

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΘΕΜΑ

**«Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα
και
ηλικιωμένων που ζουν στο δικό τους χώρο»**

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Δαφέρμου Μαρία

Ονοματεπώνυμο σπουδαστών: Μπεμπλιδάκη Αρετή Α.Μ.: 4845

Πελεκούδα Ευαγγελία Α.Μ.: 4855

Ηράκλειο 2009

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας κα Μαρία Δαφέρμου για την καθοδήγηση και υποστήριξη της κατά τη διάρκεια της πτυχιακής μας εργασίας. Επίσης είμαστε υπόχρεοι στην κα Μάγδα Τσολάκη (καθηγήτρια Α.Π.Θ.) για την συμβολή της στη συλλογή των ερωτηματολογίων (MNSE, GDS, IADL). Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους υπεύθυνους των ΚΑΠΗ και των γηροκομείων του Δήμου Ηρακλείου που επισκεπήκαμε, καθώς και τους ηλικιωμένους για τη φιλική του συνεργασία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γήρανση είναι μια γενετικά καθορισμένη μεταβολή στη δομή και τη λειτουργία του ηλικιωμένου οργανισμού, είναι γενετικό φαινόμενο που παρατηρείται σε όλα τα είδη πάνω στη γη. Είναι δύσκολο να δοθεί μοναδικός ορισμός στον όρο «ηλικιωμένος» που να εφαρμόζεται λογικά ή να είναι εύχρηστος σε όλες τις περιπτώσεις. Το 1980 τα Ηνωμένα Έθνη καθόρισαν το 60ό έτος ως ηλικία μεταβάσεως των ανθρώπων στον κύκλο των ηλικιωμένων, ομάδες ηλικιωμένων 80+ χαρακτηρίστηκαν ως πολύ ηλικιωμένοι. Στην αναγνώριση της φυσιολογικής γήρανσης παρατηρούνται σωματικές αλλαγές στην εμφάνιση, στους αισθητήρες, στο καρδιαγγειακό σύστημα, στο αναπνευστικό σύστημα, στο νευρικό σύστημα, στο πεπτικό σύστημα, στο γεννητικό - ουροποιητικό σύστημα και στο αναπαραγωγικό σύστημα.

Μόνο ένας μικρός αριθμός ηλικιωμένων απολαμβάνει τη φροντίδα των ιδρυμάτων προφανώς μεταξύ του 5-6%. Η μεγάλη πλειονότητα αυτών βρίσκεται έξω, στο κοινωνικό περιβάλλον. Γεγονός όμως παραμένει ότι οι ηλικιωμένοι εξακολουθούν να κατέχουν το 45% των νοσοκομειακών κλινών εκτός των παιδιατρικών και γυναικολογικών νοσοκομείων. Δημιουργείται λοιπόν το ερώτημα του εάν θα έπρεπε να δημιουργηθεί ένα ξεχωριστό τμήμα στα νοσοκομεία που να προσφέρει νοσηλευτική φροντίδα μόνο στους ηλικιωμένους.

Ο Νοσηλευτής για τον ηλικιωμένο λειτουργεί είτε ως εσωτερικός στο ίδρυμα είτε ως εξατομικευμένος.

Εσωτερικός στο ίδρυμα: Δίνεται έμφαση στο καθήκον πληροφόρησης, καθοδήγησης και ρύθμισης της υποκείμενης παθολογικής νόσου. Γίνεται ρύθμιση όλων των υφισταμένων αναγκών του ασθενούς. (Miller and Gwynne, 1972).

Εξατομικευμένος : Οι ασθενείς εισέρχονται στο σχεδιασμό της θεραπευτικής φροντίδος.

Για τον κάθε ασθενή γίνεται ατομικός σχεδιασμός φροντίδος. Δίνεται έμφαση στη νοσηλεία και την υγεία και στην δυνατότητα συνεργασίας του νοσηλευτικού με τους ασθενείς ως συντρόφους (Miller and Gwynne, 1972).

Ίσως η καλύτερη υπηρεσία που έχει να προσφέρει ένας νοσηλευτής για να βοηθήσει τους ηλικιωμένους είναι να ξεκινήσει με το πιστεύω ότι οι ηλικιωμένοι και αυτοί που τους νοσηλεύουν είναι πολύτιμοι (Steve Wright).

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΓΗΡΑΣ

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΓΗΡΑΣ

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

Σήμερα αναγνωρίζεται ότι είναι δύσκολο να δοθεί ικανοποιητικός ορισμός στον ετερογενή πληθυσμό των ηλικιωμένων, επειδή η φυσιολογική με τη χρονολογική ηλικία παρουσιάζουν μεταξύ τους διακρίσεις. Επιπλέον η ενηλικίωση ή η γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού αρχίζει μεταξύ 20-30 ετών και προχωρεί με ποικίλο ρυθμό, ακόμα και στα επίπεδα του ατομικού κυττάρου.

Στη «Διεθνή Συνέλευση Γήρατος» που έγινε το 1982, επεκράτησε επίσης, ο όρος ηλικιωμένος και το χρονολογικό όριο των 60 ετών. Εξακολουθεί όμως να παραμένει η ηλικία των 65 ετών ως ηλικία υποχρεωτικής συνταξιοδότησης.

Κανένα επιστημονικό κριτήριο δεν οδήγησε σ' αυτούς τους περιορισμούς κληρονομικότητας (β) τη θεωρία αυτοδηλητηρίασης του ζώντος κυττάρου του οργανισμού και (γ) τη θεωρία της κακής διατροφής ή του ανθυγιεινού περιβάλλοντος, «η διεργασία των γηρατειών θεωρείται σαν μια βαθμιαία χαλάρωση των αντιδράσεων του κυττάρου».

Οι βιοφυσικές και βιοχημικές αλλαγές οδηγούν σε μια μεταμόρφωση των κυττάρων: χάνουν την ικανότητα να πολλαπλασιάζονται, εξαντλείται η ειδική τους δραστηριότητα κι έτσι το δέρμα πτυχώνεται – χαλαρώνει – και χάνει την ελαστικότητά του.

Από την παρατήρηση των ηλικιωμένων διαπιστώνεται πως οι βιολογικές αλλαγές που παρουσιάζονται κατά τη γήρανση αφορούν όλους τους

ανθρώπους. Παρατηρείται όμως σε ατομική βάση μεγάλη διακύμανση ως προς το ρυθμό και την ένταση που εμφανίζονται. Αυτό δηλώνει την ύπαρξη παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση του γήρατος στα διάφορα άτομα περισσότερο ή λιγότερο γρήγορα. Επίσης υπάρχει παραλληλισμός μεταξύ σωματικών και ψυχικών εκπτώτικων φαινομένων.

Η κάμψη των βιολογικών λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού αρχίζει από το 30^ο έτος της ηλικίας του και συνεχίζεται σ' όλη τη διάρκεια της ζωής του.

«Γηράσκω» και «γήρας» δεν είναι έννοιες ταυτόσημες. Γηράσκουν οι άνθρωποι με το πέρασμα του χρόνου, ενώ γήρας είναι η εκφύλιση και η φθορά που ακολουθεί πολύ αργότερα (γηράσκω: η πορεία, γήρας: το αποτέλεσμα).

Σχετικά με το γήρας έχουν γίνει δεκτά δυο όρια: I) το όριο του πρώιμου γήρατος που το φαινόμενο του γήρατος εμφανίζεται πριν από το 60^ο έτος και II) το όριο του όψιμου γήρατος που το φαινόμενο του γήρατος εμφανίζεται μετά το 90^ο ή το 100^ο έτος.

Το γήρας επομένως τονίζεται ότι είναι σ' ένα μεγάλο βαθμό βιολογικό φαινόμενο, το οποίο δεν είναι παραδομένο άοπλο στον παράγοντα χρόνο, αλλά φαινόμενο που πρέπει να αντιμετωπισθεί ο καθένας χωριστά και να το υπερνικήσει.

Η αίσθηση της υγείας σχετίζεται με τη μεγάλη ενεργητικότητα, ενώ η αίσθηση της ασθένειας με τη μικρή ενεργητικότητα και παθητικότητα. Η ενεργητικότητα λοιπόν αποδεικνύεται αποφασιστικός συντελεστής μακροβιότητας. Επομένως το γήρας είναι πολυδιάστατο και οι διεργασίες του πρέπει να επηρεαστούν σε πολλά και διαφορετικά επίπεδα. Ιατρικά και νοσηλευτικά μέτρα από μόνα τους –όσο σπουδαία κι αν είναι – δεν ωφελούν ή τουλάχιστο δε φτάνουν. Η σωματική δραστηριότητα και η φαρμακευτική επίδραση μόνες τους δε μπορούν να εγγυηθούν ποιότητα ζωής σε μεγάλη ηλικία, αν ταυτόχρονα δεν πιστεύει το ίδιο το άτομο στο νόημα για τη ζωή.

- Οι συντελεστές: - σωματική υγεία
- ψυχική υγεία

- πνευματική υγεία
- κοινωνική υγεία
- αίσθηση αξίας της ζωής
- προσωπικότητα του ατόμου
- οικολογικοί παράγοντες
- κοινωνική δομή
- οικονομική κατάσταση

αλληλεξαρτώνται και αλληλοεπηρεάζονται στη διεργασία του γήρατος.

Η έννοια λοιπόν του γήρατος είναι γενικότερη και γι' αυτό καθορίζεται με διαφορετικό τρόπο από τους κοινωνιολόγους, τους μεταφυσικούς και τους ιατροβιολόγους. Οι κοινωνιολόγοι πιστεύουν ότι ένα άτομο γηράσκει όταν δεν παρουσιάζει πλέον κοινωνικοοικονομικό ενδιαφέρον για τη ζωή. Οι μεταφυσικοί πιστεύουν ότι η βιολογική καμπύλη της ζωής αποτελεί ένα συμβάν και η οποία αυξάνει όταν ακριβώς υποχωρεί η βιολογική εξέλιξη του ατόμου. Οι ιατροβιολόγοι, τέλος, πιστεύουν στην εξέλιξη και στη φθορά όλων των οργάνων.

1.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας 612.000.000 ηλικιωμένων υπολογίζονται μέχρι το έτος 2000 σ' ολόκληρο τον κόσμο. Η μεγαλύτερη αύξηση θα παρατηρηθεί στην Κίνα. Μόνο η Ινδία και η Κίνα το 2020 θα έχουν επιπλέον 270.000.000 ηλικιωμένους. Στις Η.Π.Α. το τμήμα του πληθυσμού 65+ αυξάνει με ταχύ ρυθμό. Το 1900 ένας ηλικιωμένος 65+ αντιστοιχούσε σε 25 αμερικανούς, ενώ το 1984 η αναλογία ήταν 1/8. Πρόσφατα στοιχεία αναφέρουν ότι το 11,2% του αμερικάνικου πληθυσμού το αποτελούν ηλικιωμένοι 65+ ενώ το 2020 το ποσοστό θα ανέρχεται στο 21,7%.

Με την απογραφή του 1981 της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας το 17% του ελληνικού πληθυσμού είχε ηλικία άνω των 60 ετών. Το 45% των

ηλικιωμένων διαμένουν σε αστικές περιοχές, το 11% σε ημιαστικές και το 42% σε αγροτικές περιοχές. Στο συνολικό πληθυσμό της Κρήτης, που είναι 502.165 κάτοικοι, υπάρχουν περίπου 85.000 ηλικιωμένα άτομα, σύμφωνα με την παραπάνω στατιστική αναλογία.

Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας και μέχρι το 1996 η σύνθεση των ηλικιών με βάση τη σύνολο του υπολογιζόμενου πληθυσμού έχει υποστεί σημαντικές αλλαγές, που αντιμετωπίζονται σε 3 ομάδες ηλικιών. Η αναλογία των παιδιών ηλικίας (0-14) από 20,9% που ήταν το 1995 έπεσε στο 16,4% το 1996, ενώ η ομάδα ηλικίας 65 ετών και άνω αυξήθηκε σε 16,0% το 1996, από 13,4% που ήταν το 1995. Η αναλογία του ενεργού πληθυσμού ηλικίας (15-64) αυξήθηκε περίπου 2 ποσοστιαίες μονάδες και από 65,7% το 1995, ανήλθε στο 67,7% το 1996. Σε απόλυτους αριθμούς η ηλικιακή ομάδα των παιδιών 0-14 ετών εμφανίζει-το 1996 μείωση κατά 17,3% σε σχέση με το 1985, ενώ ο ενεργός πληθυσμός 15-64 ετών εμφανίζει αντίστοιχη αύξηση κατά 8,5% και ο γεροντικός πληθυσμός 65 ετών και άνω αυξάνεται κατά 26,0% την αντίστοιχη χρονική περίοδο.

Ωστόσο, οι κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές που σημειώνονται σ' όλες τις περιοχές της χώρας, έχουν αρχίσει να προκαλούν δυσχέρειες στη φροντίδα των ηλικιωμένων στα πλαίσια της οικογένειας. Γι' αυτό επιβάλλεται η δημιουργία δικτύου για την αντιμετώπιση των αναγκών.

1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Οι ηλικιωμένοι που διανύουν την 8^η και την 9^η δεκαετία διαθέτουν πλούσια εμπειρία που έχει σχέση με κοινωνικά, πολιτισμικά, πολιτικά, οικονομικά γεγονότα και καταστάσεις που γνώρισαν κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Οι αλλαγές των κοινωνικών δομών είχαν ως αποτέλεσμα την πτώση των αξιών και τη δημιουργία ηθικής κρίσεως, η οποία επέφερε βαθύ ρήγμα στο

οικογενειακό σύστημα. Η ανάγκη να εργάζεται η γυναίκα έξω από το σπίτι άλλαξε τον παραδοσιακό ρόλο της, που ήταν η ανατροφή των παιδιών και η φροντίδα των ηλικιωμένων. Οι μεγάλες «πατριαρχικές» οικογένειες του παρελθόντος που τις στόλιζαν με την παρουσία τους ο παππούς και η γιαγιά, αντικαταστάθηκαν με τις «πυρηνικές», η σύνθεση των οποίων, σε μεγάλη αναλογία, αποκλείει τους γέροντες γονείς και μαζί μ' αυτούς την πολύτιμη πείρα, τη γνώση και τη σοφία τους.

Οι βασικότερες αιτίες που επηρέασαν τις σχέσεις της Ελληνικής οικογένειας είναι δημογραφικές, κοινωνικο-οικονομικές και άλλες. Ως προς τους δημογραφικούς παράγοντες η μείωση της γεννητικότητας και η αύξηση της μακροβιότητας, ειδικότερα η αύξηση του αριθμού των υπερηλικών 80+ με τις άνοιες και τα ποικίλα προβλήματα υγείας, που συνοδεύουν αυτή την ηλικία, επηρέασαν αρνητικά τις οικογενειακές σχέσεις, επειδή γήρανση πληθυσμού σημαίνει ότι και τα παιδιά των ηλικιωμένων είναι ηλικιωμένα, με αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των διαζυγίων περιορίζουν τον αριθμό των οικογενειών που θα επιθυμούσαν να προσφέρουν φροντίδα στους ηλικιωμένους.

Οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες προσδιορίζουν την ανεξαρτησία των ηλικιωμένων εφόσον η οικονομική κατάσταση και η υγεία το επιτρέπουν. Βεβαίως, υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες τα έσοδα είναι περιορισμένα, η υγεία είναι επιδεινωμένη με συνοδό την εξάρτηση, που τους αναγκάζουν να μένουν με τα παιδιά τους.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες αναδύονται κυρίως στα μεγάλα γεγονότα της ζωής όπως απώλεια ενός συζύγου με αποτέλεσμα να αισθάνεται το άτομο μοναξιά. Άλλοι παράγοντες είναι οι αλλαγές στις παραδοσιακές αξίες. Τελικά οι αλλαγές των κοινωνικο-οικονομικών και δημογραφικών συνθηκών δημιουργούν δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης για τους ηλικιωμένους, περιορίζουν τον αριθμό των φροντιστών και καθιστούν τα μέλη της οικογένειας ανίκανα ή λιγότερο πρόθυμα να φροντίσουν τους ηλικιωμένους.

Γενικά, οι αλλαγές στη δομή της Ελληνικής οικογένειας, όπως αυτές απεικονίζονται στις διάφορες έρευνες, επέφεραν τις ακόλουθες συνέπειες:

- Η αύξηση των νοικοκυριών με ένα ή δυο ηλικιωμένα άτομα.
- Η μείωση των φροντιστών, εξαιτίας της γεωγραφικής κινητικότητας των νέων, της απασχόλησης της γυναίκας και της αύξησης του αριθμού των διαζευγμένων, των αγάμων και των άτεκνων ηλικιωμένων.
- Η έλλειψη της οικογένειας, η εγκατάλειψη και ο προστριβές αποτελούν επιταχυντικό παράγοντα των γηρατειών.
- Η μεγαλύτερη προσδοκώμενη ζωή των γυναικών συντελεί στο να περνούν περισσότερα χρόνια ως χήρες, χωρίς τη συμπαράσταση του συζύγου.
- Οι ηλικιωμένοι που δεν έχουν παιδιά και είναι εγκαταλειμμένα κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, παράλληλα παρουσιάζουν υψηλή θνησιμότητα.
- Το μοναχικό άτομο νιώθει αποκομμένο από την πυρηνική οικογένεια αδύναμο οικονομικά και συναισθηματικά ανασφαλές.
- Η συγκατοίκηση με τα παιδιά εξουδετερώνει το πρόβλημα της απομονώσεως και της μοναξιάς. Ο ηλικιωμένος αισθάνεται χρήσιμος στην οικογένεια του παιδιού του. Συμβαίνει μερικές φορές η συγκατοίκηση να γίνεται αιτία διαζυγίου και ο ηλικιωμένος να καταφύγει σε ίδρυμα ή να ζει μέσα σε καταπίεση.
- Η ανεξαρτησία των υπερηλίκων συνεπάγεται μεγαλύτερη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.
- Μερικοί ηλικιωμένοι που στερούνται παιδιών και συγγενών η μοναδική τους επιλογή είναι να μείνουν μόνοι ή να καταλήξουν στα διάφορα ιδρύματα για τους ηλικιωμένους.

Τα αναφερόμενα χαρακτηριστικά συνθέτουν προβλήματα υψηλού κινδύνου για τους ηλικιωμένους και πρέπει να εντοπίζονται, να αξιολογούνται προσεκτικά και αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά.

1.4 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ

Οι αντικειμενικοί σκοποί της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής, όπως αυτοί διατυπώθηκαν από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (ANA), είναι οι ακόλουθοι.

1. Βοήθεια του ατόμου να επιτύχει την όσο το δυνατόν αυτοφροντίδα του.
2. Αξιολόγηση της ικανότητας του ηλικιωμένου και βοήθεια διατηρήσεως ή αποκαταστάσεως της λειτουργικής ικανότητας.
3. Βοήθεια του ατόμου να αντιμετωπίζει τις ανάγκες για ανεξαρτησία, καθώς και να διευθετεί τις εξαρτημένες ανάγκες του.
4. Προσαρμογή των νοσοκομειακών νοσηλείων σε αργότερο ρυθμό για τους υπερήλικες αρρώστους.
5. Προσαρμογή των ιδρυματικών νοσηλείων και διαδικασιών που έχουν σχέση με τις βασικές φυσιολογικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες του υπερήλικα στο φυσιολογικό τύπο της ζωή ή των συνηθειών του.
6. Αναγνώριση της σημασίας του ενδιαφέροντος του υπερήλικα για τις σωματικές του λειτουργίες και τα συμπτώματα που αισθάνεται.
7. Δημιουργία ευκαιριών για τον ηλικιωμένο να ερωτά και να κατανοεί όλες τις οδηγίες και τις εξηγήσεις.
8. Διατήρηση και προστασία της αξιοπρέπειας και της ακεραιότητας του υπερήλικα σε όλες τις σχέσεις νοσηλευτή-ασθενούς.
9. Πρόβλεψη ότι κάθε αλλαγή είναι δυνατό να αποτελέσει απειλή ή stress στον υπερήλικα.

Το γήρας δεν είναι νόσος, αλλά φυσιολογική κατάσταση, που όμως παρουσιάζει πολλές παραδοξότητες. Βασικότερη είναι εκείνη που ενώ εντάσσεται στο πλαίσιο της φυσιολογικής ανελίξεως της ζωής, εντούτοις αποτελεί κατάληξή της, η οποία συνεπάγεται έκπτωση των λειτουργιών της.

Είτε κανείς νοσηλεύεται στο σπίτι, σε ίδρυμα ή σε νοσοκομείο από πολλούς νοσηλευτές είναι απαραίτητο να ακολουθηθεί ένα συγκεκριμένο πλάνο νοσηλευτικής φροντίδας όπου οι νοσηλευτές θα μοιράζονται τα ίδια πιστεύω για τη νοσηλευτική διαδικασία και θα έχουν τους ίδιους στόχους.

Στην βασική νοσηλευτική παρατηρούνται οι εξής στόχοι:

- Διάθεση και αποδοχή της ατομικής ευθύνης για τη λήψη αποφάσεων σε ένα άτομο.
- Προσδιορισμός της καθημερινής φροντίδας, δηλαδή ο ασθενής να δέχεται ολική φροντίδα από ένα νοσηλευτή.
- Άμεση επαφή πρόσωπο με πρόσωπο και
- Ένα πρόσωπο που να ευθύνεται για την ποιότητα των παροχών που δίδεται σε μια ομάδα ασθενών επί 24ωρου βάσεως επτά ημέρες την εβδομάδα.

Η βασική νοσηλευτική ιδιαίτερα αντιπροσωπεύει μια κίνηση απομάκρυνση από τον ιεραρχικό τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής σε μια πιο οριζόντια γραμμή υποστήριξης και δίνει έμφαση στον στόχο της επιστημονικής ευθύνης της εξουσιοδοτημένης νοσηλεύτριας.

Επίσης έχει παρατηρηθεί:

- Ότι οι νοσηλευτές αλλά και οι ασθενείς έχουν καλύτερη φροντίδα εκεί όπου λιγότεροι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη για λιγότερους ασθενείς.
- Μια εμφανέστερη σκιαγράφηση των νοσηλευτικών ευθυνών σε μεμονωμένους νοσηλευτές παρέχει πιο αποτελεσματική νοσηλεία.
- Η συνέχεια της φροντίδας είναι μεγαλύτερη εκεί όπου λιγότεροι νοσηλευτές έχουν την ευθύνη για περιορισμένο αριθμό ασθενών και για μεγαλύτερο κατά το δυνατόν χρόνο.
- Η νοσηλευτική διαδικασία είναι το εργαλείο που οδηγεί τη νοσηλευτική άσκηση μέσα από προγραμματισμένη φροντίδα.

1.5 ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Βιολογικές θεωρίες

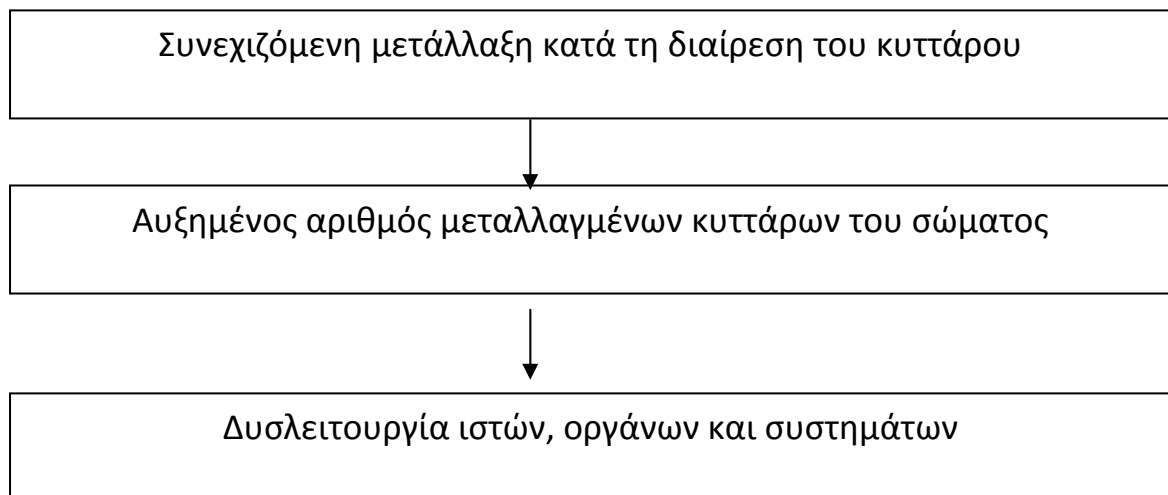
Πολλοί θεωρητικοί στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν τη βιολογική γήρανση έχουν ενστερνισθεί την επίδραση εξωγενών και ενδογενών παραγόντων. Στους ενδογενείς παράγοντες περιλαμβάνονται τα γενετικά προγράμματα, οι κυτταρικές μεταλλάξεις, οι αυτοάνοσες αντιδράσεις και άλλες εγγενείς διεργασίες. Στους εξωγενείς παράγοντες περιλαμβάνονται οι επιδράσεις του περιβάλλοντος, όπως η διαίτα, η ακτινοβολία κ.ά.

Ενδογενείς παράγοντες

Σε αρκετές θεωρίες εκφράζεται η υπόθεση ότι τα άτομα κληρονομούν γενετικό διάγραμμα, το οποίο καθορίζει τον ειδικό αναμενόμενο χρόνο ζωής για τον καθένα.

Η εξήγηση της θεωρίας παρουσιάζεται σχηματικά.

Μετάλλαξη του DNA



1. Κυτταρικές μεταλλάξεις

Με το πέρασμα του χρόνου τα κύτταρα του οργανισμού υφίστανται μεταλλάξεις.



Οργανισμός εκλαμβάνει τα κύτταρα αυτά ως ξένες προς αυτόν ουσίες



Σχηματίζονται αντισώματα τα οποία προσπαθούν να απαλλάξουν τον οργανισμό από ξένες ουσίες.



Ακολουθεί θάνατος των κυττάρων

2. Αλλοίωση της ανοσοχημικής μνήμης

Φυσιολογικά κύτταρα



Ο οργανισμός εκλαμβάνει αυτά ως ξένες ουσίες εξαιτίας της αλλοιώσεως του ανοσοχημικού συστήματος μνήμης.



Σχηματίζονται αντισώματα τα οποία προσπαθούν να απαλλάξουν τον οργανισμό από τις ξένες ουσίες.

Εξωγενείς παράγοντες

Καταστάσεις που προκαλούνται από παθογόνους οργανισμούς, όπως μύκητες, ιοί, βακτηρίδια κ.ά., πιστεύεται ότι ευθύνονται για συγκεκριμένες φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της διεργασίας της γηράνσεως. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή το ανοσοποιητικό σύστημα, σε συνδυασμό και με τη δράση των αντιμικροβιακών φαρμάκων, ελέγχουν τους παθογόνους μικροοργανισμούς και επιτυγχάνεται η παράταση της ζωής. Προς το παρόν δεν υπάρχουν αποδείξεις που να τεκμηριώνουν αυτή τη θεωρία.

Φυσιολογικές θεωρίες

Φυσιολογικές και κοινωνικές αλλαγές που παρατηρούνται κατά τη διάρκεια της διεργασίας του γήρατος συνδέονται μεταξύ τους και προκαλούν σημαντικές συγκρούσεις.

Η πιο αντιφατική και πολυσυζητημένη θεωρία είναι η θεωρία της αποδεσμεύσεως *disengagement theory*.

Στη θεωρία αυτή η γήρανση αντιμετωπίζεται ως διεργασία, κατά την οποία το άτομο και η κοινωνία προοδευτικά αποσύρονται ή αποχωρίζονται το ένα από την άλλη, με αμοιβαία ικανοποίηση και όφελος και για τα δυο.

Επιπλέον με τη θεωρία αυτή δεν υποδεικνύεται ποιος θα είναι υπεύθυνος για την έναρξη της διεργασίας της αποδεσμεύσεως. Πολλοί ηλικιωμένοι δεν επιθυμούν να αποχωριστούν από τις αρχικές τους δραστηριότητες, κι αυτό είναι μια από τις δυσκολίες που η θεωρία παρουσιάζει.

Μια άλλη θεωρία αντίθετη από την προηγούμενη είναι η θεωρία της δραστηριότητας «*activity theory*». Στη θεωρία αυτή προτείνονται τρόποι διατηρήσεως και δραστηριότητες, παρά την παρουσία πολλαπλών απωλειών που συνοδεύουν τη διεργασία του γήρατος. Π.χ. αντικατάσταση φυσικών δραστηριοτήτων με πνευματικές, αλλαγή ρόλων μετά τη συνταξιοδότηση, ανάπτυξη νέας φιλίας όταν η παλιά χαθεί κ.ά.

Με την αναπτυξιακή θεωρία «*developmental theory*» η γήρανση αντιμετωπίζεται ως συνέχεια «*continuity*». Δηλαδή συσχετίζονται οι

παράγοντες της προσωπικότητας και η προδιάθεση του ατόμου προς συγκεκριμένες πράξεις της προχωρημένης ηλικίας και με παρόμοιους παράγοντες που παρατηρούνται στις άλλες φάσεις του κύκλου της ζωής.

Συμπερασματικά πρέπει να λεχθεί ότι η βιολογική, η ψυχολογική και η κοινωνική γήρανση μέχρις ενός βαθμού, είναι αλληλοσυσχετιζόμενες και αλληλοεξαρτώμενες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ

2.1 ΟΙ ΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

«Ο όρος ‘πτώση’ σημαίνει την αιφνίδια και χωρίς έλεγχο μετατόπιση του κέντρου βάρους του σώματος από υψηλότερο σε χαμηλότερο επίπεδο, με αποτέλεσμα το σώμα να πάρει μια νέα στάση ισορροπίας».

Οι πτώσεις είναι από τα πιο κοινά ίσως τα πιο συχνά ατυχήματα που συμβαίνουν στους ανθρώπους και ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα.

Ανεξάρτητα από την αιτία που προκάλεσε την πτώση, οι συνέπειες που προκύπτουν μπορεί να κυμαίνονται από απλά ως πολύ σοβαρά προβλήματα, όπως ανησυχία, φόβο, ψυχολογικά προβλήματα από την ψυχοτραυματική εμπειρία της πτώσεως, πόνο ποικίλης εντάσεως, διάρρηξη εσωτερικών οργάνων ή και θάνατο.

Η μεγαλύτερη συχνότητα των πτώσεων παρατηρείται σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν στα διάφορα ιδρύματα. Υπολογίστηκε ότι οι μισοί από τους ηλικιωμένους πέφτουν μέσα στο χρόνο, ενώ το 10-15% από αυτούς παρουσιάζουν τραύματα που θα οδηγήσουν το 8% στο θάνατο. Για τους ηλικιωμένους που ζουν στο κοινότητα βρέθηκε ότι το 1/3 αναφέρει εμπειρία πτώσεως και ότι οι μισοί από αυτούς ήταν άνω των 80 ετών. Η θνησιμότητα από τις πτώσεις σχετίζεται θετικά με την ηλικία.

Βρέθηκε ότι άτομα άνω των 80 ετών παρουσιάζουν οκτώ φορές υψηλότερη θνησιμότητα από εκείνα των 60 ετών και κάτω.

Σε διάφορες μελέτες αναφέρεται ότι το 24%-42% των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, αναφέρουν μια πτώση κατά τη διάρκεια ενός έτους. Ο αριθμός των πτώσεων φαίνεται να αυξάνει με την ηλικία, με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες. Το 46%-80% των πτώσεων ευθύνεται για κάποιο τύπο τραυματισμού όπως κατάγματα, μεγάλα ή μικρά τραύματα κεφαλής, καθώς και

αιματώματα. Ο αριθμός των τραυμάτων αυξάνει με την ηλικία με επακόλουθο την αναπηρία, η οποία μειώνει την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων.

Αίτια πτώσεων

Τα αίτια ή οι παράγοντες που ευθύνονται ή συμβάλλουν στην επέλευση των πτώσεων ακολουθούν.

Α) Περιβαλλοντικά, ψυχολογικά και φυσικοί παράγοντες

- Περιβαλλοντικά: Ανασφαλή έπιπλα, χαλαρά πατάκια, χαλιά, σύρματα και καλώδια, ακατάστατο περιβάλλον, κλιμακοστάσιο χωρίς κιγκλιδώματα, ακατάλληλο ύψος κρεβατιού, τουαλέτα και μπάνιο με σκαλοπάτια, ανεπαρκής φωτισμός κ.ά.
- Ψυχολογικά: stress, κατάθλιψη, φόβος επαναλήψεως της πτώσεως, σύγχυση.
- Αισθητηριακά: Συγκοπτικά επεισόδια, εγκεφαλικό επεισόδιο, επιληπτική κρίση, νόσος Parkinson's, διαταραχές βαδίσσεως και ισορροπίας, περιφερική νευροπάθεια κ.ά.
- Καρδιολογικά: Συγκοπτικά επεισόδια, συμφορητική καρδιοπάθεια, δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια, ορθοστατική υπόταση.
- Μεταβολικά: Υποξία, υπογλυκαιμία, υπεργλυκαιμία, υπεραερισμός, υπερκαλιαιμία, υποβολαιμία, υπερθυρεοειδισμός, υποθυρεοειδισμός.
- Μυοσκελετικά: Αυχενικό σύνδρομο, μυοπάθεια, μετατοπισθέντα κατάγματα, δυσκαμψία και πόνος αρθρώσεων, μυϊκή αδυναμία.
- Φάρμακα: Ψυχοτρόπα, υπνωτικά, ηρεμιστικά, αγγειοδιασταλτικά, αντιυπερτασικά, κορτικοειδή, αλκοόλ, υπακτικά.

B) Ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες

- Ενδογενείς παράγοντες

- Ηλικία (άνω των 65 ετών)
- Κατάσταση υγείας (επιδεινωμένη σε συνδυασμό και με παρατεταμένη παραμονή στο ίδρυμα)
- Υποβάθμιση πνευματικής κατάστασεως (δυσχερής προσανατολισμός, άνοια)
- Αισθητηριακή ανεπάρκεια (επιδείνωση όρασης, ακοής, ίλιγγος, ζάλες)
- Μειωμένη κινητικότητα (γενική αδυναμία, ασταθές βάδισμα, εξασθένηση)
- Προβλήματα ουροδόχου κύστεως και εντέρου

- Εξωγενείς παράγοντες

- Φάρμακα
- Περιοριστικά μέτρα
- Περιβαλλοντικοί κίνδυνοι προερχόμενοι από το ίδρυμα
- Χρονική διάρκεια παραμονής στο ίδρυμα
- Ώρα της ημέρας που συμβαίνει η πτώση κ.ά.

2.2 ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ

Παρά την ανάπτυξη των ιατρικών γνώσεων και την πρόοδο της νοσοκομειακής τεχνολογίας οι κατακλίσεις παραμένουν σύνθετο πρόβλημα, με σοβαρές βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις για τον άνθρωπο.

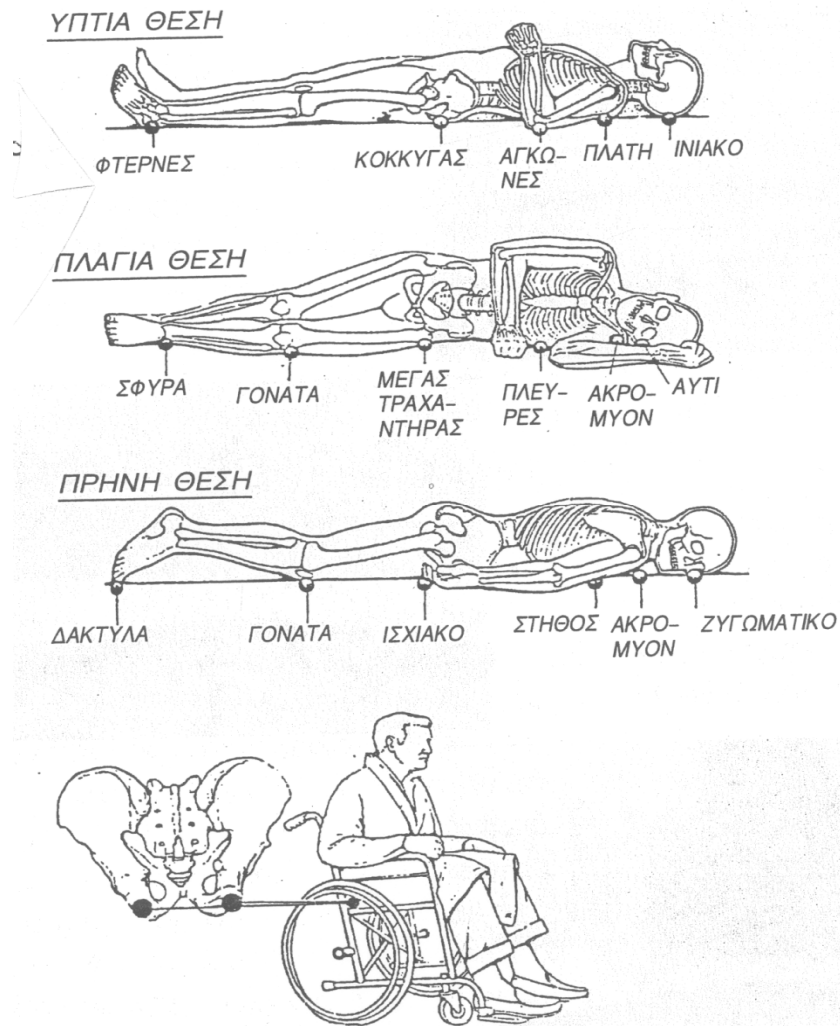
Ορισμός κατάκλισης

Ως κατάκλιση ορίζεται κυτταρική νέκρωση δέρματος λόγω διακοπής μικροκυκλοφορίας στους ιστούς της περιοχής.

Μηχανισμός πρόκλησης της κατάκλισης

Η παρατεταμένη εξωτερική πίεση που ασκείται στα προεξέχοντα μέρη του σώματος, προκαλεί θρόμβωση στα υποδόρια τριχοειδή, νέκρωση και διακοπή της μικροκυκλοφορίας, με επακόλουθο την παρεμπόδιση του εφοδιασμού των ιστών με θρεπτικές ουσίες και την απομάκρυνση των προϊόντων μεταβολισμού, την ανοξία και τη νέκρωση των ιστών της περιοχής.

Η θέση της κατακλίσεως σχετίζεται με την τοποθέτηση του σώματος στο κρεβάτι ή στην καρέκλα. Η μεγαλύτερη συχνότητα των κατακλίσεων παρατηρείται συνήθως στην ιερά χώρα και τους γλουτούς, ως τα πλέον προεξέχοντα μέρη του σκελετού του σώματος. Άλλα σημεία είναι η ωμοπλάτη, τα σφυρά, οι φτέρνες, το ινίο και τα αυτιά.



ΣΕ ΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ Η ΠΙΕΣΗ ΑΣΚΕΙΤΑΙ ΣΤΟ ΙΣΧΙΑΚΟ ΚΥΡΤΩΜΑ

Παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη των κατακλίσεων

Οι κατακλίσεις προκαλούνται από ένα συνδυασμό ενδογενών και εξωγενών παραγόντων.

Ενδογενείς παράγοντες

- * Θερμοκρασία σώματος
- * Βάρος σώματος
- * Υποσιτισμός
- * Ακράτεια απεκκριμάτων
- * Αγγειακή νόσος
- * Διανοητική έκπτωση

Εξωγενείς παράγοντες

- * Ακινησία
- * Δυνάμεις τριβής
- * Υγιεινή σώματος
- * Αυξημένη θερμοκρασία περιβάλλοντος
- * Σύρσιμο αρρώστου κατά τη μετακίνηση

Σχέδιο ταξινόμησης των κατακλίσεων

- Βαθμός 1:** Ερυθρότητα που επιμένει περισσότερο από 30΄λεπτά μετά την ανακούφιση του δέρματος από την πίεση.
- Βαθμός 2:** Ερυθρότητα που επιμένει μετά την πίεση που ασκήθηκε με το δάκτυλο, λύση της συνέχειας της επιδερμίδας και του δέρματος.
- Βαθμός 3:** Καταγραφή που εκτείνεται στο υποδόριο λίπος, τους μυς και βαθύτερα. Παρατηρείται έλκος με έκκριση, που μπορεί να περιέχει νεκρωτικό ιστό.
- Βαθμός 4:** Σχηματισμός σπηλαίου που εκτείνεται προς τους μυς, τις αρθρώσεις, τα οστά. Μπορεί να περιέχει νεκρωτικούς ιστούς και κάκοσμες εκκρίσεις.

Κυριότερα προληπτικά μέτρα

1. Συχνό γύρισμα, προσεκτικό σήκωμα και κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι.
2. Διατήρηση καλής υγιεινής, αποφυγή υψηλής θερμοκρασίας, υγρασίας και επάλειψη του δέρματος με διάφορες ελαιώδεις ουσίες.
3. Προσεκτική και επαρκής ενυδάτωση.
4. Επαρκής θρέψη, ισορροπημένη διατροφή που να καλύπτει όλες τις ανάγκες του οργανισμού.
5. Υποστηρικτικά συστήματα ανακούφισης της πίεσεως όπως ειδικά στρώματα αέρος ή με αφρώδες υλικό και εφοδιασμένα με ειδικές συσκευές ανακατανομής του βάρους σώματος και τον έλεγχο πίεσεως.
6. Προστασία του ασθενούς από λοιμώξεις και υποστήριξη του αμυντικού του συστήματος.

7. Συχνός εργαστηριακός έλεγχος και διόρθωση των ελλειμμάτων.
8. Συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας και των συγγενών του αρρώστου για το σχεδιασμό της φροντίδας του.

Φροντίδα κατάκλισης

- Καθαρισμός κατάκλισης με καθαρό νερό της βρύσης ή με φυσιολογικό ορό.
- Κατά τον καθαρισμό ασκείται ελάχιστη πίεση. Ο καταιονισμός χρησιμοποιείται όταν υπάρχει ένδειξη. Η έκπλυση του τραύματος υπό πίεση (με σύριγγα) γίνεται με ιατρική εντολή.
- Απομάκρυνση νεκρωμένων ιστών από το τραύμα, εφόσον η γενική κατάσταση του αρρώστου το επιτρέπει.
- Ο καθαρισμός των νεκρωμένων ιστών γίνεται χειρουργικά, ενζυματικά ή με τεχνικές αυτολυτικού καθαρισμού.
- Η ξηρή εσχάρα καθαρίζεται μόνον όταν υπάρχει οίδημα, ερυθρότητα και υγρό που πομπάρει ή διαφεύγει.
- Η ξηρή εσχάρα μπορεί να απομακρυνθεί με επίδεση, και με την εξασφάλιση υγρού περιβάλλοντος, που ενθαρρύνει την αυτόλυση όπως τα υδροκολοειδή ή οι υδροζελέδες.
- Κατά τον καθαρισμό του τραύματος δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται αντισηπτικά ως ρουτίνα, αλλά μόνο για τον έλεγχο βακτηριδιακού φορτίου και την ελάττωση της παρακείμενης φλεγμονής.

2.3 ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ

Η ακινησία, η σύγχυση και η απώλεια ούρων και κοπράνων συνθέτουν τις πιο κοινές αιτίες που οδηγούν τα ηλικιωμένα άτομα στην ιδρυματοποίηση, ειδικότερα η απώλεια ελέγχου του εντέρου και της κύστεως επιφέρει στον

ηλικιωμένο και στην οικογένεια του τεράστιες παθολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Τα άτομα που υφίστανται αυτή την κατάσταση νιώθουν ανάμεικτα αισθήματα ντροπής και κοινωνικής απόρριψης, αλλά και ψυχολογικά προβλήματα, όπως δυσφορία, απομόνωση ή και κατάθλιψη, ενώ όσοι ασχολούνται με τη φροντίδα τους αισθάνονται ότι εκτελούν δυσάρεστο και στρεσογόνο έργο.

Ως ακράτεια ούρων μπορεί να χαρακτηριστεί η ακούσια διαφυγή ούρων από το κατώτερο τμήμα του ουροποιητικού συστήματος.

Αιτιολογία ακράτειας ούρων

Αναφέρονται κοινές αιτίες, οι οποίες συμβάλλουν ή ευθύνονται στην εμφάνιση προσωρινής αναστρέψιμης ακράτειας ούρων όπως:

- Συγγυτικές καταστάσεις ή delirium
- Συμπτωματική ουρολοίμωξη
- Ατροφική ουρηθρίτιδα ή κολπίτιδα
- Φάρμακα, ηρεμιστικά, διουρητικά, αντιχολινεργικά, αντισπασμωδικά, αντικαταθλιπτικά, αντιπαρκινσονικά, αντιαρρυθμικά, οπιοειδή, αντιδιαρροϊκά κ.ά.
- Ψυχολογικές διαταραχές, ειδικά ή κατάθλιψη
- Ενδοκρινείς διαταραχές, υπερκαλιαιμία ή υπεργλυκαιμία
- Περιορισμένη κινητικότητα.

2.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

Ο ύπνος είναι φυσική επαναλαμβανόμενη διεργασία, πολύ σημαντική για τη διατήρηση της φυσικής και της ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Για τον ύπνο ο άνθρωπος καταναλίσκει περίπου το 1/3 της ζωής του. Οι ανάγκες για τον

ύπνο ποικίλλουν και εξαρτώνται από την ηλικία, τη δραστηριότητα και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου.

Με έναν ιστορικό ορισμό περιγράφεται ο ύπνος ως περίοδος χαλαρώσεως που είναι όμοια με την κωματώδη κατάσταση. Σύγχρονοι κλινικοί ερευνητές βρήκαν ότι το άτομο δεν είναι αναίσθητο. Δέχονται ότι κατά τη διάρκεια του ύπνου η αντίληψη του περιβάλλοντος είναι ελαττωμένη, αλλά όχι απύσχα. Ο ύπνος θα μπορούσε να οριστεί ως προσωρινή, περιοδική παύση ή διακοπή της αφυπνιστικής καταστάσεως η οποία επικρατεί σε υγιή ενήλικα.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι ο ύπνος διαιρείται σε δυο τύπους. Οι δυο ευρείς τύποι δραστηριοτήτων είναι γνωστοί ως Rapid Eye Movement (REM) ταχεία κίνηση οφθαλμών και Non Rapid Eye Movement (NREM) μη ταχεία κίνηση οφθαλμών.

Χαρακτηριστικά ύπνου τύπου REM

1. Δραστήριος ή παράδοξος ύπνος
2. Μεγάλη μυϊκή χαλάρωση, ελαφρές σπαστικές κινήσεις προσώπου, γρήγορες και απότομες κινήσεις οφθαλμών.
3. Καρδιακός ρυθμός, αρτηριακή πίεση και εξώθηση καρδιακού όγκου αίματος αυξημένα.
4. Αναπνευστικός ρυθμός ακανόνιστος, περίοδοι άπνοιας
5. Χρονική διάρκεια ύπνου 20-25%
6. Φαινόμενο Rebound
7. Όνειρα ζωηρά, έγχρωμα με ακουστικά συστατικά κατευθυνόμενα από το συναίσθημα.

Χαρακτηριστικά ύπνου τύπου NREM

- 1) Ύπνος ήρεμος (slow wave sleep)
- 2) Μυϊκή χαλάρωση
Εμφάνιση ή όχι περιστροφικών κινήσεων οφθαλμών
- 3) Μειωμένος καρδιακός ρυθμός

4) Χρονική διάρκεια ύπνου

- Φάση 1^η: 10%
- Φάση 2^η: 50-55%
- Φάση 3^η: 10%
- Φάση 4^η: 10%

5) Φαινόμενο Rebound

Φάση 1^η, 2^η, 3^η όχι

6) Όνειρα ζωηρά σαν πραγματικά

Για την αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην:

- ✓ εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος.
- ✓ εξασφάλιση κατάλληλης θερμοκρασίας
- ✓ εξασφάλιση καθαρής και ασφαλούς κλινοστρωμνής
- ✓ καταπολέμηση του άγχους, της ανησυχίας και της κατάθλιψης
- ✓ κάλυψη των βιολογικών αναγκών (πείνα, δίψα)
- ✓ αντιμετώπιση της δυσλειτουργίας του εντέρου και της κύστης
- ✓ χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής

2.5 ΠΟΝΟΣ

Ο πόνος είναι μια υπερβολική δυσάρεστη και πολύ προσωπική αίσθηση, η οποία δεν μοιράζεται με τους άλλους. Είναι δυνατόν να απορροφήσει ολόκληρη τη σκέψη, να επηρεάσει τις δραστηριότητες και να αλλάξει τη ζωή του ανθρώπου.

Ο πόνος είναι σύνθετο φαινόμενο και έχει τρία βασικά συστατικά:

➤ το συστατικό της αισθηματικής κινητοποίησης (υποκειμενική εκτίμηση του πόνου)

➤ το συστατικό της συναισθηματικής κινητοποίησης (το άτομο απαντά συγκινησιακά στην εμπειρία του πόνου)

➤ το γνωστικό συστατικό (περιλαμβάνει παλιές εμπειρίες του πόνου και συμπεριφορές ως προς αυτόν).

Ο πόνος είναι οτιδήποτε το άτομο λέει ότι είναι πόνος και οπουδήποτε αυτό λέει ότι υπάρχει πόνος.

Η ευαισθησία στον πόνο είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ποσοτικά. Εντούτοις, υπάρχουν ενδείξεις ότι ο πόνος μετά το 70^ο έτος μειώνεται σημαντικά.

Ο ηλικιωμένος παρουσιάζει ορισμένες αντιδράσεις στον πόνο:

- κλινική αντίδραση: Θέση του σώματος, προστατευτικά μέτρα κατά των κατακλίσεων, έγερση, ντύσιμο.
- Αυτόνομη αντίδραση: σφυγμός, καρδιακές αρρυθμίες, αρτηριακή πίεση, εφιδρώσεις.
- Ψυχική αντίδραση: άγχος, ψυχοτραυματικές εμπειρίες, λεκτική και μη λεκτική αντίδραση.

Ακόμη, μπορούμε να αντλήσουμε ορισμένες υποκειμενικές πληροφορίες για: (α) τη φύση του πόνου [οξύς, αμβλύς, διαξιφιστικός] (β) την ένταση του πόνου [ήπιος, μέτριος, δριμύς] (γ) την έναρξη του πόνου [ξαφνική, προοδευτική, με σπασμούς] (δ) τον πόνο εμφάνισής του [μετά από προσπάθεια ή μετά από απότομες κινήσεις].

Η αντιμετώπιση του πόνου αρχίζει με απλές νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως:

- ✓ εξασφάλιση ευχάριστου περιβάλλοντος
- ✓ αλλαγή θέσης σώματος
- ✓ ελαφρά εντριβή και απ(α)λό massage
- ✓ θερμά ή ψυχρά επιθέματα (ανάλογα)
- ✓ ενίσχυση με βιταμίνη B-complex
- ✓ χαλάρωση και θεραπεία συμπεριφοράς
- ✓ επικοινωνία με το ηλικιωμένο

2.6 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Η καλή διατροφή είναι εξαιρετικής σημασίας παράγοντας για τους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα για εξασθενημένα, ανάπηρα, αβοήθητα ή και εξαρτημένα άτομα. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να προσλαμβάνουν καθημερινά ουσιώδη θρεπτικά συστατικά για να διατηρήσουν τη φυσική, την ψυχική και τη λειτουργική τους κατάσταση σε ικανοποιητικά επίπεδα. Ακόμα η καλή διατροφή προάγει το αίσθημα ευεξίας και προλαμβάνει επιπλοκές που συνοδεύουν την ακινησία και την εξάρτηση. Επιπλέον η καλή διατροφή είναι σημαντικός παράγοντας μακροζωίας.

Κοινές ανατομικές αλλαγές που επηρεάζουν τη σίτιση σε πολύ ηλικιωμένα άτομα είναι:

- α) Ελαττωμένη ικανότητα καταπόσεως εξαιτίας της μείωσης του ποσού του σιέλου και της υπάρχουσας αφυδατώσεως.
- β) Διάταση του οισοφάγου
- γ) Μειωμένη περισταλτικότητα του οισοφάγου
- δ) Μειωμένη ποσότητα οξέων του στομάχου
- ε) Ύπαρξη οισοφαγοκήλης (ιδίως σε παχύσαρκα ηλικιωμένα άτομα και κυρίως σε γυναίκες).

Οι αναφερόμενες αλλαγές αυξάνουν τη πιθανότητα πνιγμονής ή και εισροφήσεως. Και τα δυο μπορεί να προκαλέσουν απόφραξη της τραχείας από ανάρρια φαγητού, πνευμονία εξ εισροφήσεως ή και το θάνατο του ηλικιωμένου.

Αίτια υποσιτισμού

Παράγοντες που συμβάλλουν στη μεταβολή της θρέψεως μπορούν να ταξινομηθούν, σε τέσσερις ομάδες:

- Ανεπαρκής πρόσληψη τροφής
- Αυξημένης διατροφικές ανάγκες
- Πλημμελής πέψη σιτίων
- Ανεπαρκής απορρόφηση τροφής

Διατροφή ηλικιωμένου με καθετήρα σιτίσεως

Η κακή διατροφή ή και η στέρηση είναι δυνατό να καθυστερήσουν την επούλωση των τραυμάτων, να επιταχύνουν την καταστροφή των ιστών και να μειώσουν τη λειτουργία των μυών, συμπεριλαμβανομένων των σκελετικών και των αναπνευστικών.

Τα διάφρα σκευάσματα μπορούν να χορηγηθούν με καθετήρες είτε δια της παρεντερικής οδού με παρεντερική σίτιση είτε δια της εντερικής οδού από διάφορα σημεία του γαστρεντερικού σωλήνα (ρινογαστρική, γαστρική, εντερική σίτιση).

Η εσωτερική θρέψη με καθετήρες σιτίσεως χρησιμοποιείται σε ασθενείς που δεν μπορούν να πέψουν αποτελεσματικά τις θρεπτικές ουσίες από το στόμα λόγω πλημμελούς λειτουργίας μέρους του γαστρεντερικού σωλήνα.

Η εσωτερική σίτιση με καθετήρα είναι η πιο συχνή εναλλακτική μέθοδος που χρησιμοποιείται σε ηλικιωμένα άτομα, όταν αυτά αδυνατούν να πέψουν ικανοποιητικά τα θρεπτικά στοιχεία από το στόμα. Αναμφίβολα ο προτιμότερος τρόπος σίτισης είναι από το στόμα. Όταν ο τρόπος αυτός δεν είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί, τότε η σίτιση γίνεται μέσω καθετήρα.

2.7 ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

Η υγιεινή είναι η μελέτη ή επιστήμη της υγείας. Στη νοσηλευτική οι πρακτικές της υγιεινής περιλαμβάνουν όλα εκείνα τα μέτρα που διατηρούν την προσωπική καθαριότητα, την ευπρεπή εμφάνιση και την ακεραιότητα της επιφάνειας του δέρματος. Η καλή υγιεινή συμβάλλει στη προαγωγή της αυτοεκτίμησης και στην πρόληψη της νόσου.

Εκτός από τα δερματικά νοσήματα που προκαλεί ο ρύπος, εξαιτίας της λιπαρής συστάσεως μπορεί να εμποδίσει βασικές λειτουργίες του δέρματος όπως:

- Η άδηλος διαπνοή
- Η απέκκριση σμήγματος και ιδρώτος
- Η απορροφητικότητα

Η ατομική υγιεινή επιτυγχάνεται με τη φροντίδα του δέρματος και των επί μέρους δομών όπως τριχωτό κεφαλής, στοματική κοιλότητα καθώς και φροντίδα ονύχων άνω και κάτω άκρων. Το λουτρό σώματος, το οποίο αρχίζει από το τριχωτό της κεφαλής με το λούσιμο των μαλλιών καταλήγει στα κάτω άκρα με τη φροντίδα των ονύχων. Το λουτρό του σώματος εκτός από την καλαίσθητη και πολιτισμένη εμφάνιση που εξασφαλίζει, παράλληλα, εξυπηρετεί τους ακόλουθους σημαντικούς σκοπούς:

- Διεγείρει την κυκλοφορία του αίματος
- Προάγει την καθαριότητα και ελέγχει την οσμή του σώματος
- Διευκολύνει την κίνηση των αρθρώσεων
- Προάγει τη χαλάρωση και την άνεση

Η νοσηλευτική εκτίμηση της ατομικής υγιεινής του υπερήλικα περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία:

- Κατάποση στοματικής κοιλότητας
- Κατάσταση των κάτω άκρων
- Κατάσταση του δέρματος

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Για τη διατήρηση και την προαγωγή της ατομικής υγιεινής του υπερήλικα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν:

- Διδασκαλία και παρότρυνση του ατόμου να διατηρεί το δέρμα καθαρό, μαλακό και ακέραιο, καθώς και τους βλεννογόνους που αποτελούν συνέχεια του δέρματος.

- Παροχή μερικής βοήθειας όταν το άτομο είναι μερικώς εξαρτημένο.

- Παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας όταν παρουσιάζει πλήρη εξάρτηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 3Η ΗΛΙΚΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 3Η ΗΛΙΚΙΑ

3.1 ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Η καθημερινή διεργασία της ανθρώπινης συμπεριφοράς εξαρτάται από την αντίληψη και την ολοκλήρωση της πληροφορίας που προέρχεται από τα αισθητήρια όργανα, όπως είναι τα μάτια και τα αυτιά. Επιπλέον οι νευρικές απολήξεις στο δέρμα, τους μυς, τις αρθρώσεις και τα εσωτερικά όργανα στέλνουν συνεχώς ουσιώδεις πληροφορίες στον εγκέφαλο. Η απώλεια των αισθήσεων με την ευρύτερη έννοια παρατηρείται στα ηλικιωμένα άτομα.

Όραση

Με την πάροδο της ηλικίας επηρεάζεται αρνητικά η ικανότητα και η λειτουργικότητα των οφθαλμών. Η μείωση της όρασης, είτε λόγω μόνον ηλικίας είτε και σαν συνέπεια συνυπαρχουσών παθήσεων, ενοχλεί στο μέγιστο βαθμό τα ηλικιωμένα άτομα και ασχολούνται περισσότερο με αυτή παρά με οποιαδήποτε άλλη πάθηση. Από τις διαταραχές της όρασης δεν κινδυνεύει η ζωή του αρρώστου άμεσα, αλλά απειλείται η ποιότητα της ζωής του αρρώστου άμεσα, αλλά απειλείται η ποιότητα της ζωής του σε σημαντικό βαθμό.

Ο καταρράκτης αφορά σε ποσοστό 5% των ηλικιωμένων ατόμων, το γλαύκωμα 5-10%. Οι δυο αυτές παθήσεις είναι οι κυριότερες αιτίες απώλειας της οράσεως σε χιλιάδες υπερήλικες.

Συχνές επίσης είναι και οι παθήσεις του αμφιβληστροειδούς. Η αποκόλληση του είναι πιο συχνή στα μυωπικά μάτια και στους άνδρες.

Μια άλλη πάθηση της τρίτης ηλικίας είναι η διάγνωση της πρεσβυωπίας, η οποία επιδεινώνεται με το χρόνο. Γύρω στα 60 χρόνια η πρεσβυωπία φθάνει

τις 3-3,5 διοπτρίες, οπότε ο φακός έχει σκληρυνθεί στο μέγιστο βαθμό και δεν κυρτώνεται πλέον κατά την προσαρμογή.

Το πιο σταθερό χαρακτηριστικό του γεροντικού οφθαλμού είναι η βαθμιαία μείωση της διαφάνειας του φακού (αύξηση θολερότητας) και ονομάζεται γεροντικός καταρράκτης.

Ο γεροντικός καταρράκτης είναι αγνώστου αιτιολογίας παρόλο που συχνά υπάρχει θετικό οικογενειακό ιστορικό.

Μια άλλη πολύ γνωστή πάθηση είναι το γλαύκωμα το οποίο στη μεγίστη συχνότητα συνδέεται με την Τρίτη ηλικία και κατά το οποίο αυξάνει πέραν του φυσιολογικού η ενδοφθάλμια πίεση. Η αύξηση αυτής της πίεσης οδηγεί με την πάροδο του χρόνου σε βλάβες του οπτικού νεύρου (ατροφία) και του αμφιβληστροειδούς γενικά.

Η τύφλωση είναι η τελική κατάληξη του παραμελημένου γλαυκώματος. Κρίνεται λοιπόν επιβεβλημένο να γίνεται προληπτικά, στα ηλικιωμένα άτομα, μέτρηση της ενδοφθάλμιας πίεσης και βυθοσκόπηση του οφθαλμού, ώστε να αποφεύγονται οι καταστροφικές επιπλοκές.

Εκτός όμως από τις προαναφερθείσες παθήσεις, επιδείνωση της όρασης στους υπερήλικες συμβαίνει συχνά και από την εκφύλιση της ωχράς κηλίδας. Η ωχρά κηλίδες είναι μια μικρή κυκλική περιοχή στον αμφιβληστροειδή η οποία είναι απαραίτητη για την καλή όραση στην αντίληψη των χρωμάτων και στο διάβασμα, ενώ το υπόλοιπο τμήμα του αμφιβληστροειδή συμβάλλει στην περιφερική όραση και στην αδρά αντίληψη (χονδροειδείς κινήσεις κ.λπ.).

Από τις παθήσεις των βλεφάρων (εκτός από τον καρκίνο) στην Τρίτη ηλικία ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεροντικόν εκτρόπιον. Αυτό οφείλεται σε γεροντική χαλάρωση του κάτω βλεφάρου.

Τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από δακρύρροια. Η δακρύρροια είναι η υπερεκχείλιση των δακρύων, από το βελφαρικό χείλος προς το δέρμα του κάτω βλεφάρου και της παρειάς.

Ακοή

Με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται συχνά μείωση της ακουστικής ικανότητας κυρίως στους άνδρες και αφορά κυρίως τις υψηλές συχνότητες. Έτσι οι υπερήλικες αντιλαμβάνονται καλύτερα τη «χοντρή» φωνή των ανδρών παρά την «ψηλή» φωνή των γυναικών και των παιδιών.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η βαρηκοΐα της τρίτης ηλικίας προκύπτει από συνδυασμό πολλών συντρεχουσών παραγόντων.

Τέτοια είναι: η αυξημένη ποσότητα κυψελίδας στο έξω ους και η συχνή δημιουργία βυσμάτων, η σκλήρυνση του τυμπάνου, οι αρθρικές αλλοιώσεις των τριών οσταρίων στο μέσον ους, η μείωση της ελαστικότητας της βασικής μεμβράνης υποδοχέων, ωτοσκλήρυνση του κοχλία και η εκφύλιση πολλών νευρικών ινών του ακουστικού νεύρου.

Στις περισσότερες καταστάσεις διαταραχής της ακοής κρίνεται απαραίτητη η εφαρμογή της ακοομέτρησης με την οποία προσδιορίζεται η ακουστική ικανότητα ξεχωριστά για τα δυο αυτιά.

Για την αντιμετώπιση της βαρηκοΐας, οι ηλικιωμένοι σήμερα καταφεύγουν στη χρήση των ειδικών και κατάλληλων ακουστικών βαρηκοΐας με ηλεκτρονική τεχνολογία.

Γεύση – Όσφρηση

Με την πάροδο της ηλικίας εκπίπτει σε σημαντικό βαθμό κυρίως η όσφρητική και δευτερευόντως η γευστική ικανότητα, λόγω ελαττώσεως του αριθμού και της ευαισθησίας των αισθητικών υποδοχέων.

Η αίσθηση του αλμυρού και του γλυκού αμβλύνεται σημαντικά και συνεπώς οι υπερήλικες στις περισσότερες τροφές διαπιστώνουν ξινή ή πικρή γεύση αφού αυτές μένουν σχεδόν ανεπηρέαστες.

Συχνά οι γέροντες λόγω της κακής στοματικής υγιεινής παρουσιάζουν μυκητιασική γλωσσίτιδα και συγγειλίτιδα.

Σε μερικές περιπτώσεις η παραμέληση της στοματικής καθαριότητας μπορεί να οδηγήσει και σε φλεγμονή των σιελογόνων αδένων (π.χ. παρωτίδων) με διόγκωση αυτών, πυρετό και πόνο.

Η διαπίστωση ξηρής γλώσσας συχνότατα είναι σημάδι αφυδάτωσης και πρέπει άμεσα να λαμβάνονται τα κατάλληλα μέτρα.

Δέρμα

Το δέρμα έχει το προνόμιο να μπορεί να ελέγχεται εύκολα και να παρατηρούνται και να μελετώνται οι βλάβες του, που παρουσιάζονται με την πάροδο της ηλικίας. Ο ολικός όγκος και το βάρος του δέρματος είναι μειωμένα και τα δερματικά προβλήματα είναι πολύ συνηθισμένα στην τρίτη ηλικία. Υπολογίζεται, ότι στο 98% των γερόντων θα βρει κανείς κάποια δερματική βλάβη.

Το γηρασμένο δέρμα φαίνεται λεπτότερο και ρυτιδωμένο. Τα εξαρτήματα του δέρματος (τρίχες, αδένες) μειώνονται ή ελαττώνεται σημαντικά η λειτουργικότητά τους.

Η ταχύτητα αυξήσεως του μήκους των νυχιών είναι μειωμένη κατά 50% στους υπερηλικες σε σχέση με τους νέους. Επιπλέον τα νύχια γίνονται λεπτότερα και εύθραυστα.

Η χρώση του δέρματος διαφοροποιείται με την ηλικία, λόγω βαθμιαίας ελαττώσεως του αριθμού των μελανοκυττάρων και διαταραχής στη δραστηριότητα της τυροσίνης.

Στην ηλικία των 50 χρόνων το 50% των ανθρώπων έχουν «γκρίζα» μαλλιά.

Πολύ συνηθισμένο δερματικό πρόβλημα των υπερηλικών είναι ο κνησμός που μερικές φορές είναι γενικευμένος και βασανιστικός.

Οι φυσικές επιδράσεις του περιβάλλοντος οδηγούν πολλές φορές σε πρόωρη «γήρανση» του δέρματος που εκτίθεται (πρόσωπο, χέρια) στους εξωτερικούς παράγοντες. Χαρακτηριστικά είναι το «ρομβοειδές δέρμα του αυχένα», οι πολυάριθμες περιγεγραμμένες υπερπλασίες προσώπου, οι

μελαγχρωματικές κηλίδες με λεπτύνσεις και ρυτιδώσεις και η ερυθρότητα του λαιμού.

3.2 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Μυοσκελετικό

Οι παθολογικές εκδηλώσεις και καταστάσεις από το μυοσκελετικό σύστημα έχουν συνδεθεί κυρίως με την τρίτη ηλικία από τα αρχαιότατα χρόνια.

Με την αύξηση της ηλικίας εμφανίζονται εκφυλιστικές αλλοιώσεις στις αρθρώσεις, στους τένοντες, στα οστά και στους μυς. Έτσι παρατηρείται αλγινός περιορισμός των κινήσεων μείωση της μυϊκής μάζας, οστεοπόρωση και αυξημένη συχνότητα καταγμάτων. Στην ηλικία των 70 χρόνων το 85% πάσχει από κάποιο βαθμό οστεοαρθρίτιδος. Ορισμένοι τύποι καταγμάτων (όπως του αυχένος του μηριαίου οστού) είναι πολύ συνηθισμένοι στους υπερήλικες και κυρίως στις γυναίκες, διότι αυτές έχουν και αυξημένη (διπλάσια) επίπτωση της οστεοπόρωσης σε σχέση με τους άνδρες.

Η **οστεοπόρωση** προχωράει σταδιακά από χρόνο σε χρόνο και εκδηλώνεται κυρίως με χρόνια διάχυτα οστικά άλγη που ενίοτε έχουν σημαντικές εξάρσεις. Η ολική οστική μάζα μειώνεται πολύ, αν και η σύνθεση καθόλου και η μορφολογία των οστών μερικώς επηρεάζεται. Αν και η οστεοπόρωση είναι αναμενόμενη στα ηλικιωμένα άτομα, λίγες φορές διαγιγνώσκεται νωρίς.

Στην οστεοπόρωση εκτός από τη μείωση του αριθμού και του πάχους των οστεοδοκίδων μειώνεται και το πάχος του οστικού φλοιού και το σωματικό ύψος.

Η συνηθέστερη μορφή οστεοπόρωσης είναι η μετεμμηνοπαυσιακή και λιγότερο συχνές είναι η γεροντική η ιδιοπαθής, η οφειλόμενη σε ενδοκρινοπάθειες (σύνδρομο Cushing, θυρεοτοξίκωση κ.λ.π.) ή σε

νεφροπάθειες (χρόνια ανεπάρκεια), η φαρμακευτική (από Κορτιζόνη κ.λ.π.), η υποσιτιστική και η εξ αδρανείας (ακινησίας).

Η **ρευματοειδής αρθρίτιδα** είναι μια φλεγμονώδης πολυαρθρίτιδα, υποξία ή χρόνια και εξελικτική, με κύριες εκδηλώσεις τη φλεγμονή των αρθρικών υμένων διαφόρων αρθρώσεων, που έχει ως αποτέλεσμα βαριές παραμορφώσεις και αναπηρίες των αρθρώσεων. Σωστότερα θα έπρεπε να ονομάζεται ρευματοειδής νόσος, γιατί εκτός από τις αρθρώσεις προσβάλλει και όλους τους ιστούς που προέρχονται από το μεσέγχυμα: μυς, δέρμα, υποδόριος ιστός, ίριδα, σιελογόνους αδένες, συνδετικό υπόστρωμα των πνευμόνων κ.ά. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα εντάσσεται στους νόσους του κολλαγόνου και μάλιστα είναι η συχνότερη από αυτές.

Στο αίμα των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο ανιχνεύεται ο ρευματοειδής παράγοντας. Η νόσος θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ειδική αντίδραση του μεσεγγύματος, που εκλύεται από την επίδραση διαφόρων βλαπτικών αιτίων.

Η νόσος εισβάλλει ύπουλα. Αρχίζει από τις μικρές αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών και κατόπιν εκτείνεται κεντρικότερα. Τα κύρια συμπτώματα είναι πόνος στις αρθρώσεις, δυσκαμψία και παραμόρφωσή τους, που αναπτύσσονται μέσα σε διάστημα ετών. Προσβάλλει συχνότερα τις γυναίκες απ' ό,τι τους άνδρες. (3:1) και στις ηλικίες ανάμεσα στα 25-55 χρόνια.

Προβλήματα του αρρώστου

1. Ελλιπής διακίνηση οξυγόνου (αναιμία)
2. Μείωση άνεσης (πόνος)
3. Μείωση δραστηριοτήτων (δυσκαμψία, παραμόρφωση αρθρώσεων, άσθμα κόπωσης και αδυναμίας).
4. Επιπλοκές από τη φαρμακευτική θεραπεία.
5. Υπολειμματικές αναπηρίες, με τις ψυχολογικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.
6. Αλλαγή σωματικού ειδώλου (παρμόρφωση).

7. Πόνος
8. Κίνδυνοι ατυχημάτων εξ αιτίας δυσλειτουργίας των αρθρώσεων.
9. Προβλήματα χρονιότητας

Σκοποί της φροντίδας

1. Προαγωγή άνεσης
2. Αύξηση λειτουργικότητας των αρθρώσεων και μυικής δύναμης.
3. Πρόληψη επιπλοκών.
4. Αναστολή εξέλιξη της νόσου.
5. Διδασκαλία και βοήθεια αρρώστου και οικογένειας να προσαρμοστούν στη χρόνια ανικανότητα.

Παθήσεις λιγότερο συχνές, είναι η ουρική αρθρίτιδα, η περιοαρθρική ωμαρθρίτιδα, η νόσος του Pautet, η ρευματική πολυμυαλγία και το σύνδρομο του καρπιαίου σωλήνα.

3.3 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι αλλαγές στο ενδοκρινικό σύστημα των ηλικιωμένων αφ' ενός αποτελούν συνοδές καταστάσεις στη διαδικασία της γήρανσης και αφ' ετέρου παίζουν κυρίαρχο, ενεργό ρόλο στην εξέλιξη και ποιότητα του γήρατος.

Οι θυρεοειδοπάθειες στην Τρίτη ηλικία έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, όχι μόνο διότι επηρεάζουν κι άλλα συστήματα (π.χ. καρδιαγγειακό), αλλά και διότι συχνά υπερδιαγιγνώσκονται ή άλλες φορές δεν αποκαλύπτονται εύκολα. Ο γεροντικός υπερθυρεοειδισμός δεν είναι σπάνιος, αλλά συχνά μένει αδιάγνωστος. Στο 65% περίπου των περιπτώσεων δεν υπάρχει βρογχοκύλη ή εξώφθαλμος. Συχνά υπάρχει ταχυκαρδία ή αρρυθμία (μαρμαρυγή κόλπων κ.λ.π.) ή καρδιακή ανεπάρκεια, αλλά αποδίδονται σε καρδιακή αιτιολογία.

Η έκπτωση της λειτουργίας των γεννητικών αδένων είναι δεδομένη στα ηλικιωμένα άτομα, αλλά υπάρχουν διαφορές ανάλογα με την ιδιοσυγκρασία κάθε οργανισμού. Στους άνδρες η γεννητική λειτουργία εκπίπτει πολύ αργότερα από τις γυναίκες.

Άλλο νόσημα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον και με αυξημένη συχνότητα στους ηλικιωμένους είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Η μεγαλύτερη συχνότητα της πάθησης αυτής σε σχέση με προηγούμενες εποχές οφείλεται στην επιμήκυνση της ζωής, στην προληπτική εξέταση, στον εύκολο τρόπο διάγνωσης, στην ενημέρωση του κοινού, αλλά και στην υπερκατανάλωση, την παχυσαρκία τη λανθασμένη διατροφή και την ακινησία. Η επίδραση της ηλικίας στο μεταβολισμό των υδατανθράκων οδηγεί σε προοδευτική ελάττωση στην ανοχή γλυκόζης. Ο διαβήτης της μεγάλης ηλικίας είναι τύπου II και συνήθως μη ινσουλινοεξαρτώμενος . Σε μεγάλο ποσοστό ρυθμίζεται με τη μείωση του βάρους και την κατάλληλη διαίτα. Εάν τα μέτρα αυτά δεν αποδώσουν, τότε χορηγούνται αντιδιαβητικά δισκία και σε λίγες μόνο περιπτώσεις χρησιμοποιείται η ινσουλίνη. Είναι απαραίτητο να θυμάται κανείς ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι το πιο συχνό μεταβολικό νόσημα στην τρίτη ηλικία.

3.4 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι επιδράσεις της προχωρημένης ηλικίας στην πνευμονική λειτουργία

Οι πνεύμονες στην προχωρημένη ηλικία χάνουν την ελαστικότητα τους επειδή μεταβάλλεται η σύσταση της ελαστίνης. Οι μεταβολές αυτές οδηγούν σε σημαντική κυψελιδική διάταση, εύρημα πολύ συνηθισμένο στους ηλικιωμένους και γνωστό ως γεροντικό εμφύσημα.

Μεταβολές αναφέρονται επίσης και στη σύσταση του κολλαγόνου. Το κολλαγόνο υπάρχει σε μεγάλη πυκνότητα στους πνεύμονες και ευθύνεται για

τη διατήρηση του φυσιολογικού σχήματος των πνευμόνων. Με την πάροδο όμως της ηλικίας αυξάνεται ο αριθμός των συνδέσμων ανάμεσα στις υπομονάδες του, με συνέπεια να καθίσταται δύσκαμπτο. Η δυσκαμψία αυτή ευθύνεται, σε κάποιο βαθμό, για τις μεταβολές στις μηχανικές ιδιότητες των πνευμόνων, με αποτέλεσμα τη διαταραχή της λειτουργίας τους και την παθολογική ανταλλαγή των αερίων που παρατηρούνται στην προχωρημένη ηλικία.

Η προχωρημένη ηλικία συνδυάζεται με προοδευτική μείωση πολλών ιδιαίτερων πνευμονικών λειτουργιών.

Οι λοιμώξεις του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος στους ενήλικες και τους ηλικιωμένους είναι λιγότερο συχνές σχετικά με τις λοιμώξεις που συμβαίνουν κατά την παιδική ηλικία λόγω αναπτύξεως ανοσίας κατά την επαφή τους με κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες. Παρατηρείται μια προοδευτική μείωση του αριθμού των λοιμώξεων από 5-6 το χρόνο στην παιδική ηλικία σε 2 περίπου στους ενήλικες και 1 στους ηλικιωμένους. Λοιμώξεις όμως όπως η γρίπη παρουσιάζουν αυξημένη θνησιμότητα στους ηλικιωμένους, που φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικία.

Με την πάροδο της ηλικίας παρουσιάζεται αύξηση της προσθιοπίσθιας διαμέτρου του θώρακα και προοδευτική κύφωση, που επιτείνεται από την ανάπτυξη οστεοπορώσεως, την καθίζηση της σπονδυλικής στήλης και την ασβεστοποίηση των πλευρικών χόνδρων και προκαλεί μείωση της κινητικότητας των πλευρών και μερική συρρίκνωση των εισπνευστικών μυών. Ο συνδυασμός των παραγόντων αυτών προκαλεί ελάττωση της διαστασιμότητας του θωρακικού τοιχώματος και της ικανότητας των εκπνευστικών μυών. Επίσης παρατηρείται βαθμιαία ελάττωση του αριθμού των κυψελίδων, λόγω προοδευτικής απώλειας των ενδοκυψελιδικών διαφραγμάτων.

Μεταβολές της πνευμονικής λειτουργίας με την πάροδο του χρόνου

Πνευμονικές λειτουργίες	Μεταβολές
- Ζωτική χωρητικότητα	Ελαττώνεται
- Ταχέως εκπνεόμενος όγκος αέρα στο 1 ^ο δευτερόλεπτο	Ελαττώνεται
- Ικανότητα ελαστικής παλινδρομώσεως	Ελαττώνεται
- Όγκος συγκλείσεως αεραγωγών	Ελαττώνεται
- Λειτουργική υπολειπόμενη χωρητικότητα	Αυξάνει
- Υπολειπόμενος όγκος αέρα	Αυξάνει
- Ολική πνευμονική χωρητικότητα	Αυξάνει
- Ικανότητα διαχύσεως αερίων	Αμετάβλητη
- Μερική αρτηριακή πίεση οξυγόνου	Ελαττώνεται
- Μερική αρτηριακή πίεση διοξειδίου του άνθρακα	Ελαττώνεται
	Ελαττώνεται

3.5 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Τα γαστρεντερικά προβλήματα είναι πολύ συχνά στην Τρίτη ηλικία και στην πλειονότητα είναι λειτουργικά παρά οργανικά.

Η απλή δυσκοιλιότητα είναι το πιο συχνό σύμπτωμα των υπερηλικών από το γαστρεντερικό.

Η **διαφραγματοκήλη** ανευρίσκεται σε ποσοστό 67% σε άτομα άνω των 60 ετών και πρέπει να διακριθεί από την οισοφαγίτιδα ή το πεπτικό έλκος.

Η **οισοφαγίτιδα** δημιουργείται διότι με την ηλικία χαλαρώνει ο σφηκτήρας του οισοφαγογαστρικού στομίου του στομάχου, με αποτέλεσμα παλινδρόμηση του περιεχομένου του.

Συνήθως στους υπερηλικες μαζί με το **πεπτικό έλκος** συνυπάρχει και ατροφική γαστρίτις (πολύ συχνή κατάσταση της τρίτης ηλικίας).

Η **ατροφική γαστρίτις** δημιουργεί προβλήματα λόγω πλημελούς απορρόφησης του Σιδήρου και της βιταμίνης B12. Τέλος δεν πρέπει να διαφεύγει το γεγονός ότι συχνή είναι και η σκωληκοειδίτις και η παγκρεατίτις

και η αιμορραγία του πεπτικού σωλήνα στην ηλικία αυτή καθώς επίσης και η οξεία κοιλία από περίσφρηξη κηλών. Η μηροκήλη είναι συχνή στις γερόντισες.

Η **δυσφαγία – δυσκαταποσία** είναι συχνό σύμπτωμα, από το γαστρεντερικό, στην τρίτη ηλικία.

3.6 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ – ΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Με την πάροδο της ηλικίας η νεφρική μάζα ελαττώνεται προοδευτικά. Το βάρος των νεφρών μειώνεται βαθμιαία από 250-270 γρ. στη νεαρή ηλικία σε 180-200 γρ. στην 8^η δεκαετία.

Τα νεφρά με τη λειτουργία τους απομακρύνουν τις ξένες ουσίες και τα προϊόντα μεταβολισμού. Σπειραματική διήθηση είναι το ποσόν του πλάσματος που περνά και καθαρίζεται από τα Μαλπιγγιανά σωμάτια κάθε πρώτο λεπτό. Η διήθηση αυτή ελαττώνεται με την πάροδο της ηλικίας, λόγω εξωνεφρικών ή ενδονεφρικών αιτιών.

Η **συμπυκνωτική- αραιωτική ικανότητα** των νεφρών αποδυναμώνεται με την ηλικία, αλλά δεν γίνεται αντιληπτή και δεν έχει κλινική σημασία κάτω από φυσιολογικές συνθήκες ελεύθερης πρόσληψης νερού. Σοβαρό πρόβλημα όμως δημιουργείται σε οξείες καταστάσεις (αρρώστια κ.λ.π.) μειωμένης λήψης ή μεγάλης απώλειας νερού (π.χ. πυρετός-εφιδρώσεις) οπότε και παρατηρείται στους ηλικιωμένους διαταραχή των διανοητικών τους λειτουργιών. Αυτό οφείλεται αφ' ενός στην τάση των γηρασμένων νεφρών να χάνουν νερό, έχοντας μειωμένη συμπυκνωτική ικανότητα και αφ' ετέρου στην αύξηση της συγκέντρωσης των ιόντων Νατρίου στο πλάσμα (άνω των 160mEq/L).

Τα γηρασμένα νεφρά έχουν ελαττωμένη ικανότητα να απαλλαγούν από πλεονάζουσες ποσότητες οξέος. Βέβαια, το pH του αίματος δεν αλλάζει με την ηλικία, αλλά σε καταστάσεις αυξημένης πρόσληψης οξέος (σε υπερήλικες) η ελάττωση του pH είναι περισσότερο παρατεταμένη και πλέον έντονη.

Σημαντική επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας δημιουργείται επί πλέον, από συνυπάρχουσες φλεγμονές και λοιμώξεις του ουροποιητικού. Κυριότερος εκπρόσωπος τους είναι η μικροβιακή πυελονεφρίτιδα, η οποία στους ηλικιωμένους είναι συνήθως ασυμπτωματική και βαθμιαία καταστρέφει την υπάρχουσα αρχιτεκτονική του νεφρού και διαταράσσεται η σπειραματική διήθηση και οι σωληναριακές λειτουργίες.

Τα αίτια που ευνοούν την ανάπτυξη των μικροβίων και τη δημιουργία συχνών ουρολοιμώξεων στην Τρίτη ηλικία είναι η πλημμελής αιμάτωση των νεφρών, η στάση των ούρων, η απόφραξη (π.χ. υπερτροφία προστάτη), η κυστεουρητηριακή παλινδρόμηση των ούρων, η σχετική αφυδάτωση, ο περιορισμός της κινητικότητας των γερόντων, η ύπαρξη σε μερικά άτομα σακχαρώδη διαβήτη, η κακή διατροφή και η μειονεκτικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος. Στους άνδρες παρατηρείται επί πλέον και απώλεια της βακτηριοκτόνου ιδιότητας του προστατικού εκκρίματος.

Ένα σύνηθες και σημαντικό φαινόμενο της τρίτης ηλικίας είναι και η **ακράτεια των ούρων** (μη ελεγχόμενη απώλεια).

Προστάτης

Μετά την ηλικία των 40 χρόνων, όλοι σχεδόν οι άνδρες, έχουν κάποια υπερτροφία του προστάτη, που στο 1/3 των προαναφερθέντων ατόμων, γίνεται αντιληπτή κατά τη δακτυλική εξέταση από το ορθό.

3.7 ΑΝΑΟΣΟΛΟΓΙΑ ΓΗΡΑΤΟΣ

Το ανοσολογικό σύστημα κατά το γήρας εμφανίζει σοβαρές μεταλλαγές και (α) προοδευτική έκπτωση της ικανότητας για ανοσοαπάντηση στα ποικίλα εξωγενή αντιγόνα, (β) αυξημένη συχνότητα αυτοάνοσων καταστάσεων, (γ) εμφάνιση νεοπλασμάτων του λεμφοδικοτυωτού ιστού.

Σήμερα γίνεται δεκτόν ότι ανοσολογικές διαδικασίες μπορεί να συμμετέχουν ουσιαστικά στη βιολογία της γήρανσης.

Γενικώς η γήρανση του ανοσολογικού συστήματος διέπεται (1) από μειωμένη ικανότητα απάντησης σε αντιγονικούς ερεθισμούς και (2) από δυσλειτουργία των ανοσορρυθμιστικών μηχανισμών.

Οι πιο γνωστές και έκδηλες διαταραχές είναι η ευπάθεια σε λοιμώξεις, τα αυτοάνοσα νοσήματα και τα νεοπλάσματα του λεμφικτυωτού ιστού.

Η αυξημένη συχνότητα αυτοανόσων φαινομένων και η υποστροφή του θύμου αδένου στο γήρας, υποδηλώνουν ελάττωση των κατασταλτικών Ts κυττάρων. Στα ηλικιωμένα άτομα αξιοσημείωτη επίσης είναι η αύξηση του πληθυσμού των μη T, μη B κυττάρων που λειτουργούν σαν φυσικά κυτταροκτόνα (NK) κύτταρα.

Η χρήση ανοσορρυθμιστικών ουσιών υπόσχεται πολλά, διότι η διατήρηση της φυσιολογικής ισορροπίας των ανοσολεειτουργιών, μπορεί να παρατείνει και να βελτιώσει τη βιολογική ζωή του ανθρώπου.

3.8 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η καρδιαγγειακή συχνότητα στις μεγάλες ηλικίες είναι γενικώς μειωμένη. Αυτό οφείλεται και στην αύξηση του τόνου του παρασυμπαθητικού και γίνεται πιο έκδηλη κατά την κόπωση ή το stress, οπότε η συγκριτική (με τους νέους) αύξηση της καρδιακής συχνότητας είναι μειωμένη, παρά στο ότι διαπιστώνεται σημαντική αύξηση των κατεχολαμινών του ορού. Η παρατήρηση αυτή συμφωνεί με την άποψη, ότι η μείωση της καρδιακής λειτουργίας με τη γήρανση δε οφείλεται σε αδυναμία παραγωγής και απελευθέρωσης κατεχολαμινών, αλλά σε ελαττωμένη ευαισθησία των κυττάρων στόχων στις ορμόνες αυτές.

Η καρδιά και η λειτουργία της επηρεάζεται και από τις αλλαγές στο αγγειακό σύστημα, διότι συνδέεται άμεσα με αυτό.

Στη μεγάλη ηλικία ελαττώνεται αυτή φθάνει στο 50% στην ηλικία των 70 και οδηγεί σε επιμήκυνση και ελικοειδή εμφάνιση των αρτηριών.

Η ανελαστικότητα και σκλήρυνση των αρτηριών αφ' ενός προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης και αφ' ετέρου επιρρέπεια προς ορθοστατική υπόταση.

Μερικά από τα συχνότερα καρδιακά προβλήματα της τρίτης ηλικίας είναι: η αθηροσκλήρωση, καρδιακή ανεπάρκεια, διαταραχές καρδιακού ρυθμού, στεφανιαία νόσος, στηθαγχικό άλγος, βαλβιδοπάθειες, αορτικές στενώσεις κ.ά.

Το «εγκεφαλικό επεισόδιο» (stroke) (αποπληξία) είναι ένας κοινός αλλά μη ειδικός όρος, ο οποίος περιγράφει οποιαδήποτε έκπτωση της εγκεφαλικής λειτουργίας που προκαλείται από έμφρακτο ή αιμορραγία του εγκεφάλου. Ένας επιτυχέστερος γενικός όρος είναι η εγκεφαλική αγγειακή νόσος (EAN) (Cerebrovascular Disease – CVD), η οποία περιλαμβάνει το εγκεφαλικό έμφρακτο (απόφραξη) από θρόμβωση ή εμβολή και την εγκεφαλική αιμορραγία που οφείλεται είτε σε αιμορραγία του παρεγχύματος (ενδοεγκεφαλική αιμορραγία) είτε σε αιμορραγία στον υπαραχνοειδή χώρο (υπαραχνοειδής αιμορραγία).

Παράγοντες κινδύνου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου

- Υπέρταση (κύριος παράγοντας κινδύνου)
- Παθήσεις της αριστερής καρδιάς (τόπος σχηματισμού εμβόλου)
- Ψηλός αιματοκρίτης
- Σακχαρώδης διαβήτης που επιταχύνει την αθηρογένεση
- Λήψη από το στόμα αντισυλληπτικών
- Μεγάλη ή παρατεταμένη πτώση της αρτηριακής πίεσης
- Κατάχρηση φαρμάκων
- Λιπίδια αίματος, κάπνισμα, παχυσαρκία, αλκοόλ.

Η εργαστηριακή διερεύνηση είναι απαραίτητη για να προσδιορισθεί με ακρίβεια το αγγειακό εγκεφαλικό πρόβλημα. Η αξονική τομογραφία έχει

βοηθήσει πολύ τις διαγνωστικές δυνατότητες, όμως ένα προσεκτικό ιστορικό θέτει τη βάση για τη σωστή διάγνωση.

Η θεραπεία μπορεί να είναι χειρουργική ή μη χειρουργική, αλλά και γενικά μέτρα υποστήριξης και η σωστή νοσηλευτική φροντίδα είναι πολύ σημαντικό για τον ηλικιωμένο ασθενή με αγγειακή εγκεφαλική νόσο. Η θεραπεία είναι φυσικά εξατομικευμένη, εξαρτώμενη από τις ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενή.

Υπέρταση

Αν και πολύ κοινή στους ηλικιωμένους, η υπέρταση δεν πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο του γήρατος, αλλά μάλλον να αντιμετωπίζεται ως πρόβλημα υγείας που απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία. Η μακροχρόνια υπέρταση μπορεί να είναι επικίνδυνη για τον ηλικιωμένο άρρωστο. Οι επιπλοκές περιλαμβάνουν.

1. Διαταραχή κυκλοφορίας του αίματος στους νεφρούς.
2. Αύξηση του έργου της καρδιάς, καθώς η αριστερή κοιλία υποχρεώνεται να εργαστεί πιο σκληρά για να αντιμετωπίσει τη μειωμένη θρέψη και οξυγόνωση του μυοκαρδίου.
3. Εγκεφαλική αιμορραγία ή θρόμβωση.

Η αγγειακή εγκεφαλική νόσος είναι συχνά η σοβαρότερη επιπλοκή της υπέρτασης και αιτία που οδηγεί τον ηλικιωμένο στο θάνατο. Είναι οδυνηρή για τον ηλικιωμένο, γιατί απειλεί την ανεξαρτησία, την αξιοπρέπεια και την αυτοεκτίμησή του.

Η μακροχρόνια υπέρταση μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλική αιμορραγία και έμφρακτο. Ενώ τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) δεν συμβαίνουν μόνο στους ηλικιωμένους, οι θάνατοι ατόμων πάνω από τα 65, που οφείλονται σ' αυτά, είναι 90 φορές περισσότεροι από ό,τι σε άτομα ανάμεσα στις ηλικίες των 25-44 χρόνων και 11 φορές περισσότεροι από ό,τι σε άτομα ανάμεσα στις ηλικίες 45-64 χρόνων.

Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι το 40% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών θα πεθάνουν από καρδιαγγειακά νοσήματα, το 15% από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, ενώ το 5% από επιπλοκές των διαφόρων ειδών αγγειακών επεισοδίων. Το ήμισυ των θανάτων από όλες τις αιτίες οφείλεται σε ανωμαλίες του καρδιαγγειακού συστήματος.

3.9 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Ο καρκίνος, σύνθετος και ευρύς στο στόχο του, μπορεί να προσβάλλει κάθε ιστό, όργανο και σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού. Σήμερα, ο καρκίνος αποτελεί μείζων πρόβλημα υγείας ειδικότερα στις αναπτυγμένες χώρες.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς διαφοροποιούνται από τις άλλες ηλικίες ως προς τον πόνο, ο οποίος δεν εκδηλώνεται με την ίδια ένταση όπως στους νέους επειδή αμβλύνεται και πολλές φορές οι ηλικιωμένοι δεν τον αναφέρουν. Θεωρούν ότι είναι κάτι συνηθισμένο της ηλικίας και θα περάσει.

Είναι γνωστό, ότι οι ηλικιωμένοι καρκινοπαθείς συνήθως είναι χρόνιοι ασθενείς και χρειάζονται μακροχρόνια θεραπεία. Η φθίνουσα πορεία της νόσου εναλλάσσεται με εξάρσεις και υφέσεις, οι οποίες επηρεάζουν βαθιά όχι μόνο τον άρρωστο, αλλά και ολόκληρη την οικογένεια με αποτέλεσμα να χρειάζονται βοήθεια.

Οι ηλικιωμένοι ογκολογικοί ασθενείς, οι οποίοι με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζουν πολλαπλά προβλήματα και αυξημένες ανάγκες υγείας, χρειάζονται εντατική υποστηρικτική νοσηλευτική φροντίδα, η οποία μπορεί να μειώσει την έξαρση, την αβεβαιότητα και το άγχος και να αυξήσει την αυτοεκτίμηση, τη γενική ευεξία, ακόμα και την ανοσολογική λειτουργία και την επιβίωση των ασθενών.

Αιτιολογικοί παράγοντες

Αναφέρεται ότι η προχωρημένη ηλικία είναι ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη καρκίνου, αφού το 70% από το σύνολο των νεοπλασμάτων στους άνδρες και το 60% στις γυναίκες εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερα των 65 ετών. Παράγοντες που ευθύνονται ή συμβάλλουν σ' αυτή τη συχνότητα είναι: η συσσώρευση των σωματικών μεταλλάξεων, η μειωμένη ικανότητα επιδιορθώσεως του DNA και η αυξημένη ευαισθησία σε ογκογόνους ιούς. Άλλοι παράγοντες που βοηθούν στη δημιουργία του καρκίνου είναι οι πολλές λύπες και απογοητεύσεις που ένιωσαν οι ηλικιωμένοι κατά τη διάρκεια της ζωής τους και ειδικότερα η μείωση της ανοσοποιητικής ανταποκρίσεως. Όλα αυτά είναι δυνατό να αυξήσουν την πιθανότητα της κακοήθειας στους ηλικιωμένους.

Θεραπεία της νόσου

Η σύγχρονη θεραπεία του καρκίνου βασίζεται στη μείωση της καρκινικής μάζας με διάφορα θεραπευτικά σχήματα τα οποία περιλαμβάνουν τη χειρουργική, την ακτινοβολία και τη χημειοθεραπεία. Η ανοσοθεραπεία είναι ένας άλλος τύπος θεραπείας που σπάνια χρησιμοποιείται στους ηλικιωμένους. Γενικά τα θεραπευτικά σχήματα είναι όμοια με εκείνα των νέων ατόμων.

Η νοσηλευτική παρέμβαση στη φροντίδα των καρκινοπαθών ασθενών επικεντρώνεται στις εξής περιοχές:

- Στην παρεμπόδιση της εξελίξεως της νόσου
- Στη διαπαιδαγώγηση του ασθενή και των συγγενών του
- Στον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου από τον ασθενή
- Στον έλεγχο των συμπτωμάτων
- Στους προστατευτικούς μηχανισμούς του ασθενή

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

4.1 ΜΟΝΑΞΙΑ

Η μοναξιά είναι γενικό φαινόμενο, χαρακτηριζόμενο ως αρνητικό και δυσάρεστο. Η μοναξιά υποδηλώνει έλλειψη αναγκαίας ή επιθυμητής ανθρώπινης φιλίας, οδηγεί σε προσωρινή ταλαιπωρία και χαρακτηρίζεται από αίσθημα εγκαταλείψεως και δυσαρέσκειας. Ορισμένες φορές συμβάλλει στην ανάπτυξη άγχους και άλλοτε προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Η μοναξιά δημιουργείται από απουσία ανθρώπινης επαφής και οικειότητας ή από αδυναμία του ατόμου να δημιουργήσει και να διατηρήσει κάποια σχέση.

Τα κλινικά ευρήματα παρουσιάζουν το πρόβλημα της μοναξιάς να επηρεάζει τους ηλικιωμένους ανεξάρτητα από το φύλο, ενώ επιβεβαιώνουν τη σχέση της μοναξιάς με πολλά ψυχιατρικά προβλήματα, όπως άγχος, ψύχωση, κατάθλιψη, αυτοκτονίες, περιλαμβανομένου και του αλκοολισμού.

Οι μελετητές της μοναξιάς συμφωνούν σε τρία βασικά σημεία:

1. Στην αδυναμία του ατόμου να αναπτύξει κοινωνικές σχέσεις.
2. Στην υποκειμενική αντίληψη ότι πολύ συχνά σχετίζεται με κοινωνική απομόνωση.
3. Στη δημιουργία δυσάρεστων συναισθημάτων.

Η μοναξιά είναι συχνότερο φαινόμενο σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε ιδρύματα, σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές με ανεπαρκή μέσα συγκοινωνίας, σε πολυθόρυβες πόλεις όπου επικρατούν το απρόσωπο και η αδιαφορία. Επιπλέον ο χρόνιος πόνος που προκαλείται από διάφορες καταστάσεις, ανεξάρτητα από την ηλικία του ατόμου, δημιουργεί έντονο αίσθημα απομονώσεως από τους άλλους, μοναξιάς ή εγκαταλείψεως.

Από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που οδηγούν το άτομο στη μοναξιά και την απομόνωση είναι ο θάνατος προσφιλών προσώπων, όπως συζύγου, αδελφού, παιδιών και φίλων. Για τους ηλικιωμένους η απώλεια φίλων και

γνωστών είναι πραγματικότητα, ενώ το πένθος και η βαθιά αίσθηση της απώλειας είναι αναπόφευκτα. Τελικά η μοναξιά και η κατάθλιψη που συνοδεύουν το πένθος είναι αποτέλεσμα του κενού και της απελπισίας που νιώθουν οι ηλικιωμένοι.

Σε πολλές έρευνες αναφέρονται ως παράγοντες που συντελούν στη μοναξιά η μειωμένη θρησκευτικότητα, οι αλλαγές στις στάσεις και τις προσδοκίες των ανθρώπων, οι αλλαγές στις παραδοσιακές αξίες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η απώλεια της αυτονομίας. Επίσης το μικρό μέγεθος της οικογένειας, η αύξηση των διαζευγμένων ζευγαριών και των εξώγαμων παιδιών, σε συνδυασμό με τον περιορισμένο χώρο του σπιτιού και την ανάγκη να εργάζεται η γυναίκα, κάνουν ανέφικτη τη συγκατοίκηση των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους.

Τα κυριότερα προβλήματα που παρουσίασαν ισχυρή συσχέτιση με τη μοναξιά είναι η νεύρωση, η πολυφαρμακεία, η υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών, η κατάχρηση αλκοόλης, η μείωση του επιπέδου ανοσοσφαιρίνης, η σχιζοφρένεια και η αυξημένη θνησιμότητα. Ασθενέστερη συσχέτιση με τη μοναξιά παρουσίασαν: η ανεπαρκής διατροφή, η απώλεια βάρους, η μείωση όρασης και ακοής, η αδυναμία ελέγχου σφιγκτήρων εντέρου και κύστεως" κ.ά.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Με την πάροδο του χρόνου οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν χαρακτηριστική συμπεριφορά. Οι νοσηλευτές που γνωρίζουν τη φυσιολογική διεργασία του γήρατος παρεμβαίνουν με κατάλληλες τεχνικές, που, αποβλέπουν στην ανάπτυξη φιλικής σχέσεως η οποία βοηθάει τον ηλικιωμένο να εκφράσει ελεύθερα τα συναισθήματά του. Η θεώρηση του παρελθόντος είναι διεργασία της σκέψεως κατά την οποία ο άνθρωπος αναπολεί. Η διεργασία αυτή είναι γενική στους ηλικιωμένους καθώς αντιμετωπίζουν τον επερχόμενο θάνατο. Ακόμα τους διευκολύνει να θυμηθούν το παρελθόν και τους οδηγεί σε

προσωπική ολοκλήρωση, αφού αναβιώνουν συνειδησιακά τις κρίσεις της ζωής τους που δεν είχαν διέξοδο.

Για να είναι όμως αποτελεσματική αυτή η βοήθεια οι νοσηλευτές πρέπει πρώτα να είναι ενήμεροι των δικών τους συναισθημάτων μοναξιάς. Κι αυτό γιατί όταν οι ίδιοι δοκιμάζουν αισθήματα μοναξιάς αναζητώντας την ταυτότητα τους μεταβιβάζουν αρνητικά μηνύματα στους ηλικιωμένους που κατέχονται από αμοιβαία αισθήματα.

4.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Ορισμός

Ο όρος κατάθλιψη στην ψυχιατρική υποδηλώνει μια συγκεκριμένη νόσο, δηλαδή μια διαταραχή η οποία προκαλεί έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν συναντάται σε άλλη νόσο. Χαρακτηρίζεται από ένα μείγμα συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών τα οποία διαχωρίζονται αυστηρώς από τα καθημερινά συναισθήματα και λειτουργίες. Η κατάθλιψη είναι πιο έντονη από τη λήθη και πολλές φορές δημιουργεί αισθήματα αναξιοσύνης και απάθειας. Έλλειψη ευχαρίστησης από τις καθημερινές δραστηριότητες και οξυθυμία σε υπερβολικό βαθμό. Παράλληλα δυσκολεύει απλές καθημερινές λειτουργίες του ατόμου όπως τον ύπνο, τη διατροφή και την σκέψη.



Εμφάνιση καταθλιπτικού ατόμου

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους

Μεταξύ των λειτουργικών ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και των συνδρόμων η κατάθλιψη έχει τη μεγαλύτερη συχνότητα στους ηλικιωμένους. Η δυσθυμία, με επικρατέστερη τη μελαγχολική διάθεση, επηρεάζει τις γνωστικές και τις συναισθηματικές εμπειρίες του καταθλιπτικού ατόμου, γεγονός που γίνεται φανερό σε όλη τη συμπεριφορά του. Σε ορισμένα ηλικιωμένα άτομα η δυσθυμία συνοδεύεται με κινητική επιβράδυνση και έλλειψη ενδιαφέροντος για τους άλλους. Σε άλλα η δυσφορία συνοδεύεται με ανησυχία, αϋπνία και σωματικά ενοχλήματα. Η απλή επιβραδυνόμενη κατάθλιψη συνήθως εκδηλώνεται με αυξημένα σωματικά ενοχλήματα, όπως δυσκοιλιότητα, έλλειψη αποφασιστικότητας και αποτελεσματικότητας κ.ά. Συνήθως η κατάθλιψη εμφανίζεται με σοβαρότερη μορφή στους ηλικιωμένους από τις άλλες ομάδες ηλικιών, με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες. Ειδικότερα στους ηλικιωμένους που ζουν σε ιδρύματα η συχνότητα της καταθλίψεως υπερβαίνει το 25%. Υπολογίζεται ότι 1 προς 11 ανθρώπους θα νοσήσει σε κάποιο διάστημα της ζωής του από κατάθλιψη. Η νόσος

παρουσιάζει μεγάλη ποικιλομορφία και ο άτυπος τρόπος που εκφράζεται είναι δυνατόν να διαφύγει της προσοχής και να παραμεληθεί.

Η συχνότητα της καταθλίψεως σύμφωνα με την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία υπερβαίνει το 15% ποσοστό που μεταφράζεται σε 210.000 ηλικιωμένους καταθλιπτικούς για την Ελλάδα. Τονίζεται επίσης ότι η νόσος είναι συχνότερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες σε ποσοστό 2 προς 1 και θεραπεύεται με επιτυχία σε μεγάλα ποσοστά που πλησιάζουν το 90%.

Στους ηλικιωμένους ασθενείς τα σημεία και τα συμπτώματα της καταθλίψεως δύσκολα διαφοροποιούνται από εκείνα του φυσιολογικού γήρατος. Επιπλέον εκλυτικοί παράγοντες αλλά και οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς συντελούν στην ανάπτυξη αισθημάτων δυσαρέσκειας, μοναξιάς και απογοητεύσεως.

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι το πρώτο σύμπτωμα σοβαρής σωματικής νόσου ή και πρόδρομος εκδηλώσεων καταθλιπτικών συμπτωμάτων από φάρμακα που συνήθως χρησιμοποιούν οι ηλικιωμένοι. Πολύ συχνά συμβαίνει να συνυπάρχει η κατάθλιψη με κάποια σωματική νόσο. Ορισμένες φορές μπορεί σε ηλικιωμένο ασθενή με σωματική νόσο να παραβλεφθεί η κατάθλιψη και σε διαγνωσμένο καταθλιπτικό άτομο το υπάρχον σωματικό πρόβλημα να μην αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά. Τελικά η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι ιάσιμη αν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αρχίσουν νωρίς. Αντίθετα, αν παραμεληθεί, τότε μεταπίπτει σε χρονιότητα.

Ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος έχει χάσει το πραγματικό νόημα της ζωής του. Γι' αυτό και πολύ χαρακτηριστικά η κατάθλιψη ορίστηκε ως «θάνατος μέσα στη ζωή», δηλαδή πλήρης απώλεια ζωτικότητας, κινήσεως και σκοπού. Σε τέτοιες περιπτώσεις οι τάσεις ή και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πολύ συχνές. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς άνω των 65 ετών παρουσιάζουν μεγαλύτερη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη ομάδα ασθενών. Περίπου το 15% των καταθλιπτικών τελικά αυτοκτονούν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους, παράλληλα οι περισσότεροι από τους αυτόχειρες σήμερα πάσχουν από κατάθλιψη.

Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία χαρακτηρίστηκε ως «σύνδρομο χαμαιλέοντος». Στην κλινική εικόνα δεν προεξάρχουν οι διαταραχές του συναισθήματος, αλλά οι διαταραχές της συμπεριφοράς, της ψυχοκινητικότητας και των γνωστικών λειτουργιών. Τα σωματικά ενοχλήματα μπορεί να είναι άτυπα, διάχυτα, χωρίς συγκεκριμένη εντόπιση. Ακόμα μπορεί να συνυπάρχει άνοια ή να προηγείται της εκδηλώσεως.

Η αξονική και η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου σε καταθλιπτικούς ασθενείς άνω των 60 ετών, δείχνει μορφολογικές αλλαγές που περιλαμβάνουν αύξηση του εύρους στο σύστημα κοιλιών, καθώς και αλλοιώσεις αρτηριοσκληρωτικού χαρακτήρα. Οι δομικές αλλαγές φαίνεται να έχουν ιδιαίτερη σημασία για τον καθορισμό της θεραπευτικής αγωγής.

4.3 ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ALZHEIMER

Ο όρος «άνοια» σημαίνει παραφροσύνη, δηλαδή άτομο ανίκανο να χρησιμοποιήσει το νου του. Τις άνοιες συνθέτουν ομάδες νοσημάτων τα οποία συντελούν βαθμιαία στην εμφάνισή της με προοδευτική έκπτωση της μνήμης και των άλλων νοητικών λειτουργιών, ανικανότητα εκτέλεσης καθημερινών ασχολιών και προοδευτική απομόνωση. Η άνοια δεν είναι επακόλουθο της προχωρημένης λειτουργίας. Ανεξάρτητα όμως από την αιτιολογία που την προκάλεσε, τελικά αναμένεται διάχυτη και μόνιμη απώλεια νευρώνων σε όλες τις περιοχές του εγκεφάλου.

Ο πιο κοινός τύπος άνοιας στους ηλικιωμένους είναι η νόσος του Alzheimer, η συχνότητα της οποίας κυμαίνεται μεταξύ 35% και 55% στο σύνολο των ανοιών.

Είναι μια χρόνια προοδευτική και επιδεινούμενη εγκεφαλική διαταραχή, που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό μνήμη, νόηση και ικανότητα για αυτοφροντίδα. Περίπου 4% του πληθυσμού άνω των 65 ετών προσβάλλεται από τη νόσο και ο επιπολασμός φθάνει το 80% μετά την ηλικία των 80 ετών. Είναι μια από τις πιο σημαντικές παθολογικές διαταραχές της σύγχρονης

εποχής μας, επειδή έχει καταστροφικά αποτελέσματα για το θύμα και την οικογένεια.

Αίτια

Παρά τις εντατικές και επίμονες επιστημονικές έρευνες η αιτιολογία της νόσου προς το παρόν είναι άγνωστη. Εντούτοις, πρόοδος έχει επιτευχθεί στο επίπεδο της κατάρριψης των μύθων και της βαθύτερης κατανόησης της νόσου.

Έτσι, σήμερα γνωρίζουμε ότι:

- Η νόσος δεν είναι φυσιολογική διεργασία του γήρατος.
- Δεν προκαλείται από σκλήρυνση των αρτηριών ούτε υπό υποξία του εγκεφάλου.
- Είναι νόσος του εγκεφάλου.
- Δεν είναι μεταδοτική.
- Δεν θεωρείται ψυχική νόσος ή μορφή τρέλας.

Διάγνωση

Μέχρι σήμερα η διάγνωση δεν είναι εφικτή. Η συνεχή ανάπτυξη διαγνωστικών κριτηρίων υπαινίσσεται ότι δεν υπάρχει ασφαλές διαγνωστικό κριτήριο. Αντικειμενικά ευρήματα δεν υπάρχουν παρά μόνο στο τελικό στάδιο της νόσου και αυτά είναι μη παθογνωμονικά.

Η διάγνωση της νόσου βασίζεται στην ύπουλη εισβολή της, στην προοδευτική επιδείνωση και στον αποκλεισμό όλων των άλλων αιτιών που μπορούν να προκαλέσουν άνοια. Ύστερα από προοδευτική εκτίμηση οι κλινικοί μπορούν να φτάσουν στη διάγνωση, αρκεί να αξιολογήσουν σωστά την κλινική, τη νευρολογική, την ψυχιατρική, τη νευροφυσιολογική κατάσταση και το ιστορικό του ασθενή.

Πορεία της νόσου

Συνήθως η νόσος διέρχεται επτά στάδια:

1^ο: δεν παρατηρούνται διαταραχές ανώτερων λειτουργιών αντικειμενικά και χωρίς υποκειμενικές αιτιάσεις.

2^ο: διαταραχές της μνήμης

3^ο: ήπια νοητική καθυστέρηση

4^ο: μέτρια νοητική καθυστέρηση

5^ο: έναρξη της άνοιας

6^ο: μέτρια άνοια

7^ο: σοβαρή άνοια

Συμπτώματα

Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου είναι: προοδευτική απώλεια μνήμης, έκπτωση της αφηρημένης σκέψης, διαταραχή της κρίσης, διαταραχή της κρίσης, διαταραχή προσανατολισμού στο χώρο, ελάττωση της ικανότητας εκτέλεσης απλών καθημερινών ασχολιών, διαταραχή του προσανατολισμού σε πρόσωπα, αλλαγή συμπεριφοράς, μεταβολή του χαρακτήρα, συναισθηματική αστάθεια, ξέσπασμα επιθετικότητας ή οργής, απάθεια, αδιαφορία, καχυποψία, περιπλάνηση που μπορεί να είναι αμνησιακή, αναχρονιστική ή ανακουφιστική.

Άλλα συμπτώματα είναι: η εμφάνιση κατάθλιψης (σε συχνότητα 15-25%), ψυχωτικές διαταραχές, διωκτικές ιδέες, ψευδείς κατηγορίες, ψευδαισθητική συμπεριφορά, ακράτεια ούρων και επιθετικότητα με λόγια και πράξεις.

Κατά τη διαδρομή της νόσου τα συμπτώματα ποικίλουν από άρρωστο σε άρρωστο, ώσπου η νόσος καταστήσει τα θύματά της ανίκανα για αυτοφροντίδα.

Θεραπεία

Συγκεκριμένη θεραπεία δεν υπάρχει. Εφόσον η νόσος είναι προοδευτική και μη αναστρέψιμη, όλες οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων, ώστε να εξασφαλιστεί ικανοποιητική και κατά το δυνατόν

άνετη ζωή για τον ασθενή. Οι φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται, όταν χορηγηθούν στα αρχικά στάδια, επιτυγχάνουν κάποια καθυστέρηση της εξέλιξης της νόσου. Ωστόσο, η έρευνα συνεχίζεται.

4.4 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Ποιές μεταβολές επέρχονται στη σεξουαλική ζωή των ηλικιωμένων;
Τί σημαίνουν οι μεταβολές που έρχονται με την ηλικία;

Αυξάνονται οι σεξουαλικές δυσλειτουργίες με την ηλικία;

Πού οφείλεται η αύξηση των σεξουαλικών δυσλειτουργιών με την ηλικία;

Κάνουν σεξ οι ηλικιωμένοι;

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α. σε δείγμα 1300 ανδρών και γυναικών άνω των 60 ετών, διαπίστωσε πως στις ηλικίες 60-69 ετών, το 71% των ανδρών και το 51% των γυναικών είχαν σεξουαλικές επαφές. Όσον αφορά τις ηλικίες 80-89 ετών, τα ποσοστά ήταν 27 και 18 % αντίστοιχα για άνδρες και γυναίκες. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το ότι το 74% των ανδρών και το 70% των γυναικών δήλωσαν ότι σε αυτή την ηλικία είναι περισσότερο ικανοποιημένοι συναισθηματικά από την σεξουαλική τους ζωή, συγκριτικά με την ηλικία των 40-49 ετών. Επιπλέον, η πλειοψηφία των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσε πως η σεξουαλική ζωή του ηλικιωμένου ατόμου αποτελεί σημαντικό παράγοντα της ζωής του.

Ποιες μεταβολές επέρχονται στη σεξουαλική ζωή των ηλικιωμένων;

Μια σειρά φυσιολογικών αλλαγών του σώματος διαφοροποιούν την ανταπόκριση στον σεξουαλικό ερεθισμό.

Φυσιολογικές αλλαγές Ανδρών

Για να δημιουργηθεί η στύση, χρειάζονται σεξουαλικά ερεθίσματα μεγαλύτερης έντασης και διάρκειας. Επίσης, περιορίζεται ή παύει η ανέλιξη των όρχεων κατά την σεξουαλική διέγερση που συμβαίνει σε νεότερες ηλικίες, ενώ η εκσπερμάτιση καθυστερεί, δύσκολα ελέγχεται και μειώνεται και η ποσότητα του σπέρματος.

Όμως, η αδυναμία πρόκλησης ή διατήρησης στύσης ικανής για την ολοκλήρωση της σεξουαλικής επαφής δε θεωρείται φυσιολογική, αλλά αποτελεί δυσλειτουργία: την στυτική δυσλειτουργία.

Φυσιολογικές αλλαγές Γυναικών

Όσον αφορά στις φυσιολογικές μεταβολές που επέρχονται στην γυναίκα με την αύξηση της ηλικίας, αυτές συμβαίνουν με την εμμηνόπαυση. Οι αλλαγές πραγματοποιούνται λόγω της μείωσης και αναστολής της παραγωγής των οιστρογόνων, που αποτελούν πολύ σημαντικές ορμόνες. Οι ορμονικές αυτές αλλαγές έχουν ως αποτέλεσμα την δημιουργία ξηρότητας και ατροφίας στον κόλπο, με αποτέλεσμα να δημιουργείται πόνος κατά τις σεξουαλικές επαφές. Όμως, η ικανότητα επίτευξης οργασμού παραμένει, παρότι ο κόλπος χάνει την ελαστικότητά του.

Τι σημαίνουν οι μεταβολές που έρχονται με την ηλικία

Καθώς αυξάνεται η ηλικία, οι παραπάνω μεταβολές είναι φυσιολογικές, επέρχονται σταδιακά και δε σταματούν την σεξουαλική δραστηριότητα. Επομένως, μπορεί ένας άντρας να χρειάζεται περισσότερο ερεθισμό και χρόνο για να δημιουργηθεί η στύση, μπορεί να μην πετυχαίνει μεγάλη σκληρότητα και η ποσότητα του σπέρματος να μειώνεται, αλλά όλα αυτά δε σταματούν απαραίτητα και την δυνατότητά του να έχει σεξουαλικές επαφές. Με τον ίδιο τρόπο που κάποιος 65 ετών μάλλον δεν μπορεί να τρέξει όσο γρήγορα έτρεχε όταν ήταν 25 ετών, έτσι και η σεξουαλική λειτουργία του, απλά δεν είναι η ίδια με αυτή που είχε σε κάποια άλλη φάση της ηλικίας του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΚΛΕΙΣΤΗ ΚΑΙ ΑΝΟΙΧΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΚΛΕΙΣΤΗ ΚΑΙ ΑΝΟΙΧΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

5.1 ΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ

Η ιδρυματοποίηση αναφέρεται συνήθως στην εισαγωγή των ατόμων σε οίκο ευγηρίας ή σε άλλα ιδρύματα όταν δεν μπορούν πλέον να αυτοεξυπηρετούνται και αδυνατούν να ανακτήσουν τη λειτουργική τους ανεξαρτησία στην κοινωνία. Η χρήση των οίκων ευγηρίας αυξάνεται καθώς ο περιορισμός των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής επίσης αυξάνει. Οι τρόφιμοι των γηροκομείων είναι πιο πιθανό να είναι ηλικιωμένοι, γυναίκες και να ζουν μόνοι με εισοδήματα κατώτερα του ορίου της φτώχειας. Το 80% περίπου των εγκλειστών σε οίκους ευγηρίας εμφανίζουν κάποιον τύπο ψυχικής διαταραχής.

Στίγμα το γηροκομείο

Η τοποθέτηση ενός ηλικιωμένου σε γηροκομείο εξακολουθεί να αποτελεί στίγμα για την ελληνική κοινωνία: ούτε το 1% των ηλικιωμένων δεν ζει σε γηροκομεία (τη στιγμή που στη δυτική Ευρώπη το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 9–11%). Σήμερα, σε κρατικά ή μη κερδοσκοπικά γηροκομεία σε όλη τη χώρα βρίσκονται περίπου 2.800 ηλικιωμένοι, ενώ άλλοι 1.206 ηλικιωμένοι σε ιδρύματα χρόνια πασχόντων και 1.454 σε ψυχιατρεία.

Ωστόσο, «αν και εξακολουθούμε να έχουμε ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά ηλικιωμένων σε γηροκομεία στην Ευρώπη, αρχίζει να αυξάνεται ο αριθμός των μοναχικών ηλικιωμένων. Όπως χαρακτηριστικά μάς ανέφερε σε πρόσφατη έρευνά μας μια κοινωνική λειτουργός, μια γιαγιά ήθελε να της δώσει το κλειδί του σπιτιού της, παρακαλώντας τη να έρχεται κάθε 3–4 μέρες

να δει αν πέθανε. Δυστυχώς, στις περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις, οι ηλικιωμένοι έχουν παιδιά, που απλώς δεν ενδιαφέρονται». Κάποια λύση δίδεται, τα τελευταία χρόνια, ιδίως στις αστικές περιοχές, με τις ανειδίκευτες αλλοδαπές γυναίκες, που προσλαμβάνονται όλο και πιο συχνά για τη φροντίδα των ηλικιωμένων.

Προϋποθέσεις εισαγωγής & απαιτούμενα δικαιολογητικά:

- Το άτομο το οποίο προκύπτει να εισαχθεί σε Γηροκομείο πρέπει να έχει συμπληρώσει το 65^ο έτος της ηλικίας του.
- Ιατρικό πιστοποιητικό, κατά προτίμηση ιατρού, δημοσίου υπαλλήλου, στο οποίο να βεβαιώνεται ότι:
 1. Το προς εισαγωγή άτομο είναι αυτοεξυπηρετούμενο.
 2. Δεν φέρει σύνδρομο διανοητικής αναπηρίας ή φέρει σύνδρομο το οποίο όμως δεν φθάνει μέχρι διεγέρσεων, ώστε να γίνεται ανήσυχο και ακατάλληλο για συμβίωση.
 3. Δεν υπάρχει επιληψία.
 4. Δεν φέρει κατακλίσεις ή άλλα δυσεπούλωτα τραύματα.
 5. Δεν πάσχει από μολυσματικές ασθένειες, σύφιλη ή φυματίωση.
 6. Δεν πάσχει από οξύ νόσημα που απαιτεί ειδική νοσηλεία ή από καρκίνο.
- Απόφαση οικονομικής αδυναμίας (Ν.Δ.57/1972).
- Έκθεση Κοιν. Έρευνας που συντάσσεται από Κοιν. Λειτουργό της Νομ. Αυτ/σης του τόπου κατοικίας ή διαμονής, ή από όργανο οποιασδήποτε άλλης Δημόσιας Κοιν. Υπηρεσίας.
- Στοιχεία ταυτότητας.

Ρόλος της οικογένειας

Γενικά, η πλειονότητα των ατόμων ηλικίας άνω των 75 ετών κάνουν περισσότερα για τα παιδιά τους απ' ότι χρειάζεται να κάνουν τα παιδιά γι' αυτούς. Εντούτοις, όταν ή εάν η σωματική αδυναμία συνιστά πρόβλημα, οι ρόλοι γονέα-παιδιού τείνουν να αντιστραφούν, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στη συναισθηματική καταπόνηση της οικογένειας. Η κόρη ή η νύφη είναι συνήθως ο βασικός φροντιστής ενός ηλικιωμένου (Brakman, 1994) γεγονός που ενίοτε συνεπάγεται σημαντικό οικονομικό και συναισθηματικό κόστος.

Η ποιότητα ζωής του φιλάσθενου υπερήλικα μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά όταν τον φροντίζει κάποιο μέλος της οικογένειας. Το ηλικιωμένο άτομο αισθάνεται επιθυμητό, άνετα και σε οικείο περιβάλλον. Στο οικογενειακό περιβάλλον έχει μεγαλύτερη ελευθερία και προσωπικό έλεγχο παρά στο ίδρυμα. Με την αύξηση των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας συμπεριλαμβανομένων και των ιατρικών επισκέψεων στο σπίτι, υπάρχει ευκολότερη πρόσβαση στην παροχή συμβουλών και τη θεραπεία, γεγονός που ικανοποιεί τόσο τον πελάτη όσο και το φροντιστή.

Οι τυπικές υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων παρέχονται από το Κράτος, Ιδιωτικούς Οργανισμούς Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα και Ιδιωτικούς Οργανισμούς Κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Το Κράτος παρέχει κλειστή μακροχρόνια φροντίδα σε ηλικιωμένους μέσω Θεραπευτηρίων Χρονίων Παθήσεων, Κέντρων Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης, Ιδρυμάτων και Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Ο συνολικός αριθμός αυτών ανέρχεται σε 30, εκ των οποίων τα 8 αφορούν σε ψυχιατρική μακροχρόνια φροντίδα. Η πλειοψηφία των φορέων βρίσκεται στα μεγάλα αστικά κέντρα. Οι φορείς είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και χρηματοδοτούνται σε τακτική βάση από τον κρατικό προϋπολογισμό κατά πολύ μεγάλο ποσοστό, από νοσήλια που καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς και από άλλους πόρους (π.χ. δωρεές, κληροδοτήματα κλπ). Στους

φορείς δημοσίου δικαίου κατά κανόνα δεν υπάρχει συμμετοχή ηλικιωμένων. Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας για τον Ιούλιο 2002, ο συνολικός αριθμός ατόμων 60 ετών και άνω που φιλοξενούνται σε κρατικές μονάδες κλειστής περίθαλψης ανέρχεται σε 2660 άτομα, εκ των οποίων 671 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 60-65 ετών, 483 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 66-70, ενώ 1506 άτομα είναι άνω των 70 ετών. Σημειώνεται ότι παρότι ως ηλικιωμένοι θεωρούνται τα άτομα 65 ετών και άνω, οι φορείς αυτοί μπορούν να φιλοξενήσουν και άτομα μικρότερης ηλικίας. Όσον αφορά στον Ιδιωτικό Μη Κερδοσκοπικό Τομέα, λειτουργούν 57 Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων. Οι φορείς αυτοί είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου και τα έσοδά τους προέρχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία (νοσήλια), αν και οι περισσότεροι φορείς χρηματοδοτούνται σημαντικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Επίσης έχουν και άλλους πόρους (π.χ. δωρεές, κληροδοτήματα κλπ). Και σε αυτή την περίπτωση κατά κανόνα δεν υπάρχει συμμετοχή ηλικιωμένων. Οι Μονάδες αυτές, σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας για τον Ιούλιο 2002 φιλοξενούν 2805 άτομα, εκ των οποίων 146 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 60 - 65 ετών, 247 άτομα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 65-70 ετών, ενώ 2412 άτομα είναι άνω των 70 ετών. Σημειώνεται ότι και σε αυτήν την κατηγορία, οι φορείς μπορούν να φιλοξενήσουν και άτομα κάτω των 65 ετών. Για τον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό Τομέα, δεν υπάρχουν πλήρη και ακριβή στοιχεία, από πρόχειρους υπολογισμούς όμως ο αριθμός των φιλοξενουμένων 65 ετών και άνω εκτιμάται σε περίπου 3200 άτομα. Η αμοιβή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες αυτών των Μονάδων δεν καλύπτεται ασφαλιστικά και προέρχεται από ιδιωτικούς πόρους. Πέραν της κλειστής νοσηλείας, παρέχεται μακροχρόνια φροντίδα τύπου ανοικτής προστασίας, ιδίως μέσω του Προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι." Μέχρι τις αρχές του 2002 λειτουργούσαν 284 Μονάδες σε 253 Δήμους, εξυπηρετώντας περίπου 9000 άτομα άνω των 65 ετών, αν και δεν αφορούσαν όλες οι περιπτώσεις σε μακροχρόνια φροντίδα

ιατρικού τύπου. Το συνολικό κόστος του Προγράμματος καλύπτεται από δημόσιους πόρους.

Παράλληλα, ο νέος θεσμός των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας των Ηλικιωμένων αναμένεται να συμβάλει στην κάλυψη της ανάγκης για παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένους κατά τις εργάσιμες ώρες.

Αμοιβές & χρεώσεις

Το κόστος λήψης υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων βασίζεται στις αξιολογημένες ανάγκες φροντίδας ενός ατόμου και τη δυνατότητά του να πληρώσει. Ιδιαίτερη μέριμνα δίνεται σε ανθρώπους που μειονεκτούν οικονομικά. Είναι σημαντικό να γνωρίζετε ότι δεν θα σας αρνηθούν την πρόσβαση σε μια υπηρεσία εάν δεν μπορείτε να πληρώσετε. Όλοι οι άνθρωποι λαβαίνουν την ίδια ποιότητα φροντίδας ανεξάρτητα απ' το ποσό της χρέωσης που πληρώνουν. Για περισσότερες πληροφορίες για τις χρεώσεις και αμοιβές, επικοινωνήστε με τη Γραμμή Πληροφοριών Κοινοτικής Φροντίδας Ηλικιωμένων (Aged and Community Care Information Line) στο 1800 500 853.

Τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις

Οι χορηγοί υπηρεσιών φροντίδας ηλικιωμένων είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις σχετικά με τις υπηρεσίες που υπάρχουν. Ανεξάρτητα αν λαμβάνουν Ιδρυματική Φροντίδα ή Κοινοτική Φροντίδα, είναι σημαντικό να γνωρίζουν τα δικαιώματά τους, στα οποία περιλαμβάνεται το δικαίωμα:

- Να ενημερώνονται για τα δικαιώματά τους,
- Να συμμετέχουν και να ενημερώνονται για τις αποφάσεις που αφορούν τη φροντίδα τους,

- Να έχουν τον έλεγχο της ζωής τους, των χρημάτων και της περιουσίας τους,
- Να τους συμπεριφέρονται με αξιοπρέπεια και σεβασμό,
- Να συνεχίσουν να ασκούς τις πολιτισμικές και θρησκευτικές τους πρακτικές και να διατηρούν τη γλώσσα της αρεσκείας τους, χωρίς διακρίσεις,
- Να λαμβάνουν ποιοτική φροντίδα που ικανοποιεί τις ανάγκες τους,
- Να προβαίνουν σε παράπονα και ενέργειες για να επιλύουν τυχόν προβλήματα,
- Να προστατεύονται τα προσωπικά τους δεδομένα.

Γραμμή Πληροφοριών Φροντίδας Ηλικιωμένων (Aged Care Information Line): 1800 500 853 Η Γραμμή Πληροφοριών Φροντίδας Ηλικιωμένων παρέχει πληροφορίες για τις υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων, περιλαμβανομένων πληροφοριών για τις αμοιβές και χρεώσεις, εξέταση του εισοδήματος και οικονομική βοήθεια.

Νοσηλεία στο Νοσοκομείο

Τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω είναι οι κυριότεροι χρήστες ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Αν και οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύουν μόνο ένα μικρό μέρος του συνολικού πληθυσμού, η κάλυψη των αναγκών υγείας για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό ποσοστό όλων των εξόδων της υγειονομικής περίθαλψης. Η νοσοκομειακή περίθαλψη αυξάνεται με την ηλικία. Τα άτομα 85 ετών και άνω εμφανίζουν διπλάσιους ρυθμούς εξιτηρίων συγκριτικά με τα άτομα 65-74 ετών (NCHS 1999)

Για τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, το πιο συχνό πρόβλημα υγείας που οδηγεί σε εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι η καρδιοπάθεια.

Η επανεισαγωγή στο νοσοκομείο για χρόνιες παθήσεις και ή πολλαπλά προβλήματα υγείας δεν είναι ασυνήθης μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων και γίνεται όλο και πιο συχνή με την πάροδο της ηλικίας.

Μελετητές κατάληξαν στο συμπέρασμα ότι τα ηλικιωμένα άτομα ιδιαίτερα εκείνα με συνυπάρχουσες παθήσεις και μειωμένη λειτουργική ικανότητα, έχουν αυξημένο κίνδυνο δυσμενών εκβάσεων από τη βραχεία νοσηλεία τους στο νοσοκομείο.

5.2 ΑΝΟΙΧΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων τα γνωστά μας ΚΑΠΗ, στη χώρα μας είναι μοναδικές Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για τους Ηλικιωμένους και αποτελούν ιατροκοινωνικά προγράμματα στην εξυπηρέτηση του θεσμού ΠΑΡΜΟΝΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ.

Μερικές 10ετίες πριν, όταν άρχισαν να εμφανίζονται παράγοντες όπως: η αυξανόμενη μακροβιότητα σε συνδυασμό με την μείωση της γεννητικότητας, η εργασία της γυναίκας, η εξαφάνιση της παραδοσιακής γειτονιάς καθώς και η τάση ανεξαρτητοποίησης των γενεών, η οικογένεια φάνηκε να κλονίζεται στο ρόλο της να φροντίζει το μέλος που πρόσκαιρα ή μόνιμα αντιμετώπιζε ένα πρόβλημα. Για τους ηλικιωμένους, που αποτελούν και την πιο ευαίσθητη και πολυάριθμη πληθυσμιακή ομάδα, τα Ευρωπαϊκά Κράτη έσπευσαν στη δημιουργία διάφορων μορφών μονάδων συλλογικής διαβίωσης ιατροκοινοποιημένων και μη. Και ακόμη, ελλείψει τέτοιων μονάδων χρησιμοποίησαν για ιδρυματισμό τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα. Απεδείχθει όμως ότι η λύση του ιδρυματισμού ήταν όχι μόνο δαπανηρή αλλά και στις καλύτερες περιπτώσεις έβλεπε το πρόβλημα σαν ασθένεια, γιατί μόνο στα προβλήματα υγείας μπορούσε να ανταποκριθεί, ενώ άφηνε ακάλυπτες ανάγκες συναισθηματικές, κοινωνικές, πολιτιστικές κ.ά.

Την ίδια περίπου εποχή η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας διακηρύσσει ότι ΥΓΕΙΑ δεν είναι η απαλλαγή από τη νόσο αλλά η σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου υπογραμμίζοντας την ιδιότητα του σαν κοινωνικού όντος.

Μια άλλη απάντηση στο πρόβλημα, λιγότερο ιατροκοιμημένη που να αντιμετωπίζει και το κοινωνικό πρόβλημα και που να καλύπτει τις ανάγκες που προέρχονται κυρίως από:

α) την απομόνωση

β) την ανησυχία του για τα προβλήματα της υγείας του.

Αυτόματα διαγράφονται και οι στόχοι του θεσμού, οι οποίοι αντίστοιχα με τα παραπάνω προβλήματα είναι: η κοινωνική συμμετοχή, η προληπτική υγιεινή, η ενεργοποίηση.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ

Τα ΚΑΠΗ έχουν 30 χρόνια λειτουργίας. Το 1979 η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας κάλεσε τον Όμιλο Εθελοντών και του ζήτησε να συνεργασθεί στη δημιουργία ενός Πειραματικού Κέντρου Ανοιχτής (εξωϊδρυματικής) Προστασίας Ηλικιωμένων, στελεχωμένου από μια διεπιστημονική ομάδα προσωπικού: Γιατρό μερικής απασχόλησης, Κοινωνικό Λειτουργό, Φυσικοθεραπευτή, Επισκέπτη Υγείας ή Νοσηλεύτη, Εργοθεραπευτή, επίσης με Οικογενειακό Βοηθό.

Η φιλοσοφία του θεσμού

Ο θεσμός της ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ έχει σαν φιλοσοφία ότι κάθε κοινωνία για να προάγει μια ζωή ποιότητας των μελών της, έχει ανάγκη από την δημιουργική δράση όλων των πληθυσμιακών της ομάδων. Κάθε άτομο, χωρίς διάκριση ηλικίας ή κατάσταση υγείας και μειονεξίας, μπορεί να έχει τη θέση του μέσα στη μικρή ή ευρύτερη κοινότητα σαν ζωντανό κύτταρο, εφόσον

συνειδητοποιήσει τις ικανότητές του, και αντιμετωπίζει ανυπέρβλητα εμπόδια άμεσα ή έμμεσα από το περιβάλλον του. Ζει σε συνάρτηση με τον κοινωνικό του περίγυρο και έχει ανάγκη να παραμείνει στην κοινότητα και να συμμετέχει ενεργά και δημιουργικά. Εάν δεν έχει αυτές τις προϋποθέσεις διαβίωσης, ζει με μοναξιά, αδράνεια και περιθωριοποίηση, καταστάσεις που καταλήγουν στην απώλεια της αυτοεκτίμησής του, και την αυτοαπόρριψή του.

Υπάρχει η επιθυμία του καθενός μας να παραμείνουμε όσο το δυνατό περισσότερο στο χώρο που μας είναι ο οικείος, στο σπίτι μας και στη γειτονιά μας και ο σεβασμός της επιθυμίας μας αυτής αποτελεί βασική προστασία της Υγείας, αν μελετήσουμε τις δυσμενείς επιδράσεις που έχει η απομάκρυνση από το φυσικό μας περιβάλλον και ακόμη χειρότερα η εισαγωγή ενός ατόμου σε ίδρυμα. Αυτές οι σκέψεις σήμερα διαμόρφωσαν την άποψη ότι η παραμονή στο σπίτι εδραιώνεται σ' ένα δικαίωμα. Είναι συνταγματικά κατοχυρωμένο το δικαίωμα για την Υγεία. Και αυτό μπορεί να αναλυθεί στο δικαίωμα για ιατρική περίθαλψη αλλά και στο δικαίωμα «να παραμείνω στο φυσικό μου περιβάλλον».

Ο θεσμός της «Παραμονής στο Σπίτι» επιτρέπει, επίσης, την καλύτερη χρήση των πόρων της κοινότητας και τούτο διότι δίνει τη δυνατότητα να αναπτυχθεί το άτυπο σύστημα φροντίδας (συγγενείς-γειτόνες), αναπτύσσοντας την αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών, καθώς και την αυτοβοήθεια και αλληλοβοήθεια μεταξύ αυτών που μοιράζονται το ίδιο πρόβλημα.

ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ)

«Στόχος τους είναι να κρατήσουν τον ηλικιωμένο ενεργό, αυτόνομο και ισότιμο άτομο στην κοινότητα».

Αποτελούν Ιατροκοινωνικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο.

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν είναι:

1. Οργανωμένη ψυχαγωγία, εκδρομές με πούλμαν κ.ά.
2. Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε Μουσεία και Αρχαιολογικούς χώρους.
3. Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη.
4. Κοινωνική εργασία στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον τους.
5. Φυσικοθεραπεία.
6. Βοήθεια στο σπίτι για άτομα που έχουν ανάγκη εξυπηρέτησης.
7. Είναι πολύ σημαντικό το έργο που προσφέρουν οι ΟΜΑΔΕΣ ΑΥΤΕΝΕΡΓΕΙΑΣ των μελών των ΚΑΠΗ, που βοηθούν τα μέλη σε δραστηριοποίηση.
8. Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις.
9. Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα που προσφέρει ρόφημα, αναψυκτικά κ.τ.λ. και όπου βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Διοικούνται από 7μελές Διοικητικό Συμβούλιο, του οποίου τα μέλη είναι:

1. Ο κάθε φορά Δήμαρχος ή Αντιδήμαρχος, ως πρόεδρος του ΚΑΠΗ.
2. Ένας Δημοτικός σύμβουλος, που ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.
3. Ένα αιρετό μέλος του ΚΑΠΗ που εκλέγεται ανάμεσα σε πρόσωπα που ασχολούνται με ανθρωπιστικά επαγγέλματα και ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.
4. Ένας εκπρόσωπος των τοπικών Συλλόγων των Συνταξιούχων.
5. Ένας Δημότης, που προτείνει ο Δήμαρχος ανάμεσα σε πρόσωπα που ασχολούνται με ανθρωπιστικά επαγγέλματα και ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.
6. Ένας εκπρόσωπος των τοπικών Συλλόγων των Συνταξιούχων.
7. Ένας αιρετός υπάλληλος από τους εργαζόμενους στο ΚΑΠΗ.

Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΤΟΥΣ

α. Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.

β. Η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

γ. Η έρευνα σχετικών με τους ηλικιωμένους θεμάτων.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

1. Ιατρός με μερική απασχόληση
2. Κοινωνικός λειτουργός
3. Νοσηλεύτης
4. Φυσικοθεραπευτής
5. Εργοθεραπευτής
6. Οικογενειακή βοηθός



ΟΙ ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ

1. Κοινωνική συμμετοχή

Η πλήρης ανάπτυξη των προγραμμάτων ενός ΚΑΠΗ επιτυγχάνει τη διαφοροποίηση του από τα άλλα γνωστά ως σήμερα προγράμματα, που οργανώνονται από διάφορους φορείς και φιλανθρωπικές οργανώσεις, με παροχή πολύ περιορισμένων υπηρεσιών. Ο παραδοσιακός τρόπος «παροχής βοήθειας», παραχωρεί τη θέση του στην αναζήτηση κάθε μέσου, που οδηγεί στην «Ένταξη» στην κοινότητα.

2. Προληπτική υγιεινή

Όπως έχει παρατηρηθεί, οι ηλικιωμένοι δεν είναι πολλές φορές σε θέση να ξεχωρίσουν την αρρώστια από τα γηρατειά. Αυτό αποτελεί και την κυριότερη αιτία που κάνουν τόσο μεγάλη χρήση φαρμάκων οι άνω των 65 ετών, οι οποίοι ενώ αποτελούν το 13% του πληθυσμού καταλαμβάνουν αναλογικά το 40% των κρεβατιών στα νοσοκομεία, αφήνοντας το υπόλοιπο 60% του πληθυσμού που ανήκει στις νεότερες ηλικίες.

Η πρόληψη μέσα στα ΚΑΠΗ διακρίνεται σε:

- α) πρωτογενή (εμβολιασμοί, συμβουλές για τν αποφυγή ατυχημάτων) και
- β) δευτερογενή (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια πολλές φορές θεραπεία).

Στο ΚΑΠΗ, στα πλαίσια της προληπτικής υγιεινής διενεργούνται διαβητολογικές εξετάσεις (καμπύλη σακχάρου, χοληστερίνη, ουρία, σάκχαρο κ.τ.λ.), καρδιολογικές με ηλεκτροκαρδιογράφημα, ακτινογραφίες θώρακα, κυτταρολογικές εξετάσεις στις γυναίκες, εξετάσεις για προστάτη, μαστογραφίες κ.ά.

3. Ενεργοποίηση

Η Ενεργοποίηση είναι η Τρίτη φάση μιας διαδικασίας στην οποία φτάνει ο ηλικιωμένος όταν έχει πειστεί ότι η υγεία του είναι υπό παρακολούθηση και έχει ήδη κοινωνικοποιηθεί με τη συμμετοχή του στα ποικίλα προγράμματα του Κέντρου. Εδώ κρίνεται η όλη ικανότητα του προσωπικού Κέντρου, κυρίως της Κοινωνικής Λειτουργού. Είναι εκείνη που με το έμπειρο μάτι της και σε συνεργασία με τον Εργοθεραπευτή και όλο το προσωπικό διακρίνει τις ικανότητες των ηλικιωμένων, τα μικρά τους ταλέντα, υποκινεί κάθε δυνατότητα δημιουργίας ομάδων Αυτενέργειας. Οι ομάδες Αυτενέργειας έχουν σκοπό την ενεργοποίηση των μελών, και την πλήρη ενσωμάτωσή τους στην κοινότητα, μέσα από τα ΚΑΠΗ.

Συγκροτούνται ομάδες και επιτροπές αυτενέργειας ανάλογες με τα ενδιαφέροντα τους.

Ενδεικτικά αναφέρουμε μερικές απ' αυτές που είναι και οι πιο συνηθισμένες:

α. Θεάτρου, με συμμετοχή πολλές φορές και άλλων ηλικιών (παιδιών, εφήβων, ενηλίκων), χορωδιών, παραδοσιακών χορών, γυμναστικής.

β. Δημοσιογραφίας, που εκδίδει εφημερίδα με τα νέα του ΚΑΠΗ και λογοτεχνήματα των μελών, εκδόσεις διηγημάτων και παραμυθιών.

γ. Αλληλεγγύης, για συμπαράσταση και υποστήριξη σε μέλη που έχουν ανάγκη.

δ. Κεραμικής, πυρογραφίας, κατασκευών καραγκιόζη, κεντημάτων, αποξήρανση λουλουδιών, αναπαλαίωσης εικόνων, χαλκογραφίας, χειροτεχνίας, με κατά καιρούς εκθέσεις των χειροτεχνημάτων.

ε. Καντίνας για την εξυπηρέτηση της λέσχης των μελών.

στ. Κηπουρικής και ανθοκομίας, διαγωνισμού για το πιο όμορφο μπαλκόνι.

ζ. Ζαχαροπλαστικής, καταγραφής συνταγών, μεζέδων κ.ά.

η. Κατασκευή παιχνιδιών, χαρταετών κ.ά.

θ. Κατασκευών Κοσμημάτων

ι. Δημιουργία Δανειστικής Βιβλιοθήκης.

ια. Ομάδες για εκδρομές, περιπάτους, επισκέψεις μουσείων, θαλάσσια μπάνια, γεύμα σε συνεστιάσεις, παρελάσεις, κ.ά.

ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΕΙΣ – ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ ξεκίνησε με δυναμισμό και στέρεες βάσεις και αποτελεί την αρχή μιας νέας πολιτικής.

Ο δυναμισμός του δεν του επιτρέπει στατικότητα, αλλά τον οδηγεί σε διασυνδέσεις και συνεργασίες με άλλους φορείς, που ο καθένας στον κύκλο της αρμοδιότητάς του συμπληρώνει με παροχές και υπηρεσίες.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" απευθύνεται σε **άτομα της τρίτης ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα**, με προτεραιότητα αυτούς που ζουν μόνοι τους ή δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειας ή που το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Σκοπός του προγράμματος είναι η **βελτίωση της ποιότητας ζωής** των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς και ατόμων με κινητικά ή άλλα ειδικά προβλήματα (ΑμεΑ), η υποβοήθηση της αυτόνομης και αξιοπρεπούς διαβίωσης, η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος των επωφελούμενων και η προώθηση στην απασχόληση ικανού και εξειδικευμένου προσωπικού.

Το πρόγραμμα παρέχει **συμβουλευτική και ψυχολογική υποστήριξη, νοσηλευτική φροντίδα, οικογενειακή βοήθεια και συντροφιά.**

Η ομαλή λειτουργία του προγράμματος εξασφαλίζεται από μια εξειδικευμένη και καλά οργανωμένη **ομάδα 4 ατόμων σε κάθε δομή** και αποτελείται από μια **κοινωνική λειτουργό**, μια **νοσηλεύτρια** και **δύο οικογενειακές βοηθούς**. Η κάθε ομάδα υποστηρίζεται από έναν **γιατρό** που παρέχει γενικές ιατρικές υπηρεσίες και συμβουλές, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο.

Η κοινωνική λειτουργός του προγράμματος έχει τη συνολική εποπτεία των ωφελούμενων, αξιολογώντας τα περιστατικά, παρέχοντας κοινωνική

υποστήριξη, ερχόμενη σε επαφή με συναρμόδιους φορείς και παραπέμποντας περιστατικά που δεν άπτονται των υπηρεσιών του προγράμματος.

Οι εξυπηρετούμενοι ωφελούνται των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας που προσφέρει η νοσηλεύτρια του προγράμματος και οι οποίες αφορούν σε κατ' οίκον επισκέψεις για τη μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων, τη συνταγογράφηση των φαρμάκων καθώς και συνοδεία σε νοσοκομεία για τις προγραμματισμένες εξετάσεις τους.

Παράλληλα, η οικογενειακή βοηθός του προγράμματος αναλαμβάνει τη διεκπεραίωση εξωτερικών εργασιών, την προμήθεια των ηλικιωμένων με είδη άμεσης ανάγκης, καθώς και την καθαριότητα του σπιτιού τους. Μια επιπλέον αρμοδιότητα των οικογενειακών βοηθών, ίσως η πλέον σημαντική για τους ανθρώπους αυτούς, είναι η συντροφιά που προσφέρουν αποδεικνύοντας έμπρακτα τον κοινωνικό χαρακτήρα του προγράμματος.

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

Σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει τον ηλικιωμένο να διεκπεραιώσει τις δραστηριότητες εκείνες που συντελούν στη διατήρηση της υγείας και στην αποκατάσταση της σε περίπτωση νόσου ή ακόμα και στον ειρηνικό θάνατο.

Στη φροντίδα του ηλικιωμένου τέσσερις σπουδαίοι παράγοντες πρέπει να ληφθούν υπόψη και να τεθούν σαν βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας.

1. διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου
2. ενθάρρυνση για φροντίδα
3. διδασκαλία – αγωγή υγείας του ηλικιωμένου και της οικογένειας.
4. ομαδική εργασία και συνεργασία του νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ

6.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΙΠΛΑ ΣΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ

Η νοσηλεύτρια, μέλος της ομάδας υγείας στο περιφερειακό επίπεδο, βρίσκεται σε θέση ν' αντιληφθεί, ν' αναγνωρίσει αλλά και να ενεργήσει κατάλληλα, όταν ένας ηλικιωμένος παρουσιάζει τα πρώτα σημεία τα οποία μπορεί να είναι η αρχή κάποιας οργανικής βλάβης, συναισθηματικής ή άλλης δυσκολίας. Συχνά στη φάση αυτή αυτό που χρειάζεται ο υπερήλικας είναι ίσως η ενδεδειγμένη νοσηλευτική ή άλλη παρέμβαση. Πριν από κάθε νοσηλευτική παρέμβαση πάντα προηγείται η νοσηλευτική αξιολόγηση. Αυτή, γίνεται από ένα ή και περισσότερα μέλη της νοσηλευτικής ομάδας.

Όταν διαπιστωθεί ότι ο υπερήλικας έχει προβλήματα που δεν άπτονται μόνο των νοσηλευτικών ευθυνών, αλλά και άλλων φορέων, τότε στην αξιολόγηση συμμετέχουν και άλλα μέλη της ομάδας υγείας. Σ' αυτή τη φάση πιθανόν να διαπιστωθεί πως ο υπερήλικας μπορεί να αντιμετωπισθεί με πλήρη επάρκεια από την ομάδα υγείας στο περιφερειακό επίπεδο ή πρέπει να παραπεμφθεί για ειδική βοήθεια κάπου αλλού.

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα του υπερήλικα

Η Νοσηλευτική ασχολείται με την υγεία αλλά και την ασθένεια σε όλες τις φάσεις της Ζωής του ανθρώπου. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη Βοήθεια των υπερηλίκων είναι ο ίδιος με αυτόν των άλλων ηλικιών. Είναι όμως γεγονός πως χρειάζονται εσωτερικά δυνατά κίνητρα, υπομονή, κατανόηση, αλλά και ψυχικό σθένος, για να προσφέρει η νοσηλεύτρια στον υπερήλικα νοσηλευτική βοήθεια. Συνολικά ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα του υπερήλικα μπορεί να ορισθεί ως εξής:

1. Η εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών του ατόμου ή ομάδας ατόμων.

2. Ο προγραμματισμός και η εφαρμογή της νοσηλευτικής βοήθειας που έχει προγραμματιστεί και τέλος η αξιολόγηση της προσφερόμενης νοσηλευτικής βοήθειας.

3. Η συνεργασία με άλλα επαγγέλματα που ασχολούνται με τον υπερήλικα άρρωστο ή υγιή - και την οικογένειά του για την υλοποίηση των αναφερόμενων στην παράγραφο 1 και 2, όταν φυσικά χρειάζεται.

4. Η προαγωγή της τέχνης και επιστήμης της Γεροντολογικής και Γηριατρικής Νοσηλευτικής με την έρευνα και την εφαρμογή των ευρημάτων της έρευνας.

Οι βασικές αρχές που διέπουν τη Νοσηλευτική βοήθεια των ηλικιωμένων είναι οι εξής:

1. Η νοσηλευτική βοήθεια πρέπει να εξατομικεύεται, λαμβάνοντας υπόψη το παρελθόν και το παρόν του υπερήλικα, τις ανάγκες και τις προσωπικές του επιδιώξεις.
2. Η κατανόηση ρεαλιστικών και πραγματοποιήσιμων επιδιώξεων που αποβλέπουν στη βοήθεια του υπερήλικα να αποκτήσει την αίσθηση της επίτευξης και της ανάπτυξης σκοπού, όπως είναι η συμμετοχή του στη διαμόρφωση των στόχων της φροντίδας του.
3. Ο υπερήλικας πρέπει να έχει ενεργό συμμετοχή στον όλο προγραμματισμό της βοήθειάς του, γι' αυτό η νοσηλεύτρια οφείλει, να μάθει κάτι γι' αυτόν, πριν από την πρώτη επικοινωνία μαζί του, ν' ανακαλύψει τις δυνατότητες του, ν' ακούσει τις προτιμήσεις του, να επικεντρωθεί σ' αυτό που μπορεί να κάνει, να ρωτάει τη γνώμη του και να τον ενισχύει να κάνει μόνος του την εκλογή, όταν χρειάζεται, και να παίρνει τις αποφάσεις. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποφεύγει να παίρνει αποφάσεις γι' αυτόν, γιατί τον μειώνει, τον κάνει εξαρτημένο και μελαγχολικό.
4. Η διατήρηση και προαγωγή της αυτοφροντίδας.

5. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες πρέπει να γίνονται με τον υπερήλικα και όχι για τον υπερήλικα.
6. Επιβάλλεται να γίνονται απαραίτητες τροποποιήσεις και συμβιβασμοί στην προσφορά νοσηλευτικής βοήθειας στον υπερήλικα, όταν το απαιτούν οι φυσιολογικοί περιορισμοί του.
7. Πρέπει να ενισχύεται η ατομικότητα του υπερήλικα, να διατηρείται η ακεραιότητα του και η αίσθηση του ελέγχου, τα οποία η νοσηλεύτρια επιτυγχάνει με το να ενισχύει να χρησιμοποιεί οτιδήποτε βοηθάει στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ του παρελθόντος και του παρόντος. Να διαθέτει χρόνο στον υπερήλικα για να εκφράσει τα αισθήματά του, να τον βοηθάει να διατηρήσει την κοινωνική εκτίμηση.
8. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να διατηρούνται στο κεντρικό ρεύμα της ζωής για να παρεμποδίζεται η φυσική, η συναισθηματική και η διανοητική επιβάρυνσή τους.
9. Βοηθείται ο υπερήλικας να χρησιμοποιεί τις δυνατότητές του με την επιλογή δραστηριοτήτων που μπορεί να διεκπεραιώσει και διατηρούν το ενδιαφέρον του για ζωή ή ακόμη με την δημιουργία ευκαιριών να ακούσει, να μάθει, να ζήσει το παρόν.
10. Η νοσηλεύτρια γνωρίζει πως κάθε αλλαγή αποτελεί απειλή ή πηγή άγχους για τον υπερήλικα.
11. Ικανοποίηση της ανάγκης της επικοινωνίας του υπερήλικα στο σπίτι ή στο ίδρυμα.

Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα προσπαθεί:

- Να ακούει με κατανόηση τις ατέλειωτες ανησυχίες που τον περιβάλλουν.
- Να διαθέτει χρόνο για να ακούσει τον υπερήλικα που ζει στο ίδρυμα ή μόνος στο σπίτι του και συχνά δεν έχει άλλον επισκέπτη απ' αυτήν.
- Να εξηγεί, όσο μπορεί πιο καλά, τι σημαίνουν τα συμπτώματα – ενοχλήματα – που ίσως παρουσιάζει.

- Να τον ενθαρρύνει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών, σε ρεαλιστική βάση.
- Να εφαρμόζει νοσηλευτικά μέτρα για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών ή να εξασφαλίζει ιατρική βοήθεια, όταν αυτή χρειάζεται.
- Να τον ενημερώνει, σε μια συστηματική προσπάθεια, για τη δράση και επίδραση των φαρμάκων που χρησιμοποιεί.

6.2 Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΩΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Όλες οι μορφές επικοινωνίας είναι μορφές διαπροσωπικών σχέσεων.

Η πρόσωπο με πρόσωπο επικοινωνία δυο ανθρώπων συλλαμβάνεται με μια ή και περισσότερες από τις πέντε αισθήσεις. Τα μηνύματα στην επικοινωνία μεταφέρονται από το ένα πρόσωπο στο άλλο με:

1. Τον προφορικό λόγο, το ρυθμό, τις παύσεις, την έμφαση και τον τόνο της φωνής (λεκτική επικοινωνία).
2. Τη γλώσσα του σώματος, δηλαδή το βλέμμα, τις χειρονομίες, την έκφραση του προσώπου, τη στάση του σώματος, την τήρηση της σωματικής απόστασης, τη σωματική επαφή, το ντύσιμο (μη λεκτική επικοινωνία).

Σημαντικό ρόλο στην επικοινωνία παίζουν και διάφοροι κοινωνικοί παράγοντες. Η ανθρώπινη επικοινωνία είναι πολύ περίπλοκη. Υπάρχουν φανερά προβλήματα στην κατανομή εξεζητημένων λέξεων, μη λεκτικών επικοινωνιών ή των υπονοούμενων που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι στην επικοινωνία.

Επίσης, παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η κοινωνική θέση, η γλώσσα, η ισχύς και οι κοινωνικοί ρόλοι δρουν καταλυτικά στην επικοινωνία μεταξύ των ανθρώπων.

Τέλος, διάφοροι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες παρεμβαίνουν στην επικοινωνία και την επηρεάζουν. Τέτοιοι είναι οι μηχανισμοί άμυνας, τα πιστεύω και οι αξίες, οι προκαταλήψεις, η αλαζονεία και οι παρανοήσεις.

Συμβουλευτική

Σκοπός της συμβουλευτικής είναι να δώσει στον ασθενή μια ευκαιρία να διερευνήσει, να ανακαλύψει και να ξεκαθαρίσει τρόπους που θα τον βοηθήσουν να ζει πιο ικανοποιητικά και αποτελεσματικά.

Οι νοσηλευτές είναι επαγγελματίες υγείας που έχουν εφοδιαστεί με ειδική εκπαίδευση, προκειμένου να είναι σε θέση να ανταποκρίνονται στις σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες των ανθρώπων – υγιών και ασθενών – που φροντίζουν. Από τους νοσηλευτές αναμένεται να διαθέτουν ικανότητες για το χειρισμό των ανθρώπων και να είναι σε θέση να αντλούν πληροφορίες για την κατάσταση αυτών που φροντίζουν. Επίσης, να είναι σε θέση να χρησιμοποιούν το λόγο σαν θεραπευτικό και ανακουφιστικό μέσο.

Η συνέντευξη και οι συμβουλευτικές παρεμβάσεις υπαγορεύονται από πολλούς παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν και του συμβούλιο και το συμβουλευόμενο. Αυτοί είναι:

- η αυτοαντίληψη του καθενός
- οι αξίες και η αυτοαξιολόγηση
- η συνείδηση της ποικιλίας των στοιχείων
- οι διαδικασίες και οι μηχανισμοί άμυνας
- Οι σχέσεις αιτίου-αποτελέσματος
- Οι προσδοκίες, η αντίληψη και τα αισθήματα

Η σιωπή ως μέσο επικοινωνίας

Το να μάθουμε να σιωπούμε είναι σημαντικό. Η σιωπή είναι μια δύσκολη άσκηση και η ενεργός ακρόαση επίμονη και επίπονη. Η σιωπή είναι μια

δεξιότητα που διδάσκεται, μαραίνεται και είναι μια από τις δυσκολότερες τεχνικές τόσο για να μαθευτεί όσο και για να εφαρμοστεί. Το συμβουλευόμενο άτομο μέσω της σιωπής ικανοποιεί κάποια ανάγκη του, ερμηνεύει, σκέφτεται και προβαίνει σε αντιπαράθεση με τον σύμβουλο.

Η αφή ως μέσο επικοινωνίας

Η αφή αποτελεί μια μορφή ανθρώπινης επικοινωνίας. Ο νοσηλευτής, όταν τη χρησιμοποιεί ως μέσο επικοινωνίας, θα πρέπει να γνωρίζει και να αναγνωρίζει τις επιδράσεις και τα αποτελέσματα της στον ασθενή, τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά της αφής καθώς και πού πρέπει κάθε φορά να τα χρησιμοποιεί ανάλογα με τον ασθενή και την κατάστασή του.

Η νοσηλευτική χρήση της απτικής επαφής βοηθά τον ασθενή να αναπτύξει μια πιο θετική, σωματική αυτό-εικόνα και αυτοεκτίμηση μέσω της αποδοχής που επιδεικνύεται από το νοσηλευτή με τη σωματική επαφή ενός πάσχοντος μέλους ή με τον τρόπο που ο νοσηλευτής ανταποκρίνεται στο συναισθηματικό πρόβλημα του ασθενή με το να το κρατάει το χέρι.

- Διάρκεια της απτικής επαφής
- Σημεία απτικής επαφής

Η ιδιωτική ζώνη

Με την έκφραση «ιδιωτική ζώνη» εννοούμε τη συνήθη απόσταση στην οποία επιτρέπει κάποιος άνθρωπος στους άλλους να τον πλησιάζουν.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Μεθοδολογία ερευνητικού μέρους

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

7.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας είναι να μελετήσουμε την ποιότητα ζωής ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα (οίκους ευγηρίας) και ηλικιωμένων που ζουν στο δικό τους χώρο.

7.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

1. Νιώθει ικανοποιημένος ένας υπερήλικας που ζει σε οίκους ευγηρίας;
2. Μπορεί ο ηλικιωμένος να καλύψει τις ανάγκες του (ψυχολογικές – σωματικές) εάν ζει μόνος του;
3. Τι αντίκτυπο έχει στη ζωή του ηλικιωμένου η οικονομική αλλά και η οικογενειακή του κατάσταση;

7.3 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα μας πραγματοποιήθηκε στα ΚΑΠΗ της πόλης του Ηρακλείου και συγκεκριμένα στα ΚΑΠΗ Θερίσσου, Αγίας Τριάδας, Μασταμπά, Αλικαρνασσού, Πόρου και Αγίου Δημητρίου, επίσης στα γηροκομεία Αγίου Ιωάννη και Πόρου (Ηρα), το διάστημα Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2008.

Ο τρόπος συλλογής των δεδομένων μας έγινε με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας.

Το δείγμα μας προσεγγίστηκε με τη μέθοδο της συνέντευξης στο χώρο του εκάστοτε ΚΑΠΗ, ή γηροκομείου, για να συλλέξουμε τα δεδομένα χρησιμοποιήσαμε ερωτηματολόγιο, (το οποίο και παραθέτουμε παρακάτω).

Για την έρευνα των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν χρησιμοποιείται η περιγραφική στατιστική ανάλυση. Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν σε κυκλικά διαγράμματα.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Ηλικία
.....
2. Φύλο
.....
3. Ύπαρξη συγγενών ΝΑΙ ΟΧΙ
4. Βαθμός συγγενών
5. Συμμετέχετε σε κοινωνικές δραστηριότητες (βόλτες - εκδρομές) ΝΑΙ ΟΧΙ
6. Έχετε οικονομική άνεση; ΝΑΙ ΟΧΙ
7. Πάσχετε από κάποιο πρόβλημα υγείας; ΝΑΙ ΟΧΙ
8. Ποια είναι η ημερομηνία σήμερα;
9. Τι έτος έχουμε;
10. Σε ποια χώρα ζούμε;
11. Ποιο είναι το όνομα αυτής της πόλης;
12. Αφαιρέστε 7 από τα 100
13. Είστε ευχαριστημένος από τη ζωή σας; ΝΑΙ ΟΧΙ
14. Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας; ΝΑΙ ΟΧΙ
15. Έχετε καλή διάθεση τον περισσότερο καιρό; ΝΑΙ ΟΧΙ
16. Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος; ΝΑΙ ΟΧΙ
17. Πιστεύετε ότι είναι ωραίο να ζει κανείς; ΝΑΙ ΟΧΙ
18. Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς; ΝΑΙ ΟΧΙ
19. Ικανότητα χρησιμοποίησης τηλεφώνου; ΝΑΙ ΟΧΙ
20. Ικανότητα για ψώνια; ΝΑΙ ΟΧΙ
21. Κάνετε δουλειές του νοικοκυριού; ΝΑΙ ΟΧΙ
(προετοιμασία γευμάτων - πλύσιμο)
22. Μεταφέρεστε μόνος -η; ΝΑΙ ΟΧΙ
23. Είστε υπεύθυνος για τα φάρμακά σας; ΝΑΙ ΟΧΙ
24. Διαχειρίζεστε τα χρήματά σας μόνος σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

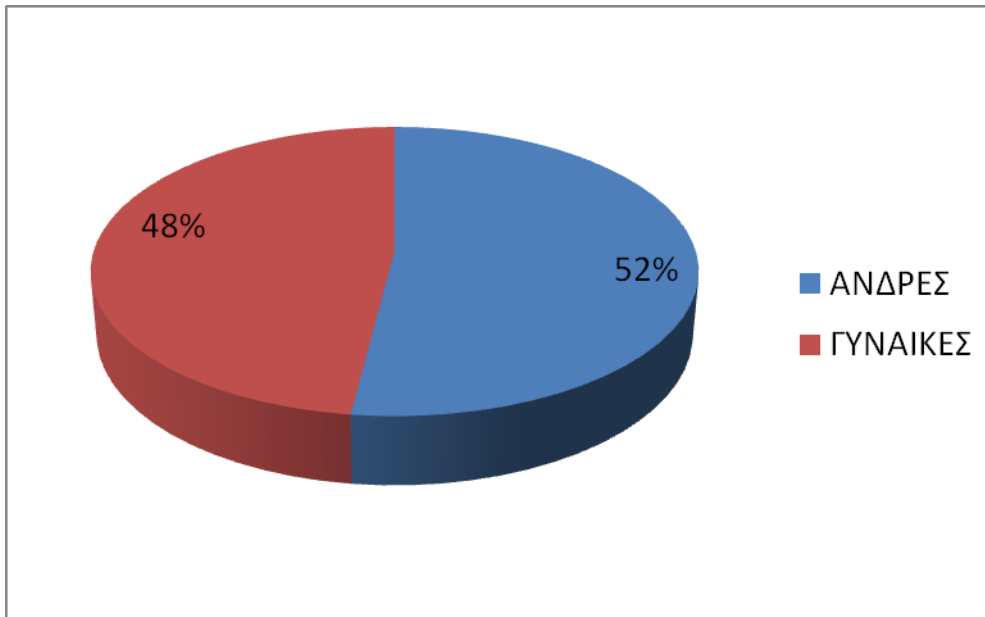
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

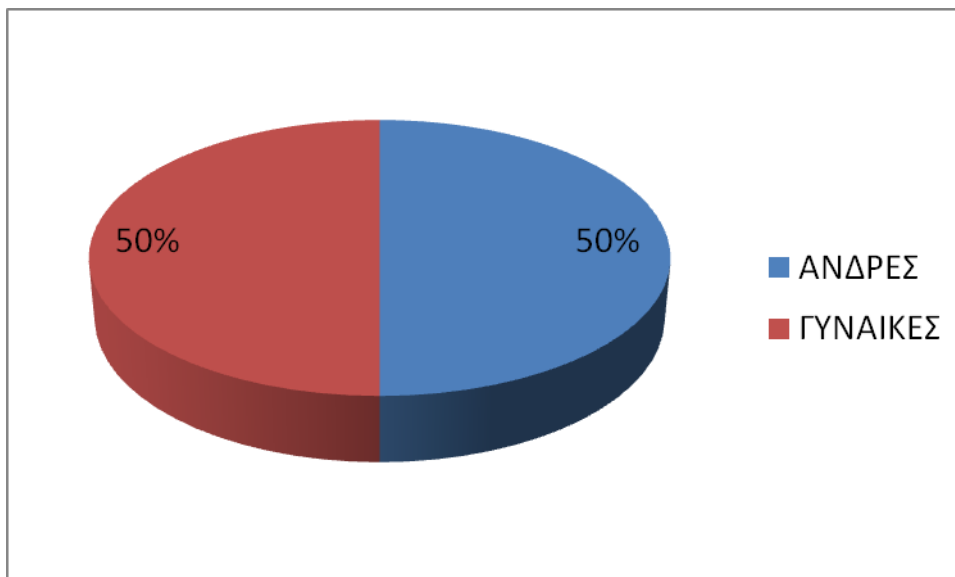
Ερώτηση 2

Φύλο του δείγματος

ΚΑΠΗ



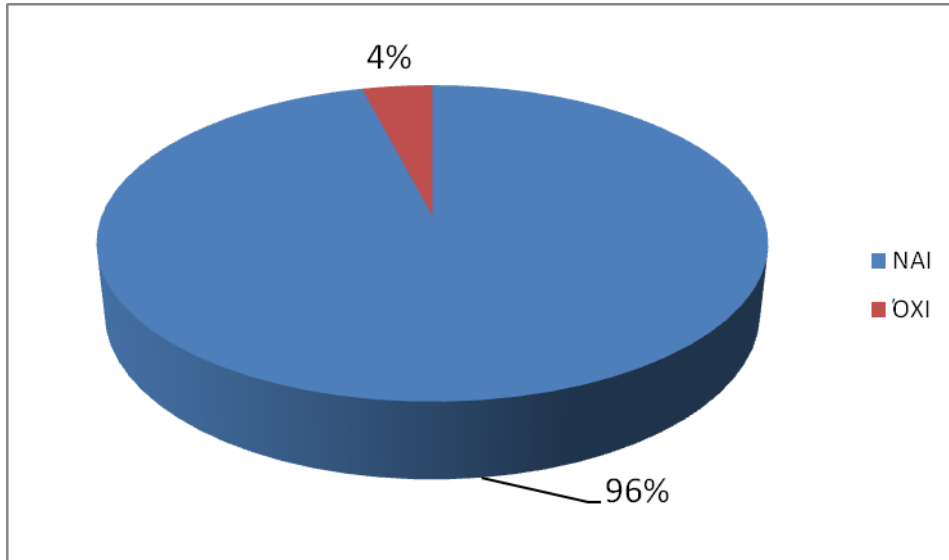
ΙΑΡΥΜΑ



Ερώτηση 3 και 4

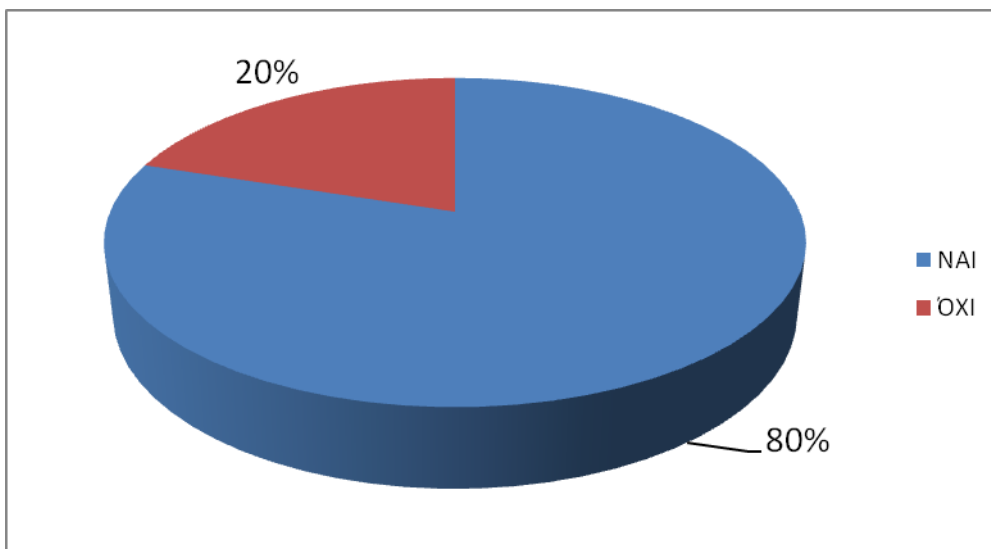
Ύπαρξη συγγενών και βαθμός συγγένειας

ΚΑΠΗ



Από τους 96 ερωτηθέντες που είχαν συγγενείς οι 87 είχαν συγγενείς 1^{ου} βαθμού ενώ οι υπόλοιποι 9 είχαν συγγενείς 2^{ου} και 3^{ου} βαθμού.

ΙΑΡΥΜΑ

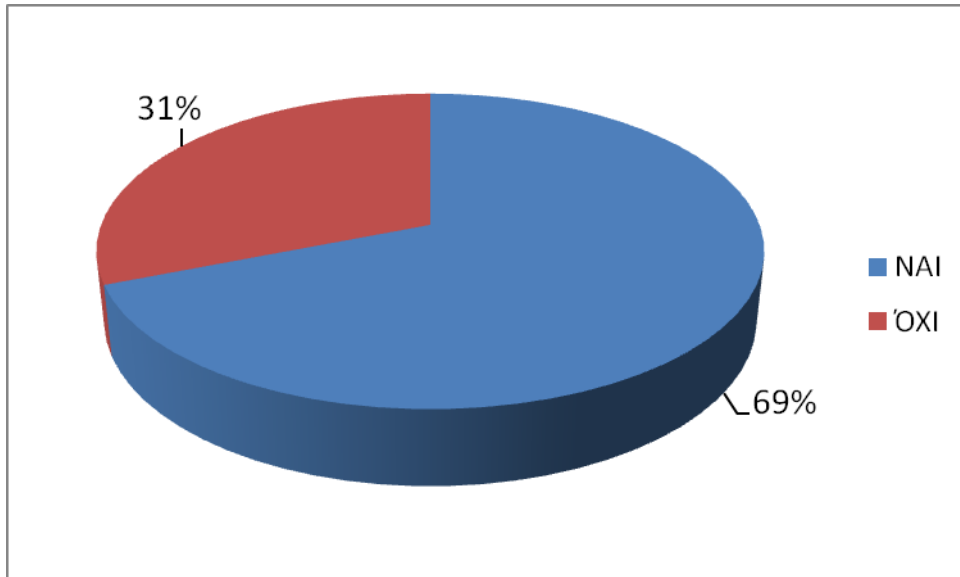


Από τους 80 ερωτηθέντες που είχαν συγγενείς οι 71 είχαν 1^{ου} βαθμού, ενώ οι υπόλοιποι 9 είχαν συγγενείς 2^{ου} και 3^{ου} βαθμού.

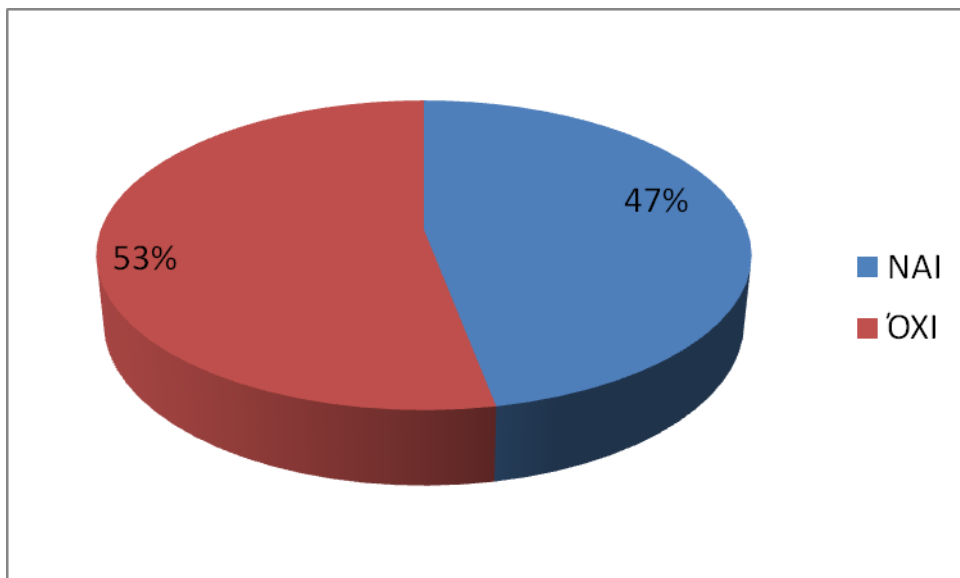
Ερώτηση 5

Συμμετέχετε σε κοινωνικές δραστηριότητες (βόλτες – εκδρομές).

ΚΑΠΗ



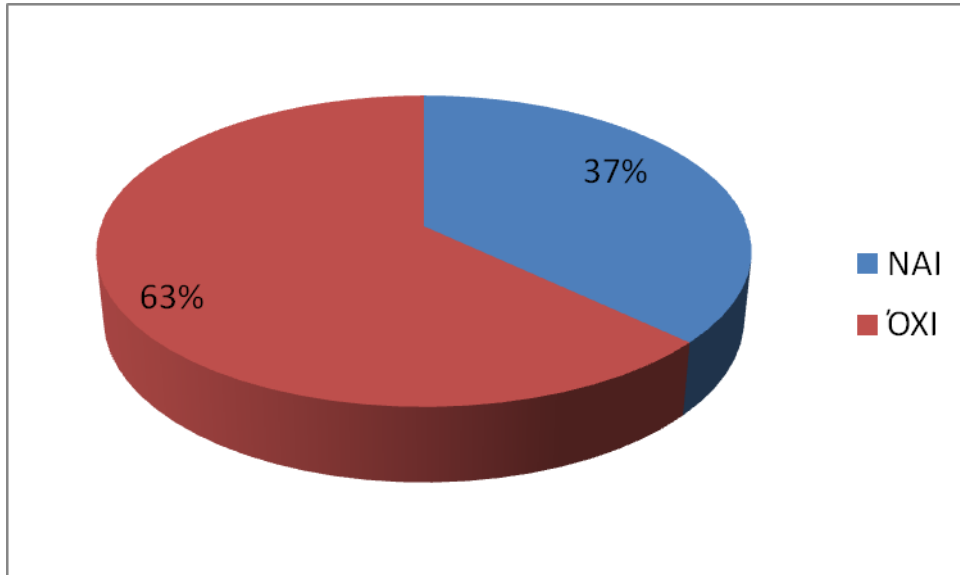
ΙΑΡΥΜΑ



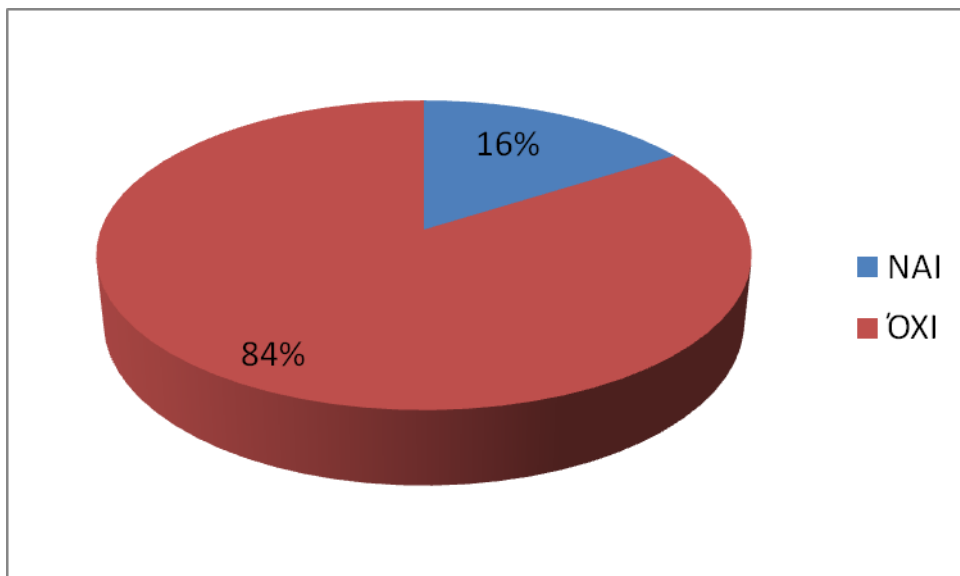
Ερώτηση 6

Έχετε οικονομική άνεση;

ΚΑΠΗ



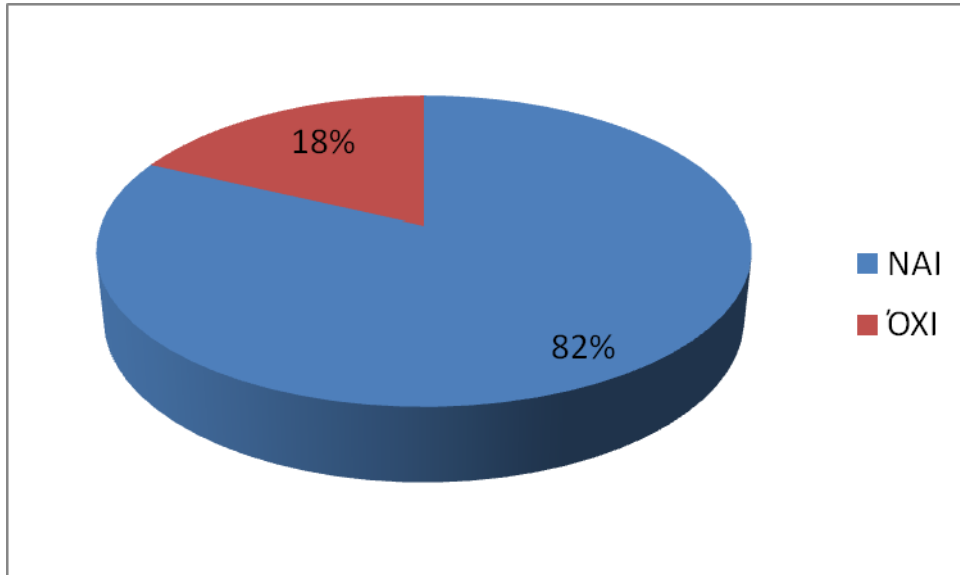
ΙΔΡΥΜΑ



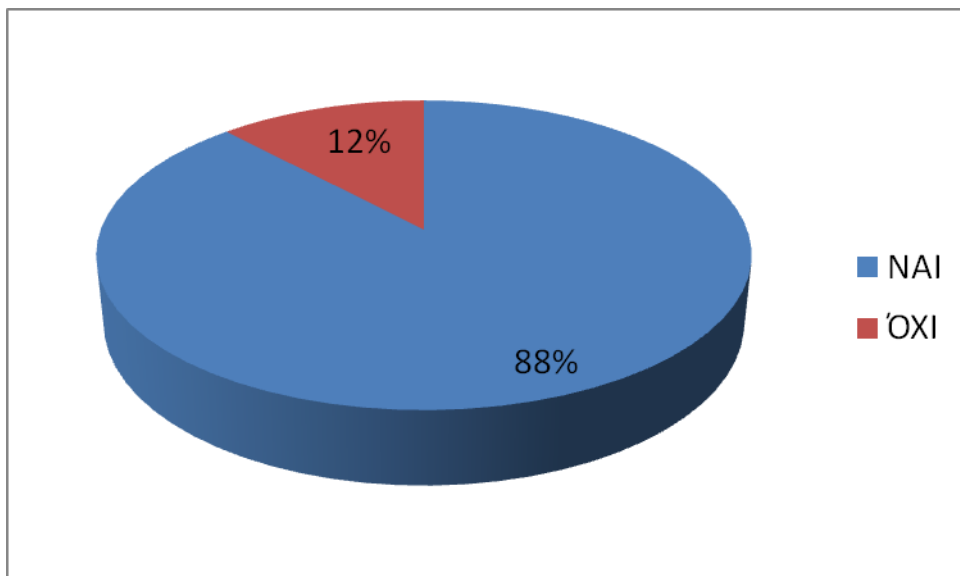
Ερώτηση 7

Πάσχετε από κάποιο πρόβλημα υγείας;

ΚΑΠΗ



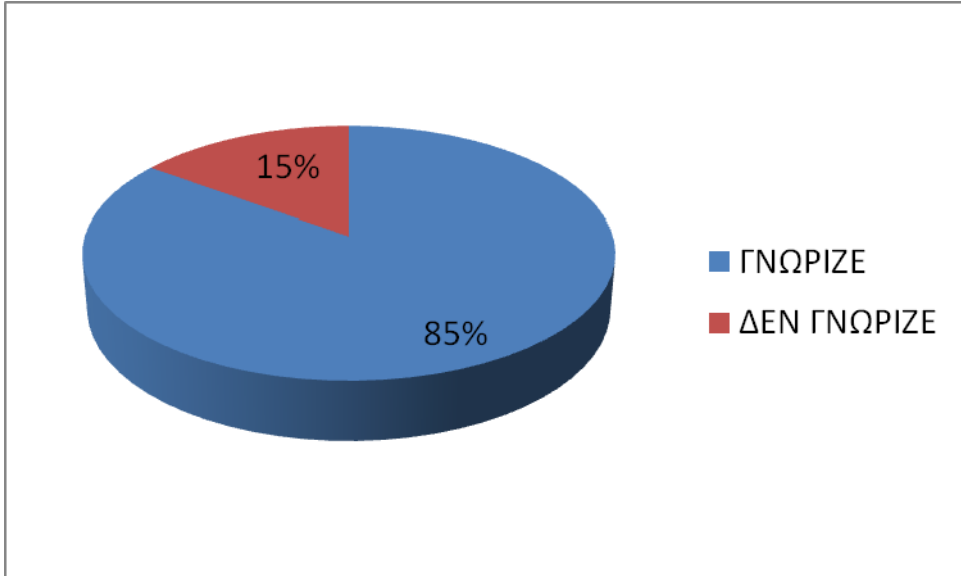
ΙΔΡΥΜΑ



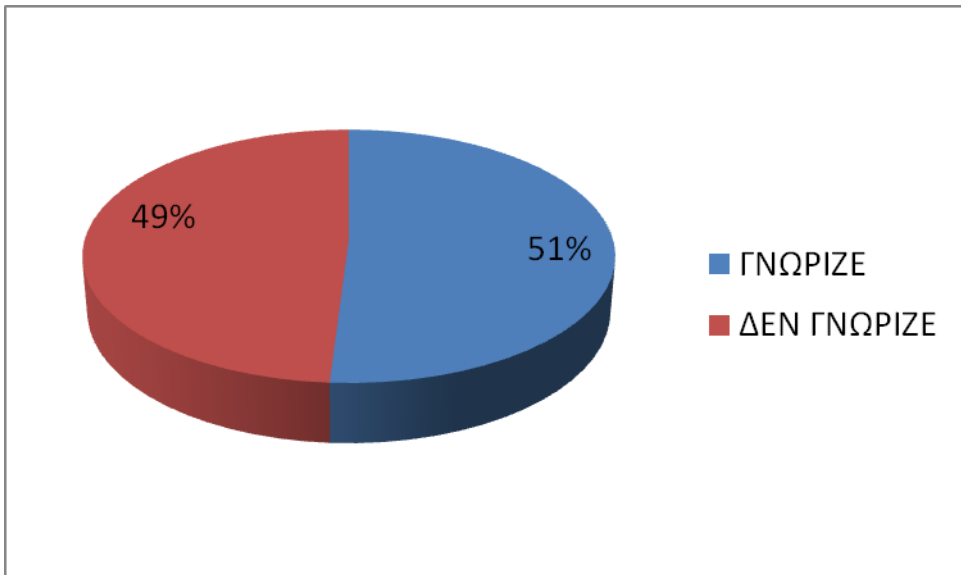
Ερώτηση 8

Ποια είναι η ημερομηνία σήμερα;

ΚΑΠΗ



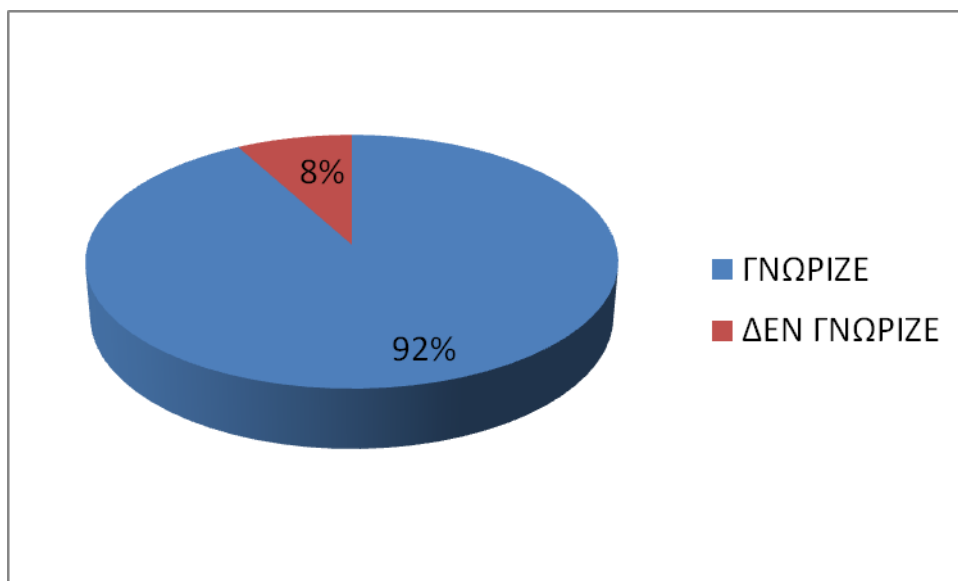
ΙΑΡΥΜΑ



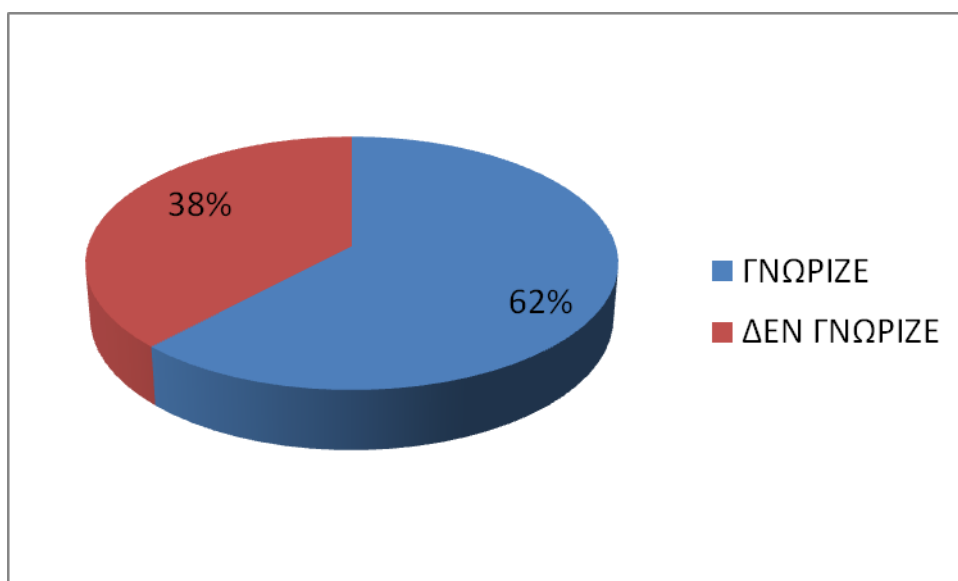
Ερώτηση 9

Τι έτος έχουμε;

ΚΑΠΗ



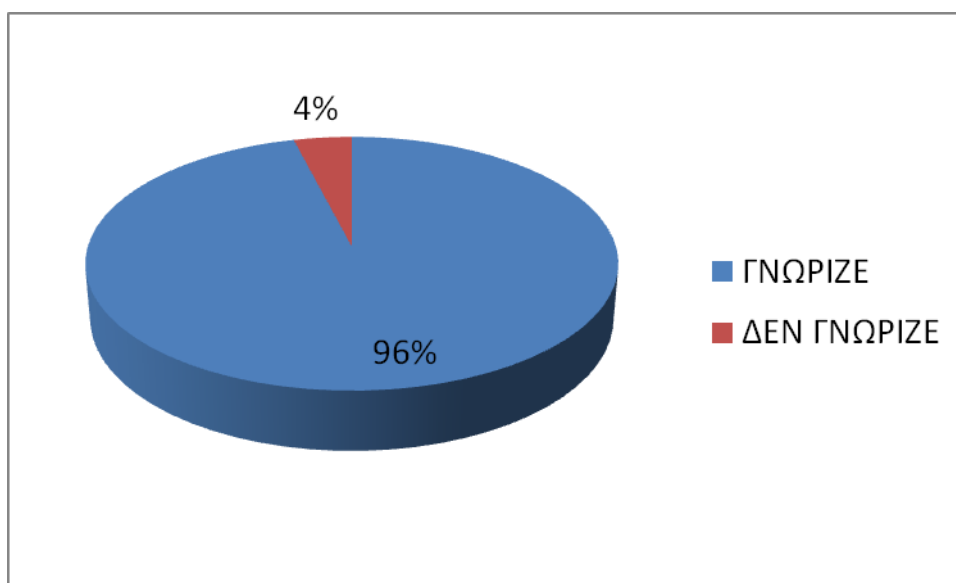
ΙΔΡΥΜΑ



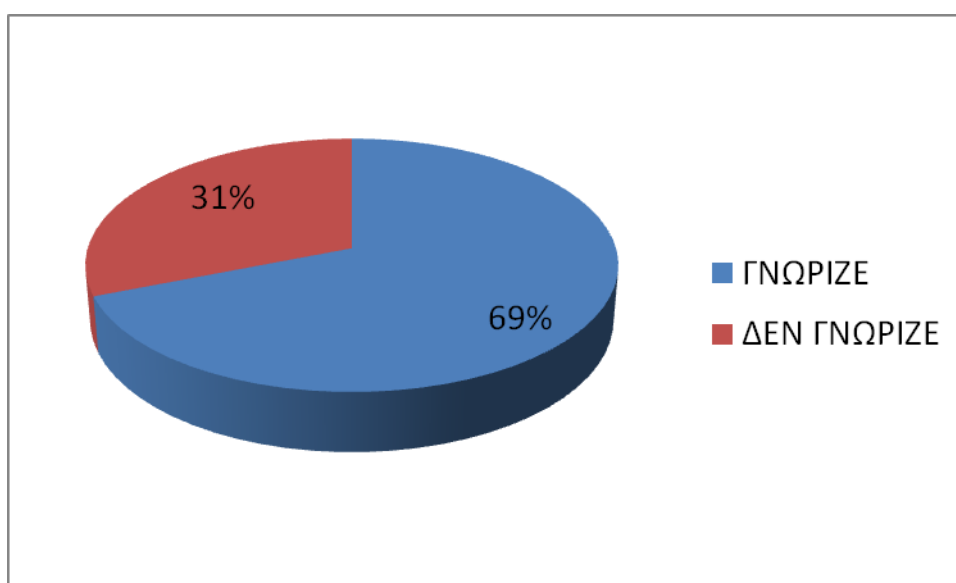
Ερώτηση 10

Σε ποια χώρα ζούμε;

ΚΑΠΗ



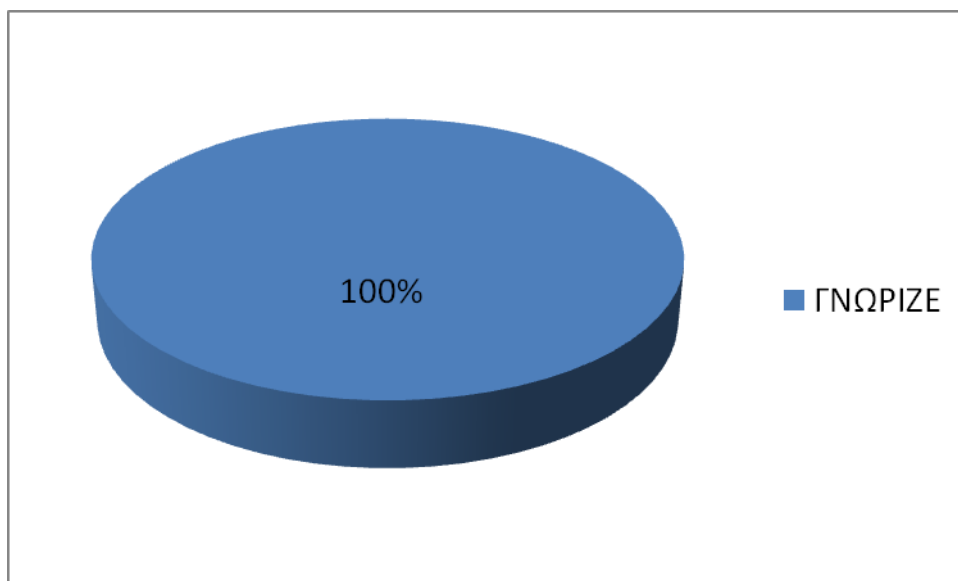
ΙΔΡΥΜΑ



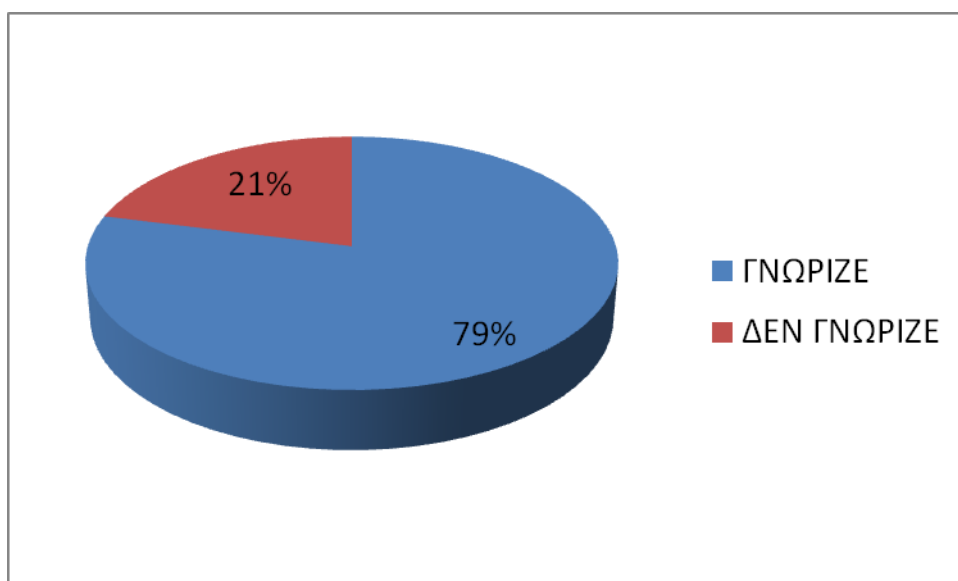
Ερώτηση 11

Ποιο είναι το όνομα αυτής της πόλης;

ΚΑΠΗ



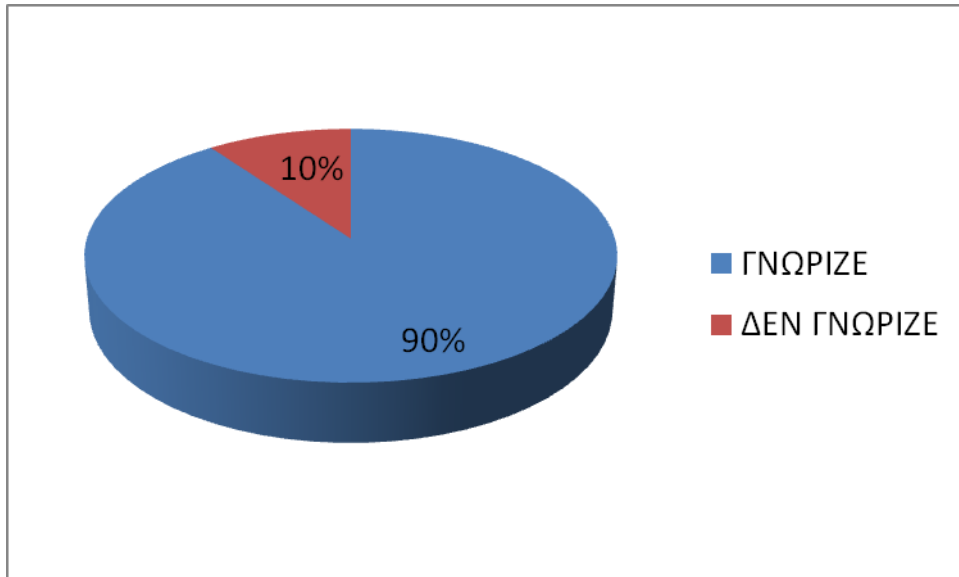
ΙΔΡΥΜΑ



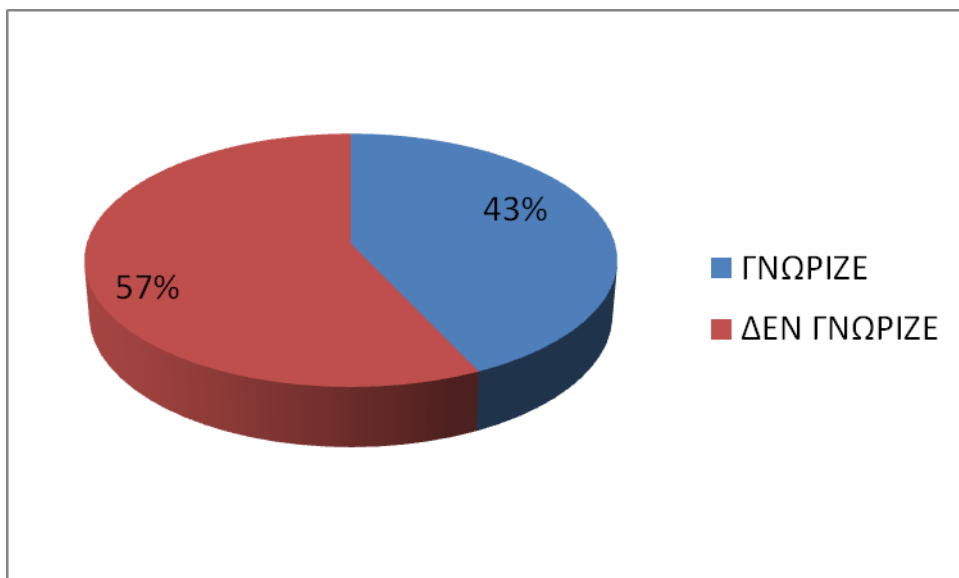
Ερώτηση 12

Αφαιρέστε 7 από τα 100

ΚΑΠΗ



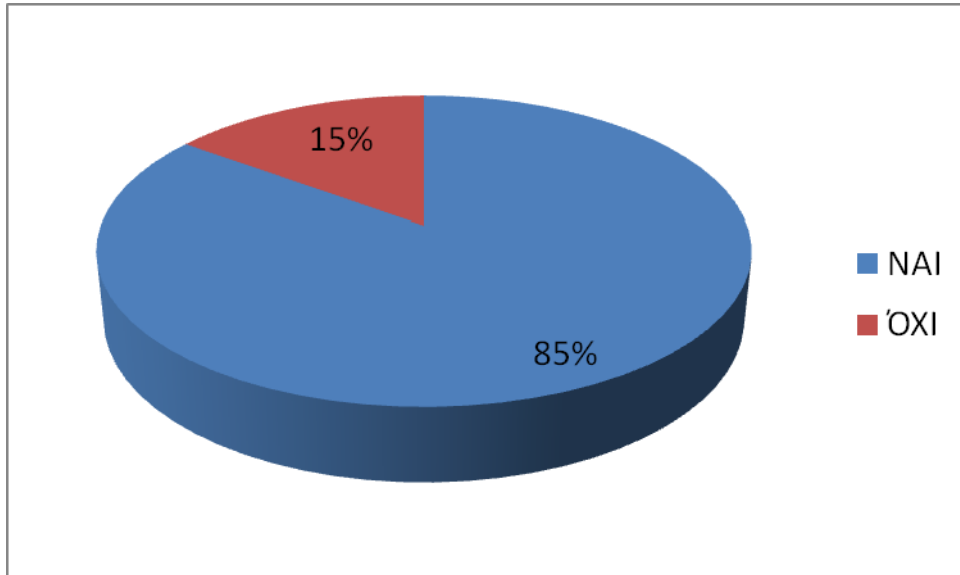
ΙΑΡΥΜΑ



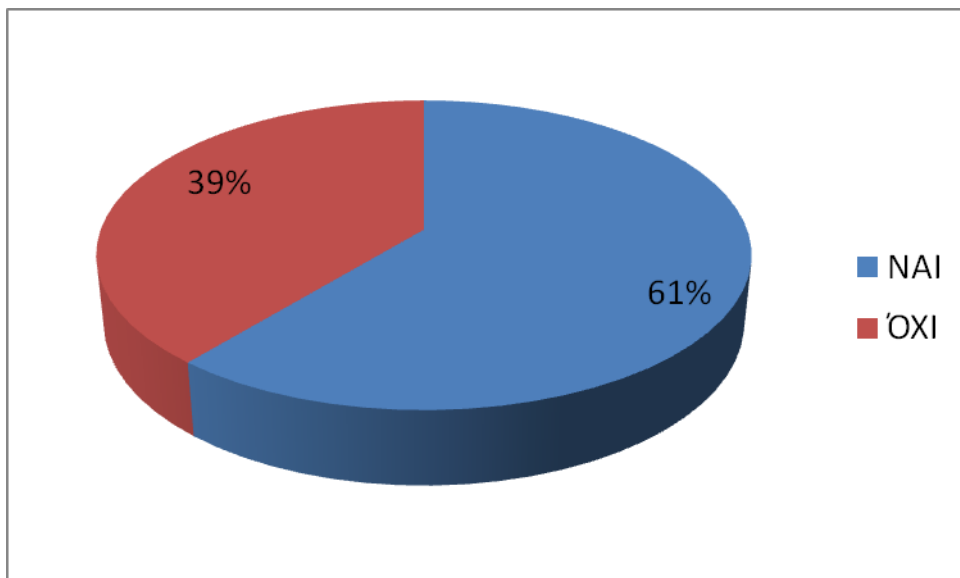
Ερώτηση 13

Είστε ευχαριστημένος από τη ζωή σας;

ΚΑΠΗ



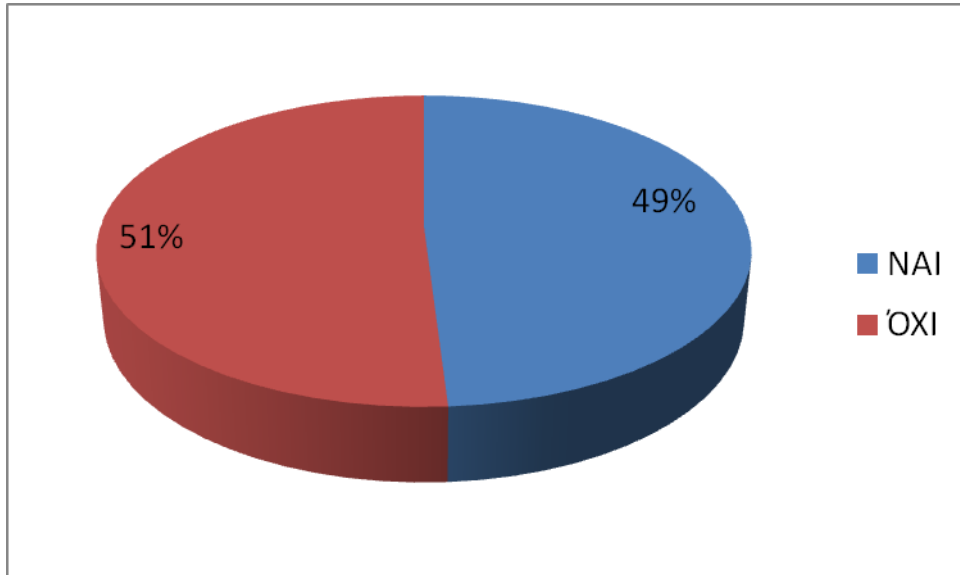
ΙΑΡΥΜΑ



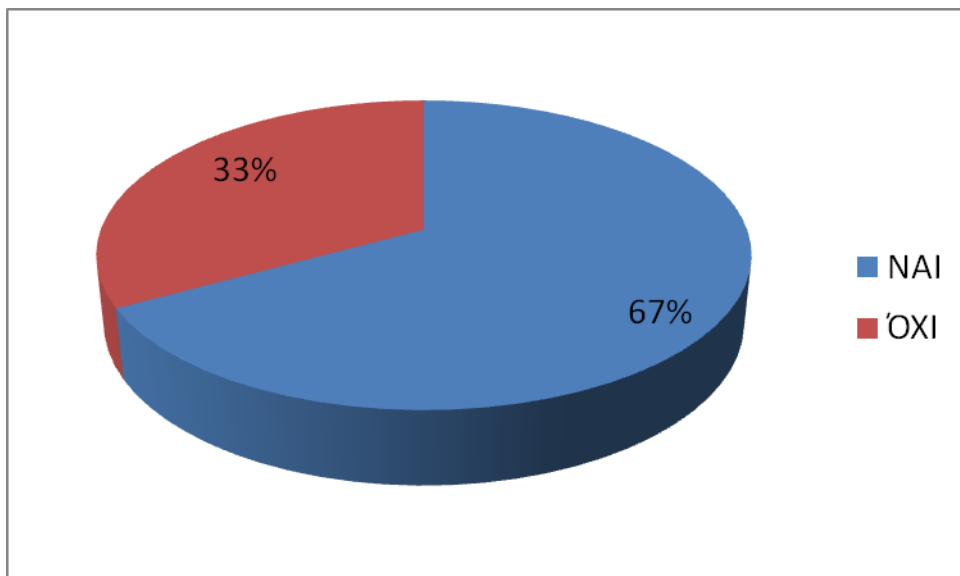
Ερώτηση 14

Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;

ΚΑΠΗ



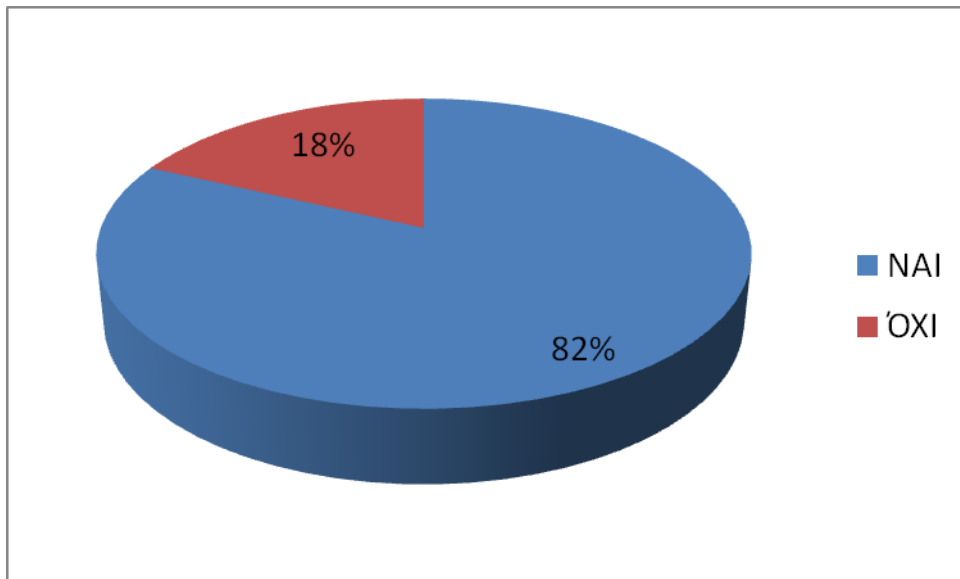
ΙΔΡΥΜΑ



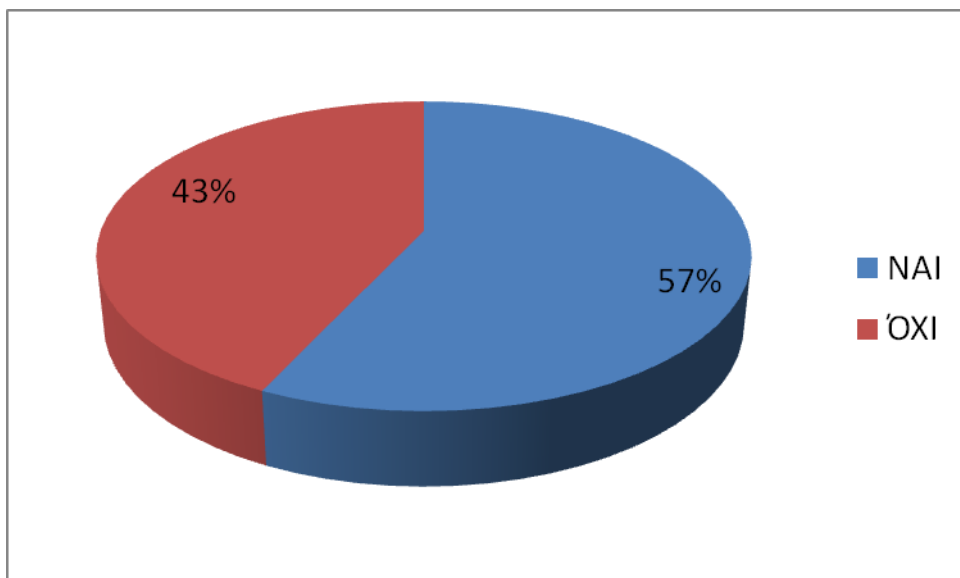
Ερώτηση 15

Έχετε καλή διάθεση τον περισσότερο καιρό;

ΚΑΠΗ



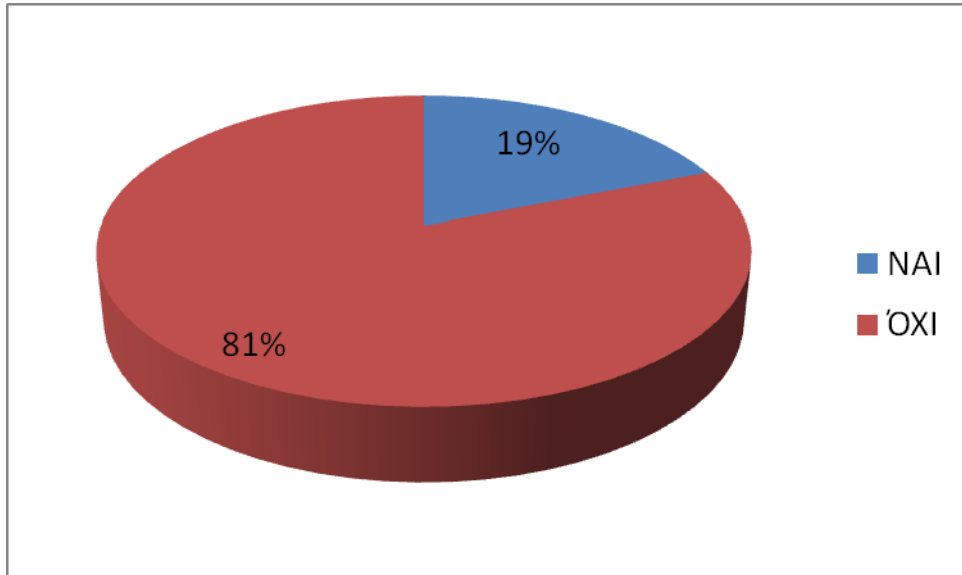
ΙΔΡΥΜΑ



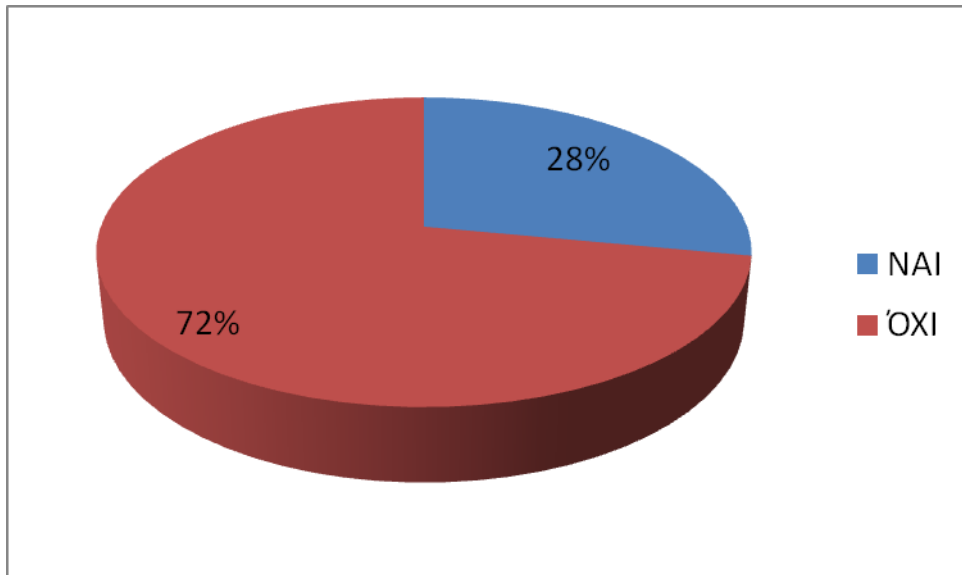
Ερώτηση 16

Αισθάνεσαι συχνά αβοήθητος;

ΚΑΠΗ



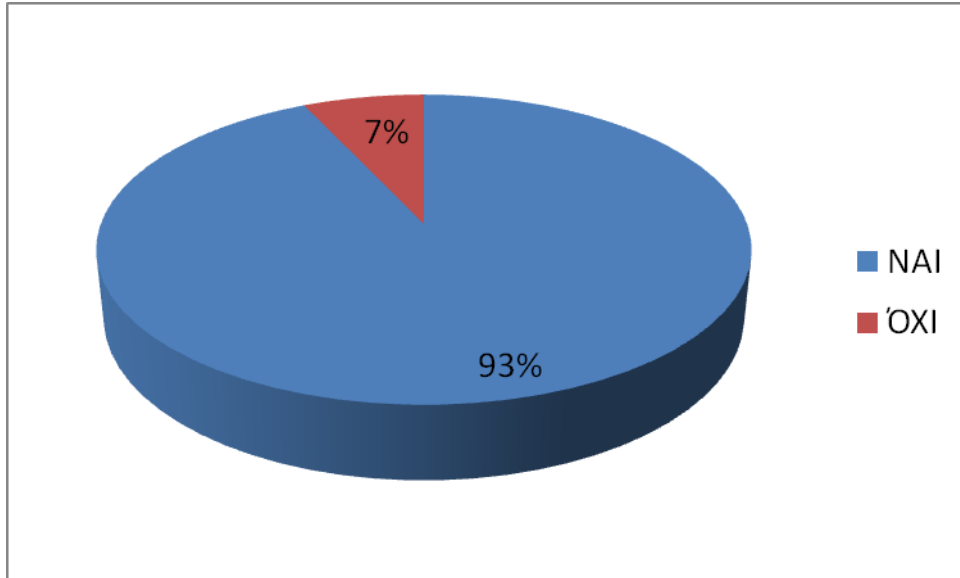
ΙΔΡΥΜΑ



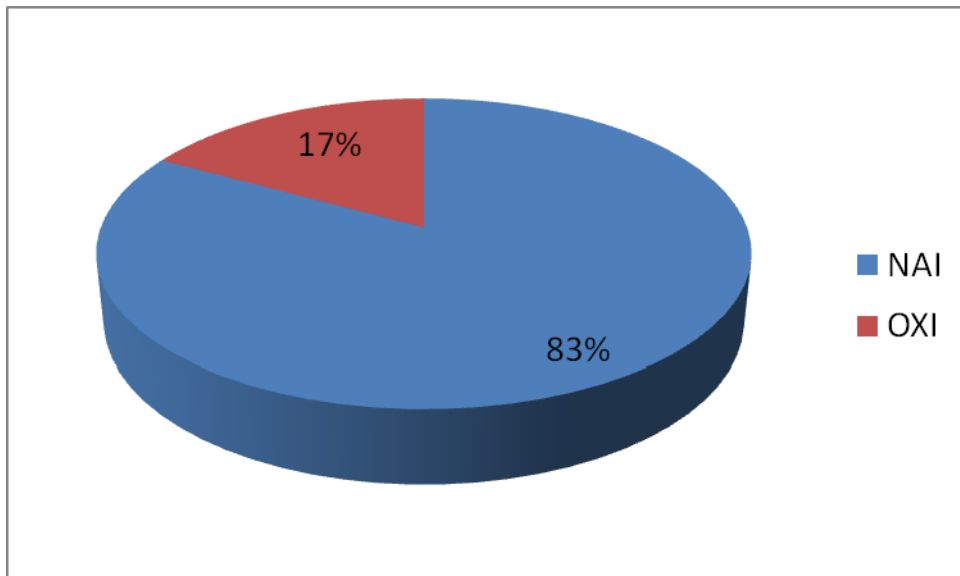
Ερώτηση 17

Πιστεύετε ότι είναι ωραίο να ζει κανείς;

ΚΑΠΗ



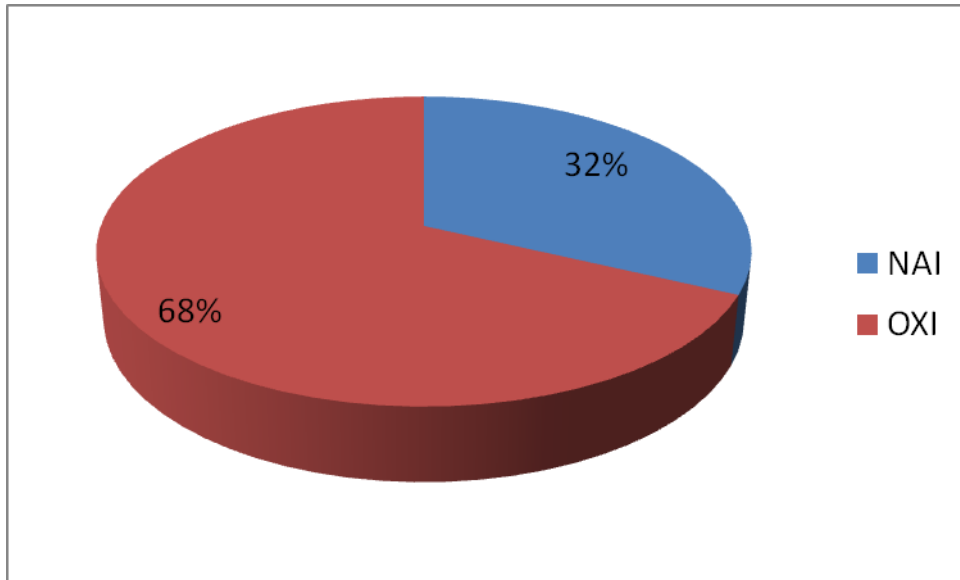
ΙΑΡΥΜΑ



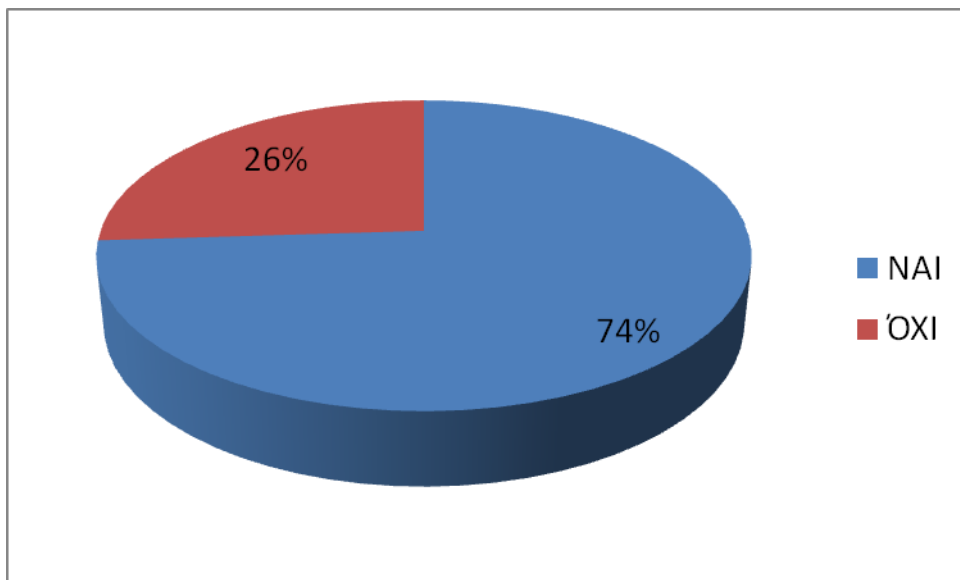
Ερώτηση 18

Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς;

ΚΑΠΗ



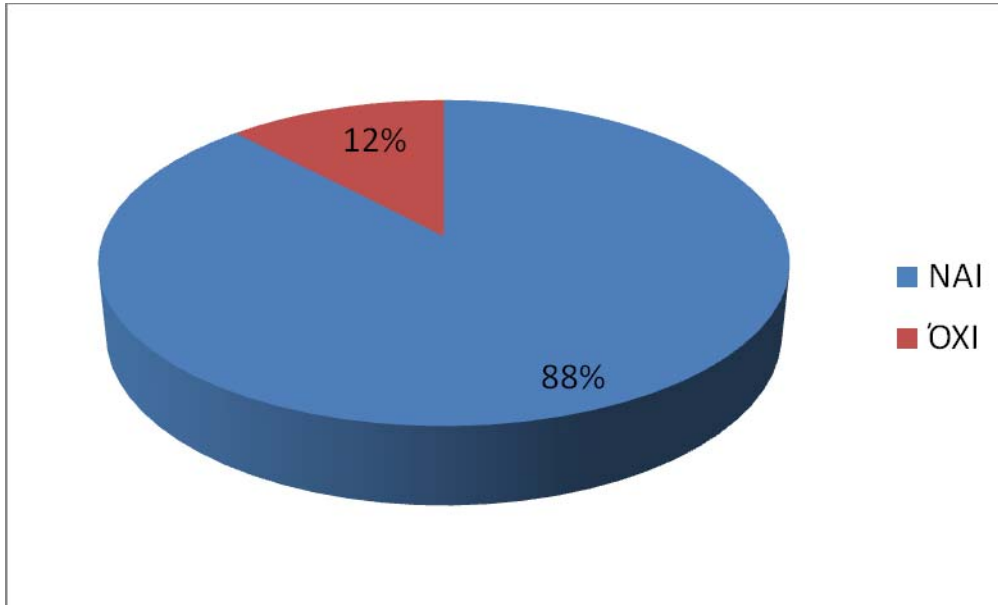
ΙΑΡΥΜΑ



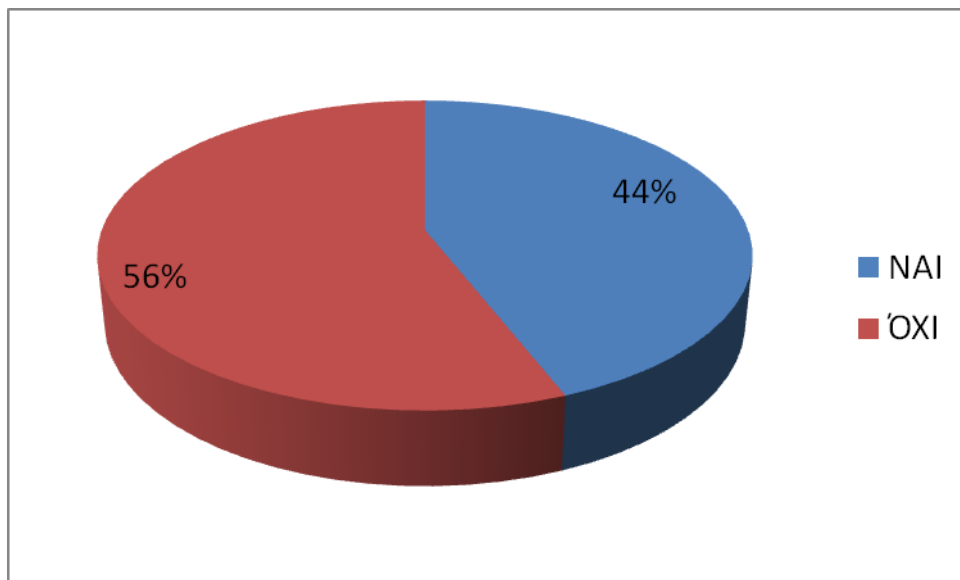
Ερώτηση 19

Ικανότητα χρησιμοποίησης τηλεφώνου

ΚΑΠΗ



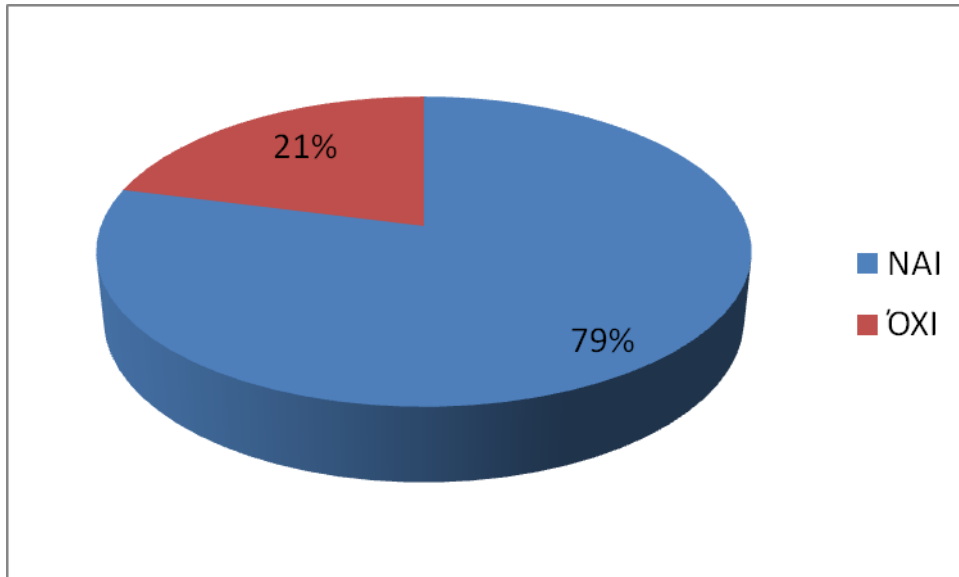
ΙΑΡΥΜΑ



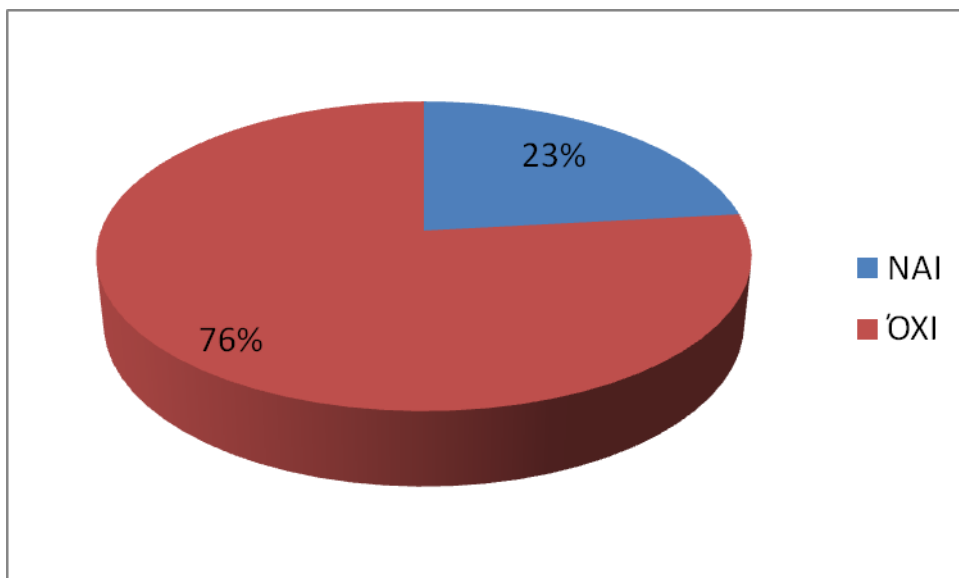
Ερώτηση 20

Ικανότητα για ψώνια

ΚΑΠΗ



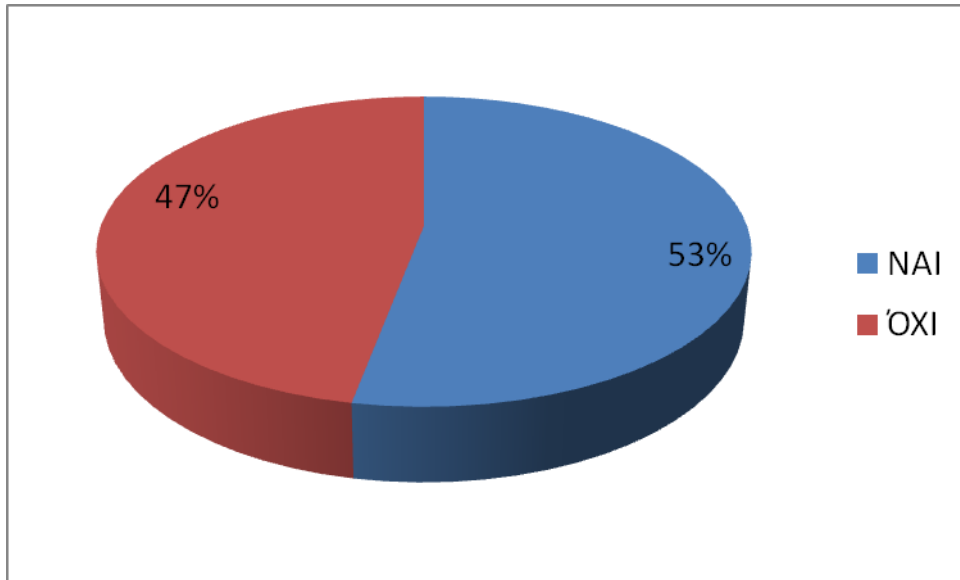
ΙΑΡΥΜΑ



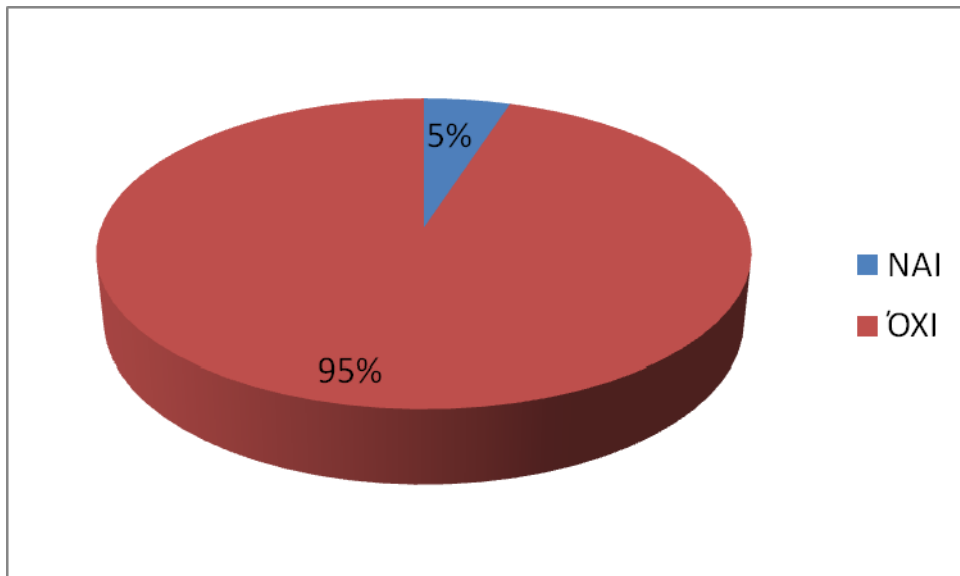
Ερώτηση 21

Κάνετε δουλειές του νοικοκυριού; (προετοιμασία γευμάτων, πλύσιμο)

ΚΑΠΗ



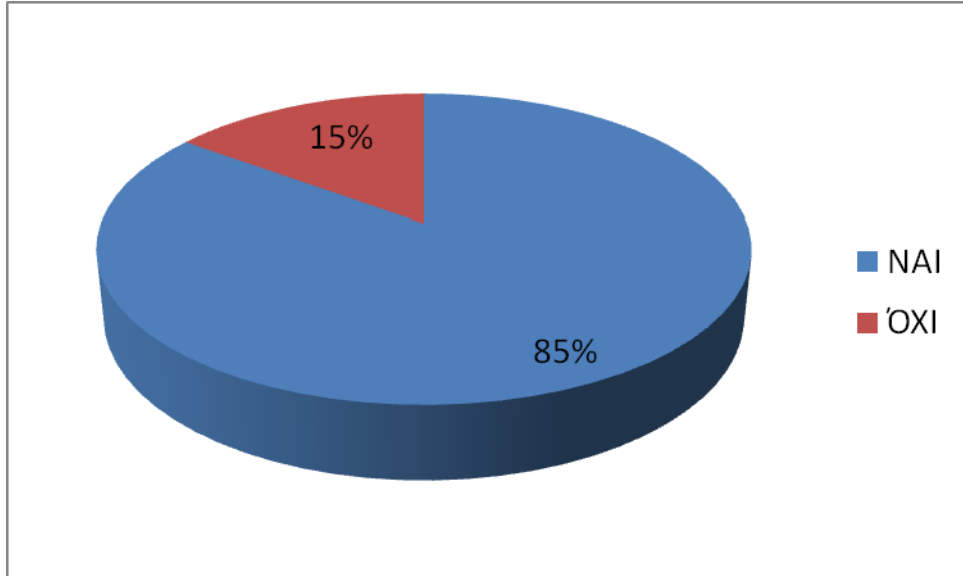
ΙΑΡΥΜΑ



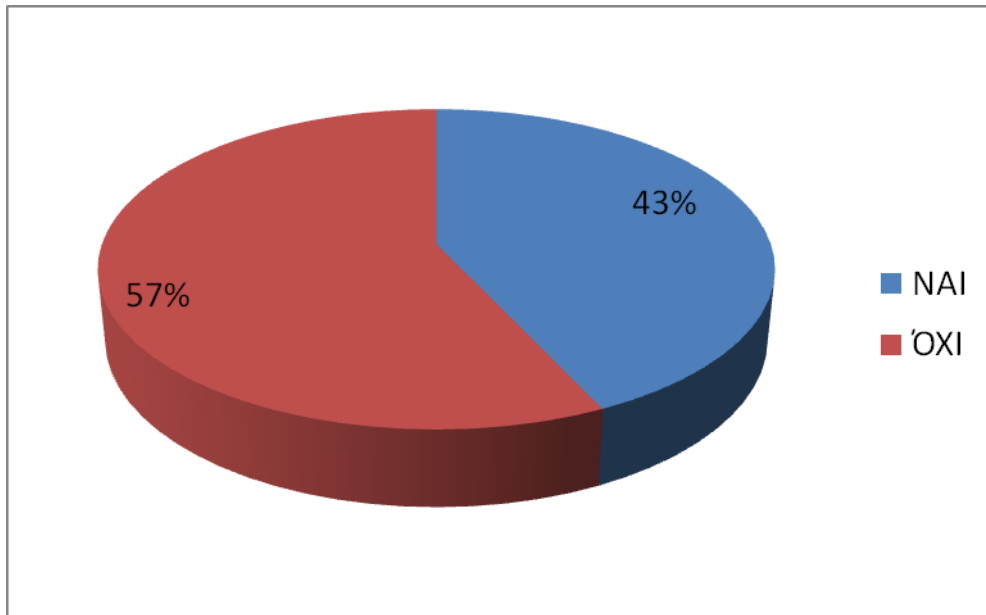
Ερώτηση 22

Μεταφέρεστε μόνος σας;

ΚΑΠΗ



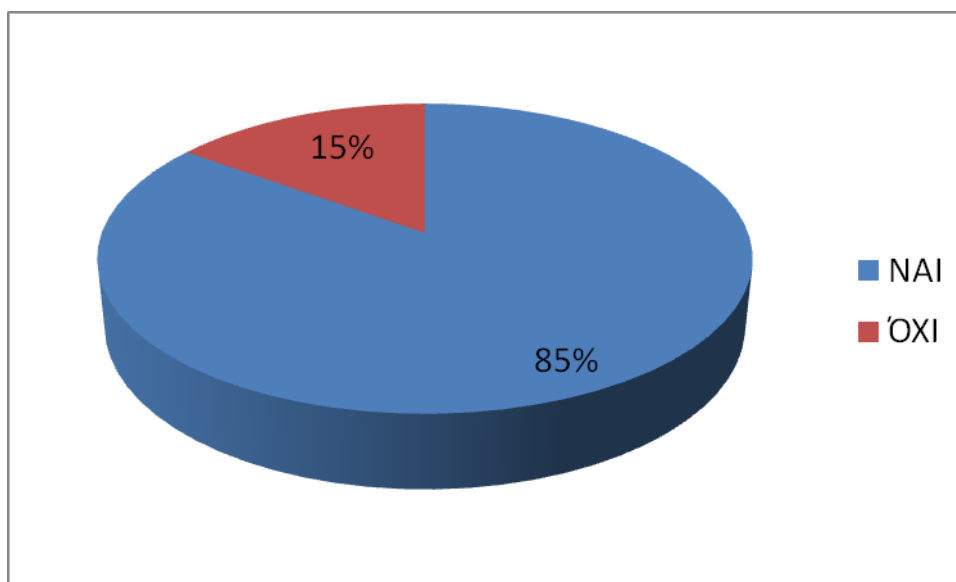
ΙΑΡΥΜΑ



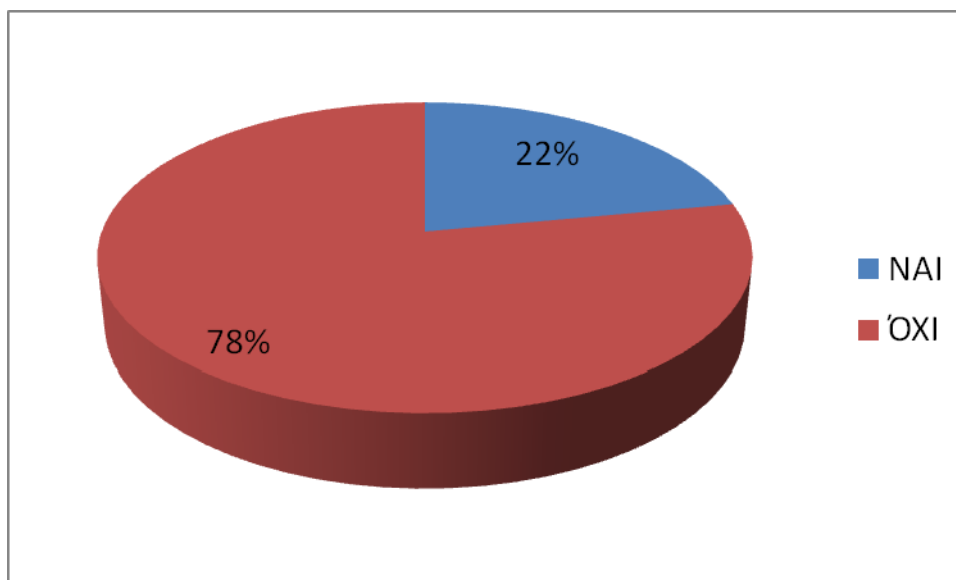
Ερώτηση 23

Είστε υπεύθυνος για τα φάρμακά σας;

ΚΑΠΗ



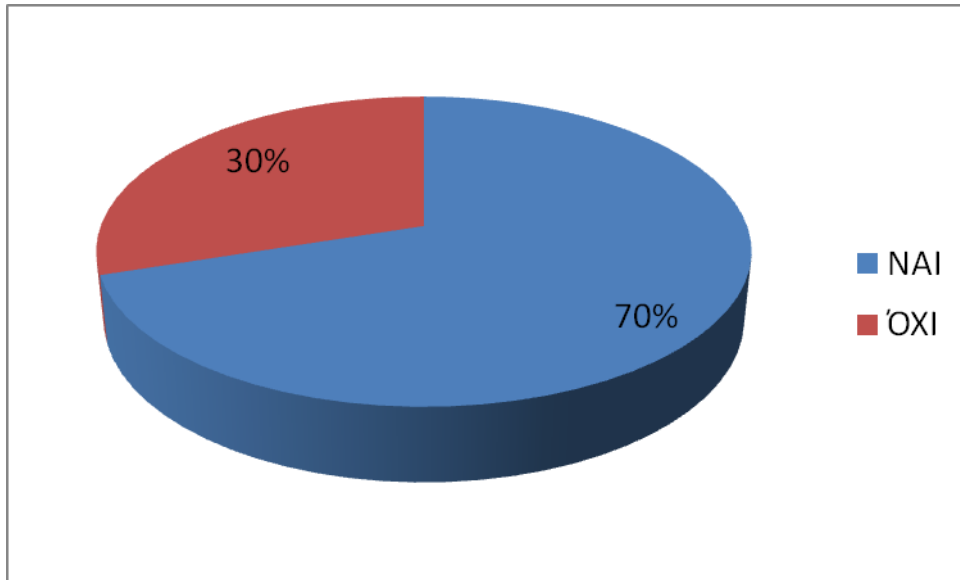
ΙΑΡΥΜΑ



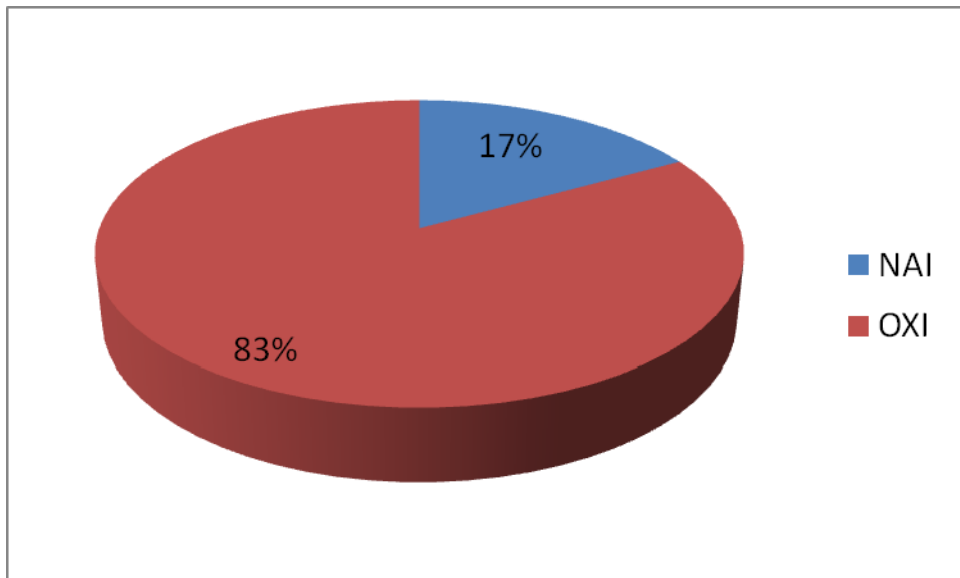
Ερώτηση 24

Διαχειρίζεστε τα χρήματά σας μόνος σας;

ΚΑΠΗ



ΙΑΡΥΜΑ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Έχοντας προβεί στην παράθεση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας στο προηγούμενο κεφάλαιο, κρίνουμε αναγκαία την συνοπτική παρουσίαση των συμπερασμάτων της έρευνας.

1. Το δείγμα μας στο ΚΑΠΗ αποτελούνταν κατά 48% από γυναίκες και κατά 52% από άνδρες, στο ποσοστό αυτό αρκετοί ήταν ανδρόγυνα που επισκέπτονταν μαζί το ΚΑΠΗ. Στο ίδρυμα το δείγμα αποτελούνταν 50% από άνδρες και 50% από γυναίκες ενώ δεν παρατηρήθηκε κανένα ανδρόγυνο.
2. Στην ερώτηση σχετικά με τις κοινωνικές του δραστηριότητες στο ΚΑΠΗ το 69% απάντησε ότι συμμετέχει ενώ το 31% που δεν συμμετέχει στήριξε την απάντησή του κυρίως σε κινητικά προβλήματα. Στο ίδρυμα το 47% απάντησε ότι παίρνει μέρος στις εκδρομές που οργανώνει το ίδρυμα αλλά και σε άλλες προσωπικές τους μετακινήσεις εντός ιδρύματος, ενώ το 53% απάντησε πως δεν συμμετέχει λόγω κινητικών προβλημάτων.
3. Ρωτώντας για την οικονομική τους άνεση στο ΚΑΠΗ το 37% του δείγματος απάντησε πως έχει οικονομική άνεση ενώ το 63% παραπονέθηκε για σοβαρά οικονομικά προβλήματα. Το 63% αποτελούσαν κυρίως συνταξιούχοι χωρίς επιπλέον εισοδήματα ενώ το 37% αναφέρθηκε στην είσπραξη επιπλέον εισοδημάτων από ακίνητες περιουσίες ή σε οικονομική στήριξη από τα παιδιά τους.

Το 84% του δείγματος στο ίδρυμα δήλωσε πως δεν έχει οικονομική άνεση και πως η σύνταξή τους κατατίθεται απευθείας στο ίδρυμα με

αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να μην έχουν στην κατοχή τους καθόλου χρήματα. Ενώ μόλις το 16% του δείγματος στο ίδρυμα δήλωσε ικανοποιημένα από την οικονομική του κατάσταση αναφερόμενο σε οικονομική βοήθεια από την οικογένειά του.

4. Σχετικά με τα προβλήματα υγείας του αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι: Στο ΚΑΠΗ το 82% ανέφερε ότι αντιμετωπίζει προβλήματα υγείας με συνηθέστερα το σακχαρώδη διαβήτη, την υπέρταση και την υπερχολιστεριναιμία ενώ δεν ήταν λίγες οι γυναίκες που παρουσίαζαν οστεοπόρωση και θρομβοφλεβίτιδες. Μόλις το 18% είπε πως δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα υγείας. Στο ίδρυμα το 88% αναφέρθηκε σε διάφορα προβλήματα υγείας όπως σάκχαρο, πίεση αλλά και κινητικά προβλήματα. Παρατηρήθηκαν επίσης ψυχολογικά προβλήματα με κυριότερες την εμφάνιση της άνοιας και της κατάθλιψης. Το 12% είπε πως δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα υγείας.
5. Όταν οι ηλικιωμένοι ρωτήθηκαν ποια είναι η ημερομηνία σήμερα, στο ΚΑΠΗ το 85% του δείγματος γνώριζε ενώ το 15% που δεν γνώριζε προερχόταν κυρίως από το πρόγραμμα του ΚΑΠΗ «βοήθεια στο σπίτι». Στο ίδρυμα γνώριζε το 51% ενώ το 49% αγνοούσε την ημερομηνία.
6. Στην ερώτηση τι έτος έχουμε στο ΚΑΠΗ το 92% γνώριζε το έτος ενώ το 8% δεν γνώριζε. Το ποσοστό που δεν γνώριζε προερχόταν από το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι». Στο ίδρυμα το 62% γνώριζε το έτος, ενώ για το 38% ο χρόνος ήταν σαν να έχει σταματήσει.
7. Σχετικά με τη χώρα και την πόλη που ζούσαν τόσο στο ΚΑΠΗ όσο και στο ίδρυμα παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν γνώριζαν σε ποια χώρα ζουν ήταν μεγαλύτερο από το ποσοστό εκείνων που δεν γνώριζαν σε ποια πόλη ζουν.

8. Στο ερώτημα αν είναι ευχαριστημένοι από τη ζωή τους, το 85% του δείγματος στ ο ΚΑΠΗ δήλωσε ευχαριστημένο από τη ζωή του, ενώ το 15% που είπε δεν είναι ευχαριστημένο επικαλέστηκε κυρίως λόγους οικονομικούς, αλλά και προβλήματα υγείας. Στο ίδρυμα το 61% δήλωσε ευχαριστημένο από τη ζωή του ενώ το 39% που είπε πως δεν είναι επικαλέστηκε κυρίως τη μοναξιά και την εγκατάλειψη από τα παιδιά του.
9. Σχετικά με την εγκατάλειψη παλαιότερων δραστηριοτήτων στο ΚΑΠΗ το 49% απάντησε πως εγκατέλειψε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντα του κυρίως λόγω προβλημάτων υγείας και απώλειας συντρόφου. Στο ίδρυμα το 67% απάντησε πως εγκατέλειψε τις δραστηριότητές του λόγω της ιδρυματοποίησης, ενώ το 33% που είπε πως δεν έχει εγκαταλείψει τις δραστηριότητες του αναφέρθηκε σε εξόδους εκτός του ιδρύματος.
10. Στην ερώτηση «Έχετε καλή διάθεση τον περισσότερο καιρό» στο ΚΑΠΗ το 82% απάντησε «ναι» αναφερόμενο κυρίως στο γεγονός ότι πρέπει να εκτιμάμε και την παραμικρή χαρά στη ζωή. Στο ίδρυμα το 43% που απάντησε ότι δεν έχει καλή διάθεση αναφέρθηκε κυρίως σε αίτια μοναξιάς.
11. Σχετικά με το αν αισθάνονται αβοήθητοι απάντησαν στο ΚΑΠΗ το 81% όχι ενώ 19% ναι και στήριξαν την απάντησή τους κυρίως στο αίσθημα της μοναξιάς. Στο ίδρυμα το 72% απάντησε πως δεν αισθάνεται αβοήθητο γιατί νοιώθουν απολύτως ασφαλής από τη βοήθεια του προσωπικού του ιδρύματος, ενώ το 28% που δήλωσε αβοήθητο αναφέρθηκε κυρίως στην έλλειψη παιδιών.
12. Στο ερώτημα «πιστεύετε ότι είναι ωραίο να ζει κανείς;» στο ΚΑΠΗ το 93% απάντησε ναι ενώ το 7% που απάντησε όχι στήριξε την απάντησή του κυρίως σε προβλήματα υγείας ή σε έλλειψη παιδιών. Στο ίδρυμα το

83% είπε ναι, ενώ το 17% είπε όχι γιατί δεν ήταν ευχάριστη και αναμενόμενη κατάληξη γι' αυτούς να βρεθούν στο γηροκομείο.

13. Στην ερώτηση «πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς;» στο ΚΑΠΗ το 32% απάντησε να αναφερόμενο κυρίως σε οικονομικούς λόγους, ενώ στο ίδρυμα 74% απάντησε ναι γιατί θα προτιμούσαν να μην ζουν στο ίδρυμα αλλά στα σπίτια τους με τα παιδιά και τις οικογένειές τους.
14. Στην ερώτηση σχετικά με την ικανότητα για ψώνια στο ΚΑΠΗ το 21% που απάντησε όχι το αποτελούσαν κυρίως άνδρες που δε συνήθιζαν να ασχολούνται με τα ψώνια γιατί το έκαναν οι γυναίκες τους και όχι γιατί δεν είχαν την ικανότητα. Στο ίδρυμα το 76% απάντησε όχι γιατί τους παρέχονται όλα από το ίδρυμα και δεν χρειάζεται να κάνουν ψώνια.
15. Όσο αφορά το νοικοκυριό το 47% στα ΚΑΠΗ που είπε πως δεν ασχολείται, ήταν κυρίως από άνδρες που τα φρόντιζε όλα η σύζυγος. Στο ίδρυμα το 95% δεν ασχολείται με το νοικοκυριό καθώς φροντίζει για όλα το προσωπικό του ιδρύματος.
16. Σχετικά με τη μεταφορά τους το 15% στα ΚΑΠΗ απάντησε ότι δεν μεταφέρεται μόνο του λόγω έλλειψης οχήματος είτε λόγω κινητικών προβλημάτων. Στο ίδρυμα το 57% που απάντησε πως δεν μεταφέρεται μόνο του αναφέρθηκε κυρίως στο γεγονός της ιδρυματοποίησης του.
17. Σχετικά με το πόσο υπεύθυνοι είναι για τα φάρμακά τους στο ΚΑΠΗ το 15% απάντησε όχι κυρίως εξαιτίας ασθενούς μνήμης. Το ποσοστό αυτό προσεγγίστηκε κυρίως μέσω του προγράμματος «βοήθεια στο σπίτι» όπου φρόντιζαν για τα φάρμακα είτε η οικογένεια είτε το προσωπικό του προγράμματος. Στο ίδρυμα το 78% απάντησε όχι καθώς οι νοσηλεύτριες του ιδρύματος φροντίζουν για τα φάρμακα των ηλικιωμένων.

18. Όσον αφορά τη διαχείριση των χρημάτων τους στα ΚΑΠΗ το 30% απάντησε πως δεν διαχειρίζεται τα χρήματα μόνο του λόγω διαχείρισης με τον/την σύντροφο. Στο ίδρυμα το 83% απάντησε πως δεν διαχειρίζεται τα χρήματα μόνο του καθώς η σύνταξή τους κατατίθεται απ' ευθείας στο ίδρυμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΕΠΙΛΟΓΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΕΠΙΛΟΓΟΣ

- Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας μας παρατηρείται ότι τόσο τα ΚΑΠΗ όσο και τα γηροκομεία αποτελούν απόλυτη ανάγκη στις σύγχρονες κοινωνίες όπου οι οικονομικές ανάγκες οδηγούν όλα τα μέλη της οικογένειας στην αγορά εργασίας με αποτέλεσμα η οικογένεια να παραμελεί τη φροντίδα του υπερήλικα.
- Ενημέρωση και στήριξη της οικογένειας του υπερήλικα από το κράτος ώστε να εξακολουθήσει να ζει στο περιβάλλον του σπιτιού του που τόσο ασφάλεια και ηρεμία του προσφέρει.
- Σοβαρή αύξηση συντάξεων για όλους τους ηλικιωμένους ώστε να μπορούν να καλύπτουν πλήρως και με απόλυτη αξιοπρέπεια τις ανάγκες τους.
- Τα κρατικά ιδρύματα θα έπρεπε να λειτουργούν μόνο από κρατικούς πόρους ώστε να μην στερούνται οι ηλικιωμένοι τη σύνταξή τους, η οποία κατατίθεται απευθείας στο ίδρυμα.
- Η αύξηση του μέσου όρου ζωής έχει αυξήσει αρκετά τον αριθμό των ηλικιωμένων, γεγονός που θα έπρεπε να έχει αυξήσει και τη δημιουργία των ιδρυμάτων, αλλά και τις παροχές τους προς τον υπερήλικα.
- Θεωρούμε ότι θα ήταν σκόπιμη η ανάπτυξη των διαφόρων δραστηριοτήτων στα γηροκομεία ώστε να αξιοποιείται παραγωγικότερα ο χρόνος των ηλικιωμένων. Επίσης θα ήταν σημαντικό να λαμβάνουν μεγαλύτερη ψυχολογική υποστήριξη από ειδικούς.

- Αναγκαία θεωρείται επίσης η ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλείας τόσο στις παροχές της όσο και στα γεωγραφικά όρια που καλύπτει.
- Ο νοσηλευτής αποτελεί σημαντικό πρόσωπο στη φροντίδα του υπερήλικα και στη σωστή καθοδήγηση της οικογένειά του, τόσο για την προαγωγή της υγείας του όσο για την πρόληψη προβλημάτων (π.χ. κατακλίσεις) αλλά και για την ψυχολογική στήριξη που έχει ανάγκη ο ηλικιωμένος.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σαχίνη – Καρδάση Άννα (1983). Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
2. Χανιωτάκη Φραγκίσκου, Γηριατρική, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
3. Ronald DT Cape Rodney M. Coe and Isadore Rossman. Βασικές αρχές της Γηριατρικής. University Studio Press.
4. Σ. Δόντα Αναστασίου. Η Τρίτη ηλικία (προβλήματα και δυνατότητες). Εκδόσεις ΤΑΒΙΘΑ.
5. Μαλγαρινού Μαρία – Γουλια Ειρήνη. Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα.
6. Wagstaff & Coakley. Φυσικοθεραπεία και ασθενείς τρίτης ηλικίας. Εκδόσεις «Έλλην».
7. Δ. Πλατή Χρυσάνθη, Γεροντολογική νοσηλευτική.
8. STEPEN G. WRIGHT. Νοσηλευτική υπερηλίκων, εκδόσεις «Έλλην».
9. Mary A. Nies Melamie Mc Ewen. Κοινωνική νοσηλευτική προάγοντας την υγεία των πληθυσμών. Τόμος II. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
10. Ελένη Θ. Κυριακίδου. Κοινωνική Νοσηλευτική. Αθήνα 2004.
11. Αρ. Φερτάκης. Επίτομη εσωτερική παθολογία. Ιατρικές εκδόσεις π.χ. Πασχαλίδης.
12. Οδηγός του ΚΑΠΗ. Ελληνική εταιρεία κοινωνικής συμμετοχής.
13. National Student Nurses Associations Incorporated Γεροντολογική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Ελλήν.
14. Τσούκα - Βελεχέρη – Γουσγούνη, Γεροντολογία και Γηριατρική, εκδόσεις Παρισιάνου.
15. T. Strasser, Καρδιαγγειακή περίθαλψη στους υπερήλικες, Εκδόσεις Βήτα.

16. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ΥΠΕΡΤΑΣΗ, πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, Εκδόσεις Βήτα.
17. Γιώργος Λυρίτης, Παθήσεις και νοσηλευτική του μυοσκελετικού συστήματος, Εκδόσεις Πελεκάνος.
18. Δρ. Ριστεάρντ Μαλκέυ, Καρδιακές Προσβολές, Εγκεφαλικό Επεισόδιο, Εκδόσεις Υγεία και Ζωή.
19. Frederic F. Flach, M.D. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, Η μυστική της δύναμη, εκδόσεις Δίοδος.

Βιβλιογραφικές παραπομπές από το παγκόσμιο ιστό.

1. <http://www.imop.gr>
2. <http://www.news.kathimerini.gr>
3. <http://www.e.europa.gr>
4. <http://www.health.gr>
5. <http://www.culturaldiversity.com>
6. <http://www.cityofathens.gr>
7. <http://medlook.net>
8. <http://www.psynet.gr>
9. <http://www.alzheimer-hellas.gr>
10. <http://www.nah.gr>

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
----------------	---

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο.....	6
------------------	---

ΓΗΡΑΣ - ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗΣ.....	6
---	---

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ.....	6
------------------------------	---

1.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΑΣΕΙΣ.....	8
------------------------------	---

1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	9
--	---

1.4 ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΟΣ.....	12
--	----

1.5 ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ	14
-------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ	19
-----------------------------	----

2.1 ΟΙ ΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	19
---	----

2.3 ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ	25
--------------------------	----

2.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ.....	26
---------------------------	----

2.5 ΠΟΝΟΣ.....	28
----------------	----

2.6 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	30
--------------------------------	----

2.7 ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ.....	31
--------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ 3Η ΗΛΙΚΙΑ	35
3.1 ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ.....	35
3.2 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	39
3.3 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	41
3.4 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	42
3.5 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	44
3.6 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ – ΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	45
3.7 ΑΝΑΟΣΟΛΟΓΙΑ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	46
3.8 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	47
3.9 ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	53
4.1 ΜΟΝΑΞΙΑ.....	53
4.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	55
4.3 ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ALZHEIMER.....	58
4.4 ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΚΛΕΙΣΤΗ ΚΑΙ ΑΝΟΙΧΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	64
5.1 ΙΔΡΥΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ.....	64
5.2 ΑΝΟΙΧΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΟΝΤΑ ΣΤΟΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ.....	81
6.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΔΙΠΛΑ ΣΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ	81
6.2 Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΩΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	84
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ	89
7.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	89
7.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	89
7.3 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	92
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ^ο	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	115
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ^ο	
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	121
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	123

