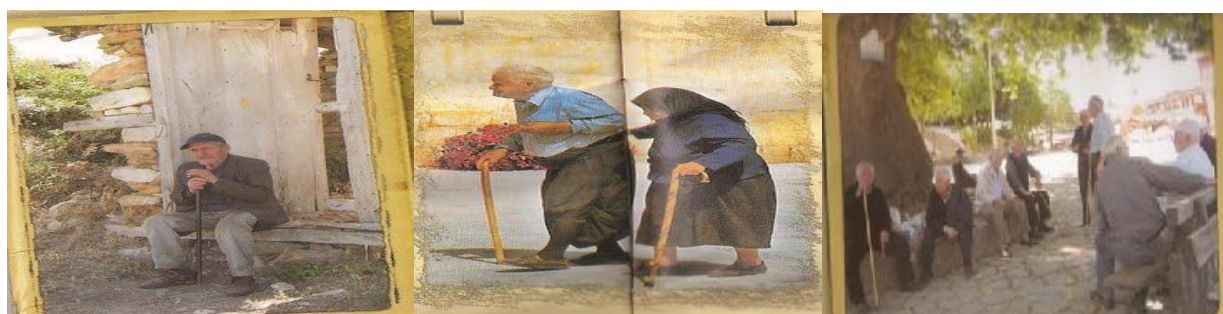


Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας
Σχολή: ΣΕΥΠ
Τμήμα: Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική στη διερεύνηση των βιολογικών και ψυχο-κοινωνικών προβλημάτων/αναγκών της τρίτης ηλικίας



Εισηγήτρια:

Παπαδημητρίου Μαρία

Καθηγήτρια Νοσηλευτικής,

Νοσηλευτικής

Διευθύντρια Σ.Ε.Υ.Π. Τ.Ε.Ι. Πάτρας

Επιμέλεια:

Καλούτση Ακριβή

Σπουδάστρια

ΤΕΙ Πάτρας

ΠΑΤΡΑ 2011

*Ευχαριστώ θερμά την οικογένειά μου
για όλα όσα μου προσέφερε κατά τη
διάρκεια των σπουδών μου.*

*Ευχαριστώ τον αγαπημένο μου Γιώργο
για την πολύτιμη βοήθεια που μου
προσέφερε κατά την εκπόνηση της πτυχιακής
μου εργασίας.*

*Ευχαριστώ και όλους τους καθηγητές
που με δίδαξαν τη Νοσηλευτική επιστήμη.*



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Αντί προλόγου...	5
Εισαγωγή	6

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

1.1 Γήρας – Γήρανση	10
1.2 Η επίδραση της γηράνσεως στον ανθρώπινο οργανισμό	11
1.3 Η Δημογραφική γήρανση οι επιπτώσεις της στο Εθνικό Σύστημα Υγείας	13
1.4 Η συμβολή της Νοσηλευτικής επιστήμης στη φροντίδα των ηλικιωμένων	16

Κεφάλαιο 2^ο ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

2.1 Υπέρταση	19
2.2 Οι πτώσεις στην τρίτη ηλικία	23
2.3 Οστεοπόρωση	25
2.4 Κατακλίσεις	28
2.5 Ακράτεια ούρων	32
2.6 Διαταραχή της όρασεως και της ακουστικής ικανότητας	34
2.7 Η νόσος του Parkinson	36

Κεφάλαιο 3^ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ - ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

3.1 Συνταξιοδότηση-Περιθωριοποίηση-Ιδρυματοποίηση	40
3.2 Απώλεια αγαπημένου προσώπου – Μοναξιά – Άγχος	42
3.3 Κατάθλιψη	44

3.3.1 Διαγνωστικά κριτήρια κατάθλιψης	45
3.3.2 Κλινική εικόνα κατάθλιψης	46
3.4 Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία	47
3.4.1 Συμπτωματολογία	48
3.4.2 Θεραπεία	48
3.5 Αυτοκτονικός ιδεασμός	50
3.6 Απόπειρα αυτοκτονίας	52
3.7 Αυτοκτονία	54
3.8 Πρόληψη και αντιμετώπιση των αυτοκτονικών τάσεων των ηλικιωμένων	55

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Υλικό και μέθοδος	58
Αποτελέσματα	60
Συμπεράσματα – Συσχετίσεις	78
Συζήτηση	84
Προτάσεις	86
Περίληψη	87
Summary	88
Βιβλιογραφία	89
Παράρτημα I	94
Παράρτημα II	99

Αντί προλόγου...

[Ανοιξιάτικο βράδυ. Μεγάλο δωμάτιο παλιού σπιτιού. Μια ηλικιωμένη γυναίκα, ντυμένη στα μαύρα, μιλάει σε έναν νέο. Δεν έχουν ανάψει φώς. Απ' τα παράθυρα μπαίνει ένα αμείλικτο φεγγαρόφωτο...]

*Άφησέ με να 'ρθω μαζί σου. Τι φεγγάρι απόψε!
Είναι καλό το φεγγάρι, δε θα φαίνεται
που ασπρίσαν τα μαλλιά μου. Το φεγγάρι
θα κάνει πάλι χρυσά τα μαλλιά μου. Δε θα καταλάβεις.*

*Άφησέ με να 'ρθω μαζί σου.
Θα καθήσουμε λίγο στο πεζούλι, πάνω στο ύψωμα,
Κι όπως θα μας φυσάει ο ανοιξιάτικος αέρας
Μπορεί να φανταστούμε κιόλας πως θα πετάξουμε,
γιατί, πολλές φορές και τώρα ακόμη, ακούω το θόρυβο του φουστανιού μου
σαν το θόρυβο δυο δυνατών φτερών που ανοιγοκλείνουν,
κι όταν κλείνεται μέσα σε αυτόν τον ήχο του πετάγματος
νιώθεις κρουστό το λαιμό σου, τα πλευρά σου, τη σάρκα σου
κι έτσι σφιγμένος μες τους μυώνες του γαλάζιου αγέρα
δεν έχει σημασία αν φεύγεις ή αν γυρίζεις
κι ούτε έχει σημασία που ασπρίσαν τα μαλλιά μου.*

*Άλλωστε δεν είναι τούτο η λύπη μου-
Η λύπη μου είναι που δεν ασπρίζει και η καρδιά μου.*

*«Η Σονάτα του Σεληνόφωτος»
Γιάννης Ρίτσος (1956)*

Εισαγωγή

Η ζωή του ανθρώπου, ανάλογα με την ηλικία, διαχωρίζεται σε τρεις κύριες φάσεις: τα νιάτα, την ενηλικίωση και τα γηρατειά. Κάθε μια από τις φάσεις αυτές της ζωής, έχει τις δικές της ιδιαιτερότητες και συνεπώς τις δικές της ανάγκες. Στην παρούσα πτυχιακή εργασία επιχειρείται η προσέγγιση των ατόμων της λεγόμενης «τρίτης ηλικίας», δηλαδή των γερόντων, καθώς και των προβλημάτων που καλούνται να αντιμετωπίσουν, τα οποία προκύπτουν από το πέρασμα από τη φάση της ζωής του ενήλικα σε αυτή του ηλικιωμένου. Η μετάβαση αυτή δημιουργεί πληθώρα βιο-ψυχο-κοινωνικών μεταβολών, που έχουν αντίκτυπο στην υγεία του ατόμου της ηλικίας αυτής. Την μετάβαση αυτή την καλούμε γήρανση.

Πιο συγκεκριμένα, η γήρανση είναι μια γενετικά καθορισμένη μεταβολή στη δομή και τη λειτουργία του οργανισμού, η οποία είναι γενικό φαινόμενο και παρατηρείται σε όλα τα είδη φυτών και ζώων, χωρίς να εξαιρείται από αυτά ο άνθρωπος.¹

Στην επιστημονική κοινότητα υπάρχουν δύο επικρατέστερες απόψεις σχετικά με τη χρονική περίοδο της έναρξης της γηράνσεως του ανθρώπου. Πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η διαδικασία της γηράνσεως ξεκινά από τη στιγμή της γέννησης του ατόμου, συνεχίζει να επιδρά στον ανθρώπινο οργανισμό σε όλη τη διάρκεια της ζωής και ολοκληρώνει το έργο της όταν το ηλικιωμένο πλέον άτομο έχει αποκτήσει πολλά προβλήματα υγείας.

Αντιθέτως, κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν ότι η διαδικασία της γήρανσης ξεκινά μετά το 30ό έτος της ηλικίας, όπου σχεδόν κάθε όργανο του σώματος, χάνει κάθε χρόνο το 1% από τη λειτουργική του ικανότητα, με αποτέλεσμα, άτομα που βρίσκονται στην ηλικία των 70-75 χρόνων, να έχουν χάσει περίπου το 40-45% της λειτουργικής ικανότητας των οργάνων τους.

Ωστόσο, η αρχή της τρίτης ηλικίας έχει προσδιοριστεί κατά κανόνα στα 65 έτη, ενώ σ' αυτό το σημείο πρέπει σημειωθεί ότι πρόκειται μονάχα για μια κατά προσέγγιση εκτίμηση, καθώς μπορεί κάποιος να είναι νέος στα εβδομήντα του, όπως μπορεί να είναι και γέρος στα σαράντα του, τόσο πνευματικά, όσο και στη γενικότερη κατάσταση του.²

Όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε από τα παραπάνω, υπάρχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με την χρονική στιγμή της έναρξης της γηράνσεως του ανθρώπινου οργανισμού. Παρόλα αυτά, το αποτέλεσμα είναι πάντα το ίδιο και στα άτομα μετά την ηλικία των 70-75 χρόνων είναι δυνατό να παρατηρήσουμε σημαντικές αλλαγές στο νευρικό, μυοσκελετικό, πεπτικό, ουροποιητικό σύστημα, καθώς και στο δέρμα, όπως επίσης και μείωση της επαρκούς λειτουργικότητας των ειδικών αισθήσεων, γεγονός που επισημαίνει τα πολλαπλά προβλήματα, κυρίως σε βιολογικό επίπεδο, τα οποία φέρνει στον άνθρωπο το γήρας.

Επιπλέον, σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια ταχεία αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού, ενώ υπολογίζεται ότι μέχρι το 2025, οι άνθρωποι άνω των 65 ετών θα αυξηθούν στην Αγγλία κατά 25%, στη Γαλλία κατά 40%, στις Ηνωμένες Πολιτείες κατά 136% και στον Καναδά κατά 200%.³

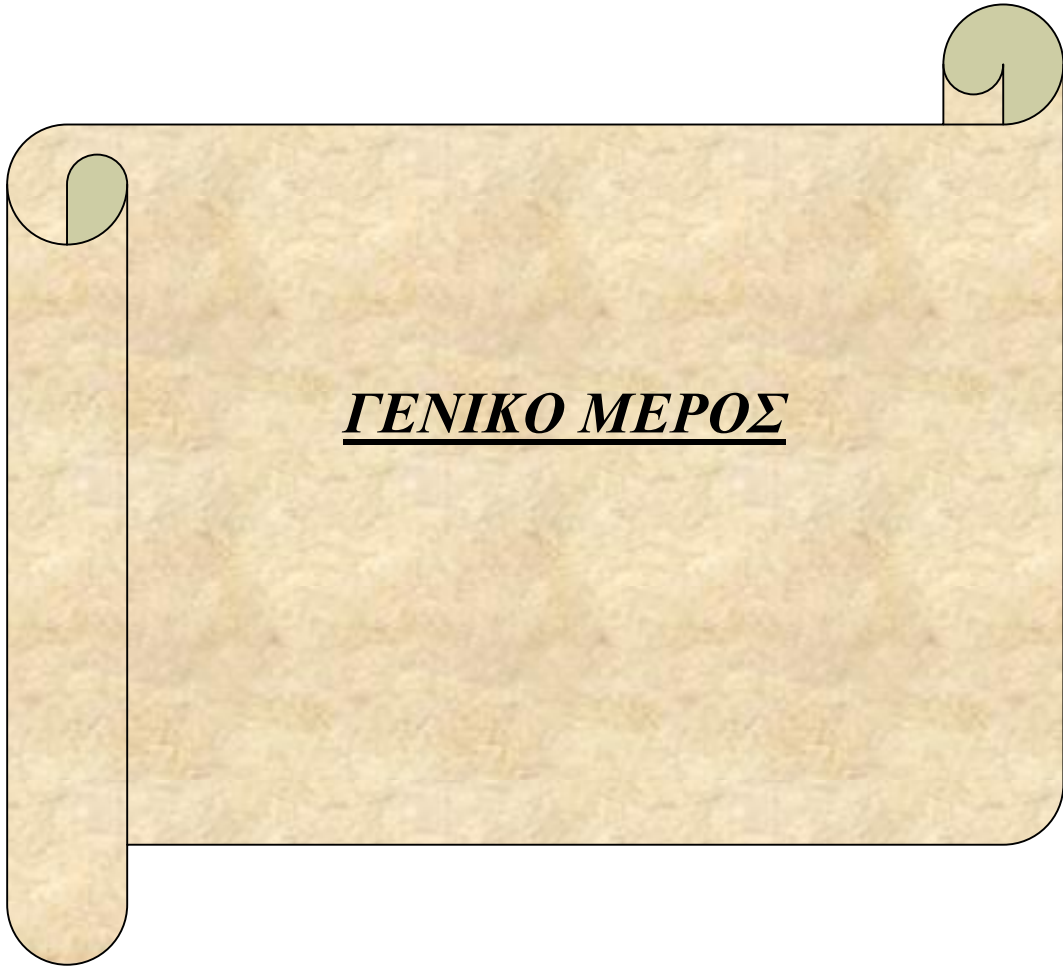
Όπως μπορούμε να διακρίνουμε από τα παραπάνω, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, ως συνέπεια κυρίως της εξέλιξης της βιοϊατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας, καθώς επίσης και της σημαντικής βελτίωσης της Δημόσιας Υγείας, συμβάλλει στο γεγονός ότι ο πληθυσμός του δυτικού κόσμου κυρίως, γηράσκει με

ταχύτατους ρυθμούς, καθώς παρατηρείται δραματική μείωση του αριθμού γεννήσεων.

Ωστόσο, παρά το ευτυχές γεγονός ότι ο άνθρωπος ζει περισσότερα χρόνια, πρέπει να συμεριστούμε και το ότι το γήρας φέρνει στον άνθρωπο πολλά προβλήματα, κυρίως σε βιολογικό επίπεδο, κάτι που μας οδηγεί στο σημείο να επιβεβαιωνόμαστε για την αντίληψη που επικρατεί, ότι οι κύριοι χρήστες του συστήματος υγείας είναι οι ηλικιωμένοι, καθώς καθημερινά στους χώρους Δημόσιας Υγείας (Κέντρα Υγείας και Νοσοκομεία) μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι το πλήθος των ηλικιωμένων ατόμων είναι πραγματικά μεγάλο. Το γεγονός αυτό στρέφει το ενδιαφέρον της επιστημονικής νοσηλευτικής στην ανάπτυξη του τομέα της Γεροντολογικής νοσηλευτικής, η οποία γνωρίζει ιδιαίτερη άνθιση τα τελευταία χρόνια.

Για την άσκηση αυτού του κλάδου της νοσηλευτικής απαιτείται οι νοσηλευτές να κατέχουν σύγχρονη γνώση περί του γήρατος, ώστε να είναι σε θέση να διατηρήσουν, όσο αυτό είναι δυνατό, την υγεία και την ευημερία του ηλικιωμένου πληθυσμού, να προλάβουν τη νόσο ή μια πιθανή αναπηρία, να παρέχουν σωστή νοσηλευτική φροντίδα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την ταχύτερη θεραπεία του αρρώστου και να συμβάλλουν στην αποκατάσταση του ατόμου σε ικανοποιητικό επίπεδο.

Για το λόγο αυτό ως σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας, τίθεται η προσέγγιση, καταγραφή και μελέτη των πιο συχνά εμφανιζόμενων προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων, τόσο σε βιολογικό, όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, με απώτερο στόχο να γνωρίσουμε τα προβλήματά τους, να ενημερωθούμε σχετικά με τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντά τους, ώστε όταν μας ζητηθεί να είμαστε σε θέση να τους προσφέρουμε τη βοήθεια που έχουν τόση ανάγκη και που αναμφισβήτητα περιμένουν τόσο από τους νεότερους, όσο και από το Σύστημα Υγείας της κάθε χώρας.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο Προσέγγιση του γήρατος

1.1 Γήρας – Γήρανση

Η γήρανση είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο που παρατηρείται σε όλα τα έμβια όντα. Στην αρχαιότητα, οι άνθρωποι έβλεπαν το γήρας τότε με «καλό μάτι» και τότε με «κακό μάτι».

Αν κάνουμε μια σύντομη ιστορική αναδρομή, διαπιστώνουμε ότι οι γέροντες είχαν ξεχωριστή θέση στην κοινωνία. Όλοι τους σέβονταν και τους συμβουλευόνταν καθώς όσο πιο μεγάλος ήταν ο ηλικιωμένος, τόσο σοφότερος θεωρούνταν, καθώς είχε αποκτήσει πολλές εμπειρίες και μπορούσε να χειρίζεται τα πράγματα και τις καταστάσεις με σοφροσύνη και σύνεση.

Αντιθέτως, υπήρχαν και κάποιοι άλλοι που έβλεπαν το γήρας με «κακό μάτι». Ο Μένανδρος ανήκει σε αυτούς, αφού έλεγε ότι : « φοβού το γήρας ου γαρ έρχεται μόνον», δηλαδή «να φοβάσαι τα γηρατεία γιατί δεν έρχονται μόνα τους», αλλά φέρνουν μαζί τους και πολλές αρρώστιες, Ενώ άλλοι έλεγαν: « χαλεπόν το γήρας εστί ανθρωποις βάρος », δηλαδή ότι τα γηρατεία είναι βάρος δυσβάσταχτο για τους ανθρώπους.

Στη σημερινή εποχή, θα μπορούσαμε να πούμε πως οι αρνητικές σκέψεις απέναντι στα γηρατεία, συνεχίζουν να υπάρχουν, διότι όταν μιλάμε για το γήρας, αναπόφευκτα έρχεται στο νου μας η αυξημένη νοσηρότητα και ο θάνατος.

Ανέκαθεν, ένα ηλικιωμένο άτομο εύκολα μπορεί να το ξεχωρίσει κανείς ανάμεσα σε πλήθος νεότερων ηλικιακά ατόμων. Ωστόσο, παρά τον εύκολο διαχωρισμό των ηλικιωμένων από τις άλλες ομάδες, είναι δύσκολο να δώσουμε ένα σαφή ορισμό για την ακριβή σημασία των εννοιών «γήρας» και «γήρανση».

Αυτό συμβαίνει διότι είναι δύσκολο να πούμε ποιες από τις μεταβολές που εκδηλώνονται τόσο σε βιολογικό και ψυχικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο εμφάνισης, συμπεριφοράς καθώς και κοινωνικών ρόλων, είναι αποκλειστικά απόρροια της γήρανσης και της επίδρασης του χρόνου στον ανθρώπινο οργανισμό.

Πάραυτα, κατά καιρούς έχουν γίνει πολλές προσπάθειες απόδοσης ενός σαφή και ολοκληρωμένου ορισμού των εννοιών αυτών, από τις οποίες προκύπτει ότι το γήρας είναι μια πολυπαραγοντική διαδικασία έκπτωσης της λειτουργικότητας των κυττάρων και σχετίζεται με αλλαγές στη σύνθεση του σώματος, στη λειτουργία των διαφόρων οργάνων και στη φυσική δραστηριότητα.⁴

Επίσης, είναι σκόπιμο να αναφερθεί ότι ο ρυθμός της γήρανσης είναι διαφορετικός από άτομο σε άτομο και για τον λόγο αυτό η επιστήμη της Ιατρικής χρησιμοποιεί τους όρους βιολογική ηλικία και χρονολογική ηλικία. Η βιολογική ηλικία, αντιστοιχεί στην εσωτερική κατάσταση των λειτουργικών συστημάτων του οργανισμού και η χρονολογική ηλικία αντιστοιχεί στα έτη ζωής κάθε ατόμου.⁵

Ωστόσο, το γήρας έχει άμεση σχέση με τη χρονολογική ηλικία, καθώς παρατηρούμε ότι το άτομο στην ηλικία των 60-65 ετών, αφήνει πίσω του τη ζωή του μεσήλικα και εισχωρεί στην ομάδα των ηλικιωμένων ατόμων. Αυτή η κατάσταση συμβαίνει διότι η χρονολογική ηλικία των 65 ετών καθιερώθηκε το 1889 από τον Γερμανό Otto Von Bismark και υιοθετήθηκε το 1935 από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής ως το μεταβατικό στάδιο από τη μέση στην τρίτη ηλικία.

Αν και ο διαχωρισμός των ηλικιών με τον τρόπο αυτό, μπορεί να χαρακτηριστεί ως αυθαίρετος, στη συνέχεια αποδείχθηκε απαραίτητο κριτήριο για οικονομικές παροχές από τα κοινωνικά ασφαλιστικά συστήματα, για τη χορήγηση χρηματικών βοηθημάτων, συντάξεων και εφάπαξ.¹

1.2 Η επίδραση της γηράσκως στον ανθρώπινο οργανισμό

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί, στην επιστημονική κοινότητα υπάρχουν διάφορες αντιλήψεις σχετικά με τη χρονική στιγμή της έναρξης της γηράσκως του οργανισμού, με δημοφιλέστερη και επικρατέστερη τη θεωρία εκείνη που υποστηρίζει ότι η διαδικασία της γήρανσης ξεκινά μετά το 30ό έτος της ηλικίας, όπου σχεδόν κάθε όργανο του σώματος, χάνει κάθε χρόνο το 1% από τη λειτουργική του ικανότητα.

Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, άτομα που βρίσκονται στην ηλικία των 70-75 χρόνων, έχουν χάσει περίπου το 40-45% της λειτουργικής ικανότητας των οργάνων τους, κάτι που σημαίνει ότι ο οργανισμός του ηλικιωμένου πλέον ατόμου έχει υποστεί τόσες πολλές και σοβαρές αλλαγές που φθάνει στο σημείο να βρίσκεται σε κατάσταση «υπολειτουργίας», χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι το άτομο σταματά να ζει τη ζωή του, αφού η γενικότερη κατάστασή του δεν κρίνεται αποκλειστικά από την ηλικία αλλά κατά κύριο λόγο από την ύπαρξη ή όχι κάποιας παθολογικής κατάστασης.

Ωστόσο, παρατηρώντας τον ανθρώπινο οργανισμό, μπορούμε να υποστηρίξουμε πως λειτουργεί παρόμοια με μια μηχανή (π.χ.: με τη συσκευή ενός κινητού τηλεφώνου ή ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή), η οποία όταν είναι καινούρια είναι πιο λαμπερή ενώ όσο περνούν τα χρόνια, χάνει τη λάμψη της, αποκτά προβλήματα μνήμης και κάποια άλλα προβλήματα που την κάνουν να λειτουργεί λιγότερο αποτελεσματικά από ότι στην αρχή.

Πιο συγκεκριμένα, όσο περνούν τα χρόνια παρατηρείται προοδευτική απώλεια των ελαστικών ιστών, η οποία προκαλεί ρυτίδες και χαλάρωση του δέρματος.⁶ Το τριχωτό της κεφαλής λευκαίνει και αρραιώνει, ο ρυθμός ανάπτυξης των νυχιών επιβραδύνεται και η λειτουργία των ιδρυτοποιίων αδένων περιορίζεται. Αλλαγές συμβαίνουν επίσης σε όλα τα συστήματα του οργανισμού: αναπνευστικό, καρδιαγγειακό, ουροποιητικό, γαστρεντερικό, ενδοκρινικό, μυοσκελετικό. Παρακάτω μπορούμε να δούμε τις σημαντικότερες μεταβολές που συμβαίνουν σε κάθε σύστημα.

Καρδιαγγειακό σύστημα

- Ø Μορφολογικές και λειτουργικές μεταβολές παρατηρούνται στο καρδιαγγειακό σύστημα με την πάροδο του χρόνου. Παρατηρείται πάχυνση του τοιχώματος του καρδιακού μυός και εναπόθεση λίπους, κολλαγόνου και συνδετικού ιστού σε όλα τα τμήματα του μυοκαρδίου, προκαλώντας έτσι την σκληρότητά του.
- Ø Μεταβολές επέρχονται στο φλεβόκομβο, τον κολποκοιλιακό κόμβο και το δεμάτιο του His επηρεάζοντας την αγωγιμότητα της καρδιάς.⁷
- Ø Τα αγγεία χάνουν την ελαστικότητά τους καθώς οι ελαστικές ίνες τους προοδευτικά σκληραίνουν, ενώ στη συνέχεια παρατηρείται αυξημένη

εναπόθεση ασβεστίου, διεργασία η οποία ονομάζεται ελαστοασβέστωση (elastocalcinosis).¹

- ∅ Η αποδοτικότητα της καρδιάς μέχρι την ηλικία των 75 χρόνων, έχει μειωθεί κατά 30%.⁶

Αναπνευστικό σύστημα

- ∅ Με το πέρασμα του χρόνου, οι αναπνευστικοί μύες, όπως και οι περισσότεροι μύες του οργανισμού εξασθενούν. Οι πνεύμονες χάνουν την ελαστικότητά τους καθώς μεταβάλλεται η σύνθεση της ελαστίνης.
- ∅ Επίσης, το κολλαγόνο, (ουσία που υπάρχει σε μεγάλη πυκνότητα στους πνεύμονες και ευθύνεται για τη διατήρηση του σχήματός τους), με την πάροδο του χρόνου καθίσταται δύσκαμπτο καθώς αυξάνεται ο αριθμός των συνδέσμων ανάμεσα στις υπομονάδες του, με αποτέλεσμα τη διαταραχή της λειτουργίας των πνευμόνων.^{1,8}
- ∅ Η αποδοτικότητα των πνευμόνων μέχρι την ηλικία των 75 χρόνων έχει ελαττωθεί κατά 40% περίπου.⁶

Ουροποιητικό σύστημα

- ∅ Με την πάροδο του χρόνου η νεφρική μάζα μειώνεται προοδευτικά. Το βάρος των νεφρών από 250-270γρ. που ήταν στη νεαρή ηλικία, ελαττώνεται στα 180-200γρ. στην 8^η δεκαετία της ζωής.¹
- ∅ Ο ρυθμός της σπειραματικής διήθησης και της επαναρροφητικής ικανότητας των ουροφόρων σωληναρίων μειώνεται σταδιακά.
- ∅ Οι μύες της ουροδόχου κύστεως εξασθενούν με αποτέλεσμα τη δημιουργία ακράτειας ούρων.
- ∅ Στους άνδρες παρατηρείται υπερτροφία του προστάτη αδένου.
- ∅ Η αποδοτική λειτουργία των νεφρών μπορεί να μειωθεί μέχρι και 40%.⁶

Γαστρεντερικό σύστημα

- ∅ Η απορρόφηση των διαφόρων στοιχείων (όπως λεύκωμα, γλυκόζη, ασβέστιο και άλλα), από το γαστρεντερικό σωλήνα μπορεί να επηρεαστεί από την πάροδο του χρόνου.
- ∅ Παρατηρείται μείωση του όγκου του ήπατος και του παγκρέατος, ενώ δε σημειώνονται σημαντικές αλλαγές στα όργανα αυτά.
- ∅ Επίσης, η έκκριση σιέλου και γαστρικού οξέος φαίνεται ότι ελαττώνεται.
- ∅ Η αποδοτική λειτουργία του ήπατος ελαττώνεται περίπου κατά 10%.⁶

Μυοσκελετικό σύστημα

- ∅ Η γήρανση του οργανισμού συνοδεύεται από εξασθένηση των μυών.
- ∅ Επίσης, η αλλοίωση του αρθρικού χόνδρου, μπορεί να δημιουργήσει τραυματισμούς, πόνο και περιορισμό της κινητικότητας του ατόμου.

- Ø Κατά μέσο όρο ένα άτομο 75 ετών είναι τουλάχιστον κατά 75 χιλιοστά πιο κοντό από όσο ήταν στην ακμή της ηλικίας του. ⁶
- Ø Η οστεοπόρωση κάνει συχνά την εμφάνισή της σε ηλικιωμένα άτομα, κυρίως λόγω της μειωμένης απορρόφησης ασβεστίου.

Ενδοκρινικό σύστημα

- Ø Στις γυναίκες τα επίπεδα οιστρογόνων μειώνονται.
- Ø Στους άνδρες μειώνεται η παραγωγή τεστοστερόνης.
- Ø Μείωση της τριδοθυρονίνης T3 και της TSH.
- Ø Παρατηρείται κάποια καθυστέρηση στην απελευθέρωση της ινσουλίνης από τα β- κύτταρα του παγκρέατος (νησίδια του Langerhans). ¹

Ειδικές αισθήσεις

- Ø Με το πέρασμα του χρόνου οι ειδικές αισθήσεις του ανθρώπου παρουσιάζουν σημαντική έκπτωση. Τα οπτικά πεδία στενεύουν και η οξύτητα της οράσεως ελαττώνεται σε σημαντικό βαθμό, ενώ την εμφάνισή τους κάνουν αρκετές παθολογικές καταστάσεις όπως το γλαύκωμα, ο καταρράκτης και η πρεσβυωπία.
- Ø Επίσης, παρατηρείται μείωση της ακουστικής ικανότητας, η οποία μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως κάκωση ή απόφραξη, έκθεση σε υπερβολικά μεγάλης έντασης ήχους, βλάβη του ακουστικού νεύρου, βαριά λοίμωξη που μπορεί να προκαλέσει βλάβες του ωτός, βλάβη του ακουστικού νεύρου ή του ακουστικού κέντρου του εγκεφάλου.⁹

1.3 Η Δημογραφική γήρανση και οι επιπτώσεις της στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Όνειρο κάθε ανθρώπινης ύπαρξης ήταν ανέκαθεν η απόκτηση της μακροβιότητας. Κάνοντας μια σύντομη αναδρομή στο πρόσφατο παρελθόν, εύκολα μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι το όνειρο αυτό δεν παρέμεινε όνειρο αλλά έγινε πραγματικότητα.

Πιο συγκεκριμένα, το έτος 1950 ο μέσος όρος ζωής των ανδρών ήταν 65,5 χρόνια και των γυναικών 71,1 χρόνια. Τριάντα τρία (33) χρόνια αργότερα δηλαδή το 1983 παρατηρείται σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Ο μέσος όρος ζωής των ανδρών ανήλθε στα 70 έτη και των γυναικών στα 78,1 έτη. Σήμερα το προσδόκιμο επιβίωσης υπερβαίνει τα 75 έτη για τους άνδρες και τα 80 έτη για τις γυναίκες.¹⁰

Όπως μπορούμε να συμπεράνουμε, το προσδόκιμο επιβίωσης έχει πάρει ανοδική πορεία καθώς από το 1950 έως σήμερα, ο μέσος όρος ζωής των ανδρών και των γυναικών έχει αυξηθεί κατά δέκα ολόκληρα χρόνια.

Το γεγονός αυτό οφείλεται στην ταχύτατη εξέλιξη της τεχνολογίας, στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, στην αλλαγή του καθημερινού τρόπου ζωής, στη μείωση της θνησιμότητας καθώς και στη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής.

Σε αυτό το σημείο όμως και παρά το ευχάριστο και ελπιδοφόρο γεγονός της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι ένα άλλο πρόβλημα έχει προκύψει για την κοινωνία καθώς παρατηρείται ότι οι δείκτες γονιμότητας βρίσκονται σε δραματική πτώση, εν αντιθέσει των δεικτών γηράνσεως οι οποίοι παίρνουν έντονη ανοδική πορεία.¹⁰

Σύμφωνα με τις διαθέσιμες πληθυσμιακές προβολές, ο συνολικός πληθυσμός της Ελλάδας αναμένεται το 2020 να αυξηθεί στα 10.555.184 άτομα. Ο πληθυσμός των παιδιών 0-14 ετών θα ακολουθήσει εκπτώτικη πορεία και θα αγγίξει το 14,9% από 16,4% που ήταν το 1996. Αντίθετα ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ατόμων (65 και άνω) θα αυξηθεί σε 21% από 16% που ήταν το 1996.¹

Όπως εύκολα μπορεί να συμπεράνει κανείς, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ατόμων θα ξεπερνά κατά πολύ τον πληθυσμό των παιδιών. Έτσι, είμαστε σε θέση να κάνουμε λόγο για δημογραφική γήρανση, δηλαδή για αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό, η οποία δεν αφορά μόνο την Ελλάδα αλλά και όλες τις χώρες του Δυτικού κυρίως κόσμου.

Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης έχει τεράστιες επιπτώσεις στην κοινωνία, στην οικονομία, στην κοινωνική ασφάλιση και στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό συμβαίνει διότι επιβραδύνει την οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας, έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην αγορά εργασίας, καθώς και στην ισορροπία των προϋπολογισμών της κοινωνικής ασφάλισης.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα ότι η μακροβιότητα δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν επιβαρυντικός παράγοντας που καταστρέφει το κοινωνικό σύνολο.

Αντιθέτως, αν σκεφτούμε ότι στο παρελθόν τα άτομα που βρίσκονταν στην ηλικία των 35-40 χρόνων θεωρούνταν ηλικιωμένοι, τότε θα διαπιστώσουμε ότι η μακροβιότητα είναι ένα πολύ σημαντικό προνόμιο που έχει αποκτήσει η ανθρωπότητα και θα είμαστε ευγνώμονες που η ζωή μας δεν είναι τόσο σύντομη όσο παλιότερα.

Παρόλα αυτά, μελετώντας τις επιπτώσεις της δημογραφικής γηράνσεως στην κοινωνία εύκολα μπορεί να φθάσει κανείς στο συμπέρασμα ότι το φαινόμενο αυτό μπορεί να θεωρηθεί σαν μια βασική αιτία κατάρρευσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας μιας χώρας καθώς:

- ✓ μεταβάλλει τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού
- ✓ επηρεάζει το επίπεδο υγείας
- ✓ κάνει την ζήτηση υπηρεσιών υγείας πιο επιτακτική
- ✓ επηρεάζει την ασφαλιστική κάλυψη
- ✓ αυξάνει το κόστος της ιατρικής περίθαλψης
- ✓ αυξάνει το κόστος νοσηλευτικής περίθαλψης.

Όλες αυτές οι επιπτώσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας συμβαίνουν διότι, η γήρανση επιφέρει σημαντικές αλλαγές στο επιδημιολογικό και νοσολογικό πρότυπο, με επικράτηση των χρόνιων νοσημάτων όπως ισχαιμική καρδιοπάθεια, νοσήματα των αγγείων του εγκεφάλου, υπέρταση, νεοπλάσματα και άλλα νοσήματα που απαιτούν μακροχρόνια ιατρική παρακολούθηση και θεραπευτική-φαρμακευτική αγωγή.

Αυτό σημαίνει αφενός ότι το κόστος για την παροχή ιατρικής, νοσηλευτικής και φαρμακευτικής περίθαλψης των ηλικιωμένων, η οποία οφείλει να είναι διαρκής, μακρά και δαπανηρή, είναι κατά πολύ μεγαλύτερο από ότι το κόστος για την περίθαλψη των παιδιών ή των ατόμων μέχρι τα 65 περίπου έτη και αφετέρου, ότι το κόστος για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων αποτελεί και θα αποτελέσει στο μέλλον, μείζον κοινωνικό ζήτημα αφού ο πληθυσμός γηράσκει ραγδαίως.

Όσον αφορά στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, εύκολα μπορεί κανείς να διαπιστώσει ότι βρίσκεται σε δύσκολη κατάσταση, αφενός λόγω της οικονομικής κρίσης που ταλανίζει τη χώρα τα τελευταία χρόνια, και αφετέρου λόγω της δημογραφικής γήρανσης η οποία κάνει επιτακτικότερη την ανάγκη για παροχή ποιοτικής ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης.

Ο συνδυασμός των δυο αυτών γεγονότων (οικονομική κρίση και δημογραφική γήρανση) έχουν οδηγήσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας, όπως επίσης και τα ασφαλιστικά ταμεία προ της κατάρρευσης.

Στα νοσοκομεία παρουσιάζονται μεγάλες ελλείψεις όχι μόνο σε ανθρώπινο δυναμικό (ιατρικό και νοσηλευτικό) αλλά και σε υλικά αγαθά, απαραίτητα για τους χώρους του νοσοκομείου όπως γάντια, γάζες, βαμβάκι, όπως επίσης και απουσία σύγχρονων μηχανημάτων όπως οι μαγνητικοί ή αξονικοί τομογράφοι.

Οι ελλείψεις αυτές γίνονται ολοένα και μεγαλύτερες, ενώ ταυτόχρονα επιτακτικότερες γίνονται και οι ανάγκες της κοινωνίας, καθώς η γήρανση του πληθυσμού προκαλεί σημαντικές μεταβολές στη δημογραφική δομή και θέτει κρίσιμα ερωτήματα και νέες προκλήσεις και απαιτήσεις από τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, τόσο για την οικονομική και κοινωνική πολιτική όσο και για την ασφάλιση της υγείας καθώς και για τις πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται ή που πρέπει να εφαρμοστούν, ώστε να προετοιμαστούν οι κοινωνίες για την καλύτερη αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής.

Επίσης, ο τρόπος με τον οποίο η κοινωνία οργανώνει τη φροντίδα των ηλικιωμένων αποτελεί σημαντικό δείκτη του σεβασμού και της σπουδαιότητας που αποδίδει στην ευαίσθητη ομάδα των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς και το σεβασμό απέναντι σε κάθε ανθρώπινη ύπαρξη.

1.4 Η συμβολή της Νοσηλευτικής επιστήμης στη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων

Η Νοσηλευτική είναι μια επιστήμη με επίκεντρο τον άνθρωπο και στόχο της την πρόληψη της ασθένειας και την προαγωγή και αποκατάσταση των προβλημάτων υγείας όλων των ανθρώπων, ανεξαρτήτως φυλής – χρώματος, υπηκοότητας, θρησκευτικών πεποιθήσεων, όπως επίσης ανεξαρτήτως της ηλικίας του ατόμου που χρειάζεται τη νοσηλευτική φροντίδα.

Τα τελευταία χρόνια, καθώς παρατηρήθηκε ταχύτατη αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού, κρίθηκε αναγκαία η ανάπτυξη ενός κλάδου της νοσηλευτικής επιστήμης, που θα έχει άμεση σχέση με το ηλικιωμένο άτομο. Έτσι, αναπτύχθηκε η Γεροντολογική νοσηλευτική η οποία ασχολείται αποκλειστικά με τη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων.

Με την άσκησή της, η Γεροντολογική νοσηλευτική δίνει έμφαση στην πρόληψη της ασθένειας και της αναπηρίας, καταστάσεις οι οποίες χειροτερεύουν τη διεργασία του γήρατος. Επίσης, στοχεύει στην υποστήριξη των ατόμων της τρίτης ηλικίας, ώστε να διατηρήσουν το καλύτερο δυνατό επίπεδο αυτοεξυπηρέτησης και ικανοποίησης των βασικών καθημερινών αναγκών τους.

Σε περίπτωση που η αυτοεξυπηρέτηση και η εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων από τον ηλικιωμένο είναι αδύνατη, τότε ο νοσηλευτής καλείται να εκτιμήσει τις ανάγκες του ατόμου και να προγραμματίσει τις νοσηλευτικές ενέργειες που πρέπει να γίνουν ώστε εφαρμόζοντάς τις να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να λυθούν όσο το επιτρέπει η κατάσταση τα ζητήματα υγείας και ευεξίας του ηλικιωμένου.

Βασικός στόχος της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας σε άτομα της τρίτης ηλικίας είναι:

- ✓ η ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα και εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων
- ✓ ο σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου
- ✓ η ενημέρωση και η διδασκαλία του ηλικιωμένου αλλά και της οικογένειας γύρω από τα θέματα φροντίδας του
- ✓ η προφύλαξη του ηλικιωμένου από λοιμώδεις νόσους με εμβόλια
- ✓ η προφύλαξη από ατυχήματα και τραυματισμούς
- ✓ η σωστή λήψη των φαρμάκων
- ✓ η αναγνώριση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και η ψυχολογική υποστήριξη.

Όπως όλοι γνωρίζουμε, η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας είναι μια εξατομικευμένη ενέργεια. Έτσι, όσον αφορά στη φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων, ο νοσηλευτής λαμβάνει υπόψη του όχι μόνο την παρούσα κατάσταση ή την

μελλοντική πορεία της υγείας του ηλικιωμένου, αλλά και το παρελθόν του μέσα από το οποίο μπορεί να καταλάβει καλύτερα τις ανάγκες και τις επιδιώξεις του ηλικιωμένου, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να τον προσεγγίσει καλύτερα.

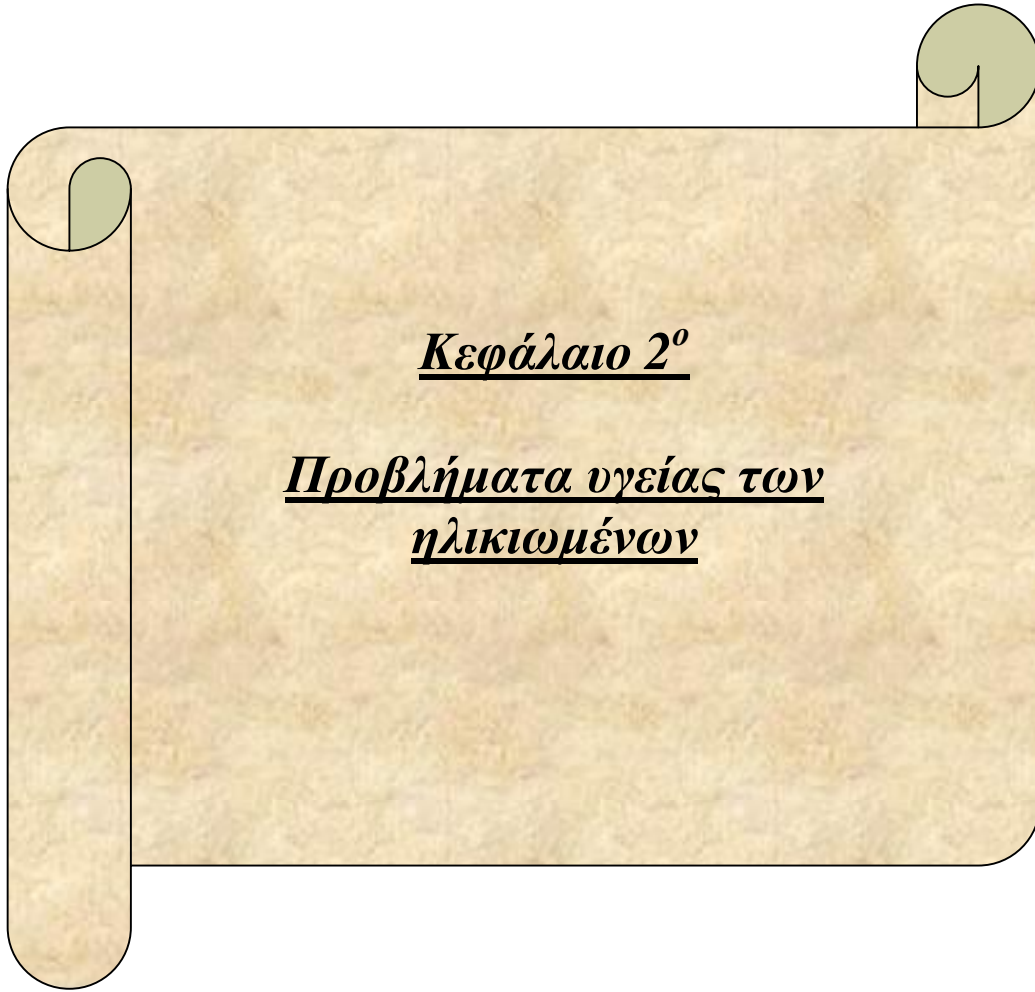
Για το λόγο αυτό, ο νοσηλευτής παίρνει ένα λεπτομερές ιστορικό από τον ηλικιωμένο (εφόσον είναι σε θέση να συνεργαστεί), στο οποίο περιλαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με την κληρονομικότητα, τη διατροφή, την γενικότερη κατάσταση υγείας, τις εμπειρίες της ζωής, το επίπεδο άγχους και άλλων παραγόντων που επηρεάζουν κάθε οργανισμό κατά τρόπο μοναδικό.

Ο νοσηλευτής γνωρίζοντας αυτές τις λεπτομέρειες για τη ζωή του ηλικιωμένου είναι σε θέση να συνεργαστεί καλύτερα μαζί του και έτσι έχοντας σαν βάση ένα κλίμα εμπιστοσύνης, θέτουν μαζί ρεαλιστικούς στόχους και μέσω προγραμματισμού και καλής συνεργασίας αντιμετωπίζουν κάθε πρόβλημα.

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας δεν είναι απαραίτητο να εφαρμοστεί αποκλειστικά στους χώρους του νοσοκομείου, όταν δεν υπάρχει κάποια παθολογική κατάσταση που να επιβάλλει την παραμονή του ηλικιωμένου στους χώρους αυτούς.

Η νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να γίνει ακόμη και στο σπίτι, είτε με την πρόσληψη μιας αποκλειστικής νοσοκόμας, είτε μέσω διαφόρων προγραμμάτων από τον Ερυθρό Σταυρό ή όπως το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι.

Επίσης, νοσηλευτική φροντίδα σε ηλικιωμένα άτομα, γίνεται σε διάφορα ιδρύματα (γηροκομεία) όπου οι ηλικιωμένοι μένουν μόνιμα.



Κεφάλαιο 2^ο

**Προβλήματα υγείας των
ηλικιωμένων**

Κεφάλαιο 2° Προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων

2.1 Υπέρταση

Όταν μιλάμε για αρτηριακή πίεση, εννοούμε την πίεση που ασκεί το αίμα στα τοιχώματα των αρτηριών και την εκφράζουμε με δύο αριθμούς. Ο μεγαλύτερος αριθμός καλείται συστολική πίεση και αφορά την πίεση όταν η καρδιά συσπάται, κτυπά και εξακοντίζει το αίμα στην αορτή. Ο μικρός αριθμός καλείται διαστολική πίεση και είναι η πίεση όταν η καρδιά χαλαρώνει για να ξαναγεμίσει.¹⁰

Τα φυσιολογικά επίπεδα της συστολικής πίεσης πρέπει να είναι μέχρι 135mmHg και της διαστολικής μέχρι 85mmHg. Όταν σε κάποιο άτομο το οποίο βρίσκεται σε κατάσταση ηρεμίας και είναι σε καθιστή θέση, η συστολική του πίεση ξεπερνά τα 140mmHg και η διαστολική τα 90 mmHg, τότε το άτομο αυτό είναι υποψήφιο για εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης.

Η υπέρταση είναι η αυξημένη αρτηριακή πίεση πάνω από 140mmHg με 90mmHg για μεγάλο χρονικό διάστημα. Έτσι, ένα άτομο χαρακτηρίζεται ως υπερτασικό, όταν σε επανειλημμένες μετρήσεις, τουλάχιστον τρεις φορές σε διαφορετικές ημέρες, η συστολική πίεση παραμένει πάνω από 140mmHg και η διαστολική πάνω από 90mmHg.

Επίσης, η υπέρταση διακρίνεται σε ιδιοπαθή ή πρωτοπαθή όταν δεν υπάρχει κάποια προφανής αιτία και σε δευτεροπαθή όταν οφείλεται σε κάποια νόσο. Η ιδιοπαθής υπέρταση είναι συχνότερη στις μεγάλες ηλικίες και στις περιπτώσεις αυτές ο γιατρός μπορεί να υποψιαστεί και άλλες αιτίες όπως στένωση της νεφρικής αρτηρίας ή κάποια άλλη νόσο των επινεφριδίων.¹¹

Αίτια ιδιοπαθούς υπέρτασης

Στα αίτια της ιδιοπαθούς υπέρτασης περιλαμβάνονται:

A) Η ηλικία: η αύξηση της ηλικίας συνοδεύεται και από αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Ωστόσο, δεν μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι η ηλικία από μόνη της μπορεί να προκαλέσει αρτηριακή υπέρταση, παρά μόνο σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες, όπως για παράδειγμα η υπερκατανάλωση χλωριούχου νατρίου και οιοπνεύματος, η κληρονομικότητα και άλλα.

B) Η κληρονομικότητα: η υπέρταση εμφανίζεται συνήθως σε άτομα τα οποία έχουν συγγένεια α΄ βαθμού. Ωστόσο δεν μπορεί να αποτελέσει από μόνη της ισχυρό παράγοντα ώστε να εμφανιστεί υπέρταση, παρά μόνο σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες, όπως συμβαίνει επίσης και με την ηλικία.¹²

Γ) Το Stress: οδηγεί σε δραστηριοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Το συμπαθητικό νευρικό σύστημα προκαλεί σύσπαση του τοιχώματος και στένωση του αυλού των αρτηριών με αποτέλεσμα την αύξηση της αρτηριακής πίεσης.^{11,12}

Δ) Διάφορες ορμόνες των ενδοθηλιακών κυττάρων των αγγείων που ρυθμίζουν τον τόνο των αγγείων, λόγω των αγγειοδιασταλτικών και αγγειοσυσπαστικών ιδιοτήτων τους.

Ε) Η αυξημένη κατανάλωση άλατος σε συνδυασμό με κακή νεφρική λειτουργία, οδηγούν σε αυξημένη κατακράτηση ύδατος που έχει ως συνέπεια την αύξηση της καρδιακής παροχής και των περιφερικών αντιστάσεων με αποτέλεσμα τη δημιουργία υπέρτασης.

ΣΤ) Η αυξημένη κατανάλωση οιοπνεύματος σε καθημερινή βάση έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με την αύξηση της αρτηριακής πίεσης.

Ζ) Η παχυσαρκία: σύμφωνα με μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι το πολύ αυξημένο βάρος και ιδιαίτερα η συγκέντρωση λίπους γύρω από τον κορμό και στην κοιλιακή χώρα, ευθύνεται για τη δημιουργία υπέρτασης.

Αίτια δευτεροπαθούς υπέρτασης

Α) Φάρμακα και άλλες ουσίες όπως κορτικοστεροειδή, κοκαΐνη και άλλες ναρκωτικές ουσίες.

Β) Νεφρικές παθήσεις: οξεία ή χρόνια σπειραματονεφρίτιδα, υδρονέφρωση, αποφρακτική νεφροπάθεια, στένωση νεφρικών αρτηριών και άλλες.

Γ) Καρδιαγγειακές παθήσεις: αορτική ανεπάρκεια, στένωση της αορτής, αορτίτιδα με χαρακτηριστική μείωση των σφύξεων των μηριαίων αρτηριών σε σύγκριση με τις σφύξεις των κερκιδικών αρτηριών.

Δ) Ενδοκρινικές παθήσεις όπως υποθυρεοειδισμός, υπερθυρεοειδισμός, υπερασβεστιαμία και άλλες.

Συμπτώματα της υπερτασικής κρίσης

Η υπέρταση στα πρώιμα στάδια δεν προκαλεί συμπτώματα. Αργότερα όμως, μία υπερτασική κρίση μπορεί να αποτελέσει μια εξαιρετικά επείγουσα και επικίνδυνη κατάσταση. Κύρια συμπτώματά της είναι:

- Α) η έντονη κεφαλαλγία
- Β) η ζάλη
- Γ) η θόλωση της οράσεως
- Δ) η ναυτία
- Ε) η σύγχυση (πιθανώς)
- ΣΤ) η κόπωση
- Ζ) η νευρικότητα
- Η) η ευερεθιστότητα ¹²

Θεραπεία

Η θεραπεία της υπέρτασης μπορεί να είναι μη φαρμακευτική όταν πρόκειται για ήπια μορφή και φαρμακευτική όταν η λήψη μέτρων για την καταπολέμησή της κρίνεται ανεπαρκής.

✓ Μη φαρμακευτική θεραπεία της υπέρτασης

Η θεραπεία της υπέρτασης, όταν αυτή είναι σε ήπια μορφή, μπορεί να στηριχθεί σε ένα πρόγραμμα αλλαγής του συνήθη τρόπου ζωής. Ένα τέτοιο πρόγραμμα περιλαμβάνει τη λήψη ορισμένων αρχών και μέτρων που θα βελτιώσουν –μειώσουν τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης. Αρχικά, όσον αφορά σε υπέρβαρα υπέρτασικά άτομα, η θεραπεία στρέφεται στην μείωση των περιπτώσεων κιλών. Στη συνέχεια προχωρούμε στην εξασφάλιση ενός προγράμματος διατροφής από το οποίο απέχουν ουσίες όπως χλωριούχο νάτριο (άλας), αλκοόλ και καφεΐνη.

Επίσης, στο καθημερινό πρόγραμμα για διατήρηση σε χαμηλά επίπεδα της αρτηριακής πίεσης, εντάσσουμε και την ήπιας μορφής άσκηση. Κατά την προσπάθεια της μη φαρμακευτικής αντιμετώπισης της υπέρτασης, ο ασθενής-υπέρτασικός θα πρέπει να αποφεύγει την έκθεση του εαυτού του στο έντονο άγχος γιατί λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας.

✓ Φαρμακευτική θεραπεία της υπέρτασης

Η φαρμακευτική θεραπεία της υπέρτασης μπορεί να γίνει με τη χορήγηση μιας ευρείας ποικιλίας φαρμάκων στην οποία περιλαμβάνονται διουρητικά φάρμακα, α-αποκλειστές, β-αποκλειστές, ανταγωνιστές του ασβεστίου και αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης. Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη φαρμακευτική θεραπεία της υπέρτασης μπορούμε να παρατηρήσουμε τον πίνακα

1¹⁰

Κατηγορίες Φαρμάκων	Ενδείξεις	Αντενδείξεις
Διουρητικά	Καρδιακή ανεπάρκεια Συστολική υπέρταση Άτομα μαύρης φυλής	Ουρική νόσος
Α-αποκλειστές	Υπερτροφία προστάτη Δυσανεξία στη γλυκόζη	-
Β-αποκλειστές	Ταχυαρρυθμία Μετά από έμφραγμα Στηθάγχη	Άσθμα Χρόνια αποφρακτική πνευ- μονοπάθεια Περιφερική αγγειοπάθεια
Ανταγωνιστές του ασβεστίου	Στηθάγχη Περιφερική αγγειοπάθεια Δυσανεξία στη γλυκόζη Άτομα μαύρης φυλής	-
Αναστολείς του	Καρδιακή ανεπάρκεια	Αμφοτερόπλευρη

μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης	Υπερτροφία αριστεράς κοιλίας	στένωση αρτηρίας	νεφρικής
---	------------------------------	------------------	----------

Πίνακας¹⁰

Νοσηλευτική φροντίδα για την αντιμετώπιση της υπέρτασης

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας και η λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της υπέρτασης, μπορεί να γίνει είτε στο σπίτι (κατ' οίκον νοσηλεία), είτε στο ίδρυμα , είτε στο νοσοκομείο. Για να έχουμε σωστή αντιμετώπιση της υπέρτασης πρέπει να σχεδιάσουμε ένα εξατομικευμένο και ολοκληρωμένο πρόγραμμα ελέγχου στο οποίο να περιλαμβάνονται οι εξής ενέργειες νοσηλευτικής φροντίδας:

1. Διδασκαλία του ασθενούς για διακοπή καπνίσματος, περιορισμό της πρόσληψης νατρίου και αλκοόλ.
2. Διδασκαλία για αποφυγή έκθεσης του ασθενούς σε στρεσογόνο περιβάλλον.
3. Διδασκαλία για ένταξη στο καθημερινό πρόγραμμα, ήπιας άσκησης, όπως βάδισμα.
4. Σε υπέρβαρα υπερτασικά άτομα γίνεται σύσταση και επίβλεψη τήρησης συγκεκριμένου διαιτολογίου με σκοπό την απώλεια βάρους.
5. Ο νοσηλευτής φροντίζει για τη σωστή χορήγηση των συσταθέντων από τους γιατρούς φαρμάκων, τη σωστή ώρα, στη σωστή δόση και με το σωστό τρόπο, ιδιαιτέρως σε ηλικιωμένους με προβλήματα μνήμης, οράσεως και κινητικότητας.
6. Σε περίπτωση χορήγησης διουρητικών φαρμάκων ο νοσηλευτής πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή σχετικά με την έντονη αίσθηση της ούρησης που θα έχει, ώστε να αποφευχθεί πιθανή σύγχυση του ηλικιωμένου.
7. Παρακολούθηση του ασθενή, σε περίπτωση που δεν έχει λάβει ξανά το ίδιο φάρμακο, για πιθανή εμφάνιση αλλεργικής αντίδρασης.
8. Καθημερινή και τακτική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσεως.
9. Προγραμματισμός για συχνό έλεγχο των επιπέδων νατρίου και καλίου ιδιαίτερα όταν ο ηλικιωμένος λαμβάνει διουρητικά φάρμακα για την πτώση της αρτηριακής πίεσεως.
10. Διδασκαλία του ηλικιωμένου να σηκώνεται σιγά-σιγά από το κρεβάτι γιατί μπορεί να παρουσιαστεί ορθοστατική υπόταση σαν ανεπιθύμητη ενέργεια από τη δράση των φαρμάκων.
11. Τακτική παρακολούθηση της καρδιακής συχνότητας γιατί ορισμένα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν ταχυκαρδία και κάποια άλλα βραδυκαρδία.
12. Μέτρηση της αρτηριακής πίεσης στα μεσοδιαστήματα των γευμάτων, γιατί η αρτηριακή πίεση των ηλικιωμένων είναι μικρότερη μετά τα γεύματα. ¹³

2.2 Οι Πτώσεις στην τρίτη ηλικία

Με την πάροδο του χρόνου, τα βασικά όργανα του σώματος ατονούν και τα αντανακλαστικά μειώνονται. Τα οστά γίνονται πιο δύσκαμπτα και αυξάνεται η συχνότητα των παθήσεων των αρθρώσεων.¹⁴ Επιπλέον, συνυπάρχοντα προβλήματα, όπως η έκπτωση των αισθητηρίων οργάνων (π.χ. μείωση της οξύτητας της όρασης και έκπτωση της ακουστικής ικανότητας), συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση των περιστατικών από πτώσεις.

Κάθε πτώση μπορεί να έχει διαφορετική έκβαση, ανάλογα πάντα με τη βαρύτητα των προβλημάτων που έχουν προκύψει, αλλά και με τη γενική κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου. Πιο συγκεκριμένα, μια ανώμαλη πτώση, πολλές φορές μπορεί να προκαλέσει μόνο ελάχιστους μώλωπες, ενώ άλλες φορές πιο σοβαρούς τραυματισμούς που μπορούν να οδηγήσουν ακόμη και στο θάνατο.

Επιπλέον, μετά από μια πτώση, μπορεί να υπάρξουν πολλές επιπλοκές οι οποίες συνήθως επιβραδύνουν τη διαδικασία της θεραπείας καθώς είναι ικανές να προκαλέσουν κάποια ανεπανόρθωτη βλάβη στον οργανισμό ή ακόμη και να στοιχίσουν την ανθρώπινη ζωή.

Αίτια των πτώσεων

Τα αίτια που μπορούν να οδηγήσουν στην πτώση και τον τραυματισμό ενός ηλικιωμένου είναι:

- ✓ Η μειωμένη αίσθηση της όρασης
- ✓ Ο ανεπαρκής φωτισμός
- ✓ Το ακατάστατο περιβάλλον στο οποίο χαλιά, καλώδια και έπιπλα μπορούν να προκαλέσουν πτώση
- ✓ Το ανέβασμα σκάλας που δεν έχει κιγκλιδώματα
- ✓ Η μη χρήση περιπατητικών βοηθημάτων
- ✓ Η νόσος του Parkinson (λόγω ασταθούς βαδίσματος)
- ✓ Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης (λόγω ζάλης)
- ✓ Η μειωμένη κινητικότητα από αίσθημα γενικής αδυναμίας και εξασθένησης του οργανισμού
- ✓ Προβλήματα της ουροδόχου κύστεως και του εντέρου (βιαστικό βάδισμα για την ανάγκη της κένωσης της ουροδόχου κύστεως ή του εντέρου, είναι δυνατό να προκαλέσει πτώση του ηλικιωμένου) ¹
- ✓ Οι παρενέργειες ορισμένων φαρμάκων (π.χ. ίλιγγος)
- ✓ Η ορθοστατική υπόταση
- ✓ Η απότομη έγερση από το κρεβάτι
- ✓ Το ακατάλληλο ύψος του κρεβατιού
- ✓ Η οστεοπόρωση
- ✓ Οι παθήσεις των αρθρώσεων
- ✓ Τα ακατάλληλα υποδήματα

Επιπλοκές

Οι πιο συνήθεις επιπλοκές που συμβαίνουν σε ηλικιωμένα άτομα μετά από μια πτώση και ιδιαίτερα όταν έχει προκληθεί κάποιο κάταγμα και κυρίως κατά τη διάρκεια της αποκατάστασής του είναι η εσωτερική αιμορραγία, η εξασθένηση των μυών λόγω της παρατεταμένης ακινησίας που απαιτεί συνήθως η αποκατάσταση ενός κατάγματος και μπορεί να οδηγήσει μέχρι και στην πνευμονία, η ανάπτυξη φλεβοθρόμβωσης, η δημιουργία θρομβοφλεβίτιδας και η πρόκληση κατακλίσεων. Όλες αυτές οι επιπλοκές υποκρύπτουν πολλούς κινδύνους οι οποίοι μπορούν να αφαιρέσουν μέχρι και τη ζωή του ηλικιωμένου.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την πρόληψη πρόκλησης πτώσης στους ηλικιωμένους

Οι πτώσεις αποτελούν ένα από τα πιο συχνά παρατηρούμενα προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων και από τα πιο σοβαρά, καθώς μια πτώση μπορεί σταδιακά να επιφέρει το θάνατο.

Για το λόγο αυτό, κρίνεται απαραίτητη η λήψη μέτρων για την πρόληψη μιας μελλοντικής πτώσης, η οποία θα έχει σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία. Η πρόληψη είναι δυνατό να γίνει μέσω κάποιων προγραμμάτων που πραγματοποιούνται από νοσηλευτές κυρίως είτε σε συλλογικό επίπεδο στην κοινότητα ή το ίδρυμα (ευγήρειο), είτε σε ατομικό επίπεδο σε κατ' οίκον νοσηλεία ή στο νοσοκομείο.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην πρόληψη των πτώσεων περιλαμβάνουν:

1. Τη διδασκαλία των ηλικιωμένων να φορούν αναπνευστικά παπούτσια που δε γλιστρούν.
2. Τα χαλιά στο πάτωμα να είναι καλά τοποθετημένα, ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος να μπερδευτούν στα υποδήματά τους και να τους προκαλέσουν πτώση.
3. Να μην υπάρχουν καλώδια στο πάτωμα για τον ίδιο λόγο.
4. Σε περίπτωση που υπάρχουν σκάλες χωρίς κιγκλιδώματα, να τοποθετηθούν, ώστε να μπορεί ο ηλικιωμένος να ανεβοκατεβαίνει με περισσότερη ευκολία και με ελάχιστο κίνδυνο πτώσης.
5. Αν ο ηλικιωμένος έχει πρόβλημα με τη βάδιση, του συστήνουμε να χρησιμοποιεί βακτηρία ή περηπατητικό τετράποδο, ώστε να μπορεί να στηρίζεται.
6. Να υπάρχει καλός φωτισμός στον χώρο όπου κατοικεί και κυρίως κατά τη διάρκεια της νύχτας.
7. Να αποφεύγει την απότομη έγερση από το κρεβάτι.

2.3 Οστεοπόρωση

Ένα από τα πιο σημαντικά και πιο συχνά εμφανιζόμενα προβλήματα των ηλικιωμένων είναι η οστεοπόρωση. Η οστεοπόρωση είναι μια πάθηση του σκελετού κατά την οποία παρατηρείται αραίωση του οστίτη ιστού και μπορεί να είναι αποτέλεσμα είτε κάποιας ιδιοπαθούς αιτιολογίας, είτε διαφόρων άλλων παραγόντων.¹⁴ Η έναρξή της ξεκινά πολύ πριν εκδηλωθούν τα αποτελέσματα της διεργασίας της και συνήθως, η ύπαρξή της γίνεται γνωστή ύστερα από τη δημιουργία κάποιου κατάγματος. Αυτό συμβαίνει γιατί η επίδρασή της στον ανθρώπινο σκελετό, προκαλεί αξιοσημείωτη ευθραυστότητα των οστών, με αποτέλεσμα (τα οστά) να παθαίνουν ρήξη της συνεχείας τους. Για το λόγο αυτό, η οστεοπόρωση, συνδέεται άμεσα με την καταγματική νόσο.

Επιπλέον, η δημιουργία της οστεοπόρωσης, ξεκινά ήδη από την ενήλικη ζωή. Πιο συγκεκριμένα, στους άνδρες ξεκινά μετά το 40ό έτος και εξελίσσεται με βραδύ ρυθμό, ενώ στις γυναίκες ξεκινά μετά το 50ό έτος και εξελίσσεται ταχύτερα.¹⁵ Η συχνότητα εμφάνισης της οστεοπόρωσης είναι συχνότερη στις γυναίκες.

Επίσης, η οστεοπόρωση διακρίνεται σε:

A) Πρωτοπαθή ή ιδιοπαθή οστεοπόρωση, η οποία περιλαμβάνει τους εξής δύο τύπους:

✓ Οστεοπόρωση τύπου I: Συμβαίνει λόγω της ελάττωσης των επιπέδων των οιστρογόνων στην κυκλοφορία εξαιτίας της εμμηνόπαυσης (πιο συχνή σε γυναίκες).

✓ Οστεοπόρωση τύπου II : Είναι επακόλουθη κατάσταση της γήρανης.

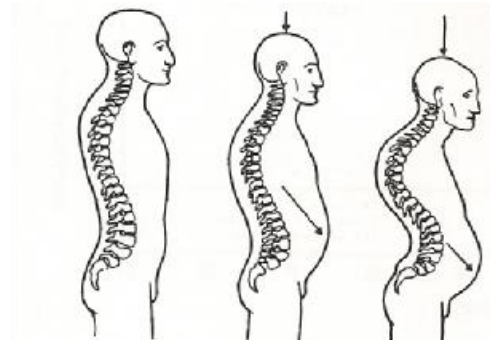
B) Δευτεροπαθή οστεοπόρωση όταν υπάρχει κάποιος υπεύθυνος παράγοντας που οδηγεί σε οστική απώλεια, όπως η χρόνια χρήση κορτικοστεροειδών.¹⁶

Κλινική εικόνα

Η οστεοπόρωση τύπου I, είναι υπεύθυνη κατά κύριο λόγο για την οστική απώλεια των σπονδύλων και την εμφάνιση σπονδυλικών καταγμάτων.

Έτσι, ο ηλικιωμένος παρουσιάζει έντονη ραχιαλγία και προοδευτική απώλεια του αναστήματος με συνοδή κύφωση της θωρακικής μοίρας και λόρδωση της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (βλ. την παραπάνω εικόνα).

Η οστεοπόρωση τύπου II χαρακτηρίζεται από κατάγματα του περιφερικού σκελετού και συχνότερα του ισχίου και του μηριαίου οστού.¹⁵



Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση οστεοπόρωσης

✓ **Το φύλο** (πιο συχνή στις γυναίκες).

- ✓ **Η προχωρημένη ηλικία.**
- ✓ **Η πρόωρη εμμηνόπαυση.**
- ✓ **Η προεμμηνοπαυσιακή ανεπάρκεια οιστρογόνων** (π.χ. ανωορρηξία που οφείλεται σε νευρογενή ανορεξία ή ψυχικό stress) ¹⁶
- ✓ **Η ανεπάρκεια οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση**, που μειώνει τη δυνατότητα εντερικής απορρόφησης του ασβεστίου.
- ✓ **Το κάπνισμα**, καθώς έχει βρεθεί ότι ασκεί άμεση τοξική επίδραση στους οστεοβλάστες. ¹⁶
- ✓ **Η καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ.**
- ✓ **Η κατάχρηση του καφέ** ευθύνεται για την εμφάνιση οστεοπόρωσης, καθώς προκαλεί ασβεστιουρία, η οποία βοηθά στην ανάπτυξη αρνητικού ισοζυγίου ασβεστίου και επομένως οδηγεί σε οστεοπόρωση.
- ✓ **Η καθιστική ζωή και η παρατεταμένη κατάκλιση** οδηγούν σε οστική απώλεια.
- ✓ **Η πολύ έντονη άσκηση** (οδηγεί σε ανεπάρκεια οιστρογόνων).
- ✓ **Το οικογενειακό ιστορικό** ³
- ✓ **Διατροφή πτωχή σε ασβέστιο.**
- ✓ **Έλλειψη βιταμίνης D**, η οποία βοηθά στην απορρόφηση του ασβεστίου.
- ✓ **Η λήψη διαφόρων φαρμακευτικών ουσιών** μπορεί να προκαλέσει αποβολή του ασβεστίου από τα ούρα, μείωση της εντερικής απορρόφησης του ασβεστίου και αύξηση της αποδόμησης κολλαγόνου στα οστά. Τέτοια φάρμακα είναι τα αντιεπιληπτικά, τα σκευάσματα για τις παθήσεις του θυρεοειδή αδένος και τα αντιπηκτικά. ¹⁵
- ✓ **Το σωματικό βάρος.** Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες με παραπάνω κιλά προστατεύονται από ταχεία οστική απώλεια σε σχέση με τις πιο αδύνατες.

Νοσηλευτική παρέμβαση για την πρόληψη της οστεοπόρωσης

Η αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης βασίζεται κυρίως σε τρία επίπεδα πρόληψης, την πρωτογενή, τη δευτερογενή και την τριτογενή. Η πρωτογενής πρόληψη γίνεται ήδη από τις μικρότερες ηλικίες με ενημέρωση είτε στο σχολείο, είτε μέσω διαφόρων προγραμμάτων αγωγής υγείας και περιλαμβάνει τη διδασκαλία όλων των ατόμων για αποφυγή των παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη οστεοπόρωσης στο μέλλον. Η διδασκαλία μπορεί να γίνει από το νοσηλευτή, ο οποίος στο πρόγραμμα ενημέρωσης πρέπει να αναφέρεται σε κάποιες από τις καθημερινές μας συνήθειες, οι οποίες μπορεί να φαίνονται αθώες, ενώ στην πραγματικότητα υποκρύπτουν πολλά προβλήματα που θα έρθουν στην επιφάνεια με την πάροδο του χρόνου. Στις συνήθειες αυτές περιλαμβάνονται: η κατάχρηση του καφέ και των οισιοπνευματωδών ποτών, η έλλειψη άσκησης ή η άσκηση σε υπέρμετρο βαθμό, η απουσία ασβεστίου και βιταμίνης D από το καθημερινό διαιτολόγιο, καθώς και το κάπνισμα.

Η δευτερογενής πρόληψη ενδείκνυται κυρίως σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση και περιλαμβάνει διδασκαλία των γυναικών για μέτρηση της οστικής τους πυκνότητας. Σε περίπτωση που η οστική πυκνότητα κατά τη μέτρησή της βρεθεί σε χαμηλά επίπεδα τότε γίνεται έναρξη προληπτικής αγωγής με τη χορήγηση οιστρογόνων ή με ρινικούς ψεκασμούς καλσιτονίνης.

Η τριτογενής πρόληψη, η οποία αφορά τα πολύ προχωρημένα σε ηλικία άτομα (άνω των 80 ετών), περιλαμβάνει αντιμετώπιση των παραγόντων πρόκλησης πτώσης, ώστε να μειωθούν τα ατυχήματα και οι πιθανότητες δημιουργίας κατάγματος, υποβοήθηση της εντερικής απορρόφησης ασβεστίου με σύγχρονη χορήγηση βιταμίνης D, χορήγηση αναλγητικών για την αντιμετώπιση του πόνου και ενθάρρυνση για κινητική δραστηριότητα.^{14,16}

2.4 Κατακλίσεις

Οι κατακλίσεις δεν αποτελούν πρόβλημα αποκλειστικά των ηλικιωμένων, καθώς μπορούν να εμφανισθούν σε όλες τις ηλικίες ως αποτέλεσμα της παρατεταμένης κατάκλισης. Ωστόσο, η αναφορά των κατακλίσεων στο κεφάλαιο αυτό γίνεται γιατί τα περισσότερα περιστατικά εμφάνισης κατακλίσεων, αφορούν τους ηλικιωμένους, λόγω της καθήλωσής τους στο κρεβάτι, εξαιτίας των πολλών προβλημάτων υγείας, που συνήθως εμφανίζουν.

Επίσης, το πρόβλημα της ανάπτυξης κατάκλισης, σε κάποιο βαθμό προκαλεί διεπιστημονική ευθύνη και κριτήριο αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας που δέχονται οι ηλικιωμένοι,¹ καθώς η πρόληψη των κατακλίσεων αποτελεί μια από τις βασικότερες νοσηλευτικές ενέργειες.

Ορισμός κατάκλισης

Ως κατάκλιση ορίζεται η κυτταρική νέκρωση του δέρματος και των υποκείμενων ιστών, λόγω διακοπής της μικροκυκλοφορίας του αίματος στην περιοχή αυτή, εξαιτίας της παρατεταμένης άσκησης πίεσης.^{1,17,18}

Παράγοντες κινδύνου για τη δημιουργία κατάκλισης

Η δημιουργία κατακλίσεων είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων, οι οποίοι δρουν σε συνδυασμό με την παρατεταμένη άσκηση πίεσης. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

- ü **Η αδυναμία κίνησης.** Ο ηλικιωμένος δεν μπορεί να κινηθεί και να αλλάξει θέση, με αποτέλεσμα να ασκείται μεγάλη πίεση και για πολύ ώρα σε κάποια συγκεκριμένα σημεία του σώματος, τα οποία είναι επιρρεπή στην ανάπτυξη κατάκλισης.
- ü **Η τριβή.** Με την προσπάθεια του ο ηλικιωμένος να αλλάξει θέση, όταν του το επιτρέπει η κατάστασή του, προκαλείται τριβή ορισμένων σημείων του σώματός του πάνω στο σεντόνι και έτσι η επιδερμίδα ερεθίζεται και είναι ευαίσθητη στις κατακλίσεις.
- ü **Η ακράτεια ούρων ή κοπράνων.** Κατά την κατάκλισή του ο ηλικιωμένος, αδυνατεί να επισκεφθεί την τουαλέτα για την ανάγκη της ούρησης και της αφόδευσης και για το λόγο αυτό γίνεται χρήση ειδικών πανών. Όταν όμως οι πάνες αυτές λερωθούν και δεν αντικατασταθούν αμέσως με καινούργιες, η υγρασία που υπάρχει, προδιαθέτει στην ανάπτυξη κατακλίσεων.
- ü **Η απώλεια της αισθητικότητας.** Σε περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει κάποια βλάβη του εγκεφάλου, μπορεί να υπάρχει και απώλεια της αισθητικότητας, έτσι ο ηλικιωμένος δεν αισθάνεται πόνο από την άσκηση πίεσης και δεν αλλάζει τη θέση του σώματός του.
- ü **Η ελαττωμένη θρέψη και απώλεια της μυϊκής μάζας.**
 - ü **Οι περιφερικές αγγειοπάθειες.** Συνήθως, ηλικιωμένοι που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζουν περιφερικές αγγειοπάθειες οι οποίες επιταχύνουν τη διαδικασία της δημιουργίας κατάκλισης.^{17,18}

Σημεία και Θέσεις εμφάνισης κατάκλισης

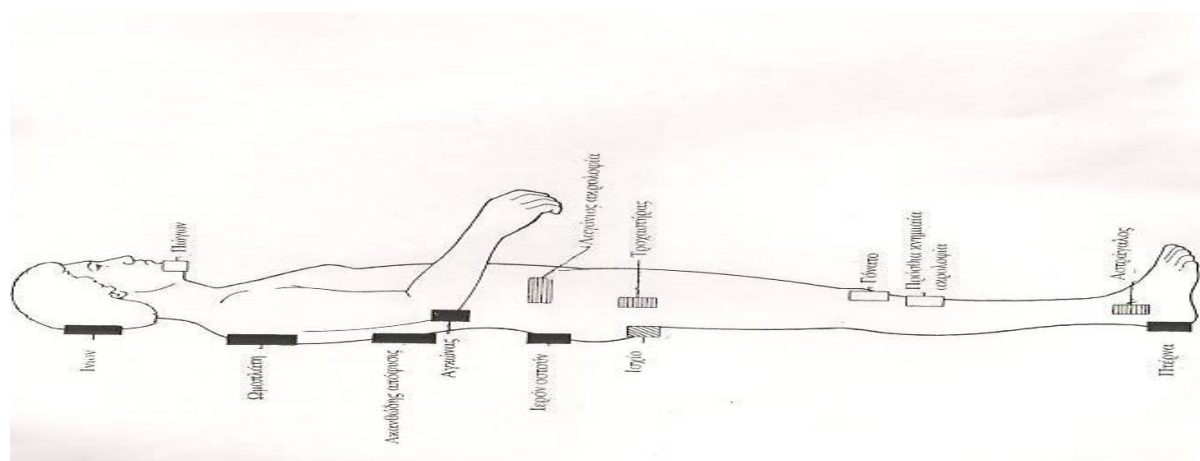
Η δημιουργία κατάκλισης αφορά κυρίως τις περιοχές στις οποίες υπάρχουν οστέινες προεξοχές. Πιο συγκεκριμένα, ανάλογα με τη θέση του ασθενούς, ποικίλουν και τα σημεία ανάπτυξης έλκους κατάκλισης.

▼ Ύπτια θέση: πτέρνες, σφυρά, κόκκυγας, αγκώνας, ωμοπλάτη, ινιακό οστό.

▼ Πλάγια θέση: αστράγαλος, ισχίο, λαγόνια ακρολοφία, αγκώνες, πτερύγια αυτιών.

▼ Πρηνής θέση: δάκτυλα άκρου ποδός, πρόσθια κνημιαία ακρολοφία, γόνατο, στέρνο, πηγούνι.

Στην παρακάτω εικόνα μπορούμε να παρατηρήσουμε τα σημεία εμφάνισης έλκους κατάκλισης ανάλογα με τη θέση του σώματος.



■ Ύπτια θέση: ινίο, ωμοπλάτη, ακανθώδεις αποφύσεις, αγκώνες, ιερό οστό, πτέρνα.

□ Πρηνής θέση: πώγων, γόνατο, πρόσθια κνημιαία ακρολοφία.

■ Πλάγια θέση: πτερύγιο ωτός, λαγόνια ακρολοφία, τροχαντήρας, περιοχή ισχιακού οστού, αστράγαλος.

Στάδια εξέλιξης κατακλίσεων και νοσηλευτική παρέμβαση

Η εξέλιξη μιας κατάκλισης γίνεται περνώντας από τέσσερα στάδια. Κατά αυτή την πορεία θα μελετήσουμε στη συνέχεια και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που είναι δυνατό να πραγματοποιηθούν σε κάθε στάδιο.

1^ο στάδιο



Στο στάδιο αυτό γίνεται η έναρξη της κατάκλισης μιας περιοχής του σώματος, εξαιτίας της παρατεταμένης άσκησης πίεσης ή της υγρασίας που επικρατεί, σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες. Στο σημείο αυτό παρατηρείται ερυθρότητα που δεν υποχωρεί μετά από την αλλαγή θέσεως του ασθενή, θερμότητα κατά την αφή και πόνος.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις: Η νοσηλευτική παρέμβαση σε αυτό το στάδιο, εστιάζεται στην πρόληψη της λύσεως της συνεχείας του δέρματος και την αποκατάσταση της μικροκυκλοφορίας του αίματος στην συγκεκριμένη περιοχή. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με τις εξής ενέργειες:

1. Συχνή αλλαγή της θέσεως του ηλικιωμένου, (κάθε δύο ώρες) ώστε να μην ασκείται συνεχόμενη πίεση μόνο σε ένα σημείο.
2. Περιποίηση της περιοχής με καλό πλύσιμο και διατήρηση στεγνού δέρματος.
3. Εντριβή της περιοχής με απαλές κινήσεις, ώστε να προάγουμε την τοπική κυκλοφορία.
4. Διαιτολόγιο πλούσιο σε βιταμίνες (κυρίως Α και C , γιατί βοηθούν στην επούλωση), αμινοξέα, πρωτεΐνες (προάγουν την επαναγγείωση) και ψευδάργυρο (είναι απαραίτητος για τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων κατά την κυτταρική μίτωση).¹⁷
5. Τοποθέτηση στρώματος αέρα για ανακούφιση από την άσκηση πίεσεως.

2° στάδιο



Σε περίπτωση που δεν έχουν πραγματοποιηθεί οι παραπάνω νοσηλευτικές ενέργειες ή που δεν πρόλαβαν να πραγματοποιηθούν λόγω της ταχείας εξέλιξης της κατάκλισης, παρατηρείται λέπτυνση του δέρματος ή και λύση της συνεχείας του, που αφορά μόνο την επιδερμίδα και δεν παρατηρείται μεγαλύτερο βάθος.

Νοσηλευτικές ενέργειες: Η νοσηλευτική παρέμβαση σε αυτό το στάδιο, περιλαμβάνει τις ενέργειες για την πρόληψη της επέκτασης της ιστικής καταστροφής που γίνονται και στο πρώτο στάδιο, καθώς και ενέργειες για την άμεση θεραπεία της βλάβης, στις οποίες περιλαμβάνονται:

1. Περιποίηση του τραύματος με προσεκτική πλύση με αντισηπτικό διάλυμα, για την πρόληψη μόλυνσέως του.
2. Τοποθέτηση κρέμας και αποστειρωμένης γάζας (συνήθως Fucidine) για κάλυψη του τραύματος και αποφυγή μόλυνσεως.

3° στάδιο:



Εάν η κατάκλιση δεν έχει αντιμετωπισθεί στα προηγούμενα στάδια, τότε περνάμε στο τρίτο στάδιο όπου παρατηρείται μεγαλύτερη και βαθύτερη βλάβη, η οποία περιλαμβάνει και το δέρμα και τον υποδόριο ιστό και υπάρχει πιθανότητα έκτασης στους μύς.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις: Στο στάδιο αυτό, ο νοσηλευτής φροντίζει για την περιποίηση της περιοχής στην οποία παρατηρείται η κατάκλιση, έτσι ώστε να πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις. Ο νοσηλευτής προχωρά σε:

1. Περιποίηση του τραύματος με αντισηπτικό διάλυμα και γενικά με άσηπτη τεχνική, ώστε να αποφύγουμε μια μελλοντική εμφάνιση μόλυνσης στο σημείο.
2. Αφαίρεση των νεκρωμένων ιστών.¹⁷
3. Χρήση τοπικών αντιβιοτικών (κρέμες, αλοιφές, σκόνες).
4. Προληπτική χορήγηση αντιβίωσης, σύμφωνα με οδηγίες γιατρού.

4^ο στάδιο



Παρατηρείται επέκταση της βλάβης στους μύς και τα οστά. Εμφάνιση νεκρωμάτων, μόλυνση και δυσσομία εάν δεν ληφθούν μέτρα από το προηγούμενο στάδιο.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις: Για την αντιμετώπιση κατάκλισης αυτού του σταδίου, γίνονται όλες οι νοσηλευτικές ενέργειες που περιλαμβάνονται στο τρίτο στάδιο, καθώς και χειρουργική αφαίρεση των νεκρωμένων ιστών και αντικατάσταση με πλαστική χειρουργική.¹⁷

Σημείωση: Ο Ελληνικός κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας, αναφέρει ότι «ο νοσηλευτής οφείλει να παρέχει τη συνδρομή του στον ασθενή με κάθε θεμιτό μέσο και να τον προστατεύει από οποιαδήποτε βλάβη ή κίνδυνο στο χώρο παροχής των υπηρεσιών του».¹⁹

Έτσι, η ευθύνη για την πρόληψη δημιουργίας κατακλίσεων ανήκει αποκλειστικά στο νοσηλευτικό προσωπικό για τις περιπτώσεις που ο ασθενής - ηλικιωμένος βρίσκεται υπό τη φροντίδα του.

2.5 Ακράτεια ούρων

Η ακράτεια ούρων δεν αποτελεί πάθηση αποκλειστικά ηλικιωμένων, καθώς μπορεί να εμφανισθεί και σε μικρότερες ηλικίες. Ωστόσο, το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισής της αφορά στους ηλικιωμένους, καθώς παρουσιάζουν μειωμένη λειτουργικότητα των περισσότερων οργάνων, ατονία και χαλάρωση των μυών και μειωμένη αντίσταση των σφικτήρων.

Τα αίτια που την προκαλούν είναι ποικίλα, ενώ πολλές φορές είναι αποτέλεσμα κάποιας πάθησης του ουροποιητικού συστήματος.

Ορισμός: Ως ακράτεια ούρων μπορεί να ορισθεί η ακούσια, ανεξέλεγκτη διαφυγή ούρων από το κατώτερο τμήμα του ουροποιητικού συστήματος.^{1,20} Χαρακτηρίζεται δηλαδή από τη μη ελεγχόμενη επιθυμία για ούρηση.

Ταξινόμηση ακράτειας ούρων και αιτιολογία εμφάνισής της

Η ακράτεια ούρων ταξινομείται σε έξι κύριους τύπους, ανάλογα με το βασικό αίτιο που την προκαλεί.²⁰

Νοσηλευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων

Η νοσηλευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της ανεξέλεγκτης διαφυγής ούρων περιλαμβάνει τις εξής ενέργειες:

Τύπος	Αίτια
Λειτουργική ακράτεια	Περιορισμός κινητικότητας Διαταραχή οράσεως Ανικανότητα χειρισμών αφαίρεσης των ενδυμάτων
Ακράτεια λόγω έντασης	Βήχας Γέλιο Προσπάθεια ανύψωσης αντικειμένων Οποιαδήποτε δραστηριότητα αυξάνει Την κοιλιακή πίεση
Αντανακλαστική ακράτεια (οφείλεται σε κάποια νόσο ή κάκωση του κεντρικού νευρικού συστήματος)	Συσπάσεις της ουροδόχου κύστεως Απουσία της αίσθησης της ανάγκης για ούρηση
Επείγουσα ακράτεια	Αυξημένη συγκέντρωση ούρων Διόγκωση προστάτη Όγκος της ουροδόχου κύστεως Κατανάλωση οινοπνεύματος Κατανάλωση καφεΐνης Λήψη διουρητικών φαρμάκων
Ακράτεια εξ υπερπληρώσεως (οφείλεται σε κατακράτηση ούρων με συνέπεια την υπερπλήρωση της ουροδόχου κύστεως)	Μη συστελόμενη ουροδόχος κύστη Απόφραξη λόγω υπερτροφίας του προστάτη
Ολική ακράτεια	(Η ταξινόμηση αυτή χρησιμοποιείται όταν όλοι οι άλλοι τύποι ακράτειας έχουν αποκλεισθεί).

✚ Διδασκαλία των ηλικιωμένων:

- α. να επισκέπτονται τακτικά την τουαλέτα αν είναι περιπατητικοί.
- β. το υπνοδωμάτιό τους, αν είναι δυνατό να βρίσκεται κοντά στην τουαλέτα και τις βραδινές ώρες να υπάρχει καλός φωτισμός για αποφυγή πτώσης.
- γ. να φορούν ρούχα που μπορούν να αφαιρεθούν εύκολα, ώστε να μην καθυστερούν την ώρα της ανάγκης για ούρηση.
- δ. να μην πίνουν απότομα μεγάλες ποσότητες υγρών, αλλά να προτιμούν τα πιούν πιο αργά.
- ε. να μην καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες υγρών πριν την κατάκλισή τους γιατί μπορεί να τους προκληθεί αϋπνία.

- ✚ Τοποθέτηση απορροφητικών πανών για την αποφυγή ακαθαρσιών και υγρασίας.
- ✚ Τακτική αλλαγή πάνας για αποφυγή ερεθισμού του δέρματος εξαιτίας της υγρασίας.
- ✚ Σε περίπτωση που ο ηλικιωμένος είναι κλινήρης, τότε γίνεται τοποθέτηση καθετήρα στην ουροδόχο κύστη, με σκοπό να συλλέγονται τα ούρα και να μην αναπτύσσονται κατακλίσεις λόγω της υγρασίας.¹⁷
- ✚ Ασκήσεις που ενδυναμώνουν τους μύς του πυελικού εδάφους.¹
- ✚ Χορήγηση των διουρητικών τις πρωινές ώρες για να αποφύγουμε τη νυχτερινή διούρηση.
- ✚ Όταν ο ηλικιωμένος βρίσκεται στο σπίτι του, προτείνουμε την τοποθέτηση υπερυψωμένης λεκάνης και ειδικής λαβής στο πλάι, ώστε να του είναι πιο εύχρηστη.
- ✚ Επίσης, δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι η ακράτεια ούρων φέρνει αισθήματα ντροπής και αποξένωση των ηλικιωμένων. Για το λόγο αυτό, η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης από το νοσηλευτή κρίνεται απαραίτητη, ώστε να νιώθει πιο καλά και πιο άνετα ο ηλικιωμένος.

2.6 Διαταραχή της οράσεως και της ακουστικής ικανότητας στην τρίτη ηλικία

Μια πολύ συνηθισμένη κατάσταση για την τρίτη ηλικία, είναι οι μεταβολές των αισθητηρίων οργάνων. Με το πέρασμα του χρόνου και με τον ερχομό του γήρατος παρατηρείται μείωση της οξύτητας της οράσεως με σύγχρονη εμφάνιση αρκετών παθολογικών καταστάσεων όπως το γλαύκωμα, ο καταρράκτης και η πρεσβυωπία. Επίσης, παρατηρείται μείωση της ακουστικής ικανότητας, η οποία δυσκολεύει κατά πολύ την επικοινωνία με άλλα άτομα, πράγμα που οδηγεί τον ηλικιωμένο στο περιθώριο, την κοινωνική απομόνωση και την κατάθλιψη.

Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε πως τα κύρια αισθητήρια όργανα (μάτια και αυτιά), κατά τη διάρκεια του γήρατος, βρίσκονται σε κατάσταση υπολειτουργίας και αυτό αποτελεί συνήθως μια από τις βασικότερες αιτίες που οδηγούν τον ηλικιωμένο στην ιδρυματοποίηση.

Έκπτωση της οξύτητας της οράσεως - προβλήματα

Με το πέρασμα του χρόνου, τα μάτια υποβάλλονται σε μια ποικιλία λειτουργικών αλλαγών. Ο επιπεφυκότας ερεθίζεται πιο εύκολα και γίνεται πιο εύθραυστος. Ο κερατοειδής χιτώνας μοιάζει σαν να έχει επηρεαστεί από καπνό και είναι λιγότερο διαυγής. Επίσης, λίπος εναποτίθεται στον κερατοειδή χιτώνα, ελαττώνεται η ελαστικότητα των φακών (πρεσβυωπία) και παρατηρείται σμίκρυνση της κόρης του οφθαλμού.¹

Όπως γίνεται αντιληπτό, με το πέρασμα του χρόνου τα οπτικά πεδία στενεύουν και η οξύτητα της οράσεως ελαττώνεται σε σημαντικό βαθμό, ενώ αρκετές φορές μπορεί να δημιουργηθεί μέχρι και ολική τύφλωση, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους που διανύουν την 8^η δεκαετία της ζωής τους.

Τα προβλήματα που προκύπτουν από αυτή τη διαταραχή είναι πολλά και επιβαρύνουν κατά πολύ την ήδη επιβαρυσμένη κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων. Έτσι, είναι δυνατό να παρατηρήσουμε, ότι άτομα της τρίτης ηλικίας με ελλιπή ικανότητα οράσεως, πολλές φορές και κυρίως όταν μένουν μόνοι, παρουσιάζουν ανικανότητα περιποίησης του εαυτού τους, ελλιπή καθαριότητα και σίτιση, καθώς και μεγάλο αριθμό τραυματισμών και καταγμάτων.

Πιο συγκεκριμένα, ο ηλικιωμένος λόγω του ότι δεν μπορεί να δει, δυσκολεύεται με την παρασκευή φαγητού (όταν μένει μόνος), καθώς και με τη λήψη του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, την ανεπαρκή σίτιση και θρέψη του ηλικιωμένου, που έχει πολλές επιπτώσεις στην υγεία του. Όμως, εκτός από αυτό, υπάρχουν και δυσκολίες στο να περιποιηθεί τον εαυτό του, αφού εξαιτίας της διαταραχής της οράσεώς του, είναι ανήμπορος να χρησιμοποιήσει το μπάνιο και να εκτελέσει τις απαραίτητες δραστηριότητες υγιεινής (μπάνιο σώματος, λούσιμο κεφαλής, περιποίηση οδοντοστοιχίας).

Επίσης, έλλειψη καθαριότητας και ακαταστασία, παρατηρείται στον χώρο κατοικίας του ηλικιωμένου, όταν μένει μόνος και δεν έχει κάποιο άτομο να τον βοηθήσει με τις δουλειές του σπιτιού. Οι δύο αυτοί παράγοντες –έλλειψη καθαριότητας και ακαταστασία- αποτελούν εστίες πρόκλησης βλάβης στον οργανισμό, καθώς αναπτύσσονται οι πιθανότητες για εμφάνιση μόλυνσης, όπως

επίσης και για πρόκληση ατυχήματος με συνεπακόλουθα κατάγματα, ακινησία και εμφάνιση κατακλίσεων που μπορούν να οδηγήσουν ακόμη και στο θάνατο.

Επιπλέον, ο ηλικιωμένος σε περίπτωση που ακολουθεί κάποια φαρμακευτική αγωγή και δεν υπάρχει μαζί του άλλο άτομο για να τον βοηθά, αδυνατεί να την ακολουθήσει, με αποτέλεσμα να προκαλούνται σοβαρά προβλήματα στην υγεία του.

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, η μείωση ή η πλήρης έλλειψη της ικανότητας της οράσεως που επέρχεται με το πέρασμα του χρόνου, είναι ικανή να προκαλέσει πολύ σοβαρά προβλήματα στην υγεία του ηλικιωμένου και πολλές φορές μπορεί να οδηγήσει μέχρι και στον θάνατο.

Διαταραχή της ακουστικής ικανότητας - προβλήματα

Συχνό πρόβλημα των ηλικιωμένων αποτελεί η έκπτωση της ακουστικής τους ικανότητας. Η διαταραχή αυτή δεν γίνεται απότομα από τη μια στιγμή στην άλλη. Αντιθέτως, γίνεται σταδιακά και με την πάροδο του χρόνου η κατάσταση επιβαρύνεται όλο και πιο πολύ.

Υπάρχουν τέσσερις τύποι απώλειας της ακοής:

1. Η αγωγιμή: οφείλεται σε κάκωση ή απόφραξη.
2. Η αισθητικονευρική: οφείλεται σε έκθεση σε υπερβολικά μεγάλης έντασης ήχους, σε βλάβη του ακουστικού νεύρου.
3. Η μικτή ακουστική απώλεια: οφείλεται σε βαριά λοίμωξη που μπορεί να προκαλέσει βλάβες του αυτιού.
4. Η κεντρική απώλεια ακοής: οφείλεται σε βλάβη του ακουστικού νεύρου ή του ακουστικού κέντρου του εγκέφαλου.²⁰

Σε όποιο τύπο και αν ανήκει η διαταραχή της ακουστικής ικανότητας, οι επιπτώσεις της στους ηλικιωμένους είναι πάντα ψυχοφθόρες και αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι η κατάσταση αυτή δεν επιτρέπει την εύκολη επικοινωνία με άλλα άτομα.

Πιο συγκεκριμένα, πολλές φορές μπορούμε να παρατηρήσουμε πως ο ηλικιωμένος στην προσπάθειά του να ακούσει όσα του λένε, ρωτάει ξανά και ξανά με αποτέλεσμα να εκνευρίζεται ο συνομιλητής του και στη συνέχεια ένα κλίμα κατάθλιψης και ματαίωσης να κυριαρχεί στην ψυχολογία του ηλικιωμένου. Έτσι, δεν είναι λίγες οι φορές που τα άτομα προχωρημένης ηλικίας, τα οποία φανερώνουν προβλήματα ακοής, οδηγούνται στο κοινωνικό περιθώριο και τη μοναξιά.

Όμως, εκτός από τις επιπτώσεις στην ψυχολογία του ηλικιωμένου με μειωμένη ακουστική ικανότητα, υπάρχει και υψηλός κίνδυνος για κάκωση, καθώς όταν υπάρχει κάποια ένδειξη κινδύνου, όπως οι σειρήνες φωτιάς, ο ηλικιωμένος παρουσιάζει αδυναμία να ακούσει κι έτσι κινδυνεύει άμεσα η σωματική του ακεραιότητα.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε διαταραχή των αισθητηρίων οργάνων

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ηλικιωμένους που παρουσιάζουν έκπτωση της οπτικής οξύτητας ή της ακουστικής τους ικανότητας, έχουν στόχο κυρίως στην ψυχολογική υποστήριξη και την ενθάρρυνση του ηλικιωμένου για τη διατήρηση της κοινωνικής του ζωής.

Επιπλέον, όσον αφορά στην έκπτωση της οράσεως, ο νοσηλευτής καλείται να παρέχει ολοκληρωμένη φροντίδα στον ηλικιωμένο, βοηθώντας τον με την εκτέλεση

των καθημερινών του δραστηριοτήτων και φροντίζοντας για την υγιεινή, την σίτιση και τη λήψη των φαρμάκων του.

Όσον αφορά στην διαταραχή της ακουστικής ικανότητας, ο νοσηλευτής συμβουλεύει τον ηλικιωμένο να επισκεφθεί ειδικό γιατρό, εάν δεν το έχει κάνει ήδη και να χρησιμοποιεί ακουστικά βαρηκοΐας. Επίσης, εάν ο ηλικιωμένος δεν ακούει καθόλου, τον συμβουλεύουμε να ενθαρρύνει τους συνομιλητές του, ώστε να του γράφουν αυτά που θέλουν να του πουν με σκοπό την προαγωγή της επικοινωνίας και την αποτροπή της περιθωριοποίησης του ηλικιωμένου.

2.7 Νόσος του Parkinson

Η νόσος του Parkinson, είναι μια προοδευτική εκφυλιστική διαταραχή του εγκεφάλου. Εμφανίζεται κυρίως σε ηλικιωμένους, ενώ ελάχιστες φορές μπορεί να εμφανισθεί και σε νεότερα άτομα. Τα αίτια που μπορούν να προκαλέσουν την πάθηση αυτή, είναι:

- α) οι εκφυλιστικές αλλαγές των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου, που σχετίζονται με την ηλικία.
- β) κάποια βλάβη του εγκεφάλου, η οποία προκλήθηκε από φάρμακα.
- γ) εγκεφαλικά ισχαιμικά επεισόδια.
- δ) ιογενής εγκεφαλίτιδα.⁹

Κύρια συμπτώματα της νόσου

Ο ηλικιωμένος που πάσχει από τη νόσο του Parkinson εμφανίζει συνήθως τα εξής συμπτώματα:

- Ø Βραδυκινησία.
- Ø Τρόμο κατά την ανάπαυση, ο οποίος ελαχιστοποιείται κατά τη διάρκεια των εκούσιων κινήσεων και γίνεται πιο έντονος με την επίδραση του άγχους.
- Ø Μυϊκή δυσκαμψία.
- Ø Αδράνεια του κινητικού συστήματος (οι κινήσεις είναι δύσκολο να ξεκινήσουν και δύσκολο να σταματήσουν).
- Ø Σιελόρροια.
- Ø Δυσαρθρία.
- Ø Δυσφαγία.
- Ø Εύκολη κόπωση.
- Ø Κατάθλιψη.
- Ø Ανέκφραστο πρόσωπο.
- Ø Άνοια (σε προχωρημένα στάδια).

Θεραπεία

Û Χορήγηση φαρμάκων

Υπάρχουν πολλά φάρμακα που μπορούν να χορηγηθούν σε έναν ηλικιωμένο που πάσχει από τη νόσο του Parkinson, (όπως η L-DOPA, η καρβιντόπα, η δεπρενόλη και άλλα). Τα φάρμακα αυτά όμως, είναι χρήσιμα στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της νόσου και όχι στη θεραπεία της, αφού δεν είναι ικανά να εμποδίσουν την εξέλιξή της. Ωστόσο, τα τρία τέταρτα των ασθενών με Parkinson ανταποκρίνονται στη θεραπεία με φάρμακα και έτσι μειώνονται συμπτώματα όπως η μυϊκή δυσκαμψία και ο τρόμος.⁹

Û Νευρικές μεταμοσχεύσεις

Κατά τη δεκαετία του 1970 μετά από έρευνες ανακαλύφθηκε ότι εγκεφαλικός ιστός εμβρύων μπορούσε να μεταμοσχευθεί με επιτυχία σε εγκέφαλο ενηλίκου και να λειτουργήσει φυσιολογικά. Με βάση αυτή την ανακάλυψη έγιναν πολλές προσπάθειες να μεταμοσχευθεί ανθρώπινος εμβρυϊκός ιστός που περιείχε ντοπαμινεργικούς νευρώνες σε εγκέφαλους ασθενών που έπασχαν από τη νόσο του Parkinson. Τα αποτελέσματα ήταν ασταθή, παρά την αποδεδειγμένη ικανότητα των εμβρυϊκών μοσχευμάτων να αφομοιωθούν από τον εγκέφαλο του ασθενούς.⁹

Επιπλέον, η μέθοδος αυτή έχει δημιουργήσει πολλά ηθικά ζητήματα, με τα οποία κατά κύριο λόγο το κοινό στρέφεται ενάντια στην πραγματοποίηση τέτοιων ενεργειών.

Û Ωχροτομή

Η ωχροτομή είναι η εισαγωγή ηλεκτροδίων στον εγκέφαλο με σκοπό να καταστραφεί ένα συγκεκριμένο σημείο του εγκεφάλου, σε μια περιοχή που ονομάζεται ωχρά σφαίρα και περιέχει κύτταρα που εμπλέκονται στη δημιουργία ακούσιων κινήσεων.

Η θεραπευτική αυτή μέθοδος ενδείκνυται κυρίως για ασθενείς που εμφανίζουν δυσκινησία εξαιτίας των φαρμάκων. Η διαδικασία της ωχροτομής εμπεριέχει πολλούς κινδύνους, συμπεριλαμβανομένης της μερικής απώλειας της οράσεως ή του λόγου, καθώς και της πιθανότητας εμφράκτου.⁹

Νοσηλευτική παρέμβαση

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ηλικιωμένο που πάσχει από τη νόσο του Parkinson, αφορούν κυρίως ενέργειες που προλαμβάνουν ή αποκαθιστούν καταστάσεις όπως ο υποσιτισμός, η ανεπαρκής αυτοφροντίδα και ο υψηλός κίνδυνος για λοίμωξη, η διαταραχή της ικανότητας για επικοινωνία (λόγω της δυσαρθρίας) και η διαταραχή της φυσικής κινητικότητας του ασθενούς.

Πιο συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίζει για τη σωστή θρέψη του οργανισμού του ασθενούς, φροντίζοντας ο ίδιος για την καθημερινή του σίτιση, αφού η κατάστασή του, λόγω της μυϊκής δυσκαμψίας και του τρέμουλου κυρίως, δεν του επιτρέπει να λαμβάνει μόνος του τα γεύματά του. Επιπλέον, όταν παρατηρούνται επεισόδια δυσκαταποσίας, ο νοσηλευτής φροντίζει για την παρεντερική χορήγηση τροφής στον ασθενή.

Όσον αφορά στο φαινόμενο της ανεπαρκούς αυτοφροντίδας και την πιθανότητα ανάπτυξης λοίμωξης, ο νοσηλευτής φροντίζει για την υγιεινή, την

περιποίηση του σώματος και την ενδυμασία του ασθενούς. Ακόμη, ο ασθενής παρουσιάζει διαταραχή του λόγου και συνεπώς της επικοινωνίας, καθώς και διαταραχή της φυσικής κινητικότητας. Για το λόγο αυτό, ο νοσηλευτής φροντίζει να προάγει τις δύο αυτές λειτουργίες, χρησιμοποιώντας διάφορα βοηθητικά μέσα, όπως κάρτες με εικόνες ή προτάσεις, τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιεί ο ασθενής για να εκφράζει αυτά που θέλει και να καλύπτει έτσι τις βασικές του ανάγκες. Όσον αφορά στη διαταραχή της φυσικής κινητικότητας, συνίσταται στον ασθενή η χρήση περηπατητικού τετράποδου ή τρίποδου, βακτηρίας ή εάν η κατάσταση κρίνεται πάρα πολύ σοβαρή, τότε χρησιμοποιείται αναπηρικό αμαξίδιο για τη μεταφορά του ασθενούς.

Επίσης, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για τη χορήγηση των φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής, καθώς και για την ενημέρωσή του σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες που προκύπτουν από τη φαρμακευτική θεραπεία.

Κεφάλαιο 3^ο

**Κοινωνικά – Ψυχολογικά ζητήματα της
τρίτης ηλικίας**

Κεφάλαιο 3^ο Κοινωνικά – Ψυχολογικά ζητήματα της τρίτης ηλικίας

3.1 Συνταξιοδότηση – Περιθωριοποίηση - Ιδρυματοποίηση

Σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα, κατά το 67^ο έτος της ηλικίας του ανθρώπου γίνεται η συνταξιοδότησή του. Το γεγονός αυτό συνοδεύεται από πολλές μεταβολές και πληθώρα συναισθημάτων. Τη χρονική αυτή περίοδο, το άτομο νιώθει ανάμεικτα συναισθήματα χαράς και λύπης, καθώς από τη μια πλευρά έρχεται ο καιρός να ξεκουραστεί από την πολυετή εργασία του και από την άλλη η συνταξιοδότησή του, του επισημαίνει την είσοδό του στην τρίτη ηλικία, γεγονός που προμηνύει τον ερχομό πολλών προβλημάτων κυρίως σε θέματα υγείας και ευεξίας.

Εκτός αυτού, το άτομο χάνει την έννοια της ομαδικής ζωής που διατηρούσε κατά τον εργασιακό του βίο, μεταφέρεται στο σπίτι και όπως είναι φυσικό οι κοινωνικές του επαφές ελαττώνονται σε μεγάλο βαθμό.

Επιπλέον, η συνταξιοδότηση φέρνει στο άτομο άπλετο ελεύθερο χρόνο, κάτι για το οποίο ανυπομονούσε πριν τη συνταξιοδότησή του, ενώ σιγά – σιγά, ο άλλοτε πολυπόθητος αυτός χρόνος, μετατρέπεται σε άδειος, ανυπόφορος, αλλά και υπαρξιακός. Κάτι τέτοιο γίνεται εντονότερο όταν στον ηλικιωμένο παρουσιάζονται διάφορα προβλήματα υγείας που τον περιορίζουν στην οικία του.

Παρόλα αυτά, κρίνεται απαραίτητο στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι υπάρχουν μεγάλες διαφορές από άτομο σε άτομο, πράγμα που σημαίνει ότι κάθε άνθρωπος βιώνει διαφορετικά την περίοδο της συνταξιοδότησής του, καθώς μερικοί χαίρονται για αυτή, άλλοι την περνούν σαν μια περίοδο κρίσης και άλλοι αναγκάζονται να έχουν μερική απασχόληση για να εξασφαλίσουν μια επαρκή οικονομική κατάσταση.

Υπάρχουν διάφορες θεωρίες για την προσαρμογή στην σύνταξη. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

- ✚ Η θεωρία της κρίσης: στηρίζεται στην άποψη ότι η απώλεια της εργασίας οδηγεί σε χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και μειωμένη ικανοποίηση από τη ζωή.
- ✚ Η θεωρία της συνέχειας: στηρίζεται στο ότι μερικά άτομα βρίσκουν επαρκείς ευκαιρίες για ικανοποίηση από άλλες πηγές και έτσι οι στάσεις και οι δραστηριότητές τους δεν αλλάζουν μετά τη συνταξιοδότηση.^{21,22}

Η ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια της συνταξιοδότησης εξαρτάται από την ικανότητα προσαρμογής και τους τρόπους αντιμετώπισης του ατόμου. Έτσι, η προσαρμογή είναι ευκολότερη όταν:

- ü Τα άτομα διατηρούν τις πηγές ικανοποίησης και προσωπικής πληρότητας.
- ü Η μετάβαση γίνεται προοδευτικά, με προετοιμασία πριν από την έναρξη της συνταξιοδότησης.
- ü Υπάρχουν προϋποθέσεις για καλή ζωή (εισόδημα, υγεία, κοινωνική υποστήριξη).
- ü Το άτομο έχει θετική στάση απέναντι στη σύνταξη.

Όταν όμως τα άτομα δεν καταφέρνουν να προσαρμοστούν σε αυτή και την βιώνουν σαν κάτι αρνητικό, τότε χάνουν σταδιακά την κοινωνική τους ζωή και οδηγούνται σιγά-σιγά στο περιθώριο. Το περιβάλλον τους απαρτίζεται κυρίως από τα άτομα της οικογένειάς τους και στις περιπτώσεις που τα παιδιά τους ζουν μακριά, τα ηλικιωμένα πλέον άτομα μένουν μόνα με το/τη σύζυγό τους και βιώνουν στο μέγιστο βαθμό την έννοια της περιθωριοποίησης.

Η περιθωριοποίηση, δηλαδή η απομάκρυνση του ανθρώπου από το κοινωνικό σύνολο, αποτελεί μια οδυνηρή κατάσταση, καθώς δημιουργεί αισθήματα ανασφάλειας, αναξιοτήτας και απόρριψης. Το κοινωνικό αυτό φαινόμενο παρατηρείται κυρίως στις ευπαθείς ομάδες των ανθρώπων στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι ηλικιωμένοι.

Όσον αφορά στην ανάπτυξη της περιθωριοποίησης στην ομάδα των ηλικιωμένων ατόμων, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι η δημιουργία της οφείλεται σε ένα συνδυασμό παραγόντων όπως η συνταξιοδότηση και η απώλεια των κοινωνικών συναναστροφών, η απώλεια ενδιαφέροντος, η ύπαρξη κάποιας νόσου και ιδιαίτερα η αντίληψη που επικρατεί ότι οι ηλικιωμένοι είναι ανήμποροι και παντελώς ανίκανοι παραγωγικά και ότι δεν μπορούν να προσφέρουν τίποτα στο κοινωνικό σύνολο. Επίσης, ορισμένοι τους αντιμετωπίζουν σαν επιβαρυντικούς παράγοντες και ιδιαίτερα όταν παρουσιάζουν προβλήματα υγείας όπως η μείωση της οράσεως, της ακουστικής ικανότητας και της φυσικής κινητικότητας, καταστάσεις που απαιτούν τη συνεχή παροχή φροντίδας.

Σαν αποτέλεσμα αυτών, εμφανίζεται το πρόβλημα της περιθωριοποίησης και της κοινωνικής απομόνωσης του ηλικιωμένου με συνακόλουθες επιπτώσεις στην ψυχολογία του.

Πολλές φορές για την αποφυγή της αίσθησης της μοναξιάς που προκύπτει από το πρόβλημα της περιθωριοποίησης και σε συνδυασμό με τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων, που τους καθιστούν αδύνατη την εκτέλεση μέχρι και των αναγκαίων καθημερινών δραστηριοτήτων τους, τα παιδιά συνήθως των ηλικιωμένων προχωρούν στην ενέργεια της ιδρυματοποίησής τους, ώστε να μην μένουν μόνοι και να έχουν κάποιο άτομο που θα τους βοηθά και θα τους φροντίζει.

Το φαινόμενο της ιδρυματοποίησης, αποτελεί μια αμφιλεγόμενη ενέργεια. Αυτό συμβαίνει γιατί συνήθως ενώ είναι για καλό σκοπό, οι ηλικιωμένοι δεν θέλουν να αφήσουν το σπίτι τους και προτιμούν να παραμείνουν μόνοι τους εκεί, παρά να μεταφερθούν σε έναν οίκο ευγηρείας, γιατί όπως υποστηρίζουν «τα γηροκομεία είναι για αυτούς που δεν έχουν παιδιά ή για αυτούς που τα παιδιά τους δεν τους θέλουν στη ζωή τους».

Έτσι, με αυτή την προκατειλημμένη ιδέα για τα ευγήρεια οι ηλικιωμένοι αποφεύγουν την ιδρυματοποίηση και όταν αυτή τελικά πραγματοποιηθεί, τότε τους γεννιούνται αισθήματα λύπης, αναξιοτήτας, θυμού, άγχους και απόσυρσης, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη καταθλιπτικών επεισοδίων που μπορεί να διαρκέσουν και χρόνια.

Επιπλέον, αυτή η αντίληψη που υπάρχει για τα γηροκομεία, μπορεί να υποστηριχθεί και από μια Γαλλική στατιστική η οποία αναφέρει ότι το 25% των ηλικιωμένων που πηγαίνουν σε γηροκομεία, πεθαίνουν τους 6 πρώτους μήνες ενώ πάνω από 50% πεθαίνουν τον πρώτο χρόνο που πηγαίνουν στο γηροκομείο.¹⁰

Ευτυχώς όμως, η ζωή στα γηροκομεία δεν σημαίνει πάντα απομόνωση και αποξένωση από τον έξω κόσμο, καθώς τα σύγχρονα τουλάχιστον γηροκομεία είναι πιο οργανωμένα από ότι παλιότερα και έτσι παρέχουν τη δυνατότητα στους

ηλικιωμένους να ζήσουν πιο ανθρώπινα και να κάνουν ευχάριστα πράγματα όπως να σητιστούν όλοι μαζί σε κοινούς χώρους ή ακόμη και να ψυχαγωγηθούν.

3.2 Μοναξιά-Απώλεια αγαπημένου προσώπου-Άγχος

Η μοναξιά είναι ένα γενικό φαινόμενο που παρατηρείται ιδιαίτερα στις σύγχρονες κοινωνίες και είναι αποτέλεσμα της κοινωνικής απομόνωσης, της αποξένωσης, της περιθωριοποίησης και κυρίως της διαταραχής και της έλλειψης της επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων, που επήλθε με την αλλαγή του τρόπου ζωής.

Πιο συγκεκριμένα, η υπέρμετρη ανάπτυξη της τεχνολογίας και ο νέος τρόπος επικοινωνίας (π.χ. γραπτά μηνύματα και facebook) και το συνεχώς αναπτυσσόμενο χάσμα των γενεών, σε συνδυασμό με την αλλαγή του οικογενειακού τύπου από πατριαρχικό σε αστικό εντείνουν το πρόβλημα της μοναξιάς και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων ατόμων, η οποία αποτελεί ένα αρνητικό και πολύ δυσάρεστο συναίσθημα που αντικατοπτρίζει την έλλειψη της αναγκαίας ή επιθυμητής ανθρώπινης συναναστροφής.

Ιδιαίτερα για την τρίτη ηλικία, η εμφάνιση της μοναξιάς αποτελεί ένα μείζον ψυχολογικό και κοινωνικό ζήτημα, καθώς παρατηρείται σε αρκετά μεγάλο βαθμό, κυρίως εξαιτίας της περιθωριοποίησης και της γενικότερης κοινωνικής απομόνωσης που συνήθως βιώνουν οι ηλικιωμένοι.

Επίσης, διάφορα προβλήματα υγείας, όπως η έκπτωση της ακουστικής ικανότητας και της οξύτητας της όρασεως αναστέλλουν την λειτουργία της επικοινωνίας και συμβάλλουν στην ανάπτυξη αισθημάτων μοναξιάς, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι η μοναξιά είναι φυσικό ακόλουθο της γήρανσης και ότι όλοι οι ηλικιωμένοι βιώνουν τέτοιου είδους αισθήματα.

Επιπλέον, η μοναξιά είναι συχνότερο φαινόμενο των ηλικιωμένων που ζουν μακριά από τα παιδιά τους, σε ιδρύματα, σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές με ανεπαρκή μέσα συγκοινωνίας και σε πολυθόρυβες πόλεις όπου επικρατούν το απρόσωπο και η αδιαφορία.¹

Επίσης, το πρόβλημα αυτό εντείνεται όταν ο ηλικιωμένος χάνει το σύντροφό του και μένει μονάχος «πενθώντας» τόσο για το χαμό του δικού του ανθρώπου, όσο και για τη συνειδητοποίηση ότι και ο δικός του θάνατος πλησιάζει μέρα με τη μέρα.

Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου αποτελεί πολύ μεγάλο πλήγμα για την διατήρηση της ψυχικής ισορροπίας του ανθρώπου. Ο πόνος της απώλειας, η συνειδητοποίηση του θανάτου και το τέλος της ζωής, γεννούν αφόρητη θλίψη και αισθήματα ματαιότητας και απόσυρσης.

Όσον αφορά στα άτομα της τρίτης ηλικίας, λόγω του γήρατος έρχονται πιο κοντά στο θάνατο και κατά κάποιο τρόπο μπορούμε να πούμε πως εξοικειώνονται με αυτόν και τον θεωρούν σαν κάτι αναμενόμενο, καθώς πολλοί συνομήλικοί τους πεθαίνουν, με αποτέλεσμα να συνειδητοποιούν πως το τέλος της ζωής είναι αναπόφευκτο.

Όταν όμως χάνεται ένα αγαπημένο τους πρόσωπο ή ο σύντροφός τους, όπως συμβαίνει συνήθως, παρουσιάζουν πιο καταθλιπτική διάθεση επειδή χάνουν τον «άνθρωπό τους», με τον οποίο μοιράστηκαν όλες τις χαρές και τις λύπες της ζωής

και τώρα ξαφνικά απομένουν μόνοι, βουτηγμένοι σε συναισθήματα θλίψης και μοναξιάς, παρέα με τις αναμνήσεις και τη σκέψη του επερχόμενου θανάτου τους.

Η καταθλιπτική αυτή διάθεση μπορεί να διαρκέσει ακόμη και για χρόνια, δημιουργώντας έτσι, ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο κατά το οποίο παρατηρούνται: νοσηρή ενασχόληση με αισθήματα αναξιότητας, σκέψεις θανάτου, έκδηλη ψυχοκινητική επιβράδυνση και λειτουργική έκπτωση που σιγά-σιγά μπορεί να οδηγήσουν και τον ίδιο τον ηλικιωμένο στην απόσυρση, την ασιλία ή τον υποσιτισμό και τελικά μέχρι και στο θάνατο.²¹

Όλη αυτή η κατάσταση της περιθωριοποίησης, της μοναξιάς, της απώλειας και κυρίως της συνειδητοποίησης του θανάτου δημιουργούν στον ηλικιωμένο έντονο άγχος, το οποίο αποτελεί μια ψυχολογική-σωματική αντίδραση ως προς όλη αυτή την κατάσταση που επικρατεί στη ζωή του ηλικιωμένου.

Πολλές φορές τα άτομα συνηθίζουν στα επίπεδα του άγχους τους για μεγάλες χρονικές περιόδους και έτσι δεν καταφέρνουν να αναγνωρίσουν για παράδειγμα ότι οι μύες τους είναι τεντωμένοι ενώ θα έπρεπε να είναι χαλαροί.

Το άγχος γεννά επίσης περισσότερες σκέψεις και εικόνες, καθώς το άτομο βρίσκεται σε έντονη διέγερση, με αποτέλεσμα τη δυσκολία στον ύπνο (εμφάνιση αϋπνίας), η οποία αποτελεί συχνό πρόβλημα για την τρίτη ηλικία.

Άλλα σημεία και συμπτώματα του άγχους είναι:

- ✓ η ευερεθιστότητα
- ✓ η αδυναμία συγκέντρωσης και προσοχής
- ✓ η αδυναμία χαλάρωσης
- ✓ η δυσκολία στην επέλευση του άγχους και οι εφιάλτες
- ✓ οι μυϊκοί πόνοι και οι κράμπες
- ✓ η φυσική κόπωση και η εξάντληση
- ✓ οι κεφαλαλγίες
- ✓ ο τρόμος των άκρων
- ✓ τα δυσπνοιικά φαινόμενα
- ✓ η ζάλη, ο ίλιγγος, η συχνουρία
- ✓ οι εφιδρώσεις και η ξηροστομία.²²

Επιπλέον, τα αγχώδη άτομα αναπνέουν γρήγορα και ρηχά, γεγονός που τα κάνει ευέξαπτα και νευρικά και τους δημιουργεί την ψυχολογική αίσθηση ότι κάτι δεν πάει καλά, εντείνοντας έτσι την ανησυχία και το άγχος.²³

Αρκετές φορές όμως οι ηλικιωμένοι δεν αντέχουν όλα αυτά τα αισθήματα και κυρίως δεν δέχονται να συνειδητοποιήσουν την έννοια του θανάτου, με αποτέλεσμα να καταφεύγουν στην κατάχρηση ουσιών και κυρίως αλκοολούχων ποτών για να ξεχάσουν όπως λένε και οι ίδιοι και να νιώσουν καλύτερα.

Επίσης, αρκετά ηλικιωμένα άτομα και συνήθως του ανδρικού φύλου, βρίσκουν σαν ένα προσωρινό νόημα της ζωής τους την κατανάλωση αλκοόλ, η οποία εκτός από το ότι τους κάνει να <<ξεχνούν>>, τους δημιουργεί και ένα αίσθημα ευφορίας, με αποτέλεσμα σε καθημερινή βάση να οδηγούνται στα καφενεία όπου και μπορούν να συναναστραφούν και με άλλα άτομα, αλλά να καταναλώσουν και μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, απαλύνοντας έτσι την βαριά μοναξιά τους

Η κατάχρηση αυτή όμως, αντί να βοηθά τους ηλικιωμένους, όπως θα περίμεναν και οι ίδιοι, είναι ικανή να τους δημιουργήσει ένα πλήθος άλλων σωματικών προβλημάτων όπως αύξηση της αρτηριακής πίεσης, πτώσεις, κατάγματα και άλλα.

Αντιθέτως, οι ηλικιωμένες γυναίκες δεν στρέφονται στον αλκοολισμό για να ξεπεράσουν το άγχος και τις φοβίες για αυτό που πρόκειται να ακολουθήσει, αλλά αναζητούν το νόημα της ζωής, του θανάτου και της συγχώρεσης στην θρησκεία, η οποία μπορεί να φέρει την πληρότητα στους ηλικιωμένους που κατατρύχονται από μια μελαγχολική αίσθηση κενότητας, η οποία είναι χαρακτηριστική της νοσηρότητας των καιρών μας.²²

3.3 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη περιγράφεται ως μια ψυχική διαταραχή που επηρεάζει τόσο τη διάθεση, όσο και τις σκέψεις και συνοδεύεται από διάφορα συμπτώματα συμπεριλαμβανομένων και σωματικών

Όταν μιλάμε για κατάθλιψη εννοούμε, μια ψυχική νόσο η οποία συγκαταλέγεται στις διαταραχές του συναισθήματος. Χαρακτηριστικό των διαταραχών αυτών είναι το ανώμαλο συναίσθημα, δηλαδή η ύπαρξη συναισθημάτων που δεν έχουν λογική δικαιολογία. Το άτομο που τα αισθάνεται μπορεί να τα δικαιολογεί, αλλά η δικαιολογία που δίνει δεν πείθει. Φυσικά υπάρχει κάποιος λόγος, αλλά δεν είναι αυτός που δίνει ο άρρωστος.²¹

Για να κατανοήσουμε πλήρως την έννοια του καταθλιπτικού συναισθήματος πρέπει να φέρουμε στο νου μας την οδύνη που ο καθένας μας έχει δοκιμάσει με την ξαφνική απώλεια κάποιου αγαπημένου προσώπου. Επίσης, εκτός από θλίψη και άγχος, συνήθως γεννιούνται και αισθήματα ενοχής και αναξιότητας για αυτά που θα μπορούσαμε να έχουμε κάνει, όσο το αγαπημένο μας άτομο βρισκόταν στη ζωή, αλλά τελικά δεν κάναμε.

Προσεγγίζοντας όλα αυτά τα αισθήματα θλίψης, άγχους, ενοχής και αναξιότητας, μπορούμε να καταλάβουμε πως νιώθει ένα καταθλιπτικό άτομο και να δούμε την ένταση του πόνου που του προκαλεί σε καθημερινή βάση αυτή η κατάσταση.

Από διάφορες επιδημιολογικές έρευνες, υπολογίζεται ότι το 6% περίπου του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή 350 εκατομμύρια σε όλο τον κόσμο και 550 χιλιάδες στη χώρα μας.

Σύμφωνα με στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με την παγκόσμια τράπεζα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, η κατάθλιψη καταλαμβάνει σήμερα την τέταρτη θέση από τις δέκα ψυχικές ασθένειες με υψηλότερο δείκτη, ενώ μέχρι το 2020 υπολογίζεται ότι θα αναρριχηθεί στην δεύτερη θέση της κατάταξης. Επίσης, η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στους άγαμους, τους διαζευγμένους και τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών.²⁴

Σύμφωνα με δεδομένα του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας των ΗΠΑ, η κατάθλιψη είναι μια πολυπαραγοντική διαδικασία. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που με τη διαπλοκή και την αλληλεπίδρασή τους, συμμετέχουν στην αιτιολογία της κατάθλιψης είναι οι παρακάτω:

Ø Γενετικοί παράγοντες:

Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό της ασθένειας, πράγμα που πιθανόν υποδηλώνει κληρονομική βιολογική ευπάθεια.

Ωστόσο, κάτι τέτοιο δεν σημαίνει ότι καθένας που έχει επιβαρυσμένο οικογενειακό ιστορικό θα εμφανίσει κατάθλιψη ή ότι κάποιος που δεν έχει οικογενειακό ιστορικό βεβαρυσμένο δεν θα εμφανίσει κατάθλιψη. Αυτά τα δεδομένα, υποδηλώνουν ότι υπάρχουν πρόσθετοι παράγοντες, όπως βιοχημικοί, περιβαλλοντικοί και άλλοι ψυχοκοινωνικοί που εμπλέκονται στην εμφάνιση της κατάθλιψης.²⁵

∅ Ψυχοπιεστικά γεγονότα:

Ορισμένα γεγονότα, όπως η απώλεια αγαπημένου προσώπου και η δυσαρμονία με πρόσωπα – κλειδιά στη ζωή του ατόμου.²⁶

∅ Σωματικά νοσήματα:

Σωματικά νοσήματα, όπως οι διάφορες μορφές καρκίνου, η νόσος του Parkinson και άλλες σωματικές παθήσεις.

Το φύλο αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα στην εμφάνιση της κατάθλιψης καθώς φαίνεται ότι μια στις πέντε γυναίκες ενώ ένας στους οκτώ άνδρες θα αναπτύξουν κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή τους.²⁷

3.3.1 Διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης

Η κατάθλιψη είναι μια νοσηρή κατάσταση η οποία εκδηλώνεται με ψυχικές και σωματικές διαταραχές.

Τα κυριότερα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης είναι τα παρακάτω:

- ✓ Καταθλιπτικό συναίσθημα
- ✓ Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης
- ✓ Ανικανότητα λήψης απόφασης
- ✓ Ψυχοκινητική ανησυχία ή ψυχοκινητική επιβράδυνση
- ✓ Εύκολη κόπωση
- ✓ Απώλεια ενεργητικότητας
- ✓ Μείωση του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης από ασχολίες που προηγουμένως έδιναν ευχαρίστηση στον ασθενή
- ✓ Αίσθημα ενοχής
- ✓ Μείωση της όρεξης για φαγητό και απώλεια βάρους ή αντίθετα αύξηση της όρεξης και αύξηση βάρους

- ✓ Αϋπνία ή αντίθετα υπερυπνία
- ✓ Κινητική επιβράδυνση.

Για να καταλήξουμε στη διάγνωση της κατάθλιψης θα πρέπει τα παραπάνω συμπτώματα:

- ü Να προκαλούν σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στη λειτουργικότητα του ασθενούς.
- ü Να μην οφείλονται στη δράση ουσιών, φαρμάκων ή στην ύπαρξη κάποιας παθολογικής αιτίας.
- ü Να μην οφείλονται σε πένθος.²⁸

3.3.2. Κλινική εικόνα κατάθλιψης

Τα κύρια συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει κάποιος που πάσχει από κατάθλιψη περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

∅ **Μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος.** Ο ασθενής χάνει το ενδιαφέρον του για καθετί που στο παρελθόν του προκαλούσε ευχαρίστηση. Μπορεί ακόμη να χάσει το ενδιαφέρον του μέχρι και για τα αγαπημένα του πρόσωπα.

∅ **Καταθλιπτική διάθεση.** Ο ασθενής κλαίει κατά συχνά διαστήματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.

∅ **Αδυναμία συγκέντρωσης και λήψης απόφασης.** Ο πάσχων από κατάθλιψη παρουσιάζει αδυναμία συγκέντρωσης καθώς φαίνεται ότι το μυαλό του είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις. Για το λόγο αυτό δεν μπορεί να λαμβάνει αποφάσεις.

∅ **Απώλεια της ενεργητικότητας.** Ο ασθενής αισθάνεται να είναι κουρασμένος όλη την ημέρα και αυτό τον οδηγεί στην αδυναμία να κάνει οτιδήποτε.

∅ **Ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον.** Ο ασθενής που πάσχει από κατάθλιψη, βλέπει το μέλλον πολύ δυσοίωνα. Του φαίνονται όλα μαύρα και ότι καμιά ελπίδα δεν υπάρχει για να ξεφύγει από την κατάσταση αυτή.

∅ **Αρνητική γνώμη για τον εαυτό του.** Αυτή η γνώμη προέρχεται συνήθως από τη σύγκριση του εαυτού του με άλλα άτομα τα οποία ίσως πετύχει περισσότερα ή βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση. Το καταθλιπτικό άτομο μπορεί να θεωρεί τον εαυτό του ανάξιο και ανυπόφορο και να υποθέτει ότι οι συγγενείς και οι φίλοι θα ήταν ευτυχείς εάν απαλλάσσονταν από την παρουσία του.²⁹

∅ **Ιδέες αυτοκτονίας.** Ο ασθενής βρίσκει σαν μοναδική λύση του δράματος που βιώνει την αυτοκτονία. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε άτομα με κατάθλιψη.²⁹

∅ **Διαταραχή του ύπνου.** Ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη, συνήθως εμφανίζει έντονη αϋπνία ή αντιθέτως (με λιγότερη συχνότητα) υπερυπνία. Για παράδειγμα, κάποιοι ασθενείς μπορεί να κοιμούνται όλη την

ημέρα, ενώ κάποιοι άλλοι δυσκολεύονται πολύ ή ξυπνούν συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας με αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων του stress.

Ø **Γενικά σωματικά συμπτώματα.** Οι ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη, πολύ συχνά αναφέρουν μια ποικιλία από σωματικά συμπτώματα όπως πονοκέφαλος ή διάφορα άλλα προβλήματα στο σώμα.

Ø **Αρνητική ερμηνεία των γεγονότων.** Το άτομο με κατάθλιψη βλέπει τα γεγονότα γύρω του με αρνητική προδιάθεση.

Ø **Αρνητική αυτοκριτική.** Ο ασθενής κατηγορεί τον εαυτό του για κάποιο λάθος που έκανε ή για κάποια λανθασμένη συμπεριφορά. Επίσης, σκέφτεται ότι είναι ανίκανος να κάνει οτιδήποτε και ότι δεν του αξίζει τίποτα καλό.²⁹

3.4 Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία

Η εμφάνιση της κατάθλιψης μπορεί να συμβεί σε οποιαδήποτε ηλικία και δεν αποτελεί απαραίτητο επακόλουθο της φυσικής διαδικασίας της γήρανσης. Ωστόσο, παρατηρείται αύξηση του ποσοστού κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία, κάτι που οφείλεται πιθανών στην αποστέρηση ερεθισμάτων, στην έλλειψη απασχόλησης έξω από το σπίτι, στην σταδιακή περιθωριοποίηση όπως επίσης και στην επίδραση διαφόρων άλλων κοινωνικών, ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων.

Αιτιολογία της γεροντικής κατάθλιψης

Οι βασικές αιτίες που μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής στην τρίτη ηλικία είναι:

1. το πένθος
2. η μοναξιά
3. η χηρεία
4. η αποχώρηση των παιδιών από την οικογένεια
5. οι ακατάλληλες συνθήκες διαβίωσης
6. η αποχώρηση από επαγγελματικές ή άλλες κοινωνικές δραστηριότητες
7. η ιδρυματοποίηση
8. η παρουσία ποικίλων σωματικών νόσων, όπως Alzheimer, Parkinson, υποθυρεοειδισμός, τύφλωση, κώφωση και άλλα.
9. ο χρόνιος πόνος
10. οι διαταραχές του ύπνου
11. οι κινητικές δυσκολίες
12. η φτωχή ή ελλιπή θρέψη του οργανισμού
13. η χρήση ορισμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων.^{2,21}

3.4.1 Συμπτωματολογία

Η εμφάνιση της κατάθλιψης συνήθως είναι βραδεία και στους ηλικιωμένους τα συμπτώματα μπορεί να μην αναγνωρίζονται όταν υπάρχουν παράλληλα συμβαίνοντα φυσικά προβλήματα.²⁰

Ωστόσο, τα σημεία και τα συμπτώματα που προκύπτουν από την επίδραση της καταθλιπτικής διαταραχής μπορούμε να τα διαχωρίσουμε σε σωματικά και σε ψυχολογικά.

A) Σωματικά:

- ✓ Μειωμένη ενεργητικότητα.
- ✓ Εύκολη κόπωση.
- ✓ Μειωμένη όρεξη.
- ✓ Απώλεια βάρους.
- ✓ Διαταραχές του ύπνου.
- ✓ Κινητική επιβράδυνση.
- ✓ Κεφαλαλγίες.
- ✓ Πεπτικά προβλήματα.^{23,30}

B) Ψυχολογικά:

- ✓ Κακή διάθεση κυρίως τις πρωινές ώρες.
- ✓ Απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης.
- ✓ Αναποφασιστικότητα.
- ✓ Μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή.
- ✓ Φτώχεια σκέψεων και ιδεών.
- ✓ Αισθήματα ενοχής.
- ✓ Αίσθηση αναξιότητας.
- ✓ Τύψεις, θυμός, μίσος, απελπισία, θλίψη.
- ✓ Απαισιόδοξες και απέλπιδες ιδέες για το μέλλον.
- ✓ Σκέψεις ή και απόπειρες αυτοκαταστροφής.
- ✓ Έμμονες ιδέες κάποιας τερματικής αρρώστιας.

3.4.2 Θεραπεία

Η πιο συχνή μέθοδος αντιμετώπισης της κατάθλιψης είναι η φαρμακευτική θεραπεία, με σκευάσματα όπως τα τρικυκλικά ή τα τετρακυκλικά φάρμακα, οι αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης (φλουοξετίνη, παροξετίνη, φλουβοξαμίνη) και οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης.^{9,21}

Ως σήμερα, η θεραπεία της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, είχε αρκετά προβλήματα, με σημαντικές παρενέργειες που εμφανίζουν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της φαρμακευτικής θεραπείας.

Επίσης, κατά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων στους ηλικιωμένους, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ορισμένα σημαντικά στοιχεία φαρμακοκινητικής και

φαρμακοδυναμικής που έχουν πολύ σπουδαίο ρόλο για την πορεία της θεραπείας τους.

ΦΑΡΜΑΚΟΚΙΝΗΤΙΚΗ:

1. Στα άτομα της τρίτης ηλικίας παρατηρείται ελάττωση των ηπατικών λειτουργιών, λόγω της εκφύλισης και συνεπώς μειωμένη δυνατότητα του ηλικιωμένου να μεταβολίσει το φάρμακο.

2. Παρατηρείται ελάττωση της νεφρικής λειτουργίας, λόγω εκφύλισης και συνεπώς μειωμένη δυνατότητα αποβολής των φαρμάκων από τον οργανισμό.

Τα παραπάνω συνεπάγονται:

- ✓ Μεγαλύτερο χρόνο για να επιτευχθεί σταθερό επίπεδο της συγκέντρωσης φαρμάκου στον οργανισμό.
- ✓ Μεγαλύτερο χρόνο για να αποβληθεί τελείως το φάρμακο από τον οργανισμό.
- ✓ Μεγαλύτερη συσσώρευση φαρμάκου στον οργανισμό.

ΦΑΡΜΑΚΟΔΥΝΑΜΙΚΗ:

1. Παρατηρείται εκφύλιση λόγω της γήρανσης με αποτέλεσμα την ελάττωση της λειτουργικότητας των συστημάτων του οργανισμού που συνεπάγεται μεγαλύτερη ευαισθησία στις ανεπιθύμητες παρενέργειες.

2. Συνυπάρχουσες νόσοι όπως γλαύκωμα και καρδιακά προβλήματα, είναι δυνατό να επιδεινωθούν από τις παρενέργειες των φαρμάκων.

3. Υπάρχουν αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα που συγχορηγούνται, λόγω της γενικότερης αυξημένης νοσηρότητας του ηλικιωμένου πληθυσμού.³¹

Εκτός βέβαια από τη φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, υπάρχουν και άλλα είδη θεραπείας, όπως:

✚ Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία: είναι η θεραπεία της ψυχικής διαταραχής που γίνεται με την ανάπτυξη μιας επικοινωνιακής σχέσης ανάμεσα στον θεραπευτή και στον θεραπευόμενο. Είναι μια υποστηρικτική μέθοδος που έχει ως στόχο την ενίσχυση της ψυχικής ισορροπίας του ασθενή.

✚ Ο θεραπευτικός διάλογος: ο ψυχοθεραπευτής επιδιώκει να βοηθήσει τον ασθενή να εκφραστεί ελεύθερα, χωρίς φόβο ή ντροπή και να νιώσει την ευχαρίστηση της επικοινωνίας.

✚ Η θεραπεία της συμπεριφοράς: είναι μια θεραπευτική μέθοδος που έχει άμεση σχέση με τη συμπεριφορά που εμφανίζει ο ασθενής και κυρίως με τις συνθήκες κάτω από τις οποίες εμφανίζει αυτή τη συμπεριφορά. Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται για την αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων όπως ο αλκοολισμός.

✚ Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία: αφορά όλα τα μέλη της οικογένειας και γίνεται η προσέγγιση των προβλημάτων και του τρόπου που το κάθε μέλος τα αντιμετωπίζει.

✚ Η θεραπεία του περιβάλλοντος: πρόκειται για την αντιμετώπιση των σημείων και συμπτωμάτων της καταθλιπτικής διαταραχής, όπως η απώλεια ενδιαφέροντος και η απόσυρση. Προγράμματα ατομικών ή ομαδικών δραστηριοτήτων (εργασιοθεραπεία ή απασχολησιοθεραπεία) στοχεύουν στην κινητοποίηση του αρρώστου, την αξιοποίηση των δημιουργικών του δυνατοτήτων και την συναισθηματική ικανοποίηση του ατόμου.²¹

3.5 Αυτοκτονικός ιδεασμός

Ο όρος <<αυτοκτονικός ιδεασμός>> αναφέρεται σε σκέψεις του ανθρώπου, που αφορούν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Αυτές οι σκέψεις μπορεί να είναι ασαφείς και ακαθόριστες και να αφορούν το θάνατο σε κάποιο μελλοντικό χρόνο ή να παίρνουν τη μορφή συγκεκριμένου σχεδίου αυτοκτονίας.

Πιο συγκεκριμένα, ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να είναι μια απλή σκέψη του τύπου <<ας πεθάνω να γλιτώσω>>, ή ακόμη και ένα οργανωμένο πλάνο για το πώς το άτομο θα μπορούσε να τερματίσει τη ζωή του.³²

Στην ουσία είναι η τάση ή η επιθυμία κάποιου να δώσει τέλος στη ζωή του για οποιοδήποτε λόγο.

Οι κυριότεροι παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν το άτομο στην εμφάνιση αυτοκτονικού ιδεασμού είναι:

- Το φύλο (συνηθέστερα οι γυναίκες)
- Η ύπαρξη ενός διαζυγίου
- Η ηλικία
- Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης
- Συνυπάρχουσα ψυχιατρική διαταραχή³³

Ø Πώς μπορεί ένα άτομο να οδηγηθεί στη δημιουργία σκέψεων αυτοκτονίας;

Το άτομο μέχρι να φθάσει στο σημείο να κάνει σκέψεις που αφορούν στον τερματισμό της ζωής του, περνά από διάφορα στάδια, τα οποία περιγράφονται παρακάτω.

Αρχικά, ένα **επιβαρυντικό γεγονός**, όπως η απώλεια προσφιλούς προσώπου, η εμφάνιση κάποιας σοβαρής πάθησης του ατόμου, η ύπαρξη κάποιας χρόνιας νόσου και ο χρόνιος πόνος, η περιθωριοποίηση και η κακή οικονομική κατάσταση, οδηγούν τον άνθρωπο στη **συναισθηματική μεταστροφή** με τη δημιουργία κατάθλιψης, άγχους, αισθήματος μοναξιάς, απόρριψης, ματαιότητας και χαμένης ελπίδας.

Από όλα αυτά προκύπτει μια **έντονη αλλαγή στη συμπεριφορά**, τις συνήθειες καθώς και στον τρόπο ομιλίας του ατόμου. Συνήθως παρατηρείται παραίτηση από πράγματα και συνήθειες που είχε, έλλειψη κάθε ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης μέχρι και αλλαγή στις συνήθειες του ύπνου και της σίτισης.

Το άτομο που βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση και που δεν έχει την δύναμη και το κατάλληλο κοινωνικό - οικογενειακό υποστηρικτικό περιβάλλον, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει όλο αυτό που βιώνει και οδηγείται ακούσια στην **δημιουργία**

σκέψεων αυτοκαταστροφής και τερματισμού της ζωής του, πιστεύοντας πως αυτή είναι η μοναδική λύση των προβλημάτων του.

Στην καθημερινή πραγματικότητα, παρατηρούμε πως οι περισσότεροι άνθρωποι σε κάποια δύσκολη φάση της ζωής τους έχουν κάνει σκέψεις αυτοκτονίας, καθώς πιστεύουν ότι με αυτό τον τρόπο θα γλιτώσουν από το μαρτύριο που βιώνουν. Έτσι, πολύ συχνά ακούμε τις φράσεις: <<δεν αντέχω άλλο...θέλω να πεθάνω για να ανακουφίσω τον πόνο που αισθάνομαι>>, <<καλύτερα να πεθάνω, τι τη θέλω τέτοια ζωή;>> ή <<ζωή είναι αυτή; καλύτερα να τελειώνω, να γλιτώσω κι εγώ, να γλιτώσουν και οι άλλοι από μένα>>, <<καλύτερα να μην υπήρχα>> και άλλες τέτοιου είδους και περιεχομένου φράσεις, που υποδηλώνουν την απελπισία και την απογοήτευση του ατόμου από τη ζωή.

Ωστόσο, δεν οδηγούνται όλα τα άτομα που κάποια δύσκολη στιγμή της ζωής τους, έκαναν σκέψεις τερματισμού της ζωής, στην απόπειρα ή την τέλεση της αυτοκτονίας. Άλλωστε, αν συνέβαινε κάτι τέτοιο, τότε όλοι οι άνθρωποι, κάποια στιγμή της ζωής τους θα αυτοκτονούσαν.

Ø Ποια συμπτώματα εμφανίζει το άτομο με αυτοκτονικό ιδεασμό;

Τα άτομα που παρουσιάζουν αυτοκτονικό ιδεασμό, φανερώνουν ορισμένα κοινά συμπτώματα. Έτσι, βρισκόμαστε σε θέση να παρατηρήσουμε ότι η συμπτωματολογία του αυτοκτονικού ιδεασμού περιλαμβάνει τα εξής χαρακτηριστικά συμπτώματα:

- ü Λεκτικές ενδείξεις για επιθυμία θανάτου ή αυτοκτονίας.
- ü Αίσθημα απελπισίας (π.χ.: τίποτα δεν πρόκειται να αλλάξει προς το καλύτερο).
- ü Αίσθημα αβοήθητου (π.χ.: «ότι και αν κάνω, δεν θα έχω βοήθεια από κανέναν, κανένας δεν μου δίνει σημασία).
- ü Πεποίθηση ότι αποτελεί εμπόδιο στη ζωή και την ευτυχία της οικογένειας και των φίλων του.
- ü Κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων ουσιών.
- ü Τακτοποίηση εκκρεμοτήτων του.³⁴

Ø Τι χαρακτηρίζει τη σοβαρότητα του αυτοκτονικού ιδεασμού;

Η σοβαρότητα του αυτοκτονικού ιδεασμού χαρακτηρίζεται από δυο κύρια σημεία: τη διάρκεια της σκέψης και την έντασή της.

Α) Η διάρκεια της σκέψης για αυτοκαταστροφή, μπορεί να διαρκέσει από λίγα δευτερόλεπτα μέχρι και κάποια λεπτά, χωρίς όμως η δήλωση αυτή να εκφράζει πραγματική επιθυμία. Αν όμως η διάρκεια του αυτοκτονικού ιδεασμού είναι σχεδόν συνεχής και συχνά σχετίζεται με κάποιο πρόβλημα που θεωρείται από το άτομο ως αξεπέραστο, τότε η σοβαρότητα του αυτοκτονικού ιδεασμού είναι πολύ μεγάλη και είναι πολύ πιθανό το άτομο αυτό να προχωρήσει στη δημιουργία σχεδίου αυτοκτονίας, στην απόπειρα ή και την εκτέλεσή της.³²

Β) Η ένταση της σκέψης για αυτοκαταστροφή, είναι επίσης κάτι που παίζει καθοριστικό ρόλο. Πολλά άτομα λένε <<να πεθάνω, να ησυχάσω>>, πράγμα που μπορεί να θεωρηθεί απλά ως ένα σημάδι κούρασης ή εκνευρισμού.

Όταν όμως κάποιο άτομο λέει αυτά τα λόγια και συγχρόνως κάνει έντονες σκέψεις που περιλαμβάνουν τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να πραγματοποιηθεί η σκέψη αυτή, προετοιμάζει το γράμμα αποχαιρετισμού ή ρωτάει τους δικούς του ανθρώπους <<τι θα κάνατε αν πέθαινα>>, τότε η κατάσταση είναι πιο σοβαρή.³¹

Ο αυτοκτονικός ιδεασμός απαντάται σε όλες τις ηλικίες και ιδιαίτερα στις μεταβατικές φάσεις της ζωής με κυριότερες την εφηβεία και την γεροντική ηλικία.

Όσον αφορά στους γέροντες, ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι ένα συχνό φαινόμενο, ως αποτέλεσμα της κακής ψυχολογικής και σωματικής τους κατάστασης. Η περιθωριοποίηση, η φυγή των παιδιών από το σπίτι, η χηρεία, η ιδρυματοποίηση, η κακομεταχείριση, η μοναξιά, η ύπαρξη κάποιας νεοπλασματικής νόσου, ο χρόνιος πόνος και τα πολλά σωματικά προβλήματα που επιφέρει στον άνθρωπο το γήρας, καθώς και η σκέψη ότι το τέλος της ζωής πλησιάζει, οδηγούν τον ηλικιωμένο στη δημιουργία αυτοκαταστροφικών σκέψεων με σκοπό την απαλλαγή τους από τον πόνο (είτε ψυχικό, είτε σωματικό) που βιώνουν.

3.6 Απόπειρα αυτοκτονίας

Οι αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές εκδηλώνονται κυρίως ως απόπειρες αυτοκτονίας ή ως επιτυχείς αυτοκτονίες.

Απόπειρα αυτοκτονίας

Ο όρος «απόπειρα αυτοκτονίας» αναφέρεται σε μια ενέργεια του ανθρώπου, που στρέφεται κατά της υγείας, της σωματικής ακεραιότητας και της ζωής του και μπορεί να γίνει με πολλούς τρόπους.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ως απόπειρα αυτοκτονίας ή παρα-αυτοκτονική συμπεριφορά ορίζεται μια πράξη χωρίς θανατηφόρο αποτέλεσμα, κατά την οποία το άτομο εμφανίζει μια μη συνήθη συμπεριφορά, η οποία προκαλεί αυτοτραυματισμό ή χαρακτηρίζεται από τη λήψη φαρμακευτικής ουσίας σε πολύ μεγαλύτερη δόση από τη θεραπευτική. Η πράξη αυτή έχει ως στόχο την επίτευξη αλλαγών που το άτομο επιθυμεί μέσω των πραγματικών ή των αναμενόμενων σωματικών επιπτώσεων.³³

Έτσι, με τον όρο απόπειρα αυτοκτονίας εννοούμε ένα πλήθος συμπεριφορών με κοινά χαρακτηριστικά τα οποία είναι:

- Ø Η οξεία βλαπτική για το άτομο αυτενέργεια, όπως φαρμακευτική δηλητηρίαση, τραυματισμός και άλλα.
- Ø Η απουσία ενός θανατηφόρου αποτελέσματος.
- Ø Η κατάσταση συναισθηματικής έντασης.³⁴

Αναμφίβολα, η απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια πράξη που αντιπροσωπεύει καθαρά την απελπισία, την πλήρη απογοήτευση από το κοινωνικό σύνολο και από τη ζωή γενικότερα και αποτελεί την υπέρτατη προσπάθεια στο να μπει τέλος στα

προβλήματα της καθημερινής ζωής, που ταλανίζουν την σωματική και ψυχολογική κυρίως υγεία του ατόμου.

Τα ηλικιωμένα άτομα που κάνουν συνήθως απόπειρες αυτοκτονίας έχουν τα εξής χαρακτηριστικά:

- § πάσχουν (συχνά) από κατάθλιψη
- § έχουν προβλήματα σωματικής υγείας
- § είναι απομονωμένα κοινωνικά
- § βρίσκονται σε κατάσταση πένθους
- § έχουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα
- § κάνουν κατάχρηση οινοπνευματωδών ποτών (άνδρες κατά κύριο λόγο)
- § λαμβάνουν φαρμακευτικές ουσίες που είναι ικανές να προκαλέσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία.^{3,30}

Πολλές φορές, άτομα μικρότερης ηλικίας (κυρίως έφηβοι) αναφέρουν ότι θα προβούν στην ενέργεια της αυτοκτονίας ή ακόμη κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας, όχι επειδή θέλουν να βάλουν τέλος στη ζωή τους, αλλά γιατί νιώθουν παραμερισμένοι και με αυτό τον τρόπο πιστεύουν ότι τα συγγενικά – αγαπημένα τους πρόσωπα, θα συγκινηθούν, θα ευαισθητοποιηθούν και θα τους δείξουν ενδιαφέρον και αγάπη. Με λίγα λόγια, πιστεύουν ότι με τον τρόπο αυτό, θα γίνουν το επίκεντρο της προσοχής, όπου όλοι θα τους αγαπούν, θα τους φροντίζουν και θα τους κάνουν τα χατίρια. Έτσι, μιλάμε για συμβολικές απόπειρες αυτοκτονίας.

Κάτι παρόμοιο δε συμβαίνει με τα ηλικιωμένα άτομα, καθώς οι απόπειρες αυτοκτονίας που γίνονται σε αυτό το στάδιο της ζωής, είναι πάντα σοβαρές και έχουν ως μοναδικό στόχο το θάνατο.³⁵

Επίσης, για να καταλάβουμε τη σοβαρότητα μιας απόπειρας αυτοκτονίας, πρέπει να σκεφτούμε πως είναι μια πράξη η οποία είχε σκοπό την αφαίρεση της ζωής, παρόλο που αυτό δεν επιτεύχθηκε για διάφορους λόγους κατά περίπτωση. Έτσι, η απόπειρα αυτοκτονίας πρέπει να θεωρείται ως μια ανεπιτυχής αυτοκτονία.

Σε μια απόπειρα αυτοκτονίας, ο σκοπός του ατόμου που ήθελε να βάλει τέλος στη ζωή του, δεν επιτυγχάνεται. Ωστόσο, η πράξη αυτή είναι δυνατό να προκαλέσει πολλά προβλήματα στην υγεία του, ανάλογα πάντα με τον τρόπο που είχε να αποπειραθεί να αυτοκτονήσει. Για παράδειγμα, εάν ο ηλικιωμένος έπεσε από ύψος, τότε μπορεί να έχει πολλαπλά και σοβαρά κατάγματα ή ακόμη μέχρι και αναπηρία. Εάν αποπειραθεί να αυτοκτονήσει με υπέρβαση της δοσολογίας φαρμάκων, τότε υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να παρουσιάσει νεφρική ή ηπατική δυσλειτουργία.

Σε αυτό το σημείο κρίνεται απαραίτητο να αναφερθεί ότι οι ηλικιωμένοι επιλέγουν να προβούν στην απόπειρα αυτοκτονίας, συνήθως πέφτοντας από μεγάλο ύψος ή λαμβάνοντας υπερβολικά μεγάλη δόση φαρμάκων.

Επιπλέον, πρέπει να δίνεται πολύ μεγάλη προσοχή καθώς η ύπαρξη απόπειρας αυτοκτονίας στο ιστορικό του ηλικιωμένου, θεωρείται ως σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για πιθανή μελλοντική αυτοκτονία.³⁵

3.7 Αυτοκτονία

Η αυτοκτονία είναι μια πράξη που υποδηλώνει απελπισία και ανικανότητα αντιμετώπισης μιας δύσκολης συναισθηματικής κατάστασης. Το άτομο που επιλέγει να αυτοκτονήσει, αδυνατεί να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της καθημερινής ζωής με άλλους πιο υγιείς τρόπους και θεωρεί ότι αυτή είναι η μοναδική λύση. Η αυτοκτονία αφορά σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, αν και έχει παρατηρηθεί ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των ατόμων που επιλέγουν να γίνουν αυτόχειρες.

Σε διάφορες μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι η αυξημένη συχνότητα των αυτοκτονιών σε ηλικιωμένους, αφορά κυρίως άνδρες (καταγράφονται περίπου 4 αυτοκτονίες ανδρών έναντι 1 γυναίκας) που ζουν μόνοι και που έχουν πραγματοποιήσει παλιότερη απόπειρα αυτοκτονίας.

Επιπλέον, η αυτοκτονία θεωρείται ως η σοβαρότερη επιπλοκή της κατάθλιψης και είναι η συχνότερη αιτία θανάτου των καταθλιπτικών αρρώστων. Από τους ασθενείς με κατάθλιψη σε υψηλότερο κίνδυνο βρίσκονται οι ηλικιωμένοι και ύστερα οι έφηβοι.

Επίσης, παρόλο που το ποσοστό των γυναικών με κατάθλιψη είναι σχεδόν το διπλάσιο από το ποσοστό των ανδρών, το ποσοστό αυτοκτονίας στους άνδρες είναι πέντε φορές μεγαλύτερο από ότι των γυναικών.²⁹ Οι σοβαρές σωματικές ασθένειες περιλαμβάνονται μεταξύ των σπουδαιότερων παραγόντων κινδύνου αυτοκτονίας των ηλικιωμένων.

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου ατόμου που επιλέγει να αυτοκτονήσει είναι τα ακόλουθα:

1. ζει μόνος
2. βιώνει την απώλεια αγαπημένου προσώπου (χρηρεία συνήθως)
3. έχει έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος
4. παρουσιάζει καταθλιπτική συμπτωματολογία
5. εκφράζει αισθήματα ανηδονίας, απελπισίας και ενοχής
6. πάσχει από σωματική νόσο
7. έχει ενημερώσει το γιατρό του για μελλοντική απόπειρα αυτοκτονίας
8. έχει πραγματοποιήσει απόπειρα αυτοκτονίας στο παρελθόν.

Η σχέση των αποπειραθέντων αυτοκτονία με αυτούς που αυτοκτονούν είναι δεδομένη. Όπως είναι γνωστό, το 20-30% των ατόμων που αυτοκτονούν, έχουν πραγματοποιήσει απόπειρες στο παρελθόν, ενώ 10-15% των αποπειραθέντων αναμένεται να αυτοκτονήσουν την προσεχή δεκαετία.³⁶

3.8 Πρόληψη και αντιμετώπιση των αυτοκτονικών τάσεων των ηλικιωμένων

Η απόπειρα αυτοκτονίας ή η επιτυχημένη αυτοκτονία είναι μια πράξη που υποδηλώνει αδυναμία του ατόμου να αντιμετωπίσει τη θλιβερή (κατά αυτόν) πραγματικότητα.

Η αυξημένη επίπτωση αυτοκτονιών σε ηλικιωμένους έχει συσχετιστεί με την υποαναγνώριση και υποθεραπεία της κατάθλιψης.³

Η κατάθλιψη συχνά δεν ανιχνεύεται και δεν θεραπεύεται στους ηλικιωμένους, καθώς τα συμπτώματα της καταθλιπτικής διάθεσης θεωρούνται από πολλούς ως φυσιολογικό επακόλουθο της αυξημένης ηλικίας.

Έτσι, τα σημεία της κατάθλιψης μπορεί να μην γίνουν αντιληπτά, αλλά να θεωρηθούν ως εκκενρικότητα ή περίεργος χαρακτήρας, με αποτέλεσμα την υπαναγνώριση του προβλήματος.

Η αυτοκτονική συμπεριφορά ενός ατόμου μπορεί να προληφθεί αρκεί βέβαια να αναγνωρισθεί εγκαίρως η καταθλιπτική διάθεση και η ύπαρξη του αυτοκτονικού ιδεασμού.

Η πρόληψη της συμπεριφοράς αυτής, περιλαμβάνει:

- τη σωστή ενημέρωση του κοινού, όσον αφορά στη σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την αυτοκτονία,
- την ενημέρωση του κοινού σχετικά με την αναγνώριση της προ-αυτοκτονικής συμπεριφοράς (το άτομο χαρίζει όλα τα αγαπημένα του αντικείμενα, τακτοποιεί τις εκκρεμότητές του, μοιράζει ή πετάει τα ρούχα του, ζητά συγγνώμη από ανθρώπους που πλήγωσε, γράφει αποχαιρετιστήριο γράμμα, ετοιμάζει τη διαθήκη του),
- τη λήψη μέτρων όπως επίσκεψη σε ψυχολόγο όταν το άτομο αναφέρει ότι θα αυτοκτονήσει ή όταν έχει προηγηθεί παλιότερη απόπειρα αυτοκτονίας.

Σε περίπτωση που η καταθλιπτική διάθεση και η τάση για αυτοκτονία γίνουν αντιληπτές τότε θέτουμε ως κυρίαρχο στόχο την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, την ψυχολογική υποστήριξη του ηλικιωμένου και την άμεση επίσκεψη σε ψυχίατρο.

Επίσης, όταν ένα άτομο μας εκμυστηρεύεται ότι θα αυτοκτονήσει, τότε πρέπει να λαμβάνουμε αυτή την προειδοποίηση στα σοβαρά και αντιδρούμε άμεσα και υπεύθυνα. Σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να είμαστε επικριτικοί, αδιάφοροι ή υποτιμητικοί.

Αντιθέτως, πρέπει να δείχνουμε με ειλικρίνεια και χωρίς να κρατάμε κριτική στάση, το ενδιαφέρον μας, ώστε να καταλάβει ότι και εμείς οι ίδιοι αντιλαμβανόμαστε την δυσκολία του και συγχρόνως να νιώσει ότι δεν είναι μόνος και πως υπάρχει κάποιος δίπλα του για να τον στηρίξει σε αυτή τη δύσκολη φάση που περνά.

Τέλος, το άτομο που εκφράζει την επιθυμία να βάλει τέλος στη ζωή του πρέπει να παρακολουθείται από ψυχολόγο και πολλές φορές κρίνεται απαραίτητη και η χορήγηση αντικαταθλιπτικής θεραπείας.



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σχεδιασμός της έρευνας

Η μέθοδος μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας ήταν η μελέτη των παραγόντων που μπορούν να οδηγήσουν τον ηλικιωμένο στην ανάπτυξη καταθλιπτικής συμπεριφοράς (όπως η ύπαρξη προβλημάτων υγείας, η μοναξιά, η χηρεία και άλλοι), καθώς επίσης και η ανάδειξη του βαθμού κατάθλιψης σε συνδυασμό με τους ανωτέρω παράγοντες.

Πληθυσμός - Δείγμα

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθυνόταν σε 180 άτομα ηλικίας από 65 έως 99 ετών (τρίτης ηλικίας). Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε γραπτό ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 42 ερωτήσεις εκ των οποίων 1 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 32 είναι διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων. Επίσης, στο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνονταν και ερωτήσεις μέσα από τις οποίες διερευνήθηκε η ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων.

Τόπος και χρόνος επιτέλεσης της έρευνας

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από τον Απρίλιο έως και το Ιούλιο του 2011 στο Νομό Αχαΐας.

Συλλογή δεδομένων

Για να επιτευχθεί υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε από την ερευνητική ομάδα με βάση ελληνικές και διεθνείς μελέτες. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με προσωπική συνέντευξη, αφού επισημάνθηκε σε κάθε ερωτώμενο, ότι μπορούσαν να μην απαντήσουν στις ερωτήσεις, αλλά και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούσαν να διακόψουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 30 λεπτά της ώρας.

Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα ήταν:

- ✓ Ο ερωτώμενος να ανήκει στην τρίτη ηλικία και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:
- ✓ Τα μη πλήρως συμπληρωμένα ερωτηματολόγια

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν όλα τα ερωτηματολόγια από αυτά που διανεμήθηκαν.

Ζητήματα Βιοηθικής

Ακολουθήθηκε πιστά ο κώδικας της Νυρεμβέργης και η διακήρυξη του Ελσίνκι για την προστασία των ανθρώπων από κάθε μορφής έρευνας με βάση τα δικαιώματα που έχει κανείς (να μην υποστεί κάποια βλάβη φυσική, συγκινησιακή κλπ, πλήρους διαφάνειας, ανωνυμίας και εχεμύθειας και αυτοδιάθεσης).

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας, επιδιώκοντας τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας και σημειώνοντας ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησης. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση

Κάθε πιθανή απάντηση σε μία ερώτηση κωδικοποιήθηκε με ένα ακέραιο αριθμό ανάλογα με τον αριθμό των δυνατών απαντήσεων. Έπειτα τα δεδομένα εισήχθησαν στον ηλεκτρονικό υπολογιστή σε μεταβλητές που η κάθε μία αντιπροσώπευε μία ερώτηση.

Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για την εισαγωγή των κωδικοποιημένων δεδομένων και τη στατιστική επεξεργασία τους ήταν το SPSS.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συντάχθηκαν σε πίνακες στους οποίους αναφέρεται το όνομα της μεταβλητής καθώς και η αντίστοιχη ερώτηση στην οποία αναφέρεται. Επίσης αναφέρονται οι εξεταζόμενες ομάδες καθώς και τα σύνολα των απαντήσεων.

Έτσι, οι μεν μετρήσιμες μεταβλητές παρουσιάζονται με το μέσο όρο (mean value) των μετρήσεων τους, την τυπική απόκλιση (standard deviation), την ελάχιστη (min value) και τη μέγιστη (max value) τιμή, οι δε μη μετρήσιμες μεταβλητές (βαθμωτές, διχοτομικές ή κατηγορικές) παρουσιάζονται με τη συχνότητα (απόλυτος αριθμός) εμφάνισης της απάντησης καθώς και με τη σχετική συχνότητα (ποσοστιαία αναλογία) εμφάνισης της κάθε τιμής της μεταβλητής.

Ο έλεγχος της κανονικότητας ή μη των κατανομών των παρατηρήσεων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις διάφορες υποομάδες, έγινε με τη μέθοδο των Kolmogorov - Smirnov.

Για να διαπιστωθεί αν ορισμένες κατηγορίες ερωτηθέντων έδωσαν διαφοροποιημένες απαντήσεις σε σχέση με κάποιο χαρακτηριστικό, χρησιμοποιήθηκαν πίνακες με τους οποίους συνδυάζονται οι απαντήσεις των 2 ερωτήσεων (πίνακες διπλής εισόδου) που μας ενδιαφέρουν. Κάθε κελί δίνει τον αριθμό και το επόμενο το ποσοστό επί του συνόλου των ερωτηθέντων.

Ο στατιστικός έλεγχος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο των διαφορών που παρατηρήθηκαν μεταξύ των εξεταζόμενων ομάδων ήταν το χ^2 -test (Chi-square test με ή χωρίς το διορθωτικό παράγοντα κατά Yates).

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διάφορων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r) (Spearman rank order correlation coefficient). Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα $[-1, +1]$. Οι τιμές $+1$, -1 αντιστοιχούν σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

Κατά τη στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων οι διαφορές και συσχετίσεις που προκύπτουν θεωρούνται στατιστικά σημαντικές αν και μόνο αν αντιστοιχούν σε πιθανότητα $p < 0,05$ (όπως αυτή προκύπτει από τον αντίστοιχο κάθε φορά στατιστικό έλεγχο).

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS για Windows. Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνα, τα οποία και αναλύονται στην συζήτηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 180 άτομα ηλικίας από 65 έως 99 ετών (τρίτης ηλικίας). Η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία και ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψε ότι η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 65 έτη και 99 έτη, με μέσο όρο τα 76,8 έτη και τυπική απόκλιση τα 8,8 έτη (Πίνακας 1).

Πίνακας 1: Ηλικία ερωτηθέντων.

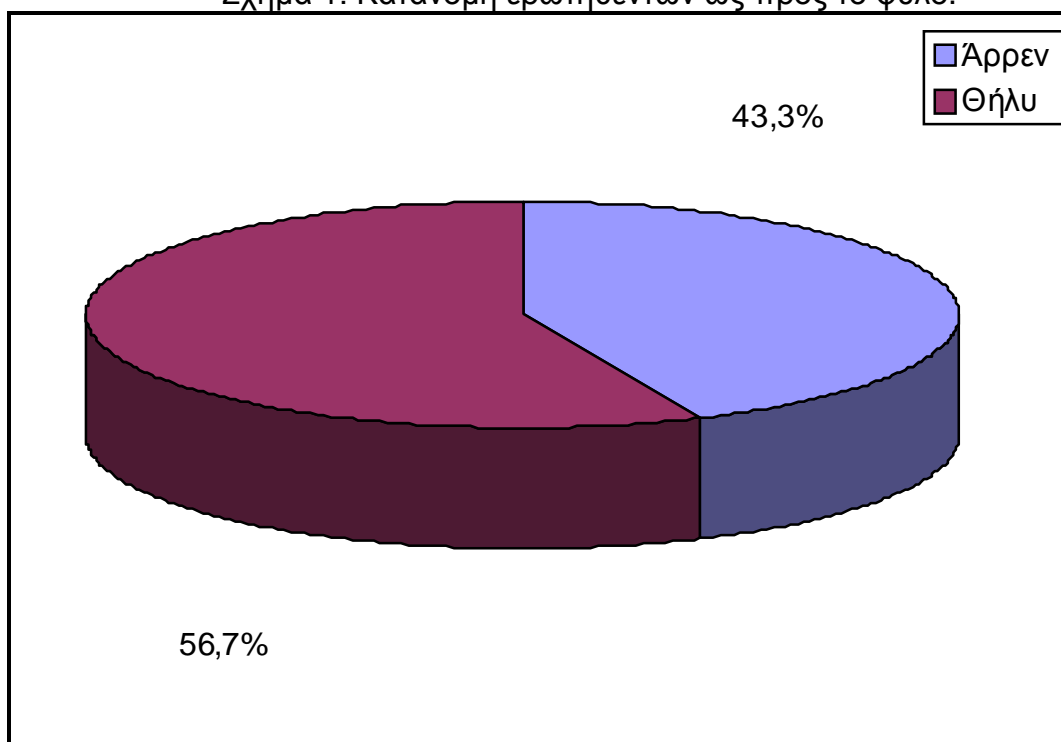
Ηλικία ερωτηθέντων	N=180
Μέσος όρος	76,8
Τυπική απόκλιση	8,8
Ελάχιστο	65
Μέγιστο	99

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (102 άτομα – ποσοστό 56,7%) ήταν γυναίκες ενώ το υπόλοιπο 43,3% (78 άτομα) άνδρες (Πίνακας 2, Σχήμα 1).

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

Φύλο ερωτηθέντων	N=180	Percent (%)
Άρρεν	78	43,3
Θήλυ	102	56,7

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο.

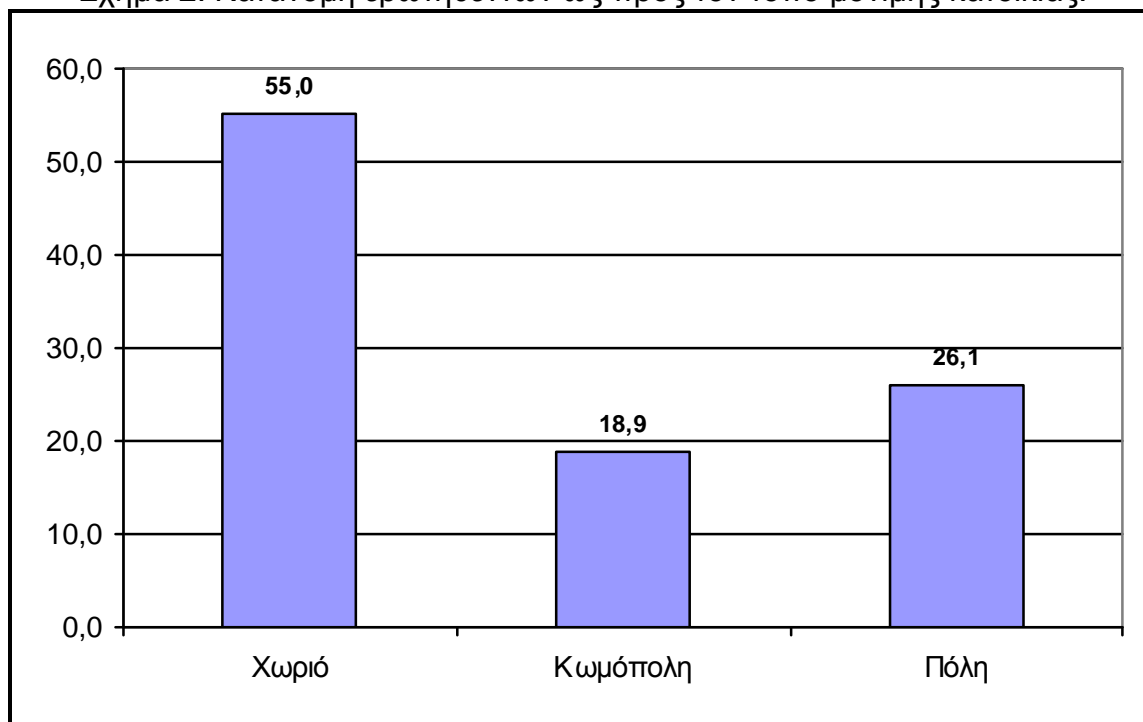


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (99 άτομα – ποσοστό 55,0%) δήλωσαν ως τόπο μόνιμης κατοικίας χωριό, άλλα 47 άτομα (ποσοστό 26,1%) δήλωσαν τόπο μόνιμης κατοικίας πόλη και τα υπόλοιπα 34 άτομα (ποσοστό 18,9%) κωμόπολη (Πίνακας 3, Σχήμα 2).

Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τόπο μόνιμης κατοικίας.

Τόπος μόνιμης κατοικίας	N=180	Percent (%)
Χωριό	99	55,0
Κωμόπολη	34	18,9
Πόλη	47	26,1

Σχήμα 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τον τόπο μόνιμης κατοικίας.

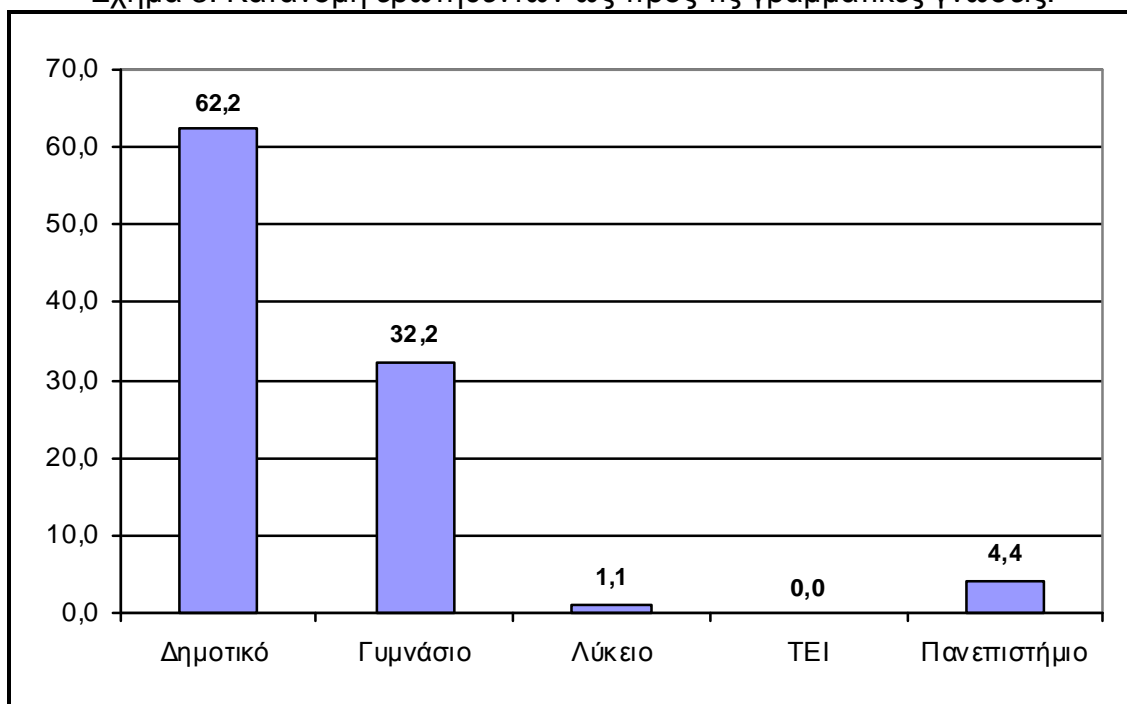


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (112 άτομα – ποσοστό 62,2%) ήταν απόφοιτοι δημοτικού, άλλα 58 άτομα (ποσοστό 32,2%) ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, άλλα 2 άτομα (ποσοστό 1,1%) ήταν απόφοιτοι λυκείου και άλλα 8 άτομα (ποσοστό 4,4%) κατείχαν πτυχίο πανεπιστημίου (Πίνακας 4, Σχήμα 3).

Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις γραμματικές γνώσεις.

Γραμματικές γνώσεις	N=180	Percent (%)
Δημοτικό	112	62,2
Γυμνάσιο	58	32,2
Λύκειο	2	1,1
ΤΕΙ	0	0,0
Πανεπιστήμιο	8	4,4

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις γραμματικές γνώσεις.

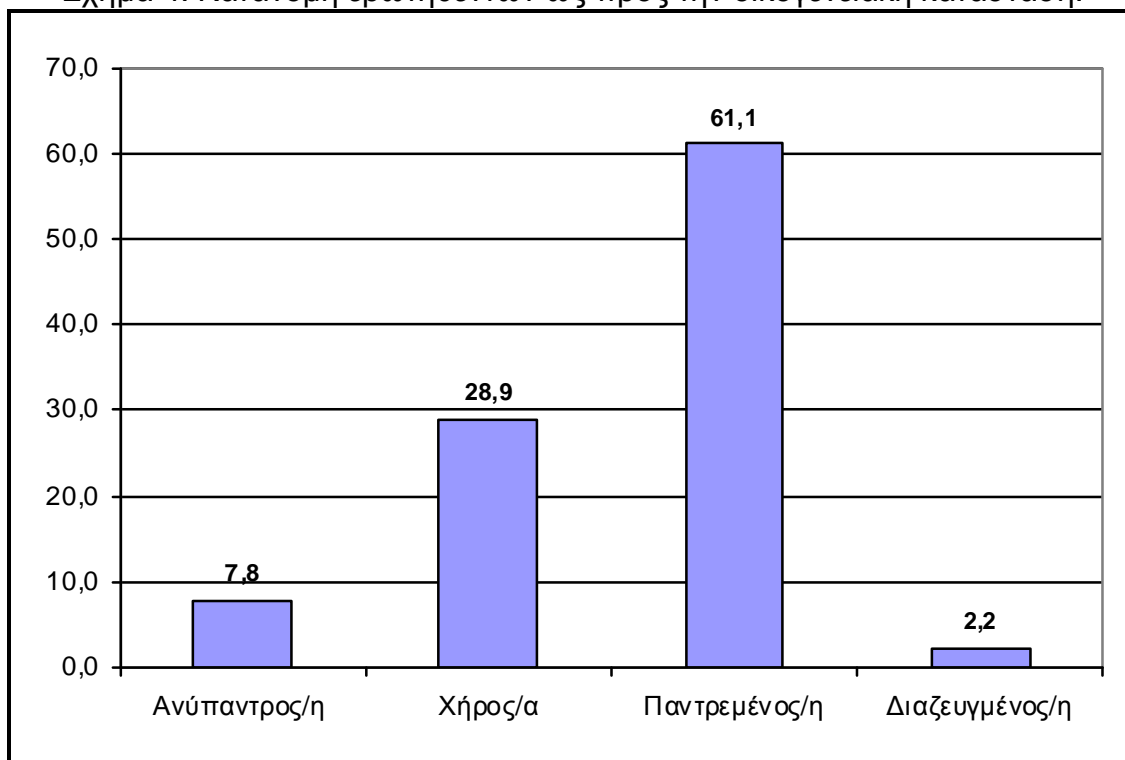


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (110 άτομα – ποσοστό 61,1%) δήλωσαν παντρεμένοι/ες, άλλα 52 άτομα (ποσοστό 28,9%) δήλωσαν χήροι/ες, άλλα 14 άτομα (ποσοστό 7,8%) δήλωσαν ανύπαντροι/ες και τα υπόλοιπα 4 άτομα (ποσοστό 2,2%) διαζευγμένοι/ες (Πίνακας 5, Σχήμα 4).

Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Οικογενειακή κατάσταση	N=180	Percent (%)
Ανύπαντρος/η	14	7,8
Χήρος/α	52	28,9
Παντρεμένος/η	110	61,1
Διαζευγμένος/η	4	2,2

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.



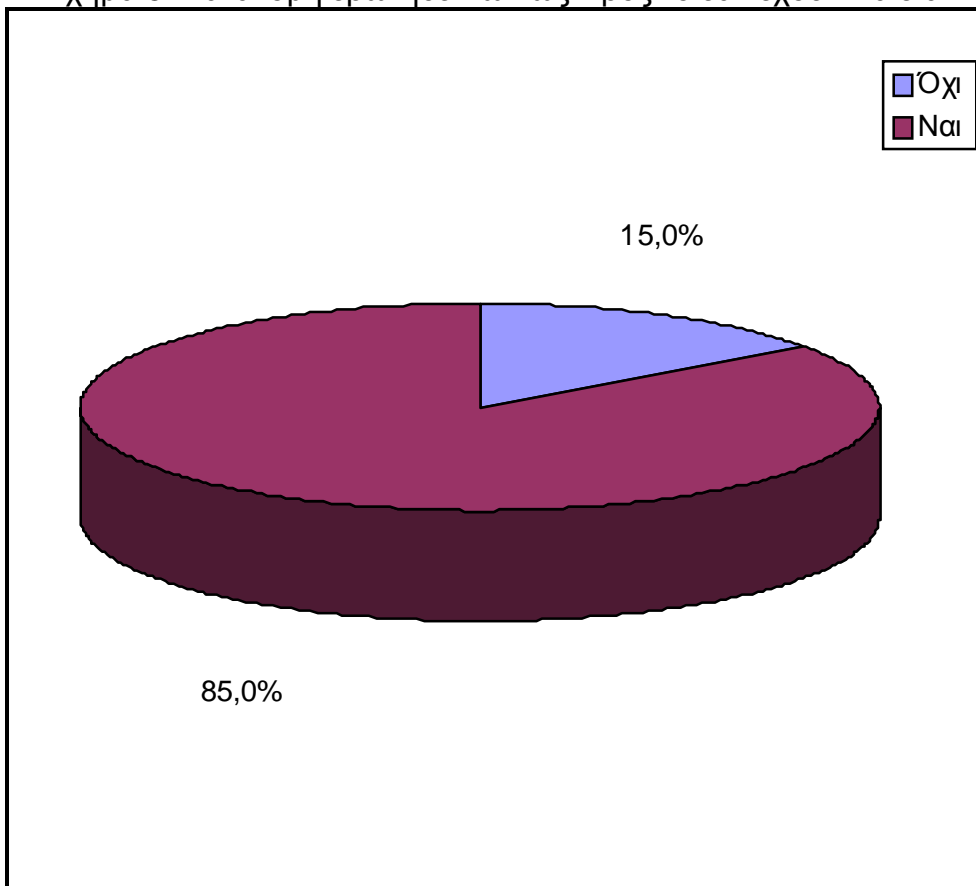
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (153 άτομα – ποσοστό 85,0%) δήλωσε ότι έχει παιδιά ενώ το υπόλοιπο 15,0% (27 άτομα) δήλωσε ότι δεν έχει (Πίνακας 6, Σχήμα 5).

Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν παιδιά.

Έχετε παιδιά;	N=180	Percent (%)
Όχι	27	15,0

Ναι	153	85,0
-----	-----	------

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν παιδιά.

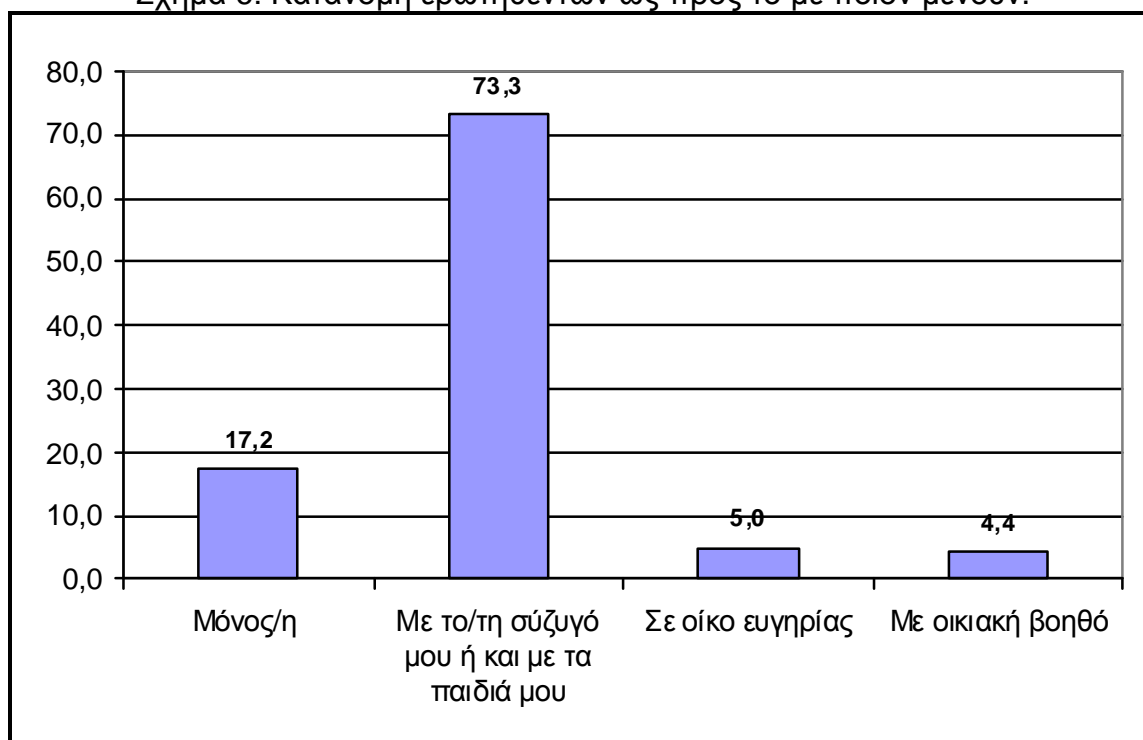


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (132 άτομα – ποσοστό 73,3%) δήλωσαν ότι μένουν με το/τη σύζυγό τους ή και με τα παιδιά τους, άλλα 31 άτομα (ποσοστό 17,2%) δήλωσαν ότι μένουν μόνοι τους, άλλα 9 άτομα (ποσοστό 5,0%) ότι μένουν σε οίκο ευγηρίας και τα υπόλοιπα 8 άτομα (ποσοστό 4,4%) ότι μένουν με οικιακή βοηθό (Πίνακας 7, Σχήμα 6).

Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το με ποιόν μένετε.

Με ποιόν μένετε;	N=180	Percent (%)
Μόνος/η	31	17,2
Με το/τη σύζυγό μου ή και με τα παιδιά μου	132	73,3
Σε οίκο ευγηρίας	9	5,0
Με οικιακή βοηθό	8	4,4

Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το με ποιόν μένετε.



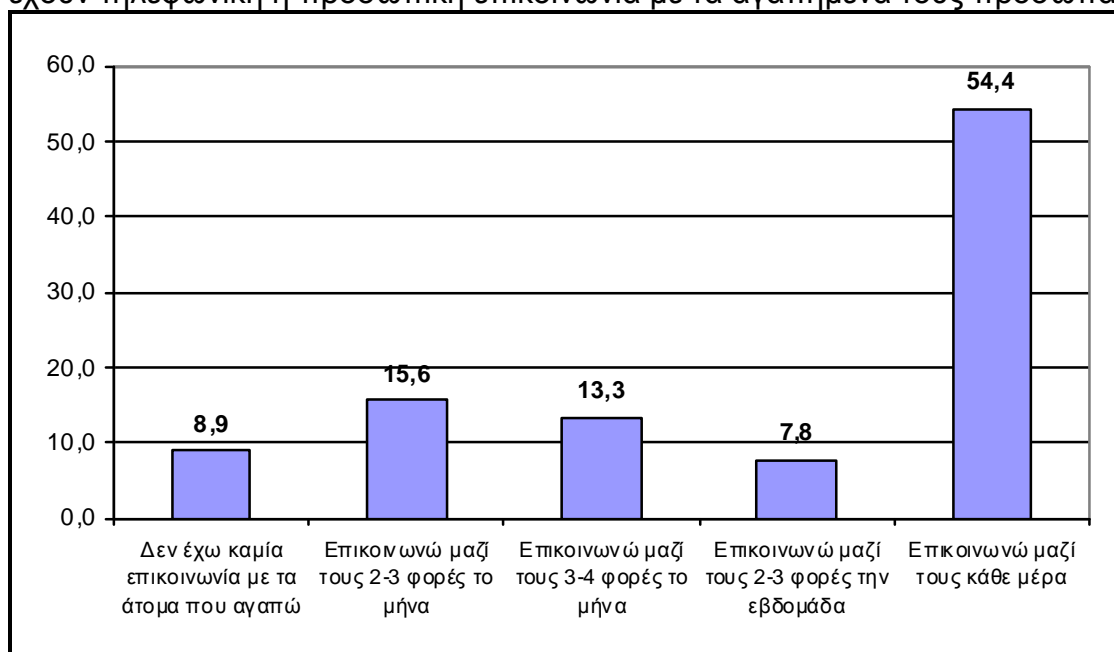
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (112 άτομα – ποσοστό 62,2%) δήλωσαν ότι κατά μέσο όρο η τηλεφωνική ή προσωπική επικοινωνία με τα αγαπημένα τους πρόσωπα είναι κάθε 2-3 ημέρες ή και συχνότερα, άλλα 52 άτομα (ποσοστό 28,9%) δήλωσαν ότι κατά μέσο όρο έχουν τηλεφωνική ή προσωπική επικοινωνία με τα αγαπημένα τους πρόσωπα περίπου κάθε εβδομάδα ενώ τα

υπόλοιπα 16 άτομα (ποσοστό 8,9%) δεν έχουν καμία επικοινωνία με τα άτομα που αγαπούν (Πίνακας 8, Σχήμα 7).

Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο κατά μέσο όρο την εβδομάδα έχουν τηλεφωνική ή προσωπική επικοινωνία με τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Πόσο κατά μέσο όρο την εβδομάδα έχετε τηλεφωνική ή προσωπική επικοινωνία με τα αγαπημένα σας πρόσωπα;	N=180	Percent (%)
Δεν έχω καμία επικοινωνία με τα άτομα που αγαπώ	16	8,9
Επικοινωνώ μαζί τους 2-3 φορές το μήνα	28	15,6
Επικοινωνώ μαζί τους 3-4 φορές το μήνα	24	13,3
Επικοινωνώ μαζί τους 2-3 φορές την εβδομάδα	14	7,8
Επικοινωνώ μαζί τους κάθε μέρα	98	54,4

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο κατά μέσο όρο την εβδομάδα έχουν τηλεφωνική ή προσωπική επικοινωνία με τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

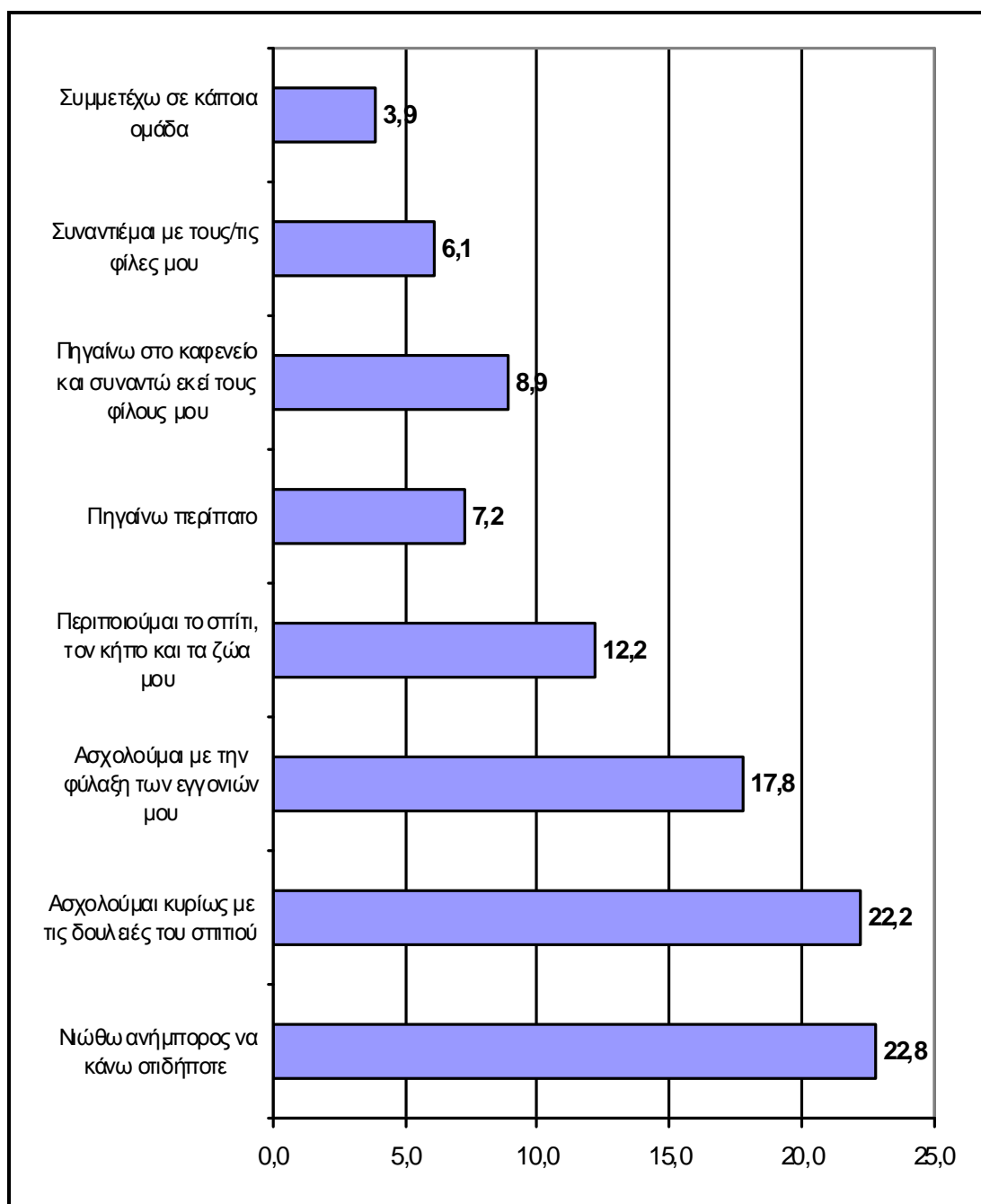


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (41 άτομα – ποσοστό 22,8%) δήλωσαν ότι νιώθουν ανήμποροι να κάνουν οτιδήποτε ενώ αντίθετα ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό (40 άτομα – ποσοστό 22,2%) δήλωσε ότι οι καθημερινές δραστηριότητες που τους κάνουν να νιώθουν καλύτερα είναι να ασχολούνται κυρίως με τις δουλειές του σπιτιού. Οι υπόλοιπες καθημερινές δραστηριότητες που τους κάνουν να νιώθουν καλύτερα είναι κατά φθίνουσα σειρά να ασχολούνται με την φύλαξη των εγγονιών τους (32 άτομα – ποσοστό 17,8%), να περιποιούνται το σπίτι, τον κήπο και τα ζώα τους (22 άτομα – ποσοστό 12,2%), να πηγαίνουν στο καφενείο και να συναντούν εκεί τους φίλους τους (16 άτομα – ποσοστό 8,9%), να πηγαίνουν περίπατο (13 άτομα – ποσοστό 7,2%), να συναντιούνται με τους/τις φίλες τους (11 άτομα – ποσοστό 6,1%) και να συμμετέχουν σε κάποια ομάδα (7 άτομα – ποσοστό 3,9%) (Πίνακας 9, Σχήμα 8).

Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιες είναι οι καθημερινές δραστηριότητες που τους κάνουν να νιώθουν καλύτερα.

Ποιες είναι οι καθημερινές δραστηριότητες που σας κάνουν να νιώθετε καλύτερα;	N=180	Percent (%)
Νιώθω ανήμπορος να κάνω οτιδήποτε	41	22,8
Ασχολούμαι κυρίως με τις δουλειές του σπιτιού	40	22,2
Ασχολούμαι με την φύλαξη των εγγονιών μου	32	17,8
Περιποιούμαι το σπίτι, τον κήπο και τα ζώα μου	22	12,2
Πηγαίνω περίπατο	13	7,2
Πηγαίνω στο καφενείο και συναντώ εκεί τους φίλους μου	16	8,9
Συναντιέμαι με τους/τις φίλες μου	11	6,1
Συμμετέχω σε κάποια ομάδα	7	3,9

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιες είναι οι καθημερινές δραστηριότητες που τους κάνουν να νιώθουν καλύτερα.

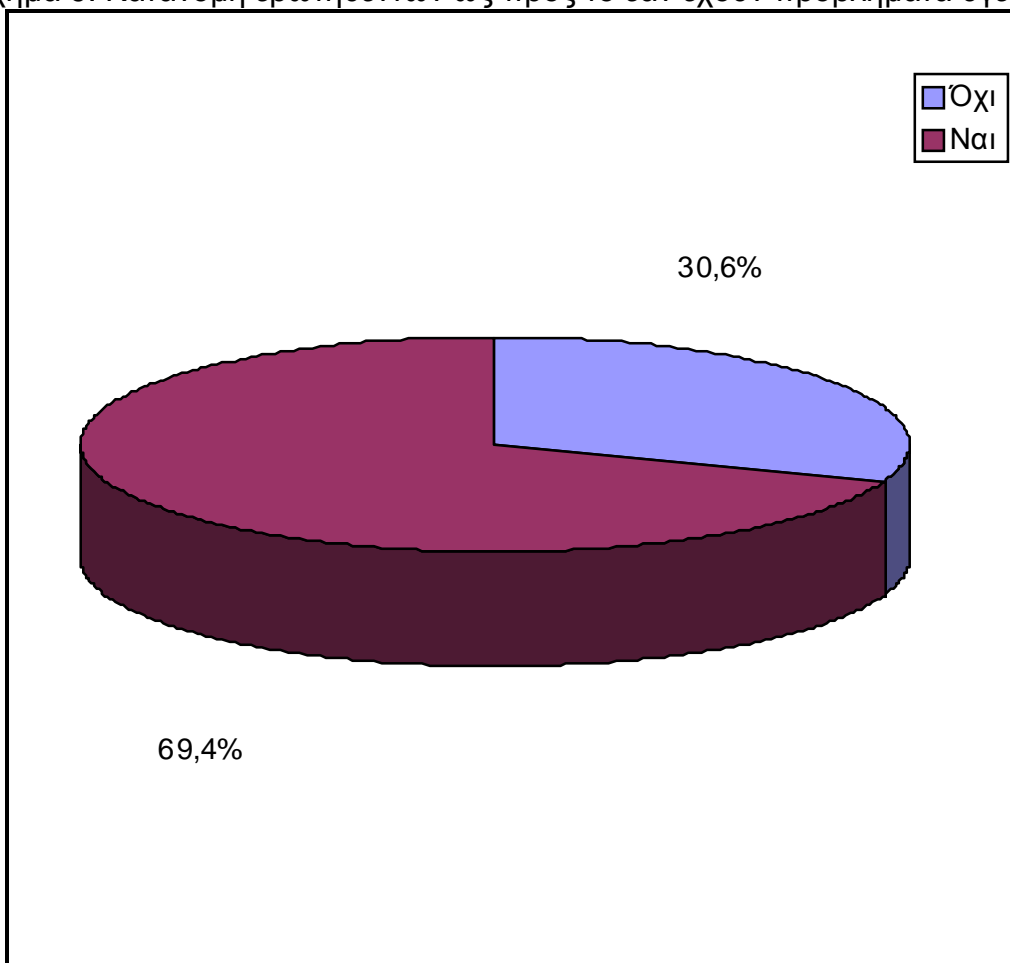


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (125 άτομα – ποσοστό 69,4%) δήλωσε ότι έχει προβλήματα υγείας ενώ το υπόλοιπο 30,6% (55 άτομα) δήλωσε ότι δεν έχει (Πίνακας 10, Σχήμα 9).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν προβλήματα υγείας.

Έχετε προβλήματα υγείας;	N=180	Percent (%)
Όχι	55	30,6
Ναι	125	69,4

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν προβλήματα υγείας.

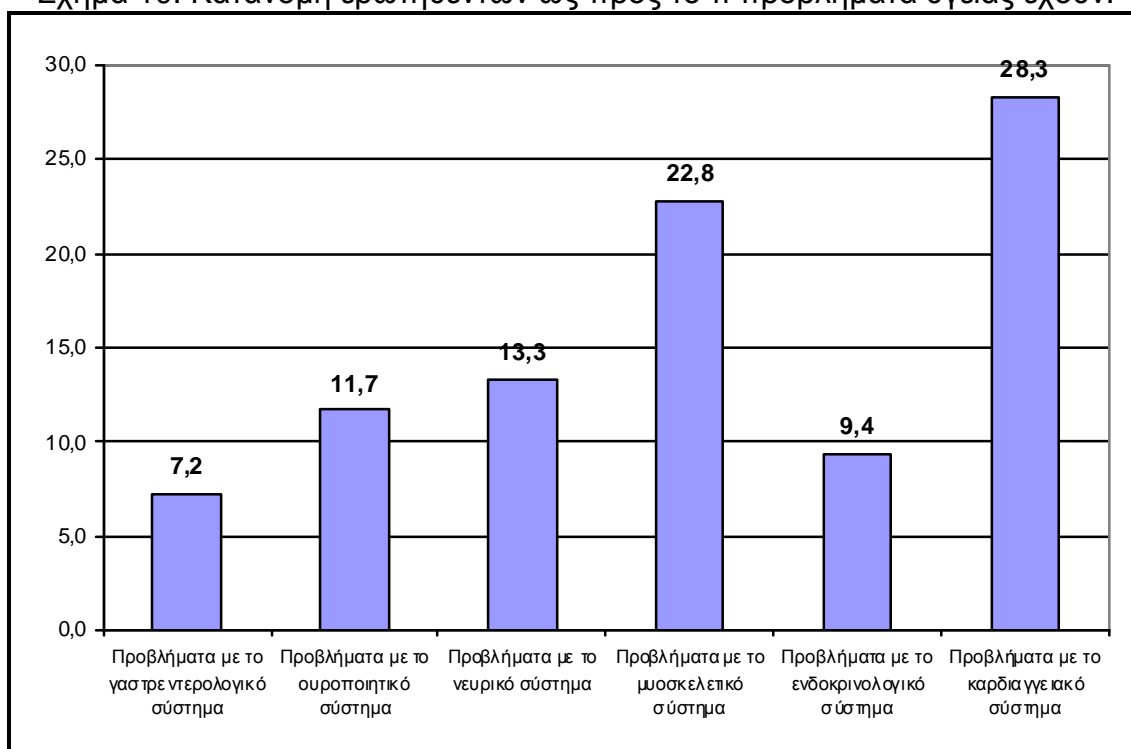


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (51 άτομα – ποσοστό 28,3%) δήλωσαν ότι έχουν προβλήματα με το καρδιαγγειακό σύστημα, άλλα 41 άτομα (ποσοστό 22,8%) δήλωσαν ότι έχουν προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα, άλλα 24 άτομα (ποσοστό 13,3%) δήλωσαν ότι έχουν προβλήματα με το νευρικό σύστημα, άλλα 21 άτομα (ποσοστό 11,7%) δήλωσαν ότι έχουν προβλήματα με το ουροποιητικό σύστημα και ακολουθούν και άλλα συστήματα με πρόβλημα με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 11, Σχήμα 10).

Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι προβλήματα υγείας έχουν.

Τι προβλήματα υγείας έχετε;	N=180	Percent (%)
Προβλήματα με το γαστρεντερολογικό σύστημα	13	7,2
Προβλήματα με το ουροποιητικό σύστημα	21	11,7
Προβλήματα με το νευρικό σύστημα	24	13,3
Προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα	41	22,8
Προβλήματα με το ενδοκρινολογικό σύστημα	17	9,4
Προβλήματα με το καρδιαγγειακό σύστημα	51	28,3

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι προβλήματα υγείας έχουν.

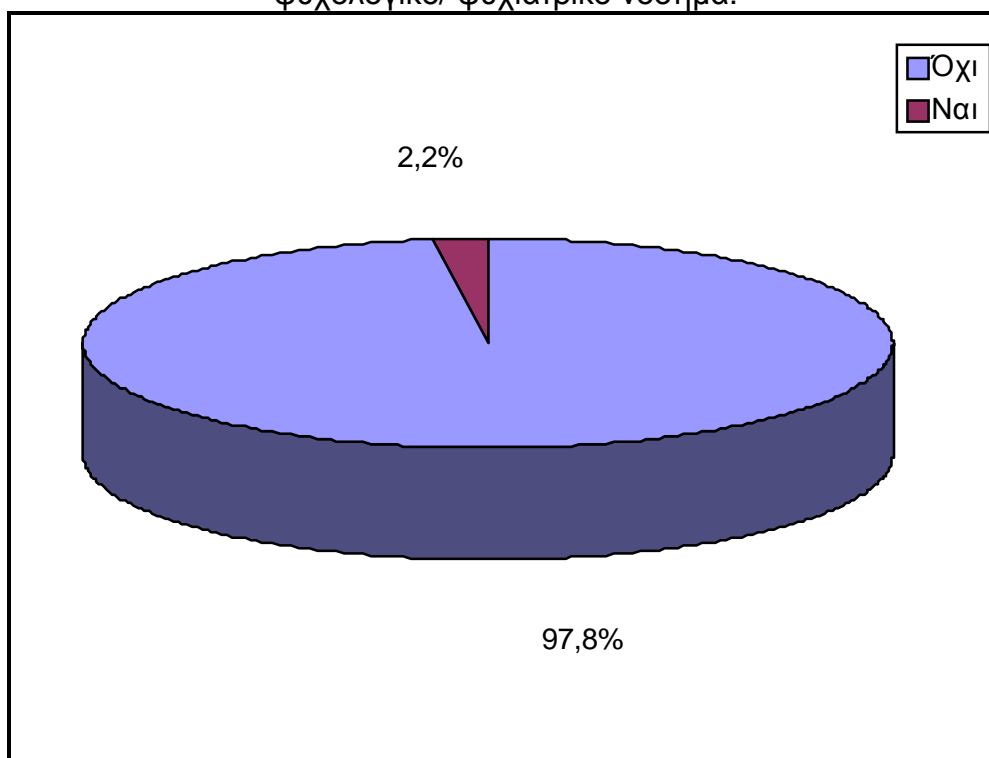


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (176 άτομα – ποσοστό 97,8%) δήλωσε ότι δεν πάσχει από κάποιο ψυχολογικό/ ψυχιατρικό νόσημα ενώ το υπόλοιπο 2,2% (4 άτομα) δήλωσε ότι πάσχει (Πίνακας 12, Σχήμα 11).

Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πάσχουν από κάποιο ψυχολογικό/ ψυχιατρικό νόσημα.

Πάσχετε από κάποιο ψυχολογικό/ ψυχιατρικό νόσημα;	N=180	Percent (%)
Όχι	176	97,8
Ναι	4	2,2

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν πάσχουν από κάποιο ψυχολογικό/ ψυχιατρικό νόσημα.

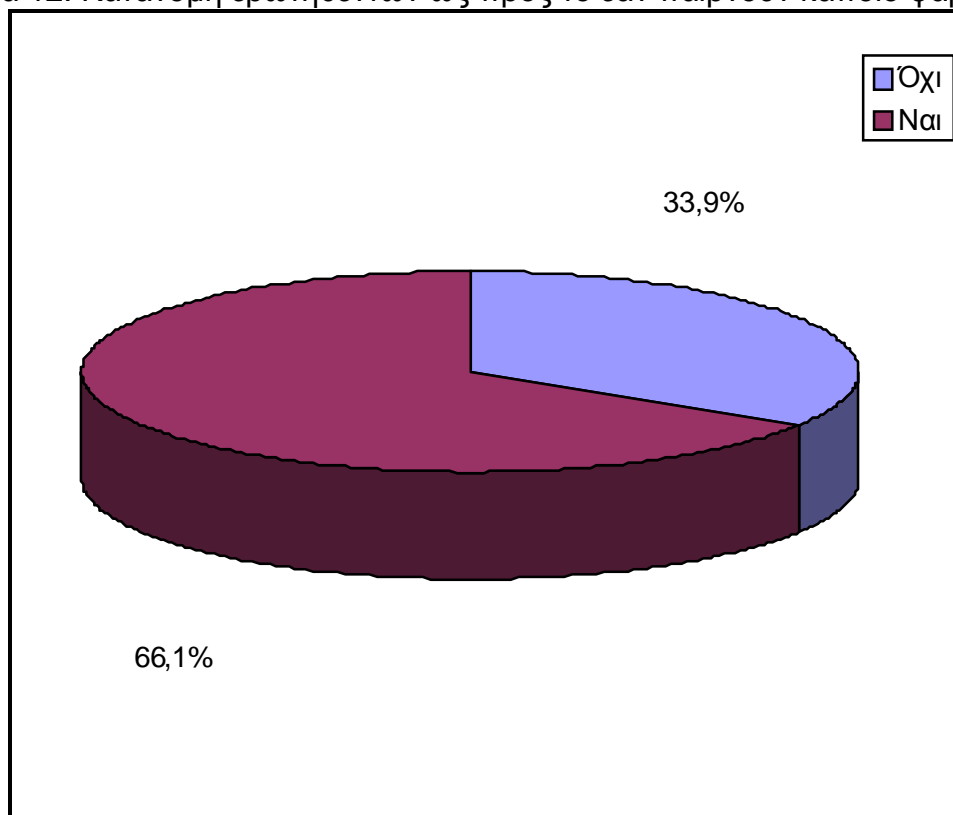


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (125 άτομα – ποσοστό 69,4%) δήλωσε ότι δεν παίρνει κάποιο φάρμακο ενώ το υπόλοιπο 30,6% (55 άτομα) δήλωσε ότι παίρνει (Πίνακας 13, Σχήμα 12).

Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν παίρνουν κάποιο φάρμακο.

Παίρνετε κάποιο φάρμακο;	N=180	Percent (%)
Όχι	61	33,9
Ναι	119	66,1

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν παίρνουν κάποιο φάρμακο.



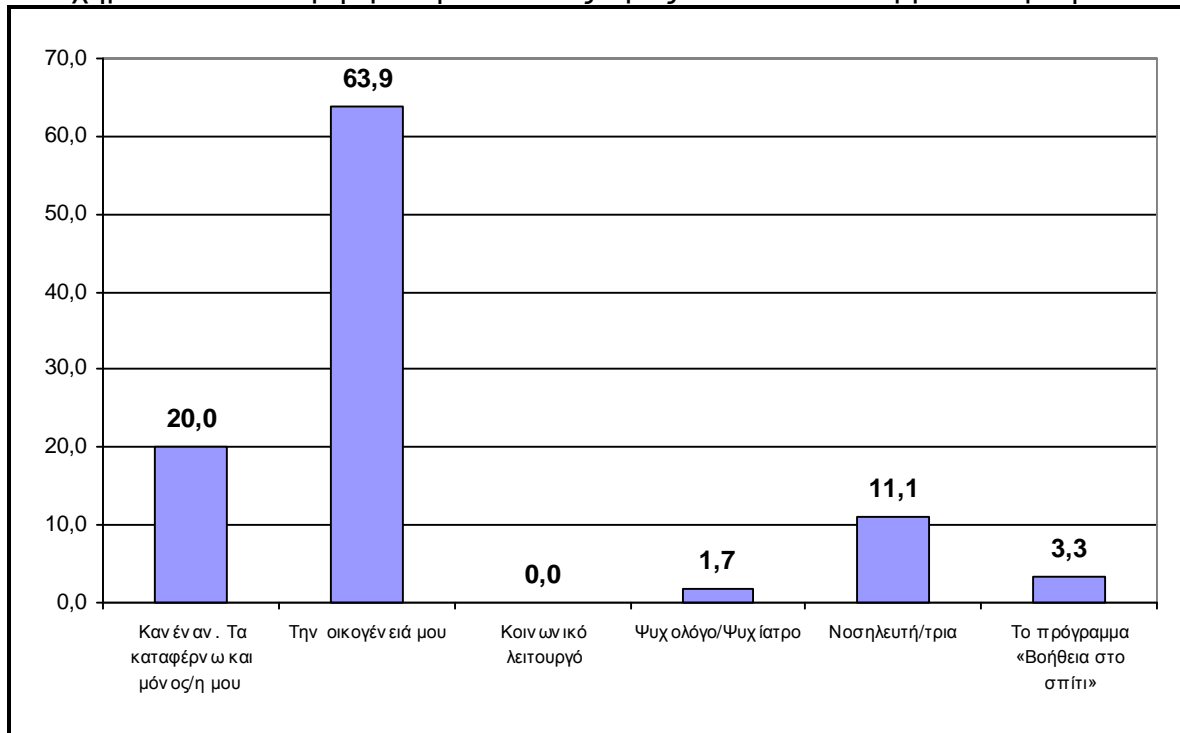
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (115 άτομα – ποσοστό 63,9%) δήλωσαν ότι λαμβάνουν βοήθεια από την οικογένειά τους, άλλα 20 άτομα (ποσοστό 11,1%) δήλωσαν ότι λαμβάνουν βοήθεια από Νοσηλεύτη/τρια και μόλις 6 άτομα (ποσοστό 3,3%) δήλωσαν ότι λαμβάνουν βοήθεια από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι». Αντίθετα, 36 άτομα (ποσοστό 20,0%) δήλωσαν ότι δεν λαμβάνουν βοήθεια από κανένα αφού τα καταφέρνουν μόνοι τους (Πίνακας 14, Σχήμα 13).

Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το από πού λαμβάνουν βοήθεια.

Από πού λαμβάνετε βοήθεια;	N=180	Percent (%)
Κανέναν. Τα καταφέρνω και μόνος/η μου	36	20,0

Την οικογένειά μου	115	63,9
Κοινωνικό λειτουργό	0	0,0
Ψυχολόγο/Ψυχίατρο	3	1,7
Νοσηλεύτη/τρια	20	11,1
Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»	6	3,3

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το από πού λαμβάνουν βοήθεια.

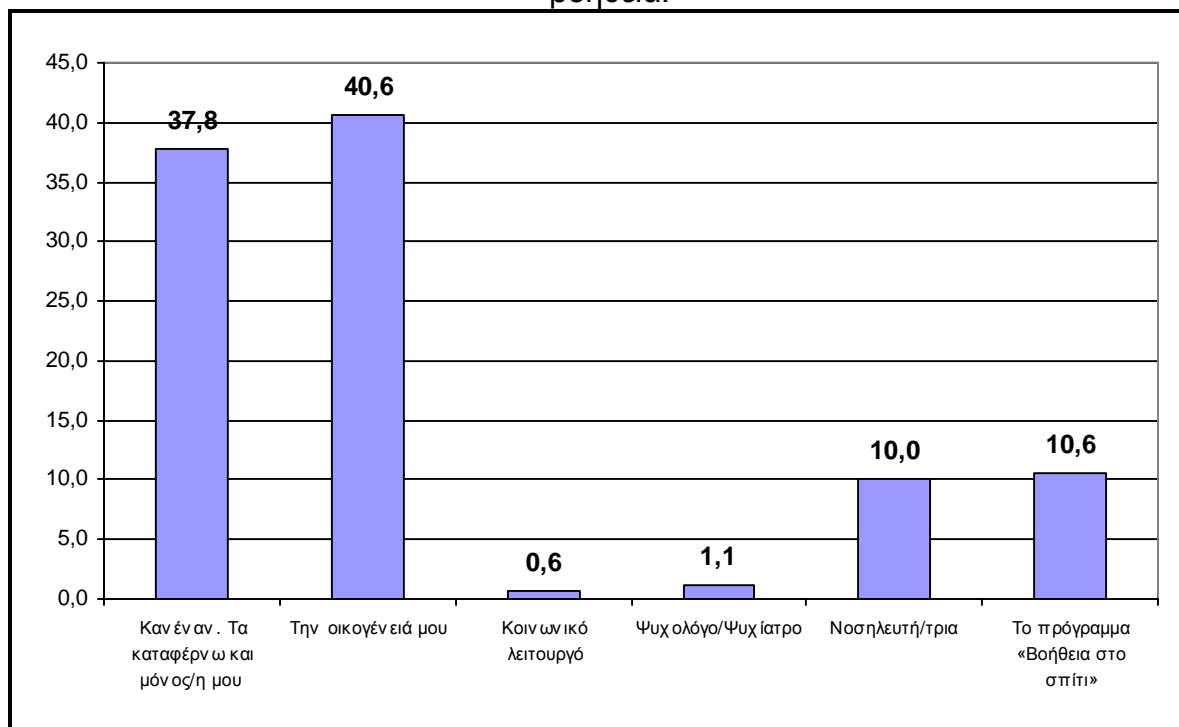


Τα αποτελέσματα της παρούσας ερώτησης σε σχέση με την προηγούμενη κατέδειξαν τις εξής διαφοροποιήσεις. Πολύ μικρότερο ποσοστό των ερωτηθέντων (73 άτομα – ποσοστό 40,6%) δήλωσαν ότι θα ήθελαν να λαμβάνουν βοήθεια από την οικογένειά τους μάλλον για να μην τους επιβαρύνουν και πολύ μεγαλύτερο ποσοστό (19 άτομα – ποσοστό 10,6%) δήλωσαν ότι θα ήθελαν να λαμβάνουν βοήθεια από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι». Αντίθετα, πολύ μεγαλύτερο ποσοστό ερωτηθέντων (68 άτομα – ποσοστό 37,8%) δήλωσε ότι θα ήθελαν να μην λαμβάνουν βοήθεια από κανένα και να τα καταφέρνουν μόνοι τους (Πίνακας 15, Σχήμα 14).

Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το από πού θα ήθελαν να λαμβάνουν βοήθεια.

Από πού θα θέλατε να λαμβάνετε βοήθεια;	N=180	Percent (%)
Κανέναν. Τα καταφέρνω και μόνος/η μου	68	37,8
Την οικογένειά μου	73	40,6
Κοινωνικό λειτουργό	1	0,6
Ψυχολόγο/Ψυχίατρο	2	1,1
Νοσηλεύτη/τρια	18	10,0
Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»	19	10,6

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το από πού θα ήθελαν να λαμβάνουν βοήθεια.

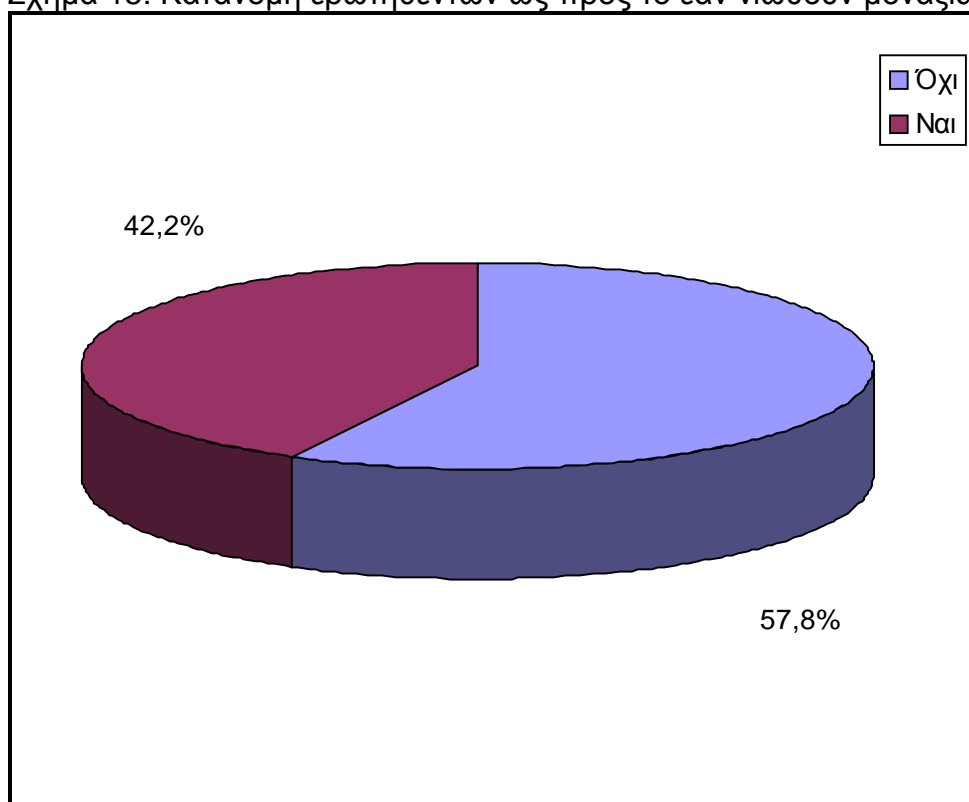


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (125 άτομα – ποσοστό 69,4%) δήλωσε ότι δεν νιώθει μοναξιά ενώ το υπόλοιπο 30,6% (55 άτομα) δήλωσε ότι νιώθει (Πίνακας 16, Σχήμα 15).

Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν νιώθουν μοναξιά.

Νιώθετε μοναξιά;	N=180	Percent (%)
Όχι	104	57,8
Ναι	76	42,2

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν νιώθουν μοναξιά.



Τέλος, οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο στάθμισης του βαθμού κατάθλιψης των ερωτηθέντων, αποτελούμενο από 9 ερωτήσεις πολλαπλών απαντήσεων, μας έδειξαν το βαθμό κατάθλιψης των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα.

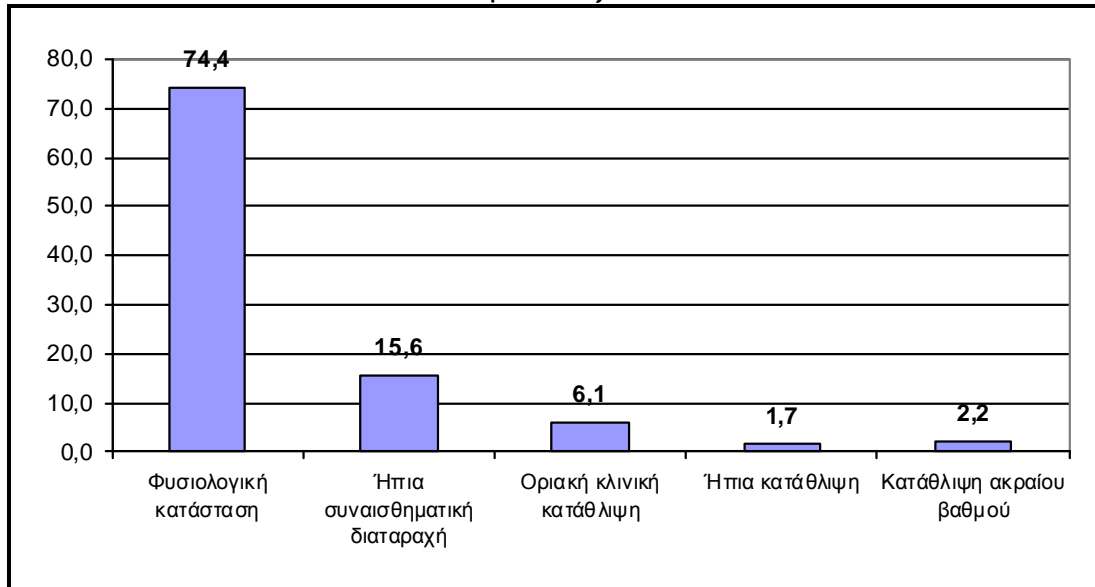
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (134 άτομα – ποσοστό 74,4%) ήταν φυσιολογικοί ως προς την κατάθλιψη και άλλα 28 άτομα (ποσοστό 15,6%) παρουσίαζαν μια ήπια συναισθηματική διαταραχή. Αντίθετα, 11 άτομα (ποσοστό 6,1%) παρουσίαζαν οριακή κλινική κατάθλιψη, άλλα 3 άτομα (ποσοστό 1,7%) παρουσίαζαν ήπια κατάθλιψη και άλλα 4 άτομα (ποσοστό 2,2%) παρουσίαζαν κατάθλιψη ακραίου βαθμού (έχει προηγηθεί απόπειρα αυτοκτονίας) (Πίνακας 17, Σχήμα 16).

Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το βαθμό κατάθλιψης που παρουσιάζουν.

Βαθμός κατάθλιψης των ερωτηθέντων	N=180	Percent (%)
Φυσιολογική κατάσταση	134	74,4

Ήπια συναισθηματική διαταραχή	28	15,6
Οριακή κλινική κατάθλιψη	11	6,1
Ήπια κατάθλιψη	3	1,7
Κατάθλιψη ακραίου βαθμού (έχει προηγηθεί απόπειρα αυτοκτονίας)	4	2,2

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το βαθμό κατάθλιψης που παρουσιάζουν.



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

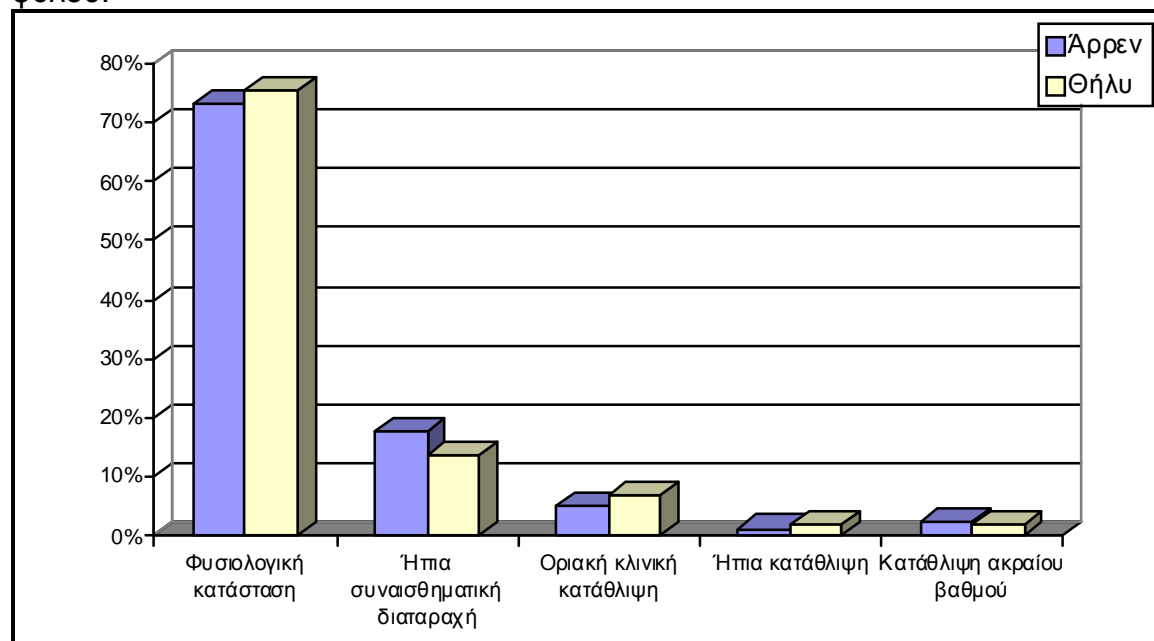
Στην έρευνα έλαβαν μέρος 180 άτομα ηλικίας από 65 έως 99 ετών (τρίτης ηλικίας). Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Παρόμοια ποσοστά παρουσιάζουν τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες ερωτηθέντες ως προς τον βαθμό κατάθλιψης (Πίνακας 18, Σχήμα 17). Οι (πολύ μικρές) διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 0,954$, $df = 4$, NS).

Πίνακας 18: Συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του φύλου.

		Φύλο		
		Άρρεν	Θήλυ	
Βαθμός κατάθλιψης των ερωτηθέντων	Φυσιολογική κατάσταση	57 73,1%	77 75,5%	134 74,4%
	Ήπια συναισθηματική διαταραχή	14 17,9%	14 13,7%	28 15,6%
	Οριακή κλινική κατάθλιψη	4 5,1%	7 6,9%	11 6,1%
	Ήπια κατάθλιψη	1 1,3%	2 2,0%	3 1,7%
	Κατάθλιψη ακραίου βαθμού	2 2,6%	2 2,0%	4 2,2%

Σχήμα 17: Συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του φύλου.



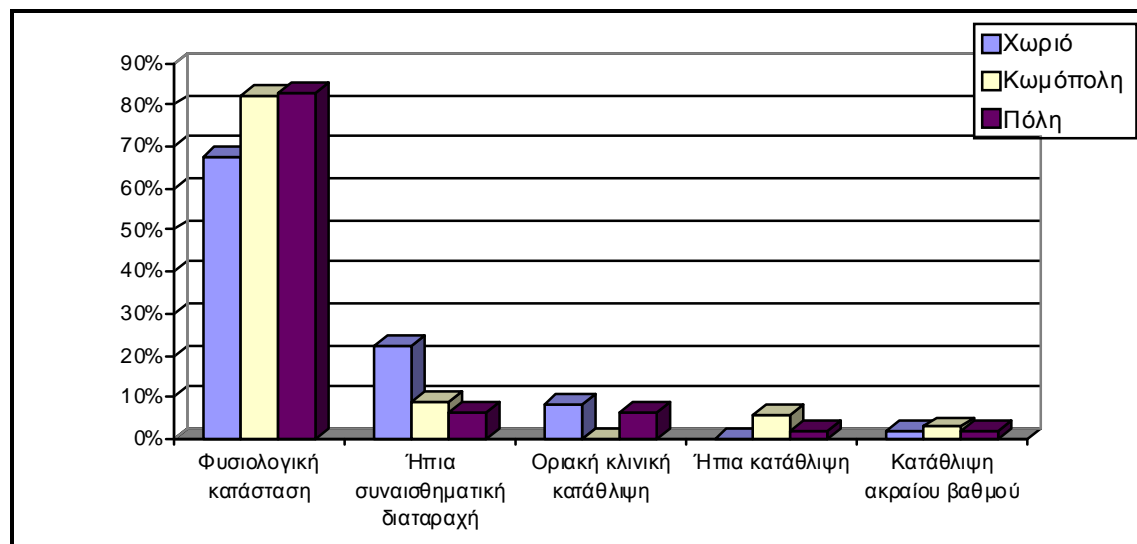
Σε χαμηλότερα ποσοστά 67,7% στους ερωτηθέντες που διαμένουν σε χωριό η κατάστασή τους κρίνεται φυσιολογική ως προς την κατάθλιψη έναντι των ερωτηθέντων που διαμένουν σε κωμοπόλεις (82,4%) και πόλεις (83,0%).

Αντίθετα οι διαμένοντες σε χωριό παρουσιάζουν σε υψηλότερο ποσοστό τόσο ήπια συναισθηματική διαταραχή (22,2%) όσο και οριακή κλινική κατάθλιψη (8,1%) έναντι αυτών που διαμένουν σε κωμόπολη (8,8% και 0,0%) και πόλη (6,4% και 6,4%) ενώ οι διαμένοντες σε κωμόπολη παρουσιάζουν σε υψηλότερο ποσοστό (5,9%) ήπια κατάθλιψη έναντι αυτών που διαμένουν σε χωριό (0,0%) και σε πόλη (2,1%) (Πίνακας 19, Σχήμα 18). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 15,862$, $df = 8$, $p < 0,05$).

Πίνακας 19: Συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του τύπου μόνιμης κατοικίας.

		Τόπος μόνιμης κατοικίας			
		Χωριό	Κωμόπολη	Πόλη	
Βαθμός κατάθλιψης των ερωτηθέντων	Φυσιολογική κατάσταση	67	28	39	134
		67,7%	82,4%	83,0%	74,4%
	Ήπια συναισθηματική διαταραχή	22	3	3	28
		22,2%	8,8%	6,4%	15,6%
	Οριακή κλινική κατάθλιψη	8	0	3	11
		8,1%	0,0%	6,4%	6,1%
	Ήπια κατάθλιψη	0	2	1	3
		0,0%	5,9%	2,1%	1,7%
Κατάθλιψη ακραίου βαθμού	2	1	1	4	
	2,0%	2,9%	2,1%	2,2%	
		99	34	47	180

Σχήμα 18: Συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του τύπου μόνιμης κατοικίας.



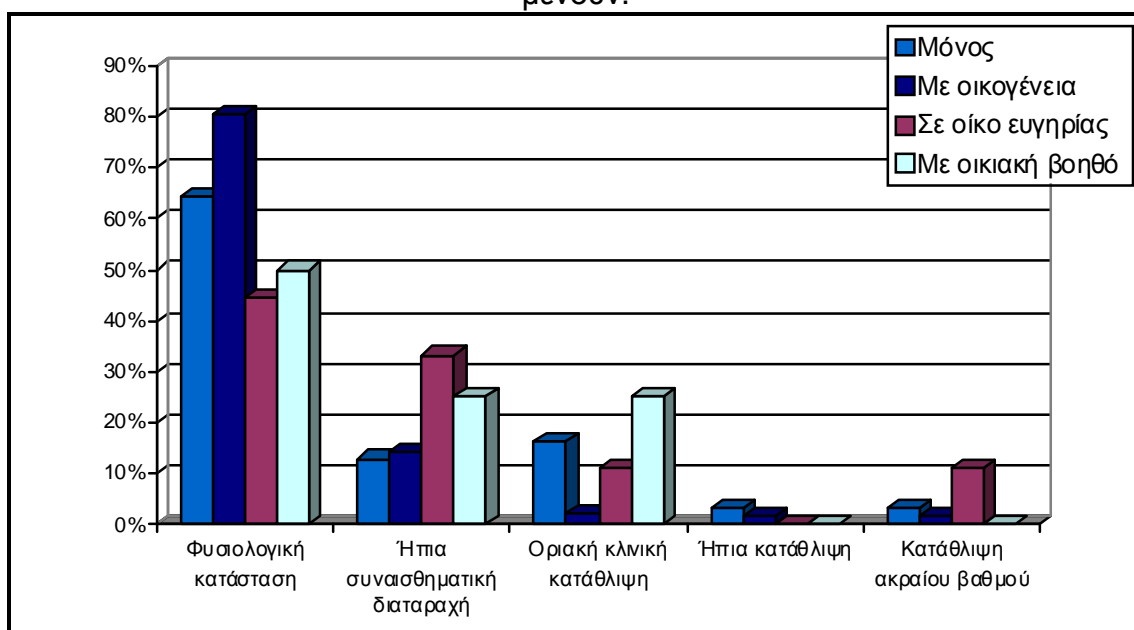
Σε πολύ υψηλότερα ποσοστά τόσο οι ερωτηθέντες που μένουν μόνοι τους (64,5%) αλλά ιδιαίτερα οι ερωτηθέντες που μένουν με την οικογένειά τους η κατάστασή τους κρίνεται φυσιολογική ως προς την κατάθλιψη έναντι των ερωτηθέντων που μένουν με οικιακή βοηθό (50,0%) και ιδιαίτερα σε οίκο ευγηρίας (44,4%).

Αντίθετα οι διαμένοντες σε οίκο ευγηρίας παρουσιάζουν σε υψηλότερο ποσοστό (11,1%) κατάθλιψη ακραίου βαθμού έναντι αυτών που είτε μένουν μόνοι τους (3,2%), είτε μένουν με την οικογένειά τους (1,5%) είτε με οικιακή βοηθό (0,0%) (Πίνακας 20, Σχήμα 19). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 23,172$, $df = 12$, $p < 0,05$).

Πίνακας 20: Συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του με ποιόν μένουν.

		Με ποιόν μένετε;				
		Μόνος	Με οικογένεια	Σε οίκο ευγηρίας	Με οικιακή βοηθό	
Βαθμός κατάθλιψης των ερωτηθέντων	Φυσιολογική κατάσταση	20 64,5%	106 80,3%	4 44,4%	4 50,0%	134 74,4%
	Ήπια συναισθηματική διαταραχή	4 12,9%	19 14,4%	3 33,3%	2 25,0%	28 15,6%
	Οριακή κλινική κατάθλιψη	5 16,1%	3 2,3%	1 11,1%	2 25,0%	11 6,1%
	Ήπια κατάθλιψη	1 3,2%	2 1,5%	0 0,0%	0 0,0%	3 1,7%
	Κατάθλιψη ακραίου βαθμού	1 3,2%	2 1,5%	1 11,1%	0 0,0%	4 2,2%
		31	132	9	8	180

Σχήμα 19: Συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του με ποιόν μένουν.



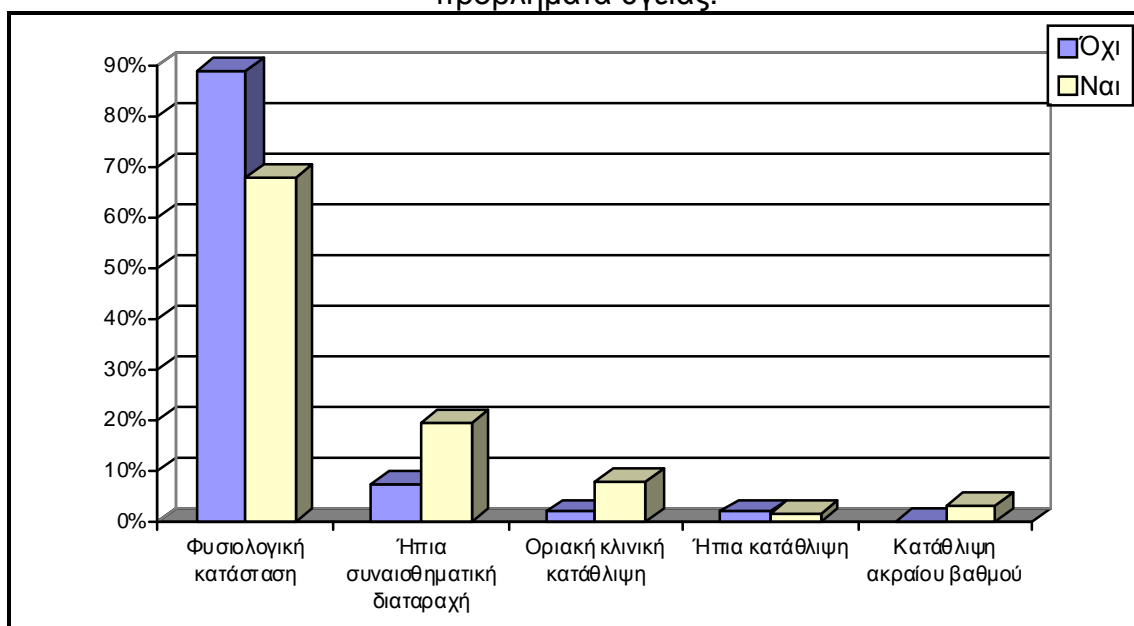
Σε πολύ υψηλότερα ποσοστά (89,1%) οι ερωτηθέντες που δεν παρουσιάζουν προβλήματα υγείας η κατάστασή τους κρίνεται φυσιολογική ως προς την κατάθλιψη έναντι των ερωτηθέντων που παρουσιάζουν προβλήματα υγείας (68,0%).

Αντίθετα οι ερωτηθέντες που παρουσιάζουν προβλήματα υγείας παρουσιάζουν σε υψηλότερο ποσοστό (3,2%) κατάθλιψη ακραίου βαθμού έναντι αυτών που δεν παρουσιάζουν προβλήματα υγείας (0,0%) (Πίνακας 21, Σχήμα 20). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ($\chi^2 = 9,935$, $df = 4$, $p < 0,05$).

Πίνακας 21: Συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του εάν έχουν προβλήματα υγείας.

		Έχετε προβλήματα υγείας;		
		Όχι	Ναι	
Βαθμός κατάθλιψης των ερωτηθέντων	Φυσιολογική κατάσταση	49 89,1%	85 68,0%	134 74,4%
	Ήπια συναισθηματική διαταραχή	4 7,3%	24 19,2%	28 15,6%
	Όριακή κλινική κατάθλιψη	1 1,8%	10 8,0%	11 6,1%
	Ήπια κατάθλιψη	1 1,8%	2 1,6%	3 1,7%
	Κατάθλιψη ακραίου βαθμού	0 0,0%	4 3,2%	4 2,2%
		55	125	180
			$\chi^2 = 9,935$, $df = 4$, $p < 0,05$	

Σχήμα 20: Συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του εάν έχουν προβλήματα υγείας.

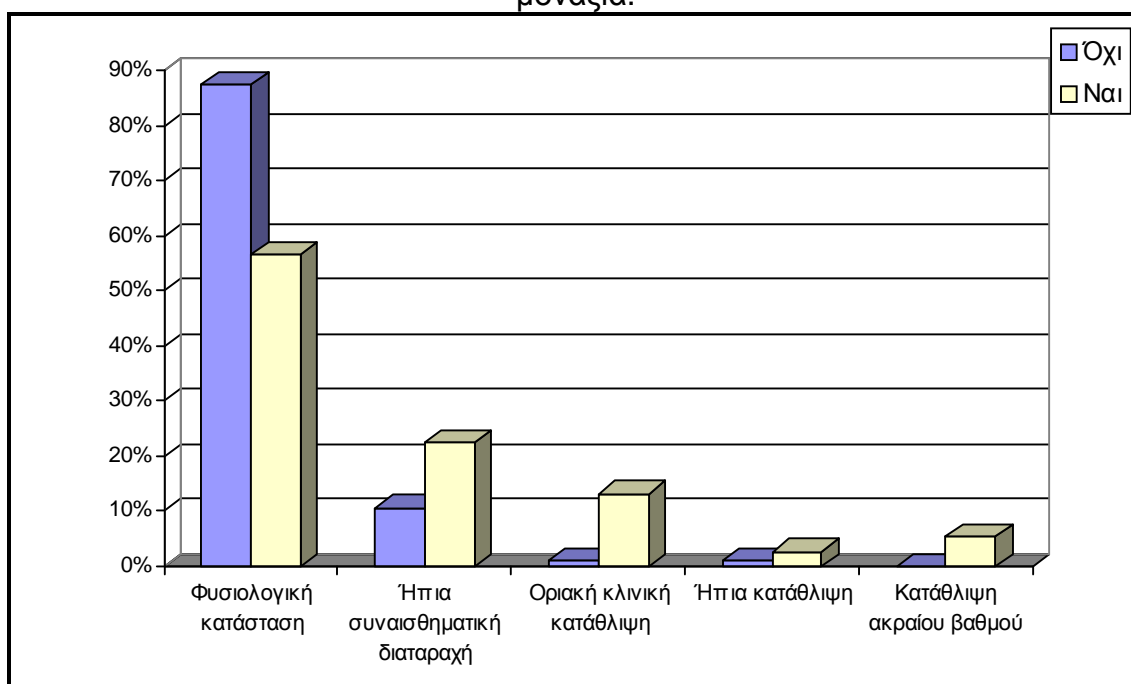


Σε πολύ υψηλότερα ποσοστά (87,5%) οι ερωτηθέντες που δεν νιώθουν μοναξιά η κατάσταση τους κρίνεται φυσιολογική ως προς την κατάθλιψη έναντι των ερωτηθέντων που νιώθουν μοναξιά (56,6%). Αντίθετα οι ερωτηθέντες που νιώθουν μοναξιά παρουσιάζουν σε πολύ υψηλότερο ποσοστό (5,3%) κατάθλιψη ακραίου βαθμού έναντι αυτών που δεν νιώθουν μοναξιά (0,0%) (Πίνακας 22, Σχήμα 21). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ($\chi^2 = 26,461$, $df = 4$, $p < 0,0001$).

Πίνακας 22: Συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του εάν νιώθουν μοναξιά.

		Νιώθετε μοναξιά;		
		Όχι	Ναι	
Βαθμός κατάθλιψης των ερωτηθέντων	Φυσιολογική κατάσταση	91	43	134
		87,5%	56,6%	74,4%
	Ήπια συναισθηματική διαταραχή	11	17	28
		10,6%	22,4%	15,6%
	Οριακή κλινική κατάθλιψη	1	10	11
		1,0%	13,2%	6,1%
	Ήπια κατάθλιψη	1	2	3
	1,0%	2,6%	1,7%	
Κατάθλιψη ακραίου βαθμού	0	4	4	
	0,0%	5,3%	2,2%	
		104	76	180

Σχήμα 21: Συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης των ερωτηθέντων και του εάν νιώθουν μοναξιά.



Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική (θετική) συσχέτιση που προκύπτει μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και του βαθμού κατάθλιψης αυτών ($r = 0,497$, $df = 180$, $p < 0,0001$) που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η ηλικία των ερωτηθέντων τόσο υψηλότερο βαθμό κατάθλιψης αυτοί παρουσιάζουν (Πίνακας 23).

Επιπλέον, στατιστικά πάρα πολύ σημαντική (αρνητική) συσχέτιση προκύπτει μεταξύ των γραμματικών γνώσεων των ερωτηθέντων και του βαθμού κατάθλιψης αυτών ($r = -0,274$, $df = 180$, $p < 0,0001$) που σημαίνει ότι όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο γραμματικών γνώσεων των ερωτηθέντων τόσο υψηλότερο βαθμό κατάθλιψης αυτοί παρουσιάζουν (Πίνακας 23).

Στατιστικά σημαντική (αρνητική) συσχέτιση επίσης, προκύπτει μεταξύ της συχνότητας τηλεφωνικής ή προσωπικής επικοινωνίας με τα αγαπημένα πρόσωπα των ερωτηθέντων και του βαθμού κατάθλιψης αυτών ($r = -0,149$, $df = 180$, $p < 0,05$) που σημαίνει ότι όσο μικρότερη είναι η συχνότητας τηλεφωνικής ή προσωπικής επικοινωνίας με τα αγαπημένα πρόσωπα των ερωτηθέντων τόσο υψηλότερο βαθμό κατάθλιψης αυτοί παρουσιάζουν (Πίνακας 23).

Πίνακας 23: Συσχέτιση του βαθμού κατάθλιψης των ερωτηθέντων και της ηλικίας, των γραμματικών γνώσεων αυτών και της συχνότητας τηλεφωνικής ή προσωπικής επικοινωνίας με τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

Spearman rank order correlation coefficient	R	df	p-level
Βαθμός κατάθλιψης των ερωτηθέντων			
Ηλικία ερωτηθέντων	0,497	180	$p < 0,0001$
Γραμματικές γνώσεις ερωτηθέντων	-0,274	180	$p < 0,0001$
Πόσο κατά μέσο όρο την εβδομάδα έχετε τηλεφωνική ή προσωπική επικοινωνία με τα αγαπημένα σας πρόσωπα;	-0,149	180	$p < 0,05$

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η αναλυτική και εκτεταμένη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, όσον αφορά στην κατάθλιψη στα άτομα της τρίτης ηλικίας, μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι μια σειρά από παράγοντες σχετίζονται σημαντικά με την εμφάνισή της στους ηλικιωμένους και δύναται να επηρεάσουν τη γενικότερη στάση και αντίληψή τους απέναντι στο θάνατο και την αυτοκτονία, καθώς η απόπειρα αυτοκτονίας είναι η σοβαρότερη επιπλοκή της κατάθλιψης, αφού το 75% αυτών που αυτοκτονούν πάσχουν από κατάθλιψη.^{37,38}

Μέσω της έρευνας που διενεργήθηκε με τη χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου (βλ. παράρτημα Ι), μελετήθηκαν δύο παράμετροι: α) η συναισθηματική κατάσταση κάθε ερωτώμενου και β) οι παράγοντες που επηρεάζουν την συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων και μπορεί να τους οδηγήσουν μέχρι και στην εμφάνιση κατάθλιψης.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων παρουσιάζει φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση (74,4%). Από αυτούς που παρουσιάζουν συναισθηματική διαταραχή οι περισσότεροι παρουσιάζουν ήπια συναισθηματική διαταραχή (15,6%), λίγοι από αυτούς (6,1%) οριακή κλινική κατάθλιψη και ένα μικρότερο ποσοστό (1,7%) κατάθλιψη ακραίου βαθμού (βλέπε πίνακα 17, σχήμα 16).

Επίσης, μελετώντας τα αίτια τα οποία συμβάλλουν στην δημιουργία κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, φτάσαμε στο συμπέρασμα ότι και οι γυναίκες και οι άνδρες παρουσιάζουν παρόμοια αποτελέσματα, παρότι η βιβλιογραφία μας δείχνει ότι η κατάθλιψη θεωρείται κυρίως «γυναικείο πρόβλημα»³⁹ και ότι γενικότερα οι γυναίκες διατρέχουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με τους άνδρες (πιθανόν λόγω ορμονικών διαταραχών και μεγαλύτερης ευαισθησίας)⁴⁰.

Στους παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία καταθλιπτικής διάθεσης συγκαταλέγεται και η ηλικία, καθώς σύμφωνα με την Ελληνική Ομοσπονδία Συλλόγων Ψυχικής Υγείας, η συχνότητα κατάθλιψης είναι μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους, αφού το 15% των ατόμων άνω των 65 ετών αναμένεται να αναπτύξουν κατάθλιψη.⁴¹ Το ότι η κατάθλιψη συναντάται πιο συχνά όσο αυξάνει η ηλικία του ανθρώπου, οφείλεται πιθανόν στο ότι οι ηλικιωμένοι βιώνουν πιο συχνά απώλειες προσφιλών προσώπων, ασθένειες και κυρίως μοναξιά, κάτι που κάνει το στάδιο αυτό της ζωής πιο δύσκολο.⁴²

Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα μόνο το 67,7% από αυτούς που μένουν σε χωριό παρουσιάζει φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση, έναντι 82,4% από αυτούς που μένουν σε κωμόπολη και 83,0% από αυτούς που μένουν σε πόλη. Όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα αυτά αλλά σύμφωνα και με τη βιβλιογραφία, ο τόπος μόνιμης κατοικίας επηρεάζει τα ποσοστά εμφάνισης κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, καθώς αυτοί που ζουν σε χωριό παρουσιάζουν σε υψηλότερο ποσοστό καταθλιπτική συμπτωματολογία, από ότι αυτοί που ζουν σε κωμοπόλεις και πόλεις.²⁴

Επίσης, οι διαμένοντες με την οικογένειά τους παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό 80,3% φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση, έναντι αυτών που ζουν μόνοι 64,5%, αυτών που μένουν με οικιακή βοηθό 50,0% ή σε οίκο ευγηρίας 44,4%. Οι ηλικιωμένοι που διαμένουν σε οίκο ευγηρίας παρουσιάζουν το μεγαλύτερο ποσοστό 11,1% εμφάνισης κατάθλιψης σε ακραίο βαθμό, έναντι αυτών που μένουν μόνοι 3,2%, ή αυτών που μένουν με την οικογένειά τους 1,5% ή αυτών που μένουν με οικιακή βοηθό (0,0%), εκ των οποίων κανένας δεν παρουσίασε κατάθλιψη

ακραίου βαθμού. επίσης οι διαζευγμένοι έχουν τριπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης από ότι οι παντρεμένοι.^{24,37}

Κάτι τέτοιο μπορεί να γίνει κατανοητό αν ληφθεί υπόψη ότι σημαντικό παράγοντα στην εμφάνιση κατάθλιψης διαδραματίζει και η γενικότερη συναισθηματική κατάσταση του ηλικιωμένου, η οποία αναμφισβήτητα εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το κοινωνικό-οικογενειακό υποστηρικτικό δίκτυο που πλαισιώνει το άτομο.

Ιδιαίτερος, άτομα που παρουσιάζουν έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, βιώνουν αισθήματα μοναξιάς που τελικά οδηγούν στην κατάθλιψη.⁴³ Αυτό συμφωνεί και με το αποτέλεσμα της έρευνάς μας, από όπου προκύπτει πως από τους ερωτηθέντες που νιώθουν μοναξιά (ποσοστό της τάξης των 5,3 % μονάδων) εμφανίζουν κατάθλιψη ακραίου βαθμού, έναντι αυτών που δεν νιώθουν μοναξιά, όπου κανένας δεν παρουσιάζει κατάθλιψη σε ακραίο βαθμό (ποσοστό 0,0%).

Σε αυτό το σημείο πρέπει να προστεθεί και το ότι οι ηλικιωμένοι, όσο πιο λίγο επικοινωνούν τηλεφωνικά με τα αγαπημένα τους πρόσωπα τόσο υψηλότερο βαθμό κατάθλιψης παρουσιάζουν.

Επιπλέον, η ύπαρξη κάποιας ασθένειας ή κάποιας χρόνιας πάθησης φαίνεται πως επηρεάζει την ψυχική κατάσταση του ηλικιωμένου.⁴⁴ Με την άποψη αυτή συμφωνεί και το αποτέλεσμα της έρευνας καθώς από τους ερωτώμενους που δεν έχουν προβλήματα υγείας το 89,1% βρίσκεται σε καλύτερη συναισθηματική κατάσταση από ότι αυτοί που απάντησαν πως πάσχουν από κάποιο χρόνιο ή μη πρόβλημα από τους οποίους μόνο το 68% βρισκόταν σε φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση. Από τους ερωτώμενους που εμφανίζουν κάποια πάθηση και σύμφωνα με τις απαντήσεις τους, προκύπτει ότι ποσοστό της τάξεως των 3,2% μονάδων εμφανίζουν κατάθλιψη ακραίου βαθμού.

Αντιθέτως, από αυτούς που δεν εμφανίζουν κανένα πρόβλημα υγείας, κανένας (0,0%) δεν εμφάνισε κατάθλιψη ακραίου βαθμού. Αυτό μας επισημαίνει ότι η σωματική υγεία είναι ένα από τα βασικότερα θεμέλια για την ανάπτυξη και της ψυχικής ισορροπίας και ευεξίας.

Στους παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη κατάθλιψης συγκαταλέγεται και το μορφωτικό επίπεδο. Από την έρευνα αυτή προέκυψε πως όσο πιο χαμηλό είναι το επίπεδο γραμματικών γνώσεων, τόσο πιο εύκολα συναντάται κατάθλιψη. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί και με τη βιβλιογραφία σύμφωνα με την οποία υποστηρίζεται ότι τα ποσοστά κατάθλιψης μειώνονται όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο.³⁷

Πιο συγκεκριμένα και σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο σε συνδυασμό με την παγκόσμια οικονομική κρίση των τελευταίων ετών, οδηγεί σε μεγάλο βαθμό ανάπτυξη της κατάθλιψης και συγχρόνως σε έξαρση του αριθμού των αυτοκτονιών.⁴⁵

Επιπλέον, σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση κατάθλιψης είναι η μοναξιά. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι από αυτούς που δεν νιώθουν μοναξιά το 87,7% παρουσίασε φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση, ενώ κανένας 0,0% δεν έπασχε από κατάθλιψη ακραίου βαθμού. Αντιθέτως, από αυτούς που νιώθουν μοναξιά μόνο το 56,4% παρουσίασε φυσιολογική συναισθηματικά κατάσταση ενώ το 5,3% βιώνει κατάθλιψη ακραίου βαθμού.

Ακόμη, θα πρέπει να σημειωθεί ότι από τους 46 ηλικιωμένους στους οποίους διαπιστώθηκε ήπια, οριακή ή ακραίου βαθμού κατάθλιψη, μόνο οι 4 δήλωσαν πως έπασχαν από κάποιο ψυχικό νόσημα. Αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να μας οδηγήσει στο συμπέρασμα είτε ότι οι ερωτώμενοι απέφευγαν να απαντήσουν ειλικρινά φοβούμενοι το «στίγμα του ψυχιατρικού ασθενή», είτε επειδή δεν γνώριζαν καν την

ύπαρξη του προβλήματός τους, καθώς λανθασμένα το κοινωνικό σύνολο θεωρεί την καταθλιπτική διάθεση ως φυσιολογικό σύμπτωμα της γηράσκεως.

Η ανάλυση των απαντήσεων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, έδωσε τα παραπάνω αποτελέσματα τα οποία ως επί το πλείστον συμφωνούν με την διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία και επιβεβαιώνουν την αρχική υπόθεση σε σχέση με τους παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία κατάθλιψης.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η διαπίστωση ενός σημαντικού ποσοστού επικράτησης καταθλιπτικών συμπτωμάτων στον ηλικιωμένο πληθυσμό, επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός ισχυρού ψυχοκοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, το οποίο θα έχει ως κυρίαρχο στόχο την αναγνώριση της κατάθλιψης, μέσω της οποίας θα καθοριστούν σημαντικές προληπτικές και θεραπευτικές στρατηγικές που θα συμβάλλουν στην προαγωγή υγείας των ηλικιωμένων, κυρίως στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, για την εξάλειψη του φαινομένου της εμφάνισης καταθλιπτικών διαταραχών στους ηλικιωμένους, καθώς και για την αποφυγή δημιουργίας αυτοκτονικών τάσεων πρέπει:

• Να αναπτυχθεί ένα ισχυρό κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο για τους ηλικιωμένους με τη δημιουργία κατάλληλων εγκαταστάσεων οι οποίες θα στελεχώνονται από εξειδικευμένα άτομα(κυρίως ψυχολόγους) που θα είναι σε θέση να υποστηρίξουν τον ηλικιωμένο ανά πάσα στιγμή.

• Να δημιουργηθούν περισσότερα ΚΑΠΗ ώστε να δοθεί η ευκαιρία σε κάθε ηλικιωμένο να συμμετέχει σε διάφορες δραστηριότητες, μέσω των οποίων προάγεται η ψυχική ευεξία (όπως η συμμετοχή σε κάποια χορωδία, σε ομάδα, μια εκδρομή κ.α.)

• Να αξιοποιηθούν οι υπάρχουσες υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους όπως το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι».

• Να ενημερωθεί το κοινό όσον αφορά την καταθλιπτική συμπτωματολογία ώστε να είναι σε θέση να τη διαχωρίζει από τη φυσιολογική διεργασία του γήρατος και να μην ταυτίζει τις δυο αυτές καταστάσεις.

• Να ενημερωθεί το κοινό για τη στενή σχέση της κατάθλιψης με την απόπειρα αυτοκτονίας και την αυτοκτονία.

• Να ενημερωθεί το κοινό σχετικά με τη σημασία των διαφόρων κοινωνικών παραμέτρων που προάγουν την εκδήλωση κατάθλιψης και αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών.

• Να εκπαιδευτούν οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με την αναγνώριση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

• Να εκπαιδευτούν οι πολίτες (επαγγελματίες υγείας και μη) για τον σωστό τρόπο προσέγγισης του ατόμου που παρουσιάζει αυτοκτονικές τάσεις.

• Να αναπτυχθούν ειδικές υπηρεσίες για άτομα που αποπειράθηκαν αυτοκτονία ή έχουν τάσεις αυτοκαταστροφής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και οι αναπόφευκτες συνέπειες στη βιολογική και κοινωνική διάσταση του ηλικιωμένου ατόμου αντικατοπτρίζουν τη σημερινή πραγματικότητα. Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι ως επί το πλείστον ιατρικά και κοινωνικά και προέρχονται κυρίως από την βιολογική και ψυχολογική έκπτωσηση.

Ο σκοπός λοιπόν της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν αφενός η ανάδειξη των συνηθέστερων προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων και η νοσηλευτική παρέμβαση σε καθένα από αυτά και αφετέρου, η διερεύνηση της συναισθηματικής κατάστασης και πιο συγκεκριμένα η ανάδειξη του ποσοστού καθώς και του βαθμού κατάθλιψης που παρουσιάζει κάθε ερωτώμενος. Επίσης, στόχος της έρευνας αυτής ήταν και η μελέτη των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την συναισθηματική κατάσταση των ηλικιωμένων και μπορεί να τους οδηγήσουν μέχρι και στην εμφάνιση κατάθλιψης ακραίου βαθμού.

Το δείγμα της έρευνας ήταν συνολικά 180 άτομα (γυναίκες και άνδρες) της τρίτης ηλικίας (65 ετών και άνω) και η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία στο Νομό Αχαΐας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων παρουσιάζει φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση (74,4%). Από αυτούς που παρουσιάζουν συναισθηματική διαταραχή οι περισσότεροι παρουσιάζουν ήπια συναισθηματική διαταραχή (15,6%), λίγοι από αυτούς (6,1%) οριακή κλινική κατάθλιψη και ένα μικρότερο ποσοστό (1,7%) κατάθλιψη ακραίου βαθμού. Ο τόπος μόνιμης κατοικίας φαίνεται πως επηρεάζει την ψυχολογική κατάσταση καθώς μόνο το 67,7% από αυτούς που μένουν σε χωριό παρουσιάζει φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση, έναντι 82,4% από αυτούς που μένουν σε κωμόπολη και 83,0% από αυτούς που μένουν σε πόλη. Η ύπαρξη κάποιας πάθησης (ποσοστό 3,2%), η μοναξιά (ποσοστό 5,3%) και η ιδρυματοποίηση (ποσοστό 11,1%) διαδραματίζουν σπουδαιότατο ρόλο στην εμφάνιση κατάθλιψης σε ακραίο βαθμό.

Συμπερασματικά, ένα αρκετά υψηλό ποσοστό των ηλικιωμένων παρουσιάζει μη φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση. Η μοναξιά, η συμβίωση και ο τόπος διαβίωσης και η ύπαρξη παθολογικής κατάστασης αποτελούν ίσως τους σημαντικότερους παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός ισχυρού ψυχοκοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, αποσκοπώντας στην εξάλειψη των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης και στην έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπισή της.

SUMMARY

The increase in life expectancy and the inevitable impact on the biological, psychological and social dimension of the older person, reflecting the current reality. The main problems faced by people in the third age are mostly medical and social and they are coming from the biological and psychological discount.

The purpose of the present research work was firstly to highlight the most common health problems of older people and secondly to investigate the emotional state and specifically the emergence of the rate and the degree of depression each interviewee.

Also, objectives of this research was the study of factors that can affect the emotional state of elderly and can lead them up and the extreme degree of depression.

The sample totaled 180 persons (women and men) of elderly (65 years and above) and the selection was random in Achaia.

The results showed that the largest proportion of elderly present physiological emotional state (74,4%). from what it presented affective disorder most have mild emotional state (15,6%), few of these (6,1%) limit clinical depression and a smaller percentage of extreme depression grade(1,7%). Permanent place of residence appears to affect the psychological state aw only 67,7% of them staying in a village receives a normal emotional state, against 82% of them living in town and 83% of them living in cities.

Also, the existence of an illness (rate of 3,2%), loneliness (5,3%) institutionalization (11,1%) play important role in the depression to an extreme degree.

Conclusion, a sizeable proportion of elderly present physiological emotional state. Loneliness, to live together, the place to live and the existence of some pathological situation perhaps the most important factors appearance depressive symptomatology. The finding confirms the need to create a powerful psychosocial support networks aiming to eliminate the factors that contribute to depression and early recognition and treatment of.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Πλατή Χ.: Γεροντολογική νοσηλευτική, επίτομος, έκδοση Η΄ αναθεωρημένη, εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2008, σ.:16, 76-77, 152, 266
2. Ασλάν Α.: Ενάντια στα γηρατειά, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Νίστερ, Αθήνα 1988, σ.:30
3. Χριστοδούλου Γ. και Κονταξάκης Β.: Η Τρίτη ηλικία, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000, σ.: 13
4. Μαγκλάρα- Κατσιλάμπρου Ε.: Η διατροφή στην τρίτη ηλικία, επίτομος, επιμέλεια έκδοσης Χριστοδούλου Γ. και Κονταξάκης Β., εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000, σ.:45-51
5. Μοσχοβάκη Α.: Η γήρανση και οι συνέπειές της στον ανθρώπινο οργανισμό 17/5/2007 www.iatronet.gr. 20/4/2011, 17:30
6. Εγκυκλοπαίδεια Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός: τόμος 2^{ος}, επιστημονική επιμέλεια Ιατρική εταιρεία Αθηνών, εκδόσεις Γιαλλελή, Αθήνα, σ.: 954
7. Κυριακίδης Μ.: Στεφανιαία νόσος στη μεγάλη ηλικία, επίτομος, επιμέλεια έκδοσης Χριστοδούλου Γ. και Κονταξάκης Β., εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000, σ.: 92
8. Brandstetter R. and Kazemi H.: Medical clinics of North America, Anglo-Hellenic Agency, μετάφραση Καλούτση Ακριβή, Athens Greece, 1983
9. Trounce J.: Κλινική φαρμακολογία για νοσηλευτές, μετάφραση- επιμέλεια Βόζνιακ Γ. και Ηλιάδης Χ., επίτομος, έκδοση 17^η, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2007, σ.:308-315
10. Κυριόπουλος Ι.: Δημογραφική γήρανση και υπηρεσίες υγείας. 2/9/2009 <http://www.enthesis.net>, 5/5/2011, 14:00
11. Μουντοκαλάκης Θ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Γενεύη) :: απόδοση στα Ελληνικά Αχείμαστος Α. και Στεργίου Γ., επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006, σ.: 62-67
12. Βαρσαμής Ε.: Η θεραπεία της υπέρτασης, επίτομος, έκδοση Β΄, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2006, σ.: 11-13
13. Dewit S.: Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, μετάφραση στα Ελληνικά Δάενας Χ., Δημουλής Α. και άλλοι, γενική επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Λαμπρινού Α. και Λεμονίδου Χ., τόμος 1^{ος}, έκδοση Α΄, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, σ.: 602-606
14. Λυρίτης Γ.: Οστεοπόρωση, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Press Line, Αθήνα 1996, σ.:26

15. *Στάμος Κ., Ροΐδης Ν., και Καραχάλιος Θ.*: Η τρίτη ηλικία, επιμέλεια έκδοσης Χριστοδούλου Γ. και Κονταξάκης Β., επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000, σ.:116-117
16. *Σαχίνη Α. και Πάνου Μ.* : Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική , τόμος 3^{ος} , έκδοση Β΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000,σ.: 400-402
17. *Αθανάτου Α.*: Κλινική νοσηλευτική, επίτομος, έκδοση 16^η αναθεωρημένη, εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2007, σ.:97-104
18. *Σαπουντζή-Κρέπια Δ.*: Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1998,σ.:209
19. *Ομπέση Φ.*: Δίκαιο νοσηλευτικής ευθύνης, επίτομος, έκδοση Β΄ ενημερωμένη, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007, σ.: 193
20. *. Needam J.*: Γεροντολογική νοσηλευτική φροντίδα, μετάφραση- επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Καραχάλιος Γ., έκδοση Α΄, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2001, σ.:162-169, 242-243, 238-239
21. *Χαρτοκόλλης Π.*: Εισαγωγή στην ψυχιατρική, επίτομος, έκδοση Β΄ αναθεωρημένη, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991, σ.:207-226
22. *Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α.*: Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995,σ.:228
23. *Slater R.*: Γηρατειά- η ψυχολογία της γήρανσης, μετάφραση Μεταξάς Σ., επιστημονική επιμέλεια Μαλικιώση – Λοϊζου Μ., επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2003, σ.: 122, 263
24. *Καζαλότη Ε.*: Κατάθλιψη, [www. enet. gr](http://www.enet.gr), 19/03/2009, 29/05/2011, 10:45
25. *Παπαδοπούλου Α.*: Κατάθλιψη, tonima.dolnet.gr, 29/06/2003, 29/05/2011, 10:35
26. *Χριστοδούλου Γ.*: Ψυχιατρική, τόμος Α΄, έκδοση Γ΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004, σ.:42, 313
27. Διαταραχές, psychognosia.blogspot.com, 28/03/2008, 25/07/2011, 17:53
28. *Κακούρος Ε.*: Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων, επίτομος, έκδοση 4^η , εκδόσεις Τυπωθητώ, Αθήνα 2005, σ.:200-204
29. *Σκαπινάκης Π.*: Αρνητικές σκέψεις καταθλιπτικών, [www. web4health.gr](http://www.web4health.gr) 09/06/2004, 21/05/2011, 20:33
30. [https://www. psychomed.gr](https://www.psychomed.gr): *Βενέτη Β.* κλινική ψυχολόγος, 2/11/2010, 29/05/2011, 9:30
31. *Baumann P. και Bertschy G.*: Pharmacodynamic and pharmacokinetic, Psychiatry,1993, p.: 13-19

32. *Λυράκος Α.*: [https:// www.lyrakos. gr/index.php/support/18-10-2010](https://www.lyrakos.gr/index.php/support/18-10-2010), 12/6/2011, 13:00
33. *Μαλογιάννης Ι. (ψυχίατρος-ψυχοθεραπευτής)*: Αυτοκτονικός ασθενής: διάγνωση, κατανόηση, θεραπευτική παρέμβαση και πρόληψη της αυτοκτονίας, 19/01/2008, 20/08/2011, 17:30
34. *Γρηγόρης Μ.*: Αυτοκτονικός ιδεασμός, επιμέλεια Σκαπινάκης Π., επίτομος, έκδοση Α΄, Ιωάννινα 2003
35. *Παπασπυρόπουλος Σ.*: Η ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας, επιμέλεια Μανέτα Σ., επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1991, σ.:109-110
36. *Ahrens B., Bergofer A. και άλλοι.*: Suicide attempts, age and duration of illness in recurrent affective disorders, 1995 p.: 43-49
37. *Πλατής Α.*: Κατάθλιψη, η κυριότερη αιτία για αυτοκτονίες, Εταιρεία Ανάπτυξης Κοινωνικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων, [www. panakeia. org. gr](http://www.panakeia.org.gr), 26/08/2011, 20:32
38. *Ευθυμίου Κ., Μαυροειδή Αθ. και άλλοι.*: Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας, ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπισή τους, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2006, σ.: 20-25
39. *Δόβελος Ι.*: Κατάθλιψη, [www. Psychotherapia. gr](http://www.Psychotherapia.gr) , 21/08/2011, 14:20
40. *Κανδύλη Μ.*: Η κατάθλιψη στις γυναίκες, [www. thepsyra. gr / read_work.asp](http://www.thepsy.gr/read_work.asp), 21/08/2011, 14:40
41. *Αντωνίου Α.*: Κατάθλιψη: η πιο ύπουλη νόσος της εποχής, επιμέλεια Μπούλια Ε., [www. in2life .gr / wellbeing / health/ articles](http://www.in2life.gr/wellbeing/health/articles), 22/02/2010, 23/07/2011, 15:50
42. *Αυγουστάτος Ι.*: Ψυχοσύνθεση, Κέντρο Ψυχικής Θεραπείας και Ανάπτυξης, [www. psychosynthesis. blogspot.com](http://www.psychosynthesis.blogspot.com), 20/05/2008, 21/08/2011, 15:00
43. *Κούτρα Γ.*: Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία, [www. thepsyra.gr/read_work.asp](http://www.thepsy.gr/read_work.asp), 21/08/2011, 16:04
44. *Μονέζης Σ.*: Κατάθλιψη, [www. stelios-monezis.gr / disorders/dipression.html](http://www.stelios-monezis.gr/disorders/dipression.html), 21/08/2011, 16:23
45. *Δασκαλόπουλος Θ.*: Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. [www. psi-gr . tripod.com/universal_economic_crisis_and_mental_health.html](http://www.psi-gr.tripod.com/universal_economic_crisis_and_mental_health.html). 20/04/2010, 22/08/2011, 17:52



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο στοχεύει στη συλλογή δεδομένων για την έρευνα με θέμα « Η Νοσηλευτική στη διερεύνηση των βιολογικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών – προβλημάτων της τρίτης ηλικίας», που πραγματοποιείται από την Καλύτση Ακριβή (σπουδάστρια του 8^{ου} εξαμήνου του τμήματος της Νοσηλευτικής στο ΑΤΕΙ Πατρών) στα πλαίσια της εκπόνησης πτυχιακής εργασίας.

Παρακαλώ να απαντήσετε με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για τη σωστή ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων. **Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις θα παραμείνουν άκρως απόρρητες.**

Για τυχόν ερωτήσεις – διευκρινήσεις μη διστάσετε να με ρωτήσετε.

Ευχαριστώ για την πολύτιμη συνεργασία σας.

(Παρακαλώ σημειώστε με X τα παρακάτω στοιχεία που σας αντιπροσωπεύουν.)

1. Ηλικία: _____

2. Φύλο: Άρρεν

Θήλυ

3. Τόπος μόνιμης κατοικίας: Χωριό Κωμόπολη Πόλη

4. Γραμματικές γνώσεις: Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο
ΤΕΙ Πανεπιστήμιο

5. Οικογενειακή κατάσταση: Ανύπαντρος/η Χήρος/α
Παντρεμένος/η Διαζευγμένος/η

6. Έχετε παιδιά; Ναι Όχι

7. Με ποιόν μένετε; Μόνος/η Με το/τη σύζυγό μου Με τα παιδιά μου

Με το/τη σύζυγο και τα παιδιά μου Σε οίκο ευγηρίας

Με οικιακή βοηθό

8. Πόσο κατά μέσο όρο την εβδομάδα έχετε τηλεφωνική ή προσωπική επικοινωνία με τα αγαπημένα σας πρόσωπα;

Επικοινωνώ μαζί τους κάθε μέρα

Επικοινωνώ μαζί τους 3-4 φορές το μήνα

Επικοινωνώ μαζί τους 2-3 φορές το μήνα

Επικοινωνώ μαζί τους 2-3 φορές την εβδομάδα

Δεν έχω καμία επικοινωνία με τα άτομα που αγαπώ

9. Ποιες είναι οι καθημερινές σας δραστηριότητες που σας κάνουν να νιώθετε καλύτερα;

Νιώθω ανήμπορος να κάνω οτιδήποτε

Ασχολούμαι κυρίως με τις δουλειές του σπιτιού

Ασχολούμαι με την φύλαξη των εγγονιών μου

Περιποιούμαι το σπίτι, τον κήπο και τα ζώα μου

Πηγαίνω περίπατο

Πηγαίνω στο καφενείο και συναντώ εκεί τους φίλους μου

Συναντιέμαι με τους/τις φίλες μου

Συμμετέχω σε κάποια ομάδα

10. Έχετε προβλήματα υγείας; Ναι Όχι

- 11. Εάν ναι τι;** Προβλήματα με το γαστρεντερολογικό σύστημα
- Προβλήματα με το ουροποιητικό σύστημα
- Προβλήματα με το νευρικό σύστημα
- Προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα
- Προβλήματα με το ενδοκρινολογικό σύστημα
- Προβλήματα με το καρδιαγγειακό σύστημα

12. Πάσχετε από κάποιο ψυχικό νόσημα; Ναι Όχι

13. Παίρνετε κάποιο φάρμακο; Ναι Όχι

14. Λαμβάνετε βοήθεια από:

Κανέναν. Τα καταφέρνω και μόνος/η μου

Την οικογένειά μου

Κοινωνικό λειτουργό

Ψυχολόγο/Ψυχίατρο

Νοσηλεύτη/τρια

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

15. Θα θέλατε να λαμβάνετε βοήθεια από:

Κανέναν. Τα καταφέρνω και μόνος/η μου

Την οικογένειά μου

Κοινωνικό λειτουργό

Ψυχολόγο/Ψυχίατρο

Νοσηλεύτη/τρια

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

16. Νιώθετε μοναξιά; Ναι Όχι
(Παρακαλώ σημειώστε με Χ την πρόταση που αντιπροσωπεύει τα συναισθήματά σας τον τελευταίο μήνα έως και σήμερα.)

1. Δεν αισθάνομαι θλιμμένος/η.

Αισθάνομαι θλιμμένος/η.

Αισθάνομαι θλιμμένος/η όλη την ώρα και δεν μπορώ να το αποφύγω.

Αισθάνομαι τόσο θλιμμένος/η που νιώθω ότι πνίγομαι. Η θλίψη μου ξεπερνά όλα τα υπόλοιπα συναισθήματά μου.

2. Σπάνια κλαίω.

Κλαίω συχνά.

Κλαίω σχεδόν κάθε μέρα.

Κλαίω και με την παραμικρή αφορμή. Δεν μπορώ να το ελέγξω.

3. Περιποιούμαι καθημερινά τον εαυτό μου.

Περιποιούμαι σπάνια τον εαυτό μου.

Περιποιούμαι σπάνια τον εαυτό μου και μετά την παρότρυνση άλλων.

Δεν περιποιούμαι καθόλου τον εαυτό μου.

4. Κάνω αρκετά πράγματα που συνήθιζα να κάνω στο παρελθόν.

Έχω αφήσει στην άκρη πολλά από τα πράγματα που μου άρεσε να κάνω.

Δεν κάνω τίποτα από όσα έκανα στο παρελθόν.

Νιώθω ανίκανος να κάνω οτιδήποτε.

5. Νιώθω ότι η ζωή μου είναι γεμάτη.

Νιώθω ότι κάτι λείπει από τη ζωή μου.

Νιώθω ότι ένα μεγάλο κενό υπάρχει στη ζωή μου.

- Νιώθω ότι η ζωή μου είναι τελείως άδεια.
6. Έχω γενικά καλή διάθεση, τρώω και κοιμάμαι καλά.

Τον τελευταίο καιρό δεν έχω και τόσο καλή διάθεση. Όμως τρώω και κοιμάμαι καλά.

Δεν έχω καλή διάθεση, μου έχει κοπεί η όρεξη για φαγητό και δεν έχω καλό ύπνο.

Η διάθεσή μου είναι χάλια. Δεν τρώω σχεδόν καθόλου και κοιμάμαι ελάχιστες ώρες.

7. Κάνω αισιόδοξες σκέψεις και όνειρα για το μέλλον.

Δεν έχω να περιμένω τίποτα στο μέλλον.

Είμαι πολύ απαισιόδοξος όσον αφορά στο μέλλον.

Το μόνο που σκέφτομαι για το μέλλον είναι ο θάνατος.

8. Ο θάνατος δεν είναι η λύση στα προβλήματά μου. Ποτέ δεν μου έχει δημιουργηθεί η σκέψη της αυτοκτονίας.

Μερικές φορές σκέφτομαι πως ο θάνατος μπορεί να είναι η λύση στα προβλήματά μου, αλλά η θέλησή μου για ζωή είναι μεγαλύτερη.

Δεν αντέχω άλλο...θα ήταν καλύτερα αν αυτοκτονούσα, θα τελείωνα μια και καλή με τα προβλήματα που με βασανίζουν τόσα χρόνια.

Ο θάνατος είναι ο μοναδικός τρόπος για να ξεφύγω από τα προβλήματά μου...έχω σκεφτεί και τον τρόπο με τον οποίο θα μπορούσα να αυτοκτονώ.

9. Τι είναι αυτό που σας στενοχωρεί περισσότερο;

Τίποτα

Τα προβλήματα με την υγεία μου

Οι καβγάδες με τα παιδιά μου
Η μοναξιά.

Τα οικονομικά μου προβλήματα

Διάφορα άλλα προβλήματα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΞΕΧΝΑΜΕ ΟΤΙ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ
ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΜΠΟΡΟΥΝ:

- ✚ Να επιλέγουν τον τόπο κατοικίας τους, όταν αυτό είναι δυνατό και να μην μένουν αναγκαστικά σε κάποιον οίκο ευγηρίας.
- ✚ Να επιλέγουν τον τρόπο ζωής τους.
- ✚ Να διατηρούν την αυτονομία και την κοινωνική τους ζωή.
- ✚ Να διαβιούν σε αξιοπρεπείς συνθήκες.
- ✚ Να διεκδικούν τρόπους και μέσα βελτίωσης της ποιότητας ζωής.
- ✚ Να απολαμβάνουν υπηρεσίες που εξασφαλίζουν υγεία και ποιότητα ζωής.

Τι δεν πρέπει να λες σε κάποιον που αντιμετωπίζει κατάθλιψη

- ✚ Πάψε να αισθάνεσαι άσχημα.
- ✚ Προσπάθησε περισσότερο.
- ✚ Πήγαινε να διασκεδάσεις.
- ✚ Δεν είσαι όπως ήσουν παλιότερα.
- ✚ Κανείς δε σου φταίει για όσα αισθάνεσαι.
- ✚ Τα προβλήματά σου είναι μηδαμινά μπροστά στα προβλήματα των άλλων.
- ✚ Όλα είναι στο μυαλό σου.
- ✚ Αφού δεν είσαι ευχαριστημένος γιατί δεν προσπαθείς να αλλάξεις τον εαυτό σου;
- ✚ Δεν σου χρειάζεται βοήθεια από ψυχολόγο.
- ✚ Εσύ χρειάζεσαι βοήθεια από ψυχίατρο...θα μας τρελάνεις όλους.
- ✚ Δεν αντέχω άλλο να σε βλέπω σε αυτή την κατάσταση.
- ✚ Δεν το περίμενα να είσαι τόσο αδύνατος.
- ✚ Το μόνο που καταφέρνεις είναι να βλάπτεις τον εαυτό σου και την οικογένειά σου.
- ✚ Τζάμπα βασανίζεσαι...δεν έχεις τίποτα.
- ✚ Μπορεί να μην το κάνεις επίτηδες αλλά δεν αντέχω άλλο.
- ✚ Μια ζωή σε θυμάμαι να δημιουργείς προβλήματα.