

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

Πτυχιακή Εργασία

«ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ»



Εισηγήτρια:

Dr. Παπαδημητρίου Μαρία
Καθηγήτρια

Επιμέλεια:

Ζορμπά Βασιλική
Φοιτήτρια

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θελα να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτρια δρ.Μαρία Παπαδημητρίου κυρίως για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, για την πολύτιμη καθοδήγηση της και την υπομονή που έκανε κατά τη διάρκεια υλοποίησης της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

Τέλος, θα ήθελα να απευθύνω τις ευχαριστίες μου στους γονείς μου, οι οποίοι στήριξαν τις σπουδές μου με κάθε τρόπο, φροντίζοντας για την καλύτερη δυνατή μόρφωσή μου, καθώς και στο στενό φιλικό μου περιβάλλον για την ανυπολόγιστη ηθική υποστήριξη του.

ΛΕΞΕΙΣ – ΚΛΕΙΔΙΑ

Νοσηλεία στο σπίτι, φροντίδα, κατ'οίκον φροντίδα, Τρίτη ηλικία, γηρατειά, προβλήματα ηλικιωμένων, ψυχολογικά προβλήματα, κοινωνικά προβλήματα, δίκτυα φροντίδας ηλικιωμένων, νόσος, κατάθλιψη.



πηγή εικόνας: <http://www.kala-nea.gr>

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	7
Εισαγωγή.....	9

Κεφάλαιο 1^ο : ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 Ορισμός της τρίτης ηλικίας.....	12
1.2 Προσδόκιμο επιβίωσης.....	13
1.3 Χαρακτηριστικά ατόμων της τρίτης ηλικίας.....	14
1.4 Φυσιολογικές μεταβολές με την πάροδο του χρόνου στους ηλικιωμένους.....	15
1.5 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων.....	19

Κεφάλαιο 2^ο : ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

2.1 Υπέρταση.....	23
2.2 Οι πτώσεις στην Τρίτη ηλικία.....	27
2.3 Οστεοπόρωση.....	29
2.4 Κατακλίσεις.....	31
2.5 Ακράτεια ούρων.....	35
2.6 Διαταραχή της όρασεως και της ακουστικής ικανότητας.....	37
2.7 Η Νόσος Parkinson	40

Κεφάλαιο 3^ο : ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

3.1 Συνταξιοδότηση – Περιθωριοποίηση - Ιδρυματοποίηση.....	44
3.2 Απώλεια αγαπημένου προσώπου – Μοναξιά - Άγχος	47
3.3 Κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία	50
3.3.1 Κλινική εικόνα -Συμπτωματολογία καταθλίψης	52
3.4 Αυτοκτονία	57
3.4.1 Πρόληψη και αντιμετώπιση-θεραπευτική προσέγγιση των αυτοκτονικών τάσεων των ηλικιωμένων.....	59

Κεφάλαιο 4^ο : ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

4.1 Επίσημα δίκτυα φροντίδας.....	62
4.1.1 Επίσημα δίκτυα φροντίδας του δημοσίου τομέα.....	64
4.1.2 Υπηρεσίες και προγράμματα του δημοσίου συστήματος κοινωνικής φροντίδας.....	66
4.2 Επίσημα δίκτυα φροντίδας του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα.....	68
4.3 Ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας.....	68
4.3.1 Δίκτυα άτυπης φροντίδας.....	69
4.3.2 Φροντίδα των ηλικιωμένων από τα άτομα δίκτυα και την οικογένεια.....	71

Κεφάλαιο 5^ο: ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

5.1 Εισαγωγή	81
5.2 Ο ορισμός της κατ' οίκον φροντίδας.....	82
5.3 Ιστορική αναδρομή	82
5.4 Αιτίες που οδήγησαν στην νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι.....	83
5.5 Σκοπός των υπηρεσιών της κατ' οίκον φροντίδας	86
5.6 Παράγοντες που ρυθμίζουν την ανάγκη νοσηλείας της τρίτης ηλικίας στο σπίτι.....	88
5.7 Καθήκοντα νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι.....	88

Κεφάλαιο 6^ο : Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ

ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

6.1 Ο ορισμός της νοσηλευτικής διεργασίας	93
6.1.1 Η έννοια της νοσηλευτικής διεργασίας.....	94
6.2 Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας.....	95
6.2.1 Τα οφέλη της εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας.....	95
6.3 Ολική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς της τρίτης ηλικίας με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.....	96
6.3.1 Α' κλινική περίπτωση.....	96
6.3.2 Β' κλινική περίπτωση.....	106

Συμπεράσματα.....	112
Προτάσεις.....	113
Περίληψη	114
Summary	115
Βιβλιογραφία.....	116
Παράρτημα.....	121

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η ανάγκη να ασχοληθούμε σοβαρά επιτέλους με τους ηλικιωμένους στη χώρα μας, πηγάζει όχι μόνο από την αμέτρητη αγάπη γι'αυτούς, αλλά και από την πρόβλεψη που κάνουμε εκ του ασφαλούς για το μέλλον όλων των ενηλίκων της πατρίδας μας. Σε μία ή δύο δεκαετίες στους δρόμους της χώρας μας θα κυκλοφορούν λιγότεροι νέοι και περισσότεροι ηλικιωμένοι. Σε μία ή δύο δεκαετίες με την υπογεννητικότητα που μαστίζει την Ελλάδα, αλλά και με την μέση διάρκεια ζωής πιθανόν και ως τα 85έτη, ο αριθμός των ηλικιωμένων άνω των 60 θα διπλασιαστεί με αποτέλεσμα η χώρα μας -έκτος των άλλων προβλημάτων όπως της παραγωγής και της άμυνας- θα αντιμετωπίζει και το πρόβλημα της οργάνωσης των ατόμων της τρίτης ηλικίας αφού είναι γνωστό το πόσο ανοργάνωτοι είμαστε σε όλα όσα αφορούν την δομή του ιστού των ηλικιωμένων. Ούτε γηριατρικές κλινικές διαθέτουμε, ούτε γηριάτρους και γεροντολογικούς νοσηλευτές/τριες, μιας και δεν διαθέτουμε τις αντίστοιχες νοσηλευτικές ειδικότητες. Παράλληλα η ποιότητα των «οίκων ευγηρίας» όπως λέγονται δεν είναι η καλύτερη ούτε φυσικά και η νοσοκομειακή δομή σε κρεβάτια και σε πρόληψη. Πρέπει λοιπόν να φροντίσουμε από τώρα να εδραιώσουμε θεσμικές αλλαγές σε όλους τους τομείς που αφορούν την υγεία και την πρόνοια των ηλικιωμένων και σαν πρώτο βήμα προτείνετε η νομοθετική θέσπιση των ειδικοτήτων που αναφέραμε και όχι μόνον αλλά και όλων όσων ασχολούνται με την τρίτη ηλικία και αυτοί είναι οι φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγοι, εργοθεραπευτές οικογενειακοί βοηθοί κ.λπ. Ταυτόχρονα μια εκ βάθρων αναδιοργάνωση όλων των παραμέτρων που αφορούν τους ηλικιωμένους από τον τρόπο πληρωμών των συντάξεων μέχρι την νομοθετική τους προστασία και τέλος από την κοινωνική τους ανάδειξη και ασφάλεια μέχρι την άμεση παροχή βοήθειας παντός είδους.¹

Η εργασία αυτή λοιπόν, αφιερώνεται στον κάθε παππού και στην κάθε γιαγιά που ανέκαθεν στηρίζουν την οικογένεια, κρατώντας μέσα σε δύσκολα χρόνια άσβεστη την οικογενειακή εστία. Αυτοί ακόμη και στις δύσκολες μέρες μας μεγαλώνουν τα εγγόνια τους, ίσως με λάθη αλλά πάντοτε με απέραντη αγάπη Μπορεί να μη γνωρίζουν ψυχολογία, ούτε να διδάχθηκαν παιδαγωγική, βιώνουν όμως μέσα τους και μεταγγίζουν αισθήματα αγάπης, προσφοράς και θυσίας. Είναι αυτοί που γέμισαν τις ψυχές μας με όμορφες αναμνήσεις και αισθήματα αλληλεγγύης και ανθρωπιάς και που μας έκαναν να αισθανόμαστε σήμερα ψυχικά πιο πλούσιοι και

περισσότερο άνθρωποι. Η πομπή αυτών των ανθρώπων, που τη βλέπουμε να κατευθύνεται τα ψυχασάββατα στις εκκλησιές μπορεί να μην εμφανίζει πλέον τις ίδιες μαύρες μαντίλες που είχε στο παρελθόν. Έχει πρόσωπα ξέσκεπα, πιο χαρούμενα, τα οποία όμως, όπως πάντοτε ιερουργούν στην λιτανεία της φυλής. Συνδέουν με μία αδιόρατη και αδιάσπαστη συνέχεια αυτούς που έζησαν στο χθες με αυτούς που αναπνέουν στο σήμερα. Οι φιγούρες αυτές εκφράζουν σε μία μοναδική ενότητα, το παρελθόν με το παρόν, ακτινοβολώντας συγχρόνως στα μάτια τους την πεποίθηση ότι: δεν μπορεί παρά ο Θεός θα δώσει μέλλον στους ανθρώπους αυτού του τόπου. Η εργασία αυτή αναφέρεται στην κατ'οίκον φροντίδα αυτών των ανθρώπων, των ανθρώπων δηλαδή που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία και στη σημασία που έχει η κατ'οίκον φροντίδα γι'αυτούς¹.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος *κατ'οίκον φροντίδα* περιγράφει ένα σύστημα μέσω του οποίου παρέχονται φροντίδα υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες σε άτομα με κινητικά ή άλλα προβλήματα υγείας, εξαιτίας των οποίων είναι υποχρεωμένα να παραμένουν στο περιβάλλον του σπιτιού τους και όχι σε άλλες νοσηλευτικές εγκαταστάσεις. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των Η.Π.Α. (USDHHS) έδωσε τον ορισμό της κατ'οίκον υγειονομικής περίθαλψης όπως αυτός διατυπώθηκε από μια διατμηματική ομάδα εργασίας και ο οποίος έχει ως ακολούθως:

Η κατ'οίκον φροντίδα είναι η συνιστώσα εκείνη ενός συνεχούς περιεκτικής φροντίδας υγείας, δια του οποίου παρέχονται υπηρεσίες υγείας σε άτομα και οικογένειες στον τόπο διαμονής τους, με σκοπό την προώθηση διατήρηση ή αποκατάσταση της υγείας ή την μεγιστοποίηση του επιπέδου λειτουργικής αυτονομίας, με παράλληλο προορισμό των συνεπειών της ανικανότητας και της νόσου, συμπεριλαμβανομένης και της νόσου τελικού σταδίου. Σχεδιάζονται, συντονίζονται και παρέχονται υπηρεσίες κατάλληλες για τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς και της οικογένειας του από οργανωμένους προμηθευτές, για την παροχή φροντίδας στο σπίτι μέσω απασχολούμενου προσωπικού ή συμβάσεων ή με συνδυασμό των δύο αυτών μορφών παροχής υπηρεσιών.

Η ποιότητα της ζωής του υπερήλικα μπορεί να βελτιωθεί σημαντικά όταν βρίσκεται σε άνετο και σε οικείο περιβάλλον. Στο οικογενειακό περιβάλλον έχει μεγαλύτερη ελευθερία και προσωπικό έλεγχο παρά σε ίδρυμα. Με την αύξηση των υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας συμπεριλαμβανόμενων και των ιατρικών επισκέψεων στο σπίτι, υπάρχει ευκολότερη πρόσβαση στην παροχή συμβούλων τόσο στον πελάτη όσο και στον φροντιστή.²

Η βιομηχανία της κατ'οίκον περίθαλψης αναπτύχθηκε ραγδαία κατά την δεκαετία του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Μέχρι το 1997 άρχισε να παρουσιάζει ελαφρά πτώση που οφειλόταν στις μεταβολές των ασφαλιστικών αποζημιώσεων της Medicare σε ότι αφορά την κατ'οίκον περίθαλψη. Είναι πολλοί οι παράγοντες που συνέβαλλαν στην ανάπτυξη των υπηρεσιών κατ'οίκον φροντίδας, όπως το αυξανόμενο κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης και η επακόλουθη εισήγηση του PPS από τις νομοθετικές διατάξεις 98-21 των Τροπολογιών περί Κοινωνικής Ασφάλισης, το 1983. Υπό των PPS, τα νοσοκομεία λαμβάνουν ένα

καθορισμένο χρηματικό ποσό βάσει του σχετικού κόστους των πόρων που διατίθεται στην θεραπεία των ασθενών Medicare, σε κάθε τύπο ομάδας που σχετίζεται με την διάγνωση.

Οι υπηρεσίες κατ'οίκον φροντίδας άλλαξαν προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες του πληθυσμού. Εστιάζονται στην φροντίδα των πασχόντων και μπορεί να διευρυνθεί προκειμένου να συμπεριλάβει παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας και της πρόληψης της νόσου. Οι κατ'οίκον είναι μια ειδική νοσηλευτική παρέμβαση που ακολουθεί μετά από κάποιο συμβάν και που εκτυλίσσεται ως μία βαθμιαία διαδικασία. Σήμερα, το μεγαλύτερο μέρος των αποζημιώσεων που παρέχονται για νοσηλευτικές υπηρεσίες βασίζονται στην ανάγκη του ασθενούς για εξειδικευμένη νοσηλευτική. Σε κάθε επίσκεψή του στον ασθενή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να τεκμηριώνει ότι η παρεχόμενη φροντίδα είναι εξειδικευμένη και ότι από τον ίδιο απαιτούνται γνώσεις και ικανότητες αξιολόγησης τις οποίες θα πρέπει να επιβεβαιώσει ότι ο ασθενής ή κάποιο μέλος της οικογένειας του δεν μπορεί να παράσχει στο ίδιο επίπεδο περίθαλψης.^{2,3}

Οι κατ'οίκον συντονισμένες επισκέψεις περιλαμβάνουν όχι μόνο εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα από τους αναγνωρισμένους νοσηλευτές με μόνιμη άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, αλλά και την παροχή υπηρεσιών από εργασιοθεραπευτές και λογοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και κατ'οίκον συμβούλους ιατρικής βοήθειας. Ο ευρύτερος ορισμός της βιομηχανίας κατ'οίκον φροντίδας για την φροντίδα υγείας στο σπίτι περιλαμβάνει υποστηρικτικές κοινωνικές υπηρεσίες, προσωρινή φροντίδα χρονίως πασχόντων και Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας ενηλίκων.

Σκοπός των υπηρεσιών της κατ'οίκον φροντίδας είναι να παραμένουν οι ασθενείς της τρίτης ηλικίας στο σπίτι τους και να τους παρέχεται νοσηλευτική φροντίδα που σε διαφορετική περίπτωση η φροντίδα-νοσηλία θα παρέχεται σε υγειονομικά ιδρύματα- νοσηλευτικά ιδρύματα, με αποτέλεσμα την βιοψυχοκοινωνική και οικονομική επιβάρυνσή τους. Ο νοσηλευτής ως μέλος της υγειονομικής ομάδας φροντίδας των συγκεκριμένων ασθενών καλείται να έχει σημαντικό και πολύπλευρο ρόλο προκειμένου να προσφέρει ποιοτική, ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο
ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 Ορισμός Τρίτης ηλικίας

Σαν Τρίτη ηλικία γενικά θεωρούνται τα άτομα άνω των 65 χρονών. Ο καθορισμός αυτός εν' πολλοίς είναι αυθαίρετος και έχει εφαρμογή βασικά στο Δυτικό κόσμο ενώ σαφώς δεν ανταποκρίνεται στα δεδομένα της Αφρικής ή άλλων περιοχών της γης με σαφώς κατώτερο βιοτικό επίπεδο και λιγότερο ανεπτυγμένα υγειονομικά συστήματα όπου το προσδόκιμο επιβίωσης είναι πολύ χαμηλότερο αυτού των ανεπτυγμένων χωρών. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η ηλικία των 65 ετών συμπίπτει με την ηλικία κατά την οποία τα άτομα συνήθως βγαίνουν στη σύνταξη με αποτέλεσμα όταν μιλάμε για Τρίτη ηλικία γενικά να εννοούμε άτομα τα οποία βρίσκονται εκτός εργασιακού δυναμικού πρακτικά δηλ συνταξιούχους. Πρέπει πάντως να τονισθεί ότι προς το παρόν δεν υπάρχει σαφές ηλικιακό όριο υιοθετημένο από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) αλλά έχει συμφωνηθεί τα άτομα ηλικίας 60 + να εντάσσονται στην κατηγορία των ηλικιωμένων ή της λεγόμενης Τρίτης ηλικίας.

Μεταξύ των ατόμων της τρίτης ηλικίας έχει αρχίσει να γίνεται ξεκάθαρο ότι μπορούμε να διακρίνουμε δυο σαφείς υπό-ομάδες ήτοι αυτή των ατόμων ηλικίας 65-75 (νεαροί ενήλικες) που γενικά είναι άτομα δραστήρια και παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα και αυτή των 75 και άνω (προχωρημένοι ενήλικες) που παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα παθήσεων και μεγαλύτερο βαθμό ανικανότητας.³

Ο καθορισμός του ορίου πέραν του οποίου ένα άτομο εντάσσεται στην Τρίτη ηλικία σχετίζεται, όπως είναι αυτονόητο, με το προσδόκιμο επιβίωσης των ατόμων σε μια χώρα και επειδή η παράμετρος αυτή έχει μεγάλες διακυμάνσεις από χώρα σε χώρα αλλά και από το γεγονός ότι συνεχώς βελτιώνεται τις τελευταίες δεκαετίες σε παγκόσμιο επίπεδο το ηλικιακό όριο της Τρίτης ηλικίας παρουσιάζει συνεχώς τάσεις ανόδου (ήδη από τα 60 που αρχικά είχε τοποθετηθεί στα 65)

1.2 Προσδόκιμο επιβίωσης

Λέγοντας προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση εννοούμε το μέσο όρο των ετών που ένα νεογέννητο αναμένεται να ζήσει εάν καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του αν δεν αλλάξουν οι τρέχουσες συνθήκες θνησιμότητας.

Εκτός από το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση υπάρχει και το προσδόκιμο επιβίωσης με αφετηρία οποιαδήποτε ηλικία ενός ατόμου. Το προσδόκιμο αυτό επηρεάζεται από την ηλικία που βρίσκεται το άτομο και την κατάσταση υγείας του ατόμου στη δεδομένη ηλικία. Το προσδόκιμο επιβίωσης π.χ. ενός ατόμου 40 ετών χωρίς κανένα πρόβλημα υγείας είναι διαφορετικό από αυτό ενός ατόμου με υπέρταση ή σακχαρώδη διαβήτη. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου οι γυναίκες γενικά έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης σε σύγκριση με αυτό των ανδρών με τη διαφορά αυτή να ποικίλει από χώρα σε χώρα φθάνοντας το μέγιστο των 9 ετών σε χώρες όπως η Σουηδία ή οι ΗΠΑ και το 0 σε χώρες όπως η Ζιμπάμπουε και η Ουγκάντα.³

Οι σημαντικές πρόοδοι που σημειώθηκαν στις συνθήκες διαβίωσης δια μέσου των αιώνων όπως π.χ. η εφαρμογή βασικών μέτρων υγιεινής, η σημαντική μείωση της βρεφικής θνησιμότητας σε όλες τις χώρες, η καταπολέμηση των λοιμωδών νοσημάτων που θέριζαν την ανθρωπότητα με τη μορφή πολλές φορές επιδημιών και οι σημαντικότερες ιατρικές εξελίξεις του τελευταίου αιώνα έχουν αυξήσει σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης του ανθρώπινου είδους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα και το ποσοστό των ατόμων που περνούν το κατώφλι των 65 ετών να έχει αυξηθεί σημαντικά και αυτή η τάση να διατηρείται και για τις επόμενες γενιές γεγονός που σημαίνει ότι η σύσταση του πληθυσμού στο μέλλον θα περιλαμβάνει ένα σημαντικό ποσοστό υπερηλικίων ατόμων. Έτσι το ποσοστό των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας από 4% που ήταν το 1900 στις ΗΠΑ έχει φθάσει το 12% το 2000 και αναμένεται να αντιπροσωπεύει το 17% του γενικού πληθυσμού το 2020. Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι υπάρχουν 2,1 εκατομμύρια άτομα που ανήκουν στην Τρίτη Ηλικία αντιπροσωπεύοντας το 19,2% του γενικού πληθυσμού².

Η σημαντική αύξηση του ποσοστού των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας διαμορφώνει μια κατηγορία πολιτών με ιδιαίτερες υγειονομικές και κοινωνικές ανάγκες μια και η αύξηση της ηλικίας συνοδεύεται και από αύξηση των καλουμένων εκφυλιστικών νοσημάτων.

1.3 Χαρακτηριστικά ατόμων της Τρίτης ηλικίας

Χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η μεγάλη πλαστικότητα και πολυμορφία που παρουσιάζει. Μπορούμε να προσεγγίσουμε και από βιολογική και κοινωνικο-ιστορική, όπως και από οικολογική και ψυχολογική άποψη. Παρόλα αυτά κάθε ηλικιωμένο άτομο πρέπει να κατανοηθεί ως μία «βιοψυχοκοινωνική ενότητα» . Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις στη βιολογική θεωρία του γήρατος, όλες όμως συμπίπτουν στο ότι υπάρχει μια γενετική βάση ως προς το μέγιστο όριο ζωής, που είναι χαρακτηριστικό για το κάθε είδος. Παρόλο τον καθορισμένο ρόλο που παίζουν τα βιολογικά φαινόμενα στο γήρας υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία και πλαστικότητα μεταξύ ατόμων. Ένα άλλο χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η υποκειμενικότητά του. Οι βιολογικές διαδικασίες βιώνονται από τα άτομα αλλά και από ολόκληρες πολιτισμικές ομάδες διαφορετικά. Ανάλογα μπορεί να είναι ο τρόπος που βιώνεται η σωματικότητα σε κάθε πολιτισμική ομάδα διαφορετικός.

Η σωματικότητα συνδέει τη βιολογική ταυτότητα διαχρονικά και εκδηλώνεται ανάλογα με τη δυνατότητα που έχει. Η δυνατότητα αυτή δεν βασίζεται μόνο στις στενά βιολογικές λειτουργίες αλλά εκφράζεται στη βιολογική αυτονόηση του ανθρώπου, στη βιολογική του ταυτότητα. Ένα άλλο χαρακτηριστικό των γηρατειών είναι η ελάττωση της ζωτικότητας και της αποδοτικότητας των κυττάρων στα διάφορα όργανα, που δε γίνεται σύγχρονα και παράλληλα σε όλα. Άλλοτε γερνά πρώτα το μυαλό ενώ των άλλων οργάνων η ικανότητα διατηρείται πολύ καλά και άλλοτε πρώτα η καρδιά ή τα πόδια, ή οι σφιγκτήρες, ή άλλη λειτουργία⁴.

Είναι γεγονός, ότι οι βιολογικές μεταβολές είναι αναπόδραστες, ισχύουν για όλους τους ανθρώπους και είναι μη αναστρέψιμες. Μερικά χαρακτηριστικά του γήρατος είναι τα παρακάτω:

- i. Είναι μία πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πάροδο του χρόνου.
- ii. Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη συμβεί.
- iii. Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.
- iv. Είναι προοδευτικό στη διαμόρφωσή του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά.
- v. Οφείλεται σε εσωτερικές αιτίες.
- vi. Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δε μπορεί να το αποφύγει κανείς.

- vii. Είναι καθολικό, δηλαδή εμφανίζεται σε όλα τα μέλη του είδους.
- viii. Είναι μη αναστρέψιμο, δηλαδή δε μπορεί αν ανασταλεί η πορεία του.
- ix. Αρχίζει μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.
- x. Καταλήγει στο θάνατο.

Οι βλαπτικές επιδράσεις του γήρατος διαφαίνονται, πρώτον στην μικρότερη ευελιξία/ αντοχή του ατόμου στην αντιμετώπιση των εξωτερικών πιέσεων και, δεύτερον, στην αυξανόμενη πιθανότητα θανάτου.

Από την άλλη, παρά τον υποχρεωτικό και καθολικό χαρακτήρα των βιολογικών μεταβολών και τη γενικότερη σχέση τους με την ηλικία, δεν μπορούμε να πούμε ότι αυτές αρχίζουν σε μια συγκεκριμένη ηλικία ή ότι παίρνουν μια συγκεκριμένη μορφή σε όλους τους ανθρώπους. Το πότε θα εμφανισθούν και με ποια μορφή είναι συνάρτηση και περιβαλλοντικών παραγόντων και τρόπου ζωής^{3,4}.

1.4 Φυσιολογικές μεταβολές κατά την πάροδο του χρόνου στους ηλικιωμένους

Ο άνθρωπος με την πάροδο του χρόνου υφίσταται μια φυσιολογική φθορά στα όργανα που αποτελούν τον οργανισμό του, που αφορά τη σύσταση, τη μορφολογία των κυττάρων, ιστών κ.λπ. Οι φυσιολογικές μεταβολές πρέπει να διαχωρίζονται από τις νοσηρές καταστάσεις. Ωστόσο οι πιθανότητες να προσβληθεί από κάποια ασθένεια ή ασθένειες ο ηλικιωμένος είναι πολύ μεγαλύτερες από ότι στο νέο. Τα συμπτώματα του γήρατος προκαλούνται από την απώλεια ή την υπό-λειτουργικότητα των κυττάρων κάθε οργάνου του σώματος. Καθώς εξαφανίζονται τα κύτταρα, οι ιστοί και οι μύες γίνονται λεπτότεροι, η δύναμη και η αντοχή λιγοστεύουν και ελαττώνεται η ικανότητα για εργασία. Από την άλλη η μεγαλύτερη έκπτωση που συμβαίνει στην τρίτη ηλικία έχει να κάνει περισσότερο με τις επιδράσεις διαφόρων χρόνιων ασθενειών, που εξασθενούν το άτομο, παρά με την ίδια την τρίτη ηλικία. Παρακάτω ακολουθούν οι σημαντικότερες μεταβολές που επέρχονται στο άτομο με το πέρασμα του χρόνου:

1. Σωματικές μεταβολές που επέρχονται με το πέρασμα του χρόνου και τη μεγάλη ηλικία, παρουσιάζονται στα εξής:

- i. Στην εμφάνιση. Χαρακτηριστικό είναι τα άσπρα μαλλιά, οι ρυτίδες, η δομή του σώματος- όπως η μείωση του ύψους και του βάρους και η κατανομή του λίπους με αύξησή του γύρω από τη μέση.
- ii. Στην κινητικότητα. Εδώ αναφέρονται τα προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα και τις αρθρώσεις. Γενικώς, αυτού του είδους τα προβλήματα επιφέρουν περιορισμό των κινήσεων και μπορεί να δυσκολέψουν το άτομο στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων με τα χέρια. Οι πόνοι και η έλλειψη ευελιξίας στα πόδια μπορούν να επιβραδύνουν το ρυθμό βαδίσματος του ατόμου, να δυσκολεύσουν το ανέβασμα σε σκάλες ή το κάθισμα σε καρέκλα. Τέλος, τα προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα κάνουν το άτομο πιο επιρρεπές στη πτώση και στα κατάγματα.
- iii. Στο καρδιαγγειακό σύστημα. Οι συνδεόμενες με την ηλικία μεταβολές στη λειτουργία της καρδιάς και των αρτηριών έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της ποσότητας αίματος που φθάνει στα κύτταρα. Μια άλλη συνέπεια της μειωμένης λειτουργίας της καρδιάς είναι ότι φθάνει λιγότερο οξυγόνο στους μύες. Επίσης, αυτές οι μεταβολές μπορούν να ερμηνεύσουν, μερικώς, την υψηλή πίεση του αίματος.^{4,5}
- iv. Στο αναπνευστικό σύστημα. Η προχωρημένη ηλικία έχει ως συνέπεια την πτώση της ποσότητας της ανταλλαγής των αερίων στους πνεύμονες με αποτέλεσμα να φθάνει στο αίμα λιγότερο οξυγόνο από τον αέρα. Επίσης, μειώνεται η ποσότητα του αέρα που εισπνέεται και εκπνέεται στους πνεύμονες κατά τα μέγιστα έπειτα από προσπάθειες.
- v. Στο εκκριτικό σύστημα. Με την αύξηση της ηλικίας, η αποτελεσματικότητα της εκκριτικής λειτουργίας μειώνεται. Τα νεφρά, δεν μπορούν αν ανταποκριθούν όταν υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις στα επίπεδα των υγρών του σώματος. Η μειωμένη λειτουργία των νεφρών έχει ως συνέπεια το βραδύτερο ρυθμό αποβολής των φαρμάκων από το σώμα. Μια άλλη σημαντική μεταβολή στο εκκριτικό σύστημα έχει ως συνέπεια την ακράτεια ούρων.
- vi. Στην τροφή και στην πέψη. Οι επιπτώσεις της μεγάλης ηλικίας στο πεπτικό σύστημα δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Κάποιες εμφανίζονται στον οισοφάγο και επηρεάζουν τη μεταφορά των τροφών στο στομάχι και άλλες αφορούν την έκκριση των γαστρικών

υγρών. Παρουσιάζονται, επίσης, και κάποιες μεταβολές στα έντερα, που έχουν επιπτώσεις στην απορρόφηση του λίπους και ορισμένων μετάλλων.

- vii. Στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ). Δύο από τις κύριες λειτουργίες του ΑΝΣ φαίνεται ότι επηρεάζονται με την αύξηση της ηλικίας. Αυτές είναι η ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και ο ύπνος. Τα άτομα άνω των 64 ετών παρουσιάζουν ελαττωμένη προσαρμοστικότητα στις πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές περιβαλλοντικές θερμοκρασίες. Σε σχέση με τον ύπνο οι ηλικιωμένοι μπορεί να εμφανίσουν αϋπνίες. Οι διαταραχές ύπνου στους ηλικιωμένους οφείλονται μεταξύ άλλων στην άπνοια, στη συχνή ανάγκη για ούρηση, αλλά και σε προβλήματα με τα πόδια, την καρδιά κ.ά.
- viii. Στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Οι φυσιολογικές μεταβολές που παρατηρούνται στο ΚΝΣ είναι δύσκολο να αποδοθούν μόνο στο γήρας, διότι υπάρχουν και σε ασθένειες όπως η νόσος Alzheimer, ή η νόσος του Parkinson. Γενικά φαίνεται ότι με την ηλικία επηρεάζονται με διαφορετικό τρόπο οι διάφορες περιοχές του εγκεφάλου.
- ix. Στο αναπαραγωγικό σύστημα. Το αναπαραγωγικό σύστημα και η σεξουαλικότητα είναι ένας άλλος σημαντικός τομέας που παρουσιάζει αλλαγές με την αύξηση της ηλικίας. Στις γυναίκες, η μεταβατική περίοδος μέχρι την εμμηνόπαυση ονομάζεται κλιμακτήριος και συνδέεται με μεταβολές στην περίοδο και μείωση ορμονών. Υπάρχουν και στους άντρες μεταβολές στην σεξουαλική λειτουργία, που έχουν σχέση με τη λειτουργία του προστάτη.^{4,5}
- x. Μείωση της οξύτητας των αισθητηρίων. Όσον αφορά στην όραση, ένα κύριο πρόβλημα που εμφανίζουν τα άτομα μεγάλης ηλικίας είναι ο καταρράκτης και η μείωση της κόρης του οφθαλμού τόσο σε μέγεθος όσο και στην ανταπόκριση στις αλλαγές φωτός. Οι ηλικιωμένοι έχουν επίσης πρόβλημα με την οπτική οξύτητα. Δε μπορούν να δουν καλά σε απόσταση ούτε να δουν λεπτομέρειες. Με την ηλικία εμφανίζεται και η πρεσβυωπία, ενώ μειώνεται η χρωματική όραση. Όσον αφορά την ακοή, τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτή είναι αρκετά διαδεδομένα, αν και συνήθως είναι μικρά σε ένταση. Ένα από τα

χαρακτηριστικά της ακοής των ηλικιωμένων είναι η πρεσβυακοή, δηλαδή μία ελαττωμένη ευαισθησία σε ήχους υψηλής συχνότητας. Ένα άλλο πρόβλημα ακοής των ηλικιωμένων είναι η μειωμένη ικανότητα να διαφοροποιούν τον περιβαλλοντικό θόρυβο από τον κοντινό. Η γεύση από την άλλη, εμφανίζει σημαντική βλάβη στην προχωρημένη ηλικία, ενώ η όσφρηση εμφανίζει βλάβη μετά τα 50 χρόνια. Αναφορικά με την αφή, φαίνεται να υπάρχει σχετική μείωση της απτικής διάκρισης με την ηλικία, αλλά δεν είναι γνωστές οι επιπτώσεις από τη μείωση αυτή. Οι διαταραχές στην ισορροπία έχουν επιπτώσεις στην κινητικότητα των ηλικιωμένων και επιβαρύνουν τα προβλήματα που αναφέρθηκαν.

- xι. **Επιδράσεις του φύλου.** Οι πιο βασική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες αφορά την θνησιμότητα. Οι αιτίες για την διαφορά φύλου στην μακροβιότητα δεν είναι γνωστές αλλά σχετίζονται τόσο με βιολογικούς παράγοντες όσο και κοινωνικοοικονομικούς και τρόπο ζωής. Παρά τη μεγαλύτερη διάρκεια ζωής στις γυναίκες η ποιότητα ζωής τους είναι χειρότερη, διότι οι γυναίκες πάσχουν από περισσότερες χρόνιες ασθένειες. Οι άνδρες φαίνεται να κινδυνεύουν περισσότερο από οξείες καταστάσεις ενώ οι γυναίκες από χρόνιες.^{4,5}

2. Μεταβολές στις γνωστικές λειτουργίες:

- i. **Επεξεργασία πληροφοριών.** Μια βασική φυσιολογική αλλαγή που παρατηρείται στο γνωστικό σύστημα των ηλικιωμένων είναι η μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών σε νοητικό επίπεδο, πράγμα που οδηγεί σε αύξηση του χρόνου που απαιτείται για να εκτελέσουν κάτι, να σκεφθούν ή να πάρουν μια απόφαση.
- ii. **Μνήμη.** Ένα από τα πιο γνωστά συμπτώματα του γήρατος είναι η απώλεια της μνήμης. Υπάρχει γενική συμφωνία μεταξύ επιστημόνων ότι το μέρος της μνήμης που πάσχει περισσότερο είναι η εργαζόμενη μνήμη, η μνήμη δηλαδή που ενεργοποιείται όταν το άτομο διατηρεί στη μνήμη του ενεργά πληροφορίες που του χρειάζονται προκειμένου να λύσει ένα πρόβλημα ή να κατανοήσει μια κατάσταση.
- iii. **Νοημοσύνη.** Η νοημοσύνη είναι μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει πολλές επιμέρους ικανότητες. Υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές στην ανάπτυξη της νοημοσύνης αλλά και στο ποιες ικανότητες

μειώνονται και ποιες όχι. Επίσης, σημασία έχει ο βαθμός εκπαίδευσης που έχει δεχθεί το άτομο. Γενικά, η νοητική απόδοση του ατόμου είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων όπως η σωματική και ψυχική υγεία, η καλή λειτουργία του εγκεφάλου, η μόρφωση και οι ιστορικές-πολιτισμικές συνθήκες στις οποίες έζησε.^{5,6}

1.5 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων

Είναι σαφές ότι μεταξύ των ηλικιωμένων υπάρχουν έντονες διαφορές κατά την οικονομική και κοινωνική τους θέση αλλά και τη φυσική (χρόνιες ή σοβαρές ασθένειες), δημογραφική (τρίτη και τέταρτη ηλικία) και οικογενειακή τους κατάσταση (χήροι-ες, ζευγάρια, συμβιώνοντες με παιδιά ή μη συμβιώνοντες κ.λπ.). Το ίδιο σημαντικές είναι και οι διαφορές μεταξύ των φύλων, αφού η θέση των γυναικών είναι δυσχερέστερη από οικονομικής άποψης. Ουσιαστικές διαφορές συνιστούν και τα γεωμορφολογικά (π.χ. ορεινές, πεδινές) και άρα και παραγωγικά χαρακτηριστικά των κοινοτήτων. Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι ιδιαίτερα διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους.

Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη από:


- i. Αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια επομένως εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς "φιλανθρωπία".
- ii. Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη,
- iii. στοργή, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Σεβασμό της ελευθερίας τους, δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό. Αυτοσεβασμό και αυτονομία. Αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι, ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν τη ζωή

τους και τη ζωή των άλλων. Όχι στην απομόνωση και στην απόρριψη από την οικογένεια και την κοινότητα

- iv. Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητα τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειας τους
- v. Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες,⁶
- vi. Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια στην κίνησή τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα π.χ. μπαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο.
- vii. Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.
- viii. Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.
- ix. Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα.

Η ιδέα ότι οι υπερήλικες έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη. Αυτό όμως δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν εξ αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη. Μερικά παραδείγματα: οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί για ορισμένες εργασίες στην κατοικία τους, όπως το βάψιμο και μερικές μικροεπισκευές τις οποίες οι νεότεροι κάνουν μόνοι τους. Πρέπει να πληρώσουν άλλους για να κάνουν αυτές τις δουλειές. Αρκετοί αγρότες δεν μπορούν να ασχοληθούν με τον κήπο τους, να καλλιεργήσουν φρούτα και λαχανικά για αυτοκατανάλωσή τους. Η περιορισμένη κινητικότητα μερικών καθιστά τη ζωή τους πιο ακριβή, για να μη ζουν κλεισμένοι στο σπίτι τους πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να δαπανούν για ταξί, τηλέφωνο και συγκεντρώσεις φίλων που οργανώνουν στο δικό τους χώρο. Λίγα χρόνια μετά τη συνταξιοδότηση οι ηλικιωμένοι διαπιστώνουν ότι τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά που διαθέτουν χρειάζονται επισκευή ή αλλαγή. Όσοι έχουν χαμηλότερα εισοδήματα θίγονται περισσότερο, διότι συνήθως αγοράζουν είδη πιο φθηνά επομένως χειρότερης

ποιότητας. Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης. Με τις χαμηλές συντάξεις που λαμβάνουν πολλοί συνταξιούχοι, είναι δύσκολο να αποταμιεύουν ώστε να αγοράζουν νέα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, ρούχα και παπούτσια. Οι υπερήλικες ζουν πιο συχνά μόνοι σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους. Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο. Πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα άτομο και για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί.^{6,7}



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο
ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

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, χτυπά και εξακοντίζει το αίμα στην αορτή. Ο μικρός αριθμός καλείται διαστολική πίεση και είναι η πίεση όταν η καρδιά χαλαρώνει για να ξαναγεμίσει.

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 90mmHg, 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.⁷

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.

Αίτια ιδιοπαθούς υπέρτασης

Στα αίτια της ιδιοπαθούς υπέρτασης περιλαμβάνονται:

A) Η ηλικία: η αύξηση της ηλικίας συνοδεύεται και από την 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 οινοπνεύματος, 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.⁷

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.

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 οινοπνεύματος σε καθημερινή βάση έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με την αύξηση της αρτηριακής πίεσεως.

Ζ) Η παχυσαρκία: σύμφωνα με μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι το πολύ αυξημένο βάρος και ιδιαίτερα η συγκέντρωση λίπους γύρω από τον κορμό και την κοιλιακή χώρα, ευθύνεται για την δημιουργία υπέρτασης.⁷

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 σφίξεων των μηριαίων αρτηριών με τις σφίξεις 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, μια υπερτασική κρίση μπορεί να αποτελέσει μια εξαιρετικά επείγουσα και επικίνδυνη κατάσταση. Τα κύρια συμπτώματα της είναι:

1. Η έντονη κεφαλαλγία

2. Η ζάλη
3. Η θόλωση της οράσεως
4. Η ναυτία
5. Η σύγχυση (πιθανώς)
6. Η κόπωση
7. Η νευρικότητα
8. Η ευερεθιστότητα

Θεραπεία

Η θεραπεία της υπέρτασης μπορεί να είναι μη φαρμακευτική όταν πρόκειται για ήπια μορφή και φαρμακευτική όταν η λήψη μέτρων για την καταπολέμηση της κρίνεται ανεπαρκής.^{7,8}

- **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 υπερτασικά άτομα, η θεραπεία στρέφεται στην μείωση των περιττών 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 – υπερτασικός θα πρέπει να αποφύγει την έκθεση του εαυτού του στο έντονο άγχος γιατί λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας.⁹

- **Φαρμακευτική θεραπεία της υπέρτασης**

Η φαρμακευτική θεραπεία της υπέρτασης μπορεί να γίνει με τη χορήγηση μιας ευρείας ποικιλίας φαρμάκων στην οποία περιλαμβάνονται διουρητικά φάρμακα, 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 παρακάτω πίνακα.¹⁰

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 πνευμονοπάθεια Περιφερική αγγειοπάθεια
Ανταγωνιστές του ασβεστίου	Στηθάγχη Περιφερική αγγειοπάθεια Δυσανεξία στη γλυκόζη Άτομα μαύρης φυλής	
Αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης	Καρδιακή ανεπάρκεια Υπερτροφία αριστεράς κοιλίας	Αμφοτερόπλευρη στένωση νεφρικής αρτηρίας

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 πρόληψης νατρίου και αλκοόλ.
2. Διδασκαλία για αποφυγή έκθεσης του ασθενούς σε στρεσογόνο περιβάλλον
3. Διδασκαλία για ένταξη στο καθημερινό πρόγραμμα, ήπιας άσκησης, όπως βόλτα.

4. Σε υπέρβαρα υπερτασικά άτομα γίνεται σύσταση και επίβλεψη τήρησης συγκεκριμένου διαιτολογίου με σκοπό την απώλεια βάρους.^{9,10}
5. Ο νοσηλευτής φροντίζει για την σωστή χορήγηση των συσταθέντων από τους γιατρούς φαρμάκων, τη σωστή ώρα, στη σωστή δόση και με το σωστό τρόπο, ιδιαίτερος 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.^{9,10}

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. Επιπλέον, συνυπάρχοντα προβλήματα όπως η έκπτωση των αισθητηρίων οργάνων (π.χ. μείωση της οξύτητας της οράσεως και έκπτωση της ακουστικής ικανότητας), συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση των περιστατικών από πτώσεις.

Κάθε πτώση μπορεί να έχει διαφορετική έκβαση, ανάλογα πάντα με την 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.¹¹

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 σκάλα που δεν έχει κάγκελα
- ❖ Η μη χρήση περιπατητικών βοηθημάτων
- ❖ Η νόσος του Parkinson
- ❖ 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 κένωσης)
- ❖ 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 αποκατάστασης 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.¹¹

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 στη υγεία. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην πρόληψη των πτώσεων περιλαμβάνουν:

1. Τη διδασκαλία των ηλικιωμένων να φορούν αναπαικτικά παπούτσια που δεν γλιστρούν
2. Τα χαλιά στο πάτωμα να είναι καλά τοποθετημένα, ώστε να μην υπάρχει κίνδυνος να μπερδευτούν στα υποδήματά τους και να προκαλέσουν πτώση
3. Να μην υπάρχουν καλώδια στο πάτωμα για τον παραπάνω λόγο
4. Σε περίπτωση που υπάρχουν σκάλες χωρίς κάγκελα να τοποθετηθούν
5. Αν ο ηλικιωμένος έχει πρόβλημα με τη βάδιση, του συστήνουμε να χρησιμοποιεί βακτήρια ή περιπατητικό τετράποδο
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.¹²

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. 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. 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.^{13,14}

- ✓ Οστεοπόρωση τύπου I: Συμβαίνει λόγω της ελάττωσης των επιπέδων των οιστρογόνων στην κυκλοφορία εξ' αιτίας της εμμηνόπαυσης (πιο συχνή σε γυναίκες)
- ✓ Οστεοπόρωση τύπου II: Είναι επακόλουθη κατάσταση της γήρανσης.

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

Έτσι ο ηλικιωμένος παρουσιάζει έντονη ραχιαλγία και προοδευτική απώλεια του αναστήματος με συνοδή κύφωση της θωρακικής μοίρας και λόρδωση της οσφυικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Η οστεοπόρωση τύπου II χαρακτηρίζεται από κατάγματα του περιφερικού σκελετού και συχνότερα του ισχίου και του μηριαίου οστού.^{13,14}

Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση οστεοπόρωσης

- ❖ Το φύλο (πιο συχνή στις γυναίκες)
- ❖ Η προχωρημένη ηλικία
- ❖ Η πρόωρη εμμηνόπαυση
- ❖ Η προεμμηνόπαυσιακή ανεπάρκεια οιστρογόνων
- ❖ Η ανεπάρκεια οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση
- ❖ Το κάπνισμα¹⁶
- ❖ Η καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ
- ❖ Η κατάχρηση του καφέ
- ❖ Η καθιστική ζωή
- ❖ Η πολύ έντονη άσκηση (οδηγεί σε απώλεια των οιστρογόνων)
- ❖ Το οικογενειακό ιστορικό
- ❖ Διατροφή πτωχή σε ασβέστιο
- ❖ Έλλειψη βιταμίνης D

- ❖ Η λήψη διαφόρων φαρμακευτικών ουσιών
- ❖ Το σωματικό βάρος^{15,16}

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 και υγείας και περιλαμβάνει τη διδασκαλία όλων των ατόμων για αποφυγή των παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη οστεοπόρωσης στο μέλλον.

Η δευτερογενής πρόληψη ενδείκνυται κυρίως σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση και περιλαμβάνει διδασκαλία των γυναικών για τη μέτρηση της οστικής πυκνότητας. Σε περίπτωση που η οστική πυκνότητα κατά τη μέτρηση 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 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 εμφανιστούν 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 ηλικιωμένους λόγω της καθήλωσης τους στο κρεβάτι, εξαιτίας των πολλών προβλημάτων υγείας που συνήθως εμφανίζουν.

Ορισμός κατάκλισης

Ως κατάκλιση ορίζεται η κυτταρική νέκρωση του δέρματος και των υποκείμενων ιστών, λόγω διακοπής της μικροκυκλοφορίας του αίματος στη περιοχή αυτή, εξ' αιτίας της παρατεταμένης άσκησης πίεσης.^{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:

- ✓ **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
- ✓ **Η τριβή:** με την προσπάθεια του ο ηλικιωμένος να αλλάξει θέση, όταν του το επιτρέπει η κατάσταση του, προκαλείται τριβή ορισμένων σημείων του σώματος του πάνω στο σεντόνι και έτσι η επιδερμίδα ερεθίζεται και είναι ευαίσθητη στις κατακλίσεις.
- ✓ **Η ακράτεια ούρων ή κοπράνων:** κατά την κατάκλιση 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.
- ✓ **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 σώματος του.
- ✓ **Η ελαττωμένη θρέψη και απώλεια της μυϊκής μάζας**
- ✓ **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 οστεΐνες 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: δάχτυλα άκρου ποδός, πρόσθια κνημιαία ακρολοφία, γόνατο, στέρνο, πηγούνι.

Στάδια εξέλιξης κατακλίσεων και νοσηλευτική παρέμβαση

Η εξέλιξη μιας κατάκλισης γίνεται περνώντας από τέσσερα στάδια. Κατά αυτή την πορεία θα μελετήσουμε στη συνέχεια και της 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, εξ' αιτίας 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 στη συγκεκριμένη περιοχή. Αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με τις εξής ενέργειες:

1. Συχνή αλλαγή της θέσεως του ηλικιωμένου (κάθε 2 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 στη επούλωση) αμινοξέα, πρωτεΐνες (προάγουν στην επαναγγείωση) και ψευδάργυρο (είναι απαραίτητος για τον πολλαπλασιασμό των κυττάρων κατά την κυτταρική μίτωση).

5. Τοποθέτηση στρώματος αέρα για ανακούφιση από την άσκηση πίεσεως.¹⁷

2^ο 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 μόλυνσεως
2. Τοποθέτηση κρέμας και αποστειρωμένης γάζας για κάλυψη του τραύματος και αποφυγή μόλυνσεως

3^ο 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 μυς.

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
3. Χρήση τοπικών αντιβιοτικών
4. Προληπτική χορήγηση αντιβίωσης, σύμφωνα με οδηγίες γιατρού.¹⁷

4^ο στάδιο

Παρατηρείται επέκταση της βλάβης στους μυς και τα οστά. Εμφάνιση νεκρωμάτων, μόλυνση και δυσοσμία 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.

2.5 Ακράτεια ούρων

Η ακράτεια ούρων δεν αποτελεί πάθηση αποκλειστικά των ηλικιωμένων, καθώς μπορεί να εμφανιστεί και σε μικρότερες ηλικίες. Ωστόσο, το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης της αφορά στους ηλικιωμένους καθώς παρουσιάζουν μειωμένη λειτουργικότητα των περισσότερων οργάνων, ατονία και χαλάρωση 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.^{18,19} Χαρακτηρίζεται δηλαδή από τη μη ελεγχόμενη επιθυμία για ούρηση.

Ταξινόμηση ακράτειας ούρων και αιτιολογία εμφάνισης της

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

Τύπος	Αίτια
Λειτουργική ακράτεια	Περιορισμός κινητικότητας Διαταραχή οράσεως Ανικανότητα χειρισμών αφαίρεσης 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 συστελλόμενη ουροδόχος κύστη Απόφραξη λόγω υπερτροφίας του προστάτη
Ολική ακράτεια	(Η ταξινόμηση αυτή χρησιμοποιείται όταν όλοι οι άλλοι τύποι ακράτειας έχουν αποκλεισθεί)

Νοσηλευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της ακράτειας ούρων

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

❖ Διδασκαλία των ηλικιωμένων:

- α) να επισκέπτονται τακτικά την τουαλέτα αν είναι περιπατητικοί
- β) το υπνοδωμάτιο τους, αν είναι δυνατόν να βρίσκεται κοντά στη τουαλέτα
- 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
- ε) να μην καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες υγρών πριν την κατάκλιση τους
 - ❖ Τοποθέτηση απορροφητικών πανών για την αποφυγή ακαθαρσιών και υγρασίας
 - ❖ Τακτική αλλαγή πάνας για την αποφυγή ερεθισμού του δέρματος εξ 'αιτίας 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
 - ❖ Ασκήσεις που ενδυναμώνουν τους μυς του πυελικού εδάφους

- ❖ 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 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.²⁰

2.6 Διαταραχή της οράσεως και της ακουστικής ικανότητας

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 αισθητήρια όργανα (μάτια και αυτιά), κατά τη διάρκεια του γήρατος, βρίσκονται σε κατάσταση υπολειτουργίας και αυτό συνήθως είναι μια από τις πιο σημαντικές 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 8η δεκαετία της ζωής τους.

Τα προβλήματα που προκύπτουν από αυτή τη διαταραχή είναι πολλά και επιβαρύνουν κατά πολύ τη 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 εξ' αιτίας της διαταραχής της οράσεως του, είναι ανήμπορος να χρησιμοποιήσει το μπάνιο και να εκτελέσει τις απαραίτητες δραστηριότητες υγιεινής.

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. 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.²⁰

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 εγκεφάλου.

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 στη προσπάθεια του να ακούσει όσα του λένε, ρωτάει ξανά και ξανά με αποτέλεσμα να εκνευρίζεται ο συνομιλητής του και στη συνέχεια ένα κλίμα κατάθλιψης και ματαιώσης να κυριαρχεί στην ψυχολογία του ηλικιωμένου.

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 και έτσι κινδυνεύει άμεσα η σωματική του ακεραιότητα.²⁰

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 την 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 την λήψη των φαρμάκων του.

Όσον αφορά στη 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, ένα 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 Η Νόσος 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 μπορούν να προκαλέσουν την πάθηση αυτή, είναι:

- A) οι εκφυλιστικές αλλαγές των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου, που σχετίζονται με την ηλικία
- B) κάποια βλάβη του εγκεφάλου, η οποία προκλήθηκε από φάρμακα
- Γ) εγκεφαλικά ισχαιμικά επεισόδια
- Δ) ιδιογενής εγκεφαλίτιδα.⁹

Κύρια συμπτώματα της νόσου

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

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

Θεραπεία

✓ Χορήγηση φαρμάκων

Υπάρχουν πολλά φάρμακα που μπορούν να χορηγηθούν σε ένα 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 εξέλιξη 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

✓ Νευρικές μεταμοσχεύσεις

Κατά τη διάρκεια του 1970 μετά από έρευνες ανακαλύφθηκε ότι εγκεφαλικός ιστός εμβryών 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 εγκεφάλους ασθενών που πάσχουν από τη νόσο του Parkinson. Τα αποτελέσματα ήταν ασταθή, παρά την αποδεδειγμένη ικανότητα των εμβρυϊκών μοσχευμάτων να αφομοιωθούν από τον εγκέφαλο του ασθενούς. Επιπλέον, η μέθοδος αυτή έχει δημιουργήσει41 πολλά ηθικά ζητήματα με τα οποία κατά κύριο λόγο το κοινό στρέφεται ενάντια στην πραγματοποίηση τέτοιων ενεργειών.

✓ Ωχροτομή

Η ωχροτομή είναι μια 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 εξ' αιτίας των φαρμάκων. Η διαδικασία της ωχροτομής εμπεριέχει πολλούς κινδύνους, συμπεριλαμβανομένης της μερικής απώλειας της οράσεως ή του λόγου, καθώς και της πιθανότητας εμφράκτου.⁹

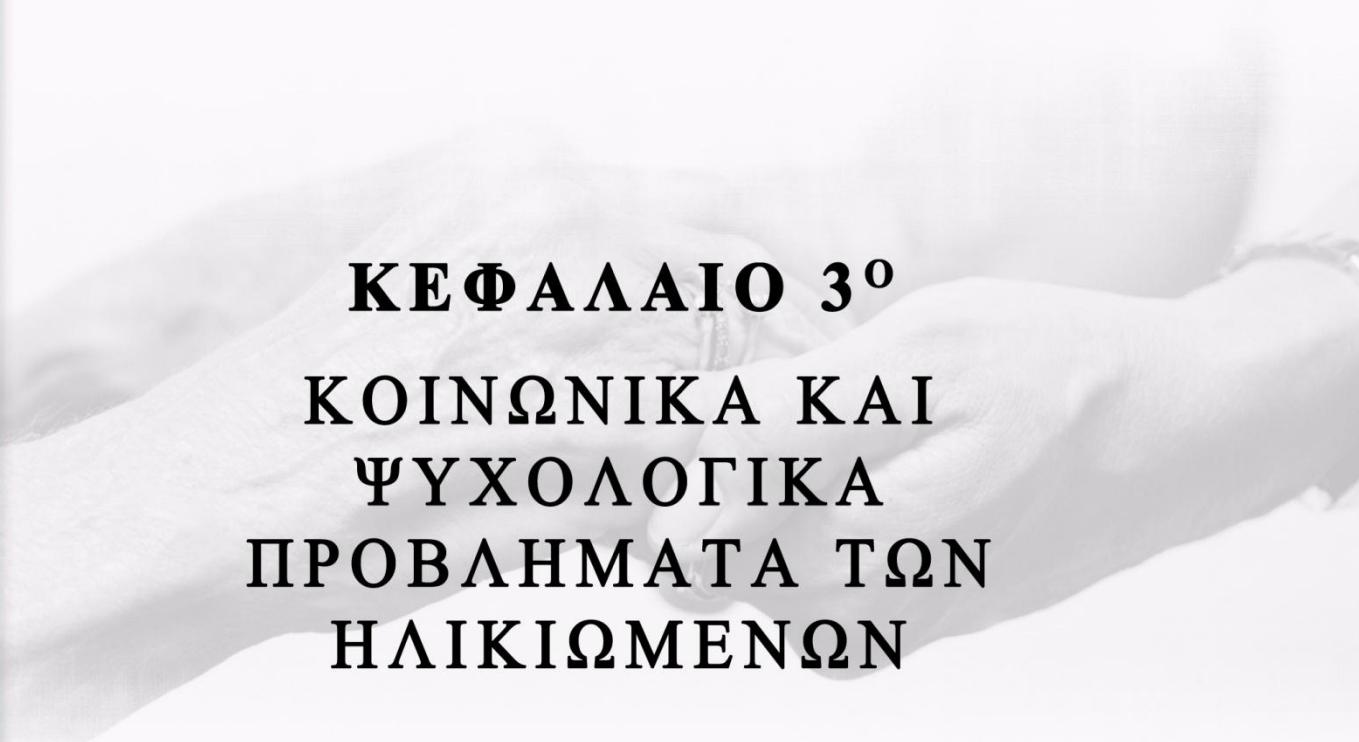
Νοσηλευτική παρέμβαση

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ηλικιωμένο που πάσχει από νόσο του Parkinson, αφορούν κυρίως ενέργειες που προλαμβάνουν ή αποκαθιστούν καταστάσεις όπως ο υποσιτισμός, η ανεπαρκής αυτό-φροντίδα 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 κατάσταση του, λόγω της μυϊκής δυσκαμψίας και του τρέμουλου κυρίως, δεν του επιτρέπει να λαμβάνει μόνος του τα γεύματα του. Επιπλέον, όταν παρατηρούνται επεισόδια δυσκαταποσίας, ο νοσηλευτής φροντίζει για την παρεντερική χορήγηση τροφής στον ασθενή.

Όσον αφορά στο φαινόμενο της ανεπαρκούς αυτό-φροντίδας και την πιθανότητα ανάπτυξης λοίμωξης, ο νοσηλευτής φροντίζει για την υγιεινή, τη 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 περιπατητικού τετραπόδου 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 την χορήγηση των φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής, καθώς και για την ενημέρωση του σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες που προκύπτουν από τη φαρμακευτική θεραπεία.⁹



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο
ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΑΙ
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

3.1 Συνταξιοδότηση - Περιθωριοποίηση - Ιδρυματοποίηση

Σύμφωνα με τα σημερινά δεδομένα, κατά το 67ο 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 συνταξιοδότηση του, του επισημαίνει την είσοδο του στην τρίτη ηλικία, γεγονός που προμηνύει τον ερχομό πολλών προβλημάτων κυρίως σε θύματα 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 συνταξιοδότηση 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 συνταξιοδότησης 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.²¹

Υπάρχουν διαφορές 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 άτομα βρίσκουν επαρκείς ευκαιρίες για ικανοποίηση από άλλες πηγές και έτσι οι στάσεις και οι δραστηριότητές τους δεν αλλάζουν μετά τη συνταξιοδότηση.

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:

- ✓ Τα άτομα διατηρούν τις πηγές ικανοποίησης και προσωπικής πληρότητας.
- ✓ Η μετάβαση γίνεται προοδευτικά, με προετοιμασία πριν από την έναρξη της συνταξιοδότησης.
- ✓ Υπάρχουν προϋποθέσεις για καλή ζωή (εισοδήματα, υγεία, κοινωνική υποστήριξη).
- ✓ Το άτομο έχει θετική στάση απέναντι στην 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 οικογενείας τους και στις περιπτώσεις που τα παιδιά τους ζουν μακριά, τα ηλικιωμένα πλέον άτομα μένουν μονά με το/τη σύζυγο 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, αναξιοσύνης και απόρριψης. Το κοινωνικό αυτό φαινόμενο παρατηρείται κυρίως στις ευπαθείς ομάδες των ανθρώπων στις οποίες συμπεριλαμβάνονται και οι ηλικιωμένοι.²¹

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 προσχωρούν στην ενεργεία της δραματοποίησης τους, ώστε να μην μένουν μονοί και να έχουν κάποιο άτομο που θα τους βοηθήσει και θα τους φροντίζει.

Το φαινόμενο της ιδρυματοποίησης, αποτελεί μια αμφιλεγόμενη ενεργεία. Αυτό συμβαίνει, γιατί συνήθως ενώ είναι για καλό σκοπό, οι ηλικιωμένοι δεν θέλουν να αφήσουν το σπίτι τους και προτιμούν να παραμείνουν μονοί τους εκεί, παρά να μεταφερθούν σε έναν οίκο ευγηρίας, 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 ευγηρία οι ηλικιωμένοι αποφεύγουν την ιδρυματοποίησης και όταν αυτή τελικά πραγματοποιηθεί, τότε τους γεννιούνται αισθήματα λύπης, αναξιοσύνης, θύμου, άγχους και απόσυρσης, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη καταθλιπτικών επεισοδίων που μπορεί να διαρκέσουν και χρόνια.^{21,22}

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

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 ανθρωπινά και να κάνουν ευχάριστα πράγματα όπως να σητιστούν όλοι μαζί σε κοινούς χώρους ή ακόμη και να ψυχαγωγηθούν.

3.2 Απώλεια αγαπημένου προσώπου – Μοναξιά -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 όποια 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 γενικότερης κοινωνικής απομόνωσης που συνήθως βιώνουν οι ηλικιωμένοι.²²

Επίσης, διάφορα πρόβλημα 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.

Επίσης, το πρόβλημα αυτό εντείνεται όταν ο ηλικιωμένος χάνει τι σύντροφο του και μένει μονάχος «πενθώντας» τόσο για το χαμό του δικού του ανθρώπου, όσο και για τη συνειδητοποίηση ότι και 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 συνομήλικοι τους πεθαίνουν, με αποτέλεσμα να συνειδητοποιούν πως το τέλος της ζωής είναι αναπόφευκτο. Όταν όμως χάνεται ένα αγαπημένο τους πρόσωπο ή ο σύντροφος τους, όπως συμβαίνει συνήθως, παρουσιάζουν πιο καταθλιπτική διάθεση επειδή χάνουν το <<άνθρωπο τους>>, με τον οποίο μοιραστήκαν όλες τις χάρες και τις λύπες της ζωή και τώρα ξαφνικά απομένουν μονοί, βουτηγμένοι σε συναισθήματα θλίψης και μοναξιάς, παρέα με τις αναμνήσεις και τη σκέψη του επερχομένου 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 ασιτία ή τον υποσιτισμό και τελικά μέχρι και στο θάνατο.

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 αναγνωρίζουν 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.²²

Αλλά σημεία 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 ακρών
- ❖ Τα δυσποϊνά φαινόμενα
- ❖ Η ζάλη, ο ίλιγγος, η συχνουρία
- ❖ Οι εφιδρώσεις και η ξηροστομία

Επιπλέον, τα αγχώδη άτομα αναπνέουν γρήγορα και ρηγά, 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.^{22,23}

Αρκετές φορές όμως οι ηλικιωμένοι δεν αντέχουν όλα αυτά τα αισθήματα και κυρίως δεν δέχομαι να συνειδητοποιήσουν την έννοια του θανάτου, με αποτέλεσμα να καταφεύγουν στην κατάχρηση ουσιών και κυρίως αλκοολούχων πότων 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 που μπορούν να συναναστραφούν και με άλλα άτομα, αλλά να καταναλώσουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, απαλύνοντας έτσι την βαριά μοναξιά τους.

Η κατάχρηση αυτή όμως, αντί να βοηθήσει 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.

3.3 Κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία

Η κατάθλιψη περιγράφεται ως μια ψυχική διαμάχη που επηρεάζει τόσο τη διάθεση, όσο και τις σκέψεις και συνδέεται από διάφορα συμπτώματα συμπεριλαμβανόμενων 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.

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 διαφορές 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.²³

Συμφώνα 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 αγάμους, τους διαζευγμένους και τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών.

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

- 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 προσθετοί παράγοντες, όπως βιοχημικοί περιβαλλοντικοί και άλλοι ψυχοκοινωνικοί που εμπλέκονται στην εμφάνιση της κατάθλιψης.

- Ψυχοπιεστικά γεγονότα:

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

- Σωματικά νοσήματα:

Σωματικά νοσήματα, όπως οι διαφορές 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.²³

3.3.1 Κλινική εικόνα- Συμπτωματολογία της κατάθλιψης

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 μέρα 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.^{24,25}
- ❖ Ιδέες αυτοκτονίας. Ο ασθενής βρίσκει σαν μοναδική λύση του δράματος που βιώνει την αυτοκτονία. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε άτομα με κατάθλιψη.
- ❖ Διαταραχή του ύπνου. Ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη, συνήθως εμφανίζει έντονη αϋπνία ή αντιθέτως (με λιγότερη συχνότητα) υπερυπνία. Για παράδειγμα, κάποιος ασθενής μπορεί να κοιμούνται όλη την μέρα, ενώ κάποιος άλλος δυσκολεύονται πολύ ή ξυπνούν συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας με αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων του stress.

- ❖ 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.
- ❖ Αρνητική ερμηνεία των γεγονότων. Το άτομο με κατάθλιψη βλέπει τα γεγονότα γύρω του με αρνητική προδιάθεση.
- ❖ 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.^{24,25}

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:

- ❖ Να προκαλούν σημαντική δυσφορία ή διαταραχή στη λειτουργικότητα του ασθενούς.
- ❖ Να μην οφείλονται στη δράση ουσιών, φαρμάκων ή στην ύπαρξη κάποιους παθολογικής αιτίας.
- ❖ Να μην οφείλονται σε πένθος.²⁴

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 δραστηριότητες²⁵
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.²⁵

Συμπτωματολογία

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

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.

B) Ψυχολογικά:

- ❖ Κακή διάθεση κυρίως τις πρωινές ώρες
- ❖ Απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης.²⁶
- ❖ 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.²⁶

Θεραπεία

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

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.^{26,27}

ΦΑΡΜΑΚΟΚΙΝΗΤΙΚΗ:

1. Στα άτομα της τρίτης ηλικίας παρατηρείται ελάττωση των ηπατικών λειτουργιών, λόγω της εκφυλισής 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.^{26,27}

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.^{26,27}

3.4 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 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.²⁸ 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 (χηρεία 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 αυτοκτονίας στο παρελθόν, ενώ το 10 - 15% των αποπειραθέντων αναμένεται να αυτοκτονήσουν την προσεχή δεκαετία.²⁸

3.4.1 Πρόληψη και αντιμετώπιση-θεραπευτική προσέγγιση των αυτοκτονικών τάσεων των ηλικιωμένων ατόμων

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 υπό αναγνώριση και υποθεραπεία της κατάθλιψης³.

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 εκκεντρικότητα ή περιέργους χαρακτήρες, με αποτέλεσμα την υπααναγνώριση του προβλήματος.

Η αυτοκτονική συμπεριφορά ενός ατόμου μπορεί να προληφθεί αρκεί βεβαία 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 εκκρεμότητες του, μοιράζει ή πετάει τα ρούχα του, ζητά συγγνώμη από ανθρώπους που πλήγωσε, γράφει αποχαιρετιστήριο γράμμα, ετοιμάζει την 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 να αντιδρούμε άμεσα και υπεύθυνα. Σε καμία 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.³

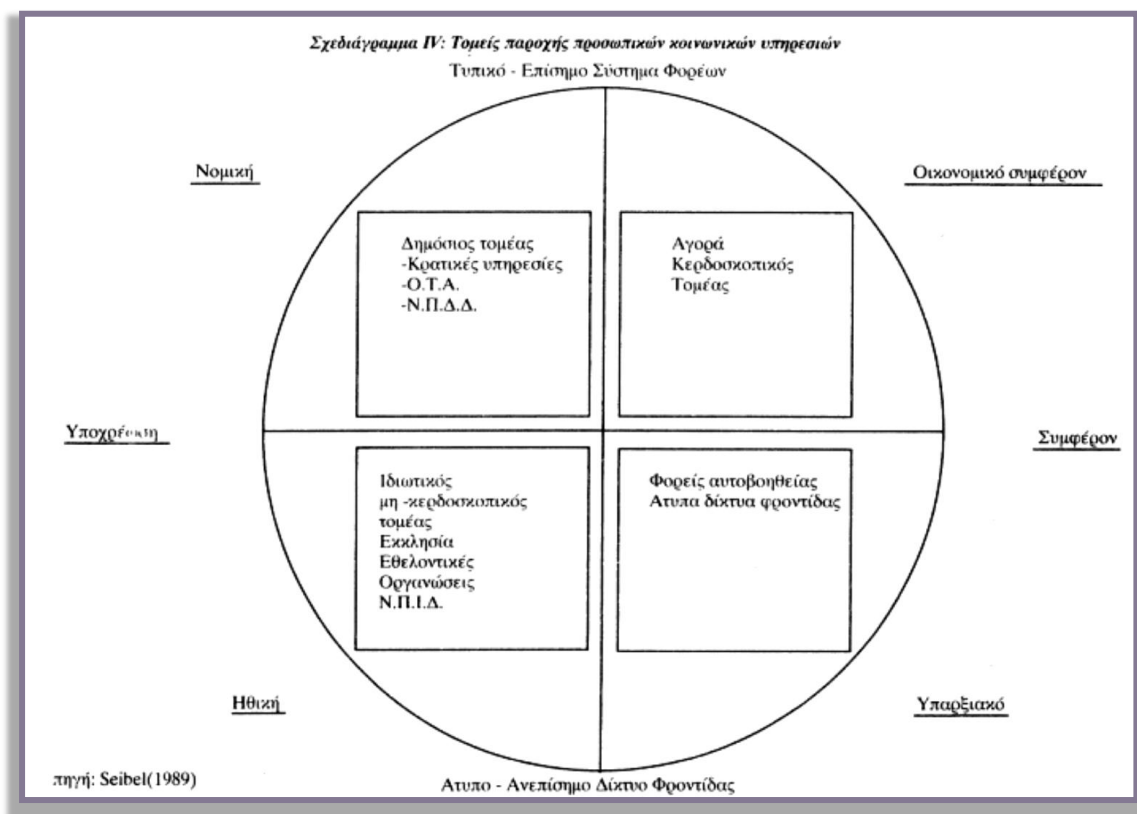


ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο
ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

4.1 Επίσημα δίκτυα φροντίδας

Ο Seibel (1989) έχει κατατάξει τους φορείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών σε τέσσερις τομείς, τον καθένα με τα δικά του χαρακτηριστικά (σχήμα 1). Αυτοί είναι ο Δημόσιος τομέας, ο Εθελοντικός μη-κερδοσκοπικός, ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας, και τα άτυπα δίκτυα φροντίδας. Οι φορείς του Δημόσιου τομέα, του εθελοντικού μη κερδοσκοπικού και του ιδιωτικού κερδοσκοπικού αναφέρονται και ως επίσημα δίκτυα φροντίδας. Είναι αυτονόητο ότι η ταξινόμηση αυτή γίνεται για αναλυτικούς λόγους, γιατί στην καθημερινή επαγγελματική πρακτική είναι γνωστό ότι υπάρχει επικάλυψη των φορέων στην παροχή υπηρεσιών.^{29,30}

Σχήμα 1



Στα επίσημα δίκτυα φροντίδας ανήκουν φορείς που εντάσσονται στο Δημόσιο τομέα, στον εθελοντικό μη κερδοσκοπικό και στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό. Στους φορείς που στο Δημόσιο τομέα περιλαμβάνονται οι κρατικές υπηρεσίες, ιδίως εκείνες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Ακόμη, στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι κοινωνικές υπηρεσίες τις οποίες παρέχουν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Χαρακτηριστικό γνώρισμα των προνοιακών φορέων του δημοσίου τομέα είναι ότι αποτελούν θεσμοθετημένα όργανα με νομική υπόσταση. Έχουν νομική υποχρέωση να παρέχουν τις προβλεπόμενες κατά περίπτωση προνοιακές υπηρεσίες στους πολίτες κατά κανόνα δωρεάν. Επίσης εξασφαλίζουν ένα επίπεδο οικονομικής διαβίωσης με τα επιδόματα και άλλες μορφές προστασίας σε άτομα και οικογένειες που στερούνται των αναγκαίων πόρων.

Στον εθελοντικό μη κερδοσκοπικό τομέα ανήκουν φορείς μη κυβερνητικοί όπως είναι η Εκκλησία, οι Εθελοντικές Οργανώσεις και τα Φιλανθρωπικά σωματεία.^{10,30} Πρόκειται, κατά κανόνα, για Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα τα οποία λειτουργούν κάτω από την εποπτεία των Υπουργείων Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και το Υπουργείο Οικονομικών.

Οι βασικοί ρόλοι του εθελοντικού τομέα είναι οι εξής:

- i. Ο δημιουργικός ρόλος. Ο εθελοντικός τομέας είναι από το φύση του ελεύθερος να καινοτομεί, να αναλαμβάνει προγράμματα και δραστηριότητες που αποσκοπούν στην πλήρη ανάπτυξη των ατόμων και των οικογενειών.
- ii. Στο δεύτερο ρόλο παροχής υπηρεσιών, ο εθελοντικός τομέας λειτουργεί: α) συμπληρωματικά προς το δημόσιο τομέα, β) υποβοηθητικά προς το δημόσιο. Το ίδιο ισχύει και για το ρόλο του εθελοντικού τομέα όσον αφορά τις οικονομικές παροχές, σε σχέση με το δημόσιο τομέα.
- iii. Στον ιδιωτικό τομέα εντάσσονται οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί φορείς. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει την ευθύνη για την έκδοση άδειας λειτουργίας και την εποπτεία τέτοιων οργανισμών. Οι δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών καλύπτονται άμεσα ή έμμεσα από τους εξυπηρετούμενους ή τις οικογένειες τους. Ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας, επειδή λειτουργεί έξω από το δεσμευτικό πλαίσιο των δημοσίων υπηρεσιών, κινείται με πιο γρήγορους ρυθμούς από το Δημόσιο.

4.1.1 Επίσημα δίκτυα φροντίδας του δημόσιου τομέα

Τα επίσημα δίκτυα φροντίδας που αναφέρονται σε αυτή την ενότητα απευθύνονται και στον γενικό πληθυσμό, αλλά και στους ηλικιωμένους.

Υπηρεσίες και προγράμματα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας Πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας και οι εξωϊδρυματικές ιατρικές υπηρεσίες βοηθούν τον ηλικιωμένο να παρατείνει την κοινωνική λειτουργία του και να αποφύγει την εισαγωγή του σε ίδρυμα. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας παρέχεται κυρίως από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) που περιλαμβάνει κέντρα υγείας στις αγροτικές περιοχές και τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων στις αστικές περιοχές, υπηρεσίες.^{29,30}

- ✓ Κύριοι ρόλοι
- ✓ Επί μέρους ρόλοι
- ✓ Δραστηριότητες - στόχοι
- ✓ Δημιουργικός Αναπτυξιακός ρόλος
- ✓ Ανάπτυξη ατόμου
- ✓ Ανάπτυξη κοινότητας
- ✓ Ανάπτυξη καινοτομικός
- ✓ Πρωτοποριακά προγράμματα
- ✓ Διαμεσολαβητικός ρόλος συνηγόρου – διαμεσολαβητή για μη προνομιούχες ομάδες
- ✓ Παροχή υπηρεσιών συμπληρωματικός του δημόσιου τομέα,
- ✓ Κάλυψη αναγκών: για υπηρεσίες και επιδόματα σε είδος
- ✓ Υποβοηθητικός του δημόσιου τομέα
- ✓ Παροχή οικονομικής βοήθειας
- ✓ Βοήθεια σε χρήμα
- ✓ Βοήθεια σε είδος που παρέχονται από διάφορους ασφαλιστικούς φορείς, από την Τοπική Αυτοδιοίκηση και από τον ιδιωτικό τομέα.

Οι γιατροί που παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορεί να εργάζονται: α) σε νοσοκομείο, β) σε πολυϊατρεία ασφαλιστικών φορέων, γ) να έχουν δικό τους ιατρείο και να είναι συμβεβλημένοι με ένα ή περισσότερα ταμεία, ή δ) να είναι γιατροί που για διάφορους λόγους δεν θέλουν να συμβληθούν με ταμεία υγείας, το κόστος των υπηρεσιών των οποίων καλύπτεται εξ ολοκλήρου από τους ασθενείς.

Τα Κέντρα Υγείας είναι βασική μονάδα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ιδρύθηκαν το 1983 με στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας στον αγροτικό πληθυσμό. Παρέχουν πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, νοσηλεία και παρακολούθηση των ασθενών, μεταφέρουν ασθενείς στο Κέντρο Υγείας ή σε νοσοκομεία, ασκούν προληπτική ιατρική, παρέχουν φάρμακα, και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Πρωτοβάθμια περίθαλψη προσφέρεται και στα εξωτερικά ιατρεία των μεγάλων νοσοκομείων όπου όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων. Με το Ν. 2519/1997 προβλεπόταν να λειτουργούν τα νοσοκομεία το απόγευμα και οι γιατροί των νοσοκομείων να επισκέπτονται τους ασθενείς στα σπίτια.

Επίσης πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται και από τα νοσοκομεία ημέρας. Στα νοσοκομεία ημέρας προσφέρεται εκτός από την απαραίτητη νοσηλεία, φυσικοθεραπεία, διατροφή, ασφάλεια, ψυχαγωγία. Είναι στελεχωμένα με γιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και εθελοντές. Για παράδειγμα στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών λειτουργεί Νοσοκομείο Ημέρας, όπως και τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής διαθέτουν Μονάδες ημερήσιας περίθαλψης. Δευτεροβάθμια περίθαλψη.^{29,30}

Τα νοσοκομεία παρέχουν δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκουν και σε ηλικιωμένους ασθενείς. Παράλληλα από το 1992 θεσμοθετήθηκε η κατ'οίκον νοσηλεία και στην Ελλάδα. Αρκετά νοσοκομεία της χώρας παρέχουν και κατ'οίκον νοσηλεία. Η υπηρεσία της «κατ'οίκον νοσηλεία» παίζει σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση και στην ενεργοποίηση της οικογένειας και του ασθενή στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας. Στελεχώνεται από ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας και άλλο εξειδικευμένο προσωπικό με πλήρη ή μερική απασχόληση.

4.1.2 Υπηρεσίες και προγράμματα του δημοσίου συστήματος κοινωνικής φροντίδας

❖ Οικονομική ενίσχυση

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης διαθέτει προγράμματα οικονομικής ενίσχυσης για άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα. Οι Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας της κάθε Νομαρχίας παρέχουν οικονομική ενίσχυση σε ανασφάλιστα ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών με απόλυτη αναπηρία, όπως επίσης δίδεται έκτακτη οικονομική ενίσχυση σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, ενώ παρέχεται και επιδότηση ενοικίου σε άτομα άνω των 65 που δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη και βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία.. Ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας παρέχει βοήθεια σε φτωχούς ηλικιωμένους.¹⁰

❖ Ιδρυματική περίθαλψη

Τα θεραπευτήρια χρονίων παθήσεων (ΘΧΠ) του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχουν σκοπό την περίθαλψη χρονίως πασχόντων, επομένως και ηλικιωμένων, καθώς και την ιατρική και κοινωνική τους αποκατάσταση. Μέσα σε κάθε ΘΧΠ λειτουργεί μονάδα αποκατάστασης στελεχωμένη με γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και άλλες ειδικότητες.

❖ Κοινοτικά προγράμματα

Το κράτος και η τοπική αυτοδιοίκηση παρέχουν επίσης υπηρεσίες που έχουν σαν στόχο την κοινοτική φροντίδα των ηλικιωμένων.

1. Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

Τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν υπηρεσίες για ηλικιωμένους σε τοπικό επίπεδο, που παρέχουν ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα και διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες. Γίνονται δεκτά άτομα 60 ετών και άνω που είναι κάτοικοι του Δήμου στον οποίο λειτουργεί Κ.Α.Π.Η..

Το προσωπικό συνίσταται από ιατρό με μερική απασχόληση, κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτρια αδελφή ή νοσοκόμα τριετούς φοίτησης, φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, οικογενειακή βοηθό.

Σύμφωνα με τον Οργανισμό των Κ.Α.Π.Η. σκοπός είναι: α) η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου, β) η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

2. Τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι»

Πρόκειται για παροχή πρακτικών υπηρεσιών σε μέλη των ΚΑΠΗ στο σπίτι τους. Το πρόγραμμα προσφέρει ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στα σπίτια, νοσηλευτικές υπηρεσίες και φυσικοθεραπεία, κοινωνική εργασία με άτομα, ομάδες και κοινότητα, κοινωνική εργασία με την οικογένεια. Σημαντικές επίσης παροχές για τον ηλικιωμένο είναι οι πρακτικές εξυπηρετήσεις όπως: εξόφληση λογαριασμών, ψώνια, μαγείρεμα, βασική καθαριότητα του σπιτιού.

3. Οι Λέσχες φιλίας

Οι Λέσχες Φιλίας του Δήμου Αθηναίων είναι θεσμός που εξυπηρετεί ανάγκες ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας που είναι δημότες και κάτοικοι της Αθήνας. Ιδρύθηκαν το 1985. Στόχο έχουν να προσφέρουν σε ηλικιωμένα άτομα φροντίδα και υποστήριξη, ψυχαγωγία και δημιουργική απασχόληση, κοινωνικές υπηρεσίες και προληπτική φροντίδα υγείας.¹⁰

4. Τα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας του ΕΟΠ

Στα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας του ΕΟΠ επιδιώκεται η δημιουργία ενός μόνιμου χώρου όπου τα άτομα τρίτης ηλικίας συναντώνται και αναπτύσσουν την κοινωνικότητά τους, αξιοποιώντας ομαδικά και δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους. Σε ορισμένα από αυτά από το 1991 είχε αρχίσει να εφαρμόζεται πειραματικά ένα πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι.

5. Άλλα προγράμματα για ηλικιωμένους

Το Πρόγραμμα Ageing Well Europe αποτελεί ένα πανευρωπαϊκό πρόγραμμα υγείας για ηλικιωμένους που έχει στόχο την επιμήκυνση της ενεργού και μη εξαρτημένης διάρκειας ζωής των ηλικιωμένων, μέσω της προαγωγής της καλής υγείας. Το Ελληνικό πρόγραμμα προαγωγής της υγείας στην τρίτη ηλικία ξεκίνησε το 1996 από την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία. Σκοπός είναι η δημιουργία εθνικού δικτύου προαγωγής υγείας για τους ηλικιωμένους.¹⁰

4.2 Επίσημα δίκτυα φροντίδας του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα

Υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους παρέχει και η εκκλησία, οι διάφορες μη κυβερνητικές οργανώσεις και η ιδιωτική-επιχειρηματική πρωτοβουλία.

1. Το έργο της Εκκλησίας.

Η Αρχιεπισκοπή Αθηνών και όλες οι Μητροπόλεις διαθέτουν Γενικά και Ενοριακά Φιλόπτωχα Ταμεία που βοηθούν άτομα που έχουν ανάγκη. Τα Κέντρα Ενοριακής Αγάπης (ΚΕΑ) παρέχουν τροφή, ειδική φροντίδα και στοργή σε υπερήλικες.

Οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν τροφή, ηθική ενίσχυση και παρηγοριά. Η Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών έχει συστήσει από το 1969 ειδική Κοινωνική Υπηρεσία για τη βοήθεια αναξιοπαθούντων ατόμων όλων των ηλικιών.¹⁰

2. Η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (ΕΕΣ)

Ο ΕΕΣ ίδρυσε υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι που παρέχει νοσηλευτική φροντίδα σε άτομα όλων των ηλικιών που εξέρχονται από το νοσοκομείο, ιατρική εξέταση όλων των ατόμων που εντάσσονται στο πρόγραμμα, φυσιοθεραπεία- αποκατάσταση, βοήθεια για εξέταση από γιατρούς, εργαστηριακές εξετάσεις, εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και των ασθενών και ενεργοποίηση τους στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας.

3. Το πρόγραμμα τηλεσυναγερμού

Το πρόγραμμα τηλεσυναγερμού στο σπίτι εφαρμόζεται στην Αθήνα και πρόσφατα στην Θεσσαλονίκη από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό (ΕΕΣ) με την συνεργασία του Υπουργείου Υγείας με σκοπό την παροχή άμεσης βοήθειας σε έκτακτες καταστάσεις μέσα από σύγχρονα τεχνολογικά μέσα σε ηλικιωμένα μοναχικά άτομα, άτομα με ειδικές ανάγκες και χρόνιες παθήσεις.

4.3 Ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας

4.3.1 Δίκτυα άτυπης φροντίδας

Στον τέταρτο τομέα των δικτύων εντάσσονται οι φορείς αυτοβοήθειας και τα δίκτυα άτυπης φροντίδας. Κατά κανόνα δεν υπάρχει νομικό πλαίσιο λειτουργίας, καιόπου υπάρχει, συνήθως οι ομάδες αυτοβοήθειας λειτουργούν ως σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η κατηγορία αυτή χαρακτηρίζεται από τον ανεπίσημο τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας.

Ο όρος "ανεπίσημη φροντίδα" επίσης χρησιμοποιείται για να διακρίνεται από παρόμοιες μορφές φροντίδας η οποία όμως παρέχεται με αμοιβή από οικιακές βοηθούς, πρακτικές νοσοκόμες, φροντιστές ηλικιωμένων κ.ά. Η Στασινοπούλου δίνει τον εξής ορισμό και την περιγραφή των μορφών της άτυπης φροντίδας: Η ανεπίσημη φροντίδα είναι η βοήθεια και η στήριξη που προσφέρουν τα λεγόμενα "άτυπα δίκτυα", δηλαδή τα οικογενειακά σχήματα, οι συγγενείς, οι φίλοι, οι γείτονες, οι συνάδελφοι στο χώρο εργασίας. Βασικός φορέας άτυπης φροντίδας είναι η οικογένεια, και ακολουθούν οι συγγενείς, οι φίλοι, οι γείτονες. "Η οικογένεια θεωρείται το πιο σημαντικό άτυπο κοινωνικό δίκτυο όπως προκύπτει από διάφορες έρευνες, τόσο στη χώρα μας όσο και στις χώρες με διευρυμένα συστήματα κράτους πρόνοιας".

Στην Ελλάδα επικρατεί η αντίληψη ότι τα άτυπα δίκτυα, ιδιαίτερα τα οικογενειακά και ευρύτερα συγγενικά δίκτυα, παρέχουν ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας, καθημερινής αλλά και εντατικής, καθώς υποκαθιστούν ή συμπληρώνουν σε μεγάλο βαθμό το επίσημο δίκτυο των κοινωνικών υπηρεσιών. Άλλωστε δεν έχουν επιλογή, εφόσον απουσιάζουν οι απαραίτητες υπηρεσίες που θα κάλυπταν αυτές τις ανάγκες.

Το βασικό κίνητρο στη λειτουργία των άτυπων δικτύων είναι η αυτοβοήθεια, και το ενδιαφέρον για εξυπηρέτηση ατόμων με παρόμοιες ανάγκες και προβλήματα. Όπως επισημαίνει ο Johnson, οι ομάδες αυτοβοήθειας σχηματίζονται από ανθρώπους οι οποίοι αντιμετωπίζουν ένα κοινό πρόβλημα.¹⁰

Οι ομάδες αυτές είναι πλέον συνηθισμένο φαινόμενο στις σύγχρονες κοινωνίες για τους εξής λόγους: α) υπάρχει αδυναμία του κράτους να καλύψει όλες τις ανάγκες για

κοινωνική προστασία, β) επικρατεί η αντίληψη ότι οι πολίτες πρέπει να αυτενεργούν και να στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις, παρά να περιμένουν λύσεις στα προβλήματα τους από τις κρατικές υπηρεσίες, γ) υπάρχει η πεποίθηση ότι, αν οργανωθούν οι πολίτες σε ομάδες αυτοβοήθειας, θα επιτύχουν πολύ περισσότερα οφέλη παρά αν δράσουν ατομικά. Με τη συλλογική δράση οι πολίτες νοιώθουν ότι έχουν τον έλεγχο των πράξεων τους και δεν εξαρτώνται από τη διάθεση και το ενδιαφέρον των κρατικών λειτουργιών.

Οι σχέσεις μεταξύ του επίσημου τομέα παροχής κοινωνικής φροντίδας και του ανεπίσημου τομέα δεν είναι εύκολο να ερευνηθούν εμπειρικά επειδή υπάρχουν πολλές εννοιολογικές ασάφειες και μεθοδολογικές δυσκολίες. Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι σχέσεις είναι συμπληρωματικές. Άλλοι πιστεύουν ότι οι δυνατότητες διαπλοκής και συντονισμού είναι περιορισμένες ή και ανύπαρκτες. Ακόμη δεν είναι σαφές πως αλληλοεπηρεάζονται οι δύο τομείς.

Συχνά στις συζητήσεις για την έκταση και τη μορφή της ανεπίσημης φροντίδας γίνεται αναφορά στην έμφαση που δίνεται τελευταία στην παροχή υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα. Η τάση αυτή ξεκίνησε με την πολιτική αποασυλοποίησης και συρρίκνωσης των ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης για χρονίως πάσχοντες από σωματικές αναπηρίες και ψυχολογικές διαταραχές. Με την αποασυλοποίηση επιδιώκεται η ενσωμάτωση του ατόμου στο οικογενειακό και κοινοτικό του περιβάλλον. Η έμφαση είναι στη φροντίδα μέσα στην κοινότητα και από την ίδια την τοπική κοινότητα.

Η φροντίδα μέσα στην κοινότητα, όπως επισημαίνει η Στασινοπούλου, αναφέρεται "στη δημιουργία εξωϊδρυματικών αλλά κυρίως επίσημων μορφών (φροντίδας) με ενδιαφέρον για την ενεργό συμμετοχή της τοπικής κοινότητας". Η φροντίδα από την κοινότητα "αφορά κατά κύριο λόγο τη λειτουργία άτυπων δικτύων" κυρίως από την οικογένεια, τους συγγενείς, τους φίλους και, κυρίως, τις γυναίκες. Η τοπική κοινότητα, από τη σκοπιά της παροχής φροντίδας, ενδιαφέρει τόσο σαν πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργούν τα διάφορα άτυπα και άλλα κοινωνικά δίκτυα, όσο και σαν πηγή παροχής φροντίδας.

Με την θεσμοθέτηση του δευτέρου βαθμού τοπικής αυτοδιοίκησης – της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης - στην Ελλάδα, έχει ήδη τεθεί το θέμα των αρμοδιοτήτων και του ρόλου της Κεντρικής Εξουσίας και Τοπικής Αυτοδιοίκησης (πρώτου και δεύτερου βαθμού) στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας. Δεν είναι ακόμη

σαφές πώς θα γίνει αυτός ο διαχωρισμός και ποιον τελικά ρόλο θα κληθεί να παίξει η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Η Κεντρική διοίκηση έχει την επιτελική ευθύνη για τον στρατηγικό σχεδιασμό του συνόλου των κοινωνικών υπηρεσιών, δηλαδή Υγεία/ Ψυχική υγεία, Κοινωνική Ασφάλεια/ Ασφάλιση, Κοινωνική Κατοικία, Εκπαίδευση, Προσωπικές Κοινωνικές Υπηρεσίες.¹⁰

4.3.2 Φροντίδα των ηλικιωμένων από τα άτυπα δίκτυα και την οικογένεια

Τα άτυπα δίκτυα συγγενών, φίλων, γειτόνων και της γενικότερης κοινότητας έχουν παίξει μέχρι σήμερα σημαντικό ρόλο στην φροντίδα των ηλικιωμένων. Τα άτυπα δίκτυα προσφέρουν βοήθεια, όπως οικονομική ενίσχυση, στέγαση, σίτιση, βοήθεια για εξυπηρέτηση αναγκών, όπως μετακινήσεις, προσωπική καθαριότητα καθώς και ψυχολογική στήριξη και παρέα. Ο ρόλος, όμως, των άτυπων δικτύων στην φροντίδα των ηλικιωμένων, αν και ακόμα αρκετά εκτεταμένος, θεωρείται ότι έχει μειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Τα τελευταία χρόνια η προώθηση της άτυπης φροντίδας των ηλικιωμένων έχει πάρει θέση προτεραιότητας στην κοινωνική πολιτική των χωρών της Κοινότητας.

Γίνεται προσπάθεια να μειωθεί η έκταση της κρατικής, και ιδίως της ιδρυματικής, περίθαλψης των ηλικιωμένων και να τονωθεί η παροχή άτυπης φροντίδας από συγγενείς, φίλους και γείτονες. Η στροφή αυτή των κρατών προς την άτυπη φροντίδα έχει να κάνει όχι μόνο με το σχετικό κόστος των δύο μορφών περίθαλψης, αλλά και με διαπιστώσεις για την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται από τις διαφορετικές πηγές, και με τις προτιμήσεις των ίδιων των ηλικιωμένων. Οι προσπάθειες, όμως, για την ενίσχυση του ρόλου των άτυπων δικτύων στην παροχή φροντίδας εγκυμονούν ορισμένους κινδύνους.³¹

Σε όλες τις χώρες της Κοινότητας, το βάρος της άτυπης φροντίδας πέφτει στις γυναίκες. Όπως έχει παρατηρηθεί σχετικά με τον ευρύτατα διαδεδομένο αυτή τη στιγμή στόχο της «φροντίδας στην οικογένεια και την κοινότητα», οι λέξεις «οικογένεια» και «κοινότητα» αποτελούν ευφημισμό για γυναίκες συγγενείς. Έχει επίσης επισημανθεί ότι, με τις προσπάθειες του κράτους αν αναλάβουν η οικογένεια και η κοινότητα μεγαλύτερο ρόλο στην παροχή άτυπης φροντίδας, τίθενται θέματα

της ελευθερίας και της επιλογής του ατόμου, και από τη μεριά αυτών από τους οποίους ζητείται η βοήθεια και από την μεριά αυτών που παροτρύνονται να καταφύγουν στην οικογένεια ή σε άλλα πρόσωπα για βοήθεια. Όπως έχει παρατηρηθεί, δε πρέπει η οικογένεια και το κράτος να θεωρούνται εναλλακτικές λύσεις φροντίδας, αλλά συμπληρωματικές μορφές που οι δεσμοί ανάμεσα τους και οι αλληλεπιδράσεις τους πρέπει να ερευνηθούν.

Οι αρχές και οι αξίες που διέπουν την κυκλοφορία αγαθών και υπηρεσιών στα άτυπα δίκτυα διαφέρουν από εκείνες που διέπουν την κυκλοφορία αγαθών και υπηρεσιών στην αγορά. Οι τρόποι και η συχνότητα ανταλλαγής βοήθειας από τα άτυπα δίκτυα εξαρτώνται από τις ανάγκες των διαφόρων κοινωνικών ομάδων, τις δυνατότητές τους να καλύψουν τις ανάγκες αυτές, τις εναλλακτικές επιλογές ή λύσεις από το να ζητήσουν βοήθεια από τα δίκτυα αυτά και τις αντιλήψεις προς τα διάφορα άτομα ή οργανισμούς, από τους οποίους μπορεί να ζητηθεί βοήθεια.

Την τελευταία δεκαετία, διάφοροι παρατηρητές, κοινωνικοί επιστήμονες και μη, έχουν ισχυριστεί ότι αυτά τα δίκτυα έχουν αποδυναμωθεί σημαντικά και δεν προσφέρουν την ίδια βοήθεια όπως παλιότερα. Βέβαια, δεν υπάρχουν ουσιαστικά στοιχεία που να στηρίζουν αυτή την άποψη. Παραμένει μια υπόθεση. Δεν υπάρχουν κατάλληλες έρευνες για τις σχέσεις συγγενών και την ανταλλαγή βοήθειας ανάμεσα στους συγγενείς για τη σημερινή Ελλάδα, ούτε αντίστοιχες έρευνες για το παρελθόν, που θα επέτρεπαν να γίνει μία σύγκριση του χθες με το σήμερα.³¹

Όπως έχει φανεί από πρόσφατες κριτικές παλαιότερων εργασιών για την οικογένεια στην Ευρώπη, υπάρχει μία τάση για εξιδανίκευση της οικογένειας του παρελθόντος. Η οικογένεια του παρελθόντος παρουσιάζεται με ρόδινα χαρακτηριστικά που συνήθως δεν ανταποκρίνονται στην τότε πραγματικότητα. Αυτή η ρόδινη εικόνα της οικογένειας του παρελθόντος επηρεάζει τις εικόνες που χτίζουμε για τη σημερινή οικογένεια. Αν και πρέπει να κρατώνται αποστάσεις από τις εξιδανικεύσεις της οικογένειας του παρελθόντος, πρέπει ταυτόχρονα να αναγνωρισθεί ότι σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές αλλαγές, που έχουν συσχετισθεί αλλού με σημαντικές αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας, τις έχει γνωρίσει και η Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες και πιθανότατα είχαν σημαντικές επιπτώσεις στην οικογένεια και εδώ. Ανάμεσα σ' αυτές τις οικονομικές και κοινωνικές αλλαγές είναι η μετανάστευση, η εκβιομηχάνιση και η αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στην πληρωμένη εργασία έξω από το σπίτι. Η μορφή των επιπτώσεων αυτών των αλλαγών

εξαρτάται από το πώς συνδυάζονται οι δομικές αλλαγές ή οι διαδικασίες αυτές με τις προϋπάρχουσες δομές της συγκεκριμένης κοινωνίας.

Η οικογένεια παίζει όλο και σημαντικότερο ρόλο στο κοινωνικό δίκτυο του ατόμου. Η συμβολή του/ της συζύγου είναι πρωταρχική. Ακολουθεί αυτή των παιδιών, των αδελφών και των άλλων συγγενών. Ειδικά το ηλικιωμένο άτομο εξαρτάται όλο και περισσότερο με την αύξηση της ηλικίας από την οικογένειά του και η εξάρτηση αυτή μπορεί να εκδηλωθεί σε διάφορους τομείς της ζωής. Εξάρτηση σημαίνει ότι το άτομο ενεργητικά ή παθητικά ζητά ή αποδέχεται βοήθεια απ' όλους σε βαθμό μεγαλύτερο απ' αυτόν που απαιτείται για να αντιμετωπίσει τις σωματικές και ψυχολογικές του ανάγκες.

Η εξάρτηση είναι για παράδειγμα μια φυσιολογική κατάσταση για τα παιδιά, αλλά όσο μεγαλώνουν τόσο αυξάνει η τάση και η πίεση για ανεξαρτησία. Στους ηλικιωμένους η εξάρτηση επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως η σωματική αδυναμία, η ψυχική υγεία, η χρήση φαρμάκων, το περιβάλλον και οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Το ίδιο το περιβάλλον του ηλικιωμένου μπορεί να γίνεται πιο προστατευτικό και να φέρει σε κατάσταση εξάρτησης τον ηλικιωμένο αν ανησυχεί για την κατάστασή του. Η εξαρτημένη απ' όλους συμπεριφορά μπορεί να εκδηλωθεί σε διάφορους τομείς, όπως ο νοητικός, ο σωματικός ή ο οικονομικός, και σε διάφορα επίπεδα όπως το συμπεριφορικό, το προσωπικό, περιστασιακό ή διαπροσωπικό. Αιτίες της εξάρτησης μπορεί να είναι κοινωνικο- πολιτισμικές, οικονομικές, περιβαλλοντικές, και προσωπικότητας. Πολλές φορές η εξάρτηση από τους άλλους δημιουργεί προβλήματα και στο άτομο και στους οικείους του, αλλά σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσει στη προσαρμογή κυρίως σε νέες καταστάσεις.³¹

Γενικά, η σημασία της οικογένειας με τις σχέσεις αλληλεξάρτησης που έχει είναι μεγάλη για όλους, υγιείς και ασθενείς. Γίνεται, όμως, ακόμη πιο μεγάλη στην περίπτωση που το άτομο αρρωσταίνει. Το είδος της φροντίδας αλλάζει, επίσης, διότι οι ηλικιωμένοι πλέον δεν ασθενούν από οξείες καταστάσεις, αλλά από χρόνιες. Αυτό σημαίνει ότι η φροντίδα είναι για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και πιο δύσκολη.

Φροντίδα προς τους ηλικιωμένους προσφέρουν κυρίως οι σύζυγοι (περίπου 30%) και τα ενήλικα παιδιά (30%-40%), εκ των οποίων το 80% είναι γυναίκες. Η συνήθης ηλικία των γυναικών είναι τα 40-50 οπότε και πιέζονται από τη μία από τις απαιτήσεις της δουλειάς και της δικής τους οικογένειας και από την άλλη από την ανάγκη φροντίδας των γονέων. Σε οικογένειες με περισσότερα του ενός παιδιά, τη φροντίδα του ηλικιωμένου αναλαμβάνει αυτός που είναι πιο πρόσφορος είτε

γεωγραφικά, είτε συζυγικά, είτε εργασιακά, είτε από άποψη παιδιών. Αν και οι γυναίκες φροντίζουν περισσότερο την οικογένεια, οι άνδρες αισθάνονται εξίσου την υποχρέωση ή τη στοργή.

Η προσφορά των ανδρών είναι περισσότερο οικονομική, στην συντήρηση του σπιτιού και στις επισκευές, ενώ των γυναικών στη φροντίδα υγείας.

Η Πουλοπούλου- Έμκε υποστηρίζει πως η οικογένεια παρέχει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας σε ηλικιωμένους και στο τέλος του 20ου αιώνα εξακολουθεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη βοήθεια των ηλικιωμένων ατόμων σε όλες τις χώρες. Οι φροντιστές αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα που συνδέεται με την ηλικία, το φύλο, τη σχέση και την συγκατοίκηση με το εξαρτημένο άτομο.

Τα μέλη της οικογένειας εντός και εκτός νοικοκυριού βοηθούν το εξαρτημένο μέλος. Ακόμα και όταν οι ηλικιωμένοι ζουν σε άλλο σπίτι, η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο όταν δεν αυτοεξυπηρετούνται. Ο κύριος φροντιστής συνήθως μένει στο ίδιο κτίριο ή αλλού. Ένας σημαντικός παράγοντας είναι η απόσταση που χωρίζει τον φροντιστή από τον εξαρτημένο. Ο φροντιστής που βρίσκεται μακριά δεν μπορεί να παρέχει όλες τις μορφές φροντίδας, μπορεί όμως να συμμετέχει στην φροντίδα.

Από την άλλη, υπάρχουν και κάποιες περιπτώσεις που ενήλικες δεν φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονιούς, όχι γιατί αδιαφορούν, αλλά γιατί και οι ίδιοι αντιμετωπίζουν οικονομικά ή συναισθηματικά προβλήματα³¹.

1. Διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Υγεία

Η υγεία και μάλιστα το πώς το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται την υγεία του, αποτελεί μια σημαντική διάσταση της ποιότητας ζωής του. Το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε πως σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας του θεωρεί πως η υγεία του είναι 'καλή' (43,1), γεγονός που παρουσιάζεται και στην βιβλιογραφία σε αντίστοιχες έρευνες, όμως εκεί το ποσοστό είναι αρκετά αυξημένο (86%) .

Όσον αφορά την ύπαρξη χρόνιας ασθένειας οι απαντήσεις των ερωτώμενων ήταν κατά συντριπτική πλειοψηφία θετικές, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό (3,8%) δήλωσε πως δεν πάσχει από καμία χρόνια ασθένεια, το αντίστοιχο ποσοστό σε ανάλογη έρευνα, και μάλιστα σε δείγμα υπερηλίκων άνω των 90 ετών, ήταν 7% .

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η αναλογία των ηλικιωμένων σε ένα πληθυσμό χρησιμοποιείται συχνά σαν δείκτης της αντιληπτής ανάγκης για υπηρεσίες υγείας και της χρησιμοποίησής τους. Έτσι, όπως ήταν αναμενόμενο λαμβάνοντας σαν δεδομένο τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, η πλειοψηφία ανέφερε πως έχει επισκεφθεί μια φορά οποιασδήποτε ειδικότητας γιατρό, στην διάρκεια του τελευταίου μήνα. Ενώ το ένα τρίτο περίπου του συνολικού δείγματος ανέφερε πως έχει νοσηλευθεί σε νοσοκομείο στη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, με μεγαλύτερο ποσοστό αυτούς που νοσηλεύθηκαν μία φορά. Η συστηματική λήψη φαρμάκων είναι το σύνηθες, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό λαμβάνει δυο διαφορετικά φάρμακα ημερησίως.³²

Λειτουργικότητα

Η σημαντικότητα της λειτουργικότητας έγκειται στο ότι δίνει στο άτομο ανεξαρτησία μέσα στην καθημερινότητα και δεν τον περιορίζει στην κοινωνική και προσωπική του ζωή . Αν και είναι αναμενόμενο, εάν λάβουμε σαν δεδομένο πως η έρευνα έγινε στον χώρο του ΚΑΠΗ, η έρευνα έδειξε καλό βαθμό λειτουργικότητας των συμμετεχόντων με μικρά μόνο ποσοστά ανάγκης για βοήθεια. Τα μεγαλύτερα ποσοστά εντοπίστηκαν στην ανάγκη βοήθειας στις δουλειές του σπιτιού και στην προετοιμασία του φαγητού. Στη δεύτερη κατηγορία πιθανότατα ανήκουν άντρες, που είτε για λόγους «πεποιθήσεων», είτε επειδή δεν ασχολήθηκαν ποτέ με αυτό το θέμα, ανεβάζουν το ποσοστό, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ουσιαστική έλλειψη λειτουργικότητας. Σε αντίστοιχη έρευνα σημαντικό ποσοστό (33,3%) δήλωσε προβλήματα μετακίνησης εκτός του σπιτιού, ενώ 20% δήλωσε πως έχει προβλήματα κινητικότητας μέσα στο σπίτι, σε αντίθεση με το 5,6% που εμφανίζεται στην παρούσα έρευνα.

Αντικειμενική Στήριξη

Όσον αφορά στις μορφές συμβίωσης τα αποτελέσματα της έρευνας συμπίπτουν με αυτά που εντοπίστηκαν στη βιβλιογραφία, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων διαμένει με τον/ την σύζυγο και το αμέσως μικρότερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι διαμένουν μόνοι .

Αναφορικά με το ποιο άτομο θα τους βοηθούσε εάν υπήρχε ανάγκη, διαπιστώνονται κάποιες διαφοροποιήσεις μεταξύ των ερευνών. Στην δική μας και σε μια ακόμα αντίστοιχη έρευνα, το πρώτο πρόσωπο σαν επιλογή από τους

συμμετέχοντες είναι ο/η σύζυγος και ακολουθούν με μικρή διαφορά τα παιδιά σε δυο βιβλιογραφικές αναφορές τα αποτελέσματα διαφέρουν καθώς, ως πρώτο πρόσωπο, αναφέρονται τα παιδιά και ακολουθεί ο/η σύζυγος.

Το μέγεθος του δικτύου είναι ένα ευρύς τρόπος μέτρησης για τον προσδιορισμό του κοινωνικού δικτύου, όπως επίσης η συχνότητα των κοινωνικών επαφών είναι ένας συμπληρωματικός, αλλά σημαντικό στοιχείο για τη μέτρηση της αντικειμενικής στήριξης. Σύμφωνα με τα παραπάνω είναι σημαντικό πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι έχουν από τέσσερις και πάνω φιλικές οικογένειες με τις οποίες ανταλλάσσουν επισκέψεις στα σπίτια, ενώ αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό που αντιστοιχεί σε εκείνους που δήλωσαν πως δεν έχουν καμία φιλική οικογένεια (20%). Στο κομμάτι της συχνότητας των κοινωνικών επαφών ανήκουν οι συναντήσεις με παιδιά, συγγενείς και φίλους και οι τηλεφωνικές επικοινωνίες με συγγενείς και φίλους. Η πλειοψηφία συναντά καθημερινά τα παιδιά και τους φίλους, ενώ 1-2 φορές τον μήνα τους συγγενείς, αντίστροφα όμως ισχύει για την τηλεφωνική επικοινωνία, πιο συχνά μιλούν με συγγενείς, παρά με φίλους (τους οποίους όμως συναντούν πιο συχνά). Μια άλλη παράμετρος είναι η ύπαρξη ενδιαφερόντων, όμως η πλειοψηφία δεν είναι μέλη σε κάποιον άλλο σύλλογο εκτός από το Κ.Α.Π.Η.. Εκείνοι όμως που είναι μέλη άλλου συλλόγου, συμμετέχουν ενεργά πηγαίνοντας στις περισσότερες συνελεύσεις/ συναντήσεις.³²

Υποκειμενική Στήριξη

Σε αντίθεση με αποτελέσματα της βιβλιογραφίας που αναφέρουν σε πλειοψηφία την μη ύπαρξη φίλων στην έρευνά μας διαπιστώθηκε πως οι περισσότεροι έχουν 2-3 φίλους, ενώ ένα μικρό ποσοστό δεν έχει κανέναν στενό φίλο (9,4%), ενώ επίσης, οι περισσότεροι έχουν από έξι και πάνω στενούς συγγενείς.

Τα αποτελέσματα της κλίμακας, που δημιουργήθηκε με σκοπό να μετρήσει την συχνότητα των μορφών στήριξης που θα ήταν διαθέσιμες, δείχνουν ότι περισσότερο συχνά θα υπήρχε κάποιος να τους βοηθήσει σε πρακτικά ζητήματα, όπως ασθένεια, καθημερινές δουλειές, επίσκεψη σε γιατρό, κ.α. παρά σε κάλυψη συναισθηματικών αναγκών, όπως το να υπάρχει κάποιος να τους ακούσει, να μπορούν να μοιραστούν μαζί του τους φόβους και τις ανησυχίες τους, κάποιον με τον οποίο να περνούν καλά κ.α..

Ικανοποίηση από την ζωή

Η ικανοποίηση ζωής αντικατοπτρίζει το βαθμό που ένα άτομο πιστεύει ότι η ζωή του ικανοποιεί τα δικά του κριτήρια για την ποιότητα ζωής. Η ικανοποίηση ζωής είναι στην ουσία μια κρίση βασισμένη στο παρελθόν του ατόμου, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως ερωτήσεις που αφορούν στο μέλλον δεν δείχνουν μια τάση διάθεσης και προσδοκιών.

Η κλίμακα που δημιουργήθηκε για τη μέτρηση της ικανοποίησης από την ζωή έδειξε υψηλό βαθμό ικανοποίησης των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία θεωρεί πως είχε περισσότερες καλές περιόδους στην ζωή από τους περισσότερους ανθρώπους που γνωρίζουν, πως περιμένουν να τους συμβούν ευχάριστα και ενδιαφέροντα πράγματα στο μέλλον, πως είναι ικανοποιημένοι καθώς αναπολούν την ζωή τους, πως πήραν περίπου όσα περίμεναν από τη ζωή τους, ενώ δεν πιστεύουν πως αυτή είναι η πιο ανιαρή περίοδος της ζωής τους ή ότι τα περισσότερα από αυτά με τα οποία ασχολούνται είναι βαρετά και μονότονα. Από την άλλη, δεν έχουν σχεδιάσει πράγματα που θα κάνουν σε έναν μήνα ή σε έναν χρόνο από τώρα, η ζωή τους πιστεύουν πως θα μπορούσε να είναι πιο χαρούμενη από όσο είναι τώρα και τέλος, αν και η πλειοψηφία θεωρεί πως τα πράγματα που κάνουν τώρα είναι τόσο ενδιαφέροντα όσο ήταν πάντα, το ποσοστό αυτό δεν είναι υψηλό.³²

Διαφοροποιήσεις ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη βιβλιογραφία τονίζεται η σχέση μεταξύ της υποκειμενικής αντίληψης για την υγεία και αντικειμενικών δεικτών υγείας, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται και από την έρευνα, καθώς όλοι όσοι δήλωσαν μέτρια ή κακή υγεία πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, ενώ όσοι δήλωσαν καλή ή πολύ καλή υγεία δεν πάσχουν στην πλειοψηφία τους από κάποια χρόνια ασθένεια. Επίσης η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της λειτουργικότητας και της υποκειμενικής αντίληψης για την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων, έδειξε όπως ήταν αναμενόμενο, πως όσο χειρότερη υγεία δηλώνουν, τόσο περισσότερη ανάγκη για βοήθεια έχουν στις καθημερινές τους λειτουργίες.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, σε αντίθεση με την επαγγελματική κατάσταση, επηρεάζει την υποκειμενική αντίληψη της υγείας, συγκεκριμένα τα άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, έχουν θετικότερη υποκειμενική αντίληψη για την υγεία τους σε σχέση με άλλα άτομα.

Αν και οι γυναίκες συνηθίζουν να παραπονιούνται συχνότερα για προβλήματα υγείας, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, όσον αφορά στην υποκειμενική αντίληψη για την υγεία τους.³²

Από την έρευνα διαπιστώθηκε πως η ανάγκη για βοήθεια σχετίζεται με το φύλο, συγκεκριμένα είναι μεγαλύτερη για τους άντρες από ότι στις γυναίκες. Ενώ όπως είναι λογικό, με την μείωση της λειτουργικότητας καθώς περνούν τα χρόνια, η ανάγκη για βοήθεια γίνεται μεγαλύτερη όσο αυξάνει η ηλικία.

Η ηλικία βρέθηκε ότι επηρεάζει την ικανοποίηση από τη ζωή, δηλαδή άτομα μεγαλύτερης ηλικίας δηλώνουν μικρότερη ικανοποίηση, ενώ δε βρέθηκε να την επηρεάζει το φύλο, σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία που αναφέρει πως οι άντρες δηλώνουν συνήθως μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή σε σχέση με τις γυναίκες.

Παράγοντες που επηρεάζουν την υποκειμενική στήριξη είναι η ηλικία και το φύλο, πιο συγκεκριμένα η υποκειμενική στήριξη αυξάνεται με την ηλικία. Το σημείο που η έρευνα έρχεται σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία είναι πως ενώ στην έρευνα τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι άντρες ηλικιωμένοι λαμβάνουν μεγαλύτερη υποκειμενική στήριξη, στην βιβλιογραφία αναφέρεται το αντίστροφο, πως δηλαδή οι γυναίκες λαμβάνουν μεγαλύτερη στήριξη. Ένας άλλος παράγοντας που φάνηκε να επηρεάζει την υποκειμενική στήριξη είναι η ύπαρξη παιδιών, εκείνοι που έχουν παιδιά λαμβάνουν μεγαλύτερη στήριξη από εκείνους που δεν έχουν.

Η συμμετοχή σε συλλόγους επηρεάζεται από το μορφωτικό επίπεδο, οι ηλικιωμένοι που είναι απόφοιτοι Λυκείου ή ΑΕΙ/ΤΕΙ συμμετέχουν περισσότερο σε συλλόγους ή οργανώσεις εκτός του ΚΑΠΗ.³²

2. Κοινωνικά δίκτυα στήριξης και υγείας

Λειτουργικότητα

Η προσφερόμενη φροντίδα σε σχέση με το πρόσωπο από το οποίο προέρχεται έχει γίνει αντικείμενο και άλλων ερευνών με τα ίδια αποτελέσματα, πως δηλαδή η διαθέσιμη βοήθεια είναι μεγαλύτερη όταν προέρχεται από την οικογένεια, παρά από άτομα έξω από αυτήν. Αντίθετα, δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ χρήσης υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής στήριξης. Οι μεταβλητές λειτουργικότητα και χρόνια ασθένεια βρέθηκαν να σχετίζονται, πιο συγκεκριμένα δήλωσαν χειρότερη λειτουργικότητα όσοι πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια.

Οι ηλικιωμένοι που έχουν καλύτερη υγεία, συμμετέχουν περισσότερο σε συλλόγους ή οργανώσεις, ίσως γιατί η καλή υγεία τους κάνει να νιώθουν καλύτερα και άρα να ασχολούνται με περισσότερα πράγματα. Σημαντική είναι η συσχέτιση ανάμεσα στο άτομο που βοηθά όταν υπάρχει ανάγκη και στην υποκειμενική αντίληψη για την υγεία, πιο συγκεκριμένα τα άτομα που λαμβάνουν τη φροντίδα του/της συζύγου δηλώνουν καλύτερη υγεία σε σχέση με αυτούς που δέχονται φροντίδα από άλλα άτομα.

Όπως αναφέρεται και στη βιβλιογραφία, η στήριξη από τον/ την σύζυγο είναι από ελάχιστη έως ανύπαρκτη, όταν το άτομο διαμένει με τα παιδιά, ενώ η στήριξη από τα παιδιά είναι υψηλή, όταν ο ηλικιωμένος διαμένει μόνος.³³

3. Κοινωνικά δίκτυα στήριξης και ικανοποίηση από τη ζωή

Σημαντικός παράγοντας και στη βιβλιογραφία για την ικανοποίηση από την ζωή ενός ατόμου, αποτελεί η οικογενειακή του κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα οι έγγαμοι ηλικιωμένοι σημειώνουν υψηλότερα σκορ στη βαθμολογία για την ικανοποίηση από την ζωή, ενώ την χαμηλότερη βαθμολόγηση έχουν οι διαζευγμένοι.

Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας μπορεί να θεωρηθεί και ως ένας δείκτης ποιότητας ζωής, καθώς άτομα τρίτης ηλικίας, τα οποία είναι καλά στην υγεία τους τείνουν να είναι περισσότερο ευχαριστημένα από τη ζωή τους γενικότερα.

Ενώ στην δική μας έρευνα εμφανίζονται οι ηλικιωμένοι που τους βοηθά ο/η σύζυγος να έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, κάτι τέτοιο δεν ισχύει για άλλες έρευνες που φαίνεται πως η φροντίδα που παρέχεται από τον/ την σύζυγο, δεν επηρεάζει καθόλου το βαθμό ικανοποίησης του ατόμου από την ζωή.

Στο κοινωνικό δίκτυο στήριξης περιλαμβάνεται, εκτός των άλλων που αναφέρθηκαν παραπάνω, και οι φίλοι. Σύμφωνα με την έρευνα φαίνεται πως το πλήθος των φίλων φαίνεται να αυξάνει την ικανοποίηση, δηλαδή, όσο περισσότερους φίλους έχουν οι ηλικιωμένοι, τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίησή τους από την ζωή. Αν και ελέγχθηκαν και άλλοι παράγοντες που πιθανώς να επηρέαζαν τον βαθμό ικανοποίησης του ατόμου από την ζωή, όπως η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας, το πλήθος των γειτόνων με τους οποίους ανταλλάσσουν επισκέψεις στα σπίτια και των στενών συγγενών, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.³³



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο
ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

5.1 Εισαγωγή

Η φροντίδα των ασθενών μετά το πρώτο τέταρτο του 20ού αιώνα ήταν κυρίως νοσοκομειακή. Η τεράστια όμως αύξηση των δαπανών για την υγεία χωρίς την αντίστοιχη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και τη σημαντική μείωση της θνησιμότητας, οδήγησε τα κράτη σε εφαρμογή εναλλακτικών εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας όπως είναι η υπηρεσία «νοσηλεία στο σπίτι». Η φροντίδα στο σπίτι έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων, αλλά σε οργανωμένη μορφή από εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες, άρχισε να εφαρμόζεται στην Ευρώπη από την εποχή της Florence Nightngale. Αν και ο κύριος λόγος λειτουργίας της νοσηλείας στο σπίτι ήταν η μείωση του κόστους νοσηλείας, γρήγορα έγινε αντιληπτό ότι ο ρόλος της στο σύστημα υγείας ήταν πολύπλευρος. Για την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας στο σπίτι έχουν τεθεί ορισμένες αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της από την Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών το 1986. Ο νοσηλευτής ως μέλος της υγειονομικής ομάδας αποτελεί τον σπουδαιότερο δομικό παράγοντα για την οργάνωση, παροχή και αξιολόγηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι. Για την αποδοτική οργάνωση όμως απαραίτητο είναι να ληφθούν υπόψη και άλλες παράμετροι, όπως το είδος των ασθενών, ο χώρος ευθύνης και η οικονομική επιχορήγηση.³⁴

5.2 Ο ορισμός της κατ'οίκον φροντίδα

Ο όρος «κατ' οίκον φροντίδα» περιγράφει ένα σύστημα μέσω του οποίου παρέχονται φροντίδα υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες σε άτομα με κινητικά ή άλλα προβλήματα υγείας, εξαιτίας των οποίων είναι υποχρεωμένα να παραμένουν στο περιβάλλον του σπιτιού τους και όχι σε άλλες νοσηλευτικές εγκαταστάσεις. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών των Η.Π.Α. έδωσε τον ορισμό της κατ' οίκον υγειονομικής περίθαλψης, όπως αυτός διατυπώθηκε από μια διατμηματική ομάδα εργασίας και ο οποίος έχει ως ακολούθως: Η κατ' οίκον φροντίδα είναι η συνιστώσα εκείνη ενός συνεχούς περιεκτικής φροντίδας υγείας, διά του οποίου παρέχονται υπηρεσίες υγείας σε άτομα και οικογένειες στον τόπο διαμονής τους, με σκοπό την προώθηση, διατήρηση ή αποκατάσταση της υγείας ή τη μεγιστοποίηση του επιπέδου λειτουργικής αυτονομίας, με παράλληλο περιορισμό των συνεπειών της ανικανότητας και της νόσου, συμπεριλαμβανομένης και της νόσου τελικού σταδίου. Σχεδιάζονται, συντονίζονται και παρέχονται υπηρεσίες κατάλληλες για τις ανάγκες του εκάστοτε ασθενούς και της οικογένειάς του από οργανωμένους προμηθευτές, για την παροχή φροντίδας στο σπίτι μέσω απασχολούμενου προσωπικού ή συμβάσεων ή με συνδυασμό των δύο αυτών μορφών παροχής υπηρεσιών³⁴

5.3 Ιστορική αναδρομή

Η νοσηλεία στο σπίτι έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων. Η νοσηλευτική φροντίδα ήταν παντού παρούσα, όπου υπάρχει ανθρώπινη ζωή, όχι όμως σαν επάγγελμα, δηλαδή συστηματική και οργανωμένη άσκηση αμειβόμενης δραστηριότητας. Το σπίτι ήταν σχεδόν ο αποκλειστικός χώρος φροντίδας των αρρώστων μέχρι την οργάνωση των μοναστηριών και την ίδρυση των νοσοκομείων με τη σύγχρονη μορφή την εποχή του Βυζαντίου. Η πρώτη γνωστή οργανωμένη επίσκεψη στο σπίτι ξεκίνησε με την ίδρυση από τη Χριστιανική Εκκλησία, του τάγματος των Διακονισσών, οι οποίες είχαν συγκεκριμένες ευθύνες για τη φροντίδα του φτωχού ατόμου με ανάγκες. Η φροντίδα τους, που διήρκεσε μέχρι τον πέμπτο και τον έκτο αιώνα, είχε ως κύριο σκοπό να ανακουφίσει τον πόνο προσφέροντας υποστήριξη χωρίς να θεραπεύει ή να προλαμβάνει την ασθένεια. Στην Ευρώπη πριν την εποχή της Florence Nightgale ήταν γνωστό ότι λαϊκές και θρησκευτικές ομάδες

παρείχαν νοσηλεία στο σπίτι. Συνήθως αυτές ανήκαν στις κατώτερες τάξεις χωρίς εκπαίδευση που εργάζονταν αφιλοκερδώς, εμπνευσμένες από την αγάπη προς τον συνάνθρωπο. Η Nightingale ανέβασε το επίπεδο της νοσηλευτικής και δημιούργησε σχολές που παρείχαν νοσηλευτές εκπαιδευμένους έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των οξέων περιστατικών αλλά και των χρόνιων πασχόντων στην κοινότητα. Ο William Rathbone το 1859 στο Λίβερπουλ της Αγγλίας ίδρυσε το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι. Στις Η.Π.Α. το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι λειτούργησε το 1796 στη Βοστώνη, ενώ το πρώτο πρόγραμμα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι εγκαινιάστηκε το 1877 από την ιεραποστολή της Νέας Υόρκης όταν προσέλαβε τις πρώτες νοσηλεύτριες γι' αυτή την εργασία. Στην Ελλάδα πρωτοπόρο στη νοσηλεία στο σπίτι είναι το νοσοκομείο "ΜΕΤΑΞΑ" που άρχισε πειραματικά να λειτουργεί το 1979, ενώ γνωστά είναι ανάλογα προγράμματα του Ελληνικού Ερυθρού Σταύρου και του Νοσοκομείου 'γιοι Ανάργυροι. Βασικός όμως στόχος της ΠΦΥ σε αυτό τον τομέα είναι ότι τέτοιου είδους προγράμματα πρέπει να σχεδιάζονται και να λειτουργούν αυτόνομα στην κοινότητα όπου η εκτίμηση των αναγκών θα γίνεται σε πραγματικές συνθήκες στο χώρο που ζει ή εργάζεται το άτομο και στο περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποκεντρωμένων μονάδων ΠΦΥ είναι οι Μονάδες Φροντίδας Υγείας Ηλικιωμένων στο σπίτι, του Δήμου Τριανδρίας (Θεσ/νίκης) και του Δήμου Αχαρνών στην Κρήτη.³⁴

5.4 Αιτίες που οδήγησαν στη νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι

Η φροντίδα υγείας προς ένα άρρωστο μέλος της οικογένειας παρεχόταν σχεδόν στο σύνολό της στο σπίτι μέχρι το πρώτο τέταρτο του 20ού αιώνα. Οι εκρηκτικές εξελίξεις της ιατρικής και τεχνολογίας με την αλματώδη ανάπτυξη της χειρουργικής, της αναισθησίας, των αντιβιοτικών και η ανάπτυξη υποστηρικτικών συστημάτων ζωής συνέβαλαν να αναπτυχθεί ένα αίσθημα ασφάλειας προς το νοσοκομείο με συνέπεια να παρατηρείται αυξημένη προσέλευση αρρώστων μέσα σ' αυτό. Η νοσηλεία για όλους τους πολίτες με μικρή οικονομική συμμετοχή λόγω της επέκτασης του θεσμού των κοινωνικών ασφαλίσεων και ο περιορισμός του

νοσηλευτικού ρόλου της οικογένειας στη σύγχρονη κοινωνία ήταν επίσης ερέθισμα για αύξηση ζήτησης νοσοκομειακών υπηρεσιών. Παρατηρήθηκε επίσης αύξηση του δείκτη θανάτων μέσα στο νοσοκομείο, η οποία μπορεί να ερμηνεύσει το φόβο του ανθρώπου προς το θάνατο και την άρνησή του να τον αποδεχθεί στην κοινωνική του ζωή. Άλλοι σημαντικοί λόγοι που συνέβαλλαν στην υπέρμετρη ανάπτυξη των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι:

1. Η αμεσότητα της ανάγκης. Η παρουσία συμπτωμάτων και η ένταση με την οποία συχνά παρουσιάζονται ο κίνδυνος του θανάτου ή της ανικανότητας, είχαν περισσότερη συγκινησιακή φόρτιση και αμεσότητα.
2. Η ιατροκεντρική ανάπτυξη του τομέα υγείας. Ο επιστημονικός προσανατολισμός των ιατρών αλλά ακόμη και λόγοι επαγγελματικής και κοινωνικής καταξίωσης είναι φυσικό να στρέφονται στο μεγαλύτερο "αντίκρισμα".
3. Η δυνατότητα πολιτικής "αξιοποίησης". Φαίνεται ότι η παροχή υπηρεσιών περίθαλψης συχνά με τη μορφή εντυπωσιακής υγειονομικής υποδομής, ήταν φυσικό να επιδράσει στη φάση σχεδιασμού της πολιτικής υγείας. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μια τάση να εφαρμοστούν εναλλακτικές
4. Οι εξωνοσοκομειακές μορφές περίθαλψης.³⁵

Η νοσηλεία στο σπίτι είναι μια από αυτές και δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα της αυξημένης ζήτησης τέτοιου είδους υπηρεσιών. Οι σπουδαιότερες αιτίες που οδήγησαν στη νοσηλεία στο σπίτι ήταν:

- i. Η φροντίδα στο σπίτι είναι φτηνότερη από τη νοσοκομειακή φροντίδα. Έτσι επιβάλλεται συντόμευση του χρόνου παραμονής των αρρώστων στο νοσοκομείο πριν την πλήρη ανάρρωσή τους λόγω του μεγάλου ημερήσιου κόστους νοσηλείας.
- ii. Η άνοδος του ποσοστού των ηλικιωμένων που έχει σαν συνέπεια την ανάγκη παροχής περισσότερης φροντίδας για πολλαπλά χρόνια νοσήματα και ανάγκες.
- iii. Το άτομο μπορεί να μην έχει κάποιο άτομο της οικογένειάς του διαθέσιμο ή ικανό να παρέχει φροντίδα στο σπίτι.
- iv. Πολλά άτομα προτιμούν να δέχονται φροντίδα στο σπίτι τους, ειδικότερα τα τελευταία χρόνια με την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις

υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι, ιδιαίτερα στις χώρες όπου οι υπηρεσίες είναι σωστά οργανωμένες και αποτελεσματικές. Φαίνεται επίσης ότι αυτοί και οι οικογένειές τους δέχονται λιγότερη συναισθηματική πίεση στο σπίτι από ότι στο νοσοκομείο, αποφεύγοντας το χωρισμό από τα άλλα μέλη της οικογένειάς τους και το περιβάλλον που ζουν.

- v. Πολλοί άνθρωποι προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι και χρειάζεται η ανάλογη φροντίδα.
- vi. Η ανακάλυψη υπερσύγχρονων ηλεκτρονικών συσκευών, αλλά και η δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών στο σπίτι ώθησε πολλά άτομα να εκτελούν τη θεραπεία στο σπίτι με τη βοήθεια των νοσηλευτών ή των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας. Ο κατάλογος με τα άτομα που χρειάζονται νοσηλεία στο σπίτι μοιάζει να είναι ατέλειωτη. Άτομα όλων των ηλικιών και διαφόρου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου μπορεί να χρειαστούν κάποιες από τις υπηρεσίες που παρέχονται μέσα από τη νοσηλεία στο σπίτι. Ο νοσηλευτής θα μπορούσε να δει περιπτώσεις όπως:
- Ένα ασθενή τελικού σταδίου που χρειάζεται φροντίδα για την προαγωγή της ποιότητας της ζωής του και του ελέγχου του πόνου.
 - Μια νέα μητέρα και το νεογνό της μόλις αυτοί επιστρέψουν από το μαιευτήριο στο σπίτι.
 - Την προσαρμογή ενός εφήβου στη διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και της απαίτησης ενός σχεδίου που περιλαμβάνει την υποστήριξη της οικογένειας.
 - Ένα άτομο που χρειάζεται αντιβίωση ενδομυϊκά και είναι αδύνατο να έρθει στο κέντρο υγείας. Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αρρώστων που χρειάζεται νοσηλευτικές παρεμβάσεις, υποστηρικτικές θεραπείες και μάλιστα μακροχρόνιες, αφορούν άτομα που πάσχουν από καρκίνο, σακχαρώδη διαβήτη, παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος, καρδιοπάθειες, ψυχιατρικά προβλήματα. Υπάρχει επίσης ένα διαρκώς αυξανόμενο ποσοστό ηλικιωμένων στους οποίους υπάρχει, αφ' ενός μεν ένα μεγάλο ποσοστό χρόνιων νοσημάτων και αναπηριών και αφ' ετέρου διατίθενται γι' αυτούς λίγοι πόροι και προσωπικό να τους φροντίζει.³⁵

Πέρα από τα αναμφισβήτητα πλεονεκτήματα που έχουν τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι, υπάρχουν και ορισμένα μειονεκτήματα που πρέπει να λάβουμε υπόψη. Μερικά από αυτά είναι:

- i. Είναι λιγότερο αποτελεσματική για το νοσηλευτή από το να εργάζεται με ομάδες ή να βλέπει πολλά άτομα σε μια μονάδα βραχείας νοσηλείας.
- ii. Ο χρόνος μετακίνησης μπορεί να είναι αρκετός ή και οικονομικά ασύμφορος.
- iii. Ίσως είναι δύσκολο να ελεγχθούν αποσπάσεις της προσοχής από ζωντανά παιδιά ή τηλεόραση.
- iv. Τα άτομα μπορεί να φοβούνται με την οικειότητα που αποκτάται με τις επισκέψεις στο σπίτι.
- v. Μπορεί επίσης να τεθεί ως ζήτημα και η ασφάλεια του νοσηλευτή- τριας κατά την επίσκεψη σ' ένα άγνωστο περιβάλλον.³⁵

5.5 Σκοπός των υπηρεσιών της κατ'οίκον φροντίδας

Βασικός σκοπός των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας είναι η παραμονή των ασθενών στο σπίτι και η παροχή υπηρεσιών φροντίδας, που σε διαφορετική περίπτωση θα παρέχονταν σε υγειονομικά ιδρύματα, όπως τα νοσοκομεία ή τα νοσηλευτήρια. Η βιομηχανία της κατ' οίκον περίθαλψης αναπτύχθηκε ραγδαία κατά τη δεκαετία του 1980 και στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Μέχρι το 1997 άρχισε να παρουσιάζει ελαφρά πτώση που οφειλόταν στις μεταβολές των ασφαλιστικών αποζημιώσεων της Medicare σε ότι αφορά την κατ' οίκον περίθαλψη. Είναι πολλοί οι παράγοντες που συνέβαλαν στην ανάπτυξη των υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας, όπως το αυξανόμενο κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης και η επακόλουθη εισήγηση του PPS από τις νομοθετικές διατάξεις των τροπολογιών περί κοινωνικής ασφάλισης, το 1983. Η παροχή υπηρεσιών κατ' οίκον φροντίδας συμβάλλει στον περιορισμό του κόστους σε ένα περιβάλλον διαχειριζόμενης φροντίδας. Αυτό επιτελείται μέσω πρώιμων εξιτηρίων από το νοσοκομείο και μέσω της παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών και υποστήριξης των πελατών κατ' οίκον παρά σε ειδικές εγκαταστάσεις. Η κατ' οίκον φροντίδα κατέστη επίσης δημοφιλής μεταξύ των

πελατών οι οποίοι προτιμούν να περιθάλπονται στο σπίτι τους παρά σε κάποιο ίδρυμα.^{36,37}

Οι υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας άλλαξαν προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες του πληθυσμού. Οι νοσηλευτές κατ' οίκον φροντίδας επισκέπτονται πελάτες με οξεία νόσο, ασθενείς με AIDS, ηλικιωμένους, ασθενείς τελικού σταδίου, εγκύους υψηλού κινδύνου και άρρωστα μωρά και παιδιά. Η κατ' οίκον φροντίδα εξακολουθεί να εστιάζεται στη φροντίδα των πασχόντων και μπορεί να διευρυνθεί προκειμένου να συμπεριλάβει παρεμβάσεις προαγωγής της υγείας και πρόληψης της νόσου. Οι κατ' οίκον επισκέψεις είναι μια ειδική νοσηλευτική παρέμβαση που ακολουθεί μετά από κάποιο συμβάν και που εκτυλίσσεται ως μία βαθμιαία διαδικασία. Σήμερα, το μεγαλύτερο μέρος των αποζημιώσεων που παρέχονται για νοσηλευτικές υπηρεσίες βασίζονται στην ανάγκη του ασθενούς για εξειδικευμένη νοσηλευτική. Σε κάθε επίσκεψή του στον ασθενή, ο νοσηλευτής θα πρέπει να τεκμηριώνει ότι η παρεχόμενη φροντίδα είναι εξειδικευμένη και ότι από τον ίδιο απαιτούνται γνώσεις και ικανότητες αξιολόγησης τις οποίες θα πρέπει να επιβεβαιώσει ότι ο ασθενής ή κάποιο μέλος της οικογένειάς του δεν μπορεί να παράσχει στο ίδιο επίπεδο περίθαλψης. Οι κατ' οίκον συντονισμένες υπηρεσίες περιλαμβάνουν όχι μόνο εξειδικευμένη νοσηλευτική φροντίδα από τους αναγνωρισμένους νοσηλευτές με νόμιμη άδεια ασκήσεως επαγγέλματος, αλλά και την παροχή υπηρεσιών από εργασιοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές κι λογοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και κατ' οίκον συμβούλους ιατρικής βοήθειας.^{36,37}

5.6 Παράγοντες που ρυθμίζουν την ανάγκη νοσηλείας της τρίτης ηλικίας στο σπίτι

Πολλοί είναι οι παράγοντες που καθορίζουν το που πρέπει να νοσηλευτούν οι ασθενείς. Τέτοιοι είναι:

- i. Ιατρική συγκατάθεση. Αυτή εξαρτάται από τις κλινικές ενδείξεις και τη διαγνωστική ικανότητα του γιατρού.
- ii. Οργανωμένη υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η κατάλληλη οργανωτική υποδομή των υγειονομικών υπηρεσιών και η στελέχωσή τους με το απαραίτητο προσωπικό (οικογενειακοί γιατροί, επισκέπτριες, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί κ.λπ.) ώστε να προσφέρεται στον άρρωστο η αναγκαία φροντίδα και να του εξασφαλίζεται αίσθημα ασφάλειας.
- iii. Η κατάσταση της κατοικίας.
- iv. Η οικονομική δυνατότητα του αρρώστου και της οικογένειας σε σχέση με το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα.
- v. Εκτίμηση της διάθεσης του πάσχοντος να αρχίσει ή να συνεχίσει σ' ένα πρόγραμμα νοσηλείας στο σπίτι.
- vi. Η εκτίμηση της διάθεσης των οικείων να προσαρμοστούν σε ένα νέο πρόγραμμα ζωής που εξαρτάται από το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον.^{38,39}

5.7 Καθήκοντα νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι

Η νοσηλεία στο σπίτι επικεντρώνεται σύμφωνα με το ολιστικό μοντέλο τόσο στο άτομο που ζητά φροντίδα όσο και στην οικογένεια ή το υποστηρικτικό του σύστημα. Αυτό το είδος νοσηλευτικής απαιτεί γνώση και ικανότητες στη νοσηλευτική εκτίμηση, στην επείγουσα φροντίδα, στη διατήρηση κι την προαγωγή της υγείας, στους τρόπους αποκατάστασης και στη και στη φροντίδα του ατόμου σε τελικό στάδιο. Οι νοσηλευτικές δραστηριότητες και ικανότητες που χρησιμοποιούνται στη φροντίδα στο σπίτι περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- i. Συντονίζει το νοσηλευτικό με το ιατρικό και τα άλλα μέλη της ομάδας για να εξασφαλίσει τη συνεχή της φροντίδα.
- ii. Συμβουλεύει τον ασθενή και θεωρείται ο σύνδεσμος με το σύστημα υγείας.
- iii. Οργανώνει και παρέχει υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα. Εκτιμά τη συνολική κατάσταση που υπάρχει στο σπίτι. Ο νοσηλευτής είναι σε μια ειδική θέση για να εκτιμήσει τη φροντίδα που θα δοθεί, την καθαριότητα και την καταλληλότητα του σπιτιού, το είδος του φαγητού που δίνεται στον ασθενή, τη χορήγηση των φαρμάκων και τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες που του παρέχονται. Επίσης πρέπει να εκτιμάται η συνέπεια για την οικογένεια του ασθενή
- iv. Εκτιμά την ασφάλεια του σπιτιού για τον ασθενή. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει καλά και να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τις πηγές και τα μέσα που διαθέτει η κοινότητα για την εξασφάλιση ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας προτείνοντας τον εξοπλισμό που χρειάζεται ή αλλαγές που πρέπει να γίνουν ώστε να βοηθήσουν για ένα σπίτι πιο ασφαλές
- v. Καταγράφει όλες τις νοσηλευτικές πράξεις και φροντίζει για την εφαρμογή των κατάλληλων πρωτοκόλλων για όλες τις διαδικασίες και τον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται.
- vi. Καθησυχάζει το άτομο από το τηλέφωνο. Σε μέρες που οι επισκέψεις στο σπίτι δεν είναι προγραμματισμένες ίσως χρειαστεί να τηλεφωνήσει και να δώσει υποστήριξη ή να απαντήσει σε ερωτήσεις.
- vii. Ενδιαφέρεται για τη συνεχή ενδοϋπηρεσιακή επιμόρφωση της ομάδας και τον προσανατολισμό του νέου προσωπικού.
- viii. Αξιολογεί τις άμεσες και μακροχρόνιες ανάγκες υγείας των αρρώστων και των οικογενειών τους εξασφαλίζοντας προτεραιότητες προκειμένου να μειώσει την ταλαιπωρία του αρρώστου.^{38,39}
- ix. Δημιουργεί ευκαιρίες ομαδικών συναντήσεων με τις οικογένειες των χρόνιων πασχόντων με σκοπό την ανταλλαγή απόψεων, λύσεων, προβλημάτων, αλληλοϋποστήριξη και ηθική ενίσχυση.

Εκτίμηση της αποδοτικότητας

Για την εκτίμηση της αποδοτικότητας αυτών των υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τουλάχιστον τρία κριτήρια:

- i. Το οικονομικό όφελος που προκύπτει από τη νοσηλεία ασθενών στο σπίτι σε σχέση με το νοσοκομείο.
- ii. Η ποιότητα ζωής των ασθενών στο σπίτι και ειδικότερα εάν οι υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι μπορούν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν.
- iii. Η διαφορά επιβίωσης μεταξύ σπιτιού και νοσοκομείου.

Τα επαγγελματικά δικαιώματα των Νοσηλευτών ΤΕΙ περιγράφονται με το ΠΔ 351/89 Αρ 1 ΦΕΚ 159/14-6-1989:

Οι πτυχιούχοι του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας των ΤΕΙ που φέρουν τον επαγγελματικό τίτλο "Νοσηλεύτης-Νοσηλεύτρια" (#2, άρθ., 5 του Ν.1579 του 85) ασκούν ειδικές επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις σε όλο το φάσμα της γενικής νοσηλευτικής φροντίδας, ως πολυδύναμοι νοσηλευτές γενικών φροντίδων.

Πρόσβαση στις υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι

Στη χώρα μας η εφαρμογή προγραμμάτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας έχει συναντήσει αρκετά προβλήματα εάν και ο νομοθέτης προσπάθησε με τους νόμους 1397/1983 περί εθνικού συστήματος υγείας και 2071/1992 περί εκσυγχρονισμού και οργάνωσης του συστήματος υγείας, να θέσει τις βάσεις λειτουργίας τους. Η νοσηλεία στο σπίτι που αποτελεί το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας και προϋποθέτει σωστή οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αναπτύχθηκε κυρίως σαν συνέχεια της φροντίδας από το νοσοκομείο στο σπίτι και αφορά κυρίως φροντίδα καρκινοπαθών και ηλικιωμένων.^{38,39}

Σε κράτη με ανεπτυγμένα συστήματα παροχής κατ' οίκον νοσηλείας η πρόσβαση σ' αυτή την υπηρεσία μπορεί να γίνει με πέντε οδούς:

- i. Ο ασθενής παραπέμπεται από τον οικογενειακό ιατρό εφόσον διαπιστωθεί τέτοια ανάγκη.
- ii. Ο ασθενής απευθύνεται σε μια μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και συνήθως στο κέντρο υγείας για κάποιο πρόβλημα υγείας και εκεί αποφασίζεται ότι μπορεί να αντιμετωπιστεί στο σπίτι.

- iii. Ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και μετά την έξοδό του συνεχίζεται η νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι.
- iv. Ο κοινοτικός νοσηλευτής, η οικογένεια, ή η κοινότητα διαπιστώνει ότι ένα άτομο έχει κάποιο πρόβλημα και ζητά την παρέμβαση της αρμόδιας υπηρεσίας^{38,39}

Αναλύοντας τα στατιστικά δεδομένα από τις ΗΠΑ όπου σχετίζονται με τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι φαίνεται ότι:

- Το 94% των περίπου 1.350.000 ατόμων που έλαβαν υπηρεσίες υγείας στο σπίτι δέχτηκαν νοσηλευτική φροντίδα.
- Ο μέσος αριθμός επισκέψεων ποικίλλει από 20 έως 33 και η μέση χρέωση ανά επίσκεψη ποικίλλει από 34 έως 53 δολάρια.
- Οι γυναίκες χρησιμοποιούσαν περισσότερες φορές τις υπηρεσίες υγείας από τους άνδρες.
- Τα ανάπηρα άτομα που χρησιμοποιούσαν τις υπηρεσίες αυτές χρειάζονταν περισσότερο αριθμό επισκέψεων ανά άτομο από ότι οι ηλικιωμένοι, αλλά συνολικά οι ηλικιωμένοι τις χρησιμοποιούν περισσότερο.
- Το ποσοστό χρήσης αυτών των υπηρεσιών αυξάνει δραματικά με την ηλικία. Ο μέσος όρος χρήσης υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας 85 ετών είναι 8 φορές περισσότερος από ότι ατόμων ηλικίας 65 ετών.
- Το κόστος της εξωνοσοκομειακής φροντίδας αντιπροσωπεύει το 10-20% του κόστους νοσηλείας στο νοσοκομείο, ενώ σε καρκινο-παθείς έχει φανεί ότι το κόστος φροντίδας του ασθενούς σε τελικό στάδιο είναι κατά 50% μικρότερο όταν χρησιμοποιούνται τα μετανο-σοκομειακά προγράμματα και όχι το νοσοκομείο.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

6.1 Ο ορισμός της νοσηλευτικής διεργασίας

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου της ανάλυσης και λύσης προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση των αποφάσεων αυτών που βασίζονται στην αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, καθώς και η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων που έγιναν.

Η νοσηλευτική διεργασία επομένως αποτελεί μια σειρά διανοητικών ενεργειών και σκέψεων που οδηγούν σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βασίζονται στην αξιολόγηση της υγείας του ατόμου και κατευθύνονται προς τους σκοπούς που έχουν τεθεί. Η τοποθέτηση σκοπών κάνει σαφές τι ακριβώς θέλει να επιτύχει η νοσηλευτική παρέμβαση ή τι θέλει να μεταβάλλει σε σχέση με την κατάσταση του συγκεκριμένου ατόμου. Τα αποτελέσματα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων κρίνονται και επανακρίνονται συνέχεια με σκοπό την αναπροσαρμογή ή την αλλαγή του προγράμματος ή των ίδιων των παρεμβάσεων.

Ο επιστημονικός αυτός τρόπος εργασίας δεν χρησιμοποιείται μόνον από τους νοσηλευτές αλλά και από άλλους επιστήμονες στο χώρο της υγείας και ιδιαίτερα τους γιατρούς, με την διαφορά ότι τα προβλήματα (ανάγκες) που διαπιστώνονται είναι διαφορετικά. Βασικά ο γιατρός ερευνά μόνο προβλήματα που έχουν σχέση με την αρρώστια, με σκοπό την διάγνωση και την θεραπεία.

Ο νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στη αρρώστια, αλλά κυρίως στην σημασία και τις επιπτώσεις που έχει η αρρώστια αυτή, η εισαγωγή στο νοσοκομείο, ή οποιοδήποτε άλλο πρόβλημα στο συγκεκριμένο άτομο, στην οικογένεια του αρρώστου και στην κοινότητα. Μελετά τις ψυχολογικές, πνευματικές και κοινωνικές επιπτώσεις.³⁸

6.1.1 Η έννοια της νοσηλευτικής διεργασίας

Η νοσηλευτική διεργασία είναι:

Συστηματική: Όπως η μέθοδος επίλυσης προβλημάτων, αποτελείται από πέντε στάδια, κατά την διάρκεια των οποίων προχωράμε με προσεκτικά βήματα για την μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας και για την αποκόμιση μακροπρόθεσμων ωφέλιμων αποτελεσμάτων.

Δυναμική: Καθώς αποκτάται με τον καιρό όλο και μεγαλύτερη εμπειρία ανατρέχει σε προηγούμενα, σε ενδιάμεσα αλλά και σε επόμενα στάδια, συνδυάζοντας πολλές φορές δραστηριότητες και από τα τρία στάδια καταλήγοντας στο ίδιο πάντα αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, οι νέοι νοσηλευτές χρειάζονται συνήθως να εκτιμήσουν με μεθοδικό τρόπο έναν ασθενή για αρκετό χρόνο, ώσπου να καταλήξουν σε μια διάγνωση και μετά εκτιμούν τον άρρωστο πιο προσωπικά για να επιβεβαιώσουν την διάγνωση που έθεσαν στην αρχή.

Ανθρωπιστική: Βασίζεται στην πεποίθηση ότι κατά την διάρκεια του προγραμματισμού και της παροχής φροντίδας, πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα μοναδικά ενδιαφέροντα, τις αξίες και τις επιθυμίες του ασθενή (άτομο, οικογένεια, κοινότητα). Ως νοσηλευτές, ασχολούμαστε με το σώμα, την ψυχή και το πνεύμα. Προσπαθούμε να καταλάβουμε τα προβλήματα υγείας του κάθε ατόμου και την αντίστοιχη επίδραση που έχουν στην αίσθηση της ευεξίας και στην ικανότητα του ατόμου να πραγματοποιήσει τις καθημερινές δραστηριότητες.

Επικεντρωμένη στα αποτελέσματα: Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας έχουν σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να στοχεύουν στον υπολογισμό του κατά πόσο οι άνθρωποι που αναζήτησαν υγειονομική φροντίδα είχαν τα καλύτερα αποτελέσματα με τον πιο αποδοτικό τρόπο. Οι απαιτήσεις για σαφή καταγραφή παρέχουν τις βασικές πληροφορίες, οι οποίες μπορούν να μελετηθούν για την βελτίωση των αποτελεσμάτων σε άλλους ασθενείς με παρόμοιες καταστάσεις.^{39,40}

6.2 Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι τα εξής:

1^ο : Εκτίμηση: Συλλογή και έλεγχος πληροφοριών για την κατάσταση υγείας, ψάχνοντας για στοιχεία μη φυσιολογικής λειτουργίας ή παραγόντων επικινδυνότητας που μπορούν να συμβάλλουν σε προβλήματα υγείας (πχ κάπνισμα)

2^ο: Διάγνωση: Σε αυτό το στάδιο οι νοσηλευτές αναλύουν τα στοιχεία και αναγνωρίζουν υπάρχοντα ή πιθανά προβλήματα, τα οποία αποτελούν βάση για το σχέδιο φροντίδας.

3^ο: Προγραμματισμός:

- Καθορισμός προτεραιοτήτων
- Καθορισμός αναμενόμενων αποτελεσμάτων
- Καθορισμός παρεμβάσεων
- Καταγραφή ή εξατομίκευση σχεδίου φροντίδας

4^ο: Εφαρμογή:

Εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ατόμου πριν από κάθε ενέργεια

Εκτέλεση παρεμβάσεων και επανεκτίμηση των αρχικών αντιδράσεων

Αναφορά και καταγραφή των παρεμβάσεων

5^ο: Αξιολόγηση: Σύγκριση της κατάστασης της υγείας του ατόμου και της λειτουργικότητας σε σχέση με τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Αν ο ασθενής έφτασε στα αναμενόμενα αποτελέσματα αξιολογείται και εάν μπορεί να αναλάβει μόνος του την φροντίδα του.

6.2.1 Τα οφέλη από την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας

Η νοσηλευτική διεργασία συμπληρώνει άλλες επιστήμες επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον όχι μόνο στα ιατρικά προβλήματα, αλλά επίσης και στην ανθρώπινη αντίδραση, πως δηλαδή αντιδρά το άτομο στα ιατρικά προβλήματα, στις θεραπευτικές αγωγές και στις αλλαγές της καθημερινότητας του. Η ολιστική επικέντρωση βοηθά να διασφαλιστεί ότι οι παρεμβάσεις έχουν εξατομικευτεί για το άτομο, όχι μόνο για την αρρώστια.^{39,40}

6.3 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή της τρίτης ηλικίας με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.

6.3.1 Α' Κλινική περίπτωση

Ιστορικό ασθενούς

Όνοματεπώνυμο:
Φύλο:	Θήλυ
Ηλικία:	62 ετών
Τόπος διαμονής:	Άρτα
Οικογενειακή κατάσταση:	Χήρα
Βάρος:	60 kgr
Ύψος:	1,68 cm
Θρησκεία:	Χ.Ο.
Ημερομηνία εισόδου:	19/11/11
Αιτία εισόδου:	Τροχαίο ατύχημα

Παρούσα κατάσταση

Η ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο μετά από τροχαίο ατύχημα για την αντιμετώπιση πολλαπλών ρήξεων και εκδορών, καθώς και μιας σοβαρής ρήξης στην αριστερή εσωτερική πλευρά του βραχίονα.

Ιατρικό ιστορικό:

Αμυγδαλεκτομή

Σκωληκοειδεκτομή

καισαρικές τομές

Εργαστηριακές – διαγνωστικές εξετάσεις

1. Πλήρης βιοχημικός και αιματολογικός έλεγχος. Εξέταση ούρων
2. Ακτινογραφία του αριστερού βραχίονα (Ro)
3. Μαγνητική τομογραφία βραχίονα (MRI)

Τελική διάγνωση

1. Η μαγνητική τομογραφία είχε φυσιολογικά ευρήματα
2. Η ακτινογραφία του βραχίονα έδειξε ότι υπάρχει ράγισμα και όχι κάταγμα στο εσωτερικό του βραχίονα του αριστερού χεριού.

Η ασθενής εισήχθη στην παθολογική κλινική και προγραμματίστηκε η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα.

<i>Αιματολογικός έλεγχος</i>	<i>Βιοχημικός έλεγχος</i>
Αιμοσφαιρίνη: 15,3 g/dl	Γλυκόζη: 90 mgr%
Αιματοκρίτης: 39%	Ουρία: 15 mgr%
Μέσος όγκος ερυθρών: 88 F1	Κρεατινίνη: 0,86 mgr%
Λευκά αιμοσφαίρια: 5,1 K/μl	Ουρικό οξύ: 4,5 mgr%
Πολυμορφοπύρηνα: 53%	K: 4,6
Λεμφοκύτταρα: 31%	Na: 144
Αιμοπετάλια: 160 K/μl	γGt: 14 U/L
T.K.E: 101	LDH: 135U/L
PT: 12	CPK: 125
PTT: 28	Χοληστερίνη: 200 mgr
	Τριγλυκερίδια: 110
<i>Γενική ούρων</i>	HDL: 50mgr%
Χροιά: Υποκίτρινη	SGOT: 16U/L
Ειδικό βάρος: 1015	SGPT: 13U/L
ρΗ: 5,5	Ολική χολερυθρίνη: 1,12
Ερυθρά: 0-2	Ολικά λευκώματα: 6,3
Πυοσφαίρια: 0-2	Αλβουμίνη: 2,0
Λεύκωμα: -	Φερριτίνη ορού: 78ng/ml
Σάκχαρο: -	
Ακετόνη: -	

Προβλήματα συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγράμματος	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Φλεγμονή στον αριστερό βραχίονα εσωτερικά έκτασης 3 cm.(ερυθρότητα, θερμότητα στην περιοχή του τραύματος)</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από τα συμπτώματα της φλεγμονής</p> <p>Να απαλλαγεί η ασθενής από την φλεγμονή το συντομότερο δυνατό</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών</p>	<p>Να δοθεί η κατάλληλη ανακουφιστική και λειτουργική θέση στο χέρι της ασθενούς που φέρει την φλεγμονή.</p> <p>Να εφαρμοστούν επισπαστικά επιθέματα προς ανακούφιση της ασθενούς από την θερμότητα και την ερυθρότητα στην περιοχή του τραύματος.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Φροντίδα – αλλαγή του τραύματος με τήρηση των κανόνων ασηψίας και αντισηψίας.</p> <p>Εκτίμηση και επανεκτίμηση της πορείας επούλωσης της φλεγμονής.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση, τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από το βραχίονα με σκοπό την χάλασα των μυών προκειμένου να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πόνο.</p> <p>Έγινε τοποθέτηση επισπαστικών επιθεμάτων για την ανακούφιση του ασθενή.</p> <p>Χορηγήθηκε tab ceclor 500mg 1x4 σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Χρησιμοποιήθηκε αποστειρωμένο υλικό και παραγματοποιήθηκε περιποίηση του τραύματος σε συνεργασία με το γιατρό.</p>	<p>Η ασθενής νιώθει ανακούφιση από τον πόνο μετά την θέση που της δόθηκε και τα επισπαστικά επιθέματα που τοποθετήθηκαν , μετά την χορήγηση του φαρμάκου ανακουφίστηκε και απαλλάχτηκε πλήρως από τα συμπτώματα της φλεγμονής.</p> <p>Το ceclor περιέχει την δραστική ουσία cefaclor που είναι αντιφλεγμονώδες αντιβιοτικό και ανήκει στην ομάδα των ημισυνθετικών κεφαλοσπορινών δεύτερης γενιάς .</p> <p>Οι γάξες Fucidine περιέχουν την δραστική ουσία fusidate sodium και υπάρχουν στην κατηγορία των αντιβιοτικών. Η θεραπευτική τους αποτελεσματικότητα οφείλεται αφ' ενός στην έντονη αντιμικροβιακή τους δράση σε μικροοργανισμούς θετικούς κατά gram, που είναι [...]</p>

Προβλήματα συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
	<p>Μέτρηση ζωτικών σημείων και καταγραφή στο διάγραμμα της ασθενούς. Εμπλουτισμός με λευκώματα, βιταμίνες κ.λ.π. ενυδάτωση της ασθενούς.</p> <p>Λήψη περιφερικού φλεβικού αίματος για γενική αίματος και βιοχημικό έλεγχο.</p>	<p>Οι αλλαγές έγινετο μια φορά την ημέρα, τηρήθηκαν οι όροι ασηψίας και αντισηψίας, χρησιμοποιήθηκαν αποστειρωμένες γάζες εμποτισμένες με betadine (αντισυπτικό διάλυμα) για τον καθαρισμό του τραύματος και τοποθέτηση γαζών fucidine και κλείσιμο του τραύματος με καθαρές γάζες.</p> <p>Ελήφθησαν ζωτικά σημεία με: ΑΠ: 130/80 mm/Hg Θ:36,3°C Σφίξεις: 70/ min Αναπνοές: 18/min</p> <p>Η ασθενής ακολούθησε λήψη τροφής πλούσια σε βιταμίνες, λευκώματα (γαλακτοκομικά, αυγά, φρούτα).</p> <p>Χορηγήθηκαν στην ασθενή υγρά ενδοφλεβίως και το σχήμα ορών είχε ως εξής: Ringer (L/R) 1000cc 1X2 και Sodium chloride(N/S) 1000cc 1X1.</p>	<p>[...] υπεύθυνοι για την εμφάνιση δερματικών λοιμώξεων και αφ'ετέρου στην μοναδική ικανότητα αυτού του αντιβιοτικού να εισχωρεί στο ανέπαφο δέρμα.</p> <p>Το betadine περιέχει την δραστική ουσία ponidone dione 10%, μια χημική ουσία που δρα επιφανειακά και παρουσιάζει τις αντισηπτικές ιδιότητες του ιωδίου, χρησιμοποιείται για την αντισηψία των τραυμάτων,μικροβιακές και δερματικές λοιμώξεις κ.α.</p> <p>Η φλεγμονή φαίνεται ότι υποχωρεί χωρίς να παρουσιαστούν κάποιες επιπλοκές (όπως απόστημα, συρίγγιο κ.α.), παρουσιάστηκε όμως πόνος και πυρετός .</p> <p>Δεν παρουσιάστηκε παρέκλιση από τις φυσιολογικές τιμές.</p>	

Προβλήματα συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
			<p>Τα εργαστηριακά ευρύματα της γενικής και του βιοχημικού ελέγχου είχαν ως εξής:</p> <p>Αιματολογικός έλεγχος Αιμοσφαιρίνη: 15,3 g/dl Αιματοκρίτης: 39% Μέσος όγκος ερυθρών: 88 f1 Λευκά αιμοσφαίρια: 5,1 K/μl Πολυμορφοπύρρηνα: 53% Λεμφοκύτταρα: 31% Αιμοπετάλια: 160 K/μl T.K.E: 101 PT: 12 PTT: 28</p> <p>Βιοχημικός έλεγχος Γλυκόζη: 90 mgr% Ουρία: 15 mgr% Κρεατινίνη: 0,86 mgr% Ουρικό οξύ: 4,5 mgr% K: 4,6 Na: 144 γGt: 14 U/L LDH: 135U/L CPK: 125 Χοληστερίνη: 200 mgr Τριγλυκερίδια: 110 HDL: 50mgr% SGOT: 16U/L SGPT: 13U/L Ολική χολερυθρίνη: 1,12 Ολικά λευκώματα: 6,3 Αλβουμίνη: 2,0 Φερίτινη ορού: 78ng/ml</p>	

Προβλήματα - συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
Έντονος πόνος - μεγάλη διάρκειας λόγω του τραύματος στο βραχίονα.	<p>Ανακούφιση της ασθενούς από τον πόνο.</p> <p>Απαλαγή της ασθενούς από τον πόνο.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Τοποθέτηση της ασθενούς στην κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση προς χάλαση των μυών και ανακούφιση από τον πόνο.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Ήσυχο περιβάλλον για την ηρεμία και την χαλάρωση της ασθενούς.</p> <p>Εκτίμηση και επανεκτίμηση της περιοχής του τραύματος και της πορείας του πόνου.</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή στο νοσηλευτικό διάγραμμα.</p>	<p>Η ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση και τοποθετήθηκε μαξιλάρι κάτω από το χέρι στο ύψος του βραχίονα, με σκοπό την χάλαση των μυών προκειμένου να ανακουφιστεί από τον πόνο.</p> <p>Χορηγήθηκε amp zideron 75 mg/ml IM, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Συστήθηκε να επικρατεί ηρεμία και ησυχία στο δωμάτιο της ασθενούς.</p> <p>Ελήφθησαν τα ζωτικά σημεία και καταγράφηκαν με τις εξής τιμές: ΑΠ: 135/75 mm/Hg Θ: 36,6οC Σφίξεις: 75/ min Αναπνοές: 18/min</p>	<p>Η ασθενής νιώθει ανακούφιση από τον πόνο μετά την θέση που της δόθηκε και μετά από την χορήγηση φαρμάκου ανακουφίστηκε πλήρως.</p> <p>Το zideron υπάγεται στην κατηγορία των ναρκωτικών αναλγητικών. Η δεξτροπροξοφαίνη (dextropropoxyphene) που περιέχεται στο φάρμακο είναι συνθετικός αγωνιστής των οπιοειδών-οπιούχων. Ενώνεται με τους υποδοχείς και οδηγεί στη μείωση της αντίληψης των ερεθισμάτων του πόνου. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με την εξασφάλιση του ήσυχου περιβάλλοντος απάλλαξαν πλήρως την ασθενή από τον πόνο.</p> <p>Η ασθενής δεν παρουσίασε την επιδείνωση καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας.</p>

Προβλήματα συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγράμματος	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Πυρετός 39,9 °C με ρίγος(λόγο της φλεγμονής του τραύματος)</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από τον πυρετό. Να επανέλθει η θερμοκρασία του σώματος σε φυσιολογικά επίπεδα. Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Χρήση ψυχρών επιθεμάτων (κομπρέσες). Συχνή θερμομέτρηση ανά 3ωρο και αναγραφή της θερμοκρασίας στο νοσηλευτικό διάγραμμα. Μέτρηση όλων των ζωτικών σημείων και καταγραφή. Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία. Χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών ενδοφλεβίως και από το στόμα για την πρόληψη αφυδάτωσης. Να γίνει μέτρηση των προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών για έλεγχο και διατήρηση ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών. Λήψη αίματος για γενική αίματος και βιοχημικό εργαστηριακό έλεγχο.</p>	<p>Τοποθετήθηκαν ψυχρά επιθέματα στην ασθενή στο μέτωπό της ώστε να ακακουφιστεί και να μειωθεί ο πυρετός. Έγινε 3ωρη θερμομέτρηση με τιμές: το απόγευμα της πρώτης ημέρας η ασθενής ανέβασε πυρετό 39,9 °C με ρίγος, μετά από μία ώρα περίπου ο πυρετός ήταν πάλι σταθερός στους 39,9 °C. Την επόμενη μέρα συνεχίστηκε η πυρετική κίνηση με θερμοκρασία που δε ξεπέρασε τους 39,0 °C. Ελήφθησαν ζωτικά σημεία ΑΠ: 175/65 mm/Hg Σφίξεις: 68/ min Αναπνοές : 18/ min Χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με την ιατρική οδηγία επι πυρετού: amp apotel 600mg/uml IM Χορηγήθηκε το εξής σχήμα ορών: D/W 5% 1000cc 1x2 και N/S 1000cc 1x1.</p>	<p>Μετά τη χορήγηση του Aprotel και σε συνδυασμό με την τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων, η ασθενής ανακουφίστηκε και μειώθηκε σταδιακά η πυρετική κίνηση εως την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα που σταμάτησε εντελώς Το aprotel έχει αναλγητικές και αντιπυρετικές ιδιότητες παρόμοιες με αυτές του ακετυλοσαλικυλικού οξέος και ασθενείς αντιφλεγμονώδης ιδιότητες. Είναι ασθενής αναστολέας της βιοσυνδεσής προσταγλανδινών αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι πιο αποτελεσματική κατά των ενζύμων του K.N.S. από αυτά της περιφέρειας. Δεν διαπιστώθηκε διαταραχή του θρεπτικού ισοζυγίου και η ασθενής δεν εμφάνισε αφυδάτωση. Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές.</p>

Προβλήματα συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
		<p>Λήψη υλικού από την φλεγμονή για καλλιέργεια.</p> <p>Εκτίμηση και επανεκτίμηση της θερμοκρασίας της ασθενούς.</p> <p>Χορήγηση ελαφριάς διαίτας.</p>	<p>Έγινε μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβλαλλόμενων υγρών με προσλαμβανόμενα 2500cc και 2450cc</p> <p>Τα αποτελέσματα της καλλιέργειας ήταν αρνητικά.</p> <p>Χορήγηση στην ασθενή ελαφριάς διαίτας: Πρωινό: τσαι με φρυγανιά. Μεσημεριανό: σουπτα με κοτόπουλο. Βραδινό: ψητό κοτόπουλο με ρύζι.</p>	

Προβλήματα-συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμό νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Άγχος – φόβος για την έκβαση του τραυματιού</p>	<p>Να ανακουφιστεί η ασθενής από το άγχος η να περιοριστεί όσο αυτό είναι εφικτό.</p> <p>Να απαλλαγεί η ασθενής από το άγχος και τον φόβο της.</p>	<p>Επικοινωνία – συζήτηση με την ασθενή ώστε να κατανοήσει τη δυσκολία του προβλήματος της και την έκβαση του τραυματιού της ώστε να επέλθει ηρεμία.</p> <p>Να δοθούν απαντήσεις σε ερωτήσεις και απορίες της ασθενούς.</p> <p>Να έλθει σε επαφή με ασθενείς που έχουν τραύμα και αποκαταστήθηκε, όπου είναι δυνατόν.</p> <p>Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης.</p> <p>Αναζήτηση βοήθειας από ειδικούς (ψυχολόγο-ψυχίατρο) εάν αυτό κριθεί απαραίτητο.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Συζήτηση με τους οικείους της προς στήριξη των ιδίων αλλά και της ασθενούς.</p>	<p>Έγινε επικοινωνία με λεπτομερή ενημέρωση της ασθενούς για την καταστασή της και εδόθη ψυχολογική υποστήριξη τονίζοντάς της, ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα κάνει ότι είναι δυνατόν ώστε να επανέλθει στην καθημερινότητα της και να ανακτήσει τις σωματικές και ψυχικές δυνάμεις της.</p> <p>Χορηγήθηκε tab lexotanil 3mg 1x1 σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Δεν χρειάστηκε βοήθεια από ψυχολόγο-ψυχίατρο, διότι αφενός βοήθησε η ψυχολογική υποστήριξη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και αφετέρου η συνομιλία της ασθενούς που είχε με άλλων ασθενή με το ίδιο πρόβλημα.</p> <p>Έγινε συζήτηση με τους οικείους της ασθενούς, με αποτέλεσμα να βοηθήσουν την ασθενή τους.</p>	<p>Η ψυχολογική υποστήριξη της ασθενούς είχε θετικά αποτελέσματα. Επισήψ, στην χαλάρωση- ηρεμία της ασθενούς συνέβαλε και η χορήγηση lexotanil.</p> <p>Το lexotanil είναι ηρεμιστικό, περιέχει την δραστική ουσία βρωμαζεπαμη, η όποια ανήκει στην ομάδα των φαρμάκων που είναι γνωστά ως βενζοδιαζεπίνες. Η βενζοδιαζεπάμη ελατώνει το άγχος και χαλαρώνει τους μύες 1-2 ώρες μετά την χορήγηση του φαρμάκου από το στόμα.</p> <p>Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές.</p>

6.3.2 Β' Κλινική περίπτωση

Ιστορικό ασθενούς

Όνοματεπώνυμο:
Φύλο:	Άρρεν
Ηλικία:	75 ετών
Τόπος διαμονής:	Θεσσαλονίκη
Οικογενειακή κατάσταση:	Εγγαμος
Βάρος:	70 kgr
Ύψος:	1,75 cm
Θρησκεία:	Χ.Ο.
Ημερομηνία εισόδου:	
Αιτία εισόδου:	

Παρούσα κατάσταση

Ο ασθενής πάσχει από δεκαετίας από καρκίνο του δεξιού λοβού του προστάτη και βρίσκεται στο τελικό στάδιο της νόσου. Η κατάσταση του δεν απαιτεί νοσοκομειακή περίθαλψη και ως εκ τούτου ο ασθενής με τα από απαιτησή δική του και των συγγενών του βρίσκεται στην οικία του. Ο ασθενής παρουσιάζει χρόνια πόνο λόγω των οστικών μεταστασεων, δύσπνοια λόγω των πνευμονικών μεταστασεων και δυσκοιλιότητα λόγω της μειωμένης κινητικότητάς του.

Ιατρικό ιστορικό

Σκωληκειδεκτομή

Σακχαρώδης διαβήτης υπό αγωγή από 15 ετίας

Αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή από 15ετίας

Ολική προστατεκτομή από 10ετίας

Εργαστηριακές – διαγνωστικές εξετάσεις

1. Πλήρης βιοχημικός και αιματολογικός έλεγχος.
2. Έλεγχος τιμής P.S.A.(Prostatic.Specific.Antigen)
3. Γενική εξέταση ουρών
4. Σπινθηρογραφία οστών
5. Ακτινογραφία θώρακος

Τελική διάγνωση

1. Καρκίνος του προστάτη με μεταστάσεις στα οστά και τους πνευμονες.
2. Το σπινθηρογραφία οστών έδειξε πολλαπλές εστίες αυξημένης καθήλωσης ραδιοφαρμάκου σε θωρακικούς και οσφυικούς σπονδύλους στα οστά της πυέλου, στις διατροχαντίριους περιοχές, αμφω στο στέρνο και στα πρόσθια και οπίσθια τόξα των πλευρών, στα οστά του θόλου του κρανίου, στην δεξιά ωμοπλάτη και στις υποκεφαλικές περιοχές των βραχιονίων αμφω. Η εικόνα είναι συμβατή με μετα –νοσο.

3. Η ακτινογραφία θώρακος έδειξε. Πολλαπλες διάσπαρτες οζόδεις σκιάσεις πνευμόνων αμφο(μετα)

<i>Αιματολογικός έλεγχος</i>	<i>Βιοχημικός έλεγχος</i>
Αιμοσφαιρίνη: 11 g/dl	Γλυκόζη: 140 mgr%
Αιματοκρίτης: 31%	Ουρία: 44 mgr%
Μέσος όγκος ερυθρών: 95 F1	Κρεατινίνη: 0,85 mgr%
Λευκά αιμοσφαίρια: 6,2 K/μl	Ουρικό οξύ: 5,9 mgr%
Πολυμορφοπύρηνα: 60%	K: 4,2
Λεμφοκύτταρα: 47%	Na: 140
Αιμοπετάλια: 250 K/μl	γGt: 51 U/L
T.K.E: 58	LDH: 135U/L
PT: 12	CPK: 124
PTT: 28	Χοληστερίνη: 260 mgr
	Τριγλυκερίδια: 180
<i>Γενική ούρων</i>	HDL: 45mgr%
Χροιά: Υποκίτρινη	SGOT: 27U/L
Ειδικό βάρος: 1015	SGPT: 43U/L
pH: 5,5	Ολική χολερυθρίνη: 0,26
Ερυθρά: 0-3	Ολικά λευκώματα: 6,3
Πυροσφαίρια: 0-3	Αλβουμίνη: 2,1
Λεύκωμα: -	Φερριτίνη ορού: 75ng/ml
Σάκχαρο: -	
Ακετόνη: -	

Προβλήματα - συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμό νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγράμματος	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Πόνος λόγω των οστικών μεταστάσεων</p>	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο.</p> <p>Να απαλλαγεί ο ασθενής από τον πόνο.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Τοποθέτηση του ασθενούς στην κατάλληλη ανακουφιστική θέση.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Προαγωγή της ηρεμίας του ασθενούς</p> <p>Ήσυχο περιβάλλον.</p> <p>Εκτίμηση και επανεκτίμηση της πορίας του πόνου.</p> <p>Συστήθηκε και στους συγγενείς να παρακολουθούν την πορεία του πόνου και να ενημερώνουν την υγειονομική ομάδα φροντίδας και ιδιαίτερα των θεράποντα ιατρού του και να ακολουθούν τις οδηγίες του.</p>	<p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση με σκοπό την ανακούφιση του από τον πόνο.</p> <p>Έγινε συζήτηση με τον ασθενή προς ανεύρεση κατάλληλης θέσης για την ανακούφισή του.</p> <p>Εφαρμόζετο αυτοκόλλητο (TTS) fentanyl 75mg1x1 κάθε 3 ημέρες, σύμφωνα με ιατρική οδηγία.</p> <p>Συστήθηκε στους συγγενείς να μην τον κουράζουν με υπερβολικές απαιτήσεις και να προσπαθούν να μην δημιουργούν θορύβους με ώστε να εξασφαλιστεί ηρεμία.</p> <p>Χορηγήθηκε tablonalgal 1mg 1x3.</p>	<p>Ο ασθενής νιώθει ανακούφιση από τον πόνο μετά την θέση που του δόθηκε και μετά την χορήγηση φαρμάκων ανακουφίστηκε πλήρως.</p> <p>Το fentanyl TTS είναι ισχυρό αναλγητικό που ανήκει στη κατηγορία των οπιοειδών, περιέχει την δραστική ουσία φεντανύλη, συγγενής της μεπεριδίνης που ανήκει στους ισχυρούς αγωνιστές των οπιοειδών.</p> <p>Το lonalgal είναι οπιοειδές αναλγητικό και περιέχει την δραστική ουσία της παρακεταμόλης (αναλγητική ουσία), σε συνδυασμό με μια μικρή δόση κοδεΐνης (ναρκωτική ουσία).</p> <p>Τα παραπάνω και σε συνδυασμό με την εξασφάλιση του ήσυχου-ήρεμου περιβάλλοντος απόλαξαν πλήρως τον ασθενή από τον πόνο.</p> <p>Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές.</p>

Προβλήματα - συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμό νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Δύσπνοια (λόγω της μετάστασης στους πνεύμονες).</p>	<p>Ανακούφιση του ασθενούς από τη δύσπνοια. Επαναφορά της αναπνοής του ασθενούς σε φυσιολογικά επίπεδα. Πρόληψη πιθανών επιπλοκών.</p>	<p>Μέριμνα για τοποθέτηση του ασθενούς σε κατάλληλη ανατομική και λειτουργική θέση με σκοπό την εξασφάλιση της βατότητας του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος και την ανακούφιση του ασθενούς από τη δύσπνοια .</p> <p>Χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>Μέριμνα για έλεγχο της καλής λειτουργίας των αναπνευστικών συσκευών</p> <p>χορήγησης O₂ σε πυκνότητες σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.</p> <p>Λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή των τιμών στο διάγραμμα.</p> <p>Προαγωγή της ηρεμίας του ασθενούς – ήσυχο περιβάλλον.</p>	<p>Ο ασθενής τοποθετήθηκε σε ημικαθιστή θέση για τη διατήρηση της βατότητας του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος και την ανακούφισή του από τη δύσπνοια.</p> <p>Πραγματοποιήθηκε έλεγχος λειτουργικότητας των συσκευών χορήγησης O₂.</p> <p>Χορηγήθηκε με μάσκα νεφελοποίησης ampPulmicort 1x4, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Χορηγήθηκε με μάσκα ventury O2 σε πυκνότητα 80% 15lt, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Πραγματοποιήθηκε λήψη ζωτικών σημείων και καταγραφή αυτών στο διάγραμμα : ΑΠ: 130/80 mm/Hg Θ:36,8οC Σφίξεις: 80/ min Sp O2:93% Συστήθηκε στους συγγενείς να μην τον κουράζουν με αποτέλεσμα να μειωθεί ο θόρυβος στο δωμάτιο και στην οικία.</p>	<p>Ο ασθενής ανέφερε ότι Ανακουφίστηκε από τη δύσπνοια, μετά από την θέση που του δόθηκε και μετά από την χορήγηση O₂ και του φαρμάκου.</p> <p>Το pulmicort περιέχει τη δραστική ουσία budesonide που ανήκει στην κατηγορία των βρογχοδιασταλτικών και έχει την ικανότητα να συμβάλει στην απόφραξη των αεροφόρων οδών από τις πυώδεις εκκρίσεις..</p> <p>Τα παραπάνω και σε συνδυασμό με την εξασφάλιση του ήσυχου περιβάλλοντος, απάλλαξαν πλήρως τον ασθενή από την δύσπνοια.</p> <p>Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές.</p> <p>Ο ασθενής δεν παρουσίασε επιδείνωση καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας.</p>

Προβλήματα - συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Δυσκοιλιότητα λόγω της μειωμένης κινητικότητας.</p>	<p>Να ανακουφιστεί ο ασθενής από την δυσκοιλιότητα.</p> <p>Να αποκατασταθεί η φυσιολογική λειτουργία του εντερικού σωλήνα.</p> <p>Πρόληψη επιπλοκών.</p>	<p>Χορήγηση υδρικής διαίτας (τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη)</p> <p>Χορήγηση υγρών.</p> <p>Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Δραστηριοποίηση – κινητικότητα του ασθενούς στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό</p> <p>Εφαρμογή υπαιλουσιμού εάν χρειαστεί και εκτίμηση αποτελέσματος.</p>	<p>Στον ασθενή δόθηκε η εξής κυτταρινούχος ελαφριά – υδρική διαίτα.</p> <p>Το πρωί γάλα με φρυγανιές .</p> <p>Το μεσημέρι ψάρι με χόρτα και πορτοκάλι και το βράδυ βραστό κοτόπουλο σε σούπα με λαχανικά. Ο ασθενής κατανάλωσε και άφθονα υγρά από το στόμα.</p> <p>Τέθηκε υπόθετο dulcolaxsup 10mg 1x1, σύμφωνα με την ιατρική οδηγία.</p> <p>Ο ασθενής κινητοποιήθηκε και περπάτησε εντός της οικίας του.</p> <p>Δεν χρειάστηκε να γίνει υπαιλουσιμός.</p>	<p>Ο ασθενής ανακουφίστηκε από την δυσκοιλιότητα αφού αποκαταστάθηκε η λειτουργία του εντέρου.</p> <p>Η κυτταρίνη και άλλοι πολυσακχαρίτες που δεν πέπτονται προσθέτουν όγκο στα κόπρανα, λόγω της ικανότητάς τους να κάνουν δεσμούς με το νερό και βοηθούν ιδιαίτερα στην διόδο των προϊόντων που πέπτονται και των προϊόντων που αποβάλλονται μέσω των εντέρων. Με αυτό τον τρόπο, βοηθούν στην πρόληψη και την θεραπεία της δυσκοιλιότητας.</p> <p>Το dulcolax ανακουφίζει από τη δυσκοιλιότητα βοηθώντας το παχύ έντερο να επανέλθει στο φυσιολογικό του ρυθμό- διεγείρει την κίνηση των μυών του παχέος εντέρου- υποστηρίζει οντας τη λειτουργία του πεπτικού συστήματος.</p> <p>Η κινητοποίηση του ασθενούς βοήθησε στην περισταλτικότητα και κινητικότητα του εντέρου.</p> <p>Δεν παρουσιάστηκαν επιπλοκές.</p>

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η τεράστια αύξηση δαπανών υγείας και η αστοχία της θεραπευτικής ιατρικής οδήγησε σε εναλλακτικές εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας όπως η «Νοσηλεία στο σπίτι».
- Η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί εναλλακτική μορφή περίθαλψης, η οποία εξασφαλίζει παροχή υπηρεσιών και φροντίδων υγείας με το μικρότερο οικονομικό κόστος.
- Η συμμετοχή της οικογένειας και όχι μόνο των επαγγελματιών υγείας με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου έχει θετικά αποτελέσματα στον ίδιο τον άρρωστο και την οικογένεια του.
- Η νοσηλεία στο σπίτι βοηθάει στην διατήρηση μέσα στην οικογένεια, ενός καλού βιοτικού επιπέδου των ηλικιωμένων και χρονίως πασχόντων.
- Η φροντίδα στο σπίτι παρέχει και οργανώνει κοινωνικά προγράμματα για την ψυχολογική υποστήριξη των ηλικιωμένων και χρονίως πασχόντων.
- Η κατ'οίκον φροντίδα δίνει τη δυνατότητα στους εργαζόμενους ασθενείς να συνεχίσουν την εργασία τους.
- Η νοσηλεία στο σπίτι μειώνει τον αριθμό εισαγωγών στα νοσοκομεία και συντελεί στη διατήρηση της οικογενειακής συνοχής.
- Η προσφορά υπηρεσιών στο σπίτι που αφορά τους άρρωστους τελικού σταδίου, έχει σκοπό τη δυνατότητα της αντιμετώπισης του θανάτου μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον για έναν πιο ειρηνικό και ανώδυνο θάνατο.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Ανάπτυξη των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι».
- Επαρκής πληροφόρηση του κοινού από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για την κατ'οίκον φροντίδα- νοσηλεία της τρίτης ηλικίας.
- Να υπάρξει μεγαλύτερη εξειδίκευση του νοσηλευτικού προσωπικού στη νοσηλεία στο σπίτι.
- Δημιουργία ειδικών κέντρων εκπαίδευσης και διδασκαλίας των νοσηλευτών για τη συμμετοχή τους στα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι».
- Κατάλληλος και επαρκής εξοπλισμός με μηχανήματα στα οχήματα που συμμετέχουν στα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι».
- Το κράτος και η πολιτεία να ευαισθητοποιηθεί και να κινητοποιηθεί πάνω σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους, την κατ'οίκον φροντίδα αυτών και χρονίως πασχόντων.

Ο θεσμός της κατ' οίκον φροντίδας – νοσηλείας, είναι μια πρόκληση για την νοσηλευτική. Ανοίγει καινούργιους δρόμους και δημιουργεί νέες ευθύνες για τον νοσηλευτή. Η πρόκληση αυτή ας δώσει το ερέθισμα σε όλους εμάς να επεκταθούμε σε «νέους ορίζοντες» στην Νοσηλευτική με επίκεντρο τον ασθενή μέσα στο οικογενειακό του περιβάλλον.



Πηγή εικόνας: <http://www.in2life.gr>

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και οι αναπόφευκτες συνέπειες στη βιολογική και την κοινωνική διάσταση του ηλικιωμένου ατόμου αντικατοπτρίζουν την σημερινή πραγματικότητα. Οι ηλικιωμένοι για να ζήσουν ανάμεσα μας υγιείς και ακμαίοι χρειάζονται όχι μόνο τη δική μας φροντίδα και βοήθεια αλλά έχουν ανάγκη την γνώση όλων όσων προάγουν την υγεία και την ευζωία τους. Η δυνατότητα αντιμετώπισης όλων των δυσκολιών από τους ίδιους αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο μιας υγιούς και μακράς ζωής.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν, αφενός η ανάδειξη των αναγκών και των προβλημάτων των ανθρώπων που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία καθώς και της νοσηλευτικής παρέμβασης πάνω στα διάφορα προβλήματα και αφετέρου η ενημέρωση και η πληροφόρηση για την κατ' οίκον φροντίδα, η οποία αποτελεί την βάση της νοσηλευτικής δημόσιας υγείας και παρέχει την ευκαιρία για σημαντικές παρεμβάσεις στα άτομα που φροντίζουν στις κοινότητες.

Συμπερασματικά, οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας είναι αυτοί που έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη για κατ' οίκον φροντίδα. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι ευαισθητοποιημένος, με γνώσεις για τις βιοψυχοκοινωνικές ανάγκες της τρίτης ηλικίας και επαρκώς πληροφορημένος για τα προβλήματα και τις δυσκολίες της, ώστε να είναι σε θέση να φροντίζει επαρκώς και ολιστικώς τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας και μάλιστα όταν αυτοί διαμένουν στην οικία τους.

SUMMARY

Introduction

Life span increase and the inevitable consequences in the biological and social position of the elderly reflect the current reality. The elderly people in order to live among us healthy and active, not only need our care and assistance but also they need to have the knowledge of all things which promote their health and well-being. The ability of dealing with all these hardships by the elderly themselves consists the corner-stone of a healthy and long life.

The objective of the above project was the projection of the needs and problems of the people who form the third-age as well as the nursing intervention in various problems and on the other hand, the advising and informing about the provision of caring at home which composes the foundations of nursing public health and provides the opportunity for major important interventions with the individuals, the families and the communities. The public health nurse is responsible for conveying the worries of the individual and family to the community.

In conclusion, the third age people are the ones who mostly need our care and care at home. The nurse must be conscious, with knowledgeability of the biopsychosocial needs of older people and well informed about the problems and difficulties, in order to be able to care adequately and holistically the older people, especially when they live in their home .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Πλατή Χ.*: Γεροντολογική νοσηλευτική, επίτομος, έκδοση Η΄ αναθεωρημένη, εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2008
2. *Aslan A.*: Ενάντια στα γηρατειά , μετάφραση Αγγελόπουλος Α, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Νόστερ, Αθήνα 1988
3. *Χριστοδούλου Γ., Κονταξάκης Β.*: Η Τρίτη ηλικία, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000
4. *Μαγκλάρα – Κατσιλάμπρου Ε.*: Η διατροφή στην Τρίτη ηλικία, επίτομος, επιμέλεια έκδοσης Χριστοδούλου Γ. και Κονταξάκης Β, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000
5. *Μοσχοβάκη Α.*: Η γήρανση και οι συνέπειες της στον ανθρώπινο οργανισμό 17/05/2007 www.iatronet.gr 20/04/2012, 17:30
6. Εγκυκλοπαίδεια Μεγάλος Ιατρικός Οδηγός: τόμος 2^{ος} , *επιστημονική επιμέλεια Ιατρική εταιρεία Αθηνών*, εκδόσεις Γιαλλελή, Αθήνα 2001,
7. *Κυριακίδης Μ.*: Σταφανιαία νόσος στη μεγάλη ηλικία, επίτομος, επιμέλεια έκδοσης Χριστοδούλου Γ. και Κονταξάκης Β., έκδοση Β΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000
8. *Brandstetter R. and Kazemi H.*: Medical clinics of North America, Anglo-Hellenic Agency, Athens Greece, 1983
9. *Trounce J.*: Κλινική φαρμακολογία για νοσηλευτές, μετάφραση – επιμέλεια Βόζνιακ Γ. και Ηλιάδης Χ., επίτομος, έκδοση 17^η , εκδόσεις Παρισιάνου Γρ., Αθήνα 2007
10. *Κυριόπουλος Ι.*: Δημογραφική γήρανση και υπηρεσίες υγείας. 02/09/2009 <http://www.enthesis.net>, 05/05/2011, 14:00
11. *Μουντοκαλάκης Θ.*: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Γενεύη): απόδοση στα Ελληνικά Αχείμαστος Α. και Στεργίου Γ., επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006
12. *Βαρσαμής Ε.*: Η θεραπεία της υπέρτασης, επίτομος, έκδοση Β΄, εκδόσεις Παρισιάνου Γρ., Αθήνα 2006
13. *Dewit S.*: Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, μετάφραση στα Ελληνικά Δάενας Χ., Δημούλης Α. και άλλοι, γενική επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Λαμπρινού Α. και Λεμονίδου Χ., τόμος 1^{ος} , έκδοση Α΄, εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2009

14. *Λυρίτης Γ.*: Οστεοπόρωση, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Press Line, Αθήνα 1996
15. *Στάμος Κ., Ροϊδης Ν., και Καραχάλιος Θ.*: Η Τρίτη ηλικία, επιμέλεια έκδοσης Χριστοδούλου Γ. και Κονταξάκης Β., επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000
16. *Σαχίνη Α. και Πάνου Μ.*: Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική, τόμος 3^{ος}, έκδοση Β΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000
17. *Αθανάτου Α.*: Κλινική νοσηλευτική, επίτομος, έκδοση 16^η αναθεωρημένη, εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2007
18. *Σαπουτζή – Κρέπα Δ.*: Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1998
19. *Ομπέση Φ.*: Δίκαιο νοσηλευτικής ευθύνης, επίτομος, έκδοση Β΄ ενημερωμένη, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007
20. *Needam J.*: Γεροντολογική νοσηλευτική φροντίδα, μετάφραση – επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Καραχάλιος Γ., έκδοση Α΄, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2001
21. *Χαρτοκόλλης Π.*: Εισαγωγή στην ψυχιατρική, επίτομος, έκδοση Β΄ αναθεωρημένη, εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 1991
22. *Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α.*: Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995
23. *Slater R.*: Γηρατειά – η ψυχολογία της γήρανσης, μετάφραση Μεταξάς Σ., επιστημονική επιμέλεια Μαλικιώση – Λοΐζου Μ., επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2003
24. *Πλατή Α.*: Κατάθλιψη, η κυριότερη αιτία για αυτοκτονίες, Εταιρεία Ανάπτυξης Κοινωνικών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων, www.panakeia.org.gr, 26/08/2011, 20:32
25. *Σκαπινάκης Π.*: Αρνητικές σκέψεις καταθλιπτικών, www.web4health.gr, 21/05/2011, 20:33
26. *Χριστοδούλου Γ.*: Ψυχιατρική, τόμος Α΄, έκδοση Γ΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004
27. *Κούτρα Γ.*: Η κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία, www.thepsy.gr/read_work.asp, 21/08/2011, 16:04
28. *Γρηγόρης Μ.*: Αυτοκτονικός ιδεασμός, επιμέλεια Σκαπινάκης Π., επίτομος, έκδοση Α΄, Ιωάννινα 2003
29. *Ahrens B., Bergofer A. και άλλοι.*: Suicide attempts, age and duration of illness in fecurrent affective disorders, 1995

30. *Μουσιάδης Γ.*: Τρίτη Ηλικία, προβλήματα και αντιμετώπιση τους, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Γραφικές Τέχνες Α.Ε., Θεσσαλονίκη 2000
31. *Baumann P. και Bertschy G.*: Pharmacodynamic and pharmacokinetic, Psychiatry, Switzerland 1993
32. *Παπασπυρόπουλος Σ.*: Η ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας, επιμέλεια Μανέτα Σ., επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1991
33. *The British Medical Association*, Ιατρικό Εγκυκλοπαιδικό Λεξικό, μετάφραση Αγγελόπουλος Α, Μουτσόπουλος Χ, Παπαδόπουλος Γ, κ.α., επίτομος, έκδοση Α΄, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2001
34. *Ευθυμίου Κ., Μαυροειδή Αθ. Και άλλοι*: Πρώτες βοήθειες ψυχικής υγείας, ένας οδηγός για τις ψυχικές διαταραχές και την αντιμετώπιση τους, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 2006
35. *Κυριακίδου Ε.*: Κοινωνική Νοσηλευτική, επίτομος, έκδοση ΣΤ΄, εκδόσεις Η Ταβιθά, Αθήνα 2005
36. *Πανερά Ε.*: Κοινωνική Υποστήριξη ηλικιωμένων σε θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999
37. *Καραγεωργόπουλος Σ., Τσίκος Ν.*: Πρακτική Άσκηση και Νοσηλευτική ΙΙ, επίτομος, έκδοση Β΄, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999
38. *Σταθόπουλος Π.*: Κοινωνική Πρόνοια, μία γενική θεώρηση, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999
39. *Σαπούντζη-Κρέπια Δ.*: Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2004
40. *Rosalinda Alfaro- Leferre*: Εφαρμόζοντας τη Νοσηλευτική Διεργασία, παράγοντας τη συνεργατική φροντίδα, μετάφραση Ζαβερδίνου Ρόζα, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Παρισιάνου Γρ., Αθήνα 2005



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι ηλικιωμένοι, όπως και όλοι οι πολίτες έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις που αναφέρονται σε κείμενα του ΟΗΕ της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλων διεθνών οργανισμών, οργανώσεων ηλικιωμένων και στη νομοθεσία κάθε χώρας. Από όλα τα κείμενα προκύπτει ότι οι ηλικιωμένοι δεν διαφέρουν από τους άλλους πολίτες και ότι ακόμα και οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι μπορούν να εξακολουθήσουν να ασκούν τα δικαιώματα τους και τις ελευθερίες τους ως πολίτες. Τα περισσότερα κείμενα περιέχουν αμέσως ή εμμέσως την αρχή της μη διάκρισης λόγω ηλικίας και της κοινωνικής συμμετοχής όλων, περιλαμβανομένων και των ηλικιωμένων. Η Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (άρθρο 25 παρ.1) διακηρύσσει μεταξύ άλλων ότι καθένας έχει το δικαίωμα ασφάλισης γήρατος. Τα άρθρα 48 και 52 της Συνθήκης της ΕΟΚ που παρέχουν ελευθερία κίνησης για τους εργαζόμενους και τους αυτοαπασχολούμενους, συνεπάγονται το δικαίωμα διαμονής στις χώρες μέλη στις οποίες εξακολουθούν την επαγγελματική τους δραστηριότητα: το δικαίωμα διαμονής πρέπει να χορηγείται και σε όσους έχουν παύσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Ο Κοινωνικός Χάρτης αφορά τα δικαιώματα των ατόμων σε μία κοινωνία όλων των ηλικιών επομένως και των ηλικιωμένων για θέματα σχετικά με την υγεία, τις συντάξεις την κατοικία, τις υπηρεσίες, την οικογένεια, την εκπαίδευση, τα Μ.Μ.Ε., την κοινωνική πρόνοια, την απασχόληση, την παραγωγικότητα.

Στις παραγράφους 24 και 25 αναφέρει ότι κάθε άτομο που φτάνει στη συνταξιοδότηση θα πρέπει να διαθέτει εισόδημα που να του/ της επιτρέπει ένα λογικό βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και δεν διαθέτει άλλα μέσα πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογο με τις ανάγκες του. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υιοθέτησε κείμενο για την αρχή της ίσης αμοιβής άσχετα από τη φυλή, το φύλο, την ηλικία, την αναπηρία ή τη θρησκεία. Σύσταση του Συμβουλίου της ΕΕ αναφέρεται σε "επαρκείς πόρους και παροχές ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπής ανθρώπινη διαβίωση". Κύριο αίτημα είναι να καθιερωθεί σε όλα τα κράτη μέλη ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα και να προχωρήσει μια πολυδιάστατη στρατηγική καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού. Η αρνητική αντιμετώπιση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και οι δυσκολίες που έχουν στην εξεύρεση εργασίας είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Ευρώπη σήμερα. Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη

Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας έχει αναλάβει τη διεξαγωγή μελέτης με σκοπό την εξεύρεση θετικών ενεργειών από τους εργοδότες ώστε να βοηθήσουν τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας να παραμείνουν ενεργοί και δραστήριοι στις θέσεις εργασίας τους αν το επιθυμούν.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος (International Federation of Ageing, 1992) αναφέρεται εκτός από τα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων. Τα δικαιώματα προσδιορίζονται με τις έννοιες της ανεξαρτησίας, συμμετοχής, περίθαλψης, ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και αξιοπρέπειας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο εισόδημα, την απασχόληση, την πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, στην παραμονή στο σπίτι τους, στην ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία και τη διαδικασία ανάπτυξης της χώρας τους κλπ.

Όσον αφορά τις υποχρεώσεις- ευθύνες των ηλικιωμένων όσο το επιτρέπει η υγεία τους και η προσωπική τους κατάσταση είναι:

- i. Να παραμείνουν ενεργοί, ικανοί, να στηρίζονται στον εαυτό τους και να είναι χρήσιμοι
- ii. Να εφαρμόζουν σωστές αρχές σωματικής και πνευματικής υγείας στη ζωή τους.
- iii. Να επωφελούνται από την εκπαίδευση και την ειδίκευση,
- iv. Να προγραμματίσουν και να ετοιμάζονται για τα γηρατειά και τη συνταξιοδότηση
- v. Να ενημερώνουν τις γνώσεις τους και τις ειδικότητες τους, ώστε να έχουν δυνατότητα απασχόλησης
- vi. Να είναι ευέλικτοι, μαζί με τα άλλα μέλη της οικογένειας και να προσαρμόζονται στις σχέσεις που αλλάζουν
- vii. Να μοιράζονται γνώσεις, ειδικότητες, εμπειρία και αξίες με τις νεότερες γενεές
- viii. Να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της κοινωνίας
- ix. Να αναζητούν και να αναπτύσσουν νέες υπηρεσίες στην κοινότητα,
- x. Να αποφασίζουν για την περίθαλψη τους την οποία γνωρίζει ο γιατρός τους και η οικογένεια.