

**Α.Τ.Ε.Ι ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ – ΑΦΥΠΝΙΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΙΑΣΗ ΤΩΝ
ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΗΣ**



**ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
κ. ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΨΗΛΟΥ ΑΓΑΡΙΣΤΗ**

ΠΑΤΡΑ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	σελ. 1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	2

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΓΗΡΑΤΟΣ

1.1 Ορισμό ηλικιωμένου.....	5
1.2 Διακρίσεις γήρατος.....	5
1.2.1 Το ημερολογιακό γήρας.....	6
1.2.2 Το βιολογικό γήρας.....	6
1.3 Θεωρίες γήρατος.....	6
1.3.1 Θεωρία της βιολογικής ρύθμισης.....	6
1.3.2 Θεωρία της συσσώρευσης καταστροφικών παραγόντων.....	7
1.3.3 Θεωρία άθροισης αχρήστων προϊόντων.....	7
1.3.4 Θεωρία της αυτοάμυνας.....	7
1.3.5 Θεωρία της ουσίας της ζωής.....	7
1.3.6 Θεωρία του Carrell.....	7
1.4 Επιδημιολογικά – δημογραφικά στοιχεία.....	8
1.5 Επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού στο σύστημα υγείας.....	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΗΡΑΤΟΣ

2.1 Γενικές αλλαγές που σχετίζονται με το γήρας.....	11
2.2 Κυτταρικές αλλαγές.....	11
2.3 Μεταβολές στο καρδιαγγειακό σύστημα.....	11
2.4 Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα.....	12
2.5 Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα.....	12
2.6 Μεταβολές στο γαστρεντερικό σύστημα.....	13
2.7 Μεταβολές στο νευρικό σύστημα.....	13
2.8 Μεταβολές στο μυοσκελετικό σύστημα.....	13
2.9 Αλλαγές στις ειδικές αισθήσεις.....	14
2.10 Αλλαγές στο δέρμα.....	14
2.11 Μεταβολές στην ανοσία.....	14
2.12 Ενδοκρινικές μεταβολές.....	15

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΠΟΚΡΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΣΤΙΣ ΠΑΘΟΦΥ- ΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΚΑΙ ΟΙ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

3.1	Καρδιαγγειακά νοσήματα	17
3.1.1	Κοινή συμπτωματολογία – κλινική εικόνα καρδιαγγειακών νοσημάτων.....	17
3.1.2	Νοσηλευτική παρέμβαση	18
3.2	Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος.....	19
3.2.1	Κοινή συμπτωματολογία – κλινική εικόνα αναπνευστικών νοσημάτων.....	19
3.2.2	Νοσηλευτική παρέμβαση	19
3.3	Παθήσεις μυοσκελετικού συστήματος	20
3.3.1	Κοινή συμπτωματολογία – κλινική εικόνα μυοσκελετικών παθήσεων.....	20
3.3.2	Νοσηλευτική παρέμβαση	21
3.4	Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε.).....	22
3.4.1	Κλινικές εκδηλώσεις Α.Ε.Ε.....	25
3.4.2	Νοσηλευτική παρέμβαση	25
3.5	Ενδοκρινολογικά νοσήματα (σακχαρώδης διαβήτης)	26
3.5.1	Κλινικές εκδηλώσεις σακχαρώδη διαβήτη.....	27
3.5.2	Νοσηλευτική παρέμβαση	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

4.1	Γενικά περί κατάθλιψης, αυτοκτονίας, μοναξιάς και η συμπτωματολογία τους.....	31
4.1.1	Κατάθλιψη των ηλικιωμένων – το πρόβλημα	31
4.1.2	Αυτοκτονία.....	32
4.1.3	Μοναξιά.....	32
4.1.4	Κοινή συμπτωματολογία κατάθλιψης, αυτοκτονίας και μοναξιάς στους ηλικιωμένους	33
4.2	Γενικά περί σύγχυσης, άνοιας και η κλινική τους εκδήλωση	33

4.2.1	Σύγχυση.....	33
4.2.2	Άνοια.....	33
4.2.3	Κοινή συμπτωματολογία σύγχυσης και άνοιας στους ηλικιωμένους.....	34
4.3	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικών προβλημάτων.....	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

5.1	Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα των ηλικιωμένων.....	37
5.2	Αντικειμενικοί σκοποί της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής.....	39
5.3	Φιλοσοφία γεροντολογικής νοσηλευτικής.....	39
5.4	Αλλαγές που δημιουργούν οι απώλειες στη συμπεριφορά του υπερήλικα. Ευθύνες της νοσηλεύτριας.....	40
5.4.1	Η σημασία της απώλειας (La Vigne, 1979).....	41
5.4.2	Αντιμετώπιση της απώλειας.....	42
5.5	Διατροφή του υπερήλικα.....	43
5.6	Εκπαίδευση προσωπικού.....	45
5.7	Ηθικά διλήμματα.....	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ

6.1	Ιδρυματική περίθαλψη.....	48
6.2	Αίτια εισόδου σε ίδρυμα.....	48
6.3	Γηροκομεία – «Οίκοι ευγηρίας».....	49
6.3.1	Οι λόγοι που επιβάλλουν ξεχωριστά νοσοκομεία ή νοσηλευτικές μονάδες για τους υπερήλικες.....	52
6.3.2	Νοσηλευτικές μονάδες για τους υπερήλικες.....	53
6.4	Άσυλα – θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων.....	55
6.5	Ο νοσηλευτής στα ιδρύματα.....	55

	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	58
--	--------------------------------------	-----------

	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	60
--	--------------------------	-----------

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Όλοι γερνάμε και όλοι αντικρίζουμε το φάσμα του αύριο γιατί, δυστυχώς για τους γέροντες, το ενδιαφέρον της οικογένειας είναι αρκετά αμφίβολο και η κοινωνική εξασφάλιση υποτυπώδης. Σε όλους είναι γνωστό ότι οι γέροντες προσφέρουν σε όλη τους τη ζωή τα πάντα για την οικογένειά 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 εγκαταλελειμμένοι στο έλεος της τύχης τους, χωρίς κανένας να έχει σκεφτεί σοβαρά πώς θα αντιμετωπιστεί το φοβερό δράμα της ζωής τους και τα προβλήματά τους. (Σιόγκα Α., 2000)

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό να βοηθήσει τον αναγνώστη και κυρίως αυτόν που σπουδάζει τη νοσηλευτική:

- Να δει το ηλικιωμένο άτομο σαν μια μοναδική βιο-ψυχοκοινωνική ύπαρξη με αθάνατη ψυχή και να το προσεγγίσει στην ολότητά του.
 - Να αντιληφθεί πως η προσέγγιση και η φροντίδα του ηλικιωμένου, για να του προσφέρει ανακούφιση, χαρά και ελπίδα, είναι χρέος, τιμή και προνόμιο. Αυτή η προσέγγιση αναζωπυρώνει το νόημα της ζωής του υπερήλικα και σ' αυτό το τελικό του στάδιο.
 - Να διευρύνει τις δυνατότητες και τις διαστάσεις της Γενικής Νοσηλευτικής και
 - Να ολοκληρώσει τη Νοσηλευτική ως έργο, ως αποστολή και ως λειτούργημα.
- (Μαλγαρινού Μ. – Γουλιά Ε., 1991)

Τέλος θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην καθηγήτρια και εισηγήτρια του θέματος κ. Φιδάνη Αικατερίνη για την πολύτιμη συμβολή και υποστήριξή της κατά τη συγγραφή της εργασίας μου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ανθρώπινο γένος χαρακτηρίζεται από μεγάλο διάστημα παιδικής ηλικίας και παρατεταμένο χρόνο γεροντικής. Το γεγονός αυτό κατέστησε ικανά τα ηλικιωμένα άτομα να διαπαιδαγωγούν τα νεώτερα, μεταδίδοντας τις αξίες της ζωής και με αυτόν τον τρόπο να διασφαλίζουν την επιβίωση και την πρόοδό τους στη γη.



Η παρουσία του ηλικιωμένου στην οικογένεια, στη 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. (Μανζανά Ξ., 1999)



Ο ηλικιωμένος άνθρωπος, ζωντανή μαρτυρία της επιτυχίας της σύγχρονης επιστήμης, αποτελεί πρόκληση για τη Νοσηλευτική η οποία σαν επιστήμη ευθύνεται για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών του ανθρώπου όλων των ηλικιών. Η νέα δημογραφική εικόνα του πληθυσμού της γης, με ιδιαίτερο χαρακτηριστικό την αύξηση του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας, που προβλέπεται να επεκταθεί και στις αναπτυσσόμενες χώρες, έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον της Νοσηλευτικής.

Ο ρόλος της Νοσηλευτικής κοντά στον υπερήλικα υπεισέρχεται και επεκτείνεται σε τρεις ευρείς τομείς:

- 1. Την πρόληψη** όχι μόνο της νόσου, του πρόωρου γήρατος ή των φυσικών αναπηριών που επιβαρύνονται με τη φυσιολογική διεργασία του γήρατος, αλλά και των ψυχολογικών επιπτώσεων που δημιουργούν η συσσώρευση των χρόνων και οι «απώλειες» που είναι αυξημένες στην ηλικία αυτή.

2. **Τη θεραπεία και αντιμετώπιση** των βιο-ψυχο-κοινωνικών νοσηλευτικών προβλημάτων και αναγκών, που έχουν κάνει την εμφάνισή τους στο ηλικιωμένο άτομο.
3. **Την αποκατάστασή** του από τα νοσηλευτικά προβλήματα που αντιμετώπισε, τόσο στη βιολογική όσο και στην ψυχο-κοινωνική σφαίρα, σε ικανοποιητικό επίπεδο, χωρίς να αγνοούνται οι περιορισμοί που δημιουργούνται από τη διεργασία του γήρατος.

Στην πραγμάτωση των πιο πάνω ρόλων η Νοσηλεύτρια σκέπτεται και διερευνά τα νοσηλευτικά προβλήματα και τις ανάγκες του υπερήλικα επιστημονικά και τα αναλύει κριτικά, αναπτύσσει το ρόλο της δυναμικά, εργάζεται με δεξιότητα, αλλά και ανθρωπιά στηριγμένη στη Νοσηλευτική επιστήμη. Δεν ξεχνά αυτό που ο Βάκων είπε: «Η γνώση είναι δύναμη. Οι δυνάμεις μας είναι ίσες με τις γνώσεις μας». (Μαλγαρινού Μ. – Γουλιά Ε., 1991)

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΓΗΡΑΤΟΣ



1.1 Ορισμός ηλικιωμένου.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, άτομα τρίτης ηλικίας είναι εκείνα που είναι μεγαλύτερα των 65 ετών. Ωστόσο γεννιέται σε όλους μας το εξής ερώτημα: Ποια είναι η πραγματική γεροντική ηλικία; Είναι τα 65, τα 75, τα 80 ή ακόμη τα 85; Ξέρουμε ότι το γήρας είναι πολύ προσωπικό και ότι το χρονολογικό γήρας δεν αντιστοιχεί απαραίτητα στην πραγματική λειτουργική βιολογική ηλικία. (Μυγδάλης Η., 2001)

Το γήρας είναι μια μακρόχρονη διεργασία που αρχίζει από τα πρώτα στάδια της ζωής και εξελίσσεται προοδευτικά, ώστε να εκδηλωθεί με τη μορφή γεροντικών στιγμάτων σε άλλοτε άλλη χρονική περίοδο στη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου. Οι γεροντικές αλλοιώσεις των ιστών και των οργάνων σηματοδοτούνται με την έκπτωση των διαφόρων λειτουργιών του σώματος και της ψυχής, την απώλεια της εφεδρικής μυϊκής δυνάμεως, τη μείωση της μεταβολικής ικανότητας, την επιβράδυνση της νευρικής λειτουργίας και τη συρρίκνωση της αισθητικής διακριτικότητας.

Επιπλέον, γήρας είναι μια διαδικασία προσαρμογής, κατά την οποία το εσωτερικό περιβάλλον τροποποιείται, ώστε να ανταποκρίνεται στις πιέσεις τόσο της εκφυλίσεως, όσο και των εξωτερικών μεταβολών.

1.2 Διακρίσεις γήρατος.

Είναι προφανές από τα προηγούμενα ότι το γήρας, σαν βιοκοινωνικό φαινόμενο, μπορεί να θεωρηθεί από δύο διαφορετικές σκοπιές: **α)** από την κοινωνική σκοπιά, που ερευνά και ερμηνεύει το γήρας με βασικό ενδιαφέρον τη συσχέτιση των γενεών στην κοινωνία, αναφορικά με τη συμμετοχή τους στην παραγωγική διαδικασία και **β)** από τη βιολογική σκοπιά, που ερευνά το γήρας σαν τη νομοτελειακά επιβεβλημένη τελική φάση του κύκλου της ζωής. Η κοινωνική αποδοχή του γήρατος δε συμπίπτει πάντα με τη βιολογική του έλευση και η έλλειψη της συμπτώσεως αυτής δεν είναι χωρίς συνέπειες. Ένα, από κοινωνικής απόψεως, γεροντικό άτομο δεν είναι, κατ' ανάγκη και βιολογικά γηρασμένο, με την έννοια ότι οι σωματικές και ψυχικές του εφεδρείες είναι ακόμη επαρκείς για να συνεχίσει τη δημιουργική παρουσία του στην παραγωγική διαδικασία. Αποτέλεσμα αυτής της ασυμφωνίας είναι ότι μερικές φορές η κοινωνία στερείται από χρήσιμους και δημιουργικούς ανθρώπους, στους οποίους επιβάλλεται η παραίτηση, ενώ

ακόμη έχουν μεγάλα περιθώρια προσφοράς. Αντίθετα, δεν είναι πολύ σπάνιο το φαινόμενο ένα κοινωνικά νέο άτομο να έχει εξαντλήσει τις βιολογικές του εφεδρείες, αλλά οχυρούμενο πίσω από τη χρονολογική του ηλικία παρεμβάλλεται στην παραγωγική διαδικασία, παρεμποδίζοντας, στην πραγματικότητα, την ομαλή της εξέλιξη. Ο Paget ονόμασε τη διάσταση αυτή στον προσδιορισμό της γηράνσεως «σφάλμα χρονομετρήσεως της ζωής».

1.2.1 Το ημερολογιακό γήρας.

Το ημερολογιακό γήρας δηλώνει, απλά, τη χρονολογική εξέλιξη του ατόμου. Είναι γνωστό ότι η έλευση της γηράνσεως διαφέρει πολύ από άτομο σε άτομο, όπως βέβαια διαφέρει από κοινωνική ομάδα σε κοινωνική ομάδα. Για τον αντικειμενικό προσδιορισμό του γήρατος έχουν δοκιμασθεί διάφορες μέθοδοι. Έχει π.χ. χρησιμοποιηθεί το μήκος της εργασίμου ζωής σαν μέτρο υπολογισμού των φυσικών μεταβολών που χαρακτηρίζουν το γήρας. Άλλοι ερευνητές συσχέτισαν τη γήρανση με βάση την ύπαρξη των αντικειμενικών «γεροντικών στιγμάτων», όπως η λεύκανση των μαλλιών, η απόπτωση των δοντιών, η ελάττωση της ελαστικότητας του δέρματος, στοιχείων, δηλαδή, που συμβάλλουν στην κλινική εντύπωση της ηλικίας.

1.2.2 Το βιολογικό γήρας.

Η φθορά του οργανισμού και των επιμέρους οργάνων αρχίζει πολύ νωρίς στη διάρκεια της ζωής κάθε ατόμου, προς το τέλος δε των επεξεργασιών αυτών αρχίζει η φάση του κύκλου της ζωής που αποκαλούμε γήρας. Οι αθηρωματώδεις αλλοιώσεις των στεφανιαίων αγγείων της καρδιάς αρχίζουν, μερικές φορές, πολύ νωρίς κι ενώ αποτελούν σημεία φθοράς, δε θεωρούνται σαν σημεία γήρατος, παρ' όλο ότι σε άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών η μη ανεύρεση των αλλοιώσεων αυτών αποτελεί την εξαίρεση. Λειτουργίες, όπως η καρδιακή παροχή, η σπειραματονεφρική διήθηση, η ανοχή στη γλυκόζη και η οπτική οξύτητα μεταβάλλονται μάλλον δραματικά με την πάροδο της ηλικίας. (Ασημακοπούλου Β. – Παπαδοπούλου Κ., 2000)

1.3 Θεωρίες γήρατος.

1.3.1 Θεωρία της βιολογικής ρύθμισης.

Οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής πιστεύουν ότι υπάρχει στον οργανισμό του ατόμου ένας εσωτερικός «ρυθμιστής» που κυβερνά το ρυθμό, το 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.

1.3.2 Θεωρία της συσσώρευσης καταστροφικών παραγόντων.

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

1.3.3 Θεωρία άθροισης αχρήστων προϊόντων.

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

1.3.4 Θεωρία της αυτοάμυνας.

Το αμυντικό δυναμικό του οργανισμού αποδυναμώνεται με την πάροδο του χρόνου και αυτή η ίδια η διεργασία αποτελεί το γήρας. Τα λεμφοκύτταρα του θύμου 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.

1.3.5 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.

1.3.6 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 (μεσοκυττάρια υγρό).

Από τις παραπάνω θεωρίες προκύπτει ότι ο αμυντικό σύστημα του ηλικιωμένου αποδυναμώνεται και είναι επιρρεπείς σε διάφορες λοιμώξεις και τραυματισμούς.

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 Τ). 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.

1.4 Επιδημιολογικά – δημογραφικά στοιχεία.

Οι ηλικιωμένοι στην Ευρώπη, τη γηραιά Ήπειρο όπως ονομάζεται, από 81 εκ. που ήταν το 1980 φθάνει στα 101 εκ. το 2000. Κυμαίνεται δε ανάλογα σε κάθε χώρα μεταξύ 12 – 16%. Στη Σουηδία οι ηλικιωμένοι θα αποτελέσουν το 26% του πληθυσμού το 2025 και θα την τοποθετούν σαν τη δεύτερη κατά σειρά πιο γηρασμένη χώρα του κόσμου, μετά την Ιαπωνία που θα είναι η πρώτη με ποσοστό 27%. Ο ρυθμός αύξησης των ηλικιωμένων στις αναπτυσσόμενες χώρες είναι πολύ πιο ταχύς από ότι στις αναπτυγμένες, κυμαίνεται δε στη διάρκεια των ετών 1980 – 2020 από 55 – 70%.

Στην Ελλάδα το πρόβλημα παρουσιάζεται πολύ πιο έντονο τα τελευταία χρόνια, αφού οι ηλικιωμένοι από 7,4% που ήταν το 1951 φθάνουν σήμερα στο 14%, ενώ συγχρόνως υπάρχει μεγάλος περιορισμός της γονιμότητας. Αναλογούν 14 γεννήσεις σε 1000 άτομα στην Ελλάδα και 30/1000 στην Τουρκία. Δείκτης γονιμότητας στην Ελλάδα 1,2 παιδιά. Είναι φυσικό λοιπόν η αύξηση αυτή σε ηλικιωμένο πληθυσμό να γίνει ακόμη πιο αισθητή τα επόμενα χρόνια και επομένως η άμεση παρέμβαση και ανάλογη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητη. (Κυριακίδου Ε., 2004)

1.5 Επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού στο σύστημα υγείας.

Ο «γκρίζος» πληθυσμός αποτελεί παγκόσμιο φαινόμενο, που κάνει ακόμα και τις πιο αναπτυγμένες τεχνολογικά χώρες να βρίσκονται στο στάδιο προσαρμογής. Κατά το παρελθόν και μέχρι τις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα η μακροβιότητα εθεωρείτο προνόμιο. Σήμερα η προοπτική αυξήσεως 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 της 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 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 κάτω 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 προστίθεται στις οικογενειακές δαπάνες. (Πλατή Χ., 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΓΗΡΑΤΟΣ



1.1 Γενικές αλλαγές που σχετίζονται με το γήρας.

Ένα από τα πιο δύσκολα προβλήματα που αντιμετωπίζει η γεροντολογία είναι η διαφορετική 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.

1.2 Κυτταρικές αλλαγές.

1. Με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται προοδευτική απώλεια των κυττάρων.
2. Συσσώρευση της χρωστικής στην αποθήκη των κοκκίων του κυτταροπλάσματος.
3. Διαταραχή στη δομή και την ελάττωση του αριθμού των μιτοχονδρίων.
4. Διάσπαση των χρωματοσωμάτων.
5. Η ελαστίνη, συστατικό του συνεκτικού ιστού, με την ηλικία καθίσταται εύθραυστη και αποτιτανώνεται, με αποτέλεσμα την επιδείνωση της ελαστικότητας των ιστών.
6. Το στρώμα του χόνδρου γίνεται εύθραυστο και διασπάται εύκολα, γεγονός που συμβάλλει στην προοδευτική αύξηση της αρθρίτιδας. (Μανζανά Ξ., 1999)

1.3 Μεταβολές στο καρδιαγγειακό σύστημα.

Καρδιά

1. Μειώνεται η ικανότητα συστολής της καρδιάς.
2. Μειώνεται η διοχέτευση του αίματος στην περιφέρεια.
3. Με τη μείωση της εφεδρείας της καρδιάς, παρουσιάζει περιορισμένη ικανότητα να ανταποκριθεί σε κατάσταση έντασης (stress).
4. Μάλλον αυξάνεται η εναπόθεση λίπους γύρω από την καρδιά.
5. Οι βαλβίδες της καρδιάς παχύνονται και χάνουν από την ελαστικότητά τους. Αυτό οφείλεται στη σκλήρυνση και στην ίνωση.
6. Μάλλον μειώνεται η ροή αίματος στα στεφανιαία αγγεία.

Αγγεία

1. Παρουσιάζεται σταδιακά χημική και ανατομική αλλαγή στις αρτηρίες με την αύξηση χοληστερίνης, άλλων λιπών και ασβεστίου.
2. Οι ελαστικές ίνες προοδευτικά σκληραίνουν και καταστρέφονται.
3. Παρατηρείται συστολική υπέρταση της αορτής, αποτέλεσμα μείωσης της ελαστικότητας των αγγείων και αύξησης της αντίστασης στη ροή του αίματος.
(Covinsky Kenneth, 2005)

1.4 Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα.

Η αναπνευστική ικανότητα είναι μειωμένη λόγω μείωσης της έκπτυξης του θώρακα. Αιτίες που δυσκολεύουν την κίνηση του θώρακα είναι:

1. Η ασβεστοποίηση των χόνδρων που συνδέουν τις πλευρές με το στέρνο και τη σπονδυλική στήλη.
2. Η μείωση της επιφάνειας των κυψελίδων και ως εκ τούτου μειώνεται η ποσότητα του εισπνεόμενου οξυγόνου.
3. Οι αλλαγές στις κυρτώσεις της σπονδυλικής στήλης και οι αλλαγές που επηρεάζουν το διάφραγμα.

Επειδή η λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος δεν ανταποκρίνεται αποτελεσματικά, αναλαμβάνει το έργο το διάφραγμα υπό ορισμένες συνθήκες.
(PHTLS, 2001)

1.5 Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα.

3. Δυσλειτουργία νεφρική όσον αφορά στη διήθηση, απέκκριση και στη σωληναριακή λειτουργία.
4. Μείωση αιμάτωσης των νεφρών. Γι' αυτό ενοχοποιείται η καρδιά.
(Covinsky Kenneth, 2005)

1.6 Μεταβολές στο γαστρεντερικό σύστημα.

Επιβαρύνεται ουσιαστικά και το πεπτικό σύστημα. Αποχρώντες λόγοι είναι:

1. Απώλεια δοντιών που συνεπάγεται κακή επεξεργασία των τροφών.
2. Δυσκολία στην κατάποση και μείωση των πεπτικών υγρών και ενζύμων.
3. Απώλεια της κινητικότητας του στομάχου και του εντέρου διότι δεν αιματώνονται επαρκώς.
4. Σύνηθες χαρακτηριστικό είναι η δυσκοιλιότητα η οποία συχνά οδηγεί σε αποφρακτικό ειλεό. (Μαλγαρινού Μ. – Γουλιά Ε., 1991)

1.7 Μεταβολές στο νευρικό σύστημα.

Μειώνεται το βάρος του εγκεφάλου, των νευρώνων και των νευρικών κυττάρων.

Κατά συνέπεια έχουμε την κάτωθι συμπτωματολογία:

1. Επιβράδυνση στη μαθησιακή ικανότητα.
2. Επιβράδυνση των αντανακλαστικών αλλά σωστή αντίδραση.
3. Διαφοροποίηση στη συμπεριφορά.
4. Σταδιακή απώλεια μνήμης όσον αφορά στην πρόσφατη.
5. Παρατηρείται αύξηση στην ικανότητα να παίρνουν πληροφορίες, αλλά μειώνονται οι χειρισμοί που απαιτούν διανοητική και μυϊκή ενέργεια.
6. Μείωση αιμάτωσης του εγκεφάλου. (PHTLS, 2001)

1.8 Μεταβολές στο μυοσκελετικό σύστημα.

1. Απώλεια ύψους, δυσκινησία, δυσκαμψία.
2. Αλλαγή στην αισθητική εικόνα: αλλοιώσεις χαρακτηριστικών του προσώπου και του σώματος.
3. Είναι ευάλωτοι σε κατάγματα διότι έχουμε διαταραχή στο βάδισμα λόγω απώλειας μυϊκού ιστού και αφαλάτωσης και απασβέστωσης των οστών.
4. Αυξάνεται η κόπωση και μειώνεται η αντοχή.

Όλα τα ανωτέρω δικαιολογούν και επώδυνες καταστάσεις. (Hellman D. – Stone J., 2005)

1.9 Αλλαγές στις ειδικές αισθήσεις.

Παρουσιάζεται μείωση επαρκούς λειτουργικότητας όλων των αισθήσεων.
Ειδικότερα:

1. Μειώνεται η οξύτητα στην όραση και η ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στο λίγο φως. Μειώνεται η περιφερική όραση και η διαύγεια της όρασης. Στα κλινικά προβλήματα περιλαμβάνονται η πρεσβυωπία, ο γεροντικός καταρράκτης και το γλαύκωμα.
2. Προοδευτικά η ακοή μειώνεται. Το άτομο παρουσιάζει ανικανότητα να ακούει υψηλούς τόνους και ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία να ακούει τη φυσιολογική ένταση του ήχου.
3. Μειώνεται ο τόνος της φωνής και περιορίζεται η συχνότητα της ομιλίας.
4. Αμβλύνεται η όσφρηση, μειώνεται ο αριθμός των γευστικών καλύκων στη γλώσσα και επομένως και η γεύση.
5. Μειώνεται η αίσθηση της αφής και ελαττώνονται τα αντανακλαστικά.
(Μαλγαρινού Μ. – Γουλιά Ε., 1991)

1.10 Αλλαγές στο δέρμα.

1. Το δέρμα γίνεται υπερευαίσθητο λόγω του ότι δεν υπάρχει υποδόριο λίπος για την προστασία του και έτσι έχουμε ρυτίδες, αναδιπλώσεις, γραμμές και πλαδαρότητα.
2. Εμφάνιση εκχυμώσεων λόγω ευθραυστότητας των αγγείων του δέρματος και του υποδόριου ιστού.
3. Λόγω μείωσης της μελανίνης παρουσιάζεται ωχρότητα και αποχρωματισμός των τριχών. (PHTLS, 2001 – Ασημακοπούλου Β. κ.ά., 2000)

1.11 Μεταβολές στην ανοσία.

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

1.12 Ενδοκρινικές μεταβολές.

- 1.** Η υπόφυση ελαττώνεται σε βάρος και όγκο, οι λοβοί της ατροφούν και σε διάφορες περιοχές της σχηματίζονται κύστες.
- 2.** Ο θυρεοειδής αδένας μειώνεται σε βάρος και σε λειτουργικότητα.
- 3.** Οι παραθυρεοειδείς παθαίνουν λιπώδη εκφύλιση. Συνέπεια είναι η διαταραχή στο μεταβολισμό του ασβεστίου και η ανάπτυξη οστεοπόρωσης και οστεομαλάκυνσης κτλ.
- 4.** Οι όρχεις ελαττώνονται σε όγκο και βάρος.
- 5.** Οι ωοθήκες παθαίνουν διάφορες κυτταρολογικές και ιστολογικές αλλοιώσεις που αρχίζουν με την εμμηνόπαυση όπως ελάττωση του όγκου τους και της έκκρισης των ορμονών τους. (Μανζανά Ξ., 1999)

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

***ΑΠΟΚΡΙΣΕΙΣ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΣΤΙΣ
ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΟΥ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ
ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ***



4.1 Καρδιαγγειακά νοσήματα.

Κατά τη διαδικασία του γήρατος, επέρχονται μεταβολές στο μέγεθος της καρδιάς, στον ενδοκαρδιακό ιστό και στη δομή των βαλβίδων.

Η κύρια αιτία της καρδιακής νόσου των ηλικιωμένων είναι η στεφανιαία αθηροσκλήρωση, που συχνά έχει ως αποτέλεσμα τη συμπτωματική ή ασυμπτωματική στηθάγχη, τη στεφανιαία θρόμβωση και τη συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Στα πολύ ηλικιωμένα άτομα, η στηθάγχη είναι λιγότερο συχνή εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητάς τους και της μεγαλύτερης παράπλευρης κυκλοφορίας. Παρουσιάζονται με μεγαλύτερη συχνότητα η καρδιακή ανεπάρκεια και το έμφραγμα του μυοκαρδίου. Τέλος, η οξεία στεφανιαία απόφραξη, στον ηλικιωμένο άρρωστο, εκδηλώνεται με μικρότερης έντασης πόνο και μεγαλύτερου βαθμού δύσπνοια, από ό,τι σε νεότερα άτομα και σε άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια. (Σαχίνη – Καρδάση Α. – Πάνου Μ., 2002)

4.1.1 Κοινή συμπτωματολογία – κλινική εικόνα καρδιαγγειακών νοσημάτων:

1. Δύσπνοια.
2. Κοιλιακό άλγος (πόνος).
3. Καρδιακοί παλμοί (είναι το αίσθημα συνειδητοποιήσεως της καρδιακής συστολής).
4. Αίσθημα καμάτου (κόπου).
5. Ωχρότητα κυρίως των άκρων.
6. Ερυθρότητα του δέρματος.
7. Κυάνωση.
8. Οίδημα (συλλογή υγρού στο διάμεσο χώρο των ιστών του οργανισμού).
9. Αύξηση της φλεβικής πίεσης στα αγγεία του τραχήλου.
10. Αρτηριακός σφυγμός που πληροφορεί για τη συχνότητα και το ρυθμό της καρδιακής λειτουργίας.
11. Φλεβικός σφυγμός που πληροφορεί για τη δυναμική της δεξιάς κοιλίας.
12. Απώλεια συνειδήσεως.
13. Λιποθυμική κρίση. (Τουτουζάς Π., 1999)

4.1.2 Νοσηλευτική παρέμβαση:

1. Σχεδιασμός προγραμμάτων δραστηριότητας σύμφωνα με την κατάσταση της καρδιάς, την όλη ενεργειακή παρακαταθήκη και την ανοχή του.
2. Προσεκτική και λεπτομερής συζήτηση με τον άρρωστο και την οικογένειά του για τα φάρμακα και τη χρησιμοποίησή τους. Συνεχής αξιολόγηση της συμμόρφωσης του αρρώστου με το φαρμακευτικό σχήμα, ειδικά αν ζει μόνος. Η μακροχρόνια χρησιμοποίηση φαρμάκων μπορεί να γίνει αιτία προβλημάτων, όπως η υπέρβαση δόσης φαρμάκου (π.χ. η λήψη πολλών δόσεων δακτυλίτιδας μαζί, επειδή ξέχασε να την πάρει για 2 μέρες) ή η διακοπή φαρμάκου αν αισθάνεται καλύτερα. Γίνεται χορήγηση φαρμάκων όπως ανταγωνιστές ιόντων ασβεστίου, αναστολείς β-αδρενεργικών υποδοχέων, στρεπτοκινάση κτλ. ανάλογα με το ιστορικό υγείας του.
3. Τονισμός στον άρρωστο της ανάγκης λήψης επαρκούς ποσότητας υγρών, για να απεκκριθούν επαρκώς τα φάρμακα, να προληφθεί η αφυδάτωση (εξαιτίας των διουρητικών) και να βοηθηθεί η κένωση του εντέρου, ή την ανάγκη περιορισμού των υγρών όταν υπάρχει κίνδυνος συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.
4. Θρεπτική συμβουλευτική, για να βοηθηθεί ο άρρωστος να περιορίσει την πρόσληψη νατρίου και χοληστερινούχων τροφών. Ο προσεκτικός σχεδιασμός της διαίτας του αρρώστου με την οικογένεια και το διαιτολόγο είναι βασικής σημασίας.
5. Ενθάρρυνση του αρρώστου να σταματήσει το κάπνισμα. Είναι πολύ δύσκολο σε ηλικιωμένους, στους οποίους το κάπνισμα έχει γίνει ρουτίνα. Το αποτέλεσμα της διακοπής πρέπει να εκτιμηθούν κάτω από το φως του stress που θα δημιουργήσει η διεργασία διακοπής.
6. Το περιβαλλοντικό καθώς επίσης και το προσωπικό stress πρέπει να διατηρηθούν στο ελάχιστο, για μείωση κατανάλωσης ενεργειακών αποθεμάτων και για αποφυγή αγγειοσύσπασης. Επίσης η εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος απαλλαγμένο από άγχος βοηθά τον ηλικιωμένο να έχει ήσυχο ύπνο και να καταπολεμήσει την αϋπνία.
7. Η αίσθηση θωρακικού πόνου μπορεί να επηρεαστεί από το γήρας και τη μειωμένη δραστηριότητα. Ο άρρωστος και τα μέλη της οικογένειάς του πρέπει να ενθαρρύνονται, να έρχονται σε επαφή με το γιατρό, αν τα αντιστηθαγικά φάρμακα δε φέρνουν αποτέλεσμα. Μπορεί να χρειαστεί να χορηγηθεί οξυγόνο, αν υπάρχει έντονη δύσπνοια ή για απαλλαγή από ήπιο πόνο που προκαλείται από stress ή δραστηριότητα. (Μαλγαρινού Μ. – Γουλιά Ε., 1991)

4.2 Νοσήματα αναπνευστικού συστήματος.

Περισσότερο χαρακτηριστική είναι η ΧΑΠ και εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα. Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι η πρωταρχική αιτία θανάτου τουλάχιστον για την Αμερική όπου έχουν γίνει στατιστικές. Δεν μπορεί να γίνει σύγκριση της αιτιολογίας, παθογένειας και πρόγνωσης μεταξύ νεώτερων και μεγαλύτερων ηλικιών διότι η ΧΑΠ είναι κατεξοχήν πάθηση της 3^{ης} ηλικίας που συμβαίνει συνήθως μετά τα 45 χρόνια της ζωής και η μεγαλύτερη επίπτωση παρατηρείται σε ηλικία μεγαλύτερη των 65 χρόνων. Η διάγνωση της ΧΑΠ είναι δύσκολη λόγω συνυπαρχουσών παθήσεων στις μεγάλες ηλικίες που παρουσιάζονται με δύσπνοια στην κόπωση και βήχα.

4.2.1 Κοινή συμπτωματολογία – κλινική εικόνα αναπνευστικών νοσημάτων:

1. Δύσπνοια.
2. Κυάνωση.
3. Βήχας.
4. Απόχρεμψη.
5. Αιμόπτυση.
6. Θωρακικό άλγος.
7. Πυρετός.
8. Ρίγος.
9. Ναυτία – έμετος.
10. Κόπωση.
11. Ανορεξία. (Bartlett J., 2004 – Halpin David, 2004)

4.2.2 Νοσηλευτική παρέμβαση:

1. Εξήγηση, αργά και καθαρά, στον άρρωστο των προβλημάτων που δημιουργεί η πάθησή του.
2. Εξασφάλιση ήσυχου, χαρούμενου, απαλλαγμένου από stress περιβάλλοντος.
3. Χορήγηση φαρμάκων, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία: προσοχή στις ανεπιθύμητες ενέργειες των βρογχοδιασταλτικών:
 - α. Η εφεδρίνη μπορεί να προκαλέσει επίσχεση ούρων στους ηλικιωμένους άνδρες.
 - β. Τα σκευάσματα αμινοφυλλίνης απορροφώνται ασταθώς από το γαστρεντερικό σωλήνα στους ηλικιωμένους.

4. Εξασφάλιση γραπτών οδηγιών που αφορούν δραστηριότητα, ανάπαυση, αναπνευστικές ασκήσεις. Σχεδιασμός ύπνου και ανάπαυσης σύμφωνα με τις ανάγκες και την ανοχή του αρρώστου.
5. Βελτίωση οξυγόνωσης των ιστών και επομένως του ποσού της ενέργειας του οργανισμού με χρησιμοποίηση συσκευής θετικής μηχανικής πίεσης.
6. Λήψη κάθε μέτρου για αποφυγή λοιμώξεων. Προειδοποίηση αρρώστου να αναφέρεται στο γιατρό ή το νοσηλευτή όταν τα πτύελά του είναι πράσινο-κίτρινα και να μην παίρνει τη θερμοκρασία του από το στόμα όταν έχει δύσπνοια. Αύξηση της θερμοκρασίας στον υπερήλικα μπορεί να είναι ένδειξη αφυδάτωσης.
7. Ενημέρωση αρρώστου να αποφεύγει περιβάλλοντα ακραίων θερμοκρασιών, συνωστισμούς και άτομα που πάσχουν από κρυολόγημα. Αν έχει δυνατότητα, να τοποθετήσει κλιματιστικό μηχάνημα, για σωστή ρύθμιση του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει, σε περιόδους υψηλής θερμοκρασίας και σχετικής υγρασίας.
8. Ενθάρρυνση αρρώστου για λήψη υγρών. (Σαχίνη – Καρδάση Α. – Πάνου Μ., 2002)

4.3 Παθήσεις μυοσκελετικού συστήματος.

Ο ηλικιωμένος άνθρωπος αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα και στο μυοσκελετικό του σύστημα όπως είναι οι αρθρίτιδες, η οστεοπόρωση και οι σοβαρές βλάβες που προκαλούνται από πτώσεις και ατυχήματα (κατάγματα, διαστρέμματα, εξάρθρωσεις κτλ.). Η οστεοπόρωση και οι αρθρίτιδες εκφυλιστικής ή ρευματοειδούς προέλευσης είναι πολύ συχνές και εμφανίζονται στο μεγαλύτερο τμήμα του ηλικιωμένου πληθυσμού. Οι τελευταίες βαθμιαία φθάνουν στο σημείο να καταστήσουν το άτομο ανάπηρο και διακρίνονται στις εξής κατηγορίες: (Μαλγαρινού Μ. – Γουλιά Ε., 1991)

- α. οστεοαρθρίτιδα,
- β. κρυσταλλογενείς (ουρική, ψευδοουρική),
- γ. κολλαγονώσεις (ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, ψωριασική αρθρίτιδα).

4.3.1 Κοινή συμπτωματολογία – κλινική εικόνα μυοσκελετικών παθήσεων:

1. Πόνος.
2. Ασταθής βάδιση.
3. Αλλαγή σωματικού ειδώλου (μείωση ύψους, κύφωση).

4. Μείωση άνεσης.
5. Ευαισθησία στην πίεση.
6. Διόγκωση της άρθρωσης που έχει υποστεί βλάβη.
7. Ερυθρότητα.
8. Δυσκαμψία – περιορισμός κινητικότητας.
9. Μείωση δραστηριοτήτων και απώλεια ανεξαρτησίας. (Benedek T.– Zvaifler N., 1993)

4.3.2 Νοσηλευτική παρέμβαση:

1. Εφαρμογή προγράμματος άσκησης και ανάπαυσης με τον αρρώστο και την οικογένεια και ενθάρρυνση για φυσική δραστηριότητα σε αρθρίτιδες και οστεοπόρωση. Επίσης, στα κατάγματα έμφαση για ισομετρικές ασκήσεις στο πάσχον σκέλος και ενεργητικές ασκήσεις υγιών μελών.
2. Εξακολούθηση βοήθειας για κίνηση του αρρώστου: δεκανίκια, μαστούνι, περιπατητής ή κορσές ανάλογα με τις ανάγκες του.
3. Διδασκαλία τρόπων για αποφυγή πιθανής πτώσης ή τραυματισμού, καλής μηχανικής του σώματος και αποφυγής άρσης βαριών αντικειμένων.
4. Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος και ψυχολογική υποστήριξη του ηλικιωμένου. Ευκαιρίες για εξωτερίκευση των συναισθημάτων του.
5. Χορήγηση φαρμάκων για ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο όπως αντιφλεγμονώδη, αναλγητικά και μυοχαλαρωτικά ανάλογα με το ιστορικό υγείας του και τονισμός κινδύνων από κατάχρησή τους.
6. Δίαιτα με άφθονο λεύκωμα, ασβέστιο, φώσφορο, βιταμίνες και άλατα και επαρκής λήψη υγρών για αποφυγή αφυδάτωσης. Λόγω μειωμένης κινητικότητας σε κατάγματα και αρθρίτιδες εμφανίζεται και μειωμένη η ικανότητα του ατόμου να σιτίζεται μόνο του. Για το λόγο αυτό χορηγούνται φαγητά με ειδικά μαχαιροπήρουνα που δε σπάνε εύκολα και είναι εύχρηστα. Στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος αδυνατεί να τραφεί από το στόμα, η τροφή χορηγείται μέσω καθετήρα σίτισης.
7. Ρύθμιση διαιτολογίου για απώλεια βάρους με σκοπό την ελάττωση του stress στις αρθρώσεις.
8. Διέγερση του ενδιαφέροντος για την προσωπική του εμφάνιση π.χ. διατήρηση ατομικής υγιεινής και φροντίδα του δέρματος.
9. Ενθάρρυνση του αρρώστου για την αυτοφροντίδα του.
10. Εξήγηση και ορθή πληροφόρηση του αρρώστου για την ανάγκη περιοδικής παρακολούθησης.

11. Για την πρόληψη των ατυχημάτων και των πτώσεων: εξασφάλιση επαρκούς φωτισμού και προσθήκη σταθερών υποστηριγμάτων στα επικίνδυνα σημεία του περιβάλλοντος του αρρώστου, ενθάρρυνση χρήσης παπουτσιών με τραχιές σόλες το χειμώνα, αργή βάρδιση, εξέταση και διόρθωση όρασης και ακοής και τέλος χρησιμοποίηση χαμηλού κρεβατιού και προφυλακτήρων αν είναι ανάγκη. (Σαχίνη – Καρδάση Α. κ.ά., 2002 – Μαλγαρινού Μ. κ.ά., 1991)

4.4 Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε.).

Η αγγειακή εγκεφαλική νόσος είναι συχνά η σοβαρότερη επιπλοκή της υπέρτασης και αιτία που οδηγεί τον ηλικιωμένο στο θάνατο. Είναι οδυνηρή για τον ηλικιωμένο, γιατί απειλεί την ανεξαρτησία, την αξιοπρέπεια και την αυτοεκτίμησή του.

Η μακροχρόνια υπέρταση μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλική αιμορραγία και έμφρακτο. Ενώ τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (Α.Ε.Ε.) δε συμβαίνουν μόνο στους ηλικιωμένους, οι θάνατοι ατόμων πάνω από τα 65, που οφείλονται σ' αυτά, είναι 90 φορές περισσότεροι από ό,τι σε άτομα ανάμεσα στις ηλικίες των 25 – 44 χρόνων και 11 φορές περισσότεροι από ό,τι σε άτομα ανάμεσα στις ηλικίες 45 – 64 χρόνων. (Σαχίνη – Καρδάση Α. – Πάνου Μ., 2002)

Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (Α.Ε.Ε.) αποτελούν την τρίτη συχνότερη αιτία θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα και τον καρκίνο. Κάθε χρόνο περισσότεροι από 700.000 Αμερικανοί νοσούν εξαιτίας κάποιου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, 25% από αυτούς είναι <65 χρονών και 150.000 καταλήγουν ως συνέπεια του Α.Ε.Ε. ή των επιπλοκών του. Συνολικά 4,7 εκατομμύρια άνθρωποι στις Η.Π.Α. έχουν υποστεί κάποιο Α.Ε.Ε., ανεβάζοντας το κόστος περίθαλψής τους στα 18 δις δολάρια το χρόνο. Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια διακρίνονται σε ισχαιμικά και αιμορραγικά. Το ισχαιμικά Α.Ε.Ε. αποτελούν το 80% του συνόλου των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και οφείλονται σε θρόμβωση μεγάλης αρτηρίας, σε εμβολή, σε βλάβη διατριπώντων αγγείων (κενοτοπιώδες Α.Ε.Ε.) και σε μείωση της αγγειακής αιμάτωσης. Τα αιμορραγικά Α.Ε.Ε. αποτελούν το 20% του συνόλου των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και οφείλονται σε ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, υπαραχνοειδή αιμορραγία ή υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Ο διαχωρισμός ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε ισχαιμικό ή αιμορραγικό είναι σημαντικός, καθώς η πρώιμη θρομβόλυση μειώνει κατά 30% τον κίνδυνο υπολειμματικής βλάβης στο ισχαιμικό αγγειακό

εγκεφαλικό επεισόδιο, αλλά αντενδείκνυται στο αιμορραγικό. Η επιθετική θεραπεία των συνεπειών του Α.Ε.Ε. και η λήψη προληπτικών μέτρων για τη μείωση του εγκεφαλοαγγειακού και του καρδιαγγειακού κινδύνου διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση. (Goldszmidt A. – Caplan L., 2004)

ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΩΝ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ (Α.Ε.Ε) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ “Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ”

Κατά τους Ιωάννου Β. κ.ά. (2002) που εκπόνησαν τη συγκεκριμένη μελέτη, τα βασικά στοιχεία της είναι τα εξής:

Σκοπός: της μελέτης είναι η καταγραφή της συχνότητας των παραγόντων που προδιαθέτουν σε Α.Ε.Ε σε ασθενείς παθολογικής κλινικής.

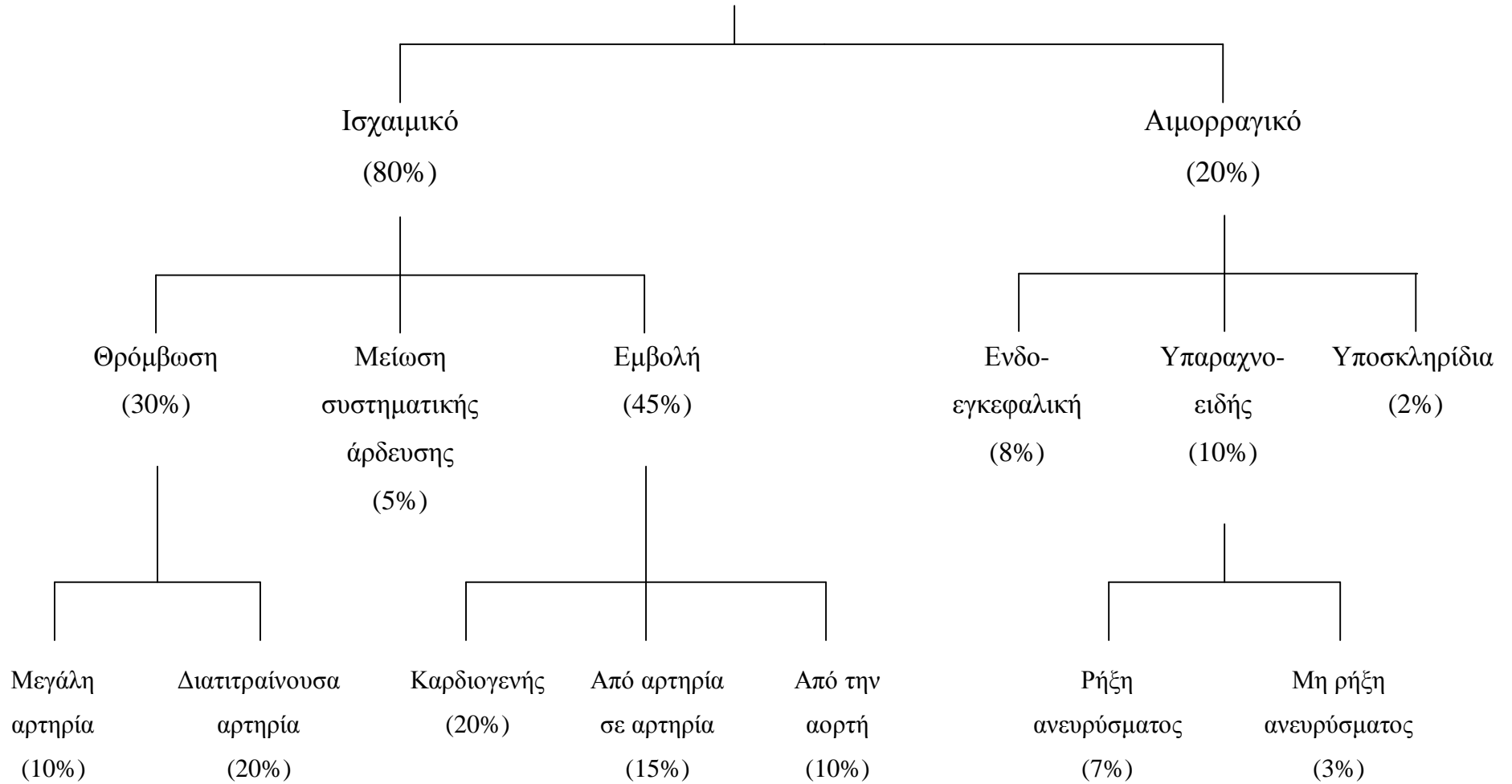
Υλικό – Μέθοδος: Μελετήθηκαν 350 ασθενείς με Α.Ε.Ε., ηλικίας 53 έως 97 ετών που νοσηλεύτηκαν στην παθολογική κλινική κατά τα τελευταία δύο (2) έτη. Η μελέτη είναι αναδρομική και τα στοιχεία ελήφθησαν από τους φακέλους των ασθενών. Αναζητήθηκαν οι προδιαθεσικοί παράγοντες όπως η ύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη, κολπικής μαρμαρυγής, στεφανιαίας νόσου, δυσλιπιδαιμίας, στένωση καρωτίδων.

Αποτελέσματα: Από τους 350 ασθενείς οι 182 ήταν άνδρες (52%) και οι 168 γυναίκες (48%). Αιμορραγικό Α.Ε.Ε. βρέθηκε σε 21 ασθενείς (6%), ισχαιμικού τύπου σε 329 ασθενείς (94%). Οι προδιαθεσικοί παράγοντες κατά σειρά συχνότητας είχαν ως εξής:

Αρτηριακή υπέρταση	200	(57,14%)
Σακχαρώδης διαβήτης	89	(25,42%)
Κολπική μαρμαρυγή	63	(18%)
Στεφανιαία νόσο	54	(15,42%)
Δυσλιπιδαιμία	25	(7,1%)
Στένωση καρωτίδων	7	(2%)
Συνύπαρξη παραγόντων	154	(44%).

Συμπέρασμα: Συχνότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η κολπική μαρμαρυγή. Τα ισχαιμικά Α.Ε.Ε. είναι συχνότερα από τα αιμορραγικά. Η επίπτωση είναι συχνότερη στους άνδρες. (Ιωάννου Β. κ.ά., 2002)

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο



ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Ταξινόμηση των Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων

1.1.1 Κλινικές εκδηλώσεις Α.Ε.Ε.:

Ένα Α.Ε.Ε. προκαλεί ποικιλία νευρολογικών ελλειμμάτων, που εξαρτώνται από την εντόπιση της βλάβης, το μέγεθος της περιοχής που υπέστη βλάβη και το βαθμό παράπλευρης αιματικής ροής.

Τα ελλείμματα αυτά μπορεί να είναι: ημιανοψία, απώλεια περιφερικής όρασης, διπλωπία, ημιπάρεση / ημιπληγία (στην αντίθετη πλευρά), αταξία, δυσαρθρία, δυσφαγία, παραισθησία (στην αντίθετη πλευρά του σώματος), εκφραστική αφασία, αντιληπτική αφασία, συνδυασμός και των δύο αφασιών, νοητικά και συγκινησιακά ελλείμματα. (Goldszmidt A. – Caplan L., 2004)

1.1.2 Νοσηλευτική παρέμβαση:

1. Διατήρηση θρεπτικού ισοζυγίου:
 - α. Ενδοφλέβιες χορηγήσεις.
 - β. Τεχνητή διατροφή (αν ο άρρωστος συνεχίζει να έχει πρόβλημα λήψης τροφής από το στόμα).
 - γ. Βοήθεια αρρώστου να παίρνει τα γεύματά του (μικρά και συχνά ανάλογα με την ανοχή του). Προσπάθεια να ακολουθηθούν οι διαιτητικές συνήθειες του αρρώστου όσο είναι δυνατό.
2. Μεγάλη προσοχή στην τοποθέτηση του αρρώστου στο κρεβάτι, για αποφυγή ρήξης του δέρματος και μόνιμων παραμορφώσεων. Η μειωμένη κινητικότητα των αρθρώσεων, που συνοδεύει το γήρας μπορεί να επιδεινωθεί με το Α.Ε.Ε. Μεγάλης σημασίας είναι η έγκαιρη έναρξη ασκήσεων πλήρους τροχιάς.
3. Βασικής σημασίας είναι η σχολαστική φροντίδα του δέρματος, στόματος και κάτω άκρων. Παροχή μερικής βοήθειας όταν το άτομο είναι μερικώς εξαρτημένο και ολοκληρωμένης φροντίδας με λούσιμο μαλλιών, λουτρό σώματος, περιποίηση ονύχων και στοματικής κοιλότητας όταν παρουσιάζει πλήρη εξάρτηση. Σε περιπτώσεις ακράτειας κοπράνων, ούρων και διάρροιας η προσεκτική φροντίδα του δέρματος είναι απαραίτητη για την πρόληψη κατακλίσεων και λοιμώξεων.
4. Προσεκτική χρήση όλων των φαρμάκων, καθώς το Α.Ε.Ε. μπορεί να μεταβάλει την αντίδραση του ατόμου σε κάποιο φάρμακο (όπως αναλγητικά).
5. Με τη βελτίωση της κατάστασης του αρρώστου, είναι μεγάλης σημασίας να δείχνουν υπομονή τα μέλη της οικογένειας. Ο άρρωστος μπορεί να είναι πολύ βραδύς στην εκτέλεση ενός έργου, όμως πρέπει, όπου είναι δυνατό, να ενθαρρύνονται οι ανεξάρτητες δραστηριότητές του.

6. Κατάθλιψη και λήπη για την απώλεια σωματικής λειτουργίας δεν είναι ασυνήθη. Ο νοσηλευτής πρέπει να υποστηρίζει τον άρρωστο και την οικογένεια και να ενθαρρύνει όλες τις ενέργειες που προάγουν ανεξαρτησία.
7. Πληροφόρηση του αρρώστου για την προέλευση των δυσκολιών επικοινωνίας και λήψη κάθε μέτρου για βελτίωση του λόγου. Οι δυσκολίες επικοινωνίας μπορεί να ενισχύσουν το αίσθημα ματαιώσης του αρρώστου και να οδηγήσουν σε ξεσπάσματα θυμού.
8. Διέγερση, μέσα στο περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένης φυσικοθεραπείας και εργασιοθεραπείας. Εκτέλεση των απαραίτητων μεταβολών στο περιβάλλον του αρρώστου (σταθερές καρέκλες, απομάκρυνση μικρών χαλιών, στηρίγματα μπάνιου κτλ).
9. 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.
10. Διδασκαλία αρρώστου να αποφεύγει ζεστό μπάνιο, για αποφυγή συλλογής του αίματος στα κάτω άκρα (εξαιτίας αγγειοδιαστολής) όταν σηκωθεί από την μπανιέρα. Επίσης, διδασκαλία για αποφυγή προσπάθειας κατά την αφόδευση και χειρισμού Valsalva, γιατί αυξάνουν το μυϊκό stress και ενεργούν ως ερεθίσματα του πνευμονογαστρικού.
11. Μείωση του stress μέσα στο περιβάλλον του αρρώστου, επειδή ο ηλικιωμένος έχει μειωμένη ικανότητα να αντιμετωπίζει τα πολλά προβλήματα της καθημερινής ζωής.
12. Επανεκπαίδευση της κύστης και θρεπτική συμβουλευτική πρέπει να παρέχονται σύμφωνα με τις ανάγκες του αρρώστου.
13. Χορηγούνται διουρητικά, αντιπηκτικά και αντιαιμοπεταλιακά φάρμακα ανάλογα με το ιστορικό υγείας του. (Σαχίνη – Καρδάση Α. – Πάνου Μ., 2002)

1.2 Ενδοκρινολογικά νοσήματα.

Από τα πιο σημαντικά νοσήματα των ενδοκρινών αδένων είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, ο οποίος είναι ένα άλλο χρόνιο πρόβλημα των ηλικιωμένων που βασικά έχει τους ίδιους χαρακτήρες με εκείνου της μέσης ηλικίας.

Η συχνότητα εμφάνισης του διαβήτη αυξάνει με την ηλικία και φθάνει στο μέγιστο ανάμεσα στις ηλικίες των 65 – 74 ετών (64,4 στα 1000 άτομα).

Οι παράγοντες που προδιαθέτουν τους ηλικιωμένους στην ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη, είναι:

1. Παχυσαρκία.
2. Λοίμωξη.
3. Έντονη ψυχική καταπόνηση.
4. Κληρονομική προδιάθεση.
5. Χειρουργικές διαδικασίες.
6. Διαβητογόνα φάρμακα (θειαζίδες, κορτιζόνη).
7. Μακροχρόνια ακινησία.

Η συχνότητα του διαβήτη αυξάνει με την ηλικία και μια και η σημαντικότερη παράμετρος των επιπλοκών είναι το αυξημένο σάκχαρο του αίματος, αναμένεται ότι οι ηλικιωμένοι φέρουν το μεγαλύτερο βάρος των μακροχρόνιων επιπλοκών. Από την άλλη πλευρά πολλοί άνθρωποι που εμφανίζουν διαβήτη στην τρίτη ηλικία παρουσιάζουν σοβαρές επιπλοκές με τη διάγνωση της νόσου. Υπολογίζεται ότι περίπου 10 – 20 % των ατόμων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών έχουν διαβήτη και παρόμοιο σχεδόν ποσοστό έχει παθολογική τη δοκιμασία ανοχής γλυκόζης (ή καμπύλη σακχάρου). Η συχνότητα του διαβήτη στα ηλικιωμένα άτομα αυξάνει είτε διότι η παχυσαρκία είναι πιο αυξημένη στα άτομα αυτά είτε διότι τα άτομα με διαβήτη ζουν πλέον πολλά χρόνια. Το οικονομικό κόστος είναι τεράστιο. Στη Σουηδία, για παράδειγμα, οι συνταξιούχοι διαβητικοί συνιστούν το 62% του συνολικού κόστους των εισαγωγών διαβητικών στα Νοσοκομεία.

1.2.1 Κλινικές εκδηλώσεις σακχαρώδη διαβήτη:

1. Έντονη δίψα.
2. Πολλά ούρα.
3. Μεγάλη όρεξη.
4. Χάσιμο βάρους.
5. Διαταραχές στην ούρηση.
6. Φαγούρα.
7. Εύκολη κούραση. (Μυγδάλης Η., 2001)

1.2.2 Νοσηλευτική παρέμβαση:

1. Ανάπτυξη εξατομικευμένου σχεδίου διδασκαλίας για κάθε ηλικιωμένο διαβητικό, στο οποίο θα λαμβάνονται υπόψη όλες οι μεταβολές εξαιτίας γήρατος.

2. Τονισμός κάθε προόδου που σημειώνεται στη φροντίδα του αρρώστου. Χρήση της επανάληψης και επίβλεψη εκτέλεσης από τον άρρωστο αυτών που διδάχθηκε.
3. Συμμετοχή της οικογένειας στο πρόγραμμα θεραπείας και φροντίδας, στο βαθμό που είναι αναγκαία. Παραπομπή σε υπηρεσίες κοινοτικής νοσηλευτικής και σ' άλλες υπηρεσίες υγείας της κοινότητας, για παρακολούθηση του αρρώστου και παροχή κάθε βοήθειας στην εφαρμογή του σχεδίου θεραπείας και φροντίδας στο σπίτι.
4. Στο σχεδιασμό διδασκαλίας που αφορά τη δίαιτα του αρρώστου, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα παρακάτω:
 - α. Η ανορεξία, καθώς και οι δυσκολίες μάσησης, είναι συχνά φαινόμενα στους ηλικιωμένους.
 - β. Η προπαρασκευή φαγητού είναι συχνά δύσκολη, ειδικά αν ζουν μόνοι ή δεν έχουν τις απαραίτητες ευκολίες.
 - γ. Ο ηλικιωμένος είναι προσκολλημένος στις δικές του διατροφικές συνήθειες, γι' αυτό πρέπει να διατηρηθούν, όσο το δυνατό, στο σχεδιασμό της διαίτας του.
5. Ενθάρρυνση άσκησης, σύμφωνα με την ανοχή του αρρώστου. Η εξήγηση της σχέσης ανάμεσα σε διαβήτη και άσκηση πρέπει να περιλαμβάνεται στο σχέδιο διδασκαλίας. Σχεδιασμός προγράμματος άσκησης γύρω από τις κανονικές συνήθειες άσκησης του αρρώστου. Ενθάρρυνση βάρδισης.
6. Διδασκαλία αρρώστου πώς να χορηγεί στον εαυτό του όλα τα φάρμακα. Έμφαση πρέπει να δίνεται στην ακριβή συμμόρφωση. Στο πρόγραμμα διδασκαλίας περιλαμβάνονται και μέλη της οικογένειας.
7. Αν οι διαταραχές όρασης του αρρώστου εμποδίζουν την εκτέλεση της ένεσης της ινσουλίνης, βοήθεια του αρρώστου να χρησιμοποιεί φως με μεγεθυντικό φακό η σύριγγα με προκαθορισμένη δόση.
8. Διδασκαλία αρρώστου να εξετάζει τα ούρα, με χρήση δείγματος δεύτερης σύρσης πριν από οποιοδήποτε γεύμα, και να τηρεί δελτίο καθημερινής αναγραφής σακχάρου και οξόνης. Επίσης, σε περίπτωση νόσου, να εξετάζει τα ούρα πριν από κάθε γεύμα και πριν από τη βραδινή κατάκλιση. (Σαχίνη – Καρδάση Α. – Πάνου Μ., 2002)

Ηλικία	Αριθμός περιπτώσεων	% κατά δεκαετία
0 – 10	39	1,5
10 – 20	94	3,7
20 – 30	111	4,4
30 – 40	164	6,5
40 – 50	363	14,4
50 – 60	645	25,6
60 – 70	646	25,6
70 – 80	344	13,6
80 – 90	116	4,6
Σύνολο	2522	

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Συχνότητα Σακχαρώδη διαβήτη σε σχέση με την ηλικία

(Μαλαρινού Μ. – Γουλιά Ε., 1991)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ



1.1 Γενικά περί κατάθλιψης, αυτοκτονίας, μοναξιάς και η συμπτωματολογία τους.

1.1.1 Κατάθλιψη των ηλικιωμένων – το πρόβλημα.

Η συχνότητα εμφάνισης της κατάθλιψης αυξάνει με την ηλικία, όπως δείχνουν διεθνείς στατιστικές. Επιπλέον, μόνο ένα μικρό ποσοστό των ηλικιωμένων καταθλιπτικών που δεν ξεπερνά το 20% λαμβάνει κατάλληλη αντικαταθλιπτική αγωγή. Συνοπτικά θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μία από τις πιο υποδιαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες νόσους. Η κατάθλιψη δεν είναι χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων και δε θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογική μία καταθλιπτική αντίδραση σ' αυτή την ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων προσαρμόζεται με επιτυχία στις μεταβολές που συμβαίνουν όταν εισέρχονται σ' αυτό το στάδιο της ζωής. Έτσι, συμπτώματα όπως η μείωση των κοινωνικών επαφών και δραστηριοτήτων, η ελάττωση λήψης πρωτοβουλιών, το άγχος και η ανησυχία δεν είναι φυσικά επακόλουθα της γήρανσης, αλλά σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να αντιπροσωπεύουν την παρουσία κατάθλιψης. Δυστυχώς, οι περισσότεροι ασθενείς, αλλά και οι συγγενείς τους δεν αναγνωρίζουν ότι πίσω από αυτές τις εκδηλώσεις μπορεί να κρύβεται μία κατάθλιψη, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι αυτοί να μην αναζητούν ποτέ βοήθεια.

Επιδημιολογία

Σε επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους βρέθηκε ότι 10 – 25% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς το 1 – 5% πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη και το 2 – 8% πάσχουν από δυσθυμία.

Σε μελέτες που έγιναν σε γηροκομεία και οίκους ευγηρίας το ποσοστό των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη ανέρχεται σε 5 – 15%, ενώ ένα 30% επιπλέον αυτών εμφανίζει σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως δυσφορία, μελαγχολία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου. Τέλος σε μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους ασθενείς γενικών νοσοκομείων ένα 5 – 10% εμφάνιζαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης, ενώ ένα επιπρόσθετο 15 – 25% παρουσίαζαν σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Είναι άξιο προσοχής ότι στα γενικά νοσοκομεία μόνο το 2% των ασθενών αξιολογείται ψυχιατρικά, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από την πραγματική συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σ' αυτά τα ιδρύματα. Ανάμεσα στους λόγους που αναφέρονται για να εξηγηθεί αυτή η διαφορά είναι: α) η δυσκολία στην αναγνώριση και διάγνωση της κατάθλιψης λόγω της άτυπης συνήθως εμφάνισης στους ηλικιωμένους,

β) η προτεραιότητα της αντιμετώπισης των σωματικών κυρίως προβλημάτων,
γ) η υποτίμηση συχνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης κ.ά. (Παράσχος Ι., 1996)

1.1.2 Αυτοκτονία

Η αυτοκτονία είναι μια από τις 10 κύριες αιτίες θανάτου ενηλίκων ατόμων στις Η.Π.Α. Περισσότερο από 1/3 των αυτοκτονιών αφορά υπερήλικα άτομα (περίπου 1/8 του πληθυσμού). Η μεγάλη πλειοψηφία αυτών των θανάτων σχετίζεται με την κατάθλιψη. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα που συνήθως αυτοκτονούν, έχουν επισκεφτεί το γιατρό τους λίγο πριν από το θάνατό τους.

Φαίνεται ότι αρκετοί παράγοντες έχουν σχέση με την αύξηση του κινδύνου αυτοκτονίας. Αν και μερικοί γιατροί νομίζουν ότι «βάζουν την ιδέα» όταν ρωτούν απευθείας τους ασθενείς τους σχετικά με την αυτοκτονία, δεν υπάρχει λόγος να πιστεύουμε, ότι πράγματι έτσι συμβαίνει. Είναι υποχρεωτικό να ερωτάται κάθε ασθενής, που δείχνει συμπτώματα κατάθλιψης, για το θέμα της αυτοκτονίας. Οι παρακάτω ερωτήσεις βοηθούν στη διαπίστωση πιθανότητας αυτοκτονίας: «Αισθανθήκατε ποτέ ότι η ζωή δεν έχει νόημα;», «Θέλατε ποτέ να κοιμηθείτε και να μην ξυπνήσετε;». (Ασημακοπούλου Β. – Παπαδοπούλου Κ., 2000)

1.1.3 Μοναξιά

Πολλοί συγγραφείς υποστηρίζουν πως η μοναξιά (όχι για τους απροσάρμοστους, αλλά για εκείνους που η πικρή πραγματικότητα την επιβάλλει) είναι αυτή που προσβάλλει περισσότερο τους ηλικιωμένους. Μετά τα 65 ο αριθμός των ανθρώπων που ζουν μόνοι αυξάνεται πολύ και ενώ παλιά με συντομότερη διάρκεια ζωής η αναλογία τους ήταν 20% τώρα είναι γύρω στο 60%.

Παρατηρώντας τη ζωή των ηλικιωμένων συμπεραίνουμε ότι καταλήγουν υποχρεωτικά στην απομόνωση λόγω της χηρείας και τελούν ένα δεύτερο γάμο οδηγούμενοι ίσως από τα σεξουαλικά ερεθίσματα. Βασικό ρόλο παίζει η αναζήτηση μιας εγγύησης κατά της μοναξιάς στους νέους αυτούς γάμους. Οι κοινωνιολογικές έρευνες είναι σαφείς: υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα στην ευτυχία που βρίσκουν δύο ηλικιωμένοι μαζί και στη μελαγχολία εκείνου που ζει μόνος του.

Μια πρόσφατη έρευνα δείχνει ότι το 31,5% των συνταξιούχων στις Η.Π.Α. δε δέχεται ποτέ επισκέψεις με αποτέλεσμα να αποξενώνονται σταδιακά. Το ποσοστό περιλαμβάνει και επισκέψεις από φίλους που μέχρι τότε θεωρούνταν αχώριστοι. Αν, λοιπόν, στη μείωση των κοινωνικών σχέσεων προστεθεί και η απώλεια συντρόφου

και του τελευταίου αληθινού φίλου επέρχεται η καταστροφή. (Eisendrath S. – Lichtmacher J., 2005)

1.1.4 Κοινή συμπτωματολογία κατάθλιψης, αυτοκτονίας και μοναξιάς στους ηλικιωμένους:

1. Παθητικότητα.
2. Εσωστρέφεια.
3. Κοινωνική απομόνωση και απάθεια.
4. Μελαγχολία.
5. Έκδηλη απώλεια της αυτοεκτίμησης και αίσθημα ότι δεν αξίζει σαν άνθρωπος.
6. Αίσθημα απελπισίας, ανησυχίας και άγχους.
7. Μείωση ευχαρίστησης και ενδιαφέροντος.
8. Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας.
9. Αίσθημα κόπωσης.
10. Διαταραχές του ύπνου και της όρεξης.
11. Ελάττωση λήψης πρωτοβουλιών. (Ασημακοπούλου Β. κ.ά., 2000 – Ραγιά Α. 2004)

1.2 Γενικά περί σύγχυσης, άνοιας και η κλινική τους εκδήλωση.

1.2.1 Σύγχυση

Σύμφωνα με τον Ψυχιατρικό Σύνδεσμο της Αμερικής, η οξεία συγχυτική κατάσταση λειτουργικά ορίστηκε ως ταυτόχρονη διαταραχή της συνειδήσεως της προσοχής, της αντιλήψεως της μνήμης, σκέψεως, προσανατολισμού, ψυχοκινητικής συμπεριφοράς και του κύκλου του ύπνου. Τα συμπτώματα αναπτύσσονται σε σύντομο χρονικό διάστημα και μπορεί να διαρκέσουν λίγες ώρες ή να επιμείνουν αρκετές εβδομάδες. (Πλατή Χ., 2003)

1.2.2 Άνοια

Η άνοια είναι μια κατάσταση που παρατηρείται συχνά στη μεγάλη ηλικία. Συγκεκριμένα, ενώ σε ηλικία 60 – 69 ετών παρατηρείται μόνο στο 5% των ατόμων και στην ηλικία 70 – 79 ετών σε περίπου 7% των ατόμων, σε ηλικία άνω των 80 ετών παρατηρείται σε ποσοστό 20%, ενώ σε ηλικία άνω των 90 ετών το ποσοστό φθάνει το 45% των ατόμων. Η πιο συχνή μορφή άνοιας είναι η εκφυλιστική άνοια του τύπου της νόσου του Alzheimer's, η οποία αποτελεί το 50% όλων των ανοιών. Δεύτερη σε

συχνότητα έρχεται η άνοια αγγειακής αιτιολογίας που αποτελεί το 10 – 20% των ανοιών, ενώ λιγότερο συχνά αίτια (το 10%) είναι διάφορες ψυχιατρικές ή άλλες παθολογικές καταστάσεις. Σπάνιες μορφές άνοιας παρατηρούνται σε άλλες εκφυλιστικές παθήσεις, σε υδροκέφαλο, καθώς και σε σπογγιώδη εγκεφαλοπάθεια. Οι μηχανισμοί της άνοιας αγγειακής αιτιολογίας είναι οι εξής:

1. Πολλαπλά φλοιώδη – υποφλοιώδη αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.
2. Μονήρη αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, αλλά σε στρατηγικές περιοχές του εγκεφάλου.
3. Μικρο-αγγειοπάθεια με πολλαπλά κενотоπιώδη ισχαιμικά έμφρακτα ή λευκοεγκεφαλοπάθεια.
4. Μετά από εγχείρηση στεφανιαίας παράκαμψης.
5. Συνύπαρξη νόσου του Alzheimer και ισχαιμικής αγγειοπάθειας του εγκεφάλου.
(Κυρίτσης Α., 2005)

1.2.3 Κοινή συμπτωματολογία σύγχυσης και άνοιας στους ηλικιωμένους:

1. Απώλεια μνήμης.
2. Διαταραχή της σκέψης.
3. Διαταραχή της κρίσεως.
4. Διαταραχή του προσανατολισμού στο χώρο.
5. Διαταραχή της ψυχοκινητικής συμπεριφοράς.
6. Απάθεια και αδιαφορία.
7. Εμφάνιση κατάθλιψης και ψυχωτικές διαταραχές.
8. Περιπλάνηση η οποία μπορεί να είναι αμνησιακή, ανακουφιστική.

1.3 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις ψυχοκοινωνικών προβλημάτων:

1. Ενθάρρυνση του αρρώστου να ανασυγκροτηθεί, να αποκτήσει περισσότερη αυτονομία – ανεξαρτησία, εμπιστοσύνη στον εαυτό του και αμοιβαιότητα στις σχέσεις του. Θα πρέπει να κυριαρχεί η καλοσύνη, η ευγένεια και η συμπάθεια στις σχέσεις νοσηλευτή – ηλικιωμένου.
2. Ενίσχυση προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης προβλημάτων. Ο νοσηλευτής βοηθά τον άρρωστο να αναγνωρίζει τους νοσηρούς μηχανισμούς και να βρίσκει εναλλακτικές λύσεις στα προβλήματά του.

3. Εκπαίδευση αρρώστου και οικογένειας για την αντιμετώπιση των βιολογικών και άλλων αναγκών υγείας του αρρώστου π.χ. ατομική υγιεινή, επαρκής διατροφή, έλεγχος εντέρου και κύστεως, επαρκής ύπνος, χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για τη μείωση άγχους, κατάθλιψης και επιθετικότητας.
4. Απόσπαση της προσοχής του αρρώστου από απαισιόδοξες σκέψεις με το να απασχολεί το μυαλό του με άλλα πράγματα και δραστηριότητες προωθώντας την αυτοαξία και αυτοπραγμάτωση.
5. Ενθάρρυνση του αρρώστου να κοινωνικοποιηθεί ώστε να καταπολεμήσει το αίσθημα μοναξιάς και να αποκτήσει καινούργια ενδιαφέροντα. (Πλατή Χ., 2003 – Ραγιά Α., 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ



1.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα των ηλικιωμένων.

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 υπερηλίκων είναι ο ίδιος με αυτό των άλλων ηλικιών.

Είναι όμως γεγονός πως χρειάζονται εσωτερικά δυνατά κίνητρα, υπομονή, κατανόηση αλλά και ψυχικό 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 οικογένειά του, για την υλοποίηση των αναφερόμενων στην παράγραφο 1 και 2, όταν φυσικά χρειάζεται.
4. Η προαγωγή της τέχνης και επιστήμης της Γεροντολογικής και Γηριατρικής Νοσηλευτικής με την έρευνα και την εφαρμογή των ευρημάτων της έρευνας.

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

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

6. Επιβάλλεται να γίνονται απαραίτητες τροποποιήσεις και συμβιβασμοί στην προσφορά νοσηλευτικής βοήθειας στον υπερήλικα, όταν το απαιτούν οι φυσιολογικοί περιορισμοί του.
7. Πρέπει να ενισχύεται η ατομικότητα του υπερήλικα, να διατηρείται η ακεραιότητά του και η αίσθηση του ελέγχου, τα οποία η νοσηλεύτρια επιτυγχάνει με το να τον ενισχύει να χρησιμοποιεί οτιδήποτε βοηθάει στη γεφύρωση του χάσματος μεταξύ του παρελθόντος και του παρόντος. Να διαθέτει χρόνο στον υπερήλικα για να εκφράσει τα αισθήματά του, να τον βοηθάει να διατηρήσει την κοινωνική εκτίμηση.
8. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να διατηρούνται στο κεντρικό ρεύμα της ζωής για να παρεμποδίζεται η φυσική, η συναισθηματική και η διανοητική επιβάρυνσή τους.
9. Βοηθείται ο υπερήλικας να χρησιμοποιεί τις δυνατότητές του με την επιλογή δραστηριοτήτων που μπορεί να διεκπεραιώσει και διατηρούν το ενδιαφέρον του για ζωή ή ακόμη με τη 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 ατέλειωτες 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 απ' 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 ή να εξασφαλίζει ιατρική βοήθεια, όταν αυτή χρειάζεται.
- Να τον ενημερώνει, σε μια συστηματική προσπάθεια, για τη δράση και επίδραση των φαρμάκων που χρησιμοποιεί.
- Να τον μεταχειρίζεται πάντοτε σαν ενήλικα και ποτέ σαν παιδί, έστω κι αν έχει παλινδρομήσει στην παιδική ηλικία. (Σιόγκα Α., 2000)

1.2 Αντικειμενικοί σκοποί της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής.

Οι αντικειμενικοί σκοποί της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής, όπως αυτοί διατυπώθηκαν από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (Α.Ν.Α.) είναι οι ακόλουθοι:

1. Βοήθεια του ατόμου να επιτύχει την όσο το δυνατόν αυτοφροντίδα του.
2. Αξιολόγηση της ικανότητας του ηλικιωμένου και βοήθεια διατηρήσεως ή αποκαταστάσεως της λειτουργικής ικανότητας.
3. Βοήθεια του ατόμου να αντιμετωπίζει τις ανάγκες για ανεξαρτησία, καθώς και να διευθετεί τις εξαρτημένες ανάγκες του.
4. Προσαρμογή των νοσοκομειακών νοσηλειών σε αργότερο ρυθμό για τους υπερήλικες αρρώστους.
5. Προσαρμογή των ιδρυματικών νοσηλειών και διαδικασιών που έχουν σχέση με τις βασικές φυσιολογικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες του υπερήλικα στο φυσιολογικό τύπο της ζωής ή των συνηθειών του.
6. Αναγνώριση της σημασίας του ενδιαφέροντος του υπερήλικα για τις σωματικές του λειτουργίες και τα συμπτώματα που αισθάνεται.
7. Δημιουργία ευκαιριών για τον ηλικιωμένο να ερωτά και να κατανοεί όλες τις οδηγίες και τις εξηγήσεις.
8. Διατήρηση και προστασία της αξιοπρέπειας και της ακεραιότητας του υπερήλικα σε όλες τις σχέσεις νοσηλευτή – ασθενούς.
9. Πρόβλεψη ότι κάθε αλλαγή είναι δυνατό να αποτελέσει απειλή ή stress στον υπερήλικα. (Πλατή Χ., 2003)

1.3 Φιλοσοφία Γεροντολογικής Νοσηλευτικής.

Η φιλοσοφία της Γεροντολογικής Νοσηλευτικής αποβλέπει στη συμβολή της Νοσηλευτικής ως επιστήμης και τέχνης στην αναστολή ή στην επιβράδυνση της διεργασίας του γήρατος που αποτελεί συνεχιζόμενο φαινόμενο της ζωής και στη μετάγγιση ζωής, δηλαδή 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 πως 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, η 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 γερός, σε κατάσταση ευεξίας και ικανοποιημένος από τη ζωή. Η εξατομίκευση της βοήθειας συντελεί στην ανάπτυξη επικοινωνιακών 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 και από τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, κρατικής, εκκλησιαστικής και ιδιωτικής πρωτοβουλίας τις οποίες και θέτει στη διάθεση των ηλικιωμένων. (Πετροπούλου Δ., 1999)

1.4 Αλλαγές που δημιουργούν οι απώλειες στη συμπεριφορά του υπερήλικα. Ευθύνες της νοσηλεύτριας.

Η διαφορά αντίδρασης στην υπερηλικίωση από άτομο σε άτομο οφείλεται στο κατά πόσον έχουν καταπονηθεί και έχει απολεσθεί η βιολογική και η συναισθηματική τους υπόσταση στην πορεία της ζωής τους. Σε συνάρτηση με τα βιώματά τους, άλλοι αντιδρούν δυναμικά και συνεχίζουν να πορεύονται με την ενέργεια που τους διέκρινε στα νεανικά τους χρόνια και άλλοι ζουν απόμακροι και άδαιοι από συναισθήματα και ενέργεια, καταλήγοντας όντα χωρίς ύπαρξη.

Η ζωή του ανθρώπου εκτυλίσσεται μέσα σε μια εναλλαγή απώλειας και κατάκτησης, υλικής και ηθικής. Απαραίτητη προϋπόθεση για την ομαλή εξέλιξη του ατόμου είναι η ισορροπία μεταξύ αυτών των δύο καταστάσεων. Ενόσω είναι νέος ο άνθρωπος έχει τη δυνατότητα να ελίσσεται, δοκιμάζοντας ευχάριστες εμπειρίες και αισθήσεις, οι οποίες έχουν σαν αποτέλεσμα την ισορροπία μεταξύ τους. Με την υπερηλικίωση διαταράσσεται η ισορροπία αυτή, διότι δοκιμάζει ο άνθρωπος περισσότερες απώλειες παρά κατακτήσεις. Κατά συνέπεια, δημιουργείται ένα χάσμα ανάμεσά τους. Γι' αυτόν το λόγο χρειάζονται ειδική προετοιμασία – κυρίως ψυχολογική – ώστε να μικρύνει το καλύτερο δυνατό η απόσταση που τις χωρίζει και έτσι να επιτευχθεί η ολοκλήρωση και η ωρίμανση του ατόμου.

Όταν δεν έχει προηγηθεί η απαραίτητη προετοιμασία ο υπερήλικας αντιδρά με μια νευρωτική και ψυχωτική συμπεριφορά. Η αλλαγή της προσωπικότητας αποτελεί ένας μηχανισμός άμυνας κατά του άγχους που δημιουργεί η ενηλικίωση. Άλλοι τρόποι αντιμετώπισης της απώλειας είναι οι εξής:

- **Ακαμψία** είναι ένας εναλλακτικός τρόπος οργάνωσης της σκέψης και της εργασίας, ώστε η προσοχή να συγκεντρώνεται κάθε φορά σ' ένα μόνο πράγμα και το άτομο να νιώθει ασφάλεια και σιγουριά ότι διατηρεί σε κάποιο βαθμό τον έλεγχο στο περιβάλλον. Οι ηλικιωμένοι μάλλον υπερφορτώνονται στην προσπάθεια να κάνουν πολλά πράγματα μαζί.
- **Η τάση να συγκεντρώνει πράγματα, τρόφιμα κ.ά.** και τα οποία δε θέλει να τα μοιράζεται με τους άλλους, οφείλεται στο φόβο και την ανασφάλεια που νιώθει ότι θα μείνει μόνος του, πιστεύοντας ότι έτσι θα προλάβει και θα καλύψει τις ανάγκες της περιόδου αυτής. Επίσης, ένας τρόπος άμυνας κατά του δυσάρεστου παρόντος είναι η διήγηση και η επανάληψη ευχάριστων γεγονότων και ιστοριών της ζωής του παρελθόντος, επιδιώκοντας να φέρει το παρελθόν στο παρόν.
- **Η υποχονδρία, η άρνηση, η προβολή, η παλινδρόμηση στην παιδική ηλικία και η κατάθλιψη** είναι συμπληρωματικοί μηχανισμοί που χρησιμοποιεί ο υπερήλικας στην προσπάθειά του να διατηρήσει τον έλεγχο και την τάξη στο περιβάλλον και να μειώσει το φόβο και το άγχος του.

Όλοι οι παραπάνω τρόποι αντιμετώπισης της απώλειας πιθανότατα να δημιουργήσουν προβλήματα στην οικογένειά του και τους φίλους.

1.4.1 Η σημασία της απώλειας (La Vigne, 1979).

Ο άνθρωπος στα διάφορα στάδια της ζωής του αντιμετωπίζει πολλά είδη απωλειών, όπως π.χ.

- **Αναπτυξιακή απώλεια:** Στην κατηγορία αυτή είναι η απομάκρυνση και ο αποχωρισμός από τα αδερφάκια του. Οι απώλειες αυτές είναι καθοριστικές στην ανάπτυξη της ικανοποίησης των κοινωνικών σχέσεων.
- **Συγκεκριμένη απώλεια:** Είναι η απώλεια σημαντικού προσώπου από το στενό του περιβάλλον (οικογενειακό, κοινωνικό) την οποία θα αντιμετωπίσει στην πορεία της ζωής του.

- **Συμβολική απώλεια:** Σ' αυτήν υπάγονται η εμπιστοσύνη στον εαυτό μας, η ιδέα που έχουμε γι' αυτόν π.χ. το αίσθημα υπεροχής του εαυτού μας ή το αίσθημα απαξίωσης. Επειδή τα προαναφερθέντα δεν είναι συγκεκριμένες απώλειες τις θεωρούμε συμβολικές. Πολλές συγκεκριμένες απώλειες (υγεία, η εξωτερική εμφάνιση, εργασία κ.τ.λ.) μας οδηγούν σε συμβολικές απώλειες διότι κατ' επέκταση επηρεάζουν την εικόνα του εαυτού μας.
- **Εξωτερική απώλεια:** Αντιπροσωπεύει αντικείμενα αξίας π.χ. σπίτια, κοσμήματα, χρήματα και τα ηλικιωμένα άτομα δεν ασχολούνται με τις εξωτερικές απώλειες διότι δε διαθέτουν δομές για την αντικατάστασή τους. Αυτές οι απώλειες αναγκάζουν τα άτομα να είναι περισσότερο εξαρτημένα από τους γύρω τους.

1.4.2 Αντιμετώπιση της απώλειας.

Κάθε άτομο αντιμετωπίζει με ιδιαίτερο και μοναδικό τρόπο τις απώλειες στη ζωή του. Παράγοντες που συναινούν σ' αυτήν την ιδιαιτερότητα είναι:

- το είδος της απώλειας,
- κάποια εμπειρία απώλειας κατά το παρελθόν,
- η φυσική και σωματική υγεία,
- επιδίωξη άλλων αξιών και ρόλων.

Η εμπειρία της απώλειας δημιουργεί αισθήματα άγχους. Το άγχος και η αίσθηση της διαταραχής της ψυχοκοινωνικής του ισορροπίας που δημιουργήθηκε από την απώλεια, ενεργοποιεί το άτομο για περαιτέρω εξέλιξη ή το περιφέρει σε προηγούμενες καταστάσεις που προκαλούν ικανοποίηση και ασφάλεια.

Η λύπη και το πένθος αποτελούν τον πιο συχνό τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιδρά στην απώλεια προσώπου. Χαρακτηριστικά της λύπης και του πένθους είναι:

1. Προσωρινή αποκοπή από επιδόσεις, εξωτερικές δραστηριότητες διότι η συναισθηματική δομή του ατόμου προσπαθεί να φέρει σε μια ισορροπία ορισμένα συναισθήματα (το θυμό, την ενοχή, την απελπισία) που αισθάνθηκε το άτομο από την απώλεια.
2. Βασικά ο θάνατος αγαπημένου προσώπου είναι ένα shock. Θεωρεί εντελώς απαράδεκτη την απώλεια αγαπημένου του προσώπου και ότι δε θα το ξαναδεί ποτέ πλέον.

3. Υπάρχει μία συνεχής απασχόληση της σκέψης και των συναισθημάτων με αυτόν που πέθανε, επικεντρώνοντάς τα σε ευχάριστα και σε δυσάρεστα γεγονότα που είχαμε βιώσει μαζί του.
4. Λυπάται το άτομο αυτό για τις τυχόν διαφωνίες ή απρεπή συμπεριφορά προς τον απολεσθέντα διότι δεν μπορεί να επανορθώσει.
5. Αισθάνεται θυμό για το άτομο που έχασε διότι τον υποχρεώνει να νιώθει αυτά τα αρνητικά συναισθήματα. Για να αντιμετωπίσει ο υπερήλικας τη λύπη θα πρέπει να επικεντρωθεί σε ευχάριστες και καλές πλευρές του ατόμου που έφυγε.
6. Αναφορές και συζητήσεις για το άτομο που πέθανε χωρίς να φθάνει στα άκρα, δηλαδή να νιώθει ενοχές και απελπισία.
7. Η λύπη μπορεί να αποδυναμωθεί με το να αποδεχθεί το άτομο την πραγματικότητα του θανάτου, αλλά και με πίστη για την πέρα του θανάτου ζωή.
8. Να θυμάται ευχάριστες στιγμές του ατόμου, όχι όμως να είναι διάχυτη η λύπη σε σημείο που να αναστέλλει τις δραστηριότητες και να εγκλωβίζει την ευχαρίστηση που αντλεί από αυτές. (Μαλγαρινού Μ. – Γουλιά Ε., 1991)

1.5 Διατροφή του υπερήλικα.

Οι διατροφικές συνήθειες του υγιούς υπερήλικα σπάνια αλλάζουν σχετικά με αυτές που είχε στην προηγούμενη ζωή του. Οι τυχόν αλλαγές οφείλονται σε οικονομικές και κοινωνικές πιέσεις, διότι το άτομο δε λαμβάνει ενεργό μέρος στη ζωή. Οι διαιτητικές ανάγκες του υπερήλικα μοιάζουν με των ενηλίκων, παρατηρείται όμως μία διαφορά ως προς την ποσότητα των λαμβανομένων θερμίδων. Η διαφοροποίηση αυτή οφείλεται σε:

1. Μεταβολές του βάρους του σώματος (το βάρος συνήθως αυξάνεται).
2. Μεταβολές στη μορφή του σώματος διότι γίνεται περισσότερη συσσώρευση λιπώδους ιστού.
3. Ελάττωση του βασικού μεταβολισμού.
4. Λόγω ηλικίας ελαττώνεται η ενέργεια και η δυναμική του ατόμου.

Ο FAO υποστηρίζει ότι η μείωση της ημερήσιας θερμιδικής πρόσληψης με την πάροδο των ετών θα πρέπει να είναι 7,5% για κάθε δεκαετία μετά το 25ο έτος της ηλικίας.

Η μεικτή επιτροπή FAO/ Π.Ο.Υ. δίνει τις πιο κάτω θερμιδικές προσλήψεις για τις διάφορες ηλικίες.

Ηλικία: 30 – 39 θερμιδική πρόσληψη ενήλικου.

Ηλικία: 40 – 59 ελάττωση κατά 5%.

Ηλικία: 60 – 69 ελάττωση κατά 15%.

Ηλικία: 70+ ελάττωση κατά 25%.

Η πρόσληψη των θερμίδων είναι ιδιαίτερη σε κάθε άτομο, γι' αυτό θα πρέπει να ρυθμίζονται σε προσωπικό επίπεδο, αναλόγως με τις δραστηριότητές του. Οι μελέτες συμπεραίνουν ότι οι θερμιδικές ανάγκες των υπερηλίκων κυμαίνονται στο επίπεδο των 2.000 Kcals.

Η πρόσληψη λευκωμάτων στον υπερήλικα δε μειώνεται, αλλά παραμένει στα επίπεδα του ενήλικα.

Το διαιτολόγιο του υπερήλικα σε υδατάνθρακες και λίπη πρέπει να είναι στα ίδια επίπεδα με του ενήλικα.

Όσον αφορά στην πρόσληψη σε ασβέστιο παραμένει η ίδια περίπου με αυτή των νέων ατόμων. Σε ενάντια περίπτωση (ελαττωμένη πρόσληψη σε ασβέστιο) ο υπερήλικας παρουσιάζει οστεοπόρωση.

Παρότι μειώνεται η αποθηκευμένη ποσότητα βιταμινών, εντούτοις οι απαιτήσεις του οργανισμού τους σε βιταμίνες είναι ίδιες με του ενήλικα. Ως εκ τούτου η αβιταμίνωση του υπερήλικα οφείλεται περισσότερο σε κακή διατροφή και όχι ότι χρειάζεται μεγαλύτερη ποσότητα βιταμινών στην ηλικία αυτή. Η ανεπαρκής πρόσληψη βιταμινών εκφράζεται με διάφορα συμπτώματα, π.χ. εμφάνιση εκχυμώσεων, σχίσιμο του δέρματος γύρω από τα χείλη, εμφάνιση γλωσσίτιδας και στοματίτιδας και τέλος, αφαλάτωση των οστών με συνέπεια την ευπάθεια σε κατάγματα.

Η διατροφή των ηλικιωμένων επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως:

1. Η έλλειψη εναλλαγής της διατροφής.
2. Η απουσία συντροφιάς, δηλαδή η “κοινωνική μορφή” των γευμάτων.
3. Οι βιολογικές απώλειες, που επηρεάζουν τη διατροφή των ηλικιωμένων, π.χ. η απουσία δοντιών και η αντικατάστασή τους με οδοντοστοιχία.
4. Η ανεπαρκής έκκριση σιέλου που δυσκολεύει τη μάσηση.
5. Άγνοια για το ποια τρόφιμα πρέπει να αποτελούν το διαιτολόγιό τους.
6. Άγνοια για τον τρόπο παρασκευής των τροφίμων.
7. Αδυναμία στην προμήθειά τους που οφείλεται σε οικονομικούς και βιολογικούς λόγους.
8. Μειωμένη αίσθηση πείνας διότι έχει ελαττωθεί κατά πολύ η αίσθηση της γεύσης και της οσμής.

Όλα τα ανωτέρω συν τις ψυχοκοινωνικές απώλειες επηρεάζουν το πρόβλημα της διατροφής, π.χ. η απομόνωση, η ανασφάλεια έναντι στη ζωή και η προσέγγιση του τέλους, το άγχος, ο φόβος και η απενεργοποίησή τους, άλλοτε εκούσια και άλλοτε ακούσια. Προς επίλυση των προβλημάτων αυτών διοργανώνονται προγράμματα κοινωνικού χαρακτήρα, π.χ. η επανένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο θα δραστηριοποιήσει τον οργανισμό τους και θα ξαναβρούν σε μεγάλο ποσοστό τη χαμένη ενέργειά τους. (Τριχοπούλος Δ. – Τριχοπούλου Α., 1986)

1.6 Εκπαίδευση προσωπικού.

Η προσφορά ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας στον άνθρωπο προϋποθέτει την ύπαρξη κατάλληλα προετοιμασμένου προσωπικού. Το νοσηλευτικό προσωπικό στη 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 μεταβασικής 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 σύνθεση 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. (Σιόγκα Α., 2000)

1.7 Ηθικά διλήμματα.

Πολύ συχνά στην κλινική πράξη αναφύονται ηθικά διλήμματα που συγκρούονται με ηθικούς κανόνες οι οποίοι λειτουργούν πειστικά στην επιλογή 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 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 δεχθεί ή να αρνηθεί τη νοσηλεία, της εξασφάλισης της αυτονομίας του, της προστασίας της υγείας του και της ισότιμης παροχής υπηρεσιών υγείας, εντούτοις στην καθημερινή κλινική 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 την αξιοπρέπεια της ανθρώπινης υπάρξεως εκδηλώνοντας σεβασμό προς το δώρο της ζωής, άσχετα από την ηλικία που διανύει, το φύλο ή τη φυλή που ανήκει.

Αυτό το κάτι είναι οι παρεμβάσεις, που αν και τόσο απλές στην εκτέλεση τους, έχουν τη δύναμη να χαρίζουν ευτυχία στη δύση της βιολογικής ζωής, με ένα στοργικό βλέμμα, με μια θετική κίνηση, με ένα απλό χάδι στο ρυτιδωμένο πρόσωπο ή στο κυρτωμένο από το χρόνο κορμί. Αυτό το κάτι είναι οι πράξεις που δεν κοστίζουν και όμως δίνουν τόσα πολλά και επιπλέον μπορούν να γίνουν από όλους μας αρκεί να απλώσουμε τα χέρια. Σύμφωνα με τις σύγχρονες νοσηλευτικές τάσεις το θεραπευτικό πρόγραμμα του ασθενή σχεδιάζεται από κοινού με τον ίδιο και 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 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. (Πλατή Χ., 2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΥΠΕΡΗΛΙΚΑ



1.1 Ιδρυματική περίθαλψη.

Από την πρωτοβυζαντινή εποχή, τα ιδρύματα αποτελούσαν την κυρίαρχη μορφή φροντίδας για όσους δεν ήταν αυτάρκεις 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.

1.2 Αίτια εισόδου σε 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 κτλ. 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, πιο συχνά συμβαίνουν σε ηλικιωμένους, μεταβάλλονται σε τραγωδίες εάν συμβούν σε υπερηλίκους 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, δε λύνονται όμως και με τη μεταφορά του σε γηροκομείο. (Μανζανά Ξ., 1999)

1.3 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 μην παρουσιάζει διαταραχές ενοχλητικές για τους άλλους.

Το γηροκομείο για να ικανοποιήσει τις ανάγκες των ηλικιωμένων θα πρέπει να πληροί κάποιες προϋποθέσεις όσον αφορά στην κατασκευή του κτιρίου, τον εξοπλισμό του και τέλος, τον αριθμό και τα προσόντα του προσωπικού που εργάζεται μέσα σ' αυτό.

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

Όσον αφορά στο οικόπεδο θα πρέπει:

- 1. Να εξασφαλίζει καλή θέα και να είναι μεγάλο σε έκταση.
- 2. Να βρίσκεται κοντά σε αγορά και να μην απέχει πολύ από την εκκλησία, το σχολείο και το ταχυδρομείο, ώστε να έχουν και αυτοί τις κοινωνικές τους συναναστροφές και τέλος,
- 3. Να βρίσκεται κοντά σε καλό συγκοινωνιακό δίκτυο, ώστε να μπορούν οι ίδιοι να κυκλοφορούν όταν η υγεία τους τούς το επιτρέπει και να είναι εύκολο στους συγγενείς τους να τους επισκέπτονται συχνά.

Το κτίριο θα πρέπει να είναι 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.ά.).

2. Τραπεζαρία: Συνίσταται να είναι σε τύπο εστιατορίου 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 κτλ.

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

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, λινόθηκη, βοηθητικούς νοσηλευτικούς χώρους, αίθουσα αναμονής.

6. **Βιβλιοθήκη:** Η βιβλιοθήκη πρέπει να πληροί 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. **Ψυχοθεραπευτήριο:** 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 ενδιαφέροντά του, περιορίζει την απομόνωση, αυξάνει την κοινωνικότητά του, του δίνει την αίσθηση ότι είναι χρήσιμος στο κοινωνικό σύνολο κ.ά.

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 γηγίατρος.
3. Το νοσηλευτικό προσωπικό.
4. Το διοικητικό προσωπικό.
5. Ο μάγειρας.
6. Το βοηθητικό προσωπικό(καμαριέρες, τραπεζοκόμες, καθαρίστριες).

Προσωπικό μερικής απασχόλησης είναι:

1. Ο διαιτολόγος.
2. Ο ψυχολόγος.
3. Ο φυσιοθεραπευτής.
4. Ο εργοθεραπευτής.
5. Οι τεχνικοί.
6. Ο κοινωνικός λειτουργός.

Οι σύγχρονες τάσεις προσφοράς νοσηλευτικής φροντίδας στους υπερήλικες είναι η δημιουργία γηριατρικών νοσηλευτικών μονάδων σε γενικά νοσοκομεία (μονάδα διάγνωσης και θεραπείας, μονάδα αποκατάστασης, μονάδα αυτοεξυπηρέτησης και μονάδα μακράς παραμονής) και η ίδρυση ξεχωριστών νοσοκομείων για τους υπερήλικες, διότι σχετική έρευνα έδειξε ότι αντενδείκνυται η νοσηλεία τους μαζί με άλλα άτομα διαφορετικής ηλικίας. (Μαλγαρινού Μ. – Γουλιά Ε., 1991)

1.3.1 Οι λόγοι που επιβάλλουν ξεχωριστά νοσοκομεία ή νοσηλευτικές μονάδες για τους υπερήλικες.

1. Η ανάγκη δημιουργίας κατάλληλων κτιριολογικών συνθηκών. Ειδικότερα:
 - Προτιμάται η οριζόντια αρχιτεκτονική. Αυτή διευκολύνει τον υπερήλικα να βγαίνει εύκολα στον ακάλυπτο χώρο και να επικοινωνεί με την κοινότητα.
 - Τοποθετούνται ειδικά δάπεδα στους χώρους που κυκλοφορούν οι ηλικιωμένοι –θάλαμοι, διάδρομοι, σαλόνια κτλ.– που δεν αφήνουν τον υπερήλικα ή το μπαστούνι του να γλιστρήσουν.
 - Τοποθετούνται χειρολαβές σε χώρους όπως λουτρά, τουαλέτες, διαδρόμους, σκάλες, βεράντες κ.ά. για τον περιορισμό των ατυχημάτων και την ενίσχυση της ανεξαρτητοποίησής τους.
 - Χώροι όπως φυσικοθεραπευτήριο, βιβλιοθήκη, αίθουσα ψυχαγωγίας κ.ά. θεωρούνται απαραίτητοι, ιδιαίτερα σε νοσηλευτικά ιδρύματα που νοσηλεύονται άρρωστοι με χρόνιες αρρώστιες.
 - Εγκατάσταση κυλιόμενων διαδρόμων, για την άκοπη μετακίνηση των υπερηλίκων από τον ένα χώρο στον άλλο.
 - Οι σκάλες συμπληρώνονται και με ράμπες, για να κινούνται αναπηρικές καρέκλες.

2. Η ανάγκη δημιουργίας κατάλληλου περιβάλλοντος. Το κατάλληλο για τους υπερήλικες περιβάλλον αναφέρεται σε δύο στοιχεία:
 - Εξοπλισμός που να ανταποκρίνεται στις φυσικές αδυναμίες τους, που είναι πολύ μεγαλύτερες λόγω του βάρους των χρόνων της ζωής.
 - Εξοπλισμός που να προσεγγίζει σε κάποιο βαθμό τις συνθήκες του σπιτιού τους, ώστε η προσαρμογή στο νέο περιβάλλον να περιορίσει τις αναμενόμενες επιπτώσεις.
3. Η επάνδρωση του γηριατρικού νοσοκομείου ή της νοσηλευτικής μονάδας με:
 - Εξειδικευμένο προσωπικό (ιατρικό – νοσηλευτικό κ.ά.) στη γηροντολογία, γηριατρική και γηριατρική – γηροντολογική νοσηλευτική.
 - Άλλες κατηγορίες προσωπικού όπως φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγοι κ.ά.
4. Οικονομικός. Δηλαδή οι γηριατρικές μονάδες, αν εξαιρέσουμε τη διαγνωστική, είναι πιο απλές σε εξοπλισμό από τη μονάδα γενικού νοσοκομείου.
5. Βελτίωση της απόδοσης της νοσηλείας. Οι ηλικιωμένοι, εκτός από τις ειδικές ανάγκες που δημιουργούν οι διάφορες ασθένειες από τις οποίες πάσχουν, έχουν όλοι κοινές ανάγκες που εκδηλώνονται από το γεγονός ότι η αποκατάσταση της υγείας τους ακολουθεί βραδύ ρυθμό που δεν ταιριάζει με το κλίμα έντασης που επικρατεί στις μονάδες ενός γενικού νοσοκομείου. Το προσωπικό ενός γενικού νοσοκομείου έχει να κάνει κάτι πιο επείγον από το να περιμένει τον υπερήλικα να φάει, να ντυθεί, να κατεβεί από το κρεβάτι του κτλ. και για λόγους ταχύτερης διεκπεραίωσης της εργασίας βοηθάει τον υπερήλικα, πριν ακόμη χρειασθεί βοήθεια, ή τον μεταχειρίζεται σαν βρέφος, αναλαμβάνοντας εκείνος, να κάνει αυτό που έπρεπε να κάνει μόνος του. Η αντιμετώπιση όμως αυτή επιταχύνει την κατάπτωσή του, τον στερεί θεραπευτικής αγωγής και τον μετατρέπει σε εξαρτημένο από τους άλλους άτομο.

Η σχέση του νοσηλευτικού προσωπικού προς τον άρρωστο πρέπει να προσεγγίζει αυτή των παιδιατρικών νοσοκομείων, γιατί αν και καταβάλλεται προσπάθεια διατήρησης του αρρώστου υπερήλικα ανεξάρτητου, εντούτοις η εξάρτησή του πολλές φορές προσεγγίζει την παιδική, νηπιακή και βρεφική ακόμη ηλικία.

5.1.2 Νοσηλευτικές μονάδες για τους υπερήλικες.

Το γηριατρικό νοσοκομείο οργανωμένο και με τη φιλοσοφία της προοδευτικής θεραπείας είναι δυνατό, διοικητικά να ανήκει σε ένα γενικό νοσοκομείο. Στην περίπτωση αυτή το γηριατρικό νοσοκομείο αποτελείται από τέσσερις ειδικά διαρθρωμένες

νοσηλευτικές μονάδες, τη μονάδα διάγνωσης και θεραπείας, τη μονάδα αποκατάστασης, τη μονάδα αυτοεξυπηρέτησης και τη μονάδα μακράς παραμονής.

Η μονάδα **διάγνωσης και θεραπείας** βρίσκεται σε άμεση επαφή και στενή συνεργασία με τις διαγνωστικές υπηρεσίες του γενικού νοσοκομείου. Σ' αυτή τη μονάδα μπαίνει ο άρρωστος και παραμένει, ωστόσο γίνονται όλες οι απαραίτητες εξετάσεις για τη διάγνωση της νόσου, και αποφασίζεται η θεραπεία, η οποία και αρχίζει να εφαρμόζεται. Στη μονάδα αυτή υπάρχει αυξημένη αναλογία προσωπικού προς άρρωστο που πρέπει να είναι υψηλής και εξειδικευμένης κατάρτισης.

Η μονάδα **αποκατάστασης** δέχεται τον άρρωστο από τη μονάδα διάγνωσης και θεραπείας για να συνεχίσει τη θεραπεία, εάν χρειάζεται, και κυρίως να εφαρμοσθεί η αγωγή της φυσικοθεραπείας. Εδώ η αναλογία προσωπικού προς άρρωστο είναι μικρότερη σε σχέση με την προηγούμενη μονάδα, και πρέπει να έχει προσανατολισμό στην αποκατάσταση. Η μονάδα αυτή χρησιμοποιεί το τμήμα φυσικοθεραπείας του γενικού νοσοκομείου.

Η μονάδα **αυτοεξυπηρέτησης** δέχεται τον άρρωστο από την προηγούμενη μονάδα. Εδώ ο υπερήλικας βοηθείται, καθοδηγείται και ενθαρρύνεται για αυτοεξυπηρέτηση. Αισθάνεται αυτοδύναμος και προετοιμάζεται ψυχολογικά, αλλά και φυσικά για την έξοδό του από το νοσοκομείο. Το ηθικό του υπερήλικα τονώνεται στη μονάδα αυτή, αφού διαπιστώνει πως μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και αισθάνεται αυτοδύναμος. Ακόμη τονώνεται το ηθικό των συγγενών, γιατί μειώνεται το άγχος της φροντίδας του. Εδώ το προσωπικό είναι πολύ λίγο και κυρίως ασχολείται με την επίβλεψη και ενθάρρυνση του ασθενούς για αυτοεξυπηρέτηση.

Όλοι όμως οι άρρωστοι που μπαίνουν στο γηριατρικό νοσοκομείο δεν ακολουθούν την ίδια πορεία αποθεραπείας. Σε πολλούς η ενεργητική θεραπεία στην οποία υποβλήθηκαν στη μονάδα αποκατάστασης δεν απέδωσε ικανοποιητικά αποτελέσματα και δεν υπάρχει ελπίδα να ανεξαρτητοποιηθούν. Αυτοί μεταφέρονται στη μονάδα **μακράς παραμονής** που είναι ένα είδος ασύλου ανίατων νοσημάτων. Εδώ η αναλογία προσωπικού προς άρρωστο είναι πολύ αυξημένη, το μεγαλύτερο μέρος απ' αυτό είναι βοηθητικό.

Οι μονάδες αυτές δεν είναι απαραίτητο να είναι μέσα στο γενικό νοσοκομείο, αφού δεν έχουν να ωφεληθούν τίποτε από τον επιστημονικό εξοπλισμό του. Η εγκατάστασή τους μακριά από την αγχώδη, βιαστική ζωή του νοσοκομείου, σε περιβάλλον ήσυχο, με άφθονο πράσινο έχει ευεργετική επίδραση στους νοσηλευόμενους.

Το σύστημα οργάνωσης γηροκομείων με τη φιλοσοφία της προοδευτικής θεραπείας έχει το πλεονέκτημα πως δε θεωρεί καμιά περίπτωση εκ των προτέρων ανίατη. Πολλοί ασθενείς που παλαιότερα χαρακτηρίζονταν ανίατοι και θα διακομίζονταν χωρίς συζήτηση σε άσυλο, τώρα έχουν την ευκαιρία να δοκιμάσουν τουλάχιστον πρώτα την ενεργητική θεραπεία στο νοσοκομείο και μόνο όταν αποδειχθεί εκ των πραγμάτων πλέον ότι δεν αντιδρούν, τότε θα σταλούν στο άσυλο. Αυτός ο τρόπος θεραπείας συντείνει έμμεσα στην ελάττωση της ζήτησης κλινών σε άσυλο, πράγμα ευχάριστο και επιθυμητό σε μια κοινωνία.

Τέλος, ο κανονισμός των γηριατρικών νοσοκομείων σχετικά με το επισκεπτήριο πρέπει να δίνει περισσότερα προνόμια στους νοσηλευόμενους. Ο σκοπός είναι πάντα η διατήρηση στενού δεσμού του αρρώστου με την οικογένεια και τους φίλους, δηλαδή του δεσμού με τον κόσμο της πραγματικότητας. (Ασημακοπούλου Β. – Παπαδοπούλου Κ., 2000)

1.4 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 υπηρεσίες, εθελοντικές ή θρησκευτικές οργανώσεις, και να χρηματοδοτηθούν, από δωρεές, εισφορές των ασθενών κ.ά. συχνά δε να ενισχυθούν από τις τοπικές υγειονομικές αρχές.

1.5 Ο νοσηλευτής στα ιδρύματα.

Σημαντικός οπωσδήποτε είναι ο ρόλος του νοσηλευτή/τριας στα ιδρύματα. Ο ηλικιωμένος όπως είναι φυσικό όταν απομονώνεται από το οικογενειακό του

περιβάλλον, αισθάνεται παρείσακτος και παραμελημένος από τα πρόσωπα που πίστευε ότι τον αγαπούν. Στο σημείο αυτό έρχεται ο νοσηλευτής να συμπαρασταθεί στο διαλυμένο ψυχολογικά υπερήλικα προσφέροντάς του τις υπηρεσίες του. Καθήκον του είναι να διώξει από το μυαλό του ατόμου τις αρνητικές και απαισιόδοξες σκέψεις, εστιάζοντας το ενδιαφέρον του στις χαρές της ζωής. Προσπαθεί να τον απασχολήσει με ευχάριστες καταστάσεις π.χ. να τον παροτρύνει να συμμετέχει σε συζητήσεις με άλλα συνομήλικά του πρόσωπα ή να γίνει ο ψυχαναλυτής του προτρέποντάς τον να εξωτερικεύσει τις σκέψεις του. Όταν δε το άτομο πάσχει από κάποια ανίατη ασθένεια ο νοσηλευτής δεν αποποιείται το ρόλο του ψυχαναλυτή, αντιθέτως εκτελεί τα νοσηλευτικά του καθήκοντα με σκοπό την ελάττωση του σωματικού και ψυχικού πόνου. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν έχει διακοσμητικό, αλλά καταλυτικό ρόλο στα ιδρύματα και στα άσυλα για τη σωματική και ψυχική θεραπεία του υπερήλικα. (Μανζανά Ε., 1999)

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Εκ των προαναφερθέντων, πιστεύω, η επιστημονική και θεωρητική πλευρά του θέματος να δόθηκε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Αυτό, όμως, που θα ήθελα να τονισθεί ιδιαίτερα, είναι να περαστεί το μήνυμα ότι η αξιοπρεπής παράδοση της σκυτάλης του αγώνα της ζωής της τρίτης ηλικίας είναι υποχρέωση και έργο όλων μας. Όλοι μας από τη θέση που είμαστε μπορούμε να προσφέρουμε και να πετύχουμε προς αυτό, εάν χορηγήσουμε το καλύτερο φάρμακο σ' αυτούς τους ανθρώπους, την ανθρωπιά –ένα συνδυασμό συναισθημάτων (αγάπη, σεβασμός, συμπόνια, προσφορά)– που πιθανόν να είναι το πιο ακριβό και δυσεύρετο αντιβιοτικό, πλην όμως, είναι το απόλυτα θεραπευτικό και απαραίτητο για τη δικαίωση και αναγνώριση του αγώνα της ζωής των ηλικιωμένων. Ως εκ της θέσεως μου, αλλά περισσότερο από εσωτερική παρόρμηση φέρω και εγώ τις δικές μου θέσεις – προτάσεις:

- Να δημιουργούνται οι κατάλληλες υποδομές, ψυχικές και βιολογικές, συνέπεια των οποίων οι ηλικιωμένοι θα καθιερωθούν ενεργά, ικανά και χρήσιμα μέλη του οποιουδήποτε ηλικιακού κοινωνικού συνόλου.
- Να βρεθούν μέθοδοι καλλιέργειας και απορροφήσεως του δυναμικού τους.
- Να αξιολογήσουμε και να αξιοποιήσουμε την πείρα και τις γνώσεις τους, διότι είναι μεταφορείς της παράδοσης και του κατεστημένου, όπλα απαραίτητα στη συνέχιση της υγιούς πορείας της ζωής.

Εν κατακλείδι με την προσπάθεια και τη φροντίδα ενός εκάστου από εμάς θέσει και έργω να ατσαλώσουμε τους συνδετικούς κρίκους μεταξύ των ηλικιών με το πιο ισχυρό δομικό υλικό, τη συμπόρευση και όχι την απομάκρυνσή τους. Αλήθεια, ποια δύναμη θα μπορέσει να χωρίσει, να φθείρει ή να αλλοτριώσει τους δεσμούς τους;

Οι εικόνες απαντούν ...



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Β. – ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Κ.: *Νοσηλευτική και ιδρυματική περίθαλψη τρίτης ηλικίας*, πτυχιακή εργασία, Εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 2000, σ. 2 – 3, 14 – 15, 24 – 27, 41, 43 – 44.

BARTLETT J.: *Αντιμετώπιση λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος*, Έκδοση Τρίτη, Ιατρικές Εκδόσεις Βαγιονάκης, Αθήνα 2004, σ. 158 – 160.

BENEDEK T., MD.: *Ρευματολογία (Primer on the Rheumatic Diseases)*, επιμέλεια: Ανδριανάκος Α., μετάφραση: Ανδριανάκος Α. – Βουδούρης Κ. – Ντάντης Π. – Παπαδημητρίου Γ., έκδοση ένατη, ελληνική έκδοση: Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών, Αθήνα 1993, σ. 3.

ΓΕΩΡΓΑΤΟΥ – ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ν.: *Αντιμετώπιση συνήθων παθήσεων από το γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Εκπαιδευτικές ημερίδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας «Γ. ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ»)*, τόμος δεύτερος, έκδοση πρώτη, εκδόσεις: Τσίπη Δ., Αθήνα 2003, σ. 79.

COVINSKY K., MD.: *Current Medical Diagnosis and Treatment*, forty – fourth edition, edited by Tierney L., Jr – McPhee S. – Papadakis M. (The MacGraw – Hill Companies), United States of America 2005, p.p. 38 – 39, 59.

EISENDRATH S. – LICHTMACHER J.: *Current Medical Diagnosis and Treatment*, forty – fourth edition, edited by Tierney L., Jr – McPhee S. – Papadakis M. (The MacGraw – Hill Companies), United States of America 2005, p. 1063.

ZVAIFLER N., MD.: *Ρευματολογία (Primer on the Rheumatic Diseases)*, επιμέλεια: Ανδριανάκος Α., μετάφραση: Ανδριανάκος Α. – Βουδούρης Κ. – Ντάντης Π. – Παπαδημητρίου Γ., έκδοση ένατη, ελληνική έκδοση: Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών, Αθήνα 1993, σ. 135.

GOLDSZMIDT A. – CAPLAN L.: *Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια*, μετάφραση – επιμέλεια: Μηλιώνης Χ., MD., έκδοση πρώτη, εκδόσεις «Βαγιονάκη», Αθήνα 2004, σ. 2 – 3.

HALPIN D.: *Χ.Α.Π.*, μετάφραση: Κουλουμέντα Β., επιμέλεια: Γουργουλιάνης Κ., έκδοση πρώτη, εκδόσεις «Βαγιονάκη», Αθήνα 2004, σ. 7 – 9.

HELLMAN D., MD. – STONE J., MD.: *Current Medical Diagnosis and Treatment*, forty – fourth edition, edited by Tierney L., Jr – McPhee S. – Papadakis M. (The MacGraw – Hill Companies), United States of America 2005, p. 781.

ΙΩΑΝΝΟΥ Β. – ΓΚΙΖΑΣ Ν. – ΜΑΣΤΟΡΑ Μ. – ΑΖΕΛΗ Κ. – ΜΠΟΥΜΠΟΥΚΑ Χ. – ΓΙΩΤΗ Ο. – ΠΑΠΑΡΟΥΝΑΣ Κ. – ΑΚΡΙΤΙΔΗΣ Ν. (Παθολογική κλινική Π.Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»): προφορική ανακοίνωση Νο110: «Προδιαθεσικοί παράγοντες αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων (Α.Ε.Ε.) σε ασθενείς παθολογικής κλινικής», 2^ο πανηπειρωτικό ιατρικό συνέδριο, τόμος περιλήψεων, έκδοση πρώτη, εκδόσεις Janssen – Cilag, Ιωάννινα 2002 Οκτώβριος, σ. 118.

ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ Ε.: *Κοινωνική Νοσηλευτική*, έκδοση πέμπτη βελτιωμένη, εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 2004, σ. 304 – 305, 313 – 314.

ΚΥΡΙΤΣΗΣ Α.: «Φάρμακα για την πρόληψη της άνοιας αγγειακής αιτιολογίας», περιοδικό ‘Φάρμακα και συνταγογραφία’, τεύχος ενδέκατο, τριμηνιαία έκδοση, εκδόσεις Ε.Ο.Φ., Ιανουάριος – Φεβρουάριος – Μάρτιος 2005, σ. 6.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ. – ΓΟΥΛΙΑ Ε.: *Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα*, έκδοση τρίτη, έκδοση Ιεραποστολικής ενώσεως αδελφών νοσοκόμων «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1991, σ. 7 – 8, 37 – 39, 54 – 58, 89 – 97, 137 – 139, 141 – 143, 163 – 169.

ΜΑΝΖΑΝΑ Ξ.: *Η νοσηλευτική στην τρίτη ηλικία – εξοιδρωματική και ιδρωματική περίθαλψη*, Πτυχιακή εργασία, εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1999, σ. 6, 15, 18 – 19, 75 – 76, 80 – 82.

MOSKOWITZ R., MD. – GOLDBERG V., MD.: *Ρευματολογία (Primer on the Rheumatic Diseases)*, επιμέλεια: Ανδριανάκος Α., μετάφραση: Ανδριανάκος Α. – Βουδούρης Κ. – Ντάντης Π. – Παπαδημητρίου Γ., έκδοση ένατη, ελληνική έκδοση: Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών, Αθήνα 1993, σ. 295.

ΜΥΓΔΑΛΛΗΣ Η.: *Το αλφάβητο του διαβητικού (τι πρέπει να γνωρίζει ο διαβητικός)*, έκδοση δεύτερη, Ιατρικές εκδόσεις ΖΗΤΑ, Αθήνα 2001, σ. 15, 61 – 62.

ΠΑΡΑΣΧΟΣ Ι.: «*Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία*», PsychoMednet Hellas, Αθήνα 1996 Μάιος, σ. 1.

ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ Δ.: *Η νοσηλευτική παρέμβαση στην ποιότητα ζωής της τρίτης ηλικίας*, Πτυχιακή εργασία, εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 1999, σ. 68 – 69.

ΠΛΑΤΗ Χ.: *Γεροντολογική Νοσηλευτική*, έκδοση πέμπτη αναθεωρημένη, εκδόσεις Παπανικολάου Γιώργος Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα 2003, σ. 30 – 31, 37 – 38, 338, 360, 370 – 372.

PREHOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT COMMITTEE OF THE NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS IN COOPERATION WITH THE COMMITTEE ON TRAUMA OF THE AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS: *PHTLS (Pre Hospital Trauma Life Support (Basic and advanced)*, μετάφραση – επιμέλεια κειμένων: Κοντογιώργου Χ. – Ταγκαλάκη Β., πρώτη ελληνική έκδοση, εκδόσεις: Γκιούρδας Β. Εκδοτική, Αθήνα 2001, σ. 286, 288, 290.

ΡΑΓΙΑ Α.: *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας – Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, έκδοση τέταρτη βελτιωμένη, εκδόσεις Ραγιά Α., Αθήνα 2004, σ. 283, 311, 312, 344 – 346.

ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ Α. – ΠΑΝΟΥ Μ.: *Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική*, τόμος πρώτος, πρώτη επανέκδοση δεύτερης έκδοσης, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000, σ. 273.

ΣΑΧΙΝΗ – ΚΑΡΔΑΣΗ Α. – ΠΑΝΟΥ Μ.: *Παθολογική και Χειρουργική νοσηλευτική*, τόμος τρίτος, δεύτερη επανέκδοση δεύτερης έκδοσης, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2002, σ. 507 – 508, 510 – 511, 513 – 515, 520 – 522.

ΣΙΟΓΚΑ Α.: *Η νοσηλευτική στην τρίτη ηλικία. Εξωιδρυματική – ιδρυματική περίθαλψη*, πτυχιακή εργασία, Εκδόσεις Τ.Ε.Ι. Πάτρας, Πάτρα 2000, σ. 4, 45 – 49.

ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π.: *Καρδιολογία*, έκδοση τρίτη, επιστημονικές εκδόσεις «Γρ. Παρισιάνος», Αθήνα 1999, σ. 132, 276, 305, 327.

ΤΡΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Α.: *Προληπτική Ιατρική*, έκδοση πρώτη, επιστημονικές εκδόσεις «Παρισιάνος Γρηγόριος», Αθήνα 1986, σ. 170 – 172.

VASEY F., MD: *Ρευματολογία (Primer on the Rheumatic Diseases)*, επιμέλεια Ανδριανάκος Α., μετάφραση: Ανδριανάκος Α. – Βουδούρης Κ. – Ντάντης Π. – Παπαδημητρίου Γ., έκδοση ένατη, ελληνική έκδοση: Ελληνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών, Αθήνα 1993, σ. 256.