

**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος:

«Η μελέτη της ποιότητας ζωής ενός ηλικιωμένου ατόμου με παρουσία νοσηλευτή.»

Αλεξάνδρου Τσαμπίκα (ΥΝ 6696)

Μουζάκη Αρχοντία (ΥΝ 6751)

Σταματάκη Μαρία (ΥΝ 6661)

Επιβλέπων καθηγητής:

Στυλιανός Ψυχάρακης.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η πτυχιακή εργασία αποτελεί το τελευταίο μέρος πριν την απόκτηση του πτυχίου και για το λόγο αυτό αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε από καρδιάς όλους μας τους καθηγητές, τους επόπτες, τα πλαίσια άσκησης για όλες τις πολύτιμες γνώσεις και εφόδια που αποκτήσαμε για τη μελλοντική ζωή και επαγγελματική μας σταδιοδρομία. Σε αυτό το σημείο θεωρούμε υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τον εισηγητή μας Ψυχάρáκη Στυλιανό, καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ, για την παροχή των χρήσιμων επιστημονικών του συμβουλών και επισημάνσεων κατά την επίβλεψη της εργασίας μας. Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους γονείς, τους φίλους και τις οικογένειές μας αφιερώνοντάς τους την παρούσα εργασία για την αμέριστη κατανόηση, υποστήριξη και αγάπη που μας έδωσαν όλα τα χρόνια των σπουδών μας.

Περιεχόμενα

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ:.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΓΗΡΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	10
1.1.ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.	10
1.2.ΘΕΩΡΙΕΣ ΠΕΡΙ ΓΗΡΑΤΟΣ.	11
Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΣΤΑΣΕΩΣ.....	11
Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΑΠΟΨΗ.....	11
Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΑΤΟΜΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ.....	12
1.3.ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.	12
1.4.ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ – ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΓΗΡΑΤΟΣ.	13
1.5.ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ».....	15
2.1. ΈΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	15
2.2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	16
2.3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	20
3.1 ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ MASLOW.....	20
3.2 ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ.....	20
3.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ.....	21
3.4 ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ.....	23
4.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	23

4.2. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.	26
4.3. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	30
4.4. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	31
4.5. ΑΝΟΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	32
ΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΜΝΗΜΗΣ.....	33
ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ	34
ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΟΙΑ.....	34
ΟΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΟΙΑ.....	34
Η ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER	35
Η ΠΡΟΛΗΨΗ	35
Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	36
4.6. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	40
5.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.	40
5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	41
5.3 ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	43
5.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	48
6.1 ΕΠΙΣΗΜΑ ΚΑΙ ΑΝΕΠΙΣΗΜΑ ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.	48
6.1.1. ΕΠΙΣΗΜΑ ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ.	49
6.1.2. «ΑΝΕΠΙΣΗΜΑ ΔΙΚΤΥΑ» ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ.....	52
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	54
ΣΚΟΠΟΣ.....	54
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	54
ΕΙΔΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	54
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.	56
ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	68
ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.	69

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	71
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ	71
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	78
ΔΙΚΤΥΟΓΡΑΦΙΑ	85

Πρόλογος

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου και έχει τον τίτλο «Η μελέτη ποιότητας ζωής ενός ηλικιωμένου ατόμου με παρουσία νοσηλευτή». Διαρθρώνεται σε δύο επιμέρους τμήματα, στο θεωρητικό και στο ερευνητικό, προκειμένου να καλυφθεί όσο το δυνατόν επαρκέστερα η εν λόγω θεματική.

Περίληψη

Ηλικιωμένος (επίσης και υπερήλικας) ονομάζεται ο άνθρωπος που διανύει την "τρίτη ηλικία". Αν και δεν υπάρχει βιολογικός, δημογραφικός ή κοινωνικός καθορισμός της τρίτης ηλικίας, για στατιστικούς λόγους έχει γίνει δεκτό ότι στους ηλικιωμένους ανήκουν τα άτομα που έχουν υπερβεί το 65ο έτος τους. Για τις περισσότερες Δυτικές χώρες, η ηλικία των 60-65 ετών συνδυάζεται με την συνταξιοδότηση και τα προγράμματα προστασίας των ηλικιωμένων. Με βάση την εξέλιξη σε εθνική και διεθνή βιβλιογραφία τα άτομα της τρίτης ηλικίας αποτελούν μια ηλικιακή ομάδα, η οποία απασχολεί τη σύγχρονη κοινωνία. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι ποικίλα και σχετίζονται τόσο με τη σωματική όσο και με την ψυχική τους υγεία. Όπως πλέον έχει διαπιστωθεί από το Κοινωφελές μη Κερδοσκοπικό Σωματείο (γραμμή ζωής) η Ελλάδα είναι πρωτοπόρα χώρα των γερασμένων εθνών. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται αφενός, στο γεγονός ότι, ο δείκτης θνησιμότητας μειώνεται με αποτέλεσμα τα άτομα να ζουν πολύ περισσότερο και αφετέρου, στην μείωση του δείκτη γεννητικότητας. Η νέα αυτή πρόκληση, καθιστά αναγκαία την ανάπτυξη υπηρεσιών για την προστασία των ηλικιωμένων ατόμων. Οι αλλαγές που πραγματοποιούνται τα τελευταία χρόνια σε κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό επίπεδο έχουν οδηγήσει στη μείωση του βιοτικού επιπέδου των ηλικιωμένων ατόμων. Για το λόγο αυτό, έχει δημιουργηθεί η ανάγκη προστασίας και φροντίδας της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας προκειμένου να έχει μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Η τρίτη ηλικία είναι μια πολύ ευαίσθητη περίοδος και σταθμός στη ζωή κάθε ανθρώπου. Η συνταξιοδότηση και η αποχώρηση από την επαγγελματική και κοινωνική δραστηριότητα, πολλές φορές δημιουργεί προβλήματα γήρανσης, ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται με έκπτωση των σωματικών και ψυχικών ικανοτήτων. Ως αποτέλεσμα, δημιουργούνται απογοήτευση και προβλήματα ψυχικής υγείας, και κυρίως γεροντική κατάθλιψη, λόγω της πεποίθησης ότι το τέλος της ζωής πλησιάζει. Υπό αυτές τις συνθήκες θα μελετηθεί εάν η παρουσία νοσηλευτή συμβάλλει στην βελτίωση της φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων σε όλα τα επίπεδα, καθώς κύριος σκοπός της νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο και την οικογένεια του να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής και να διεκπεραιώσει τις απαραίτητες δραστηριότητες, τις δραστηριότητες εκείνες που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, στην αποκατάστασή της ή ακόμη και σε έναν και ειρηνικό και όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο θάνατο.

Abstract

Elderly (also elderly) is called the man who is in "old age". Although there is no biological, demographic or social definition of old age, for statistical reasons it has been accepted that the elderly belong to persons who are over 65 years of age. For most Western countries, the age of 60-65 is combined with retirement and protection programs for the elderly. Based on developments in national and international literature, older people form an age group that concerns modern society. The problems faced by older people are varied and relate to both their physical and mental health. As has now been established by the Non-Profit Society (life line) Greece is a pioneering country of the old nations. This phenomenon is due, on the one hand, to the fact that the mortality rate is decreasing, resulting in people living much longer, and, on the other hand, to a decrease in the birth rate. This new challenge makes it necessary to develop services to protect older people. Changes in recent years at social, economic and political level have led to a reduction in the standard of living of older people. For this reason, the need to protect and care for this age group has been created in order to have a better quality of life. Old age is a very sensitive period and a milestone in every person's life. Retirement and retirement from professional and social activity often creates problems of ageing, especially when accompanied by a decline in physical and mental abilities. As a result, frustration and mental health problems arise, and especially senile depression, due to the belief that the end of life is approaching. In these circumstances it will be studied whether the presence of a nurse contributes to improving the care of elderly people at all levels, as the main purpose of nursing is to help the elderly person and his family to meet the daily demands of life and to carry out the necessary activities, those activities that contribute to maintaining health, restoring it or even to a peaceful and painless death as possible.

Λέξεις – Κλειδιά:

Γήρας, τρίτη ηλικία, ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία, δίκτυα φροντίδας

Εισαγωγή

Ο στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη της ποιότητας ζωής ενός ηλικιωμένου ατόμου με παρουσία νοσηλευτή. Σε μια προσπάθεια να μελετηθεί το θέμα ολιστικά, το θεωρητικό μέρος διαρθρώνεται ως ακολούθως: Το πρώτο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στον ορισμό του γήρατος, στις θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για το γήρας, στις ανάγκες που έχουν οι ηλικιωμένοι, στην επιδημιολογία και στη συχνότητα του γήρατος και στις επιπτώσεις που σημειώνονται στο σύστημα υγείας. Το δεύτερο κεφάλαιο εστιάζει στην «ποιότητα ζωής» και παρατίθενται ο ορισμός του υπό εξέταση όρου, η εκτίμηση της ποιότητας ζωής και τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής. Το τρίτο κεφάλαιο φέρει τον τίτλο «Ψυχική υγεία και ηλικιωμένος» και αναλύονται ο ορισμός της ψυχικής υγείας, καθώς επίσης και οι καταθλιπτικές διαταραχές, η διπολική διαταραχή της τρίτης ηλικίας, οι αγχώδεις διαταραχές και οι ανοϊκές διαταραχές. Στο τέταρτο κεφάλαιο επισημαίνεται η σημασία των δικτύων φροντίδας είτε ανήκουν στον δημόσιο τομέα, είτε είναι ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Κλείνοντας από το θεωρητικό κομμάτι περνάμε στο ερευνητικό και τελευταίο κομμάτι της παρούσας εργασίας προκειμένου να καλυφθεί όσο το δυνατόν επαρκέστερα η εν λόγω θεματική. Παρατίθενται τα άρθρα που συντέλεσαν καταλυτικό κομμάτι για την σημερινή μελέτη και τέλος τα συμπεράσματα και η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε.

Κεφάλαιο 1^ο: Γήρας και τρίτη ηλικία.

1.1. Ορισμός του γήρατος.

Ο Πυθαγόρας διέκρινε την ζωή σε τέσσερις επιμέρους περιόδους, όπου η κάθε μία διαρκεί είκοσι χρόνια. Οι περίοδοι αυτοί είναι η παιδική ηλικία ή άνοιξη από 0 – 20 ετών, η εφηβεία ή καλοκαίρι από 20 – 40 ετών, η νεότητα ή φθινόπωρο που διαρκεί από 40 – 60 ετών και τα γηρατειά ή χειμώνας που διαρκούν από τα 60 έως τα 80 έτη. Σύμφωνα με τον Αριστοτέλη η φυσική ωριμότητα εντοπίζεται στα 35 έτη και η πνευματική στα 49 (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999). Όπως αναφέρεται (Laslet P. 1989, Πουλοπούλου- Έμκε, 1999) η ζωή διαιρείται σε τέσσερα υποστάδια. Το πρώτο στάδιο είναι η περίοδος της εξάρτησης, της κοινωνικοποίησης, της ανωριμότητας και της εκπαίδευσης. Το δεύτερο στάδιο είναι η περίοδος της ανεξαρτησίας, της ωριμότητας, της ευθύνης και των κερδών. Το τρίτο στάδιο είναι η περίοδος των προσωπικών επιτευγμάτων και της εκπλήρωσης και το τέταρτο στάδιο είναι η περίοδος της εξάρτησης, της εξασθένησης και του θανάτου. Τα γηρατειά είναι ένα φυσικό – βιολογικό επακόλουθο που συνιστά ένα μείγμα από αντιλήψεις, στάσεις και αισθήματα. Το αξιοπερίεργο είναι το ότι η φυσική και η πνευματική παρακμή να μην συνυπάρχουν με το σεβάσμιο, το αγαθό και το σοφό, αλλά και με την περιφρόνηση του κακού ριζικού που προκαλούνται από την τελευταία ηλικιακή φάση του βίου (Μωυσίδης, κ.α., 2002). Ο κοινωνικός περίγυρος προσλαμβάνει την έννοια του «γήρατος» ξεπερνά την βιολογική διάσταση και είναι άμεσα συνυφασμένη με την κοινωνική θέση και το φύλο του εκάστοτε υποκειμένου. Μεγάλη σημασία βέβαια διαδραματίζει και η ιστορική περίοδος που εξετάζεται, καθώς επίσης και ο βαθμός ετοιμότητας της κοινωνίας για την αποδοχή των ηλικιωμένων μελών της (Μωυσίδης, 1998). Η έννοια του «γήρατος» δεν έχει έναν συγκεκριμένο ορισμό, λόγω του ότι οι παραδόσεις, τα ήθη, τα έθιμα, οι αξίες που κυριαρχούν, οι κανόνες δικαίου, οι κοινωνικές διαφοροποιήσεις και οι ταξικές διαφοροποιήσεις είναι αυτές που διαμορφώνουν το περιεχόμενο της υπό εξέταση έννοιας και το πλαίσιο εντός του οποίου διαμορφώνονται οι στάσεις της κοινωνίας για τους ηλικιωμένους (Μωυσίδης, κ.α., 2002). Σε μια προσπάθεια να διατυπωθεί ένας αμετάβλητος ορισμός του γήρατος, η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος» που διεξήχθη το 1982 στη Βιέννη, αποφάσισε ότι η ηλικία των εξήντα ετών και άνω είναι το όριο για να καταγράψουμε τα άτομα που βρίσκονται στην τρίτη ηλικία. Ορισμένοι επιστήμονες έχουν προτείνει ως όριο την ηλικία των 65 ετών και πάνω, ούτως ώστε να διαχωρίζονται οι ηλικιωμένοι από τους υπερήλικες (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982 στο

Δαρδαβέσης, 1999). Πλέον έχει επικρατήσει η άποψη ότι η ηλικία των 65 ετών είναι το όριο πάνω από το οποίο ένα άτομο είναι ηλικιωμένο (Δαρδαβέσης, 1999). Ολοκληρώνοντας την παρούσα υποενότητα, αν θα θέλαμε να δώσουμε έναν ορισμό του γήρατος (και της ψυχολογίας του) θα καταφεύγαμε κυρίως στη Βιολογία σύμφωνα με την οποία γήρας είναι το βιολογικό φαινόμενο κατά το οποίο οι ζώντες οργανισμοί παρουσιάζουν προοδευτική κάμψη των φυσιολογικών λειτουργιών τους, μετά την πάροδο ορισμένου χρόνου ζωής, και άγονται έτσι βαθμιαία στο θάνατο (Μαλικιώση – Λοΐζου, χ.χ.: 342). Σύμφωνα με αυτόν τον προταθέντα ορισμό θα αναλύσουμε τα επόμενα κεφάλαια.

1.2. Θεωρίες περί γήρατος.

Προχωρώντας σε μια περεταίρω μελέτη της διαθέσιμης βιβλιογραφίας περί γήρατος, παρατηρούμε ότι εκτός από την βιολογία, και άλλα επιστημονικά πεδία, όπως αυτά της ψυχολογίας και της κοινωνιολογίας, έχουν διατυπώσει ποικίλες θεωρίες για το γήρας. Αναλυτικότερα, έχουν διατυπωθεί: η θεωρία της σωματικής συστάσεως, η ψυχαναλυτική άποψη, η άποψη της ατομικής ψυχολογίας κ.α. (Μαλικιώση – Λοΐζου, χ.χ.).

Η θεωρία της σωματικής συστάσεως.

Οι Kretschmer και Sheldon (1955, 1940, 1942, όπως αναφέρεται στο Μαλικιώση – Λοΐζου, χ.χ) υποστηρίζουν ότι η σχέση ανάμεσα στους ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες είναι μείζονος σημασίας. Η φυσική κατασκευή του εκάστοτε ατόμου, όπως επίσης και τα βιολογικά του χαρακτηριστικά είναι αυτά που ευθύνονται για την μετέπειτα φθορά του σώματος και των οργάνων του, που τον οδηγούν στο στάδιο του γήρατος (Μαλικιώση – Λοΐζου, χ.χ.).

Η ψυχαναλυτική άποψη.

Ο Freud ανέπτυξε τις θεωρίες του ασυνείδητου κάνοντας ειδική μνεία στην σύνδεση μεταξύ της ψυχικής ενέργειας και των φαινομένων της αναπτύξεως. Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική άποψη, η οποία στηρίζεται στην φροϋδική θεωρία στην έναρξη των γηρατειών αυξάνονται οι ενστικτώδεις ωθήσεις και ελαττώνονται η δύναμη που έχει το εγώ για να τους επιβληθεί. Οι μεταβολές αυτές είναι περισσότερο εμφανείς, όταν επιδρούν διάφορες περιβαλλοντικές μεταβλητές, λ.χ. η συνταξιοδότηση του ατόμου, ο θάνατος κοντινών ατόμων κ.ο.κ. Αυτές τις μεταβλητές, οι ηλικιωμένοι τις αντιμετωπίζουν με φόβο, λόγω του ότι το εγώ αδυνατεί να τις ελέγξει (Μαλικιώση – Λοΐζου, χ.χ.). Για να αμυνθούν απέναντι στην αδυναμία αυτή του εγώ να επιβληθεί σε ενστικτώδεις ωθήσεις, και να ελέγξει την επίδραση διαφόρων εξωτερικών παραγόντων, οι ηλικιωμένοι αρχίζουν να μη δίνουν σημασία σε διάφορα

εξωτερικά γεγονότα, αλλά να γίνονται πιο εσωστρεφείς και να ενδιαφέρονται περισσότερο για τα προσωπικά τους προβλήματα. (Μαλικιώση – Λοϊζου, χ.χ.: 345).

Η θεωρία της Ατομικής Ψυχολογίας.

Σύμφωνα με τα πορίσματα της Ατομικής Ψυχολογίας, η προσωπικότητα των ηλικιωμένων ατόμων επηρεάζεται από τις κοινωνικές μεταβλητές και τα γηρατειά ως ένα στάδιο της ζωής του ατόμου χαρακτηρίζονται από ένα αίσθημα κατωτερότητας που προκύπτει από παραμέτρους όπως είναι η φυσική και η διανοητική ανεπάρκεια. Η θεωρία αυτή έχει χρησιμοποιηθεί από πολλούς ψυχαναλυτές, προκειμένου να κατανοήσουν και να ερμηνεύσουν την διαδικασία των γηρατειών (Μαλικιώση – Λοϊζου, χ.χ).

1.3. Οι ανάγκες των ηλικιωμένων.

Είναι αυτονόητο ότι ανάμεσα στην ηλικιακή ομάδα των ηλικιωμένων υπάρχουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση, όπως επίσης και την φυσική, δημογραφική και την οικογενειακή τους κατάσταση. Εξίσου σημαντικές είναι και οι διαφορές αναφορικά με τα δύο φύλα, την θέση των γυναικών και στις γεωγραφικές περιοχές (Μωυσίδης, 1998). Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι όμοιες με τις ανάγκες των υπόλοιπων ατόμων. Αναλυτικότερα, το γήρας είναι συνδεδεμένο με ορισμένες ανάγκες, οι οποίες πρέπει να ικανοποιηθούν, ούτως ώστε σε αυτή την περίοδο της ζωής τους να έχουν την όσο το δυνατόν καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι ηλικιωμένοι, όπως άλλωστε και όλοι οι άνθρωποι χρειάζονται αρκετή και θρεπτική τροφή, ρούχα και υποδήματα, καθαριότητα, στέγη, θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, σεβασμό των δικαιωμάτων τους, να αισθάνονται το αίσθημα του «ανήκειν», αυτονομία και αυτοσεβασμό, αποδοχή, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη, σεβασμό στην προσωπικότητά τους, απασχόληση, επικοινωνία, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ερεθίσματα και ενδιαφέροντα, προσδοκίες, έγκυρη και έγκαιρη ενημέρωση για ζητήματα που τους αφορούν, πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες κρατικές ή μη και τέλος, δυνατότητα να πεθάνουν αξιοπρεπώς ανάμεσα στα αγαπημένα τους άτομα . Η άποψη ότι οι ηλικιωμένοι έχουν πιο λίγες ανάγκες σε σύγκριση με τους άλλους ανθρώπους και ότι δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν δεν ευσταθεί (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999). Επιγραμματικά, τα προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ηλικιωμένοι είναι η μοναξιά, τα προβλήματα που προκαλούνται από διάφορες ασθένειες, το χαμηλό μορφωτικό τους επίπεδο, τα προβλήματα στην μετακίνησή τους και στην επικοινωνία, προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος, η ανεπάρκεια των υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη

κοινωνικών και ιατρικών υπηρεσιών, η έλλειψη σεβασμού, η καταπάτηση των δικαιωμάτων τους και η αδυναμία τους αυτοεξυπηρετηθούν (Πουλοπούλου - Έμκε, 1999).

1.4.Επιδημιολογία – Συχνότητα γήρατος.

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα υπήρχαν 31*106 εκατομμύρια άτομα άνω των 65 ετών. Οι προβλέψεις των επιστημόνων λένε ότι μέχρι το 2030 1/5 Αμερικάνους θα είναι άνω των 65 ετών. Γενικότερα, ο μέσος όρος για τα άτομα των 75 ετών είναι 11.3 χρόνια και για τα άτομα 85 ετών είναι τα 6,5 χρόνια. Όλα αυτά μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι τα ηλικιωμένα άτομα ζουν περισσότερα χρόνια και αυτό συνεπάγεται με την αύξηση των χρόνιων ασθενειών.

1.5.Επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.

Οι σύγχρονες Ευρωπαϊκές κοινωνίες πλέον χαρακτηρίζονται από την ραγδαία αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης τα τελευταία χρόνια και συνάμα, από την γήρανση του πληθυσμού. Σε παγκόσμιο επίπεδο είναι κοινά παραδεκτό ότι οι άνθρωποι άνω των 65 ετών συνιστούν την ταχύτερα διευρυμένη ηλικιακή πληθυσμιακή ομάδα. Τα δεδομένα αυτά μαρτυρούν το μεγαλύτερο κατόρθωμα της ανθρωπότητας και παράλληλα την πρόκληση που καλούνται να αντιμετωπίσουν με αποτελεσματικότητα τόσο τα συστήματα υγείας όσο και ο κλάδος της κοινωνικής πρόνοιας (Πάσχος, Μαλλιαρού, Μπαμίδης, 2016). Εμβαθύνοντας περισσότερο, η προαγωγή της ενεργού γήρανσης αποτελεί πρωταρχικής σημασίας μέθοδο προσέγγισης της γήρανσης και των δυσκολιών που απορρέουν από αυτή για το άτομο και την κοινωνία. Με το συγκεκριμένο όρο περιγράφεται η διατήρηση της καλής υγείας των ηλικιωμένων, η προστασία της ανεξαρτησίας και αυτονομίας τους, η διασφάλιση της ποιότητας ζωής τους και η ενεργητική συμμετοχή τους στα κοινωνικά, πολιτιστικά και πνευματικά δρώμενα. Ωστόσο, η εφαρμογή της ενεργού γήρανσης απαιτεί σημαντικές μεταβολές σε αντιλήψεις, συνήθειες και οργανωτικές δομές της κοινωνίας. (Πάσχος, Μαλλιαρού, Μπαμίδης, 2016: 11). Η ραγδαία αύξηση των μελών της πληθυσμιακής ομάδας των ηλικιωμένων συνιστά πρόκληση για τα σύγχρονα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας των ανεπτυγμένων κοινωνιών. Οι εφαρμοζόμενες πολιτικές και τα προγράμματα υγείας στοχεύουν στο ενεργό γήρας, δηλαδή στην συνεχή συμμετοχή στο οικονομικό, κοινωνικό, πολιτισμικό και πνευματικό γίγνεσθαι και παράλληλα, στην καλή φυσική κατάσταση και στην ενεργό συμμετοχή στη παραγωγική διαδικασία. Για να μπορέσουν να υλοποιηθούν αυτά είναι αναγκαία η συνεργασία γιατρών διαφορετικών ειδικοτήτων. Ο απώτερος στόχος είναι ο

περιορισμός του επιπολασμού των χρόνιων ασθενειών και η βελτίωση της ποιότητας ζωής. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, ήδη το ζήτημα αυτό ερευνάται και γίνονται μελέτες αναφορικά με την ανάπτυξη δομών και προγραμμάτων για την προαγωγή της ενεργού γήρανσης (Πάσχος, Μαλλιαρού, Μπαμίδης, 2016).

Κεφάλαιο 2^ο: «Ποιότητα ζωής».

2.1. Έννοια και ορισμός της ποιότητας ζωής.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι παράλληλα με την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών μεθόδων, όπως παραδείγματος χάριν η ανταπόκριση της νόσου, το χρονικό διάστημα μέχρι την επιδείνωση της νόσου και η συνολική επιβίωση, η εκτίμηση της ποιότητας ζωής (ΠΖ) των ασθενών αποτελεί εξίσου σημαντική παράμετρο (Οικονόμου & Καλόφωνος, 2003). Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ευρύτερη έννοια της υγείας δηλώνει την πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Ο σύγχρονος άνθρωπος επηρεάζεται από τον τρόπο ζωής του, την εργασία του και την κοινωνική του δράση δημιουργώντας έτσι νέα δεδομένα. Αυτά τα δεδομένα αφορούν την ποιότητα ζωής, το ευ ζην και τη θετική στάση. Οι έννοιες αυτές σήμερα αποκτούν νέες διαστάσεις.

Η νόσος είναι ένας επιστημονικός όρος που χρησιμοποιείται για να δηλώσει την ύπαρξη μιας παθολογικής μεταβολής στη δομή ή τη λειτουργία του σώματος ή του εγκεφάλου. Παρουσιάζονται συγκεκριμένα συμπτώματα, τα οποία ερμηνεύονται από τον κάθε άνθρωπο σύμφωνα με τις προσωπικές του αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια διαφορετικά. Η ασθένεια εκδηλώνεται διαφορετικά σε κάθε άνθρωπο για αυτό και είναι αναγκαίο να τονίσουμε ότι βιώνει αλλαγές στην υγεία του. Η ασθένεια είναι η αντίδραση του ατόμου στην νόσο. Είναι μια φυσιολογική διαδικασία στην οποία αλλάζει η ομοιόσταση του κάθε ανθρώπινου οργανισμού. Ως αποτέλεσμα τον κάθε άνθρωπο τον επηρεάζουν οι ατομικές του αντιλήψεις, οι αντιλήψεις που εκφράζουν οι άλλοι, οι επιδράσεις που εμφανίζονται στην δομή και την λειτουργία του σώματος του, τις διαπροσωπικές του σχέσεις, τις πολιτισμικές, πνευματικές αξίες και τα πιστεύω του. Ένα άτομο ουσιαστικά μπορεί να θεωρεί τον εαυτό του ασθενή, ταυτόχρονα όμως μπορεί να επιτυγχάνει το μέγιστο της λειτουργικότητας και της ποιότητας της ζωής του, και αυτό ονομάζεται ευεξία. (Taylor, Lillis & Lemone, 2010). Σύμφωνα με τον Hornquist καταστάσεις όπως το στρες λόγω εργασίας, η κοινωνική επανένταξη αποκλεισμένων ομάδων στην κοινωνία και την αγορά εργασίας, η προσαρμογή των μεταναστών σε νέες συνθήκες, η χρήση ουσιών από νέους, οι σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων, το άγχος του θανάτου, η αποκατάσταση από σωματικές αναπηρίες και η προαγωγή της δημιουργικότητας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.

Προκειμένου να γίνει διαχωρισμός της γενικής τοποθέτησης από τον καθορισμό του όρου σε σχετιζόμενα θέματα με την υγεία, καταχωρήθηκε ο όρος της health-related quality of life (HRQL), που σημαίνει η συνυφασμένη με την υγεία ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται από μια πληθώρα σε περιεχόμενο έννοια και ταυτόχρονα ένα πολύπλευρο φαινόμενο. Αρχικά στο περιεχόμενο αυτό είναι αναγκαία η προσέγγιση των πολύπλευρων διαστάσεων της ποιότητας ζωής και παράλληλα πρέπει με διάφορες ερωτήσεις να γίνει η εκτίμηση της διάστασης της. Είναι απαραίτητη η χρήση πολλαπλών ερωτήσεων εκτίμησης για μια συγκεκριμένη διάσταση της ποιότητας ζωής όταν στόχο έχει την διερεύνηση ή και την κατανόηση της σχέσης της με την αρρώστια, την θεραπεία ή άλλες καταστάσεις που αφορούν την ζωή του ασθενή. Η μέτρηση της ποιότητας της ζωής είναι δυνατόν να επιτευχθεί αποκλειστικά με τη χρήση τέτοιων πολλαπλών μετρήσεων, οι οποίες προέρχονται από υπάρχοντα όργανα μέτρησης ή από νέα όργανα μέτρησης, που έχουν δημιουργηθεί για ορισμένα ερευνητικά προγράμματα. Παράλληλα, είναι δυνατή και η εκτίμηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των εν λόγω εργαλείων μέτρησης. Οι προκύπτουσες εκτιμήσεις συμβάλλουν στην αναθεώρηση του περιεχομένου του όρου «ποιότητα ζωής» και συνάμα, εντοπίζεται και η πρόοδος που σημειώνεται στον ερευνητικό τομέα της ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

2.2. Εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Η καταγραφή του ορισμού της Ποιότητας Ζωής, είναι πολύπλοκη και επιτυγχάνεται με τον σχεδιασμό διαφόρων εργαλείων μέτρησης. Είναι αναγκαίο να γίνει καταγραφή του τρόπου με τον οποίο αντιλαμβάνεται ο άνθρωπος την κατάσταση της υγείας του ώστε να γίνουν κατανοητές οι ανάγκες του, οι επιθυμίες του, οι προτιμήσεις του, οι προσδοκίες του ώστε να επιτευχθεί η ανάλογη παροχή ιατρικών και βοηθητικών υπηρεσιών. Κάποια άλλα εργαλεία μέτρησης επικεντρώνονται στους ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες οι οποίοι καθορίζονται από την ποιότητα ζωής, όπως είναι η κοινωνική και η οικονομική κατάσταση, η οικογένεια, η κοινωνική στήριξη, και ο βαθμός επιτυχούς αντιμετώπισης δυσκολιών.

2.3. Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής.

Ανά περιόδους έχουν δημιουργηθεί πολλά ερωτηματολόγια που αποσκοπούν στην μέτρηση της ποιότητας ζωής. Τα πιο γνωστά είναι:

Υγειονομική απεικόνιση του Nottingham (Nottingham health profile): Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε προκειμένου να παρέχει έναν περιεκτικό δείκτη του συνόλου των προβλημάτων υγείας του ασθενή (σωματικών, κοινωνικών, συναισθηματικών). Απαρτίζεται από ερωτήματα αναφορικά με την ενεργητικότητα του ατόμου, τις συναισθηματικές του αντιδράσεις, την ποιότητα του ύπνου του, την κοινωνική του δραστηριότητα κ.λπ. Κάθε επίπεδο μελετάται πάντα σε σχέση με αυτό που νοείται ως «φυσιολογικό».

Απεικόνιση επιπτώσεων της ασθένειας (sickness impact profile): Μέσω της απεικόνισης των επιπτώσεων της ασθένειας εντοπίζονται οι συμπεριφορικές μεταβολές που έχουν προκληθεί στο άτομο. Το κύριο πλεονέκτημα αυτής της κλίμακας μέτρησης, σε σχέση με τις άλλες χρησιμοποιούμενες κλίμακες, είναι το ότι εστιάζει στη συμπεριφορά, αντί στα συναισθήματα, διότι είναι εύκολα παρατηρήσιμες, υπολογίσιμες και αντικειμενικής φύσης. Οι ερωτήσεις της κλίμακας διακρίνονται σε 12 ευρύτερες κατηγορίες, ανάλογα με τις σωματικές καταστάσεις και τις ψυχοκοινωνικές καταστάσεις του ατόμου.

Γενικοί πίνακες κατάταξης της υγείας (general health-ratings index): Η κλίμακα αυτή ενδείκνυται για την αξιολόγηση της υγείας, συνυπολογίζοντας την παρελθούσα, την παρούσα και την μελλοντική κατάσταση της υγείας του ατόμου, όπως επίσης και την ευαισθησία και την αντίληψη του ασθενή πάνω στην ασθένεια.

Κλίμακα ευεξίας (quality of well-being scale, QWB): Η κλίμακα μέτρησης του βαθμού της ευεξίας απαρτίζεται από μια σειρά συμπτωμάτων και από τρεις διαστάσεις επιπέδων υγείας, την κινητικότητα, την σωματική και την κοινωνική ενεργητικότητα. Τα αποτελέσματα συμπυκνώνονται σε έναν δείκτη. Στόχος της κλίμακας είναι η ποσοτική έκφραση του υγειονομικού αποτελέσματος σε όρους ποιοτικά προσδιορισμένων χρόνων ζωής, δηλαδή ένα έτος ευεξίας που βιώνει το άτομο ισοδυναμεί με ένα έτος που δεν έχει νοσήσει καμία φορά. Τέλος, συνυπολογίζεται και η μελλοντική κατάσταση της υγείας του υπό αξιολόγηση υποκειμένου.

Health utilities index (HUI): Το Health utilities index είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται για την περιγραφή της κατάστασης του ατόμου σε μια ορισμένη χρονική στιγμή. Πιο συγκεκριμένα, χρησιμοποιούνται οι διαστάσεις του επιπέδου υγείας, όπως η όραση, η ακοή, ο λόγος, ο πόνος και το συναίσθημα.

Index of health-related quality of life: Το index of health-related quality of life είναι ένα εργαλείο μέτρησης της κοινωνικής, της ψυχολογικής και της σωματικής λειτουργικότητας, το οποίο βασίζεται σε ένα πολυδιάστατο σύστημα ταξινόμησης και αποδίδει ένα γενικό δείκτη υγείας. Η κλίμακα ενσωματώνει τα αποτελέσματα σε ένα αναλυτικό υγειονομικό προφίλ, καθώς και σε ένα δείκτη υγείας, ο οποίος υπολογίζεται με βάση τη βαθμολογία του υποκειμένου στις τρεις βασικές διαστάσεις.

EuroQoL (European quality of lifescale): Η ομάδα του EuroQoL πρότεινε ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, το οποίο αποτελείται από δύο μέρη, στο πρώτο μέρος καταγράφεται το προφίλ υγείας του ατόμου. Χρησιμοποιούνται πέντε διαστάσεις, που αναφέρονται (α) στην κινητικότητα, (β) στην αυτοεξυπηρέτηση, (γ) στις συνήθειες δραστηριότητες, (δ) στον πόνο-δυσφορία και (ε) στο άγχος-κατάθλιψη. Καθεμιά από τις διαστάσεις αυτές λαμβάνει τρεις τιμές: 1=κανένα πρόβλημα, 2=κάποια προβλήματα και 3=σημαντικά προβλήματα. Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται υπό τη μορφή ενός «θερμομέτρου υγείας» μια οπτική αναλογική κλίμακα (visual analogue scale, VAS), που λαμβάνει τιμές από 0=χειρότερη νοητή υγεία μέχρι 100=άριστη νοητή υγεία. Ενδιάμεσες τιμές της οπτικής αναλογικής κλίμακας, π.χ. VAS=50, δηλώνουν ενδιάμεσες καταστάσεις υγείας. Η κλίμακα αυτή βασίζεται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του.

Ερωτηματολόγια εξειδικευμένα σε συγκεκριμένη ασθένεια: Τα ερωτηματολόγια που είναι εξειδικευμένα σε μια συγκεκριμένη ασθένεια είναι ιδιαίτερα βοηθητικά στις περιπτώσεις που ερευνάται η επίδραση μιας νόσου στον βαθμό υγείας του νοσούντος ατόμου. Οι ερωτήσεις επικεντρώνονται στην αναλυτική περιγραφή της αντίληψης του ασθενούς για την υγεία του. Οι τομείς που διερευνώνται περισσότερο είναι ο συναισθηματικός τομέας και ο σεξουαλικός τομέας, η ναυτία, ο πόνος, το άγχος, το αίσθημα θλίψης κ.α.

Κλίμακες μέτρησης του πόνου: Ο πόνος είναι ένας από τους παράγοντες που επιδρά καταλυτικά στη μείωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών. Η αξιολόγηση του πόνου δεν συνιστά εύκολο εγχείρημα, καθώς ενέχει την διάσταση της υποκειμενικότητας και την επίδραση πλήθους παραγόντων. Η πιο γνωστή κλίμακα μέτρησης πόνου είναι το Mc Gill pain questionnaire. Ειδικότερα, είναι μια διαβαθμισμένη κλίμακα, που στηρίζεται σε 102 ομαδοποιημένα ερωτήματα. Οι ομάδες των ερωτημάτων αφορούν την αίσθηση του πόνου, την συναισθηματική εκδήλωσή του και την έντασή του.

Τα ερωτηματολόγια προκειμένου να παρέχουν χρήσιμες και σωστές πληροφορίες πρέπει να διαθέτουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία είναι : Αξιοπιστία, Εγκυρότητα, Ειδικότητα, Ανταποκρισιμότητα και Ευαισθησία. Περιλαμβάνουν κάποιας μορφής μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.

Κεφάλαιο 3^ο : Οι ανάγκες της τρίτης ηλικίας.

3.1 Θεωρία του Maslow.

Η θεωρία του Maslow αποτελεί μια από τις σημαντικότερες θεωρίες για την ιεράρχηση των αναγκών. Σύμφωνα με τον Maslow έξι μόνο ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί, αποτελούν παράγοντες υποκίνησης. Οι ανάγκες αυτές έχουν ιεραρχηθεί σε πέντε κατηγορίες: Φυσιολογικές ανάγκες. Αναφέρεται στις ανάγκες επιβίωσης, αυτές δηλαδή που βοηθούν τον άνθρωπο να κρατηθεί στην ζωή. Ανάγκες ασφαλείας. Πρόκειται για δημιουργήματα των συναισθημάτων της αυτοσυντήρησης. Κοινωνικές ανάγκες. Η ανάγκη για αγάπη, η σύνδεση με άλλους, η ένταξη σε μια ομάδα, φιλία. Η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση από τους άλλους. Πρόκειται για συναισθήματα εκτίμησης, σεβασμού και κύρους. Η ανάγκη για αυτοολοκλήρωση, αυτενέργεια, αυτοανάπτυξη (Maslow, 1970). Ο Maslow υποστήριξε ότι ο βαθμός παρακίνησης του ανθρώπου επηρεάζεται από τον βαθμό μη ικανοποίησης των αναγκών του. παρακινητικές χαρακτηρίζονται οι ανάγκες όταν δεν ικανοποιούνται. Κριτήριο επομένως για την υποκίνηση του ατόμου είναι η ανικανοποίητη ανάγκη. Ο Maslow υποστήριξε επίσης, ότι απόλυτη ικανοποίηση των αναγκών δεν υπάρχει και ότι σε έναν μέσο άνθρωπο ικανοποιούνται κατά 85% οι φυσιολογικές του ανάγκες, 70% οι ανάγκες για ασφάλεια, κατά 50% οι κοινωνικές ανάγκες, κατά 40% η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και κατά 10% οι ανάγκες για αυτοολοκλήρωση. Το μοντέλο του Maslow δεν είναι στατικό αλλά μεταβάλλεται, εξελίσσεται μέσα στον χρόνο και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως ο πολιτισμός, η ανάπτυξη, η τεχνολογία, οι προσδοκίες, οι μεταβολές αξιών κ.λπ. (Maslow, 1970).

3.2 Ατομική υγιεινή.

Για την αξιολόγηση των αναγκών της ατομικής υγιεινής των ατόμων της τρίτης ηλικίας, πρωταρχικό μέλημα θα πρέπει να θεωρείται ο καθορισμός της λειτουργικής του κατάστασης, καθώς και η ικανότητα του να εκτελεί απλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Σημαντικότερο μέσο για την αξιολόγηση των αναγκών της ατομικής υγιεινής, είναι η παρατήρηση. Με την παρατηρητικότητα, εκτιμάται η γενική εμφάνιση, ο τρόπος ντυσίματος, η κατάσταση των μαλλιών, των νυχιών και του δέρματος. Πολλές φορές η παραμελημένη αυτοφροντίδα, όπως το ατημέλητο ντύσιμο και η δυσάρεστη οσμή του σώματος, είναι δυνατό να είναι πρώιμα σημεία επιδείνωσης της γνωστικής λειτουργίας και μπορεί να υποδηλώνουν διάφορου βαθμού άνοια. (Πλατή, 2000). Είναι απαραίτητο τα

άτομα της τρίτης ηλικίας να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν, παραμένοντας έτσι ανεξάρτητα και αυτόνομα. Η ατομική υγιεινή επηρεάζει σημαντικά τη συναισθηματική και ψυχική ευεξία τους, ενώ η απουσία της προκαλεί κακοσμία, αποτελώντας παράλληλα και πηγή μικροβίων. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό το λουτρό τόσο του σώματος όσο και της κεφαλής. Επίσης, συνίσταται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, και των νυχιών των άνω και κάτω άκρων. Επομένως, είναι σημαντική η φροντίδα της ατομικής υγιεινής, καθώς έτσι εξασφαλίζεται μία πολιτισμένη και καλαίσθητη εμφάνιση, ενισχύεται η αιμορροή, διευκολύνεται η κινητικότητα των αρθρώσεων και προάγεται η χαλάρωση και η άνεση.

3.3 Οικονομικές ανάγκες.

Πολλές φορές υποστηρίζεται ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας δεν έχουν μεγάλες οικονομικές ανάγκες, για τον λόγο ότι με το πέρασμα των χρόνων κάποιες ανάγκες τους ελαττώνονται μέχρις το σημείο που χάνονται εντελώς. Ωστόσο, μια τέτοια άποψη κρίνεται λανθασμένη, με την έννοια ότι ναι μεν από την μία πλευρά ορισμένες ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας ελαττώνονται, αλλά από την άλλη πλευρά δημιουργούνται νέες ανάγκες που απαιτούν χρήματα για την αντιμετώπιση τους. Συνήθως αναφερόμαστε σε προβλήματα υγείας που δημιουργούνται σε αυτές τις ηλικίες και τα οποία πολλές φορές καθιστούν δύσκολη και πολυδάπανη την ζωή των ηλικιωμένων.

Για πολλούς ηλικιωμένους η σύνταξη αποτελεί την μοναδική πηγή εσόδων τους. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το ύψος της σύνταξης είναι η ηλικία στην οποία θα συνταξιοδοτηθεί κάποιος, το ύψος των αποδοχών που λάμβανε τα τελευταία χρόνια της εργασίας του, τα χρόνια για τα οποία έχει ασφαλιστεί σαν εργαζόμενος, καθώς και η οικογενειακή του κατάσταση. Ιδιαίτερο πρόβλημα στο θέμα της συνταξιοδότησης αντιμετωπίζουν οι γυναίκες, οι οποίες σε νεαρότερη ηλικία δεν εργάζονταν, καθώς μπορεί να φρόντιζαν την ανατροφή των παιδιών και το σπίτι (Μαδιανός, 2000). Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει την διαβίωση των ηλικιωμένων, είναι η αποταμίευση που είχαν πραγματοποιήσει κατά την διάρκεια των ενεργών χρόνων τους στον εργασιακό τομέα. Πολλές φορές ωστόσο ακόμη και τέτοιου είδους «κουμάντα» δεν εξασφαλίζουν την ομαλή διαβίωση των ατόμων αυτών. Τέλος, ενδέχεται σε αρκετές περιπτώσεις είτε να μην υπάρχει στήριξη από τα παιδιά των ηλικιωμένων, είτε να υπάρχει η διάθεση για να τους φροντίσουν, αλλά να μην έχουν την οικονομική δυνατότητα να κάνουν κάτι τέτοιο (Μαδιανός, 2000). Αναφέρεται ότι σήμερα, λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζει η οικονομία είναι πολύ

δύσκολη η διαβίωση των ατόμων της τρίτης ηλικίας, ενώ ακόμη δυσκολότερη χαρακτηρίζεται η φροντίδα που μπορούν να τους παρέχουν τα παιδιά τους (Asumanet.al., 2011). Για αρκετά ηλικιωμένα άτομα, μία βασική αιτιολογία των οικονομικών αλλά και των ψυχοσωματικών τους αναγκών αποτελεί η συνταξιοδότηση.

Ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας των υπερηλίκων καθώς επίσης και οι αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, συνδυαστικά με το χαμηλό κόστος των συντάξεων και τη μη επαρκή κάλυψη των βασικών τους αναγκών από τα ασφαλιστικά ταμεία, επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους όσο και το οικογενειακό και το κοινωνικό τους περιβάλλον.

3.4 Ιατροφαρμακευτικές ανάγκες.

Η κατάσταση της υγείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθίσταται πιο επιβαρυνόμενη σε σύγκριση με τα άτομα νεότερης ηλικίας. Στην συγκεκριμένη κατηγορία ανθρώπων είναι πολύ σημαντική έως και απαραίτητη η κάλυψη των ιατροφαρμακευτικών αναγκών των ηλικιωμένων. Το ίδιο σημαντική χαρακτηρίζεται και η ανάγκη για άμεση πρόσβαση στα κέντρα υγείας που πρέπει να έχουν οι ηλικιωμένοι. Το μεγαλύτερο πρόβλημα φαίνεται να έχουν τα άτομα που ζουν σε αραιοκατοικημένες και απομακρυσμένες από τα αστικά κέντρα περιοχές. Η πρόσβαση στα κέντρα υγείας πολλές φορές καθίσταται δύσκολη έως πολύ δύσκολη ειδικά στα νησιά σε περιόδους υψηλών ανέμων και κακών καιρικών φαινομένων. (Μαδιανός, 2000)

Κεφάλαιο 4^ο: Ψυχική υγεία και ηλικιωμένος.

4.1. Ορισμός της ψυχικής υγείας.

Η οικονομική κρίση πέρα από τις κοινωνικές και τις οικονομικές τις επιπτώσεις της, πλήττει και την σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων πολιτών. Όσον αφορά τις περικοπές στο σύστημα υγείας, ο Χάρης Ασημόπουλος (2012) σημειώνει ότι οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία και την κοινωνική πρόνοια μειώνονται δραστικά. Δηλαδή αντί να ενισχύονται οι παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και οι υπηρεσίες υποστήριξης των ανέργων και των οικογενειών σε κρίση, αυτές υποχρηματοδοτούνται σε βαθμό που θέτουν άμεσα τον κίνδυνο της διακοπής της λειτουργίας τους.» Αυτό έχει συμβεί σε όλες τις χώρες που βρίσκονται υπό τον έλεγχο του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου. Αποτέλεσμα της κρίσης ήταν να αυξηθεί ο αριθμός των πολιτών που καταφεύγουν στις κοινωνικές υπηρεσίες και ο αριθμός των ψυχικά νοσούντων. Σημαντικό είναι να μην ξεχνάμε ότι «ο συσχετισμός ανάμεσα στην οικονομική κρίση, στο χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και στα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι ισχυρός και σημαντικός και ότι οι ψυχικές διαταραχές εντείνουν τα προβλήματα της φτώχειας (π.χ. στέγαση, σωματική υγεία, οικογενειακά προβλήματα, προβλήματα σχέσεων κ.α.) (Ασημόπουλος, 2012,169). Ο Αναγνωστόπουλος (χ.χ.) μας πληροφορεί ότι οι κλήσεις στη μία εθνική γραμμή βοήθειας για την αυτοκτονία έχουν παρουσιάσει αύξηση 70%. Το ποσοστό αυτοκτονιών έχει αυξηθεί από 2,8 ανά 100.000 πληθυσμού το 2008 σε 5,2 το 2010. Η πιο πρόσφατη εθνική επιδημιολογική έρευνα δείχνει υψηλή θετική συσχέτιση ανάμεσα στην εκδήλωση επιθυμίας θανάτου και την ανεργία, αλλά και την εμφάνιση σοβαρής ψυχοπαθολογίας και ανεργίας. Σύμφωνα, με τους Ευθυμίου και Αργαλιά (2013) η αύξηση της εγκληματικότητας με τα ποσοστά των ανθρωποκτονιών και κλοπών να έχουν σχεδόν διπλασιαστεί στο διάστημα μεταξύ 2007 και 2009. Πιο συγκεκριμένα, η απώλεια εργασίας συνεπάγεται εκτός της οικονομικής ανέχειας και με άλλες “λανθάνουσες συνέπειες” όπως η απώλεια χρονο-οργάνωσης της ημέρας, ανταλλαγής εμπειριών και επαφών, στόχων και επιδιώξεων, ορισμού στοιχείων για την ατομική ταυτότητα, αυτοεκτίμησης και σεβασμού των άλλων. Η μακροχρόνιες περιόδους ανεργίας οδηγούν τους ανέργους στον κοινωνικό αποκλεισμό και φυσικά στην φτωχοποίηση (Καραϊσκού, Μαλλιαρού, Σαράφης, 2012, 51 – 52). Να σημειώσουμε εδώ ότι τα άτομα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση ψυχικών ασθενειών είναι οι χρονίως ψυχικά πάσχοντες, οι φτωχοί, οι

ηλικιωμένοι και οι άνεργοι. Όταν ένας ήδη ψυχικά ευάλωτο χάσει την εργασία του, τότε μπορεί να εκδηλωθεί μία νέα ψυχική διαταραχή ή να επιταθεί μία προϋπάρχουσα (Ασημόπουλος, 2012, 169).

Οι πολίτες λόγω των οικονομικών τους δυσχερειών παραμελούν την υγεία τους και δεν απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας. Όπως έχει παρατηρηθεί, υπάρχει μείωση στις υπηρεσίες που δεν καλύπτονται ολοκληρωτικά από τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως οι προληπτικές υπηρεσίες, η συνταγογράφηση φαρμακευτικών αγωγών κ.ο.κ. (Καραϊσκου, Μαλλιαρού, Σαράφης, 2012, 53). Η ύπαρξη των υγειονομικών ανισοτήτων ανάμεσα στους πολίτες συνδέεται με τους κοινωνικούς δείκτες, όπως η κοινωνική τάξη, η ανεργία πράγμα που αποδεικνύει την σχέση μεταξύ οικονομικής κατάστασης των πολιτών και της υγείας τους. (Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012, 205). Οι Ασημόπουλος (2012), Πατελάρου, Μανιδάκη, Μπαλολάκης, Ορφανού και Πατελάρου (2012), Γιωτάκος (2010) και Μαλλιαρού και Σαράφης (2012) συμφωνούν ότι η παραμέληση παρακολούθησης της υγείας και η μειωμένη χρήση υπηρεσιών υγείας έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση ασθενειών όπως οι καρδιαγγειακές νόσοι, τα αναπνευστικά προβλήματα, τα ηπατικά νοσήματα, οι αυτοτραυματισμοί, οι ψυχοσωματικές νόσοι, της αρτηριακής πίεσης και την αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας (Πατελάρου, Μανιδάκη, Μπαλολάκης, Ορφανού και Πατελάρου, 2012, 56). Επιπλέον, εξαιτίας της φτώχειας τα άτομα αναγκάζονται αν εργάζονται «σε επικίνδυνα και ανθυγιεινά περιβάλλοντα» (Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012, 206), με συνέπεια να καταπονούν πολύ την υγεία τους. Στην αύξηση των ασθενειών συντελεί και η μείωση της φυσικής άσκησης και η κατανάλωση μη υγιεινών τροφών. Άλλωστε, λογικό είναι τα άτομα να καταναλώνουν τρόφιμα, φθηνά, χαμηλά σε θρεπτική αξία, προπαρασκευασμένα που είναι ανάλογα της κακής οικονομικής τους κατάστασης.

Η κοινωνική υποστήριξη και η συσπείρωση των πολιτών διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων που προκαλούνται στους πολίτες από την οικονομική κρίση. Απαραίτητο είναι οι διάφοροι σύλλογοι, ορισμένοι δωρητές και η εκκλησία να παρέχουν οικονομική βοήθεια. Αναγκαία είναι επίσης, η κινητοποίηση κοινωνικών ομάδων για δημιουργία εθελοντικού δικτύου κοινωνικής προστασίας ευαίσθητων ομάδων.(Μαλλιαρού και Σαράφης, 2012, 210). Εν συνεχεία, η δημιουργία προγραμμάτων παρέμβασης, σε σχολεία, με βασική θεματολογία τη ψυχική υγεία των παιδιών, των εφήβων και την αναγνώριση των ομάδων υψηλού κινδύνου. Τα προγράμματα αυτά πρέπει να παρέχονται με τρόπο συστηματικό και σταθερό (Ασημόπουλος, 2012, 172) και να περιλαμβάνουν και υπηρεσίες έγκαιρης παρέμβασης και

ειδικότερα σε ζητήματα παιδοψυχιατρικών προβλημάτων, επιλόχειας κατάθλιψης, αγχωδών διαταραχών, κατάθλιψης, μετατραυματικής διαταραχής, πένθους και χρήσης ουσιών. (Ασημόπουλος, 2012, 172). Τα προγράμματα υποστήριξης και αλληλοβοήθειας, πρέπει να βοηθήσουν τα άτομα να αντιμετωπίσουν τις στρεσογόνες καταστάσεις. Κατά τους Ευθυμίου, Αργαλιά, Κασκάμπα και Μακρή (2013) «Η σύγκριση της προσωπικής κατάστασης με την ισχύουσα νόρμα φαίνεται ότι αποτελεί αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης του στρες και των απειλητικών πληροφοριών.

Ο ρόλος και η μορφή του εθελοντισμού στη ψυχιατρική βοήθεια μεταβάλλεται ανάλογα την περίοδο. Τώρα διανύουμε την περίοδο, που «η εθελοντική δράση αποπειράται μέσω των μη κερδοσκοπικών οργανισμών, που αρχικά δημιουργούνται με πρωτοβουλία του ίδιου του κράτους, να δώσει διαδικαστικές λύσεις στο πιεστικό αίτημα της Ευρωπαϊκής Ένωσης να μεταρρυθμιστεί η ψυχιατρική περίθαλψη που παρέχεται στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τον νόμο ν. 2716 του 1998 μονάδες ψυχικής υγείας είναι δυνατόν να ιδρυθούν και από κερδοσκοπικούς και από μη κερδοσκοπικούς φορείς. Τέτοιες μονάδες μπορεί να είναι: Κέντρα Ημέρας, Προστατευόμενα διαμερίσματα, οικοτροφεία, ξενώνες, Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης, Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης, Ειδικές Μονάδες Επαγγελματικής Επανένταξης και Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Υπό την καθοδήγηση του Υπουργείου Υγείας υλοποιούνται διάφορες δράσεις, όπως το πρόγραμμα «Άμεση Υποστήριξη ΨΝΑ Δρομοκαϊτείου» που συμμετείχαν και ορισμένοι φορείς (ΕΠΑΨΥ, ΕΨΥΚΑ, ΕΨΥΠΕ κ.α.) και η μη κερδοσκοπική εταιρεία «Κλίμακα» (Μπιλανάκης, 2006, 70, 79 - 80). Οι μη κυβερνητικές οργανώσεις κατέχουν υποστηρικτικό ρόλο στα συστήματα υγείας. Ειδικότερα, παρέχουν υπηρεσίες υγείας, συμβάλλουν στη σύνδεση κοινότητας και παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, διανέμουν υγειονομικό υλικό, ενισχύουν το ηθικό των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, διανέμουν πληροφορίες σχετικά με την υγεία, βοηθούν στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία, διενεργούν έρευνες, κάνουν προσπάθειες για τη μεταβολή των αντιλήψεων και των στάσεων της κοινωνίας, παρέχουν ενημέρωση για την κατάλληλη χρήση των ανάλογων υπηρεσιών υγείας, αντιπροσωπεύουν το δημόσιο συμφέρον του συνόλου, προωθούν την ισότητα μεταξύ των πολιτών και την αντιμετώπιση της φτώχειας και των φαινομένων αποκλεισμού, προωθούν τις αξίες της δημόσιας υγείας, χρηματοδοτούν τις δημόσιες υπηρεσίες, προσπαθούν να επιτύχουν ίση κατανομή των οικονομικών πόρων, ελέγχουν την αποδοτικότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται, υπερασπίζονται τα δικαιώματα των ασθενών σε θέματα ποιότητας και

φροντίδας και προωθούν και διαμεσολαβούν τα παράπονα και τις ενστάσεις των ασθενών (Μπιλανάκης, 2006, 70, 81 - 82).

Τέλος, έχουν ιδρυθεί και κάποιες οργανώσεις αυτοβοήθειας! Σύμφωνα με τον ορισμό του Katz, που παρατίθεται στο βιβλίο του Ν. Μπιλανάκη *Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας*, ομάδες αυτοβοήθειας ονομάζουμε τις μικρές, εθελοντικές ομάδες που δημιουργούνται με σκοπό την παροχή αλληλοβοήθειας και την εκπλήρωση ενός συγκεκριμένου ειδικού σκοπού. Δημιουργούνται συνήθως από άτομα που έρχονται σε επαφή με σκοπό την αλληλοϋποστήριξη τους όσον αφορά στην ικανοποίηση μιας κοινής τους ανάγκης, στην αντιμετώπιση μιας κοινής τους αναπηρίας ή ενός άλλου σημαντικού προβλήματος ζωής, και στην υλοποίηση μίας επιθυμητής αλλαγής σε κοινωνικό ή προσωπικό επίπεδο. (Μπιλανάκης, 2006, 92).

Τα βασικά χαρακτηριστικά των ομάδων αυτοβοήθειας είναι:

- Η προώθηση και η υποστήριξη «της διαπροσωπικής διαντίδρασης».
- Δημιουργούνται από τα ίδια τα μέλη που τις απαρτίζουν.
- Τα ίδια τα μέλη συναποφασίζουν και υλοποιούν τις αποφάσεις τους.
- Οι ομάδες αυτοβοήθειας δημιουργούνται από μία αδυναμία των μελών της.
- «οι ομάδες εκπληρώνουν τις ανάγκες της ομάδας αναφοράς, ανάγκες που αποτελούν συνάμα σημείο επαφής και ταυτότητας σχετικά με τους άλλους, βάση δραστηριοτήτων και πηγή αυτοενδυνάμωσης.» (Μπιλανάκης, 2006, 93).

4.2. Καταθλιπτικές διαταραχές.

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή η οποία έχει αναλυθεί από την αρχαιότητα και υπάρχει σχεδόν σε κάθε κοινωνία στην οποία αναζητήθηκε. Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι ένα σύνδρομο με αρκετές ομοιότητες με αυτό της ανθρώπινης κατάθλιψης υπάρχει στο ζωικό βασίλειο. Με βάση αυτά τα στοιχεία έχει διαπιστωθεί, ότι η κατάθλιψη, εκτός από διαταραχή είναι επίσης μια ψυχολογική κατάσταση, η οποία εξυπηρετεί εξελικτικές σκοπιμότητες. Η κατάθλιψη συνδέεται, από πολλούς ερευνητές, με την έννοια της απώλειας. Αυτό μπορεί να σημαίνει την απώλεια μιας σχέσης ή του κοινωνικού προφίλ του ατόμου. Σε όλες τις κοινωνίες υπάρχουν μηχανισμοί και θεσμοί που επιτρέπουν την έκφραση της θλίψης και τείνουν να εξομαλύνουν και να θέσουν υπό κοινωνικό έλεγχο την καταθλιπτική αντίδραση. Ο κυριότερος από τους ανωτέρω θεσμούς αφορά το πένθος. Στις παραδοσιακές κοινωνίες, το πένθος εξωτερικεύεται με έντονο, δραματικό τρόπο, στις νεωτερικές, οι

τελετουργίες είναι περισσότερο τυποποιημένες και οι πενθούντες πρέπει να ελέγξουν την έκφραση των συναισθημάτων τους. Σύμφωνα με μία άποψη της Διαπολιτισμικής Ψυχιατρικής, η κατάθλιψη όπως και πολλές άλλες ψυχικές διαταραχές, υπάρχει σε πανανθρώπινο παθοφυσιολογικό υπόβαθρο επί του οποίου εποικοδομούνται διαφορετικά κατά περίπτωση συμπτώματα, ανάλογα με το πολιτισμικό-ιδεολογικό περιβάλλον. Για παράδειγμα, στις Ιουδαϊκές και Χριστιανικές κοινωνίες η κατάθλιψη συνυπάρχει με την ενοχή και την ανάγκη για εξιλέωση. Σε άλλες παραδοσιακές κοινωνίες η κατάθλιψη συνδυάζεται με θεαματικές αντιδράσεις εξωτερικευμένου θυμού και μια ποικιλία σωματόμορφων συμπτωμάτων. Υπάρχει η υποψία ότι στις σύγχρονες κοινωνίες παρατηρείται αύξηση της επίπτωσης της κατάθλιψης, αλλά εν μέρει αυτό μπορεί να οφείλεται στην αύξηση της αναγνωσιμότητάς της. Παραδοσιακά, η κατάθλιψη αντιμετωπιζόταν με εξορκισμό και τελετουργίες εξιλέωσης. Στο σύγχρονο κόσμο τα αντικαταθλιπτικά και ορισμένες ψυχοθεραπείες έχουν μια περισσότερο συγκεκριμένη δράση. Ωστόσο, τουλάχιστον στην Ελληνική κοινωνία, πολλά περιστατικά μένουν αδιάγνωστα ή αντιμετωπίζονται ατελώς με αποτέλεσμα η διαταραχή αυτή να είναι μια σημαντική αιτία κοινωνικών, οικονομικών, διαπροσωπικών προβλημάτων και δυστυχίας. Χρειάζεται πληρέστερη ενημέρωση του πληθυσμού, των γιατρών και του υπόλοιπου προσωπικού που εμπλέκεται στην πρωτογενή περίθαλψη ώστε να υπάρχει καλύτερη πρόληψη της διαταραχής και των συνεπειών της (Σικλαφίδου, Ζελενή, Λειβαδίτης, 2011). Η κατάθλιψη είναι μια νόσος που προσβάλλει έναν στους δέκα ανθρώπους σε κάποια φάση της ζωής τους. Οι βασικές απόρροιες της κατάθλιψης είναι δυσκολία στην διατήρηση και στη σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων, η εξάρτηση από ουσίες, τα τροχαία ατυχήματα κ.λπ. Όλες αυτές οι συνέπειες δεν επηρεάζουν αποκλειστικά το καταθλιπτικό άτομο, αλλά και τα άτομα του στενού του περιβάλλοντος. Πολλές φορές η κατάθλιψη οδηγεί στην αυτοκτονία. Η κατάθλιψη μπορεί να εκφραστεί με ποικίλους τρόπους, όπως υποχόνδριες συνήθειες, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, αϋπνία, υπερένταση, ανορεξία, βουλιμία, επιθετικότητα κ.α. (Χριστοδούλου, 1996: 11 – 12).

Η διάγνωσή της χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, καθώς ο πόνος που προκαλεί η κατάθλιψη ξεπερνάει συχνά τα ανθρώπινα μέτρα και όρια αντοχής. Έχει τεράστιο κοινωνικό κόστος, γιατί αφορά το πιο παραγωγικό κομμάτι του πληθυσμού, δηλ. τους συναισθηματικούς, εξωστρεφείς, συμπαθείς, συνεπείς και δημιουργικούς συνανθρώπους μας, που κάποιος ψυχίατρος, ο Myre Sim, ονόμασε "το άλας της γης". (Χριστοδούλου, 1996: 11 – 12). Γενικότερα όμως, είναι μια νόσος που θεραπεύεται (Χριστοδούλου, 1996). Τα

καταθλιπτικά άτομα πρέπει να μάθουν να ζουν με αυτή, αφού είναι μια πάθηση που δεν μπορεί να εξαλειφθεί εντελώς από την ζωή τους. Οι πρώτοι που την διαγιγνώσκουν είναι συνήθως οι ψυχολόγοι και η ψυχίατροι. Όσο πιο σοβαρή είναι η μορφή της κατάθλιψης, τόσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα διαρκεί. Αναγκαία λοιπόν είναι η εφαρμογή προληπτικής αγωγής και η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για τις μορφές της, τα συμπτώματά της, την πρόληψη και την θεραπεία της (Χριστοδούλου, 1996: 12 – 13).

Σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Ψυχολογίας, εάν εμφανίζεται τουλάχιστον πάνω από δύο εβδομάδες ένα από τα ακόλουθα συμπτώματα, τότε μιλάμε για κατάθλιψη. 1) Αγχώδεις Διαταραχές (κρίσεις πανικού, αγοραφοβία, άγχος αποχωρισμού, ειδικές φοβίες, αγχώδης διπολική διαταραχή, κοινωνική φοβία κ.α.). 2) Ιδεοψυχαναγκαστικές και παρόμοιες διαταραχές (εμμονές, διαταραχή σωματικής δυσμορφίας, τριχοτιλλομανία, skin – Picking κ.α.). 3) Αγχώδεις και στρεσογόνες διαταραχές που οφείλονται σε κάποια τραυματική εμπειρία (διαταραχή αντιδραστικής προσκόλλησης, αγχώδης διαταραχή εξαιτίας της κοινωνικής δέσμευσης, διαταραχή λόγω μετατραυματικού άγχους, οξεία διαταραχή άγχους, καταθλιπτική διαταραχή οφειλόμενη σε λήψη φαρμάκων ή σε κάποια άλλη ιατρική κατάσταση κ.α.). 4) Σωματικά Συμπτώματα και Συναφείς Διαταραχές, όπως η διαταραχή άγχους ασθένειας (American Psychiatric Association, 2013). Τα βασικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι το αίσθημα θλίψης, κενού, οι ενοχές, οι διαταραχές στον ύπνο, η έλλειψη ενδιαφερόντων και οι μεταβολές στο σωματικό βάρος (American Psychiatric Association, 2013). Η κατάθλιψη είναι μια σύνθετη νόσος με πολλά συμπτώματα. Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (2013), για να έχει κάποιος κατάθλιψη θα πρέπει να παρουσιάζει το λιγότερο πέντε από τα βασικά συμπτώματα της κατάθλιψης και να παρατηρούνται στο άτομο το λιγότερο για δυο εβδομάδες. Τα κύρια συμπτώματα είναι το αίσθημα της δυστυχίας και η έλλειψη ενδιαφερόντων. Το αίσθημα της δυστυχίας είναι εμφανές μέσα από συναισθήματα στενοχώριας, ενοχής, θυμού, άγχους, απώλειας ενέργειας, προβλημάτων αφοσίωσης σε κάτι συγκεκριμένο, σκέψεων θανάτου και αυτοκτονίας. Τα προαναφερθέντα συμπτώματα δεν πρέπει να συνδυάζονται δεν πρέπει να συνδέονται με εθιστικές ουσίες, π.χ. ναρκωτικά και αλκοόλ (American Psychiatric Association, 2013). Συνεχίζοντας, η κατάθλιψη ως διαταραχή συνδέεται με ποσοστά υψηλής θνησιμότητας. Πιο συγκεκριμένα, οι πλειοψηφία των αυτοκτονιών σχετίζονται με κάποια ψυχιατρική διαταραχή, όπως είναι η υπό εξέταση. Η κύρια αιτία είναι οι αυτοκτονικές σκέψεις που αποτελούν σύμπτωμα της κατάθλιψης. Βέβαια, η ένταση και η συχνότητά τους είναι διαφορετική από άτομο σε άτομο. Οι γυναίκες με κατάθλιψη είναι πιο

συχνό να κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας από τους άντρες με κατάθλιψη, ενώ οι άνδρες με κατάθλιψη είναι περισσότερο πιθανό να ολοκληρώσουν μια αυτοκτονική πράξη. Η αυτοκτονία δεν είναι όμως το μοναδικό αίτιο θνησιμότητας των ατόμων με καταθλιπτική διαταραχή. Ειδικότερα, οι ηλικιωμένοι με κατάθλιψη όταν διαμένουν σε ένα γηροκομείο ή σε μια κλινική έχουν αυξημένες πιθανότητες να αποβιώσουν κατά την διάρκεια του πρώτου χρόνου. Όταν τα άτομα που περιβάλλουν τον καταθλιπτικό δεν αντιληφθούν άμεσα το πρόβλημα, κάνουν τον ασθενή να αισθάνεται χειρότερα, δημιουργώντας του ενοχικά συναισθήματα (American Psychiatric Association, 2013). Η μετάβαση στην τρίτη ηλικία συνεπάγεται με μεταβολές στην προσωπική, στην οικογενειακή και στην κοινωνική ζωή του ατόμου. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων αδυνατεί να διαχειριστεί ορθά τις μεταβολές αυτές και σε πολλές περιπτώσεις οδηγούν το άτομο στην κατάθλιψη (Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης, 2016).

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία είναι: τα αισθήματα θλίψης, απογοήτευσης, απελπισίας, άγχους, η μειωμένη όρεξη ή η υπερβολική όρεξη, η απώλεια ή η αύξηση βάρους, οι αϋπνίες ή οι υπνηλίες, η απώλεια του ενδιαφέροντος, η έλλειψη ελπίδας, η κόπωση, η μειωμένη σεξουαλική διάθεση, έντονη ψυχοκινητική διέγερση που συνεπάγεται με εκνευρισμό, ανησυχία και ένταση, η ψυχοκινητική διέγερση που συνεπάγεται με νοητική, λεκτική και κινητική επιβράδυνση, ενοχικές σκέψεις, χαμηλή αυτοεκτίμηση, η απώλεια μνήμης, η δυσκολία στην συγκέντρωση και στην προσοχή, η κοινωνική απόσυρση και η απομόνωση. Σε αυτό το σημείο να σημειώσουμε πως η κατάθλιψη πηγαίνει πάντα μαζί με την θλίψη, αν και μεγάλο μέρος των ηλικιωμένων υποστηρίζει πως δεν αισθάνονται λύπη. Σύμφωνα με την Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης (2016), οι σωματικές ενοχλήσεις, όπως πόνοι αρθρίτιδας ή επιδείνωση πονοκεφάλων, είναι συχνά το κυρίαρχο σύμπτωμα της κατάθλιψης στην Τρίτη ηλικία. (Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης, 2016). Οι παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωση της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία είναι: τα προβλήματα υγείας, η μοναξιά, η απομόνωση, η μειωμένη αίσθηση του να θέσουν οι ηλικιωμένοι στόχους, ο φόβος, το πένθος, το ιστορικό κατάθλιψης στην οικογένεια, η φτώχεια και οι παρενέργειες κάποιων φαρμάκων (Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης, 2016). Όσο πιο δραστήριος είναι ένας ηλικιωμένος, τόσο καλύτερα θα αισθανθεί!

4.3. Διπολική διαταραχή τρίτης ηλικίας.

Η Διπολική Διαταραχή αποτελεί μια χρόνια ψυχική νόσο και εντάσσεται στην ομάδα των συναισθηματικών διαταραχών. Τα συμπτώματά της είναι σοβαρά και πιθανόν να επιδεινώνονται με το πέρασμα του χρόνου σε τέτοιο βαθμό, που το άτομο οδηγείται στην λειτουργική ανικανότητα και στις τάσεις αυτοκτονίας (Economou & Charitsi, 2017). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατατάσσει την εν λόγω ψυχική νόσο στην έκτη θέση ως μια από τις κύριες αιτίες αναπηρίας για τα άτομα 15 – 44 ετών (Murray & Lopez, 2007). Για να διαγνωσθεί ένα άτομο με διπολική διαταραχή πρέπει να πληροί τα κριτήρια ενός επεισοδίου μανίας. Συγκεκριμένα, να έχουν ακολουθήσει ή να έχουν προηγηθεί υπομανιακά ή μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια (APA, 2015). Η ψυχική νόσος της διπολικής διαταραχής απαρτίζεται από τις εξής τέσσερις κατηγορίες (Culver, et al., 2007):

1. Bipolar I (Διπολική Διαταραχή τύπου I): Το αρχικό επεισόδιο μανίας είναι ακραίο και ακολουθεί μετά από ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Συνάμα, είναι αυξημένος ο κίνδυνος το άτομο να διαγνωστεί με μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή, καθώς παρουσιάζει επαναλαμβανόμενα καταθλιπτικά επεισόδια (APA, 2015).
2. Bipolar II (Διπολική Διαταραχή τύπου II): Υπάρχει εναλλαγή μεταξύ καταθλιπτικών και ήπιων μανιακών επεισοδίων. Το άτομο κατά την διάρκεια ενός υπομανιακού επεισοδίου δεν χάνει την παραγωγικότητά του (Culver, et al., 2007).
3. Cyclothymia (Κυκλοθυμική Διαταραχή): Η διάρκεια του εκάστοτε κυκλοθυμικού επεισοδίου είναι από δύο μήνες έως και δύο χρόνια. Τα συμπτώματα της κυκλοθυμίας είναι ανάλογα με αυτά ενός ήπιου καταθλιπτικού επεισοδίου και ο ασθενής παραμένει λειτουργικός και κοινωνικός (Λαγού & Κώστογλου, 2017).
4. Bipolar disorder not otherwise specified (Διπολική Διαταραχή μη αλλιώς προσδιοριζόμενη): Στην μορφή αυτή εντάσσονται όλες οι κλινικές περιπτώσεις που είναι αδύνατον να ενταχθούν σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες (Παπαδημητρίου, 2013).

Η ψυχοθεραπεία βοηθά στην αντιμετώπιση και στη θεραπεία της διπολικής διαταραχής, όταν συνδυάζεται και με την κατάλληλη φαρμακοθεραπεία. Η βασική επιδίωξη της εκάστοτε ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης είναι ο έλεγχος των συμπτωμάτων της διπολικής διαταραχής και η διασφάλιση ότι ο ασθενής είναι ικανός να διαχειριστεί τον βίο του. Μέσα από την ψυχοθεραπεία το άτομο μπορεί να μάθει να διαχειρίζεται τις επιδράσεις της ασθένειας στη διάθεσή του, να ανταποκρίνεται θετικότερα στα νέα περιβαλλοντικά

ερεθίσματα και βαθμιαία να ξεκινήσει να αναδιοργανώνει την ζωή του. Υπάρχουν διάφορες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να εφαρμοστούν σε έναν ασθενή με διπολική διαταραχή, αλλά ο κάθε ασθενής πρέπει να επιλέξει την παρέμβαση εκείνη που του «ταιριάζει» περισσότερο. Οι πιο συνήθεις είναι η θεραπεία που επικεντρώνεται στο οικογενειακό περιβάλλον, η γνωστική και συμπεριφορική θεραπεία, η θεραπεία διαπροσωπικού και κοινωνικού ρυθμού και η ψυχο-εκπαίδευση (Οικονόμου, 2011).

Ολοκληρώνοντας την συγγραφή της παρούσας σύντομης ενότητας αναφορικά με την διπολική διαταραχή, διαπιστώνουμε πως πρόκειται για μια νόσο δύσκολα διαγιγνώσιμη και με έναν αρκετά υψηλό βαθμό επικινδυνότητας τόσο για τον ίδιο τον πάσχοντα, όσο και για τα άτομα του περιβάλλοντός του. Συνήθως, η διπολική διαταραχή έχει συννοσηρότητα και με κάποιου άλλου είδους διαταραχή ή δυσκολία, όπως είναι η ΔΕΠΥ, οι αγχώδεις διαταραχές και η εναντιωματική προκλητική διαταραχή. Όταν στους ασθενείς χορηγείται η κατάλληλη φαρμακοθεραπεία συνδυαστικά με τον κατάλληλο τύπο ψυχοθεραπείας, τότε τα συμπτώματα της ασθένειας βαθμιαία αμβλύνονται και σε ορισμένες περιπτώσεις, η ίαση είναι ολοκληρωτική.

Στην επικρατούσα ελληνική κοινωνική πραγματικότητα, αν και γίνονται προσπάθειες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με την φύση και τη διαχείριση της υπό ανάλυση διαταραχής συνεχίζουν να διατηρούνται ορισμένα στερεότυπα και προκαταλήψεις, που επιδρούν αρνητικά στους νοσούντες και στα άτομα που έχουν αναλάβει την φροντίδα τους. Απόρροια της κοινωνικής τους περιθωριοποίησης είναι η παντελής τους απομόνωση από το σχολικό και κοινωνικό γίγνεσθαι. Εν κατακλείδι, υπάρχουν ορισμένες ομάδες στις οποίες μπορούν να απευθυνθούν οι ίδιοι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους, προκειμένου να ζητήσουν βοήθεια και υποστήριξη.

4.4. Αγχώδεις Διαταραχές

Το άγχος είναι η φυσιολογική απόκριση του οργανισμού μας σε ένα ερέθισμα που προκαλεί αρνητικά συναισθήματα. Ενεργοποιείται το νευρικό σύστημα και εκκρίνονται ορμόνες η δράση των οποίων παρέχει στον οργανισμό την απαραίτητη ενέργεια. Κάτω από φυσιολογικές συνθήκες ο οργανισμός αυξάνει την απόδοση του και φτάνει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Το άγχος σε αυτή την περίπτωση είναι χρήσιμο για το άτομο (Health Pr; 2nd edition (March 1, 2005). Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, το άγχος είναι η κύρια αιτία πρόκλησης ψυχολογικών προβλημάτων και διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, τα προβλήματα αυτά μπορεί να οφείλονται σε αρκετά προφανή αίτια, όπως η μοναξιά της χηρείας ή οι

δυσκολίες της συντήρησης μιας οικογένειας· μπορεί να οφείλονται σε έμφυτα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου· ή μπορεί να αποτελούν αντίδραση σε τραυματικές εμπειρίες της ζωής. Αυτού του είδους οι ψυχικές διαταραχές (οι οποίες συνήθως αναφέρονται ως νευρώσεις για να διακριθούν από τις ψυχώσεις, δηλαδή τις βαρύτερες ψυχικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια) είναι εξαιρετικά δύσκολο να αντιμετωπιστούν. (Kennerley, 1999: 19). Επί της ουσίας, όταν ο ανθρώπινος οργανισμός δεν λειτουργεί σωστά προκαλούνται αγχώδεις διαταραχές. Το άγχος είναι παθολογικό, όταν είναι υπερβολικά έντονο, όταν το άτομο αγχώνεται χωρίς να υπάρχει κάποιος λόγος και όταν παρουσιάζεται σε καταστάσεις που δεν αποτελούν απειλή για το άτομο.

Οι αγχώδεις διαταραχές συμπεριλαμβάνουν τις ακόλουθες διαταραχές:

- Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή.
- Διαταραχή Πανικού Με ή Χωρίς Αγοραφοβία.
- Ειδική φοβία.
- Κοινωνική φοβία.
- Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή.
- Μετατραυματική Διαταραχή λόγω άγχους.
- Διαταραχή Από Οξύ Στρες.
- Διαταραχή άγχους αποχωρισμού.
- Σχολική φοβία
- Διαταραχή λόγω της αντιπαλότητας μεταξύ αδελφών.
- Διαταραχή Οφειλόμενη σε Γενική Ιατρική Κατάσταση.
- Αγχώδης Διαταραχή Προκαλούμενη από Ουσίες.
- Αγχώδης Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από αγχώδεις διαταραχές ανησυχούν διαρκώς για τις ικανότητές τους και για τις επιδόσεις τους, φοβούνται το ενδεχόμενο να συμβούν φυσικές καταστροφές και δεν έχουν αυτοπεποίθηση. Τα συμπτώματα των αγχωδών διαταραχών έχουν μεγάλες διακυμάνσεις, δεν είναι δυνατόν να αποφευχθούν και παρουσιάζονται κυρίως στον γυναικείο πληθυσμό.

4.5. Ανοιακές διαταραχές.

Η νόσος Alzheimer είναι μία εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου, η οποία καταστρέφει σταδιακά τα κύτταρα του εγκεφάλου. Ονομάστηκε έτσι, από τον Γερμανό ψυχίατρο και

νεύρο-παθολόγο Αλοΐσιο Αλτσχάιμερ, ο οποίος παρουσίασε την πρώτη περίπτωση άνοιας, που αργότερα όρισε ως ασθένεια του Alzheimer. Το 1906 μία ασθενής πέθανε και ο ερευνητής έστειλε τον εγκέφαλό της στο Μόναχο και έπειτα από διεξοδική έρευνα παρουσίασε για πρώτη φορά τα κλινικά συμπτώματα και την παθολογία της νόσου. Το 1908 ο Charles Ladame μελετώντας τους εγκεφάλους εκατό ασθενών κατάφερε να παρουσιάσει τις βλάβες που προκαλεί η γεροντική άνοια στο φλοιό του εγκεφάλου. Έως το 1960 η νόσος θεωρούνταν εξαιρετικά σπάνια και είχαν καταγραφεί επίσημα μόλις 100 περιστατικά. Μέσα από την μελέτη αυτή ο Ladame κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στην γεροντική και στην προ – γεροντική άνοια. Αποδείχθηκε μέσα από τις μελέτες αυτές ότι, εξαιτίας της εκφυλιστικής ασθένειας αποδιοργανώνονται οι ανώτερες νοητικές λειτουργίες. Σύμφωνα με το ICD – 10 το Αλτσχάιμερ κατατάσσεται στις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Επηρεάζει τις νοητικές λειτουργίες (την μνήμη, την σκέψη, την αντίληψη, την ικανότητα του υπολογισμού, την ομιλία, την μάθηση, την κρίση) και χάνεται η αίσθηση του τόπου και του χρόνου. Το Alzheimer είναι η βασικότερη αιτία πρόκλησης άνοιας. Η άνοια διαταράσσει όλους τους τομείς της ζωής του ασθενούς, τον επαγγελματικό τομέα, τον κοινωνικό τομέα και εν συνεχεία το άτομο αδυνατεί να αυτοεξυπηρετηθεί και παρουσιάζει διαταραχές στην μνήμη, στον λόγο, στην συγκέντρωση κ.ο.κ. Τα άτομα αυτά χρήζουν ιδιαίτερης φροντίδας από την στιγμή της διάγνωσης της ασθένειας μέχρι και το τελικό στάδιο. Ο αριθμός των ασθενών πολλαπλασιάζεται διαρκώς και η ανάγκη για την ύπαρξη δομών και υπηρεσιών καθίσταται όλο και πιο επιτακτική. Στην Ελλάδα, οι δομές για τους ασθενείς με άνοια είναι υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας. Βασική επιδίωξη των δομών αυτών είναι η πρόληψη, η διάγνωση, η θεραπεία, η περίθαλψη, η αποκατάσταση, η επανένταξη και σαφώς η ευαισθητοποίηση του πληθυσμού. Μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η Ελλάδα διαθέτει ένα ολοκληρωμένο δίκτυο για τους ασθενείς. Οι δομές που υπάρχουν στην Ελλάδα παρουσιάζονται ακολούθως:

Τα ιατρεία Μνήμης: Τα ιατρεία μνήμης είναι δημόσια και ιδιωτικά, προσπαθούν να τηρούν όλες τις προδιαγραφές και στελεχώνονται από έμπειρους και διακεκριμένους επιστήμονες. Στα Ιατρεία Διαταραχών Μνήμης και Ανώτερων Νοητικών Διαταραχών παρέχεται κλινική εξέταση, εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος, νεύρο-ψυχολογική αξιολόγηση, λογοθεραπευτική αξιολόγηση, λειτουργική αξιολόγηση, διάγνωση διαταραχών μνήμης και των υπόλοιπων νοητικών λειτουργιών, ιατρική και φαρμακευτική παρέμβαση και παρακολούθηση, ενημέρωση και υποστήριξη των ασθενών και των συγγενών τους. Τα ιατρεία αυτού του είδους απευθύνονται σε άτομα της τρίτης ηλικίας που έχει εξασθενήσει

η νόσησή τους και σε ασθενείς που έχουν υποστεί κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, αγγειακά εγκεφαλικά συμβάμβατα, που νοσεί το Νευρικό τους Σύστημα και που έχουν προσβληθεί οι νοητικές τους λειτουργίες.

Τα κέντρα ημέρας ασθενών με άνοια: Τα κέντρα ημέρας ασθενών με άνοια είναι μονάδες ημερήσιας παραμονής. Απευθύνονται σε άτομα που νοσούν από Αλτσχάιμερ και από άλλες μορφές άνοιας. Όσοι συμμετέχουν, παρακολουθούν προγράμματα θεραπείας που στοχεύουν στην ενδυνάμωση της νόησης, τη διατήρηση και την εξάσκηση των δεξιοτήτων καθώς επίσης, και στην διατήρηση της επικοινωνιακής ικανότητας, σε συνδυασμό πάντα με τη χορήγηση της κατάλληλης ιατροφαρμακευτικής αγωγής. Τα κέντρα ημέρας απαρτίζονται από ιατρείο μνήμης – ομάδες θεραπείας νοητικής ενδυνάμωσης- προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης ασθενών και συγγενών. Είναι σχεδιασμένα να εξυπηρετούν δεκαπέντε με είκοσι ασθενείς την ημέρα. Να τονιστεί ότι οι πάσχοντες απασχολούνται δημιουργικά, είτε ατομικά, είτε ομαδικά, ότι παρακολουθούν προγράμματα σωματικής άσκησης και ότι εφαρμόζονται εναλλακτικές μορφές θεραπειών, όπως θεραπεία με τη χρήση της τέχνης και με την ανάκληση αναμνήσεων. Τέλος, οι υπηρεσίες που παρέχονται στους συγγενείς των πασχόντων είναι συμμετοχή σε ομάδες διαχείρισης άγχους, σε ομάδες ψυχοεκπαίδευσης και συμβουλευτική υποστήριξη. Όλες οι παροχές των κέντρων αυτού του τύπου είναι δωρεάν για τους πολίτες.

Το πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι για άτομα με άνοια: Το πρόγραμμα απευθύνεται σε οικογένειες που κάποιο μέλος τους νοσεί από Αλτσχάιμερ ή από κάποια άλλη μορφή άνοιας. Στο πρόγραμμα συμμετέχουν διαχειριστές (case managers), που είναι υπεύθυνοι για την οργάνωση της φροντίδας του ασθενή με άνοια. Το πρόγραμμα προσφέρει ενημέρωση για τη νόσο Αλτσχάιμερ και για τις άλλες μορφές άνοιας, συμβουλές για την αντιμετώπιση των συμπεριφορικών διαταραχών, εργονομική εκτίμηση του σπιτιού, ενημέρωση και διευθέτηση των νομικών ζητημάτων, ιατρική παρακολούθηση, ψυχοθεραπεία για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών ζητημάτων και οικιακή φροντίδα. Το πρόγραμμα αποτελείται επίσης, από ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, εργοθεραπευτές, ψυχιάτρους και οικογενειακούς βοηθούς. Σκοπός του προγράμματος αυτού είναι να εξασφαλίσει στους ασθενείς μία ανεξάρτητη και αξιοπρεπή διαβίωση και να αποφευχθεί η εισαγωγή τους σε κάποιο ίδρυμα.

Οι κλινικές βραχείας νοσηλείας για άτομα με άνοια: Οι κλινικές φιλοξενούν τους ασθενείς από είκοσι μέχρι τριάντα ημέρες, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε πάσχοντα. Το προσωπικό

των κλινικών είναι εξειδικευμένο, ώστε να παρέχει την απαιτούμενη φροντίδα και ασφάλεια στους ασθενείς. Οι φροντιστές των ασθενών είναι ενημερωμένοι λεπτομερώς για το ιστορικό τους, προκειμένου να διατίθεται η κατάλληλη διατροφή, η χορήγηση φαρμάκων για την διαχείριση της επιθετικότητας και του άγχους των ασθενών, την καταπολέμηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και η ανάλογη ενημέρωση της οικογένειας. Το πρόγραμμα της κλινικής είναι καθορισμένο και απόλυτα ανταποκρινόμενο στις ανάγκες των ασθενών. Τέλος, οι ασθενείς επιβλέπονται συνεχώς και συνοδεύονται από το προσωπικό σε κάθε τους μετακίνηση, για την πρόληψη ατυχημάτων. Να τονιστεί ότι οι χώροι είναι κατάλληλα διαμορφωμένοι για τα άτομα αυτά.

Η εταιρεία Νόσου Alzheimer: Η εταιρεία νόσου Αλτσχάιμερ ιδρύθηκε το 2002 και είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός. Σκοπός είναι η ευαισθητοποίηση, η ενημέρωση του κόσμου και η υποστήριξη των οικογενειών. Η εταιρεία διαθέτει τηλεφωνική γραμμή υποστήριξης, ομάδες για την υποστήριξη και την εκπαίδευση των φροντιστών των ασθενών και διοργανώνει ομιλίες και εκδηλώσεις σχετικές με την άνοια. Επιπροσθέτως, υπάρχει πρόγραμμα για φροντίδα στο σπίτι και κέντρα ημερήσιας φροντίδας των ασθενών. Η εταιρεία νόσου Αλτσχάιμερ υποστηρίζεται από το Υπουργείο Υγείας και χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Η ύπαρξη ενός ολοκληρωμένου δικτύου παροχής υπηρεσιών για τα άτομα που πάσχουν από άνοια είναι απαραίτητη, διότι διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη και στην διάγνωση της ασθένειας.

Η πρόληψη: Οι αιτίες πρόκλησης της νόσου παραμένουν ακαθόριστες, παρόλα αυτά υπάρχουν κάποιοι παράγοντες, που περιορίζουν τις πιθανότητες εμφάνισής της. Οι παράγοντες αυτοί παραθέτονται παρακάτω.

- ο Η ήπια και συστηματική σωματική άσκηση, όπως το περπάτημα ή το κολύμπι, καθώς επίσης και η συχνή παρακολούθηση των επιπέδων της πίεσης και της χοληστερίνης περιορίζουν τις πιθανότητες εκδήλωσης της άνοιας.
- ο Μία διατροφή που περιέχει φρούτα, λαχανικά, ελαιόλαδα και γενικότερα, τροφές χαμηλές σε λιπαρά και πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Οι τροφές που πρέπει να καταναλώνονται είναι ψάρια πλούσια σε Ω3 και φρούτα και λαχανικά πλούσια σε βιταμίνη C.
- ο Η συστηματική άσκηση του νου και γενικότερα, όποια δραστηριότητα κινητοποιεί τον εγκέφαλο, όπως το διάβασμα, συμβάλλει στην μείωση των πιθανοτήτων εμφάνισης της νόσου Αλτσχάιμερ.

- ο Η αποφυγή τραυματισμών στο κρανίο και η διακοπή του καπνίσματος είναι δύο σημαντικοί παράγοντες πρόληψης της νόσου.

Η διάγνωση: Τα συμπτώματα του Αλτσχάιμερ και των διάφορων μορφών άνοιας που οδηγούν στην διάγνωση της ασθένειας είναι:

- Η έκπτωση της μνήμης.
- Οι παράλογες ιδέες του ασθενή, τις οποίες πιστεύει βαθιά και υπερασπίζεται.
- Οι ψευδαισθήσεις: οι ασθενείς έχουν την εντύπωση ότι βλέπουν πρόσωπα και ακούν φωνές.
- Τα βίαια ξεσπάσματα.
- Το υπερβολικό άγχος.
- Η ύπαρξη αισθήματος δυσφορίας σε διάφορα περιβάλλοντα.
- Η καταθλιπτική διάθεση.
- Δείγματα σχιζοφρενούς συμπεριφοράς.
- Η υπερβολικά εύφορη διάθεση.
- Οι αναίτιες ψυχολογικές μεταπτώσεις.
- Η υπερκινητικότητα.
- Οι διαταραχές στον ύπνο.
- Η παραμέληση των υποχρεώσεων.
- Η μη ανάληψη πρωτοβουλιών.
- Η παρορμητικότητα.

Αν τα παραπάνω συμπτώματα δεν διαγνωστούν τη κατάλληλη χρονική στιγμή, τότε μεταβάλλεται ακραία η ποιότητα της ζωής του πάσχοντα και των οικείων του και ο ασθενής οδηγείται πολύ σύντομα σε κάποιο ίδρυμα για ασθενής με άνοια. Τη νόσο εντείνει η άρνηση του ασθενή να αποδεχτεί και να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες που έχει προκαλέσει η νόσος. Η αδυναμία του ατόμου να εκφραστεί και να επικοινωνήσει με τον περίγυρό του δυσχεραίνει την όλη κατάσταση. Πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η έγκαιρη διάγνωση δεν έχει καμία σημασία, διότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να συνειδητοποιήσει την κατάσταση που βρίσκεται. Η σπουδαιότητα της έγκαιρης διάγνωσης έγκειται στο ότι, η οικογένεια του πάσχοντα να κατανοεί και να ερμηνεύει τις αλλαγές στην συμπεριφορά του ασθενούς και να διαχειρίζεται το πρόβλημα που έχει προκύψει. Στο υπάρχον δίκτυο, που απευθύνεται στα άτομα με άνοια, η νόσος του Αλτσχάιμερ και οι άλλες μορφές άνοιας διαγιγνώσκονται με εξαιρετικά ποσοστά επιτυχίας. Η νόσος στους ηλικιωμένους ασθενείς

επιδεινώνει γρήγορα τη νοητική και λειτουργική τους κατάσταση. Ο θεράπων ιατρός πρέπει να δίνει έμφαση στην έναρξη της ασθένειας, στην πορεία και στην επίδραση που ασκεί στη καθημερινή ζωή του ατόμου.

Κλείνοντας θα πρέπει να τονίσουμε, ότι η έγκυρη και έγκαιρη πρόγνωση, η πρόληψη και η εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας μπορούν να φέρουν θεαματικά αποτελέσματα στον ίδιο τον ασθενή και αν βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα της ζωής του. Ο ρόλος του ατόμου που έχει αναλάβει την φροντίδα του ασθενή είναι δύσκολος και παράλληλα πολύ σημαντικός, διότι ο φροντιστής είναι εκείνος που έχει υποστεί το βάρος της ψυχολογικής υποστήριξης του αρρώστου και της οικογένειάς του. Τα κέντρα που υπάρχουν ή που θα δημιουργηθούν θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν τα άτομα αυτά και να προσπαθούν να τους διευκολύνουν και να απαλύνουν τον πόνο τους. Τέλος, καλό είναι να μην εφαρμόζονται αποκλειστικά θεραπείες που βασίζονται σε φαρμακευτικές ουσίες, αλλά και πιο εναλλακτικές που είναι δοκιμασμένες και έχει αποδειχθεί η χρησιμότητά τους.

4.6. Σχιζοφρένεια.

Η ψυχική διαταραχή της σχιζοφρένειας κατατάσσεται στις ψυχώσεις και εμφανίζεται κυρίως στον νεανικό πληθυσμό (Sadock & Sadock, 2007· Μπόχτσου, 2009). Η διαταραχή αυτή ήταν γνωστή στους αρχαίους Έλληνες ιατρούς από τον 2^ο μ. Χ. αιώνα. Ετυμολογικά ο όρος «σχιζοφρένεια» έχει τις καταβολές του από τις λέξεις «σχίζω» και «φρένα». Τον όρο τον διατύπωσε πρώτος ο Eugen Bleuler το 1911 (Sadock & Sadock, 2007). Τις πρώτες περιγραφές της σχιζοφρένειας τις εντοπίζουμε στον 18^ο αιώνα. Το 1856 ο Morel ονόμαζε την σχιζοφρένεια ως «πρώιμη άνοια». Το 1868 ο Kahlbaum την ορίζει ως «κατατονία» και το 1870 ο και το 1870 ο Hecker την περιγράφει ως «ηβηφρένεια». Βασικό κοινό χαρακτηριστικό όλων των προαναφερθέντων ονομασιών είναι η αποδιοργάνωση της προσωπικότητας και οι συναισθηματικές διαταραχές (Garrabe, 2003). Ο Bleuler πρότεινε αυτόν τον όρο, που χρησιμοποιείται μέχρι και σήμερα, διότι θεώρησε ότι το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της νόσου είναι ο διχασμός που προκαλείται στις ψυχικές λειτουργίες. Ο διχασμός αυτός παρατηρείται στην πραγματικότητα, στη σκέψη του ατόμου, στους συνειρμούς του, στα συναισθήματά του, στο περιεχόμενο των σκέψεων και των δράσεών του. Επίσης, πρότεινε και τον όρο «λανθάνουσα σχιζοφρένεια», με τον οποίο θέλησε να εκφράσει την μορφή της σχιζοφρένειας που επικρατούν τα νευρωτικά συμπτώματα (Bercherie, 2004). Ο Schneider κατανέμει τα συμπτώματα της νόσου σε δύο

κατηγορίες. Στη πρώτη κατηγορία κατατάσσονται τα συμπτώματα πρώτου βαθμού και στη δεύτερη τα συμπτώματα δευτέρου βαθμού. Τα συμπτώματα πρώτου βαθμού είναι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, η παραποίηση της πραγματικότητας και η διάχυση των ορίων ανάμεσα στο εγώ και στο εξωτερικό περιβάλλον (Andreasen, 1997). Παρόλ' αυτά, και αυτός ο ορισμός της σχιζοφρένειας δεν είναι επαρκής, καθώς τα προαναφερθέντα συμπτώματα δεν θεωρούνται παθογνωμικά της νόσου (Μαντωνάκης, 1999). Ένας πλέον κοινά αποδεκτός ορισμός της σχιζοφρένειας είναι ο ακόλουθος: Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική ασθένεια που επηρεάζει τις βασικές διανοητικές λειτουργίες. Διαστρεβλώνει την αίσθηση της πραγματικότητας, επειδή προκαλεί δραματικές διαταραχές στη σκέψη και τα συναισθήματα και έτσι οι άνθρωποι ωθούνται σε παράξενη συμπεριφορά. Η συμπεριφορά αυτή προκαλεί σύγχυση και επηρεάζει τις οικογενειακές και φιλικές σχέσεις του ατόμου. (Μπόχτσου, 2009). Σύμφωνα με το DSM – V, η σχιζοφρένεια περιλαμβάνει τους ακόλουθους πέντε τύπους ατόμων:

Παρανοϊκός τύπος: Το άτομο έχει συχνά παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις, είτε ακουστικές είτε οπτικές, διαταραχές στην σκέψη του, αποδιοργανωμένη σκέψη και κατατονική συμπεριφορά. Οι ψευδαισθήσεις και οι παραισθήσεις είναι εξαιρετικά υπερβολικές και προκαλούν και παράλογες αντιδράσεις στον ασθενή. Ο παρανοϊκός τύπος της σχιζοφρένειας συναντάται κυρίως στις μεγάλες ηλικιακές ομάδες και δεν αλλοιώνεται η προσωπικότητα και η διανοητική ικανότητα του ατόμου (Μάνου, 1988).

Αποδιοργανωτικός τύπος: Βασικό χαρακτηριστικό αυτού του τύπου της σχιζοφρένειας είναι οι συμπεριφορικές διαταραχές. Ειδικότερα, το άτομο εκδηλώνει χαλάρωση στους συνειρμούς του, υπερευαισθησία, αντίθετα και απρόσφορα συναισθήματα, αντιδραστική και αμφιταλαντευόμενη συμπεριφορά και επιθετικότητα (Kaplan & Sadocs, 2004).

Κατατονικός τύπος: Σε αυτόν τον τύπο της σχιζοφρένειας κυριαρχούν οι διαταραχές στη ψυχή και στην κίνηση και η πλήρης διακοπή οποιασδήποτε δραστηριότητας. Ο ασθενής μπορεί να παραμένει ακίνητος ή να κινείται άσκοπα. Στα συμπτώματα περιλαμβάνονται η καταληψία και η κηρώδης ευκαμψία. Το άτομο πρέπει να βρίσκεται υπό διαρκή ιατρική παρακολούθηση, καθώς υπάρχει κίνδυνος για την ζωή του (Kaplan & Sadocs, 2004).

Αδιαφοροποίητος τύπος: Σε αυτόν τον τύπο δεν παρατηρείται κανένα από τα συμπτώματα των προαναφερθέντων τύπων σχιζοφρένειας. Το μόνο βέβαιο είναι η παρουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων (Kaplan & Sadocs, 2004).

Υπολειμματικός τύπος: Στον οικείο τύπο, σημειώνονται απουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων, έλλειψη ενδιαφέροντος και κινήτρου, κοινωνική απόσυρση και απρόσφορα συναισθήματα (Hogan, 2012).

Εξαιτίας της ποικιλομορφίας που διέπει την συμπτωματολογία της νόσου είναι δύσκολο να γίνουν γενικεύσεις αναφορικά με την διάγνωση της. Ορισμένες φορές, υπάρχει το ενδεχόμενο κάποιος ασθενής να εκδηλώσει συμπτώματα σχιζοφρένειας, λόγω μιας άλλης νόσου, πέρα από την σχιζοφρένεια. Γι' αυτό είναι μείζονος σημασίας οι ψυχίατροι να παίρνουν από τους ασθενείς τους πλήρες ιατρικό ιστορικό και να αποκλείουν την παρεμβολή άλλων αιτιών, προκειμένου να καταλήξουν σε μια έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση (Hogan, 2012). Το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων που έχουν σχιζοφρένεια παρακολουθούνται συστηματικά από μια διεπιστημονική ομάδα που απαρτίζεται από ιατρούς ποικίλων ειδικοτήτων, όπως ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη και εργοθεραπευτή, σε κοινοτικό πλαίσιο. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις, που το άτομο χρήζει νοσηλείας, λόγω του ότι εκδηλώνει οξεία επεισόδια με έντονη επιδείνωση των συμπτωμάτων. Το διάστημα της νοσηλείας κυμαίνεται από μερικές μέρες μέχρι και αρκετές εβδομάδες, προκειμένου το άτομο να είναι ασφαλές και να του παρέχεται συνεχής φροντίδα και παρακολούθηση. Τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας που έχουν αναλάβει την παρακολούθηση του ατόμου σε κοινοτικό πλαίσιο, το επισκέπτονται και στον νοσοκομειακό χώρο και όταν κρίνουν οι ειδικοί ότι έχει επανέλθει, παίρνει εξιτήριο και συνεχίζει την θεραπεία του στα πλαίσια της κοινότητας (Μπόχτσου, 2009).

Η σχιζοφρένεια είναι μια πολύ σοβαρή ψυχική νόσος, η οποία προκαλεί σοβαρές δυσλειτουργίες στον ασθενή και υποβαθμίζεται η ποιότητα της ζωής του. Οι επιστήμονες που επικεντρώνονται στη μελέτη αυτής της νόσου έχουν συμβάλλει σημαντικά στην αποκατάσταση και στην αποασυλοποίηση των οικείων πασχόντων. Ο συνδυασμός διαφόρων παρεμβατικών μεθόδων, σε συνδυασμό με την εστίαση σε συγκεκριμένους στόχους βοηθούν στην γενικότερη βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων με σχιζοφρένεια. Τέλος, όσο πιο πρώιμα πραγματοποιηθεί η παρέμβαση, τόσο μεγαλύτερη είναι η ύφεση των συμπτωμάτων και η επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου.

Κεφάλαιο 5^ο: Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων

5.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή.

Ο βασικός ρόλος του νοσηλευτή ως προς το ηλικιωμένο άτομο είναι να βοηθήσει τόσο το ίδιο το άτομο όσο και την οικογένειά του, έτσι ώστε να μπορεί να διεκπεραιώσει τις απαραίτητες δεξιότητες και να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις. Οι απαιτήσεις και οι δραστηριότητες επηρεάζονται σημαντικά από την υγεία του ηλικιωμένου ασθενή, και λαμβάνουν υπόψη το γενικό τρόπο ζωής του ηλικιωμένου ατόμου (Πλάτη & Χρυσάνθη 2000). Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι η ισορροπία του ηλικιωμένου ατόμου διαταράσσεται μεταξύ των δραστηριοτήτων και των υποστηρικτικών πηγών. Ορισμένες δραστηριότητες εξακολουθούν να υπάρχουν ενώ μερικές περιορίζονται. Οι καθημερινές απαιτήσεις αυξάνονται λόγω της μείωσης των διαφόρων λειτουργιών. Μέσα και πηγές δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν επαρκώς από τον ηλικιωμένο ασθενή, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται αρκετές απώλειες καθώς περιορίζεται η υποστηρικτική ικανότητα. Μία πάθηση/αρρώστια μπορεί να μειώσει ακόμη περισσότερο τις φυσιολογικές και τις ψυχολογικές προσαρμοστικές δυνατότητες του ατόμου, διότι ο ασθενής αναγκάζεται να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες, όπως τις συχνές διαγνωστικές εξετάσεις, τις παρενέργειες των φαρμάκων, την αλλαγή στο περιβάλλον τους, την αλλαγή στο νέο τους διατροφολόγιο, τα κλινικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν ανάλογα με την πάθηση που αντιμετωπίζουν, καθώς επίσης και απαιτήσεις για καινούργιες δεξιότητες και γνώσεις (Ραγιά 2001). Σύμφωνα, με τις απαιτήσεις που αναφερθήκαν παραπάνω ο νοσηλευτής παρεμβαίνει για να βοηθήσει στην ισορροπία του ηλικιωμένου ατόμου, έτσι ώστε να αποδεχθεί τις αλλαγές στον καθημερινό τρόπο ζωής του. Εν κατακλείδι, όπως σε όλους τους άλλους τομείς, έτσι και στο ηλικιωμένο άτομο, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να το βοηθήσει να διεκπεραιώσει εκείνες τις δραστηριότητες, που συντελούν στη διατήρηση μιας φυσιολογικής υγείας καθώς και στην αποκατάσταση της υγείας σε περίπτωση ασθένειας. Το άτομο, από μόνο του, σε περίπτωση που διαθέτε απαραίτητη γνώση, δύναμη και θέληση, θα μπορούσε να διεκπεραιώσει αυτές τις δραστηριότητες (Ραγιά 2001).

5.2 Νοσηλευτική φροντίδα

Γενικά, ο τομέας της νοσηλευτικής ασχολείται με την προαγωγή και την πρόληψη της υγείας καθώς επίσης και με τις ασθένειες σε όλες τις ηλικίες του ατόμου. Συγκεκριμένα, ο ρόλος των νοσηλευτών για την υγεία των ηλικιωμένων ατόμων δεν διαφέρει από την φροντίδα άλλων ηλικιακά ομάδων, εκτός από κάποιες συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες. Αρχικά ο νοσηλευτής, για να παρέχει την φροντίδα στα ηλικιωμένα άτομα, είναι αναγκαίο να έχει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως επιμονή, κατανόηση, υπομονή, ψυχικό σθένος καθώς και γενικά εσωτερικά κίνητρα. Στον Πίνακα 5.1, απεικονίζονται τα χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων και στον Πίνακα 5.2, απεικονίζεται ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1:

Χαρακτηριστικά της Νοσηλευτικής Φροντίδας των Ηλικιωμένων Ατόμων.

1. Για να συνεργαστεί ο νοσηλευτής με τον ηλικιωμένο, αρχικά είναι αναγκαίο να γνωρίζει την προσωπικότητα του ηλικιωμένου καθώς επίσης και την οικογένειά του. Με τον τρόπο αυτό αναπτύσσεται μία σχέση ποιότητας και αλληλεγγύης.
2. Απαραίτητη είναι η εξατομικευμένη φροντίδα, λαμβάνοντας υπόψιν το ιστορικό του ηλικιωμένου, μαθαίνοντας έτσι τις προσωπικές επιδιώξεις του.
3. Η νοσηλευτική φροντίδα δεν θα πρέπει να γίνεται για τον ηλικιωμένο αλλά με τον ηλικιωμένο, καθώς επίσης και να προάγεται η αυτόφροντίδα.
4. Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψιν από τον νοσηλευτή, η ανάγκη του ηλικιωμένου για την διαμόρφωση των στόχων της ίδιας του της φροντίδας και όχι να είναι μόνο παρατηρητής σε δραστηριότητες.
5. Ενίσχυση του ατόμου να παίρνει μόνος του πρωτοβουλίες και αποφάσεις που αφορούν την υγεία του, μειώνοντας έτσι το αίσθημα απομόνωσης που νιώθει από τον ίδιο του τον εαυτό.
6. Είναι απολύτως λογικό στη νοσηλευτική φροντίδα, να υπάρξουν συμβιβασμοί και τροποποιήσεις, λόγω των φυσιολογικών περιορισμών του.
7. Μεταξύ ηλικιωμένου και νοσηλευτή, θα πρέπει να υπάρχει συχνή επικοινωνία καθώς επίσης και να τον στηρίζει.

8. Ο ηλικιωμένος θα πρέπει να παροτρύνεται από τον νοσηλευτή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, έτσι ώστε να διατηρείται το ενδιαφέρον του για την ζωή.

9. Ο νοσηλευτής πρέπει να του παρέχει πληροφόρηση, εκπαίδευση και ενημέρωση για το τι ακριβώς σημαίνουν τα συμπτώματα που επιβαρύνουν την υγεία του. Το ίδιο ακριβώς ισχύει και για τα φάρμακα που του παρέχονται.

10. Ο νοσηλευτής, τέλος, πρέπει να του προσφέρει την μεταχείριση που του αρμόζει και να μην του φέρεται σαν παιδί.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2:

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου.

Κατάλληλη εφαρμογή, σωστός προγραμματισμός και αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.

Εκτίμηση των αναγκών των νοσηλευτών προς την ομάδα των ηλικιωμένων.

Προαγωγή της γηριατρικής και της γεροντολογικής νοσηλευτικής με την εφαρμογή των ευρημάτων της μελέτης.

Επαγγελματική συνεργατικότητα με τα άλλα ιατρικά και παραϊατρικά επαγγέλματα, τα οποία ασχολούνται με το ηλικιωμένο άτομο.

(Μαλγαρινού & Γουλία 2005)

5.3 Αρχές νοσηλευτικής φροντίδας.

Το νοσηλευτικό προσωπικό δημιουργεί στενές επαγγελματικές σχέσεις με τους ασθενείς που φροντίζει. Πράγματι, η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται είναι σημαντική και επιδρά στην ανάρρωση των ασθενών. Η ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης έχει ιδιαίτερη σημασία κατά την φροντίδα ατόμων με ψυχικές ασθένειες. Η προσωπικότητα και οι δεξιότητες του νοσηλευτή είναι τα σημαντικότερα στοιχεία αυτής της θεραπευτικής σχέσης. Οι δεξιότητες μπορούν να διδαχθούν από τον νοσηλευτή και η σωστή ανάπτυξή τους μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη θεραπεία του ασθενή. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν ζεστασιά, θέρμη και θετική στάση απέναντι στον ασθενή. Αυτή η ζεστασιά μεταβιβάζεται στον ασθενή και τον βοηθά. Επίσης, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν συναίσθηση ώστε να αντιλαμβάνονται πως αισθάνεται ο ασθενής. Τέλος, πρέπει να είναι αυθεντικοί και να δείχνουν γνήσιο ενδιαφέρον απέναντι στον ασθενή. Σημαντική είναι και η ολιστική νοσηλευτική προσέγγιση. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη με το να τους ακούν. Η θεραπευτική σχέση και η κατανόηση επέρχεται σταδιακά με τη συχνή συναναστροφή του νοσηλευτή με τον ασθενή. Η νοσηλευτική προσέγγιση πρέπει να είναι φιλική. Παράλληλα ένα καταθλιπτικό άτομο πρέπει να ενθαρρύνεται να εκφράζει τα συναισθήματά του ώστε να νιώσει ανακούφιση. Η νοσηλευτική ολική προσέγγιση περιλαμβάνει την παροχή φροντίδας που οδηγεί σε αλλαγές στον τρόπο σκέψης του ασθενή, στην καθημερινότητά του, στις δραστηριότητες και δεξιότητες που αναπτύσσει (Hughes).(Slater, 2003). Η νοσηλευτική φροντίδα των ατόμων τρίτης ηλικίας συμπεριλαμβάνει ειδικότερες αρχές για τα άτομα αυτά, οι οποίες εντάσσονται στα πλαίσια της γηριατρικής νοσηλευτικής.

Οι βασικότερες από αυτές τις αρχές είναι οι εξής:

1. Για όλους τους ζωντανούς οργανισμούς, το γήρας αποτελεί μία φυσιολογική διεργασία.
2. Η κατάσταση υγείας του ηλικιωμένου ασθενή, το περιβάλλον, η διατροφή, η προδιάθεση για κληρονομικότητα, ο τρόπος και οι εμπειρίες της ζωής, οι δραστηριότητες και το άγχος είναι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διεργασία του φυσιολογικού γήρατος.
3. Μελέτες που σχετίζονται με το φυσιολογικό γήρας και ιδίως με τα βιοψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων με γενικές νοσηλευτικές γνώσεις κατά την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας στον γενικό πληθυσμό.

4. Όσον αφορά τις βασικές απαιτήσεις της αυτοφροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων είναι σχεδόν ίδιες με τις απαιτήσεις όλων των άλλων ατόμων.

5. Το κάθε άτομο, αναφορικά με την ικανότητα του να εκπληρώσει τις βασικές τους απαιτήσεις για αυτόφροντίδα /αυτοεξυπηρέτηση, παρουσιάζει τόσο περιορισμούς όσο και μοναδικές ιδιότητες.

6. Το επίκεντρο της γηριατρικής και της γεροντολογικής νοσηλευτικής εστιάζεται κυρίως στο καλό και κατάλληλο σχεδιασμό καθώς επίσης και στη σωστή οργάνωση των νοσηλευτικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, που έχουν ως βασικούς στόχους: να παρέχουν φροντίδα στο ηλικιωμένο άτομο με κάθε τρόπο ή ακόμη να βοηθάνε στη φροντίδα του, όταν οι θεραπευτικές ανάγκες ή οι γενικές απαιτήσεις αυτοφροντίδας δε μπορούν ανεξάρτητα να πραγματοποιηθούν.

Ακόμα στοχεύουν στο να ελαχιστοποιήσουν ή να εξαλείψουν τους περιορισμούς που σχετίζονται με την αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου ασθενή και να τον οδηγήσουν στην διαδικασία της αυτοφροντίδας, ενισχύοντας έτσι τις δυνατότητές του. Κατά τη δεύτερη φάση, τα προβλήματα και οι ανάγκες προγραμματίζονται και οργανώνονται κατάλληλα, κατά σειρά προτεραιότητας, μεσοπρόθεσμα, άμεσα καθώς επίσης και μακροπρόθεσμα, έτσι ώστε να οδηγούνται στην αυτοφροντίδα, στην αποκατάσταση και την ανεξαρτησία του ηλικιωμένου ασθενή. Η προαγωγή της αποκατάστασης αποτελεί την πιο βασική πλευρά της ανεξαρτησίας και ο βαθμός της διαφέρει ενώ σε αρκετές περιπτώσεις είναι δυνατό να μεταπέσει σε εξάρτηση. Συγκεφαλαιώνοντας, οι νοσηλευτές γνωρίζουν πώς να θέτουν ρεαλιστικούς και πρακτικούς σκοπούς, ώστε να εξασφαλίζεται η ποιότητα της ζωής των ατόμων που βιώνουν τις εμπειρίες αυτές και διανύουν την τρίτη ηλικία. Μάλιστα, η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων οποιασδήποτε κοινωνίας κρίνεται και από την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται (Μαλγαρινού & Γουλία 2005).

5.4 Παράγοντες νοσηλευτικής φροντίδας.

Για τη φροντίδα των ατόμων που διανύουν την τρίτη ηλικία, υπάρχουν τέσσερις βασικοί παράγοντες που αποτελούν τους κύριους αντικειμενικούς σκοπούς της νοσηλευτικής φροντίδας τους. Αναλυτικά, οι παράγοντες αυτοί είναι:

Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα

Αρχικά, η αξιολόγηση του ηλικιωμένου ασθενή θα βοηθήσει να διαπιστωθούν οι δυνατότητες και οι αδυναμίες του σε σχέση με την κάλυψη των βασικών ατομικών αναγκών

του, όπως την ενδυμασία, την καθαριότητα τη και τη διατροφή καθώς επίσης και τις ευρύτερες ανάγκες του όπως τα ψώνια, την καθαριότητα του περιβάλλοντος και το μαγείρεμα. Οι δυσκολίες στην αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου είναι αναμενόμενες τόσο από το ίδιο το άτομο όσο και από την οικογένειά του. Συνήθως, η οικογένειά του δεν έχει υπομονή και επιμονή έτσι ώστε να περιμένει τον ηλικιωμένο να διεκπεραιώσει και να εκτελέσει κάποια δραστηριότητα (φαγητό, ντύσιμο, ξύρισμα) με αποτέλεσμα να προτιμάει το ίδιο το άτομο να τελειώσει αυτήν την διαδικασία πιο γρήγορα. Επομένως, η αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου ασθενή περιορίζεται και έτσι αισθάνεται ότι είναι εξαρτημένος από άλλα άτομα. Η αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου γίνεται όλο και πιο δύσκολη, όταν το ίδιο το άτομο δεν έχει τη διάθεση και θέληση να δραστηριοποιηθεί. Έτσι, χρειάζεται προσεκτική έρευνα έτσι ώστε να διαπιστωθούν οι παράγοντες αυτής της αδυναμίας, οι οποίοι αρκετές φορές οφείλονται τόσο σε οργανικά αίτια (δηλαδή οφειλόμενα στην ίδια την πάθηση) όσο και σε άλλους παράγοντες όπως οι κοινωνικοί, οι οικογενειακοί και οι ψυχολογικοί παράγοντες. Η διαδικασία της αυτοφροντίδας μπορεί να ενισχυθεί σε ένα περιβάλλον γνωστό και οικείο στον ηλικιωμένο ασθενή, όπου μπορεί να αισθανθεί περισσότερη ασφάλεια (Πλάτη & Χρυσάνθη 2000).

Σεβασμός και Διατήρηση της προσωπικότητας του ηλικιωμένου ατόμου

Στις μέρες μας, ο καθένας από εμάς μπορεί να τακτοποιήσει τον εαυτό του, να επιλέξει τόσο έναν κατάλληλο τόπο διαμονής όσο και τον καθημερινό τρόπο ζωής. Η προσωπικότητά μας χαρακτηρίζεται από οτιδήποτε σχετίζεται με την εμφάνισή μας όπως είναι η ενδυμασία μας, η επιλογή των τροφίμων, αλλά και η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου. Τα άτομα που διανύουν την τρίτη ηλικία κινδυνεύουν να χάσουν την ατομικότητά τους. Αυτό συμβαίνει λόγω των διάφορων παθήσεων που αντιμετωπίζουν, με αποτέλεσμα να νιώθουν αδυναμία και ανικανότητα ολοκλήρωσης των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Επιπλέον, η απομάκρυνση από τον χώρο της εργασίας και της δραστηριότητας με την συνταξιοδότηση τους, οι ηλικιωμένοι αισθάνονται λιγότερο αποδοτικοί και χρήσιμοι. Αυτοί οι δύο παράγοντες είναι αναγκαίο να αντιμετωπιστούν εγκαίρως, έτσι ώστε το ηλικιωμένο άτομο να μπορέσει να διατηρήσει την αξιοπρέπεια και την ατομικότητά του. Ωστόσο, για να μπορέσει να διατηρήσει την ανεξαρτησία του θα πρέπει να εξασφαλιστούν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

1) Κατάλληλο προσαρμοσμένο περιβάλλον στις ανάγκες του ηλικιωμένου.

2) Ισορροπία στην υγεία του.

Αγωγή – Διδασκαλία Υγείας του Ηλικιωμένου και της Οικογένειάς του.

Ως βασικός στόχος στην οργάνωση διδασκαλίας του προγράμματος, τόσο στον ηλικιωμένο όσο και στην οικογένειά του αποτελεί η διάγνωση της ετοιμότητας για μάθηση. Απαραίτητη κρίνεται η προσαρμογή της νέας κατάστασης του ηλικιωμένου και της οικογένειάς του. Ένας άλλος βασικός στόχος στην οργάνωση διδασκαλίας του προγράμματος είναι η διάγνωση της δυνατότητας για μάθηση. Οι παράγοντες οι οποίοι συντελούν στο μορφωτικό επίπεδο του ατόμου, είναι η επίδραση της πάθησής του στο αντιληπτικό του επίπεδο καθώς και το ενδιαφέρον του για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Επιπρόσθετα, επιδρά η φυσική του κατάσταση. Τόσο ο ηλικιωμένος όσο και η οικογένειά του είναι απαραίτητο να μάθουν να διαχειρίζονται και να αντιμετωπίζουν όποια αδυναμία ή δυσκολία παρουσιάζεται από το οικείο τους περιβάλλον. Η αξιολόγηση των ήδη υπαρκτών γνώσεων που σχετίζονται με τις παρενέργειες και με την θεραπεία των ηλικιωμένων αποτελεί βασική αρχή καθώς υπάρχει η δυνατότητα να ανακαλυφθούν οι φόβοι, οι λανθασμένες γνώσεις και οι προκαταλήψεις σχετικά με το θέμα. Με βάση τις γνώσεις που διαθέτει ήδη το ηλικιωμένο άτομο, ο νοσηλευτής οδεύει στην ενημέρωση που είναι απαραίτητη, προσφέροντας έτσι τις βασικές αρχές της θεραπείας. Η ενημέρωση/διδασκαλία αποτελείται από τρεις βασικούς στόχους οι οποίοι είναι οι εξής:

- Τα προληπτικά μέτρα επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν τόσο από τις θεραπείες και τα φάρμακα, όσο και από τις αρρώστιες.
- Τα προληπτικά μέτρα ατυχημάτων που μπορεί να δημιουργηθούν μέσα στον χώρο του σπιτιού ή και εξωτερικά.
- Την διατήρηση της υγείας του ηλικιωμένου ατόμου

(Πλάτη & Χρυσάνθη 2000)

Συνεργασία & Ομαδική Εργασία του Νοσηλευτή με τα Υπόλοιπα Μέλη της Ομάδας Υγείας

Οι πολλαπλές ανάγκες υγείας του ηλικιωμένου ατόμου απαιτούν την συνεργασία μιας διεπιστημονικής ομάδας. Η αποτελεσματικότητα της ομάδας εξαρτάται κυρίως από το κατά πόσο το κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας υπολογίζει και σέβεται τις αρμοδιότητες και τον ρόλο των άλλων μελών. Είναι σημαντικό όλα τα μέλη της ομάδας να έχουν πρόσβαση στις καταχωρημένες γραπτές πληροφορίες από τα άλλα μέλη, έτσι ώστε όλοι να προσφέρουν την συμβολή τους στις συναντήσεις που γίνονται συχνά και να είναι ενημερωμένοι για την πορεία της υγείας του ατόμου (Πλάτη & Χρυσάνθη 2000).

Κεφάλαιο 6^ο: Δίκτυα Φροντίδας Ηλικιωμένων.

6.1 Επίσημα και Ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας.

Στο Δημόσιο τομέα περιλαμβάνονται φορείς οι οποίοι έχουν είτε εθελοντικό μη κερδοσκοπικό είτε ιδιωτικό κερδοσκοπικό χαρακτήρα. Οι φορείς αυτοί συμπεριλαμβάνονται στα επίσημα δίκτυα φροντίδας. Στον δημόσιο τομέα περιλαμβάνονται και οι κρατικές υπηρεσίες όπως το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας καθώς και κοινωνικές υπηρεσίες και φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Κύριο γνώρισμα των φορέων πρόνοιας του δημόσιου τομέα είναι να αποτελούν νομικής υπόστασης όργανα. Παρέχουν δωρεάν τις υπηρεσίες πρόνοιας στους πολίτες καθώς και προσπαθούν να εξασφαλίσουν σε άτομα και οι οικογένειες που στερούνται τα απαραίτητα για τη διαβίωση τους επιδόματα και υπηρεσίες προστασίας. Κάτω από την εποπτεία των Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και το Υπουργείο Οικονομικών ανήκουν και δραστηριοποιούνται μη κερδοσκοπικοί τομείς με εθελοντικό χαρακτήρα. Πρόκειται για Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου όπως για παράδειγμα η Εκκλησία, Φιλανθρωπικά σωματεία και Εθελοντικές οργανώσεις.

Οι βασικοί ρόλοι του εθελοντικού τομέα είναι :

- 1) Δημιουργικός ρόλος: Λόγω του καινοτόμου χαρακτήρα του ο εθελοντικός τομέας προσπαθεί μέσα από προγράμματα και δραστηριότητες να βοηθήσει στην ολοκληρωτικά την ανάπτυξη ατόμων καθώς και οικογενειών.
- 2) εθελοντικός τομέας δραστηριοποιείται είτε συμπληρωματικά, είτε υποβοηθητικά απέναντι στο δημόσιο τομέα.

Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης υπάγονται και οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί οργανισμοί. Λόγω της μη δέσμευσης που υπάρχει στον δημόσιο τομέα οι κερδοσκοπικοί ιδιωτικοί φορείς δρουν με γρήγορους ρυθμούς. Παρόλα αυτά λόγω του ιδιωτικού τους χαρακτήρα οι δαπάνες καλύπτονται τόσο άμεσα όσο και έμμεσα από τα ίδια τα άτομα ή την οικογένειά τους.

6.1.1. Επίσημα δίκτυα φροντίδας του δημόσιου τομέα.

Τα δίκτυα που θα αναλύσουμε αναφέρονται τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και στα ηλικιωμένα άτομα.

6.1.1.1 Υπηρεσίες και προγράμματα του ελληνικού συστήματος υγείας.

Πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας.

Η κοινωνική λειτουργία ενός ηλικιωμένου ατόμου αποτελεί σημαντικό ρόλο στη καθημερινότητα του έτσι ώστε να αποφύγει την εισαγωγή του σε ίδρυμα. Στη παράταση της κοινωνικοποίησης του ηλικιωμένου βοηθά τόσο η πρωτοβάθμια περίθαλψη όπου παρέχετε από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) μέσω των κέντρων υγείας και των εξωτερικών ιατρείων όσο και από εξωϊδρυματικές ιατρικές υπηρεσίες. Οι γιατροί που παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορεί να εργάζονται :

- σε νοσοκομεία
- πολυϊατρεία ασφαλιστικών φορέων
- σε δικό τους ιατρείο
- γιατροί που δεν θέλουν να συμπεριληφθούν σε ταμεία υγείας

Η κύρια μονάδα υγειονομικής περίθαλψης είναι τα Κέντρα Υγείας τα οποία δημιουργήθηκαν για την εξυπηρέτηση των αναγκών ατόμων που ζουν σε αγροτικές περιοχές το 1983. Στόχος τους να παρέχουν πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, να μεταφέρουν τους ασθενείς στα Κέντρα Υγείας ή στα νοσοκομεία , να παρέχουν φάρμακα και κοινωνικής φροντίδας υπηρεσίες. Πρωτοβάθμια περίθαλψη προσφέρεται και στα εξωτερικά ιατρεία των μεγάλων νοσοκομείων και από τα νοσοκομεία ημέρας.

Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχετε στα ηλικιωμένα άτομα , αλλά και από τα νοσοκομεία ανάλογα την κατηγορία στην οποία ανήκουν. Από το 1992 έχει θεσμοθετηθεί στην Ελλάδα η κατ' οίκον νοσηλεία. Στελεχώνεται από ιατρούς, νοσηλευτές

και εξειδικευμένο προσωπικό και βοηθά αρκετά στην εκπαίδευση και συμμετοχή της οικογένειας του ασθενή ώστε να βοηθήσουν και αυτοί στην αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας.

6.1.1.2 Υπηρεσίες και προγράμματα του δημόσιου συστήματος κοινωνικής φροντίδας.

Οικονομική ενίσχυση.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης όπως και οι Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας της κάθε Νομαρχίας σε άτομα με απόλυτη αναπηρία τα οποία είναι άνω των 60 ετών διαθέτουν οικονομικής ενίσχυσης προγράμματα ή τους παρέχουν οικονομική ενίσχυση. Σε άτομα άνω των 65 ετών τα οποία δεν διαθέτουν δική τους στέγη και δεν έχουν οικονομική ανεξαρτησία δίνετε επίδομα ενοικίου. Ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας παρέχει βοήθεια σε φτωχούς ηλικιωμένους. (Σταθόπουλος, 1999).

Ιδρυματική περίθαλψη.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης διαθέτει θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, τα οποία έχουν στόχο την ίαση χρόνιων ασθενών επομένως και ατόμων τρίτης ηλικίας. Οι μονάδες αποκατάστασης των θεραπευτηρίων αυτών είναι πλήρως επανδρωμένες με το κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999)

Κοινοτικά προγράμματα.

Λόγω του ότι υπάρχουν και άτομα τα οποία ζουν σε επαρχιακές πόλεις το κράτος και η τοπική αυτοδιοίκηση έχουν μεριμνήσει στο να παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας και αποκατάστασης των ηλικιωμένων.

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.).

Στα Κ.Α.Π.Η. γίνονται δεκτά άτομα της περιοχής που ανήκει το Κ.Α.Π.Η και είναι από 60 ετών και άνω. Τα Κ.Α.Π.Η. πρόκειται για υπηρεσίες που παρέχονται στους ηλικιωμένους και έχουν στόχο την ημερήσια φροντίδα τους, την ψυχαγωγία, την κοινωνικοποίηση τους. Παρέχουν επίσης και ιατροκοινωνικές υπηρεσίες.

Το προσωπικό απαρτίζεται από ιατρό με μερική απασχόληση, κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτρια αδελφή ή νοσοκόμα τριετούς φοίτησης, φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, οικογενειακή βοηθό. (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999). Με βάση τον Οργανισμό των Κ.Α.Π.Η. στόχος τους είναι το ηλικιωμένο άτομο να είναι να παραμείνει αυτόνομο και να αποτελεί ένα ενεργό μέλος του κοινωνικού συνόλου. Σκοπός τους είναι επίσης η ενημέρωση καθώς και η συνεργασία της κοινωνίας και των φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες που βρίσκονται αντιμέτωπα τα ηλικιωμένα άτομα. (Αμηνά και συν, 1986)

Τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι».

Η «Βοήθεια στο σπίτι» πρόκειται για μια πρακτική υπηρεσία που παρέχουν τα Κ.Α.Π.Η. Η συγκεκριμένη υπηρεσία προσφέρει ,μέσω του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που διαθέτει , ιατρική φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι τους. Παρέχει βοήθεια και σε πρακτικές ανάγκες των ατόμων όπως για παράδειγμα η εξόφληση των λογαριασμών ή ακόμα και οικιακές δουλειές όπως μαγείρεμα , ψώνια τις οποίες δεν μπορεί το άτομο να φέρει εις πέρας. (Πουλοπούλου-Έμκε 1999)

Οι Λέσχες φιλίας.

Ο Δήμος Αθηναίων έχει θεσμοθετήσει από το 1985 τις Λέσχες Φιλίας. Αυτοσκοπός τους η ψυχαγωγία, η απασχόληση , η φροντίδα καθώς και προληπτική φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων του δήμου Αθηναίων. (Σταθόπουλος, 1999)

Τα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας του ΕΟΠ.

Στα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας του ΕΟΠ επιδιώκεται η κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων. Αξιοποιούν δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους . Από το 1991 σε πειραματικό στάδιο προσπαθεί να εφαρμοστεί το πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι. (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999)

Άλλα προγράμματα για ηλικιωμένους.

Το Πρόγραμμα Ageing Well Europe είναι ένα πανευρωπαϊκό πρόγραμμα υγείας που απευθύνεται σε ηλικιωμένα άτομα και στόχος του είναι η ανεξαρτησία, η κοινωνικοποίηση

και η προαγωγή καλής τους υγείας. Στην Ελλάδα από το 1996 η Εθνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία έχει ιδρύσει το πρόγραμμα προαγωγής υγείας των ατόμων τρίτης ηλικίας. (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999)

6.1.2. «Ανεπίσημα δίκτυα» φροντίδας του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα.

Υπηρεσίες για τους ανθρώπους τρίτης ηλικίας προσφέρουν η εκκλησία, οι διάφορες μη κυβερνητικές οργανώσεις και η ιδιωτική-επιχειρηματική πρωτοβουλία.

Το έργο της Εκκλησίας.

Όλες οι Μητροπόλεις βοηθούν τα άτομα που έχουν ανάγκη μέσω των φιλόπτωχων ταμείων που διαθέτουν. Υπάρχουν κέντρα τα οποία προσφέρουν τροφή, φροντίδα, αγάπη, ηθική ενίσχυση στους ηλικιωμένους. Από το 1969 η Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών έχει προβεί στη δημιουργία μίας ειδικής Κοινωνικής Υπηρεσίας η οποία βοηθά υπερήλικους ανθρώπους που δεν έχουν τη δυνατότητα να αυτοεξυπηρετηθούν. (Πουλοπούλου- Έμκε 1999)

Η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (ΕΕΣ).

Ο ΕΕΣ έχει ιδρύσει την υπηρεσία φροντίδας και νοσηλείας για τα άτομα που εξέρχονται από το νοσοκομείο στο σπίτι. Η υπηρεσία αυτή απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως ηλικίας. Η υπηρεσία αυτή προσφέρει στους ασθενείς ιατρική φροντίδα, φυσιοθεραπεία, αποκατάσταση, ιατρικές εξετάσεις καθώς και εκπαίδευση των μελών της οικογένειας ώστε να μάθουν να φροντίζουν και να ανταπεξέρχονται στις ανάγκες των ασθενών. (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999)

Το πρόγραμμα τηλεσυναγερμού.

Για την βοήθεια ηλικιωμένων ατόμων που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν στο 100% ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας έχει δημιουργήσει το πρόγραμμα τηλεσυναγερμού. Έτσι μέσω της τεχνολογίας μπορούν να βοηθήσουν σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης τα άτομα που χρειάζονται την βοήθεια τους εκείνη τη χρονική στιγμή. (Πανέρα, 1999)

Η οικογένεια.

Το επικρατέστερο δίκτυο άτυπης φροντίδας είναι η οικογένεια. Αναλυτικότερα, η ανεπίσημη φροντίδα είναι η βοήθεια και η στήριξη που προσφέρουν τα λεγόμενα "άτυπα δίκτυα", δηλαδή τα οικογενειακά σχήματα, οι συγγενείς, οι φίλοι, οι γείτονες, οι συνάδελφοι στο χώρο εργασίας. Βασικός φορέας άτυπης φροντίδας είναι η οικογένεια, και ακολουθούν οι συγγενείς, οι φίλοι, οι γείτονες. "Η οικογένεια θεωρείται το πιο σημαντικό άτυπο κοινωνικό δίκτυο όπως προκύπτει από διάφορες έρευνες, τόσο στη χώρα μας όσο και στις χώρες με διευρυμένα συστήματα κράτους πρόνοιας". (Στασινοπούλου, 1992: 113).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός.

Η μελέτη της παρούσας ανασκόπησης πραγματοποιείται για να αξιολογήσει την βελτίωση ποιότητας της ζωής του ηλικιωμένου ατόμου από την παρουσία του νοσηλευτή. Στο επίκεντρο αναφοράς στοιχείων είναι επιστημονικά άρθρα τα οποία έχουν δώσει σαφηνιστικό χαρακτήρα για την λειτουργικότητα της μεταξύ τους σχέσης και στο πως συμβάλει στην περίθαλψη της υπολειπομένης ζωής του.

Ερευνητικά ερωτήματα

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ/ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ

Σχετικά ερωτήματα που θα απαντηθούν στην επιμέρους μελέτη:

- Ποια προβλήματα δημιουργούνται κατά την τρίτη ηλικία του ανθρώπου;
- Η φροντίδα του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι αρκετή;
- Η στήριξη προς τον ηλικιωμένο από την οικογένεια είναι αποδοτική;
- Είναι απαραίτητη η παρουσία νοσηλευτή;
- Ο νοσηλευτής σαν παρουσία επιδρά θετικά στην ψυχική υγεία του υπερήλικα;
- Υπάρχει βελτίωση στην ζωή του ηλικιωμένου από την φροντίδα του νοσηλευτή;
- Κρίνεται αναγκαία η παρουσία του νοσηλευτή μέχρι την τελική ευθεία;

Είδος μελέτης

Πρόκειται για μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. Η αναζήτηση των πηγών της συγκεκριμένης ανασκόπησης θα γίνει στο διαδίκτυο και συγκεκριμένα στις βάσεις δεδομένων:

–Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>),

- Scopus (<http://www.scopus.com/home.url>),
- Embase (<http://www.embase.com>),
- Cochrane Library (<http://www.cochrane.org>),
- CINAHL (<http://www.ebscohost.com/cinahl>).
- Googlescholar (<https://scholar.google.com>)
- Pubmed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>)
- Scopus (<https://www.scopus.com>)

Επίσης η αναζήτηση περιλαμβάνει άρθρα που περιγράφουν με λέξεις κλειδιά: “ nurse and aged”, “ nurse , life of old person”, “mental health of elderly”, “old age and death”, “nursing care for older”. “ Nursing home”, “ποιότητα ζωής”, “ηλικιωμένος”, “φροντιστής”, “οικογενειακό περιβάλλον”. Χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος προς αναζήτησης των λέξεων κλειδιών με τη βοήθεια της λογικής Boolean (AND/ OR/ NOT). Χρονική περίοδος αναζήτησης: Τα χρονολογικά όρια αφορούν στην εύρεση άρθρων στην αγγλική και την ελληνική γλώσσα μετά το 1999 και μέχρι το 2020. Τα άρθρα αυτά αφορούν ανασκοπήσεις (κριτικές ανασκοπήσεις και μεταανάλυσεις) και ερευνητικές μελέτες σχετικές με το υπό διερεύνηση θέμα. Κριτήρια αποκλεισμού: δεν συμπεριλήφθηκαν άρθρα που είναι γραμμένα σε γλώσσες εκτός της αγγλικής και της ελληνικής. Επίσης άρθρα στα οποία δεν υπήρχε πρόσβαση στο πλήρες κείμενο και τέλος άρθρα που δε είχαν επαρκή συνάφεια με το κεντρικό ζητούμενο της μελέτης. Τέλος η εξαγωγή των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του διαγράμματος ροής PRISMA (PRISMA Flow Diagram).

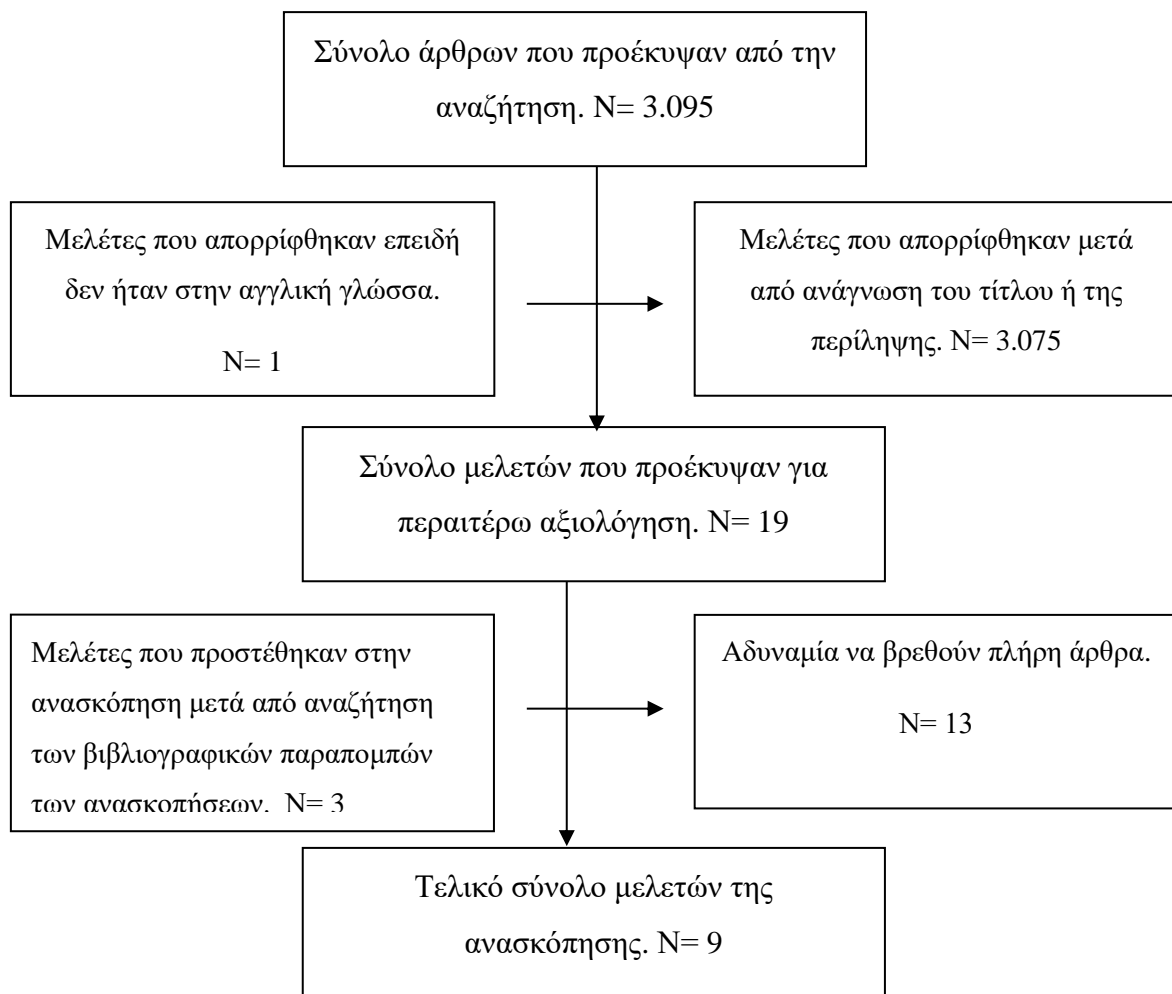
Αποτελέσματα.

Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας προέκυψαν 3.095 άρθρα, από τα οποία επιλέχθηκαν εννέα άρθρα με πλήρες πρόσβαση στο κείμενο και συμβατά με το θέμα (**Πίνακας 1**). Μετά την ανάγνωση του τίτλου και της περίληψης, απορρίφθηκαν 3.075 άρθρα, καθώς δεν πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Ένα άρθρο δεν ήταν δημοσιευμένο στην αγγλική γλώσσα, δεν ανευρέθηκε το πλήρες κείμενο τριών άρθρων, ένα άρθρο δεν ήταν τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, ένα άρθρο δεν ήταν δημοσιευμένο σε επιστημονικό περιοδικό (δεν αξιολογήθηκε από επιστημονική επιτροπή), δύο μελέτες ήταν πιλοτικές, άλλες δυο μελέτες απορρίφθηκαν λόγω συμμετοχής στην παρέμβαση και άλλων επαγγελματιών υγείας και άλλη μια μελέτη απορρίφθηκε επειδή περιλάμβανε φαρμακευτική αναπροσαρμογή/αλλαγή. Μετά από την αναζήτηση των βιβλιογραφικών παραπομπών των σχετικών άρθρων προστέθηκαν άλλα δύο άρθρα. Συνολικά επιλέχθηκαν εννέα πρωτογενείς μελέτες (**Γράφημα 1**).



PRISMA 2009 Flow Diagram

Γράφημα 1. Διάγραμμα ροής της συστηματικής ανασκόπησης.



Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά μελετών που εισήχθησαν στην ανασκόπηση.

Συγγραφείς	Τίτλος μελέτης	Είδος μελέτης	Αποτελέσματα μελέτης	Συμπεράσματα
Τζιαφέρη Στυλιανή , Χανιά Μαρία , Σακελλάρη Ευανθία.	Εργαλείο αξιολόγησης συνεργασίας οικογένειας ηλικιωμένων ασθενών και επαγγελματιών υγείας.	Πιλοτική μελέτη. 111 συγγενείς ηλικιωμένων ασθενών άνω των 65, σε γενικό νοσοκομείο συμπλήρωσαν, σε χρονικό διάστημα πέντε μηνών, την Κλίμακα Συνεργασίας με την Οικογένεια (Family Collaboration Scale –FCS36)	Ποσοστό 48,4%, 0,71 για την Έμπιστοσύνη έως 0,91, Επιρροή στις αποφάσεις που είναι πάνω από το αποδεκτό όριο (0,7)	Η Η συνεργασία ορίζεται ως μία διαδικασία όπου δύο άνθρωποι περισσότερο μαζί «δουλεύουν μαζί να δημιουργήσουν ή να επιτύχουν το ίδιο πράγμα», που στην παρούσα μελέτη είναι η επιτυχημένη φροντίδα του ηλικιωμένου.
Θεοφανίδης Δ. Φουντούκη Α. Πεδιαδιτάκη Ο.	αξιολόγηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την νοσηλευτική	Η ανασκόπηση αναλύει θεωρητικά και μεθοδολογικά των προβλήματα που έχουν προκύψει εκείνων των ηλικιωμένων από τις προσπάθειες να αναζητείται	Η έρευνα σε αυτό το έγγραφο απόψεων των συζήτησης έδειξε τον εντοπισμό των αναγκών των ασθενών, ιδίως υγείας και των ηλικιωμένων να αναζητείται	Η αξιολόγηση των ασθενών δείχνει στους ασθενείς ότι οι επαγγελματίες φροντίζουν για την τη συνεχή αξιολόγηση και βελτίωση των

φροντίδα στο μετρηθεί και να καλύτερα κοντά υπηρεσιών υγείας. νοσοκομείο. ποσοτικοποιηθεί σε μια απειλή για Επίσης δείχνει ότι η νοσηλευτική την υγεία. είναι ευσυνείδητοι φροντίδα. Τα Αναγνωρίζονται επαγγελματίες αμιγώς στους μεθόδους μέσα σε μια γνήσια αριθμητικά ανάλυσης ανθρωπιστική στοιχεία είναι συνομιλίας ότι εργασία πιθανώς όλα τα ζητήματα 'αποστειρωμένα' αφορούν την χωρίς ικανοποίηση του οποιαδήποτε ασθενούς. διορατικότητα στις προσωπικές έννοιες

Τίκα Χ, Συχνότητα Έρευνα. 180 Το 42.2% του Σε αυτό το δείγμα Τσιρώνη Μ, κατάθλιψη ηλικιωμένα δείγματος είχε διαπιστώθηκε πως Πρεζεράκος ηλικιωμένων άτομα, 108 καταθλιπτικά το υψηλό ποσοστό Π, Τζιαφέρη Σ, σε οίκο γυναίκες και 72 συμπτώματα. καταθλιπτικών Μπαμπάτσικο ευγηρίας της άνδρες, ηλικίας Στατιστική συμπτωμάτων υ Φ, περιφέρειας άνω των 60 ετών, ανάλυση έδειξε σχετίζεται με ένα Κολοβός Π. και μέλη ενός οίκου ότι η κατάθλιψη χαμηλό ποσοστό ικανοποίηση ευγηρίας. Ερωτη- ανάμεσα στις ικανοποίησης από την ματολόγιο γυναίκες μεταξύ των παρεχόμενη καταγραφής (75%) ήταν καταθλιπτικών νοσηλευτική δημογραφικών υπερδιπλάσια σε ηλικιωμένων και φροντίδα. δεδομένων, σύγκριση με έτσι κλίμακα για τη εκείνη των επιβεβαιώνεται η γερωντική αντρών (25%). ανάγκη για

<p>κατάθλιψη GDS- 15. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το IBM SPSS Statistics Version 19.</p> <p>Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.</p> <p>ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Γ. ΡΑΦΤΟΠΟΥ ΛΟΣ</p>	<p>Καταθλιπτικά συμπτώματα των εμφανίστηκαν στους κλινήριους, χωρίς παιδιά και επισκέψεις, οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.</p> <p>Η κλίμακα Υποστηρίζει τη νέα εκτίμησης της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών βρέθηκε την Cronbach's alpha= 0.95, η βοήθεια, η παραγοντική ανάλυση, μέθοδολογίας ανέδειξε 4 ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας. 380 ασθενείς από 8</p>	<p>επανασχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας, για παροχή και φροντίδας και για βελτίωση της ποιότητας ζωής των καταθλιπτικών ηλικιωμένων.</p> <p>ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.</p> <p>Υποστηρίζει τη νέα θεωρία που δέχεται πως: η συνολική ικανοποίηση από των ηλικιωμένων ασθενών βρέθηκε την παρεχόμενη νοσηλευτική βοήθεια, η συνολική ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και η εκπλήρωση των προσδοκιών από τη νοσηλευτική</p>
--	---	---

	νοσοκομεία της διακύμανσης. Η φροντίδα Ελλάδος συντριπτική συνιστούν τους συμμετείχαν στην πλειοψηφία των ισχυρότερους μελέτη (209 ηλικιωμένων προβλεπτικούς άνδρες, 171 ασθενών ήταν δείκτες της γυναίκες). Η μέση ικανοποιημένοι συνολικής ηλικία του από τη συνολική ικανοποίηση των δείγματος ήταν παρεχόμενη ηλικιωμένων 73.07±6.04 νοσοκομειακή ασθενών από την χρόνια. περίθαλψη παρεχόμενη (90.3%),τη φροντίδα. συνολική νοσηλευτική φροντίδα (94%).
Όλγα Βελέντζα	Το φαινόμενο της Όλγα Βελέντζα και παραμέληση των ηλικιωμένων . Ανασκόπηση. Σχετικής Ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Google Scholar, Scopus, Cochrane Library και Medline για τη χρονική περίοδο 1998 - 2013. Σύμφωνα με έκθεση του Π.Ο.Υ., η οποία καταγραφή, ένας πραγματοποιήθη ενιαίος και σαφής ορισμός μεταξύ των κρατών ώστε να οργανωθούν παρεμβάσεις αξιολόγησης και ελέγχου των ιδρυμάτων, υποστήριξη και ενίσχυση των δεξιοτήτων των

Αποτελέσματα. Η σωματική συχνότητα της κακοποίησης εμφάνισης κακοποίησης των ηλικιωμένων κυμαίνεται μεταξύ 2,6% έως 18,4%, ενώ σύμφωνα με προβλέψεις των Ηνωμένων Εθνών το ποσοστό αυτό θα αυξηθεί σε 21,4% έως το 2050.

- Το 19,4% (29 εκατομμύρια) βιώνουν ψυχολογική κακοποίηση.
- το 3,8% (6 εκατομμύρια) βιώνουν οικονομική εκμετάλλευση και τέλος
- το 0,7% (1 εκατομμύριο) βιώνουν σεξουαλική κακοποίηση

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) και το Διεθνές Δίκτυο για την πρόληψη της κακοποίησης των ηλικιωμένων φροντιστών, όπως και προγράμματα συμβουλευτικής σε επίπεδο οικογένεια. Αναφορικά με την Ελλάδα, τα στοιχεία είναι ελλιπή και η κοινωνική πολιτική ανεπαρκής. Δεν υπάρχει μεταξύ των χωρών ένας ενιαίος ορισμός, ενώ τα θύματα συχνά δεν μαρτυρούν ή δεν είναι σε θέση να δώσουν πληροφορίες.

(INPEA), έχουν αναγνωρίσει την κακοποίηση των ηλικιωμένων ως ένα σημαντικό παγκόσμιο πρόβλημα.

Ευρυδίκη Παπασπύρου Η επιβάρυνση της οικογενείας που φροντίζει των ηλικιωμένο με την νόσο Alzheimer Η συλλογή γίνεται κατά μήνες σχετικές άνοιες.

Διδακτορική διατριβή. 26 ομάδες ασθενών με τη νόσο Alzheimer και NA πρωτοβάθμιων φροντιστών του. Η ομάδα ανθρώπων που εκτίθενται σε ψυχολογικό, με εντάσεις οι οποίες αποτελέσματα και οι Μάιο-Ιούλιο του 2004 εξουθενωτικές με προφορικές και ψυχολογικά συνεντεύξεις χρησιμοποιώντας τα δομημένα εργαλεία μέτρησης μνήμης

Έχει αποδειχθεί Η φροντίδα των ηλικιωμένων με άνοια και ειδικότερα με Alzheimer και NA αποτελούν μια ιδιαίτερα προβλήματα τόσο «ευάλωτη» στο σωματικό τομέα όσο και στον ψυχολογικό, με αποτέλεσμα και οι ίδιοι να χρήζουν ανάγκη από ψυχολογική βοήθεια. Η συλλογή γίνεται κατά μήνες Μάιο-Ιούλιο του 2004 εξουθενωτικές με προφορικές και ψυχολογικά συνεντεύξεις χρησιμοποιώντας τα δομημένα εργαλεία μέτρησης μνήμης

συμπεριφοράς ποιότητα της
του ηλικιωμένου ζωής τους.
και του
οικογενειακού
φροντιστή.

Ολοκληρωμέ Βιβλιογραφική Λόγω των Η παροχή
B. Καραθάνος νη φροντίδα Ανασκόπηση. αλλαγών στις φροντίδας στους
A. Τατσιώνη για τους ηλικιωμένους λειτουργίες του ηλικιωμένου
ηλικιωμένου οργανισμού κατά αποτελεί μια
ς. τη γήρανση, οι πολύπλοκη
ηλικιωμένοι είναι διαδικασία λόγω
ιδιαίτερα της συνύπαρξης
ευπαθείς (frail). ενός αριθμού
Το σύνδρομο παραγόντων που
ευαλωτότητας επηρεάζουν τη
(frailty διαχείριση των
syndrome) προβλημάτων
οφείλεται σε τους. Εξαιτίας των
πολλαπλούς αλλαγών στις
παράγοντες και λειτουργίες του
εμφανίζεται όταν οργανισμού κατά
οι στρεσογόνες τη γήρανση, οι
για την υγεία ηλικιωμένοι είναι
καταστάσεις ιδιαίτερα ευπαθείς.
ξεπερνούν τις Κατά την εκτίμηση
σωματικές, ενός ηλικιωμένου
ψυχολογικές και στην πρωτοβάθμια
κοινωνικές φροντίδα υγείας,

αντοχές του ηλικιωμένου. προτείνεται μια σειρά ερωτήσεις και απλές διαγνωστικές δοκιμασίες, οι οποίες μπορούν να εντοπίσουν πιθανά ελλείμματα στις λειτουργίες του.

Quality care Συστηματική Οι μεταβατικές Άλλα
 Alison M outcomes μελέτη. παρεμβάσεις αποτελέσματα που
 Hutchinson, following Δώδεκα άρθρα φροντίδας που αντικατοπτρίζουν
 Rhonda Brown transitional πληρούσαν τα αναφέρθηκαν τη φροντίδα στο
 ,Patricia M care κριτήρια στις κέντρο του ατόμου
 Livingston, interventions συμπερίληψης. Η περισσότερες και της οικογένειας
 Jacqueline for older ικανοποίηση των μελέτες μείωσαν ήταν περιορισμένα,
 Allen. people from ασθενών την επανένταξη συμπεριλαμβανομέ
 hospital to αξιολογήθηκε σε σε νοσηλεία, με των εκείνων που
 home. έξι από τις 12 εξαιρεση τα σχετίζονται με την
 μελέτες, ωστόσο μοντέλα γενικών εμπειρία του
 (Αποτελέσμα και οι 12 μελέτες ιατρών και ασθενούς και του
 τα ποιοτικής περιλάμβαναν νοσοκόμων φροντιστή, το
 φροντίδας μέτρα για την πρωτοβάθμιας βάρος και την
 μετά από επανένταξη στο περίθαλψης. υποστήριξη του
 παρεμβάσεις νοσοκομείο και Δείχνουν φροντιστή και τη
 μεταβατικής

φροντίδας τη διάρκεια της ποιοτική εστίαση συναισθηματική για παραμονής. στην υποστήριξη για ηλικιωμένου αποτελεσματικότη τους ηλικιωμένους ς από το ητα, την και τους νοσοκομείο αποδοτικότητα φροντιστές τους. στο σπίτι). και την ασφάλεια Αναφέρθηκαν / κίνδυνο. περιορισμένα αποτελέσματα που αντικατοπτρίζουν την επικαιρότητα, τη δικαιοσύνη, την αποτελεσματικότη τα για τους κοινοτικούς πάρωρους και τη διαχείριση των συμπτωμάτων. Χρειάζεται περεταίρω ανάλυση.

Depression Διεξήχθη μια Περισσότεροι Μπορεί να
 Maida J. in frail εγκάρσια μελέτη φροντιστές χρειαστεί
 Sewitch elders: 193 ηλικιωμένων με ψυχοκοινωνική
 Jane impact on οικογενειακών κατάθλιψη υποστήριξη για
 McCusker family φροντιστών παρείχαν τους φροντιστές
 Nandini caregivers. ηλικιωμένων. περισσότερη των ηλικιωμένων
 Dendukuri (Κατάθλιψη φροντίδα (37,3%
 Mark J. Yaffe σε έναντι 22,4%, p =

αδύναμους Τα μέτρα 0,03), είχαν κακή ηλικιωμένου περιλάμβαναν ψυχική υγεία ς: αντίκτυπο κατάθλιψη (63,5% έναντι στους ασθενών 47,0%, $p = 0,03$) οικογενειακό (κλίμακα και κακή ύς γηριατρικής ποιότητα ζωής φροντιστές) κατάθλιψης — (63,5% έναντι 15) και ώρες 50,4%, $p = 0,04$) φροντίδας των σε σύγκριση με φροντιστών, τους φροντιστές ψυχική υγεία και ηλικιωμένων σωματική χωρίς κατάθλιψη. λειτουργία (SF - Πολλαπλές 36) και ποιότητα αναλύσεις ζωής(EQ-5D). έδειξαν ότι η κατάθλιψη του ασθενούς συσχετίστηκε με κακή φροντίδα (OR = 3,15, 95% CI 1,48, 6,73) και κακή ψυχική υγεία.

Ανάλυση αποτελεσμάτων.

Από τον προαναφερόμενο πίνακα προκύπτουν 9 άρθρα στα οποία στηρίχθηκε το ερευνητικό κομμάτι της πτυχιακής εργασίας. Από τα αποτελέσματα κάθε ενός άρθρου προκύπτει το συμπέρασμα ότι το ηλικιωμένο άτομο χρειάζεται μια παροχή φροντίδας και βοήθειας ως το τέλος της ζωή του καθώς οι αντοχές αλλά και οι πόροι του εξασθενούν (σωματικά και κοινωνικά). Η φροντίδα του οικογενειακού περιβάλλοντος μόνο, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της ερευνάς δεν είναι αρκετή καθώς και η ίδια η οικογένεια δέχεται μεγάλο φορτίο πίεσης. Στις περισσότερες μελέτες γίνεται αναφορά ότι η παροχή βοήθειας από νοσηλευτές επιφέρει θετικά αποτελέσματα τόσο στον ηλικιωμένο όσο και στο οικογενειακό του περιβάλλον. Ωστόσο όμως χρήζει περαιτέρω ανάλυσης το συγκεκριμένο θέμα καθώς δεν έχει βρεθεί ένα τελικό πρότυπο που να μπορεί να δίνει μια σαφηνιστική άποψη στο ερώτημα.

Συζήτηση – Προτάσεις.

Σε έκθεση της McKinsey & Company που δημοσιοποιήθηκε τον Ιούνιο του 2012, με τίτλο «Η Ελλάδα 10 χρόνια Μπροστά. Προσδιορίζοντας το νέο Μοντέλο Ανάπτυξης και Στρατηγικής της Ελλάδας», αναφέρεται ότι ένας από τους οκτώ παραγωγικούς τομείς που η χώρα πρέπει να δώσει έμφαση, είναι ο κλάδος που ασχολείται με την μακροχρόνια φροντίδα ηλικιωμένων (long-term elderly care) και χρόνια πασχόντων. Πολλές είναι οι περιπτώσεις των ατόμων τρίτης ηλικίας που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές δραστηριότητες τους καθώς είτε αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας είτε δεν είναι σε καλή οικονομική κατάσταση. Ένας από τους παράγοντες που έχουν συντελέσει στην μη αυτονομία των ατόμων τρίτης ηλικίας είναι οι οικονομικές αλλά και οι πολιτικές μεταβολές που πραγματοποιούνται στη σύγχρονη κοινωνία. Σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή καθώς θα πρέπει να είναι σε θέση να βοηθήσει τόσο τα άτομα τρίτης ηλικίας όσο και το οικογενειακό τους περιβάλλον. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να προάγει την διατήρηση και το σεβασμό του ατόμου τρίτης ηλικίας και να συνδράμει στην οργάνωση των διαδικασιών που θα ακολουθηθούν και στην εκμάθηση του ατόμου σχετικά με την γενική τους φροντίδα και την προσαρμογή στη θεραπεία που θα πρέπει να ακολουθήσει. Το πρόβλημα της κακοποίησης των ηλικιωμένων δεν έχει προσδιοριστεί κατάλληλα ακόμα, αλλά εκτιμάται ότι τουλάχιστον 4 εκατομμύρια ηλικιωμένοι έχουν υποστεί κάποιο είδος κακοποίησης μία φορά τον χρόνο, όπως προκύπτει από την έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Ευρώπη. Με την γήρανση του πληθυσμού τα ποσοστά δείχνουν ότι η κακοποίηση των ηλικιωμένων αυξάνεται και χρειάζεται να παρθούν μέτρα για να σταματήσει αυτή η ανοδική αύξηση των περιστατικών. (WHO, European Reports on preventing elder maltreatment, 2011)

- Ο καλύτερος τρόπος για την πρόληψη της «κακής περίθαλψης» και της κακοποίησης των ηλικιωμένων είναι η βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και η υποστήριξη των ατόμων που χρειάζονται φροντίδα και βοήθεια. Το AGE είναι μια ομάδα εταιρών από 12 χώρες το οποίο αναπτύσσει ένα Ευρωπαϊκό πλαίσιο για την μακροχρόνια φροντίδα που περιλαμβάνει τις Αρχές της ποιότητας καθώς και

συστάσεις για την εφαρμογή αυτών των Αρχών, οι οποίες βασίζονται στον Ευρωπαϊκό Χάρτη Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ηλικιωμένων ατόμων που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας και βοήθειας. Να δημιουργούν ειδικές υποστηρικτικές ομάδες, τηλεφωνικές γραμμές βοήθειας και στέγες που θα προσφέρουν στους ηλικιωμένους νομική και πρακτική στήριξη. Να παρέχουν πληροφόρηση στους ευάλωτους ηλικιωμένους για τις υπηρεσίες προστασίας και στήριξης που διατίθενται για αυτούς

Ακόμη για το οικογενειακό περιβάλλον εισηγούνται έναν αριθμό παραγόντων οι οποίοι μπορούν να μετριάσουν την επίδραση μιας θεμελιώδους στρεσογόνου κατάστασης όπως είναι η φροντίδα ηλικιωμένων με άνοια. Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν τους προσωπικούς πόρους που έχει ο φροντιστής στη διάθεση του, όπως είναι η γνώση, οι δεξιότητες, και τους εξωτερικούς πόρους για τη φροντίδα που πηγάζουν ειδικά από την ευρύτερη οικογένεια και τις δυνατότητες που έχει για να στηρίξει τον οικογενειακό φροντιστή. Φαίνεται επίσης ότι υπάρχει ανάγκη για το σχεδιασμό προγραμμάτων που η αποτελεσματικότητά τους θα βασίζεται στην κατανόηση των διαφορετικών διαστάσεων της επιβάρυνσης.

- Οι οικογένειες χρειάζεται να υποβοηθηθούν στην επικοινωνία και την πρόσβαση σε κοινοτικούς πόρους για ενίσχυση στους λειτουργικούς περιορισμούς του ασθενούς. Η στήριξη της οικογένειας μέσω ειδικών προγραμμάτων κοινοτικής νοσηλευτικής έχει τεκμηριωθεί από μελέτες μεγαλύτερης εμβέλειας στην Ευρώπη (Colvez 2002) όπου τα προγράμματα αυτά συσχετίστηκαν με δραματική μείωση στην επιβάρυνση της φροντίδας.

Κλείνοντας λοιπόν την παρούσα πτυχιακή εργασία σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν και με βάση τα αποτελέσματα των ανασκοπήσεων που έγιναν από το 1999-2020, πρέπει το συγκεκριμένο θέμα να μελετηθεί περαιτέρω και λεπτομερώς για να μπορεί να γίνει η βέλτιστη παροχή βοήθειας και νοσηλείας στα άτομα της τρίτης ηλικίας καθώς δεν θα πάψει ποτέ να είναι το βασικό εν ζωή θεμέλιο κάθε γενιάς

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

Aalten P, Verhey FR, Boziki M, Bullock R, Byrne EJ, Camus V, Caputo M, Collins D, De Deyn PP, Elina K, Frisoni G, Girtler N, Holmes C, Hurt C, Marriott A, Mecocci P, Nobili F, Ousset PJ, Reynish E, Salmon E, Tsolaki M, Vellas B & Robert PH. 2007. Neuropsychiatric syndromes in dementia. Results from the European Alzheimer Disease Consortium: part I. *Dement GeriatrCognDisord.*, 24(6), 457-63.

American Psychiatric Association (επιμ. έκδ.). (2015). *Διαγνωστικά κριτήρια από DSM-5*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM – 5*. American Psychiatric Publishing; 5 edition.

Andreasen, N. C. (1990). Evaluation Clinique des symptoms deficitaires et productifs des psychoses caracterisees et des pathologies a symptolmatologie apparentee. *Nervure*, 3, 8 – 14.

Antonakakis Nikolaos, Alan Collins , The impact of fiscal austerity on suicide: On the empirics of a modern Greek tragedy, *Social Science & Medicine* 112 (2014) 39e50

Bearman, P. S. & Moody, J. (2004). Suicide and friendships among American adolescents. *American Journal of Public Health*, 94, 89-95.

Bercherie, P. (2004). *Histoire et structure du savoir psychiatrique, les fondements de la Clinique*. Paris: L' Harmattan.

Brotman, M. A., Schmajul, M., Rich, B. A., Dickstein, D. P., Guyer, A. E., Costello, E. J., et al. (2006). Prevalence, clinical correlates and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biological Psychiatry*, 60, 991-997.

Christodoulou, N. G & Anagnostopoulos, D. C (2013). The financial crisis and the future of mental health in Greece. *Int Psychiatry*, 10: 3–6.

Culver, J. L., Arnow, B. A., & Ketter, T. A. (2007). Bipolar Disorder: Improving Diagnosis and Optimizing Integrated Care. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (1), 74 – 85.

Davidson, R. J. (1984). Affect, Cognition, and Hemispheric Specialization. In C. E. Izard, J. Kagan, & R. Zajonc (Eds.), *Emotion, Cognition, and Behavior* (pp. 320-365). New York: Cambridge University Press.

Economou, M., Charitsi, M. (2017) Patients with bipolar disorder and their families: The contribution of psychoeducation to the management of bipolar disorder. *Archives of Hellenic Medicine*, 34(1):32–41

Eurochild (2011). How the economic and financial crisis is affecting children & young people in Europe. Report based on evidence collected through Eurochild membership, www.eurochild.org.

Fergusson, D. M. & Mullen, P.E. (1999). *Childhood sexual abuse: An evidence based perspective*. Thousand Oak, CA: Sage.

Fergusson, D. M., Beautrais, A. L. & Horwood, L. J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviors in young people. *Psychological Medicine*, 33, 61-73.

Findling, R., Gracious, B., McNamara, N. K., Youngstrom, E. A., Demeter, C. & Calabrese, J. R. (2001). Rapid, continuous cycling and psychiatric comorbidity in pediatric bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 3, 202-210.

Garrabe, J. (2003). *La schizophrénie, un siècle pour comprendre, les empêchements de penser en rond*. Paris: Le Seuil.

Gwyther, L. 2005. Family care and Alzheimer's disease. What do we Know? What can we do? *NC Med Journal*, 66 (1)

Henin, A., Biederman, J., Mick, E., Sachs, G. S., Hirshfeld-Becker, D., Siegel, R. et al., (2005). Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: A controlled study. *Biological Psychiatry*, 58, 554-561.

Hirshfeld-Becker, D., Biederman, J., Henin, A., Faraone, S., Micco, J., Van Grondelle, A. et al. (2007). Clinical outcomes of laboratory-observed preschool behavioral disinhibition at five-year follow-up. *Biological Psychiatry*, 62 (6), 565 – 572.

Hogan, A. M. (2012). *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις*. Αθήνα: Πασχαλίδης.

<http://www.paidiatros.com> (Ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 29/9/2020).

Kaplan & Sadocs (2004). *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Παρισιάνος.

Kendler, K. S., Heath, A. C., Neale, M. C., Kessler, R. C., & Eaves, L. J. (1993). Alcoholism and major depression in women. A twin study of the causes of comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 50 (9), 716 – 722. doi: [10.1001/archpsyc.1993.01820210024003](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820210024003)

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12 – month prevalence of DSM – III – R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8 – 19.

Kutcher, S. (2005). ADHD/bipolar children and academic outcomes. *Directions in Psychiatry*, 25, 111-117.

Madianos, M., Economou, M., Alexiou, T. & Stefanis, C. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*, 46: 943–52

McElroy, S., Altshuler, L., Suppes, X., Keck, P., Frye, M., Denicoff, K. D. et al. (2001). Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 420-426.

McKee-Ryan F., Song Z., Wanberg C. R et al. (2005). Psychological and physical wellbeing during unemployment: *a meta-analytic study*. *J Appl Psychol*, 90:53-76.

Moore, C. A., Biederman, J., Wozniak, J., Mick, E., Aleardi, M., Wardrop, M., et al. (2007). Mania, glutamate/glutamine and risperidone in pediatric bipolar

disorder: A proton magnetic resonance spectroscopy study of the anterior cingulate cortex. *Journal of Affective Disorders*, 99, 19-25.

Robinson, R. G., Boston, J. D., Starkstein, S. E., & Price, T. R. (1988). Comparison of mania and depression after brain injury. Casual factors. *American Journal of Psychiatry*, 145 (2), 172 – 178.

Ryles, F., Meyer, T. D., Adan-Manes, J., MacMillan, I. & Scott, J. (2017). A systematic review of the frequency and severity of manic symptoms reported in studies that compare phenomenology across children, adolescents and adults with bipolar disorders. *International Journal of Bipolar Disorders*, 5 (4) doi: [10.1186/s40345-017-0071-y](https://doi.org/10.1186/s40345-017-0071-y)

Sadock, B., & Sadock, V. (2007). *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*. Αθήνα: Λίτσας.

Scarmeas, N. and Y. Stern. 2004. Cognitive reserve: implications for diagnosis and prevention of Alzheimer's disease. *CurrNeuroSci Rep*. 4(5): p. 374-80

Scarmeas, N., et al. 2006. Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease. *Ann Neurol*, 59(6): p. 912-921

Scarmeas, N., et al. 2009. Physical activity, diet, and risk of Alzheimer disease. *JAMA*, 302(6): p. 627-37

Schwartz, C., Wright, C. I., Shin, L., Kagan, J., & Rauch, S. L. (2003). Inhibited and uninhibited infants “grow up:” Adult amygdalar response to novelty. *Science*, 300, 1952-1953.

Shastry, B.S. (2005). Bipolar disorder: An update. *Neurochemistry International*, 46, 273-279.

Shepardson, N.E., G.M. Shankar, and D.J. Selkoe. 2011. Cholesterol level and statin use in Alzheimer disease: I. Review of epidemiological and preclinical studies. *Arch Neurol*. 68(10): p. 1239-44

Singh, M. K., DelBello, M., Soutulo, C., Stanford, K. E., McDonough-Ryan, P., & Strakowski, S. (2007). Obstetrical complications in children at high risk for bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 41, 680-685.

Skinner, N., (2000). Nursing interventions to assist in decreasing stress in caregivers of Alzheimer's patients. www.Pubmed.com

Smeraldi, E., Kidd, K. K., Negri, F., Heimbuch, R., & Melica, A.M. (1979). Genetic Studies of affective disorders. In J. Obiols, C. Ballus, E. Gonzalez Monclus, & J. Pujol (eds.), *Biological psychiatry today* (pp. 60 – 65). Amsterdam: Elsevier/ North Holland Biomedical Press.

Strober, M., Morrel, W., Lampert, C., Burroughs, J. (1990). Relapse following discontinuation of lithium maintenance therapy in adolescents with bipolar illness: A naturalistic study. *American Journal of Psychiatry*, 147, 457-461.

Taylor, C., Lillis, C., & Lemone P. (2010). *ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ (ΔΕΥΤΕΡΟΣ ΤΟΜΟΣ)* (ΕΠΙΜ. Λεμονίδου Β. Χρυσούλα). Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.

Tomlinson, C.L., Patel, S., Meek, C., Herd, C.P., Clarke, C.E., Stowe, R., Shah, L., Sackley, C., Deane, K.H., Wheatley, K. & Ives, N. (2012). Physiotherapy

intervention in Parkinson's disease: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345, p. e5004.

Treinkman, A., (2005). Alzheimer's disease care management plan: maximizing patient care. *Journal Am Acad Nurse Pract*, Suppl:8-9.

Tueth, M., Murphy, T. K., & Evans, D. L. (1998). Special considerations: Use of lithium in children, adolescents and elderly populations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 66-73.

Wahlbeck, K. & McDaid, D. (2012). Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis, *World Psychiatry*, 11: 139-145.

Wilens, T., Biederman, J., Forkner, P., Ditterline, J., Morris, M., Moore, H., et al. (2003). Patterns of comorbidity and dysfunction in clinically referred preschool and school-age children with bipolar disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13, 495-505.

Wilsmhurst, L. (Επιμ. έκδ.). (2011). *Εξελικτική ψυχοπαθολογία. Μια αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Gutenberg.

Woods, S. W. (2000). The economic burden of bipolar disease. *Journal of Clinical Psychiatry*, 13, 38 – 41.

[E%AF%CE%B1%CF%83%CE%B5%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%B8%CE%AE%CE%BA%CE%B5%CF%82%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%CF%82-.pdf](#) [14/4/2018].

Γιωτάκος, Ο. (2012) ‘Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία’, *Ψυχιατρική*, 21 (3), 195 – 204. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από <https://www.psych.gr/documents/psychiatry/23.1-GR-2010-195.pdf>

Δαρδαβέσης Θ., (1999). *Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Δελλαπόρτα, Δ., (2009). *Επιδημιολογία της άνοιας*. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από <http://www.alzheimerhellas.gr/seminaria/dimotiki%20vivliothiki%202008-9/dellaporta.pdf>.

Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης, (2016). *Κατάθλιψη στην Τρίτη Ηλικία: Η Ενεργός Γήρανση ως μέσο Πρόληψης & Αντιμετώπισης*. Ιωάννινα. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από https://s3.amazonaws.com/webprofile-ngos/Files/51/%CE%95%CF%84%CE%B1%CE%B9%CF%81%CE%B5%CE%AF%CE%B1%20%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%BF%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CF%82%20%CE%88%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B1%CF%82%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%AD%CE%BC%CE%B2%CE%B1%CF%83%CE%B7%CF%82_%CE%9A%CE%B1%CF%84%CE%AC%CE%B8%CE%BB%CE%B9%CF%

[88%CE%B7_%CF%80%CF%81%CE%B1%CE%BA%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82_%CE%BF%CE%B4%CE%B7%CE%B3%CF%82.pdf](#)

Ευθυμίου, Κ., Αργαλιά, Ε., Κασκαμπά, Ε. και Μκαρή, Α. (2013) ‘Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα;’ *Εγκέφαλος*, (50), 22 – 30. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από <http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf>

Kennerley, H. (1999), *Ξεπερνώντας το άγχος. Ένας οδηγός αυτοβοήθειας με γνωστικές – συμπεριφορικές τεχνικές*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

Καϊταλίδου Δ. 2013. Κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της Νόσου Alzheimer στην Ελλάδα: Πιλοτική μελέτη. Νοσηλεία και Έρευνα, Απρ. 2013.

Καραϊσκού, Α., Μαλλιαρού, Μ. και Σαράφης, Π. (2012) ‘Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας’, *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4 (2), 49 – 54. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από [file:///C:/Users/kolok/Downloads/oikonomiki-krisi-epidراسi-stin-ugeia-ton-politon-kai-epiptoseis-sta-sustimataugeias_en%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/kolok/Downloads/oikonomiki-krisi-epidراسi-stin-ugeia-ton-politon-kai-epiptoseis-sta-sustimataugeias_en%20(2).pdf)

Λαγού, Α., Κώστογλου. Μ. (2017). *Διπολική Διαταραχή, Ψυχοκοινωνικές Παρεμβάσεις και ο Ρόλος του Νοσηλευτή*. Επιμέλεια: Ρόμπολας Π. Πτυχιακή Εργασία: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πατρών. Τμήμα Νοσηλευτικής.

Μαλικιώση – Λοϊζου, Μ. (χ.χ.). *Η ψυχολογία του γήρατος*. Ανακτήθηκε στις 29 Σεπτέμβριος, 2020 από <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/ekke/article/viewFile/7159/6880.pdf>

Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. (2012) 'Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας', *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11 (1), 202 – 212. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2012/VOLUME%2002_12/VA_REV_5_11_02_12.pdf

Μάνου, Ν. (1988). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη:University Studio Press.

Μαντωνάκης, Ι. και συνεργ. (1999). *Το νοσοκομείο ημέρας*. Αθήνα: Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής.

Μπιλανάκης, Ν. (2006) *Μη κυβερνητικές οργανώσεις και υπηρεσίες ψυχικής υγείας: Η απάντηση της κοινωνίας των πολιτών στο κράτος και την αγορά*. Αθήνα: Αρχιπέλαγος.

Μπόχτσου, Β. (2009). *Σχιζοφρένεια*. Αλεξανδρούπολη: Πέλιτη. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από <https://www.scribd.com/document/360649322/%CE%A3%CE%A7%CE%99%CE%96%CE%9F%CE%A6%CE%A1%CE%95%CE%9D%CE%95%CE%99%CE%91>

Μωυσίδης Α.(1998). *Κοινωνικός μετασχηματισμός και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού στον αγροτικό χώρο: το πρόβλημα των ηλικιωμένων, στο Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής (ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π.), Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία* (επίμ. Κασιμάτη Κούλα). Αθήνα: Gutenberg.

Μωυσίδης Α., Ανθοπούλου Θ., Ντύκεν Μ.Ν., Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής (ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π.), (2002). *Οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο, συνθήκες διαβίωσης και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού*. Αθήνα: Gutenberg.

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΓΒ, ΚΑΛΟΦΩΝΟΣ ΧΠ. (2003). Εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ογκολογικών ασθενών στα πλαίσια της κλινικής έρευνας. *Βήμα Κλινικής Ογκολογίας 2003*, 2:248–257.

Οικονόμου, Μ. (2011). *Μαθαίνοντας να ζούμε με τη διπολική διαταραχή: Συνοδευτικός οδηγός*. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από https://www.iatronet.gr/sopsi/BiPolar_Book_GREEK_v8.pdf

Οικονόμου, Μ., Πέππου, Λ., Φουσκετάκη, Σ., Θελερίτης, Χ., Πατελάκης, Α., Αλεξίου, Τ., Μαδιανός, Μ. και Στεφανάκης, Κ. (2013) ‘Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία: Επιπτώσεις στην επικράτηση κοινών ψυχικών διαταραχών.’ *Ψυχιατρική*, 24 (4), 247 – 261. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από <http://www.psych.gr/documents/psychiatry/24.4-GR-2013-247.pdf>

Πανέρα Ε. (1999). *Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων στο θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Παπαδημητρίου & συν. (2013). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.

Παπαϊωάννου, Α., Μπεργιαννάκη, Ι., (2016) ‘Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία στην Ελλάδα’, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 33 (6), 739 – 750. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από <http://www.mednet.gr/archives/2016-6/pdf/739.pdf>

Πάσχος, Κ., Μαλλιαρού, Μ., & Μπαμίδης, Π. (2016). Η γήρανση του πληθυσμού πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας - Μέθοδοι υποστήριξης της ενεργού γήρανσης. *Επιστημονικά Χρονικά*, 21 (1), 11 – 25. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p16-1-2.pdf

Πατελάρου, Α., Μανιδάκη, Α., Μπαλολάκης, Α., Ορφανού, Ε. και Πατελάρου, Ε. (2012) ‘Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία – προτάσεις για παρέμβαση’, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4 (3), 53 – 61. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από http://journalene.gr/wcontent/uploads/2012/01/oi_epiptoseis_tis_oikonomikis_krisis_stin_igeia.pdf

Πουλοπούλου- Έμκε Η., (1999). *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον*. Αθήνα: Έλλην.

Ραγκαβά, Ε., Παπασπυρόπουλος, Ι. (2015). *Η Διπολική Διαταραχή και ο Ρόλος του Νοσηλευτή*. Πτυχιακή Εργασία: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πατρών. Τμήμα Νοσηλευτικής.

Σακκά, Π., (2011). Νόσος Αλτσχάιμερ, Τι Είναι Η Νόσος Αλτσχάιμερ , Προστασία, Διάγνωση, Συμπτώματα, Θεραπευτικά “Όπλα”, Που Απευθυνόμαστε. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από <http://camerastyloonline.wordpress.com/2011/09/21/alzheimer-pagkosmia-imeraafieroma-21-9-2011/>.

Σικλαφίδου, Π., Ζελενή, Δ., Λειβαδίτης, Μ. (2011). *Διαπολιτισμική Ψυχιατρική και κατάθλιψη*. σ. 146-150.

Σκαπινάκης, Π. (2011). Επιδημιολογία Ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα. 1η Πανελλήνια Έρευνα Ψυχικής Υγείας. Paper presented at 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 5-8 Μαΐου 2011, Αθήνα. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από <http://pskapinakis.posterous.com/panellinia-epidimiologiki-erevna>

Σταθόπουλος Π., (1999). *Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση*. Αθήνα: Έλλην.

Στασινοπούλου, Ολ., (1992). *Κράτος πρόνοιας: Ιστορική εξέλιξη – σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Gutenberg.

Τσολάκη, Μ., (2008). Alzheimer: Νέες διαστάσεις στην προσέγγιση της νόσου. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από <http://helioseie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/378/1/M01.050.05.pdf>.

Τσώλα - Γιαννατσή, Δ.(2017). *Όπως και η διάγνωση, έτσι και η αποτελεσματική θεραπεία για τη διπολική διαταραχή βασίζεται σε μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Θεραπεία της διπολικής διαταραχής.* _ Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από <https://mazi.org.gr>

Υφαντόπουλος, Γ, & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία Μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής*, 18 (3), 218 – 229. Ανακτήθηκε στις 2 Οκτώβριος, 2020 από <https://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/218.pdf>

Χριστοδούλου, Γ.Ν. 22ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο, «Κατάθλιψη», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα 1996.

Δικτυογραφία

http://bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/qualitylife/whatisqualitylife/(ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 29/9/2020).

https://s3.amazonaws.com/webprofilengos/Files/51/%CE%95%CF%84%CE%B1%CE%B9%CF%81%CE%B5%CE%AF%CE%B1%20%CE%9D%CF%8C%CF%83%CE%BF%CF%85%20Alzheimer_%CE%95%CE%B3%CF%87%CE%B5%CE%B9%CF%81%CE%AF%CE%B4%CE%B9%CE%BF%20%CE%95%CF%80%CE%B1%CE%B3%CE%B3%CE%B5%CE%BB%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%AF%CE%B1.pdf(ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 29/9/2020).

http://www.alzheimerdrasi.gr/images/doc/ethniko_sxedio_drasis.pdf(ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 29/9/2020).

http://apothetirio.teiep.gr/xmlui/bitstream/handle/123456789/539/ns1_2012003.pdf?sequence=1(ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 29/9/2020).

<https://iatrikokentro.gr/el/%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B5%CE%B9%CE%BF%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%87%CF%89%CE%BD%CE%BC%CE%BD%CE%B7%CE%BC%CE%B7%CF%83>(ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 29/9/2020).

<http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/proionta-ypiresies/news/20464/kentroimeras-gia-atoma-me-noso-altsxaimer-sto-maroyysi.html>(ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 29/9/2020).

<http://health.in.gr/news/healthpolicies/article/?aid=1500066474>(ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 29/9/2020).

<https://www.nstr.gr/%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%AC%CE%BC%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1/%CE%BA%CE%BB%CE%B9%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B2%CF%81%CE%B1%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CE%B7%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%B9/>(ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 29/9/2020).

<http://www.psakka.gr/index.php/component/content/article/1-draseis/50-alzheimer-athens.html>(ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 29/9/2020).

<http://www.psychargos.gov.gr/Default.aspx?id=3519&nt=156>(ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 29/9/2020).

http://www.alzheimer-hellas.gr/upload/filadio_ipiresiwn.pdf(ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 29/9/2020).

<https://www.doctor4all.gr/portal/mainmenu-26/mainmenu-34/272-2013-01-08-11-12-35> (ημερομηνία τελευταίας πρόσβασης 29/9/2020)

