

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

- ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ -

ΘΕΜΑ

« Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ -
ΕΞΩΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ & ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ »

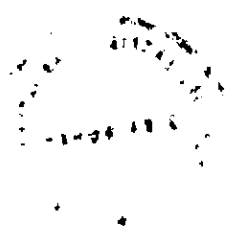
ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :
κκ ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΥ ΕΙΡΗΝΗ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ :
ΜΑΝΤΖΑΝΑ ΞΑΝΘΗ



ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ 1999

ΠΙΘΜΟΣ 2980
ΣΙΣΑΓΩΓΗΣ



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ορισμός ηλικιωμένου	8
1.2 Δημογραφία του γήρατος	9
1.3 Επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού στο σύστημα υγείας	11
1.4 Χαρακτηριστικά ηλικιωμένου πληθυσμού	11

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Θεωρίες του γήρατος	14
2.2 Θεωρία της βιολογικής ρύθμισης	14
2.3 Θεωρία της συσσώρευσης καταστροφικών παραγόντων ...	15
2.4 Θεωρία της άθροισης άχρηστων προϊόντων	15
2.5 Θεωρία της ουσίας της ζωής (Loeb)	15
2.6 Θεωρία του Carrell	15
2.7 Θεωρία των T-λεμφοκυττάρων	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Γενικές αλλαγές που σχετίζονται με το γήρας	17	
3.2 Κυτταρικές αλλαγές	17	
3.3 Μεταβολές στο καρδιαγγειακό σύστημα	18	
3.4 Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα	19	
3.5 Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα	19	
3.6 Μεταβολές στο πεπτικό σύστημα	20	
3.7 Μεταβολές στην ανοσία	20	3.8
Ενδοκρινικές μεταβολές	21	
3.9 Μεταβολές στο μυοσκελετικό σύστημα	21	
3.10 Αισθητηριακές μεταβολές	22	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Προβλήματα υγείας υπερηλίκων και νοσηλευτικές παρεμβάσεις	24	
4.2 Πόνος	25	
4.3 Διαταραχή ύπνου	27	
4.4 Διαταραχή της κινητικότητας	29	
4.5 Πλημελής ατομική υγιεινή	32	
4.6 Κατακλίσεις	37	
4.7 Δυσλειτουργία του εντέρου και της κύστης	39	
4.8 Προβλήματα διατροφής	44	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Ατυχήματα και ηλικιωμένος	47	
-------------------------------------	----	--

5.2	Οι πτώσεις στους ηλικιωμένους	47
5.3	Αίτια πτώσεων	48
5.4	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	49
5.5	Εκπαίδευση ηλικιωμένων για την πρόληψη των πτώσεων	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1	Ασθένειες που κατεξοχήν ταλαιπορούν την τρίτη ηλικία	52
6.2	Καρδιαγγειακά νοσήματα - Νοσηλευτική παρέμβαση	52
6.3	Εγκεφαλική αγγειακή νόσος - Νοσηλευτική παρέμ- βαση	55
6.4	Αναπνευστικές λοιμώξεις - Νοσηλευτική παρέμβαση	57
6.5	Σακχαρώδης διαβήτης - Νοσηλευτική παρέμβαση	59
6.6	Οστεοαρθρίτιδα - Νοσηλευτική παρέμβαση	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1	Ψυχολογικά αποτελέσματα του φυσιολογικού γήρατος	63
7.2	Νοσηλευτική παρέμβαση	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1	Ηλικιωμένος και οικογένεια - Γενικά	69
8.2	Στόχοι της πολιτικής για τους ηλικιωμένους	70
8.3	Μέτρα προστασίας ηλικιωμένων	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1 Εξωιδρυματική περίθαλψη ηλικιωμένων	73
9.2 Τα νοσοκομεία ημέρας	73
9.3 Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) .	74
9.4 Βοηθητική υπηρεσία στο σπίτι	75
9.5 Γεύμα στο σπίτι	75
9.6 Ιατρεία ηλικιωμένων	76
9.7 Προγράμματα αναδοχής	76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1 Ίδρυματική περίθαλψη	77
10.2 Αίτια εισόδου σε ίδρυμα	77
10.3 Γηροκομεία - « Οίκοι ευγηρίας »	79
10.4 Άσυλα - Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων	83

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

- Νοσηλευτική Διεργασία - Γενικά σχόλια	85
- Α΄ Κλινική περίπτωση	87
- Β΄ Κλινική περίπτωση	95
Συμπεράσματα	102
Επίλογος	103
Βιβλιογραφία	104

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τον περασμένο αιώνα και ακόμη στις πρώτες 10ετίες του 20ου αιώνα άτομο 40 ετών θεωρείτο ηλικιωμένο. Σήμερα με την παράταση του χρόνου ζωής, άτομα ηλικίας 40-60 ετών θεωρούνται ακόμα νέα.

Τα χρόνια όμως που προστέθηκαν απαιτείται να είναι παραγωγικά ή τουλάχιστον χωρίς εξαρτήσεις. Και εδώ τοποθετείται η ανάγκη προσαρμογής της Νοσηλευτικής στην συμπαράσταση των ατόμων αυτών με ειδικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις .

Η εργασία αυτή αναφέρεται κυρίως στα μέσα και τους τρόπους που πρέπει να χρησιμοποιούνται από τους Νοσηλευτές, για την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους.

Επίσης γίνεται αναφορά στα ιδρύματα της τρίτης ηλικίας, στα είδη και στις δυνατότητες παροχών.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γήρανση, γενετικά καθορισμένη μεταβολή στη δομή και τη λειτουργία του ηλικιωμένου οργανισμού είναι γενικό φαινόμενο και παρατηρείται σε όλα τα είδη των ζώων και των φυτών χωρίς να εξαιρείται από αυτά ο άνθρωπος, το τελειότερο δημιούργημα πάνω στον πλανήτη. Ο άνθρωπος γεννιέται διανύει τη βρεφική και την παιδική ηλικία, φτάνει στην ωριμότητα, για να καταλήξει προοδευτικά στη φάση του γήρατος.

Το ανθρώπινο γένος χαρακτηρίζεται από μεγάλο διάστημα παιδικής ηλικίας και παρατεταμένο χρόνο γεροντικής. Το γεγονός αυτό κατέστησε ικανά τα ηλικιωμένα άτομα να διαπαιδαγωγούν τα νεότερα, μεταδίδοντας τις αξίες της ζωής και με αυτόν τον τρόπο να διασφαλίζουν την επιβίωση και την πρόοδο τους στη γη. Η παρουσία του ηλικιωμένου στην οικογένεια, στην γειτονιά αλλά και σε όλους τους τύπους της κοινωνικής ζωής προσφέρει ανεπανάληπτο μάθημα στην ανθρωπότητα. Και αυτό το μάθημα δε μεταδίδεται μόνο με τη ζωή του ηλικιωμένου αλλά και με το θάνατό του. μεταδίδεται με τα έργα που έχει πίσω του αφήσει και ειδικότερα με την ανάμνηση των λόγων του και των κατορθωμάτων του.

Μια άλλη διάσταση που προκύπτει από την παράταση του χρόνου της ζωής είναι η ευκαιρία που δίνεται στον άνθρωπο να διορθώσει τα λάθη του, να προσεγγίσει την αλήθεια και να αποκτήσει διαφορετική αίσθηση των αξιών και των πράξεών του. Ίσως αυτή η διάσταση είναι η πιο σημαντική συμβολή που προσφέρει η μακροβιότητα στην ανθρωπότητα. Ειδικά στη σύγχρονη εποχή μας με τις πρωτοφανείς αλλαγές και τις ανακατατάξεις, η ανάγκη για αναβίωση των αξιών και η επανασύνδεση του ανθρώπου με τις ρίζες του κρίνεται επιτακτική.¹

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1 Ορισμός ηλικιωμένου

Πολλές προσπάθειες έγιναν κατά καιρούς από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων (βιολόγους, κοινωνιολόγους, ψυχολόγους κλπ) για τον ακριβή καθορισμό του 'ηλικιωμένου' ατόμου. Αποδείχθηκε όμως ότι δεν είναι καθόλου εύκολο να δοθεί ένας σαφής, περιεκτικός και συγκεκριμένος ορισμός του όρου 'ηλικιωμένος', ο οποίος να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις περιπτώσεις και να καλύπτει όλους τους τομείς και τις διαστάσεις του ατόμου.

Βιολογικά το γήρας αρχίζει ουσιαστικά από την περίοδο της εφηβείας, αποτελεί δε μια συνεχή, εξελικτική διεργασία που διαρκεί σε όλη τη ζωή του ενήλικα.

Από πλευράς κοινωνικής, τα χαρακτηριστικά των μελών μιας κοινότητας που θεωρούνται ηλικιωμένοι, ποικίλλουν ανάλογα με τα πολιτιστικά και εθνολογικά χαρακτηριστικά της κοινότητας ή του έθνους στο οποίο ανήκουν αλλά και μεταβάλλονται από την μία γενιά στην άλλη.

Χρονολογικά το γήρας είναι ακόμη πιο δύσκολο να καθοριστεί, διότι οι συνεχείς αλλαγές στη νοσηρότητα, στη θνησιμότητα, και στο μέσο όρο της ζωής των ατόμων μεταβάλλει αναγκαστικά και το χρονικό όριο του γήρατος.²

Το 1980 τα Ηνωμένα Έθνη καθόρισαν το 60ο έτος ως ηλικία μεταβάσεως των ανθρώπων στον 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 ηλικιωμένα*.¹

Γενικά επικράτησε να καθορίζεται σαν όριο γήρατος για τεχνικούς και στατιστικούς και μόνο λόγους ο χρόνος συνταξιοδότησης των ατόμων, ο οποίος κυμαίνεται γύρω στο 65^ο έτος της ηλικίας.²

1.2 Δημογραφία του γήρατος

Σύμφωνα με τα στοιχεία του WHO από τα 615 εκατομμύρια ηλικιωμένων που υπολογίζονται μέχρι το έτος 2000 σε ολόκληρο τον κόσμο δύο στους τρεις ηλικιωμένους θα ζουν στις αναπτυγμένες χώρες, συγκριτικά με το 50% που υπήρχε στις ίδιες χώρες το 1960. Η μεγαλύτερη αύξηση θα παρατηρηθεί ειδικά στην Ασία, ως αποτέλεσμα της ταχείας αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων στην Κίνα και τις Ινδίες.

Στις Ευρωπαϊκές χώρες αναμένεται μικρότερη αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού επειδή η διεργασία αυτή άρχισε πολύ νωρίτερα. Σε πολλές από τις αναπτυσσόμενες χώρες, οι ηλικιωμένοι αυξάνουν με ταχύτερο ρυθμό από το ρυθμό της συνολικής αύξησης του πληθυσμού τους. Έτσι μεταξύ 1980 και 2020 η συνολική αύξηση του πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών θα είναι 95% ενώ η αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού θα φτάσει το 240%.

Στις Η.Π.Α. το τμήμα του πληθυσμού 65 και άνω αυξάνει, με ταχύ ρυθμό. Το 1900 1 ηλικιωμένος 65 και άνω αντιστοιχούσε σε 25 Αμερικανούς, ενώ το 1989 η αναλογία αυξήθηκε σε 1 προς 8.

Η Ελλάδα καίτοι νοτιο-Ευρωπαϊκή χώρα, αντιμετωπίζει την πιο κάτω, περιγραφόμενη γενική δημογραφική τάση.

Μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο ο πληθυσμός της Ελλάδας από τη φάση της ωριμότητας μπήκε στη φάση της γήρανσης. Αξίζει να

σημειωθεί ότι η αναλογία των ηλικιωμένων είναι περισσότερο έκδηλη στις αγροτικές περιοχές. Το επίπεδο γονιμότητας κατά την περίοδο 1950-1980 διατηρήθηκε σε 2,3 παιδιά ανά γυναίκα, ενώ οι εκτιμήσεις για το 1985 ήταν 1,66 παιδιά ανά γυναίκα, επίπεδο κάτω της αναπληρώσης γενεών. Η πτώση της γεννητικότητας και η μείωση της θνησιμότητας υποδηλώνουν ότι ο πληθυσμός της χώρας μπήκε στη διεργασία της γηράνσεως.¹

Η αύξηση του αριθμού των υπερηλίκων στη χώρα μας αντανακλά:

- (α) Τη σημαντική ελάττωση της θνησιμότητας στην Ελλάδα, λόγω προαγωγής των συνθηκών διαβίωσης και υγιεινής.
- (β) Την άνοδο του κοινωνικοοικονομικού και γενικότερα πολιτισμικού επιπέδου με τις ανέσεις και βελτιώσεις της ζωής που αυτά συνεπάγονται, αλλά και τη μείωση της αναπαραγωγικότητας.
- (γ) Την μετανάστευση σε χώρες του εξωτερικού μεγάλου τμήματος της παραγωγικής ελληνικής νεολαίας. Εάν στα παραπάνω προστεθεί και η μεγάλη εσωτερική αστυφιλική μετανάστευση, τότε εύκολα κατανοείται η επιτακτική ανάγκη για την ένταξη των υπερηλίκων σε προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας και περίθαλψης σε όλα τα διαμερίσματα της χώρας.³

1.3 Επιπτώσεις της γηράνσεως του πληθυσμού στο σύστημα υγείας.

Ο 'γκρίζος' πλουτισμός αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο που κάνει ακόμα και τις πιο αναπτυγμένες τεχνολογικά χώρες να βρίσκονται στο στάδιο της προσαρμογής. κατά το παρελθόν και μέχρι τις πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα η μακροβιότητα εθεωρείτο προνόμιο. Σήμερα η προοπτική αύξησης των ηλικιωμένων μολονότι επιθυμητή φέρνει

νέες προκλήσεις και απαιτήσεις, οι οποίες συνεπάγονται σημαντικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας όλων των χωρών.

Στην Ελλάδα η γήρανση του πληθυσμού με τον εξαιρετικά υψηλό ρυθμό μεταβολής της θα φέρει καταλυτική επίδραση στην οικονομική και την πολιτιστική ζωή, επιτείνοντας παράλληλα και τα εθνικά της προβλήματα.

Ειδικότερα οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν όχι μόνο λόγω αύξησης της αναλογίας των ηλικιωμένων, αλλά και εξαιτίας της πολλαπλάσιας δαπάνης που απαιτεί η σύγχρονη περίθαλψή τους σε σχέση με την φροντίδα των παιδιών. Οι δαπάνες για την περίθαλψη των ηλικιωμένων 75 και άνω είναι 7 φορές μεγαλύτερες ως προς το συνολικό μέσο όρο κατά άτομο, ενώ για τους νέους κάτω των 15 ετών ανέρχονται περίπου στο 1/3 του μέσου όρου. Σημειώνεται ακόμα ότι οι δαπάνες για την νοσηλεία των ηλικιωμένων βαρύνουν κατά κανόνα τον κρατικό προϋπολογισμό ενώ των νέων προστίθενται στις οικογενειακές δαπάνες.¹

1.4 Χαρακτηριστικά ηλικιωμένου πληθυσμού.

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

Από την αρχή του 20ου αιώνα και μέχρι σήμερα οι ηλικιωμένοι αντιμετώπισαν τις ολέθριες συνέπειες του Α΄ και Β΄ παγκοσμίου πολέμου. Οι μετακινήσεις των πληθυσμών, οι σχηματισμοί μειονοτήτων με τα διαφορετικά βιώματά τους και τις διαφορετικές κοινωνικοπολιτιστικές τους πεποιθήσεις και ειδικότερα οι συνεχείς

τεχνολογικές εξελίξεις των 70 τελευταίων χρόνων, άλλαξαν ριζικά την πορεία της ανθρωπότητας.

Οι αλλαγές των κοινωνικών δομών είχαν ως αποτέλεσμα την πτώση των αξιών και την δημιουργία ηθικής κρίσεως, η οποία επέφερε βαθύ ρήγμα στο οικογενειακό σύστημα. Η ανάγκη να εργάζεται η γυναίκα έξω από το σπίτι άλλαξε τον παραδοσιακό της ρόλο, που ήταν η ανατροφή των παιδιών και η φροντίδα των ηλικιωμένων. Οι μεγάλες 'πατριαρχικές' οικογένειες του παρελθόντος, που τις στόλιζαν με την παρουσία τους ο παππούς και η γιαγιά αντικαταστάθηκαν με τις 'πυρηνικές' η σύνθεση των οποίων σε μεγάλη αναλογία αποκλείει τους γέροντες γονείς και μαζί με αυτούς την πολύτιμη πείρα, τη γνώση και την σοφία τους.¹

Η παραμονή του ηλικιωμένου στο ίδιο σπίτι μπορεί από τη μια να επηρεάσει αρνητικά τη σχέση του ζευγαριού και την ανατροφή των παιδιών. Μπορεί όμως και αντίθετα να αποδειχθεί άτομο πού χρήσιμο ακόμα και ως πρότυπο για ταύτιση των εγγονών. Εξαρτάται από την προσωπικότητά του και από το κατά πόσο αυτό βοηθιέται να ανθοφορήσει ψυχικά.⁴

Οι μεγάλες αλλαγές που συνέβησαν κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες συντέλεσαν ώστε ένα μεγάλο μέρος του ηλικιωμένου πληθυσμού να αισθάνεται κοινωνικά αλλοτριωμένο, επειδή είναι αναγκασμένο να περάσει το υπόλοιπο μέρος της ζωής του στα σύγχρονα ιδρύματα για την τρίτη ηλικία, με συντροφιά την μοναξιά και ορισμένες φορές την μόνωση παράγοντες που οδηγούν στην επιδείνωση της φυσικής και της πνευματικής κατάστασης των ηλικιωμένων.

Άλλα στοιχεία είναι η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων ο ασφαλιστικός τους φορέας, το μορφωτικό τους επίπεδο, το

υποστηρικτικό σύστημα, οι κοινοτικές παροχές και ενδεχομένως η απώλεια ενός εκ των δύο συζύγων.

Τα αναφερόμενα χαρακτηριστικά συνθέτουν προβλήματα υψηλού κινδύνου για τους ηλικιωμένους και πρέπει να εντοπίζονται, να αξιοποιούνται προσεκτικά και να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά από τους νοσηλευτές.

Οι νέες τάσεις που επικρατούν στην Αμερική και σε πολλές χώρες της Ευρώπης ενθάρρυναν την ανάπτυξη του τομέα της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής. Πιστεύεται ότι είναι η μεγαλύτερη πρόκληση για δημιουργικούς ηγετικούς ρόλους που εκτείνονται στη διοίκηση, στην εκπαίδευση, στην ανεξάρτητη και την αυτόνομη πράξη και στη νοσηλευτική έρευνα.¹

2.1 Θεωρίες του γήρατος.

Τα τελευταία χρόνια έγινε μεγάλη προσπάθεια και παρατηρήθηκε σημαντική πρόοδος στην κατανόηση της βιολογίας του γήρατος, εξακολουθούν όμως να υπάρχουν ακόμη αρκετά σκοτεινά σημεία. Κανένα μοντέλο ή θεωρία από όσες παρουσιάστηκαν κατά καιρούς δεν εξηγεί ικανοποιητικά την διεργασία του γήρατος.

Οι θεωρίες που ασχολούνται με τη γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού αυξάνουν σε αριθμό. προς το παρόν όλες οι θεωρίες βρίσκονται στη φάση του σχεδιασμού, ο οποίος προσφέρει ποικίλου βαθμού εγκυρότητα και αξιοπιστία. Στη συνέχεια περιγράφονται περιληπτικά ορισμένες από τις πιο γνωστές θεωρίες.¹

2.2 Θεωρία της Βιολογικής ρύθμισης.

Οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής πιστεύουν ότι υπάρχει στον οργανισμό του ατόμου ένας εσωτερικός 'ρυθμιστής' που κυβερνά τον ρυθμό, τον χρόνο πολλαπλασιασμού, της ανάπτυξης του μαρασμού και του θανάτου των κυττάρων.

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

2.3 Θεωρία της συσσώρευσης καταστροφικών παραγόντων.

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η ραδιενέργεια, η ρύπανση, η υγρασία, κλπ., προκαλούν γενετική καταστροφή, η οποία οδηγεί στη γήρανση δημιουργώντας καταστροφή των κυττάρων.

2.4 Θεωρία άθροισης άχρηστων προϊόντων.

Σταδιακή καταστροφή των κυττάρων που οφείλονται στα χημικά παράγωγα του μεταβολισμού.

2.5 Θεωρία της ουσίας της ζωής (Loeb).

Κατά τον Αμερικανό Φυσιολόγο Loeb, κάθε ζωντανός οργανισμός από τη γέννησή του, έχει μέσα του μια ποσότητα ουσίας άγνωστης ακόμα, που σιγά-σιγά με την πάροδο της ζωής καταναλώνεται με την ανταλλαγή της ύλης. Όταν η ουσία αυτή εξαντλείται, το άτομο γηράσκει.

2.6 Θεωρία του Carrell.

Στηρίζεται στην αντίληψη ότι όλα τα κύτταρα, με κατάλληλες συνθήκες μπορούν να παραμείνουν αθάνατα και πιστεύει ότι το γήρας οφείλεται σε αλλοίωση των 'χυμών' που υπάρχουν γύρω από τα κύτταρα (μεσοκυττάριο υγρό).²

2.7 Θεωρία T-λεμφοκυττάρων .

Τελευταία από την Αμερική προήλθε μια νέα θεωρία, σύμφωνα με την οποία, ο οργανισμός γηράσκει διότι δεν μπορεί να αμυνθεί εναντίον των βλαπτικών παραγόντων. Αιτία είναι η εξασθένηση των λευκών αιμοσφαιρίων (παράγων T). Αν αλλάξουμε κατά τους επιστήμονες αυτούς τα κύτταρα των ηλικιωμένων με κύτταρα νεώτερου ατόμου, τότε το άτομο ξαναγίνεται σφριγηλό και έχει μεγαλύτερη αντοχή στους βλαπτικούς παράγοντες. Η θεωρία αυτή αποδείχθηκε πειραματικά σε ποντίκια, τα οποία έζησαν διπλάσιο χρόνο από την ομάδα σύγκρισης.⁵

Από όλες τις παραπάνω θεωρίες προκύπτει, ότι με την πάροδο του χρόνου και με διάφορους μηχανισμούς για την κάθε θεωρία, το αμυντικό σύστημα του ηλικιωμένου αποδυναμώνεται.

Αποτέλεσμα αυτού είναι η μεγάλη επηρέειά του σε τραυματισμούς και λοιμώξεις από διάφορους μικροοργανισμούς, με συχνότερη την κοινή γρίπη, η οποία αυξάνει την θνησιμότητα στην ομάδα αυτή του πληθυσμού. Όλες οι εκφυλιστικές καταστάσεις που παρουσιάζονται με την πάροδο της ηλικίας ακόμη και το άσπρισμα των τριχών της κεφαλής δείχνουν την πτώση του ανοσοβιολογικού μηχανισμού στον ηλικιωμένο. Σαν παράδειγμα αναφέρεται η

ρευματοειδής αρθρίτιδα, η οποία αυξάνεται με την ηλικία και παρουσιάζεται στους ηλικιωμένους σε ποσοστό 50%.²

3.1 Γενικές αλλαγές που σχετίζονται με το γήρας.

Ένα από τα πιο δύσκολα προβλήματα που αντιμετωπίζει η γηροντολογία είναι η διαφορική διάγνωση ανάμεσα στις αλλαγές που οφείλονται στο γήρας και σε εκείνες που είναι αποτέλεσμα παθολογικών διαταραχών.

Ο Strehler, πιστεύει ότι η γήρανση είναι γενική, προοδευτική, εκπτωτική και εσωτερική. Ο ίδιος προσθέτει ότι, όπως η αύξηση και η ανάπτυξη είναι γενικά βιολογικά φαινόμενα, το ίδιο πρέπει να είναι και το γήρας, αν βέβαια, ακολουθείται από φυσιολογική διεργασία. Τελευταίες πληροφορίες ενισχύουν τον ισχυρισμό ότι κάποιες παθολογικές διεργασίες μπορεί να οφείλονται στην ατομική επιρρέπεια του ηλικιωμένου.¹

3.2 Κυτταρικές αλλαγές.

- α)** Με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται προοδευτική απώλεια των κυττάρων.
- β)** Συσσώρευση της χρωστικής στην αποθήκη των κοκκίων του κυτταροπλάσματος.
- γ)** Διαταραχή στη δομή και την ελάττωση του αριθμού των μιτοχονδρίων.
- δ)** Διάσπαση των χρωματοσωμάτων.

- ε) Η ελαστίνη, συστατική του συνεκτικού ιστού, με την ηλικία καθίσταται εύθραυστη και αποτιτανώνεται, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της ελαστικότητας των ιστών.
- στ) Το στρώμα του χόνδρου γίνεται εύθραυστο και διασπάται εύκολα, γεγονός που συμβάλλει στην προοδευτική αύξηση της αρθρίτιδας.¹

3.3 Μεταβολές στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Οι καρδιαγγειακές παθολογικές καταστάσεις είναι η συχνότερη αιτία θνησιμότητας των ηλικιωμένων.

- α) Οι μεταβολές στην καρδιακή λειτουργία αυξάνουν το έργο της καρδιάς και μειώνουν την αποδοσή της.

- β) Η καρδιά, εξαιτίας της αύξησης των περιφερικών αντιστάσεων, υπερτρέφεται και στη συνέχεια ατροφεί.
Το μυοκάρδιο παρουσιάζει ουλωτικές εστίες, εξαιτίας της αρτηριοσκλήρυνσης των μικρών αγγείων ενώ η σκλήρυνση των μεγάλων αγγείων προκαλεί μαλάκυνσή του.
- γ) Μειώνεται η ελαστικότητα των βαλβίδων.
- δ) Η αυξημένη ευερεθιστότητα του καρδιακού μυός μπορεί προκαλέσει μεταβολές στο ρυθμό.
- στ) Η ελαστικότητά της αορτής μειώνεται σημαντικά με την αύξηση της ηλικίας.
- ε) Στις φλέβες παρατηρείται υπερτροφία του εσω χιτώνα στο προχωρημένο γήρας. Την υπερτροφία ακολουθεί η σκλήρυνση κυρίως των κίρσοειδών ανευρυσμάτων.
- ζ) Μειώνεται η διαπερατότητα των τριχοειδών.

3.4 Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα.

α) Οι νεφροί μειώνονται σε βάρος, η κάψα τους παχύνεται και συμφύεται στο παρέγχυμα. Το παρέγχυμα γίνεται σκληρό και συρρικνώνεται. Μερικά εσπειραμένα σωληνάρια εκφυλίζονται, ενώ τα νεφρικά αγγεία σκληραίνουν.

β) Οι ουρητήρες διευρύνονται και το τοίχωμά τους υπερτρέφεται.

γ) Στην ουροδόχο κύστη αναπτύσσεται ινώδης συνεκτικός ιστός και ατροφούν οι μυϊκές ίνες.

δ) Ο προστάτης υπερτρέφεται στην προγεροντική, ενώ ατροφεί στην γεροντική ηλικία. Μπορεί να σχηματισθούν λίθοι μέσα σ' αυτόν.

3.5 Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα.

α) Με την αύξηση της ηλικίας υπάρχει μια προσδιορισμένη μείωση στην αναπνευστική απόδοση.

β) Οι κυψελίδες σκληρύνονται και μερικές σπάζουν με το βήχα.

γ) Η ζωτική χωρητικότητα ελαττώνεται, ενώ αυξάνεται ο υπολειμματικός αέρας και έτσι μειώνεται η ανταλλαγή αερίων, η οξυγόνωση των ιστών και ο μεταβολισμός.

δ) Στη μείωση της αναπνευστικής απόδοσης συμβάλλει και η ακαμψία του θωρακικού τοιχώματος, καθώς και οι αλλοιώσεις της σπονδυλικής στήλης.

ε) Ο αριθμός των αναπνοών αυξάνει. Εξαιτίας δε της κακής αιμάτωσης του αναπνευστικού κέντρου, στο βαθύ γήρας, η αναπνοή γίνεται τύπου Cheyne-Stokes.

στ) Ελαττώνεται η ικανότητα του βρογχικού δένδρου να αποβάλλει τις εκκρίσεις του εξαιτίας της μείωσης του αντανεκλαστικού του βήχα

και της ελάττωσης της αποτελεσματικότητας του μηχανισμού των κροσσών.

3.6 Μεταβολές στο πεπτικό σύστημα.

α) Τα δόντια πέφτουν. Οι μυς του φάρυγγα ατροφούν και ο ηλικιωμένος παρουσιάζει δυσκολία στην κατάποση. Μειώνεται η έκκριση του σάλιου με αποτέλεσμα την ξηρότητα του στόματος.

β) Ελαττώνεται οι εκκρίσεις του στομάχου καθώς και τα πεπτικά ένζυμα.

Το τελευταίο τμήμα του παχέος εντέρου υπερτρέφεται. Τα αγγεία του εντέρου σκληραίνουν και τα νεύρα εκφυλίζονται. Όλα αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα την ελαττωματική πέψη και τη δυσκοιλιότητα.

γ) Το βάρος του ήπατος μειώνεται.

δ) Το πάγκρεας ελαττώνεται σε βάρος.

ε) Η καθυστέρηση της κένωσης του οισοφάγου είναι συχνή στους ηλικιωμένους και συχνά οδηγεί σε φλεγμονή.

3.7 Μεταβολές στην ανοσία.

Αυξάνονται οι αλλεργικές αποκρίσεις, ειδικά στα φάρμακα, εξαιτίας της αξιοσημείωτης έκπτωσης των λειτουργικών του ήπατος και των νεφρών, που καθυστερεί και την αποτοξίνωση των φαρμάκων και των αλλεργιογόνων.

3.8 Ενδοκρινικές μεταβολές.

- α) Η υπόφυση ελαττώνεται σε βάρος και όγκο οι λοβοί της ατροφούν και σε διάφορες περιοχές της σχηματίζονται κύστεις.
- β) Ο θυρεοειδής αδένας μειώνεται σε βάρος και σε λειτουργικότητα.
- γ) Οι παραθυροειδείς παθαίνουν λιπώδη εκφύλιση. Συνέπεια είναι η διαταραχή στον μεταβολισμό του ασβεστίου και η ανάπτυξη οστεοπόρωσης και οστεομαλάκυνσης κλπ.
- δ) Οι όρχεις ελαττώνονται σε όγκο και βάρος.
- ε) Οι ωοθήκες παθαίνουν διάφορες κυτταρολογικές και ιστολογικές αλλοιώσεις που αρχίζουν με την εμμηνόπαυση όπως ελάττωση του όγκου τους και της έκκρισης των ορμονών τους.

3.9 Μεταβολές στο μυοσκελετικό σύστημα.

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

- α) Τα οστά παρουσιάζουν ελάττωση των οστικών κυττάρων και ατροφία των κυψελών και οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι λεπτύνονται ή και καθιζάνουν. Έτσι: (1) Τα οστά γίνονται πίο εύθραυστα και σπάζουν ευκολότερα (2) Το ύψος μειώνεται και συχνά αναπτύσσεται κύφωση.
- β) Οι αρθρώσεις χάνουν την ελαστικότητά τους.
- γ) Οι μυς μειώνονται σε μέγεθος και δύναμη με την ηλικία. Ενώ είναι ακόμα δυνατή η αναγέννηση του μυϊκού ιστού η μυϊκή μάζα μειώνεται προοδευτικά και σταθερά. Επίσης μειώνεται η ελαστικότητα, η συσταλτικότητα και ο τόνος τους.

δ) Το κρανίο παρουσιάζει οστεοπόρωση του έσω και λέπτυνση του έξω πετάλου του. Μειωμένες είναι επίσης οι λεπτές κινήσεις.

3.10 Αισθητηριακές Μεταβολές.

Υπάρχει μείωση στην αποδοτική λειτουργία όλων των αισθήσεων με τον χρόνο.

όραση:

α) Στο φακό μαζεύονται διάφορες ουσίες, πρωτεΐνες, χοληστερίνη, φωσφολιπίδια, ασβέστιο και επιπλέον αυτός παθαίνει αφυδάτωση.

β) Μειώνεται η ικανότητά του ματιού να κάνει προσαρμογή στο φως και η ικανότητα διάκρισης ανάμεσα σε διάφορες εντάσεις φωτός.

γ) Ο τόνος των βλεφάρων μειώνεται και υπάρχει συχνά ελαφρά βλεφαρόπτωση.

δ) Ο βυθός παρουσιάζει αλλοιώσεις ενώ ο καταρράκτης και το γλαύκωμα είναι συχνές παθήσεις των υπερηλίκων.

ε) Το οπτικό νεύρο ατροφεί και εκφυλίζεται. Οι δακρυϊκοί πόροι κλείνουν και ελαττώνεται η οπτική οξύτητα.

ακοή:

Στα αυτιά παρατηρείται σκλήρυνση και ούλωση του τυμπάνου και εκφυλιστική ατροφία του ακουστικού νεύρου και επομένως βαρηκοΐα στους υψηλούς τόνους.

γεύση:

Τα 2/3 περίπου των γευστικών καλύκων πεθαίνουν, όταν το άτομο φθάσει την ηλικία των 70 ετών, με σημαντική ελάττωση της γεύσης.

Άλλες μεταβολές είναι:

α) Μείωση της αίσθησης της όσφρησης.

β) Μείωση στην αντίληψη της όσφρησης, της δόνησης και του πόνου. ⁶

4.1 Προβλήματα υγείας υπερηλίκων και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Τα πολλαπλά χρόνια νοσήματα, σε συνδυασμό και με τη φυσιολογική φθορά της διεργασίας του γήρατος είναι οι κυριότεροι αποσταθεροποιητικοί παράγοντες της ομοιόστασης 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 δυνατόν να αφαιρέσουν την άνεση και την ευεξία του ηλικιωμένου.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην κάλυψη των αναγκών υγείας των ηλικιωμένων ανθρώπων είναι καθοριστικός. Αρκεί αν λεχθεί ότι το 90% των προβλημάτων των υπερηλίκων 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 γιατί οι ηλικιωμένοι έχουν περισσότερο ανάγκη από φροντίδα παρά από ιατρικές πράξεις.¹

Η γεροντολογική νοσηλευτική αποβλέπει στην βοήθεια των Νοσηλευτών να αποκτήσουν ειδικές γνώσεις, διαθέσεις, και δεξιότητες ώστε να προσεγγίζουν και να κατανοούν τον ηλικιωμένο σαν μοναδική βιοψυχοκοινωνική ολότητα, και να συμβάλουν θετικά στην φροντίδα της υγείας του.⁷

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

1. Πόνος
2. Διαταραχή του ύπνου.
3. Διαταραχή της κινητικότητας.

4. Πλημμελής ατομική υγιεινή.
5. Κατακλίσεις.
6. Δυσλειτουργία του εντέρου και της κύστης.
7. Προβλήματα διατροφής.

Στη συνέχεια θα αναλυθούν τα προβλήματα αυτά, ο τρόπος και τα μέσα που αξιολογούνται, καθώς και οι παρεμβάσεις, που ακολουθούν, για την διατήρηση και την προαγωγή της υγείας τους.¹

4.2 Πόνος

Σύμφωνα με τον ορισμό της McCaffery ο πόνος είναι οτιδήποτε το άτομο λέει ότι είναι πόνος και οπουδήποτε λέει ότι υπάρχει ο πόνος. Παρά την πληθώρα των ορισμών που έχουν διατυπωθεί στη διεθνή βιβλιογραφία για τον πόνο, ο ορισμός της McCaffery, αν και αρκετά απλός στη διατύπωση του, έχει πλήρη ανταπόκριση στον ασθενή, διότι τον θεωρεί δικό του. Η νοσηλευτική βιβλιογραφία προσανατολίζεται περισσότερο προς τον ορισμό αυτό, όχι μόνο γιατί τον βρίσκει αρκετά λειτουργικό, αλλά και γιατί πιστεύει ότι πραγματική γνώση του πόνου έχουν μόνο εκείνοι που τον βιώνουν.

Αναφέρεται ότι η «ουδός» του πόνου στους ηλικιωμένους έχει μεγαλύτερο εύρος από εκείνη των νεότερων. Αν και η ευαισθησία του πόνου είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ποσοτικά, εντούτοις υπάρχουν ενδείξεις ότι ο πόνος ελαττώνεται μετά το 70ό έτος της ηλικίας.

Εξαιτίας των πολλαπλών νοσημάτων που παρουσιάζουν οι υπερήλικες ο χρόνιος πόνος εμφανίζεται πολύ συχνά. Αναφέρεται ότι περισσότεροι από το 85% των ηλικιωμένων, έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα που μπορεί να δημιουργήσει πόνο. Ο πόνος ως ατομική εμπειρία απαιτεί πολυδιάστατη προσέγγιση. Η εκτίμηση του πόνου

περιλαμβάνει αντικειμενικές και υποκειμενικές πληροφορίες, οι οποίες καλύπτουν βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους.

Η αξιολόγηση του ηλικιωμένου γίνεται πολύ προσεκτικά από τους νοσηλευτές, οι οποίοι διαχωρίζουν τις υποκειμενικές πληροφορίες που τους δίνει ο ίδιος ή οι συγγενείς του και από τις αντικειμενικές πληροφορίες που παίρνουν οι ίδιοι με την κλινική εξέταση και τη λήψη ζωτικών σημείων. Το ιστορικό της υγείας του ηλικιωμένου, το ιστορικό των φαρμάκων και οι τρόποι αντιμετώπισης του πόνου από τον ίδιο, προσθέτουν πολύτιμες πληροφορίες στην αξιολόγηση του πόνου.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

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

α) Να συνεργαστούν με τον ηλικιωμένο για την εξεύρεση αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης του πόνου.

β) Να ενημερωθούν για πρακτικές που ανακουφίζουν τον ηλικιωμένο από τον πόνο.

γ) Να εντοπίσουν τους περιορισμούς κινητικότητας, ώστε κάθε μετακίνηση να μην επιδεινώνει τον πόνο.

δ) Να εξηγήσουν ποιο είναι το προτεινόμενο νοσηλευτικό πρόγραμμα και ποια τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Για την ανακούφιση του ηλικιωμένου από τον πόνο η νοσηλευτική φροντίδα αρχίζει με απλές παρεμβάσεις, όπως εξασφάλιση τακτικού ήσυχου και ευχάριστου περιβάλλοντος, επαρκή φωτισμό, καλό αερισμό, κατάλληλη για την εποχή θερμοκρασία, αλλαγή της θέσεως του σώματος, ελαφρά εγτριβή και απαλό μασάζ, θερμά ή ψυχρά επιθέματα ανάλογα με την ιατρική οδηγία, εφαρμογή καλά

ισορροπημένης διαίτας, ξεκούραση και ύπνο. Όταν τα αναφερόμενα νοσηλευτικά μέτρα δεν αποδώσουν, τότε συνδυάζονται με την ορισθείσα για την κάθε περίπτωση φαρμακευτική αγωγή.

4.3 Διαταραχή του ύπνου.

Ο ύπνος είναι φυσική επαναλαμβανόμενη διεργασία, πολύ σημαντική για τη διατήρηση της φυσικής και της ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Για τον ύπνο ο άνθρωπος καταναλίσκει περίπου το 1/3 της ζωής του. Οι ανάγκες για ύπνο ποικίλλουν και εξαρτώνται από την ηλικία, την δραστηριότητα και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου.

Η εναλλαγή ύπνου-αφύπνησης στον καθορισμένο κύκλο του 24ώρου ονομάζεται βιολογικό ωρολόγιο του ανθρώπου «Circadian cycle». Η αδυναμία πραγματοποίησης του κύκλου αυτού είναι γνωστή ως αϋπνία, που τα συμπτώματά της προκαλούν δυσφορία στους περισσότερους ηλικιωμένους.

Υπάρχει γενική αποδοχή στη βιβλιογραφία ότι το γήρας συνοδεύεται με αύξηση της διαταραχής του ύπνου. Τα παράπονα των ηλικιωμένων για ανεπαρκή ύπνο είναι συνηθισμένο φαινόμενο. Άλλωστε έτσι εξηγείται και η αυξημένη χρήση των υπνωτικών φαρμάκων στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Οι διαταραχές του ύπνου ταξινομούνται σε τέσσερις ευρείες κατηγορίες :

1) Σε διαταραχές έναρξης και διατήρησης του ύπνου (συνήθεις αιτίες : θόρυβος, πόνος, ανήσυχία, κατάθλιψη).

2) Σε διαταραχές που εκδηλώνονται με υπερβολικό ύπνο (συνήθως προκαλούνται από υπερβολική δόση φαρμάκων).

3) Σε διαταραχές του κύκλου αφύπνισης

4) Σε διαταραχές που εκδηλώνονται κατά τον ύπνο, με φάσεις ύπνου και μερικής αφύπνησης (π.χ. υπνοβασίες, επιληπτικές κρίσεις κατά τον ύπνο).

Οι πιο κοινές αιτίες διαταραχής ύπνου είναι εγκατεστημένες ή εκδηλώνονται ως συμπτώματα ειδικών νοσημάτων. Τα υπνωτικά φάρμακα πολλές φορές, προκαλούν διαταραχές του ύπνου, ενώ παράλληλα μειώνουν την ποιότητά του. Τα συνηθέστερα αίτια που προκαλλουν αϋπνία είναι :

- Περιβαλλοντικά : Θόρυβος, θερμοκρασία, φωτισμός.
- Ψυχολογικά : Άγχος, υπερένταση, μελαγχολία, θυμός.
- Σωματικά : Πόνος, πείνα, δίψα, δυσφορία.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις .

Αρχικά οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της αϋπνίας αιτιολογικά. Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος, με κατάλληλη για την εποχή θερμοκρασία, με καλό αερισμό και χαμηλό φωτισμό. Η καθαρή και ασφαλής κλινοστρωμνή και η προσεγμένη ατομική υγιεινή προάγουν την ευεξία και προδιαθέτουν το άτομο για ύπνο. Διερευνούνται πιθανές φυσιολογικές αιτίες, όπως άγχος, ανησυχία, κατάθλιψη και αντιμετωπίζονται με την ανάπτυξη σχέσης μεταξύ νοσηλευτή-ηλικιωμένου και θετική διαπροσωπική επικοινωνία. Όταν εντοπιστούν βιολογικές ανάγκες, όπως πείνα, δίψα, πόνος, καλύπτονται. Ο έλεγχος της λειτουργίας του εντέρου και της κύστης έχει μεγάλη σημασία για την εξασφάλιση του ύπνου.

Στο σχεδιασμό του νοσηλευτικού προγράμματος, εκτός από τη συμμετοχή του ηλικιωμένου, η συνεργασία νοσηλευτών-συγγενών για

την κατάρτηση του προγράμματος είναι ζωτικής σημασίας, επειδή σε τελική ανάλυση, όταν ο ηλικιωμένος ζει μαζί τους, αυτοί θα εφαρμόσουν το πρόγραμμα.} Η οικογένεια παροτρύνεται να ενθαρρύνει τον ηλικιωμένο να διατηρήσει τις συνηθειές του, όπως το διάβασμα ή τη μουσική, πριν από την κατάκλιση.

4.4 Διαταραχή κινητικότητας.

Η ικανότητα να κινείται ο ηλικιωμένος άνετα και ελεύθερα αποτελεί πολύτιμη κτήση. Δυστυχώς κινητικότητα χωρίς περιορισμούς δεν είναι πάντοτε εφικτή στους υπερήλικες, αφού η λειτουργικότητα όλων των συστημάτων του σώματος άμεσα ή έμμεσα υφίσταται περιοδικές αλλαγές, οι οποίες επηρεάζουν τη στάση του σώματος. Ο περιορισμός της κινητικότητας επηρεάζει την ανεξαρτησία και το αίσθημα ασφάλειας του ηλικιωμένου, τον εκθέτει σε υψηλό κίνδυνο και τον καθιστά υποδόχο αρνητικών βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνεπειών.

Μεταβολές της κινητικότητας φαίνεται ότι παρατηρούνται σε μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες από τους άνδρες.

Η κινητικότητα είναι μια σύνθετη λειτουργία η οποία εξαρτάται από την καλή λειτουργία πολλαπλών φυσικών, γνωστικών και άλλων παραγόντων οι οποίοι αντιδρούν με το περιβάλλον.

Η κινητικότητα θεωρείται ως επακόλουθο αντίδρασης μεταξύ επάρκειας ατόμου και περιβαλλοντικών πηγών. Στον όρο επάρκεια ατόμου περιλαμβάνεται η κινητικότητα η οποία επηρεάζεται από τη βιολογική υγεία, την αισθητηριακή κατάσταση, τις κινητικές δεξιότητες, τη γνωστική ικανότητα και τη δύναμη του «εγώ», ενώ στις περιβαλλοντικές πηγές περιλαμβάνονται τα φυσικά και τα

αρχιτεκτονικά χαρακτηριστικά, το θεραπευτικό σχήμα της νόσου, η αναπηρία, η συγκατοίκηση, τα χαρακτηριστικά του προσωπικού και η διαθεσιμότητα του κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος.

Τα φυσικά και τα αρχιτεκτονικά χαρακτηριστικά τα οποία περιορίζουν την κινητικότητα είναι σκαλοπάτια, ανώμαλα ή γλιστερά δάπεδα, εμπόδια στο δωμάτιο και το διάδρομο, ανεπαρκής φωτισμός κ.ά.

Το ιατρικό θεραπευτικό πρόγραμμα, παρά τη θεραπευτική του ιδιότητα, πολύ συχνά λειτουργεί αρνητικά στην κινητικότητα του ηλικιωμένου. Για παράδειγμα οι χειρουργικές επεμβάσεις, τα φυσικά και τα χημικά περιοριστικά μέτρα, η συνεχιζόμενη ενδοφλέβια φαρμακοθεραπεία, ο μόνιμος καθετήρας κύστης κ.ά. καθλώνουν τον ηλικιωμένο στο κρεβάτι.¹

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Αναφέρονται νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προάγουν και διευκολύνουν την κινητικότητα του ηλικιωμένου:

- Παροχή επαρκούς χρόνου στον ηλικιωμένο για εκτέλεση των δραστηριοτήτων του. Ευαισθησία και λεπτότητα για τη μειωμένη ταχύτητα αντίδρασης. Μεγάλης σημασίας είναι η συνεχής υποστήριξη του υπερήλικα από το Νοσηλευτή και την οικογένειά του.
- Επαρκής προετοιμασία του υπερήλικα για την αντιμετώπιση νέων καταστάσεων, όπως διαγνωστικές εξετάσεις εισαγωγή στο νοσοκομείο, κλπ., ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες πρόκλησης σύγχυσης.

- Ενθάρρυνση για απομάκρυνση από το περιβάλλον του ηλικιωμένου μικρών χαλιών για αποφυγή πτώσεων. Στερέωση χαλιών που χρησιμοποιούνται σε σκαλοπάτια.
- Χρησιμοποίηση κάθε μέσου (γηριατρικών καρεκλών προσθετικών μηχανημάτων βάδισης) για βοήθεια στην ανεξάρτητη βάδιση και ασφάλεια.⁶
- Τροποποίηση αρχιτεκτονικών εμποδίων, όπως σκαλοπάτια, ανώμαλο έδαφος, ανεπαρκής φωτισμός, κ.ά.
- Απομάκρυνση εμποδίων από το χώρο που διέρχεται ο ηλικιωμένος όπως επιπλέον έπιπλα κουβάδες, κ.ά.
- Σχολαστική φροντίδα του δέρματος για την πρόληψη κατκλίσεων.
- Φυσιοθεραπεία για τη διατήρηση της λειτουργικότητας των αρθρώσεων.
- Περιοδική αξιολόγηση της ψυχολογικής τους κατάστασης.
- Να μην κρατούν ογκώδη και βαριά αντικείμενα.
- Να χρησιμοποιούν τηλεφωνικό σύστημα υποστηρίξεως και να επικοινωνούν καθημερινά με φίλους και συγγενείς. Εντατικά να χρησιμοποιούν ηλεκτρονική συσκευή η οποία θα δίνει σήμα σε περιπτώσεις ατυχήματος.
- Να εκτελούν τις ασκήσεις σύμφωνα με την ιατρική οδηγία και να μην κάνουν υπερβολές ως προς το είδος και τη χρονική διάρκεια.¹

4.5 Πλημμελής ατομική υγιεινή.

Η απόκτηση ικανοποιητικής υγείας εξαρτάται, σε κάποιο βαθμό, από συγκεκριμένες πρακτικές που το άτομο εκτελεί προκειμένου να

διατηρήσει φυσική ψυχολογική, κοινωνική πνευματική και πολιτισμική ευεξία.

Στη νοσηλευτική οι πρακτικές υγιεινής περιλαμβάνουν όλα κείνα τα μέτρα που διατηρούν την προσωπική καθαριότητα, την ευπρεπή εμφάνιση και την ακεραιότητα της επιφάνειας του δέρματος. Η καλή υγιεινή συμβάλλει στην προαγωγή της αυτοεκτίμησης και στην πρόληψη της νόσου.

Για την αξιολόγηση των αναγκών της ατομικής υγιεινής η παρατήρηση είναι το σημαντικότερο μέσο. Με την επισκόπηση εκτιμάται η γενική εμφάνιση, ο τρόπος ντυσίματος, η κατάσταση των μαλλιών, των νυχιών και του δέρματος. Πολλές φορές η παραμελημένη αυτοφροντίδα είναι δυνατόν να είναι πρώιμο σημείο επιδείνωσης της γνωστικής λειτουργίας και μπορεί να υποδηλώνει διάφορου βαθμού άνοια.

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

- Κατάσταση στοματικής κοιλότητας.
- Κατάσταση των κάτω άκρων.
- Κατάσταση του δέρματος.

Κατάσταση στοματικής κοιλότητας: Έχει παρατηρηθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων είναι ανίκανο να πραγματοποιήσει ένα παραδεκτό επίπεδο υγιεινής του στόματος εξαιτίας της ψυχικής και της φυσικής του αδυναμίας.¹

Νοσηλευτική παρέμβαση: Η νοσηλευτική παρέμβαση αποβλέπει:

- Στην διατήρηση της κοιλότητας του στόματος και των δοντιών σε καλή κατάσταση.
- Στην καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας, την εξουδετέρωση της κακοσμίας, και την πρόληψη των μολύνσεων.

Στη βελτίωση του αισθήματος της γεύσης, ιδιαίτερα σε περίπτωση ανορεξίας. Έχει αποδειχθεί ότι μικρόβια στη στοματική κοιλότητα ερχόμενα σε επαφή με υπολείμματα τροφής παράγουν οξέα που υποβοηθούν στη καταστροφή των δοντιών. Γι' αυτό η συχνή καθαριότητα της στοματικής κοιλότητας και των δοντιών βοηθούν τα μέγιστα στη διατήρησης καλής υγείας των δοντιών. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χρήση βούρτσας και επιβάλλεται να γίνεται μετά από κάθε λήψη τροφής. Η κατάλληλη για χρήση βούρτσα είναι αυτή που έχει κατασκευαστεί από σκληρή τρίχα και έχει μέγεθος κατάλληλο για να περνάει από όλα τα δόντια.

Σε καταστάσεις όπως εγχειρήσεις, όγκοι στοματικής κοιλότητας, στοματίτιδα κ.α. δε συνιστάται η χρήση οδοντόβουρτσας. Αυτή αντικαθίσταται με port-cotton και λαβίδα καλυμμένη με γάζα.

Η φροντίδα της ξένης οδοντοστοιχίας πρέπει να γίνεται με προσοχή για την αποφυγή φθοράς ή απώλειας. Την ώρα που ο ηλικιωμένος δε φορά την οδοντοστοιχία του πρέπει να διατηρεί αυτή σε σκεπασμένο δοχείο με νερό.⁸

Εκτός των άνω γίνεται και αιτιολογική θεραπεία, όπως ενυδάτωση, καλή θρέψη, φαρμακευτική αγωγή όπου χρειάζεται και επίσκεψη σε οδοντίατρο όταν κρίνεται απαραίτητο.¹

Κατάσταση των κάτω άκρων: Φαίνεται ότι τα κάτω άκρα και ειδικότερα τα δάκτυλα και τα νύχια των ποδιών δεν τα σκέπτεται κανείς όσο πρέπει, τα παραμελεί, εκτός κι αν πληγωθούν και προκαλέσουν πόνους κατά το περπάτημα.

Η καλή παρατήρηση των κάτω άκρων απαιτεί καλή όραση και κινητικότητα των αρθρώσεων, λειτουργίες που υποβαθμίζονται με το πέρασμα του χρόνου.

Αναφέρεται ότι και αυτοί που ασχολούνται με τη φροντίδα της υγείας δεν δίνουν προτεραιότητα στη φροντίδα των κάτω άκρων. Η διατήρηση όμως, της καλής υγείας των κάτω άκρων συμβάλει ουσιαστικά στη διατήρηση της ισορροπίας και της κινητικότητας του ηλικιωμένου.

Κατά την αξιολόγηση των κάτω άκρων ελέγχεται η κυκλοφορία, η κινητικότητα και η αισθητικότητα. Ίσως τα πιο σημαντικά προβλήματα που παρατηρούνται στα κάτω άκρα είναι οι επιπεύσεις, οι παραμορφώσεις, οι εξωστώσεις των δακτύλων, οι υπερκερατώσεις των νυχιών, οι κάλοι κ.α., τα οποία εμποδίζουν τον ηλικιωμένο να φορέσει παπούτσια με αποτέλεσμα να περιορίζεται ή να καταργείται η κινητικότητά του με όλες τις συνέπειες που αυτή συνεπάγεται.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Η Νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει τη διδασκαλία του ηλικιωμένου και της οικογένειάς του για την διατήρηση της υγιεινής των κάτω άκρων. Ο ηλικιωμένος πρέπει να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στην καθαριότητα των ποδιών του στο κόψιμο των νυχιών και στην επιλογή κατάλληλων παπουτσιών.

α) Η καθαριότητα.

- Πρέπει να είναι καθημερινή.
- Να πραγματοποιείται κάτω από τις καλύτερες συνθήκες:
 - Με χλιαρό νερό.
 - Με ένα γάντι μπάνιου και ένα σαπούνι που δεν ερεθίζει (π.χ. τύπου Μασσαλίας).
 - Να αποφεύγονται οι βούρτσες, τα τρίχινα γάντια, όλα τα τραχειά ή ερεθιστικά προϊόντα.
 - Το ποδόλουτρο να διαρκεί μέχρι 5 λεπτά. (τα ποδόλουτρα μεγάλης διάρκειας μαλακώνουν το υγιές δέρμα και το μαραίνουν ανάμεσα στα δάκτυλα και κάτω από τις κερατοειδείς ζώνες.⁹

Το κόψιμο των νυχιών.

Νύχια πολύ κυρτά, κακοκομμένα, μπορούν να πληγώσουν το πόδι του ηλικιωμένου και να το μολύνουν. Τα νύχια κόβονται κυκλικά. Κατά το κόψιμο των νυχιών απαιτείται ανάλογη προσοχή για την αποφυγή τραυματισμών. Τα νύχια επιβάλλεται να διατηρούνται καθαρά. Αυτό συμβαίνει όταν δεν είναι μεγάλα και καθαρίζονται συχνά.⁸

Τέλος σημαντική είναι και η **επιλογή κατάλληλων παπουτσιών.**

Ένα καλό παπούτσι είναι μαλακό, ελαφρύ, δερμάτινο. Το ύψος του τακουνιού μπορεί να είναι 2,5 εκατοστά για τους άνδρες και 3 ως 5 εκατοστά για τις γυναίκες.

Κατάσταση του δέρματος: Η απειλή της ακεραιότητας του δέρματος θέτει σε κίνδυνο το άτομο για τραυματισμούς, κατακλίσεις και λοιμώξεις που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την άνεση και την ευεξία του.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

-Διδασκαλία και παρότρυνση του ατόμου να διατηρεί το δέρμα καθαρό, μαλακό και ακαίρεο, καθώς και τους βλενογόνους που αποτελούν τη συνέχεια του δέρματος.

- Παροχή μερικής βοήθειας όταν το άτομο είναι μερικώς εξαρτημένο.

- Παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας όταν παρουσιάζει πλήρη εξάρτηση.¹

Για τη φροντίδα του δέρματος πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα ακόλουθα :

α) Το καθημερινό μπάνιο αντενδείκνυται για τους υπερήλικες, γιατί μειώνει το ήδη λιγιστό φυσικό λάδι του δέρματος.

β) Να γίνεται συχνή επάλψη του δέρματος με μη αλκοολούχες λοσιόν για την πρόληψη ξηρότητας και την προαγωγή της κυκλοφορίας.

γ) Όταν εφαρμόζονται γάζες για κάλυψη τραύματος να χρησιμοποιείται ελαστική επίδεση αντί λευκοπλάστη, παρά το γεγονός ότι ο μη αλλεργιογόνος δεν ερεθίζει πολύ το δέρμα.

δ) Να εφαρμόζονται προστατευτικές αλοιφές στο περίνεο των υπερηλίκων που επηρεάζουν απώλειες, μετά το πλύσιμο για προστασία από ερεθισμό.

ε) Να μετακινείται συχνά ο υπερήλικας που είναι στο κρεβάτι. Να χρησιμοποιούνται μέσα, για την μείωση της πίεσης στις προεξοχές του σώματος, όπως αερόστρωμα, προβιά ή αφρολέξ.

Τέλος πρέπει να ενθαρρύνεται κάθε προσπάθεια του ηλικιωμένου για τη βελτίωση της προσωπικής του εμφάνισης. Η φροντίδα των μαλλιών, το ενδιαφέρον για το ντύσιμο, η χρησιμοποίηση περούκας για αντιστάθμισμα της υπερβολικής τριχόπτωσης κ.α. πρέπει να υποστηρίζονται από τον Νοσηλευτή.⁶

4.6 Κατακλίσεις.

...Παρά την αύξηση των ιατρικών και νοσηλευτικών γνώσεων και την αλματώδη πρόοδο της νοσηλευτικής τεχνολογίας, οι κατακλίσεις παραμένουν ένα σοβαρό πρόβλημα με δυσμενείς επιπτώσεις για τον άρρωστο. Τεράστια ποσά ξοδεύονται κάθε χρόνο για τη θεραπεία κατακλίσεων με τα οποία επιβαρύνεται ο τομέας της υγείας.

Η δημιουργία κατακλίσεων στον άρρωστο σε ένα βαθμό αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη και κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχεται. Γι' αυτό η πρόληψη και η θεραπεία των κατακλίσεων είναι νοσηλευτικό έργο μεγάλης σπουδαιότητας.

Σαν κατάκλιση ορίζεται η κυτταρική νέκρωση μιας περιοχής του σώματος που προκαλείται από διακοπή της μικροκυκλοφορίας στους ιστούς αυτής της περιοχής.¹⁰

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

- Η επιδεινωμένη γενικά κατάσταση του ασθενούς
- Η παρατεταμένη άσκηση της εξωτερικής πίεσης του δέρματος σε συνδιασμό με τις δυνάμεις τριβής.
- Η υγρασία από απώλειες ούρων και κοπράνων.
- Η ελάττωση της μυικής μάζας.
- Η απώλεια αισθητικότητας.
- Το ατροφικό δέρμα σε συνδιασμό με την απώλεια της ελαστικότητας και του υποδόριου λίπους.
- Οι περιφεριακές αγγειοπάθειες, όπως π.χ. σε σακχαρώδη διαβήτη.
- Τα καταβολικά φάρμακα, π.χ. κορτικοστεροειδη.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

1. Συχνό γύρισμα, προσεκτικό σήκωμα, κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι για να ανακουφίζεται το δέρμα από την πίεση και να αποφεύγονται το σύρσιμο και οι δυνάμεις τρυβής.
2. Διατήρηση καλής ατομικής υγιεινής του αρρώστου, αποφυγή υψηλής θερμοκρασίας, απομάκρυνση υγρασίας και επάλειψη του δέρματος με ελαιώδεις ουσίες (spray, αλοιφές), ώστε να διατηρείται στεγνό, καθαρό και μαλακό.
3. Τοποθέτηση του ασθενούς σε ειδικό κρεβάτι, εφοδιασμένο με στρώμα νερού ή ειδικά μαξιλάρια, προβιά προβάτου στους γλουτούς, ειδικά μποτάκια στα σφυρά και στις φτέρνες και η κλίνη να διατηρείται καθαρή χωρίς πτυχές λευχημάτων και ξένα σώματα.
4. Επαρκή θρέψη του ασθενούς. Ισορροπημένη διατροφή με τα απαραίτητα για τις ανάγκες του οργανισμού στοιχεία.
5. Προσεκτική ενυδάτωση.
6. Πρόγραμμα κινησιοθεραπείας, όπου είναι δυνατό.
7. Προστασία του ασθενούς από τις λοιμώξεις και υποστήριξη του αμυντικού του συστήματος.
8. Συνεργασία με τον ασθενή και τους συγγενείς του για ενεργό συμμετοχή στη φροντίδα του.¹

4.7 Δυσλειτουργία του εντέρου και της κύστεως.

Η φυσιολογική λειτουργία του εντέρου και της ουροδόχου κύστεως, πολύ συχνά, διαταράσσεται στους ηλικιωμένους. Οι διαταραχές οφείλονται συνήθως σε παθοφυσιολογικά αίτια, τα οποία μπορεί να εκδηλωθούν με ένα ή και περισσότερα από τα ακόλουθα προβλήματα:

- Δυσκοιλιότητα - Διάρροια.
- Ακράτει κοπράνων.
- Ακράτεια ούρων.

Η αδυναμία του ατόμου να ασκήσει έλεγχο στη λειτουργία του εντέρου και της κύστεως έχει σαν αποτέλεσμα τη μη εκκένωσή τους ή την ακράτεια των απεκκριμάτων τους.

Η δυσκοιλιότητα είναι από τα πιο συνήθη προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι και ειδικότερα οι ηλικιωμένοι εξαιτίας της μειωμένης εντερικής κινητικότητας.

Ως δυσκοιλιότητα ορίστηκε η μειωμένη συχνότητα της εντερικής κινητικότητας, η οποία συνοδεύεται με επιβράδυνση και δύσκολη έξοδο των κοπράνων. Συνήθως το άτομο αναφέρει αίσθημα ανεπαρκούς εκκένωσης του εντέρου.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Κύριος αντικειμενικός σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων για τη διευθέτηση της δυσκοιλιότητας είναι η εκκένωση του εντέρου από το περιεχόμενο του και η επαναφορά του στις φυσιολογικές συνήθειες αποδέυσεως.

Νοσηλευτικά μέτρα που αποβλέπουν στην διευθέτηση του προβλήματος της δυσκοιλιότητας είναι:

- Ενθάρρυνση του ηλικιωμένου για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.
- Προτροπή για πρόσληψη επαρκούς ποσότητας υγρών.
- Χορήγηση τροφών με υπόλειμμα.
- Έλεγχος των χορηγούμενων φαρμάκων που προκαλούν δυσκοιλιότητα.
- Διδασκαλία σχετική με την κατάχρηση των υπακτικών.
- Καθιέρωση προγράμματος ασκήσεων.
- Διευθέτηση ψυχολογικών προβλημάτων.

Η εκτέλεση τακτικών ασκήσεων αποτελεί σημαντικό μέρος του θεραπευτικού προγράμματος. Όταν χρόνια προβλήματα, όπως νευρολογικές διαταραχές, γενικευμένη κακουχία, αρθροπάθειες κ.α. ακινητοποιούν τον

ηλικιωμένο στο κρεβάτι, τότε το πρόγραμμα τροποποιείται ανάλογα με την περίπτωση.

Με τη χορήγηση επαρκούς ποσότητας υγρών καθίστανται τα κόπρανα μαλακά, γι' αυτό και συνίσταται η χορήγηση τους τόσο μεταξύ των γευμάτων όσο και κατά την κατάκλιση. Ο καφές, το τσάι, οι χυμοί, και ειδικότερα ο χυμός σταφυλιού επειδή δρουν όπως τα διουρητικά, καλό είναι να αποφεύγονται ή να περιορίζονται.

Η συμβολή των φυτικών ινών για την πρόληψη της δυσκοιλιότητας είναι σημαντική. Οι φυτικές ίνες συγκρατούν νερό, τα κόπρανα μαλακώνουν, γίνονται βαρύτερα και διέρχονται από το έντερο με μεγαλύτερη ευκολία.

Όταν οι αναφερόμενες νοσηλευτικές παρεμβάσεις δεν οδηγούν σε θετικό αποτέλεσμα, τότε οι νοσηλευτές συνεργάζονται με τον γιατρό για την χορήγηση κατάλληλου φαρμάκου.

Η διάρροια μπορεί να θεωρηθεί ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα άνω των 70 ετών. Ιδιαίτερα εκείνα που παρουσιάζουν ευαισθησία στην ισορροπία των ηλεκτρολυτών εξαιτίας κάποιας φαρμακευτικής αγωγής, π.χ. διουρητικών ή άλλων παραγόντων, που εύκολα μπορούν να διαταράξουν την ηλεκτρολυτική ισορροπία και να προκαλέσουν αφυδάτωση.

Διάρροια είναι η συχνή έξοδος ασχημάτιστων κοπράνων από το έντερο λόγω αυξημένης κινητικότητας του ή εμπλοκή τους με τη φυσιολογική απορρόφηση νερού και θρεπτικών ουσιών από το έντερο.

Ατιολογικοί παράγοντες.

Ατίες που μπορεί να προκαλέσουν διάρροια είναι:

- Εντερικές λοιμώξεις.
- Δηλητηριάσεις από μολυσμένα φαγητά.
- Ευερέθιστο έντερο.
- Κακοήθειες επεξεργασίες.

- Συναισθηματικό stress.
- Κοπρόσταση.
- Διάφορα φάρμακα κ.ά.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

- Παρακολούθηση υγρών και ηλεκτρολυτών και διόρθωση των ελλειμάτων.
- Έλεγχος για κοπρόσταση.
- Αποφυγή αεριούχων ποτών.
- Χορήγηση ελαφράς δίαιτας.
- Αποφυγή στρεσογόνου αιτίας.
- Συνεργασία με το γιατρό για την αντιμετώπιση ενδεχόμενων επιπλοκών, όπως απάθεια, κακουχία, καρδιακή αρρυθμία κ.ά.

Ακράτεια κοπράνων. Η ακράτεια κοπράνων μπορεί να συμβεί σε άτομα με οργανικές νευρικές μεταβολές, όπως διαταραχή της νευρώσης του ορθού, μείωση του αισθήματος πληρότητας του εξωτερικού σφιγκτήρα, αύξηση της ευερεθιστότητας του εξωτερικού σφιγκτήρα, μείωση του τόνου των μυών και απώλεια ελέγχου του εγκεφαλικού φλοιού. Τοπικά αίτια μπορεί να είναι: διάφορες φλεγμονές, όπως η κολίτιδα, η εκκολπωματίτιδα, τα νεοπλάσματα, η πρόπτωση δακτυλίου, η σύσταση των κοπράνων κ.ά. Ορισμένοι ασθενείς λόγω της μεγάλης εξασθένησης που αισθάνονται αδυνατούν να ασκήσουν έλεγχο κατά του αντανεκλαστικού του σφιγκτήρα. Όμως η πιο κοινή αιτία της ακράτειας των κοπράνων είναι η δυσκοιλιότητα με κοπρόσταση στον αυλό του πρωκτού.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Ο στόχος των νοσηλευτικών παρεμβάσεων αποβλέπει στην επαναφορά της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου με :

- Διδασκαλία του ατόμου για αλλαγή τρόπου ζωής και καθαρισμό τακτικής ώρας που θα πηγαίνει στην τουαλέτα (εάν μπορεί).
- Χρησιμοποίηση απορροφητικού υλικού μιας χρήσεως και σχολαστική φροντίδα του περιναίου.
- Χρησιμοποίηση αποσμητικών συσκευών για την εξουδετέρωση της κακοσμίας.
- Σχολαστική ατομική υγιεινή και προσεκτική φροντίδα του δέρματος, που αποτελεί και την πιο σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση, για την πρόληψη των κατακλίσεων και των λοιμώξεων.

Απώλεια ούρων. Ως ακράτεια ούρων μπορεί να χαρακτηριστεί η ακούσια διαφυγή ούρων από το κατώτερο τμήμα του ουροποιητικού συστήματος.

Παράγοντες που συμβάλουν ή ευθύνονται για την εμφάνιση απώλειας ούρων προέρχονται από:

1.Φυσικά προβλήματα.

- Επιδεινωμένη βάδιση.
- Επιδεινωμένες κινητικές δεξιότητες.

2.Γνωστικά ~ Αισθητικά προβλήματα.

- Αδυναμία αναγνώρισεως και χρησιμοποίησεως αντικειμένων.
- Διαταραχές μνήμης.
- Αποπροσανατολισμός.
- Αδυναμία για επικοινωνία.
- Ανικανότητα εκτελέσεως γνωστών έργων.

3.Ψυχολογικά προβλήματα.

- Καμία διάθεση να απαλλαγεί από την ακράτεια.
- Θυμός και απογοήτευση από την ούρηση.
- Κατάθλιψη.

4.Ιατρογενή προβλήματα.

- Απρόσιτη τουαλέτα.

- Έλλειψη προσωπικού υγείας.
- Περιβαλλοντικά εμπόδια.
 - Φάρμακα που προκαλούν φυσικές, γνωστικές ή ψυχολογικές επιπτώσεις.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

- Όταν η απώλεια ούρων οφείλεται σε παθολογικά αίτια, τότε οι παρεμβάσεις στρέφονται στην άρση του αιτίου.
- Ενθαρρύνεται ο ηλικιωμένος να ακολουθεί δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες και αρκετό νερό.
- Διδάσκεται τι σημαίνουν τεχνικές συμπεριφοράς και πιο το αναμενόμενο αποτέλεσμα.
- Οι τεχνικές αρχίζουν με ασκήσεις των μυών της πυέλου. Συνεχίζονται με την επανεκπαίδυση της κύστεως, την αναχέτιση του αισθήματος για ούρηση κ.ά. ¹

4.8) Προβλήματα διατροφής.

Η κακή διατροφή στους ηλικιωμένους μπορεί να οφείλεται στους ίδιους λόγους στους οποίους οφείλεται και η κακή διατροφή των ενηλίκων. Εκτός όμως από τους λόγους αυτούς υπάρχουν και άλλοι επιπρόσθετοι, οι οποίοι συντελούν στην κακή διατροφή των ηλικιωμένων :

Χαλασμένα δόντια, ή κακώς εφαρμοζόμενες μασέλες, κάνουν τη μάσηση δύσκολη. Ο βλενογόνος του στόματος αλλάζει επίσης και η ελλειπωμένη ή διαφοροποιημένη ποσότητα σιέλου μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες στη μάσηση. Η επιλογή τροφών των οποίων η μάσηση είναι εύκολη, οδηγεί στην αγορά ορισμένων μόνο τροφίμων και αυτό αυξάνει την πιθανότητα για ανεπαρκή πρόσληψη των αναγκαίων θρεπτικών συστατικών. Διάφορες γαστρεντερικές ενοχλήσεις συντελούν επίσης συχνά στην ελάτωση της προσλαμβανόμενης

τροφής. Τέλος άλλες οξείες ή χρόνιες παθήσεις μπορεί να περιορίζουν είτε την κατανάλωση είτε τη χρησιμοποίηση της τροφής.

Εκτός όμως από αυτούς τους παράγοντες υπάρχουν και κοινωνικοί, οικονομικοί, ψυχολογικοί ή ακόμα και έλλειψη γνώσης για το ποιά τρόφιμα πρέπει να επιλέγονται σε μια ζυγισμένη διαίτα. Εξαιτίας της ελαττωμένης ικανότητάς τους για δράση, και του περιορισμού του εισοδήματός τους δεν προμηθεύονται όση τροφή τους χρειάζεται. Διαλέγουν τροφή που είναι φθηνή και που παρασκευάζεται εύκολα. Αποθηκεύουν τα τρόφιμα για χρονικά διαστήματα μεγαλύτερα από αυτά που συνιστώνται.

Όταν ο ηλικιωμένος ζει μόνος του, πόσο πολύ νοιάζεται για το φαγητό του; Μπορεί να μην έχει τη δυνατότητα να μαγειρέψει ή να πάει να αγοράσει τα τρόφιμα. Η έλλειψη γνώσης για τη θρεπτική αξία των τροφίμων τον οδηγεί σε μία μονότονη και μη υγιεινή διατροφή.¹¹

Το γεγονός ότι πολλά ηλικιωμένα άτομα υποσιτίζονται φαίνεται να το επιβεβαιώνουν διάφορες πρόσφατες εκτιμήσεις όπως:

1. Το 50% των υπερηλίκων δεν λαμβάνει με την τροφή αρκετές ποσότητες από τις απαιτούμενες θρεπτικές ουσίες κάθε μέρα.
2. 5-40% των ηλικιωμένων εμφανίζουν έλλειψη σιδήρου και συχνά είναι αναιμικοί, εξαιτίας αυτής της έλλειψης.
3. Περίπου το 1/3 των υπερηλίκων, που δε βρίσκονται μέσα σε ιδρύματα υποφέρουν από έλλειψη βιταμινών B12 και φολικού οξέως.
4. Η έλλειψη βιταμινών και αλάτων φαίνεται να είναι υπεύθυνη και για άλλα συμπτώματα, όπως π.χ. ανορεξία, εύκολη κόπωση, επιβραδυνόμενη σύγκλιση τραυμάτων και συγχυτική κατάσταση.¹²

Θα πρέπει γενικά να διαχωρίσουμε τους γέροντες σε 2 κατηγορίες όσον αφορά τη διαιτητική, α) τους υγιείς γέροντες και β) τους πάσχοντες από άλλες παθήσεις που χρειάζονται ειδική διαιτητική αγωγή.

Γενικά για τους υγιείς γέροντες θα πρέπει η διατροφική τους να ρυθμίζεται και με βάση το βάρος του σώματος τους και το βαθμό των καύσεων που επιτελούνται στον οργανισμό.

Το ποσό των παρεχόμενων θερμιδών θα πρέπει να μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας σε σημείο ώστε στα 60-80 χρόνια να είναι 30% από το ποσό που έπαιρνε στα νιάτα του. Επίσης το ημερολόγιο διατροφολόγιο των γερόντων θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα μέρος λίπους, δύο μέρη λευκώματος και δέκα μέρη υδατανθράκων.

Όσον αφορά τη δεύτερη κατηγορία ηλικιωμένων που πάσχουν από διάφορα νοσήματα, εκεί η γνώμη του ειδικού ιατρού και του θεράποντα ιατρού έχει βαρύτητα.⁵

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

- Διδάσκεται ο ηλικιωμένος ή οι συγγενείς του να χορηγούν τροφή σε ποσότητα και ποιότητα ανάλογη με τις ανάγκες του ηλικιωμένου.
- Προσαρμόζονται τα σιτία με τη κατάσταση του στόματος και των δοντιών και γενικότερα του πεπτικού συστήματος.
- Δίνεται άνεση στον ηλικιωμένο να πάρει το φαγητό του χωρίς χρονικούς περιορισμούς.
- Οι επιδεινωμένες κινητικές δεξιότητες, π.χ. αρθροίτιδα, διευκολύνονται με ειδικά μαχαιροπήρουνα και άλλα είδη φαγητού τα οποία είναι ειδικά κατασκευασμένα να μην σπάνε εύκολα, να μη μετακινούνται και να είναι εύχρηστα.
- Σε περίπτωση ανορεξίας το φαγητό σερβίρεται κατά τρόπο ελκυστικό, ώστε να τραβήξει την προσοχή του και να του αλλάξει τη διάθεση.
- Ελέγχεται η θερμοκρασία του φαγητού αν είναι κανονική.
- Λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις του ηλικιωμένου, εφόσον δεν είναι αντίθετες με τις ανάγκες του.

- Όταν ο υποσιτισμός οφείλεται σε ψυχογενή αίτια, τότε διατίθεται χρόνος για επικοινωνία και θεραπευτικό διάλογο.
- Όταν για τον υποσιτισμό ευθύνονται παθολογικά αίτια, τότε οι παρεμβάσεις είναι αιτιολογικές και ακολουθούν την ιατρική οδηγία.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Ατυχήματα και ηλικιωμένος.

Οι ηλικιωμένοι γενικά, έχουν ιδιαίτερη τάση στη δημιουργία διαφόρων ατυχημάτων και δεν είναι εκπληκτικό, πόσο εύκολα μπορούν να πάθουν κάποιο ατύχημα όταν σκεφτούμε τις διάφορες εκφυλιστικές παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος (ιδίως των αρθρώσεων), αλλά και του νευρικού συστήματος, από τα οποία συνήθως πάσχουν.

Τα ατυχήματα στο δρόμο, από κάποιο τροχοφόρο ή κατα το βάδισμα, φθάνουν στις ανώτερες αναλογίες κατα την έβδομη κυρίως δεκαετία. Ακόμα στην ίδια δεκαετία, τα ατυχήματα που συμβαίνουν μέσα στο χώρο της κατοικίας φθάνουν στο 85% για το σύνολο του πληθυσμού. Το πλέον κοινό θανατηφόρο ατύχημα οφείλεται σε εγκαύματα ενώ οι ηλεκτροπληξίες, οι δηλητηριάσεις, οι πνιγμοί, οι ασφυξίες κ.λ.π. είναι σχετικά σπάνια.⁵

5.2 Οι πτώσεις στους ηλικιωμένους.

Οι πτώσεις στους ηλικιωμένους είναι από τα πιο κοινά και ίσως τα πιο συχνά ατυχήματα που συμβαίνουν στους ανθρώπους και ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα. Αναφέρεται ότι η προχωρημένη ηλικία, σε συνδιασμό και με ένα μεγάλο αριθμό μεταβολών που σχετίζεται με τη διεργασία του γήρατος, ευνοούν την επέλευση των πτώσεων. Ορισμένες φορές μια πτώση μπορεί να υποδηλώνει σημείο αρχόμενης νόσου ή εκδήλωση προϋπάρχουσας νοσηρής καταστάσεως.

Ανεξάρτητα από την αιτία που προκάλεσε την πτώση, οι συνέπειες που προκύπτουν μπορεί να κυμαίνονται από απλά ως πολύ σοβαρά προβλήματα, όπως ανησυχία, φόβο, ψυχολογικά προβλήματα από την ψυχοτραυματική εμπειρία της πτώσεως, πόνο ποικίλης εντάσεως, διάφορα κατάγματα του σκελετού, ποικίλου βαθμού κακώσεις μέχρι τη ρίξη εσωτερικών οργάνων ή και θανάτου.

Η μεγαλύτερη συχνότητα των πτώσεων παρατηρείται σε ηλικιωμένα άτομα που ζουν στα διάφορα ιδρύματα. Υπολογίστηκε οι μισοί από τους ηλικιωμένους πέφτουν μέσα στο χρόνο, ενώ το 10-15% από αυτούς παρουσιάζουν τραύματα που θα οδηγήσουν το 8% στο θάνατο. Για τους ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα βρέθηκε ότι το 1/3 ανέφερε εμπειρία πτώσεως και ότι οι μισοί από αυτούς ήταν άνω των 80 ετών. Η αιτιολογία των πτώσεων είναι πολυπαραγοντική. Οι παράγοντες αυτοί ταξινομούνται σε φυσικούς, ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς. Στα πιο κλασικά σχήματα κατατάσσονται σε εξωγενείς και ενδογενείς. Οι πτώσεις που αποδίδονται στους εξωγενείς παράγοντες αντιπροσωπεύουν εκείνες που θα μπορούσαν να συμβούν και σε υγιή άτομα, ενώ οι πτώσεις που έχουν ενδογενή προέλευση σχετίζονται με παράγοντες που αφορούν στην κατάσταση της υγείας του ατόμου.¹

5.3 Αίτια πτώσεων :

Τα αίτια, οι παράγοντες που ευθύνονται ή συμβάλλουν στην επέλευση των πτώσεων είναι :

- Περιβαλλοντικά : Ανασφαλή έπιπλα, χαλαρά πατάκια, χαλιά, σύρματα και καλώδια, ακατάστατο περιβάλλον, κλιμακοστάσια χωρίς κιγκλιδώματα, ακατάλληλο ύψος κρεβατιού, τουαλέτα και μπάνιο με σκαλοπάτια, ανεπαρκής φωτισμός κ.α.
- Ψυχολογικά : Stress, κατάθλιψη, φόβος επαναλήψεως της πτώσης, σύγχυση.
- Αισθητηριακά : Μειωμένη οπτική οξύτητα, διαταραχή απτικής οξύτητας, δυσλειτουργία αιθουσαίου νεύρου.
- Νευρολογικά : Συγκοπικά επεισόδια, εγκεφαλικό επεισόδιο, επιληπτική κρίση, νόσος Parkinson's, περιφερική νευροπάθεια κ.α.
- Καρδιολογικά : Συγκοπτικά επεισόδια, συμφορητική καρδιοπάθεια, δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια, ορθοστατική υπόταση.
- Μεταβολικά : Υποξεία, υπογλυκαιμία, υπερθυρεοειδισμός, υ-

ποθυρεοειδισμός .

- Μυοσκελετικά : Αυχενικό σύνδρομο, μυοπάθεια , δυσκαμψία και πόνος αρθρώσεων, μυϊκή αδυναμία .
- Φάρμακα : Ψυχοτρόπα , υπνωτικά , ηρεμιστικά , αγγειοδιαλκτικά, αντιυπερτασικά, διουρητικά, υπογλυκαιμικά, κορτικοειδή, αλκοόλ, υπακτικά, κ.α. ¹³

5.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η φροντίδα του υπερήλικα μετά από την εμπειρία της πτώσεως επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της υποκειμενικής παθολογικής κατάστασης των παραγόντων του κινδύνου καθώς και στην ελαχιστοποίηση των κινδύνων που προέρχονται από το περιβάλλον.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στην διόρθωση οπτικών και ακουστικών διαταραχών, στον έλεγχο της φαρμακευτικής αγωγής με σκοπό να ελαττωθεί η πολυφαρμακία, να αποφευχθεί η κακή χρήση των φαρμάκων και ιδιαίτερα των ψυχοτρόπων φαρμάκων και να εκτιμηθούν οι παρενέργειες που επηρεάζουν κινητικές και γνωστικές λειτουργίες του ηλικιωμένου. Για την βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών, οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τεχνικές όπως του προσανατολισμού στην πραγματικότητα, των αισθητικών ερεθισμάτων, της ομαδικής προσέγγισης κ.α.

Για την βελτίωση ή την αποκατάσταση του βαδίσματος, της κινητικότητας και την ενδυνάμωση της μυϊκής ισχύος, οργανώνονται προγράμματα ασκήσεων και φυσιοθεραπείας. Ιδιαίτερα σε άτομα που παρουσιάζουν διαταραχές βαδίσματος και ισορροπίας, συστήνονται βοηθητικά μέσα όπως βακτήρια, πατερίτσες, περιπατητικά τετράποδα ή τρίποδα καροτσάκια κ.α.

Όταν ο ηλικιωμένος χρησιμοποιεί καροτσάκι για την μεταφορά του, οι νοσηλευτές διδάσκουν τόσο τον ίδιο όσο και τους συγγενείς του πως να το χρησιμοποιούν, ώστε να μη συμβεί ατύχημα κατά τη μεταφορά του.

Μια από τις πιο σημαντικές παρεμβάσεις είναι η εκπαίδευση του ηλικιωμένου και των συγγενών του. Το περιεχόμενο του εκπαιδευτικού προγράμματος, οργανώνεται από τους νοσηλευτές με στόχο την προαγωγή προσαρμοστικών συμπεριφορών οι οποίες αντισταθμίζουν τις λειτουργικές μεταβολές που συμβάλλουν στις πτώσεις, καθώς και την τροποποίηση του περιβάλλοντος για την επίτευξη ασφάλειας και προστασίας του από τις πτώσεις.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε ηλικιωμένους που νοσηλεύονται στα διάφορα ιδρύματα αποβλέπουν: α) στην προσεκτική εκτίμηση του ηλικιωμένου για την εντόπιση παραγόντων που τον θέτουν σε υψηλό κίνδυνο πτώσεων και β) στην εκπαίδευση και την ευαισθητοποίηση του προσωπικού με σκοπό την ανάπτυξη αυξημένης επαγρυπνίσεως και προστασίας του ηλικιωμένου από τον κίνδυνο των πτώσεων.

Η χρησιμοποίηση των περιοριστικών μέτρων πρέπει να γίνεται με σκέψη και προσοχή, γιατί τις περισσότερες φορές το αποτέλεσμα είναι αντίθετο από το αναμενόμενο.

5.5 Εκπαίδευση ηλικιωμένων για την πρόληψη των πτώσεων

- Να φορούν παπούτσια με χαμηλό τακούνι και καλή εφαρμογή, που δεν γλιστρούν και κατά προτίμηση, όχι δερμάτινα.
- Να καλούν συχνά τον ειδικό για την φροντίδα των κάτω άκρων.
- Να επισκέπτονται τον οφθαλμίατρο και να διατηρούν την όραση τους σε καλή κατάσταση.
- Όταν παρουσιάζουν αστάθεια βαδίσματος, να χρησιμοποιούν βοηθητικά μέσα, όπως, μπαστούνι, πατερίτσες, περιπατητικά τετράποδα ή τρίποδα, σιδερένιες μπάρες στους τοίχους και στηρίγματα στο λουτρό και την τουαλέτα.
- Να αποφεύγουν να περπατούν σε συνοσπισμένους χώρους.
- Να εφαρμόζουν προσαρμοστικές συμπεριφορές όπως :

- Να μη σηκώνονται απότομα όταν είναι ξαπλωμένοι.
- Όταν μετακινούνται από το σκοτάδι στο φως, να κλείνουν για λίγο τα μάτια για να προσαρμοστούν στο φως.
- Όταν βαδίζουν μέσα στο σπίτι, να στηρίζονται σε σταθερά έπιπλα.
- Να βαδίζουν προσεκτικά σε ανώμαλο έδαφος και να μην φορούν μακριές ρόμπες.¹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. Ασθένειες που κατ' εξοχήν ταλαιπωρούν την τρίτη ηλικία.

Τα ηλικιωμένα άτομα προσβάλλονται ταυτόχρονα από περισσότερες από μια αρρώστιες λόγω της μειωμένης αντίστασης και της εκφυλιστικής διεργασίας του οργανισμού. Πολλά από τα νοσήματα των ηλικιωμένων εισβάλλουν ύπουλα με άτυπα και όχι θορυβώδη συμπτώματα, με αποτέλεσμα να αναγνωρίζονται δύσκολα και καθυστερημένα.

Τα ηλικιωμένα άτομα είναι δυνατόν να παρουσιάζουν οξέα νοσήματα αλλά κυρίως παρουσιάζουν χρόνια προβλήματα υγείας.

Τα κυριότερα νοσήματα, που παρατηρούνται στους ηλικιωμένους είναι :

- Καρδιαγγειακά νοσήματα
- Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- Αναπνευστικές λοιμώξεις
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Οστεοαρθρίτιδα

6.2. Καρδιαγγειακά νοσήματα.

Οι παθήσεις του καρδιαγγειακού αποτελούν την πιο συχνή αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στα ηλικιωμένα άτομα.

Την τελευταία περίπου δεκαετία τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τα 2/3 όλων των αιτιών θανάτου για τα άτομα 65 ετών και άνω.¹⁴

Με το γέρασμα του οργανισμού γίνονται μεταβολές στο μέγεθος της καρδιάς, στον ενδοκαρδιακό ιστό και στη δομή των βαλβίδων (αναφέρθηκαν σε

προηγούμενο κεφάλαιο). Οι δομικές αυτές μεταβολές έχουν ειδικές λειτουργικές επιπτώσεις στον υπερήλικα :

1. Μειωμένη καρδιακή εφεδρεία.
2. Μειωμένο κατά λεπτό όγκο αίματος εξαιτίας της συχνότητας του καρδιακού παλμού και του όγκου του.
3. Μειωμένη αιματική ροή στις στεφανιαίες αρτηρίες και μειωμένη χρησιμοποίηση του οξυγόνου, με αποτέλεσμα ισχαιμία και στηθάγχη.
4. Καθυστερημένη αποκατάσταση της μυοκαρδιακής δυσταλτικότητας και ευερεθιστότητας, με αποτέλεσμα τις ανωμαλίες στη συχνότητα και τον ρυθμό του καρδιακού παλμού.
5. Ανυψωμένη περιφερική αγγειακή αντίσταση. Οι μεταβολές στις περιφερικές αντιστάσεις είναι η πιο σημαντική αιτία της **υπέρτασης** των υπερηλίκων.

Προβλήματα του αρρώστου.

1. Ελλειπής διακίνηση οξυγόνου (καρδιακή δυσλειτουργία, αγγειακή ανεπάρκεια εξαιτίας γήρατος).
2. Θρεπτικό ανισοζύγιο.
3. Μείωση άνεσης.
4. Μείωση δραστηριοτήτων.
5. Υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο - δυνητικά.
6. Κίνδυνοι επιπλοκών.
7. Μειωμένη ικανότητα του οργανισμού να διαπραγματευτεί με το stress.
8. Αγωνία από το φόβο του θανάτου.

Νοσηλευτική παρέμβαση.

Η νοσηλευτική παρέμβαση περιλαμβάνει τα ακόλουθα :

- Ο Νοσηλευτής συζητά λεπτομερώς με τον ασθενή και την οικογένειά του για τα φάρμακα και τη χρησιμοποίησή τους. Αξιολογεί τη συμμόρφωση του αρρώστου, με το φαρμακευτικό σχήμα, ειδικά αν ο ηλικιωμένος ζει μόνος.
- Ο Νοσηλευτής πρέπει να τονίσει στον άρρωστο την ανάγκη για λήψη επαρκούς ποσότητας υγρών, για να απεκκριθούν επαρκώς τα φάρμακα, να προληφθεί η αφυδάτωση (εξαιτίας των διουρητικών) και να βοηθηθεί η κένωση του εντέρου. Τα υγρά περιορίζονται όταν υπάρχει κίνδυνος συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.
- Παρέχονται συμβουλές που αφορούν την θρέψη, για να βοηθηθεί ο άρρωστος να περιορίσει την πρόσληψη νατρίου και χοληστερινούχων τροφών. Σε περίπτωση υπέρτασης δίνονται συμβουλές για την μείωση του βάρους.
- Ενθαρρύνεται ο άρρωστος για τη διακοπή του καπνίσματος. Αυτό είναι δύσκολο σε ηλικιωμένους που το κάπνισμα έγινε ρουτίνα γι' αυτούς.
- Γίνεται διδασκαλία για την αποφυγή καταστάσεων που προκαλούν stress. .
- Γίνεται στους υπερτασιακούς διδασκαλία μέτρων για την αντιμετώπιση τυχόν ρινορραγίας : Θέση Fowler, αναπνοή από το στόμα, πίεση της μύτης. Μετά από το επεισόδιο της ρινορραγίας είναι απαραίτητη η εξέταση του αρρώστου από τον γιατρό.
- Σημειώνονται επεισόδια πονοκεφάλου και αν αυτός υποχωρεί με την ανάπαυση και τη φαρμακευτική θεραπεία.
- Ενημερώνεται ο ασθενής για τη δράση και τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων.

- Ο Νοσηλευτής συμβουλεύει τον ασθενή να αναπαύεται συχνά. Ο καλός ύπνος είναι μεγάλης σημασίας.

6.3. Εγκεφαλική αγγειακή νόσος.

Η εγκεφαλική αγγειακή νόσος είναι συχνά η σοβαρότερη επιπλοκή της υπέρτασης και μία αιτία που οδηγεί τον υπερήλικα στον θάνατο. Είναι οδυνηρή για τον υπερήλικα, γιατί απειλεί την ανεξαρτησία, την αξιοπρέπεια και την αυτοεκτίμηση του ατόμου.

Η μακροχρόνια υπέρταση μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλική αιμορραγία και απόφραξη.

Ενώ τα εγκεφαλικά επεισόδια δε συμβαίνουν μόνο στους υπερήλικες, οι θάνατοι ατόμων πάνω από τα 65, που οφείλονται σε αυτά, είναι 90 φορές περισσότεροι από ότι στα άτομα ανάμεσα στις ηλικίες των 25 και 44 ετών και 11 φορές περισσότεροι από ότι στα άτομα ανάμεσα στις ηλικίες 45 και 64 ετών.

Προβλήματα αρρώστου.

- Πλημμελής διακίνηση οξυγόνου.
- Θρεπτικό ανισοζύγιο (προβλήματα θρέψης εξαιτίας του κώματος, της ημιπληγίας κ.α.).
- Ενεργειακό ανισοζύγιο.
- Προβλήματα απέκκρισης.
- Μείωση δραστηριοτήτων.
- Αγωνία, λύπη, κατάθλιψη (αλλαγή σωματικού ειδώλου, απώλεια ανεξαρτησίας, αδυναμία επικοινωνίας).

- Κίνδυνοι από τις κινητικές και αισθητικές διαταραχές.
- Οικογενειακά και οικονομικά προβλήματα.
- Κίνδυνοι επιπλοκών από τη μειωμένη κινητικότητα.

Νοσηλευτική Παρέμβαση.

- Βοήθεια αρρώστου να παίρνει τα γεύματά του (μικρά και συχνά ανάλογα με την ανοχή του).
- Μεγάλη προσοχή στην τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι για αποφυγή ρήξης του δέρματος και μονίμων συσπάσεων. Η μειωμένη κινητικότητα των αρθρώσεων που συνοδεύει το γήρας μπορεί να ενισχυθεί με το εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο.
- Βασικής σημασίας είναι η σχολαστική φροντίδα του δέρματος, ειδικά αν οι απώλειες αποτελούν πρόβλημα.
- Προσεκτική χρησιμοποίηση όλων των φαρμάκων καθώς το εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο μπορεί να μεταβάλει την αντίδραση του ατόμου σε κάποιο φάρμακο.
- Εξασφάλιση υποστήριξης κατά τη διάρκεια εκδήλωσης λύπης και κατάθλιψης από τον άρρωστο και την οικογένειά του και ενθάρρυνση όλων των ενεργειών που προάγουν την ανεξαρτησία.
- Πληροφόρηση του αρρώστου για την προέλευση των δυσκολιών επικοινωνίας και λήψη κάθε μέτρου για τη βελτίωση του λόγου. Οι δυσκολίες επικοινωνίας μπορεί να ενισχύσουν το αίσθημα ματαιώσης του αρρώστου και να οδηγήσουν σε ξεσπάσματα θυμού.

- Εκτέλεση των απαραίτητων μεταβολών στο περιβάλλον του αρρώστου (σταθερές καρέκλες, απομάκρυνση των μικρών χαλιών, στηρίγματα μπάνιου κ.λ.π.).
- Παροχή συμβουλών που αφορούν την ένδυσή του. Να αγοράζει ρούχα μεγαλύτερου μεγέθους κατά ένα νούμερο με ελαστική μέση και μπροστινό κούμπωμα για να φοριούνται εύκολα.
- Διδασκαλία του αρρώστου να αποφεύγει το ζεστό μπάνιο, για αποφυγή στάσης του αίματος στα κάτω άκρα (εξαιτίας αγγειοδιαστολής) όταν σηκωθεί.
- Μείωση του stress μέσα στο περιβάλλον του αρρώστου, γιατί έχει μειωμένη ικανότητα να διαπραγματεύεται με τα πολλά προβλήματα της καθημερινής ζωής.⁶

6.4. Αναπνευστικές λοιμώξεις.

Η κυριώτερη λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος που παρατηρείται στους ηλικιωμένους είναι η πνευμονία.

Η πνευμονία είναι φλεγμονή του πνευμονικού παρεγχύματος, που πολύ συχνά συνοδεύεται με ύπαρξη υγρού στις κυψελίδες. Οι κυριώτερες αιτίες που προκαλούν πνευμονία είναι : οι διάφορες λοιμώξεις, τα χημικά ερεθίσματα, η ραδιοθεραπεία και η υπερευαισθησία του ατόμου.

Οι κυριώτεροι μηχανισμοί που συμμετέχουν στην ανάπτυξη πνευμονικής λοιμώξεως είναι : η εισπνοή αερόβιων μικροοργανισμών και η εισρόφηση μικροβίων που βρίσκονται στην ανώτερη αναπνευστική οδό.

Εξαιτίας των φυσιολογικών μεταβολών που συμβαίνουν με την ηλικία η πνευμονία μπορεί να αποβεί θανατηφόρα για τους ηλικιωμένους. Οι κυριώτερες από αυτές τις αλλαγές είναι : ελαττωμένη ανταλλαγή αερίων, ανεπαρκής

αερισμός, δυσχερής έλεγχος αναπνευστικού κέντρου και εξασθένιση της ανοσοποιητικής λειτουργίας.

Προβλήματα ηλικιωμένων ασθενών με πνευμονία.

- Μεταβολή του επιπέδου συνείδησης.
- Δύσπνοια - Ταχύπνοια.
- Υποξαιμία
- Βήχας κοπιώδης, συχνά μη παραγωγικός.
- Πυρετός.
- Ρίγος.
- Εφιδρώσεις
- Κόπωση
- Ανορεξία
- Ναυτία - Έμετος.

Νοσηλευτική Παρέμβαση.

- Εκτιμούνται από τον Νοσηλευτή η νευρολογική κατάσταση, τα ζωτικά σημεία και ο τύπος της αναπνοής.
- Παρατηρείται το χρώμα η σύσταση και η οσμή των πτυέλων.
- Μετράται η ποσότητα των πτυέλων.
- Τοποθετείται ο ασθενής σε κατάλληλη θέση, για τη διευκόλυνση του βήχα.
- Γίνεται φυσιοθεραπεία του θώρακα.
- Γίνεται μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών.

- Μετράται η θερμοκρασία κάθε 3 ώρες.
- Ο Νοσηλευτής συμβάλει στη διατήρηση ακεραιότητας του δέρματος με συχνές αλλαγές θέσεων, με φροντίδα του δέρματος, με συχνή αλλαγή κλινοσκεπασμάτων και των ενδυμάτων του ασθενούς.
- Γίνεται φροντίδα της στοματικής κοιλότητας και χορήγηση επαρκούς τροφής.
- Ενθαρρύνεται ο ασθενής για αυτοφροντίδα.
- Διδάσκεται ο ασθενής να αποφεύγει προδιαθεσικούς παράγοντες, όπως το κάπνισμα, τους συνωστισμένους χώρους και την έκθεση στο κρύο και την υγρασία.
- Παροτρύνεται ο ασθενής να κάνει το εμβόλιο της γρίπης τους φθινοπωρινούς μήνες.¹

6.5. Σακχαρώδης διαβήτης.

Άλλο χρόνιο πρόβλημα των υπερηλίκων, είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, που είναι βασικά της ίδιας φύσης με εκείνον της μέσης ηλικίας.

Η συχνότητα εμφάνισης του διαβήτη αυξάνει με την ηλικία και φτάνει στο μέγιστο ανάμεσα στις ηλικίες των 65 και 74 ετών.

Οι παράγοντες που προδιαθέτουν τους υπερήλικες στην ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη, είναι : η παχυσαρκία, οι λοιμώξεις, η έντονη ψυχική καταπόνηση, η κληρονομική προδιάθεση, οι χειρουργικές διαδικασίες, τα διαβητογενή φάρμακα (κορτιζόνη, θειαζίδες), η μακροχρόνια ακινησία.

Προβλήματα αρρώστου.

- Θρεπτικό ανισοζύγιο.

- Ενεργειακό ανισοζύγιο.
- Κίνδυνοι επιπλοκών από τη νόσο και τη θεραπεία.
- Μείωση δραστηριοτήτων (μυϊκή αδυναμία).
- Υδατοηλεκτρολυτικό και οξεοβασικό ανισοζύγιο.

Χρονιότητα της νόσου.

Νοσηλευτική παρέμβαση.

Η νοσηλευτική παρέμβαση του διαβητικού υπερήλικα περιλαμβάνει :

- Ανάπτυξη και διδασκαλία σχεδίου φροντίδας, για κάθε διαβητικό υπερήλικα ξεχωριστά, στο οποίο θα παίρνονται υπόψη όλες οι μεταβολές εξαιτίας του γήρατος.
- Ενίσχυση του αρρώστου για κάθε πρόοδο που σημειώνεται στη φροντίδα του. Χρησιμοποίηση της επανάληψης και επίβλεψη της εκτέλεσης από τον άρρωστο αυτών που τον διδάχτηκαν.
- Συμμετοχή της οικογένειας στο πρόγραμμα θεραπείας και φροντίδας, στο βαθμό που είναι αναγκαία.
- Παραπομπή στις υπηρεσίες κοινοτικής νοσηλευτικής και σε άλλες υπηρεσίες υγείας της κοινότητας, για παρακολούθηση του αρρώστου και παροχή κάθε βοήθειας για εφαρμογή του σχεδίου θεραπείας και φροντίδας στο σπίτι.
- Στο σχεδιασμό διδασκαλίας που αφορά τη διαίτα του αρρώστου, πρέπει να παίρνοντας υπόψη τα παρακάτω :
 - α) Η ανορεξία είναι συχνό φαινόμενο στους υπερήλικες, καθώς και οι δυσκολίες μάσησης.

- β) Η προπαρασκευή του φαγητού είναι συχνά δύσκολη, ειδικά αν ζουν μόνοι ή δεν έχουν τις απαραίτητες ευκολίες.
- γ) Ο υπερήλικας είναι προσκολλημένος στις δικές του διαιτητικές συνήθειες, γι' αυτό πρέπει να διατηρηθούν όσο αυτό είναι δυνατό στο σχεδιασμό της δίαιτας.
- Ενθάρρυνση της άσκησης, σύμφωνα με την ανοχή του αρρώστου. Εξήγηση της σχέσης ανάμεσα στον διαβήτη και την άσκηση. Σχεδιασμός άσκησης γύρω από τις κανονικές συνήθειες άσκησης του ηλικιωμένου.

6.6. Οστεοαρθρίτιδα.

Η οστεοαρθρίτιδα είναι μία φλεγμονώδης διάβρωση των αρθρικών χόνδρων και υπερπλασία των παρακείμενων οστών. Δεν υπάρχουν γενικές εκδηλώσεις. Η μεγάλη ηλικία είναι ο κύριος προδιαθεσικός παράγοντας καθώς και ο βαθμός φόρτισης της άρθρωσης. Είναι ο πιο κοινός τύπος αρθρίτιδας, από εκείνες που συμβαίνουν μετά τα 50 χρόνια.

Προβλήματα του αρρώστου.

- Μείωση της άνεσης εξαιτίας του πόνου, που στα προχωρημένα στάδια εμφανίζεται και στον ύπνο.
- Μείωση κινητικότητας εξαιτίας περιορισμού κινητικότητας της άρθρωσης.
- Δυσκολία στην εκτέλεση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής και της αυτοφροντίδας.
- Πιθανά προβλήματα θρεπτικού ανισοζυγίου παχυσαρκία ή καχεξία, που οφείλονται στη μείωση των δραστηριοτήτων και σε ορμονικούς παράγοντες.

- Ψυχολογικά προβλήματα εξαιτίας της μεταβολής του σωματικού ειδώλου, του πόνου και του stress.
- Κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, που οφείλονται στα σοβαρά ενοχλήματα, στις αναπηρίες που προκαλεί η νόσος και στη μακρά θεραπεία και αποκατάσταση.

Νοσηλευτική παρέμβαση.

- Βοήθεια του αρρώστου να κατανοήσει την πάθησή του και τα αίτια που επιδεινώνουν τα ενοχλήματά του από αυτή.
- Αποφυγή μακράς ορθοστασίας και βάδισης.
- Ακινησία στο κρεβάτι για μερικές ημέρες σε περίπτωση έξαρσης του πόνου, ή καλύτερα, εφαρμογή δερματικής έκτασης στο σκέλος.
- Μείωση βάρους, αν ο άρρωστος είναι παχύσαρκος.
- Χρησιμοποίηση μαστουνιού από την αντίθετη προς την πάσχουσα άρθρωση πλευρά, για μείωση της φόρτισής της και επομένως, ανακούφιση του πόνου.
- Εφαρμογή θερμού για το οίδημα και τη μείωση του πόνου.
- Άσκηση. Διατηρεί τους μυς σε καλή κατάσταση και προλαμβάνει παραμορφώσεις και δυσκαμψία.
- Ενθάρρυνση της αυτοφροντίδας και άλλων φυσικών δραστηριοτήτων.
- Διδασκαλία για τη σωστή μηχανική του σώματος. Σχέδιο προγράμματος ασκήσεων για συνέχισή τους στο σπίτι.
- Τονίζεται η ευεργετική δράση της ανάπαυσης δύο φορές την ημέρα σε ύπτια θέση.⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1. Ψυχολογικά αποτελέσματα του φυσιολογικού γήρατος.

Ο τρόπος με τον οποίο οι υπερήλικες βλέπουν τους εαυτούς τους να προσαρμόζονται στις φυσικές, κοινωνικές και περιβαλλοντολογικές μεταβολές ποικίλλει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Ακόμα, διαφέρουν από άτομο σε άτομο οι θέσεις απέναντι στα προβλήματα του γήρατος και οι μηχανισμοί λύσης τους.

Την αυτο-αντίληψη και αυτο-εκτίμηση των υπερηλίκων επηρεάζουν ο βαθμός της φυσικής και διανοητικής κατάπτωσης, η απώλεια υποστήριξης των σημαντικών γι' αυτούς προσώπων και η οικονομική τους κατάσταση.

α. Μεταβολή ρόλων.

Η συνταξιοδότηση έχει σαν αποτέλεσμα τη μετακίνηση του επίκεντρου από την παραγωγικότητα στην αύξηση του ελεύθερου χρόνου. Για ορισμένους η συνταξιοδότηση είναι κάτι το θετικό, γιατί έχουν τώρα την ευκαιρία να κάνουν πράγματα που τόσο επιθυμούσαν. Για άλλους, η υποχρεωτική συνταξιοδότηση μπορεί να σημαίνει απώλεια της αυτο-εκτίμησης και της προσωπικής τους ταυτότητας.

β. Απώλειες.

Το ηλικιωμένο άτομο είναι υποχρεωμένο να αντιμετωπίσει μία πολλαπλότητα απωλειών. Αυτές περιλαμβάνουν φυσικές, ψυχολογικές, οικονομικές και κοινωνικές απώλειες. Πιθανά η πιο αβάσταχτη απώλεια, είναι η

απώλεια των ανθρώπων του περιβάλλοντός του, συνήθως του/της συζύγου. Για τους ηλικιωμένους, ακόμα και ο αποχωρισμένος από τα παιδιά σημαίνει απώλεια σημαντικών προσώπων. Αυτό, συχνά συμβάλλει σε μία αλλαγή των θέσεων και των συγκινησιακών αποκρίσεων.

γ. Μεταβολές στις αλληλεπιδράσεις με τους άλλους.

Η αύξηση του χρόνου αντίδρασης κάνει δύσκολες τις αλληλεπιδράσεις με τα μέλη της διευρυμένης οικογένειας. Τα μικρά παιδιά μπορούν να ζωντανεύουν τους ηλικιωμένους αλλά ταυτόχρονα τους εξαντλούν.

δ. Απομόνωση.

1. Η μειωμένη ικανότητα να κινείται ελεύθερα, μέσα ή έξω από το σπίτι, αποτελεί μια πηγή αισθήματος ματαίωσης για τον υπερήλικα. Οι φυσικοί περιορισμοί, η άρνηση χορήγησης διπλώματος οδήγησης ή οι οικονομικές απώλειες μπορεί να περιορίσουν τη μετακίνηση και τη δραστηριότητα και να προκαλέσουν κατάθλιψη και άγχος σε πολλούς υπερήλικες.

2. Τα μεταφορικά μέσα (λεωφορεία) είναι ανεπαρκή σε πολλές περιοχές. Εξάλλου, οι φυσικοί περιορισμοί μπορεί να κάνουν αυτόν τον τύπο μεταφοράς φοβερό ή μη πρακτικό για τον υπερήλικα.

3. Ο ρυθμός εγκληματικότητας στις περιοχές που ο υπερήλικας, εξαιτίας της οικονομικής του αποστέρησης, υποχρεώνεται να μετοικήσει, είναι ένας ακόμα παράγοντας που περιορίζει τις μετακινήσεις του. Οι υπερήλικες είναι συχνά στόχοι εγκλημάτων, ειδικά αν ζουν μόνοι και είναι φυσικά ανίκανοι⁶.

ε. Μείωση της πνευματικής ευκαμψίας.

Χαρακτηριστικό γνώρισμα των υπερηλίκων είναι η πνευματική ακαμψία, δηλαδή η ανικανότητα να δουν με διαφορετικές όψεις μία κατάσταση. Αυτό αποτελεί πολλές φορές την αιτία προστριβών με τα παιδιά τους.

στ. Αντίδραση καταστροφής.

Αυτός ο όρος χρησιμοποιείται για την αντίδραση των υπερηλίκων, όταν ξαφνικά βρεθούν σε μία δύσκολη κατά τη γνώμη τους περίσταση, όπως όταν τους γίνουν πολλές ερωτήσεις συγχρόνως. Η αντίδραση αυτή ποικίλλει. Ξύνουν το κεφάλι τους, τρίβουν τη μύτη τους, σταυρώνουν τα πόδια τους, ή χάνουν την αυτοκυριαρχία τους, ενώ συγχρόνως η σκέψη τους παραλύει εντελώς. Σε περισσότερο σοβαρές περιπτώσεις κοκκινίζουν, ιδρώνουν και αρχίζουν να τρέμουν και πολλές φορές ξεσπούν σε κλάματα ή παθαίνουν και ακράτεια ούρων. Γι' αυτό οι υπερήλικες δεν πρέπει να προβληματίζονται.

ζ. Άρνηση παραδοχής αδυναμιών της ηλικίας.

Λόγω εγωϊσμού, συνειδητού ή και υποσυνείδητου οι υπερήλικες έχουν μεγάλη δυσκολία να παραδεχθούν ότι η ικανότητά τους να αντιλαμβάνονται, να σκέφτονται και να αποφασίζουν γρήγορα είναι μειωμένη. Γι' αυτό πολλές φορές αποφεύγουν καταστάσεις οι οποίες θα τους αναγκάσουν να δείξουν τις αδυναμίες τους. Δεν διαβάζουν, γιατί δεν θέλουν να φορέσουν γυαλιά. Δεν ακούνε μουσική, γιατί αρνούνται να φορέσουν ακουστικά. Δεν βγαίνουν έξω γιατί φοβούνται να διασχίσουν τους δρόμους λόγω των οχημάτων κ.α.¹⁵

7.2. Νοσηλευτική παρέμβαση.

Η εργασία με τους υπερήλικες είναι μία προκλητική εμπειρία για τον Νοσηλευτή. Η συνειδητοποίηση των θέσεων του νοσηλευτού απέναντι στο γήρας είναι μεγάλης σημασίας σε όλες τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Επίσης η εξερεύνηση των δικών του αισθημάτων προς την απώλεια, τη δική του διεργασία του γήρατος και το αναπόφευκτο του θανάτου, μπορεί να επηρεάσει τις σχέσεις του με τους υπερήλικες.

Πάνω από όλα ο νοσηλευτής πρέπει να δείχνει σεβασμό προς τον υπερήλικα. Ο σεβασμός για τον υπερήλικα σημαίνει ενδιαφέρον για τα προηγούμενα επιτεύγματα, τις παρούσες ελπίδες και τα μελλοντικά σχέδια του ατόμου που είναι τώρα ηλικιωμένο.

Η ακρόαση για το παρελθόν βοηθάει το νοσηλευτή να γνωρίσει τον ηλικιωμένο. Πολλοί υπερήλικες απολαμβάνουν τις αναμνήσεις που αφορούν την οικογένειά τους, την εργασία τους και τα επιτεύγματά τους και το να μιλούν για το παρελθόν με έναν ενδιαφερόμενο γι' αυτό ακροατή, είναι πολύ σπουδαίο γιατί μπορεί να αυξήσει το αίσθημα αυτοεκτίμησής τους.

Αντιμετώπιση των μεταβολών της συμπεριφοράς.

α) Η κατάθλιψη είναι μια συνηθισμένη αντίδραση προς την απώλεια.

- Ο νοσηλευτής είναι ανάγκη να εκτιμά τις αλλαγές που μπορεί να δείχνουν κατάθλιψη, όπως ανορεξία, μειωμένο ενδιαφέρον για το περιβάλλον, μειωμένη ικανότητα αλληλεπίδρασης με τους άλλους και τα αισθήματα ενοχής, αναξιότητας και απελπισίας.
- Εξαιτίας του μεγάλου κινδύνου αυτοκτονίας στους υπερήλικες, οι παρατηρήσεις για μεταβολές στην ψυχική διάθεση του αρρώστου, η έκφραση με λόγια της

επιθυμίας του για αυτοκτονία και άλλες μεταβολές στις διεργασίες σκέψης, πρέπει να αναγνωρίζονται έγκαιρα και να αξιολογούνται προσεκτικά.

- Ο υπερήλικας πρέπει να ενθαρρύνεται να συμμετέχει σε δραστηριότητες που τον ενδιαφέρουν και να εξασφαλίζονται μέσα που θα βοηθήσουν στη μείωση της απομόνωσης και της φυγής.

β) Η παλινδρομική συμπεριφορά στον υπερήλικα, μπορεί να παρουσιάσει δυσκολίες στη νοσηλευτική φροντίδα.

- Ο νοσηλευτής πρέπει να καταλαβαίνει ότι σε περιόδους stress τα άτομα ορισμένες φορές επιστρέφουν στη χρησιμοποίηση προηγούμενων τρόπων αναζήτησης ευχαρίστησης και διατήρησης ασφάλειας.
- Ο ηλικιωμένος έχει ανάγκη να ενθαρρύνεται να χρησιμοποιεί πιο ώριμους τρόπους.
- Ο νοσηλευτής μπορεί να ενισχύσει τις δυνάμεις του αρρώστου και να τον βοηθήσει να αποκτήσει εμπιστοσύνη στην εκτέλεση των σωστών δραστηριοτήτων.

Η ελαττωματική λειτουργία των αισθήσεων, μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένο ενδιαφέρον για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

- Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τους ηλικιωμένους με τη μειωμένη όραση να παραμένουν προσανατολισμένοι και να πετυχαίνουν τη μέγιστη ανεξαρτησία τους με τακτοποίηση του δωματίου τέτοια, που να τους βοηθά να κινούνται ελεύθερα σ' αυτό, με την πληροφόρησή τους για την παρουσία άλλων προσώπων, για την ημέρα της εβδομάδας και για τον καιρό και με περιγραφή σε αυτούς πραγμάτων που δε βλέπουν.

- Προσεκτικά εξηγεί διαδικασίες που πρέπει να γίνουν και φάρμακα που πρέπει να χορηγηθούν.
- Η απώλεια ακοής, αυξάνει τα αισθήματα απομόνωσης και παρανόησης στον υπερήλικα. Ο νοσηλευτής πρέπει να αποφεύγει να μιλά με τους άλλους, χωρίς να επιχειρεί να περιλάβει το άτομο στη συζήτηση. Η μεγάλη ένταση της φωνής συνήθως δεν βοηθά. Αντίθετα, αυξάνει την κατανόηση του αρρώστου και μειώνει τις παρανοήσεις η αργή, με τονισμένες τις λέξεις, ομιλία που γίνεται μπροστά στον ηλικιωμένο.
- Τα μέλη της οικογένειας πρέπει να διδάσκονται να αναγνωρίζουν τις αισθητικές απώλειες των υπερηλίκων και να παρεμβαίνουν, όπως περιγράφηκε παραπάνω.

Μεταβολή του ρόλου.

- Είναι μεγάλης σημασίας να ενθαρρυνθεί ο μεσήλικας να ετοιμαστεί για τη συνταξιοδότηση με διεύρυνση των ενδιαφερόντων του πέρα από το ρόλο του σαν μέλος της οικογένειας και σαν εργαζόμενο.
- Ο νοσηλευτής μπορεί να διδάξει στους ανθρώπους της κοινότητας να προβλέπουν τη συνταξιοδότηση και τον αποχωρισμό από τα παιδιά και να αναπτύσσουν νέα ενδιαφέροντα και δραστηριότητες.⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1. Ηλικιωμένος και οικογένεια - Γενικά.

Η μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων δεν χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας, επειδή η οικογένειά τους συμπαρίσταται στις καθημερινές τους ανάγκες αλλά και σε έκτακτες περιστάσεις ασθένειας, ατυχημάτων και άλλων παροδικών δυσκολιών. Υπολογίζεται ότι η επικοινωνία μεταξύ των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους είναι σε καθημερινή βάση, για μια σε κάθε τρεις οικογένειες. Όταν οι ηλικιωμένοι δεν έχουν παιδιά, η τα παιδιά τους έχουν γεράσει, ή κατοικούν μακριά από τα παιδιά τους, οι γείτονες παρέχουν συχνά ένα ελάχιστο επίπεδο υποστήριξης (ψώνια, καθαριότητα, κ.τ.λ.). Μια έρευνα του ευρωβαρόμετρου έδειξε ότι 65% των ηλικιωμένων στην Ελλάδα έχουν πιθανότητα καθημερινής επαφής με τις οικογένειές τους και 80,3% εβδομαδιαίως. Παρά τις συχνές επαφές των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους, οι δυνατότητες της οικογένειας να προσφέρει διαρκή βοήθεια αμφισβητείται από τα ίδια τα ηλικιωμένα άτομα. Οι οικογένειες αρχίζουν να είναι λιγότερο πρόθυμες ή σε θέση να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους συγγενείς τους.

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων και η έκταση της ευθύνης την οποία καλείται να επωμισθεί η οικογένεια διαφέρει για τα άτομα ηλικίας (65-74 ετών) και για τα άτομα άνω των 75 ετών. Τα πρώτα άτομα (65-74), ιδίως οι γυναίκες συνήθως βοηθούν με τη φύλαξη των εγγονών, φροντίζουν το σπίτι και, συχνά, συνδράμουν οικονομικά τα παιδιά τους. Τα πράγματα αλλάζουν στην ηλικία 75+ ετών, με τη βιολογική φθορά, τις ασθένειες και την αύξηση των ατυχημάτων. Στη φάση αυτή, η οικογένεια αδυνατεί να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στις ανάγκες του

ηλικιωμένου. Αποτέλεσμα όλων αυτών των καταστάσεων είναι η αίσθηση της κοινωνικής απομόνωσης και συναισθηματικής αποξένωσης που νιώθουν οι ηλικιωμένοι.

Για να συνεχίσει το ηλικιωμένο άτομο να ζει με αξιοπρέπεια και αυτοσεβασμό, έχει ανάγκη από συμπαράσταση. Εκτιμάται ότι η οικογένεια προσφέρει αυτή τη συμπαράσταση στο μεγάλο ποσοστό, ένα 10% όμως των ηλικιωμένων χρησιμοποιεί τις κοινωνικές υπηρεσίες, ενώ υπολογίζεται ότι το 1% διαβιώνει σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης.

8.2. Στόχοι της πολιτικής για τους ηλικιωμένους.

Η πολιτική στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους αποσκοπεί στην παραμονή τους, όσο το δυνατόν, μέσα στην κοινότητα και την επικοινωνία με την οικογένειά τους, ώστε να συνεχίσουν να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στη ζωή της κοινότητας. Η συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας και της οικογένειάς τους, περιορίζει την ψυχολογική αποστσιοποίηση και περιθωριοποίηση, των ηλικιωμένων από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Η μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων έχει εξασφαλίσει μία σύνταξη και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για την κάλυψη των οικονομικών τους αναγκών και την προστασία της υγείας τους. Το Σύνταγμα του 1975 (άρθρο 21 παρ. 3) θεμελιώνει το καθήκον του κράτους να μεριμνά για την προστασία του γήρατος και θέτει το πλαίσιο στην κοινωνική πολιτική του Κράτους, «δεν δημιουργεί αχώσιμο / εξαναγκαστικό δικαίωμα του πολίτη κατά του κράτους ως προς την παροχή αυτών των υπηρεσιών».

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει πολλαπλές αρμοδιότητες για τη χάραξη πολιτικής, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων για την τρίτη ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία, το Υπουργείο έχει την αρμοδιότητα για την περίθαλψη και προστασία των ηλικιωμένων. Τα μέτρα προστασίας περιλαμβάνουν :

α. *Παροχές σε χρήμα.*

β. *Προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες.*

8.3. Μέτρα προστασίας ηλικιωμένων.

Εισοδηματική ενίσχυση.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει την ευθύνη για την ενίσχυση του εισοδήματος απόρων ηλικιωμένων. Αυτή η πολιτική υλοποιείται με τα εξής μέτρα :

α) Συνταξιοδότηση των ανασφάλιστων ηλικιωμένων οι οποίοι, μετά το 65ο έτος, λαμβάνουν κάθε μήνα από ειδικό λογαριασμό που έχει συσταθεί στον Ο.Γ.Α., το ποσό των 21.000 δραχμών. Το ποσό αυτό καταβάλλεται εφ' όσον υπάρχουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις :

1. Οι δικαιούχοι πρέπει να είναι Έλληνες υπήκοοι ή ομογενείς οι οποίοι διαμένουν μονίμως στην Ελλάδα.
2. Το ποσόν χορηγείται εφ' όσον δεν λαμβάνουν οι ίδιοι - ούτε οι σύζυγοί τους, στις περιπτώσεις ανδρογύνου - άλλη σύνταξη, ή βοήθημα που να είναι ίσο με το μηνιαίο ποσό το οποίο χορηγεί ο Ο.Γ.Α στους συνταξιούχους αγρότες. Μαζί με το μηνιαίο αυτό επίδομα, οι δικαιούχοι έχουν υγειονομική περίθαλψη, εφ' όσον και πάλι δεν καλύπτονται από άλλο φορέα.

β) Ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών τα οποία έχουν αναπηρία (σωματικά ή διανοητικά ανάπηροι) πάνω από 67%, έχουν δικαίωμα για μηνιαία οικονομική ενίσχυση. Προϋπόθεση για την ενίσχυση είναι να μην είναι ασφαλισμένοι σε άλλο φορέα. Σε περίπτωση που παίρνουν σύνταξη από τον Ο.Γ.Α. δικαιούνται τη διαφορά μεταξύ του επιδόματος του Ο.Γ.Α. και του βοηθήματος λόγω αναπηρίας.

γ) Μοναχικά άτομα ή ζευγάρια άνω των 65 ετών, τα οποία αποδεδειγμένα δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη και βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία, επειδή δεν έχουν κινητή ή ακίνητη περιουσία στην Ελλάδα ή το εξωτερικό, δικαιούνται επιδότηση του ενοικίου.

δ) Εκτός από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ο Ερυθρός Σταυρός κατά τα φιλόπτωχα ταμεία των ενοριών παρέχουν οικονομική ενίσχυση σε άπορους ηλικιωμένους. Τα φιλόπτωχα ταμεία είναι η τελευταία πηγή οικονομικής συμπαράστασης. Τα ποσά τα οποία δίνονται (κατά κρίση του ιερέα) είναι συνήθως περιορισμένα και η βοήθεια παρέχεται κατά κανόνα ως έκτακτη ενίσχυση.

Προσωπικές και κοινωνικές υπηρεσίες.

Η παροχή υπηρεσιών περιλαμβάνει βασικά δύο κατηγορίες : την εξωιδρυματική και την ιδρυματική περίθαλψη (οι οποίες θα αναλυθούν στα επόμενα κεφάλαια).¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1. Εξωϊδρυματική περίθαλψη ηλικιωμένων.

Ο ηλικιωμένος μπορεί να χρησιμοποιήσει όλες τις υπηρεσίες που διαθέτει η κάθε μία κοινότητα για τα μέλη της όπως : Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Εξωτερικά Ιατρεία Νοσοκομείων κ.λ.π. Όμως υπάρχουν στις οργανωμένες κοινότητες και υπηρεσίες που εξυπηρετούν ειδικά τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Αναφορικά οι κυριότερες από αυτές τις υπηρεσίες είναι : 1) τα νοσοκομεία ημέρας, 2) τα Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης ηλικιωμένων ΚΑΠΗ, 3) η βοηθητική υπηρεσία στο σπίτι, 4) το γεύμα στο σπίτι, 5) τα ιατρεία ηλικιωμένων, 6) τα προγράμματα αναδοχής.

9.2. Τα νοσοκομεία ημέρας.

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

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

- Προσφέρουν στα άτομα ασφάλεια, αφού τα μέλη της οικογένειας συνήθως απουσιάζουν κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Εξασφαλίζουν το απαραίτητο φαγητό.
- Τους δίδεται ευκαιρία για επικοινωνία με άλλα άτομα της ηλικίας τους.

- Μπορούν να έχουν την νοσηλεία και τη φροντίδα που χρειάζονται (ειδικές νοσηλείες, φυσιοθεραπεία κ.λ.π.).
- Ελευθερώνονται κρεβάτια στα Γενικά Νοσοκομεία για αρρώστους με οξεία προβλήματα.

Τα νοσοκομεία ημέρας είναι στελεχωμένα με γιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές και κοινωνικούς λειτουργούς. Ο θεσμός αυτός, όπου εφαρμόστηκε σωστά, έχει πολύ ευεργετικά αποτελέσματα. Μια τέτοια προσπάθεια έγινε στη χώρα μας με τα ΚΑΠΗ.²

9.3. Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων - ΚΑΠΗ.

Τα ΚΑΠΗ είναι κρατικά προγράμματα που έχουν καταρτιστεί για την εξυπηρέτηση του θεσμού «Παραμονή στο σπίτι». Το 1979 στήθηκε πειραματικά το πρώτο Κέντρο και μέχρι το τέλος του 1981 είχαν λειτουργήσει συνολικά οχτώ προγράμματα με φορείς εθελοντικές οργανώσεις. Στη συνέχεια τα ΚΑΠΗ, μέσα στα πλαίσια κρατικού πάντα προγραμματισμού, πέρασαν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση, πολλαπλασιάστηκαν και έφτασαν τα 120 λειτουργούντα σε όλη τη χώρα. Κυρίως όμως εδραιώθηκαν στη συνείδηση του λαού με τη χρησιμότητα και το δυναμισμό τους.

Σκοπός τους είναι :

α) Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων που θα τους βοηθήσει να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.

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

γ) Η έρευνα πάνω σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους.¹⁷

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα ΚΑΠΗ είναι όμοιες με αυτές των Νοσοκομείων ημέρας (φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα, ψυχαγωγία κ.ά.) αφού και τα ΚΑΠΗ αποτελούν είδος Νοσοκομείου ημερήσιας φροντίδας.

9.4. Βοηθητική υπηρεσία στο σπίτι.

Άτομα που παρακολουθούν σύντομη βασική εκπαίδευση σε θέματα υγιεινής διατροφής, κατοικίας, περιβάλλοντος κ.λ.π. τοποθετούνται ως οικιακοί βοηθοί, όπου η παρουσία τους κρίνεται από τον Κοινοτικό νοσηλευτή ή τον λειτουργό απαραίτητη. Ανάλογα με τις δυνατότητες και τα προβλήματα υγείας του ηλικιωμένου ατόμου διατίθεται οικιακός βοηθός για όλες τις απαραίτητες καθημερινές εργασίες όπως ψώνια, ετοιμασία φαγητού, καθαριότητα του σπιτιού, βοήθεια του ατόμου για ατομική καθαριότητα κ.λ.π.²

Επισκέψεις από ιατρούς, φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές μπορούν επίσης να παρέχονται από τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι. Τέλος το πρόγραμμα αυτό μπορεί να περιλαμβάνει : εργασιοθεραπεία, πεντικιούρ, διανομή φαγητού κ.λ.π.¹⁸

Η υπηρεσία βοήθειας στο σπίτι λειτουργεί πάντοτε κάτω από την επίβλεψη Κοινοτικού νοσηλευτή ή Κοινωνικού λειτουργού.

9.5. Γεύμα στο σπίτι.

Υπηρεσίες οργανωμένες από το κράτος ή ιδιωτικούς φιλανθρωπικούς οργανισμούς προσφέρουν ένα ζεστό γεύμα στον ηλικιωμένο, συνήθως το μεσημέρι. Θεσμός ευρύτατα διαδεδομένος σε πολλές χώρες του κόσμου και ιδιαίτερα στην Αγγλία. Στη χώρα μας λειτουργεί μόνο σε φιλανθρωπική μορφή από την

Εκκλησία για τους πτωχούς ηλικιωμένους κάθε ενορίας, τα γνωστά «σπίτια γαλήνης».

9.6. Ιατρεία ηλικιωμένων.

Ειδικά ιατρεία λειτουργούν μόνο για ηλικιωμένους σαν εξωτερικά ιατρεία γενικών νοσοκομείων ή και ιατρεία σε κέντρα Υγείας. Στα ιατρεία αυτά προσέρχονται οι ηλικιωμένου που είναι σχετικά υγιείς και μπορούν να μετακινούνται με σκοπό να παρακολουθούνται και να ελέγχεται η κατάσταση της υγείας και η πρόληψη επιπλοκών και προβλημάτων. Η αγωγή υγείας αποτελεί βασικό μέλημα των ιατρείων αυτών, τα οποία απαραίτητα στελεχώνονται από γιατρό και νοσηλεύτη.²

9.7. Προγράμματα αναδοχής.

Αν και στη χώρα μας δεν είναι διαδεδομένη, αυτή η μορφή φροντίδας αρχίζει να ενθαρρύνεται ως εναλλακτική λύση φροντίδας στην κοινότητα, με στόχο την αποτροπή της ιδρυματικής φροντίδας και την ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών μοναχικών κυρίως υπερηλίων μέσα στην κοινότητα με κάποια οικογένεια. Άλλωστε η αναδοχή προσφέρει τη δυνατότητα στις πυρηνικές οικογένειες της εποχής μας να δημιουργήσουν μία ουσιαστική σχέση με τον «παππού». Ιδίως για τα μικρά παιδιά αυτή η εμπειρία μπορεί να είναι πολύτιμη.¹⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1. Ιδρυματική περίθαλψη.

Από την πρωτοβυζαντινή εποχή, τα ιδρύματα αποτελούσαν την κυρίαρχη μορφή φροντίδας για όσους δεν ήταν αυτόνομοι στην κάλυψη των βιοτικών και κοινωνικών τους αναγκών. Η παράδοση αυτή συνεχίστηκε μέχρι την εποχή μας με την Εκκλησία. Σε μεγάλο ποσοστό, τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένους ανήκουν και συντηρούνται από την Εκκλησία.

Εκτός όμως από την Εκκλησία, ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για τους ηλικιωμένους λειτουργούν και υπό την αιγίδα του Δημοσίου, της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, από Οργανώσεις του Εθελοντικού Τομέα και από τον κερδοσκοπικό επιχειρηματικό τομέα.

Υπολογίζεται ότι υπάρχουν συνολικά στην Ελλάδα 125 ιδρύματα κλειστής περίθαλψης για ηλικιωμένα άτομα, με σύνολο 6.000 κρεβατιών.

Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης χωρίζονται σε δύο κατηγορίες :

1. Τα γηροκομεία, στα οποία εισάγονται ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως και
2. Τα άσυλα ή θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων που δέχονται κατάκοιτους που πάσχουν από ανίατες παθήσεις.¹⁶

10.2. Αίτια εισόδου σε ίδρυμα.

Οι κυριώτεροι λόγοι εισόδου του ηλικιωμένου σε ίδρυμα είναι οι εξής :

1) **Οικογενειακές δυσχέρειες.** Θεωρείται το συνηθέστερο πρόβλημα και αποτελεί πάντοτε τη βάση, πάνω στην οποία αναπτύσσονται οι λοιπές οικονομικές κ.λ.π. δυσκολίες.

2) Σωματικές αναπηρίες που διαταράσσουν την ομαλή οικογενειακή ζωή. Άτομα με ακράτειες ούρων, κοπράνων, παχύσαρκα ή ημιπληγικά, γενικώς κατάτοικοι ή με σοβαρή αδυναμία κινήσεως, δημιουργούν προβληματικές συνθήκες.

3) Μοναξιά. Έχει τεκμηριωθεί ότι η πνευματική έκπτωση παρουσιάζεται πολύ γρηγορότερα σε άτομα που έχουν περιορισμένες επαφές με συνανθρώπους. Ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι συνήθως «αυτοεγκαταλείπονται» και τελικά διαβιούν σε κατάσταση απίστευτης ακαθαρσίας. Οικιακά ατυχήματα, επίσης, πιο συχνά συμβαίνουν σε ηλικιωμένους, μεταβάλλονται σε τραγωδίες εάν συμβούν σε υπερήλικους που ζουν μόνοι.

4) Νευροψυχικές διαταραχές. Διαταραχές συμπεριφοράς από εγκεφαλοπάθεια είναι επίσης συχνές αιτίες εισόδου σε ιδρύματα. Συγχυτικοί ή εκκεντρικοί χαρακτήρες, άτομα με αδιαφορία για την αξιοπρέπεια της εμφανίσεώς τους ή με συναισθηματικές κρίσεις, διαταράσσουν κάθε ομαλή οικογενειακή ζωή.

5) Οικονομικές δυσχέρειες. Κάθε συνταξιούχος που ζει με ενοίκιο, μόλις παρουσιάσει πρόβλημα υγείας, θα έχει και οικονομικά προβλήματα. Αναμφισβήτητα τα προβλήματα αυτά θα είναι πιο σοβαρά όσο μένει στο σπίτι του και επισκέπτεται τον οικογενειακό του γιατρό, δεν λύνονται όμως και με τη μεταφορά σε Γηροκομείο.¹⁴

10.3. Γηροκομεία - «Οίκοι Ευγηρίας».

Αναγκαίες προϋποθέσεις για την είσοδο του ηλικιωμένου σε «Οίκο Ευγηρίας» είναι : (α) να μπορεί ο ηλικιωμένος να κινείται, να τρώει και να ντύνεται μόνος του ή με τη βοήθεια μηχανημάτων, (β) να μην έχει ακράτεια ούρων ή κοπράνων και (γ) να μη παρουσιάζει διαταραχές ενοχλητικές για τους άλλους.

Για την ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων της τρίτης ηλικίας που θα ζήσουν στους «οίκους ευγηρίας» και για να μην αποτελέσουν τα ιδρύματα αυτά τον προθάλαμο του θανάτου, θα πρέπει να ληφθούν μέτρα, ώστε να πληρούν ορισμένες κτιριακές προϋποθέσεις, να έχουν ανάλογο εξοπλισμό και τέλος, χωρίς να είναι και το τελευταίο στην ιεράρχηση, να είναι επανδρωμένο με προσωπικό που θα είναι επαρκές τόσο αριθμητικά, όσο και ποιοτικά για την κάλυψη των αναγκών των τροφίμων.

Πιο αναλυτικά, κατά την κατασκευή του κτιρίου πρέπει να ληφθούν υπόψη οι αναπηρίες των ατόμων, οι δυσχέρειες που τα χρόνια της ζωής προκαλούν, οι ανάγκες της ηλικίας αυτής μεταξύ των οποίων είναι και της ατομικότητας και της ιδιαιτερότητας.

Αρχικά το οικόπεδο θα πρέπει να :

1. Εξασφαλίζει καλή θέα, να είναι υπήνεμο και μεγάλο σε έκταση, για να υπάρχει αρκετά μεγάλος ακάλυπτος χώρος.

2. Βρίσκεται κοντά σε αγορά, να μην απέχει πολύ από την εκκλησία και το ταχυδρομείο. Η παρουσία σχολείου και μάλιστα νηπαγωγείου κοντά στο σπίτι των υπερηλίκων, με δυνατότητα των τροφίμων να έχουν επικοινωνία με τα παιδιά, αλλά και ενεργό ανάμειξη με τον πληθυσμό της περιοχής, αναπληρώνει σε κάποιο βαθμό την απομάκρυνσή τους από το οικογενειακό περιβάλλον και τα εγγόνια.

3. Βρίσκεται κοντά σε καλό συγκοινωνιακό δίκτυο, για να μπορούν οι ίδιοι να κυκλοφορούν, όταν οι φυσικές τους ικανότητες και η υγεία τους το επιτρέπουν, αλλά και οι συγγενείς και οι φίλοι να τους επισκέπτονται, χωρίς να αντιμετωπίζουν *ιδιαίτερα προβλήματα*.

Το κτίριο μπορεί να είναι κάθετης ή οριζόντιας αρχιτεκτονικής. Προτιμάται το κτίριο οριζόντιας αρχιτεκτονικής, για να μπορούν οι κάτοικοι να βγαίνουν εύκολα στον ελεύθερο χώρο.

Οι απαραίτητοι χώροι για τη σωστή λειτουργία ενός Γηροκομείου ή «Οίκου Ευγηρίας» είναι οι εξής :

1. **Δωμάτια** : (για τη διαμονή των υπερηλίκων). Συνιστώνται μονόκλινα και σε μεγάλη ανάγκη δίκλινα δωμάτια, γιατί η ηλικία αυτή παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες συγκατοίκησης.

Τα δωμάτια αλλά και γενικότερα όλο το κτίριο πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στις ανάγκες του υπερήλικα (άνεση χώρου, μοκέτα στο δάπεδο, τοποθέτηση χειρολαβών στους τοίχους του μπάνιου, χαμηλά σκαλοπάτια κ.α.).

2. **Τραπεζαρία** : Συνιστάται να είναι σε τύπο εστιατόριου που είτε σερβίρεται το φαγητό από τους σερβιτόρους είτε αυτοσερβίρονται.

Ο χώρος αυτός πρέπει να είναι χαρούμενος, ανάλογα εξοπλισμένος και διακοσμημένος.

3. **Σαλόνι** : Σ' αυτό οι τρόφιμοι του ιδρύματος μπορούν να δέχονται τους επισκέπτες τους και να έχουν μεταξύ τους μία άνετη και ευχάριστη συναναστροφή. Ανάλογα με τον αριθμό των τροφίμων προγραμματίζεται και ο αριθμός των σαλονιών.

Το σαλόνι, πρέπει να έχει κατάλληλη επίπλωση και διακόσμηση για να δημιουργεί άνεση και ευχαρίστηση στα άτομα που το χρησιμοποιούν και να είναι εξοπλισμένο με είδη ψυχαγωγίας όπως τηλεόραση, video, radio, pic-up κ.λ.π.

4. **Αίθουσα ψυχαγωγίας** : Αυτή πρέπει να είναι μεγάλη με ειδικές εγκαταστάσεις ψυχαγωγίας όπως σκηνή και ανάλογο εξοπλισμό, πιάνο, μηχανήματα για προβολές, pic-up, κ.α.

5. Αναρρωτήριο : Η νοσηρότητα στα ηλικιωμένα άτομα είναι μεγάλη και για καλύτερη ιατρονοσηλευτική περίθαλψη των τροφίμων είναι απαραίτητη η πρόβλεψη αναρρωτηρίου.

Το αναρρωτήριο είναι ένα χωριστό διαμέρισμα που διαθέτει δωμάτια με ατομικό λουτρό και τους πιο κάτω χώρους ανάλογα εξοπλισμένους : Ιατρείο, φαρμακείο, λινοθήκη, βοηθητικούς νοσηλευτικούς χώρους, αίθουσα αναμονής.

6. Βιβλιοθήκη : Η βιβλιοθήκη πρέπει να πληρεί προϋποθέσεις, όπως άπλετο φωτισμό, άνεση, καλό εξοπλισμό και εμπλουτισμό σε βιβλία που να καλύπτουν τα ενδιαφέροντα όλων των τροφίμων.

7. Ναός : Ο Ναός βρίσκεται μέσα στο κτίριο ή είναι ανεξάρτητο κτίριο στον ακάλυπτο χώρο του ιδρύματος. Ο Ναός μαζί με τον Ιερέα, καλύπτει τις ψυχικές και πνευματικές ανάγκες των ηλικιωμένων.

8. Φυσικοθεραπευτήριο : Χώρος με ειδικές εγκαταστάσεις, εξοπλισμό και με ειδικευμένο προσωπικό στον οποίο οι τρόφιμοι μπορούν να περνούν αρκετές ώρες για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση μικροαναπηριών.

9. Εργοθεραπευτήριο : Χώρος με ειδικές εγκαταστάσεις και εξοπλισμό καθώς και με κατάλληλο προσωπικό. Η χρήση του εργοθεραπευτηρίου βοηθά τον υπερήλικα να ξεφύγει από τα δεσμά του ατομισμού του, διατηρεί και αυξάνει τα ενδιαφέροντα του, περιορίζει την απομόνωση, αυξάνει την κοινωνικότητά του, του δίνει την αίσθηση ότι είναι χρήσιμος στο κοινωνικό σύνολο κ.α.

Άλλοι χώροι που απαραίτητα πρέπει να υπάρχουν σε ένα Γηροκομείο είναι : τα γραφεία διοίκησης, η κεντρική κουζίνα, λινοθήκη, ραφείο, πλυντήριο, σιδερωτήριο, τεχνική υπηρεσία, αποθήκες.

Συνεχίζουμε με το προσωπικό που πρέπει να έχει το ίδρυμα για την καλή του λειτουργία.

Το προσωπικό που εργάζεται στον «Οίκο Ευγηρίας» - Γηροκομείο χωρίζεται σε δύο κατηγορίες :

- 1) Το προσωπικό με πλήρη απασχόληση.
- 2) Το προσωπικό με μερική απασχόληση.

Προσωπικό πλήρους απασχόλησης είναι :

- 1) Ο Ιερέας.
- 2) Ο Γηρύατρος.
- 3) Νοσηλευτικό Προσωπικό.
- 4) Διοικητικό Προσωπικό.
- 5) Μάγειρας
- 6) Βοηθητικό προσωπικό (καμαριέρες, τραπεζοκόμες, καθαρίστριες).

Προσωπικό μερικής απασχόλησης είναι :

- 1) Διαιτολόγος
- 2) Ψυχολόγος
- 3) Φυσιοθεραπευτής
- 4) Εργοθεραπευτής
- 5) Τεχνικοί
- 6) Κοινωνικός λειτουργός.¹⁹

10.4. Άσυλα - Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων.

Από τη στιγμή που τα νοσοκομεία και οι «οίκοι ευγηρίας» δεν μπορούν να παραχωρήσουν κλίνες για τη φροντίδα κάποιου που αντιμετωπίζει μακροχρόνια ανίατη ασθένεια, δημιουργείται η ανάγκη για την παροχή ικανοποιητικής ιατρικής φροντίδας.

Τα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων αποσκοπούν στην προστασία ατόμων με χρόνια προβλήματα και ενδιαφέρονται κυρίως για την ανακούφιση του πόνου

μέσω ειδικών τεχνικών και υπηρεσιών. Έτσι τα ιδρύματα αυτά «εξασφαλίζουν» κατά κάποιο τρόπο τον ηλικιωμένο ώστε η τελική περίοδος της ζωής να διανύεται με το μεγαλύτερο δυνατό αίσθημα «ευεξίας».

Τα ιδρύματα αυτά μπορεί να οργανωθούν από υγειονομικές αρχές, εθελοντικές ή θρησκευτικές οργανώσεις, και να χρηματοδοτηθούν, από ιδρύματα, δωρεές, εισφορές των ασθενών κ.α. συχνά δε να ενισχυθούν από τις τοπικές υγειονομικές αρχές.¹⁸

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Νοσηλευτική διεργασία

Η νοσηλευτική διεργασία είναι εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολόγησης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας και μελέτης των αποτελεσμάτων της φροντίδας αυτής.

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι :

- Αξιολόγηση
- Προγραμματισμός
- Εφαρμογή
- Εκτίμηση των αποτελεσμάτων

Σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η διατήρηση της υγείας , η πρόληψη της ασθένειας , η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, η προώθηση της αναρρώσεως, η αποκατάσταση της υγείας και η προαγωγή αυτής .

Η νοσηλευτική διεργασία, που αποβλέπει στην καλύτερη εξατομίκευση της φροντίδας του αρρώστου, δεν είναι απλή ακαδημαϊκή θεωρία άσχετη με την πρακτική εφαρμογή της νοσηλείας. Επίσης δεν προσφέρει τη μαγική λύση σε όλα τα προβλήματα. Αν υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις προσωπικού, υλικού οργάνων και άλλων μέσων, η νοσηλευτική διεργασία δε θα παρουσιάσει ξαφνική αύξηση της παραγωγής των ειδών αυτών. Θα αποδειχθεί τόσο καλή μέθοδος όσο καλοί είναι και οι νοσηλευτές που την χρησιμοποιούν. Αλλά μπορεί να τους βοηθήσει να αξιοποιήσουν τις δυνατότητές τους στο μέγιστο βαθμό για το καλό του αρρώστου.⁷

Για να γίνει πλήρως κατανοητή η ουσία και το περιεχόμενο της νοσηλευτικής διεργασίας, παρατίθενται δύο κλινικές περιπτώσεις ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύθηκαν σε δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα, καθώς και το

σύνολο των νοσηλευτικών ενεργειών, προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία τους στο μέγιστο βαθμό.

A Κλινική περίπτωση.

Στις 20/8/98 εισήχθη στην παθολογική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημικού Νοσοκομείου του Ρίου ο κύριος Δ.Σ., 84 ετών .

Ο κος Δ. Σ. είναι συνταξιούχος Ι.Κ.Α. τρώφμος του Κωσταντοπουλείου « οίκου ευγηρίας » στην Πάτρα.

Πρόκειται για ασθενή με ιστορικό καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας, ο οποίος προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω αναιμίας, χωρίς σύννοδα συμπτώματα εκτός από καταβολή. Από τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκαν ωχρότητα δέρματος και επιπεφυκότων, οιδήματα στα κάτω άκρα ενώ η δακτυλική εξέταση από το ορθό ήταν αρνητική για αίμα η μέλανα.

Αντικειμενικά Ευρήματα :

Α.Π. : 120/60 mmHg.

Σ.Φ. : 85/min.

Θερ. : 36,4

Αν. : 19/min.

Εργαστηριακά Ευρήματα :

Ht. : 21,4 gr% Hb : 9 gr%

Λευκά : 9.300 κ.ε. αίματος

T.K.E. : 42

Ουρία : 49 mg/dl

Σάκχαρο : 98 mg/dl

K : 3,9 mEq/lit. Na : 135 mEq/lit.

Ερυθρά : 2.500.000 κ.ε. αίματος

Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών και ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου (Σιδηρούχος δεξτρόνη).

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παρέμεινε άπυρετος αιμοδυναμικά σταθερός χωρίς να εμφανίσει πρόβλημα από το καρδιοαναπνευστικό.

Η θεραπευτική αγωγή η οποία ξεκίνησε από την πρώτη ημέρα της νοσηλείας του ήταν η ακόλουθη :

- turb. Dracanyl 2 εισπνοές x 4
- inh. Atrorent 0,5 ml x 3
- TTS Pancoran 1 x 1
- tabl. Tildiem 60 mg. 1 x 2
- tabl. Moduretic 1 κάθε δεύτερη ημέρα.
- amp. Imferon 1ml. κάθε δεύτερη ημέρα.

Στη συνέχεια αναφέρονται τα κυριώτερα προβλήματα, οι νοσηλευτικές φροντίδες, καθώς και τα αποτελέσματα που επέφερε η παρέμβαση της νοσηλευτικής ομάδας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>- Οιδήματα κάτω άκρων.</p>	<p>- Υποχώρηση των οιδημάτων.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ανύψωση των κάτω άκρων. - Εφαρμογή άναλου διαίτας. - Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών. - Καθημερινό ζύγισμα του ασθενούς. - Ενημέρωση του ασθενούς, να μην παίρνει πολλά υγρά. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθετήθηκαν μαξιλάρια κάτω από τα πόδια του ασθενούς, ώστε να είναι ελαφρώς ανασηκωμένα. Συγχρόνος χαλαρώθηκαν τα κλινοσκεπάσματα, έτσι ώστε να μην ασκούν μεγάλη πίεση στα άκρα του ασθενούς. - Ο ασθενής άρχισε άναλο διαίτα (το αλάτι ευνοεί την κατακράτηση υγρών). - Μετρούνται και καταγράφονται καθημερινά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. - Ο ασθενής παίρνει περίπου από το στόμα 1000 cc υγρά. - Ζυγίζεται καθημερινά ο ασθενής (την πρώτη ημέρα της νοσηλίας του ζύγισε 80 kg). 	<ul style="list-style-type: none"> - Τα οιδήματα άρχισαν να υποχωρούν από την τρίτη ημέρα της νοσηλίας του. - Ο ασθενής μετά την εφαρμογή της άναλου διαίτας, είχε 1500 cc ούρα. - Την πέμπτη ημέρα της νοσηλίας του (στις 24/8/1998) ο ασθενής ζύγισε 77 kg. Το βάρος του από την ημέρα αυτή διατηρήθηκε σταθερό καθ' όλη την διάρκεια της νοσηλίας του.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>- Καταβολή δυνάμεων.</p> <p>Έναρξη μετάγγισης 21/8/98 9 π.μ. Χορήγηση μίας φιάλης (300cc) συμπυκνωμένων ερυθρίων.</p> <p>- Ενδεχόμενη εμφάνιση άμεσων αντιδράσεων κατά την μετάγγιση (αιμόλυση, αλλεργία, εμβολή αέρα και υπερφόρτωση).</p>	<p>- Σωματική τόνωση του ασθενούς.</p> <p>- Να προληφθεί η εμφάνιση αυτών των αντιδράσεων.</p>	<p>- Ενημέρωση των οικίων προσώπων του ασθενούς, να μην τον επισκέπτονται πολλοί μαζί.</p> <p>- Ενθάρρυνση του ασθενούς να κοιμάται αρκετά.</p> <p>- Εφαρμογή διαίτας πλούσια σε πρωτεΐνες.</p> <p>- Να γίνει έλεγχος των στοιχείων της φιάλης.</p> <p>Το αίμα αρχικά να χορηγείται με αργό ρυθμό και να παρακολουθείται στενά ο άρρωστος κατά τη μετάγγιση για την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων (ρίγος, πυρετός, ναυτία, έμετοι, κνήσμος, εξάνθημα, πτώση Α.Π.).</p> <p>- Να λαμβάνονται συχνά τα ζωτικά σημεία</p>	<p>- Ενημερώθηκαν οι οικίοι του ασθενούς να μην τον επισκέπτονται όλοι μαζί.</p> <p>- Ενημερώθηκε ο ασθενής για την ευεργετική δράση του ύπνου και ενθαρρύνθηκε να κοιμάται όσο πιο πολύ μπορεί.</p> <p>- Άρχισε δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες (κυρίως βοδινό κρέας).</p> <p>- Έγινε έλεγχος των στοιχείων της φιάλης (ονοματεπώνυμο ασθενούς, πατρώνυμο, αριθμός φιάλης, ομάδα, Rhesus, γονότυπος, ημερομηνία λήξεως).</p> <p>- Αρχικά το αίμα χορηγήθηκε με αργό ρυθμό (15 σταγόνες / min). Στην συνέχεια (μετά από 15 min) αυξήθηκε η ροή του αίματος στις 30 σταγόνες / min. Το πλήρες αίμα χορηγείται με ρυθμό 40-60 / min , ο ρυθμός είναι βραδύτερο στην χορήγηση συμπυκνωμένων ερυθρών.</p> <p>- Λαμβάνονται και καταγράφονται τα Ζ.Σ. κάθε 30 min. Ζ.Σ. : Α.Π.: 130/80 mmHg, Σ.Φ. : 80/min</p>	<p>- Σταδιακή ανάκτηση των δυνάμεων του ασθενούς.</p> <p>- Ζ.Σ. : φυσιολογικά - Ο ασθενής δεν ανέφραξε συμπτώματα κνησμού, ναυτίας - Ο ασθενής δεν εμφάνισε εξανθήματα.</p>

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Ενδεχόμενη εμφάνιση πυρετικών αντιδράσεων μετά των μετάγγιση καθώς και παρουσία ναυτίας και εμέτων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Να προληφθεί η εμφάνιση αυτών αντιδράσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συχνή λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων. - Ενημέρωση και ενθάρρυνση του ασθενούς για συμμετοχή στο σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας. 	<p>Θ. : 36,6 ΑΝ. : 18 / min .</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ενημερώθηκε ο ασθενής να αναφέρει ενδεχόμενο αίσθημα κνησμού ή ναυτίας. - Ελέγχεται ο ασθενής για ενδεχόμενη εμφάνιση εξανθήματος. <p>- Λαμβάνεται και καταγράφονται τα Ζ.Σ. κάθε 1 ώρα.</p> <p>- Ενημερώθηκε ο ασθενής να αναφέρει τυχόν διατροφικές κενώσεις, καβίως και ενδεχόμενο αίσθημα ναυτίας.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ζ.Σ. : φυσιολογικά - Ο ασθενής είχε μια κένωση η οποία ήταν φυσιολογική. Δεν είχε αίσθημα ναυτίας.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Έναρξη χορήγησης σιδηρούχου δεξτράνης στις 21/8/1998. - Ενδεχόμενη εμφάνιση αλλεργικών αντιδράσεων από τη χορήγηση σιδήρου (κνησμός, εξάνθημα, ρίγος, πυρετός, οίδημα προσώπου, αναφυλακτικό shock, ανακοπή) 	<ul style="list-style-type: none"> - Να προληφθεί η εμφάνιση αυτών των αντιδράσεων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Να γίνεται συχνή λήψη και καταγραφή των Ζ.Σ. - Να παρακολουθείται η γενική κατάσταση του αρρώστου. - Να τοποθετηθεί δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου, τροχήλατο με υλικά απαραίτητα για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών π.χ. solu-cortef, ενδοτραχειακούς σωλήνες, αεραγωγούς, στοματοδιαστολείς, λαρυγγοσκόπιο κ.α. 	<ul style="list-style-type: none"> - Λαμβάνονται και καταγράφονται τα Ζ.Σ. κάθε 3 ώρες. - Ελέγχεται καθημερινά το σώμα και το πρόσωπο του ασθενούς για τυχόν εμφάνιση ερυθρότητας, οιδήματος ή εξανθημάτων. - Ενημερώθηκε ο ασθενής να αναφέρει ενδεχόμενο αίσθημα κεφαλαλγίας, κνησμού ή ναυτίας. - Έγινε τοποθέτηση δίπλα στο κρεβάτι τροχήλατου με υλικό για αντιμετώπιση επειγόντων. 	<p>Z.Σ. : φαισιολογικά A.Π. : 140/80 mmHg A.N. : 18/min Σ.Φ. : 85/min Θερ. : 36,7 C</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής δεν παρουσίασε οίδημα προσώπου, ερυθρότητα ή εξάνθημα. - Ο ασθενής δεν αισθάνθηκε κεφαλαλγία, κνησμό ή ναυτία.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>- Κίνδυνος χρώσης δέρματος γύρω από το σημείο εγχύσεως του φαρμάκου εξαιτίας εισόδου του σιδήρου στο δέρμα. (Η σιδηρούχος δεξτράνη αν ενεθεί υποδόρια προκαλεί χρώση δέρματος, γι' αυτό χορηγείται είτε ενδοφλέβια, είτε βαθιά ενδομυϊκά)</p>	<p>- Πρόληψη χρώσης δέρματος</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Επιλογή μεγάλης και σταθερής φλέβας. - Βεβαίωση αμέσως μετά την εισαγωγή της βελόνας στη φλέβα ότι βρισκόμαστε μέσα σε αυτή. - Εναλλαγή του σημείου φλεβοκέντησης για την πρόληψη θρόμβωσης και καταστροφής της φλέβας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επιλέχθηκαν για τη χορήγηση σιδήρου οι φλέβες της κοιλότητας του αγκώνα (μεσοβραχιλική, βασιλική). Οι φλέβες αυτές ενδείκνυνται για ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων. - Αμέσως μετά την εισαγωγή της βελόνας στη φλέβα και πριν την έκχυση του σιδήρου σ' αυτή, εκτελείται αναρρόφηση για την επιβεβαίωση ότι η βελόνα ήταν στη φλέβα. - Κάθε δεύτερη μέρα, δηλαδή σε κάθε δόση, άλλαζε το σημείο φλεβοκέντησης (εναλλάξ αριστερό και δεξί άκρο). 	<p>- Δεν παρουσιάστηκε πρόβλημα χρώσης δέρματος κατά την διάρκεια χορήγησης σιδήρου.</p>

Β Κλινική περίπτωση :

Στις 12/12/98 εισήχθη στην παθολογική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ρίου , ο Κύριος Γ.Η. 83 ετών ,συνταξιούχος Ο.Γ.Α. κάτοικος Κυπαρισσίας. Ο ασθενής δεν δύναται να δώσει ιστορικό υγείας λόγω αφασίας και ως εκ' τούτου το ιστορικό λαμβάνεται από τη θυγατέρα του. Ο ασθενής μία ημέρα προ της εισαγωγής του παρουσίασε αφασικές εκδηλώσεις για τις οποίες διεκομίσθη στο νοσοκομείο της Κυπαρισσίας.Εκεί διεγνώσθη αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο απ' όπου διεκομίσθη στο νοσοκομείο του Ρίου.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ο ασθενής πρό του επεισοδίου, ήταν περιπατητικός και χωρίς κανένα πρόβλημα.

Πρέπει ακόμα να σημειωθεί ότι πριν 1 ½ έτος , έγινε χειρουργική επέμβαση για αιμάτωμα εγκεφάλου.

Έλεγχος κατά συστήματα :

Πνεύμονες : Δύσπνοια.

Κοιλιά : Κοιλιακά αντανακλαστικά ελατωμένα δεξιά

Ορθόν : Μυϊκός τόνος ελαττωμένος δεξιά.

Άκρα : Δεξιά ημιπάρεση άνω και κάτω άκρου. Αντανακλαστικά δεξιά νωθρά και αριστερά κατά φύση.

Νευρικό : Αφασία εκπομπής ενώ δεν παρατηρείται σημαντική αφασία αντίληψης. Δεν παρατηρείται αυχενική δυσκαμψία.

Οφθαλμοί : Μυδρίαση δεξιού οφθαλμού με σύνδρομο καταράκτη και καταργημένο αντανακλαστικό φωτός .Αντανα-

κλαστικό κόρης αριστερού οφθαλμού κατά φύση.

Στώμα : Πάρεση δεξιού κατώτερου προσωπικού νεύρου.

Καρδιά : Αρυθμία.

Εργαστηριακές εξετάσεις :

Ερυθρά : 4.690.000 κ.ε. αίματος.

Αιματοκρίτης : 43,8 gr%

Αιμοσφαιρίνη : 14,7 gr%

Λευκά : 7.500 κ.ε. αίματος.

Σάκχαρο : 125 mg/dl

Ουρία : 47 mg/dl

Διάγνωση : Πολλαπλά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Σκлерιντική καρδιοπάθεια. Αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

Πορεία νόσου : Η κατάσταση του ασθενούς είναι βαριά .

Δεν έχει κένωση από την ημέρα της εισαγωγής του. Στίς 17/12/98

βελτιώθηκε η επικοινωνία του με το περιβάλλον και άρχισε να επικοινωνεί με νοήματα. Τρέφεται με πολτώδεις τροφές.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Αύξηση Α.Π. (150 mmHg) 	<ul style="list-style-type: none"> - Μείωση της Α.Π. και διατήρησή της σε φυσιολογικά επίπεδα. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συχνή λήψη και καταγραφή της Α.Π. - Χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Γίνεται τριώρη λήψη και καταγραφή της Α.Π. - Χορηγήθηκε ½ amp Catapresan μετά από ιατρική εντολή. Το Catapresan εξαιτίας της αγγειοδιαστολής που προκαλεί, επιφέρει πτώση της Α.Π. 	<ul style="list-style-type: none"> - ½ ώρα μετά την χορήγηση του Catapresan, η Α.Π. έλεσε (130/170 mmHg) - Συνεχίζεται η παρακολούθηση της Α.Π.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Δύσπνοια 	<ul style="list-style-type: none"> - Απαλλαγή του ασθενούς από τη δύσπνοια. 	<ul style="list-style-type: none"> - Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση. - Χορήγηση O₂. - Διατήρηση θρέψης και ενυδάτωσης και φυσιολογικής κενώσεως του εντέρου. - Καλός αερισμός του θαλάμου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Έγινε τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση. - Χορηγήθηκε O₂ με ρινικό καθετήρα (3 lt). - Γίνεται παρακολούθηση των αερίων αίματος και των ηλεκτρολυτών του ορού για την έγκαιρη διάγνωση μεταβολών στην οξεοβασική ισορροπία. - Εξασφαλίστηκε δροσερός αέρας στο θάλαμο του ασθενούς με συχνό αερισμό αυτού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Παρατηρήθηκε βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας. - Συνεχίζεται η χορήγηση O₂.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Δυσχέρια στην λήψη τροφής. - Απουσία κένωσης (από την 1η ημέρα της νοσηλείας του) 	<ul style="list-style-type: none"> - Επαρκής κάλυψη των θερμιδικών αναγκών του ασθενούς - Λήψη μέτρων για κένωση εντέρου. 	<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση πολτοποιημένων τροφών. - Χορήγηση παρεντερια υγρών θερμιδικής αξίας. - Χορήγηση υγρών. - Χορήγηση τροφών με υπόλειμα. - Χορήγηση υπακτικών φαρμάκων. 	<ul style="list-style-type: none"> - Άρχισαν να χορηγούνται στον ασθενή πολτώδεις τροφές. - Χορηγείται παρεντερικά D/ω , 5%, 1000 cc, 1 X 1. - Χορηγούνται στον ασθενή άφθονα υγρά από το στόμα και παρεντερικά. - Δίνεται στον ασθενή τροφή με υπόλειμα (δημητριακά, γάλα, γιαούρτι κ.α.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Επιτεύχθηκε λήψη επαρκούς ποσότητας τροφής. - Οι προσπάθειες αυτές δεν απέδωσαν. Ο ασθενής δεν είχε κένωση και χορηγήθηκαν υπακτικά μετά από ιατρική εντολή (1 sup. γλυκερίνης 1X1).

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<ul style="list-style-type: none"> - Κίνδυνος δημιουργίας κατακλίσεων εξαιτίας της παρατεταμένης ακινησίας. 	<ul style="list-style-type: none"> - Λήψη μέτρων για την πρόληψη του κινδύνου αυτού. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συχνή αλλαγή θέσεως. - Διατήρηση στεγνού και καθαρού δέρματος. 	<ul style="list-style-type: none"> - Αλλάζεται η θέση του ασθενούς κάθε 2 ώρες, για την αποφυγή παρατεταμένης πίεσης στο ίδιο σημείο. - Γίνεται καθημερινή περιποίηση δέρματος. Ειδικά στις πιο ευαίσθητες στην δημιουργία κατακλίσεων περιοχές (πτέρνες, αγκώνες, ομοπλάτες, ινίο κεφαλής, κόκκυγας). Οι περιοχές αυτές σαπουνίζονται με χλιαρό νερό και μαλακό σαπούνι. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επαλείφεται το δέρμα μετά από κάθε πλύση με προστατευτική αλοιφή. - Στεγνώνεται καλά το δέρμα (η υγρασία ευνοεί τη δημιουργία κατακλίσεων) - Τοποθετήθηκαν μαξιλάρια κάτω από τις πτέρνες και τη μέση για όροση της πίεσης στις περιοχές αυτές.

Συμπεράσματα.

1) Ο ηλικιωμένος είναι μια μοναδική και ανεπανάληπτη βιοψυχοκοινωνική ύπαρξη και έχει ανάγκη ολικής προσέγγισης.

2) Η νοσηλευτική φροντίδα του ηλικιωμένου είναι χρέος, τιμή και προνόμιο. Μπορεί, όταν σπουδάζεται κατάλληλα, να προσφέρει ανακούφιση, χαρά και ελπίδα και να αναπληρώνει το νόημα της ζωής και στο τελικό της στάδιο.

3) Οι γνώσεις, οι μέθοδοι και οι εφαρμογές της γεροντολογικής Νοσηλευτικής, διευρύνουν τα όρια και τις δυνατότητες της γενικής Νοσηλευτικής, την εμπλουτίζουν και την ολοκληρώνουν σαν έργο, σαν αποτέλεσμα και σαν λειτούργημα.⁷

Επίλογος

Ο κάθε ηλικιωμένος πολίτης έχει τα παρακάτω δικαιώματα :

1. Το δικαίωμα να είναι χρήσιμος.
2. Το δικαίωμα να συμμετέχει στο αγαθά της κοινωνίας στην οποία ζει
3. Το δικαίωμα να ζει ανεξάρτητα.
4. Το δικαίωμα να ζήσει και να πεθάνει με αξιοπρέπεια.
5. Το δικαίωμα να χρησιμοποιεί όλες τις υπάρχουσες γνώσεις για την βελτίωση της ζωής του κατά τα γεραματά του.

Προτάσεις για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων:

- Να προετοιμάζονται ώστε να παραμείνουν για όσο χρόνο το επιτρέπει η υγεία τους και οι περιστάσεις, ενεργά ικανά και χρήσιμα μέλη της κοινωνίας.
- Να βρουν τρόπους διοχέτευσης του δυναμικού τους.
- Να αξιοποιήσουν την πείρα και τις γνώσεις τους.

Βιβλιογραφία.

1. Πλατή Χ. , «Γεροντολογική Νοσηλευτική», Β έκδοση, Εκδόσεις επτάλοφος Α.Ε. ,Αθήνα 1997.
2. Κυριακίδου Ε. , «Κοινοτική Νοσηλευτική», Αθήνα 1995.
3. Χανιώτης Φ. , «Γηριατρική», Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1989.
4. Ιωαννίδης Ι. , «Παιδαγωγική Ψυχολογία», Τόμος Β, Έκδοση Α, Εκδόσεις κορφή, Αθήνα 1996.
5. Τζιμουράκα Α. , «Τα γηρατιά και τα προβλημάτά τους», 2η έκδοση, Θεσσαλονίκη 1986.
6. Σαχίνη Καρδάση Α. , Πάνου Μ. , «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική» Τόμος 2ος, Μέρος Β, Δ επανέκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 1994.
7. Ραγιά Α. , «Βασική Νοσηλευτική», Β έκδοση, Αθήνα 1991.
8. Μαλγαρινού Α. , Κωσταντινίδου Σ. , «Νοσηλευτική-Γενική, Παθολογική, Χειρουργική», Τόμος Α. Ένατη έκδοση, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1986.
9. Traynard P. Y. , Braun-Mauger A. , Selmi H. , Dubois-Ranpe J.L. , « Συμβουλές προς διαβητικούς για την υγιεινή των κάτω άκρων», Εγχειρίδιο, Νοσοκομείο Hotel Dieu, Παρίσι 1990.
10. Αθανάτου Ε. , «Κλινική Νοσηλευτική», Δ έκδοση, Αθήνα 1994.
11. Τριχόπουλος Δ. , Τριχοπούλου Α. , «Προληπτική Ιατρική», Εκδόσεις Παρισιάνος Γ. , Αθήνα 1986.
12. Cape R. ,Coe R. , Rossman I. , «Βασικές αρχές της γηριατρικής», Μετάφραση-Επιμέλεια Ιμπριάλος Π. ,Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1990.

13. Brody E. , Kleban M. , Kleban F. , Moss S. , «How dangerous are falls in old people at home», British Medical Journal 1981 .
14. Δόντας Α. , «Τρίτη ηλικία-Προβλήματα και δυνατότητες», Εκδόσεις Παρισιάνος Γ. , Αθήνα 1981.
15. Μούσουρα Α. , «Σημειώσεις Γηριατρικής Νοσηλευτικής», Τμήμα Νοσηλευτικής, Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1996.
16. Σταθόπουλος Π. , «Κοινωνική Πρόνοια», Δεύτερη έκδοση, Εκδόσεις «Έλλην», Αθήνα 1996.
17. Αμνρά Α. , Γεωργιάδη Ε. , Τεπέρογλου Α. , «Ο θεσμός της ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα», Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών, Αθήνα 1986.
18. Μεσθεναίου Ε. , Τριανταφύλλου Τ. , «Ποιος φροντίζει;», Αθήνα 1993.
19. Μαλγαρινού Μ. , Γουλιά Ε. , «Η Νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα», Έκδοση δεύτερη , Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1988.

