

ΤΕΧΝΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΑ
ΕΥΓΗΡΕΙΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ»**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ

1. ΚΑΡΑΜΠΟΥΡΗ ΑΝΔΡΟΜΑΧΗ
2. ΚΑΤΡΙΒΕΣΗ ΣΟΦΙΑ
3. ΤΣΕΚΟΥΡΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
Δρ. ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 1998

ΕΝΑΣ ΓΕΡΟΣ

Στου καφενείου του βοερού το μέσα μέρος
σκυμμένος στο τραπέζι κάθετ' ένας γέρος
με μίαν εφημερίδα εμπρός του, χωρίς συντροφιά.

Και μες στών αθλίων γηρατειών την καταφρόνεια
σκέπτεται πόσο λίγο χάρηκε τα χρόνια
που είχε και δύναμι, και λόγο, κι' εμορφιά.

Ξέρει που γέρασε πολύ το νοιώθει, το κυττάζει.
Κ' εν τούτις ο καιρός που ήταν νέος μοιάζει
σαν χθες. Τι διάστημα μικρό, Τι διάστημα μικρό.

Και συλλογιέται η Φρόνισης πως τον έλεγαν
και πως την εμπιστευόνταν - τρέλλα! -
την ψεύτρα που έλεγε «Αυριο. Εχεις πολύν καιρό».

Θυμάται ορμές που βάσταγε και πόση
χαρά θυσίαζε. Την άμυαλη του γνώσι
καθ' ευκαιρία χαμένη τώρα την εμπαίζει.

... Μα απ' το πολύ να σκέπτεται και να θυμάται
ο γέρος αζαλίσθηκε. Κι αποκοιμάται
στου καθενείου ακουμπισμένος το τραπέζι.

Κ. ΚΑΒΑΦΗΣ

Αφιερώνεται
στην επιστήμη, στην τέχνη και
στο πνεύμα της νοσηλευτικής

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2490

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	4
ΣΚΟΠΟΣ	5
ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
 ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°	
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ	9
1.2 Η ΘΕΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΕΡΑΣΜΑ ΤΩΝ ΧΡΟΝΩΝ	10
1.3 Η ΘΕΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ	12
1.4 Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	14
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°	
2.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΒΕΩΤΕΡΙΚΟ	15
2.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΒΕΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑΣ	18
2.3 Ο ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΑ	20
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°	
3.1 ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ	21
3.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΓΗΡΑΣ	25
α. Κυτταρικές μεταβολές	25
β. Καρδιαγγειακές μεταβολές	25
γ. Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα	26
δ. Δερματικές μεταβολές	26
ε. Μεταβολές στο πεπτικό σύστημα	26
στ. Μεταβολές στο ενδοκρινικό σύστημα	26
ζ. Ορμονικές μεταβολές	27
η. Σκελετικές μεταβολές	27
θ. Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα	27
ι. Αισθητήρια όργανα	27

3.3 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	29
3.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	31
α. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	31
β. ΥΠΕΡΤΑΣΗ	32
γ. ΠΤΩΣΕΙΣ	32
δ. ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ	33
ε. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ	33
στ. ΚΑΡΔΙΟ-ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ	34
ζ. ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ	34
η. ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	35
θ. ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ	35
ι. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PARKISON	35
3.5. Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ	37
3.6 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	39
α. ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	39
β. ΣΥΓΧΥΣΗ	40
γ. ΜΟΝΑΣΙΑ	41
δ. ΑΝΟΙΑ	41
ε. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ALZHEIMER	42
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	
4.1 ΔΙΕΘΝΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	44
4.2 ΝΕΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ	46
4.3 ΦΟΡΕΙΣ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	48
4.4 ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΣΑΝ ΛΥΣΗ	49
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	
5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΥΓΗΡΕΙΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ	50
5.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	51
5.3 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΥΓΗΡΕΙΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ	54
5.4 ΚΤΙΡΙΑΚΕΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	57
5.5 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ	59
5.6 ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙΘΑΛΠΟΜΕΝΩΝ	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

6.1 ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ	
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	62
6.2 Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	63
6.3 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗ	
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ	65
6.4 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΚΑΙ Ο ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ	
ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

7.1 Η ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ	70
7.2 Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΣΤΑΔΙΟ	
ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ	72
7.3 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ	
ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ	73

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	75
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	76
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	77
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	125
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	127
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	128
SUMMARY	129
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	130
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	132
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	136

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Όταν ο προμηθέας έκλεψε τη φωτιά από τον Ολυμπο και την έδωσε στους ανθρώπους, ο Δίας θέλησε να βρει τον κλέφτη. Οι ίδιοι άνθρωποι τον μαρτύρησαν. Τότε ο Δίας για να τους ανταμείψει, τους χάρισε το φάρμακο των γηρατειών.

Το φάρμακο το φόρτωσαν σε ένα γαϊδουράκι που κατεβαίνοντας από τον Ολυμπο δίψασε και θέλησε να σβήσει τη δίψα του σε κάποια πηγή. Εκεί, ένα μεγάλο φίδι έκανε κουμάντο στο νερό και δεν άφηνε το γαϊδουράκι να ξεδιψάσει, εκτός αν του παρέδιδε το φορτίο του.

Το γαϊδουράκι, κορακιασμένο από τη δίψα, υπέκυψε και το φάρμακο των γηρατειών πέρασε στην κατοχή του φιδιού. Έτσι, αυτό, αλλάζοντας το δέρμα του, κατάφερε να μην γερνάει. Αυτό το παλιό δέρμα του φιδιού ο Αριστοφάνης το ονόμασε «γήρας». Η συναλλαγή, λοιπόν, ενός γαϊδουράκου με ένα φίδι καταδίκασε τον άνθρωπο να γερνάει.

Υστερα, οι άνθρωποι σκέφτηκαν να βρουν ένα θεό που θα τους προστάτευε από τα γεράματα. Βρήκαν τη θεά Αφροδίτη. Την ονόμασαν «αμβλιογήρα», δηλαδή την αναβαλλούσα το γήρας και παρατείνουσα τη νεότητα, και τη λάτρεψαν ιδιαίτερα στη Σπάρτη.

Όμως, οι άνθρωποι δεν απαλλάχτηκαν από τα γηρατεία τα τόσο συζητημένα.¹

ΣΚΟΠΟΣ

Η ερευνητική εργασία που ακολουθεί είχε σαν γενικό σκοπό να ανακαλύψει τον ρόλο της νοσηλευτικής μέσα σε ένα ευγήριο ίδρυμα και κατά πόσο επιτυγχάνονται ικανοποιητικές συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων μέσα σε αυτά.

Πιο συγκεκριμένα είχε να ανακαλύψει και επιμέρους σκοπούς όπως:

1. Να παρουσιαστούν οι επιπτώσεις του ιδρύματος στους ηλικιωμένους είτε θετικές είτε αρνητικές.
2. Να σκιαγραφηθεί ο τρόπος ζωής των ηλικιωμένων.
3. Να ανακαλύψει τα συναισθήματα κάτω από τα οποία κινούνται τόσο το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και οι διαβιούντες σε αυτό
4. Να επισημάνουμε τη σχέση που υπήρχε και αυτή που υπάρχει, ανάμεσα στην οικογένεια και στους ηλικιωμένους.
5. Να γίνει κατανοητός ο σκοπός ύπαρξης και λειτουργίας τέτοιων ιδρυμάτων καθώς και ποια είναι η προσφορά τους.
6. Να παρουσιάσουμε τις προτάσεις μας και τις ιδέες μας για τη δυνατότητα εξέλιξης και αναβάθμισης των Οίκων Ευγηρίας και του ρόλου του, τόσο σαν χώρο όσο και σαν προσφορά υπηρεσιών.
7. Να μελετήσουμε και να κατανοήσουμε την θέση και τον ρόλο μας, όχι μόνο σαν άτομα αλλά και σαν επαγγελματίες νοσηλευτές, στους Οίκους Ευγηρίας

ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η εργασία που ακολουθεί αποτελείται από δυο μέρη, το γενικό και το ειδικό.

Στο **γενικό μέρος** αναλύονται γενικά στοιχεία για την τρίτη ηλικία, αναφέρονται διάφορα προγράμματα αντιμετώπισης των ηλικιωμένων, αναλύουμε τον τρόπο λειτουργίας και την ιστορική αναδρομή των ευγηριών ιδρυμάτων απέναντι στους ηλικιωμένους και στην προσφορά τους στα ευγήρια ιδρύματα.

Στο **ειδικό μέρος** συμπεριλαμβάνονται: το **υλικό** της εργασίας μας που το αποτελούν οι ηλικιωμένοι που μένουν στα ευγήρια ιδρύματα και οι νοσηλευτές/τριες που εργάζονται σε αυτό. Η **μέθοδος** που ακολουθήθηκε ήταν

συμπλήρωση ερωτηματολογίου με ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου για τους ηλικιωμένους και η συμπλήρωση ερωτηματολογίου με ερωτήσεις κλειστού τύπου για τους νοσηλευτές/τριες. Τα **αποτελέσματα** παρατείνονται με πίνακες, πίτες και ραβδογράμματα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης έγινε η **συζήτηση** η οποία ακολουθείται από προτάσεις και εισηγήσεις της ομάδας. Συνεχίζεται με την **περίληψη** της εργασίας στα Ελληνικά και στα Αγγλικά. Τέλος η δομή της εργασίας συμπληρώνεται με τη **βιβλιογραφία** που χρησιμοποιήθηκε και τα παραρτήματα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή επικεντρώνεται στην τρίτη ηλικία και την ζωή των ηλικιωμένων στο χώρο της υπάρχουσας κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης. Οι παράμετροι που μας οδήγησαν στην επιλογή αυτού του θέματος είναι οι ακόλουθοι:

1. Το φαινόμενο της αύξησης του μέσου όρου ζωής έχει σαν αποτέλεσμα την τεράστια άνοδο του αριθμού των ηλικιωμένων. Αυτό σε σχέση με την μείωση της γεννητικότητας προκαλεί σοβαρές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις.
2. Οι κοινωνικές και ανθρωπιστικές επιστήμες πρέπει να δώσουν ιδιαίτερη έμφαση και να ασχοληθούν με μεγαλύτερη ευαισθησία και σε εντατικούς ρυθμούς με την τρίτη ηλικία.
3. Οι ηλικιωμένοι θεωρούντο μέχρι πρόσφατα ένα πολύ σεβαστό στοιχείο της κοινωνίας μας. Στις μέρες μας η κατάσταση αυτή τείνει να αντιστραφεί. Δηλαδή οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται με μια αρνητική στάση από τα μέλη της οικογένειας και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Ετσι, θα πρέπει να γίνει προσπάθεια με κάθε μέσο να βελτιωθεί αυτή η αρνητική εντύπωση που μαστίζει την τρίτη ηλικία.
4. Έχει διαπιστωθεί ότι πολλοί λίγοι γενικά επιστήμονες των κοινωνικών σπουδών έχουν ασχοληθεί μέχρι τώρα με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας.
5. Μια πιο στενή σχέση με τους ηλικιωμένους είναι ωφέλιμη και εποικοδομητική για όλους, που μελλοντικά θα βρεθούν αντιμέτωποι με το γεγονός των γηρατειών.

Συνεπώς, σύμφωνα με τους παραπάνω λόγους που αναφέρθηκαν αποφασίσαμε να επεξεργαστούμε το θέμα της τρίτης ηλικίας και πιο ειδικά να μελετήσουμε και να καταγράψουμε την κατάσταση που επικρατεί στα γηροκομεία σήμερα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ.

Ο Γερμανός Otto Bismarck το 1889 καθιέρωσε αυθαίρετα το 65ο έτος της ηλικίας ως απαραίτητο κριτήριο για οικονομικές παροχές από τα κοινωνικά ασφαλιστικά συστήματα (συντάξεις, εφάπαξ, χρηματικά βοηθήματα κ.λπ.) προς τους εργαζόμενους. Για τον ίδιο λόγο οι Η.Π.Α. υιοθέτησαν το 65ο έτος της ηλικίας το 1935. Έτσι άρχισε να γεννιέται ο ορισμός του ηλικιωμένου.

Σήμερα αναγνωρίζεται ότι είναι δύσκολο να δοθεί ικανοποιητικός ορισμός στον ετερογενή πληθυσμό των ηλικιωμένων, επειδή η φυσιολογική με τη χρονολογική ηλικία παρουσιάζουν μεταξύ τους διακρίσεις. Επιπλέον η ενηλικίωση ή η γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού αρχίζει μεταξύ 20 και 30 ετών και προχωρεί με ποικίλο ρυθμό, ακόμα και στα επίπεδα του ατομικού κυττάρου. Μια καλύτερη απεικόνιση αυτού του πληθυσμού και με πιο παραδεκτό ορισμό βασισμένο στα χαρακτηριστικά της ηλικίας του θα μπορούσε να τον διαιρέσει σε ενήλικες 55+, ηλικιωμένους 65+, υπερήλικες 75+ και πολύ ηλικιωμένους 80+.

Ομάδα εργασίας που συγκροτήθηκε υπό την αιγίδα του WHO παρατηρεί : είναι δύσκολο να δοθεί μοναδικός ορισμός στον όρο «ηλικιωμένος» που να εφαρμόζεται λογικά ή να είναι εύχρηστος σε όλες τις περιπτώσεις. Τα μέλη της ομάδας αφού εξέτασαν τον όρο υπό το πρίσμα της βιολογικής, της κοινωνικής, της οικονομικής και της χρονολογικής διαστάσεως, κατέληξαν στο συμπέρασμα: Ο αυθαίρετος καθορισμός του όρου «ηλικιωμένος» με τη χρονολογική ηλικία δεν μπορεί να βελτιώσει τη χρήση του, και του αναγνωρίζεται ότι η σχέση μεταξύ χρονολογικής ηλικίας, βιολογικής, κοινωνικής και οικονομικών κριτηρίων ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Τελικά η επιτροπή δέχτηκε ως ηλικιωμένους τον ετερογενή πληθυσμό 60+ και ενθάρρυνε τις χώρες να παρουσιάσουν ειδικά συστατικά στοιχεία για άτομα ηλικίας 80+.

Το 1980 τα Ηνωμένα Έθνη καθόρισαν το 60ο έτος ως ηλικία μεταβάσεως των ανθρώπων στο κύκλο των ηλικιωμένων, δίνοντας παράλληλα και τον ακόλουθο ορισμό: «Δεδομένα υγείας προερχόμενα από αναπτυγμένες χώρες υποδηλώνουν ότι είναι χρήσιμο, πολύ συχνά, άτομα ή ομάδες ηλικιωμένων 80+ να χαρακτηριστούν ως πολύ ηλικιωμένοι.

Τέλος ο καθορισμός του ηλικιωμένου σε συγκεκριμένη ηλικία μπορεί να χρησιμεύσει για επιδημιολογικές μελέτες και έρευνες. Όμως η κατανόηση της φυσικής και της λειτουργικής του καταστάσεως είναι περισσότερο ακριβής και χρήσιμη για την κλινική πράξη.²

1.2 Η ΘΕΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΕΡΑΣΜΑ ΤΩΝ ΧΡΟΝΩΝ

Η θέση των ηλικιωμένων δεν είναι μόνο μια πανάρχαιη και πανανθρώπινη προσπάθεια, αλλά και ένα βαθύ και πηγαίο ένστικτο που το βλέπουμε σε όλα τα έμψυχα όντα. Ο Αριστοτέλης, ο Αιλιανός, ο Αριστοφάνης και άλλοι αρχαίοι συγγραφείς που ασχολήθηκαν με τη ζωή των ζώων, αναφέρουν χαρακτηριστικά παραδείγματα προστασίας των ηλικιωμένων από τα νεώτερα άτομα, ιδιαίτερα στους πελαργούς και στα κοράκια.

Αναφέρει ο Αριστοτέλης συγκινητικές σκηνές αφοσίωσης και περιποίησης των κοράκιων στους γεννήτορες τους, μάλιστα μέχρι και την τελευταία στιγμή της αιωνόβιας ζωής τους. Εξοχο σεβασμό δείχνουν επίσης οι πελαργοί προς τους γερνότερους, που με πολύ τρυφερότητα τους διατρέφουν και τους συντηρούν μέχρι να αποβιώσουν.³

Η ακριβής θέση των ηλικιωμένων, όμως δεν είναι εύκολο να μελετηθεί δια μέσου των αιώνων. Στα γραπτά μνημεία υπάρχουν σχετικές αναφορές καθώς και η μυθολογία και η λογοτεχνία και οι εικαστικές τέχνες, μας δίνουν μια εικόνα των γηρατειών ανάλογα με τον τρόπο και την εποχή. Η οποία εικόνα εμφανίζεται συχνά συγκεχυμένη, αβέβαιη και αντιφατική.⁴

Έτσι από την μυθολογία χαρακτηριστικός είναι ο μύθος της Γαίας και του Ουρανού όπου συναντάται με παραλλαγές στους διάφορους λαούς. Ενώ ενδιαφέρον παρουσιάζει η πληροφορία των αρχαίων θεών όπου καθώς γερνάνε γίνονται αφόρητοι και στο τέλος εκθρονίζονται.

Στον Όμηρο βλέπουμε πως τα γηρατειά είχαν άμεση σχέση με τη σοφία όμως παρουσιάζονται σε κατάσταση σωματικής φθοράς και ανίκανα να προστατεύσουν τους θεσμούς.

Οι αρχαίοι Έλληνες θεωρούσαν το σεβασμό προς τα γηρατειά, όχι μόνο ηθικό χρέος, αλλά και την κυριότερη απόδειξη ευγενικού και αγαθού ανθρώπου. Γνωστό από την ιστορία το παράδειγμα του Αινεία, που με την καταστροφή της Τροίας, αντί άλλου πολύτιμου αντικειμένου ή αγαθού, πήρε τον γέροντα πατέρα του (κατάκοπο και τυφλό) στους ώμους, εγκαταλείποντας ολόκληρη την άλλη περιουσία.

Στην αρχαία Σπάρτη τιμούσαν τα γηρατειά και οι άνδρες ζούσαν στρατιωτικά μέχρι τα εξήντα τους. Μετά από αυτή την ηλικία ελευθερώνονταν αλλά ήταν υποχρεωμένοι να συντηρούν το σύστημα κάτω από το οποίο είχαν ζήσει.

Στην Αθήνα από την άλλη μεριά, οι νόμοι του Σόλωνα έδιναν όλη την εξουσία στους ηλικιωμένους. Όμως τα προνομία αυτά χάθηκαν όταν ο Κλεισθένης καθιέρωσε τη δημοκρατία. Έτσι μέσα από την Αρχαία Ελληνική λογοτεχνία και ποίηση βλέπουμε να δίνεται στους ηλικιωμένους η εικόνα του σοφού συμβουλάτορα, συχνότερα όμως εμφανίζονται σαν γελοία όντα που προσπαθούν να σταματήσουν τον χρόνο.⁵

Μελετώντας την ιστορία της Ρώμης διακρίνουμε μια στενή σχέση ανάμεσα στην κατάσταση των ηλικιωμένων και την κοινωνική σταθερότητα. Στην Ρώμη όπως και σε άλλες κοινωνίες υπήρξε ριζική διαφορά στην κατάσταση των γέροντων που αποτελούσαν μέλη της προνομιούχας τάξης και εκείνων που ανήκαν στις μάζες.

Όμως η προνομιούχα θέση των ηλικιωμένων μέσα στην οικογένεια ήταν δεδομένη. Η εξουσία του «πάτερ φαμίλια» ήταν σχεδόν απεριόριστη και σταματούσε μόνο με το θάνατο.

Κατά τη διάρκεια της Αναγέννησης τα ηλικιωμένα άτομα δεν αντιμετωπίζονταν με περισσότερη συμπάθεια από ότι το Μεσαίωνα. Η περίοδος αυτή έδειξε την ομορφιά του σώματος και την νεότητα.

Οι Ινκας του Περού και οι Αζτέκοι του Μεξικού είχαν θεσπίσει ένα υποτυπώδες σύστημα κοινωνικής προστασίας των ηλικιωμένων. Στους Κινέζους ο σεβασμός και η τυφλή υπακοή προς τους γεροντότερους, εθεωρείτο θρησκευτικό τους καθήκον.

Αντίθετα, στην TIERRA DEL FUEGO, στο άλλο άκρο της Αμερικάνικης ηπείρου, σε περίοδο πείνας, τα μέλη της φυλής σκότωναν και έτρωγαν τα ηλικιωμένα άτομα πρώτα, πριν σκοτώσουν και φάνε τα σκυλιά τους. Τα σκυλιά ήταν περισσότερο χρήσιμα μια και βοηθούσαν στο κυνήγι της φώκιας.

Στην αρχαία Αγγλία του 17ου αιώνα η βασίλισσα Ελισάβετ με έναν νόμο φορολόγησε τους πολίτες για να ενισχυθούν οι οικονομικά ασθενείς και οι ηλικιωμένοι.

Στον 19ο αιώνα η Ευρώπη μεταμορφώθηκε και οι μεγάλες αλλαγές επηρέασαν σημαντικά τους ηλικιωμένους και τη γνώμη της κοινωνίας για τα γηρατεία. Μετά τη πληθυσμιακή έκρηξη ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξήθηκε, η αύξηση αυτή μαζί με την πρόοδο της επιστήμης οδήγησαν σε διάφορους μύθους σχετικά με τα γηρατεία. Ο αιώνας όμως ρίχνει κάποιο φως στην μοίρα των φτωχών ηλικιωμένων οι οποίοι υφίστανται κτηνώδη μεταχείριση και βρίσκονται στη κατώτατη βαθμίδα της κοινωνικής κλίμακας στην κορυφή της οποίας συναντάμε τους ηλικιωμένους ανώτερων τάξεων.

1.3 Η ΘΕΣΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗ ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Όλοι ξέρουμε πως η σημερινή κατάσταση των ηλικιωμένων αποτελεί σκάνδαλο και πριν την εξετάσουμε πιο λεπτομερειακά θα ήταν σκόπιμο να σκεφτούμε γιατί την ανέχεται τόσο εύκολα η κοινωνία, εθελουφλώντας στις καταχρήσεις, τα σκάνδαλα και τις τραγωδίες αρκεί μόνο να μην ανατρέπεται η ισορροπία της. Η αλήθεια είναι πως η ίδια η κοινωνία δεν φαίνεται να ανησυχεί περισσότερο για την τύχη των παιδιών στα ορφανοτροφεία, των νεαρών εγκληματιών, ή των αναπήρων αλλά προκαλεί ιδιαίτερη έκπληξη η αδιαφορία για τα προβλήματα των ατόμων τρίτης ηλικίας, διότι το θέμα αυτό αφορά μελλοντικά το κάθε μέλος της.

Όπως είναι γνωστό το σύνολο της κοινωνίας αποτελείται από ξεχωριστά άτομα που τα συνδέει η ανάγκη αμοιβαίων σχέσεων. Στη σχέση ενήλικου - ηλικιωμένου δεν μπορούμε να πούμε πως ισχύει η αμοιβαιότητα εκτός ορισμένων εξαιρέσεων όπου ο ηλικιωμένος δεν πράττει αλλά απλώς υπάρχει. Ο χρόνος τον προωθεί προς ένα στόχο τον θάνατο, που όμως δεν τον διάλεξε ο ίδιος. Ως ένα τουλάχιστον σημείο, η σχέση αυτή είναι ανάλογη με την σχέση ενήλικου - παιδιού όπου όμως υπάρχει μια σημαντική διαφορά αφού η κοινωνία εξασφαλίζει το μέλλον της επενδύοντας στο παιδί ενώ το ηλικιωμένο άτομο θεωρείται ότι είναι πια «ξοφλημένο».⁶

Ακόμα υπάρχει η απαίτηση να συμμορφωθούν οι ηλικιωμένοι με την εικόνα που σχημάτισε γι'αυτούς η κοινωνία. Δηλαδή πρέπει να ντύνονται σύμφωνα με ένα ορισμένο τρόπο και να σέβονται τους εξωτερικούς τύπους.

Η σχέση των νέων και των εφήβων με τους ηλικιωμένους αντανακλά περισσότερο τη σχέση με τον παππού παρά με τον πατέρα. Από τον περασμένο αιώνα συναντάμε αμοιβαία στοργή ανάμεσα σε παππούδες και εγγόνια αφού πολλά παιδιά αγαπάνε τον παππού και την γιαγιά τους και όλα διδάσκονται το σεβασμό προς τους ηλικιωμένους. κάποιες φορές όμως συνηθίζουν να τους κοροϊδεύουν, σαν μια μορφή εκδίκησης στην καταπίεση που υφίστανται από τους ενήλικους.

Σε παλαιότερους καιρούς, η κοινωνία δεν είχε λόγο να ανησυχεί για τα ηλικιωμένα μέλη της. Το μεγαλύτερο μέρος τους το αποτελούσαν οι αγρότες και οι τεχνίτες που ζούσαν στο χώρο της εργασίας τους και όταν γερνούσαν και δεν μπορούσαν να δουλέψουν έμεναν στο σπίτι όπως πριν και τους συντηρούσε η οικογένειά τους. Σήμερα ο μέσος εργάτης ζει σε έναν τόπο και εργάζεται σε έναν άλλο. Η οικογένεια δεν έχει καμιά σχεδόν σχέση με την παραγωγική του εργασία.

Αυτή αποτελείται από ένα ζευγάρι με τα παιδιά ανίκανα να κερδίσουν τη ζωή τους, οπότε δεν έχει τους οικονομικούς πόρους για να συντηρήσει τους ηλικιωμένους γονείς.

Ακόμα στη σύγχρονη κοινωνία το κράτος ορίζει την ηλικία από την οποία δικαιούται ο εργαζόμενος να πάρει σύνταξη. Δηλαδή να περάσει από την κατηγορία του ενεργού στην κατηγορία του μη ενεργού πληθυσμού. Φυσικά δεν υπάρχει λόγος να συζητάμε για την αμοιβή της σύνταξής του αφού αφαιρώντας τη δυνατότητα εργασίας καταδικάζουν μια μεγάλη τους μερίδα στη φτώχεια και έτσι αντί να αναπαυθεί ο ηλικιωμένος αναγκάζεται να ασχοληθεί με δυσάρεστες και κακοπληρωμένες εργασίες και την ανάπτυξη συναισθηματικών προβλημάτων.

Φυσικά η μοίρα των ηλικιωμένων δε θα ήταν τέτοια αν τα χρήματα που αναλογούσαν στον καθένα δεν ήταν τόσο ανεπαρκή. Αξιοπρεπής σύνταξη και στέγαση θα τον απαλλάσσουν από την ταπείνωση που θα υπονομεύει την δύναμη του και θα του επέτρεπαν να κάνει έστω μια ελάχιστη κοινωνική ζωή.

Ωστόσο και οι εύποροι ηλικιωμένοι υπόφεραν από ένα αίσθημα αχρηστίας. Το καλό ή το άσχημο της εποχής μας είναι πως οι ηλικιωμένοι έχουν καλύτερη υγεία από ότι παλιότερα και παραμένουν νέοι για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και αυτό κάνει την απραξία τους ακόμη πιο ανυπόφορη.

Τέλος μια από τις χειρότερες πλευρές των γηρατειών σήμερα, μπορούμε να πούμε ότι είναι η αδυναμία μας να αλλάζει η κατάσταση αφού οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι είναι διασκορπισμένοι στον Ελλαδικό χώρο από τα διαμερίσματα-κλουβιά των μεγάλων πόλεων ως τα χωριά-γηροκομεία της Ελληνικής υπαίθρου και χωρίς καμιά ενότητα είναι ανίκανοι να ασκήσουν οποιαδήποτε πίεση. Έτσι περιμένουν υπομονετικά και στωικά τη μοίρα τους.⁷

Εν κατακλείδι σήμερα λένε ότι το γυναικείο πρόβλημα είναι ανδρικό και πως το πρόβλημα των νέγων είναι βασικά των λευκών, παρόλα αυτά οι γυναίκες αγωνίζονται για την ισότητα και οι μαύροι για να απαλλαγούν από την καταπίεση. Οι ηλικιωμένοι όμως δεν έχουν κανένα απολύτως όπλο και το πρόβλημα τους ανήκει αποκλειστικά στους ενεργούς ενήλικους γιατί αυτοί αποφασίζουν το ρόλο που θα τους δώσουν.

1.4 Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η βιολογική παράταση του ορίου ηλικίας, παράγοντες όπως η μετανάστευση, η υπογεννητικότητα, η άνοδος του βιοτικού μας επιπέδου, η είσοδος της γυναίκας στον εργασιακό χώρο, οδήγησε στη νέα και τελική μορφή της οικογένειας, δηλαδή την πυρηνική, η οποία χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη των δυο συζύγων και των παιδιών.

Αποτέλεσμα αυτού του νέου «καθεστώτος» είναι η υποβάθμιση της σπουδαιότητας του ρόλου του ηλικιωμένου στην οικογένεια. Οι ηλικιωμένοι παραγκωνίζονται όχι μόνο από την οικογένεια, αλλά και ως κοινωνική ομάδα. Έτσι τα άτομα της τρίτης ηλικίας, τις βιομηχανικές κυρίως και όχι μόνο, κοινωνίες περιθωριοποιούνται.

Με αυτό τον τρόπο η κοινωνία θέτει στο περιθώριο το γηρασμένο άτομο και εξασφαλίζει την οριστική του παρακμή. Είναι επομένως απαραίτητο να υπάρχει μέριμνα και πρόνοια, που αφενός θα πρέπει να ξεκινήσει από την οικογένεια και να ολοκληρωθεί αφετέρου από την πολιτεία.

Αυτό πρέπει να γίνει με ουσιαστικούς τρόπους αντιμετώπισης της συγκεκριμένης κατάστασης, που δυστυχώς πλησιάζει σε διαστάσεις κοινωνικού προβλήματος. Ειδικότερα και λόγω των αυξημένων και ειδικών αναγκών που έχουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας, είναι πλέον συχνή η απόφαση της οικογένειας για εισαγωγή του ηλικιωμένου σε ιδρύματα, κυρίως γηροκομεία ή οίκους ευγηρίας κ.λ.π.

Η εισαγωγή ενός ηλικιωμένου σε ίδρυμα και η απομάκρυνση του από την οικογένεια είναι ένα γεγονός που αντιμετωπίζεται ποίκιλα και από τις δυο πλευρές.

Σχεδόν κανένας ηλικιωμένος δεν εγκαθίσταται με την πλήρη συγκατάθεσή του σε ένα από τα ευγηρία ιδρύματα, και ούτε βέβαια η οικογένεια από την άλλη πλευρά αντιμετωπίζει ως ιδανική λύση της εισαγωγής του ηλικιωμένου στο ίδρυμα. Αντιμετωπίζεται όπως προαναφέρθηκε ως λύση και διέξοδος.

Με τον τρόπο αυτό, άτυπα βέβαια, ενισχύεται ο θεσμός της πυρηνικής οικογένειας και ο υπερήλικας απομακρύνεται διακριτικά από αυτήν ως ρόλος και ως οντότητα.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΒΕΩΤΕΡΙΚΟ

Η διάρκεια ζωής των ελλήνων έχει αυξηθεί αρκετά. Το 1879 ένας άντρας ζούσε κατά μέσο όρο 36 χρόνια και μια γυναίκα 37,5 χρόνια. Το 1970 φθάνουμε στα 70 χρόνια για τους άντρες και τα 73 χρόνια για τις γυναίκες.

Σε έναν αιώνα περίπου παρατηρούμε ότι η διάρκεια ζωής διπλασιάστηκε και αυτή η ανοδική πορεία συνεχίζεται στη χώρα μας. Στον πίνακα παρουσιάζεται αυτή κανονική εξέλιξη από το 1879 έως το 1970 που αφορά όχι μόνο την προσδοκώμενη διάρκεια ζωής κατά τη γέννηση αλλά και κατά τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου ζωής.

Ο πίνακας αυτός έδωσε στην Ελλάδα ένα ρεκόρ. Σύμφωνα μάλιστα με την έκθεση της Ελληνικής Επιτροπής για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος το 1982, η Ελλάδα παρουσιάζει την ταχύτερη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού. Ενώ γύρω στο 1950 ένα άτομο στα 10 ήταν άνω των 60 ετών, υπολογίζεται ότι το 2000 η αναλογία αυτή θα είναι αντίστοιχα ένας στους 5 Έλληνες.

Αυτό σημαίνει ότι μέσα σε 50 χρόνια, τα άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω θα φθάσουν το 20% του γενικού πληθυσμού. Προς το παρόν, το ποσοστό είναι 10%. Η Ελλάδα συμφωνεί απόλυτα με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, η οποία θεωρείται η πιο γηρασμένη «Ηπειρος» στον κόσμο πιο αναλυτικά, το 13% του πληθυσμού της Ευρώπης αποτελούν άτομα άνω των 60 ετών.

Οι ακόλουθοι παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την γήρανση του πληθυσμού:

1. Η τεχνολογική εξέλιξη όπως και η ανάπτυξη της ιατρικής παράλληλα με τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης έχουν σαν αποτέλεσμα την μείωση των θανάτων και την αύξηση του μέσου όρου ζωής. Ο δείκτης θνησιμότητας της Ελλάδας είναι γύρω στα 73 χρόνια. Από τα ελάχιστα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι η μέση διάρκεια της ανθρώπινης ζώνης στην αρχαία Ελλάδα, κατά τον 4ο π.Χ. αιώνα, ήταν 30 περίπου έτη, στην Αρχαία Αίγυπτο 22,5 έτη, ενώ στις Ευρωπαϊκές χώρες μεταξύ του 13ου και 17ου αιώνα 20-24 έτη. Ακόμα στη Σουηδία που κατάρτισε τους πρώτους πίνακες επιβίωσης για την περίοδο 1755-1776, η διάρκεια της προσδοκώμενης ζωής κατά τη γέννηση εκυμαινέτο μεταξύ 33-40 έτη. Έτσι για το έτος 1970, η διάρκεια ζωής κατά τη γέννηση

υπολογίζεται σε 70 περίπου έτη για τον άνδρα και 74 για τις γυναίκες, έναντι 36 και 38 που ήταν πριν 90 περίπου χρόνια (1879).

2. Η ελάττωση των γεννήσεων είναι ένας ακόμη παράγοντας για τη γήρανση του πληθυσμού. Το 1928 είχαμε 30,4 γεννήσεις κατά 100 κατοίκους, το 1950 είχαμε 20,0 γεννήσεις και το 1979 είχαμε 15,7 γεννήσεις.
3. Η εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση.⁹ Κατά κανόνα μετανάστευαν οι παραγωγικές ηλικίες αποστερώντας τη χώρα από νέους ανθρώπους. Η εσωτερική μετανάστευση προκάλεσε εσωτερική ανακατανομή στη σύνθεση του πληθυσμού. Η ύπαιθρος ερήμωσε από νέους και κατέληξε να κατοικείται μόνο από ηλικιωμένους, που είτε επέστρεψαν μετά από τη συνταξιοδότησή τους για να ζήσουν εκεί τα τελευταία τους χρόνια. Από στοιχεία που προέκυψαν από το 1841 έως το 1978, υπήρξαν περίοδοι με εξαιρετικά έντονη μεταναστευτική κίνηση. Ιδιαίτερα επισημαίνεται το μεταναστευτικό ρεύμα της δεκαετίας του 1960, κατά τη διάρκεια της οποίας 99 άτομα σε κάθε 10000 κάτοικους αναχωρούσαν κάθε χρόνο για μόνιμη εγκατάσταση σε χώρες του εξωτερικού.

Τώρα το 1988, σχεδόν ένα άτομο στα 5 ήταν άνω των 60 ετών, ένα στα 7 ήταν άνω των 65 και ένα στα 16 άνω των 75 ετών. Το έτος 2000 προβλέπεται ότι 1 στα 5 άτομα θα είναι άνω των 60 και 1 στα 13 άνω των 75 ετών. Έτσι, ο αριθμός των ατόμων άνω των 75 θα διπλασιαστεί σε σύγκριση με το 1988.

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού της Ελλάδας πρόκειται να συνεχιστεί, αλλά σε αργότερο ρυθμό. Σήμερα η Ελλάδα έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων στα Βαλκάνια και επίσης από τα υψηλότερα ποσοστά στις χώρες της ΕΟΚ. Εκεί το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών βρίσκεται στην 7η θέση.¹⁰

Η στατιστική επετηρίδα του ΟΗΕ δίνει τα ακόλουθα ποσοστά των ατόμων που είναι 65 χρονών και άνω στο σύνολο του πληθυσμού, σε χώρες της Ευρώπης:

- I. Έως 10% Τουρκία, Μάλτα, Γιουγκοσλαβία, Ισλανδία, Ρουμανία, Πορτογαλία, Πολωνία και Ισπανία
- II. 10,1% έως 12% Ιρλανδία, Φιλανδία, Βουλγαρία, Ολλανδία
- III. 12 έως 14% Τσεχοσλοβακία, Ιταλία, Ελλάδα, Λουξεμβούργο, Ελβετία, Γαλλία, Βέλγιο.
- IV. 14% έως 16,3% Νορβηγία, Αγγλία, Δυτ. Γερμανία, Αυστρία, Σουηδία, Ανατ. Γερμανία.

Οι δημογραφικές εξελίξεις που αναφέρθηκαν προηγουμένως είχαν επίδραση ουσιαστική πάνω στη δομή του πληθυσμού της Ελλάδας και ως συνέπεια αυτού παρουσιάστηκαν μεγάλες αλλαγές στην κατανομή του συνόλου των Ελλήνων κατά ομάδες ηλικιών.

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΑ ΕΥΓΗΡΙΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

- I. Ενώ στην αρχή του αιώνα κάθε 10 άτομα ηλικίας 15-64 ετών είχαν να φροντίσουν για 7,4 άλλα άτομα, παιδιά και ηλικιωμένους, το 1981 σε κάθε 10 άτομα 15-64 ετών αντιστοιχούν 5,7 εξαρτώμενα άτομα.
- II. Ενώ στην αρχή του αιώνα από 7,4 εξαρτώμενα άτομα το 6,5 ήταν παιδιά κάτω των 14 ετών και με δυσκολία ένας ηλικιωμένος, το 1981 από τα 5,7 εξαρτώμενα άτομα τα 3,5 είναι παιδιά και τα 2 ηλικιωμένοι.

Πίνακας 1: Ποσοστά ατόμων σε διάφορες χώρες της Ευρώπης 65 ετών και άνω, στο σύνολο του πληθυσμού.

Χώρα	Ποσοστό
Τουρκία	10%
Μάλτα	10%
Γιουγκοσλαβία	10%
Ισλανδία	10%
Ρουμανία	10%
Πορτογαλία	10%
Πολωνία	10%
Ισπανία	10%
Ιρλανδία	10,1%
Φιλανδία	10,5%
Βουλγαρία	11%
Ολλανδία	12%
Τσεχοσλοβακία	12,5%
Ιταλία	12,9%
ΕΛΛΑΔΑ	13,2%
Γαλλία	13,8%
Βέλγιο	14%
Νορβηγία	14,4%
Αγγλία	14,7%
Δυτ.Γερμανία	15%
Σουηδία	15,5%
Αυστρία	16,3%

2.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΒΕΣ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΑΣ

Οι ηλικιωμένοι δεν αποτελούν μόνο το πιο ευπρόσβλητο από ασθένειες τμήμα του πληθυσμού, αλλά και το πιο ανίσχυρο να αντιμετωπίσει τον αυξανόμενο τιμάρθμο ζωής, το κόστος φαρμάκων και νοσηλείας με αντίστοιχη αύξηση του εισοδήματος τους στην παρούσα περίοδο «ταχέως ερπούσης» πληθωριστικής οικονομίας. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για την ύπαιθρο, όπου τα άτομα άνω των 65 ετών κατά το 1975 αποτελούσαν το 16,5% του πληθυσμού ως προς το 10,9% στις πόλεις και όπου επί πλέον οι αγροτικές συντάξεις είναι πολύ χαμηλότερες από τις συντάξεις των ατόμων στις αστικές περιοχές.

Μαζί με την παιδεία, το δεύτερο μεγάλο πρόβλημα της κοινωνίας μας σήμερα αποτελείται από το πλέγμα των οικονομικών-κοινωνικών-ιατρικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, που τείνει να καταστεί «Το πρόβλημα της Υγείας» του έθνους γενικότερα.

Η κατάλληλη παροχή υπηρεσιών Πρόνοιας-Περίθαλψης προς τους ηλικιωμένους χρειάζεται ειδική κρατική υπηρεσία. Ειδική φροντίδα πρέπει να ληφθεί για ικανοποιητική πρωτογενή περίθαλψη, δηλαδή στο σπίτι του ηλικιωμένου, πράγμα που γίνεται με επιτυχία ήδη στην αγροτική Ελλάδα, την Αγγλία, την Ε.Σ.Σ.Δ. και αλλού, κατ'αντίθεση προς τις Η.Π.Α. ή την Σουηδία, όπου είναι σχεδόν αδύνατη η παροχή ιατρικών υπηρεσιών στο σπίτι, και κάθε υπηρεσία υγείας παρέχεται στα νοσοκομεία. Αυτό διότι το κόστος Νοσηλευτικής περίθαλψης σε όλες τις χώρες αυξάνει με αλματώδη ρυθμό.

Μερικά από τα προβλήματα που θα πρέπει να αντιμετωπισθούν στην οργάνωση υπηρεσιών για ηλικιωμένους είναι:

Πρώτο ο υπολογιστής της ολικής επιβαρύνσεως από την οικονομική απώλεια του εργατικού δυναμικού που υποχρεωτικά απομακρύνεται κάθε χρόνο με τη συνταξιοδότηση, στην οποία πρέπει να προστεθεί η ταυτόχρονη οικονομική επιβάρυνση του ενεργού μέρους της κοινωνίας για να επιβιώσει το μη αποδοτικό πια τμήμα.

Δεύτερο η περίθαλψη των μεγάλων ηλικιών αν θα πρέπει να ισχύσουν τα ίδια οικονομικά κριτήρια όπως και το λοιπό πληθυσμό

Τρίτον οι Νοσοκομειακές κλίνες της Ελλάδος δεν φθάνουν τις 60000 δηλαδή δεν είναι αρκετές να νοσηλεύσουν το σύνολο των γερόντων με μακροχρόνια ιατρικά προβλήματα.

Επομένως ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων ασθενών νοσηλεύεται σε οίκους Ευγηρίας ή στο σπίτι τους παρά ταύτα, κανένα από τα Ταμεία Υγείας δεν αναγνωρίζει δαπάνες διαμονής υπερηλίκων ασθενών στο σπίτι ή στους οίκους ευγηρίας, ενώ αναγνωρίζονται νοσήλια σε νοσοκομεία, μονολότι κατά μεγάλο μέρος το είδος παρεχόμενων υπηρεσιών σε ορισμένους οίκους ευγηρίας πλησιάζουν τις νοσοκομειακές υπηρεσίες στη χώρα μας. Αυτό είναι ένα πρόσφατο όφελος του κράτους από την Εξωνοσοκομειακή παραμονή κατάκοιτων υπερηλίκων.

Αντίθετα στο εξωτερικό (Η.Π.Α.) ορισμένα ιδρύματα περίθαλψης υπερηλίκων (Skilled Nursing Facilities) καλύπτονται κατά μεγάλο μέρος από την κρατική ασφάλιση Medicare. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τα λεγόμενα Νοσηλευτήρια, στα οποία το 50% των ασθενών δέχεται ιατρικές πράξεις και στα οποία υπηρετούν μόνιμα πτυχιούχες νοσηλεύτριες τριετούς φοιτήσεως.

Ένα τελευταίο κοινωνικό πρόβλημα προέρχεται από τη ψυχολογική αποξένωση του όγκου των υγιών υπερηλίκων από τον υπόλοιπο πληθυσμό ειδικά στις πόλεις, και από την επιβίωση ατόμων που ήταν ενεργά κοινωνικά μέλη πριν από δυο ή τρεις γενεές. Η ουσιαστική απομόνωση, ακόμη και όσων ατόμων ζουν τυπικά μέσα στις οικογένειες τους, η προοδευτική εξάρτηση από άλλους, τελικά δε η απομάκρυνση από την οικογένεια και η μεταστέγαση σε κλειστά κοινόβια καταρακώνουν την αξιοπρέπεια του γέρου με αναπόφευκτους κλυδωνισμούς μέσα στην οικογένειά τους.

Είναι υποχρέωση της κοινωνίας να δημιουργήσει συνθήκες διατηρήσεως του μεγαλύτερου αριθμού υπερηλίκων στο ενεργό κοινωνικό σύνολο, και να υποστηρίξει όσες προσπάθειες, κρατικές, οργανισμών ή ιδιωτικές από ιδρύματα Εκκλησία, κ.λ.π. γίνονται προς αυτό το σκοπό.⁷

2.3 Ο ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΑ

Οι αντιλήψεις για τους ηλικιωμένους σε όλο τον κόσμο έχουν κληρονομηθεί από δύο αντίθετες απόψεις. Μια άποψη είναι η Κλασική Ελληνική κατά την οποία η υπερηλικίωση είναι μια αμείωτη δυστυχία και όταν η περίοδος της άνοιξης της ζωής περάσει, τότε η πραγματικότητα του θανάτου είναι προτιμότερη από την πραγματικότητα της ζωής.

Η άλλη είναι η άποψη των λαών της ανατολής όπου γι' αυτούς η μεγάλη ηλικία είναι η κορυφή της ζωής, δίνει αξία και γόητρο στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία.

Η τοποθέτηση όμως του ηλικιωμένου στις περισσότερες κοινωνίες είναι μάλλον απόρροια των απόψεων της Κλασικής Ελληνικής φιλοσοφίας. Οι άνθρωποι σήμερα δίνουν προβάδισμα στη νεότητά μας φοβούνται το γήρας αφού αυτό οδηγεί στην απώλεια της αξιοπρέπειας τους.

Η έμφαση στη νεότητα έχει εμποδίσει την ανθρωπότητα να υιοθετήσει μια λογική στάση προς γήρας. Σήμερα ο άνθρωπος μάχεται ενάντια στις ρυτίδες και απελπίζεται μπροστά σε κάθε λευκή τρίχα των μαλλιών του.

Έτσι το γήρας παρουσιάζει μερικά από τα χαρακτηριστικά των κοινωνικών μειονοτήτων όπως:

1. Η κοινωνία επιλαμβάνεται των προβλημάτων του γήρατος με την βοήθεια οργάνισμών και φιλανθρωπικών οργανώσεων και
2. Οι υπερήλικες αποτελούν κοινωνικό πρόβλημα.

Από αρχαιότατων χρόνων η ανθρωπότητα καταβάλει προσπάθεια για να βρει τρόπους να παρατείνει τη ζωή του ανθρώπου. Σήμερα που ο άνθρωπος βρίσκεται μπροστά σ' αυτό το επίτευγμα, καλείται να αγωνισθεί για να προσφέρει και δημιουργικότητα στα χρόνια της ζωής που του απομένουν.

Όμως φαίνεται πως το ανθρώπινο πνεύμα δεν είναι καλά προετοιμασμένο να αντιμετωπίσει τη νίκη αυτή της μεγάλης ηλικίας, αφού η ενηλικίωση σημαίνει περίοδο καρτερίας και όχι απόλαυσης και αυτό γιατί συνήθως τα ηλικιωμένα άτομα είναι πιο φτωχά και μειονεκτούν σε σχέση με τα άτομα άλλων ηλικιών στη σύγχρονη κοινωνία. Αυτό είναι αδικία γι' αυτούς που όπως γράφει ο καλλίνικος⁸ «... εκοπίασαν, εμόχθησαν, ίδρωσαν, επόνεσαν, εξαντλήθηκαν για την αναπτυξίν μας...»

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

1. ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ WEISMAN

Ο Weisman πίστευε ότι όταν πρωτοεμφανίστηκαν τα διάφορα έμβια όντα στον πλανήτη, δεν υπήρχε θάνατος κι επομένως γήρανση. Ο θάνατος έγινε αργότερα μια φυσική αναγκαιότητα, αποτέλεσμα μιας φυσικής σκοπιμότητας ή ένα φαινόμενο προσαρμογής και διαιωνίσεως της ισορροπίας των όντων. Ο Weisman χαρακτηρίζει τους μονοκυττάριους οργανισμούς αθάνατους, τους δε πολυκυττάριους θνητούς. Στους μονοκυττάριους οργανισμούς όλες οι λειτουργίες εκτελούνται από το ίδιο το κύτταρο πολλαπλασιάζονται δε με τη διαίρεση του μοναδικού κυττάρου σε δυο κ.λ.π. Οι πολυκυττάριοι αντίθετα οργανισμοί επειδή η διαδικασία της ζωής τους και του πολλαπλασιασμού δεν είναι τόσο απλή. Επιτελείται από πολλά εκατομμύρια κύτταρα, το οποία δεν είναι δυνατόν να εξελίσσονται σε απόλυτο μεταξύ τους συντονισμό. Στην υποθετική αυτή περίπτωση θα ήταν δυνατόν να αποφευχθεί ο θάνατος.¹²

2. ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΕΞΑΝΤΛΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΖΩΙΚΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ - ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ RUBNER.

Η δημιουργία της θεωρίας αυτής βασίζεται στη διαφορά της κατανάλωσης ενέργειας μεταξύ της περιόδου της αύξησης και συμπλήρωσης της ανάπτυξης του οργανισμού και αργότερα στα επόμενα στάδια το 1/3 και πάνω της αξίας των θερμίδων των τροφών και ιδίως των λευκωμάτων και το 9/10 του προσλαμβανόμενου ασβεστίου από τον οργανισμό των παιδιών και των ενηλίκων, κατακρατούνται από τον οργανισμό τους και χρησιμοποιούνται για την «εποικοδόμηση». Μετά όμως τη συμπλήρωση της ανάπτυξης η τάση αυτή ελαττώνεται μέχρι που σταματά τελείως. Η θεωρία αυτή επίσης είναι εσφαλμένη γιατί σήμερα γνωρίζουμε ότι όλα τα κύτταρα του οργανισμού ακολουθούν τον νόμο του «θάνατος-γένεσις» με εξαίρεση μόνο τα νευρικά κύτταρα.^{3,13}

3. ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΕΛΑΤΤΩΣΗΣ ΤΩΝ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΩΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΩΝ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

Από πολλούς ερευνητές διαπιστώθηκε ότι με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται μείωση της ποσότητας των θερμίδων που καταναλίσκονται ανάλογα με το βάρος και την επιφάνεια του σώματος. Αυτό διαπιστώνεται εύκολα με το βασικό μεταβολισμό και άλλους τρόπους που μπορούμε να μετρήσουμε την κατανάλωση των θερμίδων, οφείλεται δε στην ελάττωση των οξειδωτικών επεξεργασιών του οργανισμού των γερόντων. Όλες αυτές οι παρατηρήσεις ελέγχονται σωστές και εξηγούν τη βαθμιαία εξάντληση της ζωικής ενέργειας που θεωρείται η αντλία του γήρατος.³

4. ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΟΥΣΙΑΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ - ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ LOEB

Κατά τον Αμερικάνο φυσιολόγο Loeb κάθε ζωντανός οργανισμός από τη γέννησή του έχει μέσα του μια ποσότητα ουσίας άγνωστης ακόμα που σιγά σιγά με τη πάροδο της ζωής καταναλώνεται με την απαλλαγή της ύλης. Όταν τελικά η ουσία αυτή εξαντλείται το άτομο γηράσκει και τέλος πεθαίνει. Αναφέρει χαρακτηριστικά ότι άτομα που ζουν σε θερμό περιβάλλον ζουν λιγότερο από αυτά που ζουν σε ψυχρό. Αυτό είναι σύμφωνο με το νόμο του χημικού δυναμικού.¹³

5. ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ CARREL

Ο ερευνητής αυτός έκανε πολλά ενδιαφέροντα πειράματα. Καλλιέργησε τεμάχια ανθρώπινων ιστών μέσα θρεπτικό υλικό που αποτελούνταν από πλάσμα νέου ανθρώπου και το οποίο ανανέωνε συνεχώς. Έτσι απέδειξε ότι μπορούσαν τα τεμάχια αυτά να ζήσουν για πολύ μικρό διάστημα. Εάν τώρα αντί πλάσματος νέου ατόμου χρησιμοποιήσουμε πλάσμα γέροντα, όχι μόνο δεν αναπτύσσονται τα τεμάχια των ιστών, αλλά και δεν διατηρούνται παρά ελάχιστα.

Σε όλα τα παραπάνω στηρίζεται η αντίληψη ότι όλα τα κύτταρα του οργανισμού με κατάλληλες συνθήκες μπορούν να παραμείνουν αθάνατα και ότι τα γεράματα οφείλονται σε αλλοίωση των «χυμών» που υπάρχουν γύρω από τα κύτταρα.^{3,13}

6. ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ WEITZMANN

Η θεωρία αυτή εμφανίζει αρκετό ενδιαφέρον και βασίζεται σε πειράματα περίπου όμοια του CARREL. Ο Weitzmann χρησιμοποίησε στις καλλιέργειες ινοβλάστες εμβρυϊκών ιστών ηλικίας 4 μηνών και σαν καλλιεργητικό μέσο όρο ατόμων

α) ηλικίας 12-20 ετών

β) ηλικίας 76-85 ετών.

Στις πρώτες καλλιέργειες παρατήρησε τη 13η μέρα ότι η ανάπτυξη των κυττάρων ήταν τόσο καλή ώστε παράχθηκαν δυο νέες καλλιέργειες. Στις δεύτερες όμως καλλιέργειες παρατήρησε ότι την 7η μέρα το 52% των ινοβλαστών παρουσίασε εκφυλιστικές αλλοιώσεις την δε 11η-13η μέρα τα εκφυλιστικά φαινόμενα ήταν τέτοια που ήταν άσκοπη πλέον κάθε συνέχιση της καλλιέργειας.

Από αυτά βγαίνει το συμπέρασμα ότι στον ορό των γερόντων υπάρχουν ουσίες που όχι μόνο εμποδίζουν την ανάπτυξη των κυττάρων αλλά προκαλούν και βαρείες εκφυλιστικές αλλοιώσεις.^{3,13}

7.ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ PEARL

Η θεωρία αυτή βασίζεται στις έρευνες του CARREL και του WEITZMANN. Ο ερευνητής πιστεύει ότι το «γήρας» οφείλεται στη βαθμιαία συσσώρευση τοξικών προϊόντων της ανταλλαγής της ύλης, που βαθμιαία δηλητηριάζουν τα κύτταρα του οργανισμού.

8. ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ MINOT

Κατά τον ερευνητή αυτόν στα γεράματα εμφανίζεται μεγαλύτερη ανάπτυξη των διαφοροποιημένων στοιχείων του πρωτοπλάσματος των κυττάρων. Το φαινόμενο αυτό συνοδεύεται από διάφορες διαταραχές στο ισιζύγιο του οργανισμού. Έτσι τα πιο διαφοροποιημένα όργανα, που τα κύτταρα τους δεν ανανεώνονται παθαίνουν φθορές σοβαρές και δεν λειτουργούν κανονικά και έτσι δημιουργείται το φαινόμενο που ονομάζουμε «γήρας».³

9. ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ CREPPI

Κατά τον ερευνητή αυτόν, το γήρας θεωρείται σαν χρόνια μεταβολική αρρώστια θανατηφόρας εξέλιξης. Κύρια σημασία εδώ έχει η επεξεργασία του μεσεγγυματικού ιστού και του παραγγειακού ο οποίος σιγά-σιγά με την πάροδο των ετών δεν λειτουργεί σωστά.

10. ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ «ΒΙΟΜΟΡΦΩΣΕΩΣ» - ΘΕΩΡΕΙΑ ΤΟΥ BURGER

Κατά τη θεωρεία αυτή από την ώρα της σύλληψης κληροδοτείται στο κύημα όχι μόνο η ζωή αλλά και το σπέρμα του θανάτου. Η επίδραση του σπέρματος αυτού του θανάτου κατά την διάρκεια της ύπαρξης, εκφράζεται από τον ερευνητή με τον όρο «Βιομόρφωση». Αρα βιομόρφωση είναι επεξεργασίες που καθορίζονται από το πεπρωμένο.

3.2 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΓΗΡΑΣ

Ενα από τα πιο δύσκολα προβλήματα της γηριατρικής είναι η διαφορική διάγνωση ανάμεσα στις μεταβολές που οφείλονται στο γήρας και σε εκείνες που είναι αποτέλεσμα παθολογικών διαταραχών.²

α. Κυτταρικές μεταβολές

Με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται προοδευτική απώλεια των κυττάρων. Η απώλεια αυτή τεκμηριώνεται από τις αλλαγές που συμβαίνουν στο αρχικό βάρος των διαφόρων οργάνων, το συνολικό αριθμό των κυττάρων, την αλλαγή του ποσού του καλίου, DNA του ενδοκυττάριου ύδατος και του ποσού του αζώτου σε σχέση με εκείνο που υπάρχει στους νέους οργανισμούς. Στο σχήμα 1 φαίνεται η κατανομή των κυριότερων συστατικών του σώματος με την πάροδο του χρόνου.

Ηλικία 25 ετών		Ηλικία 75 ετών
15%	ΛΙΠΟΣ	30%
17%	ΙΣΤΟΣ	12%
6%	ΟΣΤΑ	5%
42%	ΕΝΔΟΚΥΤΤΑΡΙΟ ΥΓΡΟ	33%
20%	ΕΞΩΚΥΤΤΑΡΙΟ ΥΓΡΟ	20%

β. Καρδιαγγειακές μεταβολές

Οι συνήθεις φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν με την πάροδο της ηλικίας είναι αυτές που προκαλούν ελάττωση της ικανότητας του ανθρώπινου οργανισμού να προβαίνει στις άμεσες και ταχείες ρυθμίσεις, που είναι απαραίτητες για να διατηρηθεί συνεχώς μια επαρκής καρδιακή παροχή κάτω από όλες τις συνθήκες.¹⁴

Οι κυριότερες μεταβολές είναι:

- α. Τα αγγεία του τραχήλου, του εγκεφάλου και των άνω άκρων προβάλλουν
- β. Οι βαλβίδες είναι παχύτερες και πιο δύσκαμπτες
- γ. Ο όγκος παλμού μεταξύ 25 και 65 ετών ελαττώνεται περίπου 40%
- δ. Η καρδιά χρωματίζεται με κοκκία λιποφουσκίνης

ε. Η αρτηριακή πίεση αυξάνει σαν αποτέλεσμα των αυξημένων περιφερικών αντιστάσεων

στ. Τα αγγεία είναι λιγότερο ελαστικά.²

γ. Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα

Με την πάροδο της ηλικίας η νεφρική μάζα ελαττώνεται προοδευτικά. Το βάρος των νεφρών μειώνεται. Μεταξύ 20 και 90 ετών η κυκλοφορία του αίματος στους νεφρούς μειώνεται κατά 53% και η πειραματική διήθηση κατά 50%. Παρατηρείται μείωση της σωληναριακής λειτουργίας. Η ικανότητα της κύστεως είναι ελαττωμένη.²

δ. Δερματικές μεταβολές

α. Το δέρμα αφυδατώνεται, το λίπος εξαφανίζεται και ρυτιδώνεται. Σχηματίζονται ευρυαγγείες.

β. Η απώλεια του λίπους πάνω από τις οστέινες προεξοχές προδιαθέτει για δημιουργία κατακλίσεων

γ. Οι κολλογόνιες ελαστικές ίνες και επιθηλιακή στοιβάδα λεπταίνουν

δ. Οι υδρωματοποιοί και σμιγματοποιοί αδένες μειώνουν.

ε. Τα μαλλιά ασπρίζουν και πέφτουν.¹⁵

ε. Μεταβολές στο πεπτικό σύστημα

α. Το αίσθημα γεύσεως ελαττώνεται.

β. Η κινητικότητα του οισοφάγου μειώνεται.

γ. Ο οισοφάγος είναι πιο διατεταμένος.

δ. Η κινητικότητα του στομάχου και ο χρόνος κένωσης ελαττώνεται. Υπάρχει μειωμένη έκκριση γαστρικού οξέως.

ε. Στο ήπαρ είναι μικρότερο σε μέγεθος.

στ. Τα κύτταρα απορροφητικής επιφάνειας του εντέρου είναι λιγότερα.

ζ. Παρατηρείται μείωση της εντερικής κυκλοφορίας.

η. Παρατηρείται επιβράνδυση του περιτολισμού.¹⁵

στ. Μεταβολές στο ενδοκρινικό σύστημα

α. Στην υπόφυση ελαττώνεται το βάρος και ο όγκος της και οι λοβοί της ατροφούν και σχηματίζουν κύστες.

β. Ο θυρεοειδής αδένας μειώνεται σε βάρος και λειτουργικότητα.

γ. Οι παραθυρεοειδής αδένες παθαίνουν λιπώδη εκφύλιση.

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΑ ΕΥΓΗΡΙΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

- δ. Οι όρχεις ελαττώνονται σε βάρος και σε όγκο
- ε. Οι ωοθήκες παθαίνουν διάφορες κυτταρολογικές και ιστολογικές αλλοιώσεις που αρχίζουν με την εμμηνόπαυση.
- στ. Το βάρος των επινεφριδίων ελαττώνεται.¹⁵

ζ. Ορμονικές μεταβολές

ΟΡΜΟΝΕΣ	ΜΕΤΑΒΟΛΗ
Υδροκορτιζόνη ACTH	Φλοιός των επινεφριδίων Η έκκριση μειώνεται σε αναλογία με την μυϊκή μάζα
Αλδοστερόνη	Μείωση του ρυθμού έκκρισης κατά 50%
	Γεννητικοί αδένες
Ωοθήκες Οιστρογόνα Προγεστερόνη Ορχεις	Μείωση επιπέδων Μείωση κατά 50% της πρεγνανεδώλης
Τεστοστερόνη	Δεν είναι απότομη αλλαγή
	Πάγκρεας
Ινσουλίνη	Μειώνεται η απόκριση της ινσουλίνης Πρόσθιος λοβός Υπόφυσης
AIDS	Αυξάνεται ο χρόνος απόκρισης του νεφρού προς την ADH
	Θυρεοειδής αδένες
Θυροξίνη TSH	Από τα 25 χρόνια και πέρα αρχίζει μια αρχή βαθμιαία ελάττωση της θυρεοειδικής δραστηριότητας ως τα 80

η. Σκελετικές μεταβολές

- α. Τα οστά γίνονται περισσότερο εύθραστα.
- β. Παρουσιάζεται σμίκρυνση σπονδύλων και ελαφρά κύφωση
- γ. Μεταξύ 20 και 70 ετών το ύψος μειώνεται κατά 2mm.
- δ. Παρουσιάζεται ελαφρά κάμψη του ισχίου, καρπού και γόνατος.
- ε. Μειώνεται η οστική μάζα και τα οστικά άλατα.²

θ. Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα.

Οι πνεύμονες στην προχωρημένη ηλικία χάνουν την ελαστικότητα τους επειδή μεταβάλλεται η σύσταση της ελαστίνης. Οι αναπνευστικές μεταβολές είναι:

α. Μεταξύ 20 και 80 ετών το O_2 ελαττώνεται κατά 15%

β. Λόγω ελλείψεως ελαστικότητας το επάνω τμήμα εμφανίζεται μακρύτερο.

γ. Ελαττώνεται η δράση του κροσωτού επιθηλίου.

δ. Ελαττώνεται η μέγιστη ζωτική χωρητικότητα.

ε. Οι αναπνευστικοί μύες εξασθενούν.

στ. Ο αριθμός των κυψελίδων μειώνεται.

ζ. Οι θωρακικοί μύες είναι περισσότερο δύσκαπτοι.²

ι. Αισθητήρια όργανα

α. Οραση. Έχουμε ελάττωση της οπτικής οξύτητας, ελάττωση της προσαρμογής στο σκοτάδι και σμίκρυνση οπτικού πεδίου.

β. Ακοή. Ελάττωση οξύτητας της ακοής και ατροφία ακουστικού νεύρου.

γ. Γεύση. Τα 2/3 των γευστικών καλύκων πεθαίνουν στο 70 έτος.

δ. Οσφρηση. Μειώνεται.

ε. Ελάττωση της αντίληψης της θερμοκρασίας, δόνησης και του πόνου.¹⁵

3.3 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Η καλή διατροφή είναι εξαιρετικής σημασίας παράγοντας για τους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα για εξασθενημένα, ανάπηρα, αβοήθητα ή και εξαρτημένα άτομα. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να προσλαμβάνουν καθημερινά ουσιώδη θρεπτικά συστατικά για να διατηρήσουν τη φυσική, την ψυχική και τη λειτουργική τους κατάσταση σε ικανοποιητικά επίπεδα.

Τις περισσότερες φορές οι υπερήλικες δεν τρέφονται σωστά και οι κυριότεροι λόγοι που συντελούν σε αυτό είναι:

1. Ελλειψη ενημέρωσης για τη θρεπτική αξία των τροφών.
2. Οικονομικοί λόγοι που σενεπάγονται τη μείωση της ποιότητας και το περιορισμό της ποσότητας.
3. Δύσκολα μεταβάσεως στα καταστήματα τροφίμων.
4. Αποφυγή τακτικού μαγειρέματος.
5. Συχνές στομαχικές και γαστρεντερικές διαταραχές.
6. Ανορεξία.
7. Δυσκολίες μασήσεως και καταπόσεως.¹⁶

Με την πάροδο της ηλικίας μειώνονται και οι θερμιδικές ανάγκες του οργανισμού, γιατί μειώνεται ο μεταβολισμός και η σωματική και πνευματική δραστηριότητα. Οι θερμιδικές ανάγκες του ηλικιωμένου προκειμένου για τον άντρα, ανέρχονται σε 2400 θερμίδες την ημέρα, και για τη γυναίκα σε 1800 θερμίδες μέχρι τα 75 χρόνια τους.

Το 50-55% των θερμιδικών αναγκών των ηλικιωμένων πρέπει να προέρχεται από υδατάνθρακες, το 15% από πρωτεΐνες και το 30% από λίπη. Η χορήγηση βιταμινών στους ηλικιωμένους έχει ευεργετική επίδραση, γιατί ο μεταβολισμός του οργανισμού στηρίζεται στην ύπαρξη οξυγόνου.¹

Γενικά το διαιτολόγιο του υπερήλικα πρέπει,

1. Να έχει όλα τα θρεπτικά συστατικά - λευκώματα, υδατάνθρακες, λίπη, βιταμίνες, άλατα-νερό, για την κάλυψη όλων των βιολογικών του αναγκών.
2. Να είναι πλούσιο σε κυτταρίνη, για τη διευκόλυνση της κένωσης του εντέρου.
3. Το κρέας να είναι πολύ καλά μαγειρεμένο, για να είναι μαλακό ή να προσφέρεται σε μπιφτέκι.
4. Να αποτελείται από τροφές που να μαγειρεύονται έτσι ώστε να είναι εύπεπτο.
5. Να μην περιέχει σκληρές τροφές.
6. Όταν περιέχει λαχανικά, να είναι βρασμένα για να είναι εύπεπτα.

7. Να αποφεύγονται οι σούπες και οι πολυρευστες τροφές γιατί δεν μπορεί να τις χρησιμοποιεί εύκολα, λόγω της αστάθειας των κινήσεων των χεριών.
8. Να μην περιέχει πολύ λιπαρές τροφές.
9. Να έχει ποικιλία και να είναι γευστικό.
10. Να προσφέρεται σε μικρές ποσότητες και σε περισσότερα από τα κανονικά γεύματα (συχνά και μικρά).⁸

Οι νοσηλευτές πρέπει να αναζητούν παράγοντες και αιτίες που ευθύνονται ή συμβάλουν στη διαταραχή της θρέψεως του ηλικιωμένου. Πρέπει να διερευνούν αν ο ηλικιωμένος παρουσιάζει ψυχολογικά προβλήματα, όπως άγχος, κατάθλιψη, σύγχυση, αν έχασε ή πήρε βάρος, την κατάσταση του στόματος, τα δόντια, τη μάσηση, το αντανακλαστικό της καταπόσεως, τη γεύση, τη πέψη, τις διατροφικές του συνήθειες και τις κινητικές δεξιότητες σε σχέση με τη σίτιση.²

3.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

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

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην κάλυψη αναγκών υγείας των ηλικιωμένων είναι καθοριστικός. Αρκεί να λεχθεί ότι το 90% των προβλημάτων των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα αντιμετωπίζονται με επιτυχία από τους νοσηλευτές. Αναφέρεται ακόμα ότι ένα μεγάλο μέρος των προβλημάτων που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι που ζουν σε ιδρύματα διευθετήθηκε από τη νοσηλευτική παρέμβαση παρά από την ιατρική. Και τούτο διότι οι ηλικιωμένοι έχουν περισσότερη ανάγκη από φροντίδα παρά από ιατρικές πράξεις.²

Τα πιο κοινά προβλήματα που μπορούν να μειώσουν ή να αφαιρέσουν την άνεση του ηλικιωμένου είναι τα παρακάτω:

α. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Είναι η κλινική συνδρομή που οφείλεται στην μερική ή ολική έλλειψη της ινσουλίνης.³ Η συχνότητα εμφάνισης του διαβήτη αυξάνει με την ηλικία και φτάνει στο μέγιστο ανάμεσα στις ηλικίες των 65 και 74 ετών. Τα κλασικά συμπτώματα είναι ατονία, πολυδιψία, πολυφαγία, πολουρία, κνησμός. Οι παράγοντες που προδιαθέτουν τους υπερήλικες στην ανάπτυξη του σακχαρώδη διαβήτη είναι:

1. Παχυσαρκία
2. Λοίμωξη
3. Εντονη ψυχική καταπόνηση
4. Κληρονομική προδιάθεση
5. Χειρουργικές διαδικασίες
6. Διαβητογενή φάρμακα.
7. Μακροχρόνια ακινησία.

Συνήθως οι επιπλοκές είναι σοβαρότερες από καθ'αυτό το νόσημα. Το διαβητικό κόμα είναι μάλλον σπάνιο φαινόμενο αλλά το υπογλυκαιμικό από χρήση ινσουλίνης συχνότατο. Αθυρωσκληρυντικές ανωμαλίες επίσης αναπτύσσονται στον υπέρτατο βαθμό.

Η θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη περιλαμβάνει:

1. Έλεγχο της παχυσαρκίας
2. Χορήγηση αντιδιαβητικών δισκίων.
3. Χορήγηση ινσουλίνης.¹⁷

β. ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Με την πάροδο της ηλικίας υπάρχει μια γενική τάση της συστολικής αρτηριακής πίεσης να ανέρχεται. Αυτό παρατηρείται συχνότερα στις γυναίκες. Η συστολική πίεση επηρεάζεται από τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος και από διάφορες παθήσεις. Η κλινική εικόνα της νόσου παρουσιάζει πολλές ποικιλομορφίες. Σε πολλές περιπτώσεις κανένα σύπτωμα δεν παρουσιάζεται και η αύξηση της αρτηριακής πίεσης ανακαλύπτεται τυχαία σε κάποια ιατρική εξέταση. Με την εμφάνιση της υπέρτασης ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στην καρδιά, τη νεφρική λειτουργία και το βυθό των οφθαλμών.

Στα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα με υπέρταση συνήθως δεν απαιτείται καμία θεραπεία. Οι άρρωστοι συνήθως δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα συμπτώματα και είναι ικανοί μάλλον να ζουν φυσιολογικά.²

γ. ΠΤΩΣΕΙΣ

Οι πτώσεις είναι η πιο συνηθισμένη αιτία ατυχήματος στα ηλικιωμένα άτομα. Η «προδιάθεση για ατύχημα» στους ηλικιωμένους περιλαμβάνει όλους τους προσωπικούς παράγοντες οι οποίοι συμβάλουν στην εμφάνιση των ατυχημάτων. Ωστόσο είναι απαραίτητο να επιχειρείται η διαφορική διάγνωση των λόγων οι οποίοι οδηγούν στην πτώση, έτσι ώστε να μην διαφεύγουν αίτια τα οποία μπορεί να αποκατασταθούν, όπως μια αναιμία ή μια αρρυθμία. Οι πτώσεις των ηλικιωμένων αφορούν ένα δυσανάλογα μεγάλο αριθμό τραυματισμών, που όπως επίσης μπορούν να θεωρηθούν ως η αιτία παρατεταμένης νοσηλείας σε νοσοκομείο ή σε άλλα ιδρύματα.

Οι παράγοντες που έχουν σχέση με τον ασθενή είναι:

1. Οστεοπόρωση και κατάγματα. Ισχύει αυτό ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις των καταγμάτων του ισχίου, του καρπού και της σπονδυλικής στήλης.
2. Ψυχολογικοί παράγοντες όπως η κατάθλιψη, η απάθεια και η διανοητική σύγχυση.
3. Οραση. Το γλαύκωμα, η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και η εκφύλιση της οπτικής θηλής έχουν ως αποτέλεσμα την προοδευτική απώλεια της όρασης.
4. Ορθοστατική υπόταση.
5. Ιλιγγοί και ζάλη.

6. Εγκεφαλική ισχαιμία.
7. Χρόνια νοσήματα.
8. Φάρμακα.

Υπάρχουν και οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες που είναι αιτίες πτώσεων όπως το νοσοκομείο, τα ιδρύματα και η κατοικία.¹⁴

8. ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ

Ακράτεια ούρων ή κοπράνων λέγεται η κατάσταση εκείνη κατά την οποία το άτομο δεν είναι ικανό να ελέγξει την ούρηση ή την αφόδευση με τη δύναμη της βούλησης.³

Τα άτομα που υφίστανται αυτήν την κατάσταση νιώθουν ανάμεικτα αισθήματα ντροπής και κοινωνικής απόρριψης, αλλά και ψυχολογικά προβλήματα, όπως δυσφορία απομόνωση ή και κατάθλιψη, ενώ όσοι ασχολούνται με την φροντίδα τους αισθάνονται ότι εκτελούν δυσάρεστο και στρεσογόνο έργο. Σε σχετική πρόσφατη μελέτη αναφέρεται ότι από τα 1,4 εκατομμύρια των ηλικιωμένων που ζουν στα διάφορα ιδρύματα των ΗΠΑ περισσότερο από το 50% παρουσιάζουν καθημερινά τουλάχιστον ένα επεισόδιο ακράτειας.²

Τα κύρια αίτια της ακράτειας ούρων ταξινομούνται σε:

1. Αναστρέψιμα όπου περιλαμβάνονται η αυξημένη διούρηση, ουρολοιμώξεις, υπερτροφία προστάτη, ιατρογενή και ψυχολογικά αίτια.
2. Μη αναστρέψιμα όπου υπάγονται η άνοια και νευρογενή αίτια όπως παραπληγίας.¹⁷

8. ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ

Η εγκεφαλική αγγειακή νόσος αποτελεί την πιο συχνή αιτία εισαγωγής στο νοσοκομείο. Είναι δυνατόν να εκδηλωθεί ως:

1. Παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο.
2. Πλήρες εγκεφαλικό επεισόδιο.
3. Διάχυτη αγγειακή εγκεφαλική νόσος.
4. Επιληψία.

Το παροδικό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι μια νευρολογική διαταραχή που οφείλεται σε διαταραχή της αιμάτωσης του εγκεφάλου και η οποία επανέρχεται στο φυσιολογικό εντός 24 ωρών. Εκδηλώνεται με παροδική ημιστληγία, παροδική ημιανουγία, παραμόρφωση του μισού προσώπου και σπανιότερα απώλεια της όρασης.

Η συμπτωματολογία του πλήρους εγκεφαλικού επεισοδίου περιλαμβάνει:

1. Ημιπληγία.

2. Αύξηση των τενοντικών αντανακλαστικών στο ήμισυ του σώματος όπου υπάρχει και η παράλυση.
3. Θετικό σημείο Babinski στο πέλμα όπου υπάρχει η παράλυση.
4. Αστεροεγνωσία.
5. Η αίσθηση της ακοής όπως αντίληψη του πόνου, θερμότητας και ψύχους επηρεάζονται.¹⁷

στ. ΚΑΡΔΙΟ-ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ

Οι βλάβες γενικά της καρδιάς και των μεγάλων αγγείων αυξάνουν με την ηλικία. Στις περισσότερες στατιστικές, στα γηρατειά, οι παθήσεις αυτές είναι σχεδόν διπλάσιες, σαν αιτίες θανάτου, σε σχέση με τα αγγειο-εγκεφαλικά επεισόδια.

Η κύρια αιτία της καρδιακής νόσου των υπερηλίκων είναι η στεφανιαία αθηροσκληρύωση που συχνά έχει αποτέλεσμα την συμπτωματική ή ασυμπτωματική στηθάγχη, τη στεφανιαία θρόμβωση και τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Στα πολύ ηλικιωμένα άτομα, η στηθάγχη είναι λιγότερο συχνή εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας τους και της μεγαλύτερης κυκλοφορίας.

Η οξεία στεφανιαία απόφραξη στον υπερήλικα άρρωστο, εκδηλώνεται με μικρότερη έντασης πόνο, μεγαλύτερου βαθμού δύσπνοια από ότι στα νεώτερα άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια.¹⁵

ζ. ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΙΣ

Κατάκλιση λέμε την κάκωση των μαλακών μορίων και του δέρματος που είναι συνέπεια παρατεταμένης πίεσης. Η πίεση σε σημεία του σώματος είναι διαφορετικής μορφής, όπως πίεση που ασκούν προέχοντα σημεία του σώματος (οστικά), στα μαλακά μέρη του σώματος και του δέρματος μετά το κάθισμα ή την κατάκλιση στο κρεβάτι.

Οι κυριότεροι παράγοντες που ευθύνονται ή συμβάλλουν στην ανάπτυξη των κατακλίσεων είναι:

1. Η επιδεινωμένη γενική κατάσταση του ασθενούς.
2. Η παρατεταμένη άσκηση της εξωτερικής πίεσης του δέρματος σε συνδυασμό με δυνάμεις τριβής.
3. Η ηλικία.
4. Η υγρασία από απώλειες ούρων και κοπράνων
5. Η ελάττωση θρέψης (υπολευκωματιναιμία)
6. Η ελάττωση της μυϊκής μάζας.
7. Η απώλεια αισθητικότητας.

- Οι περιφερειακές αγγειοπάθειες
- Τα καταβολικά φάρμακα.
- Οι κωματώδεις καταστάσεις.

η. ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η οστεοαρθρίτιδα είναι μια μη φλεγμονώδης διάβρωση των αρθρικών χόνδρων και υπερπλασία των παρακείμενων οστών. Προσβάλλει κυρίως τις μεγάλες αρθρώσεις των κάτω άκρων που στηρίζουν το βάρος του σώματος και είναι εξελικτική μη φλεγμονώδης αρθρίτιδα. Παρουσιάζεται συνήθως σε άτομα της μέσης ηλικίας ή υπερήλικες. Συχνότερα παρατηρείται στις γυναίκες και μάλιστα στις παχύσαρκες. Μετά τα 60, το 15% των ανδρών και το 25% των γυναικών παρουσιάζουν συμπτώματα οστεοαρθρίτιδας.¹²

θ. ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Η αναιμία αυτή είναι συχνή στον υπερήλικα και μεταξύ άλλων επιδεινώνει την τυχόν υπάρχουσα καρδιακή ανεπάρκεια ή στεφανιαία ανεπάρκεια. Τα αίτια που την προκαλούν στα ηλικιωμένα άτομα είναι:

1. Ο χρόνιος υποσιτισμός με μεγάλο περιορισμό κρέατος και πράσινων λαχανικών και η σχεδόν αποκλειστική διατροφή με γάλα.
2. Η κατάχρηση αντιόξινων, λόγω γαστρίτιδας ή ελκοπάθειας, ελαττώνει την απορρόφηση του σιδήρου.
3. Αιμορραγίες από τον πεπτικό σωλήνα σε χρόνια βάση.¹⁶

ι. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PARKISON

Ιδιαίτερο γνώρισμα της νόσου είναι η εκφύλιση των ντοπαμινεργικών νευρώνων των βασικών γαγγλίων. Οι βλάβες στη μέλαινα ουσία είναι χαρακτηριστικές και ανευρίσκονται συστηματικά.

Ηλικία εκδηλώσεως της αρρώστιας είναι 45-70 ετών. Η γενική κλινική εικόνα όταν συμπληρωθεί έχει τα ακόλουθα γνωρίσματα:

Η κεφαλή και ο κορμός είναι σε καμπύλη προς τα εμπρός και ο άρρωστος φαίνεται «μονοκόμματος». Παρουσιάζει ιδιόρρυθμη έναρξη βάδισης και στη συνέχεια κινείται σα να κυνηγά το κέντρο βάρους του. Το πρόσωπο είναι ανέκφραστο σαν «μάσκα». Υπάρχει έντονη σιελόρροια και ο ασθενής συχνά την αποκρύπτει με συνεχή χρήση μανδηλίου. Επίσης ιδιαίτερα χαρακτηριστική είναι η δυσαρθρία. Ακόμη, συχνά μετακινείται άσκοπα. Η άσκοπη αυτή κινητικότητα μέσα στο ζωτικό χώρο του, έχει επικρατήσει σαν «ακαθισία». Επί πλέον σημαντικό σύμπτωμα είναι ο τρόμος ο οποίος αφορά κυρίως τα άνω άκρα και κυρίως τα

δάκτυλα των οποίων οι κινήσεις μοιάζουν σα να εκτελούν μέτρηση κερμάτων. Ο τρόμος αυτός υπάρχει κατά την ηρεμία (τρόμος ηρεμίας) και εξαφανίζεται κατά τη διάρκεια εκούσιων κινήσεων των άνω άκρων.

Τέλος πρέπει να σημειωθεί, ότι το νοητικό επίπεδο του παρκινσονικού, παρά το φαινομενικό βραδυψυχισμό, παραμένει ανέπαφο.

Για τη θεραπεία της αρρώστιας έχουν χρησιμοποιηθεί πολλά φάρμακα, αλλά το πλέον σημαντικό είναι η L DOPA. Τελευταία εφαρμόζεται και η μεταμόσχευση φλοιοεμινεφριδιακού ιστού στον εγκέφαλο με καλά αποτελέσματα.¹⁶

3.5. Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Οι φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν με την πάροδο της ηλικίας επηρεάζουν τη δράση των φαρμάκων. Η συχνότητα των διαφόρων παθολογικών καταστάσεων αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας με αποτέλεσμα την πρόσληψη περισσότερων φαρμάκων. Η μεγαλύτερη πρόσληψη συνεπάγεται με περισσότερους κινδύνους, κυρίως από την αύξηση των προβλημάτων που δημιουργούν οι φαρμακολογικές αλληλοεπιδράσεις. Βρέθηκε ότι η συχνότητα των παρενεργειών και των τοξικών επιδράσεων αυξάνει 3-7 φορές περισσότερο στους ηλικιωμένους από τα νέα άτομα. Ακόμα οι παρενέργειες ορισμένων ομάδων φαρμάκων συμβάλουν στην θνησιμότητα των ηλικιωμένων.

Σε μια έρευνα που έγινε βρέθηκε ότι το 50% των χορηγούμενων φαρμάκων καταναλίσκεται από άτομα 60 ετών και άνω. Ο μέσος αριθμός φαρμάκων με επίσημη συνταγογραφία αντιστοιχεί σε 3,2 φάρμακα ανά άτομο που ζει σε κοινότητα, 4,6 φάρμακα ανά νοσοκομειακό ασθενή και 8 φάρμακα σε άτομο που ζει σε ίδρυμα.

Το επίπεδο ενός φαρμάκου στο πλάσμα έχει άμεση σχέση με τη συγκέντρωση του στη χώρα δράσης του. Αυτή με τη σειρά της, καθορίζει τον βαθμό και τη διάρκεια των αποκρίσεων του οργανισμού στο φάρμακο. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συγκέντρωση του φαρμάκου στο πλάσμα και οι ειδικές διαφορές στο ηλικιωμένο άτομο είναι:

1. Απορρόφηση

Οι αλλαγές που συμβαίνουν στο γαστρεντερικό σωλήνα εξαιτίας του γήρατος, μειώνουν την απορρόφηση του φαρμάκου.

2. Διανομή

Ο ενεργός και λειτουργικός ιστός αντικαθίσταται από λίπος καθώς το άτομο γερνά. Τα φάρμακα που συσσωρεύονται στους λιπώδεις ιστούς, έχουν ιδιαίζον αποτέλεσμα και μεγαλύτερη διάρκεια στους ηλικιωμένους.

3. Απέκκριση

Εξαιτίας της μείωσης του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης και της νεφρικής αλματικής ροής στους ηλικιωμένους, η απέκκριση πολλών φαρμάκων καθυστερεί.

4. Μεταβολισμός

Μελέτες στα ζώα έδειξαν ότι υπάρχει μια μείωση στην ενζυματική δραστηριότητα στο γήρας, που αντανακλάται στα ψηλότερα τους επίπεδα στο αίμα και στην μεγαλύτερη διάρκεια δράσης τους.

5. Δράση

Εξαιτίας της ελάττωσης του αριθμού των ενεργών κυττάρων στους υπερήλικες παρατηρείται μειωμένη δράση των διεγερτικών και αυξημένη των κατασταλτικών φαρμάκων στις συνήθεις δόσεις.¹⁵

Κατά τη φαρμακολογική θεραπεία στους ηλικιωμένους πρέπει να τηρούνται ορισμένες αρχές:

1. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις ανεπιθύμητες φαρμακολογικές αντιδράσεις.
2. Η ανταπόκριση στα φάρμακα αλλάζει με την ηλικία.
3. Η απορρόφηση των φαρμάκων ελαττώνεται και η κατανομή επηρεάζεται από τις γνωστές μεταβολές στη σύσταση του οργανισμού.
4. Κατά την αντιμετώπιση των παρενεργειών οι αντιρροπιστικοί μηχανισμοί είναι λιγότερο αποτελεσματικοί, επειδή οι λειτουργίες ομοιοστάσεως στους ηλικιωμένους εξασθενούν.
5. Λόγω των αυξημένων κινδύνων που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι, η φαρμακολογική τους θεραπεία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή.
6. Η φαρμακολογική θεραπεία δεν είναι απαραίτητη για όλες τις παθολογικές καταστάσεις των ηλικιωμένων.
7. Για τον καθορισμό του είδους και της δόσεως των φαρμάκων πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία και η γενική κατάσταση των ηλικιωμένων.
8. Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται μικρότερη δοσολογία από τους νέους.
9. Τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται όταν υπάρχει πραγματική ανάγκη, επειδή τα σφάλματα και οι ανεπιθύμητες επιδράσεις και αλληλεπιδράσεις αυξάνονται με την υπερβολική χρήση τους.
10. Απλά δοσολογικά σχήματα απομακρύνουν τα λάθη στους ηλικιωμένους ασθενείς.

Η βοήθεια συγγενικού, γειτονικού ή φιλικού προσώπου πρέπει να γίνεται ευχαρίστως δεκτή, επειδή συμβάλλει στην καλύτερη προσαρμοστικότητα του ηλικιωμένου στη φαρμακευτική αγωγή.²

3.6 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

α. ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Μεταξύ όλων των πιθανών διαταραχών του συναισθήματος, η κατάθλιψη φαίνεται να είναι η πιο κοινή διαταραχή που συναντιέται στη μεγάλη ηλικία. Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από μέτρια κατάθλιψη εμφανίζονται να τα καταφέρνουν αρκετά καλά σε δοκιμασίες μνήμης και αφηρημένης σκέψης, ενώ παράλληλα οι συναισθηματικές αντιδράσεις τους και οι αντιλήψεις τους για τον κόσμο είναι στραβές.

Εξ ορισμού, το συναισθηματικό πρόβλημα της κατάθλιψης δεν χαρακτηρίζεται με τη δυσθυμία, την ακεφιά και τη λύπη που όλοι οι άνθρωποι αισθάνονται μερικές φορές. Τα συναισθήματα αυτά θεωρούνται ότι είναι αναπόφευκτα, είναι το τίμημα που εκπληρώνουμε όλοι για το γεγονός ότι είμαστε ζωντανοί.

Η κατάθλιψη είναι κάτι διαφορετικό. Είναι μια πραγματική ψυχική διαταραχή, η οποία προκαλείται από μια σειρά αιτίων. Μερικές από τις αιτίες αυτές είναι οι προδιαθέσεις του ατόμου, τόσο γενετικές όσο και οι προδιαθέσεις της προσωπικότητάς τους, οι πρώιμες εμπειρίες του μέχρι την ηλικία των 10 ετών, οι αποτυχίες και απώλειες που σημειώθηκαν στην ζωή του - είτε πρόσφατες, είτε παλαιότερες και άλλοι ειδικοί και εξατομικευμένοι παράγοντες που έπαιξαν κάποιον καλύτερο ρόλο στη ζωή του ατόμου. Σε μια πρόσφατη επιδημιολογική έρευνα στην Ελλάδα η κατάθλιψη και τα καταθλιπτικά φαινόμενα ανευρέθησαν σε ποσοστό 27,1% του συνόλου των ηλικιωμένων του δείγματος.

Η κλινική εικόνα της κατάθλιψης περιλαμβάνει:

- α. Συναισθηματικές διαταραχές. Το άτομο ξεσπάει σε δάκρυα, τα βλέπει όλα μαύρα και αδυνατεί να αισθανθεί οποιαδήποτε χαρά. Ωστόσο, υπάρχουν και περιπτώσεις όπου οι εκδηλώσεις αυτές του συναισθήματος απουσιάζουν ή παρουσιάζονται «μεταμφιεσμένες»
- β. Αλλαγή στον τρόπο που σκέπτονται. Το άτομο εκφράζει αβάσιμες σκέψεις ενοχής και διατυπώνει απόψεις ότι τίποτα δεν έχει αξία και χρησιμότητα, ότι ο κόσμος είναι άδειος και δεν έχει τίποτα θετικό να προσφέρει. Όλες οι σκέψεις του είναι ρεαλιστικές.
- γ. Ελλειψη κινήτρων. Το πρόβλημα επικεντρώνεται στην ανικανότητα του ατόμου να δραστηριοποιηθεί και να ενεργήσει. Το άτομο βρίσκεται παγιδευμένο, ανίκανο να αντιδράσει κυριευμένο από ένα παραλυτικό φόβο. Η αδιαφορία για τη ζωή είναι προφανής.

- δ. Φυσιολογικές αντιδράσεις. Συνήθεις είναι οι διαταραχές στην όρεξη για λήψη τροφής, διαταραχές στον ύπνο που μπορεί να είναι αυπνίες, και λιγότερο συχνά, ύπνος υπερβολικής διάρκειας. Οι πεπτικές διαταραχές μπορεί να είναι ναυτίες και αναγούλες, καούρες στο στομάχι και δυσκοιλιότητα.
- ε. Ψυχοσωματικές διαταραχές. Όπως είναι η ανικανότητα στη συγκέντρωση της προσοχής, ο αργός ρυθμός σκέψης και η μειωμένη κινητική ικανότητα.⁶

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην φροντίδα του καταθλιπτικού ηλικιωμένου είναι σημαντικός επειδή στοχεύει στην ανασυγκρότηση και στο ξαναζωντάνεμα της ζωής του. Πρέπει οι νοσηλευτές να αναπτύξουν κατάλληλες διαπροσωπικές δεξιότητες για να ενθαρρύνουν τον ηλικιωμένο να αποκτήσει περισσότερη αυτονομία, εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα στις σχέσεις του. Πρέπει η ευγένεια, η καλοσύνη και η συμπάθεια να κυριαρχούν στην σχέση νοσηλευτή - ηλικιωμένου.²

β. ΣΥΓΧΥΣΗ

Η σύγχυση δεν είναι «τρέλα» αλλά εκδήλωση εγκεφαλικής δυσπραγίας από υποκείμενη νόσο και προειδοποιητικό σημείο ότι η κατάσταση του αρρώστου έχει επιδεινωθεί κατά τη διαδρομή μιας οξείας νόσου το ενδεχόμενο να παρουσιάσουν οι ηλικιωμένοι σύγχυση είναι συχνό. Πολλές φορές στην προσπάθεια τους να διατηρήσουν αυτοέλεγχο και ανεξαρτησία εστιάζουν την προσοχή τους περισσότερο στη σύγχυση παρά στη νόσο που τη προκάλεσε.

Πάντοτε υπάρχει κάποια αιτία που δικαιολογεί τη σύγχυση. Στην περίπτωση που αυτή είναι αποτέλεσμα υποκείμενης νόσου και αντιμετωπισθεί σωστά ενδέχεται η συχνότητα, η ένταση και το μέγεθος της να μην επιδεινωθούν, ενώ όταν διαρκέσει περισσότερο από ένα μήνα, τότε μπορεί να οδηγήσει σε άνοια.

Αλλά αίτια που προκαλούν τη σύγχυση μπορεί να είναι πλημμελής οξυγόνωση του εγκεφάλου, φάρμακα, τραύμα, περιβαλλοντικοί παράγοντες, ηλεκτρολυτικές διαταραχές.¹⁸

Οι νοσηλευτές πρέπει να αξιολογούν να ιεραρχούν και να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων σύμφωνα με τα επίπεδα των ανθρωπίνων αναγκών του Maslo..., επειδή αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης προσφέρει ποιότητα στη ζωή του ηλικιωμένου και την κάνει περισσότερο ελπιδοφόρα και ικανοποιητική.

γ. ΜΟΝΑΞΙΑ

Η μοναξιά είναι γενικό φαινόμενο, χαρακτηριζόμενο ως αρνητικό και δυσάρεστο. Η μοναξιά υποδηλώνει έλλειψη αναγκαίας ή επιθυμητής ανθρώπινης φιλίας, οδηγεί σε προσωρινή ταλαιπωρία και χαρακτηρίζεται από αίσθημα εγκαταλείψεως και δυσαρέσκειας.

Ορισμένες φορές συμβάλει στην ανάπτυξη άγχους και άλλοτε προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Η μοναξιά δημιουργείται από απουσία ανθρώπινης επαφής και οικειότητας ή από αδυναμία του ατόμου να δημιουργήσει και να διατηρήσει κάποια σχέση.

Η μοναξιά είναι συχνότερο φαινόμενο σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν σε ιδρύματα, σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές με ανεπαρκή μέσα συγκοινωνίας σε άτομα με μειωμένες αισθήσεις αλλά και σ' εκείνα τα άτομα που παρουσιάζουν αδυναμία ελέγχου του εντέρου της κύστεως.

Άλλοι παράγοντες που οδηγούν το άτομο στην μοναξιά και την απομόνωση είναι ο θάνατος προσφιλών προσώπων, όπως συζύγου παιδιών και φίλων.

Οι νοσηλευτές πρέπει να αποβλέπουν στη ανάπτυξη φιλικής σχέσεως η οποία βοηθάει τον ηλικιωμένο να εκφράζει τα συναισθήματα του. Η θεώρηση του παρελθόντος είναι διεργασία της σκέψεως κατά την οποία ο άνθρωπος αναπολεί. Η διεργασία αυτή είναι γενική στους ηλικιωμένους καθώς αντιμετωπίζουν τον επερχόμενο θάνατο. Ακόμα τους διευκολύνει να ξαναθυμηθούν το παρελθόν τους και οδηγεί στη προσωπική ολοκλήρωση. Η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ νοσηλευτών - ηλικιωμένων μπορεί να καλύψει το κενό, πριν προλάβει η μοναξιά να εγκατασταθεί και ορισμένες φορές να εξελιχθεί σε ψυχική διαταραχή μη αναστρέψιμη.²

8. ΑΝΟΙΑ

Ο όρος «άνοια»(dementia) σημαίνει παραφροσύνη, δηλαδή άτομο ανίκανο να χρησιμοποιήσει το νου του. Τις άνοιες συνθέτουν ομάδες νοσημάτων τα οποία συντελούν βαθμιαία στην εμφάνιση της με πνευματική υποβάθμιση, ανικανότητα εκτελέσεων καθημερινών ασχολιών και προοδευτική απομόνωση. Σύμφωνα με τον Gtmback η άνοια είναι σύνδρομο που αποτελείται άνοιες. Από ανατομική και κλινική άποψη το σύνδρομο αυτό ορίζεται ως διανοητική εξασθένηση, επίκτητη, καθολική και τις περισσότερες φορές έντονη.

Ορισμένοι τύποι άνοιας είναι αναστρέψιμοι και θεραπεύσιμοι, πολύ συχνά όμως ο βαθμός δυσλειτουργιών που προκαλούν βαριά διαταραχή ή απώλεια πρόσφατης μνήμης κ.λ.π. μπορεί να παρατηρηθεί μη αναστρέψιμη άνοια, όπως εκείνη του Alzheimer.

Προς το παρόν μοναδικός τρόπος ομαδοποίησεως των διάφορων μορφών άνοιας δεν κατέστη δυνατόν. Συνήθως διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς. Στις πρωτοπαθείς περιλαμβάνονται η πρωτοπαθής εκφυλιστική άνοια (τύπου Alzheimer), η πολυεμφρακτική, νόσος του Pick, του Huntington και

των Greutzfeld - Jakob. Στις δευτεροπαθείς περιλαμβάνονται η φυσιολογική πίεση του υδροκεφάλου, η άνοια του Parkinson, η ψευδοάνοια, οι μεταβολικές διαταραχές και διάφορες άλλες νευρολογικές διαταραχές.²

ε. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ALZHEIMER

Στην αρχή του αιώνα μας η νόσος περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Alois Alzheimer. Η νόσος αυτή θεωρήθηκε ότι περιγράφει δυο διαφορετικές άνοιες: την προγεροντική και την γεροντική άνοια. Η προγεροντική άνοια είναι η ασθένεια που εκδηλώνεται στη διάρκεια της μέσης ηλικίας με συμπτώματα συναφή με αυτά της γεροντικής άνοιας.

Το πιο γνωστό όνομα της νόσου είναι Dementia of the Alzheimer type, (DAT). Από αυτή υποφέρουν περισσότεροι από τους μισούς μεσήλικες ή υπερήλικες (50-70%) του συνολικού αριθμού των ατόμων με άνοια.

Η νόσος Alzheimer χτυπά την πιο ανθρώπινη κυριολεκτικά, από τις λειτουργίες και καταστρέφει προοδευτικά τους νευρώνες του εγκεφάλου. Με την πρόοδο της νόσου ο εγκέφαλος ατροφεί και οι συνάψεις μεταξύ των νευρώνων λιγοστεύουν. Στη φυσιολογική τους μορφή οι νευρώνες μοιάζουν με δένδρα που έχουν ρίζες και κλαδιά, με το σταδιακό εκφυλισμό τους οι νευρώνες συρρικνώνονται σε τέτοιο σημείο ώστε στη θέση τους απομένει ένας υποτυπώδης σχηματισμός, κάτι σαν ξερός κορμός αποξηραμένου δένδρου. Η αποδόμηση του εγκεφάλου είναι αρχικά περιορισμένη σε ένα εγκεφαλικό κέντρο. Βαθμιαία όμως εξαπλώνεται και στα άλλα εγκεφαλικά κέντρα και γενικεύεται.

Η αιτιολογία της νόσου είναι προς το παρόν άγνωστη, εντούτοις πέντε διαφορετικοί παράγοντες είναι οι ακόλουθοι:

1. Ένα μικρόβιο
- β. Κάποια δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.
- γ. Το αλουμίνιο
- δ. Γενετική ανωμαλία.
- ε. Τα μη φυσιολογικά αποθέματα μιας πρωτεΐνης, της Β-αμυλοειδής.

Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου είναι η προοδευτική απώλεια μνήμης, ελάττωση της ικανότητας εκτελέσεως απλών καθημερινών ασχολιών, διαταραχή της κρίσεως και του προσανατολισμού, αλλαγή της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς, δυσκολία μαθήσεως, απώλεια λεκτικών ικανοτήτων και έκπτωση της νοητικής λειτουργίας. Κατά τη διαδρομή της νόσου τα συμπτώματα ποικίλλουν από άρρωστο σε άρρωστο, ώσπου η νόσος να καταστήσει τα θύματα της ανίκανα για αυτοφροντίδα.

Συγκεκριμένη θεραπεία για τη νόσο δεν υπάρχει το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας περιλαμβάνει:

- α. Τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για τη μείωση του άγχους, τη βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή την επιθετικότητα.
- β. Τη φυσική άσκηση, τη κοινωνική δραστηριότητα, τη κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεως και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.²

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΔΙΕΘΝΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Είναι γεγονός αδιαμφισβήτητο ότι κάθε κράτος υποχρεούται να περιθάλλει ειδικότερα και να μεριμνά γενικότερα, για την εξασφάλιση των ηλικιωμένων ατόμων. Αυτά τα άτομα θεωρούνται ως μη παραγωγικά μέλη της κοινωνίας σήμερα που όπως βοήθησαν στο παρελθόν σημαντικά στην ανάπτυξη κάθε κράτους. Γι'αυτόν και μόνο τον λόγο και ως σημάδι σεβασμού και αναγνώρισης της προσφοράς τους, παίρνονται από κάθε κράτος, ανάλογα με τις απόψεις του, διάφορα μέτρα και κανόνες προστασίας της τρίτης ηλικίας.

Τα μέτρα που έχουν παρθεί είναι διεθνή, έχουν εφαρμογή και στη χώρα μας και αποσκοπούν στη φροντίδα και περίθαλψη της τρίτης ηλικίας. Ο WHO τονίζει: «Σ' έναν αληθινά υγιή και πολιτισμένο κόσμο οφείλουμε να μεριμνούμε για τα άτομα όλων των ηλικιών από τα πολύ μικρά μέχρι και τους υπερήλικες».¹⁶

Γενικότερα για την αποκατάσταση των ηλικιωμένων τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει διεθνώς δυο μεγάλες πρόοδοι. Αφ'ενός η αύξηση του αριθμού των νοσοκομείων ημέρας και αφ'ετέρου η ίδρυση τμημάτων της πενθήμερης γηριατρικής αποκατάστασης.

Ειδικότερα στην Ελλάδα, οι κρατικοί φορείς προχωρούν στην ίδρυση ΚΑΠΗ, κατάλληλων κέντρων προστασίας ηλικιωμένων, γηροκομεία και σπίτια γαλήνης λαμβάνοντας όμως υπ'όψιν το γεγονός ότι οι υπερήλικες αντιμετωπίζουν ειδικότερα προβλήματα υγείας, η εισαγωγή τους σε γενικά νοσοκομεία είναι αρκετά συχνή και συμπίπτει με εκείνη που υπάρχει στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Η προστασία της ευπαθούς ομάδας των ηλικιωμένων ατόμων απαιτεί:

1. Προπαρασκευή για την συνταξιοδότηση και την επέλευση του γήρατος.
2. Βοήθεια του γέροντα και της οικογένειας του στο σπίτι.
3. Σε ορισμένες περιπτώσεις τοποθέτηση σε εστίες.
4. Εγκαιρη ανίχνευση νόσων φθοράς και μεταβολικών ή άλλων νόσων.
5. Ανάπτυξη κέντρων συστηματικής εξέτασης ηλικιωμένων.
6. Λήψη άλλων κοινωνικών μέτρων (διοργάνωση εκδρομών, διακοπών, ψυχαγωγίας).
7. Τα γηροκομεία παλαιού τύπου να αντικατασταθούν με εστίες νέου τύπου για ανετότερη και καλύτερη ζωή.

Για τη σωστή λειτουργία όλων των παραπάνω και για τη διατήρηση και ανάπτυξη των προαναφερθέντων ιδρυμάτων, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι φορείς υγείας, σε όποιο χώρο κι αν εργάζονται.

Τα στελέχη κάθε ειδικότητας πρέπει να έχουν τις απαραίτητες γνώσεις και την κατάρτιση για να ευοδωθεί το έργο τους, αλλά και για να εξασκούν σωστά την ενδονοσοκομειακή ή εξωνοσοκομειακή, την ενδοϊδρυματική ή εξωϊδρυματική περίθαλψη των ηλικιωμένων η οποία πρέπει να χαρακτηρίζεται από σεβασμό και αγάπη στη δουλειά και το έργο τους.

4.2 ΝΕΕΣ ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΧΩΡΕΣ.

Το πρόγραμμα που άρχισε να εφαρμόζεται στην χώρα μας, για την καλύτερη και αποτελεσματικότερη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη των ηλικιωμένων είναι τα Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης (ΚΑΠΗ). Τα κέντρα αυτά εξυπηρετούν κατά μεγάλο βαθμό τον «θεσμό» της παραμονής των ηλικιωμένων απαλλαγμένων από τα γενικότερα προβλήματά τους.

Σε γενικές γραμμές οι στόχοι που εξυπηρετούνται στα ΚΑΠΗ είναι οι εξής:

- α) Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων
- β) Η ενημέρωση και η διαφώτιση καθώς και η συνεργασία του κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας.
- γ) Η μελέτη και η έρευνα πάνω σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους.
- δ) Η φροντίδα και οι οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, εργασιοθεραπείας.
- ε) Βοήθεια στο σπίτι για άτομα που έχουν ανάγκη εξυπηρέτησης
- στ) Χώρα συγκέντρωσης, όπου οι ηλικιωμένοι βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση και κυρίως ψυχαγωγία και επιμόρφωση.

Εκτός από τα ΚΑΠΗ έχουν γίνει προγράμματα για πιο ειδικές περιπτώσεις, όπως τα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων. Αυτά λειτουργούν ως μονάδες αποκατάστασης των χρόνιων πασχόντων, παρέχονται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, κοινωνικό λειτουργό κ.λπ. Το βασικότερο χαρακτηριστικό των ιδρυμάτων αυτών είναι η ανάμιξη ηλικιών γιατί μέσα σε αυτά εισάγονται άτομα ηλικίας 18 ετών και άνω. Το σκεπτικό αυτής της συνύπαρξης είναι να νιώθουν οι νεότεροι χρήσιμοι βοηθώντας τους μεγαλύτερους και οι ηλικιωμένοι να αναπτύξουν και να προσφέρουν συναισθήματα στοργής και τρυφερότητας προς τους νεότερους.

Σημαντικό επίσης βήμα στην εξωϊδρυματική, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη των ηλικιωμένων αποτελούν οι λέσχες φιλίας είναι θεσμός παρόμοιος και παράλληλος με τα ΚΑΠΗ, ενώ τα κέντρα ενοριακής αγάπης αποβλέπουν κυρίως στην οικονομική βοήθεια των απόρων προσφέροντας ένδυση, υπόδηση, φαγητό, φάρμακα και καμιά φορά και οικονομική βοήθεια.

Παράλληλα με όλα αυτά από το κράτος παρέχονται και άλλες υπηρεσιακές διευκολύνσεις στους υπερήλικες όπως η παροχή διαφόρων

συντάξεων και επιδομάτων και διευκολύνσεις από άλλες κρατικές υπηρεσίες όπως ΟΣΕ,ΟΤΕ, ΕΟΤ κ.λ.π.

Σε διεθνή επίπεδο, η οργάνωση της παροχής υπηρεσιών υγείας προς τους ηλικιωμένους περιλαμβάνει σχεδιασμό αντιμετώπισης κυρίως των προβλημάτων υγείας των υπερηλίκων και κυρίως των οξέων περιστατικών με την ίδρυση περισσότερων νοσοκομειακών ημερών.

Επίσης έχει χαρακτηριστεί ιδιαίτερα αποδοτικός ο διαχωρισμός των ιατρικών υπηρεσιών σε δύο υποσυστήματα ένα των ιατρικών υπηρεσιών και ένα των κοινωνικών υπηρεσιών. Το αποτέλεσμα αυτού του διαχωρισμού είναι ότι οι υπηρεσίες υγείας για τους ηλικιωμένους είναι πολλαπλές, παράλληλες και αλληλοεπικαλυπτώμενες.

Εν κατακλείδι η προσπάθεια σε διεθνές επίπεδο, σήμερα των υπηρεσιών υγείας, είναι να φροντίζουν και να διατηρούν τους υπερήλικες στο σπίτι τους και μόνο σε ακραίες περιπτώσεις να τους μεταφέρουν σε νοσοκομεία ή γηριατρικά ιδρύματα. Για να ευοδωθεί η τεράστια αυτή προσπάθεια, πρέπει να υπάρχει προγραμματισμός για την πρόληψη των ασθενειών της αναπηρίας και της κοινωνικής απομόνωσης, καθώς επίσης και την ανάπτυξη των κατάλληλων μέσω μέσα στη “κοινότητα”, για την από κάθε πλευρά υποστήριξη των υπερηλίκων.¹⁶

4.3 ΦΟΡΕΙΣ ΚΛΕΙΣΤΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΣΤΗΝ ΒΛΛΑΔΑ

Με τον όρο κλειστή περίθαλψη των ηλικιωμένων εννοούμε, όλα εκείνα τα ιδρύματα τα οποία φιλοξενούν υπερήλικες, οι οποίοι για πολλούς λόγους αδυνατούν να παραμείνουν στην οικογένεια, να αυτοεξυπηρετηθούν ή να μείνουν μοναχοί. Εδώ περιλαμβάνονται τα ιδρύματα που ανήκουν ή σε κερδοσκοπικές επιχειρήσεις ή στην Εκκλησία ή είναι επιδοτούμενα από το κράτος.

Γενικότερα η κλειστή ιδρυματική περίθαλψη βρίσκεται στα πρότυπα της φιλανθρωπίας, λαμβάνοντας, τον όρο μόνο ως οικονομική βοήθεια και όχι ανθρώπινη και ουσιαστική. Κυριότερος φορέας της περίθαλψης αυτής είναι το κράτος, το οποίο έχει εξουσιοδοτήσει το υπουργείο υγείας και πρόνοιας, μέσα στα πλαίσια άσκησης της κοινωνικής πολιτικής της εκάστοτε κυβέρνησης.

Παράλληλα με το υπουργείο συνυπάρχουν οι δήμοι και οι κοινότητες της χώρας εκπονώντας διάφορα προγράμματα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της τρίτης ηλικίας. Πολλές φορές επίσης, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η εκκλησία, μέσω των επισκόπων και γενικότερα της φιλανθρωπικής προσπάθειας της εκκλησίας. Είναι αξιοσημείωτο βέβαια ότι πολλές φορές τον ρόλο του φορέα της κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης τον παίζει και η ίδια η οικογένεια που απομακρύνει τον υπερήλικα από το σπίτι, για να τον εγκαταστήσει σε κάποιο από τα ιδρύματα της χώρας μας, ενισχύοντας μ'αυτόν τον τρόπο τον «θεσμό» της κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης. Παράλληλα μ'αυτό λειτουργούν και ως φορείς και διάφοροι κερδοσκοπικοί οργανισμοί και επιχειρήσεις.

Γενικά ως φορείς λειτουργούν όλοι όσοι συμμετέχουν στην ιδρυματοποίηση ενός ηλικιωμένου είτε είναι επαγγελματίες σε ανάλογη υπηρεσία είτε όχι.

Τελικά λαμβάνοντας υπόψιν και την επιλογή της ανοιχτής περίθαλψης καλό θα ήταν να γίνει συνείδηση και μέριμνα όλων μας η ενίσχυση και ανάπτυξη της, για ποιοτική και πιο αποδοτική περίθαλψη των ηλικιωμένων σήμερα αλλά και στο μέλλον.

4.4 ΤΟ ΙΔΡΥΜΑ ΣΑΝ ΛΥΣΗ

Η αύξηση του μέσου όρου ζωής, δεν προϋποθέτει απαραίτητα και απαλλαγή του ηλικιωμένου από τα προβλήματα υγείας, τα οποία στην πλειοψηφία τους είναι χρόνια και από τη φύση τους αναγκάζουν τον ηλικιωμένο να αποσύρεται από την κοινωνική ζωή.

Προβλήματα όπως η αρτηριοσκλήρυνση, η ακράτεια, ο διαβήτης, η δυσκινησία ή η ακινησία, κ.λ.π. εμποδίζουν τους ηλικιωμένους ακόμα και να αυτοεξυπηρετούνται. Έτσι το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την ολιγωρία των κρατικών φορέων και την οικονομική ανέχεια οδηγούν τους ηλικιωμένους σε απομόνωση και μοναξιά. Οπότε ενώ η λύση του ιδρύματος δεν είναι η καλύτερη μερικές φορές η εγκατάσταση του υπερήλικα σ' αυτό είναι αναγκαστική.

Έτσι και σαν συνέπεια των παραπάνω μπορούμε να πούμε ότι έχει παρατηρηθεί ότι πριν την εισαγωγή του στο ίδρυμα έχει συμβεί κάτι κακό στη ζωή του ηλικιωμένου. Μια αρρώστια που οδήγησε στη μοιραία αυτή κατάληξή του, θάνατος ενός από τους συζύγους, η απώλεια του σπιτιού τους, μια ξαφνική μείωση του εισοδήματος.

Επίσης η μοναξιά, η απομόνωση, το αίσθημα ανασφάλειας είναι ένας επιπλέον λόγος που οδηγεί στην ιδρυματοποίηση.

Συχνή αιτία είναι και οι ταραγμένες σχέσεις μέσα στην οικογένεια. Γονείς και παιδιά δεν έχουν πάντα τις καλύτερες σχέσεις, ιδιαίτερα αν ο ηλικιωμένος πατέρας ή μητέρα έχει κάποια ασθένεια. Συχνά μάλιστα οι δύσκολες καταστάσεις που επικρατούν κάτω από το βάρος που δημιουργεί η συνεχής ευθύνη και φροντίδα του νεότερου προς τον ηλικιωμένο οδηγούν σε διαθέσεις κακοποίησης σωματικής ή και ψυχολογικής αλλά και σε διάθεση παραμέλησης και εγκατάλειψης του ηλικιωμένου ατόμου.

Ακόμα πολλοί ηλικιωμένοι οδηγούνται αναγκαστικά στην ιδρυματική ζωή γιατί δεν έχουν παιδιά ή συγγενείς να τους φροντίζουν. Έτσι φοβούμενοι την μοναξιά και έχοντας την αδυναμία να αντεπεξέλθουν στις δυσκολίες της ζωής επιλέγουν το ίδρυμα σαν λύση.

Τελικά μπορούμε να κατανοήσουμε ότι για όλους τους προαναφερόμενους λόγους το ίδρυμα είναι μια λύση στη ζωή του ηλικιωμένου και έχει κάποιο στόχο. Όμως πρέπει να είναι η καλύτερη λύση και όχι η εύκολη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΥΓΗΡΕΙΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ

Για τον όρο ευγήρεια ιδρύματα τα πράγματα δυσχεραίνουν όσο αφορά την εύρεση και τον καθορισμό ενός συγκεκριμένου ορισμού που να απεικονίζει την έννοια και το περιεχόμενό τους. Σε μια πολύ γενική θεώρηση, ευγήρεια ιδρύματα ή οίκοι ευγηρίας είναι χώροι ειδικά κατασκευασμένοι και διαμορφωμένοι να προσφέρουν στέγαση και περίθαλψη σε άντρες και γυναίκες που βρίσκονται στο στάδιο της «τρίτης ηλικίας». Μπορεί να χαρακτηριστεί σαν ένας ξεχωριστός χώρος προσφοράς διαφορετικής εμπειρίας σε διαφορετικούς ανθρώπους ανάλογα το υπόβαθρο, τις ανάγκες τους και την ικανότητα προσαρμογής τους. Τα ιδρύματα ανεξάρτητα από τις συνθήκες που επικρατούν σ'αυτά, για τα άτομα «της τρίτης ηλικίας» που δεν έχουν έναν δικό τους χώρο για να περάσουν τα τελευταία χρόνια της ζωής τους είναι μια λύση, όπου θα μπορούσαμε να την χαρακτηρίσουμε και ως λύση ανάγκης.

5.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι αναφορές που έχουμε για άσκηση, φροντίδας σε άτομα της γεροντικής ηλικίας κατά την αρχαιότητα είναι ελάχιστες. Στις αρχαίες κοινωνίες δεν υπάρχει κάποια οργανωμένη μορφή προστασίας για τους ηλικιωμένους.

Ετσι στο αξιόλογο και καλά οργανωμένο σύστημα προστασίας της Αθηναϊκής Πολιτείας αναφέρονται μόνο κάποιες συντάξεις για τους ηλικιωμένους ενώ ιδρυματική περίθαλψη δεν υπάρχει.¹⁹

Ο κυριότερος λόγος που δεν βλέπουμε κάποια προστασία από την κοινωνία στη γεροντική ηλικία, στους διάφορους αρχαίους πολιτισμούς, είναι η πατριαρχική δομή τους. Εκεί ο ρόλος της οικογένειας και της συγγένειας είναι σημαντικός και φυσικά οι ηλικιωμένοι έχουν σεβαστή θέση μέσα τέτοια περιβάλλον.

Το θέμα της πρόληψης και της περίθαλψης των γερόντων εμφανίζεται κατάρχην στο Βυζάντιο και συνεχίζεται στο Μεσαίωνα, όπου η οποιαδήποτε φροντίδα παρέχονται μόνο μέσω της κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης.

Οι λόγοι της ανάπτυξης του αυτής ήταν ότι το Βυζάντιο βαθιά επηρεασμένο από τη Χριστιανική διδασκαλία ανέπτυξε μεγάλη φιλανθρωπία, ενώ παράλληλα οι οικονομικές του δυνατότητες ήταν πολύ μεγαλύτερες από τα άλλα κράτη. Άλλοι λόγοι είναι η επίδειξη πλουτισμού των ανωτέρων τάξεων καθώς και η πίστη ότι εξασφαλίζουν την αιώνια ζωή, φτιάχνοντας ένα φιλανθρωπικό ίδρυμα. Ετσι κάτω από αυτές τις συνθήκες δημιουργούνται πάρα πολλά ιδρύματα αρκετά από τα οποία είναι για υπερήλικες.

Αυτός όμως που συνέδεσε το όνομα του με την ιδρυματική προστασία στο βυζάντιο ήταν ο Μέγας Βασίλειος και θαυμάσιο νοσηλευτικό συγκρότημα τη «Βασιλειάδα». Ήταν μια ολόκληρη πολιτεία Χριστιανικής συμπαράστασης λίγα χιλιόμετρα έξω από την Καισάρεια. Το απέραντο αυτό κτιριακό συγκρότημα περιλάμβανε νοσοκομεία, πτωχοκομεία, γηροκομεία, ορφανοτροφεία, κ.λ.π.

Ακόμα σημαντικό έργο επιτέλεσε και η μονή του Παντοκράτορος στην πρώτεύουσα όπου για παράδειγμα είχε νοσοκομείο με 50 κρεβάτια, 60 άτομα ιατρικό προσωπικό πέρα από επόπτες, επιθεωρητές, υπόλογους, και υφιστάμενους. Διαιρώνταν σε πέντε τμήματα, τα καθένα για διαφορετικό τύπο ασθένειας. Εκτός απ'αυτά είχε και ένα άσυλο για υπερήλικες ασθενείς το οποίο μπορούσε να συντηρήσει είκοσι έξι γέροντες.

Τότε τα γηροκομεία ενισχύονταν οικονομικά ή από τους ιδρυτές 7τους, από κληροδοσίες και κτήματα που τους πρόσφεραν με σκοπό να τους φροντίζει το

ίδρυμα όσο βρίσκονταν στη ζωή ή από τον αυτοκράτορα ή από το κράτος και τους γενικούς πόρους του.

Τη διαχείριση της οποιασδήποτε περιουσίας αναλάμβανε υπεύθυνα ο Διευθυντής κάθε ιδρύματος ο οποίος είχε και τον τίτλο του Γηροκόμου ενώ η γενικότερη εποπτεία άνηκε στον Επίσκοπο. Τα ιδρύματα τότε είχαν τις περισσότερες φορές μεικτό χαρακτήρα δηλαδή ήταν νοσοκομείο, ξενοδοχείο, πτωχοκομείο, γηροκομείο και ψυχιατρείο, των οποίων η λειτουργία γινόταν με ειδικούς κανονισμούς.

Αν και δεν έχουμε λεπτομερείς πληροφορίες πιστεύεται ότι τα ιδρύματα τότε ήταν κλασικού τύπου δηλαδή μεγάλες αίθουσες ύπνου και φαγητού, ομοιόμορφη ενδυμασία κ.λ.π. Κατά την περίοδο της Τουρκοκρατίας η εκκλησία είναι η μόνη που φρόντιζε για την προστασία των ηλικιωμένων χωρίς δυστυχώς να μπορέσει να επιφέρει ανάλογη ανάπτυξη.

Αντίθετα στη Δυτική Ευρώπη τα ρεύματα του διαφωτισμού και του ανθρωπισμού επηρέασαν την ανάπτυξη της κοινωνικής φροντίδας. Έτσι το κράτος ανέλαβε παράλληλα με την ιδιωτική φιλανθρωπία, ενεργητικό ρόλο στην προστασία των ηλικιωμένων.

Αργότερα και αμέσως μετά τη σύσταση του νέου Ελληνικού κράτους άρχισε να απασχολεί την πολιτεία το θέμα της πρόνοιας και περιθάλψεως των γερόντων οπότε και δημοσιεύθηκε την 15η Απριλίου 1833 το Β. Διάταγμα «Περί σχηματισμού και αρμοδιότητος της Γραμματείας Εσωτερικών» στο οποίο προβλέπετο η σύσταση κρατικών γηροκομείων. Έτσι η πρώτη κρατική μέριμνα για τους υπερήλικες ήταν η παροχή βοηθημάτων σε άπορους ηλικιωμένους, με αποτέλεσμα το τμήμα αυτό αργότερα να περιέλθει στο Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντιλήψεως.

Κατά το 1859 ο Παναγιώτης Νικολαΐδης εκληροδότησε στο Δημόσιο δύο οικήματα για το σκοπό ίδρυσης κρατικού γηροκομείου, το Δημόσιο όμως το 1865 μεταβίβασε τα οικήματα αυτή στη φιλανθρωπική οργάνωση «Ελεήμων Εταιρία Αθηνών».²⁰

Αξιοσημείωτη είναι η έκθεση του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών το 1938 όπου χαρακτηρίζει το γηροκομείο σαν «αναγκαίο κακό», που έχει ανάγκη εκσυγχρονισμού και προτείνει την εισαγωγή του θεσμού της επιδότησης των ηλικιωμένων στις οικογένειές τους. Τα μέτρα αυτά όμως δυστυχώς δεν αναπτύχθηκαν,

Έτσι από την εποχή αυτή μέχρι το 1946 το κράτος δε έκανε τίποτα υπέρ των γερόντων. Κατά το έτος όμως αυτό δημοσιευθεί ο νόμος 908 στο οποίο

προεβλέπετο η επιχορήγηση των φιλανθρωπικών ιδρυμάτων και των γηροκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Μερικά χρόνια αργότερα το Ν.Δ. 1118/72 αναφέρεται στις ιδιωτικές επιχειρήσεις «περιθάλψεως ηλικιωμένων ατόμων ή ατόμων που πάσχουν από κινητική αναπηρία». Ενώ ένα χρόνο μετά το Ν.Δ. 162/73 είναι το πρώτο στη χώρα μας νομοθέτημα το οποίο αναφέρεται ειδικά στα προβλήματα της τρίτης ηλικίας και προβλέπει τη δυνατότητα οργανώσεων «παντοειδών υπηρεσιών υπέρ των ηλικιωμένων, ανάλογες προς εκείνες των προηγμένων χωρών» και αναθέτει στο Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών την καθολική ευθύνη του χειρισμού του θέματος αυτού, δημιουργώντας ιδρυματικό και εξωιδρυματικό καταστατικό.

Έτσι με το παραπάνω Ν.Δ. 162/73 λειτούργησαν τα ιδιωτικά γηροκομεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα στα οποία περιέχονται και τα Εκκλησιαστικά καθώς και τα Δημόσια. Ενώ από τον Σεπτέμβριο του 1976 άρχισε η λειτουργία της διευθύνσεως προστασίας των ηλικιωμένων με σκοπό τη διερεύνηση της παρεχόμενης προστασίας ηλικιωμένων με την εφαρμογή νέων προγραμμάτων. Ακόμα με το Π.Δ. 692 «Περί προϋποθέσεως ιδρύσεως και λειτουργίας ιδιωτικών επιχειρήσεων περίθαλψης ηλικιωμένων ή ατόμων που πάσχουν από ανίατη κινητική αναπηρία» άρχισαν να λειτουργούν τα ιδιωτικά γηροκομεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Τέλος μπορούμε να αναφέρουμε ότι η ιδρυματική προστασία των πρώτων 450 χρόνων χαρακτηρίζεται από την ευρύτατη προσφορά της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Και ενώ το κράτος ιδιαίτερα τον πρώτο αιώνα της ίδρυσης του είχε πολύ μικρή συμμετοχή Εθνικοί ευεργέτες, φιλάνθρωποι και η εκκλησία δημιούργησαν πλήθος γηροκομείων πολλά από τα οποία λειτουργούν ακόμα.

5.3 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΥΓΗΡΕΙΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ

Ο σκοπός της οργάνωσης αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία κτίζεται η δομή της, γίνεται η εκλογή των τρόπων και των μέσων με τα οποία θα επιχειρήσει να πετύχει τους σκοπούς της, καθορίζεται ο αριθμός και οι ειδικότητες του ανθρώπινου δυναμικού που χρειάζεται, αποφασίζεται το είδος του τεχνικού εξοπλισμού που είναι αναγκαίος και υπολογίζονται οι οικονομικοί πόροι που θα χρειαστούν για να λειτουργήσει. Έτσι καθορίζεται η ταυτότητα του γηροκομείου και διατυπώνεται ο καταστατικός χάρτης της οργάνωσης.

Αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα υπάρχουν τρία είδη γηροκομείων με διαφορετική νομική μορφή:

- α) Τα ιδιωτικά γηροκομεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα.
- β) Τα δημόσια.
- γ) Τα γηροκομεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Τα ιδιωτικά άρχισαν να λειτουργούν ύστερα από το Π.Δ. 692 «Περί προϋποθέσεως ιδρύσεως και λειτουργίας ιδιωτικών επιχειρήσεων περίθαλψης ηλικιωμένων ή ατόμων που πάσχουν από ανίατη κινητική αναπηρία». Σε αντίθεση με τα άλλα δύο των οποίων η σύσταση στηρίχθηκε στο Ν.Δ. 162 «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων». Εδώ απαιτείται προηγούμενη άδεια του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών όπου θα περιλαμβάνει τα στοιχεία του νομικού προσώπου στον οποίο ανήκει ο οίκος ευγηρίας, την έδρα αυτού, τον επιδιωκόμενο σκοπό, τον αριθμό των υλικών, την περιγραφή του κτιρίου με τους υπόλοιπους βοηθητικούς χώρους καθώς και τους γενικούς όρους και προϋποθέσεις της εσωτερικής λειτουργίας αυτού.

Ακόμα θα πρέπει να αναφέρεται το είδος του προσωπικού όπου με τις κατηγορίες των περιθαλπόμενων θα αποτελείται από:

- 1) Ιατρικό προσωπικό έναν για κάθε 250 κλίνες κατά προτίμηση εκπαιδευμένος στην γηριατρική.
- 2) Νοσηλευτικό προσωπικό, μια προϊσταμένη απόφοιτος σχολής τριετούς φοιτήσεως ή απόφοιτος σχολής μονών τριετούς φοιτήσεως, μια νοσοκόμος απόφοιτος τριετούς ή διετούς φοιτήσεως ή μια πρακτική νοσοκόμος ανά 50 κλίνες.

- 3) Βοηθητικό προσωπικό, ενός μαγείρου, ενός τραπεζοκόμου για κάθε 15 κλίνες και μιας καθαρίστριας για κάθε 15 κλίνες.
- 4) Ειδικό προσωπικό, μια επισκέπτρια για κάθε 100 κλίνες, μια κοινωνική λειτουργός, ενός διαιτολόγου, ενός εργασιοθεραπευτού και ενός φυσιοθεραπευτού.

Σημαντικό είναι επίσης να αναφέρεται η κατάλληλη διαρρύθμιση του κτιρίου, ο εξοπλισμός, η επιφάνεια των χώρων και των αναλόγων εγκαταστάσεων, καθώς και το διαιτολόγιο και το είδος της ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης που παρέχεται.

Υπεύθυνοι για την εκτέλεση αυτών είναι η Διοίκηση του ιδρύματος που συνεδριάζει υπό την εποπτεία ενός Κυβερνητικού επιτρόπου όπου αποφασίζει για τη νομιμότητα των αποφάσεων που παίρνονται. Σε περίπτωση που τα ιδρύματα κατά τον χρόνο λειτουργίας τους δεν πληρούν τους νόμιμους όρους διατάσσεται η αναστολή λειτουργίας με απόφαση οικείου νομάρχη.

Σε αντίθεση με τα δημόσια γηροκομεία όπου η διοίκηση αποτελείται από 5 μέλη που ορίζονται με απόφαση του οικείου νομάρχη και τα οποία είναι με γνωστό κοινωνικό κύρος και επιστημονική κατάρτιση.

Ενώ στα ιδιωτικά γηροκομεία υπάρχει ένας διοικητικός υπεύθυνος ο οποίος μπορεί να είναι ο επιχειρηματίας στο όνομα του οποίου μπορεί να εκδόθηκε η άδεια ή μέλος της διοικήσεως όταν πρόκειται για νομικό πρόσωπο στο οποίο συνίσταται η επιχείρηση. Εποπτεύεται από ειδικά όργανα Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής με σκοπό την εξασφάλιση γενικών υποχρεώσεων προς τους περιθαλπόμενους όπως η υγιεινή κατοικία, η υγιεινή και επαρκής διατροφή, η συνεχή ιατρική παρακολούθηση, η συνεχή φροντίδα για ατομική καθαριότητα κ.λ.π.

Οι οικονομικοί πόροι, στα γηροκομεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και στα δημόσια, είναι τα έσοδα που προέρχονται από δωρεές και κληροδοτήματα που έχουν αφήσει πολλοί πολίτες. Από έρανο που γίνεται κάθε χρόνο, από ένα μέρος της σύνταξης των περιθαλπομένων (2/3) και από μικρή επιχορήγηση από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Σε αντίθεση με τα ιδιωτικά γηροκομεία κερδοσκοπικού χαρακτήρα όπου οι πόροι τους εξαρτώνται από την οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων.

Τέλος ο σκοπός των ευγηρείων ιδρυμάτων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και των δημοσίων είναι να περιθάλλει άτομα με μικρές αναπηρίες, που να είναι όμως αυτοεξυπηρετούμενα με η χωρίς οικονομικούς πόρους από στενό

οικογενειακό περιβάλλον. Ενώ στα ιδιωτικά γηροκομεία βασικό κριτήριο για την εισαγωγή κάποιου ηλικιωμένου είναι οι οικονομικοί του πόροι.

Η διαδικασία εισαγωγής που χρειάζεται είναι, μια αίτηση στο ίδρυμα από κάποιον γνωστό η συγγενή, κατόπιν να συνταχθεί ένα κοινωνικό ιστορικό και μια βεβαίωση από το γιατρό που να αναφέρεται η κατάρτιση της υγείας του ηλικιωμένου.

5.4 ΚΤΙΡΙΑΚΕΣ ΒΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Οι οίκοι ευγηρίας πρέπει να πληρούν ορισμένες σωστές προδιαγραφές σχετικά με την κατασκευή του κτιρίου, αν ληφθούν υπόψη οι αναπηρίες, οι δυσκολίες και οι ανάγκες των ηλικιωμένων. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας νιώθουν τρομερή ανασφάλεια με την αίσθηση ότι δεν διατρέχουν κανένα φυσικό κίνδυνο.

Έτσι η ανέγερση του κτιρίου πρέπει να γίνει σε χώρο ευρύ, με ωραία θέα και πολλά δέντρα. Να έχει μέσα επικοινωνίας για την εύκολη επικοινωνία με συγγενείς και φίλους και να είναι κοντά στην αγορά.

Το μέγεθος του κτιρίου εξαρτάται κυρίως από οικονομικούς παράγοντες. Έχει διαπιστωθεί ότι τα μεγάλα κτίρια είναι οικονομικά και βολικά αλλά τα μικρά είναι ξεκούραστα, φιλικά, και οι υπερήλικες απολαμβάνουν περισσότερες φροντίδες.

Λόγω της μεγάλης δυσκολίας στη συγκατοίκηση των ηλικιωμένων τα δωμάτια πρέπει να είναι μονόκλινα ή δίκλινα, ευάερα και ευήλια. Ακόμα οι πόρτες για να ανοίγουν να μην απαιτούν περισσότερη δύναμη από ότι διαθέτουν οι ηλικιωμένοι και κάθε δωμάτιο να περιέχει το μπάνιο του με ντους και το πάτωμα έτσι κατασκευασμένο ώστε να μην γλιστράει. Επίσης η θερμοκρασία του νερού θα πρέπει να ελέγχεται αυτόματα για να αποφεύγεται ο κίνδυνος εγκαυμάτων.

Οι διάδρομοι να είναι φαρδοί, διότι πολλές φορές η μεταφορά των υπερηλικών γίνεται με καρότσι. Οι σκάλες να είναι χαμηλές με πλατιά σκαλοπάτια και να υπάρχουν χειρολαβές και κιγκλιδώματα παντού για να βοηθούν εκείνους που μπορεί κάποια στιγμή να χάσουν το βήμα τους ή την ισορροπία τους.

Απαραίτητα πρέπει να υπάρχει ένα μεγάλο ανασαερ για τη μεταφορά και κρεβατιού όπου οι πόρτες να κλείνουν αργά και μαλακά και να ανοίγουν γρήγορα.

Να υπάρχει ιματιοθήκη και αποθήκη με άφθονο ιματισμό για την ατομική καθαριότητα των ηπερηλικών, και άφθονο υλικό καθαριότητας για την καθαριότητα του περιβάλλοντος.

Η κουζίνα να είναι ευρύχωρη με όλα τα μέσα για την ετοιμασία της μεγάλης ποικιλίας διαιτολογίου που απαιτείται σε έναν οίκο ευγηρίας. Ακόμα πρέπει να υπάρχουν και κινητές θερμοτράπεζες για τη μεταφορά φαγητών στα δωμάτια των κατακεκλιμένων.

Η τραπεζαρία να είναι μεγάλη για να μπορεί να χρησιμοποιείται από τους περιπατικούς υπερήλικες αλλά και από αυτούς που μπορεί χρησιμοποιούν φυσική πολυθρόνα.

Το σαλόνι πρέπει να αποτελεί χώρο αναψυχής στον οποίο οι γέροντες δέχονται τους επισκέπτες τους και έχουν μεταξύ τους άνετη και ευχάριστη επαφή. Ανάλογα με το μέγεθος του κτιρίου και τον αριθμό των ατόμων που μένουν σε αυτό καθορίζεται και ο αριθμός των σαλονιών, με την κατάλληλη επίπλωση και διακόσμηση και τα διάφορα είδη ψυχαγωγίας όπως τηλεόραση, ραδιόφωνο κ.λ.π.

Ακόμα απαραίτητη είναι η πρόβλεψη αναρρωτηρίου με θαλάμους ενός έως τριών κρεβατιών ο καθένας γιατί όπως είναι γνωστό η νοσηρότητα στα μεγάλα άτομα είναι μεγάλη και η ιατρονοσηλευτική περίθαλψη είναι αναγκαία.

Το ιατρείο είναι από τους απαραίτητους χώρους όπου χρησιμοποιείται για περιοδικές εξετάσεις υγείας, την ιατρική, νοσηλευτική παρακολούθηση και την παροχή α' βοηθειών. Μέσα σε αυτό βρίσκεται και το φαρμακείο από όπου διανέμονται όλα τα φάρμακα.

Το φυσιοθεραπευτήριο που είναι εξοπλισμένο με όργανα και μηχανήματα και με ειδικευμένο προσωπικό και το εργασιοθεραπευτήριο όπου ο υπερήλικας αυξάνει τα ενδιαφέροντά του, και προάγει την καλύτερη ποιότητα ζωής του.

Η βιβλιοθήκη όπου με την άνεση, τον σωστό φωτισμό και τον καλό εξοπλισμό σε βιβλία καλύπτει τα ενδιαφέροντα όλων των τροφίμων.

Και ο ναός που μπορεί να βρίσκεται μέσα στο κτίριο του ιδρύματος ή έξω από αυτό στον ακάλυπτο χώρο και καλύπτει τις ψυχικές και πνευματικές ανάγκες τους αποτελώντας το πιο δυναμικό στήριγμα στα βαριά από την ηλικία χρόνια.

5.5 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ

Λέμε ότι ένας άνθρωπος είναι προσαρμοσμένος όταν αισθάνεται άνετα εκεί που βρίσκεται για πολλούς ηλικιωμένους όμως προσαρμογή σημαίνει να δεχθούν φρόνιμα ή παθητικά τα διάφορα προβλήματα του περιβάλλοντος, την αδυναμία τους και τη γενική τους εξασθένηση. Για τους ψυχολόγους αυτό δεν είναι «προσαρμογή» αλλά υποταγή, που οδηγεί σταδιακά σε μια απροσωποίηση που κάνει τους ανθρώπους αναισθητους στις προκλήσεις, στην καταπίεση και στην έλλειψη κατανόησης των άλλων.

Η αξιολόγηση των γηρατειών απαιτεί την πρωτοβουλία των ίδιων των ηλικιωμένων να βρουν τρόπους να χρησιμοποιούν τον ελεύθερο χρόνο τους. Η πείρα αποδειχνει πως ένας ηλικιωμένος που βλέπει μειωμένες τις δημιουργικές του ικανότητες μπορεί να βρει διέξοδο σε κάποια απασχόληση που να ικανοποιεί τα γούστα του και την αίσθηση ευθύνης του. Απασχόληση εδώ δεν σημαίνει εργατική δραστηριότητα αλλά κάθε τι που ξυπνάει καινούρια ενδιαφέροντα και ταυτόχρονα να διασκεδάζει.

Παρόλα αυτά πολλοί ηλικιωμένοι μετά από μακρά περίοδο ιδρυματοποίησης, νιώθουν μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και ανία, και η σημασία των καθημερινών γεγονότων επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη διάθεση τους. Το ίδρυμα όμως δεν έχει μόνο την ευθύνη της διάσωσης της ζωής του αλλά και την ευθύνη για την ποιότητα της ζωής που παρατείνει. Είναι υποχρέωση του όχι μόνο να προσθέτει χρόνια στη ζωή αλλά το πιο σπουδαίο να δημιουργεί προϋποθέσεις για μια καλύτερη ζωή. Ανεξάρτητα το πόσο ηλικιωμένο είναι ένα άτομο, πάντα έχει την επιθυμία να έχει μια χρήσιμη δραστηριότητα.

Έτσι μια έξυπνη ασχολία για τον ελεύθερο χρόνο, που να μην γίνει έμμονη ιδέα αλλά να διατηρεί ζωντανή τη σκέψη του, μπορεί να είναι:

1. Εκκλησιασμός, όπου για όσους πιστεύουν δίνει δύναμη και αποτελεί σπουδαία πραγματικότητα. Οι διάφορες ακολουθίες και η μελέτη της Αγίας Γραφής δίνουν νόημα και σκοπό στη ζωή τους ενώ ο θάνατος αντιμετωπίζεται με περισσότερη ψυχραιμία και με την ελπίδα της αιωνιότητας.
2. Εορταστικές εκδηλώσεις, εθνικές ή θρησκευτικές.
3. Εκδρομές
4. Εκλογή αντιπροσώπων.
5. Σταυρόλεξα, όπου είναι περίφημη άσκηση κατά της αμνησίας και διατηρούν το πνεύμα της άμιλλας.
6. Διάβασμα, είναι χρήσιμο για οποιοδήποτε κείμενο και προπάντων ιστορία.

7. Διάφορες άλλες δημιουργικές απασχολήσεις όπως το κέντημα, το πλέξιμο, απασχόληση με τον κήπο κ.λ.π.

Με όλα αυτά δεν εννοούμε μόνο τον ευχάριστο τρόπο ζωής αλλά την σωματική και πνευματική υγεία. Και εδώ η νοσηλεύτρια/της έχει σπουδαίο ρόλο αφού πρέπει να διαγνώσει τις δυνατότητες, τα ενδιαφέροντα και τα ταλέντα καθενός και να προτρέπει κάθε ηλικιωμένο να απολαμβάνει τη χαρά της δημιουργίας.

Ετσι θα δημιουργηθεί μια ευχάριστη ατμόσφαιρα αφού ο ηλικιωμένος θα αισθάνεται ότι είναι μέλος μιας ομάδας και ζει μια κοινωνική ζωή. Θα βρει αυτό που ζητά ο κάθε άνθρωπος, μετά από το άγχος και το μόχθο που του γέμισε τη ζωή και που τώρα έχει το δικαίωμα να ξεκουραστεί και να χαρεί με κάθε τρόπο αυτά που δεν τον άφησαν τα προβλήματα της ζωής.²¹

5.6 ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΠΕΡΙΘΑΛΠΟΜΕΝΩΝ

Οι περιθαλπόμενοι υπερήλικες είναι υποχρεωμένοι στα παρακάτω:

1. Να είναι ήσυχοι, ευπρεπείς και να σέβονται τους άλλους.
2. Να μην χρησιμοποιούν ποτά, εκρηκτικές ύλες, δύσοσμα είδη και τρόφιμα.
3. Απαγορεύεται η άσκηση επαγγελματικής εργασίας προς όφελός τους.
4. Απαγορεύεται το κάπνισμα εντός των δωματίων.
5. Απαγορεύεται η δημόσια άσκηση κριτικής μεταξύ τους και για το προσωπικό.
6. Απαγορεύεται η παράνομη χρήση πραγμάτων του Ετηρείου Ιδρύματος.
7. Απαγορεύεται οτιδήποτε μπορεί να θέσει σε κίνδυνο το ίδρυμα.
8. Επιτρέπεται να δέχονται συγγενείς και φίλους σε καθορισμένο επισκεπτήριο.
9. Υποχρεώνονται να τηρούν την ατομική και γενική καθαριότητα.
10. Οι αυτοεξυπηρετούμενοι πρέπει να φροντίζουν το δωμάτιο τους.
11. Τα παράπονα πρέπει να αναφέρονται στη Διεύθυνση.
12. Πρέπει να τηρείται ακριβώς το πρόγραμμα εγερτηρίου, προγεύματος, γεύματος και δείπνου.
13. Απαγορεύεται η έξοδος από την περιοχή του ιδρύματος χωρίς άδεια.
14. Οι συνταξιούχοι περιθαλπόμενοι υποχρεούνται να καταβάλουν τα 2/3 της σύνταξής τους ή κάποια άλλη αμοιβή ανάλογα τον τύπο του ιδρύματος.
15. Σε περίπτωση συνεχούς παραβίασεως των κανόνων γίνεται διακοπή της περιθάλψεως από 1-15 ημέρες και σε περίπτωση διαπράξεως κάποιου σοβαρού αδικήματος όπως κλοπή, ανηθίκου συμπεριφοράς, μέθης κ.λ.π. γίνεται διακοπή της παροχής περιθάλψεως.²⁰

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 ΒΑΣΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η προσφορά ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας στον άνθρωπο προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλα προετοιμασμένου προσωπικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό στη βασική εκπαίδευση της ανώτερης βαθμίδας, με την θεωρητική, εργαστηριακή και πρακτική κατάρτιση, προετοιμάζεται να ασκήσει το επάγγελμα σε όλους τους τομείς του.

Το βασικό πρόγραμμα της νοσηλευτικής εκπαίδευσης πρέπει να προσφέρει γνώσεις που προετοιμάζουν τον σπουδαστή/τρια να εργαστεί με όλες τις ηλικίες συμπεριλαμβανομένων και των ηλικιωμένων.

Έτσι για την υλοποίηση του ρόλου στη φροντίδα του ηλικιωμένου ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να αποκτήσει γνώσεις:

1. Γύρω από τις θεωρίες της ανάπτυξης και ενηλικίωσης του ανθρώπου.
2. Στην προαγωγή της υγείας του ατόμου και της κοινότητας.
3. Στην βιολογική ανικανότητα και την κοινωνική δυσλειτουργία των υπερηλίκων.
4. Στην ειδική φροντίδα, αποκατάσταση και αυτοφροντίδα.
5. Στην απόκτηση δεξιοτήτων στην επικοινωνία και τη διδασκαλία με άτομα όλων των ηλικιών και τους υπερήλικες.

Στη συνέχεια η μεταβασική ή μεταπτυχιακή νοσηλευτική εκπαίδευση στον τομέα της φροντίδας υγείας για τον ηλικιωμένο, αποβλέπει στην προετοιμασία ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού. Με σκοπό να ασκήσει το επάγγελμα, να διδάσκει, να επιβλέπει, να διοικήσει, να ασχοληθεί με έρευνα στη Γηριατρική και Γεροντολογική Νοσηλευτική και ακόμα να γίνει σύμβουλος σε θέματα Γηριατρικής και Γεροντολογικής Νοσηλευτικής.⁸

6.2 Η ΦΙΛΟΣΟΦΙΑ ΤΗΣ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η φιλοσοφία της γεροντολογικής νοσηλευτικής αποβλέπει στη συμβολή της νοσηλευτικής ως επιστήμης και τέχνης. Στην αναστολή ή στην επιβράδυνση της διεργασίας του γήρατος που αποτελεί συνεχιζόμενο φαινόμενο της ζωής και στη μετάγγιση ζωής. Δηλαδή στη δημιουργία νοήματος και χαράς στα ώριμα χρόνια της ζωής του ανθρώπου.⁸

Τα προβλήματα υγείας των υπερηλίκων αποτελούν πρόκληση για τη νοσηλευτική, η οποία έχει την ευθύνη καλύψεως των νοσηλευτικών αναγκών όλων των ανθρώπων, ανεξαρτήτως ηλικίας. Το ενδιαφέρον της επικεντρώνεται στην ταχεία αύξηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας επειδή πιστεύεται ότι η πραγματική αξία και η αξιοπρέπεια του ανθρώπου δεν ελαττώνεται με τη συσσώρευση του χρόνου.

Αλλωστε πρωταρχικός σκοπός της νοσηλευτικής είναι η πρόληψη της νόσου, η διατήρηση της υγείας και η ευημερία του ατόμου της οικογένειας, των ομάδων και των πληθυσμών. Έτσι μια από τις πιο σημαντικές και ίσως μοναδική πρόοδος που συνέβη κατά τα τελευταία χρόνια είναι η στροφή του ενδιαφέροντος της επιστημονικής νοσηλευτικής για την ανάπτυξη του τομέα της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής. Για την άσκηση αυτής απαιτείται η χρησιμοποίηση της σύγχρονης γνώσης για το γήρας που είναι οργανωμένη σε ευρείες περιοχές και μπορεί να εξαχθεί από τις βιολογικές, τις φυσικές και τις ανθρωπιστικές επιστήμες.

Σε πολλές χώρες και χάρη στη φιλοσοφία της γεροντολογικής νοσηλευτικής δημιουργούνται βάσιμες και αρκετά αισιόδοξες διαπιστώσεις σε σχέση με την υγιεινή κατάσταση και τη φροντίδα των υπερηλίκων. Οι μύθοι για το γήρας αμφισβητούνται. Αλλωστε το γήρας δεν είναι αρρώστια και πολλοί υπερήλικες δεν έχουν ανάγκη από ιατρικές υπηρεσίες και φροντίδα. Οι υπερήλικες χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να επιτύχουν μια ποιότητα ζωής που να εξασφαλίζει σε οποιαδήποτε κατάσταση υγείας, τη διατήρηση όσο δυνατό μεγαλύτερης ανεξαρτησίας και αξιοπρέπειας.²

Σκόπιμο είναι να παραθέσουμε τα στάνταρ του Συνδέσμου Αμερικανίδων Νοσοκόμων της Γηριατρικής Νοσηλευτικής.

Η Νοσηλεύτρια:

1. Δείχνει εκτίμηση για την κληρονομιά, τις αξίες και την σοφία των υπερηλίκων.
2. Προσπαθεί να λύσει τις δικές της συγκρουόμενες θέσεις που αφορούν το γήρας, τον θάνατο και την εξάρτηση, ώστε να είναι σε θέση να βοηθήσει τα

ηλικιωμένα άτομα και τους συγγενείς τους να διατηρήσουν τη ζωή με αξιοπρέπεια και άνεση ως την έλευση του θανάτου.

3. Παρακολουθεί και διερμηνεύει τα μικρά καθώς επίσης και τα μεγάλα, σημεία συμπτώματα που συνδέονται με το φυσιολογικό γήρας και τις παθολογικές μεταβολές, και παίρνει τα κατάλληλα νοσηλευτικά μέτρα.
4. Αναγνωρίζει τη διαφορά ανάμεσα στην παθολογική κοινωνική συμπεριφορά και τον συνηθισμένο τρόπο ζωής του υπερήλικα.
5. Υποστηρίζει και προάγει τις φυσιολογικές λειτουργίες του υπερήλικα.
6. Προστατεύει του υπερήλικες από κακώσεις, λοιμώξεις και υπερβολικό stress και τους υποστηρίζει μέσω των πολλαπλών στρεσογόνων βιωμάτων τους.
7. Χρησιμοποιεί μια ποικιλία μεθόδων για προαγωγή αποτελεσματικής επικοινωνίας και κοινωνικών αλληλεπιδράσεων των ηλικιωμένων με άλλα άτομα, την οικογένεια και άλλες ομάδες.
8. Μαζί με το ηλικιωμένο άτομο σχεδιάζει, αλλάζει ή προσαρμόζει το φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον για κάλυψη των αναγκών των υπερηλίκων μέσα στους περιορισμούς που επιβάλλει η κατάστασή τους.
9. Βοηθά τον ηλικιωμένο να προμηθευτεί και να χρησιμοποιήσει μηχανήματα που τον βοηθούν να επιτύχει υψηλότερο επίπεδο λειτουργίας και εξασφαλίζει τη διατήρησή τους σε καλή κατάσταση λειτουργίας από τα κατάλληλα πρόσωπα ή υπηρεσίες.¹⁵

6.3 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ

Η νοσηλευτική φροντίδα των υπερηλίκων έχει ιδιαίζουσα μορφή. Σήμερα δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στο πως να γηράσουμε ομαλά, πως να ζει ο ηλικιωμένος ευτυχισμένος και να έχει δραστηριότητες. Η νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρεται στα ηλικιωμένα άτομα δεν διαφέρει και πολύ από αυτή των άλλων ασθενών, αλλά απαιτείται μεγαλύτερη προσπάθεια.

Ο νοσηλευτής/τρια για να μπορέσει να καταλάβει τους ηλικιωμένους εκτός που πρέπει να τους αγαπά, πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή επαφή μαζί τους και να συνομιλεί για να συγκεντρώνει χρήσιμες πληροφορίες για το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας.

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

1. Η νοσηλευτική βοήθεια πρέπει να εξατομικεύεται, λαμβάνοντας υπόψη το παρελθόν και το παρόν του υπερήλικα, τις ανάγκες και τις προσωπικές του επιδιώξεις.
2. Η κατανόηση ρεαλιστικών και πραγματοποιήσιμων επιδιώξεων που αποβλέπουν στη βοήθεια του υπερήλικα να αποκτήσει την αίσθηση της επίτευξης και της ανάπτυξης σκοπού, όπως είναι η συμμετοχή στη διαμόρφωση των στόχων της φροντίδας του.
3. Ο υπερήλικας πρέπει να έχει ενεργό συμμετοχή στον όλο προγραμματισμό της βοήθειας του, γι'αυτό η νοσηλεύτρια οφείλει να μάθει κάτι γι'αυτόν πριν από την πρώτη επικοινωνία μαζί του, να ανακαλύψει τις δυνατότητές του, να ακούσει τις προτιμήσεις του, να επικεντρωθεί σ'αυτό που μπορεί να κάνει, να ρωτάει τη γνώμη του και να τον ενισχύει να κάνει μόνος του την επιλογή, όταν χρειάζεται, και να παίρνει τις αποφάσεις. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποφεύγει να παίρνει αποφάσεις γ'αυτόν γιατί τον μειώνει, τον κάνει εξαρτημένο και μελαγχολικό.
4. Η διατήρηση και προαγωγή της αυτοφροντίδας.
5. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες πρέπει να γίνονται με τον υπερήλικα και όχι για τον υπερήλικα.
6. Επιβάλλεται να γίνονται απαραίτητες τροποποιήσεις και συμβιβασμοί στην προσφορά νοσηλευτικής βοήθειας στον υπερήλικα, όταν το απαιτούν οι φυσιολογικοί περιορισμοί του.

7. Πρέπει να ενισχύεται η ατομικότητα του υπερήλικα, να διατηρείται η ακεραιότητα του και η αίσθηση του ελέγχου, τα οποία η νοσηλεύτρια επιτυγχάνει με το να τον ενισχύει να χρησιμοποιεί οτιδήποτε βοηθάει στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ του παρελθόντος και του παρόντος. Να διαθέτει χρόνο στον υπερήλικα για να εκφράσει τα αισθήματά του, να τον βοηθάει να διατηρήσει την κοινωνική εκτίμηση.
8. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να διατηρούνται στο κεντρικό ρεύμα της ζωής για να παρεμποδίζεται η φυσική, η συναισθηματική και η διανοητική επιβάρυνσή τους.
9. Βοηθείται ο υπερήλικας να χρησιμοποιεί τις δυνατότητες του με την επιλογή δραστηριοτήτων που μπορεί να διεκπεραιώσει και διατηρούν το ενδιαφέρον του για ζωή ή ακόμη με την δημιουργία ευκαιριών να ακούσει, να μάθει, να ζήσει το παρόν.
10. Η νοσηλεύτρια γνωρίζει πως κάθε αλλαγή αποτελεί απειλή ή πηγή άγχους για τον υπερήλικα.
11. Ικανοποίηση της ανάγκης της επικοινωνίας του υπερήλικα στο σπίτι ή στο ίδρυμα.⁸
Τέλος η νοσηλεύτρια/της κοντά στον υπερήλικα προσπαθεί⁸
 1. Να ακούει με κατανόηση τις ατέλειωτες ανησυχίες που τον περιβάλλουν.
 2. Να διαθέτει χρόνο για να ακούσει τον υπερήλικα που ζει στο ίδρυμα ή μόνος στο σπίτι του και συχνά δεν έχει άλλον επισκέπτη από αυτήν.
 3. Να εξηγεί όσο μπορεί πιο καλά τι σημαίνουν τα συμπτώματα - ενοχλήματα που ίσως παρουσιάζει.
 4. Να τον ενθαρρύνει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών, σε ρεαλιστική βάση.
 5. Να εφαρμόζει νοσηλευτικά μέτρα για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών ή να εξασφαλίζει ιατρική βοήθεια, όταν αυτή χρειάζεται.
 6. Να τον ενημερώνει, σε μια συστηματική προσπάθεια για τη δράση και επίδραση των φαρμάκων που χρησιμοποιεί.
 7. Να τον μεταχειρίζεται πάντοτε σαν ενήλικα και ποτέ σαν παιδί, έστω κι αν έχει παλινδρομήσει στην παιδική ηλικία.

6.4 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ/ΤΡΙΑ ΚΑΙ Ο ΥΠΕΡΗΛΙΚΑΣ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ

Γεγονός είναι ότι οι νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι το μεγάλο, ίσως και το πιο μοναδικό στοιχείο από όλες τις άλλες υπηρεσίες που χρειάζονται για την παροχή φροντίδας στους υπερήλικες, κυρίως σ'ένα ευγήρειο ίδρυμα.

Ετσι κατά την πρώτη φάση της νοσηλευτικής προσέγγισης η εκτίμηση της γενικής κατάστασης του ηλικιωμένου αποτελεί τον καλύτερο τρόπο για την εντόπιση των ποικίλων αναγκών και προβλημάτων του.

Κατά τη δεύτερη φάση οι ανάγκες και τα προβλήματα προγραμματίζονται κατά σειρά προτεραιότητας και οργανώνονται και αντιμετωπίζονται άμεσα, μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα ώστε να οδηγήσουν στην αυτοφροντίδα, στην αποκατάσταση και στην ανεξαρτησία του ηλικιωμένου.

Αυτό περιλαμβάνει τη νοσηλευτική φροντίδα στο ίδρυμα όπου διακρίνεται ως εξής:

1. Τη γενική νοσηλευτική φροντίδα με όλους τους κανόνες διαβίωσης που πρέπει να τηρούνται από τους υπερήλικες και το προσωπικό του ιδρύματος. Την ιδιαίτερη φροντίδα για την κατάλληλη διατροφή, την ατομική καθαριότητα, το υγιεινό περιβάλλον, τα κατάλληλα μέσα για την πλήρη ανάπαυση και τα διάφορα μέτρα πρόληψης των νόσων. Ακόμα τη φροντίδα για την πρόληψη των ψυχικών νόσων και τη διατήρηση των πνευματικών δυνατοτήτων.

2. Την ειδική νοσηλευτική φροντίδα που αφορά τις διάφορες ανωμαλίες σωματικές και διανοητικές καθώς και τις ασθένειες των υπερηλικών.

Ο νοσηλευτής/τρια που ασχολούνται με τη φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας στο ίδρυμα πρέπει να έχει υπόψιν του τα εξής:

α. Να ακούει και να αντιμετωπίζει τα παράπονα καθενός τροφίμου σχετικά με την υγεία του.

β. Να διακρίνει έγκαιρα τα συμπτώματα της νόσου και να φροντίζει για την έγκαιρη αντιμετώπιση αυτών με τη βοήθεια του γιατρού.

γ. Να εφαρμόζει τις ιατρικές οδηγίες.

δ. Να συμβάλλει και να βοηθάει στην αποκατάσταση του ασθενή.

ε. Να αντιμετωπίζει την κατάσταση κατά την οποία οι υπερήλικες δεν μπορούν να ρυθμίσουν τις φυσικές τους ανάγκες.

στ. Να φροντίζει για την πρόληψη κατακλίσεων και στατικής πνευμονίας.

ζ. Τέλος να παρέχει την απαραίτητη ψυχολογική υποστήριξη. Οι σωματικές αδυναμίες επηρεάζουν ψυχολογικά τον υπερήλικα και χάνει πολλές φορές το ενδιαφέρον του για τη ζωή.

3. Την φυσιοθεραπεία, η οποία αποβλέπει στη διατήρηση των λίγων δυνάμεων, όσο περισσότερο χρόνο είναι δυνατό. Ο φυσιοθεραπευτής γνωρίζει για ποιες ασκήσεις είναι ικανός ο ηλικιωμένος και πως να τον ενθαρρύνει να τις πραγματοποιήσει. Ο νοσηλευτής/τρια πρέπει να γνωρίζει της κινήσεις αυτές και να τον προτρέπει ως προς την εφαρμογή τους.

Όπως το πλαίσιο συμφωνίας μεταξύ ηλικιωμένου και νοσηλευτή πολλές φορές δεν αποδεικνύεται αποτελεσματικό, επειδή στην πραγματικότητα οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι αποφασίζουν αν θα δεχθούν ή όχι το σχέδιο της φροντίδας τους. Συνήθως αυτοί είναι που διατηρούν τον έλεγχο της παρέμβασης ακόμα και όταν σημαντικές πηγές κυρίως οικονομικές ελέγχονται από άλλους.

Είναι λοιπόν ανάγκη για τους νοσηλευτές/τριες να γνωρίζουν το πλαίσιο συμφωνίας που ελέγχουν οι ηλικιωμένοι, προκειμένου να τους αντιμετωπίζουν κατά τρόπο ρεαλιστικό και εποικοδομητικό. Γι' αυτό οι γνώσεις, οι εμπειρίες, οι υποδομές και των δύο, ηλικιωμένων και νοσηλευτών, θα συντελέσουν στην ανάπτυξη μιας υπεύθυνης συνεργασίας, που θα οδηγήσει στην αποτελεσματικότερη κάλυψη των προβλημάτων τους. Ακόμα σε αυτό ευτυχώς θα συντελέσει και η συνεργασία με άλλους επαγγελματίες που ασχολούνται με τον υπερήλικα αφού η επανεκτίμηση της προσπάθειας που έγινε είναι αναγκαία γιατί έτσι αξιολογείται αν οι παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν βοήθησαν τον υπερήλικα.²

Όπως η νοσηλευτική φροντίδα των ηλικιωμένων περιλαμβάνει, εκτός από τις βασικές αρχές που διέπουν τη φροντίδα όλων των αρρώστων και ειδικότερες αρχές για τους ηλικιωμένους. Ενδεικτικά αναφέρονται οι κυριότερες από αυτές:

1. Το γήρας είναι φυσιολογική διεργασία κοινή για όλους τους ζώντες οργανισμούς.
2. Η κληρονομικότητα, η διατροφή, η κατάσταση υγείας, οι εμπειρίες της ζωής, το περιβάλλον, οι δραστηριότητες και το άγχος είναι παράγοντες που επηρεάζουν τη διεργασία του φυσιολογικού γήρατος κατά τρόπο μοναδικό για κάθε άτομο.
3. Επιστημονικά δεδομένα που έχουν σχέση με το φυσιολογικό γήρας και μοναδικά βιοψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν τα ηλικιωμένα άτομα συνδυάζονται με γενικές νοσηλευτικές γνώσεις κατά την εφαρμογή διεργασίας στον ηλικιωμένο πληθυσμό.
4. Οι γενικές απαιτήσεις αυτοφροντίδας που παρουσιάζουν τα ηλικιωμένα άτομα είναι παρόμοιες με τις απαιτήσεις όλων των άλλων ατόμων.
5. Κάθε άτομο παρουσιάζει μοναδικές δυνατότητες και περιορισμούς αναφορικά με την ικανότητα του να εκπληρώνει τις γενικές απαιτήσεις αυτοφροντίδας

6. Το επίκεντρο της γεροντολογικής και γηριατρικής νοσηλευτικής εστιάζεται στον καλό σχεδιασμό και τη σωστή οργάνωση του νοσηλευτικού θεραπευτικού προγράμματος που έχει ως στόχο:
- α. Να ενισχύσει τις δυνατότητες του ηλικιωμένου και να τον οδηγήσει στην αυτοφροντίδα.
 - β. Να εξαλείψει ή να ελαχιστοποιήσει τους περιορισμούς που σχετίζονται με την αυτροφροντίδα.
 - γ. Να παρέχει άμεση φροντίδα στον ηλικιωμένο με κάθε τρόπο ή να βοηθάει στην φροντίδα του όταν οι γενικές απαιτήσεις αυτοφροντίδας ή θεραπευτικές ανάγκες δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν ανεξάρτητα.²

Πάντως σήμερα στην Ελλάδα, όσον αφορά την νοσηλευτική φροντίδα των υπερηλίκων στα γηροκομεία, η κατάσταση δεν είναι ενθαρρυντική. Στα ιδρύματα αυτά η νοσηλευτική παρέμβαση και η επάνδρωση σε νοσηλευτικό προσωπικό είναι μηδαμινή, οπότε η τήρηση και η εφαρμογή των όσων αναφέρθηκαν ανύπαρκτη.

Ακόμη και η μη ύπαρξη ειδικευμένου νοσηλευτικού προσωπικού σε θέματα γηριατρικής οδηγεί στην επάνδρωση με άτομα που ουδεμία σχέση έχουν με το επάγγελμα του νοσηλευτή. Αποτέλεσμα είναι να μην μπορούν να κατανοήσουν την ειδική ψυχολογία των γερόντων και η αντιμετώπισή τους να είναι τις περισσότερες φορές απαράδεκτη. Ευτυχώς όπως μπορούμε να ελπίζουμε για διόρθωση της κατάστασεως αφού οι νόμοι και ο συνεχής έλεγχος που ασκούν οι κυβερνητικές επιτροπές διακόπτουν τη λειτουργία οίκων ευγηρίας που δεν τηρούν τις απαραίτητες προϋποθέσεις φροντίδας. Ακόμα με τη συστηματική επάνδρωση αυτών με πτυχιούχους νοσηλευτές που γνωρίζουν πως να θέτουν ρεαλισμούς και πρακτικούς στόχους, εξασφαλίζεται το μέτρο που είναι δυνατόν ποιότητα ζωής στους υπερήλικες που βιώνουν αυτές τις εμπειρίες, αλλά και στις οικογένειες τους που πιθανόν να μοιράζονται τις συνέπειες αυτών των εμπειριών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

7.1 Η ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ

Είναι γνωστό σε όλους ότι οι άνθρωποι που πλησιάζουν στο τέρμα της εργάσιμης περιόδου αισθάνονται φόβο και αγωνία όταν αναλογίζονται ότι πιθανώς από εδώ και πέρα, θα εξαρτώνται από τους οικείους ή τους συγγενείς ή τέλος κάποιο ίδρυμα.

Όταν μετά το σκληρό αγώνα της ζωής, είναι υποχρεωμένοι να αποχωρήσουν από την εργασία τους, συνήθως στερούνται και κάποιου εισοδήματος από αυτή και βασίζονται τελικά μόνο σε κάποια σύνταξη, συνήθως μικρή και ανεπαρκή στη χώρα μας, για να καλύψουν με αυτή τις βιοτικές τους ανάγκες και όλες τις υπόλοιπες υποχρεώσεις που δημιουργεί η ηλικία τους.

Πολλοί ηλικιωμένοι, με κάποια αποταμίευση κατορθώνουν να έχουν μεγαλύτερο εισόδημα, αντίθετα άλλοι ούτε καν σωστή σύνταξη κατορθώνουν να έχουν.

Ετσι αναγκάζονται να καταφεύγουν στη βοήθεια των οικείων, των συγγενών, των διάφορων φιλανθρωπικών σωματείων, των διάφορων ταμείων του κράτους κοινωνικής πολιτικής ή και ακόμα να γίνονται ζητιάνοι.

Σε οποιαδήποτε κατηγορία κι αν ανήκει κάποιος υπερηλίκας και με μόνη τη σκέψη ότι έχασε την οικονομική του ανεξαρτησία και έγινε βάρος στο περιβάλλον αυτό του δημιουργεί διάφορα συμπλέγματα και θεωρεί τον εαυτό του δυστυχισμένο.

Το συνηθέστερο σύμπλεγμα των υπερηλίκων, δηλαδή η σωματική παρακμή μαζί με την οικονομική αδυναμία, την εξάρτηση από άλλα πρόσωπα, την επιβολή αναγκαστικά αυτών των άλλων προσώπων στις συνήθειες τους κ.λ.π. δημιουργούν σε αυτόν συχνά διάφορες ψυχονευρωτικές διαταραχές που συνήθως εκδηλώνονται με μελαγχολία ή κατάθλιψη, βαναυσότητα, μεταβολή του χαρακτήρα, ανάρμοστη συμπεριφορά, γκρίνια κ.λ.π. και γενικά παρουσιάζονται με εντελώς διαφορετικό χαρακτήρα από ότι ήταν προηγουμένως.

Ετσι ένα από τα σοβαρότερα επακόλουθα της πρόωρης διακοπής της εργασίας είναι αυτό που διεθνώς ονομάζουμε «Ο εκ συνταξιοδότησης θάνατος» Τα συνηθέστερα αίτια της κατάρρευσης μετά την συνταξιοδότηση είναι:

1. Οτι οι περισσότεροι πιστεύουν ότι δεν έχουν κανένα πλέον προορισμό ή ότι είναι άχρηστοι.

2. Η πεποίθηση ότι έπαψαν να είναι η κυριαρχούσα μορφή στην οικογένεια και ότι δεν παίζουν πλέον κανένα ρόλο στην κοινωνία μας.
3. Η ιδέα ότι, παύει πλέον το περιβάλλον να τους υπολογίζει σαν δυναμικούς παράγοντες.³

Για τους παραπάνω λόγους ο ηλικιωμένος αποφασίζει να «απομακρυνθεί» μόνος του από τη ζωή και χωρίς να περάσει μακροχρόνια ασθένεια παρουσιάζει τα εξής: Πρώτα αρνείται τροφής, έπειτα δεν σηκώνεται από το κρεβάτι και η αντίδραση του οργανισμού σε οποιαδήποτε θεραπεία είναι μηδαμινή. Έτσι επέρχεται ο θάνατος όπου καταγράφεται ως «γεροντική εξάντληση», «shock», η «καρδιακή ανεπάρκεια».⁷

7.2 Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ

Τη συμπεριφορά του αρρώστου ανθρώπου κάθε ηλικίας καθορίζουν οι ανέκφραστοι φόβοι του άγνωστου που αντιπροσωπεύει ο θάνατος. Της μοναξιάς και απομακρύνσεως από αγαπημένα πρόσωπα, του χαμού του συνειδητού εαυτού του και γενικά ο φόβος της εξαφανίσεως της προσωπικότητας.

Στην περίπτωση του ηλικιωμένου αρρώστου οι αισθήσεις συχνά δεν είναι καθαρές με αποτέλεσμα να λείπει η συνειδητοποίηση του βαθμού της κρισιμότητας. Έτσι ενώ η αρχή της νόσου μπορεί να είναι συνυφασμένη με αγωνία, τα προθανάτια στάδια είναι πάντοτε ήρεμα με όψη άνετη, ιδίως αν η διάνοια είναι λίγο ή πολύ θολωμένη. Η περίοδος αυτή μπορεί να διαρκέσει απρόβλεπτα μακρό χρονικό διάστημα.

Όπως οι ψυχολογικές αντιδράσεις είναι καθορισμένες και σχεδόν πάντα παρουσιάζονται με αλληλουχία ως εξής:

- Αρχικά εμφανίζονται συναισθήματα οργής ή παράπονο προς συνανθρώπους και το Θεό.
- στη συνέχεια εμφανίζεται η μελαγχολική φάση που συνοδεύεται από παζάρωμα
- μετά γίνεται αντιληπτή και αποδεκτή η πραγματικότητα της καταστάσεως
- και τέλος επέρχεται η έκφραση της ηρεμίας και της μυϊκής χαλαρώσεως που εμφανίζει ο ηλικιωμένος συχνά σαν κουρασμένος αλλά ποτέ σαν αγωνιών.

Μέσα στο γενικότερο αυτό πλαίσιο αντιδράσεων ξεχωρίζουν ειδικές ομάδες ατόμων που πολύ γενικά, μπορούν να καταταγούν στους ακόλουθους τρεις τύπους:

- στους «στωικούς», που αποδέχονται με ηρεμία τη σειρά των γεγονότων.
- Τους «αρνητές», που αρνούνται την πραγματικότητα και το αναπόφευκτο του θανάτου. Όλη τους η συμπεριφορά και οι αντιδράσεις εκδηλώνονται με άγνοια του επερχόμενου τέλους, σαν να είναι κάτι ανύπαρκτο ή αδύνατο να συμβεί.
- Και οι «περιφρονητές» και «τρομοκρατημένοι», όπου δεν αποφεύγουν την αντιμετώπιση του θέματος αλλά το περιβάλλουν με ποικίλες ψυχοσωματικές αντιδράσεις ή ακόμα το εξασφαλίζουν κάτω από ειδικά τοπικά προβλήματα.⁷ Όλα τα παραπάνω καλείται να γνωρίσει ο νοσηλευτής/τρια γιατί είναι το μόνο άτομο όπου θα δεχθεί το πρόβλημα κατά πρόσωπο και χωρίς δυνατότητες να αποδράσει.

7.3 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΣΤΑΔΙΟ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ

Χωρίς να είναι γενικό το φαινόμενο, σε προχωρημένη ηλικία πολλοί δείχνουν να φοβούνται το θάνατο, έστω και αν η υγεία τους είναι καλή. Αυτό παρουσιάζεται πιο συχνά σε νευρωτικούς, αδύνατους και ασταθείς χαρακτήρες, ενώ όσοι αντιμετώπισαν σθεναρά τις αντιξοότητες της ζωής δείχνουν το ίδιο σθένος και στα γηρατειά.²¹

Όπως και να έχει όμως ο θάνατος είναι η μεγαλύτερη θλίψη που δοκιμάζει ο άνθρωπος και η προσφορά της νοσηλεύτριας/τη, στην εξαιρετικά αυτή δύσκολη φάση της ζωής, πολύτιμη και μοναδική, αφού καλείται να προστατέψει τα δικαιώματα του υπερήλικα και να εκπληρώσει τις ανάγκες του.

Για να μπορέσει όμως ο νοσηλευτής/τρια να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ανθρώπου που πεθαίνει, πρέπει πρώτα να συμφιλιωθεί ο ίδιος με το μυστήριο του θανάτου δηλ. να βρει τρόπο για την προσέγγισή του, να τον αποδεχθεί για τον εαυτό του και να ξεπεράσει την άρνηση και την απώθηση για το φαινόμενο αυτό. Η ψυχολογική προετοιμασία του νοσηλευτή/τριας αλλά και η γνώση μαζί με την πείρα αποτελούν πηγή δύναμης για την υλοποίηση του δύσκολου αυτού ρόλου.

Έτσι ο νοσηλευτής/τρια που βρίσκονται κοντά στο άτομο που πεθαίνει πρέπει:

1. Να αποδεχθεί την συμπεριφορά του οποιαδήποτε και αν είναι αυτή και με οποιονδήποτε τρόπο και να παρουσιάζεται δηλαδή είτε με την απόσυρση, την πλήρη εξάρτηση από τη φροντίδα ή την απόρριψη της βοήθειας της.
2. Να προσφέρει συνεχή και ανθρώπινη φροντίδα ικανοποιώντας τόσο τις φυσικές, όσο και τις συναισθηματικές, ψυχικές και πνευματικές ανάγκες του.
3. Να τον προστατέψει από απάνθρωπες και πολλές φορές εξευτελιστικές εμπειρίες και από την πολύ μεγάλη ψυχική και φυσική ταλαιπωρία που δημιουργούν οι ώρες αυτές στο άτομο.
4. Να μιλήσει με τον υπερήλικα για το θάνατο, ώστε να τον βοηθήσει να τον αποδεχθεί και να προετοιμαστεί γι' αυτό.
5. Να ενημερώσει τον ασθενή και ετοιμοθάνατο ηλικιωμένο ότι υπάρχει ιερέας στο ίδρυμα ή να αναζητήσει ιερέα, αν δεν υπάρχει, για την καλύτερη ψυχική προετοιμασία του αρρώστου.
6. Να προσφέρει τις καλύτερες συνθήκες περιβάλλοντος όπως με το να τους εξασφαλίζει λίγη απομόνωση, και

7. Να δημιουργήσει ευκαιρίες επαφής των συγγενών με τον άρρωστο, όσο αυτό βέβαια θα μπορεί να πραγματοποιηθεί.

Όπως πολλές φορές η κατάσταση κάποιων ηλικιωμένων ασθενών μπορεί εύκολα να επιδεινωθεί με τις έμμονές που έχουν γύρω από το θάνατο. Και εδώ η νοσηλεύτρια/της είναι υποχρεωμένος να δώσει μερικές απαραίτητες συμβουλές με σκοπό την αποφυγή επερχόμενου θανάτου και μόνο με την ιδέα αυτού. Έτσι:

- ενθαρρύνονται οι ηλικιωμένοι να κάνουν ζωή δραστήρια χωρίς να αποξενώνονται από τις ευθύνες.
- ενημερώνονται για τα γεγονότα της επικαιρότητας, κάνουν μελλοντικά σχέδια έστω και μακροπρόθεσμα, ξεχνώντας το παρελθόν.
- μαθαίνουν να ενδιαφέρονται και να σκέφτονται τους άλλους, προπάντων εκείνους που χρειάζονται τη συμβουλή τους, για να θεωρούν τον εαυτό τους χρήσιμο.
- κάνουν καινούριους φίλους με εύθυμο χαρακτήρα και ποικίλα ενδιαφέροντα.

Σχετικά με την προειδοποίηση ενός ηλικιωμένου για επικείμενο θάνατο οι ψυχολόγοι δεν συμφωνούν, αφού το κάθε άτομο αντιδρά διαφορετικά. Σήμερα πάντως πολύ υποστηρίζουν ότι καλό είναι να προειδοποιούνται ανοικτά για τον επικείμενο θάνατο τους, από άτομα που βρίσκονται κοντά τους, σωματικά και ψυχικά, και τους εμπνέουν εμπιστοσύνη.

Έτσι λοιπόν, από όλους γίνεται αποδεκτό, πως απαιτεί τις υψηλές δεξιότητες.

Η νοσηλεύτρια/της καλείται να είναι και πάλι επιδέξια, επιτήδεια, λεπτομερειακή, παρατηρητική, άγρυπνη, ευαίσθητη και δεκτική προς τις αντιδράσεις και τις ανάγκες του ηλικιωμένου και των συγγενών του, που εκφράζονται με λόγια ή χωρίς λόγια. Και όλα αυτά γιατί ο θάνατος αναπόφευκτα θα συμβεί. Ένας όμως «καλός θάνατος» μπορεί μόνο να επιτευχθεί.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Το **υλικό** της έρευνας μας το απετέλεσαν 151 ηλικιωμένα άτομα, τρόφιμοι ιδρυμάτων και 46 άτομα προσωπικό που εργάζονται σ' αυτά.

Τα **γεωγραφικά διαμερίσματα** που επισκεφτήκαμε ήταν:

- α) Ο νομός Αχαΐας και συγκεκριμένα στον οίκο ευγηρείας «Κωνσταντοπούλειο» στην Πάτρα και στον οίκο ευγηρείας «Άγιος Χαράλαμπος» στο Αίγιο.
- β) Ο νομός Αττικής και το ίδρυμα «Ελεήμων Εταιρεία Αθηνών» στην Αθήνα.
- γ) Ο νομός Ηλείας στο γηροκομείο «Άγιος Χαράλαμπος» στον Πύργο.

Το **δείγμα** ήταν τυχαίο, ανεξαρτήτου φύλου, καταγωγής, κατάστασης υγείας και οικογενειακής κατάστασης των ηλικιωμένων.

Σαν **μέθοδο** συλλογής πληροφοριών επιλέξαμε τα ερωτηματολόγια. Για τους ηλικιωμένους το ερωτηματολόγιο περιείχε 28 ερωτήσεις κλειστού και ανοικτού τύπου. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με την μέθοδο της συνέντευξης με σκοπό την άμεση επικοινωνία μας με τους ηλικιωμένους, δίνοντάς τους έτσι την ευκαιρία να μιλήσουν ελεύθερα και να εκφράσουν με το δικό τους τρόπο απόψεις, κρίσεις και προτάσεις.

Τα ερωτηματολόγια για το προσωπικό περιείχαν 17 ερωτήσεις και ήταν κλειστού τύπου. Συμπληρώθηκαν ανώνυμα και ο χρόνος συμπλήρωσης ήταν από 20 λεπτά έως 40 λεπτά για τους ηλικιωμένους και περίπου 10 λεπτά για το προσωπικό.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας είναι μια πολυπαραγοντική ανάλυση των αποτελεσμάτων (multivariate analysis) με σκοπό να εκτιμηθεί η συσχέτιση διαφόρων παραγόντων όπως η ηλικία, ο τόπος κατοικίας, η εκπαίδευση, οι συνθήκες διαβίωσης κ.λ.π. με τις σχέσεις των συμμετεχόντων με άλλους ηλικιωμένους, το προσωπικό κ.λ.π.

Για τον σκοπό αυτό αρχικά πραγματοποιήθηκε μια περιγραφική ανάλυση (descriptive analysis) για όλες τις ερωτήσεις. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε πίνακες με τις συχνότητες (frequency - f) και τις αντίστοιχες σχετικές συχνότητες (relative frequency - rf). Ακολούθως ανάλογα με τα αποτελέσματα (όπως αυτά αναφέρονται παρακάτω στην υπόθεση) έγινε προσπάθεια συσχέτισης όλων των παραμέτρων με χρήση ελέγχων όπως Student test, χ^2 , συντελεστής συσχέτισης του Pearson κ.λ.π. ανάλογα με το είδος (μετρήσιμες, βαθμωτές ονομαστικές) των παραμέτρων που συμμετείχαν στους στατιστικούς ελέγχους. Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων παρουσιάζονται με την εξής μορφή :

Αρχικά αναφέρεται η τιμή του ελέγχου (για παράδειγμα ο συντελεστής του Pearson - r).

Ακολουθεί ο βαθμός ελευθερίας του δείγματος για τον συγκεκριμένο έλεγχο (degree of freedom - DF).

Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην μετατροπή των ερωτήσεων «ανοικτού τύπου» σε βαθμωτές ή ονομαστικές με την κατηγοριοποίηση - κωδικοποίηση των απαντήσεων των ερωτηθέντων (content analysis).

Στην εργασία μας, σαν επίπεδο σημαντικότητας θεωρήθηκε το 5% ποσοστό που συνήθως χρησιμοποιείται στις κοινωνικές επιστήμες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

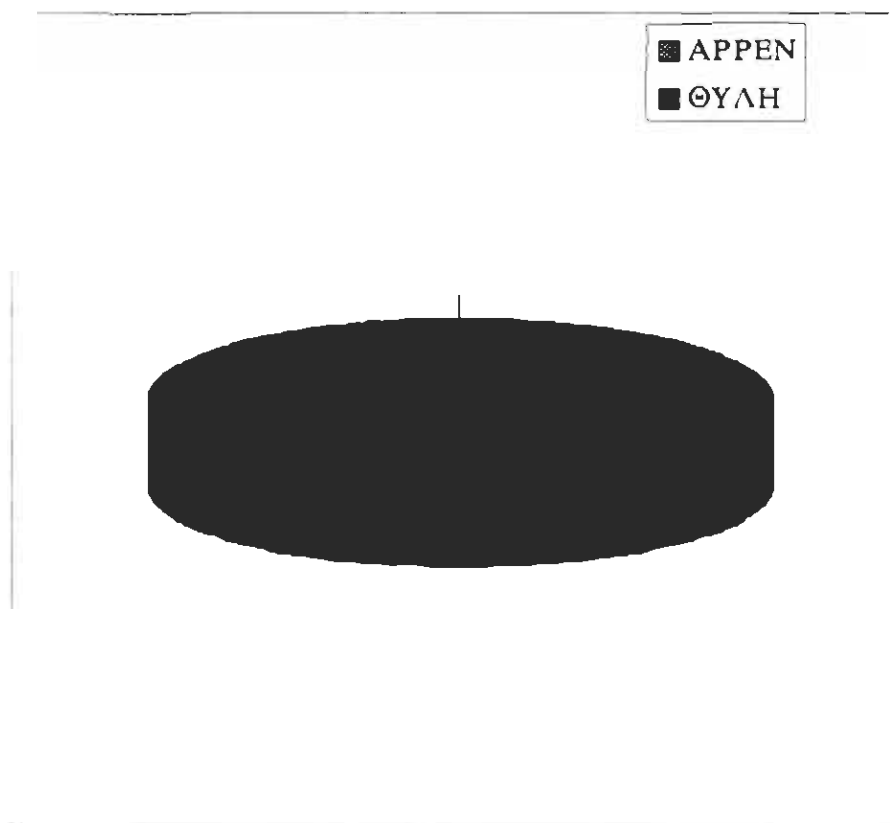
Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Από το συμμετέχον προσωπικό στην παρούσα μελέτη και οι 46 (ποσοστό 100%) ήταν θήλειες (Πίνακας 1, Σχήμα 1).

Πίνακας 1 : Φύλο

	f	rf%
ΑΡΡΕΝ	0	0,00
ΘΥΛΗ	46	100,00
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 1 : Φύλο



Περίπου οι μισοί από τους ερωτηθέντες (20 άτομα - 43,48%) ήταν ηλικίας 30-39 ετών ενώ οι ηλικίες των υπολοίπων κυμάνθηκαν από 20 έως 29 έτη και από 40-49 έτη για 12 άτομα αντίστοιχα (ποσοστό 26,09%) και υπήρχαν και 2 ερωτηθέντες (ποσοστό 4,35%) με ηλικία άνω των 50 ετών. Ο μέσος όρος της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 35,87 έτη με S.D. 8,39 έτη (Πίνακας 2, Σχήμα 2).

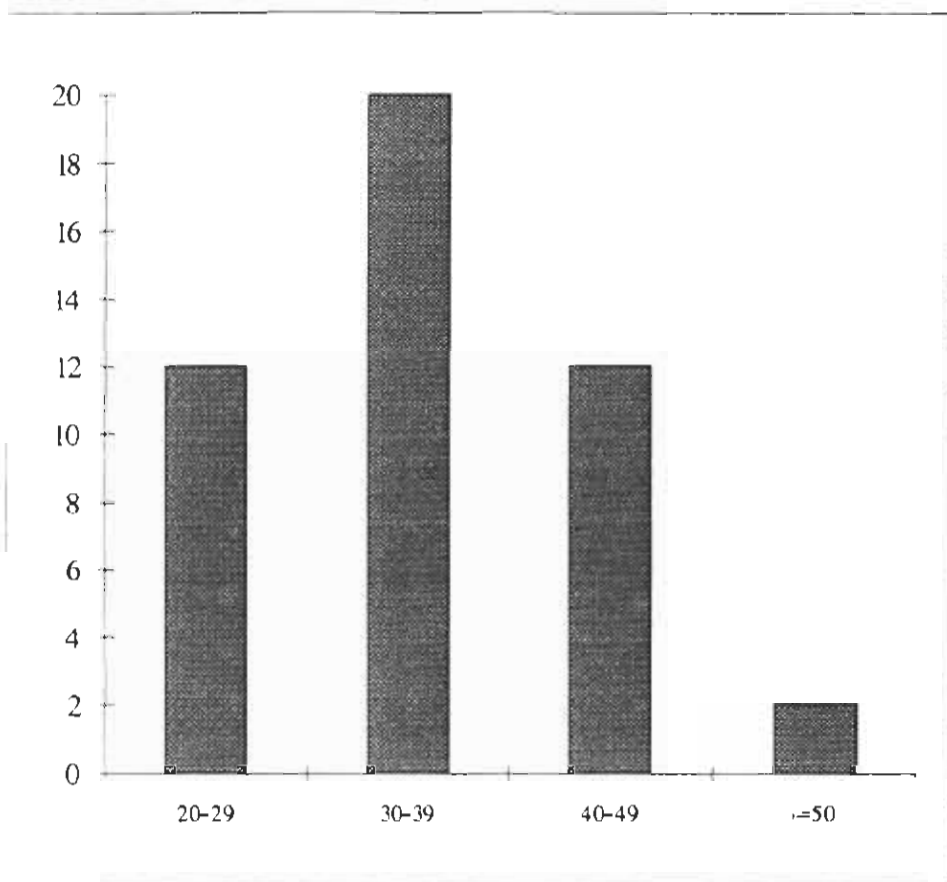
Τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την συσχέτιση της ηλικίας με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Όσο πιο μεγάλη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο λιγότερες σπουδές έχουν κάνει ($r=-0,33$, $DF=46$, $p<0,05$).
- Όσο πιο μεγάλη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο πιο άσχημη είναι η στάση των ηλικιωμένων απέναντι τους ($r=-0,31$, $DF=46$, $p<0,05$).
- Όσο πιο μεγάλη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο πιο πλήρη θεωρούν την υλικοτεχνική υποδομή του ιδρύματος για αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών (πιθανώς λόγω μεγαλύτερης άγνοιας) ($r=-0,38$, $DF=46$, $p<0,01$).

Πίνακας 2 : Ηλικιακή κατανομή

	f	rf%
20-29	12	26,09
30-39	20	43,48
40-49	12	26,09
≥50	2	4,35
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 2 : Ηλικιακή κατανομή

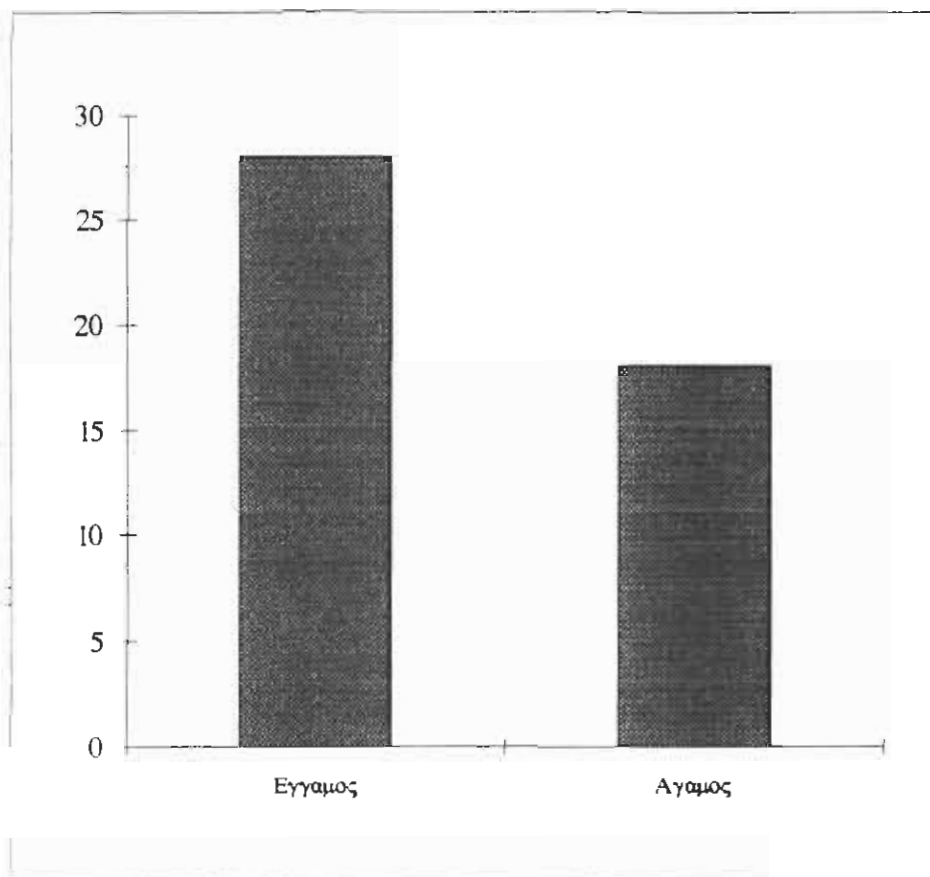


Από τους ερωτηθέντες 28 άτομα ήταν έγγαμοι (ποσοστό 60,87%) και τα υπόλοιπα 18 άγαμοι (ποσοστό 39,13%) (Πίνακας 3, Σχήμα 3).

Πίνακας 3 : Οικογενειακή κατάσταση

	f	rf%
Έγγαμος	28	60,87
Άγαμος	18	39,13
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 3 : Οικογενειακή κατάσταση

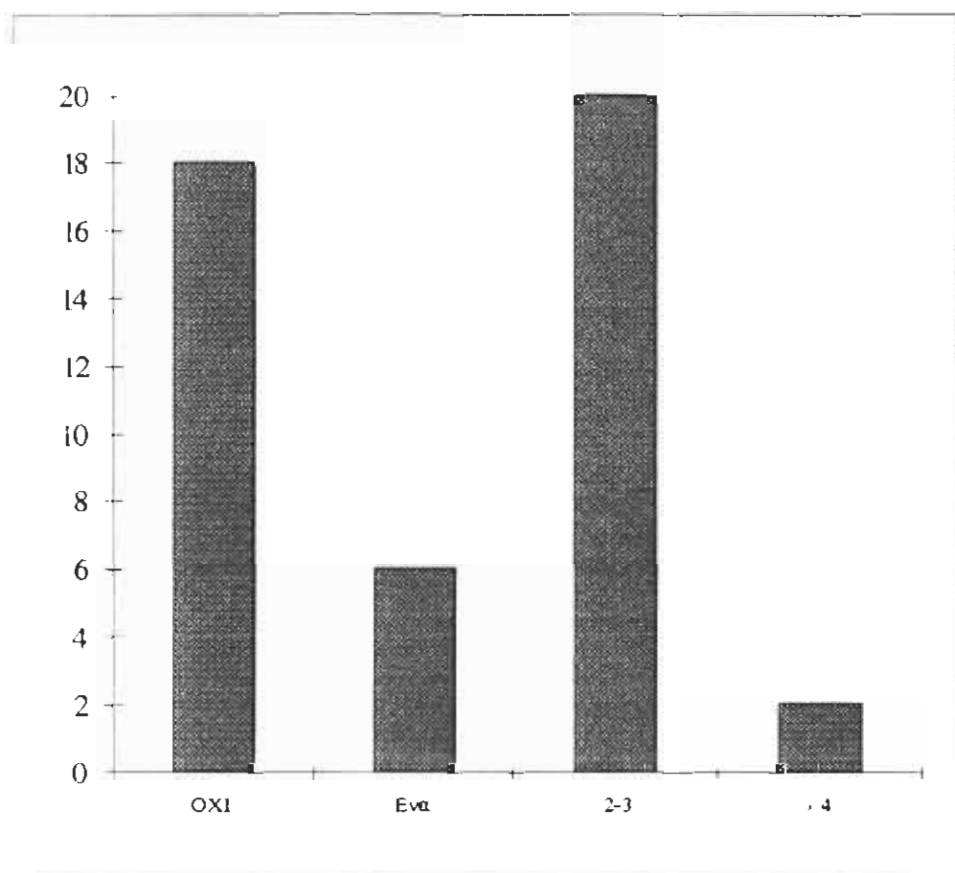


Από τους ερωτηθέντες οι 18 δεν είχαν παιδιά (οι άγαμοι) (ποσοστό 39,13%). Από τους υπόλοιπους οι 6 (ποσοστό 13,04%) έχουν ένα παιδί, οι 20 (ποσοστό 43,48%) έχουν 2 έως 3 παιδιά ενώ οι υπόλοιποι 2 (ποσοστό 4,35%) έχουν πάνω από 4 παιδιά (Πίνακας 4, Σχήμα 4).

Πίνακας 4 : Εχετε παιδιά ;

	f	rf%
ΟΧΙ	18	39,13
Ένα	6	13,04
2-3	20	43,48
> 4	2	4,35
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 4 : Έχετε παιδιά ;

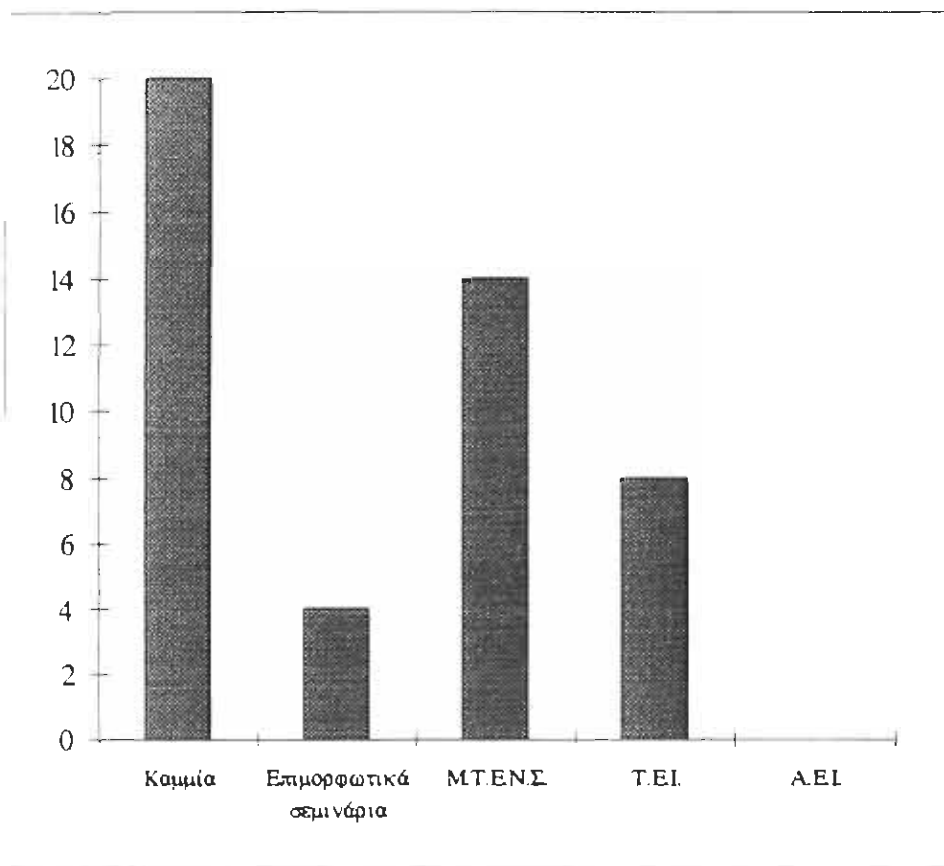


Από τους ερωτηθέντες σχεδόν το 50% (20 άτομα - ποσοστό 43,48%) δήλωσε ότι δεν είχε κάποιου είδους σπουδών. Από τους υπόλοιπους οι 4 (ποσοστό 8,70%) είχαν τελειώσει κάποια επιμορφωτικά σεμινάρια, οι 14 (ποσοστό 30,43%) είχαν τελειώσει Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. και οι υπόλοιποι 8 είχαν τελειώσει Τ.Ε.Ι. (Πίνακας 5, Σχήμα 5).

Πίνακας 5 : Σπουδές που έχετε τελειώσει

	f	rf%
Καμμία	20	43,48
Επιμορφωτικά σεμινάρια	4	8,70
Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.	14	30,43
Τ.Ε.Ι.	8	17,39
Α.Ε.Ι.	0	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 5 : Σπουδές που έχετε τελειώσει



Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση του μορφωτικού επιπέδου του προσωπικού με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Το προσωπικό με υψηλό επίπεδο σπουδών βρέθηκε να έχουν καλύτερες σχέσεις με τους συναδέλφους ($r=0,30$, $DF=46$, $p<0,05$), καλύτερες σχέσεις με τους ηλικιωμένους ($r=0,33$, $DF=46$, $p<0,05$) και η στάση των ηλικιωμένων απέναντι τους να είναι ιδιαιτέρως καλύτερη ($r=0,60$, $DF=46$, $p<0,001$).

Μοιρασμένα είναι τα ποσοστά των απαντήσεων για τον χρόνο εργασίας των ερωτηθέντων σε ιδρύματα. Έτσι 12 άτομα (ποσοστό 26,09%) εργάζονται έως 5 έτη, 16 άτομα (ποσοστό 34,78%) εργάζονται 5 έως 10 χρόνια και τα υπόλοιπα 18 (ποσοστό 39,13%) πάνω από 10 έτη (Πίνακας 6, Σχήμα 6).

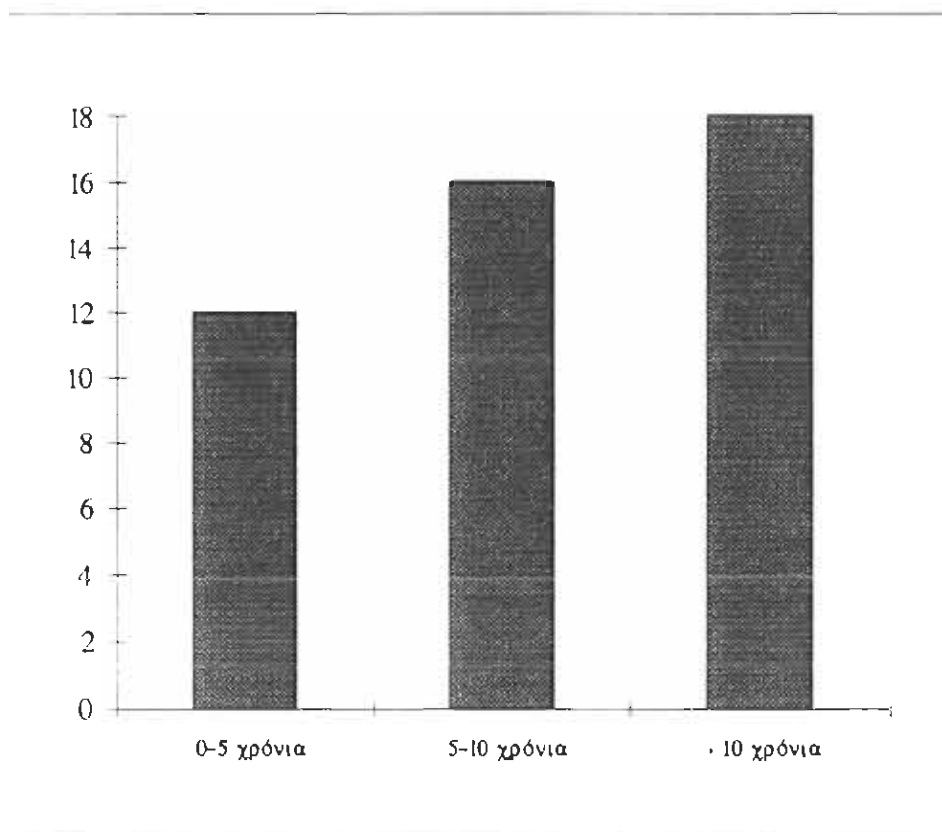
Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση των ετών εργασίας του προσωπικού με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Το προσωπικό με πολλά χρόνια εργασίας βρέθηκε να έχουν χειρότερες σχέσεις με τους συναδέλφους ($r=-0,43$, $DF=46$, $p<0,01$), χειρότερες σχέσεις με τους ηλικιωμένους ($r=-0,30$, $DF=46$, $p<0,05$) και η στάση των ηλικιωμένων απέναντι τους να είναι περισσότερο άσχημη ($r=-0,32$, $DF=46$, $p<0,05$).
- Το προσωπικό με πολλά χρόνια εργασίας βρέθηκε επίσης να μην επηρεάζονται ψυχολογικά καθόλου (ή αρνητικά) από την εργασία τους έναντι των νεώτερων συναδέλφων ($r=0,30$, $DF=46$, $p<0,05$).

Πίνακας 6 : Πόσα χρόνια εργάζεστε στο ίδρυμα ;

	f	rf%
0-5 χρόνια	12	26,09
5-10 χρόνια	16	34,78
> 10 χρόνια	18	39,13
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 6 : Πόσα χρόνια εργάζεστε στο ίδρυμα ;

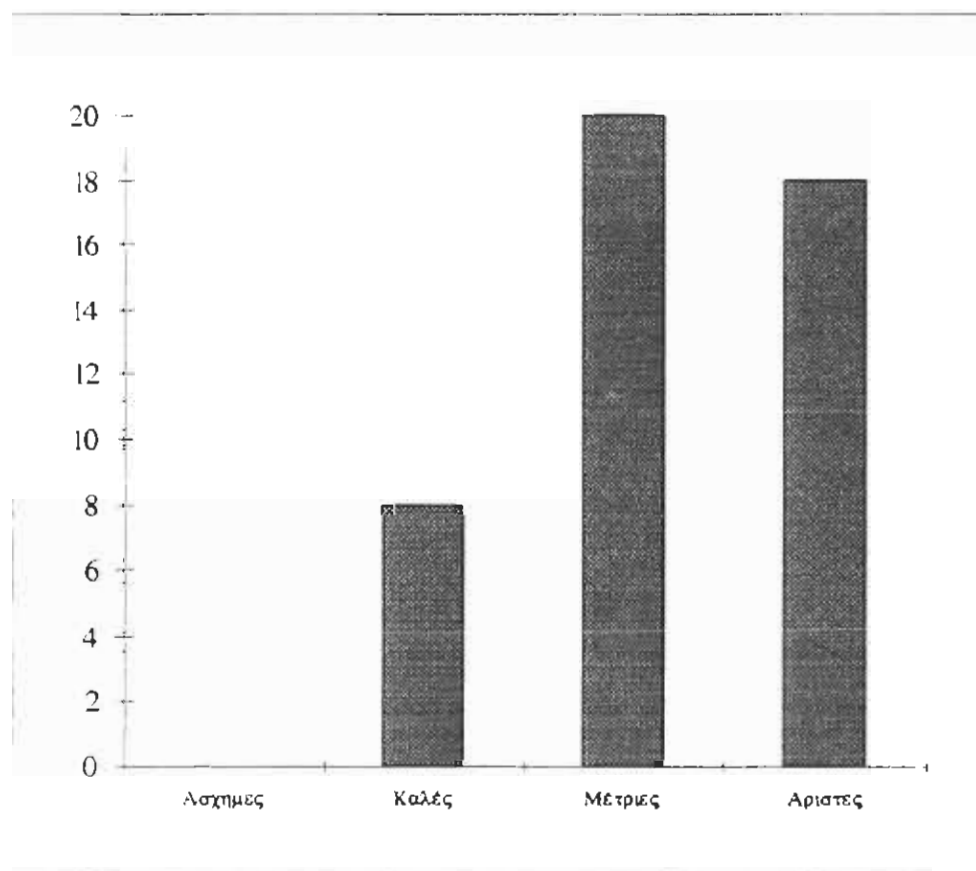


Οι σχέσεις των ερωτηθέντων με τους συναδέλφους νοσηλευτές/τριες ήταν καλές για 8 άτομα (ποσοστό 17,39%), για 20 άτομα (ποσοστό 43,48%) ήταν μέτριες ενώ για τα υπόλοιπα 18 άτομα (ποσοστό 39,13%) οι σχέσεις ήταν άριστες (Πίνακας 7, Σχήμα 7).

Πίνακας 7 : Ποιές οι σχέσεις με τους συναδέλφους σας νοσηλευτές/τριες ;

	f	rf%
Ασχημες	0	0,00
Καλές	8	17,39
Μέτριες	20	43,48
Άριστες	18	39,13
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 7 : Ποιές οι σχέσεις με τους συναδέλφους σας νοσηλευτές/τριες ;



Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση των σχέσεων που έχουν οι ερωτηθέντες με τους συναδέλφους νοσηλευτές/τριες με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Άτομα από το προσωπικό που έχουν καλές σχέσεις με τους συναδέλφους βρέθηκε να έχουν ομοίως καλύτερες σχέσεις με τους ηλικιωμένους ($r=0,82$, $DF=46$, $p<0,001$) και η στάση των ηλικιωμένων απέναντι τους να είναι ιδιαίτερος καλύτερη ($r=0,72$, $DF=46$, $p<0,001$) έναντι των υπολοίπων.
- Τα άτομα από το προσωπικό που έχουν καλές σχέσεις με τους συναδέλφους βρέθηκε επίσης να επηρεάζονται θετικά ψυχολογικά από την εργασία τους έναντι των υπολοίπων συναδέλφων ($r=-0,53$, $DF=46$, $p<0,001$) και να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους στο ίδρυμα ($r=-0,47$, $DF=46$, $p<0,001$).

Οι σχέσεις των ερωτηθέντων με τους ηλικιωμένους ήταν καλές για 6 άτομα (ποσοστό 13,04%), για 24 άτομα (ποσοστό 52,17%) ήταν μέτριες ενώ για τα υπόλοιπα 16 άτομα (ποσοστό 34,78%) οι σχέσεις ήταν άριστες (Πίνακας 8, Σχήμα 8).

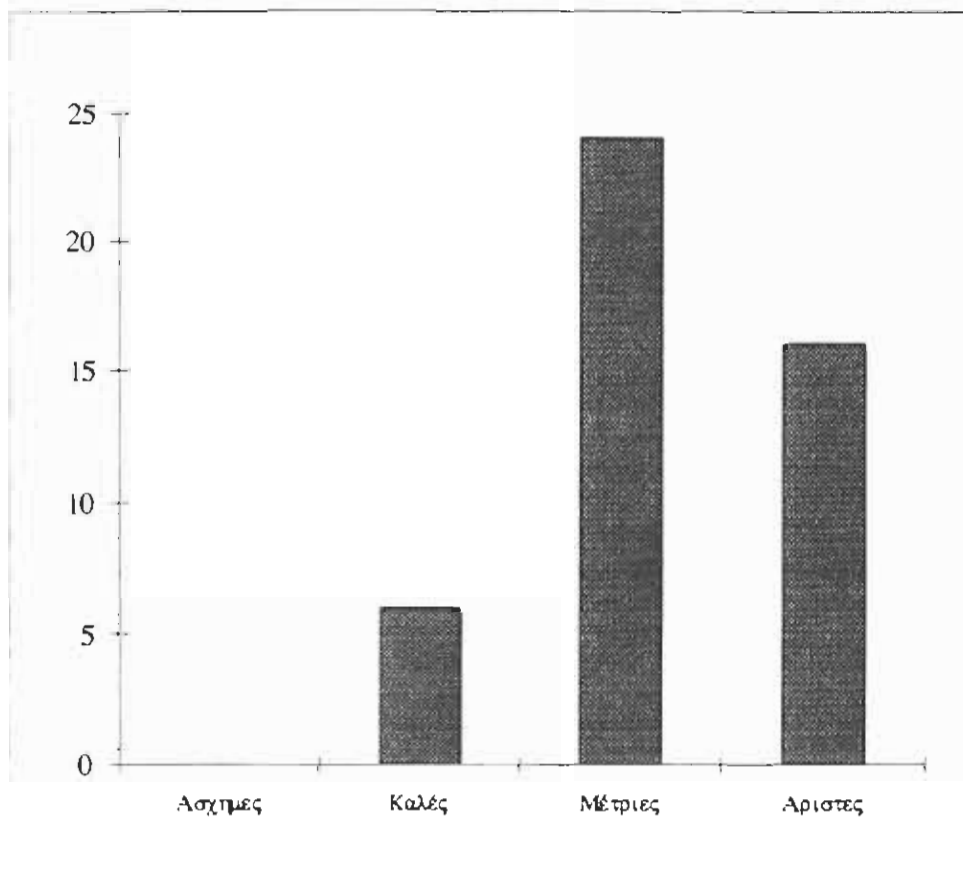
Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση των σχέσεων που έχουν οι ερωτηθέντες με τους ηλικιωμένους με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Το προσωπικό που έχουν καλές σχέσεις με τους ηλικιωμένους βρέθηκε ότι και η στάση των ηλικιωμένων απέναντι τους να είναι ιδιαίτερος καλύτερη ($r=0,79$, $DF=46$, $p<0,001$) έναντι των υπολοίπων.
- Το προσωπικό που έχουν καλές σχέσεις με τους ηλικιωμένους βρέθηκε επίσης να επηρεάζονται θετικά ψυχολογικά από την εργασία τους έναντι των υπολοίπων συναδέλφων ($r=-0,52$, $DF=46$, $p<0,001$) και να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους στο ίδρυμα ($r=-0,31$, $DF=46$, $p<0,05$).

Πίνακας 8 : Ποιές οι σχέσεις σας με τους ηλικιωμένους ;

	f	rf%
Άσχημες	0	0,00
Καλές	6	13,04
Μέτριες	24	52,17
Άριστες	16	34,78
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 8 : Ποιές οι σχέσεις σας με τους ηλικιωμένους ;



Η στάση των ηλικιωμένων απέναντι στα ερωτηθέντα άτομα από το προσωπικό ήταν καλή σε 10 άτομα (ποσοστό 21,74%), για 22 άτομα (ποσοστό 47,83%) ήταν μέτρια ενώ στα υπόλοιπα 14 άτομα (ποσοστό 30,43%) η στάση ήταν άριστη (Πίνακας 9, Σχήμα 9).

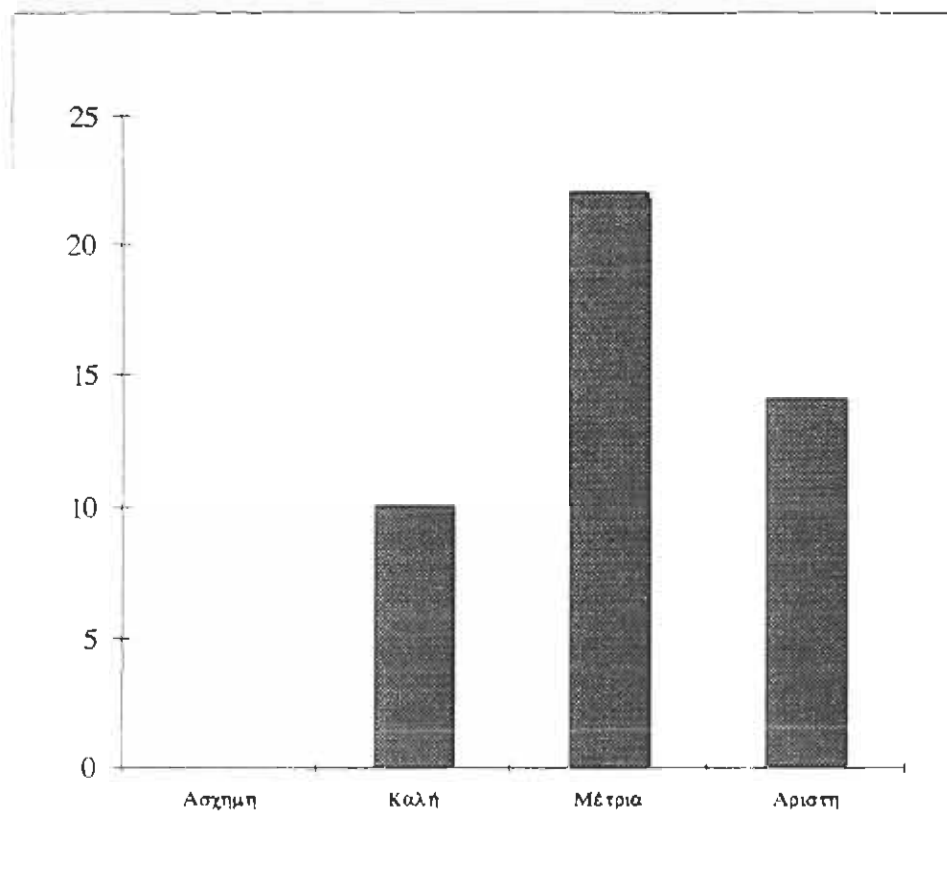
Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση της στάσης των ηλικιωμένων απέναντι στο ερωτηθέν προσωπικό με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Το προσωπικό που η στάση των ηλικιωμένων απέναντι τους είναι καλή βρέθηκε να επηρεάζονται θετικά ψυχολογικά από την εργασία τους έναντι των υπολοίπων συναδέλφων ($r=-0,37$, $DF=46$, $p<0,05$) και να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους στο ίδρυμα ($r=-0,34$, $DF=46$, $p<0,05$).

Πίνακας 9 : Ποιά η στάση των ηλικιωμένων απέναντί σας ;

	f	rf%
Ασχημη	0	0,00
Καλή	10	21,74
Μέτρια	22	47,83
Αριστη	14	30,43
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 9 : Ποιά η στάση των ηλικιωμένων απέναντί σας ;

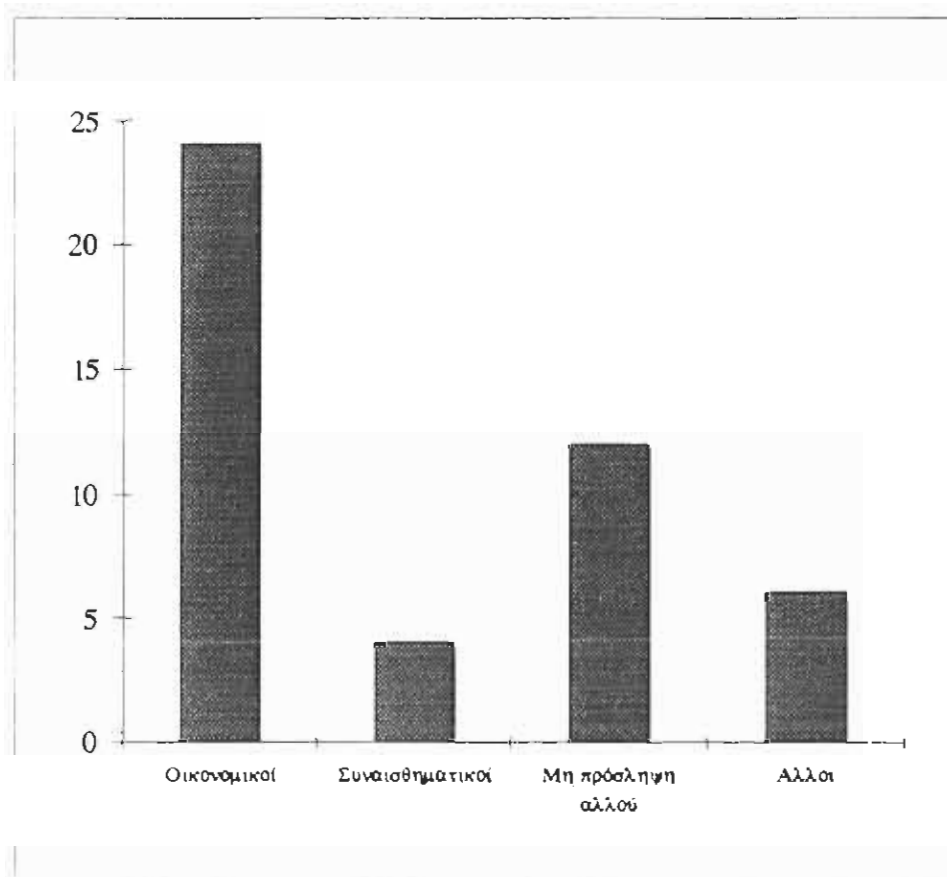


Πάνω από το 50% των ερωτηθέντων (24 άτομα - ποσοστό 52,17%) δήλωσε ότι οι λόγοι εργασίας του είναι οικονομικοί και για 12 ακόμα (ποσοστό 26,09%) αναγκαστικοί μιάς και δεν προσλήφθηκαν αλλού (Πίνακας 10, Σχήμα 10).

Πίνακας 10 : Ποιοί οι λόγοι εργασίας σας στο ίδρυμα ;

	f	rf%
Οικονομικοί	24	52,17
Συναισθηματικοί	4	8,70
Μη πρόσληψη αλλού	12	26,09
Άλλοι	6	13,04
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 10 : Ποιοί οι λόγοι εργασίας σας στο ίδρυμα ;



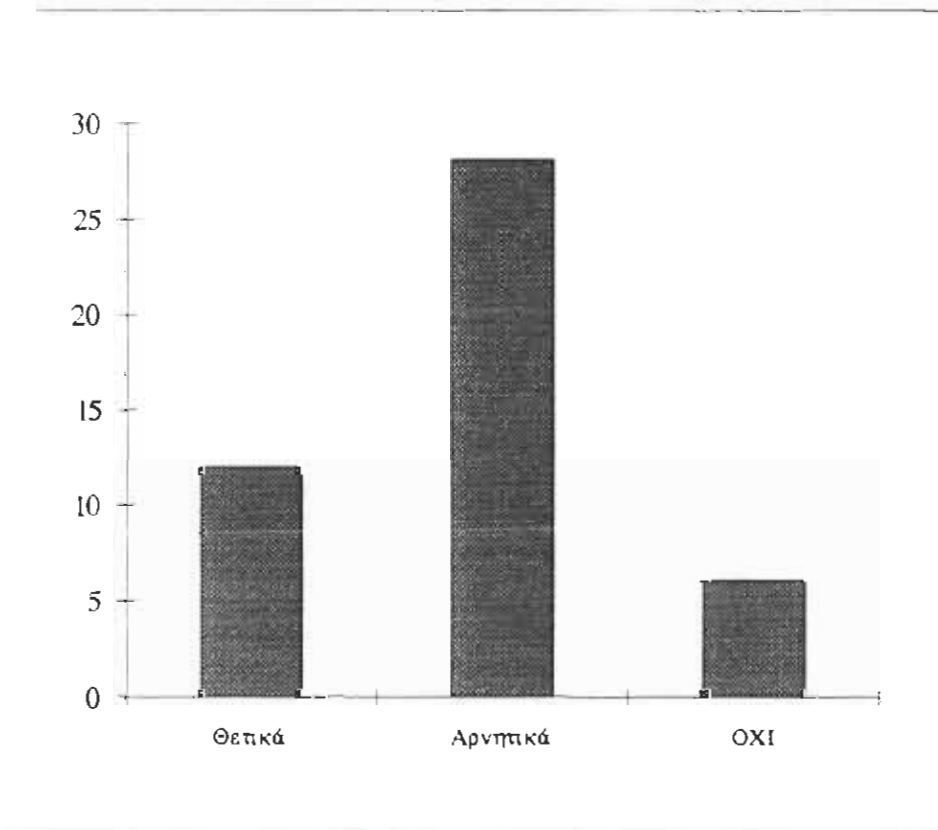
Το μεγαλύτερο ποσοστό από το ερωτηθέν προσωπικό δήλωσε ότι τους επηρεάζει αρνητικά η εργασία του σε ένα τέτοιο περιβάλλον (28 άτομα - ποσοστό 60,87%) ενώ άλλους 12 (ποσοστό 26,09%) θετικά (Πίνακας 11, Σχήμα 11).

Όσο περισσότερο θετικά τους επηρεάζει η εργασία τους τόσο πιο ικανοποιημένοι είναι από την εργασία τους στο ίδρυμα όπως είναι και λογικό ($r=0,30$, $DF=46$, $p<0,05$).

Πίνακας 11 : Σας επηρεάζει ψυχολογικά η εργασία σας ;

	f	rf%
Θετικά	12	26,09
Αρνητικά	28	60,87
ΟΧΙ	6	13,04
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 11 : Σας επηρεάζει ψυχολογικά η εργασία σας ;



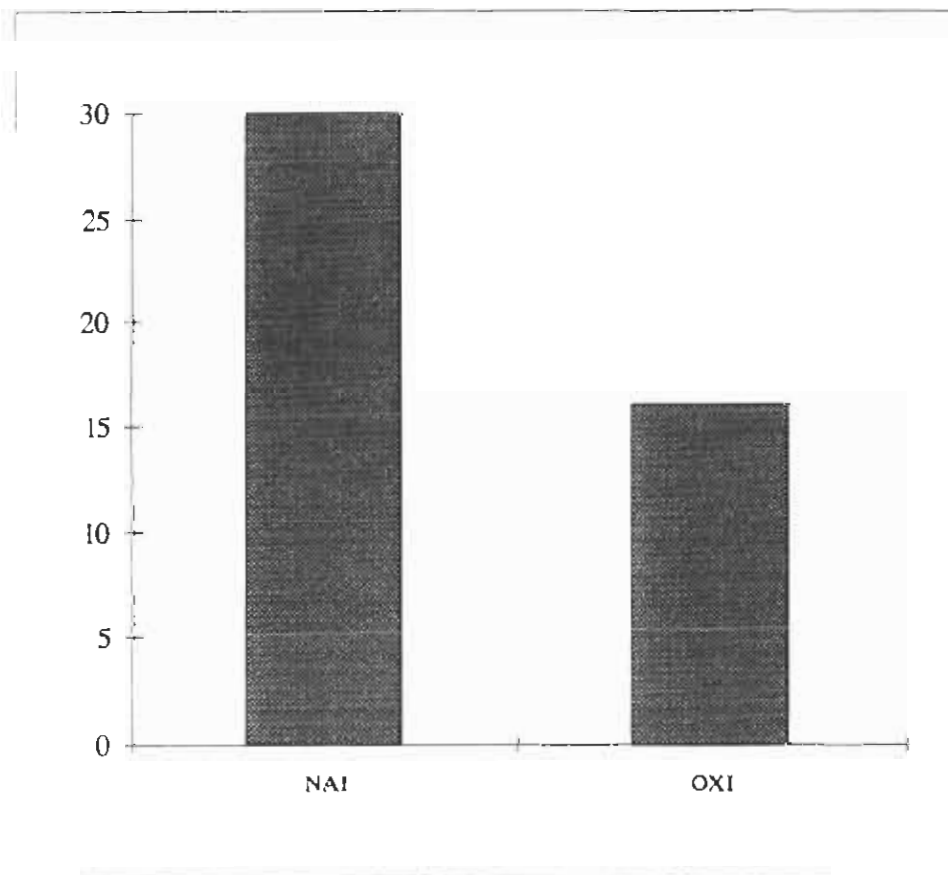
Οι περισσότεροι από το ερωτηθέν προσωπικό δήλωσε ότι είναι ικανοποιημένοι εν γένει από την εργασία τους στο ίδρυμα (30 άτομα - ποσοστό 65,22%) ενώ οι υπόλοιποι 16 (ποσοστό 34,78%) όχι (Πίνακας 12, Σχήμα 12).

Όσο περισσότερο ικανοποιούν το ερωτηθέν προσωπικό οι γνώσεις που έχει για την φροντίδα της τρίτης ηλικίας τόσο περισσότερο είναι ικανοποιημένο από την εργασία του στο ίδρυμα ($r=0,38$, $DF=46$, $p<0,01$).

Πίνακας 12 : Είστε ικανοποιημένοι από την εργασία σας στο ίδρυμα ;

	f	rf%
ΝΑΙ	30	65,22
ΟΧΙ	16	34,78
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 12 : Είστε ικανοποιημένοι από την εργασία σας στο ίδρυμα ;

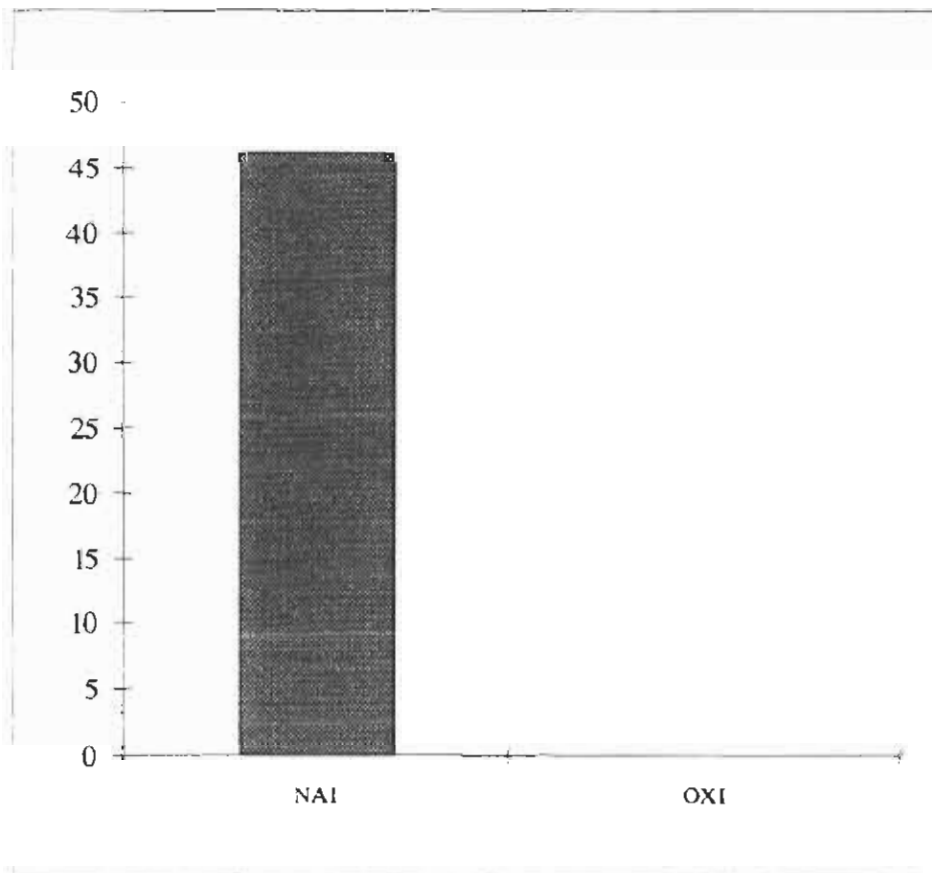


Όλοι οι ερωτηθέντες από το προσωπικό θεωρούν απαραίτητη την παρουσία τους στο ίδρυμα για την εύρυθμη λειτουργία του όπως είναι και λογικό (Πίνακας 13, Σχήμα 13).

Πίνακας 13 : Πιστεύετε ότι η παρουσία νοσηλευτών/τριών είναι απαραίτητη για την εύρυθμη λειτουργία του ιδρύματος ;

	f	rf%
ΝΑΙ	46	100,00
ΟΧΙ	0	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 13 : Πιστεύετε ότι η παρουσία νοσηλευτών/τριών είναι απαραίτητη για την εύρυθμη λειτουργία του ιδρύματος ;

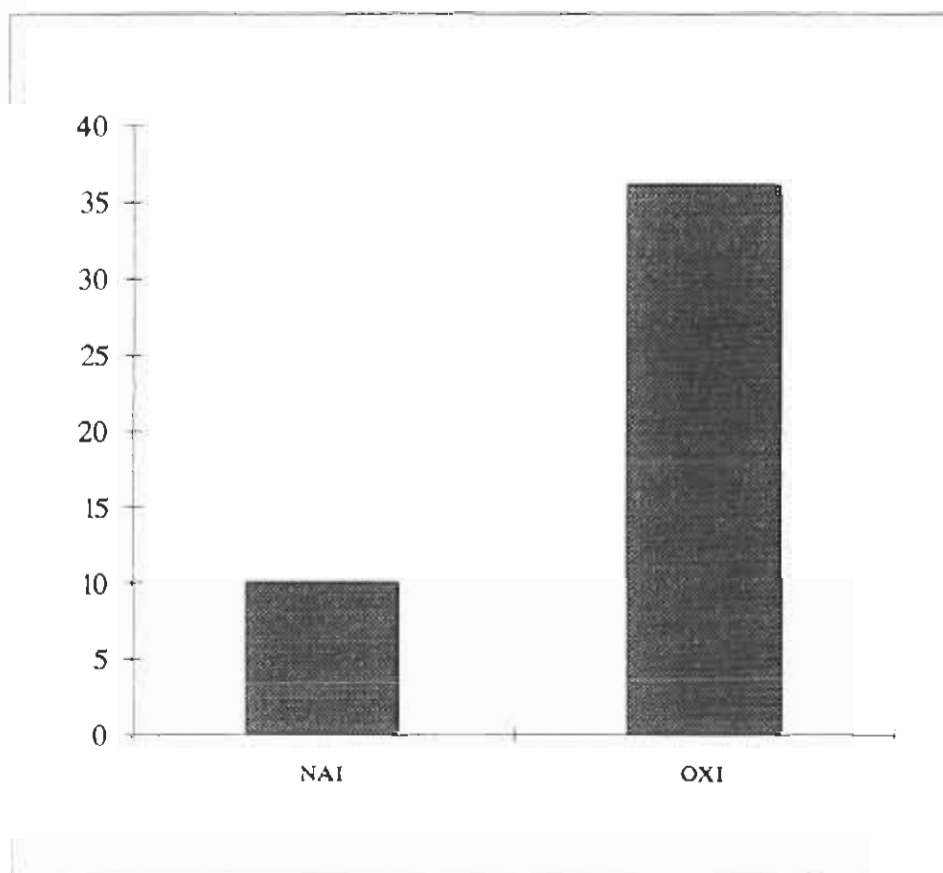


Παρ'όλα αυτά δεν θεωρούν επαρκές το νοσηλευτικό προσωπικό που απασχολείται εκεί (36 άτομα - ποσοστό 78,26%) (Πίνακας 14, Σχήμα 14).

Πίνακας 14 : Θεωρείτε ότι είναι επαρκές το νοσηλευτικό προσωπικό ;

	f	rf%
ΝΑΙ	10	21,74
ΟΧΙ	36	78,26
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 14 : Θεωρείτε ότι είναι επαρκές το νοσηλευτικό προσωπικό ;

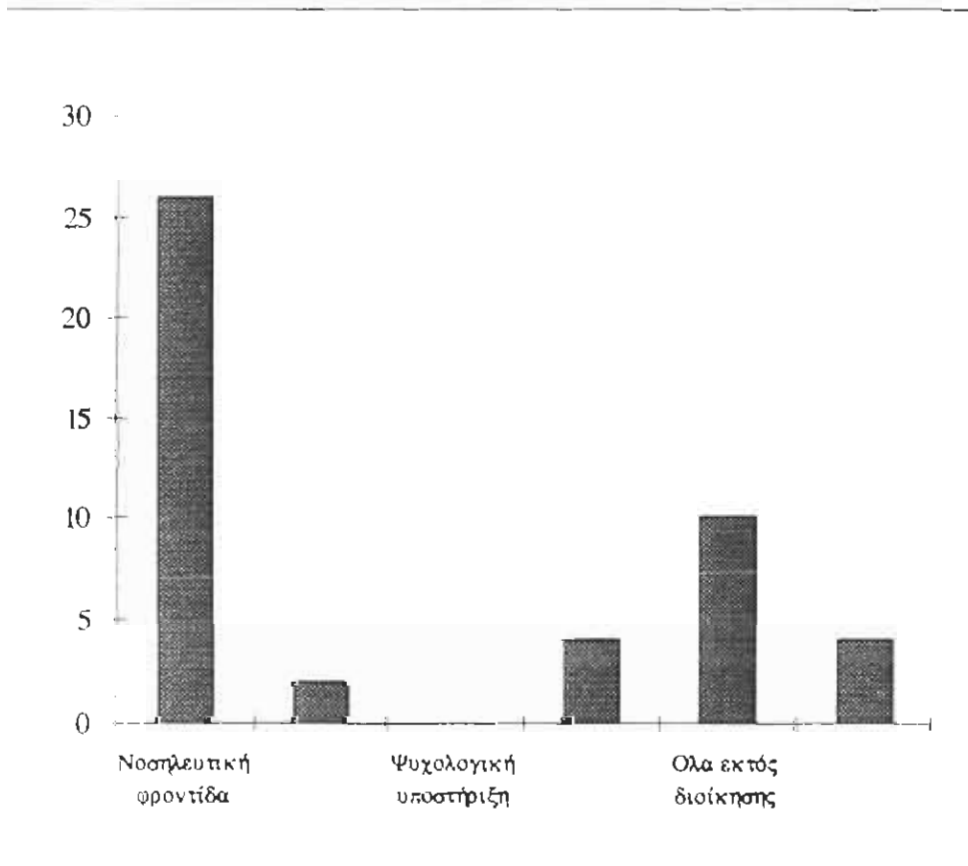


Ίσως τα παραπάνω να οφείλονται στο ότι το υπάρχον προσωπικό στα ιδρύματα δεν απασχολείται αποκλειστικά στα νοσηλευτικά καθήκοντά του αλλά αναλώνεται και σε άλλου είδους εργασίες όπως φαίνεται και παρακάτω (Πίνακας 15, Σχήμα 15).

Πίνακας 15 : Ποιός ο ρόλος σας στο ίδρυμα ;

	f	rf%
Νοσηλευτική φροντίδα	26	56,52
Διοίκηση	2	4,35
Ψυχολογική υποστήριξη	0	0,00
Όλα τα παραπάνω	4	8,70
Όλα εκτός διοίκησης	10	21,74
Άλλος ρόλος	4	8,70
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 15 : Ποιός ο ρόλος σας στο ίδρυμα ;

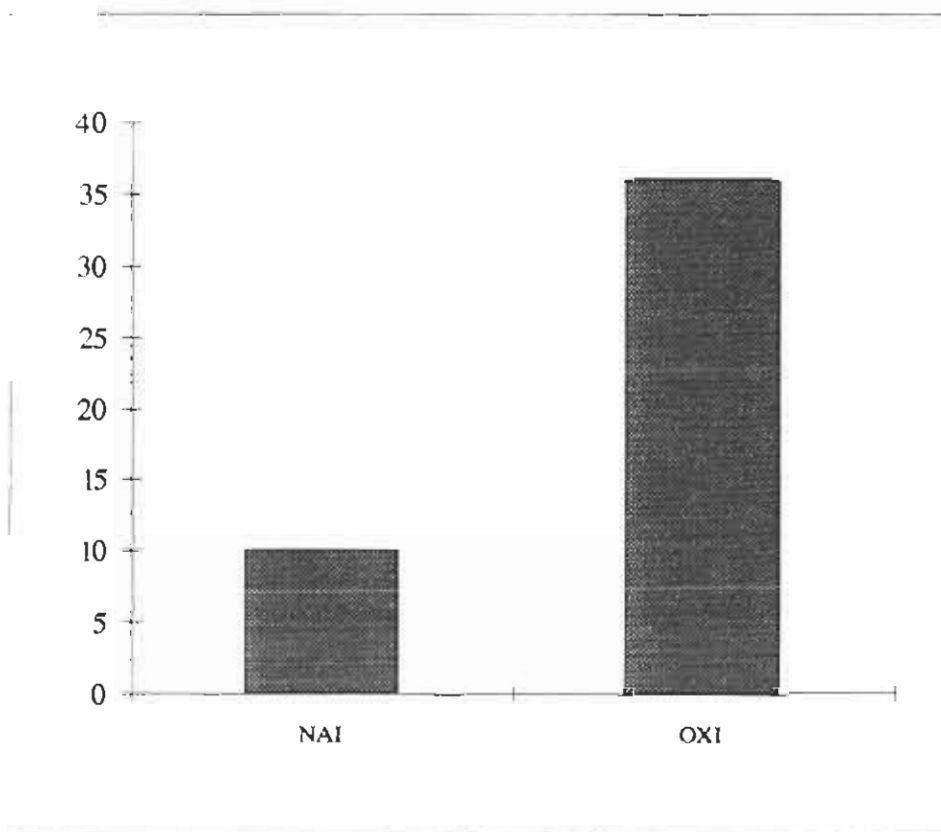


Η υλικοτεχνική υποδομή που βρίσκεται στα ιδρύματα επίσης δεν θεωρείται επαρκής από το ερωτηθέν προσωπικό για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών (36 άτομα - ποσοστό 78,26%) (Πίνακας 16, Σχήμα 16). Από το ερωτηθέν προσωπικό αυτοί που δεν θεωρούν επαρκές το νοσηλευτικό προσωπικό δεν θεωρούν επίσης επαρκή και την υπάρχουσα υλικοτεχνική υποδομή ($r=0,38$, $DF=46$, $p<0,01$).

Πίνακας 16 : Πιστεύετε ότι υπάρχει πλήρης υλικοτεχνικός εξοπλισμός στο ίδρυμα για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών

	f	f%
ΝΑΙ	10	21,74
ΟΧΙ	36	78,26
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 16 : Πιστεύετε ότι υπάρχει πλήρης υλικοτεχνικός εξοπλισμός στο ίδρυμα για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών

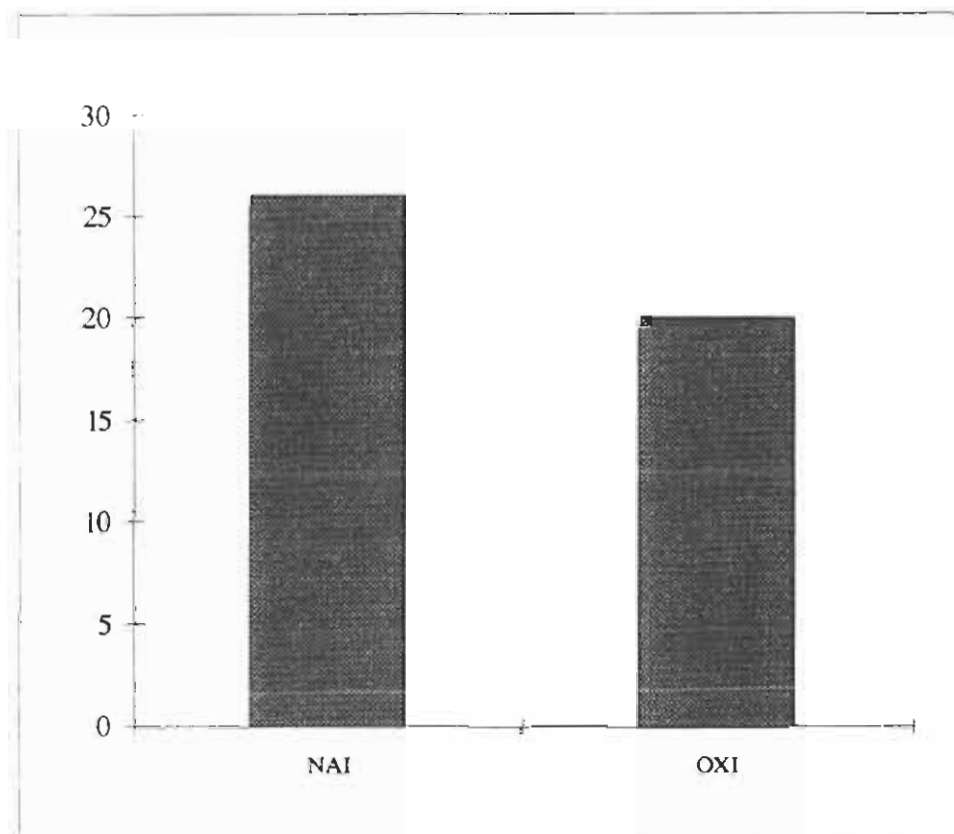


Τέλος μοιρασμένα σχεδόν ποσοστά βρέθηκαν στις απαντήσεις του ερωτηθέντος προσωπικού όσον αφορά το επίπεδο γνώσεων που θεωρούν ότι έχουν για την φροντίδα της τρίτης ηλικίας (Πίνακας 17, Σχήμα 17).

Πίνακας 17 : Σας ικανοποιούν οι γνώσεις που έχετε από την σχολή σας για την φροντίδα της τρίτης ηλικίας ;

	f	rf%
ΝΑΙ	26	56,52
ΟΧΙ	20	43,48
ΣΥΝΟΛΟ	46	100,00

Σχήμα 17 : Σας ικανοποιούν οι γνώσεις που έχετε από την σχολή σας για την φροντίδα της τρίτης ηλικίας ;



B. ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ

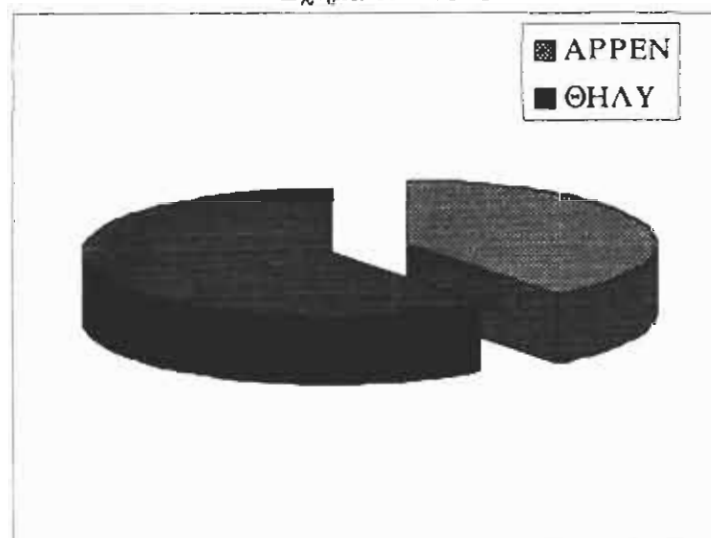
Από τους 151 συμμετέχοντες ηλικιωμένους στην παρούσα μελέτη οι 60 (ποσοστό 39,74%) ήταν άρρενες και οι υπόλοιποι 91 (ποσοστό 60,26%) θήλειες.

Ελέγχοντας την παράμετρο φύλο με όλες τις υπόλοιπες παραμέτρους για τους ερωτηθέντες παρατηρούμε ότι δεν προκύπτει συσχέτιση με καμμία από αυτές, δηλαδή οι υπόλοιπες απαντήσεις των ερωτηθέντων είναι ανεξάρτητες του φύλου ($p < 0,05$) (Πίνακας 18, Σχήμα 18).

Πίνακας 18 : Φύλο

	f	rf%
ΑΡΡΕΝ	60	39,74
ΘΗΛΥ	91	60,26
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 18 : Φύλο



Περίπου οι μισοί από τους ερωτηθέντες (73 άτομα - 48,34%) ήταν άνω των 80 ετών ενώ οι ηλικίες των υπολοίπων κυμάνθηκαν από 50 έως 79 έτη. Ο μέσος όρος της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 77,25 έτη με S.D. 8,96 έτη (Πίνακας 19, Σχήμα 19).

Τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από την συσχέτιση της ηλικίας με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

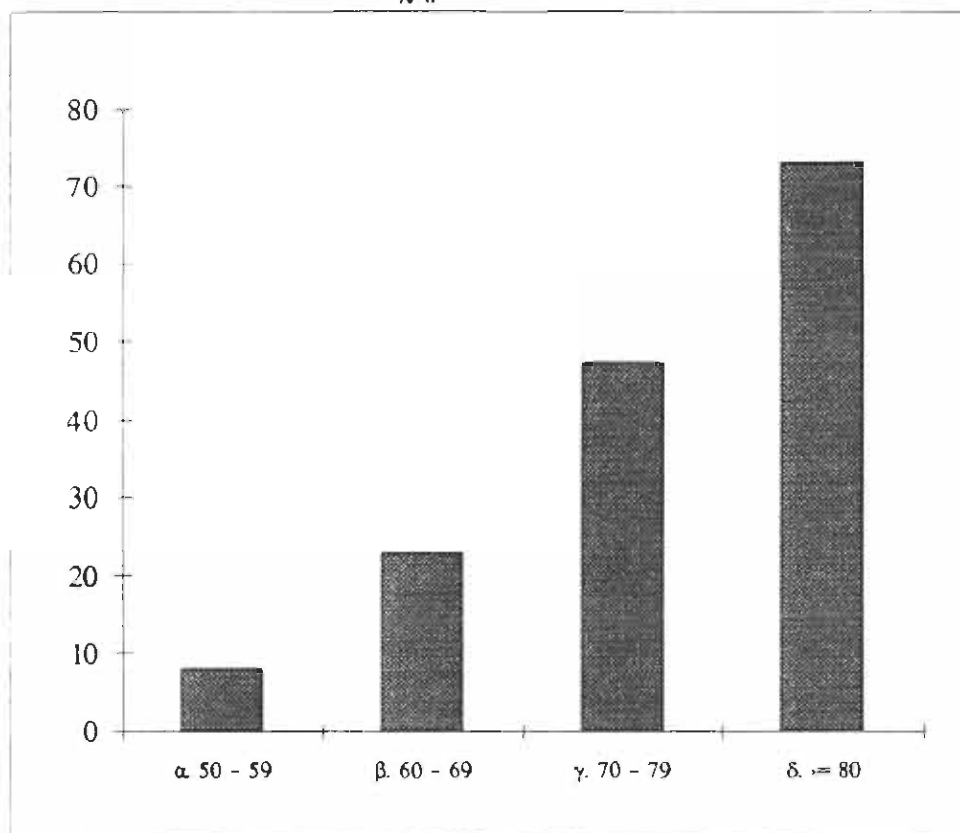
- Όσο πιά μεγάλη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο πιά αραιά επισκέπτονται τους συγγενείς τους ($r = -0,25$, $DF = 151$, $p < 0,01$).

- Όσο πιά μεγάλη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο πιά άσχημες είναι οι σχέσεις τους με το νοσηλευτικό προσωπικό ($r=-0,19$, $DF=151$, $p<0,05$).
- Όσο πιά μεγάλη είναι η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο πιά άσχημη είναι η υγεία τους ($r=-0,16$, $DF=151$, $p<0,05$).

Πίνακας 19 : Ηλικία

	f	rf%
α. 50 - 59	8	5,30
β. 60 - 69	23	15,23
γ. 70 - 79	47	31,13
δ. ≥ 80	73	48,34
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 19 : Ηλικία

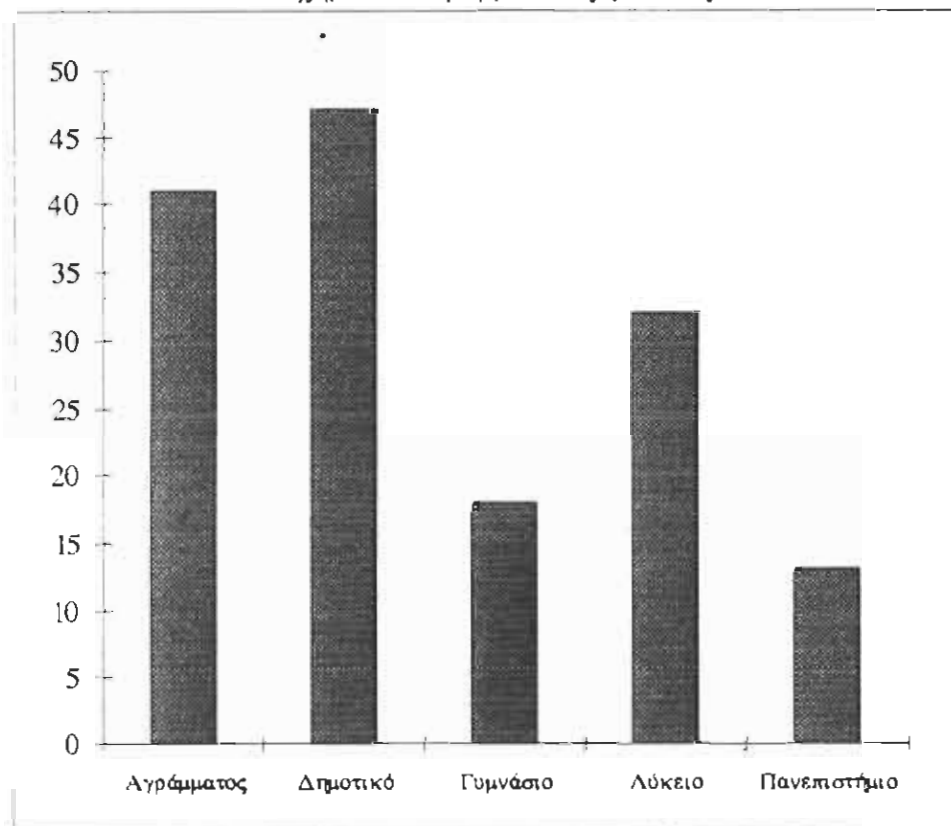


Λόγω της μεγάλης ηλικίας των ερωτηθέντων είναι φυσικό να υπάρχουν πολλοί που είτε είναι αγράμματοι είτε έχουν τελειώσει μόνο το δημοτικό (παλαιότερα δεν ήταν υποχρεωτική η εκπαίδευση) (88 άτομα - 58,28%). Αντίστοιχα πολλοί λίγοι είναι αυτοί που έχουν τελειώσει πανεπιστήμιο (13 άτομα - 8,61%) (Πίνακας 20, Σχήμα 20).

Πίνακας 20 : Γραμματικές γνώσεις

	f	rf%
Αγράμματος	41	27,15
Δημοτικό	47	31,13
Γυμνάσιο	18	11,92
Λύκειο	32	21,19
Πανεπιστήμιο	13	8,61
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 20 : Γραμματικές γνώσεις



Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση των γραμματικών γνώσεων των ερωτηθέντων με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση προέρχονται ως επί το πλείστον από αστικές περιοχές ($r=0,32$, $DF=151$, $p<0,001$).
- Τα άτομα με μεγαλύτερες γραμματικές γνώσεις είχαν πιο εύκολη προσαρμογή στο ίδρυμα ($r=0,20$, $DF=151$, $p<0,05$) και καλύτερα αισθήματα παραμονής και διαμονής ($r=0,19$, $DF=151$, $p<0,05$) και ($r=0,20$, $DF=151$, $p<0,05$).

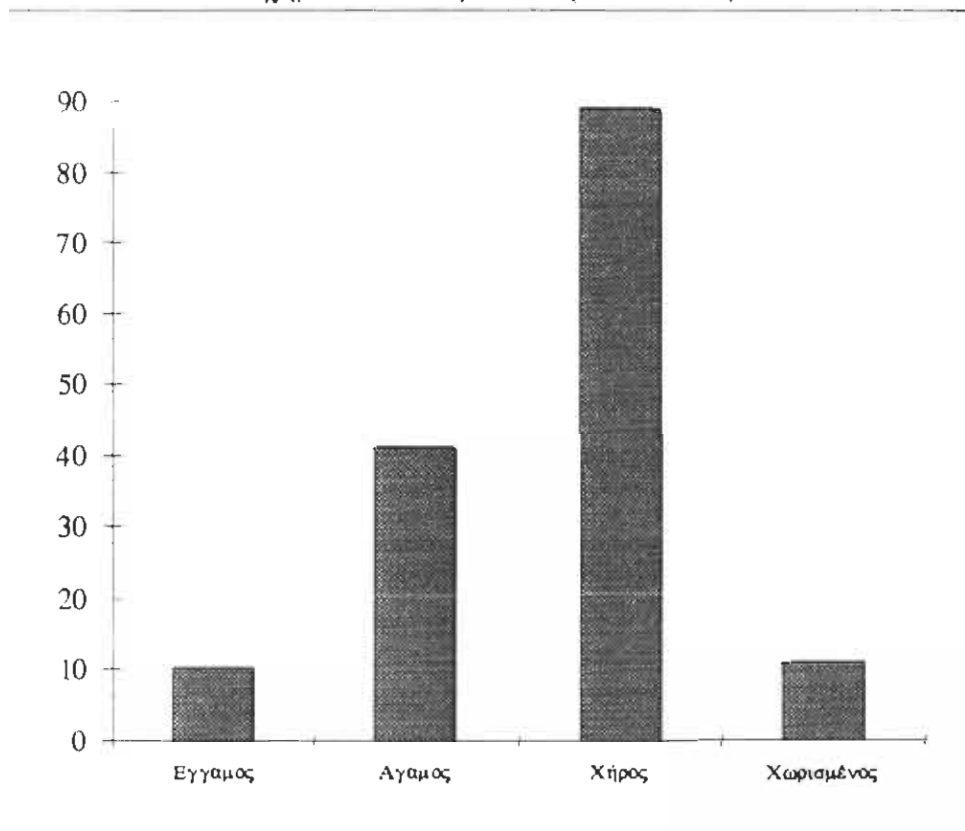
- Σημαντικό είναι ότι οι σχέσεις με τους άλλους ηλικιωμένους είναι καλύτερες στους ερωτηθέντες με ανώτερη εκπαίδευση ($r=0,32$, $DF=151$, $p<0,001$) ενώ δεν βρέθηκε συσχέτιση των γραμματικών γνώσεων των ερωτηθέντων με τις σχέσεις που έχουν με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν χήροι (89 άτομα - 58,94%) όπως ήταν και αναμενόμενο. Από τους υπόλοιπους οι 10 (ποσοστό 6,62%) ήταν έγγαμοι, οι 41 (ποσοστό 27,15%) ήταν άγαμοι και οι υπόλοιποι 11 (ποσοστό 7,28%) ήταν χωρισμένοι (Πίνακας 21, Σχήμα 21).

Πίνακας 21 : Οικογενειακή κατάσταση

	f	rf%
Εγγαμος	10	6,62
Άγαμος	41	27,15
Χήρος	89	58,94
Χωρισμένος	11	7,28
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 21 : Οικογενειακή κατάσταση



Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ

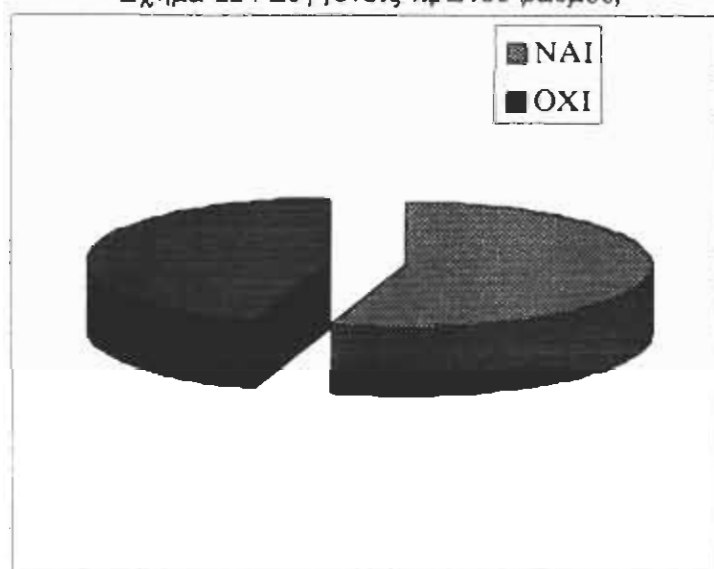
Από τους ερωτηθέντες οι 83 (ποσοστό 54,97%) είχαν συγγενείς πρώτου βαθμού ενώ οι υπόλοιποι 68 δεν είχαν (Πίνακας 22, Σχήμα 22).

Δεν βρέθηκε καμμία συσχέτιση της ύπαρξης ή όχι συγγενών πρώτου βαθμού για τους ερωτηθέντες με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου ($p < 0,05$).

Πίνακας 22 : Συγγενείς πρώτου βαθμού;

	f	rf%
ΝΑΙ	83	54,97
ΟΧΙ	68	45,03
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 22 : Συγγενείς πρώτου βαθμού;

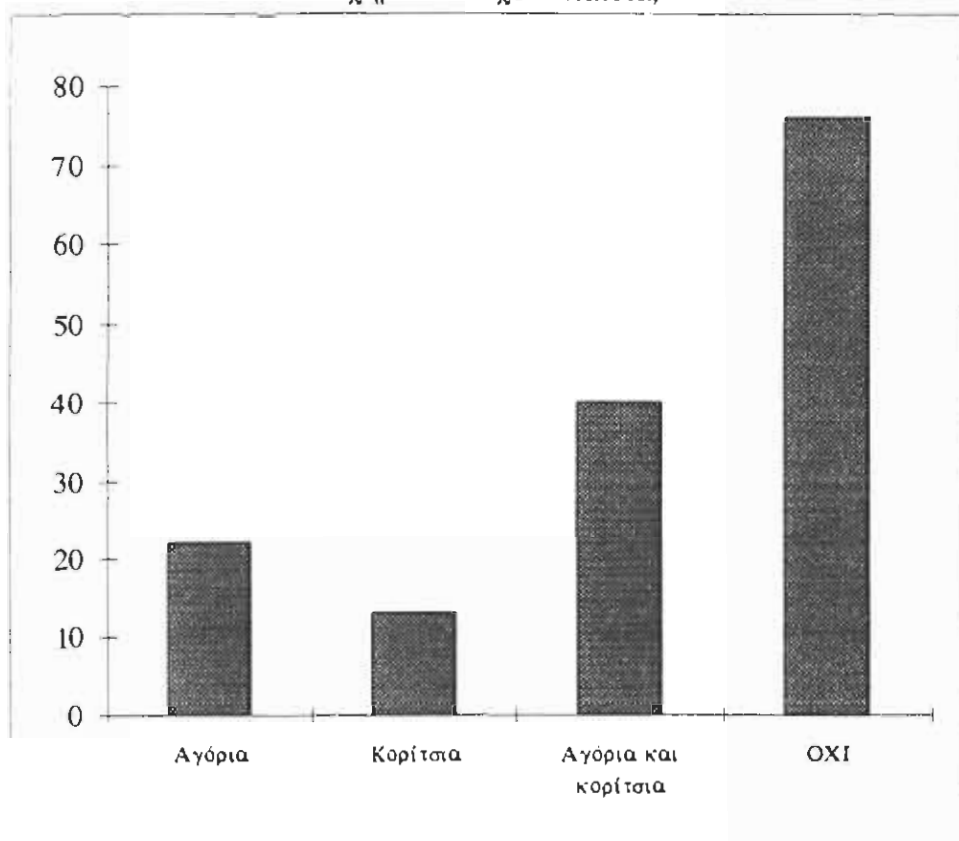


Μοιρασμένα ήταν τα ποσοστά για τους ερωτηθέντες για τους οποίους οι μισοί έχουν παιδιά ενώ οι άλλοι μισοί δεν έχουν (76 άτομα - ποσοστό 50,33%). Από αυτούς που έχουν παιδιά οι 22 (ποσοστό 14,57%) έχουν μόνο αγόρια, οι 13 (ποσοστό 8,61%) έχουν μόνο κορίτσια ενώ οι υπόλοιποι 40 (ποσοστό 26,49%) έχουν και αγόρια και κορίτσια (Πίνακας 23, Σχήμα 23).

Πίνακας 23 : Έχετε παιδιά;

	f	rf%
Αγόρια	22	14,57
Κορίτσια	13	8,61
Αγόρια και κορίτσια	40	26,49
ΟΧΙ	76	50,33
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 23 : Εχετε παιδιά;

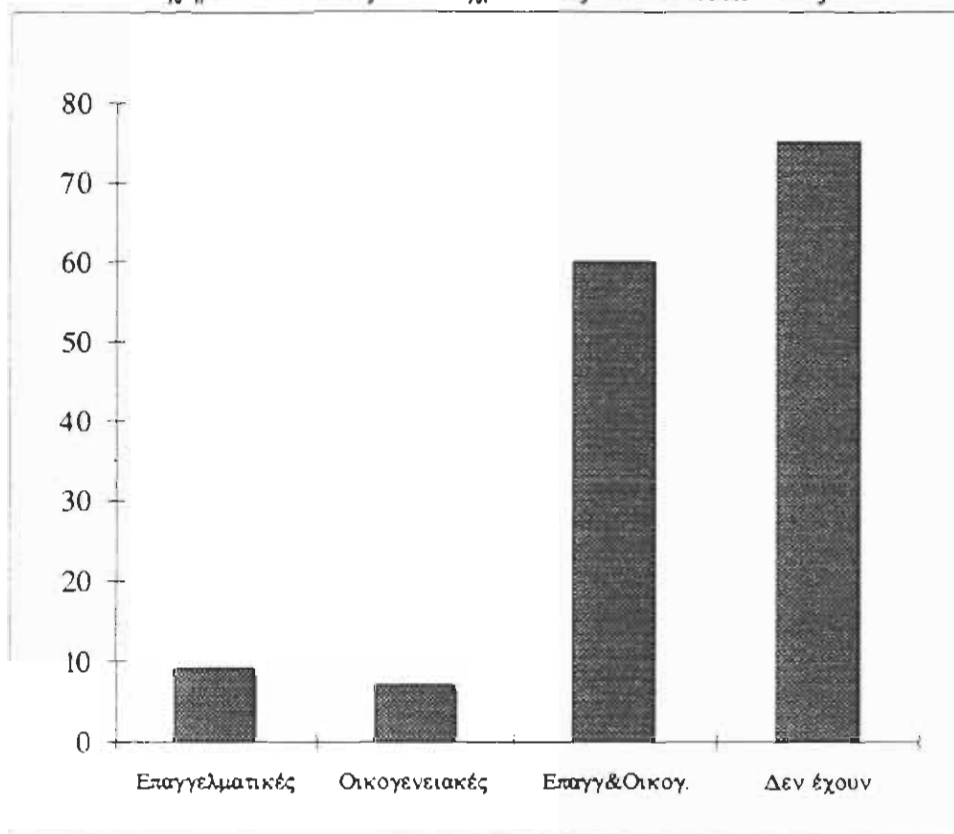


Από τους ερωτηθέντες που είχαν παιδιά φυσικά όπως αναμενόταν το μεγαλύτερο ποσοστό (60 άτομα) δήλωσε ότι τα παιδιά του είχαν και επαγγελματικές και οικογενειακές υποχρεώσεις ενώ λίγοι δήλωσαν είτε μόνο οικογενειακές είτε μόνο επαγγελματικές υποχρεώσεις για τα παιδιά τους (Πίνακας 24, Σχήμα 24).

Πίνακας 24 : Ποιές οι υποχρεώσεις των παιδιών σας

	f	rf%
Επαγγελματικές	9	5,96
Οικογενειακές	7	4,64
Επαγγ&Οικογ.	60	39,74
Δεν έχουν	75	49,67
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 24 : Ποιές οι υποχρεώσεις των παιδιών σας

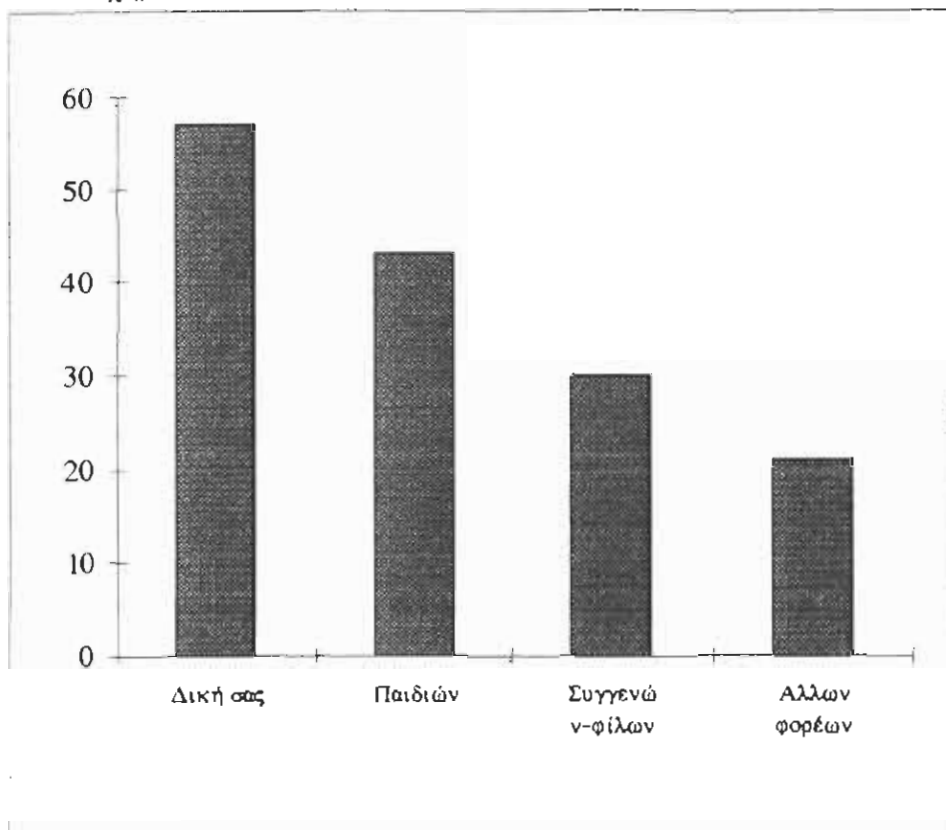


Ενας στους τρεις από τους ερωτηθέντες ηλικιωμένους απάντησε ότι η εισαγωγή του στο ίδρυμα έγινε με δική του απόφαση (57 άτομα - ποσοστό 37,75%) παρόμοιο ποσοστό με αυτό (43 άτομα - ποσοστό 28,48%) που δήλωσαν οι ερωτηθέντες ότι η απόφαση της εισαγωγής στο ίδρυμα ήταν των παιδιών τους. Πολύ μικρότερο ποσοστό (21 άτομα - ποσοστό 13,91%) απάντησε ότι η απόφαση της εισαγωγής τους στο ίδρυμα έγινε από άλλους φορείς και κυρίως αφορά άτομα χωρίς παιδιά και συγγενείς πρώτου βαθμού (Πίνακας 25, Σχήμα 25).

Πίνακας 25 : Η εισαγωγή σας στο ίδρυμα έγινε με απόφαση

	f	gf%
Δική σας	57	37,75
Παιδιών	43	28,48
Συγγενών-φίλων	30	19,87
Άλλων φορέων	21	13,91
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 25 : Η εισαγωγή σας στο ίδρυμα έγινε με απόφαση

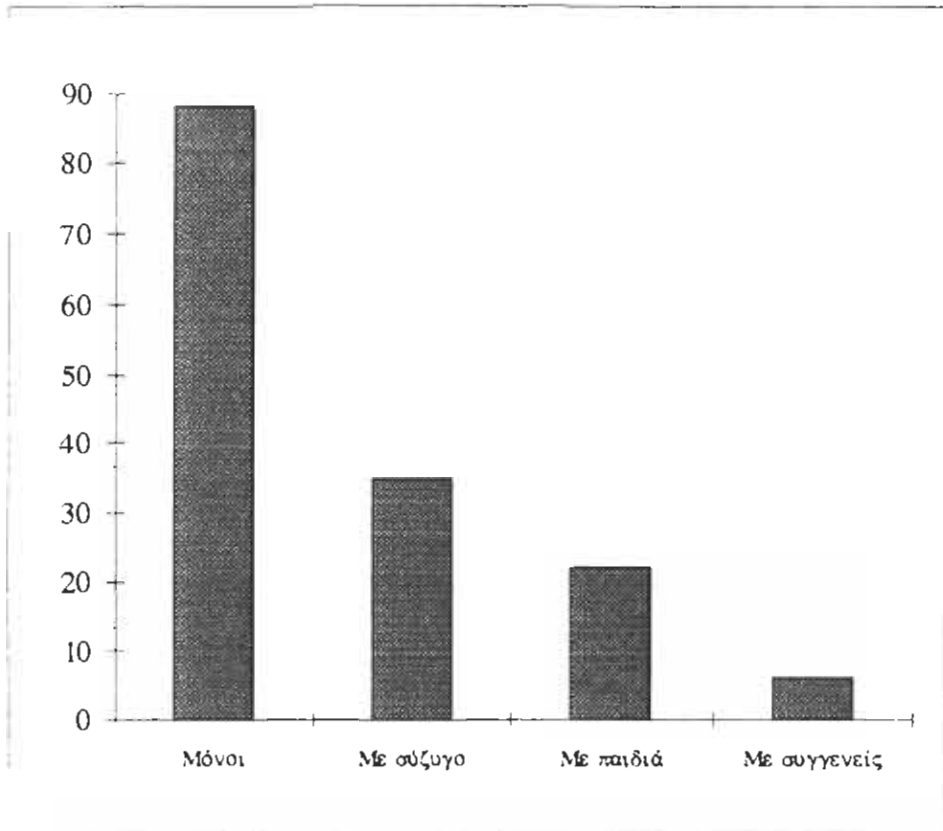


Σχεδόν το 60% των ερωτηθέντων (88 άτομα - 58,28%) απάντησε ότι πριν την εισαγωγή του στο ίδρυμα ζούσε μόνο του. Από τους υπόλοιπους οι 35 (ποσοστό 23,18%) ζούσαν με τον/την σύζυγό τους, οι 22 (ποσοστό 14,57%) ζούσαν με τα παιδιά τους και οι υπόλοιποι 6 (ποσοστό 3,97%) με συγγενείς τους (Πίνακας 26, Σχήμα 26).

Πίνακας 26 : Με ποιούς συγκατοικούσατε πριν μπειτε στο ίδρυμα

	f	rf%
Μόνοι	88	58,28
Με σύζυγο	35	23,18
Με παιδιά	22	14,57
Με συγγενείς	6	3,97
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 26 : Με ποιούς συγκατοικούσατε πριν μπειτε στο ίδρυμα



Ο τόπος κατοικίας των ερωτηθέντων πριν την εισαγωγή τους στο ίδρυμα ήταν για 72 από αυτούς αστική περιοχή (ποσοστό 47,68%), για 35 από αυτούς ημιαστική περιοχή (ποσοστό 23,18%) ενώ για τους υπόλοιπους 44 (ποσοστό 29,14%) αγροτική περιοχή (Πίνακας 27, Σχήμα 27).

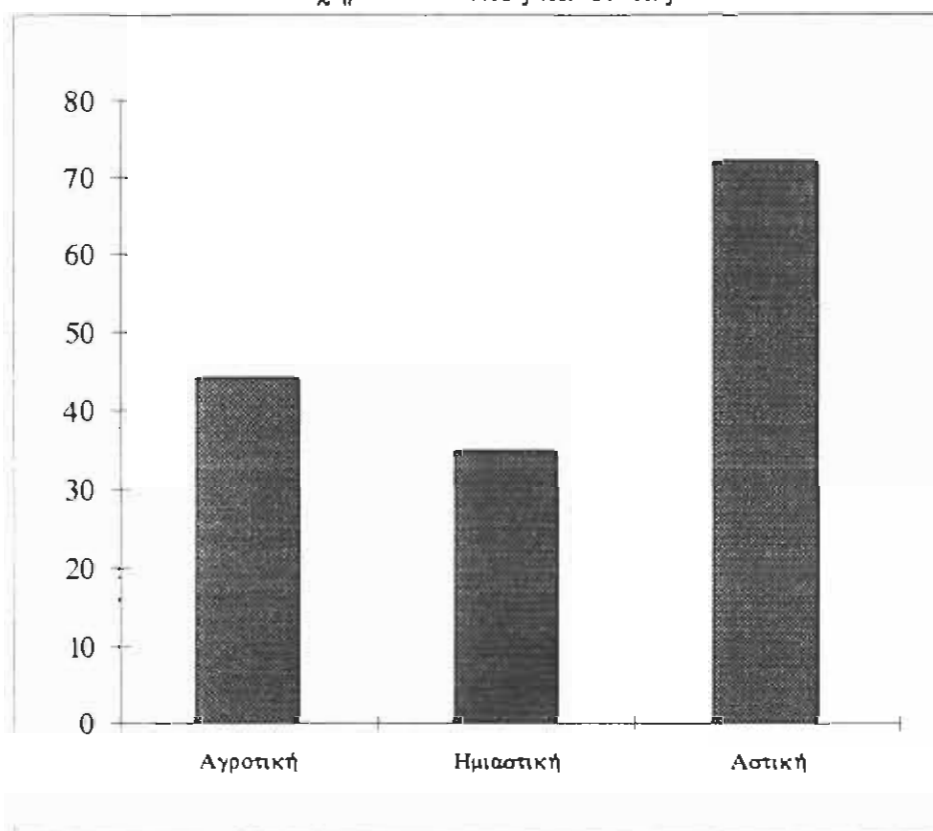
Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση του τόπου κατοικίας των ερωτηθέντων με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Τα άτομα που ζούσαν σε αστικές περιοχές έχουν καλύτερη υγεία έναντι των υπολοίπων και λιγότεροι από αυτούς είναι κατάκοιτοι ($r=0,19$, $DF=151$, $p<0,05$) και ($r=-0,19$, $DF=151$, $p<0,05$).

Πίνακας 27 : Τόπος κατοικίας

	f	rf%
Αγροτική	44	29,14
Ημιαστική	35	23,18
Αστική	72	47,68
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 27 : Τόπος κατοικίας



Μοιρασμένα είναι τα ποσοτά των απαντήσεων για την δυνατότητα που έχουν οι ερωτώμενοι να επισκέπτονται τους συγγενείς τους (Πίνακας 28, Σχήμα 28) καθώς και την δυνατότητα που έχουν οι συγγενείς τους να τους επισκέπτονται στο ίδρυμα (Πίνακας 29, Σχήμα 29).

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση της δυνατότητας των ηλικιωμένων να επισκέπτονται τους συγγενείς τους (όταν βέβαια τέτοιοι υπάρχουν και οι ηλικιωμένοι δεν είναι κατάκοιτοι) με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Τα άτομα που επισκέπτονται τους συγγενείς τους πιά συχνά είχαν πιά εύκολη προσαρμογή στο ίδρυμα έναντι των υπολοίπων ($r=0,23$, $DF=151$, $p<0,01$) και καλύτερα αισθήματα παραμονής σε αυτό ($r=0,28$, $DF=151$, $p<0,001$).
- Τα άτομα που επισκέπτονται τους συγγενείς τους πιά συχνά έχουν καλύτερες σχέσεις με τους υπόλοιπους ηλικιωμένους έναντι των υπολοίπων ($r=0,38$, $DF=151$, $p<0,001$), καλύτερες σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό ($r=0,23$, $DF=151$, $p<0,01$) και καλύτερη γενικά παραμονή στο ίδρυμα ($r=0,39$, $DF=151$, $p<0,001$).

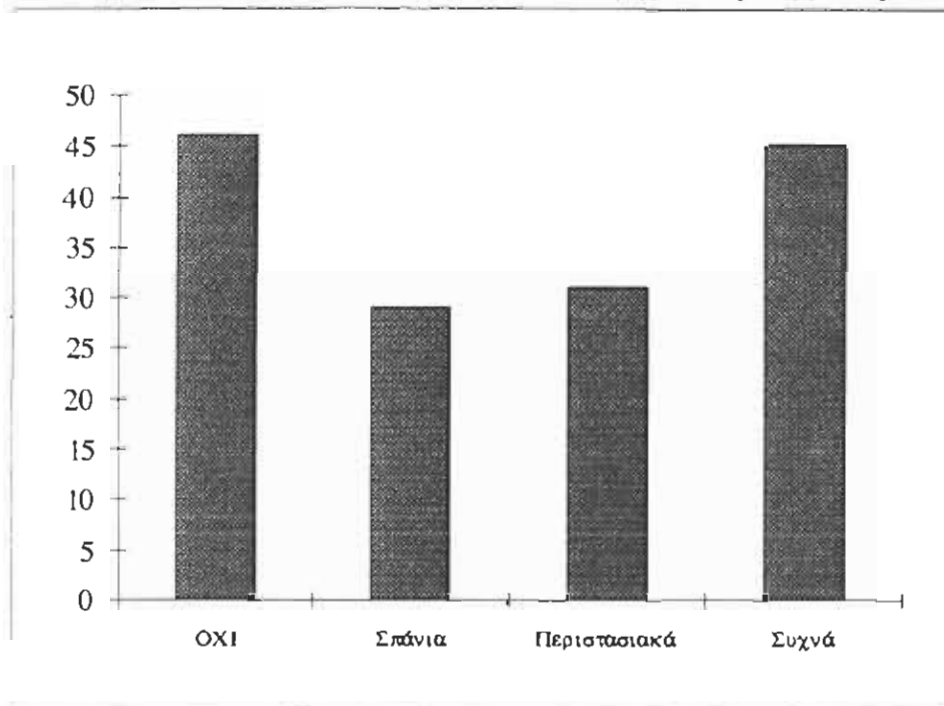
Παρόμοια συμπεράσματα προέκυψαν και από την συσχέτιση της δυνατότητας συγγενών των ηλικιωμένων να τους επισκέπτονται στο ίδρυμα (όταν βέβαια τέτοιοι υπάρχουν) με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου :

- Τα άτομα που τους επισκέπτονται οι συγγενείς τους πιά συχνά είχαν πιά εύκολη προσαρμογή στο ίδρυμα έναντι των υπολοίπων ($r=0,22$, $DF=151$, $p<0,01$) και καλύτερα αισθήματα παραμονής σε αυτό ($r=0,22$, $DF=151$, $p<0,001$).
- Τα άτομα που τους επισκέπτονται οι συγγενείς τους πιά συχνά έχουν καλύτερες σχέσεις με τους υπόλοιπους ηλικιωμένους έναντι των υπολοίπων ($r=0,41$, $DF=151$, $p<0,001$), καλύτερες σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό ($r=0,36$, $DF=151$, $p<0,001$) και καλύτερη γενικά παραμονή στο ίδρυμα ($r=0,38$, $DF=151$, $p<0,001$).
- Τα άτομα που τους επισκέπτονται οι συγγενείς τους πιά συχνά έχουν καλύτερη άποψη για την υγεία τους θεωρώντας την πιά καλή έναντι των υπολοίπων ($r=0,20$, $DF=151$, $p<0,05$).

Πίνακας 28 : Υπάρχει δυνατότητα επίσκεψης στους συγγενείς;

	f	rf%
ΟΧΙ	46	30,46
Σπάνια	29	19,21
Περιστασιακά	31	20,53
Συχνά	45	29,80
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

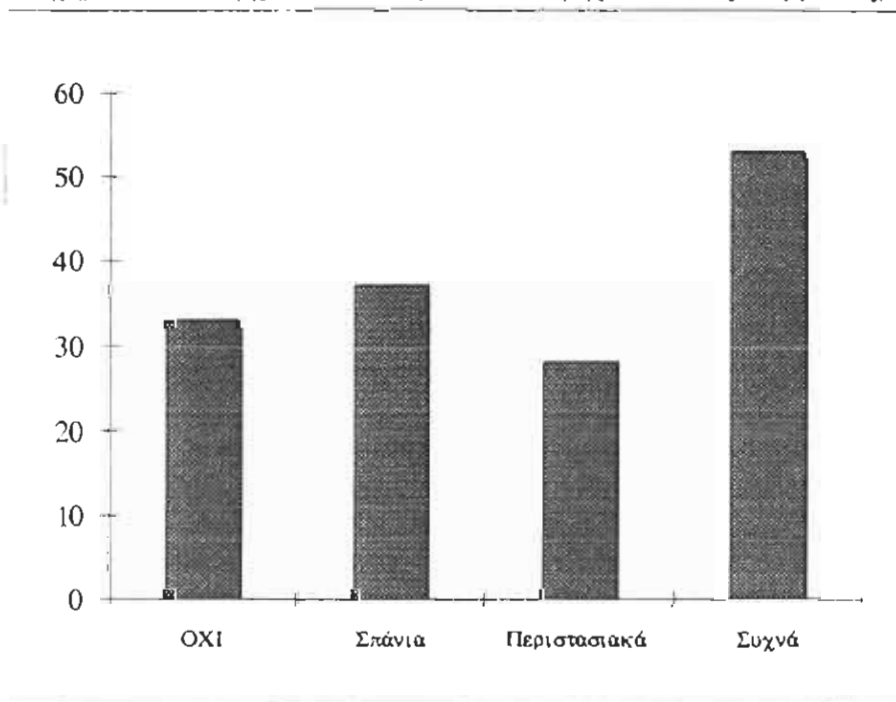
Σχήμα 28 : Υπάρχει δυνατότητα επίσκεψης στους συγγενείς;



Πίνακας 29 : Υπάρχει δυνατότητα επίσκεψης από τους συγγενείς;

	f	rf%
ΟΧΙ	33	21,85
Σπάνια	37	24,50
Περιστασιακά	28	18,54
Συχνά	53	35,10
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 29 : Υπάρχει δυνατότητα επίσκεψης από τους συγγενείς;

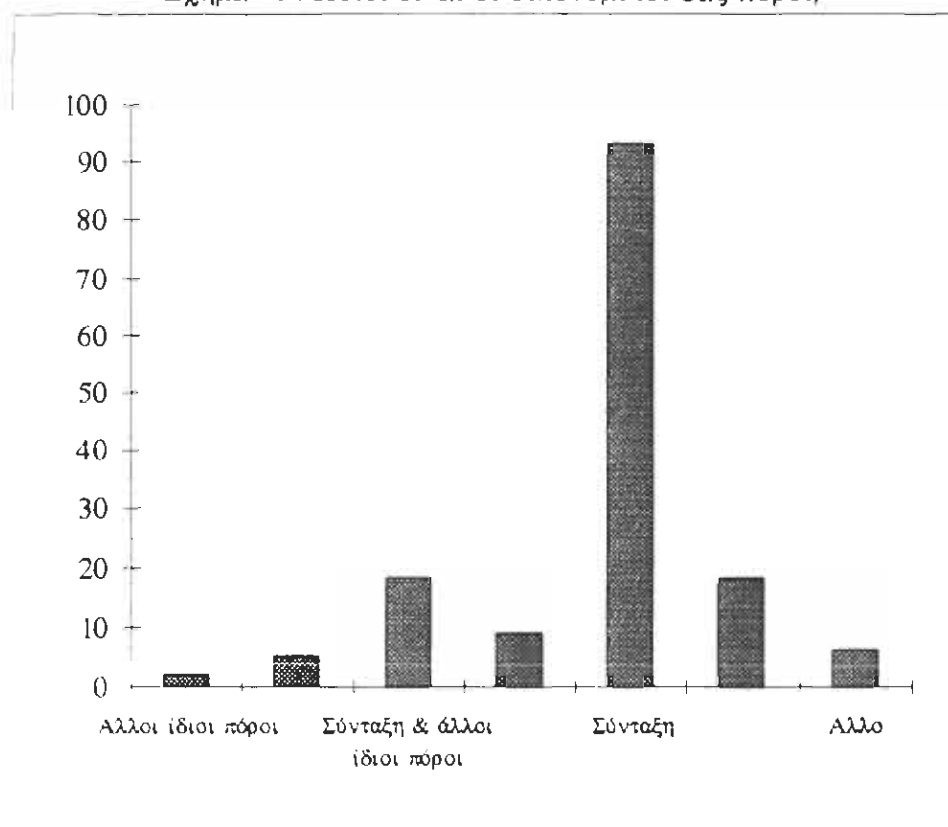


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων που ζούν σε ιδρύματα βασίζονται οικονομικά στην σύνταξή τους (93 άτομα - ποσοστό 61,59%) ενώ υπάρχουν και τελείως άποροι όπως δήλωσαν 18 άτομα (ποσοστό 11,92%). Για τους υπολοίπους οι οικονομικοί πόροι είναι τα παιδιά τους, οι συγγενείς τους καθώς και τα προηγούμενα σε συνδυασμό με σύνταξη (Πίνακας 30, Σχήμα 30).

Πίνακας 30 : Ποιοί είναι οι οικονομικοί σας πόροι;

	f	rf%
Άλλοι ίδιοι πόροι	2	1,32
Άλλοι πόροι	5	3,31
Σύνταξη & άλλοι ίδιοι πόροι	18	11,92
Σύνταξη & άλλοι πόροι	9	5,96
Σύνταξη	93	61,59
Τίποτα	18	11,92
Άλλο	6	3,97
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 30 : Ποιοί είναι οι οικονομικοί σας πόροι;

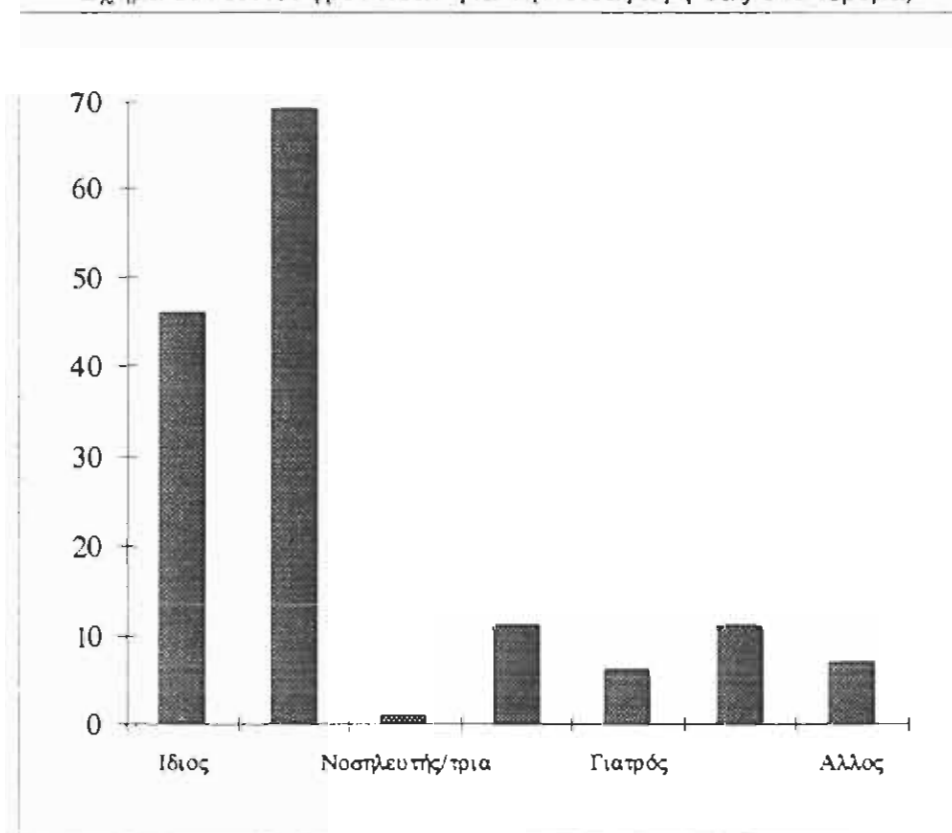


Πολλοί από τους ερωτηθέντες φρόντισαν οι ίδιοι για την εισαγωγή τους στο ίδρυμα (46 άτομα - ποσοστό 30,46%) και για περισσότερους ακόμα φρόντισαν τα παιδιά και οι συγγενείς τους (69 άτομα - ποσοστό 45,70%). Για τους υπολοίπους φρόντισαν γείτονες, φίλοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κάποιος γιατρός (6 άτομα - ποσοστό 3,97%) ενώ μόνο σε 1 (ποσοστό 0,66%) περίπτωση την εισαγωγή του ηλικιωμένου φρόντισε κάποιος νοσηλευτής/τρια (Πίνακας 31, Σχήμα 31).

Πίνακας 31 : Ποιοί φρόντισαν για την εισαγωγή σας στο ίδρυμα;

	f	rf%
Ίδιος	46	30,46
Συγγενείς	69	45,70
Νοσηλευτής/τρια	1	0,66
Κοιν.Λειτουργός	11	7,28
Γιατρός	6	3,97
Γείτονας-φίλος	11	7,28
Άλλος	7	4,64
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 31 : Ποιοί φρόντισαν για την εισαγωγή σας στο ίδρυμα;



Η προσαρμογή στο ίδρυμα για 38 άτομα (ποσοστό 25,17%) ήταν δύσκολη, για 65 άτομα (ποσοστό 43,05%) ήταν μέτρια ενώ για τα υπόλοιπα 48 άτομα (ποσοστό 31,79%) ήταν εύκολη (Πίνακας 32, Σχήμα 32).

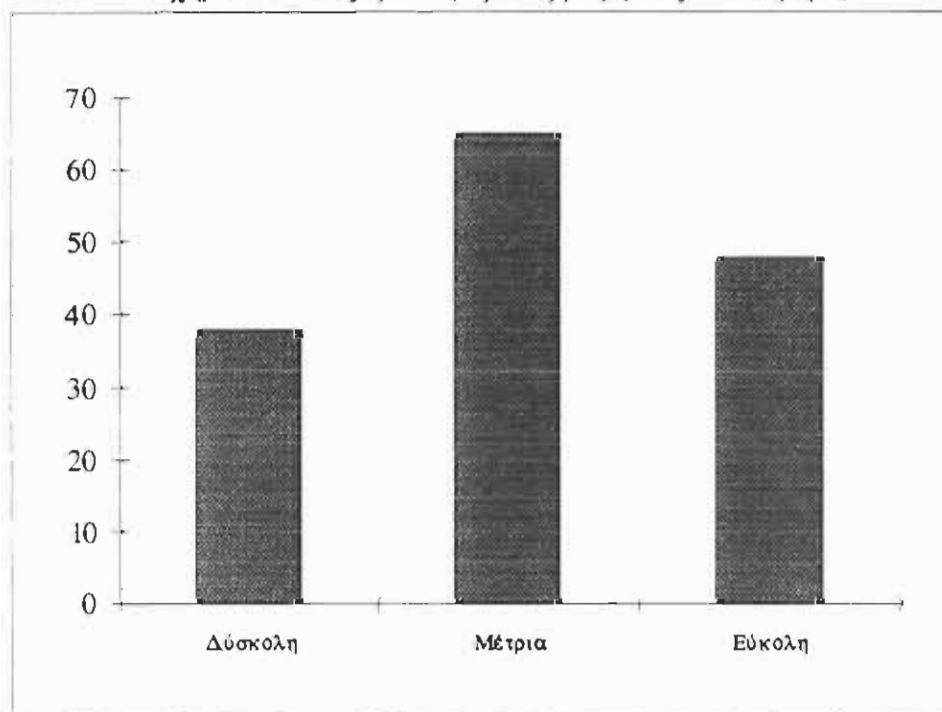
Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση της ευκολίας ή όχι των ηλικιωμένων να προσαρμοστούν στο ίδρυμα με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Τα άτομα που προσαρμόστηκαν εύκολα έχουν καλύτερα αισθήματα και για την παραμονή τους στο ίδρυμα έναντι των υπολοίπων ($r=0,66$, $DF=151$, $p<0,001$).
- Τα άτομα που προσαρμόστηκαν εύκολα στο ίδρυμα έχουν καλύτερες σχέσεις με τους υπόλοιπους ηλικιωμένους έναντι των υπολοίπων ($r=0,37$, $DF=151$, $p<0,001$), καλύτερες σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό ($r=0,37$, $DF=151$, $p<0,001$) και καλύτερη γενικά παραμονή στο ίδρυμα ($r=0,54$, $DF=151$, $p<0,001$).
- Τα άτομα που προσαρμόστηκαν πιά εύκολα στο ίδρυμα ήταν αυτά που είχαν καλύτερη υγεία έναντι των υπολοίπων ($r=0,21$, $DF=151$, $p<0,01$) και ιδιαίτερα οι περιπατητικοί έναντι των κατάκοιτων ($r=-0,20$, $DF=151$, $p<0,05$).

Πίνακας 32 : Πως ήταν η προσαρμογή σας στο ίδρυμα;

	f	rf%
Δύσκολη	38	25,17
Μέτρια	65	43,05
Εύκολη	48	31,79
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 32 : Πως ήταν η προσαρμογή σας στο ίδρυμα;



Τα αισθήματα παραμονής στο ίδρυμα για 29 άτομα (ποσοστό 19,21%) ήταν άσχημα και κακά, για 59 άτομα (ποσοστό 39,07%) ήταν μέτρια, για 54 άτομα (ποσοστό 35,76%) ήταν καλά ενώ για τα υπόλοιπα 9 άτομα (ποσοστό 5,96%) τα αισθήματα παραμονής ήταν άριστα (Πίνακας 33, Σχήμα 33).

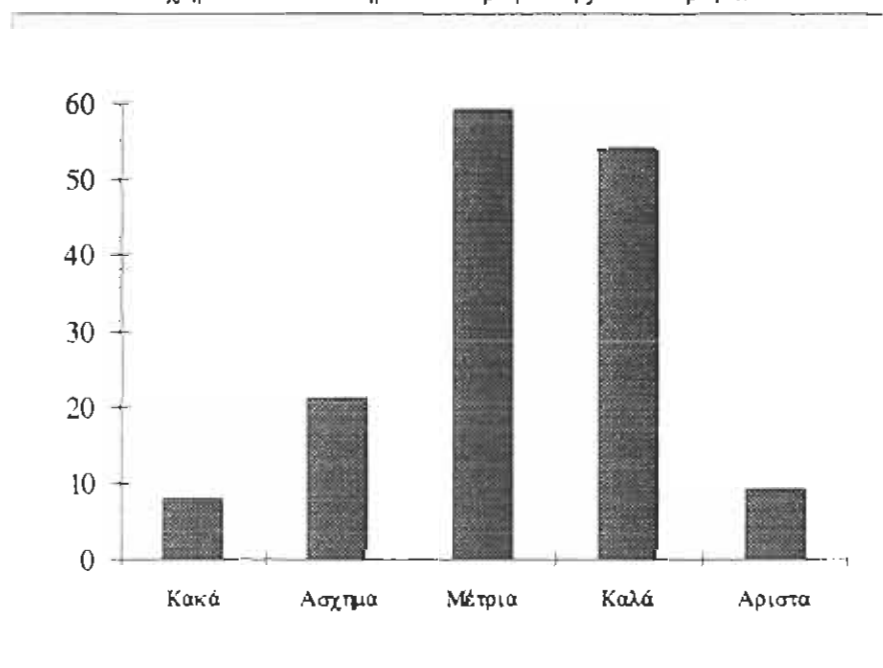
Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση των αισθημάτων παραμονής των ηλικιωμένων στο ίδρυμα με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Τα άτομα που έχουν καλά αισθήματα παραμονής στο ίδρυμα έχουν καλύτερες σχέσεις με τους υπόλοιπους ηλικιωμένους έναντι των υπολοίπων ($r=0,45$, $DF=151$, $p<0,001$), καλύτερες σχέσεις με το νοσηλευτικό προσωπικό ($r=0,45$, $DF=151$, $p<0,001$) και καλύτερη γενικά παραμονή στο ίδρυμα ($r=0,77$, $DF=151$, $p<0,001$).
- Τα άτομα που έχουν καλύτερα αισθήματα για την παραμονή τους στο ίδρυμα είναι αυτά που έχουν καλύτερη υγεία έναντι των υπολοίπων ($r=0,23$, $DF=151$, $p<0,01$) και ιδιαίτερα οι περιπατητικοί έναντι των κατάκοιτων ($r=-0,23$, $DF=151$, $p<0,01$).

Πίνακας 33 : Αισθήματα παραμονής στο ίδρυμα

	f	rf%
Κακά	8	5,30
Άσχημα	21	13,91
Μέτρια	59	39,07
Καλά	54	35,76
Άριστα	9	5,96
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 33 : Αισθήματα παραμονής στο ίδρυμα

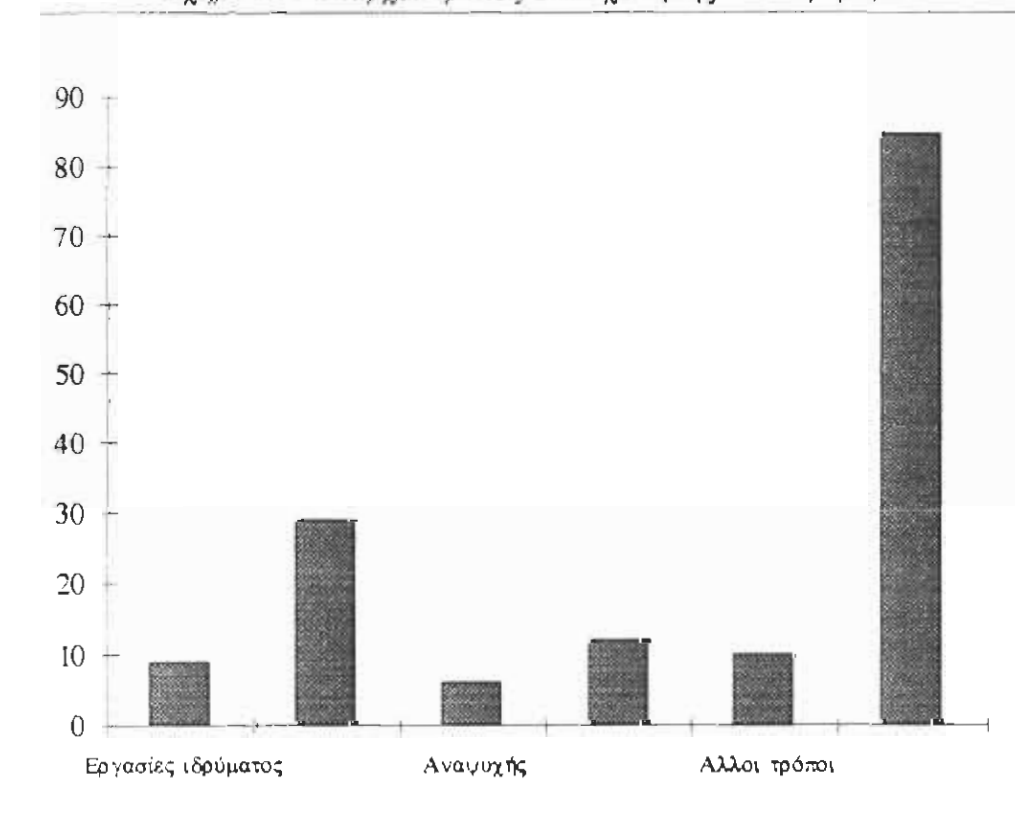


Πολύ μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων δήλωσε ότι δεν έχει κάποιο τρόπο για να απασχοληθεί στο ίδρυμα (85 άτομα - ποσοστό 56,29%). Οι τρόποι με τους οποίους απασχολούνται οι υπόλοιποι είναι είτε σε εργασίες του ιδρύματος (9 άτομα - ποσοστό 5,96%), είτε σε διάφορες ατομικές εργασίες (αναψυχής ή πνευματικές) (29 άτομα - ποσοστό 19,21%) είτε με διάφορους άλλους τρόπους. Γενικά παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει τρόπος απασχόλησης για τους ηλικιωμένους στα ιδρύματα πράγμα που είναι πολύ σημαντικό για την καλή διαμονή τους σε αυτά (Πίνακας 34, Σχήμα 34).

Πίνακας 34 : Υπάρχει τρόπος απασχόλησης στο ίδρυμα;

	f	rf%
Εργασίες ιδρύματος	9	5,96
Ατομικές εργασίες	29	19,21
Αναψυχής	6	3,97
Ομαδ.απασχόλησης	12	7,95
Άλλοι τρόποι	10	6,62
ΟΧΙ	85	56,29
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 34 : Υπάρχει τρόπος απασχόλησης στο ίδρυμα;



Οι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι στην παρούσα μελέτη δήλωσαν ότι δεν διατηρούν κατά το πλείστον ούτε άσχημες σχέσεις με τους άλλους ηλικιωμένους (11 άτομα - ποσοστό 7,28%) αλλά ούτε και άριστες (6 άτομα - ποσοστό 3,97%). Οι περισσότεροι από αυτούς έχουν μέτριες (67 άτομα - ποσοστό 44,37%) και καλές (67 άτομα - ποσοστό 44,37%) σχέσεις με τους υπολοίπους (Πίνακας 35, Σχήμα 35).

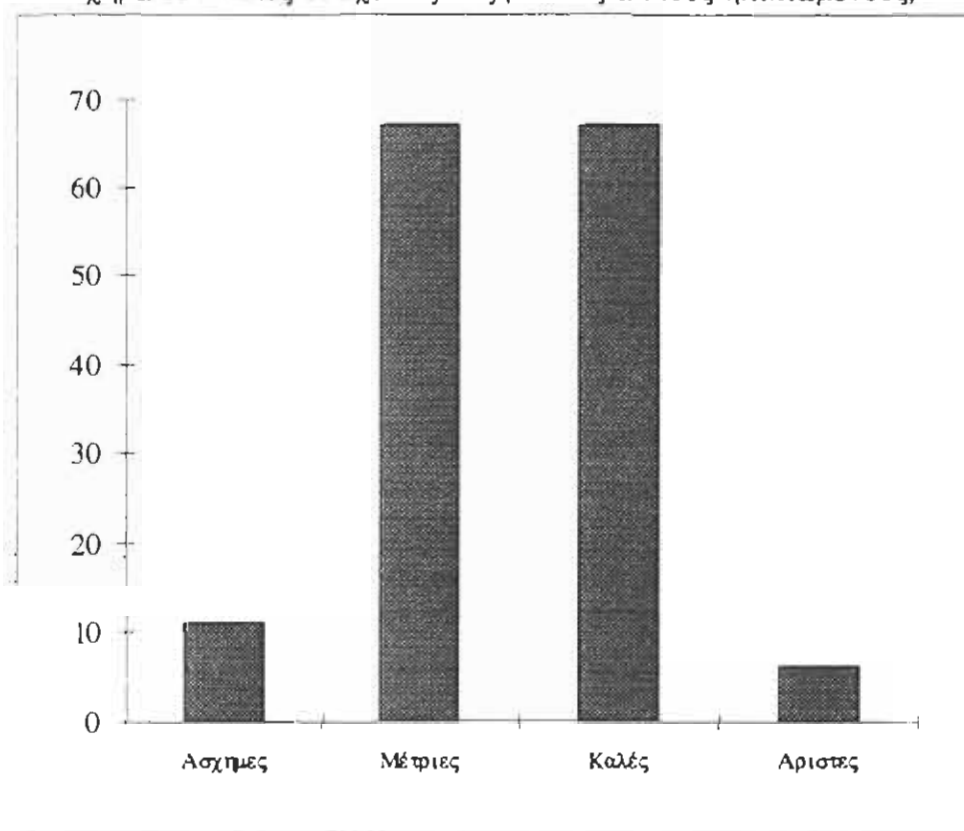
Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση των σχέσεων που έχουν οι ερωτηθέντες με τους άλλους ηλικιωμένους στο ίδρυμα με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Τα άτομα που έχουν καλές σχέσεις με τους υπόλοιπους ηλικιωμένους έχουν ταυτόχρονα καλές σχέσεις και με το νοσηλευτικό προσωπικό έναντι των υπολοίπων ($r=0,42$, $DF=151$, $p<0,001$) και καλύτερη γενικά παραμονή στο ίδρυμα ($r=0,63$, $DF=151$, $p<0,001$).
- Τα άτομα που έχουν καλύτερες σχέσεις με τους υπόλοιπους ηλικιωμένους στο ίδρυμα είναι αυτά που έχουν καλύτερη υγεία έναντι των υπολοίπων ($r=0,23$, $DF=151$, $p<0,01$) και ιδιαίτερα οι περιπατητικοί έναντι των κατάκοιτων ($r=-0,16$, $DF=151$, $p<0,05$).

Πίνακας 35 : Ποιές οι σχέσεις σας με τους άλλους ηλικιωμένους;

	f	rf%
Άσχημες	11	7,28
Μέτριες	67	44,37
Καλές	67	44,37
Άριστες	6	3,97
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 35 : Ποιές οι σχέσεις σας με τους άλλους ηλικιωμένους;



Από τους συμμετέχοντες ηλικιωμένους στην παρούσα μελέτη δήλωσαν ότι διατηρούν άσχημες σχέσεις με το προσωπικό των ιδρυμάτων μόνο 8 άτομα (ποσοστό 5,30%). Παρόμοια μέτριες σχέσεις διατηρούν 29 άτομα (ποσοστό 19,21%). Οι περισσότεροι από αυτούς που ρωτήθηκαν έχουν καλές (59 άτομα - ποσοστό 39,07%) και άριστες (55 άτομα - ποσοστό 36,42%) σχέσεις με τους νοσηλευτές (Πίνακας 36, Σχήμα 36).

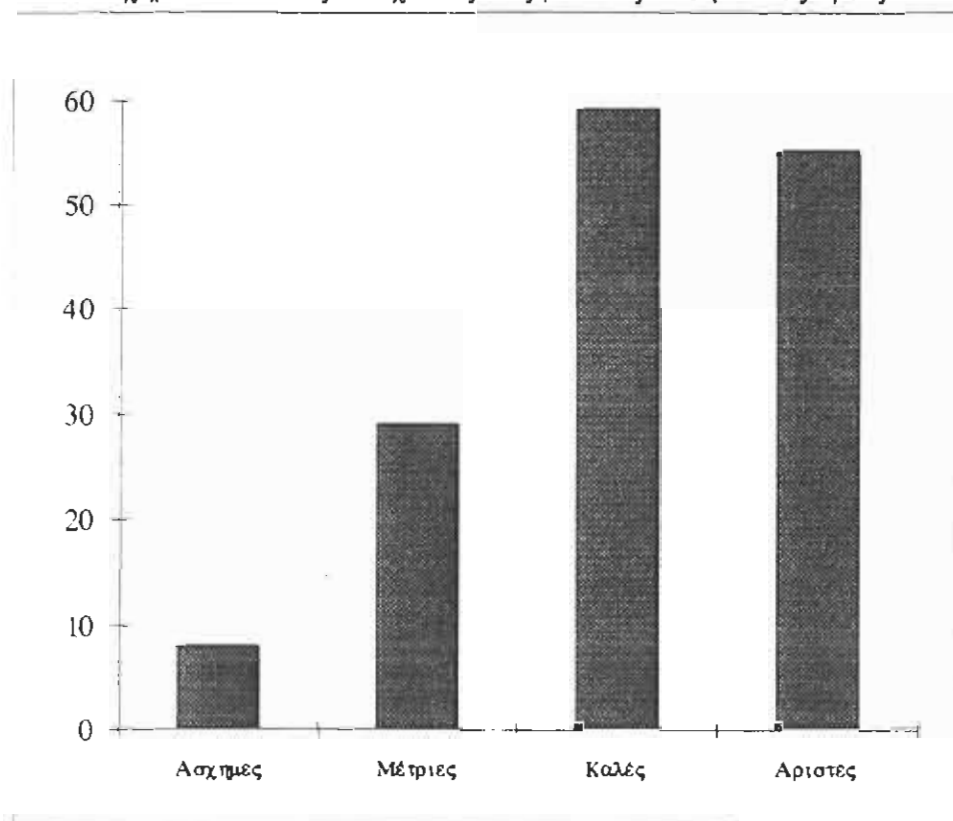
Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση των σχέσεων που έχουν οι ερωτηθέντες με το προσωπικό των ιδρυμάτων με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Τα άτομα που έχουν καλές σχέσεις με το προσωπικό έχουν καλύτερη γενικά παραμονή στο ίδρυμα ($r=0,59$, $DF=151$, $p<0,001$).
- Τα άτομα που έχουν καλύτερες σχέσεις με το προσωπικό των ιδρυμάτων είναι αυτά που έχουν καλύτερη υγεία έναντι των υπολοίπων ($r=0,16$, $DF=151$, $p<0,05$) και ιδιαίτερα οι περιπατητικοί έναντι των κατάκοιτων ($r=-0,19$, $DF=151$, $p<0,05$).

Πίνακας 36 : Ποιές οι σχέσεις σας με τους νοσηλευτές/τριες

	f	rf%
Άσχημες	8	5,30
Μέτριες	29	19,21
Καλές	59	39,07
Άριστες	55	36,42
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 36 : Ποιές οι σχέσεις σας με τους νοσηλευτές/τριες



Πολύ λίγοι από τους συμμετέχοντες ηλικιωμένους στην παρούσα μελέτη δήλωσαν ότι η διαμονή τους γενικά στο ίδρυμα είναι κακή (5 άτομα - ποσοστό 3,31%) καθώς και ότι είναι άριστη (6 άτομα - ποσοστό 3,97%). Παρόμοια άσχημη θεωρούν γενικά την διαμονή τους στο ίδρυμα 14 άτομα (ποσοστό 9,27%). Οι

περισσότεροι από αυτούς που ρωτήθηκαν θεωρούν την εν γένει διαμονή τους είτε μέτρια (59 άτομα - ποσοστό 39,07%) είτε καλή (67 άτομα - ποσοστό 44,37%) (Πίνακας 37, Σχήμα 37).

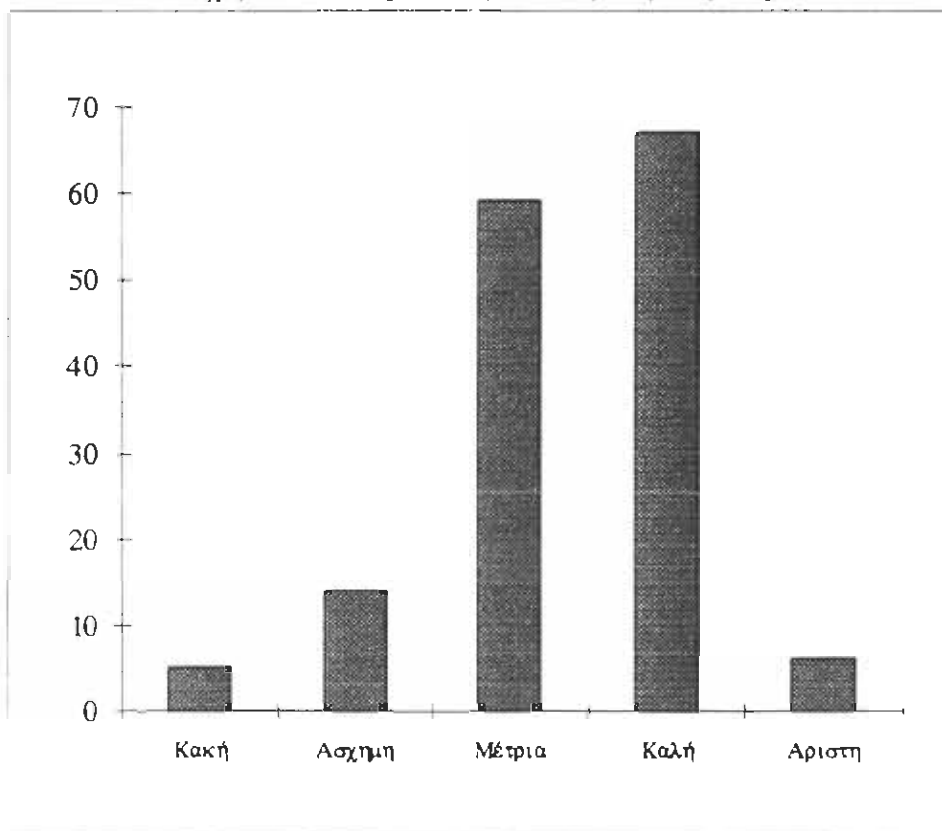
Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση της άποψης που έχουν οι ερωτηθέντες για την εν γένει διαμονή τους στο ίδρυμα με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Τα άτομα που ρωτήθηκαν θεωρούν καλύτερη την διαμονή τους στο ίδρυμα όταν διαμένουν σε δωμάτια με λίγα κρεβάτια ($r=-0,20$, $DF=151$, $p<0,05$).
- Τα άτομα που θεωρούν καλύτερη την διαμονή τους στο ίδρυμα είναι αυτά που έχουν καλύτερη υγεία έναντι των υπολοίπων ($r=0,22$, $DF=151$, $p<0,01$) και ιδιαίτερα οι περιπατητικοί έναντι των κατάκοιτων ($r=-0,18$, $DF=151$, $p<0,05$).

Πίνακας 37 : Πως είναι γενικά η διαμονή σας;

	f	rf%
Κακή	5	3,31
Ασχημη	14	9,27
Μέτρια	59	39,07
Καλή	67	44,37
Αριστη	6	3,97
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 37 : Πως είναι γενικά η διαμονή σας;

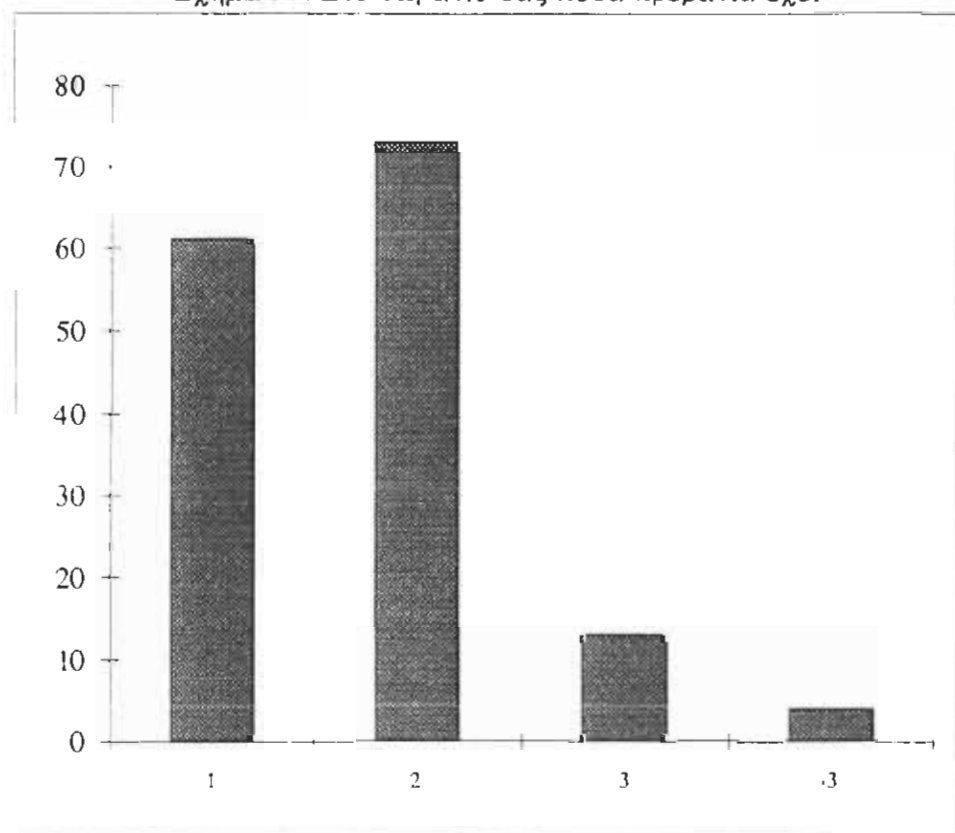


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων διαμένει σε δωμάτια μονόκλινα (61 άτομα - ποσοστό 40,40%) και δίκλινα (73 άτομα - ποσοστό 48,34%). Μόνο ένας στους 10 από τους ερωτηθέντες ηλικιωμένους διαμένει σε δωμάτια με 3 ή περισσότερα κρεβάτια (Πίνακας 38, Σχήμα 38).

Πίνακας 38 : Στο δωμάτιό σας πόσα κρεβάτια έχει

	f	rf%
1	61	40,40
2	73	48,34
3	13	8,61
3	4	2,65
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 38 : Στο δωμάτιό σας πόσα κρεβάτια έχει



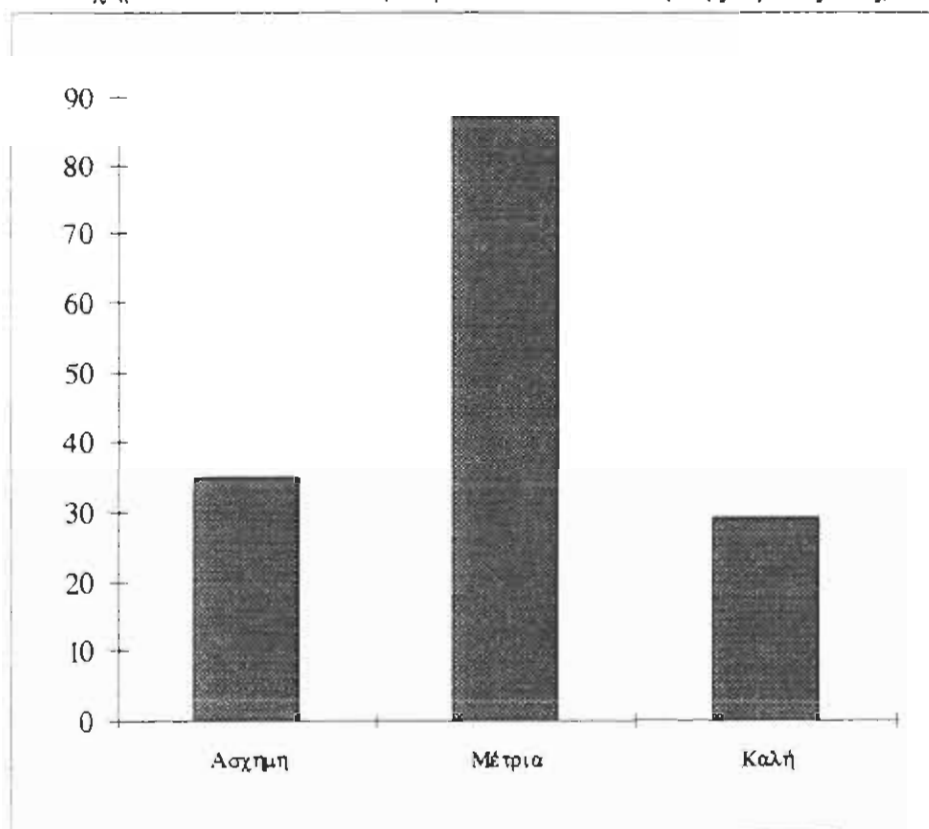
Η κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων θεωρήθηκε άσχημη σε 35 περιπτώσεις (ποσοστό 23,18%), μέτρια σε 87 περιπτώσεις (ποσοστό 57,62%) και καλή στις υπόλοιπες 29 περιπτώσεις (ποσοστό 29%) (Πίνακας 39, Σχήμα 39).

Το αν οι ερωτηθέντες θεωρούν καλή ή κακή την κατάσταση της υγείας τους είναι απόλυτα συνδεδεμένο με το αν αυτοί είναι ή όχι κατάκοιτοι ($r=-0,53$, $DF=151$, $p<0,001$).

Πίνακας 39 : Ποιά είναι η παρούσα κατάσταση της υγείας σας;

	f	rf%
Άσχημη	35	23,18
Μέτρια	87	57,62
Καλή	29	19,21
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 39 : Ποιά είναι η παρούσα κατάσταση της υγείας σας;

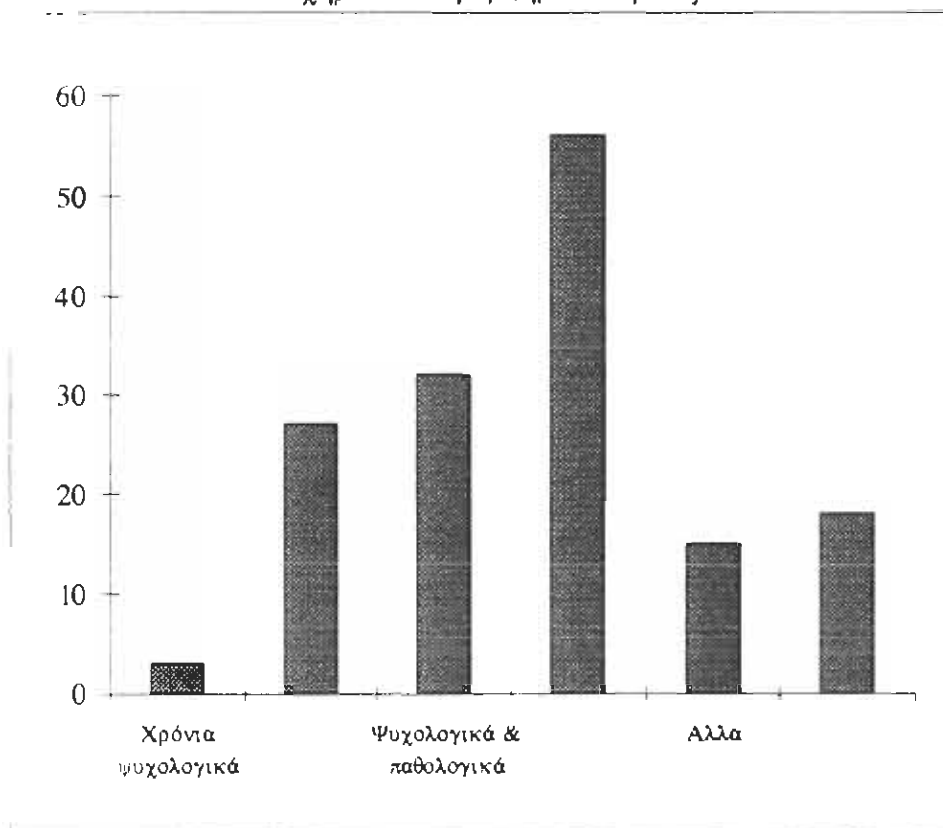


Τα προβλήματα υγείας που δήλωσαν ότι έχουν οι ηλικιωμένοι ήταν χρόνια ψυχολογικά (3 άτομα - ποσοστό 1,99%), χρόνια παθολογικά (27 άτομα - ποσοστό 17,88%), ψυχολογικά και παθολογικά (32 άτομα - ποσοστό 21,19%) και εν γένει παθολογικά (56 άτομα - ποσοστό 37,09%). Από τους ερωτηθέντες 18 επίσης δήλωσαν ότι δεν έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας (ποσοστό 11,92%) (Πίνακας 40, Σχήμα 40).

Πίνακας 40 : Προβλήματα υγείας

	f	rf%
Χρόνια ψυχολογικά	3	1,99
Χρόνια παθολογικά	27	17,88
Ψυχολογικά & παθολογικά	32	21,19
Παθολογικά	56	37,09
Άλλα	15	9,93
Δεν έχω προβλήματα	18	11,92
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 40 : Προβλήματα υγείας

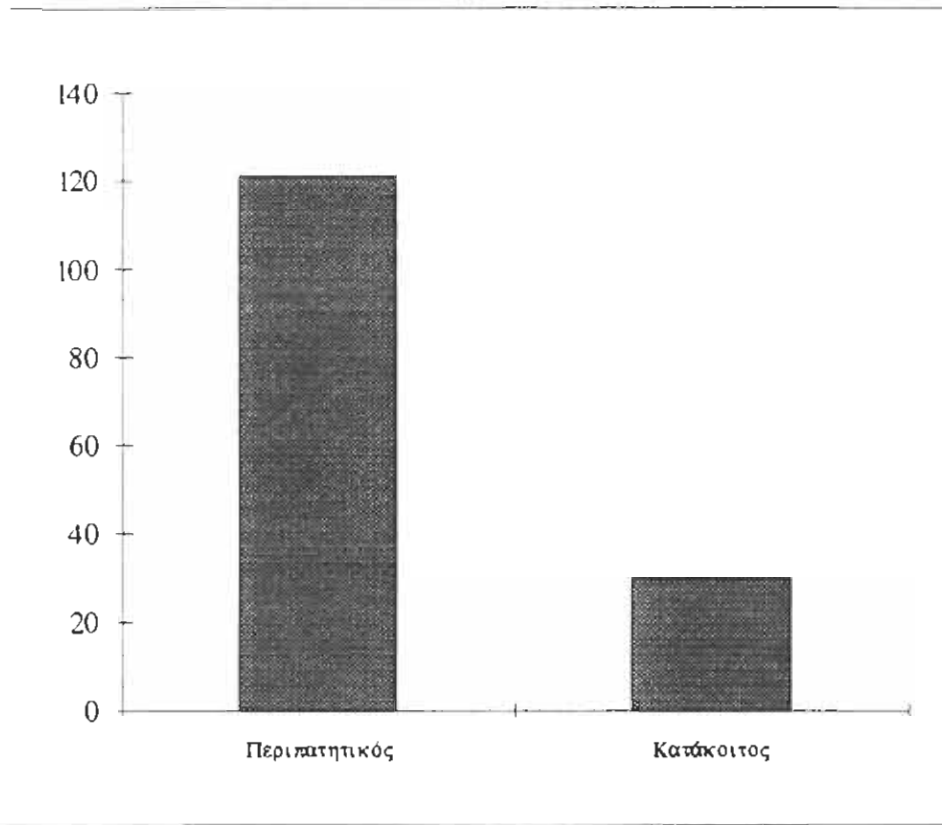


Ενας στους πέντε (ποσοστό 19,86%) από τους ερωτηθέντες ηλικιωμένους ήταν κατάκοιτος ενώ οι υπόλοιποι ήταν περιπατητικοί (Πίνακας 41, Σχήμα 41).

Πίνακας 41 : Ποιά είναι η κινητική σας κατάσταση

	f	rf%
Περιπατητικός	121	80,13
Κατάκοιτος	30	19,87
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 41 : Ποιά είναι η κινητική σας κατάσταση



Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ηλικιωμένων φαίνεται ότι η ιατρική παρακολούθηση τους στα ιδρύματα που διαμένουν είναι αρκετά ικανοποιητική. Έτσι μόνο 7 (ποσοστό 4,64%) δήλωσαν ότι δεν υπάρχει και μόνο άλλοι 10 (ποσοστό 6,62%) ότι αυτή είναι σπάνια. Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες δήλωσαν ότι η ιατρική παρακολούθηση είναι συχνή (104 άτομα - ποσοστό 68,87%) (Πίνακας 42, Σχήμα 42).

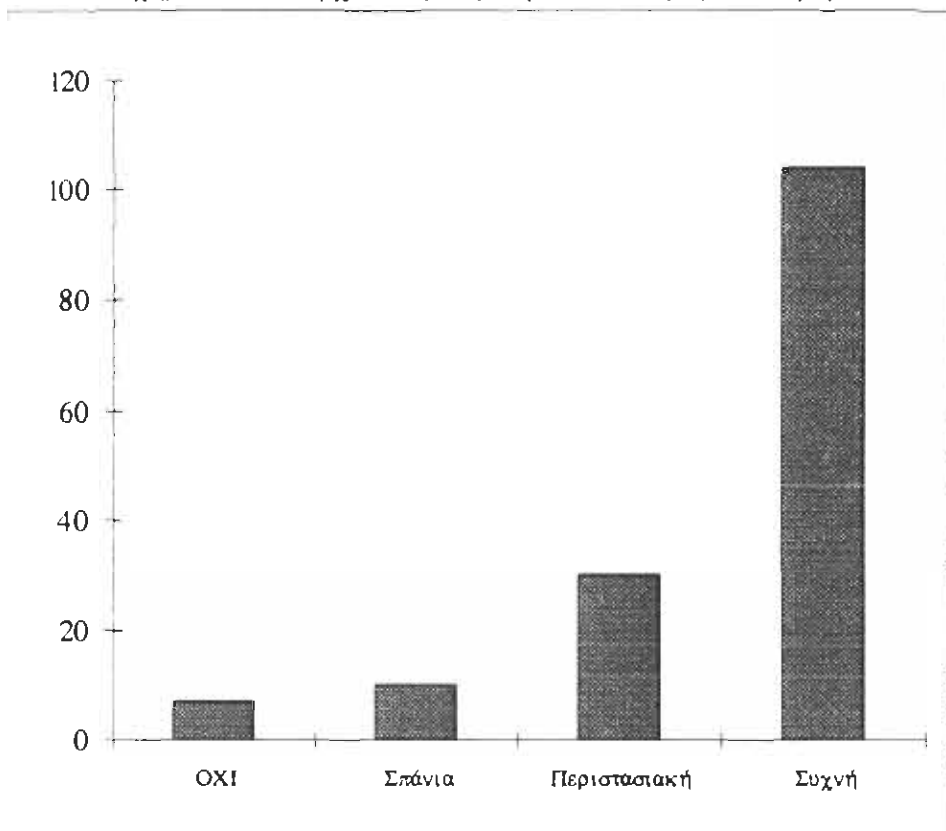
Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την συσχέτιση της ύπαρξης ιατρικής παρακολούθησης στο ίδρυμα με τις υπόλοιπες παραμέτρους του ερωτηματολογίου είναι :

- Τα άτομα που διαμένουν σε ιδρύματα προσαρμόστηκαν πιο εύκολα σε αυτά όταν υπήρχε συχνή ιατρική παρακολούθηση ($r=0,18$, $DF=151$, $p<0,05$) και έχουν καλύτερα αισθήματα για την παραμονή τους σε αυτά ($r=0,18$, $DF=151$, $p<0,05$).

Πίνακας 42 : Υπάρχει ιατρική παρακολούθηση στο ίδρυμα;

	f	rf%
ΟΧΙ	7	4,64
Σπάνια	10	6,62
Περιστασιακή	30	19,87
Συχνή	104	68,87
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 42 : Υπάρχει ιατρική παρακολούθηση στο ίδρυμα;

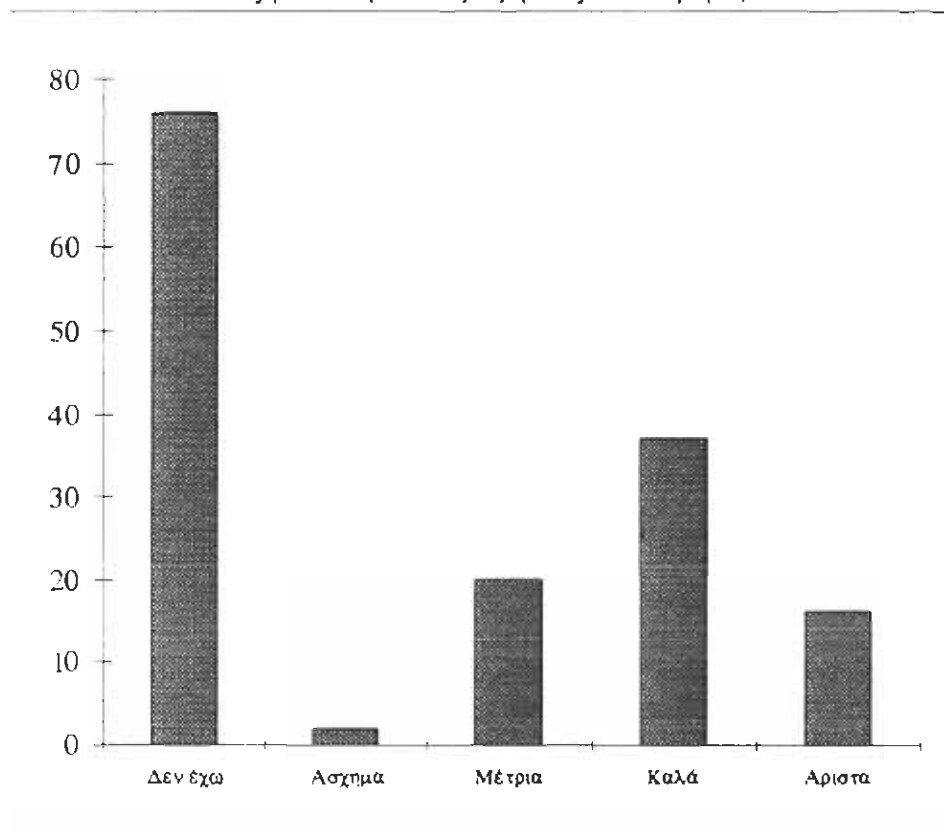


Τα αισθήματα που διατηρούν οι ηλικιωμένοι για τα παιδιά τους (όταν έχουν) μετά την εισαγωγή τους στο ίδρυμα είναι μέτρια (20 άτομα - ποσοστό 13,25%), καλά (37 άτομα - ποσοστό 24,50%) και άριστα (16 άτομα - ποσοστό 10,60%) (Πίνακας 43, Σχήμα 43). Τα αισθήματα αυτά είναι τόσο καλύτερα όσο περισσότερο δίνεται η δυνατότητα τόσο στους ηλικιωμένους να επισκέπτονται τα παιδιά τους εφόσον δεν είναι κατάκοιτοι ($r=0,31$, $DF=151$, $p<0,001$) όσο και στα παιδιά να τους επισκέπτονται στο ίδρυμα ($r=0,45$, $DF=151$, $p<0,001$).

Πίνακας 43 : Ποιά είναι τα αισθήματά σας απέναντι στα παιδιά σας μετά την εισαγωγή σας στο ίδρυμα;

	f	rf%
Δεν έχω	76	50,33
Ασχημα	2	1,32
Μέτρια	20	13,25
Καλά	37	24,50
Άριστα	16	10,60
ΣΥΝΟΛΟ	151	100,00

Σχήμα 43 : Ποιά είναι τα αισθήματά σας απέναντι στα παιδιά σας μετά την εισαγωγή σας στο ίδρυμα;

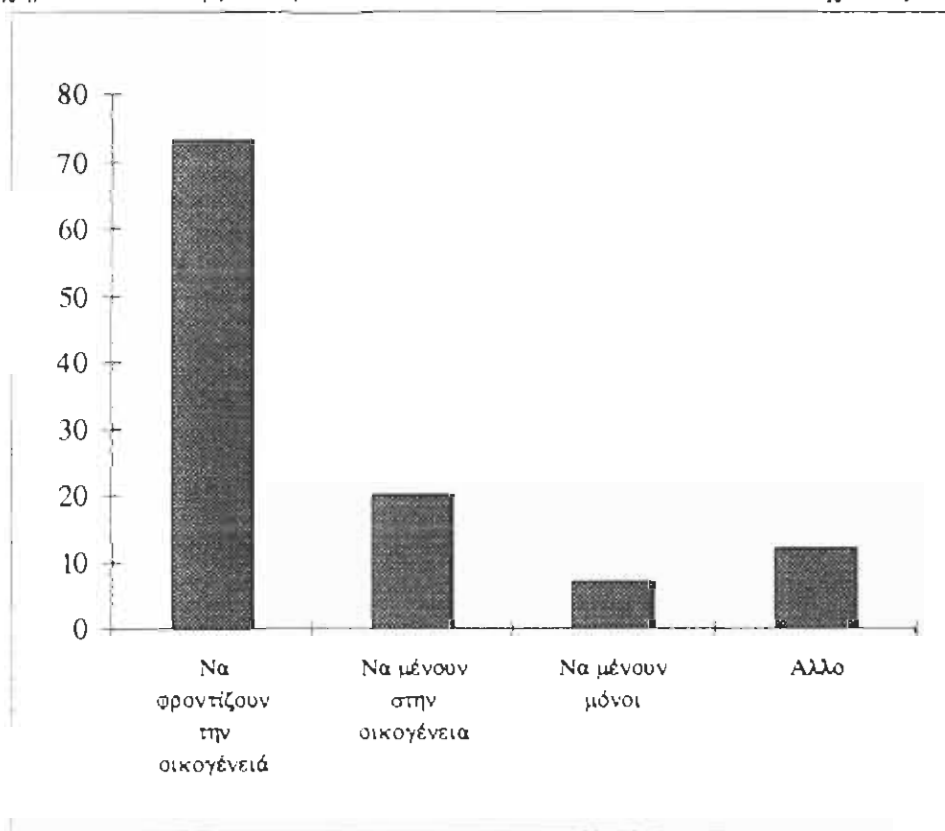


Τέλος η συμβουλή που θα ήθελαν να δώσουν οι ηλικιωμένοι (όσοι από αυτούς απάντησαν την σχετική ερώτηση) στα παιδιά που έχουν γονείς κατά συντριπτική πλειοψηφία ήταν “να φροντίζουν την οικογένειά τους” (73 άτομα - ποσοστό 48,34%) και “να μένουν με την οικογένειά τους” (20 άτομα - ποσοστό 13,25%) (Πίνακας 44, Σχήμα 44).

Πίνακας 44 :Τι συμβουλή θα θέλατε να δώσετε στα παιδιά που έχουν γονείς

	f	rf%
Να φροντίζουν την οικογένειά τους	73	48,34
Να μένουν στην οικογένεια	20	13,25
Να μένουν μόνοι	7	4,64
Άλλο	12	7,95
ΣΥΝΟΛΟ	112	74,17

Σχήμα 44 : Τι συμβουλή θα θέλατε να δώσετε στα παιδιά που έχουν γονείς



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε σχέση με όσα παρουσιάστηκαν και σχολιάστηκαν στα αποτελέσματα θα προσπαθήσουμε να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή και να συζητήσουμε κάποια σημεία που θα έκαναν ιδιαίτερη εντύπωση στο νοσηλευτικό ρόλο στα ευγήρεια ιδρύματα και τις επιπτώσεις που έχει αυτός στους ηλικιωμένους αλλά και στους ίδιους τους εργαζόμενους.

Από την έρευνα που έγινε σε γηροκομεία των νομών Αττικής, Αχαΐας και Ηλείας και έπειτα από ερωτήσεις που απαντήθηκαν τόσο από το προσωπικό όσο και από τους ηλικιωμένους αξιοσημείωτα είναι τα εξής:

Το προσωπικό που επανδρώνει τα γηροκομεία στην πλειοψηφία τους δεν έχουν τελειώσει καμιά σχολή σε ποσοστό 43,48%. Εντύπωση μας έκανε το γεγονός ότι οι νοσηλευτές που υπάρχουν ένα μικρό ποσοστό 17,39%. Έτσι οι συναδελφικές σχέσεις διαφοροποιούνται ανάλογα και λόγω του διαφορετικού επιπέδου μόρφωσης.

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει καλύτερες σχέσεις με τους συναδέλφους, καλύτερες σχέσεις με τους ηλικιωμένους και η στάση αυτών απέναντί τους είναι ιδιαίτερα καλή. Αυτό μας δίνει την αφορμή να τονίσουμε ότι ένα ευγήρειο ίδρυμα πρέπει να επανδρώνεται με διπλωματούχους νοσηλευτές και όχι με προσωπικό χωρίς γνώσεις.

Όλοι οι εργαζόμενοι συμφωνούν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι επαρκές, για την εύρυθμη λειτουργία του ιδρύματος αφού στην πλειοψηφία του δεν ασχολείται αποκλειστικά με τα νοσηλευτικά καθήκοντα αλλά και με άλλες γενικές εργασίες. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι δεν προσφέρεται ψυχολογική υποστήριξη στους ηλικιωμένους από το προσωπικό παρά μόνο σε ένα πολύ μικρό ποσοστό παράλληλα με την νοσηλευτική φροντίδα.

Οι ηλικιωμένοι που ζουν στα ευγήρεια ιδρύματα είναι σχετικά μεγάλης ηλικίας αφού σε ποσοστό 48,34% είναι άνω των 80 ετών. Αυτό επηρεάζει αρνητικά τις επισκέψεις στους συγγενείς, τις σχέσεις τους με το προσωπικό και την πορεία της υγείας τους.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι αγράμματοι σε ποσοστό 58,28% ενώ η οικογενειακή τους κατάσταση σε ποσοστό 58,94% παρουσιάζεται με το θάνατο του ενός από τους δύο συντρόφους. Αυτό παρουσιάζεται ως μια από τις αιτίες εισαγωγής των ηλικιωμένων σε ένα ευγήρειο ίδρυμα.

Συνεχίζοντας διαπιστώσαμε ότι οι μισοί από τους ηλικιωμένους που ερωτήθηκαν είχαν παιδιά με οικογενειακές και επαγγελματικές υποχρεώσεις. Εξαιτίας και αυτού του παράγοντα όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι οδηγούνται στα ευγήρεια ιδρύματα και εγκαταλείπονται σε αυτά.

Θετικό είναι το σημείο ότι ένας στους τρεις ηλικιωμένους απάντησε ότι η εισαγωγή του στο ίδρυμα έγινε με δική του απόφαση θέλοντας μια καλύτερη διαβίωση. Ενώ εντύπωση μας έκανε το γεγονός ότι η προσαρμογή στο ίδρυμα για τους περισσότερους ηλικιωμένους ήταν μέτρια αφού συζητώντας μαζί τους καταλάβαμε ότι οι συνθήκες που επικρατούν σε αυτά δεν βοηθάνε ώστε να επιτευχθεί καλύτερη προσαρμογή.

Γενικά τα αισθήματα παραμονής στο ίδρυμα είναι μέτρια για τους ηλικιωμένους που δεν έχουν καλές σχέσεις με τους υπόλοιπους τρόφιμους και το προσωπικό του ιδρύματος ενώ αυτοί που συνεργάζονται με το προσωπικό και συμβιώνουν καλύτερα με τους υπόλοιπους ηλικιωμένους παρουσιάζουν καλά αισθήματα παραμονής.

Μεγάλη έμφαση πρέπει να δώσουμε στο γεγονός ότι οι τρόποι απασχόλησης των ηλικιωμένων σύμφωνα με τις απαντήσεις τους είναι πολύ λίγοι. Αυτό είναι πολύ σημαντικό για την καλή διαμονή τους στο ίδρυμα και την ομαλή προσαρμογή τους. Ο παράγοντας αυτός πρέπει να κινήσει το ενδιαφέρον του προσωπικού που έχει την ευθύνη να αναπτύξει μέσα απασχόλησης και ψυχαγωγίας.

Επίσης, όσον αφορά την διαμονή τους στο ίδρυμα οι ηλικιωμένοι θεωρούν ότι είναι είτε μέτρια σε ποσοστό 39,07% είτε καλή σε ποσοστό 44,37%. Σημαντικό ρόλο σε αυτό το γεγονός φαίνεται να παίζουν (από τις συσχετίσεις που έγιναν) τόσο ο αριθμός κρεβατιών που έχει κάθε δωμάτιο όσο και από υγεία που έχουν. Έτσι είδαμε ότι τα άτομα που θεωρούν καλύτερη την διαμονή τους στο ίδρυμα διαμένουν σε δωμάτια με λίγα δωμάτια και έχουν καλύτερη υγεία.

Το προσωπικό πρέπει να δώσει το βάρος των υπηρεσιών του στους ηλικιωμένους με προβλήματα υγείας και ιδιαίτερα στους κατάκοιτους οι οποίοι και δήλωσαν αρνητικά συναισθήματα απέναντι στο ίδρυμα, τους άλλους ηλικιωμένους και το προσωπικό.

Τέλος σχολιάζοντας την συμβουλή των ηλικιωμένων στα παιδιά «να φροντίζουν την οικογένεια τους» και «να μένουν με την οικογένεια τους» καταλαβαίνουμε τα βαθιά συναισθήματα που ίσως να μην εκφράστηκαν μέσα από τα ερωτηματολόγια. Καθώς και την ανάγκη νοσηλευτικής φροντίδας υψηλού επιπέδου από νοσηλευτές/τριες με γνώσεις εξειδικευμένες στον τομέα της γηριατρικής.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ολοκληρώνοντας την εργασία μας θεωρούμε σκόπιμο να αναφέρουμε κάποιες προτάσεις που πιστεύουμε ότι αν εφαρμοστούν θα βελτιώσουν τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας στους χώρους των ευγηρείων ιδρυμάτων.

Οι κυριότερες προτάσεις μας είναι οι ακόλουθες:

1. Τροποποίηση του προγράμματος βασικής νοσηλευτικής εκπαίδευσης ώστε να περιλαμβάνει μια τελειότερη ενότητα Γεροντολογικής Νοσηλευτικής.
2. Εκπαίδευση βοηθητικού και εθελοντικού προσωπικού για τη φροντίδα υπερηλίκων, με την κατεύθυνση και επίβλεψη Διπλωματούχου Νοσηλεύτριας/τη
3. Συνεχής νοσηλευτική έρευνα για επιπρόσθετη ανεύρεση αναγκών και προβλημάτων της τρίτης ηλικίας και προσπάθεια επίλυσης αυτών εφενός και αφετέρου για την ευρύτερη γνωσιολογική υποδομή των νοσηλευτών.
4. Η παραμονή ηλικιωμένων σε ένα ευγήμειο ίδρυμα θα πρέπει να αποτελεί την τελευταία λύση αφού εξαντληθούν όλες οι δυνατότητες του ηλικιωμένου να ζήσει σε οικογενειακό περιβάλλον.
5. Ο χώρος του ιδρύματος, εσωτερικά και εξωτερικά να γίνει πιο οικείος, να είναι πιο κοντά σε οικογενειακό περιβάλλον και εάν είναι δυνατόν να συμμετέχουν και οι ηλικιωμένοι στην διακόσμηση του χώρου τους.
6. Οι ηλικιωμένοι να παροτρύνονται συνεχώς από το νοσηλευτικό προσωπικό έτσι ώστε να συμμετέχουν σε δραστηριότητες του ιδρύματος.
7. Η συνεργασία και η επίσκεψη ομάδων των ηλικιωμένων του ιδρύματος σε κάποια άλλα ιδρύματα, παρόμοια ή όχι, θα άλλαζε το μονότονο σκηνικό της ζωής τους.
8. Δημιουργία φιλικού περιβάλλοντος από όλους μεταξύ τους και κυρίως από τον συγκατοικο, ο οποίος θα πρέπει να ενημερώνεται αν επιθυμεί να συγκατοικήσει με το συγκεκριμένο άτομο.
9. Ο ηλικιωμένος να έχει μαζί του αγαπημένα και προσωπικά αντικείμενα ώστε να του δίνουν την αίσθηση συνέχειας και ταυτότητας.
10. Παροχή ευκαιριών διαφυγής από ένα ομοιόμορφο και αυστηρά προγραμματισμένο περιβάλλον.
11. Συνεχής ενημέρωση του προσωπικού για κάποια ιδιαίτερα προβλήματα των ηλικιωμένων και προσπάθεια επίλυσης τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας έγινε προσπάθεια διερεύνησης του θέματος σχετικά με την συμβολή της νοσηλευτικής στα ευγήρεια ιδρύματα και κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ηλικιωμένοι σε αυτά.

Τα άτομα τις τρίτης ηλικίας αποτελούν μια ιδιαίτερη ομάδα συνανθρώπων μας η οποία απαιτεί ειδική μεταχείριση ιδιαίτερα όταν βρίσκονται στα ευγήρεια ιδρύματα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό των γηροκομείων δεν περιορίζεται στο τυπικό καθήκοντολόγιο αλλά συμμετέχει ενεργά στη προαγωγή της ποιότητας ζωής των τροφίμων. Με άμεσο σκοπό οι ηλικιωμένοι να αισθάνονται ικανοποιημένοι από τη ζωή τους στον ιδιαίτερο αυτό χώρο και χωρίς προβλήματα.

Τα αποτελέσματα μετά από σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε παρουσιάζουν την επικρατούσα κατάσταση στα γηροκομεία τόσο από άποψη διανομής, για τους ηλικιωμένους όσο και εργασία για το νοσηλευτικό προσωπικό.

SUMMARY

In the current study we try to examine the subject about the importance of the nursing in the homes for aged and the degree of satisfaction they feel. The old people are a special team, in our community that need our support, especially when they live in the homes for the aged.

The role of the nurse takes part actively in the promote of quality of life. With the purpose the old people feel satisfy from the living in the home for the aged and they don't face special problems.

They results after the analysis indicate the situation in the home for the aged either for the old people and for the nursing stuff.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν., Γυναικολογική Γηριατρική, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, ΑΘΗΝΑ 1993.
2. ΠΛΑΤΗ Χ.Δ., Γεροντολογική Νοσηλευτική, Εκδοτική Παραγωγή Επτάλοφος Α.Ε., ΑΘΗΝΑ 1993.
3. ΤΖΗΜΟΥΡΑΚΑΣ Α., Γηριατρική (Γεροντιατρική), Εκδόσεις «Μέλισσα», ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 1989.
4. ΚΣΤΕΝΜΠΑΟΥΜ Ρ., Η τρίτη ηλικία, Μετάφραση Τζελέπογλου Ε., Εκδόσεις ψυχογίος, ΑΘΗΝΑ 1982.
5. ΣΙΜΟΝ ΝΤΕ ΜΠΟΒΟΥΑΡ, Τα γηρατεία, Εκδόσεις Γλάρος, ΑΘΗΝΑ 1970.
6. ΑΒΕΝΤΙΣΙΑΝ - ΠΑΓΟΡΟΠΟΥΛΟΥ Α., Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας, ΑΘΗΝΑ 1993.
7. ΔΟΝΤΑΣ Σ.Α., Η τρίτη ηλικία - Προβλήματα και Δυνατότητες, επίτομος, έκδοση 1η, εκδόσεις Γρ. Κ. Παρισιάνος, ΑΘΗΝΑ 1981.
8. ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. ΓΟΥΛΙΑ Ε., Η Νοσηλεύτρια κοντά στην Υπερήλικα, έκδοση 3η, εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», ΑΘΗΝΑ 1991.
9. ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Τ.-ΜΕΣΣΘΕΝΑΙΟΥ Ε., Ποιος φροντίζει; Η οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, Εκδόσεις SEXTANT, ΑΘΗΝΑ 1993.
10. ΠΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε.Η., Η δημογραφική γήρανση και το εισόδημα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, περιοδικό Κοινωνικής Εργασίας, τεύχος 24, ΑΘΗΝΑ 1991.
11. ΑΜΗΡΑ Α., Για να γεράσουμε όλοι καλύτερα, εκδόσεις ΑΚΑΔΗΜΙΑ ΑΘΗΝΩΝ, ΑΘΗΝΑ 1986.
12. ΜΑΘΙΟΥΔΑΚΗΣ Γ., Γεροντολογία και Γηριατρική, Εκδόσεις Μπεκάτος Β., ΑΘΗΝΑ 1988.
13. ΤΣΟΥΚΑΣ Α.-ΒΕΛΕΡΧΗΣ Ν.-ΓΟΥΣΓΟΥΝΗΣ Φ., Γεροντολογία και Γηριατρική, Εκδόσεις βιβλιοπωλείο Γρ. Παρισιάνου, ΑΘΗΝΑ 1960.
14. CARE R.-MCOE R.-ROSSMAN T., Βασικές αρχές γηριατρικής, Μετάφραση-Επιμέλεια Ιμπριάλος Π.Κ., University Studio Press, Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 1990.
15. ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α.-ΠΑΝΟΥ Μ., Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Τόμος 2ος, Μέρος Β, Δ' Επανέκδοση, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, ΑΘΗΝΑ 1994.
16. ΧΑΝΙΩΤΗΣ Φ., Εγχειρίδιο Γηριατρικής, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, ΑΘΗΝΑ 1992.

17. ΚΟΥΝΗΣ Ν., Σημειώσεις Γηριατρικής, Τμήμα Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Πάτρας, ΠΑΤΡΑ 1992.
18. ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Θ.Ε., Κοινωνική Νοσηλευτική, επίτομος, έκδοση 1η, Εκδόσεις Γεωρ. Καφούρας, ΑΘΗΝΑ 1995.
19. ΠΑΝΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΥ Κ., Κοινωνική Πρόνοια, Εκδόσεις Γρηγόρη, ΑΘΗΝΑ 1984.
20. ΓΕΡΑΚΗ Ε., Η Ελεήμων Εταιρεία Αθηνών, χθες σήμερα και αύριο, Εκδόσεις Ι. Σιδέρης, ΑΘΗΝΑ 1994.
21. ΓΚΟΥΜΑΣ-ΚΩΤΣΙΟΠΟΥΛΟΣ, Λήμμα από εγκυκλοπέδεια, Υγεία, Τόμος 3ος, Εκδόσεις Δομική Ο.Ε., ΕΛΛΑΔΑ 1995.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΟΡΟΥ ΖΩΗΣ

Πρωτόγονος άνθρωπος	12 έτη
Άνθρωπος του χαλκού	18 έτη
Άνθρωπος του Νεάντερταλ	μακροβιότερος του πρωτανθρώπου
Εποχή του Περικλέους	20 έτη
Ελληνορωμαϊκή εποχή	31 έτη
9ος μ.Χ. αιώνας	35 έτη
Μέσα 19ου αιώνα (1850-1879)	40 έτη
Μετά τον 2ο Παγκόσμιο πόλεμο	66,57 έτη (αρένες) 69,59 έτη (θήλειες)

ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΝΤΥΠΩΣΙΑΚΗΣ ΜΑΚΡΟΒΙΟΤΗΤΑΣ

Μαθουσάλας (Εβραίος Πατριάρχης)	969 έτη
Νούμα Κούγνα εκ Βεγγάλης	370 έτη
Χέρι Τζέκινς	169 έτη
Τόμας Παρ	152 έτη

ΚΑΤΑΣΤΑΤΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΤΟΥ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ

Ο κάθε ηλικιωμένος πολίτης, ανεξάρτητα φυλής, χρώματος και θρησκευματος, έχει τα παρακάτω δικαιώματα:

1. Το δικαίωμα να είναι χρήσιμος.
2. Το δικαίωμα να προσλαμβάνεται σε εργασία, ανάλογα με τα προσόντα του.
3. Το δικαίωμα να μην αντιμετωπίζει στερήσεις στα γεράματά του
4. Το δικαίωμα να συμμετέχει στα αγαθά της κοινωνίας στην οποία ζει (ψυχαγωγία, εκπαίδευση, φροντίδα υγείας)
5. Το δικαίωμα να εξασφαλίζει στέγη για τις ανάγκες της μεγάλης ηλικίας
6. Το δικαίωμα να ενισχυθεί ηθικά και οικονομικά την οικογένεια του κατά τον καλύτερο γι' αυτήν τρόπο.
7. Το δικαίωμα να ζει ανεξάρτητα, όπως του αρέσει.
8. Το δικαίωμα να ζήσει και να πεθάνει με αξιοπρέπεια.
9. Το δικαίωμα να χρησιμοποιεί όλες τις υπάρχουσες γνώσεις για τη βελτίωση της ζωής του κατά τα γεράματά του.

Και υποχρεώσεις:

1. Να προετοιμάζεται ώστε να γίνει και να παραμείνει, για όσο χρόνο το επιτρέπει η υγεία του και οι περιστάσεις, ενεργό, δραστήριο, ικανό, αυτοϋποστηριζόμενο και χρήσιμο μέλος της κοινωνίας και να κάνει σχεδιασμούς για εξασφάλιση της άριστης δυνατής κατάστασης στα γεράματά του.
2. Να προσπαθήσει ώστε να μαθαίνει και να εφαρμόζει τους κανόνες σωματικής και ψυχικής υγείας.
3. Να βρει τρόπους διοχέτευσης του δυναμικού του κατά το γήρας.
4. Να αξιοποιήσει την πείρα και τις γνώσεις του.
5. Να προσπαθήσει να διατηρήσει τέτοιες σχέσεις με την οικογένεια, τους γείτονες και τους φίλους του, που θα τον κάνουν αξιοσέβαστο και πολύτιμο σύμβουλο στα γεράματά του.

**ΟΙ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΙ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ
ΣΥΝΕΛΘΟΝΤΕΣ ΣΤΟ ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ ΣΤΙΣ 30 ΚΑΙ 31 ΜΑΡΤΙΟΥ
1992, ΖΗΤΗΣΑΝ:**

1. Κοινωνική διάσταση της Ευρώπης να λαμβάνει πλήρως υπόψη τους ηλικιωμένους.
2. Το Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο, το συμβούλιο και η επιτροπή των ευρωπαϊκών κοινοτήτων να εξαγγείλουν μια ευρωπαϊκή κοινοτική χορηγία για τους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα τους συνταξιούχους.
3. Οι πρεσβύτεροι να μπορούν να συμβάλουν κανονικά στην κατάρτιση της κοινοτικής πολιτικής για την προστασία των ηλικιωμένων.
4. Να λαμβάνεται υπόψη η μεγάλη ποικιλομορφία αυτού του τμήματος οι πληθυσμοί και οι πολλαπλές κοινωνικές διαστάσεις που καθιστούν αναγκαία τη λήψη κοινωνικών, οικονομικών και πολιτιστικών μέτρων που να προσανατολίζονται και να προσαρμόζονται στις καταστάσεις αυτές, ιδιαίτερα για την καταπολέμηση της φτώχειας που εξακολουθεί να υπάρχει και των χαμηλών εισοδημάτων κυρίως των ηλικιωμένων γυναικών.
5. Να αποφεύγεται η αποκοπή των ηλικιωμένων από την υπόλοιπη κοινωνία και οι διακρίσεις εις βάρος τους, που φθάνουν μέχρι τον αποκλεισμό τους σε γκέτο. Να ληφθούν μέτρα που να εμποδίζουν τέτοιες τάσεις.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ/ΤΡΙΩΝ

1) ΦΥΛΟ : ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

2) ΗΛΙΚΙΑ : α) 20-29
 β) 30-39
 γ) 40-49
 δ) >50

3) Οικογενειακή κατάσταση

α) Εγγαμος β) Αγαμος

4) Έχετε παιδιά :

α) ΟΧΙ
β) 1
γ) 2-3
δ) >4

5) Σπουδές που έχετε τελειώσει :

α) Καμμία
β) Επιμορφωτικά σεμινάρια
γ) Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.
δ) Τ.Ε.Ι.
ε) Α.Ε.Ι.

6) Πόσα χρόνια εργάζεστε στο ίδρυμα :

α) 0-5 β) 5-10 γ) >10

7) Ποιες οι σχέσεις με τους συναδέλφους σας νοσηλευτές/τριες :

α) Ασχημες
β) Μέτριες
γ) Καλές
δ) Αριστες

8) Ποιες οι σχέσεις σας με τους ηλικιωμένους ;

- α) Ασχημες
- β) Μέτριες
- γ) Καλές
- δ) Αριστες

9) Ποια η στάση των ηλικιωμένων απέναντί σας ;

- α) Ασχημη
- β) Μέτρια
- γ) Καλή
- δ) Αριστη

10) Ποιοι οι λόγοι εργασία σας στο ίδρυμα ;

- α) Οικονομικοί
- β) Συναισθηματικοί
- γ) Μη πρόσληψη σε άλλο τομέα
- δ) Άλλοι

11) Σας επηρεάζει ψυχολογικά η εργασία σας ;

- α) Θετικά β) Αρνητικά γ) ΟΧΙ

12) Είστε ικανοποιημένοι από την εργασία σας στο ίδρυμα ;

- α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

13) Πιστεύετε ότι η παρουσία νοσηλευτών/τριών είναι απαραίτητη για την εύρυθμη λειτουργία του ιδρύματος;

- α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

14) Θεωρείτε ότι είναι επαρκές το Νοσ/κο προσωπικό ;

- α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

15) Ποιος ο ρόλος σας στο ίδρυμα :

- α) Νοσ/κή φροντίδα
- β) Διοίκηση
- γ) Ψυχολογική υποστήριξη
- δ) Όλοι οι παραπάνω
- ε) Οι παραπάνω εκτός διοίκησης
- στ) Άλλος

16) Πιστεύετε ότι υπάρχει πλήρης υλικοτεχνικός εξοπλισμός στο ίδρυμα για την αντιμετώπιση εκτάκτων περιστατικών ;

- α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

17) Σας ικανοποιούν οι γνώσεις που έχετε από τη σχολή σας για τη φροντίδα της τρίτης ηλικίας ;

- α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

18) Αν όχι τι θα θέλατε;

19) Έχετε κάποιες ιδέες ή προτάσεις για την καλύτερη λειτουργία των ιδρυμάτων από νοσ/κή πλευρά ;

.....

.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

1) ΦΥΛΟ : ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

2) ΗΛΙΚΙΑ : α) 50-59
 β) 60-69
 γ) 70-79
 δ) ≥80

3) Γραμματικές γνώσεις :

α) Αγράμματος
β) Δημοτικό
γ) Γυμνάσιο
δ) Λύκειο
ε) Πανεπιστήμιο

4) Οικογενειακή κατάσταση

α) Εγγαμος
β) Αγαμος
γ) Χήρος
δ) Χωρισμένος

5) Συγγενείς πρώτου βαθμού;

α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

6) Έχετε παιδιά :

α) Αγόρια β) Κορίτσια γ) Αγόρια και κορίτσια δ) ΟΧΙ

7) Ποιες οι υποχρεώσεις των παιδιών σας :

α) Επαγγελματικές
β) Οικογενειακές
γ) Επαγγ. & Οικογεν.
δ) Δεν έχω παιδιά

8) Η εισαγωγή σας στο ίδρυμα έγινε με απόφαση :

- α) Δική σας
- β) Των παιδιών σας
- γ) Συγγενών - Φίλων
- δ) Άλλων φορέων

9) Με ποιούς συγκατοικούσατε πριν μπείτε στο ίδρυμα :

- α) Μόνοι
- β) Με σύζυγο
- γ) Με παιδιά
- δ) Με συγγενείς

10) Τόπος κατοικίας

- α) Αγροτική περιοχή
- β) Ημιαστική περιοχή
- γ) Αστική περιοχή

11) Υπάρχει δυνατότητα επίσκεψης στους συγγενείς :

- α) ΟΧΙ
- β) Σπάνια
- γ) Περιστασιακά
- δ) Συχνά

12) Υπάρχει δυνατότητα επίσκεψης από τους συγγενείς :

- α) ΟΧΙ
- β) Σπάνια
- γ) Περιστασιακά
- δ) Συχνά

13) Ποιοι είναι οι οικονομικοί σας πόροι :

- α) Άλλοι ίδιοι πόροι
- β) Άλλοι πόροι (παιδιά - συγγενείς)
- γ) Σύνταξη & άλλοι ίδιοι πόροι
- δ) Σύνταξη & άλλοι πόροι (παιδιά - συγγενείς)
- ε) Σύνταξη
- στ) Τίποτα
- ζ) Άλλο

14) Ποιοι φρόντισαν για την εισαγωγή σας στο ίδρυμα ;

- α) Ιδιος/α
- β) Συγγενείς
- γ) Νοσηλεύτης/τρια
- δ) Κοινωνικός Λειτουργός
- ε) Γιατρός
- στ) Γείτονας - φίλος
- ζ) Άλλος

15) Πως ήταν η προσαρμογή σας στο ίδρυμα ;

- α) Δύσκολη
- β) Μέτρια
- γ) Εύκολη

16) Αισθήματα παραμονής στο ίδρυμα ;

- α) Κακά
- β) Ασχημα
- γ) Μέτρια
- δ) Καλά
- ε) Αριστα

17) Υπάρχει τρόπος απασχόλησης στο ίδρυμα ;

- α) Συμμετοχή σε εργασίες του
ιδρύματος
- β) Ατομικές εργασίες (Χειρωνακτικές
ή πνευματικές)
- γ) Αναψυχής
- δ) Ομαδικής απασχόλησης
- ε) Άλλοι τρόποι
- στ) ΟΧΙ

18) Ποιες οι σχέσεις σας με τους άλλους ηλικιωμένους ;

- α) Ασχημες
- β) Μέτριες
- γ) Καλές
- δ) Αριστες

19) Ποιες οι σχέσεις σας με τους νοσηλευτές/τριες ;

- α) Ασχημες
- β) Μέτριες
- γ) Καλές
- δ) Αριστες

20) Πως είναι γενικά η διαμονή σας ;

- α) Κακή
- β) Ασχημη
- γ) Μέτρια
- δ) Καλή
- ε) Αριστη

21) Στο δωμάτιό σας πόσα κρεβάτια έχει ;

- α) 1
- β) 2
- γ) 3
- δ) >3

22) Ποια είναι η παρούσα κατάσταση της υγείας σας ;

- α) Ασχημη
- β) Μέτρια
- γ) Καλή

23) Προβλήματα υγείας :

- α) Χρόνια ψυχολογικά
- β) Χρόνια παθολογικά
- γ) Εν γένει ψυχολογικά και παθολογικά
- δ) Εν γένει παθολογικά
- ε) Άλλα
- στ) Δεν έχω προβλήματα υγείας

24) Ποια είναι η κινητική σας κατάσταση ;

- α) Περιπατητικός
- β) Κατάκοιτος

25) Υπάρχει ιατρική παρακολούθηση στο ίδρυμα ;

- α) ΟΧΙ
- β) Σπάνια
- γ) Περιστασιακή
- δ) Συχνή

26) Τι είναι αυτό που θα θέλατε από το ίδρυμα :

.....

.....

27) Ποιά τα αισθήματά σας απέναντι στα παιδιά σας μετά την εισαγωγή σας στο ίδρυμα ;

- Δεν έχω παιδιά
- α) Ασχημα
- β) Μέτρια
- γ) Καλά
- δ) Αριστα

28) Τι συμβουλή θα θέλατε να δώσετε στα παιδιά της πατρίδας μας που έχουν γονείς ;

- α) Να φροντίζουν την οικογένειά τους
- β) Να μένουν στην οικογένεια
- γ) Να μένουν μόνοι με την επίβλεψη των ιδίων
- δ) Να μένουν μόνοι με την επίβλεψη συγγενών
- ε) Να μένουν μόνοι με την επίβλεψη άλλων
- στ) Άλλο

