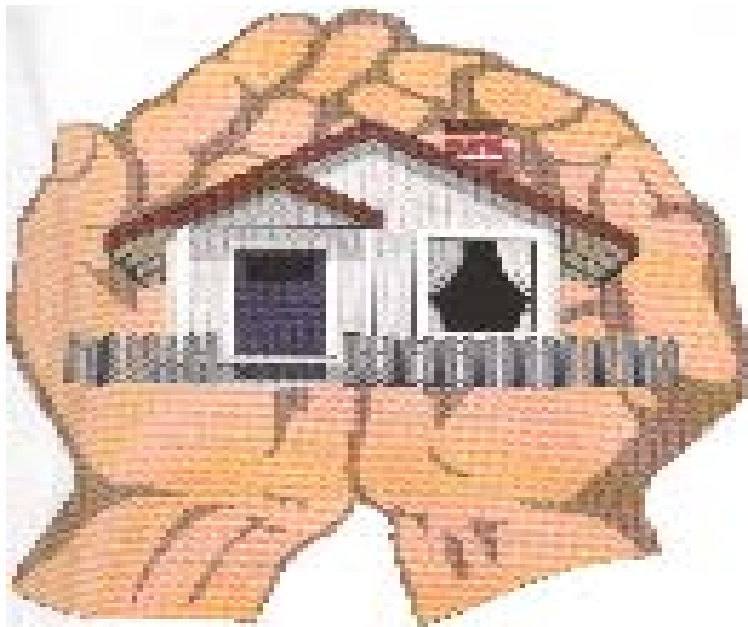


ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

*"ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ
ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ, ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ"*



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ
ΚΟΥΤΕΝΤΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
ΚΟΡΝΕΛΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗ ΖΑΧΑΡΕΝΙΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2002

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θεωρούμε ως υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε την Κα Ζαχαρένια Ανδρουλάκη, εισηγήτρια της εργασίας αυτής, για τη βοήθεια, τις συμβουλές και την στήριξη που μας παρείχε, καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησής της. Επίσης, το τμήμα Νοσηλευτικής της Σ.Ε.Υ.Π. του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης για την αρωγή του στο να φέρουμε εις πέρας την μελέτη μας. Ακόμα, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε τα Α', Δ' και Ζ' Κ.Α.Π.Η. Δήμου Ηρακλείου για κάθε δυνατή βοήθεια και τις πληροφορίες που μας προσέφεραν.

Τέλος, την Πόπη και την Ελένη που μας βοήθησαν να ξεπεράσουμε εμπόδια που συναντήσαμε, αλλά και την Κάτια για την ευχάριστη παρέα που μας κράτησε, και το κουράγιο της.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|-----------|
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ | 1 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 5 |
| ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 6 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | 7 |
| 1.1. Τρίτη Ηλικία (εισαγωγικά) | 8 |
| 1.2. Θεωρίες που σχετίζονται με το γήρας | 9 |
| 1.3. Χαρακτηριστικά του γήρατος | 11 |
| 1.4. Δημογραφικές τάσεις | 12 |
| 1.5. Νοσηρότητα και θνησιμότητα των ηλικιωμένων | 13 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 | 14 |
| 2.1. Λειτουργικές και οργανικές αλλαγές στον ηλικιωμένο | 15 |
| 2.2. Μεταβολές στο κυκλοφορικό σύστημα | 16 |
| 2.3. Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα | 17 |
| 2.4. Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα | 18 |
| 2.5. Μεταβολές στην λειτουργία των ενδοκρινών αδένων | 19 |
| 2.6. Μεταβολές στο πεπτικό σύστημα | 19 |
| 2.7. Μεταβολές στο ερειστικό σύστημα | 21 |
| 2.8. Μεταβολές στα αισθητήρια όργανα | 22 |
| 2.9. Μεταβολές στο νευρικό σύστημα-ψυχολογικές μεταβολές | 23 |
| 2.10. Μεταβολές του δέρματος | 25 |
| 2.11. Μεταβολές σε άλλα συστήματα (Αιμοποιητικές, ανοσολογικές και σεξουαλικές) | 26 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 | 27 |
| 3.1. Οι χρόνιοι πάσχοντες ηλικιωμένοι | 28 |
| 3.2. Καρδιαγγειακά νοσήματα: | 29 |
| ➤ Στηθάγχη | 29 |
| ➤ Έμφραγμα μυοκαρδίου | 29 |
| ➤ Καρδιακή ανεπάρκεια | 29 |
| 3.3. Αρτηριακή Υπέρταση | 30 |
| 3.4. Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος | |
| 3.5. Σακχαρώδης διαβήτης | 33 |
| 3.6. Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια | |

| | |
|---|-----------|
| 3.7. Προβλήματα αισθητήριων οργάνων | 34 |
| 3.8. Οστεοαρθρίτιδες και Οστεοπόρωση | 34 |
| 3.9. Ατυχήματα-Πτώσεις | 36 |
| 3.10. Ψυχιατρικές παθήσεις και Νευρολογικές παθήσεις | 37 |
| 3.11. Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια | 40 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 | 41 |
| 4.1. Η προσωπικότητα του ηλικιωμένου | 42 |
| 4.2. Ο ηλικιωμένος και η κοινωνία σήμερα | 42 |
| 4.3. Ο ηλικιωμένος και η συνταξιοδότηση | 43 |
| 4.4. Ο ηλικιωμένος και η μοναξιά | 43 |
| 4.5. Ο ηλικιωμένος και ο θάνατος-Ο φόβος της απώλειας | 44 |
| 4.6. Κοινωνικο-Πολιτισμικές επιπτώσεις του γήρατος | 45 |
| 4.7. Δικαιώματα ηλικιωμένων | 46 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 | 48 |
| 5.1. Ηλικιωμένοι και ειδικά προβλήματα | 49 |
| 5.2. Χορήγηση φαρμάκων-Φαρμακευτική αγωγή των ηλικιωμένων | 49 |
| 5.3. Διαταραχές ύπνου | 51 |
| 5.4. Ηλικιωμένος και πόνος | 53 |
| 5.5. Η διατροφή των ηλικιωμένων | 54 |
| 5.6. Σύγχυση | 55 |
| 5.7. Ακράτεια | 56 |
| 5.8. Καρκίνος στους υπερήλικες | 57 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 | 59 |
| 6.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας | 60 |
| 6.2. Η Νοσηλευτική στην Π.Φ.Υ. | 61 |
| 6.3. Νοσηλευτική και Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα | 62 |
| 6.4. Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας | 63 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 | 65 |
| 7.1. Κοινωνική Νοσηλευτική (ορισμός, σκοποί) | 66 |
| 7.2. Χαρακτηριστικά Κοινωνικής Νοσηλευτικής | 67 |
| 7.3. Περιεχόμενο Κοινωνικής Νοσηλευτικής | 67 |
| 7.4. Χαρακτηριστικά Κοινωνικού Νοσηλευτή | 67 |
| 7.5. Η Νοσηλευτική Διεργασία στην Κοινότητα | 69 |
| 7.6. Προληπτική Νοσηλευτική Παρέμβαση | 70 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 | 72 |
| 8.1. Νοσηλεία στο σπίτι | 73 |
| 8.2. Σκοπός και περιεχόμενο της νοσηλείας στο σπίτι | 74 |
| 8.3. Καθήκοντα Νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι | 75 |

| | |
|---|------------|
| 8.4. Ο Νοσηλευτής και το χρόνια άρρωστο άτομο | 76 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 | 79 |
| 9.1. Υπηρεσίες της Κοινότητας για τη φροντίδα του ηλικιωμένου | 80 |
| ➤ Νοσοκομεία ημέρας | 80 |
| ➤ Βοηθητική υπηρεσία στο σπίτι | 80 |
| ➤ ΙΑΤΡΕΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ | 80 |
| ➤ Νοσηλευτικά Κέντρα Μακροχρόνιας Θεραπείας | 81 |
| 9.2. Νοσηλευτική αντιμετώπιση του ηλικιωμένου στην Κοινότητα | 81 |
| 9.3. Οργάνωση της Νοσηλευτικής φροντίδας του ηλικιωμένου | 83 |
| 9.4. Τομείς Νοσηλευτικής αξιολόγησης | 85 |
| 9.5. Αντικειμενικοί σκοποί Νοσηλευτικής φροντίδας ηλικιωμένου | 87 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 | 90 |
| 10.1. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) | 91 |
| 10.2. Ο Νοσηλευτής και το Κ.Α.Π.Η. | 96 |
| 10.3. Πρόγραμμα « Βοήθεια στο σπίτι » | 98 |
| 10.4. α. Στόχοι & σκοποί του Προγράμματος « Βοήθεια στο σπίτι » | 99 |
| β. Παρεχόμενες Υπηρεσίες | 100 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 | 102 |
| 11.1. Υγιής υπερήλικας - Υγιή γηρατειά | 103 |
| 11.2. Ολιστική νοσηλευτική θεώρηση | 104 |
| 11.3. Νοσηλευτική εκπαίδευση | 106 |
| 11.4. Νοσηλευτική έρευνα | 107 |
| 11.5. Τα γηρατειά σε προοπτική | 108 |
| 11.6. Όσο γερνάμε η ζωή καλύτερεύει | 109 |
| ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ | 113 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12 | 114 |
| 12.1. Σκοπός - Στόχος | 115 |
| 12.2. Στοιχεία Έρευνας (υλικό - μέθοδος) | 117 |
| 12.3. Ερωτηματολόγιο Έρευνας | 118 |
| 12.4. Αποτελέσματα - Συζήτηση | 122 |
| 12.5. Στατιστικές απεικονίσεις | 142 |
| 12.6. Συμπεράσματα - Προτάσεις | 164 |
| ΕΠΙΛΟΓΟΣ | 170 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 171 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ | 180 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρατηρώντας τον παγκόσμιο πληθυσμό, συνειδητοποιούμε ότι οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης και αναλογίας σε σχέση με τις υπόλοιπες ηλικίες. Η ομάδα αυτή του πληθυσμού χρήζει ιδιαίτερης προσοχής από τα μέλη των επιστημών υγείας, αφού τα "γηρατεία" δεν είναι μόνο μια ευαίσθητη ηλικιακή περίοδος, αλλά και το κλείσιμο του χρονικού κύκλου της ανθρώπινης οντότητας. Οι αυξημένες ανθρώπινες ανάγκες που χαρακτηρίζουν το τμήμα αυτό του πληθυσμού, έχουν να κάνουν σε πολύ σημαντικό ποσοστό και με την παρουσία χρόνιων ασθενειών. Οι χρόνιες ασθένειες καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό το χρονικό διάστημα αλλά και την ποιότητα της ζωής του ηλικιωμένου.

Οι αυξημένες ανάγκες της τρίτης ηλικίας επέβαλαν μέσα στο χρόνο εναλλακτικές μορφές νοσηλείας κυρίως "εξωνοσοκομιακές". Μια από αυτές είναι και η υπηρεσία "νοσηλεία στο σπίτι". Ιδιαίτερα στους χρόνιους πάσχοντες ηλικιωμένους, η κατ' οίκον νοσηλεία φαίνεται να είναι άκρως σημαντική και καθοριστική. Ο νοσηλευτής ως μέλος της υγειονομικής ομάδας αποτελεί το σπουδαιότερο δομικό παράγοντα για την οργάνωση, παροχή και αξιοποίηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι.

Βασιζόμενοι στα παραπάνω, ο σκοπός της μελέτης μας είναι να επικεντρωθούμε στις βασικές χρόνιες παθήσεις από τις οποίες πάσχουν οι ηλικιωμένοι και που χρήζουν νοσηλευτικής υποστήριξης. Μέσα από αυτή την έρευνα θα καταγραφούν οι ανάγκες των ηλικιωμένων σε σχέση με τις χρόνιες παθήσεις από τις οποίες πάσχουν. Θα αξιολογηθεί επίσης η νοσηλευτική φροντίδα που τους παρέχεται με την κατ' οίκον νοσηλεία. Ο τρόπος συλλογής των δεδομένων έγινε με ερωτηματολόγια τα οποία απευθύνονταν σε ηλικιωμένους πάσχοντες από χρόνιες ασθένειες οι οποίοι λαμβάνουν κατ'

οίκον φροντίδα, από την ομάδα υγείας του Κ.Α.Π.Η. της περιοχής τους.

Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με κατ' οίκον επίσκεψη σε κάθε ένα από τα μέλη του δείγματος. Οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο προέκυψαν μετά από συζήτηση διάρκειας 30 λεπτών περίπου (συνέντευξη), που είχαμε με τους χρόνιους πάσχοντες ηλικιωμένους.



**ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ
ΜΕΡΟΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. Τρίτη Ηλικία (εισαγωγικά)

1.2. Θεωρίες που σχετίζονται με το γήρας

1.3. Χαρακτηριστικά Ηλικιωμένων

1.4. Δημογραφικά χαρακτηριστικά γήρανσης

1.5. Νοσηρότητα και Θνησιμότητα των ηλικιωμένων

1.1. ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ (εισαγωγικά)

Ο όρος **Τρίτη Ηλικία** πρωτοεμφανίστηκε στη γαλλική βιβλιογραφία και αναφέρεται στην ομάδα των ατόμων, που έχουν ξεπεράσει τα 60 ή 65 χρόνια ζωής. Στη διεθνή συνέλευση γήρατος που έγινε το 1982, επικράτησε ο όρος : **ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ** και το χρονολογικό όριο των 60 ετών. Εξακολουθεί όμως να παραμένει η ηλικία των 65 ετών, υποχρεωτικής συνταξιοδότησης. Αν και ο χαρακτηρισμός των ηλικιωμένων βάσει ορισμένης ηλικίας είναι χρήσιμος για επιδημιολογικές και ερευνητικές μελέτες, στην κλινική πράξη πιο ακριβής και χρήσιμη είναι η κατανόηση της σωματικής υγείας και του βαθμού λειτουργίας του συγκεκριμένου ατόμου.

Οι ηλικιωμένοι, μητέρες και πατέρες, είναι οι ρίζες της ζωής μας, είναι αυτοί που μας έφεραν στη ζωή, μας μεγάλωσαν μέσα στην οικογένεια, μας προστάτευσαν στην εμβρυϊκή, βρεφική, νηπιακή, παιδική και εφηβική ηλικία, ώστε να διαφύγουμε το ποσοστό της νοσηρότητας και θνησιμότητας καθώς και τα θανατηφόρα ατυχήματα ή εκείνα που αφήνουν μόνιμες βαριές αναπηρίες.

Υπάρχουν πολλοί συνθετικοί ορισμοί για τα γηρατειά και τους ηλικιωμένους. Κατά την ιατρική, **γήρας** ονομάζουμε την φυσιολογική κατάπτωση του οργανισμού. Άτομα της τρίτης ηλικίας θεωρούνται συνήθως εκείνα που έχουν περάσει από πολλά χρόνια το στάδιο της αναπαραγωγής και βρίσκονται στη φάση της βιολογικής παρακμής.

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 οι οποίοι επηρεάζουν την εμφάνιση του γήρατος στα διάφορα άτομα, περισσότερο ή λιγότερο γρήγορα. Επίσης δεν υπάρχει παραλληλισμός μεταξύ σωματικών και ψυχικών εκπτώτικων φαινομένων.

Η κάμψη των βιολογικών λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού αρχίζει από το 30ο έτος της ηλικίας του και συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Το γήρας, επομένως, τονίζεται ότι είναι σε ένα μεγάλο μέρος βιολογικό φαινόμενο, το οποίο πρέπει να αντιμετωπίσει ο καθένας χωριστά και να το υπερνικήσει.(1)

ΛΑΝΘΑΣΜΕΝΕΣ ΙΔΕΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ "ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ"

- Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ομοιογενή ομάδα. Στην πραγματικότητα, οι ηλικιωμένοι είναι πολύ πιο διαφορετικοί μεταξύ τους απ' ότι είναι οι νέοι. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές στις βιολογικές αλλαγές και στις ψυχολογικές αντιδράσεις προς τις αλλαγές αυτές των ηλικιωμένων.
- Η Τρίτη ηλικία σημαίνει αρρώστια, αδυναμία και απώλεια ζωτικότητας. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι διατηρούν την υγεία τους και ζουν ικανοποιητική ζωή πέρα από τις κοινωνικές προσδοκίες. Μόνο το 10% από αυτούς είναι εξαρτημένοι.
- Η οικογενειακή μέριμνα ήταν εντονότερη στο παρελθόν. Μελέτες παρουσιάζουν ενδείξεις ότι είναι μεγαλύτερη τώρα, παρά ποτέ.
- Οι προσωπικότητες αλλάζουν με την πάροδο της ηλικίας. Τα βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας δεν αλλάζουν σημαντικά με την ηλικία, ούτε επηρεάζονται πολύ από τις αλλαγές της ζωής στα υγιή άτομα.
- Οι ηλικιωμένοι είναι άκαμπτοι, ανίκανοι για νέα μάθηση. Μαθαίνουν ίσως σε περισσότερο χρόνο, αλλά μαθαίνουν τα δυσκολότερα.
- Η Τρίτη ηλικία είναι ένα στάδιο ψυχολογικής ανάπτυξης στη ζωή του ανθρώπου. Το κυριότερο έργο ανάπτυξης του ηλικιωμένου είναι η απόκτηση της ικανότητας να διακρίνει, να διευκρινίζει, να καλλιεργεί σε βάθος και να βρίσκει τρόπους για να χρησιμοποιεί ότι έχει ήδη κατορθώσει στη ζωή του, να προσφέρει νέες οπτικές γωνίες σε σύγχρονα θέματα, να προσαρμόζεται στα γεγονότα της ζωής του.(2)

1.2. ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΓΗΡΑΣ

Υπάρχει απεριόριστος αριθμός θεωριών για την εξήγηση του φαινομένου της υπερηλικίωσης. Όλες οι θεωρίες, αν και ανεπαρκείς να μας προσφέρουν ικανοποιητική επεξήγηση του φαινομένου αυτού, καταλήγουν σε ένα κοινό σημείο: στη διαπίστωση ότι η υπερηλικίωση συνοδεύεται από εκφυλιστικές αλλαγές οι οποίες επιδρούν στη λειτουργική ικανότητα ολόκληρου του ανθρώπινου οργανισμού. Στη συνέχεια αναφέρονται μερικές από τις πάρα πολλές θεωρίες που αναπτύχθηκαν για την επεξήγηση του γήρατος.

- **Θεωρία της βιολογικής ρύθμισης** : οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής πιστεύουν ότι υπάρχει στον οργανισμό του ατόμου ένας εσωτερικός "ρυθμιστής" που κυβερνά τον ρυθμό, τον χρόνο πολλαπλασιασμού, της ανάπτυξης, του μαρασμού και του θανάτου των κυττάρων. Μερικοί πιστεύουν

ότι βρίσκεται στον εγκέφαλο και συγκεκριμένα στον υποθάλαμο. Άλλοι όμως υποστηρίζουν ότι κάθε κύτταρο έχει το δικό του βιολογικό ρυθμιστή του οποίου η λειτουργία εκπίπτει με την πάροδο του χρόνου και οδηγεί στο γήρας.

- **Θεωρία της συσσώρευσης καταστροφικών παραγόντων:** σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η ραδιενέργεια, η ρητίνωση, η υγρασία κ.τ.λ. προκαλούν γενετική καταστροφή, η οποία οδηγεί στη γήρανση δημιουργώντας καταστροφή των κυττάρων.

- **Θεωρία άθροισης αχρήστων προϊόντων:** σταδιακή καταστροφή των κυττάρων που οφείλεται στα χημικά παράγωγα του μεταβολισμού.

- **Θεωρία της αυτοάμυνας:** το αμυντικό δυναμικό του οργανισμού αποδυναμώνεται με την πάροδο του χρόνου και αυτή η ίδια η διεργασία αποτελεί το γήρας. Τα λεμφοκύτταρα του θύμου αδένου γενικά επιτίθενται εναντίον κάθε βλαβερού κυττάρου που μπαίνει στον οργανισμό και τον καταστρέφουν. Ο αριθμός των λεμφοκυττάρων αυτών με την πάροδο του χρόνου ελαττώνεται, η άμυνα του οργανισμού πέφτει και ακολουθεί το γήρας.

- **Θεωρία της ουσίας της ζωής (Loeb):** κατά τον αμερικανό φυσιολόγο Loeb, κάθε ζωντανός οργανισμός από τη γέννηση του, έχει μέσα του μια ποσότητα ουσίας άγνωστης ακόμα, που σιγά σιγά με την πάροδο της ζωής καταναλώνεται με την ανταλλαγή της ύλης. Όταν η ουσία αυτή εξαντλείται, το άτομο γηράσκει.

- **Θεωρία του Carrel:** στηρίζεται στην αντίληψη ότι όλα τα κύτταρα, με κατάλληλες συνθήκες μπορούν να παραμείνουν αθάνατα και πιστεύει ότι το γήρας οφείλεται σε αλλοίωση των "χυμών" που υπάρχουν γύρω από το κύτταρο (μεσοκυττάριο υγρό).(3,4)

Η έννοια του γήρατος είναι ευρύτερη και γενικότερη, καθορίζεται δε από διαφορετικό τρόπο από τους Κοινωνιολόγους, τους Μεταφυσικούς και τους Ιατροβιολόγους.

Οι κοινωνιολόγοι: Θεωρούν ότι ένα άτομο γηράσκει, όταν δεν παρουσιάζει πλέον κοινωνικοοικονομικό ενδιαφέρον για ζωή.

Οι μεταφυσικοί: εκλαμβάνουν τον άνθρωπο ως ένα ενιαίο ψυχοσωματικό σύνολο. Πιστεύουν πως η βιολογική καμπύλη της ζωής ενός ατόμου αποτελεί ένα απλό συμβάν και ότι εκτός αυτής της καμπύλης αναπτύσσεται η προσωπικότητα του ατόμου η οποία αυξάνει τότε, όταν ακριβώς υποχωρεί η βιολογική εξέλιξη του ατόμου.

Οι ιατροβιολόγοι: διαιρούν το γήρας σε φυσιολογικό ή βιολογικό και σε παθολογικό ή πρόωρο ή γήρας νόσος. Φυσιολογικό γήρας θεωρείται η αρμονική γεροντική εξέλιξη και φθορά όλων των ιστών του οργανισμού. Φυσιολογικό και παθολογικό ή πρόωρο ή γήρας νόσος, χαρακτηρίζεται η σύγχρονη δυσαρμονική και πρόωρη γεροντική φθορά των διάφορων οργάνων, η οποία οφείλεται σε συγκεκριμένα εσωτερικά, κυρίως νοσολογικά αίτια.(1)

Απ' όσα έχουν σημειωθεί φαίνεται καθαρά ότι οι θεωρίες για το γήρας και για τη φθορά του οργανισμού είναι πολλές αλλά και τα αίτια ποικίλα. Γι' αυτό εμφανίζεται το φαινόμενο μερικά ηλικιωμένα άτομα να είναι ακόμη διανοητικά και φυσικά πολύ δραστήρια ενώ άλλα κάτω των 60 ετών να βρίσκονται σε επισφαλή υγεία, να υποφέρουν από αμνησία, να εμφανίζουν μειωμένη ενεργητικότητα και ικανότητα για πρωτοβουλία.

1.3. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

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

Οι αλλαγές των κοινωνικών δομών είχαν σαν αποτέλεσμα την πτώση των αξιών και τη δημιουργία ηθικής κρίσης η οποία επέφερε βαθύ ρήγμα στο οικογενειακό σύστημα. Η ανάγκη να εργάζεται η γυναίκα έξω από το σπίτι άλλαξε τον παραδοσιακό της ρόλο, 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 αποκλείει τους γέροντες γονείς και μαζί με αυτούς την πείρα και τη γνώση τους.

Οι μεγάλες αυτές αλλαγές συντέλεσαν ώστε οι ηλικιωμένοι να αισθάνονται κοινωνικά αλλοτριωμένοι, γιατί είναι αναγκασμένοι να περάσουν το υπόλοιπο της ζωής τους σε ιδρύματα, με συντροφιά τη μοναξιά ή την απομόνωση, παράγοντες που βοηθούν στη φυσική και πνευματική φθορά των ηλικιωμένων.

Άλλα στοιχεία είναι η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων, το μορφωτικό επίπεδό τους και ενδεχομένως η απώλεια ενός εκ των δυο συζύγων.

Για τους λόγους αυτούς η Γεροντολογική Νοσηλευτική διδάσκεται σε προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα σε επίπεδο Master και Ph.D., με σκοπό την πληρέστερη προετοιμασία των νοσηλευτών για αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των σύνθετων προβλημάτων του γήρατος.(1,5)

1.4. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Γνωρίζουμε λίγα για τη γεωγραφική κατανομή των ηλικιωμένων στη χώρα μας. Σύμφωνα με την αναφορά του Π.Ο.Υ. ,τις επόμενες δεκαετίες, λίγες χώρες μόνο θα είναι σε θέση να παρέχουν ειδικευμένη φροντίδα στους ηλικιωμένους ασθενείς.

Υπολογίζεται ότι η μέση ηλικία των ανθρώπων όλης της Γης αυξήθηκε από 23,5 χρόνια 1950 σε 26,1 το 1998, ενώ σύμφωνα με κάποιες προβλέψεις θα φθάσει τα 37,8 χρόνια το 2050.

Το 1950 , το ποσοστό των παιδιών στις ανεπτυγμένες χώρες ήταν 27%, ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων ήταν 12%. Το 1998, τα ποσοστά ήταν αντίστοιχα 19,1% και 18,8%. Μέχρι το 2050, το ποσοστό των ηλικιωμένων θα φτάσει το 33%, την ίδια στιγμή που το ποσοστό των παιδιών θα μειωθεί στο 15%. Αυτό το ποσοστό των ηλικιωμένων μεταφράζεται σε μία αύξηση από 580.000.000 το 1998, σε 1,97 δις το2050. Τη δραματικότερη εξέλιξη θα έχουμε στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες, όπου και θα συμβεί ένας εννιαπλασιασμός του αριθμού των ηλικιωμένων.(6,7)

Στην Ελλάδα, το πρόβλημα παρουσιάζεται πολύ πιο έντονο τα τελευταία χρόνια, αφού οι ηλικιωμένοι από 7,4% που ήταν το 1951 φθάνουν σήμερα στο 14%, ενώ συγχρόνως επήλθε μείωση της γονιμότητας. Αναλογούν 14 γεννήσεις σε 1000 άτομα στην Ελλάδα και 30/1000 στην Τουρκία.(7)

Σύμφωνα με την απογραφή του 1981, στην Ελλάδα, είχαμε 1.239.600 άτομα άνω των 65 ετών, δηλαδή 13,3%του πληθυσμού μας, ποσοστό που βαίνει αυξανόμενο.(2) Εν συγκρίσει με την απογραφή του 1991 όπου οι ηλικιωμένοι στην χώρα μας ήταν 1.404.352 άτομα, ποσοστό 13,69%. Παρατηρούμε, δηλαδή μια αύξηση 0.39%, στην δεκαετία '80 - '90.(61)

1.5.ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Τα συστήματα Υγείας των κρατών- μελών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) αντιμετωπίζουν σήμερα μια διπλή πρόκληση: τη συγκράτηση του συνεχούς αυξανόμενου κόστους και τη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού τους. Προκειμένου λοιπόν να ανταπεξέλθουν σε αυτές τις προκλήσεις, όσοι καταστρώνουν την πολιτική Υγείας χρειάζονται περισσότερη και καλύτερη πληροφόρηση σχετικά με τα αποτελέσματα της φροντίδας Υγείας.

Ασφαλώς, το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού εξαρτάται από πλήθος παραγόντων πέραν του συστήματος υγείας, όπως το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον.

Θνησιμότητα: η θνησιμότητα αποτέλεσε διαχρονικά τον πιο συχνά χρησιμοποιούμενο δείκτη. Το 1990, τα καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν η πρώτη αιτία θανάτου στους ηλικιωμένους. Το 2001, οι θάνατοι φτάνουν τους 3.915.000, ενώ μέχρι το 2020, αναμένεται μια σχετική μείωση με αριθμό περίπου στους 3.399.000 θανάτους.

Τα κακοήθη νεοπλάσματα ήταν δεύτερη αιτία θανάτου το 1990, και αναμένεται να αυξηθούν κατά 33%, το 2020.

Τα αναπνευστικά προβλήματα, ήταν η Τρίτη αιτία θανάτου το 1990, και αναμένεται ότι θα αυξηθούν κατά 49%, μέχρι το 2020.

Οι κακώσεις αποτελούν μείζων πρόβλημα κακής υγείας για τους ηλικιωμένους. Μεταξύ αυτών, οι πτώσεις, όπου και αναμένεται μια αύξηση 30%, μέχρι το 2020, αφού θα είναι η κύρια αιτία θανάτου για 72.000 ηλικιωμένους.(6)

Μελέτες έδειξαν ότι, η αύξηση της προσδοκώμενης ζωής στις ηλικίες άνω των 60 ετών στο μέλλον θα εξαρτηθεί από το αν θα μπορούσε να αναβληθεί ή να αποφευχθεί ο θάνατος από νεοπλάσματα και καρδιαγγειακά νοσήματα. Επίσης, ένα άλλο συμπέρασμα έδειξε ότι είναι απίθανο να αυξηθεί η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση περισσότερο από τα 85 χρόνια.(8)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

- 2.1. Λειτουργικές και οργανικές αλλαγές στον ηλικιωμένο
- 2.2. Μεταβολές στο κυκλοφορικό σύστημα
- 2.3. Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα
- 2.4. Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα
- 2.5. Μεταβολές στη λειτουργία των ενδοκρινών αδένων
- 2.6. Μεταβολές στο πεπτικό σύστημα & το μεταβολισμό
- 2.7. Μεταβολές στο ερειστικό σύστημα
- 2.8. Μεταβολές στα αισθητήρια όργανα
- 2.9. Μεταβολές στο νευρικό σύστημα & ψυχολογικές μεταβολές
- 2.10. Μεταβολές του δέρματος
- 2.11. Μεταβολές σε άλλα συστήματα

2.1. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ

Το γήρας αντικατροπτίζει τις μη ανατάξιμες, προοδευτικές μεταβολές της μορφολογίας και της λειτουργίας, που παρατηρούνται στα κύτταρα, στους ιστούς, στα όργανα ή και σε ολόκληρο τον οργανισμό ενός ζώου με την πάροδο του χρόνου. Καθώς οι πιθανότητα ενός ανθρώπου να πεθάνει αυξάνεται με την ηλικία, οι περισσότερες αλλαγές, που συνοδεύουν το γήρας, αντιπροσωπεύουν διάφορες εκπτώσεις της λειτουργικής ικανότητας του οργανισμού.

Πολλές μελέτες έχουν περιγράψει τις διάφορες μεταβολές στη λειτουργία ειδικών οργανικών συστημάτων, που συνοδεύουν το γήρας. Οι μεταβολές αυτές διαφέρουν σε κάθε οργανικό σύστημα, αν και σε γενικές γραμμές έχουν τη τάση να ελαττώνονται προοδευτικά, σε όλο το υπόλοιπο χρονικό διάστημα της ζωής, μετά το στάδιο της ανάπτυξης και της ωριμότητας.

Χωρίς αμφιβολία οι βασικοί βιολογικοί μηχανισμοί της γήρανσης πρέπει να αναζητηθούν σε κυτταρικό επίπεδο, και ιδιαίτερα σε εκείνα τα κύτταρα που εισέρχονται στις ρυθμιστικές διαδικασίες. Μελέτες που έχουν στόχο τον προσδιορισμό του βαθμού λειτουργικής ικανότητας των ρυθμιστικών μηχανισμών ενός ατόμου, μπορούν να μας επιτρέψουν την πρόβλεψη σχετικά με τον ρυθμό με τον οποίο το άτομο γηράσκει, και επομένως την πρόβλεψη του χρόνου επιβίωσής του. Σειρά από μελέτες πάνω στις επιπτώσεις του γήρατος στην λειτουργικότητα ενός αριθμού ρυθμιστικών συστημάτων στον άνθρωπο δείχνει τα εξής:

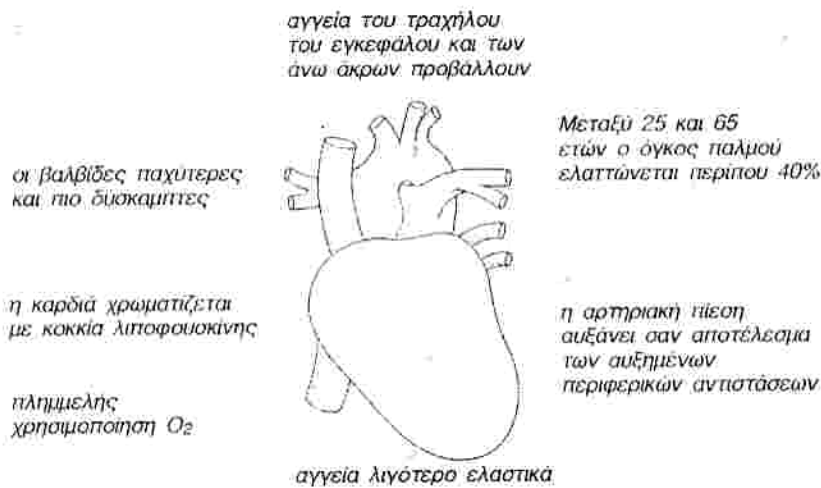
- α) υπάρχουν μεγάλες αποκλίσεις από άτομο σε άτομο στο ρυθμό γήρανσης.
- β) το κάθε οργανικό σύστημα έχει τον δικό του ρυθμό γήρανσης.
- γ) τα διάφορα οργανικά συστήματα ενός και του αυτού ατόμου δεν γηράσκουν ομοιόμορφα.
- δ) με την πάροδο της ηλικίας, τα όρια των διαφορών ανάμεσα σε διαφορετικά άτομα της ίδιας ηλικίας διευρύνονται.
- ε) οι μεταβολές λόγω ηλικίας είναι εμφανέστερες στις πολύπλοκες λειτουργίες παρά στην περίπτωση απλών λειτουργιών.
- στ) το γήρας έχει επηρεάσει κατά πολύ το χρόνο, που χρειάζεται να επιτύχει ο οργανισμός την προσαρμογή του σε μια αλλαγή του περιβάλλοντος με την έννοια ότι, οι ηλικιωμένοι απαιτούν περισσότερο χρόνο απ' ότι τα νεαρά άτομα για την αντίδραση αυτή.(9)

Έτσι λοιπόν, οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν έκπτωση των φυσικών λειτουργιών που οφείλεται τόσο στην ηλικία, όσο και στην επίδραση των

χρόνιων νοσημάτων από τα οποία πάσχουν. Πολλές από τις αλλαγές στις σωματικές λειτουργίες που συμβαίνουν λόγω γήρατος είναι δύσκολο να διαχωριστούν σαφώς από αυτές που συμβαίνουν εξαιτίας της επίδρασης διαφόρων χρόνιων νοσημάτων.

2.2. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Σε γενικές γραμμές, η θεωρίες για τη γήρανση είναι δυο: η θεωρία της προγραμματισμένης γήρανσης και η θεωρία της τυχαίας γήρανσης. Αναφορικά με το καρδιαγγειακό σύστημα, κατά τη γήρανση παρατηρούνται ανατομικές μεταβολές στο μυοκάρδιο, στις καρδιακές βαλβίδες, στις αρτηρίες και στο σύστημα αγωγιμότητας. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα επηρεάζει σημαντικά τις μεταβολές της καρδιαγγειακής λειτουργίας, που σχετίζονται με την ηλικία. Αν και η καρδιακή παροχή ηρεμίας και η καρδιακή συχνότητα μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας, η βασική μεταβολή που παρατηρείται είναι η μείωση της μέγιστης καρδιακής παροχής, η οποία οφείλεται σε μειωμένη ανταπόκριση στα ερεθίσματα του συμπαθητικού, σε αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων, σε αύξηση της περιόδου σύσπασης του μυοκαρδίου και σε μειωμένη ενδοτικότητα του μυοκαρδίου (10). Επίσης παρατηρείται:



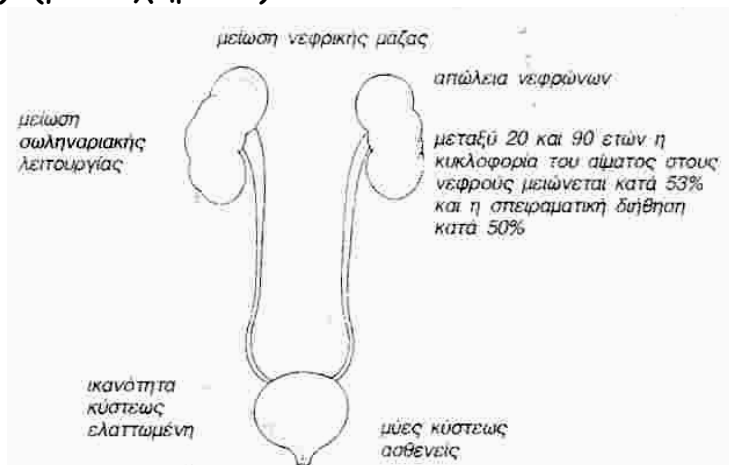
Σχήμα 1: Καρδιαγγειακές αλλαγές με την ηλικία.

- Ο ακτινολογικός όγκος τη καρδιάς μειώνεται λόγω ελαττωμένων αναγκών, έλλειψης άσκησης ή κακής διατροφής.
- Διάταση αορτής, πιο ελικοειδή πορεία, ενώ το αορτικό τόξο προβάλλει καθαρά.
- Αύξηση των καρδιακών διαμέτρων κυρίως λόγω υπέρτασης.

- Ινώσεις, ασβεστώσεις βαλβίδων, μυοκαρδίου, περικαρδίου, αορτικού τόξου, αρτηριών θώρακος και κοιλίας.
- Η συστολική αρτηριακή πίεση αυξάνεται κάθε 10 χρόνια περίπου κατά 5-10 mmHg.
- Πτώση της ολικής καρδιακής παροχής λόγω πτώση της καρδιακής συχνότητας.
- Πτώση έργου καρδιακού παλμού.
- Αύξηση χωρητικότητας φλεβικού συστήματος.
- Ελάττωση συσταλτικότητας των φλεβών.(11) (βλ. Σχήμα 1.)

2.3. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Στους νεφρούς παρατηρούνται ελάττωση των αιμοδυναμικών λειτουργιών. Τα αίτια είναι: α) Κυκλοφορικό (πτώση ΚΛΟΑ, αθηροσκλήρυνση κοιλιακής αορτής και ενδονεφρική νεφροσκλήρυνση). β) Μηχανικό (υπερτροφία του προστάτη, ουρολιθιάσεις, εκκολπώματα που δυσκολεύουν την αποχέτευση των ούρων). γ) Λοιμώξεις.(11) Επίσης παρατηρούνται: α) Οι ουρητήρες διευρύνονται και το τοίχωμά τους υπερτρέφεται. β) Στην ουροδόχο κύστη αναπτύσσεται ινώδης συνδετικός ιστός και ατροφούν οι μυϊκές της ίνες. γ) Η μήτρα ελαττώνεται σε βάρος και ατροφεί ο μυϊκός χιτώνας. δ) Ο μειωμένος νευρομυϊκός ερεθισμός της ουροδόχου κύστης έχει ως αποτέλεσμα την ατελή της κένωση. Ειδικά στις ηλικιωμένες γυναίκες, συχνά παρουσιάζονται ουρολοιμώξεις. ε) μείωση της λειτουργικής ικανότητας των νεφρών (13). (βλ. Σχήμα 2.)



Σχήμα 2. Αλλαγές ουροποιητικού με την πάροδο της ηλικίας.

2.4. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι αναπνευστικές μεταβολές που παρατηρούνται στους ηλικιωμένους είναι:

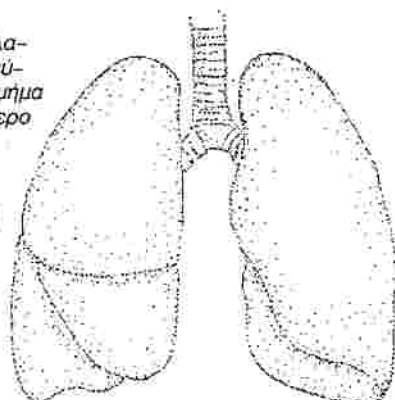
- Με την αύξηση της ηλικίας υπάρχει μια προσδιορίσιμη μείωση στην αναπνευστική απόδοση. Ελαττώνεται η βροχοπνευμονική κινητικότητα εξαιτίας αύξησης σε ινώδη ιστό και λεμφικά στοιχεία, παράγοντες που οδηγούν σε ανένδοτο βροχοπνευμονικό δέντρο. Εξάλλου, η αντικατάσταση των ελαστικών στοιχείων των βρόγχων με σκληρωτικά, οδηγεί σε βρογχεκτασία.
- Οι κυψελίδες σκληρύνονται και μερικές σπάζουν με το βήχα.
- Η ζωτική χωρητικότητα ελαττώνεται, ενώ αυξάνεται ο υπολειπόμενος όγκος αέρα, και έτσι μειώνεται η ανταλλαγή των αερίων, η οξυγόνωση των ιστών και ο μεταβολισμός.
- Στη μείωση της αναπνευστικής απόδοσης συμβάλλει και η ακαμψία του θωρακικού τοιχώματος καθώς και αλλοιώσεις της σπονδυλικής στήλης.
- Ο αριθμός των αναπνοών αυξάνει. Εξαιτίας της κακής αιμάτωσης του αναπνευστικού κέντρου, στο βαθύ γήρας, η αναπνοή συχνά γίνεται τύπου Cheyne-Stokes.
- Ελαττώνεται η ικανότητα του βρογχικού δέντρου να αποβάλλει τις εκκρίσεις του εξαιτίας μείωσης του αντανεκλαστικού του βήχα και ελάττωσης της αποτελεσματικότητας του μηχανισμού κροσσών (5,12). (βλ. Σχήμα 3.)

1. μεταξύ 20 και 80 ετών το O₂ ελαττώνεται περίπου 15%

2. λόγω ελλείψεως ελαστικότητας του πνεύμονος, το επάνω τμήμα εμφανίζεται μακρύτερο

3. ελαττωμένη δράση του κροσσώτου επιθηλίου

4. ελαττωμένη η μέγιστη ζωτική χωρητικότητα



8. οι αναπνευστικοί μύες εξασθενούν

7. μέχρι την ηλικία 90 ετών ο υπολειπόμενος χώρος αυξάνει κατά 50%

6. ο αριθμός των κυψελίδων μειώνεται και το μέγεθός τους αυξάνει

5. οι θωρακικοί μύες είναι περισσότερο δύσκαμπτοι

Σχήμα 3: Αναπνευστικές αλλαγές με την ηλικία.

2.5. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ.

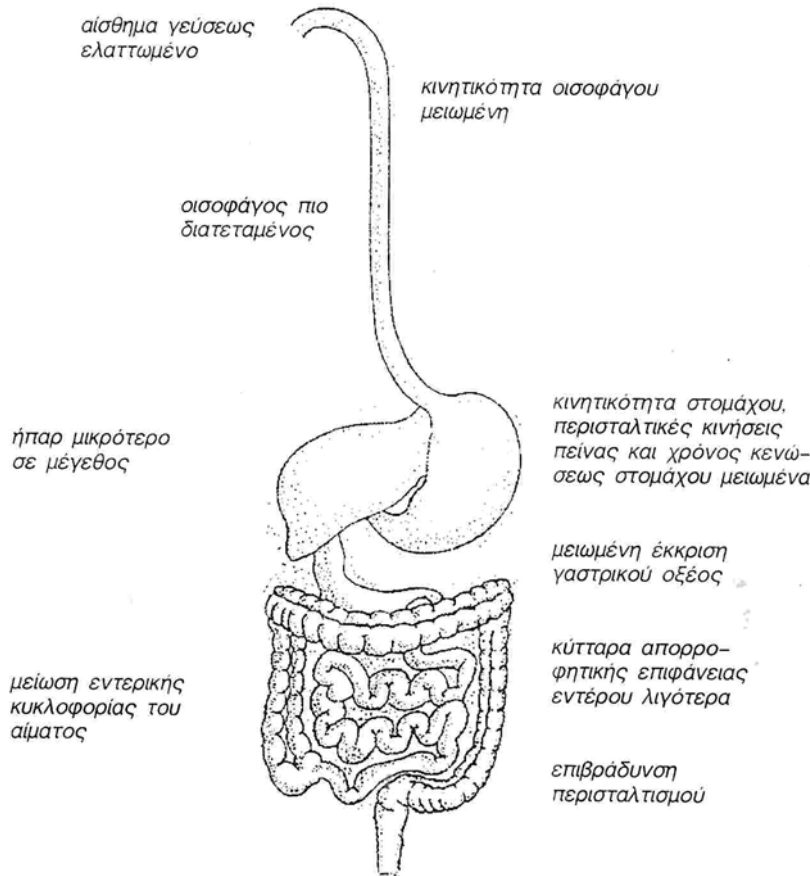
- Η υπόφυση ελαττώνεται σε βάρος και όγκο, οι λοβοί της ατροφούν και σε διάφορες περιοχές της σχηματίζονται κύστες.
- Ο θυρεοειδής αδένας μειώνεται σε βάρος και λειτουργικότητα.
- Οι παραθυρεοειδείς εμφανίζουν λιπώδη εκφύλιση, ελαττώνονται τα βασεόφιλα και αυξάνονται τα οξεόφιλα κύτταρα τους. Συνέπεια των ανωτέρω είναι διαταραχή στο μεταβολισμό του ασβεστίου και ανάπτυξη οστεοπόρωσης, οστεομαλάκυνσης κ.λ.π.
- Οι όρχεις ελαττώνονται σε όγκο και βάρος.
- Οι ωοθήκες εμφανίζουν διάφορες κυτταρολογικές και ιστολογικές αλλοιώσεις, που αρχίζουν με την εμμηνόπαυση. Η φλοιώδης ουσία λεπταίνει και ελαττώνεται ο όγκος και η έκκριση των ορμονών.
- Ελαττώνεται το βάρος των επινεφριδίων και παρουσιάζονται εκφυλιστικές αλλοιώσεις, ιδιαίτερα στη φλοιώδη ουσία.(11,12)
- Μείωση της ικανότητας ανοχής υψηλών επιπέδων γλυκόζης στο αίμα.(13)

2.6. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ

Η ελλιπής θρέψη είναι επιδημική στους ηλικιωμένους. Σ' αυτό συμβάλλουν η φτώχεια, ο λαθεμένος τρόπος ζωής, οι διαιτητικές συνήθειες και οι ψυχολογικές αντιδράσεις προς το γήρας.

- Τα δόντια πέφτουν. Οι μύες του φάρυγγα ατροφούν και ο ηλικιωμένος παρουσιάζει δυσκολία στην κατάποση. Μειώνεται η έκκριση του σάλιου, με αποτέλεσμα την ξηρότητα του στόματος.
- Λεπταίνουν και ατροφούν οι μυϊκές στιβάδες του στομάχου και του εντέρου, ελαττώνονται οι εκκρίσεις του στομάχου και τα πεπτικά ένζυμα.
- Το τελευταίο τμήμα του παχέος εντέρου υπερτρέφεται και ελαττώνεται ο τόνος του δακτυλίου. Τα αγγεία του εντέρου σκληρύνονται και τα νεύρα εκφυλίζονται. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα ελαττωματική πέψη και δυσκοιλιότητα.
- Το βάρος του ήπατος μειώνεται εξαιτίας καταστροφής των κυττάρων του και αντικατάστασης τους από ινώδη συνδετικό ιστό. Η χοληδόχος κύστη χάνει την ελαστικότητα της και τον τόνο της, με συνέπεια διαταραχή στη ροή της χολής και σχηματισμό λίθων.

- Το πάγκρεας ελαττώνεται σε βάρος. Σκληρύνονται τα νησίδια του Langerhans.
- Η ξηρότητα του στόματος και η μειωμένη οξύτητα όσφρησης και γεύσης μειώνουν την ποικιλία στην επιλογή των φαγητών. Η μειωμένη ευαισθησία στη δίψα μπορεί να οδηγήσει σε μείωση προσλαμβανόμενων υγρών και δυσκοιλιότητα.



Σχήμα 4: Γαστερεντερικές αλλαγές με την ηλικία.

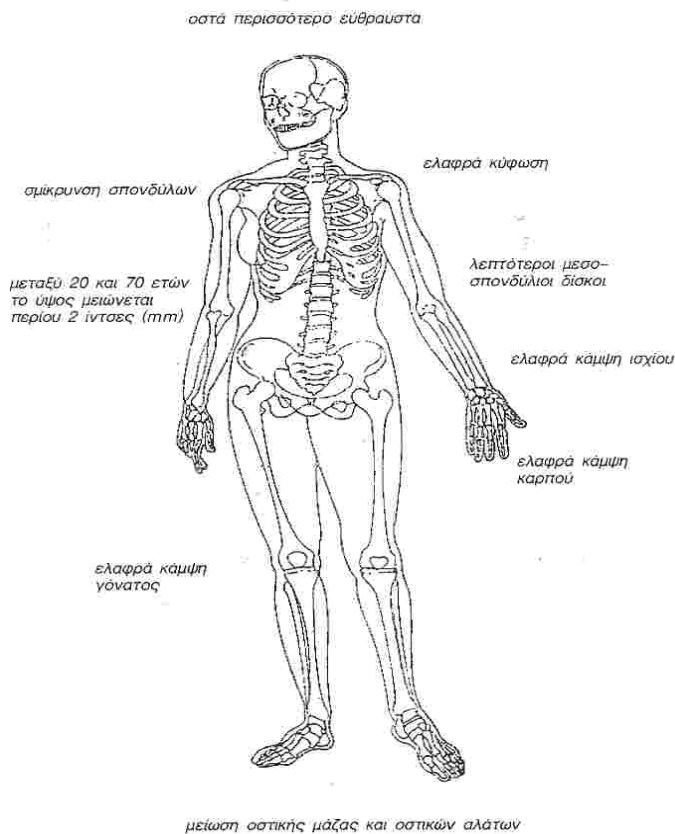
- Οι μεταβολές του νευρικού συστήματος που έχουν σχέση με τον μεταβολισμό περιλαμβάνουν: α) μειωμένη υποθαλαμική απόδοση, που επηρεάζει τις αποκρίσεις όρεξης για φαγητό και δίψας. β) παρασυμπαθητικές μεταβολές που μεταβάλλουν την εντερική κινητικότητα. γ) απώλεια φλοιώδους αναχαίτισης, που μπορεί να συμβάλει σε εμφάνιση διάρροιας και απωλειών.
- Η καθυστέρηση κένωσης του οισοφάγου είναι συχνή στους ηλικιωμένους και συχνά οδηγεί σε φλεγμονή.
- Η παχυσαρκία μπορεί να αποτελεί πρόβλημα για άνδρες και γυναίκες άνω των 50 χρόνων. Δυνατόν να οφείλεται σε: α) μείωση δραστηριότητας χωρίς μείωση θερμίδων. β) προσπάθεια αντιστάθμισης ψυχολογικών απωλειών με γλυκά. γ) τρόπος ζωής και διαιτητικές συνήθειες. δ) ορμονικές μεταβολές, ειδικά στις γυναίκες.

- Απώλεια βάρους στους ηλικιωμένους μπορεί να δείχνει ελλιπή θρέψη.(8,12)
- Μείωση της κινητικότητας του εντέρου.
- Δυσκοιλιότητα.
- Μείωση των γαστρικών υγρών (13). (βλ. Σχήμα 4.)

2.7. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΕΡΕΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Οι πιο εμφανείς μεταβολές στη λειτουργία του μυοσκελετικού οφείλονται στη μείωση της μάζας των οργάνων του και στην εκφύλιση τους.

- Τα οστά παρουσιάζουν ελάττωση των οστικών κυττάρων και ατροφία των κυψελών, και οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι λεπτύνονται ή και καθιζάνουν. Έτσι:



α)

Σχήμα 5: Σκελετικές αλλαγές με την ηλικία.

τα οστά γίνονται πιο εύθραυστα και σπάζουν ευκολότερα. β) το ύψος μειώνεται και συχνά αναπτύσσεται κύφωση.

- Οι αρθρώσεις χάνουν την ελαστικότητά τους εξαιτίας της προσστεαθριτιδικής εκφύλισης που υφίστανται οι αρθρικοί χόνδροι.

- Οι μύες μειώνονται σε μέγεθος και δύναμη με την ηλικία. Ενώ είναι ακόμα δυνατή η αναγέννηση του μυϊκού ιστού στους ηλικιωμένους, η μυϊκή μάζα μειώνεται προοδευτικά και σταθερά. Επίσης μειώνεται η ελαστικότητα, η συστατικότητα και ο τόνος τους.(12)
 - Η ελάττωση της μυϊκής δύναμης και η αύξηση του αισθήματος κόπωσης οφείλονται στη μειωμένη τριφοσφορική αδενοσίνη (ATP) και στη παραγωγή γαλακτικού οξέος.
 - Το κρανίο παρουσιάζει οστεοπόρωση του έσω και λέπτυνση του έξω πετάλου του.
 - Οι μεταβολές στο συντονισμό, μαζί με τις μεταβολές στο μυϊοσκελετικό, μπορούν να συμβάλλουν στη διαταραχή της βάδισης. Μειωμένες είναι επίσης οι λεπτές κινήσεις.(5)
- Τα αίτια που προκαλούν αυτές τις διαταραχές οφείλονται σε: α) δίαιτα φτωχή σε ασβέστιο και φώσφορο. β) ορμονικούς παράγοντες, (εμμηνόπαυση, έντονη λυτική δράση της παραθορμόνης, με αποτέλεσμα να μην προστατεύονται τα οστά από τα οιστρογόνα). γ) έλλειψη σωματικής άσκησης, αδράνεια και ακινησία),(11). (βλ. Σχήμα 5.)

2.8. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΑ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑ ΟΡΓΑΝΑ

- Υπάρχει μείωση στην αποδοτική λειτουργία όλων των αισθήσεων με το χρόνο.
- Στο φακό αθροίζονται διάφορες ουσίες: πρωτεΐνες, χοληστερίνη, φωσφολιπίδια, ασβέστιο και επιπλέον αυτός υφίσταται αφυδάτωση.
- Μειώνεται η ικανότητα του οφθαλμού για προσαρμογή στο φως και ικανότητα διάκρισης ανάμεσα σε διάφορες εντάσεις φωτός.
- Οι βολβοί των οφθαλμών εισέρχονται βαθύτερα μέσα στις κόγχες, εξαιτίας της εξαφάνισης του κυτταρολιπώδους ιστού που βρίσκεται πίσω απ' αυτούς.
- Ο τόνος των βλεφάρων μειώνεται και υπάρχει συχνά ελαφρά βλεφαρόπτωση.
- Ο τόνος των βλεφαρικών μυών ελαττώνεται πολύ. Ο σκληρός χιτώνας παρουσιάζει πτερύγιο και η ίριδα γεροντότοξο.
- Ο βυθός εμφανίζει αλλοιώσεις, ενώ ο καταρράκτης και το γλαύκωμα είναι συχνές παθήσεις των ηλικιωμένων.
- Το οπτικό νεύρο ατροφεί και εκφυλίζεται. Οι δακρυϊκοί πόροι κλείνουν και ελαττώνεται η οπτική οξύτητα.

- Στα αυτιά παρατηρείται σκλήρυνση και ουλοποίηση του τύμπανου και εκφυλιστική ατροφία του ακουστικού νεύρου και επομένως βαρηκοΐα στους ψηλούς τόνους.
- Τα 2/3 περίπου των γευστικών καλύκων ατροφούν, όταν το άτομο φτάσει στην ηλικία των 70 ετών, με σημαντική ελάττωση της γεύσης. Επίσης, μειώνεται και η αίσθηση της όσφρησης.
- Άλλες μεταβολές περιλαμβάνουν: μείωση στην αντίληψη θερμοκρασίας, δόνησης και πόνου.
- Η έκπτωση της αισθητικής αντίληψης συμβαίνει συνήθως βαθμιαία. Η τελική σύνθετη μείωση των αισθητικών ιώσεων επηρεάζει τη πληροφόρηση για τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, με αποτέλεσμα τη μείωση αποκριτικότητας και προσαρμογής.
- Η αποκριτικότητα στη αίσθηση του πόνου και η αντίδραση στις μεταβολές της θερμοκρασίας μειώνεται. Επίσης, παρατηρείται μειωμένη πυρετική αμυντική αντίδραση.
- Μειώνεται ο χρόνος αντίδρασης και μεταβάλλονται τα αντανακλαστικά. Η βραδύτητα αντίδρασης στις διάφορες καταστάσεις μπορεί να επηρεαστεί και από τη μυϊκή και σκελετική αδράνεια.(12,14)

2.9. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ

Νευρολογικές μεταβολές.

Στην Τρίτη ηλικία παρατηρείται μείωση ικανοτήτων όχι μόνο των κύριων εσωτερικών οργάνων, αλλά και ειδικών λειτουργιών του κεντρικού περιφερικού συστήματος. Το νευρικό σύστημα περιλαμβάνει ένα ορισμένο αριθμό κυττάρων, τα οποία από την ηλικία των 15 ετών και μετά ελαττώνονται με ρυθμό που επιβραδύνεται με την πάροδο του χρόνου. Τα κύτταρα χάνονται με σταθερή περίπου αναλογία σχετικά με τον εναπομένοντα σε κάθε στιγμή αριθμό τους.(15)

Γενικά εμφανίζονται οι πιο κάτω διαταραχές:

- Ελάττωση των περιφερικών οργάνων σε και λειτουργιών του Κ.Ν.Σ.
- Παραδοξολογίες και εκκεντρικότητες.(11)
- Μείωση της ικανότητας προσανατολισμού στο χρόνο και στο χώρο.
- Διαταραχές μνήμης, διαταραχές ισορροπίας.(13)

Ψυχολογικές μεταβολές.

Ο Τρόπος με τον οποίο οι ηλικιωμένοι βλέπουν τους εαυτούς τους και προσαρμόζονται στις φυσικές, κοινωνικές περιβαλλοντικές μεταβολές ποικίλλει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Ακόμα, διαφέρουν από άτομο σε άτομο οι θέσεις απέναντι στα προβλήματα του γήρατος και οι μηχανισμοί λύσης τους. Την αυτοαντίληψη και αυτοεκτίμηση των ηλικιωμένων επηρεάζουν ο βαθμός φυσικής και διανοητικής έκπτωσης, η απώλεια υποστήριξης από σημαντικά για αυτούς πρόσωπα και η οικονομική τους κατάσταση. Έτσι έχουμε:

- Μεταβολή ρόλων. Η συνταξιοδότηση έχει ως αποτέλεσμα τη μετακίνηση του επίκεντρου από την παραγωγικότητα στην αύξηση του ελεύθερου χρόνου. Για κάποιους η υποχρεωτική συνταξιοδότηση μπορεί να σημαίνει απώλεια αυτοεκτίμησης και προσωπικής ταυτότητας.
- Μεταβολές στις σχέσεις με άλλα πρόσωπα του περιβάλλοντος. Δεν είναι ασύνηθες να βλέπει κανείς μία σύζυγο, που έχει υπάρξει δευτερεύων πρόσωπο στην οικογένεια, να γίνεται ξαφνικά υπεύθυνη για τις οικονομικές διευθετήσεις και να αναλαμβάνει ηγετικούς ρόλους.
- Απώλειες. Το ηλικιωμένο άτομο είναι υποχρεωμένο να αντιμετωπίσει μια πολλαπλότητα απωλειών. Οι πιο αβάστακτοι, συνήθως, απώλεια είναι η απώλεια του/της συζύγου.
- Μεταβολές στις αλληλεπιδράσεις με άλλους. Η αύξηση του χρόνου αντίδρασης, που συμβαίνει με τη φυσιολογική γήρανση, κάνει δύσκολες τις αλληλεπιδράσεις με μέλη της διευρυμένης οικογένειας.
- Απομόνωση. Η μειωμένη ικανότητα να κινείται ελεύθερα, μέσα ή έξω από το σπίτι, αποτελεί μια πηγή αισθήματος ματαίωσης για τον ηλικιωμένο. Οι φυσικοί περιορισμοί, όπως οικονομικές απώλειες μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη και άγχος σε πολλούς ηλικιωμένους.
- Αλλαγές στην αντίδραση στο stress. Η μειωμένη αναγνώριση του stress, η μειωμένη απόδοση πληροφοριών και η μειωμένη ενδοκρινική λειτουργία επηρεάζουν την απόκριση του οργανισμού τους στο stress.
- Η προσωπικότητα του υπερήλικα. Για το άτομο που μεγαλώνει, το πέρασμα του χρόνου βαίνει παράλληλα με την ανάπτυξη του εγώ. το άτομο γίνεται ακόμα περισσότερο ο εαυτός του.(12)
- Διανοητικές λειτουργίες. α) η μνήμη των πρόσφατων γεγονότων μειώνεται ενώ διατηρείται η μνήμη των μακρινών γεγονότων, β) η μάθηση νέας γνώσης είναι δυνατή από τους ηλικιωμένους, γ) η ανάγκη για αυτοέκφραση παραμένει, δ) η νοημοσύνη του ηλικιωμένου διατηρείται σταθερή.(16)

2.10. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ

- Το δέρμα αφυδατώνεται και ρυτιδώνεται, το λίπος εξαφανίζεται.
- Η απώλεια του λιπώδους ιστού προχωρεί ώσπου μένει λίγο υποδόριο λίπος.
- Η απώλεια λίπους πάνω στις οστέινες προεξοχές προδιαθέτει τους ακίνητους ηλικιωμένους σε κατακλίσεις.
- Τα αγγεία συχνά προβάλλουν και είναι ορατά μέσα από τους λεπτούς ιστούς.
- Οι κολλαγόνιες, οι ελαστικές ίνες και η επιθηλιακή στιβάδα λεπταίνουν.
- Οι ιδρωτοποιοί και οι σμηγματογόνοι αδένες μειώνονται σε αριθμό και καθιστά τον οργανισμό του ηλικιωμένου επιρρεπή σε θερμοπληξία.
- Τα μαλλιά ασπρίζουν και πέφτουν.
- Τα νύχια γίνονται πιο σκληρά, σπάζουν εύκολα και εμφανίζουν ραβδώσεις (12,14). Οι κυριότερες λειτουργίες του δέρματος, οι οποίες ελαττώνονται με την πάροδο της ηλικίας, αναφέρονται στον πίνακα 1.

Ρυθμός αναγέννησης
Χρόνος αποκατάστασης μιας βλάβης
Λειτουργική ανάλυση, (προστατευτικός φραγμός)
Ρυθμός χημικής κάθαρσης
Αισθητήρια αντίληψη
Αντίσταση στις λοιμώξεις
Αγγειακή αντιδραστική ικανότητα
Θερμορύθμιση
Παραγωγή ιδρώτα
Παραγωγή σμήγματος

Πίνακας 1: Φυσιολογικές λειτουργίες (παράμετροι) του ανθρώπινου δέρματος που ελαττώνονται με την ηλικία.

2.11. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΕ ΑΛΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ

Μεταβολές στην ανοσιακή κατάσταση. Αυξάνονται οι αλλεργικές αντιδράσεις, ειδικά στα φάρμακα εξαιτίας της έκπτωσης των λειτουργιών του ήπατος και νεφρών.(12)

Αιμοποιητικές μεταβολές.

- Ελάττωση ερυθράς σειράς περισσότερο από τη λευκή.
- Συχνή ανάπτυξη λοιμώξεων και ενδοκρinoπαθειών.
- Πτώση αιμοποιητικών κυττάρων.
- Ελάττωση λεμφοκυττάρων.
- Αύξηση του μέσου όγκου των ερυθρών.

Σεξουαλικές μεταβολές. Ελάττωση της σεξουαλικής δραστηριότητας σε άνδρες και γυναίκες λόγω κυστίτιδων και κλιμακτικων μεταβολών.(11)

Πολλοί άνδρες έχουν προβλήματα στύσης όπως π.χ. χάνεται η ευκολία της στυτικής διέγερσης, της σκληρότητας και της διάρκειας αλλά δύσκολα καταφεύγουν σε ειδικούς.

Οι γυναίκες που ζουν περισσότερο, συνήθως έχουν καλύτερη υγεία και λιγότερες πρακτικές λειτουργίες από τους άνδρες. Εγκαταλείπουν τη σεξουαλική δραστηριότητα πρόωρα για σωματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς λόγους.(8)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

- 3.1. Οι χρόνιαι πάσχοντες ηλικιωμένοι
- 3.2. Καρδιαγγειακά νοσήματα
- 3.3. Αρτηριακή Υπέρταση
- 3.4. Νοσήματα αναπνευστικού
- 3.5. Σακχαρώδης Διαβήτης
- 3.6. Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια
- 3.7. Προβλήματα αισθητήριων οργάνων
- 3.8. Οστεοαρθρίτιδες & Οστεοπόρωση
- 3.9. Ατυχήματα - Πτώσεις
- 3.10. Ψυχιατρικές & Νευρολογικές παθήσεις
- 3.11. Χ.Ν.Α.

3.1. ΟΙ ΧΡΟΝΙΟΙ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

Ενώ ένα ηλικιωμένο άτομο μπορεί να παρουσιάσει οξεία νόσο, τα προβλήματα υγείας του είναι κυρίως χρόνια. Η Αμερικάνικη Επιτροπή Χρόνιων Νόσων(1949-1956), αναγνώρισε και διατύπωσε κριτήρια, ένα ή περισσότερα των οποίων πρέπει να υπάρχουν, ώστε μια νόσος να χαρακτηρίζεται ως χρόνια. Σύμφωνα με αυτά τα κριτήρια, το πρόβλημα πρέπει:

- α) Να είναι μόνιμο.
- β) Να αφήνει υπολειμματική ανικανότητα.
- γ) Να προκαλείται από μη ανατάξιμη παθολογική κατάσταση.
- δ) Να απαιτεί ειδική αποκαταστασιακή εκπαίδευση.
- ε) Να απαιτεί μακροχρόνια επίβλεψη και φροντίδα.

Τα συχνότερα χρόνια προβλήματα στους ηλικιωμένους είναι καρδιαγγειακές νόσοι, υπέρταση, διαβήτης, χρόνιες αισθητηριακές διαταραχές, οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα και ατυχήματα. Υπάρχουν τέσσερις συγκεκριμένες φάσεις, από τις οποίες περνά ο χρόνια πάσχων, καθώς αρχίζει να διαπραγματεύεται με το μακροχρόνιο πρόβλημά του.

1. Άρνηση και δυσπιστία . Ο άρρωστος, ενώ ενημερώνεται για την αρρώστια του, αρνείται την πραγματικότητα της ύπαρξής της.

2. Συνειδητοποίηση του προβλήματος. Ο άρρωστος σταματά να αρνείται το πρόβλημά του. Αρχίζει μια διαπίστωση των συνεπειών της συγκεκριμένης νόσου και ο άρρωστος αισθάνεται θυμό. Κατά τη διάρκεια αυτής της φάσης, ο άρρωστος μπορεί να θυμώνει με το παραμικρό και να κάνει συνεχώς κριτική.

3. Αναδιοργάνωση. Με την ανάπτυξη συνειδητοποίησης της χρόνιας νόσου, έρχεται και η ανάγκη για αναδιοργάνωση της ζωής του πάσχοντα.

4. Αλλαγή ταυτότητας. Κατά τη διάρκεια του τελικού σταδίου, ο άρρωστος αναγνωρίζει τις μεταβολές που έχουν γίνει στο σώμα του. Μετά από πολύ προσεκτική εκτίμηση, ο άρρωστος ενθαρρύνεται να γίνει αυτοκατευθυνόμενος, ώσπου να μπορεί να ανεχθεί την απομάκρυνση του από τη φροντίδα υγείας.(12)

3.2. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

-ΣΤΗΘΑΓΧΗ

-ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

-ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΤΑΡΚΕΙΑ

ΣΤΗΘΑΓΧΗ: Η στηθάγχη αποτελεί μια έκφραση της στεφανιαίας νόσου και χαρακτηρίζεται από βραδείας διάρκειας κρίσεις έντονου, καυστικού, σπασμωδικού, συνήθως οπισθοστερνικού, που υποτροπιάζει και οφείλεται στην ισχαιμία του μυοκαρδίου.

Στηθαγχικός πόνος μπορεί να υπάρξει και χωρίς σημαντικού βαθμού στεφανιαίας νόσου, όπως π.χ. στην αορτική στένωση. Στηθαγχικού τύπου πόνος μπορεί επίσης να συμβεί σε περιπτώσεις αναιμίας και υποξαιμίας, όπως επίσης και σε συνθήκες αυξημένου μυοκαρδιακού έργου, στην αρχή έντονης άσκησης ή έντονης ταχυκαρδίας.(10)

Επειδή στους υπερήλικες η στηθάγχη είναι ηπιότερη, είναι συχνά δύσκολη η διαφοροδιάγνωση μεταξύ πραγματικού στηθαγχικού και θωρακικού άλγους άλλης αιτιολογίας. Το ΗΚΓ αποτελεί τη κύρια διαγνωστική μέθοδο, αν και πολλοί ασθενείς με στηθάγχη έχουν φυσιολογικό ΗΚΓ ηρεμίας.

Συνεπώς το ΗΚΓ μετά από κόπωση είναι χρήσιμο. Η στεφανιογραφία αποτελεί κλινική μέθοδο ρουτίνας και προκαλεί ελάχιστες επιπλοκές. Φυσικά στους υπερήλικες δεν ενδείκνυται υπερεντατική διαγνωστική διερεύνηση, παρά μόνο στις περιπτώσεις που υπάρχουν δύσκολα διαγνωστικά προβλήματα ή προγραμματίζεται στεφανιαία εγχείρηση.(17)

ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ: Η κλινική εικόνα του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι όμοια σε όλες τις ηλικίες. Εντούτοις, υπάρχουν ορισμένες διαφορές στη συχνότητα εμφάνισης ορισμένων συμπτωμάτων και σημείων στους υπερήλικες. Το οξύ έμφραγμα στους υπερήλικες μπορεί να εμφανισθεί με κυρίαρχο σημείο το εγκεφαλικό επεισόδιο ή την περιφερική αρτηριακή εμβολή, τον ίλιγγο, τον εμετό, το απότομο αίσθημα αδυναμίας, το απροσδόκητο διαβητικό κώμα ή την πνευμονική εμβολή. Αυτό καθιστά τη διάγνωση πολύ δύσκολη. Η διάγνωση της νέκρωσης του μυοκαρδίου πρέπει να επιβεβαιώνεται με τον προσδιορισμό ενζύμων.(10)

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΤΑΡΚΕΙΑ: Καρδιακή ανεπάρκεια είναι η κατάσταση, κατά την οποία, παρά την ικανοποιητική κεντρική φλεβική πίεση πλήρωσης, η καρδιακή παροχή είναι μικρότερη της απαραίτητης για να καλύψει τις

απαιτήσεις του σώματος σε οξυγόνο. Όπως προκύπτει από τα επιδημιολογικά δεδομένα και τα στοιχεία των υπηρεσιών υγείας, η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί μια συχνή πάθηση των υπερηλίκων. Επιδέχεται θεραπεία και συχνά προλαμβάνεται.(10)

Καταστάσεις που προκαλούν οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και υποκείμενα αίτια :

- Ανεπάρκεια μυοκαρδίου, εκτεταμένη νέκρωση μυοκαρδίου, μυοκαρδίτις.
- Έντονη ταχυκαρδία, κολπικός πτερυγισμός ή κολπική μαρμαρυγή.
- Παροξυσμική ταχυκαρδία
- Έντονη βραδυκαρδία, πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός
- Απότομη μεταβολή της δομής του μυοκαρδίου, νέκρωση θηλοειδών μυών, ρήξη διαφράγματος.
- Πνευμονική εμβολή
- Σωματική κόπωση πέραν του ορίου αντοχής.
- Απότομη υπερφόρτωση με υγρά.
- Καταστολή του μυοκαρδίου που προκαλείται από φάρμακα.

Η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να προληφθεί, εφόσον αντιμετωπισθούν με επιτυχία οι αιτιολογικοί και οι εκλυτικοί παράγοντες της νόσου.(10,17)

3.3. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Με τον όρο αρτηριακή υπέρταση, εννοούμε την αύξηση της αρτηριακής πίεσης πάνω από τα φυσιολογικά όρια, που έχει ως συνέπεια τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρδιαγγειακά κυρίως νοσήματα. Όσο υψηλότερη είναι η συστολική και /ή η διαστολική πίεση, τόσο αυξάνει ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών επιπλοκών. Ο καθορισμός παθολογικών ορίων της αρτηριακής πίεσης είναι σκόπιμος, αφού με θεραπευτική παρέμβαση είναι δυνατή η μείωση ή και η εξουδετέρωση του προαναφερθέντος κινδύνου. Έτσι, ορίζεται ως φυσιολογική αρτηριακή πίεση όταν η συστολική είναι μικρότερη από 140mmHg και η διαστολική μικρότερη από 90 mmHg.

Στους υπερτασικούς τις τρίτης ηλικίας συμβαίνουν πολλαπλές παθοφυσιολογικές μεταβολές που επηρεάζουν την εξέλιξη της νόσου και δημιουργούν ιδιαίτερα προβλήματα στη θεραπευτική της αντιμετώπιση.(10,18)

3.4. ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

Χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσος, είναι μια ευρεία κατηγορία παθήσεων που περιλαμβάνουν **χρόνια βρογχίτιδα, βρογχεκτασία, εμφύσημα και άσθμα**. Είναι μια μη αναστρέψιμη (εκτός του άσθματος) κατάσταση, που συνδέεται με δύσπνοια κατά την προσπάθεια και μειωμένη ροή αέρα. Μελέτες υποστηρίζουν ότι, η ΧΑΠΝ είναι νόσος γενετικής και περιβαλλοντικής αλληλεπίδρασης. Το κάπνισμα, η ρύπανση του αέρα και η επαγγελματική έκθεση αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου, που συμβάλλουν στην ανάπτυξή της σε μια περίοδο 20-30 χρόνων. Η ΧΑΠΝ παρουσιάζεται κατά την διάρκεια της μέσης ηλικίας, όμως η επίπτωσή της αυξάνει με την ηλικία.(12)

ΒΡΟΓΧΙΕΚΤΑΣΙΕΣ

Η βρογχιεκτασία είναι μια μη αναστρέπτη ανώμαλη διόγκωση των βρόγχων. Κυλινδροειδείς ή σακοειδείς μη ανατάξιμες διευρύνσεις των βρόγχων.(19) Μπορεί να εντοπίζεται σε συγκεκριμένα τμήματα του πνεύμονα ή μπορεί να αφορά το σύνολό του. Η βρογχοπνευμονία είναι το συνηθέστερο αίτιο της βρογχιεκτασίας.(20) Επίσης, οφείλεται σε συγγενείς ανωμαλίες, σε χρόνιες βρογχίτιδες, σε χρόνιο βήχα και σε άλλες πνευμονικές παθήσεις. Στην κλινική εικόνα παρατηρούμε βήχα με απόχρεμψη. Συχνά παρουσιάζονται πολλές επιπλοκές όπως αναπνευστική ανεπάρκεια, πνευμονική καρδιά κ.α.(19)

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΟ ΕΜΦΥΣΗΜΑ

Το πνευμονικό εμφύσημα είναι συνέπεια της καταστροφής των διαφραγμάτων των κυψεληδίων και διάτασης των κυψεληδίων. Διακρίνονται μάλιστα διάφοροι τύποι εμφυσήματος ανάλογα με την τάση καταστροφής και ανάπτυξης της παθολογικής εικόνας. Το πανλοβικό εμφύσημα είναι εκείνο που όλο το σύστημα δηλαδή τόσο τα αναπνευστικά βρογχιόλια όσο και τα κυψεληδικά είναι όλα διατεταμένα και κατεστραμμένα.

Παθοφυσιολογικώς σε μια χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια η οποία αρχίζει να κάνει ενοχλήσεις, ανεξάρτητα αν είναι βρογχίτις ή πνευμονικό εμφύσημα φανερώνει μια αποφρακτική διαταραχή του αερισμού. Η κατά δευτερόλεπτο ικανότητα της ζωτικής χωρητικότητας των πνευμόνων είναι επίσης ελαττωμένη, ενώ αντιθέτως στη δυναμική εκπνοή, με προσπάθεια

εκπνοής όλης της ζωτικής χωρητικότητας των πνευμόνων ο χρόνος είναι αυξημένος.

Σε μία αποφρακτική πνευμονοπάθεια θα έχουμε δηλαδή αυξημένο χρόνο εκπνοής του αέρος, δηλαδή στο πρώτο δευτερόλεπτο δεν προλαβαίνει να εκπνευστεί μεγάλο ποσοστό της (VC) ζωτικής χωρητικότητας. Η ζωτική χωρητικότητα είναι δηλαδή μειωμένη αφού αυξάνεται ο υπολειπόμενος αέρας.

Στο πνευμονικό εμφύσημα εκτός της αναπνευστικής επιφάνειας που έχει απολεσθεί, έχει απολεσθεί η ελαστικότητα των κυψεληδίων και έτσι δεν υπάρχουν αυτές οι ελαστικές δυνάμεις που παλινδρομώντας στην φάση της εκπνοής θα προωθήσουν τον αέρα προς τα έξω και έτσι μένει υπόλοιπο αέρος εντός των κυψεληδίων, έχει απολεσθεί και ένας μεγάλος αριθμός τριχοειδών αγγείων των κυψεληδίων που καταστράφηκαν. Συνέπεια τούτον θα είναι η ανεπαρκής οξυγόνωση του αίματος, αλλά και η αύξηση του διοξειδίου του άνθρακος στο αίμα αφού για τον ίδιο λόγο δεν γίνεται επαρκώς η ανταλλαγή των αερίων αυτών.

Λόγω της ελάττωσης των πνευμονικών - κυψεληδικών τριχοειδών θα αυξηθεί η πίεση στην πνευμονική αρτηρία και με την πάροδο του χρόνου θα έχουμε υπερτροφία της δεξιάς κοιλίας και διάταση πίεσης της δεξιάς κοιλίας.(19)

ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

Το βρογχικό άσθμα είναι νόσος γνωστή από αρχαιοτάτων χρόνων. Πάρα ταύτα ακόμα και σήμερα δεν υπάρχει ένας γενικά παραδεκτός ορισμός της νόσου. Ο ορισμός που προτάθηκε πιο πρόσφατα παρουσιάστηκε στις διεθνείς θέσεις ομοφωνίας για τη διάγνωση και θεραπεία του άσθματος το 1992.

Κατά τον ορισμό αυτό, το βρογχικό άσθμα είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος των αεραγωγών, στην οποία παίζουν σημαντικό ρόλο πολλά φλεγμονώδη κύτταρα, συμπεριλαμβανομένων των μαστοκυττάρων και των ηωσινοφίλων. Η φλεγμονή αυτή σε ευαίσθητα άτομα εκδηλώνεται με διάχυτη και διαφόρου βαθμού απόφραξη των αεραγωγών, που συχνά είναι αναστρέψιμη αυτόματα ή μετά από φαρμακευτική αγωγή και προκαλεί αύξηση της βρογχικής υπεραντιδραστικότητας σε διάφορα ειδικά και μη ερεθίσματα.

Η νόσος κλινικά παρουσιάζει αυτόματες εξάρσεις και υφέσεις. Οι κλινικές εκδηλώσεις είναι πολλαπλές και η βαρύτητα της νόσου ποικίλει, από την εμφάνιση και μοναδική εκδήλωση ξηρού βήχα ή ήπιας δύσπνοιας με ή χωρίς συριγμό έως την εμφάνιση αναπνευστικής ανεπάρκειας λόγω βαριάς ασθματικής κρίσης.(21)

3.5. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα μεταβολικό σύνδρομο, το οποίο προκαλείται από απόλυτη ή σχετική ανεπάρκεια στην έκκριση ινσουλίνης. Αποτέλεσμα της ανεπάρκειας ινσουλίνης είναι διαταραχές στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών αλλά και στο ισοζύγιο του ύδατος και των ηλεκτρολυτών. Κύριο χαρακτηριστικό του ΣΔ είναι η αύξηση της γλυκόζης στο αίμα και συχνά η γλυκοζουρία. Τα απώτερα αποτελέσματα των μεταβολικών διαταραχών του ΣΔ είναι οι χρόνιες μεταβολικές επιπλοκές, αμφιβληστροειδοπάθεια, νεφροπάθεια, νευροπάθεια και η πρῶιμη αθηρωμάτωση.

Ο ΣΔ διακρίνεται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, τον τύπο 1, τον τύπο 2, ο οποίος είναι και ο διαβήτης της ώριμης ηλικίας. Στον τύπο 2 ΣΔ, περιλαμβάνονται εκείνοι οι άρρωστοι που δεν χρειάζονται εξαρχής ινσουλινοθεραπεία ακόμα ούτε και μετά παρέλευση ενός χρόνου από τη διάγνωση του διαβήτη. Η διάγνωση του τύπου 2 ΣΔ, γίνεται συνήθως σε ηλικία μεγαλύτερη των 40 ετών.(21)

Τα συμπτώματα της νόσου που οδηγούν στη διάγνωση του ΣΔ είναι: δίψα, ξηροστομία, πολουρία, απώλεια βάρους, αιδοιοκολπίτιδες, βαλανοποσθίτιδες, νυκτερινή ενούρηση, διαταραχές προσαρμογής του φακού, καταβολή δυνάμεων, μονιλιάσεις δέρματος, δοθιηνώσεις και ιδρωταδενίτιδες.(17)

3.6. ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ

Παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο είναι ένα παροδικό επεισόδιο νευρολογικής δυσλειτουργίας, που συνήθως εκδηλώνεται με απότομη απώλεια κινητικής, αισθητικής ή οπτικής λειτουργίας και διαρκεί μερικά δευτερόλεπτα ή λεπτά, ποτέ όμως πάνω από 24 ώρες.

Είναι ξαφνική απώλεια εγκεφαλικής λειτουργίας, που οφείλεται σε διακοπή της αιματικής παροχής σε τμήμα του εγκεφάλου. Ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο μπορεί να οφείλεται: α) σε θρόμβωση αγγείου του εγκεφάλου ή του τραχήλου, β) σε εμβολή αγγείου του εγκεφάλου, γ) σε εγκεφαλική αιμορραγία, εξαιτίας ρήξης εγκεφαλικού αιμοφόρου αγγείου.

Παράγοντες κινδύνου στο ΑΕΕ είναι: η υπέρταση, παθήσεις της αριστερής καρδιάς, ο ψηλός αιματοκρίτης, ο σακχαρώδης διαβήτης, η λήψη

από το στόμα αντισυλληπτικών, η μεγάλη ή η παρατεταμένη πτώση της αρτηριακής πίεσης, η κατάχρηση φαρμάκων, τα λιπίδια αίματος, το κάπνισμα, η παχυσαρκία και το αλκοόλ.(12)

Ειδικά στη μεγάλη ηλικία οι παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, αγγειακής αιτιολογίας, είναι η πρώτη αιτία όχι μόνο θνησιμότητας, αλλά και νοσηρότητας και αναπηρίας. Οι παθήσεις αυτές αφήνουν μονίμως ανάπηρα το 50 % των ατόμων που επιζούν από το εγκεφαλικό σύνδρομο, πράγμα που χαρακτηρίζει την έκταση των κοινωνικών επιπτώσεων αυτών των νόσων.(15)

3.7. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ

Η γενική απώλεια ευαισθησίας στην αφή συχνά συνοδεύει τη γήρανση. Αυτό μπορεί να προκληθεί από ασθένεια, τραυματισμό, κυκλοφορική ανεπάρκεια, ή από εξασθένηση των σωματιδίων του Meissner που ευθύνονται για την ευαισθησία στο απαλό άγγιγμα της επιδερμίδας. Η ευαισθησία στην αλλαγή της θερμοκρασίας, σε επώδυνα ερεθίσματα ή στην αναγνώριση αντικειμένων μειώνεται.

Οι μεταβολές στην όραση είναι σύνηθες φαινόμενο στους ηλικιωμένους. Εκφυλιστικές αλλοιώσεις ιδιαίτερα επηρεάζουν τους φακούς και την ίριδα και συγκεκριμένες προοδευτικές νόσοι όπως καταρράκτης και γλαύκωμα.

Η πρόοδος της ηλικίας συνοδεύεται και από ακουστικές δυσκολίες, και κυρίως την ακουστική απώλεια, ένα διάχυτο πρόβλημα της γήρανσης.(22) Επίσης, παρατηρείται σκλήρυνση του τύμπανου, ενώ οι κυριότερη πάθηση είναι η βαρηκοΐα διαφόρων βαθμών.(8)

3.8. ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΕΣ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ

ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΙΣΧΙΟΥ

Η οστεοαρθρίτιδα είναι ο πιο συχνός τύπος χρόνιας αρθρίτιδας. Προσβάλλει συνήθως τις μεγάλες αρθρώσεις των κάτω άκρων που στηρίζουν το βάρος του σώματος και είναι εξελικτική μη φλεγμονώδης αρθρίτιδα. Η εκφυλιστική αρθρίτιδα παρουσιάζεται σε άτομα μέσης ηλικίας ή ηλικιωμένους. Συχνότερα παρατηρείται σε γυναίκες και μάλιστα στις παχύσαρκες ή σε εκείνες που καταπονούν υπέρμετρα τις αρθρώσεις τους. Ως κύρια αιτία της δευτεροπαθούς οστεοαρθρίτιδας του ισχίου θεωρείται η ανώμαλη τριβή του

αρθρικού χόνδρου, που συμβαίνει σε πολλές περιπτώσεις διαταράσσεται η ομαλότητα των αρθρικών επιφανειών, η εναρμόνιση μεταξύ τους, η φυσιολογική θρέψη του χόνδρου, και σε βλάβες του αρθρικού χόνδρου, εξαιτίας κακώσεων της άρθρωσης.(12)

ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια φλεγμονώδης πολυαρθρίτιδα, υποξεία 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, υποδόριο ιστό, ίριδα, σιελογόνους αδένες, συνδετικό υπόστρωμα των πνευμόνων κ.α. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα εντάσσεται στις νόσους του κολλαγόνου και μάλιστα είναι η συχνότερη από αυτές.(12)

Στο αίμα των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο ανιχνεύεται ο ρευματοειδής παράγοντας. Η νόσος θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ειδική αντίδραση του μεσεγχύματος, που εκλύεται από την επίδραση διαφόρων βλαπτικών ουσιών.(23)

Η νόσος εισβάλλει ύπουλα. Αρχίζει από τις μικρές αρθρώσεις των χεριών και των ποδιών και κατόπιν εκτείνεται κεντρικότερα. Τα κύρια συμπτώματα είναι ο πόνος στις αρθρώσεις, δυσκαμψία και παραμόρφωσή τους, που αναπτύσσονται μέσα σε διαστήματα ετών.(23)

ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ

Η οστεοπόρωση είναι μια πάθηση του σκελετού στην οποία παρατηρείται μείωση της μάζας όλων των οστών, χωρίς ιστολογικές αλλοιώσεις, μεταβολές στη χημική τους σύνθεση ή βιοχημικές διαταραχές. Υπάρχει ποικιλία κλινικών μορφών οστεοπόρωσης καθώς και αιτιών που την προκαλούν, όμως ο παθογενετικός μηχανισμός είναι βασικά ο ίδιος σε όλες τις περιπτώσεις.

Η οστεοπόρωση μπορεί να είναι αποτέλεσμα επίδρασης στα οστά πολλών παραγόντων, μπορεί όμως να είναι και ιδιοπαθής.(12) Οι παράγοντες που, δυνητικά, προκαλούν οστεοπόρωση είναι:

α) ακινητοποίηση για θεραπεία καταγμάτων ή εξαιτίας παραλύσεων ή άλλων παθήσεων του μυοσκελετικού συστήματος και η ανενεργησία, που μειώνουν το stress και την ένταση που προκαλεί η δραστηριότητα στα οστά.

β) Θρεπτικές διαταραχές εξαιτίας συνδρόμου δυσαπορρόφησης ή μειωμένης πρόσληψης πρωτεϊνών που ακολουθείται και από μειωμένη πρόσληψη Ca και P, όπως συμβαίνει κυρίως στη γεροντική οστεοπόρωση.

γ) ενδοκρινικές διαταραχές, όπως σύνδρομο Cushing, υπερθυρεοειδισμός, μεγαλακρία, γιγαντισμός, σακχαρώδης διαβήτης, υπερπαραθυρεοειδισμός, μακροχρόνια λήψη κορτιζόνης για θεραπευτικούς λόγους και εμμηνόπαυση.

δ) μυέλωμα νεοπλασμάτα κ.τ.λ.(12,24)

3.9. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ - ΠΤΩΣΕΙΣ

Τα ατυχήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ατών. Αν ο θάνατος δεν συμβεί αμέσως μετά το ατύχημα, συχνά βαριές επιπλοκές εξαιτίας του ατυχήματος έχουν ως αποτέλεσμα το θάνατο του ατόμου. Ανάμεσα στους παράγοντες που συμβάλλουν στα ατυχήματα των ηλικιωμένων είναι:

α) ελλιπής διανοητική λειτουργία :

-έκπτωση μνήμης και προσανατολισμού.

-μείωση βαθμού επαγρύπνησης (ξεχνά να σβήσει τη σόμπα).

β) αποτελέσματα χρόνιων νόσων:

-οι ηλικιωμένοι έχουν αστάθεια και επομένως έχουν την τάση να πέφτουν, εξαιτίας χρόνιας νόσου.

-μείωση όρασης και ακοής.

γ) η προσκόλληση στις συνήθειες και τις κτήσεις του παρελθόντος, που έχουν κινδύνους φωτιάς, πτώσης ή σύγκρουσης.(12)

Το νευρικό σύστημα των ηλικιωμένων, τα αντανακλαστικά, η ισορροπία είναι γενικά ασταθή. Έτσι εύκολα γλιστράνε ή σκοντάφτουν και πέφτουν. Οι αιτίες των πτώσεων αυτών μπορεί να είναι γενική η τοπική μυϊκή αδυναμία, πυραμιδικές-εξωπυραμιδικές βλάβες, κ.λ.π. Αποτέλεσμα των πτώσεων αυτών είναι διάφορα κατάγματα, κακώσεις των μαλακών μορίων ή εκχυμώσεις αλλά ακόμη πιο επικίνδυνο είναι το σοκ ή η πτώση της αρτηριακής πίεσης που μπορεί να ακολουθήσει και μπορεί να προκαλέσει μόνιμες εγκεφαλικές βλάβες.(25)

3.10. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΨΥΧΟΣΥΝΔΡΟΜΟ

Το οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι οξείες ή χρόνιες νευροψυχικές διαταραχές, που οφείλονται σε κακή λειτουργία του εγκεφαλικού ιστού. Αποτελεί την πιο συχνή ψυχιατρική διαταραχή των ηλικιωμένων. Ο χαρακτηρισμός του προβλήματος ως οξέως ή χρόνιου, γίνεται με βάση την αιτία και την πρόγνυσή του. Το οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι δυνητικά ανατάξιμο και μπορεί να οφείλεται σε φάρμακα, αλκοόλ, τραύμα, κυκλοφορικές διαταραχές ή όγκο. Το χρόνιο οργανικό ψυχοσύνδρομο είναι πάντοτε μη ανατάξιμο και οφείλεται σε εκφύλιση του εγκεφαλικού ιστού, που προκαλείται συνήθως εξαιτίας εγκεφαλικής αρτηριοσκλήρωσης. Τα επανειλημμένα εγκεφαλικά επεισόδια μπορούν επίσης να προκαλέσουν το σύνδρομο.(12)

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη είναι ένα από τα σημαντικά προβλήματα του γήρατος, το οποίο χαρακτηρίζεται από γεγονότα όπως η συνταξιοδότηση, η απώλεια αγαπημένων προσώπων και η μοναξιά.

Γήρας είναι το φυσιολογικό στάδιο της ανθρώπινης ανάπτυξης που βρίσκεται στο τέλος του κύκλου της ανθρώπινης ζωής, και γήρανση είναι η φυσιολογική διαδικασία των χρονικών αλλαγών που λαμβάνουν χώρα στη διάρκεια της ζωής.(26)

Η κατάθλιψη είναι μία παθολογική κατάσταση που επιδεινώνει τα συχνά οργανικά προβλήματα αυτής της ηλικίας, καθώς η αντίσταση στο stress είναι ελαττωμένη.(27)

Η φροντίδα ηλικιωμένου με κατάθλιψη, απαιτεί εξαιρετική προσοχή για τον εντοπισμό φυσικών σημείων ή την επισήμανση επιβαρημένου ιστορικού που μπορεί να αποτελούν την αιτία της κατάθλιψης. Η ίδια προσοχή απαιτείται και κατά τη θεραπεία του ασθενούς, ο οποίος θα πρέπει να εκφράζει ελεύθερα τα συναισθήματά του, αλλά ταυτόχρονα να επιτηρείται προσεκτικά για το φόβο εκδήλωσης αυτοκτονικών τάσεων.

Η επιτυχία στη διάγνωση και στην αντιμετώπιση της νόσου, καθώς και η αναβάθμιση της ποιότητας και της ζωής του αρρώστου, δεν μπορεί παρά να είναι έργο μιας ομάδας υγείας που εκτός από το ιατρό, το γηρίατρο και τον ψυχιατρικό νοσηλευτή, περιλαμβάνει τον κοινωνικό λειτουργό, τον εργασιοθεραπευτή, τον φυσιοθεραπευτή και τον ψυχολόγο.(26)

ΑΝΟΙΞΕΣ

Παρατηρείται μετά το 70ο έτος και χαρακτηρίζεται από προοδευτική αποδιοργάνωση, διαταραχές μνήμης κυρίως, αλλά και προσοχής, κρίσης και γενικά αντίληψης.

Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η επίπτωση της ασθένειας έχει γεωγραφικές ή φυλετικές διακυμάνσεις. Η ερμηνεία της παθογένεσης των γεροντικών ανοιών είναι στενά συνδεδεμένη με την γνώση της φυσιολογικής γήρανσης. Στην αιτιολογία τους έχουν ενοχοποιηθεί χρωμοσωματικές ανωμαλίες. Επίσης έχει υποστηριχθεί ότι η επιτάχυνση της έκπτωσης των νευρώνων που υπάρχει στις γεροντικές ανοιες, οφείλεται σε διατάραξη της μιτωτικής διαίρεσης των κυττάρων που έχει σχέση με τη γενικότερη διεργασία της. Στην αιτιολογία της ασθένειας έχει επίσης ενοχοποιηθεί και η διαταραχή στην τοπική εγκεφαλική αιμάτωση ιδίως των μετωπιαίων και των κροταφικών περιοχών.

Εμφανίζεται στην αρχή με εύκολη κόπωση, διαταραχή της πρόσφατης μνήμης, μείωση των ενδιαφερόντων και των αναλαμβανόμενων πρωτοβουλιών, το λεξιλόγιο είναι φτωχό, η αντίληψη μειώνεται συνέχεια. Την γενική κατάσταση επιδεινώνουν συγχυτικά επεισόδια. Ακόμα, οι άνθρωποι αυτοί, γίνονται τυραννικοί, ευερέθιστοι, επιθετικοί, συντηρητικοί, φιλάργυροι, συχνά παραληρηματικοί και κατηγορούν διάφορους ότι τους κλέβουν. Η μεταφορά σε άγνωστο περιβάλλον δημιουργεί «κρίση προσαρμογής», και προκαλεί επιδείνωση της κατάστασής τους. Συχνά περιπλανώνται και προβαίνουν σε απρεπείς πράξεις. Τέλος η μυϊκή αδυναμία προκαλεί γεροντική εξάντληση ή κυστικές επιπλοκές και πνευμονικά επεισόδια.(28)

ΠΑΡΚΙΝΣΟΝΙΣΜΟΣ

Ο παρκινσονισμός ή «τρομώδης παράλυση» όπως περιγράφηκε από τον James Parkinson στα 1817, είναι μια συνηθισμένη εκφυλιστική νευρική διαταραχή. Παρατηρείται σε δυο κύριες μορφές:

- τον ιδιοπαθή παρκινσονισμό.
- τον μετεγκεφαλικό παρκινσονισμό που αναπτύσσεται σαν συνέπεια της ληθαργικής εγκεφαλίτιδας.

Μπορεί επίσης να προέλθουν όμοιες κλινικές εκδηλώσεις από εγκεφαλική αθηρωματοσκλήρυνση. Ο ιδιοπαθής παρκινσονισμός είναι συχνότερος στους άνδρες και συνήθως αναπτύσσεται μετά τα 50 χρόνια.(28)
Τα τυπικά κλινικά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν:

-διαταραχές της έκφρασης του προσώπου, της στάσης του σώματος, του βαδίσματος και των κινήσεων.

-δυσκαμψία και τρόμο.(29)

Η νόσος προσβάλλει περίπου 1 στα 1000 άτομα. Σε άτομα ηλικίας άνω των 55 ετών η συχνότητα εμφάνισης είναι 10 %, αποτελεί δε τη δεύτερη σε συχνότητα εμφάνισης νευρολογικής διαταραχής στους ηλικιωμένους μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο.

Η θεραπεία επικεντρώνεται στον περιορισμό της δυσκινησίας και στο να βοηθήσει τον ασθενή στις αντιδράσεις ισορροπίας. Επίσης, η φυσιοθεραπεία κατέχει σημαντικό ρόλο στην φροντίδα του παρκινσονικού ασθενή.(20)

ALZHEIMER

Η νόσος Alzheimer είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή με κλινικά και νευροπαθολογικά ευρήματα, με ύπουλη έναρξη και βαθμιαία αποδιοργάνωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ανθρώπου, με αποτέλεσμα τη διαταραχή των επαγγελματικών και κοινωνικών υποχρεώσεων του. Παρατηρούνται ωστόσο ατομικές διαφορές όσον αφορά την ηλικία έναρξης, το είδος των γνωστικών διαταραχών και το ρυθμό αποδιοργάνωσης. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μην ενοχοποιείται άλλη νοσολογική οντότητα που θα μπορούσε να προκαλέσει άνοια.(28)

Συμπτώματα:

-Μνήμη. Επεισοδιακή μνήμη δηλαδή η μνήμη προσωπικών πληροφοριών που έχουν αποκτηθεί σε ένα συγκεκριμένο χώρο-χρονικό περιβάλλον, είναι η πρώτη που διαταράσσεται στα πρώτα στάδια της νόσου αυτής.

-Εκτελεστικές λειτουργίες. Δοκιμασίες στις οποίες δεν μπορούν να ανταποκριθούν οι ασθενείς με νόσο Alzheimer, είναι εκείνες τις οποίες το άτομο πρέπει να χρησιμοποιεί συγχρόνως διαφορετικές πληροφορίες.

-Λόγος. Τα προβλήματα με το λόγο είναι συχνά και προέχουν σε κάποιες άλλες άνοιες, όπως είναι οι μετωποκροταφικές και η πρωτοπαθής προοδευτική αφασία.

-Διαταραχές της ευπραξίας. Οι δυσκολίες στις σύνθετες πράξεις είναι που χαρακτηρίζουν τους ασθενείς αυτούς. Δυσκολεύονται στην προετοιμασία φαγητού, στο ντύσιμό τους καθώς και σε άλλες καθημερινές δραστηριότητες.

-Άλλες σύνθετες διαταραχές. Η ικανότητα να αναγνωρίζει κανείς αντικείμενα και πρόσωπα, συχνά χάνεται.

-Διαταραχές συμπεριφοράς. Αυτές οι διαταραχές συχνά αναγκάζουν το γιατρό να χρησιμοποιήσει ψυχοτρόπα φάρμακα.

-Διαταραχές του συναισθήματος. Η διαταραχή αυτή εμφανίζεται ως φόβος, έλλειψη χαμόγελου και κραυγές και στη συνέχεια δεν μπορεί να μιμηθεί κινήσεις και δεν μπορεί να εκφραστεί με το πρόσωπο.(5,28)

3.11. ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Είναι η κατάληξη πολλών παθήσεων που εντοπίζονται είτε στο νεφρικό παρέγχυμα είτε στην αποχετευτική οδό του ουροποιητικού συστήματος.

Οι κυριότερες από τις παθήσεις του παρεγχύματος που αποτελούν συχνό αίτιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας, είναι: α) Η χρόνια σπειραματονεφρίτιδα, β) Η χρόνια πυελονεφρίτιδα. γ) Η νεφροσκληρυνση. δ) Οι νεφροπάθειες. ε) Οι πολυκυστικοί νεφροί. στ) Η βαλκανική νεφροπάθεια.

Από τις παθήσεις της αποχετευτικής οδού, οι χρόνιες αποφρακτικές νεφροπάθειες είναι εκείνες που οδηγούν σίγουρα στη ΧΝΑ, όταν βέβαια παραμείνουν για πολύ καιρό χωρίς αντιμετώπιση.

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η αμφοτερόπλευρη απόφραξη ή η παρουσία ενός χρόνιου υποκυστικού κωλύματος, που συνεπάγεται στάση των ούρων και στους δυο νεφρούς.

Παθήσεις που προκαλούν αυτού του είδους τις διαταραχές είναι η αμφοτερόπλευρη λιθίαση, η λιθίαση των ουρητήρων, η οπισθοπεριτοναϊκή ίνωση, τα νεοπλάσματα της κύστης και του προστάτη, όπως και το καρκίνωμα του τραχήλου της μήτρας, η μεγάλου βαθμού αμφοτερόπλευρη κυστενεφρική παλινδρόμηση, κάθε υποκυστικό κώλυμα, κ.α. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις συχνά συμμετέχει και η πρόκληση χρόνιων πυελονεφρικών αλλοιώσεων, που οφείλονται στις φλεγμονές που, όχι σπάνια, συνοδεύουν τις αποφρακτικές παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος.

Η θεραπεία αποτελεί ένα πολύπλοκο πρόβλημα εξαιτίας των πολλαπλών διαταραχών που παρουσιάζει η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.(30)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

- 4.1. Η προσωπικότητα του ηλικιωμένου
- 4.2. Ο ηλικιωμένος και η κοινωνία σήμερα
- 4.3. Ο ηλικιωμένος και η συνταξιοδότηση
- 4.4. Ο ηλικιωμένος & η μοναξιά
- 4.5. Ο ηλικιωμένος & ο θάνατος-Ο φόβος της απώλειας
- 4.6. Κοινωνικό-Πολιτισμικές επιπτώσεις του γήρατος
- 4.7. Δικαιώματα των ηλικιωμένων

4.1. Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

Χαρακτηρίζεται από την εσωτερική γαλήνη που είχε στις προηγούμενες ηλικίες του με κάποιες αλλοιώσεις που την επιδεινώνουν περισσότερο παρά που τη βελτιώνουν. Είναι φυσικό στα γηρατειά να τονίζονται μερικά από τα λιγότερο θετικά. Και οι δύο περιπτώσεις δυσκολεύουν τις κοινωνικές σχέσεις του ηλικιωμένου και τη συμβίωση του με άλλους.

Είναι η γνωστή ή σχεδόν λιγότερη μορφή του γέρου, οικογενειάρχη, στραβόξυλου και εγωιστή, που δυσκολεύει τη ζωή των δικών του. Ο εγωισμός των ηλικιωμένων προσφέρεται για πολλές ερμηνείες και πολλοί των θεωρούν σαν υποσυνείδητη επιστροφή σ' ένα προηγούμενο ναρκισσισμό : ένας ηλικιωμένος σύζυγος π.χ. νομίζει πως αγαπάει τη γυναίκα του, ενώ κατά βάθος ενδιαφέρεται μόνο για τις υπηρεσίες που του προσφέρει. Επίσης, χαρακτηρίζεται, από εγωισμό, πολλές φορές από άσχημα λόγια, οργή, γίνονται εσωστρεφείς και μισάνθρωποι. Δεν πρέπει επίσης να ξεχνάμε καταστάσεις όπως, κατάθλιψη, ανησυχία, αϋπνία, φοβίες κ.τ.λ., δεν είναι παρά τα αρχικά συμπτώματα οργανικών ασθενειών που εξαφανίζονται μαζί με τις επιπτώσεις τους, μόλις εντοπιστούν και θεραπευτούν οι ασθένειες τους.(11)

4.2. Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΣΗΜΕΡΑ

Το γήρας κατέχει μερικά από τα χαρακτηριστικά των κοινωνικών μειονοτήτων. Ένδειξη της θέσης αυτής των ηλικιωμένων είναι ότι:

1. Η κοινωνία επιλαμβάνεται των προβλημάτων του γήρατος με τη βοήθεια οργανισμών και
2. Οι υπερήλικες αποτελούν κοινωνικό πρόβλημα.

Σαν καθολικό επίσης φαινόμενο, πρέπει να σημειωθεί ότι η τοποθέτηση των ηλικιωμένων στην κοινωνία χωρίς αυτό βέβαια να είναι απόλυτο, επηρεάζεται από την τεχνολογική εξέλιξη της χώρας. Σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες οι ηλικιωμένοι, άνδρες-γυναίκες, αναγνωρίζονται και εκτιμούνται ως αρχηγοί. Θεωρούνται πηγή των γνώσεων και της σοφίας. Αντίθετα, στην πλειονότητα των βιομηχανικών χωρών, οι ηλικιωμένοι θεωρούνται απώλεια, ανεπάρκεια, δυσλειτουργία και ανικανότητα.

Τα τελευταία χρόνια, εμφανίζεται σε όλο τον κόσμο η ίδρυση και η ταχεία ανάπτυξη επιτροπών, συμβουλίων, ιδρυμάτων, με σκοπό τη βοήθεια της τόσο

συμπαθητικής και πολύ ευαίσθητης “τρίτης ηλικίας”, προκειμένου τα πολλά χρόνια της ζωής να είναι ευτυχισμένα και γεμάτα δραστηριότητα.(3,8)

4.3. Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ Η ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΗΣΗ

Ο κάθε άνθρωπος γηράσκει σε διαφορετικό από τη γέννησή του χρόνο. Η κοινωνία όμως αγνοεί την επιστημονική αυτή αλήθεια και προχωρεί στην αυτόματη συνταξιοδότηση των ατόμων που κάλυψαν το προβλεπόμενο από την ειδική νομοθεσία όριο ηλικίας ή χρόνια υπηρεσίας. Έτσι, παρατηρείται καθημερινά το παράδοξο φαινόμενο, άτομα ικανά, γεμάτα σφρίγος να είναι συνταξιούχοι. Η αναγκαστική αυτή όμως υποχώρηση από την εργασία ατόμων με δυνατότητες να τη συνεχίσουν αποδοτικά, προσκρούει στις ψυχοκοινωνικές, ανάγκες των ατόμων αυτών.(3)

Η ανακούφιση από τη σκληρή πραγματικότητα του παρόντος οδηγεί το συνταξιούχο ηλικιωμένο στην αναπόληση του παρελθόντος, κατάσταση που τον αποσύρει σε ψυχολογική απομόνωση. Πολύ συχνά όμως εμφανίζονται και οι τόσο γνωστές πένθιμες σκέψεις «πέρασαν τα νιάτα», «τώρα τέλειωσαν για μένα όλα», που θολώνουν το νου και εξαγριώνουν τον άνθρωπο.(22)

4.4. Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ Η ΜΟΝΑΞΙΑ

Η μοναξιά είναι γενικό φαινόμενο, χαρακτηριζόμενο ως αρνητικό και δυσάρεστο, υποδηλώνει έλλειψη αναγκαίας ή επιθυμητής ανθρώπινης φιλίας, οδηγεί σε προσωπική ταλαιπωρία και χαρακτηρίζεται από αίσθημα εγκατάλειψης και δυσaréσκειας. Ορισμένες φορές συμβάλλει στην ανάπτυξη άγχους και άλλοτε προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Η μοναξιά δεν αποτελεί αποκλειστικό πρόβλημα των ηλικιωμένων. Ίσως ελάχιστοι άνθρωποι θα μπορούσαν να υποστηρίξουν ότι δεν ένοιωσαν, σε κάποιο βαθμό στη ζωή τους, αυτήν την κατάσταση.

Η μοναξιά μελετήθηκε σε ολόκληρο τον κύκλο της ζωής. Οι περισσότερες μελέτες, στα πλαίσια βασικών κοινωνικών σχέσεων που διερεύνησαν, εστιάστηκαν περισσότερο στη μοναξιά ως ένα κοινό πιεστικό πρόβλημα που επηρεάζει ένα μεγάλο αριθμό ηλικιωμένων ατόμων.

Τα ευρήματα των κλινικών μελετών, δείχνουν ότι το πρόβλημα της μοναξιάς επηρεάζει τους ηλικιωμένους ανεξάρτητα από το φύλο και τεκμηριώνουν αυτήν την σχέση με σοβαρά ψυχιατρικά νοσήματα. Οι κλινικές

και εμπειρικές έρευνες παρουσιάζουν τη μοναξιά των ηλικιωμένων, ως σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα υγείας και προτείνουν να διερευνηθεί επιστημονικά και να αξιοποιηθεί κλινικά.(31)



4.5. Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ Ο ΘΑΝΑΤΟΣ-Ο ΦΟΒΟΣ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ

Μια κατάσταση απώλειας αντικειμένου, που παρατηρείται ειδικά στους ηλικιωμένους, είναι η απορρόφηση της σκέψης με το δικό τους θάνατο. Ο φόβος του θανάτου για τον ηλικιωμένο περιστρέφεται γύρω από το φόβο της μοναξιάς, της απομόνωσης και της απώλειας ελέγχου πάνω στον εαυτό του και στα εξωτερικά γεγονότα.(11)

Η θλίψη και το πένθος, περιγράφεται ως αντίδραση προς απώλεια αγαπημένου προσώπου και παραθέτει πολλά χαρακτηριστικά προς τον ηλικιωμένο.

Η αντίδραση προς μια απώλεια διαφέρει από άτομο σε άτομο. Η αντίδραση κάθε ατόμου είναι μοναδική και συχνά βασίζεται στο πως χειρίστηκε, γενικά, απώλειες στη ζωή του.(12)

4.6. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ - ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

1. Οι ηλικιωμένοι ζουν γνωρίζοντας την πραγματικότητα επικείμενης νόσου και θανάτου.
2. Φοβούνται την εισαγωγή στο νοσοκομείο και τον πόνο που συνδέεται με νόσο.
3. Οι ηλικιωμένοι ενδιαφέρονται για την ποιότητα της ζωής κατά τη διάρκεια της νόσου. Ο θάνατος συχνά αντανακλάται στις συζητήσεις τους.
4. Η έλλειψη της εγγύτητας αγαπημένων προσώπων για υποστήριξη τους κατά τη διάρκεια της νόσου, η αδιαφορία του κοινού για ευκολίες μακροχρόνιας φροντίδας και το υψηλό κόστος περίθαλψης στο νοσοκομείο, κάνουν πιο σύνθετους τους φόβους που συνδέονται με νοσηλεία στο νοσοκομείο.
5. Η αδυναμία επικοινωνίας, τόσο των οργανικών όσο και των ψυχοκοινωνικών αναγκών τους με αυτούς που τους παρέχουν φροντίδα, προκαλεί συχνά ένα αξεπέραστο εμπόδιο στη φροντίδα τους.
6. Εξαιτίας των οργανικών περιορισμών και μεταβολών στην όραση και την ακοή οι ηλικιωμένοι είναι συχνά θύματα εγκληματικών ενεργειών.
7. Μια μεγάλη αναλογία ηλικιωμένων είναι φτωχοί. Οι κακές συνθήκες διαβίωσης, η ανεπαρκής διατροφή, αποτελούν ένα βαρύ φορτίο για τους ηλικιωμένους.
8. Οι ηλικιωμένοι της μεσαίας τάξης, με τις μέτριες οικονομίες τους, βρίσκουν τον πληθωρισμό και τα υπερβολικά έξοδα ότι είναι απειλή για την ασφάλειά τους.
9. Η βιομηχανοποίηση δημιουργεί την ανάγκη μετακίνησης των παιδιών και των εγγονιών των ηλικιωμένων στις μεγάλες πόλεις και έτσι τους στερεί τις χαρές που δίνει η οικογενειακή ζωή.
10. Τα σπίτια σήμερα είναι μικρότερα και τα διαμερίσματα είναι ένας νέος τρόπος ζωής. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των οικογενειών μεσαίας τάξης, εργάζονται τόσο ο άνδρας όσο και η γυναίκα, πράγμα που έχει επίδραση στον ορισμό των ρόλων και στον τρόπο ζωής.
11. Η μείωση σε αριθμό των διευρυμένων οικογενειακών δομών και του μεγέθους των σπιτιών περιορίζουν την δυνατότητα παροχής στέγης στους υπερήλικες.(12)

4.7. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Ο Freud είπε ότι: «το παιδί είναι ο πατέρας του ενήλικα». Ο τρόπος που ζήσαμε σαν παιδιά επηρεάζει καθοριστικά τον τρόπο που ζούμε σαν ενήλικες. Ο τρόπος που μεγάλωσαν οι σημερινοί ηλικιωμένοι επηρεάζει άμεσα τη στάση τους απέναντι στην προάσπιση των δικαιωμάτων τους.

Το ανθρώπινο δικαίωμα εκπληρώνει τρεις βασικές λειτουργίες. Τη γνωστική, την ψυχοκοινωνική και την επικοινωνιακή. Ο ενστερνισμός των δικαιωμάτων περνά μέσα από το χτίσιμο της αυτοεκτίμησης. Οι ηλικιωμένοι πολίτες είναι πρόσωπα που βίωσαν την καταστρατήγηση των δικαιωμάτων τους σαν παιδιά, σαν έφηβοι, σαν νέοι, σαν ενήλικες.

Οι εκπρόσωποι των ηλικιωμένων απ' όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Κοινότητας συνελθόντες στο Λουξεμβούργο στις 30 και 31 Μαρτίου 1992, ζήτησαν για κάθε Ευρωπαίο ηλικιωμένο:

- το δικαίωμα για ένα εισόδημα που θα επιτρέπει μια ζωή σύμφωνα με την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, μ' άλλα λόγια δικαίωμα για ένα εγγυημένο κατώτατο εισόδημα.

- το δικαίωμα κάθε ηλικιωμένου να επιλέγει ελεύθερα τον τόπο στον οποίο θα ζει.

- τη δυνατότητα προσφυγής σε κοινοτική κατοικία ποιότητας η οποία θα προστατεύει όσο το δυνατόν καλύτερα τα δικαιώματα των κατοίκων.

- το δικαίωμα στην υγεία και σε μια υποδομή που θα επιτρέπει την πρόσβαση σε αυτή ή τη διατήρησή της.

- το δικαίωμα για ένα ευπρεπές πλαίσιο ζωής με ορθώς σχεδιασμένη χωροταξία που θα λαμβάνει μέριμνα για την αρμονική ένταξη όλων των ηλικιακών στρωμάτων στην πόλη που θα είναι για όλους.

- το δικαίωμα για ένα περιβάλλον που θα είναι προσαρμοσμένο στις πράξεις της καθημερινής ζωής που θα εξασφαλίζει την ασφάλεια και την ακεραιότητα των ατόμων.

- το δικαίωμα στην ψυχαγωγία, στη μόρφωση και τον πολιτισμό ενθαρρύνοντας τη συμμετοχή και διοργάνωση σχετικών δραστηριοτήτων όσο και την ενεργό υποστήριξη των εθελοντικών οργανώσεων των ηλικιωμένων.

- το δικαίωμα για πλήρη και προσιτή ενημέρωση με πλήρη σεβασμό του ατόμου.

- το δικαίωμα για υπεύθυνη συμμετοχή στα κοινά και στις αποφάσεις, μέσω της αποτελεσματικής εκπροσώπησης στους αρμόδιους φορείς.(32)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

- 5.1. Ηλικιωμένος & ειδικά προβλήματα
- 5.2. Χορήγηση φαρμάκων - φαρμακευτική αγωγή των ηλικιωμένων
- 5.3. Διαταραχές ύπνου
- 5.4. Ηλικιωμένος και πόνος
- 5.5. Διατροφή των υπερηλίκων
- 5.6. Σύγχυση
- 5.7. Ακράτεια
- 5.8. Καρκίνος στους υπερήλικες

5.1. ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Καθώς εξετάζουμε τον ηλικιωμένο σε σχέση με τις χρόνιες παθήσεις από τις οποίες πάσχει, θα ήταν σκόπιμο να αναφέρουμε μερικά από τα σπουδαιότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, ανεξάρτητα από τυχόν άλλες ασθένειες που τους απασχολούν. Σύμφωνα με μελέτη Αμερικανών γεροντολόγων νοσηλευτών (Ουάσινγκτον, 1993), τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας που χρίζουν ιδιαίτερης φροντίδας είναι: η αγωγή φαρμάκων, ο πόνος, η διατροφή, οι διαταραχές ύπνου, η ακράτεια και η σύγχυση.(2) Παρακάτω γίνεται μια σύντομη ανάλυση των προβλημάτων αυτών, ενώ παρατίθεται και μία παράγραφος για το ειδικό πρόβλημα του καρκίνου στον ηλικιωμένο, αφού η επάρατη νόσος δημιουργεί ιδιαίτερες και ιδιόρρυθμες μεταβολές στην οργανική και ψυχική υγεία των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας.

5.2. ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ - ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν με την πάροδο της ηλικίας επηρεάζουν τη δράση των φαρμάκων. Από τις κλινικές παρατηρήσεις και τις βιβλιογραφικές αναφορές εξάγεται πολύτιμη βοήθεια, η οποία συμβάλει στην κατανόηση των διαφορών που υπάρχουν μεταξύ φαρμάκων και ομάδων ηλικιών.(33)

Επιπλέον, η συχνότητα των διαφόρων παθολογικών καταστάσεων αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, με αποτέλεσμα την πρόσληψη περισσότερων φαρμάκων. Η μεγαλύτερη πρόσληψη συνεπάγεται μεγαλύτερους κινδύνους, κυρίως από την αύξηση των προβλημάτων που δημιουργούν οι φαρμακολογικές αλληλεπιδράσεις. Βρέθηκε ότι η συχνότητα των παρενεργειών και των τοξικών επιδράσεων αυξάνεται 3-7 φορές περισσότερο στους ηλικιωμένους απ' ό,τι στα νέα άτομα. Ακόμα, οι παρενέργειες ορισμένων ομάδων φαρμάκων, όπως αντιπηκτικά, αντιβιοτικά, καρδιαγγειακά κ.λ.π., συμβάλουν στην θνησιμότητα των ηλικιωμένων.

Ομάδα εργασίας που συγκροτήθηκε υπό την αιγίδα του WHO για τη μελέτη των φαρμάκων στους ηλικιωμένους, αναφέρει, ότι: το 50% των καταναλωθέντων φαρμάκων καταναλίσκεται από άτομα 60 ετών και άνω. Οι μέσοι αριθμοί φαρμάκων με επίσημη συνταγογραφία αντιστοιχούν: 3,2 φάρμακα ανά άτομο που ζει σε κοινότητα του Καναδά, 4,6 φάρμακα ανά

νοσοκομειακό ασθενή της Σκοτίας και 8 φάρμακα σε άτομο που ζει σε ίδρυμα χρόνιας φροντίδας στις ΗΠΑ.

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν ειδική ομάδα, η οποία κάνει ευρεία χρήση φαρμάκων. Ειδικότερα, η ομάδα ηλικίας άνω των 60 ετών κάνει μεγαλύτερη χρήση φαρμάκων. Ένας μεγάλος αριθμός περιπατητικών ηλικιωμένων χρησιμοποιεί φάρμακα, τα οποία προμηθεύεται εκτός φαρμακείου και χωρίς ιατρική συνταγή. Τέτοια φάρμακα είναι οι ασπιρίνες, οι βιταμίνες, τα υπακτικά, κ.λ.π. Άλλωστε πάλι, δανείζουν ή δανείζονται φάρμακα μεταξύ τους. Αυτό παρατηρείται κυρίως σε αυτούς που μένουν σε ιδρύματα, ή κάνουν αυτοδιάγνωση και αυτοθεραπεία.

Η πλημμελής διατήρηση των φαρμάκων μπορεί να εμποδίσει την αποτελεσματική τους δράση. Πολλά φάρμακα καταστρέφονται από την υγρασία, την υψηλή θερμοκρασία και το φως. Τα φάρμακα, συνήθως, προστατεύονται με ειδικές συσκευασίες, γι' αυτό η μετακίνησή τους από το ένα κουτί στο άλλο μπορεί να συντελέσει στην καταστροφή τους, και παράλληλα να οδηγήσει σε σύγχυση και να προκληθεί λάθος, παίρνοντας άλλο φάρμακο αντί άλλου φαρμάκου. Αυτό μπορεί να συμβεί συχνότερα σε άτομα με μειωμένη όραση.

Συνήθως, οι πιο κοινοί χώροι του σπιτιού για την τοποθέτηση των φαρμάκων είναι το μπάνιο και η κουζίνα.

Η ενημέρωση του ηλικιωμένου για το σκοπό, τη δράση και τις παρενέργειες του φαρμάκου, θα συντελέσει στον περιορισμό της κακής χρήσης του.

Θα ήταν σκόπιμο να αναφερθούν οι αρχές της φαρμακολογικής θεραπείας στους ηλικιωμένους:

- Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις ανεπιθύμητες φαρμακολογικές αντιδράσεις.
- Η ανταπόκριση στα φάρμακα αλλάζει με την πάροδο της ηλικίας, σαν αποτέλεσμα μεταβολών στη διακίνησή τους από τον οργανισμό και στην ιστική ευαισθησία λόγω των επιδράσεων που ασκούν οι διάφορες παθολογικές καταστάσεις.
- Η απορρόφηση των φαρμάκων ελαττώνεται και η κατανομή τους επηρεάζεται, προφανώς από τις γνωστές μεταβολές στη σύσταση του οργανισμού. Ιδιαίτερα, ο ρυθμός και η αποτελεσματικότητα της αποβολής τους ελαττώνονται σε μεγάλο βαθμό στην προχωρημένη ηλικία.
- Κατά την αντιμετώπιση των παρενεργειών, οι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί είναι λιγότερο αποτελεσματικοί, επειδή οι λειτουργίες ομοιόστασης στους ηλικιωμένους εξασθενούν.

- Λόγω των αυξημένων κινδύνων που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι, η φαρμακολογική τους θεραπεία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή.
- Πρέπει να γίνει σαφές, ότι η φαρμακολογική θεραπεία δεν είναι απαραίτητη για όλες τις παθολογικές καταστάσεις των ηλικιωμένων.
- Για τον καθορισμό του είδους και της δόσεως των φαρμάκων, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία και η γενική κατάσταση των ηλικιωμένων.
- Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται μικρότερη δοσολογία από ότι τα νέα άτομα.
- Τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται όταν υπάρχει πραγματική ανάγκη, επειδή σφάλματα, ανεπιθύμητες επιδράσεις και αλληλεπιδράσεις αυξάνονται με την υπερβολική χρήση των φαρμάκων.
- Απλά δοσολογικά σχήματα απομακρύνουν τα λάθη στους ηλικιωμένους ασθενείς. Η βοήθεια συγγενικού, γειτονικού ή φιλικού προσώπου, πρέπει να γίνεται ευχαρίστως δεκτή, επειδή συμβάλει στην καλύτερη προσαρμοστικότητα του ηλικιωμένου στη φαρμακευτική αγωγή.(34)

5.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

Ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού των υπερηλίκων διαμαρτύρεται για αϋπνία. Ο κύκλος του ύπνου μεταβάλλεται καθώς ένα άτομο γηράσκει και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη αυτές οι φυσιολογικές μεταβολές όταν αντιμετωπίζεται άρρωστος με αϋπνία. Η αϋπνία πάντως θα πρέπει να διερευνάται και από ψυχολογική άποψη επίσης. Το πρόβλημα μπορεί να μην είναι μια πραγματική, αλλά μια υποκειμενική έλλειψη ύπνου. Εκείνος που περιθάλλει υπερήλικες ασθενείς πρέπει:

1. Να γνωρίζει τις φυσιολογικές μεταβολές που σχετίζονται με την ηλικία στην διεργασία ύπνου-εγρήγορσης.
2. Να κατανοεί ότι ο ύπνος είναι μια πολύπλοκη διεργασία με φυσιολογικές και ψυχολογικές διαστάσεις.
3. Να γνωρίζει πώς να εκτιμήσει και να αναγνωρίσει τις διαταραχές του ύπνου που παρατηρούνται πιο συχνά στους υπερήλικες.
4. Να αντιλαμβάνεται το ρόλο των υπνωτικών φαρμάκων στην αγωγή των διαταραχών του ύπνου. Ο ύπνος των υπερηλίκων συχνά διακόπτεται και είναι λιγότερος σταθερός, λόγω των συχνών μεταβολών των φάσεων του ύπνου. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η περίοδος εγρήγορσης επίσης διακόπτεται από περιόδους υπνηλίας ή ύπνου. Έτσι, ο συνολικός βιολογικός ρυθμικός κύκλος ύπνου εγρήγορσης χάνει μέρος από την έντασή του.

Η υπνηλία στον υπερήλικα ασθενή οφείλεται σε μία ευρεία ποικιλία πιθανών αιτίων τα οποία περιλαμβάνουν ενδοκρινικές και μεταβολικές διαταραχές (υπογλυκαιμία), νευρολογικές διαταραχές (τραύμα στο κεφάλι) και άλλα. Θα πρέπει να διερευνάται προσεκτικά η πιθανότητα υπέρβασης της δοσολογίας των φαρμάκων με το οινόπνευμα ή με άλλα φάρμακα.

Το πρώτο βήμα για τη σωστή εκτίμηση αρρώστου με αϋπνία είναι η λήψη ενός πλήρους ιατρικού ιστορικού, η καλή φυσική εξέταση, οι βασικές εργαστηριακές εξετάσεις και η ψυχιατρική εκτίμηση, αν υπάρχει ένδειξη για κάτι τέτοιο. Έχει σημασία να εντοπιστεί από το γιατρό ένα *καθαρό, πλήρες, κύριο ενόχλημα*. Το ενόχλημα δυνατόν να είναι: δυσκολία στην επέλευση ύπνου, δυσκολία στην διατήρηση ύπνου, ή και στα δύο.(9)

Η δυσκολία στην διατήρηση του ύπνου αναφέρεται σε ανεπιθύμητες αφυπνίσεις στη διάρκεια της νύχτας, σε πρώιμη πρωινή αφύπνιση ή σε κακή «ποιότητα» του ύπνου. Μερικοί ασθενείς δεν αναφέρουν κάτι τέτοιο, αντίθετα, αισθάνονται κουρασμένοι κατά τη διάρκεια της ημέρας και υποθέτουν, ότι ο ύπνος τους δεν είναι επαρκής ή κατά κάποιο τρόπο δεν είναι φυσιολογικός. Αυτό δεν είναι υποχρεωτικά αληθινό, διότι τα συμπτώματα στην διάρκεια της ημέρας μπορούν να προέρχονται από διάφορες παθήσεις ή από ψυχογενείς μηχανισμούς. Ασθενείς με εξάρτηση στα υπνωτικά χάπια έχουν μικρή ή και καθόλου δυσκολία στον ύπνο, για όσο χρονικό διάστημα παίρνουν τα χάπια τους. Διαμαρτύρονται όμως για σοβαρή αϋπνία, όταν δοκιμάζουν να σταματήσουν την λήψη των φαρμάκων (5). Ο παρακάτω πίνακας δείχνει ορισμένες αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία. (Πίνακας 2.)

| <u>Μετρήσεις</u> | <u>Μεταβολές με την ηλικία</u> |
|---|--------------------------------|
| Αντικειμενικές | |
| - Αϋπνία | Αυξημένη |
| - Συνολικός χρόνος ύπνου | Αυξημένος |
| - Αφύπνιση κατά τη νύχτα | Αυξημένη |
| - Βραχύς ύπνος κατά την ημέρα | Αυξημένος |
| - Αφύπνιση μετά την έναρξη του ύπνου | Αυξημένη |
| Υποκειμενικές | |
| - Ύπνος 4 ^{ου} σταδίου REM | Αμετάβλητος |
| - Ύπνος μη REM | Ελαττωμένος |
| - Ύπνος 1 ^{ου} - 3 ^{ου} σταδίου | Αμετάβλητος |
| - Ύπνος 4 ^{ου} σταδίου | Μειωμένος |
| - Συνολικός χρόνος ύπνου | Μειωμένος |
| - Λανθάνων ύπνος | Αυξημένος |
| - Αφύπνιση κατά τη νύχτα | Αυξημένος |

Πίνακας 2: Μεταβολές ύπνου με την ηλικία.

5.4. ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

Όσο αυξάνεται η ηλικία του ασθενή, έτσι αυξάνει και η πιθανότητα χρόνιου πόνου λόγω οστεοαρθρίτιδας, σκελετικών και άλλων διαταραχών. Ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω έχουν εμπειρία περισσότερου πόνου αλλά δεν επιτυγχάνουν την ίδια ανακούφιση από τους νεότερους, αφού το θέμα πόνου στους υπερήλικες συχνά παρουσιάζει προβλήματα όπως- πολύπλοκες καταστάσεις που αυξάνουν τον πόνο, ανεπαρκείς αριθμός επιστημόνων υγείας που είναι καλά εκπαιδευμένοι στην γηριατρική και στην αντιμετώπιση του πόνου, ανεπαρκής καθορισμός του πόνου, απροθυμία από γιατρούς και ασθενείς να χρησιμοποιούν οπιούχα φάρμακα. Ο πόνος είναι πιθανότατα το πιο οδυνηρό από τα συμπτώματα, όχι μόνο για τους ασθενείς που υποφέρουν αλλά και για τους θεραπευτές τους. Και οι δύο μπορούν εύκολα να φτάσουν στην ματαιοδοξία από την αποτυχία της αναλγησίας.

Ο πόνος είναι κοινός σε ασθενείς 65 και άνω. Ανάμεσα σε αυτούς που ζουν στην κοινότητα 25 έως 50% υποφέρουν από κύρια προβλήματα πόνου. Στα νοσηλευτικά ιδρύματα το ποσοστό του πόνου είναι 45 με 80% και το ποσοστό χρήσης αναλγησίας είναι 40 με 50%. Οι περισσότεροι υπερήλικες ασθενείς έχουν τουλάχιστον μια χρόνια ασθένεια. Αρθρίτιδα, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, οφθαλμολογικά, αναπνευστικά προβλήματα και διαβήτης εντοπίζονται στο 10% του ηλικιωμένου πληθυσμού. Σε πολλούς ασθενείς, πολλαπλές ιατρικές καταστάσεις κάνουν τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του πόνου περίπλοκη. Ειδικότερα, η κατάθλιψη έχει τεράστια επιρροή στην αντιμετώπιση του πόνου.

Για τον ηλικιωμένο ασθενή, ο πόνος μπορεί να οδηγήσει σε μια διαφορετική διάγνωση από αυτή που θα αναμενόταν στο νεότερο πληθυσμό. Για παράδειγμα, υψηλές στη λίστα διαφορικής διάγνωσης του πονοκεφάλου στον ηλικιωμένο πληθυσμό είναι ασθενείς όπως περιοδική αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα, κατάθλιψη, καρδιακή ανεπάρκεια, αιματώματα και ηλεκτρολυτικές διαταραχές. Ο έρπης ζωστήρ διαφαίνεται στο 1 με 2% των ηλικιωμένων ασθενών και το 90% νευραλγιών διαφαίνεται στο 90% των ασθενών άνω των 40 ετών.(35)

Παράγοντες που μειώνουν τον έλεγχο του πόνου.

Ενώ ο πόνος είναι κοινός σε ηλικιωμένους ασθενείς, η ανακούφιση από τον πόνο δεν είναι. Μια μελέτη της Ανατολικής Ομάδας Συνεργασίας για την Ογκολογία έδειξε ότι το 41% από 3000 καρκινοπαθείς υπέφεραν από ανεπαρκή αντιμετώπιση του πόνου, και η ηλικία των 70 και άνω ήταν ο πιο κοινός παράγοντας ρίσκου για κακό έλεγχο του πόνου. Γιατί οι θεραπευτές

αποτυγχάνουν στην ανακούφιση από τον πόνο ειδικά σε ηλικιωμένους ασθενείς; μεγάλη ευθύνη έγκειται στην ανεπαρκή εκπαίδευση για την αντιμετώπιση του πόνου όπως επίσης και η έλλειψη οργάνων για τη μέτρηση του πόνου, αλλά και η συμπεριφορά των θεραπευτών απέναντι σε αυτόν.(36)

Αντίληψη του πόνου και ηλικία.

Ασθενείς 65 ετών και άνω είναι αντικείμενα στις περισσότερες σπουδές για τον πόνο, σε πολύ μικρό ποσοστό. Αυτές οι λίγες δοκιμές που εμπλέκουν κυρίως ηλικιωμένους ασθενείς έχουν μετρήσει βλάβες βασισμένες, στα αρχικά στάδια μηχανικής, ηλεκτρικής ή θερμικής διέγερσης. Με εξαίρεση κάποιων δερματικών αισθήσεων, η αγωγιμότητα φαίνεται να μην αλλάζει με την ηλικία, παρόλο που η αντοχή στον πόνο μειώνεται και η συχνότητα παραπόνων για πόνο αυξάνεται. Κάποιοι τύποι σπλαχνικού πόνου μπορεί να διαφέρουν στους υπερήλικες συγκρινόμενοι με πόνο στους νέους ασθενείς. Ήρεμες μυοκαρδιακές διαταραχές φαίνονται πιο κοινές σε ηλικιωμένους ασθενείς και χειρουργεία κοιλίας μπορεί να φανούν χωρίς λευκοκύτωση ή αξιοσημείωτου πόνου. Ο πονοκέφαλος είναι λιγότερος κοινός σε ηλικιωμένους ασθενείς, παρ' όλ' αυτά όταν δεν σημειώνεται πονοκέφαλος, η αιτιολογία είναι συχνά πολύ πιο σοβαρή απ' ότι σε νέους ασθενείς. Με την πάροδο της ηλικίας, το άτομο μπορεί να γίνει λιγότερο πρόθυμο να χαρακτηρίσει ενοχλητικές διεγέρσεις ως τέτοιες που επιφέρουν πόνο. Όταν οι ηλικιωμένοι εμφανίζονται σε τμήματα επειγόντων περιστατικών για πόνο, είναι λιγότερο πιθανόν να εισαχθούν στην κλινική απ' ότι οι νεότεροι ασθενείς. Γι' αυτούς τους λόγους η επικοινωνία μεταξύ θεραπευτή και ασθενή γίνεται πολύ σοβαρή όταν γίνεται προσπάθεια για να επιτευχθεί επαρκής έλεγχος του πόνου.(35)

5.5. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ

Σημαντικό ρόλο για την προαγωγή και διατήρηση της υγείας των ηλικιωμένων παίζει η διατροφή τους. Η καταλληλότητα της διατροφής παίζει ρόλο στην πρόληψη ή επιβράδυνση των εκφυλιστικών διαταραχών και νοσηρών καταστάσεων που έχουν σχέση με τη ηλικία. Οι κακές διατροφικές συνήθειες των νεοτέρων ηλικιών επιτείνονται με το γήρας. Και ενώ συχνά οι ηλικιωμένοι παίρνουν τις θερμίδες που τους χρειάζονται, δεν υπάρχει ποικιλία στη διατροφή με συνέπεια την εμφάνιση θρεπτικών ανεπαρκειών.

Οι θρεπτικές ανεπάρκειες διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς, ανάλογα με τον υπεύθυνο παράγοντα.

Πρωτοπαθείς ανεπάρκειες υπάρχουν όταν για διάφορους λόγους όπως κοινωνικούς, οικονομικούς, αναπηρίες, κακή στοματική υγεία, ψυχολογικούς παράγοντες ή έλλειψη γνώσεων για τα ποια τρόφιμα πρέπει να επιλέγονται σε μία ισοζυγισμένη δίαιτα, οι ηλικιωμένοι δεν παίρνουν τα κατάλληλα θρεπτικά συστατικά.

Οι δευτεροπαθείς ανεπάρκειες οφείλονται σε παράγοντες οι οποίοι εμποδίζουν τη χρησιμοποίηση των θρεπτικών συστατικών μετά την πρόσληψη της τροφής από το άτομο. Ανεξάρτητα από τους παραπάνω παράγοντες, η ανάπτυξη της κλινικής δυσθρεψίας διέρχεται διάφορα στάδια τα οποία τελικά οδηγούν σε εμφανή κλινικά σημεία της ανεπάρκειας.(37)

Άλλος σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων είναι η ετοιμασία της τροφής όταν υπάρχουν σωματικές αναπηρίες, ελαττωμένη αντοχή, ή ο ηλικιωμένος ζει μόνος του. Αυτό μπορεί να τους οδηγήσει σε δύο ακραίες λύσεις: α) να βρουν στο φαγητό την ευχαρίστηση που τους λείπει και να το χρησιμοποιήσουν σαν υποκατάστατο. β) να αδιαφορήσουν και να τρέφονται με μονότονη και μη υγιεινή ζωή.(38)

5.6. ΣΥΓΧΥΣΗ

Η αιφνίδια σύγχυση είναι ένας συνηθισμένος τρόπος εμφάνισης της νόσου στους ηλικιωμένους. Είναι πολύ σημαντικό να εκτιμήσουμε προσεκτικά την κατάσταση του ασθενούς γιατί μόνο έτσι υπάρχει η δυνατότητα να εντοπισθούν κάποια υποβόσκουσα νόσο. Η αιφνίδια σύγχυση μπορεί να είναι σύμπτωμα μιας σειράς απειλητικών για τη ζωή νόσων, όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου, πνευμονία, πνευμονική εμβολή και γαστρορραγία. Επίσης, η λήψη φαρμάκων αποτελεί συνηθισμένο αίτιο σύγχυσης στους ηλικιωμένους. Επειδή ο ηλικιωμένος δεν είναι ευπροσάρμοστος όπως ένας νέος, ακόμα και η αλλαγή περιβάλλοντος μπορεί να του δημιουργήσει σύγχυση. Στον ασθενή παρατηρείται αποπροσανατολισμός, ενώ η επεξεργασία των ερεθισμάτων και η μνήμη είναι μειωμένες και τα επίπεδα εγρήγορης κυμαίνονται. Υπάρχουν ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις. Οι παραισθήσεις ή η εσφαλμένη αντίληψη του περιβάλλοντος είναι πιθανό να δημιουργηθούν σε ένα μισοσκότεινο δωμάτιο. Οι παραισθήσεις είναι συνήθως παρανοϊκές και ο ασθενής μπορεί να γίνει πολύ επιθετικός.(20)

Η αιφνίδια σύγχυση οφείλεται στην επίδραση της πρωταρχικής ασθένειας πάνω στη λειτουργία του εγκεφάλου. Αυτό μπορεί να συμβεί από παράγοντες όπως η τοξίκωση, ο μειωμένος μεταβολισμός στον εγκέφαλο, η υποξία, η

διαταραχή των ηλεκτρολυτών ή η αφυδάτωση. Η σύγχυση θα αρχίσει να εξαφανίζεται όταν ο ασθενής ανταποκριθεί θετικά στην αγωγή που αφορά την υποκείμενη νόσο.(5)

Το έμπιστο και υπεύθυνο προσωπικό θα βοηθήσει πολύ τον ασθενή να επιστρέψει στην πραγματικότητα. Εάν όμως το προσωπικό είναι ανασφαλές, απορριπτικό και αρνητικό στην προσέγγιση του ασθενούς, η ανάρρωση δυσχεραίνεται. Η καταπράυνση θα πρέπει να γίνεται όταν αυτό θα κριθεί απαραίτητο. Η αιφνίδια σύγχυση συνήθως περνά γρήγορα είτε με την θεραπεία του ασθενούς είτε με θάνατο. Μόνο πολύ σπάνια γίνεται χρόνια κατάσταση.(20)

5.7. ΑΚΡΑΤΕΙΑ

Τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που δημιουργεί η ακράτεια στον ηλικιωμένο είναι τεράστια. Το γόητρο και η προσωπικότητά του θίγονται σε μεγάλο βαθμό, όταν βρέχει την καρέκλα του, το κρεβάτι του ή τα ρούχα του και δεν μπορεί να κυβερνήσει τον εαυτό του. Η απάντηση του προβλήματος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες: Το βαθμό του προβλήματος, τα αίτια που το προκαλούν, το βαθμό συνεργασίας του ηλικιωμένου, την δυνατότητα βοήθειας από την οικογένεια.(4)

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 οικογένειά του τεράστιες παθολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Τα άτομα που υφίστανται αυτή την κατάσταση νοιώθουν ανάμεικτα συναισθήματα 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. Σε πρόσφατη μελέτη αναφέρεται ότι από τα 1,4 εκατομμύρια των ηλικιωμένων που ζουν στα διάφορα ιδρύματα των ΗΠΑ, περισσότερο από το 50% παρουσιάζουν καθημερινά τουλάχιστον ένα επεισόδιο ακράτειας. Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι το 40% ως 60% των ηλικιωμένων που ζούσαν σε διάφορα ιδρύματα παρουσίαζαν απώλειες ούρων και κοπράνων. Σε όλες τις μελέτες η συχνότητα ακράτειας ούρων και κοπράνων για τους ηλικιωμένους που ζουν στα διάφορα ιδρύματα κυμαίνεται

μεταξύ 40-65%, ενώ για εκείνους που βρίσκονται στην κοινότητα το 20% και άνω.(5)

5.8. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ

Το 1995, στη χώρα μας, ανάμεσα στις κύριες αιτίες θανάτου ο καρκίνος κατείχε την δεύτερη θέση, ενώ το 75% των θανάτων από όλους τους καρκίνους αντιστοιχούσε σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.

Η νόσος κυρίως ακολουθεί μια χρόνια διαδρομή, η οποία χαρακτηρίζεται από σειρά ψυχοτραυματικών εμπειριών, που επηρεάζουν βαθιά όχι μόνο τον πάσχοντα, αλλά και εκείνους που μοιράζονται τις εμπειρίες μαζί του.

Όταν το άτομο συνειδητοποιήσει ότι έχει καρκίνο, φαίνεται να εισέρχεται σε μία υπαρξιακή κρίση, η οποία περιστρέφεται μεταξύ ζωής, νόσου και θανάτου.

Είναι γνωστό ότι ο καρκίνος προκαλεί stress και τούτο γιατί το άτομο αντιμετωπίζει πόνο, δυσφορία, άγχος, οικονομικά προβλήματα και τέλος το φάσμα του θανάτου.

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

Οι ευηερικές μεταβολές που παρατηρούνται με το πέρασμα του χρόνου επηρεάζουν σχεδόν όλα τα συστήματα του οργανισμού περιλαμβανομένου και των αισθητήριων οργάνων. Ειδικότερα, η μείωση της αντίστασης του ανοσοποιητικού συστήματος καθιστά περισσότερο ευάλωτο το ηλικιωμένο άτομο στους ποικίλους παθολογικούς παράγοντες από τις άλλες ομάδες του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται διάφορες παθογενικές καταστάσεις.(39)

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 συμβάλουν σ' αυτή τη συχνότητα είναι: η συσσώρευση των σωματικών μεταλλάξεων, η μεγαλύτερη διάρκεια έκθεσης σε καρκινογόνους παράγοντες, η μειωμένη ικανότητα επιδιορθώσεως του DNA και η αυξημένη ευαισθησία σε ογκογόνους ιούς.(9)

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

6.2. Η Νοσηλευτική στην Π.Φ.Υ.

6.3. Νοσηλευτική και Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

6.4. Ομάδα Π.Φ.Υ.

6.1. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata(Σεπτέμβριος 1978), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι η φροντίδα Υγείας που βασίζεται σε επιστημονικά κατοχυρωμένες πρακτικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, οι οποίες είναι προσιτές σε όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κάθε κοινότητας, με τη δική τους πλήρη και ενεργό συμμετοχή και σε κόστος που μπορούν να το αντέξουν, η δε χώρα μπορεί να ανταποκριθεί σε όλη την πορεία της ανάπτυξής τους. Η ΠΦΥ, είναι ενσωματωμένο τμήμα τόσο του συστήματος Υγείας της χώρας του οποίου αποτελεί τον κεντρικό πυρήνα και τη βασική δραστηριότητα, όσο και της γενικότερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί το πρώτο επίπεδο επικοινωνίας των ατόμων και των οικογενειών της κοινότητας με το σύστημα Υγείας και μεταφέρει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πιο κοντά στον τόπο κατοικίας και εργασίας των ανθρώπων με σκοπό την εξασφάλιση συνέχειας στη φροντίδα αυτή.

Σύμφωνα με τη διακήρυξη της Alma-Ata οι υπηρεσίες ΠΦΥ έχουν τα πιο κάτω πέντε κύρια χαρακτηριστικά:

- 1) Είναι προσιτές σε όλους, όλα τα άτομα της κοινότητας έχουν πρόσβαση σε αυτές.
- 2) Είναι απαραίτητο να υπάρχει η μεγαλύτερη δυνατή συμμετοχή των μελών της κοινότητας στο σχεδιασμό και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας.
- 3) Η έμφαση τοποθετείται περισσότερο στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας παρά στη θεραπεία.
- 4) Χρησιμοποιείται η ανάλογη σύγχρονη τεχνολογία. Μέθοδοι, νοσηλεία, τεχνικές και μέσα πρέπει να έχουν επιστημονική βάση και να προσαρμόζονται στις τοπικές ανάγκες των ατόμων της κάθε κοινότητας.
- 5) Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν τμήμα της όλης προσπάθειας για προαγωγή της υγείας. Η συνεργασία με άλλους τομείς όπως εκπαίδευση, δημόσια διοίκηση, δημοτικές υπηρεσίες κλπ. είναι επίσης απαραίτητα για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του κοινού.

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, τοποθετούνται οι πιο κάτω οκτώ βασικοί σκοποί των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που διατυπώθηκαν στο συνέδριο αυτό:

- Διαπαιδαγώγηση του κοινού σχετικά με τα προβλήματα υγείας και τις μεθόδους για πρόληψη και περιορισμό τους.
- Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής διατροφής σε όλους.

- Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινού νερού.
- Φροντίδα υγείας μητέρας-βρέφους και οικογενειακός προγραμματισμός.
- Εμβολιασμοί.
- Πρόληψη και περιορισμός των νόσων που ενδημούν σε κάθε χώρα.
- Αποτελεσματική αντιμετώπιση νόσων και ατυχημάτων.
- Εξασφάλιση αναγκαίων φαρμάκων.(4)

Στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, η πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα παρέχεται από οικογενειακούς γιατρούς, ενώ σε κάποιες απ' αυτές και από άλλους λειτουργούς σε κοινοτικό επίπεδο.(40)

6.2. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.

Με το ρόλο της νοσηλευτικής στην Π.Φ.Υ. ασχολήθηκαν τα τελευταία χρόνια πέντε Παγκόσμιες Συνδιασκέψεις Υγείας, η 30^η το 1977, η 36^η το 1983, η 39^η το 1986, η 42^η το 1989, η 45^η το 1992.

Το 1983 η 36^η Συνδιάσκεψη διατύπωσε και ψήφισε την υπ' αριθμό Ν.Η.Α. 3611 απόφαση, η οποία αναφέρεται στο ρόλο Νοσηλευτικού προσωπικού στη στρατηγική "Υγεία για όλους". Με την απόφαση αυτή αναγνωρίζεται ότι το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο στην προσφορά υπηρεσιών υγείας καθώς και στην εκπαίδευση και εποπτεία του υγειονομικού προσωπικού που εργάζεται στην Π.Φ.Υ.

Το 1989, η 42^η Παγκόσμια Συνδιάσκεψη Υγείας, ψήφισε την υπ' αριθμό WHA 42.47 απόφαση για την "Ενίσχυση της Νοσηλευτικής-Μαιευτικής προς υποστήριξη της Στρατηγικής Υγεία για όλους". Στην απόφαση αυτή τονίζεται η επείγουσα ανάγκη ανάπτυξης της Νοσηλευτικής στα πλαίσια της Εθνικής Πολιτικής για την επίτευξη του στόχου "Υγεία για όλους" και παροτρύνονται τα κράτη-μέλη μεταξύ άλλων, να διορίσουν νοσηλευτές σε ηγετικές θέσεις ευθύνης, ώστε να εξασφαλισθεί η συμμετοχή του Νοσηλευτικού προσωπικού στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της Υγειονομικής Πολιτικής της κάθε χώρας. Παράλληλα, το 1988 το Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης (Π.Γ.Ε.), στην ευρωπαϊκή Νοσηλευτική Διάσκεψη στη Βιέννη, ασχολήθηκε με το ρόλο του Νοσηλευτικού προσωπικού στην Π.Φ.Υ. Στόχος της διάσκεψη ήταν να δώσει στους Νοσηλευτές την ευκαιρία να εξετάσουν τις πρόσφατες εξελίξεις της Νοσηλευτικής τοποθέτησης και πρακτικής, καθώς και τη σχέση των Νοσηλευτών προς τη στρατηγική "Υγεία για όλους".(41)

6.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Π.Φ.Υ. ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην Ελλάδα η οργάνωση της Π.Φ.Υ. αρχίζει το 1983 με τη δημοσίευση του Ν.1397/1983 που προβλέπει την ίδρυση Κέντρων Υγείας. Η Νοσηλευτική αποτελεί μία από τις τρεις βασικές υπηρεσίες του Κέντρου Υγείας μαζί με την Ιατρική και την Διοικητική Υπηρεσία, αφού τα Κέντρα Υγείας αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες νοσοκομείων. Ο κλάδος της Νοσηλευτικής στην κοινότητα έχει διεθνώς τον τίτλο "Κοινοτική Νοσηλευτική".

Ο νόμος 1579/85 αναφέρεται με τα άρθρα 12 και 13 στη Π.Φ.Υ. και διευκρινίζει θέματα σχετικά με τα Κ.Υ. Δεν περιλαμβάνει όμως νοσηλευτικές δραστηριότητες και το ρόλο των Νοσηλευτών στα Κ.Υ.

Αυτό το κενό δημιούργησε σύγχυση στις αρμοδιότητες και στο ρόλο των Νοσηλευτών στα Κ.Υ. με αποτέλεσμα τη μείωση της ποιοτικής απόδοσης της δουλειάς του Νοσηλευτή στα Κ.Υ.

Στη συνέχεια με το νόμο 2071/1992 τα Κ.Υ. μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες Π.Φ.Υ., οι οποίες δεν υπάγονται στα νοσοκομεία, όπως ο προηγούμενος νόμος 1397/83 προέβλεπε.

Σημαντικό για την Νοσηλευτική είναι το γεγονός ότι ο νόμος αυτός αναφέρεται στην αναβάθμιση των νοσηλευτικών υπηρεσιών και θεσμοθετεί την ίδρυση ειδικού κλάδου Νοσηλευτών χωρίς όμως να προχωρεί σε λεπτομερή ρύθμιση των θεμάτων που αφορούν το Νοσηλευτικό προσωπικό. Καθιερώνει επίσης το Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής, το οποίο αποτελεί συμβουλευτικό σώμα σε θέματα νοσηλευτικής, υπό τον Υπουργό Υγείας σε θέματα χάραξης πολιτικής που αφορούν τον κλάδο της Νοσηλευτικής όλων των κατηγοριών.

Με τα άρθρα 11,12,16,28,29,30, καθιερώνεται σύστημα κατ' οίκον νοσηλείας. Για την ουσιαστική και τυπική εφαρμογή του θεσμού "Νοσηλεία στο σπίτι" όσον αφορά τους Νοσηλευτές χρειάζεται:

- 1) Άδεια άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος.
- 2) Πιστοποίηση της ελεύθερης άσκησης του Νοσηλευτικού επαγγέλματος.
- 3) Λήψη τίτλου ειδικότητας "Κοινοτική Νοσηλευτική".

Με τα άρθρα 31 μέχρι 38 καθορίζονται τα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας. Ο πρόσφατος νόμος 2519/97 για την οργάνωση υπηρεσιών δημόσιας υγείας ορίζει ότι σκοπός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας είναι η πρόληψη των νόσων, η προαγωγή της υγείας και η ενίσχυση της κοινωνικής ισότητας σε θέματα υγείας.

Μεταξύ των επιστημών υγείας που ασκούν δημόσια υγιεινή περιλαμβάνει και Νοσηλευτές ΑΕΙ ή ΤΕΙ με ειδικεύση στη δημόσια υγεία.(41)

6.4. ΟΜΑΔΑ Π.Φ.Υ.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας δίδει τον πιο κάτω ορισμό για την Ομάδα Υγείας: *"Ομάδα Υγείας είναι ένας μη ιεραρχικός συνεταιρισμός ανθρώπων διαφορετικής επιστημονικής ειδικότητας που έχουν κοινό αντικειμενικό σκοπό την προσφορά της καλύτερης δυνατής φροντίδας υγείας στα άτομα, τις οικογένειες και την κοινότητα"*.

Η ομάδα υγείας λειτουργεί και στα τρία επίπεδα υγειονομικών υπηρεσιών, την Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Στην περίπτωση των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας η ομάδα ονομάζεται: Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η Π.Φ.Υ. προσφέρεται βασικά στα Κέντρα Υγείας αλλά και στα εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων και ασφαλιστικών οργανισμών. Επεκτείνεται όμως στο σπίτι, στο σχολείο, τους χώρους εργασίας, ψυχαγωγίας και άθλησης και οπουδήποτε ζει, σπουδάζει, εργάζεται και δραστηριοποιείται το άτομο με οποιονδήποτε τρόπο.

Η Ομάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας έχει διάφορο μέγεθος, σύσταση και αριθμό ειδικοτήτων. Έχουμε βασικά την Πυρηνική Ομάδα όπως ονομάστηκε, που αποτελείται από γιατρούς και νοσηλευτές διαφόρων ειδικοτήτων οι οποίοι εργάζονται χρησιμοποιώντας τις ευρύτερες υπηρεσίες ενός Νοσοκομείου και προσφέρουν υπηρεσίες σε μια συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού της κοινότητας.

Η *διευρυμένη Υγειονομική Ομάδα* στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει και άλλες ειδικότητες εκτός από γιατρούς και νοσηλευτές με σκοπό τη πληρέστερη κάλυψη των αναγκών της Κοινότητας. Το μοντέλο αυτό φαίνεται ότι ενισχύεται και στην πατρίδα μας, σύμφωνα με το πνεύμα του νόμου 1397/83. Στην διευρυμένη αυτή ομάδα ανήκουν οι φυσιοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, εργασιοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, διαιτολόγοι, υγειονομικοί μηχανικοί, ψυχολόγοι και πολλές άλλες ειδικότητες που απασχολούνται με θέματα υγείας και με την αντιμετώπιση προβλημάτων που προκύπτουν από την διαταραχή της υγείας των ατόμων. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές έχουν διάφορες ειδικότητες με σκοπό την κάλυψη όλων των αναγκών που προκύπτουν.

Για να επιτύχει η ομάδα Π.Φ.Υ. πρέπει κάθε επιστήμονας-μέλος της ομάδος να έχει δύο βασικά χαρακτηριστικά:

- Να γνωρίζει και να αποδέχεται τη φιλοσοφία, τις αρχές και τις μεθόδους τη Π.Φ.Υ. και να τις εφαρμόζει στην άσκηση της επιστήμης του.
- Να έχει σαφή γνώση και να αποδέχεται τις αρμοδιότητες, τις δραστηριότητες και τις υποχρεώσεις που έχει ο ίδιος αλλά και κάθε μέλος από τους επιστήμονες-μέλη της ομάδος.(4)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

- 7.1. Κοινωνική Νοσηλευτική
- 7.2. Χαρακτηριστικά Κοινωνικής Νοσηλευτικής
- 7.3. Περιεχόμενο Κοινωνικής Νοσηλευτικής
- 7.4. Χαρακτηριστικά Κοινωνικού Νοσηλευτή
- 7.5. Η Νοσηλευτική Διεργασία στην Κοινότητα
- 7.6. Προληπτική Νοσηλευτική Παρέμβαση

7.1. ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ (ορισμός, σκοποί)

Ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) δίδει τον πιο κάτω ορισμό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής.

"Η Κοινοτική Νοσηλευτική αποτελεί κλάδο της νοσηλευτικής επιστήμης που συγκεντρώνει ειδικές γνώσεις και δεξιότητες, τις οποίες χρησιμοποιεί στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, ομάδων και κοινοτήτων που βρίσκονται στο συνηθισμένο περιβάλλον τους όπως το σπίτι, το σχολείο ή και ο χώρος εργασίας. Είναι νοσηλευτική εργασία που ασκείται έξω από το παραδοσιακό θεραπευτικό περιβάλλον του νοσοκομείου".

Ο Καναδικός Σύνδεσμος των Νοσηλευτών (CNA) στον ορισμό της Κοινοτικής Νοσηλευτικής, αναλύει συγχρόνως το περιεχόμενο και επισημαίνει τους αντικειμενικούς της σκοπούς.

"Κοινοτική Νοσηλευτική είναι η επιστημονική Νοσηλευτική εργασία που έχει επίκεντρο της φροντίδας της, τις ανάγκες υγείας ατόμων, στο σύνηθες καθημερινό περιβάλλον του σπιτιού, του σχολείου ή της εργασίας. Σαν τμήμα της όλης κοινοτικής προσπάθειας που γίνεται για την προαγωγή της δημόσιας υγείας, η Κοινοτική Νοσηλευτική ενδιαφέρεται τόσο για το υγιές όσο και για το άρρωστο ή ανάπηρο άτομο της Κοινότητας".

Η Κοινοτική Νοσηλευτική σύμφωνα πάντοτε με τον Καναδικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών έχει τους παρακάτω σκοπούς:

- Πρόληψη της αρρώστιας και περιορισμό της εξέλιξή τη.
- Περιορισμό των επιπτώσεων μιας αναπόφευκτης αρρώστιας.
- Εξασφάλιση επιδέξιας επιστημονική φροντίδας στο άρρωστο ή ανάπηρο άτομο της εκτός του νοσοκομείου.
- Υποστήριξη και ενίσχυση των ατόμων που περνούν κάποια κρίση ή βρίσκονται σε κατάσταση άγχους.
- Ενημέρωση, διδασκαλία και παρότρυνση των ατόμων, οικογενειών ή ομάδων στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της κοινοτικής υγείας (4). Στο παρακάτω σχήμα βλέπουμε το πώς η Κοινοτική Νοσηλευτική αγκαλιάζει το άτομο σε όλη την πορεία του άξονα υγεία-αρρώστια και σε οποιοδήποτε σημείο και αν βρίσκεται, την κάθε στιγμή της ζωής του. (Σχήμα 6.)



Σχήμα 6: Άξονας υγείας - αρρώστιας.

7.2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η Κοινωνική Νοσηλευτική έχει τα πιο κάτω 6 χαρακτηριστικά γνωρίσματα:

- 1) Είναι τμήμα και αναπόσπαστος κλάδος της Νοσηλευτικής.
- 2) Συνδυάζει γνώσεις και δεξιότητες Νοσηλευτικής και Δημόσιας Υγιεινής.
- 3) Είναι προσανατολισμένη στις συνολικές ανάγκες του πληθυσμού της κοινότητας.
- 4) Δίδει έμφαση στην υγεία παρά στην αρρώστια.
- 5) Συνεργάζεται στενά με άλλους επιστήμονες και ειδικούς στο χώρο της υγείας και της κοινότητας.
- 6) Πρωθυμεί την ενεργό συμμετοχή των ατόμων της Κοινότητας σε θέματα υγείας.(4)

7.3. ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η Κοινωνική Νοσηλευτική ασκείται με βάση τη γνώση των χαρακτηριστικών της κοινότητας, του συνόλου των κατοίκων που την αποτελούν, των υπηρεσιών υγείας που υπηρετούν τον πληθυσμό, καθώς και την σύνδεση και σχέση τους με όλες τις άλλες υπηρεσίες και οργανισμούς της Κοινότητας. Ο νοσηλευτής συντονίζει την φροντίδα ατόμων, οικογενειών και ομάδων τους οποίους βοηθάει και παροτρύνει ώστε να πάρουν αποφάσεις σχετικά με την υγεία τους: κοινωνικά αποδεκτές, λειτουργικές, αποτελεσματικές, πρακτικές και σε λογικό κόστος.

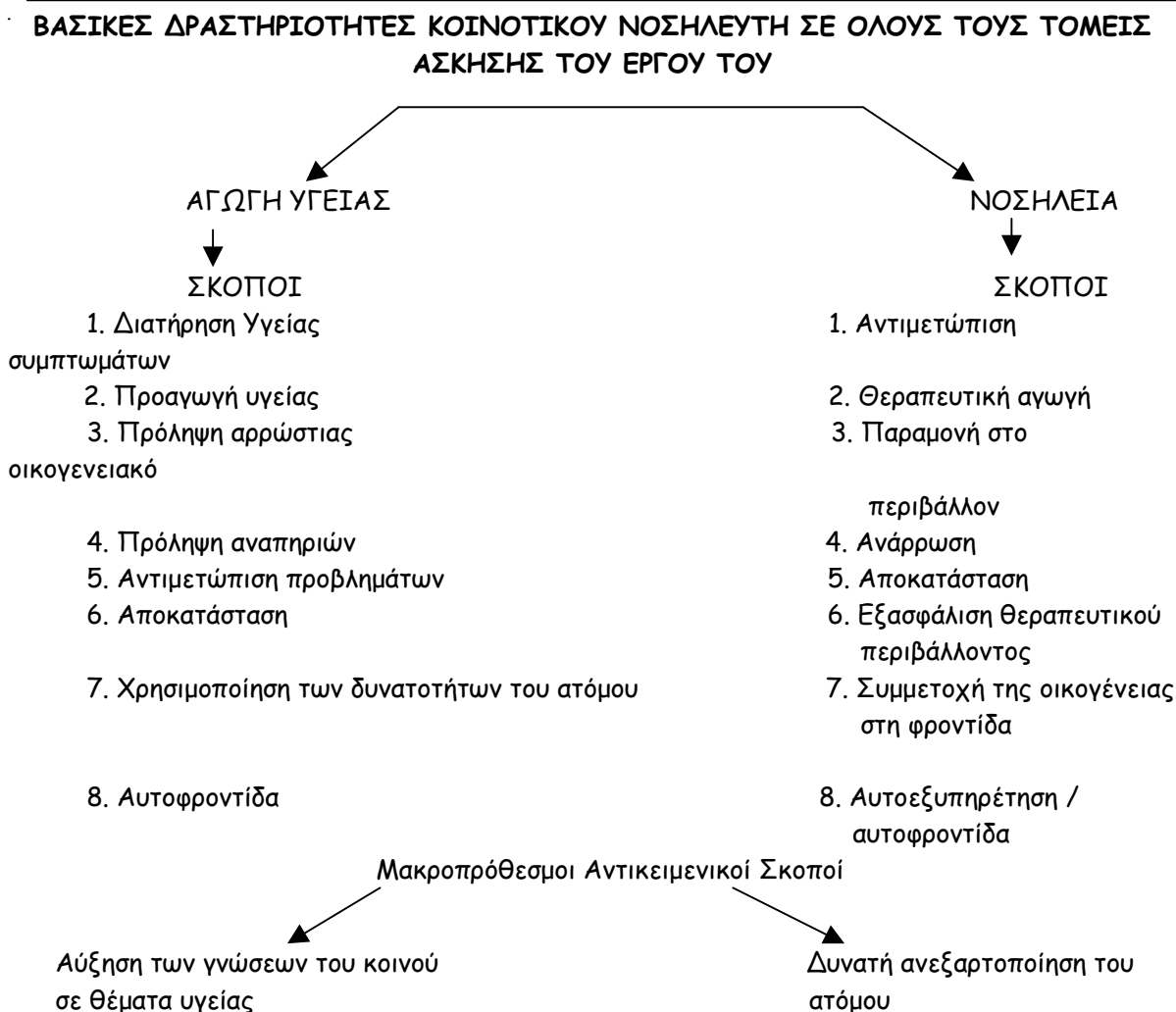
Πάντοτε σκοπεύει στη βελτίωση της υγείας του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας, κυρίως όμως δίδει έμφαση στη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας στο σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας.(4)

7.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Απαραίτητες θεωρούνται οι γνώσεις και δεξιότητες τόσο από νοσηλευτικές όσο και γενικότερες μη νοσηλευτικές επιστήμες. Αυτό γίνεται περισσότερο αντιληπτό όταν ερευνήσει κανείς τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο νοσηλευτής προκειμένου να εργαστεί αποτελεσματικά στην

κοινότητα. Ο Tigar(1980) προτείνει, ότι ο κοινοτικός νοσηλευτής πρέπει να διαθέτει:

- Βασικές νοσηλευτικές γνώσεις και δεξιότητες.
- Γνώσεις σχετικά με την υγεία και την αρρώστια.
- Καθαρή αντίληψη του αντικειμένου της Κοινοτικής Υγείας και Νοσηλευτικής.
- Ικανότητα:
 - Εφαρμογής της Νοσηλευτικής Διεργασίας.
 - Εφαρμογής συστήματος γραπτής επικοινωνίας, αλλά και δεξιότητες στην διανθρώπινη επικοινωνία. Δυνατότητα να διαβιβάζει το περιεχόμενο της Κοινοτικής Νοσηλευτικής στους αποδέκτες και επιστήμονες υγείας άλλων ειδικοτήτων και την κοινότητα γενικά.
 - Να προγραμματίζει, ιεραρχεί και αντιμετωπίζει τα προβλήματα κατά προτεραιότητα.
 - Να διδάσκει και να καθοδηγεί άτομα και ομάδες.
 - Να λύνει προβλήματα, να παίρνει αποφάσεις, να συλλαμβάνει και να επιφέρει αλλαγές, όπου χρειάζεται.



Πίνακας 3.

- Γνώση των πηγών και μέσων που διαθέτει η κοινότητα καθώς και δυνατότητα να τα χρησιμοποιεί κατάλληλα.
- Βασικές γνώσεις υπολογισμού κόστους και ωφελιμότητας.
- Ικανότητα συνεργασίας με τους άλλους ανθρώπους.(4)

Τα επί μέρους καθήκοντα των νοσηλευτών καθορίζονται πάντα από τις αρμόδιες αρχές μέσα στα νομικά και οργανωτικά πλαίσια των υγειονομικών υπηρεσιών. Ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή της κοινότητας απαιτεί την άσκησή του μέσα στην Κοινότητα, εφόσον λόγω της φύσεως της εργασίας και της συνεχούς επαφής με τα άτομα που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, μόνον το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να περάσει τα μηνύματα υγείας στον πληθυσμό πιο εύκολα και αποτελεσματικά (42). Στον πίνακα 3. βλέπουμε ότι οι κύριες δραστηριότητες του Κοινοτικού Νοσηλευτή είναι: 1. Η Αγωγή Υγείας και 2. Η Νοσηλεία. (Πίνακας 3.)

7.5. Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Η Νοσηλευτική Διεργασία πρέπει να αποτελεί τον σκελετό για την οργάνωση των νοσηλευτικών δραστηριοτήτων προκειμένου να βοηθηθεί η κοινότητα στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας των ατόμων της και στην επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου υγείας. Οι ανάγκες της κοινότητας μπορούν να καταχωρηθούν σε ιεραρχική κλίμακα ανάλογη με αυτήν των ατομικών αναγκών του Maslow, έχοντας και οι δύο στη βάση της κλίμακας τις βασικές ανάγκες οι οποίες χρειάζεται να ικανοποιηθούν πρώτα πριν από τις δευτερεύουσες ή ψυχοκοινωνικές.

Ανάγκες κοινότητας.

- α) Κοινοτική ικανοποίηση.
- β) Κοινοτική υπερηφάνεια-γόητρο.
- γ) Ενημέρωση, συμμετοχή.
- δ) Ασφάλεια ,προστασία.
- ε) Δραστηριότητες διατήρησης της ζωής.

Απαραίτητο και δυναμικό στοιχείο της Νοσηλευτικής Διεργασίας αποτελεί η αναλυτική λύση του προβλήματος στην οποία στηρίζεται η αξιολόγηση, ο προγραμματισμός, η εφαρμογή και η εκτίμηση του αποτελέσματος της φροντίδας. Η διεργασία είναι συστηματική αλλά και

ευέλικτη, ώστε να προσαρμόζεται στην ποικιλία του πληθυσμού και των καταστάσεων που συναντώνται στην κοινότητα. Είναι μια λογική, κυκλική σειρά, κατά τη διάρκεια της οποίας η αξιολόγηση σε κάθε βήμα οδηγεί σε συνεχή έλεγχο και προσαρμογή της εργασίας (4). (βλ. Σχήμα 7.)

7.6. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η Πρόληψη αποτελεί τον πρωταρχικό σκοπό της Κοινωνικής Νοσηλευτικής γενικά, όσο και της Αγωγής Υγείας πιο συγκεκριμένα. Έτσι, κρίνεται σκόπιμο να συζητηθεί κάπως πιο αναλυτικά και να αναλυθεί η Προληπτική Νοσηλευτική Παρέμβαση στην Κοινότητα.

Η Προληπτική Παρέμβαση ακολουθεί την φυσική εξέλιξη της αρρώστιας, η οποία αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία στηρίζεται. Η αρρώστια, προχωρεί με την πάροδο του χρόνου και οι παθολογικές μεταβολές όσο αυτή προχωρεί, γίνονται λιγότερο αναστρέψιμες.

Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτιστούν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, απολαμβάνοντας, μεγαλύτερη βλάβη. Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της αρρώστιας διακρίνονται σε 3 επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων. Η Πρωτογενής, η Δευτερογενής και η Τριτογενής Προληπτική Παρέμβαση.

Πρωτογενής Πρόληψη.

Η Πρωτογενής Πρόληψη αφορά την παρέμβαση, που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες, και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενής παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα.

Δευτερογενής Πρόληψη.

Η Δευτερογενής Πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Ο σκοπός της είναι να θεραπευθεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα της στάδια, σε περίπτωση δε που αυτό δεν είναι δυνατόν, να περιοριστεί η εξέλιξή της και να προληφθούν επιπλοκές και αναπηρίες. Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού είναι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για την Δευτερογενή Πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου, πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα.

Τριτογενής Πρόληψη.

Η Τριτογενής Πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια και στην αποκατάσταση των ατόμων, παρεμβαίνει δε όταν παθολογικές βλάβες έχουν είδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας. Για το άτομο που αναρρώνει μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο, η φυσιοθεραπεία που προσπαθεί να επαναφέρει την κινητικότητα, να προλάβει παραμορφώσεις και να διατηρήσει των μυϊκό τόνο, αποτελεί τριτογενή προληπτική παρέμβαση.(4)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1. Νοσηλεία στο σπίτι

8.2. Σκοπός και περιεχόμενο της νοσηλείας στο σπίτι

8.3. Καθήκοντα Νοσηλεύτη στη νοσηλεία στο σπίτι

8.4. Ο Νοσηλεύτης και το χρόνια άρρωστο άτομο

8.1. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η νοσηλεία μέσα από τα βάθη των αιώνων και από την ύπαρξη του ανθρώπου, άρχισε από το σπίτι στηριγμένη τότε στην εμπειρία, την παράδοση, σε απλά πρακτικά μέσα, αλλά κυρίως στην πίστη και στην σιοργή της οικογένειας. Στην συνέχεια η αλματώδης τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη απομάκρυνε τον άρρωστο από τη θαλπωρή της οικογένειας, προσφέροντάς του μεγαλύτερη ασφάλεια και σιγουριά στο χώρο του νοσοκομείου.

Έλθε όμως η επιστημονική έρευνα να διαπιστώσει, ότι η νοσηλεία δυναμική όσο ποτέ, πρέπει σταδιακά να επανέλθει στο σπίτι απ' όπου ξεκίνησε, βασισμένη όμως πλέον στην επιστήμη και στα πιο σύγχρονα φορητά μέσα που η ίδια ανακάλυψε.(43)

Δεν πρέπει να ξεχνάμε, ότι ο αριθμός των ατόμων που χρειάζονται νοσηλεία στο σπίτι έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, για πολλούς λόγους. Οι σπουδαιότεροι από αυτούς είναι:

- Η άνοδος του ποσοστού των ηλικιωμένων που έχει σαν συνέπεια την παρουσία ατόμων με πολλαπλά χρόνια προβλήματα και ανάγκες.
- Η συντόμευση του χρόνου παραμονής των αρρώστων στα νοσοκομεία που επιβάλλεται από την πίεση του υψηλού κόστους νοσηλείας, η οποία αυξάνει τον αριθμό ατόμων όλων των ηλικιών που χρειάζονται φροντίδα στο σπίτι για κάποιο χρονικό διάστημα.
- Η ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι.
- Η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών στο χώρο του σπιτιού δίδει την ευκαιρία στα άτομα αυτά να παραμείνουν ή να επιστρέψουν στο σπίτι τους συνεχίζοντας τη θεραπεία στο οικογενειακό τους περιβάλλον.

Η Νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί ουσιαστικό και ζωτικό τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μαζί δε με την Αγωγή Υγείας αποτελούν την πεμπουσία της Κοινοτικής Νοσηλευτικής. Οι δύο αυτές νοσηλευτικές δραστηριότητες αλληλοσυμπληρώνονται και συνεργάζονται άμεσα στην κοινότητα.

Έτσι λοιπόν, *“Η Νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί το σύνολο των δραστηριοτήτων εκείνων, με βάση τις οποίες οι υπηρεσίες υγείας μεταφέρονται στα άτομα και στην οικογένεια στο χώρο που ζουν με αντικειμενικό σκοπό την διατήρηση, την προαγωγή και την αποκατάσταση της υγείας τους. Η νοσηλεία στο σπίτι βοηθάει τα άτομα να αυξήσουν το επίπεδο*

ανεξαρτησίας, περιορίζοντας στο ελάχιστο τις δυσμενείς επιδράσεις της αναπηρίας ή της αρρώστιας."

Οι υπηρεσίες που είναι απαραίτητες προγραμματίζονται ανάλογα με τις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειας. Επιβλέπονται και προσφέρονται από το ειδικό κατά περίπτωση προσωπικό ή με τη χρησιμοποίηση ανάλογων μέσων και υπηρεσιών.(4)

Στην Ελλάδα η κατ' οίκον νοσηλεία θεσμοθετήθηκε το 1992 με Νόμο που καθορίζει τους όρους και τις προϋποθέσεις για τις μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας και τη σύσταση υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλεία. Στελεχώνεται από γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας και άλλο εξειδικευμένο προσωπικό με πλήρη ή μερική απασχόληση. Ο Ν.2519/1997 ορίζει ότι απαιτείται απόφαση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας για τις κατηγορίες των ασθενών οι οποίοι νοσηλεύονται κατ' οίκον, τις ώρες και τη διαδικασία παροχής κατ' οίκον νοσηλείας.(8)

8.2. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ιατρικό Σύνδεσμο η νοσηλεία στο σπίτι παρέχει τις πιο κάτω υπηρεσίες:

- Μερική ή κατά χρονικά διαστήματα νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται από πτυχιούχο νοσηλευτή ή υπό τη δική του επίβλεψη.
- Φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, λογοθεραπεία, που προσφέρεται από τους ειδικούς επιστήμονες στον κάθε τομέα.
- Ιατρική φροντίδα από τον γιατρό ή υπό την επίβλεψή του.
- Μερική ή κατά χρονικά διαστήματα βοηθητική υπηρεσία στο σπίτι.
- Παροχή νοσηλευτικών και ιατρικών μέσων (φάρμακα, οροί, εμβόλια και βοηθητικά μέσα).
- Άλλες ειδικές ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες από ειδικούς ανάλογα με την περίπτωση για θεραπεία ή διδασκαλία.

Η νοσηλεία στο σπίτι περιλαμβάνει σειρά υπηρεσιών που μπορούν να μεταφερθούν στο σπίτι ξεχωριστά η κάθε μια ή σε συνδυασμό, με σκοπό να βοηθήσουν τα άτομα όλων των ηλικιών να αντιμετωπίσουν προβλήματα που προκύπτουν μετά από ξαφνική αρρώστια, υποτροπή χρόνιας αρρώστιας ή μακροχρόνιας αναπηρία και ανικανότητα, διατηρώντας το υψηλότερο δυνατό επίπεδο της υγείας, της δραστηριότητας και της ανεξαρτησίας τους, ανάλογα με την περίπτωση.

Οι σκοποί στην φροντίδα του ατόμου βασίζονται στις αρχές της διατήρησης προαγωγής και αποκατάστασης της υγείας ανεξάρτητα και άσχετα με το ποιος δίδει τη φροντίδα στο σπίτι. Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με τη φροντίδα του ατόμου βοηθούν το άρρωστο ή ανάπηρο άτομο να δραστηριοποιηθεί, στο ανώτερο δυνατό επίπεδο, με σκοπό με σκοπό να προληφθεί η εξάρτηση του από τους άλλους και να αυξηθεί το επίπεδο ανεξαρτησίας και αυτοφροντίδας. Η νοσηλευτική παρέμβαση μπορεί να έχει τη μορφή διδασκαλίας και επίδειξης ή να αποτελεί προσπάθεια σύνδεσης του ατόμου αυτού με ανάλογες υπηρεσίες της κοινότητας, που προσφέρουν περιορισμένη, συγκεκριμένη βοήθεια, με σκοπό να βοηθήσουν το άτομο να παραμείνει στο σπίτι του. Η προληπτική νοσηλευτική παρέμβαση βοηθάει στην πρόληψη επιπλοκών από τη χρονιότητα της νόσου, με αποτέλεσμα να περιοριστούν οι αναπηρίες και οι διάφορες παρενέργειες.(4)

Οι πέντε βασικοί στόχοι της νοσηλείας στο σπίτι είναι:

- Προώθηση υποστηρικτικών συστημάτων τα οποία είναι κατάλληλα και αποτελεσματικά, και ενθάρρυνση της χρήσης των πόρων που σχετίζονται με την υγεία.
- Προώθηση επαρκούς, αποτελεσματικής φροντίδας ενός μέλους μιας οικογένειας που έχει ένα ειδικό πρόβλημα ασθένειας ή αναπηρίας.
- Ενθάρρυνση της φυσιολογικής ανάπτυξης των μελών της οικογένειας και εκπαίδευση τους σχετικά με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της ασθένειας.
- Ενδυνάμωση της σύνδεσης και της λειτουργικότητας της οικογένειας.
- Προαγωγή ενός υγιεινού περιβάλλοντος.

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας, διεθνώς δε θεωρείται υπηρεσία που κατεξοχήν οργανώνεται, παρέχεται και αξιολογείται από νοσηλευτές.(44)

8.3. ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

Η νοσηλεία στο σπίτι επικεντρώνεται σύμφωνα με το ολιστικό μοντέλο τόσο στο άτομο που ζητά φροντίδα όσο και στην οικογένεια ή το υποστηρικτικό του σύστημα. Αυτό το είδος νοσηλευτικής απαιτεί γνώσεις και ικανότητες στη νοσηλευτική εκτίμηση, στην επείγουσα φροντίδα, στην διατήρηση και την προαγωγή της υγείας, στους τρόπους αποκατάστασης και στη φροντίδα του ατόμου σε τελικό στάδιο.

Οι νοσηλευτικές ικανότητες και δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται στη φροντίδα στο σπίτι περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Συντονίζει το νοσηλευτικό με το ιατρικό και τα άλλα μέλη της ομάδας για να εξασφαλίσει τη συνέχεια της φροντίδας.
- Συμβουλεύει τον ασθενή και θεωρείται ο σύνδεσμος με το σύστημα υγείας.
- Οργανώνει και παρέχει υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. Εκτιμά τη συνολική κατάσταση που υπάρχει στο σπίτι. Ο νοσηλευτής είναι σε μια ειδική θέση για να εκτιμήσει τη φροντίδα που θα δοθεί, την καθαριότητα και την καταλληλότητα του σπιτιού, το είδος του φαγητού που δίνεται στον ασθενή, τη χορήγηση των φαρμάκων και τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες που του παρέχονται. Επίσης πρέπει να εκτιμάται η συνέπεια για την οικογένεια του ασθενή.
- Εκτιμά την ασφάλεια του σπιτιού για τον ασθενή. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει καλά και να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τις πηγές και τα μέσα που διαθέτει η κοινότητα για την εξασφάλιση ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας προτείνοντας τον εξοπλισμό που χρειάζεται ή αλλαγές που πρέπει να γίνουν ώστε να βοηθήσουν για ένα σπίτι πιο ασφαλές.
- Καταγράφει όλες τις νοσηλευτικές πράξεις και φροντίζει για την εφαρμογή των κατάλληλων πρωτοκόλλων για όλες τις διαδικασίες και τον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται.
- Καθησυχάζει το άτομο από το τηλέφωνο. Σε μέρες που οι επισκέψεις στο σπίτι δεν είναι προγραμματισμένες ίσως να χρειαστεί να τηλεφωνήσει και να δώσει υποστήριξη ή να απαντήσει σε ερωτήσεις.
- Ενδιαφέρεται για τη συνεχή ανδούπηρεσιακή επιμόρφωση της ομάδας και τον προσανατολισμό του νέου προσωπικού.
- Αξιολογεί τις άμεσες και μακροχρόνιες ανάγκες υγείας των αρρώστων και των οικογενειών τους εξασφαλίζοντας προτεραιότητες προκειμένου να μειώσει την ταλαιπωρία του αρρώστου.
- Δημιουργεί ευκαιρίες ομαδικών συναντήσεων με τις οικογένειες των χρόνιων πασχόντων με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων, λύσεων, προβλημάτων, αλληλοϋποστήριξη και ηθική ενίσχυση.(44)

8.4. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΧΡΟΝΙΑ ΑΡΡΩΣΤΟ ΑΤΟΜΟ

Χρόνια, ονομάζεται η αρρώστια η οποία παρουσιάζει συμπτώματα και ενοχλήματα για μακρό χρονικό διάστημα, και από την οποία παρατηρείται

μόνο μερική ανάρρωση. Η χρόνια αρρώστια παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις καθώς και χρόνια εξελικτική επιδείνωση.

Η χρόνια αρρώστια δεν παρουσιάζει μόνο χρονίζοντα οργανικά ενοχλήματα αλλά και χρόνιες ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές επιπτώσεις στο άτομο που πάσχει. Οι απαιτήσεις που προκύπτουν από τις επιπτώσεις της χρόνιας αρρώστιας αποδιοργανώνουν κάθε τομέα της ζωής του ίδιου του ατόμου και της οικογένειάς του.(4)

Καθώς το προσδόκιμο αυξάνεται ολοένα τις τελευταίες δεκαετίες και τα ποσοστά ατόμων τρίτης ηλικίας αυξάνονται στο γενικό πληθυσμό διαπιστώνεται ότι, η πλειοψηφία αυτών των ανθρώπων πάσχει από μία τουλάχιστον χρόνια ασθένεια. Όμως πολλές φορές τα επιπρόσθετα χρόνια επιβίωσης είναι συνυφασμένα με εξάρτηση από άλλους ανθρώπους για την επιτέλεση δραστηριοτήτων αυτοφροντίδας. Οι ηλικιωμένοι έχουν αυξημένες ανάγκες φροντίδας και υπολογίζεται ότι απαιτούν το ένα τρίτο περίπου των παραγόμενων υπηρεσιών υγείας. Αυτή η εξάρτηση των ηλικιωμένων από την οικογένεια αλλά και από το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής του ηλικιωμένου ατόμου αλλά και της οικογένειάς του.(13)

Ο νοσηλευτής που φροντίζει χρόνιο ηλικιωμένο άρρωστο γνωρίζει σέβεται και προστατεύει τα δικαιώματά του, που αφορούν είτε την πρόληψη είτε τη θεραπεία είτε την ανακουφιστική περιποίηση είτε την αποκατάσταση της υγείας του υπερηλίκου, και σε όλες τις επαφές μ' αυτόν και το περιβάλλον του.

Η προσοχή των νοσηλευτών επικεντρώνεται σε σημεία που μπορούν να βοηθήσουν να επιτευχθεί εξατομικευμένη νοσηλευτική προσέγγιση του υπερηλίκου. Προσπαθεί να λύσει τις δικές του συγκρουόμενες θέσεις που αφορούν το γήρας, το θάνατο και την εξάρτηση, ώστε να είναι σε θέση να βοηθήσει τα ηλικιωμένα άτομα και τους συγγενείς τους να διατηρήσουν τη ζωή, την αξιοπρέπεια και την άνεσή τους μέχρι τον ερχομό του θανάτου.

Επίσης, παρατηρεί τον ηλικιωμένο άρρωστο και ερμηνεύει σημεία και συμπτώματα που σχετίζονται με το φυσιολογικό γήρας ή τις παθολογικές μεταβολές και παίρνει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα. Προστατεύει τον ηλικιωμένο από λοιμώξεις και κακώσεις. Βοηθάει τον ηλικιωμένο να προμηθευθεί και να χρησιμοποιήσει βοηθητικά μηχανήματα και συσκευές που τον βοηθούν να επιτύχει υψηλότερο επίπεδο κινητικής και αισθητηριακής λειτουργίας και εξασφαλίζει τη διατήρησή τους σε καλή κατάσταση λειτουργίας.

Δημιουργεί και διατηρεί κλινικά προγράμματα με ομάδες συζήτησης ή ομάδες υπερηλίκων με ειδικά ενδιαφέροντα που να συνεργάζονται μεταξύ τους και που να αξιολογούν οι νοσηλευτές τις ειδικές ανάγκες των υπερηλίκων. Υπηρετεί ως σύμβουλος ή εμπειρογνώμονας σε οίκους ευγηρίας. Αναπτύσσει φιλοσοφία που εσωκλείει φροντίδα γεμάτη αγάπη. Αναπληρώνει το προσωπικό της «κατ' οίκον νοσηλείας» στην εφαρμογή τεχνικών και μεθόδων, ώστε να επιτύχει αποτελεσματική φροντίδα γεμάτη αγάπη. Καταστρώνει σχέδια για να παρακινήσει και να ενεργοποιήσει τους ηλικιωμένους σε διάφορες δραστηριότητες. Είναι διαθέσιμος την ώρα του άγχους και της ψυχολογικής κρίσης του ηλικιωμένου. Αναλαμβάνει ρόλο βοηθητικό, όταν ο ηλικιωμένος είναι ανίκανος να δημιουργήσει. Υποστηρίζει τον ηλικιωμένο να παίρνει αποφάσεις την ώρα της κρίσης. Είναι διαθέσιμος για υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειας, όταν ο θάνατος είναι αναπόφευκτος.(45)

Τέλος, ο νοσηλευτής, στην παροχή φροντίδων προς τους ηλικιωμένους θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη και τη γενική κατάσταση του ασθενούς καθώς και να κάνει παρεμβάσεις αξιολογώντας τις διανοητικές ικανότητες του ασθενούς, τη σωματική του κατάσταση και το υπάρχον υποστηρικτικό δίκτυο.(13)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9.1. Υπηρεσίες της Κοινότητας για τη φροντίδα του ηλικιωμένου

- Νοσοκομεία ημέρας
- Βοηθητική υπηρεσία στο σπίτι
- Ιατρεία ηλικιωμένων
- Νοσηλευτικά Κέντρα Μακροχρόνιας Θεραπείας

9.2. Νοσηλευτική αντιμετώπιση του ηλικιωμένου στην Κοινότητα

9.3. Οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας του ηλικιωμένου

9.4. Τομείς νοσηλευτικής αξιολόγησης

9.5. Αντικειμενικοί σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας ηλικιωμένου

9.1. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ.

Ο ηλικιωμένος μπορεί να χρησιμοποιήσει όλες τις υπηρεσίες που διαθέτει η κάθε μια κοινότητα για όλα τα μέλη της όπως:

1. **Τα νοσοκομεία ημέρας.** Είναι συγκροτήματα τα οποία φιλοξενούν τα ηλικιωμένα άτομα κατά τη διάρκεια της ημέρας προσφέροντάς τους παραμονή, διατροφή, ασφάλεια απαραίτητη νοσηλεία. Οι ηλικιωμένοι έρχονται το πρωί με ειδικά λεωφορεία και επιστρέφουν το απόγευμα στο σπίτι τους.

Τα πλεονεκτήματα που προσφέρουν τα νοσοκομεία ημέρας στους ηλικιωμένους είναι πολλά:

➤ Εξασφαλίζουν το απαραίτητο φαγητό. Γεύμα στο σπίτι. Υπηρεσίες οργανωμένες από το κράτος ή ιδιωτικούς φιλανθρωπικούς οργανισμούς που προσφέρουν ένα ζεστό γεύμα στον ηλικιωμένο, συνήθως το μεσημέρι. Στην χώρα μας λειτουργεί μόνο σε φιλανθρωπική μορφή από την Εκκλησία για τους πτωχούς ηλικιωμένους κάθε ενορίας, τα γνωστά "σπίτια γαλήνης".

➤ Τους δίδεται η ευκαιρία να επικοινωνήσουν με άλλα άτομα της ίδιας ηλικίας.

➤ Δέχονται την φροντίδα που ακριβώς χρειάζονται (π.χ. φυσιοθεραπεία).

Τα νοσοκομεία ημέρας είναι στελεχωμένα με ιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς. Ο θεσμός αυτός εφαρμόστηκε σωστά και με ευεργετικά αποτελέσματα. Μια τέτοια προσπάθεια έγινε στη χώρα μας με τα ΚΑΤΗ αλλά ο εξοπλισμός και η λειτουργία τους σε πολλά σημεία μειονεκτεί.

2. **Βοηθητική υπηρεσία στο σπίτι.** Είναι μια οργανωμένη υπηρεσία η οποία προσφέρει βοήθεια στους ηλικιωμένους. Άτομα τα οποία έχουν περάσει μια βασική εκπαίδευση έτσι ώστε να μπορούν να καλύψουν κάποιες βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων όπως καθαριότητα του σπιτιού, αγορά φαρμάκων, ψώνια, ατομική καθαριότητα του ηλικιωμένου κ.λ.π.

Η ομάδα αυτή των ατόμων, μπορεί να ανήκει οργανικά στο Κέντρο Υγείας της περιοχής ή να είναι ανεξάρτητη υπηρεσία συνεργαζόμενη με το Κέντρο Υγείας και τη νοσηλευτική υπηρεσία ιδιαίτερα. Ο Κοινοτικός νοσηλευτής που θα επισκεφθεί τον ηλικιωμένο στο σπίτι, θα καθορίσει πόσο συχνά χρειάζεται βοήθεια και ποία ακριβώς βοήθεια χρειάζεται. Η υπηρεσία βοήθειας στο σπίτι λειτουργεί πάντοτε κάτω από την επίβλεψη του Κοινοτικού νοσηλευτή.

3. **Ιατρεία ηλικιωμένων.** Ειδικά ιατρεία που λειτουργούν μόνο για ηλικιωμένους σαν εξωτερικά ιατρεία ή και ιατρεία σε Κέντρα Υγείας. Στα

ιατρεία αυτά προσέρχονται οι ηλικιωμένοι που μπορούν να μετακινηθούν με σκοπό να εξετάζονται και να ελέγχεται η κατάστασή τους καθώς και να δίνονται οδηγίες για διατήρηση της υγείας τους και την πρόληψη επιπλοκών. Η αγωγή υγείας αποτελεί βασικό μέλημα των ιατρείων αυτών τα οποία στελεχώνονται απαραίτητα από ιατρό και νοσηλεύτη.

4. **Νοσηλευτικά κέντρα μακροχρόνιας Θεραπείας.** Όταν ο ηλικιωμένος δεν παρουσιάζει καμία δυνατότητα οργανικής και διανοητικής βελτίωσης μετά από συστηματική βοήθεια και χρησιμοποίηση όλων των άλλων διαθέσιμων πηγών της κοινότητας, τότε αναγκαστικά εισάγεται σε κέντρα μακροχρόνιας Θεραπείας. Τα κέντρα αυτά είναι νοσοκομεία, τα οποία στην ουσία αποτελούν τον μόνιμο τόπο κατοικίας του αρρώστου. Άρρωστοι δηλαδή, οι οποίοι χρειάζονται 24 ώρες το 24ωρο νοσηλευτική φροντίδα. Η μεταφορά του αρρώστου σε ένα τέτοιο κέντρο γίνεται μετά από παρέμβαση της υγειονομικής ομάδας απευθείας από το σπίτι του ή από κάποιο άλλο νοσηλευτικό κέντρο.(4,40)

9.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με την Carnevali ο πρωταρχικός σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής και να διεκπεραιώσει τις απαραίτητες δραστηριότητες. Τούτο διότι τόσο οι απαιτήσεις όσο και οι δραστηριότητες επηρεάζουν και επηρεάζονται από την υγεία και την αρρώστια, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη και τον γενικότερο τρόπο ζωής του ατόμου.

Ο ορισμός αυτός καθορίζει σαν φροντίδα του νοσηλευτή την εξασφάλιση της ισορροπίας μεταξύ των δραστηριοτήτων που διεκπεραιώνονται και αυτών που απαιτούνται από την μια πλευρά και από την άλλη πλευρά των μηχανισμών προσαρμογής και του υποστηρικτικού συστήματος του ατόμου.

Στο ηλικιωμένο άτομο η ισορροπία μεταξύ των δραστηριοτήτων και των υποστηρικτικών πηγών διαταράσσεται. Μερικές δραστηριότητες περιορίζονται, αλλά και πολλές εξακολουθούν να υπάρχουν. Οι απαιτήσεις της καθημερινής ζωής λόγω της εκπτώσεως των διαφόρων λειτουργιών αυξάνονται. Πολλές βασικές φυσιολογικές λειτουργίες δεν μπορούν να διεκπεραιωθούν ικανοποιητικά. Ο σύζυγος ή η σύζυγος, γηράσκει ή πεθαίνει, τα παιδιά δραστηριοποιούνται με δικά τους ζητήματα και είναι πολύ απασχολημένα για να δώσουν βοήθεια και υποστήριξη στην ηλικιωμένο. Το

εισόδημα μένει στάσιμο ή μειώνεται και οι απαιτήσεις της ζωής αυξάνονται. Οι τρόποι μεταφοράς και τα μέσα συγκοινωνίας δεν είναι επαρκή για να καλύψουν τις ανάγκες του ηλικιωμένου και έτσι αρχίζουν να γίνονται δύσχρηστα ή και άχρηστα γι' αυτόν. Το άτομο που ήταν μέχρι τώρα ανεξάρτητο σε όλες τις καθημερινές του δραστηριότητες, αναγκάζεται να στηριχθεί σε άλλους για τα ψώνια ή την τακτοποίηση του σπιτιού του, παραιτείται από τη δυνατότητα που είχε να οδηγεί το αυτοκίνητό του ή να φροντίζει τον κήπο του ή ακόμα δεν έχει την δυνατότητα να μείνει άλλο στο δικό του σπίτι. Όλες αυτές οι αλλαγές επιδρούν στην ισορροπία του ατόμου. Με την διαταραχή αυτή της ισορροπίας είναι δύσκολο για τον υπερήλικα να ανταποκριθεί ακόμα και όταν δεν έχει κάποια επιπρόσθετη αρρώστια ή ιδιαίτερο πρόβλημα υγείας, χωρίς παρέμβαση και βοήθεια από το περιβάλλον.

Η αρρώστια μειώνει ακόμη περισσότερο τις φυσιολογικές και ψυχολογικές προσαρμοστικές δυνατότητες του ηλικιωμένου και έτσι αυτός αναγκάζεται να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες, οι οποίες είναι:

- Αλλαγή περιβάλλοντος
- Νέα συμπτώματα και προβλήματα
- Αλλαγές στο διαιτολόγιο
- Παρενέργειες θεραπειών και φαρμάκων
- Διαγνωστικές εξετάσεις
- Απαιτήσεις για νέες γνώσεις και δεξιότητες
- Παραβίαση της ατομικότητάς του
- Διάφορες θεραπείες για αντιμετώπιση προβλημάτων

Η νοσηλευτική φροντίδα παρεμβαίνει για να βοηθήσει την επαναφορά του ατόμου στην ισορροπία, αυξάνοντας τις υποστηρικτικές πηγές. Η προσαρμοστική του δυνατότητα θα εξαρτηθεί από το βαθμό "συνθηκολόγησης" ή συμμόρφωσης στα μέσα που προτείνονται για να αντιμετωπισθεί η κατάσταση, πράγμα που και πάλι εξαρτάται από τον μέχρι τότε συνήθη τρόπο ζωής του ηλικιωμένου.

Όπως σε όλους τους άλλους τομείς, έτσι και στον ηλικιωμένο, σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το άτομο να διεκπεραιώσει τις δραστηριότητες εκείνες, που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, στην αποκατάστασή της σε περίπτωση αρρώστιας ή ακόμη και σε ένα ειρηνικό όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο θάνατο. Τις δραστηριότητες αυτές μπορούσε να διεκπεραιώσει το άτομο μόνο του, εάν διέθετε την απαραίτητη δύναμη, θέληση και γνώση.(4)

9.3. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

Πολλές νοσηλευτικές προσεγγίσεις τονίζουν την ανάγκη της εξατομίκευσης της νοσηλείας ώστε να εναρμονίζεται απόλυτα με τις συγκεκριμένες ανάγκες και επιθυμίες του ασθενή, παρά με τους γενικούς κανόνες του ιδρύματος ή του οργανισμού. Δεν πρέπει να υποτιμήσουμε τους μεγάλους κινδύνους αλλά και προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές μπροστά σε αυτό το μεγάλο ιδανικό.(22)

Σπουδαιότερο ρόλο στη σωστή οργάνωση της φροντίδας του ηλικιωμένου παίζει το νοσηλευτικό ιστορικό με τον οποίο γίνεται η αξιολόγηση της γενικής του κατάστασης, που καλύπτει την κοινωνική και ψυχολογική όσο και την οργανική διάσταση της υγείας του. (βλ. Παράρτημα.)

Ο καταλληλότερος χώρος στον οποίο θα γίνει η αξιολόγηση του ηλικιωμένου, είναι το σπίτι του, εφόσον ο κοινοτικός νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα αυτή. Μέσα στον προσωπικό του χώρο θα νοιώσει περισσότερο άνεση και ασφάλεια. Έτσι ο νοσηλευτής θα παρατηρήσει τις τυχόν δυσκολίες και αδυναμίες σχετικά με το χώρο και τις δυνατότητες που του προσφέρει. Επίσης του δίνεται η ευκαιρία να παρακολουθήσει τον τρόπο επικοινωνίας, τις σχέσεις του με το οικογενειακό του περιβάλλον και να επισημάνει προβλήματα, που μπορεί να έχουν άμεση ή έμμεση σχέση με αυτό.

Ο νοσηλευτής πρέπει να εξηγήσει το λόγω τον οποίο λαμβάνεται το ιστορικό, έτσι ώστε να μην δημιουργηθούν προβληματισμοί. Οι ερωτήσεις επιβάλλεται να είναι φιλικές καθώς και το κλίμα φιλικό ώστε να υπάρξει μια ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης. Έτσι, ο ηλικιωμένος, θα περιγράψει στον νοσηλευτή τις καταστάσεις και έτσι αυτός θα οδηγηθεί σε πολύτιμα συμπεράσματα. Για να μην είναι η επικοινωνία προβληματική, ο νοσηλευτής πρέπει να βεβαιωθεί ότι ο ηλικιωμένος χρησιμοποιεί όλα τα βοηθητικά μέσα που χρειάζεται σε περίπτωση κάποιας δυσλειτουργίας (π.χ. όρασης). Επίσης το λεξιλόγιο το οποίο χρησιμοποιείται πρέπει να είναι απλό και κατανοητό, χωρίς επιστημονικές και πομπώδεις εκφράσεις. Ο χρόνος που πρέπει να του δοθεί για να εκφραστεί είναι ανάλογος σε κάθε περίπτωση.(4)

Τα προβλήματα και οι προοπτικές της νοσηλευτικής φροντίδας των ηλικιωμένων καλύπτουν έξι περιοχές. Αυτές είναι:

1. Η προαγωγή της υγείας(διατροφή, ασφάλεια, πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας διευθυνόμενα από νοσηλευτές).

2. Η διατήρηση της υγείας (έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία, αυτάρκεια, διανομή γευμάτων κατ' οίκον, κατάλληλη κατοικία, αυτό-φροντίδα, έκπτωση στα εισιτήρια, παραμονή στην κοινότητα).

3. Φροντίδα σε οξείες καταστάσεις (διατήρηση ικανότητας αυτό-φροντίδας, τεχνικές πρόληψης επιπλοκών, σύγχυσης, αισθητηριακής αποστέρησης, ο ίδιος ο νοσηλευτής να φροντίζει τον ηλικιωμένο, παροχή ίδιων επιλογών Θεραπείας - όπως και στις άλλες ηλικίες - ίδιου επιστημονικού επιπέδου και ίδιας ποιότητας φροντίδας, προγραμματισμός εξόδου από το νοσοκομείο, επιστροφής και φροντίδας στο σπίτι).

4. Αποκατάσταση (συμβουλευτική και εκπαιδευτική υπηρεσία καθώς και βοήθεια των μελών της οικογένειας που φροντίζουν τον ηλικιωμένο. Μετά το νοσοκομείο, επανεκτίμηση της λειτουργικότητας, εκπαίδευση για τη χρήση προσθετικών μέσων, επίβλεψη - νοσηλευτική και ιατρική).

5. Φροντίδα σε κρίσιμες καταστάσεις και στο τελικό στάδιο της ζωής (ανακουφιστική νοσηλευτική φροντίδα με παροχή κάθε δυνατής σωματικής και ψυχικής άνεσης, διατήρηση της ποιότητας ζωής, της αξιοπρέπειας, της ατομικότητας και του συνδέσμου με την πραγματικότητα και τη ζωή μέσα σε οικείο, ενδιαφερόμενο και υποστηρικτικό περιβάλλον. Υποστήριξη της οικογένειας που φροντίζει τον ηλικιωμένο. Διευκόλυνση του ηλικιωμένου να εκπληρώνει τις θρησκευτικές και πνευματικές ανάγκες του αν εκδηλώσει σχετικό ενδιαφέρον).

6. Εκπαίδευση, έρευνα και χάραξη πολιτικής, κοινωνικής πρόνοιας. Εξάλλου, σημαντικό ρόλο στην οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας του ηλικιωμένου παίζει η εκπαίδευση και η στήριξη του οικογενειακού του περιβάλλοντος.

Εξάλλου σημαντικό ρόλο στην οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας του ηλικιωμένου διαδραματίζει η εκπαίδευση και η στήριξη του οικογενειακού του περιβάλλοντος. Η φροντίδα και ο σεβασμός των ηλικιωμένων έχει τις ρίζες του στις αρχαίες ελληνικές παραδόσεις. Έτσι ως παρακαταθήκη από το παρελθόν, ο πολιτισμός μας θεωρεί ως βασική υποχρέωση των παιδιών, να φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονείς τους. Τα άτομα, όμως, που φροντίζουν τους ηλικιωμένους έχουν υψηλό βαθμό stress από τις συσσωρευμένες ευθύνες των οικογενειακών και επαγγελματικών τους υποχρεώσεων, αλλά και από το γεγονός, ότι η φροντίδα πρέπει να παρέχεται ανελλιπώς. Έτσι η κούραση που συχνά συνοδεύεται με ξενύχτια, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου και διακοπών και, ο πόνος που προκαλεί η θέα ενός αγαπημένου προσώπου που υποφέρει, αυξάνουν το ήδη υπάρχον stress.

Η εκπαίδευση των συγγενών θα μπορούσε να πάρει πιο επίσημη μορφή, όπως είναι η οργάνωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους συγγενείς,

από τις Διευθύνσεις των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών των Νοσοκομείων, σε βασικές νοσηλευτικές τεχνικές όπως π.χ. η πρόληψη κατακλίσεων. Σεμινάρια όπου θα πείθουν τους συγγενείς να μείνουν κοντά στο ηλικιωμένο άτομο διότι έτσι θα επηρεάσουν θετικά την πορεία της υγείας του.(46)

9.4. ΤΟΜΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Η νοσηλευτική αξιολόγηση γίνεται με μια οργανωμένη, συστηματική και σκόπιμη συλλογή πληροφοριών, οι οποίες αναφέρονται στην τρέχουσα και τη μελλοντική υγεία του ηλικιωμένου.

Σκοπός της εκτιμήσεως του ηλικιωμένου, είναι η καθιέρωση μιας βάσεως δεδομένων σε σχέση με το επίπεδο υγείας, τις πρακτικές υγείας, το ιστορικό παρελθόντων νόσων και εμπειριών, καθώς και με τους στόχους που οδηγούν στην αποκατάσταση και την αυτοφροντίδα του.(5)

Οι τομείς νοσηλευτικής αξιολόγησης κατά την πρώτη επαφή με τον ηλικιωμένο εντοπίζεται σε 7 βασικούς τομείς:

1. Ατομικά χαρακτηριστικά. Εδώ συμπεριλαμβάνονται όλα τα ατομικά χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου.(όνομα, διεύθυνση, επάγγελμα, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση κ.λ.π.)

2. Οικογενειακές συνθήκες - Υποστηρικτικό σύστημα. Συμπεριλαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με το άτομο σαν μέλος της οικογένειας. Διερευνάται εάν μένει μόνος του ή με άλλα μέλη της οικογένειας. Εάν υπάρχει οικογένεια, ποια είναι τα μέλη της, ποια η σύνθεσή της και ποια η σχέση μαζί του. Επίσης, καταγράφονται πληροφορίες σχετικά με τις ηλικίες και τα επαγγέλματα των άλλων μελών, καθώς και τη διάθεσή τους για προσφορά υποστηρικτικής φροντίδας στον ηλικιωμένο.

3. Συνθήκες κατοικίας και περιβάλλοντος. Σε αυτόν τον τομέα ο νοσηλευτής πρέπει να προσέξει τα εξής:

➤ Κατά πόσον οι συνθήκες κατοικίας συμβάλουν ή υποβοηθούν στη δημιουργία ή στην επιδείνωση του προβλήματος ή της αναπηρίας που παρουσιάζεται. Να ελέγξει δηλαδή, τυχόν κινδύνους που μπορεί να υπάρχουν στο σπίτι όπως, σκάλες, ελλιπής φωτισμός, καθώς επίσης και τις συνθήκες διαβίωσης όπως κρύο, υγρασία, θέρμανση κ.λ.π.

➤ Τυχόν μετατροπές που μπορεί να γίνουν, έτσι ώστε να διευκολύνουν τον ηλικιωμένο και να περιορίσουν την αδυναμία ή την ανικανότητά του.

➤ Αλλαγές με σκοπό την ανεξαρτησία του ηλικιωμένου και τη δυνατότητα αυτοφροντίδας του.

4. Πηγές και μέσα που χρησιμοποιεί. Εδώ διαπιστώνεται :

- Εάν ο ηλικιωμένος έχει οικογενειακό γιατρό ή χρησιμοποιεί μια συγκεκριμένη υπηρεσία.
- Κοινωνικές υπηρεσίες που χρησιμοποιεί. Βοηθητικά μέσα (καροτσάκι, πατερίτσες, κ.λ.π.).
- Οικονομική ενίσχυση από οποιονδήποτε πηγή ή οργανισμό.
- Άλλες υπηρεσίες. (νοσηλευτική υπηρεσία με αμοιβή, φυσικοθεραπείες, κ.λ.π.).
- Οικιακή βοήθ.

5. Κοινωνικές δραστηριότητες στο σπίτι και στην οικογένεια. Εδώ καταγράφονται:

- Τα ενδιαφέροντα του ατόμου, πως περνάει το χρόνο του, ποιες οι ενασχολήσεις του.
- Τη συμμετοχή του σε κοινωνικές εκδηλώσεις.
- Συμμετοχή σε διάφορες ομάδες όπως αθλητικές, κοινοτικές κ.α.

6. Ιστορικό υγείας - Παρούσα κατάσταση. Καταγράφονται:

- Πληροφορίες για προηγούμενες αρρώστιες, την νοσηλεία σε νοσοκομεία, εμπειρίες του ατόμου από ασθένειες ή ατυχήματα.
- Τον τρόπο αντίδρασης του ατόμου στις αρρώστιες.
- Χρόνιες αρρώστιες που έχει.
- Παρούσα κατάσταση.
- Συγκεκριμένα προβλήματα υγείας.
- Γνώσεις του ατόμου σχετικά με τα προβλήματά του.
- Βαθμός συμπαράστασης της οικογένειας.

7. Καθημερινές δραστηριότητες - Συνήθειες. Καταγράφονται οι καθημερινές συνήθειες και ο βαθμός διεκπεραίωσής τους.

- Ύπνος.
- Κινητικότητα.
- Δίαιτα.
- Δυνατότητα αυτοφροντίδας.
- Βαθμός λειτουργίας διαφόρων συστημάτων(ακοή, όραση, δυνατότητα γραπτής ή προφορικής επικοινωνίας).
- Δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης του ατόμου.(4)

Μετά την καταγραφή όλων των παραπάνω ο νοσηλευτής αξιολογεί τις ανάγκες του ηλικιωμένου και προχωρεί στον προγραμματισμό της φροντίδας. Οι προσεχτικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις σκοπεύουν να βοηθήσουν τον ηλικιωμένο να αποκτήσει το μεγαλύτερο βαθμό ανεξαρτησίας στην φροντίδα

του. Όλες οι παρεμβάσεις προγραμματίζονται και διεκπεραιώνονται μαζί με το άτομο και με τη δική του συνεργασία, στο βαθμό που αυτή είναι δυνατή.

Η συμμετοχή των ατόμων του οικογενειακού περιβάλλοντος τόσο στη φροντίδα όσο και στο πρόγραμμα αγωγής υγείας, αποδεικνύεται πολύτιμη.

Στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων αξιολογείται η ποιότητα της φροντίδας καθώς και η αναζήτηση νέων τρόπων και παρεμβάσεων για τη λύση των προβλημάτων του ηλικιωμένου.

9.5. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ

Στην φροντίδα του ηλικιωμένου υπάρχουν τέσσερις σπουδαίοι παράγοντες που αποτελούν τους βασικούς αντικειμενικούς σκοπούς στην φροντίδα του ηλικιωμένου.

1. Διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ηλικιωμένου.

Ο καθένας στην κοινωνία του 20ου αιώνα τακτοποιεί τον εαυτό του και τα δικά του θέματα όπως ο ίδιος νομίζει καλύτερα, επιλέγει τον τρόπο ζωής του. Οτιδήποτε έχει σχέση με τον εαυτό του, από την εμφάνιση και την ενδυμασία μέχρι την επιλογή των τροφίμων στην αγορά και τον τρόπο ετοιμασίας της τροφής αλλά και το πώς χρησιμοποιεί τον ελεύθερο χρόνο του, αποτελούν θέματα δικής του προσωπικής επιλογής. Όλα αυτά δείχνουν κάτι από την προσωπικότητά του και τον χαρακτήρα του.

Ο ηλικιωμένος κινδυνεύει να χάσει αυτή την ατομικότητά του, για δύο κυρίως λόγους :Διότι με τη διεργασία του γήρατος και τις διάφορες ασθένειες που τον συνοδεύουν αισθάνεται φυσική ή πνευματική αδυναμία και ανικανότητα διεκπεραίωσης των δραστηριοτήτων αυτών της καθημερινής ζωής. Με την απομάκρυνσή του από τον χώρο της εργασίας και δραστηριότητας με τη συνταξιοδότηση, αισθάνεται πολίτης δεύτερης κατηγορίας, ότι δεν είναι πια χρήσιμος και αποδοτικός οικονομικά, επαγγελματικά και κοινωνικά.

2. Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα.

Η αρχική αξιολόγηση του ηλικιωμένου θα βοηθήσει να διαπιστωθούν οι δυνατότητες και οι αδυναμίες σε σχέση με την κάλυψη των άμεσων ατομικών του αναγκών. Η φροντίδα θα προγραμματιστεί έτσι, ώστε να ενισχύει τις δυνατότητες και να περιορίσει τις αδυναμίες.

Δυσκολίες για την αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου πρέπει να αναμένονται τόσο από την πλευρά του ίδιου όσο και του άμεσου οικογενειακού

περιβάλλοντος που βοηθάει στην φροντίδα. Πολύ συχνά τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος δεν έχουν την υπομονή να περιμένουν τον ηλικιωμένο να διεκπεραιώσει σε αργό ρυθμό και με αρκετές ελλείψεις, κάποια δραστηριότητα, και προτιμούν να την τελειώσουν οι ίδιοι πιο γρήγορα, με αποτέλεσμα βέβαια, η δυνατότητα του ίδιου του ατόμου για αυτοφροντίδα να περιορίζεται και να γίνεται συνεχώς και περισσότερο εξαρτημένη από τους άλλους.

3. Διδασκαλία - Αγωγή Υγείας του ηλικιωμένου και της οικογένειας.

Σε αυτή τη φάση ο ηλικιωμένος πρέπει να αποδεχτεί την πάθησή του και να είναι έτοιμος για μάθηση. Χωρίς αποδοχή δεν είναι δυνατόν να αποδεχτεί αποτελεσματικά το πρόγραμμα της διδασκαλίας. Στη συνέχεια, αξιολογούνται οι παράγοντες δυνατότητας για μάθηση. Τέτοιοι είναι, η φυσική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, η επίδραση της αρρώστιας στο επίπεδο της αντίληψης του ατόμου και το ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Ο ηλικιωμένος και η οικογένεια πρέπει να μάθουν όσα τους χρειάζονται, για να μπορούν να αντιμετωπίζουν με ασφάλεια και εμπιστοσύνη την δυσκολία και αδυναμία τους στο περιβάλλον του σπιτιού. Βασική αρχή είναι η αξιολόγηση των γνώσεων που ήδη υπάρχουν σχετικά με το συγκεκριμένο πρόβλημα και όσα σχετίζονται με τη θεραπεία και τις παρενέργειές της.

4. Ομαδική εργασία και συνεργασία του νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας.

Οι ποικίλες ανάγκες υγείας του ηλικιωμένου απαιτούν την συνεργασία πολλών επιστημών άλλων ειδικοτήτων. Η αποτελεσματικότητα της ομάδας εξαρτάται από το κατά πόσον κάθε μέλος της ομάδας υγείας σέβεται και υπολογίζει τον ρόλο και τις αρμοδιότητες των άλλων μελών.

Κάθε μέλος της ομάδας πρέπει να έχει πρόσβαση στις γραπτές πληροφορίες που καταχωρούν τα άλλα μέλη, ώστε όλοι να είναι ενήμεροι για την πορεία της υγείας του ατόμου και να είναι έτοιμοι να προσφέρουν αποτελεσματικά την συμβολή τους στις συναντήσεις που γίνονται σε συχνά, τακτά χρονικά διαστήματα.(4,5)

Ο νοσηλευτής έχει τον κύριο ρόλο και κατευθύνει την φροντίδα του ατόμου, που βρίσκεται στα τελικά στάδια της ζωής, και των μελών της οικογένειάς του, ή αναλαμβάνει τη διδασκαλία και ενημέρωση σε νεοδιαγνωσθέντα διαβητικό και την οικογένειά του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10^ο

**10.1. Κέντρα Ανοικτής Προστασίας
Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)**

10.2. Ο Νοσηλευτής και το Κ.Α.Π.Η.

10.3. Πρόγραμμα « Βοήθεια στο Σπίτι »

**10.4. α. Στόχοι και Σκοποί του Προγράμματος
« Βοήθεια στο Σπίτι »
β. Παρεχόμενες Υπηρεσίες**

10.1. ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (Κ.Α.Π.Η.)

Εισαγωγή: Τις τελευταίες δεκαετίες ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξήθηκε σημαντικά, ως αποτέλεσμα των νέων δημογραφικών δεδομένων, και η ενασχόληση των κοινωνικών επιστημών με την ηλικιακή αυτή ομάδα εντάθηκε, στο μέτρο που τα καινούρια δεδομένα έθεσαν μια σειρά νέων κοινωνικών προβλημάτων. Συγχρόνως, η αύξηση του αριθμού των απασχολουμένων με σχέση μισθωτής εργασίας και η συνταξιοδότηση μετά τα 60 και 65 χρόνια, αλλά και οι αλλαγές στις κοινωνικές δομές, καθώς και ο ολοένα αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων που ζουν στα μεγάλα αστικά κέντρα θέτουν πολλαπλά και συγκεκριμένα ερωτήματα τα οποία ζητούν απαντήσεις, λύσεις καθώς και μέτρα κοινωνικής πολιτικής.(47)

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθούμε στην δημιουργία των Ανοικτών Κέντρων Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) και τη συμβολή τους στη διατήρηση της ένταξης των ηλικιωμένων στην κοινότητα και τη μη περιθωριοποίησής τους.

Τα ΚΑΠΗ είναι κέντρα τα οποία απευθύνονται σε άτομα ηλικιωμένα, άτομα δηλαδή τα οποία δεν μετέχουν πλέον, κατά ένα μεγάλο ποσοστό, στην παραγωγική διαδικασία. Το πέρασμα στη σύνταξη συνοδεύεται συνήθως από την αποκοπή από τον κοινωνικό χώρο της εργασίας. Αν τα άτομα αυτά, τα λεγόμενα της τρίτης ηλικίας, δεν έχουν από πριν ή δεν καταφέρουν να αναπτύξουν κάποιες σχέσεις και δραστηριότητες σε άλλους κοινωνικούς χώρους, όπως είναι αυτοί γύρω από τον τόπο κατοικίας τους, τότε όχι μόνο δεν θα προσφέρουν στο κοινωνικό σύνολο αλλά, με το να απομονωθούν και να περιοριστούν στο χώρο της κατοικίας τους ή κάποιου άλλου ιδρύματος, θα γίνουν γρήγορα βάρος σε αυτό.

Τα ΚΑΠΗ καλούνται λοιπόν να παίξουν γι' αυτή την κοινωνική ομάδα κάποιο σημαντικό ρόλο υποβοήθησης της σύνδεσής τους με το κοινωνικό σύνολο. Για να παίξουν σωστά όμως το ρόλο αυτό, θα πρέπει όχι μόνο να καταφέρουν να στηρίζουν και να ενεργοποιούν τα μέλη τους, αλλά και να τα υποβοηθούν στο να συμμετέχουν στην κοινωνική ζωή του συγκεκριμένου χώρου. Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα αυτά θα μπορέσουν να παραμείνουν ως αυτόνομα και ενεργά στοιχεία του κοινωνικού χώρου στον οποίο ανήκουν, δηλαδή στην κοινότητα στο επίπεδο της συνοικίας ή και του δήμου.

Γι' αυτούς που δεν έχουν οικογένεια, το ΚΑΠΗ αντιπροσωπεύει και συναισθηματική στήριξη και κάποιες ουσιαστικές παροχές. Γι' αυτούς που ζουν με την οικογένειά τους, το ΚΑΠΗ αντιπροσωπεύει ένα χώρο δικό τους,

όπου ξεφεύγουν και ησυχάζουν από την καθημερινότητα και τις ευθύνες του σπιτιού.(48)

Ιδρυτικό πλαίσιο των ΚΑΠΗ: Τα ΚΑΠΗ είναι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τους ηλικιωμένους στη χώρα μας. Σύμφωνα με τον Κανονισμό Διοίκησης και Διαχείρισης του ΚΑΠΗ (κανονισμός Δήμου Ηρακλείου), ισχύουν τα παρακάτω:(49)

1. Με απόφαση του Νομάρχη Ηρακλείου συστήθηκε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 175 παρ. 1 του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα Π.Δ. 76/1985 (Φ.Ε.Κ. 27/1985 Α΄) με την επωνυμία Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων Δήμου Ηρακλείου Κρήτης που λειτουργεί υπό την εποπτεία του Δήμου Ηρακλείου που το έχει συστήσει και του Νομάρχη (Δ/νση Εσωτερικών) σύμφωνα με τις διατάξεις του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα όπως ισχύουν κάθε φορά.

2. Σκοπός του ΚΑΠΗ είναι:

α). Η παροχή υπηρεσιών για την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ατόμων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του Κοινωνικού Συνόλου.

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

γ). Η έρευνα σχετικών θεμάτων με τους ηλικιωμένους.

3. Μέλη του ΚΑΠΗ: Μέλη του Κέντρου Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, εγγράφονται άτομα από 60 ετών και άνω, άνδρες και γυναίκες που κατοικούν στην περιοχή που λειτουργεί το Κέντρο, χωρίς διάκριση οικονομικών δυνατοτήτων.

Ο αριθμός των μελών κάθε Κέντρου δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από 300 μέλη και μικρότερος από 50. Ο αριθμός αναφέρεται στην ενεργό συμμετοχή και όχι εγγεγραμμένα μέλη.

Εκτός του αριθμητικού ορίου και εφόσον δεν έχει συμπληρωθεί ο αριθμός αυτός εγγράφονται και νεότερες ηλικίες.

Τα μέλη για την εγγραφή τους πληρώνουν συνδρομή η οποία είναι συμβολική ανάλογα με τις οικονομικές τους δυνατότητες. Επίσης ανάλογη οικονομική συμμετοχή καταβάλλουν τα μέλη για τη συμμετοχή τους στις εκδηλώσεις και στα διάφορα προγράμματα που οργανώνει το Κέντρο.

4. Υπηρεσίες που προσφέρει το ΚΑΠΗ: Στα προστατευόμενα από το Κέντρο άτομα παρέχονται:

α). Κοινωνική εργασία στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον τους.

β). Φυσικοθεραπεία.

γ). Εργοθεραπεία.

δ). Βοήθεια στο σπίτι για τα άτομα που ζουν μόνα τους ή γι' αυτά που δεν έχουν ιδιαίτερες ανάγκες εξυπηρέτησεως μέσα και έξω από το σπίτι (π.χ. μαγείρεμα).

ε). Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή περίθαλψη.

στ). Οργανωμένη ψυχαγωγία (εκδρομές με πούλμαν κ.λ.π.) και επιμόρφωση (διαλέξεις, μελέτη θεμάτων εργασίας με ομάδες κ.λ.π.).

ζ). Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί Καντίνα που προσφέρει ρόφημα, αναψυκτικά κ.λ.π. και βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση στα μέλη.

Διοίκηση και Αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου: Το Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων διοικείται από συμβούλιο που έχει επτά (7) μέλη.

- Ο κάθε φορά Δήμαρχος ή Αντιδήμαρχος που ορίζει ο Δήμαρχος, ως Πρόεδρος.

- Ένας (1) Δημοτικός Σύμβουλος, που ορίζεται με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου.

- Ένα αιρετό μέλος του Κέντρου Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων που εκλέγεται ανάμεσα στα μέλη από αυτά.

- Ένας κοινωνικός λειτουργός, υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που ορίζεται από το Υπουργείο.

- Ένας αιρετός εκπρόσωπος των εργαζομένων στο ΚΑΠΗ.

- Ένας εκπρόσωπος των Τοπικών Συλλόγων των Συνταξιούχων.

Από τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, εκλέγονται στην αρχή κάθε δημοτικής περιόδου, ο Αντιπρόεδρος και ο Γραμματέας αυτού.

Τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου αποτελούνται από κατοίκους του Δήμου, με εξαίρεση τον Κοινωνικό Λειτουργό.

Το Διοικητικό Συμβούλιο αποφασίζει για κάθε θέμα σχετικό με τις αρμοδιότητες του ΚΑΠΗ και ιδίως:

Φροντίζει για την επιτυχία του σκοπού του Κέντρου, διαχειρίζεται την περιουσία του και γενικά τα συμφέροντά του και διοικεί, εποπτεύει και ελέγχει όλη τη λειτουργία του, σύμφωνα με το πρόγραμμα εξωιδρυματικής προστασίας και τις σχετικές διατάξεις του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα, όπως ισχύουν κάθε φορά σχετικά με τα Δημοτικά και Κοινοτικά Νομικά Πρόσωπα.

Το Διοικητικό Συμβούλιο με απόφασή του, μπορεί να αναθέτει σε μέλη του, υπαλλήλους ή ιδιώτες τη φροντίδα και επιμέλεια ορισμένων τομέων της δραστηριότητάς του.

Μπορεί επίσης να συγκροτεί επιτροπές, στις οποίες θα μετέχουν και ιδιώτες εθελοντές που δεν είναι μέλη του, με σκοπό να φροντίζουν και να επιμελούνται συγκεκριμένους τομείς της δραστηριότητάς τους.

Τέτοιες επιτροπές ενδεικτικά μπορεί να είναι:

A. Επιτροπή που θα φροντίζει για την πραγματοποίηση διαλέξεων και ελεύθερων συζητήσεων γενικά πάνω σε θέματα και προβλήματα που απασχολούν τους ηλικιωμένους του Δήμου, προβολές ταινιών κ.λ.π.

B. Επιτροπή που θα φροντίζει για την βοήθεια στο σπίτι και την αντιμετώπιση προβλημάτων και ηλικιωμένων.

Γ. Επιτροπή που θα φροντίζει για την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, φυσιοθεραπευτική αγωγή, εργασιοθεραπεία και κοινωνική εργασία.

Δ. Επιτροπή που θα φροντίζει για την πραγματοποίηση ψυχαγωγικών και μορφωτικών εκδηλώσεων και επιμορφωτικών σεμιναρίων ως και οργανωμένων διακοπών.

Ε. Επιτροπή για τη δημιουργία και ανάπτυξης δανειστικής βιβλιοθήκης στους ηλικιωμένους του Δήμου.

Οι επιτροπές αυτές και όσες άλλες μπορεί να συσταθούν, λειτουργούν με ευθύνη ενός υπαλλήλου του ΚΑΤΗ που ορίζει το Διοικητικό Συμβούλιο με απόφασή του.

Προσωπικό του ΚΑΤΗ: Για την εκπλήρωση του ΚΑΤΗ απαιτείται να προσληφθεί το παρακάτω προσωπικό:

α). Κοινωνικός Λειτουργός.

β). Φυσιοθεραπευτής.

γ). Εργοθεραπευτής.

δ). Ιατρός φυσικής Ιατρικής και Αποκαταστάσεως ή Γηρύατρος κατά προτίμηση και ελλείψει αυτών Παθολόγος ή άλλης ειδικότητας.

ε). Αδελφή επισκέπτρια κατά προτίμηση και ελλείψει αυτής Νοσηλεύτριας-τρια Ανωτέρων Σχολών.

στ). Οικογενειακή βοηθός.

Για κάθε μια από τις παραπάνω ειδικότητες μπορεί να προσληφθεί και δεύτερος υπάλληλος εφόσον το απαιτούν οι ανάγκες του Κέντρου και υπάρχει οικονομική δυνατότητα. Οι ανωτέρω θέσεις θα συσταθούν με τον Οργανισμό Εσωτερικής Υπηρεσίας του ΚΑΤΗ, σύμφωνα με τη διαδικασία των διατάξεων του Ν.1188/81 και ύστερα από την ειδική επιχορήγηση που θα δοθεί από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Καθήκοντα προσωπικού: Της Κοινωνικής Υπηρεσίας προΐσταται ο αρχαιότερος Κοινωνικός Λειτουργός ο οποίος είναι και συντονιστής της

καλής λειτουργίας όλων των υπηρεσιών του ΚΑΠΗ. Αναλυτικότερα έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

- Συνεργάζεται με τα μέλη με σκοπό να συμβάλει στην αντιμετώπιση τυχόν ψυχολογικών, ατομικών ή οικογενειακών προβλημάτων σεβόμενος την προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του μέλους.

- Συνεργάζεται με το υπόλοιπο προσωπικό του Κέντρου και έχει την διοικητική ευθύνη της εύρυθμης λειτουργίας των Υπηρεσιών του Κέντρου, δηλαδή του Ιατρείου, Φυσιοθεραπευτηρίου και των άλλων ειδικοτήτων που αποσκοπούν στην καλύτερη εξυπηρέτηση των προστατευομένων μελών.

- Συνεργάζεται με τη Διοίκηση του Κέντρου και έχει την ευθύνη για την οργάνωση, εκπαίδευση και αξιοποίηση των εθελοντών καθώς και τη διοικητική και μόνο παρακολούθηση της πρακτικής ασκήσεως των σπουδαστών των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας και άλλων σπουδαστών των παραϊατρικών επαγγελμάτων που τυχόν θα εκπαιδεύονται στο Κέντρο.

- Έχει την ευθύνη της επικοινωνίας με τους τοπικούς παράγοντες της περιοχής και της Κοινότητας, και λειτουργεί το Κέντρο με σκοπό τη διαφώτιση και συμμετοχή τους στο πρόγραμμα.

- Οργανώνει σύμφωνα με το εγκεκριμένο πρόγραμμα, τις διάφορες εκδηλώσεις ψυχαγωγικές, μορφωτικές κ.λ.π. του Κέντρου στα πλαίσια καλής συνεργασίας με τους δημότες ή ιδιώτες εθελοντές, εφόσον υπάρχουν και με τα μέλη και γενικά αντιμετωπίζει κάθε έκτακτο θέμα που αφορά τη λειτουργία του Κέντρου.

- Στο ιατρείο του Κέντρου:

Επισκέπτρια αδελφή κατά προτίμηση ή Νοσηλεύτριας-τριας των οποίων το έργο είναι το εξής:

α. Μαζί με το γιατρό έχει την ευθύνη για τη φύλαξη και διαχείριση του φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού του Κέντρου.

β. Να βοηθά τον γιατρό τις ημέρες και τις ώρες που λειτουργεί το ιατρείο.

γ. Επισκέπτεται με εντολή του ιατρού τα μέλη στο σπίτι τους και παρέχει νοσηλευτικές φροντίδες και οδηγίες.

δ. Επισημαίνει τις περιπτώσεις των μελών που χρειάζονται οδηγίες και παρέχει πληροφορίες σχετικά με θέματα ατομικής και δημόσιας υγείας. Γενικά επιλαμβάνεται με κάθε θέμα υγείας που αφορά τα μέλη και τις οικογένειές τους.

ε. Στο Φυσιοθεραπευτήριο του Κέντρου προϊστάται ο Φυσιοθεραπευτής ο οποίος ύστερα από γραπτή εντολή του ιατρού, εφαρμόζει φυσιοθεραπευτική αγωγή στα μέλη του Κέντρου που έχουν ανάγκη από αυτή. Φυσιοθεραπευτική

αγωγή μπορεί να εφαρμόσει στο σπίτι των μελών σε έκτακτες και ειδικές ανάγκες τους που κρίνει ο γιατρός.

στ. Στο Εργοθεραπευτήριο προΐσταται ο Εργοθεραπευτής, ο οποίος έχει ως έργο του την αξιοποίηση και τη δραστηριοποίηση του μέλους, για δημιουργική απασχόληση και παραγωγικό έργο με σκοπό και την οικονομική του ενίσχυση. Επίσης βοηθά το μέλος στην άσκηση για αυτοεξυπηρέτηση και στην ανάπτυξη ειδικών ενδιαφερόντων.

Ο Εργοθεραπευτής μπορεί να παρέχει τις υπηρεσίες του και στο σπίτι του μέλους όταν υπάρχει ειδική για τούτο ανάγκη.

ζ. Η οικογενειακή βοήθος, προσφέρει τις υπηρεσίες της κυρίως στο σπίτι των μελών για τις περιπτώσεις που ζουν μόνοι τους και έχουν ιδιαίτερες ανάγκες βοήθειας. Η βοήθεια συνίσταται στην παροχή υπηρεσιών μέσα στο σπίτι, όπως είναι π.χ. ελαφρό μαγείρεμα, καθαριότητα προμήθεια τροφίμων και διάφορες άλλες μικροεξυπηρετήσεις έξω από το σπίτι. Επίσης μεριμνά για την καθαριότητα και τον ευπρεπισμό όλων των χώρων του ΚΑΤΗ.

η. Το Κέντρο Ανοικτής Προστασίας του Δήμου μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν Κέντρο πρακτικής άσκησης σπουδαστών Σχολών Κοινωνικής Εργασίας ή άλλων επαγγελματιών.

θ. Ανάμεσα στις δραστηριότητες του Κέντρου είναι και η κινητοποίηση, εκπαίδευση και χρησιμοποίηση εθελοντικού προσωπικού, σε όλα τα προγράμματα που θα προέρχονται κατά προτίμηση από το Δήμο και την περιοχή που λειτουργεί το Κέντρο.(50)

10.2. Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΚΑΤΗ

Η νοσηλευτική φροντίδα στα μέλη ενός ΚΑΤΗ μέσα και έξω από αυτό, είναι μία από τις υπηρεσίες που προσφέρεται από μία ομάδα ειδικευμένου προσωπικού που απαρτίζεται από το γιατρό, τους επισκέπτες υγείας και τους νοσηλευτές.

Όπως αναφέρει και το καταστατικό, ο σκοπός ίδρυσης του ΚΑΤΗ είναι, ανάμεσα σ' άλλα και η πρόληψη βιολογικών προβλημάτων των ηλικιωμένων. Επομένως η δουλειά του νοσηλευτή-τριας επικεντρώνεται στο να προλάβει τα προβλήματα που τείνουν να εμφανιστούν στον ηλικιωμένο με μία σειρά συμβουλών και ενεργειών. Συγκεκριμένα οι αρμοδιότητές μας ανάγονται στα παρακάτω θέματα:

1. Ευθύνη για τη φύλαξη και διαχείριση φαρμακευτικού και υγειονομικού υλικού.

2. Παροχή πρώτων βοηθειών (όταν δεν υπάρχει ιατρός).
3. Εναίσιμη αγωγή.
4. Μέτρηση αρτηριακής πίεσης.
5. Επισήμανση περιπτώσεων των μελών που χρειάζονται οδηγίες.
6. Παροχή νοσηλευτικών φροντίδων και οδηγιών στα μέλη του ΚΑΤΗ.
7. Παροχή πληροφοριών σχετικά με θέματα δημόσιας και ατομικής υγιεινής.
8. Πραγματοποίηση επισκέψεων στο σπίτι, όταν υπάρχει ανάγκη.
9. Φροντίδα γενικά, για κάθε θέμα υγείας που αφορά τα μέλη και τις οικογένειές τους.

Εκτός των παραπάνω αρμοδιοτήτων που ορίζει ο κανονισμός, υπάρχουν και κάποιες δραστηριότητες που μπορούμε να αναπτύξουμε ανάλογα με την κρίση μας:

1. Εμβολιασμός. Ενεσοθεραπεία.
2. Έλεγχος σακχάρου.
3. Αντιγριπικός εμβολιασμός.
4. Περιποίηση κατακλίσεων.
5. ΗΚΓ.
6. Ομιλίες.
7. Φροντίδα για ραντεβού σε νοσοκομεία.
8. Συμμετοχή σε προγράμματα που αφορούν ηλικιωμένους.

Οι παραπάνω φροντίδες δε σταματούν μέσα στο χώρο του ΚΑΤΗ, αλλά προσφέρονται και έξω από αυτόν. Επομένως τίθεται το θέμα για φροντίδα στο σπίτι εκείνων των ατόμων που είναι μέλη ενός ΚΑΤΗ.

Διευκρινίζουμε, ότι τα μέλη δεν είναι ιδρυματικά, δηλαδή δε διαμένουν μέσα στο συγκεκριμένο χώρο. Απλώς επισκέπτονται το ΚΑΤΗ κάποιες ώρες και κατόπιν αποχωρούν.

Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες, που προσφέρονται έξω από το ΚΑΤΗ, είναι οι κάτωθι:

Επίσης μαζί με τον ιατρό γίνονται τα εξής:

1. Μεταφορά του καρδιογράφου στο σπίτι για ΗΚΓ.
2. Αλλαγή καθετήρα.
3. Περιποίηση τραύματος.
4. Αλλαγή ή αφαίρεση ορού.

Πάνω απ' όλα όμως η επίσκεψη στο σπίτι του ηλικιωμένου έχει ως σκοπό την ψυχολογική στήριξή του, που την έχει απόλυτα ανάγκη.

Οι περιπτώσεις εκείνες που εξελίσσονται σε χρόνιες, δεν επιδέχονται φροντίδα μόνο από τον νοσηλευτή-τρια, αλλά αναλαμβάνει έργο μαζί και ο

Κοινωνικός Λειτουργός, καθώς και η οικογενειακή βοήθος για την ψυχολογική στήριξη των ίδιων αλλά και των οικογενειών τους.

Τελειώνοντας, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι το επάγγελμα αυτό ανήκει σε εκείνη την κατηγορία των επαγγελμάτων που αποκαλούνται λειτουργήματα. Γι' αυτό το πως θα εργαστούμε μέσα και έξω από το ΚΑΤΗ ρυθμίζεται εκτός των κανόνων, από τη συνείδησή μας και από την ανταπόκριση που θα βρούμε από τα μέλη μας.(51)

10.3. ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ « ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ »

Τα σύγχρονα δημογραφικά δεδομένα και οι συνεχείς αλλαγές του τρόπου οργάνωσης της ζωής, επιβάλλουν συνεχείς αναπροσαρμογές προκειμένου να διευκολυνθούν οι πολίτες στην προσαρμογή τους, στις αλλαγές αυτές, ώστε να προληφθούν οι επιπτώσεις και να ικανοποιηθούν αξιοπρεπώς και αποτελεσματικά οι κοινές και ανθρώπινες ανάγκες.

Οι ηλικιωμένοι της χώρας μας αποτελούν μια συνεχώς αυξανόμενη πληθυσμιακή ομάδα, υποκείμενη σε σύγχρονους κινδύνους που τους καθιστούν ευάλωτους, λόγω συγκεκριμένων χαρακτηριστικών που ανάγονται σε κοινωνικές συνθήκες.

Για όλες τις παραπάνω αιτίες κρίθηκε αναγκαία η δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης, αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας για τους ηλικιωμένους της χώρας μας.

Ένα πρόγραμμα πρόληψης και στήριξης είναι και το « Βοήθεια στο Σπίτι ».(52)

Η δράση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελεί μέρος του ολοκληρωμένου προγράμματος παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας των Κ.Α.Τ.Η. ενός θεσμού που λειτουργεί με επιτυχία αρκετά χρόνια στη χώρα μας.(53)

Το πρόγραμμα ξεκίνησε τη λειτουργία του σε συνεργασία με τα Υπουργεία Υγείας-Πρόνοιας, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και της ΚΕΔΚΕ. Το πιλοτικό πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», ξεκίνησε τη λειτουργία του από 1^η Φεβρουαρίου 1999 στο Α' ΚΑΤΗ ΔΗΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ.(54)

Το πρόγραμμα αυτό απευθύνεται σε όλα τα ηλικιωμένα άτομα , που είτε για παθολογικούς είτε για ψυχοκοινωνικούς λόγους, δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης ή επαφής με τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής μέριμνας και

χρήζουν άμεσης φροντίδας στο σπίτι, πέρα από αυτή που πιθανά τους παρέχεται από το στενό συγγενικό ή οικογενειακό τους περιβάλλον.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή του ηλικιωμένου στο πρόγραμμα αυτό, είναι οι εξής:

α). Να διαβιούν μοναχικοί.

β). Να μην αυτοεξυπηρετούνται.

γ). Το εισόδημά τους να μην τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης.

δ). Έλλειψη επαρκούς φροντίδας από την οικογένεια.

ε). Ηλικία άνω των 60 ετών.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» απευθύνεται επίσης και στις οικογένειες των ηλικιωμένων ατόμων με σκοπό την ενημέρωση και την εκπαίδευσή τους στην παροχή φροντίδας υγείας, έτσι ώστε το άτομο να έχει καθημερινή και συστηματική φροντίδα μέσα στο σπίτι.

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι το πρόγραμμα δεν προσπαθεί να αντικαταστήσει την οικογένεια, αλλά να συνεργαστεί με αυτήν για την μεγαλύτερη δυνατή στήριξη του ηλικιωμένου ατόμου.

Η ομάδα υγείας αποτελείται εκτός από τον Νοσηλευτή, τον Κοινωνικό Λειτουργό και την Οικογενειακή βοηθό.(52)

10.4. α. ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»

β. ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

α. Στόχος και σκοπός του προγράμματος είναι:

1). Η ανίχνευση, διερεύνηση, καταγραφή, ταξινόμηση και συστηματική επεξεργασία των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων. Πηγές πληροφοριών θα αποτελέσουν οι ανάγκες που έχουν εντοπίσει τα ΚΑΠΗ, τα αιτήματα των πολιτών, οι παραπομπές άλλων φορέων, οι επιτόπιες προσεγγίσεις, κ.α.

2). Η ιεράρχηση των κοινωνικών αναγκών των ηλικιωμένων (καθορισμός προτεραιοτήτων που αφορούν) :

- ανάγκες εξασφάλισης ή βελτίωσης της αυτοεξυπηρέτησης.
- ανάγκες κάλυψης βασικών αναγκών καθημερινής λειτουργίας (διαβίωση).
- αντιμετώπιση αναγκών πρόληψης, παρακολούθησης ή αποκατάστασης ψυχοσωματικών και συναισθηματικών προβλημάτων.
- κάλυψη πολιτιστικών, θρησκευτικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων.

- 3). Η κοινωνική χαρτογράφηση της ευρύτερης κοινότητας.
- 4). Η διερεύνηση των κοινωνικών δυνάμεων και τάσεων που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην προβολή, στήριξη και ανάπτυξη του προγράμματος και την αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων.
- 5). Η ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινότητας για το πρόγραμμα, τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες των υπερηλίκων.
- 6). Η ανάπτυξη σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο εθελοντικών δραστηριοτήτων των δημοτών, που θα αποσκοπούν στην έκφραση συναισθημάτων και πράξεων κοινωνικής αλληλεγγύης και στην καλλιέργεια της αλληλεγγύης των γονέων.
- 7). Η καταγραφή των δυνατοτήτων και των εμπειριών των ηλικιωμένων της τοπικής κοινωνίας και οργάνωση συστήματος αξιοποίησης τους σε όφελος του Δήμου και ιδιαίτερα των ίδιων των ηλικιωμένων.(52)

β. Παρεχόμενες υπηρεσίες:

1) Κοινωνικές Υπηρεσίες.

Αναφέρονται επιγραμματικά οι υπηρεσίες του Κοινωνικού Λειτουργού:

- Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν την ευθύνη της εύρυθμης λειτουργίας του προγράμματος, φροντίζουν για την ενημέρωση της κοινότητας, την προβολή του προγράμματος, τη διευθέτηση παραπομπών, την κοινωνική έρευνα, την αξιολόγηση και ένταξη των εξυπηρετούμενων στο πρόγραμμα.
- Διαδραματίζουν ρόλο οργανωτικό και συντονιστικό, καθορίζουν το πλαίσιο δράσης, το χρονοδιάγραμμα, τις φάσεις ενεργειών, τη σταδιακή αξιολόγηση του προγράμματος.
- Φροντίζουν για την οργάνωση, σχεδιασμό, επέκταση, εθελοντισμό έχοντας την ευθύνη εξασφάλισης χορηγιών σε είδη πρώτης ανάγκης (τρόφιμα, νοσηλευτικό υλικό, ρουχισμό, τεχνικό εξοπλισμό).
- Ακόμη κρατούν αρχεία περιπτώσεων, επιλέγουν μεθοδολογικά εργαλεία, σχεδιάζουν τρόπους παρέμβασης, εποπτεύουν ομάδες εργασίας.
- Επικοινωνούν με αρχές, φορείς και υπηρεσίες εφαρμόζοντας όλες τις μεθόδους κοινωνικής εργασίας με άτομο, ομάδα και κοινότητα.
- Προσφέρουν κοινωνική εργασία στους εξυπηρετούμενους σε επίπεδο κοινωνικό-προνοιακών θεμάτων, συμβουλευτική οικογένειας, ψυχοσυναισθηματική στήριξη και παραπέμπουν περιπτώσεις σε φορείς.(53)

2) Νοσηλευτικές Υπηρεσίες.

Όσον αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», οι νοσηλευτικές πράξεις έχουν σαν σκοπό την κάλυψη των αναγκών στους

τομείς υγιεινής, ασφάλειας και υποβοήθησης των οργανικών λειτουργιών.(53)

Αρχικά για την εισαγωγή του ηλικιωμένου στο πρόγραμμα ορίζεται μία συνάντηση, ώστε να ληφθεί νοσηλευτικό και κοινωνικό ιστορικό από τον νοσηλευτή και τον κοινωνικό λειτουργό του προγράμματος, αντίστοιχα.

Με το νοσηλευτικό ιστορικό αξιολογείται η γενική κατάσταση τη υγείας του ατόμου, (ψυχική και σωματική). Ανάλογα με την κατάσταση υγείας του ηλικιωμένου ατόμου, ορίζεται και η συχνότητα των επισκέψεων που θα πραγματοποιηθούν.

Ειδικότερα ο νοσηλευτής παρέχει τις πιο κάτω υπηρεσίες:

- Συνοδεία (στο νοσοκομείο, στο Ι.Κ.Α. κ.λ.π.)
- Ατομική υγιεινή.
- Συνεργασία με φορείς (Ι.Κ.Α. , νοσοκομεία, ιατρικό προσωπικό).
- Νοσηλευτικές πράξεις (λήψη ζωτικών σημείων, πρόληψη, περιποίηση εγκαυμάτων και κατακλίσεων, ενεσοθεραπεία, ενημέρωση - παρακολούθηση για σωστή λήψη φαρμάκων και εντοπισμό τυχόν παρενεργειών, αλλαγή ουροκαθετήρα, μέτρηση σακχάρου, αιμοληψίες).
- Αγωγή υγείας (ατομική συμβουλευτική για την απόκτηση υγιεινών συνηθειών).
- Εκπαίδευση οικογένειας (επίδειξη στα μέλη της οικογένειας για τη φροντίδα του ασθενούς).(52)

3) Οικογενειακή φροντίδα.

Οι υπηρεσίες Οικογενειακών βοηθών συμβάλλουν στην καλή λειτουργία του νοικοκυριού και της φροντίδας του χώρου, στην παρασκευή γευμάτων, ψώνια, λειτουργία πλυντηρίου στο χώρο του προγράμματος για οικονομικά αδύναμα άτομα.(55)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11^ο

11.1. Υγιής υπερήλικας - Υγιή γηρατειά

11.2. Ολιστική νοσηλευτική θεώρηση

11.3. Νοσηλευτική εκπαίδευση

11.4. Νοσηλευτική έρευνα

11.5. Τα γηρατειά σε προοπτική

11.6. Όσο γερνάμε η ζωή καλυτερεύει

11.1 ΥΓΙΗΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ - ΥΓΙΗ ΓΗΡΑΤΕΙΑ

Υπάρχουν ορισμένες προσεκτικά σχεδιασμένες έρευνες, που βοηθούν στον καθορισμό της διάκρισης ανάμεσα στα γηρατειά και την αρρώστια. Μια από τις σημαντικότερες έρευνες αυτού του είδους έγινε κάτω από την καθοδήγηση αξιόλογης ομάδας γιατρών και ψυχολόγων. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης απόδειξαν με θετικότητα ότι γηρατειά δεν σημαίνει απαραίτητα αρρώστια. Οι υγιέστατοι ηλικιωμένοι άντρες λειτουργούν το ίδιο καλά σε διάφορα σωματικά τεστ όσο και μια ομάδα υγιών νεαρών αντρών. Σε γενικές γραμμές, οι γέροι έδειξαν πολύ μικρότερη εξασθένιση απ' ό,τι κανονικά θα περίμενε κανείς συγκρίνοντάς τους με υγιής νέους. Η ηλικία αυτή καθαυτή, δεν φάνηκε να παίζει ιδιαίτερο ρόλο στις διάφορες μετρήσεις της σωματικής λειτουργίας.

Επίσης, δεν βρέθηκε η παραμικρή διαφορά ανάμεσα στους γέρους και τους νέους ως προς το επίπεδο των λευκών αιμοσφαιρίων, την αιμοσφαιρίνη, το βασικό επίπεδο του σακχάρου στο αίμα, τη χοληστερίνη του ορού, καθώς και τον τύπο της ηλεκτρικής εγκεφαλικής λειτουργίας. Η πίεση του αίματος, η χρησιμοποίηση του οξυγόνου και η ροή του αίματος στον εγκεφαλικό ιστό είχαν παρόμοιες τιμές, για τους υγιέστατους γέρους όπως και για τους νέους.(56)

Ο ηλικιωμένος άνθρωπος γενικά είναι σεβαστός και αγαπητός. Είναι λοιπόν γεγονός ότι τον τελευταίο αιώνα όλο και περισσότεροι άνθρωποι περνούν το κατώφλι της τρίτης ηλικίας. Όσες και να 'ναι οι προσπάθειες για την αναστολή του γήρατος, υπάρχει η φυσιολογική φθορά του οργανισμού που σιγά αλλά σταθερά φέρνει την παρακμή και την είσοδο στην Τρίτη ηλικία.

Η Νοσηλευτική έχει την ευθύνη να καλύπτει τις νοσηλευτικές ανάγκες όλων των ανθρώπων ανεξαρτήτως ηλικία. Η πραγματική αξία και αξιοπρέπεια του ανθρώπου δεν ελαττώνεται με την συσσώρευση των χρόνων. Η μόνη μέθοδος για την μείωση ή επίλυση των προβλημάτων είναι η πρόληψη, η έγκαιρη διάγνωση και η ταχεία αποκατάσταση της υγείας των γερόντων.

Κύρια μέτρα αποτελούν, η προληπτική ιατρική εξέταση, η εφαρμογή των αρχών της υγιεινής και της αποκατάστασης, η ψυχολογική υποστήριξη και η προστασία των γερόντων. Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας ποιότητας στους ηλικιωμένους αποδίδει αποτελέσματα αξιόλογα, αξιέπαινα και η προσφορά της στους γέροντες και την κοινωνία είναι ανεκτίμητη.

Λέγοντας υγεία στα γηρατειά, εννοούμε ότι πρέπει να ασχοληθούμε σοβαρά με τον ηλικιωμένο και να συνεχίσουμε τη μάχη. Να τους προσθέσουμε

περισσότερα χρόνια ζωής, αλλά κυρίως να δώσουμε νόημα και χαρά στα χρόνια τους.(57)

11.2. ΟΛΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ

Αν και ο χαρακτηρισμός των ηλικιωμένων βάσει ορισμένης ηλικίας είναι χρήσιμος για επιδημιολογικές και ερευνητικές μελέτες, στην κλινική πράξη πιο ακριβής και χρήσιμη είναι η κατανόηση της σωματικής υγείας και του βαθμού λειτουργικότητας του συγκεκριμένου ατόμου.

Οι ηλικιωμένοι, μητέρες και πατέρες, είναι οι ρίζες τις ζωής μας, είναι αυτοί που μας έφεραν στη ζωή, μας μεγάλωσαν μέσα στην οικογένεια, μας προστάτευσαν στην εμβρυϊκή, βρεφική, νηπιακή, παιδική και εφηβική ηλικία, ώστε να διαφύγουμε το ποσοστό της νοσηρότητας και θνησιμότητας και τα θανατηφόρα ατυχήματα ή εκείνα που αφήνουν μόνιμες βαριές αναπηρίες.

Οι ηλικιωμένοι είναι αυτοί που μας γαλούχησαν με το γάλα της χριστιανικής πίστης, μας δίδαξαν την ένδοξη ιστορία μας, πολέμησαν υπέρ της πίστεως και της πατρίδας μας και μας κληροδότησαν ελεύθερη την Ελλάδα. Είναι αυτοί που μας στηρίζουν και μας συνοδεύουν με το χτυποκάρδι της στοργής τους και με τις ευχές τους, μας παραδειγματίζουν με την υπομονή τους, μας μεταδίδουν τη γνώση και την πείρα τους.

Οι ηλικιωμένοι είναι αυτοί που βάδισαν στην ανοδική πορεία προς τα σύνορα της ζωής και μας επαναλαμβάνουν από κει - το:

«Θα περάσεις και συ από το δρόμο της ζωής, αλλά μια φορά! Ότι καλό μπορείς να κάνεις, κάνε το τώρα! Γιατί...δεν θα ξαναπεράσεις απ' αυτή τη ζωή!»

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η υγεία του ηλικιωμένου ατόμου μετριέται καλύτερα βάσει της λειτουργικότητας μάλλον παρά της παθολογίας. Η καλή υγεία και τα πετυχημένα γηρατεία ορίζονται βάσει της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί αυτόνομα μέσα σε ένα δεδομένο κοινωνικό περιβάλλον.

Νοσηλευτικές μελέτες δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι συχνά περιγράφουν την υγεία ως «διανοητική κατάσταση». Τείνουν να δίνουν έμφαση σε ψυχολογικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, σε κοινωνικές σχέσεις και στη στάση απέναντι στη ζωή μάλλον παρά στη μονομερή σωματική κατάσταση.

Ένα άτομο που είναι δραστήριο διανοητικά και κοινωνικά μπορεί να θεωρείται υγιές, ακόμη και εάν πάσχει από κάποιο χρόνια νόσημα. Ως υγιή θεωρούνται τα γηρατεία, όταν διατηρείται στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο και η ψυχική υγεία του ατόμου.

Η αυτοεκτίμηση του ηλικιωμένου διατηρείται, όταν αναγνωρίζονται τα δικαιώματά του και τα κατορθώματά του και όχι μόνο τα προβλήματά του,

όταν δέχεται θετική ανταπόκριση, όταν του συμπεριφέρονται με σεβασμό, αγάπη και ευγένεια, όταν διατηρεί την ελευθερία λήψης αποφάσεων και διεύθυνσης των δικών του υποθέσεων, όταν έχει ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις και όταν οι βασικές ανάγκες της καθημερινής ζωής καλύπτονται επαρκώς.

Η φροντίδα υγείας του ηλικιωμένου περιλαμβάνει:

- Τη βοήθειά του να διατηρεί προσαρμοστική συμπεριφορά και το υψηλότερο δυνατό επίπεδο ευεξίας.
- Τη νοσηλευτική φροντίδα του σε περίπτωση οξείας ή χρόνιας αρρώστιας.
- Την εξασφάλιση άνεσης, συντροφιάς, προσωπικής προσοχής και υποστήριξης κατά το τελικό στάδιο της επίγειας ζωής του.

Η φιλοσοφική θεώρηση των γηρατειών είναι απαύγασμα και απόσταγμα της αρχαίας ελληνικής φιλοσοφίας, της ιστορίας και του πνευματικού πολιτισμού και αποτελεί πλούσια, ζωντανή και βιωματική παράδοση. Αυτή την παράδοση έχουμε δικαίωμα και χρέος εμείς οι νοσηλευτές και γιατροί, αλλά και οι οικογένειες, να τη γνωρίσουμε, να τη ζήσουμε και να τη μεταλαμπαδεύσουμε στις νεότερες γενιές.

Η γεροντολογική νοσηλευτική αποτελεί διδακτική ενότητα στην πανεπιστημιακή νοσηλευτική εκπαίδευση, αλλά και ειδικότητα που με τις γνώσεις, τις μεθόδους και τις εφαρμογές της διευρύνει τα όρια και τις δυνατότητες της γενικής νοσηλευτικής, την εμπλουτίζει και την ολοκληρώνει σαν επιστήμη και σαν επάγγελμα.

Υπάρχει ανάγκη για νοσηλευτικές έρευνες για να αυξήσουμε τις γνώσεις μας για τη γήρανση του ανθρώπου, για να αναπτύξουμε μεθόδους πώς να βοηθήσουμε τους πολλούς ηλικιωμένους να παραμένουν αυτόνομοι και χρήσιμοι στη ζωή τους. Χρειαζόμαστε νοσηλευτικές έρευνες για να μπορέσουμε να αναπτύξουμε, να τελειοποιήσουμε και να δοκιμάσουμε νέες εφαρμογές και προσεγγίσεις στη φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων, ώστε να κάνουμε πραγματικότητα τα «υγιή γηρατεία».

Δεν είναι βάρος αλλά προνόμιο και δείγμα πολιτισμού η φροντίδα της υγείας των ηλικιωμένων. Συνήθως, τονίζουμε ότι κοστίζουν πολύ οι ηλικιωμένοι σε κάθε χώρα. Αλλά δεν λαμβάνουμε υπόψη την οικονομική, την κοινωνική, την εθνική και την πολιτιστική τους συμβολή, καθώς και τη δυνατότητα περαιτέρω συμβολή τους με τη θησαυρισμένη τους σοφία και πείρα, αν δεν τους παραμερίσουμε με μοναδικό κριτήριο την ηλικία.

Η ολιστική νοσηλευτική θεώρηση του θέματος της Παγκόσμιας Ημέρας Νοσηλευτών του 1992, «Υγιή Γηρατεία», με τις επιστημονικές κλινικές και φιλοσοφικές διαστάσεις της, εκπέμπει τα εξής νοσηλευτικά μηνύματα:

- Ο ηλικιωμένος είναι μοναδική και ανεπανάληπτη βιοψυχοκοινωνική ύπαρξη και χρειάζεται ολική αντιμετώπιση.
- Η νοσηλευτική φροντίδα του ηλικιωμένου είναι χρέος, τιμή και προνόμιο. Μπορεί όταν σπουδάζεται και εφαρμόζεται κατάλληλα, να προσφέρει ανακούφιση, χαρά και ελπίδα και να αναζωπυρώνει το νόημα της ανθρώπινης ζωής ακόμα και στο τελικό της στάδιο.(2)

11.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Το βασικό πρόγραμμα της Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης πρέπει να προσφέρει γνώσεις που προετοιμάζουν τον σπουδαστή να εργαστεί με όλες τις ηλικίες, συμπεριλαμβανομένων και των ηλικιωμένων στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ειδικότερα η γεροντολογική νοσηλευτική αποβλέπει στη βοήθεια του σπουδαστή να αποκτήσει ειδικές γνώσεις, διαθέσεις και δεξιότητες, για να προσεγγίζει και να κατανοεί τον ηλικιωμένο σαν άτομο και να συμβάλει θετικά στη φροντίδα της υγείας του. Για την υλοποίηση αυτή, ο νοσηλευτής, πρέπει να αποκτήσει γνώσεις γύρω από τις θεωρίες της ανάπτυξης και ενηλικίωσης του ανθρώπου, την προαγωγή της υγείας του ατόμου και της κοινότητας, την βιολογική ανικανότητα και την κοινωνική δυσλειτουργία των υπερηλίκων, για την ειδική φροντίδα και την αποκατάστασή τους και ακόμη για την αυτοφροντίδα.(3)

Στα περισσότερα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας η ειδίκευση για την περίθαλψη ηλικιωμένων ατόμων εντάσσεται στο πρόγραμμα της γενικής περίθαλψης.

Ταυτόχρονα υπάρχουν πολύ μεγάλες διαφορές όσον αφορά το ποσοστό ορών που αφιερώνονται ειδικά σε αυτό το θέμα.

Για παράδειγμα στο Λουξεμβούργο η κατάρτιση για την περίθαλψη των ηλικιωμένων περιλαμβάνει 10 ώρες θεωρίας και 200 ώρες πρακτικής άσκησης, στην Ολλανδία 40 ώρες θεωρίας και 200 ώρες πρακτικής άσκησης.

Σε ορισμένα κράτη μέλη το θέμα της γεροντολογίας εμφανίζεται στα πλαίσια διαφόρων μαθημάτων και κύκλων μαθημάτων, ώστε δεν είναι εύκολο να υπολογισθεί ακριβώς ο αριθμός των ορών που αφιερώνονται σε αυτό.

Σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας υπάρχουν μαθήματα επαγγελματικής κατάρτισης για την ενημέρωση, εμπέδωση ή την διεύρυνση του γνωστικού πεδίου ή μαθήματα που αφορούν ειδικά θέματα από το γενικότερο τομέα της γεροντολογίας.

Σε ορισμένα κράτη μέλη παρέχεται η δυνατότητα στο νοσηλευτικό προσωπικό να συμμετέχει σε μαθήματα που οργανώνονται από πανεπιστήμια.

Η Συμβουλευτική Επιτροπή Εκπαίδευσης Νοσηλευτών των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων συνέστησε Ομάδα Εργασίας για τη μελέτη φροντίδας υπερηλίκων στην οποία μετέχουν εκπρόσωποι από τις 12 χώρες. Η ομάδα συνήλθε σε τρεις συνεδριάσεις και αποφάσισε να επικεντρωθούν οι δραστηριότητες στα εξής:

- Κατάρτιση ειδικού προγράμματος εκπαίδευσης νοσηλευτών στη φροντίδα ηλικιωμένων της Ε.Ε. που να χρησιμοποιείται και στα προγράμματα βασικής εκπαίδευσης νοσηλευτών και σε μεταπτυχιακά.
- Δημιουργία προϋποθέσεων για να δοθεί ειδική έμφαση στη νοσηλευτική και στους ηλικιωμένους.

Στο πλαίσιο αυτό, ενεργό ρόλο στη χώρα μας διαδραμάτισε ο Ε.Σ.Δ.Ν.Ε. με την απόφασή του να επικεντρωθεί στα εξής:

α) να εξετάσει το ρόλο του νοσηλευτή στη φροντίδα των ηλικιωμένων και να διατυπώσει συστάσεις σχετικά με το βασικό περιεχόμενο του προγράμματος σπουδών των νοσηλευτών.

β) να εξετάσει την επιδημιολογία, την φροντίδα αρρώστων ηλικιωμένων και τη συμβολή των νοσηλευτών στην πρόληψη των ασθενειών και την προώθηση της υγιεινής διαβίωσής τους.

γ) να διερευνήσει τις αντιλήψεις σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα των ηλικιωμένων, τις απόψεις αυτών που δέχονται τις υπηρεσίες, τη φύση των διαθέσιμων πόρων για την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας, τους χώρους εργασίας των ατόμων που παρέχουν φροντίδα και να διατυπώσει συστάσεις σχετικά με το δικαίωμα των ηλικιωμένων να περιθάλπονται από ειδικευμένους και εκπαιδευμένους νοσηλευτές.

δ) να διερευνήσει το ενδεχόμενο δημιουργίας δικτύου σε όλη την κοινότητα για νοσηλευτές που απασχολούνται με τους ηλικιωμένους και τη δυνατότητα δημιουργίας βάσης δεδομένων για τους νοσηλευτές στον ίδιο τομέα.(58)

11.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Εάν η νοσηλευτική έρευνα πρόκειται να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις νέες κοινωνικές ανάγκες, όπως είναι η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας στον υπερήλικα, πρέπει να συνεχίσει να προσθέτει γνώσεις στο σώμα των ήδη υπάρχουσών για την Νοσηλευτική Έρευνα.

Οι νοσηλευτές πρέπει να αναλύουν την εργασία τους και να προσδιορίζουν τις γενικές αρχές πάνω στις οποίες στηρίζεται κάθε ειδική νοσηλευτική δραστηριότητα. Πρέπει να μπορούν να χρησιμοποιούν τα ευρήματα της έρευνας για να βελτιώσουν την άσκηση και να διαμορφώνουν την Νοσηλευτική πολιτική.

Αυτοί οι νοσηλευτές που έχουν ταλέντο αλλά και τη δύναμη να κάνουν έρευνα και να συμμετέχουν σε έρευνες όπου συμπράττουν περισσότερα από ένα επαγγέλματα και που έχουν σχέση με τους υπερήλικες.(3)

Η έρευνα στο χώρο της γεροντολογικής νοσηλευτικής μπορεί να διακριθεί σε δύο βασικές ομάδες: α)Στη μελέτη των αναγκών των ηλικιωμένων για νοσηλευτική φροντίδα και β)Στη μελέτη της νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι μελέτες που ανήκουν στην πρώτη ομάδα επικεντρώνονται στα εξής θέματα: κατακλίσεις, σύγχυση, ακράτεια ούρων και κοπράνων, πτώσεις και άλλα προβλήματα φροντίδας στη γεροντολογική νοσηλευτική.

Αντίθετα, υπάρχουν λιγότερες έρευνες για τις νοσηλευτικές ανάγκες των ηλικιωμένων. Τέτοιες έρευνες επικεντρώνονται σε γνώσεις προερχόμενες από άλλες επιστήμες και όχι τη γεροντολογία και στην εφαρμογή των γνώσεων αυτών στην νοσηλευτική φροντίδα των ηλικιωμένων. Ως παραδείγματα αναφέρονται μελέτες του ύπνου, της διδακτικής τεχνικής, της αυτορρύθμισης, της επανακοινωνικοποίησης, και των παραγόντων που αυξάνουν την επικινδυνότητα για δυσάρεστες καταστάσεις υγείας.(59)

11.5. ΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ ΣΕ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ

Το ερώτημα, «τι νόημα έχει να είσαι γέρος;» πλανιέται συνέχεια γύρω μας. Η κοινωνία αντιμετωπίζει τους ηλικιωμένους σαν να έχουν λιγότερη αξία από τους υπόλοιπους ανθρώπους. Πολλοί από μας προσπαθούν να αστευτούν ότι «τους πήραν τα χρόνια» ή να κρύψουν τα σημάδια που αποκαλύπτουν την ηλικία τους. Ο όρος « γέρος » αποτελεί τόσο στίγμα, όσο και κατηγορία.

Η προκατάληψη, ότι τα γηρατεία είναι μια ανάξια, αξιοθρήνητη κατάσταση δηλητηριάζει τους ανθρώπους σ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Τι αξία έχει τότε η ανήλικη ζωή μας, αν είναι να παραχωρήσει τη θέση της σε μια τόσο άχρηστη κατάσταση; είναι απαραίτητο να αποκτήσουμε μια θετικότερη άποψη πάνω στο «γέρασμα» και τα γηρατεία, για να μην περάσουμε το μεγαλύτερο μέρος της νεότητάς μας κάτω από ένα φάσμα φόβου και κατάθλιψης.

Στη ζωή μας επιδιώκουμε όχι μόνον τον αυτοσεβασμό αλλά και το σεβασμό των άλλων. Θέλουμε να είμαστε χρήσιμοι. Θέλουμε να μπορούμε να απολαμβάνουμε καινούριες χαρές, να δεχόμαστε νέες προκλήσεις, να αποτελούμε μέρος του παρόντος, του μέλλοντος αλλά και του παρελθόντος. Θέλουμε να εκμεταλλευόμαστε στο έπακρο τις δυνατότητές μας, γεγονός όπου πηγάζει τόσο από πανίσχυρες φυσικές ανάγκες όσο και από το υπερβολικό άγχος και ένταση.

Καμιά φορά, οι ηλικιωμένοι φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο μερίδιο σ' αυτά τα προβλήματα απ' ότι τους αναλογεί. Ωστόσο, ανάλογα μεγαλύτερο είναι και το μερίδιό τους στην προσφορά ψυχολογικής βοήθειας. Πραγματικά, κάθε μέθοδος για την ανακούφιση των ανθρώπων από τα προβλήματά τους εφαρμόζεται με επιτυχία και στους ηλικιωμένους. Είναι αλήθεια ότι πολλών ειδών θεραπείες μπορούν να αποδειχθούν χρήσιμες με την προϋπόθεση τόσο ένας ικανός και ευαίσθητος θεραπευτής, όσο και η προθυμία να προσφέρουμε βοήθεια στον ηλικιωμένο. Υπάρχουν μελέτες για οικιστικές διατάξεις, που προβλέπουν την συνεργατική συγκατοίκηση με νεότερους ανθρώπους, πράγμα που δημιουργεί αμοιβαία οφέλη.

Πολλοί ηλικιωμένοι κατορθώνουν σήμερα, να ξεπερνούν σημαντικές δυσκολίες, να φροντίζουν την οικογένειά τους κάτω από αντίξοες συνθήκες, να ανοίγουν νέους δρόμους, να ιδρύουν επιχειρήσεις, να προσφέρουν ενέργεια και ιδέες, που βοηθούν στην διαμόρφωση του παρόντος και του μέλλοντος. Τα επιτεύγματά τους είναι σημαντικά. Αξίζουν, λοιπόν, τόσο τον αυτοσεβασμό τους, όσο και τον σεβασμό των άλλων. Νοιώθουν ιδιαίτερη ικανοποίηση, όταν βλέπουν τα παιδιά και τα εγγόνια τους να υψώνουν το φυσικό και πνευματικό τους ανάστημα.

Οι ηλικιωμένοι αντλούν ικανοποίηση και από άλλους τομείς πέρα από το φιλοσοφικό και δημιουργικό. Η ευχάριστη σωματική δραστηριότητα, που βοηθάει επιπλέον στη διατήρηση της υγείας, είναι τομέας προσιτός για πολλούς ανθρώπους στα μετέπειτά τους χρόνια.(56)

« Θέλω να ζήσω τα γηρατιά μου, με την ίδια πληρότητα που έζησα τα παιδικά χρόνια και την εφηβεία μου », λει ένας ηλικιωμένος.

Εξάλλου, τα γηρατιά δεν είναι τίποτε άλλο παρά το επιστέγασμα της ολοκλήρωσης, που αγωνιστήκαμε να πετύχουμε σε ολόκληρη τη ζωή μας!

11.6. ΟΣΟ ΓΕΡΝΑΜΕ Η ΖΩΗ ΚΑΛΥΤΕΡΕΥΕΙ

"Φραστική υπερβολή!" μπορεί να είναι η πρώτη αντίδραση του φίλου αναγνώστη.

Κοιτάζοντας μέσα από τους μυωπικούς φακούς μιας κοινωνίας, που θεωρεί τα νιάτα σαν το απόλυτο αγαθό, έχουμε φτάσει να θεωρούμε σε κάθε μας γενέθλια, μετά τα σαράντα ας πούμε, σαν μια μικρή απώλεια. Όσο προχωράμε όμως στη μέση ηλικία (40 με 50 έτη), που το ποσοστό της είναι και το μεγαλύτερο στη σημερινή κοινωνία, η άποψη για την αξία των γηρατειών αλλάζει.

Πράγματι οι ειδικοί ανακαλύπτουν σήμερα πως, όσο γερνάμε, η ζωή γίνεται καλύτερη.

Αν δεχτούμε ως προϋπόθεση ότι, ο σύγχρονος πολιτισμένος άνθρωπος φροντίζει, ή οφείλει να φροντίζει, όσο μπορεί τη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία του, τότε έχουμε το δικαίωμα να ισχυριστούμε άφοβα πως, τα γηρατεία δεν φέρνουν αναγκαστικά και τον κατακλυσμό!

Στη συνέχεια εκθέτονται δέκα λόγοι με τους οποίους θα μπορούμε, ανεξάρτητα ηλικίας, να καλωσορίζουμε τα όσα γενέθλια μας μέλλετε να ζήσουμε:

1. Βελτίωση της κρίσεως και των πνευματικών ικανοτήτων. Τα γκρίζα μαλλιά δεν σημαίνουν και ελάττωση της νοημοσύνης. Ο Σίγκμουντ Φρόιντ για παράδειγμα, δημοσίευσε το πρώτο μεγάλο έργο του στα σαράντα πέντε του. Εάν διαβάζουμε, σκεφτόμαστε και είμαστε δημιουργικοί κατά τη διάρκεια της ζωής μας, η γνώση και η πείρα που αποκτάμε, βελτιώνουν την κρίση μας. Εάν δοθεί στον ηλικιωμένο χρόνος, το επίπεδο ευφυΐας και κρίσεως βελτιώνονται.

2. Βελτίωση των συναισθηματικών αντιδράσεων. Οι ψυχολογικοί μηχανισμοί αμύνης και οι τρόποι αντιδράσεως στις διάφορες δυσκολίες, καθίστανται υγιέστεροι, όσο περνούν τα χρόνια. Οι νέοι αντιδρούν στα εμπόδια είτε με την άρνηση, είτε με παρορμητικά ξεσπάσματα. Οι μεσήλικες το αντιμετωπίζουν με χιούμορ, αλτρουισμό και δημιουργικότητα. Οι πιο μεγάλοι αντεπεξέρχονται τα ίδια δυσχερή γεγονότα με λιγότερο άγχος. Με την πάροδο της ηλικίας, ο μεσήλικας έχει ήδη αντιμετωπίσει ενδεχομένως μια απόλυση από τη δουλεία του, ένα διαζύγιο, ένα θάνατο αγαπημένου προσώπου και τα έχει ξεπεράσει. Έχει γίνει επομένως συναισθηματικά πιο δυνατός.

3. Αίσθηση της δυνάμεως. Οι πιο πολλοί μεσήλικες βρίσκονται στην κορυφή της επαγγελματικής τους ζωής. Έχουν φτάσει στην εποχή των επιτεύξεων και νοιώθουν την ικανοποίηση και το αίσθημα ασφάλειας, ιδίως όταν μπορούν να βοηθούν τους άλλους.

4. Η αγάπη γίνεται βαθύτερη, στερεότερη. Με την ηλικία ισχυροποιούνται οι δεσμοί και οι ανθρώπινες σχέσεις. Όσο πιο πολλά χρόνια είμαστε έγγαμοι, τόσο μεγαλώνει η πιθανότητα να παραμείνουμε κοντά στο σύντροφό μας. Ένας καλός γάμος εξάλλου στεριώνει περισσότερο όταν φύγουν τα παιδιά από το σπίτι και ανοίξουν δικά τους νοικοκυριά.

5. Με τον καιρό, ο καθένας γνωρίζεται καλύτερα με τον εαυτό του. Χρειάζεται πολύς καιρός να γνωριστεί κανείς με τον εαυτό του. Όσο περνά η ηλικία, τόσο ο άνθρωπος γίνεται ο ένας, ο μοναδικός. Οι σκέψεις του γίνονται τώρα καθαρότερες, κατασταλάζει σε τι θέλει και τι δεν θέλει. Γνωρίζει τελικά ποιος είναι.

6. Αυξάνει ο αλtruισμός, η συμπόνια. Σε μια πρόσφατη σφυγμομέτρηση στις ΗΠΑ, το 84% των ερωτηθέντων συμφώνησε πως, στη μέση ηλικία ο άνθρωπος γίνεται πιο συμπονετικός. Αφού μεγαλώσουν τα παιδιά, τα αισθήματα φροντίδας και προστασίας των γονιών, που τα μονοπωλούσαν μέχρι τότε, διατηρούνται και επεκτείνονται πέρα της οικογένειας. Αυξάνεται έτσι η τάση για ανάμειξη στα κοινά και η προσφορά υπηρεσιών.

7. Ο ρόλος του παππού και της γιαγιάς. Η χαρά της παρουσίας παιδιών στο σπίτι, των εγγονιών και μάλιστα χωρίς την κύρια ευθύνη της ανατροφής τους, προσφέρει μεγάλη ικανοποίηση και ψυχική ευφορία στους μεγάλους. Αναπτύσσεται ένα νέος ζήλος για τη ζωή και τη συνύπαρξη με μια καινούργια γενιά και μια δυνατή αίσθηση συμμετοχής στον κύκλο της ζωής.

8. Πλαταίνει ο γύρω κόσμος. Ένας από τους φόβους που καταλαμβάνει συχνά τους ηλικιωμένους είναι το αίσθημα της μοναξιάς, που προοδευτικά μεγαλώνει. Εάν κρατήσουμε παθητική και μοιρολατρική στάση, πραγματικά ο κόσμος μικραίνει. Εάν όμως αντισταθούμε, η μέση ηλικία μπορεί να πλουτίσει με περισσότερες σχέσεις. Έτσι, αν φροντίσουμε από νωρίς τους δεσμούς και τις κοινωνικές επαφές μας, τα γηρατιά θα μας βρουν με ένα πλούσιο δίκτυο σχέσεων, από παλιούς επιστήθιους φίλους, καινούριες γνωριμίες, συνεργάτες κ.λ.π. και μια μεγαλωμένη οικογένεια.

9. Τα κίνητρα για τη ζωή αυξάνουν. Ενώ οι ηλικιωμένοι είναι ελεύθεροι να περάσουν τον καιρό τους όπως θέλουν, γνωρίζουν καλά πως ο χρόνος αυτός έχει λιγοστέψει. Εκτιμούν έτσι καλύτερα, πόσο πολύτιμος είναι ο χρόνος που απομένει και γίνονται πιο εκλεκτικοί στη χρήση του. Με τη λογική χρήση του χρόνου, η ανταπόδοση φυσικό είναι, γίνεται πλουσιότερη. Σχετικές μελέτες έχουν αποδείξει πως, ένα έντονο, συνεχές και συναρπαστικό ενδιαφέρον μπορεί να παρατείνει τη ζωή.

10. Ζωντανεύει ο πραγματικός κόσμος. Δεν μπορούμε ασφαλώς να τρέχουμε τόσο γρήγορα, όσο στα χρόνια της νιότης. Όμως, ο πνευματικός και ψυχικός κόσμος μας γίνεται πλατύτερος. Έχουμε τώρα χρόνο για αναπολήσεις και αποτίμηση των εμπειριών της ζωής μας. Με αποτέλεσμα την αύξηση της θρησκευτικής πίστεως για πολλούς ή, πιο γενικά, μια μεγαλύτερη ανάπτυξη του εσωτερικού κόσμου του καθενός. Με άλλα λόγια γινόμαστε σοφότεροι.

Σε μια πρόσφατη συζήτηση που είχε κάποιος με μια ηλικιωμένη γυναίκα, που θα γιόρταζε σε λίγο τα εκατό της χρόνια, ρωτήθηκε τι είχε κάνει τελικά στη ζωή της. Απάντησε: «Πως μπορώ να σου πω, αφού δεν τέλειωσε ακόμα!»



**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ
ΜΕΡΟΣ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12^ο

12.1. Σκοπός - Στόχος

12.2. Στοιχεία Έρευνας (υλικό-μέθοδος)

12.3. Ερωτηματολόγιο Έρευνας

12.4. Αποτελέσματα - Συζήτηση

12.5. Στατιστικές Απεικονίσεις

12.6. Συμπεράσματα - Προτάσεις

12.1. ΣΚΟΠΟΣ - ΣΤΟΧΟΣ

Ο αριθμός των υπερηλίκων έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια. Η αλλαγή αυτή στη σύνθεση του πληθυσμού είχε ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη χρησιμοποίηση των μέσων παροχής φροντίδας για την υγεία από τους υπερηλικες και έκανε αισθητή την ανάγκη αύξησης της ευαισθητοποίησης αυτών που τους παρέχουν φροντίδα στα προβλήματά τους. Ο μεγαλύτερος, βέβαια, παράγοντας που επηρεάζει την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων είναι η παρουσία χρόνιων ασθενειών, που σαφώς προσδιορίζει χρονικά αλλά και ποιοτικά τη ζωή του ηλικιωμένου. Οι χρόνιες ασθένειες των ηλικιωμένων αποτελούν μια δοκιμασία γι' αυτούς, εξαιτίας της χρονιότητάς τους και λόγω της αβεβαιότητας που δημιουργούν όσο αφορά την πορεία και την έκβασή τους.

Ο νοσηλευτικός ρόλος στη χρόνια ασθένεια του ηλικιωμένου βασίζεται στην αναγνώριση της ασθένειας και των συνακολούθων της, όπως επίσης στις παρεμβάσεις που συμβάλουν στην αποτελεσματική διαχείριση της. Είναι δηλαδή εκείνος που παρέχει διευκολύνσεις, στηρίζει και ενδυναμώνει τις συμπεριφορές που στοχεύουν στην αποτελεσματική αυτοφροντίδα. Είναι όμως βασικό, η χρόνια ασθένεια του ηλικιωμένου να αντιμετωπισθεί σε ένα χώρο εξωνοσοκομειακό, οικείο προς τον ασθενή, οικονομικό για τους φορείς υγείας και ταυτόχρονα αποτελεσματικό. Αυτός λοιπόν ο χώρος δεν είναι άλλος από το ίδιο το σπίτι του ηλικιωμένου που με την κατ' οίκον νοσηλεία, ο νοσηλευτής προσπαθεί να καλύψει τις σημαντικές ανάγκες του χρόνιου πάσχοντα ηλικιωμένου.

Συνειδητοποιώντας λοιπόν, ότι ο συνδυασμός χρόνια και ηλικιωμένου, επιφέρει ένα πλήθος βασικών αναγκών οι οποίες αδυνατούν να καλυφθούν ενδονοσοκομειακά, πραγματοποιήσαμε τη συγκεκριμένη μελέτη που αφορά τη νοσηλευτική παρακολούθηση χρόνιων πασχόντων ηλικιωμένων κατ' οίκον.

Κίνητρό μας ήταν να καταγραφούν οι βασικότερες χρόνιες παθήσεις των ηλικιωμένων και τα προβλήματα που προκύπτουν λόγω της παρουσίας τους. Επίσης ασχοληθήκαμε με την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας που παρεχόταν στους ηλικιωμένους ασθενείς με την κατ' οίκον παρακολούθηση. Επιθυμία μας ήταν να συναντήσουμε τους ηλικιωμένους στο χώρο που ζουν, στο σπίτι τους, εκεί που τους προσφέρεται η Νοσηλευτική φροντίδα των Νοσηλευτών και η φροντίδα από τους οικείους τους, και με τη συζήτηση μαζί τους να μας εκφράσουν τα προβλήματά, τις επιθυμίες, τα παράπονα και γενικότερα το πώς εκλαμβάνουν την περίθαλψη που τους παρέχεται. Για κάθε κατ' οίκον επίσκεψη υπήρχε υπήρχε τηλεφωνική επικοινωνία με τον ηλικιωμένο για να οριστεί συγκεκριμένη ημέρα και ώρα της επίσκεψης. Έτσι ο ηλικιωμένος είχε τον απαιτούμενο χρόνο και διάθεση για να επικοινωνήσει μαζί μας και να

μας δώσει τις πληροφορίες που απαιτούσε το ειδικό επιδημιολογικό δελτίο (ερωτηματολόγιο) της έρευνας.

Θέλαμε να έρθουμε σε επαφή μαζί τους ώστε να μάθουμε το πώς αντιλαμβάνονται την ασθένειά τους και την χρονιότητά της, το πώς ιεραρχούν τα προβλήματα που τους δημιουργούνται, το βαθμό αυτοεξυπηρέτησής τους και την ποιότητα της ζωής τους, ώστε να συμπεράνουμε την ουσία του ρόλου μας ως νοσηλευτές στην κατ' οίκον αντιμετώπιση τέτοιων περιστατικών.

12.2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ (υλικό-μέθοδος)

Η εν λόγω έρευνά μας έλαβε χώρα στο Δήμο Ηρακλείου, στις κατοικίες των μελών του δείγματος. Τα στοιχεία για την εξεύρεση των μελών του δείγματος μας δόθηκαν από το Α', Δ' και Ζ' Κ.Α.Π.Η. Ηρακλείου, σε συνεργασία με την ομάδα υγείας των παραπάνω κέντρων. Η έρευνα διεξήχθη στο χρονικό διάστημα

Ιουλίου έως και Σεπτεμβρίου 2002, σε δείγμα 102 ατόμων. Οι περιοχές του Δήμου Ηρακλείου τις οποίες κάλυψε το δείγμα μας ήταν αναλυτικότερα: το ιστορικό κέντρο του Ηρακλείου, Καμίνια και Αγία Τριάδα, περιοχές για τις οποίες είναι υπεύθυνα το Δ' και Ζ' Κ.Α.Τ.Η. Ηρακλείου, και Μασταμπάς, Θέρισσος και Δειλινά, περιοχές που καλύπτονται από το Α' Κ.Α.Τ.Η. Ηρακλείου.

Το δείγμα αποτελούνταν από γυναίκες και άνδρες ηλικίας 60 ετών και άνω, οι οποίοι έπασχαν από τουλάχιστον μία χρόνια ασθένεια, και που δεχόταν κατ' οίκον φροντίδα από την ομάδα υγείας του Κ.Α.Τ.Η. της περιοχής που διαμένουν. Θα πρέπει εδώ να τονίσουμε, ότι επειδή δεν έχει οργανωθεί πλήρως ο προγραμματισμός των Κ.Α.Τ.Η. για την κατ' οίκον περίθαλψη, το δείγμα της έρευνάς περιορίσθηκε στον παραπάνω αριθμό.

Το υλικό συγκεντρώθηκε με κατ' οίκον επισκέψεις, κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας με τους ηλικιωμένους. Οι επισκέψεις είχαν διάρκεια περίπου 30 λεπτά. Κατά την επίσκεψη συμπληρωνόταν ερωτηματολόγιο (ειδικό επιδημιολογικό δελτίο) που περιείχε 33 ερωτήσεις (συμπεριλαμβανομένων και των προσωπικών στοιχείων). Τα ερωτηματολόγια ήταν επώνυμα και απαρτίζονται από ερωτήσεις κλειστού τύπου. Υπήρξε προθυμία για τη συμπλήρωσή τους σε ποσοστό 93% (απαντήθηκαν 102 ερωτηματολόγια σε σύνολο 109 ατόμων, που επισκεφθήκαμε). Δεν δέχτηκαν να απαντήσουν 7 άτομα.

12.3. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

1. Ονοματεπώνυμο:.....
2. Ηλικία:.....
3. Φύλο :..... 1. Άρρεν 2. Θήλυ
4. Διεύθυνση:.....
5. Τηλέφωνο:.....

- 6.Είδος κατοικίας: 1.Πολυκατοικία 2.Μονοκατοικία
7.Οικογενειακή κατάσταση: 1.Έγγαμος-η 2.Άγαμος-η
 3.Διαζευγμένος-η 4.Χήρος-α

8.Αριθμός παιδιών:.....

- 9.Μορφωτικό επίπεδο: 1.Αγράμματος-η
 2.Απόφοιτος-η Δημοτικού
 3. » Γυμνασίου
 4. » Λυκείου
 5. » Ανώτατης
Εκπαίδευσης

- 10.Επάγγελμα (πριν τη συνταξιοδότηση): 1.Αγρότης
 2.Εργάτης
 3.Υπάλληλος (σε

δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα)

- 4.Ιδιώτης
 5.Άλλο

- 11.Ασφαλιστικός φορέας: 1.Δημόσιο
 2.Ιδιωτικό
 3.Ι.Κ.Α.
 4.Ο.Γ.Α.
 5.Τ.Ε.Β.Ε.
 6.Άλλο

- 12.Ζείτε μόνος-η σας: 1.Ναι 2.Όχι

- 13.Αν όχι με ποιόν: 1.Σύζυγος
 2.Παιδιά
 3.Συμβίωση
 4.Άλλο

14.Έχετε επικοινωνία με συγγενικά πρόσωπα;

1. Ναι 2. Όχι

- 15.Αν ναι, με ποιόν: 1. Ξαδέρφια
 2.Ανήψια
 3.Αδέρφια
 4.Παιδιά
 5.Άλλο

16.Επισκέπτεστε το Κ.Α.Π.Η. της περιοχής σας;

- 1.Ναι 2.Όχι

- 17.Αν ναι, πόσο συχνά; 1.Καθημερινά

- 2. Μία φορά την εβδομάδα
- 3. Μία φορά το μήνα
- 4. Σπανιότερα

18. Για ποιους λόγους επισκέπτεστε το Κ.Α.Π.Η.;

- 1. Για λόγους ψυχαγωγίας;
- 2. Για να βρείτε παρέα;
- 3. Για την ιατρική περίθαλψη;
- 4. » νοσηλευτική » ;
- 5. Για την κοινωνική υποστήριξη;
- 6. Φυσικοθεραπεία;

19. Σας παρέχεται κατ' οίκον νοσηλεία από το Κ.Α.Π.Η.;

- 1. Ναι
- 2. Όχι

20. Αν ναι, ποιος σας επισκέπτεται;

- 1. Ιατρός
- 2. Νοσηλευτής
- 3. Κοινωνικός λειτουργός
- 4. Ψυχολόγος
- 5. Φυσιοθεραπευτής
- 6. Εργοθεραπευτής

21. Είστε ικανοποιημένος από την κατ' οίκον νοσηλεία;

- 1. Ναι
- 2. Μέτρια
- 3. Όχι

22. Τι προβλήματα υγείας έχετε;

- 1. Υπέρταση
- 2. Καρδιοπάθεια
- 3. Σ. Διαβήτη
- 4. Αρθρίτιδα
- 5. Οστεοπόρωση με κάταγμα
- 6. Οστεοπόρωση χωρίς κατάγματα
- 7. Κατάθλιψη
- 8. Πνευμονοπάθεια
- 9. Λοιμώξεις
- 10. Άλλο

23. Τι φάρμακα παίρνετε;

- 1. Αντιυπερτασικά
- 2. Καρδιοτονωτικά
- 3. Αντιδιαβητικά
- 4. Αντιρευματικά
- 5. Αντικαταθλιπτικά
- 6. Βρογχοδιασταλτικά
- 7. Αντιβιοτικά
- 8. Άλλο

24. Χρειάστηκε νοσηλεία για τις παραπάνω παθήσεις;

- 1. Ναι
- 2. Όχι

25. Αυτοεξυπηρετείστε;

- 1. Ναι
- 2. Όχι

26. Τι προβλήματα σας δημιουργεί η πάθησή σας;

- 1. Άγχος
- 2. Πόνο
- 3. Δύσπνοια
- 4. Απομόνωση
- 5. Ακινησία
- 6. Άλλο

27. Έχει αποδεχθεί η οικογένειά σας το πρόβλημα υγείας σας;

1. Ναι 2. Όχι

28. Σας επιτρέπει η κατάσταση της υγείας σας να συνεχίζεται μια φυσιολογική ζωή σύμφωνα με την ηλικία σας;

1. Ναι 2. Όχι

29. Σε ποιους τομείς σας βοηθάει ο Νοσηλευτής στο Κ.Α.Τ.Η.;

- 1. Ψυχολογική υποστήριξη
- 2. Συμβουλευτικός ρόλος
- 3. Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας
 - 3.1 Χορήγηση φαρμάκων
 - 3.2 Αλλαγές τραυμάτων
 - 3.3 Ενέσεις
 - 3.4 Άλλο
- 4. Διδασκαλία
- 5. Σε κανένα τομέα

30. Σε ποιους τομείς σας βοηθάει ο Νοσηλευτής στην κατ' οίκον νοσηλεία;

- 1. Ψυχολογική υποστήριξη
- 2. Συμβουλευτικός ρόλος
- 3. Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας
 - 3.1 Χορήγηση φαρμάκων
 - 3.2 Αλλαγές τραυμάτων
 - 3.3 Ενέσεις
 - 3.4 Άλλο
- 4. Διδασκαλία
- 5. Αγωγή υγείας στην οικογένεια
- 6. Σε κανένα τομέα

31. Κάνετε κάθε χρόνο το εμβόλιο της γρίππης;

1. Ναι 2. Όχι

32. Σας υπενθύμισαν κατά την κατ' οίκον νοσηλεία ότι θα πρέπει να κάνετε το εμβόλιο της γρίππης;

1. Ναι 2. Όχι

33. Πως περνάτε τις ελεύθερες ώρες σας;

- 1. Καφενείο
- 2. Κοινωνικές εκδηλώσεις
- 3. Πολιτιστικοί σύλλογοι
- 4. Με την οικογένεια
- 5. Με τον κήπο
- 6. Περίπατος
- 7. Άλλο

12.4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η έρευνά μας διεξήχθη κατά το χρονικό διάστημα Ιουλίου - Σεπτεμβρίου 2002 με κατ' οίκον επίσκεψη σε χρόνιους πάσχοντες ηλικιωμένους, τα στοιχεία των οποίων ελήφθησαν από το αρμόδιο Κ.Α.Π.Η. της περιοχής τους. Συμπληρώθηκαν 102 ερωτηματολόγια καλύπτοντας έτσι ένα ευρύ φάσμα ατόμων με τα παραπάνω χαρακτηριστικά, τα οποία δέχονταν κατ' οίκον νοσηλευτική παρακολούθηση.

Απευθυνθήκαμε σε άτομα ηλικίας 60-100 ετών λόγω του ότι σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο των Κ.Α.Π.Η., στα κέντρα αυτά συμμετέχουν άτομα με κατώτατο όριο ηλικίας τα 60 χρόνια.

Οι ηλικίες των ερωτηθέντων ατόμων είχαν ως εξής (Διάγρ.1): Το μεγαλύτερο ποσοστό χρόνιων πασχόντων ηλικιωμένων είχε ηλικία 70-89 έτη (81,36%), αφού στις συγκεκριμένες ηλικίες υπάρχει μεγαλύτερη ανάγκη για κατ' οίκον αντιμετώπιση του χρόνιου προβλήματος, ενώ σε μικρότερη ηλικία (60-69) δεν φαίνεται να απευθύνονται στο Κ.Α.Π.Η. αφού μπορούν ακόμα να αντιμετωπίζουν μόνοι την πάθησή τους. Είχαμε μικρό ποσοστό ηλικιών 90 και άνω (9,8%) λόγω του ότι η θνησιμότητα σε αυτές τις ηλικίες σε άτομα με χρόνια προβλήματα είναι υψηλή.

Όσον αφορά το φύλο των ερωτηθέντων ατόμων, το ποσοστό των ανδρών ήταν 24,51% (25 άτομα) και το ποσοστό των γυναικών 75, 49% (77 άτομα), (Διάγρ.2).

Εδώ βέβαια ισχύει η πραγματικότητα της "φεμινοποίησης της τρίτης ηλικίας" αφού η ανδρική θνησιμότητα είναι σαφώς μεγαλύτερη από εκείνη των γυναικών, όπως επίσης ισχύει ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο, έτσι εμφανίζουν και μεγαλύτερο ποσοστό χρόνιων νοσημάτων.

Σε μικρό αριθμό κατοικιών δεν υπήρχε τηλέφωνο και μας δόθηκε ο αριθμός συγγενικού προσώπου. Το σημαντικό είναι ότι σε ένα χρόνο πάσχοντα ηλικιωμένο, η ύπαρξη τηλεφώνου είναι αναγκαία και αυτό επισημάνθηκε κατά την επίσκεψή μας. Εξάλλου σε μικρό αριθμό ατόμων εντοπίσαμε κάποιου είδους "τηλεβοήθεια", με ειδική συσκευή, κυρίως σε άτομα που ζούσαν μόνα με προβλήματα κινητικότητας.

Το είδος κατοικίας των ηλικιωμένων που επισκεφθήκαμε είχε ως εξής: 35 άτομα (34,31%) ζούσαν σε πολυκατοικία, ενώ 67 άτομα (65,69%) ζούσαν σε μονοκατοικία (Διάγρ.3). Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι το είδος κατοικίας διέφερε καθώς άλλαζε η περιοχή στην οποία βρισκόμασταν. Έτσι σε περιοχές υψηλού οικονομικού επιπέδου (Μασταμπάς) οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ζούσαν σε πολυκατοικίες, ενώ σε υποβαθμισμένες και οικονομικά ασθενέστερες

περιοχές (Αγία Τριάδα, Καμίνια) συναντήσαμε μονοκατοικίες. Το μεγάλο ποσοστό μονοκατοικίας στους ηλικιωμένους φαίνεται να τονίζεται και σε έρευνα του Α. Τεπέρογλου (1990) (62), όπου 69% των ηλικιωμένων ζουν σε μονοκατοικία σε αστικές περιοχές. Επίσης, σημαντικό ήταν ότι άτομα που ζούσαν σε πολυκατοικίες συναντούσαν προβλήματα λόγω του ότι δεν υπήρχαν βοηθητικά μέσα όπως ανελκυστήρας και στηρικτικές μπάρες στην σκάλα.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων το 3,92% είναι διαζευγμένοι, ενώ μόνο το 9,8% είναι άγαμοι. Αντιθέτως, ο μισός πληθυσμός του δείγματός μας, έχει χάσει τον-την σύντροφό του (51,96%), και σε ποσοστό 34,31% συναντήσαμε έγγαμους ηλικιωμένους (Διάγρ.4). Το μικρό, γενικά, ποσοστό διαζευγμένων ηλικιωμένων το συναντάμε και σε έρευνα της Α. Αμηνά (1986) (63), όπου 1,2% των ηλικιωμένων έχουν χωρίσει. Το μεγάλο ποσοστό χηρείας οφείλεται κυρίως σε γυναίκες χήρες και αυτό φαίνεται σε έρευνα του Ι. Γεωργούλη (1993) (64) όπου εντοπίζει 40% χηρεία στον πληθυσμό, το οποίο συμπληρώνεται με συμμετοχή 38% χήρων γυναικών.

Από 1-3 παιδιά έχει το 59,8% (61 άτομα) των ηλικιωμένων. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι (59,8%) έχουν παιδιά, αλλά αξιοσημείωτο είναι και το ποσοστό των ατόμων που δεν έχουν παιδιά (20,59%) το οποίο πιθανότατα προέρχεται και από τους άγαμους ηλικιωμένους αλλά και από ένα μικρό ποσοστό ατόμων που παντρεύτηκαν σε μεγάλη ηλικία, είχαν προβλήματα υγείας κ.α.(Διάγρ.5). Τα στοιχεία μας συμφωνούν με έρευνα των Δ. Μπαλούρδου, Α.Τεπέρογλου, Μ. Τζωρτζοπούλου (1993) (65) στην οποία εντόπισαν ότι οι ηλικιωμένοι (65 και άνω) έχουν ένα παιδί σε ποσοστό 18,4%, ενώ 2 παιδιά σε ποσοστό 53,2%.

Για το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων βρέθηκε ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν είχαν καθόλου γραμματικές γνώσεις ή μόλις κατόρθωσαν να τελειώσουν την Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση, σε ποσοστό 92,15% (Διάγρ.6). Αυτό οφείλεται και στο ότι το δείγμα μας αποτελούνταν κυρίως από γυναίκες (75,49%) οι οποίες παρουσιάζουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Τα στοιχεία αυτά εντοπίζονται και σε έρευνα της Ε. Πίτσιου (1986) (66), όπου 35,4% των ηλικιωμένων είναι αγράμματοι, ενώ 52% είχαν γνώσεις Δημοτικού. Συμπίπτει επίσης το ποσοστό αποφοίτων Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης αφού και στην έρευνα αυτή σημειώνεται ποσοστό 1%. Αξιοσημείωτο είναι το ότι οι γραμματικές γνώσεις των ηλικιωμένων διέφεραν ανάλογα με το οικονομικό επίπεδο της περιοχής στην οποία βρισκόμασταν. Χαμηλές γραμματικές γνώσεις σε Αγία Τριάδα, Καμίνια, Δειλινά, υψηλές στο κέντρο του Ηρακλείου, Μασταμπά.

Όσον αφορά το επάγγελμα (Διάγρ.7), παρατηρούμε ότι ενώ η έρευνά μας διεξήχθη σε αστικό κέντρο, 20 άτομα ήταν Αγρότες, πράγμα που σημαίνει ότι μεταφέρθηκαν κάποια στιγμή από την περιφέρεια προς το κέντρο, ενώ θα

πρέπει να σημειώσουμε ότι 38, 23% των ατόμων που δήλωσαν άλλο επάγγελμα, αφορούσε κυρίως γυναίκες οι οποίες ασχολούνταν με οικιακά, γεγονός αναμενόμενο λόγω του ότι η γυναίκα στα προηγούμενα χρόνια στην Ελλάδα είχε αναλάβει το συγκεκριμένο ρόλο.

Όσο για τον ασφαλιστικό φορέα (Διάγρ.8), θα πρέπει να σχολιάσουμε ότι το ποσοστό των ατόμων τα οποία είναι ασφαλισμένα στο Ι.Κ.Α. (53,92%), προκύπτει και από άτομα τα οποία επέλεξαν την ασφάλιση του-της συζύγου τους ή από χήρους-ες οι οποίοι λαμβάνουν τη σύνταξη του συντρόφου που απεβίωσε. Επίσης τα άτομα που δήλωσαν άλλη ασφάλιση, στο σύνολό τους δεν έχουν ασφαλιστικό φορέα και λαμβάνουν περίθαλψη από την κοινωνική πρόνοια. Αναμενόμενη ήταν η ανυπαρξία ιδιωτικού φορέα ασφάλισης.

Η έρευνα έδειξε ότι ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (43,14%) χρονίων πασχόντων ηλικιωμένων ζει μόνο του (43,14%), (Διάγρ.9) και θα μπορούσαμε να συνδέσουμε το στοιχείο αυτό με το ότι το δείγμα μας σε ποσοστό 51,96% αποτελούνταν από χήρους-ες, καθώς και το 9,8% συμπληρωνόταν από άγαμους ηλικιωμένους. Μελετώντας άλλες έρευνες εντοπίζουμε μικρότερο ποσοστό ατόμων που ζουν μόνοι. Έτσι σε έρευνα του Ε. Πολυχρονόπουλου (1991) (67) το ποσοστό αυτό κυμαίνεται σε 29%, ενώ η έρευνα Crosby (1996) (68) εντοπίζει το ποσοστό αυτό στο 14,7% στην Ελλάδα, το δεύτερο μικρότερο στην Ευρώπη. Η Eurostat (69) υποδεικνύει ότι καθώς η ηλικία μεγαλώνει, αυξάνει και ο πληθυσμός των μοναχικών ατόμων. Έτσι στην Ελλάδα, το ποσοστό αυτό σε ηλικίες 80 και άνω φτάνει στο 28%. Αν συνδέσουμε ότι το δείγμα μας κυμαίνεται σε ηλικίες 70-89 σε ποσοστό 81,36%, τότε τα στοιχεία μας συμπίπτουν με τις παραπάνω έρευνες, παραμένει όμως μεγάλο ποσοστό και χρήζει προσοχής εκείνων των χρονίων πασχόντων που ζουν μόνοι.

Στην ερώτηση για τα πρόσωπα που συντροφεύουν τους υπερήλικες, βρέθηκε ότι (Διάγρ.9α): ένα μεγάλο ποσοστό από τα άτομα που δεν ζουν μόνα, κατοικεί με τον-την σύζυγό του (67,24%). Πολλοί επίσης ηλικιωμένοι (36,2%) ζουν με τα παιδιά τους είτε στο δικό τους σπίτι, είτε στην κατοικία των παιδιών τους. Βέβαια, ένα ποσοστό μικρό ζούσε και με τον-την σύζυγό αλλά ταυτόχρονα και με τα παιδιά τους. Τα τρία άτομα που δηλώνουν ότι συζούν, είναι διαζευγμένα ή χήροι-ες, και η συμβίωσή τους αφορά νέο σύντροφο, ενώ άλλα τρία άτομα δηλώνουν ότι ζουν με αδέρφια, ξαδέλφια κ.τ.λ. Έρευνα της Η. Van Solinge, (1998),(70) δείχνει ότι στην Ελλάδα το 35% των ατόμων με ηλικία 65 και άνω, ζει με τα παιδιά του, ενώ η Α. Αμηνά σε έρευνά της το 1996 (71) δηλώνει ότι στο συνολικό πληθυσμό το 64,3% των ηλικιωμένων είναι έγγαμοι και ζουν με τον-την σύζυγό τους. Ο Α. Τεπέρογλου (1990),(62), αναφέρει ότι 6,1% των ηλικιωμένων ζουν με λοιπούς συγγενείς και το 2,3% με άλλους. Σε όλες όμως

τις έρευνες εντοπίσαμε το γεγονός του ότι το αίσθημα της μοναξιάς είναι διάχυτο στους ηλικιωμένους, χωρίς να διαδραματίζει ρόλο η συμβίωσή τους με άλλο-α άτομα.

Η επικοινωνία των ηλικιωμένων με συγγενικά πρόσωπα υπήρχε σε ποσοστό 90,2% (92 άτομα), και 9,8% δήλωσε ότι δεν είχε επικοινωνία (10 άτομα) (Διάγρ.10). Ποια ήταν όμως τα συγγενικά πρόσωπα με τα οποία είχαν επικοινωνία οι ηλικιωμένοι; (Διάγρ.10α). Ένα ποσοστό 7,6% (7 άτομα) είχε επικοινωνία με ξαδέλφια, το 18,48% (17 άτομα) είχαν επικοινωνία με ανήψια, ενώ 38,04% των ηλικιωμένων (35 άτομα) είχαν επικοινωνία με τα ξαδέλφια τους. 73 άτομα (79,35%) είχαν επικοινωνία με τα παιδιά τους, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό (40,22%), αφορούσε άλλα συγγενικά άτομα.

Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι ανεξάρτητα από την οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων και από το αν ζουν μόνοι, οι περισσότεροι (90,2%) δηλώνουν ότι έχουν επικοινωνία με συγγενικά τους πρόσωπα, γεγονός αισιόδοξο λόγω της κατάστασης της υγείας των ατόμων αυτών. Σαφέστατα οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δηλώνουν ότι επικοινωνούν με τα παιδιά τους (79,35%) αλλά και με τα εγγόνια τους, πρόσωπα τα οποία καταχωρούνταν στην κατηγορία "άλλο" (40,22%). Όσον αφορά την επικοινωνία με τα αδέρφια εντοπίζουμε ένα ποσοστό 38,04%, σχετικά χαμηλό, λόγω θανάτων, ανυπαρξίας αδελφών και απόστασης. Σε μικρότερα ποσοστά φαίνεται να είναι η επικοινωνία με ξαδέλφια και ανήψια. Ένα μικρό ποσοστό (9,8%), ένας στους δέκα, δηλαδή, ηλικιωμένους δηλώνει ότι δεν έχει επικοινωνία με συγγενείς, είτε λόγω θανάτων, είτε ανυπαρξίας παιδιών και οικογένειας, είτε λόγω απόστασης, αλλά και αδιαφορίας.

Στο σύνολο του δείγματος ένα ποσοστό 28,43% (29 άτομα) επισκέπτεται το Κ.Α.Π.Η. της περιοχής τους, ενώ το 71,57% (73 άτομα) δεν το επισκέπτεται.(Διάγρ.11)

Όσο για τη συχνότητα των επισκέψεων στο Κ.Α.Π.Η., το 13,79% (4 άτομα) το επισκέπτεται καθημερινά, το ίδιο ποσοστό 13,79% (4 άτομα) το επισκέπτεται μία φορά την εβδομάδα, το 3,45% (1 άτομο) δήλωσε ότι πηγαίνει στο Κ.Α.Π.Η. μία φορά το μήνα, ενώ το 62,07% (18 άτομα) το επισκέπτεται σπανιότερα (Διάγρ.11α). Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι συζητάμε για χρόνιους πάσχοντες ηλικιωμένους. Αν λάβουμε υπ' όψιν μας τον παράγοντα αυτό, τα αποτελέσματα στη συγκεκριμένη ερώτηση είναι αναμενόμενα. Το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν επισκέπτεται το Κ.Α.Π.Η. της περιοχής τους φτάνει στο 71,57%. Η αιτιολογία φαίνεται να είναι ξεκάθαρη. Η χρονιότητα των νοσημάτων των ηλικιωμένων και τα προβλήματα που τους δημιουργούν (πόνος, ακινησία, άγχος κ.τ.λ.), αποτελούν σοβαρούς παράγοντες που εμποδίζουν την προσέλευση των ηλικιωμένων στο Κ.Α.Π.Η.. Αυτό υποδεικνύεται και από τη συχνότητα

προσέλευσης και εκείνων που επισκέπτονταν το Κ.Α.Π.Η. αφού το 62,07% πηγαίνει στο κέντρο σπανιότερα από 1 φορά το μήνα. Δε θα πρέπει να αγνοήσουμε παράγοντες όπως η απόσταση των κέντρων από τις κατοικίες των μελών, αλλά και την οικονομική κατάστασή τους, στοιχεία που καθιστούν δύσκολη την μετακίνησή τους.

Οι λόγοι για τους οποίους το 28,43% των ηλικιωμένων επισκέπτεται το Κ.Α.Π.Η. είναι (Διάγρ.11β): για λόγους ψυχαγωγίας το 68,96% (20 άτομα), για παρέα το 41,38% (12 άτομα), 31,03% μόνο 9 άτομα δηλαδή για ιατρική περίθαλψη, 14 άτομα ποσοστό 48,27% για νοσηλευτική περίθαλψη, 13,79% πηγαίνει για κοινωνική υποστήριξη ενώ το 6,89% (2 άτομα) επισκέπτονται το κέντρο για φυσικοθεραπεία. Παρακολουθούμε ότι σε ποσοστό 68,96%, οι ηλικιωμένοι δίνουν ένα ψυχαγωγικό χαρακτήρα στην επίσκεψή τους στο Κ.Α.Π.Η.. Οι εκδηλώσεις που φιλοξενούνται κατά καιρούς φαίνεται να προσελκύουν τους ηλικιωμένους, ενώ η συντροφιά που βρίσκουν εκεί παίζει σημαντικό ρόλο (41,38%). Παρόλο που η περίθαλψη των χρόνιων πασχόντων ηλικιωμένων βασίζεται στην κατ' οίκον νοσηλεία, ένα ποσοστό από αυτούς δέχεται ιατρική, νοσηλευτική και κοινωνική περίθαλψη στο Κ.Α.Π.Η., (31,03%, 48,27%, 13,79%, αντίστοιχα), θεωρώντας ότι υπάρχει ανάγκη για επιπλέον φροντίδα.

Δεδομένου ότι το δείγμα μας αποτελούσαν άτομα που δέχονταν κατ' οίκον νοσηλεία, στην αντίστοιχη ερώτηση ("Δέχεστε κατ' οίκον νοσηλεία ;") είχαμε 102 θετικές απαντήσεις (Διάγρ.12). Η ερώτηση αυτή καταχωρήθηκε στο ερωτηματολόγιο για το ενδεχόμενο του να έχει ενταχθεί κάποιος ηλικιωμένος σε πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας αλλά να μην λαμβάνει υπηρεσίες του. Σημαντικός όμως φαίνεται να είναι ο διαχωρισμός των επισκέψεων των επαγγελματιών υγείας ανάλογα με την ειδικότητά τους κατά την κατ' οίκον νοσηλεία. Στην ερώτηση "Ποιός σας επισκέπτεται;", το 5,88% (6 άτομα) απάντησε ο ιατρός, το 98,04% (100 άτομα) ο νοσηλευτής, 27,45% (28 άτομα) ο κοινωνικός λειτουργός, 0,98% (1 άτομο) ο ψυχολόγος, 2 άτομα τα επισκέφθηκε φυσιοθεραπευτής (1,96%) και 1 άτομο δέχθηκε παρέμβαση από εργοθεραπευτή (0,98%) (Διάγρ.12α).

Φαίνεται ότι η κατ' οίκον νοσηλεία βασίζεται κατά κανόνα στην επίσκεψη του νοσηλευτή (98,04%) στον οποίο δίδεται το βάρος της αντιμετώπισης του ασθενή. Υπάρχει βέβαια και η συνεργασία μεταξύ των ειδικοτήτων, έτσι ανάλογα με το πρόβλημα υγείας του ηλικιωμένου έχουμε επισκέψεις κοινωνικού λειτουργού (27,45%) και ιατρού (5,88%). Θα μπορούσαμε γενικά να αναφέρουμε ότι ο νοσηλευτής αναλαμβάνει, τουλάχιστον έτσι φαίνεται, το έργο της αξιολόγησης της κατάστασης της υγείας των ηλικιωμένων έτσι ώστε να κρίνει

για το αν είναι απαραίτητη η επίσκεψη ιατρού, κοινωνικού λειτουργού, ψυχολόγου, φυσιοθεραπευτή, εργοθεραπευτή. Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ανάγκη για ιατρική ή εξειδικευμένη περίθαλψη, ικανοποιείται με την παραπομπή του ηλικιωμένου από το νοσηλευτή σε ενδονοσοκομειακού χαρακτήρα ιδρύματα. Χρήζει ιδιαίτερης προσοχής το χαμηλό ποσοστό επισκέψεων του κοινωνικού λειτουργού (27,45%), ειδικότητα αναγκαία για χρόνιους πάσχοντες ηλικιωμένους με προβλήματα μοναξιάς, άγχους, φόβου, πόνου κ.α. που τους χαρακτηρίζουν. Η κοινωνική παρέμβαση θεωρείται απαραίτητη, και το ποσοστό των ατόμων που καλύπτει με τις επισκέψεις του ο κοινωνικός λειτουργός είναι πολύ μικρό αν λάβουμε υπ' όψιν ότι αποτελεί τον υπεύθυνο της ομάδας υγείας του Κ.Α.Π.Η.. Τα ποσοστά επισκέψεων από ειδικότητες όπως ψυχολόγου (0,98%), φυσιοθεραπευτή (1,96%), και εργοθεραπευτή (0,98%) μπορούν να χαρακτηριστούν ως απογοητευτικά αφού δεν υπάρχει πάντα η δυνατότητα μετακίνησης ενός χρόνιου πάσχοντα ηλικιωμένου και επίσκεψής του σε μια ανάλογη εξειδικευμένη υπηρεσία. Σαφέστατα, οι ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων που καταγράψαμε, δεν ικανοποιούνται με τέτοιο ανεπαρκή αριθμό επισκέψεων από άλλες ειδικότητες.

Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι σε μεγάλο ποσοστό οι ηλικιωμένοι δέχονταν επίσκεψη από οικογενειακό βοηθό για εξυπηρετήσεις όπως: εξόφληση λογαριασμών, ψώνια, τακτοποίηση χώρου, κ.τ.λ., ειδικότητα όμως που δεν καταγράφηκε στο ερωτηματολόγιο αφού δεν ανήκει στην επιστημονική ομάδα υγείας του Κ.Α.Π.Η.

Οι ηλικιωμένοι είναι ευχαριστημένοι σε ποσοστό 84,31% (86 άτομα) από την κατ' οίκον νοσηλεία, το 12,74% (13 άτομα) φαίνεται να είναι μέτρια ικανοποιημένοι, ενώ το 2,94% (3 άτομα) δήλωσαν ότι δεν είναι ικανοποιημένοι από την κατ' οίκον νοσηλεία.(Διάγρ.13)

Από τις απαντήσεις των ηλικιωμένων διακρίνουμε την ικανοποίησή τους για την υπηρεσία σε ποσοστό αρκετά υψηλό. Πρέπει να σημειωθεί ότι σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του ποσοστού αυτού έπαιξε η ιδιότητά μας ως "απεσταλμένοι φοιτητές νοσηλευτικής σε συνεργασία με το Κ.Α.Π.Η.", γεγονός που πιθανότατα εμπόδισε την έκφραση παραπόνων ή αρνητικών σχολίων από τους ηλικιωμένους για την κατ' οίκον νοσηλεία. Γενικότερα, σπουδαίο ρόλο για τις θετικές απαντήσεις των ηλικιωμένων (84,31%) διαδραματίζει ο νοσηλευτής που, όπως προαναφέραμε, σηκώνει το μεγαλύτερο βάρος του προγράμματος. Η παρέμβασή του δείχνει να είναι καθοριστική για την ομάδα αυτή του πληθυσμού. Δεν έλειπαν, βέβαια, και οι μέτριες ή αρνητικές εντυπώσεις για την υπηρεσία (12,74%), και (2,94%) αντίστοιχα. Τα άτομα αυτά είχαν μεγαλύτερες

προσδοκίες για την αντιμετώπιση των παθήσεών τους ενώ βαρόμετρο ήταν και η έλλειψη επισκέψεων από συγκεκριμένες ειδικότητες, και η έλλειψη μεγαλύτερου ενδιαφέροντος από εκείνους που τους είχαν ήδη επισκεφθεί. Έρευνα του Α. Τεπέρογλου (1990) (72), τονίζει γενικότερα την μεγάλη ικανοποίηση των ηλικιωμένων για τα προγράμματα υγείας των Κ.Α.Π.Η. σε ποσοστό 89%, ενώ τα αρνητικά σχόλια είναι σχεδόν ανύπαρκτα.

Όσον αφορά τη συχνότητα των χρόνιων παθήσεων, στο σύνολο του δείγματος (Διάγρ14), παρατηρήθηκαν τα εξής (πίνακας 12.4.1) :

| Προβλήματα υγείας | Άνδρες | Γυναίκες | Σύνολο |
|-----------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Υπέρταση | 18άτομα (24,66%) | 55άτομα (75,34%) | 73άτομα (71,57%) |
| Καρδιοπάθεια | 10άτομα (22,22%) | 35άτομα (77,78%) | 45άτομα (44,11%) |
| Σακχαρώδης Διαβήτης | 7άτομα (15,55%) | 38άτομα (84,45%) | 45άτομα (44,12%) |
| Χρόνια Αρθρίτιδα | 7άτομα (21,21%) | 26άτομα (78,79%) | 33άτομα (32,35%) |
| Οστεοπόρωση με κατάγματα | 3άτομα (20%) | 12άτομα (80%) | 15άτομα (14,7%) |
| Οστεοπόρωση χωρίς κατάγματα | 1άτομο (5,26%) | 18άτομα (94,74%) | 19άτομα (18,62%) |
| Κατάθλιψη | 2άτομα (16,66%) | 10άτομα (83,34%) | 12άτομα (11,76%) |
| Αναπνευστική νόσος | 9άτομα (39,13%) | 14άτομα (60,87%) | 23άτομα (22,55%) |
| Λοιμώξεις | 3άτομα | 7άτομα | 10άτομα |

| | | | |
|------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | (30%) | (70%) | (9,8%) |
| Άλλο | 15άτομα (26,31%) | 42άτομα (73,69%) | 57άτομα (55,88%) |

Πίνακας 12.4.1. Συχνότητα χρόνιων παθήσεων, στο σύνολο του δείγματος.

Η υπέρταση φαίνεται να είναι το μεγαλύτερο χρόνια πρόβλημα στους ηλικιωμένους αφού το 71,57% πάσχει από αυξημένη αρτηριακή πίεση.

Όπως βλέπουμε στον πίνακα (Πίνακας 12.4.2.), παρατηρούμε με σαφήνεια τη συχνότητα των χρόνιων παθήσεων που παρουσιάζονται τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες (Διάγρ.14α, 14β).

| Προβλήματα υγείας | Άνδρες | Γυναίκες | Σύνολο |
|-----------------------------|-------------------|----------------------|----------------------|
| Υπέρταση | 72% (18 άτομα) | 71,43% (55 άτομα) | 71,57% (73 άτομα) |
| Καρδιοπάθεια | 40% (10 άτομα) | 45,45% (35 άτομα) | 44,11% (45 άτομα) |
| Σακχαρώδης διαβήτης | 28% (7 άτομα) | 49,35% (38 άτομα) | 44,11% (45 άτομα) |
| Χρόνια Αρθρίτιδα | 28% (7 άτομα) | 33,76% (26 άτομα) | 32,35% (33 άτομα) |
| Οστεοπόρωση με κατάγματα | 12% (3 άτομα) | 15,58% (12 άτομα) | 14,7% (15 άτομα) |
| Οστεοπόρωση χωρίς κατάγματα | 4% (1 άτομο) | 23,38% (18 άτομα) | 18,62% (19 άτομα) |

| | | | |
|--------------------|-------------------|----------------------|----------------------|
| Κατάθλιψη | 8% (2 άτομα) | 12,99% (10 άτομα) | 11,76% (12 άτομα) |
| Αναπνευστική νόσος | 36% (9 άτομα) | 18,18% (14 άτομα) | 22,55% (23 άτομα) |
| Λοιμώξεις | 12% (3 άτομα) | 9,1% (7 άτομα) | 9,8% (10 άτομα) |
| Άλλο | 60% (15 άτομα) | 54,54% (42 άτομα) | 55,88% (57 άτομα) |

Πίνακας 12.4.2. Συχνότητα χρόνιων παθήσεων κατά φύλο (άνδρες-γυναίκες).

Ανά φύλο, λοιπόν, η υπέρταση κυριαρχεί τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, αφού το 72% των ανδρών και το 71,43% των γυναικών, είχε διαγνωσμένη Α.Υ. Μελέτη σε αγροτικό πληθυσμό της Νεμέας (Ε.Α.Σκληρός, Ε.Κτώρου, Α.Σωτηρόπουλος, Μ.Μάγκου, Γ.Σεβαστός, Ο.Αποστόλου, Ε.Παπαδημητρίου, Χ.Καμμηλάτος, 2000),(73), έδειξε ότι τα άτομα άνω των 65 ετών που εξέτασαν, είχαν Α.Υ. σε ποσοστό 58%, ενώ στις Η.Π.Α. το ποσοστό αγγίζει το 60%, ποσοστό που συμφωνεί σχεδόν με εκείνα της δικής μας μελέτης. Οι καρδιοπάθειες, απασχολούν το 44,11% του δείγματος, με κυρίαρχο φύλο τις γυναίκες που δείχνουν να έχουν καρδιαγγειακά προβλήματα σε ποσοστό 45,45%, έναντι των ανδρών που το ποσοστό κυμαίνεται στο 40%. Σε μελέτη (Α.Δοντάς, Δ.Μπούφας, 1982) (74) βλέπουμε ότι το ποσοστό των καρδιοπαθειών στη δεκαετία 70-79, είναι 42,3%.

Όσον αφορά την ασθένεια του Σακχαρώδη Διαβήτη, παρόλο που η συχνότητα της πάθησης αυξάνει απότομα από τα 60 έτη και άνω, το ίδιο και στα δύο φύλα, (C.Cassel, 1990-Α.Τζημουράκας, 1989) (75)(76), στο δείγμα μας το 28% των ανδρών είχε αυξημένο σάκχαρο ενώ οι γυναίκες είχαν Σακχ.διαβήτη σε ποσοστό 49,35%. Ο Σακχ.διαβήτης στο σύνολο των ηλικιωμένων, τους απασχολούσε σε ποσοστό 44,11%.

Προβλήματα χρόνιας αρθρίτιδας, σύμφωνα με την έρευνα, απασχολούν τους 102 ηλικιωμένους σε ποσοστό 32,35% (33 άτομα). Στο σύνολο των γυναικών του δείγματος, οι χρόνιες αρθρίτιδες εκτείνονται σε ποσοστό 33,76% εν αντιθέσει με τους άνδρες που το ποσοστό τους κυμαίνεται στο 28% επί του ανδρικού φύλου. Σύμφωνα με την Έρα Έμκε Πουλοπούλου(1999) (8), στην Ελλάδα, τουλάχιστον 300 χιλιάδες άτομα άνω των 65 ετών (περίπου 21,5%), πάσχουν από σοβαρές αρθρίτιδες και υποβάλλονται σε κάποια θεραπεία, ενώ δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός, σε ποιο φύλο απαντάται περισσότερο η αρθρίτιδα (Γ.Λυρίτης 1996) (77).

Τα άτομα του δείγματός μας, που έπασχαν από οστεοπόρωση ήταν 34 (33,32%). Έγινε βέβαια ένας διαχωρισμός κατά τον οποίο 15 άτομα (14,7%) παρουσίαζαν οστεοπόρωση με κατάγματα, ενώ 19 άτομα (18,62%) χωρίς κατάγματα. Ο Γ.Λυρίτης (1987) (77) σε έρευνά του σε Κ.Α.Π.Η., υποδεικνύει ότι η οστεοπόρωση χωρίς κατάγματα απασχολεί το 18, 57% του πληθυσμού άνω των 65 ετών, ενώ η Έρα Έμκε Πουλοπούλου σε έρευνά της (1999) (8), υπολογίζει ότι 16% του πληθυσμού μπορεί να κατηλωθεί στο κρεβάτι λόγω οστεοπόρωσης με κάταγμα. Επίσης, η Β.Μ.αργαριτίδου (1991) (78) σε έρευνά της αναφέρει ότι μια στις τρεις γυναίκες και ένας στους έξι άνδρες θα πάθουν κατάγματα του ισχίου λόγω οστεοπόρωσης σε ηλικία 65 και άνω. Βλέπουμε ότι οι παραπάνω έρευνες συμπίπτουν κατά ένα μεγάλο ποσοστό με τα στοιχεία της δικής μας μελέτης.

Οι ηλικιωμένοι, απ' ότι φαίνεται, πάσχουν από κατάθλιψη σε ποσοστό 11,76% (12 άτομα). Η κατάθλιψη απασχολεί το γυναικείο φύλο περισσότερο αφού στο σύνολο των γυναικών του δείγματος, οι 10 ήταν καταθλιπτικές (12,99%) ενώ οι άνδρες παρουσίαζαν ποσοστό 8% (2 από τους 25 άνδρες του συνόλου). Ο Χρήστος Ι. Ιστίκογλου σε άρθρο του (2001) (14) τονίζει ότι η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης στην Τρίτη Ηλικία είναι 3-21%. Εξάλλου, και η Σοφία Αριτζή σε συνέδριο (1981) (79), παραθέτει έρευνα του C.G. Gottfries που λει πως η κατάθλιψη μετά τα 65 έτη κυμαίνεται μεταξύ 8-30%, ποσοστό το οποίο συμφωνεί με έρευνα της Έρα Έμκε Πουλοπούλου το 1980 (8), όπου το εντοπίζει στο 15-40%. Από τα παραπάνω φαίνεται η συμφωνία των στοιχείων της έρευνάς μας με τις παρατιθέμενες έρευνες.

Οι παθήσεις του αναπνευστικού ταλαιπωρούν τους ηλικιωμένους του πληθυσμού που εξετάσαμε σε ποσοστό 22,55% (23 άτομα). Η αναλογία των πνευμονοπαθειών στα δύο φύλα φαίνεται να είναι 2:1 (άνδρες : γυναίκες) αφού από πνευμονοπάθειες πάσχουν 9 από τους 25 άνδρες του δείγματος (36%) ενώ χρόνια αναπνευστικά προβλήματα έχουν 14 από τις 77 γυναίκες (18,18%). Αυτή η αναλογία ίσως να οφείλεται στην άνοδο της συχνότητας των Χ.Α.Π.Ν. στους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα στους άνδρες λόγω καπνίσματος. Οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν λοιμώξεις στο 9,8% του δείγματος (10 άτομα). Κυρίως αφορούν λοιμώξεις του πεπτικού, του ουροποιογεννητικού συστήματος, καθώς επίσης και λοιμώξεις δευτεροπαθή χαρακτήρα εξαιτίας κακώσεων των μαλακών μορίων, αλλά και άλλων διαφόρων νόσων. Το 12,1% των λοιμώξεων αφορούσε τους άνδρες (3 άτομα) στο σύνολο των ανδρών, ενώ από τις 77 γυναίκες, το ποσοστό ήταν 9,1% (7 άτομα).

Στην κατηγορία "άλλο", δηλώθηκαν χρόνιες παθήσεις όπως: αναπηρίες (τύφλωση, κώφωση - μερική ή ολική), γενικότερες διαταραχές όρασης και ακοής

(γλαύκωμα, καταρράκτης). Επίσης, χρόνιες δερματοπάθειες (ψωρίαση), νευρολογικές διαταραχές (νόσος του Parkinson, Alzheimer), αγγειακά εγκεφαλικά σύνδρομα, κ.α. Οι παραπάνω ασθένειες συχνά συνυπάρχουν μεταξύ τους αλλά και με τις προηγούμενες κύριες χρόνιες νόσους που αναλύσαμε εκτενέστερα. Γενικότερα στην κατηγορία "άλλο", μας απάντησε το 55,88% (57 άτομα). 15 στους 25 άνδρες του δείγματος (60%) δήλωσαν ότι πάσχουν από άλλες χρόνιες διαταραχές, ενώ το 54,54% των γυναικών του δείγματος (42 άτομα), είχαν άλλα προβλήματα. Σημαντικό ρόλο για τον ηλικιωμένο, διαδραματίζει το γεγονός της ύπαρξης ενός ή της συνύπαρξης περισσότερων χρονίων προβλημάτων. Παρατηρήθηκαν λοιπόν, τα εξής στοιχεία (Διάγρ.14γ): 8 ηλικιωμένοι (7,84%) έπασχαν από μία χρόνια ασθένεια. 23 άτομα (22,55%) έπασχαν από 2 χρόνιες παθήσεις, ενώ το 34,31% (35 άτομα) ταλαιπωρούνταν από τρεις χρόνιες παθήσεις ταυτόχρονα. Τέλος 36 άτομα (35,30%) παρουσίαζαν παραπάνω από τρεις χρόνιες νόσους συγχρόνως. Παρατηρούμε λοιπόν, ένα άκρως ανησυχητικό φαινόμενο. Το ποσοστό των ατόμων που παρουσιάζει πάνω από μία χρόνια ασθένεια, φθάνει το 92% περίπου! Σε έρευνα τη Ε.Πίτσιου (1986) (66)σε Κ.Α.Π.Η. ,έδειξε ότι το 68% των ανδρών και το 83% των γυναικών άνω των 65 ετών, έπασχαν από τουλάχιστον μία μακροχρόνια ασθένεια, ποσοστά τα οποία συμφωνούν με αυτά της δικής μας έρευνας. Ακόμα, σε μελέτη των Δ.Μπαλούδης, Α.Τεπέρογλου, Μ.Τζωρτζόπουλος, (1993) (65), τονίζουν ότι το 67% των ανδρών και το 57% των γυναικών υποφέρουν από τουλάχιστον μία ασθένεια.

Η βιβλιογραφία εντοπίζει ως ένα αίτιο της κατάθλιψης, τη μοναξιά του ηλικιωμένου. Μελετήσαμε λοιπόν, πόσα από τα άτομα που ζουν μόνα, έπασχαν από κατάθλιψη (Διάγρ.14δ). Έτσι, σε σύνολο 44 ατόμων (43,14%) που ζούσαν μόνα τους, 8 άτομα (18,18%) έπασχαν από κατάθλιψη, ενώ το 81,82% (36 άτομα) δεν παρουσίασε καταθλιπτικά επεισόδια. Σε έρευνα των Β.Ζημιάρη, Κ.Βολίκα (1997) (80), φαίνεται πως η κατάθλιψη συνδέεται άμεσα με τη χηρεία, αφού οι εν χηρεία ηλικιωμένοι παρουσίαζαν κατάθλιψη σε ποσοστό 47,8%. Σημαντική στην αντιμετώπιση και θεραπεία της κατάθλιψης είναι η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού και ψυχολόγου. Από την πλευρά μας, εξετάσαμε τη συχνότητα επισκέψεων των παραπάνω ειδικοτήτων στους χρόνιους πάσχοντες ηλικιωμένους που έπασχαν από κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι (Διάγρ.14ε): Σε σύνολο 12 καταθλιπτικών ατόμων, υπήρξε επίσκεψη κοινωνικού λειτουργού σε ποσοστό 58,33%. Σε 5 άτομα (41,67%) δεν υπήρξε καμία επίσκεψη ειδικοτήτων όπως ψυχολόγου ή κοινωνικού λειτουργού. Εξάλλου τα 7 καταθλιπτικά άτομα που δέχθηκαν επίσκεψη, τα παρακολούθησε μόνο επιστήμονας κοινωνικής εργασίας, ενώ η απουσία επισκέψεων ψυχολόγου σε

καταθλιπτικά άτομα είναι ολοκληρωτική. Βέβαια, τα άτομα αυτά μπορεί να παραπέμπονται σε κλινικό ψυχίατρο ή εξωτερικό ψυχολόγο, αλλά λόγω της χρονιότητας της νόσου, της προχωρημένης ηλικίας ή και της συνύπαρξης άλλων ασθενειών, θα ήταν αρκετά λειτουργικό το να υπάρχουν περισσότερες επισκέψεις κατ' οίκον, τέτοιων ειδικοτήτων.

Ένας βασικός τομέας στην κατ' οίκον νοσηλεία χρόνιων πασχόντων ηλικιωμένων είναι η τακτική και σωστή λήψη φαρμακευτικών ουσιών πάνω στην οποία βασίζεται κατά ένα μεγάλο μέρος και η θεραπεία της νόσου. Τα φάρμακα που παίρνουν οι ηλικιωμένοι του δείγματος είναι (Διάγρ.15): Αντιυπερτασικά φάρμακα λαμβάνουν από τους ηλικιωμένους σε ποσοστό 71,57% (73 άτομα). Τα άτομα του δείγματος λαμβάνουν καρδιοτονωτικά φάρμακα σε ποσοστό 44,11% (45 άτομα), όσοι δηλαδή παρουσίαζαν καρδιοπάθειες. Αντιδιαβητική αγωγή (δισκία ή ινσουλίνη) χρησιμοποιούνταν σε ποσοστό 29,41%, δηλαδή από 30 ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι έπαιρναν αντιρρευματικά φάρμακα σε ποσοστό 19,61% (20 άτομα). Η χρήση αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής έφθανε σε ποσοστό 11,76%. Όσον αφορά την θεραπεία χρόνιων αναπνευστικών προβλημάτων, τα βρογχοδιασταλτικά (ως κύρια φαρμακευτική αγωγή κατά των πνευμονοπαθειών) λαμβάνονταν σε ποσοστό 20,59%, δηλαδή από 21 άτομα.

Φαίνεται λοιπόν ότι πρώτα σε χρήση από τους ηλικιωμένους έρχονται τα αντιυπερτασικά φάρμακα, ενώ ακολουθούν τα καρδιοτονωτικά, τα αντιδιαβητικά, τα βρογχοδιασταλτικά, κ.ο.κ. εν συναρτήσει βέβαια με την παρουσία της αντίστοιχης νόσου. Έρευνα του Α.Δοντά και του Π.Παναγιώτου το 1991 (15), τονίζει ότι τα συχνότερα χρησιμοποιούμενα φάρμακα είναι τα Αντιυπερτασικά, βρογχοδιασταλτικά, καρδιοτονωτικά, διουρητικά, αναλγητικά, τα οποία χρησιμοποιούνται στην ίδια συχνότητα και στην δική μας έρευνα.

Για τον αν χρειάστηκαν νοσηλεία για τις παθήσεις τους (Διάγρ.16), το 79,41% (81 άτομα) των ηλικιωμένων απάντησε πως χρειάστηκε κάποια στιγμή να νοσηλευθούν για τη νόσο την οποία τους ταλαιπωρεί, ενώ το 20,59% (21 άτομα) έδωσε αρνητική απάντηση. Θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η ανάγκη νοσηλείας συνδέεται άμεσα με το είδος της χρόνιας ασθένειας. Για παράδειγμα η διάγνωση Σ.διαβήτη τύπου ΙΙ, δε συνεπάγεται πάντα με νοσηλεία, ενώ η πνευμονοπάθεια καθιστά συνήθως άμεση την ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείο. Οι θετικές, λοιπόν, απαντήσεις, συνήθως αφορούσαν πτώσεις, κατάγματα, επιδείνωση χρόνιων αποφρακτικών πνευμονοπαθειών, εμφράγματα κ.α. Η Έρα Έμκε Πουλοπούλου στο βιβλίο της " Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες" (1999) (8), εκφράζει τη συχνή και μεγάλη παραμονή των ηλικιωμένων σε νοσηλευτικά ιδρύματα λόγω της ύπαρξης πολλών ασθενειών αλλά και κινητικών

προβλημάτων. Αντίθετα, τονίζει ότι το νοσοκομείο αποτελεί την τρίτη επιλογή του ηλικιωμένου μετά τον ιατρό του Κ.Α.Π.Η. και τους συγγενείς.

Οι χρόνιες παθήσεις συχνά έχουν ως αποτέλεσμα κάποια μόνιμη ανικανότητα ή μερική μείωση της κινητικότητας του ηλικιωμένου, δηλαδή το άτομο δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί. Στην ερώτηση για το αν οι ηλικιωμένοι του δείγματός μας, αυτοεξυπηρετούνται, είχαμε τις εξής απαντήσεις (Διάγρ.17): Το 71,57% των ηλικιωμένων (73 άτομα) δήλωσαν ότι αυτοεξυπηρετούνται, ενώ το 28,43% (29 άτομα) απάντησε αρνητικά στην ερώτηση. Από τα αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, 59 ήταν γυναίκες (80,82%) ενώ 19,18% ήταν άνδρες (14 άτομα). Αντίστοιχα, από τα 29 μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα, το 62,07% ήταν γυναίκες, ενώ το 37,93% ήταν άνδρες. Παρατηρείτε επίσης ότι, αναλογικά με το διαχωρισμό του φύλου στο δείγμα, (ποσοτικά), οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό μη αυτοεξυπηρέτησης από τις γυναίκες, αφού 11 στους 25 άνδρες παρουσιάζουν προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης ενώ 18 στις 77 γυναίκες δεν αυτοεξυπηρετούνται. Σε έρευνες σημειώνεται ότι από όλα τα ηλικιωμένα άτομα 65 ετών και άνω, το $\frac{1}{4}$ (25%) δεν αυτοεξυπηρετείται (Π.Κ.Ιμπρίαλος, 1995) (81). Το ίδιο σημειώνει και ο Α.Τεπέρογλου και η Ε.Πίτσιου (1980) (82), ότι δηλαδή το 30,7% ηλικιωμένων χρειάζονται βοήθεια λόγω αδυναμίας αυτοεξυπηρέτησης.

Ένα φαινόμενο που είναι άξιο προσοχής, είναι το να εντοπίσουμε τους χρόνιους πάσχοντες ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους και δηλώνουν προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης. Συγκεκριμένα, 35 από τα 44 άτομα που ζουν μόνοι τους αυτοεξυπηρετούνται (79,54%), ενώ 9 από τους 44 μόνους ηλικιωμένους (20,46%), είχαν προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης (Διάγρ.17α).

Ο ρόλος της κατ' οίκον νοσηλείας επιβαρύνεται περισσότερο, όταν συζητάμε για ηλικιωμένους με προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης λόγω μίας ή περισσότερων χρόνιων ασθενειών. Έτσι, στην έρευνά μας εντοπίσαμε το βαθμό ικανοποίησης της κατ' οίκον νοσηλείας, από τα μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα (Διάγρ.17β). 24 από τους 29 ηλικιωμένους που δεν αυτοεξυπηρετούνται, δήλωσαν ότι είναι ευχαριστημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών της κατ' οίκον νοσηλείας, ποσοστό 82,76%. Μέτρια ικανοποιημένο δήλωσε το 13,79% (4 άτομα), ενώ μόνο ένα άτομο (3,45%) δεν ήταν ικανοποιημένο. Αυτό μας επιτρέπει να συμπεράνουμε πως η κατ' οίκον φροντίδα σε μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα λειτουργεί μέχρι στιγμής σε ικανοποιητικά επίπεδα.

Η ύπαρξη μιας χρόνιας νόσου και ιδιαίτερα σε μια τόσο ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα (ηλικιωμένοι), επιφέρει προβλήματα που επηρεάζουν κατά μεγάλο ποσοστό την ποιότητα ζωής του ατόμου. Έτσι, καταγράψαμε διάφορα προβλήματα που μπορεί να επιφέρει μία ή περισσότεροι νόσοι και είχαμε τα

εξής αποτελέσματα (Διάγρ.18) : Το 73,53% των ηλικιωμένων (75 άτομα), δήλωσαν ότι η ασθένεια ή οι ασθένειες, τους δημιουργούν **άγχος**, ενώ ο **πόνος** εντοπίζεται στο 51,96% (53 άτομα) του συνόλου. Το 19,61% (20 άτομα) αναφέρει τη **δύσπνοια** ως πρόβλημα, καθώς επίσης και την **απομόνωση** σε ποσοστό 49,02% (50 άτομα). Η **ακινησία** ως πρόβλημα-επιπλοκή της χρόνιας νόσου, τονίστηκε από το 33,33%, από 34 άτομα δηλαδή. 82 ηλικιωμένοι (80,4%) δήλωσαν ότι η χρόνια νόσος τους επιφέρει **άλλα** προβλήματα, πέρα από τα παραπάνω, όπως ο **φόβος** (σε πολλά άτομα), **απώλεια ευχαρίστησης** λόγω μειωμένης δραστηριότητας, **απώλεια ελέγχου** κ.α. Έτσι λοιπόν, το άγχος, ο πόνος, η απομόνωση και ο φόβος, είναι τα βασικά προβλήματα που συνεπάγονται της ύπαρξης χρόνιων ασθενειών. Σε έρευνά του ο Dworkin (1990),(83) θέτει ως σημαντικότερα προβλήματα τον πόνο, τα υψηλά επίπεδα άγχους και την κατάθλιψη, ενώ ο Seligman (1975),(83) και ο Beck (1979),(83) εντοπίζουν την χαμηλή αυτοεκτίμηση, την απομόνωση, το φόβο για το μέλλον και την απώλεια ευχαρίστησης της ζωής, ως τις βασικότερες συνέπειες μιας χρόνιας νόσου στους ηλικιωμένους, διαπιστώσεις που φαίνεται να συμπίπτουν με εκείνες της δικής μας μελέτης. Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι η ύπαρξη ενός προβλήματος δεν συνεπάγεται την ανυπαρξία άλλων. Έτσι, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δήλωσαν, κατά την έρευνά μας, την ταυτόχρονη ύπαρξη πολλών προβλημάτων που τους επέφερε η νόσος και η χρονιότητά της.

Η αποδοχή του προβλήματος υγείας από την οικογένειά τους, ήταν το θέμα της επόμενης ερώτησης. Να σημειώσουμε ότι από τα 102 άτομα του δείγματος, στη συγκεκριμένη ερώτηση δεν μας απάντησαν 2 άτομα λόγω του ότι δεν υπήρχαν καθόλου συγγενείς και οικογένεια. Θετικά στην ερώτηση μας απάντησε το 96% των ηλικιωμένων (96 άτομα), ενώ προβλήματα αποδοχής της νόσου από την οικογένεια, είχε το 4% (4 άτομα), (Διάγρ.19). στο ότι οι οικογένεια συμπαραστέκεται στους ηλικιωμένους με χρόνια νόσο συμφωνούν ξένες και ελληνικές μελέτες. Οι πιο πρόσφατες (E.Grundy, A.Bowlig 1991, Ditch 1995, Eurostat 1997, Λ.Μουσούρου 1996), (84),(85),(86), κατέληξαν στο ότι η απομόνωση και η εγκατάλειψη από την οικογένεια αποτελούν περιθωριακά φαινόμενα και η αμοιβαία βοήθεια των μελών της οικογένειας και μεταξύ των γενεών υπάρχει. Ο Α.Μωυσίδης σε μελέτη του (1996), (87), αναφέρει ότι το 38% των ηλικιωμένων παραμελείται από την οικογένεια γεγονός που διαφέρει από τις δικές μας διαπιστώσεις και εκείνες των παραπάνω μελετητών.

Σύμφωνα με την έρευνά μας, οι περισσότεροι χρόνιοι πάσχοντες ηλικιωμένοι πιστεύουν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν τους επιτρέπει να συνεχίζουν μια φυσιολογική ζωή ανάλογα με την ηλικία τους. Στην αντίστοιχη ερώτηση συλλέξαμε θετικές απαντήσεις σε ποσοστό 24,51% (25 άτομα , ενώ αρνητικά

μας απάντησαν 77 άτομα (75,49%). φαίνεται ότι τα προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης δεν είναι τα μόνα που απασχολούν τους χρόνιους πάσχοντες ηλικιωμένους. η μειωμένη δραστηριότητα, η αποχή από κοινωνικές εκδηλώσεις αλλά και τα προβλήματα κινητικότητας που τους επιφέρουν ανάλογες νόσοι, όπως επίσης το συνεχές άγχος και ο φόβος για την εξέλιξη της υγείας τους, αποτελούν τροχοπέδη για την αντίληψή τους ως προς την προοπτική μιας φυσιολογικής ζωής στα γηρατειά. Αυτό ακριβώς τονίζουν και σε έρευνά τους και ο Α.Δοντάς (1982),(74) και η Η.Hermanoνα (1982),(88).

Στα 29 άτομα που επισκέπτονται το Κ.Α.Π.Η., μελετήσαμε τους τομείς στους οποίους τους βοήθησε ο νοσηλευτής, όταν οι ηλικιωμένοι απευθύνονταν στην νοσηλευτική υπηρεσία του κέντρου. Είχαμε τις εξής απαντήσεις (Διάγρ.21): Ψυχολογική υποστήριξη παρείχε ο νοσηλευτής στο Κ.Α.Π.Η. σε ποσοστό 10,34% (σε 3 άτομα). Παροχές συμβουλευτικού χαρακτήρα, έλαβε το 31,03% (9 άτομα). Όσον αφορά την ουσιαστική φροντίδα, οι ηλικιωμένοι βοηθήθηκαν σε ποσοστό 68,96% (20 άτομα), ενώ 31,03% δηλαδή 9 ηλικιωμένοι απάντησαν ότι ο νοσηλευτής στο Κ.Α.Π.Η. τους παρείχε διδασκαλία στην αντιμετώπιση της νόσου τους. Ένας ηλικιωμένος (3,45%) δήλωσε ότι δεν βοηθήθηκε σε κανένα τομέα, επρόκειτο όμως για ηλικιωμένο που επισκεπτόταν το Κ.Α.Π.Η. για ψυχαγωγικούς λόγους και μόνο.

Η νοσηλευτική φροντίδα που παρείχε ο νοσηλευτής στο Κ.Α.Π.Η. επικεντρώθηκε στα εξής (Διάγρ.21α): Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων (75%, 15 άτομα), βοηθήθηκε στη χορήγηση φαρμάκων, το 15% (3 άτομα) βοηθήθηκε σε αλλαγές τραυμάτων, στη χορήγηση φαρμάκων αινέσιμης μορφής, βοηθήθηκε το 30% (6 άτομα) ενώ 17 ηλικιωμένοι (85%) δήλωσαν ότι δέχτηκαν άλλου είδους νοσηλευτικής φροντίδας όπως: μέτρηση αρτηριακής πίεσης, μέτρηση επιπέδου σακχάρου αίματος, καρδιογραφήματα κ.α. Παρατηρούμε γενικότερα, ότι ο νοσηλευτής στο Κ.Α.Π.Η. επικεντρώνεται κυρίως στις βασικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις και λιγότερο σε παρεμβάσεις χαρακτήρα συμβουλευτικού, διδασκαλίας ή ψυχολογικής υποστήριξης.

Ακολούθως εξετάσαμε το είδος της νοσηλευτικής φροντίδας που παρεχόταν σε όλα τα άτομα του δείγματος που δέχονταν τις κατ' οίκον νοσηλευτικές υπηρεσίες (Διάγρ.22). Έτσι, ο νοσηλευτής κατά την κατ' οίκον νοσηλεία παρείχε ψυχολογική υποστήριξη σε 29 ηλικιωμένους (28,43%) κυρίως σε άτομα μόνα, καταθλιπτικά, με τάσεις απαισιοδοξίας. 67 ηλικιωμένοι (65,69%) ανέφεραν ότι δέχτηκαν παροχές συμβουλευτικού χαρακτήρα για την πάθησή τους, ενώ σε ποσοστό 87,25% των ηλικιωμένων (89 άτομα), ο νοσηλευτής προσέφερε πρακτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες, οι οποίες διακρίνονται σε (Διάγρ.22α): χορήγηση φαρμάκων σε 52 άτομα (58,43%), αλλαγές τραυμάτων σε 15 άτομα

(16,85%), χορήγηση ενέσιμων φαρμάκων σε 22 άτομα (24,72%), ενώ 77 άτομα (86,52%) δέχτηκαν άλλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως: μέτρηση ζωτικών σημείων, σακχάρου αίματος, συνταγογράφηση, αιμοληψίες, εργαστηριακές εξετάσεις, κ.α. Επίσης σε ποσοστό 50,98% (52 άτομα), ο νοσηλευτής έδωσε βάρος στη διδασκαλία των ηλικιωμένων για ότι συσχετίζεται με τη νόσο από την οποία πάσχουν. Επιπρόσθετα, η αγωγή υγείας στην οικογένεια των ηλικιωμένων από το νοσηλευτή, αναφέρθηκε από 20 άτομα (19,61%) ενώ 1 άτομο (0,98%) ισχυρίστηκε ότι ο νοσηλευτής κατά την κατ' οίκον νοσηλεία δεν τον βοήθησε σε κανένα τομέα.

Είναι φανερό ότι τα καθήκοντα του νοσηλευτή κατά την κατ' οίκον νοσηλεία, επικεντρώθηκαν σε βασικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις (παρακολούθησης πορείας νόσου) με βαρύτητα στη χορήγηση των φαρμάκων και στη λήψη ζωτικών σημείων. Επίσης ο συμβουλευτικός ρόλος του νοσηλευτή και η διδασκαλία που τους παρείχε, τονίστηκαν σε μεγάλο ποσοστό από τους ηλικιωμένους. οι χρόνιοι πάσχοντες ηλικιωμένοι και ιδιαίτερα αυτοί που ζουν μόνοι, παρουσιάζουν συχνές μεταπτώσεις στην κατάσταση της ψυχολογικής τους υγείας. Μελετώντας κατά πόσο ο νοσηλευτής κατά την κατ' οίκον νοσηλεία στήριξε τα άτομα αυτά ψυχολογικά, διαπιστώσαμε ότι (Διάγρ.22β): τα 19 από τα 44 άτομα που ζούσαν μόνα (43,18%) δήλωσαν ότι είχαν ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτή που τους επισκέφθηκε, ενώ 25 άτομα (56,82%) απάντησε αρνητικά. Σαφέστατα, από τα αποτελέσματα βλέπουμε ότι ο νοσηλευτής κατά τις επισκέψεις του, δεν επικεντρώθηκε σε μεγάλη έκταση στην ψυχολογική υποστήριξη που χρήζουν οι μόνοι ηλικιωμένοι. Παράγοντες, όμως, όπως ο μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων που επισκέπτεται ο νοσηλευτής καθημερινά και γενικότερα το βεβαρημένο πρόγραμμα των επισκέψεων δεν αφήνει και πολλά περιθώρια τέτοιου είδους εξειδικευμένης φροντίδας απαραίτητης σε άτομα που ζουν μόνα.

Καθώς οι εμβολιασμοί αποτελούν έναν βασικό τομέα πρωτογενούς πρόληψης, ιδιαίτερα για ομάδες υψηλής ευαισθησίας όπως οι ηλικιωμένοι, ρωτήσαμε τα 102 άτομα αν κάνουν το κάθε χρόνο το εμβόλιο της γρίππης. Οι απαντήσεις είχαν ως εξής (Διάγρ.23): από το σύνολο του δείγματος, 59 άτομα (57,84%) απάντησαν ότι εμβολιάζονται ετησίως για την γρίππη, ενώ 43 άτομα (42,16%) ανέφεραν ότι δεν κάνουν το εμβόλιο της γρίππης. Το ποσοστό των εμβολιασμένων κάθε χρόνο (42,16%) δείχνει να είναι αρκετά υψηλό, και όταν συζητάμε για χρόνιους πάσχοντες ηλικιωμένους, θα πρέπει να αναζητήσουμε τους λόγους που αιτιολογούν αυτήν την όχι και τόσο ικανοποιητική κατάσταση.

Η υπενθύμιση του εμβολίου της γρίππης από τον νοσηλευτή έγινε σε 59 άτομα (55,88%) ενώ 45 άτομα (44,12%) δήλωσαν ότι ο νοσηλευτής κατά την

κατ' οίκον νοσηλεία δεν τους το υπενθύμισε (Διάγρ.23α). τα αποτελέσματα μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ο νοσηλευτής παρέλειψε να ενημερώσει τους ηλικιωμένους σε ένα μεγάλο ποσοστό για το τόσο σημαντικό εμβόλιο της γρίππης. Συσχετίζοντας τα αποτελέσματα αυτά, με εκείνα της προηγούμενης ερώτησης, μελετήσαμε το αν ο νοσηλευτής κατά την κατ' οίκον νοσηλεία διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο για την πρωτογενή πρόληψη στους ηλικιωμένους, και συγκεκριμένα στους εμβολιασμούς.

Έτσι, αναρωτηθήκαμε για το ποσοστό των ατόμων που έκαναν το εμβόλιο εφόσον τους το είχε υπενθυμίσει αρχικά ο νοσηλευτής κατά την κατ' οίκον νοσηλεία. Τα αποτελέσματα είχαν ως εξής (Διάγρ.23β): Από τα 57 άτομα, στα οποία είχε αναφερθεί ο νοσηλευτής για το εμβόλιο, τα 50 (87,82%) το έκαναν ενώ μόνο 7 άτομα (12,28%) δεν εμβολιάστηκαν. Τα 7 αυτά άτομα, θα πρέπει να αναφέρουμε είτε ότι ζουν μόνα είτε έχουν κινητικές δυσκολίες, είτε και τα δύο ταυτόχρονα και αυτό εκφράζεται ως αιτία για τον μη εμβολιασμό τους. Παρατηρείται όμως, γενικότερα, ότι η πλειοψηφία εκείνων που τους είχε υπενθυμίσει ο νοσηλευτής το εμβόλιο, το έκαναν.

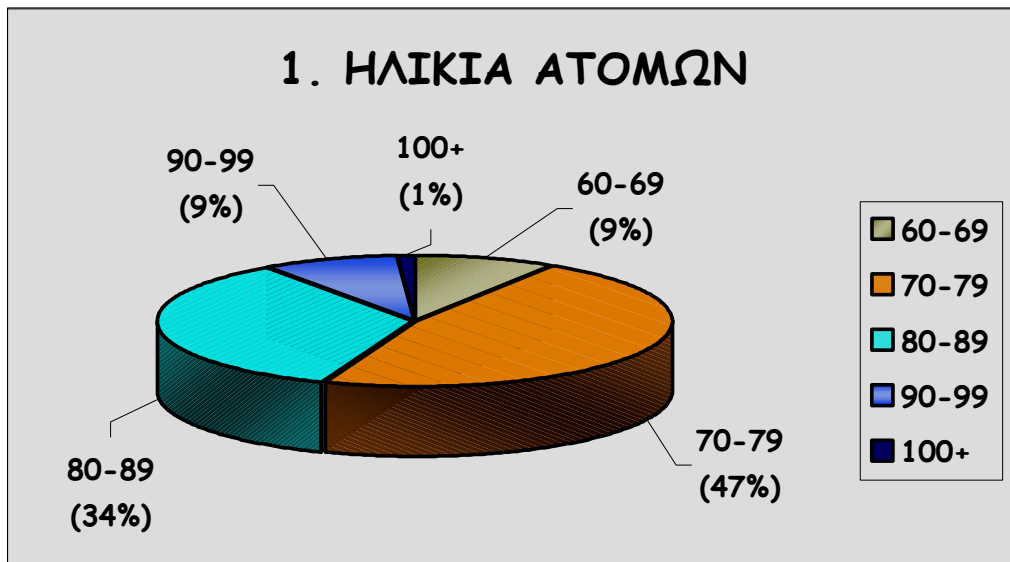
Για να σιγουρευτούμε όμως για το αν ο νοσηλευτής αποτελεί παράγοντα σωστής πρόληψης των ηλικιωμένων, προχωρήσαμε στη μελέτη για το αν στα άτομα που δεν κάνουν το εμβόλιο της γρίππης, ο νοσηλευτής τους το είχε υπενθυμίσει. Οι απαντήσεις έδειξαν ότι από τα 43 άτομα που δεν κάνουν ετησίως το εμβόλιο, μόνο στα 7 άτομα (16,28%) το είχε υπενθυμίσει (Διάγρ.23). βλέπουμε λοιπόν, ότι συμπεριλαμβανομένων και των αποτελεσμάτων της προηγούμενης ερώτησης, ο νοσηλευτής είναι η βασικότερη αιτία μη εμβολιασμού, ενός αρκετά υψηλού ποσοστού χρόνιων πασχόντων ηλικιωμένων, αφού φαίνεται ότι η υπενθύμισή του προσδιορίζει το αν ο ηλικιωμένος εμβολιαστεί. Το φαινόμενο χρήζει ιδιαίτερης προσοχής αφού σε μια ομάδα υψηλής επικινδυνότητας, δεν υπάρχουν περιθώρια να μη διεξαχθεί σωστή και ολοκληρωμένη πρόληψη.

Στην τελευταία ενότητα της έρευνάς μας, ασχοληθήκαμε με το πώς οι χρόνιοι πάσχοντες ηλικιωμένοι περνούν τον ελεύθερο χρόνο τους. Οι απαντήσεις που μας δώσανε είναι οι παρακάτω (Διάγρ.26): Το 12,74% των ηλικιωμένων (13 άτομα) προτιμά να περνά τις ελεύθερες του ώρες σε καφενείο, ποσοστό που αφορά κυρίως το ανδρικό φύλο, ενώ μόνο το 4,9% (5 άτομα) συμμετέχουν σε κοινωνικές εκδηλώσεις. Μόνο ένας ηλικιωμένος (0,98%) συμμετέχει σε δραστηριότητες πολιτιστικών συλλόγων, εν αντιθέσει με 71 άτομα που περνούν τον ελεύθερό τους χρόνο με τα μέλη της οικογένειάς τους (69,61%). Το 20,59% των ηλικιωμένων (21 άτομα) ασχολείται με τον κήπο, ποσοστό που προέρχεται από κατοίκους κυρίως της Αγίας Τριάδας, που

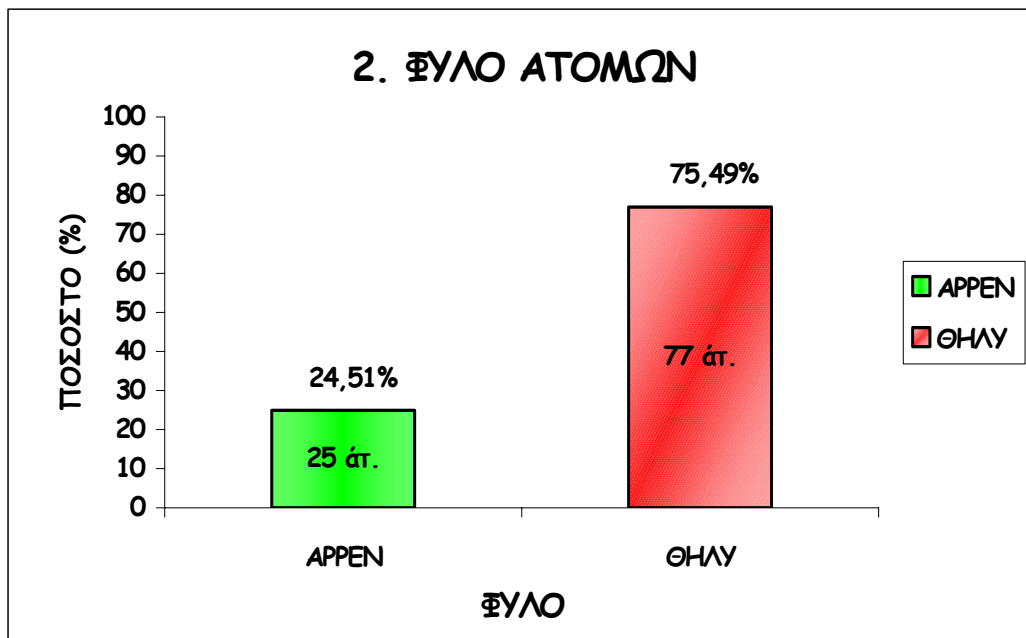
διαθέτουν μονοκατοικία, επομένως και κήπο. Οι ηλικιωμένοι που στον ελεύθερό τους χρόνο, κάνουν περιπάτους φθάνουν τους 29 (28,43%), ηλικιωμένοι όμως που δεν παρουσιάζουν προφανώς ιδιαίτερα κινητικά προβλήματα. Στην κατηγορία " Άλλο", μας απάντησε το 91,18% των ηλικιωμένων (93 άτομα) και πρόκειται για άτομα που στον ελεύθερό τους χρόνο το διαθέτουν στην τηλεόραση, κυρίως, στο νοικοκυριό, στο διάβασμα, σε ψώνια, κ.α.

Βλέπουμε ότι η οικογένεια αποτελεί έναν από τους κυριότερους τομείς απασχόλησης των ηλικιωμένων κατά τον ελεύθερό τους χρόνο, ενώ αρκετά υψηλό ποσοστό εμφανίζει η τηλεόραση ως μέσο ψυχαγωγίας. Η χρονιότητα των ασθενειών αλλά και τα κινητικά προβλήματα που πιθανώς συνεπάγονται των νόσων, υποδεικνύουν μικρά ποσοστά συμμετοχής των ηλικιωμένων στις κοινωνικές εκδηλώσεις και σε πολιτιστικούς συλλόγους ή καφενεία, ενώ δημοφιλής είναι η απασχόληση με τον κήπο και τους περιπάτους. Σε έρευνες φαίνεται ότι το ποσοστό ηλικιωμένων που συμμετέχουν σε κοινωνικές εκδηλώσεις φθάνει σε πολύ χαμηλά ποσοστά (Γ.Γκιζέλης, 1984) (89), ενώ η E.Heikkinen (90) εντοπίζει το ποσοστό ηλικιωμένων που ασχολείται με πολιτιστικούς συλλόγους στο 2% του πληθυσμού άνω των 65 ετών. Σε έρευνα του Α.Τεπέρογλου (1990),(72) που έγινε σε Κ.Α.Π.Η., οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν το καφενείο και τους περιπάτους ως σημαντικά μέσα ψυχαγωγίας, ενώ έρευνα του C.Delbe's, (1995),(91) αναφέρει ότι το 86% ατόμων άνω των 60 ετών παρακολουθεί τηλεόραση κάθε μέρα. Σε 74,9% σημειώνει το ποσοστό εκείνων που παρακολουθούν τηλεόραση, ο Α.Μωυσίδης (1997), (92). Αν λάβουμε υπ' όψη ότι στην έρευνά μας ασχοληθήκαμε με χρόνια πάσχοντα άτομα μεγάλης ηλικίας, συμπεραίνουμε ότι τα ποσοστά των παραπάνω ερευνών συμπίπτουν με εκείνα της δικής μας μελέτης, αφού οι κινητικές δυσκολίες και ο πόνος οδηγούν τους ηλικιωμένους σε περισσότερο προσεγγίσιμα μέσα ψυχαγωγίας όπως η τηλεόραση και η οικογένεια, και λιγότερο σε δραστηριότητες που απαιτούν κίνηση και έξοδο από το σπίτι.

12.5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΙΣ

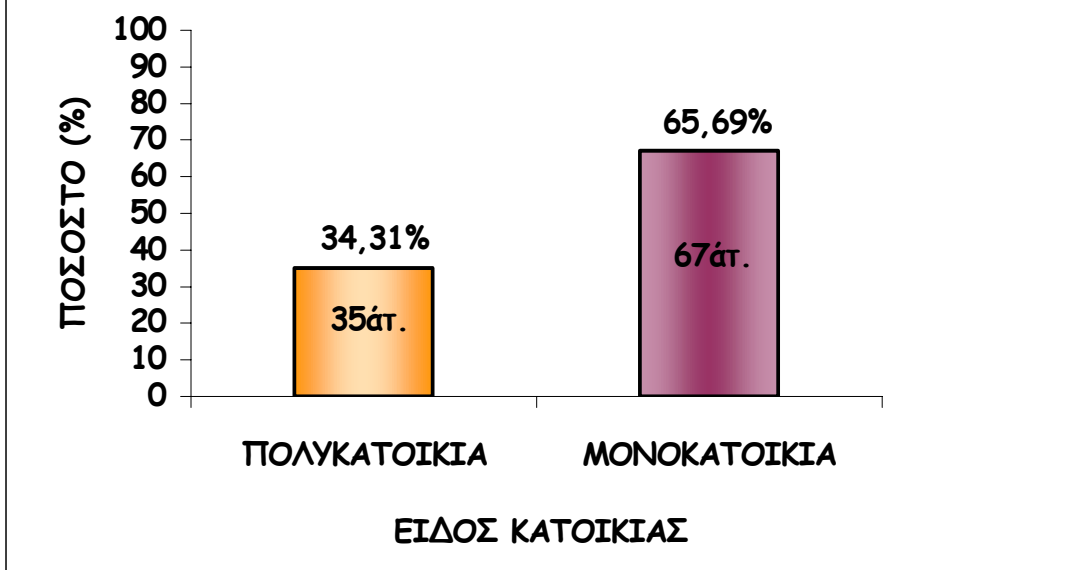


Διάγραμμα 1.



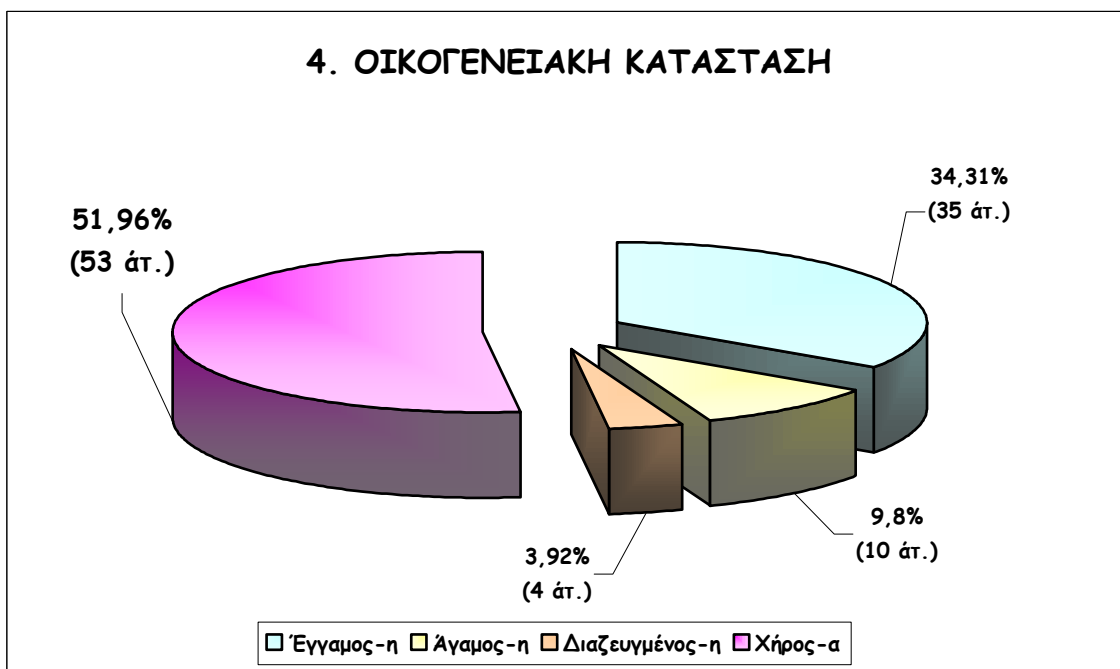
Διάγραμμα 2.

3. ΕΙΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΑΤΟΜΩΝ

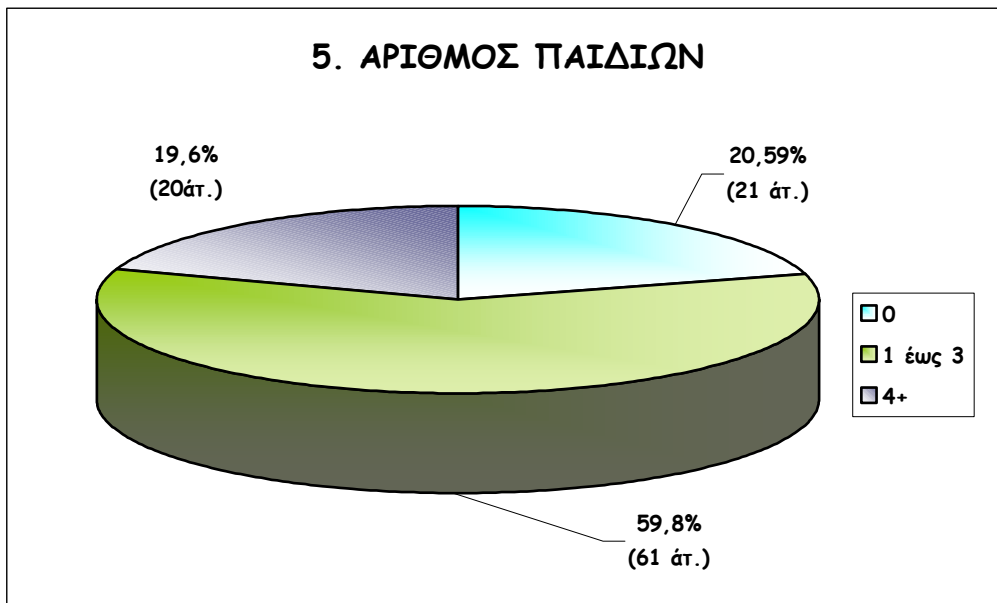


Διάγραμμα 3.

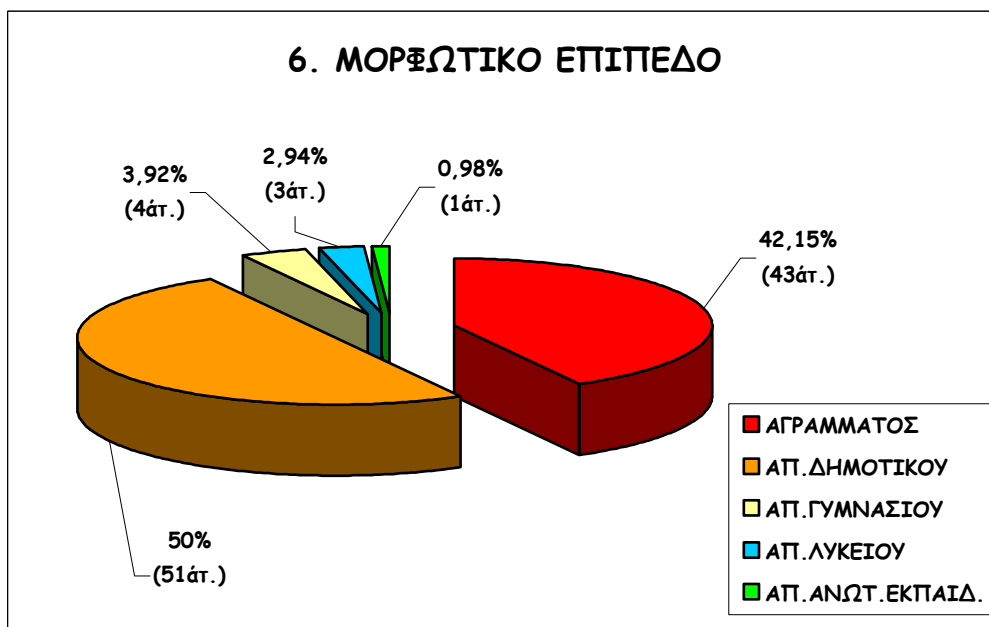
4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



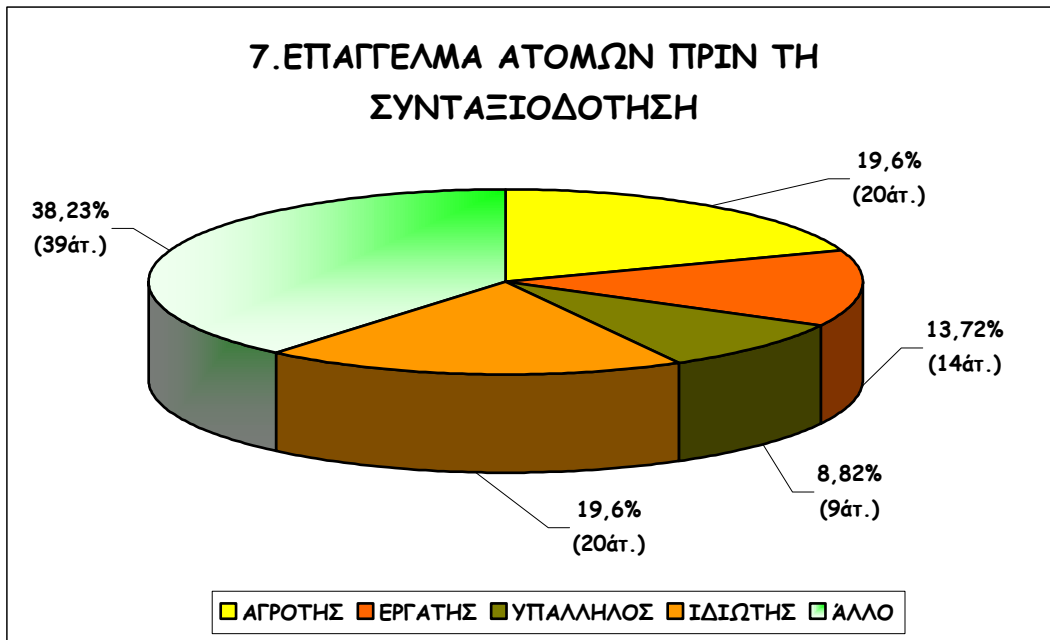
Διάγραμμα 4.



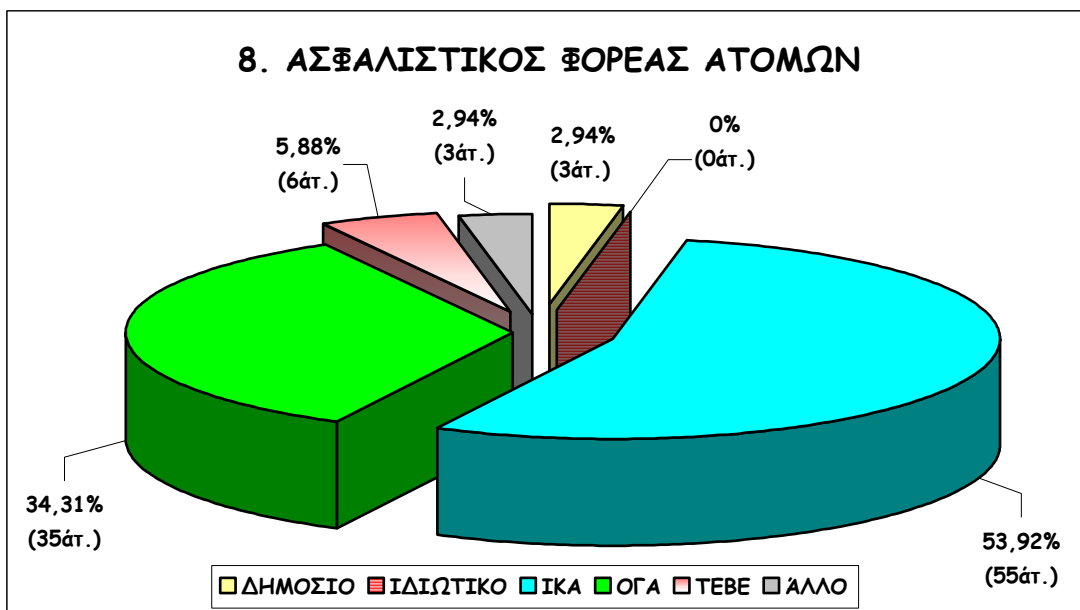
Διάγραμμα 5.



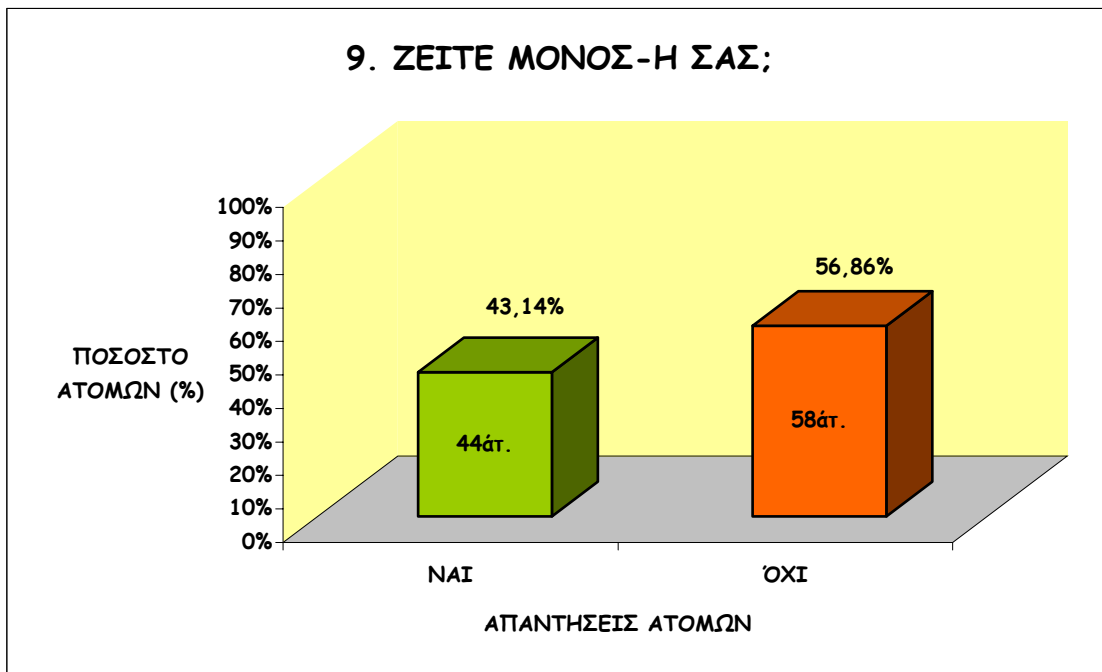
Διάγραμμα 6.



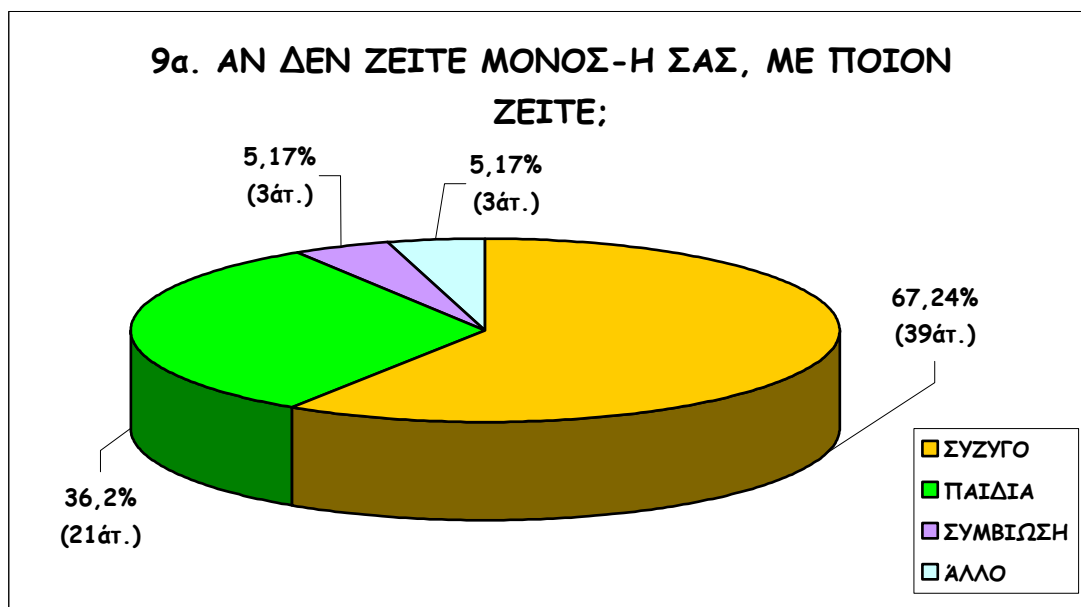
Διάγραμμα 7.



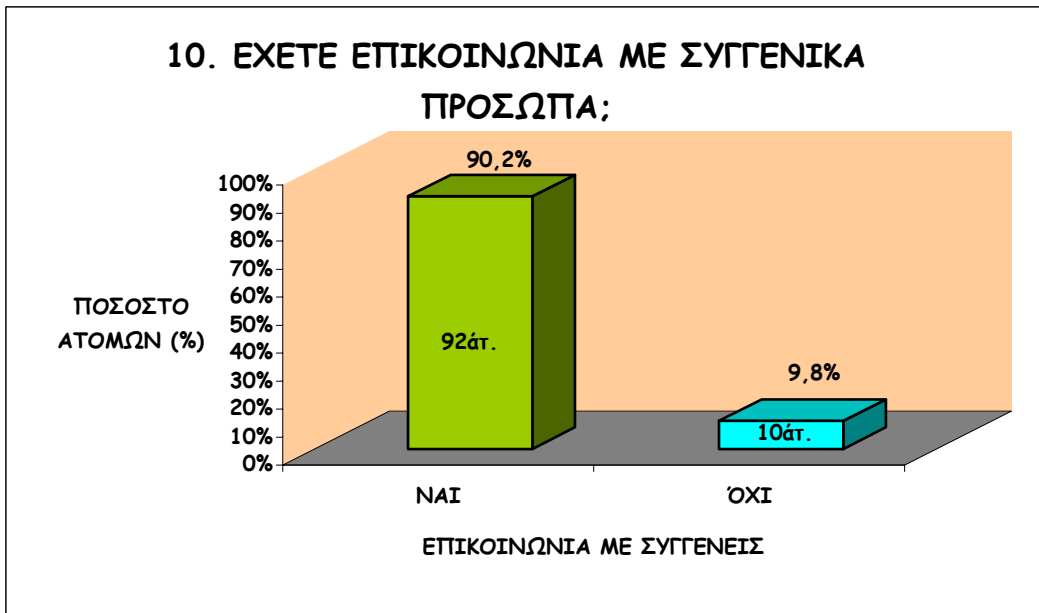
Διάγραμμα 8.



Διάγραμμα 9.



Διάγραμμα 9α.

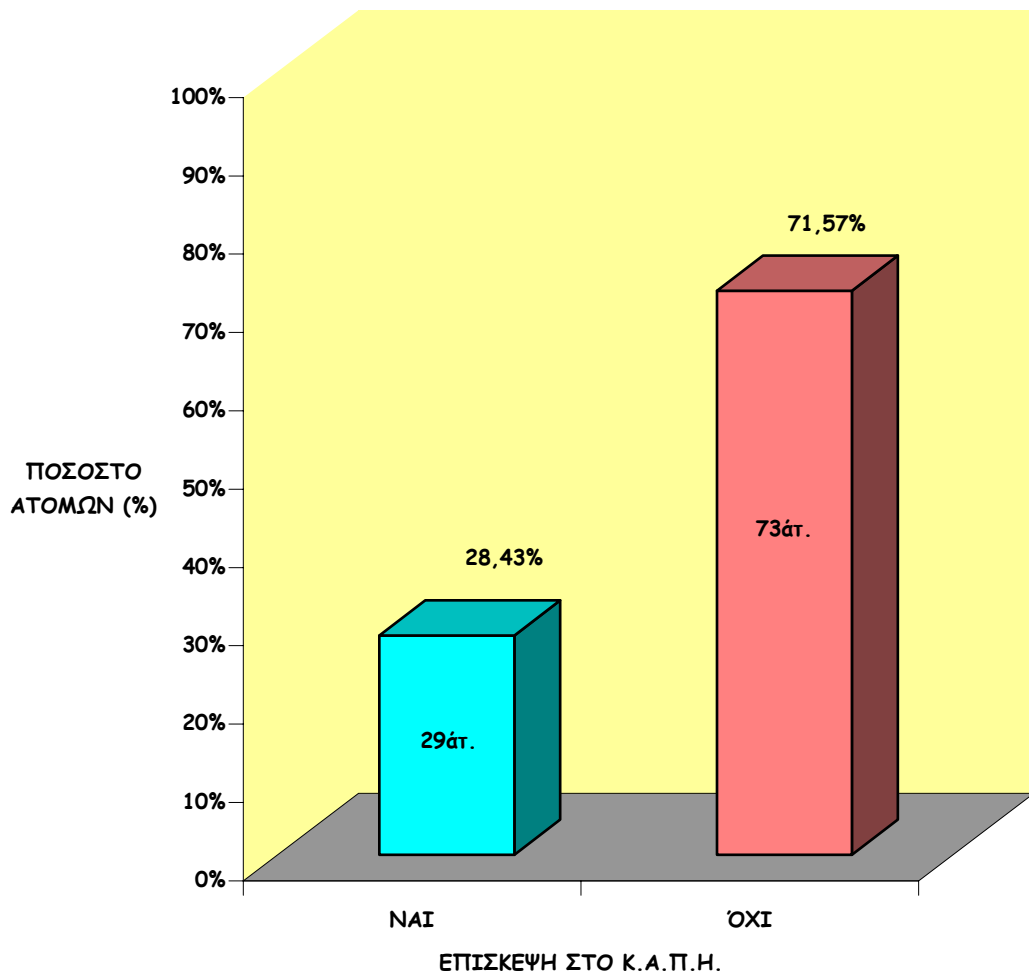


Διάγραμμα 10.



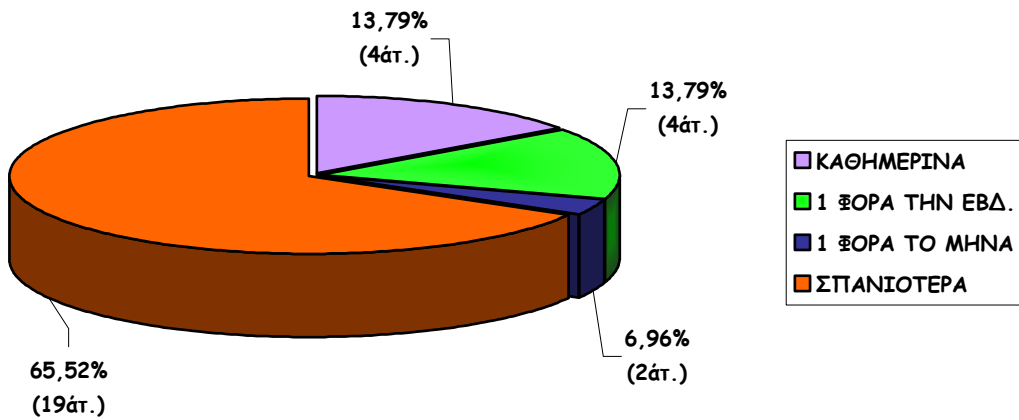
Διάγραμμα 10α.

11. ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΤΕ ΤΟ Κ.Α.Π.Η. ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΣΑΣ;



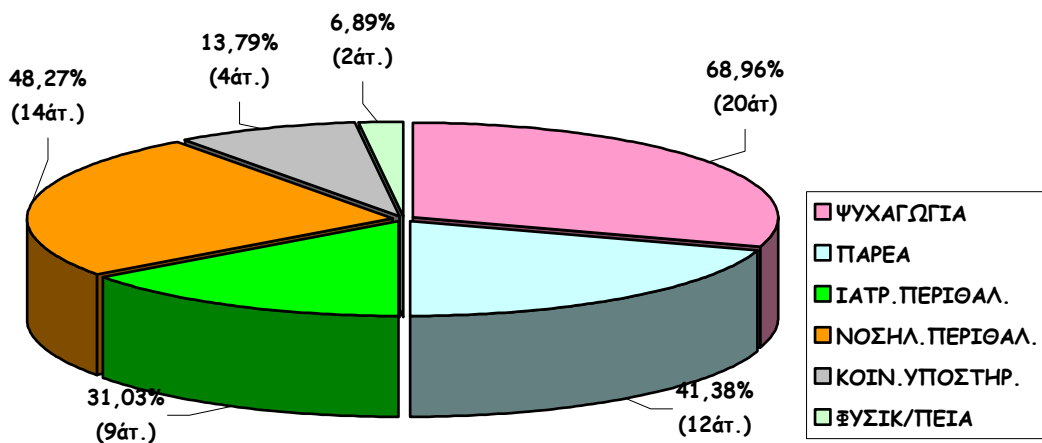
Διάγραμμα 11.

11α. ΑΝ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΤΕ ΤΟ Κ.Α.Π.Η., ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ;



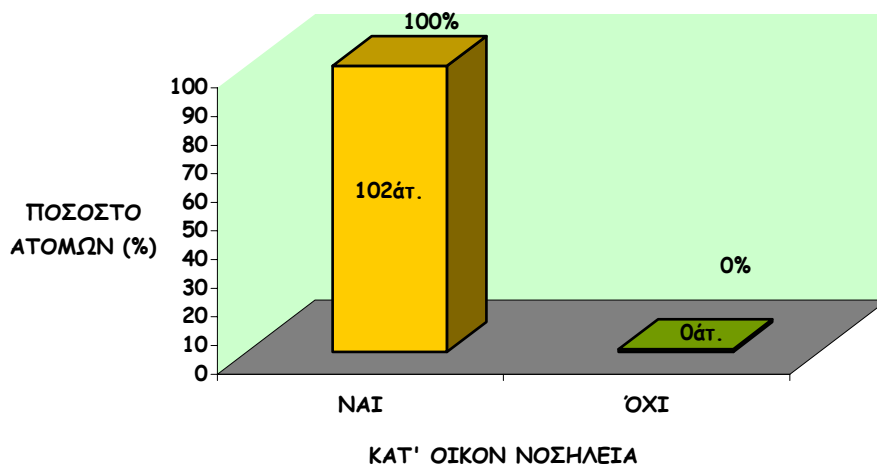
Διάγραμμα 11α.

11β. ΓΙΑ ΠΟΙΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΣΤΕ ΤΟ Κ.Α.Π.Η.;



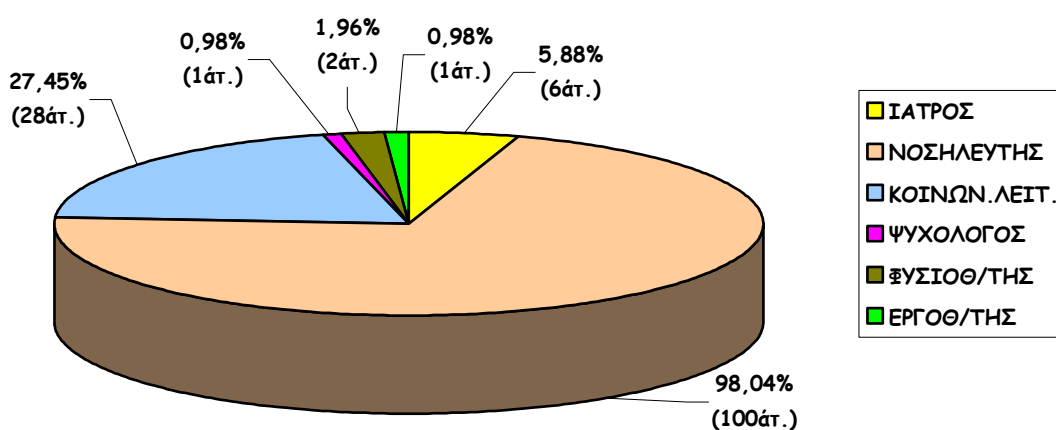
Διάγραμμα 11β.

**12. ΣΑΣ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ
ΑΠΟ ΤΟ Κ.Α.Π.Η.;**



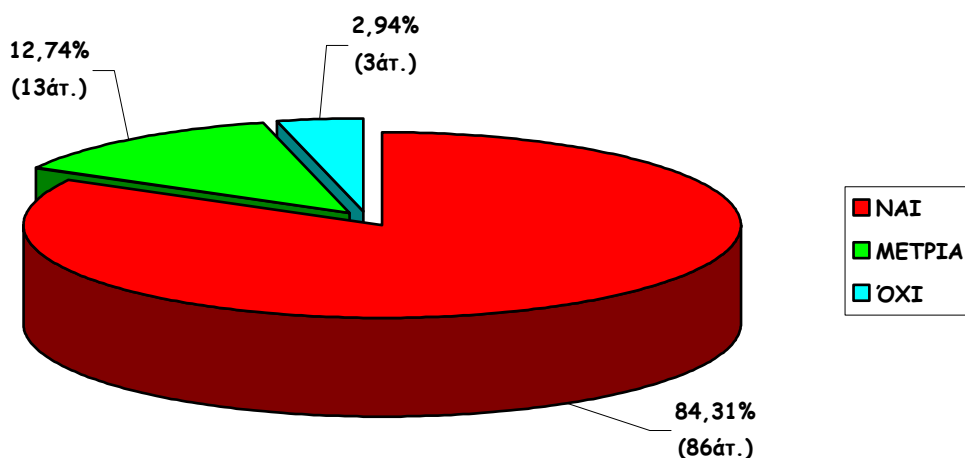
Διάγραμμα 12.

**12α. ΑΝ ΣΑΣ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ,
ΠΟΙΟΣ ΣΑΣ ΕΠΙΣΚΕΠΤΕΤΕ;**



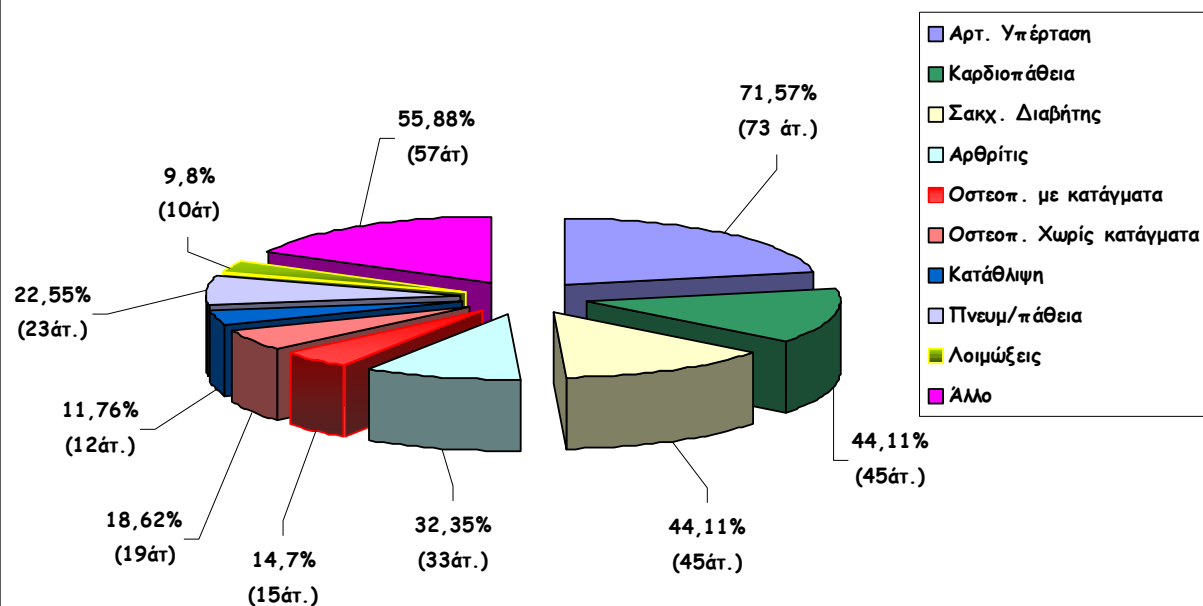
Διάγραμμα 12α.

13. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ-Η ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ;



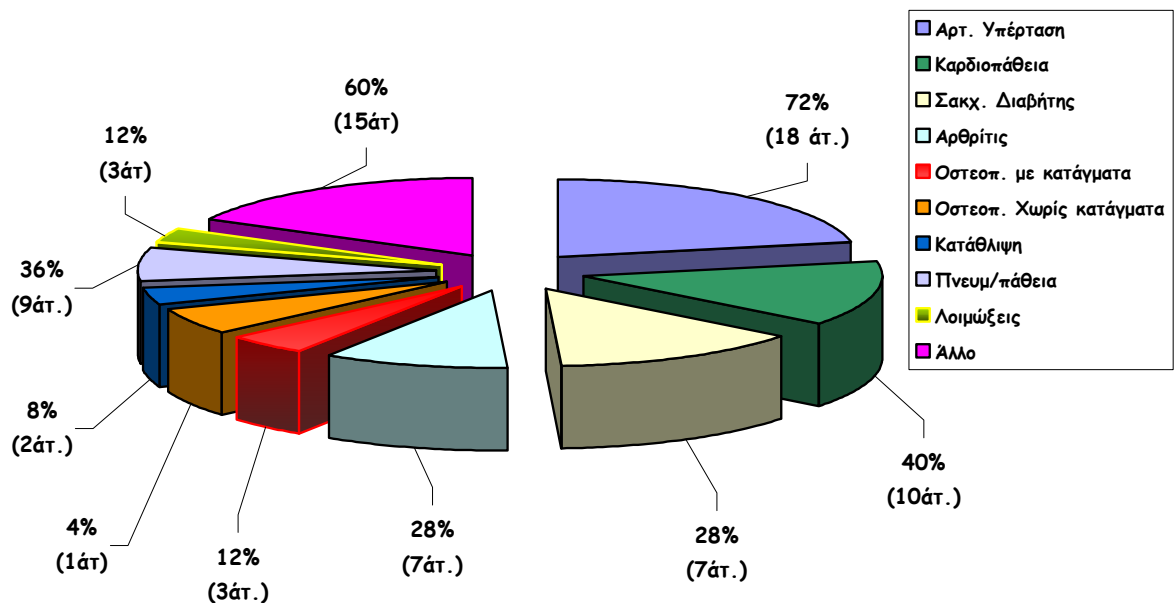
Διάγραμμα 13.

14. ΤΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΧΕΤΕ;



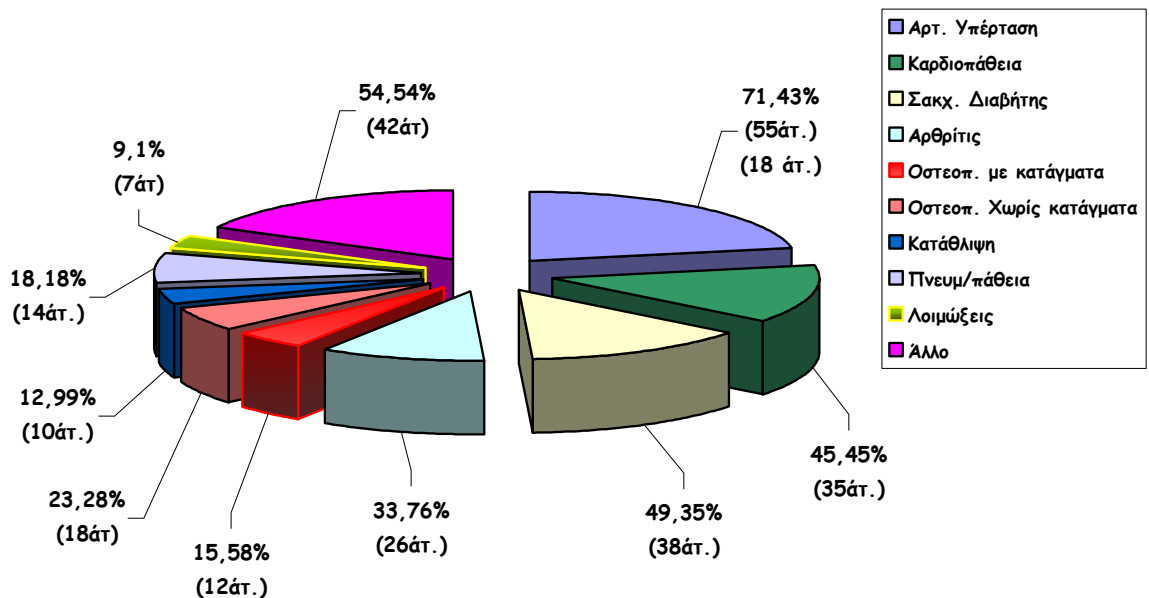
Διάγραμμα 14

14α. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (25 ΑΝΔΡΕΣ)



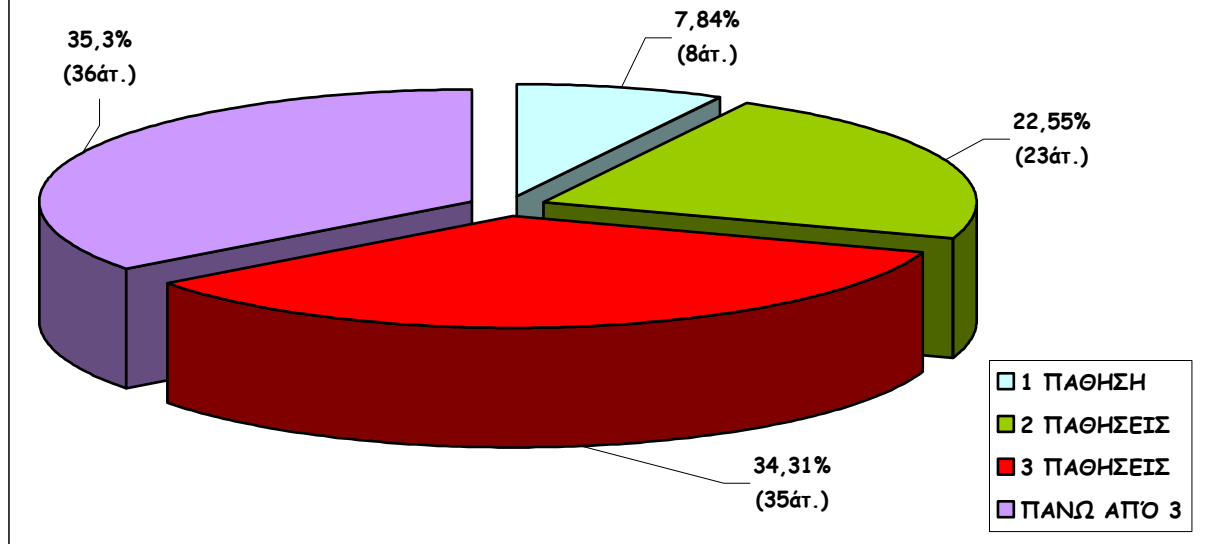
Διάγραμμα 14α.

14β. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ (77 ΓΥΝΑΙΚΕΣ)



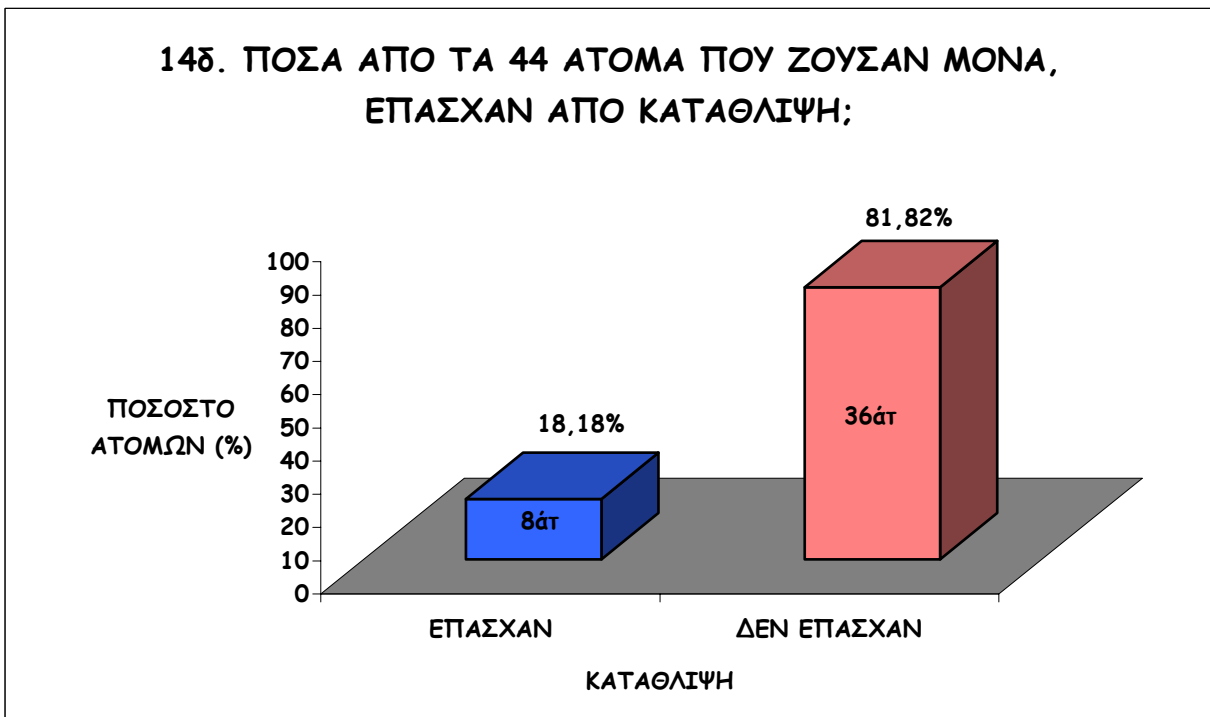
Διάγραμμα 14β.

**14 γ. ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ
ΟΠΟΙΕΣ ΠΑΣΧΕΙ ΤΑΥΤΟΧΡΟΝΑ ΤΟ ΑΤΟΜΟ**



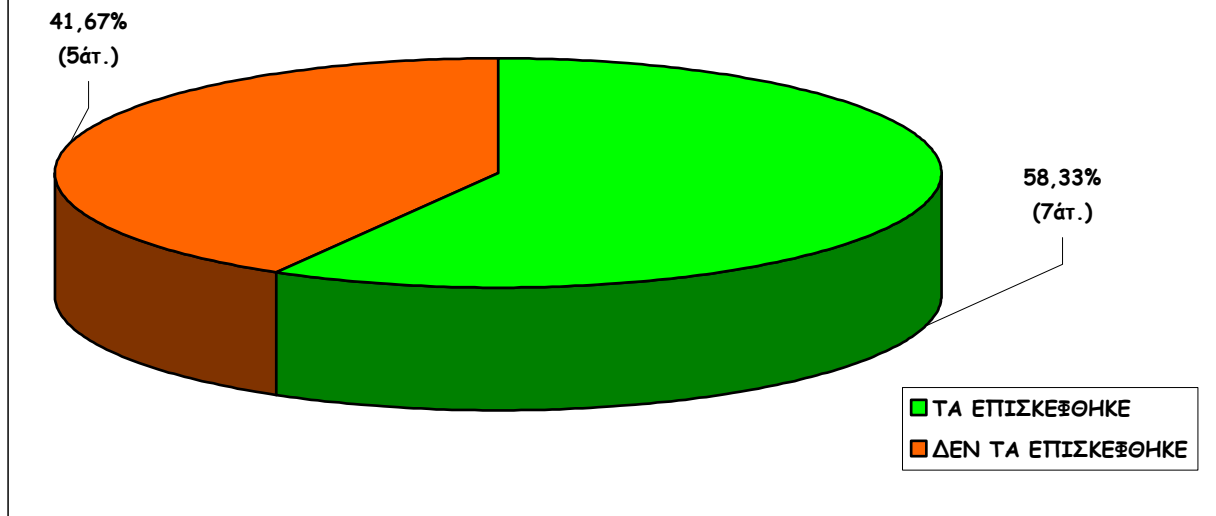
Διάγραμμα 14γ.

**14δ. ΠΟΣΑ ΑΠΟ ΤΑ 44 ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΖΟΥΣΑΝ ΜΟΝΑ,
ΕΠΑΣΧΑΝ ΑΠΟ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ;**



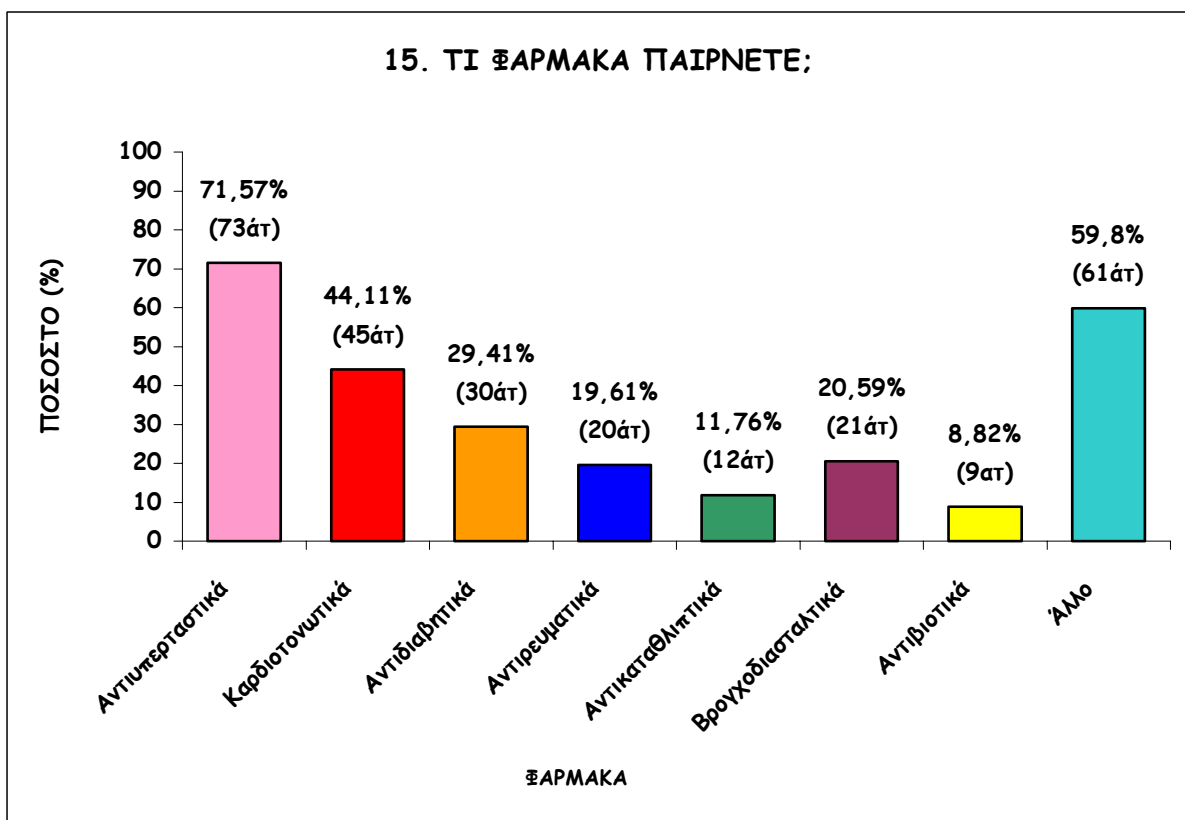
Διάγραμμα 14δ.

**14ε. ΠΟΣΑ ΑΠΟ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ,
ΤΑ ΕΠΙΣΚΕΨΘΗΚΕ ΚΟΙΝ. ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ Ή ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ;**



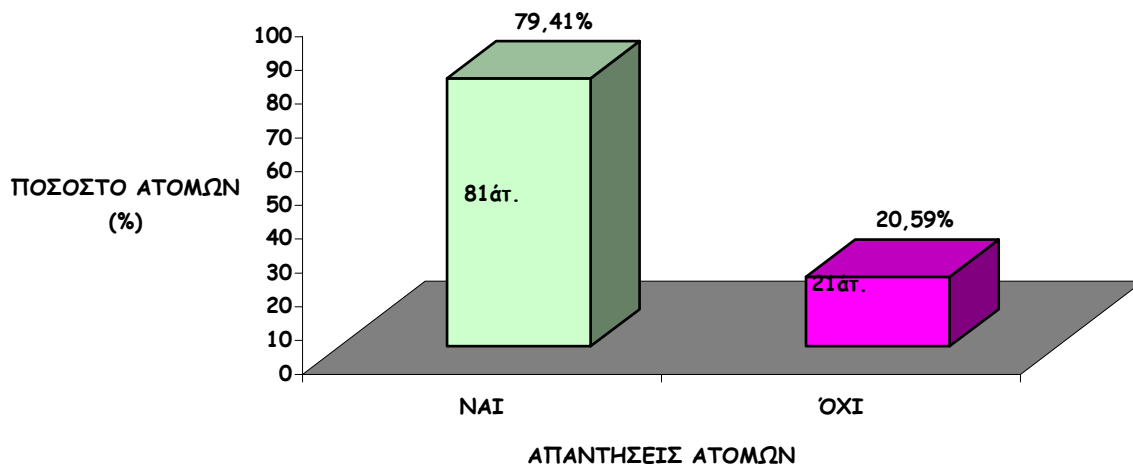
Διάγραμμα 14 ε.

15. ΤΙ ΦΑΡΜΑΚΑ ΠΑΙΡΝΕΤΕ;



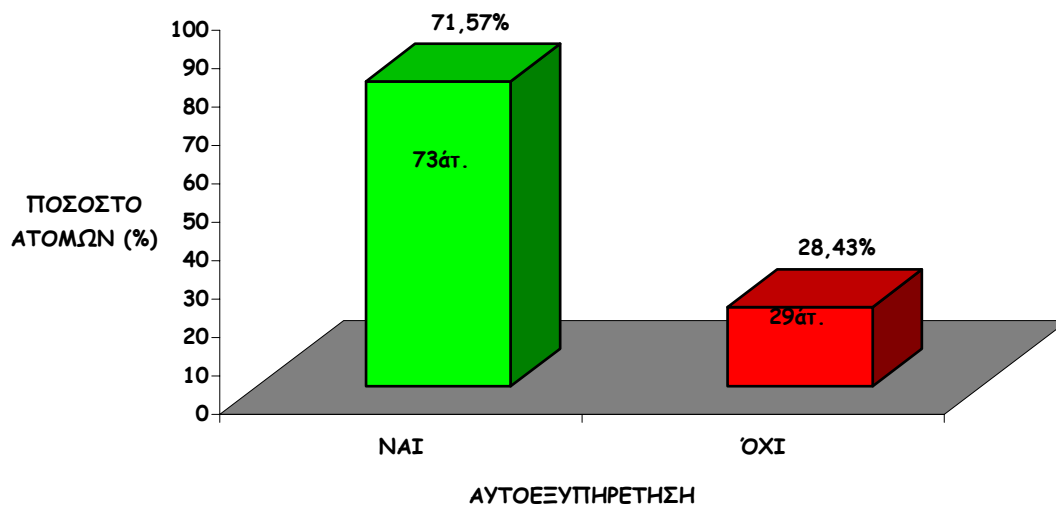
Διάγραμμα 15.

16. ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΕ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΠΑΘΗΣΕΙΣ;



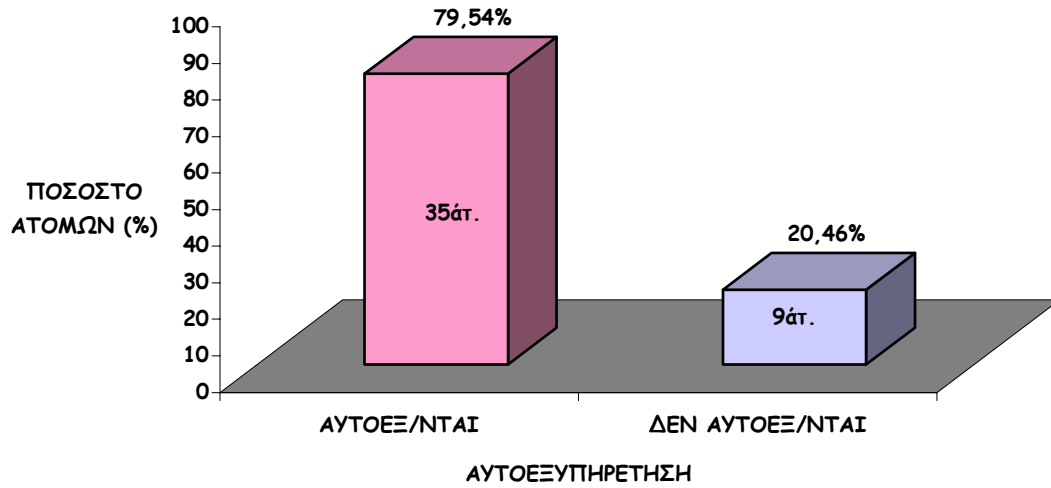
Διάγραμμα 16.

17. ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΕΙΣΤΕ;



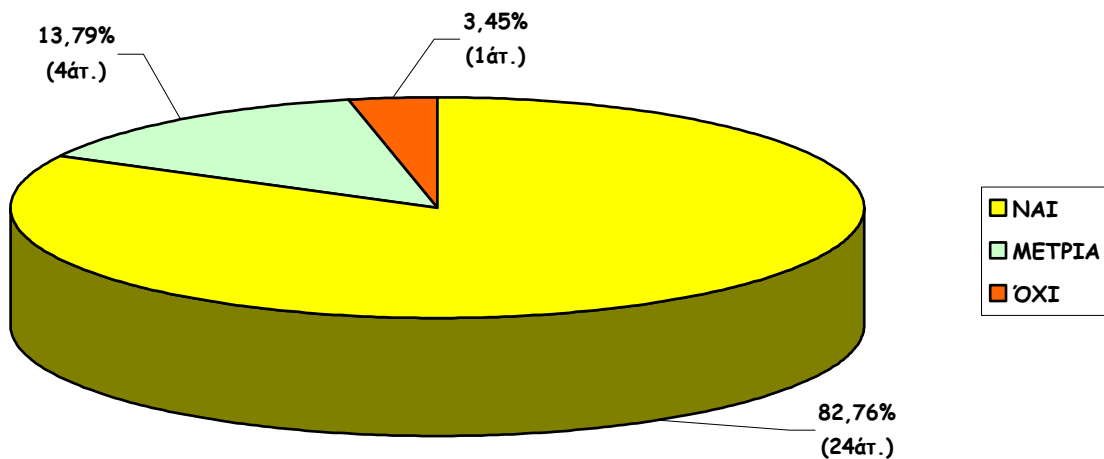
Διάγραμμα 17

**17α. ΠΟΣΑ ΑΠΟ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΜΟΝΑ
ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΑΙ; (ΣΕ ΣΥΝΟΛΟ 44 ΑΤ.)**



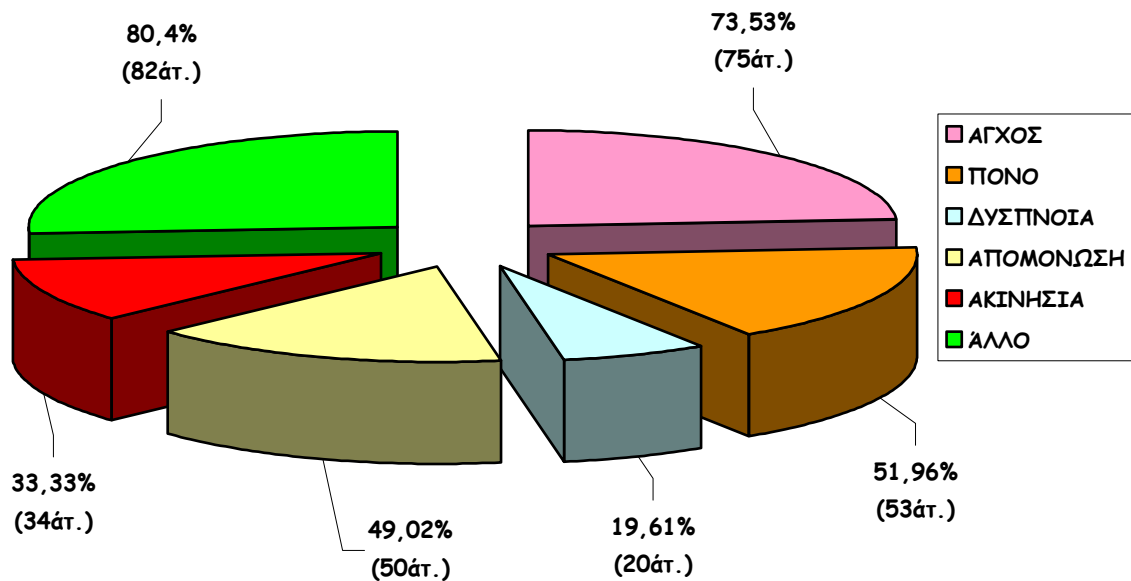
Διάγραμμα 17α

**17β. ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΑΙ,
ΕΙΝΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ
ΝΟΣΗΛΕΙΑ; (Σε σύνολο 29 ατόμων)**



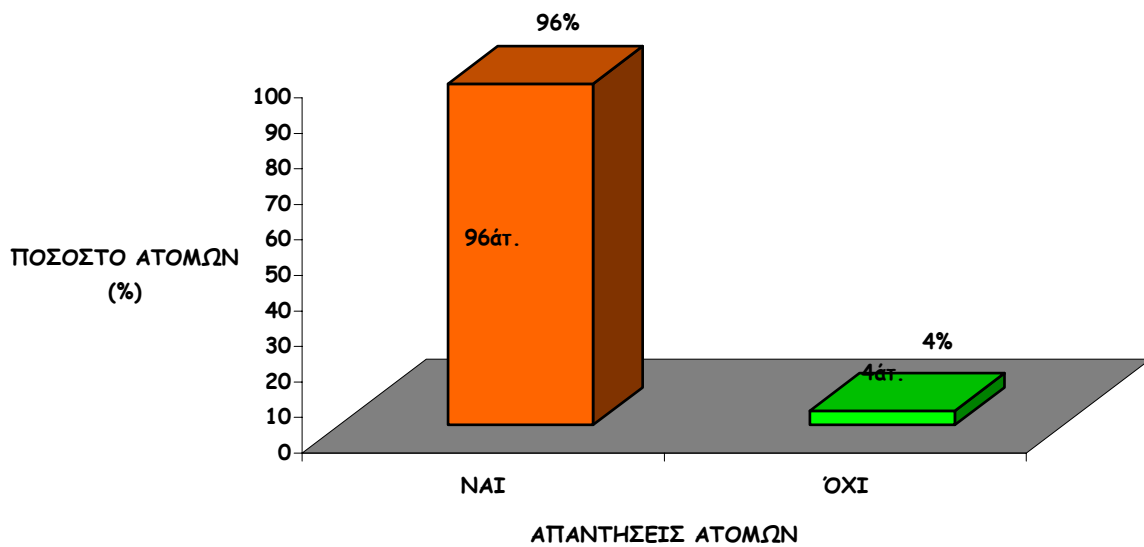
Διάγραμμα 17β

18. ΤΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΑΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΕΙ Η ΠΑΘΗΣΗ ΣΑΣ;



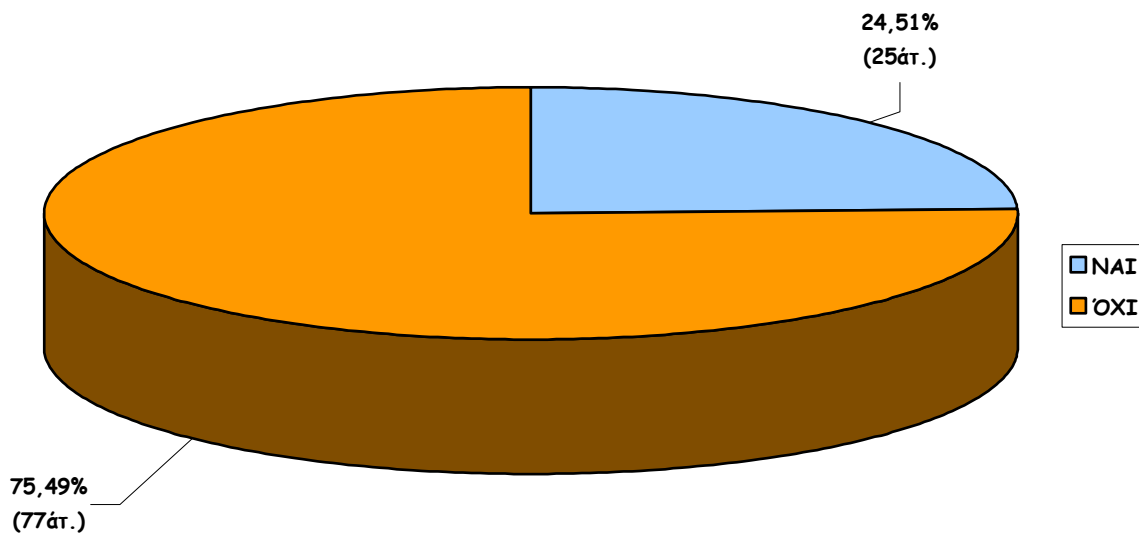
Διάγραμμα 18

19. ΕΧΕΙ ΑΠΟΔΕΧΘΕΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ;



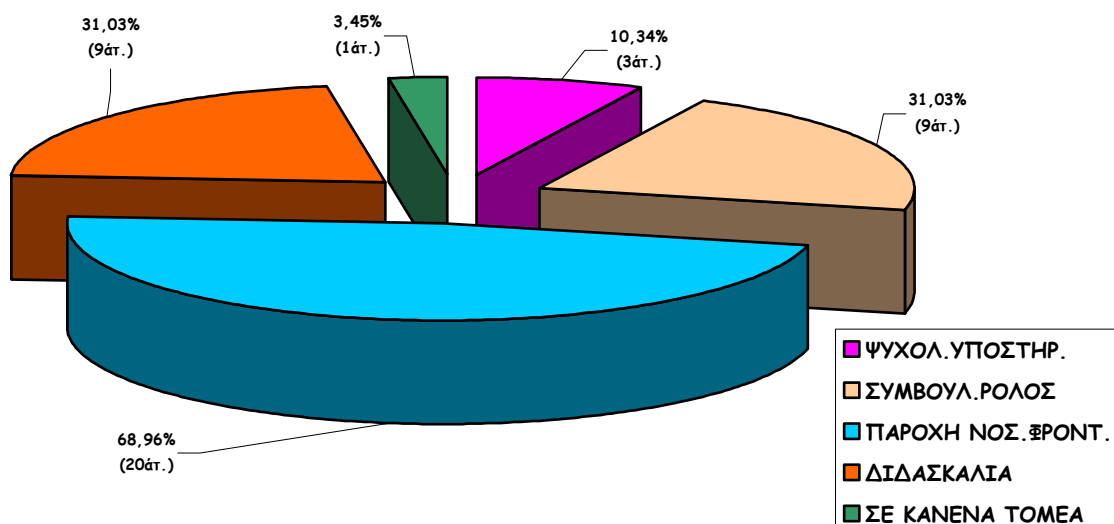
Διάγραμμα

20. ΣΑΣ ΕΠΙΤΕΠΕΙ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ ΝΑ ΣΥΝΕΧΙΖΕΤΕ ΜΙΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΖΩΗ, ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΣΑΣ;



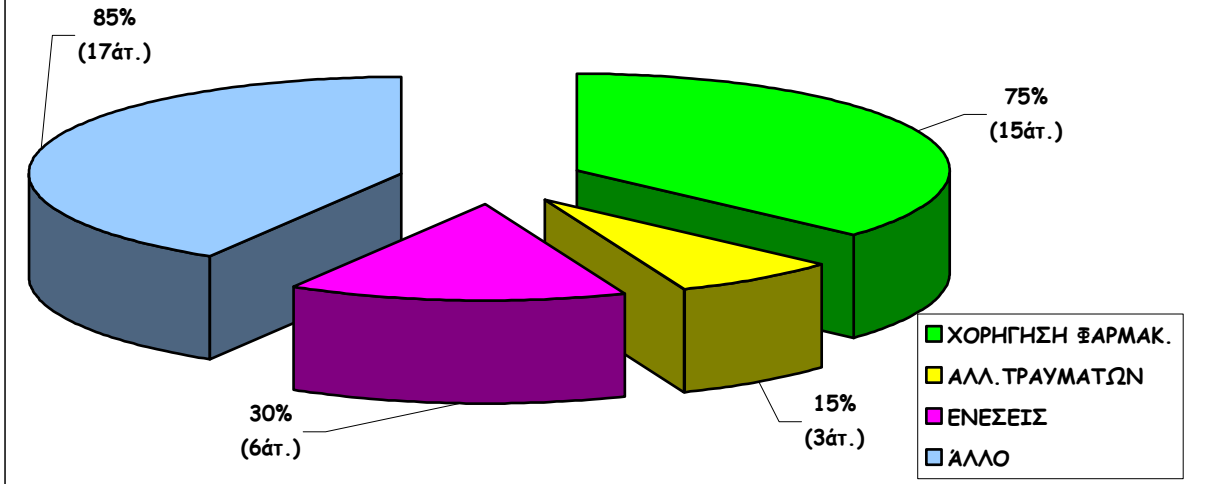
Διάγραμμα 20

21. ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ ΣΑΣ ΒΟΗΘΗΣΕ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ, ΣΤΟ Κ.Α.Π.Η. ;



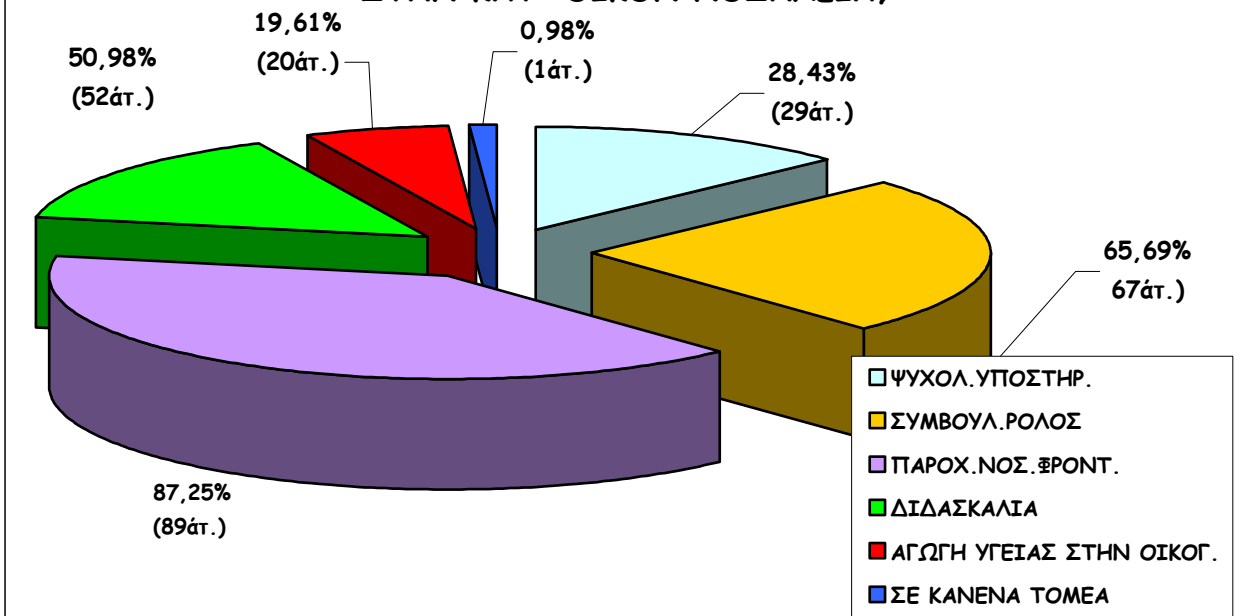
Διάγραμμα

21α. ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΝΟΣ. ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΣΑΣ ΠΑΡΕΙΧΕ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΟ Κ.Α.Π.Η. ;



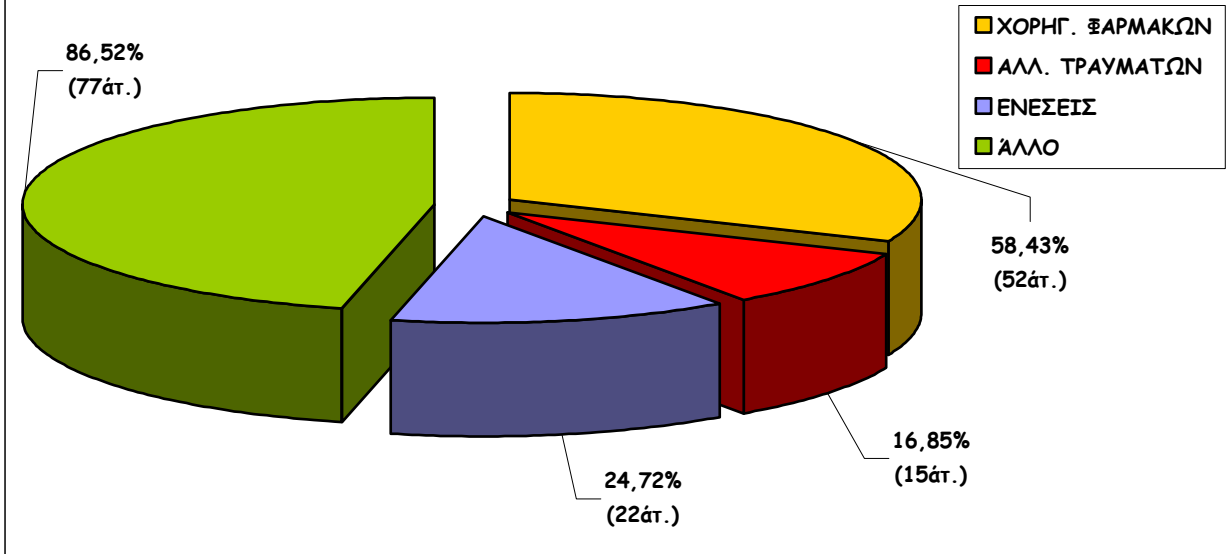
Διάγραμμα 21α.

22. ΣΕ ΠΟΙΟΥΣ ΤΟΜΕΙΣ ΣΑΣ ΒΟΗΘΑΕΙ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ, ΣΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ;



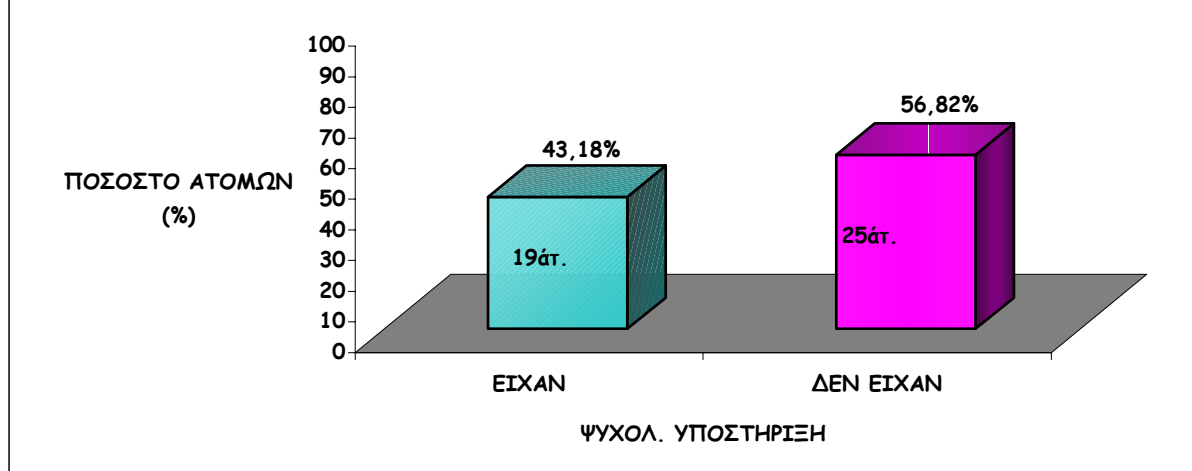
Διάγραμμα

22α. ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΑΣ ΠΑΡΕΙΧΕ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ, ΣΤΗΝ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ;

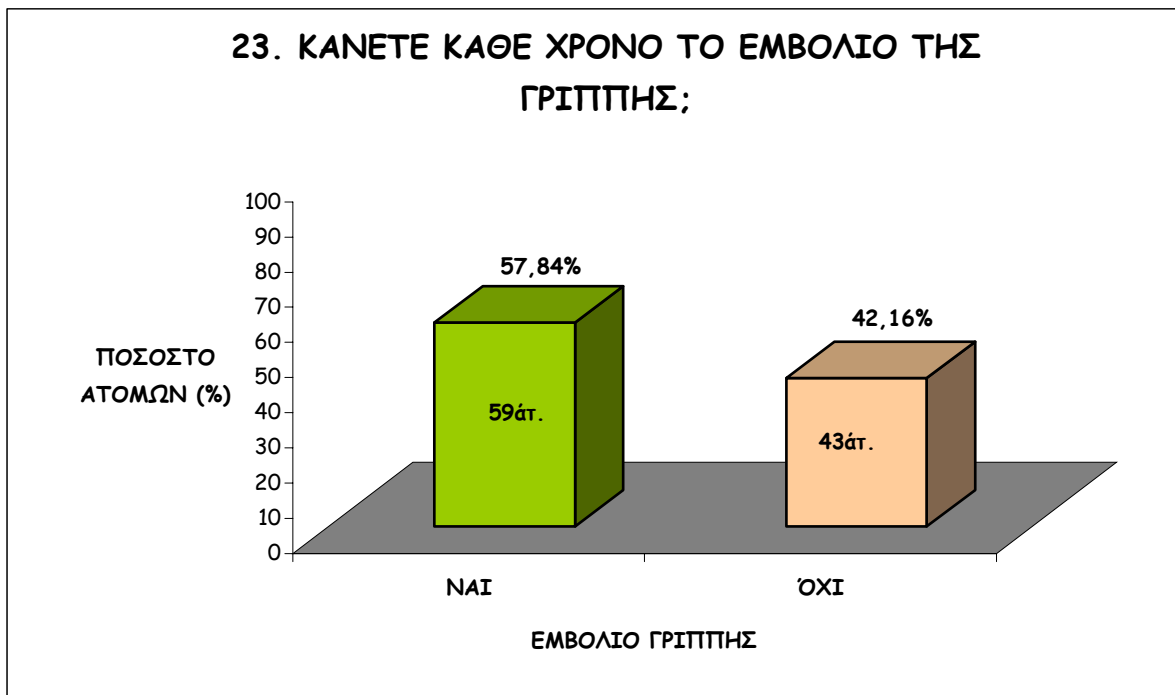


Διάγραμμα 22α .

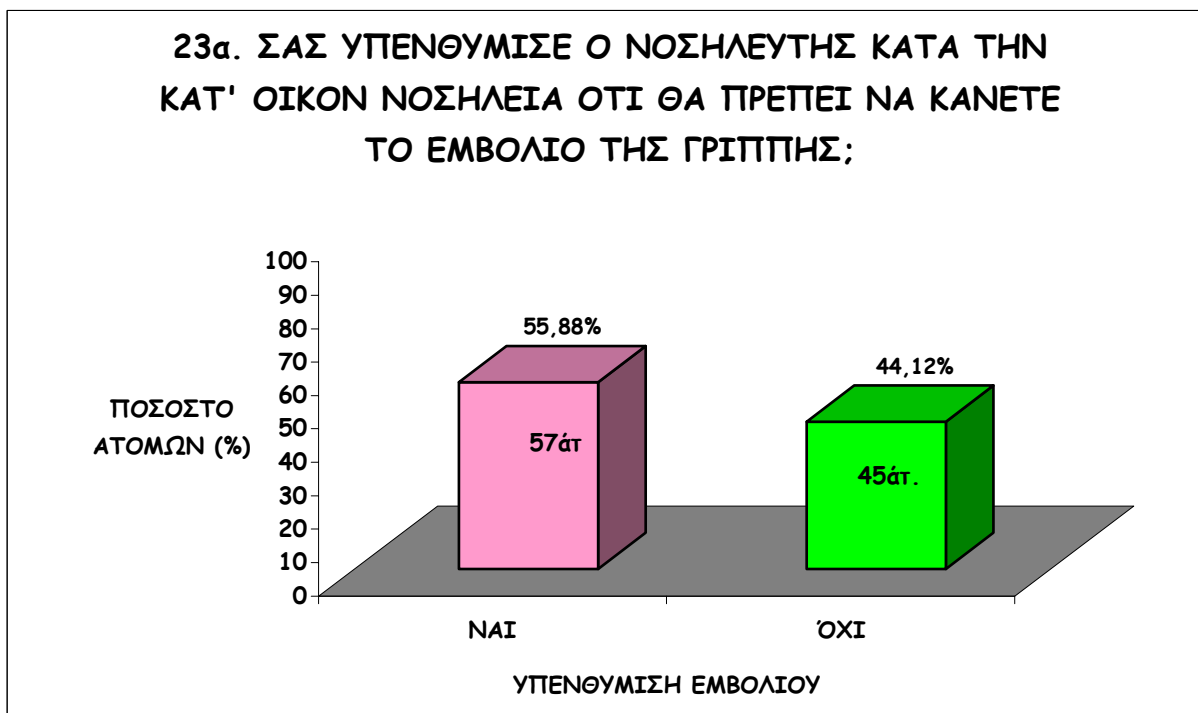
22β. ΠΟΣΑ ΑΠΟ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΜΟΝΑ ΤΟΥΣ, ΕΙΧΑΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ;



Διάγραμμα 22β

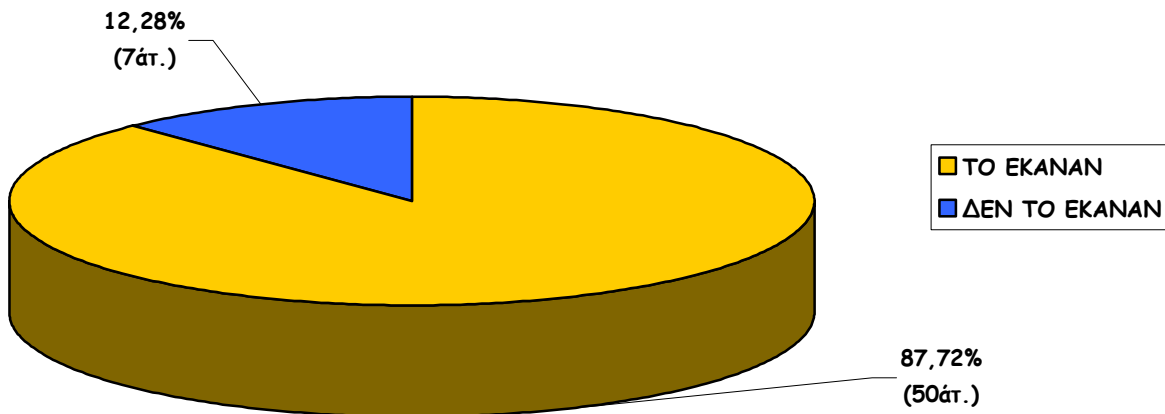


Διάγραμμα 23



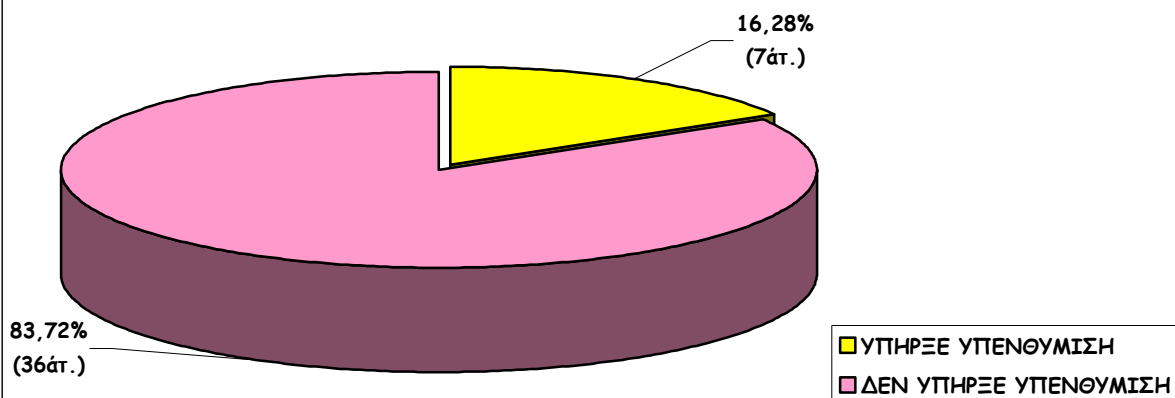
Διάγραμμα 23α

23β. ΑΠΟ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΣΤΑ ΟΠΟΙΑ ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΕ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΝΑ ΚΑΝΟΥΝ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΠΗΣ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ, ΠΟΣΑ ΤΟ ΕΚΑΝΑΝ;



Διάγραμμα 23β

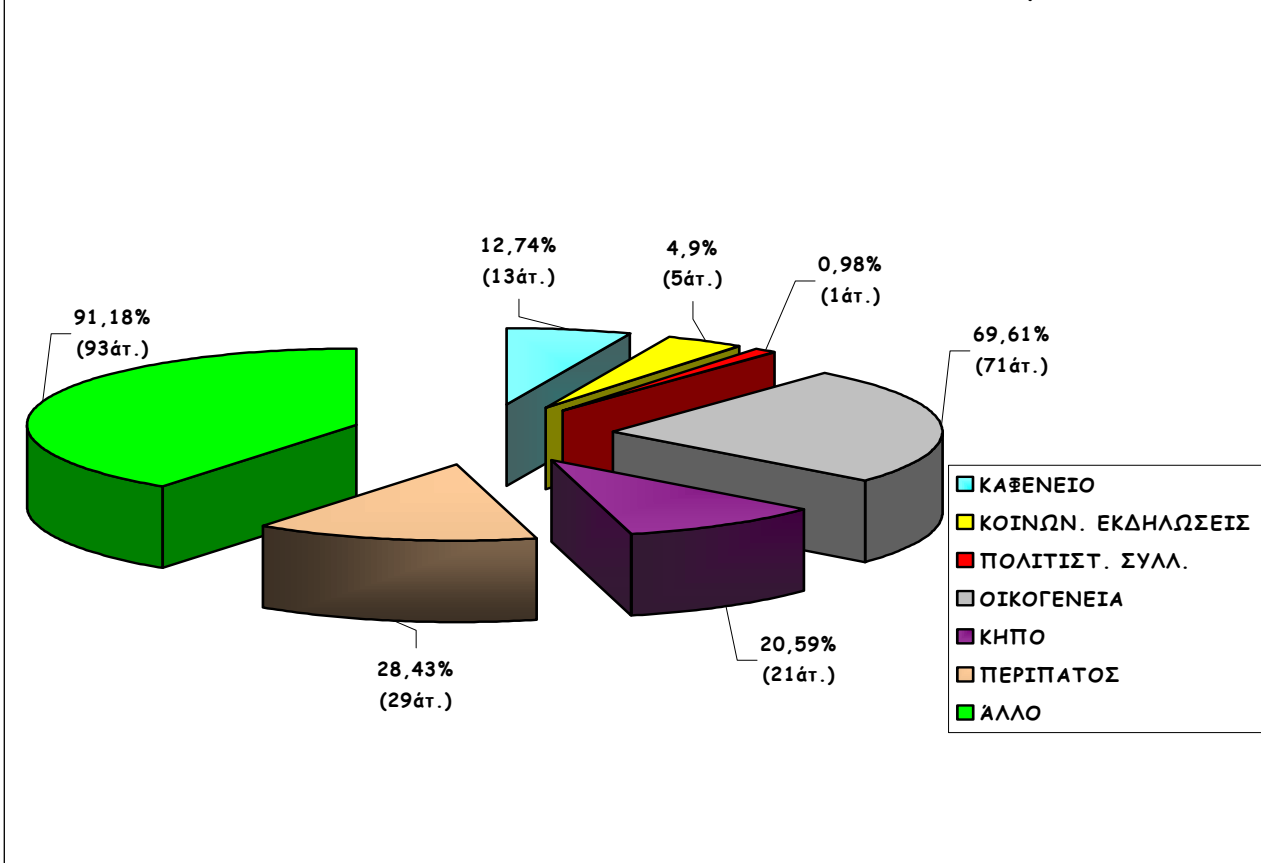
23γ. ΑΠΟ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΝΟΥΝ ΤΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΤΗΣ ΓΡΙΠΠΗΣ ΚΑΘΕ ΧΡΟΝΟ (43), ΣΕ ΠΟΣΑ ΤΟ ΥΠΕΝΘΥΜΙΣΕ Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ;



Διάγραμμα

23γ

24. ΠΩΣ ΠΕΡΝΑΤΕ ΤΙΣ ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΩΡΕΣ ΣΑΣ;



Διάγραμμα 24

12.6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Πολλοί ηλικιωμένοι με χρόνιες νόσους, έχουν την ανάγκη ορισμένων φροντίδων άλλοτε για μικρό και άλλοτε για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η κατ' οίκον νοσηλεία φαίνεται να αποτελεί την πιο ουσιαστική λύση για την αντιμετώπιση των ατόμων αυτών. Το βασικότερο ρόλο στην οργάνωση και στην ολοκλήρωση των στόχων της κατ' οίκον φροντίδας των χρόνιων πασχόντων ηλικιωμένων έχει αναλάβει ο κοινοτικός νοσηλευτής στον τομέα της πρόληψης και της Νοσηλευτικής Παρέμβασης.

Το βασικό μας μέλημα σε αυτήν την έρευνα ήταν να καταγραφούν οι χρόνιες παθήσεις από τις οποίες πάσχουν οι ηλικιωμένοι, τα προβλήματα και οι ανάγκες που προκύπτουν λόγω αυτών των ασθενειών, καθώς επίσης να αξιολογηθεί η ποιότητα της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται στα άτομα αυτά.

Κατά την εξέλιξη της έρευνας, διεκρίναμε ένα σημαντικό φαινόμενο. Το οικονομικό επίπεδο των περιοχών που επικεντρώθηκε η έρευνα, καθόριζε σε ένα μεγάλο ποσοστό την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Από την μια πλευρά, σε περιοχές όπως το ιστορικό κέντρο του Ηρακλείου και τον Μασταμπά, παρατηρήθηκαν σημεία τα οποία επιφέρουν καλύτερο επίπεδο διαβίωσης, όπως πολυκατοικίες με ανελκυστήρες, μεγαλύτερες κατοικίες, με κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους για τις ανέσεις του υπερήλικα. Απ' την άλλη πλευρά, Αγία Τριάδα και Καμίνια παρουσίαζαν μια εντελώς διαφορετική εικόνα. Μονοκατοικίες ετοιμόρροπες, υποτυπώδεις χώροι για την κίνηση του ηλικιωμένου και παντελής έλλειψη βοηθητικών μέσων.

Τα άτομα που επισκεφθήκαμε, γυναίκες στην πλειοψηφία, και με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ζούσαν μόνοι τους κατά ένα μεγάλο ποσοστό, λόγω χηρείας κυρίως, ενώ οι υπόλοιποι κατοικούσαν με τον-ην σύζυγο ή και τα παιδιά τους. Παρόλο που οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είχανε επικοινωνία με συγγενικά πρόσωπα, το γεγονός ότι μισοί από αυτούς ζουν μόνοι, τους δημιουργούσε και τις μεγαλύτερες δυσκολίες για την αντιμετώπιση της κατάστασης της υγείας τους.

Φαίνεται ότι οι χρόνιοι πάσχοντες υπερήλικες δεν επισκέπτονται το Κ.Α.Π.Η. της περιοχής τους λόγω των δυσκολιών που συνεπάγονται της ασθένειάς τους. Όσοι όμως έχουν αυτή τη δυνατότητα, οδηγούνται στο Κ.Α.Π.Η. κυρίως για ψυχαγωγικούς λόγους. Εξάλλου οι ηλικιωμένοι προτιμούν τις κατ' οίκον νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους προσφέρονται, παρά εκείνες που φιλοξενούνται στο Κέντρο.

Οι υπερήλικες δηλώνουν ικανοποιημένοι από την κατ' οίκον νοσηλεία, που όπως είδαμε, βασίζεται στις επισκέψεις του νοσηλευτή σχεδόν σε όλο τον πληθυσμό και πολύ λιγότερο σε εκείνες άλλων ειδικοτήτων.

Είναι φανερό από την έρευνα, ότι οι χρόνιες παθήσεις που απασχολούν τους ηλικιωμένους είναι πολλές και στην πλειοψηφία συνυπάρχουν στα άτομα. Η υπέρταση, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο διαβήτης απασχολούν σε μεγάλο αριθμό τον "γκρίζο" πληθυσμό, αλλά και νόσοι όπως οστεοπόρωση και αρθρίτιδες δημιουργούν προβλήματα που καθλώνουν πολλούς υπερήλικες με πόνο, κατάγματα, κ.α. Η πολυφαρμακία των ηλικιωμένων τονίζεται από τα αποτελέσματα της έρευνας, φαινόμενο ανάλογο της παρουσίας πολλών χρονίων νοσημάτων.

Ο βαθμός αυτοεξυπηρέτησης φαίνεται να καθορίζεται από το είδος της νόσου γι' αυτό υπάρχει ικανοποιητικό ποσοστό ατόμων που αυτοεξυπηρετούνται. Χρρίζουν όμως μεγάλης προσοχής αρκετοί ηλικιωμένοι που δεν μπορούν να ικανοποιήσουν οι ίδιοι τις βασικές ανάγκες τους. Είναι τα άτομα εκείνα που θα πρέπει να επικεντρωθεί ο μεγαλύτερος βαθμός φροντίδας κατά την κατ' οίκον νοσηλεία. Εξάλλου, πέρα από τα προβλήματα που δημιουργεί ο βαθμός αυτοεξυπηρέτησης, ο πόνος, ο φόβος, το άγχος και η απομόνωση τείνουν να είναι τα μεγαλύτερα εμπόδια στην ανακούφιση των χρονίων πασχόντων, γεγονός που στην πλειοψηφία τους δεν τους επιτρέπει όπως φαίνεται να συνεχίζουν μια φυσιολογική ζωή. Ο νοσηλευτής, λοιπόν, βρίσκει μπροστά του μια πλειάδα προβλημάτων, είτε με τις υπηρεσίες που προσφέρει στο Κ.Α.Τ.Η. είτε κατά την κατ' οίκον νοσηλεία. Οι επισκέψεις του νοσηλευτή στα σπίτια των ηλικιωμένων βασίζονται στην πρακτική παροχή νοσηλευτικής φροντίδας (λήψη ζωτικών σημείων, αιμοληψίες, και χορήγηση φαρμάκων), ενώ το φάσμα υπηρεσιών που προσφέρει συμπληρώνεται με την ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου, την διδασκαλία του, αλλά και την αγωγή υγείας στο ίδιο και στην οικογένεια, σε ικανοποιητικό, γενικά, βαθμό. Η φροντίδα χρονίων πασχόντων ηλικιωμένων από το νοσηλευτή στο Κ.Α.Τ.Η. επικεντρώνεται στα ίδια σχεδόν σημεία, αλλά περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό, λόγω του ότι η προσέλευση των ατόμων αυτών στο Κέντρο είναι περιορισμένη.

Το βεβαρημένο πρόγραμμα των κατ' οίκον υπηρεσιών που προσφέρει ο νοσηλευτής, πολλές φορές δημιουργεί κενά στην σωστή πρόληψη ασθενειών, όπως η γρίπη, και αυτό φαίνεται και από τον ελλιπή εμβολιασμό του ηλικιωμένου πληθυσμού, φαινόμενο που έχει να κάνει με τον ανεπαρκή βαθμό, σε πολλές περιπτώσεις, επαγρύπνησης του νοσηλευτή σε παρόμοια θέματα. Είναι σημαντικό, το να τηρούνται από τον νοσηλευτή οι σωστές μέθοδοι πρόληψης σ' αυτήν την ομάδα πληθυσμού που την επιβαρύνει η παρουσία χρονίων νόσων.

Οι συνέπειες της χρονιότητας των παθήσεων στους ηλικιωμένους, τους αναγκάζει να αφιερώνουν τον ελεύθερο χρόνο τους σε δραστηριότητες περιορισμένες στο σπίτι και στην οικογένεια. Είναι αναμενόμενο, λόγω των κινητικών προβλημάτων και των αρνητικών συναισθημάτων (φόβος, πόνος, άγχος)

οι ηλικιωμένοι να απέχουν από τα κοινωνικά δρώμενα και να παρουσιάζουν απομονωτικές τάσεις, δίχως ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη ζωή.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα συμπεράσματα της έρευνας, διακρίνεται το πόσο σημαντικό είναι ο θεσμός της κατ' οίκον νοσηλείας για τους χρόνιους πάσχοντες ηλικιωμένους. μέχρι σήμερα, δεν υπάρχει οργανωμένο επίπεδο κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας και μόλις πρόσφατα άρχισε να παίρνει μορφή πιλοτικό πρόγραμμα που αφορά ηλικιωμένα άτομα, με οργανωμένες επισκέψεις από κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη, απεσταλμένους από τα Κ.Α.Π.Η.

Για τις φροντίδες που παρέχονται στο σπίτι χρειάζεται εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να οργανώσει με τέτοιο τρόπο την παροχή φροντίδας στον ηλικιωμένο, έτσι ώστε να καλύψει όλους τους τομείς δραστηριότητάς του και την ικανοποίηση των αναγκών που δημιουργεί η ασθένεια του ηλικιωμένου. Εξάλλου, συγκεκριμένες ενέργειες του νοσηλευτή μπορούν να επιφέρουν ικανοποιητική αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση υπερηλικών με χρόνιες νόσους. Για παράδειγμα, ένα σωστό και κατάλληλο περιβάλλον για τον ηλικιωμένο, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή ζωή του. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εξασφαλίσει χώρους για κίνηση, άνετη προσέγγιση οποιουδήποτε αντικειμένου, και όπου χρειάζεται, τοποθέτηση βοηθητικών μέσων (σε συνεργασία, για την αγορά τους, με το ασφαλιστικό ταμείο του ηλικιωμένου).

Η πρόληψη θα πρέπει να αποτελεί βασικό παράγοντα λειτουργίας του νοσηλευτή, καθώς οι τακτικοί και κατάλληλοι εμβολιασμοί των ηλικιωμένων και η εφαρμογή των κανόνων υγιεινής. Θα μειώσουν απρόσκοπτες παρεμβάσεις στον ήδη ταλαιπωρημένο χρόνο πάσχοντα. Το νοσηλευτικό έργο κατ' οίκον, μπορεί να βελτιωθεί με την καταγραφή όλων των χρόνιων παθήσεων, μια αναλυτικότερη καταγραφή πορείας της χρόνιας νόσου ή νόσων, αλλά και όλων των νοσηλευτικών πράξεων που λαμβάνουν μέρος σε κάθε κατ' οίκον επίσκεψη. Επίσης, δεν θα πρέπει να παραβλέψουμε ότι λόγω της πολυφαρμακίας των ηλικιωμένων και ιδιαίτερα εκείνων με χρόνιες νόσους, ο έλεγχος λήψης ουσιών είτε ποσοτικά, είτε ποιοτικά, με κάθε δυνατή βοήθεια (εύκολος διαχωρισμός, καθορισμός δοσολογιών, κ.τ.λ.) είναι πρωτεύουσας σημασίας, νοσηλευτική παρέμβαση.

Πέρα από τα παραπάνω, ο κοινοτικός νοσηλευτής οφείλει να διοργανώνει κατά τέτοιο τρόπο τις ενέργειές του, έτσι ώστε να καλύπτει κάθε τομέα της ζωής του χρόνιου πάσχοντα ηλικιωμένου. Έτσι λοιπόν, ανάλογα με την οργάνωση του φορέα στον οποίο απασχολείται ο νοσηλευτής, οφείλει να συμπράττει στο να γίνονται συχνότερες κατ' οίκον επισκέψεις ανά ηλικιωμένο. Η μεγαλύτερη συχνότητα επισκέψεων αποβλέπει στην καλύτερη επίβλεψη και συστηματικότερη παρακολούθηση της πορείας της νόσου-ων, αλλά και της ψυχοσυναισθηματικής κατάστασης του ατόμου. Παράλληλα, οι συχνότερες εργαστηριακές και

διαγνωστικές εξετάσεις κατ' οίκον, παρέχουν ολοένα και περισσότερα χρήσιμα συμπεράσματα για την εξέλιξη του ηλικιωμένου ασθενή.

Ο υπερήλικας με τις τόσες ιδιαιτερότητες θα πρέπει να αντιμετωπισθεί και ως μια ψυχοσυναισθηματική οντότητα. Η στήριξη που μπορεί να του παρέχει ο κοινοτικός νοσηλευτής γίνεται ουσιαστικότερη όταν αποβλέπει στην απαλλαγή από τον πόνο, επομένως την χαλάρωση και την ευχαρίστηση μέσα στο ίδιο του το σπίτι. Καθώς η συναισθηματική υποστήριξη φαντάζει ως ένας από τους κύριους στόχους, ο νοσηλευτής θα πρέπει να δείξει ιδιαίτερη προσοχή σε ηλικιωμένους που ζουν μόνοι, που είναι χήροι, που είναι απομονωμένοι. Η καθημερινή τηλεφωνική επικοινωνία μαζί τους θεωρείται απαραίτητη και προληπτική σε πολλές περιπτώσεις. Η παρακολούθηση επιθυμιών και αναγκών του ηλικιωμένου και η όσο το δυνατόν ικανοποίησή τους θα επιφέρει ουσιαστικά αποτελέσματα. Εξάλλου, η αντιμετώπιση του υπερήλικα που ασθενεί βαριά και για μεγάλο χρονικό διάστημα, με αξιοπρέπεια και σεβασμό βοηθά στην βελτίωση της αυτοεκτίμησής του και αναγνώρισης της ιδιοσυγκρασίας του.

Το αναλώνει ο νοσηλευτής τις επισκέψεις του σε καθαρά νοσηλευτικές παρεμβάσεις, μοιραία, θα επιφέρει ελλιπή αποτελέσματα. Η ενθάρρυνση για αξιοποίηση των θετικών εμπειριών του ηλικιωμένου, του δίνει αίσθημα επιτυχίας και ευχαρίστησης για το παρελθόν και το παρόν. Επίσης, ένα απλό πρόγραμμα καθημερινών ήπιων δραστηριοτήτων στο σπίτι (και έξω αν είναι δυνατόν), θα μειώσει την έκλυση παραγόντων που συντελούν στην απομόνωση. Ο νοσηλευτής, μπορεί να ρωτήσει τον ηλικιωμένο ποιον επιθυμεί να δει ή και να μείνει κοντά του στις ώρες της σύγχυσης, του άγχους και του αποπροσανατολισμού. Η παρότρυνση για επικοινωνία με την οικογένεια φαίνεται να είναι αναγκαία για την ψυχική στήριξη του υπερήλικα, ενώ η εκπαίδευση των οικογενειακών μελών και η συναισθηματική υποστήριξή του στις δύσκολες στιγμές συνύπαρξης και συμπραγμάτωσης με τον πόνο του ηλικιωμένου, αναδεικνύει μια νέα, αισιόδοξη προοπτική στη ζωή του. Γενικά όμως, όταν ο νοσηλευτής με τις κατ' οίκον ενέργειές του στοχεύει στην αυτοφροντίδα του υπερήλικα, ταυτόχρονα με την όσο δυνατόν εξατομικευμένη φροντίδα που του παρέχει, μπορεί να μεταβάλει ουσιαστικά την ήδη υπάρχουσα κατάσταση στην κατ' οίκον περίθαλψη χρονίων πασχόντων.

Ολοκληρώνοντας, θα πρέπει να τονισθεί ότι οι υπηρεσίες που προσφέρουν κατ' οίκον νοσηλεία (Κ.Α.Π.Η., Ερυθρός Σταυρός, κ.α.), οφείλουν να στελεχωθούν με όσο δυνατόν περισσότερο νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπλέον, οι επισκέψεις από βασικές ιατρικές και παραϊατρικές ειδικότητες στους ηλικιωμένους κρίνονται απαραίτητες και θα πρέπει να βελτιωθούν με την κρατική παρέμβαση, όπου απαιτείται. Η επιτυχία στη διάγνωση και την αντιμετώπιση της νόσου και κατά

συνέπεια η επιτυχία στην βελτίωση της κατάστασης του ηλικιωμένου, και η αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής του, δεν μπορεί παρά να είναι έργο της διευρυμένης ομάδας υγείας. Η οργανωτική υποδομή των υγειονομικών υπηρεσιών θα πρέπει να γίνεται σύμφωνα και με τις ανάγκες των φορέων που ασκούν κατ' οίκον περίθαλψη. Στο πιλοτικό πρόγραμμα, που αναφέραμε, βοήθησε η παροχή από το κράτος, ενός αυτοκινήτου ανά Κ.Α.Π.Η. της χώρας για την κατ' οίκον βοήθεια των ηλικιωμένων. Παρέμβαση ουσιαστική για την βελτίωση των συνθηκών παροχής υπηρεσιών. Τέλος, ο νοσηλευτής οφείλει να σέβεται και να συντονίζεται με όλα τα μέλη της ομάδας υγείας που περιθάλλει κατ' οίκον ηλικιωμένους, ενώ η εκπαίδευσή του θεωρείται ως βάση για την σωστή επαγγελματική και ανθρωπιστική ολοκλήρωσή του. Η Γεροντολογική Νοσηλευτική θα πρέπει να αναδειχθεί ως ειδικότητα και να διδάσκεται σε αναβαθμισμένο επίπεδο, με ιδιαίτερη γνώση των χρόνιων παθήσεων που ταλαιπωρούν τους ηλικιωμένους. η εξειδίκευση, εξάλλου, θα μειώσει το κόστος νοσηλείας των υπερηλίκων στα νοσοκομεία, καθώς ο γεροντολογικός νοσηλευτής θα έχει ήδη προλάβει με τις γνώσεις του, την κακή εξέλιξη της υγείας του. Η συνεχής εξέλιξη της εφαρμογής των νοσηλευτικών θεωριών, η αναβαθμισμένη νοσηλευτική εκπαίδευση και η συνεχιζόμενη αναζήτηση λύσεων νοσηλευτικών, στα νοσηλευτικά προβλήματα μέσω της νοσηλευτικής έρευνας, αποτελούν τη βάση για την επανατοποθέτηση των νοσηλευτών σχετικά με την έννοια της φροντίδας χρόνιων πασχόντων ηλικιωμένων κατ' οίκον.

Η μακροβιότητα δίνει στον άνθρωπο τη δυνατότητα να μεταφέρει τις γνώσεις, τις αξίες και την πείρα της ζωής στους νεότερους. Για τους νοσηλευτές, η παρουσία των ηλικιωμένων πρέπει να είναι μια ζωντανή πρόκληση. Οι νοσηλευτές ήρεμα, σταθερά, αποφασιστικά, με πνεύμα συνεργασίας και διάθεση προσφοράς, αλλά και με αγώνα για την κατάκτηση της γνώσης και την κατοχύρωση της επιστήμης τους, θα προχωρήσουν και σε αυτό τον σημαντικότερο τομέα, να υπηρετήσουν στο χώρο τους, τα άτομα της τρίτης ηλικίας, που αποτελούν την πηγή γνώσεων, διδαγμάτων και την συνέχεια της παράδοσής μας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το να συζητάς με έναν ηλικιωμένο, μοιάζει Σα να σου προσφέρονται οι εμπειρίες μιας ζωής απλόχερα. Αυτό που ζήσαμε κατά την επαφή μας με τους ανθρώπους αυτούς ήταν κάτι το πρωτόγνωρο. Τα συναισθήματα αντανακλούσαν στα μάτια τους με μια τόσο ταχύτατη και μεγάλη εναλλαγή. Φόβος, πόνος, ματαιοδοξία, μοναξιά, απόγνωση αλλά και αγάπη, ελπίδα και έρωτας για τη ζωή, παρηλαύνανε ταυτόχρονα μέσα από το βλέμμα που συναντούσαμε. Και πάνω απ' όλα η ανάγκη τους για επικοινωνία. Αυτό ήταν που μας γέμισε περισσότερο.

Η κάθε είσοδος στα σπίτια των ηλικιωμένων ήταν και μια διαφορετική ιστορία. Είτε για το πώς ζούσαν, είτε για το πώς θα ζήσουν, είτε για το καθετί που τους γεμίζει ή που τους λείπει από τη ζωή τους. Οι ανάγκες τους, τόσες πολλές και η ικανοποίησή τους φαίνεται να είναι πάντα ανεπαρκής. Το να προσφέρεις στους ηλικιωμένους τις στοιχειώδεις συνθήκες για ποιότητα ζωής για τα τελευταία τους χρόνια, είναι μηδαμινό σε σχέση με όλα όσα μπορούν εκείνοι να προσφέρουν. Κι εμείς με την επίσκεψή μας τι τους προσφέραμε; Μια ευκαιρία να εκφράσουν όλες αυτές τις ανάγκες, να εκφράσουν όλα τους τα συναισθήματα, μια ευκαιρία να μας απλώσουν το χέρι και να ζητήσουν βοήθεια. Τους προσφέραμε την ευκαιρία να μας υποδείξουν το πόσο σημαντικό είναι ότι αύριο εμείς θα είμαστε εκείνοι που θα ασχολούνται με την υγεία, το πόσο σημαντική είναι η ύπαρξη διαμεσολαβητών απ' την ασθένεια στην ανακούφιση και πάνω από όλα την ευκαιρία να μας υποδείξουν την ανάγκη του να είσαι πρώτα άνθρωπος.

Και τους ευχαριστούμε γι' αυτό...

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Needham: «Γεροντολογική Νοσηλευτική Φροντίδα», εκδόσεις "Έλλην", Αθήνα 2001.
2. Α. Ραγιά: «Υγιή Γηρατειά: Ολιστική Νοσηλευτική Θεώρηση», περιοδικό "Νοσηλευτική", τεύχος 4, 1992.
3. Μαρία Μαλγαρινού, Ειρήνη Γουλιά: «Ο Νοσηλευτής κοντά στον Υπερήλικα», εκδόσεις "Βήτα", Αθήνα 1991.
4. Ελένη Θ. Κυριακίδου: «Κοινωνική Νοσηλευτική», εκδόσεις "Η Ταβιθά", Αθήνα 2000.
5. Χρυσάνθη Δ. Πλατή: «Γεροντολογική Νοσηλευτική», εκδόσεις "Επτάλοφος Α.Ε.", Αθήνα 1993.
6. Ελένη Θεοδοσοπούλου, Βασίλειος Ραφτόπουλος: «Νοσηρότητα και Ονησιμότητα των Ηλικιωμένων», περιοδικό "Νοσηλευτική", τεύχος 2, 31-41, 2001.
7. Ε.Κυριακίδου: «Υγιής Υπερήλικος-Υγιή Γηρατειά», περιοδικό "Νοσηλευτική", Τεύχος 4, 1992.
8. Ήρα Έμκε-Πουλοπούλου: «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες», εκδόσεις "Έλλην", Αθήνα 1999.
9. Ronald D.T. Cape, Rodney M. Coe and Isadore Rossman: «Βασικές Αρχές Γηριατρικής», εκδόσεις "University Studio Press", Θεσσαλονίκη 1990.
10. T.Strasser: «Καρδιαγγειακή Περίθαλψη στους Υπερήλικες», Π.Ο.Υ, εκδόσεις "Βήτα", Αθήνα 1994.
11. National Student Association Incorporated: «Γεροντολογική Νοσηλευτική», εκδόσεις "Έλλην", Αθήνα 2001.

12. Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου: «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», εκδόσεις "Βήτα", Αθήνα 2000.
13. Δέσποινα Σαπουντζη-Κρεπιά: «Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα», εκδόσεις "Έλλην", Αθήνα 1998.
14. Χρήστος Ι. Ιστίκογλου: «Βιολογικές Μεταβολές και Ψυχιατρικά Προβλήματα Τρίτης Ηλικίας», περιοδικό "Ασκληπειϊακά Χρονικά", Τόμος Α', Τεύχος 3, Α' εξάμηνο 2001.
15. Αναστάσιος Δοντάς: «Η Τρίτη Ηλικία», εκδόσεις "Γρηγ. Κ. Παρισιάνος", Αθήνα 1981.
16. Αθηνά Χρ. Γιαννοπούλου: «Ψυχιατρική Νοσηλευτική», εκδόσεις "Η Ταβιθά", Αθήνα 2000.
17. Μ.Παπαδημητρίου: «Εσωτερική Παθολογία», εκδόσεις "University Studio Press", Θεσσαλονίκη 1998.
18. Μαρία Σαουνάτου, Ουρανία Πατσή: «Νοσηλευτική Προσέγγιση Υπερτασικών Αρρώστων στη Συμμόρφωση με τη Φαρμακοθεραπεία τους», περιοδικό "Νοσηλευτική", 37, 4, 1998.
19. Harrison: «Εσωτερική Παθολογία», εκδόσεις "Γρηγ.Παρισιάνος", Αθήνα 2001.
20. Wagstaff and Coakley: «Φυσικοθεραπεία και Ασθενείς Τρίτης Ηλικίας», εκδόσεις "Έλλην", Αθήνα 1997.
21. Σωτηρίου Α. Ράπτη: «Εσωτερική Παθολογία», εκδόσεις "Γρηγ. Παρισιάνος", Αθήνα 1996.
22. Stephen G. Wright: «Νοσηλευτική Υπερηλίκων», εκδόσεις "Έλλην", Αθήνα 1998.
23. Νικόλαος Γκότσης: «Στοιχεία Ειδικής Νοσολογίας», εκδόσεις "University Studio Press", Θεσσαλονίκη 1998.

24. Ιωάννης Κουκουράκης: «Ορθοπαιδική και Τραυματολογία», Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Ηράκλειο 1981.
25. Τσίκος Νικόλαος, Σ.Καραγωγόπουλος: «Πρακτική Άσκηση Νοσηλευτικής ΙΙ», εκδόσεις "Έλλην", Αθήνα 1999.
26. Θεοχάρης Χ. Κυζιρίδης: «Γενική Νοσηλευτική Προσέγγιση της Κατάθλιψης στους Ηλικιωμένους», περιοδικό "Νοσηλευτική", Τόμος 39, 1, 2000.
27. Αρθρογραφία στο περιοδικό "Επιθεώρηση Υγείας", Τόμος 7, 2(39), 1996.
28. Χ.Καρπαθίου: «Εγκεφαλικές Βλάβες - Αποκατάσταση», εκδόσεις "Έλλην", Αθήνα 2001.
29. Scott B. et al: «Συμπτωματολογία της νόσου του Parkinson», περιοδικό "Νευρολογία", Τόμος 9,2,2000.
30. Κωνσταντίνος Α. Δημόπουλος: «Ουρολογία», ιατρικές εκδόσεις "Πασχαλίδη", Αθήνα 1998.
31. Μαρία Πριάμη, Χρυσάνθη Πλατή: «Η Μοναξιά στους Ηλικιωμένους», περιοδικό "Νοσηλευτική", Τόμος 39,2, 2000.
32. Πόπη Καλλιγέρη-Βυθούκα: «Δικαιώματα Ηλικιωμένων», περιοδικό "Κοινωνική Εργασία", τεύχος 34, Αθήνα 1994.
33. Παναγιώτα Παπαϊωαννίδου, Ιωάννης Ξανθόπουλος: «Η ασφαλής χορήγηση αντιβιοτικών σε Ηλικιωμένα Άτομα», περιοδικό "Επιθεώρηση Υγείας", Τόμος 5, 6(31), 1994.
34. Χρυσάνθη Δ. Πλατή: «Ο Ηλικιωμένος και τα φάρμακα», περιοδικό "Νοσηλευτική", Τόμος 32, 1, 1993.
35. F.Michael Gloth: «Geriatric Pain», magazine "Geriatrics", October 2000.

36. Άννα Χατζηδημητρίου: «Η Ψυχολογική αντιμετώπιση του Πόνου», περιοδικό "Ιατρικός Κόσμος", Αύγουστος 2002.
37. Ανθή Τσέλιου: «Επίδραση της στοματικής Υγείας και άλλων παραγόντων στη Θρέψη των Ηλικιωμένων», περιοδικό "Επιθεώρηση Υγείας", Τόμος 6, 2(30), 1995.
38. Ευάγγελος Β. Κεκάτος: «Σχέση κινησιοθεραπευτικής Αγωγής και Διατροφής σε άτομα της Τρίτης Ηλικίας», περιοδικό "Επιθεώρηση Υγείας", Τόμος 5, 3(28), 1994.
39. Μαρία Πριάμη: «Υποστηρικτική Φροντίδα Ηλικιωμένου ασθενούς με Καρκίνο», περιοδικό "Νοσηλευτική", Τόμος 38, 2, 1999.
40. Γιάννης Κυριόπουλος, Τάσος Φιλαλήθης: «Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα», εκδόσεις "Θεμέλιο & Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας στην Ελλάδα", Αθήνα 1996.
41. Αντ. Τριχοπούλου και Δημ. Τριχόπουλος: «Προληπτική Ιατρική», εκδόσεις "Γρηγ.Παρισιάνος", Αθήνα 1986.
42. Ευφροσύνη Ουζούνη: «Ο συμβουλευτικός ρόλος του Νοσηλευτή στην Κοινότητα», πρακτικά 20^{ου} ετήσιου Πανελληνίου Συνεδρίου, Χαλκιδική 1993.
43. Θεοδοσίου Κων/να, Θεοδώρου Ευγενία: «Νοσηλεία στο σπίτι όπως εφαρμόζεται στον Ε.Ε.Σ.», Πρακτικά 19^{ου} Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ρόδος 1992.
44. Θ. Κωνσταντινίδης, Ε. Τσαγκαράκη: «Η Νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι», περιοδικό "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας", Τόμος 10, 1, 1998.
45. Α. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου: «Ο Ηλικιωμένος με Χρόνια Προβλήματα Υγείας», περιοδικό "Νοσηλευτική", τεύχος 4, 1992.
46. Σαπουνζή Δέσποινα, Δημητριάδου Αλεξάνδρα, Μηνασίδου Ευγενία: «Δημογραφική γήρανση του πληθυσμού και η δομή της σύγχρονης οικογένειας ως πρόκληση για τη διεύρυνση του ρόλου της

Νοσηλευτικής», Πρακτικά 19^{ου} Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ρόδος 1992.

47. Ανδρομάχη Χατζηγιάννη: «Η ένταξη των Ηλικιωμένων στην Κοινότητα και ο ρόλος των Θεσμών προστασίας», Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα 1996.
48. Ενημερωτικό υλικό από το Α' Κ.Α.Π.Η. Δήμου Ηρακλείου. (Κοινωνική Υπηρεσία).
49. Ενημερωτικό υλικό του Δ' Κ.Α.Π.Η. Δήμου Ηρακλείου (Καριπίδου Αναστασία-Κοινωνική Λειτουργός).
50. Κανονισμός "Διοίκησης και Διαχείρισης του Κέντρου Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων", Δήμου Ηρακλείου.
51. Καραγκιόζη Ο.: «Η Νοσηλευτική στα Κ.Α.Π.Η. και στην οικιακή φροντίδα των Ηλικιωμένων», Πρακτικά 3^{ου} Συνεδρίου Γηριατρικής και Γεροντολογικής Εταιρίας Βορείου Ελλάδος", Φεβρουάριος 1995.
52. Ενημερωτικό υλικό από το Α' Κ.Α.Π.Η. Δήμου Ηρακλείου, πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», (Σταματάκη Μαρία- Υπεύθυνη νοσηλεύτρια του προγράμματος).
53. Θεοδωράκη Χ., Θεοδωρίου Μ., Μαρουλάκης Ν., Πεθεριώτη Κ., Τσέλιος Δ.: «Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» για Ηλικιωμένους του Δήμου Περιστερίου-Απολογισμός ενός χρόνου λειτουργίας (1996)», περιοδικό "Κοινωνική Εργασία", τεύχος 52, 1998.
54. Ενημερωτικό φυλλάδιο του Α' Κ.Α.Π.Η. για το πιλοτικό πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», Δήμος Ηρακλείου 1999.
55. Λιάκου Μ.: «Βοήθεια στο Σπίτι, Ε.Ε.Σ., Διαστάσεις και προοπτικές ανάπτυξης της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας», περιοδικό "Κοινωνική Εργασία", τεύχος 52, 1998.

56. Ρόμπερτ Καστενμπάουερ : «Η Τρίτη Ηλικία», εκδόσεις "Η Ταβιθά", Αθήνα 1991.
57. Μαρία Αβραμικά: «Υγεία στα Γηρατειά», περιοδικό "Νοσηλευτική", Τόμος 32, 4, 1993.
58. Βασιλική Λανάρα: «Νοσηλευτική Φροντίδα Ηλικιωμένων στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα», περιοδικό "Νοσηλευτική", Τεύχος 3, 1993.
59. Α. Καλοκαιρινού, Α. Ραγιά, Κ. Κυριακίδου, Α. Δοντάς: «Νοσηλευτικές Έρευνες και αξιολόγηση του Ηλικιωμένου», περιοδικό "Νοσηλευτική", τεύχος 3, 1992.
60. Σ. Παπουτσάκης: «Όσο γερνάμε η ζωή καλύτερεύει !», περιοδικό "Αχαϊκή Ιατρική", Τόμος 17, 2, 1996.
61. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος: "Αποτελέσματα Απογραφής Πληθυσμού-Κατοικιών, της 17^{ης} Μαρτίου 1991", Τόμος ΙΙ, Αθήνα 1998.(σελ.75).
62. Α.Τεπέρογλου (1990α): «Η ηλικιωμένη γυναίκα στην Ελλάδα».
63. Α.Αμηνά: «Για να γεράσουμε όλοι καλύτερα», σελ.38-43, Ακαδημία Αθηνών, Αθήνα 1986.
64. Ι.Γεωργούλη, Δ.Κονδύλη, Γ.Χάνδανος, Ε.Χατζηβαράνα: «Αλληλεγγύη ανάμεσα στις γενεές: Σχέση και αλληλοϋποστήριξη μεταξύ των ηλικιωμένων και των νεότερων μελών της ελληνικής οικογένειάς», σελ.401-430, Γήρανση και οικογένεια, ΕΚΚΕ, Αθήνα 1996.
65. Δ.Μπαλούρδος, Α.Τεπέρογλου, Μ.Τζωρτζόπουλος: «Συνταξιούχοι Πολιτικοί Υπάλληλοι. Κοινωνικό-οικονομική δομή και στάσεις μιας επιλεγμένης ομάδας συνταξιούχων», σελ.6, ΕΚΚΕ-ΠΟΠΣ, 1993.
66. Ε.Πίτσιου: «Lifestyle of older Athenians», ΕΚΚΕ, 1986.

67. Ε.Πολυχρονόπουλος, Γ.Γναρδέλης, Α.Τριχόπουλος: "Nutritional Sciences, New Developments of Consumer Concern", σελ.136, Department of Nutrition and Biochemistry, Αθήνα 1991.
68. G.Crosby: «The European Directory of Older age», London 1996.
69. Eurostat (1993a): «Older people in European Community. Population and employment, Rapid Reports, Population and Social Conditions», 1993, 1, Luxembourg.
70. «Ίδρυμα για το παιδί και την οικογένεια - Ευρώπη 21^{ος} αιώνας όραμα και θεσμοί», σελ.151, Πρακτικά, Νέα Σύνορα - Λιβάνης, 1998.
71. Α.Αμηρά: «Χρονίως πάσχοντες και κοινωνικός αποκλεισμός», ΕΚΚΕ-Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού, σελ.55-76, Αθήνα 1996.
72. Α.Τεπέρογλου: «Αξιολόγηση της Προσφοράς των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων», ΕΚΚΕ, Αθήνα 1990β.
73. Ε.Α.Σκληρός, Ε.Κτώρου, Α.Σωτηρόπουλος, Μ.Μάγκου, Γ.Σεβαστός, Ο.Αποστόλου, Ε.Παπαδημητρίου, Χ.Καμμιλάτος: «Μελέτη της Αρτηριακής Πίεσης σε αγροτικό πληθυσμό. Επιπολασμός και ρύθμιση της Υπέρτασης», Περιοδικό "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας", Τόμος 12, 3, 2000.
74. Α.Δοντάς: «Προβλήματα υγείας υπερηλίκων στην Ελλάδα», Διεθνής Συνάντηση Γεροντολογίας, *Materia Medica Graeca*, 1982.
75. C.Cassel: «Ethical problems in Geriatric Medicine», 1990.
76. Α.Τημουράκας: «Γηριατρική», Θεσσαλονίκη, 1989 α.
77. Γ.Λυρίτης: «Οστεοπόρωση», Αθήνα 1996.
78. Β.Μαργαριτίδου: «Οστεοπόρωση και γυναίκα. Υπάρχει πρόληψη;», Ο αγώνας της γυναίκας, Μάρτιος 1991.

79. Σ.Αριτζή: «Προβλήματα Ψυχογηριατρικής», Πρακτικά 1^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Γεροντολογίας - Γηριατρικής, Αθήνα 1989.
80. Β.Ζημιάρης, Κ.Βολίκας: «Επιδημιολογικά δεδομένα της Κατάθλιψης των υπερηλίκων της περιφέρειας», ΕΓΓΕ, Αθήνα 1997.
81. Π.Κ.Ιμπρίαλος: «Ο ρόλος της οικογένειας στην φροντίδα των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας», Πρακτικά 3^{ου} Συνεδρίου Γηριατρικής και Γεροντολογίας Εταιρίας Βορείου Ελλάδος, 1995.
82. Α.Τεπέρογλου: «Ανοιχτή περίθαλψη στους Έλληνες ηλικιωμένους», άρθρο στο βιβλίο του Α.Αmann: "Open care for the elderly in eleven European Countries", Oxford 1980.
83. Α.Χατζηδημητρίου: «Ο χρόνιος πόνος οδηγεί σε κατάθλιψη», περιοδικό "Ιατρικός Κόσμος", Τεύχος 4, Αύγουστος 2002.
84. E.Grundy: «Socio-demographic variations in transitions to supported demestic environments in England and Wales», Paper prepared for the European Population Conference, Paris 1991.
85. Λ.Μουσούρου: «Greece: Issues concerning the family policies in 1995, European Observatory on National Family Policies, Social Policy Research Unit, University of York, England 1996.
86. Eurostat: «Family responsibilities - how are they shared in European households?» Rapid Report, Population and Social Conditions, Luxembourg, 1997 b.
87. Α.Μωυσίδης: «Οικογένεια και εργασία στον αγροτικό χώρο», στο: Ευρωπαϊκό Συνέδριο Οικογένεια και Εργασία, Πρακτικά, Ίδρυμα Λαμπράκη, Αθήνα 1996.
88. Η.Hermanova: «Η μέριμνα της υγείας των υπερηλίκων», Διεθνής συνάντηση Γεροντολογίας, Materia Medica Greca, 1982.

89. Γ.Γκιζέλης, Ρ.Καυταντζόγλου, Α.Τεπέρογλου, Β.Φίλιας: «Παράδοση και νεωτερικότητα στις πολιτιστικές δραστηριότητες της ελληνικής οικογένειας. Μεταβαλλόμενα σχήματα», ΕΚΚΕ, Αθήνα 1984.
90. Ε.Heikkinen, W.Waters and Z.Brzesinski: «The elderly in eleven Countries», WHO, Copenhagen, 1983.
91. C.Delbes, et J.Gaym: «L' automne de l' amour», Population, 6, 1997.
92. Α.Μωυσίδης, Θ.Ανθόπουλος, Ν.Ντύκεν: «Τρίτη ηλικία στον αγροτικό χώρο», Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα 1997.