

Α.Τ.Ε.Ι Πατρών

Σχολή: Σ.Ε.Υ.Π.

Τμήμα: Νοσηλευτικής

Πτυχιακή:

*Ο ρόλος της νοσηλευτικής στην αντιμετώπιση των
ψυχικών διαταραχών στην Τρίτη ηλικία*

Εισηγήτρια:

Μιχαλοπούλου Αντιγόνη

Καθηγήτρια

Επιμέλεια:

Γερασιμοπούλου Αντωνία

Φοιτήτρια

Πάτρα, 2012

Η συγκεκριμένη εργασία δεν είναι προϊόν μόνο της δικής μου προσπάθειας. Για την πραγματοποίησή της χρειάστηκε η πολύτιμη συμβολή της υπεύθυνης καθηγήτριας μου, κας Μιχαλοπούλου Αντιγόνης που με κατέθυσε με τις γνώσεις και την πλούσια εμπειρία της, και για αυτό την ευχαριστώ θερμά.

Ευχαριστώ, επίσης, όλους τους καθηγητές μου για τη βοήθεια και τις γνώσεις που μου παρείχαν, ώστε να κατορθώσω να ολοκληρώσω τις σπουδές μου. Τέλος, να ευχαριστήσω τον φίλο μου Γιώργο για τη σημαντική συμβολή του στην εργασία μου.

Συντομογραφίες

Σ.Ε.Υ.Π: Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

Η.Π.Α: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Π.Ο.Υ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Γ.Ο.Π: Γαστρο-οισοφαγική παλινδρόμηση

Α.Π: Αρτηριακή Πίεση

Σ.Δ: Σακχαρώδης Διαβήτης

Ο.Σ.Κ: Οστεοπορωτικά Σπονδυλικά Κατάγματα

Κ.Η.Φ.Η: Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

Κ.Α.Π.Η: Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
Κεφάλαιο 1^ο	7
1. Εισαγωγή στο κατώφλι της τρίτης ηλικίας	8
1.1 Ορισμός τρίτης ηλικίας	8
1.2 Συνοπτική ιστορική αναδρομή	8
1.3 Θεωρίες γήρατος	9
1.4 Βιολογία του γήρατος	11
Κεφάλαιο 2^ο	13
2. Επιδημιολογικά στοιχεία	14
2.1 Δημογραφικές τάσεις του γήρατος στην Ελλάδα	14
2.2 Δημογραφικές τάσεις του γήρατος στο εξωτερικό	14
2.3 Συχνότητα εμφάνισης συναισθηματικών διαταραχών	16
2.4 Επιπολασμός νευροεκφυλιστικών παθήσεων	17
2.5 Επιδημιολογία ψυχιατρικών διαταραχών	18
2.6 Επιπτώσεις στην ιατρική περίθαλψη	19
Κεφάλαιο 3	22
3. Προβλήματα υγείας ηλικιωμένων- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	23
3.1 Αϋπνίες	23
3.2 Ύπνος	23
3.3 Ατομική υγιεινή	25
3.4 Κινητικότητα	26
3.5 Πτώσεις.....	27
3.6 Κατακλίσεις.....	30
3.7 Διατροφή	31
3.8 Απώλεια όρεξης και βάρους.....	37
3.9 Ακράτεια ούρων	37
Κεφάλαιο 4^ο	40
4. Φυσιολογικές μεταβολές στα συστήματα	41
4.1 Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα	41
4.2 Μεταβολές στο κυκλοφορικό σύστημα	41

4.3 Μεταβολές στο καρδιαγγειακό σύστημα.....	42
4.4 Μεταβολές στο γαστρεντερικό-πεπτικό σύστημα	42
4.5 Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα.....	42
Κεφάλαιο 5^ο	44
5. Συναισθηματικές διαταραχές στην Τρίτη ηλικία.....	45
5.1 Μοναξιά.....	45
5.1.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	45
5.1.3 Νοσηλευτική παρέμβαση:.....	45
5.2 Μελαγχολία	46
5.2.1 Ορισμός	46
5.2.2 Αιτιολογία	46
5.2.3 Κλινική εικόνα.....	46
5.2.4 Συμπτώματα	47
5.2.5 Θεραπεία.....	49
5.3 Κατάθλιψη.....	50
5.3.1 Γενικά στοιχεία – Ορισμός.....	50
5.3.2 Αιτιολογία	50
5.3.3 Κλινική εικόνα.....	51
5.3.4 Θεραπεία.....	52
Κεφάλαιο 6^ο	54
6. Ψυχωτικές διαταραχές στην Τρίτη ηλικία.....	55
6.1 Άνοια.....	55
6.1.1 Ορισμός	55
6.1.2 Κλινική εικόνα.....	56
6.1.3 Συμπτώματα & προειδοποιητικά σημεία:.....	57
6.1.4 Θεραπευτική προσέγγιση της άνοιας.....	58
6.1.5 Φαρμακευτική προσέγγιση & αγωγή.....	58
6.2 Νόσος Alzheimer.....	59
6.2.1 Ορισμός	59
6.2.2 Αιτιολογία	60
6.2.3 Διάγνωση	60
6.2.4 Θεραπεία.....	61
6.2.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	62
6.3 Νόσος Parkinson.....	65

6.3.1 Ορισμός	65
6.3.2 Αιτιολογία της νόσου	66
6.3.3 Κλινική εικόνα.....	66
6.3.4 Θεραπεία	67
Κεφάλαιο 7^ο	69
7. Ψυχιατρικές διαταραχές στους ηλικιωμένους	70
7.1 Ψυχικές – διπολικές διαταραχές	70
7.1.1 Συχνότητα	70
7.1.2 Αίτια διπολικών διαταραχών	71
7.2 Μανία	71
7.2.1 Ορισμός	71
7.2.2 Αιτιολογία	72
7.2.3 Συμπτώματα	72
7.2.4 Θεραπεία	73
7.3 Υπομανία	74
7.3.1 Ορισμός	74
7.3.2 Διάγνωση υπομανιακού επεισοδίου.....	74
7.4 Μανιοκατάθλιψη.....	76
7.4.1 Ορισμός	76
7.4.2 Συμπτώματα	77
7.5 Σχιζοφρένεια.....	78
7.5.1 Ορισμός	78
7.5.2 Αιτιολογία	78
7.5.3 Συμπτωματολογία- Προειδοποιητικά σημεία	79
7.5.4 Θεραπεία	79
Κεφάλαιο 8^ο	81
8. Κοινωνική προσέγγιση των ηλικιωμένων	82
8.1 Συνταξιοδότηση- Οικονομικά προβλήματα.....	82
8.1.1 Προβλήματα κατοικίας	82
8.1.2 Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης	83
8.1.3 Προβλήματα επικοινωνίας	83
8.2 Ο ρόλος της οικογένειας.....	84
8.3 Ίδρυματική περίθαλψη.....	85
Κεφάλαιο 9^ο	89

<i>9. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας.....</i>	<i>90</i>
9.1 Δικαιώματα ψυχικά αρρώστου	90
9.2 Ηθικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας	91
<i>Κεφάλαιο 10^ο.....</i>	<i>93</i>
<i>10. Νοσηλευτική διεργασία.....</i>	<i>94</i>
10.1 Ορισμός	94
10.2 Σκοπός Νοσηλευτικής διεργασίας.....	94
10.4 Στάδια Νοσηλευτικής διεργασίας	95
10.5 Περιστατικό & επίλυσή του μέσω Νοσηλευτικής διεργασίας	96
<i>Συμπεράσματα- Πρωτόσεις.....</i>	<i>100</i>
<i>Περίληψη</i>	<i>102</i>
<i>Summary.....</i>	<i>103</i>
<i>Βιβλιογραφία.....</i>	<i>104</i>

Στου καφενείου του βοερού το μέγα μέρος
εκυμένος στο τραπέζι κάθεται ένας γέρος
με μίαν εφημερίδα εμπρός του, χωρίς συντροφιά.

Και μες στον άδλιων γηραιών την καταφρόνεια
εκέπτεται πόσο λίγο χάρηκε τα χρόνια
που είχε και δύναμι, και λόγο, κ' εμορφιά.

Ξέρει που γέρασε πολύ· το νοιώθει, το κυττάζει.
Κ' εν τούτοις ο καιρός που ήταν νέος μοιάζει
σαν χδές. Τι διάστημα μικρό, τι διάστημα μικρό.

Και συλλογιέται η φρόνησις πώς τον εγέλα·
και πώς την εμπιστεύονταν πάντα - τι τρέλλα! -
την ψεύτρα που έλεγε· «Αύριο. Έχεις πολύν καιρό.»

Θυμάται ορμές που βάσταγε· και πόση
χαρά θυσιάζε. Την άμυαλή του γνώει
κάθ' ευκαιρία χαμένη τώρα την εμπαίζει.

... Μα απ' το πολύ να εκέπτεται και να θυμάται
ο γέρος εξαλίδθηκε. Κι αποκοιμάται
στον καφενείου ακουμπισμένος στο τραπέζι.

Κωνσταντίνος Π. Καβάφης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρατηρούμενη αύξηση του πληθυσμού είναι αποτέλεσμα της ισχυρής πτώσεως της γεννητικότητας και της αυξήσεως της αναμενόμενης διάρκειας ζωής, που οφείλονται κυρίως στην πρόοδο της βιοϊατρικής επιστήμης και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης.

Η γήρανση του πληθυσμού συνέβαλε στην αύξηση της τρίτης ηλικίας ειδικότερα των πολύ ηλικιωμένων ατόμων, που όπως είναι γνωστό παρουσιάζουν πολλά προβλήματα τα οποία αυξάνονται με την ηλικία και αποτελούν πρόκληση για διεπιστημονική προσέγγιση και ειδικότερα για τη νοσηλευτική αντιμετώπιση. Η στροφή του ενδιαφέροντος της Νοσηλευτικής για την ανάπτυξη της γεροντολογικής νοσηλευτικής ειδικότητας αποτελεί ανταπόκριση στις νέες προκλήσεις, ίσως και την πιο σημαντική πρόοδο που σημείωσε τις τρεις τελευταίες δεκαετίες.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση της εργασίας εκτείνεται σε δέκα κεφάλαια. Τα κυριότερα θέματα που καλύπτουν τις σελίδες της εργασίας είναι: δημογραφικά στοιχεία κυρίως στο επίπεδο των ψυχικών διαταραχών, φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν με την ηλικία, ειδικά προβλήματα που παρουσιάζονται σε μεγαλύτερη συχνότητα στους ηλικιωμένους, καθώς και ψυχοκοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζονται κατά τη νοσηλευτική τους φροντίδα. (Πλατή, 2008)

Υποστηρίζει και προτείνει μια ολική προσέγγιση της ψυχικής υγείας με όλες τις βιοψυχοκοινωνικές, πολιτιστικές και πνευματικές διαστάσεις. Έχει στόχο τον άνθρωπο που είναι ενιαία ψυχοσωματική προσωπική ύπαρξη με ατίμητη αξία, ανεξάρτητα από τον βαθμό της ψυχικής του υγείας. (Ραγιά, 2004)

Τα προβλήματα που προκύπτουν σχετίζονται με τις αυξημένες ανάγκες παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών προς τους ηλικιωμένους, την ανάγκη βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης τους, την αλλαγή των κοινωνικών δομών, με όσα αυτή συνεπάγεται για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, και ακόμη την αλλαγή των στάσεων των νεότερων ατόμων προς τους ηλικιωμένους.

Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να ενημερωθούν οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με τους τρόπους προσέγγισης και αντιμετώπισης των γενικών προβλημάτων αλλά κυρίως της ψυχικής κατάστασης των ηλικιωμένων, να ενημερωθούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας για τα προβλήματα που τους αφορούν και τις δυνατότητες αντιμετώπισης τους και να ευαισθητοποιηθεί το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο για τα προβλήματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας και τις δυνατότητες συμμετοχής τους στην επίλυση τους. (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, 2007)



Κεφάλαιο 1^ο

Σ Ορισμός τρίτης ηλικίας

Σ Συνοπτική ιστορική αναδρομή

Σ Θεωρίες γήρατος

Σ Βιολογία γήρατος

1. Εισαγωγή στο κατώφλι της τρίτης ηλικίας

1.1 Ορισμός τρίτης ηλικίας

Η λέξη “ηλικιωμένοι”, σε όποια γλώσσα κι αν ακουστεί, κάνει όσους την λένε και όσους την ακούνε να νιώθουν μια ολόκληρη σειρά συναισθημάτων. Συναισθήματα αγάπης και τρυφερότητας, σεβασμού και εκτίμησης, συμπάθειας και κατανόησης. Στον ηλικιωμένο βλέπουμε την πείρα της ζωής, την ιστορία, το μέλλον και τον ίδιο τον εαυτό μας μέσα σε αυτόν.

Τα γηρατειά είναι μία βιολογική εξέλιξη που συγκινούσε πάντοτε την ανθρωπότητα. Η επιθυμία για μακροζωία και καλό τρόπο ζωής είναι έμφυτη σε όλους τους ανθρώπους. Ο άνθρωπος μετά το στάδιο της ανάπτυξης και το στάδιο της ωρίμανσης φτάνει στο στάδιο της υποστροφής, και της φθοράς, όπου διάφορες παθολογικές εξεργασίες τον οδηγούν στο θάνατο. Ο μέσος όρος ζωής στον άνδρα σήμερα είναι 75-80 ετών, ενώ στη γυναίκα 4-5 χρόνια παραπάνω. (Ντολατζάς, 2005)

Σήμερα αναγνωρίζεται ότι είναι δύσκολο να δοθεί ικανοποιητικός ορισμός στον ετερογενή πληθυσμό των ηλικιωμένων, επειδή η φυσιολογική με την χρονολογική ηλικία παρουσιάζουν μεταξύ τους διακρίσεις. Επιπλέον, η ενηλικίωση, ή η γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού αρχίζει μεταξύ 20-30 ετών και προχωρεί με ποικίλο ρυθμό, ακόμα και στα επίπεδα του ατομικού κυττάρου. (Πλατή, 2008)

Δεν πρέπει να συγχέουμε το γήρας με τα γηρατειά. Αν τα γηρατειά, πράγματι, χαρακτηρίζονται ύστερα από κάποια ηλικία, το γήρας αντίθετα υπάρχει από την στιγμή της γέννησης, ακόμα και από εκείνη της γονιμοποίησης. Οι μελετητές, εξάλλου, σημειώνουν ότι είναι αδύνατο, εκτός από ανώφελο, να προσδιορίσουμε ποια είναι αυτή η ηλικία στην οποία αρχίζουν τα γηρατειά, που θεωρείται ότι το άτομο μπαίνει στην, όπως ονομάζεται, “τρίτη ηλικία”. Το γήρας που μας απασχολεί είναι αυτό που συμβαίνει σε αυτή την περίοδο. Υπάρχουν δύο γενικές απόψεις:

- ♣ Το γήρας είναι μία διαδικασία γενική, όπου αναμειγνύονται σε τρόπο εφάμιλλο όλοι οι ιστοί και οι διάφορες λειτουργίες.
- ♣ Το γήρας μπορεί να προσβάλει όργανα και προσδιορισμένες λειτουργίες σε διάφορες στιγμές και με διάφορους τρόπους. (Εγκυκλοπαίδεια Υγεία, 1988)

1.2 Συνοπτική ιστορική αναδρομή

Ο όρος Τρίτη Ηλικία πρωτοεμφανίστηκε στην γαλλική βιβλιογραφία και αναφέρεται στην

ομάδα των ατόμων, που έχουν ξεπεράσει τα 60, ή 65 χρόνια ζωής. Ο αριθμός των ατόμων αυτής της ομάδας συνεχώς αυξάνει. Ένας σύντομος ορισμός προτείνεται από τον Αμερικανό γεροντολόγο Λάνσινγκ, για την τρίτη ηλικία που αναφέρει το εξής : “Η τρίτη ηλικία είναι μία διαδικασία δυσμενούς, προοδευτικής μεταβολής, συνδεδεμένη συνήθως με τη πάροδο του χρόνου, η οποία εμφανίζεται μετά την ωριμότητα και τελειώνει πάντα με το θάνατο του ατόμου”.

Μια σύντομη αναδρομή στην ιστορία, μας δίνει την πληροφορία πως ο μέσος όρος ζωής του πρωτόγονου ανθρώπου ήταν περίπου 12 χρόνια, του ανθρώπου της εποχής του χαλκού περίπου 18 χρόνια. Από μελέτες ανθρώπινων σκελετών υπολογίστηκε ότι το 5% περίπου των ανθρώπων, που έζησαν πριν από 100.000 χρόνια, ζούσε μέχρι τα 45 χρόνια, το 45% μέχρι 20 – 35 χρόνια και το 50% μέχρι τα 20 χρόνια. Στην Αρχαία Ελλάδα, στα χρόνια του Περικλή το προσδόκιμο ζωής ενός νεογέννητου ήταν 20 χρόνια και στην Ελληνορωμαϊκή εποχή 31 χρόνια, στον 9ο αιώνα 35 χρόνια, κατά τα μέσα τέλος του 19ου αιώνα τα 40 χρόνια. Σήμερα ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου κυμαίνεται από 70,1 χρόνια έως 75 χρόνια.

Όπως βλέπουμε όσο περνούν τα χρόνια ο μέσος όρος της ανθρώπινης ζωής ολοένα και αυξάνεται. Οι μεταβολές αυτές είναι κυρίως αποτέλεσμα :

- ❖ Της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης, δηλαδή κατοικίας, διατροφής και υγιεινής ζωής στις τελευταίες δεκαετίες σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες.
- ❖ Της προόδου της ιατρικής επιστήμης και εφαρμογής προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής με αποτέλεσμα την ανακάλυψη και θεραπεία επικίνδυνων ασθενειών σε πρώιμα στάδιά τους. (Ντε Μποβουάρ, 1981)

1.3 Θεωρίες γήρατος

Η Τρίτη ηλικία συνδέεται με μύθους, στερεότυπα και παρεξηγήσεις, κοινός παρονομαστής των οποίων είναι η απώλεια της αυτονομίας, η επιδείνωση της ποιότητας ζωής και η περιθωριοποίηση. Οι αλλαγές στον οργανισμό με την πάροδο της ηλικίας μπορούν να ταξινομηθούν σε μεταβολές στο γνωστικό τομέα, στην προσωπικότητα και στην προσαρμογή. Όσον αφορά τον πρώτο παρατηρείται αδυναμία πρόσκτησης νέας γνώσης, αλλά το γεγονός αυτό αντισταθμίζεται από την αύξηση της κριτικής ικανότητας και την ευχέρεια αξιοποίησης της εμπειρίας και των εμπεδωμένων κατά τη διάρκεια της ζωής δεξιοτήτων.

Οι θεωρίες για το γήρας είναι πολλές. Πάρα πολλοί επιστήμονες σε όλο τον κόσμο προσπαθούν να εξηγήσουν το φαινόμενο “γήρανση”. Κάθε οργανισμός έχει στα κύτταρά του ένα

γενετικό πρόγραμμα που καθορίζει τις μιτώσεις, την πρωτεϊνοσύνθεση και γενικά την διάρκεια της ζωής του. Επάνω στα γονίδια μας και ιδιαίτερα στο DNA είναι χαραγμένη η ημέρα που θα πεθάνουμε, εφόσον βεβαίως δεν προκαλέσουμε εμείς τον θάνατό μας. Τα χαρακτηριστικά του γηρασμένου κυττάρου είναι ότι δεν μπορεί να συνθέσει πρωτεΐνη με αποτέλεσμα να εκφυλίζεται και να διαλύεται. (Ντολατζάς, 2005)

Πολλές προσπάθειες έγιναν κατά καιρούς από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων (βιολόγους, κοινωνιολόγους, ψυχολόγους κλπ.) για τον ακριβή καθορισμό του γήρατος και τον χαρακτηρισμό του “ηλικιωμένου” ατόμου. Απεδείχθη όμως ότι δεν είναι καθόλου εύκολο να δοθεί ένας σαφής, περιεκτικός και συγκεκριμένος ορισμός του όρου “ηλικιωμένος”, ο οποίος να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε όλες τις περιπτώσεις και να καλύπτει όλους τους τομείς και τις διαστάσεις του ατόμου. (Κυριακίδου, 2005)

Η ζωή του ανθρώπου είναι ένα συνεχές φαινόμενο και για αυτό είναι αδύνατο να προσδιορίσουμε με ακρίβεια πότε τελειώνει η περίοδος της ωριμότητας και αρχίζει το γήρας. Τίποτε, πραγματικά, δεν είναι περισσότερο μεταβλητό, περισσότερο προσωπικό. Το γήρας είναι ένα φαινόμενο φυσιολογικό που επέρχεται οπωσδήποτε και που κανένας άνθρωπος δεν μπορεί να το αποφύγει. Φαίνεται ότι υπάρχει μία κατάσταση προ-γήρατος, ακολουθεί η κατάσταση του κυρίως γήρατος και η τελική φάση είναι το βαθύ γήρας που, ευτυχώς, οι περισσότεροι άνθρωποι δεν το γνωρίζουν. Ορισμένοι άτομα παραμένουν ως το τέλος της ζωής τους “θαλεροί γέροντες”. Άλλοι περνούν, χωρίς μεταβατική περίοδο, από την ηλικία της ωριμότητας στα βαθιά γηρατειά. (Beer-Poitevin, 1989).

Οι μηχανισμοί που οδηγούν έναν οργανισμό στην πρόοδο του γήρατος είναι πολλοί και περίπλοκοι. Οι θεωρίες του γήρατος κατηγοριοποιούνται σε θεωρίες φθοράς, που απασχολούνται περισσότερο με τη σταδιακή αύξηση της φθοράς του οργανισμού σε όλη τη διάρκεια της ζωής, και σε θεωρίες “προγραμματισμού”, που θεωρούν ότι το γήρας είναι το αποτέλεσμα γενετικού προγραμματισμού. Οι ποικίλες θεωρίες για τους μηχανισμούς του γήρατος καθιστούν δύσκολη τη διαδικασία εύρεσης τρόπων αύξησης της διάρκειας ζωής. Η έρευνα για την επίτευξη μεθόδων μακροζωίας και παράλληλα επιβράδυνσης της εμφάνισης ηλικιακά σχετιζόμενων ασθενειών έχει οδηγήσει στην ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδο του θερμιδικού περιορισμού.

Ο θερμιδικός περιορισμός βασίζεται στον περιορισμό της καθημερινής τροφικής κατανάλωσης, ενώ διατηρεί την κατανάλωση κατάλληλης θρεπτικής ποιότητας. Ο θερμιδικός περιορισμός δείχνει υποσχόμενα αποτελέσματα σε μεγάλο αριθμό ζωικών μοντέλων που έχουν χρησιμοποιηθεί, όπως για παράδειγμα επιμηκύνοντας τη διάρκεια ζωής και καθυστερώντας τις ηλικιακά σχετιζόμενες ασθένειες. Παρόλα αυτά, τα αποτελέσματα από τις έρευνες σε πιθήκους

αναμένονται ακόμη. Ωστόσο, υπάρχουν ερωτήσεις σχετικά με τη δραστικότητα αυτής της μεθόδου στους ανθρώπους. Οι λόγοι είναι ότι η σύνθεση των θρεπτικών ουσιών σε μια δίαιτα θερμιδικού περιορισμού είναι πολύ σημαντική και ότι η διατήρηση αυτής της δίαιτας κατά τη διάρκεια όλης της ζωής είναι αρκετά δύσκολη και με μεγάλες πιθανότητες αποτυχίας, χωρίς να ληφθούν καθόλου υπόψη τα ακόμη αμφισβητούμενα οφέλη.

Γι' αυτόν το λόγο, ένας νέος τομέας έρευνας έχει δημιουργηθεί, που ονομάζεται “μίμηση θερμιδικού περιορισμού” και ο οποίος κερδίζει έδαφος σε ενδιαφέρον όσον αφορά στους ανθρώπους. Ο συγκεκριμένος τομέας εστιάζει στον προσδιορισμό ουσιών που, όταν καταναλωθούν, θα προκαλέσουν παρόμοιους φαινοτύπους μακροζωίας και αργοπορίας γήρατος, όπως ο θερμιδικός περιορισμός, χωρίς μεγάλη προσπάθεια. Η μίμηση θερμιδικού περιορισμού φαίνεται να είναι πολλά υποσχόμενη αλλά βρίσκεται ακόμη σε πρώιμα στάδια έρευνας. (Beer-Poitevin, 1989).

1.4 Βιολογία του γήρατος

Τα διάφορα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού ποικίλλουν πολύ στο ρυθμό αλλαγής τους και υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές, καθώς τα άτομα μεγαλώνουν. Η ικανότητα εκτέλεσης σε βιολογικά tests συσχετίζεται με το στυλ της ζωής, με το επίπεδο της υγείας και με πιθανούς γενετικούς παράγοντες. Η καρδιά του ηλικιωμένου όταν δεν έχει κάποια πάθηση εργάζεται περίπου όπως κι αυτή ενός νεωτέρου ενήλικα. Ωστόσο τα στεφανιαία νοσήματα είναι αρκετά συχνά στην Τρίτη ηλικία.

Τα λεμφοκύτταρα έχουν σημαντικά μειωμένη ικανότητα να σκοτώσουν τα καρκινικά κύτταρα, αρχίζοντας από την ηλικία των 40 ετών.

Υπάρχει σχετιζόμενη με την ηλικία ελάττωση του υγρού στοιχείου των κυττάρων κι αυτό έχει σοβαρές επιπτώσεις στον προσδιορισμό των ασφαλών φαρμακευτικών δόσεων για τους ηλικιωμένους. Η απώλεια της μυικής μάζας σχετιζόμενη με μειωμένη παραγωγή αυξητικής ορμόνης ίσως ευθύνεται για την βαθμιαία απώλεια της μυικής δύναμης με την πάροδο της ηλικίας. Οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 7-8 χρόνια περισσότερο από τους άνδρες. (Ραγιά, 2004).

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 (Τσιώλη, 1996).

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 (Τσιώλη, 1996).

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 λειτουργία (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999).

Κεφάλαιο 2^ο

§ Δημογραφικές τάσεις στην Ελλάδα

§ Δημογραφικές τάσεις στο εξωτερικό

§ Συχνότητα εμφάνισης συναισθηματικών διαταραχών

§ Επιπολασμός νευροεκφυλιστικών παθήσεων

§ Επιδημιολογία ψυχιατρικών διαταραχών

§ Επιπτώσεις στην ιατρική περίθαλψη



2. Επιδημιολογικά στοιχεία

2.1 Δημογραφικές τάσεις του γήρατος στην Ελλάδα

Η Ελλάδα είναι δεύτερη σήμερα χώρα μετά τη Σουηδία, στο χώρο της Ευρώπης στην επιβίωση του πληθυσμού της. Στην Ελλάδα η γήρανση του πληθυσμού, με τον εξαιρετικά υψηλό ρυθμό μεταβολής της θα φέρει καταλυτική επίδραση στην οικονομική και την πολιτική της παράλληλα και τα εθνικά της προβλήματα. Αρκεί να λεχθεί ότι ενώ το 1950 σε 15 άτομα παραγωγικής ηλικίας αντιστοιχούσε ένας ηλικιωμένος 65 χρονών, σήμερα σε επτά άτομα αντιστοιχεί δύο και σε δύο γενεές σε τρία άτομα θα αντιστοιχεί ένας ηλικιωμένος. (Μουτσόπουλος, 2003).

Στη χώρα μας το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών αποτελούσε το 7,4% το 1951, το 8% το 1961, το 11,1 % το 1971, το 13% το 1981 (επί 9.740.000 Ελλήνων) και το 14% το 1991 (επί 10.260.000 Ελλήνων) δηλαδή διογκώνεται σήμερα κατά 1% κάθε 10 χρόνια, δηλαδή κάπως βραδύτερα από ότι προ 20 ετών.

Η αύξηση του πληθυσμού της Ελλάδος κατά την τελευταία δεκαπενταετία (περίπου 46.000 άτομα τον χρόνο) προέρχεται κατά 50% και πλέον, από την αύξηση ατόμων άνω των 65 ετών (μέσος όρος 26.000 άτομα τον χρόνο). (Πλατή, 2008)

2.2 Δημογραφικές τάσεις του γήρατος στο εξωτερικό

Το ποσοστό του πληθυσμού που έχει ηλικία 65 ετών και άνω διογκώνεται γρήγορα στην Ελλάδα και ιδιαίτερα στις τεχνολογικά ανεπτυγμένες χώρες με χαμηλή γεννητικότητα. Ένα από τα χαρακτηριστικά των χωρών αυτών που τις ξεχωρίζει από τις “αναπτυσσόμενες” είναι ότι το ποσοστό ατόμων άνω των 65 στις ανεπτυγμένες χώρες υπερβαίνει το 7% του πληθυσμού. Τα Ηνωμένα Έθνη χρησιμοποιούν το ποσοστό αυτό σαν κριτήριο για να ταξινομηθεί η χώρα από δημογραφική πλευρά σαν νεαρά (κάτω των 4%) ώριμη (4-7%) η ηλικιωμένη (7% ή περισσότερο).

Μέσα στον κατάλογο των ηλικιωμένων χωρών διακρίνονται οι σχετικώς νέες - ηλικιωμένες χώρες (7-10%) από τις πολύ ηλικιωμένες (13-13,5% Αγγλία, Βέλγιο, Γερμανία) οι δε Η.Π.Α. κατέχουν μια ενδιάμεση θέση (10-11%). (Λύκουρας κ.α, 2011)

Μεταβολές παρατηρούνται σε όλες τις χώρες του Δυτικού κόσμου με σχετικά σταθερό πληθυσμό και όπου δεν υπάρχει σημαντική εξωτερική ή εσωτερική μετανάστευση. Για παράδειγμα η Σουηδία το 1971 είχε πληθυσμό 8.100.000 εκ των οποίων τα 1.100.000 ήσαν άτομα άνω των 65

ετών (13,5%). Το 1991 υπολογίζεται ότι ο ολικός πληθυσμός της είναι 8.600.000, η δε αύξηση των 500.000 ατόμων θεωρείται ότι προέρχεται κατά τα δύο τρίτα (301.500) από άτομα άνω των 65 ετών. Γενικά τα άνω των 65 ετών άτομα αυξάνουν με πολλαπλάσιο ρυθμό από ότι ο γενικός πληθυσμός, η δε αύξηση των γυναικών είναι μεγαλύτερη από την αύξηση των ανδρών σ' όλο τον κόσμο. Ιδιαίτερα έντονη είναι η αύξηση της ομάδας ατόμων άνω των 80 ετών.

Τόσο ο αριθμός, όσο και το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων, δηλαδή ατόμων μεγαλύτερων των 65 ετών, φαίνεται πως αυξάνονται σε όλες τις χώρες του κόσμου. Η αυξητική τάση των γηραιών ατόμων συνεχίζει αμείωτη σε παγκόσμια κλίμακα. Μάλιστα, φαίνεται πως ενισχύεται από την μείωση της βρεφικής θνησιμότητας, αλλά και την αύξηση στο προσδόκιμο επιβίωσης, που οφείλονται στην πρόοδο της τεχνολογίας και της ιατρικής επιστήμης.

Υπολογίζεται πως τα 380 εκατομμύρια ηλικιωμένων ατόμων που ζουν σήμερα στον πλανήτη, θα φτάσουν τα 690 εκατομμύρια ως το 2020. Μάλιστα, ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω υπολογίζεται πως θα αγγίξει τα δύο δισεκατομμύρια το 2050. Έτσι ενώ το 200 ένα 10% του παγκόσμιου πληθυσμού έχει ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών, μέχρι το 2050 αναμένεται το ποσοστό αυτό να έχει διπλασιαστεί. Και ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων είναι τώρα υψηλότερο στις ανεπτυγμένες χώρες, ο ρυθμός αύξησης φαίνεται να είναι ραγδαίος στις αναπτυσσόμενες χώρες. Βάσει εκτιμήσεων των σχετικών τάσεων, αυτό σημαίνει, πως, μόλις 400 εκατομμύρια ηλικιωμένοι θα ζουν στις ανεπτυγμένες χώρες.

Στον Πίνακα 1 απεικονίζεται το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω στο γενικό πληθυσμό, σε 15 επιλεγμένες χώρες. Στην Ελλάδα, το ποσοστό αυτό έχει αγγίξει το 22,9%. (Morley, 2007)

Πίνακας 1. Ποσοστό ηλικιωμένου πληθυσμού (>60ετών) σε διάφορες χώρες του κόσμου

Χώρες	Ποσοστό
Ιαπωνία	25.6
Σαν Μαρίνο, Ιταλία	25.3
Γερμανία	24.8
Σουηδία	23.0
Ελλάδα	22.9
Ηνωμένο Βασίλειο, Ισπανία,	21.0
Ελβετία	
Καναδάς	17.5
Ηνωμένες Πολιτείες	16.5
Ιρλανδία	15.0
Χιλή	11.3
Κίνα	10.8
Τζαμάικα	10.1
Ινδία	7.8
Πακιστάν	5.8
Κουβέιτ	3.0

2.3 Συχνότητα εμφάνισης συναισθηματικών διαταραχών

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται κατακόρυφη αύξηση που ξεπερνάει το 50% παρουσιάζουν οι καταθλιπτικές και οι αγχώδεις διαταραχές στον ελληνικό πληθυσμό κυρίως λόγω της ανεργίας και των οικονομικών προβλημάτων σύμφωνα με επιδημιολογική έρευνα για τις ψυχικές διαταραχές στη χώρα μας στην οποία συμμετείχαν 5.000 ενήλικες, ηλικίας 18-74 ετών, που παρουσιάστηκε στο πλαίσιο του 21ου Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. Η έρευνα δείχνει ότι περίπου 1.200.000 Έλληνες έχουν σημαντική ψυχοπαθολογία, ενώ καταγράφεται και αύξηση των αυτοκτονικών τάσεων.

Όπως προκύπτει από τη μελέτη, ένας περίπου στους έξι Έλληνες 18-70 (1.200.000) παρουσιάζει κλινικά σημαντική ψυχοπαθολογία και ένας στους 12 σοβαρή ψυχοπαθολογία (600.000). Άτομα με κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα είναι πιο πιθανό να πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, ενώ μια άλλη ομάδα με σημαντική νοσηρότητα είναι οι ηλικιωμένοι και οι συνταξιούχοι. Τα ψυχιατρικά συμπτώματα που παρουσιάζονται στο γενικό πληθυσμό είναι κόπωση 28,7% στις γυναίκες και 19,6% στους άνδρες και πιο γενικευμένο άγχος 21,4% στις γυναίκες και 16% στους άνδρες. Ακόμη η ευερεθιστότητα 19,8% στις γυναίκες και 19,1% στους άνδρες. Αξίζει να σημειωθεί ότι το 14% των συμμετεχόντων (17%) γυναίκες και 11% άνδρες παρουσίαζε σοβαρά συμπτώματα.

Όσον αφορά στις ειδικές κλινικές διαταραχές η παρουσία κατάθλιψης στο δείγμα κυμάνθηκε περίπου στο 3% για όλους τους συμμετέχοντες (3,9% για τις γυναίκες και 2,2% για τους άνδρες) ενώ η διαταραχή γενικευμένου άγχους (αγχώδης νεύρωση όπως λεγόταν παλιότερα) αφορούσε το 4,2% (6% για τις γυναίκες και 2,5% για τους άνδρες). Ένα 3% περίπου πάσχει από κλινικά σημαντικές φοβίες, 1,7% από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και 2% από διαταραχή πανικού. (Πρακτικά Πανελληνίου Ψυχιατρικού συνεδρίου, 2011)

Η κατάθλιψη, όσον αφορά τις συναισθηματικές διαταραχές, εμφανίζεται με τη μεγαλύτερη συχνότητα. Από έρευνες που έχουν γίνει υπολογίζεται ότι σε μια δεδομένη χρονική στιγμή 5% του πληθυσμού εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης, ενώ κατά την διάρκεια ενός έτους 10% του πληθυσμού θα εμφανίσει συμπτώματα κατάθλιψης. Κατά την διάρκεια της ζωής 20% των γυναικών και 12% των ανδρών εμφανίζουν συμπτώματα συμβατά με κατάθλιψη. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα νούμερα αυτά περιλαμβάνουν όλες τις μορφές κατάθλιψης από τις ελαφριές μέχρι τις σοβαρές γι' αυτό και είναι λίγο ψηλά.

Η κατάθλιψη συμβαίνει περίπου σε 2% των ηλικιωμένων. Αρκετές μελέτες επίσης έδειξαν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι περισσότερο συχνά σε ηλικιωμένους πάνω από 80 ετών, και

σε ηλικιωμένες γυναίκες, σε σχέση με ηλικιωμένους άνδρες (Χριστοδούλου, 2004)

Σε επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους βρέθηκε ότι 10-25% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς το 1-5% πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη και το 2-8% πάσχουν από δυσθυμία. Σε μελέτες που έγιναν σε γηροκομεία και οίκους ευγηρίας το ποσοστό των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη ανέρχεται σε 5-15%, ενώ ένα 30% επιπλέον αυτών εμφανίζει σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως δυσφορία, μελαγχολία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου. Τέλος σε μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους ασθενείς γενικών νοσοκομείων ένα 5-10% εμφάνιζαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης, ενώ ένα επιπρόσθετο 15-25% παρουσίαζαν σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία. Είναι άξιο προσοχής ότι στα γενικά νοσοκομεία μόνο το 2% των ασθενών αξιολογείται ψυχιατρικά, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από την πραγματική συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σ' αυτά τα ιδρύματα. (Σκαπινάκης, 2003)

2.4 Επιπολασμός νευροεκφυλιστικών παθήσεων

Οι κυριότεροι εκπρόσωποι αυτής της κατηγορίας είναι η νόσος Alzheimer και η νόσος του Parkinson, που τα τελευταία χρόνια εμφανίζουν ραγδαία αύξηση.

Η νόσος **Alzheimer** εμφανίζεται περισσότερο σε άτομα προχωρημένης ηλικίας. Γενικά εντοπίζεται στους ανθρώπους πάνω από 65 ετών, αν και το λιγότερο συχνά, πρόωρο Αλτσχάιμερ μπορεί να εμφανιστεί πολύ νωρίτερα, ίσως και πριν τα 50. Η συχνότητα εμφάνισης της ασθένειας διαφοροποιείται με την ηλικία: κάθε πέντε έτη μετά από την ηλικία των 65, ο κίνδυνος εμφάνισης της ασθένειας περίπου διπλασιάζεται. Υπάρχουν επίσης διαφορές μεταξύ των φύλων. Οι γυναίκες έχουν υψηλότερο κίνδυνο για Αλτσχάιμερ, ιδιαίτερα στον πληθυσμό μεγαλύτερο από 85.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, η εξάπλωση του Αλτσχάιμερ υπολογίστηκε να είναι 1.6 ανά 1000 το έτος 2000 στη ηλικιακή ομάδα 65-74, με το ποσοστό που αυξάνεται σε 19 ανά 1000 στην ομάδα 75-84 και 42 ανά 1000 στην ομάδα 84 και άνω.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας υπολόγισε ότι, το 2005, 0.379% των ανθρώπων παγκοσμίως είχε άνοια, και ότι η εξάπλωση θα αυξανόταν σε 0.441% το 2015 και σε 0.556% το 2030. Άλλες μελέτες έχουν συναγάγει παρόμοια συμπεράσματα. Μια άλλη μελέτη υπολόγισε ότι, το 2006, 0.40% του παγκόσμιου πληθυσμού (26,6 εκατομμύρια άνθρωποι) πάσχει από Αλτσχάιμερ, και ότι το ποσοστό θα τριπλασιαζόταν μέχρι το έτος 2050. (Ευθυμιόπουλος, 2010)

Η νόσος του Parkinson προσβάλλει περίπου 2 στα 1.000 άτομα παγκοσμίως. Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται με την ηλικία και προσβάλλει το 1% - 2% όλων όσων είναι άνω των 65 ετών. Αυτό το γεγονός, καθιστά την Parkinson μία από τις τέσσερις πιο συνηθισμένες νευροεκφυλιστικές νόσους των ηλικιωμένων (η δεύτερη συχνότερη νευροεκφυλιστική διαταραχή μετά τη νόσο του Alzheimer). Υπολογίζεται ότι περίπου 6,3 εκατομμύρια άτομα σε όλο τον κόσμο υποφέρουν από τη νόσο. Περίπου το 50% των ασθενών εμφανίζουν σημαντικές επιπλοκές μετά από 5 χρόνια και χρειάζονται συχνά ειδική βοήθεια ή και περίθαλψη σε ίδρυμα. Η μέση διάρκεια της νόσου είναι περίπου 13 χρόνια, γεγονός που αντανακλά μία πολύ σημαντική κοινωνική και οικονομική επιβάρυνση.

Εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα μετά την 6η δεκαετία της ζωής αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε ηλικία μικρότερη των 40 ετών (νεανικός παρκινσονισμός). Η συχνότητα της νόσου στα βιομηχανικές χώρες υπολογίζεται στο 0,3% του γενικού πληθυσμού και στο 1% για άτομα άνω των 60 ετών. Στις Ευρωπαϊκές χώρες ο επιπολασμός για το σύνολο του πληθυσμού κυμαίνεται μεταξύ 64,6 και 320 (10,11) ασθενείς ανά 100000 άτομα και η ετήσια επίπτωση μεταξύ 4,9 και 26 (10,12) ασθενείς ανά 100000 άτομα.

Για ηλικίες μεγαλύτερες των 55 ετών, ο επιπολασμός κυμαίνεται μεταξύ 713 και 1500 (13,14) ασθενείς ανά 100000 άτομα και η ετήσια επίπτωση μεταξύ 186,8 και 346 (13,15) αντίστοιχα. Αναφορές που θέλουν η νόσος να υπερέχει στη λευκή φυλή έναντι ατόμων της μαύρης και ασιατικής καταγωγής (16,17,18), πιθανόν να προκύπτουν από μεθοδολογικές διαφοροποιήσεις στη συλλογή στοιχείων από τις εθνότητες. (Τσίντου & Δαλαμάγκας, 2011)

2.5 Επιδημιολογία ψυχιατρικών διαταραχών

Πρόσφατες αναλύσεις που έγιναν από τον Π.Ο.Υ. δείχνουν ότι οι νευροψυχιατρικές καταστάσεις, οι οποίες περιλάμβαναν μία επιλογή αυτών των διαταραχών, είχαν συνολικό επιπολασμό σημείου 10% στους ενήλικες

Οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν στο ότι ο εν γένει επιπολασμός των ψυχικών διαταραχών είναι περίπου ίδιος μεταξύ αντρών και γυναικών. Οποιοσδήποτε διαφορές υπάρχουν, εξηγούνται από την διαφοροποιημένη κατανομή των διαταραχών. Οι σοβαρές ψυχικές διαταραχές είναι περίπου εξίσου κοινές, με την εξαίρεση της κατάθλιψης, η οποία είναι συχνότερη μεταξύ των γυναικών, και των διαταραχών από χρήση ουσιών, οι οποίες είναι συχνότερες μεταξύ των αντρών.

Επιδημιολογικές μελέτες που έχουν γίνει στον γενικό πληθυσμό έχουν δείξει ότι 14 - 16%

των Ελλήνων πάσχει από μια ψυχιατρική διαταραχή, με πιο συχνές τις αγχώδεις διαταραχές. Συχνές είναι και οι ψυχιατρικές διαταραχές μεταξύ εκείνων που απευθύνονται σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (π.χ. εξωτερικά ιατρεία Ι.Κ.Α., νοσοκομείων, κέντρων υγείας κ.λ.π.)

Σε μια μελέτη της Παγκόσμιας Οργάνωση Υγείας στην οποία συμμετείχε και η χώρα μας, βρέθηκε ότι 22% των ατόμων που επισκέπτονται υπηρεσίες ΠΦΥ πάσχουν από μια ψυχιατρική διαταραχή κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα. Οι πιο συχνές διαγνώσεις ήταν η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (14.9%), η κατάθλιψη (6.4%), το αίσθημα ανεξήγητης κόπωσης και καταβολής (4.6%) και η κατάχρηση αλκοόλ (3.5%). Η αναγνώριση των διαταραχών αυτών από τους Έλληνες γιατρούς θεωρείται ιδιαίτερα χαμηλή (μόλις 17%).

Στην Ελλάδα 70.000 με 80.000 άνθρωποι έχουν προσβληθεί από σχιζοφρένεια, ενώ στις Η.Π.Α. 3.000.000 άνθρωποι. Σε ολόκληρο το κόσμο υπολογίζονται 9.000.000 σχιζοφρενείς. Περίπου 1 με 1,5% του πληθυσμού πάσχει οποιαδήποτε στιγμή από σχιζοφρένεια σύμφωνα με διεθνείς στατιστικές. Αυτό σημαίνει για την Ελλάδα ότι υπάρχουν περίπου 100.000 με 150.000 σχιζοφρενείς ασθενείς. Υπολογίζεται ότι το 0.25% του πληθυσμού εμφανίζουν και ψυχωτική φάση κάθε χρόνο. Επιπλέον 0,01% του πληθυσμού εμφανίζει κάθε χρόνο για πρώτη φορά τη νόσο. Δηλαδή για την Ελλάδα 1.000 καινούριοι ασθενείς διαγιγνώσκονται ετησίως. Άλλες στατιστικές μιλάνε για 150 νέες σχιζοφρενικές ψυχώσεις σε 100.000 πληθυσμό κάθε χρόνο.

Η νόσος προσβάλλει εξίσου συχνά άνδρες και γυναίκες. Από τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια μόλις το 50% περίπου φτάνει στις ψυχιατρικές υπηρεσίες στις αναπτυγμένες χώρες. (Πτυχιακή εργασία, 2011)

2.6 Επιπτώσεις στην ιατρική περίθαλψη

Είναι διαπιστωμένο γεγονός ότι η Αμερική από την αρχή του αιώνα γίνεται όλο και γηραιότερη. Στις ΗΠΑ μεταξύ του 1900 και του 1980 το ποσοστό του ηλικίας άνω των 65 ετών πληθυσμού αυξήθηκε από 4% σε 12% περίπου κι υπολογίζεται ότι γύρω στο 2030, όταν τα περισσότερα μέλη της γενεάς της μεταπολεμικής πληθυσμιακής έκρηξης, θα έχουν υπερβεί το 65ο έτος της ηλικίας τους, οι ηλικιωμένοι θα αποτελούν πάνω από το 20% του πληθυσμού. Το μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης θα παρατηρηθεί σε άτομα ηλικίας άνω των 85 ετών. Αυτό το φαινόμενο του γήρατος της κοινωνίας είναι επακόλουθο της βελτίωσης του προσδόκιμου επιβίωσης και της βαθμιαίας ελάττωσης της γεννητικότητας. Εξάλλου λόγω των διαφορών του προσδόκιμου επιβίωσης, περί των 75ο έτος ο αριθμός των γυναικών είναι διπλάσιος από τον αριθμό των ανδρών.

Η πρόοδος της ηλικίας συνοδεύεται από μεγαλύτερη συχνότητα οξέων και χρόνιων

νοσημάτων και από αύξηση του κινδύνου λειτουργική εξάρτησης του ατόμου. Σύμφωνα με αδρούς υπολογισμούς, το 5,3% των ενηλίκων μεταξύ 65 και 75 ετών, έχει ανάγκη βοήθειας στις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (λουτρό, ένδυση, βάδιση, χρησιμοποίηση της τουαλέτας και μεταφορά από το κρεβάτι στο κάθισμα) και ένα ποσοστό λίγο μικρότερο από το 6% έχει ανάγκη βοήθειας σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής με χρήση εργαλείων (παρασκευή γεύματος, αγορές, χρησιμοποίηση του τηλεφώνου, οικιακές εργασίες και χειρισμό οικονομικών ζητημάτων). Περί την ηλικία των 85 ετών τα ποσοστά αυτά αυξάνονται εντυπωσιακά στο 35% και 40%, αντίστοιχα. Η λειτουργική εξάσκηση αυξάνει σημαντική την ανάγκη οξείας και χρόνιας φροντίδας της υγείας και μεγεθύνει τον κίνδυνο του εγκλεισμού σε ιδρύματα. (Πλατή, 2008).

Η μεγάλη αύξηση της αναλογίας του ηλικιωμένου πληθυσμού έχει σημαντικά οικονομικά επακόλουθα για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και τα έθνη. Λόγω της αυξανόμενης ανάγκης παροχής ιατρικής περίθαλψης όσο προχωρεί η ηλικία, οι ηλικιωμένοι δαπανούν μεγάλο ποσοστό των κονδυλίων που διατίθενται για την υγεία. Αν και αντιπροσωπεύουν μόνο το 12% του πληθυσμού, αντιπροσωπεύουν το 33% των εισαγωγών σε νοσοκομεία, το 44% των ημερών νοσηλείας και την μεγάλη πλειοψηφία των επισκέψεων σε γιατρούς. Από τα κονδύλια που διατίθενται για την υγεία οι ηλικιωμένοι απορροφούν περίπου το 36% και ένα μεγάλο μέρος του αντίστοιχου ποσού δαπανάτε κατά το τελευταίο έτος της ζωής. Η νοσηλεία σε νοσοκομεία αντιστοιχεί στο 40% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης των ηλικιωμένων και οι επισκέψεις σε γιατρούς και σε ημερήσια κέντρα περίθαλψης στο 20%. Στις ΗΠΑ τα μεγαλύτερα ποσά για περίθαλψη των ηλικιωμένων καταβάλλει η Medicare (70 δισεκατομμύρια δολάρια) και ακολουθούν η Medicaid με 20 δισεκατομμύρια και άλλοι οργανισμοί με 10 δισεκατομμύρια δολάρια.

Επιπλέον, η αλλαγή στην δομή του πληθυσμού επηρεάζει την σχέση εργαζομένων, συνταξιούχων, ή γενικότερα ενεργών και μη ενεργών ατόμων με όλα τα συνεπακόλουθα προβλήματα. Ειδικότερα οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν όχι μόνο λόγω αυξήσεων της αναλογίας των ηλικιωμένων, αλλά και εξαιτίας της πολλαπλάσιας δαπάνης που απαιτεί η σύγχρονη περίθαλψή τους, σε σχέση με την φροντίδα των παιδιών. Οι δαπάνες για την περίθαλψη των ηλικιωμένων 75 ετών είναι επτά φορές μεγαλύτερη ως προς το συνολικό μέσο όρο κατά άτομο, ενώ για τους νέους των 15 ετών ανέρχονται περίπου στο 1/3 του μέσου όρου. Σημειώνεται ακόμα ότι οι δαπάνες για την νοσηλεία των ηλικιωμένων βαρύνουν κατά κανόνα τον κρατικό προϋπολογισμό, ενώ των νέων προστίθενται στις οικογενειακές δαπάνες. (Μουτσόπουλος, 2003)

Αν και η υψηλής τεχνολογίας άμεση περίθαλψη σε οξέα περιστατικά είναι εύκολα προσιτή στα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα, η πρωτοβάθμια και η προληπτική περίθαλψη παρουσιάζουν σοβαρές ελλείψεις. Ιδιαίτερα αυξημένες είναι οι ανάγκες για περίθαλψη στο σπίτι και για υπηρεσίες

κοινωνικής βοήθειας. Η συνεχής γρήγορη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων με χρόνιες παθήσεις και η λειτουργική εξάρτηση θα επιδεινώσουν σημαντικά τη ν παρούσα κρίση της περίθαλψης και χωρίς αμφιβολία στο άμεσο μέλλον θα επηρεάσουν τις προτεραιότητες και τον τρόπο άσκησης της Ιατρικής. (Μουτσόπουλος, 2003)

Κεφάλαιο 3

Σ Αϋπνίες

Σ Ύπνος

Σ Ατομική υγιεινή

Σ Κινητικότητα

Σ Πτώσεις

Σ Κατακλίσεις

Σ Διατροφή

Σ Ακράτεια ούρων



3. Προβλήματα υγείας ηλικιωμένων- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

3.1 Αϋπνίες

Ποσοστό 30%-50% των ηλικιωμένων ατόμων παραπονούνται για προβλήματα ύπνου. Βέβαια σε πολλές περιπτώσεις η αϋπνία μπορεί να οφείλεται σε κακές συνθήκες υπνικής υγιεινής, όπως υπερβολικός χρόνος παραμονής στο κρεβάτι, ακατάλληλες συνθήκες υπνοδωματίου, έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, κακές διαιτητικές συνήθειες, κατάχρηση καφεΐνης, οινοπνευματωδών, ή φαρμακευτικών ουσιών.

Συχνά, η αϋπνία μπορεί να οφείλεται σε προβλήματα σωματικής υγείας (επώδυνες καταστάσεις, χρόνιες αρθρίτιδες, αναπνευστικές, καρδιακές, ή νευρολογικές παθήσεις), ή σε προβλήματα ψυχικής υγείας (αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, άνοια, συγχυτικό παραλήρημα), ή ακόμη σε κατάχρηση ορισμένων φαρμακευτικών σκευασμάτων. Στην περίπτωση των παραπάνω καταστάσεων (δευτερογενής αϋπνία), η αντιμετώπιση του πρωτογενούς προβλήματος αναμένεται να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της αϋπνίας.

Χρειάζεται ιδιαίτερα προσοχή στην αντιμετώπιση της αϋπνίας του ηλικιωμένου με φαρμακευτικά σκευάσματα. Τα φάρμακα αυτά, αν και προσφέρουν πρόσκαιρη βελτίωση του ύπνου, εντούτοις σε μακρόχρονη χορήγησή τους μπορεί να οδηγήσουν σε εθισμό, προοδευτική μείωση της δραστηριότητάς τους και φαρμακοεξαρτώμενη αϋπνία. (Χριστοδούλου, 2004)

3.2 Ύπνος

Ο ύπνος είναι φυσική επαναλαμβανόμενη διεργασία, πολύ σημαντική για την διατήρηση της φυσικής και της ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Για τον ύπνο ο άνθρωπος καταναλίσκει περίπου το 1/3 της ζωής του. Οι ανάγκες για ύπνο ποικίλουν και εξαρτώνται από την ηλικία, την δραστηριότητα και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου. (Πλατή, 2008)

Υπάρχει γενική αποδοχή ότι το γήρας συνοδεύεται με αύξηση της διαταραχής του ύπνου. Τα παράπονα των ηλικιωμένων για ανεπαρκή ύπνο είναι συνηθισμένο φαινόμενο. Άλλωστε έτσι εξηγείται και η αυξημένη χρήση των υπνωτικών φαρμάκων στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Παρά τις διαβεβαιώσεις των συγγενών του ηλικιωμένου ότι ο ύπνος του είναι αρκετός, σε πρόσφατες μελέτες αναφέρεται ότι η προχωρημένη ηλικία συνοδεύεται με ποσοτική και ποιοτική μείωση του ύπνου. Οι διαταραχές του ύπνου χωρίζονται σε 4 κατηγορίες:

- Σε διαταραχές ενάρξεως και διατηρήσεως του ύπνου (συνήθεις αιτίες: θόρυβος, πόνος,

ανησυχία, άνοια, δυσφορία, κατάθλιψη, άγχος)

- Σε διαταραχές που εκδηλώνονται με υπερβολικό ύπνο (συνήθως προκαλούνται από υπερβολική δόση φαρμάκων)
- Σε διαταραχές του κύκλου αφυπνίσεως (π. χ. άνοια, delirium κ.α.)
- Σε διαταραχές που εκδηλώνονται κατά τον ύπνο, με φάσεις ύπνου και μερικής αφυπνίσεως (π.χ. υπνοβασίες, επιληπτικές κρίσεις κατά τον ύπνο κ.α.)

Οι πιο κοινές αιτίες διαταραχής του ύπνου είναι εγκαταστημένες ή εκδηλώνονται ως συμπτώματα ειδικών νοσημάτων. Τα υπνωτικά φάρμακα, πολλές φορές, προκαλούν διαταραχές του ύπνου, ενώ παράλληλα μειώνουν την ποιότητα του. Τα περισσότερα υπνωτικά φάρμακα ελαττώνουν την φάση REM. Τα συνηθέστερα αίτια που προκαλούν αϋπνία είναι:

- Περιβαλλοντικά: Θόρυβος, θερμοκρασία, φωτισμός
- Ψυχολογικά: Άγχος, υπέρταση, μελαγχολία, θυμός, φόβος
- Σωματικά: Πόνος, πείνα, δίψα, δυσφορία, ουροδόχος κύστη πλήρης ούρων (Πλατή, 2008).

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις:

Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος, με κατάλληλη για την εποχή θερμοκρασία και με καλό αερισμό και χαμηλό φωτισμό. Η καθαρή και ασφαλής κλινοστρωμή και η προσεγμένη ατομική υγιεινή προάγουν την ευεξία και προδιαθέτουν το άτομο για ύπνο. Διερευνούνται πιθανές φυσιολογικές αιτίες, όπως άγχος, ανησυχία, κατάθλιψη και αντιμετωπίζονται με την ανάπτυξη σχέσεως μεταξύ νοσηλευτή-ηλικιωμένου και θετική διαπροσωπική επικοινωνία. Όταν εντοπιστούν βιολογικές ανάγκες όπως πείνα, δίψα, πόνος, καλύπτονται. Ο έλεγχος της λειτουργίας του εντέρου και της κύστεως έχει μεγάλη σημασία για την εξασφάλιση του ύπνου.

Στο σχεδιασμό του νοσηλευτικού προγράμματος, εκτός από την συμμετοχή του ηλικιωμένου, η συνεργασία νοσηλευτών- συγγενών για την κατάρτιση του προγράμματος είναι ζωτικής σημασίας, επειδή σε τελική ανάλυση, όταν ο ηλικιωμένος ζει μαζί τους, αυτοί θα εφαρμόσουν το πρόγραμμα. Η οικογένεια παροτρύνεται να ενθαρρύνει τον ηλικιωμένο να διατηρήσει τις συνήθειές του, όπως το διάβασμα ή τη μουσική, πριν από την κατάκλιση και διδάσκεται πως θα εκτελεί τις διάφορες ασκήσεις που αρμόζουν για τον συγκεκριμένο ηλικιωμένο. Όταν οι αναφερόμενες παρεμβάσεις δεν αποδώσουν, η επόμενη φάση περιλαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή που θα οριστεί και την παρακολούθηση του ηλικιωμένου για παρενέργειες. (Πλατή, 2008).

3.3 Ατομική υγιεινή

Η υγιεινή είναι μελέτη ή επιστήμη της υγείας. Στη νοσηλευτική οι πρακτικές της υγιεινής περιλαμβάνουν όλα εκείνα τα μέτρα που διατηρούν την προσωπική καθαριότητα, την ευπρεπή εμφάνιση και την ακεραιότητα της επιφάνειας του δέρματος. Η καλή υγιεινή συμβάλλει στην προαγωγή της αυτοεκτιμήσεως και στην πρόληψη της νόσου. (Πλατή, 2008).

Η δυνατότητα του ηλικιωμένου να πραγματοποιήσει δραστηριότητες αυτοφροντίδας, όπως να πάρει το φαγητό του, να ντυθεί, να πάει στο λουτρό και την τουαλέτα, αποτελούν ουσιαστικές δραστηριότητες οι οποίες ικανοποιούν θεμελιώδεις ανάγκες και συμβάλλουν στην επίτευξη του στόχου της ανέσεως. (Χανιώτης, 1999).

Για την αξιολόγηση των αναγκών της ατομικής υγιεινής η παρατήρηση είναι το σημαντικότερο μέσο. Με την επισκόπηση εκτιμάται η γενική εμφάνιση, ο τρόπος ντυσίματος, η κατάσταση των μαλλιών, των νυχιών και του δέρματος. Πολλές φορές η παραμελημένη αυτοφροντίδα, όπως το ατημέλητο ή ασυμβίβαστο για την εποχή ντύσιμο και η δυσάρεστη οσμή του σώματος, είναι δυνατό να είναι πρώιμα σημεία επιδεινώσεως της γνωστικής λειτουργίας και μπορεί να υποδηλώνουν διάφορου βαθμού άνοια. (Stoppard, 2005). Η νοσηλευτική εκτίμηση της ατομικής υγιεινής του υπερήλικα περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία:

■ Κατάσταση στοματικής κοιλότητας:

Η παραμελημένη υγιεινή του στόματος ευθύνεται για ένα μεγάλο ποσοστό νοσηρότητας. Επιπλέον συνοδεύεται με μείωση της αυτοεκτιμήσεως και με περιορισμό των κοινωνικών επαφών, που μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και στην προσωπική απομόνωση. Οι τοπικές βλάβες και η ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος μπορούν να αντανakλούν διάφορες παθολογικές καταστάσεις, όπως αφυδάτωση, αναιμία, λευχαιμία κ.α. Η νοσηλευτική παρέμβαση προβλέπει στην τοπική φροντίδα των φυσικών ή των τεχνητών οδοντοστοιχιών και στην φροντίδα του στόματος με ανάλογες για το στοματικό βλεννογόνο αντισηπτικές ουσίες, ενώ παράλληλα γίνεται και αιτιολογική θεραπεία, όπως ενυδάτωση, καλή θρέψη, φαρμακευτική αγωγή όπου χρειάζεται και επίσκεψη σε οδοντίατρο όταν κρίνεται απαραίτητο. (Πλατή, 2008)

■ Κατάσταση των κάτω άκρων:

Η καλή παρατήρηση των κάτω άκρων απαιτεί καλή όραση και κινητικότητα των αρθρώσεων, λειτουργίες που υποβαθμίζονται με το πέρασμα του χρόνου. Η διατήρηση της καλής καταστάσεως των κάτω άκρων συμβάλλει ουσιαστικά στην διατήρηση της ισορροπίας και της

κινητικότητας του ηλικιωμένου. Υπάρχοντα προβλήματα στα κάτω άκρα δυσκολεύουν την καθημερινότητα του ηλικιωμένου .

■ *Κατάσταση του δέρματος:*

Το δέρμα αποτελεί το κυριότερο προστατευτικό όργανο του σώματος από τους διάφορους τραυματισμούς και τους άλλους μικροβιακούς παράγοντες. Η απειλή της ακεραιότητας του δέρματος θέτει σε υψηλό κίνδυνο το άτομο για τραυματισμούς, κατακλίσεις και λοιμώξεις που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την άνεση και την ευεξία του. (Πλατή, 2008)

3.4 Κινητικότητα

Η κινητικότητα χωρίς περιορισμούς δεν είναι πάντοτε εφικτή στους υπερήλικες, αφού η λειτουργικότητα όλων των συστημάτων του σώματος υφίσταται περιοδικές αλλαγές. Ο περιορισμός της κινητικότητας επηρεάζει άμεσα την ανεξαρτησία και το αίσθημα ασφάλειας του ηλικιωμένου, τον εκθέτει σε υψηλό κίνδυνο και τον καθιστά υπόδοχο αρνητικών βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνεπειών.

Το ιατρικό θεραπευτικό πρόγραμμα, παρά την θεραπευτική του ιδιότητα, πολύ συχνά λειτουργεί αρνητικά στην κινητικότητα του ηλικιωμένου. Για παράδειγμα οι χειρουργικές επεμβάσεις, τα φυσικά και τα χημικά περιοριστικά μέτρα, η συνεχιζόμενη ενδοφλέβια φαρμακοθεραπεία, ο μόνιμος καθετήρας κύστεως, η οξυγονοθεραπεία κ.α. καθλώνουν τον ηλικιωμένο στο κρεβάτι.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Καλό θα ήταν να γίνει τροποποίηση αρχιτεκτονικών εμποδίων, όπως σκαλοπάτια, ανώμαλο έδαφος, ανεπαρκής φωτισμός κ.α. Απομάκρυνση εμποδίων από το χώρο που διέρχεται ο ηλικιωμένος, όπως έπιπλα, κουβάδες, τάπετα κ.τ.λ. Τροποποίηση θεραπευτικού προγράμματος – όπου είναι δυνατόν- π.χ. αντί της συνεχιζόμενης IV φαρμακοθεραπείας χρησιμοποίηση της μεθόδου Hepatin lock. Αποφυγή φυσικών ή χημικών περιοριστικών μέτρων και χρησιμοποίηση τους μόνο σε αυστηρά απόλυτη ένδειξη. Να εξασφαλιστούν βοηθητικά μέσα για τη βάδιση , όπως μπαστούνι, πατερίτσες, αναπηρική καρέκλα. Η οικογένεια να προνοήσει για τοποθέτηση ειδικού τραπέζιδιου στο κρεβάτι, ειδικά στηρίγματα στο διάδρομο και στο μπάνιο. Να γίνεται σχολαστική φροντίδα δέρματος για την πρόληψη κατακλίσεων. Φυσικοθεραπεία για την διατήρηση της λειτουργικότητας των

αρθρώσεων. Περιοδική αξιολόγηση της ψυχολογικής καταστάσεως. Εξασφάλιση αναγκαίου αριθμού και κατηγοριών προσωπικού. Προσαρμογή του τύπου της νοσηλευτικής φροντίδας στις ειδικές ανάγκες του ηλικιωμένου και τέλος, κατάρτιση προγράμματος εκπαίδευσεως για τον ηλικιωμένο και τους συγγενείς του.

3.5 Πτώσεις

Οι πτώσεις είναι από τα πιο κοινά ίσως τα πιο συχνά ατυχήματα που συμβαίνουν στους ανθρώπους και ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα. Ορισμένες φορές μια πτώση μπορεί να υποδηλώνει σημείο αρχόμενης νόσου ή εκδήλωση προϋπάρχουσας νοσηρής καταστάσεως.

Οι πτώσεις είναι συχνή αιτία τραυματισμών. Όσο αυξάνεται η ηλικία των ανθρώπων τόσο περισσότερο αυξάνεται ο κίνδυνος πτώσεων. Παράλληλα οι επιπλοκές των πτώσεων στους ηλικιωμένους είναι ιδιαίτερα ανησυχητικές.

Η μεγαλύτερη συχνότητα των πτώσεων παρατηρείται σε ηλικιωμένα άτομα που ζούν σε ιδρύματα. Υπολογίστηκε ότι οι μισοί από τους ηλικιωμένους πέφτουν στο χρόνο, ενώ το 10-15% από αυτούς παρουσιάζουν τραύματα που θα οδηγήσουν το 8% στο θάνατο. Για τους ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα βρέθηκε ότι το 1/3 ανέφερε εμπειρία πτώσεως και ότι οι μισοί από αυτούς ήταν άνω των 80 ετών. Η θνησιμότητα από τις πτώσεις σχετίζεται θετικά με την ηλικία. (Θεοχάρης, 2009)

Παράγοντες κινδύνου για πτώσεις:

Ενδογενείς παράγοντες: Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να χωριστούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

α) αλλαγές λόγω ηλικίας (αλλαγές στην όραση, την ισορροπία, τη βάδιση, αλλαγές στο μυοσκελετικό και καρδιαγγειακό σύστημα), β) παθολογικές καταστάσεις και γ) χρήση φαρμάκων.

α) Αλλαγές σχετιζόμενες με την ηλικία

- ◆ Όραση
- ◆ Ισορροπία: Η ισορροπία, η οποία είναι κρίσιμη για την αποφυγή των πτώσεων, εξαρτάται από τη σωστή λειτουργία πολλών συστημάτων, που μπορεί να επηρεάζονται από μεταβολές που έχουν σχέση με την ηλικία ή από κάποια νόσο. Προβλήματα όρασης και λαβυρίνθου επιβαρύνουν την ισορροπία.
- ◆ Βάδιση: Οι ηλικιωμένοι βιώνουν αλλαγές στη βάδιση. Η ταχύτητα βάδισης, το μήκος του διασκελισμού και το ύψος του βηματισμού μειώνονται.

- ◆ Βλάβες στο μυοσκελετικό σύστημα: εμφάνιση οστεοπόρωσης και ΟΣΚ
- ◆ Καρδιαγγειακές βλάβες: ΑΕΕ, ΣΚΑ, υπόταση

β) Παθολογικές καταστάσεις

Σημαντικό παράγοντα κινδύνου για πτώσεις αποτελεί η συνύπαρξη χρόνιων παθολογικών καταστάσεων, όπως η κατάθλιψη, το παροδικό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, η υπέρταση, η ελλιπής διατροφή με συνακόλουθη έλλειψη βιταμίνης D, πρωτεϊνών κ.λπ., η αφυδάτωση, οι διαταραχές ρύθμισης του σακχάρου, οι αγγειακές διαταραχές ιδίως των κάτω άκρων (που επηρεάζουν την ισορροπία), καθώς και καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν ελάττωση της αισθητικότητας των κάτω άκρων. (Διονυσιώτης, 2008)

γ) Χρήση Φαρμάκων

Καθώς ο οργανισμός μεγαλώνει, αλλάζει η αντίδρασή του στα φάρμακα. Φαρμακοκινητικές και φαρμακοδυναμικές αλλαγές συμβαίνουν επηρεάζοντας τη δράση ενός φάρμακου στο σώμα, αλλά και την αντίδραση του σώματος σ' αυτό. Αυτές οι αλλαγές μπορεί να κάνουν τους ηλικιωμένους επιρρεπείς σε αλληλεπιδράσεις και παρενέργειες των φαρμάκων, οι οποίες αυξάνουν τον κίνδυνο πτώσεων και τραυματισμών. Τα φάρμακα που συνδέονται συχνότερα με πτώσεις είναι τα διουρητικά, τα υπνωτικά και ηρεμιστικά, τα αντικαταθλιπτικά, τα ψυχοτρόπα και τα αντιυπερτασικά φάρμακα. Όλα αυτά μπορεί να επηρεάσουν τον έλεγχο στάσης, τον κινητικό και αισθητικό συντονισμό και τις γνωστικές λειτουργίες και να επηρεάσουν την ισορροπία και τη βάδιση, προκαλώντας πτώση. (Σκονδράς Γ, Χατζητάκη Β, 2003)

Εξωγενείς παράγοντες

- Ακατάλληλα υποδήματα και ρουχισμός

Τα ακατάλληλα υποδήματα μπορούν να επηρεάσουν τη βάδιση και την ισορροπία και να οδηγήσουν σε πτώση. Τα ψηλά τακούνια επηρεάζουν τη βάση στήριξης, μειώνουν την επιφάνεια επαφής στο έδαφος και προκαλούν πρόσθια κλίση του σώματος, αυξάνοντας τον κίνδυνο πτώσεων. Επίσης, τα χαλαρά παπούτσια, τα χαλαρά κορδόνια, οι παντόφλες που δεν καλύπτουν τις πτέρνες, οι φθαρμένες σόλες μπορεί να επηρεάσουν τη βάδιση και να προκαλέσουν πτώσεις.

- Ακατάλληλα βοηθήματα

Τα βοηθήματα βάδισης μπορεί να προκαλέσουν πτώσεις αν δεν έχουν το κατάλληλο μέγεθος, δε συντηρούνται τακτικά και δεν έχει προηγηθεί εκπαίδευση στη χρήση τους. Επίσης, βοηθήματα που τοποθετούνται για την ασφάλεια των ηλικιωμένων όπως π.χ. κάγκελα στο κρεβάτι,

λαβές στο μπάνιο κ.λπ. μπορεί να προκαλέσουν πτώσεις αν δεν έχουν στηριχθεί με ασφάλεια. Συχνά οι ηλικιωμένοι σε σύγκυση προσπαθούν να κατεβούν από το κρεβάτι περνώντας πάνω από τα κάγκελα, με αποτέλεσμα να υφίστανται πτώση από μεγαλύτερο ύψος. (Σκονδράς Γ, Χατζητάκη Β, 2003)

Θεραπευτική προσέγγιση-αντιμετώπιση

Η επαφή με το θεράποντα ιατρό του ασθενούς μπορεί να δια φωτίσει τα αίτια της πτώσης, ώστε να αποφευχθεί μια άσκοπη νοσηλεία. Πριν ο ασθενής εγκαταλείψει το νοσοκομείο οι θεράποντες οφείλουν να είναι βέβαιοι ότι ο ηλικιωμένος είναι ικανός να εκπληρώσει με ασφάλεια τις καθημερινές του ασχολίες. Πολλά νοσοκομεία διαθέτουν πλέον Κλινική Πρόληψης των πτώσεων. (Θεοχάρης, 2009)

Απαιτείται η αναγνώριση και θεραπεία όλων των αιτιών και παραγόντων κινδύνου. Η φυσικοθεραπεία θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική ιδίως στα ηλικιωμένα άτομα. Τα φαρμακευτικά σκευάσματα να διακοπούν εκείνα που δεν είναι απαραίτητα και να βρεθούν εναλλακτικές λύσεις πιο φιλικές στον ασθενή, αν είναι δυνατόν. Τέλος, δεν πρέπει σε καμία περίπτωση να ενημερώσουμε με τον πιο κατάλληλο τρόπο κ να γίνει διδασκαλία ηλικιωμένων και παρότρυνση για χρήση κατάλληλων υποδημάτων

Αν δεν υπάρχουν προφανή αίτια, μειώνουμε τους κινδύνους που προκύπτουν από τις πτώσεις:

- ⌘ Πρόληψη οστεοπόρωσης με ασβέστιο και βιταμίνη D ή διφωσφονικά.
- ⌘ Να ληφθεί υπ όψιν η χρήση προστατευτικών των ισχίων.
- ⌘ Διατήρηση σταθερής θερμοκρασίας περιβάλλοντος.
- ⌘ Φροντίστε για φορητό, προσωπικό συναγερμό ή για συχνούς επισκέπτες.
- ⌘ Εκμάθηση του ασθενούς πώς να σηκώνεται από το πάτωμα χωρίς βοήθεια.
- ⌘ Εκπαίδευση του ασθενούς και των συγγενών του για την ασφάλεια στο σπίτι και τους κινδύνους μιας πτώσης: πληροφορηθείτε για οργανώσεις που παρέχουν σχετική βοήθεια. (Βέμμος, 2006).

3.6 Κατακλίσεις

Ως κατάκλιση ορίζεται η κυτταρική νέκρωση μιας περιοχής του σώματος που προκαλείται από τη διακοπή της μικροκυκλοφορίας στους ιστούς της. Η δημιουργία των κατακλίσεων στους αρρώστους, σε κάποιο βαθμό, αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη και κριτήριο αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας που δέχονται. Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των κατακλίσεων είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Ο πόνος, η ανησυχία και η ψυχοτραυματική εμπειρία που δοκιμάζουν οι άρρωστοι, καθώς και η αγωνία των συγγενών τους που τους βλέπουν να υποφέρουν, απομακρύνουν την προσδοκία για ποιότητα ζωής.

Οι κυριότερες αιτίες ή παράγοντες που ευθύνονται ή συμβάλλουν στην ανάπτυξη των κατακλίσεων είναι:

- Η επιδεινώμενη γενική κατάσταση του ασθενούς
- Η παρατεταμένη άσκηση της εξωτερικής πίεσεως του δέρματος σε συνδυασμό με τις δυνάμεις τριβής
- Η ηλικία
- Η υγρασία από απώλειες ούρων και κοπράνων
- Η ελαττωμένη θρέψη
- Η ελάττωση της μυϊκής μάζας
- Η απώλεια αισθητικότητας
- Το ατροφικό δέρμα σε συνδυασμό με την απώλεια της ελαστικότητας και του υποδόριου λίπους
- Οι περιφερειακές αγγειοπάθειες, όπως π.χ. σε σακχαρώδη διαβήτη
- Τα καταβολικά φάρμακα, π.χ. κορτικοστεροειδή
- Οι κωματώδεις καταστάσεις
- Τα delirium, οι συγχυτικές καταστάσεις κ.α.

Η θέση της κατακλίσεως σχετίζεται με την τοποθέτηση του σώματος στο κρεβάτι ή στην καρέκλα. Η μεγαλύτερη συχνότητα των κατακλίσεων παρατηρείται συνήθως στην ιερά χώρα και στους γλουτούς, ως τα πλέον προεξέχοντα μέρη του σκελετού του σώματος. Άλλα σημεία είναι η ωμοπλάτη, τα σφυρά, οι φτέρνες, το ινίο και τα αυτιά. (Φιλίππου, 2006)

Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις:

Συστηματική παρακολούθηση, τουλάχιστον τρεις φορές την ημέρα, του δέρματος του ασθενή δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στα προεξέχοντα μέρη του σώματος. Αλλαγή θέσεως κάθε 2 ώρες χρησιμοποιώντας όλες τις θέσεις (ύπτια, πρηνής, δεξιά, πλάγια, αριστερή πλάγια) εκτός αν

υπάρχει αντένδειξη. Μετατόπιση του βάρους σώματος τουλάχιστον κάθε 30 λεπτά. Παραμονή στη θέση ημι - fowler όχι πάνω από 30 λεπτά. Ελαφρό μασάζ γύρω από τα σημεία ερυθρότητας ανά 2 ώρες. Χρησιμοποίηση συστημάτων υποστήριξης για να ελαττωθεί η πίεση στο δέρμα όπως επιστρώματα αφρού και συσκευές γεμισμένες με νερό, ζελέ, αέρα, κόκκων άμμου, μαξιλάρια και στρώματα εναλλασσόμενης πίεσης και υγροποιημένου αέρα. Κατάλληλη τοποθέτηση του ασθενή με τα αναγκαία μαξιλάρια και υποστηρίγματα. Συνεχής αξιολόγηση της αιμάτωσης της περιοχής. Αν ο χρόνος που χρειάζεται η εξέρυθρη περιοχή για να γίνει ωχρή μετά από άρση πίεσης είναι μεγαλύτερη από 15 λεπτά, απαιτείται φροντίδα για την αύξηση της συχνότητας των αλλαγών θέσεως και φροντίδα για πιο αποτελεσματικές μεθόδους τοποθέτησης των μαξιλαριών, των υποστηριγμάτων και της θέσεως του ασθενή. Φροντίδα ώστε οι περιδέσεις και οι επίδεσμοι να είναι κατάλληλα τοποθετημένοι και όχι σφιχτά εφαρμοσμένοι. Τα σεντόνια πρέπει να διατηρούνται στεγνά και χωρίς πτυχώσεις. Επαρκής χορήγηση υγρών στον ασθενή. Χρησιμοποίηση ουδέτερου σαπουνιού καθαριότητας. Τοποθέτηση λεπτού στρώματος κρέμας, γαλακτώματος ή λοσιόν ενυδάτωσης μια φορά την ημέρα. Διατήρηση καλού επιπέδου θρέψης. Διατήρηση του δέρματος στεγνού και καθαρού. Προστασία του δέρματος από εκκρίσεις τραυμάτων. Προστασία του δέρματος από την επαφή με ούρα και κόπρανα. Άμεση απομάκρυνση αυτών μετά από ούρηση και κένωση αντίστοιχα. Αύξηση σωματικής δραστηριότητας, ενεργητικής και παθητικής. Φροντίδα για μείωση οιδημάτων εάν υπάρχουν. Εάν υπάρχει κνησμός εφαρμογή μέτρων ύφεσης του όπως ψυχρά επιθέματα στα σημεία κνησμού, αντισταμινικά βάσει οδηγιών και κομμένα νύχια για αποφυγή τραυματισμού του ασθενή. (Μαχμούντ, 2008)

3.7 Διατροφή

Η διατροφή κατά την τρίτη ηλικία είναι διαφορετική από αυτή στην ενήλικη και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Οι ηλικιωμένοι για να είναι υγιείς θα πρέπει να τρώνε ότι και οι ενήλικες με κύρια διαφοροποίηση το ποσό των θερμίδων καθώς οι θερμιδικές ανάγκες μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας. Αυτό συμβαίνει αφενός γιατί όσο ο άνθρωπος μεγαλώνει μειώνονται τα ενεργά κύτταρα στα όργανα του σώματος με αποτέλεσμα να μειώνεται ο ρυθμός μεταβολισμού, αφετέρου δε οι ηλικιωμένοι μειώνουν τη φυσική τους δραστηριότητα. (Χανιώτης, 1999).

Η μέση ημερήσια θερμιδική πρόσληψη συνιστάται 2000-2800 θερμίδες για άντρες 51-75 ετών και 1400-2000 για γυναίκες της ίδιας ηλικίας. Οι ανάγκες σε θερμίδες ελαττώνονται περίπου παράλληλα με την ηλικία, ενώ οι ανάγκες πολλών διατροφικών στοιχείων, όπως πρωτεϊνών,

βιταμινών και μετάλλων, δεν ελαττώνονται κατά το ίδιο ποσοστό.

Οι απαιτήσεις σε υδατάνθρακες είναι 55-60% των ημερησίων θερμίδων που προσλαμβάνονται (κυρίως σύνθετους υδατάνθρακες, δηλαδή αμυλούχες τροφές και φυσικά σάκχαρα που βρίσκονται στα φρέσκα φρούτα και λαχανικά και σε ποσοστό λιγότερο από 10% από επεξεργασμένα σάκχαρα). Όσον αφορά την πρωτεϊνική πρόσληψη, συνιστάται 1 γραμμάριο πρωτεΐνης ανά κιλό σωματικού βάρους είναι απαραίτητο στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Το προσλαμβανόμενο λίπος συνιστάται να μην είναι λιγότερο από 30% των συνολικών ημερησίων θερμίδων. Η διατροφή με μεγάλη περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες συσχετίστηκε με μείωση συχνότητας υψηλής αρτηριακής πίεσης, διαβήτη, παχυσαρκίας, στεφανιαίας νόσου και καρκίνου του εντέρου. Προτείνεται 20-25 γραμμάρια φυτικών ινών ημερησίως. (Ρίσβας, 2009).

Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός σε άτομα ηλικίας 60 με 90 ετών είναι περίπου 1400 με 1800 θερμίδες την ημέρα, δηλαδή το 60% με 65% της ολικής ενέργειας που χρησιμοποιείται από ένα μέτρια ενεργητικό νεαρό ενήλικα. (Ζαμπέλας, 2003).

Ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά

Πρωτεΐνες

Υποστηρίζεται ότι οι ανάγκες σε πρωτεΐνες είναι ελαττωμένες λόγω αυξημένης απώλειας μυϊκού ιστού κατά τη διάρκεια της βιολογικής γήρανσης. Σύμφωνα με άλλη άποψη, η πρόσληψη πρωτεϊνών πρέπει να αυξάνει, επειδή η λευκωματίνη του ορού μειώνεται, ενώ οι σφαιρίνες εμφανίζουν μια αντισταθμική άνοδο.

Ως μία λογική ημερήσια πρόσληψη για τα άτομα τρίτης ηλικίας προτείνονται τα 0,8 g πρωτεΐνης ανά kg βάρους σώματος, εφόσον δεν υπάρχει ένδειξη νεφρικής νόσου. Αυτό το ποσό φαίνεται ότι είναι επαρκές για να μην επέλθει μείωση πρωτεϊνών στο πλάσμα του αίματος, καθώς και μεγάλη μείωση της μυϊκής μάζας. (Κονταξάκης, Χριστοδούλου, 2000) .

Υδατάνθρακες


Οι υδατάνθρακες είναι αμυλούχες τροφές όπως μακαρόνια, ψωμί, ρυζί, κλπ, και σάκχαρα. Αποτελούνται από άνθρακα και νερό. Η κύρια λειτουργία των υδατανθράκων είναι να παρέχουν το καύσιμο για τις ενεργειακές ανάγκες του σώματος. (Ζαμπέλας, 2003).


Λίπος.


Με τη λέξη λίπος αναφερόμαστε σε έναν γενικό όρο που περιλαμβάνει τα έλαια, τα λίπη και τις κηρώδεις ουσίες. Υπάρχουν δύο είδη διαιτητικού λίπους: τα κορεσμένα και τα ακόρεστα. Τα κορεσμένα λίπη έχουν στέρεα σύσταση σε θερμοκρασία δωματίου. Προέρχονται κυρίως από ζωικές πηγές, όπως οι χοίροι, κ.α. Τα ακόρεστα λίπη προέρχονται από φυτά και σε θερμοκρασία δωματίου είναι συνήθως σε υγρή μορφή.


Ενώ με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται διαταραχή στην απελευθέρωση ελεύθερων λιπαρών οξέων, όταν λαμβάνονται υπ' όψιν οι ενεργειακές ανάγκες, τότε η απελευθέρωση ελεύθερων λιπαρών οξέων παρουσιάζεται μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους σε σύγκριση με νεότερα άτομα. Η μειωμένη οξείδωση των λιπαρών οξέων φαίνεται να οφείλεται στην μείωση του μεγέθους και της οξειδωτικής ικανότητας του μεταβολικά ενεργού ιστού.


Μέταλλα – ιχνοστοιχεία

 Νερό: Το νερό είναι απαραίτητο διατροφικό στοιχείο. Η αφυδάτωση αποτελεί την πιο συχνή αιτία υδρο-ηλεκτρολυτικών διαταραχών στην Τρίτη ηλικία. Η υποδιψία είναι συχνή στα ηλικιωμένα άτομα. Οι λοιμώξεις του ουροποιητικού, οι εμετοί ή οι διάρροιες και οι εμπύρετες καταστάσεις συνοδεύονται επίσης από αφυδάτωση. (Ματάλα, 2007).

 Ασβέστιο: Η επαρκής πρόσληψη Ca είναι απαραίτητη στην Τρίτη ηλικία για αποφυγή εκδήλωσης συμπτωμάτων οστεοπόρωσης και πρόληψη εμφάνισης ΟΣΚ (Καρνέζης, 2008)

 Σίδηρος: Τα άτομα τις τρίτης ηλικίας έχουν σχετικά μειωμένες ημερήσιες ανάγκες σε σίδηρο, γιατί οι συγκεντρώσεις του σιδήρου στο μυελό των οστών καθώς και της φεριτίνης του ορού αυξάνονται με την ηλικία, ακόμα και όταν ο σίδηρος λαμβάνεται ανεπαρκώς με την καθημερινή διατροφή.

 Νάτριο: Για την αποφυγή της πρόσληψης υψηλών ποσοτήτων νατρίου συνιστάται η λογική έως και ελάχιστη χρήση του αλατιού για όλο τον πληθυσμό και ιδιαίτερα για άτομα προχωρημένης ηλικίας. (Κονταξάκης, Χριστοδούλου, 2000)

 Κάλιο: Το K βοηθά τον οργανισμό μας να αποβάλλει την περίσσεια νατρίου. Έτσι το K στη δίαιτα μας βοηθάει να διατηρούμε χαμηλή αρτηριακή πίεση ή να μειωθούν τα ήδη

αυξημένα επίπεδα. Τροφές πλούσιες σε Κ είναι οι μπανάνες, καθώς και όλα τα φρούτα, τα λαχανικά, οι σπόροι και τα καρύδια. (Ζαμπέλας, 2003).

Βιταμίνες

Σχετικά με τις βιταμίνες, υπάρχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για συγκεκριμένες κατηγορίες αυτών και ξεκινώντας από τις αντιοξειδωτικές βιταμίνες (Α, D, Ε και C) πρέπει να αναφερθεί η σημαντικότητά τους για την υγεία των ηλικιωμένων και οι τρόποι με τους οποίους μπορούν να επιτευχθούν οι αναγκαίες προσλήψεις τους.

Η **βιταμίνη Α** έχει αντιοξειδωτικές ιδιότητες και προστατεύει από πολλές μορφές επιθηλιακού καρκίνου. Συνιστάται οι περισσότερες από τις ανάγκες σε βιταμίνη Α να καλύπτονται από φρούτα και λαχανικά πλούσια σε καροτενοειδή.

Η **βιταμίνη D** είναι απαραίτητη στον μεταβολισμό του ασβεστίου και άρα για την υγεία των οστών, λειτουργία που αποκτά ιδιαίτερη σημασία γνωρίζοντας ότι πολλοί ηλικιωμένοι έχουν έλλειψη βιταμίνης D, καθώς προσλαμβάνουν το ήμισυ της συνιστώμενης ποσότητας. Αυτό μερικώς οφείλεται στην μειωμένη έκθεση του ηλικιωμένου στον ήλιο και στην ελαττωμένη ικανότητα του νεφρού να την μετατρέψει σε ενεργή μορφή. Τροφές πλούσιες σε βιταμίνη D είναι ο σολομός, οι σαρδέλες και οι γαρίδες, καθώς και το εμπλουτισμένο γάλα, ενώ η χορήγηση συμπληρωμάτων συχνά αποτελεί σημαντική επιλογή. (Ρίσβας, 2009).

Η **βιταμίνη C** είναι μία υδατοδιαλυτή βιταμίνη που βρίσκεται σε μεγάλες ποσότητες στην πιπεριά, το πορτοκάλι, το μπρόκολο, το ακτινίδιο, τις φράουλες και τις ντομάτες. Αποτελεί, μαζί με τη βιταμίνη Ε, την κατεξοχήν αντιοξειδωτική βιταμίνη και ο μεταβολισμός της διαφέρει στους ηλικιωμένους άνδρες σε σύγκριση με ηλικιωμένες γυναίκες, καθώς οι ηλικιωμένοι άνδρες εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης στο πλάσμα.

Η **βιταμίνη Ε** είναι μία αντιοξειδωτική βιταμίνη, η οποία βρίσκεται κυρίως στα φυτικά έλαια και μαργαρίνες. Το ερευνητικό ενδιαφέρον για την βιταμίνη Ε επικεντρώνεται στις φαρμακολογικές δόσεις της βιταμίνης, οι οποίες δεν μπορούν να επιτευχθούν διαμέσου της υγιεινής διατροφής.

Μελέτες έχουν δείξει ότι το 10-20% ηλικιωμένων που ζουν στα σπίτια τους και μέχρι το 60% των ατόμων που ζουν σε ιδρύματα εμφανίζουν διατροφικά ελλείμματα, παράλληλα με απώλεια βάρους, δυσκινισιακά προβλήματα και χρόνιες παθήσεις.

Παράγοντες που οδηγούν τους ηλικιωμένους σε *διατροφική ανεπάρκεια*:

Η κοινωνική απομόνωση. Άτομα απομονωμένα χάνουν προοδευτικά το ενδιαφέρον τους για το φαγητό και εμφανίζουν απώλεια της όρεξης. Η φυσική ανικανότητα διότι τα ηλικιωμένα άτομα με ημιπληγία, αρθρίτιδα και μείωση της όρασης αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην αγορά τροφίμων και την παρασκευή φαγητών. Πιθανές διανοητικές διαταραχές που λόγω ηλικίας ίσως έχουν. Επιπλέον η φτώχεια και γενικώς η οικονομική κατάσταση του ηλικιωμένου ατόμου δημιουργεί σημαντικό πρόβλημα στη ιατροφική ανεπάρκεια. Η δυσαπορρόφηση όπου ηπιες μορφές δυσαπορρόφησης δεν είναι σπάνιες στους ηλικιωμένους και οφείλονται σε ισχαιμία του λεπτού εντέρου. Τέλος, η αλκοόλη και φάρμακα. Όταν η πρόσληψη της αλκοόλης είναι υπερβολική, οι θερμιδικές απαιτήσεις καλύπτονται κατά ένα μέρος από την πηγή αυτή, αλλά με αντίστοιχο περιορισμό στα άλλα θρεπτικά στοιχεία. (Φοντάρ, 2010)

Παράγοντες που συμβάλλουν στη μεταβολή της θρέψεως μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις ομάδες :

- ◆ Ανεπαρκής πρόσληψη τροφής
- ◆ Αυξημένες διατροφικές ανάγκες
- ◆ Πλημμελής πέψη σιτίων
- ◆ Ανεπαρκής απορρόφηση τροφής (Καπώλη, 2008)

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

Καλό θα είναι να δίνεται η άνεση στον ηλικιωμένο να πάρει το φαγητό του χωρίς χρονικούς περιορισμούς. Οι επιδεινωμένες κινητικές δεξιότητες διευκολύνονται με ειδικά μαχαιροπίρουνα και άλλα είδη φαγητού τα οποία είναι ειδικά κατασκευασμένα να μην σπάνε εύκολα, να μην μετακινούνται και να είναι εύχρηστα Σε περίπτωση ανορεξίας το φαγητό σερβίρεται κατά τρόπο ελκυστικό, ώστε να τραβήξει την προσοχή του και να του αλλάξει την διάθεση. Ελέγχεται σε τακτά χρονικά διαστήματα η δράση των φαρμάκων που παίρνει ο ηλικιωμένος με την πέψη και τη απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών, σαφώς, ελέγχεται η θερμοκρασία του φαγητού εάν είναι κανονική και λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις του ηλικιωμένου.

Όταν ο υποσιτισμός οφείλεται σε ψυχογενή αίτια τότε διατίθεται χρόνος για επικοινωνία και θεραπευτικό διάλογο. Όταν για τον υποσιτισμό οφείλονται παθολογικά αίτια τότε οι παρεμβάσεις είναι αιτιολογικές και ακολουθούν την ιατρική οδηγία. Στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος αδυνατεί να τραφεί από το στόμα η τροφή χορηγείται μέσω καθετήρα σιτίσεως. (Coni Nicholas, Nicholl Claire, Wilson KJ, 2006)

Δυσφαγία

Οι διαταραχές κατάποσης (δυσφαγίες) εμφανίζονται σε διάφορες φάσεις της διαδικασίας κατάποσης:

Είναι η στοματική φάση: δυσκολίες στη μάσηση και στη μεταφορά της τροφής ή των υγρών από το στόμα στον φάρυγγα. Η φαρυγγική φάση: δυσκολίες στην έναρξη της κατάποσης, στην προώθηση της τροφής ή των υγρών στον φάρυγγα, στο κλείσιμο των αεραγωγών ώστε να μην εισέλθει τροφή ή υγρό στον πνεύμονα και η οισοφαγική φάση: δυσκολίες στη χαλάρωση και τη σύσφιξη των ανοιγμάτων του φάρυγγα και του στομάχου και στην προώθηση της τροφής στον οισοφάγο. (Τσουκαλά, 2010).

Οι διαταραχές κατάποσης μπορεί να οφείλονται σε:

- ♣ Βλάβη του ΚΝΣ
- ♣ ΑΕΕ, εγκεφαλική κάκωση, βλάβη του νωτιαίου μυελού
- ♣ νόσος Parkinson, νόσος Alzheimer,
- ♣ πλάγια μυατροφική σκλήρυνση, σκλήρυνση κατά πλάκας
- ♣ μυϊκή δυστροφία, εγκεφαλική παράλυση
- ♣ Ca του στόματος, του φάρυγγα ή του οισοφάγου
- ♣ τερηδονισμένα ή εξαχθέντα δόντια, ελαττωματικές οδοντοστοιχίες

Προβλήματα κατάποσης μπορούν επίσης να προκληθούν από πολλές άλλες νόσους, παθήσεις ή χειρουργικές επεμβάσεις.

Ενδείξεις:

Ως κύρια ένδειξη αναφέρεται ο βήχας κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την κατανάλωση τροφής ή ποτού καθώς και η «υγρή» φωνή ή γουργούρισμα κατά τη διάρκεια ή αμέσως μετά την κατανάλωση τροφής ή ποτού μεγαλύτερη προσπάθεια ή περισσότερος χρόνος για τη μάσηση ή την κατάποση. Επίσης, η διαφυγή τροφής ή ποτού από τα χείλη ή αδυναμία κατάποσης και η επανειλημμένη πνευμονία ή πνευμονική συμφόρηση μετά το γεύμα θεωρούνται σοβαρές ενδείξεις για δυσφαγία. Τέλος, η απώλεια βάρους ή αφυδάτωση λόγω ανεπαρκούς πρόσληψης τροφής

(Χριστοφορίδης, 1991).

3.8 Απώλεια όρεξης και βάρους

Η απώλεια της όρεξης και η απώλεια βάρους μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση της υγείας του ηλικιωμένου, αλλά οι γιατροί και οι οικογένειες συχνά απογοητεύονται όταν προσπαθούν να βοηθήσουν. Ωστόσο, η απώλεια της όρεξης, γνωστή και ως ανορεξία, μπορεί συνήθως να αποδοθεί σε φυσικά, ή κοινωνικά προβλήματα και μπορεί να μετριαστεί.

Αιτίες:

- Γαστρεντερικές διαταραχές: Πεπτικό έλκος, εντερική απόφραξη, ΓΟΠ
- Φάρμακα
- Διατροφή
- Απομόνωση
- Η κακή τοποθέτηση της οδοντοστοιχίας, ο πόνος στο δόντι. (Ιατρού, 2010)

3.9 Ακράτεια ούρων

Το κατώτερο τμήμα του ουροποιητικού συστήματος, δηλαδή η ουροδόχος κύστη και η ουρήθρα, δεν έχουν παρά δύο λειτουργίες: την αποθήκευση και την εκούσια αποβολή των ούρων. Η ουροδόχος κύστη γεμίζει με ούρα από τα νεφρά και όταν έλθει η επιθυμία για ούρηση, ή κένωση της κύστης μπορεί να αναβληθεί έως κάποια κοινωνικά αποδεκτή στιγμή. Κατά τη διάρκεια της ούρησης, ο σφιγκτήρας χαλαρώνει και η κύστη συσπάται και αδειάζει. Όταν το κατώτερο ουροποιητικό αδυνατεί να διατηρήσει την αποθηκευτική του λειτουργία, τότε μιλάμε για ακράτεια ούρων. (Ντολατζάς, 2005).

Μορφές ακράτειας:

1. Επιτακτική ακράτεια
2. Ακράτεια από προσπάθεια
3. Ασυνείδητη ακράτεια

4. Συνεχής απώλεια
5. Νυκτερινή ενούρηση
6. Ακράτεια μετά την ούρηση
7. Ακράτεια από υπερπλήρωση

Οι δύο πρώτες μορφές ακράτειας είναι και οι συνηθέστερες στις γυναίκες, κυρίως μετά την εμμηνόπαυση και θα τις αναπτύξουμε αναλυτικότερα.

Επιτακτική ακράτεια μπορεί να προκληθεί από πολλές παθήσεις που δημιουργούν δυσλειτουργία του κατώτερου ουροποιητικού. (Ντολατζάς, 2005).

Ως **αίτια** αναφέρονται:

- ✘ Η μείωση της χωρητικότητας της ουροδόχου κύστης που προκαλείται από διάφορες φλεγμονώδεις παθήσεις (χρόνιες φλεγμονές, διάμεση κυστίτιδα, φυματίωση) ακτινοβολίες ή εγχύσεις χημειοθεραπευτικών φαρμάκων, αλλά μπορεί να οφείλεται σε ανατομικούς ή ψυχογενείς παράγοντες.
- ✘ Η δυσλειτουργία του εξωστήρα μυ της ουροδόχου, που μπορεί να εμφανιστεί σε νευρολογικές παθήσεις (εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος του Parkinson, σκλήρυνση κατά πλάκας), να οφείλεται στη λεγόμενη αστάθεια της κύστης (λανθάνουσα φλεγμονή, λιθιάσεις, καρκίνωμα) ή τέλος να προκαλείται από την ιδιαίτερα συχνή στις γυναίκες (5-8%) υπερευαίσθητη κύστη.

Συντηρητική Θεραπεία

- ℥ απώλεια βάρους
- ℥ περιορισμός της υπερβολικής λήψης υγρών
- ℥ η διακοπή του καπνίσματος
- ℥ Χρήση ειδικών εσωρούχων

Χειρουργική θεραπεία: Ιδιαίτερη σημασία έχει να γίνεται η καταλληλότερη εγχείρηση στο πρώιμο στάδιο, γιατί έτσι αυξάνονται οι πιθανότητες επιτυχίας της επέμβασης

Εκτός από τις κλασσικές ανοικτές εγχειρήσεις, διενεργούνται ενδοσκοπικές ή διακολπικές επεμβάσεις ενώ τελευταία μεγάλη επιτυχία γνωρίζουν οι ελάχιστα επεμβατικές μέθοδοι με την χρησιμοποίηση ειδικών ταινιών που διορθώνουν την ακράτεια με την μικρότερη δυνατή επιβάρυνση της ασθενούς. (Bullock, 2009).

Κεφάλαιο 4^ο

- Σ Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα*
- Σ Μεταβολές στο κυκλοφορικό σύστημα*
- Σ Μεταβολές στο καρδιαγγειακό σύστημα*
- Σ Μεταβολές στο γαστρεντερικό- πεπτικό σύστημα*
- Σ Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα*

4. Φυσιολογικές μεταβολές στα συστήματα

4.1 Μεταβολές στο αναπνευστικό σύστημα

Τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος προκαλούν περίπου το 20% όλων των θανάτων και σχεδόν των 25% των εισαγωγών στο νοσοκομείο. Οι δείκτες θανάτου για αναπνευστικά νοσήματα αυξάνουν απότομα με την τρίτη ηλικία. Τα τρία τέταρτα των θανάτων απαντώνται σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. (Βέμμος, 2006)

Παρατηρείται μείωση της ζωτικής λειτουργικότητας και αύξηση του νεκρού χώρου, που οφείλονται στην σκλήρυνση του βρογχικού δένδρου και του πνευμονικού παρεγχύματος, σε ελάττωση της ελαστικότητας του θώρακα και σε παραμόρφωση της σπονδυλικής στήλης, συνήθως κύφωση. Αυξάνεται κατακράτηση του διοξειδίου του άνθρακα λόγω μειωμένες αποβολής του και παρατηρείται ελάττωση της δυνατότητας “αυτοκαθαρισμού” του βρογχικού δένδρου από τα εκκρίματα και δημιουργούνται κατάλληλες συνθήκες για την ανάπτυξη λοιμώξεων. (Κυριακίδου, 2005)

Πολλές σημαντικές ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος είναι το άσθμα, η λοίμωξη της ανώτερης αναπνευστικής οδού, η ρινίτιδα, η οξεία δύσπνοια, η βρογχεκτασία, το εμφύσημα πνευμόνων, ο καρκίνος του πνεύμονα, η βρογχίτιδα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η πνευμονία, η πνευμονική φυματίωση και η αναπνευστική ανεπάρκεια, εκ των οποίων οι τέσσερις τελευταίες είναι αυτές που μαστίζουν την τρίτη ηλικία. Η ΧΑΠ προκαλεί περίπου το 90% της αναπνευστικής ανικανότητας. (Βέμμος, 2006)

4.2 Μεταβολές στο κυκλοφορικό σύστημα

Σταδιακά, παρουσιάζεται ατροφία της καρδιάς και τα όριά της περιορίζονται, διότι παρατηρείται ατροφία του μυϊκού συστήματος του καρδιακού μυός. Η εναπόθεση αλάτων με μορφή αθηρωματωδών πλακών προκαλούν σοβαρές διαταραχές της καρδιακής λειτουργίας. Τα τοιχώματα των αγγείων παχύνονται και δημιουργούνται αρτηριοσκληρωτικές αλλοιώσεις, που προκαλούν διάφορες λειτουργικές διαταραχές, όπως αύξηση της Αρτηριακής Πίεσης και διάφορου βαθμού διαταραχές αιμάτωσης των διαφόρων οργάνων. Γενικά παρατηρείται ανεπάρκεια της μηχανικής απόδοσης της καρδιάς, που γίνεται φανερή σε καταστάσεις αυξημένης ζήτησης του οργανισμού, όπως σε πυρετό, οπότε η ανεπάρκεια αυτή μπορεί να οδηγήσει σε πνευμονικό οίδημα. (Κυριακίδου, 2005)

4.3 Μεταβολές στο καρδιαγγειακό σύστημα

Ο όρος καρδιαγγειακά νοσήματα περιλαμβάνει την υπέρταση, την στεφανιαία νόσο, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, την καρδιακή ανεπάρκεια, συγγενείς καρδιοπάθειες και μυοκαρδιοπάθειες. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. εκτιμάται ότι αντιπροσώπευσαν διεθνώς το 2000, στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες και σε πολλές αναπτυσσόμενες, τον κύριο όγκο τόσο της θνησιμότητας όσο και της νοσηρότητας. Στο σύνολο των θανάτων παγκόσμια, το 1/3 αποδόθηκε στα καρδιαγγειακά νοσήματα. (Μπαρμπάτσικου, 2010).

Αναφέρεται ότι το 40% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών θα πεθάνουν από καρδιαγγειακά νοσήματα, το 15% από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, ενώ το 5% από επιπλοκές των διαφόρων ειδών αγγειακών επεισοδίων. Το ήμισυ των θανάτων από όλες τις αιτίες οφείλονται σε ανωμαλίες του καρδιαγγειακού συστήματος. (Πλατή, 2008).

4.4 Μεταβολές στο γαστρεντερικό-πεπτικό σύστημα

Όσον αφορά τη διατροφή και το πεπτικό σύστημα των ηλικιωμένων, παρατηρείται ότι ελαττώνεται η έκκριση της σιέλου, μειώνεται η κινητικότητα αλλά και η αιμάτωση σε όλο τον πεπτικό σωλήνα και επιπλέον ελαττώνεται και η ικανότητα απορρόφησης ορισμένων ουσιών. (Παπαναστασίου, 2010). Η κινητικότητα, λοιπόν, του στομάχου και του εντέρου είναι ελαττωμένη και οφείλεται κυρίως σε ελάττωση της αιμάτωσης τους, σε ακατάλληλη διατροφή και σε περιορισμένη κινητικότητα του ατόμου. (Κυριακίδου, 2005). Συνεπώς, οι ηλικιωμένοι χρειάζεται να επιλέγουν με μεγαλύτερη προσοχή την τροφή τους, γιατί έχουν μειωμένη απορρόφηση. Σημαντικά είναι επίσης και τα προβλήματα μάζησης, κατάποσης και δυσκοιλιότητας που πιθανόν αντιμετωπίζουν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Προκειμένου λοιπόν να αποφευχθούν παθολογικά προβλήματα, το διαιτολόγιο των ηλικιωμένων θα πρέπει να είναι πλούσιο σε θερμίδες και θρεπτικά συστατικά και φυσικά εύπεπτο και εύληπτο. (Παπαναστασίου, 2010)

4.5 Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα

Το βάρος των νεφρών μειώνεται κατά 30%, η νεφρική κάψα παχύνεται και συμφιέται με το παρέγχυμα, το οποίο επίσης σκληρύνεται και ρικνώνεται. Τα εσπειραμένα σωληνάρια παθαίνουν

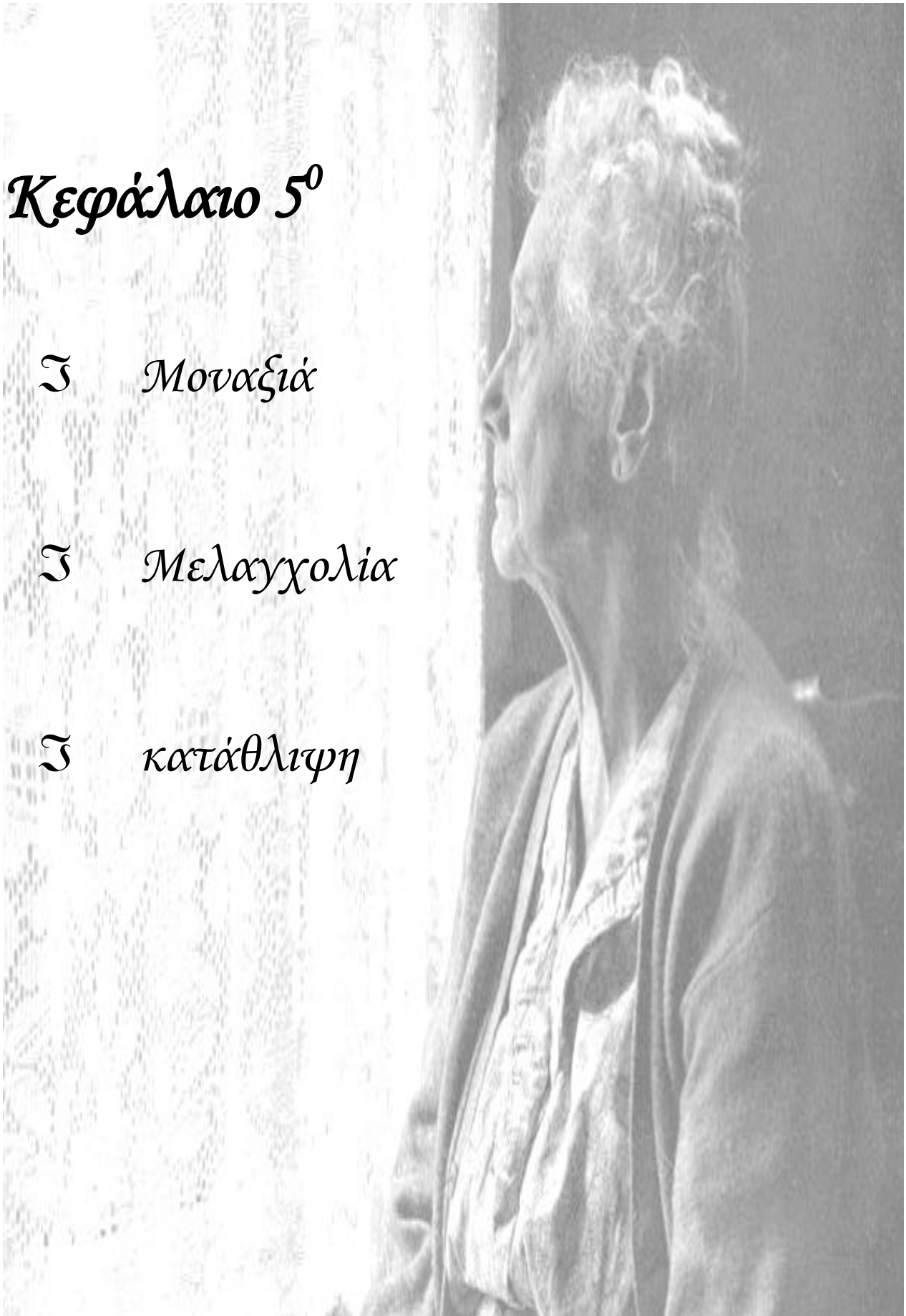
εκφύλιση ή και εξαφανίζονται τελείως. Τα αγγεία των νεφρών σκληρύνονται όπως και σε όλο τον οργανισμό, οι ουρητήρες διευρύνονται και τα τοιχώματά τους υπερτρέφονται. Στην ουροδόχο κύστη αναπτύσσεται ινώδης ιστός και παρατηρείται ατροφία των μυϊκών ινών που οδηγούν σε χάλαση και αδυναμία να κρατήσει το περιεχόμενό της, με αποτέλεσμα την συχνουρία και την ακράτεια, σπουδαιότερα προβλήματα για τον ηλικιωμένο για το ουροποιητικό. Ο προστάτης υπερτρέφεται και αυξάνει το πρόβλημα. Οι ουρολοιμώξεις είναι πολύ συχνές λόγω της ελαττωμένης σπειραματικής διήθησης και της αιματικής ροής. (Κυριακίδου, 2005)

Κεφάλαιο 5^ο

Σ Μοναξιά

Σ Μελαγχολία

Σ κατάθλιψη



5. Συναισθηματικές διαταραχές στην Τρίτη ηλικία

5.1 Μοναξιά

Ως μοναξιά ορίζεται η κατάσταση του ανθρώπου που ζει μόνος του, απομονωμένος από τους άλλους, χωρίς σημαντικές επαφές και σημαντικές διαπροσωπικές σχέσεις. Το αίσθημα αυτό είναι διάχυτο στην τρίτη ηλικία λόγω του ότι αισθάνονται ιδιαίτερη αποστροφή από το κοινωνικό περιβάλλον προς το πρόσωπό τους.

5.1.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες

Από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που οδηγούν τον ηλικιωμένο στη μοναξιά και την απομόνωση είναι ο θάνατος προσφιλών προσώπων, όπως συζύγου, αδελφών, παιδιού και φίλων. Για τους ηλικιωμένους η απώλεια φίλων και γνωστών είναι πραγματικότητα, ενώ το πένθος και η βαθιά αίσθηση της απώλειας είναι αναπόφευκτα. Παρατηρείται πως τα ηλικιωμένα άτομα επηρεάζονται ιδιαίτερα από τις κοινωνικές και πολιτιστικές αλλαγές, όπως από τον αποχωρισμό από τα άτομα του στενού τους περιβάλλοντος, την αλλοτρίωση και τον αυτοματισμό που διέπει τη σύγχρονη εποχή.

Αναφέρεται ότι οι παράγοντες που συντελούν στη μοναξιά είναι η μειωμένη θρησκευτικότητα, οι αλλαγές στις παραδοσιακές αξίες, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η απώλεια της αυτονομίας, το μικρό μέγεθος της οικογένειας και ο περιορισμένος χώρος σπιτιού.

Επιπλέον, άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως η νεύρωση και η σχιζοφρένεια, η μειωμένη όραση και ακοή, η αδυναμία ελέγχου του σφιγκτήρα εντέρου και κύστεως, η αλόγιστη χρήση φαρμάκων, αλκοόλ και η εξάρτηση από τις υπηρεσίες υγείας έχει αποδειχθεί ότι εμφανίζουν ισχυρή συσχέτιση με τη μοναξιά. (Hirigoyen, 2007)

5.1.3 Νοσηλευτική παρέμβαση:

Αναμφισβήτητα, είναι απαραίτητο να δίνεται ο κατάλληλος σεβασμός στις προσωπικές και βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων, γεγονός το οποίο απαιτεί αφιέρωση χρόνου και κατανόηση των προβληματισμών τους, ψυχολογική υποστήριξη και διεύρυνση διαπροσωπικών σχέσεων με στόχο τη βελτίωση της διάθεσής τους και την ομαλότερη ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο. Σαφώς, η ενθάρρυνση για επιτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως το μαγείρεμα για τις γυναίκες και η βόλτα στα καφεενεία για τους άνδρες, που οδηγούν στη συναισθηματική τους πληρότητα. Με αυτό τον τρόπο μειώνεται η έκλυση εκείνων των παραγόντων που συντελούν στην εμφάνιση της

μοναξιάς (Πλατή, 2008)

5.2 Μελαγχολία

5.2.1 Ορισμός

Ο όρος μελαγχολία χρησιμοποιείται στην ιατρική για να αποδώσει το αρνητικό συναίσθημα της λύπης ή της θλίψης που καταλαμβάνει συχνά και σε ορισμένες περιπτώσεις βασανίζει ή αχρηστεύει τον άνθρωπο. Μπορεί να ποικίλει από ελαφρά ακεφιά ή κακή διάθεση, που συνοδεύεται από έλλειψη ενδιαφέροντος για τη δουλειά ή τις καθημερινές ασχολίες του ατόμου και να φτάσει μέχρι την πλήρη απογοήτευση, χωρίς κανένα ενδιαφέρον για τη ζωή και χωρίς ελπίδα. Η μελαγχολία, όπως όλες οι ψυχολογικές διαταραχές, θεωρείται ότι ξεπέρασε τα όρια μιας φυσιολογικής αντίδρασης όταν παρατείνεται.

Μελαγχολία, ή μελαγχολικά συμπτώματα εμφανίζονται σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 25% των ανοϊκών αρρώστων. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται κυρίως στην αρχή της άνοιας. Οι προχωρημένοι ανοϊκοί είναι λιγότερο μελαγχολικοί. (Βέμμος, 2006)

5.2.2 Αιτιολογία

Η αιτιολογία είναι άγνωστη. Γνωρίζουμε ότι διάφορα σωματικά νοσήματα που προκαλούν αναπηρίες, οδηγούν συχνά σε μελαγχολίες. Υποθέτουμε ότι με τον ίδιο τρόπο μπορούμε να εξηγήσουμε τις μελαγχολίες, οι οποίες εμφανίζονται στις αρχές της άνοιας. Ο άρρωστος έχει ακόμη γνώση και συναίσθηση της αρρώστιας του κι αυτό οδηγεί σε μία μελαγχολική αντίδραση. Επειδή όμως τέτοια συμπτώματα εμφανίζονται και σε προχωρημένους ανοϊκούς, θεωρούμε ότι η εγκεφαλική βλάβη έχει αυτή καθαυτή τη σημασία της για την εμφάνιση των μελαγχολικών συμπτωμάτων. (Βέμμος, 2006)

5.2.3 Κλινική εικόνα

Η μελαγχολία μπορεί να πάρει ποικίλες μορφές, εκδηλώνοντας κάποτε συμπτώματα που δίνουν την εντύπωση ότι δεν έχουν καμιά σχέση μ' αυτήν. Συνοδεύεται άλλοτε από άγχος ή ψυχοκινητική ανησυχία και άλλοτε από ψυχοκινητική επιβράδυνση. Ο ασθενής νιώθει γεμάτος ενοχές, δεν απολαμβάνει δε χαίρεται με τίποτα και αδιαφορεί για τις καθημερινές του δραστηριότητες. Σε πιο βαριές περιπτώσεις οι ασθενείς ομολογούν ότι μένουν ώρες ολόκληρες στο

κρεβάτι, χωρίς διάθεση να κάνουν και το παραμικρό και βασανίζονται από έντονες ιδέες ανικανότητας και αναξιότητας.

5.2.4 Συμπτώματα

Τα κυριότερα συμπτώματα που προβάλλονται από τους ασθενείς.

- Ακεφιά, θλίψη, ιδέες ανικανότητας και αναξιότητας
- Κόπωση, αδυναμία, βραδυκίνησια: Ο ασθενής νιώθει κουρασμένος, ακόμη και μετά από πολλές ώρες ύπνου. Η ζωνράδα του και η ευκίνησια του μειώνονται και γι' αυτό όλα τα κάνει με βραδύ ρυθμό, σαν μια μεγάλη αγγαρεία.
- Ανησυχία, φοβία, δυσκολία στη συγκέντρωση: Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής μπορεί να ανησυχεί για καθετί, όπως για την υγεία του, για τους δικούς του, για το αύριο, για την παρουσία του ή για τη σύνταξή του. Ειδικά σε ηλικιωμένους είναι συχνά το φαινόμενο μελαγχολίας που εκδηλώνεται σαν έντονο άγχος και φοβία. Η δυσκολία να συγκεντρώσουν την προσοχή, τους κάνει να αποφεύγουν τις κοινωνικές σχέσεις και να απομονώνονται.
- Αϋπνία, ανορεξία, απώλεια βάρους, μείωση libido

Συχνά οι ασθενείς ανησυχούν γι' αυτή την κόπωσή τους και υποβάλλονται σε κάθε είδους αιματολογικές ή άλλες εργαστηριακές εξετάσεις, επειδή φοβούνται ότι πίσω απ' αυτά τα συμπτώματα κρύβεται κάποια σοβαρή οργανική πάθηση (καρκίνος κ.λπ.)

Επειδή η κλινική εικόνα που εμφανίζεται στην άνοια με μελαγχολικά συμπτώματα, μπορεί να εμφανιστεί και σε μία γνήσια μελαγχολία, υπάρχουν δυσκολίες στην διαφορική γνώση. Γι' αυτό το λόγο, οι δύο αυτές κλινικές εικόνες συζητούνται παράλληλα. Στον ανοϊκό με τη μελαγχολία επικρατούν κατά βάση τα αρχικά συμπτώματα. Στην αρχή της άνοιας, πράγμα που γίνεται πιο σαφές σε λίγο καιρό, μειώνεται η μνήμη. Η μειωμένη μνήμη μπορεί να υπάρχει και στο μελαγχολικό άρρωστο, αλλά δε χειροτερεύει. Οι μελαγχολικοί παρουσιάζουν κυρίως μείωση της ικανότητας της προσοχής και της αυτοσυγκέντρωσης. Συμπτώματα όπως σύγχυση της συνειδήσεως, αποπροσανατολισμός, αρνητισμός, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα είναι συχνά στους ανοϊκούς, όχι στους μελαγχολικούς, μη ανοϊκούς αρρώστους. (Παπασπυρόπουλος, 1991)

Μορφές μελαγχολίας

Κατά καιρούς έχουν γίνει πολλές προσπάθειες ταξινόμησης των ποικίλων μορφών της μελαγχολίας. Οι πιο γνωστές και περισσότερο παραδεκτές είναι: Αντιδραστική μελαγχολία ή

ενδογενής, πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής, μονοπολική ή διπολική (γνωστή πιο πολύ σαν μανιοκαταθλιπτική)

Αντιδραστική είναι η μορφή εκείνη της μελαγχολίας, που προκαλείται σαν αντίδραση σε δυσάρεστα γεγονότα ή καταστάσεις, όπως εγκατάλειψη, οικονομική κατάρρευση, επαγγελματική αποτυχία, μεγάλες και ανυπέρβλητες δυσκολίες και εμπόδια, επανειλημμένες απογοητεύσεις, σοβαρές ή ανίατες αρρώστιες που εκδηλώνουν ή δημιουργούν αναπηρίες και άλλα πολλά. Η αντιδραστική μελαγχολία δεν είναι συνήθως μακράς διάρκειας, ιδιαίτερα όταν η αιτία που την προκαλεί είναι δυνατό να εξαλειφθεί σύντομα. Αντίθετα, η ενδογενής κατάθλιψη εκδηλώνεται συχνά παρόλο που δεν υπάρχει κάποια σοβαρή αιτία που θα μπορούσε να ενοχοποιηθεί. Είναι συνήθως μεγαλύτερης διάρκειας και δεν επηρεάζεται σημαντικά από τις αλλαγές ή τη βελτίωση των συνθηκών του περιβάλλοντος του ασθενή. Τύψεις και ενοχές είναι πιο συχνές και πολύ εντονότερες στην ενδογενή απ' ό,τι στην αντιδραστική μελαγχολία.

Πρωτοπαθής ονομάζεται η μελαγχολία που εμφανίζεται χωρίς την ύπαρξη κάποιας άλλης παθολογικής κατάστασης του οργανισμού, ενώ δευτεροπαθής όταν αυτή εμφανίζεται σαν αντίδραση ή σαν συνέπεια κάποιας άλλης οργανικής ασθένειας.

Μονοπολική είναι μελαγχολία που εκδηλώνεται μόνο με μελαγχολική φάση, ενώ διπολική όταν η μελαγχολική φάση εναλλάσσεται με φάση διέγερσης ή εκδηλώσεις ευφορίας (μανία). Η διπολική μελαγχολία χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή επειδή: α) μπορεί ξαφνικά ο ασθενής να μεταπέσει από τη μια φάση στην άλλη με κίνδυνο να αποπειραθεί ακόμη και αυτοκτονία εξαιτίας της βαριάς του κατάστασης, β) η φάση της διέγερσης είναι δυνατό να θεωρηθεί σαν φυσιολογική αντίδραση σε κάποιο ευχάριστο γεγονός και να μην αντιμετωπιστεί έγκαιρα, με κίνδυνο να προβεί ο ασθενής σε απαράδεκτες ενέργειες, που μπορούν να τον εκθέσουν στο περιβάλλον του ή το χειρότερο να ξεφύγει η κατάσταση από τον έλεγχο και γ) η κατάσταση συχνά επιμένει και γι' αυτό δεν είναι σωστό να διακόπτεται η θεραπεία πρόωρα ή να γίνονται αυτοσχεδιασμοί.

Τελευταία έχει επικρατήσει η κατάταξη των διαφόρων μορφών μελαγχολίας στις εξής τρεις κατηγορίες: α) Δυσθυμία, β) Μελαγχολία με άγχος και γ) Μείζων κατάθλιψη.

Τέλος, η μελαγχολία που εμφανίζεται στην κλιμακτήριο, άλλοτε εκδηλώνεται σαν ενδογενής με συμπτώματα κυρίως ατονίας, ακεφιάς, αϋπνίας και ανησυχίας και άλλοτε συνοδεύεται από ποικίλα ψυχοσωματικά συμπτώματα. Και αυτή χρειάζεται συνήθως ιατροφαρμακευτική αντιμετώπιση. (Παπαγεωργίου, 2000)

Πρόγνωση

Η κατάσταση σπανίως χρονίζει. Καθώς η άνοια προχωρεί, η μελαγχολία σιγά σιγά υποχωρεί.

5.2.5 Θεραπεία

Η μελαγχολία ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό και ως προς τον ένταση και ως προς τα αίτια που μπορούν να την προκαλέσουν. Σε γενικές γραμμές, η θεραπευτική αντιμετώπιση διακρίνεται σε 3 φάσεις:

- Ψυχολογική: Η ψυχολογική αντιμετώπιση μπορεί να αποδώσει πολύ καλά αποτελέσματα όταν η αιτία της μελαγχολίας μπορεί όχι μόνο να εντοπιστεί αλλά και να εξαλειφθεί. Όταν για παράδειγμα, μπορούν να ξεπεραστούν ορισμένες σοβαρές δυσκολίες ή εμπόδια με την αλλαγή ή την τροποποίηση των συνθηκών της ζωής, όταν μπορεί να δοθεί βάσιμη ελπίδα σε κάποιον που την έχει χάσει ή όταν βρίσκει αναγνώριση και εκτίμηση τη στιγμή που ένιωθε τέλεια απόρριψη, η κατάσταση του μπορεί να βελτιωθεί ραγδαία.
- Φαρμακευτική: Τα αντιμελαγχολικά φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν, όχι όμως συχνά και αποτελεσματικά. Οι ανοϊκοί άρρωστοι δεν είναι σε θέση να υποβληθούν σε ψυχοθεραπεία. Τα νοητικά ερεθίσματα μπορούν να βοηθήσουν. Η μεγάλη προσφορά των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι αναμφισβήτητη σήμερα, επειδή χρησιμοποιούνται ήδη επί τρεις σχεδόν δεκαετίες, με πολύ θετικά αποτελέσματα. Παρ' όλες τις περιοδικές και όχι σοβαρές παρενέργειες που μπορούν να εμφανιστούν στην αρχή της θεραπείας ή σε μεγάλες δόσεις, η βελτίωση της κατάστασης των ασθενών είναι συχνά τόσο εντυπωσιακή και τόσο σταθερή.
- Συνδυασμός και των δύο: Ακόμη και στις περιπτώσεις που τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι η θεραπεία εκλογής, ο ασθενής χρειάζεται να απευθυνθεί σε κάποιον ψυχολόγο για ενίσχυση το θεραπευτικού σχήματος. (Καβάκα, 2010)

5.3 Κατάθλιψη

5.3.1 Γενικά στοιχεία - Ορισμός

Η κατάθλιψη είναι μια από τις διαταραχές που ανήκουν στην κατηγορία «διαταραχές της διάθεσης». Δεν είναι το ίδιο με το μελαγχολικό συναίσθημα που μπορεί κάποιες φορές όλοι να νιώσουμε για λίγο. Στην κατάθλιψη το συναίσθημα αυτό έχει μεγάλη ένταση, διαρκεί περισσότερο και κυρίως προκαλεί προβλήματα στη ζωή του ηλικιωμένου με αποτέλεσμα να επηρεάζεται καταλυτικά με αρνητικό τρόπο η ποιότητα της ζωής.

Η κατάθλιψη είναι μία από τα περισσότερο συχνά και σοβαρά σύνδρομα στη γηριατρική ψυχιατρική. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι ηλικιωμένοι είναι προδιατεθειμένοι στην κατάθλιψη λόγω, σχετιζόμενων με την ηλικία, δομικών και βιοχημικών αλλαγών που αυξάνουν την ευαισθησία τους, παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο όπως το πένθος ή άλλες απώλειες, καθώς και λόγω ιατρικής φύσης προβλημάτων και περιορισμού σε ιδρύματα γεγονός που είναι συχνότερο με το πέρασμα της ηλικίας.

Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων θεωρείται μια ετερογενής κατάσταση, που προκύπτει ως αποτέλεσμα επίδρασης διαφόρων παραγόντων. Σχεδόν 20% των ατόμων πάνω από την ηλικία των 65 εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ περίπου το 40% των ηλικιωμένων πάνω από τα 85 προσβάλλονται από κάποια μορφή κατάθλιψης. Η νόσος στην τρίτη ηλικία προσβάλλει εξίσου άντρες και γυναίκες. (Μουρούτης, 2007)

5.3.2 Αιτιολογία

Η κανονική διαδικασία γήρανσης καθιστά το άτομο αδύναμο, τόσο διανοητικά όσο και σωματικά. Σαφώς η απώλεια της συζύγου ή αγαπημένου του προσώπου και η μοναξιά που βιώνει δρα ως αρνητικός καταλύτης στη ζωή και την ψυχοσύνθεση του ηλικιωμένου ατόμου. Η έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης από τα μέλη της οικογένειας σε συνδυασμό με την απώλεια της ανεξαρτησίας του και πρόωρη η συνταξιοδότηση σίγουρα έχουν κακή επίπτωση. Επιπλέον, είναι γεγονός πως η Τρίτη ηλικία είναι επιρρεπής σε σκέψεις γύρω από τον θάνατο και ο επικείμενος φόβος γύρω από αυτό το συναίσθημα. Χρόνια ιατρικές ασθένειες όπως ψυχολογικές διαταραχές, οι χρόνιες παθήσεις όπως ο διαβήτης, η ανεξέλεγκτη υπέρταση, παράλυση, εγκεφαλικά επεισόδια, κατάγματα άκρων. Παρατεταμένη θεραπεία με φάρμακα, ικανή και να προκαλέσει ανεπιθύμητες ενέργειες (Αγγελίδης, 2002).

Τέλος, κάθε ψυχοθεραπευτική σχολή έχει προσφέρει κάποιο μοντέλο ερμηνείας της Κατάθλιψης. Να σημειωθεί ότι η κατάθλιψη μπορεί να είναι και αποτέλεσμα ενός μεγάλου πλήθους σωματικών νοσημάτων και συνδρόμων (πχ υποθυρεοειδισμού, εγκεφαλικού επεισοδίου, νόσου του Parkinson, χρόνιου αλκοολισμού κα), αλλά ακόμα και τότε ο ακριβής μηχανισμός παθογένεσης δεν είναι γνωστός. (Beers, Berkow, 2005)

5.3.3 Κλινική εικόνα

Το ηλικιωμένο άτομο παρουσιάζει έντονη ανησυχία και άγχος καθώς παρατηρείται σε αρκετές περιπτώσεις μερική ή και ολική παραμέληση του εαυτού του. Παρατηρείται επίσης μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα. Εντοπίζεται δυσκολία στο να διεκπεραιώσει τα συνηθισμένα καθημερινά του καθήκοντα ακόμα και στη λήψη μη σημαντικών αποφάσεων. Κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε ημέρα όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων το ηλικιωμένο άτομο εμφανίζει καταθλιπτική διάθεση και δυσκολία στον ύπνο. Η διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές. Π.χ., μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα απώλεια βάρους. Εντοπίζεται επίσης αδυναμία συγκέντρωσης, σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων. Ο ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις. Εύκολα δημιουργεί ιδέες ενοχής, αυτομομφής, απάθειας και αναξιοσύνης: Ο ηλικιωμένος με κατάθλιψη τυπικά πιστεύει ότι ο ίδιος φταίει για την τροπή που έχει πάρει η ζωή του, όλα είναι δικό του λάθος. Αυτό που χαρακτηρίζει τον ηλικιωμένο ασθενή είναι η αποστροφή και απόσυρση από φίλους και σε ευρύτερο επίπεδο η κοινωνική απομόνωση τόσο από φίλους όσο και από οικογένεια.

Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη όπως και παράξενες παραληρητικές ιδέες / ψευδαισθήσεις. Υποχονδριακή διάθεση και παράπονα για συνεχείς και μακροχρόνιους πόνους, ή πόνους που δεν μπορούν να αποδοθούν σε παθολογικά αίτια. (Τρουμπούκης, 2011)

Υπάρχουν πολλοί τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισης κατά περίπτωση.

Η ψυχιατρική αντιμετώπιση και νοσηλεία μπορεί να κριθεί απαραίτητη όταν κινδυνεύει η

ίδια η ζωή. Από εκεί και πέρα υπάρχουν διάφορες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Άσχετα από το ποια θα επιλέξει κανείς το πιο σημαντικό είναι να αναγνωριστεί η κατάσταση της κατάθλιψη ως δυσλειτουργική και να μην θεωρηθεί ως φυσικό χαρακτηριστικό της τρίτης ηλικίας (Κωσταρικού-Ευκλείδη, 1999).

5.3.4 Θεραπεία

Η θεραπεία της κατάθλιψης συνήθως περιλαμβάνει δύο στάδια :


- Θεραπεία του οξέος σταδίου
- Συντήρηση του αποτελέσματος που επιτεύχθηκε στο στάδιο 1


Ο στόχος του σταδίου 1 είναι να θεραπεύσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης έτσι ώστε ο ασθενής να αρχίσει πάλι να νιώθει καλά και να ξαναγυρίσει στις συνηθισμένες του δραστηριότητες. Συνήθως αυτό το στάδιο όταν χρησιμοποιείται φαρμακευτική θεραπεία κρατάει περίπου ένα μήνα.

Έρευνες έδειξαν ότι οι ασθενείς που σταματούν την θεραπεία στο στάδιο 1 έχουν μεγάλη πιθανότητα υποτροπής τους αμέσως επόμενους μήνες. Επιπλέον, έχει αποδειχτεί ότι αυτοί που συνεχίζουν την θεραπεία και στο στάδιο 2 θεωρείται ότι θεραπεύονται από το παρόν επεισόδιο κατάθλιψης. Η συνέχιση αυτή της θεραπείας συνήθως εκτείνεται από 3-6 μήνες.

Αντίθετα με την ευρέως διαδεδομένη πεποίθηση, η κατάθλιψη είναι μία κατάσταση η οποία αντιμετωπίζεται πλέον επαρκώς και στις περισσότερες των περιπτώσεων (70- 80%) θεραπεύεται, ενώ στις υπόλοιπες ανακουφίζεται σημαντικά. (Μαδιανός, 2003)

Οι κύριοι τύποι θεραπείας είναι οι εξής:

 Ψυχοθεραπεία & Συμβουλευτική: Η ψυχοθεραπεία μόνη της δεν έχει δοκιμαστεί σε τέτοιες μορφές.

 Φαρμακευτική θεραπεία: Στην πρώτη γραμμή της θεραπείας χρησιμοποιούνται τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Υπάρχουν πολλές επιλογές πλέον στην θεραπευτική φαρέτρα καθώς τα παλαιότερα Τρικυκλικά και Τεταρτοκυκλικά φάρμακα συμπληρώθηκαν από εξίσου αποτελεσματικά φάρμακα τα οποία χαρακτηρίζονται από λιγότερες παρενέργειες, όπως τους Εκλεκτικούς Αναστρέψιμους Αναστολείς της Μονοαμινοοξειδάσης, τους Αναστολείς Επαναπρόσληψης Νοραδρεναλίνης- Σεροτονίνης. Άλλα φάρμακα όπως αγχολυτικά, υπναγωγά, νευροληπτικά, θυρεοειδικές ορμόνες και το λίθιο μπορεί να

χρησιμοποιηθούν κατ' ένδειξη, στην σωστή δοσολογία, για επαρκές χρονικό διάστημα και μόνο με γραπτή ιατρική οδηγία. Για τις σοβαρές μορφές κατάθλιψης η φαρμακευτική θεραπεία είναι πολύ αποτελεσματική.



Συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και ψυχοθεραπείας



Ηλεκτροσπασμοθεραπεία, έχει περιοριστεί πλέον σημαντικά. (Κοκκόλης, 2004)



Κεφάλαιο 6^ο

§ Άνοια

§ Νόσος Alzheimer

§ Νόσος Parkinson

6. Εκφυλιστικές διαταραχές στην Τρίτη ηλικία

6.1 Άνοια

6.1.1 Ορισμός

Η Άνοια είναι μία νόσος του εγκεφάλου, που χαρακτηρίζεται από πολλαπλές διαταραχές των ανώτερων γνωστικών λειτουργιών: διαταραχές της μνήμης, του λόγου, της ικανότητας για αναγνώριση αντικειμένων, της ικανότητας για οργάνωση και σχεδιασμό κινήσεων (Black, 2011)

Ο όρος “άνοια” σημαίνει παραφροσύνη, δηλαδή άτομο ανίκανο να χρησιμοποιήσει το νου του. Τις άνοιες συνθέτουν ομάδες νοσημάτων τα οποία συντελούν βαθμιαία στην εμφάνιση της με προοδευτική έκπτωση της μνήμης και των άλλων νοητικών λειτουργιών, ανικανότητα εκτελέσεων καθημερινών ασχολιών και προοδευτική απομόνωση. Η άνοια δεν είναι επακόλουθο της προχωρημένης ηλικίας. Ανεξάρτητα όμως από την αιτιολογία που την προκάλεσε, τελικά αναμένεται διάχυτη και μόνιμη απώλεια νευρώνων σε όλες τις περιοχές του εγκεφάλου. (Πλατή, 2008)


Η άνοια προσβάλει **το 7% των ατόμων άνω των 65 ετών**. Το 2005 αναφέρεται ότι στην Ευρώπη υπάρχουν 5.000.000 ανοϊκοί ασθενείς και κάθε χρόνο εμφανίζονται 600.000 νέες περιπτώσεις. (Σακκά, 2006)


Η γεροντική άνοια είναι μια ψυχωτική κατάσταση, αποτέλεσμα ως ένα σημείο της αποδιοργάνωσης του εγκεφάλου. Συχνά εκλαμβάνεται λανθασμένα σαν φυσιολογικό αποτέλεσμα της γήρανσης και εκπλήσσεται ο θεραπευτής όταν ο άρρωστος δεν ανταποκρίνεται σε θεραπεία όμοια μ' εκείνη που προσφέρεται στον γηριατρικό ασθενή που είναι πνευματικά υγιής. Παρόλο που πολλά συμπτώματα της γεροντικής άνοιας φαίνονται να είναι ίδια μ' εκείνα της φυσιολογικής γεροντικής ηλικίας, σε μεγαλύτερο βαθμό όμως, η έλλειψη επίγνωσης στον άρρωστο με άνοια αλλάζει την εμφάνιση της θεραπείας. (Σύρρου-Κωστάκη, 1995). Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί περισσότερες από 100 άνοιες διαφορετικής αιτιολογίας. (Παγαροπούλου, 2000)


Ουσιαστικά, οργανική αιτία δεν υπάρχει. Ενοχοποιούνται διάφοροι παράγοντες όπως εκφυλιστικές αλλοιώσεις, μεταβολικά νοσήματα ενδοκρινικά νοσήματα, αβιταμινώσεις, τοξικές ουσίες, λοιμώξεις, νεοπλάσματα κ.α. (Ντολατζάς, 2005)


6.1.2 Κλινική εικόνα

Οι πρόωρες ενδείξεις άνοιας είναι πολύ ανεπαίσθητες και ασαφείς και αρχικά μπορεί να μην είναι έκδηλες. Επίσης οι πρόωρες ενδείξεις μπορεί να διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό. Συνήθως όμως, τα άτομα αρχικά φαίνεται ότι παρατηρούν ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα με τη μνήμη, ειδικά να θυμούνται πρόσφατα περιστατικά.

 *Διαταραχή μνήμης:* Αρχικά το άτομο γίνεται αφηρημένο και αρχίζει να ξεχνάει διάφορα περιστατικά, όπως ραντεβού και να αφήνει διάφορα αντικείμενα στο σπίτι. Όσο προχωρεί η κατάσταση, δεν θυμάται κάποιον που έχει δει την προηγούμενη μέρα, η ξεκινάει να πάει στα μαγαζιά και καταλήγει να το φέρνει πίσω η αστυνομία το βράδυ, γιατί έχασε το δρόμο. Η μνήμη του για κοντινά περιστατικά χάνεται, ενώ μπορεί να θυμηθεί γεγονότα της παιδικής του ηλικίας με λεπτομέρειες. Τέλος, αρχίζει να μπερδεύει ημερομηνίες, γεγονότα και επετείους.

 *Έλλειψη προσανατολισμού:* Ο αποπροσανατολισμός χρόνου οδηγεί το άτομο να περιπλανιέται τις νύχτες, είναι κάτι συνηθισμένο και επέκταση αυτού είναι η πλήρης αντιστροφή του ύπνου, π.χ. να παραμένει ξύπνιο όλη νύχτα και να κοιμάται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ο αποπροσανατολισμός τόπου φαίνεται καθαρά από τις επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις του “τι είναι εδώ και που είμαι;”, χωρίς να δίνει σημασία στις απαντήσεις και επιβεβαιώσεις των άλλων. Η ανασφάλεια, το άγχος και ο φόβος καταλήγουν συχνά σε θυμό και απογοήτευση για τον ασθενή.

 *Διαταραχές συναισθημάτων:* Η ξαφνική αλλαγή του ατόμου από το κλάμα στη χαρά αδικαιολόγητα, δείχνει τη “συναισθηματική προδιάθεση” που συχνά υπάρχει. Αυτή είναι η απότομη αλλαγή στα συναισθήματα του από μεγάλη λύπη και κλάμα στην ευφορία και γέλιο. Άλλοι φυσικά μπορεί να εκφράσουν μια ρηχότητα συναισθημάτων και έλλειψη αντιδράσεων. Συναφή με τη σύγχυση, κυρίως στα αρχικά στάδια, είναι το άγχος και η κατάθλιψη τα οποία κυριαρχούν στη διάθεση του ασθενούς.

 *Διανοητική έκπτωση:* Τα πρώτα σημάδια αυτής της κατάστασης φαίνονται, όταν ο ασθενής βρίσκει δυσκολία στο να πάρει αποφάσεις, ή παίρνει λανθασμένες. Η ικανότητα της κρίσης ελαττώνεται ραγδαία και η ικανότητα να σκεφτεί και να συλλάβει αφηρημένες έννοιες γίνεται δύσκολη. (Κωσταρίκου-Ευκλείδη 1999)

6.1.3 Συμπτώματα & προειδοποιητικά σημεία:

- ✚ Απώλεια μνήμης που επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες

Είναι φυσιολογικό να ξεχνάτε κάπου-κάπου τα ραντεβού ή τον αριθμό τηλεφώνου ενός φίλου σας και να τα θυμάστε αργότερα. Το άτομο με άνοια μπορεί να ξεχνάει πράγματα συχνότερα ή να μην τα θυμάται καθόλου.

- ✚ Δυσκολία Εκτέλεσης καθημερινών εργασιών

Οι άνθρωποι αφαιρούνται κάπου-κάπου και μπορεί να ξεχάσουν να σερβίρουν ένα μέρος του φαγητού. Το άτομο με άνοια μπορεί να δυσκολεύεται με όλες τις διαδικασίες προετοιμασίας ενός φαγητού.

- ✚ Αποπροσανατολισμός χρόνου και χώρου

Είναι φυσιολογικό να ξεχάσει τι μέρα είναι στιγμιαία. Το άτομο με άνοια μπορεί να δυσκολεύεται να βρει το δρόμο του σ' ένα γνωστό μέρος ή να μην γνωρίζει που βρίσκεται.

- ✚ Προβλήματα στη γλώσσα

Όλοι δυσκολεύονται να βρουν τη σωστή λέξη μερικές φορές, αλλά το άτομο με την άνοια μπορεί να ξεχνάει απλές λέξεις ή να τις αντικαθιστά με ακατάλληλες λέξεις, δυσκολεύοντας την κατανόηση της πρότασης.

- ✚ Προβλήματα με την αφηρημένη σκέψη

Ο ισοσκελισμός ενός βιβλιαρίου επιταγών μπορεί να είναι κάτι δύσκολο για όλους μας, αλλά το άτομο με άνοια μπορεί να δυσκολεύεται να γνωρίζει, τι σημαίνουν οι αριθμοί.

- ✚ Κακή ή μειωμένη κρίση

Το άτομο με άνοια μπορεί να δυσκολεύεται να υπολογίζει την απόσταση ή κατεύθυνση όταν οδηγεί αυτοκίνητο.

- ✚ Προβλήματα λαθεμένης τοποθέτησης πραγμάτων

Ο καθένας μπορεί προσωρινά να βάλει σε λάθος μέρος το πορτοφόλι ή τα κλειδιά. Το άτομο με άνοια μπορεί να βάζει τα πράγματα σε ακατάλληλα μέρη.

- ✚ Αλλαγές στην προσωπικότητα ή συμπεριφορά

Κάπου-κάπου όλοι μας στεναχωριόμαστε ή είμαστε κακόκεφοι. Κάποιο άτομο με άνοια μπορεί να παρουσιάσει ραγδαίες αλλαγές στην ψυχική διάθεση χωρίς να υπάρχει μια έκδηλη αιτία. Μπορεί να μην γνωρίζει που βρίσκεται, να υποπτεύεται τους άλλους ή να απομονωθεί στον εαυτό του.

- ✚ Απώλεια πρωτοβουλίας

Είναι φυσιολογικό να κουράζεται κανείς από μερικές δραστηριότητες. Η άνοια όμως μπορεί να

προκαλέσει ο' ένα άτομο να χάσει το ενδιαφέρον του σε δραστηριότητες που παλιά ευχαριστιόταν. (Γιαννοπούλου, 2000)

6.1.4 Θεραπευτική προσέγγιση της άνοιας

Η άνοια είναι μια νόσος που προοδευτικά εξελίσσεται. Τα φάρμακα και άλλες παρεμβάσεις, μπορεί να επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου, να προσφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς και να ελαττώσουν το βάρος φροντίδας για την οικογένεια. Η γενική θεραπευτική προσέγγιση των ανθρώπων που πάσχουν από άνοια αφορά στη χορήγηση υποστηρικτικής σωματικής φροντίδας, ψυχολογικής υποστήριξης των αρρώστων και των οικογενειών τους και φαρμακολογική φροντίδα των ειδικών συμπτωμάτων, που περιλαμβάνουν και την διαταραγμένη συμπεριφορά.

6.1.5 Φαρμακευτική προσέγγιση & αγωγή

Η αντιμετώπιση της άνοιας αποτελεί σήμερα ένα σύνθετο πρόβλημα, στο οποίο εμπλέκονται ασθενείς, ιατροί και φροντιστές. Κάθε μία από αυτές τις ομάδες διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επιτυχία της όποιας θεραπευτικής παρέμβασης (φαρμακολογικής ή μη). (Κανταρτζής, 2008)

Ο κύριος στόχος στην αντιμετώπιση της άνοιας παραμένει η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Κάθε ασθενής λοιπόν θα πρέπει να αξιολογείται βάσει των συμπτωμάτων του, των αναγκών του και του περιβάλλοντος στο οποίο ζει. Η εξατομίκευση της θεραπευτικής προσέγγισης εναπόκειται στην υπευθυνότητα του θεράποντος ιατρού, ενώ η παροχή ειδικών υπηρεσιών θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα του συστήματος παροχής φροντίδας

Η πρόοδος των γνώσεών μας στον τομέα της άνοιας και των άλλων διαταραχών οδήγησε στην ανάπτυξη ουσιών με θετικά αποτελέσματα επί των γνωστικών και άλλων συμπτωμάτων της άνοιας. Εν τούτοις τα φάρμακα αυτά δεν επιφέρουν ίαση ούτε σταματούν την εξέλιξη της νόσου. Με την έννοια αυτή οι θεραπείες αυτές θεωρούνται «συμπτωματικές». Ανοιχτό παραμένει το θέμα εάν μπορεί να θεωρηθούν ότι τροποποιούν την εξέλιξη της νόσου. Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες οδηγίες από αμερικανικούς και ευρωπαϊκούς οργανισμούς, οι αναστολείς της χολινεστεράσης (τακρίνη, δονεπεξίνη, ριβαστιγμίνη και γκαλανταμίνη) θεωρούνται η θεραπεία εκλογής για

ασθενείς με άνοια και με ήπια έως μέτρια νόσο Αλτσχάιμερ

Άλλες ουσίες στη θεραπευτική φαρέτρα είναι τα νοοτρόπα και άλλα φάρμακα (πιρακατάμη, ανιρασετάμη, νιμοδιπίνη, αλφοσκερική χολίνη κ.ά.) Τέλος σε στάδια κλινικών δοκιμών βρίσκονται ουσίες που στοχεύουν στην καθυστέρηση της έναρξης της νόσου, όπως αντιοξειδωτικές ουσίες (βιταμίνες E και C, ginkgo biloba), αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (π.χ. σελεγιλίνη), οιστρογόνα και αντιφλεγμονώδεις παράγοντες.

Μελλοντικές στρατηγικές αποσκοπούν σε πιο αιτιολογικές προσεγγίσεις όπως στην αναστολή των ενζύμων δημιουργίας β-αμυλοειδούς (αναστολείς της β και γ-σекреτάσης), προαγωγή διάλυσης του αμυλοειδούς (ανοσολογική θεραπεία-εμβόλιο), ανάπτυξη ουσιών που εμποδίζουν το σχηματισμό ινιδίων της πρωτεΐνης τ(tau) μέσω αναστολής της φωσφορυλίωσής της και τέλος στη χορήγηση νευροτρόφων παραγόντων. (Ελευθεροτυπία, 2007)

6.2 Νόσος Alzheimer

6.2.1 Ορισμός

Η νόσος του Αλτσχάιμερ είναι ένα ιδιαίτερα συχνό νόσημα που χαρακτηρίζεται από βραδέως προοδευτική έκπτωση της μνήμης και των άλλων νοητικών λειτουργιών και οφείλεται σε εκφυλιστική διεργασία του εγκεφάλου. (Ντολατζάς, 2005)

Η άνοια τύπου Αλτσχάιμερ είναι πρωτοπαθής εκφυλιστική ασθένεια που αρχίζει συνήθως μετά τα 65 και είναι πιο συχνή στις γυναίκες. Χαρακτηρίζεται από διάχυτη ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού με χρόνια προοδευτική χειροτέρευση της νοητικής λειτουργίας. Είναι η πιο συνηθισμένη μορφή άνοιας. (Ραγιά, 2009)

Επιδημιολογία

Αποτελεί το 60-70% όλων των ανοιών. Από την ασθένεια αυτή πάσχει περίπου ένας στους 20 ανθρώπους άνω της ηλικίας των 65 ετών.

Υπολογίζεται ότι 3,5 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ευρώπη και 15 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από τη νόσο Alzheimer. (Χριστοδούλου, 2000)

6.2.2 Αιτιολογία

Η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη. Σε μερικές περιπτώσεις (περίπου στο 2% των ασθενών) έχει αποδειχτεί σαφής κληρονομικότητα. Πιστεύεται ότι γεννητικοί παράγοντες (π.χ. παρουσία του APOE ϵ 4 στο χρωματόσωμα 19) είναι συνδεδεμένοι με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

Πάντως η σύγχρονη έρευνα εξετάζει διάφορες υποθετικές αιτίες όπως: τη γενετική προδιάθεση, μια βιοχημική ανωμαλία- ελάττωση ορισμένων νευρομεταβιβαστών, εμπόδια στη ροή οξυγόνου και θρεπτικών συστατικών από τα μικρά αιμοφόρα αγγεία προς τα νευρικά κύτταρα, ελαττωμένο επίπεδο οξυγόνου. Επιπρόσθετες αιτίες μπορεί να είναι περιβαλλοντικές τοξίνες, λοιμώδεις παράγοντες, διαιτητικές συνήθειες και διαταραχή του ανοσολογικού συστήματος. (Ogden, 2004)

6.2.3 Διάγνωση

Διαγνωστικά κριτήρια της νόσου του Αλτσχάιμερ είναι η άνοια (α. Νοητική έκπτωση κατά την εξέταση και κατά τον αντικειμενικό έλεγχο. β. Ελλείμματα σε δύο, ή περισσότερες περιοχές της νοητικής λειτουργίας, από τις οποίες η μία πρέπει να είναι η μνήμη), η βαθμιαία-προοδευτική νόσος και η διαύγεια συνείδησης (Κονταξάκης, 2000)

Κατά τη διαδρομή της νόσου τα συμπτώματα ποικίλουν από άρρωστο σε άρρωστο, ώσπου η νόσος να καταστήσει τα θύματα της ανίκανα για αυτοφροντίδα.

Συνήθως η νόσος διαδράμει επτά στάδια.

- *Στάδιο 1.* Κατά το στάδιο αυτό παρατηρούνται διαταραχές ανωτέρων λειτουργιών αντικειμενικά και χωρίς υποκειμενικές αιτιάσεις.
- *Στάδιο 2.* Παραπονείται για διαταραχές μνήμης.
- *Στάδιο 3.* Παρατηρείται ήπια νοητική καθυστέρηση, π.χ. μειωμένη απόδοση, δυσκολία να ανακαλεί γνωστά ονόματα, χάνεται όταν ταξιδεύει σε άγνωστο μέρος κ.α.
- *Στάδιο 4.* Εμφανίζει μέτρια νοητική καθυστέρηση. Για παράδειγμα, παρουσιάζει κενά μνήμης, μειωμένη γνώση σε τρέχοντα και πρόσφατα γεγονότα, αδυναμία συγκέντρωσης, δυσκολεύεται στο χειρισμό οικονομικών, αδυναμία σε σύνθεση εργασίας, απόσυρση από προβληματικές καταστάσεις κ.α.
- *Στάδιο 5.* Έναρξη της άνοιας. Ο ασθενής είναι πλέον εξαρτημένος. Δυσκολεύεται να ανακαλέσει βασικά στοιχεία, όπως τηλέφωνο, όνομα πολύ γνωστών κ.α.

- *Στάδιο 6. Μέτρια άνοια.* Ξεχνά το όνομα της συζύγου, το δικό του, θυμάται μερικά γεγονότα του παρελθόντος και αδυνατεί να θυμηθεί πρόσφατα γεγονότα και εμπειρίες. Δυσκολεύεται στην κανονική και αντίστροφη μέτρηση. Χρειάζεται βοήθεια στις συνήθεις καθημερινές ασχολίες. Ρυθμός ύπνου διαταραγμένος, διαταραχές χαρακτήρος και συναισθήματος με εκδηλώσεις, όπως παραληρητικής συμπεριφοράς -ομιλία σε καθρέπτη- ψυχαναγκαστικά και αγχώδη συμπτώματα, διεγέρσεις, ή βίαιη συμπεριφορά, γνωσιακή αβουλία με αδυναμία σκέψεως και προσδιορισμού πράξεως.
- *Στάδιο 7. Σοβαρή άνοια.* Ο ασθενής χάνει κάθε λεκτική ικανότητα, παρουσιάζει ακράτεια ούρων, χάνει βασικές ψυχοκινητικές ικανότητες, όπως περπάτημα, χρειάζεται βοήθεια για την τουαλέτα, φαγητό κ.α. Γενικά το άτομο είναι εξαρτημένο. (Πλατή, 2008)

6.2.4 Θεραπεία

Συγκεκριμένη θεραπεία δεν υπάρχει. Εφόσον η νόσος είναι προοδευτική και μην αναστρέψιμη, όλες οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων, ώστε να εξασφαλιστεί ικανοποιητική και κατά το δυνατόν άνετη ζωή για τον ασθενή. Οι φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται, όταν χορηγηθούν στα αρχικά στάδια της νόσου, επιτυγχάνουν κάποια καθυστέρηση της εξέλιξης της νόσου. (Πλατή, 2008)

Η θεραπεία της νόσου του Αλτσχάιμερ έχει τέσσερις στόχους:

Αιτιολογική θεραπεία της νόσου δεν είναι διαθέσιμη, δεδομένης της περιορισμένης κατανόησης της παθοφυσιολογίας και της αιτιολογίας της. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η βιταμίνη E σε υψηλές δόσεις μπορεί να επιβραδύνει την έναρξη της ιδρυματοποίησης της νόσου κατά 6-9 μήνες. Σε γυναίκες κατά την περίοδο μετά την εμμηνόπαυση, θεραπεία αποκατάστασης με οιστρογόνα σε κανονικές δόσεις είναι δυνατό να βελτιώσει τα νοητικά συμπτώματα και να επιβραδύνει την πρόοδο της νόσου. Δεν είναι σαφές όμως αν η ανωτέρω θεραπεία είναι ευεργετική στους άνδρες της νόσου του Αλτσχάιμερ. Πάντως, οι δύο αυτές θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να θεωρηθούν πρότυπες και εφαρμόζονται σε όλους τους ασθενείς, διότι, μεταξύ άλλων, εμφανίζουν χαμηλό κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών. Ακόμη, υπάρχουν ενδείξεις ότι υψηλές δόσεις βιταμίνης E σε ασθενείς με νόσο Αλτσχάιμερ έχουν συσχετιστεί με συγκοπτικά επεισόδια και πτώσεις. Τέλος, τα οιστρογόνα έχουν συνδεθεί με αυξημένη επίπτωση καρκίνου του ενδομητρίου. Επομένως, πρέπει να χορηγούνται με προσοχή σε γυναίκες που δεν έχουν υποστεί υστερεκτομή.

Συμπτωματική θεραπεία. Όπως ήδη έχει συζητηθεί, φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ του

τύπου των παρόντων συμπτωμάτων και του τύπου των συστημάτων νευροδιαβίβασης, τα οποία επηρεάζονται κατά την πορεία της νόσου. Αυτό οδηγεί σε στρατηγικές αναζήτησης συμπτωματικής ανακούφισης μέσω του χειρισμού των συστημάτων νευροδιαβίβασης που συνδέονται με συγκεκριμένα συμπτώματα. Οι στρατηγικές αυτές βασίζονται σε εμπειρικές ενδείξεις αποτελεσματικότητας. Η συμπτωματική ανακούφιση από τα συμπεριφερολογικά συμπτώματα είναι επίσης δυνατή με αυτά τα φάρμακα. Πάντως σε γενικές γραμμές, η λογική χρησιμοποίηση των ανωτέρω φαρμάκων αποτελεί το χρυσό κανόνα εφαρμογής της ψυχοφαρμακοθεραπείας σ' αυτές τις περιπτώσεις. Ασθενείς με ελάσσονα, ή μείζονα κατάθλιψη απαντούν στα αντικαταθλιπτικά. Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) προτιμώνται, λόγω του περιορισμένου προφίλ ανεπιθύμητων ενεργειών, Εξάλλου, οι νεότεροι παράγοντες, όπως η βενλαφαξίνη, το μπουπροπριόν και η νεφαζαδόνη, έχουν επίσης αποδειχθεί αποτελεσματικοί στην κατάθλιψη που συνοδεύει την νόσο Αλτσχάιμερ.

Η υποστηρικτική φροντίδα είναι πολύπλοκη και απαιτεί παρουσία πεπειραμένου κλινικού. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ασφάλεια των ασθενών, την ικανοποίηση καθημερινών αναγκών και επιθυμιών, καθώς και στην διαθεσιμότητα σταθερών φροντιστών, οι οποίοι να γνωρίζουν πως να πλησιάζουν τους ασθενείς και να τους χειρίζονται με υπομονή, χωρίς να τους προκαλούν διέγερση. Υποστηρικτική φροντίδα της οικογένειας και των φροντιστών. Οι άνθρωποι με άνοια έχουν ανάγκη από εντατική φροντίδα επιτήρησης για αρκετά χρόνια. Ως επί το πλείστον, αυτή η φροντίδα παρέχεται από τα μέλη της οικογένειας και συνήθως από τις γυναίκες (συζύγους, κόρες, ή νύφες). Είναι χρήσιμο να στρέφεται η προσοχή στη σωματική και ψυχολογική κατάσταση του φροντιστή, ειδικά του φροντιστή της οικογένειας. Έμφαση πρέπει να δοθεί στην κατάσταση υγείας και λειτουργικότητας του φροντιστή, όπως και στην κατανόηση της αρρώστιας εκ μέρους του. Η εκπαίδευση του σχετικά με τη νόσο, το πως πρέπει να πλησιάζει τους αρρώστους και πως να χειρίζεται τις νοητικές, ψυχικές, συμπεριφερολογικές και λειτουργικές αποκλίσεις τους, θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική. Μολονότι δεν έχει αποδειχθεί από μελέτες ότι η αποτελεσματική υποστηρικτική φροντίδα της οικογένειας μπορεί να επιβραδύνει την πορεία της νόσου, υπάρχουν εντούτοις στοιχεία ότι, ελαττώνει την πιθανότητα εισαγωγής του ασθενούς σε κλινική και βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής τόσο του ασθενούς, όσο και του φροντιστή. (Χριστοδούλου, Κονταξάκης, 2007)

6.2.5 Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Απαιτείται λεπτή, φιλική και ήρεμη προσέγγιση του αρρώστου. Οι άρρωστοι με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ συνήθως αντανακλούν το συναίσθημα των γύρω τους. Ένα εκνευρισμένο και

βιαστικό πλησίασμα κάνει τον άρρωστο αγχώδη και αντιδραστικό. Ένα ευγενικό και ήρεμο, τον ανακουφίζει. Ο νοσηλευτής πρέπει να λέει ποιος είναι, να βλέπει στα μάτια τον άρρωστο και να βεβαιώνεται ότι κέρδισε την προσοχή του. Οι άρρωστοι με γνωστικές και μνημονικές διαταραχές έχουν ανάγκη να ακούν κάθε φορά το όνομα του νοσηλευτή.

Επιπλέον, ο νοσηλευτής θα πρέπει να μιλάει καθαρά και χαμηλόφωνα προς τον άρρωστο. Οι υψηλοί τόνοι φωνής δημιουργούν άγχος και ένταση σ' αυτούς τους άρρωστους. Μια ερώτηση, ή μία φράση πρέπει να λέγεται κάθε φορά με συντομία και απλές λέξεις, για ελάττωση της σύγχυσης, βελτίωση της συγκέντρωσης και αύξηση της διάρκειας της προσοχής. Η επανάληψη της ερώτησης αν ο άρρωστος δεν απαντά, ή δεν φαίνεται να καταλαβαίνει. Χρησιμοποίηση όμως των ίδιων ακριβώς λέξεων, η επανάληψη ενισχύει την κατανόηση. Η αλλαγή των λέξεων προκαλεί μεγαλύτερη σύγχυση. Απαιτείται επίσης υπομονητική αναμονή αν δεν απαντάει ο άρρωστος και επανάληψη της ίδιας ερώτησης. Γι' αυτούς τους αρρώστους παίρνει χρόνο η επεξεργασία μιας πληροφορία. Με τη λεκτική επικοινωνία ταυτόχρονη επίδειξη των κατάλληλων αντικειμένων, ή εικόνων για ενίσχυση της κατανόησης των λεγομένων. Η τοποθέτηση του ηλικιωμένου αρρώστου σε δωμάτιο δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο σίγουρα αυξάνει τις πιθανότητες στο να μην δημιουργηθεί κάποιο πρόβλημα και να προληφθεί οποιαδήποτε έξαρση της ασθένειάς του. Αναμφισβήτητα, η διατήρηση επαρκή φωτισμού και κατά τη νύχτα μέσα στο δωμάτιο και η παροχή απαλής μουσικής βοηθούν στην ψυχική ηρεμία του ηλικιωμένου. Στενή παρατήρηση του αρρώστου για κινήσεις που δείχνουν ότι πονά, ή αισθάνεται δυσφορία, εφόσον δεν είναι ικανός να εκφράσει λεκτικά σκέψεις και συναισθήματα. Προώθηση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα τοποθετώντας σε εμφανές μέρος μεγάλο ρολόι, ημερολόγια, το διαιτολόγιο κάθε ημέρας, το όνομα του νοσοκομείου και την πόλη. Έτσι ενισχύεται η οπτική μνημονική λειτουργία, ο προσανατολισμός και οι γνωστικές λειτουργίες. Η τοποθέτηση γνωστών και αγαπητών αντικειμένων του αρρώστου στο δωμάτιο του, π.χ. φωτογραφίες της οικογένειας βοηθούν τον ασθενή να νιώθει οικεία η αποφυγή λογομαχίας και αμφισβήτησης της πραγματικότητας των παραπόνων του, ή των μυθοπλαστικών διηγήσεων του. Μπορεί να εκφραστούν κάποιες διορθώσεις με πολλή ευγένεια και διάκριση και να αποσπασθεί η προσοχή του αρρώστου σε κάτι άλλο. Σκοπός η ελάττωση του άγχους και η πρόληψη διέγερσης, ή επιθετικότητας.

Εκπαίδευση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων που ενδιαφέρονται για τον άρρωστο, σχετικά με τη νόσο και τα συμπτώματα. Η γνώση των ικανοτήτων και ορίων του αρρώστου βοηθά τις οικογένειες να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες και ελαττώνει την ψυχική τους ένταση. Διδασκαλία στην οικογένεια αποτελεσματικών στρατηγικών που μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργία της μνήμης και να ελαττώσουν τη σύγχυση του αρρώστου. Έτσι

διευκολύνεται η επικοινωνία και οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ αρρώστων και των οικογενειών τους.

Τονίζεται ότι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αναφέρθηκαν με ανάλογη θεωρητική υποστήριξη δεν είναι εφαρμόσιμες αποκλειστικά σε αρρώστους ηλικιωμένους με άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, αλλά και σε πολλές άλλες περιπτώσεις αρρώστων που παρουσιάζουν ένα, ή μερικά από τα παραπάνω προβλήματα. Η δοκιμή της εφαρμογής συνδυασμών αυτών, ή άλλων παρεμβάσεων εξαρτάται από την προσωπική δημιουργική νοσηλευτική σκέψη και κρίση του κάθε νοσηλευτού σε κάθε περίπτωση. (Ραγιά, 2009)

6.3 Νόσος Parkinson

6.3.1 Ορισμός

Η νόσος του Parkinson είναι μια προοδευτική νευροεκφυλιστική νόσος που σχετίζεται με την πάροδο της ηλικίας. Η νόσος εμφανίζεται όταν περίπου το 75% των νευρώνων που παράγουν ντοπαμίνη σε μία περιοχή του εγκεφάλου που ονομάζεται μέλαινα ουσία, πεθαίνουν ή παρουσιάζουν αλλοιώσεις. (Χριστοδούλου, 2000)

Η νόσος του Parkinson, είναι μια νόσος κινητικού χαρακτήρα που συναντάται κυρίως στην τρίτη ηλικία, δεν είναι μεταδοτική και συνήθως δεν απειλεί άμεσα τη ζωή του ασθενή. Παρόλ' αυτά είναι ιδιαίτερα επιβαρυντική για την ψυχολογία του ασθενή καθώς με την πάροδο του χρόνου η κινητικότητα του ασθενή μειώνεται σημαντικά χωρίς πολλά περιθώρια βελτίωσης της κατάστασης του.

Στην ιδιοπαθή νόσο του Parkinson δεν παρεμβαίνει κανένας εξωτερικός παράγοντας και το ανατομικό της υπόστρωμα συνίσταται σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις του νευρικού ιστού». Με τον όρο αυτό, («νόσος του Parkinson»), θα πρέπει να εννοούνται μόνο οι περιπτώσεις της ιδιοπαθούς νόσου, όπου δεν παρεμβαίνει κανείς εξωγενής παράγοντας και στην οποία το ανατομικό υπόστρωμα συνίσταται σε εκφυλιστικές αλλοιώσεις του νευρικού ιστού. Η διαταραχή της κινητικότητας δεν προκαλείται από πάρεση ή παράλυση, γι' αυτό και ο παλιότερος όρος «τρομώδης παράλυση» δε χρησιμοποιείται πλέον. (Σαντή, 2005)

Συχνότητα

Ένα στα εκατό άτομα ηλικίας 60 έως 70 ετών πάσχει από τρομώδη παράλυση ή νόσο του Πάρκινσον, όπως είναι ευρύτατα γνωστή, ενώ το 10% των ασθενών παρουσιάζουν συμπτώματα πριν από την ηλικία των 40 χρόνων (νεανικός παρκινσονισμός). Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου κυμαίνεται από 100 - 200 ανά 100.000 πληθυσμού, με την αύξηση όμως του προσδόκιμου ζωής αναμένεται ότι θα αυξηθεί κατά πολύ ο αριθμός των παρκινσονικών ασθενών. Αυτά τονίζονται σε ανακοίνωση της Ελληνικής Νευρολογικής Εταιρείας με την ευκαιρία της Παγκόσμιας Ημέρας της Νόσου του Πάρκινσον, όπως έχει οριστεί η 11η Απριλίου, και της ανοικτής επιστημονικής εκδήλωσης που θα πραγματοποιηθεί το απόγευμα στη Θεσσαλονίκη για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού.

6.3.2 Αιτιολογία της νόσου

Η νόσος του Πάρκινσον οφείλεται σε εκφύλιση μιας περιοχής του εγκεφάλου, που λέγεται μέλαινα ουσία. Η μέλαινα ουσία τροφοδοτεί με ντοπαμίνη το ραβδωτό σώμα, που αποτελεί ένα από τα ρυθμιστικά κέντρα των κινήσεων του εγκεφάλου. Αποτέλεσμα της εκφύλισης της μέλαινας ουσίας είναι η μείωση της ντοπαμίνης στο ραβδωτό σώμα. Εκτός όμως της ντοπαμίνης και άλλοι νευροδιαβιβαστές, δηλαδή ουσίες που μεταφέρουν τα ερεθίσματα από το ένα κύτταρο στο άλλο, ελαττώνονται στη νόσο. Δεν είναι όμως γνωστά τα αίτια της εκφύλισης της μέλαινας ουσίας. Οι κληρονομικές μορφές της νόσου είναι σπάνιες (10-15% των ασθενών). Μέχρι σήμερα έχουν χαρτογραφηθεί 11 γονιδιακοί τόποι και έχουν βρεθεί 6 γονίδια υπεύθυνα για την εμφάνιση νόσου του Πάρκινσον. Η παθογένεια των σποραδικών περιπτώσεων της νόσου, που αποτελούν και το μεγάλο ποσοστό των ασθενών, πιστεύεται ότι είναι πολυπαραγοντική, δηλαδή υπάρχει κάποια γενετική προδιάθεση που εκδηλώνεται ύστερα από επίδραση βλαπτικών παραγόντων του περιβάλλοντος. (Σαντή, 2005)

6.3.3 Κλινική εικόνα

Τα τυπικά συμπτώματα της νόσου περιλαμβάνουν τρόμο, ακαμψία, βραδυκινησία (μείωση του εύρους και της συχνότητας των εκούσιων κινήσεων), αστάθεια στη στάση και στο βηματισμό. Καθώς η νόσος εξελίσσεται, επηρεάζεται όλο και περισσότερο η ικανότητα των ασθενών να εκτελούν τις καθημερινές τους λειτουργίες.

Τρόμος – Ο τρόμος της νόσου του Parkinson συμβαίνει σε φάση ηρεμίας, μειώνεται με την ηθελημένη κίνηση και υποχωρεί κατά τον ύπνο. Εμφανίζεται από τα πρώτα στάδια της νόσου.

Ακαμψία – Ακαμψία των μελών του σώματος και του κορμού, που μπορεί να συνοδεύεται από μυϊκό άλγος και κόπωση.

Βραδυκινησία – Βραδύτητα και μείωση των κινήσεων. Πρώτο σημείο είναι το απαθές πρόσωπο που ονομάζεται επίσης «πρόσωπο – μάσκα». Η γενικευμένη βραδυκινησία παρουσιάζεται με ακινησία, χωρίς τις συνήθεις μικρές μεταβολές της στάσης ή τις αυθόρμητες κινήσεις των άνω άκρων. Καθώς υπάρχει ταυτόχρονα αδυναμία πραγματοποίησης γρήγορων εναλλασσόμενων κινήσεων, η γραφή με το χέρι έχει σαν αποτέλεσμα την όλο και μικρότερου μεγέθους αναγραφή γραμμμάτων (μικρογραφία).

Αστάθεια στη στάση – Πολλοί ασθενείς με νόσο του Parkinson παρουσιάζουν παθολογική στάση και αντανακλαστικά. Έχουν δυσκολία στο να σηκωθούν από κάποιο κάθισμα, παίρνουν κυρτή στάση, βαδίζουν με μικρά βήματα ή σέρνουν τα πόδια τους και κινούν λιγότερο τα χέρια τους ενώ

βαδίζουν. Καθώς εξελίσσεται η νόσος, μπορεί ο ασθενής να «σκοντάφτει» ή να έχει κακή ισορροπία. Μπορεί επίσης να παρατηρηθεί και ορθοστατική υπόταση.

Συνήθως, τα συμπτώματα εμφανίζονται πρώτα σε ένα μέλος, συνήθως στο άνω άκρο, και στην πορεία της νόσου επεκτείνονται και στα άλλα μέλη. Άλλα χαρακτηριστικά της νόσου του Parkinson είναι: η κατάθλιψη, που εμφανίζεται στο 30% περίπου των ασθενών, οι συγκινησιακές διαταραχές (π.χ. ανησυχία), η δυσκολία στην κατάποση και στο μάσημα και η άνοια, που προσβάλλει περίπου το 30% των ασθενών. (Περάκης, 2006)

Διάγνωση

Η διάγνωση της νόσου είναι κλινική. Τα συμπτώματα και σημεία μπορούν να εκτιμηθούν μόνο από ειδικό νευρολόγο. Οι ασθενείς υποβάλλονται σε αξονική ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου προκειμένου να αποκλεισθούν άλλα αίτια που μπορεί να προκαλέσουν παρκινσονισμό (όγκος, αγγειακό επεισόδιο). Εξειδικευμένες εξετάσεις, όπως η ποζιτρονική τομογραφία του εγκεφάλου (PET) και η τομογραφία εκπομπής μονήρους φωτονίου (SPECT), δίνουν χρήσιμες πληροφορίες για το έλλειμμα ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Ειδικότερα το SPECT με ραδιοσημασμένες ουσίες, που δείχνει αν η παροχή ντοπαμίνης στο ραβδωτό σώμα είναι επαρκής, χρησιμοποιείται ευρέως σε περιπτώσεις στις οποίες η διάγνωση είναι αμφίβολη. (Φωτίου, 2000)

6.3.4 Θεραπεία

Η πορεία της νόσου είναι αργή, αλλά εξελίσσεται προς το χειρότερο, ενώ ο ρυθμός επιδείνωσης διαφέρει από άτομο σε άτομο. Σήμερα, με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή βελτιώνονται τα συμπτώματα και ο ασθενής διατηρεί την ανεξαρτησία του για πολλά χρόνια.

Η σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση της νόσου παραμένει αποκλειστικά συμπτωματική. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει φάρμακο που να επιβραδύνει, να διακόπτει ή ακόμα και να αναστρέφει την εκφυλιστική διεργασία, να ασκεί δηλαδή νευροπροστατευτική δράση.

Η συμπτωματική θεραπεία κατευθύνεται σε τρία επίπεδα: τη φαρμακοθεραπεία, τις νευροχειρουργικές επεμβάσεις και τη φυσικοθεραπεία.

Οι καθιερωμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις έχουν σαν στόχο την ανακούφιση των

συμπτωμάτων των ασθενών μέσω της διατήρησης και της βελτίωσης του "φθίνοντος" μεταβολισμού της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Η θεραπεία κυρίως συνίσταται στην υποκατάσταση της ντοπαμίνης με τη χρήση της λεβοντόπα, μιάς συνθετικής ουσίας η οποία μετατρέπεται σε ντοπαμίνη μόλις φτάσει στον εγκέφαλο. Στις θεραπείες για την νόσο του Parkinson περιλαμβάνονται επίσης τα αντιχολινεργικά, οι MAO αναστολείς και οι ντοπαμινικοί αγωνιστές, που χορηγούνται είτε μόνοι τους (κυρίως στα πρώιμα στάδια της νόσου) είτε σε συνδυασμό με τη λεβοντόπα.

Η L-Dopa παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας της νόσου. Βελτιώνει όλα τα συμπτώματα της νόσου και προσφέρει καλύτερη ποιότητα ζωής στους ασθενείς. Η ευεργετική της δράση όμως τελειώνει μετά 3-5 έτη με την εμφάνιση σοβαρών παρενεργειών. Η συνεχής ολόημερη βελτίωση των συμπτωμάτων διακόπτεται από περιόδους ακινητοποίησης. Παράλληλα, στην περίοδο με καλή κινητικότητα παρουσιάζονται ακούσιες κινήσεις. Άλλες παρενέργειες του φαρμάκου είναι οι ψευδαισθήσεις, η παθολογική ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια, η υπερσεξουαλικότητα και η ημερήσια υπνηλία. (Περάκης, 2006)

Οι νευροχειρουργικές επεμβάσεις (εν τω βάθει διέγερση του εγκεφάλου) δεν θεραπεύουν τη νόσο, αλλά επιφέρουν μία βελτίωση της συμπτωματολογίας σε κατάλληλα επιλεγμένους ασθενείς, σε συνδυασμό πάντα με τη φαρμακευτική θεραπεία. Οι κίνδυνοι από αυτές τις επεμβάσεις σχετίζονται με την ίδια την επέμβαση και με τη δυσλειτουργία του διεγέρτη· αξιοσημείωτη είναι η εμφάνιση ψυχικών και νοητικών διαταραχών.

Η φυσικοθεραπεία είναι απαραίτητο συμπλήρωμα της θεραπείας. Η σωματική άσκηση πρέπει να γίνεται καθημερινά, δεν πρέπει να είναι κοπιαστική και δυσάρεστη και εξατομικεύεται ανάλογα με το στάδιο της νόσου στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής. (Φωτίου, 2010)

Κεφάλαιο 7^ο

Διπολικές διαταραχές:

- ⌘ Μανία
- ⌘ Υπομανία
- ⌘ Μανιοκατάθλιψη
- ⌘ Σχιζοφρένεια

7. Ψυχιατρικές διαταραχές στους ηλικιωμένους

7.1 Ψυχικές - διπολικές διαταραχές

Με τον όρο "ψυχική διαταραχή" περιγράφεται ένα σύνολο ψυχολογικών συμπτωμάτων, παθολογικών συμπεριφορών και μειωμένης λειτουργικότητας. Οι διαταραχές αυτές συνήθως προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση και έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας του ατόμου. Μπορεί να οφείλονται σε οργανικούς, κοινωνικούς, γενετικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

Η διπολική διαταραχή περιλαμβάνει ένα φάσμα παραλλαγών και διαβαθμίσεων. Η τυπική μορφή της, που χαρακτηρίζεται από εναλλαγές επεισοδίων μανίας και φάσεων κατάθλιψης με μεσοδιαστήματα φυσιολογικής διάθεσης («νορμοθυμίας») ονομάζεται **Διπολική Διαταραχή τύπου I**. Όταν τα συμπτώματα της μανίας είναι ήπια, τα επεισόδια ονομάζονται «υπομανιακά» και η διαταραχή χαρακτηρίζεται ως **Διπολική Διαταραχή τύπου II**.

Όταν σε διάστημα 12 μηνών εκδηλώνονται 4 ή περισσότερα επεισόδια, τότε μιλάμε για Διπολική Διαταραχή με Ταχείες Εναλλαγές Φάσεων. Σε σπάνιες περιπτώσεις, ένα άτομο μπορεί να εμφανίσει πολλαπλά επεισόδια (μανιακά ή καταθλιπτικά) σε διάστημα μιας εβδομάδας ή ακόμη και μιας ημέρας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, σοβαρά επεισόδια μανίας ή κατάθλιψης συνοδεύονται και από ψυχωσικά συμπτώματα, όπως ψευδαισθήσεις ή παραληρητικές ιδέες. Η παρουσία ψυχωσικών συμπτωμάτων συνδέεται με τις πιο ακραίες μορφές της μεταβαλλόμενης διάθεσης στη διπολική διαταραχή. Για περίπου ένα αιώνα, η διπολική ασθένεια ονομαζόταν μανιοκατάθλιψη. Ο ισχύων σήμερα όρος είναι διπολική διαταραχή. (Σκαπινάκης, 2003)

7.1.1 Συχνότητα

Ο επιπολασμός της διπολικής διαταραχής I για όλη τη διάρκεια της ζωής του ανθρώπου είναι 1.2% και της διπολική διαταραχή II είναι 0.5 %. Η διπολική διαταραχή I αποτελεί σχεδόν το 20% των μειζόνων διαταραχών της διάθεσης. Το να πρωτοεμφανίζεται η μανία στην τρίτη ηλικία δεν είναι σπάνιο αλλά συνδέεται γενικά με κάποια οργανική αιτιολογία. Η διπολική διαταραχή δεν εμφανίζεται περισσότερο σε κάποιο από τα δύο φύλα, εκτός από την περίπτωση του ταχέως κύκλου (δηλαδή 4 ή περισσότερα μανιακά ή υπομανιακά επεισόδια το χρόνο) όπου οι γυναίκες υπερεκπροσωπούνται. (Παπασπυρόπουλος, 1991)

7.1.2 Αίτια διπολικών διαταραχών

Μέχρι στιγμής, δεν έχει απομονωθεί ένας συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας. Αντιθέτως, ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων θεωρείται ότι συμβάλλει στην ανάπτυξη της διπολικής διαταραχής. Είναι γεγονός ότι η νόσος έχει βιολογικό υπόβαθρο. Μία σαφής ένδειξη για αυτό αποτελεί η τεκμηριωμένη κληρονομική της βάση. Η διπολική διαταραχή φαίνεται σε κάποιες οικογένειες να εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα. Πιθανώς να υπάρχει μια καθορισμένη προδιάθεση στα γονίδια μας, η οποία ερμηνεύει και το γεγονός ότι κάποια άτομα είναι πιο ευάλωτα σε ορισμένους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Τα στρεσογόνα γεγονότα και οι ψυχοπιεστικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες διαδραματίζουν περισσότερο ευοδωτικό ή εκλυτικό παρά αιτιολογικό ρόλο στην εκδήλωση της διπολικής διαταραχής. (Σκαπινάκης, 2003)

7.2 Μανία

7.2.1 Ορισμός

Ο όρος "μανία" δηλώνει υπέρμετρη έξαρση, υπερκινητικότητα και συναισθηματική διέγερση και επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας, συχνά με διαταραγμένη σκέψη.

Τα άτομα με μανία συνήθως βιώνουν αύξηση της ενέργειας (υπερκινητικότητα) και μείωση της ανάγκης για ύπνο, πολλά άτομα επίσης βιώνουν επιταχυμένο ρυθμό ομιλίας συχνά με μεγάλα άλματα στη σκέψη που μπορεί να εμποδίζουν τους άλλους να παρακολουθήσουν τους συνειρμούς τους. Η προσοχή ενός ατόμου με μανία συνήθως διασπάται. Η έλλειψη κριτικής μπορεί να οδηγήσει ένα άτομο σε πράξεις που να επιφέρουν άσχημες και οδυνηρές συνέπειες. Μπορεί επίσης να αρχίσουν την χρήση διαφόρων ουσιών όπως αλκοόλ ή και υπνωτικών χαπιών. Η συμπεριφορά τους μπορεί να γίνει ενοχλητική και επιθετική. Πολλά άτομα μπορεί να θεωρούν ότι είναι σε μια "ειδική αποστολή" ή ότι είναι ανώτεροι όλων των άλλων, ιδέες που θεωρούνται μεγαλοπρεπείς και εξωπραγματικές. Σε πιο ακραίες περιπτώσεις ένα άτομο με μανία μπορεί να αρχίσει να βιώνει ψύχωση ή διάσπαση από την πραγματικότητα όπου η σκέψη επηρεάζεται μαζί με τη διάθεση.

Η μανία εμφανίζεται σπανιότερα σε ηλικιωμένα άτομα (σε σχέση με την κατάθλιψη) και

κυρίως στα πλαίσια διπολικής συναισθηματικής διαταραχής που άρχισε σε νεότερη ηλικία. Εξάλλου, είναι γνωστό ότι σπανιότατα εμφανίζεται για πρώτη φορά μανιακό επεισόδιο μετά την ηλικία των 65 ετών. (Χριστοδούλου, 2004)

Σ' αυτή την κατάσταση, ο άρρωστος συνηθίζει να νιώθει εξαιρετα, τουλάχιστον, στην αρχή της ασθένειας. Είναι χαρούμενος, ομιλητικός, ευχάριστος, ζωηρός, ενεργητικός και πλούσιος σε πρωτοβουλίες. Η εικόνα αυτή είναι η αντίθετη της μελαγχολίας. Εξάλλου, είναι σπανιότατο να εμφανίζει ο άρρωστος μόνο περιόδους με μανία. Μετά τη μανία ακολουθεί, συνήθως, περίοδος με μελαγχολία. Η μανία είναι ο ένας πόλος της μανιοκαταθλιπτικής ψυχώσεως. Ο άλλος πόλος είναι η μελαγχολία. (Παπασπυρόπουλος, 1991)

7.2.2 Αιτιολογία

Όπως προαναφέρθηκε οι προδιαθεσικοί παράγοντες έχουν μεγάλη σημασία. Σχεδόν, όλοι οι άρρωστοι με μανία έχουν στο οικογενειακό τους ιστορικό μανίες και μελαγχολίες. Καταστάσεις stress και παράγοντες από το περιβάλλον, μπορούν να ενισχύσουν μια τέτοια αντίδραση, αλλά, δεν είναι τόσο αποφασιστικοί όσο για την μελαγχολία. (Γιαννοπούλου, 2000)

7.2.3 Συμπτώματα

- Διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης (ευφορία, ευερεθιστότητα)
- Διογκωμένη αυτοεκτίμηση
- Ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο
- Πίεση λόγου
- Διάσπαση της προσοχής
- Αυξημένη δραστηριότητα / υπερκινητικότητα (κινητική ανησυχία, υπερβολική εμπλοκή κοινωνικά, στην εργασία, σεξουαλικά)
- Υπερβολική εμπλοκή σε δραστηριότητες που μπορεί να έχουν οδυνηρές συνέπειες

- Συναισθηματική αστάθεια
- Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις (στη μανία) . (Γιαννοπούλου, 2000)

Τα συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν σταδιακά. Στην αρχή ο ηλικιωμένος είναι πιο χαρούμενος, πιο ενεργητικός και πιο “ξύπνιος” απ’ ότι συνήθως. Χρειάζεται λιγότερο ύπνο και φαί, πράγμα που, όταν είναι μακροχρόνιο, οδηγεί σε απώλεια βάρους. Ο άρρωστος βρίσκει, συνεχώς, καινούργια πράγματα να κάνει και μοιάζει ακούραστος, παρόλη την ενεργητικότητα που αναπτύσσει. Σε λίγο φαίνεται ότι έχει μειωμένη ικανότητα προσαρμογής και συγκεντρώσεως, καθώς και αντιλήψεως (άμεσης). Η ομιλητικότητα του αυξάνει υπέρμετρα. Ομιλεί αδιάκοπα, για τα σχέδια που συνήθως δεν είναι λογικά και ρεαλιστικά. Θυμώνει εύκολα και γίνεται επιθετικός αν διαφωνούν μαζί του. Μετά από λίγο συνεχίζει να νιώθει άσχημα από την κατάσταση του. Η κούραση και η ανάγκη του ύπνου γίνονται σαφείς και φαίνονται στο πρόσωπό του. Όμως δεν μπορεί να ηρεμήσει και συνεχίζει να είναι υπερβολικά ενεργητικός. Οι σκέψεις και οι συνειρμοί του γίνονται τόσο γρήγοροι, που πριν τελειώσει το ένα νόημα, πηδάει στο άλλο και έτσι φτάνει στο “πέταγμα ιδεών και σκέψεων”. Αυτό προξενεί μια ασυνεννοησία με το περιβάλλον, που δεν καταλαβαίνει τα όσα λέει ο άρρωστος, ενώ αντίθετα, ο ίδιος καταλαβαίνει τι λέει κι έτσι θυμώνει. Συγχρόνως αισθάνεται άγχος.

Η κατάσταση μπορεί να φθάσει σε πλήρη αποδιοργάνωση του αρρώστου (ψύχωση) και να εμφανίσει σαφείς παρανοϊκές ιδέες, παραισθήσεις ακουστικές και οπτικές και ολική σύγχυση της συνειδήσεως. Στους γέροντες η μανία εμφανίζεται συνήθως ηπιότερη. Ένας γέροντας με πλήρη σύγχυση, παρανοϊκός με παραισθήσεις, μανιακός, δεν είναι ασυνήθιστος άρρωστος στο ψυχιατρικό ιατρείο. Συνηθέστερη εκδήλωση είναι η υπερβολική χωρίς αιτία, χαρά, η υπερενεργητικότητα, η υπερομιλητικότητα και οι παρανοϊκές ιδέες. (Γιαννοπούλου, 2000)

7.2.4 Θεραπεία

Αρχίζουμε με αντιψυχωτικά φάρμακα και μπορούμε να συνεχίσουμε με λίθιο, το οποίο δίνεται και ως προληπτικό μέσο. Το γήρας δεν εμποδίζει την χορήγηση λιθίου. (Παπασπυρόπουλος, 1991)

Πρόγνωση

Η μανία είναι επικίνδυνη νόσος για τους γέροντες. Είναι γνωστό ότι η υπερβολική ενεργητικότητα, η άρνηση για φαγητό μαζί με την αϋπνία, είναι παράγοντες που οδηγούν στην υπερκόπωση και σε άλλες σοβαρότερες συνέπειες π.χ. Καρδιακή κάμψη. Η ασθένεια πρέπει να θεραπευτεί το ταχύτερο. Το λίθιο είναι συχνά απαραίτητο. Εάν η θεραπεία γίνει σωστά, τότε και η πρόγνωση είναι καλή. (Παπασπυρόπουλος, 1991)

7.3 Υπομανία

7.3.1 Ορισμός

Ένα ήπιο ή μέτριας βαρύτητας επεισόδιο μανίας ονομάζεται υπομανία. Πρόκειται για μια αίσθηση ευφορίας, η οποία είναι δυνατό να συνδέεται με ικανοποιητική λειτουργικότητα και αυξημένη παραγωγικότητα. Έτσι, ακόμη κι αν το στενό περιβάλλον του ατόμου μάθει να αναγνωρίζει αυτή τη μεταβολή της διάθεσης ως πιθανή διπολική διαταραχή, το ίδιο το άτομο μπορεί να συνεχίσει να αρνείται αυτό το ενδεχόμενο. Ωστόσο, χωρίς τους κατάλληλους θεραπευτικούς χειρισμούς, η υπομανία είναι πιθανό να εξελιχθεί σε σοβαρή μανία ή να μετατραπεί σε κατάθλιψη.

Η υπομανία είναι μια λιγότερα υπερβολική κατάσταση από τη μανία και άτομα με υπομανία βιώνουν λιγότερα συμπτώματα από τα άτομα με μανία. Κατά την διάρκεια ενός επεισοδίου υπομανίας, κάποιο άτομο μπορεί να νοιώσει μια ανεξέλεγκτη ανάγκη να γελάσει με πράγματα τα οποία στο παρελθόν δεν θεωρούσε αστεία. Διαρκεί λιγότερο από τη μανία.

Ένα ήπιο ή μέτριας βαρύτητας επεισόδιο μανίας ονομάζεται υπομανία. Στην υπομανία το άτομο έχει μια αίσθηση ευφορίας η οποία συχνά συνδέεται με έντονη δραστηριότητα, δημιουργικότητα και αυξημένη παραγωγικότητα. Για κάποιους ανθρώπους η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζει την ιδιοσυγκρασία τους. Όμως, για κάποιους άλλους είναι ένδειξη διπολικής διαταραχής που μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρή μανία ή να μετατραπεί σε κατάθλιψη αν δεν αντιμετωπιστεί με κατάλληλη ψυχιατρική αγωγή. (Παπαγεωργίου, 2008)

7.3.2 Διάγνωση υπομανιακού επεισοδίου

Για να γίνει **διάγνωση** υπομανιακού επεισοδίου, χρειάζεται να πληρούνται τα παρακάτω κριτήρια

1. Μια διακριτή περίοδος διάρκειας τουλάχιστον 4 ολόκληρων ημερών με συναισθηματική διάθεση επίμονα ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη που είναι ξεκάθαρα διαφορετική από την συνηθισμένη μη καταθλιπτική διάθεση του ατόμου.

2. Κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής, τρία (τουλάχιστον) από τα παρακάτω συμπτώματα επιμένουν (τέσσερα αν υπάρχει μόνο ευερεθιστότητα) και παρατηρούνται σε σημαντικό βαθμό:

- διογκωμένη αυτοεκτίμηση ή αίσθημα μεγαλείου
- ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο (π.χ. το άτομο νιώθει ότι ξεκουράστηκε ύστερα από μόνο 3 ώρες ύπνο)
- μεγαλύτερη ομιλητικότητα από το συνηθισμένο ή πίεση να συνεχίσει να μιλά (αισθάνεται την ανάγκη να μιλά διαρκώς)
φυγή ιδεών ή υποκειμενική αίσθηση ότι οι σκέψεις καλπάζουν
- διάσπαση της προσοχής (η προσοχή έλκεται πολύ εύκολα από ασήμαντα ή άσχετα εξωτερικά ερεθίσματα)
- αύξηση της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας, δηλ. το άτομο είναι υπερβολικά δραστήριο (είτε κοινωνικά, στην εργασία ή στο σχολείο, είτε σεξουαλικά) ή ψυχοκινητική διέγερση
- υπερβολική εμπλοκή σε ευχάριστες δραστηριότητες που έχουν μεγάλη πιθανότητα για οδυνηρές συνέπειες

3. Το επεισόδιο συνδέεται με μια αδιαμφισβήτητη αλλαγή στην λειτουργικότητα που δεν χαρακτηρίζει το άτομο όταν είναι ασυμπτωματικό.

4. Η διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης και η αλλαγή της λειτουργικότητας έχουν παρατηρηθεί από άλλους.

5. Το επεισόδιο δεν είναι αρκετά σοβαρό ώστε να προκαλέσει έντονη έκπτωση στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα ή να κάνει απαραίτητη την νοσηλεία και δεν υπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα.

6. Τα συμπτώματα δεν οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας (π.χ. ναρκωτικών ουσιών, φαρμάκων κλπ.) ή μιας γενικής ιατρικής κατάστασης (π.χ. υπερθυρεοειδισμός). (Μονέζης, 2007)

7.4 Μανιοκατάθλιψη

7.4.1 Ορισμός

Η μανιοκατάθλιψη ή αλλιώς διπολική διαταραχή είναι η νόσος, όπου ο ασθενής παρουσιάζει σε κάποιες φάσεις της ζωής του μανία και σε κάποιες άλλες κατάθλιψη. Η Διπολική Διαταραχή, γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη, θεωρείται μια διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας, η οποία φέρει ασυνήθιστες εναλλαγές της συναισθηματικής διάθεσης, της δραστηριότητας και της γενικότερης λειτουργικότητας του ατόμου. Σε αντίθεση με τη συνήθη μεταβλητότητα της διάθεσης, τα "πάνω" και τα "κάτω", στην περίπτωση της διπολικής διαταραχής, οι εναλλαγές αυτές έχουν ιδιαίτερα σοβαρό χαρακτήρα. Συνοδεύονται από σημαντική έκπτωση στον κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα της ζωής του ατόμου ή στη σχολική επίδοση, μερικές φορές ακόμη και από αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ωστόσο, η διπολική διαταραχή είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, δίνοντας στο άτομο τη δυνατότητα να έχει μια παραγωγική ζωή.

Ο ρόλος της μανίας στην μανιοκατάθλιψη

Ένας άνθρωπος λοιπόν όταν βρίσκεται σε μανία παρουσιάζει υπεραισιοδοξία και αίσθημα μεγαλομανίας χωρίς ρεαλιστική βάση (όλα βαίνουν καλώς στον εργασιακό, στον οικογενειακό και κοινωνικό του τομέα ενώ στην πραγματικότητα μπορεί να συμβαίνει το αντίθετο). Τα αισθήματα αυτά του τονώνουν την εσφαλμένη εντύπωση που έχει για τον εαυτό του, πως μπορεί να τα καταφέρει όλα μόνος του και πιστεύει συνήθως πως οι υπόλοιποι είναι κατώτεροί του. Σε ιδιαίτερα έντονες φάσεις ο ασθενής παρουσιάζει λογόρροια (μιλάει ακατάπαυστα), η σκέψη του «τρέχει» και έχει υπερκινητικότητα με αποτέλεσμα τις περισσότερες φορές να καταλήγει σε μια επικίνδυνη καταστροφικότητα.

Συνήθως, ο άνθρωπος που έχει αυτή την επικίνδυνη υπερδραστηριότητα, έχει το αίσθημα ότι δεν χρειάζεται ξεκούραση με αποτέλεσμα την έκπτωση του ύπνου του και των χαλαρωτικών διεργασιών. Ο πάσχων από μανιοκατάθλιψη πολλές φορές είναι εκκεντρικός και θέλει να είναι στο επίκεντρο της προσοχής, με αποτέλεσμα να καταπιάνεται με πολλά πράγματα (με κίνητρο να μονοπωλήσει το ενδιαφέρον και να εντυπωσιάσει) και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην μπορεί να τα ολοκληρώσει. Τέλος έχει μια έντονη επιρρέπεια προς τις επικίνδυνες δραστηριότητες (οδηγεί γρήγορα και επικίνδυνα, κάνει extreme sports, κ.λ.π.), εξαιτίας αυτού του έντονου συναισθήματος της παντοδυναμίας, που έχει.

Ο ρόλος της κατάθλιψης στην μανιοκατάθλιψη

Κατά τη λήξη αυτής της φάσης της μανιοκατάθλιψης, συνήθως εγκαθίσταται η φάση της κατάθλιψης ή φάση της υπομανίας, που έχει έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα. Η κατάθλιψη είναι η πιο διαδεδομένη ψυχική πάθηση στην εποχή μας (σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αγγίζει το 15% έως 20% ανεξαρτήτου ηλικίας και φύλου) και παρουσιάζεται σε ήπια, μέτρια και βαριά μορφή.

7.4.2 Συμπτώματα

Βασικότερο χαρακτηριστικό για την διαπίστωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι η γνωστική τριάδα:

- ✘ Αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του, την κοινωνία, το κοινωνικό περιβάλλον και για το μέλλον.
- ✘ Αρνητικές σκέψεις για
- ✘ Αρνητικές σκέψεις

Ένας άνθρωπος που πάσχει από κατάθλιψη μπορεί να έχει και τα τρία αυτά χαρακτηριστικά ή ένα συνδυασμό αυτών. Τα βασικά συμπτώματα της νόσου είναι τα ακόλουθα αισθήματα:

- ✘ Κατωτερότητας (αίσθημα χαμηλής αυτοεκτίμησης – οι άλλοι είναι ανώτεροι από τον ίδιο)
- ✘ Λύπης (αίσθημα μελαγχολίας, που μπορεί να εκφραστεί με κλάματα, απομόνωση, διαταραχή στον ύπνο κλπ)
- ✘ Ενοχής (αίσθημα πως φταίει για όλα όσα συμβαίνουν και πως πρέπει να τιμωρηθεί)
- ✘ Εκνευρισμού (κάποιες φορές παρατηρείται επιθετικότητα, θυμός κλπ).

Σε πολύ σοβαρές μορφές κατάθλιψης μπορεί να υπάρξουν σκέψεις και πράξεις αυτοτιμωρίας, αυτοτραυματισμού, αυτοκτονικού ιδεασμού καθώς και να παρατηρηθούν ψευδαισθήσεις. Η έγκαιρη διάγνωση της μανιοκατάθλιψης ή διπολικής διαταραχής αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόληψης αυτών των οριακών και επικίνδυνων καταστάσεων και καθορίζει την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων. (Παπουτσάκης, 2006)

7.5 Σχιζοφρένεια

7.5.1 Ορισμός

Σχιζοφρένεια είναι ο όρος που χρησιμοποιείται στην Ιατρική, για να περιγράψει μια ιδιαίτερα περίπλοκη και όχι καλά κατανοητή κατάσταση - την πιο χρόνια και αναπηρική από τις σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Η σχιζοφρένεια μπορεί να είναι στην πραγματικότητα μια ενιαία διαταραχή, ή μια ομάδα διαταραχών με διαφορετικές αιτιολογίες. Λόγω της πολυπλοκότητας της διαταραχής, λίγες μόνο από τις γενικεύσεις σχετικά μ' αυτή ισχύουν για όλους τους ανθρώπους που διαγιγνώσκονται ότι πάσχουν από σχιζοφρένεια. (Περιτογιάννης, 2010)

Με τον όρο αυτό εννοείται ο διχασμός που εμφανίζεται στη λειτουργία της σκέψης και η οποία οδηγεί τον άρρωστο στην ανικανότητα προσαρμογής στην πραγματικότητα.

Η νόσος απαντάται περίπου στο 1% του πληθυσμού σε όλο τον κόσμο και αφορά γυναίκες και άνδρες. Εμφανίζεται σπάνια και στο γήρας κι έτσι δεν μπορεί να θεωρηθεί σα γηροψυχιατρική νόσος. Αλλά στα 2/3 των ασθενών η νόσος εμφανίζεται καθ' όλη την διάρκεια της ζωής. Έτσι συναντάει κανείς αρκετούς σχιζοφρενείς στην γηροψυχιατρική κλινική (μόνιμοι ασθενείς). Η γνώση για την σχιζοφρένεια λοιπόν, είναι πάντα απαραίτητη. (Stoppard, 2005)

7.5.2 Αιτιολογία

Αν και δεν είναι απολύτως γνώστη η αιτιοπαθογένεια της νόσου, πιστεύεται ότι η σχιζοφρένεια αποτελεί το αποτέλεσμα επίδρασης μιας πληθώρας γενετικών, βιοχημικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων. Και ενώ οι θεωρίες είναι πολλές και μελλοντικά αναμένεται να γίνουν περισσότερες, ένα μόνο είναι σίγουρο: η σχιζοφρένεια οφείλεται σε ανώμαλη λειτουργία - ή πιο σωστά λειτουργίες- του εγκεφάλου.

Τα επιστημονικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι τα συμπτώματα της νόσου προκαλούνται από ανωμαλίες στην μεταβίβαση και επεξεργασία πληροφοριών στον εγκέφαλο. Οι λειτουργίες αυτές πραγματοποιούνται μέσω διαφόρων χημικών ουσιών, των νευροδιαβιβαστών όπως η ντοπαμίνη, η σεροτονίνη, η νορεπινεφρίνη κλπ., οι οποίες και στη σχιζοφρένεια παρουσιάζουν ανώμαλη δραστηριότητα. (Stoppard, 2005)

7.5.3 Συμπτωματολογία- Προειδοποιητικά σημεία

Ως προειδοποιητικό σύμπτωμα της σχιζοφρένειας θεωρείται η γενικότερη περιέργη συμπεριφορά με πρώτο χαρακτηριστικό το ανάρμοστο γέλιο και η λήψη περιέργων στάσεων και χαμηλή ανεκτικότητα σε διάφορους ερεθισμούς. Το ηλικιωμένο άτομο που πάσχει από έναν βαθμό σχιζοφρένειας συνήθως αντιμετωπίζει ανικανότητα έκφρασης συναισθημάτων και παράλογες τοποθετήσεις

Αυτό που συναντάται είναι περιέργη και παράξενη χρήση των λέξεων ή της δομής του λόγου τους, συζητήσεις στις οποίες οι θέσεις του ατόμου φαίνονται βαθυστόχαστες αλλά δεν είναι λογικές ή συνδεδεμένες καθώς έχουν ένα βλέμμα απλανές και ασάφεια. Σε τέτοια διαταραχή όπως είναι η σχιζοφρένεια, όπως και στα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι πως το άτομο ξεχνά εύκολα. Ψευδαισθήσεις, αντιλήψεις χωρίς αντικείμενο προς αντίληψη, συνήθως «φωνές», αλλά και ψευδαισθήσεις οπτικές, αφής, όσφρησης κ.α, παραληρητικές ιδέες εξωπραγματικές πεποιθήσεις, παρά τα στοιχεία για το αντίθετο αποτελούν κύρια προειδοποιητικά σημεία για την έναρξη της νόσου.

Αλλα εξίσου σημαντικά προειδοποιητικά σημεία είναι η αποδιοργανωμένη σκέψη (ανακοπή, λεπτολογία, εμμονή, φλυαρία, ασυναρτησία κ.α, η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά (διέγερση, συναίσθημα ακατάλληλο προς τις περιστάσεις κ.α), άσκοπες συχνές κινήσεις, ταξίδια ή μακρινοί περίπατοι που δεν οδηγούν οπουδήποτε. (Σακκά, 2006)

7.5.4 Θεραπεία

Οι σύγχρονες απόψεις για την θεραπεία των ανθρώπων που πάσχουν από σχιζοφρένεια συμφωνούν στην ανάγκη συνδυασμού της φαρμακοθεραπείας με ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, καθώς και με την κατάλληλη εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες. Αυτό που πρέπει πάνω απ' όλα να τονιστεί είναι ότι κάθε ασθενής με σχιζοφρένεια χρειάζεται εξατομικευμένη θεραπευτική φροντίδα. Αυτή το θεραπευτικό σχέδιο θα πρέπει να εξηγηθεί λεπτομερειακά τόσο στον ασθενή όσο και στους συγγενείς του. Είναι πολύ σημαντικό, τόσο για τον άνθρωπο που πάσχει όσο και για την οικογένειά του, να καταλάβουν τι περιλαμβάνει η θεραπεία και τι αναμένεται από αυτή.

Η φαρμακοθεραπεία αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για μια επιτυχή αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Τα βασικά φάρμακα στην αντιμετώπιση της νόσου είναι τα αντιψυχωσικά. Τα νεότερα αντιψυχωσικά φάρμακα (π.χ. ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, κουετιαπίνη κλπ) χαρακτηρίζονται από πολύ λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες σε σχέση με τα παλαιότερα. Έτσι

εξασφαλίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό η συμμόρφωση του ασθενούς με το θεραπευτικό σχήματα, η καλύτερη λειτουργικότητά του και πάνω απ' όλα η καλύτερη ποιότητα ζωής του ίδιου και της οικογένειάς του.

Η ατομική ψυχοθεραπεία περιλαμβάνει τακτικές προγραμματισμένες συνεδρίες συνομιλίας ανάμεσα στον ασθενή και έναν ψυχίατρο ή κάποιον άλλο ειδικό ψυχικής υγείας. Αυτές οι συνεδρίες μπορεί να εστιάζουν σε τρέχοντα ή προηγούμενα προβλήματα, εμπειρίες, σκέψεις, συναισθήματα ή σχέσεις. Υπάρχουν μελέτες που υποδεικνύουν ότι η υποστηρικτική, προσανατολισμένη προς την πραγματικότητα, ατομική ψυχοθεραπεία και οι γνωσιακές-συμπεριφορικές προσεγγίσεις, που διδάσκουν δεξιότητες αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων, μπορούν να είναι ευεργετικές για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Με τις ομαδικές θεραπείες καταπολεμάται η κοινωνική απομόνωση, αποκτώνται διαπροσωπικοί δεσμοί και ουσιαστική υποστήριξη, καθώς και εκμάθηση δεξιοτήτων για την αντιμετώπιση καθημερινών καταστάσεων.

Οι οικογενειακές θεραπείες αποσκοπούν στην πραγματική επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας, προκειμένου ο θεραπευτής να καταλάβει τις απόψεις και τις ανάγκες τους και να προσφέρει την απαραίτητη υποστήριξη στην αντιμετώπιση των επιπτώσεων της νόσου. Επίσης βοηθά τα μέλη μιας οικογένειας να μάθουν τρόπους μείωσης των πιθανοτήτων για μελλοντικές υποτροπές, να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της νόσου καθώς και τα διαθέσιμα μέτρα αντιμετώπισης.

Οι ψυχοκοινωνικές θεραπείες, τέλος, εστιάζουν στην βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, είτε στο νοσοκομείο, είτε στην κοινότητα, στο σπίτι ή την εργασία. (Καταρτζής, 2010)

Κεφάλαιο 8^ο

- Σ Συνταξιοδότηση*
- Σ προβλήματα κατοικίας*
- Σ προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης*
- Σ προβλήματα επικοινωνίας*
- Σ ο ρόλος της οικογένειας*
- Σ ιδρυματική περίθαλψη*

8. Κοινωνική προσέγγιση των ηλικιωμένων

8.1 Συνταξιοδότηση- Οικονομικά προβλήματα

Οι ηλικιωμένοι, ή αλλιώς η τρίτη ηλικία είναι μία ιδιαίτερη ηλικιακή ομάδα με ξεχωριστές ανάγκες. Τα όρια έναρξης της 3ης ηλικίας δεν είναι σαφή, συνήθως κάποιος ανήκει στην τρίτη ηλικία εφόσον περάσει το 65 έτος της ηλικίας του, ενώ γενικά θεωρείται κάποιος ηλικιωμένος από την ώρα που θα συνταξιοδοτηθεί. Η 3η ηλικία έχει ειπωθεί ότι είναι τα «χρυσά χρόνια». Αυτό γιατί τότε ο άνθρωπος έχει αρκετό ελεύθερο χρόνο και μειωμένες υποχρεώσεις ώστε να ασχοληθεί με πράγματα που του αρέσουν και με δραστηριότητες που αγαπάει.

Για πολλούς όμως ηλικιωμένους η τρίτη ηλικία συνοδεύεται από αρκετά προβλήματα. Η συνταξιοδότηση πλέον συνδέεται έντονα με τη μείωση εσόδων του ατόμου, συνεπώς υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να αντιμετωπίσει οικονομικές δυσκολίες. Επιπλέον με τη συνταξιοδότηση αλλάζει ο κοινωνικός ρόλος του ατόμου, δεν έχει απασχόληση καθημερινή, γεγονός το οποίο μπορεί να το επηρεάσει στην κοινωνική του ζωή αλλά και στην ψυχολογική του προσαρμογή. Η αλλαγή της ταυτότητας μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες προσαρμογής στην καθημερινότητα, ανία και αδράνεια. Εκτός όμως από την απώλεια του ρόλου, μπορεί να προκύψει και η απώλεια της κοινωνικής ζωής καθώς πολλοί είναι εκείνοι οι οποίοι κοινωνικοποιούνται μέσα από τη δουλειά. Έτσι μόλις κάποιος συνταξιοδοτηθεί έρχεται αντιμέτωπος με δυσκολίες εύρεσης κοινωνικών επαφών και προσέγγισης νέων προσώπων.

Η συνταξιοδότηση είναι ένας ισχυρός ψυχοπαιστικός παράγοντας στην ζωή ενός ανθρώπου. Αποτελεί μία ισχυρή απώλεια, με πρακτικές και συμβολικές διαστάσεις. Η ψυχολογία μας διδάσκει ότι η συνταξιοδότηση, ιδιαίτερα για έναν άνδρα (λόγω κοινωνικών συνιστώσεων), είναι ένας «θάνατος». Ως γεγονός, συχνά προηγείται της εκδήλωσης συμπτωμάτων κατάθλιψης, ιδιαίτερα στα άτομα τα οποία είναι επιρρεπή στην κατάθλιψη λόγω κληρονομικότητας, προηγούμενου ιστορικού, μειωμένης αυτοεκτίμησης, αρνητικής αξιολόγησης της μέχρι τώρα πορείας της ζωής. (Παναγιωτοπούλου, 2011)

8.1.1 Προβλήματα κατοικίας

Η διαβίωση των υπερηλίκων σε κατοικίες που είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, συμβάλλει καθοριστικά στη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και διευκολύνει σε σημαντικό βαθμό την ενεργό συμμετοχή τους στα κοινωνικά δρώμενα. Η διαμόρφωση όμως των κατοικιών και η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση στις περισσότερες χώρες του κόσμου, αναγκάζει τους

υπερήλικες να διαβιούν σε χώρους που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους και λειτουργούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους. (Σύρρου-Κωστάκη, 1995)

8.1.2 Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης

Οι υπερήλικες και ιδιαίτερα όσοι έχουν υπερβεί την ηλικία των 70 ετών δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καθημερινές ασχολίες, που έχουν σχέση με την ατομική υγιεινή, την φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και την ένδυση. Εάν ο υπερήλικας βρίσκεται κάτω από την προστασία στενών συγγενών του, οι συγκεκριμένες ανάγκες καλύπτονται επαρκώς. Στην αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής και άλλα, που επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν την ηλικία. Στις περιπτώσεις αυτές η λύση είναι η παροχή κάποιας φροντίδας από τρίτα πρόσωπα, έναντι κάποιου οικονομικού ανταλλάγματος, ή η εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα, η οποία επιλύει τις βασικές ανάγκες αυτοεξυπηρέτησης, δημιουργεί όμως άλλα ιατροκοινωνικά προβλήματα. (Σύρρου-Κωστάκη, 1995)

8.1.3 Προβλήματα επικοινωνίας

Τα αποτελέσματα σειράς ερευνών, που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες του κόσμου, έχουν οδηγήσει στη διαπίστωση ότι τα ποσοστά των υπερηλικών και των μεσηλικών που είναι αναλφάβητοι, ή έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι ιδιαίτερα υψηλά. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την γενικότερη βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου των νέων, δημιουργεί δυσκολίες στην επικοινωνία των υπερηλικών με άτομα νεαρής ηλικίας. Επιπλέον, ο αναλφαβητισμός των υπερηλικών τους οδηγεί σε περαιτέρω κοινωνική απομόνωση, αφού δυσκολεύονται να συντάξουν κάποιο γράμμα, να διαβάσουν τους υπότιτλους ξένων προγραμμάτων που προβάλλονται στην τηλεόραση, ή ακόμα να διαβάσουν τις οδηγίες κάποιοι φαρμακευτικού παρασκευάσματος.

Ως προς την ψυχαγωγία, οι υπερήλικες που δεν βρίσκονται κοινωνικά απομονωμένοι, διαθέτουν κάποια οικονομική άνεση και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας, καλύπτουν τον ελεύθερο χρόνο τους ασχολούμενοι με διάφορα ενδιαφέροντα, συχνάζοντας σε λέσχες, συμμετέχοντας σε εκδρομές και στις δραστηριότητες διαφόρων σωματείων, ή οργανώσεων. Ένα μεγάλο μέρος των υπερηλικών δεν έχει δυνατότητες ευχάριστης ψυχαγωγίας και δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου. Στις περιπτώσεις αυτές τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Υπερηλικών (ΚΑΠΗ) παρέχουν σημαντικό έργο, διοργανώνοντας προγράμματα ψυχαγωγίας, ανεβάζοντας θεατρικά έργα, παρουσιάζοντας μουσικά προγράμματα και διοργανώνοντας εκδρομές. (Σύρρου-Κωστάκη, 1995)

8.2 Ο ρόλος της οικογένειας

Υπάρχουν πολλά πράγματα που μπορεί να κάνει η οικογένεια για να βοηθήσει τον ηλικιωμένο ώστε να μειώσει την πιθανότητα να υποφέρει από προβλήματα ψυχικής υγείας.

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη την ανθρώπινη επαφή, την παρέα, την επικοινωνία. Η οικογένεια είναι καλό να μην απομονώνει τους ηλικιωμένους από τις δραστηριότητές της. Επιπλέον είναι καλό οι ηλικιωμένοι με την υποστήριξη και την προτροπή της οικογένειάς τους να βρουν δραστηριότητες που τους δίνουν ικανοποίηση και ευχαρίστηση οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν ψυχαγωγικές δραστηριότητες, εκδρομές, συνεστιάσεις, εκπαιδευτικές δραστηριότητες όπως και απασχόληση σε εθελοντικό ή όχι επίπεδο. Ακόμα και αν το ίδιο το άτομο δυσκολεύεται να εντοπίσει πως μπορεί να κοινωνικοποιηθεί ή να δραστηριοποιηθεί, η οικογένεια είναι καλό να του δίνει τα κατάλληλα ερεθίσματα ώστε να το βοηθήσει να προσαρμοστεί στην καθημερινότητά του με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, να παραμείνει αυτόνομο και δραστήριο.

Αν η οικογένεια ή ο ίδιος ο ηλικιωμένος παρατηρήσουν αλλαγές στη διάθεση, τις συνήθειες ή τη συμπεριφορά είναι καλό να αναζητήσουν υποστήριξη. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο ηλικιωμένος έχει αναπτύξει μία σχέση εμπιστοσύνης με κάποιο γιατρό, συνήθως τον παθολόγο οπότε αρχικά είναι καλό να απευθυνθεί στον θεράποντα ιατρό του. Εφόσον επισκεφθεί το γιατρό του είναι καλό η οικογένεια να τον παροτρύνει να μιλήσει για οτιδήποτε τον απασχολεί και να μην δοθεί μόνο έμφαση στα σωματικά συμπτώματα, όπως συνήθως γίνεται, ώστε ο ιατρός να είναι σε θέση να τον παραπέμψει σε κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας, αν κρίνει ότι τα συμπτώματά του είναι ψυχολογικής φύσης.

Η φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων αποτελεί στις μέρες μας ένα σημαντικό δυσεπίλυτο πρόβλημα που σχετίζεται με τον διαρκώς αυξανόμενο μέσο όρο ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας, αλλά και την συχνή συνύπαρξη περισσότερων του ενός χρόνιων νοσημάτων στο ίδιο άτομο. Οι χρόνιες παθήσεις συχνά, έχουν το αποτέλεσμα των άλλοτε άλλου βαθμού ανικανότητα του ατόμου. Η συμμετοχή και η προσφορά της οικογένειας στη φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική. Οι συνθήκες που επιτρέπουν την παροχή της οικιακής φροντίδας των ηλικιωμένων περιλαμβάνουν την ικανότητα της βάδισης και αυτομετακίνησης του ατόμου, την αυτοεξυπηρέτηση σε σχέση με τις ανάγκες σίτισης και ένδυσης, τη φυσιολογική λειτουργία του πεπτικού και ουροποιητικού συστήματος και την επαρκή διανοητική του κατάσταση. Η οικιακή φροντίδα του ηλικιωμένου εστιάζει κυρίως στην καλή διατροφή, την παροχή βασικών οικιακών υπηρεσιών, την προσωπική προστασία του ατόμου, περιλαμβάνοντας όλα τα ενδεικνυόμενα προληπτικά μέτρα έναντι ενδεχομένων ατυχημάτων στον οικιακό χώρο.

Η οικογενειακή οικιακή φροντίδα των υπερηλίκων περιλαμβάνει:

Βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες, πλύσιμο, ντύσιμο, διατροφή, σήκωμα από το κρεβάτι, περπάτημα μέσα στο σπίτι. Βοήθεια στις δυσκολότερες (τεχνικές) καθημερινές δραστηριότητες: διαχείριση χρημάτων, αγορά ειδών, κίνηση εκτός σπιτιού, νοικοκυριό, μαγείρεμα, τηλεφωνήματα.

Φροντίζουν για να ζουν σε ασφαλές περιβάλλον και να επικοινωνούν με τις κατάλληλες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες παροχής υπηρεσιών και τους παρέχουν οικονομική υποστήριξη.

Συναισθηματική υποστήριξη, που αποτελεί τη σπουδαιότερη ίσως υπηρεσία που μπορεί να προσφέρει το παιδί σε ανήμπορους γονείς. Πρέπει να γίνουν τα παιδιά τους οι έμπιστοι τους, να οργανώνουν τις δημόσιες σχέσεις τους, να τους βοηθούν στη λήψη των αποφάσεων και κυρίως να δίνουν το συναίσθημα ότι πάντα μπορούν να βασίζονται σ' αυτούς και ότι πραγματικά ενδιαφέρονται γι' αυτούς. Να τους βοηθούν στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής. Οι γηριατρικοί ασθενείς συχνά δεν ακολουθούν σωστά τη χορηγούμενη συνταγογραφία (δόσεις -χρονικά διαστήματα- μη λήψη φαρμάκου). Αιτία είναι τα απαιτούμενα συχνά πολλά φάρμακα και τα πολύπλοκα δοσολογικά σχήματα, ή και η κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων. Και τέλος, υποστηρικτική βοήθεια των ψυχικών τους διαταραχών. Αυτές δημιουργούνται στα ηλικιωμένα άτομα από την κοινωνική και φυσική τους απομόνωση. (Λαδόπουλος, 2009)

8.3 Ιδρυματική περίθαλψη

“Βοήθεια στο Σπίτι”

Το πρόγραμμα “Βοήθεια στο Σπίτι” αποτελεί εναλλακτική προσέγγιση στην φροντίδα του ηλικιωμένου και σχεδιάστηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών και την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.

Σύμφωνα μ' αυτό το πρωτοποριακό πρόγραμμα ο ηλικιωμένος φροντίζεται στην κοινότητα, κοντά στο οικείο του περιβάλλον, ελαχιστοποιώντας έτσι την πιθανότητα κοινωνικού του αποκλεισμού με την τυχών εισαγωγή του σε ίδρυμα, όταν δεν υπάρχει οικογένεια ή αυτή πάψει να ενδιαφέρεται.

Σκοπός του προγράμματος είναι η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών, η παραμονή των ηλικιωμένων στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας του ηλικιωμένου και η βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Το πρόγραμμα “Βοήθεια στο Σπίτι” για την Τρίτη Ηλικία απευθύνεται σε:

- ♣ Μοναχικά ηλικιωμένα άτομα.

- ♣ Ηλικιωμένους που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως και χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα (κινητικά προβλήματα, γεροντική άνοια, μειωμένη όραση, μελαγχολία κ.α.).
- ♣ Ηλικιωμένα άτομα χωρίς επαρκείς οικονομικούς πόρους, που το εισόδημα τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις υπηρεσίες που έχουν ανάγκη.

Προσωπικό που απασχολείται είναι:

- Κοινωνική Λειτουργός
- Νοσηλεύτρια
- Οικογενειακή Βοηθός

Πιο συγκεκριμένα, η νοσηλεύτρια:

Παρέχει πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα και συμβουλευτική σε θέματα υγείας του ηλικιωμένου. Η Νοσηλευτική φροντίδα αφορά την μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, σφυγμών, έλεγχος σακχάρου του αίματος, αλλαγή και τοποθέτηση ουροκαθετήρα, αιμοληψίες και μεταφορά αίματος και ούρων στο Νοσοκομείο. Γίνεται καταγραφή της φαρμακευτικής αγωγής του ηλικιωμένου και παρακολούθηση τήρησης της σωστής λήψης αυτών. Φροντίζει επίσης να Εκπαιδεύει τους ηλικιωμένους και την οικογένεια όταν υπάρχουν προβλήματα σακχαρώδη διαβήτη ή υψηλής πίεσης κ.α. και τέλος, είναι αρμόδια και υπεύθυνη για συνταγογραφίες, περιποίηση κατακλίσεων, συνοδεία του ηλικιωμένου στο γιατρό, ενεσοθεραπεία κ.α. (Κωσταρίκου-Ευκλείδη, 1999)

ΚΗΦΗ

Τα ΚΗΦΗ είναι σύγχρονες ανοικτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα και το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας αδυνατώντας να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει.

Βασικοί σκοποί των ΚΗΦΗ είναι να παραμένουν τα ηλικιωμένα άτομα στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, έτσι ώστε να υπάρχει διατήρηση της συνοχής της οικογένειας. Επίσης επιδιώκεται εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο άτομο, η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και κοινωνικού αποκλεισμού και τέλος η υποστήριξη ώστε να διατηρήσουν την αυτονομία τους, την κοινωνική συμμετοχή και το κοινωνικό τους περιβάλλον.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα ΚΗΦΗ είναι:

- ✚ Νοσηλευτική φροντίδα
- ✚ Φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- ✚ Ατομική υγιεινή
- ✚ Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης
- ✚ Προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων
- ✚ Διασύνδεση των ΚΗΦΗ

Τα ΚΗΦΗ διασυνδέονται με τα ΚΑΠΗ που ενδεχομένως υπάρχουν στην περιοχή. Συνεργάζονται επίσης, με τοπικούς φορείς που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με μονάδες υγείας καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΚΒ).

Τα ΚΗΦΗ στελεχώνονται από:

- Νοσηλευτής /τρια
- Κοινωνικοί Φροντιστές
- Βοηθητικό Προσωπικό (Σύρρου-Κωστάκη, 1995)

ΚΑΠΗ

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ υιοθετήθηκε το 1984 με νομοθετική πρωτοβουλία και χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Προνοίας. Ο Θεσμός εξελίχθηκε σταδιακά μέσω των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης, αναπτύχθηκε και διευρύνθηκε σε όλη τη χώρα όπου φθάνει μέχρι σήμερα να λειτουργούν περισσότερα από 900 κέντρα. Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Οι υπηρεσίες του κέντρου απευθύνονται σε άντρες και γυναίκες άνω των 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση.

Αρνητικό είναι ότι μετά από 20 χρόνια λειτουργίας τους ακόμα δεν υπάρχει μια τυπική δικτύωση μεταξύ τους. Αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία στην έννοια της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων είναι η παραμονή τους στην κοινότητα, στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας, της γειτονιάς, του φιλικού περίγυρου και η αποφυγή της ιδρυματικής κλειστής περίθαλψης και άλλης μορφής ασύλων.

Σκοπός των ΚΑΠΗ είναι:

Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου. Η διαφώτιση και η συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων καθώς και η Πρωτογενή Πρόληψη (εμβολιασμοί, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων) και η Δευτερογενή Πρόληψη (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση)

Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στα ΚΑΠΗ είναι:

- Συμβουλευτική, ψυχοσυναισθηματική στήριξη, κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους
- Φροντίδα και οδηγίες για Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή Περίθαλψη
- Φυσιοθεραπεία
- Εργοθεραπεία
- Οργανωμένη ψυχαγωγία
- Κατ' οίκον εξυπηρέτηση
- Συμμετοχή σε προγράμματα λουτροθεραπείας και θερινών κατασκηνώσεων
- Προγράμματα εθελοντισμού
- Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε Μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους

Τα ΚΑΠΗ στελεχώνονται από Ιατρούς Φυσικής Ιατρικής, Κοινωνικούς λειτουργούς, Φυσιοθεραπευτές, Εργοθεραπευτές, Επισκέπτες/τριες Υγείας ή Νοσηλευτές/τριες καθώς και από Οικογενειακούς Βοηθούς. (Σύρρου-Κωστάκη, 1995)



Κεφάλαιο 9^ο

Σ Δικαιώματα ψυχικά αρρώστου

Σ Ηθικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών
ψυχικής υγείας

9. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας

9.1 Δικαιώματα ψυχικά αρρώστου

Ένα σπουδαίο θέμα στη νοσηλευτική φροντίδα της ψυχικής υγείας είναι η αναγνώριση, ο σεβασμός, η προστασία και η υπεράσπιση των δικαιωμάτων των ψυχικά αρρώστων. Αυτό υπαγορεύεται από την ευαίσθητη συνείδηση και ανθρωπιά του νοσηλευτή, τη νοσηλευτική δεοντολογία και τη φύση της ψυχικής διαταραχής. Αυτή επηρεάζει τη θέληση του αρρώστου, την κρίση, την αποφασιστικότητα, την ικανότητα να χειρίζεται την προσωπική του ελευθερία με ασφάλεια και να διεκδικεί όσα δικαιούται.

Τα δικαιώματα του ψυχικά αρρώστου είναι:

- Δικαίωμα σε εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα, υποκείμενο σε αναθεώρηση και επανεκτίμηση. Να συμπεριλαμβάνεται και εκτίμηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, που χρειάζονται μετά την έξοδο από το νοσοκομείο.
- Δικαίωμα σε ενεργό συμμετοχή του στη θεραπεία με συζήτηση των θεραπειών και των φαρμάκων, των ωφελειών, ενδεχομένων κινδύνων και παρενεργειών καθώς και των διαθέσιμων εναλλακτικών θεραπειών.
- Δικαίωμα να δώσει ή να μη δώσει τη συγκατάθεσή του. Και να αντιμετωπισθεί χωρίς την προσωπική του συγκατάθεση μόνο σε επείγουσα περίπτωση ή με την συγκατάθεση ενός κηδεμόνα όταν διαπιστωθεί η ανικανότητα του στο δικαστήριο.
- Δικαίωμα να είναι ελεύθερος από περιορισμούς εκτός σε μία επείγουσα ανάγκη και εφόσον τα περιοριστικά μέτρα αποτελούν ειδικό μέρος του θεραπευτικού προγράμματος, πάντοτε σύμφωνα με τις απαιτήσεις της συμμετοχής και συναίνεσής του. Αυτά εφαρμόζονται και στις τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς που περικλείουν περιοριστικά μέτρα και απομόνωση του αρρώστου.
- Δικαίωμα πρόσβασης στο προσωπικό αρχείο της θεραπείας του, εκτός αν

δύο επιστήμονες ψυχικής υγείας το κρίνουν βλαπτικό.

- Δικαίωμα σε όσο το δυνατό μεγαλύτερη ελευθερία για να ασκεί τα πολιτικά του δικαιώματα, να ανήκει κάπου και να εκφράζεται.
- Δικαίωμα να κριτικάρει ή να παραπονεθεί για τις συνθήκες ή υπηρεσίες περίθαλψής του, χωρίς τον φόβο να υποστεί αντίποινα ή άλλες αντεκδικήσεις.
- Δικαίωμα παραπομπής σε άλλη υπηρεσία, προκειμένου να συμπληρωθεί το σχέδιο εξόδου του από το νοσοκομείο. (Ραγιά, 2004)

9.2 Ηθικές υποχρεώσεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας

Οι νοσηλευτικοί σύνδεσμοι διαφόρων χωρών έχουν διατυπώσει ειδικούς κώδικες ηθικών καθηκόντων για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Αναφέρονται εκλεκτικά ορισμένες από τις αρχές που συνήθως περικλείουν αυτοί οι κώδικες.

Ο Νοσηλευτής ψυχικής υγείας έχει ευθύνη να:

- Συμβάλλει στην προστασία, διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας του ατόμου, της οικογένειας και του κοινού.
- Αυξάνει της επιστημονικές γνώσεις και κλινικές του δεξιότητες με συνεχιζόμενη εκπαίδευση.
- Διατηρεί και χρησιμοποιεί τις ειδικές ψυχοθεραπευτικές του ικανότητες στην παροχή άριστης ολικής φροντίδας της ψυχικής υγείας.
- Σέβεται τους ψυχικά αρρώστους ως πρόσωπα με ατίμητη αξία και τους νοσηλεύει με θερμό ενδιαφέρον χωρίς διακρίσεις ανεξάρτητα από το χρώμα τη φυλή, τη θρησκεία, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και τη βαρύτητα της αρρώστιας τους.
- Τηρεί το νοσηλευτικό απόρρητο σε όσα προσωπικά θέματα του εμπιστεύονται οι άρρωστοι ή ο ίδιος παρατηρεί στους αρρώστους κατά την άσκηση του έργου του. Εξάιρεση αποτελούν ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή βλάβης των άλλων και η μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή.
- Περιφρουρεί και υπερασπίζεται τα δικαιώματα των ψυχικά αρρώστων.

- Καταγγέλλει τυχόν ανικανότητα ή μη ηθική συμπεριφορά και παραβίαση των δικαιωμάτων των αρρώστων από μέλη του προσωπικού υγείας, στις αρμόδιες αρχές ή όργανα.
- Συνεργάζεται με τη διεπιστημονική ομάδα υγείας πώς, πότε και τι θα λεχθεί από τον καθένα στους αρρώστους και την οικογένεια τους, ως ενημέρωση για την θεραπευτική τους αγωγή, τα αναμενόμενα αποτελέσματα και τις ενδεχόμενες παρενέργειες.
- Αναλαμβάνει ευθύνη ως ενδιαφερόμενος πολίτης για την οργάνωση, προσιτότητα και αξιολόγηση υπηρεσιών με σκοπό την αντιμετώπιση των αναγκών ψυχικής υγείας της κοινότητας.
- Ακολουθεί πιστά αρχές, κανονισμούς και νόμους που σχετίζονται με την υπεύθυνη και αξιόπιστη άσκηση της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας.
- Αποφεύγει κάθε ανάμιξη σε πρακτικές που παραβιάζουν τον κώδικα των ηθικών καθηκόντων. (Ραγιά, 2004)



Κεφάλαιο 10^ο

Σ Νοσηλευτική διεργασία

*Σ Περιστατικό μέσω
νοσηλευτικής διεργασίας*

10. Νοσηλευτική διεργασία

10.1 Ορισμός

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια επιστημονική μέθοδος που χρησιμοποιείται στην παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. (Σαπουντζή, 2004). Είναι η συστηματική χρησιμοποίηση της μεθόδου ανάλυσης και λύσεις προβλημάτων, η οποία περιλαμβάνει επικοινωνία με το άτομο, λήψη αποφάσεων και διεκπεραίωση 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 οποίοι 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 μεταβάλει 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 τη διαφορά ότι τα προβλήματα (ή ανάγκες) που διαπιστώνονται είναι διαφορετικά. Βασικά ο γιατρός ερευνά μόνο προβλήματα που έχουν σχέση με την αρρώστια με σκοπό τη διάγνωση και τη θεραπεία. Ο νοσηλευτής δεν σκοπεύει μόνο στην 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.

10.2 Σκοπός Νοσηλευτικής διεργασίας

Οι σκοποί της **Νοσηλευτικής Διεργασίας** είναι:

1. Η διατήρηση της υγείας του ατόμου
2. Η πρόληψη της νόσου
3. Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος

4. Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μεγίστης λειτουργικότητας του ατόμου

Το σύστημα είναι ανοιχτό και ελαστικό. Επιτρέπει συνεχή εισαγωγή και αρρώστου. Είναι μέθοδος εξατομικευμένης φροντίδας και όχι νέα στη νοσηλευτική. Νέα είναι η μέριμνα των νοσηλευτών να αναπτύξουν μεγαλύτερη κατανόηση των προβλημάτων του αρρώστου, της επιστημονικής τεκμηρίωσης των ενεργειών και των αποτελεσμάτων αυτών, ώστε η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας να είναι πάντα υψηλή και να προάγει την υγεία του ατόμου. (Ραγιά, 1998) ενσωμάτωση νέων πληροφοριών καθώς και συχνή αναθεώρηση και αναπροσαρμογή της νοσηλείας του

10.4 Στάδια Νοσηλευτικής διεργασίας

Τα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

1. Νοσηλευτική εκτίμηση και διάγνωση των προβλημάτων του αρρώστου ως ενιαίας και αδιαίρετης βιοψυχοκοινωνικής και πνευματικής οντότητας
2. Προγραμματισμός των ενδεικνυόμενων νοσηλευτικών παρεμβάσεων με διατυπωμένους σκοπούς, προτεραιότητες και επιστημονικές αιτιολογήσεις, στα πλαίσια της ολιστικής αντιμετώπισης των αναγκών και προβλημάτων του αρρώστου
3. Εφαρμογή του προγράμματος φροντίδας που στηρίχθηκε στη νοσηλευτική διάγνωση του αρρώστου και καταστρώθηκε σε συνεργασία μαζί του
4. Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της νοσηλείας βάσει προδιατυπωμένων κριτηρίων, υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων και με εξέταση κατά πόσο εκπληρώθηκαν οι νοσηλευτικοί σκοποί και λύθηκαν τα προβλήματα του αρρώστου. (Ραγιά, 2004)

10.5 Περιστατικό & επίλυσή του μέσω Νοσηλευτικής διεργασίας

Περιστατικό

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: Β.Α

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: Συνταξιούχος

ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: 1934

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Έγγαμη με 2 παιδιά

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Φυσιολογική

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΟΔΟΤΗΣ: Η κόρη της

ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ: Καταθλιπτική συνδρομή

Η ασθενής Β.Μ., 78 ετών εισήχθη στις 16/01/2012 στο Π.Γ.Ν Αττικόν καθώς τις

τελευταίες μέρες ήταν νευρική, εριστική με τους οικείους της, κοιμόταν ελάχιστα (το τελευταίο διήμερο καθόλου). Ήταν ανήσυχη, υπερκινητική και παρουσίαζε αγχώδη διαταραχή με εκδηλώσεις έντονης ψυχοκοινωνικής δραστηριότητας και λογόρροια. Ήταν αποπροσανατολισμένη στο χρόνο και διαμαρτυρόταν για πόνο στο κεφάλι. Ύστερα όμως από κλινική και εργαστηριακή εξέταση, καθώς και ακτινολογικό έλεγχο, διαπιστώθηκε πως επρόκειτο για ψευδές αίσθημα προερχόμενο από τη γενικότερη ψυχική διαταραχή. Στη γενικότερη κλινική εικόνα, η ασθενής παρουσίαζε δύσπνοια και δυσκοιλιότητα

Αντιμετώπιση της αοθενούς μέσω της Νοσηλευτικής διεργασίας

<i>Ανάγκες/προβλήματα</i>	<i>Αντικειμενικοί σκοποί</i>	<i>Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας</i>	<i>Νοσηλευτική εκτίμηση/αξιολόγηση</i>
Άγχος/ανησυχία	Απαλλαγή από το άγχος Ψυχική ηρεμία του ασθενή	Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης Χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων Κλίμα εμπιστοσύνης, φιλικότητας & συνεργασίας	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε Stedon • Αφιέρωση χρόνου στον ασθενή • Συζήτηση μαζί του σε ήρεμο περιβάλλον • Συνάντηση με ψυχολόγο 	<ul style="list-style-type: none"> • Σταδιακή βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης • Επιτυχής συνεργασία
Αϋπνίες	Αντιμετώπιση /καταπολέμηση αϋπνίας	Χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων έπειτα από ιατρική οδηγία Ήσυχο περιβάλλον, κατάλληλος φωτισμός	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφαλίσθηκε ήσυχο περιβάλλον και ελάχιστος φωτισμός • Χορηγήθηκε tb tavor & το βράδυ nazinan 	<ul style="list-style-type: none"> • Κοιμήθηκε μετά από αρκετές ώρες χωρίς διακοπτόμενο ύπνο • Συνέχιση θεραπείας
Κεφαλαλγία	Ανακούφιση από τον πόνο	Διερεύνηση παραγόντων που προκαλούν τον πόνο (αληθής ή	<ul style="list-style-type: none"> • Δόθηκε depon επί πόνου 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρουσίασε εικονική βελτίωση πριν τη δράση του φαρμάκου APA ψευδής

		ψευδής?) Χορήγηση αναλγητικών		πονοκέφαλος
Λογόρροια	Επαναφορά της κανονικής ροής του λόγου	Συνδυαστική χορήγηση φαρμάκων έπειτα από ιατρική οδηγία Ακρόαση προβλημάτων της	<ul style="list-style-type: none"> Χορηγήθηκε milithin & Iexotanil 	<ul style="list-style-type: none"> Ίδια κλινική εικόνα Επαναπροσδιορισμός της θεραπείας
Ψυχοκινητική δραστηριότητα	Βοήθεια στο να αναπτύξει πιο προσαρμοσμένη συμπεριφορά	Δημιουργία ήσυχου περιβάλλοντος Ενθάρρυνση να εκφράσει συναισθήματα Σχεδιασμός δημιουργικής απασχόλησης Χορήγηση φαρμάκων έπειτα από ιατρική οδηγία	<ul style="list-style-type: none"> Συζήτηση με ασθενή σε ήρεμο σημείο της κλινικής σε χαμηλό τόνο και αφήνοντας να εξωτερικεύσει φόβους/ανησυχίες Χορηγήθηκε aloperdin για την καταστολή της υπέρμετρης δραστηριότητας 	<ul style="list-style-type: none"> Ελάχιστη βελτίωση της κλινικής εικόνας
Δύσπνοια/ταχύπνοια	Υποχώρηση δύσπνοιας και επαναφορά αναπνοών σε φυσιολογικό ρυθμό	Διδασκαλία για κατάλληλη και αναπνευστική θέση Χορήγηση φαρμάκων κατά της δύσπνοιας ύστερα από ιατρική	<ul style="list-style-type: none"> Ημικαθιστή θέση/θέση ημι-fowler Οξυγονοθεραπεία Βρογχοδιασταλτικά φάρμακα 	<ul style="list-style-type: none"> Μικρή βελτίωση Πιο ήρεμη Δίνεται οξυγόνο μέσω ρινικής κάνουλας και σε χαμηλότερη πίεση

		οδηγία	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιχολινεργικά (atrovent, aerolin) 	
Δυσκοιλιότητα	Επαναφορά φυσιολογικής λειτουργίας εντέρου	<p>Φάρμακα κατά της δυσκοιλιότητας όπως duphalac</p> <p>Τροφή πλούσια σε φυτικές ίνες(φρούτα, λαχανικά)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Δόθηκε sir duphalac • άρνηση για λήψη τροφής 	<ul style="list-style-type: none"> • Σταδιακή βελτίωση

Συμπεράσματα- Προτάσεις

Υπολογίζεται πως τα 380 εκατομμύρια ηλικιωμένων ατόμων που ζουν σήμερα στον πλανήτη, θα παρουσιάσουν την επόμενη δεκαετία ανοδική τάση που θα φτάσει έως και τα 690 εκατομμύρια. Ένας περίπου στους έξι Έλληνες 18-70 (1.200.000) παρουσιάζει κλινικά σημαντική ψυχοπαθολογία και ένας στους 12 σοβαρή ψυχοπαθολογία (600.000). Άτομα με κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα είναι πιο πιθανό να πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, ενώ μια άλλη ομάδα με σημαντική νοσηρότητα είναι οι ηλικιωμένοι και οι συνταξιούχοι. Σε επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους βρέθηκε ότι 10-25% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης

Επιπλέον, σε γηροκομεία και οίκους ευγηρίας το ποσοστό των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη ανέρχεται σε 5-15%, ενώ ένα 30% επιπλέον αυτών εμφανίζει σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως δυσφορία, μελαγχολία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου.

Επομένως, παρατηρείται πως στα άτομα της τρίτης ηλικίας μεγάλο ποσοστό καταλαμβάνουν οι συναισθηματικές διαταραχές κυρίως η μελαγχολία και η κατάθλιψη. Ακολουθούν οι εκφυλιστικές διαταραχές και πιο συγκεκριμένα η νόσος Alzheimer και η νόσος Parkinson όπου μαστίζουν την Τρίτη ηλικία και σε μικρότερο ποσοστό ακολουθούν οι ψυχιατρικές διαταραχές. Ο άμεσος στόχος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας είναι να επιβραδυνθεί η επιδείνωση της νόσου και να περιοριστούν πολλά από τα συμπτώματα. Το σημαντικό είναι να αναγνωριστεί και να μεταφραστεί η κατάσταση της κατάθλιψης από τον νοσηλευτή ως δυσλειτουργική και να μην θεωρηθεί από το οικογενειακό περιβάλλον ως φυσικό χαρακτηριστικό της τρίτης ηλικίας έτσι ώστε να δοθεί η απαιτούμενη προσοχή. Οι υπερήλικες και ιδιαίτερα όσοι έχουν υπερβεί την ηλικία των 70 ετών δυσκολεύονται επίσης να ανταποκριθούν σε καθημερινές ασχολίες, που έχουν σχέση με την ατομική υγιεινή, την φροντίδα του σπιτιού και την ένδυση. Παρ' όλα αυτά εάν ο υπερήλικας βρίσκεται υπό από την προστασία στενών συγγενών του, οι συγκεκριμένες ανάγκες καλύπτονται επαρκώς.

Συνοψίζοντας από τα παραπάνω, γίνεται εύκολα αντιληπτό πως σημαντικός καταλύτης στη φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας είναι αφ' ενός το οικογενειακό περιβάλλον και αφ' ετέρου η παρουσία του νοσηλευτή τόσο σε οργανικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Γι' αυτόν το λόγο επισημαίνουμε πώς:

- ◆ Λόγω ηλικίας απαιτείται συχνός εργαστηριακός έλεγχος στοχεύοντας στην έγκαιρη πρόληψη

- ◆ Σε περίπτωση περιπατητικού ασθενή η χρήση βοηθητικών μέσων (όπως πι, μπαστούνι) συντελούν στην πρόληψη και αποφυγή πτώσεων και συνεπώς ατυχημάτων
- ◆ Σε χρόνιες ψυχικές καταστάσεις καλό θα ήταν να παρέχεται η ανάλογη ψυχολογική υποστήριξη και η ένταξη τους σε διάφορα κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων
- ◆ Η δημιουργία ήσυχου και ευχάριστου οικογενειακού κλίματος συμβάλλει στην αποφυγή κοινωνικής απομόνωσης
- ◆ Η ενθάρρυνση του ασθενή για έναρξη δραστηριοτήτων και ένταξη του σε Κ.Α.Π.Η συμβάλλει στη προσωπική του ευχαρίστηση
- ◆ Ο νοσηλευτής έχει ευθύνη να σέβεται και να υπερασπίζεται τα δικαιώματα των ψυχικά αρρώστων και τέλος
- ◆ Να συμβάλλει στην προστασία, διατήρηση και προαγωγή της ψυχικής υγείας του ατόμου

Περίληψη

Εισαγωγή: Με το πέρασμα στην Τρίτη ηλικία συνεπάγονται αλλαγές. Αυτές συμβαίνουν τόσο στο σώμα όσο και στην ψυχοσύνθεση του ανθρώπου. Οφείλεται να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην ποιότητα της υγείας του ηλικιωμένου στρέφοντας τον εαυτό του σε νέες πνευματικές και κοινωνικές δραστηριότητες.

Σκοπός: Είναι η ενημέρωση των ηλικιωμένων ατόμων και του κοινωνικού συνόλου σχετικά τόσο με τα οργανικά και λειτουργικά προβλήματα όσο και με τις αλλαγές που διέπουν την ψυχική υγεία της Τρίτης ηλικίας καθώς και ο τρόπος επίλυσης τέτοιου είδους προβλημάτων.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών παρατηρήθηκε δραματική αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων, γεγονός που έχει φέρει και περισσότερες δυσκολίες τόσο σε οργανικό και ψυχολογικό επίπεδο, όσο και σε κοινωνικό. Είναι ευρέως γνωστό ότι, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι πάσχουν από ψυχικές ασθένειες, οι οποίες τους καθιστούν ανήμπορους να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Η νόσηση από κάποια σοβαρή σωματική ή ψυχική διαταραχή, πέραν της επιθυμητής βελτίωσης-ίασης, είναι πιθανό να προκαλεί και μια μείωση-έκπτωση της λειτουργικότητας του πάσχοντος ή ανικανότητα ή ακόμα και αναπηρία, με αποτέλεσμα τον εγκλωβισμό του σε δυσάρεστες, για τον ίδιο και το περιβάλλον του, ψυχοκοινωνικές καταστάσεις. Γι' αυτόν τον λόγο, είναι αξιοσημείωτο σε πρώτο στάδιο να αναφερθεί η συμβολή της οικογένειας στη βελτίωση της ζωής του κάθε ηλικιωμένου με διάφορους τρόπους που αναφέρονται στην παραπάνω εργασία. Σε δεύτερο επίπεδο, θα πρέπει να δοθεί έμφαση στη συμβολή και τον ρόλο του Νοσηλευτή στην Τρίτη ηλικία. Οι νοσηλευτές είναι από τους βασικούς επαγγελματίες της Υγείας που παρέχουν φροντίδα στους ηλικιωμένους με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

Συμπέρασμα: Μέσα από αυτήν την εργασία θέλω να τονίσω πως τα ηλικιωμένα άτομα αναζητούν και τους οφείλεται να έχουν την απαιτούμενη ηθική στήριξη, συμπόνια, πλήρη αποδοχή και κατανόηση από τα άτομα της οικογένειας τους και από επαγγελματίες της Υγείας και κατ' επέκταση και τους Νοσηλευτές.

Summary

Introduction: *Passing in the Third age involves changes. These changes happen as both to the body and the mental outlook of the person. It is owed to give particular attention in the quality of the health of an old man, turning him in some new intellectual and social activities.*

Aim: *Aim: The aim of this paper is to inform older people and society, about both the organic and functional problems and the changes that influence the mental health of senior citizens and how to solve such problems.*

During the last decades it is observed, that there is a dramatic increase in the population of old men and this fact has brought more difficulties on organic and psychological level, as much as in the social too.

It is well known that the large majority of the elderly have some form of mental illness, which in turn makes them unable to cope with some or all of their day to day activities. (Being affected by any serious physical or mental disorder,) can cause a reduction in motor skills, physical disabilities or even render the individual incapacitated, resulting in the unpleasant feeling of entrapment in his/her environment, and cause further psychosocial situations. For these reasons, this paper will firstly look at, the importance of family involvement in the improvement of the lives of elderly people, with the various levels of involvement and ways that this can occur being investigated further. Secondly, the focus will turn to the contribution and role that nurses play towards the senior citizens rehabilitation. Nurses are key health professionals who provide care to the elderly with a view to improve the quality of their lives.

Conclusion: *With this project I would like to stress that the old men are seeking and are owed to have the required moral support, sympathy, complete acceptance and comprehension by their family and the professionals of the Health and at extension from the Nurses too.*

Βιβλιογραφία

- Σ Αγγελίδης Γ. Κατάθλιψη σε εφήβους, ενήλικες και ηλικιωμένους. Εκδόσεις Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Πέτρας Ολύμπου. Κατερίνη, 2002
- Σ Αδαμόπουλος Κ. κ.συν. Σχιζοφρένεια και Τρίτη ηλικία. Πτυχιακή εργασία. Επιβλέπουσα: Δαφαιμού Μ. Εκδόσεις Τ.Ε.Ι Κρήτης, 2011
- Σ Αουντάλλα Μ. κατάκλιση και έλκος από κατάκλιση www.xeirourgos.blogspot.com/2008/03/blog-post.html
- Σ Βέμμος Κ. Γηριατρική. Έκδοση 6^η. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα, 2007.
- Σ Beer P., Poitevin F. Μεγάλη ιατρική εγκυκλοπαίδεια για την σύγχρονη οικογένεια. Τόμος 1^η. Έκδοση 1^η. Εκδοτικός Οργανισμός “Χρυσός Τύπος”. Αθήνα, 1984
- Σ Black D.W., Andreasen N. C. Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Επιμέλεια Κανδύλης Δ., Καπρίνης Γ. Έκδοση 4^η. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα, 2011
- Σ Bullock N., Doble A., Turner W., Cuckow P. Ουρολογία. Επιμέλεια Κωνσταντινίδης Κ. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα, 2009
- Σ Γιαννακοπούλου Θ. Τρίτη ηλικία και διατροφή <http://www.scienceanddiet.gr/page17.php> 2010
- Σ Γιαννοπούλου Α. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Έκδοση 4η. Εκδόσεις “η Ταβιθά”. Αθήνα, 2000
- Σ Coni N., Nicholl X., Wilson KJ. Lecture Notes on Geriatric Medicine. Έκδοση 1η. Εκδόσεις Παρισιάνου. Αθήνα, 2006
- Σ Δημόπουλος Γ. Λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Γιάννης Β. Παρισιάνος. Αθήνα, 2010

- ☞ Δοντάς Α. Κοινωνικά προβλήματα υπερηλίκων ασθενών. Τόμος 6^{ος}. Τεύχος 6^ο. Αθήνα, 1978
- ☞ Ευθυμιόπουλος Σ. Η νόσος Αλτσχάιμερ. Ελληνικής Εταιρείας Νευροεπιστημών. http://www.hsfh.gr/hsfn/index.php?Itemid=182&id=114&option=com_content&task=view 2010
- ☞ Ζαμπέλας Α. Η διατροφή στα στάδια της ζωής. Έκδοση 1^η. Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα, 2003
- ☞ Hirigoyen, Marie - France. Μετάφραση Κορομηλά Ε. [Η μοναξιά στον εικοστό πρώτο αιώνα](#). Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Πατάκης. Αθήνα , 2008.
- ☞ Θεοχάρης Γ. Πτώσεις στους ηλικιωμένους. www.sosiatroi.gr 2009
- ☞ Ιατρού Χ. Ο Ένας στους δέκα Έλληνες. Νεφρική ανεπάρκεια. www.iator.gr 10/11/2010
- ☞ Καβάκα Α. Μελαγχολία www.jesuslovesyou.gr/Life/L6.htm 2010
- ☞ Κανταρτζής Σ. Άνοια και διαταραχές. <http://www.kantartzis-sotirios.gr/html/sxizofreneia.html> Μάρτιος 2008
- ☞ Καπάκη Ε. Σύγχρονη θεραπεία της άνοιας. <http://www.enee.gr/anianews.asp?table=articles&id1=1> 19/9/2007
- ☞ Καπώλη Γ. Αίτια υποσιτισμού και υπερσιτισμού. http://www.logodiatrofis.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=492&Itemid=97 10/08/2010
- ☞ Καρνέζης Ι. Διατροφή των ηλικιωμένων www.healthierworld.gr 17/12/08
- ☞ Καταρτζής Σ. Τρίτη ηλικία και σχιζοφρένεια <http://www.kantartzis-sotirios.gr/html/sxizofreneia.html> 2008

- ⌘ Κοκκώλης Κ. Αίτια και αντιμετώπιση κατάθλιψης. http://www.iatronet.gr/article.asp?art_id=155 19/10/2004
- ⌘ Κοντοπυργιάς, Γ. Κέντρο Αναπνευστικής Ανεπάρκειας “Η Σωτηρία” www.iatrikionline.gr 2001
- ⌘ Κυριακίδου Ε. Κοινωνική νοσηλευτική. Έκδοση 6^η. Εκδόσεις “Η Ταβιθά”. Αθήνα 2005
- ⌘ Κωστάρα Σ. Τι είναι φυματίωση; www.keel.org.gr 22/07/2009
- ⌘ Κωσταρικού- Ευκλείδη Α. Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας. Ελληνικά Γράμματα. Έκδοση 1^η. Αθήνα, 1999
- ⌘ Λαδόπουλος Χ. Ηλικιωμένοι και ελληνική οικογένεια. www.neoskosmos.gr 13/10/2009
- ⌘ Λύκουρας Α. και συν. Στοιχεία ψυχογηριατρικής. Έκδοση 1^η. Ιατρικές εκδόσεις Βήτα. Αθήνα, 2011
- ⌘ Ματάλα Α., Γιαννακούλια Μ. Εισαγωγή στη διατροφή του ανθρώπου. Τόμος 2^{ος}. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα, 2007
- ⌘ Μεντενόπουλος Γ. Η νόσος Alzheimer. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη. 2002
- ⌘ Μονέζης Σ. Διπολικές διαταραχές. Μανία- Υπομανία. <http://www.stelios-monezis.gr/disorders/dipolar.html> 2007
- ⌘ Μουρούτης Κ. Διέξοδος από την κατάθλιψη. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις ETRA. Αθήνα, 2007
- ⌘ Μουτσόπουλος Χ. Βασική Παθολογία-Ο ηλικιωμένος ασθενείς. Τόμος 2^{ος}. Έκδοση 4^η.

Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα, 2000

- Σ Morley JE, Thomas Pr. Geriatric Nutrition: The ageing society and nutrition epidemiology. Έκδοση 1^η. CRC Press. Μιζούρι- ΗΠΑ, 2007
- Σ Μπαρμπάτσικου Φ. Το βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 9^{ος} Τεύχος 3^ο Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2010
- Σ Ντολατζάς Θ. Ο γιατρός συμβουλεύει. Προληπτική Ιατρική. Τόμοι 1, 4,5. Εκδόσεις Λίγκας Books. Αθήνα, 2005
- Σ Ντε Μποβουάρ Σ. Τα γηρατειά. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Γλάρος, Αθήνα, 1981
- Σ Ogden J. Ψυχολογία της υγείας. Επιμέλεια: Λουμάκου Μ. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Α.Ε. Αθήνα, 2004
- Σ Παγοροπούλου Α. Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας. Έκδοση 1^η Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, 2000
- Σ Παναγιωτοπούλου Α. Άγχος και Τρίτη ηλικία. http://www.dromostherapeia.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=2189:-3-&catid=80:psygeneral&Itemid=81 24/1/2011
- Σ Παπαγεωργίου Ε. Ψυχολογία Ασθενών. Έκδοση 1^η. Παρισιάνος Α.Ε. Αθήνα, 2000
- Σ Παπαγεωργίου Ε. Ψυχιατρική. Έκδοση 2^η. Παρισιάνος Α.Ε. Αθήνα, 2008
- Σ Παπαναστασίου Λ. Η Τρίτη ηλικία στην αγκάλη. Ανάγκες, ασθένειες και ιδιαιτερότητες. www.agkali.com/elderly/needs/ 2010
- Σ Παπασπυρόπουλος Σ. Η ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας. Επιμέλεια Μανέτα. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Γρηγόρης Μ.Π. Αθήνα, 1991
- Σ Παπουτσάκης Κ. Κλινική Λυράκου, μανιοκατάθλιψη- διπολική διαταραχή.

http://www.klinikilyrakou.gr/ekswterika_iatria-gr/ektakto-peristatiko/maniokatathlipsh.html

2006

- Σ Περάκης Κ. Σακκά Ε. Εξελίξεις στην Παθολογία. Νεώτερες απόψεις στη διάγνωση και θεραπεία. Επιμέλεια Σεϊτανίδης Β. Γεωργίλης Κ. Αποστολάκης Ι. Έκδοση 1^η. Harvard Medical International. Διαγνωστικό και θεραπευτικό κέντρο Αθηνών. Αθήνα, 2005
- Σ Περιτογιάννης Β. Ζακοπούλου Σ. Διαταραχές της επικοινωνίας σε ψυχιατρικές παθήσεις. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα, 2010
- Σ Πλατή Χ. Γεροντολογική Νοσηλευτική. Έκδοση 8^η Αναθεωρημένη. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα, 2008
- Σ Ραγιά Α. Βασική νοσηλευτική, θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές. Έκδοση Β. Αθήνα, 1998
- Σ Ραγιά Χρ. Αφροδίτη. Ψυχιατρική Νοσηλευτική. Έκδοση 2^η. Αθήνα, 1999
- Σ Ρίσβας Γ. Σημαντικά θρεπτικά συστατικά για την Τρίτη ηλικία. www.nutrimed.gr 12/10/2009
- Σ Σάντη Π. Η νόσος του Parkinson. Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας. <http://epapsy.blogspot.com/2005/06/parkinson.html> 5/6/2005
- Σ Σκαπινάκης Π. Συχνότητα κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. [www.http://web4health.info/el/answers/bipolar-incid-depr-eld.htm](http://web4health.info/el/answers/bipolar-incid-depr-eld.htm) 11/11/2003
- Σ Σκόνδρας Γ. Χατζητάκη Β. Τα προβλήματα των πτώσεων στα ηλικιωμένα άτομα: Αίτια και τρόποι αντιμετώπισης μέσω άσκησης. Έκδοση 1^η. Αθήνα, 2003
- Σ Stoppard M. Οδηγός υγείας για όλη την οικογένεια. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Πατάκη. Αθήνα, 2005
- Σ Strasser T. Καρδιαγγειακή περίθαλψη στους υπερήλικες. Επιμέλεια Ζήσης Ν. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα, 1987

- Σ Σύρρου- Κωστάκη Λ. Η εργοθεραπεία στη Γεροντολογία. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, 1995
- Σ Σύρρου- Κωστάκη Λ. Ψυχιατρική εργοθεραπεία. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα, 1995
- Σ Τρουμπούκης Β. Κατάθλιψη <http://www.psychology-blog.gr/katathlipsi/symptwmata-proseggiseis.html> 12/5/2011
- Σ Τσίντου Μ., Δαλαμάγκας Κ. Νόσος Parkinson. Τεύχος 7^ο. Helmedica. <http://www.helmedica.gr/items-7-7.htm> 25/1/2011
- Σ Τσουκαλά Μ. Διαταραχές κατάποσης. www.iatronet.gr 14/5/2010
- Σ Εγκυκλοπαίδεια Υγεία Οδηγός Υγιεινής. Ο ενήλικας και το περιβάλλον. Τόμος 3^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Δομική. Αθήνα 1988
- Σ Φιλίππου Δ. περιοδικό ΕΨΙΛΟΝ- ΙΑΤΡΙΚΑ. Κατακλίσεις, πρόληψη και θεραπεία <http://www.filippou-surgery.gr/kata.htm> 20/08/2006
- Σ Φοντάρ Χ. Διατροφή και Τρίτη ηλικία. www.hda.gr 2010
- Σ Φωτίου Φ. Ηλεκτροφυσιολογικές και οπτικές μέθοδοι διερεύνησης. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε. Αθήνα, 2000
- Σ Χανιώτης Φ. Εγχειρίδιο Γηριατρικής. Έκδοση 1^η. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Αθήνα, 1999
- Σ Χριστοδούλου Γ. κ. συν. Ψυχιατρική. Τόμος 2^{ος}. Έκδοση 1^η. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα, 2004
- Σ Χριστοφορίδης Α. γαστρεντερικό σύστημα. Εκδόσεις University Studio Press. Θεσσαλονίκη, 1991