστήριξη αυτού. Και αυτό είναι που αποδεικνύεται από όλες τις σχετικές αναφορές. Ξεκινώντας από τις πολιτικές που θα αφορούν τον έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών και την αναβάθμιση των υποδομών των Μ.Φ.Η., μια πιο ισχυρή, τεχνολογική υποδομή δεδομένων κρίνεται ότι θα μπορούσε να βελτιώσει την ικανότητα παροχής καλύτερης, ποιοτικότερης, αποτελεσματικότερης, διαφανούς και πιο οργανωμένης φροντίδας στους ηλικιωμένους και στους χρονίως πάσχοντες (Massachusetts Senior Care Association & COVID-19 Policy Alliance, 2020). Μάλιστα, η φροντίδα και η υποστήριξη αυτή μπορεί να παρέχεται είτε δια ζώσης είτε εξ αποστάσεως. Σε μία περίοδο δύσκολη, που όμως θα περάσει, καλούνται λοιπόν οι υγειονομικοί επαγγελματίες να «βάλουν τα δυνατά τους» και να αλληλοϋποστηριχθούν, ξεπερνώντας από κοινού, και με τη σιγουριά της εμπειρίας στη διαχείριση των περιστατικών τους, τις νέες προκλήσεις που πιθανόν να προκύψουν (Florek, 2021).

8.2 Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας την παρούσα μελέτη, προκύπτει το εξής βασικό συμπέρασμα: από την πανδημία αυτήν, κανένας δε βγήκε αλώβητος. Οι διευθύνσεις των Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων του Νομού Αχαΐας επλήγησαν σοβαρά από τον Covid-19, αφού επιβαρύνθηκαν οι ωφελούμενοί τους, οι εργαζόμενοί τους, αλλά και οι ίδιες ως οργανωτικές υποστάσεις. Κλήθηκαν ως δομές να καταγράψουν όλους εκείνους τους τομείς που επηρέασαν λόγω της πανδημίας το καθημερινό τους συνεχές, που επιβάρυναν τη γραφειοκρατία τους, αλλά και που έδωσαν μαθήματα και ευκαιρίες για αναστοχασμό και αναδιοργάνωση.

Οι δευτερογενείς πληροφορίες που προέκυψαν από τη βιβλιογραφία επιβεβαιώθηκαν από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τα δύο ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν. Αν και με χαμηλό ποσοστό συμμετοχής Μ.Φ.Η. στην παρούσα έρευνα, τα δεδομένα τα οποία αυτές έδωσαν, σε σχέση με τον πληθυσμό των ωφελουμένων τους, τη σκιαγράφηση του προσωπικού, τις ελλείψεις, τις αγωνίες και τα μαθήματα που η πανδημία τους επέφερε, αποτελούν πλέον ιστορικά στοιχεία και βάση για μελλοντικές, αντίστοιχες μελέτες. Παρά τους όποιους περιορισμούς της έρευνας, υπάρχουν και αποτελέσματα τα οποία κρίνονται ως πολύ σημαντικά και ικανά να χρησιμοποιηθούν και σε άλλες έρευνες. Το πρώτο στοιχείο είναι το μεσαίο επίπεδο φόβου του προσωπικού των Μ.Φ.Η. απέναντι στον Covid-19 και τον προβλεπτικό του χαρακτήρα στην εμφάνιση της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής, αλλά αποτελεί και στατιστικά σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης για εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον ίδιο πληθυσμό. Επίσης, αν και υπήρχαν συγκεκριμένες τάσεις του δείγματος-όπως η εμφάνιση περισσότερου φόβου σχετιζόμενου με τον Covid-19 στις γυναίκες από ό,τι στους άνδρες και η αναλογική του σχέση με την ηλικία των ερωτώμενων (εκτός μίας εξαίρεσης)-τελικά αυτές δεν αποδεικνύονται στατιστικά σημαντικές. Επίσης, το εκπαιδευτικό επίπεδο των εργαζομένων δεν αποτέλεσε στοιχείο σχετικό με τις απαντήσεις που αφορούσαν τον φόβο για τον κορονοϊό.

Τέλος, αν κάτι θα έπρεπε να μείνει ως αποτέλεσμα από όλα τα παραπάνω είναι η θετική διάθεση και η αισιόδοξη οπτική κάποιων ιθυνόντων Μ.Φ.Η., οι οποίοι εξέλαβαν την πανδημία και ως ευκαιρία για δράσεις εξωστρέφειας και συνεργασίες. Η μεσο- και μακροπρόθεσμη στοχοθεσία στην ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών και η αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ώστε πολύπλευρα να

προσεγγίζονται οι ωφελούμενοι ασθενείς, είναι απαραίτητης σημασίας για την πρόοδο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης των απομάχων της ζωής. Άλλωστε τώρα είναι η ώρα που φαίνεται οι Μ.Φ.Η. να έχουν μπει σε μία διαδικασία αλλαγών και αναπροσαρμογής της οργανωτικής νοοτροπίας τους, με την πρόθεση της υιοθέτησης σταθερών σημείων αξιολόγησης της καθημερινής τους πρακτικής, αφού έτσι μπορούν να ελέγξουν ασφαλέστερα τις ροές των ασθενών, των επισκεπτών, ακόμα και του προσωπικού τους (Bae et al., 2017).

8.3 Προτάσεις

Οι προτάσεις που προκύπτουν από το πόνημα αυτό μπορούν ποικίλουν σε είδος, εμφάνιση και επαγγελματική προσέγγιση. Και αυτό γιατί η υγεία αποτελεί αγαθό επηρεαζόμενο από πολλούς παράγοντες. Έτσι, και η παροχή της αντανακλά την ανάγκη των ασθενών όχι απλά για επιβίωση, αλλά για επέκταση της ζωής, σε επίπεδα ποιοτικά και αξιοπρεπή, με συνέπεια στη διανομή των υπηρεσιών και με πραγματική κατανόηση των αναγκών τους. Η σε βάθος μελέτη του ζητήματος και η διεπιστημονική προσέγγισή του είναι το πρώτο και βασικότερο βήμα. Ύστερα, προτείνεται το εξής: Η δημιουργία ενός μοντέλου αξιολόγησης της κάθε Μ.Φ.Η. ξεχωριστά, είτε από κρατικό φορέα είτε προερχόμενο από ιδιωτική πρωτοβουλία, το οποίο θα αναγνωρίζει τις παθογένειες, τις προκλήσεις και τις δυσκολίες κάθε δομής, συστηματικά θα επεξεργάζεται τα δεδομένα αυτά, κριτικά θα προσεγγίζει τα ζητήματα και θα προτείνει λύσεις επί αυτών. Ο φορέας αυτός θα μπορεί να δρα ως ελεγκτικός και συμβουλευτικός μηχανισμός και τέλος, θα μπορεί και να πιστοποιεί τη Μ.Φ.Η. για το σύνολο της οργανωτικής της ωριμότητας και τις παρεχόμενες υπηρεσίες της.

Είναι αρκετά εύκολη η συζήτηση που περιστρέφεται γύρω από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Μ.Φ.Η. Είναι εξίσου εύκολο να απαιτείται μόνο η κρατική αρωγή για την επίλυση των προβλημάτων αυτών. Η πρωτοπορία λοιπόν έρχεται με την αλλαγή στη νοοτροπία των διοικήσεων των Μ.Φ.Η. και ορίζει ότι η κάθε πρόκληση δεν είναι πρόβλημα, αλλά ευκαιρία. Η συγκριτική προτυποποίηση (benchmarking) μεταξύ των κερδοσκοπικών και μη φορέων παροχής υπηρεσιών σε ηλικιωμένους και μακροχρόνια πάσχοντες δεν είναι αδύνατη και μπορεί να αποτελέσει εφαλτήριο για τις αλλαγές που ένας φορέας επιθυμεί να πραγματοποιήσει για να αυξήσει την αξία των

παρεχόμενων υπηρεσιών του. Εφόσον τεθεί ένας τέτοιος απώτερος και μεσοπρόθεσμος στόχος, η δημιουργία ανθεκτικών (resilient) παρόχων υγειονομικής φροντίδας δε θα είναι πλέον ένα φανταστικό σενάριο, αλλά η πραγματικότητα. Στην πραγματικότητα αυτή, οι Μ.Φ.Η. θα αποτελούνται από κατάλληλα κατηρτισμένο προσωπικό-το οποίο θα ευημερεί στον χώρο εργασίας του-, θα παρέχουν τις καλύτερες δυνατές και εξατομικευμένες υπηρεσίες προς τους ωφελούμενούς τους, οι διοικήσεις τους θα χαρακτηρίζονται από διαφάνεια και τελικά θα είναι κατάλληλα προετοιμασμένες για να αντιμετωπίσουν μελλοντικές κρίσεις. Τέλος, θα είναι ικανές να γίνουν πιο εξωστρεφείς και να ανοιχτούν προς την ευρύτερη κοινότητα, συνδεδεμένες με υπηρεσίες κρατικές, όπως δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας ή με μη κυβερνητικούς οργανισμούς. Επίσης, θα αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες που θα προωθούν το υγιές γήρας, την πρόληψη των χρονίων νοσημάτων και τη συμβουλευτική των φροντιστών των ασθενών στο σπίτι τους. Είναι σημαντικό να κατανοηθεί ότι μεταφέροντας την τεχνογνωσία τους στην κοινότητα αυξάνουν έτσι τον αριθμό των ωφελουμένων τους, άμεσα και έμμεσα, αποκτώντας ένα πιο κοινωνικό πρόσωπο, απομακρυνόμενοι από το ταμπού του «γηροκομείου».

8.4 Αναστοχασμός και Περιορισμοί της Μελέτης

Στις επιστήμες υγείας παρατηρείται η τάση τα τελευταία χρόνια να υποστηρίζεται η ιδέα του προσωπικού αναστοχασμού (reflection) (Koshy et al., 2017). Ουσιαστικά αφορά τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο καταγράφει την προσωπική του εξέλιξη, διαδικασία η οποία μπορεί να ακολουθηθεί από επαγγελματίες, ομάδες επιστημόνων, ακόμα και από ολόκληρους φορείς. Εν μέρει, αυτό συμβαίνει στην παρούσα έρευνα. Από τη συνολική βιβλιογραφία που μελετήθηκε για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας βρέθηκε ότι η πανδημία Covid-19 αντιμετωπίστηκε από τους ερευνητές ως τροχοπέδη της επαγγελματικής ζωής, επικεντρώνοντας το ακαδημαϊκό ενδιαφέρον περισσότερο στα αρνητικά της σημεία. Εν αντιθέσει, η παρούσα έρευνα καταγράφει κατά το δυνατόν τις αρνητικές συνέπειες της πανδημίας, θέλοντας όμως να αναδείξει και να προωθήσει τα μαθήματα που αυτή επέφερε ως μοχλούς ανάπτυξης των επαγγελματιών υγείας και ως στοιχεία που θα συνδράμουν στην οργανωτική ωριμότητα των Μ.Φ.Η..

Σε κάθε στοχαστικό μοντέλο, ωστόσο, ο αποτελεσματικός αναστοχασμός, απαιτεί υψηλό επίπεδο αντικειμενικότητας, αφού είναι αδύνατο να ανασταλούν πλήρως οι πεποιθήσεις του κάθε ατόμου (Bubnys et. al, 2017). Το ίδιο δύσκολο είναι να υπάρξει αντικειμενικότητα στη μέτρηση των αλλαγών σε φορείς και επιχειρήσεις. Ειδικά όταν αυτοί λειτουργούν με μη μετρήσιμα οργανωτικά αποτελέσματα, υπό ένα παλαιωμένο νομικό καθεστώς με λιγοστούς, προ της πανδημίας, ελέγχους. Ιδιωτικές ή δημόσιες, κερδοσκοπικές ή μη, οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων βρίσκονταν για χρόνια σε δεύτερη, ίσως και τρίτη, μοίρα για την ελληνική κοινωνία. Και δυστυχώς, αυτό καταδεικνύεται από το γεγονός της έλλειψης ακαδημαϊκού ενδιαφέροντος γύρω από αυτές. Ένας στόχος της παρούσας έρευνας είναι να χρησιμοποιηθεί το περιεχόμενό της ως εφαλτήριο για αναζήτηση του τρόπου λειτουργίας και των συνεπειών της πανδημίας στις Μ.Φ.Η. και άλλων περιοχών της χώρας και να προκύψει ένας συγκερασμός στοιχείων που θα οδηγήσει στην λήψη αποφάσεων για θωράκιση των μονάδων από μελλοντικές απειλές περιβαλλοντικής, βιολογικής, οικονομικής ή άλλου είδους κρίσεως.

Βέβαια, η ανεπάρκεια του στοχευμένου υλικού στη διεθνή βιβλιογραφία επί συγκεκριμένων θεματικών, όπως η υπόσταση και ο τρόπος λειτουργίας των Μ.Φ.Η. και η οικονομοτεχνική ανάλυση και αξιολόγηση των πεπραγμένων από τις διοικήσεις τους κατά τη διάρκεια της πανδημίας, καθώς και η έλλειψη άμεσης σχετικής προηγούμενης έρευνας για την Ελλάδα ήταν ο βασικότερος περιορισμός σύνταξης του παρόντος. Συγκεκριμένα, μία μόνο έρευνα έχει διεξαχθεί από τις αρχές του 2020 αναλύοντας της επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19 στις Μ.Φ.Η. της χώρας (Prouskas, 2021), χωρίς όμως να παρουσιάζει τις παρεχόμενες υπηρεσίες των Μ.Φ.Η. σε συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές, χωρίς να άπτεται του ζητήματος του εμβολιασμού (λόγω της μη ύπαρξης εμβολίων ακόμη τότε), δίχως να εξετάζει τη διαχείριση των κρουσμάτων Covid-19 μέσα στις δομές, ενώ δεν υπάρχει καμία βιβλιογραφική αναφορά που να είναι γνωστή και να αφορά στην επίπτωση των μέτρων που ελήφθησαν για τον περιορισμό της διασποράς του κορονοϊού στην εξατομικευμένη και ολιστική φροντίδα των ατόμων τρίτης και τέταρτης ηλικίας που φιλοξενούνται σε Μ.Φ.Η. Αυτό οδήγησε στην ανασκόπηση ενός ευρέος φάσματος άρθρων και βιβλίων που θα χρησιμοποιηθούν στη διεξαγωγή της βιβλιογραφικής επισκόπησης του εγγράφου, στη συγχώνευση και στη χρήση δεδομένων από οποιαδήποτε άλλη γεωγραφική περιοχή και ερευνητικά κέντρα και πληθυσμούς βρεθούν. Οι πηγές αυτές

μπορεί να σχετίζονται με ευρύτερες έννοιες, όπως «operations management», «διαχείριση ανοϊκών ασθενών», «αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας».

Η έλλειψη στατιστικών στοιχείων και δεικτών μέτρησης της ετοιμότητας και της ωριμότητας σχετικά με τις Μ.Φ.Η. ήταν επίσης μεγάλος περιορισμός της συγκεκριμένης μελέτης και απόρροια της μειωμένης βιβλιογραφικής προβολής των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι Μ.Φ.Η.. Η οικονομική δραστηριότητα των Μ.Φ.Η., η παρουσία τους στην ελληνική επικράτεια, ο βαθμός στον οποίο συμβάλλουν στο παραγόμενο έργο της ελληνικής κοινωνίας, η συνεισφορά τους στην υγειονομική περίθαλψη και η διασύνδεση με άλλους φορείς είναι μόνο μερικά από τα στοιχεία που δεν υφίστανται για αυτή τη μερίδα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Επιπλέον, παρατηρήθηκε η παρουσία ενός χαοτικού νομοθετικού πλαισίου που χρειάστηκε πολύμηνη μελέτη για να κατανοηθεί τελικά πως ανάμεσα σε άλλες διατάξεις και νομοθετήματα βρίσκονται ψήγματα οδηγιών που κατευθύνουν τη λειτουργία αυτής της κατηγορίας περίθαλψης. Τέλος, η συγκυρία του χρόνου διεξαγωγής της έρευνας κρίνονται κάπως ακατάλληλη. Σίγουρα προς το τέλος του έτους οι διευθυντές των Μ.Φ.Η., όπως και σε κάθε επιχείρηση, ολοκληρώνουν τις οικονομικές και λοιπές υποχρεώσεις τους, οπότε όντως ο διαθέσιμος χρόνος τους ήταν περιορισμένος. Ίσως και το γεγονός ότι η έρευνα συνέπεσε με την έξαρση κρουσμάτων σε μία εκ των δομών να υποδεικνύει ότι η παρούσα έρευνα θα αποτελέσει βάση για επόμενες μελέτες, ώστε να συγκριθούν τα στοιχεία και αυτού του φορέα, ύστερα από το τέλος της πανδημίας, το οποίο ακόμα δεν διαφαίνεται.

Σύμφωνα με τον Gordon (2003), η προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη σχετίζεται με την αλλαγή στη συμπεριφορά ενός ατόμου με την πάροδο του χρόνου. Είναι κρίμα που χρειάστηκε μία πανδημία, ένα παγκόσμιο και ισοπεδωτικό πλήγμα για να «ξυπνήσει» τις κοινωνίες που φοβούνται να μιλήσουν και να δράσουν για τους ηλικιωμένους τους, τη στιγμή που όλα τα δεδομένα συγκλίνουν στο γήρας των πληθυσμών, και να λάβουν αποφάσεις που σχετίζονται με την προστασία τους. Πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψιν ότι οι νέες γενιές της τρίτης ηλικίας θα έχουν να αντιμετωπίσουν περισσότερα χρόνια νοσήματα, θα ζουν περισσότερο, θα έχουν υψηλότερες απαιτήσεις από τους παρόχους υγειονομικής φροντίδας, και πολλοί από αυτούς θα είναι επιβαρυνμένοι από κακουχίες και δυσκολίες, όπως ήδη συμβαίνει με τους πρόσφυγες, καταλήγοντας στην επιτακτική ανάγκη για μεγάλο όγκο φροντιστών. Η πανδημία λοιπόν είναι η ευκαιρία να θέσουμε τις βάσεις για οριστική τοποθέτηση

των ηλικιωμένων και των φροντιστών τους στις κατηγορίες που χρειάζονται στήριξη, σωματική, οικονομική, συναισθηματική και πνευματική.

Ας φροντίσουμε σήμερα για το μέλλον μας και ας σεβαστούμε τους Ανθρώπους όπως θα θέλαμε να μας σεβαστούν.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

Abrams, Z. (2021). *Psychologists emphasize more self-care for older adults*. Apa.org. <https://www.apa.org/news/apa/2020/self-care-older-adults>

AHCA/NCAL. (2020). *Nursing Homes Incurring Significant Costs and Financial Hardship in Response to COVID-19*. <https://www.ahcancal.org/News-and-Communications/Fact-Sheets/FactSheets/Survey-SNF-COVID-Costs.pdf>

AHCA/NCAL. (2021). *COVID-19 Exacerbates Financial Challenges Of Long Term Care Facilities*. Www.ahcancal.org. <https://www.ahcancal.org/News-and-Communications/Press-Releases/Pages/COVID-19-Exacerbates-Financial-Challenges-Of-Long-Term-Care-Facilities.aspx>

Alexander, P. E., Armstrong, R., Fareed, G., Lotus, J., Oskoui, R., Prodromos, C., Risch, H. A., Tenenbaum, H. C., Wax, C. M., Dara, P., McCullough, P. A., & Gill, K. K. (2021). Early multidrug treatment of SARS-CoV-2 infection (COVID-19) and reduced mortality among nursing home (or outpatient/ambulatory) residents. *Medical hypotheses*, 153, 110622. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8178530/>

American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians, *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(10), E1–E25. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2012.04188.x>

American Hospital Association. (2020). «*Hospitals and Health Systems Face Unprecedented Financial Pressures Due to COVID-19*», www.aha.org. <https://www.aha.org/guidesreports/2020-05-05-hospitals-and-health-systems-face-unprecedented-financial-pressures-due>

Amoretti, G. (2020). Covid-19 and third age: psychological relapses of “new behaviors.” *Geopolitical, Social Security and Freedom Journal*, 3(2), 137–143. <https://sciendo.com/article/10.2478/gssfj-2020-0017>

Augustin, M., Schommers, P., Stecher, M., Dewald, F., Gieselmann, L., Gruell, H., Horn, C., Vanshylla, K., Cristanziano, V. D., Osebold, L., Roventa, M., Riaz, T., Tschernoster, N., Altmueller, J., Rose, L., Salomon, S., Priesner, V., Luers, J. C., Albus, C., Rosenkranz, S., ... Lehmann, C. (2021). Post-COVID syndrome in non-hospitalised patients with COVID-19: a longitudinal prospective cohort study. *The Lancet regional health. Europe*, 6, 100122. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8129613/>

Baden, L. R., El Sahly, H. M., Essink, B., Kotloff, K., Frey, S., Novak, R., Diemert, D., Spector, S. A., Roupheal, N., Creech, C. B., McGettigan, J., Khetan, S., Segall, N., Solis, J., Brosz, A., Fierro, C., Schwartz, H., Neuzil, K., Corey, L., Gilbert, P., ... COVE Study Group (2021). Efficacy and Safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2

Vaccine. *The New England journal of medicine*, 384(5), 403–416.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7787219/>

Bae, K. H., Jones, M., Evans, G., & Antimisiaris, D. (2017). Simulation modelling of patient flow and capacity planning for regional long-term care needs: a case study. *Health systems (Basingstoke, England)*, 8(1), 1–16.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6508013/>

Barzilay, R., Moore, T. M., Greenberg, D. M., DiDomenico, G. E., Brown, L. A., White, L. K., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2020). Resilience, COVID-19-related stress, anxiety, and depression during the pandemic in a large population enriched for healthcare providers. *Translational psychiatry*, 10(1), 291.

<https://www.nature.com/articles/s41398-020-00982-4>

Batsis, J.A., DiMilia, P.R., Seo, L.M., Fortuna, K.L., Kennedy, M.A., Blunt, H.B., Bagley, P.J., Brooks, J., Brooks, E., Kim, S.Y. and Masutani, R.K. (2019).

Effectiveness of ambulatory telemedicine care in older adults: a systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(8), pp.1737-1749,

<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgs.15959>

Baughman, A. W., Renton, M., Wehbi, N. K., Sheehan, E. J., Gregorio, T. M., Yurkofsky, M., Levine, S., Jackson, V., Pu, C. T., & Lipsitz, L. A. (2021). Building community and resilience in Massachusetts nursing homes during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(10), 2716–2721. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8447373/>

Baum, A., Kaboli, P. J., & Schwartz, M. D. (2021). Reduced in-person and increased telehealth outpatient visits during the COVID-19 pandemic. *Annals of Internal Medicine*, 174(1), 129-131. <https://doi.org/10.7326/M20-3026>

Benoy, C. (2020). Psychologische Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der einhergehenden Massnahmen – ein Überblick. In Charles Benoy (Hrsg.), *COVID-19. Ein Virus nimmt Einfluss auf unsere Psyche*, 23–34. Kohlhammer

Bonacker, M., Geiger, G., Kaiser, M., Beate Blättner, Prof. Dr, Freytag, S., Hürrem Tezcan-Güntekin, Prof. Dr. Dr, Ilknur Özer-Erdogdu, Mazur, S., Pitz, A., Langner, B., Krampen, R., Arend, S., Zaborowski, H., Schallenberg, P., Hasseler, M., Hartleb, B., Könniger, S., Kohlen, H., & Fischer, N. (2022). *Pflege in Zeiten der Pandemie Wie sich Pflege durch Corona verändert hat* (pp. 131–135). Leverkusen-Opladen Verlag Barbara Budrich. <https://bit.ly/31nwEoY>

Boyd, M. J., Wilson, N., & Nelson, C. (2020). Validation analysis of global health security index (ghsi) scores 2019. *Bmj Global Health*, 5(10), 003276.

<https://gh.bmj.com/content/5/10/e003276>

Bubnys, R., & Zavadskienė Loreta. (2017). Exploring the concept of reflective practice in the context of student-centered teacher education. *Society. Integration. Education*.

Proceedings of the International Scientific Conference, I, 91–91.
<http://journals.ru.lv/index.php/SIE/article/view/2250>

Calder, P. C., Bosco, N., Bourdet-Sicard, R., Capuron, L., Delzenne, N., Doré, J., Franceschi, C., Lehtinen, M. J., Recker, T., Salvioli, S., & Visioli, F. (2017). Health relevance of the modification of low-grade inflammation in ageing (inflammageing) and the role of nutrition. *Ageing research reviews*, *40*, 95–119.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S156816371730003X>

Caliskan, T., & Saylan, B. (2020). Smoking and comorbidities are associated with COVID-19 severity and mortality in 565 patients treated in Turkey: a retrospective observational study. *Revista da Associacao Medica Brasileira (1992)*, *66*(12), 1679–1684. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33331576/>

Català, M., Marchena, M., Conesa, D., Palacios, P., Urdiales, T., Alonso, S., Alvarez-Lacalle, E., Lopez, D., Cardona, P. J., & Prats, C. (2021). Monitoring and Analysis of COVID-19 Pandemic: The Need for an Empirical Approach. *Frontiers in public health*, *9*, 633123. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8295503/>

CDC. (2020, February 11). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ways-operate-effectively.html>

Chee, S. Y. (2020). Covid-19 pandemic: the lived experiences of older adults in aged care homes. *Millennial Asia*, *(20201001)*.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0976399620958326>

Chen L. K. (2021). COVID-19 vaccination and frailty in older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*, *96*,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8278861/>

Chen, J. H. (2021). Daily social life of older adults and vulnerabilities during the covid-19 pandemic. *Frontiers in Public Health*, *9*, 637008–637008.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.637008/full>

Chidambaram, P., & 2021. (2021, October 1). *Nursing Homes Experienced Steeper Increase In COVID-19 Cases and Deaths in August 2021 Than the Rest of the Country*. KFF. <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/nursing-homes-experienced-steeper-increase-in-covid-19-cases-and-deaths-in-august-2021-than-the-rest-of-the-country/>

Chu, H., Chan, J. F., Yuen, T. T., Shuai, H., Yuan, S., Wang, Y., Hu, B., Yip, C. C., Tsang, J. O., Huang, X., Chai, Y., Yang, D., Hou, Y., Chik, K. K., Zhang, X., Fung, A. Y., Tsoi, H. W., Cai, J. P., Chan, W. M., Ip, J. D., ... Yuen, K. Y. (2020). Comparative tropism, replication kinetics, and cell damage profiling of SARS-CoV-2 and SARS-CoV with implications for clinical manifestations, transmissibility, and laboratory studies of COVID-19: an observational study. *The Lancet. Microbe*, *1*(1), e14–e23. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7173822/>

Coffman, K., Carlson, A., Miller, A., Johnson, B., & Taylor, B. (2017). The effect of aging and cardiorespiratory fitness on the lung diffusing capacity response to exercise in healthy humans. *Journal Of Applied Physiology*, *122*(6), 1425-1434.

<https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/jappphysiol.00694.2016>

Coma, E., Mora, N., Méndez, L., Benítez, M., Hermosilla, E., Fàbregas, M., Fina, F., Mercadé, A., Flayeh, S., Guiriguat, C., Balló, E., Martínez Leon, N., Mas, A., Cordoní, S., Lejardi, Y., & Medina, M. (2020). Primary care in the time of covid-19: monitoring the effect of the pandemic and the lockdown measures on 34 quality of care indicators calculated for 288 primary care practices covering about 6 million people in catalonia. *Bmc Family Practice*, *21*(1).

<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-020-01278-8>

Custodero, C., Mankowski, R. T., Lee, S. A., Chen, Z., Wu, S., Manini, T. M., Hincapie Echeverri, J., Sabbà, C., Beavers, D. P., Cauley, J. A., Espeland, M. A., Fielding, R. A., Kritchevsky, S. B., Liu, C. K., McDermott, M. M., Miller, M. E., Tracy, R. P., Newman, A. B., Ambrosius, W. T., Pahor, M., Anton, S. D. (2018). Evidence-based nutritional and pharmacological interventions targeting chronic low-grade inflammation in middle-age and older adults: A systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews*, *46*, 42–59.

<https://doi.org/10.1016/j.arr.2018.05.004>.

Dai, S. P., Zhao, X., & Wu, J. H. (2021). Effects of Comorbidities on the Elderly Patients with COVID-19: Clinical Characteristics of Elderly Patients Infected with COVID-19 from Sichuan, China. *The journal of nutrition, health & aging*, *25*(1), 18–24. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7548532/>

D'ascanio, M., Innammorato, M., Pasquariello, L., Pizzirusso, D., Guerrieri, G., Castelli, S., Pezzuto, A., De Vitis, C., Anibaldi, P., Marcolongo, A., Mancini, R., Ricci, A., & Sciacchitano, S. (2021). Age is not the only risk factor in COVID-19: the role of comorbidities and of long staying in residential care homes. *BMC geriatrics*, *21*(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02013-3>.

De Smet, R., Mellaerts, B., Vandewinckele, H., Lybeert, P., Frans, E., Ombelet, S., Lemahieu, W., Symons, R., Ho, E., Frans, J., Smismans, A., & Laurent, M. R. (2020). Frailty and Mortality in Hospitalized Older Adults With COVID-19: Retrospective Observational Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, *21*(7), 928–932.e1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7280137/>

Deckx, L., van den Akker, M., Daniels, L., De Jonge, E. T., Bulens, P., Tjan-Heijnen, V. C., van Abbema, D. L., & Buntinx, F. (2015). Geriatric screening tools are of limited value to predict decline in functional status and quality of life: results of a cohort study. *BMC family practice*, *16*, 30. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0241-x>.

Dessie, Z. G., & Zewotir, T. (2021). Mortality-related risk factors of covid-19: a systematic review and meta-analysis of 42 studies and 423,117 patients. *Bmc*

Infectious Diseases, 21(1).

<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-021-06536-3#Sec14>

Devi, R., Hinsliff-Smith, K., Goodman, C., & Gordon, A. (2020). The Covid-19 Pandemic in Uk Care Homes – Revealing the Cracks in The System. *The Journal of Nursing Home Research*. [Www.jnursinghomeresearch.com](http://www.jnursinghomeresearch.com). <https://www.jnursinghomeresearch.com/2328-the-covid-19-pandemic-in-uk-care-homes-revealing-the-cracks-in-the-system.html>

Docherty, A. B., Harrison, E. M., Green, C. A., Hardwick, H. E., Pius, R., Norman, L., Holden, K. A., Read, J. M., Dondelinger, F., Carson, G., Merson, L., Lee, J., Plotkin, D., Sigfrid, L., Halpin, S., Jackson, C., Gamble, C., Horby, P. W., Nguyen-Van-Tam, J. S., Ho, A., ... ISARIC4C investigators (2020). Features of 20 133 UK patients in hospital with covid-19 using the ISARIC WHO Clinical Characterisation Protocol: prospective observational cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 369, m1985. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7243036/>

Donaghy, E., Atherton, H., Hammersley, V., McNeilly, H., Bikker, A., Robbins, L., Campbell, J. and McKinstry, B. (2019). Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *British Journal of General Practice*, 69(686), pp.e586-e594. <https://bjgp.org/content/69/686/e586.short>

Dumitrascu, F., Branje, K. E., Hladkiewicz, E. S., Lalu, M., & McIsaac, D. I. (2021). Association of frailty with outcomes in individuals with covid-19: a living review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(9), 2419–2429. <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.17299>

Dykgraaf, S. H., Matenge, S., Desborough, J., Sturgiss, E., Dut, G., Roberts, L., McMillan, A., & Kidd, M. (2021). Protecting Nursing Homes and Long-Term Care Facilities From COVID-19: A Rapid Review of International Evidence. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(10), 1969–1988. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8328566/>

Eberly, L.A., Kallan, M.J., Julien, H.M., Haynes, N., Khatana, S.A.M., Nathan, A.S., Snider, C., Chokshi, N.P., Eneanya, N.D., Takvorian, S.U. and Anastos-Wallen, R. (2020). Patient characteristics associated with telemedicine access for primary and specialty ambulatory care during the COVID-19 pandemic. *JAMA network open*, 3(12), pp.e2031640-e2031640, [doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.31640](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.31640)

ECDC. (2021). *Surveillance data from public online national reports on COVID-19 in long-term care facilities*. European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/all-topics-z/coronavirus/threats-and-outbreaks/covid-19/prevention-and-control/LTCF-data>

Elflein, J. (2021). *COVID-19-related excess mortality rate in select countries by age worldwide 2020*. Statista. <https://www.statista.com/statistics/1259019/covid-related-excess-mortality-rate-in-the-us-and-select-countries-by-age/>

European Commission (2020) “Indicators” *Public Health - European Commission*.
https://ec.europa.eu/health/communicable_diseases/indicators_en

European Commission. (2020). *The organisation of resilient health and social care following the covid-19 pandemic Opinion of the Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)*.
https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/026_health_socialcare_covid19_en.pdf

Fajardo Ramos, E., Nuñez Rodríguez, M. L., & Henao Castaño, A. M. (2021). Resilience in In-Home Caregivers of Older Adults during the COVID-19 Pandemic. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 20(2), 91–101.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v20n2/2462-859X-rlb-20-02-91.pdf>

Fjaeldstad A. W. (2020). Prolonged complaints of chemosensory loss after COVID-19. *Danish medical journal*, 67(8), [A05200340](https://doi.org/10.1111/dmj.14740).

Flick H. (2020). Letalität und Risikofaktoren für einen schweren Verlauf der COVID-19-Pneumonie [Fatality and risk factors for severe courses of COVID-19 pneumonia]. *Der Pneumologe*, 1–5. Advance online publication.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7585743/>

Florek, K. (2021). *Resilience of the Long-Term Care Sector*.
https://www.epsu.org/sites/default/files/article/files/Resilience_of%20the%20LTC%20sector_V3.pdf

Fox, S. E., Akmatbekov, A., Harbert, J. L., Li, G., Quincy Brown, J., & Vander Heide, R. S. (2020). Pulmonary and cardiac pathology in African American patients with COVID-19: an autopsy series from New Orleans. *The Lancet. Respiratory medicine*, 8(7), 681–686. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7255143/>

Frahsa, A., Altmeier, D., John, J. M., Gropper, H., Granz, H., Pomiersky, R., Haigis, D., Eschweiler, G. W., Nieß, A. M., Sudeck, G., & Thiel, A. (2020). “I Trust in Staff’s Creativity”—The Impact of COVID-19 Lockdowns on Physical Activity Promotion in Nursing Homes Through the Lenses of Organizational Sociology. *Frontiers in Sports and Active Living*, 2.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fspor.2020.589214/full>

Franceschi, C., Garagnani, P., Morsiani, C., Conte, M., Santoro, A., Grignolio, A., Monti, D., Capri, M., & Salvioli, S. (2018). The Continuum of Aging and Age-Related Diseases: Common Mechanisms but Different Rates. *Frontiers in medicine*, 5, 61. <https://doi.org/10.3389/fmed.2018.00061>.

Gaertner, B., Fuchs, J., Möhler, R., Meyer, G., & Scheidt-Nave, C. (2021). Zur Situation älterer Menschen in der Anfangsphase der COVID-19-Pandemie: Ein Scoping Review. *Journal of Health Monitoring* 6(S4). Robert Koch-Institut, [DOI 10.25646/7856](https://doi.org/10.25646/7856).

Gangoso-Fermoso, A., C Herrero Domínguez-BERRUETA, M., Pipaon, M., Dahl, A. B., Carreño, B. B., & Alcántara, A. D. (2021). Revisión multidisciplinar del tratamiento en pacientes mayores institucionalizados en el contexto de la COVID-19 [Multidisciplinary revision of treatment in nursing home patients in COVID-19 context]. *Journal of healthcare quality research*, S2603-6479(21)00071-3. Advance online publication. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34417158/>

Geschwindner, H., & Bieri-Brüning, G. (2020). Covid-19: Prevention and Outbreak Management in Nursing Homes: Experiences from the Nursing Homes of the City of Zurich. *The Journal of Nursing Home Research*. www.jnursinghomeresearch.com. <https://www.jnursinghomeresearch.com/2277-covid-19-prevention-and-outbreak-management-in-nursing-homes-experiences-from-the-nursing-homes-of-the-city-of-zurich.html>

Gillain, S., Belche, J., & Moreau, J. (2020). Covid-19 Epidemic in the Nursing Homes in Belgium. *The Journal of Nursing Home Research*. www.jnursinghomeresearch.com. <https://www.jnursinghomeresearch.com/2291-covid-19-epidemic-in-the-nursing-homes-in-belgium.html>

Gordon J. (2003). Fostering students' personal and professional development in medicine: a new framework for PPD. *Medical education*, 37(4), 341–349. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1365-2923.2003.01470.x?sid=nlm%3Apubmed>

Gori, C., FernándezJ., & Wittenberg, R. (2016). *Long-term care reforms in OECD countries: successes and failures*. Policy Press.

Guan, W. J., Ni, Z. Y., Hu, Y., Liang, W. H., Ou, C. Q., He, J. X., Liu, L., Shan, H., Lei, C. L., Hui, D., Du, B., Li, L. J., Zeng, G., Yuen, K. Y., Chen, R. C., Tang, C. L., Wang, T., Chen, P. Y., Xiang, J., Li, S. Y., ... China Medical Treatment Expert Group for Covid-19 (2020). Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *The New England journal of medicine*, 382(18), 1708–1720. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7092819/>

Guion, V., He, L., Blain, H., Villars, H., Durel, G., De Souto Barreto, P., & Rolland, Y. (2021). Associations Of Infection Prevention and Control Measures With Covid-19 Cases And Deaths In Nursing Homes. *The Journal of Nursing Home Research Sciences*, 7, 1–6. <https://www.jnursinghomeresearch.com/2555-associations-of-infection-prevention-and-control-measures-with-covid-19-cases-and-deaths-in-nursing-homes.html>

Herranz, N., & Gil, J. (2018). Mechanisms and functions of cellular senescence. *The Journal of clinical investigation*, 128(4), 1238–1246. <https://doi.org/10.1172/JCI95148>.

Hodgson, N. (2020). Aging in Place: The Role of Public-Private Partnerships. *SSRN* https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1693&context=prc_papers

Hurissi, E., Abu-jabir, E., Mohammed, A., Mahnashi, M., Alharbi, S., Alharbi, A., Alnaami, A., Alameer, E., Alahmar, A., & Alhazmi, A. (2021). Assessment of new-onset depression and anxiety associated with covid-19. *Middle East Current Psychiatry*, 28(1). <https://mecp.springeropen.com/articles/10.1186/s43045-021-00112-w>

Hussien, H., Nastasa, A., Apetrii, M., Nistor, I., Petrovic, M., & Covic, A. (2021). Different aspects of frailty and covid-19: points to consider in the current pandemic and future ones. *Bmc Geriatrics*, 21(1). <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-021-02316-5.pdf>

IFC.org. (2020). Covid-19 – PPE demand & supply perspectives. In *ifc.org* (p. 12). <https://bit.ly/3EPqtYt>

Inciardi, R. M., Lupi, L., Zaccone, G., Italia, L., Raffo, M., Tomasoni, D., Cani, D. S., Cerini, M., Farina, D., Gavazzi, E., Maroldi, R., Adamo, M., Ammirati, E., Sinagra, G., Lombardi, C. M., & Metra, M. (2020). Cardiac Involvement in a Patient With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA cardiology*, 5(7), 819–824. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7364333/>

Jesdale, B. M., Bova, C. A., Mbrah, A. K., & Lapane, K. L. (2021). Group Activity Participation in Relation to Contextual Isolation of United States Nursing Home Residents Living with Alzheimer’s Disease and Related Dementias. *The Journal of Nursing Home Research Sciences*, 7, 1–9. <https://www.jnursinghomeresearch.com/2567-group-activity-participation-in-relation-to-contextual-isolation-of-united-states-nursing-home-residents-living-with-alzheimers-disease-and-related-dementias.html>

Jiang, D. H., & McCoy, R. G. (2020). Planning for the post-Covid syndrome: how payers can mitigate long-term complications of the pandemic. *Journal of General Internal Medicine*, 35(10), 3036–3039. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06042-3>

Johnston, L., Malcolm, C., Rambabu, L., Hockely, J., & Shenkin, S. (2021). Practice Based Approaches to Supporting the Work Related Wellbeing of Frontline Care Workers in Care Homes: A Scoping Review. *Journal of Long-Term Care*, 0(2021), 230. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.09.05.20188847v1>

Kamle, S., Ma, B., He, C. H., Akosman, B., Zhou, Y., Lee, C. M., El-Deiry, W. S., Huntington, K., Liang, O., Machan, J. T., Kang, M. J., Shin, H. J., Mizoguchi, E., Lee, C. G., & Elias, J. A. (2021). Chitinase 3-like-1 is a Therapeutic Target That Mediates the Effects of Aging in COVID-19. *bioRxiv : the preprint server for biology*, 2021.01.05.425478. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7805436/>

Keilich, S. R., Bartley, J. M., & Haynes, L. (2019). Diminished immune responses with aging predispose older adults to common and uncommon influenza complications. *Cellular immunology*, 345, 103992. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6939636/>

- Klindtworth, K., Geiger, K., Pleschberger, S., Bleidorn, J., Schneider, N., & Müller-Mundt, G. (2017). Leben und Sterben mit Gebrechlichkeit. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50(2), 151-158.
- Kolland, F., Heidinger, T., Lehner, K., & Gallistl, V. (2020). *Covid-19 und aktives AlternForschungsbericht*. Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften-Kompetenzzentrum Gerontologie und Gesundheitsforschung.
https://www.noel.gv.at/noel/Familien/COVID19_Forschungsbericht_Publikation.pdf
- Köllner, V. (2015). *Auf einen Blick Psychisch krank in der Pflege -Psychische Belastungen durch den Beruf, Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation Analysen und Konzepte zur Wirtschafts-und Sozialpolitik Besondere gesundheitliche Belastung in Pflegeberufen*. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/11244.pdf>
- Körtner, U. H. (2006). Frailty. *Ethik in der Medizin*, 18(2), 108-119.
- Koshy, K., Limb, C., Gundogan, B., Whitehurst, K., & Jafree, D. J. (2017). Reflective practice in health care and how to reflect effectively. *International journal of surgery. Oncology*, 2(6), e20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5673148/>
- Kunkle, R., Chaperon, C., & Berger, A. M. (2021). Formal caregiver burdens in nursing homes: an integrative review. *Western Journal of Nursing Research*, 43(9), 877–893. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0193945920979691>
- Laires, P. A., Dias, S., Gama, A., Moniz, M., Pedro, A. R., Soares, P., Aguiar, P., & Nunes, C. (2021). The Association Between Chronic Disease and Serious COVID-19 Outcomes and Its Influence on Risk Perception: Survey Study and Database Analysis. *JMIR public health and surveillance*, 7(1), e22794. <https://doi.org/10.2196/22794>.
- Li, Y., Cheng, Z., Cai, X., Mao, Y., & Temkin-Greener, H. (2021). *Association of state social distancing restrictions with nursing home COVID-19 and non-COVID-19 outcomes*. medRxiv. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.08.21251382v1.article-info>
- Li, Y., Cheng, Z., Cai, X., Mao, Y., & Temkin-Greener, H. (2021). Association of state social distancing restrictions with nursing home COVID-19 and non-COVID-19 outcomes. *medRxiv : the preprint server for health sciences*, 2021.02.08.21251382. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7885931/>
- Love-Koh, J., Griffin, S., Kataika, E., Revill, P., Sibandze, S., & Walker, S. (2020). Methods to promote equity in health resource allocation in low- and middle-income countries: an overview. *Globalization and Health*, 16(1).<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-019-0537-z>
- Luis, E., Bermejo-Martins, E., Martinez, M., Sarrionandia, A., Cortes, C., Oliveros, E. Y., Garces, M. S., Oron, J. V., & Fernández-Berrocal, P. (2021). Relationship

between self-care activities, stress and well-being during covid-19 lockdown: a cross-cultural mediation model. *Bmj Open*, 11(12), 048469.

<https://bmjopen.bmj.com/content/11/12/e048469>

Lyng, H. B., Macrae, C., Guise, V., Haraldseid-Driftland, C., Fagerdal, B., Schibevaag, L., Alsvik, J. G., & Wiig, S. (2021). Balancing adaptation and innovation for resilience in healthcare - a metasynthesis of narratives. *Bmc Health Services Research*, 21(1), 759–759.

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-06592-0>

Lyng, H. B., Ree, E., Wibe, T., & Wiig, S. (2021). Healthcare leaders' use of innovative solutions to ensure resilience in healthcare during the covid-19 pandemic: a qualitative study in norwegian nursing homes and home care services. *Bmc Health Services Research*, 21(1), 878–878.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8390181/>

Majerovitz, S. D. (2007). Predictors of burden and depression among nursing home family caregivers. *Aging & Mental Health*, 11(3), 323–9,

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607860600963380?journalCode=ca mh20>

Mann, D. M., Chen, J., Chunara, R., Testa, P. A., & Nov, O. (2020). COVID-19 transforms health care through telemedicine: Evidence from the field. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 27(7), 1132–1135.

<https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa072>.

Mao, L., Jin, H., Wang, M., Hu, Y., Chen, S., He, Q., Chang, J., Hong, C., Zhou, Y., Wang, D., Miao, X., Li, Y., & Hu, B. (2020). Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients with Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China. *JAMA neurology*, 77(6), 683–690. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7149362/>

Mari, L., Casagrandi, R., Bertuzzo, E., Pasetto, D., Miccoli, S., Rinaldo, A., & Gatto, M. (2021). The epidemicity index of recurrent sars-cov-2 infections. *Nature Communications*, 12(1), 2752–2752. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.acg.idm.oclc.org/pmc/articles/PMC8115165/>

Mason R. J. (2020). Pathogenesis of COVID-19 from a cell biology perspective. *The European respiratory journal*, 55(4), 2000607.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7144260/>

Massachusetts Senior Care Association, & COVID-19 Policy Alliance. (2020). *Sustainable Covid-19 Planning for Long Term Care Facilities*. MIT SLOAN SCHOOL of MANAGEMENT. <https://mitsloan.mit.edu/sites/default/files/2020-11/COVID19%20Playbook.pdf>

Mattiuzzi, C. et al., (2021) “Healthcare indicators associated with COVID-19 death rates in the European Union”, *Public health*, 193, 41–42.

<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.01.027>

- McMillan, P., Dexhiemer, T., Neubig, R. R., & Uhal, B. D. (2021). Covid-19-a theory of autoimmunity against ace-2 explained. *Frontiers in Immunology*, *12*, 582166–582166. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2021.582166/full>
- Menges, D., Ballouz, T., Anagnostopoulos, A., Aschmann, H. E., Domenghino, A., Fehr, J. S., & Puhan, M. A. (2021). Burden of post-Covid-19 syndrome and implications for healthcare service planning: a population-based cohort study. *Plos One*, *16*(7), 0254523. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254523>
- Moore, A., & Merrill, E. (2019). Evaluating older adult self-care capacity. *Nursing Made Incredibly Easy!*, *17*(2), 1. https://journals.lww.com/nursingmadeincrediblyeasy/fulltext/2019/03000/evaluating_older_adult_self_care_capacity.7.aspx
- Moore, M., Gelfeld, B., Okunogbe, A. T., & Paul, C. (2016). *Identifying Future Disease Hot Spots: Infectious Disease Vulnerability Index*. Wwww.rand.org. https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR1605.html
- Moris, D., & Schizas, D. (2020). Lockdown during covid-19: the greek success. *In Vivo (Athens, Greece)*, *34*(3 Suppl), 1695–1699. https://iv.iijournals.org/content/34/3_suppl/1695
- Morley, J. E., Malmstrom, T. K., & Miller, D. K. (2012). A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *The journal of nutrition, health & aging*, *16*(7), 601–608. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4515112/>
- Na, L., & Yang, L. (202). Psychological and behavioral responses during the COVID-19 pandemic among individuals with mobility and/or self-care disabilities. *Disability and health journal*, *15*(1), 101216. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8453786/>
- Nambisan, P., Abahussain, M., Duthie, E., Galambos, C., Zhang, B., & Bukowy, E. (2021). Nursing Home Vulnerabilities Amid Covid-19 Pandemic: A Study of Midwestern States. *The Journal of Nursing Home Research*. Wwww.jnursinghomeresearch.com. <https://www.jnursinghomeresearch.com/2594-nursing-home-vulnerabilities-amid-covid-19-pandemic-a-study-of-midwestern-states.html>
- National Institute of Environmental Health Sciences. (2021). *NIEHS COVID-19 Pandemic Vulnerability Index(PVI)*. National Institute of Environmental Health Sciences. <https://covid19pvi.niehs.nih.gov/>
- Nehme, J., Borghesan, M., Mackedenski, S., Bird, T. G., & Demaria, M. (2020). Cellular senescence as a potential mediator of COVID-19 severity in the elderly. *Aging cell*, *19*(10), e13237. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7576296/#acel13237-bib-0147>

- Nikolich-Zugich, J., Knox, K. S., Rios, C. T., Natt, B., Bhattacharya, D., & Fain, M. J. (2020). SARS-CoV-2 and COVID-19 in older adults: what we may expect regarding pathogenesis, immune responses, and outcomes. *GeroScience*, 42(2), 505–514. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7145538/>
- Nimrod, G. (2020). Changes in internet use when coping with stress: older adults during the COVID-19 pandemic. *The American journal of geriatric psychiatry*, 28(10), 1020-1024.
- Ogrodnik, M., Salmonowicz, H., & Gladyshev, V. N. (2019). Integrating cellular senescence with the concept of damage accumulation in aging: Relevance for clearance of senescent cells. *Aging cell*, 18(1), e12841. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6351832/>
- Omotayo, F. O. (2020). Use and Non-Use of Internet Banking Among Elderly People in Nigeria. *International Journal of Social Sciences and Management*, 7(2), 42–54. <https://www.nepjol.info/index.php/IJSSM/article/view/28597/23363>
- Pantel, J. (2021). Gesundheitliche Risiken von Einsamkeit und sozialer Isolation im Alter. *Geriatric-Report*, 16(1), 6–8. <https://link.springer.com/article/10.1007/s42090-020-1225-0>
- Perley, R. (Ed.). (2016). *Managing the long-term care facility : practical approaches to providing quality care* (First). Jossey-Bass, a Wiley brand.
- Perracini, M. R., de Amorim, J., Lima, C. A., da Silva, A., Trombini-Souza, F., Pereira, D. S., Pelicioni, P., Duim, E., Batista, P. P., Dos Santos, R. B., de Lima, M., & REMOBILIZE Research Network (CANSORT-SCI) (2021). Impact of COVID-19 Pandemic on Life-Space Mobility of Older Adults Living in Brazil: REMOBILIZE Study. *Frontiers in public health*, 9, 643640. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8062747/>
- Pizano-Escalante, M. G., Anaya-Esparza, L. M., Nuño, K., Rodríguez-Romero, J. de J., Gonzalez-Torres, S., López-de la Mora, D. A., & Villagrán, Z. (2021). Direct and Indirect Effects of COVID-19 in Frail Elderly: Interventions and Recommendations. *Journal of Personalized Medicine*, 11(10), 999. <https://www.mdpi.com/2075-4426/11/10/999>
- Podhorecka, M., Pyszora, A., Woźniewicz, A., Husejko, J., & Kędziora-Kornatowska, K. (2021). Health and Protective Measures for Seniors during the COVID-19 Pandemic in the Opinion of Polish Society. *International journal of environmental research and public health*, 18(17), 9230. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8430700/>
- Prouskas, C. (2021). *MC COVID-19 Governmental response to the COVID-19 pandemic in Long-Term Care residences for older people: preparedness, responses and challenges for the future-Working Paper*. Google Docs; Ισπανικό Κέντρο Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Ερευνών. https://drive.google.com/file/d/1EA7C9-N5rSLdfgZ1jNJ2ZQB5_U8u54wd/view

- Ramasamy, M. N., Minassian, A. M., Ewer, K. J., Flaxman, A. L., Folegatti, P. M., Owens, D. R., Voysey, M., Aley, P. K., Angus, B., Babbage, G., Belij-Rammerstorfer, S., Berry, L., Bibi, S., Bittaye, M., Cathie, K., Chappell, H., Charlton, S., Cicconi, P., Clutterbuck, E. A., Colin-Jones, R., ... Oxford COVID Vaccine Trial Group (2021). Safety and immunogenicity of ChAdOx1 nCoV-19 vaccine administered in a prime-boost regimen in young and old adults (COV002): a single-blind, randomised, controlled, phase 2/3 trial. *Lancet (London, England)*, 396(10267), 1979–1993. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7674972/>
- Rodríguez-Mañas, L. (2020). Struggling With Covid19 Pandemic in Nursing Homes: The Case of Spain, *The Journal of Nursing Home Research*. www.jnursinghomeresearch.com. <https://www.jnursinghomeresearch.com/2297-struggling-with-covid19-pandemic-in-nursing-homes-the-case-of-spain.html>
- Roman, M., Rossiter, H., & Casaburi, R. (2016). Exercise, ageing and the lung. *European Respiratory Journal*, 48(5), 1471-1486. <https://doi.org/10.1183/13993003.00347-2016>.
- Rosales-Castillo, A., de Los Ríos, C. G., & García, J. D. M. (2021). Persistent symptoms after acute COVID-19 infection: importance of follow-up. *Medicina Clinica (English Ed.)*, 156(1), 35.
- Sathyamurthy, P., Madhavan, S., & Pandurangan, V. (2021). Prevalence, pattern and functional outcome of post covid-19 syndrome in older adults. *Cureus*, 13(8), 17189. https://iv.iijournals.org/content/34/3_suppl/1695
- Savci, C., Cil Akinci, A., Yildirim Usenmez, S., & Keles, F. (2021). The effects of fear of COVID-19, loneliness, and resilience on the quality of life in older adults living in a nursing home. *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 42(6), 1422–1428. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8463311/>
- Schols, J., Poot, E., Nieuwehuizen, N., & Achterberg, W. (2020). Report from The Netherlands. *The Journal of Nursing Home Research Sciences*. <http://www.aging-news.net/wp-content/uploads/2020/07/Article-J.M.G.A.-Schols.pdf>
- Self Care Readiness Index Patient Information Forum. (2021). *Self Care Readiness Index highlights importance of health literacy | Patient Information Forum*. [Pifonline.org.uk](http://pifonline.org.uk). <https://pifonline.org.uk/news/pif-aware-self-care-long-covid-common-conditions/>
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *The journal of nutrition, health & aging*, 24(9), 938–947. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7597423/>
- Slightam, C., Gregory, A.J., Hu, J., Jacobs, J., Gurmessa, T., Kimerling, R., Blonigen, D. and Zulman, D.M. (2020). Patient perceptions of video visits using veterans affairs

- telehealth tablets: survey study. *Journal of medical Internet research*, 22(4), p.e15682. <https://www.jmir.org/2020/4/e15682>
- Spruit, M. A., Burtin, C., De Boever, P., Langer, D., Vogiatzis, I., Wouters, E. F., & Franssen, F. M. (2016). COPD and exercise: does it make a difference?. *Breathe (Sheffield, England)*, 12(2), e38–e49. <https://doi.org/10.1183/20734735.003916>.
- Statista. (2021). *Coronavirus - Todesfälle in Deutschland nach Alter*. Statista. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1104173/umfrage/todesfaelle-aufgrund-des-coronavirus-in-deutschland-nach-geschlecht/>
- Stiel, S., Krause, O., Berndt, C. S., Ewertowski, H., Müller-Mundt, G., & Schneider, N. (2019). Caring for frail older patients in the last phase of life. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 1-7.
- Su, M. C., Chen, Y. C., Huang, M. S., Lin, Y. H., Lin, L. H., Chang, H. T., & Chen, T. J. (2021). LACE Score-Based Risk Management Tool for Long-Term Home Care Patients: A Proof-of-Concept Study in Taiwan. *International journal of environmental research and public health*, 18(3), 1135. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7908226/>
- Taboada, M., Moreno, E., Cariñena, A., Rey, T., Pita-Romero, R., Leal, S., Sanduende, Y., Rodríguez, A., Nieto, C., Vilas, E., Ochoa, M., Cid, M., & Seoane-Pillado, T. (2021). Quality of life, functional status, and persistent symptoms after intensive care of Covid-19 patients. *British Journal of Anaesthesia*, 126(3), 113. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2020.12.007>
- Tandan, M. (2021). Antimicrobial prophylaxis and stewardship in nursing home: a narrative review. *The Journal of Nursing Home Research Sciences*, 1-6, 1–6. <https://www.jnursinghomeresearch.com/2620-antimicrobial-prophylaxis-and-stewardship-in-nursing-home-a-narrative-review.html>
- TheCovidTrackingProject. (2021). *The Long-Term Care COVID Tracker*. The COVID Tracking Project. <https://covidtracking.com/nursing-homes-long-term-care-facilities>
- Thompson, D. C., Barbu, M. G., Beiu, C., Popa, L. G., Mihai, M. M., Berteanu, M., & Popescu, M. N. (2020). The Impact of COVID-19 Pandemic on Long-Term Care Facilities Worldwide: An Overview on International Issues. *BioMed research international*, 2020, 8870249. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7656236/>
- Tzur Bitan, D., Grossman-Giron, A., Bloch, Y., Mayer, Y., Shiffman, N., & Mendlovic, S. (2020). Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry research*, 289, 113100. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7227556/>
- U.S. BUREAU OF LABOR STATISTICS. (2021). *R-CPI-E Homepage : U.S. Bureau of Labor Statistics*. [Www.bls.gov](https://www.bls.gov). <https://www.bls.gov/cpi/research-series/r-cpi-e-home.htm>

Uysal, P., Durmus, S., Sozer, V., Gelisgen, R., Seyhan, E. C., Erdenen, F., Simsek, G., & Uzun, H. (2018). YKL-40, Soluble IL-2 Receptor, Angiotensin Converting Enzyme and C-Reactive Protein: Comparison of Markers of Sarcoidosis Activity. *Biomolecules*, 8(3), 84.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6164141/>

van Tilburg, T. G., Steinmetz, S., Stolte, E., van der Roest, H., & de Vries, D. H. (2021). Loneliness and Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Study Among Dutch Older Adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 76(7), e249–e255.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7454922/>

Vanleerberghe, P., De Witte, N., Claes, C., & Verté, D. (2019). The association between frailty and quality of life when aging in place. *Archives of gerontology and geriatrics*, 85, 103915.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016749431930158X?via%3Dihub>

Varghese, M., & Dahale, A. B. (2018). The Geropsychiatric Interview- Assessment and Diagnosis. *Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl 3), S301–S311.

<https://doi.org/10.4103/0019-5545.224471>.

Veronese, N., Argusti, A., Canepa, E., Polidori, M. C., Maggi, S., Strandberg, T., & Pilotto, A. (2018). Evaluating the effectiveness and risks of oral anticoagulant treatments in multimorbid frail older subjects with atrial fibrillation using the multidimensional prognostic index: the EUROpean study of older subjects with atrial fibrillation—EUROSAF. *European Geriatric Medicine*, 9(2), 149-154.

Voysey, M., Clemens, S., Madhi, S. A., Weckx, L. Y., Folegatti, P. M., Aley, P. K., Angus, B., Baillie, V. L., Barnabas, S. L., Bhorat, Q. E., Bibi, S., Briner, C., Cicconi, P., Collins, A. M., Colin-Jones, R., Cutland, C. L., Darton, T. C., Dheda, K., Duncan, C., Emary, K., ... Oxford COVID Vaccine Trial Group (2021). Safety and efficacy of the ChAdOx1 nCoV-19 vaccine (AZD1222) against SARS-CoV-2: an interim analysis of four randomised controlled trials in Brazil, South Africa, and the UK. *Lancet (London, England)*, 397(10269), 99–111.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7723445/>

Walker, X., Waters, D., & Millar, N. (2020). New Zealand Nursing Homes (Aged Residential Care Facilities) and Covid-19 Pandemic, *The Journal of Nursing Home Research*. <https://www.jnursinghomeresearch.com/2284-new-zealand-nursing-homes-aged-residential-care-facilities-and-covid-19-pandemic.html>

Wallinheimo, A. S., & Evans, S. L. (2021). More Frequent Internet Use during the COVID-19 Pandemic Associates with Enhanced Quality of Life and Lower Depression Scores in Middle-Aged and Older Adults. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(4), 393.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8066902/>

- Wang, J. F., Wang, Y. Q., & Bao, Z. J. (2016). Epidemiological analysis on chronic disease and multimorbidity in middle and elderly health-examination population in Shanghai city [J]. *Geriatr&Health Care*, 22(2), 116-120.
- Ward-Fore, S. (2021). *Changes COVID-19 Brought to Long-Term Care Facilities*. *Infection Control Today*. <https://www.infectioncontrolday.com/view/changes-covid-19-brought-to-long-term-care-facilities>
- Wasserman, M., Wolk, A., & Lam, A. (2020). An Aspirational Approach To Nursing Home Operations During The Covid-19 Pandemic, *The Journal of Nursing Home Research*. <https://www.jnursinghomeresearch.com/2263-an-aspirational-approach-to-nursing-home-operations-during-the-covid-19-pandemic.html>
- Webster P. (2020). Virtual health care in the era of COVID-19. *Lancet (London, England)*, 395(10231), 1180–1181. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30818-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30818-7).
- Welch, C., Geriatric Medicine Research Collaborative, & Covid Collaborative. (2021). Age and frailty are independently associated with increased covid-19 mortality and increased care needs in survivors: results of an international multi-centre study. *Age and Ageing*, 50(3), 617–630. <https://academic.oup.com/ageing/article/50/3/617/6128535>
- White, E. M., Wetle, T. F., Reddy, A., & Baier, R. R. (2021). Front-line Nursing Home Staff Experiences During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1), 199–203. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7685055/>
- WHO. (2020). *Preventing and managing COVID-19 across long-term care services*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1286427/retrieve>
- WHO. (2021) “Indicators to monitor health-care capacity and utilization for decision-making on COVID-19”, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333754/WPR-DSE-2020-026-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- World Bank. (2021). *Understanding the Coronavirus (COVID-19) pandemic through data | Universal Health Coverage Data | World Bank*. [Datatopics.worldbank.org. https://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/coronavirus/](https://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/coronavirus/)
- Woo, J. (2020). COVID 19 AND RESIDENTIAL CARE HOMES IN HONG KONG. *The Journal of Nursing Home Research*, 6. <https://www.jnursinghomeresearch.com/2251-covid-19-and-residential-care-homes-in-hong-kong.html>
- Worldometer. (2021, December 31). *Coronavirus Update (Live): 118,638,190 Cases and 2,632,074 Deaths from COVID-19 Virus Pandemic - Worldometer*. [Www.worldometers.info. https://bit.ly/3EGP4P9](https://bit.ly/3EGP4P9)

Xu, Z., Shi, L., Wang, Y., Zhang, J., Huang, L., Zhang, C., Liu, S., Zhao, P., Liu, H., Zhu, L., Tai, Y., Bai, C., Gao, T., Song, J., Xia, P., Dong, J., Zhao, J., & Wang, F. S. (2020). Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *The Lancet. Respiratory medicine*, 8(4), 420–422.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7164771/>

Xue, Q. L., Bandeen-Roche, K., Varadhan, R., Zhou, J., & Fried, L. P. (2008). Initial manifestations of frailty criteria and the development of frailty phenotype in the women's health and aging study ii. *The Journals of Gerontology. Series a, Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(9), 984–90.

Yang, M. (2020). Cell pyroptosis, a potential pathogenic mechanism of 2019-nCoV infection. Available at: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3527420

Zhang, X., Meng, X., Chen, Y., Leng, S. X., & Zhang, H. (2017). The Biology of Aging and Cancer: Frailty, Inflammation, and Immunity. *Cancer journal (Sudbury, Mass.)*, 23(4), 201–205.

<https://www.researchgate.net/publication/318576660> The Biology of Aging and Cancer Frailty Inflammation and Immunity

Zhang, X.-M., Jiao, J., Cao, J., Huo, X.-P., Zhu, C., Wu, X.-J., & Xie, X.-H. (2021). Frailty as a predictor of mortality among patients with covid-19: a systematic review and meta-analysis. *Bmc Geriatrics*, 21(1).

<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02138-5#Sec17>

Zhao, Z., Zhang, J. W., Lu, S. H., Zhang, H., Liu, F., Fu, B., Zhao, M. Q., & Liu, H. (2020). Transcriptome divergence between developmental senescence and premature senescence in *Nicotiana tabacum* L. *Scientific reports*, 10(1), 20556.

<https://doi.org/10.1038/s41598-020-77395-2>.

Zhou, X., Snoswell, C. L., Harding, L. E., Bambling, M., Edirippulige, S., Bai, X., & Smith, A. C. (2020). The Role of Telehealth in Reducing the Mental Health Burden from COVID-19. *Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association*, 26(4), 377–379.

<https://doi.org/10.1089/tmj.2020.0068>.

Ελληνική

(Κ.Υ.Α.) Κοινή Υπουργική Απόφαση 13776/2020, (ΦΕΚ 648/Β/27-2-2020), *Ματαίωση αποκριάτικων εκδηλώσεων και εκδηλώσεων Καθαράς Δευτέρας*.

ekka.org. (2005). ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΠΡΟΔΙΑΓΡΑΦΕΣ-Αναλυτική Περιγραφή Φυσικού και Οικονομικού Αντικειμένου της Σύμβασης “Ανάπτυξη Πληροφοριακού Συστήματος Πιστοποίησης και Αξιολόγησης Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας Ιδιωτικού Δικαίου και Υπηρεσίες φιλοξενίας του.”

<https://www.ekka.org.gr/images/SYNTONISMOY->

[ORGANOSIS/%CE%A0%CE%91%CE%A1%CE%91%CE%A1%CE%A4%CE%97%CE%9C%CE%91%CE%99.pdf](#)

Gov.gr. (2021). *Your Guide to Greece*. Gov.gr. <https://www.gov.gr/el/sdg/healthcare/moving-to-residential-care-home/residential-care-homes/health-care-of-chronically-ill-persons>

Savnateeva, E., Gryadunov, D., & Rubina, A. (2020, January 10). *Βιοδείκτες της Πνευμονίας της Κοινότητας: Ένα Κλειδί για τη Διάγνωση και την Αντιμετώπιση των Νόσων | Σύγχρονη Ιατρική Ενημέρωση Current Medical Journal*. Wwww.cmj.gr; Σύγχρονη Ιατρική Ενημέρωση. <https://bit.ly/3mRpC3d>

Δ. Συμβούλιο ΕΟΠΥΥ. (2018). *Έγκριση Οδηγών Εκκαθάρισης Ανοικτής και Κλειστής Περίθαλψης*. Webcache.googleusercontent.com. <https://bit.ly/3pR51hq>

Εθνική Αρχή Διαφάνειας. (2020, April 9). *Έλεγχοι της ΕΑΔ για την τήρηση των μέτρων αποφυγής διασποράς του covid-19 για το διάστημα 30.03/2020 έως 03.04/2020*. ead.gr. <https://ead.gr/press/press-releases/elegxoi-ths-ead-gia-thn-thrhsh-twn-metrwn-diasporas-apr-2020>.

ΕΟΔΥ & ΕΑΔ. (2020, Αύγουστος). *Οδηγός Ασφαλούς Συμπεριφοράς Εργαζομένων-Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων & Προνοιακές Δομές*. Aead.gr. https://ead.gr/images/manuals/odigos_ asfalous_symperiforas_se_mfi_v2.pdf

ΕΟΔΥ α). (2021, Ιούνιος). *Οδηγίες για την πρόληψη και τον έλεγχο της διασποράς του SARS-CoV-2 σε Μονάδες Φιλοξενίας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.), Θεραπευτήρια Χρονίως Πασχόντων και Παραρτήματα των Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας ανά Περιφέρεια που φιλοξενούν ηλικιωμένους ή/και χρονίως πάσχοντες*. <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2021/06/odigies-idrymata-chronios-paschonton-kai-%CE%9C%CE%A6%CE%97-20210604.pdf>

ΕΟΔΥ β). (2020, Δεκέμβριος). *Εκπαιδευτικό Εγχειρίδιο Εμβολιαστικά Κέντρα Covid-19, Έκδοση 1.0*. https://www.edae.gr/pdf/anak318_egxeiridio.pdf

ΕΟΔΥ γ). (2020, Δεκέμβριος). *Εκπαιδευτικό Εγχειρίδιο Εμβολιαστικά Κέντρα Covid-19, Έκδοση 1.1*. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/emboliasmoi-covid-19/8212-h-ethnikh-ekstrateia-emboliasmoy-gia-thn-covid-19-ksekinhse?fdl=18885>

ΕΟΔΥ δ). (2021, Ιούνιος). *Οδηγίες της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών για τη χορήγηση εμβολίου COVID-19 σε άτομα που αναφέρουν ιστορικό σοβαρής αναφυλαξίας*. Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας. <https://eody.gov.gr/odigies-tis-ethnikis-epitropis-emvoliasmon-gia-ti-chorigisi-emvolioy-covid-19-se-atoma-poy-anaferoyn-istoriko-sovaris-anafylaxias/>

ΕΟΔΥ ε). (2020). *Μέτρα Πρόληψης και Ελέγχου της Διασποράς του Covid 19 σε Κλειστές Δομές Φιλοξενίας και σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων-Οδηγίες Καθημερινής Πρακτικής Αύγουστος 2020*. Eody.Gov.Gr. <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/08/odigies-domes-filoxenias-ilikiomenoi-24-08-2020.pdf>.

ΕΟΔΥ. (2020). *Κρατώντας τον Κορωναιό Μακριά από τις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων Ατόμων-οδηγίες καθημερινής πρακτικής* Αύγουστος 2020 Τμήμα Μικροβιακής Αντοχής και Λοιμώξεων που Συνδέονται με Φροντίδα Υγείας Διεύθυνση Επιδημιολογικής Διεύθυνσης και Παρέμβασης για τα Λοιμώδη Νοσήματα. <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/08/covid-monades-frontidas-aug-2020.pdf>

Εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων(KEN) του Ε.Σ.Υ. (2022). *Εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων(KEN) του Ε.Σ.Υ > KEN Αναλυτικά*. E-Healthnet.gr. <http://kenicd.e-healthnet.gr/KEN%CE%91%CE%BD%CE%B1%CE%BB%CF%85%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC.aspx?iditem=%ce%9d23%ce%91>

Κ.Υ.Α. Υ4ε/130675/22-9-2008, ΦΕΚ 2115/Β'/2008, *Αποδοτέο ποσό δαπάνης νοσηλείας δικαιούχων ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στις κατά νόμο επιτρεπόμενες περιπτώσεις νοσηλείας σε μη συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές.*

Καϊτελίδου, Δ., Καλογεροπούλου Μ., Μούγιας Α. (2013) Κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις της νόσου Alzheimer στην Ελλάδα: πιλοτική μελέτη. *Νοσηλεία και έρευνα*, 35: 72-82

Κοσμίδης, Δ., & Κοσμίδης, Ν. (2020). Τηλεϋγεία και τηλενοσηλευτική στην εποχή του COVID-19. *Το Βήμα του Ασκληπιού*. DOI: 10.5281/zenodo.4061532

Κυριόπουλος, Γ., & Σουλιώτης, Κ. (2021). *Η Περιπέτεια της Πανδημίας Covid-19: Μαθήματα για την Πολιτική Υγείας*. Παπαζήση.

Ν. 2345/1995, ΦΕΚ 213/Α'/1995), *Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις.*

ΠΕΜΦΗ. (2021). *Μονάδες Φροντίδας*. www.pemfi.gr. <http://www.pemfi.gr/care-homes/care-homes-2>

Τρομπούκης, Θ. (2021, April 12). *Τα δεδομένα των θανάτων εντός και εκτός ΜΕΘ στο δεύτερο "κύμα" της πανδημίας*. IMEdD Lab. <https://lab.imedd.org/thanatou-ektos-icu-excess-mortality-greece-2020/>

Υ. Α. Αριθ. Π4Β/Π1Κ 3176/1996 (ΦΕΚ 455/Β/14-6-1996), *Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) από ιδιώτες (κερδοσκοπικού χαρακτήρα).*

Υ. Α. Π1γ/οικ.81551/2007 (ΦΕΚ 1136/Β'/6-7-2007), *Υ.Α.Π1γ/οικ.81551/2007: Τροποποίηση και συμπλήρωση των υπ' αριθμ. Π4Β/οικ. 3176/6.6.1996 (ΦΕΚ 455/τ. Β'/1996) και Π4β/οικ.4690/30.8.1996 (ΦΕΚ 833/τ. Β'/1996) υπουργικών αποφάσεων «Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων*

Υ.Α. 27026 (ΦΕΚ 1971/Β'/14.05.2021), *Καθορισμός των προϋποθέσεων και της διαδικασίας υλοποίησης του προγράμματος ενίσχυσης Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων κερδοσκοπικού και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και των*

Παραρτημάτων Χρονίων Παθήσεων και των Παραρτημάτων ΑμΕΑ των Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας στα οποία παρέχονται υπηρεσίες κλειστής φροντίδας σε ηλικιωμένους μέσω της παροχής σε είδος μέσων ατομικής προστασίας εργαζομένων για την αποφυγή διάδοσης του κορωνοϊού Covid -19.

Υ.Α. Δ1α/Γ.Π.οικ.52831/2020 (ΦΕΚ 3573/Β'/28.8.2020). *Επιβολή των μέτρων της προσωρινής αναστολής λειτουργίας επιμέρους ιδιωτικών επιχειρήσεων και άλλων χώρων συνάθροισης κοινού, επισκεπτηρίων σε νοσοκομεία, κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων και δομές ευάλωτων ομάδων, θρησκευτικών τελετών που πραγματοποιούνται μέσω της διενέργειας πομπής και των πανηγύρεων και άλλων αντίστοιχων δημόσιων ανοικτών εκδηλώσεων στο σύνολο της Επικράτειας, από την 1η.9.2020 έως και τις 15.9.2020, προς περιορισμό της διασποράς του κορωνοϊού COVID-19,*

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. (2021). *Ηλικιωμένοι*. Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. <https://ypergasias.gov.gr/koinoniki-allilengyi/ilikiomenoi/>

ΦΕΚ 1076/Β'/20.03.2021. *Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από το Σάββατο, 20 Μαρτίου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 29 Μαρτίου 2021 και ώρα 6:00.*

ΦΕΚ 1119/Β'/22.03.2021. *Τροποποίηση της υπό στοιχεία Δ1α/Γ.Π.οικ.17698/19.3.2021 κοινής υπουργικής απόφασης “Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από το Σάββατο, 20 Μαρτίου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 29 Μαρτίου 2021 και ώρα 6:00” (Β' 1076).*

ΦΕΚ 130/Β'/23.07.2021. *Οργανικός Νόμος του Ελεγκτικού Συνεδρίου και άλλες ρυθμίσεις, Άρθρο 206, Σελ. 8704*

ΦΕΚ 1308/Β'/03.04.2021. *Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα, 5 Απριλίου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 12 Απριλίου 2021 και ώρα 6:00.*

ΦΕΚ 1441/Β'/10.04.2021. *Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα, 12 Απριλίου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 19 Απριλίου 2021 και ώρα 6:00.*

ΦΕΚ 177/Α'/15.09.2020. *Επείγουσες ρυθμίσεις αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, προστασίας από τη διασπορά του κορωνοϊού COVID-19, στήριξης της αγοράς εργασίας και διευκόλυνσης της εκπαιδευτικής διαδικασίας» (Α' 157) και β) της από 22.8.2020 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου «Έκτακτα μέτρα για την ενίσχυση των αστικών συγκοινωνιών, την προμήθεια μέσων ατομικής προστασίας και την πρόσληψη προσωπικού καθαριότητας των σχολικών μονάδων, τη στήριξη των*

τουριστικών επιχειρήσεων και της αγοράς εργασία και την ενίσχυση της Γενικής Γραμματείας Πολιτικής Προστασίας προς αντιμετώπιση των συνεπειών της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19, καθώς και τη στήριξη των πλημυροπαθών της Εύβοιας που επλήγησαν κατά τις πλημμύρες της 8 ης και 9 ης Αυγούστου 2020 και άλλες διατάξεις για την αντιμετώπιση των συνεπειών της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19 και άλλων επειγόντων ζητημάτων, Άρθρο 29, Σελ. 9496

ΦΕΚ 1814/Β'/29.04.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα, 3 Μαΐου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 10 Μαΐου 2021 και ώρα 6:00.

ΦΕΚ 186/Β'/23.01.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα, 25 Ιανουαρίου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 1 Φεβρουαρίου 2021 και ώρα 6:00.

ΦΕΚ 1872/Β'/08.05.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα, 10 Μαΐου 2021 και ώρα 6:00 έως και την Παρασκευή, 14 Μαΐου 2021 και ώρα 6:00.

ΦΕΚ 2233/Β'/29.05.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα, 31 Μαΐου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 7 Ιουνίου 2021 και ώρα 6:00.

ΦΕΚ 235/Α'/26-11-2020. Μέτρα ενίσχυσης των εργαζομένων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, κοινωνικοασφαλιστικές ρυθμίσεις και διατάξεις για την ενίσχυση των ανέργων, Άρθρο 21 Προγράμματα ενίσχυσης Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας και Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.), Σελ. 11412

ΦΕΚ 2366/Β'/05.06.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα, 7 Ιουνίου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 14 Ιουνίου 2021 και ώρα 6:00.

ΦΕΚ 2476/Β'/10.06.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα, 14 Ιουνίου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 21 Ιουνίου 2021 και ώρα 6:00.

ΦΕΚ 256/Α'/23.12.2020, Ρυθμίσεις για την προστασία της δημόσιας υγείας από τις συνέπειες της πανδημίας του κορωνοϊού COVID-19, την ενίσχυση των μέσων μαζικής μεταφοράς, την επιτάχυνση της απονομής των συντάξεων, τη ρύθμιση οφειλών προς τους. Άρθρο 58 Διενέργεια εμβολιασμών κατά του κορωνοϊού COVID-19 από τον Ε.Ο.Α.Υ. Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης και άλλες κατεπείγουσες διατάξεις, Άρθρο 1, Σελ: 12130

ΦΕΚ 2744/Β'/26.06.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα, 28 Ιουνίου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 5 Ιουλίου 2021 και ώρα 6:00.

ΦΕΚ 30/Β'/08.01.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα 11 Ιανουαρίου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα 18 Ιανουαρίου 2021 και ώρα 6:00, Παράρτημα 1, Σελ: 267, 283

ΦΕΚ 3066/Β'/09.07.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα, 12 Ιουλίου 2021 και ώρα 06:00 έως και την Πέμπτη, 15 Ιουλίου 2021 και ώρα 06:00.

ΦΕΚ 3112/Β'/14.07.2021. Παράταση ισχύος της υπό στοιχεία Δ1α/Γ.Π. οικ.43319/09.07.2021 κοινής υπουργικής απόφασης “Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα, 12 Ιουλίου 2021 και ώρα 06:00 έως και την Πέμπτη, 15 Ιουλίου 2021 και ώρα 06:00” (Β' 3066).

ΦΕΚ 341/Β'/29.01.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από το Σάββατο, 30 Ιανουαρίου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 8 Φεβρουαρίου 2021 και ώρα 6:00.

ΦΕΚ 3481/Β'/30.07.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα, 2 Αυγούστου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 9 Αυγούστου 2021 και ώρα 6:00.

ΦΕΚ 3611/Β'/29.8.2020. Κανόνες τήρησης αποστάσεων και άλλα μέτρα προστασίας σε ιδιωτικές επιχειρήσεις, δημόσιες υπηρεσίες και άλλους χώρους συνάθροισης κοινού στο σύνολο της Επικράτειας, προς περιορισμό της διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 Σελ: 1-9, Άρθρο 20 σελ. 37057, Παράρτημα 12, Σελ: 37104-37107

ΦΕΚ 3660/Β'/07.08.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα, 9 Αυγούστου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 16 Αυγούστου 2021 και ώρα 6:00.

ΦΕΚ 3958/Β'/27.08.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας, για το διάστημα από τη Δευτέρα, 30 Αυγούστου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 6 Σεπτεμβρίου 2021 και ώρα 6:00, (αντικατέστησε την Κοινή Υπουργική Απόφαση Δ1α/Γ.Π.οικ. 64450 - ΦΕΚ 4484/Β'/11.10.2020)

ΦΕΚ 3959/ Β'/15.09.2020. Κανόνες τήρησης αποστάσεων και άλλα μέτρα προστασίας σε ιδιωτικές επιχειρήσεις, δημόσιες υπηρεσίες και άλλους χώρους συνάθροισης κοινού στο σύνολο της Επικράτειας, προς περιορισμό της διασποράς του κορωνοϊού COVID-19, Άρθρο 20, Σελ: 41131-41132

ΦΕΚ 4054/Β'/04.09.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας, για το διάστημα από τη Δευτέρα, 6 Σεπτεμβρίου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 13 Σεπτεμβρίου 2021 και ώρα 6:00, Άρθρο 3, Σελ: 54232

ΦΕΚ 4321/Β'/02.10.2020. Σύσταση επιτροπών με σκοπό την προστασία από τον κορωνοϊό Covid-19 των φιλοξενούμενων σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) και λοιπές κλειστές δομές φιλοξενίας ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. Άρθρο 1: Σύσταση Επιτροπής Προστασίας Ευπαθών Ομάδων

ΦΕΚ 4337/Β'/18.09.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας, για το διάστημα από τη Δευτέρα, 20 Σεπτεμβρίου 2021 και ώρα 06:00 έως και τη Δευτέρα, 27 Σεπτεμβρίου 2021 και ώρα 06:00, Άρθρο 3, Σελ. 57826

ΦΕΚ 4484/Β'/11.10.2020 48739. Κανόνες τήρησης αποστάσεων και άλλα μέτρα προστασίας στο σύνολο της Επικράτειας, προς περιορισμό της διασποράς του κορωνοϊού COVID-19, Άρθρο 11, Σελ. 48739

ΦΕΚ 4829/Β'/02.11.2020. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19, Άρθρο 1, Σελ: 53464

ΦΕΚ 4899/Β'/06.11.2020. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από το Σάββατο 7 Νοεμβρίου 2020 έως και τη Δευτέρα 30 Νοεμβρίου 2020.

ΦΕΚ 4919/ Β'/24.10.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας, για το διάστημα από τη Δευτέρα, 25 Οκτωβρίου 2021 και ώρα 06:00 έως και τη Δευτέρα, 8 Νοεμβρίου 2021 και ώρα 06:00, Άρθρο 1, Σελ. 64440, 64482, 64490

ΦΕΚ 5138/Β'/05.11.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας, για το διάστημα από το Σάββατο, 6 Νοεμβρίου 2021 και ώρα 06:00 έως και τη Δευτέρα, 22 Νοεμβρίου 2021 και ώρα 06:00.

ΦΕΚ 5255/Β'/28.11.2020. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα 30 Νοεμβρίου 2020 έως και τη Δευτέρα 7 Δεκεμβρίου 2020, Άρθρο 14, Σελ: 58365

ΦΕΚ 5350/Β'/05.12.2020. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID - 19 στο σύνολο της Επικράτειας

για το διάστημα από τη Δευτέρα 7 Δεκεμβρίου 2020 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα 14 Δεκεμβρίου 2020 και ώρα 6:00, Παράρτημα 1- Παράρτημα 2, Σελ 59348-59352,

ΦΕΚ 5401/Β'/20.11.2021. Κοινή Υπουργική Απόφαση Δ1α/Γ.Π.οικ. 72486/2021 «Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας, για το διάστημα από τη Δευτέρα, 22 Νοεμβρίου 2021 και ώρα 06:00 έως και τη Δευτέρα, 6 Δεκεμβρίου 2021 και ώρα 06:00, Παράρτημα 1, Σελ 696674-696679

ΦΕΚ 5486/ Β'12.12.2020. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από την Κυριακή 13 Δεκεμβρίου 2020 και ώρα 6:00 έως και την Πέμπτη 7 Ιανουαρίου 2021 και ώρα 6:00, Παράρτημα: 1, Σελ. 64693

ΦΕΚ 5673/Β'/04.12.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας έως και τη Δευτέρα, 13 Δεκεμβρίου 2021 και ώρα 06:00.

ΦΕΚ 586/Β'/13.02.2021. Τροποποίηση της υπό στοιχεία Δ1α/Γ.Π.οικ.9147/ 10.2.2021 κοινής υπουργικής απόφασης “Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από την Πέμπτη, 11 Φεβρουαρίου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 1 Μαρτίου 2021 και ώρα 6:00” (Β' 534).

ΦΕΚ 648/Β'/20.02.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα, 22 Φεβρουαρίου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 1 Μαρτίου 2021 και ώρα 6:00.

ΦΕΚ 768/Β'/26.02.2021. Ρυθμίσεις για τακτικό προγραμματισμό ελέγχων κορωνοϊού COVID-19 με χρήση προϊόντων ταχέων ελέγχων ανίχνευσης αντιγόνων COVID-19 (rapid test)». Άρθρο 2, Προγραμματισμός ελέγχων σε Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΜΦΗ). Συχνότητα ελέγχων σε εργαζόμενους και φιλοξενούμενους. Παράδοση και διανομή προϊόντων ταχέων ελέγχων ανίχνευσης αντιγόνων COVID-19 (rapid test), Σελ 7997

ΦΕΚ 843/Β'/03.03.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από την Πέμπτη, 4 Μαρτίου 2021 και ώρα 6:00 έως και την Τρίτη, 16 Μαρτίου 2021 και ώρα 6:00.

ΦΕΚ 89/Β'/16.01.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από τη Δευτέρα, 18 Ιανουαρίου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 25 Ιανουαρίου 2021 και ώρα 6:00. Παράρτημα Ι (Μέτρα για την ασφαλή λειτουργία των Μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η.) Και Των Κλειστών Δομών που Φιλοξενούν Ευπαθείς Ομάδες, Σελ: 848

ΦΕΚ 996/Β'/13.03.2021. Έκτακτα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας από τον κίνδυνο περαιτέρω διασποράς του κορωνοϊού COVID-19 στο σύνολο της Επικράτειας για το διάστημα από την Τρίτη, 16 Μαρτίου 2021 και ώρα 6:00 έως και τη Δευτέρα, 22 Μαρτίου 2021 και ώρα 6:00.

Φυτράκης, Ν. (2021). Πορεία Νόσου και Επιπλοκές σε Ηλικιωμένους Νοσηλευόμενους σε Πτέρυγα Covid-19 Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου [Διπλωματική Εργασία]. https://apothesis.eap.gr/bitstream/repo/50562/1/501103_Fytrakis_Nikolaos.pdf