

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.

Τμήμα Νοσηλευτικής

**Θέμα: Συσχέτιση της αυτο-εκτίμησης για
την κατάσταση υγείας και του τρόπου αναψυχής
σε άτομα τρίτης ηλικίας**

Εισηγητής:

Δετοράκης Ιωάννης

Επιμέλεια:

Λιαροκάπη Πολυξένη
Παπαγεωργοπούλου Πανωραία

ΠΑΤΡΑ 2009

Περιεχόμενα

Κεφάλαιο 1

1.1 Τρίτη ηλικία.....	5
1.2 Ελεύθερος χρόνος ατόμων 3ης ηλικίας	5
1.3 Ατυχήματα ηλικιωμένων.....	8

Κεφάλαιο 2

2.1 Προβλήματα υγείας γυναικών και ανδρών 3ης ηλικίας	10
2.1.1 Ακράτεια ούρων	10
2.1.2 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας	12
2.1.3 Καρκίνος του μαστού.....	14
2.1.4 Οστεοπόρωση.....	17
2.1.5 Άσθμα.....	18
2.1.6 Κατάθλιψη των ηλικιωμένων	20
2.1.7 Καρκίνος του προστάτη.....	27
2.1.8 Διαταραχές βάδισης 3ης ηλικίας	34
2.1.9 Νόσος Alzheimer.....	36

Κεφάλαιο 3

3.1 Νοσηλευτική παρέμβαση σε προβλήματα γυναικών και ανδρών άνω των 65 ετών.....	39
3.1.1 Ακράτεια ούρων.....	39
3.1.2 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας.....	39
3.1.3 Καρκίνος του μαστού	44
3.1.4 Άσθμα	46
3.1.5 Προβλήματα αρρώστου με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονική Νόσο.....	47
3.1.6 Νοσηλευτική φροντίδα καταθλιπτικού ασθενούς.....	49

3.1.7 Καρκίνος του προστάτη.....	49
3.1.8 Αιμοκάθαρση.....	51
3.1.9 Νόσος Alzheimer.....	53
Κεφάλαιο 4	
4.1 Γιατί δημιουργήθηκαν τα Κ.Α.Π.Η.	55
4.2 Η στελέχωση των Κ.Α.Π.Η.....	55
4.3 Ο ρόλος του επαγγελματία Υγείας στο Κ.Α.Π.Η	56
4.4 Προσφορά των Κ.Α.Π.Η.....	57
Κεφάλαιο 5	
5.1 Υλικό και μεθοδός.....	58
Έρευνα.....	59
Συζήτηση.....	91
Συμπεράσματα.....	92
Προτάσεις.....	93
Περίληψη.....	94
Βιβλιογραφία.....	95
Παράρτημα.....	96

Αντί προλόγου

Πείτε μου ένα και μόνο ένα σοβαρό λόγο που στην Ελλάδα του 2008, άνθρωποι που έχουν παιδιά και εγγόνια πεθαίνουν αβοήθητοι σ' ένα γηροκομείο.

Η Μέρα όμως της ανθρωπιάς της κατανόησης και της προσφοράς είναι και πρέπει να είναι η κάθε στιγμή της ζωής.

Η Ψυχή ποτέ δε γερνάει και το σπουδαιότερο είναι να μην νιώθει κανείς εγκαταλελειμμένος όταν τον φθείρει εντελώς ο χρόνος και δεν μπορεί να προσφέρει αλλά και να αυτοεξυπηρετηθεί πια.

Ένα χαμόγελο, μια αγκαλιά, μια απλή κουβέντα για οτιδήποτε είναι αρκετή για να φωτίσει τη στιγμή τους. Πάντα υπάρχει χρόνος και πάντα υπάρχουν εξαιρέσεις σ' έναν κανόνα, σε μια νέα ελληνική πραγματικότητα το λιγότερο πολύ θλιβερή.

Σήμερα αυτοί, αύριο εμείς νομοτελειακά κι ακριβοδίκαια.

Πάντα θα αισθάνομαι ευγνώμων για τα μαθήματα ζωής που μου έδωσαν οι παππούδες και οι γονείς μου όχι μόνο με λόγια αλλά και με τον ίδιο τον τρόπο της καθημερινής τους διαβίωσης.¹

1.1 Τρίτη ηλικία

Η <Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος> που συνήλθε το 1982 στη Βιέννη, ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε, υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο για την καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Αντίθετα, διάφοροι επιστήμονες έχουν εκλάβει ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 και άνω ενώ ορισμένοι προτιμούν το διαχωρισμό του συνόλου των υπερηλίκων σε υποσύνολα ηλικιών με το επιχείρημα ότι τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται ανάλογα με την πρόοδο της ηλικίας. Σήμερα ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης και το άτομο θεωρείται ότι ανήκει στην τρίτη ηλικία. Σε αυτή τη μελέτη η τρίτη ηλικία ορίζεται ως το όριο ηλικίας από 60 ετών και άνω.²

1.2 Ελεύθερος χρόνος ατόμων τρίτης ηλικίας

Τα γηρατειά είναι η εποχή της δύσης της ζωής του ανθρώπου. Ο ηλικιωμένος άνθρωπος κοιτάζει προς τα πίσω να θυμηθεί όλες τις λεπτομέρειες της ζωής του και κάνει τον απολογισμό του. Συνήθως αισθάνεται μελαγχολία γι' αυτά που δεν πρόκειται να ξαναρθούν κι άλλοτε πανικοβάλλεται γιατί δεν πρόλαβε όλα εκείνα που ήθελε να κάνει. Για πολλούς ανθρώπους τα γηρατειά είναι η υποδούλωση μιας ψυχής που θέλει να ζήσει, να ονειρευτεί, να εκφραστεί και που εμποδίζεται από το κουρασμένο και γερασμένο σώμα. Όταν είσαι νέος δε σκέφτεσαι το θάνατο, είναι σαν να αγνοείς ότι υπάρχει, ηθελημένα ή εκούσια. Ακόμη περισσότερο, δεν συνειδητοποιείς ότι υπάρχουν πολύ μεγάλες πιθανότητες να γεράσεις. Οι άνθρωποι, που αισθάνονται ότι η περασμένη ζωή τους άξιζε και πως δεν σπαταλήθηκε, νιώθουν εσωτερική πληρότητα, αποδέχονται το γεγονός ότι γέρασαν, και αντιδρούν θετικά. Αντιλαμβάνονται όλες αυτές τις δυνατότητες που έχουν και απολαμβάνουν τα

πλεονεκτημάτά που έχει να τους προσφέρει αυτό το στάδιο της ζωής τους. Είναι η εποχή που ο άνθρωπος, έχοντας τη σοφία της ζωής, μπορεί να δει τον κόσμο με άλλα μάτια, να χαρεί και να δώσει σημασία σε απλά πράγματα που οι νέοι παραβλέπουν και που δεν έχουν ακόμη την ωριμότητα που χρειάζεται για να τα εκτιμήσουν.

Πολλοί, μέχρι τότε, έχουν αποκτήσει και εγγόνια, πράγμα που, για τους περισσότερους, είναι η μεγαλύτερη χαρά και νιώθουν ότι τους δίνεται μια δεύτερη ευκαιρία αφού, συνήθως, όσο είναι νέοι, οι άνθρωποι παραπονιούνται ότι δε βρίσκουν το χρόνο που θα ήθελαν να αφιερώσουν στα παιδιά τους, είτε γιατί τους απασχολούν προβλήματα κυρίως επιβίωσης, είτε γιατί κυνηγούν προσωπικές φιλοδοξίες. Τώρα μπορούν να χαρούν την παιδική παρουσία και τη θετική αύρα που τα νεαρά άτομα εκπέμπουν, δίνοντας αποδεδειγμένα ζωή στους μεγαλύτερους ανθρώπους. Οι ηλικιωμένοι άνθρωποι έχουν επίσης τη δυνατότητα, λόγω του ελεύθερου χρόνου που πλέον διαθέτουν, να ασχοληθούν με πράγματα καινούρια και να δημιουργήσουν σε όποιον τομέα επιλέξουν ανενόχλητοι. Τότε σπεύδουν να τα προλάβουν όλα! Συνήθως, μάλιστα, παρόλο που το σώμα δε βοηθάει και παρ' όλη την κούρασή τους, έχουν την τάση να μην μπορούν να σταθούν για ένα λεπτό χωρίς να ασχολούνται με κάτι, ακριβώς όπως κάνουν και τα παιδιά. Αντίθετα όσοι φτάνουν σε μεγάλη ηλικία και δεν έχουν βρει ακόμη την ψυχική ισορροπία αλλά τα προηγούμενα χρόνια της ζωής τους στηρίζονταν στην ματαιοδοξία τους και στη σιγουριά που τους έδιναν τα νιάτα και η φυσική δύναμη, όταν τα χάσουν αυτά, αδυνατούν να ψάξουν και να βρουν μέσα τους την ομορφιά και τη διαφορετική γοητεία που δίνει η σοφία και η πείρα στον άνθρωπο. Έτσι αυτό που βγάζουν προς τα έξω είναι ή αντιαισθητικό ή μια εικόνα που προκαλεί λύπηση. Τότε σπαταλούν το χρόνο τους γκρινιάζοντας ή δηλώνοντας παραίτηση από τη ζωή. Πολλοί βυθίζονται στην ανία και αφήνουν τον εαυτό τους να χαθεί αφού δε μπορούν να συμβιβαστούν με την τωρινή τους εικόνα. Αυτό περισσότερο παρατηρείται στους άνδρες. Δεν είναι τυχαίο πως στα σαράντα περίπου, μόλις δηλαδή αρχίσουν να συνειδητοποιούν ότι γερνάνε, περνούν οι περισσότεροι κρίση ηλικίας, έχουν τάσεις φυγής και συμπεριφέρονται σαν έφηβοι. Ένα ακόμη ενδιαφέρον για παρατήρηση και πολλές φορές κωμικό γεγονός είναι πως οι ηλικιωμένοι άνθρωποι παρουσιάζουν συχνά τάσεις παλιμπαιδισμού και η συμπεριφορά τους μοιάζει με αυτή που είχαν όταν ήταν παιδιά. Παραπονιούνται πολύ και επιζητούν έντονα και κάποιες φορές επιτακτικά την προσοχή των άλλων. Αυτό πιθανότατα συμβαίνει επειδή γίνονται ανασφαλείς ή επειδή αισθάνονται ότι παραγκωνίζονται. Πρέπει να έχει κανείς υπομονή μαζί τους

όπως ακριβώς όταν έχει να κάνει με ένα μικρό παιδί. Ένα μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μεγάλοι άνθρωποι και που ίσως είναι το πιο σοβαρό, είναι η μελαγχολία και το αίσθημα εγκατάλειψης από το περιβάλλον τους. Είναι γεγονός πως οι συνθήκες ζωής έχουν αλλάξει. Παλαιότερα ο άνθρωπος γερνούσε και πέθαινε στο σπίτι που μεγάλωσε τα παιδιά του, τριγυρισμένος από εγγόνια. Ήταν η μορφή της οικογένειας που όλα τα παιδιά με τις οικογένειές τους ζούσαν μαζί με τους γονείς. Σήμερα κάθε οικογένεια ζει στο δικό της σπίτι που, τις περισσότερες φορές, βρίσκεται σε απομακρυσμένη γειτονιά από το πατρικό σπίτι ή ακόμη και σε άλλη πόλη. Το γεγονός αυτό παρουσιάζεται λιγότερο στην προ μερικών δεκαετιών πατριαρχική Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης όπου η αποξένωση γονέων και παιδιών, όταν αυτά ενηλικιωθούν, είναι πιο έντονη. Δυστυχώς σήμερα, όταν ο ηλικιωμένος δε μπορεί πια να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του, όταν ο ένας από το ηλικιωμένο ζευγάρι πεθαίνει ή όταν οι ηλικιωμένοι γονείς έχουν προβλήματα υγείας, τα παιδιά τους, συχνά, ή επειδή αναγκάζονται για διάφορους λόγους ή επειδή δεν είναι πρόθυμα να φιλοξενήσουν τους γονείς στο σπίτι τους, τους απομακρύνουν και, στην καλύτερη περίπτωση, ή πληρώνουν κάποια οικιακή βοηθό να τους προσέχει ή τους στέλνουν σε διάφορα ιδρύματα και τους επισκέπτονται ανάλογα με το χρόνο που διαθέτουν. Οι νεότεροι όμως συχνά ξεχνούν ή βρίσκουν βαρετή μια επίσκεψη στους γέροντες και, απορροφημένοι από τους γρήγορους ρυθμούς της ζωής, το καθημερινό άγχος και τις πολλές ευθύνες, τους εγκαταλείπουν και αφιερώνουν γι' αυτούς ελάχιστο χρόνο, όποτε το θυμούνται. Από τους παππούδες αυτούς κάποιοι προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα και κάποιοι παθαίνουν κατάθλιψη και αισθάνονται εγκατάλειψη, τόση που συχνά δεν μπορούν να αντέξουν. Ας μην ξεχνάμε πως η μοναξιά είναι ο μεγαλύτερος φόβος των περισσότερων από εμάς, μικρών και μεγάλων. Οι μεγάλοι άνθρωποι σίγουρα αξίζουν μια καλύτερη τύχη απ' αυτό και είναι πραγματικά κρίμα να νιώθουν αυτή την αδικία στο τέλος της ζωής τους και να αισθάνονται ότι οι δικοί τους άνθρωποι τους θεωρούν βάρος και πως δεν έχουν πια καμία χρησιμότητα γι' αυτούς. Δυστυχώς λίγα μπορούν να γίνουν. Αυτό που πρέπει όμως όλοι να μην ξεχνάμε, είναι να επισκεπτόμαστε τους ηλικιωμένους. Να τους δείχνουμε ότι δεν τους ξεχνάμε, ότι τους αγαπάμε και τους χρειαζόμαστε. Μπορεί να μας περιμένουν ακόμη και αυτή τη στιγμή να πάμε κοντά τους και να τους χαρίσουμε 1 ώρα από τον πολύτιμο χρόνο μας, που γι' αυτούς είναι πηγή ελπίδας, παρηγοριάς και απεριόριστης χαράς. Ας μην ξεχνάμε ότι αυτοί οι άνθρωποι μας μεγάλωσαν και στάθηκαν δίπλα μας για ένα μεγάλο μέρος της ζωής μας, συχνά

θυσιάζοντας κομμάτι από τη δική τους. Είναι πραγματικά σκληρό να νιώθουν ότι τα παιδιά τους έχουν εγκαταλείψει αφού στις περισσότερες των περιπτώσεων κάτι τέτοιο δεν τους αξίζει. Ίσως να μην αξίζει σε κανέναν άνθρωπο. Αν μη τι άλλο, ας συλλογιστούμε συχνά αν εμείς οι ίδιοι θα θέλαμε κάποια στιγμή να εγκαταλειφθούμε με τον ίδιο τρόπο κάπου ξεχασμένοι. Άλλωστε, αν τέτοιο είναι το παράδειγμα που δίνουμε στους νεότερους, με τον ίδιο τρόπο θα μας φερθούν και εκείνοι όταν θα είμαστε εμείς οι αδύναμοι.³

1.3 Ατυχήματα ηλικιωμένων

Τα ατυχήματα είναι η κύρια αίτια θανάτου σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.

Τα είδη λοιπόν ατυχημάτων είναι:

- Πτώσεις
- Δηλητηριάσεις
- Εγκαύματα
- Πνιγμοί-Πνιγμονές
- Κακώσεις από ατυχήματα και αιχμηρά αντικείμενα
- Κακώσεις από όπλα
- Δηλητηριάσεις από φάρμακα
- Εργατικά ατυχήματα

Αν ο θάνατος δε συμβεί αμέσως μετά το ατύχημα συχνά βαριές επιπλοκές εξαιτίας του ατυχήματος έχουν ως αποτέλεσμα το θάνατο του ατόμου. Ανάμεσα στους παράγοντες που συμβάλλουν στο ατύχημα είναι:

1. Ελλιπής διανοητική λειτουργία

α. Έκπτωση μνήμης και προσανατολισμού

β. Μείωση βαθμού επαγρύπνησης

2. Αποτελέσματα χρόνιων νόσων

α. Οι ηλικιωμένοι έχουν αστάθεια και επομένως τάση να πέφτουν

β. Μείωση όρασης και ακοής

3. Η προσκόλληση στις συνήθειες και τις κτήσεις του παρελθόντος που ενέχουν κινδύνους φωτιάς, πτώσης ή σύγκρουσης.

Οι πιο πολλές κακώσεις των ηλικιωμένων είναι αποτέλεσμα πτώσεων. Κατάγματα συμβαίνουν πολύ συχνά σε ηλικιωμένους 75-85 ετών. Το πιο συχνό κάταγμα είναι

του αυχένα του μηριαίου οστού που συμβαίνει τρεις φορές συχνότερα στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες.^{4,5}

Παρέμβαση

- Αναγνώριση δυνητικών παραγόντων για πρόκληση ατυχημάτων στο περιβάλλον του αρρώστου και απομάκρυνση ή διόρθωσή τους.
- Εξασφάλιση επαρκούς φωτισμού και προσθήκη σταθερών υποστηριγμάτων στα επικίνδυνα σημεία του αρρώστου.
- Ενθάρρυνση χρήσης παπουτσιών με τραχιές σόλες, ειδικά το χειμώνα.
- Αποφυγή να βγαίνει έξω, όταν χιονίζει ή βρέχει.
- Εξέταση και διόρθωση ακοής, αν χρειάζεται οδήγηση. Προτίμηση περιφερειακών δρόμων γι' αυτήν.
- Αργή βάδιση.
- Προσοχή στην εφαρμογή θερμών και ψυχρών επιθεμάτων. Αποφυγή έκθεσης σε υπερβολικό ψύχος ή ζέστη.
- Διατήρηση σταθερού βάρους σώματος.
- Χρησιμοποίηση χαμηλού κρεβατιού και προφυλακτών, αν είναι ανάγκη.⁴

2.1 Προβλήματα υγείας γυναικών και ανδρών τρίτης ηλικίας

2.1.1 Ακράτεια ούρων

Σύμφωνα με τους ουρολόγους ακράτεια ούρων είναι η μη ελεγχόμενη απώλεια ούρων. Η ακράτεια είναι ένα ενοχλητικό σύμπτωμα που επηρεάζει αρνητικά σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των πασχόντων.

Σε πολλές περιπτώσεις μεταβάλλει την κοινωνική και σεξουαλική συμπεριφορά κυρίως των γυναικών και μπορεί να τις οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση. Δεν είναι όμως λίγες και οι περιπτώσεις εκείνες που δημιουργεί και σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στους πάσχοντες.

Η ακράτεια ούρων είναι πιο συχνή με την πάροδο της ηλικίας. Είναι δύο φορές συχνότερη στις γυναίκες από τους άνδρες και επηρεάζει περισσότερο τις γυναίκες που έχουν γεννήσει (κυρίως τις πολύτοκες).

Υπάρχουν διάφοροι τύποι ακράτειας ούρων που έχουν και διαφορετική θεραπευτική αντιμετώπιση:

→ *Ακράτεια προσπάθειας*

Η ακράτεια προσπάθειας είναι ο συχνότερος τύπος ακράτειας. Αυτή συμβαίνει όταν μια μικρή ή μεγαλύτερη ποσότητα ούρων, εξέρχεται με διάφορες φυσικές δραστηριότητες (π.χ. γυμναστική), με το βήχα, φτάρνισμα, γέλιο, ανύψωση βάρους, το χορό, τη σεξουαλική επαφή κλπ.

Αυτός ο τύπος της ακράτειας είναι συνήθης στις γυναίκες μετά τον τοκετό ή την εμμηνόπαυση.

→ *Επιτακτική ακράτεια*

Η επιτακτική ακράτεια αποτελεί το δεύτερο πιο συχνό τύπο ακράτειας ούρων. Σ' αυτό τον τύπο ακράτειας η κύστη συσπάτε χωρίς τη θέλησή μας, οδηγώντας σε απώλεια ούρων.

Επιτακτική ακράτεια μπορεί να συμβεί με κάθε δραστηριότητα, ακόμα και όταν κάθεστε. Άνθρωποι με επιτακτική ακράτεια συνήθως πηγαίνουν συχνά στην τουαλέτα από ξαφνική και έντονη, μη ελεγχόμενη επιθυμία ούρησης, τόσο κατά τη διάρκεια της ημέρας, όσο και κατά τη νύχτα. Μπορεί να επιδεινωθεί με το αλκοόλ, τον καφέ, το τσάι, διάφορες τροφές κ.α.

Αίτια

▫ Αιτίες ακράτειας από προσπάθεια:

Προδιαθεσικά αίτια αποτελούν

- Η εγκυμοσύνη (κυρίως οι πολλές εγκυμοσύνες).
- Η κάκωση των οργάνων της πυέλου κατά τον τοκετό.
- Η εξασθένηση των μυών του πυελικού εδάφους με την πάροδο της ηλικίας.
- Οι ελαττωμένες ορμόνες μετά την εμμηνόπαυση

▫ Αιτίες επιτακτικής ακράτειας:

Και στα δύο φύλλα, το σύνδρομο υπερλειτουργικής κύστης, οι νευρολογικές παθήσεις και κακώσεις που επηρεάζουν τα νεύρα που ελέγχουν την ούρηση (όπως εγκεφαλικά επεισόδια, νόσος Πάρκινσον, όγκοι εγκεφάλου, κατά πλάκας σκλήρυνση, κακώσεις νωτιαίου μυελού, τραύματα, κ.α), οι φλεγμονές της κύστης ή του ουροποιητικού, λίθοι και όγκοι της ουροδόχου κύστης καθώς και παθήσεις του προστάτη μπορεί να οδηγήσουν σε επιτακτική ακράτεια ούρων.

Που θα πρέπει να απευθυνθείτε για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Εάν έχετε πρόβλημα ακράτειας ούρων, μη διστάζετε να επισκεφθείτε τον Ουρολόγο σας, ο οποίος είναι αρμόδιος και θα σας προτείνει λύσεις για την αντιμετώπισή της. Στις εξειδικευμένες εξετάσεις για την αποκάλυψη των αιτιών της ακράτειας, ανήκει και ο ουροδυναμικός έλεγχος, που γίνεται σε ειδικά κέντρα ακράτειας, τα οποία λειτουργούν σε διάφορα νοσοκομεία.

Θεραπεία της ακράτειας ούρων

→ *Ακράτεια προσπάθειας*

Η χειρουργική θεραπεία αποτελεί τις περισσότερες φορές τη μέθοδο εκλογής για την ακράτεια προσπάθειας στις γυναίκες με μεγάλα ποσοστά θεραπειάς. Σήμερα, οι χειρουργικές τεχνικές έχουν απλοποιηθεί σε σχέση με το παρελθόν και βασίζονται στην τοποθέτηση κολπικών ταινιών, χωρίς τάση.

Οι ασκήσεις του πυελικού εδάφους, γνωστές και ως ασκήσεις Kegel, αποτελούν τον καλύτερο τρόπο ενίσχυσης των μυών του πυελικού εδάφους και μπορεί να ελέγξουν μικρές απώλειες ούρων.

Μερικές γυναίκες επωφελούνται και από τη χρήση ορμονών (οιστρογόνων), που βελτιώνουν την ελαστικότητα και την ισχύ των μυών.

→ *Επιτακτική ακράτεια*

Για την αντιμετώπιση της επιτακτικής ακράτειας υπάρχουν αρκετά φάρμακα, τα οποία σε συνδυασμό με ασκήσεις «επανεκπαίδευσης» της κύστης μπορεί να έχουν πολύ καλά αποτελέσματα. Τα φάρμακα όμως μερικές φορές παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες, έτσι είναι σκόπιμο να απευθύνεστε στον Ουρολόγο σας ώστε να σας υποδείξει τα πιο κατάλληλα.

Η χειρουργική μπορεί να αποτελέσει και αυτή λύση στο πρόβλημα της επιτακτικής ακράτειας, μόνο στις περιπτώσεις που οι πάσχοντες δεν ανταποκρίνονται σε πιο απλούς τρόπους αντιμετώπισης (συντηρητικές θεραπείες) και αφορά μικρό ποσοστό ασθενών.

Δε θα πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας, ότι μερικές φορές, πίσω από την ακράτεια μπορεί να κρύβονται και σημαντικά προβλήματα (π.χ. όγκοι της ουροδόχου κύστης) που χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση.⁶

2.1.2 Καρκίνος του Τραχήλου της Μήτρας

Τι είναι;

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας είναι ένας από τους συχνότερους καρκίνους που εμφανίζονται στις γυναίκες, αφού κατέχει τη δεύτερη θέση μετά τον καρκίνο του μαστού. Η μέση εμφάνιση της νόσου είναι τα 52,2 χρόνια και η κατανομή των περιπτώσεων παρουσιάζει δυο εξάρσεις, μια στα 35 - 39 χρόνια και μια στα 60 - 64

χρόνια. Παρόλα αυτά μπορεί να συμβεί και σε οποιαδήποτε άλλη ηλικία. Αναπτύσσεται συχνότερα στις πολύτοκες και στις γυναίκες που είχαν σεξουαλική δραστηριότητα σε πολύ νεαρή ηλικία.

Αίτια:

Την τελευταία δεκαετία έγιναν σημαντικές πρόοδοι στην κατανόηση της αιτιολογίας της νόσου και από την εποχή της εφαρμογής του τεστ Παπανικολάου ως μεθόδου μαζικού πληθυσμιακού ελέγχου ("screening test"), η συχνότητα θανάτου στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες μειώθηκε σημαντικά.

Ο καρκίνος αυτός θεωρείται σήμερα μια νόσος που μπορεί να προληφθεί, αν διαγνωστεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα και της οποίας η αιτιολογία είναι πλέον απόλυτα γνωστή. Στην ανάπτυξη του καρκίνου φαίνεται να παίζουν σπουδαίο ρόλο ιογενείς και χρόνιες λοιμώξεις, καθώς και εξελκώσεις του τραχήλου. Τον σημαντικότερο ρόλο, όμως, στην πρόκλησή του, τόσο στην προδιηθητική του μορφή όσο και στη διηθητική, τον έχει η παρουσία του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papilloma Virus - HPV) στο τραχηλικό επιθήλιο. Επίσης, η επίπτωση του καρκίνου του τραχήλου είναι μεγαλύτερη σε ομάδες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Συμπτώματα:

Τα αρχικά συμπτώματα του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας είναι η λευκόρροια και η ανώμαλη κολπική αιμορραγία ή οι κηλίδες αίματος. Η λευκόρροια προοδευτικά αυξάνει σε ποσότητα και γίνεται σκοτεινού χρώματος και κάκοσμη εξαιτίας νέκρωσης και λοίμωξης της μάζας του όγκου. Η αιμορραγία συμβαίνει σε ακανόνιστα χρονικά διαστήματα, ανεξάρτητα από την περίοδο ή και μετά την κλιμακτήριο (μητρορραγία). Αρχικά η αιμορραγία μπορεί να είναι πολύ μικρή σε ποσότητα, καθώς όμως η νόσος προχωρεί η αιμορραγία γίνεται πιο σταθερή. Χαρακτηριστικές είναι οι αιμορραγίες μετά από συνουσία και άλλες επαφές με τον τράχηλο (κολπικές πλύσεις ή εξετάσεις). Σε προχωρημένες περιπτώσεις παρουσιάζονται πόνοι στο υπογάστριο και οσφυαλγία.

Σήμερα είναι σαφές ότι, στις περισσότερες τουλάχιστον περιπτώσεις, ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ακολουθεί μια μακρά και προδιαγεγραμμένη πορεία εξέλιξης, μέσω διαφόρων προκαρκινικών σταδίων, τα οποία έχουν τεκμηριωθεί στην κλινική πράξη με μεγάλη ακρίβεια. Κατά τη διάρκεια της μακράς αυτής εξέλιξης η νόσος

μπορεί να διαγνωστεί σχετικά εύκολα και να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. Η έγκαιρη διάγνωση των προκαρκινικών μορφών είχε ως αποτέλεσμα την πτώση της συχνότητας του διηθητικού καρκίνου και την καλύτερη επιβίωση των ασθενών.

Θεραπεία:

Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας ταξινομείται διεθνώς σε 4 στάδια:

Στάδιο 0: Ενδοεπιθηλιακός καρκίνος στο προεισδυτικό στάδιο (in situ) - στο στάδιο αυτό, ο καρκίνος δεν προχωρεί πέρα από τη βασική μεμβράνη του επιφανειακού επιθηλίου, ενώ το υπόστρωμα είναι υγιές.

Στάδιο 1: Αρχόμενος καρκίνος του τραχήλου → στο στάδιο αυτό ο καρκίνος έχει διεισδύσει στο υπόστρωμα του επιθηλίου, βρίσκεται όμως ακόμα εντοπισμένος αποκλειστικά στον τράχηλο, η δε μήτρα παρουσιάζει απόλυτη κινητικότητα.

Στάδιο 2: Ελαφρά μορφή -ο καρκίνος έχει διηθήσει εν μέρει τα παραμήτρια και τους κολπικούς θόλους (1/3), η μήτρα όμως εξακολουθεί να διατηρεί την κινητικότητά της.

Στάδιο 3: Βαριά μορφή - η καρκινική διήθηση έχει προχωρήσει προς τους κολπικούς θόλους, τα κολπικά τοιχώματα (2/3), την ουροδόχο κύστη και το έντερο. Τα παραμήτρια έχουν τελείως διηθηθεί από τον καρκίνο, οπότε δεν υπάρχει ελεύθερος χώρος ανάμεσα στον όγκο και στα πυελικά τοιχώματα και η μήτρα είναι ακίνητη.

Στάδιο 4: Απελπιστική μορφή - όλοι οι υπογαστρικοί ιστοί καθώς και τα οστά της λεκάνης είναι διηθημένα.

Η θεραπεία του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας εξαρτάται από το στάδιο που βρίσκεται και από την κατάσταση, την ηλικία και την επιθυμία της άρρωστης να διατηρήσει την αναπαραγωγική της λειτουργία. Αν το Παπ-τεστ αποκαλύψει δυσπλασία ή αν ο όγκος περιορίζεται στον επιθηλιακό ιστό, η εμπλεκόμενη περιοχή του τραχήλου μπορεί να αφαιρεθεί με κωνοειδή εκτομή, ηλεκτρικό καυτηριασμό, κρυοχειρουργική ή χειρουργική με LASER. Οι προσεγγίσεις αυτές είναι ιδιαίτερα χρήσιμες προκειμένου να διατηρηθεί η αναπαραγωγική λειτουργία.

Αν διαγνωστεί προδιηθητικός καρκίνος (in situ) και η γυναίκα έχει συμπληρώσει την τεκνοποίηση, πιθανόν να γίνει απλή υστερεκτομή (αφαίρεση της μήτρας και του τραχήλου).

Σε διηθητικό καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, οι μέθοδοι θεραπείας μπορεί να είναι ακτινοβολία ή ριζική υστερεκτομή.⁷

2.1.3 Καρκίνος Μαστού

Ο καρκίνος του μαστού είναι η πιο συχνή μορφή καρκίνου στις γυναίκες. Μία στις ένδεκα θα παρουσιάσει κατά τη διάρκεια της ζωής της καρκίνο του μαστού. Η ασθένεια αυτή αναλογεί περίπου στο 30% όλων των καρκινωμάτων των γυναικών και είναι η δεύτερη αιτία θανάτου γι' αυτές. Ο καρκίνος του μαστού εμφανίζεται και στους άνδρες, αλλά σε πολύ μικρότερη συχνότητα. Επειδή η μαστική μάζα είναι μικρή σε αυτούς, η διάγνωση είναι ευκολότερη. Η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο και στα δύο φύλα. Η πλειονότητα των ογκιδίων που εντοπίζονται στο μαστό είναι καλοήθεις όγκοι (μη καρκινικοί). Οι κύστες (ινοκυστική μαστοπάθεια), τα αδενώματα, τα λιπώματα, τα θηλώματα και άλλα δεν αποτελούν σοβαρό κίνδυνο για την υγεία και δεν μεταλλάσσονται σε καρκίνο. Ορισμένα από αυτά υποχωρούν αυτομάτως με την πρόοδο της ηλικίας και ιδίως με την εμμηνόπαυση. Ωστόσο, οι καταστάσεις αυτές πρέπει να λαμβάνονται υπόψη μέχρι να αποδείξουμε ότι δεν αποκρύπτουν κακοήθεια. Η λήψη ιστορικού και η καλή κλινική εξέταση του μαστού από έμπειρο γιατρό πολλές φορές είναι αρκετές. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όμως το σχήμα του ογκιδίου δεν πληρεί 100% τα χαρακτηριστικά του καλοήθους όγκου, ή το υγρό που εκκρίνεται από τη θηλή του μαστού είναι ύποπτο για κακοήθεια λόγω παρουσίας αίματος. Έτσι, ο γιατρός δεν μπορεί να είναι σίγουρος για το αν υπάρχει κακοήθεια ή όχι μόνο με την απλή κλινική εξέταση, γι' αυτό καταφεύγει σε εργαστηριακές εξετάσεις όπως μαστογραφία, κυτταρολογική εξέταση του υγρού, ακόμη και βιοψία κάποιου ογκιδίου, οι οποίες είναι απαραίτητες. Απλές παθολογικές καταστάσεις του μαστού (καλοήθη νοσήματα του μαστού):

1. Ινοκυστική μαστοπάθεια

Είναι η παρουσία ογκιδίων που είναι βασικά κύστες, οι οποίες προέρχονται από διάταση των πόρων του μαστικού αδένος. Η νόσος είναι αγνώστου αιτιολογίας και έχει άμεση σχέση με την ορμονική κατάσταση της γυναίκας. Η ινοκυστική μαστοπάθεια είναι πολύ συχνή σε γυναίκες ηλικίας 30 έως 50 ετών. Συνήθως δεν παρουσιάζει συμπτώματα. Το 10 έως 20% των γυναικών με ινοκυστική μαστοπάθεια εμφανίζουν κάποια συμπτώματα όπως μασταλγία ή εκροή υγρού από τη θηλή, η χροιά του οποίου ποικίλλει από ορώδης έως αιματηρή. Η διάγνωση της νόσου είναι συνήθως εύκολη με την κλινική εξέταση και την ψηλάφηση του μαστού ή με μαστογραφία. Υποχωρεί αυτομάτως μετά την εμμηνόπαυση.

2. Ιναδενώματα

Αποτελούν καλοήθειες νεοπλασίες των αδενικών λοβών του μαστού. Η συχνότητα της συγκεκριμένης νόσου είναι μικρότερη από αυτήν της ινοκυστικής μαστοπάθειας και αγνώστου αιτιολογίας, αλλά έχει στενή σχέση με την ορμονική κατάσταση της γυναίκας. Όπως και στην ινοκυστική μαστοπάθεια, τα ιναδενώματα εμφανίζονται σε νέες γυναίκες. Η διάγνωση της νόσου γίνεται με την απλή εξέταση και την ψηλάφηση του μαστού, με μαστογραφία ή με βιοψία του ογκιδίου.

3. Θηλώματα

Είναι καλοήθης υπερπλαστική εξεργασία του επιθηλίου των γαλακτοφόρων πόρων του μαστού. Η νόσος αυτή δεν εμφανίζεται συχνά. Η αιτιολογία των θηλωμάτων παραμένει άγνωστη. Πιθανώς να έχουν σχέση με την ορμονική κατάσταση της γυναίκας ή με παλιές κακώσεις ή παλιούς τραυματισμούς του μαστού. Το συνηθέστερο σύμπτωμα του θηλώματος είναι η αυτόματη εκροή υγρού από τη θηλή, που μπορεί να έχει διάφορα χρώματα και συνήθως είναι αιματηρό. Η διάγνωση του θηλώματος πολλές φορές είναι δυσχερής. Η κυτταρολογική εξέταση του υγρού που εκκρίνεται είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αποκλεισμό της κακοήθειας. Η χειρουργική αφαίρεση της βλάβης και η ιστολογική εξέταση αποτελούν την καλύτερη διάγνωση και θεραπεία.

4. Γαλακτοφορεκτασία

Είναι η διάταση ορισμένων πόρων του μαστού. Η νόσος αυτή δεν είναι συχνή. Συνήθως εμφανίζεται στις πολύτεκνες γυναίκες με ορμονικές διαταραχές, παλαιότερες φλεγμονές ή τραύματα του μαστού. Οι γυναίκες που πάσχουν από γαλακτοφορεκτασία μπορεί να έχουν μασταλγία (πόνος), τοπικά σημεία φλεγμονής, όπως ερυθρότητα, οίδημα και αύξηση της θερμοκρασίας του δέρματος του μαστού, εκροή κίτρινου, κιτρινοπράσινου ή και αιματηρού υγρού από τη θηλή.

5. Λιπώματα

Τα λιπώματα του μαστού είναι αγνώστου αιτιολογίας. Σχηματίζουν ημίσκληρα ογκίδια στη μαστική μάζα, τα οποία έχουν διάφορα μεγέθη, είναι στρογγυλά και ευκίνητα με ομαλό περίγραμμα. Δεν είναι σπάνια πάθηση του μαστού και εμφανίζεται συχνότερα στους λιπώδεις και μεγάλους μαστούς. Τα λιπώματα συνήθως δεν προκαλούν κανένα σύμπτωμα, εκτός εάν πιέζουν κάποιο όργανο. Η διάγνωση είναι εύκολη με μια ψηλάφηση του μαστού ή με μαστογραφία. Σπανίως απαιτούν θεραπεία.

6. Κύστες

Οι κύστες του μαστού είναι στρογγυλές και έχουν μαλακή σύσταση και ομαλό περίγραμμα. Έχουν σχέση με την ορμονική κατάσταση του οργανισμού και γι' αυτό είναι δυνατόν να έχουν διαφορετικό μέγεθος στη διάρκεια του ωθητικού κύκλου. Είναι συχνή νόσος και συνήθως δεν προκαλούν συμπτώματα. Σπανίως χρειάζονται χειρουργική ή φαρμακευτική αντιμετώπιση.⁸

2.1.4 Οστεοπόρωση

Όχι, η οστεοπόρωση επηρεάζει μία στις δύο γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση, μπορεί όμως να αφορά και πολύ νεότερες.

Η οστεοπόρωση είναι η συνηθέστερη μεταβολική πάθηση των οστών. Τα οστά γίνονται πιο αδύναμα και πιο εύθραυστα καθώς προκαλεί μείωση της πυκνότητάς τους δηλαδή οστικής μάζας.

Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν δίνει κανένα σύμπτωμα. Τα συμπτώματα ξεκινούν όταν πλέον έχει φτάσει σε προχωρημένο στάδιο, τα οποία μπορεί να είναι πόνοι στην πλάτη και τα οστά. Σε πιο προχωρημένες καταστάσεις μπορεί να δημιουργούνται και κατάγματα στα οστά, κυρίως στο ισχίο, στον καρπό και στους σπονδύλους. Γι' αυτό θα πρέπει προληπτικά να κάνουμε εξετάσεις για την οστεοπόρωση.

Πώς γίνεται η διάγνωση;

Με ειδικές μεθόδους μέτρησης και απεικόνισης της πυκνότητας των οστών που επιτρέπουν στον γιατρό να αξιολογήσει την κατάστασή τους. Η κυριότερη εξέταση είναι η μέτρηση της οστικής μάζας που μας δείχνει σε τι κατάσταση βρίσκονται τα οστά μας. Μια εξέταση που πρέπει να γίνεται σε όλες τις γυναίκες που πλησιάζουν στην εμμηνόπαυση.

Ποιες γυναίκες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν οστεοπόρωση;

- Οι γυναίκες που μπαίνουν ή βρίσκονται ήδη στην εμμηνόπαυση.
- Οι γυναίκες που ακολουθούν κακή διατροφή και δεν τρώνε γαλακτοκομικά προϊόντα.
- Γυναίκες που έχουν χάσει απότομα βάρος ή ήταν πάντα πολύ αδύνατες .
- Η χρόνια λήψη κορτιζόνης.

Κατάταξη της οστεοπόρωσης

Η οστεοπόρωση κατατάσσεται ανάλογα με την αιτία που την προκαλεί. Έτσι έχουμε την πρωτογενή και τη δευτερογενή οστεοπόρωση. Στην πρωτογενή οστεοπόρωση, η νόσος οφείλεται σε φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν σε διάφορες φάσεις της ζωής μας (π.χ. εμμηνόπαυση). Στη δευτερογενή οστεοπόρωση αιτιολογικός παράγοντας είναι κάποια νόσος (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα) ή λήψη φαρμάκων (π.χ. κορτιζόνη). Η πρωτογενής οστεοπόρωση σε συνέχεια διακρίνεται σε τύπου I (που συμβαίνει μετά την εμμηνόπαυση) και στην τύπου II (γεροντική – με την πάροδο της ηλικίας).⁹

2.1.5 Άσθμα

Το άσθμα τείνει να θεωρείται πάθηση των νέων, ιδιαίτερα των παιδιών, και πράγματι είναι, όπως έχουμε δει, πολύ πιο σύνηθες στα παιδιά. Καθώς αυτοί οι ασθενείς μεγαλώνουν, κάποιοι έχουν επίμονα συμπτώματα, μερικοί έχουν μόνο συμπτώματα ήσσονος σημασίας και μερικοί απαλλάσσονται πλήρως από τα συμπτώματά τους. Υπάρχουν ορισμένοι ασθενείς που εκδηλώνουν για πρώτη φορά άσθμα σε προχωρημένη ηλικία, συχνά προς μεγάλη τους στενοχώρια. Πιστεύεται μάλιστα ότι αυτοί οι ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από πιο σοβαρές μορφές άσθματος και να αναγκαστούν να πάρουν δισκία στεροειδών. Πιστεύεται επίσης ότι το άσθμα τους έχει λιγότερες πιθανότητες να οφείλεται σε αλλεργία. Παρ' όλο που αυτές οι πεποιθήσεις είναι σωστές μέχρι ενός σημείου, είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσουμε ότι οι διάφοροι τύποι άσθματος εμφανίζονται σε όλες τις ηλικίες. Αξίζει να επαναλάβουμε, για ακόμα μία φορά, ότι κάθε ασθενής πρέπει να αξιολογείται ξεχωριστά.

Συμπτώματα

Τα συμπτώματα των πιο ηλικιωμένων ασθενών είναι πανομοιότυπα με εκείνα των νεότερων ασθενών με άσθμα, με τη διαφορά ότι η δύσπνοια, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια κάποιας σωματικής άσκησης, είναι αρκετά συνήθης. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι άνω των 60 ετών έχουν υπάρξει, σε κάποιο στάδιο, καπνιστές και το κάπνισμα τους έχει αφήσει κάποια μη αναστρέψιμη στένωση των

αεραγωγών των πνευμόνων. Αυτό σημαίνει ότι η σωματική άσκηση θα προκαλέσει πιο γρήγορα δύσπνοια σε ορισμένα άτομα.

Προβλήματα μπορεί να εμφανιστούν όταν ένας μεγαλύτερος σε ηλικία ασθενής παραπονεθεί για σφίξιμο στο στήθος κατά τη διάρκεια της σωματικής άσκησης. Καθώς η καρδιοπάθεια είναι συνήθης σε αυτή την ηλικιακή ομάδα και η στηθάγχη μπορεί να προκαλέσει ακριβώς το ίδιο σύμπτωμα, η διάγνωση - τόσο της στηθάγχης όσο και του άσθματος - μπορεί να καθυστερήσει.

Θεραπεία

Η θεραπεία του άσθματος στους μεγαλύτερους ασθενείς είναι ίδια και ακολουθεί τα ίδια βήματα με εκείνη των νεότερων ασθενών. Εκεί όπου μπορεί να παρουσιαστούν προβλήματα, είναι ο χειρισμός των εισπνευστήρων. Ακόμα και οι εισπνευστήρες σταθερών δόσεων ενδέχεται να δυσκολέψουν τους ασθενείς με αρθρίτιδα ή δυσκίνητα και επώδυνα χέρια. Στην αγορά διατίθενται αρκετά προσαρτήματα που διευκολύνουν τη χρήση των εισπνευστήρων. Η καλύτερη, όμως, λύση είναι συνήθως ο αεροθάλαμος. Αυτό που πρέπει να γίνει, είναι να προσαρμοσθεί ο εισπνευστήρας στις ανάγκες του ασθενούς.

Καθώς περνούν τα χρόνια, οι άνθρωποι αναγκάζονται συχνά να παίρνουν διάφορα χάπια, διαλύματα και άλλα φάρμακα για μια σειρά παθήσεων. Το γεγονός αυτό τους προκαλεί συχνά σύγχυση και είναι καθήκον του γιατρού να διατηρεί τη φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς όσο πιο απλή γίνεται. Μπορεί να χρειαστεί ακόμα και να θυσιάσει την ιδεώδη θεραπεία, προκειμένου να διασφαλίσει τη λήψη των πλέον σημαντικών φαρμάκων.

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες όλων των φαρμάκων είναι πιο συνήθεις στους μεγαλύτερους ασθενείς. Στα άτομα που πάσχουν από οξείες μορφές άσθματος, οι ανεπιθύμητες ενέργειες των δισκίων στεροειδών μπορεί να είναι σοβαρές· ιδιαίτερα η οστεοπόρωση και τα δερματικά προβλήματα, με εύκολο μελάνιασμα, λέπτυνση του δέρματος και αργή επούλωση των πληγών. Παρόμοια δερματικά προβλήματα μπορεί να παρουσιάσουν και οι ασθενείς που παίρνουν υψηλές δόσεις εισπνεόμενων στεροειδών (περισσότερα από 1.500 μικρογραμμάρια την ημέρα), αν και σε λιγότερο θεαματικό βαθμό.

Ποια είναι η έκβαση;

Το άσθμα που ξεκινάει σε προχωρημένη ηλικία σπάνια υποχωρεί και συνήθως συνοδεύει τον ασθενή σε όλο το υπόλοιπο της ζωής του. Δεν γίνεται απαραίτητα, ωστόσο, πιο σοβαρό και η σωστή θεραπεία θέτει συνήθως τα συμπτώματα υπό πλήρη έλεγχο. Κάθε άτομο έχει τους δικούς του στόχους και τις δικές ανάγκες. Ορισμένοι θέλουν απλώς να μπορέσουν να ασχοληθούν ξανά με τον κήπο τους, κάτι που το αθεράπευτο άσθμα τους τούς εμπόδιζε, ενδεχομένως, να κάνουν. Άλλοι μπορεί να επιθυμούν να πραγματοποιήσουν ξανά μακρινούς περιπάτους στην εξοχή ή να κάνουν μόνοι τους τις αγορές τους ή να πάνε να πιούν ένα ποτό με τους φίλους τους. Η επιτυχία έγκειται στην επίτευξη του δικού τους στόχου και όχι απαραίτητα στη διαρκή αύξηση της δόσης του εισπνεόμενου φαρμάκου, ώστε να επιτευχθεί μία βελτίωση που ο ασθενής πιθανόν να μη θέλει ή να μην μπορεί αντικειμενικά να επιτύχει. Όπως ανέφερα νωρίτερα, οι θάνατοι από άσθμα έχουν σημειώσει αύξηση ανάμεσα στους ηλικιωμένους ασθενείς τα τελευταία πέντε με δέκα χρόνια, αλλά οι λόγοι δεν έχουν γίνει σαφείς. Υποψιάζομαι ότι παλαιότερα πολλοί από αυτούς τους θανάτους θεωρούντο θάνατοι από βρογχίτιδα (και πράγματι, ένα ποσοστό αυτών των θανάτων από άσθμα μπορεί να οφείλεται περισσότερο σε χρόνια βρογχίτιδα, ακόμα και σήμερα). Δεν πρέπει, λοιπόν, να θεωρούμε ποτέ αρκετές τις προσπάθειές μας να αποτρέψουμε τους θανάτους από άσθμα, σε οποιαδήποτε ηλικία και αν προκαλεί προβλήματα. Η έκβαση για τον μεγαλύτερο σε ηλικία ασθενή με άσθμα πρέπει να αντιμετωπίζεται με αισιοδοξία. Η θεραπεία είναι ασφαλής και αποτελεσματική, αν και ο ασθενής που πάσχει από πιο σοβαρή μορφή άσθματος μπορεί να χρειαστεί να βρει μία ισορροπία μεταξύ των συμπτωμάτων του άσθματός του και των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων.¹⁰

2.1.6 Κατάθλιψη των ηλικιωμένων

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 δεν 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.

Ως σήμερα η θεραπεία της κατάθλιψης των ηλικιωμένων είχε αρκετά προβλήματα, με σημαντικότερα τις παρενέργειες που εμφανίζουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια θεραπειάς με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TKA). Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες εμπόδιζαν τη χορήγηση θεραπευτικής δόσης, αλλά επιπλέον επηρέαζαν και τη συμμόρφωση του ασθενούς.

Τα τελευταία χρόνια όμως προωθήθηκαν στην αγορά των αντικαταθλιπτικών οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's), φάρμακα ασφαλέστερα και πολύ καλύτερα ανεκτά, ιδιαίτερα από τους ηλικιωμένους, σε σχέση με τα παλαιότερα τρικυκλικά. Στην κατηγορία αυτή των αντικαταθλιπτικών περιλαμβάνονται η σιταλοπράμη, η φλουοξετίνη, η παροξετίνη και η φλουβοξαμίνη.

Μορφές κατάθλιψης

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής, αποτέλεσμα δηλαδή μίας άλλης ψυχιατρικής ή μη διαταραχής.

► Η πρωτογενής κατάθλιψη είναι τριών ειδών:

→ Μείζων κατάθλιψη: όπως ορίζεται από τα δύο διεθνή ταξινομικά συστήματα DSM IV της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας και ICD-10 της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Συγκεκριμένα απαιτείται η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων για δύο τουλάχιστον εβδομάδες.

- Συναίσθημα (μελαγχολία, απώλεια ενδιαφέροντος, αίσθημα απελπισίας)
- Ψυχοκινητικές διαταραχές (διέγερση ή καταστολή)
- Γνωστικές διαταραχές (ελαττωμένη αυτοεκτίμηση, ενοχές, αυτοκτονικός ιδεασμός, διαταραχή στη μνήμη και συγκέντρωση)
- Σωματικά συμπτώματα (μεταβολές στον ύπνο, το βάρος, την όρεξη, τη σεξουαλική επιθυμία) και

▪ Κοινωνική απόσυρση

→ Δυσθυμία: χαρακτηρίζεται από συμπτώματα παρόμοια με αυτά της μείζονος κατάθλιψης αλλά λιγότερα σε αριθμό και ελαφρότερα σε βαρύτητα. Επίσης η συμπτωματολογία θα πρέπει να υπάρχει για δύο τουλάχιστον χρόνια τις περισσότερες ημέρες.

→ Άτυπες μορφές: παρατηρούνται συνήθως σε ασθενείς με όψιμης έναρξης κατάθλιψη, δηλαδή εμφάνιση πρώτου επεισοδίου μετά το 60ό έτος. Οι άτυπες μορφές ονομάζονται και συγκαλυμμένη κατάθλιψη (masked depression), γιατί χαρακτηρίζονται από άρνηση του καταθλιπτικού συναισθήματος, το οποίο εμφανίζεται με τη μορφή σωματικών ή γνωστικών συμπτωμάτων. Μερικές από τις σωματικές ενοχλήσεις για τις οποίες παραπονιούνται αυτοί οι ασθενείς είναι κόπωση, γαστρεντερικά ενοχλήματα και ελαττωμένη ενεργητικότητα. διάχυτα άλγη. Γενικά στην κλινική εικόνα κυριαρχούν δύο μορφές σωματοποίησης, η υποχονδρίαση και οι αντιδράσεις μετατροπής. Η δευτερογενής υποχονδρίαση που παρατηρείται στους ηλικιωμένους και συγκαλύπτει την κατάθλιψη θα πρέπει να διαφορογιγνώσκειται από την πρωτογενή υποχονδρίαση, η οποία εμφανίζεται ως επί το πλείστον πολύ νωρίτερα στη ζωή ενός ανθρώπου, στην τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής. Υποχονδρίαση που εμφανίζεται με όψιμη έναρξη δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης, αλλά ένα σημάδι ψυχολογικής δυσφορίας και ειδικά κατάθλιψης. Να σημειωθεί ότι η υποχονδρίαση στους ηλικιωμένους μπορεί να αυξάνει τον κίνδυνο για απόπειρες αυτοκτονίας. Συμπτώματα από αντιδράσεις μετατροπής που εμφανίζονται για πρώτη φορά σε προχωρημένη ηλικία επίσης θα πρέπει να θεωρούνται ότι καλύπτουν καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να συγκαλύπτεται και από γνωστικού τύπου διαταραχές, όπως προαναφέρθηκε. Κύρια συμπτώματα σ' αυτή την περίπτωση είναι διαταραχές στη συγκέντρωση και τη μνήμη, με αποτέλεσμα την εμφάνιση της κλινικής εικόνας της ψευδοάνοιας. Ένα αδρό διαφοροδιαγνωστικό σημείο από πραγματικές εκφυλιστικές άνοιες είναι ότι σε εξετάσεις νοητικής κατάστασης (mental status examinations) ο ψευδοανοϊκός καταθλιπτικός απαντά συνήθως "δεν ξέρω" δείχνοντας μία αδιαφορία για επικοινωνία, αντίθετα με τον οργανικό ανοϊκό που προσπαθεί να καλύψει τα ελλείμματά του.

► Η δευτερογενής κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι δύο μορφών:
Οργανική κατάθλιψη: είναι αποτέλεσμα βιολογικών μεταβολών στον οργανισμό του ασθενούς είτε λόγω μίας νόσου που προσβάλλει και επηρεάζει το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), είτε λόγω λήψεως φαρμάκων που προκαλούν αντίστοιχες βιοχημικές μεταβολές. Ενδεικτικά μερικά νοσήματα που προκαλούν οργανική κατάθλιψη δευτερογενώς είναι εγκεφαλικά επεισόδια (κυρίως αριστερό ημισφαίριο), οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (π.χ. υποθυρεοειδισμός), νεοπλάσματα (π.χ. παγκρέατος), μεταβολικές διαταραχές (π.χ. αφυδάτωση), αναιμία κ.ά. Επίσης ορισμένα φάρμακα που προκαλούν ως παρενέργεια κατάθλιψη είναι τα αντιυπερτασικά (β-αναστολείς, κλονιδίνη, μεθυλντόπα), τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οι βενζοδιαζεπίνες και τα κορτικοστεροειδή.

Καταθλιπτικές αντιδράσεις ως αποτέλεσμα σωματικών νοσημάτων: η πιο συχνή ψυχολογική αντίδραση στη σωματική νόσο είναι η αντίδραση προσαρμογής όπως ορίζεται στο DSM IV και το πρώτο σύμπτωμα είναι άγχος, ενώ στη συνέχεια μπορεί να εμφανιστεί κατάθλιψη. Ειδικά στους ηλικιωμένους η σωματική νόσος συνήθως είναι χρόνια και πιθανόν να επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αυτό σε συνδυασμό με τις άλλες απώλειες που έχουν άνθρωποι αυτής της ηλικίας, όπως απώλεια της κοινωνικής θέσης, εισοδήματος, πιθανός θάνατος φίλων, απώλεια ανεξαρτησίας λόγω της σωματικής νόσου, μπορεί να προκαλέσει την εξέλιξη της διαταραχής προσαρμογής σε πραγματική καταθλιπτική νόσο. Ασθενείς με τέτοια μορφή δευτερογενούς κατάθλιψης συνήθως παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, αίσθημα έλλειψης συμπαράστασης και απαισιοδοξία.

Διάγνωση

Τον σημαντικότερο ρόλο στη διάγνωση των γεροντικών καταθλίψεων παίζει η κλινική εμπειρία του γιατρού. Αυτό περισσότερο οφείλεται στην άτυπη συνήθως συμπτωματολογία που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς. Προτείνεται, λοιπόν, πλήρης και λεπτομερειακός σωματικός, νευρολογικός, ψυχιατρικός έλεγχος και όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο, διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων. Γενικά θα πρέπει να αποκλεισθούν εκφυλιστικά νοσήματα του ΚΝΣ όπως οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (θυρεοειδής, επινεφρίδια), νεοπλασίες και καρδιαγγειακά νοσήματα. Θα πρέπει επίσης να αξιολογηθεί η ύπαρξη εγκεφαλικού

επεισοδίου καθώς και η χρήση φαρμάκων που πιθανόν να προκαλούν εμφάνιση καταθλιπτικού συνδρόμου. Ανάμεσα στις εργαστηριακές εξετάσεις που μπορούν να βοηθήσουν στον αποκλεισμό ορισμένων από τις παραπάνω σωματικές νόσους είναι:

- εξετάσεις θυρεοειδούς (FT3, FT4, TSH)
- B12 και φολικό οξύ πλάσματος
- ηλεκτρολύτες
- γλυκόζη
- ηπατικές δοκιμασίες
- ταχύτητα καθίζησης

Τέλος σε ειδικές περιπτώσεις ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ή μία αξονική τομογραφία μπορούν να δώσουν πληροφορίες για την ύπαρξη αγγειακών επεισοδίων του εγκεφάλου ή εκφυλιστικών παθήσεων του ΚΝΣ.

Για τις ίδιες περιπτώσεις υπάρχουν και ορισμένες ψυχολογικές δοκιμασίες που μπορούν να διακρίνουν την ύπαρξη οργανικότητας. Αν όλος αυτός ο έλεγχος δεν αποκαλύψει κάποια σωματική νόσο, τότε η πιθανότητα ύπαρξης κατάθλιψης είναι μεγάλη και μία δοκιμή με αντικαταθλιπτικά σκευάσματα πιθανότατα θα επιβεβαιώσει εκ των υστέρων τη διάγνωση.

Θεραπεία

Η πιο συχνή μέθοδος αντιμετώπισης της γεροντικής κατάθλιψης είναι η φαρμακοθεραπεία. Οι γενικές αρχές που ακολουθούνται για τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι οι ίδιες τόσο στους ηλικιωμένους όσο και στους νεαρούς ασθενείς. Παρόλα αυτά, υπάρχουν ορισμένα στοιχεία από τη φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική αυτών των σκευασμάτων που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη όταν χρησιμοποιούνται για θεραπεία ηλικιωμένων και πιο συγκεκριμένα:

→ Φαρμακοκινητική:

- Υπάρχει ελάττωση των ηπατικών λειτουργικών λόγω εκφύλισης και συνεπώς μειωμένη δυνατότητα του ηλικιωμένου να μεταβολίσει και να απενεργοποιήσει τα φάρμακα.
- Παρατηρείται ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας επίσης λόγω εκφύλισης και, συνεπώς, και της δυνατότητας για αποβολή των φαρμάκων από τον οργανισμό.

- Τέλος υπάρχει αύξηση του λίπους σε σχέση με τις πρωτεΐνες, που σημαίνει αύξηση του όγκου διασποράς του φαρμάκου και, συνεπώς, αύξηση του συνολικού ποσού του φαρμάκου που δεσμεύεται στον οργανισμό.

Το τελικό αποτέλεσμα όλων αυτών των μεταβολών είναι η αύξηση της ημιπεριόδου ζωής των σκευασμάτων, γεγονός που συνεπάγεται:

- α. μεγαλύτερο χρόνο για να επιτευχθεί σταθερό επίπεδο στον οργανισμό,
- β. μεγαλύτερο χρόνο για να αποβληθεί τελείως το φάρμακο σε περίπτωση διακοπής της χορήγησης και, πιθανώς,
- γ. μεγαλύτερη συσσώρευση φαρμάκων στον οργανισμό.

→ Φαρμακοδυναμική:

- Υπάρχει εκφύλιση λόγω γήρανσης και, άρα, ελάττωση της λειτουργικότητας των συστημάτων του οργανισμού που συνεπάγεται τη μεγαλύτερη ευαισθησία των ηλικιωμένων στις ανεπιθύμητες ενέργειες.

- Συνυπάρχουσες νόσοι είναι δυνατόν να επιδεινωθούν από τις παρενέργειες αυτών των φαρμάκων (π.χ. γλαύκωμα, προστάτης, καρδιακά προβλήματα).

- Αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που συγχορηγούνται, λόγω της γενικότερης αυξημένης νοσηρότητας του πληθυσμού των ηλικιωμένων.

Επιπλέον θα πρέπει να σημειωθεί ότι ειδικά στους ηλικιωμένους το πλήρες κλινικό αποτέλεσμα των αντικαταθλιπτικών εμφανίζεται συνήθως μετά από θεραπεία 6-8 εβδομάδων.

Τα αντικαταθλιπτικά που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της γεροντικής κατάθλιψης ανήκουν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:

- Τα τρικυκλικά (ΤΚΑ) και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά:

Αμιτριπτυλίνη, Κλομιπραμίνη, Νορτριπτυλίνη, Μαπροτιλίνη, Μιανσερίνη.

- Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI's):

Σιταλοπράμη, Φλουοξετίνη, Παροξετίνη, Φλουβοξαμίνη. Η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων των δύο αυτών κατηγοριών στην γεροντική κατάθλιψη είναι η ίδια, όπως έχει αποδειχθεί επανειλημμένα σε διπλές τυφλές ελεγχόμενες μελέτες και όπως φαίνεται και από τις υπάρχουσες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας στο συγκεκριμένο θέμα.

Η διαφορά τους βρίσκεται κυρίως στις παρενέργειες που προκαλούν, όπου οι SSRI's πλεονεκτούν έναντι των τρικυκλικών.

Πιο συγκεκριμένα οι βασικότερες παρενέργειες των ΤΚΑ είναι από το κεντρικό

νευρικό σύστημα (συγχυτικό σύνδρομο), περιφερική αντιχολινεργική δράση, αντιadrenergική δράση (α1 υποδοχείς, πρόκληση ορθοστατικής υπότασης) και από την καρδιά (αρρυθμογόνος δράση). Στους ηλικιωμένους αυτές οι παρενέργειες είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικές, γιατί συνήθως οι άνθρωποι αυτοί πάσχουν και από άλλα σωματικά νοσήματα τα οποία είναι δυνατόν να επιδεινωθούν, όπως επίσης παίρνουν και άλλα φάρμακα με τα οποία τα ΤΚΑ μπορούν να αλληλεπιδράσουν.

Συγκεκριμένα, σε ασθενείς με προστάτη η αντιχολινεργική δράση αυξάνει το πρόβλημα της δυσουρίας, σε ασθενείς με δυσκοιλιότητα επίσης η αντιχολινεργική δράση αυξάνει τη δυσκινησία του εντέρου με αποτέλεσμα ακόμη και ειλεό, σε ασθενείς με γλαύκωμα μπορεί να προκαλέσουν οξύ επεισόδιο και απώλεια της όρασης, σε ασθενείς με καρδιακά νοσήματα δυνατόν να προκαλέσουν επικίνδυνες διαταραχές στην αγωγιμότητα και τέλος είτε από μόνα τους είτε σε συνδυασμό με αντιυπερτασικά μπορεί να προκαλέσουν επεισόδια υπότασης και πτώσεις που συχνά είναι αίτιο καταγμάτων του μηρού και της λεκάνης. Σε κλινικές μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι ο αριθμός αυτών των καταγμάτων είναι τριπλάσιος σε ασθενείς που παίρνουν ΤΚΑ σε σύγκριση με ασθενείς που δεν παίρνουν τέτοια φάρμακα. Η πιο επικίνδυνη παρενέργεια των ΤΚΑ είναι από το κεντρικό νευρικό σύστημα και πιο συγκεκριμένα το οξύ συγχυτικό σύνδρομο που προκαλούν λόγω της αντιχολινεργικής τους δράσης. Η δράση αυτή είναι εντονότερη στους ηλικιωμένους, αφού μία από τις βιοχημικές μεταβολές της διαδικασίας της γήρανσης είναι η εκφύλιση των χολινεργικών συστημάτων του εγκεφάλου.

Το κεντρικό αντιχολινεργικό σύνδρομο εξελίσσεται σε τέσσερα στάδια:

- 1. Συμπτώματα που μιμούνται κατάθλιψη:** καταθλιπτικό θυμικό, ελάττωση της συγκέντρωσης, λήθαργος, κοινωνική απόσυρση.
- 2. Κινητικά συμπτώματα:** τρόμος, αταξία, επιληπτικοί σπασμοί.
- 3. Ψυχωσικά συμπτώματα:** ψευδαισθήσεις,
- 4. Οργανικά συμπτώματα:** διαταραχή του προσανατολισμού, διαταραχή της μνήμης, διέγερση και σύγχυση.

Είναι λοιπόν φανερό ότι η διάγνωσή του σε πρώιμο στάδιο είναι δύσκολη, λόγω του ότι τα συμπτώματα του πρώτου σταδίου είναι ίδια με αυτά της κατάθλιψης, για τη θεραπεία της οποίας χορηγούνται τα ΤΚΑ. Η συνήθης αντίδραση του γιατρού σε τέτοιες περιπτώσεις είναι να αυξήσει τη δόση του φαρμάκου, δεδομένου ότι βλέπει τον ασθενή να μην καλυτερεύει, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του συγχυτικού

συνδρόμου.

Η δεύτερη μεγάλη κατηγορία αντικαταθλιπτικών με πλεονεκτικότερη χρήση στον ειδικό πληθυσμό των ηλικιωμένων είναι, όπως προαναφέρθηκε, οι SSRI's. Για τους SSRI's υπάρχει η γενική άποψη ότι όλοι έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά και συνεπώς μπορούν αν χρησιμοποιηθούν όλοι με τον ίδιο τρόπο και για τους ίδιους ασθενείς. Αυτή η γενίκευση όμως φαίνεται να είναι ανακριβής και ειδικότερα όσον αφορά τους ηλικιωμένους. Η διαφορά τους βρίσκεται στα φαρμακοκινητικά τους χαρακτηριστικά που καθορίζουν τις αλληλεπιδράσεις τους με άλλα φάρμακα που συχνά χορηγούνται σε ηλικιωμένους για τη θεραπεία συνυπαρχόντων σωματικών νοσημάτων .

Πιο συγκεκριμένα:

1. Σύνδεση με πρωτεΐνες του πλάσματος:

Η φλουοξετίνη και η παροξετίνη παρουσιάζουν ισχυρή σύνδεση με τις πρωτεΐνες παραλήρημα, διαταραχές της σκέψης.

(95%), ενώ η σιταλοπράμη λιγότερο ισχυρή (77%) και συνεπώς αναμένεται ότι δεν αλληλεπιδρά έντονα με συγχορηγούμενα φάρμακα που επίσης συνδέονται ισχυρά με πρωτεΐνες, όπως η διγοξίνη και η βαρφαρίνη. Λόγω του μικρού θεραπευτικού δείκτη αυτών των τελευταίων φαρμάκων, μία τέτοια αλληλεπίδραση μπορεί εύκολα να προκαλέσει τοξικότητα

2. Αναστολή ηπατικών ενζύμων CYP 2D6:

Η παροξετίνη και η φλουοξετίνη είναι ισχυροί αναστολείς αυτού του ισοενζύμου του ενζυμικού συστήματος P450, με αποτέλεσμα να αναστέλλουν τον ίδιο το μεταβολισμό τους αλλά και το μεταβολισμό συγχορηγούμενων φαρμάκων, όπως αντιαρρυθμικών τύπου 1C, β-αναστολέων, νευροληπτικών και τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών. Αποτέλεσμα αυτής της αλληλεπίδρασης είναι αύξηση των επιπέδων αυτών των κατηγοριών φαρμάκων στο πλάσμα και εμφάνιση μεγαλύτερου ποσοστού παρενεργειών ή και τοξικότητας .

CYP 1A και CYP 2C: Η φλουβοξαμίνη είναι ισχυρός αναστολέας αυτών των δύο ισοενζύμων, με αποτέλεσμα να αναστέλλει τον μεταβολισμό της καφεΐνης, της θεοφυλλίνης, της φαινακετίνης, της βαρφαρίνης και ορισμένων τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών. Συγχορήγηση φλουβοξαμίνης με τα παραπάνω σκευάσματα μπορεί επίσης να προκαλέσει τοξικότητα.

Φυσικά όλα όσα αναφέρθηκαν στην λειτουργία των ηπατικών ενζυμικών συστημάτων και τη δράση των διαφορετικών SSRI's ειδικά για τους ηλικιωμένους θα πρέπει να εξεταστούν λαμβάνοντας επιπλέον υπ' όψη το γεγονός ότι αυτοί οι ασθενείς

λόγω εκφυλιστικών αλλοιώσεων γήρανσης έχουν ήδη ελαττωμένη ικανότητα ηπατικού μεταβολισμού.¹¹

2.1.7 Καρκίνος του προστάτη

Ο καρκίνος του προστάτη εμφανίζεται πολύ συχνά και αποτελεί τη δεύτερη αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες. Βέβαια, πρέπει να γνωρίζουμε ότι όλες οι διογκώσεις του προστάτη δεν είναι καρκίνος και ότι το 50% των ανδρών ηλικίας άνω των 40 ετών υποφέρουν από καλοήγη διόγκωση του προστάτη. Ο προστατικός αδένας βρίσκεται στη βάση του εσωτερικού τμήματος του πέους, ακριβώς κάτω από την ουροδόχο κύστη και πάνω από το απευθυσμένο. Έχει διάμετρο περίπου 2x2,5x2,5 εκατοστά. Μαζί με άλλους μικρούς αδένες και πόρους είναι υπεύθυνος για την παραγωγή του σπερματικού υγρού, που εκκρίνεται κατά τον οργασμό.

Αιτιολογία και παράγοντες κινδύνου

Η αιτία του καρκίνου του προστάτη δεν είναι ακόμη γνωστή. Ορισμένοι παράγοντες αυξάνουν τη συχνότητα της νόσου.

- **Ηλικία:** ο καρκίνος του προστάτη αυξάνεται δραματικά με την πρόοδο της ηλικίας. Άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών κινδυνεύουν να αναπτύξουν τη νόσο χίλιες φορές περισσότερο από άτομα κάτω των 40 ετών. Το 70% των ατόμων ηλικίας άνω των 90 ετών πάσχει από καρκίνο του προστάτη.
- **Κληρονομικότητα:** τα άτομα που έχουν στενή συγγενική σχέση με καρκινοπαθείς από προστάτη διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τον υπόλοιπο πληθυσμό.
- **Διατροφή:** στους πληθυσμούς που καταναλώνουν τροφή με μεγάλη περιεκτικότητα λίπους, εμφανίζεται συχνότερα η μορφή του καρκίνου αυτού.
- **Οικογενειακή κατάσταση:** οι έγγαμοι άνδρες και μάλιστα οι πολύτεκνοι παρουσιάζουν πιο συχνά καρκίνο του προστάτη, συγκριτικά με τους άγαμους ή τους έγγαμους χωρίς παιδιά.
- Άτομα που η εργασία τους έχει άμεση σχέση με καουτσούκ ή με κάδμιο, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από τη νόσο.
- **Παθολογικές καταστάσεις:** άτομα που πάσχουν από ηπατική κίρρωση αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση του προστατικού καρκίνου.

Συμπτώματα

Τα τοπικά συμπτώματα είναι πόνος προς τα πίσω, επώδυνη ούρηση και εκσπερμάτιση, καθώς και δυσκολία στη συγκράτηση των ούρων ή στην έναρξη της ούρησης. Όταν ο προστάτης διογκώνεται και αρχίζει να πιέζει την ουρήθρα, τότε τα ούρα βγαίνουν σε σταγόνες αντί να ρέουν ελεύθερα και είναι πιθανόν να περιέχουν και αίμα. Δυστυχώς όμως, πολλές φορές τα πρώτα συμπτώματα του καρκίνου του προστάτη προέρχονται από τις μεταστάσεις σε διάφορα απομακρυσμένα όργανα, κυρίως στα οστά. Περίπου το 20 έως 40% των πασχόντων από καρκίνο του προστάτη παρουσιάζεται στον ορθοπεδικό για οσφυαλγία ή παράλυση ή επισκέπτεται τον παθολόγο με γενικά συμπτώματα, όπως καταβολή δυνάμεων ή απώλεια βάρους, χωρίς όμως να εμφανίζει τοπικά συμπτώματα της νόσου.

Διάγνωση

Η διάγνωση της νόσου συνήθως γίνεται με απλή κλινική εξέταση. Η δακτυλική εξέταση του ορθού και η ψηλάφηση του προστάτη μπορούν να μας δώσουν μια πρώτη εικόνα για την ύπαρξη του προβλήματος. Ο Ο αιματολογικός έλεγχος, συμπεριλαμβανομένης κάποιας ειδικής εξέτασης, όπως η όξινη φωσφατάση, ή ο ειδικός καρκινικός δείκτης του προστάτη PSA, δίνουν σοβαρές ενδείξεις της νόσου.

- Το διορθικό υπερηχογράφημα προστάτη είναι πολύ αξιόπιστη εξέταση.
- Η αξονική τομογραφία μπορεί να ορίσει την έκταση του προβλήματος.
- Η βιοψία του προστάτη δίνει πληροφορίες για τον τύπο του καρκίνου.

Εφόσον η διάγνωση τεθεί, πρέπει να γίνει ευρύτερος έλεγχος του σώματος, συμπεριλαμβανομένου ολόσωμου σπινθηρογραφήματος οστών, καθώς και έλεγχος των πνευμόνων για ανεύρεση τυχόν μεταστάσεων.

Προφύλαξη

Έλεγχος του προστάτη με δακτυλική εξέταση πρέπει να πραγματοποιείται ετησίως σε κάθε άνδρα ηλικίας άνω των 50 ετών. Το υπερηχογράφημα αποτελεί έναν οικονομικό και αβλαβή τρόπο, προκειμένου να ελέγξουμε τον προστάτη. Το PSA είναι ένας ευαίσθητος καρκινικός δείκτης και γίνεται με εξέταση αίματος.

→ Πόσο συχνά εμφανίζεται ο καρκίνος του προστάτη;

Είναι η μορφή του καρκίνου που παρουσιάζεται συχνότερα από κάθε άλλη στον ανδρικό πληθυσμό και αποτελεί, μετά τον καρκίνο του πνεύμονα, τη δεύτερη κατά σειρά αιτία θανάτου στους άνδρες.

→ Σε ποιον άνδρα εμφανίζεται συχνότερα;

Κάθε άνδρας ηλικίας 50 ετών και άνω πρέπει να γνωρίζει ότι βρίσκεται σε κίνδυνο ανάπτυξης προστατικού καρκίνου. Η συχνότητα αυξάνει με την ηλικία και η οικογενειακή επιβάρυνση είναι σημαντικός παράγοντας.

→ Με ποιο τρόπο ελαττώνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του προστάτη;

Με κανέναν τρόπο. Είναι δυνατόν όμως να διαγνωσθεί πρώιμα και κάθε πρώιμη διάγνωση είναι το κλειδί της επιτυχούς θεραπείας.

→ Τι πρέπει να κάνει ένας άνδρας, ώστε να είναι εφικτή η πρώιμη διάγνωση;

Να ενημερώνεται και να ελέγχει τον προστάτη ετησίως.

→ Ποια είναι τα συμπτώματα του καρκίνου του προστάτη;

Στα πρώτα στάδια, στα οποία ο όγκος είναι μικρός, δεν υπάρχουν συμπτώματα. Όταν όμως ο όγκος μεγαλώσει, τότε ο ασθενής θα έχει:

- Συχνουρία, ιδιαίτερα τη νύχτα
- Ελάττωση της ακτίνας ούρησης
- Δυσκολία στην ούρηση (διακεκομμένη ούρηση, σταγόνες)
- Τσουξιμο και κάψιμο κατά την ούρηση
- Αίμα στο σπέρμα και στα ούρα

Στην περίπτωση επέκτασης στα οστά, αισθάνεται πόνο στα οστά.

→ Πώς γίνεται η διάγνωση;

Στην αρχή γίνεται με συνήθη δακτυλική εξέταση, ενώ στη συνέχεια, με τη μέτρηση του Ειδικού Προστατικού Αντιγόνου (PSA), η τιμή του οποίου αυξάνει στην περίπτωση ύπαρξης καρκίνου (αλλά και σε άλλες περιπτώσεις, όπως η φλεγμονή).

Τέλος, το Διορθικό Υπερηχοτομογράφημα του Προστάτη δίνει την πλήρη και σαφή εικόνα του προστάτη, μέσω της οποίας ελέγχεται η φυσιολογική ή όχι εσωτερική αρχιτεκτονική του οργάνου.

→ Πώς γίνεται η επιβεβαίωση;

Με κατευθυνόμενη βιοψία μέσω του Διορθικού Υπερηχοτομογράφου. Η λήψη μερικών δειγμάτων προστατικού ιστού γίνεται με απόλυτη ακρίβεια μέσω της οπτικής εικόνας που δίνει ο υπερηχοτομογράφος.

Θεραπεία

Ο καρκίνος του προστάτη, όταν είναι σε αρχικά στάδια, αντιμετωπίζεται επιτυχώς με χειρουργική αφαίρεση και ακτινοβολία. Όταν όμως η νόσος είναι τοπικά εκτεταμένη ή έχουν δημιουργηθεί απομακρυσμένες μεταστάσεις, αντιμετωπίζεται με ορμονοθεραπεία ή χημειοθεραπεία με καλά αποτελέσματα.

Στάδια Καρκίνου

1. Περιορισμένος μέσα στον προστάτη

Τύπος θεραπείας

- Ριζική προστατεκτομή
- Εξωτερική ακτινοβολία
- Εσωτερική ή ενδοϊστική ακτινοβολία (εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων)

2. Τοπικά προχωρημένος

Τύπος θεραπείας

- Εσωτερική ή ενδοϊστική ακτινοβολία (εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων)
- Συμπληρωματική εξωτερική ακτινοβολία

3. Με μεταστάσεις σε άλλα όργανα ή ιστούς

Τύπος θεραπείας

- Ορμονοθεραπεία
- Χημειοθεραπεία

→ Με ποια κριτήρια επιλέγεται η θεραπεία;

Εξαρτάται από:

- Την ηλικία του ασθενούς
- Τη γενική του κατάσταση

Βραχυθεραπεία προστάτη (εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων)

Πρόκειται για εσωτερική ή ενδοϊστική ακτινοβολία του προστάτη. Είναι μία νεότερη από την εξωτερική ακτινοβολία τεχνική και έχει καταξιωθεί ως θεραπεία για πολλές μορφές καρκίνου, συμπεριλαμβανομένης και αυτής του προστάτη. Η εμφύτευση συνεπάγεται την τοποθέτηση κόκκων από ραδιενεργό υλικό σε ένα μέρος ή μία κοιλότητα ή έναν ιστό του ανθρώπινου σώματος. Στη θεραπεία του προστατικού καρκίνου, αυτό γίνεται χρησιμοποιώντας μια μακριά βελόνα, η οποία εισέρχεται διά μέσου του περινέου, μεταξύ πρωκτού και οσχέου, οδηγούμενη από την εικόνα που λαμβάνεται από ειδικό υπερηχογράφημα του προστάτη, το οποίο καλείται διορθικό. Πριν από την εμφύτευση έχουν πραγματοποιηθεί πολύπλοκες μετρήσεις από εξομοιωτή υπολογιστή, βάσει των εικόνων που λαμβάνονται από το υπερηχογράφημα του προστάτη. Το ραδιενεργό υλικό που χρησιμοποιείται στους κόκκους είναι κυρίως ιώδιο ή παλλάδιο, ένα μέταλλο όμοιο της πλατίνας. Λόγω της υψηλής τοπικής δράσης τους, τα ραδιενεργά αυτά υλικά χρησιμοποιούνται, όταν ο καρκίνος του προστάτη βρίσκεται στα αρχικά του στάδια και συνεπώς είναι ιάσιμος. Η εμφύτευση αυτών των κόκκων δεν χρησιμοποιείται, όταν ο καρκίνος έχει επεκταθεί αλλού (οστά, λεμφαδένες κ.λπ.). Όταν οι ραδιενεργοί αυτοί κόκκοι εμφυτευθούν εντός του προστάτη, υψηλές δόσεις ακτινοβολίας στέλνονται στα καρκινικά κύτταρα, χωρίς να καταστρέφονται παρακείμενα όργανα και ιστοί. Τα εμφυτεύματα παραμένουν σε μόνιμη βάση εντός του προστάτη και παύουν να εκπέμπουν ακτινοβολία έπειτα από μικρό χρονικό διάστημα (μερικούς μήνες). Μετά την τοποθέτησή τους εντός του προστάτη, οι κόκκοι αυτοί δεν προκαλούν δυσανεξία. Είναι αυτονόητα τα πλεονεκτήματα της μεθόδου έναντι της χειρουργικής αφαίρεσης. Πραγματοποιείται σε χειρουργεία μιας ημέρας, ο ασθενής εξέρχεται την ίδια μέρα της εμφύτευσης και στερείται των επιπλοκών των άλλων ριζικών αντιμετώπισεων του καρκίνου του προστάτη.¹²

Αιμοκάθαρση

Η αιμοκάθαρση είναι ένας πολύπλοκος τύπος θεραπείας που στοιχίζει πολύ. Η φυσική αρχή που χρησιμοποιείται είναι όμοια με εκείνη της περιτοναϊκής κάθαρσης. Το αίμα του αρρώστου από την κερκιδική ή βραχιόνια αρτηρία ωθείται μέσα σε μια διηθητική μεμβράνη από σελοφάν ενώ το υγρό αιμοκάθαρσης ρέει έξω από τη μεμβράνη. Τα άχρηστα μεταβολικά προϊόντα το νερό και οι ηλεκτρολύτες περνούν

ελεύθερα μέσα από τους πόρους της μεμβράνης από το αίμα προς το υγρό κάθαρσης. Η αιμοκάθαρση χρησιμοποιείται και σε αρρώστους με οξεία νεφρική ανεπάρκεια όταν είναι απαραίτητη πολύ ταχεία και συχνή διάλυση ή όταν αντενδείκνυται η περιτοναϊκή κάθαρση όπως σε περιπτώσεις βαριάς δηλητηρίασης ή βαριάς ουραιμίας.

Εκτίμηση του αρρώστου

1. Πριν την αιμοκάθαρση

α. Γενική κατάσταση. Παρατήρηση βλάβης, έκφρασης του προσώπου, τόνου της φωνής κ.λ.π.

β. Βασικής σημασίας η ακριβής μέτρηση του βάρους του σώματος

γ. Ζωτικά σημεία. Αρτηριακή πίεση σε ορθή και κατακεκλιμένη θέση.

Οι παράμετροι αυτές χρησιμοποιούνται για αξιολόγηση του αρρώστου κατά και μετά την αιμοκάθαρση.

δ. Κατάσταση της περιοχής της αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης.

◆ Εξωτερική αρτηριοφλεβική παράκαμψη (shunt)

- Έλεγχος κατάστασης γαζών

- Αφαίρεση γαζών και έλεγχος για σημεία θρόμβου. Σημείωση του χρώματος του αίματος, του σφυγμού και τήρηση άσηπτης τεχνικής

- Παρακολούθηση για σημεία λοίμωξης. Σημείωση περιοχών που παρουσιάζουν ερυθρότητα, οίδημα ή παροχέτευση υγρού

- Εκτίμηση ανάγκης για περισσότερη διδασκαλία που αφορά την φροντίδα του shunt

◆ Υποδόρια αρτηριοφλεβική παράκαμψη (αρτηριοφλεβικό συρίγγιο, fistula, αρτηριοφλεβικό συνθετικό μόσχευμα)

- Έλεγχος περιοχής για σημεία θρομβοφλεβίτιδας

- Σημείωση παρουσίας οιδήματος ή αποχρωματισμού

ε. Ημερομηνία προηγούμενης κάθαρσης

στ. Ιστορικό αιμορραγίας

ζ. Γενική ψυχολογική κατάσταση. Η οικογένεια του αρρώστου είναι πολύτιμη στην παροχή αυτής της πληροφορίας

η. Πληροφόρηση που αφορά τη συμμόρφωση του αρρώστου με το διαιτητικό θεραπευτικό σχήμα.

2. Κατά την αιμοκάθαρση

α. Ζωτικά σημεία

β. Ακριβές βάρος σώματος

γ. Προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά

δ. Παρακολούθηση για σημεία εγκεφαλικού οιδήματος

ε. Παρακολούθηση για αιμορραγική διάθεση.

Προβλήματα του αρρώστου

- Η μη συμμόρφωση του με το σχήμα κάθαρσης εξαιτίας της άρνησής του να παραδεχθεί τη σοβαρότητα της ιατρικής διάγνωσης και πρόγνωσης
- Προβλήματα συζυγικά
- Αποτυχία στο να κάνει ενεργητική ζωή εξαιτίας της έλλειψης κινήτρου η υπερβολικής εξάρτησης
- Συμπεριφορά που δείχνει τάση αυτοκτονίας εξαιτίας του stress που έχουν σχέση με τη μακροχρόνια κάθαρση
- Οικονομικές δυσκολίες λόγω μεταβολών στις επαγγελματικές δραστηριότητες και πιθανής ελάττωσης των οικονομικών εσόδων.]

Σκοποί της φροντίδας

Άμεσοι

- Συμμόρφωση με το σχήμα κάθαρσης
- Αποδοχή της ιατρικής διάγνωσης και πρόγνωσης
- Σωστή χρησιμοποίηση των μηχανισμών άμυνας

Μακροπρόθεσμοι

- Ρεαλιστική προσαρμογή στο σχήμα κάθαρσης
- Πλήρης ανεξαρτησία με χρησιμοποίηση κάθαρσης στο σπίτι.¹³

2.1.8 Διαταραχές βάδισης τρίτης ηλικίας

Είναι πολύ συχνό ηλικιωμένα άτομα να παρουσιάζουν δυσκολία στην βάδισή τους.

Είναι λάθος να θεωρούμε ότι αυτή η δυσκολία είναι επακόλουθο της προχωρημένης ηλικίας και θα πρέπει να αναζητήσουμε τα παθολογικά αίτια που την προκαλούν. Δεν θα αναφερθούμε σε διαταραχές βάδισης που οφείλονται σε ορθοπεδικά αίτια (π.χ.

κατάγματα των κάτω άκρων, αλλοιώσεις της σπονδυλικής στήλης) ούτε σε εκείνες που οφείλονται σε άλλα προφανή αίτια (π.χ. παράλυση μετά από ένα εγκεφαλικό επεισόδιο). Αντίθετα θα αναφερθούμε στις περιπτώσεις εκείνες όπου η βάδιση σταδιακά γίνεται δύσκολη, συνήθως σε συνδυασμό με αστάθεια και συχνές πτώσεις στο έδαφος. Συγκεκριμένα, με την πάροδο του χρόνου ο ασθενής αισθάνεται τα πόδια του «βαριά» και δύσκαμπτα με αποτέλεσμα η βάδισή του να γίνεται με μικρά συρτά βήματα. Ταυτόχρονα παραπονείται για αστάθεια και διαταραχές της ισορροπίας κατά την βάδιση, κυρίως όταν πρέπει να στρίψει ή όταν το έδαφος είναι ανώμαλο. Έτσι έχουμε την κλασική εικόνα του ηλικιωμένου με την μαγκούρα! Οι σημαντικότερες παθολογίες που προκαλούν τέτοια διαταραχή βάδισης είναι οι παρακάτω:

► *Μικροϊσχαιμική εγκεφαλοπάθεια:* Είναι η συχνότερη αιτία. Πρόκειται για μια παθολογία κατά την οποία παρατηρούνται πολύ μικρά εγκεφαλικά επεισόδια τα οποία έχουν συσσωρευτεί, με την πάροδο του χρόνου, στον εγκέφαλο του ασθενούς. Αρχικά ο ασθενής δεν παρουσιάζει καμιά συμπτωματολογία και είναι φαινομενικά υγιής. Όσο όμως πληθαίνουν τα μικροεγκεφαλικά, εμφανίζονται συμπτώματα τα οποία, εκτός από την δυσχέρεια βάδισης, μπορεί να είναι διαταραχές της μνήμης και της κρίσης. Έχουμε έτσι μια εικόνα γεροντικής άνοιας. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες της μικροϊσχαιμικής εγκεφαλοπάθειας είναι: σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, υπερλιπιδαιμίες (ψηλή χοληστερίνη, τριγλυκερίδια), ρευματοπάθειες, κάπνισμα, κατάχρηση αλκοόλ κ.α. Σε κάποιες περιπτώσεις δεν αναγνωρίζεται εμφανές αίτιο και η νόσος χαρακτηρίζεται «ιδιοπαθής» (αγνώστου αιτιολογίας). Δυστυχώς οι εγκεφαλικές βλάβες είναι μη αναστρέψιμες γιατί οι νευρώνες (εγκεφαλικά κύτταρα) που έχουν καταστραφεί δεν αντικαθίστανται. Έτσι, η θεραπεία αποσκοπεί περισσότερο στην πρόληψη της επιδείνωσης της κατάστασης του ασθενούς. Θα πρέπει να αντιμετωπιστούν οι προδιαθεσικοί παράγοντες και θα πρέπει να χορηγηθούν φάρμακα τα οποία βελτιώνουν την κυκλοφορία του αίματος.

► *Νόσος Parkinson και παραλλαγές της (παρκινσονισμοί):* Στην περίπτωση της νόσου του Parkinson συνυπάρχει ο χαρακτηριστικός τρόμος (τρεμούλα) και μια γενικευμένη βραδυκινησία - δυσκαμψία του ασθενούς (οι κινήσεις είναι αργές και δύσκολες). Η νόσος Parkinson είναι αγνώστου αιτιολογίας αλλά σε κάποιες περιπτώσεις οφείλεται σε μικροεγκεφαλικά ή σε άλλες βλάβες του εγκεφάλου. Η θεραπεία βασίζεται σε φάρμακα τα οποία αναπληρώνουν την ουσία δοπαμίνη, η

έλλειψη της οποίας προκαλεί την νόσο. Τα αποτελέσματα, κυρίως στα αρχικά στάδια της νόσου, είναι ικανοποιητικά. Οι παρκινσονισμοί είναι μια ομάδα σπάνιων εκφυλιστικών νοσημάτων του εγκεφάλου συνήθως άγνωστης αιτιολογίας (προϊούσα υπερπηρυνική παράλυση, πολυσυστηματική ατροφία κ.α.). Δεν υπάρχει ειδική θεραπεία.

► *Άνοιες, νόσος Alzheimer:* Σε προχωρημένο στάδιο ο ασθενής με άνοια (έκπτωση των ανωτέρων ψυχικών λειτουργιών, διαταραχές μνήμης και κρίσης κ.α.), παρουσιάζει διαταραχές βάδισης προοδευτικά επιδεινούμενες έως ότου καταλήξει κλινήρης με πλήρη αδυναμία ορθοστάτησης. Σε κάποιες περιπτώσεις οι διαταραχές βάδισης παρατηρούνται από τα αρχικά στάδια της νόσου και οφείλονται σε απραξία (ο εγκέφαλος δεν δίνει εντολή στα πόδια ώστε να κινηθούν). Θεραπευτικά χρησιμοποιούνται φάρμακα που επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου.

► *Υδροκέφαλος:* Παρουσιάζεται όταν αυξάνεται η πίεση του υγρού που κυκλοφορεί στον εγκέφαλο (εγκεφαλονωτιαίο υγρό). Στους ηλικιωμένους είναι συχνός ο «υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης» όπου η πίεση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού βρίσκεται στα ανώτερα φυσιολογικά όρια αλλά, ο ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα που είναι: δυσχέρεια βάδισης, ακράτεια ούρων και διαταραχές μνήμης. Η θεραπεία είναι χειρουργική και συνίσταται στην τοποθέτηση ειδικής βαλβίδας παροχέτευσης του υγρού. Υπάρχει και η δυνατότητα φαρμακευτικής αγωγής. Έτσι λοιπόν, οποιοσδήποτε ηλικιωμένος παρουσιάζει δυσκολία στην βάδισή του θα πρέπει να εξετάζεται από ειδικό γιατρό ώστε να προσδιοριστεί η αιτία και ακολούθως να αντιμετωπιστεί θεραπευτικά.¹⁴

2.1.9 Νόσος του Alzheimer

Ορισμός Alzheimer

Η νόσος του Alzheimer είναι μια χρόνια προοδευτική και επιδεινούμενη εγκεφαλική διαταραχή που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό μνήμη, νόηση, και ικανότητα για αυτοφροντίδα. Περίπου 4% του πληθυσμού άνω των 65 ετών προσβάλλεται από τη νόσο. Είναι μια από τις πιο σημαντικές παθολογικές διαταραχές της σύγχρονης εποχής μας, επειδή έχει καταστροφικά αποτελέσματα για το θύμα και την οικογένεια, που βιώνουν αυτό που ονομάζεται (ατελείωτη κηδεία).

Η αιτία της νόσου παραμένει άγνωστη. Μια ποικιλία παραγόντων μπορεί να συμβάλουν στην ανάπτυξη της, συμπεριλαμβανομένων ηλικίας, κληρονομικότητας μεταβολικών ανωμαλιών και ίσως κάποιου ιού.

Παθοφυσιολογία

Υπάρχει ένδειξη ότι ένας αριθμός νευρώνων εμπλέκεται στη νόσο. Το συγκεκριμένο μικροσκοπικό χαρακτηριστικό είναι μια συσσώρευση παθολογικών, διαπλεκόμενων ινών και γεροντικών πλακών (στρογγυλές ή ωοειδείς δομές αποτελούμενες από καταστραμμένους δενδρικές και συνάψεις που είναι ενσφηνωμένες σε έναν κεντρικό αμυλώδη πυρήνα) στον εγκέφαλο αρρώστων με τη νόσο .Υπάρχει μια αξιοσημείωτη απώλεια νευρικών κυττάρων από τον εγκεφαλικό φλοιό με αντίστοιχη ατροφία του εγκεφάλου .Ο θάνατος κυττάρων συνοδεύεται από μείωση αιματικής ροής στον εγκέφαλο. Ερευνητικά ευρήματα δείχνουν σημαντική προοδευτική μείωση στη δραστηριότητα του ένζυμου τρανσφεράση ακετυλοχολίνης στον εγκεφαλικό ιστό. Το ένζυμο αυτό διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη χημική διεργασία που παράγει ακετυλοχολίνη.

Αίτια

Τα αίτια της νόσου είναι άγνωστα και η πιθανή αιτιολογία περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Η νόσος του Alzheimer μπορεί να προσβάλει τα μέλη νιας οικογένειας
- Κάποια ανωμαλία στο χρωμόσωμα 21 βρέθηκε σε άτομα που παρουσίασαν τη νόσο.
- Κάποιος ιός.
- Εμφάνιση υψηλών επιπέδων αλουμινίου στον εγκέφαλο.
- Μειωμένα επίπεδα του νευροδιαβιβαστή ακετυλοχολίνη.
- Συσσώρευση πρωτεϊνών στον εγκέφαλο.
- Ανωμαλίες του αυτοανοσοποιητικού συστήματος.
- Περιορισμένη ροή του αίματος στον εγκέφαλο.

Κλινικές εκδηλώσεις

Όσο η νόσος εξελίσσεται, όσο η απώλεια της μνήμης γίνεται μεγαλύτερη ειδικότερα για τα πρόσφατα γεγονότα, ενώ παραμένει αναλλοίωτη για τα παρελθόντα. Η προσωπικότητα αρχίζει να επιδεινώνεται και εμφανίζονται συμπτώματα από την

κινητική σφαίρα. Στο τελικό στάδιο, δεν υπάρχει συντονισμός κεφαλής και οφθαλμών, δεν ελέγχεται το παχύ έντερο και η ουροδόχος κύστης. Τέλος το άτομο δεν αναγνωρίζει τα πρόσωπα της οικογένειάς του, η προφορική επικοινωνία είναι συνήθως ασυνάρτητη και το βάδισμα είναι αταξικό. Επίσης υπάρχει απώλεια βάρους επειδή ο ασθενής λησμονεί να μασάει.

Συμπτώματα

→ Αρχικό στάδιο: Ο ασθενής ξεχνά ραντεβού και ονόματα, βάζει τα αντικείμενα σε λάθος μέρος, χάνει την ενέργεια και τη διάθεση του, παρουσιάζει κατάθλιψη, οξυθυμία, δυσκολία στη διεξαγωγή της καθημερινής του εργασίας ή των προσωπικών του δραστηριοτήτων, ενώ προσπαθεί να κρύψει το πρόβλημα του.

→ Μέτριο έως σοβαρό στάδιο: εμφάνιση έντονων γνωστικών προβλημάτων .Δεν μπορεί να θυμηθεί πρόσφατα γεγονότα ή στοιχεία όπως μια διεύθυνση ή την παρούσα ημερομηνία, αν και μπορεί να διατηρεί την μακροχρόνια μνήμη του. Παρουσιάζει αυξημένη δυσκολία στο να καταλάβει τα καθημερινά γεγονότα. Χάνεται και περιπλανιέται άσκοπα, εμφανίζει παράνοια, διαταραχές τη νύχτα, οξυθυμία, βιαιότητα, απραξία και αγνωσία.

→ Τελευταίο στάδιο: έντονος αποπροσανατολισμός, ψυχωτικά συμπτώματα και έντονη οξυθυμία, περιορισμός στο κρεβάτι, ανικανότητα να συμμετάσχει στη φροντίδα του εαυτού του, απώλεια της ικανότητας να μιλάει ή να περπατάει, λήθαργος, κώμα, θάνατος που συνήθως επέρχεται από λοίμωξη, υποσιτισμό και αφυδάτωση.

Διάγνωση

Η διάγνωση γίνεται κατ' αρχής με μία πρώτη, λεπτομερή, νευρολογική εξέταση η οποία περιλαμβάνει λήψη του ιστορικού του ασθενούς και ψυχομετρικά τεστ.

Ακολουθούν η αξονική και η μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου, μέσω των οποίων διαπιστώνεται αν υπάρχουν - και σε ποιο βαθμό - σημάδια ατροφίας στον φλοιό και υποφλοιό του εγκεφάλου.

Ωστόσο, οι εξετάσεις αυτές συνήθως επιβεβαιώνουν την ύπαρξη της νόσου σε κάποιο ήδη προχωρημένο στάδιο, γεγονός που σημαίνει ότι χάθηκε πολύτιμος χρόνος για παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου.

Ιδιαίτερη σημασία έχει, λοιπόν, η έγκαιρη αναγνώρισή της και η αποφυγή της παραπλάνησης, που συχνά συνοδεύει τα πρώτα, ήπια συμπτώματά της. Η προσοχή

πρέπει να είναι αμφίδρομη, τόσο από την πλευρά του ασθενούς και του οικογενειακού του περιβάλλοντος όσο και από την πλευρά του νευρολόγου γιατρού, ο οποίος δεν πρέπει να αποδώσει εύκολα τα σημάδια στα γηρατειά.

Τα σημάδια που πρέπει κανείς να προσέχει είναι κυρίως απλές αλλαγές της συμπεριφοράς του ατόμου μέσα στον χώρο του - λ.χ. τοποθέτηση σε λάθος θέση των αντικειμένων στο γραφείο ή στο σπίτι, συχνή αποχή από συζητήσεις και παρερμηνεία οπτικών ή ακουστικών ερεθισμάτων, απραξία σε κοινές καταστάσεις που απαιτούν ένα πιο περίπλοκο σχήμα σκέψης.¹⁵

3.1 Νοσηλευτική παρέμβαση σε προβλήματα υγείας γυναικών και ανδρών άνω των 65

3.1.1 Ακράτεια ούρων

- Όταν η απώλεια ούρων οφείλεται σε παθολογικά αίτια τότε οι παρεμβάσεις στρέφονται στην άρση του αιτίου.
- Ενθαρρύνεται ο ηλικιωμένος να ακολουθεί δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες και αρκετό νερό
- Διδάσκεται τι σημαίνουν τεχνικές συμπεριφοράς και ποιο το αναμενόμενο αποτέλεσμα.
- Οι τεχνικές αρχίζουν με ασκήσεις των μυών της πυέλου και με τη χρησιμοποίηση προς το τέλος και της συσκευής της βιοεπανατροφοδοτήσεως του Kegel. Συνεχίζονται με την επανεκπαίδευση της κύστεως, την αναχαίτιση του αισθήματος για ούρηση κ.ά.
- Τελικά όταν τα αναφερόμενα μέσα δεν αποβούν αποτελεσματικά, τότε τοποθετείται εξωτερικός ή εσωτερικός καθετήρας Foley μόνιμος. Το μέτρο αυτό χρησιμοποιείται εφόσον αποκλείεται η χειρουργική παρέμβαση ή ο διακεκομμένος καθετηριασμός. Η τοποθέτηση καθετήρα κύστεως σχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη της ουρολοιμώξεως.¹⁶

3.1.2 Καρκίνος του τραχήλου της μήτρας

Νοσηλευτική φροντίδα

Εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης

Ιστορικό υγείας

- Ηλικία
- Συζυγική κατάσταση
- Εμμηνορρυσιακό, μαιευτικό και σεξουαλικό ιστορικό
- Ατομικές συνθήκες υγιεινής
- Προηγούμενα τραχηλικά προβλήματα, συμπτώματα, έρπης
- Χρήση κολπικών αντιβιοτικών
- Ημερομηνία τελευταίας εξέτασης κολπικού επιχρίσματος κατά Παπανικολάου (Παπ-τεστ)
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου

Φυσική εκτίμηση

Η πυελική εξέταση θα αποκαλύψει:

- Φυσιολογικά εξωτερικά γεννητικά όργανα
- Όχι αξιοσημείωτη αλλαγή στον κολπικό ή τραχηλικό βλεννογόνο

Διαγνωστικές εξετάσεις

- Κολπικό επίχρισμα
- Κολποσκόπηση: καμία υποψία ή άτυπες αλλοιώσεις
- Δοκιμασία μήλης: στον καρκίνο του τραχήλου η μήλη εύκολα εισχωρεί μέσα στους ιστούς, που είναι εύθρυπτοι
- Δοκιμασία Schiller: ο υγιής ιστός λαμβάνει το χαρακτηριστικό βαθύ καφέ χρώμα, ενώ η καρκινική περιοχή παραμένει αχρωμάτιστη
- Βιοψία τραχήλου: η ιστολογική εξέταση τμήματος ιστού από τον αλλοιωμένο τράχηλο επισφραγίζει τη διάγνωση
- Άλλες πληροφορίες: προηγούμενα ευρήματα Παπ-τεστ

Προβλήματα της άρρωστης

- Ψυχολογικά προβλήματα, ανησυχία, φόβος καρκίνου και θανάτου
- Μεταβολή σωματικού ειδώλου εξαιτίας της επέμβασης

- Προβλήματα σεξουαλικής δραστηριότητας και γονιμότητας, κυρίως αν δεν έχει παιδιά

Σκοποί της φροντίδας

Άμεσοι

- Μείωση ανησυχίας και φόβου εγχείρησης
- Βοήθεια στη δημιουργία θετικού σωματικού ειδώλου

Μακροπρόθεσμοι

- Παροχή βοήθειας στην άρρωστη να ζήσει με τη διάγνωση του καρκίνου
- Μείωση κινδύνου υποτροπής

Παρέμβαση

→ Προεγχειρητική παρέμβαση

1. Ερμηνεία του όρου «υστερεκτομή» στην άρρωστη και την οικογένειά της. Εξασφάλιση συγκατάθεσης του συζύγου για την τεχνητή στείρωση και τη διακοπή κύησης, αν η άρρωστη είναι έγκυος.
2. Ενημέρωση της άρρωστης σχετικά με μετεγχειρητική θεραπεία (ακτινοβολία), πόνο, δραστηριότητα, διαίτα, συνουσία, έμμηνη ρύση.
3. Παροχή συμβουλών που αφορούν τη σεξουαλική δραστηριότητα, θηλυκότητα και γονιμότητα.
4. Παροχή ευκαιριών στην άρρωστη να εκφράσει τα αισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της.
5. Υποστήριξη της άρρωστης κατά την περίοδο της συγκινησιακής της προσαρμογής στην απώλεια των γεννητικών οργάνων. Μερικές γυναίκες είναι ικανές να αποδεχθούν την υστερεκτομή και μπορεί να γνωρίζουν ότι η απώλεια της μήτρας δεν επηρεάζει την εκπλήρωση του ρόλου τους και τις σεξουαλικές τους ανάγκες. Άλλες διατηρούν αμφιβολίες για την απώλεια και οι προεγχειρητικές και μετεγχειρητικές εμπειρίες είναι καθοριστικές στην αντίληψή τους για την επίπτωση της υστερεκτομής. Άλλες πάλι μπορεί να παρουσιάσουν κατάθλιψη και άλλες να

χρειάζονται ψυχιατρική βοήθεια, αν η προσαρμογή τους στις επερχόμενες μεταβολές είναι δύσκολη.

6. Κατανόηση των πολύπλοκων προβλημάτων της άρρωστης (φυσικών, συγκινησιακών και κοινωνικών).

7. Παροχή φυσικής ετοιμασίας της άρρωστης για το χειρουργείο:

- Εξέταση αιμοσφαιρίνης και αντιμετώπιση αναιμίας, αν υπάρχει.
- Προσδιορισμός ομάδας αίματος και εξασφάλιση αίματος για μετάγγιση.
- Ενδοφλέβια πυελογραφία (οι ουρητήρες μπορεί να έχουν προσβληθεί).
- Διακοπή αντισυλληπτικών δισκίων.
- Ακτινογραφία θώρακα.
- Διδασκαλία αναπνευστικών, κοιλιακών ασκήσεων.
- Ετοιμασία εγχειρητικού πεδίου.
- Καθαρτικός υποκλυσμός και κολπική πλύση με αντισηπτικό σε κολπική υστερεκτομή (σπάνια σε κοιλιακή υστερεκτομή) γίνεται συνήθως το προηγούμενο βράδυ της επέμβασης (μετά από ιατρική οδηγία).
- Χορήγηση ηρεμιστικού για εξασφάλιση ύπνου.

→ Μετεγχειρητική παρέμβαση

1. Εκτίμηση: ζωτικά σημεία, πόνο, προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά, κολπική εκροή, παροχέτευση τραύματος.

2. Προαγωγή ανάπαυσης και χαλάρωσης.

3. Ανακούφιση από τον πόνο.

4. Προαγωγή επούλωσης του τραύματος.

5. Στενή παρακολούθηση της άρρωστης για έγκαιρη διαπίστωση μετεγχειρητικών επιπλοκών και αντιμετώπισή τους.

- Οι επιπλοκές που εμφανίζονται μετά από κοιλιακή ή κολπική υστερεκτομή, είναι κυρίως δημιουργία αιματώματος στην περιοχή της επέμβασης, αιμορραγία, λοίμωξη και σχηματισμός συριγγίων (ειδικά αν υπάρχει χαλάρωση των ιστών από τη νεοπλασματική εξεργασία ή αν η άρρωστη είχε υποβληθεί σε ραδιοθεραπεία της πυελικής περιοχής).

- Αν η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι υπερβολική, ίσως χρειαστεί να επιστρέψει η άρρωστη στο χειρουργείο για αιμόσταση.

- Η άρρωστη παρακολουθείται στενά, γιατί η αιμορραγία ενδέχεται να αυτοπεριοριστεί και να μη χρειαστεί χειρουργική επέμβαση.

6. Μείωση πιθανότητας εμφάνισης προβλημάτων από την κύστη (οφείλονται στη γειτονία της κύστης με τη χειρουργική περιοχή).

- Παρακολούθηση και καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών, χορήγηση υγρών παρεντερικά σύμφωνα με την οδηγία.

- Τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα, αν δόθηκε εντολή, γιατί το οίδημα ή ο τραυματισμός νεύρων μπορεί να προκαλέσει προσωρινά ατονία της κύστης. Επίσης, είναι δυνατόν να τοποθετηθεί υπερηβικός καθετήρας.

- Αφαίρεση του καθετήρα, με οδηγία του γιατρού, μετά από 5 ημέρες.

- Καθετηριασμός της κύστης, αν η άρρωστη δεν έχει καθετήρα και δεν ούρησε για 8 ώρες ή αισθάνεται δυσφορία.

7. Ανακούφιση από τη δυσφορία εξαιτίας της κοιλιακής διάτασης.

- Εισαγωγή ρινογαστρικού καθετήρα, ενώ η άρρωστη είναι ακόμα στο χειρουργείο.

- Τα υγρά και οι τροφές περιορίζονται, μέχρις ότου επανέλθει ο περισταλτισμός του εντέρου.

- Ακρόαση της κοιλιάς για διαπίστωση έναρξης περισταλτισμού.

- Χορήγηση υγρών και μαλακής διαίτας, μόλις επανέλθει ο περισταλτισμός.

8. Πρόληψη αναπνευστικών και κυκλοφορικών διαταραχών.

- Βοήθεια της άρρωστης να αλλάζει θέση κάθε 2 ώρες και ενθάρρυνση να παίρνει βαθιές αναπνοές.

- Αποφυγή τοποθέτησης της άρρωστης σε ψηλή Fowler θέση, καθώς και πίεσης κάτω από τα γόνατα, για πρόληψη στάσης του αίματος.

- Υπολογισμός του αίματος που χάνεται με τη ζύγιση των γαζών αμέσως μετά την αφαίρεσή τους. Σύγκριση βρεγμένων και στεγνών γαζών. Η διαφορά του βάρους θα είναι το αίμα που χάνεται.

- Αναζήτηση σημείου Homan (ευαισθησία και πόνος στη γαστροκνημία κατά τη ραχιαία κάμψη του ποδιού).

- Επισκόπηση κάτω άκρων για παρουσία κιρσών. Προαγωγή κυκλοφορίας με ειδικές ασκήσεις άκρων.

- Χρήση ελαστικών καλτσών ως προφυλακτικό μέτρο, για προαγωγή της κυκλοφορίας.

9. Πρόληψη λοίμωξης. Συνήθως παραγγέλλονται πλύση και τοποθέτηση αλοιφών ή υπόθετων για μείωση πιθανότητας μετεγχειρητικής λοίμωξης.

10. Παρακολούθηση για κολπική απέκκριση, αλλαγή γαζών με άσηπτη τεχνική.

11. Έγκαιρη έγερση της άρρωστης, για πρόληψη επιπλοκών.

12. Ετοιμασία της άρρωστης για ακτινοβολία (προφυλακτικά) με ακτίνες Rontgen ή ραδιενεργό κοβάλτιο-60.

13. Σχεδιασμός εξόδου από το νοσοκομείο □ Διδασκαλία.

- Η ολική υστερεκτομή προκαλεί εμμηνόπαυση και στειρότητα.
- Επεξήγηση της σπουδαιότητας της ορμονικής αντικατάστασης, αν η άρρωστη έχει υποβληθεί σε ολική υστερεκτομή με ωοθηκεκτομή/σαλπινγεκτομή.
- Παροχή συμβουλών στην άρρωστη:
 - Να αποφεύγει κατά την περίοδο της ανάρρωσης να σηκώνει βαριά αντικείμενα (για ένα μήνα μέχρι 6 εβδομάδες) ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, όπως οδήγηση ή άνοδο κλίμακας, για πρόληψη διάσπασης του τραύματος. Η οδήγηση αυτοκινήτου μπορεί να καθυστερήσει για 3 εβδομάδες, γιατί η απλή πίεση του πεντάλ του φρένου μπορεί να προκαλέσει ελαφρά ενόχληση στην κάτω κοιλιά.
 - Να ασκείται και να αποφεύγει το παρατεταμένο κάθισμα, όπως κατά την οδήγηση μεγάλων αποστάσεων, εξαιτίας της πιθανότητας να λιμνάσει το αίμα στην πύελο και να δημιουργηθούν θρομβοεμβολές.
 - Να αποφεύγει τη συνουσία για 6-8 εβδομάδες μετά την υστερεκτομή.
 - Παροχή επεξηγήσεων στην άρρωστη ότι η κοιλιακή έκκριση, που παρατηρείται μετά την υστερεκτομή και έχει ένα καφεοειδές χρώμα, είναι φυσιολογική και ότι η ποσότητά της θα μειωθεί προοδευτικά και τελικά θα σταματήσει.
 - Ενημέρωση της άρρωστης για πιθανή εμφάνιση «αισθήματος κόπωσης» κατά τις πρώτες ημέρες μετά την επιστροφή της στο σπίτι. Γι' αυτόν το λόγο, δεν θα πρέπει να προγραμματίσει πολλές δραστηριότητες την πρώτη εβδομάδα.
 - Βοήθεια της άρρωστης στο σχεδιασμό ενός προγράμματος οικιακών δραστηριοτήτων, που θα είναι σε θέση να πραγματοποιήσει μέσα σε ένα μήνα. Μετά από 2 μήνες θα αισθάνεται τον εαυτό της φυσιολογικό.
 - Έμφαση για ανάληψη των επαγγελματικών της δραστηριοτήτων μόνο με οδηγία του γιατρού. Θα εξαρτηθεί βέβαια από το είδος της εργασίας, τις ανάγκες για εργασία κλπ.
 - Ενημέρωση της άρρωστης να μην αποθαρρύνεται αν κατά διαστήματα, κατά την περίοδο της ανάρρωσης, αισθάνεται κατάθλιψη, εκδηλώνει διάθεση να φωνάζει και φαίνεται ασυνήθιστα νευρική. Οι εκδηλώσεις αυτές εμφανίζονται συχνά, αλλά δεν διαρκούν πολύ.
 - Τονισμός της σπουδαιότητας του υπερσιτισμού, της παρακολούθησης του βάρους του σώματος και του ανά τρίμηνο κλινικοεργαστηριακού ελέγχου για πέντε χρόνια.⁷

3.1.3 Καρκίνος του μαστού

Νοσηλευτική φροντίδα

Εκτίμηση της κατάστασης της άρρωστης

Ιστορικό υγείας

- Ηλικία
- Επάγγελμα
- Συζυγική κατάσταση
- Οικογενειακό ιστορικό
- Προηγούμενη πάθηση μαστού
- Ιστορικό λήψης αντισυλληπτικών
- Πρόσφατος θηλασμός
- Διαιτητικές συνήθειες.

Φυσική κατάσταση

Η εξέταση μαστού θα αποκαλύψει

- Ορώδη η αιματηρή έκκριση
- Ανώδυνο, σκληρό, μη κινητό ογκίδιο
- Ερυθρότητα, υπεραιμία, ανομοιόμορφο οίδημα
- Εισολκή δέρματος πάνω από τη μάζα.

Διαγνωστικές εξετάσεις

- Μαστογραφία
- Θερμογραφία
- Ξηρογραφία
- Υπερηχογράφημα
- Διαφανοσκόπηση
- Φλεβογραφία
- Σπινθηρογράφημα
- Βιοψία
- Ακτινολογικός έλεγχος.

Προβλήματα της άρρωστης

- Ψυχολογικά προβλήματα
- Μεταβολή σωματικού ειδώλου
- Προβλήματα σχέσεων με οικογένεια και σύζυγο
- Προβλήματα χρονιότητας της νόσου
- Προβλήματα από μεταστάσεις του καρκίνου.

Σκοποί της φροντίδας

→ Άμεσοι

- Βοήθεια να αποδεχθεί η άρρωστη τη διάγνωση του καρκίνου και την απώλεια του μαστού
 - Ελαχιστοποίηση αγωνίας και άγχους
- Μακροπρόθεσμοι
- Βοήθεια άρρωστης και οικογένειας να αποδεχθούν την πραγματικότητα
 - Μείωση κινδύνου υποτροπής της νόσου.

Παρέμβαση

→ Προεγχειρητική παρέμβαση

- Αναζήτηση της καλύτερης φυσικής και ψυχολογικής προσέγγισης για ετοιμασία της άρρωστης για το χειρουργείο
- Διδασκαλία άρρωστης και οικογένειας σχετικά με τα είδη των χειρουργικών επεμβάσεων, την εμφάνιση του θώρακα μετά την αφαίρεση του μαστού, τα συναισθήματα μετά την μαστεκτομή, τον πόνο, τη δραστηριότητα και τη διορθωτική πλαστική του μαστού
- Βοήθεια οικογένειας να εκφράσει τα συναισθήματα, τους φόβους και τις ανησυχίες της.

→ Μετεγχειρητική παρέμβαση

- Εκτίμηση αρτηριακής πίεσης και σφυγμού
- Χορήγηση αναλγητικών για ανακούφιση από τον πόνο
- Ενθάρρυνση αλλαγής θέσης και βαθιών αναπνοών για πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών
- Έλεγχος της επίδεσης του τραύματος
- Πρόληψη της λοίμωξης
- Σχεδιασμός για έξοδο από το νοσοκομείο.¹⁷

3.1.4 Άσθμα

Νοσηλευτική φροντίδα άσθματος

Ιστορικό υγείας

- Οικογενειακό ιστορικό άσθματος
- Συγκινησιακό ιστορικό αρρώστου
- Χρόνος κατά την διάρκεια του 24ωρου και εποχή που παρουσιάζεται ο παροξυσμός
- Σχέση παροξυσμού με φυσική άσκηση
- Παράπονα αρρώστου για ξαφνικό βήχα και αίσθημα σφιξίματος στο θώρακα, που ακολουθείται από βραδεία, κοπιώδη ασθματική αναπνοή

Φυσική κατάσταση

Πρώιμα σημεία και συμπτώματα

- Βαθμιαία εκδήλωση με ρινική συμφόρηση και πταρμό
- Συριγμός στην εκπνοή
- Άγχος και ανησυχία
- Μεταβολή ζωτικών σημείων
- Εφίδρωση
- Βήχας.

Διαγνωστικές εξετάσεις

- Τεστ ευαισθησίας, ανάλογα με το τι θα αποκαλύψει το ιστορικό
- Ακτινογραφία θώρακα κατά τη διάρκεια οξέων επεισοδίων, μπορεί να δείξει υπεραερισμένους πνεύμονες και επίπεδο διάφραγμα
- Εξετάσεις πτυέλων και αίματος για ηωσινόφιλα
- Επίπεδα IgE ορού, σε αλλεργικό άσθμα
- Πτύελα: διαυγή και αφρώδη η παχύρρευστα και λευκά
- Αέρια αρτηριακού αίματος
- Δοκιμασίες πνευμονικής λειτουργίας

Στη θεραπεία του άσθματος χρησιμοποιούνται πέντε κατηγορίες φαρμάκων α. βητα-συναγωνιστες β. μεθυλξανθινες γ. αντιχολινεργικα δ. κορτικοστεροειδη και ε. αναστολείς ιστικών βασεόφιλων.

3.1.5 Προβλήματα του αρρώστου με χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο

1. Ανεπαρκές οξυγόνο, που σχετίζεται με την ανισότητα αερισμού-αιμάτωσης
2. Ανισοζύγιο νερού και διαταραχή οξεοβασικής ισορροπίας
3. Θρεπτικό ανισοζύγιο
4. Ενεργειακό ανισοζύγιο
5. Προβλήματα απέκκρισης
6. Μείωση ασφάλειας
7. Μείωση άνεσης
8. Μείωση δραστηριοτήτων.

Σκοποί της φροντίδας αρρώστου με ΧΑΠΝ

- Βελτίωση ανταλλαγής αερίων
- Προαγωγή καθαρισμού του αεραγωγού
- Βελτίωση αναπνευστικού προτύπου
- Βελτίωση ανοχής δραστηριότητας
- Πρόληψη βρογχοπνευμονικών λοιμώξεων
- Διατήρηση θρεπτικού και άλλων ισοζυγίων
- Ετοιμασία αρρώστου για αυτοφροντίδα στο σπίτι
- Διδασκαλία για μέτρα υποτροπών.

Παρέμβαση

- Χορήγηση βρογχοδιασταλτικών, σύμφωνα με ιατρική οδηγία
- Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας θεραπειών με μίνι-νεφελοποιητή η IPPB: μείωση δύσπνοιας, συριγμού, τριγμών και άγχους
- Χορήγηση οξυγόνου με μάσκα Venturi, με χαμηλό ρυθμό ροής για αποφυγή νάρκωσης με CO₂
- Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας οξυγονοθεραπείας με συχνό προσδιορισμό αερίων αίματος και παρακολούθηση του αρρώστου για σημεία υποξίας
- Ενυδάτωση αρρώστου για διατήρηση ρευστών εκκρίσεων και για αναπλήρωση απωλειών
- Χορήγηση βλεννολυτικών και αποχρεμπτικών φαρμάκων
- Θετική παροχέτευση με πλήξεις και δονήσεις, σύμφωνα με το θεραπευτικό σχήμα
- Χορήγηση αντιβιοτικών σύμφωνα με την ιατρική οδηγία

- Διδασκαλία αρρώστου για τεχνική διαφραγματικής αναπνοής και αναπνοής με σουρωμένα χείλη, και για το συντονισμό τους με τις δραστηριότητές του
- Υιοθέτηση ελπιδοφόρας και ενθαρρυντικής θέσης απέναντι στον άρρωστο
- Ενθάρρυνση του αρρώστου να παραμείνει δραστήριος ως το επίπεδο που μπορεί και ανέχεται τα συμπτώματα
- Βοήθεια του αρρώστου να αντιμετωπίσει την κατάστασή του
- Διδασκαλία αρρώστου να αποφεύγει βρογχικά ερεθίσματα, όπως κάπνισμα, σπρέι, ακραίες θερμοκρασίες και καπνούς.¹³

3.1.6 Νοσηλευτική φροντίδα καταθλιπτικού ασθενούς

Η νοσηλευτική έχει την αποστολή να βοηθήσει τον καταθλιπτικό ασθενή στην προσπάθεια να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση, να ξαναβρεί την ζωτικότητα και την αγάπη για τη ζωή, να αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες

Τρεις ομάδες αναγκών

1. Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας.
2. Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν την νοσηλεία, θεραπεία και την προετοιμασία να βγει από το νοσοκομείο.
3. Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειάς του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της.¹⁸

3.1.7 Καρκίνος του προστάτη

Νοσηλευτική φροντίδα

Εκτίμηση κατάστασης του αρρώστου

Ιστορικό υγείας

- Φυλή ,ηλικία
- Οικογενειακό ιστορικό καρκίνου-χρόνος τελευταίας ούρησης
- Δυσκολία στην έναρξη και διατήρηση ροής ούρων
- Συχνότητα ούρησης
- Αιματουρία
- Αίσθημα δυσχέρειας στο περίνεο και το ορθό.

Φυσική εκτίμηση

- Διάταση κύστης
- Δύσπνοια και βήχας μπορεί να υποδηλώνουν μετάσταση στο πνεύμονα
- Ωχρότητα, απώλεια βάρους

Διαγνωστικές εξετάσεις

- Προστατική βιοψία
- Κυστεοσκόπηση και ενδοφλέβια ουρογραφία
- Απεκκριτική κυστεογραφία
- Οστικός ακτινολογικός έλεγχος
- ΗΚΓ
- Λειτουργικές δοκιμασίες νεφρών
- Προσδιορισμοί ηλεκτρολυτών ορού
- Μικροσκοπική εξέταση ούρων
- Ομάδα αίματος και διασταύρωση.

Προβλήματα του αρρώστου

- Πιθανή σεξουαλική δυσλειτουργία που έχει σχέση με ριζική χειρουργική και εξωτερική ακτινοθεραπεία
- Μείωση δραστηριοτήτων.

Σκοποί της φροντίδας

Παρέμβαση

Χειρουργική επέμβαση

→ Είδη επεμβάσεων: Ριζική εκτομή του προστατικού αδένος αφαιρείται όλος ο αδένος, η κάψα, οι σπερματοδόχες κύστες και οι παρακείμενοι ιστοί. Συχνότερα χρησιμοποιείται περινεϊκή και οπισθοθηβική προσέγγιση.

Προεγχειρητική φροντίδα

- Μείωση αγωνίας με ανύψωση ηθικού του αρρώστου και εγκατάσταση καλών σχέσεων αρρώστου-νοσηλεύτη
- Ενθάρρυνση παροχής υποστήριξης από μέλη της οικογένειας

- Διδασκαλία που αφορά την ψυχολογική και φυσική ετοιμασία για την επέμβαση
- Διδασκαλία που αφορά άμεσες και μακροπρόθεσμες μετεγχειρητικές προσδοκίες και δραστηριότητες

Μετεγχειρητική φροντίδα

- Παρακολούθηση γαζών για εκτίμηση παροχέτευσης
- Αποφυγή μετατόπισης του ουρηθρικού καθετήρα
- Ενθάρρυνση αρρώστου να εκτελεί ασκήσεις περίνεου
- Υποστήριξη αρρώστου που υποβάλλεται σε ακτινοθεραπεία.

Παρηγορητική θεραπεία

- Ακτινοθεραπεία για ανακούφιση πόνου οστών από μεταστάσεις
- Ορμονικός χειρισμός
- Αμφοτερόπλευρη ορχεκτομή
- Θεραπεία με οιστρογόνα, αντιανδρογόνα ή συνθετικά ανάλογα της ορμόνης του υποθαλάμου LHRH. Η θεραπεία με οιστρογόνα προκαλεί καρδιαγγειακές ανεπιθύμητες ενέργειες και γυναικομαστία
- Συνδυασμός των δυο θεραπειών
- Χημειοθεραπεία σε προχωρημένο προστατικό καρκίνο
- Ανακούφιση πόνου οστών .

Νοσηλευτική παρέμβαση

1. Χορήγηση ορμονών σύμφωνα με την οδηγία
 - Περιορισμός Na
 - Χορήγηση K
2. Παρακολούθηση για σημεία ορμονικών διαταραχών
 - Εκδηλώσεις από το καρδιαγγειακό
 - Ευαισθησία και διόγκωση μαστών
3. Χορήγηση χημειοθεραπευτικών και παρακολούθηση για ανεπιθύμητες ενέργειες
4. Υποστήριξη, ενθάρρυνση και ανύψωση ηθικού του αρρώστου
5. Βοήθεια του αρρώστου να δει τις θετικές πλευρές της ζωής του
6. Παραπομπή για επαγγελματική και σεξουαλική συμβουλευτική
7. Μετά εκτομή των όρχεων, βοήθεια να ξανακτίσει αυτοεκτίμηση και θετικό σωματικό ειδώλο.¹³

3.1.8 Αιμοκάθαρση

Νοσηλευτική φροντίδα νεφροπαθών

Όταν νοσηλεύετε ασθενή με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια φροντίστε να μην καταστρέψετε (γενικά από χρήση) το φλεβικό του δίκτυο στα άνω άκρα του διότι αυτό θα του χρειαστεί για τη δημιουργία αρτηριοφλεβικής αναστόμωσης (φίστουλα). Βάλτε τον ορό στις φλέβες της ραχιαίας επιφάνειας των χεριών του, αν αυτό είναι δυνατό, διότι έτσι εξυπηρετείτε την μακρόχρονη επιβίωσή του. Τα αντιόξινα που χρησιμοποιούνται ως δεσμευτικά του φωσφόρου δεν είναι λογικό να χορηγούνται πρωί - μεσημέρι - βράδυ και μάλιστα εκτός γευμάτων, διότι τότε η προσφορά τους είναι ασήμαντη. Άρα η οδηγία για την λήψη τους θα είναι σαφής. Θα λαμβάνετε ένα ή δύο ή όσα πρέπει χάπια στο μέσον κάθε γεύματος και αν πρέπει να λάβει ο ασθενής και επιπλέον δόσεις μεταξύ των γευμάτων το αναφέρετε και αυτό με σαφήνεια. Το κάθε 8 ώρες ή πρωί - μεσημέρι - βράδυ είναι πολύ λαθεμένη οδηγία για τα φάρμακα αυτά. Είναι σα να μην τα παίρνει. Η καθημερινή επαφή με τους νεφροπαθείς δημιουργεί συνθήκες γνώσης της ζωής του και των προβλημάτων του. Πολλές φορές η έλευση του ασθενούς στη μονάδα αποτελεί ένα παράθυρο επικοινωνίας με τον έξω κόσμο. Μιλώντας με τον ασθενή που πλέον τον γνωρίζεται μπορεί να φανείτε χρήσιμοι ως νοσηλευτές, φίλοι και άνθρωποι. Μπορεί κάποια μέρα να θελήσει να μοιραστεί μαζί μας κάτι για να απαλύνει τον πόνο του, μπορεί να θελήσει τη γνώμη σας. Μην τον αποκλείετε και να είστε θετικοί σε ένα τέτοιο ενδεχόμενο. Η ψυχική σφαίρα του χρόνιου ασθενή δεν είναι και η καλύτερη και χρειάζεται αυτός σχεδόν πάντοτε υποστήριξη ψυχολογική. Είναι πολύ σημαντικό να είναι ευχαριστημένος στο χώρο της αιμοκάθαρσης ο νεφροπαθής και να έρχεται σ' αυτόν με θετική διάθεση. Το υποτασικό επεισόδιο είναι συχνό στη διάρκεια της συνεδρίας αιμοκάθαρσης και οφείλεται συνήθως στη γρήγορη αφαίρεση των επί πλέον υγρών που έφερε ο ασθενής. Στην αρχή έναν τέτοιο ασθενή τον βλέπετε να χασμουριέται, να λέει ότι αισθάνεται ένα τράβηγμα στη μέση του και να έχει τάση για εμετό. Στη συνέχεια τον βλέπετε να ιδρώνει και να έχει ταχυκαρδία. Σε τέτοιες περιπτώσεις αν αντιληφθείτε κάπως αργά το επεισόδιο μετρώντας την πίεσή του θα δείτε ότι δεν είναι χαμηλή. Ωστόσο αυτό δεν παύει να είναι ένα υποτασικό επεισόδιο, το οποίο κατά ένα μέρος αντιμετώπισε ο οργανισμός του με τη βοήθεια της αδρεναλίνης του. Βάλτε τον ασθενή σε θέση Trendeleburg (κεφάλι πιο κάτω από το υπόλοιπο σώμα επικλινώς), δώστε ορό, μειώστε τη ροή του αίματος και καλέστε το γιατρό σας. Αν διαπιστώσετε

ότι για κάποιο λόγο η παροχή αίματος προς το φίλτρο από έναν καθετήρα ή μία φίστουλα δεν είναι ικανοποιητική, αναφέρατε το στο γιατρό σας. Αυτό σημαίνει πλημμυρή καθαρή και αθροιστικά είναι κακό για την επιβίωση του ασθενή. Συμβαίνει αρκετά συχνά να μην τηρείται το διαιτολόγιο που αναφέρεται στην κάρτα του ασθενούς, διότι δεν έδωσε σημασία η/ο διαιτολόγος ή διότι κάτι δεν τηρήθηκε στη διαδικασία εφαρμογής της οδηγίας. Άσχετα με το αίτιο φανταστείτε πόσο σημαντικό πρόβλημα δημιουργεί η δίαιτα που περιέχει λίπος σε έναν ασθενή με λιθίαση χοληδόχου και παγκρεατίτιδα, όταν ενώ ο γιατρός ζήτησε άλιπο δίαιτα και για κάποιο λόγο ο ασθενής τρώσει το πρωί βούτυρο με μέλι, το μεσημέρι σούπα (γιουβαρλάκια ή κρεατόσουπα). Όπως γνωρίζεται οι λιπαρές τροφές συσπύουν την χοληδόχο κύστη και βοηθούν τις πέτρες να μετακινηθούν προς τον πόρο και άρα μπορούν έτσι να χειροτερέψουν το ήδη υπάρχον πρόβλημα. Φροντίστε ώστε όταν ο ασθενής φέρει κυστικό καθετήρα κα ουροσυλέκτη να μην σηκώνετε ποτέ τον τελευταίο πάνω από το επίπεδα της ουροδόχου κύστεως, διότι με τον τρόπο αυτό επιστρέφουν τα ούρα, τα οποία μπορεί και να είναι μολυσμένα. Να αποφεύγουμε όποτε μπορούμε τις φλεβοκεντήσεις στον πήχη και στα χέρια ασθενών με προχωρημένη ΧΝΑ, διότι οι φλέβες αυτές πρέπει να προστατεύονται για τη δημιουργία στο μέλλον φίστουλα. Η διάρκεια της καθαρής ανά συνεδρία δεν πρέπει να είναι σε καμία περίπτωση κάτω από 4 ώρες την φορά (3 φορές την εβδομάδα), εκτός κι αν υπάρχει σημαντική υπολειπόμενη νεφρική λειτουργία (η οποία πρέπει να εκτιμάται κάθε τρίμηνο). Όσοι κάνουν 3,5 ώρες καθαρή τρεις φορές την εβδομάδα έχουν διπλάσιο κίνδυνο για θάνατο σε σχέση μ' αυτούς που κάνουν 4 ώρες τρεις φορές την εβδομάδα.¹⁹

3.1.9 Νόσος του Alzheimer

Νοσηλευτική φροντίδα

1. Εξετάστε την καλή φυσική κατάσταση του ασθενούς

α. να χορηγείτε και να ελέγχετε τη φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις οδηγίες γιατρού.

β. προωθήστε την προσωπική υγιεινή και την εμφάνιση του ασθενούς

γ. διασφαλίστε την επαρκή διατροφή και ενυδάτωση

δ. βεβαιωθείτε για τη σωματική ασφάλεια.

- Παρέχεται συνεχή παρατήρηση στη διάρκεια των περιόδων οξυθυμίας

- Ελέγξτε το δωμάτιο του ασθενούς έτσι ώστε να μην περιέχει αντικείμενα που είναι πιθανή να τον τραυματίσουν.

- Βεβαιωθείτε ότι τα μέτρα ασφαλείας που τίθενται μπορούν να προλάβουν ή να εμποδίσουν την άσκοπη περιπλάνηση και την πρόκληση να σωματικών βλαβών στον ασθενή.

2. Προάγεται την γνωστή μνημονική λειτουργικότητα.

- Να προσανατολίζεται συνεχώς τον ασθενή στο χώρο, το χρόνο την κατάσταση και τα πρόσωπα

- Διατηρείται σωστό φωτισμό στο δωμάτιο του ασθενούς

- Ελέγχεται αν ο ασθενής φορά γυαλιά, τα ακουστικά ή άλλα εξαρτήματα που του είναι απαραίτητα και προάγουν στην αντιληπτική του ικανότητα.

- Αφήστε μπροστά του ένα ημερολόγιο και ένα ρολόι

- Ο ασθενής πρέπει να έρχεται σε επαφή όσο αυτό είναι δυνατόν με τα ίδια μέλη του προσωπικού, προκειμένου να το βοηθήσουμε να αποκτήσει τον προσανατολισμό του.

- Μη δοκιμάζεται την μνήμη του ασθενούς ή άλλες γνωστικές του δυνατότητες, αν δεν είναι απολύτως απαραίτητο.

- Αφήστε τον ασθενή να ασκεί τον έλεγχο και να παίρνει αποφάσεις όταν θα είναι σε θέση να το κάνει.

3. Προωθήστε την αποτελεσματική επικοινωνία

- Να δίνεται ξεκάθαρες εντολές και οδηγίες.. Να τα επαναλαμβάνετε ανάλογα με τις ανάγκες, και όσο μπορείτε να χρησιμοποιείτε τις ίδιες λέξεις κάθε φορά.

- Το σώμα σας πρέπει να βρίσκεται μπροστά από τον ασθενή και να του μιλάτε με αργό ρυθμό.

- Αγγίζετε τον ασθενή μόνο όταν του το πείτε.

- Αν ο ασθενής παρουσιάσει οξυθυμία κατά τη διάρκεια της συζήτησης, αλλάξτε το θέμα.

- Μην διαφωνείτε με τον ασθενή για τις παραισθήσεις και τις ψευδαισθήσεις αλλά και μην συμφωνείτε ότι είναι πραγματικές. Μη ζητάτε από τον ασθενή να μιλήσει περισσότερο για αυτές.

- Επιτρέψτε στον ασθενή να εκφράσει τους φόβους και το άγχος του.

4. Προσφέρετε στον ασθενή και στην οικογένεια του συγκεκριμένη εκπαίδευση

- Όταν είναι δυνατόν, δώστε στον ασθενή εξηγήσεις αναφορικά με την περίπτωση του.

- Εκπαιδεύστε τα μέλη της οικογένειας σχετικά με τη φροντίδα του ασθενούς
- Ενισχύστε τις εξηγήσεις του γιατρού σχετικά με τα αίτια και την πρόγνωση.
- Για έναν ασθενή με προοδευτική άνοια, κάντε μια ανασκόπηση των αναγκών του μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο ,όπως τα φάρμακα και τα μέτρα προφύλαξης και ασφάλειας. Βεβαιωθείτε ότι η οικογένεια του γνωρίζει διάφορες κοινωνικές πηγές στις οποίες μπορεί να απευθυνθεί για βοήθεια και τότε μπορεί να απευθυνθεί σ' αυτές,¹⁵

4.1 Γιατί Δημιουργήθηκαν Τα Κ.Α.Π.Η

Σκοπός του Κ.Α.Π.Η.

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων τα γνωστά μας ΚΑΠΗ, στη χώρα μας είναι μοναδικές Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για τους Ηλικιωμένους, και αποτελούν ιατροκοινωνικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο (κοινότητα) Ασχολείται σφαιρικά με τον "υγιή" ηλικιωμένο άνθρωπο με βάση την διακήρυξη της ΠΟΥ ότι η ΥΓΕΙΑ δεν είναι η απουσία από την νόσο αλλά η σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία του ατόμου. Λέγοντας σφαιρικά εννοούμε την βιο-ψυχο-κοινωνική οντότητα του ηλικιωμένου ανθρώπου.

Σκοπός του ΚΑΠΗ είναι να παρέχει υπηρεσίες για την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αναγκών τους με στόχο ο ηλικιωμένος "πελάτης" να παραμείνει αυτόνομο, ισότιμο και ενεργό μέλος του κοινωνικού συνόλου. Παράλληλα ως υπηρεσία ενημερώνει και συνεργάζεται, με ειδικούς φορείς σχετικά με τις ανάγκες και τα προβλήματα του ηλικιωμένου.

Πραγματοποιεί ειδικές έρευνες σχετικά με οποιαδήποτε πρόβλημα υγείας ή κοινωνικής συμπεριφοράς της τρίτης ηλικίας και στηρίζει τον θεσμό της οικογένειας, δίνοντας την δυνατότητα παραμονής του ηλικιωμένου στο φυσικό (οικογενειακό) του περιβάλλον.

4.2 Η στελέχωση του Κ.Α.Π.Η

Οι ειδικότητες που στελεχώνουν το ΚΑΠΗ και ασχολούνται με την υγεία των ηλικιωμένων στην πρόληψη ή στην αποκατάστασή είναι οι εξής:

1. Νοσηλευτές-τριες
2. Επισκέπτες-πτριες Υγείας
3. Εργοθεραπευτές
4. Φυσιοθεραπευτές
5. Κοινωνικοί Λειτουργοί (στο επίπεδο κοινωνικής ή ψυχικής υγείας)

Από τις παραπάνω ειδικότητες, οι επαγγελματίες υγείας καθώς και οι οικογενειακοί βοηθοί αποτελούν την βασική ομάδα του ΚΑΠΗ.

4.3 Ο Ρόλος του Επαγγελματία Υγείας Στο Κ.Α.Π.Η.

Οι επαγγελματίες υγείας που δουλεύουν στο Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων(υπηρεσία ΠΦΥ) τόσο οι Νοσηλευτές-τριες όσο και οι Επισκέπτες-τριες Υγείας έχουν σαν κύριες δραστηριότητες:

1. Πρόληψη
2. Αγωγή Υγείας
3. Νοσηλεία

Η κάθε μια από αυτές τις δραστηριότητες έχει συγκεκριμένους αντικειμενικούς σκοπούς οι οποίοι εξατομικεύονται για τον κάθε ηλικιωμένο (εξατομικευμένη φροντίδα) και για τον κάθε τομέα εργασίας.

Έτσι λοιπόν οι επαγγελματίες υγείας (Νοσηλευτές-τριες - Επισκέπτες-τριες Υγείας) συμβάλλουν από κοινού στο σχεδιασμό, την εφαρμογή και αξιολόγηση της πρωτογενούς, δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης.

Η δράση τους περιλαμβάνει τους προληπτικούς εμβολιασμούς(αντιγριππικός εμβολιασμός, εμβόλιο κατά του πνευμονιόκοκκου κ.α), τον προσυμπτωματικό έλεγχο (screening test) π.χ. δερμοαντίδραση mantoux και βοηθάνε στην αποκατάσταση του ηλικιωμένου.

Συμβάλλουν στον σχεδιασμό και εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας όπου οι ηλικιωμένοι αντλούν σημαντικές πληροφορίες και με βάση αυτές μπορούν να αλλάξουν έξεις και συνήθειες. Βέβαια η αλλαγή σε αυτή την ηλικία είναι ένα δύσκολο κομμάτι άλλα όχι ακατόρθωτο εάν τα στοιχεία που τους δίνεις είναι σωστά δομημένα, κατανοητά και με πολλά παραδείγματα από την καθημερινή ζωή τους.

Μερικά από τα θέματα που ασχολείται η Αγωγή Υγείας είναι η υπέρταση και ο τρόπος ζωής, διατροφή και υγεία και πραγματοποιείται κατά άτομο ή κατά ομάδες (ομάδα υπέρτασικών, ομάδα διαβητικών, ομάδα καρδιοπαθών κ.α.). Πραγματοποιούν κατ' οίκον επίσκεψη και από κοινού προγραμματίζουν (νοσηλευτικές πράξεις-συμβουλευτική υγείας) την νοσηλεία όπου θα εφαρμοστεί για τον συγκεκριμένο ηλικιωμένο (εξατομικευμένη φροντίδα) έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί η περίπτωση μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον με την συμμετοχή της οικογένειας του για να επέλθει η δυνατή ανεξαρτοποίηση του (αυτοεξυπηρέτηση/αυτοφροντίδα).

Αποτελούν συνδετικό κρίκο της υπηρεσίας με την οικογένεια του ηλικιωμένου και ασκούν συμβουλευτική υγεία.

Παρέχουν Α' Βοήθειες, οργανώνουν και λειτουργούν το ιατρείο του Κ.Α.Π.Η. Συνεργάζονται άμεσα με τον ιατρό, την υπόλοιπη επιστημονική ομάδα καθώς και με τις ανάλογες υπηρεσίες όπως Νοσοκομεία, Δημοτικά ιατρεία, ΙΚΑ, Κ.Ψ.Υ., Διεύθυνση Υγιεινής κ.α. για να φέρουν εις πέρας το έργο τους. Τέλος συμμετέχουν σε ερευνητικά προγράμματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία.²⁰

4.4 Προσφορά των Κ.Α.Π.Η

Τα Κ.Α.Π.Η είναι ένας χώρος που βοηθάει άτομα τρίτης ηλικίας να μην αποξενώνονται και να έρχονται σε επαφή ο ένας με τον άλλο είτε πίνοντας καφέ και κουβεντιάζοντας είτε με διάφορες δραστηριότητες που οργανώνει το Κ.Α.Π.Η όπως: τμήμα εκμάθησης χορού, τμήμα γυμναστικής, εκδρομές σε όλη την Ελλάδα, διαγωνισμούς μαγειρικής, ομιλίες για θέματα υγείας κ.α.

Βέβαια τα Κ.Α.Π.Η εκτός από διασκέδαση προσφέρουν και πρόληψη αφού με την βοήθεια του γιατρού μπορεί να διαγνωστεί οποιοδήποτε πρόβλημα υπάρχει και ταλαιπωρεί τον ηλικιωμένο και φυσικά να αντιμετωπιστεί εγκαίρως

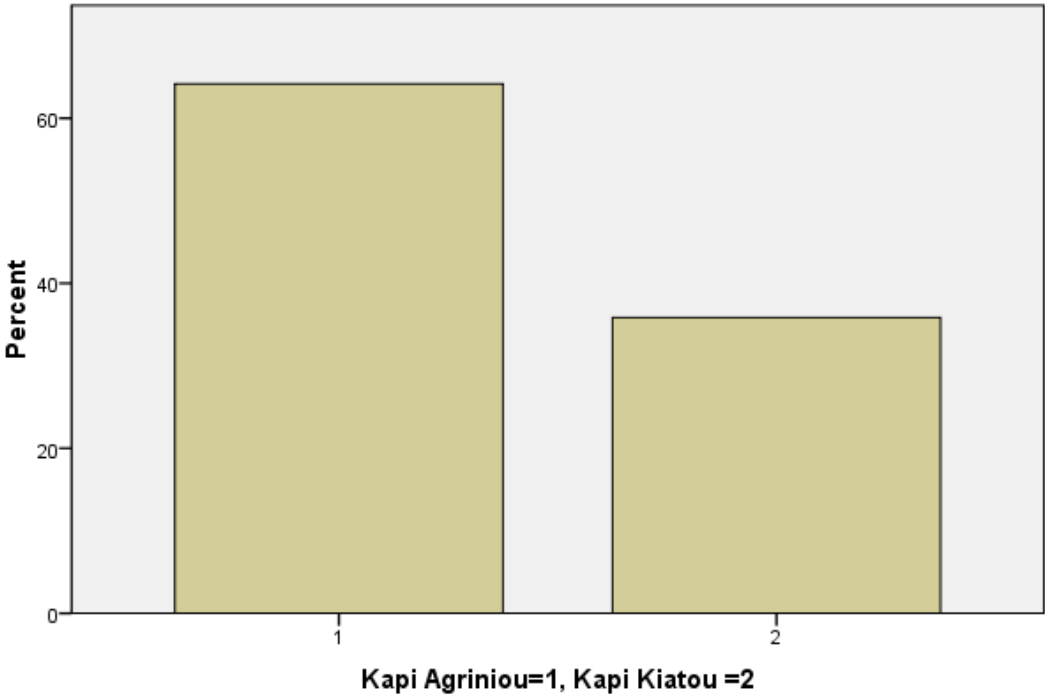
5.1 Υλικό και Μεθοδός

Σκοπός της εργασίας μας είναι να συσχετίσουμε την αυτό-εκτίμηση για την κατάσταση υγείας και του τρόπου αναψυχής σε άτομα τρίτης ηλικίας.

Η μελέτη έγινε σε άτομα τρίτης ηλικίας σε Κ.Α.Π.Η. του Αγρινίου και του Κιάτου.

Το δείγμα αυτό περιλαμβάνει άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω από αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο και το επάγγελμά τους. Συλλέχθηκαν 346 ερωτηματολόγια τα οποία είναι κλειστού τύπου, ανώνυμα για να μπορέσουν να απαντήσουν όσα περισσότερα άτομα γίνεται και περιέχει 32 ερωτήσεις. Η συλλογή έγινε εντός 6 μηνών δηλαδή από 1/03/09 έως 1/08/09.

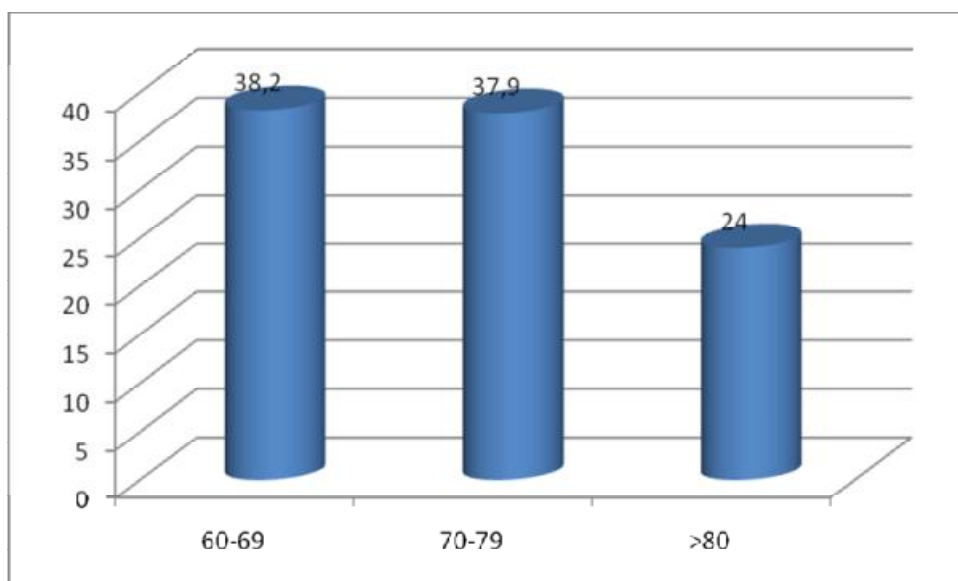
Kapi Agriniou=1, Kapi Kiatou =2



Ηλικία:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
60-69	132	38.2	38.2	38.2
70-79	131	37.9	37.9	76.0
>80	83	24.0	24.0	100.0
Σύνολο	346	100.0	100.0	

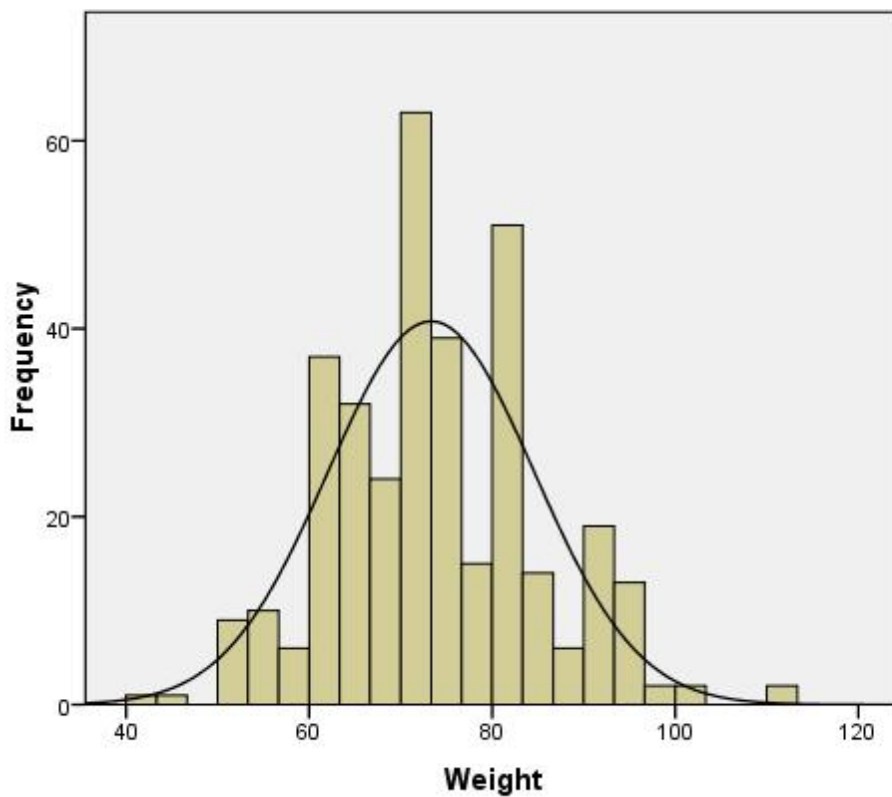
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι ηλικίας 60-69 με ποσοστό 38,2% ενώ με ποσοστό 37,9% έχουμε άτομα ηλικίας 70-79



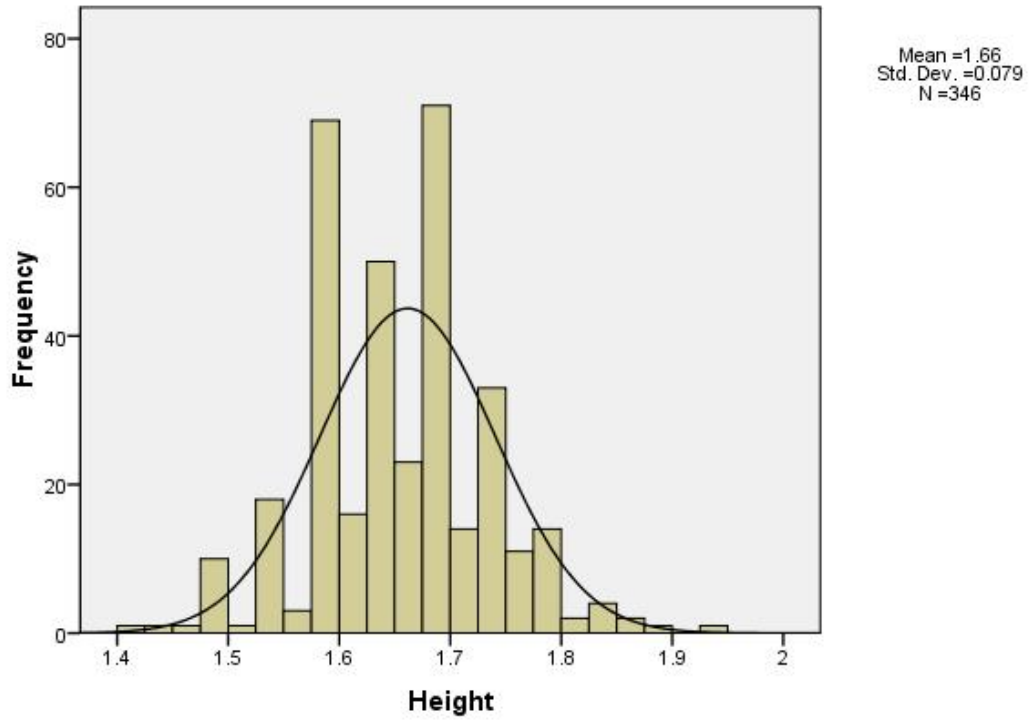
Statistics

	Βάρος	Ύψος	ΔΜΣ
Valid	346	346	346
Missing	0	0	0
Mean	73.32	1.66	26.54
Std. Error of Mean	.606	.004	.195
Median	72.25	1.66	25.95
Std. Deviation	11.279	.079	3.626
Variance	127.218	.006	13.151
Range	71	1	24
Minimum	42	1	16
Maximum	113	2	40

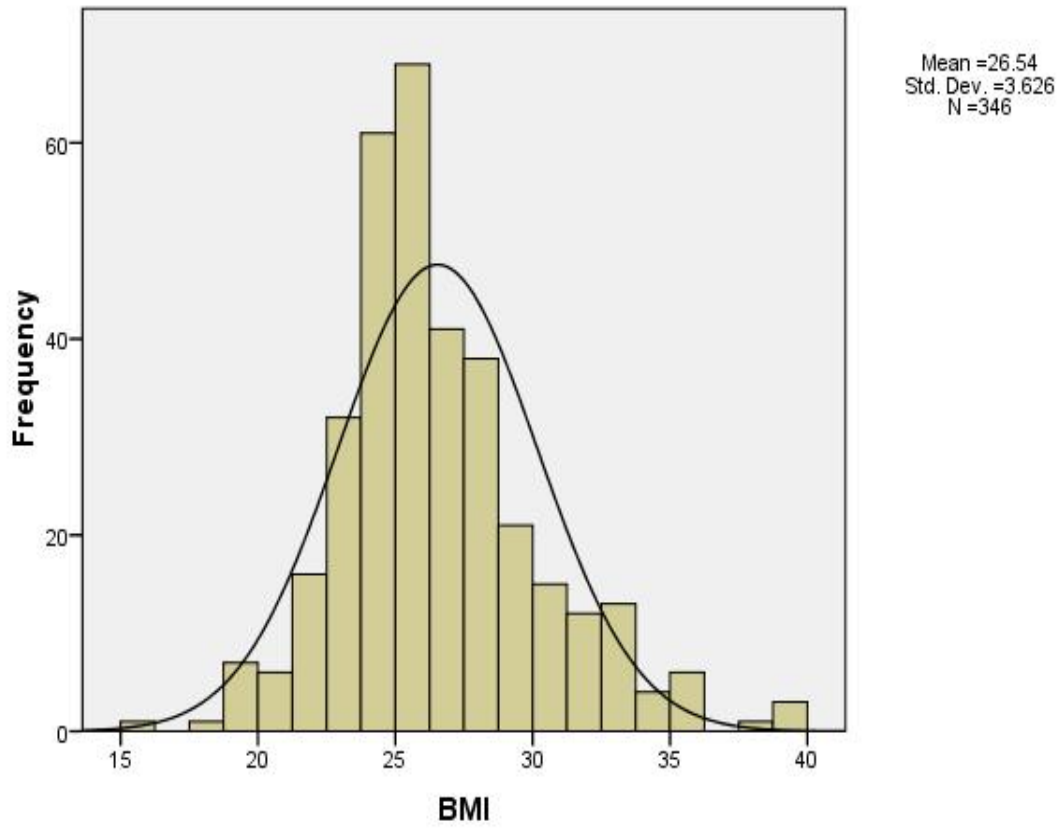
Weight



Height



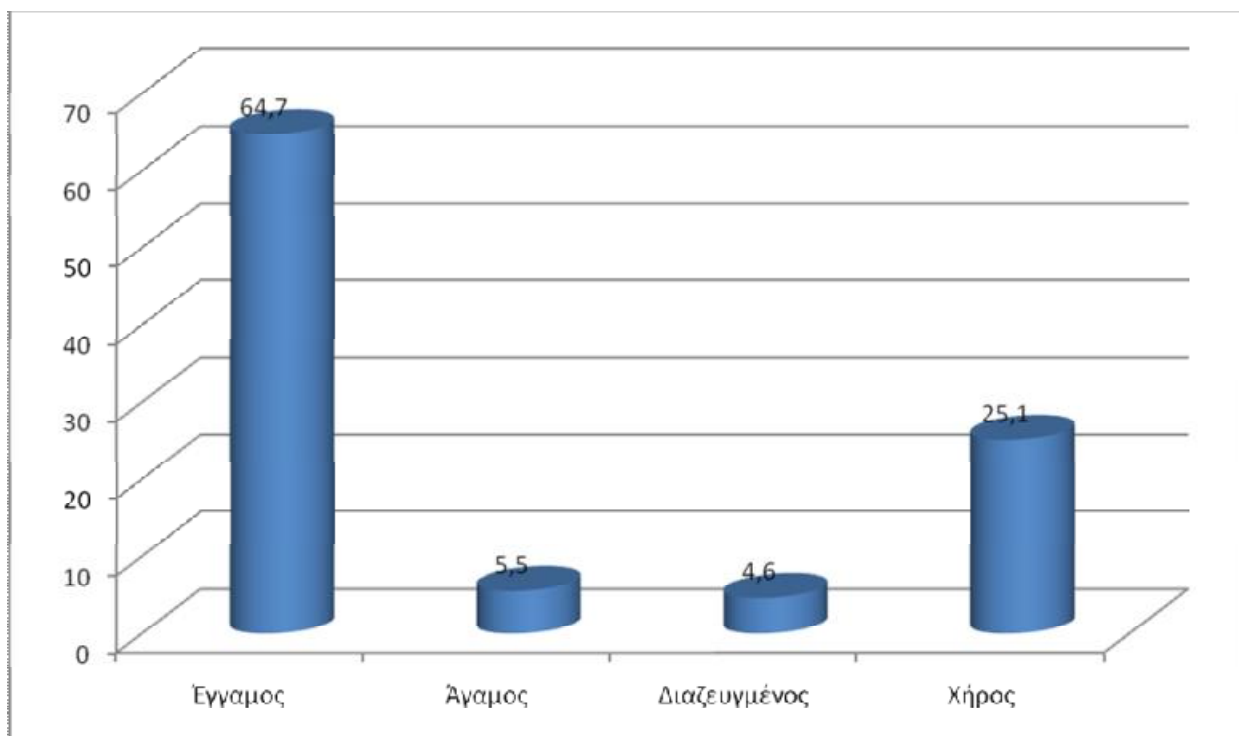
BMI



Οικογενειακή κατάσταση:

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Έγγαμος	224	64.7	64.7	64.7
Άγαμος	19	5.5	5.5	70.2
Διαζευγμένος	16	4.6	4.6	74.9
Χήρος	87	25.1	25.1	100.0
Σύνολο	346	100.0	100.0	

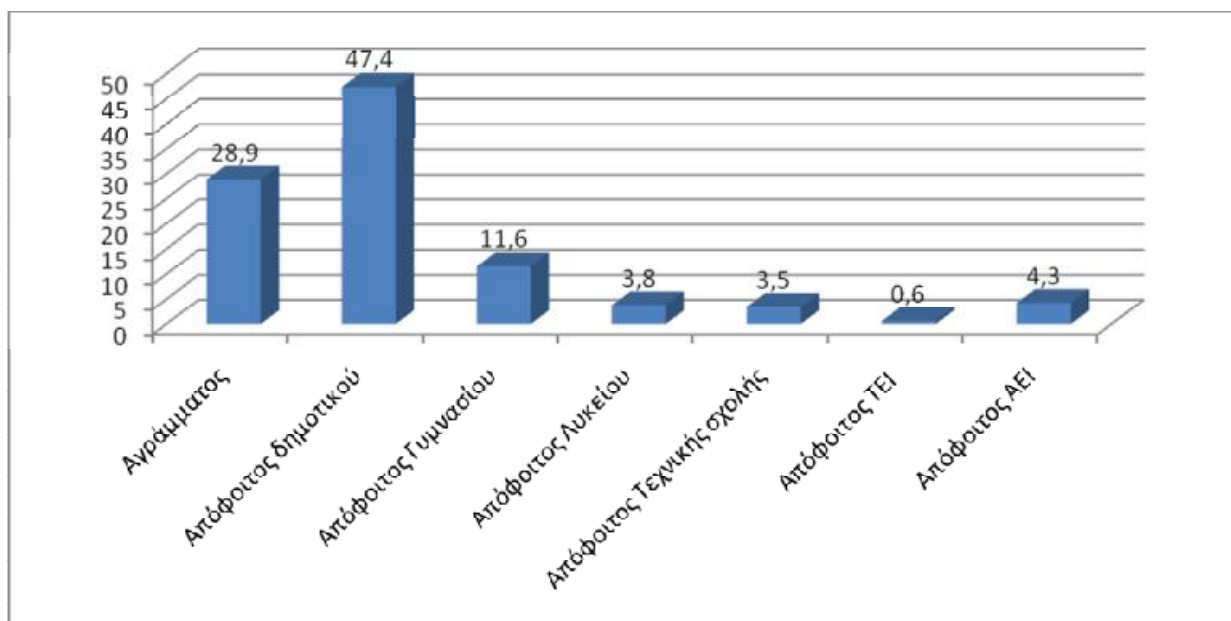
Η συντριπτική πλειοψηφία είναι έγγαμοι με ποσοστό 64,7% ενώ σε ποσοστό 25,1% έχουμε τους χήρους



Μορφωτικό επίπεδο:

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Αγράμματος	100	28.9	28.9	28.9
Απόφοιτος δημοτικού	164	47.4	47.4	76.3
Απόφοιτος Γυμνασίου	40	11.6	11.6	87.9
Απόφοιτος Λυκείου	13	3.8	3.8	91.6
Απόφοιτος Τεχνικής σχολής	12	3.5	3.5	95.1
Απόφοιτος ΤΕΙ	2	.6	.6	95.7
Απόφοιτος ΑΕΙ	15	4.3	4.3	100.0
Σύνολο	346	100.0	100.0	

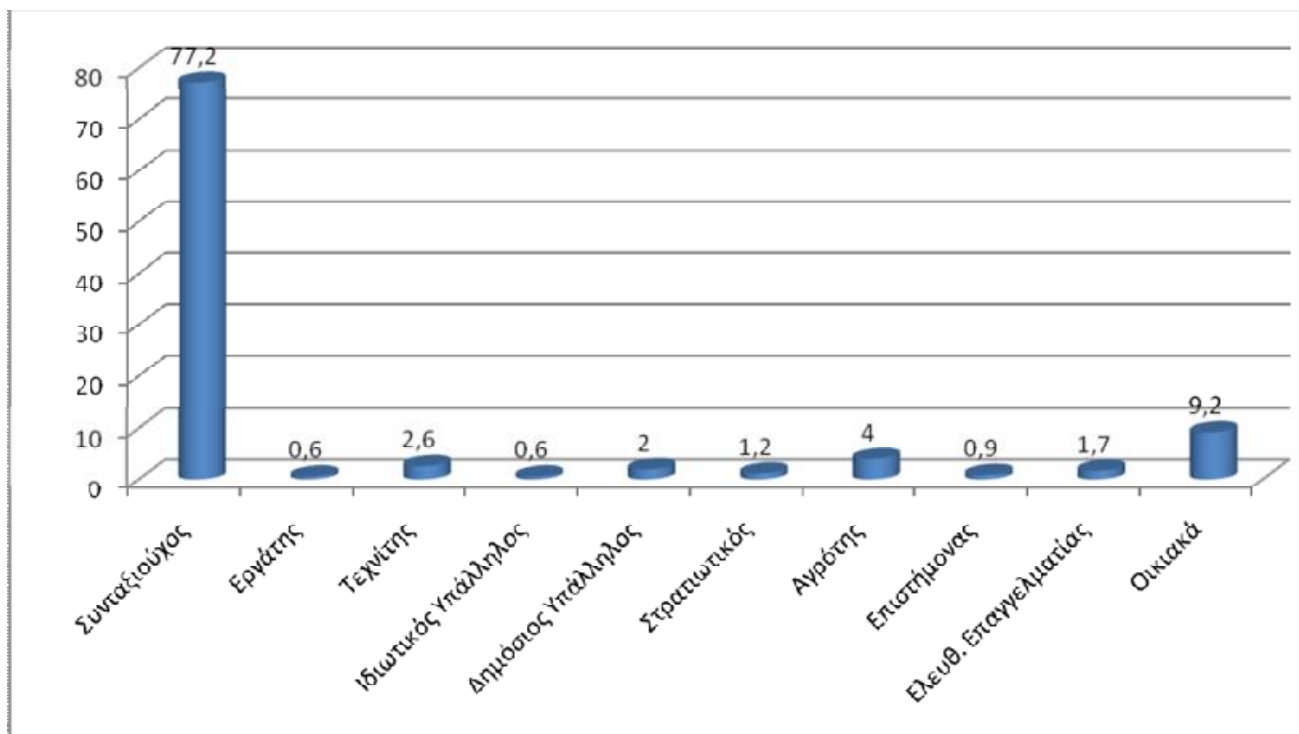
Το μεγαλύτερο ποσοστό έχει το μορφωτικό επίπεδο του δημοτικού με 47,4% ενώ με ποσοστό 28,9% έχουμε τους αγράμματους



Επάγγελμα:

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό
Συνταξιούχος	267	77.2	77.2	77.2
Εργάτης	2	.6	.6	77.7
Τεχνίτης	9	2.6	2.6	80.3
Ιδιωτικός Υπάλληλος	2	.6	.6	80.9
Δημόσιος Υπάλληλος	7	2.0	2.0	82.9
Στρατιωτικός	4	1.2	1.2	84.1
Αγρότης	14	4.0	4.0	88.2
Επιστήμονας	3	.9	.9	89.0
Ελευθ. Επαγγελματίας	6	1.7	1.7	90.8
Οικιακά	32	9.2	9.2	100.0
Σύνολο	346	100.0	100.0	

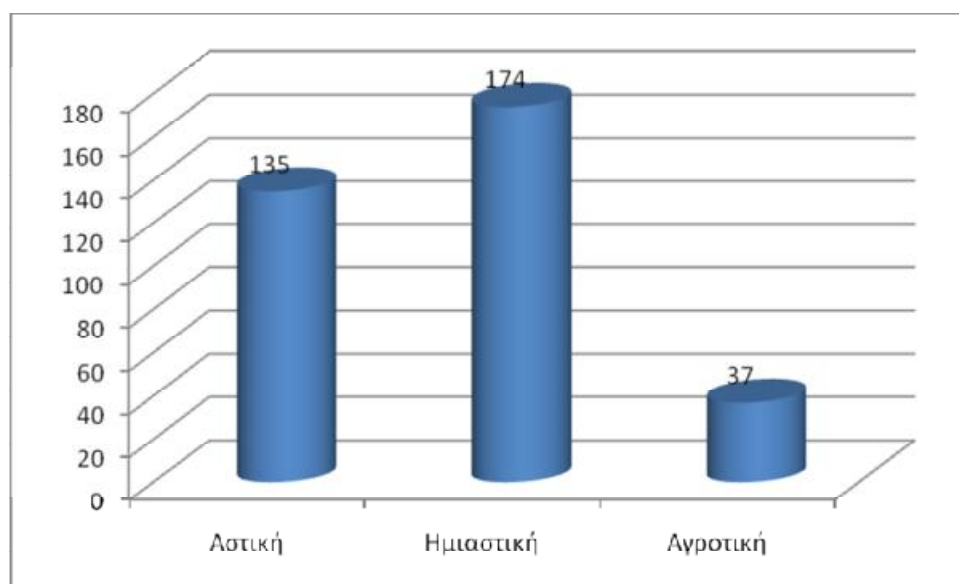
Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι συνταξιούχοι με ποσοστό 77,2%



Τόπος διαμονής:

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Αστική	135	39.0	39.0	39.0
Ημιαστική	174	50.3	50.3	89.3
Αγροτική	37	10.7	10.7	100.0
Σύνολο	346	100.0	100.0	

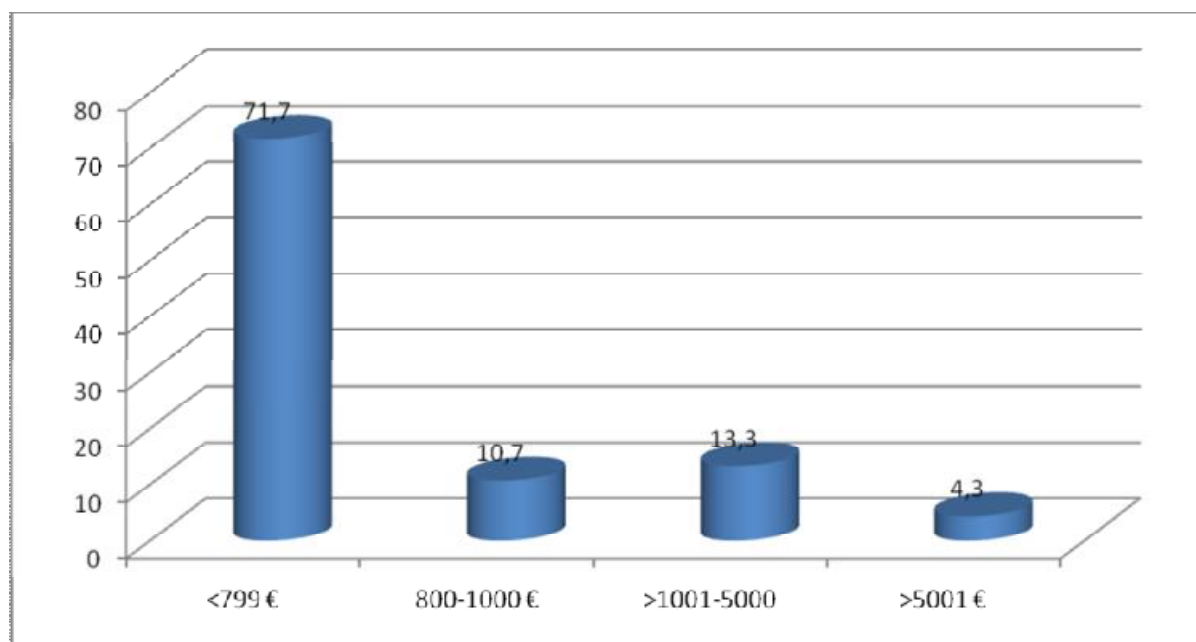
Το μεγαλύτερο ποσοστό είναι 50,3% και κατάγονται από ημιαστική περιοχή ενώ το 39,0% από αστική



Μηνιαίο εισόδημα:

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
<799 €	248	71.7	71.7	71.7
800-1000 €	37	10.7	10.7	82.4
>1001-5000	46	13.3	13.3	95.7
>5001 €	15	4.3	4.3	100.0
Σύνολο	346	100.0	100.0	

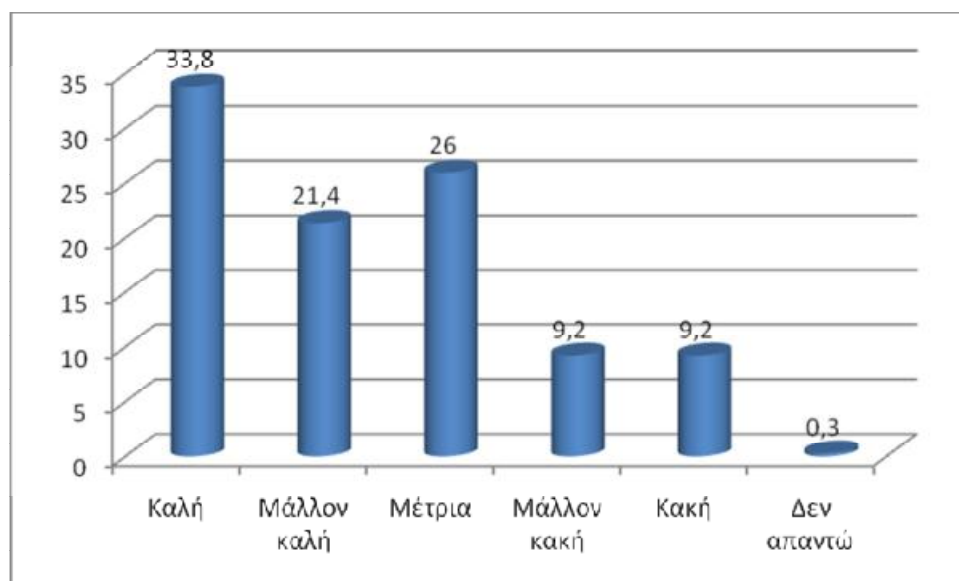
Η συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό 71,7% έχει μηνιαίο εισόδημα <799€



Νομίζετε ότι η υγεία σας γενικά είναι:

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Καλή	117	33.8	33.9	33.9
Μάλλον καλή	74	21.4	21.4	55.3
Μέτρια	90	26.0	26.1	81.4
Μάλλον κακή	32	9.2	9.3	90.7
Κακή	32	9.2	9.3	100.0
Δεν απαντώ	1	.3		
Σύνολο	346	100.0		

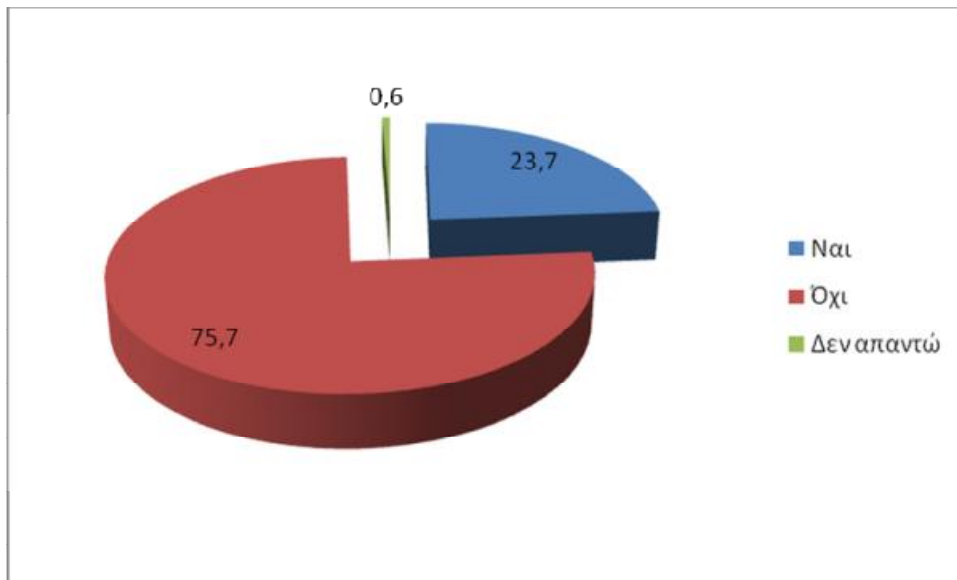
Ένα ποσοστό 33,8% θεωρεί την υγεία του καλή ενώ ένα 26,0% την θεωρεί μέτρια



Καπνίζετε;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Ναι	82	23.7	23.8	23.8
Όχι	262	75.7	76.2	100.0
Δεν απαντώ	2	.6		
Σύνολο	346	100.0		

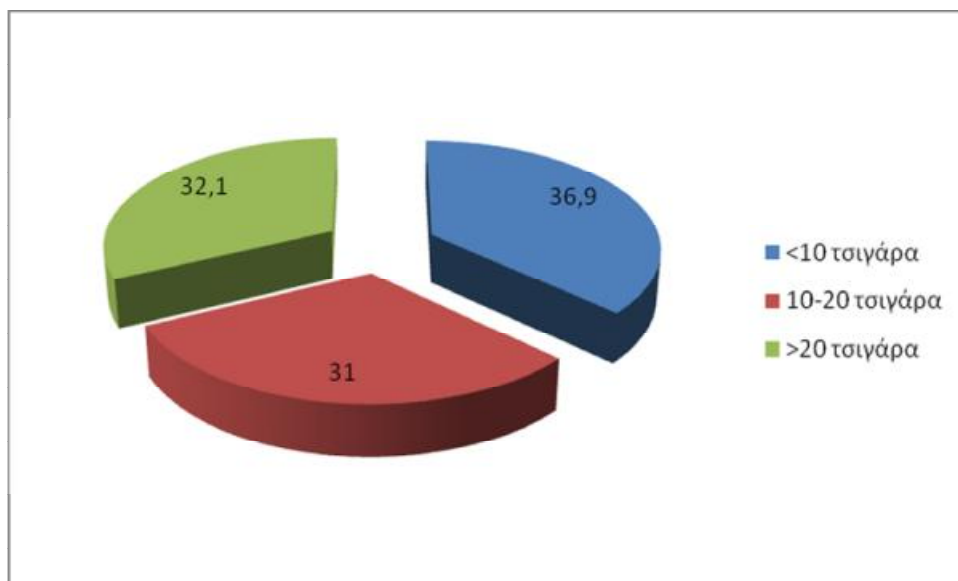
Η συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό 75,7% δεν καπνίζει



Τι ποσότητα;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
<10 τσιγάρα	31	9.0	36.9	36.9
10-20 τσιγάρα	26	7.5	31.0	67.9
>20 τσιγάρα	27	7.8	32.1	100.0
Σύνολο	84	24.3	100.0	
Δεν καπνίζω	262	75.7		
Σύνολο	346	100.0		

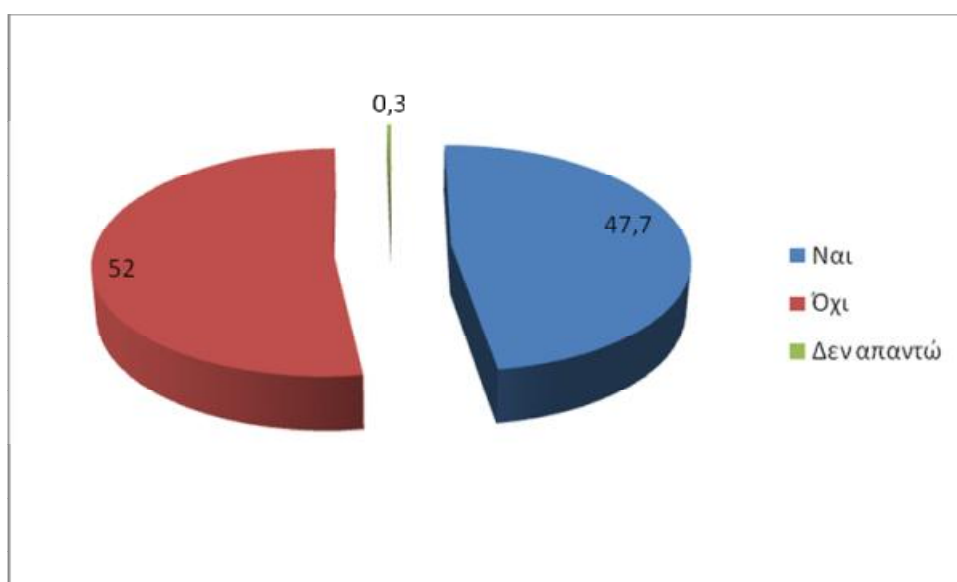
Όσοι όμως καπνίζουν κάνουν σε ποσοστό 36,9% <10 τσιγάρα ενώ 32,1% >20 τσιγάρα



Γυμνάζεστε (κάποιο είδος σωματικής άσκησης);

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Ναι	165	47.7	47.8	47.8
Όχι	180	52.0	52.0	100.0
Δεν απαντώ	1	.3		
Σύνολο	346	100.0		

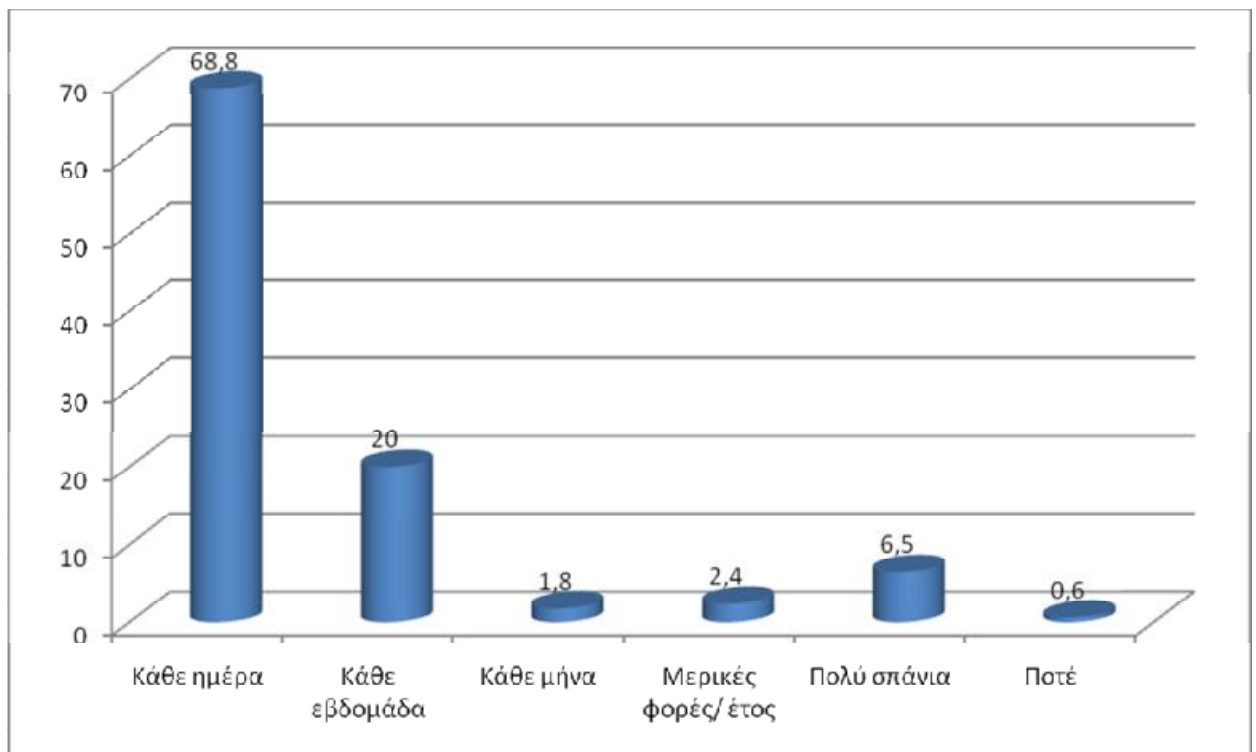
Το μεγαλύτερο ποσοστό είναι 52,0% και δεν γυμνάζεστε



Πόσο συχνά;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Κάθε ημέρα	117	33.8	68.8	68.8
Κάθε εβδομάδα	34	9.8	20.0	88.8
Κάθε μήνα	3	.9	1.8	90.6
Μερικές φορές/ έτος	4	1.2	2.4	92.9
Πολύ σπάνια	11	3.2	6.5	99.4
Ποτέ	1	.3	.6	100.0
Σύνολο	170	49.1	100.0	
Δεν γυμνάζομαι	176	50.9		
Σύνολο	346	100.0		

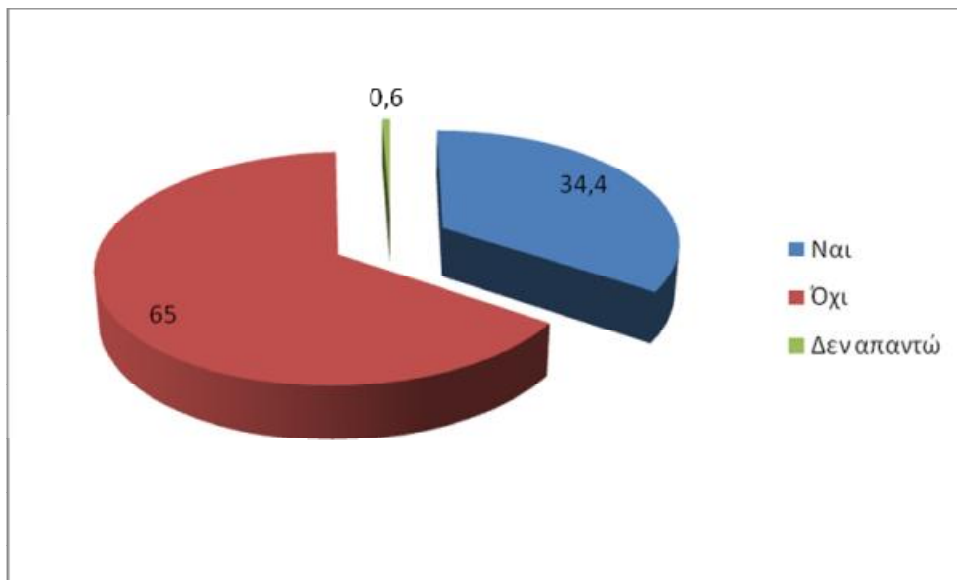
Αυτοί όμως που γυμνάζονται το κάνουν κάθε μέρα σε ποσοστό 68,8% ενώ πολύ σπάνια ένα ποσοστό 6,5%



Καταναλώνετε αλκοόλ;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Ναι	119	34.4	34.6	34.6
Όχι	225	65.0	65.4	100.0
Δεν απαντώ	2	.6		
Σύνολο	346	100.0		

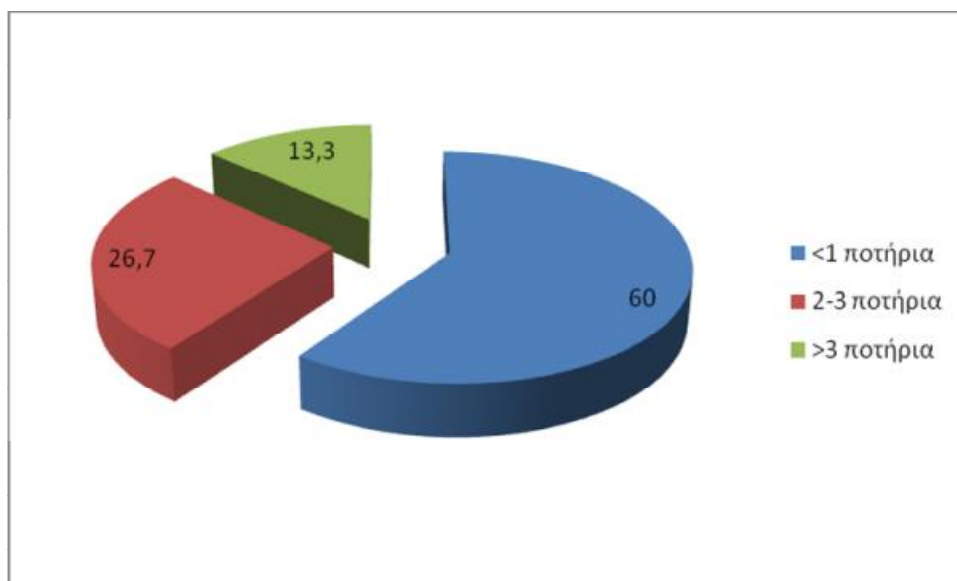
Το 65,0% δεν καταναλώνει αλκοόλ ενώ το 34,4% καταναλώνει αλκοόλ



Τι ποσότητα;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικ
<1 ποτήρια	72	20.8	60.0	
2-3 ποτήρια	32	9.2	26.7	
>3 ποτήρια	16	4.6	13.3	
Σύνολο	120	34.7	100.0	
Δεν πίνω/δεν απαντώ	226	65.3		
Σύνολο	346	100.0		

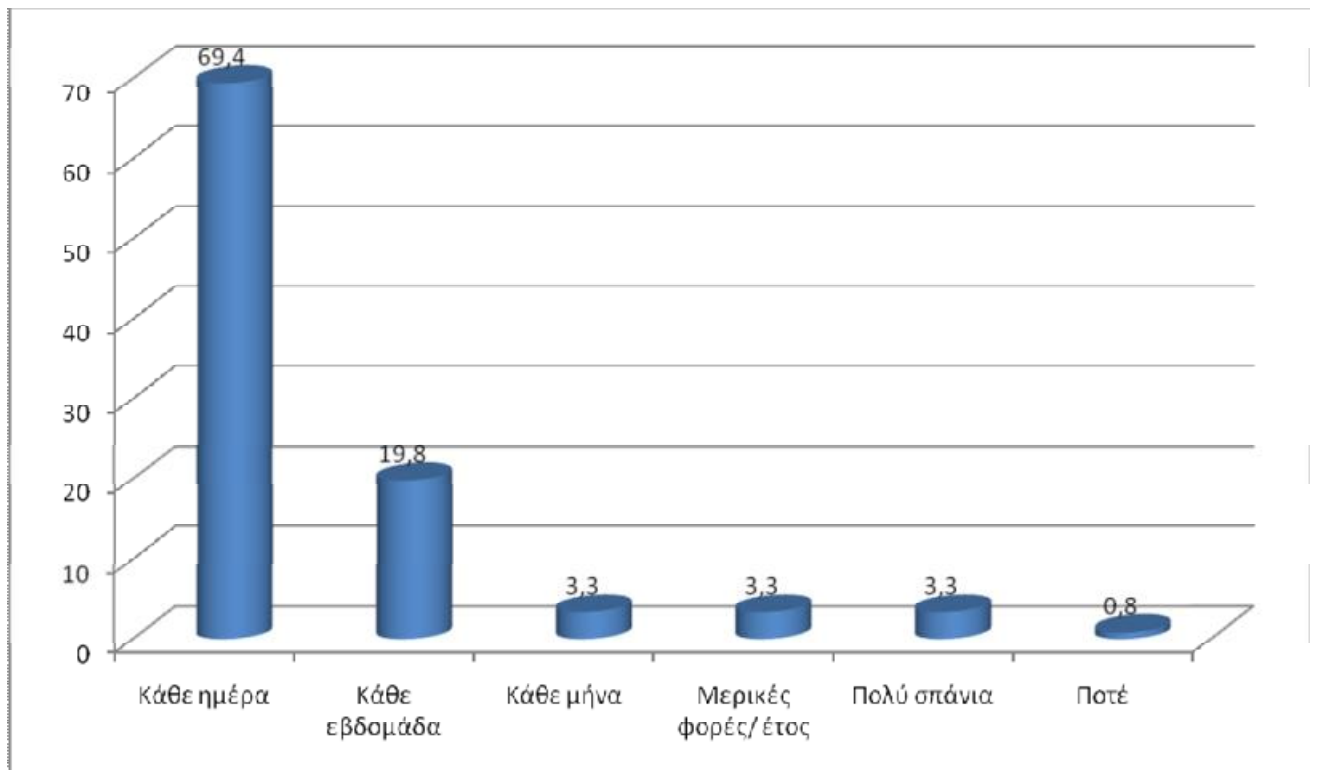
Το μεγαλύτερο ποσοστό είναι 60,0% και πίνει <1 ποτήρια ενώ το 13,3% πίνει >3 ποτήρια



Πόσο συχνά;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικά
Κάθε ημέρα	84	24.3	69.4	69.4
Κάθε εβδομάδα	24	6.9	19.8	89.2
Κάθε μήνα	4	1.2	3.3	92.5
Μερικές φορές/ έτος	4	1.2	3.3	95.8
Πολύ σπάνια	4	1.2	3.3	99.1
Ποτέ	1	.3	.8	100.0
Σύνολο	121	35.0	100.0	
Δεν πίνω/δεν απαντώ	225	65.0		
Σύνολο	346	100.0		

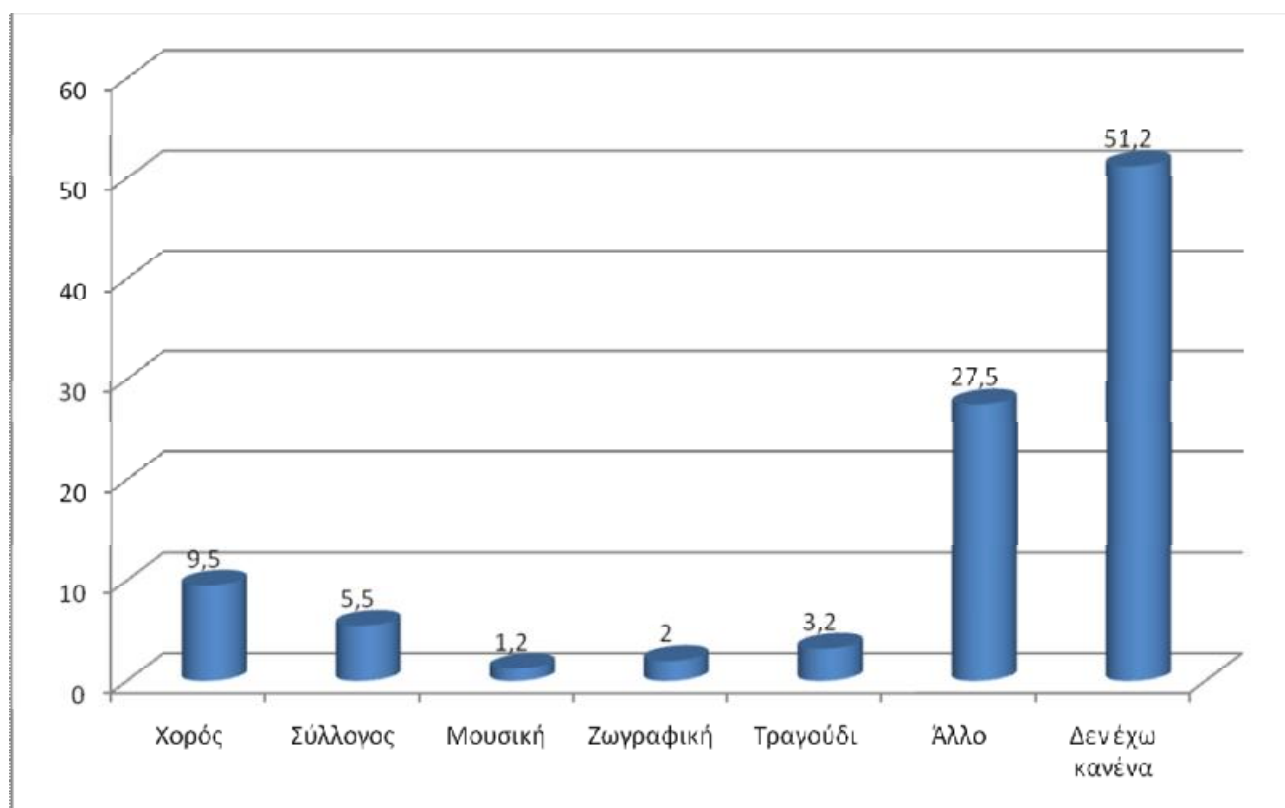
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων με ποσοστό 69,4% πίνει κάθε ημέρα



Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε κάποιο χόμπυ;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Χορός	33	9.5	19.5	19.5
Σύλλογος	19	5.5	11.2	30.8
Μουσική	4	1.2	2.4	33.1
Ζωγραφική	7	2.0	4.1	37.3
Τραγούδι	11	3.2	6.5	43.8
Άλλο	95	27.5	56.2	100.0
Δεν έχω κανένα	177	51.2		
Σύνολο	346	100.0		

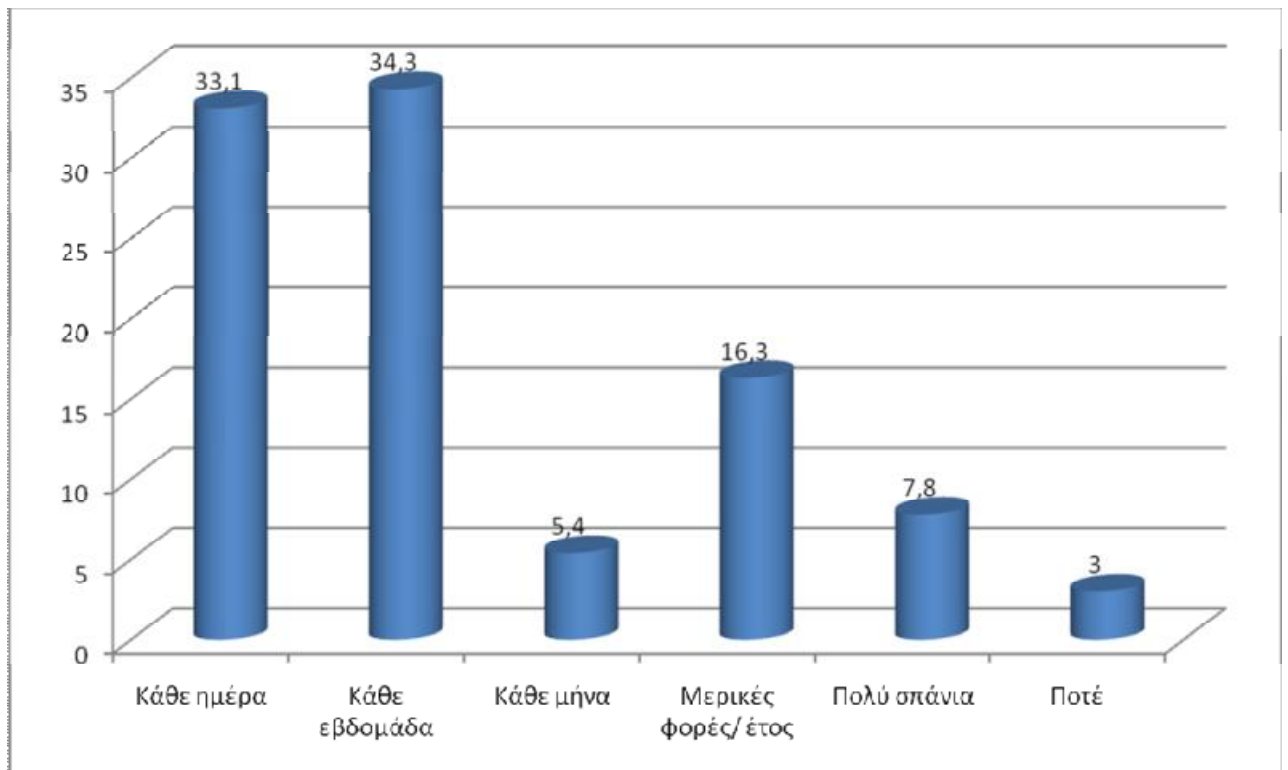
Το μεγαλύτερο ποσοστό είναι 51,2% και έχει κάποιο άλλο χόμπι εκτός από αυτά που αναφέρουμε



Πόσο συχνά;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Κάθε ημέρα	55	15.9	33.1	33.1
Κάθε εβδομάδα	57	16.5	34.3	67.5
Κάθε μήνα	9	2.6	5.4	72.9
Μερικές φορές/ έτος	27	7.8	16.3	89.2
Πολύ σπάνια	13	3.8	7.8	97.0
Ποτέ	5	1.4	3.0	100.0
Σύνολο	166	48.0	100.0	
Δεν έχω κανένα	180	52.0		
Σύνολο	346	100.0		

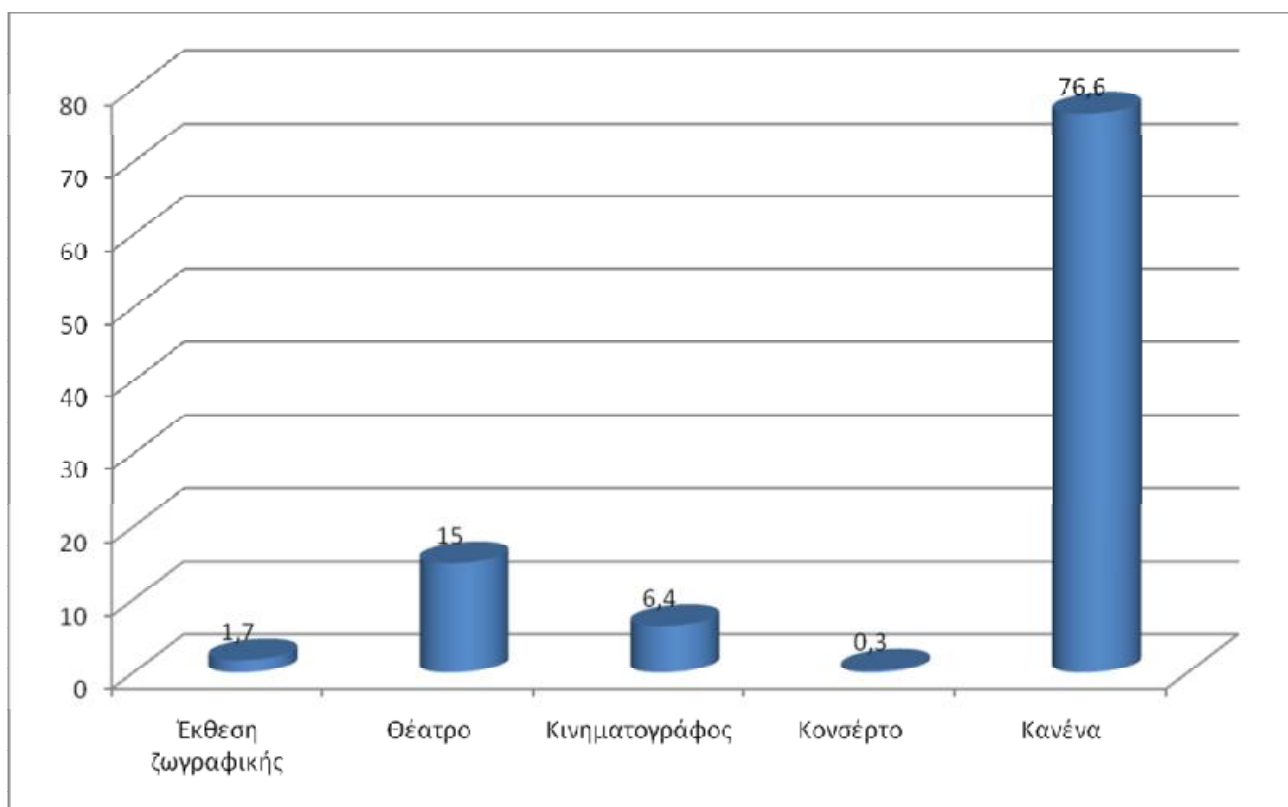
Σε γενικές γραμμές ένα ποσοστό 34,3% ασχολείται κάθε εβδομάδα με το χόμπι του



Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε κάποιο καλλιτεχνικό γεγονός;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Έκθεση ζωγραφικής	6	1.7	7.4	7.4
Θέατρο	52	15.0	64.2	71.6
Κινηματογράφος	22	6.4	27.2	98.8
Κονσέρτο	1	.3	1.2	100.0
Σύνολο	81	23.4	100.0	
Κανένα	265	76.6		
Σύνολο	346	100.0		

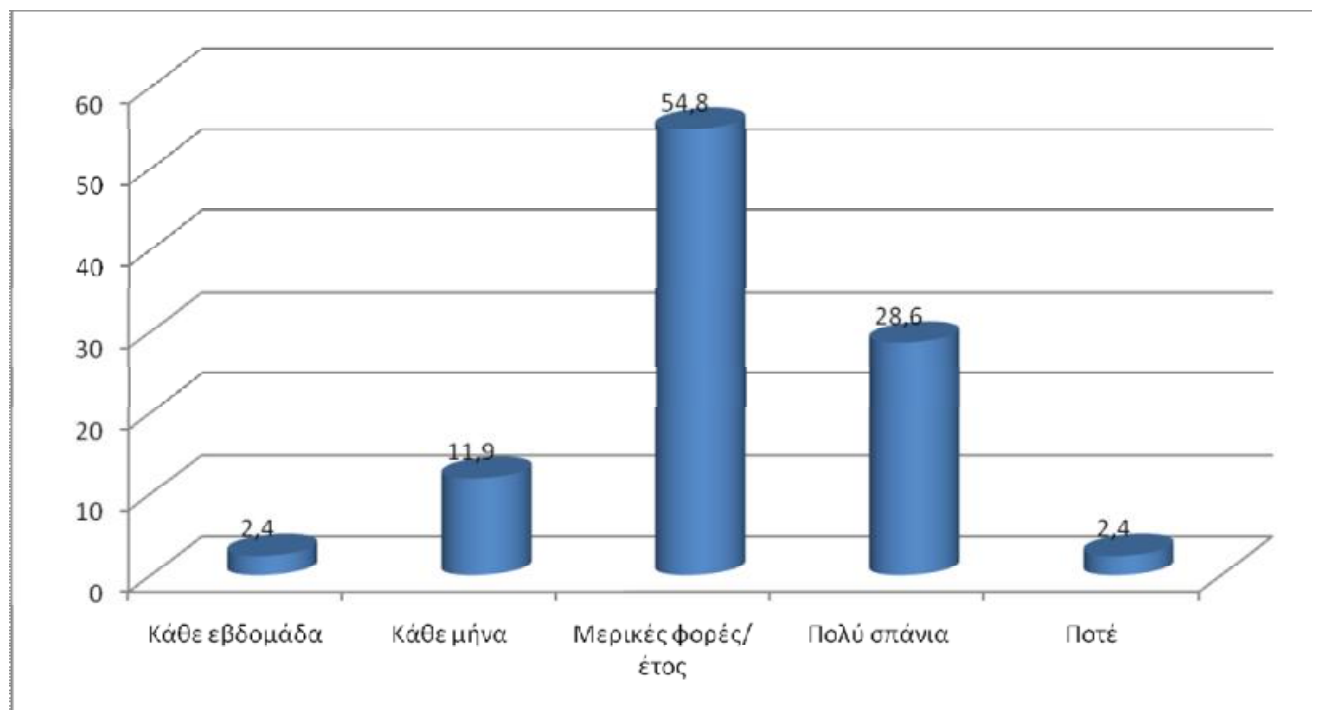
Η πλειοψηφία είναι 76,6% και τους τελευταίους 12 μήνες δεν έχει συμμετάσχει πουθενά ενώ το 15% συμμετείχε σε θέατρο



Πόσο συχνά;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Κάθε εβδομάδα	2	.6	2.4	2.4
Κάθε μήνα	10	2.9	11.9	14.3
Μερικές φορές/ έτος	46	13.3	54.8	69.0
Πολύ σπάνια	24	6.9	28.6	97.6
Ποτέ	2	.6	2.4	100.0
Σύνολο	84	24.3	100.0	
Δεν έχω πάει	262	75.7		
Σύνολο	346	100.0		

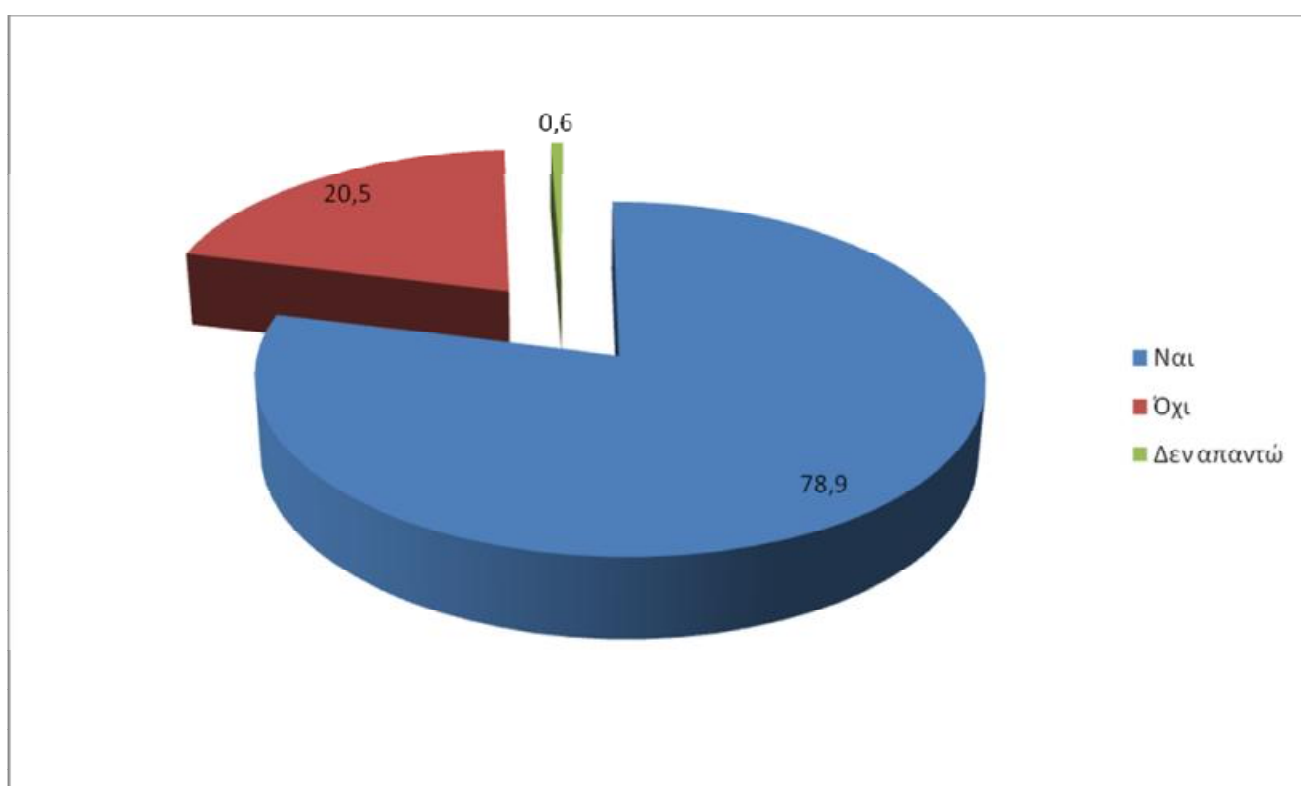
Όσοι συμμετείχαν το έκαναν μερικές φορές το χρόνο σε ποσοστό 54,8%



Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε κάποιο θρησκευτικό γεγονός;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Ναι	273	78.9	79.4	79.4
Όχι	71	20.5	20.6	100.0
Δεν απαντώ	2	.6		
Σύνολο	346	100.0		

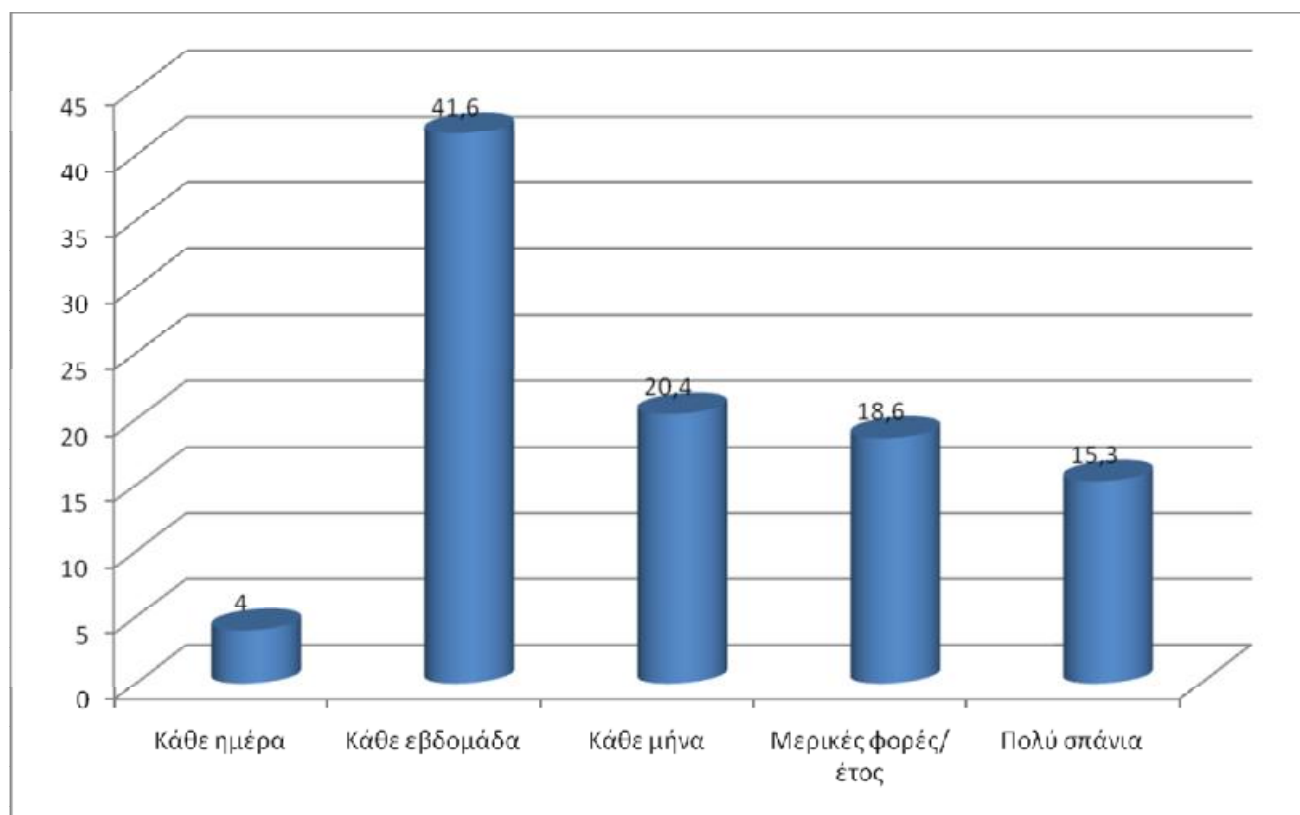
Το μεγαλύτερο ποσοστό έχει συμμετάσχει τους τελευταίους 12 μήνες σε θρησκευτικό γεγονός



Ποσο συχνά;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Κάθε ημέρα	11	3.2	4.0	4.0
Κάθε εβδομάδα	114	32.9	41.6	45.6
Κάθε μήνα	56	16.2	20.4	66.0
Μερικές φορές/ έτος	51	14.7	18.6	84.6
Πολύ σπάνια	42	12.1	15.3	100.0
Σύνολο	274	79.2	100.0	
Δεν απαντώ	72	20.8		
Σύνολο	346	100.0		

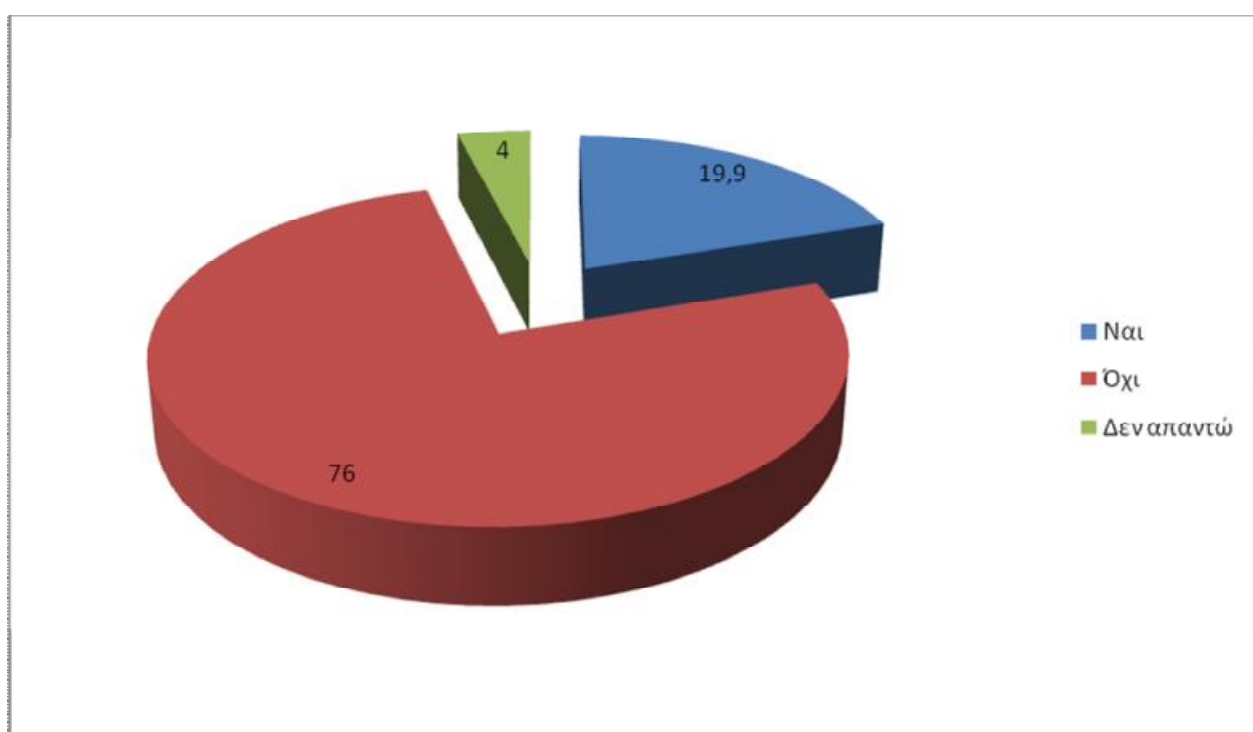
Το 41,6% συμμετέχει κάθε εβδομάδα ενώ το 20,4% συμμετέχει κάθε μήνα



Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε κάποια εθελοντική εργασία;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Ναι	69	19.9	20.8	20.8
Όχι	263	76.0	79.2	100.0
Δεν απαντώ	14	4.0		
Σύνολο	346	100.0		

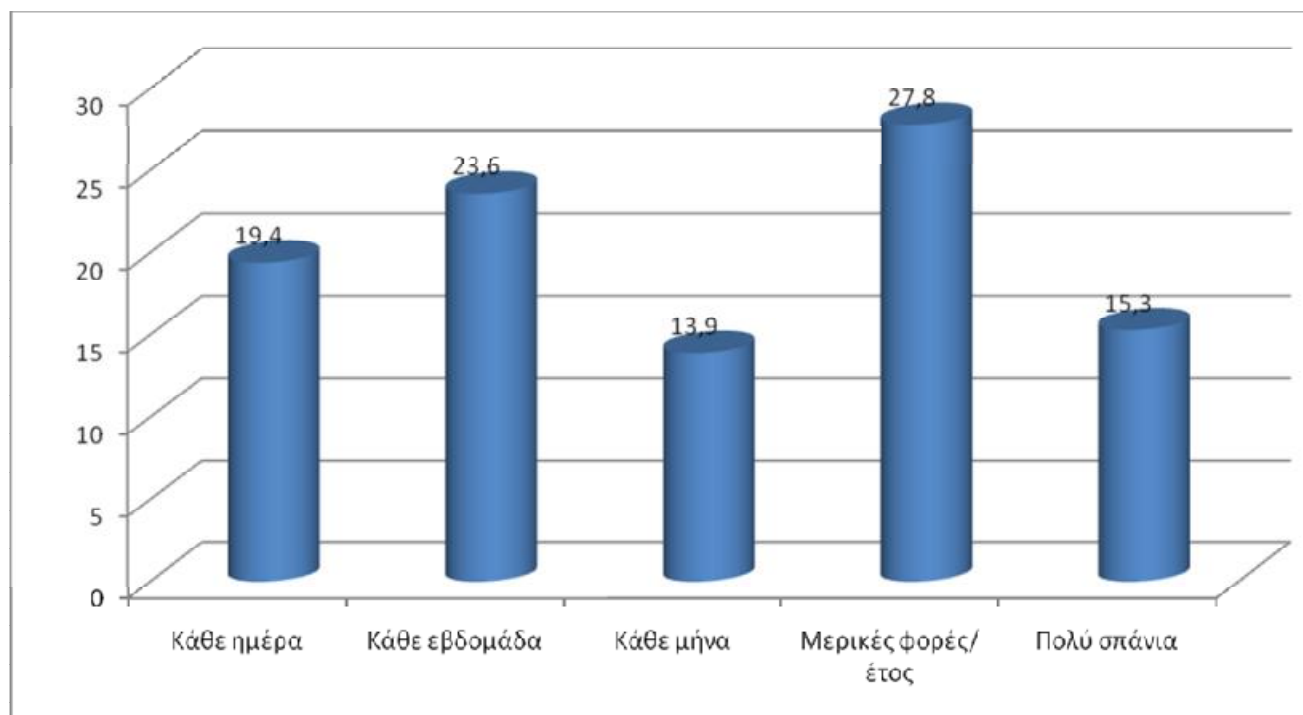
Το μεγαλύτερο ποσοστό είναι 76% και δεν έχει συμμετάσχει σε εθελοντική εργασία τους 12 τελευταίους μήνες ενώ το 19,9% έχει συμμετάσχει



Πόσο συχνά;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Κάθε ημέρα	14	4.0	19.4	19.4
Κάθε εβδομάδα	17	4.9	23.6	43.1
Κάθε μήνα	10	2.9	13.9	56.9
Μερικές φορές/ έτος	20	5.8	27.8	84.7
Πολύ σπάνια	11	3.2	15.3	100.0
Σύνολο	72	20.8	100.0	
Δεν απαντώ	274	79.2		
Σύνολο	346	100.0		

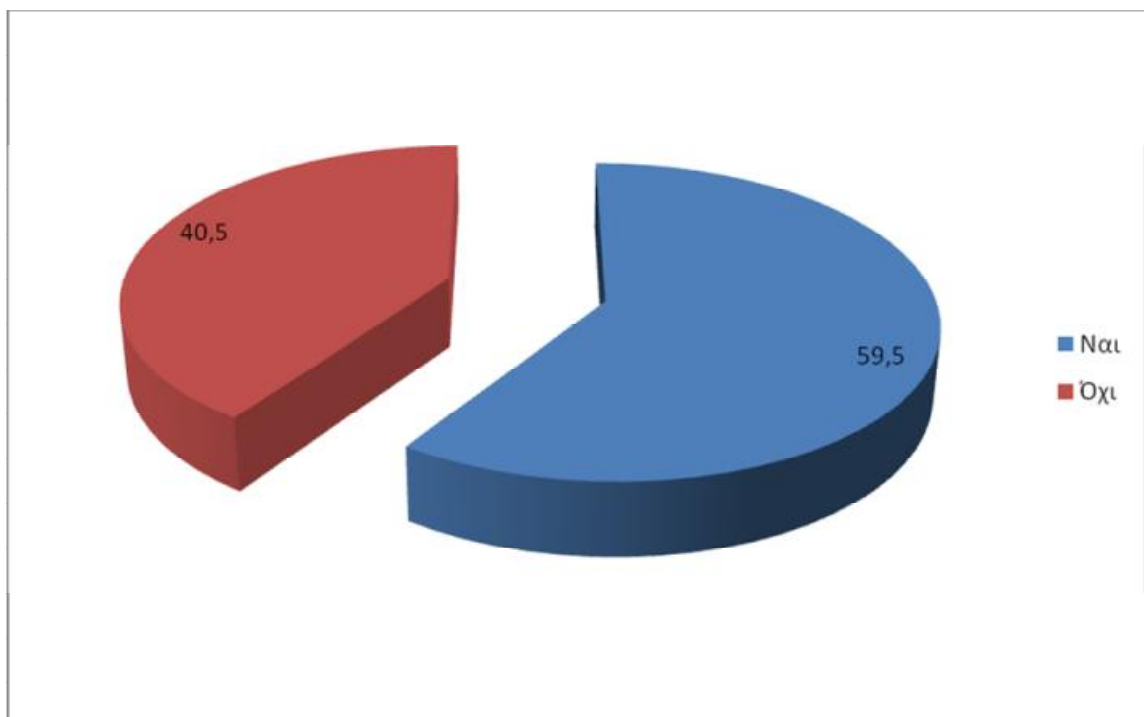
Σε γενικές γραμμές το 27,8% συμμετέχει μερικές φορές το χρόνο



Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε κάποιο ταξίδι/εκδρομή;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Ναι	206	59.5	59.5	59.5
Όχι	140	40.5	40.5	100.0
Σύνολο	346	100.0	100.0	

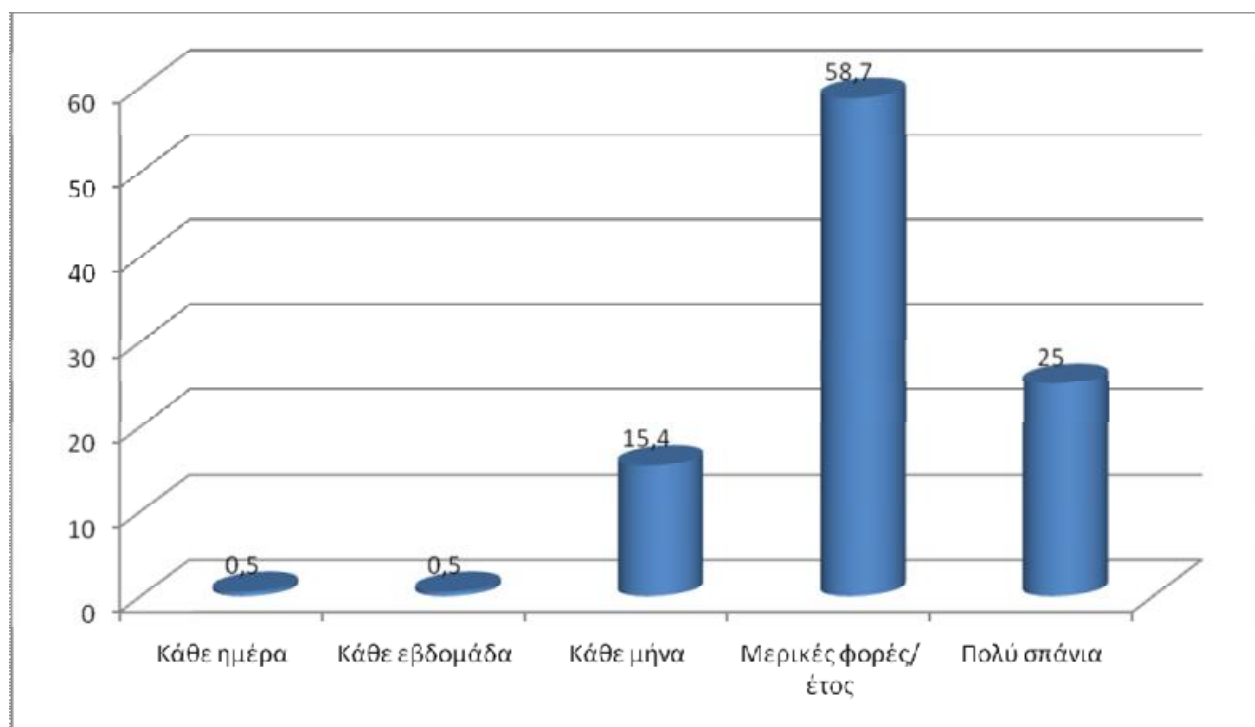
Τους τελευταίους 12 μήνες το 59,5% έχει συμμετάσχει σε κάποιο ταξίδι/εκδρομή ενώ το 40,5% όχι



Πόσο συχνά;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Κάθε ημέρα	1	.3	.5	.5
Κάθε εβδομάδα	1	.3	.5	1.0
Κάθε μήνα	32	9.2	15.4	16.3
Μερικές φορές/ έτος	122	35.3	58.7	75.0
Πολύ σπάνια	52	15.0	25.0	100.0
Σύνολο	208	60.1	100.0	
Δεν απαντώ	138	39.9		
Σύνολο	346	100.0		

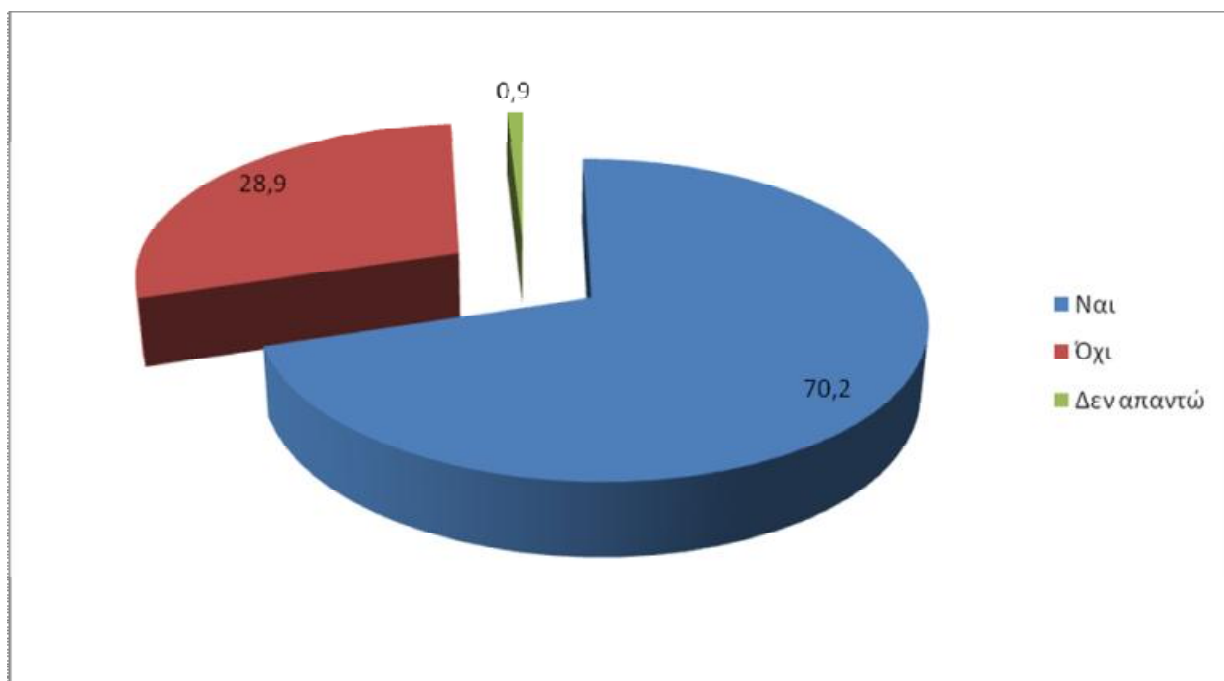
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι 58,7% και ταξιδεύει μερικές φορές το χρόνο



Πραγματοποιήτε κοινωνικές εξόδους;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Ναι	243	70.2	70.8	70.8
Όχι	100	28.9	29.2	100.0
Δεν απαντώ	3	.9		
Σύνολο	346	100.0		

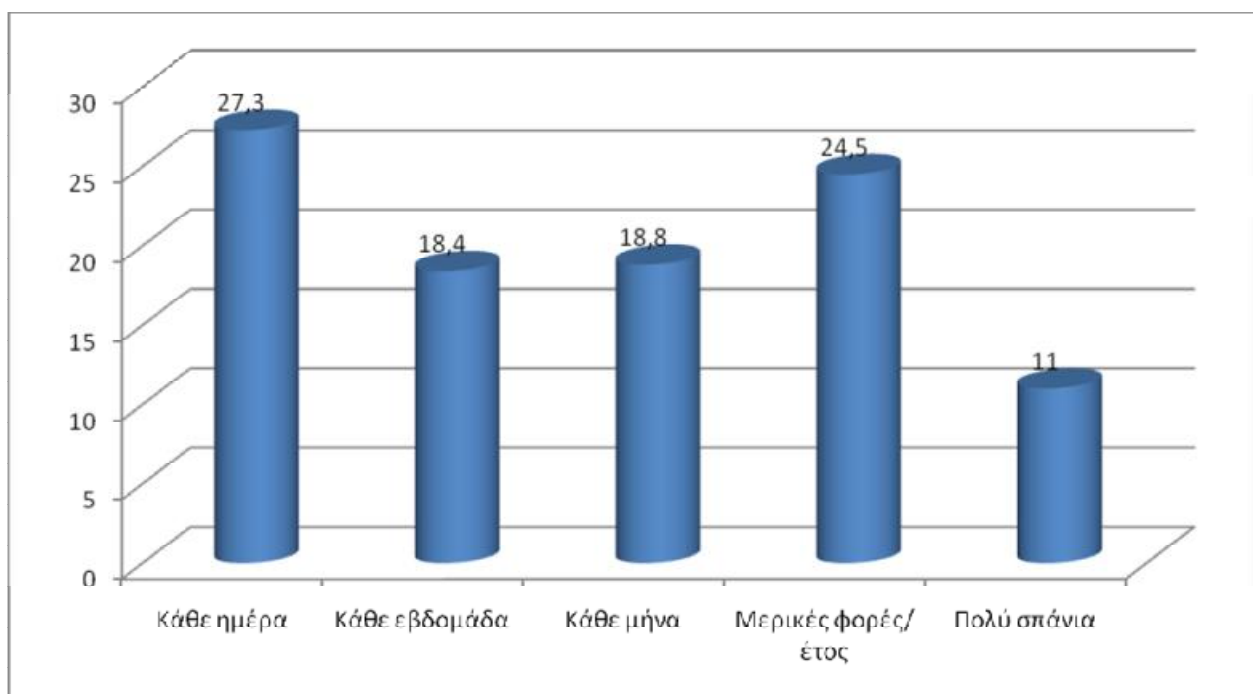
Το 70,2% πραγματοποιεί κοινωνικές εξόδους ενώ το 28,9% δεν πραγματοποιεί



Πόσο συχνά;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Κάθε ημέρα	67	19.4	27.3	27.3
Κάθε εβδομάδα	45	13.0	18.4	45.7
Κάθε μήνα	46	13.3	18.8	64.5
Μερικές φορές/ έτος	60	17.3	24.5	89.0
Πολύ σπάνια	27	7.8	11.0	100.0
Σύνολο	245	70.8	100.0	
Δεν βγαίνω	101	29.2		
Σύνολο	346	100.0		

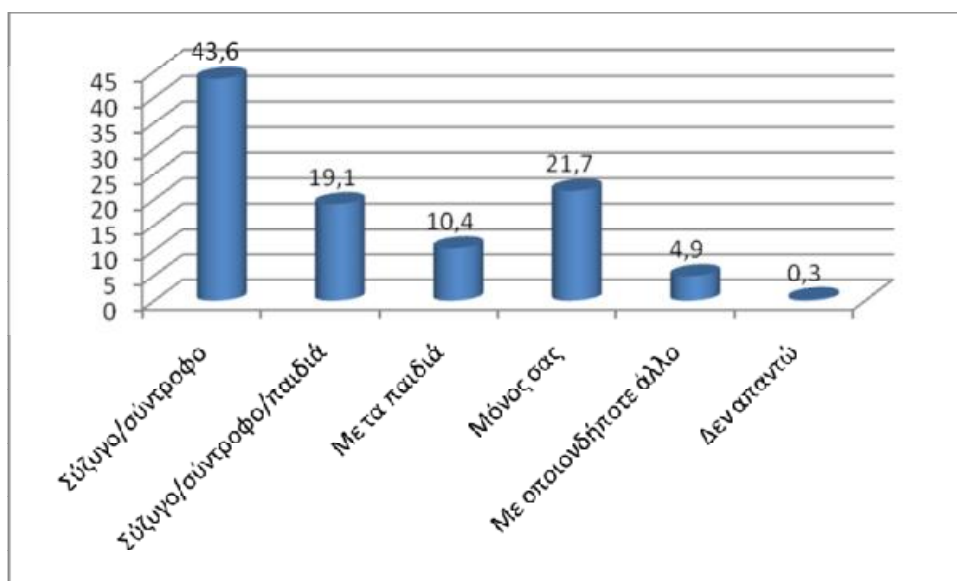
Σε γενικές γραμμές το 27,3% βγαίνει κάθε μέρα ενώ το 11,0% πολύ σπάνια



Με ποιό από τα παρακάτω άτομα διαμένετε μαζί;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Σύζυγο/σύντροφο	151	43.6	43.8	43.8
Σύζυγο/σύντροφο/παιδιά	66	19.1	19.1	62.9
Με τα παιδιά	36	10.4	10.4	73.3
Μόνος σας	75	21.7	21.7	95.1
Με οποιονδήποτε άλλο	17	4.9	4.9	100.0
Δεν απαντώ	1	.3		
Σύνολο	346	100.0		

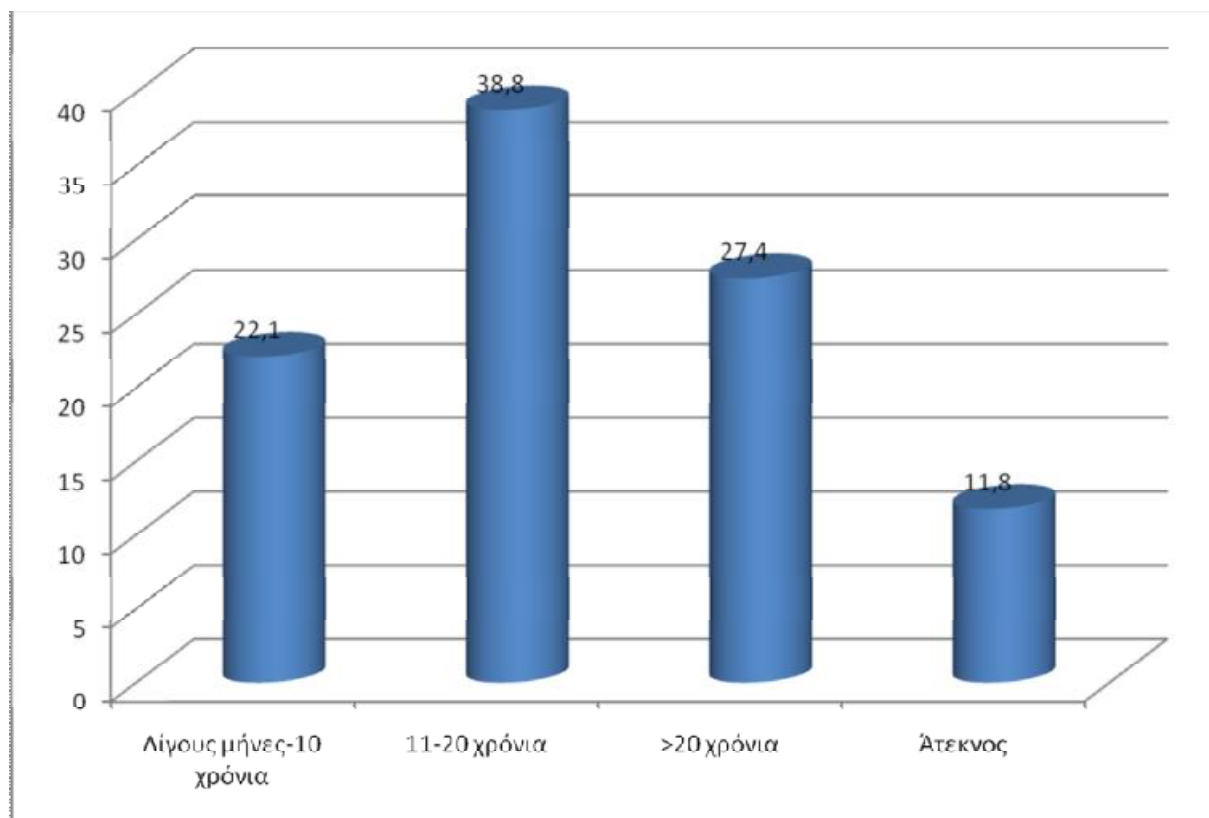
Το 43,6% διαμένει με τον σύζυγο/σύντροφο ενώ το 21,7% διαμένει μόνο του



Αν τα παιδιά σας δε διαμένουν μαζί σας,πότε έφυγαν από το σπίτι;

	Συχνότητα	%	Έγκυρο %	Αθροιστικό %
Λίγους μήνες-10 χρόνια	58	16.8	22.1	22.1
11-20 χρόνια	102	29.5	38.8	60.8
>20 χρόνια	72	20.8	27.4	88.2
Άτεκνος	31	9.0	11.8	100.0
Σύνολο	263	76.0	100.0	
Δεν έχουν φύγει	83	24.0		
Σύνολο	346	100.0		

Σε ποσοστό 38,8% τα παιδιά έχουν φύγει από το σπίτι 11-20 χρόνια ενώ το 22,1% λίγους μήνες-10 χρόνια



Συζήτηση

Τα ερωτηθέντα μέλη στο ΚΑΠΗ Αγρινίου και στο ΚΑΠΗ Κιάτου είναι ηλικίας 60 ετών και άνω. Σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, οι περισσότεροι είναι έγγαμοι(64,7%), ακολουθούν οι χήροι(25,1%) και έπειτα ένα μικρό ποσοστό διαζευγμένων(4,6%). Ένα μεγάλο ποσοστό(73,1%) συγκατοικούν με το/τη σύζυγο μόνο ή και με τα παιδιά τους ανάλογα με το αν τα τελευταία έχουν αποκατασταθεί ή όχι. Μόλις το 21,7% μένει μόνο του και το 4,9% με οποιονδήποτε άλλο όπως με μια οικιακή βοηθό. Στην συντριπτική τους πλειοψηφία και στα δύο ΚΑΠΗ, τα μέλη ζουν σε ημιαστική περιοχή(50,3%), ενώ το 39% σε αστική περιοχή. Όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα, κατά κύριο λόγο κυμαίνεται κάτω των 799€ Παρόλα αυτά το 13,3% έχει εισόδημα πάνω από 1000€ Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 100% των ερωτηθέντων έχει συνταξιοδοτηθεί, παρόλα αυτά μετά τη λήψη της συντάξεως, το 77,2% αποφάσισε να ασχοληθεί με τις αγαπημένες τους δραστηριότητες, όπως το χορό, το σύλλογο, τη μουσική, τη ζωγραφική, το τραγούδι ενώ το 22,8% συνέχισε να εργάζεται για παράδειγμα ως τεχνίτες, είτε ως αγρότες. Είναι σημαντικό ότι το 75,7% των ερωτηθέντων δεν καπνίζει είτε λόγω προβλημάτων υγείας είτε λόγω οικονομικών προβλημάτων. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το 52% των ερωτηθέντων μελών δεν κάνει κάποιο είδος σωματικής άσκησης. Επιπρόσθετα, το 65% των ηλικιωμένων δεν καταναλώνει αλκοόλ. Βέβαια υπάρχει ένα ποσοστό 20,8% που καταναλώνει <1 ποτήρι πιθανόν μαζί με το φαγητό του. Στην ερώτησή μας αν τους τελευταίους 12 μήνες έχουν συμμετάσχει σε κάποιο θρησκευτικό γεγονός το 78,9% μας απάντησε πως συμμετέχει και μάλιστα κάθε εβδομάδα(41,6%). Δεν θα πρέπει να παραληφθεί πως παρόλο την οικονομική τους κατάσταση ή τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι συμμετέχουν σε εκδρομές με τα ΚΑΠΗ(59,5%).

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας μας,οι ερωτηθέντες στη συντριπτική τους πλειοψηφία συγκατοικούν με το/τη σύζυγο ή μόνοι τους ή με το/τη σύζυγο/παιδιά τους.Αυτό ενισχύει την άποψη ότι οι ηλικιωμένοι παραμένουν ακόμα πιστοί στη δομή της παραδοσιακά εκτεταμένης οικογένειας στην οποία οι κυριότερες λειτουργίες της στρέφονται γύρω από την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των μελών της,γεγονός που κάνει αμεσότερες και εντονότερες τις σχέσεις. Επιπλέον το 50,3% των ερωτηθέντων και από τα δύο ΚΑΠΗ μεγάλωσε σε ημιαστική περιοχή.

Έτσι,ενώ οι δύο πόλεις μπορεί να διαφέρουν,παρόλα αυτά τα μέλη και από τα δύο ΚΑΠΗ έδωσαν κοινές απαντήσεις,το γεγονός αυτό ενισχύει την άποψη ότι οι ανάγκες των ηλικιωμένων γίνονται όλο και πιο κοινές ανεξάρτητα από την οικογενειακή,οικονομική ή κοινωνική τους κατάσταση. Στην έρευνα μας λοιπόν,τα άτομα εκδήλωσαν την επιθυμία η Πολιτεία να προχωρήσει σε αύξηση συντάξεων,καλύτερη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και περισσότερη ψυχαγωγία για τους ηλικιωμένους. Τέλος,όσον αφορά το θεσμό του ΚΑΠΗ,ένα μεγάλο ποσοστό είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες που τους προσφέρει και προτείνουν νέες ενέργειες προκειμένου να γίνει πιο δημιουργική και ευχάριστη η απασχόληση τους,όπως π.χ εκδρομές,ψυχαγωγία κ.τ.λ.Αυτό δείχνει την διάθεση των ηλικιωμένων να συμμετέχουν σε προγράμματα που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους.

Προτάσεις

- Δημιουργία χώρων ΚΑΠΗ σε όλα τα δημοτικά διαμερίσματα
- Αύξηση των ιατρικών ειδικοτήτων που παρέχονται στο ΚΑΠΗ
- Νοσηλευτική φροντίδα πρώτου βαθμού
- Ψυχολογική και συναισθηματική υποστήριξη
- Ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων για δημιουργική απασχόληση και αθλητικές δραστηριότητες
- Πραγματικά στήριξη των δραστηριοτήτων(θέατρο,εκδρομές,χόροι,άλλες πολιτιστικές και κοινωνικές δράσεις κ.λ.π) με την συμμετοχή των μελών των ΚΑΠΗ
- Διοργάνωση ειδικών ημερίδων-ανοιχτών συζητήσεων

Περίληψη

Σκοπός της εργασίας μας είναι να συσχετίσουμε την αυτό-εκτίμηση για την κατάσταση υγείας και του τρόπου αναψυχής σε άτομα τρίτης ηλικίας. Η πτυχιακή εργασία μας χωρίζεται σε βιβλιογραφικό και ερευνητικό μέρος. Στο βιβλιογραφικό μέρος γίνεται αρχικά μια εκτενής αναφορά στους ηλικιωμένους και στα ΚΑΠΗ. Ειδικότερα, αναφέρεται ορισμός της τρίτης ηλικίας, ο ελεύθερος χρόνος των ηλικιωμένων, πώς προκαλούνται ατυχήματα, και τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων. Ακολουθεί η δομή και η οργάνωση των ΚΑΠΗ. Στο ερευνητικό μέρος περιλαμβάνεται η έρευνα με ερωτηματολόγιο στα ενεργά μέλη από 60 ετών και άνω των ΚΑΠΗ Αγρινίου και Κιάτου. Συγκεκριμένα, περιέχονται τα αποτελέσματα της έρευνας καθώς και τα συμπεράσματά μας.

Βιβλιογραφία

1. Άννα Σαχίνη - Καρδάση, Μαρία Πάνου- Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Νοσηλευτικές διαδικασίες, Β' Έκδοση, 3ος Τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
2. health.in.gr/news/article.asp?ingarticleid=31452
3. www.imalarisis.gr/main.php?p=478&more=1#more478
4. health.in.gr/ilikiomenoi/article.asp?articleid=18809¤t_topid=18661&issue_title=%CD%EF%F3%DE
5. www.press.eu/index.php/health/2009/06/05
6. health.in.gr/asthma/article.asp?articleid=19168¤t_topid=19157&issue_title=%c1%F3%E8%EC%E1
7. www.stress.gr/disorder.php?id=10
8. www.imalarisis.gr/main.php?p=385&more=1#more385
9. Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου-Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Νοσηλευτικές διαδικασίες, Β' Έκδοση, 1ος Τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004
10. www.healthierworld.gr/portal/cc7146d268425520/31ab328e47c4ea3f/4beeba0ddc190c/acc1fc2a7746c567/d360a50
11. www.imalarisis.gr/main.php?p=344&more=1#more344
12. Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου-Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Νοσηλευτικές διαδικασίες, Β' Έκδοση, 2ος Τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004
13. www.imalarisis.gr/main.php?p=185&more=1#more185
14. Άννα Σαχίνη-Καρδάση, Μαρία Πάνου-Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική Νοσηλευτικές διαδικασίες, Β' Έκδοση, 1ος Τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004
15. www.healthierworld.gr/portal/cc7146d26842552e/31ab328e47c4ea3f/d87c68a56bc8eb80/dfa4c5b2b72cc8e9/d00cceb
16. www.imalarisis.gr/main.php?p=656&more=1#more656

Συσχέτιση της αυτό-εκτίμησης για την κατάσταση υγείας και του τρόπου αναψυχής σε άτομα τρίτης ηλικίας

1.Ηλικία: 60-69(1) 70-79(2) 80 και άνω(3)

2.Έτος γέννησης:

3.Βάρος: **4.Ύψος:** **5.BMI:**

6.Οικογενειακή κατάσταση:

α)Έγγαμος(1) β)Άγαμος(2) γ)Διαζευγμένος(3) δ)Χήρος(4)

7.Μορφωτικό επίπεδο:

α)Αγράμματος(1) β)Απόφοιτος Δημοτικού(2) γ)Απόφοιτος Γυμνασίου(3)

δ)Απόφοιτος Λυκείου(4) ε)Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής(5) στ)Απόφοιτος ΤΕΙ(6)

ζ)Απόφοιτος ΑΕΙ(7)

8.Επάγγελμα:

α)Συνταξιούχος(1) β)Εργάτης(2) γ)Τεχνίτης(3) δ)Ιδιωτικός Υπάλληλος(4)

ε)Δημόσιος Υπάλληλος(5) στ)Στρατιωτικός(6) ζ)Αγρότης(7)

η)Επιστήμονας(8) ι)Ελεύθερος Επαγγελματίας(9) ια)Οικιακά(10)

9.Τόπος διαμονής:

α)Αστική περιοχή(1) β)Ημιαστική περιοχή(2) γ)Αγροτική περιοχή/Εξοχή(3)

10.Μηνιαίο Εισόδημα: <799€(1) 800-1000€(2) 1000-1500€(3) >1500€(4)

11.Νομίζετε ότι η υγεία σας γενικά είναι:

Καλή(1) β)Μάλλον καλή(2) γ) Μέτρια(3) δ) μάλλον κακή(4) ε) κακή(5)

12.Καπνίζετε;

α)Ναι(1) β)Όχι(2)

13.Τι ποσότητα;

α)<10 τσιγάρα/ημέρα(1) β)10-20 τσιγάρα/ημερα(2) γ)>20 τσιγάρα/ημέρα

14.Γυμνάζεστε(κάποιο είδος σωματικής άσκησης);

α)Ναι(1) β)Όχι(2)

15.Πόσο συχνά;

α)κάθε ημέρα(1) β)Κάθε εβδομάδα(2) γ)κάθε μήνα(3) δ)μερικές φορές το χρόνο(4) ε)πιο σπάνια(5) στ)ποτέ(6)

16.Καταναλώνετε αλκοόλ;

α)Ναι(1) β)Όχι(2)

17.Τι ποσότητα;

α)<1 ποτήρι/ημέρα(1) β)2-3 ποτήρια/ημέρα(2) γ)>3 ποτήρια/ημέρα(3)

18.Πόσο συχνά;

α)κάθε ημέρα(1) β)Κάθε εβδομάδα(2) γ)κάθε μήνα(3) δ)μερικές φορές το χρόνο(4) ε)πιο σπάνια(5) στ)ποτέ(6)

19.Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε κάποιο χόμπυ;

α)χορός(1) β)σύλλογος(2) γ)μουσική(3) δ)ζωγραφική(4) ε)τραγούδι(5) στ)άλλο(6)

20.Πόσο συχνά;

α)κάθε ημέρα(1) β)Κάθε εβδομάδα(2) γ)κάθε μήνα(3) δ)μερικές φορές το χρόνο(4) ε)πιο σπάνια(5) στ)ποτέ(6)

21.Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε κάποιο καλλιτεχνικό γεγονός

α)έκθεση ζωγραφικής(1) β)Θέατρο(2) γ)Σινεμά(3) δ)Κονσέρτο(4)

22.Πόσο συχνά;

α)κάθε ημέρα(1) β)Κάθε εβδομάδα(2) γ)κάθε μήνα(3) δ)μερικές φορές το χρόνο(4) ε)πιο σπάνια(5) στ)ποτέ(6)

23.Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε κάποιο θρησκευτικό γεγονός

α)Ναι(1) β)Όχι(2)

24.Πόσο συχνά;

α)κάθε ημέρα(1) β)Κάθε εβδομάδα(2) γ)κάθε μήνα(3) δ)μερικές φορές το χρόνο(4) ε)πιο σπάνια(5) στ)ποτέ(6)

25.Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε κάποια εθελοντική εργασία;

α)Ναι (1) β)Όχι(2)

26.Πόσο συχνά;

α)κάθε ημέρα(1) β)Κάθε εβδομάδα(2) γ)κάθε μήνα(3) δ)μερικές φορές το χρόνο(4) ε)πιο σπάνια(5) στ)ποτέ(6)

27.Τους τελευταίους 12 μήνες έχετε συμμετάσχει σε κάποιο ταξίδι/εκδρομή;

α)Ναι(1) β)Όχι(2)

28.Πόσο συχνά;

α)κάθε ημέρα(1) β)Κάθε εβδομάδα(2) γ)κάθε μήνα(3) δ)μερικές φορές το χρόνο(4) ε)πιο σπάνια(5) στ)ποτέ(6)

29.Πραγματοποιείτε κοινωνικές εξόδους;

α)Ναι(1) β)Όχι(2)

30.Πόσο συχνά;

α)κάθε ημέρα(1) β)Κάθε εβδομάδα(2) γ)κάθε μήνα(3) δ)μερικές φορές το χρόνο(4) ε)πιο σπάνια(5) στ)ποτέ(6)

31.Με ποιο από τα παρακάτω άτομα διαμένετε μαζί;

α)Σύζυγο/σύντροφο(1) β)Σύζυγο/σύντροφο και παιδιά(2) γ)Με τα παιδιά(3)
δ)Μόνος σας(4) ε)Με οποιονδήποτε άλλον(5)

32.Αν τα παιδιά σας δε διαμένουν μαζί σας,πότε έφυγαν από το σπίτι;

α)Πριν από λίγους μήνες-10 χρόνια(1) β)Πριν από 11-20 χρόνια(2)
γ)Περισσότερο από 20 χρόνια(3) δ)Άτεκνος(4)

