

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ : ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

### Διερεύνηση αναγκών και εκτίμηση της ποιοτικής νοσηλευτικής παρέμβασης στην Τρίτη ηλικία σε Α΄βάθμιο, Β΄βάθμιο και Γ΄βάθμιο επίπεδο



Εισηγητής:  
Δρ. Παπαδημητρίου Μαρία  
Καθηγήτρια

Επιμέλεια :  
Γούτσου Σπυριδούλα  
Θεοδοροπούλου Παναγιώτα  
Φοιτήτριες

ΠΑΤΡΑ 2013

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|               |   |
|---------------|---|
| Αντί προλόγου | 5 |
| Εισαγωγή      | 6 |

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

|   |    |
|---|----|
| Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> ΓΗΡΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ                          | 9  |
| 1.1 Ορισμός γήρατος και Τρίτης ηλικίας                                  | 10 |
| 1.2 Θεωρίες γήρανσης  | 12 |
| 1.3 Πληθυσμιακές τάσεις και Δημογραφική γήρανση                         | 13 |
| 1.4 Οργάνωση της φροντίδας των ηλικιωμένων                              | 15 |
| 1.5 Η νοσηλευτική εκπαίδευση στη φροντίδα της τρίτης ηλικίας            | 15 |
| 1.6 Η νοσηλευτική παρέμβαση στην Τρίτη ηλικία                           | 17 |
| Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ                           | 19 |
| 2.1 Προβλήματα υγείας υπερηλικών  | 20 |
| 2.1.1 Εισαγωγή  | 20 |
| 2.1.2 Πόνος   | 20 |
| 2.1.3 Πτώσεις – Ατυχήματα   | 22 |
| 2.1.4 Κατακλίσεις   | 24 |
| 2.1.5 Οδοντικά προβλήματα   | 25 |
| 2.1.6 Φαρμακολογία και ηλικιωμένος ασθενής                              | 26 |
| 2.2 Δυνητικά προβλήματα της καθημερινής διαβίωσης για τους ηλικιωμένους | 39 |
| Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ                         | 30 |
| 3.1 Ατομική υγιεινή   | 31 |
| 3.2 Ανάπαυση και ύπνος  | 32 |
| 3.3 Διατροφή – Σίτιση   | 36 |

|         |  |           |
|---------|--|-----------|
| 3.4     | Επικοινωνία και κοινωνική ζωή                              | 37        |
|         | <b>Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup> ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ</b> | <b>39</b> |
| 4.1     | Προβλήματα καρδιαγγειακού συστήματος                       | 40        |
| 4.1.1   | Αρτηριακή Υπέρταση   | 40        |
| 4.1.2   | Αθηροσκλήρυνση των αγγείων και θρομβοεμβολική νόσος        | 42        |
| 4.1.3   | Στεφανιαία νόσος   | 43        |
| 4.1.4   | Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο                              | 43        |
| 4.1.5   | Καρδιακή Ανεπάρκεια  | 44        |
| 4.2     | Προβλήματα ουροποιητικού συστήματος                        | 44        |
| 4.2.1   | Νεφρική Ανεπάρκεια   | 45        |
| 4.2.2   | Διαταραχές της λειτουργικότητας της κύστης                 | 45        |
| 4.2.3   | Ακούσια διαφυγή ούρων                                      | 46        |
| 4.2.4   | Ουρολοιμώξεις  | 46        |
| 4.3     | Αλλοιώσεις που συνδέονται με τα αισθητήρια όργανα          | 46        |
| 4.4     | Προβλήματα των οστών και αρθρώσεων                         | 47        |
| 4.5     | Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 στην Τρίτη ηλικία              | 48        |
| 4.6     | Προβλήματα νευρικού συστήματος                             | 49        |
| 4.6.1   | Άνοια  | 49        |
| 4.6.1.1 | Άνοια τύπου Alzheimer                                      | 50        |
| 4.6.2   | Νόσος του Pick   | 51        |
| 4.6.3   | Νόσος του Parkinson ή τρομώδης παράλυση                    | 51        |
| 4.7     | Διαταραχές ψυχισμού στην Τρίτη ηλικία                      | 53        |
| 4.7.    | Κατάθλιψη ηλικιωμένων                                      | 53        |
| 4.7.2   | Η επίδραση του άγχους στην Τρίτη ηλικία                    | 54        |

|   |  |           |
|---|--|-----------|
| 4.7.3   | Η αντίληψη των ηλικιωμένων για το Θάνατο και το θρήνο                    | 56        |
| 4.7.3.1   | Αυτοκτονία – Πρόληψη και αντιμετώπιση αυτοκτονικής τάσης των ηλικιωμένων | 58        |
| <b>Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup> Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ</b> |  | <b>60</b> |
| 5.1   | Η νοσηλευτική επιστήμη στην κοινότητα των ηλικιωμένων                    | 61        |
| 5.1.1   | Ο υπερήλικας και η κοινωνία  |           |
| 5.2   | Συνταξιοδότηση   | 62        |
| 5.3   | Κακοποίηση και άσκηση βίας στους υπερήλικες                              | 63        |
| 5.4   | Περιθωριοποίηση των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας                          | 65        |
| 5.5   | Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους ανθρώπους άνω των 65 ετών              | 66        |
| 5.5.1   | Νοσηλεία στο σπίτι – Κατ’ οίκον Φροντίδα                                 | 66        |
| 5.5.2   | Κέντρα ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων                                   | 68        |
| 5.5.3   | Ιδρυματική περίθαλψη και η προστασία των υπερηλίκων                      | 68        |

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| Υλικό και μέθοδος          | 71  |
| Αποτελέσματα               | 75  |
| Συμπεράσματα – Συσχετίσεις | 126 |
| Συζήτηση                   | 140 |
| Προτάσεις                  | 143 |
| Περίληψη                   | 145 |
| Summary                    | 146 |
| Βιβλιογραφία               | 147 |
| Παράρτημα I                | 153 |
| Παράρτημα II               | 163 |

## *Αντί προλόγου*

*...Είπε το μικρό αγόρι « πολλές φορές μου πέφτει το σαπούνι »  
είπε ο ηλικιωμένος « και εμένα το ίδιο »  
το μικρό αγόρι ψιθύρισε « συχνά κλαίω »  
ο ηλικιωμένος με ένα καταφατικό νεύμα απαντά « και εγώ το ίδιο »  
το χειρότερο όμως όλων συμπληρώνει το μικρό αγόρι « είναι πως μου  
φαίνεται ότι οι μεγάλοι δε μου δίνουν σημασία »  
τότε αισθάνθηκε το ρυτιδωμένο , ζεστό χέρι του ηλικιωμένου, ο οποίος  
απαντά « γνωρίζω πολύ καλά τι εννοείς »*

*Shell Silverstein*

## Εισαγωγή

Όπως καταγράφεται η πραγματικότητα μέσα από τις στατιστικές των παγκόσμιων οργανισμών η υφήλιος γερνάει. Το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού έχει καθολική ισχύ αφού αφορά όλες τις ηπείρους και ειδικά την Ευρώπη.

Ο άνθρωπος γεννιέται, διανύει τη βρεφική και την παιδική ηλικία φτάνοντας στην ωριμότητα για να καταλήξει προοδευτικά στη φάση του γήρατος.

Ο κύκλος της ζωής εναρμονισμένος με τον αναπτυξιακό ρυθμό των δεικτών γεννητικότητας και θνησιμότητας συμβάλλει στη διατήρηση και σταθεροποίηση των βιολογικών, των κοινωνικοπολιτικών και των πολιτιστικών μεταβλητών για τη συνέχιση και ευημερία των λαών.

Ο Γερμανός Oho Von Bismarkt το 1889 καθιέρωσε το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας ως απαραίτητο κριτήριο για τις οικονομικές παροχές από τα κοινωνικά ασφαλιστικά συστήματα προς τους εργαζόμενους. Για τον ίδιο λόγο οι Η.Π.Α υιοθέτησαν το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας το 1935. Έτσι ξεκίνησε να γεννιέται ο ορισμός του ηλικιωμένου.

Υπολογίζεται μέχρι το 2025 οι άνθρωποι άνω των 65 χρόνων θα αυξηθούν στην Αγγλία κατά 25 % , στη Γαλλία κατά 40 % και στις Η.Π.Α κατά 136 %, ενώ στον Καναδά κατά 200 %.<sup>1</sup>

Η Ελλάδα σήμερα παρουσιάζει έναν από τους μεγαλύτερους σε ηλικία πληθυσμούς εξαιτίας της ραγδαίας πτώσης του αριθμού των γεννήσεων και της μακροβιότητας.<sup>2</sup>

Υπολογίζεται ότι μέχρι το 2025 οι άνθρωποι άνω των 65 χρόνων θα αυξηθούν στην Αγγλία κατά 25 %, στη Γαλλία κατά 40 % και στις ΗΠΑ κατά 136 %, ενώ στον Καναδά κατά 200%.

Παρά το γεγονός ότι ο άνθρωπος ζει περισσότερα χρόνια πρέπει να συμμεριστούμε ότι το γήρας φέρνει στον άνθρωπο πολλά προβλήματα. Το φαινόμενο αυτό στρέφει το ενδιαφέρον της ιατρικής και νοσηλευτικής στην ανάπτυξη του τομέα της γηριατρικής και γεροντολογικής νοσηλευτικής η οποία γνωρίζει ιδιαίτερη άνθιση τα τελευταία χρόνια.

Για την ενασχόληση με αυτόν τον κλάδο της νοσηλευτικής απαιτείται από το νοσηλευτικό προσωπικό να κατέχει σύγχρονη γνώση σχετικά με το γήρας ώστε να είναι σε θέση να προάγει την υγεία του ηλικιωμένου πληθυσμού, να προλάβει τη

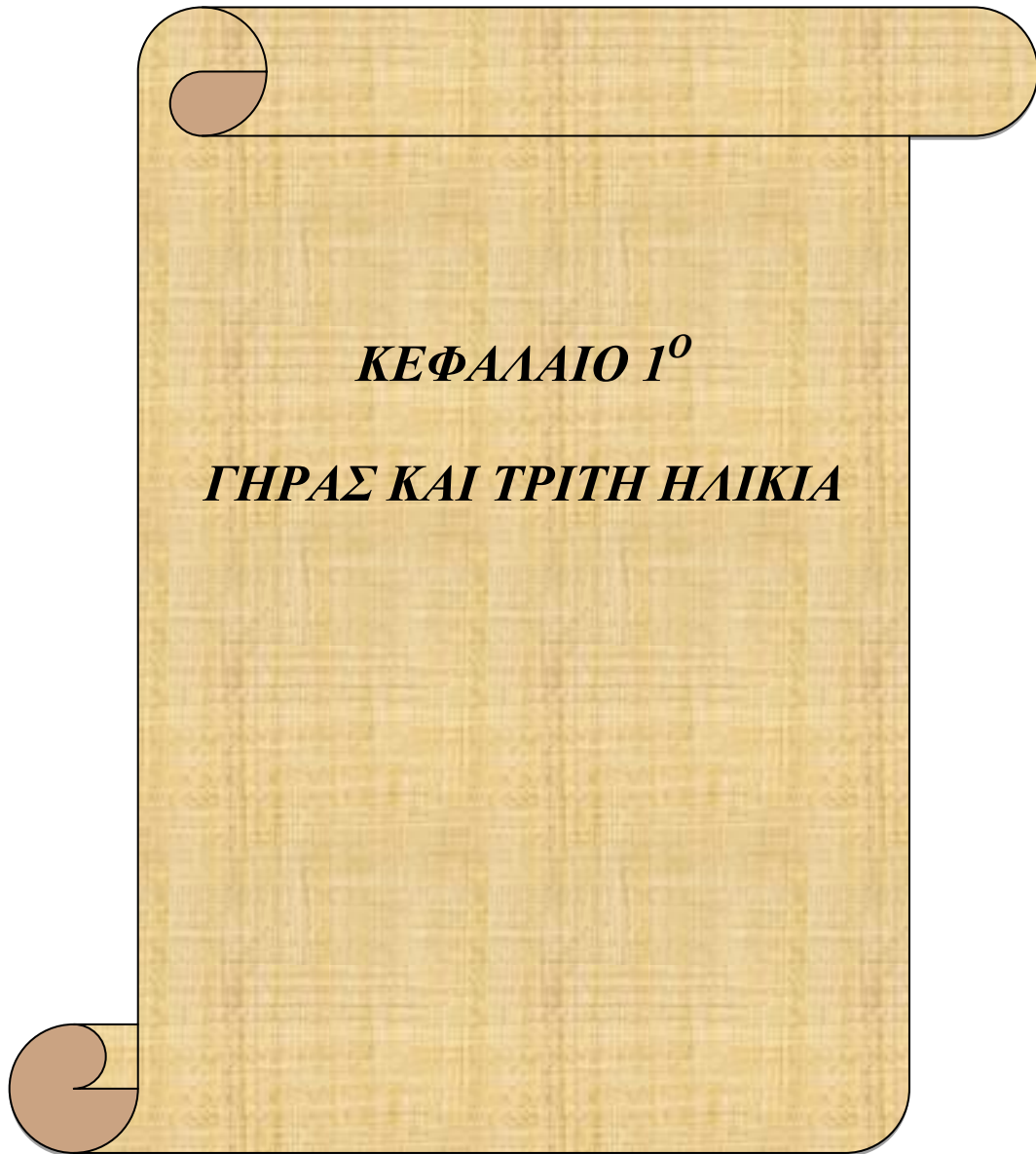
νόσο και να παρέχει ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα στην αντιμετώπιση πιθανών προβλημάτων.

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη και καταγραφή των συνηθέστερων προβλημάτων υγείας σε βιολογικό και ψυχολογικό επίπεδο που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι καθώς και των αναγκών που έχουν να καλύψουν.

Απώτερος στόχος είναι η ενημέρωση και πληροφόρηση για ζητήματα τα οποία απασχολούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας και δυσχεραίνουν την ποιότητα ζωής τους ώστε να είμαστε σε θέση να παρέχουμε τη βοήθειά μας όταν εκείνοι τη χρειάζονται..

***ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ***





***ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>***

***ΓΗΡΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ***

# Γήρας και Τρίτη ηλικία

## 1.1 Ορισμός γήρατος και Τρίτης ηλικίας

Πολλές προσπάθειες έγιναν κατά καιρούς από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων όπως βιολόγους, κοινωνιολόγους και ψυχολόγους για τον ακριβή καθορισμό του γήρατος και τον χαρακτηρισμό του « ηλικιωμένου » ατόμου. Αποδείχθηκε όμως ότι δεν είναι εύκολο να δοθεί ένας σαφής και περιεκτικός 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.

Ξεκινά μετά την κορύφωση της αναπαραγωγικής ταυτότητας στα 19 έτη και χαρακτηρίζεται από προοδευτική απώλεια της φυσιολογικής λειτουργίας και προσαρμοστικότητας του οργανισμού καθώς επίσης από αυξημένη ευπάθεια σε σειρά παθήσεων που αυξάνουν τη θνησιμότητα.<sup>3</sup>

Αποτελεί πολύπλοκη κοινή διαδικασία σε όλους τους ζωντανούς οργανισμούς στην οποία εμπλέκονται βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες.

Η διαδικασία αυτή δεν μπορεί να διακοπεί ή να αναστραφεί αλλά δύναται να επιβραδυνθεί με την κατάλληλη μέριμνα. Αφού η γήρανση αποτελεί συνεχή πορεία κατά τη διάρκεια της ζωής πότε ένα άτομο θεωρείται ηλικιωμένο; Ο γερμανός Otto Biswark το 1889 καθιέρωσε αυθαίρετα το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας ως απαραίτητο κριτήριο για οικονομικές παροχές από τα κοινωνικά ασφαλιστικά συστήματα (συντάξεις, χρηματικά βοηθήματα) προς τους εργαζομένους. Για τον ίδιο λόγο το 1935 οι ΗΠΑ όρισαν το 65<sup>ο</sup> έτος ως το μεταβατικό στάδιο από τη μέση στην Τρίτη ηλικία.<sup>4</sup>

Οι Ebersole και Hess (1998) ταξινόμησαν τους υπερήλικες ως ακολούθως :

~~ πολύ νέοι ηλικιωμένοι (56 – 64 ετών )

~~ νέοι ηλικιωμένοι (65 – 75 ετών )

~~μεσόκοποι ηλικιωμένοι (76 -84 ετών )

~~γέροι ηλικιωμένοι (85 – 99 ετών )

~~επίλεκτοι ηλικιωμένοι (100 ετών και άνω )

Οι ηλικιωμένοι δεν αποτελούν ομοιογενή ομάδα και οι υγειονομικές τους ανάγκες και πόροι που απαιτούνται για την κάλυψή τους δεν είναι ίδιοι.<sup>5</sup>

Ο ρυθμός γήρανσης διαφέρει από άτομο σε άτομο, εξαιτίας αυτού η ιατρική επιστήμη χρησιμοποιεί τους όρους βιολογική ηλικία και χρονολογική ηλικία. Η βιολογική ηλικία αντιστοιχεί στην εσωτερική κατάσταση των λειτουργικών συστημάτων του οργανισμού και η χρονολογική ηλικία αντιστοιχεί στα έτη ζωής κάθε ατόμου.

Η χρονολογική ηλικία δεν αποτελεί δείκτη της βιολογικής γήρανσης. Άνθρωποι της τέχνης και των επιστημών στην ηλικία των 70 και άνω ετών έφτασαν στο ζενίθ της δημιουργίας τους. Στον αντίποδα βέβαια αρκετοί άνθρωποι γηράσκουν πριν την ηλικία των 65 χρόνων εξαιτίας σωματικής και ψυχικής κόπωσης. Το γήρας έχει άμεση σχέση με τη χρονολογική ηλικία καθώς ο άνθρωπος στη ηλικία των 65 αφήνει πίσω τη ζωή του μεσήλικα και εισχωρεί στην ομάδα των ηλικιωμένων ατόμων.<sup>6</sup>

## 1.2 Θεωρίες Γήρανσης

Διάφοροι ερευνητές κατά καιρούς επιχείρησαν να ερμηνεύσουν το ζήτημα του γήρατος και να διευκρινίσουν τις εξελικτικές διεργασίες και τους προκλητικούς παράγοντές του. Η εξήγηση της γήρανσης είναι δύσκολο να διατυπωθεί με μια μόνο θεωρία. Κατά καιρούς αναπτύχθηκαν διάφορες θεωρίες περί γήρατος ,οι περισσότερες από τις οποίες βασίζονται σε φιλοσοφικές σκέψεις και λίγες εξ' αυτών είναι αποτέλεσμα επιστημονικής έρευνας. Προς το παρόν, όλες βρίσκονται στη φάση του σχεδιασμού ο οποίος προσφέρει ποικίλου βαθμού εγκυρότητα και αξιοπιστία.<sup>4</sup>

Συνοπτικά θα αναφερθούν μερικές από τις πάρα πολλές θεωρίες διότι πολλές δεν αντέχουν στην κριτική της σύγχρονης επιστήμης.

### I. Φυσιολογικές και βιολογικές θεωρίες

#### 1. Γενετικές θεωρίες:

Σύμφωνα με αυτές η γήρανση ελέγχεται γενετικά και συμβαίνει σε κυτταρικό επίπεδο.

α) κυτταρικές μεταλλάξεις συμβαίνουν σαν αποτέλεσμα έκθεσης σε ραδιενέργεια ή χημικές ουσίες και προκαλούν βλάβη στα όργανα

β) Ηικανότητα του RNA να συνθέτει και να αποκωδικοποιεί μηνύματα μειώνεται σε μεγάλο βαθμό σε ένα ηλικιωμένο άτομο

- γ) ένας παράγοντας γήρανσης που συμβάλλει στην ωρίμανση των κυττάρων ενεργοποιείται ή παράγεται σε πολύ μεγάλες ποσότητες στον μεγαλύτερο ενήλικα
- δ) η ανάπτυξη και η αναπαραγωγή του κυττάρου σταματά όταν ένας σημαντικός παράγοντας ανάπτυξης καταναλώνεται τελείως ή σταματά να παράγεται

### 2. Θεωρία διασταυρικού κρίκου:

Το κύτταρο παύει να διαιρείται, καταστρέφεται και επέρχεται κυτταρικός θάνατος.

- α) χημικοί δεσμοί σχηματίζονται μεταξύ δομών που ήταν χωρισμένες και  
β) εμποδίζεται η διαίρεση των ελίκων του DNA κατά τη μίτωση

### 3. Θεωρία ελεύθερων ριζών:

Η θεωρία αυτή δέχεται τη συσσώρευση των οξειδωτικών ριζών σαν αποτέλεσμα πολύπλοκων ενζυματικών δράσεων που συνεπάγονται μια χρόνια τοξίνωση του οργανισμού. Οι οξειδωτικές ρίζες προκαλούν καταστροφή του κολλαγόνου και άλλων στοιχείων του συνδετικού συνδετικού ιστού, ο οποίος επαναδομείται με εσφαλμένη θέση. Με αυτόν τον τρόπο προκαλείται ίνωση των μικρών τριχοειδών με συνέπεια διάχυτες τροφικές διαταραχές και επίσπευση της γήρανσης.

### 4. Θεωρία μεταβολής πρωτεϊνών:

Στηρίζεται σε ευρήματα ορισμένων ερευνητών που παρουσιάζουν ότι τα γερασμένα κύτταρα παράγουν τροποποιημένους μεταβολίτες με αποτέλεσμα μεταβολή της πρωτεϊνοσύνθεσης των πυρηνικών οξέων. Τα τροποποιημένα αυτά πυρηνικά οξέα επάγουν τη σύνθεση αλλοιωμένων πρωτεϊνών τις οποίες ο οργανισμός αναγνωρίζει σα ξένα σώματα

### 5. Ανοσολογική θεωρία:

Κατά την διάρκεια της γήρανσης παρατηρείται μείωση των δραστηριοτήτων που προκαλεί επαύξηση της ανοσολογικής ανταπόκρισης και καταστροφή ιστού

### 6. Καταπόνηση και θεωρίες προσαρμογής :

Αλλαγές που σχετίζονται με την γήρανση μειώνουν την ικανότητα του σώματος να ανακτά την ομοιόσταση σε παρουσία στρές

## II. Ψυχοκοινωνικές θεωρίες:

1. Θεωρία αποσύνδεσης: η κοινωνία και το ηλικιωμένο άτομο απομακρύνονται. Η κατάσταση αυτή είναι ικανοποιητική και για τους δύο.

2. Θεωρία δραστηριότητας : Οι φυσικές, κοινωνικές και οικονομικές δραστηριότητες θα έπρεπε να διατηρούνται κατά τα τελευταία χρόνια της ζωής. Η ιδέα που έχει κάποιος για τον εαυτό του σχετίζεται με τους ρόλους που κατέχει στη κοινωνικό σύνολο.

3. Θεωρία συνέχειας : Οι διάφοροι τρόποι αντιμετώπισης καταστάσεων που αναπτύσσονται κατά την διάρκεια της ζωής καθορίζουν αν ένα άτομο παραμένει ενεργό ή περιθωριοποιείται σε μεγαλύτερη ηλικία.

Καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η παθογένεια του γήρατος είναι ακόμη άγνωστη. Παρά ταύτα , οι μηχανισμοί που συντελούν στην έλευσή του είναι πολλοί και αλληλοσυμπληρούμενοι. <sup>7</sup>

### ***1.3 Πληθυσμιακές Τάσεις- Δημογραφική γήρανση***

Με την έννοια δημογραφική γήρανση εννοούμε την αύξηση των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό . Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες αποτελεί σήμερα ένα κυρίαρχο δεδομένο με σοβαρότατες κοινωνικές, οικονομικές, ασφαλιστικές και υγειονομικές προεκτάσεις.

Ειδικότερα στην Ελλάδα η αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής και η μείωση της γεννητικότητας έχουν ως αποτέλεσμα να είναι από τα πλέον γερασμένα έθνη του κόσμου μαζί με την Ιταλία, Γερμανία και Σουηδία.

Σύμφωνα με τελευταίες επιστημονικές μελέτες ο σύγχρονος άνθρωπος κέρδισε δύο επιπλέον δεκαετίες ζωής μέσα στον εικοστό αιώνα , κατακτώντας το ρεκορ της μακροζωίας σε σχέση με τους προγόνους του.

Με μια σύντομη ιστορική αναδρομή στο παρελθόν διαπιστώνουμε ότι τη δεκαετία του 1990 το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών κυμαινόταν μεταξύ 11.3% και 15.6 %του συνολικού πληθυσμού στις χώρες της Ε.Ε. Την ίδια χρονική περίοδο η Σουηδία είχε το μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων που άγγιζε το 17.8 %.

Το φαινόμενο αυτό της πληθυσμιακής ανόδου των ατόμων της τρίτης ηλικίας δεν αποτελεί νέο για τις αναπτυσσόμενες χώρες.<sup>8</sup>

Ωστόσο υπάρχουν εμφανείς διαφορές μεταξύ αναπτυσσόμενων και αναπτυσσόμενων χωρών. Ενδεικτικά, η Γαλλία χρειάστηκε 115 χρόνια (1865-1980) για να διπλασιάσει την αναλογία των ηλικιωμένων (7 %- 14 %) , ενώ στην Κίνα αναμένεται να διπλασιαστεί μεταξύ 2000 και 2027. Στην Ελλάδα κατά τη μεταπολεμική περίοδο ο αριθμός των ηλικιωμένων διπλασιάστηκε. Το 1990 σχεδόν 1 στους 5 ήταν άνω των 60, ένας στους 7 άνω των 65 και 1 στους 16 άνω των 75 ετών.<sup>8</sup>

Όπως δείχνουν τα επιδημιολογικά δεδομένα, το ποσοστό των ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών θα συνεχίσει να αυξάνεται. Σήμερα στις αναπτυσσόμενες χώρες σημειώνεται ραγδαίος ρυθμός αύξησης του αριθμού των ηλικιωμένων. Μέχρι το 2015 υπολογίζεται ότι οι ηλικιωμένοι θα υπερτερούν αριθμητικά εκείνων κάτω των 16 ετών. Το ίδιο ισχύει και για τις αναπτυσσόμενες χώρες οι οποίες τείνουν να έχουν μεγαλύτερο ρυθμό αύξησης ηλικιωμένου πληθυσμού σε σχέση με το ρυθμό της συνολικής αύξησης του πληθυσμού του. Έτσι , μεταξύ 1980 και 2020 η άνοδος του συνολικού πληθυσμού των αναπτυσσόμενων χωρών θα φτάσει το 95 % ενώ των ηλικιωμένων το 240 %.

Η Ελλάδα βρίσκεται στην 18<sup>η</sup> θέση με προσδόκιμο ζωής τα 80.7 έτη για τις γυναίκες και τα 75.4 έτη για τους άνδρες. Την τελευταία εικοσιπενταετία παρουσιάζει τη μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση στην αναλογία των ηλικιωμένων στον γενικό πληθυσμό.

Η φθίνουσα γονιμότητα και γήρανση του πληθυσμού αλλάζει τη δομή της ελληνικής οικογένειας και κοινωνίας. Οι πιο γηρασμένες περιοχές της χώρας είναι η κεντρική και νότια Πελοπόννησος και τα νησιά του ανατολικού Αιγαίου.

Οι νομοί με τα υψηλότερα ποσοστά ωρίμων πολιτών είναι η Λευκάδα 22% , η Σάμος 21 % , η Κεφαλονιά 21% και ακολουθούν η Αρκαδία, η Λέσβος και η Φωκίδα όπου τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 20-21%.<sup>9</sup>

Η βασική αιτία της παγκόσμιας αύξησης των ατόμων αυτών είναι ο συνδυασμός της διαρκώς ελαττωμένης παιδικής θνησιμότητας και του μειωμένου ρυθμού γεννήσεων.<sup>8,9</sup>

## **1.4 Οργάνωση της φροντίδας των ηλικιωμένων**

Πολλές νοσηλευτικές προσεγγίσεις τονίζουν την ανάγκη της εξατομίκευσης της νοσηλείας ώστε να εναρμονίζεται απόλυτα με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ασθενή παρά με τους γενικούς κανόνες του ιδρύματος ή του οργανισμού. Δεν πρέπει να υποτιμήσουμε τους μεγάλους κινδύνους αλλά και προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές μπροστά σε αυτό το μεγάλο ιδανικό.

Η πίεση των ιδρυμάτων, της γραφειοκρατίας και των οργανισμών είναι τεράστια και οι σύνθετες κοινωνίες από τη μια υποστηρίζουν και από την άλλη κατευθύνουν και ελέγχουν το ανθρώπινο πεπρωμένο.

Ο Martin (1984) στην αποτυχία των νοσοκομειακών συστημάτων και θέτει ένα από τα σημαντικότερα ερωτήματα «πώς είναι δυνατόν σε νοσοκομειακά ιδρύματα που δημιουργήθηκαν για ασθενείς και αβοήθητους να επιτρέπεται η αδιαφορία, η πάρωση και η σκόπιμη βαναυσότητα.

Καθίσταται απαραίτητο σε οποιοδήποτε χώρο οι νοσηλευτές παρέχουν υπηρεσίες υγείας να ακολουθούν συγκεκριμένο πλάνο παροχής φροντίδας, να ακολουθούν τους ίδιους στόχους και να μοιράζονται τις ίδιες πεποιθήσεις.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί η ανάγκη πολιτικοποίησης των νοσηλευτών με την πλατύτερη έννοια της λέξης. Με άλλα λόγια να κατανοήσουν τη λειτουργία του συστήματος μέσω της μελέτης συγγραμμάτων και ερευνών.

## **1.5 Η Νοσηλευτική εκπαίδευση στη φροντίδα της τρίτης ηλικίας**

Όπως καταγράφεται η πραγματικότητα μέσα από τις στατιστικές των παγκόσμιων οργανισμών η υφήλιος γερνάει. Το φαινόμενο αυτό δημιουργεί νέες προκλήσεις και απαιτήσεις στις υπηρεσίες υγείας όλων των χωρών. Η Ελλάδα δεν αποτελεί εξαίρεση μπροστά σε αυτές τις εξελίξεις τη στιγμή που παρουσιάζει έναν από τους μεγαλύτερους σε ηλικία πληθυσμούς εξαιτίας της ραγδαίας πτώσης των γεννήσεων. Τίθεται λοιπόν η ανάγκη και στη χώρα μας για περαιτέρω ανάπτυξη και βελτίωση των υπηρεσιών που παρέχονται προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας συνολικά και όχι μόνο σε επίπεδο παροχών.

Οι νοσηλευτές αποτελούν βασικούς και κύριους επαγγελματίες υγείας παροχής φροντίδας υγείας στους ηλικιωμένους , επομένως η νοσηλευτική επιστήμη διεθνώς μελετά και εφαρμόζει αλλαγές ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ηλικιωμένου πληθυσμού.

Στο πρόγραμμα εκπαίδευσης για την φροντίδα των ηλικιωμένων πρέπει να αναφέρονται θέματα που καλύπτουν τη γήρανση του πληθυσμού ως φυσιολογική διαδικασία αλλά και ως δημογραφική παράμετρο , τη βιολογία, την κοινωνιολογία , την ψυχολογία, τα οικονομικά για την παροχή κοινοτικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Η αξιοπρέπεια , ο σεβασμός και η θετική συμπεριφορά δε θα πρέπει να παραθεωρούνται. Οι Jones και Galliard (1983) για παράδειγμα αναφέρουν ότι η θετική συμπεριφορά προς τους ηλικιωμένους συνείσφερε σε μια ενωτική τακτική της νοσηλείας τους, σε μια στενή σχέση με τους νοσηλευτές , σε ένα καλό εργασιακό περιβάλλον και στο συναίσθημα των νοσηλευτών να αισθάνονται μέλη μιας δυναμικής οικογενειακής μονάδας που προωθεί το συναίσθημα της θετικής συμμετοχής.

Οι ρόλοι του νοσηλευτή υλοποιούνται μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας, η οποία του επιτρέπει να αναγνωρίζει τις ανάγκες φροντίδας υγείας και τις δυνατότητες του ατόμου, να διεκπεραιώνει πρόγραμμα φροντίδας για την κάλυψη αυτών των αναγκών και να εκτιμά την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Με άλλα λόγια ο νοσηλευτής εστιάζει κατά αυτόν τον τρόπο στον ασθενή και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

Ο ρόλος των νοσηλευτών έχει αναγνωριστεί στην παροχή φροντίδας υγείας και η νοσηλευτική ανεξαρτησία έχει αυξηθεί. Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι μεγάλης σημασίας να κατανοηθεί ότι εφόσον οι νοσηλευτές διεκπεραιώνουν νοσηλευτικές δραστηριότητες, φέρουν και την ευθύνη αυτών των ενεργειών. Ακόμη και στην περίπτωση που μια ενέργεια διεξάγεται κάτω από άμεση ιατρική οδηγία , ο νοσηλευτής παραμένει υπεύθυνος για τη χρησιμοποίηση κριτικής σκέψης βασιζόμενος στις γνώσεις του για παροχή ασφαλούς φροντίδας.<sup>10</sup>

Μέσω των γνώσεων και δεξιοτήτων που απέκτησαν κατά την εκπαίδευσή τους οι νοσηλευτές διευκολύνουν τους ανθρώπους που ζητούν τη βοήθειά τους στη λήψη αποφάσεων , διδάσκουν τρόπους για απόκτηση και διατήρηση ευεξίας, μεταδίδουν τις γνώσεις τους που αφορούν τον τομέα της υγείας. Κάνουν κατανοητό



ότι η υγεία είναι κάτι περισσότερο από την έλλειψη νόσου, διδάσκοντας ότι συγκεκριμένες συμπεριφορές μπορούν να ενισχύσουν ή να μειώσουν την ευεξία.

Το έργο του νοσηλευτικού προσωπικού δεν εστιάζεται μόνο στο νοσοκομειακό χώρο αλλά και στην κοινότητα (οίκους ευγηρίας, ΚΑΠΗ, σχολεία, κατ' οίκον φροντίδα). Δυστυχώς ακόμη και σήμερα που η γνώση μας έχει κατακλύσει παρατηρείται έλλειψη επιστημονικής κατάρτισης των νοσηλευτών.

Μελέτες έχουν δείξει ότι η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας προς τους ηλικιωμένους αντικατοπτρίζεται από την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής εκπαίδευσης που έχουν λάβει. Επιπροσθέτως, αναφέρονται και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη στάση των νοσηλευτών έναντι των ατόμων της τρίτης ηλικίας όπως η εθνικότητα, η ηλικία, η κλινική εμπειρία οι οποίες διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό χωρίς να συσχετίζονται με την ποιότητα της νοσηλευτικής διδασκαλίας που τους έχει παραχθεί.<sup>11, 12</sup>

## **1.6 Η νοσηλευτική παρέμβαση στην τρίτη ηλικία**

Η φροντίδα υγείας στις μέρες μας αποτελεί μεγάλο και ιδιαίτερα περίπλοκο σύστημα στο οποίο αντανακλώνται οι συντελεσμένες κοινωνικές μεταβολές, οι αλλαγές στις ομάδες του πληθυσμού που χρήζουν νοσηλευτική φροντίδας και αλλαγές στη φιλοσοφία που θέλει το σύστημα να επικεντρώνεται περισσότερο στην προαγωγή της υγείας παρά στην αντιμετώπιση της νόσου.

Οι νοσηλευτικοί ρόλοι έχουν διευρυνθεί και επεκταθεί ως αποτέλεσμα αυτών των αλλαγών. Οι νοσηλευτές παράλληλα με την παροχή φροντίδας λειτουργούν ως ερευνητές, εκπαιδευτές, συνήγοροι και καθοδηγητές του ασθενή με σκοπό την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη ασθενειών, τη διευκόλυνση της αντιμετώπισης σοβαρών αναπηριών και του θανάτου από τον ασθενή σε οποιοδήποτε χώρο παροχής φροντίδας.<sup>9, 11</sup>

Ο ρόλος τους σήμερα είναι ανεξάρτητος και συνεργατικός ταυτόχρονα. Οι νοσηλευτές βασιζόμενοι στα προσόντα και στις γνώσεις τους εκτιμούν, σχεδιάζουν και εφαρμόζουν τη φροντίδα του ασθενή σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας που παρακολουθεί τον εκάστοτε ασθενή.

Καλείται να παρέχει ολιστική εξατομικευμένη φροντίδα καλύπτοντας τις οργανικές, ψυχοκοινωνικές, πνευματικές και περιβαλλοντικές ανάγκες του ίδιου του ασθενή αλλά και των οικείων του.

Η εκπαίδευση των ατόμων που χρειάζονται νοσηλευτική βοήθεια αποτελεί ζήτημα μεγάλης σημασίας για τη διατήρηση της της υγείας και ευεξίας τους. Για να είναι καρποφόρα και αποτελεσματική η εκπαίδευση των ασθενών απαιτούνται επικοινωνιακές δεξιότητες και εξοικείωση με τις αρχές διδασκαλίας των ενηλίκων από τον εκπαιδευτή, που στην προκειμένη φάση είναι ο νοσηλευτής.<sup>11</sup>

Ως συνήγορος καθοδηγητής προωθεί το δικαίωμα στην ελεύθερη επιλογή και αυτονομία, ενώ σαν καθοδηγητής διαχειρίζεται το χρόνο, τα πρόσωπα και το περιβάλλον που παρέχεται νοσηλευτική φροντίδα κατευθύνοντας τις νοσηλευτικές πράξεις και αξιολογώντας την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Οι ρόλοι του νοσηλευτή υλοποιούνται μέσω της νοσηλευτικής διεργασίας, η οποία του επιτρέπει να αναγνωρίζει τις ανάγκες φροντίδας υγείας και τις δυνατότητες του ατόμου, να διεκπεραιώνει πρόγραμμα φροντίδας για την κάλυψη αυτών των αναγκών και να εκτιμά την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. Με άλλα λόγια ο νοσηλευτής εστιάζει κατά αυτόν τον τρόπο στον ασθενή και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του.

Ο ρόλος των νοσηλευτών έχει αναγνωριστεί στην παροχή φροντίδας υγείας και η νοσηλευτική ανεξαρτησία έχει αυξηθεί. Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι μεγάλης σημασίας να κατανοηθεί ότι εφόσον οι νοσηλευτές διεκπεραιώνουν νοσηλευτικές δραστηριότητες, φέρουν και την ευθύνη αυτών των ενεργειών. Ακόμη και στην περίπτωση που μια ενέργεια διεξάγεται κάτω από άμεση ιατρική οδηγία, ο νοσηλευτής παραμένει υπεύθυνος για τη χρησιμοποίηση κριτικής σκέψης βασιζόμενος στις γνώσεις του για παροχή ασφαλούς φροντίδας.<sup>13</sup>

Με βάση ορισμένες έρευνες που έχουν διεξαχθεί είναι φανερό πως στην πράξη παρότι το νοσηλευτικό προσωπικό διαθέτει κριτική ικανότητα και άρτια εκπαίδευση η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει είναι ελλιπής και εστιάζεται κυρίως στην χορήγηση φαρμάκων εξαιτίας ανεπαρκούς χρόνου κατά τη βάρδια. Έτσι η φροντίδα που παρέχεται στα ηλικιωμένα άτομα σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο δεν έχει ολιστικό χαρακτήρα.<sup>14</sup>



## **2.1 Προβλήματα υγείας υπερηλίκων**

### **2.1.1 Εισαγωγή**

Τα πολλαπλά χρόνια νοσήματα σε συνδυασμό με την φυσιολογική φθορά της διεργασίας του γήρατος είναι οι κυριότεροι αποσταθεροποιητικοί παράγοντες της ομοιόστασης του οργανισμού. Με το πέρας του χρόνου οι οι προσαρμοστικοί μηχανισμοί του ατόμου εξασθενούν με αποτέλεσμα η υπάρχουσα διαταραγμένη ισορροπία να συνοδεύεται από διάφορα προβλήματα που δύναται να αφαιρέσουν την άνεση και ευεξία του ηλικιωμένου.

Τα περισσότερα προβλήματα που σχετίζονται με τη γήρανση ανακύπτουν από την επιδείνωση των σωματικών και νοητικών ικανοτήτων. Ο Blomquist (1993) δήλωσε ότι ευτυχία για τα ηλικιωμένα άτομα είναι « κάποιο μέρος για να ζήσουν, κάποιο άτομο για να αγαπούν και κάτι για να κάνουν »που σημαίνει τη δυνατότητά τους να ζουν και να λειτουργούν αποτελεσματικά μέσα στην κοινωνία ασκώντας το δικαίωμα της αυτοδιάθεσης. Η αδυναμία επιτέλεσης αυτών των πραγμάτων γίνεται αντιληπτή ως πρόβλημα.<sup>5</sup>

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην κάλυψη των αναγκών υγείας των ηλικιωμένων ατόμων είναι καθοριστικός. Υπολογίζεται το 90% των προβλημάτων των υπερηλίκων που ζουν στην κοινότητα αντιμετωπίζονται με επιτυχία από τους νοσηλευτές.

Ο καλύτερος στόχος για την επίτευξη των βασικών σκοπών της γηροντολογικής νοσηλευτικής θεωρείται η άνεση που είναι απαραίτητη για την εξασφάλιση της βιολογικής, ψυχολογικής και συναισθηματικής σταθερότητας του ηλικιωμένου.

### **2.1.2 Πόνος**

Η δυσμενής επίδραση που ασκεί ο πόνος στην άνεση του ηλικιωμένου επέβαλε την ανάγκη σύντομης θεώρησης του φαινομένου προκειμένου να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά από τους νοσηλευτές.

Αποτελεί δυσάρεστη αισθητηριακή εμπειρία που προκύπτει από την αντίληψη του οδυνηρού ερεθίσματος. Αρκετές προσπάθειες έχουν γίνει για την ερμηνεία και τον ορισμό του, καμιά όμως δε φαίνεται να είναι απόλυτα ικανοποιητική. Ο πόνος είναι σύνθετο φαινόμενο, το οποίο περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων με συνέπεια μεταβλητές όπως η διάθεση,

το άγχος και προηγούμενες εμπειρίες να επηρεάζουν την αίσθησή του. Έτσι η αίσθηση του είναι μοναδική και άκρως εξατομικευμένη.<sup>7</sup>

Η πολυπλοκότητά του συνοψίστηκε από το National Institutes of Health Consensus Development Conference (1987) ως μια υποκειμενική εμπειρία που μπορεί να γίνει αντιληπτή άμεσα μόνο από τον πάσχοντα, δεν υπάρχει μεμονωμένος αλλά σε συγκεκριμένα ψυχοκοινωνικά, οικονομικά και πολιτισμικά πλαίσια που επηρεάζουν τη σημασία, την αίσθηση και τις λεκτικές και μη λεκτικές εκφράσεις του.

Η αρνητική επίδραση του πόνου μειώνει την ποιότητα ζωής και επηρεάζει τη διάθεση, τον ύπνο, τις καθημερινές δραστηριότητες, τις κοινωνικές ασχολίες, την αντίληψη όπως επίσης τις υπαρξιακές ανησυχίες του ατόμου.<sup>9</sup>

Ανάλογα με το χρόνο έναρξης και τη διάρκειά του διακρίνεται σε οξύς και χρόνιος. Ο οξύς πόνος σχετίζεται με τον τραυματισμό ή την ασθένεια και συνήθως είναι είτε μικρής διάρκειας είτε πρόσφατης έναρξης. Συχνά λειτουργεί ως προειδοποιητικό σημείο για τη διακοπή μιας περαιτέρω βλάβης και κάνει το άτομο που υποφέρει να αναζητά βοήθεια. Οι Melzack και Wall (1988) περιγράφουν τα χαρακτηριστικά του οξέος πόνου ως «συνδυασμό ιστικής βλάβης, πόνου και άγχους». Στον αντίποδα βρίσκεται ο χρόνιος πόνος με διάρκεια 6 μηνών και περισσότερο ο οποίος παραμένει μεγαλύτερο διάστημα απ'ότι μπορεί να θεωρηθεί ως προειδοποιητικό σύμπτωμα.

Σύμφωνα με τον Sternbach (1987) η διαφορά μεταξύ οξύτητας και χρονιότητας του πόνου είναι μεγαλύτερη από τη διάρκειά τους. Υποστηρίζει πως ο χρόνιος πόνος δεν είναι ένα σύμπτωμα ή προειδοποιητικό σημείο ή κατάσταση ανάγκης για ανάπαυση αλλά ένα σύνδρομο που πρέπει να αντιμετωπιστεί με τον κατάλληλο τρόπο.<sup>7,9</sup>

Συζητείται έντονα αν το όριο του πόνου ή κατώφλι του πόνου (η μικρότερη εμπειρία του πόνου που μπορεί να προσδιορίσει ένα άτομο) και το επίπεδο αντοχής του πόνου (η μεγαλύτερη ένταση του πόνου που μπορεί να ανεχθεί ένα άτομο) αλλάζει στους ηλικιωμένους. Επικρατεί η άποψη πως κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, προβλήματα στέγασης, η μοναξιά, και η κοινωνική απομόνωση είναι πιθανόν να επηρεάζουν την ευαισθησία στον πόνο στους ηλικιωμένους. Ακόμη αναφέρεται ότι η “ουδός” του πόνου στους ηλικιωμένους έχει μεγαλύτερο εύρος από εκείνη των νεότερων. Αν και η ευαισθησία του πόνου είναι δύσκολο να εκτιμηθεί ποσοτικά, υπάρχουν ενδείξεις ότι ο πόνος ελαττώνεται μετά το 70<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας.

### ***Συσχέτιση χρόνιου πόνου και κατάθλιψης***

Μια αναφορά για πόνο μπορεί να έχει ευρύτερη σημασία και να αφορά περισσότερα από όσα είναι άμεσα ορατά. Η προχωρημένη ηλικία αρκετές φορές σχετίζεται με την απώλεια σωματικής υγείας, αγαπημένων προσώπων, μειωμένους οικονομικούς πόρους και τα παράπονα για πόνο πιθανά να θεωρούνται ως μια αποδεκτή προσπάθεια για απόσπαση μερικής φροντίδας.

Συμπτώματα όπως φτωχή συγκέντρωση, διαταραχές προσοχής, αλλαγές στη συμπεριφορά και μη ειδικά συμπτώματα σαν την ανορεξία και την εξάντληση μπορούν να αποδοθούν στον πόνο.

Πολλές έρευνες φανέρωσαν μια συσχέτιση μεταξύ του χρόνιου πόνου και της κατάθλιψης αν και το αναφερόμενο ποσοστό που πάσχει από κατάθλιψη ποικίλει. Ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα η σχέση των δύο μπορεί να διαφέρει. Σε αντίθεση με τους νεότερους ασθενείς, καθώς η ένταση του πόνου αυξάνει στους ηλικιωμένους νιώθουν πως έχουν λιγότερο έλεγχο της ζωής τους και τα συμπτώματα της κατάθλιψης επιδεινώνονται.<sup>9</sup>

Η υψηλή επίπτωση του πόνου στους ηλικιωμένους οφείλεται σε τρεις βασικούς παράγοντες. Πρώτον οι ίδιοι δεν αναφέρουν τον πόνο εξαιτίας της επικρατούσας αντίληψης «οι ηλικιωμένοι πρέπει να μάθουν να ζουν με αυτόν» και επειδή πιστεύουν ότι δε θεραπεύεται. Φοβούμενοι ότι θα χαρακτηριστούν κουραστικοί αποφεύγουν την επίκληση βοήθειας. Δεύτερον η μη εντόπισή του λόγω κακής επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματία υγείας και γέροντα οδηγεί σε αυξημένη επίπτωση του πόνου. Τρίτον η μη αντιμετώπισή του εξαιτίας συνδυασμού των δύο παραπάνω.

Με άλλα λόγια η μη αναφορά του από τους ηλικιωμένους και η αδυναμία εντοπισμού του από τους νοσηλευτές καταλήγει στην παράβλεψή του.<sup>4, 15</sup>

### **2.1.3 Πτώσεις - Ατυχήματα**

Οι πτώσεις αποτελούν τα πιο συχνά ατυχήματα που συμβαίνουν στους ανθρώπους και ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα. Αναφέρεται ότι η προχωρημένη ηλικία σε συνδυασμό με μια σειρά από μεταβολές που σχετίζονται με τη διεργασία του γήρατος ευνοούν την επέλευση των πτώσεων.

Με την πάροδο του χρόνου τα όργανα του σώματος ατονούν και τα αντανακλαστικά μειώνονται. Τα οστά γίνονται πιο δύσκαμπτα και αυξάνεται η συχνότητα των παθήσεων των αρθρώσεων.<sup>16</sup>

Επιπλέον συνυπάρχοντα προβλήματα όπως η έκπτωση αισθητηρίων οργάνων (μείωση οξύτητας όρασης) συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση των περιστατικών από πτώσεις.

Ορισμένες φορές μια πτώση μπορεί να υποδηλώνει σημείο αρχόμενης νόσου ή εκδήλωση προϋπάρχουσας νοσηρής κατάστασης.<sup>17</sup>

Ανεξάρτητα από την αιτία που οδήγησε στην πτώση καθεμιά μπορεί να έχει διαφορετική έκβαση ανάλογα με την βαρύτητα των προβλημάτων που έχουν προκύψει καθώς και με τη γενική κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου.<sup>18</sup>

Οι συνέπειες που προκύπτουν κυμαίνονται από απλά ως πολύ σοβαρά προβλήματα. Για παράδειγμα, μια ανώμαλη πτώση δύναται να προκαλέσει ελάχιστους μόνο μώλωπες, ενώ άλλες φορές σοβαρότερους τραυματισμούς που ενδέχεται ακόμη να οδηγήσουν στο θάνατο.

Η μεγαλύτερη συχνότητα των πτώσεων παρατηρείται σε άτομα που ζουν σε διάφορα ιδρύματα ηλικίας άνω των 80 ετών.

#### Παράγοντες που οδηγούν σε πτώσεις :

- ακατάλληλα υποδήματα
- ανεπαρκής φωτισμός
- μειωμένη κινητικότητα (ασταθές βάδισμα)
- απουσία περιπατητικών βοηθημάτων
- αισθητηριακή ανεπάρκεια όπως η μειωμένη οξύτητα όρασης
- διαταραχές αρτηριακής πίεσης (υπέρταση, υπόταση)
- παθήσεις μυοσκελετικού συστήματος (αρθρίτιδες, οστεοπόρωση)
- χάλαση σφιγκτήρων ουροδόχου κύστης και εντερικού σωλήνα (γρήγορο βάδισμα για έγκαιρη κένωση).<sup>19</sup>

#### Επιπτώσεις πτώσεων :

Συνήθεις επιπλοκές που προκαλούνται σε ηλικιωμένα άτομα μετά από πτώση είναι οι ακόλουθες

- › ψυχολογικά προβλήματα από την ψυχοτραυματική εμπειρία της πτώσης
- › ρήξη εσωτερικών οργάνων

- › κατάγματα σκελετού
- › ατροφία μυών λόγω παρατεταμένης ακινησίας στην περίοδο αποκατάστασης κάποιου κατάγματος
- › πρόκληση κατακλίσεων από μακροχρόνια παραμονή στο κρεβάτι εξαιτίας της πτώσης

#### **2.1.4 Κατακλίσεις**

Ως κατάκλιση ορίζεται η κυτταρική νέκρωση του δέρματος και των υποκείμενων ιστών εξαιτίας διακοπής της μικροκυκλοφορίας του αίματος στην περιοχή αυτή λόγω παρατεταμένης άσκησης πίεσης.<sup>20, 21, 22</sup>

Αυτού του είδους οι δερματικές βλάβες δεν αποτελούν πρόβλημα μονάχα για τους ηλικιωμένους, καθώς εμφανίζονται σε όλες τις ηλικίες σαν αποτέλεσμα παρατεταμένης παραμονής στο κρεβάτι.

Είναι γεγονός ότι οι κατακλίσεις αποτελούν κριτήριο της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας που δέχονται οι ηλικιωμένοι.

##### Προδιαθεσικοί παράγοντες πρόκλησης κατάκλισης :

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

- *Τριβή.* Στην προσπάθειά του ο ηλικιωμένος να αλλάξει θέση προκαλείται τριβή σε ορισμένα σημεία του σώματος. Έτσι η επιδερμίδα ερεθίζεται και είναι επιρρεπής στις κατακλίσεις.
- *Ακράτεια ούρων ή κοπράνων.* Όταν ο ηλικιωμένος είναι κατακεκλιμένος αδυνατεί να επισκεφτεί την τουαλέτα για την ανάγκη της ούρησης και αφόδευσης με αποτέλεσμα τη χρήση ειδικών εσωρούχων μιας χρήσης. Σε περίπτωση που αυτές οι πάνες δεν αντικατασταθούν με καινούργιες όταν λερωθούν η υγρασία που υπάρχει προδιαθέτει στη δημιουργία κατακλίσεων.
- *Αδυναμία κίνησης.* Η άσκηση πίεσης σε ευαίσθητα σημεία για μεγάλο χρονικό διάστημα εξαιτίας της αδυναμίας του υπερήλικα να αλλάξει θέση στο κρεβάτι οδηγεί στην ανάπτυξη κατάκλισης.



- *Απώλεια αισθητικότητας.* Σε εγκεφαλική βλάβη που προκαλεί απώλεια της αισθητικότητας, τα ηλικιωμένα άτομα δεν αισθάνονται τον πόνο ώστε να αλλάξουν θέση με συνέπεια ερεθισμό του δέρματος και πρόκληση κατάκλισης.
- *Ελαττωμένη θρέψη και απώλεια μυϊκής μάζας*
- *Περιφερική αγγειοπάθεια.* Συνήθως σακχαροδιαβητικοί ασθενείς παρουσιάζουν περιφερική αγγειοπάθεια που επιταχύνει τη διαδικασία πρόκλησης κατάκλισης.<sup>18, 21</sup>

## 2.1.5 Οδοντικά Προβλήματα

Η ανεπαρκής στοματική υγιεινή των ηλικιωμένων ατόμων μπορεί να οφείλεται σε ελλιπή θρέψη, γήρανση, διαβήτη, ανεπαρκή οδοντιατρική φροντίδα ή ελαττωματική αποκατάσταση των δοντιών που δύναται να δημιουργήσει ερεθισμούς από ακατάλληλα προσαρμοσμένες οδοντοστοιχίες.

Οι οδοντιατρικές ανάγκες τους συχνά παραμελούνται. Παρά τις αυξανόμενες ανάγκες που παρουσιάζονται με την πάροδο της ηλικίας, τα ηλικιωμένα άτομα επισκέπτονται λιγότερο τακτικά τον οδοντίατρο συγκριτικά με εκείνα κάτω των 65 ετών εξαιτίας οικονομικών περιορισμών ως επί των πλείστων.<sup>23</sup>

Περισσότεροι από το 50 % των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών έχουν απολέσει κάποια δόντια λόγω τερηδόνας ή περιοδοντικής νόσου και σημαντικό και σημαντικό ποσοστό ατόμων ηλικίας 65 – 74 ετών έχουν χάσει αφαιρέσει όλα τους τα δόντια.<sup>5</sup>

Αρκετοί είναι αυτοί που υποστηρίζουν πως οι οδοντιατρικές ανάγκες των ηλικιωμένων μπορεί να περιπλέκονται από συννοσηρότητες πέραν του οδοντιατρικού ιστορικού τους. Η απώλεια των δοντιών μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκή θρέψη και μεταβάλλει τη σωματική εικόνα με αποτέλεσμα τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την απόσυρση από υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα.

Οι υπερήλικες που ζουν σε οίκους ευγηρίας ή είναι περιορισμένα στο σπίτι έχουν ανάγκη ενδεδειγμένου οδοντικού ελέγχου. Παλαιότερη έρευνα με αναφορά σε ηλικιωμένους έγκλειστους σε ιδρύματα και περιορισμένους στο σπίτι έδειξε παρεμφερή αποτελέσματα και για τις δυο ομάδες.

Τα σημεία κακής στοματικής υγιεινής είναι κακοσμία του στόματος, εξοίδηση των ούλων, ερυθρότητα με αιμορραγία και κινητικότητα των δοντιών με συνοδευόμενη απόλυσή τους.<sup>23</sup>

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει εξάλειψη του ερεθιστικού παράγοντα και συχνό οδοντιατρικό έλεγχο. Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι προετοιμασμένοι για παραπομπή των ηλικιωμένων στον οδοντίατρο.

### **2.1.6 Φαρμακολογία και ηλικιωμένος ασθενής**

Η πάροδος της ηλικίας επιφέρει επιδείνωση της υγείας και της οργανικής λειτουργίας. Η επιδείνωση της υγείας οδηγεί στη χρήση περισσότερων φαρμάκων. Αυτό σε συνδυασμό με τη μείωση της οργανικής λειτουργίας αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών και αλληλεπιδράσεων στους ηλικιωμένους από ότι στους νεότερους ασθενείς.<sup>24</sup>

Έχει δοθεί μεγάλη έμφαση στην κοινότητα της φροντίδας υγείας στις ακολουθούμενες φαρμακευτικές αγωγές, με επίκεντρο την πρόληψη των επιπλοκών από τη συνταγογράφηση ακατάλληλων φαρμάκων.<sup>25</sup>

Μελέτες έχουν εντοπίσει φαρμακευτικές αγωγές ή κατηγορίες φαρμακευτικών συσκευασιών οι οποίες θα πρέπει να αποφεύγονται γενικά σε άτομα ηλικία άνω 65 ετών για δυο λόγους.

Πρώτον υπάρχουν φαρμακευτικές αγωγές που είτε είναι αναποτελεσματικές είτε θέτουν σε αυξημένο κίνδυνο άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ενώ μια ασφαλέστερη εναλλακτική είναι διαθέσιμη.

Δεύτερον διατίθενται ορισμένες οι οποίες δεν θα έπρεπε να χρησιμοποιούνται σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν συγκεκριμένα ιατρικά προβλήματα.<sup>26</sup>

#### **2.1.6.1 Ανεπιθύμητες ενέργειες από τη λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων στους ηλικιωμένους**

Οι ηλικιωμένοι έχουν μειωμένη ικανότητα εξισορρόπησης όταν τα φάρμακα επηρεάζουν φυσιολογικές λειτουργίες. Οι επιδράσεις και οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να είναι περισσότερο έκδηλες στους ηλικιωμένους σε σύγκριση με τους νέους ασθενείς.<sup>24</sup>

Ανεπιθύμητα γεγονότα από τα φαρμακευτικά σκευάσματα μπορούν να συμβούν όταν ένας ασθενής λαμβάνει σκευάσματα ανεξάρτητα εάν έχουν χορηγηθεί με κατάλληλο ή μη τρόπο. Ένα ανεπιθύμητο γεγονός από τη λήψη κάποιου φαρμάκου

ορίζεται ως επιβλαβής και ανεπιθύμητη εκδήλωση για τον ασθενή, όπως συμπτώματα, σημεία και μη φυσιολογικά εργαστηριακά ευρήματα που προκαλούνται από το φάρμακο.<sup>27</sup>

Έρευνες έχουν δείξει ότι τουλάχιστον μια ακατάλληλη φαρμακευτική αγωγή είχε δοθεί στο 40% των τροφίμων νοσηλευτικών ιδρυμάτων και στο 21% των ηλικιωμένων που διαμένουν στην κοινότητα.<sup>28</sup>

### **2.1.6.2 Εθισμός των ηλικιωμένων στα φάρμακα**

Τα άτομα ηλικίας 65 ετών καταναλώνουν μεγάλο μέρος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Εκτός από το ότι αποτελούν σημαντικούς χρήστες των συνταγογραφούμενων φαρμάκων χρησιμοποιούν επίσης και μεγάλα ποσά μη συνταγογραφούμενων θεραπειών με πιθανή συνεργιστική δράση ή αλληλεπίδραση με τα υπόλοιπα φάρμακα που λαμβάνουν.

Οι επαγγελματίες υγείας ενισχύουν το πρόβλημα κατάχρησης μέσω της συνταγογράφησης όταν δεν αξιολογούν τα φάρμακα που λαμβάνει ο ηλικιωμένος προτού χορηγήσουν περισσότερα.

Ένας ενήλικας άνω των 65 ετών λαμβάνει κατά μέσο όρο 5,7 φάρμακα καθημερινά.<sup>29</sup> Συχνά αυτά τα φάρμακα μπορεί να μην είναι απαραίτητα και να μην χορηγούνται όπως θα έπρεπε. Το 5%- 15% των ηλικιωμένων που εισάγονται στο νοσοκομείο συνδέεται με προβλήματα σχετιζόμενα με ναρκωτικά ή τοξικές ανεπιθύμητες ενέργειες.<sup>26</sup>

Οι φαρμακευτικές αυτές ουσίες είναι χημικές ή βιολογικές ενώσεις που δρουν καταστέλλοντας ή διεγείροντας το κεντρικό νευρικό σύστημα και λαμβάνονται σε μεγάλα ποσοστά από ηλικιωμένες γυναίκες.

Στην κατηγορία αυτή των ουσιών περιλαμβάνονται τα οπιοειδή, τα πτητικά διαλύματα, η κάνναβη και το αλκοόλ.<sup>24</sup>

## **2.2 Δυνητικά προβλήματα της καθημερινής διαβίωσης για τους υπερήλικες**

### **2.2.1 Ανάβαση και κατάβαση σκάλας**

Ενώ για τους νέους και μεσήλικες η ανάβαση και κατάβαση σκαλοπατιών φαντάζει μια εύκολη και απλή διαδικασία για τα άτομα της τρίτης ηλικίας αποτελεί μια δύσκολη και δυσάρεστη κατάσταση. Αυτό οφείλεται στα πολλαπλά σκελετικά προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν όπως παραδείγματος χάριν αρθρίτιδα, οστεοπόρωση και σπασίματα από πτώσεις.

### **2.2.2 Κούμπωμα κουμπιών ή φερμουάρ**

Επίσης η ανάγκη για ένδυση και υπόδηση φέρνει σε στενάχωρη θέση τους ηλικιωμένους οι οποίοι αδυνατούν να κουμπώσουν τα ρούχα τους και να φορέσουν παπούτσια κλειστά που χρειάζονται δέσιμο κορδονιών και απαιτούν ευλυγισία. Αφενός η δυσχέρεια προέρχεται από την έλλειψη μυϊκού τόνου στα χέρια και μειωμένης όρασης και αφετέρου από την ανάγκη να σκύψουν που πολλές φορές τους προκαλεί ζάλη με αποτέλεσμα να προκύπτει πτώση.

### **2.2.3 Μεταφορά των αγορών στο σπίτι και πρόσβαση σε αντικείμενα που είναι τοποθετημένα σε ψηλά ράφια**

Για τους νέους ανθρώπους η μεταφορά των αγορών στο σπίτι ύστερα από μια βόλτα στο εμπορικό κέντρο αποτελεί ευχάριστη διαδικασία, σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους οι οποίοι λόγω των μυοσκελετικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν αδυνατούν να ξοδέψουν αρκετό χρόνο μπροστά στις βιτρίνες και να μεταφέρουν τα ψώνια στην οικεία τους.

Για τους δεύτερους η εξυπηρέτηση αυτή φαντάζει συχνά πελώριο πρόβλημα με συνέπεια πολλές φορές να αποξενώνονται και να αισθάνονται ανίκανοι να εκτελέσουν καθημερινές, απλές δραστηριότητες διαβίωσης.

Επίσης νοσήματα όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η οστεοπόρωση τους εμποδίζουν να χρησιμοποιήσουν αντικείμενα που βρίσκονται στο χώρο τους αλλά σε επίπεδο ψηλότερο από το ύψος τους. Η χρήση ειδικών υποστηρικτικών μέσων παρότι προσφέρει σημαντική βοήθεια ενίοτε οδηγεί σε θλιβερές για τους ηλικιωμένους

καταστάσεις. Για παράδειγμα τακτικό φαινόμενο είναι η πρόκληση κατάγματος από πτώση που προκλήθηκε τη στιγμή που ο υπερήλικας ανέβηκε σε σκαμνί να τοποθετήσει κάποιο προσωπικό αντικείμενο στο ντουλάπι.

Επιπλέον προβλήματα της καθημερινότητας των ηλικιωμένων με κοινή αιτία που δυσκολεύουν την εξυπηρέτησή τους είναι η τοποθέτηση παπουτσιών και καλτσών, η ανάγνωση ετικετών προϊόντων, η ατομική υγιεινή, η καθαριότητα σπιτιού, ατυχήματα ή τραυματισμοί στο σπίτι που περνούν απαρατήρητα από τους άλλους και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής.



## **Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>**

### **Οι ανάγκες των γερόντων**

## Οι ανάγκες των γερόντων

### 3.1 Ατομική υγιεινή

Το δέρμα είναι το μεγαλύτερο όργανο του οργανισμού, προστατεύοντάς το από τη θερμότητα, το φως, τις λοιμώξεις και τους τραυματισμούς συμβάλλει στη ρύθμιση της θερμοκρασίας, στην αντίληψη του πόνου και των άλλων ερεθισμάτων, Άλλη μια εξίσου σπουδαία λειτουργία του είναι η αποθήκευση σημαντικών στοιχείων όπως το νερό και το λίπος για την διατήρηση του οργανισμού και η αποτροπή της εισόδου μικροβίων σε αυτόν.

Καλύπτει ολόκληρη την επιφάνεια του σώματος και είναι συνέχεια των βλεννογόνων υμένων του στόματος, των οφθαλμών, των αυτιών, της μύτης, του αιδοίου και του ορθού. Συνεπώς η καλή υγιεινή είναι καθοριστικής σημασίας για την ακεραιότητα και τη σωστή λειτουργία κάθε στιβάδας.<sup>30</sup>

Η παραμέληση της ατομικής υγιεινής μπορεί να επηρεάσει την ψυχική και συναισθηματική ευεξία του ατόμου. Πέρα από αυτό η μικροβιακή χλωρίδα του δέρματος αναμιγνύεται με νεκρωμένα κύτταρα του σώματος, σμήγμα και με τα διάφορα μικροσωματίδια του ατμοσφαιρικού αέρα δημιουργώντας ρύπο και κακοσμία που τον συνοδεύει.

Εκτός από τα δερματολογικά νοσήματα που προκαλεί ο ρύπος δύναται να εμποδίσει βασικές λειτουργίες του δέρματος όπως είναι η άδηλος αναπνοή, η απορροφητικότητα και η απέκκριση σμήγματος.

Η ατομική υγιεινή επιτυγχάνεται με τη φροντίδα του δέρματος και των επί μέρους δομών (τριχωτό της κεφαλής , στοματική κοιλότητα , φροντίδα ονύχων). Το λουτρό εκτός από από την καλαισθητη και πολιτισμένη εμφάνιση που εξασφαλίζει απομακρύνοντας μικροοργανισμούς και ακαθαρσίες από το δέρμα παράλληλα τονώνει την κυκλοφορία του αίματος και παρέχει μια αίσθηση φρεσκάδας και άνεσης. Για ορισμένους ασθενείς είναι μια ευκαιρία για κοινωνικοποίηση και χαλάρωση, ιδιαίτερα όταν αυτοί είναι κατακεκλιμένοι και ανήμποροι.<sup>18</sup>

Κατά την αξιολόγηση των αναγκών της ατομικής υγιεινής του ηλικιωμένου πρωταρχικό στοιχείο θεωρείται ο καθορισμός της λειτουργικής του κατάστασης καθώς και η ικανότητά του να εκτελεί απλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Για την αξιολόγησή τους η παρατήρηση είναι το σημαντικότερο μέσο. Με την επισκόπηση εκτιμάται η γενική εμφάνιση, η κατάσταση των μαλλιών, των ονύχων και του δέρματος. Πολλές φορές η παραμελημένη αυτοφροντίδα αποτελεί πρώιμο

σημείο επιδείνωσης της γνωστικής λειτουργίας και πιθανολογείται να υποδηλώνει διάφορου βαθμού άνοια.

Η δυνατότητα του ηλικιωμένου να πραγματοποιεί δραστηριότητες αυτοφροντίδας ικανοποιεί θεμελιώδεις ανάγκες και συμβάλλει στην επίτευξη του στόχου της άνεσης.

Στην ατομική υγιεινή εντάσσεται και το καλό πλύσιμο των χεριών πριν το γεύμα και μετά τη χρήση τουαλέτας, το οποίο συχνά παραβλέπεται μαζί με την υγιεινή ύστερα από επεισόδια ουρικής ακράτειας ή κοπράνων. Επίσης δεν είναι αρκετό μόνο να αλλάζονται οι πάνες και ο ασθενής να παραμένει καθαρός, εάν δεν καθαριστεί η επιδερμίδα του κάθε ασθενή έπειτα από επεισόδιο αναπτύσσεται ο κίνδυνος δερματικών προβλημάτων που συμπεριλαμβάνει επώδυνη, ερεθισμένη επιδερμίδα.

Όσον αφορά τα νύχια, χρειάζεται προσοχή από τα άτομα της τρίτης ηλικίας για αποφυγή πρόκλησης αμυχών με βρώμικα χέρια. Αυτό γιατί στα νύχια συσσωρεύονται βακτήρια από όλο το σώμα και είναι εύκολη η είσοδος βακτηρίων στην κυκλοφορία του αίματος.

Ένα ακόμη μέρος του σώματος που χρήζει ιδιαίτερη φροντίδα και καθαριότητα είναι τα κάτω άκρα. Καλό θα ήταν να γίνεται καθημερινή πλύση των ποδιών και τα νύχια να είναι κοντά. Τα περισσότερα προβλήματα των ποδιών προξενούν κακουχία και δυσκολία στην κίνηση. Έτσι λοιπόν απαιτείται ιδιαίτερη φροντίδα.

Μεγάλος αριθμός προβλημάτων μπορεί να προκληθεί από φτωχή στοματική υγιεινή. Σημαντικά προβλήματα που συνδέονται με παραμελημένο στόμα αναφέρονται οι μολύνσεις του ίδιου του στόματος, δυσάρεστη γεύση που οδηγεί σε απώλεια όρεξης, ξηροστομία, κακή αναπνοή, και σκίσιμο των χειλιών.<sup>12</sup>

### **3.2 Ανάπαυση και ύπνος**

Ο ύπνος είναι φυσική επαναλαμβανόμενη διεργασία σημαντική για τη διατήρηση της φυσικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Πρόκειται για προσωρινή, περιοδική παύση ή διακοπή της αφυπνιστικής κατάστασης η οποία επικρατεί σε υγιή ενήλικα.



Περιγράφεται ως περίοδος χαλάρωσης (μηχανικής ηρεμίας) όμοιας με κωματώδη κατάσταση κατά τη διάρκεια του οποίου η αντίληψη του περιβάλλοντος είναι ελαττωμένη αλλά όχι απύσχα. Οι ανάγκες για τον ύπνο ποικίλλουν και εξαρτώνται από την ηλικία, τη δραστηριότητα και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου.

Η πτώση της συνείδησης παρέχει χρόνο στα συστήματα του οργανισμού να ανασυγκροτηθούν και ανανεωθούν. Έτσι ο ύπνος είναι διορθωτικός μηχανισμός που συμβάλλει στην αναγέννηση της φυσιολογικής και συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου.<sup>31</sup>

Η αντίληψη του ύπνου στα ηλικιωμένα άτομα πολλές φορές είναι ιδιαίζουσα. Ο μεγαλύτερος αριθμός των ηλικιωμένων παραπονείται για αϋπνίες τη στιγμή που οικεία πρόσωπα τους βεβαιώνουν το αντίθετο. Το φαινόμενο αυτό συμβαίνει διότι ο ύπνος τους είναι επιπόλαιος και χωρίς βάθος με αποτέλεσμα να έχουν την αίσθηση πως δεν κοιμούνται καθόλου.<sup>3</sup>

### Κιρκάδιος Ρυθμός

Προέρχεται από το λατινικό Circa = περίπου και dia = ημέρα. Ο ρυθμός αυτός σχετίζεται με εσωτερικές ταλαντεύσεις φυσιολογικών παραμέτρων του σώματος που συντελούν σε ψυχικές και φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν κάθε 24 ώρες.

Ο βιολογικός ρυθμός του ύπνου συχνά συγχρονίζεται και με άλλες λειτουργίες του οργανισμού. Παραδείγματος χάριν αλλαγές στη θερμοκρασία του σώματος σχετίζονται με τον τύπο του ύπνου. Η μέγιστη θερμοκρασία υπό φυσιολογικές συνθήκες εμφανίζεται το απόγευμα, μειώνεται προοδευτικά και πέφτει απότομα μόλις αποκοιμηθεί το άτομο. Όταν ο ύπνος διακοπεί τότε θα αλλάξουν και άλλες φυσιολογικές λειτουργίες.<sup>7</sup>

Η κυκλική φάση του ύπνου ελέγχεται από εξειδικευμένες περιοχές του εγκεφαλικού στελέχους :

A) το δικτυωτό ενεργοποιό σύστημα ( ΔΕΣ ) , το οποίο βρίσκεται στο στέλεχος του εγκεφάλου, στο νωτιαίο σωλήνα και στο φλοιό του εγκεφάλου και

B) τη συγχρονιστική περιοχή του βολβού (ΣΠΒ).

Και τα δυο συστήματα εργάζονται εναλλακτικά δραστηριοποιώντας ή καταστέλλοντας τα ανώτερα εγκεφαλικά κέντρα.

Το ΔΕΣ δέχεται διάφορα αισθητικά ερεθίσματα όπως ακουστικά, οπτικά, πόνου που προσδίδουν στο άτομο επαγρύπνηση και ετοιμότητα. Επίσης το ερεθίζεται από ανώτερα κέντρα του εγκεφαλικού φλοιού.

#### Παράγοντες που επηρεάζουν τον ύπνο:

Πολλοί και ποικίλοι είναι οι παράγοντες που δύναται να διαταράξουν την ομαλότητα του ύπνου. Ενδεικτικά σημειώνουμε τους ακόλουθους

§ ηλικία, με το πέρασ του χρόνου η ποσότητα του ύπνου διαφοροποιείται

§ αλκοόλ, μικρές ποσότητες προάγουν τον ύπνο διότι προκαλούν χαλάρωση, ενώ μεγάλες ποσότητες αναστέλλουν τη λειτουργία του

§ άσκηση και κόπωση, μετρίου βαθμού κόπωση ύστερα από άσκηση ή ευχάριστη εργασία εξασφαλίζει ξεκούραστο ύπνο. Αντιθέτως υπερβολική κόπωση εξαιτίας είτε εξουθενωτικής είτε στρεσογόνου εργασίας οδηγεί σε διαταραχές στον ύπνο

§ ψυχολογικό stress, άτομα με προσωπικά προβλήματα αναπτύσσουν stress αυξάνοντας την ένταση που είναι κατασταλτική του ύπνου

§ φάρμακα, οι δράσεις και παρενέργειές τους επιφέρουν αλλαγές στον ύπνο. Ενδεικτικά αναφέρονται τα αντιυπερτασικά και τα διουρητικά.<sup>3, 12</sup>

#### Επερχόμενες αλλαγές στον ύπνο σε σχέση με τη γήρανση

Έρευνες αναφέρουν πως η ποσότητα του ύπνου όπως και η ανάγκη γι' αυτόν δε μειώνεται με τη γήρανση. Ο συνολικός χρόνος ύπνου για μια 24ωρη περίοδο δεν μπορεί να αλλάξει παρά μόνο μέχρι μια ώρα για όλη τη ζωή ενός ανθρώπου, παρότι ο συγχρονισμός και η ποιότητά του αλλοιώνονται σημαντικά.

Οι ηλικιωμένοι φαίνεται να περνούν περισσότερο χρόνο στο κρεβάτι είτε χωρίς προσπάθεια να κοιμηθούν είτε με ανεπιτυχή προσπάθεια να κοιμηθούν είτε πάλι για λόγους ανάπαυσης. Η πλειονότητα αυτών δεν ικανοποιείται με τον ύπνο τους χωρίς υπαρκτά στοιχεία αιτιότητας και αποτελέσματος που να συνδέουν τη μη ικανοποίησή τους με μεταβολές που εμφανίζονται στην περίοδο της γήρανσης.

Σύμφωνα με το Bahr εάν ο ύπνος επιτρέπει λιγότερο ολοκληρωμένη ανάπαυση από ότι απαιτείται ψυχολογικά ή σωματικά ο γέροντας θα παρουσιάσει συμπτώματα κόπωσης, κεφαλαλγίες, μειωμένη συγκέντρωση, προβλήματα όρασης, απάθεια, μειωμένη συγκέντρωση και προβλήματα στο μυοσκελετικό συντονισμό.

Προβλήματα που συχνά απαντώνται στα ηλικιωμένα άτομα στη διάρκεια της ανάπαυσης στο κρεβάτι είναι

€ το ροχαλητό που αυξάνεται με τη γήρανση σαν αποτέλεσμα της εκφύλισης των οργάνων,

€ η νυκτουρία επίσης σημειώνεται ως παράγοντας διακοπής του η οποία επιδεινώνεται με την παρουσία άγχους ή αλλαγής περιβάλλοντος,

€ ασυνήθιστη νυκτερινή συμπεριφορά, οι ηλικιωμένοι συχνά είναι επιρρεπείς στο νυκτερινό αποπροσανατολισμό που επιδεινώνεται από κάποια ασθένεια, φαρμακευτική αγωγή ή αλλαγή στο περιβάλλον. Η φυσική συμπεριφορά στη διάρκεια της νύκτας περιλαμβάνει παραμιλητό, κραυγές, ροχαλητό και τριγμό των δοντιών,

€ αϋπνία, συνοδευόμενη με άσχημο ύπνο και κόπωση την επόμενη μέρα. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν δυσκολία στον ύπνο, τακτικές αφυπνίσεις, ανικανότητα συνέχισης του ύπνου μετά τη διακοπή, πρόωπη έγερση το πρωί από το κρεβάτι.<sup>3</sup>

Έχει παρατηρηθεί ότι άνθρωποι νευρωτικοί έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στο να κοιμηθούν και παρουσιάζουν ενοχλητικό ύπνο με λιγότερη ανάπαυση.

Άτομα με φτωχό ύπνο εμφανίζουν δυνητικά μεγαλύτερα επίπεδα άγχους σε σχέση με εκείνα που κοιμούνται για μεγαλύτερο διάστημα, κόπωση, αυξημένη ευερεθιστότητα ,ατημέλητη εμφάνιση και σημεία λήθαργου.

Είναι απαραίτητο να γίνει συνείδηση στα ηλικιωμένα άτομα ότι ο ανεπαρκής ύπνος είναι σοβαρός εχθρός της υγείας τους. Πρέπει να λαμβάνονται μέτρα ώστε η ανάπαυσή τους να διαταράσσεται όσο το δυνατόν λιγότερο.

Η λήψη ροφημάτων όπως το τσάι και ο καφές, φαρμάκων ή διαφόρων σκευασμάτων που προκαλούν αϋπνία καλό είναι να αποφεύγεται όπως επίσης η συζήτηση οικογενειακών προβλημάτων πριν τον ύπνο.

Μικρές δόσεις υπνωτικών χορηγούνται προσεκτικά κατόπιν ιατρικής οδηγίας τηρώντας αυστηρά τη δοσολογία.

### 3.3 Διατροφή – Σίτιση

Η ποιότητα της ζωής και η μακροβιότητα του ατόμου βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με τις διατροφικές συνήθειές του. Ωστόσο οι ανάγκες σε θρεπτικές ουσίες διαφοροποιούνται και ποικίλουν από άτομο σε άτομο ανάλογα με το φύλο, τη σωματική διάπλαση όπως και με την ηλικία.<sup>32</sup>

Κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής διαδικασίας της γήρανσης η κατανάλωση τροφής και υγρών επηρεάζεται από σωματικές αλλαγές και αλλαγές στην όρεξη. Η κακή υγεία μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη κατανάλωση τροφίμων και υγρών και στην απώλεια σωματικού βάρους με συνέπεια τον ενεργειακό υποσιτισμό, φαινόμενο κοινό για τα ηλικιωμένα άτομα που συνδέεται με χαμηλό είτε με υπερβολικό σωματικό βάρος.<sup>9</sup>

Ο υποσιτισμός φαίνεται να συνδέεται με νευρολογικές διαταραχές όπως άνοια και παράλυση μυών της γνάθου λόγω εκφύλισης καθώς και με τη λήψη φαρμάκων τα οποία αλλοιώνουν τη γεύση ή προκαλούν ανορεξία.<sup>32</sup>

Οι αλλαγές αυτές που συμβαίνουν επιδρούν στην ικανότητα του ατόμου να διατηρεί ισορροπία στη θρέψη. Μείωση στις αισθήσεις της γεύσης και όσφρησης κατευθύνουν σε αυξημένη κατανάλωση άλατος, ζάχαρης και ουσιών που βελτιώνουν τις γεύσεις των τροφών.

Δεν πρέπει να ξεχνούμε ότι η διατήρηση φυσιολογικής διατροφής συνδέεται στενά με τις κοινωνικές και ψυχολογικές μεταβολές που συμβαίνουν στη γήρανση. Τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν χαμηλά εισοδήματα ή ζουν μόνα τους εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο προβλημάτων υποσιτισμού.

Οι διαιτητικές ανάγκες των ηλικιωμένων είναι όμοιες με αυτές των ενηλίκων με μόνη διαφοροποίηση τη μείωση του ποσού των λαμβανόμενων θερμίδων με την πάροδο της ηλικίας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι θερμιδικές προσλήψεις στην ηλικία των 60-70 ετών πρέπει να μειώνονται κατά 20% συγκριτικά με εκείνες των 25 ετών, ενώ άνω των 70 ετών να μειώνονται κατά 30 %. Με άλλα λόγια περίπου οι προσλαμβανόμενες θερμίδες για τους ηλικιωμένους ανά ημέρα καλό είναι να κυμαίνονται μεταξύ 1800 και 2200.<sup>33</sup>

Οι ανάγκες για πρόσληψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων δε διαφέρει στην Τρίτη ηλικία αλλάμια διατροφή που είναι φτωχή σε φρούτα και λαχανικά μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη βιταμίνης C και βιταμινών της ομάδας B που είναι πολύτιμες για το νευρικό σύστημα. Το ασβέστιο, κύρια πηγή του οποίου είναι τα

γαλακτοκομικά προϊόντα είναι πολύτιμο για τη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα καθώς συχνά παρουσιάζεται οστεοπενία και οστεοπόρωση.<sup>34</sup>

Σε γενικές γραμμές είναι ωφέλιμο οι ηλικιωμένοι να αποφεύγουν την υπερβολική λήψη τροφής και ποτών. Είναι χρήσιμο για ευνόητους λόγους να γίνει διαχωρισμός μεταξύ υγιών και ασθενών ατόμων.

Η σύνθεση του διαιτολογίου στους υγιείς γέροντες πρέπει να βασίζεται στην ποικιλία και να περιλαμβάνει όλα τα θρεπτικά συστατικά. Όσον αφορά πάσχοντα άτομα το διαιτολόγιο προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες.

Τέλος η επαρκής πρόσληψη νερού έχει ιδιαίτερη σημασία για την καλή ενυδάτωση του οργανισμού. Το αισθητήριο της δίψας μειώνεται γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης αφυδάτωσης.

Η διατροφική κατάσταση του ηλικιωμένου μπορεί να επιβάλλει εξειδικευμένη αντιμετώπιση. Σε όλες τις περιπτώσεις όμως μια διατροφή που ακολουθεί τον κανόνα ποικιλία- ισορροπία- μέτρο μπορεί να καλύψει τις ανάγκες του οργανισμού.<sup>34</sup>

### **3.4 Επικοινωνία και Κοινωνική ζωή**



Οι πιο πολλοί ηλικιωμένοι δεν επιθυμούν να γίνουνται βάρος σε κανέναν αντιθέτως θέλουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στους άλλους όπως κι εκείνοι τους βοηθούν. Αυτού του είδους αμοιβαιότητα αναπτύσσεται περισσότερο εύκολα στις φιλικές παρά στις οικογενειακές σχέσεις.

Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας συμπεριλαμβανομένων και όσων ζουν μόνοι έχουν ανθρώπους στους οποίους απευθύνονται για πάσης φύσης πρόβλημα οποιαδήποτε στιγμή το έχουν ανάγκη.

Παρότι η επικοινωνία με φίλους τείνει να μειώνεται με την ηλικία, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων έχουν έναν τουλάχιστον στενό φίλο με τον οποίο βρίσκονται σε συνεχή επαφή.

Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εκφράζουν με διαφορετικό τρόπο ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους όταν συναντιούνται με φίλους παρά όταν βρίσκονται με την οικογένειά τους ή όταν συναναστρέφονται με άλλα άτομα.

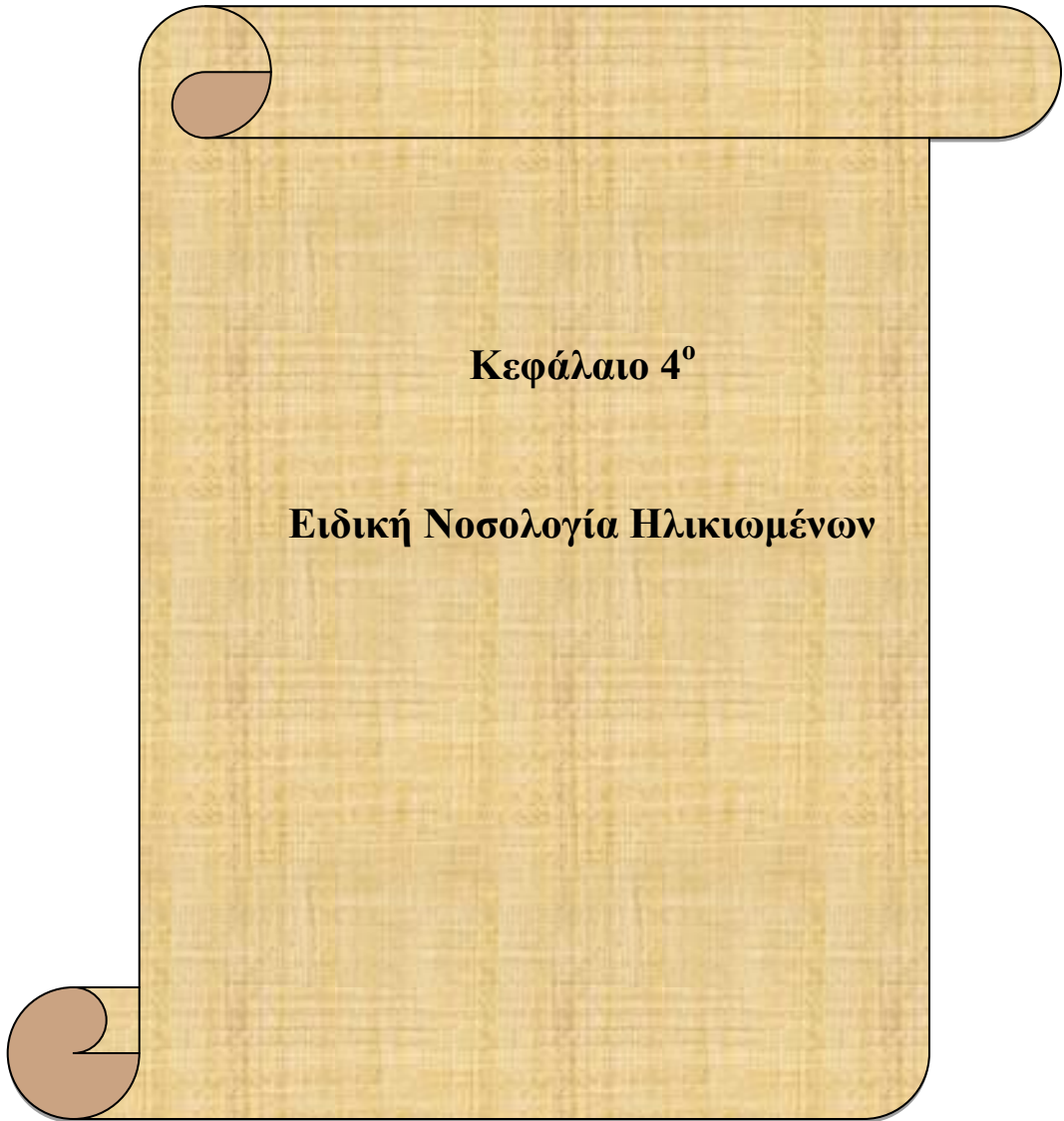
Η απώλεια μιας σημαντικής σχέσης για τους ηλικιωμένους οδηγεί σε αίσθημα κενού. Εκείνοι που δεν έχουν σχέσεις απομονώνονται, αγνοούνται και εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι άνθρωποι των οποίων οι σχέσεις βασίζονται σε θετικό υπόβαθρο επηρεάζονται λιγότερο από τα προβλήματα της καθημερινότητας και έχουν μεγαλύτερη την αίσθηση ελέγχου και ανεξαρτησίας.

Σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους που διατηρούν σχέσεις με αρνητικό υπόβαθρο οι οποίοι έχουν αρνητική αντίληψη για τον εαυτό τους και βρίσκουν τη ζωή μη ικανοποιητική.<sup>35</sup>

Η επαφή των παππούδων και των γιαγιάδων με τα εγγόνια τους, τους προσφέρει αναζωογόνηση, και τους κάνει να αισθάνονται λειτουργικοί και χρήσιμοι. Οι πρώτοι ωφελούνται από την αισιοδοξία και ενέργεια που εκπέμπουν τα παιδιά όπως και αυτά από την εμπειρία των μεγαλύτερων. Υπάρχει μια ζωντανή σχέση προσφοράς και αποδοχής συναισθημάτων και αξιών.

Τα παιδιά δίνουν την ευκαιρία στους ηλικιωμένους να κινητοποιηθούν και δραστηριοποιηθούν μέσω των περιπάτων και εξορμήσεων στη φύση όταν το επιτρέπει η φυσική κατάστασή τους. Τέλος με την εξιστόρηση ιστοριών αλλά και από διάφορα παιχνίδια ο νους τους βρίσκεται σε εγρήγορση.<sup>36</sup>

Οι αξίες που εκφράζονται από τις κοινωνικές σχέσεις στα άτομα αυτά είναι η βοήθεια, η στοργή και η επιβεβαίωση.<sup>35</sup>



## **Κεφάλαιο 4º**

### **Ειδική Νοσολογία Ηλικιωμένων**

## 4.1 Προβλήματα καρδιαγγειακού συστήματος

Μελέτες υποστηρίζουν ότι η ηλικία οδηγεί αναπόφευκτα σε μια προοδευτική έκπτωση της καρδιακής παροχής. Συχνά το γεγονός αυτό αντικρούεται από νεότερες έρευνες υγιών και ενεργών ηλικιωμένων ατόμων στους οποίους η καρδιακή λειτουργία διατηρείται με την ημερήσια άσκηση.

Αρκετές παθοφυσιολογικές μεταβολές στο καρδιαγγειακό σύστημα εμφανίζονται με την αύξηση της ηλικίας. Πολλές από αυτές τις μεταβολές οδηγούν σε απώλεια της καρδιακής εφεδρείας και οι οποίες δεν είναι εμφανείς όταν ο ηλικιωμένος ασθενής είναι σε ηρεμία. Γίνονται έκδηλες μόνο σε περίπτωση που το άτομο βρίσκεται σε σωματικό ή συναισθηματικό stress και η καρδιά δεν μπορεί να ικανοποιήσει τις αυξημένες μεταβολικές απαιτήσεις του σώματος.<sup>37</sup>

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα όπως η στεφανιαία νόσος, η υπέρταση, η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια είναι η πρώτη αιτία θανάτου και αναπηρίας σε ηλικιωμένα άτομα του Δυτικού κόσμου εξαιτίας ατροφίας του μυϊκού συστήματος του καρδιακού μυός και εναπόθεσης αλάτων με μορφή αθηρωματικών πλακών.<sup>23</sup>

### 4.1.1 Αρτηριακή υπέρταση

Η υψηλή αρτηριακή πίεση αποτελεί μείζον πρόβλημα υγείας στις βιομηχανικές χώρες λόγω της μεγάλης της συχνότητας (περίπου το 25 % των ενηλίκων ιδιαίτερα από 60 % των ατόμων άνω των 60 ετών στις ΗΠΑ).<sup>38</sup>

Όταν μιλάμε για αρτηριακή πίεση εννοούμε την πίεση του αίματος που ασκεί στα τοιχώματα των αρτηριών και την εκφράζουμε με δυο αριθμούς. Ο μεγαλύτερος αριθμός καλείται συστολική πίεση και αφορά την πίεση που προκαλείται με τη σύσπαση της καρδιάς και τον εξακοντισμό του αίματος στην αορτή. Ο μικρός αριθμός καλείται διαστολική πίεση και που παρατηρείται όταν η καρδιά χαλαρώνει για να γεμίσει ξανά οι κοιλότητες της με αίμα.<sup>39</sup>

Το ανώτερο όριο της συστολικής αρτηριακής πίεσης δεν πρέπει να ξεπερνά τα 135 mm/Hg και της διαστολικής τα 85mm/Hg. Σε περίπτωση που κάποιο άτομο βρίσκεται σε καθιστική θέση σε φάση ηρεμίας και η συστολική αρτηριακή πίεσή του



ανέλθει πάνω από 140 mm/Hg και η διαστολική πάνω από 90mm/Hg τότε το άτομο αυτό θεωρείται υποψήφιο για εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης.

Υπέρταση είναι η άνοδος της αρτηριακής πίεσης πέρα από τα ανώτατα φυσιολογικά επίπεδα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Συνεπώς, ένας άνθρωπος χαρακτηρίζεται υπερτασικός όταν σε επανειλημμένες μετρήσεις (τουλάχιστον τρεις σε διαφορετικές μέρες) η συστολική πίεση παραμένει πάνω από 140 mm/Hg και η διαστολική πάνω από 90 mm/Hg.

Επιδημιολογικές μελέτες επισημαίνουν τις επιπτώσεις της υπέρτασης στην καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η κλινική της σημασία στα ηλικιωμένα άτομα αμφισβητείται. Από μερικούς θεωρείται απαραίτητη η προοδευτική αύξησή της ώστε να αντισταθμιστούν οι επιπτώσεις στην αιμάτωση των οργάνων λόγω της αυξανόμενης σκλήρυνσης των αγγείων.

Η πιο σημαντική αιτία υπέρτασης στους ηλικιωμένους είναι οι μεταβολές στις περιφερικές αντιστάσεις. Αν και αποτελεί συχνό φαινόμενο για τους ηλικιωμένους δεν πρέπει να θεωρείται φυσιολογικό επακόλουθο του γήρατος αλλά να αντιμετωπίζεται ως πρόβλημα υγείας που απαιτεί μακροχρόνια θεραπεία. Είναι σημαντικό να θυμόμαστε ότι η μακροχρόνια υπέρταση μπορεί να είναι επικίνδυνη για τον ηλικιωμένο ασθενή.<sup>18</sup>

Είναι δύσκολο να καθοριστούν τα φυσιολογικά όρια της συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης στους ηλικιωμένους. Συνήθως ως ανώτατο φυσιολογικό όριο της συστολικής θεωρούνται τα 160 mm/Hg και τα 95 mm/Hg για τη διαστολική. Απαραιτήτως πρέπει να γίνεται τακτική μέτρηση της πίεσης των υπερηλίκων ώστε να ελέγχεται το εύρος των διακυμάνσεων όταν υπάρχει.

Με την πάροδο του χρόνου η καρδιά σε αντίθεση με άλλα όργανα δεν ατροφεί σημαντικά αλλά παρατηρείται αύξηση του μεγέθους και της ιστικής μάζας της στους ηλικιωμένους. Η αντικατάσταση του ελαστικού ιστού με ινώδη οδηγεί σε προοδευτική συστολική υπέρταση και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιακής νόσου.

## 4.1.2 Αθηρωματοσκλήρυνση των αγγείων και θρομβοεμβολική νόσος

Ο άνθρωπος είναι από τα λίγα είδη του ζωικού βασιλείου που τα αγγεία του παρουσιάζουν αθηρωματοσκλήρυνση και αυτό έχει άμεση σχέση με την υψηλή στάθμη χοληστερόλης και λιποπρωτεϊνών στο αίμα. Η προοδευτική γήρανση επιφέρει πολυάριθμες αλλαγές στη δομή των αγγείων των υγιών ατόμων.

Παράγοντες που προδιαθέτουν στο σχηματισμό αθηρωματικών πλακών θεωρούνται η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η καθιστική ζωή, το κάπνισμα, η κληρονομικότητα και η κατανάλωση τροφής πλούσιας σε λίπη.<sup>23, 37</sup>

Οι αθηροσκληρυντικές πλάκες σε συνδυασμό με θρομβοεμβολική νόσο οδηγούν σε κλινικά συμβάματα όπως τη στηθάγχη και το έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η φλεβική θρομβοεμβολική νόσος ( Φ.Θ.Ν ) έκφραση της οποίας αποτελεί η εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση και η πνευμονική εμβολή αποτελεί σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας και θνητότητας στον ανεπτυγμένο κόσμο.<sup>40, 41</sup>

Συμβαίνει είτε αυτόματα είτε ως επιπλοκή άλλων νόσων ή χειρουργικών επεμβάσεων. Αποτελεί σύνθετη πολυπαραγοντική διαταραχή προερχόμενη από αλληλεπίδραση μεταξύ συγγενών και επίκτητων παραγόντων κινδύνου.<sup>41</sup>

Η επίπτωση της φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου αυξάνει με την ηλικία διότι η ηλικία συνδέεται με την επίπτωση των συμβατικών παραγόντων κινδύνου για θρόμβωση.<sup>42</sup>

Αιτιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση της ηλικίας είναι η κληρονομικότητα, μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, η ακινητοποίηση, παρουσία κακοήθειας, η θεραπεία ορμονικής υποκατάστασης και η θρομβοφιλία. Τέλος σημαντικά συμβάλλει η ελάττωση του μυϊκού τόνου που προκαλεί δυσλειτουργία του ενδοθηλίου και φλεβική ανεπάρκεια.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η αναφορά ότι η διαμονή σε οίκους ευγηρίας συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου οχτώ φορές μεγαλύτερο συγκριτικά με άτομα της ίδιας ηλικίας τα οποία δε διαμένουν σε ιδρύματα. Ενδεχομένως η παρουσία παραγόντων κινδύνου όπως είναι η ακινητοποίηση σχετίζεται με συνοδά νοσήματα.<sup>43</sup>

### **4.1.3 Στεφανιαία νόσος**

Η στεφανιαία νόσος και οι επιπλοκές της είναι σήμερα η κύρια αιτία θανάτου στο δυτικό κόσμο. Οι όροι « στεφανιαία νόσος » και « στεφανιαία αθηροσκλήρωση» είναι συνώνυμοι.

Προσβάλλει με κλινικές εκδηλώσεις το 5 % των ανδρών ηλικίας 45 – 64 ετών και το 11% των ανδρών άνω των 65 ετών. Στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση ο αριθμός των περιστατικών στεφανιαίας νόσου πλησιάζει περίπου εκείνο των ανδρών.<sup>37</sup>

Η αύξηση τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης έχει θετική συσχέτιση με την ισχαιμική καρδιακή νόσο. Η διαστολική πίεση μπορεί να παίζει σπουδαιότερο ρόλο στα νεότερα άτομα ενώ η συστολική στις ομάδες μεγαλύτερης ηλικίας.

Οι στεφανιαίες αρτηρίες είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε αθηρωμάτωση του εσωτερικού τους χιτώνα που συνίσταται σε ανώμαλη πάχυνση και σχηματισμό πλακών, οι οποίες αποτελούνται από λιπίδια. Η στεφανιαία αθηροσκληρωτική διεργασία περιορίζεται στα τμήματα των αγγείων που βρίσκονται στην καρδιακή επιφάνεια.<sup>44</sup>

Η επιρρέπεια στη στεφανιαία αθηρωμάτωση οδηγεί σε ασυμπτωματική ή συμπτωματική στηθάγχη, στεφανιαία θρόμβωση και συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Στους υπερήλικες η στηθάγχη είναι λιγότερο συχνή εξαιτίας της μειωμένης δραστηριότητας τους και της μεγαλύτερης παράπλευρης κυκλοφορίας.

Η οξεία στεφανιαία απόφραξη στον ηλικιωμένο ασθενή εκδηλώνεται με μικρότερης έντασης πόνο και μεγαλύτερου βαθμού δύσπνοια σε σχέση με νεότερα άτομα και με καρδιακή ανεπάρκεια.<sup>18</sup>

### **4.1.4 Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο**

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

Η μακροχρόνια υπέρταση μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλική αιμορραγία και έμφρακτο. Ενώ τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) δε συμβαίνουν μονάχα στους ηλικιωμένους, οι θάνατοι ατόμων άνω των 65 χρόνων που οφείλονται σε αυτά είναι 90 φορές περισσότεροι από ότι σε άτομα ανάμεσα στις ηλικίες των 25 – 44 ετών και 11 φορές περισσότεροι από ότι σε άτομα ανάμεσα στις ηλικίες 45 – 64 χρόνων.<sup>18</sup>

#### **4.1.5 Καρδιακή ανεπάρκεια**

Η επίπτωση της καρδιακής ανεπάρκειας αυξάνεται σταθερά με την ηλικία. Περίπου το 10 % των ανθρώπων άνω των 70 ετών έχει καρδιακή ανεπάρκεια. Περίπου το 80 % όλων των νοσηλειών για καρδιακή ανεπάρκεια είναι ασθενείς άνω των 65 ετών.

Παράγοντες που οδηγούν σε καρδιακή ανεπάρκεια είναι η υπέρταση, στεφανιαία νόσος, κατάχρηση ουσιών, λοιμώξεις της καρδιάς και ορισμένα φάρμακα. Ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους η μακροχρόνια χρήση φαρμάκων όπως είναι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη προδιαθέτουν σε καρδιακή ανεπάρκεια λόγω κατακράτησης υγρών και νατρίου.

Επίσης η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να προκληθεί ή να επιδεινωθεί από υπερθυρεοειδισμό ή υποθυρεοειδισμό. Γι' αυτό πρέπει να προσδιορίζονται τα επίπεδα θυροξίνης και θυρεοειδοτρόπου ορμόνης σε ασθενείς άνω των 65 ετών.<sup>37</sup>

#### **4.2 Προβλήματα ουροποιητικού συστήματος**

Η νεφρική ιστική μάζα ελαττώνεται σταδιακά μέχρι και 30 % στην όγδοη δεκαετία ενώ η ολική νεφρική αιματική ροή μειώνεται κατά 50 %. Η κυτταρική φθορά σημειώνεται ιδιαίτερα στο φλοιό ενώ οι απώλειες στο παρέγχυμα καλύπτονται σημαντικά από αντίστοιχη αύξηση του λίπους και από ανάπτυξη διάμεσης ίνωσης.<sup>45</sup>

Στην ουροδόχο κύστη αναπτύσσεται ινώδης ιστός και παρατηρείται ατροφία των μυικών ινών που οδηγούν σε χάλαση και αδυναμία να κρατήσει το περιεχόμενό της με συνέπεια τη συχνουρία και την ακράτεια. Ο προστάτης υπερτρέφεται και αυξάνει το πρόβλημα. Οι δε ουρολοιμώξεις είναι πολύ συχνές λόγω της ελαττωμένης σπειραματικής διήθησης και της αιματικής ροής.

Τα κυριότερα κλινικά προβλήματα του ουροποιητικού συστήματος των ηλικιωμένων είναι νεφρική ανεπάρκεια, Διαταραχές της λειτουργικότητας της κύστης, ακούσια διαφυγή ούρων και οι ουρολοιμώξεις.

#### **4.2.1 Νεφρική ανεπάρκεια**

Είναι ναι κατάσταση κατά την οποία οι νεφροί αδυνατούν να αποβάλουν τα άχρηστα προϊόντα του μεταβολισμού και να εκτελέσουν τις ρυθμιστικές τους λειτουργίες. Έτσι, οι ουσίες που θα έπρεπε φυσιολογικά να αποβληθούν από τον οργανισμό συσσωρεύονται και οδηγούν σε απορρύθμιση των ενδοκρινικών λειτουργιών και της οξεοβασικής ισορροπίας.<sup>46</sup>

Διακρίνεται σε οξεία νεφρική ανεπάρκεια που αναπτύσσεται σε διάστημα ημερών και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που εξελίσσεται σε μεγάλο χρονικό διάστημα. Χαρακτηρίζεται από κόπωση, υπνηλία, ανορεξία, ναυτία, εμετό με επακόλουθο αφυδάτωση και αναιμία. Σε προχωρημένο στάδιο εκδηλώνεται ουραιμία και δεν είναι λίγες οι φορές που αποτελεί τελικό στάδιο αρκετών παθήσεων των νεφρών και της ουροφόρου οδού.<sup>47</sup>

#### **4.2.2 Διαταραχές της λειτουργικότητας της ουροδόχου κύστης και της ουρήθρας**

Με την πάροδο της ηλικίας εμφανίζονται χαρακτηριστικές μεταβολές στην ουροδόχο κύστη όπως αύξηση του υπολείμματος μετά την ούρηση, αύξηση των αυτόματων συσπάσεων και ελάττωση χωρητικότητας.<sup>46</sup>

Η συχνότερη λειτουργική συνέπεια των μεταβολών αυτών είναι η νυχτερινή συχνουρία. Πιο προχωρημένο στάδιο δυσλειτουργίας είναι η αιφνίδια ανάγκη ούρησης που όταν συνοδεύεται και με καύσο κατά την ούρηση υποκρύπτει λοίμωξη των ουροφόρων οδών. Ακόμη πιο προχωρημένη διαταραχή είναι η ακράτεια ούρων.

Επιπλέον στους ηλικιωμένους δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο της επίσχεσης των ούρων, με άλλα λόγια της αδυναμίας που παρουσιάζει η ουροδόχος κύστη να αποβάλλει τα ούρα.

### **4.2.3 Ακούσια διαφυγή ούρων**

Ακούσια διαφυγή ούρων ή ακράτεια ούρων πρόκειται για την ίδια κατάσταση κατά την οποία οι υπερήλικες έχουν ακούσια απώλεια ούρων εξαιτίας χάλασης του σφιγκτήρα της ουρήθρας από την μεγάλη ηλικία και από την παρατεταμένη παραμονή ουροκαθετήρα στην ουροδόχο κύστη. Η αντιμετώπιση έγκειται στη χρήση ειδικών εσφουράχων μιας χρήσης και στην τακτική αλλαγή τους για αποφυγή δημιουργίας κατακλίσεων και βλαβών του δέρματος της ευαίσθητης περιοχής.

### **4.2.4 Ουρολοιμώξεις**

Είναι γνωστό πως οι ουρολοιμώξεις κατέχουν προεξάρχουσα θέση στην κατηγορία των νοσοκομειακών λοιμώξεων και ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα. Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την προκλήσή τους διακρίνονται σε δυο κατηγορίες, στους μεταβλητούς και στους αμετάβλητους. Στους πρώτους ανήκουν ο καθετηριασμός της ουροδόχου κύστης, ο συγχρωτισμός των ασθενών και το είδος του συστήματος συλλογής ούρων. Στους αμετάβλητους παράγοντες εντάσσονται η προχωρημένη ηλικία, η υποκείμενη νόσος και ο βαθμός επιδείνωσής της.<sup>48</sup>

Η πρόληψή τους βασίζεται στην αποφυγή καθετηριασμού όπου είναι δυνατόν, στο διαχωρισμό των θετικών για βακτηριουρία ασθενών από τους αρνητικούς, στη χρησιμοποίηση κλειστού αποστειρωμένου συστήματος συλλογής ούρων και στην άσηπτη τεχνική κατά την εισαγωγή.

## **4.3 Αλλοιώσεις που συνδέονται με τα αισθητήρια όργανα**

Η καθημερινή διεργασία της ανθρώπινης συμπεριφοράς εξαρτάται από την αντίληψη και την ολοκλήρωση της πληροφορίας που προέρχεται από τα αισθητήρια όργανα.

Μια πολύ συνηθισμένη κατάσταση για την τρίτη ηλικία είναι οι μεταβολές των αισθητηρίων οργάνων. Με το πέρασμα του χρόνου και με τον ερχομό του γήρατος παρατηρείται μείωση της οξύτητας της όρασης με ταυτόχρονη εμφάνιση παθολογικών καταστάσεων σαν αυτής του γλαυκώματος, του καταρράκτη και της πρεσβυωπίας. Άλλα συχνά προβλήματα υγείας που συνεπάγονται διαταραχή της

όρασης είναι διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, αποκόλληση αμφιβληστροειδούς και παθήσεις του κερατοειδούς χιτώνα.<sup>49</sup>

Η κόρη γίνεται μικρότερη και περιορίζεται η αντίδραση και η προσαρμοστικότητα της στο φως. Οι φακοί αφυδατώνονται και γίνονται λιγότερο ελαστικοί. Τέλος ο βυθός παρουσιάζει αρτηριοσκληρωτικές αλλοιώσεις, αιμορραγικές εστίες και διάφορες άλλες εκφυλίσεις.

Όσον αφορά την ακοή, η ακουστική απώλεια αποτελεί τη συχνότερη αναπηρία. Παρατηρείται σλήρυνση και ουλοποίηση του τυμπάνου και εκφυλιστική ατροφία του ακουστικού νεύρου και επομένως βαρηκοΐα στους ψηλούς τόνους. Η απώλεια της ακοής των ηλικιωμένων ατόμων μπορεί να συντελέσει στην κοινωνική τους απομόνωση, στην εμφάνιση κατάθλιψης και στην επίταση συνυπάρχουσων ψυχιατρικών καταστάσεων. Έτσι λοιπόν, πρέπει να παροτρύνονται για αναζήτηση φροντίδας σε ΩΡΛ για λελεγχο και θεραπεία. Αρκετά βοηθήματα ακοής πιθανόν να είναι χρήσιμα συμπεριλαμβανομένων και των ακουστικών βαρηκοΐας.<sup>5</sup>

Επίσης αλλοιώσεις γίνονται φανερές στην αφή, τη γεύση και όσφρηση.

#### **4.4 Προβλήματα των οστών και αρθρώσεων**

Οι υπερήλικοι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στα νοσήματα των οστών και των αρθρώσεων. Τα κυριότερα από αυτά οφείλονται στη φθορά του αρθρικού χόνδρου, των οστών και των μεσοσπονδύλιων δίσκων με παράλληλη ανάπτυξη έκτοπου οστού (οστεόφυτα).

Στην ηλικιακή αυτή ομάδα σημειώνεται μείωση κατά 30 % - 40 % στη μυική δύναμη και στην αντοχή των οστών οφειλόμενη σε βιολογικούς παράγοντες και στον τρόπο ζωής. Επίσης η πυκνότητα των οστών επηρεάζεται από το κάπνισμα, τη σωματική δραστηριότητα και το αλκοόλ.<sup>19</sup>

Χαρακτηριστική οστική αραίωση σε όλο το σκελετό που καλείται **οστεοπόρωση** αποτελεί την κυριότερη γεροντική πάθηση των οστών. Τα σώματα των σπονδύλων παρουσιάζουν αυξημένη ακτινολογική διαφάνεια και ελαττωμένη μηχανική αντοχή. Η ελάττωση της αντοχής των οστών σε μηχανικές πιέσεις οδηγεί σε διάφορα κατάγματα με σπουδαιότερα αυτά που συμβαίνουν στην περιοχή του ισχίου προκαλώντας σημαντική αναπηρία και αύξηση της θνησιμότητας.

Παράγοντες που ενοχοποιούνται για την οστεοπόρωση είναι διατροφικοί (ελλειψής πρόσληψη ασβεστίου), ορμονικοί (οιστρογόνα, παραθορμόνη) και περιορισμένη σωματική δραστηριότητα.<sup>45, 50</sup>

Στη σταδιακή φθορά των αρθρικών χόνδρων οφείλονται οι **αρθρίτιδες**, των οποίων η παθογένεια δεν είναι γνωστή. Από κάποια αιτία η επιφανειακή στιβάδα του αρθρικού χόνδρου σπάει και το αρθρικό υγρό τον διαβρώνει δημιουργώντας ρωγμές.<sup>45, 49</sup>

Εν συνεχεία παρατηρείται εκφύλιση των χονδροκυττάρων και παραγωγή συνδετικού ιστού που προσπαθεί να επουλώσει τη βλάβη. Παράλληλα γίνεται ο σχηματισμός των οστεόφυτων. Τελικά ο αρθρικός χόνδρος εξαφανίζεται και προβάλλει το οστό. Στην κατάσταση αυτή προδιαθέτουν οι τραυματισμοί, δυσπλασίες στην ανατομία των αρθρικών επιφανειών, ορμονική παράγοντες και η κληρονομικότητα. Συχνότερες αρθρίτιδες είναι του ισχίου, του γόνατος, της σπονδυλικής στήλης και τν φαλάγγων.<sup>17</sup>

Επιπλέον η δυσκολία στο βάδισμα πολλές φορές αποτελεί αιτία πτώσεων και πρόκλησης καταγμάτων με αυξημένη συχνότητα ιδιαίτερα στο γυναικείο πληθυσμό.

#### **4.5 Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 στην Τρίτη ηλικία**

Η Τρίτη ηλικία συνδέεται άμεσα σε μεγάλο ποσοστό με την ανάπτυξη χρόνιων νοσημάτων. Ένα από αυτά και σε εξέχουσα θέση είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, ενώ ο τύπου 1 είναι πολύ σπάνιος στους υπερήλικες.

Ο επιπολασμός της νόσου σύμφωνα με μελέτες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και των Διαβητολογικών εταιρειών (Αμερικής, Καναδά, Ευρώπης, Ελλάδας) δείχνουν μια ραγδαία αύξηση περί του 20 % σε ηλικίες άνω των 65 ετών.

Η προοδευτική αύξηση της δυσανεξίας στη γλυκόζη και η αύξηση των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα σχετίζεται άμεσα με τη γήρανση του οργανισμού. Αρχικά με την πάροδο του χρόνου διαταράσσονται οι μεταγευματικές τιμές της γλυκόζης του αίματος και η ευαισθησία του περιφερικού κυττάρου στην ινσουλίνη ενώ τα επίπεδα γλυκόζης σε νηστεία δεν αυξάνονται.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη σύνθεση και έκκριση της ινσουλίνης καθώς και την ευαισθησία των κυττάρων στη δράση αυτής στην Τρίτη ηλικία είναι η μείωση της λειτουργικότητας των νεφρών, χορήγηση πολλών φαρμάκων (σύνηθες φαινόμενο



της τρίτης ηλικίας) όπως είναι τα διαβητογενετικά τύπου κορτιζόνης και μυοσκελετικές παθήσεις που εμποδίζουν τη φυσιολογική ή τη «συμβατική» άσκηση του σώματος με παρατεταμένη ανάπαυση στο κρεβάτι.<sup>51</sup>

Η συμπτωματολογία του σακχαρώδη διαβήτη είναι πιο ήπια για τα ηλικιωμένα άτομα σε σχέση με τα νεότερα. Συνήθως εκδηλώνεται με κόπωση, πολυουρία, πολυφαγία, πολυδιψία, απώλεια βάρους και μυική αδυναμία.

Από τις επιπλοκές που προκαλεί με μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζεται το υπογλυκαιμικό μη κετωσικό υπεροσμωτικό κώμα και το αρτηριακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Ύστερα ακολουθεί η κετοξέωση εκτός αν υπάρχει λοίμωξη, έμφραγμα του μυοκαρδίου και άλλες στρεσογόνες καταστάσεις.

Η διάγνωσή του στους ηλικιωμένους γίνεται τυχαία τις περισσότερες φορές από εργαστηριακές εξετάσεις ρουτίνας, σε οφθαλμολογικές εξετάσεις όπου διαγιγνώσκονται αλλοιώσεις στον αμφιβληστροειδή χιτώνα.

Η θεραπευτική προσέγγιση και τα μέσα θεραπείας είναι ανάλογα με αυτών στα νεότερα άτομα με αρκετές τροποποιήσεις. Οι στόχοι θεραπείας πρέπει να είναι απόλυτα εξατομικευμένοι σύμφωνα με τη γενική κατάσταση του ασθενή και το προσδόκιμο επιβίωσης.<sup>52</sup>

## **4.6 Προβλήματα νευρικού συστήματος**

### **4.6.1 Άνοια**

Αποτελεί χρόνια, μη αναστρέψιμη, εγκεφαλική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από έκπτωση της μνήμης, της αφαιρετικής ικανότητας της σκέψης και αλλαγές στην προσωπικότητα με σταδιακή έναρξη και συνεχώς εξελισσόμενη γνωστική έκπτωση. Η εξέλιξή της είναι ύπουλη και προοδευτική.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι άνοιας όπως :

- › Αγγειακή άνοια
- › Εμμένουσα άνοια οφειλόμενη σε ουσίες
- › Άνοια μη άλλως προσδιοριζόμενη
- › Άνοια τύπου Alzheimer.<sup>53</sup>

Η πιο γνωστή και συχνότερη σε εμφάνιση μορφή άνοιας είναι η τελευταία και γι' αυτό θα ασχοληθούμε εκτενέστερα με αυτήν.

#### 4.6.1.1 Άνοια τύπου Alzheimer

Η νόσος Alzheimer αποτελεί βασικό παράγοντα ιδρυματοποίησης των ηλικιωμένων. Είναι εκφυλιστική νόσος, η οποία προκαλεί καθολική λειτουργική αποδιοργάνωση του ατόμου και έχει τεράστιο ποιοτικό και οικονομικό κόστος.

Ξεκινά συνήθως μετά την ηλικία των 65 ετών με αύξουσα συχνότητα με την πάροδο της ηλικίας. Είναι γνωστό ότι ένα στα δέκα άτομα άνω των 65 χρόνων και σχεδόν τα μισά από τα άτομα ηλικίας άνω των 85 ετών πάσχουν από αυτήν καθώς επίσης και το ήμισυ όλων των ασθενών που ζουν σε οίκους ευγηρίας.

Το 2050 αναμένεται να αυξηθεί ο αριθμός των πασχόντων εάν δεν ανακαλυφθεί κάποια θεραπεία για την πρόληψη ή την ίασή της.

Διάφοροι παράμετροι της νόσου έχουν απασχολήσει το ενδιαφέρον των ερευνητών, μερικές εκ των οποίων είναι η χρονολογική εξέλιξη των συμπτωμάτων, το μορφωτικό επίπεδο και η σχέση με το φυσιολογικό γήρας.

α) Η χρονολογική εξέλιξη των συμπτωμάτων, η έκπτωση των ανώτερων νοητικών λειτουργιών στην άνοια γίνεται κατά στάδια που ακολουθούν την αντίστροφη πορεία από την οργάνωση των λειτουργιών αυτών στο παιδί ,γεγονός που επιβεβαιώνει κατά κάποιο τρόπο τη συμπεριφορά του παλιμπαιδισμού στο γήρας.

β) Το μορφωτικό επίπεδο, πιθανολογείται ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο είναι μεταξύ των παραγόντων κινδύνου χωρίς να σημαίνει ότι το υψηλό επίπεδο μόρφωσης προστατεύει από τη νόσο. Στη βιογραφία διάσημων ανδρών υπάρχουν περιγραφές της έναρξης μιας ανοϊκής συνδρομής. Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αποτελεί ο φιλοσόφος Kant.

γ) Σχέση άνοιας με το φυσιολογικό γήρας, Ιδιαίτερη σημασία για τον καθορισμό των ορίων μεταξύ φυσιολογικού γήρατος και άνοιας έχει η ικανότητα επαφής του ηλικιωμένου με το περιβάλλον του. Για αρκετό καιρό θεωρούνταν ότι η άνοια ήταν επιταχυνόμενη μορφή γήρατος. Αυτό στηρίχτηκε στο γεγονός ότι οι φυσιοπαθολογικές αλλοιώσεις της νόσου υπάρχουν και σε φυσιολογικά ηλικιωμένα άτομα έστω και σε μικρότερο βαθμό. Αυτό σήμερα δεν αποτελεί επιχείρημα ώστε να θεωρείται η άνοια επιταχυνόμενη μορφή γήρατος.<sup>54</sup>

Παράγοντες που οδηγούν στη νόσο είναι η ηλικία, και το οικογενειακό ιστορικό. Άλλοι πιθανοί παράγοντες θεωρούνται η σοβαρή εγκεφαλική κάκωση, και πολιτισμικοί παράγοντες όπως το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Οι δυνητικοί

εκλυτικοί παράγοντες είναι γενετικοί, περιβαλλοντικοί (αυξημένες συγκεντρώσεις ψευδαργύρου και αργυλίου) και ιοί.

Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν απώλεια μνήμης, αποπροσανατολισμό, σύγχυση, άγχος, διαταραχή της σκέψης και της κρίσης, κατάθλιψη, παραληρητικές ιδέες, διέγερση, ψευδαισθήσεις και αϋπνία.

Οι πάσχοντες αυτοί λοιπόν, χρήζουν ιδιαίτερο χειρισμό και αντιμετώπιση οικογενειακού χαρακτήρα..<sup>5</sup>

Καθώς η ασθένεια εξελίσσεται χάνουν την ικανότητα στις εκτελεστικές λειτουργίες που αφορούν τις δραστηριότητες της καθημερινής αυτοφροντίδας και καθημερινής ζωής. Δύναται να βρεθούν σε σημείο που δε θα υπάρχει ενδιαφέρον για την ατομική τους καθαριότητα και εμφάνιση. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι παροχής βοήθειας ανάλογα με το επίπεδο κατανόησης και ικανότητας των σθενών που πάσχουν από άνοια.<sup>55</sup>

#### **4.6.2 Νόσος του Pick**

Η νόσος του Pick έχει λιγότερο συχνή εμφάνιση από τη νόσο του Alzheimer και προσβάλλει άτομα της προχωρημένης μέσης ηλικίας κυρίως γυναίκες ηλικίας 590 – 60 ετών.

Το πάσχον τμήμα του εγκεφάλου είναι οι τρεις ανώτερες στιβάδες του εγκεφαλικού φλοιού, το οποίο χαρακτηρίζεται από απώλεια γαγγλιακών κυττάρων. Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά της νόσου είναι πολυάριθμα βασεόφιλα και αργυρόφιλα σωμάτια του Pick στους φλοιώδεις νευρώνες.

Συχνά παρουσιάζεται επιληψία και νευρολογικά σημεία στα αρχικά στάδια που οι αλλοιώσεις είναι εστιακές καθώς επίσης διαταραχές στη μνήμη και αφασία. Τελικά όμως εκδηλώνεται καθολική άνοια. Η πρόγνωση της νόσου είναι κακή και καταλήγει στο θάνατο μέσα στα 3- 12 έτη από την εισβολή.<sup>56</sup>

Θεραπεία μέχρι σήμερα δεν υπάρχει..

#### **4.6.3 Νόσος του Parkinson ή τρομώδης παράλυση**

Η νόσος του Parkinson ή τρομώδης παράλυση είναι μια χρόνια προοδευτικά εξελισσόμενη νευροεκφυλιστική ασθένεια της μέλαινας ουσίας του εγκεφάλου που επηρεάζει την κίνηση του σώματος.

Η μέλαινα ουσία αποτελεί τμήμα ενός δικτύου πυρήνων στις εσωτερικές περιοχές του εγκεφάλου τα οποία αποκαλούνται βασικά γάγγλια.

Η νόσος αυτή οφείλεται στην προοδευτική νέκρωση των κυττάρων της μέλαινας ουσίας τα οποία παράγουν το νευροδιαβιβαστή ντοπαμίνη που βοηθά την δημιουργία και τον έλεγχο της κίνησης του σώματός.<sup>18</sup>

Η έλλειψη της ντοπαμίνης σε δομές των βασικών γαγγλίων, είναι η αιτία των εξωπυραμειδικών συμπτωμάτων που εμφανίζονται στην τρομώδη παράλυση. Αυτά μπορεί να είναι τρόμος (τρεμούλα), δυσκαμψία ή ακαμψία, βραδυκίνησια ή ακινησία και απώλεια των αντανακλαστικών που ρυθμίζουν την όρθια στάση.<sup>57</sup>

Όπως σε όλες τις εκφυλιστικές καταστάσεις η έναρξη είναι ύπουλη και όταν ο ασθενής ζητά ιατρική συμβουλή αναφέρει ιστορικό μερικών μηνών ή ακόμη και ετών.

Εμφανίζεται την έκτη με έβδομη δεκαετία της ζωής και προσβάλλει τα δύο φύλα με την ίδια συχνότητα. Αρχίζει με μείωση όλων των κινήσεων συνοδευόμενη από πόνο στους ώμους και τους βραχίονες.

Ο τρόμος φαίνεται χαρακτηριστικά στην ανάπαυση ξεκινώντας από τον αντίχειρα του ενός χεριού και βαθμιαία περιλαμβάνει τον καρπό και το βραχίονα. Όσο γίνεται πιο έκδηλος δύναται να εμφανιστεί στο πόδι, την κεφαλή και στα χείλη. Έχει μικρή επίδραση στην κινητικότητα διότι καταργείται κατά τις εκούσιες κινήσεις. Τυπικά είναι ρυθμικός περίπου 6 κινήσεων το δευτερόλεπτο και επιδεινώνεται με το stress και τη συγκίνηση.<sup>56</sup>

Καθώς η ασθένεια προχωρά όλα τα τυπικά συμπτώματα εμφανίζονται με ακίνητη έκφραση του προσώπου χωρίς ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων, ήπια σιελόρροια λόγω της δυσκολίας του ελέγχου της σιέλου, μονότονη φωνή χαμηλής έντασης και δυσκολία στο ξεκίνημα της κίνησης. Πολλοί ασθενείς επιπρόσθετα παρουσιάζουν υπερβολική εφίδρωση, ορθοστατική υπόταση, σφιγκτηριακές διαταραχές, καθώς επίσης διαταραχές της μνήμης και των γνωστικών λειτουργιών σε προχωρημένο στάδιο.

Η θεραπεία της νόσου είναι συμπτωματική και παρεμβαίνει στο ντοπαμινεργικό ή χολινεργικό σύστημα.

## 4.7 Διαταραχές Ψυχισμού Στην Τρίτη Ηλικία

### 4.7.1 Κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία

Αν και κάποιος βαθμός έκπτωσης των γνωστικών ικανοτήτων είναι συνήθης στα ηλικιωμένα άτομα η αύξηση της ηλικίας δε συνεπάγεται αναγκαστικά και έκπτωση της ψυχικής υγείας εφόμιλλη με εκείνη της σωματικής υγείας παρότι τα προβλήματα της ψυχικής υγείας αυξάνουν με την πάροδο της ηλικίας λόγω καταστάσεων που επηρεάζουν τη λειτουργία του εγκεφάλου όπως οι οργανικές αλλαγές της γήρανσης και σωματικά νοσήματα.<sup>58</sup>

Η ψυχολογία του γήρατος απορρέει από τρία κύρια γεγονότα :

- Από τη συνείδηση της εξελισσόμενης κατάστασης των σωματικών και ψυχικών λειτουργιών
- Από τις συνθήκες του οικογενειακού και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος και
- Από την ενστικτώδη κινητοποίηση και ανάπτυξη των αναγκαίων προστατευτικών, αμυντικών και εξισοροπιτικών μηχανισμών που θα επιτρέψουν την προσαρμογή και ισορροπία των ηλικιωμένων μέσα σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον βάση της ιδιοσυγκρασίας, των εμπειριών, του χαρακτήρα και των κοινωνικών συνθηκών.<sup>59</sup>

Σύμφωνα με εκτιμήσεις το 25 % των ηλικιωμένων ατόμων βιώνει συγκεκριμένες ψυχικές διαταραχές που δε θεωρούνται επακόλουθα της φυσιολογικής γήρανσης όπως είναι η κατάθλιψη, το άγχος, η κατάχρηση ουσιών.<sup>5</sup>

Όσο η ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων αυξάνεται οι γενετικοί παράγοντες διαδραματίζουν λιγότερο σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση κατάθλιψης.<sup>60</sup>

Η ψυχαναλυτική θεωρία του Freud αναφέρει πως η νόσος αυτή είναι αποτέλεσμα μιας συναισθηματικής απώλειας όπως για παράδειγμα το πένθος είναι συνέπεια μιας φυσικής απώλειας και μιας ενδοψυχικής σύγκρουσης που πηγάζει από δυσκολίες στη διαχείριση επιθετικών ενορμήσεων.

Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων. Η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί μια διακύμανση στη διάθεση ή ένα συναίσθημα, όπως για παράδειγμα συμβαίνει με-τά από μια σημαντική για το άτομο πώλεια ή θάνατο, ή ένα σύμπτωμα, στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη

είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες, ή μια δευτερογενή αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα, και τέλος μπορεί να αποτελεί μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο, όπως η «μείζων καταθλιπτική διαταραχή», η «ήπια» ή «ελάσσων κατάθλιψη», η «δυσθυμική διαταραχή» και οι «διπολικές Διαταραχές», που μεταξύ άλλων κατατάσσονται, σύμφωνα με το ICD-10 και με το DSM-IV στις «Διαταραχές της διάθεσης».

Αποτελεί την πιο συχνή ψυχική διαταραχή με σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Εκτιμάται να επηρεάζει ένα στα επτά άτομα. Ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις ότι η γεροντική κατάθλιψη είναι μία από τις πιο υπο-διαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες παθήσεις.

Οι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι κυρίως το γυναικείο φύλο, η συννοσηρότητα, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και η χηρεία.

Στην Ελλάδα οι έρευνες για την εκτίμηση του επιπολασμού της κατάθλιψης σε πληθυσμό άνω των 60 ετών έχουν καταδείξει ποσοστά που κυμαίνονται από 6% έως 70% για καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Καταστάσεις που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση κατάθλιψης είναι :

- η απώλεια σημαντικών προσώπων εξαιτίας χωρισμού ή θανάτου,
- η σεξουαλική κακοποίηση
- έλλειψη απασχόλησης έξω από το σπίτι
- απουσία ατόμων που μπορούμε να συζητήσουμε προσωπικά θέματα

#### **4.7.2 Η επίδραση του άγχους στην Τρίτη ηλικία**

Το άγχος αποτελεί υποκειμενική συναισθηματική κατάσταση υπερβολικής ανησυχίας, έντασης ή αβεβαιότητας που προκαλείται από κάποια απειλή, της οποίας η πηγή είναι άγνωστη.

Υπάρχουν τέσσερα στάδια που διακρίνεται. Αυτά είναι το ήπιο, το μέτριο, το σοβαρό άγχος και ο πανικός.

Ηπιο άγχος : το άτομο βρίσκεται σε εγρήγορση, η μάθηση διευκολύνεται και το πεδίο αντίληψης διευρύνεται. Ο τύπος αυτός πυροδοτείται από την ένταση της καθημερινότητας.

Μέτριο άγχος : η προσοχή επικεντρώνεται σε άμεσα ζητήματα, το πεδίο αντίληψης περιορίζεται και το συμπαθητικό νευρικό σύστημα (ΣΘ) παρουσιάζει χαμηλής έντασης δραστηριότητα. Τέλος το άτομο βιώνει ένταση και φόβο.

Σοβαρό άγχος : Η προσοχή επικεντρώνεται σε συγκεκριμένες λεπτομέρειες και η συμπεριφορά κατευθύνεται προς την ανακούφιση τα άγχους. Επιπλέον παρεμποδίζεται η ικανότητα μάθησης επειδή περιορίζεται σημαντικά το επίπεδο αντίληψης και σωματικές εκδηλώσεις είναι εμφανείς, βιώνοντας συναισθηματική δυσφορία το αγχωμένο άτομο.

Πανικός : ο πανικός συνοδεύεται από έντονο φόβο, τρόμο, αποδιοργάνωση της προσωπικότητας και αδυναμία του ατόμου να λειτουργήσει. Τέλος τα έντονα συναισθήματα προκαλούν επιστροφή σε πρώιμες συμπεριφορές (παλινδρόμηση σε προηγούμενες ηλικίες) <sup>53</sup>.

Στην Τρίτη ηλικία η αγχώδης διαταραχή αποτελεί σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα, το οποίο δεν αναγνωρίζεται και δε διαγιγνώσκεται επαρκώς. Συνήθως συνυπάρχει με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως την κατάθλιψη και δεν είναι φυσιολογική αντίδραση των ηλικιωμένων καθώς πιστεύεται συχνά.

Μπορεί να οφείλεται σε βιολογικές αιτίες όπως είναι χρόνια προβλήματα υγείας και η γνωστική έκπτωση, σε ψυχολογικά αίτια (δυσλειτουργικές μέθοδοι αντιμετώπισης προβλημάτων, νευρώσεις, ψυχοπαθολογικές καταστάσεις) αλλά και κοινωνικές αιτίες όπως το υποστηρικτικό περιβάλλον.

Παράγοντες που ενοχοποιούνται για την πρόκληση άγχους στους ηλικιωμένους είναι οικονομικές δυσχέρειες, η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης, αλλαγή κατοικίας σε συνδυασμό με διακοπή διαπροσωπικών σχέσεων από οικεία πρόσωπα και η εισαγωγή στο νοσοκομείο ή προγραμματισμός χειρουργικής επέμβασης.

Οι νοητικές επιδράσεις του είναι η μειωμένη μνημονική επίδοση και το αρνητικό συναίσθημα που τους οδηγεί σε απόσυρση και κατάθλιψη.

Κλινικά εμφανίζεται με κινητική ένταση – ακαθησία, και υπερδιέγερση - αδυναμία συγκέντρωσης και αϋπνία. Καθώς επίσης ταχυκαρδία, ζάλη, εφιδρώσεις και αιμωδία των άκρων.

Η αγχώδης διαταραχή τείνει να συνδέεται με χειρότερη ποιότητα ζωής (προβλήματα στη συμπεριφοράς, περιορισμό καθημερινών δραστηριοτήτων), νυχτερινή διακοπή του ύπνου και ελλειμματική νευροψυχολογική επίδοση.

Πολλές φορές το άγχος στους υπερήλικες συνυπάρχει με κατάθλιψη και αγοραφοβία. Οι μισοί περίπου ηλικιωμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν άγχος και το ¼ ασθενών με άγχος παρουσιάζουν σοβαρή κατάθλιψη.<sup>61</sup>

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας φαίνεται από μελέτες να έχουν μικρότερα επίπεδα άγχους σε σχέση με τους νέους. Η εξήγηση του φαινομένου έγκειται στο γεγονός ότι οι πρώτοι αρνούνται τα συμπτώματα και δεν επιδρούν έντονα συναισθηματικά. Επιπλέον βάση της εμπειρίας τους εκτιμούν καλύτερα τις καταστάσεις και τις ανερχόμενες απειλές.

Αξίζει να σημειωθεί πως δεν υπάρχει σχέση μεταξύ άγχους και του μορφωτικού επιπέδου σε ασθενείς με Alzheimer και μετωποκροταφική άνοια.

### **4.7.3 Η αντίληψη των ηλικιωμένων για το Θάνατο και το Θρήνο**

Ο θρήνος, η απώλεια και το πένθος συχνά αποτελούν έννοιες που εξετάζονται μαζί και οι διαφορές τους πολλές φορές είναι δυσδιάκριτες.

Η απώλεια σύμφωνα με το λεξικό ‘New shorter Oxford English Dictionary, 1993’ μπορεί να οριστεί ως η απώλεια κάποιου ατόμου ή αντικειμένου, η αποτυχία της διατήρησης μια ιδιοκτησίας ή ικανότητας.

Το πένθος αφορά την απώλεια ενός ανθρώπου λόγω θανάτου και χρησιμοποιείται για να περιγράψει το διάστημα που ακολουθεί την απώλεια, ενώ ο θρήνος σύμφωνα με τον Wonder (1983) περικλείει μια ποικιλία συναισθημάτων και συμπεριφορών που συχνά συνοδεύουν την απώλεια ενός προσώπου, τα οποία είναι τόσο διαφορετικά που εκδηλώνονται με πολυάριθμες όψεις.

Οι άνθρωποι δύναται να αντιδρούν με το θρήνο στην απώλεια και αυτά τα συναισθήματα πιθανώς να αποτελούν αντιδράσεις και σε άλλες στρεσογόνες καταστάσεις.

Για αρκετούς ο θάνατος μοιάζει ακατανόητος και γίνεται αντιληπτός από κάποιο ατύχημα ή απειλητική για τη ζωή ασθένεια. Ανεξαρτήτως ηλικίας και κοινωνικής θέσης αποτελεί μια μοναδική εμπειρία.<sup>53</sup>



Η σύγχρονη στάση απέναντι στη διαδικασία του θανάτου στις δυτικές κοινωνίες χαρακτηρίζεται από ανησυχία, φόβο και αποφυγή ( Field 1989). Γενικότερα όμως επικρατεί η άποψη πως ο θάνατος για τους ηλικιωμένους είναι «φυσικός» και σηματοδοτεί το τέλος μιας γεμάτης και παραγωγικής ζωής.

Κάνοντας μια σύντομη ιστορική αναδρομή στο πρόσφατο παρελθόν διαπιστώνουμε ότι στη Μεγάλη Βρετανία το 1900, το 25 % των θανάτων αφορούσε άτομα άνω των 65 ετών ποσοστό που σήμερα έχει ανέλθει στο 83 % με κοινή αιτία τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος που ακολουθείται από καρκίνο και τα αναπνευστικά νοσήματα.

Οι χώροι που κατά κύριο λόγο ξεψυχούν οι ηλικιωμένοι κατά αύξουσα συχνότητα είναι τα νοσοκομεία, οι οίκοι ευγηρίας και φροντίδας αυτών καθώς επίσης οι διάφοροι ξενώνες. Αποτελεί αξιοσημείωτο γεγονός το πολύ μικρό ποσοστό εκείνων που πεθαίνουν στο σπίτι (σε αντίθεση με την κατάσταση που επικρατούσε πριν το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο όπου η πλειοψηφία των ανθρώπων πέθαινε στο σπίτι).

Ένας « καλός θάνατος » ποικίλει από άτομο σε άτομο ή προσδιορίζεται πολιτισμικά. Στη βιβλιογραφία τρεις είναι οι ιδανικοί τύποι θανάτου :

- Παραδοσιακός θρησκευτικός, ο οποίος σηματοδοτείται από αξιοπρέπεια και έχει προηγηθεί πνευματική ιεροτελεστία και τελετή.
- Ιατροκοποιημένος, κατά τον οποίο οι ιατρικές τεχνικές και η τεχνολογία επιτρέπουν έλεγχο του πόνου παρατείνοντας την ποιότητα ζωής.
- Φυσικός, εδώ ο άνθρωπος διαπραγματεύεται τη θεραπεία που θα ακολουθήσει και τον τόπο που θα συμβεί το γεγονός.

Μια προσέγγιση στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα άτομα αντιμετωπίζουν τον επικείμενο θάνατό τους είναι διαμέσου ορισμένων φάσεων. Αυτές είναι η άρνηση, ο θυμός, τον οποίο υποδέχεται η κατάθλιψη αρχικά και ύστερα η αποδοχή της κατάστασης.

Όταν τα άτομα δεν αποδέχονται τον επικείμενο θάνατο και συνεχίζει η επιδείνωση της κατάστασής τους αγωνιούν και μάχονται ενάντια σε αυτόν έχοντας στο τέλος τον επικαλούμενο « κακό θάνατο », που συμβαίνει σε λάθος τόπο και χρόνο ανευ προετοιμασίας.

Σε αυτό το γεγονός της ζωής των ανθρώπων στόχος των επαγγελματιών υγείας και ιδιαιτέρως των νοσηλευτών είναι να παρέχουν ανακουφιστική φροντίδα. Σκοπός

της οποίας είναι η διασφάλιση της ποιότητας της ζωής για τους ίδιους τους ετοιμοθάνατους και τις οικογένειές τους.

Η φροντίδα αντιλαμβάνεται τη διαδικασία του θανάτου ως μια φυσιολογική διεργασία που επιβεβαιώνει τη ζωή. Δεν επιδιώκει να επιταχύνει το θάνατο αντιθέτως στοχεύει να βοηθήσει τους ασθενείς να ζήσουν όσο πιο ενεργά δύναται. Τέλος ικανοποιεί επιπλέον τις ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές ανάγκες του ατόμου.<sup>9</sup>

#### **4.7.3.1 Αυτοκτονία – Πρόληψη και αντιμετώπιση αυτοκτονικής τάσης των ηλικιωμένων**

Η πράξη της αυτοκτονίας είναι μια πολύπλοκη ανθρώπινη συμπεριφορά, η οποία περιλαμβάνει πολλές διαφορετικές παραμέτρους της προσωπικότητας του ατόμου, την κατάσταση της υγείας, τις περιστάσεις και τις συγκυρίες της ζωής. Από την αρχαιότητα μέχρι σήμερα, η απόφαση ενός ανθρώπου να θέσει τέλος στη ζωή του έχει απασχολήσει σημαντικά τη φιλοσοφική σκέψη αλλά και τους λειτουργούς της υγείας στην κάθε εποχή.

Σήμερα, οι αντιλήψεις για την αυτοκτονική συμπεριφορά έχουν μεταφερθεί από τη φιλοσοφία και την ηθική, στην ιατρική, τη βιολογία, την ψυχολογία και την κοινωνιολογία. Η αυτοκτονία δεν είναι ένα σπάνιο φαινόμενο, όμως λιγιστά από τα περιστατικά αυτά συμβαίνουν ως απάντηση σε αγχωτικά γεγονότα της ζωής σε συναισθηματικά υγιή άτομα.<sup>62</sup>

Είναι αποδεδειγμένο ότι η κατάθλιψη αποτελεί την κύρια αιτία αυτοκτονίας μεταξύ των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας. Τα ποσοστά αυτοχειρίας αυξάνουν με την ηλικία και ιδιαίτερα υψηλά είναι για άτομα ηλικίας 85 ετών και άνω.

Οι σοβαρές διαταραχές του συναισθήματος ή της διάθεσης (μείζονες καταθλιπτικές και διπολικές διαταραχές) σχετίζονται με περίπου το 50% όλων των περιστατικών. Το άτομο πιθανόν διακατέχεται από υποκειμενικό, ακατανίκητο συναίσθημα «ντροπής» ή και από υπερβολικό «φόβο» ότι θα τιμωρηθεί επειδή απέτυχε σε κάποιες σημαντικές του επιδιώξεις ή σε στόχους που είχε θέσει. Ακόμη, μπορεί να ενυπάρχουν έντονα συναισθήματα «ενοχών» για πράξεις που το άτομο ποτέ δεν εκμυστηρεύθηκε σε οικείους του ή σε κάποιο φίλο του, σε κάποιον ιερέα ή σε κάποιον ψυχολόγο, ψυχαναλυτή ή ψυχοθεραπευτή.<sup>63</sup>

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός παρόλο που το ποσοστό των γυναικών με κατάθλιψη είναι σχεδόν το διπλάσιο από το ποσοστό των ανδρών, η αναλογία αυτοκτονίας στους άνδρες είναι πέντε φορές μεγαλύτερη από των γυναικών.

Ζωτικής σημασίας για τους ηλικιωμένους είναι η πρόληψη ψυχικής νόσου. Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι η διερεύνηση του αιτίου, της παθογένειας και της πορείας της ψυχικής νόσου.

Οι διαταραχές της διάθεσης συχνά δεν αναγνωρίζονται στα άτομα της τρίτης ηλικίας καθώς η συμπτωματολογία τους θεωρείται αφενός επακόλουθο της μεγάλης ηλικίας και αφετέρου ως εκκεντρικότητα ή «περίεργος χαρακτήρας» του ηλικιωμένου ατόμου.

Τις περισσότερες φορές η πρόληψή της βασίζεται στη συμβουλευτική ψυχοθεραπεία με σκοπό την αντιμετώπιση της θλίψης σε ανθρώπους που έχουν χάσει το/τη σύζυγο λόγω θανάτου.

Σε ηλικιωμένους με μακροχρόνια ή υποτροπιάζοντα προβλήματα του ψυχισμού οι προσπάθειες πρόληψης της υποτροπής είναι ζωτικής σημασίας.<sup>5</sup>

Η πρόληψη της μη ισορροπημένης συμπεριφοράς περιλαμβάνει :

1. την ορθή ενημέρωση του κοινού όσον αφορά τη σχέση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με την κατάθλιψη
2. επίσκεψη σε ειδικό επαγγελματία υγείας (ψυχίατρο) σε περίπτωση που ο ηλικιωμένος αναφέρει ότι θα αυτοκτονήσει ή όταν έχει προηγηθεί στο παρελθόν απόπειρα αυτοκτονίας
3. ενημέρωση των οικείων σχετικά με τη συμπεριφορά που πιθανόν να παρουσιάσει το άτομο πριν την αυτοχειρία.

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

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

**Η νοσηλευτική επιστήμη στην κοινότητα  
των ηλικιωμένων**

## **5.1 Η νοσηλευτική επιστήμη στην κοινότητα των ηλικιωμένων**

Η κοινοτική νοσηλευτική είναι ο κλάδος εκείνος της νοσηλευτικής που συνδυάζει δυο τομείς, την κλινική νοσηλευτική και τη δημόσια υγιεινή. Αντικειμενικός σκοπός και των δυο είναι προαγωγή της υγείας στην κοινότητα.

Η κοινοτική νοσηλευτική φαίνεται να απαντάται ακόμη και στους ελληνιστικούς χρόνους, στους οποίους συναντάμε ανθρώπους να παρέχουν φροντίδα άνευ αποδοχών στους συνανθρώπους τους.

### **5.1.1 Ο υπερήλικας και η κοινωνία**

Η στάση προς τους υπερήλικες διαφέρει σε όλα τα κοινωνικά επίπεδα και σε όλες τις φάσεις της ιστορίας τους. Εξετάζοντας τις σημερινές στάσεις διαπιστώνουμε πως οι ηλικιωμένοι που βρίσκονται σε οικονομική ευμάρεια και είναι γνωστοί στο ευρύ κοινωνικό σύνολο σπάνια θεωρούνται « γέροι », σε αντίθεση με εκείνους που έχουν οικονομική στενότητα οι οποίοι θεωρούνται πρόβλημα για την κοινωνία.<sup>12</sup>

Οι αντιλήψεις για τους ηλικιωμένους παγκοσμίως έχουν κληρονομηθεί από δυο απόψεις. Η μια εξ' αυτών είναι η ελληνική κατά την οποία η υπερηλικίωση αποτελεί δυστυχία και η πραγματικότητα του θανάτου είναι προτιμότερη από αυτήν της ζωής. Η δεύτερη έχει τις ρίζες της στην Ανατολή. Για τους λαούς της Ανατολής η μεγάλη ηλικία δίνει αξία και γόητρο στο άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία.

Στις μέρες μας δίδεται προβάδισμα στη νεότητα και υπάρχει αίσθημα φόβου απέναντι στο γήρας τη στιγμή που οδηγεί στην απώλεια της αξιοπρέπειας του ατόμου. Το γήρας παρουσιάζει ορισμένα από τα χαρακτηριστικά των κοινωνικών μειονοτήτων όπως παραδείγματος χάριν

- α) Οι υπερήλικες αποτελούν κοινωνικό πρόβλημα και
- β) Η κοινωνία επιλαμβάνεται των προβλημάτων του γήρατος με τη βοήθεια μη κερδοσκοπικών οργανισμών.<sup>64</sup>

## 5.2 Συνταξιοδότηση

Αγνοώντας η κοινωνία την επιστημονική αλήθεια ότι κάθε άνθρωπος γηράσκει σε διαφορετικό χρόνο από τη γέννησή του προχωρά στην αυτόματη συνταξιοδότηση των ατόμων που κάλυψαν το προβλεπόμενο από τη νομοθεσία όριο ηλικίας ή χρόνια υπηρεσίας.<sup>64</sup>

Η συνταξιοδότηση αναμφίβολα αποτελεί σπουδαίο ψυχοπαιεστικό γεγονός στη ζωή του ανθρώπου. Θεωρείται μεταβατική περίοδος που σε ορισμένους δίδει αμέριστη χαρά ενώ σε κάποιους άλλους είναι αιτία πρόκλησης άγχους και φόβου.<sup>65</sup>

Υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι φοβούνται πως με τη συνταξιοδότηση ταυτόχρονα γίνονται ανίκανοι να προσφέρουν στα κοινά και πως ο θάνατος παραμονεύει. Για την εξάλειψη αυτού του φαινομένου και τη διευκόλυνση της μετάβασης καλό θα ήταν να γίνεται προετοιμασία του ατόμου από την κοινωνία.

Το άτομο που συνταξιοδοτείται περνά από επτά φάσεις

1. *απομακρυσμένη φάση*: τον πρώτο καιρό της επαγγελματικής πορείας διαπιστώνει πως κάποτε θα συνταξιοδοτηθεί
2. *εγγύς φάση*: ο υποψήφιος συνταξιούχος προετοιμάζεται για την απομάκρυνσή του από τον εργασιακό χώρο, ενώ ταυτόχρονα οραματίζεται το ρόλο του συνταξιούχου
3. *φάση του μήνα του μέλιτος*: το άτομο διακατέχεται από συναισθήματα ευφορίας τον πρώτο καιρό της συνταξιοδότησης και σχεδιάζει να κάνει πράγματα που αδυνατούσε όσο εργαζόταν, όμως διάφοροι παράγοντες δεν το επιτρέπουν και καταλήγει σε μονότονο τρόπο ζωής
4. *φάση φύπνισης*: εμφανίζονται τα πρώτα σημεία της κατάθλιψης με το μειωμένο ηθικό
5. *φάση επαναπροσανατολισμού* : περιλαμβάνει την ανακάλυψη τρόπων ικανοποίησης
6. *φάση σταθερότητας* : το άτομο κατανόησε τον καινούργιο ρόλο του, έτσι αναπτύσσει νέα ενδιαφέροντα. Είναι δυνατόν κάποιοι από τη φάση του μήνα του μέλιτος να περάσουν απευθείας σε αυτή τη φάση
7. *φάση του τέλους* : είτε αναλαμβάνει νέους ρόλους ο συνταξιούχος είτε αναπτύσσει σχέσεις εξάρτησης με πρόσωπα του περιβάλλοντός του

*Δεν είναι υποχρεωτικό όλοι οι συνταξιούχοι να περάσουν από όλες τις φάσεις.*<sup>64</sup>

Όπως κάθε άνθρωπος ανεξαρτήτου ηλικίας έτσι και οι υπερήλικες έχουν νιώθουν την ανάγκη να είναι χρήσιμοι. Το αίσθημα αυτό ικανοποιείται με την απασχόληση και την ανάπτυξη ενδιαφερόντων ερασιτεχνικής φύσης.

Η ενεργός συμμετοχή τους σε δραστηριότητες πολιτιστικών και φιλανθρωπικών συλλόγων συμβάλλει ώστε τα άτομα μετά τη μεταβατική φάση της συνταξιοδότησης να μην πέσουν σε ανία, μελαγχολία ακόμη και στην απελπισία ή αυτοκαταστροφή.

### 5.3 Κακοποίηση και άσκηση βίας στους υπερήλικες



Τα τελευταία χρόνια και ειδικά από τα τέλη της δεκαετίας του '70 πολλοί συγγραφείς αντιμετώπισαν το φαινόμενο της βίας σε βάρος των ηλικιωμένων ή της κακοποίησής τους ως ένα πρόβλημα του σύγχρονου πολιτισμού και της πρόσφατης ιστορίας.

Ως βία ορίζεται η σκόπιμη άσκηση σωματικής δύναμης εναντίον άλλου προσώπου ή του ίδιου του ατόμου που καταλήγει ή πιθανολογείται να καταλήξει είτε σε τραυματισμό είτε στο θάνατο. Στη βία συγκαταλέγονται αυτοκαταστροφικές πράξεις (αυτοχειρία) και διαπροσωπική βία όπως ψυχολογική, σεξουαλική και σωματική κακοποίηση. Συνήθως διακρίνεται σε ενδοοικογενειακή και εξωοικογενειακή.

Οι λόγοι για τους παρατηρούμενους υψηλούς δείκτες βίας στην κοινωνία είναι περίπλοκοι. Πολλοί είναι εκείνοι που προσδιορίζουν τη βία ή την απειλή βίας ως μια από τις τρεις βασικές πηγές της ανθρώπινης δύναμης, οι άλλες δύο είναι το χρήμα και η γνώση.<sup>5</sup>

Ως κακοποίηση ορίζονται οι καταχρηστικές πράξεις μέσω της πρόκλησης βλάβης ή οι πράξεις παράλειψης λόγω αμέλειας.

Η βία συμπεριφορά είναι ταυτόσημη της κακομεταχείρισης των ανθρώπων και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων. Το γεγονός αυτό παραμένει ανεξιχνίαστο λόγω της ελλιπούς ενημέρωσης των επαγγελματιών υγείας και της κοινωνίας.

Ακόμη και σήμερα ο επιπολασμός της κακοποίησης των ηλικιωμένων είναι άγνωστος διότι η καταγγελία τέτοιων περιστατικών δεν είναι υποχρεωτική σε όλες τις πολιτείες.

Οι λόγοι της πλημμελούς αναφοράς είναι το αίσθημα ντροπής από την πλευρά του θύματος, η κοινωνική και φυσική απομόνωση και η αδυναμία των φορέων υγειονομικής φροντίδας για αξιολόγηση ρουτίνας των περιπτώσεων κακοποίησης και παραμέλησης κατά τη διάρκεια των επισκέψεων.

Οι συχνότερες μορφές κακοποίησης είναι

- › Σωματική κακοποίηση, εσκεμμένη πρόκληση σωματικού πόνου ή κάκωσης ή άσκοπος σωματικός περιορισμός

- › Ψυχοσυναισθηματική κακοποίηση όπως οι απειλές, η λεκτική επίθεση και τρομοκράτηση

- › Σεξουαλικής φύσεως κακοποίηση, ακούσια σεξουαλική επαφή

- › Φυσική παραμέληση όπως είναι η άρνηση παροχής φροντίδας, τροφής ή εκφοβισμός και ταπείνωση

- › Οικονομική εκμετάλλευση, κλοπή και κακή διαχείριση των οικονομικών πόρων του ηλικιωμένου από το διαχειριστή του

- › Η ιατρική κακοποίηση, μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο του θύματος. Συνίσταται κυρίως στην υπερβολική χρήση φαρμάκων που άλλοτε αδρανοποιούν τι θύμα και περιορίζουν τις απαιτήσεις για φροντίδα και άλλοτε χρησιμοποιούνται για να ελέγχεται η συμπεριφορά των υπερηλίκων.<sup>5</sup>

Σύμφωνα με μελέτες τα θύματα της ενδοοικογενειακής βίας είναι γυναίκες ηλικίας από 60 έως 84 ετών με κύριους δράστες τους συζύγους, τα παιδιά και τις νύφες τους.

Περίπου ένας στους τέσσερις ηλικιωμένους στη χώρα μας έχει υποστεί ψυχολογική βία από μέλη της οικογένειάς του με τη μορφή απειλής, υποτίμησης ή αρνητικού χαρακτηρισμού.

Στα ίδια περίπου ποσοστά κυμαίνεται και η άσκηση σωματικής βίας, τα αποτελέσματα της οποίας είναι μώλωπες, λιποθυμίες και κατάγματα οστών.<sup>68</sup>



## 5.4 Περιθωριοποίηση των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας

Μια από τις κυριότερες αιτίες του φαινομένου της παραγκώνισης των ηλικιωμένων αποτελεί η βιομηχανοποίηση και οι νέοι ρυθμοί ζωής που συντελούν στην απομάκρυνση των νέων από τους ηλικιωμένους και στη μεταφορά των δευτέρων από την επαρχία στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Από την άλλη πλευρά στις μεγάλες πόλεις τα νέα χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν οι δραστηριότητες της δουλειάς και η χρήση του ελεύθερου χρόνου εντείνουν την απομόνωση και διάσπαση των νέων από τους ηλικιωμένους.

Βασική συνέπεια που απορρέει από την απομόνωση των ατόμων της τρίτης ηλικίας είναι καταστάσεις της ασυμβατότητας και μη κατανόησης μεταξύ των δυο παραπάνω ηλικιακών ομάδων. Οι γέροντες κοπιάζουν στο να παρακολουθήσουν τις ραγδαίες κοινωνικές αλλαγές και να δεχτούν τις καινοτομίες ενώ παράλληλα οι νεότεροι δεν επιθυμούν να κατανοήσουν και να δεχτούν μοντέλα συμπεριφοράς των μεγαλύτερων διότι τα θεωρούν ξεπερασμένα.

Το γεγονός ότι τα ηλικιωμένα άτομα δεν είναι σε θέση να βρουν στην κοινωνία τους παραδοσιακούς του ρόλους σαν αυτούς του γονέα, του παππού και του φίλου με αποτέλεσμα να αποτελεί σημαντική δυσκολία να λάβει μέρος στην κοινωνική ζωή με αποτέλεσμα τον παραγκωνισμό και την απομόνωση.

Στην κρίση - χάσμα αυτή συντελεί επίσης η προοδευτική σχεδόν φυσιολογική φθορά των ψυχοδιανοητικών ικανοτήτων οι οποίες διαφοροποιούνται από προσωπικότητα σε προσωπικότητα.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η αυξανόμενη συχνότητα μιας κατάστασης αδεξιότητας που χειροτερεύει από την απομάκρυνση από το σπίτι και την είσοδο σε κάποιο οίκο ευγηρίας μη αποδεκτό και ανεπιθύμητο από τον ηλικιωμένο.<sup>69</sup>



## 5.5 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους ηλικιωμένους

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι ίσως μία από τις υπηρεσίες «κλειδιά» για την επίτευξη του στόχου της κυβερνητικής πολιτικής για την φροντίδα των ηλικιωμένων και την παραμονή τους στο χώρο τους για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Έχει σημαντικό ρόλο στην επιτήρηση και τον έλεγχο των νοσημάτων των ηλικιωμένων καθώς και στην αξιολόγηση των ανεκπλήρωτων αναγκών τους για φροντίδα.

Αναπτύσσει την συνεργική και υποστηρικτική δράση για τα άτομα κατά την διάρκεια των σημαντικών γεγονότων της ζωής τους και παρέχει φροντίδα στους ασθενείς στο δικό τους περιβάλλον.

Σκοπός της είναι :

- \* η πρόληψη και διάγνωση προβλημάτων υγείας της κοινότητας έξω από το χώρο του νοσοκομείου εμβολιάζοντας τον πληθυσμό της κοινότητας και κάνοντας τον κατάλληλο ιατρικό έλεγχο
- \* η προαγωγή του σωστού τρόπου ζωής ενημερώνοντας σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό
- \* αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας που δύναται να επιλυθούν εκτός του νοσοκομειακού χώρου, στην κοινότητα

### *Υπηρεσίες της κοινότητας για τη φροντίδα των ηλικιωμένων*

#### 5.5.1 Νοσηλεία στο σπίτι – Κατ' οίκον φροντίδα

Η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί ζωτικής σημασίας τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας . « Μαζί με την αγωγή υγείας αποτελούν την πεμπτούσια της Κοινοτικής νοσηλευτικής ». Είναι δραστηριότητα που διεκπεραιώνεται στο χώρο που ζει το άτομο. <sup>50</sup>

Τα συστήματα κοινοτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης είναι υπεύθυνα για την παροχή υπηρεσιών προκειμένου να διασφαλίζεται η ομαλή μετάβαση από το νοσοκομείο στο σπίτι.

Έχει αποδειχτεί ότι η προ της εξόδου λειτουργική ικανότητα και η ηλικία είναι προγνωστικοί δείκτες της ανάγκης για κατ' οίκον φροντίδα καθώς επίσης τα ηλικιωμένα άτομα που είναι αποδέκτες των υπηρεσιών οικιακής περίθαλψης έχουν μειωμένη πιθανότητα επανεισαγωγής στο νοσοκομείο.

Η κατ'οίκον φροντίδα έχει παρουσιάσει σε πολλές χώρες ραγδαία αύξηση τα τελευταία χρόνια και σύμφωνα με εκτιμήσεις ο αριθμός των ασθενών που δέχονται υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι αυξήθηκε.

Στόχος της είναι η παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς και τους οικείους τους στο χώρο που διαμένουν για την προαγωγή , τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας, τη μεγιστοποίηση του επιπέδου λειτουργικής ανεξαρτησίας και την ελαχιστοποίηση της ανικανότητας.<sup>5</sup>

Οι νοσηλευτές που ασχολούνται με τη φροντίδα του ατόμου στο σπίτι το βοηθούν να δραστηριοποιηθεί στο μέγιστο δυνατό βαθμό σκοπεύοντας την πρόληψη της εξάρτησής του από τους άλλους και την αύξηση του επιπέδου αυτοφροντίδας.

Η νοσηλευτική παρέμβαση δύναται να έχει μορφή διδασκαλίας και επίδειξης ή να αποτελεί προσπάθεια σύνδεσης του ανθρώπου αυτού με ανάλογες υπηρεσίες της κοινότητας οι οποίες προσφέρουν βοήθεια και ενίσχυση.<sup>50</sup>

Η νοσηλεία στο σπίτι περιλαμβάνει διαφόρων ειδών υπηρεσίες που μπορούν να μεταφέρουν στο σπίτι ξεχωριστά η καθεμιά ή σε συνδυασμό με σκοπό να βοηθήσουν τα ηλικιωμένα άτομα να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προκύπτουν ύστερα από ξαφνική αρρώστια , υποτροπή χρόνιας ασθένειας ή μακροχρόνια αναπηρία.

Οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι προσφέρουν διαφόρων ειδών υπηρεσίες. Οι νοσηλευτικές παροχές είναι συχνότερες και χρησιμοποιούνται από το 85 % των νοσηλευόμενων στο σπίτι. Οι δεύτερες σε συχνότητα είναι οι υπηρεσίες οικιακής βοήθειας τις οποίες χρήζει το 28 % των ασθενών.

Η φυσικοθεραπεία μαζί με τις κοινωνικές υπηρεσίες παρουσιάζουν την ίδια συχνότητα σε μικρότερο βαθμό<sup>9</sup>. Σύμφωνα με τον Αμερικάνικο ιατρικό σύλλογο βοηθά τα άτομα να αυξήσουν το επίπεδο ανεξαρτησίας περιορίζοντας στο ελάχιστο τις δυσμενείς επιδράσεις της αναπηρίας και της αρρώστιας. Όσο το επίπεδο ανεξαρτησίας του ατόμου αυξάνεται τόσο οι υποστηρικτικές υπηρεσίες που προσφέρονται σταδιακά περιορίζονται.

Υπάρχουν διάφορα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι ανάλογα με τον οικονομικό φορέα που τις συντηρεί και τη διοικητική οργάνωση. Παραδείγματος

χάριν δημόσιες υπηρεσίες, ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί , υπηρεσίες νοσηλείας ή υπηρεσίες κατ'οίκον νοσηλείας που ανήκουν σε κάποιο νοσοκομείο.

### **5.5.2 Κέντρα ανοιχτής προστασίας ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)**

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ υιοθετήθηκε το 1984 με νομοθετική πρωτοβουλία και χρηματοδότηση του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας . Ο θεσμός αυτός εξελίχθηκε σταδιακά μέσω των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης , αναπτύχθηκε και διευρύνθηκε σε όλη τη χώρα όπου φθάνει μέχρι σήμερα να λειτουργούν περισσότερα από 300 κέντρα.

Βασική φιλοσοφία του είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Οι υπηρεσίες των κέντρων απευθύνονται σε άνδρες και γυναίκες άνω των 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή τους ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση.<sup>66</sup>

Ο ρόλος λειτουργίας αυτών των κέντρων είναι η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου. Καθώς και η διαφώτιση και η συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

Τα ΚΑΠΗ στελεχώνονται από ειδικευμένους ιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας και νοσηλευτές. Οι υπηρεσίες που παρέχουν εστιάζουν σε θέματα συμβουλευτικής, ενημέρωσης περί ζητημάτων υγείας, ψυχαγωγίας και ψυχοκοινωνικής στήριξης.

### **5.5.3 Ιδρυματική Περίθαλψη και προστασία των υπερηλίκων**

Η συνεχής αύξηση του αριθμού των υπερηλίκων επιβάλλει την ανάγκη ιδιαίτερης μέριμνας για την αντιμετώπιση των ιατροκοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν και για την προστασία τους με κάθε πρόσφορο μέσο.

Το ίδρυμα κλειστής περίθαλψης αποτελεί την τελευταία βαθμίδα στην κλίμακα των μέτρων προστασίας των υπερηλίκων και θεωρείται ως η έσχατη και η αναπόφευκτη λύση όταν απουσιάζει το κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον όπου θα

μπορούσε να συνεχιστεί ομαλά η ζωή του υπερήλικα ή όταν αποκλειστεί εντελώς η κατ' οίκον περίθαλψή του.

Η ένταξη του υπερήλικα στο ίδρυμα αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία η οποία στηρίζεται στην αρχή ότι το άτομο πρέπει να προσαρμοστεί στο ίδρυμα και το ίδρυμα στο άτομο.<sup>67</sup>

Σήμερα οι οίκοι ευγηρίας αποκαλούνται Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων (Μ.Φ.Η) και παρέχουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας κοινωνικής φροντίδας. Οι φορείς που παρέχουν τις υπηρεσίες αυτές είναι κατά κανόνα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού χαρακτήρα ( επιχειρήσεις που διαχειρίζονται μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων) και ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα δηλαδή φιλανθρωπικά και εκκλησιαστικά ιδρύματα που εποπτεύουν τις μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων.<sup>2</sup>

Στη Σουηδία η ιδρυματική περίθαλψη και προστασία των υπερηλικών χαρακτηρίζεται υποδειγματική και αποτελεί σημείο αναφοράς για άλλα κράτη. Αυτό διότι έχουν δημιουργηθεί « γειτονιές υπερηλικών » με προδιαγραφές για αποκλειστική χρήση από ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες. Οι γειτονιές αυτές διαθέτουν φυσιοθεραπευτήριο, αίθουσες ψυχαγωγίας και κοινούς χώρους εστίασης. Οι δε χώροι διαμονής είναι ευχάριστοι και πρακτικοί στη χρήση τους δίνοντας εικόνα ιδιωτικής κατοικίας.<sup>67</sup>

Η είσοδος στο ίδρυμα δημιουργεί διάφορων ειδών συναισθήματα. Η περίοδος που προηγείται της εισαγωγής στο ίδρυμα χαρακτηρίζεται από έντονη ψυχολογική αναστάτωση. Το ηλικιωμένο άτομο διακατέχεται από αισθήματα τρόμου, άγχους, εγκατάλειψης και αντιμετωπίζει το ίδρυμα ως ένα χώρο που θα τελειώσει η ζωή του ανάμεσα σε ξένους ανθρώπους. Ωστόσο αυτές οι συναισθηματικές επιπτώσεις απαλύνονται με διάφορους τρόπους προσέγγισης από το προσωπικό και τους παλιούς τροφίμους.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

### **A. Σχεδιασμός της έρευνας**

Η μέθοδός μας στηρίχθηκε στο περιγραφικό μοντέλο έρευνας με βάση το οποίο περιγράφονται μεταβλητές και συγκρίνονται ομάδες ατόμων για κάποια μεταβλητή.<sup>18</sup>

### **B. Πληθυσμός - Δείγμα**

Για την συλλογή των στοιχείων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε η συνέντευξη με δομημένο ερωτηματολόγιο κατάλληλα σχεδιασμένο από την ομάδα με την καθοδήγηση της υπεύθυνης καθηγήτριας το οποίο και απευθύνθηκε σε 536 άτομα ηλικίας από 65 ετών και άνω (τρίτης ηλικίας) προερχόμενα από ΚΑΠΗ, Νοσοκομεία και Οίκους Ευγηρίας, εκ των οποίων τα 516 είχαν τη δυνατότητα να μας απαντήσουν ενώ τα υπόλοιπα 20 άτομα εξαιτίας προβλημάτων υγείας όπως άνοια ή Alzheimer αδυνατούσαν. Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Ως όργανο μέτρησης χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, αποτελούμενο από 55 ερωτήσεις εκ των οποίων 1 ήταν ανοικτού τύπου και οι υπόλοιπες κλειστού τύπου. Από αυτές 8 ήταν διχοτομικές (ΝΑΙ-ΟΧΙ) και οι υπόλοιπες εναλλακτικών απαντήσεων.

### **Γ. Τόπος και χρόνος έρευνας**

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν ΚΑΠΗ, Νοσοκομεία και Οίκους Ευγηρίας της Δυτικής Ελλάδας (Νομών Αχαΐας, Ηλείας και Αιτωλοακαρνανίας) από τον Ιανουάριο έως και τον Ιούλιο του 2013.

### **Δ. Συλλογή δεδομένων**

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

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε περίπου 30 λεπτά της ώρας.

### **Ε. Κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού δεδομένων**

Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνά μας ήταν:

- Ο ερωτώμενος να ανήκει στην Τρίτη ηλικία

και κριτήρια αποκλεισμού ήταν:

- μη συμπληρωμένα ερωτηματολόγια από άτομα που εξαιτίας προβλημάτων υγείας όπως άνοια ή Alzheimer αδυνατούσαν να απαντήσουν

Τελικά χρησιμοποιήθηκαν 516 ερωτηματολόγια από τα 536 που χρησιμοποιήθηκαν.

### **ΣΤ. Ζητήματα Βιοηθικής**

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

Για το λόγο αυτό πριν αρχίσει η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (κλειστού τύπου με δυνατότητες πολλαπλών απαντήσεων), εξηγούσαμε το σκοπό της έρευνάς μας, επιδιώκαμε τη μη παρεμπόδιση της φυσιολογικής ζωής και της παρεχόμενης εργασίας, σημειώναμε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το δείγμα (δηλαδή τα συμμετέχοντα πρόσωπα) τυχαίο, και τον φορέα της έρευνας - σχολή της φοίτησής μας. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο Παράρτημα της παρούσας έρευνας.

### **Ζ. Κωδικοποίηση και Στατιστική Ανάλυση**

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

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



## 1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ:

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

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

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

## 2. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ:

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

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

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (r) (Spearman rank order correlation coefficient). Οι τιμές που μπορεί να λάβει ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman ανήκουν στο διάστημα [-1, +1]. Οι τιμές +1, -1 αντιστοιχούν σε τέλεια συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, ενώ η τιμή 0 αντιστοιχεί σε πλήρη έλλειψη συσχέτισης μεταξύ των δύο υπό εξέταση μεταβλητών. Θετικές τιμές του συντελεστή

συσχέτισης δηλώνουν πως οι δύο μεταβλητές αυξάνονται ή μειώνονται με τον ίδιο τρόπο (ταυτόχρονα), ενώ αρνητικές τιμές του συντελεστή συσχέτισης δηλώνουν πως όταν η μία μεταβλητή αυξάνει η άλλη ελαττώνεται.

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

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της έρευνάς μας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS για Windows.

Με βάση τα παραπάνω έχουν εξαχθεί και τα συμπεράσματα από την έρευνά μας τα οποία και αναλύονται στην ΣΥΖΗΤΗΣΗ.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 516 άτομα ηλικίας από 65 ετών και άνω (τρίτης ηλικίας) προερχόμενα από ΚΑΠΗ, Νοσοκομεία και Οίκους Ευγηρίας των Νομών Αχαΐας (225 άτομα – ποσοστό 43,6%), Ηλείας (221 άτομα – ποσοστό 42,8%) και Αιτωλοακαρνανίας (70 άτομα – ποσοστό 13,6%). Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Από την ανάλυση και στατιστική επεξεργασία των δεδομένων μας προέκυψαν τα ακόλουθα:

Πίνακας 1: Ηλικία ερωτηθέντων

| Ηλικία ερωτηθέντων | N=516 |
|--------------------|-------|
| Μέσος όρος         | 78,1  |
| Τυπική απόκλιση    | 8,3   |
| Ελάχιστο           | 65    |
| Μέγιστο            | 104   |

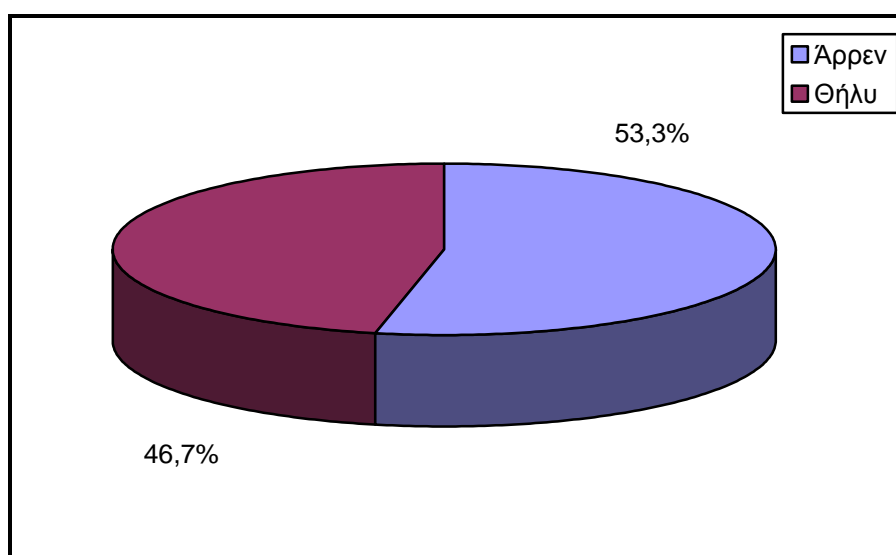
Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε μεταξύ 65 έτη και 104 έτη, με μέσο όρο τα 78,1 έτη και τυπική απόκλιση τα 8,3 έτη (Πίνακας 1).

Πίνακας 2: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο

| Φύλο ερωτηθέντων | N=516 | Percent (%) |
|------------------|-------|-------------|
| Άρρεν            | 275   | 53,3        |
| Θήλυ             | 241   | 46,7        |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (275 άτομα – ποσοστό 53,3%) ήταν άνδρες ενώ το υπόλοιπο 46,7% (241 άτομα) γυναίκες (Πίνακας 2, Σχήμα 1).

Σχήμα 1: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το φύλο

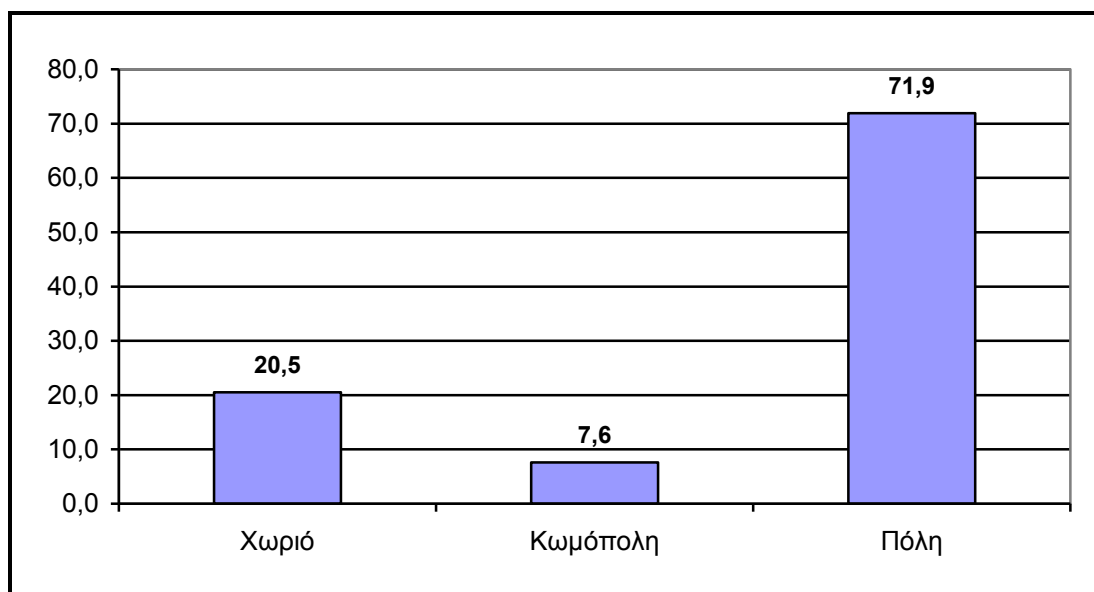


Πίνακας 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τόπο μόνιμης κατοικίας

| Τόπος μόνιμης κατοικίας ερωτηθέντων | N=516 | Percent (%) |
|-------------------------------------|-------|-------------|
| Χωριό                               | 106   | 20,5        |
| Κωμόπολη                            | 39    | 7,6         |
| Πόλη                                | 371   | 71,9        |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (371 άτομα – ποσοστό 71,9%) δήλωσε ως τόπο μόνιμης κατοικίας την πόλη και άλλα 106 άτομα (ποσοστό 20,5%) δήλωσε ως τόπο μόνιμης κατοικίας το χωριό ενώ τα υπόλοιπα 39 άτομα (ποσοστό 7,6%) δήλωσαν ως τόπο μόνιμης κατοικίας διαμονής την κωμόπολη (Πίνακας 3, Σχήμα 2).

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

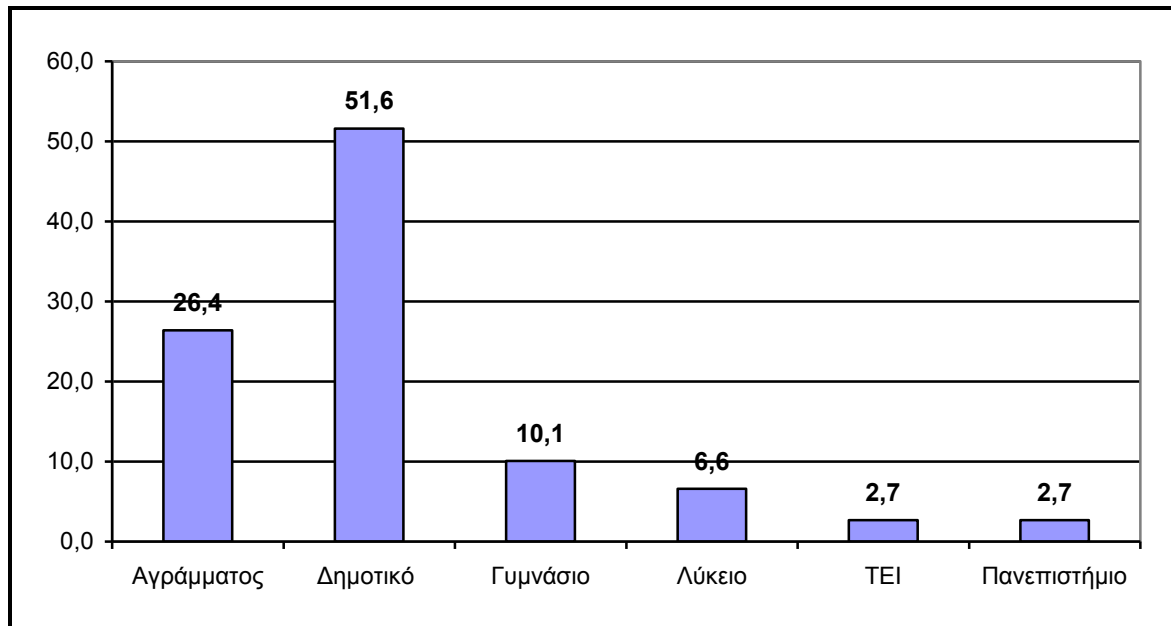


Πίνακας 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις γραμματικές γνώσεις.

| Γραμματικές γνώσεις | N=516 | Percent (%) |
|---------------------|-------|-------------|
| Αγράμματος          | 136   | 26,4        |
| Δημοτικό            | 266   | 51,6        |
| Γυμνάσιο            | 52    | 10,1        |
| Λύκειο              | 34    | 6,6         |
| ΤΕΙ                 | 14    | 2,7         |
| Πανεπιστήμιο        | 14    | 2,7         |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (266 άτομα – ποσοστό 51,6%) ήταν απόφοιτοι δημοτικού και άλλα 136 άτομα (ποσοστό 26,4%) ήταν αγράμματοι. Από τα υπόλοιπους ερωτηθέντες, 52 άτομα (ποσοστό 10,1%) ήταν απόφοιτοι γυμνασίου, άλλα 34 άτομα (ποσοστό 6,6%) ήταν απόφοιτοι λυκείου και άλλα 14 άτομα (ποσοστό 2,7%) κατείχαν είτε κάποιο πτυχίο ΤΕΙ είτε κάποιο πτυχίο πανεπιστημίου (Πίνακας 4, Σχήμα 3).

Σχήμα 3: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς τις γραμματικές γνώσεις.

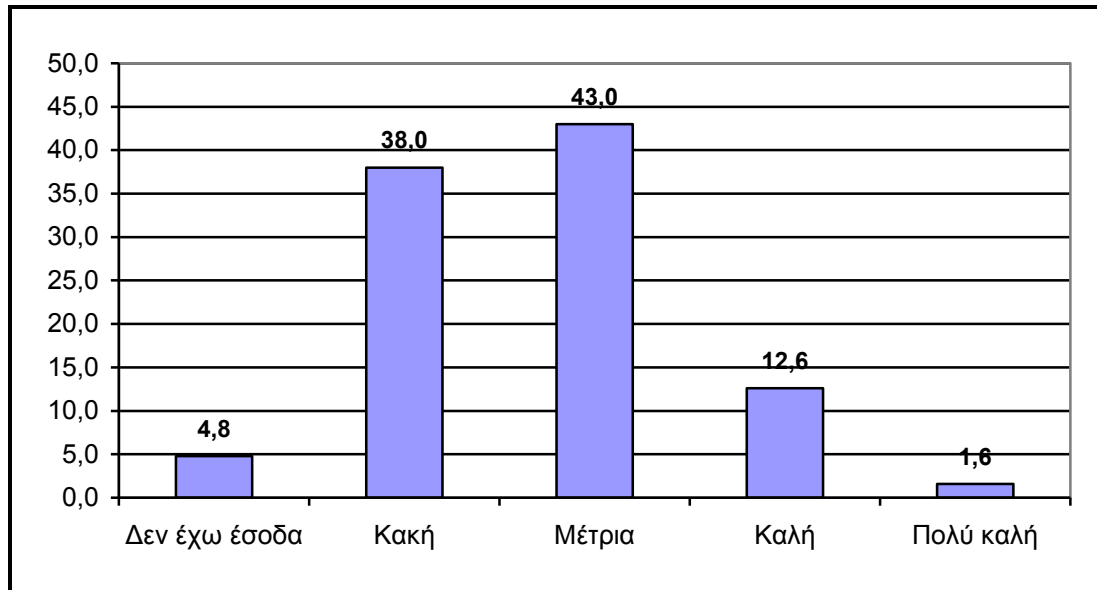


Πίνακας 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικονομική κατάσταση.

| Οικονομική κατάσταση | N=516 | Percent (%) |
|----------------------|-------|-------------|
| Δεν έχω έσοδα        | 25    | 4,8         |
| Κακή                 | 196   | 38,0        |
| Μέτρια               | 222   | 43,0        |
| Καλή                 | 65    | 12,6        |
| Πολύ καλή            | 8     | 1,6         |
|                      |       |             |

Ένα σημαντικό ποσοστό 4,8% των ερωτηθέντων (25 άτομα) δήλωσαν άποροι και το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσαν είτε κακή οικονομική κατάσταση (196 άτομα – ποσοστό 38,0%) είτε μέτρια οικονομική κατάσταση (222 άτομα – ποσοστό 43,0%). Αντίθετα, μόνο τα υπόλοιπα 73 άτομα (ποσοστό 14,2%) δήλωσαν είτε καλή είτε πολύ καλή οικονομική κατάσταση (Πίνακας 5, Σχήμα 4).

Σχήμα 4: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την οικονομική κατάσταση

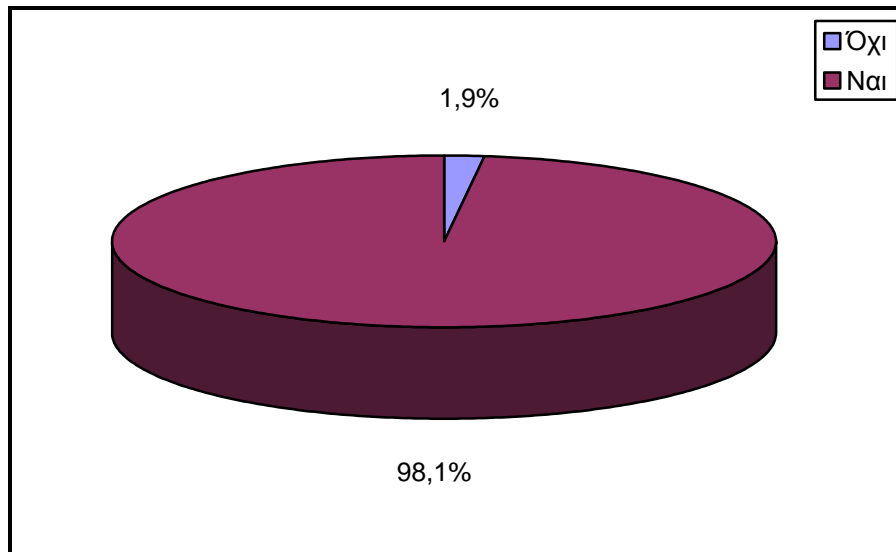


Πίνακας 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν ασφάλιση

| Είστε ασφαλισμένος; | N=516 | Percent (%) |
|---------------------|-------|-------------|
| Όχι                 | 10    | 1,9         |
| Ναι                 | 506   | 98,1        |

Συντριπτικά το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (506 άτομα – ποσοστό 98,1%) δήλωσε ότι έχει ασφάλιση ενώ μόνο το υπόλοιπο 1,9% (10 άτομα) δήλωσε ότι δεν έχει (Πίνακας 6, Σχήμα 5).

Σχήμα 5: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν ασφάλιση



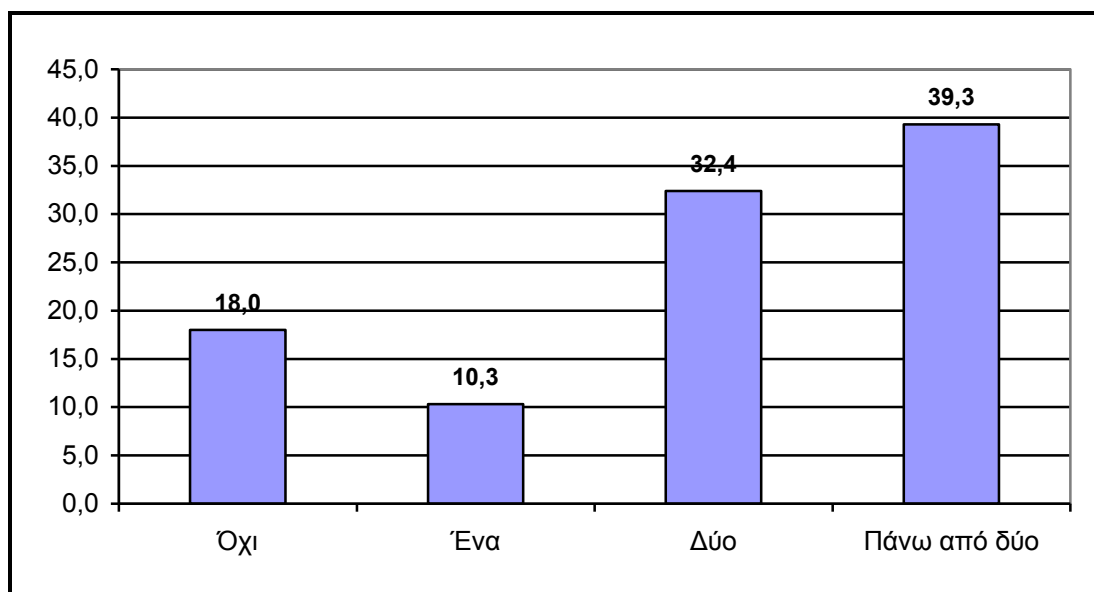
Πίνακας 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν παιδιά

| Έχετε παιδιά; | N=516 | Percent (%) |
|---------------|-------|-------------|
| Όχι           | 93    | 18,0        |
| Ένα           | 53    | 10,3        |
| Δύο           | 167   | 32,4        |
| Πάνω από δύο  | 203   | 39,3        |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (203 άτομα – ποσοστό 39,3%) δήλωσαν ότι έχουν περισσότερα από δύο παιδιά, άλλα 167 άτομα (ποσοστό 43,0%) δήλωσαν ότι έχουν δύο παιδιά και άλλα 53 άτομα (ποσοστό 10,3%) δήλωσαν ότι έχουν ένα παιδί. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 93 άτομα (ποσοστό 18,0%) δήλωσαν ότι δεν έχουν παιδιά (Πίνακας 7, Σχήμα 6).



Σχήμα 6: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν παιδιά

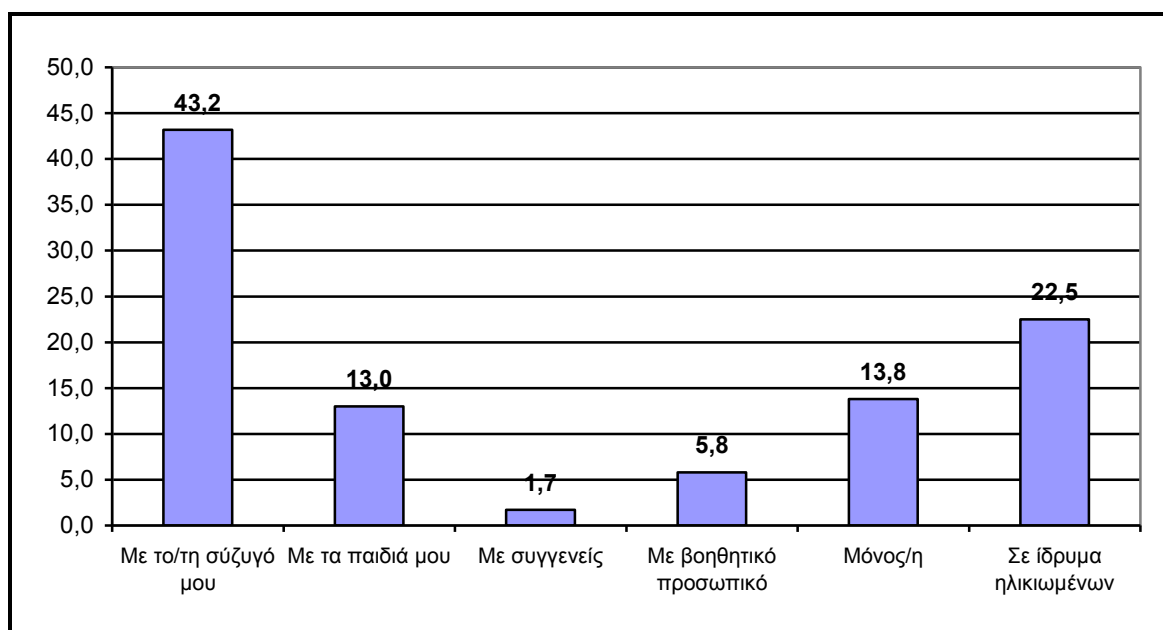


Πίνακας 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το με ποιόν μένουν

| Με ποιόν μένετε;       | N=516 | Percent (%) |
|------------------------|-------|-------------|
| Με το/τη σύζυγό μου    | 223   | 43,2        |
| Με τα παιδιά μου       | 67    | 13,0        |
| Με συγγενείς           | 9     | 1,7         |
| Με βοηθητικό προσωπικό | 30    | 5,8         |
| Μόνος/η                | 71    | 13,8        |
| Σε ίδρυμα ηλικιωμένων  | 116   | 22,5        |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (223 άτομα – ποσοστό 43,2%) δήλωσαν ότι μένουν με το/τη σύζυγό τους και άλλα 116 άτομα (ποσοστό 22,5%) ότι μένουν σε ίδρυμα ηλικιωμένων. Ακολουθούν άλλα 71 άτομα (ποσοστό 13,8%) που δήλωσαν ότι μένουν μόνοι, άλλα 67 άτομα (ποσοστό 13,0%) που μένουν με τα παιδιά τους και ακολουθούν και οι υπόλοιπες επιλογές με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 8, Σχήμα 7).

Σχήμα 7: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το με ποιόν μένουν



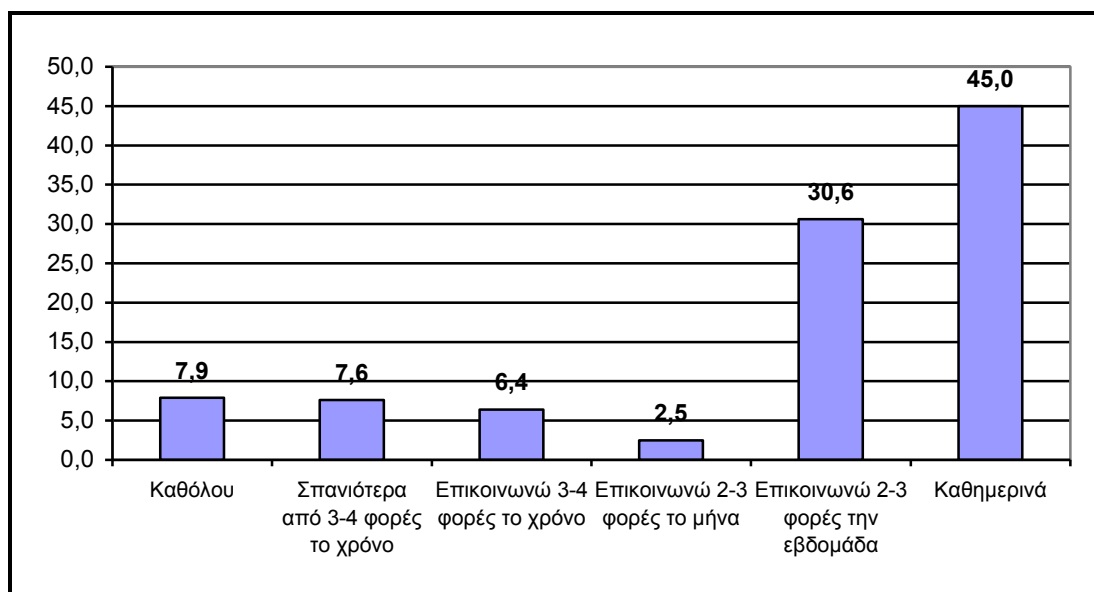
Πίνακας 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά επικοινωνούν με τα αγαπημένα τους πρόσωπα

| Πόσο συχνά επικοινωνείτε με τα αγαπημένα σας πρόσωπα; | N=516 | Percent (%) |
|---|-------|-------------|
| Καθόλου   | 41    | 7,9         |
| Σπανιότερα από 3-4 φορές το χρόνο                     | 39    | 7,6         |
| Επικοινωνώ 3-4 φορές το χρόνο                         | 33    | 6,4         |
| Επικοινωνώ 2-3 φορές το μήνα                          | 13    | 2,5         |
| Επικοινωνώ 2-3 φορές την εβδομάδα                     | 158   | 30,6        |
| Καθημερινά  | 232   | 45,0        |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (390 άτομα – ποσοστό 75,6%) δήλωσαν ότι επικοινωνούν με συχνότητα μεγαλύτερη από 2-3 φορές την εβδομάδα με τα αγαπημένα τους πρόσωπα ενώ αντίθετα το 15,5% αυτών (80 άτομα) επικοινωνούν

με συχνότητα μικρότερη από 3-4 φορές το χρόνο και τα υπόλοιπα 46 άτομα (ποσοστό 8,9%) έχουν μέτρια συχνότητα επικοινωνίας (Πίνακας 9, Σχήμα 8).

Σχήμα 8: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσο συχνά επικοινωνούν με τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

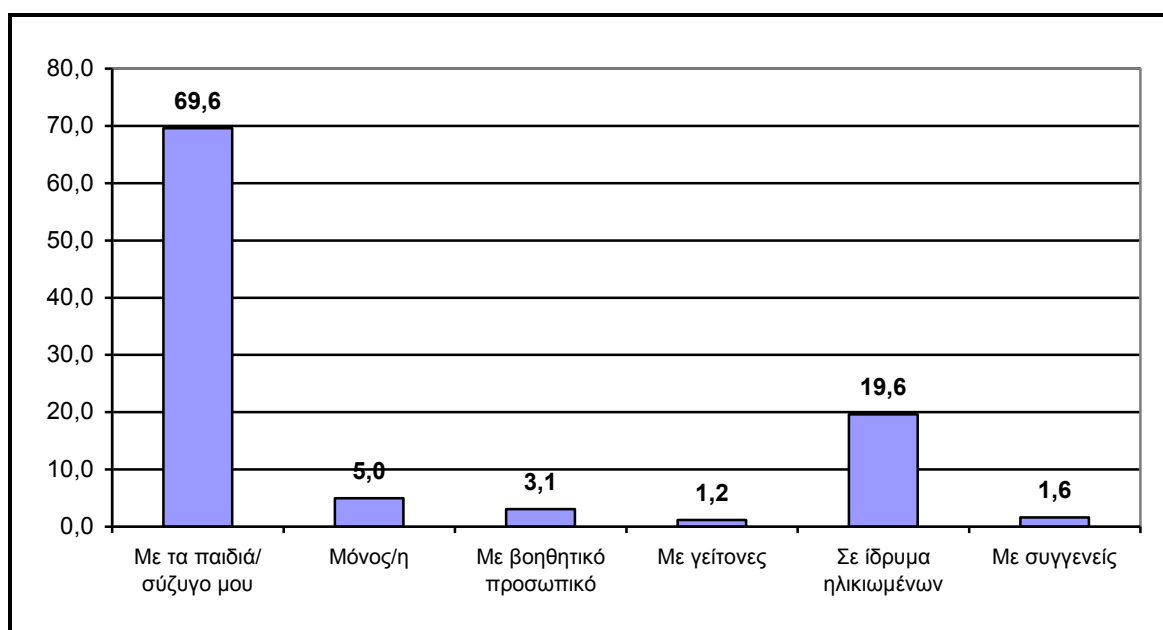


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (359 άτομα – ποσοστό 69,6%) δήλωσαν ότι περνούν τις γιορτές με το/τη σύζυγό τους ή και με τα παιδιά τους και άλλα 101 άτομα (ποσοστό 19,6%) ότι περνούν τις γιορτές σε ίδρυμα ηλικιωμένων. Ακολουθούν άλλα 26 άτομα (ποσοστό 5,0%) που δήλωσαν ότι περνούν τις γιορτές μόνοι και ακολουθούν και οι υπόλοιπες επιλογές με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 10, Σχήμα 9).

Πίνακας 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το με ποιόν περνούν τις γιορτές.

| Με ποιους περνάτε τις γιορτές; | N=516 | Percent (%) |
|--------------------------------|-------|-------------|
| Με τα παιδιά/ σύζυγο μου       | 359   | 69,6        |
| Μόνος/η                        | 26    | 5,0         |
| Με βοηθητικό προσωπικό         | 16    | 3,1         |
| Με γείτονες                    | 6     | 1,2         |
| Σε ίδρυμα ηλικιωμένων          | 101   | 19,6        |
| Με συγγενείς                   | 8     | 1,6         |

Σχήμα 9: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το με ποιόν περνούν τις γιορτές.

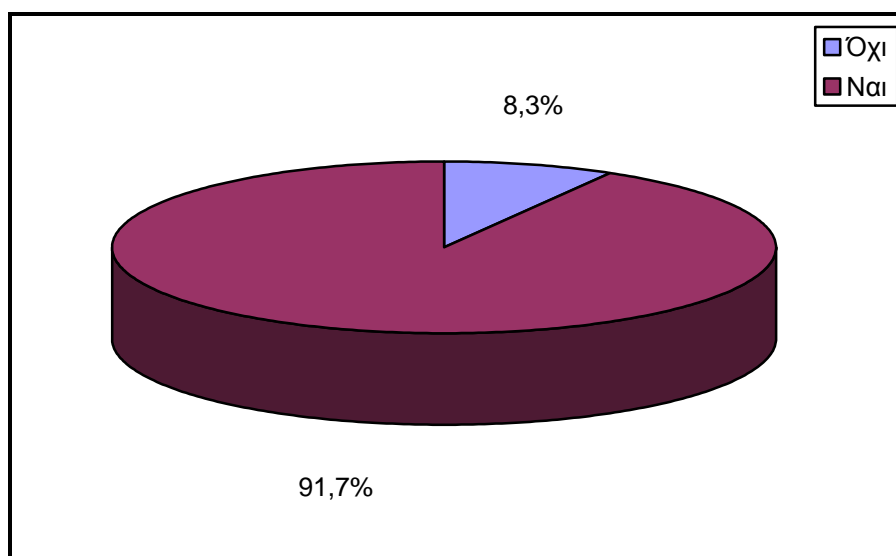


Πίνακας 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν προβλήματα υγείας.

| Έχετε προβλήματα υγείας; | N=516 | Percent (%) |
|--------------------------|-------|-------------|
| Όχι                      | 43    | 8,3         |
| Ναι                      | 473   | 91,7        |

Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (473 άτομα – ποσοστό 91,7%) δήλωσε ότι έχει προβλήματα υγείας ενώ το υπόλοιπο 8,3% (43 άτομα) δήλωσε ότι δεν έχει (Πίνακας 11, Σχήμα 10).

Σχήμα 10: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν προβλήματα υγείας

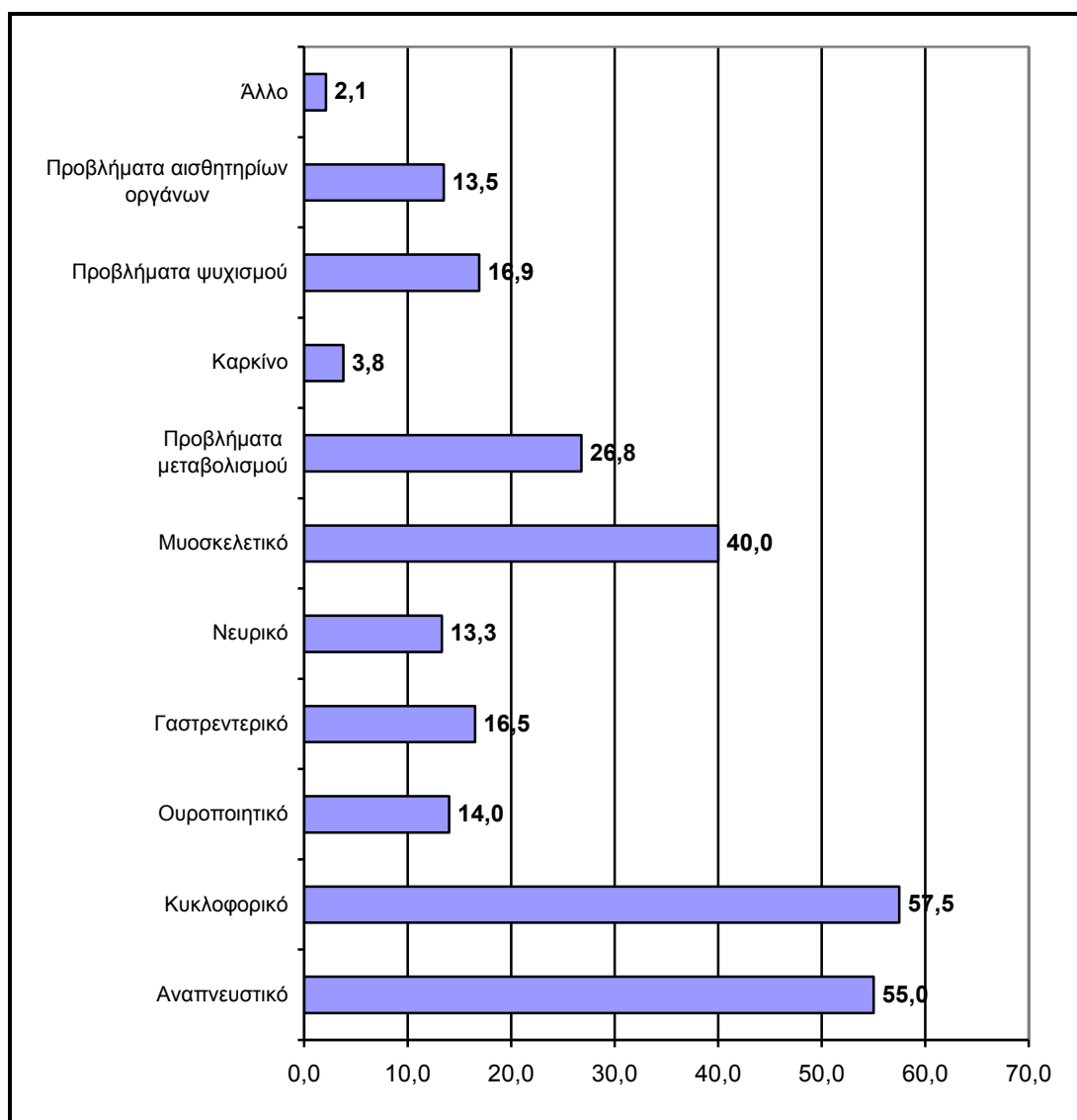


Πίνακας 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σε ποιο σύστημα έχουν πρόβλημα υγείας.

| Σε ποιο σύστημα έχετε πρόβλημα υγείας;        | N=473 | Percent (%) |
|---|-------|-------------|
| Αναπνευστικό                                  | 260   | 55,0        |
| Κυκλοφορικό                                   | 272   | 57,5        |
| Ουροποιητικό                                  | 66    | 14,0        |
| Γαστρεντερικό                                 | 78    | 16,5        |
| Νευρικό                                       | 63    | 13,3        |
| Μυοσκελετικό                                  | 189   | 40,0        |
| Προβλήματα μεταβολισμού και ενδοκρινών αδένων | 127   | 26,8        |
| Καρκίνο                                       | 18    | 3,8         |
| Προβλήματα ψυχισμού                           | 80    | 16,9        |
| Προβλήματα αισθητηρίων οργάνων                | 64    | 13,5        |
| Άλλο  | 10    | 2,1         |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι έχουν προβλήματα με το κυκλοφορικό σύστημα (272 άτομα – ποσοστό 57,5%) και το αναπνευστικό σύστημα (260 άτομα – ποσοστό 55,0%). Άλλα 189 άτομα (ποσοστό 40,0%) δήλωσαν ότι έχουν προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα και άλλα 127 άτομα (ποσοστό 26,8%) δήλωσαν ότι έχουν προβλήματα μεταβολισμού και ενδοκρινών αδένων και ακολουθούν και άλλα συστήματα με πρόβλημα με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 12, Σχήμα 11).

Σχήμα 11: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σε ποιο σύστημα έχουν πρόβλημα υγείας

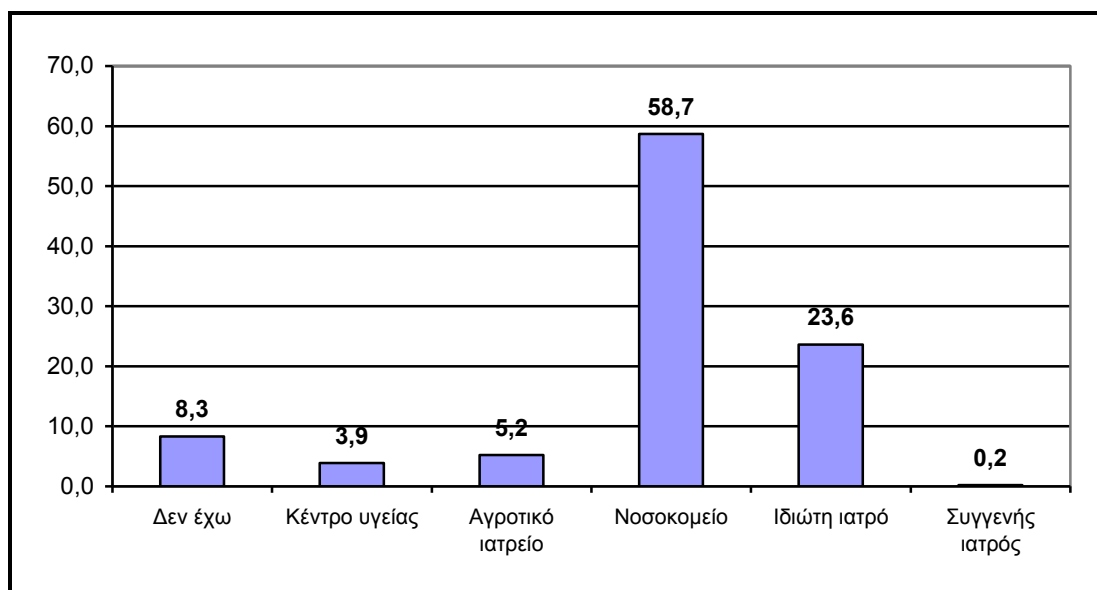


Πίνακας 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πού ανακάλυψαν το πρόβλημα υγείας τους

| Πού ανακαλύψατε το πρόβλημα υγείας σας; | N=516 | Percent (%) |
|---|-------|-------------|
| Δεν έχω                                 | 43    | 8,3         |
| Κέντρο υγείας                           | 20    | 3,9         |
| Αγροτικό ιατρείο                        | 27    | 5,2         |
| Νοσοκομείο                              | 303   | 58,7        |
| Ιδιώτη ιατρό                            | 122   | 23,6        |
| Συγγενής ιατρός                         | 1     | 0,2         |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (303 άτομα – ποσοστό 58,7%) δήλωσαν ότι ανακάλυψαν το πρόβλημα υγείας τους σε Νοσοκομείο και άλλα 122 άτομα (ποσοστό 23,6%) δήλωσαν ότι ανακάλυψαν το πρόβλημα υγείας τους σε ιδιώτη γιατρό. Μόνο τα υπόλοιπα 48 άτομα (ποσοστό 9,3%) δήλωσαν ότι ανακάλυψαν το πρόβλημα υγείας τους είτε σε αγροτικό ιατρείο είτε σε κέντρο υγείας είτε σε κάποιο συγγενή (Πίνακας 13, Σχήμα 12).

Σχήμα 12: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πού ανακάλυψαν το πρόβλημα υγείας τους

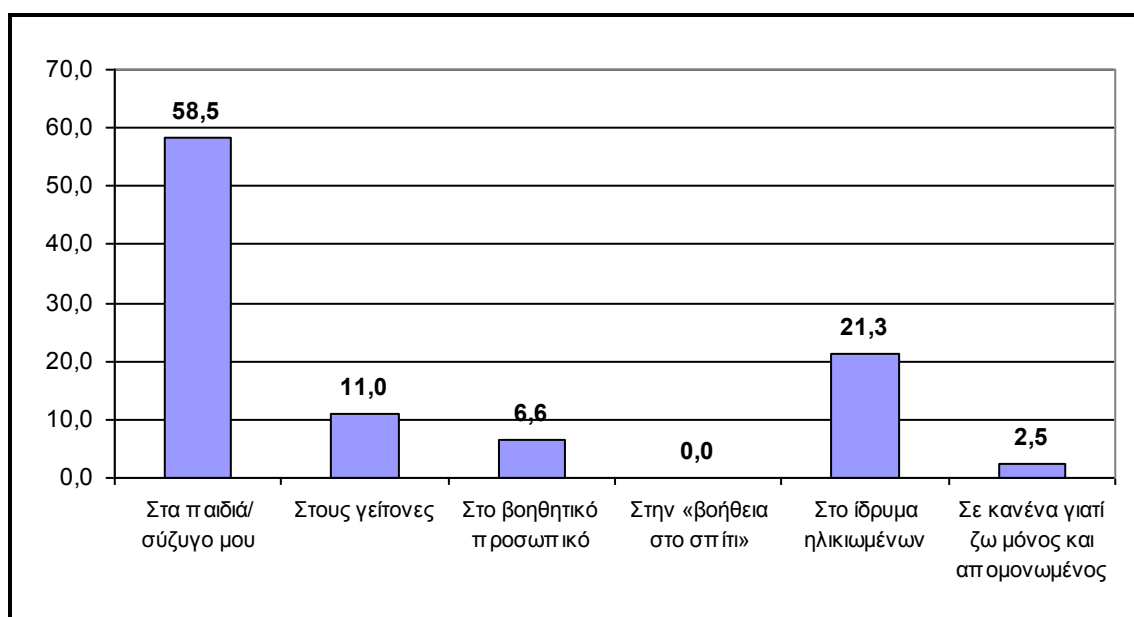


Πίνακας 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σε ποιόν απευθύνονται πρώτα σε περίπτωση που τους παρουσιαστεί ένα πρόβλημα

| Σε ποιόν απευθύνεστε πρώτα σε περίπτωση που σας παρουσιαστεί ένα πρόβλημα; | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Στα παιδιά/ σύζυγο μου   | 302   | 58,5        |
| Στους γείτονες   | 57    | 11,0        |
| Στο βοηθητικό προσωπικό  | 34    | 6,6         |
| Στην «βοήθεια στο σπίτι»   | 0     | 0,0         |
| Στο ίδρυμα ηλικιωμένων   | 110   | 21,3        |
| Σε κανένα γιατί ζω μόνος και απομονωμένος                                  | 13    | 2,5         |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (302 άτομα – ποσοστό 58,5%) δήλωσαν ότι πρώτα απευθύνονται στο/στη σύζυγό τους ή και στα παιδιά τους σε περίπτωση που τους παρουσιαστεί ένα πρόβλημα και άλλα 110 άτομα (ποσοστό 21,3%) δήλωσαν ότι απευθύνονται στο ίδρυμα ηλικιωμένων ενώ άλλα 57 άτομα (ποσοστό 5,0%) απευθύνονται σε γείτονες και ακολουθούν άλλες επιλογές με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 14, Σχήμα 13).

Σχήμα 13: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το σε ποιόν απευθύνονται πρώτα σε περίπτωση που τους παρουσιαστεί ένα πρόβλημα.



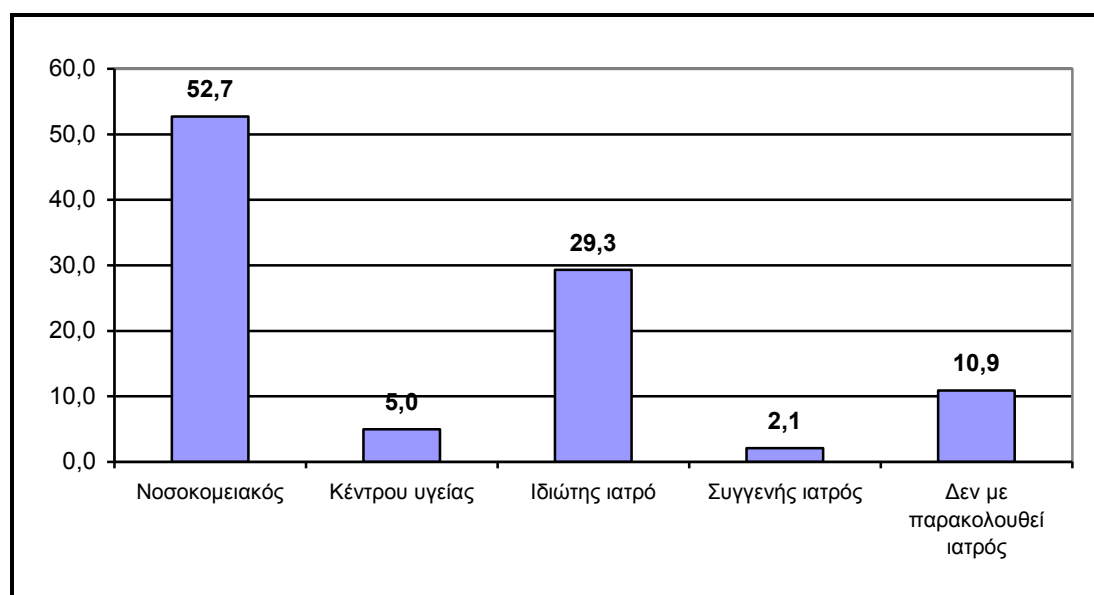


Πίνακας 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν παρακολουθούνται από ιατρό

| <b>Παρακολουθείστε από ιατρό;</b> | <b>N=516</b> | <b>Percent (%)</b> |
|-----------------------------------|--------------|--------------------|
| Νοσοκομειακός                     | 272          | 52,7               |
| Κέντρου υγείας                    | 26           | 5,0                |
| Ιδιώτης ιατρό                     | 151          | 29,3               |
| Συγγενής ιατρός                   | 11           | 2,1                |
| Δεν με παρακολουθεί ιατρός        | 56           | 10,9               |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (272 άτομα – ποσοστό 52,7%) δήλωσαν ότι παρακολουθούνται από νοσοκομειακό ιατρό και άλλα 151 άτομα (ποσοστό 29,3%) δήλωσαν ότι παρακολουθούνται από ιδιώτη ιατρό ενώ άλλα 56 άτομα (ποσοστό 10,9%) δήλωσαν ότι δεν τα παρακολουθεί ιατρός (Πίνακας 15, Σχήμα 14)

Σχήμα 14: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν παρακολουθούνται από ιατρό.

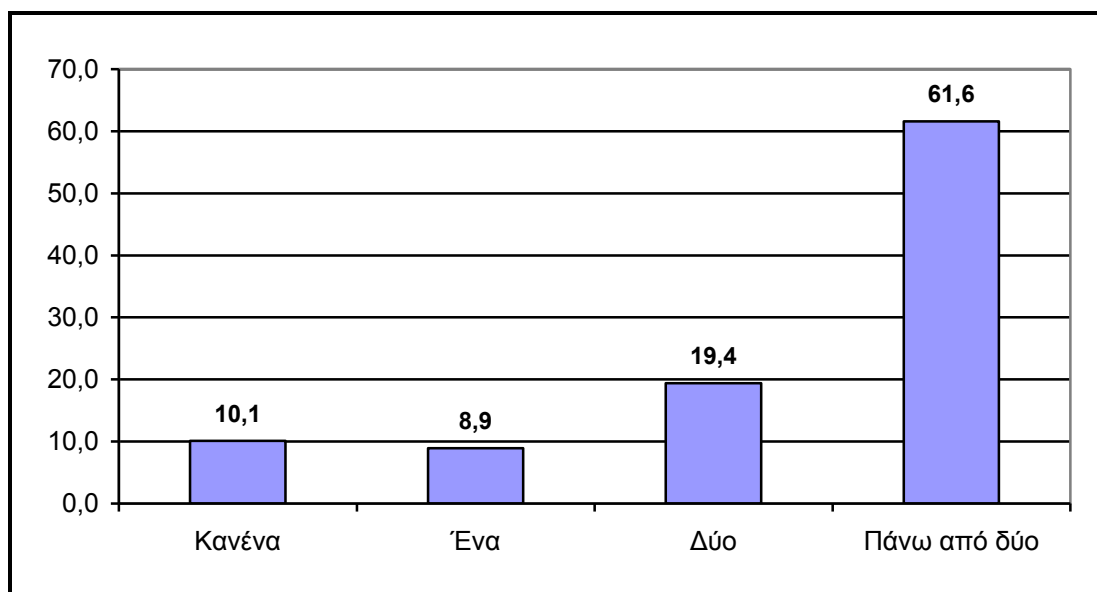


Πίνακας 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσα φάρμακα παίρνουν ημερησίως

| Πόσα φάρμακα παίρνετε ημερησίως; | N=516 | Percent (%) |
|----------------------------------|-------|-------------|
| Κανένα                           | 52    | 10,1        |
| Ένα                              | 46    | 8,9         |
| Δύο                              | 100   | 19,4        |
| Πάνω από δύο                     | 318   | 61,6        |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (318 άτομα – ποσοστό 61,6%) δήλωσαν ότι παίρνουν ημερησίως περισσότερα από δύο φάρμακα, άλλα 100 άτομα (ποσοστό 19,4%) δήλωσαν ότι παίρνουν ημερησίως δύο φάρμακα και άλλα 46 άτομα (ποσοστό 8,9%) δήλωσαν ότι παίρνουν ημερησίως ένα φάρμακο. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 52 άτομα (ποσοστό 10,1%) δήλωσαν ότι δεν παίρνουν φάρμακα (Πίνακας 16, Σχήμα 15)

Σχήμα 15: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσα φάρμακα παίρνουν ημερησίως

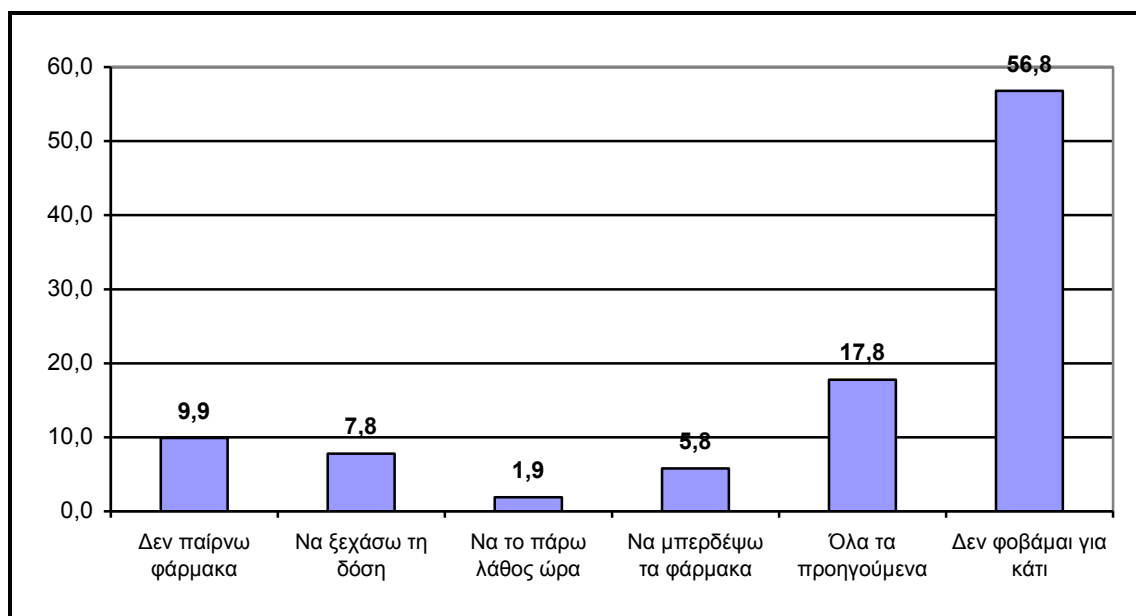


Πίνακας 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος είναι ο φόβος τους κατά τη λήψη φαρμάκων

| <b>Κατά τη λήψη φαρμάκων ποιος είναι ο φόβος σας;</b> | <b>N=516</b> | <b>Percent (%)</b> |
|---|--------------|--------------------|
| Δεν παίρνω φάρμακα                                    | 51           | 9,9                |
| Να ξεχάσω τη δόση                                     | 40           | 7,8                |
| Να το πάρω λάθος ώρα                                  | 10           | 1,9                |
| Να μπερδέψω τα φάρμακα                                | 30           | 5,8                |
| Όλα τα προηγούμενα                                    | 92           | 17,8               |
| Δεν φοβάμαι για κάτι                                  | 293          | 56,8               |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (293 άτομα – ποσοστό 56,8%) δήλωσαν ότι δεν φοβούνται για κάτι που να αφορά τη λήψη φαρμάκων και άλλα 51 άτομα (ποσοστό 9,9%) δήλωσαν ότι δεν παίρνουν φάρμακα. Αντίθετα, άλλα 40 άτομα (ποσοστό 7,8%) δήλωσαν ότι φοβούνται μη ξεχάσουν τη δόση, άλλα 30 άτομα (ποσοστό 5,8%) δήλωσαν ότι φοβούνται μη μπερδέψουν τα φάρμακα, άλλα 10 άτομα (ποσοστό 1,9%) δήλωσαν ότι φοβούνται μη τα πάρουν λάθος ώρα και άλλα 92 άτομα (ποσοστό 17,8%) δήλωσαν ότι φοβούνται όλα τα (Πίνακας 17, Σχήμα 16).

Σχήμα 16: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος είναι ο φόβος τους κατά τη λήψη φαρμάκων

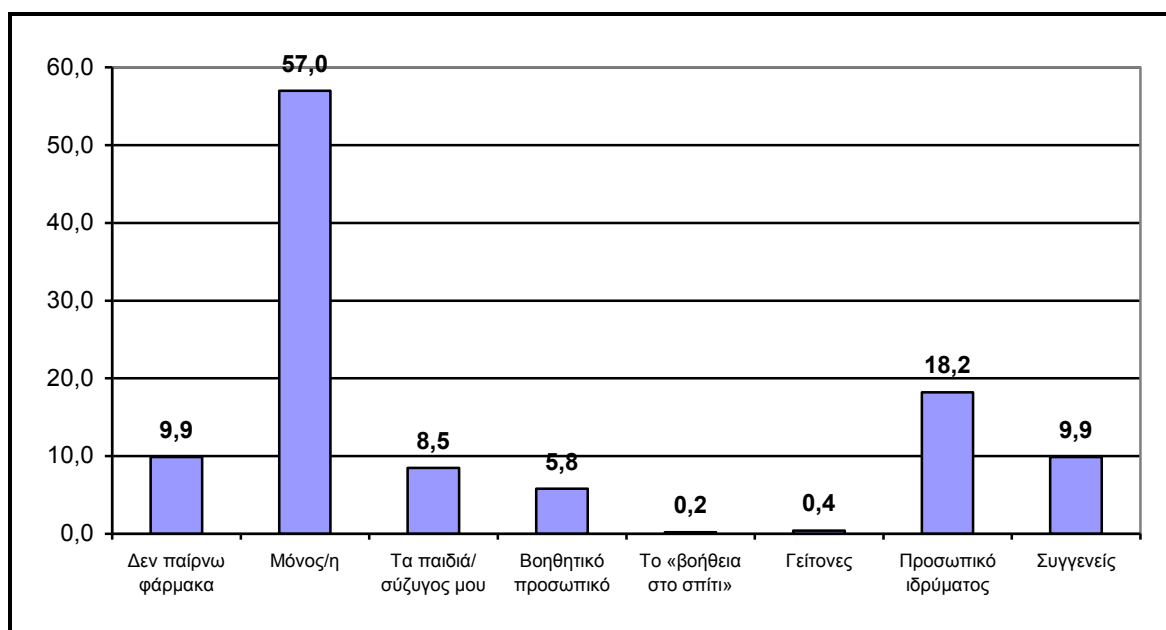


Πίνακας 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος τους χορηγεί τα φάρμακά τους

| Ποιος σας χορηγεί τα φάρμακά σας; | N=516 | Percent (%) |
|-----------------------------------|-------|-------------|
| Δεν παίρνω φάρμακα                | 51    | 9,9         |
| Μόνος/η                           | 294   | 57,0        |
| Τα παιδιά/ σύζυγος μου            | 44    | 8,5         |
| Το βοηθητικό προσωπικό            | 30    | 5,8         |
| Το «βοήθεια στο σπίτι»            | 1     | 0,2         |
| Γείτονες                          | 2     | 0,4         |
| Προσωπικό ιδρύματος               | 94    | 18,2        |
| Συγγενείς                         | 51    | 9,9         |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (294 άτομα – ποσοστό 57,0%) δήλωσαν ότι λαμβάνουν τα φάρμακά τους μόνοι τους, ενώ άλλα 94 άτομα (ποσοστό 18,2%) ότι τους τα χορηγεί το προσωπικό του Ιδρύματος και ακολουθούν οι συγγενείς (51 άτομα – ποσοστό 9,9%), τα παιδιά ή ο/η σύζυγος (44 άτομα – ποσοστό 8,5%) και το βοηθητικό προσωπικό (30 άτομα – ποσοστό 5,8%) ενώ άλλα 51 άτομα (ποσοστό 9,9%) δήλωσαν ότι δεν παίρνουν φάρμακα (Πίνακας 18, Σχήμα 17).

Σχήμα 17: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος τους χορηγεί τα φάρμακά τους

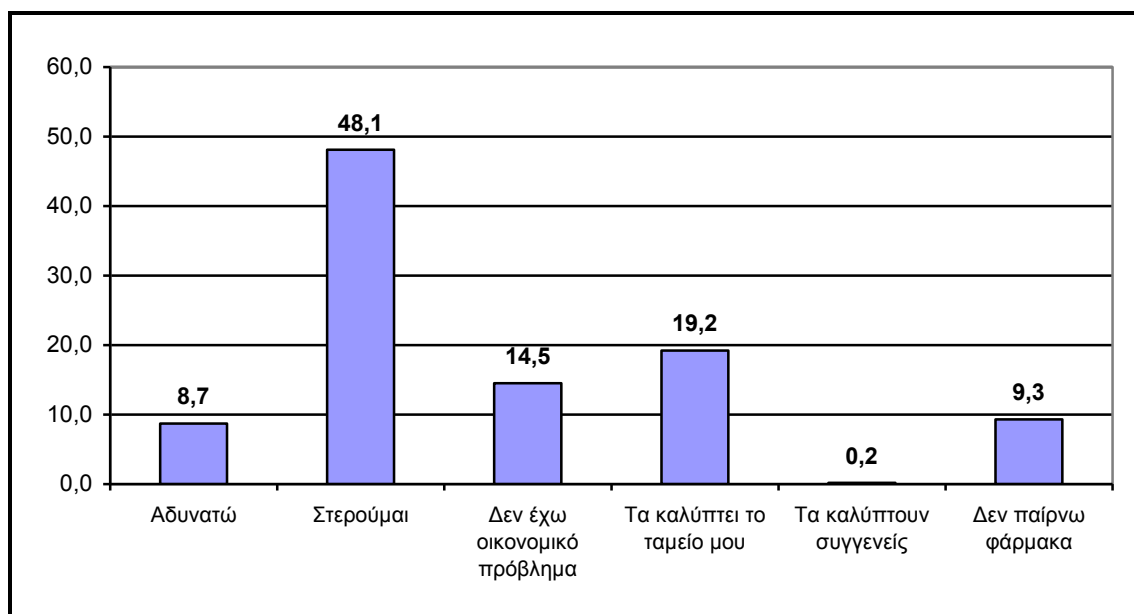


Πίνακας 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν την οικονομική δυνατότητα να αγοράσουν τα φάρμακά τους

| Έχετε την οικονομική δυνατότητα να αγοράσετε τα φάρμακά σας; | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Αδυνατώ  | 45    | 8,7         |
| Στερούμαι  | 248   | 48,1        |
| Δεν έχω οικονομικό πρόβλημα                                  | 75    | 14,5        |
| Τα καλύπτει το ταμείο μου                                    | 99    | 19,2        |
| Τα καλύπτουν συγγενείς                                       | 1     | 0,2         |
| Δεν παίρνω φάρμακα   | 48    | 9,3         |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (248 άτομα – ποσοστό 48,1%) δήλωσαν ότι στερούνται για να αγοράσουν τα φάρμακά τους και άλλα 45 άτομα (ποσοστό 8,7%) δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να αγοράσουν τα φάρμακά τους ενώ άλλα 99 άτομα (ποσοστό 19,2%) δήλωσαν ότι τα καλύπτει το ταμείο τους. Αντίθετα, μόνο 75 άτομα (ποσοστό 14,5%) δήλωσαν ότι δεν έχουν οικονομικό πρόβλημα (Πίνακας 19, Σχήμα 18).

Σχήμα 18: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν την οικονομική δυνατότητα να αγοράσουν τα φάρμακά τους.

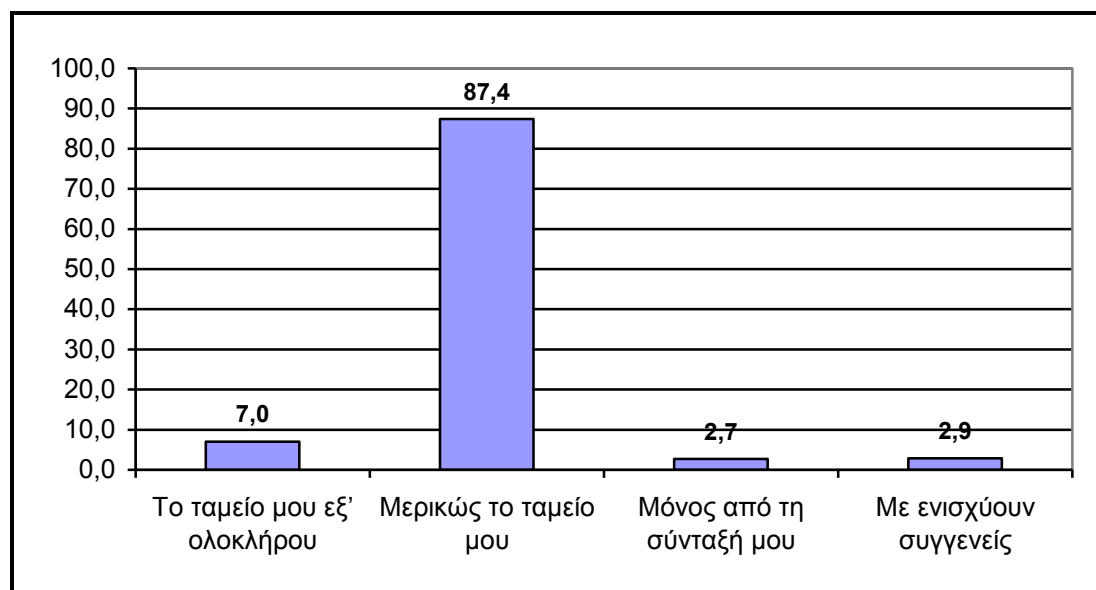


Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (487 άτομα – ποσοστό 94,4%) δήλωσαν ότι τα έξοδα της φαρμακευτικής θεραπείας τους όταν παρουσιάζεται ένα πρόβλημα υγείας τα καλύπτει είτε μερικώς (περισσότερο συνηθισμένο) είτε εξ ολοκλήρου το ταμείο τους ενώ αντίθετα τα υπόλοιπα 29 άτομα (ποσοστό 5,6%) δήλωσαν ότι είτε πληρώνουν τα έξοδα αυτά από τη σύνταξή τους είτε τους ενισχύουν συγγενείς (Πίνακας 20, Σχήμα 19).

Πίνακας 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος καλύπτει συνήθως τα έξοδα της φαρμακευτικής θεραπείας τους όταν παρουσιάζεται ένα πρόβλημα υγείας

| Ποιος καλύπτει συνήθως τα έξοδα της φαρμακευτικής θεραπείας σας όταν παρουσιάζεται ένα πρόβλημα υγείας; | N=516 | Percent (%) |
|---|-------|-------------|
| Το ταμείο μου εξ ολοκλήρου  | 36    | 7,0         |
| Μερικώς το ταμείο μου   | 451   | 87,4        |
| Μόνος από τη σύνταξή μου  | 14    | 2,7         |
| Με ενισχύουν συγγενείς  | 15    | 2,9         |

Σχήμα 19: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος καλύπτει συνήθως τα έξοδα της φαρμακευτικής θεραπείας τους όταν παρουσιάζεται ένα πρόβλημα υγείας

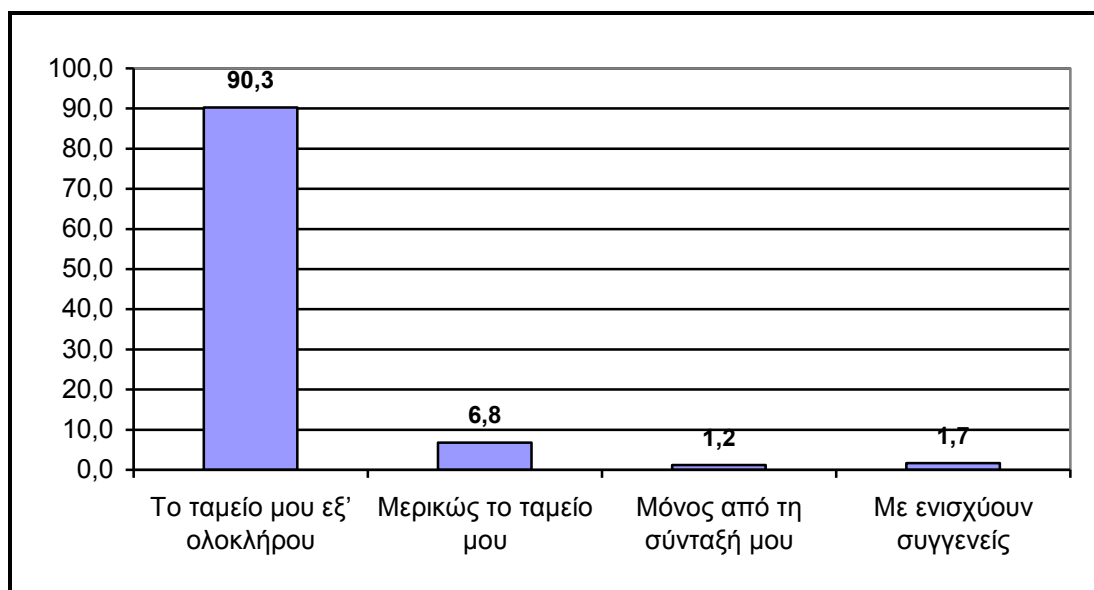


Πίνακας 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος καλύπτει τα έξοδα της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο σε περίπτωση που νοσηλεύονται

| Ποιος καλύπτει τα έξοδα της νοσηλείας σας στο νοσοκομείο σε περίπτωση που νοσηλεύεστε; | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Το ταμείο μου εξ ολοκλήρου   | 466   | 90,3        |
| Μερικώς το ταμείο μου  | 35    | 6,8         |
| Μόνος από τη σύνταξή μου   | 6     | 1,2         |
| Με ενισχύουν συγγενείς   | 9     | 1,7         |

Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (501 άτομα – ποσοστό 97,1%) δήλωσαν ότι τα έξοδα της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο σε περίπτωση που νοσηλεύονται τα καλύπτει είτε εξ ολοκλήρου (περισσότερο συνηθισμένο) είτε μερικώς το ταμείο τους ενώ αντίθετα τα υπόλοιπα 15 άτομα (ποσοστό 2,9%) δήλωσαν ότι είτε πληρώνουν τα έξοδα αυτά από τη σύνταξή τους είτε τους ενισχύουν συγγενείς (Πίνακας 21, Σχήμα 20).

Σχήμα 20: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος καλύπτει τα έξοδα της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο σε περίπτωση που νοσηλεύονται



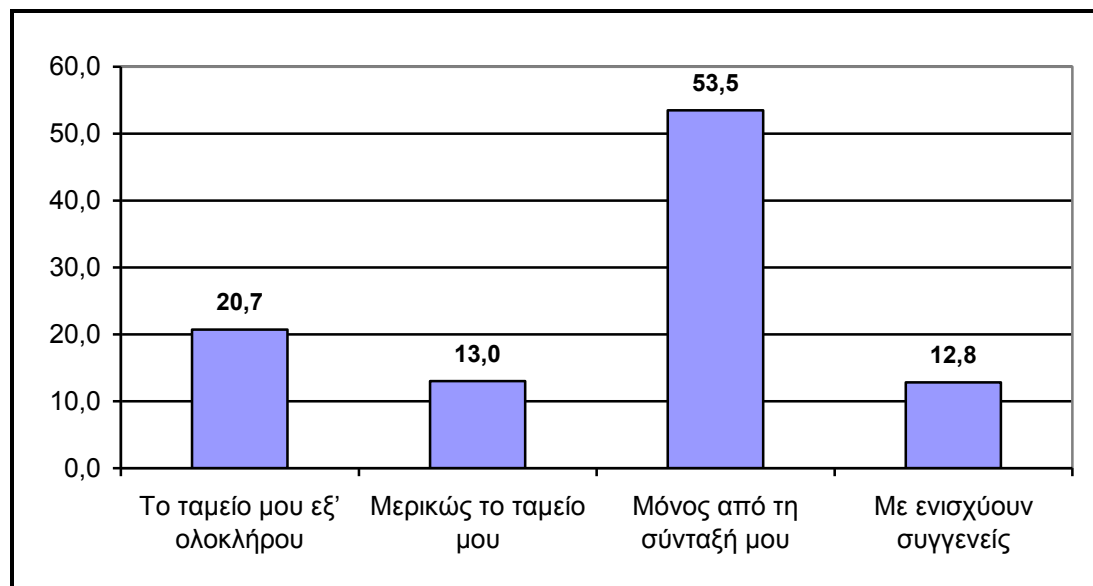
Πίνακας 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος καλύπτει τα έξοδα της αποκλειστικής νοσοκόμας σε περίπτωση εισαγωγής τους στο νοσοκομείο

| Ποιος καλύπτει τα έξοδα της αποκλειστικής νοσοκόμας σε περίπτωση εισαγωγής σας στο νοσοκομείο; | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Το ταμείο μου εξ ολοκλήρου   | 107   | 20,7        |
| Μερικώς το ταμείο μου  | 67    | 13,0        |
| Μόνος από τη σύνταξή μου   | 276   | 53,5        |
| Με ενισχύουν συγγενείς   | 66    | 12,8        |

Μόνο το ένα τρίτο των ερωτηθέντων (174 άτομα – ποσοστό 33,7%) δήλωσαν ότι τα έξοδα της αποκλειστικής νοσοκόμας σε περίπτωση εισαγωγής τους στο νοσοκομείο τα καλύπτει είτε εξ ολοκλήρου είτε μερικώς το ταμείο τους ενώ αντίθετα το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (342 άτομα – ποσοστό 66,3%) δήλωσαν ότι τα έξοδα αυτά τα πληρώνουν είτε από τη σύνταξή τους είτε τους ενισχύουν συγγενείς (Πίνακας 22, Σχήμα 21).



Σχήμα 21: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος καλύπτει τα έξοδα της αποκλειστικής νοσοκόμας σε περίπτωση εισαγωγής τους στο νοσοκομείο

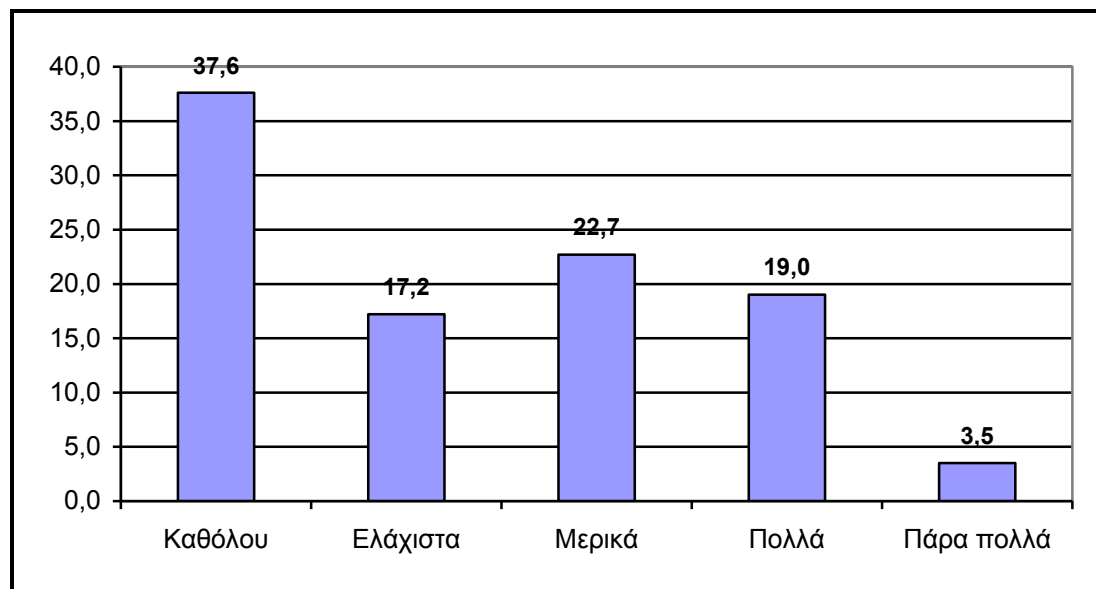


Πλέον των μισών ερωτηθέντων (283 άτομα – ποσοστό 54,8%) δήλωσαν ότι είτε δεν έχουν είτε ότι έχουν «ελάχιστα» προβλήματα κινητικότητας και άλλα 117 άτομα (ποσοστό 22,7%) ότι έχουν «μερικά». Αντίθετα, το 22,5% των ερωτηθέντων (116 άτομα) δήλωσαν είτε ότι έχουν «πολλά» είτε «πάρα πολλά» προβλήματα κινητικότητας (Πίνακας 23, Σχήμα 22).

Πίνακας 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν προβλήματα κινητικότητας

| Έχετε προβλήματα κινητικότητας; | N=516 | Percent (%) |
|---------------------------------|-------|-------------|
| Καθόλου                         | 194   | 37,6        |
| Ελάχιστα                        | 89    | 17,2        |
| Μερικά                          | 117   | 22,7        |
| Πολλά                           | 98    | 19,0        |
| Πάρα πολλά                      | 18    | 3,5         |

Σχήμα 22: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν προβλήματα κινητικότητας



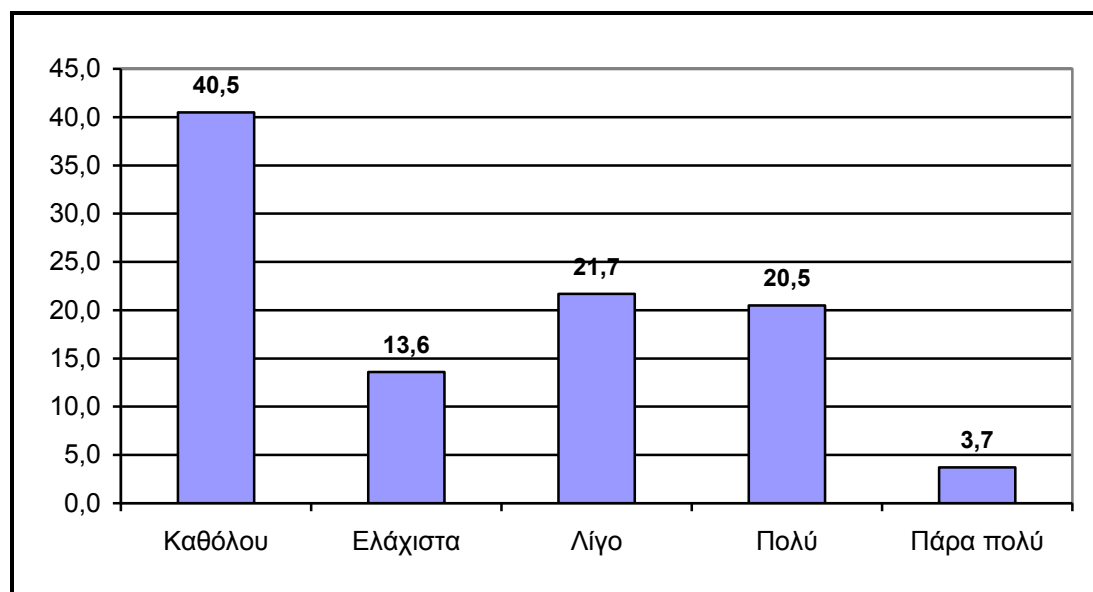
Πίνακας 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν εμποδίζονται οι δραστηριότητες της καθημερινότητάς τους

| Εμποδίζονται οι δραστηριότητες της καθημερινότητάς σας; | N=516 | Percent (%) |
|---|-------|-------------|
| Καθόλου   | 209   | 40,5        |
| Ελάχιστα  | 70    | 13,6        |
| Λίγο  | 112   | 21,7        |
| Πολύ  | 106   | 20,5        |
| Πάρα πολύ   | 19    | 3,7         |

Επίσης, πλέον των μισών ερωτηθέντων (279 άτομα – ποσοστό 54,1%) δήλωσαν ότι είτε δεν εμποδίζονται είτε ότι εμποδίζονται «ελάχιστα» οι δραστηριότητες της καθημερινότητάς τους και άλλα 112 άτομα (ποσοστό 21,7%) ότι εμποδίζονται «λίγο». Αντίθετα, το 24,2% των ερωτηθέντων (125 άτομα) δήλωσαν είτε ότι

εμποδίζονται «πολύ» είτε «πάρα πολύ» οι δραστηριότητες της καθημερινότητάς τους (Πίνακας 24, Σχήμα 23).

Σχήμα 23: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν εμποδίζονται οι δραστηριότητες της καθημερινότητάς τους

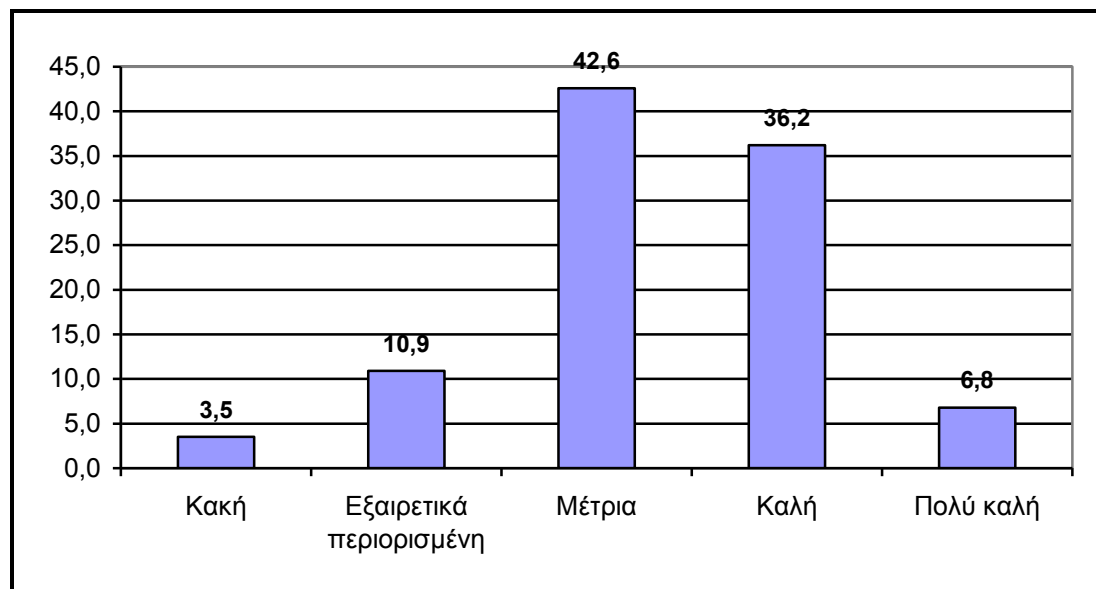


Πίνακας 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πώς θα χαρακτήριζαν την φυσική τους κατάσταση

| Πως θα χαρακτηρίζατε τη φυσική σας κατάσταση; | N=516 | Percent (%) |
|---|-------|-------------|
| Κακή  | 18    | 3,5         |
| Εξαιρετικά περιορισμένη                       | 56    | 10,9        |
| Μέτρια  | 220   | 42,6        |
| Καλή  | 187   | 36,2        |
| Πολύ καλή                                     | 35    | 6,8         |

Οι μισοί σχεδόν των ερωτηθέντων (222 άτομα – ποσοστό 43,0%) δήλωσαν ότι η φυσική τους κατάσταση είναι είτε «καλή» είτε «πολύ καλή» και άλλοι τόσοι περίπου (220 άτομα – ποσοστό 42,6%) ότι είναι «μέτρια». Αντίθετα, το 14,4% των ερωτηθέντων (74 άτομα) δήλωσαν ότι η φυσική τους κατάσταση είναι είτε «κακή» είτε «εξαιρετικά περιορισμένη» (Πίνακας 25, Σχήμα 24).

Σχήμα 24: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πώς θα χαρακτήριζαν την φυσική τους κατάσταση

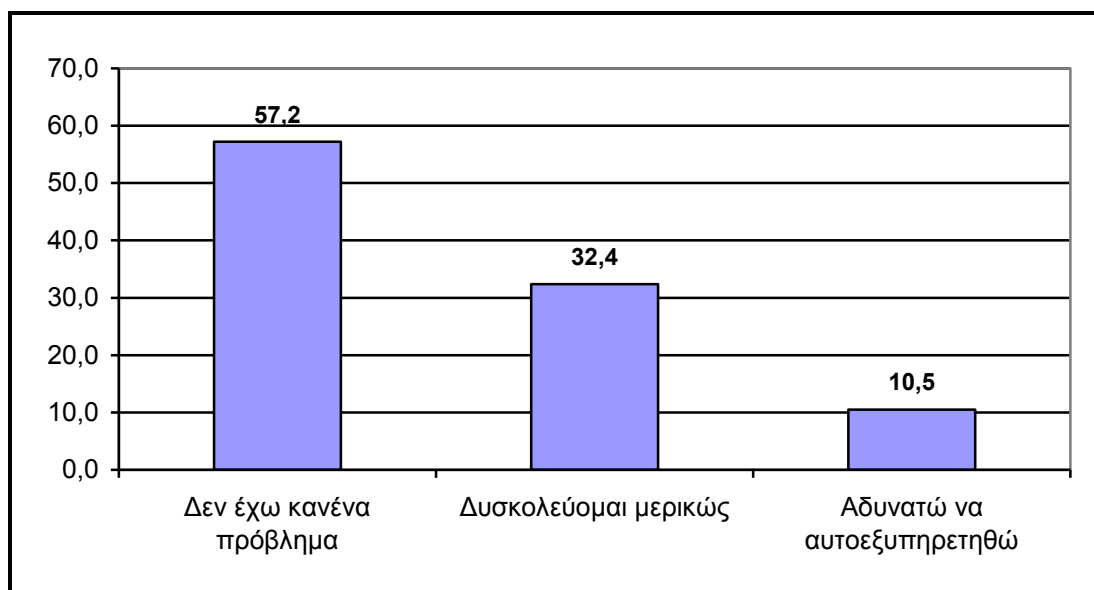


Πίνακας 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν εκτελούν δραστηριότητες αυτοφροντίδας (τουαλέτα, φαγητό, λουτρό)

| Εκτελείτε δραστηριότητες αυτοφροντίδας (τουαλέτα, φαγητό, λουτρό); | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Δεν έχω κανένα πρόβλημα  | 295   | 57,2        |
| Δυσκολεύομαι μερικώς   | 167   | 32,4        |
| Αδυνατώ να αυτοεξυπηρετηθώ   | 54    | 10,5        |

Πλέον των μισών ερωτηθέντων (295 άτομα – ποσοστό 57,2%) δήλωσαν ότι δεν έχουν κανένα πρόβλημα στο να εκτελούν δραστηριότητες αυτοφροντίδας (τουαλέτα, φαγητό, λουτρό και άλλα 167 άτομα (ποσοστό 32,4%) ότι δυσκολεύονται μερικώς. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 54 άτομα (ποσοστό 10,5%) δήλωσαν ότι αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν (Πίνακας 26, Σχήμα 25).

Σχήμα 25: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν εκτελούν δραστηριότητες αυτοφροντίδας (τουαλέτα, φαγητό, λουτρό).

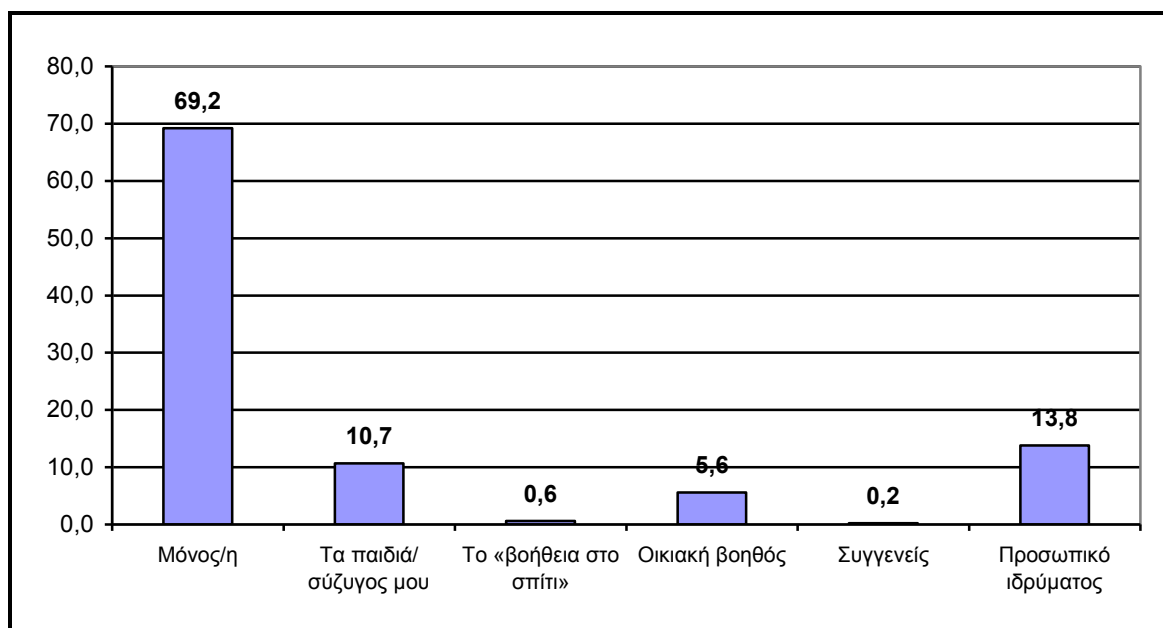


Πίνακας 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος φροντίζει για την ατομική τους υγιεινή

| Ποιος φροντίζει για την ατομική σας υγιεινή; | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Μόνος/η                                      | 357   | 69,2        |
| Τα παιδιά/ σύζυγος μου                       | 55    | 10,7        |
| Το «βοήθεια στο σπίτι»                       | 3     | 0,6         |
| Οικιακή βοηθός                               | 29    | 5,6         |
| Συγγενείς                                    | 1     | 0,2         |
| Προσωπικό ιδρύματος                          | 71    | 13,8        |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (357 άτομα – ποσοστό 69,2%) δήλωσαν ότι φροντίζει για την ατομική τους υγιεινή μόνοι τους, ενώ άλλα 71 άτομα (ποσοστό 13,8%) ότι τους φροντίζει το προσωπικό του Ιδρύματος και ακολουθούν τα παιδιά ή ο/η σύζυγος (55 άτομα – ποσοστό 10,7%) και η οικιακή βοηθός (29 άτομα – ποσοστό 5,6%) (Πίνακας 27, Σχήμα 26).

Σχήμα 26: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιος φροντίζει για την ατομική τους υγιεινή

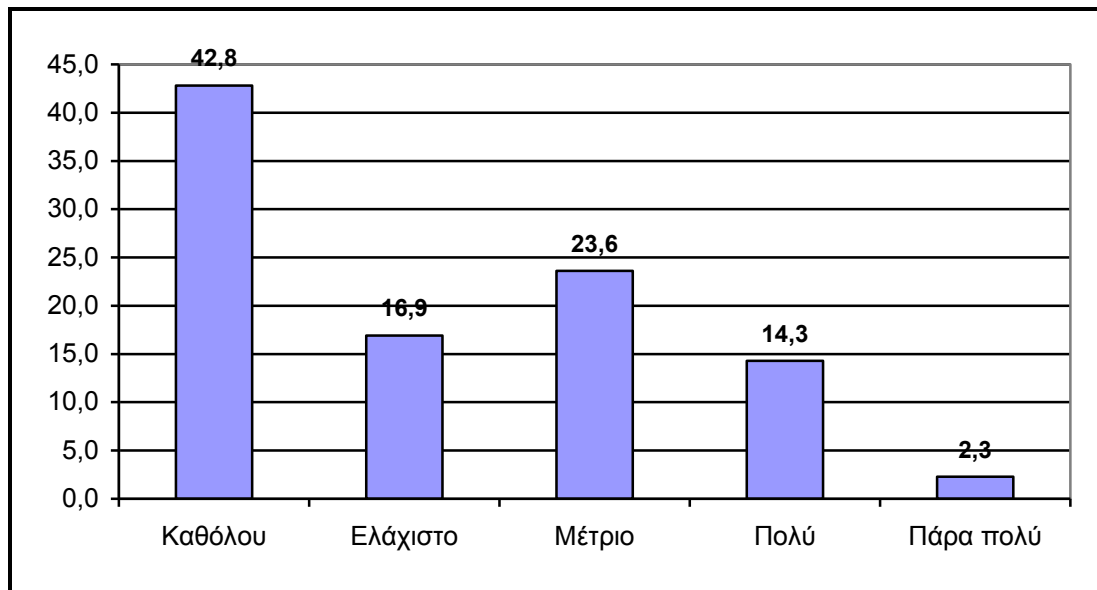


Πλέον των μισών ερωτηθέντων (308 άτομα – ποσοστό 59,7%) δήλωσαν ότι είτε δεν βιώνουν είτε ότι βιώνουν «Ελάχιστο» επίπεδο πόνου και άλλα 122 άτομα (ποσοστό 23,6%) ότι βιώνουν «μέτριο». Αντίθετα, το 16,6% των ερωτηθέντων (86 άτομα) δήλωσαν είτε ότι βιώνουν «πολύ» είτε «πάρα πολύ» επίπεδο πόνου (Πίνακας 28, Σχήμα 27).

Πίνακας 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιο είναι το επίπεδο πόνου που βιώνουν.

| Ποιο είναι το επίπεδο πόνου που βιώνετε; | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Καθόλου                                  | 221   | 42,8        |
| Ελάχιστο                                 | 87    | 16,9        |
| Μέτριο                                   | 122   | 23,6        |
| Πολύ                                     | 74    | 14,3        |
| Πάρα πολύ                                | 12    | 2,3         |

Σχήμα 27: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιο είναι το επίπεδο πόνου που βιώνουν

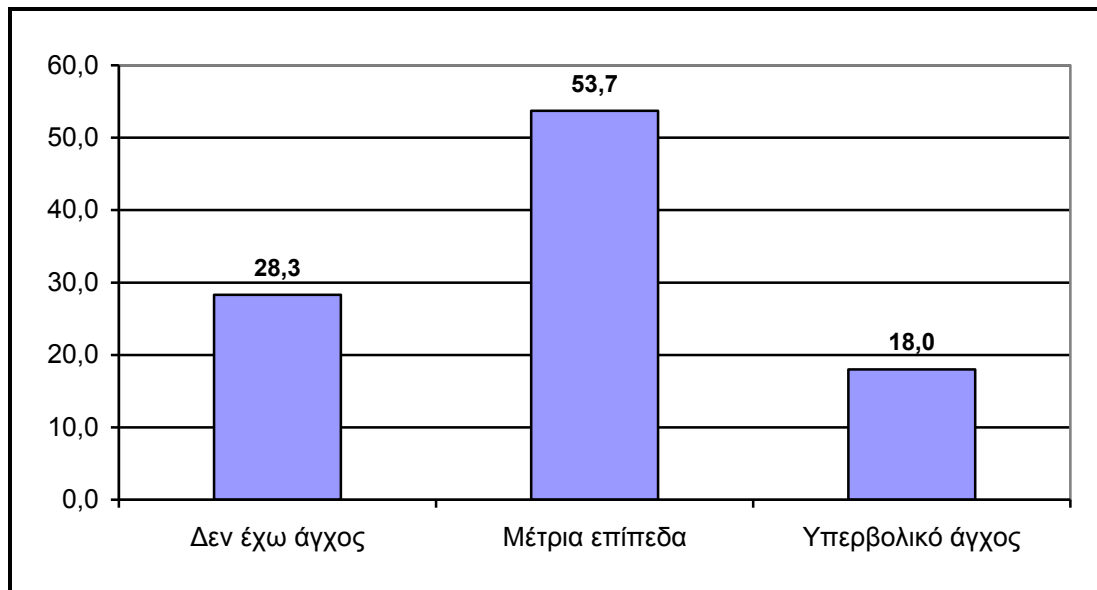


Πίνακας 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο άγχους που βιώνουν

| Σημειώστε το επίπεδο άγχους που βιώνετε; | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Δεν έχω άγχος                            | 146   | 28,3        |
| Μέτρια επίπεδα                           | 277   | 53,7        |
| Υπερβολικό άγχος                         | 93    | 18,0        |

Πλέον των μισών ερωτηθέντων (277 άτομα – ποσοστό 53,7%) δήλωσαν ότι βιώνουν μέτρια επίπεδα άγχους και άλλα 146 άτομα (ποσοστό 28,3%) ότι δεν έχουν άγχος. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 93 άτομα (ποσοστό 18,0%) δήλωσαν ότι βιώνουν υπερβολικό άγχος (Πίνακας 29, Σχήμα 28).

Σχήμα 28: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο άγχους που βιώνουν



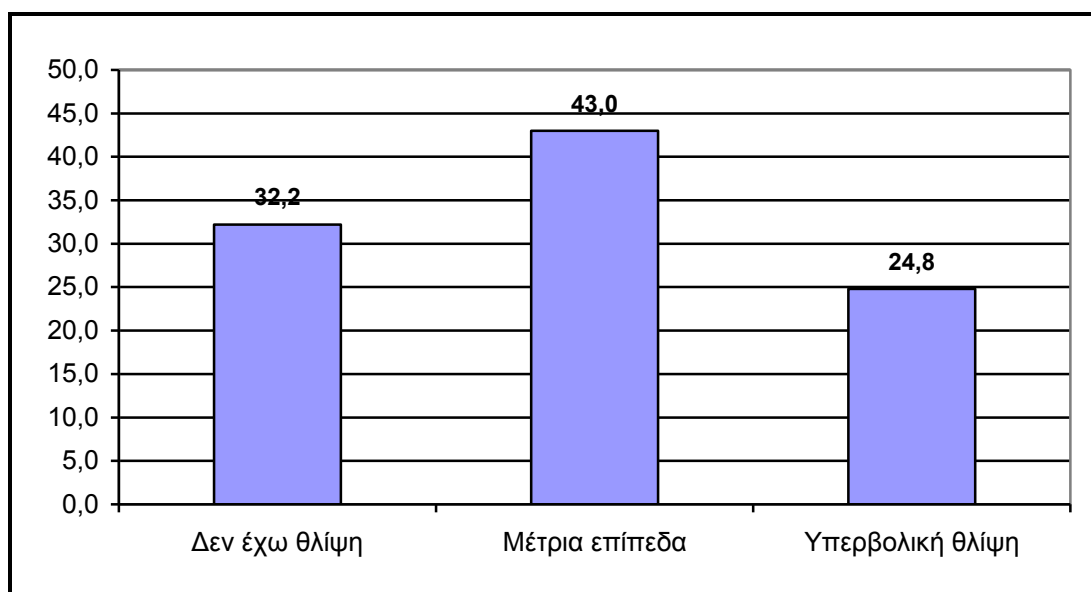
Πίνακας 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο θλίψης που βιώνουν

| Σημειώστε το επίπεδο θλίψης που βιώνετε; | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Δεν έχω θλίψη                            | 166   | 32,2        |
| Μέτρια επίπεδα                           | 222   | 43,0        |
| Υπερβολική θλίψη                         | 128   | 24,8        |

Σχεδόν οι μισοί των ερωτηθέντων (222 άτομα – ποσοστό 43,0%) δήλωσαν ότι βιώνουν μέτρια επίπεδα θλίψης και άλλα 166 άτομα (ποσοστό 32,2%) ότι δεν έχουν θλίψη. Αντίθετα, τα υπόλοιπα 128 άτομα (ποσοστό 24,8%) δήλωσαν ότι βιώνουν υπερβολική θλίψη (Πίνακας 30, Σχήμα 29).



Σχήμα 29: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το επίπεδο θλίψης που βιώνουν

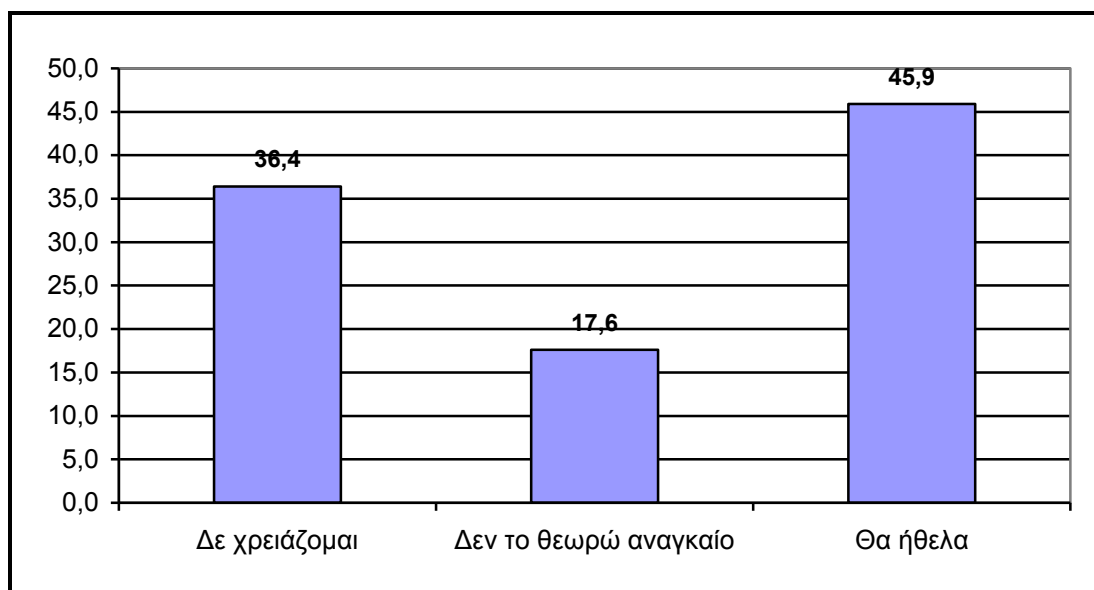


Πίνακας 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα ήθελαν βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι τους

| <b>Θα θέλατε βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι σας;</b> | <b>N=516</b> | <b>Percent (%)</b> |
|--|--------------|--------------------|
| Δε χρειάζομαι  | 188          | 36,4               |
| Δεν το θεωρώ αναγκαίο  | 91           | 17,6               |
| Θα ήθελα   | 237          | 45,9               |

Σχεδόν οι μισοί των ερωτηθέντων (237 άτομα – ποσοστό 45,9%) δήλωσαν ότι θα ήθελαν βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι τους ενώ οι υπόλοιποι δήλωσαν ότι είτε δε χρειάζονται (188 άτομα – ποσοστό 36,4%) είτε ότι δεν το θεωρούν αναγκαίο (91 άτομα – ποσοστό 17,6%) (Πίνακας 31, Σχήμα 30).\

Σχήμα 30: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα ήθελαν βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι τους

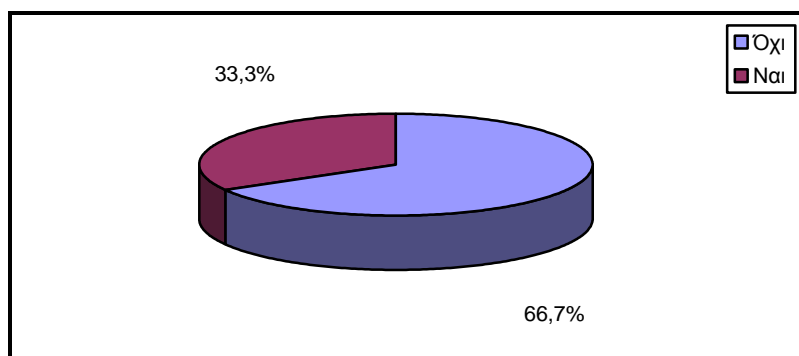


Πίνακας 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν αντιμετωπίζουν προβλήματα ακράτειας

| Αντιμετωπίζετε προβλήματα ακράτειας; | N=516 | Percent (%) |
|--------------------------------------|-------|-------------|
| Όχι                                  | 344   | 66,7        |
| Ναι                                  | 172   | 33,3        |

Τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων (344 άτομα – ποσοστό 66,7%) δήλωσαν ότι δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα ακράτειας ενώ το υπόλοιπο 33,3% (172 άτομα) δήλωσε ότι αντιμετωπίζει (Πίνακας 32, Σχήμα 31)

Σχήμα 31: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν αντιμετωπίζουν προβλήματα ακράτειας

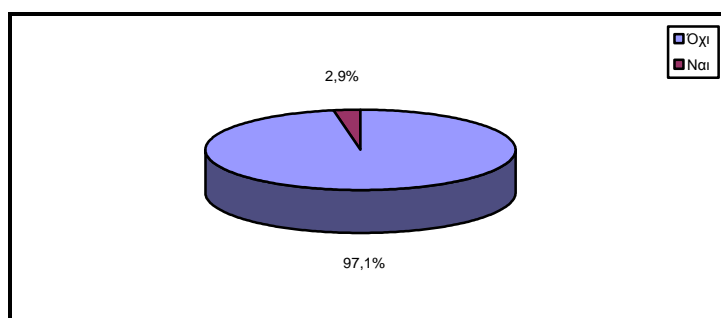


Πίνακας 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν αντιμετωπίζουν προβλήματα κατακλίσεων

| Αντιμετωπίζετε προβλήματα κατακλίσεων; | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Οχι                                    | 501   | 97,1        |
| Ναι                                    | 15    | 2,9         |

Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (501 άτομα – ποσοστό 97,1%) δήλωσαν ότι δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα κατακλίσεων ενώ μόνο το 2,9% (15 άτομα) δήλωσε ότι αντιμετωπίζει (Πίνακας 33, Σχήμα 32). Το μικρό αυτό ποσοστό εξυπηρετείται κυρίως από βοηθητικό προσωπικό, το προσωπικό του ιδρύματος και το προσωπικό του νοσοκομείου.

Σχήμα 32: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν αντιμετωπίζουν προβλήματα κατακλίσεων.

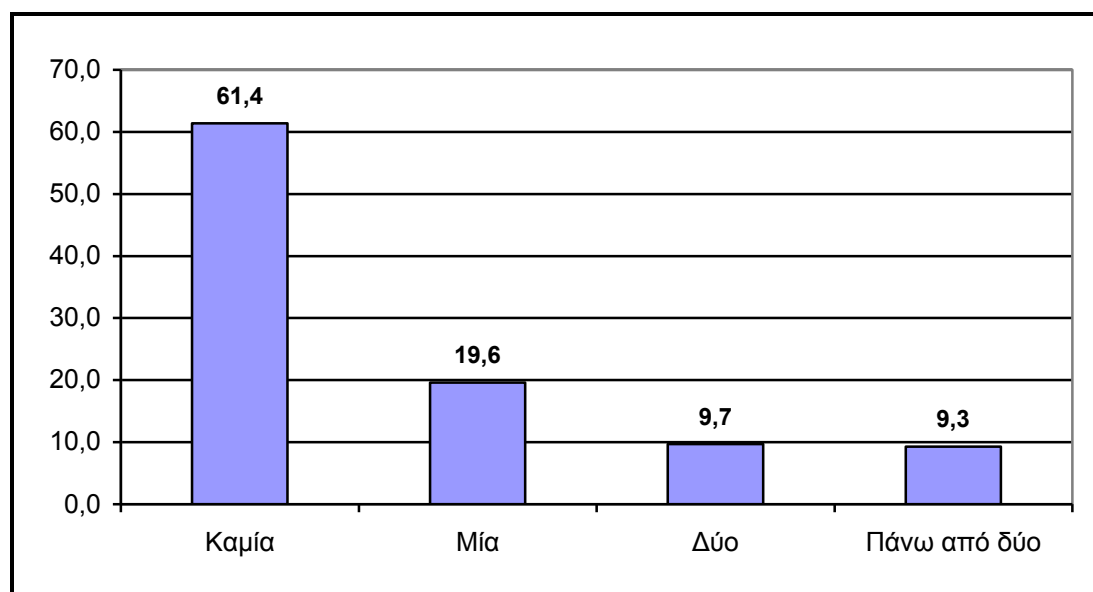


Πίνακας 34: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσες πτώσεις έχουν το χρόνο

| <b>Πόσες πτώσεις έχετε το χρόνο;</b> | <b>N=516</b> | <b>Percent (%)</b> |
|--------------------------------------|--------------|--------------------|
| Καμία                                | 317          | 61,4               |
| Μία                                  | 101          | 19,6               |
| Δύο                                  | 50           | 9,7                |
| Πάνω από δύο                         | 48           | 9,3                |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (317 άτομα – ποσοστό 61,4%) δήλωσαν ότι συνήθως δεν έχουν πτώσεις και άλλα 100 άτομα (ποσοστό 19,6%) δήλωσαν ότι συνήθως έχουν μία πτώση ετησίως. Αντίθετα, τα 50 άτομα (ποσοστό 9,7%) δήλωσαν ότι συνήθως έχουν δύο πτώσεις ετησίως και τα υπόλοιπα 48 άτομα (ποσοστό 9,3%) δήλωσαν ότι συνήθως έχουν πάνω από δύο πτώσεις (Πίνακας 34, Σχήμα 33).

Σχήμα 33: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πόσες πτώσεις έχουν το χρόνο.

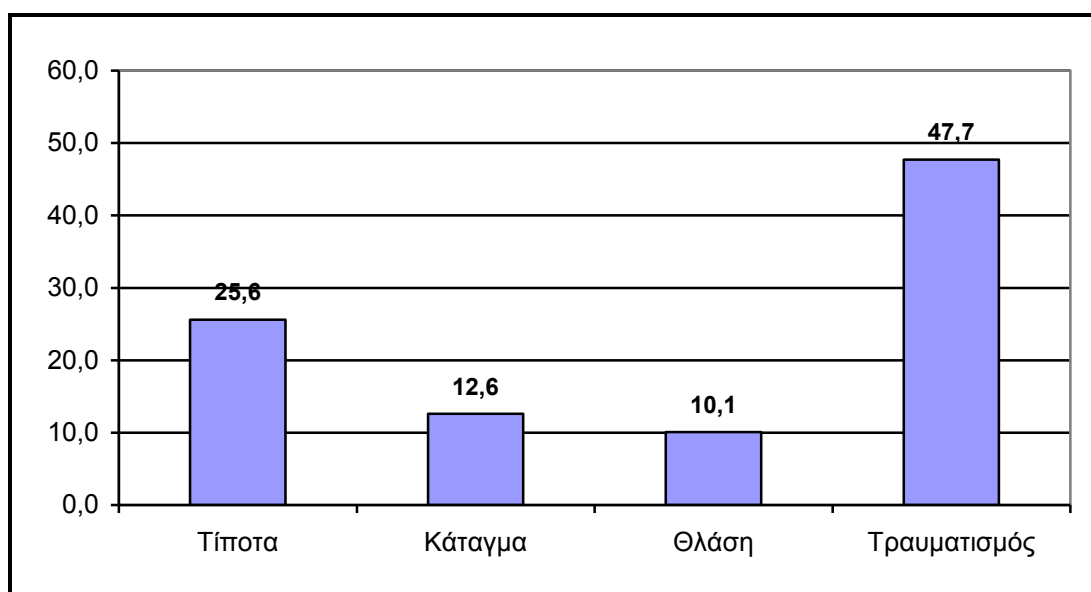


Πίνακας 35: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι προκλήθηκε από τις πτώσεις που είχαν

| <b>Τι προκλήθηκε από τις πτώσεις που είχατε;</b> | <b>N=199</b> | <b>Percent (%)</b> |
|--|--------------|--------------------|
| Τίποτα   | 51           | 25,6               |
| Κάταγμα  | 25           | 12,6               |
| Θλάση  | 20           | 10,1               |
| Τραυματισμός                                     | 95           | 47,7               |

Σχεδόν οι μισοί των ερωτηθέντων που συνήθως έχουν κάποια πτώση ετησίως (95 άτομα – ποσοστό 47,7%) δήλωσαν ότι από την πτώση αυτή προκλήθηκε κάποιος τραυματισμός και ακολούθησαν αυτοί που δήλωσαν ότι υπέστησαν κάταγμα (25 άτομα – ποσοστό 12,6%) ή θλάση (20 άτομα – ποσοστό 10,1%). Αντίθετα, 51 άτομα (ποσοστό 25,6%) δήλωσαν ότι δεν προκλήθηκε τίποτα από τις πτώσεις που είχαν (Πίνακας 35, Σχήμα 34).

Σχήμα 34: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι προκλήθηκε από τις πτώσεις που είχαν



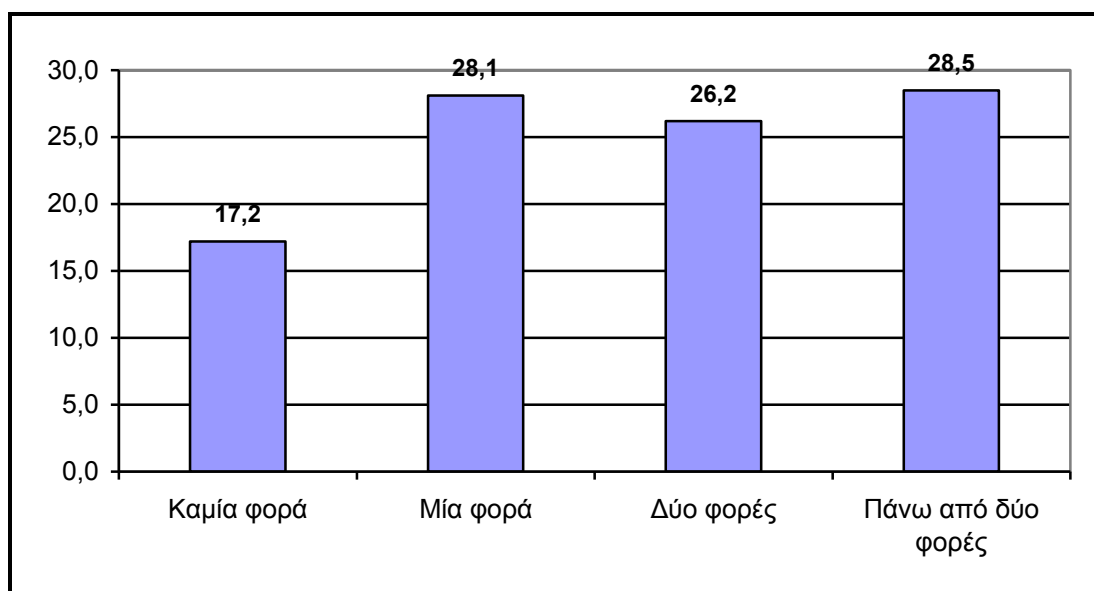
Πίνακας 36: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο μέχρι τώρα

| Έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο μέχρι τώρα; | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Καμία φορά                                 | 89    | 17,2        |
| Μία φορά                                   | 145   | 28,1        |
| Δύο φορές                                  | 135   | 26,2        |
| Πάνω από δύο φορές                         | 147   | 28,5        |

Πλέον των μισών ερωτηθέντων (282 άτομα – ποσοστό 54,7%) δήλωσαν ότι έχουν νοσηλευτεί μέχρι τώρα δύο και περισσότερες από 2 φορές και άλλα 145 άτομα (ποσοστό 28,1%) δήλωσαν ότι έχουν νοσηλευτεί μέχρι τώρα μία φορά. Αντίθετα, τα

υπόλοιπα 89 άτομα (ποσοστό 17,2%) δήλωσαν ότι δεν έχουν νοσηλευτεί μέχρι τώρα σε νοσοκομείο (Πίνακας 36, Σχήμα 35).

Σχήμα 35: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο μέχρι τώρα.



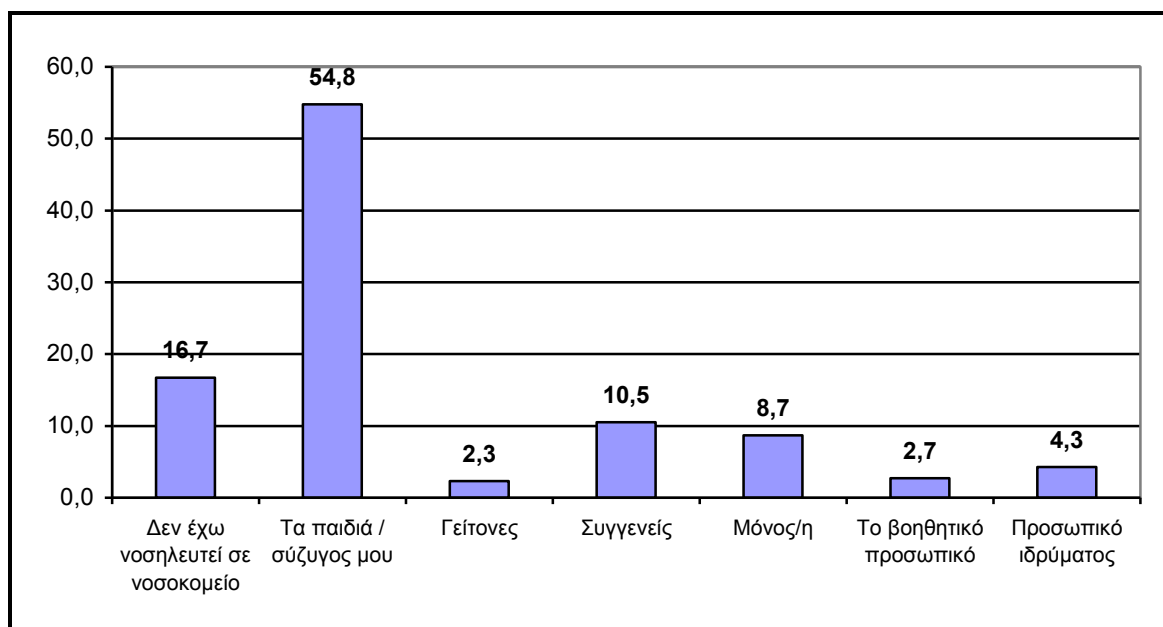
Πίνακας 37: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιοι τους συνόδευσαν κατά τη μεταφορά τους στο νοσοκομείο.

| Κατά τη μεταφορά σας στο νοσοκομείο ποιοι σας συνόδευσαν; | N=516 | Percent (%) |
|---|-------|-------------|
| Δεν έχω νοσηλευτεί σε νοσοκομείο                          | 86    | 16,7        |
| Τα παιδιά / σύζυγος μου                                   | 283   | 54,8        |
| Γείτονες  | 12    | 2,3         |
| Συγγενείς   | 54    | 10,5        |
| Μόνος/η   | 45    | 8,7         |
| Το βοηθητικό προσωπικό                                    | 14    | 2,7         |
| Προσωπικό ιδρύματος                                       | 22    | 4,3         |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (283 άτομα – ποσοστό 54,8%) δήλωσαν ότι τους συνόδευσαν κατά τη μεταφορά τους στο νοσοκομείο τα παιδιά ή ο/η σύζυγος, άλλα 54 άτομα (ποσοστό 10,5%) ότι τα συνόδευσαν συγγενείς και άλλα

45 άτομα (ποσοστό 8,7%) δήλωσαν ότι πήγαν μόνοι τους και ακολουθούν και οι υπόλοιπες απαντήσεις με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 37, Σχήμα 36).

Σχήμα 36: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιοι τους συνόδευαν κατά τη μεταφορά τους στο νοσοκομείο



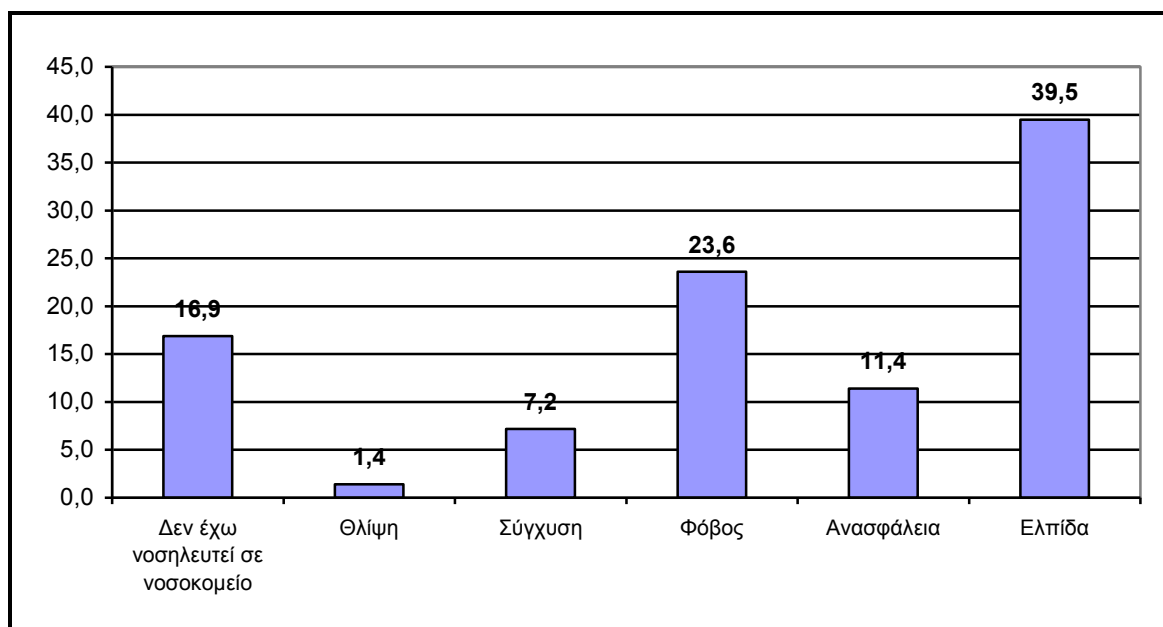
Πίνακας 38: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι είδους συναισθήματα δημιουργούνταν κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο

| Κατά την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο τι είδους συναισθήματα δημιουργούνταν; | N=516 | Percent (%) |
|---|-------|-------------|
| Δεν έχω νοσηλευτεί σε νοσοκομείο  | 87    | 16,9        |
| Θλίψη   | 7     | 1,4         |
| Σύγχυση   | 37    | 7,2         |
| Φόβος   | 122   | 23,6        |
| Ανασφάλεια  | 59    | 11,4        |
| Ελπίδα  | 204   | 39,5        |

Σύμφωνα με τις απαντήσεις των ερωτηθέντων τα συναισθήματα που τους δημιουργούνταν κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο σύμφωνα με τη δήλωσή τους ήταν κατά σειρά σημαντικότητας: ελπίδα (204 άτομα – ποσοστό 39,5%), φόβος

(122 άτομα – ποσοστό 23,6%), ανασφάλεια (59 άτομα – ποσοστό 11,4%) και σύγχυση (37 άτομα – ποσοστό 7,2%) (Πίνακας 38, Σχήμα 37).

Σχήμα 37: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το τι είδους συναισθήματα δημιουργούνται κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο



Πίνακας 39: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την απόσταση που βρίσκεται ο πλησιέστερος τόπος περίθαλψης και παροχής φροντίδας από τον τόπο που διαμένουν

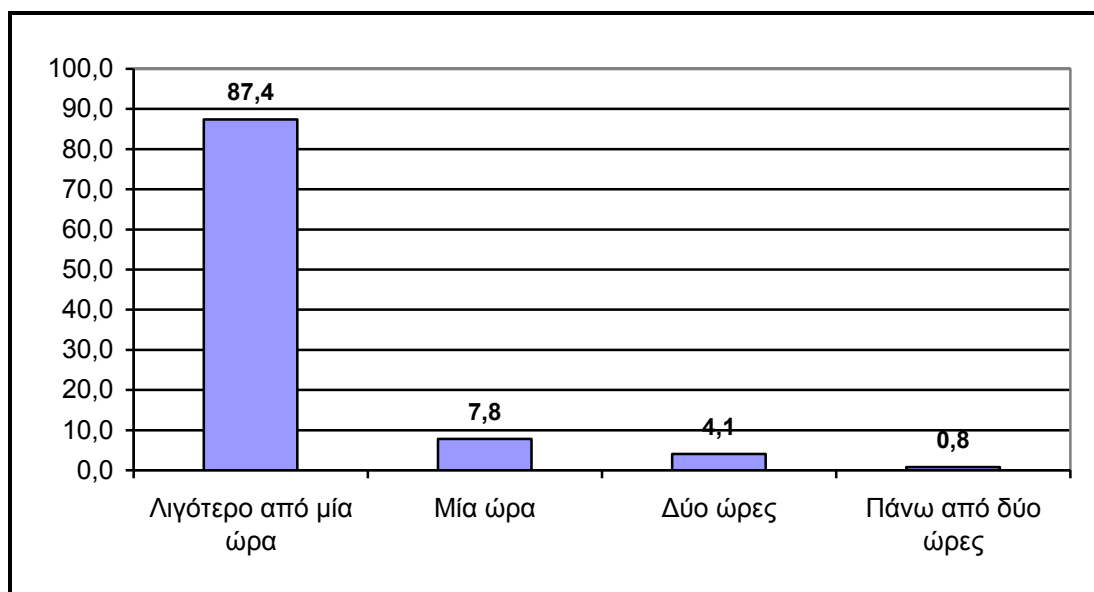
| Σε πόση απόσταση βρίσκεται ο πλησιέστερος τόπος περίθαλψης και παροχής φροντίδας από τον τόπο που διαμένετε; | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Λιγότερο από μία ώρα   | 451   | 87,4        |
| Μία ώρα  | 40    | 7,8         |
| Δύο ώρες   | 21    | 4,1         |
| Πάνω από δύο ώρες  | 4     | 0,8         |

Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (491 άτομα – ποσοστό 95,2%) δήλωσαν ότι η απόσταση που βρίσκεται ο πλησιέστερος τόπος περίθαλψης και παροχής φροντίδας από τον τόπο που διαμένουν είναι μία (1) ώρα ή λιγότερο ενώ αντίθετα, τα



υπόλοιπα 25 άτομα (ποσοστό 4,9%) δήλωσαν ότι η απόσταση αυτή είναι δύο (2) ώρες ή και περισσότερο (Πίνακας 39, Σχήμα 38).

Σχήμα 38: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς την απόσταση που βρίσκεται ο πλησιέστερος τόπος περίθαλψης και παροχής φροντίδας από τον τόπο που διαμένουν



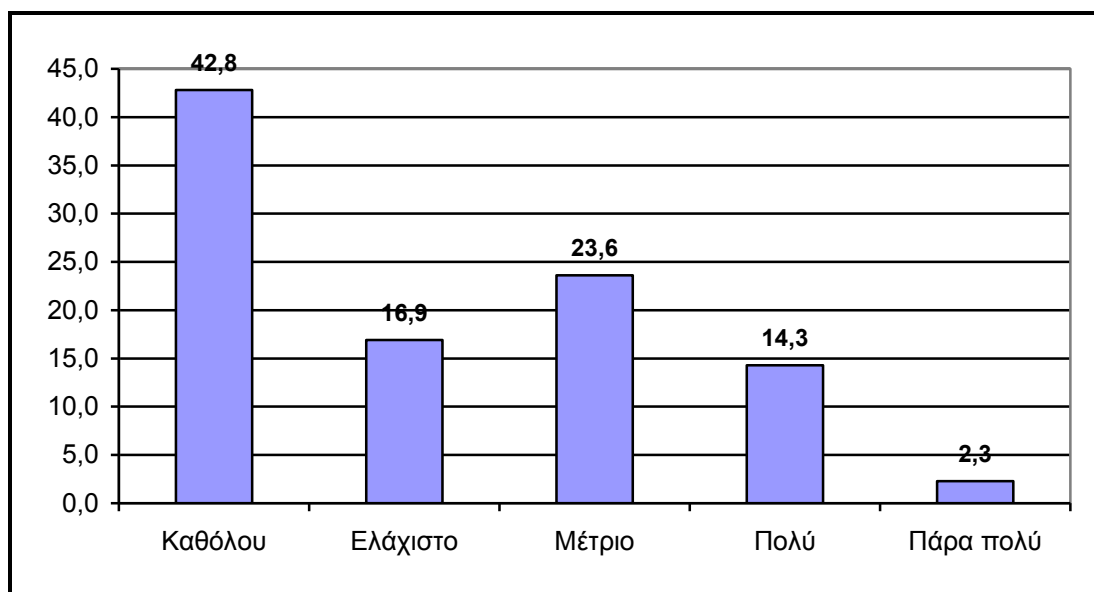
Πίνακας 40: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πώς θα χαρακτήριζαν την ποιότητα φροντίδας που (τους) παρέχουν οι νοσηλευτές εντός των νοσοκομείων

| Πώς θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα φροντίδας που (σας) παρέχουν οι νοσηλευτές εντός των νοσοκομείων; | N=516 | Percent (%) |
|---|-------|-------------|
| Κακή  | 10    | 1,9         |
| Μέτρια  | 59    | 11,4        |
| Καλή  | 176   | 34,1        |
| Πολύ καλή   | 175   | 33,9        |
| Άριστη  | 96    | 18,6        |

Οι μισοί και πλέον των ερωτηθέντων (271 άτομα – ποσοστό 52,5%) δήλωσαν ότι θα χαρακτήριζαν την ποιότητα φροντίδας που (τους) παρέχουν οι νοσηλευτές εντός των νοσοκομείων είτε «πολύ καλή» είτε «άριστη» και άλλα 176 άτομα (ποσοστό 34,1%) ότι θα την χαρακτήριζαν «καλή». Αντίθετα, το 11,4% των

ερωτηθέντων (59 άτομα) θα χαρακτήριζαν την ποιότητα φροντίδας που (τους) παρέχουν οι νοσηλευτές «μέτρια» και μόνο 10 άτομα (ποσοστό 1,9%) «κακή» (Πίνακας 40, Σχήμα 39).

Σχήμα 39: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πώς θα χαρακτήριζαν την ποιότητα φροντίδας που (τους) παρέχουν οι νοσηλευτές εντός των νοσοκομείων

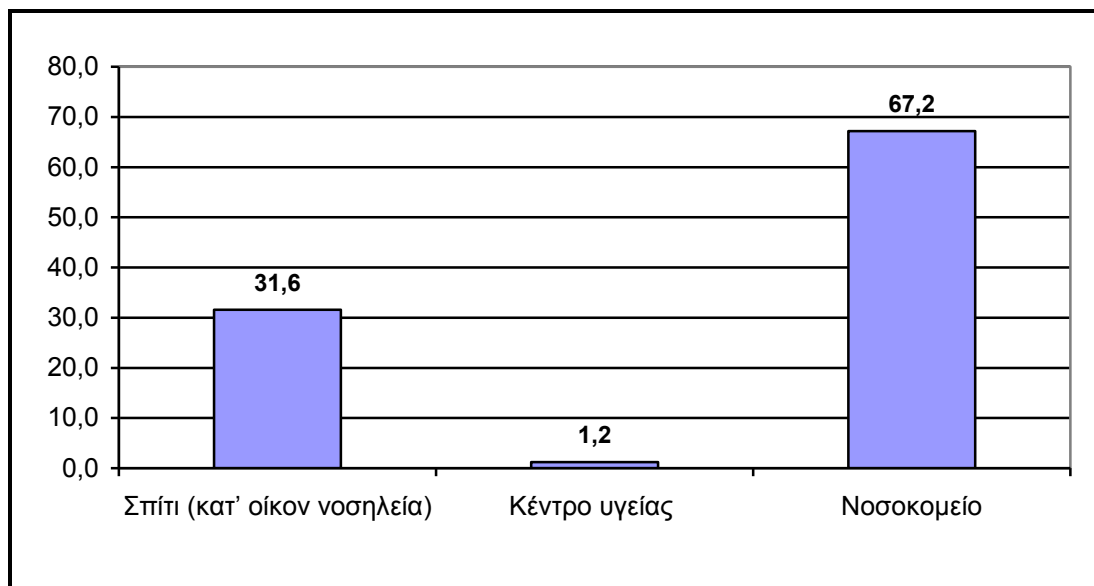


Πίνακας 41: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιο πιστεύουν ότι είναι το ιδανικότερο μέρος για παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών στα άτομα της τρίτης ηλικίας

| Ποιο πιστεύετε ότι είναι το ιδανικότερο μέρος για παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών στα άτομα της τρίτης ηλικίας; | N=516 | Percent (%) |
|---|-------|-------------|
| Σπίτι (κατ' οίκον νοσηλεία)   | 163   | 31,6        |
| Κέντρο υγείας   | 6     | 1,2         |
| Νοσοκομείο  | 347   | 67,2        |

Το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων (347 άτομα – ποσοστό 67,2%) πιστεύουν ότι το ιδανικότερο μέρος για παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών στα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι το νοσοκομείο, άλλα 163 άτομα (ποσοστό 31,6%) πιστεύουν ότι είναι ένα Νοσοκομείο και μόνα τα υπόλοιπα 6 άτομα (ποσοστό 1,2%) πιστεύουν ότι είναι ένα κέντρο υγείας (Πίνακας 41, Σχήμα 40).

Σχήμα 40: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποιο πιστεύουν ότι είναι το ιδανικότερο μέρος για παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών στα άτομα της τρίτης ηλικίας

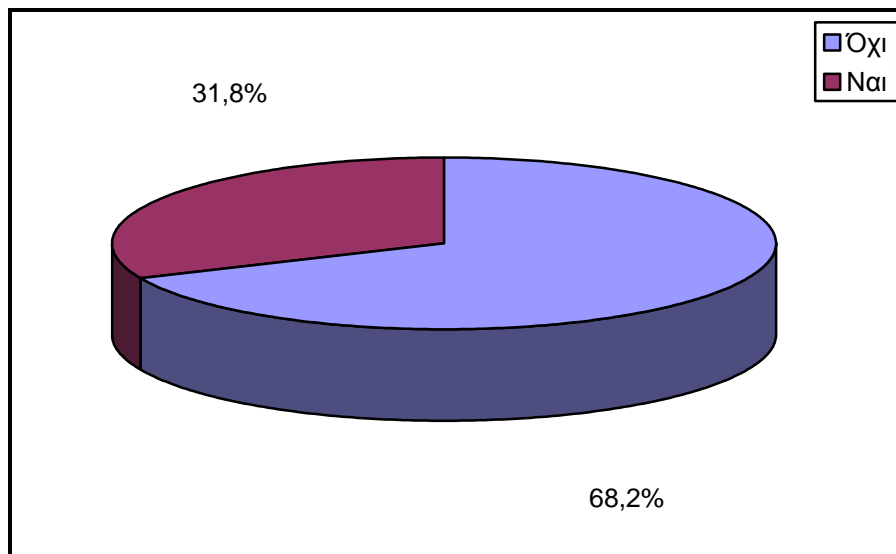


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (352 άτομα – ποσοστό 68,2%) δήλωσαν ότι δεν θα επιθυμούσαν να γίνουν τρόφιμοι σε κάποιον οίκο ευγηρίας ενώ το υπόλοιπο 31,8% (164 άτομα) δήλωσε ότι θα επιθυμούσε (Πίνακας 42, Σχήμα 41).

Πίνακας 42: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα επιθυμούσαν να γίνουν τρόφιμοι σε κάποιον οίκο ευγηρίας

| <b>Θα επιθυμούσατε να γίνετε τρόφιμος σε κάποιον οίκο ευγηρίας;</b> | <b>N=516</b> | <b>Percent (%)</b> |
|---|--------------|--------------------|
| Όχι   | 352          | 68,2               |
| Ναι   | 164          | 31,8               |

Σχήμα 41: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα επιθυμούσαν να γίνουν τρόφιμοι σε κάποιον οίκο ευγηρίας

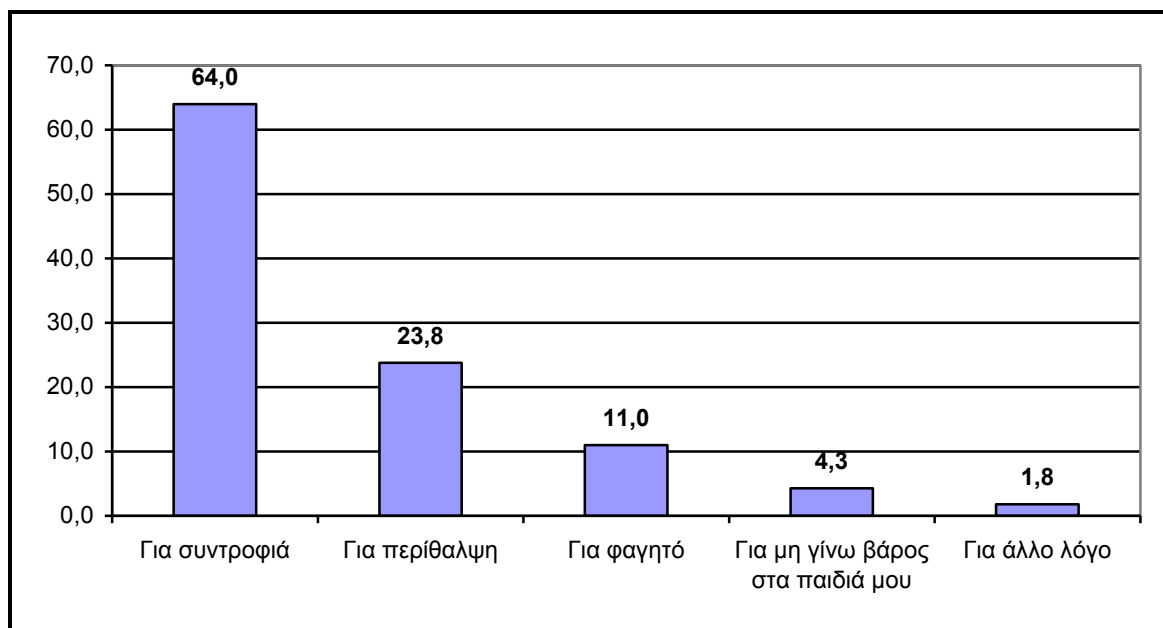


Πίνακας 43: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το λόγο που θα επιθυμούσαν να γίνουν τρόφιμοι σε κάποιον οίκο ευγηρίας

| Για ποιο λόγο θα επιθυμούσατε να γίνετε τρόφιμος σε κάποιον οίκο ευγηρίας; | N=164 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Για συντροφιά  | 105   | 64,0        |
| Για περίθαλψη  | 39    | 23,8        |
| Για φαγητό   | 18    | 11,0        |
| Για μη γίνω βάρος στα παιδιά μου   | 7     | 4,3         |
| Για άλλο λόγο  | 3     | 1,8         |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (105 άτομα – ποσοστό 64,0%) δήλωσαν ότι ο λόγος για τον οποίο θα επιθυμούσαν να γίνουν τρόφιμοι σε κάποιον οίκο ευγηρίας είναι για συντροφιά, ενώ άλλα 39 άτομα (ποσοστό 23,8%) το επιθυμούν για λόγους περίθαλψης και άλλα 18 άτομα (ποσοστό 11,0%) για λόγους φαγητού και ακολουθούν άλλοι λόγοι με μικρότερα ποσοστά (Πίνακας 43, Σχήμα 42).

Σχήμα 42: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το λόγο που θα επιθυμούσαν να γίνουν τρόφιμοι σε κάποιον οίκο ευγηρίας

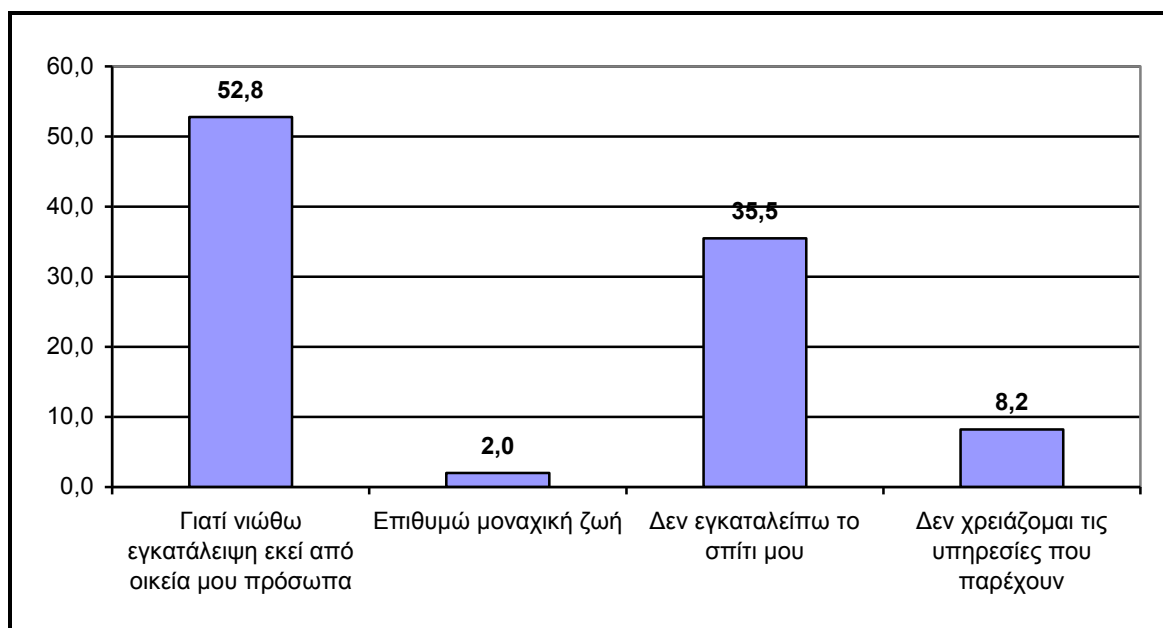


Πίνακας 44: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το λόγο που δεν θα επιθυμούσαν να γίνουν τρόφιμοι σε κάποιον οίκο ευγηρίας

| Για ποιο λόγο δεν θα επιθυμούσατε να γίνετε τρόφιμος σε κάποιον οίκο ευγηρίας; | N=352 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Γιατί νιώθω εγκατάλειψη εκεί από οικεία μου πρόσωπα                            | 186   | 52,8        |
| Επιθυμώ μοναχική ζωή   | 7     | 2,0         |
| Δεν εγκαταλείπω το σπίτι μου   | 125   | 35,5        |
| Δεν χρειάζομαι τις υπηρεσίες που παρέχουν                                      | 29    | 8,2         |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (186 άτομα – ποσοστό 52,8%) δήλωσαν ότι ο λόγος για τον οποίο δεν θα επιθυμούσαν να γίνουν τρόφιμοι σε κάποιον οίκο ευγηρίας είναι γιατί εκεί νιώθουν εγκατάλειψη από τα οικεία τους πρόσωπα, ενώ άλλα 125 άτομα (ποσοστό 35,5%) γιατί δεν θέλουν να εγκαταλείψουν το σπίτι τους και άλλα 29 άτομα (ποσοστό 8,2%) γιατί δεν χρειάζονται τις υπηρεσίες που παρέχουν (Πίνακας 44, Σχήμα 43).

Σχήμα 43: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το λόγο που δεν θα επιθυμούσαν να γίνουν τρόφιμοι σε κάποιον οίκο ευγηρίας

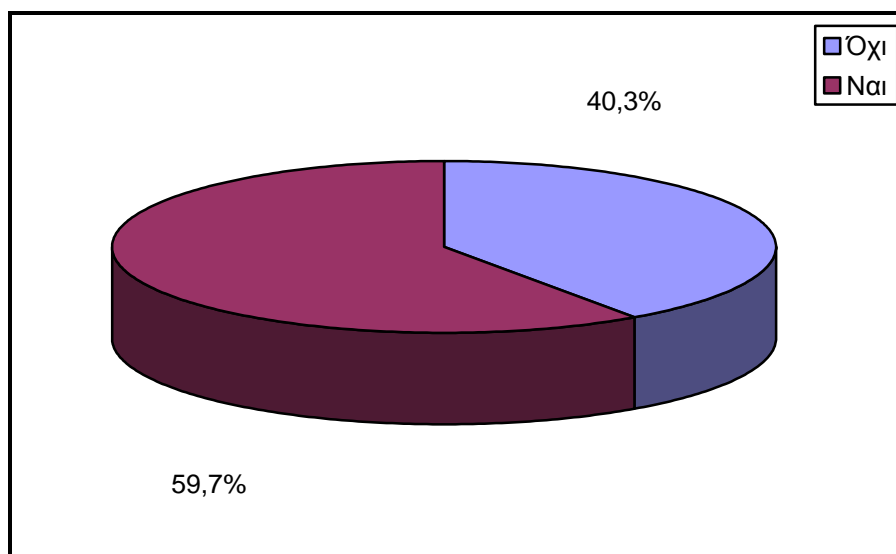


Πίνακας 45: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν την ύπαρξη και λειτουργία των κέντρων προστασίας των ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

| Γνωρίζετε την ύπαρξη και λειτουργία των κέντρων προστασίας των ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ); | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Όχι  | 208   | 40,3        |
| Ναι  | 308   | 59,7        |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (308 άτομα – ποσοστό 59,7%) δήλωσαν ότι γνωρίζουν την ύπαρξη και λειτουργία των κέντρων προστασίας των ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) ενώ το υπόλοιπο 40,3% (208 άτομα) δήλωσε ότι δεν τα γνωρίζει (Πίνακας 45, Σχήμα 44).

Σχήμα 44: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν την ύπαρξη και λειτουργία των κέντρων προστασίας των ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

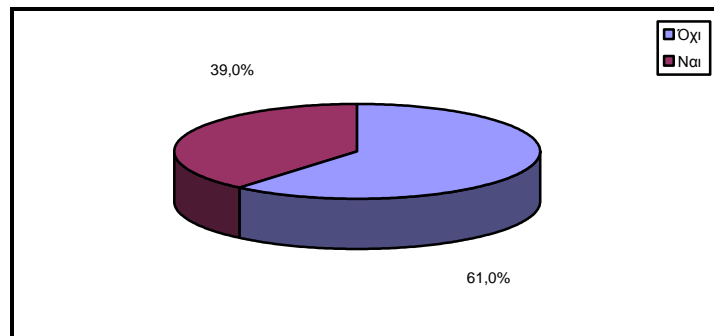


Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (315 άτομα – ποσοστό 61,0%) δήλωσαν ότι δεν έχουν επισκεφθεί κάποιο κέντρο προστασίας των ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) ενώ το υπόλοιπο 39,0% (201 άτομα) δήλωσε ότι έχει επισκεφθεί (Πίνακας 46, Σχήμα 45)

Πίνακας 46: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν επισκεφθεί ποτέ ένα κέντρο προστασίας των ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)

| Έχετε επισκεφθεί ποτέ κάποιο κέντρο προστασίας των ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ); | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Όχι  | 315   | 61,0        |
| Ναι  | 201   | 39,0        |

Σχήμα 45: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν έχουν επισκεφθεί ποτέ ένα κέντρο προστασίας των ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)



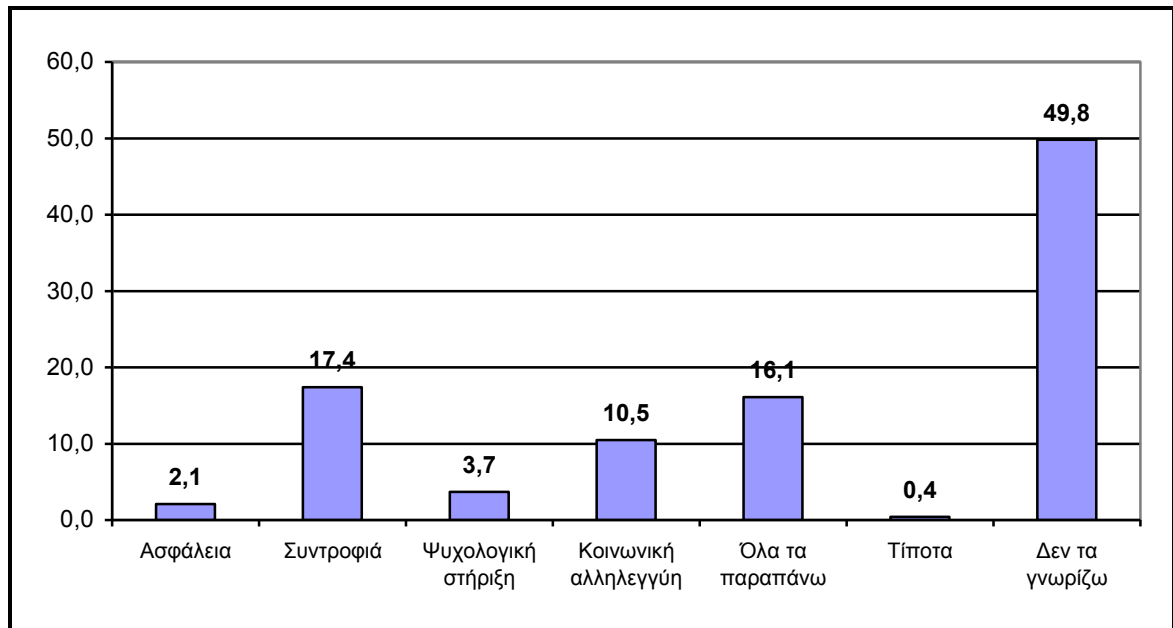
Πίνακας 47: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν τι παρέχουν τα ΚΑΠΗ

| Γνωρίζετε τι παρέχουν τα ΚΑΠΗ; | N=516 | Percent (%) |
|--------------------------------|-------|-------------|
| Ασφάλεια                       | 11    | 2,1         |
| Συντροφιά                      | 90    | 17,4        |
| Ψυχολογική στήριξη             | 19    | 3,7         |
| Κοινωνική αλληλεγγύη           | 54    | 10,5        |
| Όλα τα παραπάνω                | 83    | 16,1        |
| Τίποτα                         | 2     | 0,4         |
| Δεν τα γνωρίζω                 | 257   | 49,8        |

Οι μισοί σχεδόν των ερωτηθέντων (257 άτομα – ποσοστό 49,8%) δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν τα ΚΑΠΗ, ενώ από τους υπόλοιπους 90 άτομα (ποσοστό 17,4%) γνωρίζουν ότι παρέχουν συντροφιά, άλλα 54 άτομα (ποσοστό 10,5%) γνωρίζουν ότι παρέχουν κοινωνική αλληλεγγύη και άλλα 83 άτομα (ποσοστό 16,1%) γνωρίζουν ότι τα παρέχουν όλα (συντροφιά, κοινωνική αλληλεγγύη, ψυχολογική στήριξη και ασφάλεια) (Πίνακας 47, Σχήμα 46).



Σχήμα 46: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν τι παρέχουν τα ΚΑΠΗ

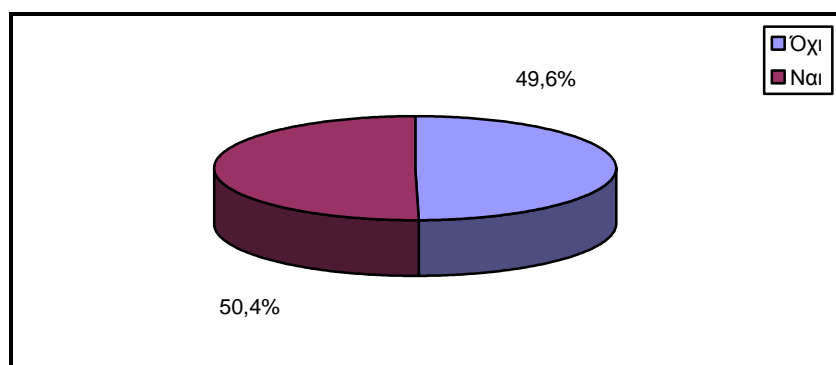


Οι μισοί των ερωτηθέντων (260 άτομα – ποσοστό 50,4%) δήλωσαν ότι γνωρίζουν το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι ενώ το υπόλοιπο 49,6% (256 άτομα) δήλωσε ότι δεν το γνωρίζει (Πίνακας 48, Σχήμα 47).

Πίνακας 48: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι.

| Γνωρίζετε το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι; | N=516 | Percent (%) |
|---|-------|-------------|
| Όχι                                       | 256   | 49,6        |
| Ναι                                       | 260   | 50,4        |

Σχήμα 47: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι

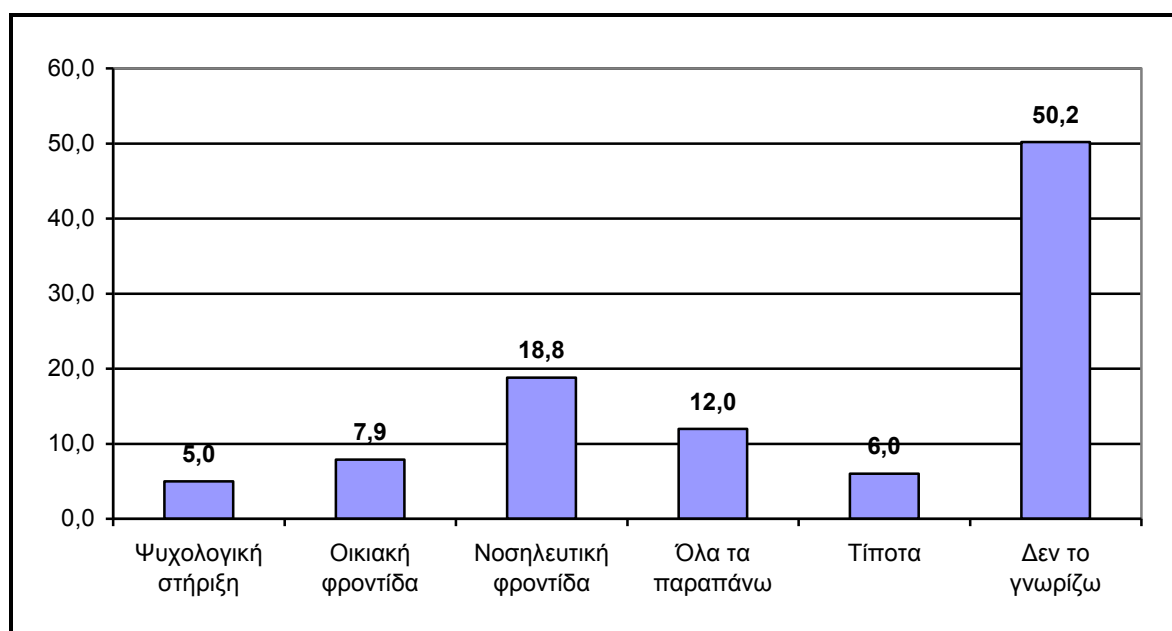


Πίνακας 49: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν τι τους παρέχει το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι

| Γνωρίζετε τι σας παρέχει το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι; | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Ψυχολογική στήριξη                                       | 26    | 5,0         |
| Οικιακή φροντίδα   | 41    | 7,9         |
| Νοσηλευτική φροντίδα                                     | 97    | 18,8        |
| Όλα τα παραπάνω  | 62    | 12,0        |
| Τίποτα   | 31    | 6,0         |
| Δεν το γνωρίζω   | 259   | 50,2        |

Οι μισοί σχεδόν των ερωτηθέντων (259 άτομα – ποσοστό 50,2%) δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι, ενώ από τους υπόλοιπους 97 άτομα (ποσοστό 17,4%) γνωρίζουν ότι παρέχει νοσηλευτική συντροφιά, άλλα 41 άτομα (ποσοστό 7,9%) γνωρίζουν ότι παρέχει οικιακή φροντίδα, άλλα 26 άτομα (ποσοστό 5,0%) γνωρίζουν ότι παρέχει ψυχολογική στήριξη και άλλα 63 άτομα (ποσοστό 12,0%) γνωρίζουν ότι παρέχει όλα τα προηγούμενα (Πίνακας 49, Σχήμα 48).

Σχήμα 48: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν γνωρίζουν τι τους παρέχει το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι

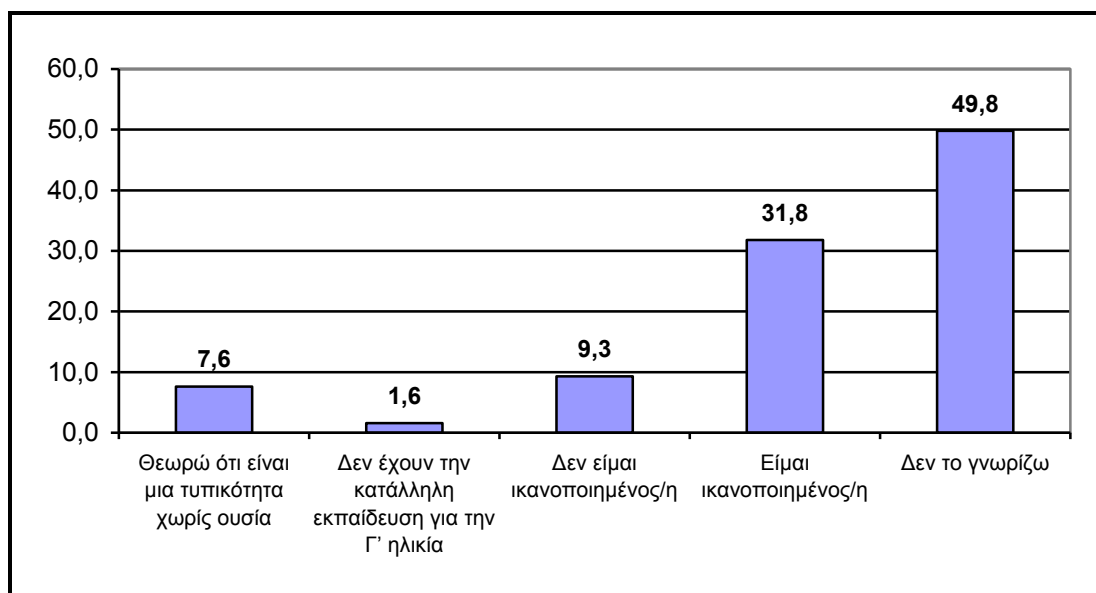


Πίνακας 50: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια είναι η άποψή τους για το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι

| Ποια η άποψή σας για το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι; | N=516 | Percent (%) |
|--|-------|-------------|
| Θεωρώ ότι είναι μια τυπικότητα χωρίς ουσία           | 39    | 7,6         |
| Δεν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση για την Γ' ηλικία | 8     | 1,6         |
| Δεν είμαι ικανοποιημένος/η                           | 48    | 9,3         |
| Είμαι ικανοποιημένος/η                               | 164   | 31,8        |
| Δεν το γνωρίζω                                       | 257   | 49,8        |

Οι μισοί σχεδόν των ερωτηθέντων (257 άτομα – ποσοστό 49,8%) δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι ενώ από υπόλοιπους το μεγαλύτερο ποσοστό (164 άτομα – ποσοστό 31,8%) δηλώνει ικανοποιημένο από αυτό. Αντίθετα, το 9,3% των ερωτηθέντων (48 άτομα) δεν είναι ικανοποιημένο από το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι και άλλα 39 άτομα (ποσοστό 7,6%) θεωρούν ότι αποτελεί μια τυπικότητα χωρίς ουσία (Πίνακας 50, Σχήμα 49).

Σχήμα 49: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το ποια είναι η άποψή τους για το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι

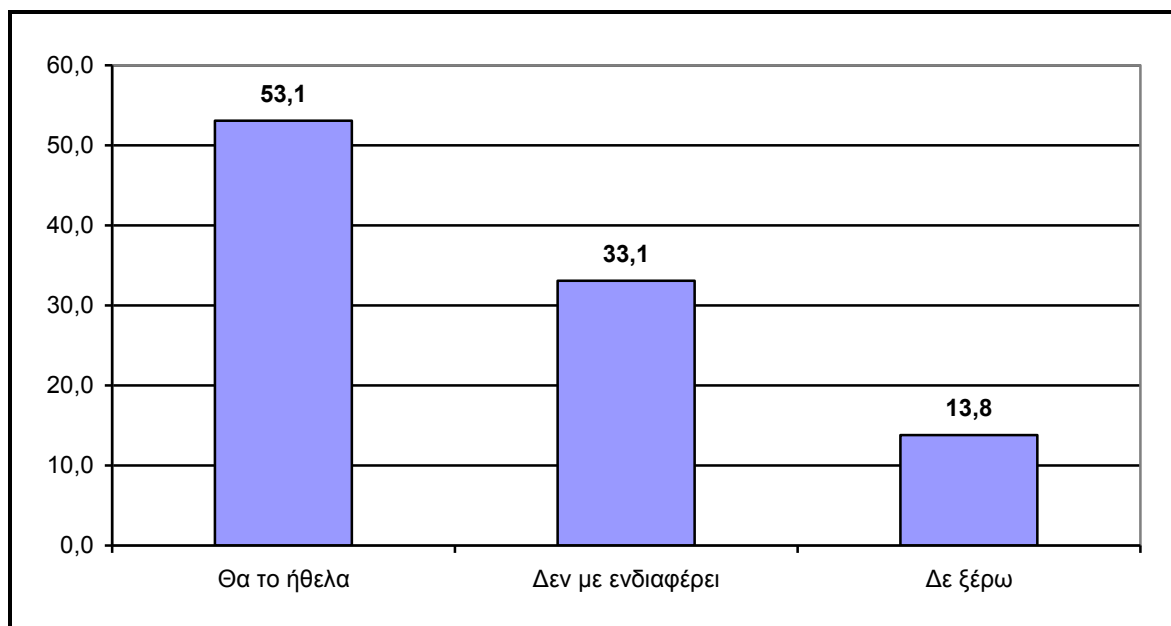


Πίνακας 51: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα επιθυμούσαν να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν σχετικά με τα συμπτώματα και τη θεραπεία της νόσου τους από έναν πτυχιούχο νοσηλεύτη

| <b>Επιθυμείτε να ενημερωθείτε και εκπαιδευτείτε σχετικά με τα συμπτώματα και τη θεραπεία της νόσου σας από έναν πτυχιούχο νοσηλεύτη;</b> | <b>N=352</b> | <b>Percent (%)</b> |
|--|--------------|--------------------|
| Θα το ήθελα  | 274          | 53,1               |
| Δεν με ενδιαφέρει  | 171          | 33,1               |
| Δε ξέρω  | 71           | 13,8               |

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (274 άτομα – ποσοστό 53,1%) δήλωσαν ότι θα επιθυμούσαν να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν σχετικά με τα συμπτώματα και τη θεραπεία της νόσου τους από έναν πτυχιούχο νοσηλεύτη, ενώ αντίθετα άλλα 171 άτομα (ποσοστό 33,1%) δήλωσαν ότι δεν τους ενδιαφέρει και άλλα 71 άτομα (ποσοστό 13,8%) δήλωσαν ότι δεν ξέρουν (Πίνακας 51, Σχήμα 50).

Σχήμα 50: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το εάν θα επιθυμούσαν να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν σχετικά με τα συμπτώματα και τη θεραπεία της νόσου τους από έναν πτυχιούχο νοσηλεύτη

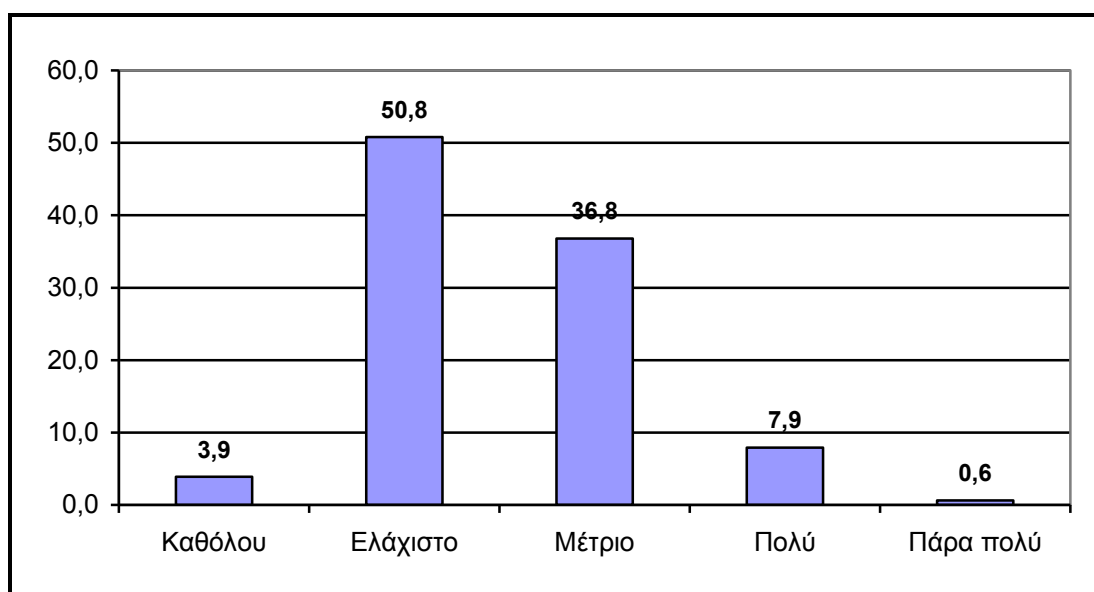


Πίνακας 52: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πώς θα χαρακτήριζαν την υγεία τους

| Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας; | N=516 | Percent (%) |
|-------------------------------------|-------|-------------|
| Κακή                                | 20    | 3,9         |
| Μέτρια                              | 262   | 50,8        |
| Καλή                                | 190   | 36,8        |
| Πολύ καλή                           | 41    | 7,9         |
| Άριστη                              | 3     | 0,6         |

Οι μισοί και πλέον των ερωτηθέντων (262 άτομα – ποσοστό 50,8%) δήλωσαν ότι θα χαρακτήριζαν την υγεία τους «μέτρια», άλλα 190 άτομα (ποσοστό 36,8%) θα την χαρακτήριζαν «καλή» και άλλα 44 άτομα (ποσοστό 8,5%) θα την χαρακτήριζαν «πολύ καλή» και «άριστη». Αντίθετα, μόνο 20 άτομα (ποσοστό 3,9%) θα χαρακτήριζαν την υγεία τους «κακή» (Πίνακας 52, Σχήμα 51).

Σχήμα 51: Κατανομή ερωτηθέντων ως προς το πώς θα χαρακτήριζαν την υγεία τους



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 516 άτομα ηλικίας από 65 έως 104 ετών (τρίτης ηλικίας). Η επιλογή του δείγματος έγινε ανεξάρτητα από καταγωγή, οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

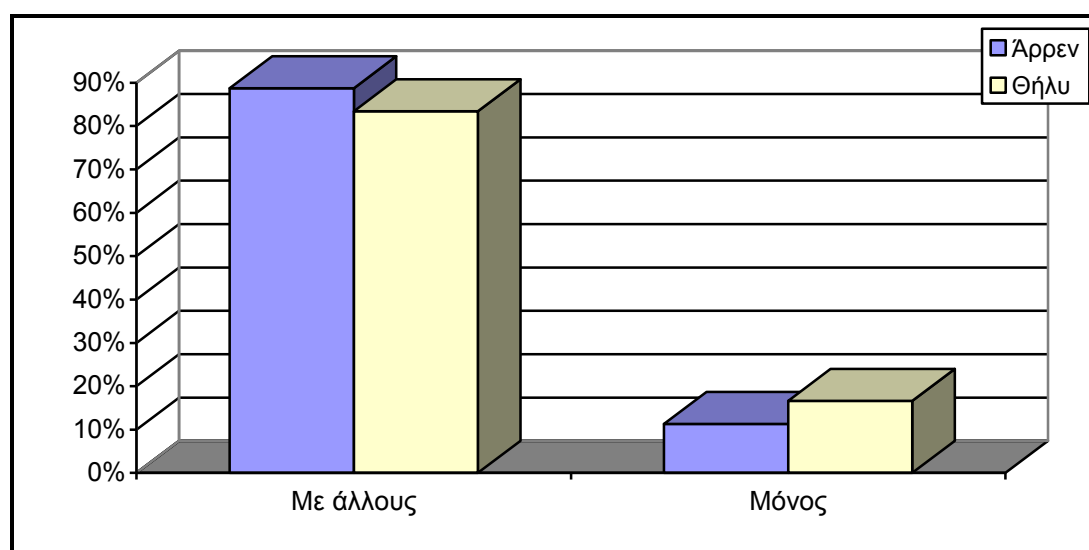
Σε χαμηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (11,3%) διαμένουν μόνοι τους έναντι των γυναικών που διαμένουν μόνες τους σε ποσοστό 16,6% (Πίνακας 53, Σχήμα 52). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2 = 3,169$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,05$ ).

Πίνακας 53: Συσχέτιση του φύλου και με ποιόν διαμένουν οι ερωτηθέντες.

|                         |           | Φύλο         |              |              |
|-------------------------|-----------|--------------|--------------|--------------|
|                         |           | Άρρεν        | Θήλυ         |              |
| <b>Με ποιόν μένετε;</b> | Με άλλους | 244<br>88,7% | 201<br>83,4% | 445<br>86,2% |
|                         | Μόνος     | 31<br>11,3%  | 40<br>16,6%  | 71<br>13,8%  |
|                         |           | 275          | 241          | 516          |

$$\chi^2 = 3,169; df = 1; p < 0,05$$

Σχήμα 52: Συσχέτιση του φύλου και με ποιόν διαμένουν οι ερωτηθέντες



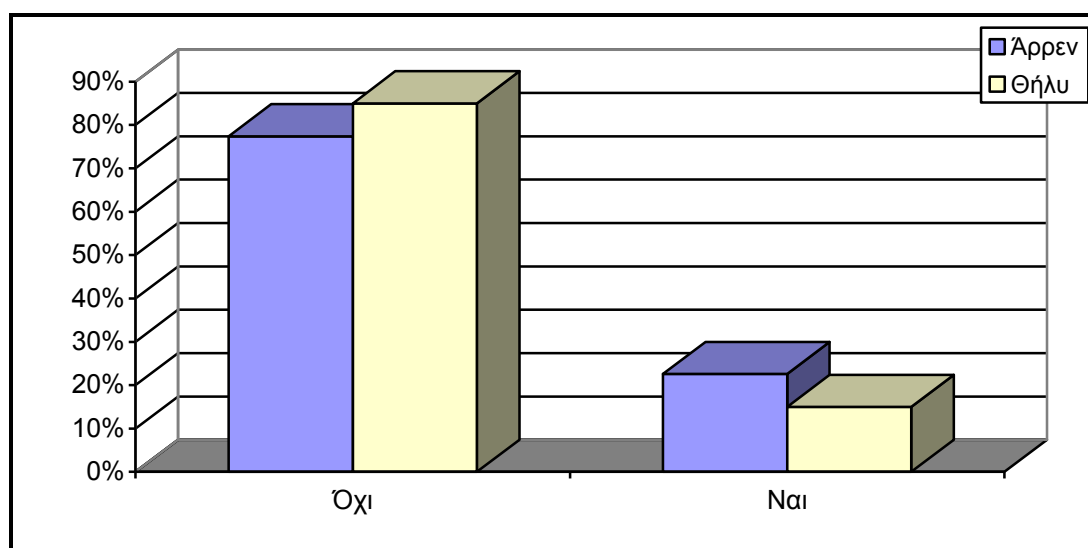
Από τους ερωτηθέντες που διαμένουν μόνοι τους, σε υψηλότερο ποσοστό οι άνδρες ερωτηθέντες (22,6%) θα επιθυμούσαν να γίνουν τρόφιμοι σε κάποιον οίκο ευγηρίας έναντι των γυναικών που το επιθυμούν σε ποσοστό 15,0% (Πίνακας 54, Σχήμα 53). Όμως, η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2 = 0,671$ ;  $df = 1$ ; NS).

Πίνακας 54: Συσχέτιση του φύλου και εάν θα επιθυμούσαν να γίνουν τρόφιμοι σε κάποιον οίκο ευγηρίας

|   |     | Φύλο        |             |             |
|---|-----|-------------|-------------|-------------|
|   |     | Άρρεν       | Θήλυ        |             |
| <b>Θα επιθυμούσατε να γίνετε τρόφιμος σε κάποιον οίκο ευγηρίας;</b> | Όχι | 24<br>77,4% | 34<br>85,0% | 58<br>81,7% |
|   | Ναι | 7<br>22,6%  | 6<br>15,0%  | 13<br>18,3% |
|   |     | 31          | 40          | 71          |

$\chi^2 = 0,671$ ;  $df = 1$ ; NS

Σχήμα 53: Συσχέτιση του φύλου και εάν θα επιθυμούσαν να γίνουν τρόφιμοι σε κάποιον οίκο ευγηρίας



Σε παρόμοια ποσοστά βιώνουν είτε το υπερβολικό άγχος αυτοί που μένουν μόνοι τους (16,9%) έναντι αυτών που διαμένουν με άλλους (18,2%) είτε το μέτριο

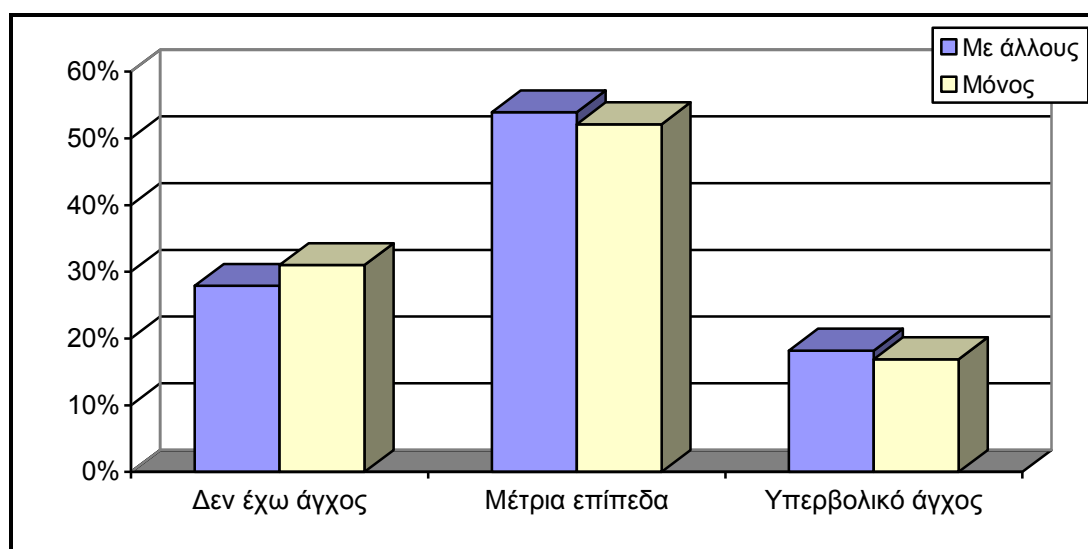
άγχος (52,1% έναντι 53,9%) (Πίνακας 55, Σχήμα 54). Οι πολύ μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2 = 0,306$ ;  $df = 2$ ; NS).

Πίνακας 55: Συσχέτιση του επιπέδου άγχους που βιώνουν οι ερωτηθέντες και με ποιόν διαμένουν

|  |                  | Με ποιόν μένετε; |             |              |
|--|------------------|------------------|-------------|--------------|
|  |                  | Με άλλους        | Μόνος       |              |
| <b>Ποιο το επίπεδο άγχους που βιώνετε;</b> | Δεν έχω άγχος    | 124<br>27,9%     | 22<br>31,0% | 146<br>28,3% |
|  | Μέτρια επίπεδα   | 240<br>53,9%     | 37<br>52,1% | 277<br>53,7% |
|  | Υπερβολικό άγχος | 81<br>18,2%      | 12<br>16,9% | 93<br>18,0%  |
|  |                  | 445              | 71          | 516          |

$$\chi^2 = 0,306; df = 2; NS$$

Σχήμα 54: Συσχέτιση του επιπέδου άγχους που βιώνουν οι ερωτηθέντες και με ποιόν διαμένουν



Σε παρόμοια ποσοστά βιώνουν είτε την υπερβολική θλίψη αυτοί που μένουν μόνοι τους (22,5%) έναντι αυτών που διαμένουν με άλλους (25,2%) είτε τη μέτρια θλίψη (49,3% έναντι 42,0%) (Πίνακας 56, Σχήμα 55). Οι πολύ μικρές διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2 = 1,334$ ;  $df = 2$ ; NS).

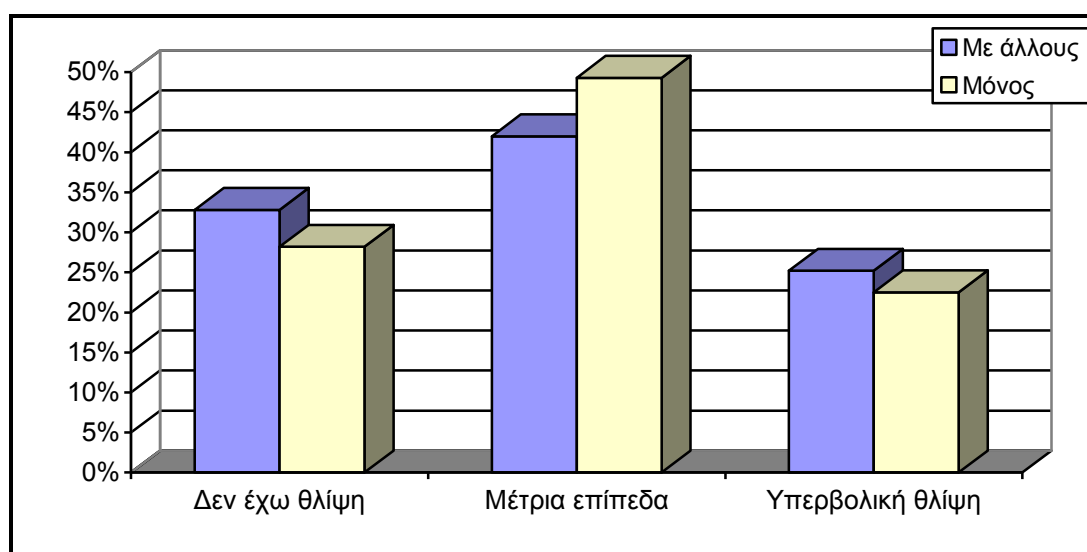


Πίνακας 56: Συσχέτιση του επιπέδου θλίψης που βιώνουν οι ερωτηθέντες και με ποιόν διαμένουν

|  |                  | Με ποιόν μένετε; |             |              |
|--|------------------|------------------|-------------|--------------|
|  |                  | Με άλλους        | Μόνος       |              |
| <b>Ποιο το επίπεδο θλίψης που βιώνετε;</b> | Δεν έχω θλίψη    | 146<br>32,8%     | 20<br>28,2% | 166<br>32,2% |
|  | Μέτρια επίπεδα   | 187<br>42,0%     | 35<br>49,3% | 222<br>43,0% |
|  | Υπερβολική θλίψη | 112<br>25,2%     | 16<br>22,5% | 128<br>24,8% |
|  |                  | 445              | 71          | 516          |

$$\chi^2 = 1,334; df = 2; NS$$

Σχήμα 55: Συσχέτιση του επιπέδου θλίψης που βιώνουν οι ερωτηθέντες και με ποιόν διαμένουν.



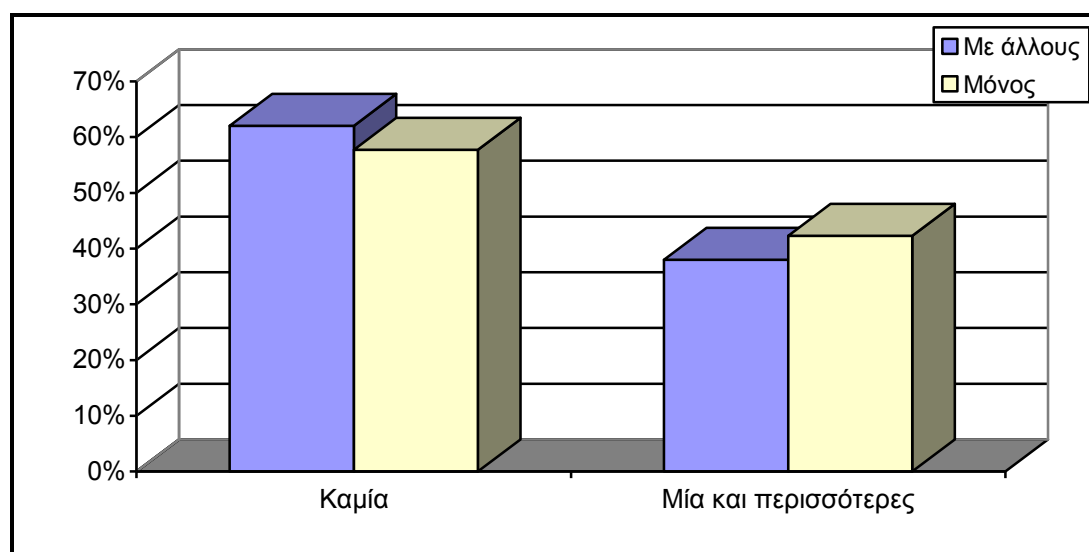
Σε υψηλότερο ποσοστό οι ερωτηθέντες που διαμένουν μόνοι τους (42,3%) έχουν μία ή και περισσότερες πτώσεις το χρόνο έναντι αυτών που μένουν με άλλους που δεν έχουν πτώσεις το χρόνο σε ποσοστό 38,0% (Πίνακας 57, Σχήμα 56). Όμως, η διαφορά που παρατηρείται δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $\chi^2 = 0,987; df = 1; NS$ ).

Πίνακας 57: Συσχέτιση του πόσες πτώσεις έχουν το χρόνο οι ερωτηθέντες και με ποιόν διαμένουν

|                                      |                      | Με ποιόν μένετε; |             |              |
|--------------------------------------|----------------------|------------------|-------------|--------------|
|                                      |                      | Με άλλους        | Μόνος       |              |
| <b>Πόσες πτώσεις έχετε το χρόνο;</b> | Καμία                | 276<br>62,0%     | 41<br>57,7% | 317<br>61,4% |
|                                      | Μία και περισσότερες | 169<br>38,0%     | 30<br>42,3% | 199<br>38,6% |
|                                      |                      | 445              | 71          | 516          |

$$\chi^2 = 0,987; df = 1; NS$$

Σχήμα 56: Συσχέτιση του πόσες πτώσεις έχουν το χρόνο οι ερωτηθέντες και με ποιόν διαμένουν



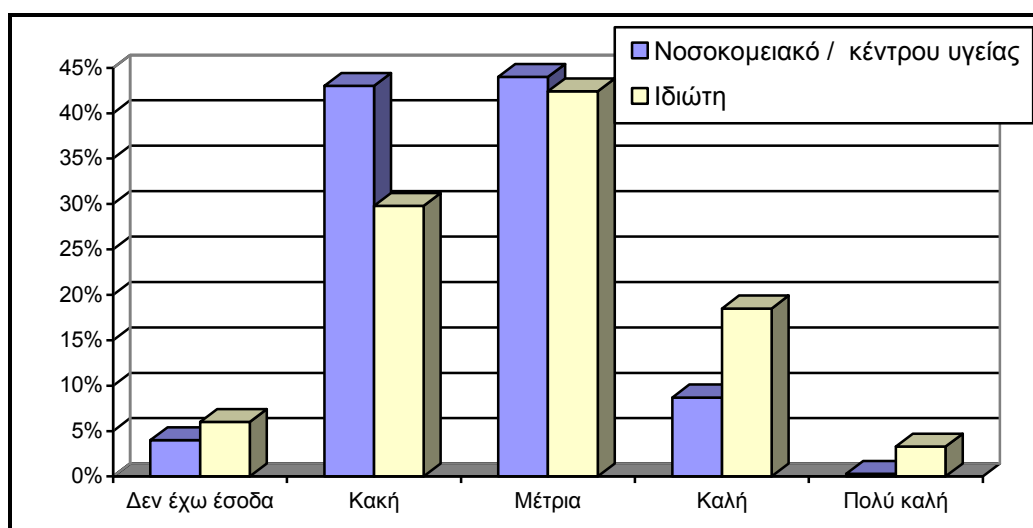
Από τους ερωτηθέντες που παρακολουθούνται είτε από ιδιώτη ιατρό είτε από νοσοκομειακό / κέντρου υγείας ιατρό, σε υπερδιπλάσιο ποσοστό οι ερωτηθέντες που δηλώνουν είτε καλή είτε πολύ καλή οικονομική κατάσταση παρακολουθούνται από ιδιώτη ιατρό (21,8%) έναντι αυτών που δηλώνουν είτε κακή οικονομική κατάσταση είτε άποροι που παρακολουθούνται από ιδιώτη ιατρό σε ποσοστό 9,0% (Πίνακας 58, Σχήμα 57). Η διαφορά που παρατηρείται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντική ( $\chi^2 = 18,486; df = 4; p < 0,001$ ).

Πίνακας 58: Συσχέτιση της οικονομικής κατάστασης των ερωτηθέντων και από τι είδους ιατρό παρακολουθούνται.

|                             |               | Παρακολουθείστε από γιατρό    |             |              |
|-----------------------------|---------------|-------------------------------|-------------|--------------|
|                             |               | Νοσοκομειακό / κέντρου υγείας | Ιδιώτη      |              |
| <b>Οικονομική κατάσταση</b> | Δεν έχω έσοδα | 12<br>4,0%                    | 9<br>6,0%   | 21<br>4,7%   |
|                             | Κακή          | 128<br>43,0%                  | 45<br>29,8% | 173<br>38,5% |
|                             | Μέτρια        | 131<br>44,0%                  | 64<br>42,4% | 195<br>43,4% |
|                             | Καλή          | 26<br>8,7%                    | 28<br>18,5% | 54<br>12,0%  |
|                             | Πολύ καλή     | 1<br>0,3%                     | 5<br>3,3%   | 6<br>1,3%    |
|                             |               | 298                           | 151         | 449          |

$$\chi^2 = 18,486; df = 4; p < 0,001$$

Σχήμα 57: Συσχέτιση της οικονομικής κατάστασης των ερωτηθέντων και από τι είδους ιατρό παρακολουθούνται.



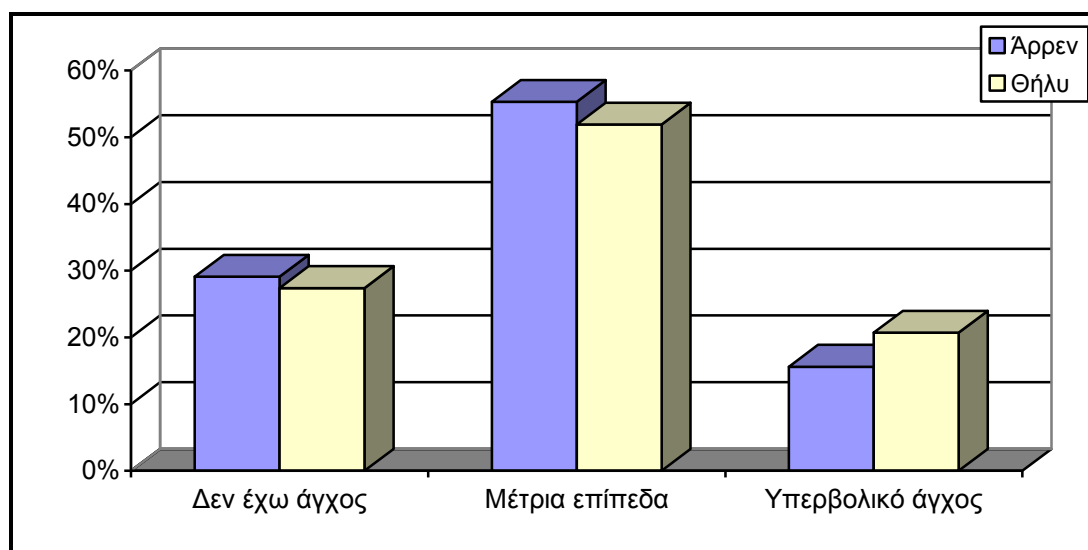
Σε χαμηλότερα ποσοστά βιώνουν το υπερβολικό άγχος οι άνδρες ερωτηθέντες (15,6%) έναντι των γυναικών (ανεξάρτητα διαμονής) (20,7%), άνδρες που βιώνουν αντίθετα υψηλότερα ποσοστά είτε μέτριου άγχος (55,3% έναντι 51,9%) είτε καθόλου άγχους (29,1% έναντι 27,4%) (Πίνακας 59, Σχήμα 58). Οι διαφορές που παρατηρούνται δεν είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2 = 2,271$ ;  $df = 2$ ; NS).

Πίνακας 59: Συσχέτιση του επιπέδου άγχους που βιώνουν οι ερωτηθέντες και του φύλου.

|  |                  | Φύλο         |              |              |
|--|------------------|--------------|--------------|--------------|
|  |                  | Άρρεν        | Θήλυ         |              |
| <b>Ποιο το επίπεδο άγχους που βιώνετε;</b> | Δεν έχω άγχος    | 80<br>29,1%  | 66<br>27,4%  | 146<br>28,3% |
|  | Μέτρια επίπεδα   | 152<br>55,3% | 125<br>51,9% | 277<br>53,7% |
|  | Υπερβολικό άγχος | 43<br>15,6%  | 50<br>20,7%  | 93<br>18,0%  |
|  |                  | 275          | 241          | 516          |

$$\chi^2 = 2,271; df = 2; NS$$

Σχήμα 58: Συσχέτιση του επιπέδου άγχους που βιώνουν οι ερωτηθέντες και του φύλου



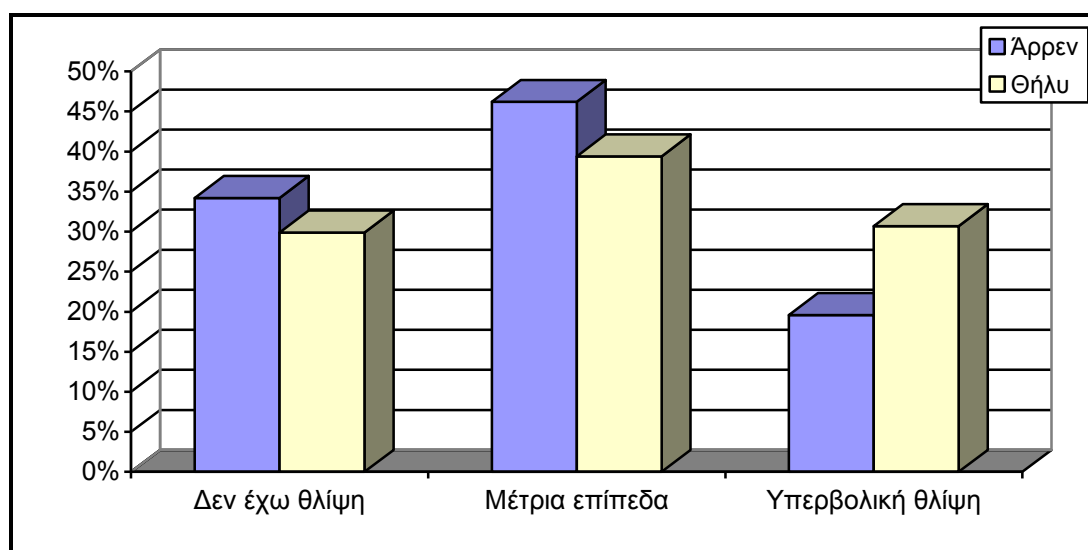
Σε πολύ χαμηλότερα ποσοστά βιώνουν την υπερβολική θλίψη οι άνδρες ερωτηθέντες (19,6%) έναντι των γυναικών (ανεξάρτητα διαμονής) (30,7%), άνδρες που βιώνουν αντίθετα υψηλότερα ποσοστά είτε μέτριας θλίψης (46,2% έναντι 39,4%) είτε καθόλου θλίψης (34,2% έναντι 29,9%) (Πίνακας 60, Σχήμα 59). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2 = 8,450$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,05$ ).

Πίνακας 60: Συσχέτιση του επιπέδου θλίψης που βιώνουν οι ερωτηθέντες και του φύλου

|  |                  | Φύλο         |             |              |
|--|------------------|--------------|-------------|--------------|
|  |                  | Άρρεν        | Θήλυ        |              |
| <b>Ποιο το επίπεδο θλίψης που βιώνετε;</b> | Δεν έχω θλίψη    | 94<br>34,2%  | 72<br>29,9% | 166<br>32,2% |
|  | Μέτρια επίπεδα   | 127<br>46,2% | 95<br>39,4% | 222<br>43,0% |
|  | Υπερβολική θλίψη | 54<br>19,6%  | 74<br>30,7% | 128<br>24,8% |
|  |                  | 275          | 241         | 516          |

$$\chi^2 = 8,450; df = 2; p < 0,05$$

Σχήμα 59: Συσχέτιση του επιπέδου θλίψης που βιώνουν οι ερωτηθέντες και του φύλου



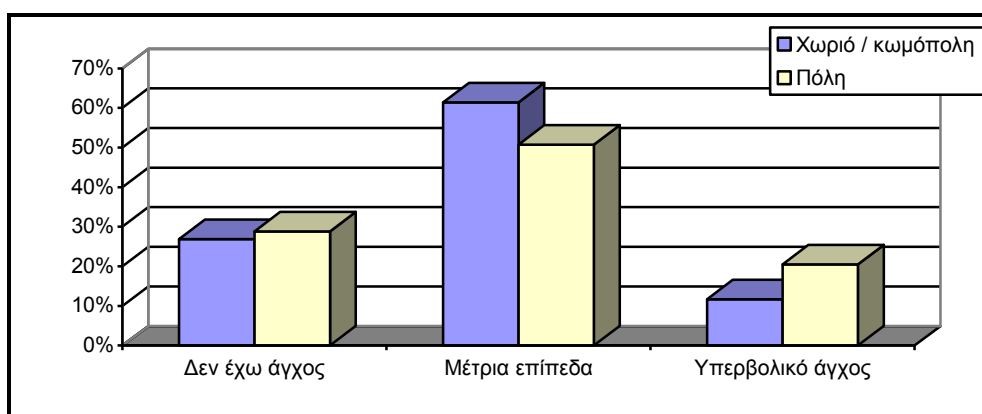
Σε πολύ χαμηλότερα ποσοστά βιώνουν το υπερβολικό άγχος οι ερωτηθέντες που διαμένουν σε χωριό ή κωμόπολη (11,7%) έναντι αυτών που διαμένουν σε πόλη (20,5%), αντίθετα οι ερωτηθέντες που διαμένουν σε χωριό ή κωμόπολη βιώνουν υψηλότερα ποσοστά μέτριου άγχος (61,4% έναντι 50,7%) είτε δεν βιώνουν καθόλου άγχος (26,9% έναντι 28,8%) (Πίνακας 61, Σχήμα 60). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά σημαντικές ( $\chi^2 = 6,805$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,05$ ).

Πίνακας 61: Συσχέτιση του επιπέδου άγχους που βιώνουν οι ερωτηθέντες και του τύπου μόνιμης κατοικίας.

|  |                  | Τύπος μόνιμης κατοικίας |              |              |
|--|------------------|-------------------------|--------------|--------------|
|  |                  | Χωριό / κωμόπολη        | Πόλη         |              |
| <b>Ποιο το επίπεδο άγχους που βιώνετε;</b> | Δεν έχω άγχος    | 39<br>26,9%             | 107<br>28,8% | 146<br>28,3% |
|  | Μέτρια επίπεδα   | 89<br>61,4%             | 188<br>50,7% | 277<br>53,7% |
|  | Υπερβολικό άγχος | 17<br>11,7%             | 76<br>20,5%  | 93<br>18,0%  |
|  |                  | 145                     | 371          | 516          |

$$\chi^2 = 6,805; df = 2; p < 0,05$$

Σχήμα 60: Συσχέτιση του επιπέδου άγχους που βιώνουν οι ερωτηθέντες και του τύπου μόνιμης κατοικίας.



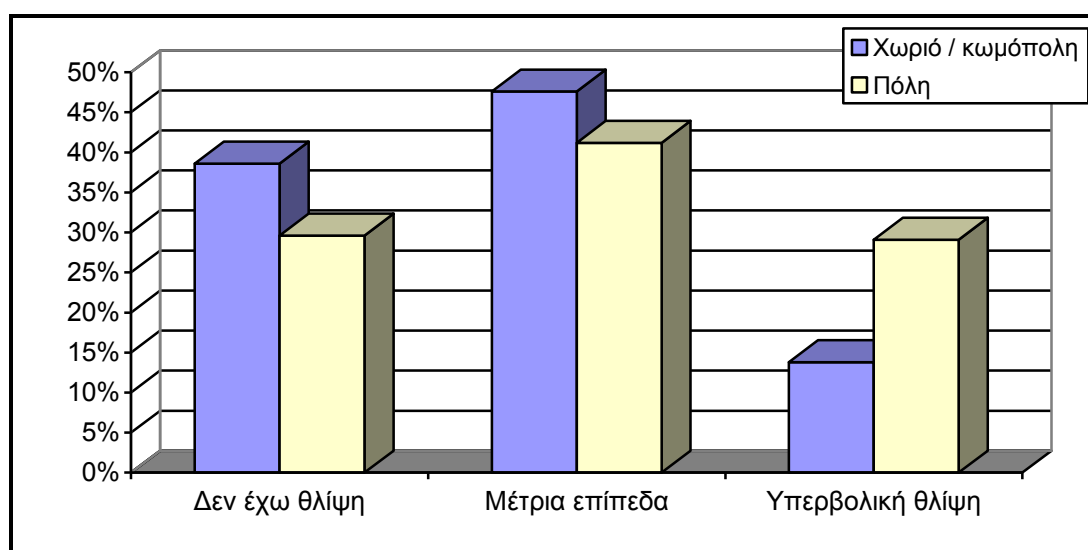
Σε πάρα πολύ χαμηλότερα ποσοστά βιώνουν την υπερβολική θλίψη οι ερωτηθέντες που διαμένουν σε χωριό ή κωμόπολη (13,8%) έναντι αυτών που διαμένουν σε πόλη (29,1%), αντίθετα οι ερωτηθέντες που διαμένουν σε χωριό ή κωμόπολη βιώνουν υψηλότερα ποσοστά μέτριας θλίψης (47,6% έναντι 41,2%) είτε δεν βιώνουν καθόλου θλίψη (38,6% έναντι 29,6%) (Πίνακας 62, Σχήμα 61). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ( $\chi^2 = 13,445$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,001$ ).

Πίνακας 62: Συσχέτιση του επιπέδου θλίψης που βιώνουν οι ερωτηθέντες και του τύπου μόνιμης κατοικίας.

|  |                     | Τύπος μόνιμης κατοικίας |              |              |
|--|---------------------|-------------------------|--------------|--------------|
|  |                     | Χωριό /<br>κωμόπολη     | Πόλη         |              |
| <b>Ποιο το επίπεδο<br/>θλίψης που<br/>βιώνετε;</b> | Δεν έχω θλίψη       | 56<br>38,6%             | 110<br>29,6% | 166<br>32,2% |
|  | Μέτρια επίπεδα      | 69<br>47,6%             | 153<br>41,2% | 222<br>43,0% |
|  | Υπερβολική<br>θλίψη | 20<br>13,8%             | 108<br>29,1% | 128<br>24,8% |
|  |                     | 145                     | 371          | 516          |

$$\chi^2 = 13,445; df = 2; p < 0,001$$

Σχήμα 61: Συσχέτιση του επιπέδου θλίψης που βιώνουν οι ερωτηθέντες και του τύπου μόνιμης κατοικίας.



Σε τριπλάσια ποσοστά (48,4%) οι ερωτηθέντες που παρουσιάζουν προβλήματα υγείας θα ήθελαν βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι τους έναντι των ερωτηθέντων που δεν έχουν προβλήματα υγείας (18,6%). Αντίθετα σε πολύ υψηλότερα ποσοστά οι ερωτηθέντες που δεν παρουσιάζουν προβλήματα υγείας δεν θεωρούν αναγκαία τη βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι τους (67,4%) έναντι αυτών που παρουσιάζουν προβλήματα υγείας (33,6%) (Πίνακας 63, Σχήμα 62). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ( $\chi^2 = 20,366$ ;  $df=2$ ;  $p<0,001$ ).

Πίνακας 63: Συσχέτιση του εάν θα ήθελαν βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι τους οι ερωτηθέντες και εάν έχουν προβλήματα υγείας.

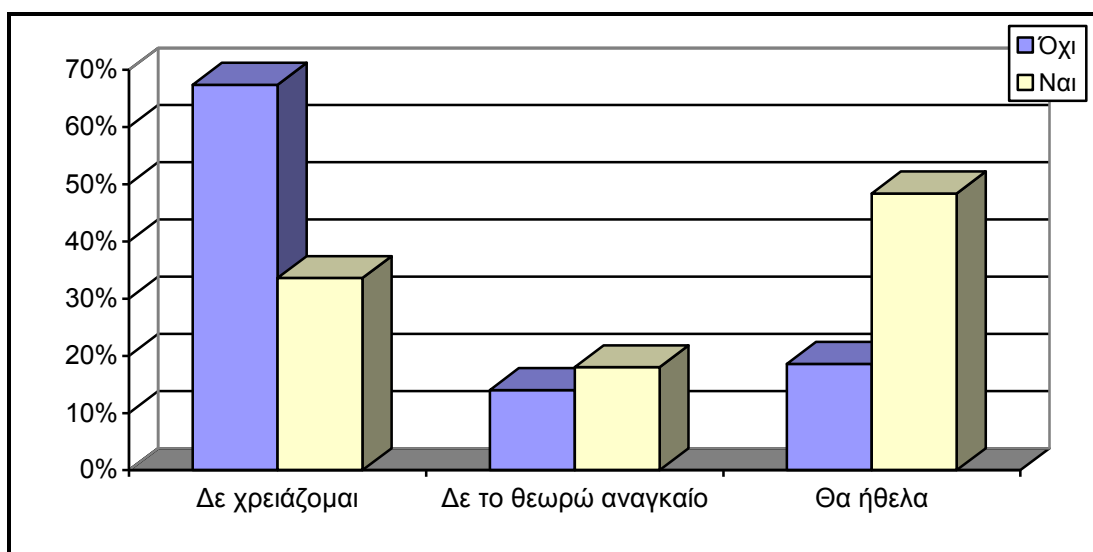
|   |                      | Έχετε προβλήματα υγείας; |              |              |
|---|----------------------|--------------------------|--------------|--------------|
|   |                      | Όχι                      | Ναι          |              |
| <b>Θα θέλατε βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια</b> | Δε χρειάζομαι        | 29<br>67,4%              | 159<br>33,6% | 188<br>36,4% |
|   | Δε το θεωρώ αναγκαίο | 6<br>14,0%               | 85<br>18,0%  | 91<br>17,6%  |



|                       |          |       |       |       |
|-----------------------|----------|-------|-------|-------|
| <b>στο σπίτι σας;</b> | Θα ήθελα | 8     | 229   | 237   |
|                       |          | 18,6% | 48,4% | 45,9% |
|                       |          | 43    | 473   | 516   |

$\chi^2 = 20,366$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,001$

Σχήμα 62: Συσχέτιση του εάν θα ήθελαν βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι τους οι ερωτηθέντες και εάν έχουν προβλήματα υγείας.



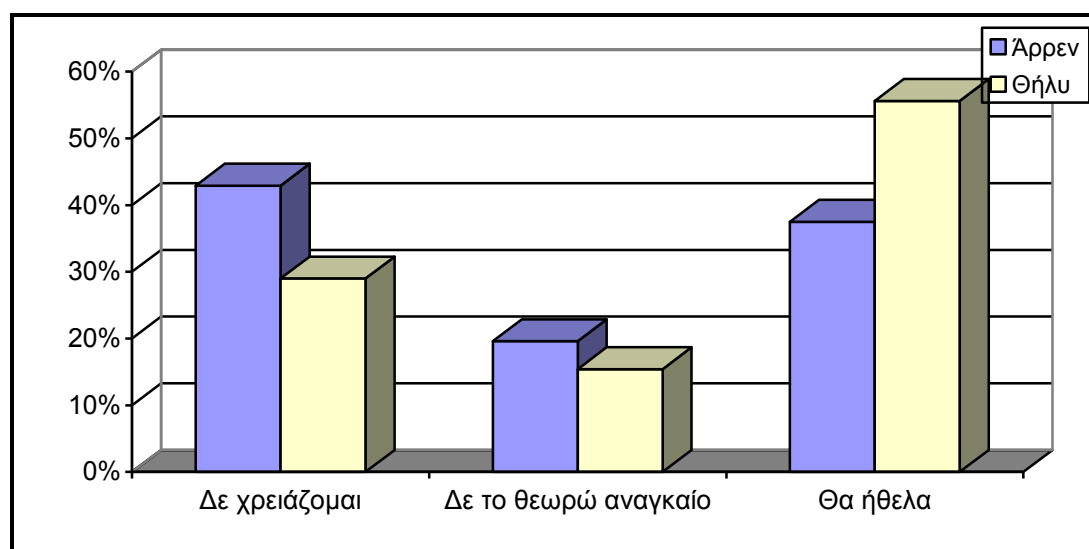
Σε πάρα πολύ χαμηλότερα ποσοστά οι άνδρες ερωτηθέντες θα ήθελαν βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι τους (37,5%) έναντι των γυναικών (29,1%) ανεξάρτητα εάν μένουν μόνοι/ες ή όχι, αντίθετα σε υψηλότερα οι άνδρες έναντι των γυναικών είτε δεν θεωρούν αναγκαία τη βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι τους (19,6% έναντι 15,4%) είτε θεωρούν ότι δεν τους χρειάζεται (42,9% έναντι 29,0%) (Πίνακας 64, Σχήμα 63). Οι διαφορές που παρατηρούνται είναι στατιστικά πάρα πολύ σημαντικές ( $\chi^2 = 17,321$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,001$ ).

ίνακας 64: Συσχέτιση του εάν θα ήθελαν βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι τους οι ερωτηθέντες και του φύλου.

|  |                      | Φύλο         |              |              |
|--|----------------------|--------------|--------------|--------------|
|  |                      | Άρρεν        | Θήλυ         |              |
| <b>Θα θέλατε βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι σας;</b> | Δε χρειάζομαι        | 118<br>42,9% | 70<br>29,0%  | 188<br>36,4% |
|  | Δε το θεωρώ αναγκαίο | 54<br>19,6%  | 37<br>15,4%  | 91<br>17,6%  |
|  | Θα ήθελα             | 103<br>37,5% | 134<br>55,6% | 237<br>45,9% |
|  |                      | 275          | 241          | 516          |

$$\chi^2 = 17,321; df = 2; p < 0,001$$

Σχήμα 63: Συσχέτιση του εάν θα ήθελαν βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι τους οι ερωτηθέντες και του φύλου.



Στατιστικά σημαντική (θετική) συσχέτιση προκύπτει μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν θα ήθελαν βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι τους ( $R = 0,095$ ,  $df = 516$ ,  $p < 0,05$ ) που σημαίνει ότι όσο αυξάνει η ηλικία των

ερωτηθέντων τόσο περισσότερο θέλουν κάποιο νοσηλευτή/τρια στο σπίτι τους (Πίνακας 65).

Πίνακας 65: Συσχέτιση της ηλικίας των ερωτηθέντων και εάν θα ήθελαν βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι τους.

| Spearman rank order correlation coefficient                        | <b>R</b> | <b>df</b> | <b>p-level</b> |
|--|----------|-----------|----------------|
| <b>Θα θέλατε βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι σας;</b> |          |           |                |
| <b>Ηλικία ερωτηθέντων</b>  | 0,095    | 516       | p<0,05         |

Στατιστικά πάρα πολύ σημαντική (θετική) συσχέτιση προκύπτει μεταξύ των γραμματικών γνώσεων των ερωτηθέντων και του πόσο καλή χαρακτηρίζουν την υγεία τους ( $r = 0,213$ ,  $df = 516$ ,  $p < 0,0001$ ) που σημαίνει ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο των γραμματικών γνώσεων των ερωτηθέντων τόσο καλύτερη είναι η υγεία που αυτοί έχουν (Πίνακας 66).

Αντίθετα, δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων και της υγείας αυτών ( $r = 0,058$ ,  $df = 516$ , NS). Η διαφανόμενη σχέση είναι θετική που σημαίνει ότι όσο καλύτερη είναι η οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων τόσο καλύτερη υγεία αυτοί έχουν χωρίς όμως το αποτέλεσμα αυτό να είναι στατιστικά σημαντικό (Πίνακας 66).

Πίνακας 66: Συσχέτιση των γραμματικών γνώσεων και της οικονομικής κατάστασης των ερωτηθέντων και της υγείας που αυτοί έχουν.

| Spearman rank order correlation coefficient     | <b>R</b> | <b>df</b> | <b>p-level</b> |
|---|----------|-----------|----------------|
| <b>Χαρακτηρισμός της υγείας των ερωτηθέντων</b> |          |           |                |
| <b>Γραμματικές γνώσεις ερωτηθέντων</b>          | 0,213    | 516       | p<0,0001       |
| <b>Οικονομική κατάσταση ερωτηθέντων</b>         | 0,058    | 516       | NS             |

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η εκτεταμένη και αναλυτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά τα άτομα της τρίτης ηλικίας μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι οι ηλικιωμένοι εξαιτίας της μετάβασής τους από τη φάση του ενήλικα σε αυτήν του ηλικιωμένου δημιουργεί πληθώρα βιο-ψυχο-κοινωνικών αλλαγών με αντίκτυπο στην υγεία και τον τρόπο ζωής τους. <sup>4, 9, 70</sup>

Μέσω της έρευνας που διενεργήθηκε με τη χρήση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου (βλ. παράρτημα 1), μελετήθηκαν δύο παράμετροι :

- α) τα προβλήματα και οι ανάγκες των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας και
- β) η ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής παρέμβασης σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υγείας.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση η πλειοψηφία των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών πάσχει από νοσήματα του καρδιαγγειακού (57,5%) και αναπνευστικού (55,0%) συστήματος, γεγονός που διαπιστώσαμε μέσα από την ερευνητική εργασία μας. <sup>20, 37</sup>

Ακολουθούν σε μικρότερο βαθμό προβλήματα του μυοσκελετικού με μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης την οστεοπόρωση και την αρθρίτιδα. Τέλος ακολουθούν βλάβες των αισθητηρίων οργάνων και του μεταβολισμού σε ασήμαντα ποσοστά.

Η διάγνωση των παραπάνω προβλημάτων υγείας έγινε από γιατρό νοσοκομειακό, ιδιώτη ή κέντρου υγείας γιατρό. Ηλικιωμένοι με καλή και πολύ καλή οικονομική κατάσταση τείνουν να επισκέπτονται και να παρακολουθούν την πορεία της υγείας τους σε ιδιώτη γιατρό σε αντίθεση με τους άπορους και όσους βρίσκονται σε κακή οικονομική κατάσταση οι οποίοι επισκέπτονται νοσοκομειακό γιατρό. Ωστόσο δεν πρέπει να παραλείψουμε ότι το 10,9% των ερωτηθέντων αναφέρει ότι δεν επισκέπτεται κάποιον επαγγελματία υγείας.

Όσον αφορά τη φυσική κατάστασή τους 85,6% παρουσιάζουν μέτρια έως καλή κινητικότητα με το 57,2% να εκτελεί δραστηριότητες αυτοφροντίδας παρόλο που σημειώνεται ύφεση της μυϊκής δύναμης και μείωση της αντοχής των οστών εξαιτίας γενετικών παραγόντων και του τρόπου ζωής. Σε αντίθεση με το 10,5% που αδυνατεί να αυτοεξυπηρετηθεί και η κοινωνική και προσωπική του ζωή είναι εξαρτημένη από τους άλλους.

Αξιοσημείωτο είναι ότι το 59,7% των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω βιώνει ελάχιστο μέχρι καθόλου πόνο με συνέπεια να μην παρεμποδίζεται η ποιότητα ζωής του, η διάθεση και οι καθημερινές δραστηριότητες λόγω της αρνητικής επίδρασης του.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις που αναφέρονται στη βιβλιογραφία το 25% των ηλικιωμένων βιώνει ψυχικές διαταραχές οι οποίες δεν αποτελούν φυσικό επακόλουθο της διαδικασίας της γήρανσης. Τέτοιου είδους διαταραχές είναι η κατάθλιψη, το άγχος και η κατάχρηση ουσιών.<sup>53</sup>

Η αγχώδης διαταραχή αποτελεί σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα για την Τρίτη ηλικία. Συχνά τείνει να συνδέεται με χειρότερη ποιότητα ζωής και ελλειμματική νευροψυχολογική επίδοση. Από το δείγμα μας το 18% αναφέρει πως πάσχει από αγχώδη διαταραχή και το 24,8% από κατάθλιψη.

Μελετώντας τους παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία κατάθλιψης και άγχους στους ηλικιωμένους καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης κατάθλιψης 30,7% σε σχέση με τους άνδρες 19,6% ,κάτι το οποίο δείχνουν παρόμοιες έρευνες.<sup>53, 58, 60</sup>

Ένας δεύτερος εξίσου σημαντικός αιτιολογικός παράγοντας για πρόκληση συναισθηματικής διαταραχής στους ηλικιωμένους είναι η απουσία κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και η μοναξιά.<sup>35</sup>

Το 85,2% του δείγματος μας αναφέρει ότι ζει με οικεία και αγαπημένα πρόσωπα, ωστόσο το 43% παρουσιάζει κατάθλιψη. Μια σημαντική διαπίστωση ακόμη είναι πως οι γέροντες των πόλεων παρουσιάζουν συμπτώματα ψυχικών διαταραχών σε μεγαλύτερο βαθμό (70,3%) από τους διαμένοντες σε χωριό ή κωμόπολη.

Όσον αφορά την αξιολόγηση της παρεχόμενης ποιοτικής φροντίδας 67,2% των ερωτηθέντων θεωρούν ιδανικό μέρος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας το νοσοκομείο και 52,2% αυτών δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από τους επαγγελματίες νοσηλευτές. Από την άλλη πλευρά ένα αξιόλογο ποσοστό που ανέρχεται στο 31,6% ως ιδανικό μέρος παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το σπίτι και η κατ' οίκον φροντίδα.

Άνθρωποι οι οποίοι αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας επιθυμούν βοήθεια στο σπίτι από επαγγελματία υγείας στο σπίτι σε τριπλάσιο βαθμό από τους υγιείς. Οι

δεύτεροι σε ποσοστό 81,4% δε θεωρούν απαραίτητη την παρουσία νοσηλευτή στο σπίτι.

Σχετικά με την ιδρυματοποίηση και τη διαμονή στο σπίτι τους οι ηλικιωμένοι που διαμένουν μόνοι τους και ιδιαίτερα οι άνδρες 22,6% επιθυμούν να γίνουν τρόφιμοι οίκου ευγηρίας σε αντίθεση με τις γυναίκες που μόνο το 15% είναι θετική στη σκέψη της ιδρυματοποίησης.

Η ανάλυση των απαντήσεων στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου έδωσε τα παραπάνω αποτελέσματα τα οποία ως επί των πλείστων συμφωνούν με τη διεθνή και εγχώρια βιβλιογραφία και επιβεβαιώνουν την αρχική υπόθεση σε σχέση με την παροχή ποιοτικής φροντίδας και την παρουσία προβλημάτων υγείας.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η διαπίστωση ενός σημαντικού ποσοστού προβλημάτων και αναγκών στον ηλικιωμένο πληθυσμό επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός ισχυρού υποστηρικτικού δικτύου παροχής ποιοτικής φροντίδας, το οποίο ως κύριο στόχο θα έχει την πρόληψη, αντιμετώπιση και αποκατάσταση των προβλημάτων και των αναγκών της τρίτης ηλικίας για την προαγωγή της υγείας τους στο πλαίσιο του πρωτοβάθμιου, δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου επιπέδου υγείας.

Ειδικότερα, για την καλύτερευση του βιοτικού επιπέδου ζωής των ηλικιωμένων, την βελτίωση του τρόπου ζωής καθώς και για τη λήψη ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας πρέπει :

- Να ενημερωθεί το κοινό για τις ιδιαιτερότητες και τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας
- Να αναπτυχθεί ένα ισχυρό κοινωνικό, υποστηρικτικό δίκτυο με τη δημιουργία κατάλληλων εγκαταστάσεων, οι οποίες θα στελεχώνονται από εξειδικευμένο προσωπικό (φυσικοθεραπευτές, νοσηλευτές, γιατρούς) που θα είναι σε θέση να υποστηρίζουν το ηλικιωμένο άτομο όταν τη χρειάζεται.
- Να αξιοποιηθούν οι υπάρχουσες υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους όπως το πρόγραμμα « βοήθεια στο σπίτι »
- Δημιουργία περισσότερων ΚΑΠΗ και γνωστοποίησή τους στο ευρύ κοινό των ηλικιωμένων ώστε να τους δίνεται η ευκαιρία να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες μέσω των οποίων προάγεται η ψυχική ευεξία (συμμετοχή σε εκδρομές, χορωδία, κλπ)
- Ενημέρωση του κοινού όσον αφορά τα ψυχιατρικά συμπτώματα της ηλικιακής αυτής ομάδας ώστε να είναι σε θέση να τα διαχωρίζουν από τη φυσική διαδικασία της γήρανσης και να μην γίνεται ταύτιση των δυο καταστάσεων.
- Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την φροντίδα των ηλικιωμένων να διαθέτουν άριστο γνωστικό επίπεδο για την

κατάλληλη διαχείριση των αναγκών των ατόμων αυτών όπως επίσης και θέληση για ποιοτική παροχή των υπηρεσιών τους.

- Εκπόνηση προγραμμάτων από κοινοτικούς νοσηλευτές για την ενημέρωση των υπερηλίκων και των οικείων τους σχετικά με την πρόληψη νοσημάτων που τους απειλούν.
- Απαραίτητη είναι η συνεχής πληροφόρηση των επαγγελματιών υγείας που έρχονται σε επαφή με τους υπερήλικες για τις νέες μεθόδους αποκατάστασης από πτώσεις και ατυχήματα που συμβαίνουν στην ευπαθή ομάδα των γερόντων.
- Εφαρμογή πολιτικής για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων των ατόμων της τρίτης ηλικίας εφαρμόζοντας συστήματα φροντίδας από εξειδικευμένο προσωπικό.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και οι αναπόφευκτες συνέπειες στη βιολογική και κοινωνική διάσταση του ηλικιωμένου ατόμου αντικατοπτρίζουν τη σημερινή πραγματικότητα. Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας ως επί το πλείστον είναι ιατρικά και κοινωνικά προερχόμενα από τη βιολογική και ψυχολογική ύφεση.<sup>53</sup>

**Ο σκοπός** της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι αφενός η διερεύνηση και αξιολόγηση των προβλημάτων και των αναγκών των ανθρώπων της τρίτης ηλικίας και αφετέρου η αξιολόγηση της παρεχόμενης νοσηλευτικής παρέμβασης σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο υγείας.

**Τα αποτελέσματα** της έρευνας έδειξαν ότι οι άνδρες ηλικιωμένοι που διαμένουν μόνοι επιθυμούν σε μεγαλύτερο ποσοστό (22,6%) από ότι γυναίκες να γίνουν τρόφιμοι οίκου ευγηρίας. Οι κάτοικοι των χωριών (11,7%) παρουσιάζουν καλύτερα επίπεδα δημιουργικού άγχους, σε αντίθεση με τους κατοίκους των πόλεων (20,5%) οι οποίοι βρίσκονται σε σύγχυση καθώς επίσης το 29,6%  $p < 0,001$  των ηλικιωμένων που διαμένουν στις πόλεις παρουσιάζει κατάθλιψη έναντι του 36,8% που αντιστοιχεί στα ηλικιωμένα άτομα των χωριών και δε φαίνεται να έχουν τέτοιου είδους ψυχικές διαταραχές. Επίσης δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στα επίπεδα αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης εκείνων που ζουν μονάχοι σε σχέση με όσους συγκατοικούν. Οι ηλικιωμένοι με καλή έως πολύ καλή σύνταξη (21,8%) φαίνεται να παρακολουθούνται από ιδιώτη ιατρό σε υπερδιπλάσιο ποσοστό από τους άπορους (9,0%)  $p < 0,001$ . Άτομα με προβλήματα υγείας σε τριπλάσια ποσοστά (48,4%) θα ήθελαν βοήθεια στο σπίτι από κάποιον νοσηλευτή έναντι αυτών που δε νοσούν (18,6%) και είναι κυρίως γυναίκες που ανέρχονται στο 29,1 % με σημαντική στατιστική διαφορά από τους άνδρες.

**Συμπερασματικά,** Τα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας παρατηρούμε πως διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο, τον τόπο διαμονής και την οικονομική τους κατάσταση. Η διαπίστωση αυτή επιβεβαιώνει την αναγκαιότητα δημιουργίας ενός υποστηρικτικού δικτύου παροχής κατάλληλων υπηρεσιών με σκοπό αφενός την εξάλειψη των παραγόντων που συμβάλλουν στη δημιουργία αυτών των προβλημάτων και αφετέρου τη βελτίωση του τρόπου ζωής των ηλικιωμένων.

## SUMMARY

The increase of the average age (elderly people reach before death) and of the unavoidable consequences in the biological and social dimension of the elderly person reflect our modern reality. Most of the major problems which people of the third age face today are mainly medical and social caused by the biological and psychological decline.

The **aim** of this research is to explore and evaluate the problems and the needs of the third age people and also evaluation of the provided nursing intervention in first degree, second degree and third degree of age.

The **results** of this research showed that the aged men, who live by themselves, are more than the women (22.6%) who desire to join an elderly home. The villages' inhabitants (11.7%) present better levels of creative stress in contrast with the citizens of the cities (20,5%). Also, the "elders of the city", who are the 29.6% of the elders in total, are in confusion and depression and the elders of the village, who are the 36.8% of the elders in total, do not seem to present depression. Additionally, there is not important difference in the levels of stressful disorder and depression between those who live alone and those who have housemates. 21.8 % of the pensioners, who receive satisfactory pension, seem to be check by private doctors twice and more than the poor elders (who belong to the 9,0%). 48.4 of the elders, who were people with health problems, would like to have nursing help in their home from a nurse. Contrastively, the 18.6% of the elders, who do not present an important illness and are mainly women, who were the 29.1 % of the elders asked. We believe that this is a major statistic difference between women and men and needs more research.

**Conclusively**, the biological, psychological and social problems of the people of the third age are differentiated according to gender, place of living and financial state. This conclusion proves the necessity of a network which supports the provision of appropriate services targeting the alleviation or even the extermination of factors which increase or even enhance the problems and then supplying the elders with improvement of the elders' lives in all dimensions.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. Χριστοδούλου Γ. και Κονταξάκης Β.: Η Τρίτη ηλικία, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000, 13
2. Μπόφου Ε. και Ιωαννίδη – Καπόλου Ε. : Ιδιωτικές μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα, κοινωνική εργασία, τεύχος 98<sup>ο</sup>, Απρίλιος-Μάιος-Ιούνιος 2010, 18
3. Τσακρακλίδης Β.: Η βιολογία του γήτατος, ιατρικά ανάλεκτα, τριμηνιαία έκδοση θεραπευτηρίου Υγεία, τόμος Β΄, τεύχος 15<sup>ο</sup>, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 2007
4. Πλατή Χ.: Γεροντολογική νοσηλευτική, επίτομος, εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2000, 16,18 – 20,25, 30, 125,143-144
5. Nies Melanie McEwen M.: Προάγοντας την υγεία των πληθυσμών, μετάφραση Σακοράφας Γ., επιμέλεια Σαπουντζή – Κρέπια Δ., επίτομος, έκδοση 3<sup>η</sup>, ιατρικές εκδόσεις Λαγός, Αθήνα 2001, 298, 490, 495 - 496, 498
6. Μοσχοβάκη Α.: Η γήρανση και οι συνέπειές της στον ανθρώπινο οργανισμό 17/5/2007, [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr), 20/4/2011, 17 : 30
7. Carignan A.: Γεροντολογική Νοσηλευτική, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Καραχάλιος Γ., μετάφραση Μαστρογιάννης Δ., έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 2003
8. Κοτζαμάνης Α. και Μαράτου – Αλιπράντη Λ. : Οι δημογραφικές εξελίξεις στη μεταπολεμική Ελλάδα, επίτομος, έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Α.Α Λιβάνη- νέα σύνορα, Αθήνα 1992, 343 – 345
9. Redfen S. και Ross F.: Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης και συγγραφή Ραφτόπουλος Β., επίτομος, έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2011, 40 – 47
10. Κατσανέβας Θ.: Ο ρόλος και η σημασία της τρίτης ηλικίας στη σύγχρονη οικονομία, [www.unipi.gr](http://www.unipi.gr), arthra-articlew 61 doc
11. Λαμπρινού Α., Σουρτζή Π.: Αξιολόγηση της νοσηλευτικής εκπαίδευσης στη φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων, Νοσηλευτική 2007, εκδόσεις Βήτα, 46 (4):460 – 467

12. Wright S.: Νοσηλευτική υπερηλίκων, μετάφραση Ταλαντοπούλου Μ. και Παπαγιάννη Λ., επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Καραχάλιος Γ., επίτομος, έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1994, 39 -41
13. Taylor C., Lillis C., LeMone P.: Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής (η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας), επιμέλεια Λεμονίδου Χ., Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε., τόμος 1<sup>ος</sup>, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2010, 5 –47
14. Γελαστοπούλου Ε.: Επαγγελματικό στρες, (Εργασιακή ικανοποίηση και ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας νοσηλευτικού προσωπικού στο νομό Αχαΐας), Αχαϊκή ιατρική, τεύχος 2<sup>ο</sup>, τόμος 3<sup>ος</sup>, Οκτώβριος 2011
15. Kinghorn S., Gamlin R.: Ανακουφιστική νοσηλευτική (εξασφαλίζοντας ελπίδα και ποιότητα ζωής), επίτομος, έκδοση 1<sup>η</sup>, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Θεοδοσοπούλου – Ευθυμίου Ε., εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2004
16. Λυρίτης Γ.: Οστεοπόρωση, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Press Line, Αθήνα 1996, 26
17. Ποτούπνης Μ.: Πτώσεις και κατάγματα υπερηλίκων, Γηριατρική και Γεροντολογική εταιρεία βορείου Ελλάδας (πρακτικά μετεκπαιδευτικών μαθημάτων), κύκλος 2<sup>ος</sup>, Αθήνα 2007
18. Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ. : Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική (νοσηλευτικές διαδικασίες), τόμος 3<sup>ος</sup>, έκδοση β΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006, 509, 520 – 521
19. Dandy D., Edwards D., Βασική ορθοπαιδική και τραυματολογία , επιμέλεια ελληνικής έκδοσης- μετάφραση Ξενάκης Θ., έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2004, 114
20. Πλατή Χ., Γεροντολογική Νοσηλευτική, επίτομος, έκδοση Η΄ αναθεωρημένη, εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2008, 165
21. Αθανάτου Α.: Κλινική Νοσηλευτική, επίτομος, έκδοση 16<sup>η</sup> αναθεωρημένη, εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2007, 97 – 194
22. Σαπουντζή – Κρέπια Δ.: Χρόνια ασθένεια και νοσηλευτική φροντίδα, επίτομος, έκδοση Α΄, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1998, 209
23. Netter F.: Παθολογία (καρδιαγγειακό σύστημα), μετάφραση Γιακουμής Α., Κουρουκλής Σ., επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Φιλιπάτος Γ., Σιάσος Γ., Κουρουκλής Σ., τόμος 3<sup>ος</sup>, έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2010, 21

24. Simonsen T., Aarbakeke J., Kay L., Coleman L., Sinnott P., Lyssa R. : Νοσηλευτική Φαρμακολογία , επιμέλεια ελληνικής έκδοσης – μετάφραση Τσιρώνη Μ., επίτομος, έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2009, 480, 486, 488, 290
25. Bonk M.E, Krown H., Matuszewski K., Oinonen M., Potentially inappropriate medications in hospitalized Hsenior patients, American Journal Of Health System Pharmacists, 2006,(63) :1161-1165
26. Walsh L.,Watson A. : Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική (Ο Ηλικιωμένος Ασθενής), επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Κουρκούτα Λ., Μαντζούκας Σ., και άλλοι,μετάφραση Αγγελόπουλος Κ., Γκιώνη Χ., Ζήκος Δ., και άλλοι, τόμος 1<sup>ος</sup>, έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2012, 153 - 154
27. Roehl B., Talati A. and Parks S.: Medication prescribing for older adults, Annans of long – term care, 14(6), 33-39
28. Maio V., Hartmann C., Poston w. et al. : potentially inappropriate prescribing for elderly patients in 2 outpatient settings, American Journal of Medical Qyality, 31(3), 162-168
29. American Society of Health- System Pharmacists, information retrieved November 1, 2006, from <http://www.safemedication.com>.
30. Perry A kai Potter P.: Βασική Νοσηλευτική και κλινικές δεξιότητες, έκδοση 7<sup>η</sup>, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Σαράφης Π., εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα 2012, 402 – 403, 405
31. White M., Williams P., Alexander D., et al: sleep onset latency and distress in hospitalized children.Nurs Res 1990, 39:134
32. Κατσιλάμπρος Ν.: Κλινική διατροφή, επίτομος, έκδοση Β΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2010, 107 – 109, 293
33. Τσουνίας Β.: Στοιχεία γεροντολογίας και γηριατρικής , επίτομος, έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Ζήτα, Αθήνα 1993, 36, 57
34. Περτσεμλίδης Σ. : Τρώμε καλά, ζούμε καλά, περιοδικό Ευγηρία, τεύχος 01, Δεκέμβριος – Ιανουάριος 2011/2012, 28 - 29
35. Ζέρβα Ε.: Η παρουσία των φίλων στη ζωή του ηλικιωμένου ατόμου, περιοδικό Ευγηρία, τεύχος 04, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2013, 4- 5
36. Γιαννακοπούλου Ο. : Η μοναδική σχέση παππού, γιαγιάς και εγγονού, Ευγηρία, τεύχος 05, Μάρτιος – Απρίλιος 2013, 11 - 13

37. Βασιλειάδου Α.: Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική (κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα), τόμος 3<sup>ος</sup>, έκδοση 5<sup>η</sup>, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2008, 1370
38. Goldman L. and Bennet J. :Νοσολογία, τόμος 1<sup>ος</sup>, έκδοση 21<sup>η</sup>, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ρούσσος Χ., Αθήνα 2002
39. Κυριόπουλος Ι.: Δημογραφική γήρανση και υπηρεσίες υγείας 2/9/2009, <http://www.enthesis.net.5/5/2011>, 14:00
40. Γρουζή Ε.: Θρομβοπροφύλαξη στην Τρίτη ηλικία , περιοδικό Ιατρική, τόμος 102, τεύχος 1, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2013, 11- 25
41. Ageno W., Agnelli G, Imberti D. et al.: Risk factors for venous thromboembolism in the elderly (results of the master registry ), 2008, (19)-663, 667
42. Engbers MJ, Hylckama V., Rosendaal Fr. : Venous thrombosis in the elderly (incidence , risk factors and risk groups), Journal of Thrombs haemost 2010, 8 : 2105- 2112
43. Heit JA, Silverstein MD, Mohn DN et al : The epidemiology of venous thromboembolism in the community, Journal of Thromb haemost 2001, 86 :452 - 463
44. Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ. : Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική (νοσηλευτικές διαδικασίες), τόμος 2<sup>ος</sup>, έκδοση Β΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006
45. Μπαλογιάννης Σ.: Η αντιμετώπιση του γήρατος δια μέσου των αιώνων, γηριατρική και γεροντολογική εταιρεία βορείου Ελλάδας, παρακτικά μετεκπαιδευτικών μαθημάτων, κύκλος 2<sup>ος</sup>, Αθήνα 2007
46. Cheryl Wraa: Νοσηλευτική εκτίμηση των ασθενών με γαστρεντερικές, νεφρικές και διαταραχές του ουροποιητικού συστήματος, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Κουρκούτα Λ., Μαντζούκας Σ. και άλλοι, τόμος 2<sup>ος</sup>, έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα 2013., 1237 - 1238
47. Σαχίνη – Καρδάση Α., Πάνου Μ. : Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική (νοσηλευτικές διαδικασίες), τόμος 1<sup>ος</sup>, έκδοση Β΄, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2006
48. Μαλγαρινού Μ., Κωνσταντινίδου Σ.: Παθολογική – Χειρουργική νοσηλευτική, τόμος Β΄, μέρος Α΄, έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 2005, 300 - 302

49. Μαλγαρινού Μ., Κωνσταντινίδου Σ.: Παθολογική – Χειρουργική νοσηλευτική, τόμος Β΄, μέρος Β΄, έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 2005, 297, 359 - 361
50. Κυριακίδου Ε.: Κοινωνική Νοσηλευτική, επίτομος, έκδοση 1<sup>η</sup>, εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 2000, 316 - 317
51. Needham J.: Γεροντολογική Νοσηλευτική φροντίδα, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999, 161 - 169
52. Πηξουριώτης Χ., Μπατσιάκου Μ., Στούμπος Β.: Τρίτη ηλικία και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, Ευγηρία, τεύχος 5<sup>ο</sup>, Μάρτιος- Απρίλιος 2013 (5:29–33) , 29 – 31)
53. Hogan M.: Νοσηλευτική ψυχικής υγείας (Ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις ), επίτομος, επιμέλεια ελληνική εκδόσης Καρανικόλα Μ., εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη, Αθήνα 2012, 144 – 145, 254 – 255, 333
54. Μεντενόπουλος Γ.: Η νόσος του Alzheimer (ένα κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα), Γηριατρική και Γεροντολογική εταιρεία Βορείου Ελλάδος, πρακτικά μετεκπαιδευτικών μαθημάτων, κύκλος 2<sup>ο</sup>, Αθήνα 2007
55. Ζυγοβιστινός Ι.: Υγιεινή ανοϊκού ασθενή, Ευγηρία, τεύχος 5<sup>ο</sup>, Μάρτιος– Απρίλιος 2013
56. Walton I.: Νευρολογία, μετάφραση - επιμέλεια Παπαπετρόπουλος Θ., Πασχάλης Χ. και Παπαθανασόπουλος Π., επίτομος, έκδοση 6<sup>η</sup>, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1996, 154, 298 - 299
57. <http://el.wikipedia.org/wiki>
58. Ραγιά Α. : Νοσηλευτική ψυχικής υγείας , επίτομος, έκδοση 7<sup>η</sup>, εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2009, 336
59. Κανούτος Φ.: Η Γήρανση του πληθυσμού pneumonologist, 1/12/2009, [www.pneumonologist.gr/article.php](http://www.pneumonologist.gr/article.php)
60. Αργυρόπουλος Κ., Γουρζής Φ., Γελασοπούλου Ε.: Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων, περιοδικό Ψυχιατρική 23 (1), 2012, 39,41- 42
61. Lutala M., Kwalia T., Kasagila E., Watongoka L., Mupenda B.: Health care seeking and financial behaviors of the elderly during wartime in Goma, Democratic republic of Congo, 2010:2(1)
62. Suicide. Available at: [www.suicidereview.pdf](http://www.suicidereview.pdf) (Accessed Jan 12, 2005)

63. Μαλλιαρού Μ., ο νοσηλευτής αντιμετώπος με τους συγγενείς που μένουν πίσω μετά την αυτοκτονία, Νοσηλευτική 2006, εκδόσεις Βήτα, 45(3):299-307
64. Μαλγαρινού Μ., Γούλια Ε.: Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα, επίτομος, έκδοση 5<sup>η</sup>, εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα 2005, 16, 18
65. Κοτρώτσου Ε.: Συνταξιοδότηση (μια φυσιολογική κρίση στη ζωή του ατόμου) Ευγηρία, τεύχος 04, Ιανουάριος – Φεβρουάριος 2013, (4:6-7)
66. Σταθόπουλος Π.: Κοινωνική Πρόνοια (μια γενική θεώρηση), επίτομος, εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999
67. Δαρδαβέσης Θ.: Η ιδρυματική περίθαλψη και η προστασία των υπερηλίκων, Γηριατρική και γεροντολογική εταιρεία βορείου Ελλάδος, πρακτικά μετεκπαιδευτικών μαθημάτων, 2<sup>ος</sup> κύκλος, 2007, 346
68. Γρηγορίου Α.: Βια στα γεράματα, Κυριακάτικη Ελευθεροτυπία, 21 Ιουνίου 2009
69. Κανούτος Φ.: Η γήρανση του πληθυσμού, ιατρικά άρθρα, pneumonologist, 01/12/2009
70. Coni N., Nicholl C, Webster S., Wilson : Γηριατρική, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Βέμμος Κ., επίτομος, έκδοση 6<sup>η</sup>, εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2006





## ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ

ΠΑΤΡΑ, 21/03/2013

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Αγαπητοί ,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές, στο τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι. Πάτρας. Το Ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας Δρ. Παπαδημητρίου Μαρίας. Περιλαμβάνει α) ερωτήσεις με σκοπό να διερευνήσουμε ανάγκες και προβλήματα της τρίτης ηλικίας καθώς και να εκτιμήσουμε την παροχή φροντίδας τους στην κοινότητα και στο νοσοκομείο. Επίσης περιλαμβάνει β) δημογραφικές ερωτήσεις.

Παρακαλούμε **απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.**

**ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ**

Εάν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνηση , μην διστάσετε να μας ρωτήσετε.

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ!!**

ΓΟΥΤΣΟΥ ΣΠΥΡΙΔΟΥΛΑ

ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο : Άρρεν  Θήλυ

Ηλικία : \_\_\_\_\_

Τόπος μόνιμης κατοικίας: χωριό  κωμόπολη  πόλη

N. Ηλείας  N. Αχαΐας  N. Αιτωλοακαρνανίας

Γραμματικές γνώσεις : αγράμματος  απόφοιτος Δημοτικού

Γυμνασίου  Λυκείου  Ανώτερης Τεχνολογικής Σχολής

Πανεπιστημίου

Οικονομική κατάσταση :

δεν έχω έσοδα  κακή  μέτρια  καλή  πολύ καλή

Είστε ασφαλισμένος σε κάποιον ασφαλιστικό φορέα ;

ναι

όχι

Έχετε παιδιά; κανένα  ένα  δύο  πάνω από δύο

1. Με ποιόν μένετε:

σύζυγο  παιδιά  βοηθητικό προσωπικό

μόνος/μόνη  συγγενείς  ίδρυμα ηλικιωμένων

2. Πόσο συχνά επικοινωνείτε με αγαπημένα πρόσωπα;  
καθημερινά  2-3 φορές την εβδομάδα  2-3 φορές το μήνα  3-4 φορές το χρόνο  σπανιότερα  καθόλου

3. Με ποιους περνάτε τις γιορτές ;  
Τα παιδιά/ σύζυγο μου  μόνος/η  βοηθητικό προσωπικό  γείτονες  σε ίδρυμα ηλικιωμένων  συγγενείς

4. Έχετε προβλήματα υγείας ; ναι  όχι   
Αν ναι, ποιο σύστημα : Αναπνευστικό  κυκλοφορικό   
ουροποιητικό  γαστρεντερικό  Νευρικό  μυοσκελετικό   
προβλήματα μεταβολισμού και ενδοκρινών αδένων  καρκίνο   
προβλήματα ψυχισμού  προβλήματα αισθητηρίων οργάνων   
άλλο

5. Πού ανακαλύψατε το πρόβλημα υγείας σας ;  
κέντρο υγείας  αγροτικό ιατρείο  νοσοκομείο  ιδιώτη ιατρό   
 συγγενής γιατρός

6. Σε ποιόν απευθύνεστε πρώτα σε περίπτωση που σας παρουσιαστεί ένα πρόβλημα;  
στα παιδιά /σύζυγό μου  γείτονες  βοηθητικό προσωπικό   
βοήθεια στο σπίτι  ίδρυμα ηλικιωμένων  κανέναν γιατί ζω μόνος και απομονωμένος

7. Παρακολουθείστε από γιατρό:

νοσοκομειακό  κέντρου υγείας  ιδιώτη  συγγενή   
δεν με παρακολουθεί γιατρός

8. Πόσα φάρμακα παίρνετε ημερησίως ;  
κανένα  ένα  δύο  πάνω από δύο

9. Κατά τη λήψη φαρμάκων ποιος είναι ο φόβος σας:

να ξεχάσω τη δόση  να το πάρω λάθος ώρα   
να μπερδέψω τα φάρμακα  όλα τα προηγούμενα   
δεν φοβάμαι για κάτι  άλλο  δεν παίρνω φάρμακα

10. Ποιος σας χορηγεί τα φάρμακά σας;

μόνος/η  τα παιδιά /σύζυγός μου  βοηθητικό προσωπικό   
βοήθεια στο σπίτι  γείτονες  προσωπικό ιδρύματος  συγγενείς   
δεν παίρνω φάρμακα

11. Έχετε την οικονομική δυνατότητα να τα αγοράσετε ;

αδυνατώ  στερούμαι  δεν έχω οικονομικό πρόβλημα  τα  
καλύπτει το ταμείο μου  τα καλύπτουν συγγενείς  δεν παίρνω  
φάρμακα

12. Ποιος καλύπτει συνήθως τα έξοδα της φαρμακευτικής θεραπείας  
σας όταν παρουσιάζεται ένα πρόβλημα υγείας ;

το ταμείο μου εξ'ολοκλήρου  μερικώς το ταμείο μου   
μόνος από τη σύνταξή μου  με ενισχύουν συγγενείς

13. ποιος καλύπτει τα έξοδα της νοσηλείας σας στο νοσοκομείο σε περίπτωση που νοσηλεύεστε ;

το ταμείο μου εξ'ολοκλήρου  μερικώς το ταμείο μου   
μόνος από τη σύνταξή μου  με ενισχύουν συγγενείς

14. Ποιος καλύπτει τα έξοδα αποκλειστικής νοσοκόμας σε περίπτωση εισαγωγής σας στο νοσοκομείο ;

το ταμείο μου εξ'ολοκλήρου  μερικώς το ταμείο μου   
μόνος από τη σύνταξή μου  με ενισχύουν συγγενείς

15. Έχετε προβλήματα κινητικότητας;

καθόλου  ελάχιστα  μερικά  πολλά  πάρα πολλά

16. Εμποδίζονται οι δραστηριότητες της καθημερινότητάς σας;

καθόλου  ελάχιστα  λίγο  πολύ  πάρα πολύ

17. Θα χαρακτηρίζατε την φυσική σας κατάσταση :

κακή  εξαιρετικά περιορισμένη  μέτρια  καλή  πολύ καλή

18. Εκτελείτε δραστηριότητες αυτοφροντίδας (τουαλέτα, φαγητό, λουτρό);

Δεν έχω κανένα πρόβλημα  δυσκολεύομαι μερικώς  αδυνατώ να αυτοεξυπηρετηθώ

19. Ποιος φροντίζει για την ατομική σας υγιεινή ;

μόνος/η  τα παιδιά/σύζυγός μου  βοήθεια στο σπίτι  οικιακή βοηθός  συγγενείς  προσωπικό ιδρύματος

20. Σημειώστε το επίπεδο πόνου που βιώνετε : καθόλου

ελάχιστο  μέτριο  πολύ  πάρα πολύ

21. Σημειώστε το επίπεδο άγχους που βιώνετε :

δεν έχω άγχος  μέτρια επίπεδα  υπερβολικό άγχος

22. Σημειώστε το επίπεδο θλίψης που βιώνετε :

δεν έχω θλίψη  μέτρια επίπεδα  υπερβολική θλίψη

23. Θα θέλατε βοήθεια από κάποιον νοσηλευτή/τρια στο σπίτι σας ;

δε χρειάζομαι  δε το θεωρώ αναγκαίο  θα ήθελα

24. Αντιμετωπίζετε προβλήματα ακράτειας; ναι  όχι

25. Αντιμετωπίζετε προβλήματα κατακλίσεων ; Ναι  όχι

Αν ναι, ποιος σας τις περιποιείται ;

Μόνος/η  νοσοκομείο  κέντρο υγείας

ιδιώτης νοσηλευτής  ιδιώτης ιατρός  βοηθητικό προσωπικό   
παιδιά/σύζυγός μου  προσωπικό ιδρύματος

26. Πόσες πτώσεις έχετε το χρόνο ;

καμία  μία  δύο  πάνω από 2

Προκλήθηκε : κατάγμα  θλάση  τραυματισμός  άλλο  τίποτα

27. Έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο μέχρι τώρα;

καμία φορά  μία φορά  δύο φορές  πάνω από δύο φορές

28. Κατά τη μεταφορά σας στο νοσοκομείο ποιοι σας συνόδευσαν:

τα παιδιά/σύζυγος μου  γείτονες  συγγενείς  μόνος/η   
βοηθητικό προσωπικό  προσωπικό ιδρύματος  δεν έχω νοσηλευτεί  
σε νοσοκομείο

29. Κατά την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο τι είδους συναισθήματα δημιουργούνταν ;

Θλίψη  σύγχυση  φόβος  ανασφάλεια  ελπίδα  δεν έχω  
νοσηλευτεί

30. Σε πόση απόσταση βρίσκεται ο πλησιέστερος τόπος περίθαλψης και παροχής φροντίδας από τον τόπο που διαμένετε ;

λιγότερο από μία ώρα  μία ώρα  δύο ώρες  πάνω από δύο  
ώρες

31. Πώς θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα φροντίδας που (σας) παρέχουν οι νοσηλευτές εντός των νοσοκομείων ;



κακή  μέτρια  καλή  πολύ καλή  άριστη

32. Ποιο πιστεύετε ότι είναι το ιδανικότερο μέρος για παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών στα άτομα της τρίτης ηλικίας;

Σπίτι (κατ'οικον νοσηλεία)  Κέντρο υγείας  Νοσοκομεία   
άλλο \_\_\_\_\_

33. Θα επιθυμούσατε να γίνετε τρόφιμος σε κάποιον οίκο ευγηρίας;

ναι  όχι

Αν ναι :για συντροφιά  περίθαλψη  φαγητό  μη γίνω βάρος στα παιδιά μου  άλλο

Αν όχι :γιατί νιώθω εγκατάλειψη εκεί από οικεία μου πρόσωπα   
επιθυμώ μοναχική ζωή  δεν εγκαταλείπω το σπίτι μου  δεν  
χρειάζομαι τις υπηρεσίες που παρέχουν

34. Γνωρίζετε την ύπαρξη και λειτουργία των κέντρων προστασίας των ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ); ναι  όχι

Αν ναι, το έχετε επισκεφθεί ποτέ; ναι  όχι

35.Τι παρέχουν τα ΚΑΠΗ;

ασφάλεια  συντροφιά  ψυχολογική στήριξη  κοινωνική  
αλληλεγγύη  όλα τα παραπάνω  τίποτα  δεν τα γνωρίζω

36.Γνωρίζετε το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι; Ναι  όχι

37. Τι σας παρέχει το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι;

- ψυχολογική στήριξη  οικιακή φροντίδα  νοσηλευτική φροντίδα  
 όλα τα παραπάνω  τίποτα  δεν το γνωρίζω

38. Ποια η άποψή σας για το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι ;

- Θεωρώ ότι είναι μια τυπικότητα χωρίς ουσία   
δεν έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση για την Γ' ηλικία  δεν  
είμαι ικανοποιημένος/η  είμαι ικανοποιημένος/η  δεν το γνωρίζω

39. Επιθυμείτε να ενημερωθείτε και εκπαιδευτείτε σχετικά με τα συμπτώματα και τη θεραπεία της νόσου σας από έναν πτυχιούχο νοσηλεύτη ;

- θα το ήθελα  δεν με ενδιαφέρει  δε ξέρω

40. Θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας :

- κακή  μέτρια  καλή  πολύ καλή  άριστη