

Τ.Ε.Ι ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»**



Νικολάου Δημήτριος

Επιβλέπων: Ρόμπολας Περικλής

ΠΑΤΡΑ 2015

Περίληψη Πτυχιακής Εργασίας

Τίτλος Εργασίας: «ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ»

Του: Νικολάου Δημήτριου

Υπό την επίβλεψη του: Ρόμπολα Περικλή

Ημερομηνία: Οκτώβριος 2015

Στόχος: Στόχος της παρούσας πτυχιακής είναι η μελέτη, η αναγνώριση και η θεραπεία των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που βιώνουν οι ηλικιωμένοι, αλλά και ο ρόλος του νοσηλευτή στην θεραπεία και τη φροντίδα. Μέσα από την προσπάθεια αυτή στοχεύω στην κατάδειξη πιθανών παραγόντων σχετιζόμενων με τα προβλήματα των ηλικιωμένων και στην υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών για την πρόληψη των προβλημάτων.

Μέθοδοι: : Η παρούσα πτυχιακή είναι βιβλιογραφική ανασκόπηση και γράφτηκε όσο ήταν δυνατόν με τα νεότερα δεδομένα που αφορούν την γεροντολογική νοσηλευτική, την νοσηλευτική ψυχικής υγείας, την ψυχιατρική γηριατρική και γενικότερα την ψυχολογία.

Αποτελέσματα: Το αποτέλεσμα αυτής της ανασκόπησης είναι, ότι παρά την αρρώστια και τα βάσανα καθώς και τις εσωτερικές και εξωτερικές δυσκολίες στον ηλικιωμένο άνθρωπο, η άνοδος είναι ακόμη δυνατή, γιατί η διαδικασία της ωριμότητας τελειώνει μόνο στην ώρα του θανάτου. Μέχρι αυτή την ώρα όμως η οικογένεια, ο νοσηλευτής και οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας μπορούν να συμβάλουν ώστε οι ηλικιωμένοι να έχουν μια καλή ποιότητα ζωής.

Συμπεράσματα: Στην παρούσα πτυχιακή καταγράφεται ένας μεγάλος αριθμός ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων που θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη βάση για την πλήρη αντιμετώπισή τους. Το 2050, 14 χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, αναμένεται να έχουν αναλογία ηλικιωμένων αλλά και υπερηλίκων κατοίκων μεγαλύτερη από το 10% του γενικού πληθυσμού. Το ποσοστό των ηλικιωμένων στα 25 κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα αυξηθεί από 16 % που είναι σήμερα σε 30%. Αντίστοιχα, το ποσοστό των ατόμων άνω των 80 ετών αναμένεται να τριπλασιαστεί από 4% το 2004 σε 11,4% το 2050 (Eurostat 2005). Λαμβάνοντας υπόψη μας την πραγματικότητα των αριθμών,

επιβάλλεται η ανάπτυξη μιας εθνικής στρατηγικής για τους ηλικιωμένους για τα επόμενα χρόνια, η οποία θα στοχεύει στην εκ βάθρων αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ηλικιωμένα άτομα. Δίνεται πληθώρα αντιμετώπισεων των προβλημάτων αυτών με την βοήθεια των νοσηλευτικών γνώσεων, αλλά τελικά το πρόβλημα θα πρέπει να αντιμετωπιστεί από όλους τους ανθρώπους γιατί η γήρανση αφορά όλη την ανθρωπότητα και θα πρέπει να βρεθούν τρόποι, ώστε αν είναι δυνατόν να αποφεύγετε το πρόβλημα.

Λέξεις κλειδιά: Ψυχοκοινωνικά προβλήματα, Ηλικιωμένος, Νοσηλεύτης, Φροντίδα.

Summary

Working title: 'PSYCHOSOCIAL PROBLEMS OF ELDERLY AND NURSING INTERVENTION'

By: Nikolaou Dimitrios

Under the supervision of: Robola Pericles

Date: October 2015

Objective: The objective of this project is the study, recognition and treatment of psychosocial problems experienced by the elderly, and the role of the nurse in the treatment and care. Through this effort I aim to demonstrate possible factors associated with the problems of the elderly and the adoption of healthy behaviors to prevent problems.

Methods: The present thesis is a literature review and written as much as possible with the newest data on gerontological nursing, mental health nursing, geriatric psychiatry and general psychology.

Results: The result of this review is that despite illness and suffering as well as the internal and external difficulties in the elderly man, the rise is still possible, because the process of maturity ending only at death. By this time, however, the family, the nurse and other health professionals can help to ensure that older people can have a good quality of life.

Conclusions: In the present project recorded a large number of psychosocial problems of older people should be given specific basis for their full address. In 2050, 14 countries including Greece are expected to have a ratio of elderly and very elderly population greater than 10% of the general population. The proportion of older people in the 25 EU Member

States will increase from 16% today to 30%. Correspondingly, the proportion of people over 80 is expected to triple from 4% in 2004 to 11.4% in 2050 (Eurostat 2005). Taking into account the reality of the numbers necessary to develop a national strategy for older people in the coming years, which will aim to search radically upgrade services for the elderly. Given numerous approaches to these problems with the help of nursing knowledge, but eventually the problem should be addressed by all people because aging concerns all mankind and should find ways in order if possible to avoid the problem.

Keywords: Psychosocial problems, Elderly, Nurse, Care.

Περιεχόμενα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ	8
1.1. Η έννοια του γήρατος	8
1.2. Οι θεωρίες του γήρατος	9
1.3. Τρίτη ηλικία και διεθνή στατιστικά δεδομένα	12
1.4. Το ηλικιωμένο άτομο και ο ρόλος του	14
1.5. Χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου πληθυσμού	15
1.6. Η Τρίτη ηλικία ως κοινωνικό πρόβλημα	18
1.7. Η ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη	19
1.8. Η ανάγκη για καλή ποιότητα ζωής.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΕΠΕΡΧΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΑΣΜΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	26
2.1. Κυτταρικό επίπεδο.....	26
2.2. Μυοσκελετικό σύστημα.....	27
2.3. Ουροποιητικό σύστημα	29
2.4. Αισθητηριακό σύστημα	30
2.5. Νευρικό σύστημα.....	31
2.6. Γαστρεντερικό σύστημα.....	32
2.7. Αναπνευστικό σύστημα	33
2.8. Ενδοκρινικό σύστημα.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	36
3.1. Ο πόνος	37
3.2. Διαταραχές του ύπνου.....	39
3.3. Διαταραχές κινητικότητας	41
3.3.2. Η ύπαρξη ατυχημάτων-πτώση.....	45
3.4. Πλημμελής ατομική υγιεινή.....	51
3.5. Η εμφάνιση των κατακλίσεων	54
3.6. Τα διατροφικά ελλείμματα.....	55
3.7. Ακράτεια κοπράνων και ούρων	58
3.8. Ελλείμματα αυτοεξυπηρέτησης	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΤΑ ΜΑSLOW.....	62
4.1. Αυτοπραγμάτωση	63
4.2. Ανάγκες για αυτοεκτίμηση	64

4.3.	Κοινωνικές ανάγκες	65
4.4.	Ανάγκες για ασφάλεια	66
4.5.	Φυσιολογικές ανάγκες	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΤΟΙΧΕΙΟΘΕΤΟΥΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ		68
5.1.	Παράγοντες οι οποίοι οδηγούν στην μοναξιά	68
5.1.1.	Ατομικοί παράγοντες	69
5.1.2.	Οικογενειακοί παράγοντες	71
5.1.3.	Οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις του γήρατος και η συμβολή τους στην περιθωριοποίηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας	73
5.1.4.	Άνοια – Alzheimer	74
5.1.5.	Κατάθλιψη	80
5.1.6.	Σύγχυση – Delirium	82
5.2.	Κοινωνική και Συναισθηματική Απομόνωση	84
5.3.	Ο φόβος του θανάτου	85
5.4.	Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ	86
5.4.1.	Συζυγική κατάσταση και η απώλεια συζύγου	86
5.4.2.	Σχέσεις: Γονέων – Παιδιών	88
5.4.3.	Συγγενείς	90
5.4.4.	Πρόσωπο εμπιστοσύνης	91
5.4.5.	Φίλοι	91
5.5.	Η ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας στους ηλικιωμένους	92
5.6.	Η οικονομική εξάρτηση από τρίτους	94
5.7.	Αλλαγή του τόπου διαμονής	95
5.8.	Τρίτη ηλικία και ιδρύματα	95
5.8.1.	Κέντρα ανοιχτής περίθαλψης ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)	96
5.9.	Εστίες διαμονής	98
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ		101
6.	Η φροντίδα του ηλικιωμένου από τον νοσηλευτή	101
6.1.	Κατ' οίκον φροντίδα	103
6.1.1.	Σκοποί και στόχοι της κατ' οίκον φροντίδας	104
6.1.2.	Οι οργανισμοί της κατ' οίκον φροντίδας υγείας	105
6.1.3.	Δραστηριότητες της κατ' οίκον φροντίδας υγείας	108
6.1.4.	Νοσηλευτικοί ρόλοι στην κατ' οίκον φροντίδα	109

6.2. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή	110
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	112
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	125
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	126

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Παράγοντες όπως οι παρατεταμένες κοινωνικές αντιξοότητες, διάφορα γεγονότα της ζωής, διάφορες ασθένειες, οι πρώιμες εμπειρίες και οι κοινωνικές σχέσεις έχουν σημαντική επίδραση στην έναρξη και την πορεία των νευρωσικών διαταραχών σε όλες τις ηλικίες. Οι κοινωνικές αντιξοότητες λειτουργούν προκαλώντας υψηλότερα ποσοστά σωματικών ασθενειών και έκθεσης σε αρνητικά γεγονότα της ζωής η οδηγούν σε χαμηλή αυτοπεποίθηση. Ωστόσο ο ρόλος των διαφόρων αντιξοοτήτων στην αυτοπεποίθηση των ηλικιωμένων δεν είναι ξεκάθαρος καθώς μια δύσκολη ζωή μπορεί τελικά να εξοπλίσει το άτομο, ώστε να αντιμετωπίσει καλύτερα τις δυσκολίες της τρίτης ηλικίας. Ο ρόλος των προβλημάτων της ζωής στον καθορισμό της έναρξης των καταθλιπτικών και αγχωδών διαταραχών έχει επιδειχθεί σε μεγάλο αριθμό μελετών. Το σημαντικό είναι η σημασία γεγονότος για το άτομο. Οι απώλειες προσώπων οδηγούν σε κατάθλιψη και τα απειλητικά γεγονότα σε άγχος. Κάποια γεγονότα ζωής όπως είναι οι σωματικές ασθένειες, η φτώχεια, η συνταξιοδότηση και ο ιδρυματισμός, είναι συχνότερα στην Τρίτη ηλικία και σχετίζονται με σημαντική ψυχιατρική νοσηρότητα σε ευαίσθητα άτομα.

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος προπτυχιακών σπουδών του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΑΤΕΙ Πάτρας. Στόχος της εργασίας είναι να καταδείξει την κατανόηση και την ολιστική προσέγγιση των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ως ένα σημαντικό πρόβλημα της κοινωνίας μας, την θεραπεία και την αντιμετώπισή τους από το ιατρικό, το νοσηλευτικό προσωπικό και από τον κοινωνικό περίγυρο που επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την εξέλιξη του ηλικιωμένου. Προτού όμως προχωρήσω στην ανάλυση του θέματος της πτυχιακής εργασίας, θεωρώ σκόπιμο να ευχαριστήσω θερμά την καθηγητή του Τμήματος της

Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας κ. Ρόμπολα Περικλή για την επιστημονική και ψυχολογική υποστήριξη που μου παρείχε σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας μας.

Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφονται οι βασικές έννοιες και τα χαρακτηριστικά του γήρατος, έτσι ώστε ο αναγνώστης να έρθει σε μια πρώτη επαφή με έννοιες και ορισμούς που έχουν να κάνουν με το γήρας και που μας αφορούν όλους, αφού κάποια στιγμή, αν είμαστε τυχεροί θα φτάσουμε και εμείς εκεί.

Στο δεύτερο κεφάλαιο έχουμε να κάνουμε με τις βιολογικές αλλαγές που επέρχονται με το πέρασ του χρόνου και προκαλούν γενικότερο άγχος στους ηλικιωμένους, όπως είναι π.χ. η ακοή, η όραση, ο διαβήτης, η αγγειακή νόσος αλλά και η αρθρίτιδα, διαταραχές της ούρησης, η προοδευτική μείωση της μνήμης, η απλή δυσκοιλιότητα, οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις και πολλά άλλα που είναι πολύ πιθανό να δημιουργήσουν στον ηλικιωμένο ένα δυσάρεστο και όχι μόνο συναίσθημα.

Στο τρίτο κεφάλαιο προσπαθώ να εντοπίσω τα πιο σημαντικά προβλήματα των ηλικιωμένων απ ότι είναι τα βιολογικά, τα οποία αποδεδειγμένα, οδηγούν σε ψυχοκοινωνικά προβλήματα και διαταράσσουν τον κόσμο των ηλικιωμένων άλλα και τις μεταξύ τους σχέσεις με όλο τον άλλο κόσμο που κάποιες φορές καταλαβαίνει και κάποιες όχι.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρω λίγα πράγματα για τις ανάγκες των ηλικιωμένων, σύμφωνα με τις ανάγκες κατά Maslow. Ανάγκες που έχουν να κάνουν με τον χαρακτήρα και την προσωπικότητα του ηλικιωμένου, αλλά και ανάγκες που οφείλονται σε εξωτερικούς και κοινωνικούς παράγοντες και φυσικά το ρόλο του νοσηλευτή στις συγκεκριμένες περιπτώσεις.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύω κάποιους από τους βασικότερους παράγοντες που στοιχειοθετούν ψυχοκοινωνικά προβλήματα για τους ηλικιωμένους. Λέγοντας παράγοντας και όχι πρόβλημα προσπαθώ να διαχωρίσω ένα πρόβλημα υγείας που μπορεί να είναι μια ασθένεια με έναν παράγοντα όπως είναι η μοναξιά, η κατάθλιψη αλλά και οι σχέσεις με το περιβάλλον του, όπως η άνοια και τα οικονομικά του ηλικιωμένου. Προφανώς μιλάω για καταστάσεις τις οποίες ο νοσηλευτής θα πρέπει να κατέχει συγκεκριμένες γνώσεις ώστε να μπορέσει να βοηθήσει τον ηλικιωμένο.

Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο αναφέρω γενικότερα για την φροντίδα που μπορεί να προσφέρει ένας νοσηλευτής σε έναν ηλικιωμένο, είτε αυτός βρίσκεται στο νοσοκομείο, είτε βρίσκεται στο ίδιο του το σπίτι και ειδικότερα την φροντίδα που μπορεί να του προσφέρει σπίτι του σαν κοινοτικός νοσηλευτής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΟΙ ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

1.1. Η έννοια του γήρατος

Οι ορισμοί για την ηλικία διαφέρουν από πολιτισμό σε πολιτισμό. Στην Κύπρο, με βάση τον νόμο, άτομο τρίτης ηλικίας θεωρείται το άτομο που έχει φτάσει τα 65 χρόνια ζωής του, όπου περνά και στην σύνταξη. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας δίνει τον ακόλουθο ορισμό για το γήρας «Δεχόμαστε συνήθως ότι με τον όρο γήρας του ανθρώπου εννοούμε μια φυσιολογική διαδικασία, που αρχίζει την στιγμή της σύλληψης και που επιφέρει χαρακτηριστικές μεταβολές του είδους σε όλη την διάρκεια της ζωής. Στα τελευταία χρόνια της ζωής, αυτές οι μεταβολές προκαλούν μια μείωση της ικανότητας προσαρμογής του ατόμου με το περιβάλλον. Οι διάφορες λειτουργίες δεν μεταβάλλονται ομοιόμορφα στο ίδιο άτομο και μια λειτουργία μπορεί να εξασθενήσει με άνιση ταχύτητα σε διαφορετικά άτομα» (Π.Ο.Υ 1983).

Τελευταία, οι βιολόγοι εκτός από την Τρίτη ηλικία, αναφέρονται και στην τέταρτη ηλικία στην οποία βρίσκονται οι αιωνόβιοι σχεδόν και που αποτελεί τα τελευταία λίγα χρόνια της ζωής του ανθρώπου και την οποία αρκετοί είναι αυτοί που κατορθώνουν να φτάσουν σε εκεί. Στη συνέχεια της παρούσας εργασίας εκτός από τον όρο «άτομα τρίτης ηλικίας» αναφέρεται και ο όρος υπερήλικας. Με τον όρο αυτό ο συγγραφέας αναφέρεται στα άτομα πέραν των ογδόντα χρόνων τα οποία βρίσκονται στην τέταρτη ηλικία.(Σαρρής, 2001).

Η Butler (1975) ορίζει την γήρανση σαν την «συστηματική στερεότυπη και μεροληπτική αντιμετώπιση κάποιων ανθρώπων εξαιτίας και μόνο της ηλικίας τους». Αυτή η εικόνα που έχει σχηματίσει κάθε κοινωνία για τους ηλικιωμένους της, είναι το αποτέλεσμα κάποιων πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών στάσεων που επικράτησαν μέσα από την ιστορική εξέλιξη (Sally J. Redfern, Fiona M. Ross. 2011).

1.2. Οι θεωρίες του γήρατος

Το πώς γερνάει ένα άτομο παραμένει μυστήριο, αν και συχνά διαφημιστικά μηνύματα μέσω τηλεόρασης, προσφέρουν το επόμενο νέο μυστικό για μια υγιή Τρίτη ηλικία. Στους παράγοντες που συχνά λαμβάνονται υπόψη περιλαμβάνονται το τι τρώει το άτομο, που διαμένει, ποιο είναι το επάγγελμά του και πόσο συχνά ασκείται. Μερικές φορές το γήρας αποδίδεται στο τι κληρονομεί το άτομο από την γέννησή του. Αν και καμιά θεωρεία από μόνη της δεν μπορεί να απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις, δυο θεωρίες σχετικά με το γήρας, οι βιολογικές και οι ψυχοκοινωνικές προσπαθούν να εξηγήσουν τις φυσικές και συναισθηματικές αλλαγές που λαμβάνουν με την πάροδο των ετών.

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΗΡΑΤΟΣ

Οι **βιολογικές θεωρίες γήρατος** χωρίζονται σε δυο κατηγορίες: θεωρίες προγραμματισμού και θεωρίες λάθους. Η **θεωρία προγραμματισμού του γήρατος** προτείνει ότι το γήρας ακολουθεί ένα βιολογικό χρονοδιάγραμμα. Υποστηρίζει την ιδέα ότι κάθε οργανισμός είναι προγραμματισμένος να ζήσει ένα συγκεκριμένο αριθμό ετών. Ένα παράδειγμα θεωρίας προγραμματισμού είναι η **ανοσολογική θεωρία του γήρατος**. Αυτή η θεωρία υποστηρίζει ότι ένα γερασμένο σώμα είναι λιγότερο ικανό να διακρίνει τα δικά του κύτταρα από τα ξένα. Ο ηλικιωμένος ασθενής μπορεί να ενισχύσει την ανοσολογική του λειτουργία μέσα από μια υγιεινή διατροφή και τρόπο ζωής, σε συνδυασμό με προληπτικά μέτρα, όπως το ετήσιο εμβόλιο κατά της γρίπης.

Η διασταυρούμενη θεωρία του γήρατος βασίζεται στο εύρημα ότι, καθώς ένα άτομο γερνάει, πρωτεΐνες, DNA και άλλα μόρια του σώματος αναπτύσσουν ακατάλληλες συνδέσεις μεταξύ τους. Αυτές οι συνδέσεις μειώνουν την ελαστικότητα των πρωτεϊνών και άλλων μορίων και αποτρέπουν τα ένζυμα από το να καταστρέψουν τις πρωτεΐνες. Ως αποτέλεσμα, κατεστραμμένες και άχρηστες πρωτεΐνες παραμένουν στον οργανισμό, προκαλώντας προβλήματα. Μια άλλη θεωρία, **η θεωρία του ρυθμού ζωής του γήρατος**, βασίζεται στην ιδέα ότι οι ανθρώπινοι οργανισμοί κατέχουν μια πεπερασμένη ποσότητα, ζωτικής ουσίας, και όταν αυτή εξαντληθεί το άτομο πεθαίνει. Ωστόσο αυτή η θεωρία δεν εξηγεί γιατί μερικοί άνθρωποι φθάνουν μέχρι και την ηλικία των 100 ετών η και παραπάνω (Gavrilon & Gavrilon, 2002).

Οι θεωρίες λάθους του γήρατος δέχονται ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επιδρούν αρνητικά στο ανθρώπινο σώμα. Δύο παραδείγματα των θεωριών αυτών είναι η **θεωρία των ελεύθερων ριζών και η θεωρία της φθοράς του γήρατος**. Η πρώτη βασίζεται στην ιδέα ότι συγκεκριμένες χημικές ενώσεις στο σώμα προκαλούν βλάβες που συσσωρεύονται και προοδευτικά οδηγούν στο γήρας. Η χρήση αντιοξειδωτικών και βιταμινών πιστεύεται ότι βοηθούν στο να επιβραδυνθεί αυτή η διαδικασία. Αυτή η θεωρία μερικές φορές αναφέρεται σαν ομοιοστατική θεωρία του γήρατος, σχετίζεται με την ηλικιακά σχετιζόμενη άθροιση των βλαβών που προκαλούνται από οξειδωτική πίεση, η οποία μειώνει την ομοιοστατική ικανότητα του οργανισμού (Novoseltev, Novoseltseva & Yashin, 2009).

Η θεωρία της φθοράς του γήρατος συγκρίνει το ανθρώπινο σώμα με μια μηχανή που απλά φθείρεται, ως αποτέλεσμα της συνεχούς χρήσης. Η έκθεση σε εσωτερικά και εξωτερικά στρεσογόνα ερεθίσματα, έχει ως αποτέλεσμα των θάνατο των κυττάρων. Η κυτταρική λειτουργία επιβραδύνεται, καθώς το άτομο μεγαλώνει ηλικιακά και γίνεται λιγότερο αποτελεσματική στην ανταπόκρισή της στα περιβαλλοντικά ερεθίσματα που δέχεται το σώμα (Tabloski, 2006).

Στην σφαίρα των βιολογικών θεωριών κινείται και **η γενετική θεωρία της γήρανσης**, η οποία υποστηρίζει ότι η διάρκεια ζωής καθορίζεται σε μεγάλο ποσοστό από τα κληρονομούμενα γονίδια. Σύμφωνα με αυτή την θεωρία, το προσδοκώμενο όριο ζωής κάποιου πρωταρχικά καθορίζεται από την στιγμή της σύλληψης. Σύμφωνα με τον Stibich (2007a), τα γονίδια μπορούν να εξηγήσουν μέχρι και το 35% της διάρκειας ζωής. Οι άλλες συνιστώσες είναι οι συμπεριφορές, οι εκθέσεις και απλώς η τύχη κάποιου. Μια άλλη βιολογική θεωρία περί γήρανσης είναι **η θεωρία της σωματικής μετάλλαξης**, που

υποστηρίζει ότι σε σημαντικό ποσοστό το γήρας καθορίζεται από το τι συμβαίνει στα γονίδια, αφού κληρονομηθούν (Stibich 2007a).

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Οι ψυχοκοινωνικές θεωρίες γήρανσης περιγράφουν τις αλλαγές που συμβαίνουν στο συναισθηματικό και κοινωνικό πεδίο, καθώς κάποιος πλησιάζει τα τελευταία χρόνια της ζωής του. Αυτές οι αλλαγές τείνουν να περιλαμβάνουν ρόλους και κοινωνικές σχέσεις. Τρία παραδείγματα ψυχοκοινωνικών θεωριών είναι η θεωρία της δραστηριότητας, η θεωρία της αποδέσμευσης και η θεωρία της συνοχής. **Η θεωρία της δραστηριότητας** υποστηρίζει ότι όσο πιο ενεργητικοί είναι οι ηλικιωμένοι τόσο μεγαλύτερη ικανοποίηση λαμβάνουν από την ζωή τους. Η περιορισμένη δραστηριότητα οδηγεί σε απώλεια νοήματος και μη ικανοποίηση από την ζωή. Για την διατήρηση μιας θετικής αίσθησης για τον εαυτό τους, τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να υποκαταστήσουν τους προηγούμενους ρόλους, που έχουν πλέον ατονήσει, με νέους. Συνεπώς το επιτυχημένο γήρας απαιτεί να παραμένει κανείς ενεργητικός και να συνεχίζει να επεκτείνει τις δραστηριότητες του. Οι κοινότητες φροντίδας ζωής και οι κοινότητες απόσυρσης από την εργασία, είναι σχεδιασμένες να προάγουν αυτή την δραστηριότητα.

Η θεωρία της αποδέσμευσης που εισήχθη το 1961, έρχεται σε σύγκρουση με την θεωρία της δραστηριότητας (Tabloski, 2006). Διαβεβαιώνει ότι με την πάροδο των ετών, οι αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία οδηγούν σε αμοιβαία και αμφίπλευρη απόσυρση του ατόμου και της οικογένειας. Στο παρελθόν, η υποχρεωτική απόσυρση από την εργασία στα 65 έτη με πλήρη σύνταξη και κοινωνική ασφάλιση μπορεί να ευνοούσε μια τέτοια απόσυρση. Με την αύξηση και την ελαστικοποίηση των ηλικιακών ορίων συνταξιοδότησης, αυτή η θεωρία μπορεί πλέον να μην ισχύει (U.S. Social Security Administration, office of policy, 2007).

Στην θεωρία της συνοχής υποστηρίζεται ότι για ένα ευτυχές γήρας θα πρέπει να υποκαθίστανται οι προηγούμενοι ρόλοι, που έχουν πλέον ατονήσει, με νέους, και θα πρέπει το άτομο να συνεχίζει να προσαρμόζεται στο περιβάλλον του. Θα πρέπει να διατηρεί τις αρχές, τις συνήθειες και τις συμπεριφορές της προηγούμενης ζωής του. Τα γηρατειά δεν θα πρέπει να είναι περίοδος σημαντικών αλλαγών, αλλά, αντίθετα θα πρέπει κανείς να συνεχίζει τις συνήθεις δραστηριότητές του, αλλά με βραδύτερο ρυθμό. Μερικοί ηλικιωμένοι δεν θα

σκεφτόταν ποτέ την περίπτωση των κοινοτήτων φροντίδας υγείας ή των εξειδικευμένων κοινοτήτων, λόγω των σημαντικών αλλαγών που θα επέφερε στην ζωή του μια τέτοια κίνηση. Αυτοί προτιμούν να ζήσουν στα σπίτια του και στην γειτονιά τους, παρά να ζήσουν σε ένα περιβάλλον με άτομα «άνω των 65 ετών» (Lundell & Morris, 2004. Tabloski, 2006).

Μια ακόμη κοινωνική θεωρία που σχετίζεται με το γήρας είναι η **θεωρία των ρόλων** που υποστηρίζει ότι η απώλεια των ρόλων επιτυγχάνει την διαδικασία της γήρανσης, και σχετίζεται με την απώλεια της ταυτότητας και του αυτοσεβασμού.. άλλες σημαντικές θεωρίες είναι η **θεωρία της διαστρωμάτωσης του γήρατος, η θεωρία του εκσυγχρονισμού και η θεωρία ανταλλαγής της γήρανσης** (Darkwa, 2007).

Η διαστρωμάτωση του γήρατος εξετάζει την κίνηση των διαδοχικών γενεών, και είναι γνωστή και ως ακολουθία ροής. Κάθε γενιά είναι μοναδική ως προς το ότι έχει τα δικά της χαρακτηριστικά. Κάθε γενιά βιώνει ιδιαίτερα ιστορικά γεγονότα που επηρεάζουν τις συμπεριφορές κάθε μέλους της (Schaffer, 2006).

Η θεωρία του εκσυγχρονισμού αναφέρει ότι ο ρόλος και η κοινωνική θέση του ηλικιωμένου είναι αντιστρόφως ανάλογη του επιπέδου κοινωνικής βιομηχανοποίησης. Αυτό τείνει να ασκεί σαφώς αρνητική επίδραση στην κατάσταση των ηλικιωμένων. Αυτή η θεωρία υποστηρίζει την υπόθεση ότι όσο πιο βιομηχανοποιημένη είναι η κοινωνία, τόσο λιγότερο υποστηρίζει τους ηλικιωμένους. Η υλική οικογενειακή υποστήριξη τείνει να εξαφανίζεται (Aboderin, 2004).

Τέλος η **θεωρία ανταλλαγής** υποστηρίζει ότι οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερη δύναμη σε σχέση με νεότερα άτομα επειδή διαθέτουν λιγότερους πόρους, και η συνέχιση της αλληλεπίδρασής τους με νεότερα άτομα γίνεται όλο και πιο δαπανηρή. Η κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ ηλικιωμένων και νέων τείνει να περιορίζεται, επειδή οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερους πόρους να προσφέρουν σε αυτή την ανταλλαγή. Η μείωση των πόρων περιορίζει τις πιθανότητες για συνεχή αλληλεπίδραση με τους άλλους (Roy & Russel, 2005).

(Kathleen S. Osborn, Cheryl E. Wraa, Annita B. Watson, (2012).

1.3. Τρίτη ηλικία και διεθνή στατιστικά δεδομένα

Το 2005, το 15% των ενηλίκων στις ηνωμένες πολιτείες ήταν άνω των 65 ετών. Οι ηλικιωμένοι ήταν σχεδόν ομοιόμορφα κατανομημένοι σε ολόκληρη την έκταση των ΗΠΑ. Στην Αλάσκα το 6,5% του πληθυσμού αποτελείται από ενήλικες ηλικίας 65 ετών και άνω. Αυτό ήταν το μικρότερο ποσοστό από όλες τις πολιτείες. Η Florida είχε το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων ηλικίας 65 ετών και άνω, που φθάνει το 16,6% του συνολικού της πληθυσμού. Αυτό το μεγάλο ποσοστό αποδίδεται στους πολλούς ηλικιωμένους που μετακομίζουν εκεί, για την ηλιοφάνεια και το ήπιο κλίμα. Το ποσοστό των ενηλίκων 65 ετών και άνω βρίσκεται κάπου μεταξύ αυτών των δύο τιμών σε όλες τις άλλες πολιτείες (U.S. Census Bureau, 2005).

Οι γυναίκες πάντα ζούσαν περισσότερο από τους άντρες, και η τάση συνεχίζεται ανάμεσα σε όλες τις ηλικιακές ομάδες από 65 ετών και άνω. Για τις ηλικίες από 65 έως 74 , αντιστοιχούν 83 άνδρες ανά 100 γυναίκες. Για τις ηλικίες από 75 έως 84, αντιστοιχούν 67 άνδρες ανά 100 γυναίκες. Στην ηλικιακή ομάδα από 85 ετών και άνω αντιστοιχούν 46 άνδρες ανά 100 γυναίκες. Αυτοί οι αριθμοί συσχετίζονται με τους αριθμούς των χηρών γυναικών. Το 41% γυναικών ηλικίας 65 μέχρι 84 ετών είναι χήρες. Το 79% από 85 ετών και άνω είναι χήρες. Στην έρευνα του 2005, απογραφής, διαπιστώθηκε ότι το 80% των ενηλίκων ηλικίας από 65 μέχρι 74 ετών αναγνώριζαν τους εαυτούς τους ως λευκούς και το 87% των ενηλίκων από 85 ετών και άνω απάντησαν ότι ήταν λευκοί (U.S. Census Bureau, 2005).

Οι ηλικιωμένοι σύγχρονοι αμερικάνοι έχουν επιτύχει υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης σε σχέση με την γενιά που προηγήθηκε της δικής τους, και αυτή η τάση συνεχίζεται. Το 1950, το 17 % των ηλικιωμένων ενηλίκων είχαν αποφοιτήσει από το γυμνάσιο. Μόνο το 3% είχαν πτυχίο ανώτατης σχολής. Το 2005 το 72% ήταν απόφοιτοι γυμνασίου και το 17% τουλάχιστον είχαν πτυχίο πανεπιστημίου. Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι τα επιτεύγματα της ιατρικής θα παράσχουν την ευκαιρία στα άτομα να ζήσουν μια τέτοια ζωή παρόλο που παραμένει άγνωστο το αν μια μεγαλύτερη σε διάρκεια ζωή θα είναι χωρίς ασθένειες και αναπηρίες. Η αξιοποίηση των ιατρικών επιτευγμάτων θα επηρεάζεται από το μορφωτικό επίπεδο και τους οικονομικούς πόρους τα οποία περιορίζουν την ικανότητα κάποιου να αναζητήσει φροντίδα υγείας όταν την ζητάει. Είναι σίγουρο ότι οι νοσηλευτές σήμερα θα έχουν μιας πρώτης τάξεως ευκαιρία να εξετάσουν το πώς οι εξελίξεις της ιατρικής τεχνολογίας επηρεάζουν τους ηλικιωμένους στην Αμερική (Strunk, Ginsburg, & Banker, 2006).

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η Ελλάδα βρίσκεται στην 18^η θέση με προσδόκιμο ζωής τα 80,7 έτη για τις γυναίκες και τα 75,4 για τους άνδρες. Στην Ελλάδα σύμφωνα με τα δεδομένα του ΟΟΣΑ, το έτος 2030 αναμένεται να φτάσουμε σε ένα μέσο προσδόκιμο Ζωής 82 χρόνια. Το 1998 σύμφωνα με τα δεδομένα του οργανισμού των ηνωμένων εθνών, 66000000 άνθρωποι, σε όλο τον πλανήτη, είχαν ηλικία μεγαλύτερη των 80 ετών. Ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί κατά 6 φορές μέχρι το έτος 2050 και θα φθάσει αισίως τους 370.000.000 ανθρώπους. Το 2050, 14 χώρες μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, αναμένεται να έχουν αναλογία υπερηλικών κατοίκων, μεγαλύτερη από το 10% του γενικού πληθυσμού. Επιπλέον υπάρχει και η υπογεννητικότητα που κάνει θραύση και αν συνεχιστεί με τους ίδιους ρυθμούς, ο πληθυσμός της Ελλάδας θα μειωθεί κατά 2,4 εκατομμύρια και θα φθάσει τα 8,2 εκατομμύρια το 2050. Επίσης ο φυσικός πληθυσμός της Ελλάδας, της Γερμανίας, της Ιταλίας και της Σουηδίας μειώθηκε και μόνο η μετανάστευση, συντέλεσε στο να παραμείνει σταθερός ο πληθυσμός αυτών των χωρών. Την τελευταία 25ετία, η Ελλάδα παρουσιάζει την μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση στην αναλογία των ηλικιωμένων στον γενικό πληθυσμό. Εκείνο το σημείο που ίσως έχει μεγαλύτερη σημασία για όλους μας είναι το ποσοστό των ηλικιωμένων ανθρώπων που ζουν μόνοι τους. Η Ελλάδα έχει το μικρότερο ποσοστό μετά την Ισπανία. (Sally J. Redfern, Fiona M. Ross, (2011).

1.4. Το ηλικιωμένο άτομο και ο ρόλος του

Παλαιότερα το ηλικιωμένο άτομο είχε σεβαστό και παραδοσιακό ρόλο. Αποτελούσε τον αρχηγό της φυλής, τον σοφό της οικογένειας της κοινότητας, ή ακόμη τον δάσκαλο για πολλά θέματα. Ήταν δηλαδή η πηγή της γνώσης, εμπειρίας και βοήθειας προς τους νεότερους (Μαλγαρινού και Γουλία, 2000 : Χριστοδούλου και Κονταξάκης, 2000).

Στην σημερινή κοινωνία όμως που τα πάντα μετρούνται με την παραγωγικότητα του καθ' ενός τα ηλικιωμένα άτομα των οποίων η παραγωγική ικανότητα ελαττώνεται, δεν έχουν ίσες ευκαιρίες να απολαύσουν τα καλά της κοινωνίας. Εν αντιθέσει όμως με αυτά, θα έπρεπε πάντα να λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι μπορεί με την ηλικία να μειώνονται μερικές ικανότητες, αλλά αυξάνονται άλλες όπως η ποιότητα παραγωγής, η ευσυνειδησία, η μεθοδικότητα, η πείρα, η θέληση, η πειθαρχία και η υπομονή (Ερωτοκρίτου, 1995).

1.5. Χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου πληθυσμού

Οι ηλικιωμένοι που διανύουν την 8^η και την 9^η δεκαετία διαθέτουν πλούσια εμπειρία που έχει σχέση με κοινωνικά, πολιτισμικά, πολιτικά, οικονομικά γεγονότα και καταστάσεις που γνώρισαν κατά την διάρκεια της ζωής τους. Από την αρχή του 20^{ου} αιώνα και μέχρι σήμερα οι ηλικιωμένοι αντιμετώπισαν τις ολέθριες συνέπειες του Α' και του Β' παγκοσμίου πολέμου. Οι μετακινήσεις των πληθυσμών, οι μετασχηματισμοί των μειονοτήτων με τα διαφορετικά βιώματα τους και τις διαφορετικές κοινωνικό-πολιτιστικές τους πεποιθήσεις και ειδικότερα οι συνεχείς τεχνολογικές εξελίξεις των 70 τελευταίων χρόνων άλλαξαν ριζικά την πορεία της ανθρωπότητας. Η εκμετάλλευση της ατομικής ενέργειας, τα διαστημικά ταξίδια, η προσσελήνωση, η εγκατάσταση διαστημικών σταθμών και η εκμηδένιση του χρόνου, επιτεύγματα της γενικότερης τεχνολογικής επανάστασεως, συνέβαλαν στην αλλαγή των κοινωνικών δομών, οι οποίες με την σειρά τους επηρέασαν τον ρυθμό της ζωής. Παράλληλα ο ανταγωνισμός των οπλικών συστημάτων που προέκυψε κυρίως από την γεωπολιτική ανασφάλεια και την τάση της επικρατήσεως δημιούργησε οικονομική κρίση, πληθωρισμό, ανεργία και τόσα άλλα δεινά που μαστίζουν την ανθρωπότητα.

Οι αλλαγές των κοινωνικών δομών είχαν σαν αποτέλεσμα την μείωση των αξιών και την δημιουργία της ηθικής κρίσεως, η οποία επέφερε σε βαθύ ρήγμα στο οικογενειακό σύστημα. Η ανάγκη να εργάζεται η γυναίκα έξω από το σπίτι άλλαξε τον παραδοσιακό ρόλο της, που ήταν η ανατροφή των παιδιών και η φροντίδα των ηλικιωμένων. Οι μεγάλες πατριαρχικές οικογένειες του παρελθόντος που τις στόλιζαν με την παρουσία τους ο παππούς και η γιαγιά, αντικαταστάθηκαν με τις «πυρηνικές», η σύνθεση των οποίων σε μεγάλη αναλογία, αποκλείει τους γέροντες γονείς και μαζί με αυτούς την πολύτιμη πείρα, την γνώση και την σοφία τους.

Οι βασικότερες αιτίες που επηρέασαν την Ελληνική οικογένεια είναι δημογραφικές, κοινωνικό-οικονομικές και άλλες. Ως προς τους δημογραφικούς παράγοντες η μείωση της γεννητικότητας και η αύξηση της μακροβιότητας, ειδικότερα η αύξηση του αριθμού των υπερηλίκων 80+ με τις άνοιες και τα ποίκιλα προβλήματα υγείας, που συνοδεύουν αυτή την ηλικία, επηρέασαν αρνητικά τις οικογενειακές σχέσεις, επειδή γήρανση του πληθυσμού

σημαίνει ότι και τα παιδιά των ηλικιωμένων είναι ηλικιωμένα, με αποτέλεσμα την μείωση του αριθμού των φροντιστών. Ακόμη η συμβίωση των ζευγαριών εκτός γάμου και η αύξηση του αριθμού των διαζυγίων και των ζευγαριών που ζουν σε διάσταση κατά την δεκαετία του 1980 αυξήθηκε πολύ. Επιπλέον η μετακίνηση των ατόμων από τον τόπο της καταγωγής τους συνετέλεσε στην αύξηση του πληθυσμού των μεγάλων πόλεων με περιορισμένο χώρο διαμερισμάτων, τα οποία δυσκολεύουν την συγκατοίκηση των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους.

Οι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες προσδιορίζουν την ανεξαρτησία των ηλικιωμένων εφόσον η οικονομική κατάσταση και η υγεία το επιτρέπουν, βεβαίως υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες τα έσοδα είναι περιορισμένα, η υγεία είναι επιδεινωμένη με συνοδό την εξάρτηση, που τους αναγκάζουν να μένουν με τα παιδιά τους. Πολλές φορές, οι ηλικιωμένοι ενισχύουν οικονομικά τα παιδιά τους είτε με την μορφή της δωρεάς περιουσιακών στοιχείων η ακόμα και με χρηματικά ποσά, προκειμένου να συμβάλλουν στην οικονομική ευημερία των παιδιών τους. Οι ηλικιωμένοι γονείς βοηθούν και στις εργασίες του σπιτιού και η πιο σημαντική τους συμβολή είναι η διαπαιδαγώγηση των παιδιών της οικογενείας.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες αναδύονται κυρίως στα μεγάλα γεγονότα της ζωής όπως η απώλεια ενός συζύγου με αποτέλεσμα το άτομο να αισθάνεται μοναξιά. Άλλοι παράγοντες είναι οι αλλαγές στις στάσεις και τις προσδοκίες των ατόμων και οι αλλαγές στις παραδοσιακές αξίες. Τελικά οι αλλαγές των κοινωνικό-οικονομικών και δημογραφικών συνθηκών δημιουργούν δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης για τους ηλικιωμένους (Χρυσάνθης, και συν.,2000)

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

- Η αύξηση των νοικοκυριών με έναν η δύο ηλικιωμένους ανθρώπους.
- Η μείωση των φροντιστών, εξαιτίας της γεωγραφικής κινητικότητας των νέων, της απασχόλησης της γυναίκας και της αύξησης του αριθμού των διαζευγμένων, των άγαμων και των άτεκνων ηλικιωμένων.

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

Η έρευνες δείχνουν ότι η Ελληνική οικογένεια στο σύνολό της αντιστέκεται. Η οικογένεια θεωρείται πρώτη κοινωνική αξία, η οποία φέρει ουσιαστική ευθύνη για την φροντίδα των ηλικιωμένων την οποία συνήθως προσφέρουν πρόθυμα. Η οικογενειακή φροντίδα και συμπαράσταση βασίζονται σε προσωπικούς και συναισθηματικούς δεσμούς που ενώνουν τον ηλικιωμένο με τους συγγενείς τους.

Η απομόνωση και η εγκατάλειψη των ηλικιωμένων αποτελεί περιθωριακό φαινόμενο, ενώ η αλληλεγγύη μέσα στην οικογένεια συνεχίζεται. Οι οικογενειακοί δεσμοί είναι ισχυροί, η βοήθεια και η συμπαράσταση των μελών της οικογένειας συνεχίζεται, ενώ δεν υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις που να τεκμηριώνουν ότι η επιθυμία των νέων να προσφέρουν βοήθεια στα ηλικιωμένα άτομα της οικογένειας έχει περιοριστεί, παρά την επίδραση των ανασταλτικών παραγόντων.

Στις ίδιες έρευνες φάνηκε ότι οι οικογένειες που συντηρούν ηλικιωμένους αυξάνουν προοδευτικά και ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων στην οικογένεια είναι πολύ καλύτερη από εκείνη των ιδρυμάτων. Έτσι παρά τον γοργό ρυθμό γηράνσεως του ελληνικού πληθυσμού τα προβλήματα προστασίας του γήρατος δεν προσέλαβαν τις διαστάσεις και την οξύτητα που θα

δικαιολογείται, εξαιτίας της μέριμνας που λαμβάνει η οικογένεια για τα ηλικιωμένα μέλη της. Είναι προφανές ότι η οικογένεια είναι σε θέση να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει τις προσωπικές ανάγκες του ηλικιωμένου και η βοήθεια αυτή είναι αναντικατάστατη.

Τα αναφερόμενα χαρακτηριστικά συνθέτουν προβλήματα υψηλού κινδύνου για τους ηλικιωμένους και πρέπει να εντοπίζονται, να αξιολογούνται προσεκτικά και να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά. Οι νέες τάσεις που επικρατούν στην Αμερική και σε πολλές χώρες της Ευρώπης ενθαρρύνουν την ανάπτυξη ειδικευσης στη γεροντολογική νοσηλευτική. Πιστεύεται ότι είναι η μεγαλύτερη πρόκληση για δημιουργικούς ηγετικούς ρόλους, που εκτείνονται στην διοίκηση, στην εκπαίδευση, στην ανεξάρτητη και αυτόνομη πράξη και στην νοσηλευτική έρευνα. Για τον λόγο αυτό η γεροντολογική νοσηλευτική διδάσκεται σε προπτυχιακά και μεταπτυχιακά εκπαιδευτικά νοσηλευτικά προγράμματα σε επίπεδο Master's D και Ph. D., με σκοπό την πληρέστερη προετοιμασία των νοσηλευτών για αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των σύνθετων προβλημάτων του γήρατος. (Sally J. Redfern, Fiona M. Ross. 2011)

1.6. Η Τρίτη ηλικία ως κοινωνικό πρόβλημα

Δεν πρόκειται για μια θεωρία περί γήρανσης, αλλά για μια προσέγγιση που επηρέασε πάρα πολύ την έρευνα για τους ηλικιωμένους στην Βρετανία (voctor 2005). Με απλά λόγια επικεντρώνεται στην αναγνώριση και στην απαρίθμηση των προβλημάτων που εμφανίζονται στους ηλικιωμένους και στην επιβάρυνση της κοινωνίας. Έμφαση δίνεται στην διατήρηση της υγείας και στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας (ιδιαίτερα στην ποιότητα ζωής, στο επίπεδο υγείας και την χρήση των υπηρεσιών), καθώς και στην συνταξιοδότηση και στην απασχόληση των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με την παραπάνω προσέγγιση οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται ως ένα πρόβλημα που επιβαρύνει την κοινωνία και τα άτομα. Υπάρχουν πολλές έρευνες για την παροχή φροντίδας και βοήθειας στους ηλικιωμένους, αλλά λίγες σχετικά με το πόση βοήθεια παρέχουν οι ηλικιωμένοι σε άλλα ηλικιωμένα άτομα ή σε νεότερα μέλη της οικογένειά τους. υπενθυμίζεται ότι ενώ αυτός ο τρόπος προσέγγισης της γήρανσης δεν αποτελεί θεωρεία για την γήρανση, είναι ωστόσο μια προσέγγιση που έχει επηρεάσει τα ερωτήματα που τίθενται και κατ επέκταση την θεωρητική βάση της γεροντολογίας στην Βρετανία. Παραδείγματος χάριν, η έρευνα για την μοναξιά στους ηλικιωμένους, έχει δείξει ότι η μοναξιά αποτελεί πρόβλημα που εντοπίζεται κυρίως στους

ηλικιωμένους και γίνεται προσπάθεια να καταγραφεί ο επιπολασμός της και οι παράγοντες κινδύνου. Τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές συμπεριέλαβαν στις έρευνές τους τις απόψεις των ηλικιωμένων και μελετούν τους παράγοντες που προστατεύουν από την μοναξιά. Σε αυτό το σημείο πρέπει κανείς να σημειώσει πως είναι διαφορετικό συναίσθημα η μοναχικότητα και διαφορετικό η μοναξιά στους ηλικιωμένους. Η πρώτη είναι συνειδητή επιλογή ενώ την δεύτερη την επιβάλλουν οι συνθήκες και δεν αποτελεί συνειδητή επιλογή. (Victor et al 2005).

Το συμπέρασμα που προκύπτει μέχρι στιγμής, είναι ότι δεν υπάρχει μια και μοναδική θεωρητική προσέγγιση που θα μπορούσε παγκοσμίως να εφαρμοστεί στην μελέτη της γήρανσης. Παρά τους περιορισμούς, η βιολογική άποψη για την γήρανση έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την σχετική έρευνα. Ιδιαίτερα στην ιατρική και την νοσηλευτική επιστήμη, η βιοιατρική προσέγγιση έχει τεράστια επίδραση. Η συγκεκριμένη προσέγγιση επικεντρώνεται στον προσδιορισμό των ψυχοκοινωνικών και των βιολογικών παραγόντων που ερμηνεύουν την διαδικασία της γήρανσης. Σε αυτό το μοντέλο δεν λαμβάνονται υπόψη οι φυσιολογικοί ή οι κοινωνικοί παράγοντες που καθορίζουν το πώς τα άτομα αντιλαμβάνονται την υγεία τους. Επομένως δεν συνυπολογίζονται παράγοντες όπως είναι η κοινωνική τάξη, το φύλο και η εθνικότητα, για την ερμηνεία των ασθενειών και την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η επικράτηση του βιοιατρικού μοντέλου έχει θέση σε δεύτερη προτεραιότητα θέματα όπως η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη, ενώ το μοντέλο δίνει έμφαση στην ασθένεια, στην θεραπεία και στην αντιμετώπιση της. Εξαιτίας αυτής της υποβάθμισης των κοινωνικών και των άλλων παραγόντων στην κατανόηση της διαδικασίας της γήρανσης, τα άτομα μετατρέπονται σε παθητικές οντότητες και ελάχιστα μπορούν να ελέγξουν ότι τους συμβαίνουν. Παρόλα αυτά η εμπειρία της γήρανσης δεν είναι μια προκαθορισμένη και αναπόφευκτη διαδικασία που οφείλεται στην χρονολογική ηλικία. Είναι μια πολυδιάστατη εμπειρία που απορρέει από την σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ κοινωνικών και βιολογικών μεταβλητών. Οι Rowe και Kahn (1997) συμφωνούν ότι, οι κοινωνικοί παράγοντες είναι πιο σημαντικοί από τους βιολογικούς ή τους γενετικούς και επηρεάζουν την ποιότητα της μετέπειτα ζωής. Όσον αφορά στην έρευνα για την γήρανση, είναι αναγκαίο να αναγνωριστεί αυτή η πολυπλοκότητα και η πολυσχιδής της φύση. (Sally J. Redfern – Fiona M. Ross).

1.7. Η ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη

Αναφέρεται στην «υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο ώστε να αναπτύξει δεσμούς και κοινωνικές σχέσεις, μέσω των οποίων οι άνθρωποι αισθάνονται ότι ανήκουν σε κάποια ομάδα, έχουν κάποια αξία, μια κάποια αναγνώριση, ένα νόημα η έναν σκοπό στην ζωή τους». Η επίτευξη στενών δεσμών του ατόμου με τις κοινωνικές ομάδες η τους κοινωνικούς θεσμούς του περιβάλλοντος, του επιτρέπει την διαμόρφωση συνθηκών αντιμετώπισης των αρχέγονων γεγονότων της ζωής και ως εκ τούτου και την δημιουργία θετικών επιπτώσεων στην υγεία του. Η κοινωνική υποστήριξη είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ύπαρξη και την ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων του ατόμου. Η κοινωνική υποστήριξη είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, προς αποφυγή της απομόνωσης και περιθωριοποίησής τους αλλά και για την κάλυψη των ποικίλων ψυχολογικών, φυσιολογικών και κοινωνικών αναγκών τους. (Σαρρής, 2001).

Σύμφωνα με την άποψη κοινωνιολόγων, οι κοινωνικές ανάγκες, υπάρχουν για όλους τους ανθρώπους από την αρχή μέχρι το τέλος της ζωής τους και η ικανοποίησή τους εξαρτάται από το επίπεδο οργάνωσης του ψυχο-κοινωνικού περιβάλλοντος.

Η διατήρηση της κοινωνικοποίησης των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι με τον ισχυρότερο κύκλο στενών φίλων, ζούσαν περισσότερα χρόνια σε σύγκριση με εκείνους που είχαν τους λιγότερους φίλους. Το ενδιαφέρον αυτό συμπέρασμα προέκυψε από επιδημιολογική έρευνα που έγινε στην Αυστραλία σε 1500 ηλικιωμένους άνω των 70 ετών. Η παρακολούθηση των συμμετεχόντων διήρκεσε για 10 χρόνια περίπου. Ο στόχος ήταν να διερευνηθεί ο ρόλος των κοινωνικών, οικονομικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων στην υγεία και ποιότητα ζωής.

Όσο και εάν φαίνεται περίεργο, η επιρροή των παιδιών και των συγγενών, είχε μόνο μικρή επίδραση στη επιβίωση των συμμετεχόντων. Αντίθετα αυτοί που είχαν ένα δυνατό δίκτυο φίλων, είχαν 22% χαμηλότερο κίνδυνο θανάτου σε σύγκριση με αυτούς που είχαν πιο στενές σχέσεις με τα παιδιά τους και άλλους συγγενείς. Οι ευεργετικές επιδράσεις του δικτύου φίλων όσων αφορά στην αύξηση της διάρκειας της ζωής, διατηρούνταν καθ όλη την δεκαετία που διήρκεσε η έρευνα. Επίσης τα θετικά παρατηρούνταν ανεξάρτητα από άλλα σοβαρά γεγονότα που πιθανόν να συνέβαιναν όπως για παράδειγμα ο θάνατος του η της συζύγου η κάποιου άλλου μέλους της οικογένειας.

Το ερώτημα που τίθεται είναι, γιατί οι καλοί και στενοί φίλοι επιδρούν τόσο θετικά στην υγεία και ποιότητα ζωής των ανθρώπων;

Σύμφωνα με τους ερευνητές, υπάρχουν σωματικές και ψυχολογικές συνιστώσες στο φαινόμενο. Από σωματικής απόψεως, οι φίλοι ενθαρρύνουν τους ηλικιωμένους να τρώνε καλύτερα, να σταματούν το κάπνισμα, να αποφεύγουν την κατάχρηση αλκοόλ και να ασκούνται περισσότερο.

Υπάρχουν όμως και ψυχολογικές ευεργετικές επιδράσεις των στενών φίλων. Οι άνθρωποι έχουν ανάγκη να νιώθουν ότι είναι συνδεδεμένοι με τους άλλους. Χρειάζονται να νιώθουν ότι η ζωή τους έχει σημασία, ότι έχουν έναν σκοπό. Έτσι το δίκτυο των στενών φίλων, έχει μεγάλο ψυχολογικό αντίκτυπο στους ηλικιωμένους. Ισχυροποιεί το αίσθημα της αυτοπεποίθησης, βελτιώνει την ψυχική διάθεση, απομακρύνει την κατάθλιψη και προσφέρει ενέργεια για την αντιμετώπιση των δύσκολων καιρών. Το πρόβλημα που τίθεται είναι ότι με την αύξηση της ηλικίας ο κίνδυνος απώλειας φίλων για διάφορους λόγους είναι μια οδυνηρή πραγματικότητα.

Είναι λοιπόν απαραίτητο να δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για τους ηλικιωμένους να δημιουργούν νέες φιλίες και να συντηρούν συνεχώς τους ήδη υπάρχοντες δεσμούς τους. Παράλληλα η κοινωνία, στο σύνολό της αλλά και ο καθένας μας ξεχωριστά, πρέπει να συμβάλλουμε και να βοηθάμε τους ηλικιωμένους για να μπορούν να έχουν και να διατηρούν το κοινωνικό δίκτυο φίλων τους.

Είναι γενικότερα ένα κίνητρο που ωθεί τους ηλικιωμένους να αναζητούν καλύτερη ιατρική φροντίδα

Ενθαρρύνουν τους ηλικιωμένους να υιοθετούν έναν υγιή τρόπο ζωής όπως περισσότερο περπάτημα, αποφυγή του καπνίσματος και καλύτερη διατροφή. Η αποδοχή της έκφρασης και των αισθημάτων αγάπης από τους άλλους, ενδυναμώνει το ανοσολογικό σύστημα των ηλικιωμένων που με την σειρά του μπορεί καλύτερα να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις διαφόρων ασθενειών. Είναι μια πρακτική βοήθεια όταν είναι αναγκαία, για τις καθημερινές δουλειές στο σπίτι, για την μεταφορά κάπου και για άλλες ανάγκες της καθημερινής ζωής.

1.8. Η ανάγκη για καλή ποιότητα ζωής

Ως πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο ο όρος ποιότητα ζωής εμπεριέχει τόσο τους αντικειμενικούς και κοινωνικούς δείκτες της ανθρώπινης ανάπτυξης και κοινωνικής ευημερίας, όσο και τους υποκειμενικούς και ατομικούς δείκτες της σωματικής και ψυχοκοινωνικής ευεξίας. Οι δείκτες αυτοί σήμερα είναι σε θέση να αποτυπώσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το σύγχρονο κοινωνικό, οικονομικό και πολιτιστικό γίνεσθαι στις περισσότερες, αν όχι σε όλες, τις εκφάνσεις του και με αυτή την έννοια να αποτελέσουν τα βασικά πλέον μεθοδολογικά εργαλεία εκτίμησης της ανθρώπινης ανάπτυξης και της ποιότητας ζωής.

Η υγεία αποτελεί το αγαθό εκείνο που συνδυάζει την απουσία νόσου ή αναπηρίας με την ταυτόχρονη σωματική και συναισθηματική ευεξία του ατόμου. Η ποιότητα ζωής ταυτίζεται με μια κατάσταση ευτυχίας, η οποία συντίθεται από την ισορροπία των παρακάτω παραμέτρων: την λειτουργική κατάσταση του ατόμου, τα φυσικά του συμπτώματα, τον συναισθηματικό του κόσμο, την πληρότητα των γνωστικών λειτουργιών του και τέλος, από την ύπαρξη και διατήρηση των κοινωνικών του σχέσεων. Οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας είναι οι πιο ευάλωτοι σε καταστάσεις που διαταράσσουν την ισορροπία αυτών των παραμέτρων. Ουσιαστικά οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν ίδια προβλήματα με τους φοιτητές!

Συχνά, είναι κοινωνικά απομονωμένοι, όπως και οι φοιτητές-όταν από το περιβάλλον του σχολείου εισέρχονται στον άγνωστο κόσμο του πανεπιστημίου. Ο ρόλος που είχαν για το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους ως ενήλικες έχει αλλάξει ριζικά. Έχουν υποστεί μια άλλη μεταμόρφωση 50 χρόνια μετά την πρώτη. Η κοινωνία λέει ότι έχουν γεράσει. Μπορεί να τους λείπουν τα χρήματα για να κάνουν τα πράγματα που έκαναν παλιότερα ή που θα ήθελαν να κάνουν. Αλλά αντίθετα από τους φοιτητές, τώρα πλέον είναι αδύναμοι και σωματικά. Μπορεί επιπροσθέτως να πάσχουν και από κάποια άλλη νόσο ή να υποφέρουν συνεχώς από πόνους.

Τέλος στον σύγχρονο δυτικό κόσμο, η ταμπέλα ηλικιωμένος φέρνει μαζί της και αρκετές αρνητικές συνέπειες. Οι προσδοκίες που δείχνει να έχει από αυτούς η κοινωνία είναι απαράδεκτα αρνητικές. Δεν αποδίδουν πλέον εργασιακά, δεν παράγουν νέα γνώση και

ουσιαστικά διαχειρίζονται τεράστια κονδύλια (πρόνοια, υγεία, ασφάλιση) για να παραμείνουν σε μια εύθραυστη κατάσταση υγείας και με σχετικά καλή ποιότητα ζωής.

Οι ρόλοι που έπαιζαν οι ηλικιωμένοι σε μια πιο σταθερή και γεωργική κοινωνία έχουν σχεδόν εξαφανιστεί. Ο πλούτος της εμπειρίας τους θεωρείται χωρίς ιδιαίτερη σημασία σε έναν κόσμο που αλλάζει με γοργούς ρυθμούς και έχει πνιγεί από την κουλτούρα της νεότητας και την σύγχρονη κοινωνία της πληροφορικής. Η οικογένεια πλέον έχει διασκορπιστεί σε διάφορα σημεία της γης, με αποτέλεσμα ο ιστός της κοινότητας στην οποία άνηκαν να χαλάει και να σκίζεται.

Εδώ βέβαια πρέπει να τονιστεί η διαφορετικότητα της ελληνικής πραγματικότητας. Οι ηλικιωμένοι στον τόπο μας, έχουν ακόμα σημαντικό ρόλο στην ανατροφή των εγγονιών τους. Η αγάπη και η μεταλαμπάδευση των εμπειριών τους προς την νεότερη γενιά, αποτελεί για τα ελληνικά πρότυπα της σύγχρονης οικογένειας θεμιτή διαδικασία. Αυτή είναι ίσως και η αιτία που δεν υπάρχει κοινωνική πίεση προς την δημιουργία προηγμένων συστημάτων κοινωνικής υπηρεσίας για τα παιδιά και τους ηλικιωμένους, στον τόπο μας. Η αρχέγονη οικογενειακή δομή (παππούς, πατέρας, υιός) στην πλειονότητα της ελληνικής κοινωνίας παραμένει σε «λειτουργία» (Ραφτόπουλος, 2009).

Τα φυσικά του συμπτώματα

Σήμερα όσων αφορά την Τρίτη ηλικία αναγνωρίζονται κάποια συγκεκριμένα νοσήματα και καταστάσεις υγείας που σχετίζονται με τη άνοια και τη κατάθλιψη. Αυτά είναι: η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι αβιταμινώσεις και η εξ αυτών αναιμία, τα νοσήματα του κυκλοφοριακού συστήματος, τα νοσήματα του νευρικού συστήματος, οι νεοπλασίες και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος.

Το συναίσθημα και την γνωστική του κατάσταση

Τα χρόνια σωματικά νοσήματα επηρεάζουν την εκδήλωση νευροψυχιατρικών νοσημάτων. Πιο συγκεκριμένα από διαταραχές του συναισθήματος βρέθηκε να πάσχει το 29,9 % των γυναικών και το 19,9 % των ανδρών.

Από τα συχνότερα νοσήματα που απαντώνται και μειώνουν την ποιότητα ζωής τους είναι η άνοια και η κατάθλιψη. Και οι αριθμοί επιβεβαιώνουν ότι οι ηλικιωμένοι είναι ευάλωτοι. Η κατάθλιψη είναι πιο συχνή σε αυτή την ομάδα απ ό τι σε οποιαδήποτε άλλη. Υπάρχουν αναφορές ότι το 5-15% των ελεγμένων διεξοδικά με άνοια ασθενών, σε επανέλεγχο εμφανίζουν κατάθλιψη και αντίστροφα οι μισοί ηλικιωμένοι με καταθλιπτική ψευδοάνοια, εμφανίζουν τελικά άνοια σε κατοπινό έλεγχο 18. Οι ασθενείς με κατάθλιψη αναμένεται να παρουσιάσουν και μειωμένη λειτουργικότητα, αφού σύμφωνα με το ICD-1019 η απώλεια ενδιαφέροντος και η αυξημένη κόπωση είναι από τα πρώτα συμπτώματα που την χαρακτηρίζουν. Το υψηλό ποσοστό κατάθλιψης που παρουσιάζεται στο γηροκομείο μπορεί να εξηγηθεί από την έλλειψη αφ ενός, και τον ιδρυματισμό των ηλικιωμένων αφετέρου. Ως συνυπεύθυνος παράγοντας επίσης για το υψηλό ποσοστό της κατάθλιψης 68,7% μπορεί να θεωρηθεί η χηρεία, όλοι οι τρόφιμοι του γηροκομείου είναι χήροι/ες, γεγονός που από μόνο του αποτελεί αίτιο κατάθλιψης.

Η γνωστική κατάσταση κατά τον έλεγχο μεγάλου αριθμού ηλικιωμένων βρέθηκε διαταραγμένη στο 39,7% αυτών. Οι παράγοντες που φάνηκε ότι επηρεάζουν την εμφάνιση γνωστικών διαταραχών στους ηλικιωμένους είναι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η μοναξιά και τα σωματικά νοσήματα που ήδη διαδράμουν στη ζωή τους.

Την λειτουργική κατάσταση του ανθρώπου

Οι ηλικιωμένοι με διαταραχές συναισθήματος εκτός της συχνά συνυπάρχουσας κατάθλιψης, παρουσιάζουν συχνότατα επηρεασμένη και την λειτουργική τους κατάσταση. Ο συσχετισμός της λειτουργικής κατάστασης των ηλικιωμένων με την κοινωνική τους κατάσταση έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι που είναι κοινωνικά απομονωμένοι έχουν επηρεασμένη την λειτουργική τους ικανότητα περισσότερο από τους ηλικιωμένους χωρίς κοινωνική απομόνωση (62,6% και 52,9% αντίστοιχα).

Όλες οι παραπάνω παράμετροι, επιδρούν στην λειτουργικότητα του ηλικιωμένου η οποία βρέθηκε ελαττωμένη στο 57% των ηλικιωμένων, οι οποίοι κατά κανόνα ζουν χωρίς οικογενειακή στήριξη.

Την κοινωνική του κατάσταση

Από την σχέση οικογενειακή κατάσταση και κοινωνική απομόνωση γνωρίζουμε ότι το φαινόμενο της κοινωνικής απομόνωσης απαντάται πολύ συχνότερα στους χήρους από ότι στους παντρεμένους (33,8% και 66,2%).

Τι θα πρέπει να αλλάξει και τι να προσεχθεί;

Η κοινωνική ένταξη των ηλικιωμένων μέσα από την συνοχή που παρέχει η κοινωνία των πληροφοριών. Οι νέες τεχνολογίες πληροφόρησης και επικοινωνιών ελαχιστοποιούν τις αποστάσεις και βελτιώνουν την πρόσβαση στην πληροφορία και τις υπηρεσίες. Η κοινωνία των πληροφοριών μπορεί να ενισχύσει την κοινωνική συνοχή και να διευρύνει την ικανότητα πλήρους συμμετοχής των πολιτών σε κάθε τομέα της κοινωνικής και οικονομικής ζωής και να αξιοποιηθεί για την δημιουργία μιας περιεκτικής κοινωνίας. Η κοινωνία των πληροφοριών πρέπει να είναι στην υπηρεσία των ανθρώπων και να αξιοποιείται από αυτούς για την άντληση όλης της ισχύος που έχει στον πυρήνα της η πληροφορία. Είναι φυσικό λοιπόν να μην νοείται κοινωνία των πληροφοριών χωρίς τις έννοιες της δημοκρατίας, των ίσων ευκαιριών μεταξύ ανδρών και γυναικών-οποιασδήποτε ηλικίας και κοινωνικής στρωμάτωσης.

Στον τομέα της υγείας, οι νέες τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών βελτιώνουν την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες, παρέχοντας την δυνατότητα διεκπεραίωσης δραστηριοτήτων από το σπίτι όπως η τηλεργασία η εξ αποστάσεως εκμάθηση, αλλά και η χρήση εναλλακτικών μορφών επικοινωνίας και παρουσίασης των πληροφοριών. Έτσι, διευκολύνουν την ανεξάρτητη διαβίωση τους εντός της κοινότητας, την πρόσβασή τους και την συμμετοχή τους στο συνολικό κοινωνικό-οικονομικό γίγνεσθαι.

Τέλος, διευκολύνουν την πρόσβαση στην ιατρική και κοινωνική φροντίδα και σε άλλες υπηρεσίες υποστήριξης. Η εισαγωγή των νέων τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνίας στον τομέα της υγείας και ιδιαίτερα η εισαγωγή της τηλεματικής διευκολύνει την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας, βελτιώνει την ποιότητα των ιατρικών διαγνώσεων και της υγιεινής και διασφαλίζει την παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε αραιοκατοικημένες και απομακρυσμένες περιοχές. (Αθανασοπούλου Μ., και συν, 2010),

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΠΟΥ ΕΠΕΡΧΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΑΣΜΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΛΛΟΥΝ ΓΕΝΙΚΟΤΕΡΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1. Κυτταρικό επίπεδο

Ο αξιοσημείωτος βαθμός συνέχειας στο προσδόκιμο επιβίωσης που εμφανίζουν τα θηλαστικά είδη έδωσε ώθηση στην ανάπτυξη προγραμματισμένων θεωριών γήρανσης. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας ήταν η κατάδειξη του ορίου του Hayflick. Το φαινόμενο αυτό παρατηρείτε σε φυσιολογικά ανθρώπινα κύτταρα μετά από συγκεκριμένο αριθμό εργαστηριακών καλλιιεργειών, χαρακτηριστικών για το είδος των κυττάρων. Τα κύτταρα υφίστανται μια μη αναστρέψιμη διακοπή της μίτωσης και εισέρχονται σε μια κατάσταση αδυναμίας διαίρεσης, γνωστή ως γήρανση αναδιπλασιασμού. Η γήρανση αναδιπλασιασμού δεν εξαρτάται από τις συνθήκες των καλλιιεργειών, ενώ κύτταρα που προέρχονται από ιστούς όγκων η καλλιιεργείες που έχουν μετασηματιστεί *in vitro* δεν εμφανίζουν τέτοια εικόνα πεπερασμένης αύξησης. Ενδιαφέρον είναι ότι οι αποικίες κυττάρων που καλλιιεργούνται από άτομα με κληρονομούμενο σύνδρομο πρόωρης γήρανσης (σύνδρομο Werner και Hutchinson-Gilford), τα οποία χαρακτηρίζονται από την πρόωμη εμφάνιση σημείων και συμπτωμάτων γήρανσης και μια πολύ μικρή διάρκεια ζωής, εμφανίζουν επίσης πολλά χαρακτηριστικά πρόωρης γήρανσης *in vitro*, με σημαντικά λιγότερους αναδιπλασιασμούς των κυτταρικών πληθυσμών.(Marshall S. Runge, M. Andrew Greganti, 2009)

- Αλλαγές στις δομές του κυτταρικού DNA: εκφύλιση των ενδοκυττάρων οργανιδίων.

- Νευρωνική εκφύλιση του ΚΝΣ κυρίως άνω πρόσθια κεντρική κροταφική έλικα.
- Πυρήνες εγκεφαλικού στελέχους σταθεροί.
- Αλλαγές στον αριθμό και την ευαισθησία των υποδοχέων.
- Αύξηση κολλαγόνου μεταξύ των κυττάρων.
- Απώλεια τελομεριδίων.
- Μεταλλάξεις μιτοχονδριακού DNA.

2.2. Μυοσκελετικό σύστημα

Εκτός από τις δυσκολίες στο πλύσιμο, το ντύσιμο και τις άλλες δραστηριότητες φροντίδας του εαυτού, οι παραμορφώσεις των χεριών μπορεί να εμποδίζουν την κινητικότητα σε ευπαθείς ηλικιωμένους. Οι πολύ ηλικιωμένοι με αστάθεια θέσεις και πολλαπλά παθολογικά προβλήματα μπορεί να χρειάζονται να στηρίζονται σε έπιπλα η σταθερά σημεία η να χρησιμοποιούν κάποιο βοήθημα για να περπατούν. Αν δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα χέρια τους, είτε να τα κρατήσουν ανοιχτά σε μία επιφάνεια για υποστήριξη είτε για να κρατήσουν ένα κάγκελο η ένα μαστούνη η ένα πλαίσιο στήριξης, η ικανότητα στήριξης μπορεί να περιοριστεί και η αναπηρία να επιδεινωθεί. Παθήσεις των αρθρώσεων, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, μπορεί να καταλήξουν σε σοβαρές παραμορφώσεις των χεριών, αλλά παρ όλα αυτά οι πάσχοντες διατηρούν συχνά ένα εκπληκτικό εύρος λειτουργικών ικανοτήτων. Μπορεί να απαιτούνται κατάλληλα προσαρμοσμένες και ειδικά διαμορφωμένες λαβές και βοηθήματα βάδισης όπως για τα μαχαιροπίρουνα.

Οι συρρικνώσεις της παλαμιαίας απονεύρωσης, η συρρίκνωση dupuytren, μπορεί να αφήσει τα άτομα ανίκανα να κρατήσουν οποιοδήποτε βοήθημα βάδισης η να τραφούν από μόνοι τους. Κάποια άτομα υποβάλλονται σε χειρουργείο για να διορθώσουν τις συρρικνώσεις, αλλά συχνά η πάθηση περνά απαρατήρητη μέχρι που η παραμόρφωση δεν επιδέχεται πλέον διόρθωσης. Προκαλλεί μόνιμη κάμψη των μετακαρπιοφαλαγγικών αρθρώσεων και τελικά, του καρπού. Καθίσταται αδύνατο για τα άτομα να εκτείνουν τα χέρια τους, να στηριχτούν σε έπιπλα, να φέρουν τα δάχτυλά τους γύρω από τις λαβές ενός βοηθήματος βάδισης, να κρατήσουν κάγκελα η να βγάλουν τα εσώρουχά τους. Μπορεί να προκαλλεί μεγάλη αναπηρία όταν συμβαίνει αμφοτερόπλευρα. (Kate Woodhead, Paul Wicker, 2005).

Όσον αφορά τα πόδια, ο πόνος και οι παραμορφώσεις αποτελούν πολύ κοινά προβλήματα για τους ηλικιωμένους και μπορεί να επιφέρουν πολύ σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής τους. Όταν τα προβλήματα αυτά αντιμετωπιστούν επιτυχώς, η ανακούφιση από τον πόνο μπορεί να διευκολύνει την αποκατάσταση του ατόμου από χρόνιες παθήσεις και άλλες αναπηρίες. Τα συνήθη προβλήματα του ποδιού του ηλικιωμένου περιλαμβάνουν την ξηροδερμία, τους κάλους, τους τύλους, τα προβλήματα των νυχιών του ποδιού, τις μυκητιασικές λοιμώξεις και τα χίμετλα. Οι φυσιολογικές αλλαγές της γήρανσης αυξάνονται συχνά από την ανεπαρκή φροντίδα και περιποίηση του ποδιού, τα μηχανικά αίτια και τις λοιμώξεις σε συνδυασμό με τα συστηματικά νοσήματα όπως είναι ο διαβήτης, η αγγειακή νόσος και η αρθρίτιδα. (Marshall S. Runge, M. Andrew Greganti, 2009)

Πιο επιγραμματικά επίσης έχουμε:

- Μειώνεται το ύψος κατά δύο εκατοστά εξαιτίας της βράχυνσης της σπονδυλικής στήλης και στα δύο φύλα, μεταξύ 2^{ης} και 7^{ης} δεκαετίας.
- Μειώνεται η αμιγής μυϊκή μάζα και η μυϊκή ισχύς.
- Αυξάνεται το βάθος της θωρακικής κοιλότητας.
- Αυξάνεται ο λιπώδης ιστός. Ελαττώνεται η μεσοκυττάρια ουσία με αποτέλεσμα την οστεοπόρωση.
- Φθείρονται οι επιφάνειες των αρθρικών χόνδρων με κίνδυνο την ανάπτυξη οστεοαρθρίτιδας.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

1. Ενθάρρυνση για φυσική δραστηριότητα, της οποίας η ένταση θα αυξάνεται μέσα σε μια σχεδιασμένη χρονική περίοδο.
2. Συνέχιση του σχήματος ασκήσεων που άρχισε στην φυσικοθεραπεία.
3. Εξακολούθηση βοήθειας για κίνηση του αρρώστου: δεκανίκια, μπαστούνι, περιπατητής ή κορσές ανάλογα με τις ανάγκες του.
4. Διδασκαλία τρόπων για αποφυγή πιθανής πτώσης ή τραυματισμού, καλής μηχανικής του σώματος και αποφυγής άρσης βαριών αντικειμένων.
5. Δίαιτα με άφθονο λεύκωμα, ασβέστιο, φώσφορο, βιταμίνες και άλατα.

6. Ορμονοθεραπεία που γίνεται μόνο μετά από προσεκτική εκτίμηση της κατάστασης υγείας του κάθε ατόμου.
7. Παρακολούθηση και ενημέρωση αρρώστου για αιμορραγία από τον κόλπο, που μπορεί να συμβεί σε οιστρογονοθεραπεία. Άμεση αναφορά της.
8. Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης αρρώστου. Ευκαιρίες για εξωτερίκευση των συναισθημάτων του.
9. Το σχέδιο εξόδου περιλαμβάνει πληροφόρηση που αφορά την φαρμακευτική, διαιτητική και άλλη αγωγή που θα συνεχίσει στο σπίτι του. Παραπομπή σε υπηρεσίες της κοινότητας.

2.3. Ουροποιητικό σύστημα

Οι διαταραχές της ούρησης γίνονται όλο και περισσότερο κοινές με την ηλικία. Εντούτοις δεν είναι μόνο η γήρανση που προκαλεί την ακράτεια. Είναι συνήθως ένας συνδυασμός εξασθένησης της λειτουργίας της κύστης και ποικίλων επιταχυντικών παραγόντων που ανατρέπουν συχνά μια λεπτή ισορροπία και προκαλούν αληθή ακράτεια. Η χωρητικότητα της κύστης μειώνεται με την ηλικία, αυξάνοντας με αυτόν τον τρόπο την συχνότητα της ούρησης. Η ουρηθρική πίεση εξόδου μειώνεται στις γυναίκες.

Η λειτουργικότητα και ο βαθμός των μεταβολών του ουροποιητικού συστήματος στην Τρίτη ηλικία γενικότερα συμβάλλει αποφασιστικά στο επίπεδο της ποιότητας της ζωής των υπερηλίκων.(Resnick 1996).

Αλλαγές στο ουροποιητικό σύστημα:

- Ο ρυθμός της σπειραματικής διηθήσεως μειώνεται.
- Μειώνεται η λειτουργική ικανότητα και προσαρμοστικότητα των νεφρών.
- Μειώνεται η αιμάτωση των νεφρών. Αυτό οφείλεται στην μείωση της καρδιακής παροχής και στην αύξηση της περιφερικής αντίστασης.
- Μειώνεται η διηθητική συχνότητα και σωληναριακή λειτουργία των νεφρών.
- Η νεφρική και αιματική λειτουργία μειώνονται.

2.4. Αισθητηριακό σύστημα

Οι ηλικιωμένοι ενήλικες βιώνουν διάφορες αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία ως προς τις πέντε αισθήσεις. Μία ποικιλία δομικών αλλαγών προκαλούν μείωση της οπτικής οξύτητας, η διάκριση των χρωμάτων γίνεται λιγότερο οξεία, το μέγεθος της κόρης και η ικανότητα σύσπασης μειώνεται και η περιφερική όραση ελαττώνεται. Οι φακοί των ματιών γίνονται κίτρινοι και προδιαθέτουν καταρράκτη ο ηλικιωμένος ενήλικας είναι σε αυξημένο κίνδυνο για γλαύκωμα, μία ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζεται από αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης. Εξαιτίας των φυσιολογικών αυτών αλλαγών αλλά και της αυξημένης πιθανότητας για ασθένεια, μια βασική οφθαλμολογική εξέταση πρέπει να πραγματοποιείται ετησίως. Η θέση του νοσηλευτή είναι να ενημερώνει τον ηλικιωμένο για την επικινδυνότητα αυτής της αλλαγής και να του υπενθυμίζει τον καθορισμένο του ετήσιο έλεγχο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την διατήρηση της ασφάλειάς του (Edelman, Mandle 2009).

Τα ελλείμματα ακοής είναι συχνά στην ηλικιωμένη ηλικία, ως αποτέλεσμα ατροφίας του εσωτερικού αυτιού ή σκλήρυνση της τυμπανικής μεμβράνης. Ο ουδός του ήχου αλλάζει, με μια συνδεδεμένη δυσκολία να κατανοήσουν τι λένε οι άλλοι. Παρόμοια με τις αλλαγές με τους οφθαλμούς, οι αλλαγές στην ακοή και ο υψηλός κίνδυνος για παθολογία υποδηλώνει ότι οι ηλικιωμένοι πρέπει να αρχίσουν την τακτική δειγματοληψία και τον καθαρισμό αυτιών, πρώιμα σε αυτό το στάδιο της ζωής. Ο νοσηλευτής συστήνει τον ακουολόγο αλλά και εξετάσεις που πρέπει να πραγματοποιηθούν τουλάχιστον ετησίως. Τα ακουστικά είναι μία ικανοποιητική λύση για να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους να ακούν αποτελεσματικά και να μην περιθωριοποιούνται (Wallhagen και Strawbridge 2003).

Η γεύση αλλάζει με τη γήρανση εξαιτίας της απώλειας των γευστικών καλύκων. Οι γεύσεις του γλυκού και του πικρού, του ξινού και του αλμυρού αλλοιώνονται με αυτή την απώλεια. Οι αισθήσεις που προέρχονται από το άγγιγμα μπορεί επίσης να μειώνονται με τις απώλειες των αισθητικών νεύρων, ιδιαίτερα με την παρουσία νόσων όπως ο διαβήτης, το εγκεφαλικό ή η νόσος του Parkinson. Η ικανότητα της οσμής και η οξύτητα του οσφρητικού νεύρου επίσης μειώνονται με την ηλικία. Εξαιτίας της απώλειας της οσμής και της αίσθησης της γεύσης, οι ηλικιωμένοι ενήλικες έχουν την τάση να χρησιμοποιούν υψηλά ποσά άλατος και ζάχαρης στο φαγητό τους. Η θέση του νοσηλευτή και εδώ είναι η διδασκαλία. Ενημερώνει για ασφαλές μαγείρεμα, έλεγχο συσκευασιών φαγητού και αποφυγή κάποιων

τροφίμων που λόγω ηλικίας δεν θεωρούνται ασφαλή και μπορούν να οδηγήσουν σε παθολογική κατάσταση (Greater Food Safety 2002).

Αλλαγές δέρματος συμβαίνουν, με αυτό να γίνεται λεπτότερο, ρυτιδωμένο και πιο εύθραυστο. Αν και ο ιδρώτας μειώνεται και τα τραύματα χρειάζονται περισσότερο χρόνο για επούλωση, το δέρμα παραμένει ικανό να αισθάνεται και να εκτελεί τον προστατευτικό του ρόλο. Χρόνια νοσήματα, όμως, μπορούν να θέσουν το άτομο σε κίνδυνο για μειωμένη αίσθηση σε όλο το σώμα. Νευροπάθειες, για παράδειγμα, διακόπτουν την ικανότητα να αισθάνεται άλγος και πίεση διαμέσου του δέρματος. Αυτή η έλλειψη αίσθησης μπορεί να απειλήσει την ασφάλεια. Ο νοσηλευτής ενημερώνει για προστασία εντός του σπιτιού όπως: πληροφορίες σχετικά με το μαγείρεμα σε ένα ζεστό φούρνο αλλά και για το μπάνιο με ζεστό νερό για προφύλαξη εγκαυμάτων. Επίσης, κάνει συχνή εξέταση του ηλικιωμένου για να εντοπίσει σε πρώιμο στάδιο την τροποποίηση της ακεραιότητας του δέρματος (Edelman, Mandle 2009).

2.5. Νευρικό σύστημα

Η πολυπλοκότητα της δομής και της λειτουργίας του νευρικού συστήματος κάνει δύσκολη την διατύπωση μιας περιεκτικής απόψεως που έχει σχέση με την διεργασία του γήρατος. Μερικές αλλαγές που παρατηρούνται είναι η προοδευτική ατροφία των μηνίγγων που περιβάλλουν τον εγκέφαλο με αποτέλεσμα να διευρύνονται και να γίνονται πιο βαθιά τα διαστήματα μεταξύ των μηνίγγων, η μείωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου, η επιβράδυνση των αντιδράσεων. Το άτομο έτσι χρειάζεται περισσότερο χρόνο να πάρει μια απόφαση, η προοδευτική μείωση της μνήμης και ειδικότερα της πρόσφατης μνήμης και η αλλαγή στην προσωπικότητα, αυτό φαίνεται να έχει σχέση με την αιμάτωση του εγκεφάλου, καθώς και με τις αλλαγές στο νευρικό σύστημα (Royden Jones, 2010).

- Άλλες αλλαγές που γίνονται στο νευρικό σύστημα είναι:
- Ο δείκτης ευφυΐας παραμένει σταθερός μέχρι τα 80.
- Η λεκτική ικανότητα παραμένει.
- Η ψυχοκινητική δυνατότητα μειώνεται.
- Η εκμάθηση νέου υλικού επιβραδύνεται, ενώ εξακολουθεί να υπάρχει πλήρης μάθηση-μνήμη.

- Μετατόπιση προσοχής με δυσκολία.
- Ικανότητα κωδικοποίησης μειωμένη.
- Δυνατότητα αναγνώρισεως σωστής απαντήσεως παραμένει άθικτη.
- Ανάκληση μειωμένη.

ΕΙΔΙΚΑ:

- Μειώνεται η νορεπινεφρίνη του ΚΝΣ.
- Αυξάνονται η ΜΑΟ και η σεροτονίνη στον εγκέφαλο.
- Μειωμένο βάρος εγκεφάλου κατά 17% και στα δύο φύλα.
- Αυξημένο εύρος αυλάκων, οι έλικες μικραίνουν και ατροφούν.
- Αυξημένος ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός.
- Μειωμένη η αιματική ροή του εγκεφάλου.
- Μειωμένη η οξυγόνωση του εγκεφάλου.

2.6. Γαστρεντερικό σύστημα

Τα γαστρεντερικά προβλήματα είναι πολύ συχνά στην Τρίτη ηλικία και στην πλειονότητα είναι λειτουργικά παρά οργανικά. Είναι δύσκολο όμως μερικές φορές να γίνει διάκριση λειτουργικών-οργανικών εξ αρχής, διότι οι ιατρικές εξετάσεις ταλαιπωρούν τους γέροντες και όσο το δυνατόν πρέπει να είναι περιορισμένης εκτάσεως. Επιβαρύνεται η λειτουργία του πεπτικού συστήματος με την απώλεια των δοντιών, την μείωση της ικανότητας της κατάποσης και την μείωση των πεπτικών υγρών και ενζύμων. Μειώνεται η ικανότητα για την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών και των αλάτων. Μειώνεται η κινητικότητα του στομάχου και εμφανίζεται χάλαση των τοιχωμάτων του. Μειώνεται η περίσταση του πεπτικού σωλήνα, αυτό οφείλεται στην γενική αδυναμία των μυών. Η δυσκοιλιότητα αποτελεί μόνιμο ενόχλημα και μπορεί να οδηγήσει και σε αποφρακτικό ειλεό. Υπολογίζεται ότι το 60% αυτών που έχουν συμπτώματα απ γαστρεντερικό στην Τρίτη ηλικία είναι λειτουργικής φύσεως (Donna D. Ignatavicius, M. Linda Workman, 2008).

Μετά την ηλικία των 45 χρόνων στο 7% του πληθυσμού επισυμβαίνει κάποιο οξύ γαστρεντερικό επεισόδιο κάθε χρόνο όπως είναι :

- Η απλή δυσκοιλιότητα
- Η ψευδοδιάρρεια
- Η εκκολπωμάτωση
- Η διαφραγματοκήλη
- Η οισοφαγίτιδα
- Η ατροφική γαστρίτις
- Η δυσφαγία-δυσκαταποσία
- Πεπτικό έλκος
- Οξεία παγκρεατίτιδα
- Χολολιθίαση

Επίσης έχουμε :

- Μείωση αιματικής ροής του ήπατος και της χοληδόχου κύστεως.
- Μείωση ροής σιέλου.
- Μεταβολή απορροφήσεως από το γαστρεντερικό σύστημα.

2.7. Αναπνευστικό σύστημα

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την αναπνοή στα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να είναι οργανικοί, ψυχοκοινωνικοί αλλά και περιβαλλοντικοί. Είναι δύσκολο να αξιολογηθούν οι φυσιολογικές διεργασίες της γήρανσης, καθώς ελάχιστοι πνεύμονες είναι ελεύθεροι παθοφυσιολογικών ή περιβαντολλογικών αλλαγών. Ωστόσο, οι πιο γερασμένοι πνεύμονες είναι γνωστό πως έχουν χάσει πολύ από την πρωτεΐνη ελαστίνη, η οποία είναι απαραίτητη για την διατήρηση της βατότητας των αεραγωγών. Ως συνέπεια αυτού, οι πνεύμονες γίνονται λιγότερο ενδοτικοί, κάτι που αυξάνει την αντίσταση των αεραγωγών. Η απώλεια της ελαστικότητας μπορεί να καταλήξει κυψελιδικό υποαερισμό, προκαλώντας αντιστοιχία αερισμού – αιμάτωσης (Camhi & Enright 2000).

Κατά την διάρκεια μιας μέρας 8000 λίτρα αέρα εισπνέονται και εκπνέονται από κάθε άτομο. Η ακεραιότητα λοιπόν του αναπνευστικού συστήματος και η λειτουργική του

επάρκεια, πρέπει να βρίσκονται σε ικανοποιητικά επίπεδα, πράγμα που στο γήρας δεν είναι πάντα εξασφαλισμένο. Η αδυναμία των αναπνευστικών μυών, η αυξημένη συχνότητα της χρόνιας αποφρακτικής νόσου των πνευμόνων, του καρκίνου του πνεύμονα και των πνευμονικών λοιμώξεων, επιδεινώνουν την αναπνευστική ικανότητα στην Τρίτη ηλικία και συμβάλει στην κακή ποιότητα της ζωής τους με αποτέλεσμα να μειώνονται κατά πολύ η ήδη μειωμένες δραστηριότητές τους.

Οι σωματικοί και οι κοινωνικοί αλλά και οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες έχουν επίσης επιπτώσεις στην ψυχολογική κατάσταση του ηλικιωμένου. Οι χρόνιες αναπνευστικές παθήσεις μπορεί να καταβάλλουν το άτομο, κάτι που ίσως επηρεάσει την ψυχολογική κατάστασή του, προκαλώντας αισθήματα ανικανότητας και κατάθλιψης. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις πως η αυξημένη φυσική δραστηριότητα βοηθά στην μείωση της πιθανότητας εισαγωγής στο νοσοκομείο. Σε μια προοπτική μελέτη 340 ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, αναφέρθηκε μείωση κατά 46% στις εισαγωγές στο νοσοκομείο για τους ασθενείς με τα υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας (Garcia – Aymerich et al. 2003)

- Μείωση ζωτικής χωρητικότητας.
- Μείωση της ελαστικότητας των βρόγχων
- Μείωση της διάχυσης του οξυγόνου
- Μείωση του ποσού του αίματος που κυκλοφορεί στους πνεύμονες
- Μείωση της ανοσοσφαιρίνης στην επιφάνεια του αναπνευστικού βλεννογόνου.
- Μείωση του αντανακλαστικού του βήχα.
- Μείωση της δραστηριότητας του βρογχικού κροσσωτού επιθηλίου.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Σε αυτές τις περιπτώσεις ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι περισσότερο εκπαιδευτής παρά φροντιστής.

- Θα πρέπει να παροτρύνει τον ηλικιωμένο να προσπαθήσει να βάλει στην ζωή του μια έστω και μικρή σωματική άσκηση που θα τον βοηθάει με τις αναπνοές του.

- Θα πρέπει να αναφέρει στον ηλικιωμένο ότι θα πρέπει σε ετήσια βάση να γίνεται και το αντιγριπικό εμβόλιο για προληπτικούς λόγους.
- Θα πρέπει κάθε φορά να τονίζει τις βλαπτικές ιδιότητες του τσιγάρου και τα οφέλη που θα έχει η διακοπή του καπνίσματος στην ποιότητα της ζωής τους.
- Βελτίωση ανοχής δραστηριότητας με σχεδιασμό προγράμματος άσκησης.
- Διδασκαλία του αρρώστου να αποφεύγει βρογχικά ερεθίσματα, ακραίες θερμοκρασίες και καπνούς.

2.8. Ενδοκρινικό σύστημα

Οι ενδοκρινικές διαταραχές προκύπτουν λόγω των προβλημάτων των αδένων του ενδοκρινικού συστήματος. Μερικά από τα πιο κοινά προβλήματα είναι με το πάγκρεας η με την υπόφυση, το θυρεοειδή , η τα επινεφρίδια. Πιο συγκεκριμένα είδη και αιτίες των ενδοκρινικών διαταραχών περιλαμβάνουν:

1. Την ακρομεγαλία η οποία προκαλείτε από μια υπερπαραγωγή της αυξητικής ορμόνης και της προλακτίνης, που προκύπτουν από βλάβη στην υπόφυση.
2. Την νόσο του Addison και του συνδρόμου Cushing οι οποίες νόσοι σχετίζονται με αλλαγές που γίνονται στα επίπεδα των ορμονών που παράγονται από τα επινεφρίδια.
3. Ο σακχαρώδης διαβήτης ο οποίος οφείλεται στην λάθος η μη παραγωγή ινσουλίνης του παγκρέατος
4. Περιβαλλοντικοί και θρεπτικοί παράγοντες, σαν την έλλειψη του ιωδίου σε υποθυρεοειδισμό που μπορεί να επηρεάσει την παραγωγή ορμονών.
5. Γενετικοί παράγοντες, όπως είναι η αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα, ή η θυρεοειδίτιδα του hashimoto.
6. Ο υπερθυρεοειδισμός, ο υποθυρεοειδισμός και η νόσος του graves .

Τέλος, ενώ πολλές ενδοκρινικές διαταραχές μπορεί να είναι κληρονομικές η να οφείλονται σε άγνωστους λόγους, μερικές μπορεί να σχετίζονται και με τον τρόπο ζωής του ατόμου. Πχ μπορεί κάποιος να είναι σε θέση να μειώσει των κίνδυνο ορισμένων ενδοκρινικών διαταραχών όπως είναι ο υποθυρεοειδισμός, τρώγοντας μια ισορροπημένη και υγιεινή διατροφή, η απλά ζώντας; Έναν υγιεινό τρόπο ζωής στον οποίο φυσικά να περιλαμβάνεται και η σωματική δραστηριότητα. (Marshall S. Runge, M. Andrew Greganti, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ: ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Τα πολλαπλά χρόνια νοσήματα, σε συνδυασμό και με την φυσιολογική φθορά της διεργασίας του γήρατος, είναι οι κυριότεροι αποσταθεροποιητικοί παράγοντες της ομοιοστάσεως του οργανισμού. Με το πέρασμα του χρόνου οι προσαρμοστικοί μηχανισμοί του ατόμου εξασθενούν, με αποτέλεσμα η διαταραχθείσα ισορροπία να συνοδεύεται απ διάφορα προβλήματα τα οποία είναι δυνατό να αφαιρέσουν την άνεση και την ευεξία του ηλικιωμένου.

Τα πιο κοινά προβλήματα που μπορούν να μειώσουν η να αφαιρέσουν την άνεση του ηλικιωμένου είναι:

1. Πόνος
2. Διαταραχή του ύπνου
3. Διαταραχή της κινητικότητας
4. Οι πτώσεις στους ηλικιωμένους
5. Πλημμελής ατομική υγιεινή
6. Κατακλίσεις.
7. Δυσλειτουργία του εντέρου και της κύστεως. (δυσκοιλιότητα - διάρροια)
8. Ακράτεια κοπράνων
9. Απώλεια ούρων
10. Προβλήματα διατροφής.

3.1. Ο πόνος

Αναμφισβήτητα πολλές διαταραχές συχνές στους ηλικιωμένους προκαλούν πόνους. Η melding (1995), περιγράφει συγκεκριμένα είδη πόνου κοινά στους ηλικιωμένους, όπως είναι: η στηθάγχη, η αρθρίτιδα, η αυχενική σπονδύλωση, η καταστροφή σπονδύλων, τα κατάγματα, η διαλείπουσα χωλότητα, η οστεοπόρωση, οι κακοήθειες, οι νευροπάθειες, η νόσος του Paget, ο πόνος μετά από ακρωτηριασμό, ο μεθερπητικός πόνος, η συμπαθητική δυστροφία, το θαλαμικό σύνδρομο, η νευραλγία τριδύμου και η ουρική αρθρίτιδα αναφέρονται από τον McKenzie (1985) και οι Matterson & McConneli (1988) προσθέτουν επιπλέον την στεφανιαία νόσο, την οστεομυελίτιδα, την οστεοπόρωση την κατάθλιψη και την δυσκοιλιότητα. (McKenzy (1985) και οι Matterson & McConneli (1988)).

Ο πόνος είναι ένα κοινό σύμπτωμα και η φροντίδα για τους ασθενείς που πάσχουν αποτελεί συχνά κεντρικό τμήμα του ρόλου του νοσηλευτή. Ο πόνος έχει ωστόσο περιγραφεί ως την μεγαλύτερη πρόκληση για την σύγχρονη ιατρική αυτό ισχύει εξίσου και για την νοσηλευτική. μέρος αυτής της πρόκλησης βρίσκεται στην πολυπλοκότητα του βιώματος του πόνου. Ο πόνος είναι κάτι πιο περίπλοκο και δυναμικό από μια απλή αντίδραση σε ένα ερέθισμα και περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων και έτσι η αίσθηση του πόνου είναι εξατομικευμένη και μοναδική. Καθώς οι άλλοι δεν μπορούν άμεσα να αξιολογήσουν το αίσθημα αυτό, ο πόνος είναι επίσης υποκειμενικός (Melzack & Wall 1998).

Ο πόνος είναι μια δυσάρεστη και συγκινησιακή εμπειρία, η οποία προκύπτει από την αντίληψη οδυνηρού ερεθίσματος. Ο πόνος είναι σύνθετο φαινόμενο, γι' αυτό παρουσιάζει δυσκολία στον καθορισμό του με την απλή λογική, τον πόνο συνθέτουν τρία βασικά χαρακτηριστικά:

- Το χαρακτηριστικό της αισθητηριακής διακρίσεως, δηλαδή η αναγνώριση ενός οδυνηρού αισθήματος από το άτομο. Είναι η υποκειμενική εκτίμηση του πόνου.
- Το συστατικό της συναισθηματικής κινητοποιήσεως. Το άτομο αντιδρά συγκινησιακά, ως απάντηση στην εμπειρία του πόνου. είναι η αντικειμενική εκτίμηση του πόνου.
- Το γνωσιακό συστατικό περιλαμβάνει παρελθούσες εμπειρίες του πόνου, συμπεριφορές, ανταποκρίσεις προς τον πόνο, καθώς και ποια η σημασία του πόνου για το άτομο.

Η άποψη πως ο πόνος και τα γηρατειά πάνε μαζί είναι μια διαδεδομένη αντίληψη. η Closs (1994) βρήκε πως σχεδόν το ένα τρίτο των νοσηλευτών της έρευνάς της από τους 208 νοσηλευτές ένιωθε ότι ο πόνος και οι ενοχλήσεις αποτελούν αναπόφευκτες συνέπειες της γήρανσης. Αυτή την άποψη την έχουν και ορισμένοι ηλικιωμένοι: μια ομάδα εργασίας που περιελάμβανε ηλικιωμένους, βρήκε πως υπάρχουν προσδοκίες ανάλογα με την ηλικία, περιλαμβανόμενης της άποψης ότι ο πόνος αποτελεί φυσιολογικό κομμάτι της γήρανσης. (Davis at al 2002).

Σύμφωνα με τον ορισμό της McCaffery ο πόνος είναι οτιδήποτε το άτομο λέει ότι είναι πόνος και οπουδήποτε λέει ότι υπάρχει πόνος. (McCaffery M, Beebe A 1989)

Αντικειμενικές πληροφορίες

Γενική εμφάνιση: ενδείξεις συναισθηματικής καταστάσεως.

Κινητική αντίδραση: θέση σώματος, προστατευτικά μέτρα κατά την κατάκλιση και την έγερση, βούρτσισμα των δοντιών, ντύσιμο.

Αυτόνομη αντίδραση: σφυγμός, καρδιακές αρρυθμίες, αρτηριακή πίεση, χαρακτήρες αναπνευστικού ρυθμού, εφιδρώσεις, ωχρότητα.

Ψυχική αντίδραση: περιλαμβάνεται και το επίπεδο άγχους του ασθενούς, πόνος που συνοδεύεται με ψυχοσωματικές εμπειρίες του παρελθόντος, λεκτική και μη αντίδραση στον πόνο, αντιδράσεις συγγενών στην έκφραση του πόνου από τον ασθενή, καταστάσεις που προκαλούν πόνο.

Υποκειμενικές πληροφορίες:

Φύση του πόνου	Οξύς, αμβλύς, διαξιφιστικός, πιεστικός σαν τσίμπημα, καυστικός.
Ένταση του πόνου	Ήπιος, μέτριος, δριμύς.
Περιοχή, θέση οργάνου και αντανάκλαση του πόνου	Π.χ. δεξιά στον λαγόνιο βόθρο, στο αριστερό υποχόνδριο, ημιθωράκιο.
Έναρξη του πόνου	Ξαφνική, προοδευτική με σπασμούς.
Τρόπος εμφάνισης του πόνου	Μετά από προσπάθεια, από κινήσεις απότομες ή ήπιες, φαγητό.
Διάρκεια του πόνου	Μικρή, παρατεταμένη, περιοδική.

Έλεγχος του πόνου	Περιστασιακή τροποποίηση η ανακούφιση του πόνου.
Συναισθηματική απάντηση του πόνου	Αισθήματα άγχους, δυσφορίας, θυμού, αγωνίας.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Για να είναι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποτελεσματικές οι νοσηλευτές αρχικά επιδιώκουν:

- Να συνεργαστούν με τον ηλικιωμένο για την εξερεύνηση αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης του πόνου.
- Να ενημερωθούν για πρακτικές που ανακουφίζουν τον ηλικιωμένο από τον πόνο.
- Να εντοπίσουν τους περιορισμούς της κινητικότητας, ώστε κάθε μετακίνηση να μην επιδεινώνει τον πόνο.
- Να εξηγήσουν ποιο είναι το προτεινόμενο νοσηλευτικό πρόγραμμα και ποια τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Για την ανακούφιση του ηλικιωμένου από τον πόνο η νοσηλευτική φροντίδα αρχίζει με απλές παρεμβάσεις, όπως: εξασφάλιση τακτικού, ήσυχου και ευχάριστου περιβάλλοντος, με επαρκή φωτισμό, καλό αερισμό και κατάλληλη για την εποχή θερμοκρασία. Αλλαγή της θέσεως του σώματος, ελαφρά εντριβή και απαλό μασάζ. Θερμά η ψυχρά επιθέματα ανάλογα με την ιατρική οδηγία. Εφαρμογή καλά ισορροπημένης διαίτας με επιπρόσθετη ενίσχυση της βιταμίνης B-Complex.

3.2. Διαταραχές του ύπνου

Είναι ένα σύνθετο και οργανωμένο φαινόμενο και η δομή του τείνει να αλλάζει με το πέρασμα των χρόνων. Είναι δύσκολο να οριστεί και η λειτουργία του είναι ανεπαρκώς κατανοητή αλλά μπορεί να θεωρηθεί ως μια μεταβαλλόμενη κατάσταση της συνείδησης στην οποία αυτός που κοιμάται, βρίσκεται σε μια κατάσταση μειωμένης ανταπόκρισης στα ερεθίσματα του εξωτερικού κόσμου. Ο ύπνος είναι η φυσική κατάσταση της έλλειψης συναίσθησης. Ο ύπνος είναι φυσική επαναλαμβανόμενη διεργασία, πολύ σημαντική για την

διατήρηση της φυσικής και της ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Για τον ύπνο ο άνθρωπος καταναλώνει περίπου το 1/3 της ζωής του. Οι ανάγκες για τον ύπνο ποικίλουν και εξαρτώνται από την ηλικία, την δραστηριότητα και την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου.

Με έναν ιστορικό ορισμό περιγράφεται ο ύπνος ως περίοδος χαλαρώσεως που είναι όμοια με την κωματώδη κατάσταση. Σύγχρονοι κλινικοί ερευνητές βρήκαν ότι το άτομο δεν είναι αναίσθητο. Δέχονται ότι κατά την διάρκεια του ύπνου η αντίληψη του περιβάλλοντος είναι ελαττωμένη, άλλα όχι απύσχα. Ο ύπνος θα μπορούσε να οριστεί ως προσωρινή, περιοδική παύση η διακοπή της αφυπνιστικής καταστάσεως η οποία επικρατεί σε υγιή άτομα (Horne 2001).

Υπάρχει γενική αποδοχή ότι το γήρας συνοδεύεται με αύξηση της διαταραχής του ύπνου. Τα παράπονα των ηλικιωμένων για ανεπαρκή ύπνο είναι συνηθισμένο φαινόμενο. Άλλωστε έτσι εξηγείται και η αυξημένη χρήση των υπνωτικών φαρμάκων στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Παρά τις διαβεβαιώσεις των συγγενών του ηλικιωμένου ότι ο ύπνος του είναι αρκετός, σε πρόσφατες μελέτες αναφέρεται ότι η προχωρημένη ηλικία συνοδεύεται με ποσοτική και ποιοτική μείωση του ύπνου. Οι διαταραχές ύπνου χωρίζονται σε 4 κατηγορίες:

1. Σε διαταραχές ενάρξεως και διατηρήσεως του ύπνου (συνήθεις αιτίες: θόρυβος, πόνος, ανησυχία, άνοια, κατάθλιψη, άγχος)
2. Σε διαταραχές που εκδηλώνονται με υπερβολικό ύπνο (συνήθως προκαλούνται από υπερβολική χρήση φαρμάκων)
3. Σε διαταραχές του κύκλου αφυπνίσεως (π.χ. άνοια, delirium κ.α.)
4. Σε διαταραχές που εκδηλώνονται κατά τον ύπνο, με φάσεις ύπνου και μερικής αφυπνίσεως (π.χ. υπνοβασίες, επιληπτικές κρίσεις κατά τον ύπνο κ.α.)(McCurry et al 2000).

Οι πιο κοινές αιτίες διαταραχής του ύπνου είναι εγκατεστημένες η εκδηλώνονται ως σύμπτωμα ειδικών νοσημάτων. Τα υπνωτικά φάρμακα πολλές φορές, προκαλούν διαταραχές του ύπνου, ενώ παράλληλα μειώνουν την ποιότητα του. Τα περισσότερα υπνωτικά φάρμακα μειώνουν την φάση REM. Τα συνηθέστερα αίτια που προκαλούν αϋπνία είναι:

- Περιβαλλοντικά: θόρυβος, θερμοκρασία, φωτισμός.
- Ψυχολογικά: άγχος, υπερένταση, μελαγχολία, θυμός, φόβος.

- Σωματικά: πόνος, πείνα, δίψα, δυσφορία, ουροδόχος κύστη πλήρης ούρων.(Palleesen at all, 2002)

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος με κατάλληλη για την εποχή θερμοκρασία και με καλό αερισμό και χαμηλό φωτισμό . η καθαρή και ασφαλής κλινοστρωμνή και η προσεγμένη ατομική υγιεινή προάγουν την ευεξία και προδιαθέτουν το άτομο για ύπνο. Διερευνούνται πιθανές φυσιολογικές αιτίες, όπως άγχος, ανησυχία, κατάθλιψη και αντιμετωπίζονται με την ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ νοσηλευτή ηλικιωμένου και θετική διαπροσωπική επικοινωνία. Όταν εντοπιστούν βιολογικές ανάγκες όπως πείνα, δίψα, πόνος, καλύπτονται. Η δυσλειτουργία του εντέρου και της κύστεως, άλλοτε με την μορφή της δυσκοιλιότητας και της επισχέσεως των ούρων και άλλοτε με την ακράτεια και των δύο, δημιουργεί η επιτείνει το προϋπάρχων πρόβλημα της αϋπνίας. Ο έλεγχος της λειτουργίας του εντέρου και της κύστεως έχει μεγάλη σημασία για την εξασφάλιση του ύπνου.

Στον σχεδιασμό του νοσηλευτικού προγράμματος, εκτός από την συμμετοχή του ηλικιωμένου, η συνεργασία νοσηλευτών-συγγενών για την κατάρτιση του προγράμματος είναι ζωτικής σημασίας, επειδή σε τελική ανάλυση, όταν ο ηλικιωμένος ζει μαζί τους, αυτοί θα εφαρμόσουν το πρόγραμμα. Η οικογένεια παροτρύνεται να ενθαρρύνει τον ηλικιωμένο να διατηρήσει τις συνήθειες του, όπως το διάβασμα η την μουσική, πριν από την κατάκλιση και διδάσκεται πως θα εκτελεί τις διάφορες ασκήσεις που αρμόζουν για τον συγκεκριμένο ηλικιωμένο. Όταν οι αναφερόμενες παρεμβάσεις δεν αποδώσουν, η επόμενη φάση περιλαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή που θα οριστεί και την παρακολούθηση του ηλικιωμένου για παρενέργειες.

3.3. Διαταραχές κινητικότητας

Η ικανότητα να κινείτε ο ηλικιωμένος άνετα και ελεύθερα αποτελεί πολύτιμη κτήση. Δυστυχώς κινητικότητα χωρίς περιορισμούς δεν είναι πάντοτε εφικτή στους υπερήλικες, αφού η λειτουργικότητα όλων των συστημάτων του σώματος άμεσα η έμμεσα υφίσταται

περιοδικές αλλαγές, οι οποίες επηρεάζουν την στάση του σώματος. Ο περιορισμός της κινητικότητας επηρεάζει άμεσα την ανεξαρτησία και το αίσθημα ασφάλειας του ηλικιωμένου, τον εκθέτει σε υψηλό κίνδυνο και τον καθιστά υπόδοχο αρνητικών βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνεπειών.

Η κινητικότητα είναι μια σύνθετη λειτουργία η οποία εξαρτάται από την καλή λειτουργία πολλαπλών φυσικών, γνωστικών και άλλων παραγόντων οι οποίοι αντιδρούν με το περιβάλλον. Η Middle ορίζει την επιδεινωμένη κινητικότητα ως κατάσταση κατά την οποία το άτομο αποκτά εμπειρία περιορισμού της ικανότητας του για ανεξάρτητη φυσική κίνηση. Στο θεωρητικό πλαίσιο της HOGUE η κινητικότητα θεωρείται ως επακόλουθο αντιδράσεως μεταξύ επάρκειας ατόμου και περιβαλλοντικών πηγών.

Το ιατρικό θεραπευτικό πρόγραμμα, παρά την θεραπευτική του ιδιότητα, πολύ συχνά λειτουργεί αρνητικά στην κινητικότητα του ηλικιωμένου. Για παράδειγμα οι χειρουργικές επεμβάσεις, τα φυσικά και τα χημικά περιοριστικά μέτρα, η συνεχιζόμενη ενδοφλέβια φαρμακοθεραπεία, ο μόνιμος καθετήρας κύστεως, η ανάγκη για συνεχείς αναρροφήσεις εκκρίσεων, η οξυγονοθεραπεία κ.α. καθλώνουν τον ηλικιωμένο στο κρεβάτι. (Fiatarone et al. 1994).

Η κινητικότητα του ηλικιωμένου είναι δυνατό να επηρεαστεί από τα χαρακτηριστικά του προσωπικού. Ο αριθμός, οι γνώσεις, οι ικανότητες, καθώς και ο τύπος της φροντίδας που παρέχει το προσωπικό, αν δεν ανταποκρίνονται προς τα τεθέντα κριτήρια της φροντίδας, αντί να συμβάλλουν στην διατήρηση της κινητικότητας μπορεί να την επιδεινώσουν με να πιο κάτω επακόλουθα:

- Περιορισμό αρθρικών κινήσεων
- Μόνιμη σύσπαση των μυών
- Απώλεια μυϊκής ισχύος και αντοχής
- Επιδείνωση της οστικής μάζας και της ισχύος της
- Επιδείνωση ακεραιότητας του δέρματος
- Ανάπτυξη κατακλίσεων
- Επιπλοκές από αναπνευστικό, καρδιαγγειακό και ουροποιητικό σύστημα
- Εκδήλωση καταθλίψεως, αλλαγή συμπεριφοράς, αντιληπτικής ικανότητας, παραμέληση ατομικής υγιεινής και εμφανίσεως (Sally J. Redfern, Fiona M. Ross, 2011).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Τροποποίηση αρχιτεκτονικών εμποδίων, όπως σκαλοπάτια, ανώμαλο έδαφος, ανεπαρκής φωτισμός κ.α.
- Απομάκρυνση εμποδίων από τον χώρο που διέρχεται ο ηλικιωμένος, όπως έπιπλα κουβάδες, ταπέτα κ.τ.λ.
- Τροποποίηση θεραπευτικού προγράμματος-όπου είναι δυνατόν-π.χ. αντί της συνεχιζόμενης Ε.Φ. φαρμακοθεραπείας χρησιμοποίηση της μεθόδου heparin lock.
- Αποφυγή φυσικών ή χημικών περιοριστικών μέτρων και χρησιμοποίηση τους μόνο σε αυστηρά απόλυτη ένδειξη.
- Εξασφάλιση βοηθητικών μέσων βαδίσεως, όπως μπαστούνι, πατερίτσες, αναπηρική καρέκλα.
- Τοποθέτηση ειδικού τραπέζιου στο κρεβάτι, στηρίγματα στον διάδρομο, την τουαλέτα και τον λουτρό.
- Σχολαστική φροντίδα δέρματος για την πρόληψη κατακλίσεων
- Φυσικοθεραπεία για την διατήρηση της λειτουργικότητας των αρθρώσεων.
- Περιοδική αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασεως
- Εξασφάλιση αναγκαίου αριθμού και κατηγοριών προσωπικού
- Προσαρμογή του τύπου της νοσηλευτικής φροντίδας στις ειδικές ανάγκες του ηλικιωμένου
- Κατάρτιση προγράμματος εκπαίδευσσεως για τον ηλικιωμένο και τους συγγενείς του.

Τελικά η διατήρηση ή η βελτίωση της κινητικότητας του ηλικιωμένου αποτελεί δείκτη αξιολόγησης των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

3.3.1. Η ύπαρξη του Parkinson

Η νόσος του πάρκινσον είναι μια ανωμαλία θέσης και κίνησης του σώματος. Παθοφυσιολογικά, σχετίζεται με απουσία ή χαμηλή συγκέντρωση δοπαμίνης, που είναι νευροδιαβιβαστική ουσία και υπάρχει στα βασικά γάγγλια. Τα χαρακτηριστικά της νόσου οφείλονται στην εκφύλιση των νευρικών κυττάρων του εξωπυραμιδικού: βασικά γάγγλια και πυρήνες του άνω εγκεφαλικού στελέχους.

Τα τρία κύρια χαρακτηριστικά της νόσου είναι: τρόμος, δυσκαμψία μυών και αδυναμία έναρξης κινήσεων η εκτέλεσης τους γρήγορα και αποτελεσματικά. Αρχίζει στην μέση ηλικία, με μείωση όλων των κινήσεων, μαζί με πόνο στους μύες και στους βραχίονες. Καθώς η δυσκαμψία και αδυναμία για έναρξη κινήσεων επιτείνονται, ο άρρωστος δυσκολεύεται να σηκώσει τον βραχίονα, π.χ. να χτενίσει τα πίσω μαλλιά του, να σηκωθεί από την καρέκλα η να γυρίσει απότομα. Τα γράμματα των χειρογράφων του γίνονται όλο και πιο μικρότερα και η ομιλία του μονότονη και δυσδιάκριτη.

Ο τρόμος αρχίζει από τον αντίχειρα του ενός χεριού, είναι ρυθμικός και βαθμιαία περιλαμβάνει τον καρπό, τον υπόλοιπο βραχίονα και αργότερα το κάτω άκρο. Εκδηλώνεται όταν ο άρρωστος προσπαθεί να μείνει ακίνητος. Όμως με τα χρόνια αυξάνεται σε ένταση, ώσπου γίνεται τόσο μεγάλος, που δεν μπορεί να τεθεί υπό έλεγχο.

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα επίσης διαταράσσεται, όπως φαίνεται από την μεγάλη σιαλόρροια, την εφίδρωση και το λιπαρό δέρμα. Υπάρχει επίσης δυσκοιλιότητα. Το πρόσωπο του ατόμου είναι σαν μάσκα, τα βήματά του μικρά, γέρνει προς τα εμπρός. Οι βραχίονες και τα κάτω άκρα βρίσκονται σε κάμψη. Οι γρήγορες κινήσεις, οι απαραίτητες για διόρθωση απότομων αλλαγών θέσης, είναι αδύνατες.

Ειδικότερα τα προβλήματα που θα μπορούσε να προκαλέσει η συγκεκριμένη ασθένεια και οι επιπτώσεις τους στην ψυχολογία του ασθενή μετέπειτα είναι μεγάλα:

1. Μείωση δραστηριοτήτων (διαταραγμένη φυσική κινητικότητα εξαιτίας μυϊκής δυσκαμψίας και αδυναμίας)
2. Ελλείμματα αυτοφροντίδας (τρόμος, κινητικές διαταραχές)
3. Δυσκοιλιότητα (φάρμακα και ακινησία)
4. Θρεπτικό ανισοζύγιο (αργή λήψη φαγητού, δυσκολίες μάσησης και κατάποσης)
5. Διαταραχές επικοινωνίας με λόγια.
6. Αποτελεσματική αντιμετώπιση (κατάθλιψη, δυσλειτουργία από εξέλιξη της νόσου).

Νοσηλευτική παρέμβαση

- Προσεκτική λήψη ιστορικού, για να διαπιστωθούν αντενδείξεις στα φάρμακα, που περιλαμβάνουν παράγοντες όπως : ηλικία, υπάρχοντα ιατρικά προβλήματα, άλλα φάρμακα που ίσως λαμβάνει.

- Κατάλληλη φαρμακευτική θεραπεία μετά από εκτίμηση της νευρολογικής κατάστασης του ασθενή.
- Προσεκτική παρακολούθηση για διαπίστωση ανεπιθύμητων ενεργειών: γαστρεντερική δυσφορία, κινητικές ανωμαλίες και νευρολογικά παράπονα, καρδιαγγειακές η αναπνευστικές μεταβολές, ψυχοτροπικές μεταβολές.
- Διδασκαλία αρρώστου για πρόληψη και αντιμετώπιση ανεπιθύμητων ενεργειών: να τρώει κράκερ την νύχτα και να παίρνει τα φάρμακα που περιέχουν l dopa με το φαγητό, να αλλάζει θέση αργά για να αποφεύγει ζάλη και ορθοστατική υπόταση, να αποφεύγει λήψη αλκοόλ, να μην χειρίζεται βαριά μηχανήματα, όταν είναι νυσταγμένος να τρώει σκληρά γλυκά, για να ενεργοποιεί την έκκριση σάλου.
- Ενθάρρυνση αρρώστου να διατηρεί φυσιολογικό επίπεδο δραστηριότητας και κοινωνικής ζωής, για να μειώσει την δυσκαμψία και να προλάβει μόνιμες μυϊκές συσπάσεις.
- Ειδικές ασκήσεις προσώπου και ρουτίνες για βάδιση και αλλαγή θέσης, πρέπει να γίνονται καθημερινά.
- Εκπαίδευση και διδασκαλία της οικογένειας ότι πρέπει να κατανοήσουν την σπουδαιότητα της διατήρησης του αρρώστου ενεργητικού και να βοηθήσει στον σχεδιασμό δραστηριοτήτων.
- Θα πρέπει επίσης να προτείνουμε στον ασθενή κάποιο είδος συμβουλευτικής που θα τον βοηθήσει να εκφράσει την στεναχώρια του για τους περιορισμούς που του δημιουργεί η νόσος.
- Τέλος η ακινησία καθιστά απαραίτητα : την μέτρηση υγρών και ηλεκτρολυτών, την πρόληψη λύσεις της συνέχειας του δέρματος, την πρόληψη η τον έλεγχο των αναπνευστικών λοιμώξεων και των λοιμώξεων του ουροποιητικού, την φυσικοθεραπεία, και τον σχεδιασμό για συνεχή φροντίδα στο σπίτι η σε άλλο ίδρυμα. (Γεωργιάδης μ. Αθήνα 2006).

3.3.2. Η ύπαρξη ατυχημάτων-πτώση

Τα ατυχήματα είναι η μεγαλύτερη αιτία θανάτου στα ηλικιωμένα άτομα. Η μεγάλη συχνότητα των ατυχημάτων οφείλεται στους εξής παράγοντες:

1. Διανοητική επιβάρυνση. Η μνήμη και ο προσανατολισμός στο χρόνο, τον τόπο και τα πρόσωπα υποβαθμίζονται με αποτέλεσμα να ξεχνούν τις διάφορες ηλεκτρικές συσκευές ανοιχτές. Επίσης, δεν θυμούνται το σκαλοπάτι της εξώπορτας του σπιτιού τους ή δεν κοιτάζουν δεξιά και αριστερά πριν διασταυρώσουν έναν δρόμο.
2. Ελαττωμένη αντίδραση στα ερεθίσματα, όπως το κορνάρισμα ενός αυτοκινήτου ή ξαφνική αντίδραση στην παρουσία κινδύνου.
3. Μείωση της όρασης και της ακοής. Όταν η όραση ελαττωθεί, το ηλικιωμένο άτομο είναι περισσότερο ευαίσθητο στους κινδύνους από το χαμηλό φωτισμό ή ξαφνική λάμψη φωτός και ελαττωμένη νυκτερινή όραση. Και καθώς αυξάνεται η απώλεια της ακοής το ηλικιωμένο άτομο δεν αντιλαμβάνεται σημεία προειδοποίησης παρουσίας κινδύνου.
4. Προσκόλληση σε συνήθειες και αντικείμενα. Τα ηλικιωμένα άτομα φυλλίσουν οτιδήποτε έχουν, για να μην κοπούν από το παρελθόν ή γιατί δεν μπορούν να τα αποχωριστούν και έτσι διατρέχουν τον κίνδυνο της φωτιάς και της πτώσης. Ακόμη διατηρούν συνήθειες που τους θυμίζουν το παρελθόν, η συνέχισή τους όμως τους θέτει σε κινδύνους λόγω της βιολογικής διαφοροποίησής τους (Σαχίνη Α., και συν., Αθήνα 2004)

Νοσηλευτική παρέμβαση

1. Αναγνώριση δυνητικών παραγόντων για πρόκληση ατυχημάτων στο περιβάλλον του αρρώστου και απομάκρυνσή.
2. Εξασφάλιση επαρκούς φωτισμού και προσθήκη σταθερών υποστηριγμάτων στα επικίνδυνα σημεία του περιβάλλοντός του αρρώστου.
3. Ενθάρρυνση χρήσης παπουτσιών με τραχιές σόλες, ειδικά τον χειμώνα.
4. Αποφυγή να βγαίνει έξω όταν χιονίζει.
5. Εξέταση και διόρθωση όρασης και ακοής, αν χρειάζεται οδήγηση.
6. Αργή βάδιση.
7. Προσοχή στην εφαρμογή θερμών και ψυχρών επιθεμάτων.
8. Διατήρηση σταθερού βάρους σώματος.
9. Χρησιμοποίηση χαμηλού κρεβατιού και προφυλακτήρων αν είναι ανάγκη.

Πτώσεις:

Τώρα ας στραφούμε σε ένα εμπόδιο που προκύπτει από άγχος και ψυχολογική διαταραχή. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι εξοικειωμένοι με την ιδέα ότι κάποια στιγμή υπάρχει μεγάλη περίπτωση να πέσουν είτε δεν το παραδέχονται, είτε λένε ότι περισσότερο φοβούνται τα παιδιά με τα ποδήλατα, η το να πιαστεί το πόδι σε μια πέτρα του πεζοδρομίου κλπ. Για πάρα πολλούς ηλικιωμένους η αποφυγή πτώσεων μπορεί να βρίσκεται στις καθημερινές τους «δραστηριότητες», με την έννοια ότι συνέχεια έχουν το νου τους στον δρόμο στο καθημερινό τους περπάτημα αλλά και κοιτάνε συνέχεια κάτω για τυχόν εμπόδια και αυτό είναι ένας από τους λόγους που μπορεί να μειώσει τις δραστηριότητές τους με αποτέλεσμα την μείωση της ποιότητας της ζωής τους και την απομόνωση. Για τον λόγο αυτό το άγχος για τις πτώσεις μπορεί να αποτελεί μεγάλο εμπόδιο για την κινητικότητα των ηλικιωμένων. Σχετίζεται άμεσα με το ότι κάποιος είναι ασταθής και αυτό του προκαλεί φοβίες για το μέλλον και τις συνέπειές του (Simpson at al. 2003).

Σε έρευνα που έγινε στην Αγγλία το 2001, τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από ένα συστηματικά επιλεγμένο δείγμα ενηλίκων άνω των 65 ετών, οι πτώσεις βρέθηκε πως ήταν το συνηθέστερο μείζων ατύχημα στην ηλικιακή αυτή ομάδα, αν και το ποσοστό δείγματος ανέφερε μια μείζονα πτώση τους τελευταίους 6 μήνες, ήταν χαμηλό: άντρες 2%, γυναίκες 4%. Τα ποσοστά αυτά αυξάνουν με την ηλικία τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, αλλά είναι συχνότερο στις γυναίκες. Το συνηθέστερο νούμερο που δύναται είναι πως ένα στα τρία άτομα άνω των 65 ετών πέφτει κάθε χρόνο, αλλά κάποιος πέφτουν πολλές φορές (Malbutt & Falaschetti, 2003).

Αναφέρεται ότι το 50% περίπου των πτώσεων μεταξύ των ηλικιωμένων που μένουν ανεξάρτητοι, συμβαίνει κατά την διάρκεια των καθημερινών τους δραστηριοτήτων μέσα στο σπίτι η και γύρω από αυτό. Στα ιδρύματα όπου τα ηλικιωμένα άτομα είναι πιο αδύναμα και πιο ευπαθή οι αλλαγές θέσεων είναι πολύ επικίνδυνες τόσο για τους ίδιους, όσο και για τους φροντιστές. Όταν όμως συνυπολογιστούν και οι ελάσσων πτώσεις, αρκετές μελέτες δείχνουν πως συμβαίνουν πολλές περισσότερες στα γηροκομεία και πως άτομο με κάποιο παλιότερο εγκεφαλικό η που πάσχουν από την νόσο του Parkinson είναι ιδιαίτερα επιρρεπή. Αν και το συνολικό ποσοστό των μείζων πτώσεων μπορεί να είναι χαμηλό, το κόστος για τις υπηρεσίες υγείας γενικότερα μπορεί να είναι πολύ υψηλό. Ωστόσο το μεγαλύτερο κόστος είναι η απειλή, για την ευεξία των ηλικιωμένων (lord at al, 2001).

Το ΕΠΥ αναγνωρίζει το πρόβλημα και συγκεκριμένα στον κανονισμό 6 αναφέρεται ότι πρέπει να ληφθούν δράσεις για την πρόληψη των πτώσεων και την μείωση των

επακόλουθων καταγμάτων η άλλων τραυματισμών και πως οι ηλικιωμένοι που έχουν πέσει λαμβάνουν αποτελεσματική θεραπεία και αποκατάσταση και μαζί φυσικά τα άτομα που τους φροντίζουν, λαμβάνουν συμβουλές για την πρόληψη από μια εξειδικευμένη υπηρεσία πτώσεων. Παραδέχεται επίσης το επιζήμιο αποτέλεσμα που μπορεί να έχει ο φόβος μιας πτώσης στην ευεξία των ηλικιωμένων και θέτει το εξής: «το να αισθάνεται κανείς πολύ φοβισμένος να πέσει» ως ένα δείκτη παραπομπής στις υπηρεσίες των πτώσεων. Μαζί με τους φυσικοθεραπευτές και τους εργοθεραπευτές, οι νοσηλευτές συνήθως είναι βασικά μέλη των ομάδων υπηρεσιών για τις πτώσεις.

Φυσικά όπως όλοι γνωρίζουμε γενικότερα οι πτώσεις είναι ένα πρόβλημα ακόμα και στις νεαρότερες ηλικίες η τους ηλικιωμένους που βρίσκονται σε καλύτερη φυσική κατάσταση, αλλά αυτό συμβαίνει εξαιτίας ενός μεμονωμένου περιστατικού όπως είναι ένα παραπάτημα. Όσον αφορά όμως τις πτώσεις των ευπαθών ομάδων επέρχονται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μακροχρόνιων και βραχυχρόνιων προδιαθεσιακών παραγόντων αλλά και παραγόντων του ίδιου του περιβάλλοντος, δηλαδή οι πτώσεις τους έχουν πολυπαραγοντική προέλευση (TINETTI, 2003).

Και αυτό συμβαίνει γιατί κάποιιοι είναι ήδη επιβαρυνμένοι με χρόνια προβλήματα, η έχουν έλλειψη καλής φυσικής κατάστασης η γενικότερα εμφανίζουν υπόβαθρο μακροχρόνιου κινδύνου που προδιαθέτει απώλεια ισορροπίας και επιπλέον υπάρχουν και οι βραχυπρόθεσμοι προδιαθεσιακοί παράγοντες, όπως πχ μια οξεία λοίμωξη που κάνουν την κατάσταση ακόμα πιο περίπλοκη. Όσο για τους περιβαλλοντικούς παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι ένα υγρό, ολισθηρό πάτωμα, ένα έπιπλο προσωρινά εκτός της συνηθισμένης θέσης του, η μια ξαφνική παρόρμηση να σηκώσει ένα πεσμένο αντικείμενο. Μετά από έρευνες κάποιο παράγοντες πτώσεων δεν επιδέχονται παρεμβάσεις γι αυτό και θέλει μεγαλύτερη προσοχή. τέτοιοι είναι η ηλικία άνω των 80 ετών ή η ύπαρξη ιστορικού πτώσεων και άλλες μπορεί να ομαδοποιηθούν ως απειλές για την σταθερότητα της θέσεως, όπως είναι η μυϊκή αδυναμία, οι διαταραχές της βαδίσσεως, οι διαταραχές ισορροπίας και τα προβλήματα οράσεως. Κάποιοι επίσης ενοχοποιούν και τα φάρμακα γιατί υπάρχει μεγάλη περίπτωση να καταστέλλουν το κεντρικό νευρικό σύστημα η να ρίχνουν την αρτηριακή πίεση με αποτέλεσμα να διαταράσσουν την σταθερότητα της κινήσεως. Κάποια άτομα άνω των 75 ετών που έχουν πρόβλημα με την κύστη τους τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα, έχουν μεγαλύτερα ποσοστά πτώσεων σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν κάποιο πρόβλημα η και τις γυναίκες. Όλο αυτό μπορεί να σχετίζεται με την βιασύνη να πάνε στην τουαλέτα γιατί πιθανόν να εμπλέκονται και διουρητικά που το κάνουν να φαντάζει πιο επείγον και έτσι ο

ηλικιωμένος που έχει δυσκολία βαδίσσεως υπάρχει μεγάλη περίπτωση να μην προλάβει και να πάθει ακράτεια, να προλάβει η να πέσει (Malbutt & Falaschetti, 2003).

Η έναρξη των πτώσεων μπορεί να υποδηλώνει ένα υποκείμενο πρόβλημα υγείας. Η Cotty (1999) παρέχει οδηγίες για το πότε ένας ηλικιωμένος πρέπει να παραπέμπεται σε ιατρείο για εξετάσεις, ώστε να καθοριστεί αν υπάρχουν η όχι ερμηνείες όπως μια καρδιακή, νευρολογική η λοιμώδης περίπτωση που μπορεί να αντιμετωπιστεί και έτσι να μειωθεί ο περεταίρω κίνδυνος για πτώσεις.

Οι περισσότεροι ενήλικες δεν συνειδητοποιούν ότι για την διατήρηση της ισορροπίας τους απαιτείται ελάχιστη προσοχή. Κάποιοι ηλικιωμένοι βρίσκουν το περπάτημα τόσο απαιτητικό που αναγκάζονται να σταματήσουν αν θέλουν να μιλήσουν η να χαιρετήσουν κάποιον. Τα άτομα γενικότερα που σταμάτησαν να περπατούν για τον οποιοδήποτε λόγο είχαν συνήθως χειρότερο τρόπο βαδίσματος και είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες πτώσεις από αυτού που μπορούσαν να μιλούν και να περπατάνε ταυτόχρονα. Έτσι αυτό και άλλα παρόμοια ευρήματα δείχνουν ότι η απόσπαση της προσοχής μπορεί να είναι ένας παράγοντας πτώσης. (Sally J. Redfern, Fiona M. Ross, 2011)

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

Η παρέμβαση που θα άρεσε περισσότερο στους ηλικιωμένους, θα ήταν η ευκαιρία να μιλήσουν για το οποιοδήποτε άγχος που θα μπορούσαν να έχουν για τις πτώσεις και τα επακόλουθά τους, ώστε να επανέλθει η αυτοπεποίθησή τους και να μπορούν με αυτόν τον τρόπο να κινούνται ελεύθερα. Γενικότερα τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να αισθάνονται λιγότερο άγχος για τις πτώσεις και περισσότερη εμπιστοσύνη για τις κινήσεις τους, για να νιώθουν δυνατότεροι, πιο ευσταθείς και σίγουροι ότι πλέον μπορούν να αντιμετωπίσουν μια πτώση.

Πιο συγκεκριμένα:

1. Εκτίμηση της αισθητηριακής, κινητικής και γνωστικής κατάστασης του ηλικιωμένου καθώς και την κατάσταση της ισορροπίας του, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας να δέχεται και να ακολουθεί τις οδηγίες που λαμβάνει καθώς και να συνεργάζεται.

2. Εστίαση στους κινδύνους πτώσεων συμπεριλαμβανομένου επίσης: το αν έχει μεγαλύτερη ηλικία των 65 ετών, φθίνουσα μνήμη και επίγνωση, ακράτεια η συχνοουρία/επείγουσα ούρηση, μειωμένη ακοή, μειωμένη νυχτερινή όραση, καταρράκτης η γλαύκωμα, ορθοστατική υπόταση η ζάλη, μειωμένη ισορροπία, φθίνων βηματισμός, ιστορικό εγκεφαλικού η ασθένειας Parkinson, μειωμένη ενέργεια η κούραση και μειωμένη περιφερική αισθητικότητα.
3. Ανασκόπηση του ιστορικού των φαρμάκων του ασθενούς, για την χρήση αντικαταθλιπτικών, αντιεπιληπτικών, αντιυπερτασιακών, αντισταμινικών, αντιψυχοσικών, βενζοδιαζεπινών, κορτικοστεροειδών, μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων, διουρητικών, υπογλυκαιμικών, αντιπαρκινσονικών, και υποδοχέων ισταμίνης H₂ και για πολυφαρμακία συμπεριλαμβανομένου και των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων.
4. Εκτίμηση του φόβου των ηλικιωμένων για τις πτώσεις. Ιδιαίτερη προσοχή στους ηλικιωμένους που είναι πάνω από 80 ετών, γυναίκες, που παρουσιάζουν γενική κακή κατάσταση και ιστορικό πολλαπλών πτώσεων.
5. Εκτίμηση παραγόντων κινδύνου σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης που αποτελούν απειλή για την ασφάλεια των ηλικιωμένων ασθενών, πχ όσοι συνδέονται με εξοπλισμό όπως το ηλεκτροκαρδιογράφημα μολύβδου, οι ενδοφλέβιες καθετήρες, η παροχή οξυγόνου.
6. Πραγματοποίηση του test «σήκω και πήγαινε»:
 - σηκώστε τον ασθενή από την καθιστή θέση χωρίς να χρησιμοποιήση τα χέρια για στήριγμα.
 - Εκπαιδεύστε τον ηλικιωμένο να περπατήσει τρία μέτρα, να γυρίσει και να επιστρέψει στην καρέκλα.
 - Επιστρέφοντας στην καρέκλα , να καθίσει χωρίς να χρησιμοποιήση τα χέρια του για στήριξη.

7. Πρέπει να γνωρίζει εάν ο ηλικιωμένος είχε ιστορικό πτώσεων στο σπίτι του. Να υπάρχει ακρίβεια και να ακολουθηθεί το ακρόνυμο SPLATT (meiner and lueckenotte, 2006):
- Symptoms: συμπτώματα την στιγμή της πτώσης.
 - Previous: προηγούμενη πτώση.
 - Location: τοποθεσία πτώσης.
 - Activity: δραστηριότητα την στιγμή της πτώσης.
 - Time: ώρα της πτώσης.
 - Trauma: τραύμα μετά την πτώση.
8. Καθορισμός και ενημέρωση για το τι ξέρει ο ηλικιωμένος για τις πτώσεις και τους κινδύνους της καθώς και τα βήματα που ακολουθεί για την πρόληψη των πτώσεων.
9. Τέλος, μετά την εκτίμηση, εφαρμογή ενός χρωματιστού περιβραχιονίου στους ασθενείς και ηλικιωμένους ενός νοσοκομείου που βρίσκονται σε κίνδυνο να πέσουν.

3.4. Πλημμελής ατομική υγιεινή

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

Η δυνατότητα του ηλικιωμένου να πραγματοποιήσει δραστηριότητες αυτοφροντίδας, όπως να πάρει το φαγητό του, να ντυθεί, να πάει στο λουτρό και την τουαλέτα, αποτελούν ουσιώδεις δραστηριότητες οι οποίες ικανοποιούν θεμελιώδεις ανάγκες και συμβάλουν στην επίτευξη του στόχου της ανέσεως.

Για την αξιολόγηση των αναγκών της ατομικής υγιεινής η παρατήρηση είναι το σημαντικότερο μέσο. Με την επισκόπηση εκτιμάται η γενική εμφάνιση, ο τρόπος ντυσίματος, η κατάσταση των μαλλιών, των νυχιών και του δέρματος. Πολλές φορές η παραμελημένη αυτοφροντίδα, όπως το ατημέλητο ή ασυμβίβαστο για την εποχή ντύσιμο και η δυσάρεστη

οσμή του σώματος, είναι δυνατό να είναι πρώιμα σημεία επιδείνωσης της γνωστικής λειτουργίας και μπορεί να υποδηλώνουν διάφορου βαθμού άνοια.

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

- Κατάσταση στοματικής κοιλότητας

Η παραμελημένη υγιεινή του στόματος ευθύνεται για ένα μεγάλο ποσοστό νοσηρότητας. Επιπλέον συνοδεύεται με μείωση της αυτοεκτιμήσεως και με περιορισμό των κοινωνικών επαφών, που μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και στην προσωπική απομόνωση. Η φροντίδα του στόματος για όλες τις ηλικίες είναι ουσιώδους σημασίας, ειδικότερα δε για τους ηλικιωμένους των οποίων ο αριθμός και η ποιότητα των δοντιών υποχωρούν με τον χρόνο. Επιπλέον η γνωστική τους κατάσταση σε πολλές περιπτώσεις είναι υποβαθμισμένη. Οι τοπικές βλάβες και η ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος μπορούν και αντανακλούν διάφορες παθολογικές καταστάσεις, όπως αφυδάτωση, αναιμία, λευχαιμία κ.α. η νοσηλευτική παρέμβαση προβλέπει στην τοπική φροντίδα των φυσικών η των τεχνητών οδοντοστοιχιών και στην φροντίδα του στόματος με ανάλογες για το στοματικό βλεννογόνο αντισηπτικές ουσίες, ενώ παράλληλα γίνεται και αιτιολογική θεραπεία, όπως η ενυδάτωση, καλή θρέψη, φαρμακευτική αγωγή όπου χρειάζεται και επίσκεψη σε οδοντίατρο όταν κρίνεται απαραίτητο (Sally J. Redfern, Fiona M. Ross, 2011).

- Κατάσταση των κάτω άκρων

Τα αποτελέσματα του πληγωμένου ποδιού είναι χαρακτηριστικά: μας κάνουν ευερέθιστους και μειώνουν την συγκέντρωσή μας και την επιθυμία να κινούμαστε. Η καλή παρατήρηση των κάτω άκρων απαιτεί καλή όραση και κινητικότητα των αρθρώσεων, λειτουργίες που υποβαθμίζονται με το πέρασμα του χρόνου. Η διατήρηση της καλής καταστάσεως των κάτω άκρων συμβάλλει ουσιαστικά στην διατήρηση της ισορροπίας και της κινητικότητας του ηλικιωμένου. Κατά την αξιολόγηση των κάτω άκρων ελέγχεται η κυκλοφορία, η κινητικότητα και η αισθητικότητα. Ίσως τα πιο σημαντικότερα προβλήματα που παρατηρούνται στα κάτω άκρα είναι οι εξοστώσεις, οι παραμορφώσεις, οι επιπεύσεις των δαχτύλων, οι υπερκερατώσεις των νυχιών, οι κάλοι κ.α. τα οποία εμποδίζουν τον ηλικιωμένο να φορέσει παπούτσια, με αποτέλεσμα να περιορίζεται ή και να καταργείται η κινητικότητα του με όλες τις συνέπειες που αυτή συνεπάγεται.

Τα προβλήματα των ποδιών στα ηλικιωμένα άτομα είναι συνηθισμένα. Οι επιπτώσεις των προβλημάτων των ποδιών στους ηλικιωμένους είναι σημαντικές, καθώς μπορεί να επιφέρουν αστάθεια, προκαλώντας πτώσεις, να μειώσουν την κινητικότητα και να προκαλέσουν κοινωνική απομόνωση. Πολλά προβλήματα των ποδιών μπορούν να αποφευχθούν με την αποτελεσματική φροντίδα. Η φροντίδα αυτή μπορεί να αναληφθεί από το ίδιο το άτομο, την οικογένεια ή έναν απλό φροντιστή ή από ένα επαγγελματία φροντίδας υγείας. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε σχέση με τα πόδια του πελάτη περιλαμβάνει: την προαγωγή της υγείας, την αξιολόγηση της υπάρχουσας κατάστασης, την μη εξειδικευμένη φροντίδα του ποδιού και την παραπομπή σε έναν ειδικό φροντίδας του ποδιού, όπως ένας ποδολόγος (Menz & Lord, 2001a, 2001b).

Το δέρμα είναι το μέρος του εαυτού μας που είναι ορατό στους άλλους και που μπορεί να αντανακλά τα συναισθήματά μας, την ευεξία και την κατάσταση της υγείας μας. Εκτελεί διάφορες σημαντικές λειτουργίες: προστασία, αισθητήριο, έκκριση, ρύθμιση της θερμότητας και αποθήκευση του λίπους και του ύδατος. Η φυσιολογική γήρανση οδηγεί σε αλλαγές αυτών των λειτουργιών και το δέρμα αδιάψευστο μάρτυρα αυτής της διαδικασίας. Τα αποτελέσματα της γήρανσης στο δέρμα θεωρούνται, ιδιαίτερα στις δυτικές κοινωνίες, ως αρνητικά, ανεπιθύμητα και ότι πρέπει να αποφευχθούν όσο το δυνατόν περισσότερο. Το δέρμα εκτελεί σημαντικούς ομοιοστατικούς, αισθητηριακούς και προστατευτικούς ρόλους: η εξασθενημένη ακεραιότητα του δέρματος θα έχει έναν αντίκτυπο σε αυτές τις λειτουργίες. Οι φυσιολογικές αλλαγές λόγω της ηλιακής ακτινοβολίας και η υψηλότερη νοσηρότητα στην προχωρημένη ηλικία καθιστούν το ηλικιωμένο άτομο πιο ευάλωτο στην βλάβη του δέρματος. Η βλάβη από πίεση εμφανίζεται συνηθέστερα σε εκείνους που είναι καθηλωμένοι και περιορισμένοι στο κρεβάτι ή την καρέκλα: μπορεί να καθυστερήσει την αποκατάσταση ενός ατόμου και αν είναι σοβαρή να έχει μια καταστρεπτική επίδραση στην ανάρρωση από την ασθένεια.

Το δέρμα αποτελεί το κυριότερο προστατευτικό όργανο του σώματος από τους διάφορους τραυματισμούς και τους άλλους μικροβιακούς παράγοντες. Η απειλή της ακεραιότητας του δέρματος θέτει σε υψηλό κίνδυνο το άτομο για τραυματισμούς, κατακλίσεις και λοιμώξεις που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την άνεση και την ευεξία του. Η διατήρηση και αποκατάσταση του δέρματος απαιτούν μια περίπλοκη βάση γνώσεων και την συντονισμένη συμμετοχή μιας σειράς επαγγελματιών φροντίδας υγείας (McGovern & Kwaiser Kuhn, 1992).

3.5. Η εμφάνιση των κατακλίσεων

Ως κατάκλιση ορίζεται η κυτταρική νέκρωση μιας περιοχής του σώματος που προκαλείται από την διακοπή της μικροκυκλοφορίας στους ιστούς της. Η δημιουργία των κατακλίσεων στους αρρώστους, σε κάποιο βαθμό, αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη και κριτήριο αξιολογήσεως της νοσηλευτικής φροντίδας που δέχονται. Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των κατακλίσεων είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Ο πόνος, η ανησυχία και η ψυχοτραυματική εμπειρία που δοκιμάζουν οι άρρωστοι, καθώς και η αγωνία των συγγενών τους που τους βλέπουν να υποφέρουν, απομακρύνουν την προσδοκία για την ποιότητα της ζωής. (Carole Lynn Edelman, Carol Lynn Mandle, 2009).

Οι κυριότερες αιτίες ή παράγοντες που ευθύνονται ή συμβάλουν στην ανάπτυξη των κατακλίσεων είναι:

- Η επιδεινωμένη γενική κατάσταση του ασθενούς
- Η παρατεταμένη άσκηση της εξωτερικής πίεσεως του δέρματος σε συνδυασμό με τις δυνάμεις της τριβής
- Η ηλικία
- Η υγρασία από απώλεια ούρων και κοπράνων
- Η ελαττωμένη θρέψη
- Η ελάττωση της μυϊκής μάζας
- Η απώλεια αισθητικότητας
- Το ατροφικό δέρμα σε συνδυασμό με την απώλεια της ελαστικότητας και του υποδόριου λίπους
- Οι περιφερειακές αγγειοπάθειες όπως π.χ. σακχαρώδης διαβήτης
- Τα καταβολικά φάρμακα, π.χ. κορτικοστεροειδή
- Οι κωματώδεις καταστάσεις κ.α.
- Τα delirium, οι αγχωτικές καταστάσεις

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Ορισμένοι από τους παράγοντες υψηλού κινδύνου, όπως η ηλικία και η μείωση του επιπέδου της συνειδήσεως, δεν είναι δυνατών να εξαλειφθούν. Πολλοί από τους παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη των κατακλίσεων μπορεί να αντιμετωπιστούν με απλές σχετικά παρεμβάσεις:

1. Συχνό γύρισμα, προσεχτικό σήκωμα και κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι, για να ανακουφίζεται το δέρμα από την πίεση και να αποφεύγονται το σύρσιμο και οι δυνάμεις της τριβής.
2. Διατήρηση καλής ατομικής υγιεινής του αρρώστου, αποφυγή υψηλής θερμοκρασίας, απομάκρυνση της υγρασίας και επάλειψη του δέρματος με ελαιώδεις ουσίες, ώστε να διατηρείται στεγνό, μαλακό και καθαρό.
3. Τοποθέτηση του αρρώστου σε ειδικό κρεβάτι, εφοδιασμένο με στρώμα αέρα, νερού ή ειδικών μαξιλαριών, προβιά προβάτου στους γλουτούς, ειδικά μποτάκια στα σφυρά και τις φτέρνες και η κλίνη να διατηρείται καθαρή χωρίς πτυχές και ξένα σώματα
4. Επαρκή θρέψη του ασθενούς. Ισορροπημένη διατροφή με τα απαραίτητα για τις ανάγκες του οργανισμού στοιχεία
5. Προσεκτική ενυδάτωση
6. Πρόγραμμα κινησιοθεραπείας όπου είναι δυνατό, και σύντομη έγερση στην πολυθρόνα.
7. Απομάκρυνση των αποκριμάτων με σύγχρονα μέσα μιας χρήσεως που προσφέρει η νοσοκομειακή τεχνολογία και προσεκτικό πλύσιμο της περιοχής του περινέου
8. Προστασία του ασθενούς από τις λοιμώξεις και υποστήριξη του αμυντικού του συστήματος
9. Συνεργασία με τον ασθενή και τους συγγενείς του για ενεργό συμμετοχή στην φροντίδα του
10. Συχνός εργαστηριακός έλεγχος για την διαπίστωση ελλειμμάτων και άμεση διόρθωσή τους
11. Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και των συγγενών για την αντιμετώπιση του προβλήματος με ψυχραιμία και θάρρος (Sally J. Redfern, Fiona M. Ross, 2011).

3.6. Τα διατροφικά ελλείμματα

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

Πολύ συχνά εξασθενημένα άτομα δεν διαθέτουν κινητικές δεξιότητες, ενέργεια η ικανότητα να πάρουν μόνοι τους το φαγητό και εξαρτώνται από τους άλλους (Παπανικολάου Γεώργιος, 2009).

Φυσικές αλλαγές

Ένας μεγάλος αριθμός καταστάσεων η παραγόντων επηρεάζουν την ικανότητα του ηλικιωμένου να σιτίζεται μόνος του. Αναφέρεται χρόνιες καταστάσεις όπως αρθρίτιδα, εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος του Parkinson's, ποικίλες νευρολογικές διαταραχές, κατάγματα του καρπού, του αγκώνα, της ωμοπλάτης κ.α. όλα αυτά εμποδίζουν τον ηλικιωμένο να χρησιμοποιήσει σκεύη φαγητού, όπως μαχαιροπίρουνα, ποτήρια και φλιτζάνια. Επιπλέον όταν υπάρχουν τεχνητές οδοντοστοιχίες και δεν εφαρμόζουν καλά στο στόμα προκαλούν δυσκολία στην μάσηση ορισμένων φαγητών. Αναφέρεται ότι αυτός που φοράει οδοντοστοιχίες για την μάσηση του φαγητού χρειάζεται τέσσερις φορές περισσότερο χρόνο από αυτόν ο οποίος έχει φυσιολογικά δόντια. Κοινές ανατομικές αλλαγές που επηρεάζουν την σίτιση σε πολύ ηλικιωμένα άτομα είναι:

- Ελαττωμένη ικανότητα καταχρήσεως εξαιτίας της μείωσης του ποσού του σιέλου και της υπάρχουσας αφυδατώσεως
- Διάταση του οισοφάγου
- Μειωμένη ποσότητα οξέων του στομάχου
- Ύπαρξη οισοφαγοκήλης (ιδίως σε παχύσαρκα ηλικιωμένα άτομα και κυρίως σε γυναίκες)
- Μειωμένη περισταλτικότητα του οισοφάγου

Αίτια υποσιτισμού

Παράγοντες που συμβάλουν στην μεταβολή της θρέψεως μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις ομάδες:

1. Ανεπαρκής πρόσληψη τροφής
2. Αυξημένες διατροφικές ανάγκες
3. Πλημμελής πέψη σιτίων
4. Ανεπαρκής απορρόφηση τροφής

Αξιολόγηση του ηλικιωμένου

Η εκτίμηση της θρεπτικής κατάστασης του ηλικιωμένου είναι ουσιαστικής σημασίας και πρέπει να είναι εξατομικευμένη, αφού οι ικανότητες, οι δυνατότητες και τα επίπεδα λειτουργικότητας ποικίλλουν μεταξύ των ηλικιωμένων. Η διατροφική αξιολόγηση περιλαμβάνει: φυσική εξέταση, ιστορικό δίαιτας, ανθρωπομετρικές μετρήσεις, βιοχημικές μετρήσεις, κοινωνικοπεριβαλλοντικές εκτιμήσεις καθώς και εκτίμηση της λειτουργικής ικανότητας του ηλικιωμένου.

Οι νοσηλευτές αναζητούν παράγοντες και αιτίες που συμβάλλουν ή ευθύνονται για την διαταραχή της θρέψεως του ηλικιωμένου. Διερευνούν αν ο ηλικιωμένος παρουσιάζει ψυχολογικά προβλήματα όπως το άγχος, κατάθλιψη, την κατάσταση του στόματος, τα δόντια, την μάσηση, το αντανακλαστικό της καταπόσεως, την γεύση, την πέψη, τις διατροφικές συνήθειες και τις κινητικές δεξιότητες σε σχέση με την σίτιση. (Παπανικολάου Γεώργιος, 2009).

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Διδάσκεται ο ηλικιωμένος ή οι συγγενείς του να χορηγούν τροφή σε ποσότητα και σε ποιότητα ανάλογη με τις ανάγκες του ηλικιωμένου.
- Προσαρμόζονται τα σιτία με την κατάσταση του στόματος και των δοντιών και γενικά του πεπτικού συστήματος.
- Δίνεται άνεση στον ηλικιωμένο να πάρει το φαγητό του χωρίς χρονικούς περιορισμούς.

- Οι επιδεινωμένες κινητικές δεξιότητες διευκολύνονται με ειδικά μαχαιροπίρουνα και άλλα είδη φαγητού τα οποία είναι ειδικά κατασκευασμένα να μην σπάνε εύκολα, να μην μετακινούνται και να είναι εύχρηστα.
- Σε περίπτωση ανορεξίας το φαγητό σερβίρεται κατά τρόπο ελκυστικό, ώστε να τραβήξει την προσοχή του και να του αλλάξει την διάθεση.
- Ελέγχεται η δράση των φαρμάκων που παίρνει ο ηλικιωμένος με την πέψη και την απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών.
- Ελέγχεται η θερμοκρασία του φαγητού αν είναι κανονική.
- Λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις του ηλικιωμένου.
- Όταν ο υποσιτισμός οφείλεται σε ψυχογενή αίτια τότε διατίθεται χρόνος για επικοινωνία και θεραπευτικό διάλογο.
- Όταν για τον υποσιτισμό οφείλονται παθολογικά αίτια τότε οι παρεμβάσεις είναι αιτιολογικές και ακολουθούν την ιατρική οδηγία.
- Στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος αδυνατεί να τραφεί από το στόμα η τροφή χορηγείται μέσω καθετήρα σιτίσεως.

3.7. Ακράτεια κοπράνων και ούρων

Η απέκκριση είναι ένα δύσκολο θέμα για τους περισσότερους ηλικιωμένους να το συζητούν. Πολλοί έχουν ανατραφεί με βικτοριανές συμπεριφορές τις λειτουργίες του σώματος, ότι αυτές είναι κάπως αισχρές και δεν πρέπει ποτέ να αναφέρονται δημοσίως. Συνήθως η αποτυχία να διατηρηθεί η φυσιολογική λειτουργία θεωρείται ότι αντανακλάται δυσμενώς στον χαρακτήρα του πάσχοντος. Η δυσκολία απέκκρισης είναι μια αιτία ντροπής, αμηχανίας και ενοχής και κρατιούνται κρυμμένες. Συνεπώς, πολλοί άνθρωποι που έχουν προβλήματα δεν αναζητούν βοήθεια. Για παράδειγμα, μόνο μια μειοψηφία των ανθρώπων με ακράτεια αναζητά υγειονομική φροντίδα και πολλοί καθυστερούν να αναζητήσουν βοήθεια για την ακράτεια, ακόμη και για χρόνια.

Οι νεότερες γυναίκες με ακράτεια το βρίσκουν δύσκολο σε μια συνέντευξη να συγκεντρωθούν και να σκεφτούν καθαρά λόγω του ότι το θέμα θεωρείται ταμπού (ash worth & HAGAN 1993). Πολλές ήταν απαθείς και δεν αναφέρθηκαν ποτέ στην λήψη των μέτρων.

Άλλες αισθάνθηκαν ενοχές ότι η ακράτεια ήταν με κάποιο τρόπο δικό τους λάθος (συχνά λόγω της μη συμμόρφωσης με τις ασκήσεις μετά την γέννα) ή ήταν σε μια κατάσταση άμυνας, παλεύοντας να διατηρήσουν την κανονικότητα και μια αίσθηση προσωπικού ελέγχου. Το ίδιο μπορεί να ισχύει πλήρως για τις ηλικιωμένες γυναίκες με ακράτεια.

Είναι εύκολο να υποθέσουμε ότι οι ευπαθείς ηλικιωμένοι είναι παθητικοί αποδέκτες της νοσηλευτικής φροντίδας, με μικρή ανάμειξη των ίδιων στη διαδικασία. Εντούτοις, ο Robinson σε μια έρευνα σε ενοίκους δομών φροντίδας ηλικιωμένων με ακράτεια χρησιμοποιώντας μια θεμελιωμένη μεθοδολογία, διαπίστωσε ότι οι άνθρωποι δεσμεύονται σε μια διαδικασία που ονόμασε «αντιμετωπίζοντας την ακράτεια ούρων», με μια σειρά στρατηγικών που χρησιμοποιήθηκαν με ποικίλη επιτυχία. Οι περισσότεροι θεώρησαν ότι η ακράτεια ούρων είναι ένα αναπόφευκτο μέρος της γήρανσης και μέσα σε εκείνο το πλαίσιο επεδίωκαν να προστατεύσουν την σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ακεραιότητά τους (Robinson 2000). Οι ένοικοι επενδύουν πολύ περισσότερο να προστατέψουν την αξιοπρέπειά τους από τις συνέπειες της ακράτειας απ' ό,τι επιδιώκουν μια θεραπεία για την ακράτεια, με τους περισσότερους να αναφέρουν ότι «τα καταφέρεις», παραδείγματος χάριν με την χρήση επιθεμάτων αντί της χρήσης τουαλέτας για να μειωθεί ο κίνδυνος πτώσεων. (Robinson, 2000).

Πολλές ηλικιωμένες γυναίκες με ακράτεια περιορίζουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες και θα βγουν μόνο σε μέρη που ξέρουν ότι έχει τουαλέτα. Ο βαθμός της ακράτειας δεν σχετίζεται πάντα άμεσα με τον βαθμό περιορισμού στις καθημερινές δραστηριότητες. Έχει βρεθεί και συναισθηματική διαταραχή και κοινωνική απομόνωση σε ηλικιωμένες γυναίκες με ακράτεια συγκριτικά με άλλες ασθένειες. Πολλές αποφεύγουν την κοινωνική επαφή (Grimby et al, 1993).

Τα προβλήματα απέκκρισης προκαλούν δυσφορία και μπορεί να είναι ένα βάρος για τους φροντιστές. Τα νυχτερινά προβλήματα, η ακράτεια κοπράνων και η ανάγκη να υπάρξει οικεία επαφή με ένα άτομο του αντιθέτου φύλου είναι ιδιαίτερα δύσκολο για τους συγγενείς να τα αντιμετωπίσουν. Αυτά τα προβλήματα αξίζουν μιας σοβαρής νοσηλευτικής προσπάθειας για να παρασχεθεί μια φροντίδα όταν αυτό είναι εφικτό, ή μια αντιμετώπιση για τον έλεγχο των συμπτωμάτων (Kolominsky – Rabas et al, 2003).

Αν και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι σκέφτονται ότι τίποτα δεν μπορεί να γίνει για να θεραπευτεί ή να βελτιωθεί η ακράτεια, έχει διαπιστωθεί ότι η συμπεριφοράς μπορούν να αλλάξουν με την αγωγή υγείας. Μια τυχαίοποιημένη έρευνα ανθρώπων σε προστατευμένη

κατοικία στην Γαλλία, έδειξε ότι μια ενημερωτική συνάντηση για την υγεία μιας ώρας, όχι μόνο βελτίωσε τις συμπεριφορές αλλά και οδήγησε σε καλύτερη εικόνα 3 μήνες αργότερα στην ομάδα ελέγχου που δεν έλαβαν καμιά παρέμβαση.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Ένας νοσηλευτής πρέπει να προσεγγίσει το θέμα των δυσκολιών της απέκκρισης με ευαισθησία και διακριτικότητα προκειμένου να εδραιώσει μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ηλικιωμένο ασθενή. Η απέκκριση έχει προσδιοριστεί επανειλημμένα ως ένα σημαντικό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους που νοσηλεύονται. Έρευνες έχουν δείξει ότι εκπαιδευμένοι νοσηλευτές βρέθηκαν να έχουν συγκεχυμένη και ανακριβή γνώση για τις αιτίες των προβλημάτων της κύστης ή του εντέρου. Οι συμπεριφορές βρέθηκαν να είναι διαφορετικές μεταξύ των διαφορετικών επιπέδων του νοσηλευτικού προσωπικού και στις διαφορετικές δομές. Μια έρευνα έχει διαπιστώσει ότι, γενικά, οι βοηθοί νοσηλευτών είναι πιο θετικοί από τους νοσηλευτές και εκείνοι στις βραχείες μονάδες μπορεί να είναι πιο αρνητικοί από εκείνους που δουλεύουν σε δομές μεγαλύτερης παραμονής.

Ειδικότερα ένας νοσηλευτής πρέπει να:

- Να αναγνωρίσει το πρόβλημα της ακράτειας.
- Να εκπαιδεύσει τον ασθενή για κατάλληλο λεξιλόγιο και να δημιουργήσει μαζί του μια σχέση εμπιστοσύνης.
- Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στον ασθενή.
- Μέτρηση ισοζυγίου και έλεγχος ηλεκτρολυτών.
- Χρήση πάνας για να μην απομονώνεται ο ασθενής.
- Αναπλήρωση των υγρών.
- Ασκήσεις πυελικού εδάφους.
- Να φροντίζει συχνά το δέρμα του ηλικιωμένου και να διατηρεί την υγρασία του.
- Να χρησιμοποιεί γενικότερα ενυδατικά προϊόντα.
- Πρόληψη μόλυνσης από ακράτεια κοπράνων.

3.8. Ελλείμματα αυτοεξυπηρέτησης

Η αυτονομία και η ανεξαρτησία όπως φάνηκε μέσα από την έρευνα των ιορδανών και άλλων ότι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την ζωή των ηλικιωμένων. Η έρευνα είχε ως δείγμα 150 ηλικιωμένους από οίκους ευγηρίας του νομού αττικής και το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε με συνέντευξη από έμπειρους νοσηλευτές συνεντευκτές. Η δειγματοληψία έγινε με τυχαία επιλογή και τα άτομα τα οποία λάμβαναν μέρος έπρεπε να ήταν άνω των 60 χρονών, να έχουν σχετική νοητική ικανότητα και να μην είναι σοβαρά ασθενείς η κατάκοιτοι. Επικαλούμενοι δε τον Evans οι ιορδανού και άλλοι ορίζουν την ανεξαρτησία ως «την ικανότητα του ατόμου για αυτοφροντίδα των προσωπικών του αναγκών».

Από την άλλη πλευρά τώρα αυτονομία είναι μια έννοια με πολιτικές και ιδεολογικές διαστάσεις και μπορεί να εκτιμηθεί ποικιλότροπος μεταξύ πολιτών και εθνών, γι' αυτό και πρέπει να εκτιμάται πάντοτε σε σχέση με τον πολιτισμό και τις αξίες κάθε χώρας. Επιθυμία λοιπόν κάθε ατόμου είναι να μπορεί να αυτοεξυπηρετείται. Μέσα από την ανεξαρτησία το άτομο βρίσκει την δική του ταυτότητα. Όσο διάστημα το άτομο διατηρεί την ανεξαρτησία του αισθάνεται ασφάλεια και θεωρεί τον εαυτό του ικανό και δυνατό να αντιμετωπίσει τις ανάγκες της ζωής. Μέσα από την έρευνα του Ιορδανού και άλλων αρκετές φορές οι γονείς νιώθουν ανησυχία για τυχόν απώλεια της αυτονομίας τους και πιθανότατα να καταλήξουν εξαρτώμενοι από το παιδί τους. Σε αυτή την ηλικία οι γονείς επιδιώκουν να μένουν ξεχωριστά από τα παιδιά τους άλλα όχι πολύ μακριά. Αυτός ο τρόπος ζωής χαρακτηρίστηκε ως «εσωτερική προσέγγιση μέσω εξωτερικής απόστασης».

Η αυτοεκτίμηση τώρα διαμορφώνεται μέσα από εσωτερικές και εξωτερικές αξιολογήσεις του εαυτού. Η εσωτερική αξιολόγηση βασίζεται στην εμπειρία της αποτελεσματικότητας στο παρελθόν. Η εξωτερική αξιολόγηση προέρχεται από την επανατροφοδότηση από τους σημαντικούς άλλους με την μορφή της κοινωνικής έγκρισης. Όσον αφορά την αυτοεκτίμηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας, σε έρευνα που έγινε και συνεχίζει να γίνεται, τα προσωπικά προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων ήταν ότι: δεν είχαν αρκετούς φίλους, ένιωθαν άχρηστοι, δεν είχαν αρκετά να κάνουν, ένιωθαν μοναξιά, πίστευαν ότι αποτελούσαν βάρος για τις οικογένειές τους και ανέφεραν έλλειψη επικοινωνίας με τις οικογένειές τους.

Σε μια άλλη έρευνα η οποία διεκπεραιώθηκε από τους Rudolf και άλλους εξετάστηκε η σχέση μεταξύ φυσικής επίδοσης και φυσικής αυτοαποτελεσματικότητας. Η έρευνα έγινε στα πλαίσια διαχρονικής μελέτης, και κράτησε 10 χρόνια και αφορούσε 359 ηλικιωμένα

άτομα από 55-85 χρόνων τα οποία επιλέγηκαν τυχαία από δειγματοληψία. Η έρευνα αυτή επικεντρώθηκε στις αλλαγές που συμβαίνουν στην αυτονομία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς επίσης και στις επιπτώσεις αυτών των αλλαγών. Οι πληροφορίες συλλεγόταν με την χρήση ερωτηματολογίου και συνέντευξης από εκπαιδευόμενα άτομα. Στην συγκεκριμένη έρευνα αναφέρεται ότι η συμπεριφορά του ατόμου καθορίζεται από τις προσδοκίες και την αυτοαποτελεσματικότητας ως το να πειστεί κάποιος ότι μπορεί επιτυχώς να διεκπεραιώσει την απαιτούμενη συμπεριφορά για να πράξει κάποιο αποτέλεσμα (Phillip I. Rice, 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ: ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΤΑ MASLOW

Είναι σημαντικό να τονιστεί, ότι υπηρεσίες που ήταν απαραίτητες κατά το παρελθόν, όπως ο μαζικός έλεγχος για ακτινογραφία του θώρακα, ενδέχεται να μην έχουν πια χρησιμότητα. Η δημιουργία καινούργιων σημαντικών υπηρεσιών και παρεμβάσεων θα δημιουργήσουν νέες ανάγκες για υπηρεσίες. Εάν η ανάγκη προσδιορίζεται με βάση το πώς θα επωφεληθούν τα άτομα τότε δημιουργείται η απορία του τρόπου καθορισμού της έννοιας του οφέλους. Δεν μπορούμε να υπολογίσουμε το όφελος. Το λεξικό shorter oxford dictionary ορίζει την ανάγκη ως «έχω την χρεία κάποιου αντικειμένου». Μέσα στο πλαίσιο του πληθυσμού η ανάγκη έχει πιο συγκεκριμένη έννοια: την ικανότητα του ατόμου η του πληθυσμού γενικότερα, να έχει όφελος από μια συγκεκριμένη παρέμβαση όσον αφορά την ζωή του.

Ο Abraham Maslow θεωρείται γενικά ο δημιουργός της ανθρωπιστικής θεωρίας και έμεινε στην ιστορία για την πυραμίδα των αναγκών κάθε ανθρωπίνου όντος. Σύμφωνα με Maslow όλα τα ανθρώπινα όντα κινητοποιούνται από δύο δυνάμεις: την δύναμη της επιβίωσης και την δύναμη της αυτοπραγμάτωσης, και υπάρχουν ανάγκες που αντικατοπτρίζουν αυτές τις δυνάμεις. Αυτές περιλαμβάνουν τις φυσιολογικές ανάγκες, τις ανάγκες ασφάλειας, αγάπης, καθώς και την ανάγκη του ανήκειν και της εκτίμησης. Η δύναμη της επιβίωσης έχει προτεραιότητα και προκειμένου να ικανοποιηθεί, πρέπει πρώτα να ικανοποιηθούν οι ανάγκες στην βάση της πυραμίδας. Αφού ικανοποιηθούν οι κατώτερες ιεραρχικά ανάγκες, η προσοχή του μπορεί πια να στραφεί στην δύναμη της αυτοπραγμάτωσης, καθώς αγωνίζεται για την ικανοποίηση των γνωστικών και αισθητικών

αναγκών. Αυτές οι ανάγκες είναι πιο δύσκολο να πραγματοποιηθούν και συνδέονται στενά με την εμπειρία της ζωής (Maslow, 1954).

4.1.Αυτοπραγμάτωση

Η αυτοπραγμάτωση έχει να κάνει με την συνειδητοποίηση της δυναμικής του ατόμου. Όπως φυσικά όλοι οι άνθρωποι έτσι και ο ηλικιωμένος πρέπει να επιτύχει την αυτοεκπλήρωση και την αυτοπραγμάτωση. Από έρευνες και μελέτες πάνω σε υγιή άτομα ο Maslow έβγαλε το συμπέρασμα ότι τα άτομα που φτάνουν στην αυτοπραγμάτωση έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

1. Αποδέχονται τον εαυτό τους και τους άλλους ανθρώπους, όπως είναι. Φυσικά και τους απασχολεί ο εαυτός τους αλλά αναγνωρίζουν τις ανάγκες και τις επιθυμίες των άλλων προσφέροντας παράλληλα την βοήθειά τους.
2. Έχουν την ικανότητα να προσαρμόζονται στην μοναδικότητα των ανθρώπων και των καταστάσεων παρά να έχουν μια μηχανική και στερεότυπη συμπεριφορά, είναι σε θέση να δημιουργήσουν στενές σχέσεις, έστω και με λίγα ξεχωριστά άτομα.
3. Μπορούν να είναι αυθόρμητοι και δημιουργικοί και να έχουν την δυνατότητα να αντιστέκονται στην συμβατότητα και να επιβάλλονται, ενώ παράλληλα ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της πραγματικότητας.

Κλείνοντας ας σκεφτούμε ένα δέντρο που μεγαλώνει και βγάζει κλαδιά, ενώ παράλληλα εμπόδια μπροστά του, όπως κτήρια του κρύβουν τον ήλιο. Το δέντρο θα πάψει να αναπτύσσεται?.. φυσικά και όχι. Τα κλαδιά του δέντρου θα στραφούν και θα μεγαλώσουν προς το φώς του ήλιου, έστω και από ένα μικρό άνοιγμα από το οποίο φαίνεται λίγο φώς. Η αυτοπραγμάτωση είναι ένα ταξίδι βελτίωσης και ανάπτυξης των δυνατοτήτων και ικανοτήτων, που στηρίζεται σε βαθιά αυτογνωσία, την οποία οφείλει ο καθένας μας να φτάσει (Atkinson RL AT AL, 2000).

4.2.Ανάγκες για αυτοεκτίμηση

Στο επίπεδο αυτό προβάλλει επιτακτικά η ανάγκη για εκτίμηση, τόσο από το ίδιο το άτομο προς τον εαυτό του όσο και από τον κοινωνικό περίγυρό του. Αυτό σημαίνει ότι στο επίπεδο αυτό το άτομο, επιθυμεί να αποκτήσει αυτοπεποίθηση, γόητρο, φήμη, αναγνώριση και δύναμη. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση βρίσκεται συχνά στην βάση της πυραμίδας των προβλημάτων που αντιμετωπίζουμε στις σχέσεις, στην συμπεριφορά και στα συναισθήματα. Ενώ αντίθετα η υψηλή αυτοεκτίμηση, μας βοηθά στο να δημιουργήσουμε υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις και να είμαστε ικανοποιημένοι και αποτελεσματικοί στις καθημερινές μας δραστηριότητες.

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με χαμηλή αυτοεκτίμηση συνήθως είναι:

1. Αναφορά στον εαυτό τους με αρνητικούς χαρακτηρισμούς και υποβίβαση των θετικών τους στοιχείων.
2. Εστίαση στην αρνητική διάθεση των άλλων ακόμα και αν δεν σχετίζεται με την δική τους συμπεριφορά.
3. Δεν τους αρέσει η κριτική ακόμα και αν είναι για το καλό τους γιατί πιθανόν τους δημιουργείται άγχος, αλλά αντίθετα οι ίδιοι ασκούν σκληρή κριτική στους άλλους.
4. Παρόλο που έχουν δυνατότητες δεν μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν με τον σωστό τρόπο.
5. Τις περισσότερες φορές τα αρνητικά σχόλια των άλλων τους επηρεάζουν.
6. Μία αποτυχία ίσως τους προκαλέσει υπερβολική στεναχώρια.
7. Είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στο άγχος και την κατάθλιψη.

Τα χαρακτηριστικά των ατόμων με υψηλή αυτοεκτίμηση:

1. Αυτονομία και καμία εξάρτηση από τους άλλους και από τις περιστάσεις.
2. Συχνές επιτυχίες σε όλους τους τομείς.
3. Περισσότερες πρωτοβουλίες και νέες δραστηριότητες και αλλαγές στην ζωή γενικότερα.
4. Εμπιστοσύνη στον εαυτό μας και δεν μας τρομάζουν εύκολα οι δυσκολίες.

5. Πραγμάτωση ευθυνών που μας αναλογούν και όχι άλλων.
6. Αντιμετώπιση της ψυχολογικής πίεσης της καθημερινότητας με ψυχραιμία.
7. Διαχείριση και αντιμετώπιση των αρνητικών συναισθημάτων.
8. Θετικά συναισθήματα για τους συνανθρώπους μας.

Ενίσχυση της αυτοεκτίμησης:

- Με εκπαίδευση. Πόσο καλά γνωρίζουμε άραγε τον εαυτό μας; Η αυτογνωσία και οι επιτυχημένες σχέσεις περνάνε μέσα από μια διαδικασία μάθησης. Πρέπει να ανακαλύψουμε τις δυνατότητες και τις δυνάμεις μας και να αποκτήσουμε καλύτερες διαπροσωπικές σχέσεις ώστε να εκτιμήσουμε τον εαυτό μας περισσότερο. Ίσως χρειαστεί να απευθυνθούμε γι αυτό σε κάποιον ειδικό σύμβουλο ή επαγγελματία ψυχικής υγείας έτσι ώστε να μας κατευθύνει.
- Παρακολούθηση ειδικών σεμιναρίων στον τομέα της συμβουλευτικής και της ψυχολογίας, ώστε να ενισχύσουμε τις γνώσεις μας και να αποκτήσουμε νέες ικανότητες διερεύνησης του εαυτού μας.
- Η αρχή μιας νέας δραστηριότητας ίσως μας βοηθήσει να γνωρίσουμε καινούρια άτομα, με παρόμοια ενδιαφέροντα και να αποκτήσουμε επιτέλους κάποια εμπιστοσύνη στις ικανότητές μας (Mary Ann Hogan, 2008).

4.3. Κοινωνικές ανάγκες

Ο άνθρωπος είναι κοινωνικό όν και έχει ανάγκη να συναναστρέφεται με άλλους ανθρώπους και φυσικά να ανήκει σε κοινωνικές ομάδες που τον εκφράζουν. Να δημιουργεί κοινωνικές σχέσεις, να προσφέρει αλλά και να απολαμβάνει εκτίμηση, κατανόηση, αγάπη και παραδοχή. Ειδικότερα χρειάζεται:

Συντροφικότητα: την επιθυμία δηλαδή να έχουμε στην ζωή μας έναν άνθρωπο με τον οποίο να έχουμε συναισθηματική και σωματική επαφή και να πορευόμαστε μαζί στην ζωή, καθώς και να έχουμε καλή επικοινωνία και να νιώθουμε απόλυτη ασφάλεια όταν είναι δίπλα μας.

Φιλία: προφανώς και έχουμε την ανάγκη να έχουμε γύρω μας ανθρώπους που ενδιαφέρονται και νοιάζονται για μας, να μπορούμε να τους εμπιστευτούμε και να ξέρουν ότι μπορούν να μας εμπιστευτούν και αυτοί και γενικότερα να μπορούμε να βασιστούμε ο ένας στον άλλον σε μια δύσκολη στιγμή. Το πρόβλημα όμως στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι ότι γενικά σαν άτομα μας ενδιαφέρει περισσότερο να ανεβούμε ταξικά στην κοινωνία με αποτέλεσμα να μην αφιερώνουμε τον χρόνο που πρέπει στους δίπλα μας.

Ανθρώπινη επαφή: ο άνθρωπος έχει την ανάγκη να υπάρχουν στην ζωή του μερικοί άνθρωποι με τους οποίους να μπορείς να πεις μια κουβέντα, ακόμα και αν αυτοί δεν είναι φίλοι σου.

Ενθάρρυνση: πρέπει να υπάρχουν στην ζωή του ανθρώπου άτομα που θα τον ενθαρρύνουν και θα του συμπαραστήκονται και οι οποίοι δεν θα είναι απαραίτητα φίλοι. Είναι πολύ σημαντικό να ενθαρρύνουμε τους ανθρώπους και η ενθάρρυνση να είναι φυσικά αυθεντική.

Προσφορά και μοίρασμα: είναι επίσης σημαντικό για έναν άνθρωπο να του δίνεται η δυνατότητα να μπορεί να προσφέρει ενθάρρυνση, συμπαράσταση και προστασία στους άλλους γιατί όταν δεν γίνεται μπορεί το άτομο να αισθάνεται δύστυχης και φυσικά θα πρέπει να μοιραζόμαστε τα συναισθήματά μας σε ανθρώπους που είναι εκεί για να μας ακούσουν.

Αυτοδιάθεση και αυθεντικότητα: έχουμε ανάγκη να εκφράζουμε αυτά που πραγματικά νιώθουμε και να διαθέτουμε τον εαυτό μας όπως θέλουμε οι ίδιοι και όχι όπως μας το επιβάλλουν οι ίδιοι.

Παρέα και διασκέδαση: υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ της παρέας και της φιλίας. Η παρέα είναι η ανάγκη του ανθρώπου να συναντιέται με κάποια άλλα άτομα και να κάνουν διάφορα πράγματα χωρίς να είναι απαραίτητα στενοί του φίλοι. να κάνουν κάποιες δραστηριότητες που να τους προσφέρουν κάποια ευχαρίστηση. Είναι φυσικό πως όλοι οι άνθρωποι έχουμε την ανάγκη να διασκεδάσουμε σε τακτά διαστήματα (Mary Ann Hogan, 2008).

4.4. Ανάγκες για ασφάλεια

Αναφέρονται σε συναισθήματα φόβου απέναντι στους φυσικούς κινδύνους και στην αδυναμία ικανοποίησης των φυσικών αναγκών. Τέτοιες είναι οι ανάγκες για εξασφάλιση μιας σταθερής εργασίας που σημαίνει εν ολίγοις επαγγελματική αποκατάσταση και κοινωνική ασφάλεια εκ των προτέρων. Διακρίνονται δύο τύποι ασφάλειας: η φυσική και η οικονομική καθώς το άτομο επιθυμεί καταρχήν να επιτύχει ένα επίπεδο διαβίωσης που θεωρεί λογικό και σκόπιμο και από την στιγμή που ένα άτομο φτάσει σε ένα δεδομένο οικονομικό και βιοτικό επίπεδο, θα θέλει φυσικά να εξασφαλίσει την παραμονή του σε αυτό.

Η αίσθηση ενός ηλικιωμένου για την ασφάλεια μπορεί εύκολα να καταστραφεί ή να μειωθεί δραματικά, χωρίς να χρειάζεται απόλυτα να γίνει κάτι πολύ σοβαρό. Η ίδια η αναμονή, ότι η βασική αίσθηση της ασφάλειας θα κλονιστεί ανεπανόρθωτα, δημιουργεί μεγάλη αναστάτωση. Κάποιο άτομο πχ που ένιωθε μονάρχης κάποτε στην οικογένεια του και αυτά που έλεγε είχαν μεγάλη σημασία ξαφνικά με το πέρας του χρόνου παύει σαν άνθρωπος να χάνει την εξουσία του και τον ρόλο του παίρνει κάποιος άλλος. Η πιθανή απώλεια του διαπροσωπικού ελέγχου προκαλεί πανικό. Και αυτό είναι μόνο ένα παράδειγμα ανασφάλειας του ατόμου. Για κάποια άλλα άτομα ασφάλεια είναι η αποταμίευση και γενικότερα ότι έχει να κάνει με την οικονομική κατάσταση και το χρήμα. Για κάποιους άλλους πάλι η αίσθηση της ασφάλειας είναι απτή και ορατή και αυτό σημαίνει, ότι το μέρος όπου ζουν, τα οικεία αντικείμενα, η γειτονιά και τα πρόσωπα του κοντινού τους περιβάλλοντος.

Έρευνες δείχνουν ότι η σχέση ανάμεσα στην υγεία και την συναισθηματική ασφάλεια είναι κρίσιμη. Κάποιες ασθένειες και διαταραχές αυτών μπορεί να βιωθούν σαν απειλές για την ασφάλεια του ατόμου. Κάποια πχ σωματικά προβλήματα που δεν θέτουν κανένα κίνδυνο για την ζωή μπορεί να διαταράξουν σοβαρά την ψυχολογική ισορροπία ενός ατόμου, όπως για παράδειγμα ένα επεισόδιο ακράτειας σε έναν ηλικιωμένο. Μπορεί να του δημιουργήσει ντροπή και να πάψει πλέον να εμπιστεύεται τον εαυτό του με αποτέλεσμα την κοινωνική αποδέσμευση μήπως και του ξανασυμβεί (Mary Ann Hogan, 2008).

4.5.Φυσιολογικές ανάγκες

Αυτές είναι οι ανάγκες που συνδέονται άμεσα με την επιβίωση του ανθρώπου, όπως είναι η τροφή, η στέγαση, ο ιματισμός κλπ. Όσο μένουν ανικανοποίητες οι ανάγκες αυτές, το

άτομο δεν αισθάνεται την ύπαρξη αναγκών υψηλότερου επιπέδου, γιατί η αναβολή της ικανοποίησης αυτών των αναγκών κάνει προβληματική την επιβίωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΤΟΙΧΕΙΟΘΕΤΟΥΝ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Πριν ασχοληθούμε με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων, ας ξεκινήσουμε με την ετυμολογία της λέξης ψυχοκοινωνικός. Η ψυχή προέρχεται από το αρχαίο ρήμα ψύχω που σημαίνει την ανάσα, την πνοή, και αποτελεί την απόλυτη ένδειξη της ζωής. Ο Πλάτωνας διατύπωσε την ορθολογική και πνευματική διάσταση της ψυχής λέγοντας ότι είναι μια πνευματική οντότητα που προϋπάρχει πριν την είσοδό της στο σώμα. Είναι ουσία απλή, αόρατη, άχωρη και άχρονη. Μοιάζει με την ύλη μόνο κατά το είναι, κατά την ύπαρξη και συγγενεύει με τις ιδέες προς τις οποίες μοιάζει χωρίς όμως να είναι ιδέα. Ύστερα από την ανάπτυξη των σύνθετων δεικτών υγείας, ενισχύθηκε η ψυχοκοινωνική διάσταση της φροντίδας των ηλικιωμένων, που αποτελεί ένα σχετικά πρόσφατο ριζοβόλημα.

5.1. Παράγοντες οι οποίοι οδηγούν στην μοναξιά

Ο φόβος της μοναξιάς συναντάται ευρέως στον γενικό πληθυσμό και ορίζεται ως δυσάρεστη και στρεσογόνα εμπειρία. Επικρατεί δε ομοφωνία σχετικά με τις αρνητικές επιδράσεις της μοναξιάς στα άτομα τρίτης ηλικίας.

Η μοναξιά υποδηλώνει έλλειψη αναγκαίας ή επιθυμητής ανθρώπινης φιλίας, συντελεί σε προσωπική ταλαιπωρία, χαρακτηρίζεται από αίσθημα εγκατάλειψης και δυσαρέσκειας. Μερικές φορές συμβάλει και στην ανάπτυξη άλλων συναισθηματικών καταστάσεων όπως είναι η ανησυχία, θλίψη, άγχος και μπορεί να προδιαθέσει ακόμη και σε κατάθλιψη. Στην ίδια έρευνα φάνηκε ότι τρεις στους πέντε ηλικιωμένους ένιωσαν μοναξιά κάποια στιγμή ενώ ένας

στους πέντε ανέφερε πολλή μοναξιά, γεγονός που υπογραμμίζει τα υψηλά ποσοστά μοναξιάς στα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Η μοναξιά δημιουργείται από απουσία ανθρώπινης επαφής και οικειότητας η αδυναμία του ατόμου να δημιουργήσει και να διατηρήσει κάποια σχέση. Σύμφωνα με τους Thompson και Heller 2006 φαίνεται ότι η μοναξιά υποδηλώνει πως το ψυχολογικό στρες μπορεί να είναι αποτέλεσμα μη ικανοποιητικής αντιλαμβανόμενης ποιότητας σχέσεων καθώς και μη ικανοποιητικής ποσοτικής κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

Σύμφωνα με τους Long και Martin 2003, σε προχωρημένη ηλικία όταν τα άλλα είδη κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να απουσιάζουν π.χ. λόγω του θανάτου του συζύγου η των φίλων, η στοργή, οι συναναστροφές και η εκπλήρωση των προσδοκιών τους μπορεί να είναι συνδεδεμένη με την μοναξιά.

Ακόμη η μοναξιά είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό στην διατήρηση η όχι της ευημερίας του ατόμου. Σύμφωνα με την korocecky-cox 2008, η μοναξιά ως δυσάρεστο συναίσθημα μπορεί να ελαττώσει την ευημερία του ατόμου όμως δεν αποτελεί ψυχολογική ανωμαλία.

Διάφορες είναι οι μεταβλητές οι οποίες επηρεάζουν την αντίληψη της μοναξιάς. Μερικές από αυτές είναι το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση, η αντίληψη της υγείας, η ποιότητα των φίλων, η συζυγική κατάσταση, η εγγύτητα, οι στενές σχέσεις και τέλος η προσωπικότητα.

Επίσης σε διαχρονική έρευνα που έγινε από τους Holmen, Eriksson και winblad 2003 εξετάστηκε η διάθεση των ηλικιωμένων ατόμων και η συχνότητα αίσθησης της μοναξιάς. Το δείγμα αποτελούσαν 315 άτομα ηλικίας 75-98 ετών και η συλλογή πληροφοριών έγινε με προσωπική συνέντευξη διάρκειας 30 λεπτών. Υποστηρίχτηκε ότι η μοναξιά έχει αρνητική επίπτωση στο διανοητικό επίπεδο του ανθρώπου. Τέλος τονίζεται ότι η αγάπη, η συντροφικότητα και η κοινή ιστορία λειτουργούν έναντι της μοναξιάς. (Παγοροπούλου Α., Αθήνα 2000).

5.1.1. Ατομικοί παράγοντες

Το φύλο

Σε έρευνα που έγινε φάνηκε ότι το γένος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την κοινωνικοποίηση των ατόμων. Οι κοινωνικοί κανόνες προσδιορίζουν την γυναικεία ταυτότητα σε συνάρτηση με τον ρόλο της μητέρας. Από την άλλη πλευρά ο ρόλος των ανδρών προσδιορίζεται και αξιολογείται τις περισσότερες φορές εκτός της οικογένειας. Οι έρευνες έδειξαν μεγαλύτερη στενότητα σχέσεων μεταξύ μητέρας-παιδιού. Επίσης οι γυναίκες δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην μητρότητα από ότι οι άνδρες στην πατρότητα. Έτσι με αυτόν τον τρόπο φαίνεται ότι η ακληρία μπορεί να επιφέρει κατάθλιψη και αίσθημα μοναξιάς περισσότερο στις γυναίκες παρά στους άνδρες.

Μερίδα δε ηλικιωμένων γυναικών ανέφεραν ότι παρόλο που η οικογένεια τους, τους επισκέπτεται συχνά, εν τούτοις, θεωρούν ότι τέτοιες σχέσεις κατευθύνονται από υποχρέωση παρά από πραγματικά φροντίδα και υποστήριξη. Τέλος σε έρευνα των Thomson και Heller, φάνηκε ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες, θεωρούν την οικογενειακή υποστήριξη πολύ σημαντική χωρίς να υποβαθμίζουν τη σημασία των φίλων και γειτόνων ως πηγές ενεργητικότητας και στήριξης. (Koropeckyj-Cox, 1998).

Η προσωπικότητα:

Ο βασικότερος ίσως παράγοντας που θα καθορίσει πως οι ηλικιωμένοι θα αντιδράσουν στο γήρας είναι η προσωπικότητά τους. Άτομα με δομημένη προσωπικότητα, ψυχολογική ωριμότητα, ικανότητα προσαρμογής και με ευρύτερες αντιλήψεις, γερνούν αργά και καλά. Ακόμη, η συγκροτημένη προσωπικότητα και η συνειδητή θρησκευτική ζωή βοηθούν στην μείωση των αντιδράσεων προς το γήρας γιατί εξασφαλίζουν ένα έξω-κοινωνικό σημείο αναφοράς.

Η μελέτη των Long και Martin 2000, εξετάζει τις επιδράσεις της προσωπικότητας, την στενότητα των σχέσεων και τις διαστάσεις της οικογενειακής αλληλεγγύης σε σχέση με την μοναξιά των υπερηλικών ηλικιωμένων ατόμων πέραν των 85 ετών και των παιδιών τους. Το δείγμα του πληθυσμού αποτελούσαν 100 άτομα ηλικίας 84-102 ετών τα οποία δεν παρουσίαζαν γνωστικές επιπτώσεις και είχαν ικανοποιητικό επίπεδο υγείας. Η συλλογή πληροφοριών έγινε με προσωπική συνέντευξη στα σπίτια των συμμετεχόντων. Επίσης ερωτηματολόγια στάλθηκαν ταχυδρομικός και σε 250 παιδιά ηλικιωμένων ατόμων με

ποσοστό ανταπόκρισης 83%. Από αυτά τα άτομα (ηλικίας 42-78) επιλέγηκαν τα 100 για συμμετοχή στην έρευνα.

Φάνηκε ότι η μοναξιά των υπερηλίκων αυτών ατόμων μειώθηκε διαμέσου της στοργής προς και από τα παιδιά τους. Επίσης, τονίστηκε ότι παρόλο που μια ανήσυχη και αγχώδης προσωπικότητα μειώνει την στοργή εντούτοις η αντίληψη της ύπαρξης στενών δεσμών με τα παιδιά αυξάνει το αίσθημα της στοργής. Ακόμη, γονείς και παιδιά με αγχώδης προσωπικότητες είναι πιο πιθανό να βιώνουν την μοναξιά. Περαιτέρω, φάνηκε ότι η μοναξιά είναι μειωμένη σε εξωστρεφής προσωπικότητες.

Οι θετικές σκέψεις και συναισθήματα σε νεαρή ηλικία είναι σύμφωνα με τον Coleman, συνδεδεμένα με θετική αίσθηση ευημερίας αργότερα. Η προσωπικότητα σύμφωνα με τον martin & roop 1999, μπορεί να προδικάζει τα άτομα στην μοναξιά. Τέλος η προσωπικότητα και η προσωπική εμπειρία του καθενός είναι σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την διάθεση των ηλικιωμένων ατόμων.

Η ποιότητα ζωής:

Η ψυχολογική διάθεση και οι συνθήκες διαβίωσης είναι πολύ σημαντικοί τομείς οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη. Με αυτόν τον τρόπο θα διασφαλιστούν ψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με την έρευνα των Holmen, Ericson και winblad 1999, πιο παλιά η ποιότητα ζωής ήταν επικεντρωμένη γύρω από την υγεία και αν κάποιος επιχειρούσε να δώσει ένα γενικό ορισμό θα την όριζε ως «έλλειψη ασθeneιών».

Στις μέρες μας όμως ποιότητα ζωής είναι πολύ πιο σύνθετη έννοια και ορίζεται ως «το αίσθημα ικανοποίησης, στο σύνολο της ζωής όπως καθορίζεται από το πνευματικά αφυπνισμένο άτομο του οποίου η ζωή έχει αξιολογηθεί». Αν λοιπόν το άτομο της τρίτης ηλικίας δεν μπορεί να αισθανθεί το αίσθημα αυτό της ικανοποίησης τότε μπορεί να οδηγηθεί σε θλίψη, απομάκρυνση, έλλειψη κοινωνικών σχέσεων και μοναξιά. (Holmen, Ericson & Winblad, 1999).

5.1.2. Οικογενειακοί παράγοντες.

Τεκνοποίηση

Οι πλείστοι ηλικιωμένοι, έχουν παιδιά και εγγόνια. Η οικογένεια διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη των ατόμων τρίτης ηλικίας (π.χ. σε κρίσιμες περιόδους όπως η συνταξιοδότηση, ασθένεια, χηρεία). (Dugan & Kivett, 1994).

Αναφερόμενα οφέλη της τεκνοποίηση είναι:

- Εμπειρία του να είσαι γονιός.
- Συναισθηματική υποστήριξη προς τους γονείς όταν γεράσουν.
- Αίσθηση της αθανασίας υπό την έννοια της συνέχισης του εαυτού τους.

Τα ηλικιωμένα άτομα με πιο πολλά παιδιά και με άμεση εγγύτητα σε αυτά , αναφέρουν λιγότερα επίπεδα μοναξιάς. Υπάρχουν όμως φυσικά και συγκρουόμενες απόψεις ως προς το κατά πόσο οι συχνές επαφές με την οικογένεια εξυπακούονταν και συναισθηματική ευημερία.

Στις ΗΠΑ το 1990 περισσότερο από το 1/5 των ατόμων πέραν των 65 χρόνων δεν είχε παιδιά. Παρόλο που η αποδοχή της ακληρίας δηλαδή της μη απόκτησης παιδιών αυξήθηκε, οι περισσότεροι αμερικάνοι το σχετίζουν με ένα από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλουν στην δημιουργία της μοναξιάς σε προχωρημένη ηλικία. Η μη απόκτηση παιδιών είναι ένας σημαντικός παράγοντας ο οποίος περικλείει σοβαρό κίνδυνο απομόνωσης των ατόμων και ιδιαίτερα των ατόμων που βρίσκονται στην Τρίτη ηλικία (Dugan & Kivett, 1994).

Απώλεια παιδιού για τα άτομα τρίτης ηλικίας.

Όσο αυξάνει η ηλικία, τότε τόσο και πιο πολύ αυξάνεται η πιθανότητα τα πολύ ηλικιωμένα άτομα να χάσουν κάποιο παιδί τους. Τα παιδιά των υπερηλίκων ατόμων μπορεί επίσης να βρίσκονται στην αρχή της τρίτης ηλικίας η και να έχουν πεθάνει. Ακόμη όμως και αν βρίσκονται στην ζωή, μπορεί τα ίδια να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Η απώλεια παιδιού αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά και τραυματικά γεγονότα στην ζωή του

ανθρώπου. Αυτό το γεγονός ενισχύει τις πιθανότητες παρουσίασης μοναξιάς, αισθήματος τρωτότητας, κακής υγείας και κατάθλιψης (Phillip I. Rice, 2005).

5.1.3. Οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις του γήρατος και η συμβολή τους στην περιθωριοποίηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Η υγεία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα, όχι μόνο για την αύξηση του προσδόκιμου της επιβίωσης, αλλά και την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων. Μια ενεργητική κοινωνική ζωή απαιτεί την ικανότητα συμμετοχής σε κοινωνικές υποχρεώσεις και εξυπακούεται κοινωνικές υποχρεώσεις και επισκέψεις. Η φτωχή φυσική κατάσταση π.χ. τα φτωχά επίπεδα υγείας και οι περιορισμοί στην κινητικότητα συνεπάγεται με κοινωνική απομόνωση.

Η φτωχή υγεία μπορεί να έχει διάφορες επιπτώσεις όπως επηρεασμένο επίπεδο ψυχολογικής ευημερίας, αισθήματα κατάθλιψης, πεσμένο ηθικό, και περιορισμένες ευκαιρίες για ανάπτυξη πρωτοβουλιών και διατήρηση καλών σχέσεων που θα βελτιώσουν την ευημερία. Επιδεινώνεται πιο πολύ στους ηλικιωμένους που νιώθουν μοναξιά. Τέλος πολλές φορές τα άτομα της τρίτης ηλικίας φεύγουν από το νοσοκομείο σε σύντομο χρονικό διάστημα και πριν προλάβουν να αναρρώσουν. Με βάση τα πιο πάνω γίνεται σαφές η ανάγκη για υποστηρικτική ομάδα υγείας (Fees και άλλοι 1999).

Οξύτητα αισθητήριων οργάνων.

Κατά την διάρκεια της τρίτης ηλικίας, έχουμε και αλλαγές στα αισθητήρια όργανα η μείωση της οπτικής και ακουστικής οξύτητας είναι παράγοντες που υποβοηθούν στην δημιουργία μοναξιάς. Ανάμεσα στις χρόνιες παθήσεις της τρίτης ηλικίας, η βαρηκοΐα καταλαμβάνει την Τρίτη θέση σε συχνότητα και η κακή όραση την ένατη θέση.

Αρκετοί, αποφεύγουν να μιλούν στα άτομα αυτά διότι πράττοντας το νιώθουν άβολα, λόγω του ότι θα πρέπει να μιλούν πιο δυνατά και αργά και το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να νιώσει άσχημα με αυτό. Ακόμη οι ηλικιωμένοι μπορεί να μην καταλάβουν σωστά μα πιθανότητα να δημιουργηθούν παρεξηγήσεις η να βρεθούν σε δύσκολη θέση.

Από την άλλη πλευρά οι ηλικιωμένοι δεν αισθάνονται καλά να ζητούν συνεχώς επαναλήψεις και έτσι συχνά προτιμούν να κλείνονται στον εαυτό τους με αποτέλεσμα να απομονώνονται. Η μείωση της οπτικής οξύτητας έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της κινητικότητας και της κοινωνικοποίησης. Τέλος η οπτική οξύτητα είναι η πρώτη σε σπουδαιότητα αίσθηση από πλευράς αντίληψης διότι διοχετεύει τις περισσότερες πληροφορίες και συντελεί στην απόκτηση των περισσότερων αντιλήψεων και γνώσεων (Kathleen S. Osborn, Cheryl E. Wraa, Annita B. Watson, (2012).

5.1.4. Άνοια – Alzheimer

Η άνοια είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ποικιλία εγκεφαλικών διαταραχών που έχουν ως κοινό σημείο μια απώλεια της εγκεφαλικής λειτουργίας που συνήθως είναι προοδευτική, μη αναστρέψιμη και τελικά θανατηφόρος.

Μια από τις συνηθισμένες ανησυχίες που εκδηλώνουν οι ηλικιωμένοι είναι ο φόβος του γήρατος, τον οποίο συνδέουν στενά με την απώλεια της ανεξαρτησία τους και επίσης με την αδυναμία ελέγχου της συμπεριφοράς τους. Η πνευματική κατάπτωση που πιστεύεται ότι συνοδεύει τα γηρατεία προβληματίζει κάθε άτομο και ιδιαίτερα τα άτομα που πλησιάζουν την Τρίτη ηλικία. Η έλλειψη ενδιαφέροντος είναι πολύ κοινό σε άτομα με γνωστικές δυσκολίες. Επίσης, εκφράζουν ανησυχία, ντροπή και φόβο στο να παραδεχτούν το πρόβλημα και έτσι προσπαθούν να το κρύψουν, με αποτέλεσμα να απομονώνονται. Έτσι αρχίζουν να αδρανούν, να νιώθουν άχρηστοι και να πλήττουν. (Holmen, Ericson & Winblad, 1997).

Ως κλινική εικόνα η άνοια παρουσιάζεται με ύπουλη και προοδευτική, χρόνια πορεία. Προκαλείται από μη αναστρέψιμη διαταραχή λειτουργίας του εγκεφάλου και η διάρκεια της μπορεί να είναι από μήνες έως χρόνια. Εμφανίζονται:

- Αποπροσανατολισμός και έκπτωση της κριτικής ικανότητας, της αφαιρετικής σκέψης και της ικανότητας μάθησης.
- Έκπτωση της μνήμης και προοδευτική απώλεια του προσανατολισμού στα πρόσωπα, το χώρο και το χρόνο.
- Αλλαγή της προσωπικότητας, κατά την οποία οι ιδιοτροπίες γίνονται εντονότερες, όπως καχυποψία, παρανοειδής σκέψεις και ψυχαναγκασμός.

- Ευμετάβλητο συναίσθημα, τάση προς απάθεια, κατάθλιψη, απόσυρση και ισχυρογνωμοσύνη, σε μία προσπάθεια να αντιμετωπίσει το άτομα τις καταστάσεις του περιβάλλοντος.
- Μείωση αναστολών, ανησυχία, διέγερση, απουσία ευελιξίας, ανάγκη ρουτίνας, άγχος, θυμός, απόγνωση.
- Άρνηση και απώθηση, μυθοπλασία για την αναπλήρωση των μνημονικών κενών (Μεντενόπουλος Γ., 2002)

Ως νοσηλευτική παρέμβαση μπορούμε να ορίσουμε την:

- Εξατομικευμένη προσοχή, συνεχής κοινωνική αλληλεπίδραση, ομαδικές δραστηριότητες, άσκηση, ερεθισμός των αισθήσεων και δραστηριότητα εντός της ημέρας.
- Διατήρηση φωτεινού δωματίου και φύλαξη των προσωπικών ειδών σε εμφανές σημείο, σαφής και απλές οδηγίες. Αναζητήστε πηγές άγχους και προσπαθήστε να το ανακουφίσετε. Οι μηχανισμοί άμυνας για την προστασία της ακεραιότητας του εαυτού εντείνονται όταν το άτομο βιώνει άγχος (Παγοροπούλου Α., Αθήνα 2000)

Νόσος Alzheimer

Η άνοια τύπου Alzheimer είναι η πιο κοινή από τις άνοιες και η πιο υπεύθυνη για το 50% όλων των άλλων ανοιών. Η νόσος περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Alzheimer το 1406. Πρόκειται για προοδευτική μη αναστρέψιμη νόσο, που χαρακτηρίζεται από διάχυτη ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού.

Παραδοσιακά οι κλινικοί την διέκριναν σε γεροντική και προγεροντική άνοια, με ενδεικτικό κριτήριο το χρόνο έναρξής της. Παλιότερα η νόσος άνηκε στην προγεροντική άνοια. Σήμερα όμως αναφέρεται και στην γεροντική, και μάλιστα με μεγαλύτερη συχνότητα, αφού 2-4 του πληθυσμού άνω των 65 πλήττεται από την νόσο. Ως προς το φύλο μεγαλύτερη συχνότητα παρατηρείται στις γυναίκες.

Στις ΗΠΑ μέχρι το 2030, τα θύματα της νόσου θα ανέλθουν σε 4,8 εκατομμύρια, ενώ ένας στους τρεις νέους που θα έχει γονείς άνω των 65 ετών θα ασχολείται με την φροντίδα τους εξαιτίας της νόσου. Η νόσος είναι προοδευτική και παρουσιάζει επιδείνωση που μπορεί να διαρκέσει ακόμα και περισσότερο από 10 χρόνια και με κατάληξη πάντα το θάνατο.

Διάγνωση

Αντικειμενικά ευρήματα δεν υπάρχουν παρά μόνο στο τελικό στάδιο της νόσου, και αυτά είναι μη παθολογικά. Κατά την αυτοψία ανευρίσκονται με ιστοπαθολογικές μεθόδους γεροντικές πλάκες-μικροσκοπικές βλάβες του εγκεφαλικού φλοιού που αποτελούνται από νευρώνες, τυλιγμένους γύρω από αμυλοειδή πυρήνα, νευροϊνδιακούς κόμβους-ελικοειδή ινίδια που εμπλέκονται με τους νευρώνες, κοκκιοκενοτοπιώδης εκφύλιση των νευρικών κυττάρων. Παρόμοια ευρήματα έχουν παρατηρηθεί και σε φυσιολογικούς εγκεφάλους ηλικιωμένων ατόμων αλλά σε μικρότερο βαθμό. Η διάγνωση της νόσου βασίζεται στην ύπουλη εισβολή της, στην προοδευτική επιδείνωση και στον αποκλεισμό όλων των άλλων αιτιών που μπορούν να προκαλέσουν την άνοια. Ύστερα από προοδευτική εκτίμηση οι κλινικοί μπορούν να φτάσουν στην διάγνωση, αρκεί να αξιολογήσουν σωστά την κλινική, την νευρολογική, την ψυχιατρική, την νευροφυσιολογική κατάσταση και το ιστορικό του ασθενούς. (Μεντενόπουλος Γ., 2002)

Αίτιο

Παρά τις εντατικές και επίμονες επιστημονικές έρευνες η αιτιολογία της νόσου προς το παρόν είναι άγνωστη. Οι ερευνητές μελετούν μεγάλη ποικιλία υποπτων παραγόντων, όπως γενετικούς παράγοντες, καθώς και περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως είναι το αλουμίνιο.

Παρά την αδυναμία των ερευνητών να βρουν το αίτιο της νόσου, σημαντική πρόοδος έχει επιτευχθεί στο επίπεδο της καταρρίψεως των μύθων και της βαθύτερης κατανόησης της νόσου. Έτσι σήμερα γνωρίζουμε ότι:

- Η νόσος δεν είναι φυσιολογική διεργασία της γήρανσης.
- Δεν προκαλείται από σκλήρυνση αρτηριών, ούτε από υποξία του εγκεφάλου.
- Δεν είναι μεταδοτική.
- Δεν σχετίζεται με τον αλκοολισμό και την ανεπαρκή διατροφή.
- Είναι νόσος του εγκεφάλου.
- Δεν θεωρείται ψυχική νόσος η μορφή τρέλας.

Συμπτώματα:

Τα πρώιμα συμπτώματα της άνοιας τύπου Alzheimer είναι τα ακόλουθα:

1. Προβλήματα πρόσφατης μνήμης αλλά όχι απώλεια.
2. Δυσκολία σε συνηθισμένες ασχολίες στην ολοκλήρωσή τους.
3. Προβλήματα λόγου και προφορικής έκφρασης, της κατάλληλης λέξης κάποιες φορές.
4. Αποπροσανατολισμός ως προς τον τόπο και τον χρόνο.
5. Μειωμένη κρίση ως προς το ντύσιμο και τις άκριτες αγορές.
6. Προβλήματα στην αφαιρετική σκέψη (αδυναμία κατανόησης αφηρημένων εννοιών).
7. Μεταβολές της διάθεσης ή της συμπεριφοράς.
8. Αλλαγή της προσωπικότητας από φυσιολογική σε καχύποπτη.
9. Απώλεια πρωτοβουλιών-παθητικότητα.
10. Τοποθέτηση αντικειμένων σε λάθος θέση.

Η έγκαιρη διάγνωση της νόσου αυξάνει την πιθανότητα πρώιμης αγωγής και σταθεροποίησης της κατάστασης. Κατά την διαδρομή της νόσου τα συμπτώματα ποικίλουν από άρρωστο σε άρρωστο, ώσπου η νόσος να καταστήσει τα θύματα της ανίκανα για αυτοφροντίδα.

Θεραπεία της νόσου:

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

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

Είναι δύσκολο να περιγραφούν, και τούτο γιατί οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει:

α) την χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για την μείωση του άγχους, την βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή την επιθετικότητα,

β) την φυσική άσκηση, την κοινωνική δραστηριότητα, την κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεως και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.

Ανάμεσα στις τόσες απώλειες που υφίστανται τα θύματα της νόσου η απώλεια της επικοινωνίας με τους άλλους είναι ίσως η μεγαλύτερη. Πολύ χαρακτηριστικά λέγεται: «φαντάσου να ζεις σε έναν κόσμο όπου κάθε λεπτό της ζωής σου σβήνεται από την μνήμη σου καθώς το λεπτό αυτό περνάει. Φαντάσου πως η μνήμη σου σβήνεται τελείως, ώστε αρχίζεις να ξεχνάς πώς να μιλάς, πώς να φέρεσαι δημόσια, πώς να ντύνεσαι, ακόμα και πώς να τρως. Φαντάσου πως θα ήταν η ζωή σου αν ότι έμαθες κατά την διάρκειά της εξασθενούσε στην μνήμη σου». (Μεντενόπουλος Γ., 2002)

Τα προβλήματα επικοινωνίας που παρουσιάζουν οι ασθενείς με άνοια είναι κοινά. Η ομιλία είναι αόριστη, κενή νοήματος και συνήθως αυτόματη, ενώ στην τελική φάση της νόσου το άτομο μπορεί να μην μιλάει και καθόλου. Η ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους είναι τόσο σημαντική όσο και η τροφή και το νερό. Σε μελέτη με θέμα την επικοινωνία ανοϊκών ασθενών-νοσηλευτών αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές δαπανούν μόνο το 10% του χρόνου τους για επικοινωνία με τους ανοϊκούς ασθενείς, ενώ δαπανούν πολύ περισσότερο χρόνο για συζητήσεις μεταξύ τους. Τα επίπεδα απομονώσεως στους ανοϊκούς ασθενείς είναι προφανή σε σχέση με τους άλλους ηλικιωμένους. Η μειωμένη κοινωνική αντίδραση αυξάνει την εξάρτηση του ασθενούς και επιδεινώνει την ψυχοκοινωνική και φυσική του κατάσταση.

Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις:

- Να μιλάτε σε κανονικό ρυθμό και τόνο.
- Να χρησιμοποιείται γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις.
- Να προτιμάται περισσότερο τις κλειστές από τις ανοικτές ερωτήσεις.
- Να αποφύγετε το απαγορευτικό μη και να δίνεται θετικές οδηγίες.
- Να αποφεύγεται συζητήσεις που απαιτούν σκέψη, μνήμη και πολλές λέξεις.
- Να δίνεται απλές οδηγίες, που δεν απαιτείται να θυμάται ο ασθενής περισσότερο από μία πράξεις.
- Να είστε βέβαιοι ότι ο ασθενής σας ακούει και σας παρακολουθεί.

- Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί, τότε να επαναλάβετε την ερώτηση ή την οδηγία με τον ίδιο τρόπο, διαφορετικά θα του αυξήσετε την σύγχυση.
- Αν ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί μαζί σας, τότε μην τον πιέζετε. Αν προσπαθήσετε ξανά με πιο απλές ερωτήσεις ίσως να ανταποκριθεί.
- Να προσπαθείτε να παρασύρετε τον ασθενή σε συζητήσεις που κάνετε με άλλους ανθρώπους.
- Να αποφεύγεται χαμηλόφωνες συζητήσεις και ψιθυρίσματα μπροστά στο ασθενή, διαφορετικά θα ζημιώσετε τη συμπεριφορά του απέναντί σας.
- Ο καλός τρόπος και η ήρεμη φωνή εξασφαλίζουν καλή επικοινωνία με τον ασθενή.

Το άγγιγμα με την αφή είναι προωθημένο μέσο επικοινωνίας και χαρακτηρίζεται ως δυναμική θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να μεταφέρει θετικά μηνύματα και να αυξήσει την λεκτική ικανότητα του ασθενή. Μπορεί ακόμα να συνοδεύεται με κινήσεις και θωπείες, όπως ένα χάδι, ένα απαλό χτύπημα της πλάτης, ένα θερμό σφίξιμο του χεριού και τόσες άλλες μικρές αλλά τόσο σημαντικές πράξεις που όμως προϋποθέτουν εμπιστοσύνη για να είναι αποτελεσματικές (Πρίντζης Θ., (2005)

Σύμφωνα με καλά τεκμηριωμένες μελέτες το βάρος της φροντίδας του ηλικιωμένου ένοικου ασθενή το σηκώνει η οικογένεια. Με την πάροδο του χρόνου η νοσηλεία του ασθενή γίνεται περισσότερο σύνθετη και τούτο γιατί η επικοινωνία με τους οικείους τους επιδεινώνεται ενώ αυξάνεται η εξάρτηση. Τα άτομα που εμπλέκονται στην φροντίδα του ατόμου στην προσπάθειά τους να του παρέχουν μια άνεση και ασφάλεια, υφίστανται φυσική και συναισθηματική εξουθένωση.

Γι' αυτό καθήκον του νοσηλευτή επίσης είναι:

- Να ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου.
- Να παρέχει οδηγίες για την αποφυγή του καθημερινού άγχους.
- Να παρέχει βοήθεια όπου είναι ανάγκη για την κάλυψη των ποικίλων αναγκών του ασθενή.
- Να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συνεχίσουν το τόσο κοπιώδες αλλά και τόσο σημαντικό έργο της νοσηλείας του ασθενή.

- Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη, με σκοπό την μείωση της συγκινησιακής και σωματικής έντασης (Καπάκη Ε., και συν., Αθηνά 2004)

5.1.5. Κατάθλιψη

Οι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη στην γεροντική ηλικία είναι παρόμοιοι με τους αντίστοιχους παράγοντες στις νεαρότερες ηλικιακές ομάδες. Αυτό που διαφέρει είναι η συχνότητα έκθεσης στους παράγοντες κινδύνου, με μερικούς να γίνονται συχνότεροι και άλλους λιγότεροι συχνοί. Υπάρχουν επαρκή στοιχεία που αναδεικνύουν τους ακόλουθους παράγοντες κινδύνου:

- Το φύλο
- Η σωματική υγεία και η αναπηρία
- Η ιδρυματική περίθαλψη
- Τα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής
- Η κοινωνική υποστήριξη
- Το ιστορικό κατάθλιψης
- Η προσωπικότητα του ατόμου
- Η παροχή φροντίδας

Μεταξύ των λειτουργικών ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και των συνδρόμων η κατάθλιψη έχει την μεγαλύτερη συχνότητα στους ηλικιωμένους. Η δυσθυμία, με επικρατέστερη την μελαγχολική διάθεση, επηρεάζει τις γνωστικές και τις συναισθηματικές εμπειρίες του καταθλιπτικού ατόμου, γεγονός που γίνεται φανερό σε όλη την συμπεριφορά του. Σε ορισμένα ηλικιωμένα άτομα η δυσθυμία συνοδεύεται με κινητική επιβράδυνση και έλλειψη ενδιαφέροντος για τους άλλους. Σε άλλα η δυσφορία συνοδεύεται με ανησυχία, αϋπνία και σωματικά ενοχλήματα. Η απλή επιβραδυνόμενη κατάθλιψη συνήθως εκδηλώνεται

με αυξημένα σωματικά ενοχλήματα, όπως δυσκοιλιότητα, έλλειψη αποφασιστικότητας και αποτελεσματικότητας (Jorn AF, 1995).

Σε νευροφαρμακολογικές μελέτες, για να εξηγηθεί η Παθογένεση της κατάθλιψης, αναφέρονται ορισμένες ορμόνες και άλλες ουσίες του οργανισμού που θεωρείται ότι ευθύνονται ή παίζουν κάποιο ρόλο για την εμφάνιση της. Η κατάθλιψη έχει βαρύτερη μορφή στους ηλικιωμένους από τις άλλες ομάδες ηλικιών, με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες. Ειδικότερα στους ηλικιωμένους που ζουν σε ιδρύματα η συχνότητα της κατάθλιψης υπερβαίνει το 25% (Παγοροπούλου Α., Αθήνα 2000).

Η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης παραμελείται, επειδή τα συμπτώματα της συνδέονται με το γήρας ή συγχέονται με εκδηλώσεις σωματικών νόσων. Ακόμα και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι όταν νιώσουν κάποιο αίσθημα δυσαρέσκειας ή απογοητεύσεως εύκολα το συνδέουν με το γήρας. Έτσι όσο η κατάθλιψη παραμελείται τόσο πιο σύνθετη γίνεται, με αποτέλεσμα να λειτουργεί ως υπόστρωμα για την ανάπτυξη νέων προβλημάτων και επιπλοκών σε χρόνια νοσήματα και να δημιουργεί ειδικές καταστάσεις που δυσκολεύουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς.

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

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

Ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος έχει χάσει το πραγματικό νόημα της ζωής. Γι' αυτό και πολύ χαρακτηριστικά η κατάθλιψη ορίστηκε ως «θάνατος μέσα στη ζωή», δηλαδή πλήρης απώλεια ζωτικότητας, κινήσεως και σκοπού. Σε τέτοιες περιπτώσεις οι τάσεις ή και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πολύ συχνές.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην φροντίδα του ηλικιωμένου καταθλιπτικού είναι σημαντικός επειδή στοχεύει στην ανασυγκρότηση και στο ξαναζωντάνεμα της ζωής του. Σήμερα ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας καταθλιπτικού ηλικιωμένου ατόμου επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των αναγκών ανωτέρου επιπέδου. Η φιλοσοφία αυτή βασίζεται στην ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow, στην οποία η αυτοεκτίμηση τοποθετείται στο υψηλότερο επίπεδο συνέχειας των ανθρώπινων αναγκών. Όταν οι νοσηλευτές κατορθώνουν να αναπτύξουν κατάλληλες διαπροσωπικές δεξιότητες, τότε είναι δυνατό να ενθαρρύνουν τον ηλικιωμένο να αποκτήσει περισσότερη αυτονομία, εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα στις σχέσεις του, προϋποθέσεις που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη θεραπευτικού διαλόγου. Πρέπει να τονιστεί ότι για να διατηρηθεί ο ηλικιωμένος καταθλιπτικός σε επιθυμητό επίπεδο λειτουργίας θα πρέπει η ευγένεια, η καλοσύνη και η συμπάθεια να κυριαρχούν στη σχέση νοσηλευτή – ηλικιωμένου. (Mary Ann Hogan, 2012),

5.1.6. Σύγχυση – Delirium

Μια συνηθισμένη ανησυχία των ηλικιωμένων είναι ο φόβος του γήρατος, τον οποίο και συνδέουν με την απώλεια της ανεξαρτησίας τους και την αδυναμία ελέγχου της συμπεριφοράς τους. Όταν οι ηλικιωμένοι βρεθούν υπό την επίδραση συγχητικής κατάστασης που μπορεί να είναι αποτέλεσμα υποκείμενης νόσου τότε είναι δυνατόν μια αναστρέψιμη σύγχυση να συνοδευτεί με μια μη αναστρέψιμη γήρανση. Η κατάσταση της οξείας σύγχυσης είναι ένα φαινόμενο γνωστό και ως delirium. Αποτελεί σημαντικό πρόβλημα υγείας για τους ηλικιωμένους που βρίσκονται υπό την επίδραση μιας οξείας νόσου. Οι γηριατρικοί ασθενείς βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο να παρουσιάσουν οξεία σύγχυση εξαιτίας των φυσιολογικών μεταβολών που σχετίζονται με το γήρας. Η οξεία σύγχυση ως κατάσταση παραμένει παραμελημένη παρά τα σοβαρά λειτουργικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και οικονομικά επακόλουθα, και τούτο γιατί οι γνώσεις του φαινομένου βασίζονται σε περιορισμένα ευρήματα.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην διευθέτηση αναστρέψιμης σύγχυσης θα είναι αποτελεσματικός μόνο όταν η αντίληψή τους γι αυτήν θα βασίζεται στην γνώση ότι η σύγχυση είναι σύμπτωμα και όχι νόσημα. Δηλαδή, πρέπει να ξέρουν πως η σύγχυση δεν είναι

τρέλα αλλά εκδήλωση εγκεφαλικής δυσπραγίας από υποκείμενη νόσο και προειδοποιητικό σημείο ότι η κατάσταση του αρρώστου έχει επιδεινωθεί.

Στην περίπτωση που η σύγχυση είναι αποτέλεσμα νόσου και αντιμετωπίζεται σωστά, ενδέχεται η συχνότητα, η ένταση και το μέγεθος της να μην επιδεινωθούν, ενώ όταν διαρκέσει περισσότερο από ένα μήνα τότε μπορεί να οδηγήσει σε άνοια. Σε πολλές καταστάσεις η σύγχυση εκδηλώνεται μόνο την νύχτα, γεγονός που κάνει σημαντικότερο το ρόλο των νοσηλευτών για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάστασης του ηλικιωμένου. Οι κυριότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, όταν η νόσος είναι σε έξαρση, είναι οι εξής:

- Εφαρμογή περιοριστικών μέτρων μόνο όταν είναι απολύτως απαραίτητο, καθότι επιδεινώνεται η διέγερση και ο φόβος του πάσχοντος. Η προάσπιση της ασφάλειας αποτελεί προτεραιότητα, προτείνεται η κατά άτομο επιτήρηση.
- Επαναλαμβανόμενες προσπάθειες προσανατολισμού, διατήρηση στάσης που δεν ενισχύει τις ψευδαισθήσεις, διαμόρφωση φωτεινού δωματίου, ενθάρρυνση της παρουσίας μελών της οικογένειας.
- Παροχή απλών και σαφών οδηγιών, οι οποίες να εστιάζουν σε ένα καθήκον κάθε φορά.
- Κατανομή εργασιών σε απλά και μικρά βήματα, που μπορεί να γίνουν κατανοητά.
- Αργή ομιλία και διατήρηση του βλέμματος στο ύψος του πάσχοντα, όταν σε περίπτωση επικοινωνίας με ασθενή με προβλήματα ακοής.
- Διατήρηση οικείου περιβάλλοντος, ώστε να διατηρείται ο προσανατολισμός του στην πραγματικότητα, αλλά και να ενδυναμώνεται η αξιοπρέπεια και η αυτοεκτίμηση του.
- Συζήτηση θεμάτων σημαντικών για τον πάσχοντα, όπως καθοριστικά γεγονότα της ζωής του, η οικογένεια, η εργασία τα χόμπι και τα κατοικίδια ζώα.
- Αποφυγή αντίθετης επιχειρηματολογίας ή προσπάθεια επιβολής ότι οι παραληρητικές τους ιδέες δεν είναι πραγματικές.
- Ενθάρρυνση της οικογένειας για έκφραση συναισθημάτων, ιδιαίτερα την απογοήτευση και το θυμό τους.
- Διατήρηση της ισορροπίας υγρών και θρεπτικών συστατικών, που μπορεί να γίνει απειλητική για τη ζωή.

- Ενημέρωση για τις κοινοτικές υπηρεσίες και υποστηρικτικές ομάδες, οι οποίες συμβάλλουν στη μείωση του στρες και στην καταπόνηση της οικογένειας/φροντιστή (Mary Ann Hogan, 2012).

5.2. Κοινωνική και Συναισθηματική Απομόνωση

Κοινωνική απομόνωση:

Η κοινωνική απομόνωση χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι το άτομο μπορεί να αισθάνεται ότι δεν δέχεται αλληλεπιδράσεις και δεν περιλαμβάνεται στο υποστηρικτικό δίκτυο. Οι Dugan και Kivett μελέτησαν τη σημασία της συναισθηματικής και κοινωνικής απομόνωσης σε σχέση με τη μοναξιά σε πολύ ηλικιωμένα άτομα αγροτικών περιοχών. Το δείγμα αποτελείται από 418 άτομα ηλικίας από 65 χρονών και άνω. Η έρευνα ήταν διαχρονική και η συλλογή στοιχείων έγινε τρεις φορές από εξειδικευμένο προσωπικό. Οι Dugan και Kivett, ορίζουν την κοινωνική απομόνωση ως το αποτέλεσμα του α είναι κάποιος ή να αισθάνεται αποκομμένος από το κοινωνικό δίκτυο ή την κοινότητα (Dugan και Kivett 1994).

Τα κοινωνικά απομονωμένα άτομα είναι πιθανόν να αισθάνονται πλήξη και ανία και να νιώθουν ευπαθή, ευάλωτα, περιθωριοποιημένα και αγχωμένα. Συγκεκριμένα ο Weiss αναφέρει ότι η κοινωνική απομόνωση περιλαμβάνει αισθήματα πλήξης και ζωής χωρίς νόημα, σημασία και σκοπό. Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να παρουσιαστεί λόγω, αλλαγής τρόπου διαμονής, θανάτου αγαπημένου προσώπου καθώς επίσης και λόγω έλλειψης συμμετοχής σε κοινωνικές ομάδες, σπάνιας επαφής με φίλους και παιδιά και τέλος λόγω αλλαγής ελάττωσης της οξύτητας των αισθήσεων (π. χ όραση και ακοή) αλλά και λόγω της παρουσίας άλλων βιολογικών προβλημάτων όπως μείωση του ορίου αντοχής, αστάθεια δυναμικής ισορροπίας, χαμηλή ανοσοποιητική αντίσταση, ενδοκρινικές μεταβολές, έκπτωση μνήμης, αλλαγές στο κυκλοφορικό και καρδιαγγειακό σύστημα (Χατζηαντωνίου Σ.Γ., (2005).

Συναισθηματική Απομόνωση:

Τα άτομα ανταποκρίνονται στη συναισθηματική απομόνωση με διάφορους τρόπους συμπεριλαμβανομένου της νοσταλγίας του χαμένου στενού τους προσώπου, του στρες και της κατάθλιψης. Οι Dugan και Kivett, αναφέρουν ότι η συναισθηματική απομόνωση πηγάζει από την απώλεια ή την απουσία στενού προσώπου. Σύμφωνα με τους Long και Martin (2000), οι συναισθηματικές ανάγκες των ηλικιωμένων μπορούν να ικανοποιηθούν διαμέσου των παιδιών τους εάν υπάρχει απουσία συζύγου ή φίλων λόγω π. χ θανάτου (Long και Martin 2000).

5.3. Ο φόβος του θανάτου.

Ο προσωπικός θάνατος τα τελευταία χρόνια εμφανίζεται συχνά στις βιβλιογραφίες των τελευταίων ετών. κάποιοι συγγραφείς το παρουσιάζουν σαν την εικόνα του εξερευνητή που αντιμετωπίζει το άγνωστο. Άλλοι πάλι προτείνουν στον ταξιδευτή να αντιμετωπίσουν τον επικείμενο θάνατο με θάρρος και αρετή. Στο έργο του thanatopsis (θανάτοψη), ο William Cullen Bryant υποστήριξε αυτή την άποψη, όπως κάνει και ένα σύντομο ποίημα από την παράδοση των Sufi: «και έτσι ζήσε, σ'αυτή την βύθιση στον τελευταίο σου βαθύ ύπνο, πρέπει να είσαι ήρεμος και να χαμογελάς, ενώ όλα γύρω σου κλαίνε για σένα». Οι κλινικές προσπάθειες με ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της ασθένειάς τους μας δίνουν μια διαφορετική εικόνα γι αυτά που ένα άτομο που πεθαίνει μπορεί να βιώσει. Μεταξύ των πιο διορατικών έργων είναι αυτό της Elizabeth Kubler-Ross (1969). Χρησιμοποιώντας πολλές παρατηρήσεις που έχουν σχέση με τον θάνατο ενός ανθρώπου, υποστήριξε ότι ο προσωπικός θάνατος περνάει από πέντε στάδια: το στάδιο της άρνησης, το στάδιο του θυμού, το στάδιο της διαπραγμάτευσης, το στάδιο της κατάθλιψης και το στάδιο της αποδοχής.

Στο στάδιο της άρνησης, ο άνθρωπος πολύ απλά αρνείται να πιστέψει αυτό που του συμβαίνει, το ότι δηλαδή ήρθε η ώρα του να πεθάνει. Το στάδιο όμως αυτό δεν έχει πολύ μεγάλη διάρκεια και το ίδιο άτομο νιώθει πλέον θυμό και θέλει να αντιμετωπίσει αυτό που του συμβαίνει. Θεωρεί την ασθένεια άδικη και ζητάει εξηγήσεις: “γιατί σε μένα θεέ μου;” Στο τρίτο στάδιο ο θυμός δίνει την θέση του στην διαπραγμάτευση, που τις περισσότερες φορές αφορά στην διαπραγμάτευση μεταξύ του ατόμου και μιας ανώτερης δύναμης που το άτομο αποκαλεί θεό. Το άτομο έτσι, με αυτόν τον τρόπο προσεύχεται για μια αναβολή, προσφέροντας ως αντάλλαγμα φιλανθρωπική εργασία η υποσχόμενο ότι θα αλλάξει την συμπεριφορά του. Το επόμενο στάδιο φυσικά μετά από αυτό είναι η κατάθλιψη, μια

ανυπόφορη λύπη σχετικά με την αυστηρότητα του μηνύματος, το ανέκκλητο της διεργασίας. Και τέλος φυσικά έχουμε το τελικό στάδιο κατά το οποίο το άτομο τελικά αποδέχεται τον θάνατο και αρχίζει να προετοιμάζεται για το τέλος. Κατά την διάρκεια της προετοιμασίας του το άτομο διευθετεί τις προσωπικές και οικογενειακές του υποθέσεις, αποχαιρετάει τους φίλους του και περνάει κάθε ανεκτίμητο λεπτό της ζωής του με την οικογένειά του.

Το συγκεκριμένο μοντέλο της kubler-ross φυσικά δεν το δέχτηκαν όλοι και δέχτηκε κάποιες επικρίσεις. Ορισμένοι δεν αντιλαμβάνονται την γραμμική πρόοδο στα στάδια που το συγκεκριμένο μοντέλο προτείνει. Όλοι οι άνθρωποι δεν βιώνουν όλα τα στάδια και πολλές φορές η πορεία που οι άνθρωποι ακολουθούν μεταξύ των σταδίων διαφέρει. Παρά τις επικρίσεις όμως, οι παρατηρήσεις της ερευνήτριας αποτελούν έναν ανεκτίμητο οδηγό για εκείνους που ασχολούνται με ανθρώπους που βρίσκονται στα τελευταία στάδια της ζωής τους (Phillip I. Rice, 2005).

5.4. Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΤΙΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ.

5.4.1. Συζυγική κατάσταση και η απώλεια συζύγου.

Ο Ερωτοκρίτου (1995) αναφέρει ότι σε έρευνα που έγινε στο Μιλάνο, 10% των ερωτηθέντων αντρών και 13% των γυναικών, απάντησαν ότι ένιωθαν κάποια μοναξιά που μεγάλωνε με την ηλικία. Αντίστοιχα αποτελέσματα είχε και έρευνα που έγινε στην Καλιφόρνια όπου ο 57% των ερωτηθέντων που δεν ζούσαν με σύζυγο και 15% που ζούσαν με σύζυγο αισθάνονταν «μεγάλη μοναξιά».

Αναφέρεται επίσης ότι τα άτομα τα οποία δεν παντρεύτηκαν ποτέ, διαζευγμένα άτομα και άτομα τα οποία χηρεύσαν ήταν πιο μόνα από άτομα τα οποία ήταν παντρεμένα. Επίσης άλλες διαχρονικές έρευνες, ενισχύουν το γεγονός ότι η χηρεία είναι σημαντικός παράγοντας πρόκλησης μοναξιάς. Όσον αφορά το θέμα του γάμου στην Τρίτη ηλικία, οι ηλικιωμένοι άντρες έχουν συνήθως μεγαλύτερο εισόδημα από ότι οι γυναίκες και ως εκ τούτου, είναι πολύ πιο πιθανόν να πραγματοποιήσουν ένα γάμο εν αντιθέσει με τις γυναίκες (Streib & Binstock, 1990 από Long & Martin, 2000).

Ακόμη, σύμφωνα με τους Schone και Weinick ο γάμος έχει θετικά αποτελέσματα ως προς την υγιή συμπεριφορά των ηλικιωμένων ατόμων και αυτά τα θετικά αποτελέσματα τα

συναντούμε σε μεγαλύτερο βαθμό στους ηλικιωμένους άντρες παρά στις γυναίκες. Επίσης, τα έγγαμα ηλικιωμένα άτομα, τείνουν να ζουν μακριά από το κοντινότερο τους παιδί σε σύγκριση με εκείνα τα άτομα τα οποία χήρευσαν. Φαίνεται καθαρά ότι το μέσα από το γάμο και την συμβίωση με το έτερον τους ήμισυ τα άτομα της τρίτης ηλικίας διατηρούν την ανεξαρτησία και την αυτονομία τους.

Σε διαχρονική έρευνα εξετάζεται η σχέση της σύστασης της οικογένειας με τον κίνδυνο για εισαγωγή των ατόμων τρίτης ηλικίας σε κάποιο ίδρυμα, φάνηκε ότι τα ηλικιωμένα άτομα που είναι παντρεμένα έχουν περίπου τις μισές πιθανότητες να μπου σε κάποιο ίδρυμα ή οίκο ευγηρίας εν αντιθέσει, με τα άτομα που δεν είναι παντρεμένα.

Απώλεια συζύγου

Ο θάνατος του /της είναι μια από τις πιο τραυματικές εμπειρίες που ένα ηλικιωμένο άτομο μπορεί να βιώσει. ακόμα και όταν το άτομο μπορεί να βοηθήσει τον/την σύζυγό του να προετοιμαστεί για τον επερχόμενο θάνατο, πρέπει να προετοιμαστεί κι το ίδιο. Μετά τον θάνατο, φαίνεται ότι υπάρχουν τέσσερα στάδια πένθους. Η πρώτη αντίδραση μπορεί να είναι το σοκ και ο πανικός, το άτομο μπορεί να αισθάνεται συντετριμμένο στην σκέψη ότι πλέον θα μείνει μονάχο του στην ζωή. Το δεύτερο στάδιο είναι η αφόρητη θλίψη κατά το οποίο το άτομο βιώνει την πιο έντονη λύπη και απόγνωση. Αυτή η περίοδος μπορεί να διαρκέσει για μήνες η ακόμη και χρόνια, καταβάλλοντας ακόμα και τα νεαρότερης ηλικίας μέλη της οικογένειας. Στο τρίτο στάδιο πλέον το άτομο σιγά σιγά αρχίζει να αποδέχεται την πραγματικότητα: ο αγαπημένος του σύντροφος έχει φύγει πλέον από την ζωή. Τέλος, το άτομο φτάνει σε ένα πιο προχωρημένο επίπεδο αποδοχής της πραγματικότητας. Αρχίζει να κάνει πιο ηθελημένες και πετυχημένες προσπάθειες για να συνεχίσει να ζει την καθημερινότητά του και τις κοινωνικές του δραστηριότητες (Κόλλιας Κ., 2010).

Μετά τον θάνατο του/της συζύγου , υπάρχει ανησυχία όχι μόνο για την ψυχοκοινωνική λειτουργία αλλά και την σωματική λειτουργία του ατόμου. Αυτή η ανησυχία προέρχεται από τις παρατηρήσεις ότι πολλοί ηλικιωμένοι που υποφέρουν από τον θάνατο του αγαπημένου τους συντρόφου αλλάζουν δραματικά τον τρόπο της ζωής τους. Μπορεί να μην τρώνε όπως θα έπρεπε, να μην ασκούνται επαρκώς και να μην κοιμούνται πλέον τόσο όσο κοιμόντουσαν στο παρελθόν. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να έχουν αθροιστικές συνέπειες για ένα ηλικιωμένο άτομο.

Σύμφωνα με μια άλλη παρατήρηση, μπορεί να υπάρχουν κάποιες κρίσιμες στιγμές κατά την διάρκεια των οποίων, ο εναπομείναντας στην ζωή σύντροφος θα μπορούσε να είναι περισσότερο ευάλωτος στον θάνατο. Πρόκειται για την επονομαζόμενη αντίδραση της επετείου. Η αντίδραση της επετείου είναι ο θάνατος του εν ζωή συζύγου, κάποια μέρα που έχει ιδιαίτερη σημασία, όσον αφορά στον αποθανόντα σύζυγο. Συνήθως σημαίνει τον θάνατό του εν ζωή συζύγου την ημέρα της επετείου του θανάτου του συντρόφου του, όπως ένα μήνα μετά η ένα χρόνο μετά. Αρκετές θεωρίες προσπαθούν να εξηγήσουν αυτή την αντίδραση. Μια θεωρία υποστηρίζει ότι ο θάνατος είναι ένα είδος εξαρτημένης συναισθηματικής αντίδρασης, ενώ μια άλλη υποστηρίζει ότι αφορά σε μια εξαρτημένη καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος. Η ιδέα για την καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος υποστηρίζει ότι η απώλεια του συντρόφου προκαλεί μια αντίδραση στον εν ζωή σύντροφο που μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στην υγεία του ατόμου και που εν τέλει οδηγεί και στον δικό του θάνατο (Phillip I. Rice, 2005).

5.4.2. Σχέσεις: Γονέων – Παιδιών

Οι δεσμοί γονέων – παιδιών είναι πολύ δυνατοί. Αυτοί οι δεσμοί δημιουργούνται όχι μόνο από κοινωνικούς ρόλους κι στερεότυπα αλλά σχηματίζονται επίσης κατά τη διάρκεια δεκαετιών και της κοινής συσσώρευσης εμπειριών και σκοπών. Επίσης, τα δυνατά πολιτιστικά στερεότυπα στηρίζουν αυτό το δεσμό. Οι Moss και συνεργάτες στην προσπάθειά τους να αναλύσουν την ποιότητα των σχέσεων μεταξύ ηλικιωμένων γονιών και των παιδιών τους τα οποία κατοικούν εκτός πόλεως, στηρίχθηκαν σε δύο μεγάλες ερευνητικές εργασίες παλαιότερων χρόνων, με αποτέλεσμα να καταλήξουν στο συμπέρασμα ότι «οι σχέσεις γονέων – παιδιών φαίνεται να υπερισχύουν της γεωγραφικής και κοινωνικό-οικονομικής μεταβλητότητας καθώς επίσης και των αναπτυξιακών αλλαγών όσο καμία άλλη σχέση». Γονείς και παιδιά είναι πολύ σημαντικοί ο ένας για τον άλλο καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

Οι γονείς βλέπουν τα παιδιά τους ως το σύνδεσμο με την αθανασία. Μπορεί δηλαδή να λεχθεί ότι διαμέσου των παιδιών τους βλέπουν τους εαυτούς τους να συνεχίζονται. Επίσης, σε μία οικογένεια, αναπτύσσεται έντονα η συγκέντρωση των αξιών η οποία καλλιεργείται μέσα από τη γενεαλογική υπερηφάνεια, την οικογενειακή παράδοση και επίσης μέσα από τις προσδοκίες για διαγενετική συνέχιση. Οι γονείς και τα παιδιά νιώθουν έντονα την αίσθηση της ιστορικής οικογενειακής ταυτότητας η οποία ενδυναμώνει τους δεσμούς και

αποτελεί πηγή κοινών αξιών και στόχων. Οι γονείς εστιάζουν την προσοχή τους στην μεταφορά των αξιών και επιθυμούν να διατηρούν στενή σχέση με την οικογένεια ενώ οι νεαροί ενήλικες προσπαθούν να διατηρήσουν την αυτονομία τους σε αξίες και κοινωνικές σχέσεις. Ένα παιδί είναι πολλά πράγματα, μέρος του εαυτού αλλά και μέρος του αγαπητού συντρόφου, η αντιπροσώπευση των γενεών που πέρασαν αλλά και τα γονίδια γι αυτούς που θα έρθουν, η ελπίδα για το μέλλον, πηγή αγάπης, ακόμα και ναρκισσιστική ευχαρίστηση, ένας δεσμός η ένα φορτίο και μερικές φορές ένα σύμβολο για τα χειρότερα κομμάτια του εαυτού η των άλλων.

Από την άλλη πλευρά, σε έρευνα των Long και Martin 2000 φαίνεται ότι τα παιδιά βλέπουν τους γονείς τους ως μοντέλα καθ όλη την διάρκεια της ζωής τους και ως πηγή διατήρησης της ταυτότητάς τους. Ο Schwarz αναφέρει ότι η ψυχολογική εξάρτηση των παιδιών από τους γονείς τους μπορεί να υπάρχει μέχρι τον θάνατο των δευτέρων. Υπάρχει επίσης η ένδειξη ότι οι γονείς θεωρούνται ως άτομα τα οποία προσφέρουν μέχρι τα βαθιά γεράματα και επίσης ότι τα άτομα τρίτης ηλικίας δίνουν περισσότερη οικογενειακή βοήθεια στα παιδιά τους από ότι το αντίθετο.

Σίγουρα όμως τα παιδιά δεν περιορίζονται στο να παίρνουν από τους γονείς τους αλλά και να δίνουν. Έτσι εκτός από την λειτουργική στήριξη την οποία προσφέρουν, ταυτόχρονα προσφέρουν και συναισθηματική υποστήριξη. Επίσης βοηθούν τους γονείς να προσαρμοστούν και να κατανοήσουν τις κοινωνικές αλλαγές. Γίνονται η γέφυρα διαμέσου των γενεών και των κοινωνικών αλλαγών. Τις περισσότερες δε φορές αποτελούν ίσως την μεγαλύτερη πηγή βοήθειας προς τους γονείς, που την χρειάζονται.

Διάφοροι ερευνητές μελέτησαν το γεγονός των στενών δεσμών και σχέσεων μεταξύ των γονέων και των παιδιών. Σύμφωνα με την θεωρία για τις στενές σχέσεις και την σύνδεση των ατόμων οι τρόποι δημιουργίας τέτοιων σχέσεων ξεκινούν νωρίς στην ζωή και επεκτείνονται καθ' όλη την διάρκεια της ζωής. Οι ενήλικες που αναφέρουν καλές σχέσεις με τους γονείς τους κατά την διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας ήταν λιγότερο μοναχικοί. Περαιτέρω, εντοπίστηκε ότι οι παλαιότερες γενεές επένδυναν περισσότερο στην σχέση γονέα-παιδιού παρά οι νέες γενεές.

Η εγγύτητα, η ποιότητα των επαφών και η παροχή φροντίδας αποτελούν μέγιστους παράγοντες όσον αφορά την στενή σχέση που θα αναπτύξουν οι ηλικιωμένοι γονείς με τα παιδιά τους. Η ποιότητα των σχέσεων μεταξύ γονιού και παιδιού δεν εξαρτάται από την ποσότητα επαφών που έχουν. Η κοινωνικό-συναισθηματική απόσταση είναι πιο σημαντική

από την γεωγραφική σε σχέση με την εγγύτητα. Το να μετριέται η απόσταση μεταξύ γονέων και παιδιών σε μίλια η χιλιόμετρα είναι πολύ ανορθόδοξος τρόπος. Για παράδειγμα, οικογένειες με καλή οικονομική κατάσταση μπορεί να γεφυρώσουν τις αποστάσεις χιλιάδων χιλιομέτρων με συχνές επισκέψεις και τηλεφωνικές ομιλίες.

Σύμφωνα με έρευνες τα παιδιά με υψηλότερες οικονομικές απολαβές και με υψηλό μορφωτικό επίπεδο τείνουν να ζουν μακριά από τους γονείς τους. Σε αντίθεση με αυτό υπάρχουν οικογένειες που μπορεί να βρίσκονται πολύ κοντά αλλά νιώθουν πολύ μακριά, λόγω της συναισθηματικής αποστάσεως που τους χωρίζει.

Περαιτέρω, η υγεία, η οικονομική κατάσταση και η στάση των ατόμων προς το γήρας διαδραματίζουν ιδιαίτερο ρόλο ως προς την θετική στάση που θα κρατήσουν οι γονείς προς τα παιδιά τους. Επίσης δεν έχει ιδιαίτερη σημασία η ποσότητα των επαφών για την ευημερία των ηλικιωμένων αλλά το πώς αντιλαμβάνονται οι ίδιοι την στήριξη. Φαίνεται δηλαδή ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζει η εκτίμηση, αξιολόγηση και αντίληψη της επαφής.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην διατήρηση στενών σχέσεων μεταξύ γονέων και παιδιών είναι:

1. Η συχνότητα των συναντήσεων: μέσα από πολλές έρευνες φάνηκε ότι οι γονείς και παιδιά συναντιούνται λιγότερο καθώς η απόσταση μεταξύ τους αυξάνεται.
2. Ο τύπος των συναντήσεων: μια επαφή είναι από μόνη της σημαντική για τους γονείς αλλά και για τα παιδιά. Η διάρκεια της συνάντησης και το είδος, αν δηλαδή είναι τηλεφωνική, γραπτή η προσωπική δεν είναι τόσο σημαντικό όσο το γεγονός.
3. Το περιεχόμενο: η ποσότητα αυτών που θα λεχθούν δεν είναι τόσο σημαντική όσο το τι θα λεχθεί και το πώς θα λεχθεί. Η διατήρηση λοιπόν στενών σχέσεων με τους γονείς αποτελεί τις περισσότερες φορές μια στοργική συναλλαγή. Έτσι, μέσα από μια τέτοια σχέση τα συναισθήματα που θα εκφραστούν δεν θα είναι άλλα από την ανάπτυξη και διατήρηση της εμπιστοσύνης, εμπίωσης-ενσυναίσθησης, τρυφερότητας, στοργής και του σεβασμού. Τέλος, αναφέρεται ότι η απουσία στενών σχέσεων μπορεί να επιφέρει αρνητική επίδραση στο ηθικό των ατόμων και να καταλήξει ακόμα και σε κατάθλιψη. (Κόλλιας Κ., 2010).

5.4.3. Συγγενείς

Αναφέρεται επίσης ότι η παρουσία συγγενών παραμένει σημαντικός παράγοντας κοινωνικής υποστήριξης προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Οι συγγενείς τις περισσότερες φορές βρίσκονται σε ομότιμα επίπεδα π.χ. ηλικιακά. Επίσης η σχέση τους χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία αποτελούν θετικές ενδείξεις ως προς την διατήρηση στενών σχέσεων. Μερικά από αυτά τα χαρακτηριστικά σύμφωνα με τους Dugan και Kivett 1994 είναι : οι στενοί δεσμοί αίματος , οι κοινές προσωπικές ιστορίες και παρελθόν, το κοινό υπόβαθρο και οι εμπειρίες και τέλος, η μακροχρόνια γνωριμία. (Κόλλιας Κ., 2010).

5.4.4. Πρόσωπο εμπιστοσύνης

Η παρουσία κάποιου ατόμου το οποίο φροντίζει, νοιάζεται, ακούει και στηρίζει κάποιο άτομο της τρίτης ηλικίας αλλά και που το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να το εμπιστευθεί είναι πολύ σημαντική για την ευημερία του ατόμου. Επίσης αποτελεί ένδειξη για δημιουργία στενών διαπροσωπικών σχέσεων. Σύμφωνα με πληθώρα ερευνών η συζυγική κατάσταση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την κοινωνική και συναισθηματική απομόνωση την οποία βιώνουν τα ηλικιωμένα άτομα. Οι Dugan και Kivett αναφερόμενοι σε έρευνα των Strain και Chappell τονίζουν ότι το 81% των ανδρών και το 85% των γυναικών οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ως πιο έμπιστο τους άτομο τους συζύγους τους.

Πολλοί δε ερευνητές αναφέρουν ότι η απώλεια συζύγου στους ηλικιωμένους συνδέεται ιδιαίτερα με την συναισθηματική απομόνωση και μάλιστα το αναφέρουν ως τον πρώτο πιο σημαντικό παράγοντα ο οποίος συμβάλλει στην εμφάνιση της μοναξιάς στους ηλικιωμένους. (Κόλλιας Κ., 2010).

5.4.5. Φίλοι

Καθώς τα κοινωνικά πλαίσια στενεύουν με την ηλικία, τα μέλη της οικογένειας γίνονται ολοένα και πιο σημαντικά τόσο για την προσφορά τους στην φυσική φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, όσο και για την συναισθηματική στήριξη που μπορούν να προσφέρουν.

Οι φίλοι επίσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην φυσική, κοινωνική και ψυχολογική ευημερία των ατόμων και μπορούν να ελαττώσουν την ανάγκη για οικογενειακή αλληλεπίδραση Long και Martin 2000. Με αυτόν τον τρόπο όπου υπάρχει πρόβλημα με την οικογένεια οι φίλοι μπορούν να απαλύνουν την κατάσταση με την παρουσία τους. Η απώλεια φίλων μπορεί να οδηγήσει στην μοναξιά.

Οι κοινωνικές επαφές και φιλίες είναι δυνατόν να προσφέρουν αμοιβαιότητα, κοινά ενδιαφέροντα και θετικές επιδράσεις. Παρ' όλα αυτά έχει συζητηθεί κατά πόσο οι φιλίες και οι στενοί φιλικοί δεσμοί έχουν πιο δυνατή σχέση στην ευημερία των ηλικιωμένων ατόμων σε σύγκριση με τους οικογενειακούς δεσμούς. (Long και Martin 2000).

5.5. Η ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας στους ηλικιωμένους

Όλο και μεγαλύτερος αριθμός ηλικιωμένων θα χρειαστεί μακροχρόνια νοσηλευτική φροντίδα. Χρόνια νοσήματα που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ηλικιωμένου μπορεί να είναι τα εξής:

- Ο σακχαρώδης διαβήτης.
- Τα βαριά ψυχικά νοσήματα.
- Αρκετά νευρολογικά νοσήματα.
- Σχεδόν όλα τα καρδιαγγειακά νοσήματα.
- Και η χρόνια νεφρική ανεπάρκεια.

Οι συγκεκριμένες ασθένειες δεν έχουν όριο ηλικία που μπορεί να προσβάλλουν ένα άτομο, αλλά στην περίπτωση ενός ηλικιωμένου θα είναι πιο βαρύ το περιστατικό. Δεν μπορούμε να γνωρίζουμε με απόλυτη σιγουριά ποια είναι τα ποσοστά των ηλικιωμένων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα γιατί είναι δύσκολο να καταρτιστούν. και αυτό γίνεται για τον λόγο του ότι η χρόνια ασθένεια έχει αργή διαδικασία και επίσης είναι ύπουλη με ελαφριά και απαρατήρητη αρχή. Αυτό σημαίνει ότι πολλοί άνθρωποι παρόλο που πάσχουν δεν το γνωρίζουν. Και επιπλέον υπάρχει μια περίπτωση να μην μπορεί να διαγνωστεί λόγω της ασάφειας των συμπτωμάτων.

Γι αυτό τον λόγο και η νοσηλευτική επιστήμη δεν περιορίζεται μόνο στα συμπτώματα της ασθένειας του ασθενούς. Πλέον είναι αναγνωρίσιμο το γεγονός ότι η γνώση των λειτουργικών και παθολογικών αλλά και ανατομικών αλλοιώσεων λόγω της ασθένειας είναι σημαντική, παρόλα αυτά δεν την καθιστά αρκετή ώστε οι νοσηλευτές να προσφέρουν νοσηλευτική φροντίδα υψηλής ποιότητας στον χρόνια ασθενή ηλικιωμένο.

Οι χρόνια ασθενείς ηλικιωμένοι, ανεξάρτητα από την ασθένεια που μειώνει την ποιότητα της ζωής τους και τις κοινωνικές δραστηριότητές τους, έχουν και ορισμένες ανάγκες που είναι ίσως κοινές: κάποιοι σίγουρα θα χρειάζονται οικονομική βοήθεια και κάποιοι άλλοι θα έχουν ανάγκη από υπηρεσίες αποκατάστασης και ενίσχυσης, για να μπορέσουν να καταπολεμήσουν και να αμυνθούν από τυχόν συναισθηματικές διαταραχές, που προκύπτουν από την ίσως υποτιμητική στάση του κοινού προς τους ανθρώπους αυτούς.

Κάποια από τα χαρακτηριστικά των ασθενειών αυτών είναι:

- Το ότι είναι μόνιμες.
- Υπάρχει μεγάλη περίπτωση να αφήσουν υπολειμματική ανικανότητα.
- Συνήθως προέρχονται από μη παθολογική αλλοίωση
- Απαιτούν φυσικά ειδική εκπαίδευση του ηλικιωμένου για αποκατάσταση.
- Και προκαλούν την ανάγκη για μακροχρόνια επίβλεψη και φροντίδα.

Ο χρόνος έχει πολύ μεγάλη σημασία στην σχέση του νοσηλευτή και του ηλικιωμένου χρόνιου ασθενή. πολλές φορές έχει συμβεί ο ασθενής να ανέχεται καταστάσεις κατά της οποίες ο νοσηλευτής δεν έκανε σωστά την δουλειά του, όπως π.χ. να μην πρόβλεψε κάποια ανάγκη κατά την διάρκεια μιας οξείας αρρώστιας, αλλά στην περίπτωσή μας μία τέτοια σχέση μπορεί να διαρκέσει από 30 μέρες έως και μήνες, οπότε αυτό από μόνο του σημαίνει ότι η ποιότητα επικοινωνίας πρέπει να είναι άριστη για την σωστή νοσηλεία και θεραπευτική νοσηλευτική. Στις περιπτώσεις αυτές οι οποίες είναι πολύ ξεχωριστές ο νοσηλευτής θα πρέπει να πλησιάζει τον ασθενή σαν ολότητα και όχι σαν μια απλή σειρά πραγμάτων που πρέπει απλά να εκτελεστούν.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Οπότε ένας νοσηλευτής ο οποίος εργάζεται υπό αυτές τις συνθήκες, δηλαδή με χρόνιους ασθενείς ηλικιωμένους θα πρέπει να έχει υπόψη του τα εξής:

Να γνωρίζει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες

Να γνωρίζει καλά όλες τις νοσηλείες που έχουν σχέση με χρόνια νοσήματα.

Να ξέρει να χειρίζεται σωστά ειδικά όργανα και συσκευές.

Συνεχώς να εκπαιδεύεται και να ενημερώνεται για τις νέες μεθόδους νοσηλείας και τα σύγχρονα θεραπευτικά σχήματα. (Μαλγαρινού Μ., Αθήνα 2005).

5.6. Η οικονομική εξάρτηση από τρίτους

Οι ferraro και su 1999, αναφέρουν ότι το οικονομικό επίπεδο και η υποκειμενική υγεία του πληθυσμού από 59-110 ετών σχετίζεται με το ψυχολογικό δυστρέξ το οποίο είναι και παράγοντας πρόκλησης μοναξιάς. Επίσης οι οικονομικοί περιορισμοί συνεπάγονται και ελαττωμένη ανάμειξη με τους φίλους και την οικογένεια, long και martin 2000.

Σε έρευνα που έγινε, μερίδα γυναικών περιέγραψε ως πρόβλημα την έλλειψη ικανοποιητικού εισοδήματος το οποίο ενεργεί περιοριστικά στο να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες και συνδέσμους τα οποία συχνά είναι απαραίτητα για την διατήρηση φιλικών σχέσεων και κοινωνικού κύκλου. (Long & Martin, 2000).

Συνταξιοδότηση: σταθμός για την μετέπειτα ζωή των ατόμων της τρίτης ηλικίας αποτελεί στιγμή της συνταξιοδότησης τους. Η συνταξιοδότηση δεν σημαίνει απαραίτητα για όλους τους ανθρώπους το ίδιο πράγμα. Δυστυχώς όμως αν δεν προηγηθεί η απαιτούμενη ψυχολογική προετοιμασία είναι πολύ πιθανό το άτομο να αρχίσει να νιώθει άχρηστο για το στενό οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον. Ακόμα η συνταξιοδότηση στερεί και μεγάλο μέρος του εισοδήματος αφού τα ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν μειωμένες συντάξεις σε σχέση με το εισόδημα που είχε το άτομο όταν εργαζόταν. Στην προσπάθειά της να αντιμετωπίσει τέτοια προβλήματα η κυπριακή δημοκρατία εφαρμόζει το αναλογικό σύστημα συντάξεων. Τα τελευταία χρόνια προχώρησε σε ένα ακόμα θετικό βήμα, την συνταξιοδότηση των οικοκυρών.

Τον Ιανουάριο του 1994 η βρετανική οργάνωση age concern σε εκστρατεία της για ευαισθητοποίηση του κοινού και την περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων κυκλοφόρησε μια αφίσα η οποία ανέφερε: σε όποια στιγμή της ζωής σου ανακαλύπτεις ότι οι άνθρωποι αρχίζουν να σε χαρακτηρίζουν από ένα και μόνο στοιχείο.... την ηλικία σου. Οι ικανότητές σου περνούν απαρατήρητες. Η πολλών χρόνων εμπειρία σου δεν υπολογίζεται. Τα

προσωπικά σου επιτεύγματα δεν μετράνε. Η προσωπικότητα σου δεν έχει σημασία. Μια αφίσα και μια λεζάντα που λένε χίλια λόγια και που ο καθένας θα ευχόταν να μην χρειαζόταν να διερωτηθεί ποτέ στην ζωή του που πήγαν χαμένα τα παραπάνω (Michael G. Gelder, Juan J. Lopez-Ibor, Nancy Andreasen, 2008).

5.7. Αλλαγή του τόπου διαμονής

Τα μειωμένα επίπεδα υγείας και η μείωση των οικονομικών πόρων των ηλικιωμένων συχνά οδηγούν στην αλλαγή κατοικίας. Με αυτό τον τρόπο το κοινωνικό δίκτυο αυτών των ατόμων σπάει, με αποτέλεσμα να προκαλείται κοινωνική απομόνωση.

Από την άλλη πλευρά, η αλλαγή κατοικίας μπορεί να θεωρηθεί και ως θετική για την ευημερία των ατόμων της τρίτης ηλικίας σε περιπτώσεις όπου ηλικιωμένα άτομα τα οποία χήρευσαν αλλάζουν κατοικία για να βρίσκονται πιο κοντά στα παιδιά τους.

Η σμίκρυνση όμως του ζωτικού χώρου του ηλικιωμένου ατόμου στο μικρό διαμέρισμα της πόλης, αποτελεί άγνωστο, απρόσωπο και αφιλόξενο περιβάλλον.

5.8. Τρίτη ηλικία και ιδρύματα

Μια από τις μεγαλύτερες προσαρμογές που επιβάλλεται να κάνει μια μεγάλη μερίδα του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας είναι όταν χρειαστεί να μετακινηθούν σε διάφορα ιδρύματα ή άλλους χώρους φροντίδας. Η φάση εισόδου του ηλικιωμένου στο γηροκομείο ισοδυναμεί με μια μορφή αποχωρισμού που πολύ δύσκολα γίνεται αποδεκτή από κάθε άτομο. Η ανικανότητα αυτοφροντίδας και ιδίως η παρουσία κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας ιδρυματοποίησης. Η υγεία και η οικονομική κατάσταση είναι δύο πολύ καθοριστικοί παράγοντες για το αν το ηλικιωμένο άτομο θα εισαχθεί σε κάποιο ίδρυμα.

Στην έρευνα των Fessman και Lester 2000 μελετήθηκε η σημασία της δημιουργίας σχέσεων με κατοίκους των οίκων ευγηρίας ή με συγγενείς και φίλους εκτός ιδρύματος σε σχέση με την μοναξιά και κατάθλιψη που νιώθουν οι ηλικιωμένοι οι οποίοι ζουν σε ιδρύματα. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 71 ηλικιωμένα άτομα από τα οποία τα 49 ήταν γυναίκες και τα 22

άνδρες, από μη κερδοσκοπικούς οίκους ευγηρίας αγροτικών περιοχών τα οποία είχαν να απαντήσουν ερωτηματολόγιο είτε μόνα τους, είτε με την βοήθεια των ερευνητών, στον προσωπικό τους χώρο. Φάνηκε ότι ο αυτοσεβασμός και η κατάθλιψη στα ηλικιωμένα άτομα που ζούσαν σε ιδρύματα, ήταν συνδεδεμένα με την αντίληψη που είχαν για την κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν από την οικογένεια, το δημόσιο, την θρησκεία αλλά με τον χρόνο παραμονής τους στο ίδρυμα. Αναφέρεται ότι όσο πιο μακροχρόνια ήταν η παραμονή τόσο πιο αυξημένη ήταν και η κατάθλιψη τους (Fessman, N., & Lester, D., 2000).

Ενδιαφέροντα είναι τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από διάφορες ξένες έρευνες και φανερώνουν την κατάσταση και κατάληξη των ηλικιωμένων ατόμων που εισάγονται σε ιδρύματα:

- 8% πεθαίνουν την πρώτη εβδομάδα
- 28% πεθαίνουν τον πρώτο μήνα
- 45% πεθαίνουν στους έξι πρώτους μήνες
- 54,4% πεθαίνουν τον πρώτο χρόνο
- 64,4% παθαίνουν τα πρώτα δύο χρόνια

Η κοινωνική υποστήριξη είναι σημαντική για την ψυχολογική προσαρμογή των ηλικιωμένων στα ιδρύματα. Επίσης η συναισθηματική υποστήριξη έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην διάθεση των ηλικιωμένων ατόμων. Τέλος η συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση των ατόμων της τρίτης ηλικίας που ζουν σε ιδρύματα μπορεί να βελτιωθεί με την διατήρηση σχέσεων με άτομα του ίδιου χώρου προς όφελος της συναισθηματικής και ψυχολογικής τους κατάστασης (Michael G. Gelder, Juan J. Lopez-Ibor, Nancy Andreasen, 2008).

5.8.1. Κέντρα ανοιχτής περίθαλψης ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

Η ίδρυση και λειτουργία των ΚΑΠΗ στους περισσότερους δήμους της χώρας αποτελεί την πλέον σαφή απόδειξη του ενδιαφέροντος του κράτους για την εξωιδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων. Τα ΚΑΠΗ είναι ένας χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων αλλά και παροχής υπηρεσιών όπως και κοινωνικών υπηρεσιών από κοινωνικούς λειτουργούς.

Τα προγράμματα σε κάθε ΚΑΠΗ αποσκοπούν στην κοινωνικοποίηση, την δημιουργική απασχόληση, την ψυχαγωγία και την πρόληψη ασθενειών σε ηλικιωμένα άτομα.

Σκοπός του ΚΑΠΗ είναι:

- Η πρόληψη των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να διατηρήσουν την αυτονομία, την ισοτιμία και την ενεργητικότητα τους.
- Η ενημέρωση και η συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Έρευνα θεμάτων που αφορούν τους ηλικιωμένους.

Η πρόληψη του ΚΑΠΗ διακρίνεται σε:

- Πρωτογενή: όπου γίνονται εμβολιασμοί ενώ παράλληλα υπάρχει και η διαφώτιση για την σωστή διατροφή, ένδυση και προφύλαξη ατυχημάτων.
- Δευτερογενή: σκοπός η έγκαιρη διάγνωση ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια θεραπεία. Γίνονται διάφορες εξετάσεις. Αν παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα στην υγεία του ηλικιωμένου τότε παραπέμπετε στον ιατρό του ασφαλιστικού φορέα του.

Υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κ.Α.Π.Η.:

1. Απασχόληση και κοινωνική δραστηριότητα
2. Κοινωνική εργασία στους ηλικιωμένους και στο άμεσο περιβάλλον τους.
3. Εργασιοθεραπεία
4. Φυσικοθεραπεία
5. Παροχή δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης στα άτομα μέλη.
6. Ημερήσιες εκδρομές και περιπάτους.
7. Μουσικά απογεύματα και θεατρικές παραστάσεις.
8. Διαλέξεις γύρω από θέματα που ενδιαφέρουν τους ηλικιωμένους.
9. Εργασία με ομάδες.
10. Παροχή βοήθειας στο σπίτι σε ανήμπορους ηλικιωμένους του Κ.Α.Π.Η.

Τα ΚΑΠΗ αποτελούν δημόσιες υπηρεσίες με επταμελές διοικητικό συμβούλιο. Υπάγονται στην τοπική αυτοδιοίκηση και επιχορηγούνται αποκλειστικά από αυτήν. Το επταμελές συμβούλιο αποτελείται :

- Από τον εκάστοτε δήμαρχο η αντιδήμαρχο που ορίζεται ως πρόεδρος.
- Από ένα δημοτικό συμβούλιο που ορίζεται από το Δ.Σ.
- Από ένα δημότη που διακρίνεται για τα έργα του και την ευαισθησία του στα ανθρώπινα θέματα που του προτείνει ο δήμαρχος και τον ορίζει με απόφαση το Δ.Σ.
- Από ένα κοινωνικό λειτουργό, υπάλληλο του υπουργείου υγείας και πρόνοιας που ορίζεται από το υπουργείο.
- Από ένα εκπρόσωπο των τοπικών συλλόγων των συνταξιούχων.
- Από ένα αιρετό εκπρόσωπο των εργαζομένων στο ΚΑΠΗ.

Τα καθήκοντα που έχει κάθε μέλος καθορίζονται από τον κανονισμό διοικήσεως και διαχειρίσεως του ΚΑΠΗ. Το προσωπικό που απασχολούν τα ΚΑΠΗ είναι:

- Κοινωνικός λειτουργός
- Νοσηλεύτης
- Ιατρός
- Οικογενειακός βοηθός
- Εργοθεραπευτής
- Φυσικοθεραπευτής(Marsia Stanhope, 2009).

5.9. Εστίες διαμονής

1. Ηλικιωμένα άτομα χωρίς εμφανή προβλήματα υγείας.

Τα άτομα αυτά έχουν συνήθως ελάχιστες απαιτήσεις από τι υγειονομικές υπηρεσίες. Βασική αρχή της σύγχρονης γεροντολογίας σε όλο τον κόσμο και ιδιαίτερη στα κράτη- μέλη της ευρωπαϊκής ένωσης είναι η διατήρηση της ανεξαρτησίας των ηλικιωμένων. Τα άτομα αυτά έχουν ανάγκη κοινωνικής υποστήριξης ιδιαίτερε όταν έχουν μείνει μόνα, μακριά από την οικογενειακή θαλπωρή, μακριά από το οικογενειακό περιβάλλον, μακριά από τα παιδιά

τους. Φιλοξενούνται λοιπόν, σε διάφορους οίκους ευγηρίας, τα λεγόμενα γηροκομεία. Τα ιδρύματα αυτά έχουν, με το πέρασμα του Χρόνη αναπτυχθεί, ολοένα και περισσότερο καλύπτουν τώρα πια σχεδόν όλες τις ανάγκες που θα μπορούσε να έχει ένα ηλικιωμένο άτομο. Προσφέρονται ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες καθημερινά και με τη στήριξη των κοινωνικών λειτουργιών, διαθέτουν δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους, προβλέπονται δηλαδή, οργανωμένα προγράμματα δημιουργικής, ψυχαγωγικής, πολιτικής και εκπαιδευτικής δραστηριότητας (Nettlet on S., Αθήνα 2002).

2. Ηλικιωμένοι ασθενείς με χρόνια ανικανότητα.

Η ομάδα αυτή των ηλικιωμένων κατατρέχετε από χρόνια προβλήματα που απολήγουν σε άλλοτε άλλο βαθμό ανικανότητας. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς έχουν σύμπλοκα παθολογικά σύνδρομα, παρά μεμονωμένα νοσήματα. Επιπλέον, η ενδεχόμενη εμφάνιση παρκινσονισμού θα επιδεινώσει τη στηρικτική τους ικανότητα και θα τους καταστήσει ανίκανους ακόμη και για τη στοιχειώδη αυτοεξυπηρέτηση. Οι ασθενείς και οι άνθρωποι που έχουν αναλάβει τη φροντίδα τους ενδιαφέρονται πολύ περισσότερο στο να διατηρηθεί ή να επανακτηθεί η ικανότητα βαδίσεως, για παράδειγμα μέχρι την τουαλέτα, παρά για τις λεπτομέρειες της παθολογικής τους νόσου. Έχοντας λοιπόν, ηλικιωμένοι ασθενείς, όλα τα παραπάνω προβλήματα, έχουν δημιουργηθεί ορισμένα «Κέντρα μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων», τα οποία έχουν άμεση, γρήγορη και αποτελεσματική φροντίδα στα άτομα που το έχουν ανάγκη. (Nettlet on S., Αθήνα 2002).

3. Ηλικιωμένοι ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα.

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα, 'όπως άνοια, κατάθλιψη κ. α έχουν απόλυτη ανάγκη κοινωνικής υποστήριξης και συνήθως πρέπει να εισάγονται για μακροχρόνια φιλοξενία σε ειδικά ιδρύματα χαμηλού κόστους. Αυτονόητο είναι ότι με τον παραπάνω όρο εννοούμε ιδρύματα που δεν χρειάζονται ακριβό τεχνολογικό εξοπλισμό και πολύπλοκη επιστημονική επάνδρωση. Τα ιδρύματα αυτά πρέπει να είναι οργανωμένα ώστε να μπορούν να υποδέχονται ανίκανα για αυτοεξυπηρέτηση ηλικιωμένα άτομα, χωρίς οξεία προβλήματα υγείας. (Nettlet on S., Αθήνα 2002).

4. Ηλικιωμένοι ασθενείς με κινητική ανικανότητα.

Η διατήρηση της ανεξαρτησίας αυτών των ατόμων είναι ανέφικτη αφού τα ίδια έχουν πολλαπλές ανάγκες. Μέλη της οικογένειας που έχουν τη θέληση να αναλάβουν τη φροντίδα τους πρέπει να στηριχθούν από την κοινωνική υπηρεσία σε ότι αφορά την εκπαίδευση και τη

στήριξη τους. Πρέπει να δημιουργηθούν προγράμματα υποστήριξης στην κοινότητα που αφορούν την τακτική επίσκεψη κάποιου κοινοτικού νοσηλευτή ή κοινωνικού υπαλλήλου στο σπίτι του ηλικιωμένου για την εκτέλεση εργασιών νοικοκυριού, παρασκευής φαγητού και βοήθεια της διατήρησης σωματικής καθαριότητας. Η κοινωνική υπηρεσία πρέπει να αναγνωρίζει τα άτομα αυτά και να εξασφαλίζει την ασφάλεια και τις ανάγκες τους. (Nettlet on S., Αθήνα 2002).

5. Άτομα σε βαθύ γήρας.

Τα άτομα ηλικίας άνω των 85 ετών, που ζουν μόνα τους ή με τον επίσης υπέργηρο σύντροφό τους έχουν απόλυτη ανάγκη παροχής βοήθειας στο σπίτι. Όσοι από τους άνωθεν δεν μπορούν να ζήσουν στα σπίτια τους με την παροχή κατάλληλης φροντίδας πρέπει να μεταφέρονται σε ιδρύματα για την φιλοξενία και την παροχή περίθαλψης. Εάν υποστούν παρόξυνση χρόνιας πάθησης ή άλλο οξύ νόσημα, μεταφέρονται από τα ιδρύματα σε γηριατρικές κλινικές για περίθαλψη επί μικρό χρονικό διάστημα για διαγνωστική εκτίμηση, θεραπεία και αποκατάσταση και επιστρέφουν πάλι στα ιδρύματα φιλοξενίας. (Nettlet on S., Αθήνα 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ: Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

6. Η φροντίδα του ηλικιωμένου από τον νοσηλευτή

Η επιστήμη της νοσηλευτικής, ασχολείται γενικότερα με την ασθένεια και την πρόληψη της υγείας, αλλά και την προαγωγή της, φυσικά σε όλες τις ηλικίες της ζωής του ανθρώπου. Όσον αφορά συγκεκριμένα τον ρόλο των νοσηλευτών για την φροντίδα των ηλικιωμένων δεν απέχει και πολύ από την φροντίδα των άλλων ηλικιακών ομάδων πέρα από κάποιες ιδιαιτερότητας. Για να προσφέρει ο νοσηλευτής βοήθεια στον ηλικιωμένο συγκεκριμένα θα πρέπει να έχει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως είναι η υπομονή, η κατανόηση, το ψυχικό σθένος αλλά και γενικά δυνατά εσωτερικά κίνητρα. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα του ηλικιωμένου θα μπορούσε να οριστεί ως εξής:

- Η εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών των ηλικιωμένων, η της ομάδας των ηλικιωμένων.
- Σωστός προγραμματισμός και κατάλληλη εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας καθώς και την αξιολόγησή της.
- Επαγγελματική συνεργατικότητα με τα άλλα παραϊατρικά και ιατρικά επαγγέλματα που ασχολούνται με τον ηλικιωμένο.
- Προαγωγή της γεροντολογικής και γηριατρικής νοσηλευτικής με την έρευνα και την εφαρμογή των ευρημάτων της έρευνας.

Τα χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής φροντίδας των ηλικιωμένων είναι:

1. Η φροντίδα πρέπει να έχει εξατομίκευση και να λαμβάνει υπόψη το ιστορικό του ηλικιωμένου καθώς και το παρόν του, γνώση των αναγκών του και των προσωπικών επιδιώξεών του.
2. Δεν θα πρέπει να παραλειφθεί από τον νοσηλευτή η ανάγκη να δείξει και να κάνει κατανοητό, πόσο σημαντικό είναι για τον ηλικιωμένο να συμμετάσχει στην

διαμόρφωση των στόχων της ίδιας του της φροντίδας και όχι να είναι απλός παρατηρητής.

3. Πριν την πρώτη επαφή με τον ηλικιωμένο, ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει αρκετά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ηλικιωμένου από την οικογένειά του για να μπορεί έτσι με αυτόν τον τρόπο να τον προσεγγίσει και να αποκτήσουν μια σχέση οικειότητας που θα τους βοηθήσει και τους δύο στο μέλλον.
4. Ενίσχυση του ηλικιωμένου να κάνει πράγματα μόνος του και να παίρνει και ο ίδιος κάποιες αποφάσεις που αφορούν την υγεία του, για να μην νιώθει έτσι απομονωμένος από τον ίδιο του τον εαυτό προκαλώντας του μελαγχολία και εξάρτηση από τα άλλα άτομα.
5. Η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να γίνεται με τον ηλικιωμένο και όχι για τον ηλικιωμένο και να προάγεται επίσης και η αυτοφροντίδα.
6. Είναι λογικό να υπάρξουν τροποποιήσεις και συμβιβασμοί στην νοσηλευτική φροντίδα, λόγω των φυσιολογικών περιορισμών του.
7. Θα πρέπει να υπάρχει συχνή επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτή και του ηλικιωμένου και να τον στηρίζει θετικά καθώς και να διαθέτει αρκετό χρόνο και να τον αφήνει να εκφράζει τα συναισθήματά του ώστε να διατηρεί μια κοινωνική εκτίμηση.
8. Θα πρέπει να παροτρύνεται από τον νοσηλευτή να χρησιμοποιεί και να κάνει δραστηριότητες τις οποίες είναι λογικό ότι μπορεί να τις κάνει, ώστε να διατηρείται το ενδιαφέρον του για την ζωή και εκτός αυτού να καταλάβει ότι έχει ακόμα πολλά πράγματα να μάθει από την ζωή γενικότερα.
9. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει, ότι κάθε αλλαγή στην ψυχοσωματική κατάσταση του ηλικιωμένου, μπορεί να αποβεί επικίνδυνη για την υγεία του.
10. Να του παρέχει, εκπαίδευση, πληροφόρηση και ενημέρωση για το τι σημαίνουν τα συμπτώματα η ενοχλήματα που ίσως έχει, έτσι ώστε να μην αγχώνεται με το παραμικρό. Το ίδιο φυσικά ισχύει και για τα φάρμακα τα οποία μπορεί να παίρνει η που θα πάρει.
11. να του προσφέρει την μεταχείριση που του αρμόζει και να μην του φέρεται σαν παιδί, έστω και αν ο ίδιος φέρεται σαν παιδί, γιατί είναι η φυσιολογική κατάληξη όλων σχεδόν των ανθρώπων σε αυτό το σημείο οπότε και είμαστε όλοι αναγκασμένοι να το ανεχθούμε είτε μας αρέσει είτε όχι (Μαλγαρινού Μ., Αθήνα 2005).

6.1. Κατ' οίκον φροντίδα

Η κατ' οίκον φροντίδα στις μέρες μας, δεν μπορεί να οριστεί σαν απλή φροντίδα στο σπίτι. Περιλαμβάνει επιπλέον την πρόληψη της νόσου, την προαγωγή της υγείας και περιστασιακές υπηρεσίες σχετικές με την νόσο που παρέχονται στον χώρο διαμονής των ατόμων. Σύμφωνα με την αμερικανική ένωση των νοσηλευτών, η κατ' οίκον φροντίδα υγείας αναφέρεται στην άσκηση της νοσηλευτικής σε κάποιο άτομο που έχει πρόβλημα υγείας, στον χώρο της διαμονής του. Είναι ένας ειδικευμένης τομέας της νοσηλευτικής πρακτικής, που προέρχεται από την άσκηση της νοσηλευτικής στην κοινότητα. Περιλαμβάνει το ίδιο σύνολο πρωτογενούς φροντίδας που παρέχει ο κοινοτικός νοσηλευτής αλλά και δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης που επικεντρώνεται, στην φροντίδα των ασθενών σε συνεργασία με την οικογένεια αλλά και τους άλλους φροντιστές. Ο εθνικός οργανισμός της κατ' οίκον φροντίδας την ορίζει ως ένα ευρύ πεδίο κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας, που προσφέρεται στο περιβάλλον της οικίας των ατόμων που αναρρώνουν, που έχουν κάποια αναπηρία, η που πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα.

Η ερμηνεία και η παροχή της κατ' οίκον φροντίδας ποικίλλει ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς, ενώ εξαρτάται και από τον πάροχο και αυτόν που καλύπτει οικονομικά τις υπηρεσίες αυτές. Προκειμένου να δοθεί βοήθεια στον ασθενή, η συνεργασία με την οικογένεια είναι απόλυτα απαραίτητη. Η οικογένεια προσδιορίζεται από το ίδιο το άτομο και περιλαμβάνει οποιονδήποτε φροντιστή ή σημαντικό πρόσωπο που βοηθάει τον ασθενή στην ανάγκη για φροντίδα στο σπίτι. περιλαμβάνεται επίσης η στήριξη του ασθενούς έτσι ώστε να ικανοποιηθούν οι βασικές του ανάγκες, καθώς και την παροχή, άμεσης φροντίδας, όπως προσωπική υγιεινή, Παρασκευή γεύματος, χορήγηση φαρμάκων και θεραπείες. Ιστορικά η παροχή βοήθειας στο σπίτι από φροντιστές γινόταν μόνο στο νοσοκομείο και αυτό από το προσωπικό υγείας. Ο φροντιστής είναι αναγκαίο να παρέχει την απαραίτητη φροντίδα συντήρησης μεταξύ των προγραμματισμένων επισκέψεων του επαγγελματία υγείας.

Ο χώρος διαμονής του ασθενή φυσικά έχει την δική του σημασία όσον αφορά τον τόπο που θα γίνει η φροντίδα του ατόμου και εξαρτάται από του τι αποκαλεί σπίτι του ο ασθενής. Σπίτι μπορεί να είναι ένα πιθάρι ή ένα κουτί, επίσης μπορεί να είναι ένα οίκημα ή ένα διαμέρισμα, κάποιο καταφύγιο ή ένα αυτοκίνητο. (Marsia Sanhope, Jeanette Lancaster, 2009).

6.1.1. Σκοποί και στόχοι της κατ' οίκον φροντίδας

Φυσικά ο κυριότερος σκοπός είναι η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στα άτομα και τις οικογένειές τους στο σπίτι. Οι στόχοι και οι υπηρεσίες ποικίλλουν ανάλογα με τον τύπο των παρεχόμενων από διάφορους οργανισμούς υπηρεσιών και τους αποδέκτες τους. Συνήθως αυτοί που εργάζονται κατ' οίκον είναι νοσηλευτές που δουλεύουν σε δημόσια υγειονομικά ιδρύματα, οι οποίοι κάνουν επισκέψεις για την παρακολούθηση ασθενών με μεταδοτικές νόσους και την παροχή αγωγή υγείας και κοινοτικών παραπομπών σε ασθενείς με διαγνωσμένα προβλήματα υγείας. Νοσηλευτές σχολικής υγιεινής, σύλλογοι επισκεπτών νοσηλευτών και άλλες υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, που επίσης διεξάγουν επισκέψεις στο σπίτι για να βοηθούν τους ασθενείς κατά την μετάβασή τους από το νοσοκομείο στο σπίτι. Επίσης υπάρχουν και οι προμηθευτές φροντίδας υγείας που προαναγγέλλουν αυτές τις επισκέψεις όταν υπάρξει πρόβλημα από κάποιον άνθρωπο που έχει θέματα υγείας.

Ανεξαρτήτου όμως των υπηρεσιών που προσφέρουν την φροντίδα/νοσηλεία στο σπίτι, στο κέντρο βρίσκεται το άτομο για το οποίο έχει γίνει η παραπομπή. Ο νοσηλευτής μπορεί να εκτιμήσει την αλληλεπίδραση της οικογένειας και του ατόμου και παρέχει την κατάλληλη ενημέρωση για την οικογένεια και τον ασθενή/άτομο. Επίσης προσδιορίζει την ανάγκη παραπομπής σε άλλες κοινοτικές υπηρεσίες και κάνει τις δέουσες παραπομπές. Οι παραπομπές αυτές λαμβάνονται από διάφορες πηγές, όπως π.χ. ο θεράπων ιατρός του ασθενούς η και τον αρμόδιο σχεδιασμού της εξόδου από το νοσοκομείο.

Οι επισκέψεις στα σπίτια υπήρξαν αναπόσπαστο κομμάτι της νοσηλευτικής για περισσότερο από εκατό χρόνια και πιο αναλυτικά ξεκίνησε από τους νοσηλευτές επισκέπτες της Florence Nightingale στην Αγγλία. Στις ηνωμένες πολιτείες Αμερικής το 1877, ο γυναικείος κλάδος αποστόλων της πόλης της νέας Υόρκης έστειλε τους πρώτους εκπαιδευόμενους νοσηλευτές σε σπίτια απόρων για την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι στόχοι για τον ασθενή σχετίζονται πάντα με τις αρχές της προαγωγής, διατήρησης και αποκατάστασης της υγείας. Οι κατ'οίκον νοσηλευτές, ενισχύοντας το επίπεδο της ανεξαρτησίας των ασθενών, τους ωθούν να λειτουργήσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, αποφεύγοντας την εξάρτηση. Η βοήθεια περιλαμβάνει τα εξής:

- παροχή ενός συνδυασμού, άμεσης φροντίδας και εκπαίδευσης για την υγεία.
- Ενίσχυση της αυτοφροντίδας.
- Επαφή του ασθενή με τις κοινοτικές υπηρεσίες που παρέχουν μικρού βαθμού βοήθεια, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να παραμείνει σπίτι του.
- Συνεισφορά στην πρόληψη των επιπλοκών σε ασθενής με χρόνια νοσήματα.
- Βοήθεια ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις της αναπηρίας ή της νόσου.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες μπορούν να προσαρμοστούν σε κάθε πρόβλημα ή ανάγκη του ασθενούς. Όταν το επίπεδο της ανεξαρτησίας του ασθενή αυξάνεται, η ανάγκη για τις υπηρεσίες μειώνεται. Οι υπηρεσίες συντονίζονται μέσω ενός οργανισμού, ο οποίος δεσμεύεται να παρέχει συνεχείς και ποιοτικές υπηρεσίες. συνεπώς το εύρος των υπηρεσιών της κατ' οίκον νοσηλείας είναι πολύ μεγάλο. Η στενή της σχέση με την κοινοτική νοσηλευτική μπορεί εύκολα να γίνει αντιληπτή μέσα από μια σύντομη αναδρομή του νοσηλευτικού ρόλου (Marsia Sanhope, Jeanette Lancaster, 2009),

6.1.2. Οι οργανισμοί της κατ' οίκον φροντίδας υγείας

Μετά την εμφάνιση της οργανωμένης κατ' οίκον φροντίδας, πολλοί οργανισμοί διαμόρφωσαν προγράμματα για να ανταποκριθούν στις ανάγκες για φροντίδα στο σπίτι των ανθρώπων. Οι οργανισμοί κατ' οίκον φροντίδας χωρίζονται στους παρακάτω πέντε τους, ανάλογα με την οργανωτική και διοικητική τους δομή:

7. Επίσημη οργανισμοί
8. Εθελοντικοί και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί
9. Συνδυαστικοί οργανισμοί
10. Νοσοκομειακοί οργανισμοί
11. Ιδιόκτητοι οργανισμοί

Αυτοί οι τύποι έχουν διαφορά σε ότι αφορά την οργάνωση και την διοίκηση άλλα έχουν πολλές ομοιότητες σε ότι έχει σχέση με τα πρότυπα που πρέπει να ακολουθήσουν για την απόκτηση της άδειας, την πιστοποίηση και την διαπίστευση.

Επίσημοι οργανισμοί:

Εδώ περιλαμβάνονται όλοι εκείνοι οι οργανισμοί οι οποίοι διευθύνονται από την πολιτεία, το κράτος, την πόλη ή άλλες μονάδες της τοπικής κυβέρνησης. Οι περισσότεροι επίσημοι οργανισμοί, εκτός από την υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας, παρέχουν επίσης και εκπαίδευση για την υγεία και προγράμματα πρόληψης στα μέλη της κοινότητας. Οι νοσηλευτές που απασχολούνται σε τέτοιο περιβάλλον, παρέχουν τις παρακάτω υπηρεσίες:

- Κλινική φροντίδα παιδών
- Εμβολιασμούς
- Εκπαιδευτικά προγράμματα υγείας
- Επισκέψεις για προληπτική φροντίδα υγείας

Αυτό το είδος των οργανισμών χρηματοδοτείται από φυσιολογικούς πόρους και μη κερδοσκοπικούς φορείς. Οι υπηρεσίες κατ' οίκων φροντίδας που παρέχονται, πληρώνονται μέσω του ιατροφαρμακευτικού και υγειονομικού συστήματος και από ιδιωτικές ασφάλειες. Οι επίσημοι οργανισμοί προσφέρουν περισσότερο ολοκληρωμένες υπηρεσίες γιατί πρώτον η βασική τους αρχή είναι η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη της νόσου για τους κατοίκους της ενότητας και δεύτερον έχουν στην διάθεσή τους δημόσια χρηματοδότηση.

Εθελοντικοί και ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί:

Αυτό το είδος των οργανισμών στηρίζεται στις φιλανθρωπίες και στο ιατροφαρμακευτικό και υγειονομικό σύστημα, τις ασφάλειες έναντι τρίτων και τις πληρωμές των ασθενών. Το ποσό της οικονομικής βοήθειας που λαμβάνουν αυτοί οι οργανισμοί εξαρτάται από την κοινότητα που εξυπηρετούν. Παραδοσιακά, οι VNA ήταν ο βασικός τύπος εθελοντικού οργανισμού κατ' οίκον φροντίδας. Με την εισαγωγή του ιατροφαρμακευτικού συστήματος το 1966, αυτοί οι οργανισμοί λειτούργησαν σαν ένας εναλλακτικός οργανισμός στα προγράμματα δημόσιας στήριξης. Συμπεριλάμβαναν επίσης και οργανισμούς αποκατάστασης, οι οποίοι επικεντρώνονταν στην παροχή είτε υπηρεσιών αποκατάστασης είτε εξειδικευμένων υπηρεσιών.

Τα μέλη των διοικητικών συμβουλίων που αντιπροσωπεύουν τις κοινότητες ενισχύουν τις δραστηριότητες του κυβερνητικού εθελοντισμού και των ιδιωτικών μη κερδοσκοπικών οργανισμών. Αυτοί είναι μη κυβερνητικοί οργανισμοί και απαλλάσσονται από τον ομοσπονδιακό φόρο εισοδήματος.

Συνδυαστικοί οργανισμοί:

Σε μερικές κοινότητες για να μειωθεί το κόστος και να αποφευχθεί η αλληλοεπικάλυψη των υπηρεσιών, οι επίσημοι και οι εθελοντικοί οργανισμοί συγχωνευτήκαν στους συνδυαστικούς οργανισμούς. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι υπηρεσίες παρέμεναν ίδιες και τα μέλη της διοίκησης προερχόταν είτε από τον ένα οργανισμό η τον άλλο είτε γινόταν σύσταση για την δημιουργία νέου διοικητικού συμβουλίου. Οι νοσηλευτές σε αυτήν την περίπτωση επιτελούσαν πολλούς ρόλους, όπως κάνουν και οι νοσηλευτές στους επίσημους οργανισμούς.

Νοσοκομειακοί οργανισμοί:

Το 1970 οι νοσοκομειακοί οργανισμοί εμφανίστηκαν σαν απάντηση στην αναγνωρισμένη ανάγκη για συνέχιση της φροντίδας από το άμεσο περιβάλλον του ασθενή και λόγω του υψηλού κόστους της νοσηλείας στο νοσοκομείο. Οι νοσοκομειακοί οργανισμοί διαφέρουν από τους υπόλοιπους οργανισμούς ως προς το ότι το ήδη εκλεγμένο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου είναι υπεύθυνο για την διοίκηση του οργανισμού. οι ασθενείς του νοσοκομειακού οργανισμού κατ'οίκον φροντίδας έχουν πρόσβαση στις ήδη υπάρχουσες υπηρεσίες του νοσοκομείου. Πέρα από την μορφή τους στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτοί οι οργανισμοί προσφέρουν ανακούφιση στο νοσοκομείο και μπορούν να ανταγωνιστούν και τους οργανισμούς δημοσίας στήριξης.

Ιδιόκτητοι οργανισμοί:

Οι οργανισμοί που δεν δικαιούνται απαλλαγής φόρου εισοδήματος καλούνται ιδιόκτητοι κερδοσκοπικοί οργανισμοί. Οι οργανισμοί αυτοί λαμβάνουν άδεια και πιστοποίηση για την παροχή ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών από τον κρατικό οργανισμό πιστοποίησης. Ο ιδιοκτήτης του οργανισμού είναι υπεύθυνος για την διοίκησή του. Η πληρωμή των υπηρεσιών γίνεται από ασφάλειες, έναντι τρίτων και από τους ίδιους τους πελάτες, σε περίπτωση που οι οργανισμοί δεν δέχονται την ιατροφαρμακευτική ασφάλεια.

Σήμερα ο αριθμός των ιδιόκτητων αυτών οργανισμών έχει αυξηθεί λόγω πρωιμότερων εξιτηρίων των ασθενών από τα νοσοκομεία (Marsia Sanhope, Jeanette Lancaster, 2009).

6.1.3. Δραστηριότητες της κατ' οίκον φροντίδας υγείας

Η κατ' οίκον νοσηλευτική περιλαμβάνει, τόσο άμεσες όσο και έμμεσες δραστηριότητες. Κατά την εκτέλεση αυτών των δραστηριοτήτων ο νοσηλευτής αναλαμβάνει πολλούς ρόλους.

Άμεση φροντίδα:

Η άμεση φροντίδα αναφέρεται στην σωματική διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας: οτιδήποτε απαιτεί φυσική επαφή και πρόσωπο με πρόσωπο αλληλεπίδραση.. ο νοσηλευτής, λειτουργώντας σαν πρότυπο, βοηθά τον ασθενή και την οικογένεια του να αναπτύξουν, θετικές συμπεριφορές όσον αφορά την υγεία του. Ο νοσηλευτής πρέπει να αποδείξει την επάρκεια των ικανοτήτων του για να αποζημιωθεί για τις υπηρεσίες του από την ιατροφαρμακευτική και υγειονομική ασφάλεια.

Η νοσηλευτική φροντίδα καλύπτεται από την ιατροφαρμακευτική ασφάλεια και την ασφάλιση έναντι τρίτων, εφόσον η παρεχόμενη φροντίδα είναι εξειδικευμένη. Προκειμένου να προσδιοριστεί αν οι παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες προσφέρουν εξειδικευμένη φροντίδα, παίζουν ρόλο πολλοί παράγοντες οι οποίοι πρέπει να είναι επαρκώς καταγεγραμμένοι, όπως για παράδειγμα, μια εξειδικευμένη νοσηλευτική υπηρεσία είναι: η παρατήρηση και η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή και η παροχή άμεσης φροντίδας.

Έμμεση φροντίδα:

Η έμμεση φροντίδα περιλαμβάνει εκείνες τις δραστηριότητες που ο νοσηλευτής εκτελεί για τον λογαριασμό του ασθενή και φυσικά για να διευκολύνει την συνεργασία τους. Τέτοιες δραστηριότητες είναι οι εξής:

- Συμβουλευτεί τους υπόλοιπους νοσηλευτές και το προσωπικό υγείας
- Οργανώνει και συμμετέχει στις συνεδρίες του ασθενή.
- Διευκολύνει τον ασθενή σε ότι σχετίζεται σχετικά με το σύστημα υγείας και την ασφάλιση.

- Παραλαμβάνει τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων.
- Καταγράφει την πορεία της υγείας του ασθενούς.

Περιστασιακή έναντι διανεμητικής φροντίδας:

Η περιστασιακή φροντίδα αναφέρεται σε εκείνη την διάσταση πρακτικής, που σχετίζεται με την θεραπεία και την αποκατάσταση, η την δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη, και η διανεμητική φροντίδα σχετίζεται με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη της νόσου, η την πρωτογενή πρόληψη. Όσον αφορά την διανεμητική φροντίδα ο κατ' οίκον νοσηλευτής θα παρέχει επιπρόσθετη εκπαίδευση στον ασθενή για το πώς μπορεί να προλάβει μια επιδείνωση της κατάστασής του, συνεχίζοντας την φαρμακευτική του αγωγή και προσαρμόζοντας τον τρόπο ζωής του έτσι ώστε να αυξηθεί η συμμόρφωση στα προγράμματα φροντίδας που έχουν διαμορφωθεί για τον ίδιο (Marsia Sanhope, Jeanette Lancaster, 2009).

6.1.4. Νοσηλευτικοί ρόλοι στην κατ' οίκον φροντίδα

Ο νοσηλευτής βασιζόμενος στην εκπαίδευση και την εμπειρία του μπορεί να αναλάβει ρόλους κλινικού νοσηλευτή, εκπαιδευτή, ερευνητή, διοικητή και συμβούλου για την φροντίδα στο σπίτι. Ο έμπειρος κατ' οίκον νοσηλευτής, ο νοσηλευτής manager, η ο διοικητής εκπληρώνουν αυτούς τους ρόλους. Οι κατ' οίκον νοσηλευτές όταν κατέχουν θέση προσωπικού, είναι κλινικοί οι οποίοι παρέχουν άμεση νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Είναι επίσης εκπαιδευτές επειδή μαθαίνουν στους ασθενείς τους και στις οικογένειές τους τα με ποιον τρόπο και γιατί της αυτοφροντίδας. Οι νοσηλευτές συμμετέχουν επίσης στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση των συναδέλφων τους ως καθοδηγητές, τόσο με επίσημο τρόπο, δηλαδή παρέχοντας υπηρεσίες στο γραφείο εκπαίδευσης, όσο και ανεπίσημα ως μέλη της ομάδας. Επίσης μπορούν να διδάσκουν ειδικά προγράμματα υγείας σε ομάδες στην κοινότητα.

Η σημασία του ρόλου του ερευνητή στην κατ' οίκον φροντίδα ολοένα και αυξάνεται συνεχώς, καθώς η επάρκεια η ποιότητα και η σχέση κόστους- αποτελεσματικότητας ανατίθεται στο ιατροφαρμακευτικό σύστημα, αλλά και σε άλλες ασφάλειες. Παρέχουν συνήθως τα δεδομένα που χρειάζονται για κλινικές η διοικητικές αλλαγές στον οργανισμό

εργασίας τους. Το περιβάλλον της κατ' οίκον φροντίδας έχει πολλούς πιθανούς ερευνητικούς τομείς. Η έρευνα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα στο μέλλον, προκειμένου να διατηρηθεί η ποιότητα και να είναι οικονομικά αποδοτική. Τον ρόλο του κατ' οίκον διοικητή μπορεί να τον αναλάβει ένας νοσηλευτής ο οποίος έχει παράλληλα εξειδικευμένη εκπαίδευση και εμπειρία στην δημόσια υγεία. Τα προσόντα του ορίζονται με σαφήνεια τόσο από τους ομοσπονδιακούς όσο και από τους κρατικούς μηχανισμούς. Οι σύμβουλοι μπορούν να παρέχουν συμβουλευτική στο προσωπικό και στους ασθενείς. (Marsia Sanhope, Jeanette Lancaster, 2009)

6.2. Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή

Γενικότερα οι δραστηριότητες που έχει ένας κοινοτικός νοσηλευτής, αλλά και ο ρόλος του ως μέλος των επαγγελματιών υγείας, είναι σημαντικός και επιβεβλημένος. Το φαινόμενο της αρρώστιας δεν είναι απόλυτα βιολογικό, αλλά έχει και κοινωνική βάση και ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες για την υγεία είναι η καλή συμβίωση του ανθρώπου με την κοινωνία στην οποία βρίσκεται και ζει. Για να το πετύχουν αυτό το πράγμα οι κοινοτικοί νοσηλευτές θα πρέπει να βασίζονται στις αρχές και τις δεξιότητες της νοσηλευτικής αλλά και της δημόσιας υγείας. Για να γίνει αυτό όμως, θα πρέπει να χρησιμοποιήσουν δημογραφικές και επιδημιολογικές μεθόδους, με σκοπό την εκτίμηση της υγείας της κοινότητας και την διάγνωση των αναγκών υγείας της.

Τι είναι ο κοινοτικός νοσηλευτής, πια τα βασικά χαρακτηριστικά του και ποιοι οι σκοποί του:

Ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι ο επιστήμονας που συνδυάζει τις επιστημονικές γνώσεις και δεξιότητες τις οποίες χρησιμοποιεί για την αντιμετώπιση, των αναγκών υγείας των ατόμων, οικογενειών, κοινοτήτων και ομάδων που βρίσκονται στο οικείο περιβάλλον τους και γενικά εκτός του νοσοκομείου, το οποίο μπορεί να είναι το σπίτι τους ή ακόμα και ο χώρος εργασίας τους. Τα βασικά χαρακτηριστικά του κοινοτικού νοσηλευτή είναι: οι νοσηλευτικές του γνώσεις, μια ξεκάθαρη αντίληψη, η καλή ικανότητα επικοινωνίας, η ικανότητα στο να είναι διδάσκαλος και σωστός καθοδηγητής και να έχει γνώση όλων των μέσων και των πηγών που υπάρχουν στην κοινότητα. Οι σκοποί του κοινοτικού νοσηλευτή είναι: η πρόληψη της ασθένειας και ο περιορισμός της εξέλιξης της, ο περιορισμός των συμπτωμάτων μιας αναπόφευκτης ασθένειας, στο να εξασφαλίσει επιδέξια επιστημονική

φροντίδα στο ανάπηρο η άρρωστο άτομο, διδασκαλία και ενημέρωση των ομάδων η οικογενειών στην απόκτηση υγιεινού τρόπου ζωής για την προαγωγή της κοινοτικής υγείας.

Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή για τους ηλικιωμένους:

Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή, έχει πολλές διαστάσεις και φυσικά στοχεύει στην καλύτερη ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων. Στον χώρο μιας κοινότητας ο νοσηλευτής προσπαθεί να βοηθήσει, να υποστηρίξει, να καθοδηγήσει και να διδάσκει με βάση τις επιστημονικές του γνώσεις, την καλή του επικοινωνία και την παρατήρησή του. Έτσι με αυτόν τον τρόπο προσέγγισης διαπιστώνει τις ψυχολογικές, οργανικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες του ηλικιωμένου, έτσι ώστε να προγραμματίσει πρώτα να ικανοποιήσει τα θέματα που αφορούν την δική του αρμοδιότητα και έπειτα να μεταφέρει τις υπόλοιπες ανάγκες ώστε να αντιμετωπιστούν καταλληλότερα στις ανάλογες επιστημονικές ειδικότητες. Γι' αυτό τον λόγο λοιπόν αποτελεί συνδετικό κρίκο ανάμεσα στους επιστήμονες υγείας και στον ηλικιωμένο και μπορεί και συντονίζει την φροντίδα του. Η ζωή των ηλικιωμένων χαρακτηρίζεται ως η πιο δύσκολη περίοδος της ζωής του ανθρώπου γιατί ξέχωρα με την ηλικία υπάρχουν και πολλά άλλα προβλήματα υγείας που μπορεί να του δημιουργηθούν και να κάνουν την κατάσταση χειρότερη.

Ο κοινοτικός νοσηλευτής για να καλυτερέψει την ποιότητα ζωής του ηλικιωμένου και να μπορέσει να του δώσει λίγη ευτυχία ώστε να συνεχίσει να ελπίζει θα πρέπει να είναι γνώστης τόσο της ψυχολογίας όσο και των πολλαπλών προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίζει ο ίδιος και η οικογένειά του, έτσι ώστε να τον βοηθήσει (Marsia Sanhope, Jeanette Lancaster, 2009).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Λαμβάνοντας υπόψη τα πιο πάνω, γίνεται σαφές γιατί πολλοί ηλικιωμένοι φοβούνται το γήρας με αποτέλεσμα να αρνούνται την αποδοχή του θεωρώντας το ως μεγάλο μειονέκτημα το οποίο τους φέρνει πιο κοντά στον θάνατο, άρα και στο τέλος της ζωής, ενώ άλλοι θεωρούν την μεγάλη ηλικία ως μια καλή δυνατότητα θεώρησης της ζωής στο σύνολό της. Πέραν βέβαια από όλα αυτά. Οι κοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων είναι πολλές και ποικίλλες και δημιουργούνται από τις φυσιολογικές, τις ψυχολογικές και τις οικονομικές μεταβολές που συμβαίνουν στον άνθρωπο με το πέρασμα των χρόνων. Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων συνεπάγεται και σοβαρό προβληματισμό σε διάφορα επίπεδα για την λήψη μέτρων που θα βοηθήσουν τους ηλικιωμένους να ξεπεράσουν τα οικονομικά, κοινωνικά και ψυχολογικά τους προβλήματα ενώ ταυτόχρονα να έχουν στην διάθεσή τους υπηρεσίες καλής ποιότητας. Για την κάλυψη αυτών των αναγκών είναι ανάγκη να υπάρξει αρμονική λειτουργία των δύο βασικών στοιχείων δηλαδή του ανθρώπου και του περιβάλλοντος, η οποία θα έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη του ηλικιωμένου ατόμου.

Αρχική και πλέον επιθυμητή λύση είναι η παραμονή των ηλικιωμένων στα σπίτια τους και τις οικογένειές τους. Για να γίνει αυτό κατορθωτό απαιτείται ένα ολόκληρο πλέγμα κρατικών υπηρεσιών (νοσοκομεία, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κοινωνικές ασφαλίσεις, γραφείο ευημερίας, εκκλησία, κοινωνικοί φορείς, εθελοντικοί οργανισμοί) οι οποίες θα καλύπτουν τις ανάγκες και θα δίνουν λύσεις ή έστω βοήθεια στα ηλικιωμένα άτομα. Η οικογένεια, επίσης, ως βασικό κοινωνικό κύτταρο το οποίο θα στηρίζει τον ηλικιωμένο για να παραμείνει στην κοινότητα θα πρέπει να δεχτεί και αυτή με την σειρά της στήριξη από διάφορες κρατικές υπηρεσίες για να μπορέσει να εκτελέσει το καθήκον της.

Πέραν από τα προαναφερθέντα μέτρα, σημαντική προϋπόθεση αποτελεί η λήψη ειδικών μέτρων όπως:

- Αποφυγή της ιδρυματοποίησης των ηλικιωμένων και βελτίωση των υπηρεσιών που προσφέρονται στα ιδρύματα, σε περιπτώσεις που είναι αναπόφευκτη η ιδρυματοποίησης.
- Ίδρυση βρεφονηπιακών και παιδικών σταθμών στους ίδιους χώρους με τα ΚΑΠΗ (κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων) ώστε να υπάρχει συνεχής επαφή με τα παιδιά, κάτι που ωφελεί και τις δύο ηλικίες.
- Ενημέρωση των ηλικιωμένων σε θέματα υγιεινής και προληπτικής ιατρικής με σκοπό την πρόληψη του πρώιμου γήρατος, των χρόνιων εκφυλιστικών νόσων και την βελτίωση του τρόπου ζωής.
- Οργάνωση υπηρεσιών παροχής γευμάτων στο σπίτι σε μοναχικά ηλικιωμένα άτομα, από τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης ή άλλους οργανωμένους φορείς.
- Δημιουργία υπηρεσιών συμπαράστασης μοναχικών ηλικιωμένων.
- Χρησιμοποίηση εθελοντών οι οποίοι προσφέρουν την βοήθεια τους λίγες ώρες την ημέρα σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία την έχουν ανάγκη.
- Αναμόρφωση των ποσών των συντάξεων σε σχέση με το κόστος της ζωής.
- Εξασφάλιση κάποιου εισοδήματος που να καλύπτει τις ανάγκες επιβίωσης σε άτομα που δεν έχουν σύνταξη.
- Ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία.
- Δημιουργία προγραμμάτων ψυχαγωγίας.

Τελευταίο άλλα και πολύ σημαντικό στοιχείο είναι η εφαρμογή της κοινοτικής νοσηλευτικής. Βασικός στόχος της κοινοτικής νοσηλευτικής στα θέματα της τρίτης ηλικίας είναι η ενίσχυση του ηλικιωμένου για παραμονή του στην κοινότητα αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Κυριότερο δε μέλημα, είναι να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο και την οικογένεια του να ανταποκριθούν στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής και να διεκπεραιώσουν τις απαραίτητες δραστηριότητες. Κατά την διάρκεια όλων αυτών των προσπαθειών θα πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπόψη οι εξής τέσσερις παράγοντες:

1. Διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου.
2. Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδας.
3. Διδασκαλία-προαγωγή της υγείας του ηλικιωμένου.
4. Ομαδική εργασία και συνεργασία του νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδος.

Η παγκόσμια οργάνωση υγείας σε διακήρυξή της αναφέρει ότι οι προσπάθειες οι οποίες θα καταβληθούν με στόχο τα γηρατειά θα πρέπει να περιλαμβάνουν ποικιλία τομέων και

θεμάτων όπως την εκπαίδευση, το εισόδημα, τις κοινωνικές ασφαλίσεις, την αστική και αγροτική ανάπτυξη, την στέγαση, τις μεταφορές και την δικαιοσύνη στα θέματα της τρίτης ηλικίας.

Το πέρασμα στην Τρίτη ηλικία δεν σημαίνει αναγκαστικά και αδράνεια. Είναι φοβερό για ένα υγιή και ζωντανό ηλικιωμένο να κάθεται σπίτι του ή στο παγκάκι του πάρκου χωρίς κανένα σκοπό. Ας μην ξεχνάμε λοιπόν ότι «τα γεράματα δεν αρχίζουν με το άσπρισμα των μαλλιών, αλλά με το μαύρισμα της καρδιάς».

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΕΣ

Κλινική περίπτωση 1

Η Μ. Α είναι 85 ετών και ζει σε δικό της σπίτι, περίπου 400 μέτρα από τα καταστήματα του χωριού. Ο σύζυγός της πέθανε πριν από 3 χρόνια. Είχε υποστεί εγκεφαλικά επεισόδια και έπασχε από άνοια. Έχει δυο κόρες που ζουν σε κοντινά χωριά. Γίνεται όλο και πιο καταθλιπτική κατά τους τελευταίους 2 μήνες. Υποφέρει από πόνο στο αριστερό ισχίο και τους τελευταίους 6 μήνες έχει μειωθεί σταδιακά η κινητικότητά της εξαιτίας αυτού. Είναι σε λίστα αναμονής για χειρουργική επέμβαση αντικατάστασης ισχίου. Αισθάνεται δυστυχισμένη και δεν αντλεί πλέον ευχαρίστηση από το διάβασμα και την κηπουρική. Είναι ευερέθιστη και νευρική όταν βρίσκεται με την οικογένειά της. Δεν αισθάνεται γεμάτη ενέργεια, θεωρεί τα πάντα μια επίπονη διαδικασία και δεν ενδιαφέρεται για τις δουλειές του σπιτιού. Σπάνια περπατά μέχρι το χωριό για ψώνια και εξαρτάται από την οικογένειά της. Περνά την μεγαλύτερη διάρκεια της μέρας, απλά καθισμένη στον καναπέ, ρίχνοντας ματιές στην εφημερίδα χωρίς να μπορεί να συγκεντρωθεί στο διάβασμα για πολύ ώρα. Έχει πολύ λίγη όρεξη για φαγητό και αισθάνεται πολύ συχνά ναυτία. Ο γενικός ιατρός δεν μπορεί να βρει κάποια βιολογική αιτία για αυτό. Έχει διακοπτόμενο ύπνο την νύχτα και κάποιες φορές παίρνει ένα υπνωτικό χάπι για να έχει καλύτερο βραδινό ύπνο. Δεν ανυπομονεί για κάτι καλό να συμβεί στο μέλλον και δεν θεωρεί ότι θα βελτιωθεί η υγεία της. Νιώθει ένοχη για την συμπεριφορά της στο σύζυγό της, όταν ήταν κουρασμένη και αγχωμένη από την φροντίδα του στο σπίτι. Πιστεύει ότι δεν αξίζει να ζει, αλλά αρνείται οποιαδήποτε τάση αυτοκτονίας.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
-----------------------------------	----------------------------------	------------------------	-----------------	-----------------------------------

Πόνος	Μείωση πόνου	Σταδιακή μείωση του πόνου έως την χειρουργική επέμβαση	<ul style="list-style-type: none"> - Προτεινόμενη χειρουργική αποκατάσταση ισχίου - Χορήγηση παυσίπονης αγωγής επί πόνου - Ανάπαυση 	Επιτυχή μείωση πόνου μετά την χειρουργική αποκατάσταση του ισχίου
Μείωση κινητικότητας	Αύξηση κινητικότητας	Κινητοποίηση αρχικά σε κοντινές αποστάσεις και σταδιακή αύξηση τους	<ul style="list-style-type: none"> - Βοήθεια στην έγερση - Χρήση βοηθητικών μέσων για στήριξη - Τοπικό μασάζ για την μείωση μουδιάσματος στα άκρα 	Εν μέρη επιτυχή αύξηση κινητικότητας σε κοντινές αποστάσεις
Ευερεθιστότητα / νευρικότητα	Αποφυγή ευερέθιστων αισθημάτων και νεύρων	Μείωση νευρικότητας εντός 1 μήνα με τη βοήθεια της οικογένειας	<ul style="list-style-type: none"> - Ενίσχυση της επικοινωνίας με τα παιδιά της - Συχνότερες επαφές με ανθρώπους του κύκλου της 	Επιτυχή μείωση νευρικότητας και ευερεθιστότητας
Μειωμένη όρεξη	Αύξηση όρεξης	Προγραμματισμός αύξησης της όρεξης εντός 2 μηνών	<ul style="list-style-type: none"> - Βοήθεια στην εφαρμογή αγαπημένων συνηθειών - Ενίσχυση ενδιαφέροντος με καινούριες ασχολίες - Προτάσεις για συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα - Επιλογή 2 στενών επαφών για συχνή 	Επιτυχή αύξηση όρεξης και συμμετοχής σε ομαδικές ασχολίες

			επικοινωνία και παρότρυνση	
Έλλειψη συγκέντρωσης	Αυξημένη συγκέντρωση	Μείωση εξωτερικών ερεθισμάτων	<ul style="list-style-type: none"> - Προτάσεις να κάνει πράγματα που την ενδιαφέρουν και της προσφέρουν ευχαρίστηση - Να εφαρμόζει μία δραστηριότητα τη φορά και να συγκεντρώνεται σε αυτή - Να κάνει μικρές παύσεις και να θέτει χρονικό περιθώριο για την ολοκλήρωση της εργασίας 	Επιτυχή αύξηση της συγκέντρωσης σε διάστημα 2 μηνών
Ανορεξία/ Ναυτία	Μείωση αισθήματος ναυτίας και αύξηση όρεξης	Σωστές διατροφικές συνήθειες σε περιθώριο 1 μήνα	<ul style="list-style-type: none"> - Μικρά και πολλά γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας - Τροφές πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά - Τροφές που δίνουν ενέργεια κατά τη διάρκεια της ημέρας 	Επιτυχή αλλαγή διατροφής και εξάλειψη φαινομένου ναυτίας
Διαταραχές ύπνου	Συνεχείς ύπνος χωρίς διακοπές κατά τη διάρκεια της νύχτας	Εξασφάλιση ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας σε 2 εβδομάδες	<ul style="list-style-type: none"> - Προγραμματισμός ωραρίου ξεκούρασης - Αποφυγή κλινοστατισμού κατά τη διάρκεια της ημέρας - Ολοήμερη απασχόληση με 	Επιτυχή αντιμετώπιση του φαινομένου σε μικρό χρονικό διάστημα

			δραστηριότητες και συνολική ξεκούραση τη νύχτα	
Κατάθλιψη	Μείωση καταθλιπτικών αισθημάτων	Συχνές επαφές με άτομα και δραστηριότητες που αυξάνουν το αίσθημα ευφορίας	<ul style="list-style-type: none"> - Θεραπευτικός διάλογος με τον ασθενή για πράγματα που τον ενδιαφέρουν – συμμετοχή σε δραστηριότητες - Ενθάρρυνση αυτονομίας - Αύξηση αυτοεκτίμησης - Αντικαταθλιπτική αγωγή 	Παροδική επιτυχή μείωση αισθημάτων κατάθλιψης
Απουσία Ψυχολογικής υποστήριξη	Τόνωση της προσωπικότητας	Συχνές επαφές με την οικογένεια	<ul style="list-style-type: none"> - Προγραμματισμένες συναντήσεις με ειδικούς και οικογένεια - Συμμετοχή σε προγράμματα 	Ανεπιτυχή τόνωση του ασθενή λόγω αδιαφορίας συγγενών

Κλινική περίπτωση 2

Ο Μ. Χ., ηλικίας 70 ετών, ζει με την γυναίκα του σε μια επαρχιακή πόλη. Έχει δύο παιδιά που ζουν μακριά τους, αφού έχουν τις δικές τους οικογένειες. Ο κύριος Μ. εργαζόταν στα δικά του χωράφια, μέχρι την στιγμή που λόγω αυξημένης πίεσης του το απαγόρευσε ο ιατρός. Από εκείνη τη στιγμή και μετά, είχε αισθήματα απαισιοδοξίας και έλεγε ότι η ζωή του δεν έχει νόημα αν δεν μπορεί να δουλεύει. Ο κ. Μ. δεν πίνει αλλά ούτε καπνίζει. Έχει λίγο αυξημένο δείκτη μάζας σώματος και αυξημένο ζάχαρο που ρυθμίζεται με φαρμακευτική αγωγή. Η γυναίκα του κ. Γ.Χ., αναφέρει ότι τους τελευταίους πέντε μήνες έχει προοδευτική απώλεια μνήμης και δεν αναγνωρίζει πρόσωπα. Επίσης γυρίζοντας από το καφενείο, δύο φορές έχει χάσει τον δρόμο του και έτσι η κ. Γ. αποφάσισε ότι πρέπει να επισκεφθούν έναν νευρολόγο. Ο ιατρός έκανε λήψη ολοκληρωμένου ιστορικού και προτείνει να γίνει αξονική τομογραφία. Επίσης συστήνει την επίσκεψη του ασθενή σε ένα ψυχίατρο για έλεγχο. Η αξονική τομογραφία έδειξε βλάβες του εγκεφαλικού φλοιού και σε συνδυασμό με το ιστορικό που έδειξε δυσκολία στην ολοκλήρωση των εργασιών, αποπροσανατολισμό, μεταβολές διάθεσης, αλλά και προβλήματα προφορικής έκφρασης, οδηγήθηκε στην διάγνωση της νόσου Alzheimer.

Νοσηλευτικά Προβλήματα	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός	Εφαρμογή	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
-----------------------------------	----------------------------------	------------------------	-----------------	-----------------------------------

Αυξημένη πίεση	Σταθεροποίηση της πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα	Ρύθμιση επιπέδων Αρτηριακής πίεσης	<ul style="list-style-type: none"> - Τακτική μέτρηση αρτηριακής πίεσης - Ρύθμιση Α.Π με χορήγηση ανιυπερτασικών - Δημιουργία ήρεμου και ευχάριστου περιβάλλοντος 	Επιτυχής ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης
Αυξημένος δείκτης μάζας σώματος	Μείωση του δείκτη μάζας σώματος	Έλεγχος βάρους και διατροφής	<ul style="list-style-type: none"> - Διδασκαλία για σωστό μαγείρεμα - Ήπια άσκηση (περπάτημα) - Δημιουργία εβδομαδιαίου προγράμματος διατροφής – συχνός επανέλεγχος 	Σταδιακή μείωση κιλών με επιτυχία
Αυξημένο ζάχαρο	Μείωση του ζαχάρου	Ρύθμιση του σακχάρου στις φυσιολογικές τιμές	<ul style="list-style-type: none"> - Αποφυγή τροφών πλούσιων σε γλυκόζη - Τακτική μέτρηση του σακχάρου - Διδασκαλία μηχανήματος μέτρησης σακχάρου στο σπίτι - Ρύθμιση με φαρμακευτική αγωγή αν χρειάζεται - Ήπια άσκηση 	Επιτυχή ρύθμιση του σακχάρου στις φυσιολογικές τιμές
Δεν αναγνωρίζει πρόσωπα	Προσπάθεια στην αναγνώριση προσώπων	Συχνές επαφές με πρόσωπα του κύκλου του	<ul style="list-style-type: none"> - Συχνή επικοινωνία με την οικογένεια - Συνδυασμός οπτικών και ακουστικών μέσων για υπενθύμιση - Χρήση φωτογραφιών και περιγραφή κοινών δραστηριοτήτων 	Εν μέρει επιτυχή αναγνώριση έως την εξέλιξη της νόσου
Βλάβες εγκεφαλικού φλοιού	Επιβράδυνση της νόσου Alzheimer	Αποφυγή εμφάνισης συμπτωμάτων	<ul style="list-style-type: none"> - Κοινωνική δραστηριότητα του ατόμου κ' φυσική άσκηση 	Επιτυχή επιβράδυνση συμπτωμάτων της

		στα πρώιμα στάδια της νόσου	<ul style="list-style-type: none"> - Εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος - Χορήγηση φαρμάκων για μείωση άγχους - Βελτίωση ύπνου - Ανακούφιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και επιθετικότητας 	νόσου
Αποπροσανατολισμός	Εκπαίδευση για καλύτερο προσανατολισμό	Έλεγχος και επίβλεψη ασθενούς	<ul style="list-style-type: none"> - Συνεχής παρακολούθηση ασθενή και απομάκρυνση μόνο με συνοδό - Δημιουργία ελεγχόμενης περιοχής – θέτω όρια - Χρήση γνώριμων σημείων για επιστροφή στο σπίτι 	Επιτυχή - προσωρινά εκπαίδευση προσανατολισμού
Προβλήματα προφορικής έκφρασης	Μαθήματα στο να εκφράζεται περισσότερο και καλύτερα	Επικοινωνία με τον ασθενή	<ul style="list-style-type: none"> - Συχνή δημιουργία συζήτησης με θέματα που τον ενδιαφέρουν - Εκπαίδευση για χρήση απλού λεξιλογίου και δημιουργία σύντομων προτάσεων 	Επιτυχή επικοινωνία στην καθημερινότητα
Μεταβολές διάθεσης	Σταθεροποίηση της διάθεσης	Εξασφάλιση ευχάριστου περιβάλλοντος	<ul style="list-style-type: none"> - Συζήτηση για ευχάριστα θέματα - Υπενθύμιση ωραίων αναμνήσεων - Παρότρυνση για ευχάριστες ασχολίες με την βοήθεια της οικογένειας 	Επιτυχή σταθεροποίηση της διάθεσης
Δυσκολία στην ολοκλήρωση	Να θέσει στόχο την ολοκλήρωση	Απλές και ευχάριστες εργασίες	<ul style="list-style-type: none"> - Εφαρμογή εργασιών με εύκολους στόχους - Να καταπιαστεί με 	Ολοκλήρωση εργασιών μόνο με βοήθεια

εργασιών	των εργασιών που καταπιάνεται		χειρονακτικές εργασίες και χειροτεχνίες - Βοήθεια από νοσηλεύτη ή την οικογένεια	
----------	--	--	---	--

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασοπούλου Μ., και συν, (2010), Εισαγωγή στην νοσηλευτική επιστήμη, επιμέλεια: Σοφία Ζυγά, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.

Γεωργιάδης Μιχάλης Ι., (2006), νόσος Πάρκινσον και Παρκινσονισμός Παθογένεση, Θεραπευτικές Προσεγγίσεις, Κλινικές Περιπτώσεις. Εκδόσεις: University Studio Press, Αθήνα.

Ερωτοκρίτου Α., (1995). Η Ψυχολογία και η Σεξουαλικότητα της Τρίτης Ηλικίας, Intercollege Press, Λευκωσία.

Καπάκη Ε., Παρασκευάς Γεώργιος Π., σύγχρονη θεραπευτική θεώρηση της Νόσου Alzheimer και άλλων ανοϊκών διαταραχών, (2004), Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Καραγιάννης Γ., (1997), Κοινωνική Νοσηλευτική, Εκδόσεις: Ταβιθά, Τρίτη Έκδοση, Αθήνα.

Καραγιάννης Γ., (1999). Κοινωνική Νοσηλευτική και Ψυχική Υγεία. Λευκωσία.

Κόλλιας Κ., (2010), Οικογένεια και ψυχική υγεία: προειδοποιητικά συμπτώματα σοβαρών ψυχιατρικών προβλημάτων, εκδόσεις: Δομή-Αρχονταρίκη, Αθήνα.

Κυριακίδου Ε., (2000), Κοινωνική νοσηλευτική, εκδόσεις: Ταβιθά, Τρίτη Έκδοση, Αθήνα.

Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α., (1999), Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Μαλγαρινού Μ. και Γούλια ε. (1997), Η Νοσηλεύτρια Κοντά στον Υπερήλικα, εκδόσεις: Ταβιθά, 4^η Έκδοση, Αθήνα.

Μαλγαρινού Μ., Γουλιά Ε., (2005), Η Νοσηλεύτρια Κοντά στον Υπερήλικα, 5^η Έκδοση, Αθήνα.

Μαυρουδάκης Κ., (2001), Επίσκεψη σε γέροντα με άνοια, εκδόσεις: Κέδρος, Αθήνα.

Μεντενόπουλος Γ., (2002), Η νόσος του Alzheimer, εκδόσεις: University studio press, Θεσσαλονίκη.

Μεντενόπουλος Γ., (2008), Η νόσος του Parkinson, εκδόσεις: University studio press, Θεσσαλονίκη.

Παγοροπούλου Α., (2000), Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας. Εκδόσεις :Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.

Παπανικολάου Γ., (2009), Σύγχρονη Διατροφή Και Διαιτολογία, Εκδόσεις: Θυμάρι, Αθήνα.

Πλατή Χ., (2000), Γεροντολογική Νοσηλευτική, Αθήνα.

Πρίντζης Θ., (2005), Αλτσχάιμερ, εκδόσεις: Μίνωας, Αθήνα.

Ραφτόπουλος Β., (2009), Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, Κύπρος.

Σαπουντζή – Κρεπιά Δ., Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα, (2004), 2^η Έκδοση. Αθήνα.

Σαρρής Μ. , (2000), Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα της Ζωής, Εκδόσεις:Παπαζήση, Αθήνα.

Σαχίνη – Καρδάση Α., (2000), Μεθοδολογία Έρευνας – Εφαρμογές στον Χώρο της Υγείας, Τρίτη Έκδοση, εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα.

Σαχίνη Α.,Καρδάση Μ., (2004), Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, , 1^{ος} , 2^{ος} , 3^{ος} Τόμος Β' Έκδοση, Αθήνα.

Σαχίνη Α., Καρδάση Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, (2004), 1ος ,2ος , 3ος Τόμος Β' Έκδοση, Αθήνα.

Τσολάκη Μ., (2005), Άνοια, University studio press, Θεσσαλονίκη.

Χατζηαντωνίου Σ.Γ., (2005), Ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας, εκδόσεις: University studio press , Θεσσαλονίκη.

Χριστίνα Α. Χρυσοχόου, Ζαμπέλας Α., Αναστάσιος Σ., Δοντάς, (2003), Η Διατροφή στην Τρίτη Ηλικία. Εκδόσεις :Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Χριστοδούλου Γ.Ν., & Κονταξάκης Β.Π., (2000), Η Τρίτη Ηλικία, Εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeskema S, (2000), Hilgards introduction to psychology, 13th edn., Harcourt brace Jovanovich, London.

Camhi SL, Enright PL, (2000). How to assess pulmonary function in older persons. Journal of Respiratory Diseases 21: 395-399.

Carole Lynn Edelman, Carol Lynn Mandle. (2009). Προαγωγή της υγείας σε όλο το εύρος της ζωής. Επιμέλεια: Φωτούλα Μπαμπάτσικου «και συν». Μετάφραση: Λήδα Ιατρίδου και Μαρία Μουστάκη. Επίτομος. 6^η έκδοση. Αθήνα. ΠΑΡΗΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

Closs SJ, (1994). Pain in elderly patients: a neglected phenomenon? Journal of Advanced Nursing 19: 1072-1081.

Cotty MA, (1999). Recognizing medical reasons for falling. Physiotherapy theory and practice 15: 135-140.

Davis GC Hiemenz ML, White TL (2002). Barriers to managing chronic pain of older adults with arthritis. Journal of nursing scholarship 34: 121-126.

Donna D. Ignatavicius, M. Linda Workman. (2008). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Επιμέλεια: Ασπασία Βασιλειάδου «και συν». Μετάφραση: Μαριάνθη Α Αλεξανδροπούλου «και συν». Τόμος 1^{ος} και 2^{ος}. 5^η έκδοση. Αθήνα. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ.

Dugan, E., & Kivett, V.R. (1994). The Importance of Emotional and Social Isolation 10 Loneliness Among very Old Rural Adults. The Gerontologist.3A. 3. 340-346.n

Dugan, E., & Kivett, V.R. (1994). The Importance of Emotional and Social Isolation 10 Loneliness Among very Old Rural Adults. The Gerontologist.3A. 3. 340-346.n

Fees, B.S., Martin, P., & Poon, L.W.,(1999). A Model of Loneliness in Older Adults. Journal of Gerontology: Psychological Sciences. 54.231-239.

Fessman, N., & Lester, D., (2000). Loneliness and Depression Among Elderly Nursing Home Patients. International Journal of Aging and Human Development. 51(2). 137-141.

Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND et al, (1994). Exercise training and nutritional of falls in people over 65. British Medical Journal 321: 1007-1011.

Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND et al. (1994). Exercise training and nutrition supplementation for physical frailty in very older people. *New England journal of medicine* 330: 1769-1775.

Garcia – Aymerich J, Farrero E, Felez MA, (2003). Risk factors of read – mission to hospital for a COPD exacerbation: a prospective study. *Thorax* 58: 100-105.

Greater Food safety precautions needed by the elderly – but what's "old"? (2002). Tufts University Health And Nutrition Letter.

Grimby A, Milson I, Molander U, Wiklund I, Ekelund P, (1993). The influence of urinary incontinence of the quality of life of elderly women. *Age and ageing* 22: 82-89.

H. Royden Jones, (2010). Παθολογία Νευρικό Σύστημα. Επιμέλεια: Κωνσταντίνος Σπέγγος. Μετάφραση: Κωνσταντίνος Σπέγγος. τόμος 4^{ος}. Αθήνα. Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ΕΠΕ.

Holmen, K., Ericsson, K., & Winblad, B., (1999). Quality of Life Among Elderly. *Scand J. Caring Sci.* 91-95.

Horne J, (2001). State of the art: sleep. *Psychologist* 14: 302-306.

Jorn, A.F., (1995), the epidemiology of depressive states on elder: implications for recognition, intervention and prevention. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 30, 53-59.

Kate Woodhead, Paul Wicker, (2005). Περιεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα. Επιμέλεια: Παυλάτου Νίκη και Θεοφάνης Φώτης. Μετάφραση: Καραμάνης Άγγελος «και συν». Επίτομος. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος.

Kathleen S. Osborn, Cheryl E. Wraa, Annita B. Watson, (2012). Παθολογική & Χειρουργική Νοσηλευτική. Αθήνα. Επιμέλεια : Λαμπρινή Κουρκούτα και συν. Μετάφραση: Κωνσταντίνος Αγγελόπουλος και συν. Τόμος 1^{ος} και 2^{ος}. Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

Kolominsky-Rabas PL, Hilz M-J, Neundoerfer B, Heuschmann PU, (2003). Impact of urinary incontinence after stroke: results from a prospective population based stroke register. *Neurourology and Urodynamics* 22: 322-327.

Koropecjy-Cox, T., (1998). Loneliness and Depression m Middle and Old, Age: Are the Childless More Vulnerable? *Journal or Gerontology: Social Sciences.* 53(6). 303-312.

Long, M.v., & Martin, P.,(2000). Personality, Relationship Closeness, and Loneliness of Oldest Old Adults and Their Children. *Journal of Gerontology: Psychological Science*. 55.5.311-319.

Lord SR, Sherrington C, Menz HB, (2001). Falls in older people. Cambridge university press, Cambridge.

Malbutt K, Falaschetti E, (2003). Non fatal accidents. In: Bajekal M, Primatest P, Prior G (eds) Health survey for England 2001. Stationary office, London.

Marshall S. Runge, M. Andrew Greganti, (2009). Παθολογία βασικές αρχές. Επιμέλεια: Μαρία Βενετικού «και συν». Μετάφραση: Κωνσταντίνος Βλάσσης «και συν». Επίτομος. Αθήνα. Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ΕΠΕ.

Marsia Sanhope, Jeanette Lancaster, (2009), Κοινωνική Νοσηλευτική, Τόμος: 1^{ος}, 2^{ος}, επιμέλεια: ευτυχία Γκεσούλη - Βολτυράκη, Μαρία Νούλα, μετάφραση : Γεώργιος Αγγελόπουλος, Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ΕΠΕ, Αθήνα.

Mary Ann Hogan, (2012), Νοσηλευτική ψυχικής υγείας: ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις, Επιμέλεια: Μαρία Καρανικόλα, Μετάφραση: Σταματοπούλου Φ., Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα.

Matterson MA, McConnell ES (1988). Gerontological nursing: concepts and practice. WB Saunders, Philadelphia.

McCaffery M, Beebe A (1989). Pain. Clinical manual for nursing practice. Mosby, St Louis.

McCurry SM, Reynolds CF, Ancoli – Israel S at al, (2000). Treatment of sleep disturbance in Alzheimer’s disease. *Sleep medicine review* 4: 603-628.

McGovern M, Kwaiser Kuhn J, (1992). Skin assessment of the older client. *Journal of gerontologist nursing* 18: 39-43.

McKenzie GL (1985). Pain. in: Cormack DF (ed) Geriatric nursing: a conceptual approach. Blackwell scientific, oxford.

Melding PS, (1995). How do older people respond to chronic pain? A review of coping with pain and illness in elders. *Pain Reviews* 2: 65-75.

Melzack R, Wall PD (1988). The challenge of pain. 2nd edn. Penguin, London.

Menz HB, Lord SR, (2001A). The contribution of foot problems to mobility impairment and falls in community dwelling older people. *Journal of the American geriatrics society* 49: 1651-1656.

Menz HB, Lord SR, (2001b). Foot pain impairs balance and functional ability in community dwelling older people. *Journal of the American podiatric medical association* 91:222-229.

Michael G. Gelder, Juan J. Lopez-Ibor, Nancy Andreasen, (2008), Σύγχρονη Ψυχιατρική, επιμέλεια: Κωνσταντίνος Σολδάτος, μετάφραση: Χριστίνα Ανδρέου, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Nettelon S. Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Εκδόσεις : ιορδανός, Αθήνα, 2002

Pallesen S, Bjorvath B, Nordhus IH, Skjerve A, (2000). Valerian as a sleeping aid? *Tidsskrift for den norske laegeforening* 122: 2857-2859.

Phillip I. Rice, (2005). Η Ψυχολογία της Υγείας. Επιμέλεια: Αλέξανδρος – Σταμάτιος Αντωνίου. Επίτομος. Αθήνα. Έλλην.

Resnick NM, Brandeis GH, Baumann MM, Dubeau C, Yalla SV, (1996). Misdiagnosis of urinary incontinence in nursing home: prevalence and a proposed solution. *Neurourology and Urodynamics* 15:599-618.

Robinson J, (2000). Managing urinary incontinence in the nursing home: residents perspective's. *Journal of advanced nursing* 31: 68-77.

Rowe JW, Kahn RL. (1997) Successful ageing. *Gerontologist* 33: 433-440

Sally J. Redfern, Fiona M. Ross, (2011). Νοσηλευτική Φροντίδα ηλικιωμένων. Επιμέλεια: Βασίλειος Ραφτόπουλος «και συν». Μετάφραση: Γιαννούλη Ερμιόνη «και συν». Nicosia, Cyprus. Broken Hill Publishers LTD.

Simpson JM, Darwin C, Marsh N, (2003). What are older people prepared to do avoiding falling? A qualitative study in London. *British journal of community nursing* 8: 133-141.

Strunk, B.C, Ginsburg P.B., & Banker, M.I., (2006). The effect of population aging on future hospital demand, *Health Affairs*.

Tinetti ME (2003). Preventing falls in elderly persons. *New England journal of medicine* 348:42-49.

U.S. Census Bureau. (2005). 2005 Community Survey. Retrieved February 10, 2007, from <http://factfinder>. Census. Gov.

Victor Cr., et al (1994). Old age in modern society, 2nd edn. Chapman & Hall, London. Η επισκόπηση αυτή, των κοινωνικών πλευρών της γήρανσης με ιδιαίτερη εστίαση στο ηνωμένο βασίλειο χρησιμοποιείται ευρέως από φοιτητές, επαγγελματίες και ερευνητές της γεροντολογίας.

Wallhagen, M., & Strawbridge, S. S. (2003). Hearing impairment and cognitive frailty: A Five year longitudinal study. *The gerontologist*, 43(special issue 1), 20-21.