

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΤΑΣΕΙΣ ΑΝΤΙΛΗΨΕΙΣ & ΑΙΤΙΑ ΑΝΟΙΑΣ

Σπουδαστική ομάδα:

Παπαδοπούλου Χριστίνα

Τσάκωνας Νικόλαος

Σχίζα Βασιλική

Εισηγητής: κος Γριντέλας Αντρέας

ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2011

ΠΑΤΡΑ

Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
SUMMARY	9
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	10
ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	12
1.1 Γήρας και χαρακτηριστικά.....	12
1.2 Προβλήματα Τρίτης Ηλικίας.....	13
1.2.1 Κοινωνικοοικονομικά Προβλήματα	14
1.2.2 Ψυχολογικά Προβλήματα	14
1.2.3 Συνταξιοδότηση.....	16
1.3 Αίτια διαφορικής γήρανσης στην Ελλάδα	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο ΑΝΟΙΑ	18
2.1 Ορισμός/Κλινικά χαρακτηριστικά	18
2.2 Διάγνωση άνοιας.....	20
2.3 Παράγοντες κινδύνου πρόκλησης άνοιας	20
2.4 Προφυλακτικοί παράγοντες.....	21
2.5 Εικόνα ασθενούς και συμπτώματα.....	22
2.6 Τύποι άνοιας	22
2.6.1 Νοητική διαταραχή.....	22
2.6.2 Άνοια επί νόσου Alzheimer	23
2.6.3 Αγγειακή Άνοια	24
2.6.4 Αγγειακή εγκεφαλική νόσος και αιμόσταση.....	24
2.6.5 Μετωποκροταφική Άνοια (Άνοια επί νόσου Pick).....	25
2.6.6 Άνοια επι νόσου Creutzfeldt- Jacob	25
2.6.7 Άνοια επί νόσου Huntington.....	26
2.6.8 Άνοια επί νόσου Parkinson	26
2.6.9 Άνοια επί νόσου, οφειλόμενη στον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV).....	27
2.6.10 Άνοια από τραύμα εγκεφάλου	27
2.7 Παράγοντες επιδείνωσης της άνοιας	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΟΙΑΣ	28
3.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	28

3.2	Παρενέργειες.....	29
3.3	Παρεμβάσεις για αντιμετώπιση της άνοιας	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ		32
4.1	Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση	32
4.2	Γνωστική Παρέμβαση.....	32
4.3	Λογοθεραπευτική Παρέμβαση	33
4.4	Εικαστική θεραπεία (Art – Therapy)	33
4.5	Μουσικοθεραπεία.....	34
4.6	Εργοθεραπευτική Παρέμβαση.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο ΜΟΡΦΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ		35
5.1	Ανοιχτές μορφές φροντίδας ηλικιωμένων.....	35
5.1.1	Πρόνοια	35
5.1.2	Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων(Κ.Α.Π.Η).....	36
5.1.2.1	Κατασκηνώσεις.....	37
5.1.3	Βοήθεια στο σπίτι.....	37
5.1.4	Το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.).....	38
5.1.5	Προγράμματα Κοινωνικής Φροντίδας –Λέσχες Φιλίας.....	38
5.2	Κλειστές μορφές φροντίδας.....	39
5.2.1	Γηροκομεία.....	39
5.2.2	Άσυλα – Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων.....	39
5.3	Υπηρεσίες για ηλικιωμένους με άνοια	39
5.4	Εξωτερικό ιατρείο μνήμης και Άνοιας.	40
5.5	Επιπτώσεις της «ιδρυματοποίησης»	40
5.5.1	Ψυχολογικές επιπτώσεις.....	40
5.5.2	Αίσθηση Αχρηστίας	41
5.5.3	Παραίτηση από τη ζωή.....	41
5.5.4	Κατάθλιψη.....	42
5.5.5	Περιθωριοποίηση.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ.....		43
6.1	Οικογένεια/φροντιστές των ατόμων με άνοια	43
6.2	Επιβάρυνση των φροντιστών.....	44
6.3	Οι συνέπειες της επιβάρυνσης στους φροντιστές.....	45
6.4	Οικογένεια/Σχέσεις και Άνοια.....	45
6.5	Συναισθήματα των φροντιστών των ατόμων με άνοια	46

6.5.1 Το άγχος των φροντιστών των ατόμων με άνοια	48
6.5.2 Κατάθλιψη των φροντιστών των ατόμων με άνοια.....	50
6.6 Σωματική υγεία των φροντιστών των ατόμων με άνοια	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ	54
7.1 Ρόλος Κοινωνικού Λειτουργού με Τρίτη Ηλικία	54
7.2 Ρόλος Κοινωνικού Λειτουργού με άτομα που πάσχουν από άνοια.....	56
7.3 Ρόλος Κοινωνικού Λειτουργού σε Προγράμματα με άτομα που πάσχουν από άνοια.....	56
7.4 Ρόλος Κοινωνικού Λειτουργού με φροντιστές των ατόμων με άνοια.....	60
7.5 Ζητήματα που προκύπτουν κατά την παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού με άτομα που πάσχουν από άνοια.....	62
7.6 Βάσεις για παρεμβάσεις των Κοινωνικών Λειτουργών	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ^ο ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ/ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	64
8.1 Εισαγωγή.....	64
ΑΡΘΡΟ 1. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ.....	65
ΑΡΘΡΟ 2. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΑΥΤΟΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ.....	66
ΑΡΘΡΟ 3. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	67
ΑΡΘΡΟ 4. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΕ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	68
ΑΡΘΡΟ5.ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ,	69
ΑΡΘΡΟ 6. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	70
ΑΡΘΡΟ 7. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ/ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ	70
ΑΡΘΡΟ 8. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ	71
ΑΡΘΡΟ 9. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΕΝΔΙΚΑ ΜΕΣΑ.....	72
ΑΡΘΡΟ 10 ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΣΑΣ	72
ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	78
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80
ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ	81

Μες στα παλιά τα σώματα τα φθαρμένα
Κάθονται των γερόντων οι ψυχές.
Τι θλιβερές που είναι οι πτυχές και βαριούνται την ζωή
Την άθλια που τραβούνε.
Πως τρέμουν μην την χάσουνε
και πως την αγαπούνε
οι σαστισμένες και αντιφατικές
ψυχές που κάθονται – κωμικοτραγικές –
μες στα παλιά των τα πετσιά τ'αφανισμένα.

Κων/νος Π. Καβάφης

Ευχαριστούμε που από το παρελθόν ... γεννήθηκε το παρόν με βάσεις γεμάτες
αξιοπρέπεια, θαυμασμό δίνοντας έτσι την δυνατότητα για την εξέλιξη του μέλλοντος με
διευρυμένους ορίζοντες...

Ευχαριστούμε για την διαχρονικότητα των ηθών-εθίμων που μας χάρισατε χωρίς
ανταλλάγματα!!!

Ημέρα ηλικιωμένων 1 Οκτωβρίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη κοινωνική πραγματικότητα τόσο στην Ελλάδα όσο και έξω από τα σύνορα της έχει επικρατήσει η ενασχόληση με τους ηλικιωμένους να αποτελεί ταμπού ή στην καλύτερη περίπτωση μια δραστηριότητα βαρετή για τους νεότερους. Στην εποχή όπου τα νιάτα και η ομορφιά εξυμνούνται και που οι εξελίξεις τρέχουν με μεγάλη ταχύτητα, ο κόσμος των γηρατειών θεωρείται πολύ αργός. Η έντονη δυσφορία προς τα γηρατειά δεικνύετε επίσης μέσα από την καθημερινή πραγματικότητα όταν ακόμα και η λέξη «γέρος» προκαλεί απέχθεια και θεωρείται προσβολή για το άτομο στο οποίο απευθύνεται. Όμως είναι γνωστό πως ταμπού και προκατάληψη συνυπάρχουν και απορρέουν από αυτό.

Έτσι λοιπόν, οι άνθρωποι καθώς δεν γνωρίζουν για τον ψυχισμό του ηλικιωμένου και τις διεργασίες που συντελούνται μέσα του, με αφέλεια πιστεύουν πως ο εσωτερικός κόσμος του ηλικιωμένου είναι κενός. Οι περισσότεροι λοιπόν απορρίπτουν το σημαντικό αυτό κομμάτι του πληθυσμού χωρίς να μπουν στην διαδικασία να τους γνωρίσουν και να τους κατανοήσουν. «Οι ηλικιωμένοι σήμερα είναι ένα σπουδαίο και σημαντικό κομμάτι της κοινωνίας μας. Η ενεργητική τους επίδραση γίνεται φανερή αν ληφθεί υπόψη η πείρα που κατέχουν, η νηφαλιότητα με την οποία αντιμετωπίζουν τα περισσότερα ζητήματα της ζωής, αλλά και ο καθοριστικός τους ρόλος στην αλληλεπίδραση με τα ενήλικα παιδιά και εγγόνια τους.

Από ψυχολογική άποψη ειδικότερα, οι ηλικιωμένοι που εντάσσονται στον κύκλο ζωής της οικογένειας κατέχουν μια πολύτιμη θέση ως εκπρόσωποι της μιας από τις τρεις γενεές που αλληλεπιδρούν αντιμετωπίζοντας κάθε πρόβλημα της καθημερινής ζωής. Εξαιρεση αποτελούν οι ηλικιωμένοι εκείνοι που βαρύνονται ιδιαίτερα από κάποιας μορφής ψυχικό ή σωματικό νόσημα και χρειάζονται συνεχή φροντίδα από την οικογένεια.» Σε έναν κόσμο που αλλάζει ταχύτητα, οι ηλικιωμένοι βρίσκονται καθημερινά αντιμέτωποι με την σύγκρουση του χθες με το σήμερα, με την ανατροπή των αξιών και των κανόνων συμπεριφοράς που «υπηρετήσαν» στην ζωή τους και καλούνται να λειτουργήσουν σε συνθήκες που είναι περισσότερο περίπλοκες. Μέσα σε σχέσεις συγκρουσιακές/ανταγωνιστικές, οι ηλικιωμένοι αποξενώνονται καθώς αντιμετωπίζουν την αρνητική στάση της κοινωνίας μέσα από την προκατάληψη, τη στέρηση κάθε ρόλου και κάθε δραστηριότητας και κάθε δυνατότητας για λειτουργία.

Έτσι λοιπόν, η κάθε κοινωνία που ποτέ στο παρελθόν δεν είχε να αντιμετωπίσει τόσους πολλούς ηλικιωμένους πρέπει χωρίς να δημιουργήσει ελλείψεις σε άλλους τομείς της πραγματικότητας της, να εξασφαλίσει αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στα άτομα αυτά, τα οποία πρέπει να σημειωθεί, πως έχουν αυξημένες βιολογικές, κοινωνικές, συναισθηματικές και οικονομικές ανάγκες, ενώ παράλληλα δεν αποτελούν παραγωγικά μέλη της κοινωνίας. Σήμερα τα γηρατειά είναι μια περίοδος που μπορεί ο άνθρωπος να τη ζήσει με ασφάλεια και θα μπορούσε να την ζήσει και με ευτυχία αν η σύγχρονη κοινωνία δεν δημιουργούσε παράλληλα και μερικά άλλα φαινόμενα που δεν είναι και τόσο ευχάριστα και που επηρεάζουν ιδιαίτερα το θέμα της μεγάλης ηλικίας. «Η λέξη «γηρατειά» σημαίνει αυξημένες ανθρώπινες ανάγκες. Ανάγκη για εξασφάλιση αξιοπρεπούς στέγης, για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη χωρίς την καταρράκωση της υπερηφάνειας τους.

Ανάγκη για ανθρώπινες σχέσεις, για οικογενειακό περιβάλλον χωρίς το αίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Ανάγκη για απασχόληση και συμμετοχή στην κοινωνική ζωή. Η προστασία των ηλικιωμένων δεν είναι μόνο πανάρχαια και πανανθρώπινη προσπάθεια, αλλά και ένα βαθύ και πηγαίο ένστικτο που το βλέπουμε σε όλα τα έμψυχα όντα. Η ζωή για τον

άνθρωπο είναι «μέγα και θείο δώρο» γι' αυτό και τα γηρατειά πρέπει να θεωρούνται θεϊκό δώρο. Ούτε πρέπει να τα χαρακτηρίζουμε καλά ή κακά, γίνονται όμως καλά ή κακά από τον τρόπο που τα αντιμετωπίζει κανείς.

Τελειώνοντας η Παγοροπούλου (1993) θεωρεί πως η τρίτη ηλικία είναι η πιο σημαντική περίοδος στην οποία συμβαίνει η πνευματική ανέλιξη του ανθρώπου. Το ποιοτικό στοιχείο που διαφοροποιεί την τρίτη ηλικία από όλες τις άλλες ηλικίες του ανθρώπου, είναι που αποδίδει την περισσότερη αίγλη και το μεγαλείο στην προχωρημένη φάση της ζωής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η άνοια είναι ένα σύνδρομο που οφείλεται σε εγκεφαλική νόσο και συνήθως αρχίζει ύπουλα και εξελίσσεται βαθμιαία. Συχνά αρχίζει με ασαφή μη ειδικά σωματικά ενοχλήματα, κακοδιαθεσία ή ευερεθιστότητα και μείωση του ενδιαφέροντος για τη ζωή. Διαπιστώνεται επίσης διαταραχή πολλών ανώτερων φλοιωδών λειτουργιών στις οποίες συμπεριλαμβάνονται η μνήμη, η σκέψη, ο προσανατολισμός, η κατανόηση, η εκτέλεση αριθμητικών πράξεων, η ικανότητα για μάθηση, η γλώσσα και η κρίση. Στο σύνδρομο αυτό δεν επέρχεται θόλωση της συνείδησης.

Συνοπτικά θα λέγαμε ότι η άνοια έχει ως αποτέλεσμα σημαντική έκπτωση των διανοητικών λειτουργιών με συνήθη επίπτωση στις προσωπικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, με αποτέλεσμα το άτομο να καθίσταται σταδιακά μη λειτουργικό.

Το κύριο σύμπτωμα είναι η έκπτωση της μνήμης, που στην αρχή περνά απαρατήρητη τόσο από τον ασθενή όσο και από την οικογένειά του. Άλλοι ασθενείς αντιλαμβάνονται τα προοδευτικά αυξανόμενα ελλείμματα της μνήμης, άλλοι όμως δεν τα καταλαβαίνουν ενώ είναι εμφανή στην οικογένειά τους. Φυσικά, ανοϊκοί ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιήσουν *μυθοπλασίες* (ψευδή στοιχεία) για να καλύψουν τα κενά της μνήμης τους (Μάνος σ.σ.477-478).

Στο πρώτο λοιπόν κεφάλαιο αναφέρονται γενικά χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας, τα προβλήματα που καθορίζουν την ιδιαιτερότητα αυτής της ομάδας παρέμβασης. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ο προσδιορισμός της άνοιας, αναφέρονται οι τύποι της και η εικόνα του ασθενούς όταν προσβάλλεται από την συγκεκριμένη ασθένεια. Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται η φαρμακευτική θεραπεία, στοιχεία από παρενέργειες που προκύπτουν έπειτα από την πρόσληψη των φαρμάκων, στις πληροφορίες αυτές είναι σαφές πως μέρος ευθύνης έχει ο εκάστοτε γιατρός καθώς δεν είναι στις αρμοδιότητες του υπεύθυνου Κοινωνικού Λειτουργού.

Στη συνέχεια του τετάρτου κεφαλαίου αναλύονται οι υπάρχουσες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που βοηθούν τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν την συγκεκριμένη κατάσταση. Στο πέμπτο κεφάλαιο καταγράφονται οι μορφές φροντίδας για τους ανοϊκούς, είτε αυτές είναι ανοιχτής ή κλειστής περιθαλψής.

Το έκτο κεφάλαιο περιλαμβάνεται ο αντίκτυπος που έχει η άνοια στην οικογένεια και στους φροντιστές των ατόμων που πάσχουν από άνοια καθώς και τα προβλήματα που δημιουργούνται στους ανθρώπους που περιθάλπουν τους ασθενείς. Και τέλος στο έβδομο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στον ρόλο της Κοινωνικής Εργασίας και του Κοινωνικού Λειτουργού γενικά μεν ως μικρή αναφορά στην Τρίτη Ηλικία και συγκεκριμένα στους ασθενείς που πάσχουν από άνοια καθώς και τον ρόλο που έχουν οι Κοινωνικοί Λειτουργοί με την οικογένεια και τους φροντιστές των ατόμων με άνοια.

SUMMARY

Dementia is a syndrome caused by cerebral disease and usually begins insidiously and progresses gradually. Often starts with vague non-specific physical symptoms, irritability and bad mood or decreased interest in life. There was also disruption of many higher cortical functions including memory, thinking, orientation, comprehension, arithmetic performance, the ability to learn the language and the crisis. In this syndrome does not occur clouding of consciousness.

In summary we would say that dementia has resulted in a significant reduction of cognitive functions normally impact on personal activities of daily life, so the person becomes progressively nonfunctional.

The main symptom is impairment of memory, which initially passed unnoticed by both the patient and his family. Other patients perceive progressively increasing deficits in memory, but others do not understand and are evident in their family. Naturally, people with dementia can use fiction (false information) to fill gaps in their memory (Manos s.s.477-478).

So the first chapter presents general characteristics of the elderly, issues that determine the specificity of the intervention group. The second chapter is the identification of dementia are the types of the image when the patient suffers from the disease. The third chapter refers to drug therapy, side effects data obtained after the intake of medicines, the information is clear that individual responsibility is the individual doctor and not the responsibility of the responsible social worker.

Then the fourth chapter analyzes the current non-pharmacological interventions that help patients cope with this situation. The fifth chapter lists the types of care for demented, be they open or closed treatment.

The sixth chapter outlines the impact of dementia on the family and carers of people with dementia and the problems posed to the people who treat their patients. And finally in the seventh chapter to the role of Social Work and Social Officer in general, while a small reference to the elderly and particularly in patients suffering from dementia and the role that social workers with family and carers of people with dementia.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Π.Ο.Υ: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

Κ.Α.Π.Η: Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

Κ.Η.Φ.Η: Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

Ε.Ε: Ευρωπαϊκή Ένωση

Ε.Π.Ι.Ψ.Η: Ερευνητικό Πανεπιστήμιο Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

Ν.Π.Ι.Δ: Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου

Μ.Μ.Ε: Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

Σκοπός της μελέτης είναι η ανάλυση και η καταγραφή στοιχείων που αφορούν την ζωή των ασθενών που πάσχουν από την ασθένεια της άνοιας. Η μελέτη αυτή στηρίζεται σε βιβλιογραφική ανασκόπηση και σε μελέτη αρχείου. Μέσα από την επεξεργασία των δεδομένων που συλλέχθηκαν, αναδεικνύονται οι στάσεις/αντιλήψεις και τα αίτια της άνοιας, τον αντίκτυπο αυτής στην οικογένεια και τους φροντιστές των περιθαλπόντων ατόμων καθώς επίσης και της μέριμνας/των προγραμμάτων που έχουν ληφθεί από την σύγχρονη κοινωνία αλλά και τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού στην ευπαθή αυτή ομάδα. Η συγκεκριμένη αυτή μελέτη είναι ένα διαχρονικό κοινωνικό φαινόμενο το οποίο επιδέχεται με την ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας καινοτόμες παρεμβάσεις για την φροντίδα των ανοϊκών. Συνεπώς η συγκεκριμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση μπορεί να αποτελέσει έναυσμα για περαιτέρω μελέτες και έρευνες από άλλους ερευνητές και κοινωνικούς επιστήμονες.

ΚΕΦΑΛΙΑΙΟ 1^Ο ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 Γήρας και χαρακτηριστικά

Είναι φυσικός νόμος το ανθρώπινο σώμα και οι λειτουργίες του να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Οι αλλαγές αυτές επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο ο άνθρωπος σκέφτεται, κινείται και αισθάνεται. Οι βιολογικές αλλαγές που επέρχονται με την με την αύξηση της ηλικίας καθορίζουν την ποιότητα της φυσικής και κινητικής απόδοσης και η ένταση των αλλαγών αυτών εξαρτάται από την επίδραση του περιβάλλοντος του ατόμου, τις εμπειρίες του, τον τρόπο και την στάση ζωής του(Beauvois,σελ.9).

Τρίτη ηλικία ορίζεται το 65^ο έτος και σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ορίζεται:

- I. Μεσήλικα άτομα (46-59 ετών)
- II. Ηλικιωμένα άτομα(60-75 ετών)
- III. Γέροντες (75 ετών και άνω)

Συνήθως το γήρας διακρίνεται σε δυο κατηγορίες. Η πρώτη αφορά το φυσιολογικό ή βιολογικό γήρας. Σε αυτές τις περιπτώσεις παρατηρείται μια αρμονική γεροντολογική εξέλιξη και φθορά όλων των οργάνων και των ιστών με την πάροδο του χρόνου. Στη δεύτερη κατηγορία έχουμε το παθολογικό ή πρόωρο γήρας. Σε αυτές τις περιπτώσεις παρατηρείται μια δυσαρμονική και πρόωρη γεροντική φθορά των διάφορων οργάνων , που συνήθως οφείλεται σε συγκεκριμένα εσωτερικά αίτια(Μουσούρου και Στρατιγάκη σελ.173).

Τα γηρατεία συνοδεύονται από προβλήματα υγείας, από την αποχή του ατόμου από την αγορά εργασίας, την απώλεια των λειτουργικών του ικανοτήτων, τις διάφορες αλλαγές που επέρχονται σε ψυχολογικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Το γήρας είναι μια φυσιολογική εξελικτική φάση της ζωής στην οποία φαίνεται να αποσύρονται απ' την κοινωνία οι ηλικιωμένοι, στην πραγματικότητα όμως η κοινωνία αποσύρεται από αυτούς.

Σε αυτό το διάστημα της ζωής τους τα άτομα χάνουν τους μέχρι τότε ρόλους τους, καθώς και όλα εκείνα που τους έκαναν να νιώθουν παραγωγικοί και χρήσιμοι.

Τα ηλικιωμένα άτομα χάνουν από νωρίς σημαντικά αντικείμενα επαφής. Οι νέες επαφές που μπορεί να δημιουργήσουν είναι συχνά ασθενέστερες , όχι γνήσιες και για το λόγο αυτό ευάλωτες. Η σημαντικότερη «αλλαγή» της προσωπικότητας είναι η τάση για εσωστρέφεια, καθώς ο κύκλος των γνωριμιών μικραίνει και η συμμετοχή στις καθημερινές υποθέσεις περιορίζεται. Επικρατούν η ρουτίνα και οι συνήθειες(Γουρνάς,σελ.163).

Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη φάση της ζωής τους παίζει η οικογένεια καθώς και οι δεσμοί που δημιουργούνται ανάμεσα στα μέλη. Οι αλλαγές στη δομή της με την πάροδο του χρόνου αποτελούν πολύ σημαντικό παράγοντα για την διαμόρφωση της στάσης ζωής του ηλικιωμένου απέναντι στη ζωή καθώς και στην ποιότητα της ζωής τους. Η οικογένεια παραμένει πυρηνική, διατηρώντας όμως την επαφή με τα ηλικιωμένα μέλη της και παράλληλα παρατηρείται ότι σε μεγάλο ποσοστό επιδιώκεται η μόνιμη κατοικία των ηλικιωμένων μελών να είναι σε κοντινή απόσταση προκειμένου να διατηρούν την επαφή αλλά και μέσα από διάφορες δραστηριότητες να παραμένουν ενεργοί. Η οικογένεια θα πρέπει να παρέχει στα άτομα το αίσθημα της ασφάλειας, της υποστήριξης, της κατανόησης και της αγάπης(Μουσούρου,σελ.74).

1.2 Προβλήματα Τρίτης Ηλικίας

Με το πέρασμα του χρόνου αυξάνονται ολοένα και περισσότερο τα προβλήματα υγείας που πλήττουν την Τρίτη Ηλικία. Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι μπορεί να οφείλονται σε φυσικά/οργανικά αίτια, στην έλλειψη παροχής ιατρικών υπηρεσιών, στη λανθασμένη διατροφή. Οι κακές διατροφικές συνήθειες και η άτακτη λήψη τροφών έχουν σαν αποτέλεσμα την έλλειψη σωστών και απαραίτητων βιταμινών για το ανθρώπινο σώμα.

Οι πιο συνηθισμένες ασθένειες που εμφανίζονται στην Τρίτη Ηλικία είναι αρθριτικά και ρευματισμοί όπου θεωρούνται χρόνιες παθήσεις (Kastenbaum, p.p.17-18).

Εκτός από τα συνηθισμένα προβλήματα υγείας που πλήττουν την Τρίτη Ηλικία και τα οποία παραθέτουμε παρακάτω, συνηθισμένη αιτία που προκαλεί σημαντικά προβλήματα στους ηλικιωμένους είναι οι συχνές πτώσεις. Οι πτώσεις είναι η πιο συνηθισμένη αιτία ατυχήματος στα ηλικιωμένα άτομα. Τα γηρατεία, οι οξείες ή χρόνιες παθήσεις, η ψυχολογική κατάσταση στην οποία επέρχονται και η χρήση φαρμάκων συγκαταλέγονται στους παράγοντες εκείνους που οδηγούν στην εμφάνιση ατυχημάτων.

Η πτώση ενός ηλικιωμένου ατόμου διαφέρει σημαντικά από την πτώση ενός νεαρού ατόμου. Στους ηλικιωμένους μοιάζει με ήπιο σώριασμα ή με κατάρρευση στο πάτωμα η οποία είναι συχνά ασυμπτωματική, περνάει απαρατήρητη και το άτομο δεν τη θυμάται. Η απώλεια ισορροπίας, η ζάλη, η μειωμένη όραση και η αδυναμία στα γόνατα αποτελούν τα κυριότερα αίτια πτώσεων για τους ηλικιωμένους.

Οι πτώσεις των ηλικιωμένων αφορούν ένα δυσανάλογο μεγάλο αριθμό τραυματισμών, που επιφέρουν αναπηρία και οδηγούν στο νοσοκομείο, όπως επίσης μπορεί να θεωρηθούν ως αιτία παρατεταμένης νοσηλείας σε νοσοκομεία ή σε άλλα ιδιωτικά/δημόσια ιδρύματα (Kastenbaum, p.p.17-18).

Τα βασικότερα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι :

- i). Λοιμώδη παρασιτικά νοσήματα
- ii). Νεοπλάσματα
- iii). Ενδοκρινικά και μεταβολικά νοσήματα
- iv). Νοσήματα αίματος
- v). Ψυχικές διαταραχές
- vi). Νευρικού συστήματος νοσήματα
- vii). Κυκλοφοριακού συστήματος νοσήματα
- viii). Αναπνευστικού συστήματος νοσήματα
- ix). Πεπτικού συστήματος νοσήματα
- x). Ουροποιογενετικού συστήματος νοσήματα
- xi). Νοσήματα δέρματος
- xii). Νοσήματα μυοσκελετικού συστήματος
- xiii). Καταστάσεις προερχόμενες από περιγεννητική περίοδο
- xiv). Ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις
- xv). Συγγενείς ανωμαλίες
- xvi). Κακώσεις και δηλητηριάσεις

(<http://duncher.pathfinder.gr>).

1.2.1 Κοινωνικοοικονομικά Προβλήματα

Βασική προϋπόθεση για μια καλή ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων είναι η επίλυση των κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων που υπάρχουν και που προκύπτουν σε αυτή την περίοδο της ζωής. Η είσοδος στα γηρατειά συνεπάγεται μια πληθώρα προβλημάτων που κάνουν την αρχική εμφάνισή τους με το πέρασμα στη συνταξιοδότηση. Η συνταξιοδότηση του ηλικιωμένου επιφέρει αλλαγές στη ζωή του, τόσο στον οικονομικό όσο και στον κοινωνικό τομέα. Όσον αφορά στον οικονομικό τομέα, οι οικονομικές ανέσεις στην καθημερινότητα του, περιορίζονται, καθώς το ποσό της σύνταξης του δε είναι τόσο μεγάλο σε σχέση με το μισθό που έπαιρνε. Παράλληλα η είσοδος στη συνταξιοδότηση, οδηγεί τον ηλικιωμένο πιο κοντά στην οικογένεια του, καθώς έχει ανάγκη όχι μόνο την φροντίδα και την συμπαράστασή της αλλά και την οικονομική της στήριξη, κάτι που παλαιότερα δεν ήταν αναγκαίο. Πολλά ηλικιωμένα άτομα συγκατοικούν με τα παιδιά τους κυρίως για οικονομικούς λόγους. Η παραμονή του ηλικιωμένου με τα παιδιά του οφείλεται συχνά στο χαμηλό ποσό της σύνταξής του. Στις αστικές περιοχές αν η σύνταξη είναι μικρή και δεν επαρκεί για διαβίωση του ηλικιωμένου, τότε ο γονιός παραμένει στην οικογένεια. Αν το ποσό της σύνταξης είναι μεγάλο, είτε διατηρεί δικό του σπίτι, είτε μένει με τα παιδιά του, εξακολουθεί όμως να συμβάλει στον οικογενειακό προϋπολογισμό (Πουλοπούλου,σελ.120).

Πολύ σημαντικό ρόλο για τη ζωή ενός ηλικιωμένου άτομο είναι το συναίσθημα της προσφοράς στην οικογένεια, καθώς ακόμη και σε μεγάλη πλέον ηλικία νιώθει ότι έχει τη δύναμη της προσφοράς και της οικονομικής ανεξαρτησίας.

Η τάση για ανεξαρτητοποίηση των ηλικιωμένων είναι αποτέλεσμα καλής υγείας και οικονομικής κατάστασης. Σημαντικοί παράγοντες για την ανεξαρτητοποίηση των ηλικιωμένων είναι το χαμηλό κόστος κατοικίας, η απόσταση από τα παιδιά τους, οι συγκοινωνίες που εξυπηρετούν την κατοικία, η διαβίωση στη γειτονιά για μεγάλο χρονικό διάστημα.

1.2.2 Ψυχολογικά Προβλήματα

Τα συναισθήματα που επικρατούν στη ζωή ενός ηλικιωμένου ατόμου ποικίλλουν. Και μάλιστα ο συνδυασμός κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων και προβλημάτων υγείας, δημιουργούν πολλά προβλήματα σε ψυχολογικό επίπεδο στον ηλικιωμένο.

Ένα βασικό συναίσθημα που επικρατεί στην Τρίτη Ηλικία είναι ο φόβος που απορρέει από την αβεβαιότητα που συνεπάγονται τα ίδια τα γηρατειά. Ο φόβος αυτός δεν έχει τόσο να κάνει με την ιδέα του θανάτου, όσο με μια πιθανή κινητική ανικανότητα ως και αναπηρία και να είναι απαραίτητη η βοήθεια ενός τρίτου ατόμου. Και ο φόβος αυτός στηρίζεται ακόμη περισσότερο στην ιδέα ότι ο ηλικιωμένος μπορεί να αποτελέσει βάρος για την οικογένειά του.

Στη συνέχεια ο φόβος που είναι σαφώς συνέπεια της συνταξιοδότησης. Πολλοί από τους ηλικιωμένους νιώθουν καταπεσμένοι ψυχολογικά εξαιτίας της συνταξιοδότησής τους. Στην ηλικία των 65-75 πολλοί άνθρωποι εξακολουθούν να νιώθουν αρκετά δυναμικοί και ενεργητικοί. Η διακοπή της εργασίας στην ψυχοσύνθεση των ατόμων αυτών επιδρά αρνητικά με αποτέλεσμα να προκαλούνται συναισθήματα αβεβαιότητας και ανικανότητας(Rappoport,p.43-45).

Ξαφνικά περνούν σε μια φάση απραξίας, οι κοινωνικοί ρόλοι και οι διαπροσωπικές σχέσεις τους αλλάζουν, ειδικά όταν πρόκειται για ανθρώπους που απέδιδαν μεγάλη σημασία στις σχέσεις με συναδέλφους και στην εργασιακή τους ζωή. Πολλές φορές η απομάκρυνση από την εργασία

προκαλεί το αίσθημα του μη παραγωγικού μέλους της ομάδας, του βάρους στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο.

Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι νιώθουν την απόρριψη την απομόνωση, ιδιαίτερα όταν η διακοπή της απασχόλησης δεν μπορεί να αιτιολογηθεί από τη φθορά του οργανισμού. Όλες αυτές οι συναισθηματικές επιπτώσεις επιδρούν αρνητικά στην υγεία του ατόμου.

Έτσι άτομα που κατά την εργασιακή τους απασχόληση ήταν υγιή, ξαφνικά μετά την συνταξιοδότησή τους παρουσιάζουν πολλά από τα συμπτώματα της γεροντικής ηλικίας.

Από την άλλη πλευρά όταν η πρόωγη συνταξιοδότηση αποτελεί επιλογή του ίδιου του ατόμου, τότε οι ψυχολογικές επιπτώσεις μπορεί να είναι πολύ θετικές και το άτομο να αισθάνεται απελευθερωμένο από την αίσθηση της ρουτίνας και της καταπίεσης, της καθημερινής απασχόλησης στη δουλειά. Το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να νιώθει ανανεωμένο, ειδικά όταν η διακοπή της εργασίας του απορρέει από την ανάγκη για πραγματοποίηση νέων στόχων. Οι επιπτώσεις στην υγεία κατά την πρόωγη συνταξιοδότηση απορρέουν κυρίως από ψυχολογικά αίτια εκτός κι αν το άτομο παρουσίαζε ήδη προβλήματα υγείας(Rappoport,p.p.47-49).

Σημαντικά επιδρά η ύπαρξη προβλημάτων υγείας στην ψυχολογία των ηλικιωμένων καθώς κυριαρχεί αυτόματα μια αβεβαιότητα για τα χρόνια που έρχονται. Μαζί με την αβεβαιότητα, γεννάται κι ο φόβος, του να μην καταπέσουν και γίνουν βάρος στα παιδιά τους και το ευρύτερο περιβάλλον τους.

Η αίσθηση της μη αυτοεξυπηρέτησης και λειτουργικότητας αποτελεί το μεγαλύτερο φόβο αυτών των ανθρώπων(Kastenbaum,p.p.72-73).

Ο ηλικιωμένος έχοντας περάσει και ολοκληρώσει τα μέχρι τώρα στάδια της ζωής, του φτάνει σε ένα σημείο όπου κάνει πλέον τον δικό του απολογισμό και την δική του κριτική για τα χρόνια που πέρασαν. Κάνει τη δική του αυτοκριτική για τα επιτεύγματά του, την προσφορά του από την μια στην κοινωνία και από την άλλη στην ίδια την οικογένειά του, στα παιδιά του. Οι ρόλοι του εναλλάσσονται και διαφοροποιούνται(Kastenbaum,p.p.72-73).

Σημαντικό ρόλο επίσης παίζει η απώλεια των αγαπημένων προσώπων. Οι ηλικιωμένοι εφόσον έχουν περάσει από τα διάφορα στάδια ζωής και δημιουργήσει αυτά που θα ήθελαν, απομένουν με το σύντροφο τους και απολαμβάνουν τα χρόνια που έρχονται Η ύπαρξη ενός συντρόφου, γεννά την ελπίδα, την ανάγκη για δημιουργία, τη συνύπαρξη, το μοίρασμα. Η απώλεια ενός συντρόφου αντιθέτως, μηδενίζει τα πάντα ειδικά για τη ζωή ενός προχωρημένου σε ηλικία ατόμου(Kastenbaum,p.118).

Ένα ακόμη στοιχείο που επιβαρύνει τη συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων είναι ο φόβος τους για το ενδεχόμενο να μην μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν αλλά και η οικογένειά τους να μην μπορεί να τους στηρίξει και να αναγκαστούν να παραμείνουν σε κάποιο ίδρυμα. Και αυτό το πλήγμα είναι πολύ σημαντικό διότι το ηλικιωμένο άτομο παρουσιάζει πολύ άγχος και αναγκάζεται να απομακρυνθεί από την οικογένειά του για να μην τους επιβαρύνει με αποτέλεσμα να καταπέσει απότομα και τότε όντως ο εγκλεισμός είναι αναπόφευκτος (Rappoport,p.117).

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της ιδρυματοποίησης δεν απαλλάσσουν την οικογένεια από τις ενοχές και τον ηλικιωμένο από το αίσθημα της απομόνωσης. Ο ηλικιωμένος με την εισαγωγή του στο ίδρυμα δοκιμάζει τον πόνο του αποχωρισμού, της μοναξιάς, της αβεβαιότητας. Η ιδρυματοποίηση μπορεί να καταρρακώσει την προσωπικότητα του ατόμου και να απειλήσει την ακεραιότητά του. Το ίδρυμα αν και παρέχει τη απόλυτη ασφάλεια για τη διαβίωση του ηλικιωμένου μπορεί να υποσκάπτει την ψυχολογική του ασφάλεια εξαιτίας του καθολικού ελέγχου που ασκεί πάνω του.

Το άγχος και ο φόβος του ηλικιωμένου κατά την διαμονή του στο ίδρυμα μπορεί να εντείνει τα ήδη υπάρχοντα ψυχολογικά, κοινωνικά και σωματικά προβλήματα.

Οι ψυχολογικές ανάγκες ενός ηλικιωμένου ατόμου όπου κι αν βρίσκεται μπορούν να αντιμετωπιστούν από τους ειδικούς και τους συγγενείς με την εξήγηση της φύσης και την έκταση του προβλήματος, με την τόνωση της θέλησης και της ελπίδας, με ενίσχυση της αυτοεκτίμησής του, την εκπλήρωση των ψυχολογικών του αναγκών: αγάπη, αυτοέκφραση, συμμετοχή.

Η παρουσία, η συνεισφορά, η συμπαράσταση και η αγάπη της οικογένειας αποτελούν βασικούς παράγοντες για τη διατήρηση και βελτίωση της καθημερινότητας στη ζωή ενός ηλικιωμένου.

Τα παιδιά φαίνεται να φροντίζουν τους γονείς τους και οι λόγοι είναι περισσότερο ηθικοί παρά νομικοί. Οι συναισθηματικοί δεσμοί ανάμεσα στις γενεές είναι στενοί. Οι επαφές που υπάρχουν ανάμεσα στους γονείς και τα παιδιά καθορίζονται σε μεγάλο βαθμό από την απόσταση που υπάρχει ανάμεσά τους. Παρά την απόσταση οι δεσμοί ανάμεσά τους είναι ισχυροί και οι νέοι παραδέχονται τους ηλικιωμένους σε ορισμένους ρόλους. Υπάρχει η επιθυμία και η ανάγκη να βρίσκονται σε απόσταση επικοινωνίας. Όταν η απόσταση είναι μικρή οι ηλικιωμένοι είναι ικανοποιημένοι και δεν βιώνουν τόσο πολύ το αίσθημα της μοναξιάς(Πουλοπούλου,σελ.123).

Ακόμη ο ρόλος των ηλικιωμένων όταν ζει με τα παιδιά ή κοντά στα παιδιά του μεταβάλλεται καθώς αναλαμβάνει τον ρόλο του παππού ή της γιαγιάς αντίστοιχα, αναλαμβάνει ένα κομμάτι της ανατροφής των εγγονιών του με αποτέλεσμα να έχει την ευκαιρία της ανατροφής παιδιών πάλι, χωρίς να φέρει την ίδια ευθύνη. Αυτόματα η παρουσία του μέσα στην οικογένεια του δίνει ένα μεγάλο αίσθημα ικανοποίησης και προσφοράς. Επίσης δεν είναι λίγοι οι γονείς εκείνοι οι οποίοι στηρίζουν οικονομικά τα παιδιά του και συνεχίζουν να παρέχουν ενεργά στην οικογένεια.

Τέλος, οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη την παρουσία της οικογένειας δίπλα τους, της ανάγκη για φροντίδα, αγάπη, συμμετοχή, σεβασμό. Ο μεγαλύτερος φόβος είναι η εγκατάλειψη, η μοναξιά και μη αυτοεξυπηρέτηση. Όσο όμως υπάρχουν στενές σχέσεις με την οικογένεια τόσο καλύτερη ψυχολογική υγεία θα έχει ο ηλικιωμένος.

1.2.3 Συνταξιοδότηση

Κατά το πέρασμα του χρόνου πολλές είναι οι αλλαγές που επιδέχεται το άτομο και σωματικά αλλά και συναισθηματικά. Η αποχώρηση του ατόμου από το επάγγελμα σηματοδοτεί και τον ερχομό του στο γήρας και συνεπώς την αποχώρησή του από την ενεργό υπηρεσία με αποτέλεσμα ανακατατάξεις στον τρόπο ζωής τους.

Η συνταξιοδότηση φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο τους άντρες και αυτό είναι απόρροια αντιλήψεων και στερεοτύπων της δυτικής κοινωνίας. Το επάγγελμα προσδιορίζει τη ζωή τους, υπαγορεύει το είδος των σχέσεων που έχουν και απασχολεί τις καθημερινές τους σκέψεις. Αναμφίβολα ο καλύτερος τρόπος να ανταπεξέλθει είναι να την αντιμετωπίσει(Rapport,p.114).

Συχνά οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται σαν άτομα που δεν έχουν σχεδόν τίποτα να προσφέρουν, σαν εξαρτημένα μέλη της κοινωνίας, ενώ αισθάνονται και οι ίδιοι αυτό το βάρος.

Απ' την άλλη μεριά ο Γουρνάς (1993) αναφέρει την μερίδα εκείνων των ανθρώπων που βλέπουν την συνταξιοδότηση ως μια απελευθέρωση, γιατί δίνει τη δυνατότητα ελεύθερου χρόνου για νέες δραστηριότητες.

Οι σωματικές, καλλιτεχνικές, πνευματικές και κοινωνικές δραστηριότητες, μπορεί να δημιουργήσουν ένα νέο τρόπο ζωής, καινούργιους στόχους και ενδέχεται να διευκολύνουν την επίτευξη προσδοκιών, που πολύ συχνά περιορίζονται από την πίεση της καθημερινής εργασίας(Γουρνάς,σελ.164).

Ένα ποσοστό των συνταξιούχων ισχυρίζεται βελτίωση της ποιότητας ζωής ανάμεσα στο ζευγάρι, περισσότερες κοινές δραστηριότητες και αναπροσαρμογή στην καθημερινότητα. Ωστόσο αυτό εξαρτάται από την ποιότητα σχέσης του ζευγαριού πριν την συνταξιοδότηση. Η προσαρμοστικότητα παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο για τις σχέσεις του ζευγαριού, διότι η έλλειψη ικανοποίησης από την ζωή σε αυτήν τη φάση δημιουργεί ψυχολογικές εντάσεις που έχουν επίπτωση στις διαπροσωπικές σχέσεις. Η ανεύρεση ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων, που έχουν νόημα για το άτομο και προσφέρουν στόχους, βοηθούν στην ψυχική ευεξία, η οποία αντανακλάται σε όλους τους τομείς τις ζωής.

Μια άλλη άποψη υποστηρίζει ότι η ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων που έχει υιοθετήσει το άτομο όλα τα προηγούμενα χρόνια, καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο βιώνει τη διαδικασία της συνταξιοδότησης δηλαδή θετικά ή αρνητικά(Κωσταρίδου και Ευκλείδη,σελ.229).

Στην πραγματικότητα ο Γουρνάς (1993) αναφέρει ότι η προσαρμογή ποικίλλει ανάλογα με το φύλλο και την κοινωνική τάξη. Η μεσαία και η ανώτερη τάξη έχει περισσότερες δυνατότητες να αποσυρθεί βαθμιαία από την εργασία και πιο πολλές ευκαιρίες να βρει ενδιαφέροντα σε αντίθεση με την άλλη μερίδα ανθρώπων που η πτώση είναι απότομη και οι ανακατατάξεις στην καθημερινότητα μεγάλες.

Ευκολότερη λοιπόν είναι η προσαρμογή όταν :

- i). Προετοιμάζεται επαρκώς η μετάβαση
- ii). Η αλλαγή ελαχιστοποιείται διατηρώντας τις πηγές ικανοποίησης και προσωπικής πληρότητα
- iii). Υπάρχουν καλές προϋποθέσεις(εισόδημα, υγεία, κοινωνική υποστήριξη)
- iv). Το άτομο είναι ευέλικτο, θετικό και διατηρεί προοπτικές
- v). Καλλιεργούνται οι διαπροσωπικές σχέσεις
(Κωσταρίδου και Ευκλείδη σελ.229).

Συνοψίζοντας , η συνταξιοδότηση είναι μια σημαντική μεταβολή στη ζωή του κάθε ανθρώπου, που απαιτεί μεγάλη ικανότητα προσαρμογής. Χρειάζεται αναμόρφωση στον τρόπο ζωής και την νοοτροπία, αναδιάταξη των στόχων/θέση καινούργιων, προσαρμογή σε χαμηλότερα επίπεδα αναγνώρισης συγκριτικά με τα ενεργά άτομα, σε μικρότερο εισόδημα και σε μειωμένες σωματικές δυνάμεις. Μετά την μεταβατική αυτή περίοδο , το άτομο μαθαίνει να ζει και να απολαμβάνει την καινούργια κατάσταση, να αναπτύσσει δραστηριότητες και να αναλαμβάνει νέους ρόλους, όπως της ανιδιοτελούς προσφοράς, κυρίως προς την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητα μέσα στην οποία ζει(Κωσταρίδου και Ευκλείδη,σελ.230).

1.3 Αίτια διαφορικής γήρανσης στην Ελλάδα

Έχει παρατηρηθεί στην Ελλάδα ιδιαίτερα κατά τις τελευταίες δεκαετίες να υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση σύμφωνα με Πουλοπούλου (1999) της αναλογίας των δυο φύλων στον γεροντικό πληθυσμό. Οι παράγοντες που συνέβαλλαν στην δημιουργία αυτής της κατάστασης και ευνοούν στην εξέλιξή της είναι τρεις και είναι οι ακόλουθοι :

- i). Το γεγονός ότι οι γυναίκες έναντι των ανδρών έχουν μεγαλύτερη διάρκεια ζωής,

- ii). Η υπερθησιμότητα των ανδρών και ιδιαίτερα κατά τις πολεμικές περιόδους (Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος), όπου σημειώθηκαν μεγαλύτερες απώλειες ανδρών σε σχέση μ'αυτές των γυναικών
- iii). Η μεταναστευτική κινητικότητα, αν λάβει κανείς υπόψη του ότι κατά την περίοδο 1955-1973 που παρατηρήθηκε να εκδηλώνεται ένα δεύτερο μεταναστευτικό ρεύμα από την Ελλάδα έφυγαν προς το εξωτερικό περισσότεροι άνδρες από ότι γυναίκες. Επιπροσθέτως, σημειώνεται ύπαρξη σημαντικού βαθμού γήρανσης ιδιαίτερα στις αγροτικές, νησιωτικές και ακριτικές περιοχές της χώρας μας. Η κατάσταση αυτή είναι απόρροια του μεταναστευτικού ρεύματος που οξύνθηκε κατά το 1953-1973, της εσωτερικής μεταναστευτικής κινητικότητας και την αύξηση της υπογεννητικότητας που υπάρχει στις περιοχές αυτές.

Τέλος, ένας άλλος παράγοντας θα μπορούσε να εστιαστεί στην εξέλιξη του εργατικού δυναμικού, η οποία παρουσιάζει διακυμάνσεις ανάλογα με την περίοδο. Την περίοδο 1951-1971 τα αίτια της έντασης του φαινομένου της γήρανσης του εργατικού δυναμικού εστιάζονται κυρίως στην εξωτερική μετανάστευση, στην υπογεννητικότητα, στην παράταση των σπουδών και κατά συνέπεια στην καθυστέρηση εισαγωγής νέων ατόμων στην ενεργό οικονομική ζωή. Κατά την δεκαετία 1971-1981 παρατηρείται μείωση της γήρανσης του εργατικού πληθυσμού που οφείλεται κυρίως στην ένταξη νέων ατόμων στο παραγωγικό πληθυσμό και στη διακοπή μετά το 1973 της μετανάστευσης προς το εξωτερικό. Έτσι την περίοδο 1981-1997 σημειώνεται αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στην παραγωγική διαδικασία, γεγονός που προκύπτει από τη μαζική είσοδο στην αγορά εργασίας γυναικών ηλικίας 25-44 ετών, η πραγματικότητα αυτή σε συνδυασμό με την αύξηση της συμμετοχής των μεταναστών συνέβαλλαν στην μείωση της γήρανσης του εργατικού δυναμικού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΑΝΟΙΑ

2.1 Ορισμός/Κλινικά χαρακτηριστικά

Η άνοια ή προοδευτική αποδιοργάνωση των νοητικών λειτουργιών της μνήμης και της ικανότητας για αφηρημένη σκέψη, είναι μια διανοητική διαταραχή που προέρχεται γενικά από οργανικές ή μεταβολικές διαταραχές, οι οποίες προσβάλλουν τον εγκέφαλο. Η απώλεια των κυττάρων αυτών είναι μια φυσιολογική διαδικασία, ωστόσο στις περιπτώσεις άνοιας, εμφανίζεται με ταχύτερο ρυθμό και οδηγεί στη μη φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου (Walton, p.152).

Το σύνδρομο της άνοιας είναι συνήθως εξελικτικό και χρόνια και διαπιστώνεται σε αυτό η διαταραχή πολλών ανώτερων φλοιωδών λειτουργιών. Στις λειτουργίες αυτές συμπεριλαμβάνονται: η μνήμη, η ικανότητα για μάθηση, η γλώσσα και η κρίση (Ταξινόμηση ICD p.56).

Ελάχιστα πράγματα είναι πιο τρομακτικά από ότι η πιθανότητα ότι κάποια μέρα δεν θα αναγνωρίζεται αυτούς που αγαπάτε, ότι δεν θα μπορείτε να κάνετε ακόμα και τα πιο απλά πράγματα και ότι θα έχετε επίγνωση αυτής της κατάστασης. Η άνοια είναι η γνωσιακή διαταραχή που κάνει αυτούς τους φόβους πραγματικότητα (Barlow, p.318).

Με τον όρο άνοια ο οποίος προέρχεται από το στερητικό α-και την λέξη νους εννοούμε την έκπτωση των νοητικών ικανοτήτων του ατόμου, καταρχήν της μνήμης, της κρίσης του λόγου, της προσωπικότητας και την έκπτωση της καθημερινής λειτουργικότητας(www.alzheimerathens.gr).

Ξεκινά κυρίως ύπουλα και εξελίσσεται βαθμιαία επιδεινούμενη για μήνες και χρόνια. Αρχίζει με ασαφή μη ειδικές σωματικές ενοχλήσεις, κακοδιαθεσία ή ευερεθιστότητα και μείωση του ενδιαφέροντος για ζωή. Η εκδήλωση όλων των μορφών άνοιας παρουσιάζει μια κοινή συμπτωματολογία η οποία επιδεινώνεται σταδιακά και με την πάροδο του χρόνου. Τα βασικότερα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά την έναρξη της νόσου είναι η ανάπτυξη πολλαπλού νοητικού ελλείμματος με βασικό χαρακτηριστικό την έκπτωση της μνήμης, και κάποιες γνωστικές διαταραχές όπως είναι η αφασία, η απραξία, η αγνωσία και η διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας. Όλα τα συμπτώματα προκαλούν αρκετά σημαντική έκπτωση στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου. Η έκπτωση αυτή αρχικά μπορεί να μην είναι εμφανής λόγω της προσπάθειας του ατόμου να αποκρύψει τα συμπτώματα που του παρουσιάζονται. Στη πορεία όμως της εξέλιξης της νόσου οι εκπτώσεις τόσο της μνήμης όσο και της λειτουργικότητας είναι αρκετά εμφανή και ο ασθενής δεν μπορεί να τις κρύψει(Μάνος,σελ.478).

Η έκπτωση της μνήμης αφορά κυρίως τη βραχύχρονη μνήμη και όχι τη μακρόχρονη.Μπορεί πιο εύκολα να ανακαλέσει γεγονότα περασμένων χρόνων παρά των τελευταίων ημερών. Εύκολα χάνει αντικείμενα, ξεχνάει σημαντικά γεγονότα και καθημερινές του δραστηριότητες ενώ σε μεταγενέστερο στάδιο μπορεί να ξεχνάει ακόμη το επάγγελμά του, τα γενέθλιά του και τα ονόματα των μελών της οικογένειας του. Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που παρουσιάζει έκπτωση είναι η ικανότητα του ατόμου να αποκτά νέες γνώσεις και να μαθαίνει τις νέες πληροφορίες οι οποίες του δίδονται (Μάνος,σελ.478,Τσολάκης και Καζής,σελ.123-124,Alzheimer,p.33).

Η αφασία αφορά την ομιλία του ασθενούς η οποία γίνεται αόριστη και με μακρές φράσεις. Εκτός όμως από τον προφορικό λόγο μπορεί σε αρκετές περιπτώσεις να παρουσιαστεί και έκπτωση στο γραπτό λόγο του ασθενή. Σε μεταγενέστερα στάδια μπορεί ο ασθενής να παρουσιάσει είτε διαταραγμένη ομιλία είτε να παραμείνουν βωβοί.Σε ότι αφορά την απραξία εμφανίζεται μέσα από την δυσκολία εκτέλεσης κινητικών και αισθητηριακών λειτουργιών οι οποίες τις περισσότερες φορές ήταν γνωστές στον ασθενή αλλά τώρα δεν τις αντιλαμβάνεται και δεν μπορεί να τις εκτελέσει. Εμφανίζουν διαταραγμένη ικανότητα να αναπαραστήσουν τη χρήση αντικειμένων με αποτέλεσμα να παρουσιάσουν αδυναμία στο μαγείρεμα και στο ντύσιμο(Μάνος,σελ.478,Τσολάκη και Καζής,σελ.124).

Εκτός από τα παραπάνω υπάρχουν και τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα. Τα συμπεριφορικά συμπτώματα της άνοιας μπορούν να αναγνωριστούν κυρίως μέσα από την παρατήρηση τόσο του θεράποντα ιατρού όσο και του φροντιστή τους. Σε αυτά τα συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται η επιθετικότητα, οι κραυγές, οι φωνές, η αναστάτωση, ανησυχία, η περιπλάνηση, η κοινωνική ακατάλληλη συμπεριφορά, η άρση των αναστολών και οι βωμολοχίες. Τα ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας αναγνωρίζονται κατά την συνέντευξη του ασθενούς και του φροντιστή. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται τα παραληρήματα, οι ψευδαισθήσεις, η κατάθλιψη, η απάθεια και το άγχος. Η λεπτομερής μελέτη της επίπτωσης των συμπεριφοριστικών και των ψυχολογικών συμπτωμάτων της άνοιας φανερώνει ότι κάθε σύμπτωμα μπορεί να επέλθει στη διάρκεια οποιουδήποτε σταδίου της άνοιας και σε ορισμένα στάδια ενδεχομένως, όλοι οι ασθενείς μπορεί να εκδηλώσουν κάποια μορφή αυτών των συμπτωμάτων.

Οι διαταραχές του συναισθήματος ως επί το πλείστον παρατηρούνται στα πρώιμα στάδια της νόσου. Τα ψυχωτικά συμπτώματα οι διεργετικές συμπεριφορές είναι συχνές σε ασθενείς με μέτριας βαρύτητας νοητική έκπτωση. Τα ίδια συμπτώματα δεν αποκλείονται στα βαρύτερα

στάδια της νόσου, αλλά αυτά γίνονται λιγότερα εμφανή, εξαιτίας της επιδείνωσης της φυσικής κατάστασης και της ανάδυσης των νευρολογικών συμπτωμάτων (Τσολάκη, Καζής, σελ. 148-149). Με την έναρξη της ασθένειας η οικογένεια νιώθει ότι το αγαπημένο τους πρόσωπο δεν τους αγαπά πια ή δεν ενδιαφέρεται για αυτούς παρά ότι είναι άρρωστος. Στην πορεία όμως και όσο τα συμπτώματα της ασθένειας εμφανίζονται ολοένα και περισσότερο ο ασθενής πλέον με δυσκολία καταφέρνει σε κάποιες φορές να εκτελέσει καθημερινές δραστηριότητες του, το οικογενειακό περιβάλλον αντιλαμβάνεται ότι πρόκειται για ασθένεια παρά για αλλαγή στη συμπεριφορά. Η ασθένεια αυτή επιβάλλει την ιατρική παρακολούθηση του ασθενούς.

2.2 Διάγνωση άνοιας

Κύρια προϋπόθεση για τη διάγνωση της άνοιας είναι η ύπαρξη ενδείξεων έκπτωσης, τόσο στη μνήμη και στη σκέψη, οι οποίες είναι αρκετά έντονες ώστε να παραβλάπτουν τις προσωπικές δραστηριότητες στην καθημερινή ζωή. Η μείωση της μνημονικής ικανότητας τυπικά επηρεάζει την εγγραφή, την αποθήκευση και την ανάκληση πληροφοριών. Όμως ακόμη και μνημονικό υλικό οικείο προς το άτομο, του οποίου η εκμάθηση ανήκει στο παρελθόν, μπορεί να χαθεί ιδιαίτερα στα όψιμα στάδια της διαταραχής. Η άνοια αποτελεί πιο σοβαρή κατάσταση σε σύγκριση με τη δυσμνησία. Στην άνοια εκτός από τη μνημονική διαταραχή, υπάρχει και η διαταραχή της σκέψης και της ικανότητας κρίσης όπως και μείωση στη ροή των ιδεών. Η επεξεργασία των εισερχομένων πληροφοριών παραβλέπεται, με αποτέλεσμα το άτομο να έχει μεγαλύτερη δυσκολία να παρακολουθήσει περισσότερα από ένα ερεθίσματα ταυτόχρονα, να πάρει μέρος σε μια συζήτηση με αρκετά άτομα και να μεταθέσει την εστία της προσοχής του από ένα θέμα σε άλλο. Εάν η άνοια αποτελεί τη μόνη διάγνωση, προϋποτίθεται η ύπαρξη ακεραιότητας της διαύγειας της συνείδησης. Ωστόσο η διπλή διάγνωση του delirium, το οποίο επικάθεται σε άνοια, είναι συχνή. Τα παραπάνω συμπτώματα και διαταραχές πρέπει να διαρκούν εμφανώς τουλάχιστον επί 6 μήνες ώστε να τεθεί η κλινική διάγνωση της άνοιας (Τσολάκη, σελ. 58).

2.3 Παράγοντες κινδύνου πρόκλησης άνοιας

Το αιτιολογικό υπόβαθρο της άνοιας χαρακτηρίζεται από πολυπαραγοντικότητα και αφορά σε γενετικούς, δημογραφικούς, κοινωνικούς, συμπεριφορικούς, ψυχοσωματικούς και άλλους παράγοντες κινδύνου.

- I. Γενετικοί παράγοντες. Ο σοβαρότερος παράγοντας κινδύνου για την άνοια είναι το αλληλόμορφο γονίδιο ε4, το οποίο σχετίζεται επίσης με την ήπια γνωστική διαταραχή και την κατάθλιψη. Ενδεικτικό στοιχείο της διαγνωστικής αξίας του συγκεκριμένου γονιδίου είναι η εκπόνηση επί δειγμάτων ατόμων υψηλού κινδύνου σειράς μελετών με ερευνητικούς στόχους επικεντρωμένους σε άτομα με οικογενειακό ιστορικό θετικό ε4.
- II. Δημογραφικοί παράγοντες. Η νόσος προσβάλλει τα άτομα άνω των 65 ετών κυρίως γυναίκες λόγω μεγαλύτερου μέσου όρου ζωής. Έχουν τα περισσότερα ψυχολογικά και συμπεριφορικά προβλήματα καθώς και μεγαλύτερη ανεπάρκεια λόγου σε σχέση με τους άντρες της ίδιας ηλικίας. Το μορφωτικό επίπεδο συνδεδεμένο με την εκπαίδευση σχετίζεται με την πρόκληση της νόσου. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο

συνεπάγεται ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις οι οποίες επιβαρύνουν την ψυχοσωματική υγεία του ατόμου. Παρόλα αυτά η άνοια προσβάλλει και άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο.

- III. Κοινωνικοί και συμπεριφοριστικοί παράγοντες. Η ποιότητα και η ένταση της εργασίας, η ανεργία, οι διατροφικές συνήθειες και η κατανάλωση αλκοόλ αποτελούν κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους και συνήθειες οι οποίες ερευνώνται για να αποσαφηνιστεί η σχέση τους με την άνοια.
- IV. Ψυχοσωματικοί παράγοντες. Μελέτες υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την άνοια καθώς και ότι οι ήπιες γνωστικές διαταραχές αυξάνουν την πιθανότητα για εκδήλωση της άνοιας.
Ένας πρόσθετος παράγοντας κινδύνου για άνοια είναι η χρήση φαρμακευτικών παρασκευασμάτων, τα οποία στο σύνολό τους, είναι δυνατό να προκαλέσουν γνωστικές διαταραχές (Παναγιωτοπούλου στο Τσολάκη και Καζής,σελ.167).

2.4 Προφυλακτικοί παράγοντες

Οι προφυλακτικοί παράγοντες επηρεάζουν την εξέλιξη της άνοιας. Μεταξύ των παραγόντων που προφυλάσσουν από την Άνοια είναι οι εξής :

Εργασία. Η εργασιακή απασχόληση και η δημιουργική κάλυψη του ελεύθερου χρόνου συνεισφέρουν στην ψυχοσωματική εγρήγορση του ατόμου και στη διατήρηση των πνευματικών λειτουργιών σε επαρκές επίπεδο.

Διατροφή. Η ποιότητα και η επάρκεια στην κατανάλωση των τροφίμων χωρίς ποσοτικές ακρότητες και με ισορροπία στην κατανάλωση θρεπτικών ουσιών αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για τη διατήρηση του επιπέδου της υγείας του ατόμου και πιθανώς λειτουργούν προφυλακτικά για την άνοια.

Αλκοόλ. Η κατανάλωση διαφόρων αλκοολούχων ποτών και ιδιαίτερα του οίνου, χωρίς όμως υπερβάσεις και συνδυαστικά με τη λήψη κανονικών γευμάτων, πιθανολογείται ότι συνεισφέρει στην προφύλαξη από την άνοια.

Κάπνισμα. Η καπνιστική συνήθεια επιφέρει σοβαρές βλάβες στην υγεία. Πορίσματα ερευνών επεσήμαναν ότι το κάπνισμα δια της νικοτίνης καθυστερεί την εκδήλωση της άνοιας.

Συστολική πίεση. Η αντιμετώπιση της συστολικής πίεσης με την εφαρμογή αντιυπερτασικής αγωγής, συνεισφέρει στη μείωση της επίπτωσης της άνοιας σε ποσοστά τα οποία αγγίζουν μέχρι και το 50%.

Χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Η εξέλιξη των παθοφυσιολογικών σταδίων της άνοιας οδηγεί σε νευρωτικό θάνατο. Η επιβράδυνση ή ακόμα και η αναστολή της εξέλιξης αυτής φαίνεται να επηρεάζεται από την κατανάλωση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων.

Υποκατάσταση με οιστρογόνα. Τα οιστρογόνα επιδρούν στην εγκεφαλική λειτουργία, ενεργοποιώντας μηχανισμούς αποκατάστασης των νευρώνων, οι οποίοι έχουν υποστεί βλάβες κατά την εξέλιξη της άνοιας και επιπλέον μειώνουν την συσσώρευση αμυλοειδούς μεταξύ των νευρωτικών κυττάρων(Δαρβέσης στο Τσολάκη και Καζής,σελ.33-34).

2.5 Εικόνα ασθενούς και συμπτώματα

Ένα πρώτο σημείο της ανοϊκής διεργασίας μπορεί να είναι ένα σφάλμα κρίση του ασθενούς, που δεν συμβιβάζεται με την προηγούμενη ικανότητά του, ή αδυναμία να συλλάβει όλα τα ενδεχόμενα σε μια δύσκολη κατάσταση. Ακολούθως αρχίζει η διαταραχή της μνήμης για τα πρόσφατα γεγονότα, ξαχνά εύκολα, είναι αδύνατο να συγκεντρωθεί και η προσοχή του είναι διασπασμένη. Μετά παρατηρείται συναισθηματική αστάθεια, που συνεχώς αυξάνεται με γέλια ή κλάματα σε απρόσμενες στιγμές ή με ευερεθιστότητα και παράλογες παρορμητικές πράξεις, με έντονες μεταβολές του συναισθήματος (υπερθυμία ή απάθεια)(Walton p.152).

Άλλα συμπτώματα που διαφαίνονται στον ασθενή είναι η εύκολη κόπωση, η έλλειψη κινήτρων, η απώλεια ενδιαφερόντων, η αυξανόμενη συναισθηματική αστάθεια, το άγχος, διάφορα υποχονδριακά καταθλιπτικά στοιχεία και η παρανοϊκή σκέψη. Ακόμα εμφανίζονται διαταραχές των ψυχικών λειτουργιών, όπως είναι η ελάττωση της ικανότητας για αντίληψη, προσοχή, μνημοποίηση, προσανατολισμό, συσχετικές καταστάσεις, ψυχωτικές παραισθήσεις ή ψευδαισθητικές καταστάσεις μέχρι πλήρους άνοιας.

Ανάλογα με την αιτιολογία, τα ψυχιατρικά συμπτώματα συνοδεύονται από αντίστοιχα νευρολογικά, όπως στοιχεία από επαναλαμβανόμενα μικρά εγκεφαλικά επεισόδια, ημιπαρέσεις ή ημιπληγίες, αφασικές διαταραχές, εξωπυραμιδικό τρόπο, επιληπτικά επεισόδια.

Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα παρουσιάζει συνήθως γενικές διαταραχές της αγωγιμότητας. Το πνευμονοεγκεφαλογράφημα επιδεικνύει στοιχεία εσωτερικού υδροκεφάλου, ενώ η αξονική τομογραφία τις περισσότερες φορές εμφανίζει γενικευμένες ατροφικές βλάβες του εγκεφαλικού ιστού(Παπαγεωργίου).

2.6 Τύποι άνοιας

2.6.1 Νοητική διαταραχή

Είναι γνωστό ότι οι ηλικιωμένοι, αρκετές φορές παρουσιάζουν ένα βαθμό έκπτωσης της μνημονικής τους ικανότητας. Έχει παρατηρηθεί μειωμένη απόδοση σε μετρήσεις της επεισοδιακής μνήμης, οπτικοχωρικής ικανότητας, ονομασίας αντικειμένων και βραδύτητα εκτελεστικής ικανότητας. Οι διαταραχές αυτές είναι συνήθως μικρές και δεν επηρεάζουν την λειτουργική ικανότητα του ατόμου. Υπάρχουν όμως και ηλικιωμένοι που χωρίς να πληρούν τα κριτήρια για κάποιο ανοϊκό σύνδρομο παρουσιάζουν κάποια νοητική διαταραχή μεγαλύτερη από την αναμενόμενη για την ηλικία τους(Βαγενάς στο Τσολάκη και Καζής,σελ.267).

Με τον όρο Ήπια Νοητική Διαταραχή προσδιορίζεται η μεταβατική κατάσταση μεταξύ του υγιούς ηλικιωμένου και του πάσχοντος από ανοϊκό σύνδρομο.

Η διάγνωσή του χαρακτηρίζεται από παρουσία διαπιστωμένης έκπτωσης της μνήμης, διατήρηση των γενικών νοητικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ατόμου και απουσία διαγνωσμένου ανοϊκού κλινικού συνδρόμου(Βαγενάς στο Τσολάκη και Καζής,σελ.268).

Η Ήπια Νοητική Διαταραχή μπορεί να περιλαμβάνει άτομα που δεν πάσχουν από Άνοια αλλά με διαταραχές στις νοητικές λειτουργίες, υγιείς ηλικιωμένους που ανησυχούν για τη νοητική τους

κατάσταση, άλλους που βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο εμφάνισης νόσου Alzheimer ή άλλου ανοϊκού συνδρόμου και αυτούς που έχουν κάποια νοητική δυσλειτουργία που συνδέεται με φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούν, κατάχρηση αλκοόλ, κατάθλιψη, μεταβολικές διαταραχές ή σωματική νόσο (Μάνος,σελ. 269, Παναγιωτοπούλου στο Τσολάκη και Καζής,σελ. 167).

2.6.2 Άνοια επί νόσου Alzheimer

Αυτός ο τύπος Άνοιας είναι ο πιο κοινός. Είναι υπεύθυνη για το 50% περίπου όλων των ανοιών. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη και χαρακτηρίζεται από διάχυτη ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού. Παρουσιάζεται πρώιμη συρρίκνωση της μάζας του εγκεφάλου και άρα δεν αιματώνεται σωστά ο εγκέφαλος. Κλινικά χαρακτηρίζεται από έκπτωση της μνήμης, και των άλλων νοητικών λειτουργιών. Υπάρχουν διαταραχές του χωροχρονικού προσανατολισμού, της συγκέντρωσης και της προσοχής, έκπτωση στις λειτουργικές ικανότητες του πάσχοντος, καθώς και συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα (Rubinstein,p.69).

Η Πρωτοπαθής Εκφυλιστική Άνοια τύπου Alzheimer αρχίζει μετά τα 65(όψιμη έναρξη). Λίγες περιπτώσεις αρχίζουν πριν τα 49 χρόνια(πρώιμη έναρξη). Υπολογίζεται ότι το 2- 4% του πληθυσμού πάνω από 65 έχει Alzheimer και πιο συχνά οι γυναίκες. Τα συμπτώματα αρχίζουν βαθμιαία και χειροτερεύουν προοδευτικά. Η ασθένεια καταλήγει σε θάνατο μέσα σε διάστημα από 5 έως 10 χρόνια(Μάνος, σελ.361).

Σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD η διάγνωση περιλαμβάνει τα εξής συμπτώματα:

- i). Ύπουλη έναρξη με βραδεία επιδείνωση, ενώ είναι συνήθως δύσκολο να προσδιοριστεί χρονικά η έναρξη και η αναγνώριση των ελλειμμάτων που προκαλεί η νόσος από τους άλλους μπορεί να γίνει ξαφνικά.
- ii). Απουσία κλινικών ενδεικτικών στοιχείων ή ευρημάτων από ειδικές εξετάσεις, που να υποδηλώνουν ότι η ψυχική κατάσταση οφείλεται σε άλλη συστηματική ή εγκεφαλική νόσο που μπορεί να προκαλέσει άνοια.

Τέλος, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η Άνοια τύπου Alzheimer είναι μη αναστρέψιμη (Rubinstein,p.74).

Η νόσος Αλτσχάϊμερ αποτελεί σήμερα την πλέον διαδεδομένη νόσο μεταξύ των νευρολογικών παθήσεων, η οποία εκδηλώνεται σε άτομα τρίτης ηλικίας. Δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού, η νόσος Αλτσχάϊμερ συνιστά μια κοινότυπη εκφυλιστική πάθηση ευρείας κλίμακας στις δυτικές κοινωνίες με νευροπαθολογικά και κλινικά σημεία εκδήλωσης και συμπτώματα(Rubinstein,p.112).

Ο άρρωστος που πάσχει από τη νόσο του Αλτσχάϊμερ αναπτύσσει και ψυχιατρικές διαταραχές οι οποίες περιπλέκουν επίσης τις επιπτώσεις της νόσου στην ποιότητα ζωής του. Οι προκαλούμενες από τη νόσο αναπηρίες είναι τόσο έντονες όπου οι παρέχοντες υπηρεσίες φροντίδας και περίθαλψης (συγγενείς ή επαγγελματίες υγείας), προσεγγίζουν τα δικά τους όρια αντοχής και άμυνας. Ιδιαίτερα πολλοί συγγενείς λόγω της συναισθηματικής φόρτισης, αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους σε όρια νευρικής κρίσης, καθώς δεν απουσιάζουν και οι διαταραχές των οικογενειακών σχέσεων ή και η διάλυσή τους (Σαρρής,σελ.346).

Συνεπώς στα πρώιμα στάδια η νόσος εκδηλώνεται με αλλαγές στη ψυχο-συναισθηματική κατάσταση του αρρώστου, με εμφανή την εκδήλωση κατάθλιψης, απάθειας, υπερδιέγερσης και

άγχους. Πολλές φορές συνεχής επανάληψη των ίδιων ερωτήσεων, οδηγεί τους συγγενείς στα όρια της αντοχής τους.

Καθώς η νόσος εξελίσσεται ο άρρωστος δεν αναγνωρίζει τα οικεία του πρόσωπα, τον εαυτό του, αδυνατεί να αυτό-εξυπηρετηθεί, αποπροσανατολίζεται και συχνά χάνεται. Οι συγγενείς με τη σειρά τους αδυνατούν να αναγνωρίσουν τον άνθρωπό τους, με αποτέλεσμα η ποιότητα ζωής τους να επηρεάζεται σε τέτοιο βαθμό ώστε να δυσκολεύονται να διατηρήσουν τα ίδια συναισθήματα που έτρεφαν απέναντι στον άνθρωπό τους.

Οι δυσκολίες αυτές οδηγούν σε διαταραχές της συναισθηματικής ζωής και καταλήγουν σε συναισθηματικά τραύματα καθώς ο άρρωστος καταλήγει να υφίσταται ως «ξένος» με ουσιαστική αδυναμία επικοινωνίας μαζί του. Η ποιότητα ζωής του ασθενή όχι μόνο επιδεινώνεται αλλά εξαφανίζεται σε ότι αφορά την ψυχο-συναισθηματικά και κοινωνική του διάσταση.

2.6.3 Αγγειακή Άνοια

Η Αγγειακή Άνοια διαχωρίζεται από την άνοια επί τύπου Alzheimer από το ιστορικό έναρξης, τα κλινικά χαρακτηριστικά και την επακολουθούσα πορεία. Τυπικά υπάρχει ιστορικό παροδικών ισχαιμικών προσβολών με διαταραχή της συνείδησης βραχείας διάρκειας. Η άνοια μπορεί επίσης να ακολουθεί μια σειρά οξέων αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Στη συνέχεια γίνονται εμφανείς κάποιες διαταραχές της μνήμης και της σκέψης.

Σύμφωνα με την ταξινόμηση ICD η έναρξη γίνεται συνήθως σε μεγάλη ηλικία. Η αγγειακή άνοια συνήθως είναι το αποτέλεσμα εγκεφαλικών επεισοδίων τα οποία οφείλονται σε αγγειακή νόσο, συμπεριλαμβανομένης της υπερτασικής αγγειακής εγκεφαλικής νόσου (Αργυροπούλου, στο Τσολάκη και Καζής,σελ. 281).

Για να διαγνωστεί, θα πρέπει να υπάρχουν τα εξής συμπτώματα:

- i). Απώλεια μνήμης, νοητική έκπτωση και εστιακά νευρολογικά σημεία.
- ii). Υπέρταση, φύσημα των καρωτίδων, συναισθηματική αστάθεια με παροδικό καταθλιπτικό συναίσθημα, κλάμα ή έντονο γέλιο και παροδικά επεισόδια θόλωσης της συνείδησης.
- iii). Σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να είναι εμφανείς οι μεταβολές της προσωπικότητας με απάθεια, έλλειψη αναστολών ή εμφάνιση χαρακτηριστικών της προηγούμενης προσωπικότητας, όπως εγωκεντρικότητα, παρανοειδής στάση ή ευερεθιστικότητα(Αργυροπούλου, στο Τσολάκη και Καζής, σελ.285).

2.6.4 Αγγειακή εγκεφαλική νόσος και αιμόσταση

Μετά από ιατρικές μελέτες,επιβεβαιώθηκε ότι οι αγγειακές βλάβες, παίζουν ρόλο στη νοητική έκπτωση και τελικά στην Άνοια, ιδιαίτερα ηλικιωμένων ατόμων. Εκτός από τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου(υπέρταση, διαβήτης, κάπνισμα, υψηλή χοληστερόλη, κολπική μαρμαρυγή) φαίνεται ότι και συγκεκριμένοι δείκτες αυξημένης πηκτικής δραστηριότητας σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο νοητικής έκπτωσης, αγγειακού ή μη τύπου.

Η μέτρηση παραγόντων της πήξης του αίματος, θα μπορούσε να εντοπίσει άτομα με αυξημένο κίνδυνο αγγειακών επεισοδίων και πιθανό επακόλουθο τη νοητική έκπτωση.

Τροποποίηση των παραμέτρων της αιμόστασης και εφαρμογή αντιαιμοπεταλιακής ή άλλης αντιθρομβωτικής αγωγής συμβάλλει σημαντικά στην προφύλαξη, στον έλεγχο και πιθανώς στην βελτίωση της νοητικής έκπτωσης αγγειακής αιτιολογίας ή αιτιολογίας τύπου Alzheimer.

2.6.5 Μετωποκροταφική Άνοια (Άνοια επί νόσου Pick)

Είναι ο τύπος άνοιας που αρχίζει στη μέση ηλικία (50- 60 ετών) και χαρακτηρίζεται από βραδείες προοδευτικές μεταβολές του χαρακτήρα και από κοινωνική υποβάθμιση, η οποία ακολουθείται από διαταραχή των νοητικών ικανοτήτων της μνήμης και των λειτουργιών της γλώσσας με απάθεια και ευφορία. Η μνήμη και οι νοητικές λειτουργίες παραμένουν σε ικανοποιητικό βαθμό μέχρι τα τελικά στάδια της νόσου.

Διακρίνεται σε 3 τύπους: τον τύπο με άρση των αναστολών, τον τύπο με απάθεια και τον τύπο με στερεοτυπίες.

Στον τύπο με άρση των αναστολών η συμπεριφορική διαταραχή διαπιστώνεται με υπομανία, υπεραπασχόληση, άρση των αναστολών και κοινωνικά απαράδεκτη συμπεριφορά.

Στον τύπο με απάθεια κυριαρχεί η διαταραχή της βούλησης και ο ασθενής παρουσιάζεται απαθής, με ομιλία πτωχή και αργή ενώ συχνά θεωρείται καταθλιπτικός ενώ στον τύπο με στερεοτυπίες η κατάσταση θυμίζει ψυχαναγκαστική διαταραχή.

Για να διαγνωστεί αν κάποιο άτομο πάσχει από άνοια επί νόσου Pick πρέπει να παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα:

Προοδευτική Άνοια, επικράτηση συμπτωμάτων χαρακτηριστικών προσβολής του μετωπιαίου λοβού με ευφορία συναισθηματική άμβλυνση, τραχύτητα της κοινωνικής συμπεριφοράς, έλλειψη αναστολών και απάθεια ή ανησυχία, διαταραχές συμπεριφοράς οι οποίες συνήθως προηγούνται της γνήσιας διαταραχής της μνήμης(Μάνος,σελ. 64, Σακκά,σελ.304).

2.6.6 Άνοια επι νόσου Creutzfeldt- Jacob

Είναι προοδευτική άνοια με εκτεταμένα νευρολογικά σημεία, λόγω ειδικών νευροπαθολογικών μεταβολών οι οποίες θεωρείται ότι οφείλονται σε μεταδοτικό παράγοντα. Η έναρξη συμβαίνει συνήθως στη μέση ή μεγάλη ηλικία, κατά κύριο λόγο στην 5η δεκαετία της ζωής. Η πορεία είναι υποξεία και οδηγεί στον θάνατο σε 1- 2 έτη(Ταξινόμηση ICD, σελ.62- 63).

Από την πρώτη φάση παρουσιάζεται με διαταραχές γνωστικές και μνήμης. Μπορεί επίσης να παρουσιαστεί με μια παράλληλη δυσκολία στην ομιλία, το γράψιμο και μια γενικότερη σύγχυση.πιο σπάνια μπορεί να ξεκινήσει με σύνδρομο κατάθλιψης καθώς και με τάσεις αυτοκτονίας. Αναφέρονται και διαταραχές στην όραση. Ο ασθενής μπορεί να παραπονείται για θάμβωση, διπλωπία ή οπτικές παραισθήσεις, βλάβες στην αντίληψη των χρωμάτων και διαστροφή σχημάτων ή και απώλεια του μισού οπτικού πεδίου. Άλλα ευρήματα περιλαμβάνουν αστάθεια της αρτηριακής πίεσης, μεταβολή της όρεξης με σημαντικές διαταραχές του ύπνου και των βιορυθμών.

Για να διαγνωστεί, θα πρέπει να υπάρχουν τα εξής συμπτώματα:

- i). Προοδευτική παράλυση των κάτω άκρων,
- ii). αταξία ή ελάττωση της όρασης
- iii). πολλαπλά νευρολογικά συμπτώματα τα οποία εκδηλώνονται σχετικά ταχέως σε διάστημα από κάποιους μήνες έως και 2 χρόνια

Χαρακτηριστικά που δηλώνουν έντονα τη νόσο είναι η εξελισσόμενη, ισοπεδωτική άνοια, παραφροσύνη, μυϊκές εκφορτίσεις, παρεγκεφαλικά συμπτώματα και μερικές οπτικές εκδηλώσεις(Σκλαβιάδης,στο Τσολάκη και Καζής,σελ.330).

2.6.7 Άνοια επί νόσου Huntington

Είναι η άνοια η οποία συμβαίνει ως εκδήλωση διάχυτης εκφύλισης του εγκεφάλου και μεταδίδεται με απλό αυτοσωματικό γονίδιο. Τυπικά εμφανίζεται στην 3η με 4η δεκαετία της ζωής και η έκπτωση είναι ίση και για τα δύο φύλα.

Σε ένα ποσοστό περιπτώσεων, ως πρώιμα συμπτώματα παρατηρούνται κατάθλιψη, άγχος ή γνήσια κρανοειδής διαταραχή, τα οποία συνοδεύονται από μεταβολή της προσωπικότητας. Η εξέλιξη είναι βραδεία και συνήθως οδηγεί στον θάνατο μετά από 10 με 15 έτη.

Για να διαγνωστεί, θα πρέπει να υπάρχουν τα εξής συμπτώματα:

- i). Χορειακές κινήσεις τυπικά στο πρόσωπο στα χέρια, στους ώμους ή στο βάδισμα.

Η συνύπαρξη χορειακών κινήσεων άνοιας τύπου Huntington υποδηλώνει έντονα τη διάγνωση(Ταξινόμηση ICD,σελ.66).

2.6.8 Άνοια επί νόσου Parkinson

Άνοια που αναπτύσσεται στην πορεία εγκατεστημένης νόσου του Parkinson. Οι ασθενείς παρουσιάζουν δυσκολία στην ευφράδεια λόγου και στην αφηρημένη σκέψη καθώς και βραδύτητα στον συλλογισμό, αλλά αυτά τα συμπτώματα είναι γενικώς ήπια και δεν εμποδίζουν σημαντικά τις καθημερινές δραστηριότητες. Παρ'όλα αυτά όμως, συχνά εμφανίζονται δυσκολίες στη συνομιλία με πολλά πρόσωπα.

Για να διαγνωστεί, θα πρέπει να υπάρχουν τα εξής συμπτώματα:

- ii). Οπτικοχωρική διαταραχή
- iii). Μνημονική διαταραχή
- iv). Δυσεκτελεστικό σύνδρομο

Κατά κύριο λόγο εμφανίζεται ύστερα από μια αρχική περίοδο της νόσου και τυπικά στην όψιμη έναρξης μορφή. Αυτό είναι και το βασικό στοιχείο που την διαφοροποιεί από την άνοια Lewy Body στην οποία οι διαταραχές είναι ίδιες αλλά εμφανίζονται σε άτομα με προχωρημένη και συνήθως σε τελικό στάδιο την νόσο του Parkinson είτε ακόμη μπορεί και να προηγούνται αυτής(Μάνος,σελ. 269, Παναγιωτοπούλου στο Τσολάκη και Καζής,σελ.167).

2.6.9 Άνοια επί νόσου, οφειλόμενη στον ιό της ανοσοανεπάρκειας του ανθρώπου (HIV)

Είναι η διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από ελλείμματα των γνωστικών λειτουργιών και η οποία πλήρη τα κλινικά διαγνωστικά κριτήρια της άνοιας και συνυπάρχει με τη λοίμωξη του ιού HIV. Συνήθως εξελίσσεται ταχέως σε σοβαρή γενικευμένη άνοια, αλαλία και θάνατο. Τυπικά παρουσιάζεται με αιτιάσεις μειωμένης μνημονικής ικανότητας, επιβραδυμένης δραστηριότητας, δυσχέρειας συγκέντρωσης, δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων και στο διάβασμα.

Για να διαγνωστεί, θα πρέπει να υπάρχουν τα εξής συμπτώματα:

- i). Απάθεια, μείωση του αυθορμητισμού
- ii). κοινωνική απόσυρση
- iii). διάφορες μορφές συναισθηματικών διαταραχών (ψύχωση ή επιληπτικές κρίσεις, φόβος στη σωματική εξέταση, διαταραχή των ταχειών επαναληπτικών κινήσεων, απάθεια, αστάθεια, αταξία και υπέρτονία, έκπτωση της λεκτικής και της οπτικοχωρικής μνήμης, της αφαιρετικής ικανότητας και της σφαιρικής νοητικής κατάστασης)
(Ταξινομήση ICD,σελ 66, Καρλοβασίτου,στο Τσολάκη και Καζής,σελ.354).

2.6.10 Άνοια από τραύμα εγκεφάλου

Για να γίνει διάγνωση της συγκεκριμένης νόσου θα πρέπει να αναφέρεται κάποιος κρανιακός τραυματισμός. Πολλές φορές όμως το υποσκληρίδιο αιμάτωμα μένει αδιάγνωστο. Άλλες φορές μπορεί ο τραυματισμός να θεωρήθηκε ασήμαντος ή να έγινε πολύ καιρό πριν τη διάγνωση και κατά συνέπεια να μην υπήρξε απώλεια συνείδησης. Προδιαθετικοί παράγοντες για υποσκληρίδιο αιμάτωμα είναι η ηλικία άνω των 60 ετών, ο αλκοολισμός, η επιληψία και η νεφρική αιμοκάθαρση.

Στη διάγνωση παρατηρείται ότι η κλινική εικόνα παρουσιάζει κεφαλαλγίες και άλγος κατά την πίεση της κροταφικής περιοχής (συμπτώματα ενδοκρανιακού όγκου), θόλωση της συνείδησης ή λήθαργος.

Ακτινογραφία του κρανίου, η εξέταση του βυθού των οφθαλμών και το Ηλεκτρονικό Εγκεφαλογράφημα βοηθούν στον προσανατολισμό της διάγνωσης, η οποία επιβεβαιώνεται από Αξονική Τομογραφία(Lenperiere&Feline,p.561).

2.7 Παράγοντες επιδείνωσης της άνοιας

Η κατάσταση του ασθενή εκτός από επιδείνωση η οποία επέρχεται με την πάροδο του χρόνου και την εξέλιξη της ασθένειας, επιδεινώνεται και μέσα από επιπλέον παράγοντες(Καλαϊτζή,σελ.458).

Πρώτος και σημαντικότερος παράγοντας, που φαίνεται να επηρεάζει κατά πολύ τους ασθενείς με άνοια είναι η κατάθλιψη. Εύκολα ένα άτομο με άνοια μπορεί να αντιμετωπίσει την κατάθλιψη που είναι αρκετά σημαντική μιας και ο ασθενής νιώθει απεγνωσμένος και λυπημένος εξαιτίας των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται κυρίως στα αρχικά στάδια της νόσου. Η κατάθλιψη που

βιώνει ,μπορεί να επιδεινώσει την απώλεια της μνήμης, σύγχυση και όλα τα υπόλοιπα συμπτώματα τα οποία παρουσιάζονται στην άνοια. Το παραλήρημα είναι ένας άλλος παράγοντας, που εμφανίζεται απότομα και μπερδεύεται κατά πολύ με την άνοια. Μπορεί να προκαλέσει στον ασθενή αποπροσανατολισμό, αδυναμία στη συγκέντρωση και αρκετά σημαντικές αλλαγές στην προσωπικότητά του. σε μετέπειτα στάδια το παραλήρημα μπορεί να συνυπάρχει με την άνοια(Καλαϊτζή,σελ.458).

Η φαρμακευτική αγωγή την οποία λαμβάνει ο ασθενής για συνυπάρχοντα προβλήματα υγείας μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση στον ασθενή. Αντικαταθλιπτικά, φάρμακα για καρδιακές παθήσεις, υπνωτικά χάπια, χάπια για το έλκος, η ινσουλίνη και τα απλά φάρμακα για το κρυολόγημα μπορεί να προκαλέσουν σύγχυση στον ασθενή αναστάτωση και άλλα συμπτώματα. Το αλκοόλ είναι άλλη μια ουσία η οποία όταν γίνεται σε υπερβολικό βαθμό η χρήση του μπορεί να προκαλέσει μόνιμη βλάβη στον εγκέφαλο η οποία επιδεινώνει την άνοια. Σε πιο μέτριο βαθμό η χρήση του μπορεί να επιφέρει σύγχυση, αναστάτωση και κατάθλιψη. Και ακόμα η εξασθένηση της όρασης και της ακοής καθώς και η έλλειψη της βιταμίνης 12 μπορεί να επιφέρει κούραση, κατάθλιψη, άγχος, απώλεια μνήμης και άλλα προβλήματα τα οποία επιδεινώνουν την κατάσταση του ασθενούς(Καλαϊτζή,σελ.458).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΟΙΑΣ

3.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η καλύτερη αντιμετώπιση της άνοιας είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής, νευροαποκατάστασης των ασθενών και συμβουλευτικής των συγγενών- περιθαλπόντων.

Μέχρι πρόσφατα, οι δυνατότητες για την αντιμετώπιση της άνοιας ήταν πραγματικά περιορισμένες. Ακόμη και σήμερα, δεν υπάρχει κάποια αγωγή που να προλαμβάνει ή να σταματά πλήρως την εξέλιξη της νόσου. Ωστόσο, έχουν αναπτυχθεί πρόσφατα ειδικά σκευάσματα για την άνοια, με τα οποία μπορούμε πλέον να βελτιώσουμε τα συμπτώματα της νόσου και να καθυστερήσουμε την επιδείνωσή της.

Τα φάρμακα που έχουν εγκριθεί τα τελευταία χρόνια για την άνοια Τύπου Alzheimer είναι η Τακρίνη (Cognex), η Δονεπεξίλη, μία πιπερίνη (Aricept), η Ριβαστιγμίνη, μία φαινυλ-καρβαμάτη (Exelon), η Γκαλανταμίνη, ένα αλκαλοειδές της φαινανθρένης (Reminyl) και η Μεμαντίνη (Ebixa).

Σύμφωνα με μελέτες Σκανδιναβών, η Δονεπεξίλη μειώνει την έκπτωση της νοητικής λειτουργίας σημαντικά. Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ADAS-Cog, μια αναλυτική ψυχομετρική δοκιμασία αναφοράς, η οποία μπορεί να εφαρμοστεί μόνο στις μελέτες και όχι στο καθημερινό κλινικό ιατρείο, λόγω της πολυπλοκότητάς της και του μεγέθους της. Δείχνει βελτίωση, στις διαταραχές συμπεριφοράς και σε περιστατικά με σοβαρή άνοια. Οι διαταραχές που βελτιώθηκαν σημαντικά ήταν το άγχος, η καταθλιψη, η δυσφορία και η απάθεια.

Σε μακροχρόνια χορήγηση η Ριβαστιγμίνη καθυστερεί την επιδείνωση των συμπτωμάτων της άνοιας. Είναι φανερό για τους ειδικούς ότι όσο νωρίτερα αρχίσει η θεραπεία τόσο καλύτερα είναι τα αποτελέσματα(Τσολάκη καιΚαζής,σελ.410).

Πέρα από την βελτίωση της μνήμης, βελτιώνει και η λειτουργικότητα των ασθενών με άνοια και η ικανότητα να εκτελούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Έχει μελετηθεί ότι η Γκαλανταμίνη μαζί με την χρήση δύο διαφορετικών κλιμάκων αξιολόγησης, της (ADCS-ADL), καταγράφεται στατιστικώς σημαντική διαφορά στην λειτουργικότητα. Η διαφορά αυτή αφορά στις βασικές όσο και στις σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες. Σε ανεξάρτητη μελέτη αξιολόγησης της επίδρασης της γκαλανταμίνης στην κατάθλιψη οι ασθενείς παρουσίασαν μείωση των καταθλιπτικών επεισοδίων κατά 63% στην κλίμακα NPI-D και κατά 59% στην κλίμακα TFDD. Θετική επίδραση της γκαλανταμίνης σημειώνεται και σε ασθενείς με αγγειακή άνοια και μικτού τύπου άνοια, ενώ θετικά αποτελέσματα φαίνεται να μεγιστοποιούνται στους ασθενείς που βρίσκονται στο μέτριο στάδιο της νόσου

Η Μεμαντίνη χρησιμοποιείται στην Γερμανία τις τελευταίες δύο δεκαετίες με ένδειξη τον παρκινσονισμό, την εγκεφαλική και περιφερική σπαστικότητα και τις νοητικές διαταραχές.

Οι στόχοι θεραπείας μ' αυτά τα φάρμακα αναμένονται από τους ειδικούς στους πρώτους έξι μήνες θεραπείας, και στη συνέχεια τη σταθεροποίηση και ως τελική προσδοκία την καθυστέρηση του ρυθμού εξέλιξης της νόσου.

Κάποιες φορές υπάρχουν και ανεπιθύμητες ενέργειες, σε οποιαδήποτε δόση των φαρμάκων. Εκεί χρησιμοποιείται μικρότερη δόση. Αν υπάρχουν και τότε ανεπιθύμητες ενέργειες τότε αλλάζουμε αναστολέα. Όταν οι συγγενείς αναφέρουν ότι δεν υπάρχει καμιά βοήθεια από τα φάρμακα, τότε ενημερώνονται ότι μπορεί να παρατηρηθεί επιδείνωση και διακόπτεται η θεραπεία(Τσολάκη και Καζής,σελ.431-432).

3.2 Παρενέργειες

Οι παρενέργειες οφείλονται στις επιδράσεις του νευρικού συστήματος και αφορούν κυρίως στο γαστρεντερικό σύστημα(ναυτία,εμετός,κράμπες,διάρροια). Προκαλούν επίσης κεφαλαλγία,βραδυκαρδία και αρτηριακή υπόταση.

Στην πραγματικότητα αυτές οι παρενέργειες δεν είναι ούτε συχνές ούτε αποτελούν πρόβλημα στη συνέχιση της αγωγής. Το λιγότερο από το 3%-5% των ασθενών διακόπτουν τη θεραπεία για λόγους παρενεργειών ειδικά στα πιο πρόσφατα φάρμακα(Μουγιός,σελ.117).

3.3 Παρεμβάσεις για αντιμετώπιση της άνοιας

Η καλύτερη αντιμετώπιση της άνοιας είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής,νευροαποκατάστασης των ασθενών και συμβουλευτικής των συγγενών περιθαλπόντων. Για 90 χρόνια από τότε που ο Alois Alzheimer περιέγραψε την άνοια τύπου Alzheimer κλινικά και νευροπαθολογικά για πρώτη φορά , οι γιατροί παρακολουθούσαν την συνεχή έκπτωση στις νοητικές λειτουργίες , στις καθημερινές δραστηριότητες καθώς επίσης και στις διαταραχές συμπεριφοράς, χωρίς να έχουν την δυνατότητα να προσφέρουν θεραπευτικά. Τα τελευταία χρόνια, κάποια φάρμακα πέρασαν την δοκιμασία της συμπτωματικής αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας στην άνοια τύπου Alzheimer και την αγγειακή άνοια και, έτσι, σήμερα υπάρχει η δυνατότητα της φαρμακευτικής αντιμετώπισης της άνοιας, καθώς επίσης και η μη φαρμακευτική αντιμετώπιση γνώρισε μεγάλη πρόοδο(Τσολάκη,Καζής,σελ.405).

Μέχρι πρόσφατα , οι δυνατότητες για την φαρμακευτική αντιμετώπιση της άνοιας ήταν πραγματικά περιορισμένες. Ακόμη και σήμερα, δεν υπάρχει κάποια αγωγή που να προλαμβάνει ή να σταματά πλήρως την εξέλιξη της νόσου. Επομένως , προς το παρόν, δεν υπάρχει θεραπεία ή προληπτική αγωγή για την άνοια τύπου Alzheimer. Ωστόσο, πρόσφατα έχουν αναπτυχθεί ειδικά σκευάσματα για την άνοια, με τα οποία μπορούμε πλέον να βελτιώσουμε τα συμπτώματα της νόσου και να καθυστερήσουμε την επιδείνωσή της (Τσολάκη,Καζής,σελ.405).

Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στην άνοια είναι η ψυχοθεραπεία, η γνωστική παρέμβαση, οι παρεμβάσεις για την τροποποίηση της συμπεριφοράς, η μέθοδος Reminiscence, η λογοθεραπευτική παρέμβαση, η εργοθεραπευτική παρέμβαση, η μουσικοθεραπεία και τα προγράμματα άσκησης του ασθενούς. Η ψυχοθεραπεία στην περίπτωση της άνοιας δεν μπορεί να ακολουθήσει τις κλασσικές μεθόδους ψυχοθεραπείας, χωρίς τις απαραίτητες τροποποιήσεις και προσαρμογές. Η ψυχοθεραπεία ως μορφή παρέμβασης στην άνοια θα πρέπει να ακολουθεί το νοητικό και λειτουργικό επίπεδο και τις δυνατότητες του ασθενούς καθώς και να συνυπολογίζει τη σχέση του ασθενή με τον περιβάλλοντα του. Να βασίζεται περισσότερο σε χειρισμούς του θεραπευτή και λιγότερο στις πρωτοβουλίες του ασθενή και να θέτει στόχους επιτεύξιμους, όπως η καλύτερη συναισθηματική κατάσταση ή η λειτουργικότητα του ασθενούς και του περιβάλλοντα του. Ακόμη να εξασφαλίζεται η αποδοχή του ασθενούς ως άτομο με προσωπικότητα και να βλέπει το άτομο ολιστικά, τόσο δηλαδή μέσα από το πλέγμα των σχέσεων του όσο και στην βάση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει λόγω της ασθένειας του. Οι μορφές παρέμβασης είναι συνήθως λεκτικού τύπου στα αρχικά στάδια της νόσου, ενώ στη συνέχεια προτιμώντας παρεμβάσεις που στηρίζονται σε άλλους τρόπους έκφρασης, όπως τέχνη(Τσολάκη,Καζής,σελ.451).

Η γνωστική παρέμβαση φαίνεται ότι βελτιώνει τις νοητικές ικανότητες του ατόμου, τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας , τις λειτουργικές διαταραχές και την εκτίμηση της αυτοαποτελεσματικότητας. Η παρέμβαση χρειάζεται να είναι δομημένη για τις ειδικές ανάγκες του κάθε ασθενούς και τις υπάρχουσες δεξιότητες του. Οι Van der Linden και Adkins σε έρευνες τους έδειξαν ότι ένα πρόγραμμα φυσικών ασκήσεων, παιχνιδιού, κοινωνικής επαφής και δομημένων δραστηριοτήτων έχει τη δυνατότητα θετικών επιδράσεων στην ποιότητα ζωής των ασθενών και στο κοινωνικό περιβάλλον. Μέσα από μια άλλη έρευνα που έγινε από τους Bolognani, Fabricio, Garcia, Faria, Cid, Nomura, Camargo & Bottino φάνηκε ότι οι ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση στα καταθλιπτικά συμπτώματα, διάθεση για κοινωνική επαφή και χρησιμοποίησαν τη γνωστική εκπαίδευση διαμέσου ευχάριστων δραστηριοτήτων, εκπαιδευτική θεραπεία και συνεχή υποστήριξη της οικογένειας στην καθημερινή δραστηριότητα. Επίσης δέχονταν και λάμβαναν πολύ πιο εύκολα την φαρμακευτική τους αγωγή. Αξιολογώντας αυτή τη μακροπρόθεσμη βελτίωση των ικανοτήτων των ασθενών μέσα από αυτές τις ασκήσεις παρατηρείται η μικρή βελτίωση των ικανοτήτων των ασθενών, της μνήμης και η μεγάλη γνωστική βελτίωση στην καθημερινή τους ζωή, την εκτιμούν πολύ αισιόδοξα παραπάνω από όσο πρέπει πραγματικά. Αυτό όμως είναι σημαντικό γιατί λειτουργεί ως επανατροφοδότηση, με συνέπεια να μειώνεται το άγχος της μνημονικής ανεπάρκειας και να βελτιώνεται από κει και πέρα η αντικειμενική επίδοση της μνήμης και στις υπόλοιπες γνωστικές λειτουργίες(Τσολάκη,Καζής,σ.σ.454-455).

Μια άλλη μορφή μη φαρμακευτικής παρέμβασης είναι η τροποποίηση της συμπεριφοράς. Ως τροποποίηση συμπεριφοράς ορίζεται οποιαδήποτε μορφή παρέμβασης που στοχεύει στην αλλαγή της συχνότητας, της έντασης, της διάρκειας και του χώρου έκφρασης μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς ή μιας ομάδας συμπεριφορών είτε διαμέσου της συστηματικής τροποποίησης των ερεθισμάτων που την προκαλούν είτε διαμέσου της τροποποίησης των συνεπειών της συμπεριφοράς. Στους ασθενείς με άνοια οι παρεμβάσεις για αποκατάσταση της συμπεριφοράς δεν αφορούν όλη την γκάμα των διαταραγμένων συμπεριφορών. Οι Gotestam και Melinn βρήκαν

βραχυπρόθεσμη βελτίωση σε δραστηριότητες, όπως η επικοινωνία η γραφή, η ζωγραφική, η ανάγνωση και τα παιχνίδια με τράπουλα σε ανοικούς ασθενείς. Ένατελευταίο σημαντικό θέμα που αφορά στην τροποποίηση της συμπεριφοράς των ανοϊκών ασθενών, αφορά τις συνθήκες υπό τις οποίες θα πρέπει να εφαρμόζεται ο χειρισμός της συμπεριφοράς. Μέλημα του θεραπευτή είναι να υπάρξει σημαντικό όφελος για τον ασθενή και να βοηθήσει τους περιθάλποντες, ώστε να προσαρμοστούν στην συμπεριφορά του ανοϊκού ασθενή όσο πιο καλά γίνεται(Τσολάκη,Καζής,σ.σ.456-457).

Οι θεραπευτές που ασχολούνται με άτομα με άνοια, στην προσπάθεια τους να βοηθήσουν ασθενή και περιθάλποντα να βγουν όσο το δυνατόν από τα επικοινωνιακά τους αδιέξοδα, ανέπτυξαν την μέθοδο Reminiscence. Η βασική ιδέα είναι ότι εφόσον δεν μπορούμε να επικοινωνήσουμε με το άτομο στο δικό μας παρόν, έχουμε την δυνατότητα να το ακολουθήσουμε στο δικό του παρόν. Προσπαθούμε να πάμε πίσω μαζί του στο παρελθόν να συζητήσουμε μαζί για αυτά που έχει βιώσει και ακόμα θυμάται πολύ καλά, να μας μιλήσει για τις αναμνήσεις του. η μέθοδος αυτή είναι ένα πολύτιμο και χρήσιμο εργαλείο και αποτελεί ουσιαστικά μια πόρτα, ένα πέρασμα στον κόσμο του ασθενούς με άνοια.Το άτομο με άνοια,λαμβάνεται υπόψιν ως μια ξεχωριστή προσωπικότητα με ιδιαίτερες ανάγκες και με ιστορία ζωής. Μέσω της μεθόδου αυτής προάγεται το άτομο και όχι η ασθένεια του βελτιώνεται η επικοινωνία με τον κοινωνικό του περίγυρο και ακούγονται οι ανάγκες του. Επιτέλους το άτομο με άνοια γίνεται το επίκεντρο τη προσοχής και γίνεται σεβαστό ως προσωπικότητα. Η κοινωνική του θέση βελτιώνεται και γίνεται αντιληπτή η σημαντική του προσφορά τόσο στην οικογένεια όσο και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Το άτομο αισθάνεται ότι γίνεται αποδεκτό, επαναποκτά την αυτοεκτίμηση του βελτιώνοντας παράλληλα την κοινωνικότητα του και μειώνοντας τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Μέσα από τις αναμνήσεις ανακαλύπτει την συνέχεια του εαυτού του στο παρελθόν και στο παρόν και διατηρεί την προσωπική του ταυτότητα. Οι αναμνήσεις, μάλιστα του δίνουν την δυνατότητα να κάνει μια ανασκόπηση στην ζωή του και να επιλύσει τυχόν συγκρούσεις που έχει αμελήσει(Τσολάκη,Καζής,σ.σ.459-461).

Ακόμη στις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις ατόμων με άνοια εμπερικλείονται και οι παρεμβάσεις λογοθεραπευτών και εργοθεραπευτών. Η λογοπεδική παρέμβαση στην άνοια ξεκινά με την διάγνωση των διαταραχών επικοινωνίας του ασθενούς. Οι θεραπευτικές ενέργειες πρέπει να έχουν ως στόχο ένα σφαιρικό πρόγραμμα αποκατάστασης. Ο θεραπευτής ενδιαφέρεται για την ανάκτηση όχι κάποιας αφηρημένης νόρμας του λόγου αλλά της καθομιλουμένης γλώσσας των ασθενών στα ιδιαίτερα τους γλωσσικά και κοινωνικά περιβάλλοντα. Στην εργοθεραπευτική παρέμβαση ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενούς αναφέρεται σε προγράμματα ενεργοποίησης – δραστηριοποίησης, αυτοεξυπηρέτησης σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, εργονομικής παρέμβασης στον χώρο που ζει ο ασθενής, συναισθηματικής υποστήριξης ασθενών και φροντιστών. Η δύναμη της επιρροής της μουσικής στον ψυχισμό του ανθρώπου δεν είναι κάτι καινούργιο. Η προσφορά της μουσικής στην άνοια μπορεί να δομηθεί με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να αυξήσει την συμμετοχή, τις κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες και να μειώσει τα συνοδά προβλήματα συμπεριφοράς σε άτομα με άνοια, όπως είναι η ευερεθιστότητα και η επιθετικότητα. Χρησιμοποιείται ως ερέθισμα για να βοηθήσει στην μνημονική ανάκληση και στις γλωσσικές δεξιότητες των ατόμων με άνοια.

Επίσης η μουσική πιθανόν να είναι το μέσο που οι ηλικιωμένοι επικοινωνούν και παρέχει είσοδο σε γεγονότα και μνήμες που είναι δύσκολο να ανακληθούν με λεκτικά μέσα. Όσο αφορά την μνήμη, νευροψυχολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει θετική επίδραση στην αναδρομική ανάκληση και πιθανόν να λειτουργεί ως σήμα για την αναγνώριση λέξεων και προσώπων του παρελθόντος αλλά και στην λειτουργία της άμεσης μνήμης. Συνεπώς, κάτω από την επίδραση της μουσικής έχουμε διατήρηση αρκετών γνωστικών δεξιοτήτων των ατόμων με άνοια. Σε μια άλλη έρευνα που διεξήχθη φάνηκε η σημαντική μείωση στο συνολικό επίπεδο των

συμπεριφορών ανησυχίας(63,4%) και στις φραστικά ανήσυχες συμπεριφορές(74,5%) (Τσολάκη, Κάζης, σελ.467, Βασιλειάδης, σ.σ.39,157-173).

Θετική μπορεί να χαρακτηριστεί και η εφαρμογή προγράμματος άσκησης στην συμπεριφορά των ασθενών με άνοια. Οι Coons και οι McGrowder-Lin & Bhatt αναφέρουν ότι η έλλειψη δραστηριοτήτων μπορεί να είναι η δύναμη που υποκινεί τους ασθενείς με άνοια σε εριστικές συμπεριφορές και ότι ο χειρισμός των ασθενών αυτών δυσκολεύει πολύ όταν είναι αδρανής και νιώθουν πλήξη. Έτσι ένα πρόγραμμα άσκησης με απλές διατακτικές ασκήσεις και ασκήσεις εύρους κίνησης, σύμφωνα με την Schwab και τους συνεργάτες της συντελεί στην εμφάνιση ποικίλων προσαρμογών στους ασθενείς. Το πιο σημαντικό, από όλα είναι η διατήρηση της ικανότητας βάρδισης των ανοϊκών ασθενών μέχρι τα τελευταία στάδια. Σε κάποιες περιπτώσεις η υπερκινητικότητα τους, μπορεί να θεωρηθεί διαταραχή και για αυτό μπορεί να τους χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή. Αλλά η κινητικότητα τους είναι η δύναμη τους και για αυτό πρέπει να χρησιμοποιηθεί μέσα από ασκήσεις, με στόχο να βοηθηθούν να κρατήσουν την αυτονομία τους και την αλληλεπίδραση τους με τον κόσμο(Τσολάκη, Κάζης, σελ.471, Βασιλειάδης, σ.σ.39,157-173).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^Ο ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

4.1 Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση

Η ψυχοθεραπεία στην άνοια δεν μπορεί εκ των πραγμάτων, να βασιστεί στις κλασικές μεθόδους ψυχοθεραπείας, όπως την ψυχαναλυτική, την συμπεριφορική ή τη γνωστική κ.α., χωρίς τις απαραίτητες τροποποιήσεις και προσαρμογές.

Η ψυχοθεραπεία ως μορφή παρέμβασης στην άνοια δεν είναι ανεξάρτητη από τις νοητικές ικανότητες του ασθενούς. Οι μορφές παρέμβασης είναι συνήθως λεκτικού τύπου στα αρχικά στάδια της νόσου, ενώ στη συνέχεια προτιμώνται παρεμβάσεις που στηρίζονται σε άλλους τρόπους έκφρασης, όπως η τέχνη (μουσικοθεραπεία, ζωγραφική, κ.λπ.). ακριβώς επειδή οι ασθενείς ίσως να μην έχουν την ικανότητα για πλήρη επεξεργασία ενός λεκτικού μηνύματος, θα πρέπει οι λεκτικού τύπου παρεμβάσεις να τροποποιηθούν, προκειμένου να είναι αποτελεσματικές σε ασθενείς με άνοια(Τσολάκη και Καζής, σελ.451).

4.2 Γνωστική Παρέμβαση

Η Γνωστική παρέμβαση παρέχει βελτίωση στις νοητικές ικανότητες στα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας, στις λειτουργικές διαταραχές και στην εκτίμηση της αυτο-αποτελεσματικότητας. Κρίνεται απαραίτητο, ταυτόχρονα με τη γνωστική θεραπεία των ασθενών, να παρέχεται παράλληλα και συμβουλευτική στους συγγενείς. Η παρέμβαση επίσης, χρειάζεται να είναι δομημένη και προσαρμοσμένη σύμφωνα με τις ανάγκες και τις υπάρχουσες δεξιότητες του κάθε ασθενή. Η γνωστική άσκηση σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών και τη συμβουλευτική των συγγενών ενισχύει το θεραπευτικό αποτέλεσμα(Τζανακάκη και Μελισσάρη σελ.454).

Οι ανοϊκοί ασθενείς αποτελούν συνήθως μεγάλο πρόβλημα για τους συγγενείς και τους φροντιστές καθώς η νόσος εξελίσσεται. Έρευνες έδειξαν ότι ένα πρόγραμμα φυσικών ασκήσεων, παιχνιδιού, κοινωνικής επαφής και δομημένων δραστηριοτήτων έχει τη δυνατότητα θετικών επιδράσεων στην ποιότητα ζωής των ασθενών και στο κοινωνικό τους περιβάλλον. Εξάλλου θεωρείται, ότι η περιβαλλοντική στρατηγική ανακούφισης των ανοϊκών ηλικιωμένων από το άγχος της απομόνωσης και η προσφορά καθημερινής εξωτερικής δραστηριότητας, αναστέλλει την εξέλιξη της άνοιας και βελτιώνει εν μέρει την νοητική βλάβη, τις συμπεριφορικές διαταραχές, την ποιότητα ζωής και τις καθημερινές δράσεις (Τζανακάκη και Μελισσάρη, σελ. 454).

4.3 Λογοθεραπευτική Παρέμβαση

Ο Λογοθεραπευτής καταγράφει στην καρτέλα του ασθενή το ιστορικό, την εξέταση οργάνων ομιλίας και την ικανότητα γλώσσας και ομιλίας, που αξιολογείται με λεκτικές και μη λεκτικές δοκιμασίες.

Η λογοθεραπευτική παρέμβαση στηρίζεται σε τρεις βασικές αρχές: Στην ολιστική θεώρηση της επικοινωνίας, στην επιλεκτική πρόταση στη θεραπεία και στην καθημερινή αγωγή.

Η αγωγή στοχεύει στην καθημερινή επικοινωνία, ενθαρρύνοντας θέματα προς συζήτηση και αναπτύσσοντας κοινωνικοποιημένες σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους που βρίσκονται δίπλα στον ασθενή. Κυρίως σε έναν ανοϊκό ασθενή, η λογοθεραπευτική παρέμβαση μπορεί να είναι πολύ χρήσιμη αφού διατηρεί τη λεκτική επικοινωνία και την ενισχύει. Στοχεύει επίσης στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων επικοινωνίας του ατόμου, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, στη συντήρηση και, σε ορισμένες περιπτώσεις, επαναφορά των ικανοτήτων και κατανόησης και έκφρασης λόγου (Βαρσαμοπούλου, στο Τσολάκη και Καζής, σελ. 463).

4.4 Εικαστική Θεραπεία (Art – Therapy)

Η θεραπεία μέσω εικαστικών είναι η τριαδική σχέση θεραπευτή – Θεραπευόμενου και εικαστικής διαδικασίας, στόχος της οποίας είναι η ανακάλυψη εαυτού.

Στη θεραπεία μέσω εικαστικών κάποιος έχει την δυνατότητα να έρθει σε επαφή με διαφορετικά υλικά διευρύνοντας τη δημιουργική και εκφραστική του δυνατότητα, κατά συνέπεια λοιπόν, να βρει νέα ενδιαφέροντα που θα του παρέχουν νέα γνώση, βασικός τρόπος καταπολέμησης ή καταστολής της Άνοιας (Βαρσαμοπούλου, στο Τσολάκη και Καζής, σελ. 553).

Εικαστική Θεραπεία: Είναι η αξιοποίηση της καλλιτεχνικής δημιουργίας του ατόμου ώστε να προωθηθεί η ικανότητά του να εκφράσει συναισθήματα, σκέψεις, εσωτερικές συγκρούσεις και να τις μεταβιβάσει στο περιβάλλον του.

Ουσία: είναι η δημιουργική διαδικασία του ατόμου παρουσία του θεραπευτή. Ο θεραπευτής ενθαρρύνει με την παρεμβατική του στάση ή σιωπώντας, την καλλιτεχνική έκφραση του θεραπευόμενου.

Δυναμική: Όλη η διαδικασία είναι η συναλλαγή του θεραπευόμενου με το μέσον και με τα αποτελέσματα που το «έργο τέχνης» δημιουργεί.

Οι θεραπευόμενοι προσπαθούν να συγκροτήσουν κάποια αντιφατικά στοιχεία της ζωής τους. Συχνά παλινδρομούν στη θεραπεία και καταφεύγουν σε ζωγραφιές με χαοτικές και ανακατεμένες φιγούρες.

Στάση θεραπευτή: Ο θεραπευτής να μην δίνει έξυπνες ερμηνείες, αλλά ο ίδιος ο θεραπευόμενος να κάνει ανακαλύψεις ως προς το νόημα των εικόνων του. Να είναι υπεύθυνη, έντιμη και άμεση επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και τον θεραπευτή, και τέλος συνεργασία μεταξύ των δύο για να κατανοήσουν τη διαδικασία και το τελικό προϊόν της κάθε συνεδρίας, που υλοποιείται σε έργο τέχνης (Βαρσαμοπούλου, στο Τσολάκη και Καζής,σελ.553).

4.5 Μουσικοθεραπεία

Η μουσική και οι ήχοι έχουν θετική επίδραση στον άνθρωπο. Γι' αυτό μπορούν να χρησιμοποιηθούν και για θεραπευτικούς σκοπούς. Η μουσική είναι αποτελεσματικό, πολύ ευαίσθητο μέσο για την προσέγγιση του ψυχικού κόσμου του ανθρώπου, και πόσο μάλλον στις περιπτώσεις που το άτομο πάσχει από Άνοια και διαπιστώνεται ότι λόγω του προβλήματος υγείας που αντιμετωπίζει υπάρχει έντονα η συναισθηματική διαταραχή. Παράλληλα, εκτός του ότι η μουσική κατευνάζει συναισθήματα, ενεργοποιεί το άτομο στα ερεθίσματα που λαμβάνει από το περιβάλλον του και αυξάνει την αντιληπτική του ικανότητα.

Η μουσικοθεραπεία μπορεί να λειτουργεί ως τρόπος επικοινωνίας είτε με το γέλιο, είτε με το τραγούδι – μουσική, στοχεύει στο να μειώσει το άγχος και την καταθλιπτική συμπεριφορά, να αυξήσει την προσοχή και την επαγρύπνηση και μέσω επιμονής – εμμονής και υπομονής, ενθαρρύνει και εμψυχώνει τους φροντιστές και τους πάσχοντες διαμέσου των ατομικών και ομαδικών τραγουδιών σ' επίπεδο ατομικής – οικογενειακής και κοινωνικής επικοινωνίας(Βαρσαμοπούλου, στο Τσολάκη και Καζής,σελ.475).

Με την μουσικοθεραπεία, ο άνθρωπος μπορεί να βελτιώσει ή να διατηρήσει την καρδιοαναπνευστική λειτουργία, να βελτιώσει την κίνηση, τη δύναμη και την γενική αντοχή. Επιπλέον, να βελτιώσει τη γενική εγρήγορση μέσα από κινητικούς ερεθισμούς οι οποίοι παρέχουν στους ασθενείς την ευκαιρία της ευχαρίστησης της κίνησης και της φυσικής επαφής με τους άλλους. Ακόμη, δίνεται μια διέξοδος από καλά δομημένα προγράμματα στην εγκλωβισμένη ενέργεια των ασθενών και δυνατότητα αυτοέκφρασης μέσα από την κίνηση.

Τέλος, η συμμετοχή σε κάποιες δραστηριότητες συντελεί στη διατήρηση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα, στον χρόνο, την ημέρα, την ώρα, την 50

κοινωνικότητα και την οριοθέτηση και επίτευξη στόχων (Βαρσαμοπούλου, στο Τσολάκη και Καζής,σελ.475).

4.6 Εργοθεραπευτική Παρέμβαση

Η εργοθεραπεία είναι ένα επάγγελμα υγείας που παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης σε άτομα που παρουσιάζουν νοητικές, συναισθηματικές, μαθησιακές, κινητικές διαταραχές. Στόχος της Εργοθεραπείας είναι η αποκατάσταση του ατόμου στο μέγιστο βαθμό των ικανοτήτων του, μέσα στα πλαίσια του προβλήματος ή της αναπηρίας του, ώστε να έχει ανεξάρτητη, παραγωγική, ικανοποιητική ζωή.

Ο ρόλος του Εργοθεραπευτή στην αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενούς αναφέρεται σε προγράμματα ενεργοποίησης – δραστηριοποίησης, αυτοϋπηρέτησης σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής, εργονομικής παρέμβασης στον χώρο που ζει ο ασθενής, συναισθηματικής υποστήριξης ασθενούς – φροντιστών.

Οι στόχοι της Εργοθεραπευτικής Παρέμβασης είναι η βελτίωση της ικανότητας και της λειτουργικότητάς του, η εκπαίδευση και διευκόλυνση του ασθενούς σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής και η μελέτη και εκπαίδευση στα μαθήματα.

Τέλος, οι στόχοι της Εργοθεραπείας στα τελευταία στάδια της νόσου, είναι η βελτίωση κάποιων ειδικών περιορισμών από συγκεκριμένα προβλήματα στη μάσηση, κατάποση, ενυδάτωση κ.α., η εξασφάλιση του ασθενούς (Βαρσαμοπούλου στο Τσολάκη και Καζής, σελ.463).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΜΟΡΦΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

5.1 Ανοιχτές μορφές φροντίδας ηλικιωμένων

Οι ανοιχτές μορφές φροντίδας ηλικιωμένων βασίζονται στην ανοιχτή φροντίδα η οποία σημαίνει παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι του, στην κοινότητα του κοντά σε φίλους και συγγενείς, για να υπάρξει όμως αυτό θα πρέπει να υπάρχουν οι υπηρεσίες θα προσανατολίζονται στην αύξηση της κοινωνικής συμμετοχής, στην ενεργοποίηση, στην προληπτική υγιεινή, στην δραστηριοποίηση, στην αλληλεγγύη ανάμεσα στις γενεές, στην ελευθερία, αξιοπρέπεια, την δημιουργικότητα ώστε οι ηλικιωμένοι να καθίσταται ικανά, ισότιμα, αυτόνομα ενταγμένοι στην τοπική κοινότητα διατηρώντας την ανεξαρτησία του την ισοτιμία και το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης.

5.1.1 Πρόνοια

Η Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας και ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας του κάθε νομού είναι αυτοί οι οποίοι έχουν την ευθύνη της εποπτείας κάθε προνοιακού προγράμματος το οποίο υλοποιείται μέσα στο νομό τους. Τα βασικά προγράμματα τα οποία υλοποιεί και αφορούν την πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων χωρίζονται σε δύο βασικούς άξονες. Εισοδηματική ενίσχυση και παροχές σε είδος και σε προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες.

Εισοδηματική ενίσχυση: Αφορά κυρίως χρηματικά επιδόματα και άλλες παροχές τα οποία παρέχει σε ορισμένους ηλικιωμένους ανάλογα με την κατάστασή τους. Ειδικότερα παρέχει συνταξιοδότηση και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω του Ο.Γ.Α σε ανασφάλιστους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών. Ακόμη παρέχει μηνιαία οικονομική ενίσχυση σε ηλικιωμένους άνω των 60 ετών οι οποίοι παρουσιάζουν σωματική ή διανοητική αναπηρία η οποία ξεπερνά το 67%. Επίσης δίνει έκτακτες οικονομικές ενισχύσεις σε ηλικιωμένα άτομα αν παρουσιαστεί κάποιο

ξαφνικό και σημαντικό πρόβλημα (π.χ. ξαφνική ασθένεια, καταστροφή περιουσίας λόγω φυσικών φαινομένων κ.α.). Τέλος για μοναχικά ηλικιωμένα άτομα ή ζευγάρια άνω των 65 ετών τα οποία δεν έχουν ιδιόκτητη κατοικία αλλά ούτε, τους οικονομικούς πόρους να καταβάλουν το μηνιαίο ενοίκιο και δεν έχουν ακίνητη περιουσία.

Κοινωνική Υπηρεσία της Νομαρχίας αναλαμβάνει να καταβάλλει μια επιδότηση ενοικίου στον ιδιοκτήτη του ακινήτου(Σταθόπουλος,σελ.346).

Στη συνέχεια ο Σταθόπουλος αναφέρει πως η επιδοματική αυτή πολιτική παρ' όλο που καλύπτει ένα μεγάλο ποσοστό οικονομικά αδυνάτων ηλικιωμένων, αντιμετωπίζει σημαντικό γραφειοκρατικό πρόβλημα που δυσκολεύει τους ηλικιωμένους. Ακόμη τα ποσά τα οποία προβλέπονται σε κάθε περίπτωση είναι πολύ μικρά καθώς δεν είναι προσαρμοσμένα στα σημερινά δεδομένα και εν τέλει δεν καλύπτουν τις ανάγκες για τις οποίες παρέχονται.

Παροχές σε είδος και σε προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες: Αυτός ο άξονας περιλαμβάνει διάφορα προγράμματα με στόχο την παραμονή των ηλικιωμένων στο σπίτι και την αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης. Τα προγράμματα αυτά είναι:

- i). Τηλεσυναγερμός- Τηλεϊατρική: Τα προγράμματα αυτά ξεκίνησαν πιλοτικά το 1991 και αποσκοπούν στη φροντίδα μοναχικών ηλικιωμένων και ηλικιωμένων οι οποίοι διαμένουν σε απομακρυσμένες περιοχές. Αξιοποιώντας τη σύγχρονη τεχνολογία προσφέρουν υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης.
- ii). Πρόγραμμα αναδοχής: Προτείνεται ως εναλλακτική εξωιδρυματικής περίθαλψης για ηλικιωμένους.
- iii). Λέσχες ηλικιωμένων: Έχουν ως βασικό στόχο την ανάπτυξη της κοινωνικοποίησης και την δημιουργική αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου που διαθέτουν οι ηλικιωμένοι.
- iv). Πρόγραμμα σίτισης ηλικιωμένων στο σπίτι: Υλοποιείται σε συνεργασία με τους εκάστοτε Δήμους και τις Κοινωνικές τους υπηρεσίες και αναλαμβάνει τη σίτιση ηλικιωμένων οι οποίοι λόγω σωματικών ή άλλων δυσκολιών αδυνατούν να καλύψουν την καθημερινή ανάγκη της διατροφής.

5.1.2 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η)

Σκοπός του Κ.Α.Π.Η. είναι η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου, η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων, η έρευνα σχετικών με τους ηλικιωμένους θεμάτων.

Βασικοί στόχοι του Κ.Α.Π.Η. είναι:

I. Κοινωνική συμμετοχή. Η πλήρης ανάπτυξη των προγραμμάτων ενός Κ.Α.Π.Η. επιτυγχάνει τη διαφοροποίησή του από τα άλλα γνωστά ως σήμερα προγράμματα, που οργανώνονται από διάφορους φορείς και φιλανθρωπικές οργανώσεις, με παροχή πολύ περιορισμένων υπηρεσιών. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η προέλευση ηλικιωμένων που δεν προέρχονται πια, μόνο από τις πιο πολύ χαμηλές εισοδηματικές τάξεις.

Έτσι ξεφεύγουμε από του περιορισμό της κοινωνικής προστασίας στον «άπορο» ηλικιωμένο και επιδιώκουμε χωρίς διάκριση κοινωνικών τάξεων μια από κοινού αντιμετώπιση των ιδιαίτερων τους καταστάσεων και προβλημάτων, με πρωταρχικό στόχο το πρόβλημα της ψυχικής μοναξιάς.

Επίσης θετική συμβολή στην κοινωνική συμμετοχή αποτελούν οι εκδρομές, συνεστιάσεις, επισκέψεις Μουσείων κ.α.

II. Προληπτική υγιεινή. Όπως έχει παρατηρηθεί, οι ηλικιωμένοι δεν είναι πολλές φορές σε θέση να ξεχωρίσουν την αρρώστια από τα γηρατειά. Αυτό αποτελεί και την κυριότερη αιτία που κάνουν τόσο μεγάλη χρήση φαρμάκων οι άνω των 65 ετών. Η πρόληψη μέσα στα Κ.Α.Π.Η. διακρίνεται σε: πρωτογενή (εμβολιασμοί, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων) και δευτερογενή (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια πολλές φορές θεραπεία).

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν είναι: οργανωμένη ψυχαγωγία, εκδρομές, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε Μουσεία και Αρχαιολογικούς χώρους, φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, κοινωνική εργασία στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον τους, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, βοήθεια στο σπίτι για άτομα που έχουν ανάγκη εξυπηρέτησης, ομάδες αυτενέργειας, συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις, εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα που προσφέρει ρόφημα, αναψυκτικά κτλ. που βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη.

Μέλη του Κ.Α.Π.Η. Μέλη των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων εγγράφονται άτομα από 60 ετών και άνω άνδρες και γυναίκες που κατοικούν στην περιοχή που λειτουργεί το κέντρο, χωρίς διάκριση οικονομικών δυνατοτήτων.

Επιπλέον, λειτουργούν γενικά στα Κ.Α.Π.Η. οι ομάδες αυτοβοήθειας, αθλητισμού, περιπάτου, χορωδίας, κηπουρικής, βιβλίου, χορού, μαγειρικής (Σταθόπουλος, σελ.311).

5.1.2.1 Κατασκηνώσεις

Αρκετοί Δήμοι της χώρας, σε συνεργασία με τα Κ.Α.Π.Η., παρέχουν ευκαιρίες για καλοκαιρινές διακοπές σε ηλικιωμένα άτομα. Το Κοινωνικό Κέντρο Οικογένειας και Νεότητας, το οποίο λειτουργεί με την άμεση επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, παρέχει τη δυνατότητα σε ηλικιωμένους να κάνουν καλοκαιρινές διακοπές δωρεάν σε κατασκηνώσεις για δέκα μέρες. Όσοι χρειάζονται να πάνε κατασκήνωση σε περιοχές με ιαματικές πηγές, επιδοτούνται για να καλύψουν τα έξοδα για τις επισκέψεις στις ιαματικές πηγές.

Οι περισσότερες Μητροπόλεις έχουν προγράμματα κατασκηνώσεων για ηλικιωμένα άτομα σε δικές τους εγκαταστάσεις (Σταθόπουλος, σελ.314).

5.1.3 Βοήθεια στο σπίτι

Ο κύριος στόχος του προγράμματος που εφαρμόστηκε το 1997 είναι η κάλυψη των βασικών αναγκών κοινωνικής φροντίδας για την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση των ηλικιωμένων. Προτεραιότητα δίδεται στους ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα, δηλαδή, που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως, σ' αυτούς που χρειάζονται ειδική φροντίδα, που ζουν μοναχικά, που δεν έχουν επαρκείς πόρους, αφενός να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους, αφετέρου να παραμείνουν στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.

Η λειτουργία του προγράμματος παρέχει την συστηματική αξιοποίηση των δυνατοτήτων των εθελοντικών πρωτοβουλιών, την διαρκή ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της ευρύτερης

κοινότητας για τις ανάγκες, τις ιδιαιτερότητες και δυνατότητες των ηλικιωμένων, την σύνδεση των εξυπηρετούμενων με τα Κ.Α.Π.Η. και ταυτόχρονη αξιοποίηση και δραστηριοποίηση των μελών των Κ.Α.Π.Η., την οργάνωση και συστηματική παροχή υπηρεσιών Κοινωνικής Εργασίας, της Νοσηλευτικής φροντίδας, της Φυσικοθεραπείας, της Εργοθεραπείας, και της Οικογενειακής Βοήθειας για την κάλυψη των βασικών αναγκών των ηλικιωμένων(Ιατρίδης,σελ.127).

Οι υπηρεσίες που παρέχονται περιλαμβάνουν την διεύρυνση, την καταγραφή, την επεξεργασία και την μελέτη των αναγκών των ηλικιωμένων στους σχετικούς Δήμους, την ενημέρωση για τα προνοιακά δικαιώματα των εξυπηρετούμενων(Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία,σελ.213).

5.1.4 Το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)

Το πρόγραμμα αποσκοπεί στην παραμονή των ατόμων της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας, στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με ηλικιωμένο μέλος, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας.

Το πρόγραμμα διέπεται από ειδικές αρχές που δίνουν έμφαση στην διασφάλιση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων και είναι οι εξής:

Οι ηλικιωμένοι να ζουν σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικείο και φυσικό τους περιβάλλον, να υποστηρίζονται ώστε να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και την αυτάρκειά τους, να απολαμβάνουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας που τους εξασφαλίζουν υγεία και ποιοτική διαβίωση.

Στόχος του προγράμματος είναι να απευθύνεται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν(κινητικές δυσκολίες, άνοια) (Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία,σελ.214).

5.1.5 Προγράμματα Κοινωνικής Φροντίδας –Λέσχες Φιλίας

Οι Λέσχες Φιλίας είναι θεσμός που εξυπηρετεί ανάγκες ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Ιδρύθηκαν το 1985 με απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου στις συνοικίες της Αθήνας.

Ο ηλικιωμένος πρέπει να είναι άνω των 60, να είναι κάτοικος της περιοχής της Λέσχης και να πληρώνει συνδρομή. Λειτουργούν από τις 8:00 το πρωί μέχρι τις 20:00 το βράδυ.

Το προσωπικό απαρτίζεται από Κοινωνικούς Λειτουργούς, φυσικοθεραπευτή και νοσηλευτές. Η ιατρική κάλυψη παρέχεται από τα δημοτικά ιατρεία.

Στόχος της Λέσχης Φιλίας είναι να προσφέρει σε ηλικιωμένα άτομα φροντίδα και υποστήριξη, ψυχαγωγία και δημιουργική απασχόληση, πολιτιστικά προγράμματα, δράσεις για την πραγμάτωση της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών, κοινωνικές υπηρεσίες και προληπτική φροντίδα υγείας από τους λειτουργούς πρόνοιας που εργάζονται σ' αυτές (Σταθόπουλος,σελ.312).

5.2 Κλειστές μορφές φροντίδας

Με τον όρο κλειστές μορφές φροντίδας ηλικιωμένων εννοούμε τα διάφορα κλειστά ιδρύματα που έχουν ως στόχο την φροντίδα των ηλικιωμένων οι οποίοι διαμένουν μόνιμα σε αυτά τα ιδρύματα (π.χ. γηροκομεία, άσυλα κ.τ.λ.). Για πολλούς αιώνες τα ιδρύματα αυτά αποτελούσαν μονόδρομο στη φροντίδα των ηλικιωμένων των οποίων τη φροντίδα δεν μπορούσαν ή δεν ήθελαν να αναλάβουν τα συγγενικά τους πρόσωπα. Τα τελευταία χρόνια η κοινωνική πολιτική προσανατολίζεται περισσότερο προς τις ανοιχτές μορφές φροντίδας αφήνοντας τα ιδρύματα αυτά ως έσχατη λύση υποβιβάζοντας ακόμη περισσότερο το ρόλο τους με το σκεπτικό ότι τα ιδρύματα αυτά εντείνουν το πρόβλημα της περιθωριοποίησης των ηλικιωμένων από την ευρύτερη κοινότητα.

5.2.1 Γηροκομεία

Λειτουργούν δύο δημόσια γηροκομεία, στην Ηγουμενίτσα και τη Ρόδο, υπό τον άμεσο έλεγχο και τη διοίκηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, χωρητικότητας συνολικά 100 περίπου ατόμων. Προϋπόθεση για την εισαγωγή στο γηροκομείο, εκτός της οικονομικής κατάστασης, είναι η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης του ηλικιωμένου. Η Εκκλησία, με τις κατά τόπους Μητροπόλεις, λειτουργεί πολλά γηροκομεία, είτε άμεσα ως εκκλησιαστικά ιδρύματα είτε έμμεσα ως Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς χαρακτήρα.

Στις υπηρεσίες (ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, σίτιση, ψυχαγωγία, συμβουλευτικές και κοινωνικές υπηρεσίες) δεν υπάρχει καμιά διαφοροποίηση μεταξύ των φιλοξενούμενων. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις το Γηροκομείο φιλοξενεί δωρεάν άπορα άτομα.

Στο ίδρυμα απασχολείται εθελοντικά ιατρικό προσωπικό, ανάλογα με τις ανάγκες των διαμενόντων σ' αυτό. Υπάρχει επίσης και ο Κοινωνικός Λειτουργός ο οποίος ασχολείται με ατομικά προβλήματα των φιλοξενούμενων.

Χαρακτηριστικά των τροφίμων ιδρυμάτων είναι το ότι οι περισσότεροι τρόφιμοι ιδρυμάτων είναι υπερήλικες και το ποσοστό ιδρυματοποίησης αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας, οι περισσότεροι είναι γυναίκες, οι περισσότεροι είναι άγαμοι ή χήροι χωρίς παιδιά και άτομα που πάσχουν από βαριές ή/ και ανίατες ασθένειες.

Σκοπός του, είναι η παροχή στέγης και ιατροφαρμακευτικής και όχι μόνο φροντίδας(Σταθόπουλος,σελ.318).

5.2.2 Άσυλα – Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων

Στις κλινικές για τους χρόνια πάσχοντες, ένα μεγάλο ποσοστό κρεβατιών διατίθεται για τις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων. Εκτός από τα κρατικά θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, λειτουργούν συνολικά 20 ιδιωτικές κλινικές σε όλη την Ελλάδα, με δυναμικότητα 2.000 κρεβατιών(Σταθόπουλος,σελ.320).

5.3 Υπηρεσίες για ηλικιωμένους με άνοια

Συνοπτικά οι υπάρχουσες υπηρεσίες που εν δυνάμει μπορούν να προσφέρουν ορισμένου τύπου βοήθεια σε ασθενείς με άνοια και στους συγγενείς τους είναι τα Ειδικά Εξωτερικά Ιατρεία

ορισμένων νοσοκομείων που ασχολούνται με Alzheimer (ΑΤΑ) και άλλες μορφές άνοιας. Επιπλέον, τα Ειδικά Ιατρεία Εταιριών για την ΑΤΑ και συναφών διαταραχών, που ασχολούνται με τη νόσο και άλλες μορφές άνοιας και τα οποία ονομάζονται συνήθως Ιατρεία «ΑΤΑ» ή «Άνοιας». Τα Νοσοκομεία που έχουν εξειδικευμένες Ψυχογηριατρικές Κλινικές και τα Νοσοκομεία που έχουν Ψυχιατρικές Κλινικές, είτε Ψυχιατρικές Κλινικές, είτε έχουν κρεβάτια για νοσηλεία, είτε όχι. Τα Νοσοκομεία που έχουν Νευρολογικές Κλινικές και Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές. Ακόμη, τα Κέντρα Ημέρας, τα Alzheimer καφέ, οι οίκοι Ευγηρίας και τέλος τα Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομειακά Κέντρα Υγείας όλης της χώρας(Τζανακάκη-Καστανάκη, στο Τσολάκη και Καζής,σελ.590).

5.4 Εξωτερικό ιατρείο μνήμης και Άνοιας.

Το Εξωτερικό ιατρείο μνήμης και Άνοιας, σ' ένα γενικό νοσοκομείο προσφέρει ποικίλες υπηρεσίες περίθαλψης σε ασθενείς με Άνοια και φυσιολογικούς ηλικιωμένους με μνημονικές ελλείψεις.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται να αναλάβει τους ασθενείς και τις οικογένειες που χρειάζονται κοινωνική υποστήριξη. Τέτοιες περιπτώσεις είναι άτομα μοναχικά χωρίς συγγενείς που χρειάζεται να εισαχθούν σε οίκους ευγηρίας ή ιδρύματα. Επίσης, μπορεί να βοηθήσει την οικογένεια που έχει αναλάβει το επίδομα που αφορά τη φροντίδα του ασθενούς με Άνοια(Τζανακάκη-Καστανάκη, στο Τσολάκη και Καζής,σελ.589).

5.5 Επιπτώσεις της «ιδρυματοποίησης»

Με τον όρο ιδρυματοποίηση τον συναντάμε συχνά όταν πρόκειται για Ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Στην περίπτωση των γηροκομείων έχει μεγάλη σημασία καθώς τα άτομα τα οποία βρίσκονται εκεί θα πρέπει να μείνουν σε αυτά σε όλο το διάστημα της ζωής που τους απομένει (εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις) χωρίς τη δυνατότητα να φύγουν από αυτά

«Ο όρος της ιδρυματοποίησης υποδηλώνει κάτι βαρύ και επιβλητικό. Πραγματικά η διαδικασία της ιδρυματοποίησης σημαίνει πολλά περισσότερα από την απλή μετακίνηση ενός ατόμου από ένα φυσικό χώρο σε κάποιον άλλο. Σε πρώτη φάση ο ηλικιωμένος πρέπει να συμβιβαστεί με όλες τις πλευρές του καινούριου περιβάλλοντος. Το γεγονός ότι η διαδικασία αυτή είναι γνωστή σαν ιδρυματοποίηση και όχι εξατομίκευση δηλώνει καθαρά ότι το άτομο είναι εκείνο που πρέπει να προσαρμοστεί στο «σπίτι» και όχι το «σπίτι» προς το άτομο. Η διαδικασία αυτή είναι δύσκολη σε οποιαδήποτε ηλικία.»(Kastenbaum,p.p.100-101) .

5.5.1 Ψυχολογικές επιπτώσεις

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η διαμονή του ηλικιωμένου στο γηροκομείο στον ίδιο θα μπορούσε να πει κανείς ότι εξαρτώνται από το χαρακτήρα του ατόμου και από τους λόγους που οδήγησαν στην εισαγωγή του σε αυτό. Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του ιδρυματισμού είναι η απάθεια που σιγά – σιγά αναπτύσσει το άτομο. Η απάθεια αυτή στηρίζεται :

- i). στην έλλειψη εναλλαγής και ποικιλίας παραστάσεων και προσωπικών επαφών,
- ii). στην εξάρτηση του τροφίμου από το προσωπικό του ιδρύματος που εξυπηρετεί τις ανάγκες του με απρόσωπη και μονότονη επανάληψη και
- iii). στη ρουτίνα της ιδρυματικής ζωής που αρχίζει από το μονότονο καθημερινό πρόγραμμα, το αβασάνιστα επαναλαμβανόμενο είδος και μαγείρεμα του φαγητού μέχρι την αποκοπή από τη ζωή της κοινότητας και την οικογένεια (όπου υπάρχει)(Μαρκοπούλου,σελ.31).

5.5.2 Αίσθηση Αχρηστίας

Ο ηλικιωμένος ο οποίος εισέρχεται σύμφωνα με Μαρκοπούλου (1995) σε ένα γηροκομείο και γνωρίζει ότι όλη την υπόλοιπη ζωή του θα την περάσει εκεί εισέρχεται σε μία πολύ δύσκολη, ίσως τη δυσκολότερη, περίοδο της ζωής του. Όσο καιρό βρισκόταν έξω από το γηροκομείο ένιωθε ότι παρ' όλες τις δυσκολίες που αντιμετώπιζε λόγω της ηλικίας του, μπορούσε να αντεπεξέλθει στις ανάγκες της καθημερινότητάς του. Με την είσοδό του όμως στο γηροκομείο πολλές από τις εργασίες που εκτελούσε μόνος του τώρα είναι ευθύνη του προσωπικού και έχει τη δυνατότητα ακόμη κι αν το επιθυμεί να τις εκτελεί. Με αυτόν τον τρόπο ο ηλικιωμένος νιώθει ότι δεν τον θεωρούν πλέον ικανό γι' αυτές τις εργασίες τις οποίες πριν θεωρούσε δεδομένο ότι θα τις κάνει μόνος του. Και αν δεν θεωρείται ικανός να εκτελέσει τις πιο απλές εργασίες, πόσο μάλλον για όλες τις υπόλοιπες δραστηριότητες τις οποίες επιθυμεί να εκτελεί.

Με αυτά τα δεδομένα ο ηλικιωμένος νιώθει στην ουσία άχρηστος. Βρίσκεται σε ένα χώρο όπου όλοι φροντίζουν γι' αυτόν και με αυτόν τον τρόπο νιώθει ότι ο ίδιος ότι δεν είναι ικανός για τίποτα πλέον. Συνέχεια πρέπει να αναφέρεται στους άλλους για το τι κάνει και να του λένε συνεχώς οι άλλοι τι μπορεί να κάνει.

5.5.3 Παραίτηση από τη ζωή

Μία από τις πιο σημαντικές διαπιστώσεις ενός ηλικιωμένου που εισέρχεται σε ένα γηροκομείο είναι ότι αρχίζει να θεωρεί τον εαυτό του «γέρο». Ακόμη και αυτοί οι οποίοι δεν το είχαν πλήρως αποδεχτεί το συνειδητοποιούν καθώς εισέρχονται σε έναν χώρο αποκλειστικά για γέρους. Επακόλουθο αυτής της συνειδητοποίησης είναι και η συνειδητοποίηση ότι πλησιάζουν πλέον προς το θάνατο, κάτι το οποίο μπορεί να μην το είχαν σκεφτεί μέχρι τότε.

Αυτή η διαπίστωση σε συνδυασμό με την αίσθηση αχρηστίας που νιώθουν οι ηλικιωμένοι όμως κάνει να παραιτούνται από τη ζωή, τη ζωή την οποία θα ήθελαν να κάνουν. Ούτως ή άλλως για πολλούς ηλικιωμένους η ζωή όμως τελείωσε με τη είσοδό όμως στο γηροκομείο. Δεν μπορούν πλέον οι ίδιοι ίδιοι να κανονίζουν τη ζωή τους, αντίθετα θα πρέπει να ακολουθούν διάφορους κανόνες, σύμφωνα με τους οποίους λειτουργεί το εκάστοτε γηροκομείο, μέσα στο οποίο βρίσκονται. Οι κανόνες αυτοί ορίζουν όλο το πρόγραμμα του γηροκομείου, από την ώρα φαγητού μέχρι και την ώρα που έχει ο ηλικιωμένος για τον εαυτό του.

Όμως και το παραμικρό για τον ηλικιωμένο θεωρείται καταπίεση, καταπίεση την οποία δεν είχε πριν στη ζωή του και για τέτοια θέματα καθημερινότητας. Μη μπορώντας όμως να αντιδράσει αναγκάζεται να υπομένει τις νέες συνθήκες, αντιλαμβανόμενος πλέον ότι δεν είναι πια κύριος του εαυτού του. Αυτή η τελευταία αντίληψη του ηλικιωμένου είναι αυτή που τον κάνει να παραιτείται από τη ζωή και να περιμένει απλά το «τέλος».

5.5.4 Κατάθλιψη

Οι επιπτώσεις και οι λόγοι που αναφέρθηκαν προηγουμένως είναι δυνατόν να οδηγήσουν τον ηλικιωμένο σε κατάθλιψη. Κατάθλιψη η οποία μπορεί να εμφανιστεί στην πιο ήπια της μορφή (απώλεια διάθεσης) ή ακόμη και σε πιο έντονες μορφές. Κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει στον ηλικιωμένο όχι μόνο η παραμονή σε ένα γηροκομείο αλλά και η σκέψη αυτού καθώς περιμένει να εισαχθεί σε αυτό.

Αν και ο βαθμός εμφάνισης της κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα είναι αρκετά μεγάλος και συχνός, οι πιθανότητες εμφάνισής της στους ηλικιωμένους που ετοιμάζονται να κάνουν εισαγωγή σε ένα γηροκομείο ή για εκείνους που διαβιούν κάποιο διάστημα σε ένα ίδρυμα κλειστής φροντίδας αυξάνεται. Οι ηλικιωμένοι νιώθουν απελπισία και η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις πιο συνηθισμένες εκφράσεις συναισθηματικής απελπισίας. Και όταν ο ηλικιωμένος υποφέρει από κατάθλιψη μέσα σε ένα γηροκομείο είναι πιο δύσκολο αυτή να αντιμετωπιστεί, καθώς το γηροκομείο για τον ηλικιωμένο δεν αποτελεί και ένα ευχάριστο περιβάλλον που θα τον βοηθήσει να ξεπεράσει το πρόβλημα αυτό (Kastenbaum, p.102).

5.5.5 Περιθωριοποίηση

Με την είσοδο του ο ηλικιωμένος σε ένα γηροκομείο είναι σαν να αφήνει έναν κόσμο, τον δικό του, και να εισέρχεται σε έναν άλλο ξένο προς τον ίδιο. Αποκόπτεται εντελώς από το περιβάλλον στο οποίο είχε συνηθίσει μέχρι τώρα. Σε πολλές περιπτώσεις το γηροκομείο βρίσκεται μακριά από το σπίτι του και την οικογένειά του και με αυτόν τον τρόπο αποκόπτεται και από το φιλικό και οικογενειακό του περιβάλλον. Βέβαια δεν είναι λίγες οι φορές που η ίδια οι οικογένεια του ηλικιωμένου τον τοποθετεί σε ένα γηροκομείο προκειμένου να μην έχει την ευθύνη της φροντίδας τους και να «γλιτώσουν» από αυτόν.

Ο ηλικιωμένος βρίσκεται λοιπόν εντελώς αποκομμένος από το περιβάλλον του και εντελώς στο περιθώριο. Η κοινωνική του ζωή με τη μορφή που είχε μέχρι πριν καταστρέφεται καθώς εισέρχεται σε έναν χώρο που ακόμη κι αν ενταχθεί πλήρως δεν θα θυμίζει σε τίποτα τη ζωή που είχε πριν. Τα προβλήματα αυτά είναι πιο έντονα ειδικά όταν ο ηλικιωμένος εισέρχεται στο γηροκομείο χωρίς να το επιθυμεί ο ίδιος. Τότε προκύπτουν αρκετά ψυχολογικά προβλήματα για τον ίδιο με σημαντικότερο την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης με όλα τα επακόλουθα που μπορεί αυτή να εμφανίσει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ

6.1 Οικογένεια/φροντιστές των ατόμων με άνοια

Μετά από μια τόσο σημαντική διάγνωση για την υγεία ενός προσώπου, το οικογενειακό περιβάλλον προσπαθεί να βρει τους κατάλληλους τρόπους, ούτως ώστε να ζήσει με ευημερία το ασθενές μέλος του. Σημαντική είναι η συνεισφορά του ατόμου που θα αναλάβει την φροντίδα του, η οποία είναι δύσκολη και επώδυνη. Στις περισσότερες περιπτώσεις σύμφωνα με τα στοιχεία που υπάρχουν φαίνεται ότι οι περισσότεροι φροντιστές είναι ανεπαρκώς προετοιμασμένοι.

Εξαιτίας της κατάστασης του ασθενή, η φροντίδα του είναι πολύ απαιτητική και στρεσογόνος. Σε αρκετές περιπτώσεις οι περιθάλποντες νιώθουν απομονωμένοι, εγκαταλελειμμένοι μέσα στις σκέψεις τους, αντιμετωπίζοντας μια άγνωστη για αυτούς ασθένεια η οποία επιδεινώνεται καθημερινά. Βλέπουν το αγαπημένο τους πρόσωπο να γίνεται ολοένα και πιο απόμακρο και πιο παράξενο. Έτσι ο περιθάλπωντας ζει μια πιο υποβαθμισμένη καθημερινότητα μιας και δεν έχει πλέον ουσιώδη δραστηριότητες για την προσωπική του εξέλιξη και ανάπτυξη. Σε αρκετές περιπτώσεις περιπλανάται άσκοπα, χωρίς να αντιλαμβάνεται τι επιθυμεί ο ίδιος να κάνει και χωρίς να ξέρει τους τρόπους ικανοποίησης των δικών του προσωπικών αναγκών. Εύκολα μιλά για τις καθημερινές δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζει και νιώθει έντονη την αδυναμία για την επίλυση τους. Ένας από τους σημαντικούς λόγους της άγνοιας και της αδυναμίας του αυτής, είναι και η ελλιπής ενημέρωση του σχετικά με την εξελικτική πορεία της νόσου. Για τον φροντιστή κάθε νέα αλλαγή στην συμπεριφορά του αγαπημένου του προσώπου και στην επιδείνωση της κατάστασης του, είναι κάτι αναπάντεχο. Προσπαθεί έτσι μέσα από διάφορους μηχανισμούς άμυνας που έχει ως άτομο, να υποβιβάζει τη ζωή του και να επιδεινώνει την δική του υγεία τόσο την σωματική όσο και την ψυχική (Τσολάκη και Καζής, σελ. 511-512).

Σε προχωρημένα στάδια της νόσου τόσο η κατάσταση του ασθενή όσο και η κατάσταση του φροντιστή επιδεινώνεται σημαντικά. Ο φροντιστής προσπαθεί να προσφέρει στον ασθενή την καλύτερη δυνατή φροντίδα αλλά και να αντιμετωπίσει τα δικά του συναισθήματα, που είναι κυρίως συναισθήματα πένθους για την «απώλεια» του αγαπημένου τους προσώπου. Το σημαντικότερο όμως για όλους τους φροντιστές είναι να συνειδητοποιήσουν πως για να μπορέσουν να φροντίσουν όσο το δυνατό καλύτερα το αγαπημένο τους πρόσωπο είναι να αντιμετωπίσουν τα δικά τους συναισθήματα και να μην παραμελήσουν τον εαυτό τους. Η αναζήτηση βοήθειας είναι ένα σημαντικό κομμάτι για την επιτυχή φροντίδα ενός ατόμου με άνοια από τα άτομα που το φροντίζουν. Ακόμη και το να μοιραστεί ο φροντιστής τα οδυνηρά συναισθήματα που τον διακατέχουν είναι σημαντικό και αρκετά ανακουφιστικό για τον ίδιο (www.Alzheimerathens.gr).

Η παροχή φροντίδας μπορεί να νοηθεί σύμφωνα με τον Bridges (1995) ως ο βαθύς σεβασμός που νιώθουν τα άτομα για την ζωή και την πεποίθηση ότι οι άνθρωποι έχουν το αναφαίρετο δικαίωμα να διατηρήσουν τις νοητικές και σωματικές τους δυνατότητες στο ανώτερο επίπεδο λειτουργικότητας. Η μεγαλύτερη αποστολή της παροχής φροντίδας είναι η προαγωγή της ανεξαρτησίας με τη διατήρηση της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου, σωματικά, νοητικά, συναισθηματικά και ψυχικά (Bridges, p.15).

Ο Τριανταφύλλου (1993) αναφέρει: ακόμη επικρατεί η αντίληψη πως η φροντίδα είναι ένα αναπόφευκτο γνώρισμα της οικογενειακής ζωής και είναι ένα καθήκον της οικογένειας.

Η οικογένεια με την έναρξη της άνοιας νιώθει την ανάγκη να στηρίξει και να φροντίσει το ασθενές μέλος. Βρίσκεται όμως σε δύσκολη θέση γιατί πρώτα από όλα δεν γνωρίζει τη

καινούργια κατάσταση η οποία βρίσκεται μπροστά τους. Δεν γνωρίζουν τις περισσότερες φορές την πορεία και εξέλιξη της νόσου και αναλαμβάνουν να φροντίσουν το ασθενές μέλος. Έχοντας την αίσθηση ότι είναι αρμόδιοι για την υγεία του μέλους της οικογενείας, πως αν δεν το αναλάβουν οι ίδιοι κανείς δεν θα νοιαστεί να το φροντίσει και πως αυτό είναι το ορθότερο και με αυτό τον τρόπο θα αποδείξουν την αγάπη τους προς το παραλήπτη της φροντίδας ξεκινούν να φροντίζουν το άτομο με άνοια χωρίς να γνωρίζουν μέχρι που και οι ίδιοι αντέχουν(www.caregiver.org).

6.2 Επιβάρυνση των φροντιστών

Στην πορεία της νόσου και βλέποντας την κατάσταση του ασθενούς να επιδεινώνεται χωρίς να υπάρχει κανένα στοιχείο βελτίωσης οι φροντιστές νιώθουν καθημερινά πίεση που στην πορεία επέρχονται σημαντικές συναισθηματικές καταστάσεις οι οποίες αφορούν το άγχος που νιώθουν, τον εκνευρισμό, την αμφιβολία, την απόγνωση ακόμη και την κατάθλιψη ενώ σε αρκετές περιπτώσεις είναι αρκετά σημαντικά και προβλήματα υγείας τα οποία επιβαρύνουν τον φροντιστή. Η πίεση των φροντιστών και οι συναισθηματικές καταστάσεις οι οποίες επιφέρονται λόγω της φροντίδας που παρέχεται προς τους ανοϊκούς ασθενείς φαίνεται μέσα από μελέτες οι οποίες έχουν γίνει από το νοσοκομείο του Greenwich να επηρεάζουν μέχρι και το 80% των φροντιστών.

Η Επιβάρυνση των φροντιστών των ατόμων με Άνοια νιώθουν συνδέονται με το θυμό και την απογοήτευση, μιας και πιστεύουν ότι κανείς δεν μπορεί να τους κατανοήσει πλήρως και να αντιληφθεί το πώς νιώθουν λόγω της φροντίδας. Έτσι το βρίσκουν δύσκολο να συζητήσουν και να συμεριστούν τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους με άλλους ανθρώπους. Δυστυχώς η πίεση η οποία επιφέρεται στον φροντιστή του ατόμου με άνοια φαίνεται να επηρεάζει όχι μόνο την δική του υγεία και λειτουργικότητα αλλά και τον ασθενή(www.greenhosp.org).

Το ψυχολογικό stress ή η ψυχολογική πίεση περιλαμβάνει τις αρνητικές νοητικές και συναισθηματικές καταστάσεις που ανακύπτουν, όταν το άτομο αισθάνεται ότι η απαιτήσεις που τίθενται σε αυτό υπερβαίνουν την ικανότητα του να τις αντιμετωπίσει. Η ψυχολογική πίεση εμφανίζεται όταν το άτομο αντιλαμβάνεται ένα γεγονός ως απειλητικό και αισθάνεται πιεσμένο, ανήμπορο και αβοήθητο. Η ένταση αυξάνει όταν περιλαμβάνει απώλεια ή απειλή απώλειας του αγαπημένου του προσώπου. Όταν το άτομο βρεθεί σε στρεσογόνο κατάσταση, τότε αρχίζει μια αλυσιδωτή αντίδραση που έχει επιπτώσεις στα συναισθήματα, στις σκέψεις, στην συμπεριφορά και στην φυσιολογία του. Εκδηλώνεται θυμός, δυσφορία, θλίψη, άγχος. Η ψυχολογική πίεση παρεμποδίζει την νοητική λειτουργία, με διάσπαση της προσοχής έλλειψη συγκέντρωσης, δυσκολία μνήμης και κρίσης. Σε διαπροσωπικό επίπεδο δημιουργεί δυσκολίες, διότι το άτομο απορροφάται από τα προβλήματα του, γίνεται ανασφαλές, οξύθυμο, διαταράσσεται η ψυχολογική του ισορροπία με αϋπνίες, πονοκεφάλους, μέχρι έντονες διαταραχές. Σε σωματικό επίπεδο επηρεάζει είτε έμμεσα μέσω αύξησης του καπνίσματος και χρήσης αλκοόλ είτε άμεσα μέσω αλλαγών στο ανοσοποιητικό σύστημα, με συνέπεια το άτομο να γίνεται πιο ευάλωτο σε λοιμώξεις(Τσολάκη και Κάζης,σελ.518).

Το φορτίο του φροντιστή είναι τόσο αντικειμενικό όσο και υποκειμενικό. Ως αντικειμενικό φορτίο νοείται το καθήκον και ο χρόνος που παρέχει ο φροντιστής στην φροντίδα του ασθενή ενώ υποκειμενικό είναι η ευθύνη που νιώθει ο φροντιστής για τη φροντίδα που παρέχει. Το υποκειμενικό βάρος διαμορφώνεται από τον ίδιο τον περιθάλποντα ο οποίος αντιλαμβάνεται την φροντίδα που παρέχει ως απειλή αλλά και το πως ο ίδιος αξιολογεί την ικανότητα του να την αντιμετωπίσει. Βέβαια στην διαμόρφωση του υποκειμενικού βάρους σημαντικό ρόλο έχει και η ποιότητα της σχέσης του περιθάλποντα με τον ασθενή. Σε αυτή τη περίπτωση τόσο η κακή σχέση

επιφέρει σημαντικότερα μεγαλύτερο υποκειμενικό βάρος όσο και η πολύ στενή και καλή σχέση μιας και στην δεύτερη αυτή περίπτωση ο περιθάλπων ταυτίζεται με τον ασθενή με αποτέλεσμα να μην αποδέχεται την σημαντική επιδείνωση της κατάστασης του ασθενή. Έτσι συναθροίζοντας τα πιο πάνω δημιουργείται επιβάρυνση του φροντιστή η οποία αφορά το σωματικό, συγκινησιακό, κοινωνικό και οικονομικό φορτίο της παροχής φροντίδας. Η επιβάρυνση αυτή βιώνεται ως το αποτέλεσμα των σωματικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων τα οποία αναδύονται στις οικογένειες των ατόμων που πάσχουν(Ιατράκη,σελ.18).

6.3 Οι συνέπειες της επιβάρυνσης στους φροντιστές

Οι συνέπειες στους φροντιστές είναι πολλαπλές και αρκετά επώδυνες. Η φροντίδα σε ένα άτομο με άνοια φαίνεται πως επηρεάζει και επιβαρύνει το φροντιστή σε αρκετά μεγάλο βαθμό επί καθημερινής βάσης έχοντας σημαντικές αρνητικές συνέπειες σε πρακτικό, συναισθηματικό και κοινωνικό τομέα καθώς επίσης και στο τομέα της σωματικής και ψυχικής του υγείας. Σε ότι αφορά τον πρακτικό τομέα είναι φανερό ότι ένας φροντιστής ο οποίος επί καθημερινής βάσης βιώνει αρνητικά συναισθήματα, που δημιουργούνται από την φροντίδα θα καταστεί αδύναμος και ανίκανος να συνεχίσει να παρέχει την απαιτούμενη φροντίδα σε ένα άτομο του οποίου η ασθένεια διαρκεί αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα. Για αυτό και θα είναι και για τον φροντιστή πολύ δύσκολο να στηρίξει τον ρόλο του ως φροντιστής και να παρέχει παράλληλα την απαιτούμενη φροντίδα στο σπίτι. Αποτέλεσμα της σημαντικής αυτής επιβάρυνσης είναι ο φροντιστής να καθίσταται αδύναμος συναισθηματικά να αντιμετωπίσει τον ίδιο του τον εαυτό και να είναι λειτουργικός όπως παλαιότερα. Ξεκινά να είναι απομονωμένος και να βιώνει έντονες ψυχολογικές αντιδράσεις, οι οποίες είναι αρκετά σοβαρές και χρήζουν ιατρικής παρακολούθησης.

Οι ψυχολογικές αυτές αντιδράσεις επιβαρύνουν όχι μόνο τον ίδιο τον φροντιστή αλλά και όλο του το περιβάλλον που βιώνει μαζί του όλα εκείνα τα συναισθήματα. Έτσι επηρεάζεται και η οικογενειακή αλλά και η κοινωνική τους ζωή. Απομονώνονται από όλους και από όλα νιώθοντας μοναξιά και έχοντας ένα συναίσθημα ότι κανείς δεν μπορεί να αντιληφθεί την κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Νιώθουν απόγνωση και κλείνονται όλο και περισσότερο στον εαυτό τους με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται συναισθηματικά ακόμη περισσότερο. Και όλα αυτά σίγουρα δεν αφήνουν ανεπηρέαστο ούτε και τον ασθενή ο οποίος δεν μπορεί να έχει πλήρη, ήρεμη και δομημένη φροντίδα από ένα άτομο το οποίο είναι συναισθηματικά εξουθενωμένο. Έτσι είναι πολύ πιο πιθανό ένας ασθενής με συναισθηματικά εξουθενωμένο φροντιστή να καταλήξει πιο εύκολα σε ένα χώρο όπου θα του παρέχεται μακρόχρονη φροντίδα από άλλα άτομα.

Επίσης το άτομο αν και δεν μπορεί να αντιληφθεί πλήρως τι συμβαίνει στον περιβάλλοντα χώρο του μπορεί να αντιληφθεί την φορτισμένη ατμόσφαιρα με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται και η δική του διάθεση και συμπεριφορά. Αποτέλεσμα να απομονώνεται και ο ίδιος ο ασθενής μιας και ο φροντιστής του δεν μπορεί να του καλύψει οποιαδήποτε κοινωνική ανάγκη. Ζει απομονωμένα, μειώνονται οι δραστηριότητες του και αυτό μπορεί να έχει σοβαρή επίδραση μιας και μπορεί να μειωθούν κάποιες ικανότητες του(www.encephalos.gr).

6.4 Οικογένεια/Σχέσεις και Άνοια

Η άνοια μπορεί επίσης να τεντώσει πολλές οικογενειακές σχέσεις. Ο αρχικός φροντιστής μπορεί να αισθανθεί συντριμμένο και αγανακτισμένο προς τους αμφιθαλείς που αισθάνονται δεν

περιλαμβάνεται επαρκώς μέσα στη διαδικασία της φροντίδας. Οι συζυγικές σχέσεις μπορούν να τενωθούν όπως οι φροντιστές μπορούν να εξαντληθούν με την ικανοποίηση των αιτημάτων του προσώπου με την άνοια. Τα παιδιά έχουν την αίσθηση πως παραμελούνται και οι φροντιστές νιώθουν όλο και περισσότερο ένοχα ότι δεν ικανοποιούν τις ανάγκες τους. Επιπλέον, οι οικογένειες μπορούν να διαφωνήσουν για τον τύπο προσοχής που απαιτείται ιδιαίτερα όσον αφορά τη ιδρυματοποίηση του συγγενικού τους προσώπου που πάσχει από άνοια(www.caregiver.org).

Τα συναισθήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν σύμφωνα με Τσολάκη, Καζή (2005) οι περιθάλποντες των ατόμων με άνοια είναι αρκετά και πολλές φορές δεν μπορούν να αναγνωριστούν από τους φροντιστές οι οποίοι δεν αντιλαμβάνονται πως τα συναισθήματα αυτά είναι απόρροια της φροντίδα του ασθενούς ατόμου. Είναι αρκετή δυσκολία να έχεις την πλήρη ευθύνη ενός ατόμου, πόσο μάλλον ενός ατόμου το οποίο δεν αντιλαμβάνεται αυτά που του προσφέρεις και αυτά που θυσιάζεις για να μπορεί να έχει ευημερία στη ζωή του. Η πραγματικότητα αυτή είναι που δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο τη συναισθηματική κατάσταση των φροντιστών των ατόμων με άνοια. Σε κάποιες περιπτώσεις ίσως και να μην αποδέχονται τα πολλαπλά συναισθήματα που προκύπτουν και που σίγουρα επιφέρουν επιβάρυνση, άγχος, προβλήματα στη σωματική τους υγεία ακόμη και κατάθλιψη. Συνήθως οι φροντιστές μιλούν πάρα πολύ για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, αλλά και για το γεγονός ότι νιώθουν πάρα πολύ αδύναμοι στο να δώσουν λύσεις σε δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.

Η αδυναμία τους αυτή μπορεί βέβαια να επιδεινώνεται και εξαιτίας της ελλιπούς ενημέρωσης που έχουν για την πορεία της νόσου. Οι απροσδόκητες αλλαγές τόσο στην συμπεριφορά του ασθενούς όσο και οι δυσλειτουργίες της σωματικής του υγείας που επιδεινώνουν σημαντικά την κλινική εικόνα του ασθενή, έχουν ένα σημαντικό ρόλο στην κατάσταση της ψυχικής του υγείας. Έτσι ο περιθάλπωντας προσπαθεί να προσαρμόζεται στις αλλεπάλληλες αλλαγές της συμπεριφοράς του ασθενή και να χειρίζεται τα δικά του συναισθήματα για την «απώλεια» του γνώριμου και αγαπημένου για αυτού ατόμου. Έτσι υποβιβάζει την δική του ζωή και προσπαθεί κάποιες φορές είτε να ξαναζωντανέψει το παρελθόν ή να προδιαγράψει το μέλλον γεγονότα τα οποία και στις δύο περιπτώσεις δεν μπορούν να επιφέρουν θετικό αποτέλεσμα.

6.5 Συναισθήματα των φροντιστών των ατόμων με άνοια

Οι περιθάλποντες μέσα από την θλίψη τους, βιώνουν τη διαδικασία του πένθους ακόμη και πριν τον θάνατο του ασθενή. Με την διάγνωση αντιδρούν με σοκ. Μοιάζουν χαμένοι και στη συνέχεια μπορεί να αρνηθούν τη διάγνωση ή να αρνηθούν ότι κάτι δεν πάει καλά. Μερικοί δεν ξεπερνούν ποτέ το στάδιο αυτό και μπορεί να πηγαίνουν από γιατρό σε γιατρό μέχρι να βρουν κάποιον που να διαφωνεί μαζί τους. Ο βαθμός στον οποίο η άρνηση είναι προσαρμοστική ή δυσπροσαρμοστική φαίνεται να εξαρτάται από το αν το άτομο εξακολουθεί να δέχεται την διάγνωση ακόμα και αν κάνει μια σχετική άρνηση. Στη συνέχεια σε ένα δεύτερο στάδιο το άτομο γίνεται ευερέθιστο και νιώθει θυμό με το Θεό, με την μοίρα τους, με τον ασθενή ή ακόμα κατηγορούν τον εαυτό τους για αυτήν την κατάσταση. Σε αυτό το στάδιο είναι πολύ δύσκολος ο χειρισμός των ατόμων αυτών και ο ειδικός ο οποίος θα το χειριστεί θα πρέπει να μην παίρνει προσωπικά τον θυμό, ο οποίος εκφράζεται. Στο τρίτο στάδιο το άτομο δείχνει κλινικά σημεία κατάθλιψης – απόσυρση, ψυχοκινητική επιβράδυνση, διαταραχές ύπνου, απελπισία και πιθανές ιδέες αυτοκτονίας.

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αντίδραση στα αποτελέσματα της ασθένειας, στη ζωή τους ή μπορεί να οφείλεται στην αναμονή του θανάτου. Όλοι αισθάνονται ένα βαθμό λύπης στην

προοπτική του θανάτου και η φυσιολογική λύπη δεν χρειάζεται παρέμβαση. Η μείζων κατάθλιψη όμως και οι ιδέες αυτοκτονίας δεν είναι φυσιολογική αντίδραση και μπορούν να βελτιωθούν με τη κατάλληλη φαρμακευτική και μη φαρμακευτική αγωγή. Τέλος το άτομο ξεπερνώντας όλα αυτά τα στάδια καταλήγει στο να αποδεχθεί την ασθένεια. Συνειδητοποιούν την ασθένεια το αναπόφευκτο του θανάτου και αποδέχονται την οικουμενικότητα του. Τα συναισθήματα που νιώθουν μπορεί να ξεκινούν από μια ουδέτερη διάθεση και να φτάσει μέχρι την ευφορία. Κάτω από ιδανικές συνθήκες, επεξεργάζονται τα συναισθήματα τους για το αναπόφευκτο τέλος και μπορούν να μιλούν για αυτό ακόμη και σε ένα άγνωστο άτομο. Άτομα με δυνατή θρησκευτική πίστη που είναι πεπεισμένα για την μετά θάνατο ζωή βρίσκουν παρηγοριά σε αυτές τις πεποιθήσεις τους (Kaplan, Sadock, Grebb, p.114-116).

Επιπρόσθετα, συναισθήματα που εντοπίζονται από τους φροντιστές και που πρόκειται για σημάδια τα οποία προειδοποιούν την ύπαρξη σημαντικής πίεσης και επιβάρυνσης ως επακόλουθο της φροντίδας είναι: ο θυμός, ο εκνευρισμός, αμφιβολία, ο φόβος, η αμηχανία και ο προβληματισμός. Ο θυμός είναι ένα πολύ κοινό συναίσθημα ανάμεσα στους φροντιστές το οποίο μπορεί να μετατραπεί και σε εκνευρισμό. Ο θυμός μπορεί να προκληθεί εξαιτίας των απρόβλεπτων συμπεριφορών που έχει ο ασθενής, των παραληρητικών διαταραχών, των αδιάκριτων και προκλητικών εκδηλώσεων του ασθενούς λόγω των άρσεων των αναστολών του αλλά και της δικής του κόπωσης. Ο θυμός μπορεί να προκληθεί και από το γεγονός ότι ο περιθάλπων, νιώθει μόνος στη προσπάθεια του να φροντίσει τον ασθενή ενώ τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας δεν βοηθούν τόσο συστηματικά στην φροντίδα.

Ένας άλλος σημαντικός λόγος για τον οποίο μπορεί να νιώθει θυμό ο φροντιστής είναι και η κατανόηση ότι δεν μπορεί να υπάρξει αλλαγή στην πρόοδο της ασθένειας του αγαπημένου τους προσώπου. Η αίσθηση του θυμού για το λόγο αυτό μπορεί να επιφέρει όχι μόνο τον εκνευρισμό στον φροντιστή εξαιτίας της έντασης που υπάρχει καθημερινά στην φροντίδα, μπορεί επίσης να επιφέρει απογοήτευση και ματαιώση γιατί αντιλαμβάνεται ότι κάθε προσπάθεια τους δεν μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα και βελτίωση της ασθένειας του αγαπημένου τους προσώπου. Η αίσθηση του θυμού για το λόγο αυτό μπορεί να επιφέρει όχι μόνο εκνευρισμό στον φροντιστή εξαιτίας της έντασης που υπάρχει καθημερινά στην φροντίδα, μπορεί επίσης να επιφέρει απογοήτευση και ματαιώση γιατί αντιλαμβάνεται ότι κάθε προσπάθεια τους δεν μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα και βελτίωση της ασθένειας του αγαπημένου τους προσώπου. Το αίσθημα του θυμού μπορεί να απευθύνεται και στον ασθενή με αποτέλεσμα ο φροντιστής να κινδυνεύει να κάνει κακό στο άτομο που φροντίζει. Θυμός όμως μπορεί να υπάρξει και για το γιατρό ή το Θεό ή και όλη την κατάσταση η οποία εξελίσσεται γύρω του (Εταιρία Νόσου Alzheimer, σελ.37, Τσολάκη και Καζής, σελ.513, Βιρβίλης, -Μπαλογιάννης, σ.σ 35,75-82).

Η αμηχανία και ο προβληματισμός είναι πολύ συχνά αισθήματα τα οποία εκφράζονται από πολλούς φροντιστές ατόμων με άνοια. Η αμηχανία και ο προβληματισμός επέρχονται εξαιτίας κυρίως των συμπεριφοριστικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ανοϊκοί ασθενείς. Η νέα συμπεριφορά του αγαπημένου τους προσώπου που οφείλεται ξεκάθαρα πλέον, και το αναγνωρίζουν, στην ασθένεια τους προκαλεί αμηχανία και προβληματισμό για τη στάση και συμπεριφορά που πρέπει να έχουν οι ίδιοι απέναντι του. Δεν γνωρίζουν αν δική τους στάση και συμπεριφορά, επηρεάζει την έκβαση της ασθένειας και αυτό τους προβληματίζει και τους φέρνει σε αμηχανία. Πολλές είναι και οι φορές που η ανάπτυξη της αμφιβολίας είναι αρκετά σημαντική εξαιτίας της άγνοιας που έχουν οι περιθάλποντες αν αυτά που προσφέρουν στον ασθενή είναι ενδεικνύμενα και μπορούν να βοηθήσουν στην βελτίωση της κατάστασης του ασθενή. Αμφιβολία υπάρχει και όσον αφορά το γιατρό που παρακολουθεί το αγαπημένο τους πρόσωπο. Κατά πόσο αυτός είναι ο κατάλληλος και οι λύσεις που παρέχει θα μπορούν να βελτιώσουν την κατάσταση του ασθενή ή έστω να επιφέρουν κάποιο θετικό αποτέλεσμα στην όλη κατάσταση (www.caregiver.org, www.helpguide.org).

Και όταν η κατάσταση του ασθενή επιδεινώνεται καθημερινά, τότε παρουσιάζονται αισθήματα απόγνωσης. Απόγνωση γιατί ζουν καθημερινά τη δική τους τραγωδία, μια τραγωδία που δεν τους δίνει τίποτα να ελπίζουν μιας και η εξέλιξη της νόσου είναι τέτοια που όχι μόνο δεν υπάρχει θεραπεία αλλά ούτε και βελτίωση της έστω και στο ελάχιστο. Νιώθουν την απόγνωση και κοινωνικά μιας και αναγκάζονται να αποξενωθούν από τον υπόλοιπο κόσμο και να ακολουθούν το πρόγραμμα του ασθενή. Δεν έχουν τον απαιτούμενο χρόνο αρχικά και στη συνέχεια ούτε και την απαιτούμενη ενέργεια να συμμετέχουν σε δραστηριότητες και κοινωνικές επαφές που αρχικά τους προσέφεραν ευχαρίστηση. Αποξενώνονται, απομονώνονται και νιώθουν σημαντική απόγνωση για την νέα αυτή κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Έτσι δεν έχουν κάποιο άτομο με το οποίο να μοιράζονται μαζί τούτα συναισθήματα και τις σκέψεις. Νιώθουν ότι δεν υπάρχει κανείς που να τους καταλαβαίνει και αυτό τους κάνει να νιώθουν ακόμη περισσότερο σε απόγνωση(www.helpguide.org, Βιβλία,Μπαλογιάννης,σ.σ.35,76,78,Τσολάκη,Καζής,σ.σ.511,512,www.caregiver.org).

Όλα αυτά τα συναισθήματα που κυριεύουν τους περιθάλποντες προκαλούν στους ίδιους μια έντονη σύγχυση συναισθημάτων και απόψεων. Απογοητεύονται από τη ζωή τους και περιγράφουν αισθήματα ματαιώσης, αποστράγγισης, ανίσχυροι και ένοχοι εξαιτίας της φροντίδας που παρέχουν. Σε έρευνα η οποία έγινε διαφάνηκε ότι ένα ποσοστό του 16% των φροντιστών αισθάνονται συναισθηματικά τεντωμένοι και 26% θεωρούν την φροντίδα που παρέχουν σκληρή συναισθηματικά. Επίσης 13% των φροντιστών αισθάνονται ματαιωμένοι εξαιτίας της έλλειψης προόδου που υπάρχει στον ασθενή, ενώ αρκετές είναι και οι φορές που τα αισθήματα αυτά μπορεί να τους οδηγήσουν και σε αίσθημα απώλειας της ταυτότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση σταθερή ανησυχία ή και σε συναίσθημα αβεβαιότητας. Παρουσιάζεται ποσοστό 22% των φροντιστών να νιώθουν έντονα εξαντλημένοι το βράδυ και να έχουν έντονη την αίσθηση ότι δεν θα αντέξουν να παρέχουν άλλο φροντίδα. Έτσι αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η μειωμένη αυτό- αποδοχή και αποτελεσματικότητα του στη ζωή τους, χάνοντας τον έλεγχο της ζωής (Alzheimer,σελ.37,Τσολάκη καιΚαζής,σελ.513,www.caregiver.org).

Έχοντας όλα αυτά τα συναισθήματα συμπεριλαμβανομένου του μειωμένου για ικανοποίηση δικών τους αναγκών ο περιθάλπων σταδιακά ξεκινά και αποσύρεται από φίλους και από το ευρύτερο του περιβάλλον. Κλείνεται ολοένα και περισσότερο στον εαυτό, παραμένει κλεισμένος στο σπίτι με το ασθενές μέλος της οικογένειας και χάνει κάθε επαφή με το περιβάλλον. Επακόλουθο της μείωσης των κοινωνικών του επαφών και της μη εξωτερίκευσης των δικών του αισθημάτων σχετικά με την φροντίδα είναι τα άτομα αυτά να βιώνουν όλα τα αρνητικά συναισθήματα που προαναφέρθηκαν εντονότερα και να οδηγούνται σε μεγαλύτερο άγχος και σε κατάθλιψη.

6.5.1 Το άγχος των φροντιστών των ατόμων με άνοια

Το άγχος είναι ίσως το πρώτο και κυριότερο συναίσθημα το οποίο κυριεύει του περιθάλποντες των ατόμων με άνοια. Άγχος για την άγνοια που έχουν σχετικά με την ασθένεια η οποία εμφανίστηκε στο αγαπημένο τους πρόσωπο, για την γενική εξέλιξη της νόσου μιας και εξαρχής τους γίνεται γνωστό ότι η εν λόγω ασθένεια δεν μπορεί να έχει θετική έκβαση και καμία βελτίωση μέχρι το αναπόφευκτο τέλος. Το γεγονός ότι ένα αγαπημένο τους πρόσωπο ξεχνάει ακόμη και τα ονόματα των πολύ στενών του ανθρώπων και πως ο ίδιος δεν μπορεί να προσφέρει την απαιτούμενη βοήθεια για να βελτιωθεί η κατάσταση αυτή, τον αγχώνει, τον κάνει να νιώθει ανίκανος (www.caregiver.org).

Σύμφωνα με Fordyce (2006) και Segal (2007) οι άνθρωποι τείνουν να αγχώνονται ακόμη και για γεγονότα τα οποία είναι παροδικά και που γνωρίζουν ότι θα έχουν θετική έκβαση, ενώ οι φροντιστές των ατόμων με άνοια έχουν ακόμη περισσότερο άγχος μιας και η κατάσταση είναι προδιαγεγραμμένη για την πορεία και την εξέλιξη της νόσου, έτσι το αίσθημα της ανικανότητας που βιώνουν τους κάνει να αγχώνονται πολύ περισσότερο. Μέσα από μια τόσο άσχημη πρόγνωση για μια άγνωστη για αυτούς ασθένεια αγχώνονται για το τρόπο φροντίδας ενός τέτοιου ασθενή, ποιες είναι οι ανάγκες του μιας και ο ασθενής δεν μπορεί να εκφραστεί, με τόσες πολλές απρόβλεπτες αντιδράσεις που έχει λόγω της άρσης των αναστολών που του προκαλεί η ασθένεια και των συνεχών μνημονικών του ελλειμμάτων το άγχος των φροντιστών ολοένα αυξάνεται και εμμένει. Ακόμη αγχώνονται για τα κοινωνικά σχόλια που γίνονται για τον ασθενή και για την κατάσταση στην οποία έχει επέλθει, για τα σχόλια για την δική τους ευθύνη και τον τρόπο φροντίδας του ασθενή γεγονότα που εκτός από τα υπόλοιπα συναισθήματα ενοχής, θυμού προκαλείται και έντονο άγχος. Η κατάσταση αυτή λογικό είναι να επηρεάζει όλη του την οικογένεια.

Η επιρροή που έχει η ασθένεια αυτή στην υπόλοιπη οικογένεια είναι ακόμη ένας σημαντικός λόγος για τον οποίο ο φροντιστής αγχώνεται και καταβάλλεται. Αγχώνονται για όλα τα μέλη της οικογένειας τα οποία εν μέρη παραμελούνται ούτως ώστε να παρέχεται η πλήρης φροντίδα στο ασθενές μέλος. Ενώ σε μετέπειτα στάδιο όταν η ασθένεια έχει εγκατασταθεί πλήρως οι οικονομικές συνέπειες που επιφέρονται είναι ακόμη ένας σημαντικός λόγος πρόκλησης άγχους στους φροντιστές. Η φαρμακευτική αγωγή είναι αρκετά υψηλή σε κόστος και οι ηλικιωμένοι δεν μπορούν μόνο με την δική τους χρηματική αμοιβή που λαμβάνουν από τη σύνταξη τους να καλύψουν τις υψηλές χρηματικές απαιτήσεις που απαιτούνται σε φαρμακευτική αγωγή, τις επισκέψεις σε γιατρούς και όλα όσα απαιτούνται για να ζουν ευημερία(www.helpguide.org, Τσολάκη και Κάζης,σ.σ.512-513).

Θα γίνει αρχικά μια προσπάθεια ορισμού του άγχους όπως αυτός αναφέρεται στη βιβλιογραφία. Το άγχος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος εκτός της ψυχολογικής διάστασης της τάσης, φόβου και τρόμου συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία. Συνήθως το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα. Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στην συναισθηματική ηρεμία του ατόμου(Μάνου,σελ.252,Χριστοδούλου,σ.σ374-375).

Οι φροντιστές οι οποίοι έχουν άγχος το οποίο εμφανίζεται λόγω της φροντίδας την οποία παρέχουν στο άτομο με άνοια παρουσιάζουν υπέρμετρο άγχος και ανησυχία για αρκετά μεγάλο διάστημα. Το άγχος είναι τόσο έντονο και συνεχές που το άτομο αδυνατεί να ελέγξει το άγχος και την ανησυχία την οποία νιώθει. Μαζί με τα δύο αυτά έντονα συμπτώματα παρουσιάζεται επίσης υπερκινητικότητα, εύκολη κόπωση, αδυναμία συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα, αυξημένη μυϊκή τάση καθώς και διαταραχές στον ύπνο οι οποίες μπορεί να παρουσιάζονται ως δυσκολία στο να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος ή ανήσυχος και διακεκομμένος ύπνος ο οποίος δεν μπορεί να του προσφέρει την ξεκούραση που χρειάζεται(www.helpguide.org, Μπαλογιάννης,σ.σ.35,77-79).

Μέσα από διάφορες έρευνες που έγιναν αρκετοί ήταν οι περιθάλποντες οι οποίοι συνέχισαν να βιώνουν το άγχος και μετά την τοποθέτηση του αγαπημένου τους προσώπου σε οίκο ευγηρίας ή σε γηροκομείο. Το άγχος των φροντιστών όχι μόνο παράμενε αλλά και σε ορισμένες φορές

αυξήθηκε. Ο κύριος λόγος αύξησης του άγχους ήταν η μη ικανοποίηση κυρίως των συζυγικών περιθάλποντων από την παρεχόμενη φροντίδα από τρίτα άτομα. Έτσι συνέχιζαν επί καθημερινής βάσης να επισκέπτονται τον ανοϊκό ασθενή στο χώρο όπου τοποθετήθηκε και να του παρέχουν φροντίδα. Αύξηση του άγχους είχε σημειωθεί και μετά το θάνατο του ασθενή. (Schulz et al p.p.292,961-967).

6.5.2 Κατάθλιψη των φροντιστών των ατόμων με άνοια

Η κατάθλιψη είναι μια από τις σημαντικότερες διαταραχές που εντοπίζονται σε μεγάλο αριθμό περιθάλποντων. Βέβαια, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η φροντίδα δεν προκαλεί την κατάθλιψη και ούτε ο καθένας που παρέχει φροντίδα σε κάποιο ασθενή μπορεί να βιώσει αρνητικά συναισθήματα που θα οδηγήσουν μετέπειτα στην ανάπτυξη μιας ήπιας ή σοβαρότερης μορφής κατάθλιψη. Στις περισσότερες φορές όμως οι φροντιστές παρουσιάζουν την κατάθλιψη εξαιτίας της προσπάθειας τους να παρέχουν όσο το δυνατό καλύτερη φροντίδα προς το με οικογενειακό μέλος που ασθενεί. Είναι πολύ έντονη η παραμέληση των δικών τους φυσικών και συναισθηματικών αναγκών εξαιτίας της συνεχούς παροχής φροντίδας στον ανοϊκό ασθενή, ο οποίος όμως δεν μπορεί να προσφέρει στον συγγενή- φροντιστή του, θετικά συναισθήματα λόγω της δικής του ασθένειας. Όσο, λοιπόν, και αν παλεύει ο φροντιστής να παρέχει τη καλύτερη δυνατή φροντίδα στον ανοϊκό ασθενή, ποτέ δεν θα λάβει θετική ανατροφοδότηση. Παρέχει στον ασθενή αρκετά μεγάλο χρόνο από τη ζωή του αφήνοντας τη προσωπική τους ζωή, τις οικογενειακές τους υποχρεώσεις, τις φιλικές συναναστροφές, τα ενδιαφέροντα τους και ό,τι άλλο μπορεί να επιφέρει σε αυτούς θετικά συναισθήματα με απώτερο στόχο να φροντίσουν όσο καλύτερα γίνεται το αγαπημένο τους πρόσωπο το οποίο ασθενεί(www.helpguide.org).

Και ενώ όλοι θα ανέμεναν μια θετική ανατροφοδότηση από τον ασθενή προς το άτομο το οποίο ουσιαστικά θυσιάζει την δική του ευημερία για την φροντίδα του, αντίθετα μπορεί μόνο να προσφέρει επιθετικότητα, θυμό, αλλόκοτη και παράξενη συμπεριφορά έως και αδιαφορίας. Και όλα αυτά τα αρνητικά συναισθήματα προκαλούνται ευκολότερα στις περιπτώσεις όπου ασθενής πάσχει από άνοια τύπου Alzheimer. Μέσα από αυτή τη δύνη των έντονα αρνητικών καταστάσεων που βιώνει καθημερινά, επέρχονται σε αυτόν μόνο αρνητικά συναισθήματα όπως είναι ο θυμός, η θλίψη ή η μοναξιά. Εκτός όμως από τα συναισθήματα που προκαλούνται από τη συμπεριφορά του ασθενή, η θλίψη, ο θυμός, η ενοχή και το άγχος προκαλούνται και μέσα από τις σκέψεις του ίδιου του φροντιστή ο οποίος βλέπει τη συνεχή επιδείνωση της κατάστασης του αγαπημένου του προσώπου. Γνωρίζει ότι η κατάσταση αυτή όχι μόνο δεν θεραπεύεται αλλά και δεν μπορεί να βελτιωθεί με την φαρμακευτική αγωγή η οποία του παρέχεται. Και ο φροντιστής ανίκανος να μπορεί να βοηθήσει στην βελτίωση της κατάστασης βιώνει όλα εκείνα τα αρνητικά συναισθήματα που καταλήγουν στην κατάθλιψη(www.caregiver.org, Μπαλογιάννης σ.σ.35,75-82).

Μέσα από μελέτες που έγιναν από οργανώσεις για φροντιστές φάνηκε ότι τα άτομα που φροντίζουν ασθενείς με άνοια έχουν διπλάσια πιθανότητα να αναπτύξουν κατάθλιψη ενώ πιο βαριά περίπτωση της άνοιας η οποία προκαλείται από τη άνοια τύπου Alzheimer, το συχνό είναι οι φροντιστές να βιώσουν κατάθλιψη. Το 30% -40% των φροντιστών ατόμων με ανοϊκά σύνδρομα τείνουν να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για σημαντική κατάθλιψη ενώ παράλληλα παρουσιάζουν και συναισθηματική πίεση. (www.caregiver.org)

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό την καταθλιπτική διάθεση η οποία παρουσιάζεται μέσα από ένα συνεχές και έντονο συναίσθημα θλίψης. Το άτομο μπορεί να μην εκφράζει λεκτικά την θλίψη η οποία τον διακατέχει αλλά μπορεί εξωλεκτικά να την μεταφέρει στο περιβάλλον του. Δεν έχει κέφι όπως παλιά, δεν χαμογελά, συγκινείται και κλαίει

για πράγματα τα οποία άλλοτε τον άφηναν αδιάφορο. Τα συναισθήματα του επηρεάζονται ακόμη πιο πολύ και όλα γύρω του είναι μαύρα και παντού υπάρχουν ανυπέρβλητες δυσκολίες. Υποτιμά καθετί ευχάριστο και μεγαλοποιεί καθετί δυσάρεστο(Χριστοδούλου σ.σ.331-332).

Πέραν όμως από το καταθλιπτικό συναίσθημα υπάρχει και το συναίσθημα της ανηδονία. Το άτομο δεν ευχαριστεύεται πλέον με δραστηριότητες που κατά το παρελθόν του επέφεραν αίσθημα ευχαρίστησης. Είναι ένα συναίσθημα το οποίο το άτομο το οποίο το έχει δεν το αισθάνεται αλλά οι άνθρωποι του οικείου περιβάλλοντος του το εντοπίζουν. Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν σημαντικό αίσθημα άγχους. Το άγχος, παρουσιάζεται υπό την μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αίσθημα επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστότητα ή και προσβολές πανικού με συνοδά συμπτώματα όπως είναι οι ιδρώτες, το αίσθημα παλμών, σφίξιμο στο στομάχι και ταχυκαρδίες(Μάνου,σ.σ.189-193, Παγοροπούλου,σ.19).

Οι καταθλιπτικοί στερούνται σημαντικά ύπνου ή παρουσιάζουν διαταραχές ύπνου με συχνότερο την αϋπνία η οποία μπορεί να είναι δυσκολία να κοιμηθούν ή να ξυπνάνε κατά τη διάρκεια της νύχτας και να δυσκολεύονται να ξανακοιμηθούν ή ακόμη να ξυπνάνε πολύ νωρίς και να μην μπορούν να ξανακοιμηθούν. Σημαντικό στοιχείο κατάθλιψης είναι και οι διαταραχές στην όρεξη με σημαντικότερη εκείνη της ανορεξίας. Οι περισσότεροι άνθρωποι που πάσχουν από κατάθλιψη δεν έχουν όρεξη για φαγητό με αποτέλεσμα σε αρκετές περιπτώσεις να χάνουν βάρος. Σε πολύ λίγες περιπτώσεις παρουσιάζεται σημαντική αύξηση στην επιθυμία και την πρόσληψη τροφής η οποία επιφέρει αύξηση του σωματικού βάρους. Συχνά όμως τα άτομα αυτά παραπονιούνται και για ένα συνεχές αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης. Νιώθουν ότι δεν έχουν καμία δύναμη για καμία ενέργεια . Λόγω της συνεχούς κόπωσης και εξάντλησης υπάρχει και η πιθανότητα της μείωσης της σεξουαλικής διάθεσης του ατόμου το οποίο σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να παρουσιάσει και σημαντικές σεξουαλικές διαταραχές εξαιτίας της κατάθλιψης. Παρουσιάζουν ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, υπόταση ενώ οι γυναίκες συχνά παρουσιάζουν διαταραχές της εμμήνου ρύσεως τους. Επίσης παρατηρείται ψυχοκινητική επιβράδυνση καθώς και ψυχοκινητική διέγερση. Η ψυχοκινητική επιβράδυνση αφορά την επιβράδυνση του ατόμου σε ότι αφορά τη σκέψη, το λόγο και τις κινήσεις. Έχει λόγο φτωχό, μονότονο και βραδύ ενώ οι απαντήσεις του είναι κυρίως μονολεκτικές. Η ομιλία του γενικά είναι διστακτική και χαμηλόφωνη ενώ σε πολύ βαριάς μορφής κατάθλιψη μπορεί να υπάρξει αφωνία. Έχει απλανές βλέμμα, οι κινήσεις του σώματος είναι αργές και γενικά φαίνεται σε κατατονία. Υπάρχει όμως και η αντίθετη κατάσταση όπου το άτομο παρουσιάζει έντονη ανησυχία, εκνευρισμό και διέγερση. Εύκολα φωνάζουν, τραβούν μαλλιά, ρούχα και δέρμα και συνεχώς παραπονιούνται(Μάνου.σ.σ.188-193, Χριστοδούλου,σ.σ.325-331).

Ένας άλλος τομέας στον οποίο παρουσιάζεται δυσλειτουργία κατά την κατάθλιψη είναι αυτός της κινητοποίησης. Παρουσιάζεται έντονη απώλεια του ενδιαφέροντος για συνηθισμένες δραστηριότητες οι οποίες παλαιότερα γίνονταν από το άτομο. Νιώθει ότι πλέον δεν είναι ικανό να εκτελέσει τις συγκεκριμένες δραστηριότητες και κυρίως δεν έχει την διάθεση να το πράξει. Νιώθει ανήμπορο να εκτελέσει δραστηριότητες και να τις φέρει σε πέρας. Λόγω των ανέλπιδων σκέψεων που έχει όσον αφορά το μέλλον του μπορεί να παρουσιάσει ακόμη και σκέψεις αυτοκτονίας ή και να αποπειραθεί να αυτοκτονήσει(Μάνου,σ.σ.188-193,Χριστοδούλου,σ.σ.325-331).

Στην κατάθλιψη είναι σίγουρο ότι επηρεάζεται τόσο η σκέψη όσο και η αντίληψη του ατόμου για όλους τους τομείς της ζωής του. Νιώθουν τύψεις και ενοχές και συχνά κατηγορούν τον εαυτό τους για λάθη και αποτυχίες που συμβαίνουν ή συνέβησαν κατά το παρελθόν. Επηρεάζεται με αυτό τον τρόπο και η αυτοεκτίμησή τους, θεωρώντας τον εαυτό τους ανάξιο να φέρει σε πέρας ακόμη και καθημερινές δραστηριότητες. Αποτέλεσμα αυτού είναι να μην έχουν μια ρεαλιστική αντίληψη της πραγματικότητας και σε αρκετές περιπτώσεις να υπάρχουν ακόμη και παραληρητικές ιδέες.. Μέσα από όλες αυτές τις απαξιωτικές σκέψεις που κάνουν για τον εαυτό

τους, απορροφούνται με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αντιληφθούν τι συμβαίνει γύρω τους. Δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν ή να ανακαλέσουν γεγονότα τόσο της βραχύχρονης όσο και της μακρόχρονης μνήμης. Αδρανοποιούνται σε αρκετά μεγάλο βαθμό μιας και δεν μπορούν ούτε εύκολα να συγκεντρωθούν ενώ παρουσιάζουν και μειωμένη βούληση. Είναι αρκετά αναποφάσιστοι και θεωρούν τον εαυτό τους ανίκανο να αναλάβει πρωτοβουλία και να την φέρει σε πέρας(Μάνου,σ.σ.188-193 Χριστοδούλου,σ.σ.325-331).

Στις δύσκολες εκείνες περιπτώσεις όπου αναφερόμαστε σε μια βαριάς μορφή κατάθλιψη, ίσως υπάρξουν ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες. Οι ιδέες και οι ψευδαισθήσεις έχουν, πολύ συχνά, σχέση με την κατάθλιψη και την εκμηδενιστική άποψη του ατόμου τόσο για το ίδιο όσο και για τον κόσμο γενικότερα. Μέσα από αυτή την εκμηδενιστική άποψη που έχει για τον εαυτό του παραμελεί την εμφάνιση του, την προσωπική του υγιεινή, τις υποχρεώσεις του και την φροντίδα άλλων που εξαρτώνται από αυτό(Μάνου,σ.σ.188-193, Χριστοδούλου,σ.σ.325-331).

Σύμφωνα με Χριστοδούλου (2004) και Μάνου (1997) Εκτός όμως από τις σκέψεις και τις ιδέες, η κατάθλιψη επιφέρει και σωματικές ενοχλήσεις στο άτομο. Πολλές είναι οι περιπτώσεις των ατόμων εκείνων που καταλήγουν σε γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων για τους πονοκεφάλους που αντιμετωπίζουν, τους πόνους στη μέση, τους μυϊκούς σπασμούς, τη ναυτία, τον εμετό, τη δυσκοιλιότητα, τη δυσκολία στην αναπνοή ή και το γενικότερο πόνο.

Όλα αυτά τα συμπτώματα που παρουσιάστηκαν και θέτουν την διάγνωση της κατάθλιψης σε ένα άτομο, φαίνεται ότι παρουσιάζονται κατά πολύ σε άτομα τα οποία φροντίζουν ανοϊκούς ασθενείς. Μέσα από μελέτες που έχουν γίνει διαφαίνεται πως οι γυναίκες οι οποίες φροντίζουν βιώνουν την κατάθλιψη σε υψηλότερο ποσοστό από ότι οι άνδρες και μάλιστα αρνούνται να προχωρήσουν σε θεραπευτικές μεθόδους αντιμετώπισης της κατάθλιψης λόγω ντροπής ή αμηχανίας. Σε αντίθεση με τους άντρες οι οποίοι βιώνουν σε μικρότερο ποσοστό την κατάθλιψη όμως την βιώνουν πολύ διαφορετικά από ότι οι γυναίκες. Οι άντρες συνήθως βρίσκουν δικούς τους τρόπους να αυτοθεραπευτούν από τα καταθλιπτικά συμπτώματα τους. Ενώ όταν νιώσουν ανίκανοι να παράσχουν την αναγκαία φροντίδα προς το εξαρτώμενο άτομο πιο εύκολα μισθώνουν εξωτερική φροντίδα αλλά τείνουν να έχουν λιγότερους φίλους και να τους εμπιστευτούν ενώ πολύ λιγότερες είναι και οι θετικές δραστηριότητες τους έξω από το σπίτι. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα που έγινε από τον Οργανισμό των Φροντιστών στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής ένα άλλο σημαντικό στοιχείο το οποίο συμβάλλει στην ανάπτυξη της κατάθλιψης και είναι πολύ συχνή η εμφάνιση του σε φροντιστές ατόμων με άνοια είναι η στέρηση ύπνου(www.caregiver.org).

Οι φροντιστές των ατόμων με άνοια συχνά δεν μπορούν να κοιμηθούν εξαιτίας της υπερδιέγερσης που παρουσιάζει το άτομο κυρίως στις περιπτώσεις των ατόμων με άνοια τύπου Alzheimer. Έτσι στερούνται σημαντικά ύπνου και σπάνια μπορούν να καλύψουν τις οκτώ ώρες ημερήσιου ύπνου που είναι απαραίτητες σε κάθε άνθρωπο.

Στις περιπτώσεις εκείνες όπου ο φροντιστής νιώσει ανίκανος να φέρει σε πέρας την φροντίδα και αποφασίζει να τοποθετήσει τον ανοϊκό ασθενή σε ένα χώρο παροχής μακρόχρονης φροντίδας, ακόμη και τότε η πιθανότητα ανάπτυξης σημαντικής κατάθλιψης είναι αρκετά υψηλή. Έχουν την αίσθηση ότι με την τοποθέτηση του ασθενούς σε ένα οίκο ευγηρίας η πίεση δεν θα υφίσταται πλέον και παρόλο που απολαμβάνουν την αναγκαία για αυτούς ξεκούραση, τείνουν να νιώθουν μοναξιά, ενοχή και νιώθουν την ανάγκη να έχουν την ελεγκτική φροντίδα του αγαπημένου τους προσώπου κάτι που δεν είναι εφικτό όταν ο ασθενής βρίσκεται σε ένα χώρο παροχής φροντίδας.. Έτσι η νέα αυτή κατάσταση είναι πρόσθετη νέα πίεση και αρκετοί φροντιστές εμφανίζουν σημαντική κατάθλιψη μετά την τοποθέτηση του αγαπημένου τους προσώπου σε οίκο ευγηρίας(www.caregiver.org).

Έχει όμως παρατηρηθεί μέσα από έρευνες που έχουν γίνει από την ίδια οργάνωση ότι οι σύζυγοι φροντιστές ατόμων με άνοια ακόμη και τρία χρόνια μετά το θάνατο του αγαπημένου τους προσώπου παρουσίαζαν καταθλιπτικά συμπτώματα. Μάλιστα σε αρκετές από αυτές τις περιπτώσεις οι πρώην φροντιστές κατέφευγαν πιο εύκολα σε κάποιο ειδικό για να αντιμετωπίσουν τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα. Εκτός από το θάνατο ο οποίος επέφερε αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων των φροντιστών, η τοποθέτηση του ασθενή σε οίκο ευγηρίας είχε το ίδιο αποτέλεσμα. Οι φροντιστές, που στην πλειοψηφία τους ήταν σύζυγοι, λόγω της μη ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα προς το αγαπημένο τους πρόσωπο από τρίτους, έδειξαν να έχουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα από ότι είχαν πριν την τοποθέτηση (Schulz et al.p.292,961-967).

6.6 Σωματική υγεία των φροντιστών των ατόμων με άνοια

Η σωματική υγεία είναι ένα πολύ σημαντικός τομέας ο οποίος φαίνεται ότι επηρεάζεται κατά πολύ από την φροντίδα που παρέχουν οι περιθάλποντες στους ασθενείς με άνοια. Ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, φυλής και έθνους όλοι οι φροντιστές φαίνεται να μην δείχνουν την απαιτούμενη προσοχή και φροντίδα για την δική τους υγείας με αποτέλεσμα να έχουν φτωχές φυσικές εκβάσεις στην φυσική τους υγεία. Τα σημαντικότερα στοιχεία τα οποία συχνά παρουσιάζονται και αναφέρονται στην βιβλιογραφία είναι η στέρηση ύπνου, με τα 2/3 των φροντιστών να αναφέρουν κάποιου είδους διαταραχή ύπνου κατά τη διάρκεια της παροχής φροντίδας, οι φτωχές συνήθειες κατανάλωσης τροφίμων, η αποτυχία να ασκηθεί ή να παραμείνει στο κρεβάτι όταν ο ίδιος ασθενεί που μπορεί να αρρωσταίνει συχνότερα από ότι στο παρελθόν και σε αρκετές περιπτώσεις αναβάλλει τα δικά του προγραμματισμένα ραντεβού σε γιατρό λόγω του μειωμένου ελεύθερου χρόνου που έχει αλλά και των αυξημένων αναγκών που υπάρχουν στην φροντίδα του ασθενούς. Μπορεί να πάρει ή να χάσει βάρος , να παρουσιάσει χρόνια προβλήματα υγείας, πονοκεφάλου,πίεση(www.caregiver.org,www.sciencedirect.com).

Όλο και περισσότερες έρευνες διαπιστώνουν ότι τα άτομα που φροντίζουν ασθενείς με άνοια στην πορεία παρουσιάζουν προβλήματα στη σωματική τους υγεία, όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, αναπνευστικές λοιμώξεις , αϋπνία, υπέρταση. Σε έρευνα που διεξήχθη το 2001 διαφάνηκε ότι οι γυναίκες φροντιστές είχαν μεγαλύτερα ποσοστά υπέρτασης που συνδέονταν με την παροχή φροντίδας και το stress που επιφέρει(Clumber,Grimm,Cody, Beck, International Journal of Geriatric Psychiatry: p.p.18,722-732).

Σύμφωνα με Fordyce (2006) το 11% των φροντιστών αναφέρει ότι η φροντίδα του ασθενή τους έχει επιφέρει χειρότερη φυσική υγεία και παρουσιάζουν πολύ χαμηλότερα επίπεδα υποκειμενικής ευημερίας και φυσικής υγείας σε σχέση με άτομα τα οποία δεν παρέχουν οποιαδήποτε μορφή φροντίδας. Εκτός όμως από την υποκειμενική ευημερία και την φτώχη φυσική υγεία παρουσιάζουν αυξανόμενα ποσοστά αυξανόμενης τάσης ασθενειών καθώς και ανάπτυξης σοβαρών ασθενειών. Επίσης παρουσιάζουν λιγότερη απαντητική άνοση, η οποία σε αρκετές περιπτώσεις οδηγεί σε συχνές μολύνσεις και ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό επικινδυνότητας εμφάνισης καρκίνου.

Οι καρδιακές παθήσεις είναι άλλος σημαντικός κίνδυνος ο οποίος εμφανίζεται στους φροντιστές. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις καθώς και τα καρδιαγγειακά σύνδρομα, όπως είναι η υψηλή πίεση αίματος, εμφανίζονται κυρίως σε αγχωτικές καταστάσεις. Σε ότι αφορά το φύλο σε αυτό το τομέα, διαφαίνεται ότι οι γυναίκες είναι πολύ πιο ευάλωτες στην ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων

και συνδρόμων που αφορούν καθαρά προσωπικές ιστορίες και δεν οφείλονται σε κληρονομικά στοιχεία (www.helpguide.org).

Όπως προαναφέρθηκε οι φροντιστές παρουσιάζουν μειωμένα επίπεδα αυτοφροντίδας. Αναβάλλουν προσωπικά ραντεβού σε ιατρούς και δεν συμμετέχουν σε προληπτικές συμπεριφορές υγείας. Μέσα από έρευνες φάνηκε ότι το 72% των φροντιστών ανέφεραν ότι δεν είχαν πάει στο γιατρό όσο συχνά πρέπει να το πράττουν ενώ ένα σημαντικό ποσοστό του 55% έχει χάσει τα ραντεβού με τους γιατρούς. Εκτός όμως από τις επισκέψεις στους γιατρούς σημαντικό κομμάτι της αυτοφροντίδας τους είναι και η σωστές διατροφικές συνήθειες καθώς και η σωματική άσκηση. Σε αυτό το τομέα φαίνεται ότι κυρίως οι συζυγικοί φροντιστές που παρέχουν πέρα των 36 ωρών φροντίδας εβδομαδιαίως καπνίζουν περισσότερο και καταναλώνουν κατά πολύ περισσότερο κορεσμένο λίπος. Η αυτοφροντίδα τους φαίνεται να υποφέρει μιας και το 63% αναφέρει ότι η διατροφή τους είναι χειρότερη από προηγούμενος και 58% ότι η σωματικής τους άσκηση είναι χειρότερη. Η κατάσταση αυτή οφείλεται κυρίως στην έλλειψη χρόνου αλλά και ενέργειας για να προετοιμάσουν τα κατάλληλα γεύματα αλλά και να ασκηθούν. Σε πολύ πιο άσχημη θέση φαίνεται να βρίσκονται οι φροντιστές οι οποίοι διαμένουν σε αγροτικές περιοχές μιας και η ικανοποίηση των ιατρικών τους αναγκών είναι μειωμένη λόγω της απόστασης προς τα νοσοκομεία αλλά και την στελέχωση των ιατρείων των περιοχών ειδικευμένο ιατρικό προσωπικό(www.caregiver.org,www.helpguide.org).

Στην προσπάθεια τους να παρέχουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα προς το αγαπημένο τους πρόσωπο το οποίο πάσχει, οι φροντιστές παραμελούν την δική τους σωματική υγεία με αποτέλεσμα να υπάρχει αυξανόμενη θνησιμότητα. Μέσα από έρευνες που έγιναν στην Αμερική φάνηκε ότι οι ηλικιωμένοι σύζυγοι που παρέχουν φροντίδα στα αγαπημένα τους πρόσωπα έχουν περίπου 63% ποσοστό θνησιμότητας. (www.caregiver.org,www.helpguide.org,[Schulz, Beach, Journal of American Medical Association](http://www.schulz.beachjournal.com) p.p.282,2215-2219).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^Ο ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

7.1 Ρόλος Κοινωνικού Λειτουργού με Τρίτη Ηλικία

Ο κοινωνικός Λειτουργός που θα ενταχθεί στην προσπάθεια αντιμετώπισης των προβλημάτων των ηλικιωμένων, πρέπει να έχει όχι μόνο την ειδική επιστημονική κατάρτιση και γνώση αλλά και τις ψυχικές αρετές, προκειμένου να φέρει εις πέρας το δύσκολο αυτό έργο. Για να αποδώσει ικανοποιητικά πρέπει να πιστεύει στο λειτούργημα που ασκεί και να κρατά αμείωτη την ευαισθησία του παρά την καθημερινότητα του επαγγέλματος(Χανιώτης,σελ.24).

Η συμπεριφορά του απέναντι στον ηλικιωμένο πρέπει να διέπεται από σεβασμό, ευγένεια, εκτίμηση και να διαθέτει απαραίτητα το χαρακτηριστικό της παραδοχής και της ενσυναίσθησης. Η φροντίδα του ηλικιωμένου, προϋποθέτει τη διαπιστωμένη γνώση του ψυχοδιαφορικού επιπέδου, των κοινωνικών αναγκών και των και των ικανοτήτων του. Ιδιαίτερα η κατάλληλη αξιοποίηση των ικανοτήτων κάθε υπερήλικα, του παρέχει όχι μόνο ψυχολογική τόνωση αλλά και σωματική ευεξία και μεγιστοποίηση της λειτουργικής του απόδοσης(Χανιώτης,σελ.28).

Η μεγάλη ηλικία δημιουργεί ψυχολογική απόσταση και αίσθημα απομόνωσης. Ο κοινωνικός Λειτουργός καλείται ήρεμα και σταθερά, να βοηθήσει στο αμοιβαίο πλησίασμα. Ακόμα και η απλή παρουσία ενός συναισθηματικά ήρεμου και σταθερού προσώπου που εμπνέει εμπιστοσύνη, ασκεί καθησυχαστική επίδραση και δίνει κουράγιο στον υπερήλικα. Το άτομο όμως, πρέπει αφενός να καταλάβει ότι δεν είναι σχέση στενής εξάρτησης αυτή που έχει με τον Κοινωνικό Λειτουργό και αφετέρου δεν πρέπει να έχει την εντύπωση ότι όλοι τον απωθούν(Χανιώτης,σελ.24).

Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι απαραίτητο να γνωρίζει πριν από την πρώτη συνάντηση τα βασικά στοιχεία του ηλικιωμένου ατόμου, όπως το όνομα την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και ότι άλλο κρίνεται αναγκαίο. Με αυτόν τον τρόπο, είναι δυνατόν να υπάρχει μια κατάλληλη προετοιμασία για σωστότερη επικοινωνία και να αποφευχθούν οι αρνητικές επιπτώσεις. Με τη σωστή επικοινωνία μπορεί να επιτευχθεί ταχύτερα η συνεργασία προς την επιθυμητή κατεύθυνση, αφού η προσπάθεια γίνεται αμοιβαία και από τις δυο πλευρές. Ο ηλικιωμένος θα πρέπει να βοηθηθεί ώστε να μην αισθάνεται άχρηστος ή ανεπιθύμητος αλλά αντίθετα να επανακτήσει την αυτοεκτίμησή του, νιώθοντας την ικανοποίηση του ότι ανήκει στη δημιουργική μερίδα της κοινωνίας(Χανιώτης,σελ.25).

Παράλληλα ο Κοινωνικός Λειτουργός οφείλει να παροτρύνει το άτομο να δει την ζωή ξανά με ενδιαφέρον, τόσο με την αλλαγή της εξωτερικής του εμφάνισης όσο και με την αποδυνάμωση του συνηθισμένου αισθήματος ανασφάλειας και την εκπαίδευση για αυτοπροστασία. Σκόπιμο είναι το άτομο να μάθει να ζει και να χαίρεται αυτή τη φάση της ζωής του, να προσαρμοστεί στις πραγματικές καταστάσεις της και να προσπαθήσει να αναπτύξει περισσότερες ανθρώπινες σχέσεις. Η συναναστροφή με νεότερα άτομα συμβάλλει σημαντικά στην άμβλυνση του χάσματος των γενεών και στην αλληλοκατανόηση(Χανιώτης,σελ.25).

Η προσφορά των υπηρεσιών του Κοινωνικού Λειτουργού γίνεται με γνώμονα την ολοκληρωμένη ψυχοσωματική ανθρώπινη υπόσταση. Έτσι, κάθε ανθρώπινο πρόβλημα θεωρείται και αντιμετωπίζεται όχι μεμονωμένα και τμηματικά αλλά στα πλαίσια της συνολικής οντότητας και προσωπικότητας του ατόμου.

Στα καθήκοντα του Κοινωνικού Λειτουργού με την Τρίτη Ηλικία, περιλαμβάνονται η συμβολή στην πρόληψη των ιατροκοινωνικών προβλημάτων και η αντιμετώπιση των δυσάρεστων καταστάσεων που τα αφορά, με την κατάλληλη κινητοποίηση των αρμόδιων φορέων, μέσω του ρόλου του διαμεσολαβητή. Επίσης, η παροχή συμβουλευτικής βοήθειας στους ίδιους και στο στενό οικογενειακό τους περιβάλλον, η ανίχνευση αφανών αλλά υπαρκτών ατομικών, οικογενειακών, σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων και η συμμετοχή στην ερευνητική δραστηριότητα γύρω από την Τρίτη Ηλικία(Χανιώτης,σελ.26).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να είναι στέλεχος των διαφόρων ερευνητικών προγραμμάτων, πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας πρόληψης και περίθαλψης. Από την ενέργεια αυτή δεν ωφείλεται μόνο ο ηλικιωμένος, αλλά και η κοινότητα γενικότερα με τον εμπλουτισμό και την προαγωγή της επιστημονικής γνώσης(Χανιώτης,σελ.27).

Συνοψίζοντας, ο Κοινωνικός Λειτουργός μπορεί να παρέχει χρήσιμη υποστήριξη και πολύτιμη βοήθεια σε όλες τις φάσεις της τρίτης Ηλικίας. Η παροχή των υπηρεσιών του μπορεί να απευθύνεται στο ίδιο το ηλικιωμένο άτομο με πολυάριθμους τρόπους όπως αναφέρθηκε παραπάνω ή ακόμη και στο στενό του περιβάλλον(σύζυγο, παιδιά τους, συγγενείς και φίλους).Έχει την δυνατότητα επίσης να εκπαιδεύσει εθελοντές και ομάδες αυτοβοήθειας, που συγκροτούνται με σκοπό τη φροντίδα των ηλικιωμένων όπως και την συμμετοχή του σε διεπιστημονικές ομάδες όπου θα συνεργάζεται με άλλα στελέχη υγείας.

7.2 Ρόλος Κοινωνικού Λειτουργού με άτομα που πάσχουν από άνοια

Λαμβάνοντας υπόψιν το σημαντικό αντίκτυπο που επιφέρει η άνοια σε πολλούς τομείς της ζωής των ασθενών, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει και να έχει ένα σημαντικό ρόλο στην φροντίδα του ασθενούς με άνοια. Δεδομένου ότι η ασθένεια έχει επιπτώσεις σε ολόκληρη την οικογένεια και αντηχεί σε όλη την κοινότητα, οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορούν άμεσα να βοηθήσουν τα άτομα με άνοια εξασφαλίζοντας το ότι το σύστημα με το οποίο αλληλεπιδρούν ανταποκρίνεται ενθαρρυντικά στις ανάγκες τους. Οι δεξιότητες της κοινωνικής εργασίας στην αξιολόγηση και την παροχή συμβουλών μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα με άνοια να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ασθένειας σε όλη την καταστρεπτική πορεία της νόσου.

Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να επιτρέψει στα άτομα με άνοια να ανακαλύψουν τα συναισθήματα τους, τους φόβους και τις ανησυχίες που συνδέονται με την διάγνωση. Η δυνατότητα τους να κατανοήσουν και να αναπτύξουν σχέσεις εμπιστοσύνης με το ανοϊκό άτομο μπορεί να είναι ζωτικής σημασίας στην βοήθεια των πελατών να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις που η άνοια επιφέρει (Cox, p.6-7).

Το άτομο μέσα από μια υποστηρικτική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθηθεί από έναν κοινωνικό λειτουργό στην αποδοχή της ασθένειας και της αναπηρίας την οποία επιφέρει. Κατά την διάρκεια των συνεδριών κοινωνικός λειτουργός και ασθενής επικεντρώνονται σε θέματα αυτοεκτίμησης, ενθάρρυνσης για μια σωστή διατροφή, περιποίηση του εαυτού και συνέχιση χρόνιων συνηθειών καθώς επίσης και στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής στη σωστή δοσολογία και την κατάλληλη ώρα.

Ο κοινωνικός λειτουργός ακόμη, μέσα από την εκπαιδευτική ψυχοθεραπεία, (αφού έχει εκπαιδευτεί ειδικά) μπορεί να ενημερώσει και να εξηγήσει στον ασθενή την φύση της νόσου εάν αυτό δεν γίνει από τον ψυχίατρο που παρακολουθεί τον ασθενή. Με τον προγραμματισμό και την δόμηση καθημερινών δραστηριοτήτων που γίνεται κατά τις συνεδρίες των εκπαιδευτικών ψυχοθεραπειών, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει κατά πολύ τον ασθενή στην μείωση του άγχους που βιώνει.

Ο κοινωνικός λειτουργός ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετέχει σε κινητοποιητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες ούτως ώστε να μην απομονωθεί από το κοινωνικό του περιβάλλον. Φροντίζει για την θεραπεία παθολογικών προβλημάτων ενώ παρακολουθεί από κοντά την αυτοφροντίδα του ασθενή και φροντίζει να τον ενθαρρύνει ούτως ώστε να μην παραμελεί τον εαυτό του (Λαγωνικά, σ.σ.93-102).

7.3 Ρόλος Κοινωνικού Λειτουργού σε Προγράμματα με άτομα που πάσχουν από άνοια

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε υπηρεσίες υγείας είναι να βοηθήσει με τις γνώσεις του στη θεραπεία του ασθενή και την διεκδίκηση των δικαιωμάτων του. Με τις γνώσεις που διαθέτει είναι σε θέση να κατανοεί όλες τις συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της κατάστασης του ασθενή και να δώσει στο ιατρικό προσωπικό πληροφορίες που θα συνθέτουν μια πληρέστερη εικόνα του (Σταθόπουλος, σελ.264).

Παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη σε ασθενείς σε ατομικό, οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον σύμφωνα με τις γνώσεις, τις τεχνικές και τις δεξιότητές του, προκειμένου να

προληφθούν ή και να αποκατασταθούν προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις του που μπορεί να προκύψουν ή έχουν ήδη προκύψει σαν αποτέλεσμα της ασθένειας. (Σταθόπουλος, σελ.264, Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία, σελ.214)

Συνεργάζεται με άτομα αλλά και με ομάδες ώστε να φέρει σε επαφή άτομα που πάσχουν από την ίδια ασθένεια και να τα βοηθήσει ν' αναπτύξουν συναισθήματα αλληλεγγύης, συμπάραστασης και συμπάθειας μεταξύ τους.

Ακόμα, εργάζεται για θέματα ασφαλιστικής κάλυψης, επιδομάτων και άλλων παροχών προς τους ασθενείς, ανάλογα με το είδος της ασθένειας (Ιατρίδης, σελ.93).

Σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (1986) είναι αναμενόμενο, λόγω της πολυπλοκότητας των καταστάσεων αυτών ο κοινωνικός λειτουργός ν' αντιμετωπίζει προβλήματα, κυρίως στις περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων, γεγονός που δυσχεραίνει το έργο του, την κοινωνική επανένταξη του πάσχοντος ατόμου. Θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή ν' αντιμετωπίσει με θάρρος και συνέπεια την κατάστασή του, να τον παραπέμψει στο κατάλληλο ίδρυμα όπου και καταρτισμένο προσωπικό θα φροντίσει να του παρέχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ψυχολογική υποστήριξη και ακόμη και εύρεση εργασίας.

Η προετοιμασία του ασθενούς και του περιβάλλοντός του για την επανένταξή τους στον κοινωνικό τους χώρο είναι ο πρωταρχικός και βασικός στόχος του κοινωνικού λειτουργού σε όλες τις περιπτώσεις που ο ασθενής πέρασε μια σοβαρή δοκιμασία.

Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού στην εργασία του με ανοϊκούς ασθενείς, έγκειται στην παρέμβασή του στον ασθενή, στην οικογένεια και στην κοινότητα, καθώς και στη συνεργασία του με τη διεπιστημονική ομάδα (Κατσούλης, σελ.144).

Το πιο βασικό μέρος της δουλειάς του Κοινωνικού Λειτουργού με ανοϊκούς ασθενείς αφορά στην παρέμβαση στον ίδιο τον ασθενή και στον φροντιστή του.

Αρχικά θα πρέπει να επικεντρωθεί στην ενίσχυση του ασθενή σε θέματα αυτοεκτίμησης. Προκειμένου να το πετύχει αυτό θα πρέπει να δώσει έμφαση σε ανέπαφες λειτουργίες που οδηγούν σε δραστηριότητες με επιτυχή λειτουργικότητα. Έτσι ο ασθενής θα καταφέρει να τονώσει την αυτοεκτίμησή του με αποτέλεσμα να βρίσκει μέσα από τη διαδικασία αυτή κίνητρο να συνεχίσει τη προσπάθεια να διατηρήσει τις γνωστικές του λειτουργίες στο επίπεδο που βρίσκονται χωρίς να υπάρξει περισσότερη διαταραχή.

Ταυτόχρονα και σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας του με τον ασθενή, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να τον ενθαρρύνει για σωστή διατροφή και να μεριμνά για τη λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής. (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, σ.σ.67,93).

Ένα σημείο που χρειάζεται πολύ ιδιαίτερους χειρισμούς είναι αυτό της περιποίησης του εαυτού. Τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα πολλές φορές λόγω άλλων ασθενειών επιβαρύνονται σωματικά με αποτέλεσμα να μειώνεται η ατομική υγιεινή. Όταν υπάρχει και η Άνοια δυσχεραίνει την κατάσταση και το άτομο μπορεί να χάνει την αυτοεκτίμησή του. Και πόσο μάλλον όταν κάποιος άλλος, έστω και επαγγελματίας θίξει ένα θέμα τόσο ευαίσθητο. Γι' αυτό και χρειάζεται πολύ λεπτούς χειρισμούς προκειμένου ο ασθενής να πειστεί να συνεχίσει την προσπάθειά του για αυτοφροντίδα. Και για μια ακόμη φορά είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και Κοινωνικού Λειτουργού θα πρέπει να θεμελιωθεί προκειμένου ο δεύτερος να μπορεί να χειρίζεται καταλλήλως τέτοια ζητήματα που ενδεχομένως προκύπτουν (Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία, σελ.214).

Τέλος ένα βασικό κομμάτι της δράσης του Κοινωνικού Λειτουργού έγκειται στην ενθάρρυνση του ασθενή για συντήρηση χρόνιων συνηθειών καθώς και για συμμετοχή του σε κινητοποιητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες για παράδειγμα εκκλησιασμός, καθημερινά ψώνια. Εκτός από τη διατήρηση των μη διαταραγμένων γνωστικών λειτουργιών, ο ασθενής θα πρέπει να επανεκπαιδευτεί.

Αφού καταλάβει τη φύση της ασθένειάς του, εφ' όσον αυτή βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, (ο ρόλος του ψυχιάτρου εδώ πρωτεύει), θα πρέπει να τεθεί ένας προγραμματισμός στη δόμηση δραστηριοτήτων με χρήση ημερολογίων τοίχου, καταγραφή σημειώσεων, βοήθεια στην εύρεση αντικειμένων με ταμπέλες στα συρτάρια κ.λπ. Ο ασθενής με αυτή τη μέθοδο θα καταφέρει να βοηθείται και να αυτοεξυπηρετείται αλλά είναι απαραίτητο η εκπαίδευσή του να γίνεται εκτεταμένα και με τις ανάλογες προσαρμογές κατά τη μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου, ιδιαίτερα στο αρχικό στάδιο της νόσου, δηλαδή όταν παρατηρηθούν τα πρώτα συμπτώματα διαταραχής των γνωστικών λειτουργιών(Κατσούλης,σελ.144).

Στη συνέχεια ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να μεριμνήσει για τη φροντίδα για τη θεραπεία παθολογικών προβλημάτων (όρασης, ακοής και άλλων δυσλειτουργιών).

Πέραν του ασθενούς, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να ασχοληθεί εκτενώς και με την οικογένεια. Η παρέμβασή του χωρίζεται πρακτικά σε τρία στάδια(Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία,σελ.231).

Το πρώτο αφορά τη συνεργασία του με αυτή κατά τη διάρκεια της νόσου.

Θα πρέπει να εκπαιδεύσει την οικογένεια τόσο στη φύση της νόσου όσο και στη διάρκεια και τα εξελικτικά στάδια που περνάει, καθώς και στη χρησιμότητα της φαρμακευτικής αγωγής. Βασική αρχή για να ξεκινήσει η συνεργασία είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός να έχει προετοιμαστεί κατάλληλα προκειμένου να είναι ικανός να προσφέρει πλήρη και ακριβή ενημέρωση στην οικογένεια, να αντιμετωπίσει τυχόν στερεότυπα και να λύσει τις ενδεχόμενες απορίες.

Πολύ συχνά, στην ιδέα μιας ασθένειας, δημιουργούνται ποικίλα συναισθήματα όπως ο φόβος, ο θυμός, η άρνηση, το άγχος, η ντροπή, η ματαιώση, αλλά και η σωματική εξάντληση και η ψυχική κόπωση, αντικειμενική και υποκειμενική επιβάρυνση κ.λπ. Μια λοιπόν πολύ σημαντική παράμετρος είναι να βοηθήσει την οικογένεια να τα αναγνωρίσει, να τα αποδεχτεί, να τα διαχειριστεί και σταδιακά να τα αποβάλλει διότι εκτός από την ψυχολογική επιβάρυνση που αυτά προκαλούν, πολλές φορές αδρανοποιούν την οικογένεια και λειτουργούν ανασταλτικά στην κινητοποίησή της για την αντιμετώπιση της ασθένειας και την ενθάρρυνση και στήριξη του ασθενούς (Κατσούλης,σελ.107).

Παράλληλα ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται να επεξεργαστεί τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις που οξύνονται λόγω της νόσου κι αυτό διότι τα αρνητικά συναισθήματα που αναφέρονται παραπάνω επιφέρουν εκνευρισμό και κατά συνέπεια εντάσεις και συγκρούσεις μεταξύ των μελών.

Το δεύτερο στάδιο αφορά στη μέση περίοδο της νόσου.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται να βοηθήσει στην επιλογή του φροντιστή είτε από κάποιο μέλος της οικογένειας είτε από κάποιον επαγγελματία. Και αυτό γιατί σε μια τόσο δύσκολη ασθένεια όπως η Άνοια, όπου παρουσιάζεται σημαντική έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, σαφώς όλη η οικογένεια θα πρέπει να παραστέκεται στον ασθενή, αλλά είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα άτομο που θα αναλάβει να φροντίζει τις πιο άμεσες ανάγκες του και να ενημερώνει τους ειδικούς για το οτιδήποτε προκύπτει.

Σε αυτό το σημείο θα ήταν εύλογο να τονιστεί η σημασία του ρόλου του φροντιστή. Και αυτό διότι συχνά υπάρχει η τάση να συγχέεται το συναίσθημα με την ευθύνη(Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία,σελ.231).

Ο ρόλος του φροντιστή είναι σημαντικός όχι για συναισθηματικούς λόγους αλλά γιατί συνεπάγεται την ανάληψη πολλών ευθυνών για τη συνεχή στήριξη του ασθενούς. Αυτό επιφέρει τόσο τη σωματική του εξάντληση, όσο και την ψυχική κόπωση που αργά ή γρήγορα επέρχεται και συνοδεύεται από συναισθήματα ενοχής. Ουσιαστικά όλα όσα έχουν αναφερθεί για τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού τόσο με τον ασθενή όσο και με την οικογένεια, είναι στοιχεία που ο φροντιστής θα πρέπει να αφομοιώσει άμεσα και να τα εφαρμόσει στην πράξη. Και επειδή στην Άνοια ο χρόνος δεν είναι σύμμαχος, υπάρχει μια παραπάνω πίεση. Παράλληλα επειδή ο φροντιστής συνήθως επιλέγεται από τον Κοινωνικό Λειτουργό μετά την επαφή του με την οικογένεια, είναι συνήθως άτομο που παρουσιάζει υπευθυνότητα, ικανότητα για ανάληψη ευθυνών και μια γενική σύνθεση στοιχείων. Αυτό όμως ενέχει το ρίσκο να έχει ήδη πολλές ευθύνες και να πιέζεται ακόμα παραπάνω.

Γι' αυτό και θα πρέπει να δοθεί εξ ίσου μεγάλη σημασία στη στήριξη του ίδιου του φροντιστή πέραν του ασθενούς, τόσο σε ψυχικό και σωματικό, όσο και σε οικονομικό,κοινωνικό, ακόμα και χωροχρονικό επίπεδο(Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών,σελ. 127).

Σε αυτό συχνά βοηθά η ένταξη σε υποστηρικτικές ομάδες για ολόκληρη την οικογένεια. Οι στόχοι των ομάδων αφορούν στην ενίσχυση του ρόλου του φροντιστή και στην αλληλοεκτόνωση συναισθημάτων, στην υποστήριξη μέσω της γενίκευσης των προβλημάτων και στη θετική ανατροφοδότηση από υγιείς δραστηριότητες που αναπτύσσει η ομάδα.

Εντοπίζεται λοιπόν η ανάγκη για συνεχή συνεργασία με τους ειδικούς για την αναζήτηση τρόπων για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή αλλά και για την ατομική ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου του φροντιστή.

Το τρίτο στάδιο σύμφωνα με την Εθνική Γεροντολογική Εταιρεία (2004) αφορά την τελική περίοδο της νόσου.

Εξακολουθούν να ισχύουν οι στόχοι της 2ης φάσης, με έμφαση στην ομαδική και ατομική ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών προκειμένου να τονωθούν και να συνεχίσουν το παραγωγικό τους έργο, καθώς και στην εμπλοκή περισσότερων ατόμων στη φροντίδα του ασθενή καθώς οι απαιτήσεις φροντίδας προς αυτόν αυξάνονται. Κι αυτό γιατί σταδιακά εμφανίζεται όλο και περισσότερη έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών του ασθενή.

Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί πως πέρα από τη συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να έχει πολύ στενή συνεργασία και με την διεπιστημονική ομάδα αλλά και με τη διεπαγγελματική, προκειμένου να υπάρχουν θετικά αποτελέσματα για τον ασθενή και την οικογένειά του με βασικό την εξασφάλιση της καλής ποιότητας ζωής(Κατσούλης,σελ.121).

Οι υπόλοιπες ειδικότητες που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση της Άνοιας είναι:

Ο νευρολόγος, ο οποίος κάνει διάγνωση, δίνει φαρμακευτική αγωγή και την παρακολουθεί. Ο παθολόγος που αντιμετωπίζει τα παθολογικά προβλήματα που προκύπτουν λόγω της Άνοιας. Ο ψυχολόγος ο οποίος μετρά την εξέλιξη της νόσου και εμπλέκεται στην υποστήριξη της οικογένειας και του ατόμου. Ο εργοθεραπευτής που δίνει λύσεις σε πρακτικά προβλήματα λειτουργικότητας του ασθενή. Ο φυσιοθεραπευτής που συμβάλει στην ανάνηψη δεξιοτήτων που προσβάλλονται. Ο νοσηλεύτης ο οποίος φροντίζει τη φαρμακευτική αγωγή και φροντίζει τη σωματική υγεία του ασθενή και ο επισκέπτης Υγείας που παρακολουθεί τη λειτουργία των

φροντιστών και τους καθοδηγεί. Απαραίτητο είναι όλες οι ειδικότητες να συνεργάζονται με αλληλοενημέρωση, σεβασμό στο ρόλο του καθενός με τακτικές συναντήσεις και συνεδρίες όλης της ομάδας.

Τέλος, ένα πολύ βασικός τομέας απασχόλησης του κοινωνικού λειτουργού αποτελεί η συνεργασία του με την ευρύτερη κοινότητα (Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία, σελ.231).

Ουσιαστικά, πρόκειται για μια διαδικασία κινητοποίησης και παροχής βοήθειας της κοινότητας να αντιληφθεί την πραγματική διάσταση των ζητημάτων που την απασχολούν, να τα αξιολογήσει, να τα ιεραρχήσει και να σχεδιάσει με συστηματικό και κατάλληλο τρόπο την αντιμετώπισή τους.

Ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να αναλάβει να ενημερώσει την κοινότητα για τις ανάγκες των ανοϊκών, για τις ιδιαιτερότητές τους σαν πληθυσμιακή ομάδα, να είναι άμεσος με το κοινό και μέσα από ομάδες, συλλόγους, υπηρεσίες αλλά και κρατικά όργανα να φροντίζει να ενισχύει την εθελοντική διάθεση των κατοίκων μιας περιοχής καθώς και να στοχεύει στην ευαισθητοποίησή τους. Όλα αυτά προϋποθέτουν μια πολύ καλή γνώση της νόσου, καθώς και μια πολύ προσεκτική διερεύνηση σχετικά με τις ανάγκες των ανοϊκών και των υπηρεσιών που υπάρχουν στην περιοχή, όπως και για τις υπηρεσίες που υπάρχει η δυνατότητα να λειτουργήσουν με τις ανάλογες διαδικασίες.

Αφού καταφέρει να ενημερώσει τους κατοίκους αλλά και να τους ευαισθητοποιήσει, θα πρέπει να πραγματοποιήσει μια πολύ καλή έρευνα για να εντοπίσει τις πραγματικές ανάγκες των ανοϊκών μέσα στην κοινότητα και με τη συμμετοχή των κατοίκων να προσπαθήσει να αναπτύξει τα κοινωνικά δίκτυα δράσης.

Αυτό περιλαμβάνει τον σχεδιασμό προγραμμάτων, τη δυνατότητα για οργάνωση των προγραμμάτων αυτών που να αφορούν τη πρόληψη της εμφάνισης άνοιας αλλά και τη φροντίδα των ανοϊκών ασθενών, την οργάνωση ομάδων πρωτοβουλίας, αυτοβοήθειας και αμοιβαίας βοήθειας στο επίπεδο της γειτονιάς, την ενεργοποίηση συλλόγων, τη διαφώτιση και τον συντονισμό ομάδων επαγγελματιών, τη διοργάνωση ενημερωτικών συγκεντρώσεων σε πολυσύχναστα σημεία της κοινότητας, τη δραστηριοποίηση των φορέων της κοινότητας προκειμένου να συμμετάσχουν ως συνδιοργανωτές στις ενημερωτικές εκδηλώσεις και την παραγωγή και κυκλοφορία ενημερωτικών εντύπων με απλές, σαφείς και κατατοπιστικές αναφορές σχετικά με την άνοια και στις απαραίτητες ενέργειες που πρέπει να γίνουν.

Ο κοινωνικός λειτουργός δημιουργεί και ασκεί κοινωνική πολιτική στον χώρο της κοινότητας. Ομάδες εθελοντών, ομάδες συμβουλευτικής και στήριξης των φροντιστών, ομάδες ανοϊκών ασθενών για ενίσχυση μνήμης και λειτουργικών τους ικανοτήτων. Τα κέντρα ημέρας και τα Alzheimer café είναι μερικές από τις δράσεις που μπορεί να αναπτύξει μέσα στα πλαίσια των δικτύων που ήδη λειτουργούν όπως τα Κ.Α.Π.Η., τα Κ.Η.Φ.Η. κ.λπ.

7.4 Ρόλος Κοινωνικού Λειτουργού με φροντιστές των ατόμων με άνοια

Λαμβάνοντας υπόψιν τον αντίκτυπο που επιφέρει η άνοια όχι μόνο στον ασθενή αλλά και σε ολόκληρη την οικογένεια με σημαντικότερη την επίδραση της στον φροντιστή του ατόμου με άνοια, ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να βοηθήσει αρκετά στη διαδικασία της φροντίδας έχοντας ένα πολύ σημαντικό ρόλο. Μέσα από την συνεχιζόμενη πίεση την οποία βιώνει ο φροντιστής, χάνοντας έτσι τη δυνατότητα του να λειτουργήσει αποτελεσματικότερα, ο κοινωνικός λειτουργός βοηθάει στην μείωση αυτής της πίεσης. Μιας πίεσης που ολοένα αυξάνεται εξαιτίας

της συνεχούς επιδείνωσης της κατάστασης του ασθενή, της αλλαγής των σχέσεων η οποία επέρχεται και της αύξησης των απαιτήσεων για την παρεχόμενη φροντίδα. Οι παρεμβάσεις της κοινωνικής εργασίας μπορούν και μειώνουν αυτήν την πίεση δεδομένου ότι βοηθούν τους πελάτες να καταλάβουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, να αναπτύξουν νέες απαντήσεις, και να διατυπώνουν τους στόχους και τα σχέδια περίθαλψης και έτσι να μπορούν να αυξήσουν την ικανότητά τους για να τα ρυθμίσουν(Cox,p.332).

Ο κοινωνικός λειτουργός σύμφωνα με Cox (2007) μπορεί ακόμη να βοηθήσει τον φροντιστή να εξεύρει τις απαραίτητες υπηρεσίες, οι οποίες θα ήταν χρήσιμο να τις γνωρίζουν οι φροντιστές. Είναι αναγκαίο οι φροντιστές να έχουν τη γνώση όλων των δομών και πηγών που υπάρχουν για να μπορούν να έχουν κάθε δυνατή στήριξη στην μακρά πορεία φροντίδας και να μπορούν να αντεπεξέλθουν. Μέσα από τη γνώση των υπηρεσιών που υπάρχουν και που είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν οι φροντιστές, μειώνεται η πίεση που αισθάνονται μιας και οι εναλλακτικές λύσεις που τους παρέχονται τους βοηθούν να ξεπεράσουν δυσκολίες και εμπόδια που προκύπτουν μέσα από τη φροντίδα του ανοϊκού ασθενή.

Για να μπορέσει όμως, ο κοινωνικός λειτουργός να γνωρίζει όλες εκείνες τις υπηρεσίες οι οποίες είναι προσιτές στο φροντιστή και που μπορούν να του παρέχουν την ποιοτική παρέμβαση για μείωση της πίεσης που υπάρχει, πρέπει να διεξάγει τη δική του έρευνα για να εντοπίσει αυτές τις υπηρεσίες και προγράμματα που υπάρχουν. Θα μπορεί να είναι σίγουρος ότι παρέχει μια εξατομικευμένη προσέγγιση στον φροντιστή, μιας και οι ανάγκες του κάθε φροντιστή διαφέρουν και ποικίλουν αναλόγως πολλών παραγόντων.

Για παράδειγμα ένας φροντιστής ο οποίος πρόσφατα έχει ξεκινήσει να παρέχει φροντίδα σε ένα ανοϊκό ασθενή έχει περισσότερο την ανάγκη για εκπαίδευση και ενημέρωση σχετικά με την ασθένεια αλλά και σχετικά με το δικό του τρόπο παροχής της απαιτούμενης για τον ασθενή φροντίδας. Ενώ ένας φροντιστής, που χρόνια φροντίζει ένα ανοϊκό ασθενή νιώθει πιο πολύ την ανάγκη για εξεύρεση όλων εκείνων των υπηρεσιών και προγραμμάτων οι οποίες θα τον βοηθήσουν να αποφορτίσει τα δικά του συναισθήματα τα οποία έχει επιφέρει η μακρόχρονη φροντίδα.

Είναι άρα απαιτούμενη και μια έρευνα σχετικά με τις ανάγκες της ίδιας της οικογένειας η οποία παρέχει φροντίδα. Να ξέρει ο κοινωνικός λειτουργός σε ποίο στάδιο βρίσκεται ο ασθενής και ποία είναι η υπάρχουσα κατάσταση στην οικογένεια. Να είναι σε θέση να γνωρίζει τη συναισθηματική κατάσταση του φροντιστή και τις ελλείψεις και ανάγκες που νιώθει ο ίδιος πως πρέπει να καλύψει για να συνεχίσει την φροντίδα του ασθενούς μέλους της οικογένειας του.

Επίσης σημαντικό είναι να υπάρχει μια συνεχής αξιολόγηση της υπάρχουσας κατάστασης του φροντιστή καθώς η επιδείνωση της ασθένειας επιφέρει αλλαγές σε όλους τους τομείς της ζωής του ασθενή με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται σημαντικά και ο φροντιστής μέσα από τις αλλαγές που επέρχονται στον ασθενή μιας και τον επηρεάζουν άμεσα . Είναι ουσιαστικά σημαντικό ο κοινωνικός λειτουργός να αξιολογεί τις ανάγκες των φροντιστών μέσα από μια συνεχή διαδικασία. Να γνωρίζει τα ιδιαίτερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο φροντιστής , τις ανάγκες και τις δυνάμεις που έχει η ίδια η οικογένεια η οποία παρέχει φροντίδα στον ασθενή με άνοια. Εστιάζει, λοιπόν, σε ποιας μορφής βοήθεια μπορεί να χρειαστεί ο φροντιστής και επιδιώκει να διατηρήσει την υγεία και την ευημερία του.

Παρόλο όμως που ο κοινωνικός λειτουργός κάνει μια ορθή αξιολόγηση μέσα από τις έρευνες που θα πραγματοποιήσει και ενημερώσει το φροντιστή για τις υπάρχουσες υπηρεσίες και προγράμματα , τα οποία θα είναι σε θέση να το στηρίξουν, εντούτοις πολλοί είναι οι φροντιστές εκείνοι οι οποίοι δεν φτάνουν ποτέ στη χρήση της υπηρεσίας. Η γνώση, δηλαδή, της ύπαρξης μιας υπηρεσίας δεν εγγυάται ότι οι φροντιστές θα την χρησιμοποιήσουν. Πολλοί παράγοντες μπορούν

να αποτρέψουν τις οικογένειες από τη χρησιμοποίηση των προγραμμάτων. Παράγοντες όπως είναι αυτοί των μεμονωμένων χαρακτηριστικών των περιθαλπόντων καθώς επίσης και εκείνων που συνδέονται με τις ίδιες υπηρεσίες.

Συνεπώς ένας άλλος σημαντικός στόχος για τους κοινωνικούς λειτουργούς είναι να βοηθήσουν τους φροντιστές να υπερνικήσουν οποιαδήποτε εμπόδια που μπορούν να είναι συνδεδεμένα με τη χρήση της υπηρεσίας και να μπορέσουν να φτάσουν μέχρι την υπηρεσία και να λάβουν την απαραίτητη για αυτούς υποστήριξη(Cox,p.335).

7.5 Ζητήματα που προκύπτουν κατά την παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού με άτομα που πάσχουν από άνοια

Σημαντικά θέματα προκύπτουν στη συνεργασία του κοινωνικού λειτουργού με άτομα που πάσχουν από άνοια είναι η εθνικότητα και ο πολιτισμός του κάθε ατόμου και της οικογένεια όπου φροντίζει, καθώς και τα ηθικά και νομικά ζητήματα που επέρχονται εξαιτίας της νόσου. Η εθνικότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην εξέταση των αντιδράσεων στην άνοια. Ο πολιτισμός έχει επιπτώσεις έντονα στους τρόπους με τους οποίους τα συμπτώματα γίνονται αντιληπτά καθώς και την προθυμία των ανθρώπων να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες που παρέχουν βοήθεια. Εάν η γνωστική εξασθένηση αντιμετωπίζεται ως ένα κανονικό μέρος της γήρανσης, έχει επιπτώσεις στην προθυμία των οικογενειών να επιδιώξουν την θεραπεία του ασθενούς.

Για παράδειγμα τα αρχικά συμπτώματα (όπως η απώλεια μνήμης) μπορεί να είναι αποδεκτά σε ορισμένους πολιτισμούς με αποτέλεσμα να μην αναζητείται βοήθεια μέχρι κάποιο μεταγενέστερο στάδιο της ασθένειας όπου η κατάσταση θα επιδεινωθεί. Για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά με κάθε πληθυσμό, οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να καταλάβουν τον τρόπο με τον οποίο η ασθένεια αντιμετωπίζεται καθώς επίσης και η οικογενειακή έννοια της φροντίδας και της ευθύνης. Αυτό μπορεί να γίνει μόνο μέσω της γνώσης και έτσι να μπορέσουν να αναπτύξουν οποιασδήποτε μορφής παρέμβαση που είναι κατάλληλη και αποδεκτή στην συγκεκριμένη ομάδα. Χωρίς τέτοια γνώση, είναι δύσκολο να ανταποκριθεί με ευαισθησία στις ανάγκες αυτών των ατόμων(Cox,p.p 9-10).

Καθώς η άνοια προχωρεί και επέρχεται σημαντικότερη έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών του ατόμου, η κατανόηση, η κρίση και η δυνατότητα να ληφθούν οι σωστές αποφάσεις εξασθενούν. Συνεπώς, ένα σοβαρό ηθικό δίλημμα που προκύπτει, αφορά την προστασία της αυτονομίας του ατόμου και την υποχρέωση να προστατευτεί. Αυτή η ανησυχία απεικονίζει τις αρχές του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού, οι οποίες υπογραμμίζουν την αυτοδιάθεση την υπεράσπιση των δικαιωμάτων του πελάτη και την προστασία της ευημερίας του. Μια διάγνωση της άνοιας μπορεί εύκολα να αγνοήσει αυτές τις καταστάσεις μιας και το άτομο κρίνεται αναρμόδιο για να λάβει τέτοιες αποφάσεις, κατά συνέπεια διακινδυνεύεται σοβαρά η αυτονομία τους. Οι κοινωνικοί λειτουργοί εξουσιοδοτούνται να εξασφαλίσουν μέτρα προστασίας για τους πελάτες που στερούνται την δυνατότητα λήψης αποφάσεων. Τα άτομα με άνοια είναι συχνά ανίκανα να λάβουν τις αποφάσεις σχετικά με τα περιουσιακά τους στοιχεία ή άλλα οικονομικά θέματα αλλά μπορεί να είναι σε θέση να λάβουν τις αποφάσεις σχετικά με την ιατρική τους φροντίδα.

Κατά συνέπεια ως μέσω αναγνώρισης της ικανότητας τους και προστασίας της ανεξαρτησίας τους, είναι οι αξιολογήσεις της ικανότητας όπου πρέπει να αξιολογούνται όλοι οι τομείς της λειτουργίας τους. Συνεπώς, οι επαγγελματίες πρέπει να είναι πεπειραμένοι για την αξιολόγηση της ικανότητας του ατόμου καθώς επίσης και της νομικής διαδικασίας και τις εκβάσεις της.

Πρέπει να είναι βέβαιοι ότι οι προτιμήσεις του πελάτη ακούγονται, όσο το δυνατόν περισσότερο, δεδομένου ότι μια διάγνωση της άνοιας δεν ακυρώνει τις ικανότητες του προσώπου(Cox,p.10).

Τα νομικά και οικονομικά ζητήματα που αναπτύσσονται ως αποτέλεσμα της άνοιας είναι η αρχική ανησυχία της οικογένειας. Η αναζήτηση βοήθειας νωρίς και κατά τη διάρκεια της ασθένειας μπορεί να επιτρέψει στο άτομο να περιλάβει στον οικονομικό σχεδιασμό και τις αποφάσεις που αφορούν την μελλοντική φροντίδα που επιθυμεί να του παρέχετε. Δεδομένου ότι η γνωστική θέση μειώνεται όπως και η κατανόηση, η κρίση και η δυνατότητα λήψης αποφάσεων, οι επαγγελματίες πρέπει να βοηθήσουν στην διασφάλιση και διατήρηση των δικαιωμάτων και συμφερόντων του ατόμου και ότι εκείνοι που χειρίζονται τις υποθέσεις εξυπηρετούν πραγματικά το συμφέρον του ανοϊκού ασθενή. Επιπλέον, πρέπει να προετοιμαστούν για να προκαλέσουν εκείνους που μπορούν πραγματικά να εξασφαλίσουν τα δικαιώματα του ασθενή και να μην παρέχουν ανεπαρκή φροντίδα(Cox,p.10-11).

Το σημαντικότερο ηθικό ζήτημα που αντιμετωπίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι ποιος είναι ο πελάτης, το πρόσωπο με την ασθένεια ή η οικογένεια; Το ζήτημα αυτό γίνεται ακόμη πιο δύσκολο όταν οι επιθυμίες συγκρούονται και ο κοινωνικός λειτουργός κατανοώντας τις ανάγκες του ενός σημαίνει ότι αυτόματα τον υπερασπίζεται. Για να μπορέσει να επιλυθεί ένα τόσο σημαντικό ηθικό ζήτημα, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να εργαστεί και με τις δύο πλευρές μέσα από την διαδικασία λήψης αποφάσεων, ούτως ώστε να αισθάνονται και οι δύο πλευρές υποστηριγμένες. Απαιτεί δεξιότητες μεσολάβησης, ευελιξίας και την δυνατότητα να βοηθηθούν τα άτομα να προσαρμοστούν. Έτσι, θα υπάρχει η αίσθηση ότι η ευημερία και των δύο πλευρών υποστηρίζεται και δεν απειλείται(Cox,p.10-11).

7.6 Βάσεις για παρεμβάσεις των Κοινωνικών Λειτουργών

Οι θεωρίες της οικολογική προοπτικής, η προοπτική της ενδυνάμωσης και της συνηγορίας, η θεωρία των οικογενειακών συστημάτων, και η θεωρία συστημάτων είναι μεταξύ των θεωριών σύμφωνα με Cox(2007) που μπορούν να παρέχουν τις βάσεις για τις παρεμβάσεις της κοινωνικής εργασίας στην άνοια. Ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να χρησιμοποιήσει κάθε μια θεωρία στις διάφορες φάσεις αξιολόγησης, στην επίλυση προβλημάτων και στην ανάπτυξη των σχεδίων περίθαλψης. Μέσα από αυτές τις παρεμβάσεις της κοινωνικής εργασίας μπορούν να βοηθηθούν οι φροντιστές δεδομένου ότι ενισχύουν τη λειτουργία και την ευημερία τόσο των ιδίων όσο και των ασθενών με άνοια. Για την καλύτερη δυνατή χρήση όλων των πιο πάνω θεωριών απαραίτητη είναι η χρήση δύο σημαντικών εργαλείων της κοινωνικής εργασίας, τα οποία θα βοηθήσουν το κοινωνικό λειτουργό στην καλύτερη αξιολόγηση της κατάστασης και στην ορθότερη των θεωριών για να μπορέσει να παρέμβει με αποτελεσματικό τρόπο.

Τα δύο αυτά εργαλεία είναι το γενεόγραμμα και ο χάρτης της οικογένειας. Το γενεόγραμμα και ο χάρτης της οικογένειας απεικονίζουν την οικογενειακή ιστορία, τα σημαντικότερα γεγονότα της ζωής, το γάμο, τις σχέσεις, τα επαγγέλματα, την κινητικότητα, και την κατάσταση της υγείας. Μέσω αυτής της περιγραφής του οικογενειακού πλαισίου, ο επαγγελματίας και ο πελάτης είναι σε θέση να καταλάβουν καλύτερα τη λειτουργία της οικογένειας και της ιστορίας του. Δεδομένου ότι τα εργαλεία αυτά θα τεκμηριώσουν επίσης οποιαδήποτε ιστορία της άνοιας στην οικογένεια, μπορεί επίσης να βοηθήσει να αποσπάσει ο κοινωνικός λειτουργός οποιεσδήποτε σκέψεις και ανησυχίες που ο φροντιστής μπορεί να έχει για την ανάπτυξη της ασθένειας (Cox,p.324).

Για να είναι επιτυχές μια παρέμβαση πρέπει να είναι ευαίσθητη και απευθυνόμενη στα συγκεκριμένα άτομα για να μπορεί να μεταχειριστεί τους διαφορετικούς παράγοντες άγχους.

Κατά συνέπεια, ακόμη και μια ψυχοεκπαιδευτική παρέμβαση θα ήταν άχρηστη ή ακόμα και θα πρόσθετε πίεση σε ένα φροντιστή που συντρίβεται από τις καθημερινές ανάγκες που επιφέρει η φροντίδα του οικογενειακού μέλους . Ο συγχρονισμός της επέμβασης είναι επίσης ένας κρίσιμος παράγοντας στην επιτυχία του. Τα οικογενειακά μέλη στο αρχικό στάδιο της διάγνωσης και της θέσπισης του ρόλου τους ως φροντιστές έχουν πολύ διαφορετικές ανάγκες και προσδοκίες απ τους φροντιστές που έχουν παράσχει φροντίδα για πολλά έτη. Ακόμη και ο τρόπος παρέμβασης που θα μπορεί να γίνει είναι εξίσου σημαντικός μιας και κάποιοι φροντιστές μπορεί να επιθυμούν να συμμετέχουν σε ομάδες υποστήριξης ή στην συμβουλευτική διαδικασία μαζί με τον ασθενή με άνοια ενώ άλλοι να επιθυμούν την ανεξάρτητη εμφάνιση τους στις συναντήσεις. Η διάρκεια, η ένταση και η δυνατότητα πρόσβασης της παρέμβασης είναι κρίσιμες για την αποτελεσματικότητά της(Cox,p.6-11).

Η παρέμβαση της κοινωνικής εργασίας μπορεί να υποστηρίξει τις οικογένειες με τον προσδιορισμό των τομέων της πίεσης, τη διευκόλυνση της έκφρασης των συναισθημάτων και των προσδοκιών, την ανάπτυξη των σχεδίων, και την αύξηση της αμοιβαίας υποστήριξης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ/ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

8.1 Εισαγωγή

Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι απαραβίαστη. Η ηλικία και η ανάγκη υποστήριξης δεν μπορούν ποτέ να είναι η αφορμή για επιβολή περιορισμών και αφαίρεσης αναφαίρετων ανθρώπινων δικαιωμάτων και αρχών ελευθερίας του ατόμου που ορίζονται από ένα δημοκρατικό σύνταγμα. Όλοι οι άνθρωποι ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία ή ανάγκη υποστήριξης έχουν τον δικαίωμα να απολαμβάνουν και να προστατεύονται από αυτά τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ελευθερίες που στόχο έχουν να υπερασπίζονται και να προστατεύουν τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματα. Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση αναγνωρίζει και σέβεται τα δικαιώματα των ηλικιωμένων οι οποίοι έχουν ανάγκη φροντίδας και στηρίζει το δικαίωμά τους να ζουν με αξιοπρέπεια και ανεξαρτησία και να έχουν παράλληλα το δικαίωμα συμμετοχής στην κοινωνική και πολιτιστική ζωή.

Οποιοσδήποτε περιορισμός αυτών των δικαιωμάτων, με αφορμή την ηλικία και την ανάγκη υποστήριξης, πρέπει να γνωστοποιείται στα αρμόδια νομικά όργανα και να αντιμετωπίζεται με νομικές διαφανείς διαδικασίες και με το μέγιστο ενδιαφέρον από όλους τους αρμόδιους φορείς. Η αδιαφορία και η περιφρόνηση αυτών των δικαιωμάτων θεωρούνται παραβάτικές.

Τα μέλη της πολιτείας θα πρέπει να προωθούν και να στηρίζουν αυτά τα δικαιώματα στο σπίτι και στα κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων ενώ παράλληλα και ο ίδιος ο ηλικιωμένος θα πρέπει να συνδράμει και να βοηθά στην τήρηση και διεκδίκησή τους από όλα τα άτομα ανεξαιρέτως.

Το προχωρημένο της ηλικίας σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπει στέρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αλλά τα ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να συνεχίσουν να ζουν και να αντιμετωπίζονται ίσα με τα υπόλοιπα μέλη μιας κοινωνίας και να προστατεύουν πάντα το απαραίτητο δικαίωμά τους να απολαμβάνουν τα δικαιώματά τους.

Η μεγάλη πλειοψηφία ευπαθών και ευπρόσβλητων σε κακοποίηση ηλικιωμένων είναι γυναίκες: 2 στους 3 ηλικιωμένους άνω των 80 ετών στην Ευρώπη είναι γυναίκες. Περισσότερο από το ένα τρίτο αυτών των γυναικών υποφέρει από την νόσο του Αλτσχάιμερ ή από άνοια, γεγονός που τις καθιστά ακόμα περισσότερο ευπρόσβλητες σε κακοποίηση.

Η Υγεία και η μακροχρόνια φροντίδα και βοήθεια, συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης και της έγκαιρης αντιμετώπισης, δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν οικονομική επιβάρυνση αλλά σαν επένδυση που ωφελεί όλες τις ηλικιακές ομάδες. Οι υπηρεσίες υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας και βοήθειας της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα πρέπει να βασίζονται στην αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών, να ανταποκρίνονται στις διατάξεις της Συνθήκης της Λισαβόνας η οποία ορίζει ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση «θα καταπολεμά τον κοινωνικό αποκλεισμό και τις διακρίσεις και θα προωθεί την κοινωνική δικαιοσύνη και προστασία, την ισότητα ανάμεσα στις γυναίκες και τους άνδρες, την αλληλεγγύη ανάμεσα στις γενιές και την προστασία των δικαιωμάτων όλων των ηλικιακών ομάδων»

Οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι, οι οικογένειές τους, οι επαγγελματίες και οι εθελοντές που φροντίζουν ηλικιωμένους θα πρέπει να σέβονται τα δικαιώματά τους όπως αυτά ορίζονται από την Πολιτεία.

Ο Ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων σκοπό έχει να διευκολύνει και να προωθήσει την πρόσβαση όλων των ηλικιωμένων ανθρώπων σε αυτά τα θεμελιώδη δικαιώματά τους. Να ενισχύσει και να στηρίξει και άλλα μέτρα που ήδη εφαρμόζονται σε κάποιες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και όχι να αντικαταστήσει τα υπάρχοντα. Σκοπός επίσης αυτού του Χάρτη Δικαιωμάτων είναι να βοηθήσει στην καλύτερη ενημέρωση και αφύπνιση των συνειδήσεων σε περισσότερο κόσμο, να τονίσει τα δικαιώματα των ολοένα αυξανόμενα ατόμων που έχουν ανάγκη από μακροχρόνια φροντίδα και βοήθεια και τέλος να ενισχύσει την καλύτερη εφαρμογή και τήρηση τους από την Πολιτεία.

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων στις μέρες μας δεν αρκεί μόνο να είναι σεβαστά αλλά να είναι η προσωπική φιλοδοξία του καθενός από εμάς.

Ο οδηγός που ακολουθεί αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των αρχών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και διευκρινίζει με πολλαπλά παραδείγματα και εμπειρίες από διάφορους οργανισμούς που πήραν μέρος στην σύνταξή του, τα αναφαίρετα δικαιώματα όλων των ηλικιωμένων ανθρώπων ανεξάρτητα από χώρα και κοινωνική θέση.

ΑΡΘΡΟ 1. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ

ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑ, ΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΘΩΣ ΓΕΡΝΑΤΕ ΙΣΩΣ ΚΑΤΑΣΤΕΙ ΑΝΑΓΚΑΙΟ ΝΑ ΕΞΑΡΤΑΣΤΕ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΑΣ, ΩΣΤΟΣΟ ΕΞΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΝΑ ΔΙΚΑΙΟΥΣΤΕ ΣΕΒΑΣΜΟ ΣΤΗΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ ΣΑΣ, ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ ΣΑΣ, ΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΑΣ.

Πιο συγκεκριμένα, δικαιούστε:

1.1 Σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά σας, τη σωματική και πνευματική ευεξία σας, ανεξάρτητα από την ηλικία, τη φυλή, την εθνική ή κοινωνική καταγωγή σας, την οικονομική σας κατάσταση, τη θρησκεία, το φύλο, τον σεξουαλικό σας προσανατολισμό ή την ταυτότητά σας.

1.2 Σεβασμό-προστασία της σωματικής, σεξουαλικής, ψυχολογικής, συναισθηματικής, οικονομικής και υλικής ευεξίας σας.

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ

1.2.1 Σεβασμό και προστασία της σωματικής ακεραιότητάς σας και προστασία από κάθε μορφής σωματική κακοποίηση, κακομεταχείριση και παραμέληση, από τον υποσιτισμό και την αφυδάτωση, την εξάντληση, το υπερβολικό κρύο ή ζέστη και από κάθε αποτρέψιμο πρόβλημα υγείας.

1.2.2 Σεβασμό και προστασία από κάθε μορφής σεξουαλική κακοποίηση και κακομεταχείριση.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ

1.2.3 Σεβασμό και προστασία της ψυχολογικής και συναισθηματικής ευεξίας, καθώς και προστασία από κάθε μορφής ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση και κακομεταχείριση.

1.2.4 Την απαίτηση ότι οι άλλοι δεν θα σας προκαλέσουν εσκεμμένα αναστάτωση, ταλαιπωρία, αρνητικά συναισθήματα ή κατάθλιψη.

1.2.5 Προστασία από κάθε απόπειρα να σας απομακρύνουν από άτομα με τα οποία επιθυμείτε να είστε μαζί, ανεξάρτητα από τον βαθμό φροντίδας και βοήθειας που χρειάζεστε, τον σεξουαλικό προσανατολισμό σας ή την ταυτότητά σας.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΥΛΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

1.2.6 Προστασία από κάθε μορφής οικονομική ή υλική κακοποίηση.

1.2.7 Απαίτηση ότι τα άτομα που μεριμνούν για τα οικονομικά και υλικά αγαθά σας, όταν εσείς δεν είστε σε θέση να τα κάνετε, θα έχουν κατά νου το δικό σας συμφέρον.

1.2.8 Δικαίωμα να διατηρείτε μαζί σας τα προσωπικά σας υπάρχοντα μέχρι το θάνατό σας ή μέχρις ότου εσείς αποφασίσετε να τα αποχωριστείτε (καθώς και να έχετε πρόσβαση σε αυτά ανά πάσα στιγμή). Δικαιούστε προστασία ενάντια σε κάθε εξαναγκασμό για αλλαγή της διαθήκης σας ή εκχώρηση οικονομικών ή υλικών αγαθών που σας ανήκουν.

ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

1.2.9 Προστασία από κάθε ιατρική και φαρμακευτική κακοποίηση, κακομεταχείριση ή παραμέληση, καθώς και από ακατάλληλη ή υπερβολική ιατρική περίθαλψη ή χρήση φαρμάκων.

ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

1.2.10 Προστασία από παραμέληση, έλλειψη υποστήριξης, φροντίδας ή θεραπείας.

1.3 Προστασία από απειλές οποιασδήποτε φύσης. Δικαιούστε τις κατάλληλες συνθήκες ώστε να αισθάνεστε ασφαλής στον χώρο σας και με τους ανθρώπους που σας περιβάλλουν.

1.4 Πρόσβαση σε κοινωνική ασφάλιση και βοήθεια.

ΑΡΘΡΟ 2. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΑΥΤΟΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΥ

ΚΑΘΩΣ ΓΕΡΝΑΤΕ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΑΣΤΕ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΑΣ, ΕΞΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΝΑ ΔΙΚΑΙΟΥΣΤΕ ΣΕΒΑΣΜΟ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΠΙΘΥΜΙΕΣ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΗ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΝΑ ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΕΣΕΙΣ ΤΙΣ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ ΣΑΣ. ΑΥΤΟ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΤΟ ΑΠΟΛΑΜΒΑΝΕΙ ΚΑΙ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΣΑΣ.

Ελευθερία επιλογής

2.1 Έχετε το δικαίωμα να ζείτε αυτοπροσδιοριζόμενη/ος και ανεξάρτητη/ος, στον βαθμό που σας το επιτρέπει η σωματική και πνευματική σας κατάσταση, καθώς και να λαμβάνετε συμβουλές και υποστήριξη προς επίτευξη αυτού.

2.2 Έχετε το δικαίωμα να απαιτείτε ότι οι απόψεις σας, οι επιθυμίες σας και οι επιλογές σας θα γίνονται σεβαστές από τους γύρω σας. Έχετε το δικαίωμα να συμμετέχετε στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων που σας αφορούν. Έχετε το δικαίωμα να επιλέγετε το μέρος που ζείτε, ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες σας, είτε πρόκειται για το σπίτι σας είτε για χώρους επίσημης φροντίδας.

2.3 Έχετε το δικαίωμα να διατηρείτε τον έλεγχο της περιουσίας σας και των εισοδημάτων σας, να διαχειρίζεστε εσείς τις οικονομικές και νομικές υποθέσεις σας και συναλλαγές σας με το κράτος. Δικαιούστε υποστήριξη προς επίτευξη αυτού. Υποστήριξη στη λήψη αποφάσεων

2.4 Έχετε το δικαίωμα να ορίζετε εσείς το άτομο που επιθυμείτε να σας εκπροσωπεί και να παίρνει αποφάσεις εξ ονόματος σας.

2.5 Έχετε το δικαίωμα να ζητάτε δεύτερη γνώμη για την κατάσταση της υγείας σας πριν ακολουθήσετε κάποια θεραπευτική αγωγή.

2.6 Έχετε το δικαίωμα να απαιτήσετε επαρκή χρόνο, ώστε να εκτιμήσετε προσεκτικά τις λύσεις που σας προτείνονται, να αξιολογήσετε τα σχετικά έγγραφα και να πάρετε αποφάσεις, αφού λάβετε ανεξάρτητες συμβουλές και υποστήριξη.

2.7 Έχετε το δικαίωμα να αφήνετε οδηγίες και αποφάσεις εκ των προτέρων όσον αφορά τη φροντίδα σας, οι οποίες θα εκτελεστούν από άτομο της επιλογής σας, στην περίπτωση που εσείς αδυνατείτε να λάβετε αποφάσεις μόνος/η σας ή να εκφραστείτε μόνος/η σας στο μέλλον. Οι επιθυμίες σας θα πρέπει να γίνονται σεβαστές ανά πάσα στιγμή, ακόμη και όταν τις επικοινωνείτε μη λεκτικά ή μέσω άλλου ατόμου της επιλογής σας.

Περιορισμοί στον αυτοπροσδιορισμό σας

5.4 Δεν επιτρέπεται να υποβάλλεστε σε οποιαδήποτε μορφή φυσικού ή πνευματικού περιορισμού εκτός και αν αυτό αποτελεί αντιμετώπιση πιθανού κινδύνου για την ακεραιότητά σας. Σε μία τέτοια περίπτωση οποιοσδήποτε τρόπος αντιμετώπισης θα πρέπει να σας διασφαλίζει διαφανή και αξιόπιστη διαδικασία η οποία μπορεί να αντιστραφεί σε περίπτωση παρενόχλησης ή ζημίας. Οι ορισμοί για το επίπεδο της πνευματικής σας ικανότητας να παίρνετε αποφάσεις δεν είναι απόλυτες ούτε οριστικές και πρέπει να επανεκτιμούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

ΑΡΘΡΟ 3. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑ

ΚΑΘΩΣ ΓΕΡΝΑΤΕ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΑΣΤΕ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΑΣ, ΕΞΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΝΑ ΔΙΚΑΙΟΥΣΤΕ ΣΕΒΑΣΜΟ ΚΑΙ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΣΤΙΓΜΩΝ ΣΑΣ.

Δικαίωμα στην προσωπική ζωή

3.1 Δικαιούστε σεβασμό της ανάγκης σας για ιδιωτικότητα. Πρέπει να απολαμβάνετε τη δυνατότητα να έχετε χρόνο και χώρο για εσάς ή με άτομα της επιλογής σας, όταν το επιθυμείτε.

3.2 Η προσωπική σας ζωή πρέπει να αντιμετωπίζεται με σεβασμό ανεξάρτητα από το πού κατοικείτε. Πρέπει να είναι στόχος όλων όσων ασχολούνται με την υποστήριξή σας, τη φροντίδα και την ιατρική περίθαλψή σας να αποφεύγεται κάθε περιορισμός της ιδιωτικότητάς σας ή της προσωπικής ζωής σας και των οικείων σχέσεών σας, ανεξάρτητα από τον βαθμό φροντίδας και βοήθειας που χρειάζεστε.

3.3 Ο σεβασμός της ιδιωτικότητάς σας τεκμαίρεται επίσης από τον βαθμό που λαμβάνονται υπόψη οι απόψεις σας περί σεμνότητας. δικαιούστε να απαιτείτε από τα άτομα που σας φροντίζουν να σας συμπεριφέρονται με ευαισθησία-διακριτικότητα.

Δικαίωμα σε ιδιωτικές πληροφορίες και επικοινωνία

3.4 Δικαιούστε το απαραβίαστο της αλληλογραφίας σας. Κανείς δεν έχει δικαίωμα να λαμβάνει, να ανοίγει ή να διαβάζει τα γράμματά σας ή το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο σας χωρίς τη συγκατάθεσή σας. Έχετε δικαίωμα να κάνετε τηλεφωνήματα κατ' ιδίαν.

3.5 Δικαιούστε σεβασμό της ιδιωτικότητάς και στον τρόπο χειρισμού των προσωπικών σας στοιχείων και προσωπικών σας εγγράφων. Τα προσωπικά σας στοιχεία προστατεύονται από τον νόμο.

3.6 Δικαιούστε να απαιτείτε ότι οι συζητήσεις για την κατάστασή σας, τη φροντίδα και την ιατρική αγωγή σας – είτε διεξάγονται ενώπιόν σας είτε όχι– θα γίνονται με ευαισθησία, διακριτικότητα και σεβασμό της ιδιωτικότητά σας.

ΑΡΘΡΟ 4. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΕ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΥΨΗΛΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΘΩΣ ΓΕΡΝΑΤΕ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΑΣΤΕ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΑΣ, ΕΞΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΝΑ ΔΙΚΑΙΟΥΣΤΕ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΥΨΗΛΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ, ΠΟΥ ΘΑ ΕΙΝΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΩΣΤΕ ΝΑ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΝΟΝΤΑΙ ΣΤΙΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΑΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΘΥΜΙΕΣ.

Ποιότητα φροντίδας

4.1 Δικαιούστε να λαμβάνετε έγκαιρη, υψηλής ποιότητας και οικονομικά προσιτή υγειονομική περίθαλψη και υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, οι οποίες θα είναι προσαρμοσμένες στις εξατομικευμένες ανάγκες και επιθυμίες σας, χωρίς καμιά απολύτως διάκριση.

4.2 Δικαιούστε να σας περιθάλπουν άτομα που έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις ώστε να αντιστοιχούν στις ανάγκες σας όσον αφορά την υποστήριξη, τη φροντίδα και την ιατρική περίθαλψή σας. Είτε σας φροντίζουν επαγγελματίες είτε συγγενείς είτε άλλα έμπιστα άτομα, πρέπει να έχουν λάβει – και να συνεχίζουν να λαμβάνουν– εξειδικευμένη εκπαίδευση και καθοδήγηση που θα τους επιτρέψει να φέρνουν σε πέρας το έργο τους.

4.3 Δικαιούστε να λαμβάνετε τις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας και βοήθειας που χρειάζεστε χωρίς καμιά απολύτως διάκριση.

4.4 Δικαιούστε να λαμβάνετε υποστήριξη για τις καθημερινές ανάγκες σας τη στιγμή που χρειάζεστε βοήθεια.

4.5 Αν και όταν μείτε σε ίδρυμα φροντίδας, οι συνθήκες και το κόστος της διαμονής σας πρέπει να εξηγούνται ρητώς σε αναλυτικό συμβόλαιο. Οι πληροφορίες για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις σας πρέπει να είναι σαφείς και εύληπτες. Δικαιούστε να λάβετε συμβουλές πριν και κατά τη διάρκεια της εισαγωγής σας.

4.6 Δικαιούστε να απαιτείτε ότι όλα τα άτομα, οι φορείς και οι ομάδες επαγγελματιών που ασχολούνται με τη φροντίδα, την υποστήριξη και την ιατρική περίθαλψή σας θα επικοινωνούν, θα συνεργάζονται μεταξύ τους και θα συντονίζουν προσεχτικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες, έχοντας κατά νου το δικό σας συμφέρον.

Ποιότητα ζωής

4.7 Δικαιούστε να επωφελείστε από μέτρα για την πρόληψη της επιδείνωσης ή μέτρα βελτίωσης της κατάστασής σας, καθώς και από μέτρα που προωθούν την ανεξαρτησία σας στον μέγιστο δυνατό βαθμό.

4.8 Δικαιούστε να μετακινείστε ελεύθερα στον περιβάλλοντα χώρο σας. Απαγορεύεται να υφίστασθε σωματικό ή πνευματικό περιορισμό οποιασδήποτε μορφής, εκτός αν είναι αντικειμενικά για το δικό σας συμφέρον. Τυχόν αποφάσεις για τον περιορισμό σας θα πρέπει να επαναξιολογούνται τακτικά. Δικαιούστε να λαμβάνετε υποστήριξη και ενθάρρυνση της κινητικότητάς σας, στον βαθμό που δεν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι που να την παρεμποδίζουν.

4.9 Δικαιούστε να απαιτείτε να λαμβάνονται υπόψη πτυχές του παρελθόντος σας και του μέχρι τώρα τρόπου ζωής σας, που έχουν σημασία για εσάς.

ΑΡΘΡΟ 5. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ,

ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΘΩΣ ΓΕΡΝΑΤΕ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΑΣΤΕ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ/ΤΗΦΡΟΝΤΙΔΑΣΑΣ,ΕΞΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕΔΙΚΑΙΟΥΣΤΕ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΔΙΑΘΕΣΙΜΕΣ ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ, ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΑΣ, ΟΥΤΩΣ ΩΣΤΕ ΝΑ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΑΦΟΥ ΕΧΕΤΕ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΣΩΣΤΑ.

Δικαίωμα πρόσβασης σε προσωπικές και εξατομικευμένες πληροφορίες

5.1 Δικαιούστε να ενημερώνεστε για την κατάσταση της υγείας σας και τις διαθέσιμες επιλογές περίθαλψης και φροντίδας. Δικαιούστε να ενημερώνεστε για τις σωματικές ή πνευματικές επιπτώσεις ή τις παρενέργειες που ενδέχεται να προκύψουν από ιατρικές εξετάσεις, φάρμακα ή παρεμβάσεις στον οργανισμό σας και την καθημερινότητα σας. Τα άτομα που περιθάλπουν είναι υποχρεωμένα να σας ενημερώνουν για τις πιθανότητες επιτυχίας ή αποτυχίας κάθε ιατρικής παρέμβασης, όπως επίσης και για κάθε διαθέσιμη εναλλακτική λύση.

5.2 Εξακολουθείτε να δικαιούστε πρόσβαση στον προσωπικό σας ιατρικό φάκελο.

Δικαιούστε να απαιτείτε να δείτε όλα τα έγγραφα που αφορούν την υγεία σας και τις εξετάσεις σας. Οι νόμιμοι εκπρόσωποί σας έχουν επίσης δικαίωμα πρόσβασης στα εν λόγω έγγραφα, αν τους εξουσιοδοτήσετε, αρκεί να μπορούν να αποδείξουν ότι έχουν έννομο συμφέρον.

5.3 Το δικαίωμα σας να αρνείστε να ενημερωθείτε πρέπει επίσης να γίνεται σεβαστό

5.4 Δικαιούστε να σας απευθύνονται με τρόπο ξεκάθαρο, διακριτικό και κατανοητό σχετικά με τις ιατρικές διαγνώσεις, τη φροντίδα και την περίθαλψή σας, καθώς αυτό εντάσσεται στο δικαίωμα σας για ενημέρωση και συγκατάθεση πριν από τη λήψη αποφάσεων.

Συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης και συμβουλές

5.5 Πριν από κάθε απόφαση που αφορά τη φροντίδα και την ιατρική περίθαλψή σας δικαιούστε να ενημερώνεστε πριν δώσετε τη συγκατάθεσή σας, όπως επίσης και για κάθε επίπτωση από συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα και κλινικές δοκιμές.

5.6 Έχετε τη δυνατότητα και το δικαίωμα πρόσβασης σε νομικές συμβουλές, νομική υπεράσπιση και εκπροσώπηση, ενώ πρέπει να σας παρέχεται νομική βοήθεια, όταν εσείς δεν έχετε τους απαιτούμενους οικονομικούς πόρους.

5.7 Είτε εσείς είτε άτομο της επιλογής σας δικαιούστε να λαμβάνετε έγκαιρη, σαφή και περιεκτική ενημέρωση για όλες τις υπηρεσίες (καθώς και τις δυνατότητες προσαρμογής της διαμονής σας) που είναι διαθέσιμες, καθώς και για το ανάλογο κόστος τους.

5.8 Πριν συνάψετε ή τροποποιήσετε οποιαδήποτε συμφωνία ή συμβόλαιο με κάποια

υπηρεσία ή φορέα δικαιούστε πλήρη ενημέρωση για το περιεχόμενο της συμφωνίας και τη δυνατότητα να προβείτε σε τροποποιήσεις της σε μελλοντική ημερομηνία όσο αφορά τους όρους, τις υπηρεσίες και τις δαπάνες. Η ενημέρωση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις σας πρέπει να είναι σαφή και εύληπτη.

ΑΡΘΡΟ 6. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

ΣΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΘΩΣ ΓΕΡΝΑΤΕ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΑΣΤΕ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΑΣ, ΕΞΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΝΑ ΔΙΚΑΙΟΥΣΤΕ ΝΑ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΤΕ ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΚΑΙ ΝΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΤΗΝ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΖΩΗ, ΤΗ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ.

6.1 Πρέπει να παρέχονται πληροφορίες και δυνατότητες να συμμετέχετε ελεύθερα και χωρίς εξαναγκασμό στην κοινωνική ζωή ανάλογα με τα ενδιαφέροντα σας και τις ικανότητές σας. Αυτό συμπεριλαμβάνει την ενημέρωση και τη συμμετοχή στις δουλειές του σπιτιού, σε κοινές δραστηριότητες, γιορτές και κοινωνικές εκδηλώσεις, καθώς και το να έχετε τη δυνατότητα να κάνετε έμμισθη ή εθελοντική εργασία και να συμμετέχετε στη δια βίου μάθηση.

6.2 Δικαιούστε κάθε υποστήριξη που απαιτείται ώστε να είστε σε θέση να επικοινωνείτε και δικαιούστε να λαμβάνονται υπόψη οι επικοινωνιακές ανάγκες και προσδοκίες σας, ανεξάρτητα με ποιον τρόπο τις επικοινωνείτε.

6.3 Δικαιούστε να μετακινείστε ελεύθερα, ώστε να καλλιεργείτε τα ενδιαφέροντα και τις ασχολίες σας. Αν η κινητικότητά σας είναι εμποδισμένη, δικαιούστε βοήθεια.

6.4 Δικαιούστε ισότιμη πρόσβαση στις νέες τεχνολογίες και κατάλληλη βοήθεια για να τις χρησιμοποιείτε.

6.5 Δικαιούστε να συνεχίζετε να ασκείτε όλα τα πολιτικά δικαιώματα σας, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος να συμμετέχετε σε πολιτικές εκλογές και, αν είναι απαραίτητο, να λαμβάνετε την απαιτούμενη βοήθεια για το πετύχετε. Το δικαίωμα σας στην ελευθερία αποφάσεων πρέπει να γίνεται σεβαστό, όπως επίσης πρέπει να γίνεται σεβαστή από το άτομο που σας βοηθά η μυστικότητα της ψήφου σας.

ΑΡΘΡΟ 7. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ/ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ

ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ, ΔΟΞΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΙΑ ΚΑΘΩΣ ΓΕΡΝΑΤΕ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΑΣΤΕ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΑΣ, ΕΞΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΝΑ ΔΙΚΑΙΟΥΣΤΕ ΝΑ ΖΕΙΤΕ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΑ ΠΙΣΤΕΥΩ ΣΑΣ, ΤΙΣ ΔΟΞΑΣΙΕΣ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΞΙΕΣ ΣΑΣ.

7.1 Δικαιούστε σεβασμό των αξιών και των απόψεών σας, της φιλοσοφίας σας και της θρησκευτικής ελευθερίας σας, ανεξάρτητα από το αν τα άτομα που σας φροντίζουν συμμερίζονται τις εν λόγω αξίες και απόψεις.

7.2 Δικαιούστε να συμμετέχετε σε θρησκευτικές τελετές και να λαμβάνετε πνευματική ή θρησκευτική συμπαράσταση και καθοδήγηση όταν το επιθυμείτε, καθώς και να την αρνείστε όταν δεν την επιθυμείτε αυτό το δικαίωμα συμπεριλαμβάνει την ελευθερία σας να αλλάξετε θρησκεία ή πιστεύω, καθώς και την ελευθερία σας να λατρεύετε, είτε κατ' ιδίαν είτε δημοσίως, με άλλους ή κατά μόνας, τη θρησκεία σας ή τις δοξασίες σας σε θέματα διδαχής, άσκησης λατρευτικών καθηκόντων και τήρησης των θρησκευτικών κανόνων.

7.3 Η πολιτιστική κληρονομιά, οι θρησκευτικές δοξασίες και οι λατρευτικές πρακτικές αξίζουν σεβασμό, στο πνεύμα της αμοιβαίας ανεκτικότητας.

7.4 Δικαιούστε να συναναστρέφεστε και να συναθροίζεστε, όπως επίσης δικαιούστε να αρνείστε να συναναστρέφεστε.

7.5 Δικαιούστε να αναπτύσσετε πλήρως την προσωπικότητά σας ως πολιτικού και κοινωνικού ατόμου, καθώς και να διευρύνετε τις γνώσεις και τις δεξιότητές σας.

7.6 Δικαιούστε να αρνείστε ανεπιθύμητες πιέσεις ιδεολογικού, πολιτικού, θρησκευτικού ή προκατειλημμένου χαρακτήρα και δικαιούστε να ζητάτε προστασία από τέτοιου είδους πιέσεις.

ΑΡΘΡΟ 8. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

ΣΤΟΝ ΣΕΒΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ ΕΧΕΤΕ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΝΑ ΠΕΘΑΝΕΤΕ ΑΞΙΟΠΡΕΠΩΣ ΚΑΙ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΕΠΙΘΥΜΙΕΣ ΣΑΣ.

8.1 Δικαιούστε βοήθεια, υποστήριξη και αρωγή όταν φτάνετε στο τέλος της ζωής σας. Δικαιούστε μέτρα για την ανακούφιση του πόνου και άλλων βασανιστικών συμπτωμάτων αν το επιθυμείτε.

8.2 Δικαιούστε να απαιτείτε να γίνουν όλα όσα είναι εφικτά, ώστε η πορεία σας προς τον θάνατο να είναι αξιοπρεπής και υποφερτή. Τα άτομα που σας περιθάλπουν και σας συνοδεύουν στο τελευταίο στάδιο της ζωής σας πρέπει να σέβονται τις επιθυμίες σας και να τις λαμβάνουν υπόψη στον μέγιστο δυνατό βαθμό.

8.3 Δικαιούστε να απαιτείτε από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να συμπεριλάβει και άλλα έμπιστα άτομα / οικείους σας στη φροντίδα σας κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής σας, καθώς και να τους παρέχει επαγγελματική στήριξη. Η επιθυμία σας να μη συμπεριληφθούν συγκεκριμένοι άνθρωποι πρέπει επίσης να γίνεται σεβαστή.

8.4 Για όσο διάστημα είστε διανοητικά ικανή/ος έχετε το δικαίωμα να καθορίζετε αν και σε ποιον βαθμό πρέπει να ξεκινά ή να συνεχίζει η ιατρική περίθαλψη, εν όψει του πιθανού επικείμενου θανάτου σας, καθώς και αν πρέπει να ξεκινήσουν ή να παραληφθούν μέτρα παράτασης της ζωής.

8.5 Κανείς δεν επιτρέπεται να πάρει μέτρα που θα σας οδηγήσουν συστηματικά στον θάνατο, εκτός αν αυτό είναι σύμφωνο με την εθνική νομοθεσία(1) της χώρας διαμονής σας και έχετε δώσει ρητά σχετικές οδηγίες.

8.6 Στην περίπτωση που δεν είστε σε θέση να εκφραστείτε, δικαιούστε να γίνουν σεβαστές οι οδηγίες που έχετε αφήσει εκ των προτέρων όσον αφορά αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα σας κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής σας.

8.7 Δικαιούστε τον σεβασμό των επιθυμιών που εκφράσατε κατά τη διάρκεια της ζωής σας σχετικά με το πώς θέλετε να σας μεταχειριστούν μετά τον θάνατό σας, το τι θα γίνει η σωρός σας, όπως επίσης να γίνουν σεβαστά τα θρησκευτικά πιστεύω σας.

(1) Στα περισσότερα κράτη η ευθανασία δεν επιτρέπεται, με εξαίρεση ορισμένα.

ΑΡΘΡΟ 9. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΕΝΔΙΚΑ ΜΕΣΑ

ΚΑΘΩΣ ΓΕΡΝΑΤΕ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΑΣΤΕ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΑΣ, ΕΞΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΕΝΔΙΚΑ ΜΕΣΑ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑΚΟΜΕΤΑΧΕΙΡΙΣΗΣ, ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗΣ Η ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗΣ.

9.1 Δικαιούστε υποστήριξη όταν βρίσκεστε σε καταστάσεις όπου υφίστασθε κακοποίηση ή κακομεταχείριση, είτε λαμβάνετε φροντίδα στο σπίτι σας είτε σε ίδρυμα.

9.2 Δικαιούστε να απαιτείτε οι επαγγελματίες που σας φροντίζουν να είναι εκπαιδευμένοι να αναγνωρίζουν σημάδια κακοποίησης και κακομεταχείρισης και να ενεργούν κατάλληλα για να σας προστατεύουν από άλλα μελλοντικά περιστατικά κακομεταχείρισης.

9.3 Δικαιούστε να ενημερώνεστε για τους διαθέσιμους διαύλους για να καταγγείλετε ενδεχόμενη κακοποίηση. Δικαιούστε να καταγγείλετε κακοποίηση ή κακομεταχείριση χωρίς να φοβάστε τυχόν αρνητικές συνέπειες όπως επίσης δικαιούστε να απαιτείτε ότι οι αρχές θα σας πάρουν στα σοβαρά, όταν προβαίνετε σε καταγγελία.

9.4 Δικαιούστε να απαιτείτε να παίρνουν στα σοβαρά την (αναφερόμενη) κατάσταση κακοποίησης ή κακομεταχείρισης όταν προβαίνετε σε καταγγελία, μέχρις ότου διερευνηθεί το θέμα πλήρως.

9.5 Δικαιούστε περίθαλψη για κάθε σωματικό ή ψυχολογικό τραύμα που ενδεχομένως επάθατε εξαιτίας κακοποίησης ή κακομεταχείρισης, μέχρι την πλήρη αποκατάστασή του.

Πρέπει επίσης να σας δίνεται χρόνος για να ανακάμψετε με τον δικό σας ρυθμό.

ΑΡΘΡΟ 10 ΤΑ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΣΑΣ

ΚΑΘΩΣ ΓΕΡΝΑΤΕ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΑΣΤΕ ΑΠΟ ΑΛΛΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΑΣ, ΘΑ ΠΡΕΠΕΙ:

10.1 να σέβεστε τα δικαιώματα και τις ανάγκες όλων των άλλων ανθρώπων που ζουν και εργάζονται στο περιβάλλον σας και να σέβεστε τα ενδιαφέροντα και προτιμήσεις της κοινωνίας στην οποία ζείτε. Τα δικαιώματα και οι ελευθερίες σας θα πρέπει μόνο να περιορίζονται από την ανάγκη να σέβεστε παρόμοια δικαιώματα άλλων μελών της κοινωνίας.

10.2 να σέβεστε τα δικαιώματα των ατόμων που σας παρέχουν φροντίδα και να συμπεριφέρεστε στο προσωπικό που σας φροντίζει με ευγένεια για να έχει την δυνατότητα να εργάζεται σε περιβάλλον απαλλαγμένο από παρενοχλήσεις και κακοποίηση.

10.3 να σχεδιάζετε το μέλλον σας και να έχετε την ευθύνη των επιπτώσεων των πράξεων σας σε ότι αφορά αυτούς που σας φροντίζουν και τους συγγενείς σας, σύμφωνα με την εθνική σας νομοθεσία. Αυτό συμπεριλαμβάνει:

10.3.1 να ορίζεται κάποιο κατάλληλο τρίτο πρόσωπο το οποίο θα έχει το δικαίωμα να αποφασίζει και να συνηγορεί εκ μέρους σας

10.3.2 να αφήνετε σαφείς οδηγίες με λεπτομέρειες για τις επιλογές σας όσον αφορά θέματα της υγείας σας και την ευημερία σας συμπεριλαμβανομένης και της φροντίδας που έχετε ανάγκη

καθώς επίσης και τυχόν θεραπεία σε όλη την διάρκεια της ζωής σας καθώς επίσης και απαραίτητες διευθετήσεις για την ιδιοκτησία σας και γενικά για τις οικονομικές σας υποθέσεις. Αν δεν μπορείτε να τακτοποιήσετε μόνοι σας τα παραπάνω ορίστε κάποιον συγγενή ή άλλον αντιπρόσωπο ο οποίος θα έχει το δικαίωμα να παίρνει αποφάσεις εκ μέρους σας ,σεβόμενος πάντα τις επιθυμίες σας όπου αυτό είναι δυνατό.

10.4 ενημερώστε τις αρμόδιες αρχές και όσους σας περιβάλλουν για τυχόν περίπτωση κακοποίησής σας, κακής συμπεριφοράς προς εσάς ή παραμέλησής σας.

Ο Ευρωπαϊκός αυτός Χάρτης συντάχθηκε από τους παρακάτω αρμόδιους:
Ευρωπαίοι αρμόδιοι:

- AGE Platform Europe, συντονιστής προγράμματος
- EDE –Ευρωπαϊκή Ένωση Διευθυντών Μονάδων Φροντίδας Ηλικιωμένων

Εθνικοί αρμόδιοι:

- ANBO (Ολλανδία)
- BIVA (Γερμανία)
- Commune de St Josse (Βέλγιο)
- Εθνικό Ίδρυμα Γεροντολογίας (Γαλλία)
- FIPAC (Ιταλία)
- 50+ (Ελλάδα)
- Mestna Zveza Upokojencev (Σλοβενία)
- NIACE (Ην. Βασίλειο)
- Σουηδική Ένωση Συνταξιούχων (Σουηδία)
- ZIVOT 90 (Τσεχία)

με την υποστήριξη του Ευρωπαϊκού προγράμματος DAPHNE III για την πρόληψη και καταπολέμηση

της βίας ενάντια σε παιδιά, νεαρά άτομα, γυναίκες και ηλικιωμένους και την προστασία των θυμάτων

και των ομάδων που διατρέχουν κίνδυνο__

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η γήρανση μπορεί κατά βάση να θεωρείται μια βιολογική διαδικασία, μολαταύτα είναι στενά συνδεδεμένη τόσο με ψυχικούς, όσο και με κοινωνικούς παράγοντες. Στην εποχή μας εντοπίζονται ποικίλα κοινωνικά αίτια που συμβάλλουν στην επιτάχυνση της διαδικασίας της γήρανσης, μερικά από αυτά είναι: η περιθωριοποίηση του ηλικιωμένου, η αδράνεια, η απομόνωση καθώς και κοινωνική και ψυχολογική αποξένωσή του από το κοινωνικό του περιβάλλον και τον υπόλοιπο πληθυσμό, με τον εγκλεισμό των ηλικιωμένων σε ιδρύματα.

Τα γηρατεία ως βιολογικό φαινόμενο είναι μια διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται στα κύτταρα και αναπτύσσονται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου. Η διαδικασία της γήρανσης διαφοροποιείται σε ρυθμό και βαθμό από άτομο σε άτομο και σήμερα η Επιστήμη της Ιατρικής χρησιμοποιεί τον όρο βιολογική ηλικία, η οποία αντιστοιχεί στην εσωτερική κατάσταση των λειτουργικών συστημάτων του οργανισμού και τον όρο χρονολογική ηλικία που αντιστοιχεί στην χρονολογική ηλικία κάθε ατόμου.

Παρόλα αυτά είναι φανερό ότι με την πάροδο της ηλικίας δημιουργούνται προοδευτικές φθορές στο ανθρώπινο σώμα, ενώ ταυτόχρονα μειώνεται η ικανότητα του ανθρώπινου οργανισμού να επισκευάσει τις φθορές αυτές.

Η αύξηση του μέσου όρου ζωής που παρατηρείται ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες και στις υπό ανάπτυξη χώρες, έχει ως απόρροια και την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης των παθήσεων της Τρίτης ηλικίας όπως είναι λ.χ. η υπέρταση, η στεφανιαία νόσος, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και οι άνοιες. Στις μέρες μας, οι άνοιες με συχνότερη τη νόσο Alzheimer (50% - 60% του συνόλου), αποτελεί ένα ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα. Ο αριθμός των ασθενών τείνει να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, με 150.000 ασθενείς στην Ελλάδα, 5.000.000 στην Ευρώπη και 25.000.000 παγκοσμίως.

Ως άνοια θα μπορούσε να οριστεί η έκπτωση της μνήμης και των άλλων γνωστικών λειτουργιών όπως λ.χ. ο λόγος, η προσοχή, η συγκέντρωση, η κρίση, συγκριτικά με το προηγούμενο επίπεδο του ασθενούς. Απόρροια αυτής της παθολογικής διεργασίας είναι η σταδιακή και αργή επιδείνωση της ικανότητας του ατόμου να προβαίνει στην εκτέλεση δραστηριοτήτων της καθημερινής του ζωής και τελικά στην πλήρη αποδιοργάνωση της προσωπικότητας του.

Συχνά ο όρος άνοια χρησιμοποιείται από τον ευρύ κοινό καθώς και από τα ΜΜΕ ως συνώνυμος της νόσου Alzheimer, κάτι όμως που είναι λάθος. Η άνοια είναι ένας περιγραφικός, γενικός όρος, ενώ η νόσος Alzheimer αποτελεί μια συγκεκριμένη νόσο, η οποία ευθύνεται για περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις άνοιας. Η νόσος του Alzheimer είναι μια εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου.

Καθώς όμως η νόσος εξελίσσεται επηρεάζονται σταδιακά και οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής λ.χ. κοινωνικές σχέσεις, φροντίδα του εαυτού κ.α., σε τόσο σημαντικό βαθμό, έτσι ώστε ο ασθενής να εξαρτάται ολοκληρωτικά από τους άλλους. Η προστασία των ηλικιωμένων ατόμων ως διαδικασία αποτελεί ύψιστο ηθικό καθήκον σε κάθε ευνομούμενη και πολιτισμένη κοινωνία. Από την αρχαιότητα η συμβίωση με τους ηλικιωμένους και η παρεπόμενη προστασία τους αποτελούσε βασική αξία της ελληνικής κουλτούρας, μια αξία που ο λαός μας την διατηρεί αέναα μέσα από τη παρέλευση των χρόνων.

Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια λοιπόν είναι απαραβίαστη. Η ηλικία και η ανάγκη υποστήριξης δεν μπορούν ποτέ να είναι η αφορμή για επιβολή περιορισμών και αφαίρεσης αυθαιρέτων ανθρώπινων δικαιωμάτων και αρχών ελευθερίας του ατόμου που ορίζονται από ένα δημοκρατικό σύνταγμα. Όλοι οι άνθρωποι ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία ή ανάγκη υποστήριξης έχουν τον δικαίωμα να απολαμβάνουν και να προστατεύονται από αυτά τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις

ελευθερίες που στόχο έχουν να υπερασπίζονται και να προστατεύουν τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματα.

Μολαταύτα, στις μέρες μας, τα πρότυπα και αξίες τείνουν να διαφοροποιούνται. Πλέον δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην παραγωγικότητα και υπάρχει τάση εξύψωσης της νεότητας και της δύναμης. Οι ομορφιές της νεότητας εκθειάζονται από τα ΜΜΕ και υπερισχύουν στις διαφημίσεις, στην τηλεόραση, στα κινηματογραφικά έργα και στην φιλολογία. Έτσι, παρά το γεγονός ότι η αντίδραση κάθε ατόμου είναι διαφορετική, δεν είναι λίγοι οι ηλικιωμένοι που αισθάνονται ότι οι άλλοι δεν τους θέλουν και τους απωθούν.

Οι νέοι σήμερα διακατέχονται από ανάμικτα συναισθήματα σεβασμού και αντιπάθειας για τους ηλικιωμένους. Τα αρνητικά συναισθήματα των νέων προς τους ηλικιωμένους οφείλονται στον κοινωνικό φόβο που μπορεί να αισθάνονται οι νέοι για τον θάνατο και στο γεγονός ότι ο ηλικιωμένος θεωρείται ως σύμβολο της θνησιμότητας. Το γεγονός αυτό έχει ως απόρροια, να γίνεται παραβίαση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ανθρώπων της Τρίτης ηλικίας. Η καθιέρωση των ηλικιακών προκαταλήψεων έχει τις ρίζες του στο αυξημένο αρνητικό τρόπο που οι Η.Π.Α. αντιμετωπίζουν τα άτομα της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας. Στις Η.Π.Α., τα ηλικιωμένα άτομα τείνουν να τίθενται στο περιθώριο και να αποποιούνται των ευθυνών, της δύναμης και εν τέλει της αξιοπρέπειάς του. Το στίγμα που αφορά την άνοια είναι ένα ουσιώδες πρόβλημα στον τομέα της φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων. Το στίγμα αντανάκλα μία κατάσταση ανικανότητας όπου ένα φυσιολογικό άτομο υποβιβάζεται σε ένα άτομο με το οποίο κάτι δεν πάει καλά.

Το στίγμα αποτελεί μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ παράλληλα τον αναγκάζει να πασχίζει να κρύψει, όταν αυτό βέβαια είναι δυνατόν, την αιτία που προκαλεί αυτήν την αντιμετώπιση. Στη εποχή μας, το στίγμα χρησιμοποιείται ιδιαίτερα για να καταδείξει ότι κάποιες συγκεκριμένες ασθένειες (λ.χ. Alzheimer, καρκίνος, ψυχικές ασθένειες) καθώς και τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές που τις συνοδεύουν σχετίζονται με την κινητοποίηση προκαταλήψεων σε βάρος των ατόμων που νοσούν από αυτές.

Τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις είναι τρεις έννοιες που συνδέονται στενά με την κατανόηση του στίγματος. Ως στερεότυπα ορίζονται οι αρνητικές κυρίως κοινωνικές γνωστικές δομές που προκαθορίζουν τη συμπεριφορά του κάθε ατόμου. Από την άλλη ως προκαταλήψεις θα μπορούσαν να οριστούν οι γνωσιακές και συναισθηματικές αντιδράσεις που καλλιεργούνται όταν ένα άτομο ή μια ομάδα ατόμων εγκολπώνεται τα αρνητικά στερεότυπα. Οι προκαταλήψεις είναι καταστάσεις εκείνες που φανερώνουν το πόσο έτοιμος είναι ένας άνθρωπος να ενεργήσει αρνητικά απέναντι στο αντικείμενο της προκατάληψης, χωρίς να εξετάσει αν μια τέτοια συμπεριφορά είναι δικαιολογημένη ή όχι. Η διάκριση είναι συμπεριφοριστική αντίδραση που έπεται της προκατάληψης.

Μέσω των διακρίσεων εκτείνονται οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν άτομα ηλικιωμένα ή με κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια στην προσπάθειά τους να επανακτήσουν την κοινωνική λειτουργικότητά τους και να ενταχθούν στην κοινωνία. Οι διακρίσεις είναι απόληξη μιας διαδικασίας που ξεκινάει όταν κάποιος χαρακτηρίζεται ως διαφορετικός. Σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση του κοινωνικού στίγματος διαδραματίζουν τα Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας ως βασικοί φορείς ενημέρωσης του κοινού. Τα ΜΜΕ, με κυρίαρχη την τηλεόραση παράγουν τη δημόσια εικόνα και προμηθεύουν όλα εκείνα τα στοιχεία που συγκροτούν τα στερεότυπα, τα αναπαράγουν και τα διαιωνίζουν.

Το πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού των ηλικιωμένων δεν αποτελεί μια καινούργια πραγματικότητα. Ανέκαθεν η κοινωνία έδειχνε αμυδρά μια αποστροφή προς τους γέροντες. Ωστόσο, το πρόβλημα της απομόνωσης της Τρίτης ηλικίας φαίνεται να επιδεινώνεται ιδιαίτερα στην εποχή μας από την ανάπτυξη της τεχνολογίας και τους βιομηχανικούς ρυθμούς ζωής στην σύγχρονη πόλη. Πιο γρήγορη διαδικασία περιθωριοποίησης της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας έχουμε στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος αντιμετωπίζει μακροχρόνιες ασθένειες δεδομένου ότι η περίθαλψη και η κοινωνική βοήθεια προς τα άτομα αυτών των ηλικιακών ομάδων είναι ελλιπής.

Η μακροχρόνια φροντίδα λοιπόν και η βοήθεια, συμπεριλαμβανομένης τη πρόληψης και της έγκαιρης αντιμετώπισης, δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σαν οικονομική επιβάρυνση αλλά σαν επένδυση που ωφελεί όλες τις ηλικιακές ομάδες. Οι υπηρεσίες υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας και βοήθειας της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα πρέπει να βασίζονται στην αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών, να ανταποκρίνονται στις διατάξεις της Συνθήκης της Λισαβώνας η οποία ορίζει ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση «θα καταπολεμά τον κοινωνικό αποκλεισμό και τις διακρίσεις και θα προωθεί την κοινωνική δικαιοσύνη και προστασία, την ισότητα ανάμεσα στις γυναίκες και τους άνδρες, την αλληλεγγύη ανάμεσα στις γενιές και την προστασία των δικαιωμάτων όλων των ηλικιακών ομάδων»

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων στις μέρες μας δεν αρκεί μόνο να είναι σεβαστά αλλά να είναι η προσωπική φιλοδοξία του καθενός από εμάς.

Το προχωρημένο της ηλικίας σε καμία περίπτωση δεν επιτρέπει στέρηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων αλλά τα ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να συνεχίσουν να ζουν και να αντιμετωπίζονται ίσα με τα υπόλοιπα μέλη μιας κοινωνίας και να προστατεύουν πάντα το απαράβατο δικαίωμά τους να απολαμβάνουν τα δικαιώματά τους.

Όσον αφορά τώρα την παροχή φροντίδας σίγουρα επιφέρει σημαντική μείωση του προσωπικού χρόνου του ατόμου που παρέχει φροντίδα. Σε κάποια άτομα ο χρόνος αυτός μπορεί να μην εκλαμβάνεται ως κάτι σημαντικό σημαντικό όμως είναι η νευρική και όχι μόνο που τους δημιουργείται.

Στην ελληνική κοινωνία την ευθύνη της φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων στην οικογένεια επωμίζεται συνήθως η γυναίκα. Έτσι, η γυναίκα ως φροντιστής ενός ηλικιωμένου ατόμου που πάσχει από τη νόσο είναι φυσικό να φορτίζεται συναισθηματικά και να παρουσιάζει υψηλό βαθμό κόπωσης τα οποία εκδηλώνονται μέσα από το άγχος, σε σχέση με τον άντρα που συνήθως δεν αναλαμβάνει τέτοιο ρόλο.

Εκτός όμως από την νευρική και σημαντικό είναι και το αίσθημα της θλίψης που βιώνουν οι φροντιστές και που ίσως μετέπειτα, το αίσθημα θλίψης που βιώνουν, να επιφέρει κατάθλιψη. Η όλη κατάσταση που βιώνουν με την παροχή φροντίδας στον ασθενή με άνοια είναι σίγουρα πιεστική.

Επίσης οι φροντιστές βιώνουν έντονα τα αισθήματα ενοχής και τιμωρίας για την κατάσταση που βιώνουν αλλά και την ασθένεια του ατόμου που φροντίζουν. Έχουν για να αποταθούν οι ίδιοι σε κάποιο γιατρό επιφέρει σημαντική επιδείνωση στην υγεία τους. Οι φροντιστές αισθάνονται ότι η υγεία τους επιβαρύνεται εξαιτίας της παροχής φροντίδας. Η αίσθηση της επιβάρυνσης όπως οι ίδιοι την αντιλαμβάνονται, φαίνεται ότι επιδεινώνεται σημαντικά.

Όπως ο ασθενής έχει την ανάγκη φαρμακευτικής και μη φαρμακευτικής παρέμβασης για την αντιμετώπιση της νόσου, έτσι και ο φροντιστής χρειάζεται τη συμβουλευτική στήριξη για να μπορεί να αποφορτίσει όλα εκείνα τα συναισθήματα που βιώνει εξαιτίας της παροχής φροντίδας. Είναι το άτομο που ουσιαστικά βιώνει αυτή την ασθένεια μιας και ο ασθενής δεν έχει πλέον την ικανότητα να θυμάται τι πράττει. Προσφέρει όλο του το είναι σε ένα άτομο χωρίς να ανατροφοδοτείται καθόλου από αυτό ενώ σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να έχει να αντιμετωπίσει την αρνητική συμπεριφορά του.

Ωστόσο η Τρίτη Ηλικία έχει ανάγκη την κοινωνικοποίηση και τη συναναστροφή με άλλα άτομα, το οποίο δε συμβαίνει τόσο, είτε λόγω αντιλήψεων (π.χ. μία χήρα που έχει κοινωνική ζωή, κριτικάρεται από την πλειοψηφία) είτε γιατί αντιμετωπίζει οικονομικά και ιατρικά προβλήματα που αποτελούν τροχοπέδη. Οι κοινωνικές επαφές συνδέονται άμεσα τόσο με την ψυχική όσο και με τη σωματική υγεία. Η έλλειψη κοινωνικών σχέσεων επηρεάζει αρνητικά την υγεία, αλλά και η κακή υγεία επηρεάζει τις κοινωνικές σχέσεις. Αυτό συμβαίνει γιατί τα προβλήματα υγείας περιορίζουν την ενέργεια του ατόμου και αυξάνουν την καταθλιπτική διάθεση.

Όλα αυτά που προαναφέραμε αναδεικνύουν την επισταμένη ανάγκη για αναβάθμιση των υπηρεσιών που απευθύνονται στην Τρίτη Ηλικία, αλλά και για τη δημιουργία νέων, προκειμένου να υπάρχει η κατάλληλη αντιμετώπιση των μαιτροκοινωνικών της προβλημάτων που θα

συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Το Κράτος Πρόνοιας οφείλει να λάβει δράση με τη στήριξη θεσμών και προγραμμάτων, που θα καλύψουν τα κενά της ελλιπούς και ανεπαρκούς σύγχρονης φροντίδας των ηλικιωμένων σε όλους τους τομείς.

Η κοινωνία και το κράτος πρέπει να προχωρήσουν στην ανάπτυξη θετικών στάσεων προς τα ηλικιωμένα άτομα μέσα από την επιτέλεση ουσιαστικού έργου, με τη βελτίωση της φροντίδας της υγείας τους, με το να δημιουργούν και να διατηρούν ανοιχτή τη συνεργασία τόσο με τους ίδιους όσο και με τις οικογένειές τους και να προωθούν περισσότερο την επίλυση των προβλημάτων «όσο αυτό είναι εφικτό» κοντά στο οικείο περιβάλλον τους μέσα από τη στελέχωση επαγγελματιών υγείας όλων των ειδικοτήτων.

Αναμφίβολα, ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων της Τρίτης Ηλικίας είναι η πρόληψη που, αν εφαρμοστεί σωστά και σε όλα τα επίπεδα, θα υπάρξει μεγαλύτερη αποφυγή ή έστω καθυστέρηση στην επέλευση δυσάρεστων καταστάσεων και θα συντελεί επίσης στην άμβλυνση των αρνητικών επιπτώσεών τους. Η πρόληψη μπορεί να επιχειρηθεί σε τρεις βαθμίδες: στην πρωτοβάθμια πρόληψη, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια. Η πρωτοβάθμια πρόληψη εφαρμόζεται με σκοπό την ανίχνευση και τον περιορισμό εκείνων των παραγόντων που ευθύνονται και συμβάλλουν στην πρόκληση κάθε προβλήματος, πριν ακόμα εκδηλωθεί αυτό. Η δευτεροβάθμια έχει σκοπό τον έλεγχο και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που ήδη υπάρχουν, ενώ η τριτοβάθμια επιχειρεί τη μείωση των επιπτώσεων και αν είναι δυνατό των υποτροπών. Προϋποθέσεις επιτυχίας στην προσπάθεια πρόληψης είναι, από τη μία η γνώση για τις ιδιαιτερότητες και τα αίτια των προβλημάτων πάσης φύσεως που αντιμετωπίζει η Τρίτη Ηλικία και από την άλλη ο καλός προγραμματισμός και η σωστή στελέχωση και κρατική οργάνωση.

Πιο συγκεκριμένα, η διαμόρφωση Κοινωνικής Πολιτικής για τους ηλικιωμένους, προϋποθέτει τα εξής:

- i). Εκτεταμένες και εμπειριστατωμένες έρευνες για την ανίχνευση των πραγματικών αναγκών, αλλά και των σημαντικότερων προβλημάτων των ηλικιωμένων σε εθνικό επίπεδο.
- ii). Κρατική στήριξη μέσω της δημιουργίας και της ρύθμισης νομοθετικού πλαισίου, ευνοϊκού απέναντι στην Τρίτη Ηλικία, για τον σχεδιασμό θεσμών, φορέων και προγραμμάτων που θα αντιμετωπίζουν τις ανάγκες και τα προβλήματά τους.
- iii). Αναβάθμιση και βελτιστοποίηση των υφιστάμενων θεσμών, καθώς και προώθηση λειτουργικής διασύνδεσης και συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών που απευθύνονται στους ηλικιωμένους. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την ποιοτική καλύτερευση των παροχών, τη μεγαλύτερη προσβασιμότητα και γενικότερη διευκόλυνση των εξυπηρετούμενων.
- iv). Δημιουργία υπηρεσιών που θα εστιάζουν στην εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη με απώτερο στόχο τη φροντίδα στο οικείο περιβάλλον του ηλικιωμένου, στην πρόληψη ιατροκοινωνικών προβλημάτων, στην ψυχολογική υποστήριξη των ηλικιωμένων ατόμων και των οικογενειών τους και στην ανάπτυξη ωφέλιμων και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων.
- v). Στελέχωση των φορέων, οργανισμών και υπηρεσιών με ειδικά καταρτισμένες διεπιστημονικές ομάδες, αποτελούμενες από όλες τις απαραίτητες ειδικότητες, οι οποίες θα δέχονται συνεχή επιμόρφωση και επικαιροποίηση των γνώσεών τους μέσω σεμιναρίων, αλλά και τακτό έλεγχο από αρμόδιους φορείς για το έργο τους.
- vi). Τέλος, ενημέρωση των πολιτών για τις υπάρχουσες υπηρεσίες και παροχές, προσπάθεια ευαισθητοποίησης του κοινού απέναντι Τρίτη Ηλικία, με σκοπό την αύξηση του βαθμού εμπλοκής και συμμετοχής στη φροντίδα της, μέσα από ποικίλους τρόπους, όπως: η σύσταση ομάδων αλληλοβοήθειας και εθελοντών.

Εν κατακλείδι, η ύπαρξη υποστηρικτικού συστήματος, η αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας με την αρωγή της κοινότητας, η καλλιέργεια πνευματικών, σωματικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων, η διατήρηση παλαιών και η δημιουργία νέων ρόλων και δράσεων, θα δώσουν στους ηλικιωμένους τη δυνατότητα για καινούριο τρόπο ζωής, για νέους στόχους και προσδοκίες και για βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους, γεγονός που θα έχει θετική επίδραση στην κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας, συνεπώς και της μακροζωίας τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alzheimer Europe (2006). «*Νόσο Alzheimer. Τι γίνεται μετά τη διάγνωση;*» Εκδόσεις: Mendor ΑΘΗΝΑ. (επιμέλεια Τσολάκη Μ.)
- Barlow. D., (2000) .«*Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά. Μια συνθετική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Τόμος Δεύτερος*» Εκδόσεις: Έλλην ΑΘΗΝΑ
- Beauvoir, S.De, (1980). «*Τα γηρατεία*» Εκδόσεις: Γλάρος, ΑΘΗΝΑ.
- Βιρβίλης, Σ., Μπαλογιάννης, Σ., (1998). «*Προσεγγίζοντας τους συγγενείς πασχόντων από άνοια*» Εγκέφαλος.
- Γουρνάς, Γ., (1993). «*Ψυχική Υγεία και Τρίτη Ηλικία*» στο Γεωργούση, Ε., Κυριόπουλος, Γ., Σκουτέλης, Γ., (επιμ.) Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία Εκδόσεις: Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών ΑΘΗΝΑ.
- Δαρδαβέσης, Ι., (2005). «*Επιδημιολογία της Άνοιας*» στο Τσολάκη, Μ., και Καζής, Α., (1981) Η Τρίτη Ηλικία: «*Προβλήματα και Δυνατότητες*» Εκδόσεις: Παρισιανός ΑΘΗΝΑ.
- Δημοπούλου, Μ., Λαγωνίκα, (2008).«*Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας μοντέλα παρέμβασης*» Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα ΑΘΗΝΑ.
- Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, (1986). «*Ο θεσμός της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα*» Εκδόσεις: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών ΑΘΗΝΑ.
- Ελληνική Γεροντολογική και γηριατρική Εταιρία, (2004). «*Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών*» Εκδόσεις: Mendor ΑΘΗΝΑ.
- Εταιρία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών, (2007) «*Εγχειρίδιο Φροντιστών*» ΑΘΗΝΑ.
- Ιατράκη, Ε., (2005). «*Η φροντίδα των ασθενών με άνοια σε επιλεγμένες αστικές και αγροτικές περιοχές*».
- Ιατρίδης, Δ., (1990). «*Σχεδιασμός Κοινωνικής Πολιτικής*» Εκδόσεις: Gutenberg ΑΘΗΝΑ.
- Καλαϊτζή, Β., (2005). «*Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών*» Εκδόσεις: Mendor ΑΘΗΝΑ.
- Κατσούλης, Η., (1996). «*Διαστάσεις του Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα*» Εκδόσεις: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών ΑΘΗΝΑ.
- Κωσταρίδου – Ευκλείδη, Α., (1999). «*Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*» Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα ΑΘΗΝΑ.
- Μάνος, Ν., (1988) «*Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής Σύγχρονης Οικογένειας*» Εκδόσεις: Gutenberg ΑΘΗΝΑ.
- Μάνος, Ν., (1997) «*Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*» University Studio Press ΑΘΗΝΑ.
- Μαρκοπούλου, Χ., (1995). «*Ο κοινωνικός λειτουργός σε ειδικά πλαίσια κοινωνικής προστασίας*» Εκδόσεις: Έλλην ΑΘΗΝΑ.
- Μουγιάς, Α., (2003). «*Οδηγός για τη Νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές Άνοιας*» ΑΘΗΝΑ.

Μουσούρου, Λ., Στρατηγάκη, Μ., (2004). «*Ζητήματα Οικογενειακής Πολιτικής*» Εκδόσεις: Gutenberg ΑΘΗΝΑ.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) και Ερευνητικό Πανεπιστήμιο Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) (1993). Ταξινόμηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών της Συμπεριφοράς: Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για τη διάγνωση. Κ. Στεφάνης, Κ. Σολδάτος και Β. Μαυρέας (επιμ.) Βήτα ΑΘΗΝΑ.

Παγοροπούλου, Α., (2000). «*Η γεροντική κατάθλιψη*» Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα ΑΘΗΝΑ.

Παπαγεωργίου, Γ., «*Νευρολογία*» Εκδόσεις: Ιατρικές ΑΘΗΝΑ.

Πουλοπούλου – ΕΜΚΕ, Η., (1999). «*Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες: παρελθόν, παρόν, μέλλον*» Εκδόσεις: Ίων ΑΘΗΝΑ.

Σακκά, Π. (2004). «*Το φορτίο των φροντιστών ασθενών με άνοια*»

Σαρρή, Μ., (2001). «*Κοινωνιολογία της Υγείας και ποιότητα ζωής*» Εκδόσεις: Παπαζήσης ΑΘΗΝΑ.

Σταθόπουλος, Π.,(1998). «*Κοινωνική Εργασία: θεωρία κι πράξη*» Εκδόσεις: Έλλην ΑΘΗΝΑ.

Σταθόπουλος, Π., (1996). Κοινωνική Πρόνοια: «*Για μια γενική θεώρηση*» Εκδόσεις: Έλλην ΑΘΗΝΑ.

Τζανακάκη – Μελισσάρη, Μ., Καστανάκη, Α., Πέτσιου, Μ., (2005). «*Μη φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις της ΑΤΑ*» στο Τσολάκη, Μ., Καζής, Α., (επιμ.) «*Άνοια*» University Studio Press ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.

Τριανταφύλλου, Τ., Μεσθεναίου, Ε., (1993.) «*Ποιος φροντίζει; Ηοικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων ηλικιωμένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*» Εκδόσεις: Sextant ΑΘΗΝΑ.

Τσολάκη, Καζής (2005). «*Άνοια*» Εκδόσεις: University Studio Press ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.

Τσολάκη,Μ.,Βασιλειάδης, Γ.,(2002). «*Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις σε περιθάλποντες και ασθενείς με άνοια*» Εγκέφαλος.

Χανιώτης, Φ., (1989). «*Γηριατρική με στοιχεία γεροντολογίας*» Εκδόσεις: Λίτσας ΑΘΗΝΑ.

Χριστοδούλου, Γ. Ν., (2004). «*Ψυχιατρική. 1^{ος} τόμος*» Εκδόσεις Βήτα ΑΘΗΝΑ.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bridges, B. J., (1995). «*Therapeutic Caregiving: A practical guide for caregivers of person with Alzheimer and other demention – cousing diseases.*» Washington D.C.

Clumber, R. N., Grimm, W. J., Cody, M., Beck, C., (2003). «Genter, Kinship and caregiver burdey: the case of community – dwelling memory impaired senior» Int 1 Psychiatry.

Cox. B. C. (2007). «*Dementid and Social Work Practise*» Springer Publishing Company New York.

Fordyce, M., (2002). «*Caregiver Health*» στο site <http://www.caregiver.gr>

Kaplan, I. H., Sadock, J. B., Grebb, A. J., (2006). «*Kaplan and Sadocls Ψυχιατρική*» Ιατρικές Εκδόσεις: Λίτσας ΑΘΗΝΑ.

Kastenbaum, R., (1982). Η Τρίτη ηλικία: «*τα χρόνια της ολοκλήρωσης*» Εκδόσεις: Ψυχογιός ΑΘΗΝΑ

Kastenbaum ,R., (1980). «*Ο κύκλος της ζωής*» Εκδόσεις; Ψυχογιός ΑΘΗΝΑ.

Lemperiere, T., Feline και συνεργάτες. (1995). «*Εγχειρίδιο ψυχιατρικής*» Εκδόσεις: Ψυχογιός ΑΘΗΝΑ.

Rappoport, R., (1980). «*Τα στάδια της ζωής*» Εκδόσεις: Ψυχογιός ΑΘΗΝΑ.

Rubistein ,H., (2000). «*Η νόσος του Αλτσχαιμερ*» Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα ΑΘΗΝΑ.

Shulz, R. Belle, H.R. Czaja, J.R., Mc Ginnis, A. K., Stevens, A., Zhang, S., (2004). «*Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being*» Jama.

Walton, J., (1984). «*Νευρολογία*» Εκδόσεις: Λίτσας ΠΑΤΡΑ.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

<http://www.duncherpathfinder.gr>

<http://www.alzheimerthens.gr>

<http://www.caregiver.org>

<http://www.greenhosp.org>

<http://www.encephalos.gr>

<http://www.helpguide.org>

<http://www.sciencedivect.com>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>