

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: « *Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ,
ΕΞΩΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ – ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ* »

Υπεύθυνη καθηγήτρια:
Dr. Παπαδημητρίου Μαρία

Σπουδάστρια:
Σιόγκα Αθηνά



- Π Α Τ Ρ Α 2 0 0 0 -

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ 3094

*Αφιέρωση
Στους γονείς μου*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	5
1.1. Ορισμός τρίτης ηλικίας	5
1.2. Επιδημιολογικά στοιχεία	5
1.3. δημογραφικά στοιχεία	6
1.4. Επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού στο σύστημα υγείας	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	9
2.1. Σωματική και πνευματική εξέλιξη του γήρατος	9
2.2. Αντιλήψεις και θεωρίες περί γήρατος.	10
2.3. Αίτια γήρατος και σημεία γήρατος	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	16
3.1. Γενικές αλλαγές που σχετίζονται με το γήρας	16
3.2. Κυτταρικές αλλαγές	16
3.3. Μεταβολές στο καρδιαγγειακό σύστημα	17
3.4. Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα	17
3.5. Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα	18
3.6. Μεταβολές στο πεπτικό σύστημα	19
3.7. Μεταβολές στο μυοσκελετικό σύστημα	19
3.8. Αισθητηριακές μεταβολές	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	22
4.1 Προβλήματα υπερηλίκων – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις – Οικονομικά προβλήματα	22
4.2 Σωματικά προβλήματα	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	32
5.1 Ατυχήματα και ηλικιωμένοι	32
5.2 Οι πτώσεις στους ηλικιωμένους	32
5.3 Αίτια πτώσεων	33
5.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	34
5.5. Εκπαίδευση ηλικιωμένων για την πρόληψη των πτώσεων	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	38
6.1. Ο υπερήλικας στην οικογένεια	38

6.2. Ο υπερήλικας στην κοινωνία _____	40
6.3. Μέτρα προστασίας ηλικιωμένων _____	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 _____	45
7.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα του υπερήλικα _____	45
7.2 Εκπαίδευση προσωπικού _____	48
7.3 Φιλοσοφία της γεροντολογικής νοσηλευτικής _____	49
7.4 Ηθικά Διλήμματα _____	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 _____	53
8.1. Εξωιδρυματική περίθαλψη ηλικιωμένων _____	53
8.2. Τα νοσοκομεία ημέρας _____	53
8.3. Κέντρα ανοικτής περίθαλψης ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ). _____	54
8.4. Προγράμματα αναδοχής _____	55
8.5. Ιδρυματική περίθαλψη _____	55
8.7. Άσυλα - Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων _____	57
Ολιστική και Εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα τρίτης ηλικίας με την μέθοδο νοσηλευτικής διεργασίας _____	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 _____	60
Γενικές έννοιες Νοσηλευτικής Διεργασίας _____	60
Α. Κλινική περίπτωση _____	61
Β Κλινική περίπτωση _____	71
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΛΥΣΕΙΣ _____	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ _____	80

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 νέοι.

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.

Ας προσπαθήσουμε να κάνουμε τα χρόνια της τρίτης ηλικίας ήρεμα, μακάρια, ευχάριστα. Έπειτα από διακυμάνσεις, δοκιμασίες αναστατώσεις δικαιούνται και ο ανθρωπίνος βίος να έχει μια ωραία κατάληξη μια χαρούμενη δύση....

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κάποια ημέρα όταν περάσουν τα χρόνια λιγοστεύουν για κάθε άνθρωπο οι ρεαλιστικές χαρές και απολαύσεις. Έχει φτάσει η εποχή που παύουν οι ζωογόνες και ελπιδοφόρες ανηφοριές και αρχίζουν σιγά σιγά οι κατήφοροι. Ο άνθρωπος χωρίς να το θέλει, βλέπει πιο πολύ προς τα πίσω παρά μπροστά. Επικρατεί σε κάθε του σκέψη και πράξη συντηρητικότητα και επιφύλαξη και όχι τόλμη και αποφασιστικότητα. Αποζητά ηρεμία και ανάπαυση και όχι κίνηση και δράση.

Στις προχωρημένες ηλικίες δεν μπορεί κανείς να χαρεί όλες τις απολαύσεις που προσφέρονται στους νέους. Ακόμα και αν νιώθει μέσα του άσβεστη φλόγα , διάθεση, παρακίνηση. Και αν πιστεύει πως έμειναν ανεκπλήρωτες, τόσες του προσδοκίες, πως δεν θα γευθεί, να χορτάσει όσα πλουσιοπάροχα χαρίζει η ζωή στα νιάτα.

Όλοι γερνάμε και όλοι αντικρίζουμε το φάσμα του αύριο γιατί δυστυχώς για τους γέροντες το ενδιαφέρον της οικογένειας είναι αρκετά αμφίβολο, η κοινωνική εξασφάλιση υποτυπώδης. Σε όλους είναι γνωστό ότι οι γέροντες προσφέρουν σε όλη τους τη ζωή τα πάντα για την οικογένεια τους, την κοινωνία και το κράτος ως ανταμοιβή οι περισσότεροι από αυτούς συναντούν την αδιαφορία μερικές φορές την περιφρόνηση για να καταλήξουν ρακένδυτοι, φτωχοί, ασθενείς και εγκατελειμένοι στο έλεος της τύχης τους χωρίς κανέναν να έχει σκεφτεί σοβαρά πως θα αντιμετωπιστεί το φοβερό δράμα της ζωής τους και τα προβλήματα των γερόντων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1. Ορισμός τρίτης ηλικίας

Τι θα πει γηρατειά και γήρας και πως το ορίζουμε; Δεν υπάρχει άλλη απάντηση στην πραγματικότητα, υπάρχουν αρκετοί ορισμοί και εκεί έχουμε την τάση χωρίς να το καταλαβαίνουμε να χρησιμοποιούμε πότε τον έναν και πότε τον άλλο

Σε καμιά περίπτωση όμως δεν πρέπει να συγχέουμε το γήρας με τα γηρατειά. Αν τα γηρατειά, πράγματι, χαρακτηρίζονται ύστερα από κάποια ηλικία το γήρας αντίθετα υπάρχει από τη στιγμή της γέννησης ακόμα και από εκείνη της γονιμοποίησης. Οι μελετητές εξάλλου σημειώνουν ότι είναι αδύνατες εκτός από άωφελο να προσδιορίσουμε ποια είναι αυτή η ηλικία στην οποία αρχίζουν τα γηρατειά, έστω και αν αρχίζουν λογικά γύρω στα 60 εποχή που θεωρείται ότι το άτομο μπαίνει στην όπως ονομάζεται και τρίτη ηλικία.

Τα γηρατειά ειδικότερα, είναι μια δυσαρμονία του ανθρώπινου οργανισμού που αρχίζει από τη στιγμή που η ομοστασία δηλαδή η μεταβολική ισορροπία αρχίζει να μην είναι τέλεια. Τα γηρατειά έχουν περιγραφεί σαν περίοδος εξασθένισης του ανοσολογικού συστήματος δηλαδή μείωσης της εντάσεως της ανοσολογικής απαντήσεως έναντι των φλεγμονωδών νόσων και των άλλων κακοηδών καταστάσεων.

1.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

Ο όρος Τρίτη ηλικία πρωτοεμφανίστηκε στην γαλλική βιβλιογραφία και αναφέρεται στην ομάδα των ατόμων που έχουν ξεπεράσει τα 60 ή

65 χρόνια ζωής. Ο αριθμός των ατόμων αυτής της ομάδας συνεχώς αυξάνει. Μια σύντομη αναδρομή στην ιστορία μας δίνει την πληροφορία πως ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου ήταν περίπου 12 χρόνια του ανθρώπου της εποχής του χαλκού περίπου 18 χρόνια. Από μελέτες σε ανθρώπινο σκελετό υπολογίστηκε ότι το 5% των ανθρώπων που έζησαν πριν από 100.000 χρόνια ζούσε μέχρι τα 45 του, το 45% μέχρι 20-35 χρόνια και το 50% μέχρι τα 20 χρόνια. Στην Ελλάδα στα χρόνια του Περικλή το προσδόκιμο ζωής ενός νεογέννητου ήταν είκοσι χρόνια και στην ελληνорωμαϊκή εποχή 31 χρόνια, κατά τα μέσα τέλος του 19^{ου} αιώνα 40 χρόνια. Σήμερα ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου κυμαίνεται από 70 έως 75 χρόνια.

1.3 δημογραφικά στοιχεία

Η Ελλάδα είναι δεύτερη σήμερα χώρα μετά τη Σουηδία, στο χώρο της Ευρώπης στην επιβίωση του πληθυσμού της. Στην Ελλάδα η γήρανση του πληθυσμού, με τον εξαιρετικά υψηλό ρυθμό μεταβολής της θα φέρει καταλυτική επίδραση στην οικονομική και την πολιτιστική της παράλληλα και τα εθνικά της προβλήματα. Αρκεί να λεχθεί ότι ενώ το 1950 σε 15 άτομα παραγωγικής ηλικίας αντιστοιχούσε 1 ηλικιωμένος 65 χρονών σήμερα σε 7 άτομα αντιστοιχεί 2 και σε δύο γενεές σε 3 άτομα θα αντιστοιχεί 1 ηλικιωμένος. Επιπλέον η αλλαγή στη δομή του πληθυσμού επηρεάζει τη σχέση εργαζομένων, συνταξιούχων ή γενικότερα ενεργών και μη ενεργών ατόμων με όλα τα συνεπακόλουθα προβλήματα.

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

1.4 Επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού στο σύστημα υγείας

Ο γκρίζος πλουτισμός αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο που κάνει ακόμα και τις πιο αναπτυγμένες χώρες να βρίσκονται στο στάδιο της προσαρμογής κατά το παρελθόν και μέχρι τις πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα η μακροβιότητα εθεωρείτο προνόμιο. Ήμερα η προοπτική αύξησης των ηλικιωμένων μολονότι επιθυμείται 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 αυξήσεων 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 περίθαλψή τους σε σχέση με φροντίδα των παιδιών οι δαπάνες για την περίθαλψη των ηλικιωμένων 75 και άνω είναι 7 φορές μεγαλύτερος ως προς το συνολικό μέσο όρο κατά άτομο ενώ για τους νέους κάτω των 75 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 5 οικογενειακές δαπάνες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1. Σωματική και πνευματική εξέλιξη του γήρατος

η σωματική και πνευματική εξέλιξη του γήρατος, χωρίζεται σε τρία στάδια :

ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ. Αυτό χαρακτηρίζεται από την βραδεία εξασθένηση της λειτουργικότητας των διαφόρων οργάνων που μπορεί να αντισταθμιστεί με την αποφυγή κόπωσης με την σωστή διατροφή με την ήρεμη διαβίωση.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ. Αυτό εμφανίζεται άλλοτε απότομα και άλλοτε σιγά σιγά. Η μείωση της ενεργητικότητας του ηλικιωμένου γίνεται εμφανής επειδή η φθορά του οργανισμού του δεν επανορθώνεται πια. Το κύτταρο και οι ιστοί αλλοιώνονται, οι μυς χάνουν την ελαστικότητά τους, τα οστά γίνονται εύθραυστα, η κυκλοφορία του αίματος παρουσιάζει δυσχέρειες, ο εγκέφαλος και η καρδιά παρουσιάζουν βαθμιαία εξασθένηση της λειτουργικότητας, ενώ τα νεύρα και τα αισθητήρια όργανα χάνουν την ευαισθησία τους και υπολειτουργούν. Η οργανική αυτή εξασθένηση συνοδεύεται συχνά από ψυχικές αλλαγές.

ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ. Είναι το τελευταίο στάδιο της ζωής. Οι άνθρωποι που πεθαίνουν από γηρατειά, συνήθως πεθαίνουν από κάποια αιτία που επιβαρύνουν την ηλικία αυτή. Η διάρκεια και η εξέλιξη της αρρώστιας εξαρτάται από την ηλικία και την γενική κατάσταση του οργανισμού.

2.2. Αντιλήψεις και θεωρίες περί γήρατος.

Πολλές προσπάθειες έγιναν κατά καιρούς από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων (βιολόγος, κοινωνιολόγος, ψυχολόγος κλπ), για τον ακριβή καθορισμό του γήρατος και τον χαρακτηρισμό του ηλικιωμένου ατόμου.

Απεδείχθη 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 τη μια γενεά στην άλλη.

Χρονολογικά το γήρας είναι ακόμη πιο δύσκολο να καθοριστεί διότι οι συνεχείς αλλαγές στη νοσηρότητα στην θνησιμότητα και στον μέσο όρο της ζωής των ατόμων μεταβάλλει αναγκαστικά και το χρονικό όριο του γήρατος. Το 1980 ο οργανισμός Ηνωμένων Εθνών καθόρισε σαν όριο γήρατος το 60ο έτος της ηλικίας. Στατιστικά στοιχεία όμως από ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου οδηγούν στο συμπέρασμα ότι ηλικιωμένοι στις χώρες αυτές θεωρείται το άτομο των 80 ετών και άνω.

Τα τελευταία χρόνια έγινε μεγάλη προσπάθεια και παρατηρήθηκε σημαντική πρόοδος στην κατανόηση της (βιολογίας του γήρατος,

εξακολουθούν όμως να υπάρχουν ακόμα αρκετά σκοτεινά σημεία. Κανένα μοντέλο ή θεωρία από όσες παρουσιάστηκαν κατά καιρούς δεν εξηγεί ικανοποιητικά την διεργασία του γήρατος. Σύμφωνα με το ΠΟΥ το πραγματικό γήρας είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας μεταξύ των ενδογενών γενετικών παραγόντων και των εξώγειων ή περιβαλλοντικών. Η επίδραση των περιβαλλοντικών επιδράσεων στην διεργασία του γήρατος διαπιστώνεται από τη διαφορά που παρουσιάζεται στην διεργασία αυτή μεταξύ ομάδων ατόμων τα οποία ζουν κάτω από διαφορετικές συνθήκες περιβάλλοντος.

Τα τελευταία χρόνια ο υπολογισμός έναρξης του γήρατος βασίζεται περισσότερο στη γενετική αξιολόγηση της φυσικής και ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου και της ικανότητάς του να ζει αποδοτικά και δραστήρια στο κοινωνικό σύνολο, και λιγότερο στον υπολογισμό της χρονολογικής ηλικίας του. Έτσι συμβαίνει πολλές ένα άτομο 45-50 ετών να είναι ηλικιωμένο ενώ κάποιος άλλος να είναι νέος και μετά τα 100 χρόνια του. Πάντως η σημερινή κοινωνία μας επηρεασμένη από τον χρόνο που συνήθως συνταξιοδοτούνται τα άτομα αποφάσισε ότι το γήρας αρχίζει στα 65 χρόνια.

Μετά από αυτό το όριο οι διάφοροι ερευνητές κοινωνιολόγοι, ψυχολόγοι, γηρίατροι κ.λπ. τοποθετούν το άτομο στην ομάδα των ηλικιωμένων.

Αναφέρονται μερικές από τις πάρα πολλές θεωρίες που αναπτύχθηκαν για την επεξήγηση του γήρατος.

- 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, αλλά όπως υποστηρίζουν η λειτουργία εκπίπτει με την πάροδο του χρόνου και οδηγεί στο γήρας.
- Θεωρία της συσσώρευσης καταστροφικών παραγόντων. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η ραδιενέργεια, η ρύπανση, η υγρασία κ.λ.π. προκαλούν γενετική καταστροφή, η οποία οδηγεί στην γήρανση δημιουργώντας καταστροφή των κυττάρων.
- Θεωρία άρθρωσης άχρηστων προϊόντων. Σταδιακή καταστροφή των κυττάρων που οφείλεται στα χημικά παράγωγα του μεταβολισμού.
- Θεωρία της αυτοάμυνας. Το αμυντικό δυναμικό του οργανισμού αποδυναμώνεται με την πάροδο του χρόνου και αυτή η ίδια αποτελεί το γήρας. Τα λεμφοκύτταρα του θυμού αδένα γενικά επιτίθενται εναντίον κάθε βλαβερού κυττάρου που μπαίνει στον οργανισμό και το καταστρέφουν. Ο αριθμός των λεμφοκυττάρων αυτών με την πάροδο του χρόνου ελαττώνεται, η άμυνα του οργανισμού πέφτει και ακολουθεί το γήρας.
- Θεωρία της ουσίας της ζωής (Loeb). Κατά τον αμερικανό φυσιολόγο Loeb, κάθε ζωντανός οργανισμός από τη γέννησή του

έχει μέσα του μία 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.

- Θεωρία του Carrell. Στηρίζεται στην αντίληψη ότι όλα τα κύτταρα με κατάλληλες συνθήκες μπορούν να παραμείνουν αδάνατα και πιστεύει ότι το γήρας οφείλεται σε αλλοίωση των χυμών που υπάρχουν γύρω από τα κύτταρα (μεσοκυττάριο υγρό).

2.3 Αίτια γήρατος και σημεία γήρατος

Ως προς τα αίτια του γήρατος δεν υπάρχουν σαφείς γνώσεις υπάρχουν όμως διάφορες θεωρίες από τις οποίες θα αναφέρουμε μερικές:

1. Θεωρία κληρονομικότητας

Πολλοί πιστεύουν ότι το γήρας επηρεάζεται από την κληρονομικότητα δηλαδή όσο περισσότερο βεβαρημένο είναι το ιστορικό των γονέων και γενικά των προγόνων τόσο νωρίτερα εμφανίζεται το γήρας. Κατά την θεωρία αυτή η ευπάθεια κληροδοτείται στους απογόνους σαν χρόνια και λανθάνουσα νοσηρή κατάσταση, η οποία με την επίδραση άλλων εσωτερικών ή εξωτερικών ερεθισμάτων αναζωπυρώνεται προκαλώντας εκφυλιστικές επεξεργασίες στα διάφορα όργανα γνωστές κατά τα γηρατειά.

2. Θεωρία της ανταλλαγής της ύλης

Σύμφωνα με αυτή υποστηρίζεται ότι το γήρας είναι αποτέλεσμα είναι αποτέλεσμα μεταβολικών, αναβολικών και βιομηχανικών επεξεργασιών διαφόρων ιστών.

3. Θεωρία της αυτοδηλητηρίασεως του ζώντος κυττάρου και οργανισμού (MEFCHNICOFT)

Σύμφωνα με αυτή το γήρας οφείλεται σε εκφυλιστικές επεξεργασίες λόγω της μακροχρόνιας δηλητηρίασης του οργανισμού από διάφορες επιβλαβείς ουσίες (ενδοτοξίνες κ.α.), οι οποίες δημιουργούνται κατά την ανταλλαγή της ύλης και οι οποίες είτε αποβάλλονται πλημμελώς ή δεν μετατρέπονται σε άλλες ωφέλιμες για τον οργανισμό ενώσεις.

4. Θεωρία της κακής διατροφής και του ανθυγιεινού περιβάλλοντος.

Πολλοί βιολόγοι υποστηρίζουν ότι, η κακή διατροφή είναι η αιτία διαφόρων νόσων κυρίως της αρτηριοσκλήρωσης η σκληροθηρωμάτωσης, η οποία είναι η πιο συχνή κατά το γήρας. Υποστηρίζουν ότι τα αίτια της αρτηριοσκλήρωσης δεν είναι τα λίπη όπως όλοι νομίζουν αλλά τα σάκχαρα και κυρίως τα ευελπισμένα άμυλα της βιομηχανικής διατροφής του σημερινού ανθρώπου. Πολλοί πιστεύουν ότι και το περιβάλλον παίζει μεγάλο ρόλο για την εμφάνιση του γήρατος καθώς και το είδος της ζωής. Στατιστικά έχει αποδειχθεί ότι αυτοί που ασχολούνται με ελεύθερα επαγγέλματα έχουν μέσο όρο ζωής 73 χρόνια, οι έμποροι 69, οι εργάτες 64, ενώ όσοι δουλεύουν στα ορυχεία 59. Επίσης και οι εντεθειμένοι σε αναθυμιάσεις δόρυβοι ταχύ ρυθμό ζωής, ακατάλληλα ωράρια και όρους εργασίας υφίσταται τις συνέπειες.

Σημεία γήρατος όπως είναι γνωστό η πορεία προς τα γηρατεία διαφέρει πολύ από άτομο σε άτομο. Αλλά και τα διάφορα οργανικά

συστήματα του σώματος δεν γερνάνε συμμετρικά. Έτσι σε ένα άτομο γερνά πρώτα το Κ.Ν.Σ. σε ένα άλλο ο συνδετικός ιστός αρθρώσεων και σε ένα τρίτο οι μυς του σκελετού.

Έχουμε τα φυσιολογικά και βιολογικά κριτήρια του γήρατος τα οποία είναι:

1. Βραδεία αλλά σταθερή εκφύλιση και ατροφία του Κ.Ν.Σ
2. Βαθμιαία αφυδάτωση των ιστών
3. Βαθμιαία επιβράδυνση της διαίρεσης και αύξησης των κυττάρων
4. Ελάττωση του βασικού μεταβολισμού
5. Ελάττωση της ελαστικότητας των ιστών, εκφύλιση του συνδετικού ιστού καθώς και λιπώδη διήθηση των κυττάρων
6. Ελάττωση του αριθμού των γαγγλιόνων του Κ.Ν.Σ.
7. Βαθμιαία ελάττωση της ικανότητας της προσαρμογής
8. Ελάττωση ταχύτητας της έντασης και της διάρκειας των νευρομυϊκών αντιδράσεων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Γενικές αλλαγές που σχετίζονται με το γήρας

Ένα από τα πιο δύσκολα προβλήματα που αντιμετωπίζει η γεροντολογία είναι η διατροφική 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, εκπρωτική 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.

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

3.3. Μεταβολές στο καρδιαγγειακό σύστημα

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

α) Οι μεταβολές στην καρδιακή λειτουργία αυξάνουν το έργο της καρδιάς και μειώνουν την απόδοσή της

β) Η καρδιά, εξαιτίας της αύξησης των περιφερειακών αντιστάσεων υπερτρέφεται και στη συνέχεια ατροφεί .

Το μυοκάρδιο παρουσιάζει αυλωτικές 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 να προκαλέσει μεταβολές στο ρυθμό

στ) Η ελαστικότητα της αορτής μειώνεται σημαντικά με την αύξηση της ηλικίας

ε) Στις φλέβες παρατηρείται υπερτροφία του έσω 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 εσπειράμενα σωληνάρια εκφυλίζονται ενώ τα νεφρικά αγγεία σκληραίνουν

β) Οι ουροτίρες διευρύνονται και το τοίχωμα τους υπερτρέφεται

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

δ) Ο προστάτης υπερτρέφεται στην προγεροντική, ενώ ατροφεί στη γεροντική ηλικία. Μπορεί να σχηματιστούν λίθοι μέσα σε αυτόν.

3.5. Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα

α) με την αύξηση της ηλικίας υπάρχει μία προσδιορισμένη μείωση στην αναπνευστική απόδοση

β) Οι κυελίδες 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) Στην μείωση της αναπνευστικής απόδοσης συμβάλει και η ακαμμία του θωρακικού τοιχώματος, καθώς και οι αλλοιώσεις της σπονδυλικής στήλης

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

στ) Ελαττώνεται η ικανότητα του βρογχικού δένδρου να αποβάλλει τις εκκρίσεις του εξαιτίας της μείωσης του αντανακλαστικού του βήχα και της ελάττωσης της αποτελεσματικότητας μηχανισμού των κροσσών.

3.6. Μεταβολές στο πεπτικό σύστημα

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

β) Ελαττώνονται 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 στο μυοσκελετικό σύστημα

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

α) Τα οστά παρουσιάζουν ελάττωση των αστικών κυττάρων και ατροφία των κυμέλων και οι μεσοσπονδύλιοι δίσκοι λεπτύνονται ή και

καδιζάνουν. Έτσι (1) τα οστά γίνονται πιο εύδραυστα 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.

3.8. 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 ικανότητα του ματιού να κάνει προσαρμογή στο φως και η ικανότητα διάκρισης ανάμεσα σε διάφορες εντάσεις φωτός

γ) Ο τόνος των βλεφάρων μειώνεται και υπάρχει συχνή 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 τύμπανου και εκφυλιστική ατροφία του ακουστικού νεύρου και επομένως βαρνηκοΐα 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.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Προβλήματα υπερηλίκων – Νοσηλευτικές παρεμβάσεις – Οικονομικά προβλήματα

Όσο καλή κι αν είναι η σύνταξη που εισπράττει ο ηλικιωμένος (πράγμα σπάνιο) η παύση της μόνιμης εργασίας συνεπάγεται υποχρεωτικά μία μείωση των συνηθισμένων εξόδων, μια και η ανησυχία για το μέλλον γίνεται πιο συγκεκριμένη. Αυτό σημαίνει πως ο ηλικιωμένος πρέπει να παραιτηθεί από κάποιες συνθήκες και αυτό είναι άλλη μια διαταραχή της ισορροπίας του. Ο συνταξιούχος από παραγωγός - καταναλωτής που ήταν γίνεται αποκλειστικά καταναλωτής, οι σχέσεις του με την κοινωνία αλλοιώνονται και προσέχει περισσότερο τα καθημερινά του έξοδα από φόβο μήπως πέσει δύμα των άλλων.

Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων αδυνατεί να καλύψει τις ανάγκες του, και αυτό γιατί επιβαρύνεται οικονομικά λόγω της αυξημένης νοσηρότητας, της πολυφαρμακίας, του αυξημένου ποσοστού αναπηριών, την αυξημένη ανάγκη αρκετών κατά το έτος ημερών για νοσηλεία σε νοσοκομεία, τη συχνή ιατρική παρακολούθηση την απασχόληση εξειδικευμένων στελεχών υγείας για νοσηλεία στο σπίτι κ.ά.

Οι προσωπικές τοποθετήσεις της νοσηλεύτριας προς τη συνταξιοδότηση θα επηρεάσουν τη σχέση της προς το άτομο που διέρχεται τις φάσεις της συνταξιοδότησης και επομένως τη φύση και τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποκαλύπτει πως προσωπικά βλέπει τη συνταξιοδότηση. Τη βλέπει σαν νέα περίοδο ζωής με νέες και ενδιαφέρουσες προκλήσεις ή τη βλέπει σαν περίοδο απομόνωσης μοναξιάς, εξάρτησης κατάθλιψης. Τέτοιες αποκαλύψεις την οδηγούν σε αναθεωρήσεις της ζωής και του νοήματός της, σε νέες αποφάσεις και καλείται και πρέπει να είναι ο τύπος του ορθού προσανατολισμού και της προετοιμασίας των ατόμων για τη συνταξιοδότηση. Είναι χωρίς αμφισβήτηση πως η περίοδος της συνταξιοδότησης όταν βρει τα άτομα μέσα στους στενούς δεσμούς της οικογένειας των τριών γενεών, παππούδες, γονείς, εγγόνια εμφανίζεται με λιγότερα ή και χωρίς καθόλου ψυχολογικά προβλήματα. Μέσα στην οικογένεια αυτή που υπάρχουν πάντοτε οι χρυσές ακτίνες της ανατολής της ζωής και οι ανταύγειες της δύσης, ο συνταξιούχος άνδρας, αλλά κυρίως η γυναίκα βρίσκει ατέρμονες ευκαιρίες προσφοράς που τον απασχολούν τον κάνουν χρήσιμο, πολύτιμο και αναντικατάστατο. Γίνεται ο πολύτιμος βοηθός της εργαζόμενης μητέρας, ο φορέας της ιστορίας της οικογένειας και των αξιών της ζωής στην τρίτη γενιά. Η δε παρουσία του μέσα σε αυτή δίνει ζωντανή την αίσθηση του παρελθόντος στο οποίο στηρίζεται το παρόν και από το οποίο επηρεάζεται αποφασιστικά το μέλλον.

Τέλος, όταν ο άνθρωπος εκτιμήσει τα πνευματικά αγαθά στη ζωή, τότε σε εσωτερικές πνευματικές χαρές που δεν επηρεάζονται από εξωτερικούς παράγοντες όπως το γήρας και η συνταξιοδότηση. Τον άνθρωπο αυτό μέχρι τα βαθιά του γηρατειά τον συνοδεύει αδιάκοπα η ανανεωτική δύναμη του πνεύματος. Πιστεύει πως το παρόν

προσφέρεται για τη διόρθωση αλλά και συμπλήρωση του παρελθόντος, για την κατάκτηση της αιωνιότητας. Βρίσκεται και στην περίοδο της συνταξιοδότησης νέα ενδιαφέροντα και επιδίδεται σε πνευματικούς αγώνες που τον οδηγούν στην κατάκτηση της ζωής.

4.2 Σωματικά προβλήματα

Τέσσερα είναι τα κύρια προβλήματα του ηλικιωμένου από τα οποία προκύπτουν πολλά άλλα. Τα προβλήματα αυτά είναι:

1. Η αστάθεια
2. Η ακινησία
3. Η ακράτεια και
4. Η διανοητική σύγχυση.

1. Η αστάθεια στον ηλικιωμένο μπορεί να οφείλεται: σε οργανικούς παράγοντες (μεταβολικά, νευρολογικά, μυοσκελετικά προβλήματα), σε φαρμακευτικούς παράγοντες (φάρμακα ηρεμιστικά, καρδιολογικά, υποτασικά) και σε περιβαλλοντολογικούς παράγοντες (φωτισμός, σκαλοπάτια, στενοί διάδρομοι, αντικείμενα).

Η αστάθεια προκαλεί φόβο και οδηγεί συχνά στην ακινησία. Αποτέλεσμα της αστάθειας αποτελούν τα πολλά ατυχήματα μετά από πτώση μέσα και έξω από το σπίτι.

2. Η ακινησία μπορεί να οφείλεται: σε πόνο (οστικό ή μυϊκό), σε αδυναμία (μεταβολικά νοσήματα, αναιμία, καρδιολογικά προβλήματα), σε ιατρογενή αίτια (διάφορα φάρμακα, μακροχρόνια παραμονή στο κρεβάτι), σε τεχνολογικά προβλήματα (φόβος μετά

από πτώση, μελαγχολία). Η διαπίστωση του αιτίου ή των αιτίων που οδηγούν σε αμνησία βοηθούν το νοσηλευτή να οργανώσει πρόγραμμα παρέμβασης και βοήθειας του ατόμου για προοδευτική δραστηριοποίηση. Η ενημέρωση σχετικά με τους κινδύνους της ακινησίας για τον ηλικιωμένο μπορεί να βοηθήσουν τον ίδιο και την οικογένεια του στην κατά το δυνατόν προοδευτική κινητοποίηση του.

3. Ακράτεια: Τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα που δημιουργεί η ακράτεια στον ηλικιωμένο είναι τεράστια. Το γόητρο και η προσωπικότητα του δίνονται, σε μεγάλο βαθμό όταν βρέχει το κρεβάτι του, την καρέκλα του ή τα ρούχα του και δεν μπορεί να κυβερνήσει τον εαυτό του, όπως όλοι οι άνθρωποι γύρω του. Το πρόβλημα επεκτείνεται στην οικογένεια και προσδέτει στα μέλη της μεγάλο βάρος. Η αντιμετώπιση του προβλήματος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Τον βαθμό του προβλήματος, τα αίτια που το προκαλούν, το βαθμό συνεργασίας του ηλικιωμένου, την δυνατότητα βοήθειας από την οικογένεια.
4. Διανοητική σύγχυση: Αίτια που την προκαλούν είναι: Πλημμελής οξυγόνωση εγκεφάλου (εκφυλιστικές εγκεφαλικές βλάβες), φάρμακα (βαρβιτουρικά, L, Dopa, κ.λ.π), τραύμα (ψυχολογικό ή οργανικό στο κεφάλι), περιβαλλοντικοί παράγοντες (αλλαγές περιβάλλοντος, συνθήκες που προκαλούν φόβο και ανασφάλεια), Ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

Είναι απαραίτητο να διαχωρίσουμε τα δύο είδη διανοητικής σύγχυσης στον ηλικιωμένο. Την οξεία, συγχυτική κατάσταση η οποία είναι συνήθως ανατρέξιμη με την ανάλογη θεραπεία και την προοδευτική έκπτωση των εγκεφαλικών λειτουργιών που οδηγεί στην ανικανότητα του ατόμου για αυτοφροντίδα.

Η οξεία συγχυτική κατάπτωση μπορεί να παρουσιαστεί ξαφνικά σε ένα άτομο, που δεν παρουσίασε κανένα σχετικό πρόβλημα. Αιφνίδια αρχίζει να συγχέει άτομα, γεγονότα και καταστάσεις. Η σύγχυση συνοδεύεται από μεγάλη ανησυχία, νευρικότητα ή και επιθετικότητα. Σε μερικές περιπτώσεις συνοδεύεται από αντίθετες εκδηλώσεις, όπως άγχος, φόβος, μελαγχολία και ιδέες καταδιώξεως. Εκδηλώνει υπογιές και για τα πιο αγαπητά μέλη της οικογένειας του και αγωνίζεται να προστατευθεί από αυτά. Κάθε φυσικό και ψυχολογικό stress μπορεί να οδηγήσει τον ηλικιωμένο σε διανοητική σύγχυση. Η οξεία αυτή κατάσταση συνήθως υποχωρεί μετά από την αντιμετώπιση του αιτίου.

Η κατάσταση που προβληματίζει ιδιαίτερα τόσο το ίδιο το άτομο όσο και την οικογένεια του είναι η χρόνια έκπτωση των διανοητικών λειτουργιών στον ηλικιωμένο η οποία και δεν είναι αναστρέψιμη. Η «γεροντική άνοια» όπως είναι καλύτερα γνωστή, η οποία οφείλεται στην εκφυλιστική βλάβη και καταστροφή των εγκεφαλικών κυττάρων είναι το σπουδαιότερο πρόβλημα για τον ηλικιωμένο και την οικογένειά του. Ο νοσηλευτής θα κληθεί να αντιμετωπίσει το πρόβλημα αυτό μέσα στην οικογένεια στην κοινότητα και στο νοσοκομείο. Τις περισσότερες φορές η παρέμβαση και συμμετοχή και

άλλων επιστημόνων και υπηρεσιών της κοινότητας είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

4.3 Προβλήματα διατροφής

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

Πολύ συχνά εξασθενημένα άτομα δεν διαθέτουν κινητικές δεξιότητες, ενέργεια ή ικανότητα να πάρουν μόνοι τους το φαγητό και εξαρτώνται από τους άλλους. Παράλληλα οι φυσικές αλλαγές που συμβαίνουν με το πέρασμα του χρόνου καθιστούν επισφαλή τη χορήγηση του φαγητού.

Αναφέρονται χρόνιες καταστάσεις όπως αρθρίτιδα, εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος του parkinson, ποικίλες νευρολογικές διαταραχές, κατάγματα του καρπού, του αγκώνα, της ωμοπλάτης κ.ά. όλα αυτά εμποδίζουν τον ηλικιωμένο να χρησιμοποιήσει σκεύη φαγητού, όπως μαχαιροπήρουνα, ποτήρια και φλιτζάνια. Επιπλέον όταν υπάρχουν τεχνητές οδοντοστοιχίες και δεν εφαρμόζουν καλά στο στόμα προκαλούν δυσκολία στη μάσηση ορισμένων φαγητών. Αναφέρεται ότι

αυτός που φοράει οδοντοστοιχίες για τη μάσηση του φαγητού χρειάζεται τέσσερις φορές περισσότερο χρόνο από εκείνον που έχει φυσιολογικά δόντια. Κοινές ανατομικές αλλαγές που επηρεάζουν τη σίτιση σε πολύ ηλικιωμένα άτομα είναι:

α) Ελαττωμένη ικανότητα κατανόησης εξαιτίας της μείωσης του ποσού του σάλιου και της υπάρχουσας αφυδατώσεως

β) Διάταση του οισοφάγου

γ) Μειωμένη περισταλτικότητα του οισοφάγου

δ) Μειωμένη ποσότητα οξέων του στομάχου

ε) Ύπαρξη οισοφαγοκήλης (ιδίως σε παχύσαρκα ηλικιωμένα άτομα και κυρίως σε γυναίκες)

Οι αναφερόμενες αλλαγές αυξάνουν την πιθανότητα πνιγμονής ή και εισροφήσεως. Και τα δύο μπορεί να προκαλέσουν απόφραξη της τραχείας από ανάρροια φαγητού, πνευμονία εξ' εισρόφησης ή και το θάνατο του ηλικιωμένου.

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

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

Επίσης εξετάζεται ποιος προμηθεύει και μαγειρεύει το φαγητό και ποια η οικονομική του κατάσταση, ώστε να μπορεί να τρέφεται καλά.

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 την 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. αρθρίτιδα, διευκολύνονται με ειδικά μαχαιροπήρουνα και άλλα είδη φαγητού τα οποία είναι ειδικά κατασκευασμένα να μην σπάνε εύκολα, να μην μετακινούνται και να είναι εύχρηστα
- Σε περίπτωση ανορεξίας το φαγητό σερβίρεται κατά τρόπο ελκυστικό, ώστε να τραβήξει την προσοχή του και να του αλλάξει διάθεση

- Ελέγχεται η σχέση της δράσεως των φαρμάκων , που παίρνει ο ηλικιωμένος με την πέψη και την απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών
- Ελέγχεται η θερμοκρασία του φαγητού αν είναι κανονική
- Λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις του ηλικιωμένου, εφόσον δεν είναι αντίθετες με τις ανάγκες του
- Όταν ο υποσιτισμός οφείλεται σε ψυχογενή αίτια, τότε διατίθενται χρόνος για επικοινωνία και θεραπευτικό διάλογο
- Όταν για τον υποσιτισμό ευδύνονται παθολογικά αίτια, τότε οι παρεμβάσεις είναι αιτιολογικές και ακολουθούν την ιατρική οδηγία. Στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος αδυνατεί να τραφεί από το στόμα, η τροφή χορηγείται μέσω καθετήρα σιτίσεως

Ειδικότερα αν ένας γέρος ζει μόνος του η κοινωνική διάσταση των γευμάτων δεν υπάρχει πια στη ζωή του.

Η μοναξιά, το άγχος, η ανία, η ανασφάλεια, η απάθεια επιπλέκουν το όλο πρόβλημα και δημιουργούν ένα φαύλο κύκλο: ο γέρος έχει λίγα χρήματα, διστάζει να το ξοδέψει, δεν τρώει αρκετά, νιώθει αδύνατος και απαθής έχει λιγότερα ενδιαφέροντα και κίνητρα. Τελικά αρρωσταίνει.

Αυτοί οι άρρωστοι θέλουν εκτός από θεραπεία, κατανόηση και φροντίδα, αλλά και βοήθεια να αποκτήσουν και να μπορέσουν να εφαρμόσουν σωστές διατροφικές συνήθειες. Στην περίπτωση αυτή είναι νευραλγικός ο ρόλος του υπεύθυνου λειτουργού υγείας, που πρέπει να

ακούσει τον ασθενή προσεκτικά, να καταλάβει τις συνήθειες του, και να συνειδητοποιήσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και τους περιορισμούς στους οποίους υπόκεινται . Οι υποδείξεις πρέπει να είναι πρακτικές, ρεαλιστικές και να επιλέγονται και να προσαρμόζονται ανάλογα με τις υλικές ανάγκες, την ατομικά κατάσταση και τις επιθυμίες των γερόντων.

Κάποτε τους συμβουλεύαμε να αλλάζουν τις συνήθειες μιας ολόκληρης ζωής, ξεχνώντας πως συχνά ο κύριος αγώνας τους είναι να διατηρήσουν την αξιοπρέπειά τους και την αυτοεκτίμησή τους. Δίνοντας μια συμβουλή θα πρέπει πάντα να αναρωτιόμαστε αν η ζωή τους θα είναι πράγματι καλύτερη αν την ακολουθήσουν.

Σήμερα τρεις ομάδες του πληθυσμού θεωρούνται περισσότερο ευαίσθητες από πλευρά διατροφής: η έγκυος γυναίκα, το παιδί και η τρίτη ηλικία. Για την έγκυο γυναίκα και το παιδί υπάρχει όχι μόνο περισσότερη γνώση, αλλά και περισσότερη διάθεση για την υλοποίηση αυτής της γνώσεως. Για τη γεροντική ηλικία υπάρχει επιτακτική ανάγκη τόσο για την προαγωγή των γνώσεων, όσο και για την ένταξή τους στα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας και κοινωνικής περίθαλψης.

Η γεροντική ηλικία αποτελεί την κορωνίδα μιας ζωής και έχει κάθε δικαίωμα να ζητήσει από την κοινωνία την ανταπόδοση για όσα της πρόσφερε . Η εξασφάλιση μιας διατροφής που να μπορεί να παρατείνει τη ζωή ή να βελτιώσει την ποιότητα της μέσα στις περιορισμένες συντεταγμένες των γνώσεων μας αποτελεί την πρώτη ίσως υποχρέωση του κοινωνικού συνόλου απέναντι σε αυτούς που βρίσκονται στην τελευταία και ίσως τη δυσκολότερη φάση της ζωής τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Ατυχήματα και ηλικιωμένοι

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 κατά το βάδισμα φθάνουν στις ανώτερες αναλογίες κατά 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.

5.2 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 συνδυασμό 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 αίτια που προκάλεσε την πτώση, οι συνέπειες που προκύπτουν μπορεί να κυμαίνονται από απλά ως πολύ σοβαρά προβλήματα όπως ανησυχία, φόβοι, ψυχολογικά προβλήματα από την ψυχοτραυματική εμπειρία της πτώσεως, πόνο ποικίλης εντάσεως, διάφορα κατάγματα του σκελετού, ποικίλου βαθμού κακώσεις μέχρι τη ρήξη εσωτερικών οργάνων 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 πολυπαγοντικοί. Οι παράγοντες αυτοί ταξινομούνται σε φυσικούς ψυχολογικούς και περιβαλλοντικούς. Οι πτώσεις που αποδίδονται στους εξωγενείς παράγοντες αντιπροσωπεύουν εκείνους 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. Κάθε χρόνο περισσότεροι από 200.000 ηλικιωμένοι άνθρωποι πέφτουν και σπάνε την λεκάνη τους.

5.3 Αίτια πτώσεων

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

- Περιβαλλοντικοί: Ανασφαλή έπιπλα, χαλαρά πατάκια, χαλιά, σύρματα και καλώδια, ακατάστατο περιβάλλον, κλιμακοστάσια χωρίς κιγκλιδώματα, ακατάλληλο ύψος κρεβατιού, τουαλέτα και μπάνιο με σκαλοπάτια, ανεπαρκής φωτισμός κ.ά
- Ψυχολογικά: stress, κατάθλιψη, φόβος επαναλήψεως πτώσης, σύγχυση
- Αισθητηριακά: μειωμένη οπτική οξύτητα, διαταραχή οπτικής οξύτητας, δυσλειτουργία αιθουσαίου νεύρου
- Νευρολογικά: συγκοπικά επεισόδια, εγκεφαλικά επεισόδια, επιληπτική κρίση, νόσος parkinsons, περιφερική νευροπάθεια κ.ά
- Καρδιολογικά: συγκοπικά επεισόδια, συμφορητική καρδιοπάθεια, δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια, ορθοστατική υπόταση
- Μεταβολικά: υποξεία, υπογλυκαιμία, υπερθυρεοειδισμός, υποθυρεοειδισμός.
- Νοσηλευτικά: Αυχενικό σύνδρομο, μυοπάθεια, δυσκαμψία και πόνος αρθρώσεων, μυϊκή δυσκαμψία
- Φάρμακα: γυχότροπα, υπνωτικά, ηρεμιστικά, αγγειοδιαλυτικά, αντιυπερτασικά, διουρητικά, υπογλυκαιμικά, κορτικοειδή, αλκοόλ, ??

5.4 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Η φροντίδα του υπερήλικα μετά από την εμπειρία της πτώσης επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της υποκειμενικής παθολογικής

κατάστασης των παραγόντων του κινδύνου καθώς και στην ελαχιστοποίηση των κινδύνων από το περιβάλλον.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στην διόρθωση οπτικών και ακουστικών διαταραχών, στον έλεγχο της φαρμακευτική 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 και 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 μην 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 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 στην εκπαίδευση και την ευαισθητοποίηση του προσωπικού με σκοπό την ανάπτυξη αυξημένης επαγρυπνήσεως και προστασίας του ηλικιωμένου από τον κίνδυνο των πτώσεων.

Η χρησιμοποίηση των περιοριστικών μέτρων πρέπει να γίνεται με σκέψη και προσοχή για 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 επισκέπτονται τον οφθαλμίατρο και να διατηρούν την όραση τους σε καλή κατάσταση.
- Όταν παρουσιάζονται 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 συνωστισμένους χώρους.
- Να εφαρμόζουν προσαρμοστικές συμπεριφορές όπως:
 - να μην σηκώνονται απότομα όταν είναι ξαπλωμένοι.
 - Όταν μετακινούνται από το σκοτάδι στο φως να κλείνουν για λίγο τα μάτι για να προσαρμοστούν στο φως.
 - Επειδή στα ηλικιωμένα άτομα διαφοροποιείται η αίσθηση του ζεστού και του κρύου πρέπει να προσέχουν την χρήση ζεστών και στην έκθεση του κρύου.
 - Όταν βαδίζουν μέσα στο σπίτι να στηρίζονται σε σταθερά έπιπλα.
 - Να βαδίζουν προσεκτικά σε ανώμαλο έδαφος και να μην φορούν μακριές ρόμπες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1. Ο υπερήλικας στην οικογένεια

Η συμβολή της οικογένειας στη φροντίδα του υπερήλικα είναι πολύ σπουδαία. Το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας πρέπει να αποβλέπει στη βοήθεια της οικογένειας, ώστε να μπορεί να κατανοεί και ικανοποιεί τις ανάγκες του υπερήλικα και όσες φορές χρειάζεται να επαναλαμβάνονται τη συνέχιση της φροντίδας του στο σπίτι.

Τα μέλη της οικογένειας ενημερώνονται σωστά πως η βοήθεια που θα προσφέρουν στο υπερήλικα, πρέπει να είναι τόση, όση πραγματικά χρειάζεται ώστε να περιορίζεται η εξάρτησή του απ' αυτά και ο κίνδυνος της παλινδρόμησης, στην παιδική ηλικία. Ακόμη η νοσηλεύτρια θα ευαισθητοποιήσει την οικογένεια για την ανάγκη να προληφθεί ο κίνδυνος δημιουργίας αμφοτερόπλευρης απομονωτικής κίνησης δηλαδή του γέροντα μακριά από την οικογένεια και τις οικογένειας μακριά από τον γέροντα.

Στο έργο της αυτό η οικογένεια βοηθάτε από την κοινότητα δηλαδή τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης - υπηρεσίες που πλησιάζουν τον υπερήλικα στο σπίτι για να συμπαρασταθούν στο έργο της οικογένειας, και να κάνουν αυτό που η οικογένεια δεν έχει την δυνατότητα να προσφέρει, υπηρεσίες όμως πρωτοβάθμιας περίθαλψης των ηλικιωμένων στο τόπο μας είναι υποτυπώδη αναπτυγμένες.

Είναι γνωστό από μελέτες πως μεγάλο μέρος των μελών της κοινωνίας με τη σύγχρονη δομή της φοβούνται τις βιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που εμφανίζεται στη διεργασία της ενηλικίωσης. Γι' αυτό είναι ιδιαίτερη ανάγκη η διαφώτιση και η ενημέρωση του πληθυσμού, σε εθνικό επίπεδο για (α) τις βιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που υφίσταται το άτομο σε μια πορεία φυσιολογικού γήρατος, (β) Την ενηλικίωση και τις δυνατότητες που έχει το άτομο στη διάθεσή του, για την πρόληψη του «γήρατος νόσου» (γ) τις δυνατότητες αποκατάστασης των αναπηριών.

Το εξειδικευμένο στα πιο πάνω θέματα νοσηλευτικό προσωπικό που έχει την ευθύνη της ενημέρωσης και διαφώτισης των μελλοντικών υπηρεσιών θα προετοιμάσει τα άτομα για να αποδεχθούν την ενηλικίωση σαν μια επιτυχία.

Ο προγραμματισμός της νοσηλεύτριας στον τομέα της διαφώτισης των ηλικιωμένων ατόμων της κοινότητας, αλλά και του περιβάλλοντος, στο οποίο ζουν, περιλαμβάνει τα πιο κάτω:

1. προαγωγή και διατήρηση της υγείας
2. πρόληψη ανικανότητας
3. διδασκαλία του υπερήλικα και της οικογένειάς του για ενίσχυση της αυτοφροντίδας του.

Η νοσηλεύτρια καταβάλλει προσπάθεια για την δημιουργία ατμόσφαιρας α' θέσης, γιατί γνωρίζει πως συναισθηματικοί και βιολογικοί παράγοντες παράλληλα με την ενηλικίωση, μπορεί να

παρεμποδίσουν μερικές φορές τη γρήγορη αλλά και ικανοποιητική μάθηση.

6.2. Ο υπερήλικας στην κοινωνία

Οι ηλικιωμένοι γίνονται συνήθως δογματική, δυσπροσάρμοστη, ασυνήθιστη συντηρητικοί και δημιουργούν στη ζωή τους κανόνες που βασίζονται στους προηγούμενους τρόπους ζωής που είχαν. Σπάνια ανανεώνουν τις ιδέες, τις σχέσεις και τις συνήθειες τους. Οι μόνες διαπροσωπικές σχέσεις τους συχνά περιορίζονται στο σύντροφο της ζωής τους ή σε λίγα πρόσωπα του εγγύς περιβάλλοντός τους. Ειδικά με το σύντροφό τους αναπτύσσουν σχέση έντονης εξάρτησης.

Οι ηλικιωμένοι μπορεί να υστερούν σε ζωτικότητα, πρωτοβουλία ή ταχύτητα δράσεως, αλλά υπερτερούν σε πείρα, σύνεση, γνώση και σοβαρότητα αντιμετώπισης των κινδύνων. Η επιμονή τους με πείσμα στις παλιές συνήθειες συγχρόνως συντελεί στη διατήρηση των παραδόσεων των κοινωνιών που συχνά είναι ανεκτίμητη πηγή σοφίας. Τα προβλήματα που συνοδεύουν τη γεροντική ηλικία εκτός από ιατρικά είναι και δημογραφικά, οικονομικά, και κυρίως κοινωνικά, γεγονός που υπαγορεύει πολυδιάστατη αντιμετώπιση του ζητήματος της ηλικίας αυτής.

Η στάση της κοινωνίας απέναντι στους γέροντες χαρακτηρίζεται κατά κανόνα από ανεπίτρεπτες γενικεύσεις. Αυτό γίνεται με βάση την πολύ διαδεδομένη γνώμη ότι γηρατειά σημαίνει μοναξιά, απομόνωση, εξάρτηση, ανάγκη για προστασία και βοήθεια και έκπτωση νοητικών ικανοτήτων. Ο γέρος δεν θεωρείται πια αποδοτικός και απομονώνεται

συχνά άδικα έξω από την παραγωγική διαδικασία του κοινωνικού συνόλου. Τέτοιες αντιλήψεις οδηγούν σε ανάλογες στάσεις της κοινωνίας προς τους ηλικιωμένους με συνέπεια να αναγκάζονται τα άτομα αυτά άμεσα ή έμμεσα να εκδηλώνουν ανάλογες αντιδράσεις. Αρκετές φορές ο γέρος δεν δραστηριοποιείται προς τη μια ή την άλλη κατεύθυνση μόνο και μόνο για να αποφύγει τα σχόλια του κοινωνικού περιγύρου με αποτέλεσμα να έχει σαν πρώτο εμπόδιο την κοινωνία και μετά τη λειτουργική ή οργανική δυσχέρεια.

Έτσι η κοινωνία θέτει στο περιθώριο το γηρασμένο άτομο και σφραγίζει την οριστική παρακμή του , με τρόπο εντελώς λανθασμένο. Είναι απαραίτητο λοιπόν να υπάρχει κοινωνική πρόνοια της τρίτης ηλικίας χωρίς να στηρίζεται αυτή σε άτοπες και επιβλαβείς γενικεύσεις.

Έτσι η μοναξιά μπορεί να καταπολεμηθεί με κάποια επαγγελματική απασχόληση του ηλικιωμένου, διότι επιτυγχάνεται η κοινωνική επανένταξή του και αποκαθίσταται η αυτοεκτίμηση του. Μεγάλη σημασία έχει ο δεσμός της οικογένειας που παραδοσιακά προσφέρει προστασία και συμπαράσταση στα πιο αδύνατα μέλη της, αλλά που δυστυχώς στις σύγχρονες αστικοποιημένες κοινωνίες έχει πλέον ατονήσει. Βέβαια υπάρχουν υποκατάστατα της οικογένειας από κρατικές ή κοινοτικές κοινωνικές υπηρεσίες. Αυτές αν και γυχρές και απρόσωπες είναι η σανίδα, σωτηρίας για την Τρίτη ηλικία στην εποχή μας. Ακόμη, και στη χώρα μας συνεχώς χαλαρώνουν οι συνδετικοί κρίκοι της οικογένειας, αλλά πολύ βραδέως εμφανίζονται οι κατάλληλοι φορείς που θα συμβάλλουν στην προστασία των

υπερηλικών μας. Βέβαια η σύγχρονη παγκόσμια τάση είναι πόσο το δυνατόν αποφυγή συνθηκών ασυλιακής διαβίωσης των ηλικιωμένων, αλλά μόνο ως λύση ανάγκης.

Σημειωτέον ότι επειδή σε πόλεις προσφέρουν συχνά σύγχρονες υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας χρησιμεύουν από τους υπερήλικες ως καταφύγια και τους αναγκάζουν να μετακινούνται από τις αγροτικές περιοχές όπου ζουν. Με βάση το γεγονός αυτό ο ΟΗΕ από το 1957 έχει παρατηρήσει ότι η ανάπτυξη των αστικών κέντρων ίσως αποτελεί σύμπτωμα απόγνωσης των πληθυσμών της υπαίδρου παρά σημάδι αστικής ευημερίας.

Το μεγαλύτερο μέρος του ρεύματος του εξαστισμού στην Ελλάδα το απορρόφησε το Πολεοδομικό Συγκρότημα της περιοχής του λεκανοπεδίου της Αθήνας.

Η κοινωνία οφείλει να προχωρήσει στη δημιουργία θετικών στάσεων προς τα γηρατειά, να συμβάλλει στη βελτίωση της φροντίδας υγείας τους, τη δημιουργία και διατήρηση ανοικτής συνεργασίας με υπερήλικες και τις οικογένειές τους με περισσή κατανόηση και η εκπαίδευση ειδικών στελεχών ώστε να λύνονται τα προβλήματα των γερόντων συχνότερα στο σπίτι και κοντά στο γνώριμο περιβάλλον τους.

Ειδικότερα η ελληνική κοινωνία έχει ιδιαίτερη υποχρέωση απέναντι στη Τρίτη ηλικία, λόγω της παράδοσης του λαού μας. Στην αρχαία Ελλάδα οι ηλικιωμένοι ήταν σεβαστά πρόσωπα και απολαμβάνουν τιμών και προστασία, δεδομένου ότι εκτός και τις πολύτιμες εμπειρίες

της ζωής. Χαρακτηριστικό είναι το ενδιαφέρον του Πλάτωνα να συζητά με ηλικιωμένους «χαίρω γέρων» ήταν τίτλος τιμής. Χαρακτηριστικό και συγκινητικό είναι το παράδειγμα του Ανεία στην Τροία που μετέφερε στους ώμους του τον γέροντα πατέρα του. Στην αρχαία Ελλάδα δεν υπήρχαν γηροκομεία διότι την ευθύνη των γερόντων είχαν ως ιερό καθήκον τα παιδιά τους, πράγμα που τονίζει και ο Αριστοτέλης. Η πολιτεία όμως με νόμους κατοχύρωνε τα δικαιώματα των γερόντων καθώς επίσης την περιουσία τους και το δίκιο τους. Οι μορφωμένοι γέροντες χρησιμοποιούνταν ως παιδαγωγοί.

6.3. 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 65^ο 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 ακόλουδες προϋποθέσεις:

1. ΟΙ δικαιούχοι πρέπει να είναι Έλληνες υπήκοοι ή ομογενείς οι οποίοι διαμένουν μόνιμως στην Ελλάδα.
2. Το ποσόν χορηγείται εφ' όσον δεν λαμβάνουν οι ίδιοι - ούτε οι σύζυγοι τους, στις περιπτώσεις ανδρόγυνου- άλλη σύνταξη ή βοήθημα που να είναι ίσο με το μηνιαίο ποσό το οποίο χορηγεί ο

Ο.Γ.Α. στους συνταξιούχους αγρότες. Μαζί με 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 ανάπηρους πάνω από 67% έχουν δικαίωμα για μηνιαία οικονομική ενίσχυση. 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 επιδότησης του ενοικίου.

Δ) Εκτός από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και πρόνοιας, ο Ερυθρό 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).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα του υπερήλικα

Η νοσηλευτική ασχολείται με την υγεία αλλά και την ασθένεια σε όλες τις φάσεις της ζωής του ανθρώπου. Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη βοήθεια των υπερήλικων είναι ο ίδιος με αυτόν των άλλων ηλικιών.

Είναι όμως γεγονός πως χρειάζονται εσωτερικά δυνατά , κίνητρα, υπομονή, κατανόηση, αλλά και γυμκικό σθένος για να προσφέρει η νοσηλεύτρια στον υπερήλικα νοσηλευτική βοήθεια. Συνοπτικά ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα του υπερήλικα μπορεί να ορισθεί ως εξής:

1. Η εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών του ατόμου ή ομάδας ατόμων.
2. Ο προγραμματισμός και η εφαρμογή της νοσηλευτικής βοήθειας που έχει προγραμματιστεί και τέλος η αξιολόγηση της προσφερόμενης νοσηλευτικής βοήθειας.
3. Η συνεργασία με άλλα επαγγέλματα που ασχολούνται με τον υπερήλικα - άρρωστο ή υγιή και την οικογένεια του, για την υλοποίηση των αναφερόμενων στην παράγραφο 1 και 2, όταν φυσικά χρειάζεται.

4. Η προαγωγή της τέχνης και επιστήμης της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής με την έρευνα και την εφαρμογή των ευρημάτων της έρευνας.

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

1. Η νοσηλευτική βοήθεια πρέπει να εξατομικεύεται, λαμβάνεται υπόψη το παρελθόν και το παρόν του υπερήλικα, τις ανάγκες και τις προσωπικές του επιδιώξεις.
2. Η κατανόηση ρεαλιστικών και πραγματοποιήσιμων επιδιώξεων, που αποβλέπουν στην βοήθεια του υπερήλικα ν' αποκτήσει την αίσθηση της επίτευξης και της ανάπτυξης σκοπού, όπως είναι η συμμετοχή του στη διαμόρφωση των στόχων της φροντίδα του.
3. Ο υπερήλικας πρέπει να έχει ενεργό συμμετοχή στο όλο προγραμματισμό της βοήθειας του, γι' αυτό η νοσηλεύτρια οφείλει να μάθει γι' αυτόν πριν από την πρώτη επικοινωνία μαζί του, να ακούσει προτιμήσεις του, να επικεντρωθεί σ' αυτόν που μπορεί να κάνει, να ρωτάει τη γνώμη του και να τον ενισχύει να κάνει μόνος του την εκλογή, όταν χρειάζεται και παίρνει αποφάσεις. Η νοσηλεύτρια πρέπει να αποφεύγει να παίρνει γι' αυτόν γιατί τον μειώνει τον κάνει εξαρτημένο και μελαγχολικό.
4. Η διατήρηση και προαγωγή της αυτοφροτιδας.
5. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες πρέπει να γίνεται με τον υπερήλικα και για τον υπερήλικα.

6. Επιβάλλεται να γίνονται απαραίτητες τροποποιήσεις και συμβιβασμοί σε προσφορά νοσηλευτικής βοήθειας στον υπερήλικα, όταν το απαιτούν οι φυσιολογικοί περιορισμοί του.
7. Πρέπει να ενισχύεται η ατομικότητα του υπερήλικα να διατηρείται ακεραιότητα του και η αίσθηση του ελέγχου, τα οποία η νοσηλεύτρια επιτυγχάνει με το να τον ενισχύει να χρησιμοποιεί οτιδήποτε βοηθάει στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ του παρελθόντος και του παρόντος.
8. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να διατηρούνται στο κεντρικό ρεύμα της ζωής για να μην παρεμποδίζεται η φυσική, η συναισθηματική και η διανοητική επιβάρυνση τους.
9. Βοηθάει ο υπερήλικας να χρησιμοποιεί τις δυνατότητες του με την επιλογή δραστηριοτήτων που μπορεί να διεκπεραιώσει και διατηρούν το ενδιαφέρον τους για ζωή ή ακόμη με την δημιουργία ευκαιριών να ακούσει, να μάθει, να ζήσει το παρόν.
10. Η νοσηλεύτρια γνωρίζει πως κάθε αλλαγή αποτελεί απειλή ή πηγή άγχους για τον υπερήλικα
11. Ικανοποίηση της ανάγκης της επικοινωνίας του υπερήλικα στο σπίτι ή στο ίδρυμα.

Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα προσπαθεί:

- Να ακούει με κατανόηση τις ατελείωτες ανησυχίες που τον περιβάλλουν

- Να διαθέτει χρόνο για να ακούσει τον υπερήλικα που ζει στο ίδρυμα ή μόνος στο σπίτι του και συχνά δεν έχει άλλον επισκέπτη από αυτήν
- Να εξηγεί όσο μπορεί πιο καλά τι σημαίνουν τα συμπτώματα ενοχλήματα που ίσως παρουσιάζει
- Να τον ενθαρρύνει στην αντιμετώπιση των δυσκολιών σε ρεαλιστική βάση
- Να εφαρμόζει νοσηλευτικά μέτρα για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών , να εξασφαλίζει ιατρική βοήθεια όταν αυτή χρειάζεται
- Να τον ενημερώνει σε μια συστηματική προσπάθεια για δράση και επίδραση των φαρμάκων που χρησιμοποιεί
- Να τον μεταχειρίζεται πάντοτε σαν ενήλικα και ποτέ σαν παιδί έστω αν έχει παλινδρομήσει στην παιδική ηλικία

7.2 Εκπαίδευση προσωπικού

Η προσφορά ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας στον άνθρωπο προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλα προετοιμασμένου προσωπικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό στην βασική εκπαίδευση της ανώτερης βαθμίδας, με τη θεωρητική, εργαστηριακή και πρακτική κατάρτιση προετοιμάζεται να ασκήσει το επάγγελμα σε όλους τους τομείς του. Για την καλύτερη όμως απόδοσή του σε εξειδικευμένους τομείς όπως της εντατικής Νοσηλείας της Ψυχιατρικής , Γηριατρικής,

Παιδιατρικής Νοσηλευτικής κ.ά. πρέπει να έχει παρακολουθήσει βασικά εκπαιδευτικά προγράμματα σε ανάλογους κλάδους.

Η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το νοσηλευτικό προσωπικό, μεταξύ άλλων απαιτεί αναθεώρηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων της βασικής και της μεταβατικής εκπαίδευσης.

Στην αναθεώρηση πρέπει να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες του ανθρώπου, όπως διαμορφώνονται σήμερα, η αξία της υγείας, η φύση αλλά και η οργάνωση της σημερινής κοινωνίας, η σύνδεση του πληθυσμού με ιδιαίτερη υπογράμμιση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας, το σύστημα των υπηρεσιών υγείας της χώρας και οι αντικειμενικοί σκοποί του και τέλος ο προσδιορισμός των ρόλων όλων όσων συμμετέχουν στην προσφορά υπηρεσιών στο σύστημα υγείας.

7.3 Φιλοσοφία της γεροντολογικής νοσηλευτικής

Η φιλοσοφία αποβλέπει στη συμβολή της Νοσηλευτικής ως επιστήμης και τέχνης στην ανατολή ή στην επιβράδυνση της διεργασίας του γήρατος που αποτελεί συνεχιζόμενο φαινόμενο της ζωής και στη μετάγγιση ζωής δηλαδή νοήματος και χαράς στα ώριμα χρόνια της ζωής του ανθρώπου.

Πρέπει ιδιαίτερα να προσεχθεί πως για το ηλικιωμένο άτομο η αυτοφροντίδα δεν απέχει και πολύ από την αυτοπαραμέληση, προς την οποία έχει αξιόλογη ροπή και ως βασική προϋπόθεση να διατηρηθεί ο ηλικιωμένος στο σπίτι του είναι η διατήρηση της ανεξαρτησίας του και της αυτοφροντίδας του σε ικανοποιητικό βαθμό.

Βασικός στόχος της νοσηλευτικής βοήθειας στον υπερήλικα οποία πρέπει πάντοτε να εξατομικεύεται είναι η διατήρηση της ανεξαρτησίας του στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό και η ενίσχυση της αυτοφροντίδας με σκοπό όχι μόνο να διατηρηθεί στη ζωή, αλλά και να ζει τη ζωή, δηλαδή να είναι γέρος, σε κατάσταση ευεξίας και ικανοποιημένος από τη ζωή. Η εξατομίκευση της βοήθειας συντελεί στην ανάπτυξη εποικοδομητικών διαπροσωπικών σχέσεων που προσφέρουν στον υπερήλικα ευκαιρίες και κίνητρα, για να αναπτύξει και πάλι δραστηριότητες, συνεργασία, επικοινωνία αλλά και έλεγχο της πραγματικότητας. Η συνεχής επικοινωνία που εξασφαλίζεται με την εξατομίκευση της νοσηλευτικής βοήθειας στον υπερήλικα προλαμβάνει την ψυχοκοινωνική ατροφία η οποία είναι μια μορφή εκφύλισης και θανάτου.

Στην προσπάθεια αυτή η νοσηλεύτρια βοηθείται από τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, κρατικής, εκκλησιαστικής και ιδιωτικής πρωτοβουλίας τις οποίες και δέτει στη διάθεση των ηλικιωμένων.

7.4 Ηθικά Διλήμματα

Πολύ συχνά στην κλινική πράξη αναφύονται ηθικά διλήμματα που συγκρούονται με ηθικούς κανόνες οι λειτουργούν πιεστικά με δύο εξίσου επιθυμητών εναλλακτικών λύσεων. Στην προκειμένη περίπτωση η διατήρηση της αυτονομίας συγκρούεται με τα μέτρα που επιβάλλονται προκειμένου να επιτευχθεί η ασφάλεια του ασθενή.

Όσο γι αυτόν που παίρνει την απόφαση παραμένει αβέβαιος κατά πόσον η απόφαση ήταν ηθικά σωστή ακόμα και όταν αυτή η απόφαση ήταν επιλεγμένη.

Παρά το γεγονός ότι οι νομοθετικές διατάξεις ρυθμίζουν την επαγγελματική συμπεριφορά μας έναντι του ασθενή, αναγνωρίζοντάς του το δικαίωμα της πληροφόρησης, της συγκατάθεσης, του σεβασμού στην ελεύθερη βούλησή του να δεχτεί ή να αρνηθεί τη νοσηλεία, της εξασφάλισης της αυτονομίας του , της προστασίας της υγείας του και της ισότιμης παροχής υπηρεσιών υγείας, εντούτοις στην καθημερινή ηθική πράξη εγείρονται σοβαρά ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα που έχουν σχέση με παρεμβάσεις, στάσεις και συμπεριφορές που απαιτούν κάτι περισσότερο από εκείνα που ορίζει ο νόμος.

Και αυτό το κάτι έχει τις ρίζες του στην περιοχή των ηθικών διατάξεων και υπαγορεύεται από το νόμο της αγάπης, ο οποίος στρέφεται με δέος προς την αξία και αξιοπρέπεια της ανθρωπίνης υπάρξεως εκδηλώνοντας σεβασμό προς το δώρο της ζωής, άσχετα από την ηλικία που διανύει το φύλο ή τη φυλή στην οποία ανήκει.

Αυτό το κάτι είναι οι παρεμβάσεις που αν και τόσο απλές στην εκτέλεσή τους έχουν εντούτοις τη δύναμη να χαρίζουν ευτυχία στη δύση της βιολογικής ζωής με ένα στοργικό βλέμμα, με μια θετική κίνηση, με ένα απλό χέρι στο ρυτιδωμένο πρόσωπο ή στο κυρτωμένο από το χρόνο κορμί. Αυτό το κάτι είναι οι πράξεις που δεν κοστίζουν κι όμως δένουν τόσα πολλά και επιπλέον μπορούν να γίνουν από όλους μας αρκεί να απλώσουμε τα χέρια. Συμφωνώ με τις σύγχρονες

νοσηλευτικές τάσεις , ότι το θεραπευτικό πρόγραμμα του ασθενή σχεδιάζεται από κοινού με τον ίδιο και με τους οικείους του.

Ειδικότερα στο σχέδιο της φροντίδας οι συγγενείς συμμετέχουν ως ισότιμα και ενεργά μέλη της υγειονομικής ομάδας, επειδή έχει αναγνωριστεί η σημαντική θεραπευτική επίδραση που ασκούν στη διεργασία της νοσηλευτικής φροντίδας του ηλικιωμένου.

Η προσφορά της ανθρωπιστικής φροντίδας είναι καθήκον και χρέος όλων μας. Αν εμείς αρνηθούμε να τη δώσουμε σήμερα, ίσως αύριο κάποιοι άλλοι αρνηθούν να τη δώσουν σε μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

8.1. Εξωιδρυματική 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.τλ. όπως 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.

8.2. Τα νοσοκομεία ημέρας

Είναι συγκροτήματα τα οποία φιλοξενούν τα ηλικιωμένα άτομα 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 ημέρας
- Εξασφαλίζουν το απαραίτητο φαγητό

- Τους δίνεται η 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 δεσμός αυτός εφαρμόστηκε σωστά έχει πολύ ευεργετικά αποτελέσματα. Μια τέτοια προσπάθεια έγινε στη χώρα μας μετά τα ΚΑΠΗ

8.3. Κέντρα ανοικτής περίθαλψης ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).

Τα ΚΑΠΗ είναι κρατικά προγράμματα που έχουν καταρτιστεί για την εξυπηρέτηση του δεσμού «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 του 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.

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

8.4. 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 υπερήλικων μέσα στην κοινότητα με κάποια οικογένεια. Άλλωστε η αναδοχή προσφέρει τη δυνατότητα στις πυρηνικές οικογένειες της εποχής μας να δημιουργήσουν μια ουσιαστική σχέση με τον «παππού» ιδίως για τα μικρά παιδιά αυτή η εμπειρία μπορεί να είναι πολύτιμη.

8.5. Ιδρυματική περίθαλψη

Από την πρωτοβυζαντινή εποχή, τα ιδρύματα αποτελούσαν την κυρίαρχη μορφή φροντίδας για όσους δεν ήταν αυτόνομοι στην κάλυψη

των βιοτικών και κοινωνικών αναγκών. Η παράδοση αυτή συνεχίστηκε μέχρι την εποχή μας με την εκκλησία. Σε μεγάλο ποσοστό, τα 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.

8.6 Αίτια εισόδου στο Ίδρυμα

Οι κυριότεροι 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 δυσκολίες.
- 2) Σωματικές αναπηρίες που διαταράσσουν την ομαλή οικογενειακή ζωή. Άτομα με ακράτειες ούρων, κοπράνων, παχύσαρκα ή

ημιπληγικά, γενικώς κατάκοιτοι 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 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 παρουσιάζει πρόβλημα υγείας, θα έχει και οικονομικά προβλήματα. Αναμφισβήτητα τα προβλήματα αυτά θα είναι πιο σοβαρά όσο μένει στο σπίτι του και επισκέπτεται τον οικογενειακό γιατρό, δεν λύνονται όμως και με τη μεταφορά σε Γηροκομείο

8.7. Άσυλα - Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων

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 οργανώσεις και να χρηματοδοτηθούν από ιδρύματα , δωρεές, εισφορές των ασθενών κ.ά. συχνά δε να ενισχυθούν από τις τοπικές υγειονομικές αρχές.

**Ολιστική και Εξατομικευμένη Νοσηλευτική Φροντίδα
τρίτης ηλικίας με την μέθοδο νοσηλευτικής διεργασίας**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

Γενικές έννοιες Νοσηλευτικής Διεργασίας

Η νοσηλευτική διεργασία είναι εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολόγησης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου, συστηματικού προγραμματισμού και διεκπεραίωσης της νοσηλευτικής φροντίδας 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 δεν θα παρουσιάσει ζαφνική αύξηση της παραγωγής των ειδών αυτών. Θα αποδειχθεί τόσο καλή μέθοδος όσο

καλοί είναι και οι νοσηλευτές που τη χρησιμοποιούν. Αλλά μπορεί να τους βοηθήσει να αξιοποιήσουν τις δυνατότητες τους στο μέγιστο βαθμό για το καλό του αρρώστου.

Για να γίνει πλήρως κατανοητή η ουσία και το περιεχόμενο της νοσηλευτικής διεργασίας, παρατίθενται δύο κλινικές περιπτώσεις ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε δημόσιο νοσηλευτικό ίδρυμα, καθώς και το σύνολο των νοσηλευτικών ενεργειών, προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία τους στο μέγιστο βαθμό.

A. Κλινική περίπτωση

Στις 1/1/2000 εισήχθη στην παθολογική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου ο κύριος Δ.Σ., 84 ετών.

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

Πρόκειται για ασθενή με ιστορικό καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας, ο οποίος προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω αναιμίας, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα εκτός της καταβολής. Από τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκαν ωχρότητα δέρματος και επιπεφυκότων, οιδήματα στα κάτω άκρα, ενώ η δακτυλική εξέταση από το ορθό ήταν ανηκτική για αίμα ή μέλαμα

Αντικειμενικά Ευρήματα:

Α.Π.: 120/60 mmHg

Σ.Φ.: 85/min.

Θερ.: 36,4

Αν. : 19/ min.

Εργαστηριακά Ευρήματα:

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

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 απύρετος, 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. Atrotent 0,5 ml x 3
- TTS Pancoran 1x1
- tabl. Tildiem 60 mg. 1x2

- tabl. Moduretic 1 κάθε δεύτερη ημέρα
- amp. Infeon 1 ml. κάθε δεύτερη ημέρα

Στη συνέχεια αναφέρονται τα κυριότερα 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
-Οιδήματα άκρων	-Υποχώρηση των οιδημάτων	-Ανύψωση των κάτω άκρων -Εφαρμογή άναλου διαίτας -Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών -Καθημερινό ζύγισμα του ασθενούς -Ενημέρωση του ασθενούς, να μην παίρνει πολλά υγρά Συγκριτική μέτρηση των οιδημάτων και άκρων με μεζούρα	-Τοποθετήθηκαν μαξιλάρια κάτω από τα πόδια του ασθενούς ώστε να είναι ελαφρώς ανασκωμένα. Συγχρόνως χαλαρώθηκαν τα κλινοσκεπάσματα έτσι ώστε να μην ασκούν πίεση στα άκρα του ασθενούς -Ο ασθενής άρχισε άναλο δίαιτα (το αλάτι ευνοεί την κατακράτηση υγρών). -Μετρούνται και καταγράφονται καθημερινά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά.	-Τα οιδήματα άρχισαν να υποχωρούν από την τρίτη ημέρα της νοσηλείας του -Ο ασθενής μετά την εφαρμογή της άναλου διαίτας, είχε 1500cc ούρα -Την Πέμπτη ημέρα της νοσηλείας του ο ασθενής ζύγιζε 77 kgr. Το βάρος του από την ημέρα αυτή διατηρή-

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
-Καταβολή δυνάμεων	-Σωματική τόνωση ασθενούς, ανάκτηση δυνάμεών του	-Ενημέρωση των οικείων προσώπων του ασθενούς, να μην τον επισκέπτονται πολλοί μαζί	-Ο ασθενής παίρνει περίπου από το στόμα 1000 cc υγρά -Ζυγίζεται καθημερινά ο ασθενής (την πρώτη μέρα της νοσηλείας του ζύγιζε 80 kgr). -Ενημερώθηκαν οι οικείοι του ασθενούς να μην τον επισκέπτονται όλοι μαζί προς αποφυγή κόπωσης	δηκε σταθερό καθ' όλη την διάρκεια της νοσηλείας του.
	-Ενδάρρυνση του ασθενούς να κοιμάται αρκετά -Εφαρμογή διαίτας πλούσια σε πρωτεΐνες	-Ενδάρρυνση του ασθενούς για την ευεργετική δράση του ύπνου και ενδαρρύνθηκε να κοιμάται όσο πιο πολύ μπορεί		-Σταδιακή ανάκτηση των δυνάμεων του ασθενούς

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
Έναρξης μετάγγισης 21/1/2000 9 π.μ. Χορήγηση μίας φιάλης (300cc) συμπυκνωμένων ερυθρών -Ενδεχόμενη εμφάνιση άμεσων αντιδράσεων κατά την μετάγγιση (αιμόλυση, αλλεργία,	-Να προληφθεί η εμφάνιση αντιδράσεων και επιπλοκών	-Να γίνει έλεγχος των στοιχείων της φιάλης 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, εμετοί, κνησμός, εξάνθημα, πτώση	-Αρχισε δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες (κυρίως βοδινό κρέας). -Έγινε έλεγχος των στοιχείων της φιάλης (ονοματεπώνυμο ασθενούς, πατρώνυμο, αριθμός φιάλης, ομάδα Rhesus, γονότυπος, ημερομηνία λήξεως). -Αρχικά τα αίμα χορηγήθηκε με αργό ρυθμό (15 σταγόνες /min.) Στη συνέχεια (μετά από 15 min.) αυξήθηκε η ροή του αίματος στις 30 σταγόνες min. Το πλήρες αίμα χορηγείται με ρυθμό 40-60 /min., ο	-Ζ.Σ. : φυσιολογικά -Ο ασθενής δεν ανέφερε συμπτώματα κνησμού, ναυτίας -Ο ασθενής Δεν εμφάνισε άλλες αντιδράσεις έως το τέλος της μετάγγισης. Δεν αναφέρθηκαν επιπλοκές

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
εμβολή αέρα και υπερφόρτωση)		<p>Α.Π.).</p> <p>-Να λαμβάνονται συχνά τα ζωτικά σημεία</p>	<p>ρυθμός είναι βραδύτερο στη χορήγηση συμπυκνωμένων ερυθρών</p> <p>-Λαμβάνονται και καταγράφονται τα Ζ. Σ. κάθε 30 min.</p> <p>Ζ.Σ. : Α.Π. : 130/80 mmHg Σ.Φ. : 80/min. Θ.: 36,6</p> <p>Α.Ν. : 18/min.</p> <p>- Ενημερώθηκε ο ασθενής να ναφέρει ενδεχόμενο αίσθημα κνησμού ή ναυτίας</p> <p>- Ελέγχεται ο ασθενής για ενδεχόμενη εμφάνιση εξανθήματος</p>	

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
-Έναρξη χορήγησης σιδηρούχου δεξτράνης στις 21/1/2000.	Να πάρει το φάρμακο χωρίς να εμφανίσει αντιδράσεις και επιπλοκές	-Να γίνεται συχνή λήψη και καταγραφή των Ζ.Σ..	-Λαμβάνονται και καταγράφονται τα Ζ.Σ. κάθε 3 ώρες	Ζ.Σ.: φυσιολογικά, Α.Π.:140/80 mmHg, Α.Ν.: 18 /min, Σ.Φ.: 85 /min, Θερ.: 36,7 C
-Μας είναι γνωστό ότι κατά τη χορήγηση σιδήρου ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει αλλεργικές αντιδράσεις (κνησμός, εξάνθημα, ρίγος, πυρετός,	-Να προληφθεί η εμφάνιση αυτών των αντιδράσεων	-Να παρακολουθείται η γενική κατάσταση του αρρώστου -Να τοποθετηθεί δίπλα στο κρεβάτι του αρρώστου, τροχήλατο με υλικά απαραίτητα για την αντιμετώπιση καταπληγής ή	-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	-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
οίδημα προσώπου, αναφυλακτικό shock, ανακοπή) Ο ασθενής δεν παρουσίασε shock.		shock π.χ. sulcorter, ενδοτραχειακούς σωλήνες, αεραγωγούς, στοματοδιαστολείς, λαρυγγοσκόπιο κ.ά.	κρεβάτι τροχήλατου με υλικό για αντιμετώπιση επειγόντος.	
-Κίνδυνος: έκχυσης του φαρμάκου εκτός της φλεβικής οδού. (Η σιδηρούχος δεξτράνης αν ενεδεί υποδόρια προκαλεί χρώση δέρματος γι αυτό χορηγείται είτε	-Πρόληψη χρώσης δέρματος	-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	-Επιλέχθηκαν για τη χορήγηση σιδήρου οι φλέβες της κοιλότητας του αγκώνα (μεσοβασιλική, βασιλική). Οι φλέβες αυτές ενδείκνυνται για ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων. -Αμέσως μετά την εισαγωγή της βελόνας στη φλέβα και πριν την	-Δεν παρουσιάστηκε πρόβλημα χρώσης δέρματος κατά την διάρκεια χορήγησης σιδήρου ή άλλη αντίδραση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
<p>ενδοφλέβια είτε βαθιά ενδομυϊκά)</p>		<p>πρόληψη θρόμβωσης και καταστροφής της φλέβας</p>	<p>έκχυση του σιδήρου σε αυτήν 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>	

B Κλινική περίπτωση

Στις 12/3/2000 εισήχθη στην παθολογική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του 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 επεισόδιο από όπου διεκομίσθη στο νοσοκομείο του Ρίου.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ο ασθενής προ 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 διαστήματα:

Πνεύμονες : Δύσπνοια

Κοιλιά : Κοιλιακά αντανακλαστικά ελαττωμένα δεξιά

Ορδόν : Μυϊκός τόνος ελαττωμένος δεξιά

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

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

Οφθαλμοί : Μυδρίαση οφθαλμού με σύνδρομο καταρράκτη και καταργημένο αντανakλαστικό φως. Αντανakλαστικό κόρης αριστερού οφθαλμού κατά φύση.

Στόμα : Πάρηση δεξιού κατώτερου προσωπικού νεύρου

Καρδιά : Αρρυθμία.

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.
Σκληρυντική καρδιοπάθεια. Αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

Πορεία νόσου: Η κατάσταση του ασθενούς είναι βαρία.

Δεν έχει κένωση από την ημέρα της εισαγωγής του. Στις 12/3/2000 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
-Αύξηση Α.Π. (150/80 mmHg)	-Μείωση της Α.Π. και διατήρηση της σε φυσιολογικά επίπεδα	-Συχνή λήψη και καταγραφή της Α.Π. -Χορήγηση αντιπυρετασικών φαρμάκων - Ελαφρά διαίτα	-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.	-½ ώρα μετά την χορήγηση Catapresan, η Α.Π. έπεσε (130/170 mmHg) -συνεχίζεται η παρακολούθηση της Α.Π.
-Δύσπνοια	-Απαλλαγή του ασθενούς από τη δύσπνοια	-Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση -Χορήγηση O ₂ -Διατήρηση της δρέγης και ενυδάτωσης και φυσιολογικής κενώσεως του	-Έγινε τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση -Χορηγήθηκε O ₂ με ρινικό καθετήρα (3 lt.) -Γίνεται παρακολούθηση των αερίων αίματος και των	-Παρατηρήθηκε βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας -Συνεχίζεται η χορήγηση O ₂

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		εντέρου -Καλός αερισμός του δαλάμου	ηλεκτρολυτών του ορού για την έγκαιρη διάγνωση μεταβολών στην οξεοβασική ισορροπία -Εξασφαλίστηκε δροσερός αέρας στο δάλαμο του ασθενούς με συχνό αερισμό αυτού	
-Διέγερση	-Καταστολή της διέγερσης -Πρόληψη πτώσης 0 κάκωσης της ασθενούς	-Εξασφάλιση περιβάλλοντος -Χορήγηση ηρεμιστικών	-Έγινε μεταφορά σε μοναχικό δωμάτιο -Ενημερώθηκαν οι συγγενείς να μην τον επισκέπτονται πολλοί μαζί - Χορηγήθηκε 1/2 amp. Stedon	-Μία ώρα μετά τη χορήγηση του Stedon ασθενής άρχισε να πρεμεί. Δεν είχαμε πτώση - κάκωση.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			μετά από ιατρική εντολή	
-Κίνδυνος μυϊκής ατροφίας	-Πρόληψη του κινδύνου αυτού	-Προγραμματισμός παθητικών ασκήσεων	-Προγραμματίστηκε αρχικά φυσιοθεραπεία 1 φορά την ημέρα -Έγινε διδασκαλία και ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος για το πρόγραμμα της φυσιοθεραπείας	
-Δυσχέρεια στην λήψη τροφής	-Επαρκής κάλυψη των δερμίδικών αναγκών του ασθενούς	-Χορήγηση πολτοποιημένων τροφών -Χορήγηση παρεντερικά υγρών δερμιδικής αξίας	-Άρχισαν να χορηγούνται στον ασθενή πολτώδεις τροφές -Χορηγείται παρεντερικά D/ω, 5% , 1000cc, 1x1	-Επιτεύχθηκε λήψη επαρκούς ποσότητας τροφής
-Απουσία κένωσης	-Λήψη μέτρων για	-Χορήγηση υγρών	-Χορηγούνται στον ασθενή	-Οι προσπάθειες αυτές

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
(από την 1 ^η ημέρα της νοσηλείας του)	κένωση εντέρου	-Χορήγηση τροφών με υπόλειμμα -Χορήγηση υπακτικών φαρμάκων	άρθρα υγρά από το στόμα και παρεντερικά - Δίνεται στον ασθενή τροφή με υπόλειμμα (δημητριακά, γάλα, γιαούρτι κ.ά.)	Ο ασθενής δεν είχε κένωση και χορηγήθηκαν υπακτικά μετά από ιατρική εντολή (1 sup. γλυκερίνης 1X1).
-Κίνδυνος δημιουργίας κατακλίσεων εξαιτίας της παρατεταμένης ακινησίας	-Λήψη μέτρων για την πρόληψη του κινδύνου αυτού	-Συχνή αλλαγή θέσεως -Διατήρηση στεγνού και καθαρού δέρματος	-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	-Επαλείφεται το δέρμα μετά από κάθε πλύση με προστατευτική αλοιφή. -Στεγνώνεται καλά το δέρμα (η υγρασία ευνοεί τη δημιουργία κατακλίσεων) -Τοποθετήθηκαν

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΣΚΟΠΟΙ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
			<p>κατάκλισεων περιοχές (πτέρνες, αγκώνες, ωμοπλάτες, ινίο κεφαλής, κόκκυγας). Οι περιοχές αυτές σαπουνίζονται με χλιαρό νερό και μαλακό σαπουνί.</p>	<p>μαζιλάρια κάτω από τις πτέρνες και τη μέση για άρση της πίεσης στις περιοχές αυτές. Ο ασθενής δεν εμφάνισε κατάκλιση κατά την διάρκεια νοσηλείας του στο νοσοκομείο.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΛΥΣΕΙΣ

Ύστερα από όλα αυτά καταλήγουμε στις παρακάτω προτάσεις και δυνατές λύσεις για το θέμα - πρόβλημα - υπερήλικας.

Είναι όμορφη η καθημερινή επικοινωνία τους ανεξάρτητα αν οι ηλικιωμένοι συγκατοικούν, ή συζούν με άλλους, ή κατοικούν μόνοι τους ή αν συνυπάρχουν στην γειτονιά ή στην συντροφιά.

Οι ηλικιωμένοι πρέπει να μένουν εκεί που έχουν συνηθίσει στο περιβάλλον τους έτσι που να διευκολύνεται η ανεξαρτησία τους, να ενθαρρύνεται η ενεργός συμμετοχή τους στα κοινά.

Σε κάθε ελληνική κοινότητα πλάι στο σχολείο και στην εκκλησία πρέπει να υμώνεται ένα «σπίτι υγείας» ένα κοινοτικό κατάστημα για άνδρες και γυναίκες κάτι ανάλογο με το νεοσύστατο ΚΑΠΗ.

- Τα σπίτια υγείας πρέπει να είναι ανοικτά και επανδρωμένα με κατάλληλο προσωπικό, στην κάθε κοινότητα, 24 ώρες το 24ωρο και σε ειδικά ανοικτά προβλήματα να διασυνδέουν τον ηλικιωμένο με το πλησιέστερο κέντρο υγείας ή το νοσοκομείο. Να τον μεταφέρουμε με ασθενοφόρο. Από την άλλη πλευρά ο ηλικιωμένος να μπορεί να επιδοθεί και να ασχοληθεί σε εργασιοθεραπεία. Να μην σταματήσει τις διάφορες ασχολίες του, όπως μας λέει ο Ιπποκράτης και να διατηρείται δραστήριος σύμφωνα με το Γαλινό.
- Να μπορεί να φάει ζεστό και κατάλληλο για την περίπτωση του φαγητό ή να του μεταφέρουν στο σπίτι και να ικανοποιούνται οι βασικές του ανάγκες.

- Να υψαγωγείται και να αισθάνεται ότι διατηρεί συμμετοχή στην ζωή της οικογένειας της κοινότητας του ιδρύματος

Με τους παραπάνω τρόπους και με όλα όσα γράφτηκαν μέχρι τώρα σε αυτή την εργασία και με άλλα που ίσως δεν αναφέρθηκαν, θα μπορέσει ο ηλικιωμένος να μην αισθάνεται μόνος ότι εμείς δεν θα αδρανίσουμε και θα είμαστε κοντά του από το πιο μικρό ως το πιο μεγάλο πρόβλημά του.

Πρέπει ακόμα να θυμόμαστε συχνά όλοι μας τη σοφή λαϊκή παροιμία του γέρου Έλληνα που λέει: «Εκεί που είσαι ήμουν και εδώ που είμαι θα έρθεις»

Έτσι για όλα αυτά ***«Ας δώσουμε ζωή στα χρόνια και όχι χρόνια στη ζωή».***

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βασιλείου Ι. «Χαρούμενη Δύση Επίτομος», Εκδόσεις Εστία Αθήνα , 1981
- Δοντάς Α. «Η Τρίτη Ηλικία» Επίτομος , έκδοση Α, Εκδόσεις ΛΙΤΣΑ
Αθήνα, 1981
- Εγκυκλοπαίδεια υγείας «Υγεία» Τόμος 3^{ος}, Εκδόσεις Δομική
- Κυριακίδου Ε. «Κοινωνική Νοσηλευτική» Επίτομος, Αθήνα, 1995
- Κουτσούνης Α. - Αδαμίδου «Η Τρίτη Ηλικία - Το Πρόβλημα Των
Ηλικιωμένων και Νοσηλευτική Παρέμβαση», Πτυχιακή Εργασία,
Σχολή ΣΕΥΠ, Πάτρα 1998
- Παπαθανασίου Αλεξόγλου Α. «Κοινωνική Νοσηλευτική» Επίτομος,
Έκδοση Β΄ Αθήνα., 1991
- Πλατή Χ. «Γεροντολογική Νοσηλευτική» Επίτομος, Αθήνα, 1993
- Ραγιά Α. «Βασική Νοσηλευτική» έκδοση Β΄, Αθήνα 1991
- Σαχίνη Καρδάση Α., Πάνου Μ. «Παθολογική και Χειρουργική
Νοσηλευτική» Τεύχος 2^ο , Δ Επανεκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα,
1994
- Τριχοπούλου Α., Τριχόπουλος Δ. «Προληπτική Ιατρική - Αγωγή Υγείας
- Κοινωνική Ιατρική - Δημόσια Υγιεινή» Επίτομος, έκδοση Γ΄,
Εκδόσεις Παρισιανός Αθήνα, 1986
- Uastenlorum Ι. «Η Τρίτη Ηλικία», Μετάφραση Τζελέπογλου Ελένη
Επίτομος, Εκδόσεις Ψυχογιός Αθήνα, 1982

Η Νοσηλευτική στην Τρίτη Ηλικία. Εξωιδρυματική - Ιδρυματική Περίθαλψη.

Χανιώτη - Φραγκίσκου Φ. «Εγχειρίδιο Γηριατρικής», Εκδόσεις ΛΙΤΣΑ

Αθήνα, 1992

