

**Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑ, Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»**

**«THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY INDIVIDUALS AND  
NURSING CARE»**



**ΓΚΙΩΝΗ ΔΗΜΗΤΡΑ**

**ΓΙΑΒΡΟΥΤΑ ΜΑΡΙΑ**

**ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ, 2015**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε με σκοπό την μελέτη και την ανάλυση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων καθώς επίσης και της νοσηλευτικής φροντίδας στην τρίτη ηλικία και του ρόλου του νοσηλευτή. Πιο συγκεκριμένα στα κεφάλαια της παρούσας πτυχιακής εργασίας περιλαμβάνονται:

Αρχικά προσεγγίζεται η έννοια της γήρανσης αναφέροντας τις σημαντικότερες θεωρίες του γήρατος, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά διεθνώς και στην Ελλάδα καθώς επίσης και τα χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας. Η εργασία πραγματεύεται τα προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων όπως είναι ο πόνος, οι διαταραχές ύπνου, τα προβλήματα διατροφής, οι πτώσεις, η μοναξιά, η κατάθλιψη, η άνοια, ο φόβος του θανάτου και το ψυχολογικό στρες. Προσδιορίζονται οι ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων αναφέροντας αρχικά τη θεωρία του Maslow και συνεχίζοντας με την ανάγκη για σωματική υγιεινή, τις ανάγκες επιβίωσης, τις ψυχοσυναισθηματικές, τις οικονομικές και ιατροφαρμακευτικές ανάγκες και την ανάγκη για κοινωνική πρόνοια.

Έμφαση δίνεται στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων όπως είναι η μοναξιά, η κατάθλιψη, η δυσθυμία, η διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση, η μικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή, η οργανική διαταραχή διάθεσης, η διπολική διαταραχή, ο φόβος του θανάτου και το ψυχολογικό στρες.

Σημαντικότετος αποδεικνύεται ο ρόλος του νοσηλευτή και πιο συγκεκριμένα η νοσηλευτική φροντίδα, οι παράγοντες νοσηλευτικής φροντίδας και οι αρχές νοσηλευτικής φροντίδας στην τρίτη ηλικία.

Συμπερασματικά η τρίτη ηλικία παρουσιάζει ιδιαίτερα προβλήματα και ανάγκες. Οι ανάγκες αυτές προσδιορίζονται σε οικονομικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας μπορούν να αξιοποιήσουν με τον καλύτερο τρόπο τη δυναμική τους ενώ πρέπει να λαμβάνουν απρόσκοπτα όλα τα κατοχυρωμένα δικαιώματά τους ώστε να μπορούν να δώσουν βάρος στην προσωπική τους εξέλιξη.

## **ABSTRACT**

This thesis has been prepared in order to study and analyze the quality of life of the elderly as well as nursing care in old age and the role of the nurse. More specifically in the chapters of this thesis include:

The first chapter approached the concept of aging stating the main theories of aging demographics and internationally in Greece as well as the characteristics of the elderly.

The second chapter deals with the problems of older people such as pain, sleep disorders, nutritional problems, falls, loneliness, depression, dementia, fear of death and psychological stress.

The third chapter identifies the needs of older people initially stating the theory of Maslow and continuing with the need for personal hygiene, survival needs, psycho-emotional, financial and medical needs and the need for social welfare.

The fourth chapter deals with the mental health of the elderly such as loneliness, depression, dysthymia, the adjustment disorder with depressed mood, mixed anxiety and depressive disorder, organic mood disorder, bipolar disorder, fear of death and the psychological stress.

The fifth chapter analyzes the role of the nurse and more specifically in nursing care, the nursing care factors and principles of nursing care in old age.

The sixth chapter includes the nursing process and finally follow the conclusions of this study and the literature.

In conclusion the elderly presents special problems and needs. These needs were identified in the financial, emotional and psychological. The senior citizens can exploit the best dynamics and should take seamlessly all vested rights to be able to give weight to their personal development.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	8
Η ΓΗΡΑΝΣΗ.....	8
1.1 ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ .....	8
1.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΙΕΘΝΩΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	11
1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ .....	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	19
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ .....	19
2.1 Ο ΠΟΝΟΣ.....	19
2.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ.....	21
2.3 ΠΤΩΣΕΙΣ .....	23
2.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ.....	25
2.5 ΜΟΝΑΞΙΑ.....	27
2.6 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....	32
2.7 ΑΝΟΙΑ – Ο ΤΥΠΟΣ ALZHEIMER.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	37
ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ .....	37
3.1 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ MASLOW .....	37
3.2 ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ .....	39
3.3 ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ.....	40
3.4 ΨΥΧΟ-ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ.....	41
3.5 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ .....	45
3.6 ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ.....	46

<b>3.7 ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ .....</b>	<b>47</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....</b>	<b>49</b>
<b>ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ .....</b>	<b>49</b>
<b>4.1 ΜΟΝΑΞΙΑ.....</b>	<b>49</b>
<b>4.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ .....</b>	<b>50</b>
<b>4.3 ΔΥΣΘΥΜΙΑ .....</b>	<b>52</b>
<b>4.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ .....</b>	<b>53</b>
<b>4.5 ΜΙΚΤΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....</b>	<b>54</b>
<b>4.6 ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΔΙΑΘΕΣΗΣ.....</b>	<b>55</b>
<b>4.7 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....</b>	<b>56</b>
<b>4.8 Ο ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ .....</b>	<b>57</b>
<b>4.9 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΣΤΡΕΣ .....</b>	<b>58</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....</b>	<b>59</b>
<b>Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....</b>	<b>59</b>
<b>5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....</b>	<b>59</b>
<b>5.1.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ .....</b>	<b>60</b>
<b>5.1.2. ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....</b>	<b>65</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 .....</b>	<b>67</b>
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ .....</b>	<b>67</b>
<b>6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1 .....</b>	<b>67</b>
<b>6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2 .....</b>	<b>73</b>
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>78</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>79</b>

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Τα άτομα τρίτης ηλικίας αποτελούν μια ομάδα η οποία απασχολεί την σύγχρονη κοινωνία καθώς αρκετοί ηλικιωμένοι άνθρωποι δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες τους με αποτέλεσμα να μένουν αβοήθητοι. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι ποικίλα και σχετίζονται τόσο με τη σωματική όσο και με την ψυχική τους υγεία.

Οι αλλαγές που πραγματοποιούνται τα τελευταία χρόνια σε κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό επίπεδο έχουν οδηγήσει στην μείωση του βιοτικού επιπέδου των ηλικιωμένων ατόμων. Γι αυτό το λόγο έχει δημιουργηθεί η ανάγκη προστασίας και φροντίδας της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας προκειμένου να έχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Υπό αυτές τις συνθήκες καλείται το νοσηλευτικό προσωπικό να συμβάλλει στη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων σε όλα τα επίπεδα καθώς οι ανάγκες αυτής της ηλικιακής ομάδας συνεχώς αυξάνονται.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1**

## **Η ΓΗΡΑΝΣΗ**

Στο παρών κεφάλαιο αρχικά αναγράφονται οι βασικές θεωρίες για την γήρανση, ενώ στην συνέχεια παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας στην χώρα μας. Τέλος, δίνονται τα βασικά χαρακτηριστικά των ατόμων της τρίτης ηλικίας

### **1.1 ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ**

Οι θεωρίες που ασχολούνται με την γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού αυξάνουν συνεχώς σε αριθμό. Προς το παρών οι θεωρίες αυτές βρίσκονται στην φάση του σχεδιασμού, ο οποίος προσφέρει μεγάλη εγκυρότητα και αξιοπιστία. Μερικές από τις πιο γνωστές θεωρίες περιγράφονται στην παρούσα ενότητα.

Οι βιολογικές θεωρίες είναι από τις σημαντικότερες θεωρίες. Προκειμένου να εξηγήσουν την βιολογική γήρανση, οι περισσότεροι θεωρητικοί έχουν ενστερνιστεί την επίδραση ενδογενών και εξωγενών παραγόντων. Στους ενδογενείς παράγοντες περιλαμβάνονται τα γενετικά προγράμματα, οι κυτταρικές μεταλλάξεις, οι αυτοάνοσες αντιδράσεις και άλλες εγγενείς διεργασίες. Στους εξωγενείς παράγοντες περιλαμβάνονται οι επιδράσεις του περιβάλλοντος, όπως για παράδειγμα, η διαίτα, η ακτινοβολία, κ.λπ. (Coni, 2006)



Σε αρκετές θεωρίες, εκφράζεται η υπόθεση ότι τα άτομα κληρονομούν γενετικό διάγραμμα, το οποίο καθορίζει τον αναμενόμενο χρόνο ζωής για τον καθένα. Σε πολλές μελέτες έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ως προς τον αναμενόμενο χρόνο ζωής μεταξύ πατρός και παιδιού.

Υπεύθυνες για την γήρανση μπορούν να θεωρηθούν επίσης και οι κυτταρικές μεταλλάξεις, αν και τα εργαστηριακά ευρήματα αντιτίθενται στις θεωρίες που υπάρχουν. Σύμφωνα με το Kaplan, η γήρανση του ανθρώπου υποδηλώνει την γήρανση των κυττάρων. Επικρατεί η θεωρία ότι κάθε κύτταρο έχει γενετικά καθορισμένη διάρκεια ζωής και μπορεί πριν πεθάνει, να αντιγράψει τον εαυτό του σε μερικές καθορισμένες φορές. Με το πέρασμα του χρόνου συμβαίνουν στα κύτταρα δομικές αλλαγές, όπως για παράδειγμα η νευροϊνώδης εκφύλιση που συναντάται στην νόσο του Alzheimer.

Η εξήγηση της βιολογικής γηράνσεως επιχειρείται και με μια άλλη θεωρία, η οποία συνδέει τις μεταβολές που υφίσταται ο κολλαγονικός ιστός με την γήρανση. Με το πέρασμα του χρόνου, ο κολλαγονικός ιστός σχηματίζει δεσμίδες, δηλαδή γίνεται άκαμπτος. Η μεγάλη πυκνότητα του εμποδίζει την απομάκρυνση των άχρηστων ουσιών και την διατήρηση των θρεπτικών. Ωστόσο, στην περίπτωση αυτή οι ερευνητές αδυνατούν να καθορίσουν αν το περίσσειμα του κολλαγονικού ιστού, που παρατηρείται στους ηλικιωμένους, αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα της γήρανσης (Joe Verghese, 2013).

Τέλος, σύμφωνα με τις θεωρίες των ενδογενών παραγόντων, πιστεύεται ότι το «stress» συντομεύει τον χρόνο ζωής του ανθρώπου, όταν εκτίθεται σε αυτό για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η θεωρία αυτή είναι δύσκολο να γενικευτεί, για τον λόγο ότι κάθε άνθρωπος αντιδρά διαφορετικά στο «stress». (Hewstone, 2007)

Όσον αφορά τις θεωρίες για τους εξωγενείς παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν γήρανση, η πρώτη θεωρία για την οποία ωστόσο δεν έχει διευκρινιστεί η συσχέτιση, αναφέρεται στην διατροφή. Η διατροφή φαίνεται να ασκεί σημαντική επίδραση στην διεργασία του γήρατος. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι η παχυσαρκία συντομεύει τον χρόνο ζωής. Αντίθετα, η ποιοτικά και ποσοτικά, ανάλογα με τις ανάγκες του οργανισμού, τροφή συμβάλλει στην παράταση του χρόνου ζωής.

Άλλοι γνωστοί περιβαλλοντικοί παράγοντες, οι οποίοι πιστεύεται ότι συμβάλλουν στην διεργασία του γήρατος, είναι ο υδράργυρος, ο μόλυβδος, το αρσενικό, τα ραδιενεργά, τα οποία όταν απορροφηθούν από τον οργανισμό μπορεί να προκαλέσουν διάφορες παθολογικές καταστάσεις.

Εκτός όμως από την βιολογική προσέγγιση της γήρανσης, υπάρχουν και οι ψυχοκοινωνικές θεωρίες, μέσα από τις οποίες οι παράγοντες που συμβάλλουν στην γήρανση είναι κοινωνικοί και ψυχολογικοί (Manuel Montero-Odasso, 2009)

Η πιο πολυσυζητημένη και αντιφατική θεωρία είναι αυτή της αποδεσμεύσεως «disengagement theory», που αναπτύχθηκε από την Elaine Cumming και τον William Henry το 1961-1964. Στη θεωρία αυτή, η γήρανση αντιμετωπίζεται ως διεργασία κατά την οποία, το άτομο και η κοινωνία προοδευτικά αποσύρονται, ή αποχωρίζονται το ένα μέρος το άλλο, με αμοιβαία ικανοποίηση και όφελος. Ως προς τα άτομα, η ωφέλεια συνίσταται στην απελευθέρωση από τους κοινωνικούς ρόλους, ενώ από την πλευρά της κοινωνίας, η αξία της θεωρίας συνίσταται στην μετάβαση της δύναμης από τους ηλικιωμένους προς τους νέους, γεγονός που βοηθάει την

κοινωνία να συνεχίσει την πορεία της και μετά των θάνατο των ηλικιωμένων ανθρώπων.(Slater, 2003).

Μια άλλη θεωρία, αντίθετη από την προηγούμενη είναι η θεωρία της δραστηριότητας «activity theory». Στην θεωρία αυτή προτείνονται τρόποι διατηρήσεως της δραστηριότητας, παρά την απώλεια πολλών που συνοδεύουν την διεργασία του γήρατος. Για παράδειγμα η αντικατάσταση των φυσικών δραστηριοτήτων με τις πνευματικές. Η μείωση της υγείας, η απώλεια των ρόλων, το μειωμένο εισόδημα, ίσως αποτελούν εμπόδια για τον ηλικιωμένο, ωστόσο καλείται να αντισταθεί και να τα ξεπεράσει, προκειμένου να σταθεί δραστήριος στην ζωή.

Συμπερασματικά πρέπει να λεχθεί ότι η βιολογική, η ψυχολογική και η κοινωνική γήρανση, μέχρι ενός βαθμού είναι αλληλοσχετιζόμενες και αλληλοεξαρτώμενες. Παράδειγμα αποτελεί ότι πολύ συχνά η απώλεια του κοινωνικού ρόλου μεταβάλλει τον ρυθμό και την ταχύτητα της φυσικής φθοράς του ατόμου. (Πλατή, 2000)

## **1.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΙΕΘΝΩΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Οι διεθνείς οργανισμοί World Health Organization (WHO), Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) και European Union (EU), έχουν επισημάνει το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού, καθώς επίσης και των επιπτώσεων που έχει τόσο σε κοινωνικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο υγείας και ψυχολογικής κατάστασης.

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού είναι το αποτέλεσμα της βελτίωσης του προσδόκιμου επιβίωσης και της μείωσης των δεικτών

γονιμότητας κάτω από το επίπεδο αναπλήρωσης του πληθυσμού. Σύμφωνα με τις στατιστικές έρευνες στις οποίες έχουν προβεί οι διεθνείς οργανισμοί, το προσδόκιμο επιβίωσης στις βιομηχανικές χώρες υπερβαίνει τα 75 έτη για τους άνδρες και τα 80 για τις γυναίκες, ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται μια ραγδαία βελτίωση και στις αναπτυσσόμενες χώρες, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών.

Η βελτίωση του προσδόκιμου της επιβίωσης σε συνδυασμό με την σημαντική μείωση των δεικτών γονιμότητας, έχει προκαλέσει μεγάλες ανακατανομές στην διάρθρωση των ηλικιακών πυραμίδων στο σύνολο σχεδόν των χωρών. Σήμερα, στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), οι δείκτες γονιμότητας έχουν μειωθεί στο 1,6 ανά γυναίκα. Ο φυσιολογικός δείκτης ώστε να υπάρχει πληθυσμιακή σταθερότητα είναι το 2,1.

Στην απογραφή του πληθυσμού που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 1981, οι ηλικιωμένοι αποτελούσαν το 16,92% του πληθυσμού, ενώ στην απογραφή του 1991 αποτελούσαν το 19,98%. (ΕΣΑ 1991)

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή με βάση την απογραφή του 2011 τα 10.815.197 άτομα φτάνει πλέον ο μόνιμος πληθυσμός της Ελλάδας, με τη μέση ηλικία για το σύνολο του πληθυσμού να φτάνει τα 41,9 έτη, πολύ υψηλότερα από τις γειτονικές χώρες κάτω από τα 30 χρόνια. (Ναυτεμπορική, 2011)

Το ποσοστό του Ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω αυξάνεται με γρήγορο και σταθερό ρυθμό. Ο πληθυσμός της Ελλάδας χαρακτηρίζεται από συνεχή μείωση της φυσικής αύξησης, λόγω της μείωσης του δείκτη της γεννητικότητας και αύξησης του γενικού δείκτη της θνησιμότητας που οφείλεται στην γήρανση του πληθυσμού. Σύμφωνα με εκτιμήσεις το 2020 θα αυξηθεί το ποσοστό του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας στο 22% και το 2050 θα έχει ανέλθει στο 35%. (Μπαμπάτσικου, 2009)

Η αύξηση του πληθυσμού των ατόμων της τρίτης και τέταρτης ηλικίας είναι ένα φαινόμενο το οποίο έχουν να αντιμετωπίσουν όχι μόνο οι υπανάπτυκτες, αλλά και οι αναπτυσσόμενες χώρες. Στην Ελλάδα, το 1940 τα άτομα άνω των 65 ετών αποτελούσαν το 5,5 % του συνολικού πληθυσμού. Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο ο πληθυσμός της Ελλάδας μετακινήθηκε από τον αγροτικό τομέα προς τα αστικά κέντρα, με παράλληλη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων. Σημειώνεται ότι η αναλογία των ηλικιωμένων είναι περισσότερο εμφανής στις αγροτικές περιοχές. Στην μεταπολεμική Ελλάδα, την περίοδο δηλαδή από το 1945 μέχρι το 1975 ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξήθηκε σημαντικά, με αποτέλεσμα να έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων στα Βαλκάνια και μαζί με την Ιταλία το υψηλότερο ποσοστό στη Νότια Ευρώπη. (Κονταξάκης 2000)

Οι δημογραφικές μεταβολές που παρατηρούνται έχουν επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της κοινωνίας. Σαφώς και θα υπάρχουν και θετικές και αρνητικές επιπτώσεις με βάση την νέα διάρθρωση του πληθυσμού.

Όσον αφορά τις θετικές συνέπειες από την δημογραφική τάση, η μία αντικατοπτρίζει την βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, δηλαδή κατοικίας, διατροφής και υγιεινής ζωής, ενώ η δεύτερη συνέπεια σχετίζεται με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και την εκτέλεση προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής με αποτέλεσμα την ανακάλυψη και την θεραπεία επικίνδυνων ασθενειών στα πρώιμα στάδιά τους. (Τεπέρογλου, 2004)

Σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ αυτές οι δημογραφικές εξελίξεις αναμένεται να προκαλέσουν μια ποικιλία οικονομικών επιπτώσεων περιλαμβανομένων των δημοσίων οικονομικών και ιδίως της διατήρησης των υπάρχοντων διανεμητικών συνταξιοδοτικών συστημάτων.

### 1.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Οι ηλικιωμένοι που διανύουν την όγδοη και την ένατη δεκαετία της ζωής τους διαθέτουν πλούσια εμπειρία που έχει σχέση με κοινωνικά, πολιτικά, πολιτισμικά και οικονομικά γεγονότα και καταστάσεις. Από την αρχή του 20<sup>ού</sup> αιώνα και μέχρι σήμερα, οι ηλικιωμένοι αντιμετώπισαν τις ολέθριες συνέπειες του Α΄ και του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου. Οι μετακινήσεις των πληθυσμών, τα διαφορετικά βιώματα τους, καθώς επίσης και η ραγδαία τεχνολογική ανάπτυξη των τελευταίων δεκαετιών, έχει αλλάξει ριζικά την πορεία της ανθρωπότητας.

Οι συνεχείς αλλαγές των κοινωνικών δομών έχουν επιφέρει την πτώση των αξιών, καθώς και μεγάλο ρήγμα στο οικογενειακό σύστημα. Ο παραδοσιακός ρόλος των οικογενειών ανήκει πλέον στο παρελθόν. Η ανάγκη που δημιουργήθηκε για εργασία της γυναίκας, έχει αλλάξει τις ισορροπίες στα πλαίσια της οικογενειακής ζωής. Μέχρι τότε η γυναίκα φρόντιζε την ανατροφή των παιδιών της, καθώς επίσης και την απαραίτητη στήριξη στους ηλικιωμένους, οι οποίοι με την σειρά τους πρόσφεραν όσα περισσότερα μπορούσαν –οικονομική κυρίως βοήθεια- στο σπίτι (PatrickJ. Brown,2015)

Οι κυριότερες αιτίες που οδήγησαν στην αλλαγή των σχέσεων στα ελληνικά νοικοκυριά, είναι δημογραφικές, κοινωνικό-οικονομικές και ψυχολογικές.

Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, σημαντικό ρόλο παίζει η συμβίωση των ζευγαριών εκτός γάμου και η αύξηση των διαζυγίων που έχει παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα αρχικά την μείωση της γεννητικότητας, ενώ σε δεύτερο στάδιο διαφαίνεται και μια μη προθυμία των ζευγαριών να φροντίσουν τους ηλικιωμένους. Ένας άλλος

παράγοντας που οδήγησε στην αλλαγή της τάσης είναι η μαζική μεταφορά των νέων ζευγαριών προς τα αστικά κέντρα και η δυσκολία για διαμονή των ηλικιωμένων, για το γεγονός ότι τα διαμερίσματα ήταν περιορισμένου χώρου και η συγκατοίκηση των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους καθίσταται δύσκολη.

Από κοινωνικοοικονομικής άποψης, η ανεξαρτησία των ηλικιωμένων εξαρτάται από την υγεία και την οικονομική τους κατάσταση. Υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων είναι περιορισμένη, ή ακόμη υπάρχουν σοβαρά προβλήματα υγείας με αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η ανεξαρτησία των ηλικιωμένων από τα παιδιά τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι γονείς μένουν μαζί με τα παιδιά τους και ενισχύουν οικονομικά στο σπίτι, ή ακόμη βοηθούν και στην διαπαιδαγώγηση των παιδιών τους από την στιγμή που οι γυναίκες πλέον εργάζονται.

Στους ψυχολογικούς παράγοντες εντάσσεται κυρίως το αίσθημα της μοναξιάς και της θλίψης που υπάρχει με την απώλεια του ενός συζύγου. (Πλατή, 2000)

Οι αλλαγές στην δομή της ελληνικής οικογένειας επέφεραν και κάποιες συνέπειες, οι οποίες αναγράφονται στην συνέχεια:

Ø Αύξηση των οικογενειών οι οποίες διαμένουν με ένα ή και δύο ηλικιωμένα άτομα.

Ø Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι αυξάνονται όταν δεν υπάρχει υποστηρικτικό περιβάλλον ενώ παράλληλα κυριαρχούν αισθήματα μοναξιάς και απογοήτευσης.

Ø Ζώντας οι γυναίκες περισσότερο από τους άνδρες περνούν περισσότερο χρόνο ως χήρες, χωρίς τη συμπαράσταση και τη στήριξη του συζύγου.

Ø Τα ηλικιωμένα άτομα τα οποία δεν έχουν οικογένεια χρησιμοποιούν περισσότερο υπηρεσίες υγείας και ψυχολογικής στήριξης ενώ παρουσιάζουν και μεγαλύτερο ποσοστό θνησιμότητας. (Ζαϊμάκης Γ., Κανδυλάκη, 2005)

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ηλικιωμένων, αυτά μπορούν να διατυπωθούν ως εξής: Διαθέτουν γνώσεις, πείρα και έχουν μεγάλη εμπειρία ζωής. Επίσης, κάποιες φορές είναι απόλυτοι και έχουν πιο συντηρητικές απόψεις. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας συνήθως δεν είναι πολύ πρόθυμα σε αλλαγές που επηρεάζουν άμεσα την καθημερινότητά τους. Έχουν ανάγκη για προσωπικό χώρο, ενώ τέλος τα συναισθήματα που κυριαρχούν είναι η μοναξιά και η εσωστρέφεια.

Σύμφωνα με την Κωσταρίδου - Ευκλείδη (1999) τρεις είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων: πρώτον, η μόρφωση, δεύτερον το εισόδημα και τρίτον, η σωματική και ψυχική υγεία. Αν αυτοί οι παράγοντες είναι σε ικανοποιητικό επίπεδο τότε το ηλικιωμένο άτομο βιώνει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής. (Κωσταρίδου - Ευκλείδη 1999)

Όσον αφορά τις βιολογικές αλλαγές που επέρχονται κατά την τρίτη ηλικία, αυτές προέρχονται από όλα τα συστήματα του οργανισμού. Αρχικά, το δέρμα εμφανίζει ρυτίδες, τα μαλλιά λευκαίνουν, ενώ ο αριθμός αύξησης των νυχιών μειώνεται. Ωστόσο, αλλαγές υπάρχουν και στο ανοσολογικό σύστημα, το μυοσκελετικό σύστημα, σε κυτταρικό επίπεδο, στις αισθήσεις, στο ουροποιητικό σύστημα, στον εγκέφαλο, στο καρδιακό σύστημα, στο



γαστρεντερικό, καθώς και το ενδοκρινικό και αναπνευστικό σύστημα.  
(Πλατή, Χρυσάνθη 2000)

Στον παρακάτω πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι βασικές αλλαγές που πραγματοποιούνται στο σύστημα ενός ατόμου της τρίτης ηλικίας.

<b>Κυτταρικό επίπεδο</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Αλλαγές στις δομές του κυτταρικού DNA</li> <li>Ø Αύξηση κολλαγόνου μεταξύ των κυττάρων</li> <li>Ø Αλλαγές στον αριθμό και την ευαισθησία των υποδοχέων</li> </ul>
<b>Ανοσολογικό σύστημα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ü Αύξηση της λειτουργίας των αυτοάνοσων κυττάρων</li> <li>ü Αύξηση κινδύνου για λοιμώξεις</li> <li>ü Μείωση των T λεμφοκυττάρων</li> <li>ü Αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών κυττάρων</li> </ul>
<b>Μυοσκελετικό σύστημα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ä Μειώνεται το ύψος εξαιτίας της βράχυνσης της σπονδυλικής στήλης</li> <li>Ä Μειώνεται η μυϊκή μάζα</li> <li>Ä Αυξάνεται το βάθος της θωρακικής κοιλότητας</li> <li>Ä Αυξάνεται ο λιπώδης ιστός δημιουργώντας προβλήματα οστεοπόρωσης</li> <li>Ä Φθείρονται οι επιφάνειες των αρθρικών χόνδρων προκαλώντας προβλήματα οστεοαρθρίτιδας</li> </ul>
<b>Ουροποιητικό σύστημα</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης</li> <li>· Μείωση της νεφρικής και αιματικής λειτουργίας</li> </ul>
<b>Ειδικές αισθήσε</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Μειώνεται η όραση και οι φακοί των ματιών κιτρινίζουν</li> <li>✓ Μειώνεται η προσαρμοστικότητα στις εναλλαγές μετα</li> </ul>

	<p>φωτός και σκοταδιού</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Μειώνεται η οξύτητα των αισθήσεων της γεύσης, όσφρησ και αφής</li> <li>✓ Η προσαρμοστικότητα των μυών εξασθενεί</li> <li>✓ Μειώνεται η ακοή σε υψηλής συχνότητας ήχους</li> </ul>
<i><b>Εγκέφαλος</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>§ Μειωμένο βάρος κατά 17%</li> <li>§ Μειωμένη οξυγόνωση</li> <li>§ Μειωμένη αιματική ροή</li> <li>§ Αυξημένος αιματοεγκεφαλικός φραγμός</li> </ul>
<i><b>Καρδιαγγειακό σύστημα</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ä Αύξηση μεγέθους και βάρους της καρδιάς</li> <li>Ä Μείωση ελαστικότητας καρδιακών βαλβίδων</li> <li>Ä Αύξηση κολλαγονικού ιστού</li> <li>Ä Αυξημένη τάση για αρρυθμίες</li> </ul>
<i><b>Γαστρεντερικό σύστημα</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ø Μείωση αιματικής ροής ήπατος</li> <li>Ø Μεταβολή απορρόφησης από το γαστρεντερικό σύστημα</li> </ul>
<i><b>Ενδοκρινικό σύστημα</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Û Μείωση επιπέδων οιστρογόνων στις γυναίκες</li> <li>Û Μείωση επινεφριδικών ανδρογόνων</li> <li>Û Μείωση παραγωγής τεστοστερόνης στους άνδρες</li> </ul>
<i><b>Αναπνευστικό σύστημα</b></i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Μείωση του αντανακλαστικού του βηχός</li> <li>✓ Μείωση ζωτικής χωρητικότητας</li> <li>✓ Μείωση της δραστηριότητας του βρογχικού επιθηλίου</li> </ul>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί περιγράφονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Αναλύεται το αίσθημα του πόνου, οι διαταραχές του ύπνου, οι πτώσεις, τα διατροφικά προβλήματα, καθώς επίσης και η μοναξιά, η κατάθλιψη, η άνοια, ο φόβος του θανάτου και το ψυχολογικό στρες.

#### **2.1 Ο ΠΟΝΟΣ**

Ο πόνος είναι μια δυσάρεστη και πολύ προσωπική αίσθηση η οποία δεν μοιράζεται με τους άλλους. Σε πολλές περιπτώσεις ο πόνος είναι δυνατόν να απορροφήσει ολόκληρη την σκέψη, να επηρεάσει τις δραστηριότητες και να αλλάξει την ζωή ενός ανθρώπου.

Σύμφωνα με τον Engel, ο πόνος είναι ένα δυσάρεστο αίσθημα που αντιπροσωπεύει την θλίψη και προέρχεται από την ψυχική αντίληψη μιας πραγματικής, απειλητικής ή φανταστικής βλάβης.

Η Διεθνής Ένωση Μελέτης Πόνου (IASP), έδωσε έναν ορισμό για τον πόνο, ο οποίος θεωρείται περισσότερο αποδεκτός παγκοσμίως: «πόνος είναι μια δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία, συνοδευόμενη με πραγματική ή πιθανή βλάβη, ή απλώς περιγράφεται με τους όρους μιας τέτοιας βλάβης»(Markenson,2012)

Ο πόνος συντίθεται από τρία βασικά συστατικά:

Ä Το αισθητικό της αισθητηριακής διακρίσεως, δηλαδή η αναγνώριση ενός οδυνηρού αισθήματος από το άτομο. Είναι η υποκειμενική εκτίμηση του πόνου.

Ä Το συστατικό της συναισθηματικής κινητοποιήσεως. Το άτομο αντιδρά συγκινησιακά, ως απάντηση στην εμπειρία του πόνου. Είναι η αντικειμενική εκτίμηση του πόνου.

Ä Το γνωστικό συστατικό, το οποίο περιλαμβάνει παρελθούσες εμπειρίες του πόνου, συμπεριφορές, ανταποκρίσεις προς τον πόνο, καθώς και ποια η σημασία του πόνου για το άτομο.(Brownet.al. 2011)

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ιδρύματα για ηλικιωμένους βρέθηκε ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων που υπέφεραν από σημαντικό πόνο κυμαινόταν μεταξύ 45% και 80%. Η υψηλή αυτή επίπτωση του πόνου αποδόθηκε σε τρεις βασικούς παράγοντες.

Αρχικά, οι ηλικιωμένοι δεν αναφέρουν τον πόνο επειδή πιστεύουν ότι δεν θεραπεύεται και πολύ συχνά λέγεται ότι οι ηλικιωμένοι πρέπει να μάθουν να ζουν με τον πόνο τους. Η παρεξηγημένη αντίληψη ότι ο πόνος αποτελεί μια φυσική και μη αναστρέψιμη κατάσταση που επικρατεί στους ηλικιωμένους, λειτουργεί αρνητικά και τους εμποδίζει να ζητήσουν βοήθεια, φοβούμενοι ότι θα χαρακτηριστούν κουραστικοί και παραπονιάρηδες. (Brownet.al. 2011)

Ο δεύτερος παράγοντας είναι ότι ο πόνος δεν εντοπίζεται η αδυναμία της εντόπισης του οφείλεται στην επιδείνωση της επικοινωνίας μεταξύ του νοσηλευτή και του ηλικιωμένου. Σε τέτοιες περιπτώσεις προσφέρεται η μη λεκτική επικοινωνία μεταξύ τους. Συνήθως, ενδείξεις πόνου μπορεί να

αποτελούν το τρίψιμο σε κάποιο σημείο, ένα βογγητό ή μια γκριμάτσα(Markenson,2012).

Ο τρίτος και τελευταίος παράγοντας είναι η μη αναφορά του πόνου από τους ηλικιωμένους. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι αδύνατος ο εντοπισμός του πόνου από το προσωπικό με αποτέλεσμα να καθίσταται δυσκολότερη και η αντιμετώπιση του. Πολλές φορές σε αυτές τις περιπτώσεις προβάλλεται το επιχείρημα του εθισμού και για αυτόν τον λόγο είναι πολύ σημαντικές οι γνώσεις που πρέπει να κατέχουν οι ειδικοί για την διάκριση μεταξύ εθισμού φυσικής ανεξαρτησίας και ανοχής. (Πλατή, 2000)

## **2.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ**

Ο ύπνος αποτελεί μια φυσική επαναλαμβανόμενη διεργασία πολύ σημαντική για την διατήρηση της φυσικής και της ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Οι ανάγκες για τον ύπνο ποικίλουν και εξαρτώνται από την ηλικία, την δραστηριότητα και την συναισθηματική κατάσταση του ατόμου (Luysteret.al. 2015)

Σύμφωνα με έναν ιστορικό ορισμό, ο ύπνος περιγράφεται ως η περίοδος χαλάρωσης που είναι όμοια με την κωματώδη κατάσταση. Παρόλα αυτά, οι σύγχρονοι κλινικοί ερευνητές βρήκαν ότι το άτομο δεν είναι αναισθητο. Δέχονται ότι η αντίληψη του ατόμου για το περιβάλλον κατά την διάρκεια του ύπνου είναι ελαττωμένη, αλλά όχι μηδενική. (Πλατή, 2000)

Η περίοδος του ύπνου καλύπτει μέχρι και το 1/3 της ζωής του ανθρώπου. Όσο μικρότερη είναι η ηλικία, τόσο μεγαλύτερη είναι η ανάγκη για ύπνο. Οι ανάγκες για ύπνο μεταβάλλονται, όταν μεταβάλλεται και η σωματική κι η

πνευματική κόπωση και όταν υφίσταται ασθένεια, εγκυμοσύνη και ψυχικό στρες. (Δόντας, 1981)

Σε σχετικές μελέτες ο ύπνος φέρεται ως μια περιοδική κατάσταση. Η πτώση της συνείδησης κατά την διάρκεια του ύπνου παρέχει χρόνο στα συστήματα του σώματος ώστε να ανασυγκροτηθούν και να ανανεωθούν. Έτσι, ο ύπνος αποτελεί έναν διορθωτικό μηχανισμό που συμβάλλει στην αναγέννηση της φυσιολογικής και συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου. (Πλατή, 2000)

Οι διαταραχές του ύπνου θεωρούνται ένα από τα βασικότερα προβλήματα υγείας στους ηλικιωμένους. Οι διαταραχές του ύπνου χωρίζονται σε τέσσερις κατηγορίες :

Ø Σε διαταραχές έναρξης και διατήρησης του ύπνου. Οι συνήθεις αιτίες είναι ο θόρυβος, ο πόνος, η ανησυχία, η άνοια, η δυσφορία, η κατάθλιψη και το άγχος.

Ø Σε διαταραχές που εκδηλώνονται με υπερβολικό ύπνο, οι οποίες συνήθως προκαλούνται από την υπερβολική δόση φαρμάκων.

Ø Σε διαταραχές του κύκλου αφύπνισης, όπως για παράδειγμα άνοια, delirium και άλλα.

Ø Σε διαταραχές που εκδηλώνονται κατά τον ύπνο, με φάσεις ύπνου και μερικής αφύπνισης, όπως για παράδειγμα υπονοβασία, επιληπτικές κρίσεις κατά τον ύπνο και άλλα.

Ωστόσο, υπάρχουν και διαταραχές στον ύπνο οι οποίες οφείλονται σε διάφορα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζει το άτομο κατά την διάρκεια της νύχτας. Πρόκειται κυρίως για αναπνευστικά προβλήματα. οι διαταραχές αυτές είναι το ροχαλητό, η αϋπνία και η άπνοια.

Στην πρώτη περίπτωση, το ροχαλητό αυξάνεται με την πάροδο των χρόνων και έχει ως αποτέλεσμα την χαλάρωση των οργάνων.

Όσον αφορά την αϋπνία, αποτελεί ένα από τα συνηθέστερα προβλήματα του ύπνου. Συνήθως αναφέρεται στην δυσκολία έναρξης και διατήρησης του ύπνου. Τα αίτια που προκαλούν την αϋπνία είναι ο θόρυβος, ο φωτισμός, το στρες, η μελαγχολία, ο πόνος, η δυσφορία, η δίψα, η θερμοκρασία, η υπερένταση, κ.λπ.

Τέλος, όσον αφορά την άπνοια, συμβαίνει αρκετές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας, προκαλώντας κούραση στους ηλικιωμένους κατά την διάρκεια της μέρας. Το σύνδρομο της άπνοιας συνήθως έπεται του ροχαλητού. (Μαδιανός, 2000)

## **2.3 ΠΤΩΣΕΙΣ**

Οι πτώσεις αποτελούν ένα από τα πιο συχνά ατυχήματα που συμβαίνουν στους ηλικιωμένους. Αναφέρεται ότι η προχωρημένη ηλικία σε συνδυασμό με έναν μεγάλο αριθμό μεταβολών που σχετίζονται με την γήρανση, ευνοούν τις πτώσεις.

Ο όρος πτώση υποδηλώνει μια αιφνίδια και χωρίς έλεγχο μετατόπιση του κέντρου βάρους του σώματος από υψηλότερο σε χαμηλότερο επίπεδο, με αποτέλεσμα το σώμα να πάρει μια νέα στάση ισορροπίας.

Η αιτιολογία των πτώσεων καθορίζεται από πολλούς παράγοντες. Αυτοί μπορεί να είναι είτε φυσικοί παράγοντες, είτε ψυχολογικοί, ή ακόμη και

περιβαλλοντικοί. Σύμφωνα με άλλους υποστηρικτές τα αίτια των πτώσεων κατατάσσονται σε εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες. Οι πτώσεις που αναφέρονται σε εξωγενείς παράγοντες είναι αυτές που θα μπορούσαν να συμβούν και σε έναν υγιή άνθρωπο, ενώ οι ενδογενείς παράγοντες σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας του ατόμου.

Στους φυσικούς παράγοντες μπορούν να καταταχθούν τα μυοσκελετικά, μεταβολικά, αισθητηριακά, νευρολογικά και καρδιολογικά προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν τα άτομα. Μπορεί για παράδειγμα να υπάρχουν πόνοι στις αρθρώσεις, μυϊκή αδυναμία, διαταραχές στο βάδισμα, καρδιακή ανεπάρκεια, υπογλυκαιμία, κ.λπ. Όταν αναφερόμαστε σε ψυχολογικούς παράγοντες, πρόκειται για αισθήματα φόβου μην επαναληφθεί μια πτώση, κατάθλιψη, στρες, σύγχυση, κ.λπ. Τέλος, όσον αφορά τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, σε αυτούς κατατάσσονται τα σύρματα, τα καλώδια, τα χαλαρά πατάκια, ο ανεπαρκής φωτισμός, η τουαλέτα και το μπάνιο με σκαλοπάτια, κ.λπ.

Ωστόσο, υπάρχει η κατηγοριοποίηση σε εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες. Στους εξωγενείς παράγοντες εντάσσονται τα φάρμακα, οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι που ενδεχομένως να υπάρχουν σε κάποιο ίδρυμα, η χρονική διάρκεια παραμονής σε κάποιο ίδρυμα, η ώρα της ημέρα που συνέβη η πτώση, κ.λπ. Οι ενδογενείς παράγοντες καθορίζονται από την ηλικία, την κατάσταση της υγείας, την μειωμένη κινητικότητα, την υποβάθμιση της πνευματικής κατάστασης, κ.λπ.

Οι συνέπειες από μια πτώση ποικίλουν ανάλογα με την σοβαρότητα της κατάστασης. Μια πτώση μπορεί να επιφέρει πολύ απλά προβλήματα, έναν απλό πόνο, μια ανησυχία, ένα αίσθημα φόβου, μέχρι κακώσεις, ή ραγίσματα



του μυοσκελετικού συστήματος, καθώς επίσης και θάνατο. Σύμφωνα με έρευνες οι πτώσεις ευθύνονται για το 50% των θανάτων των ηλικιωμένων.

Η μεγαλύτερη συχνότητα των πτώσεων παρατηρείται στα άτομα που ζουν μέσα στα ιδρύματα. Έχει υπολογιστεί ότι οι μισοί από τους ηλικιωμένους που ζουν σε διάφορα ιδρύματα πέφτουν μία φορά μέσα στο χρόνο, ενώ το 10% με 15% παρουσιάζουν τραύματα από την πτώση από τα οποία το 8% των ατόμων αυτών θα υποκύψουν. Για τα άτομα της τρίτης ηλικίας τα οποία δεν διανέμουν σε διάφορα ιδρύματα, παρατηρήθηκε ότι το 1/3 έχουν δηλώσει μια εμπειρία από πτώση. Σημειώνεται επίσης, ότι από τα άτομα τα οποία έχουν αναφέρει πτώσεις, οι μισοί από αυτούς ήταν άνω των 80 ετών. Επομένως, υποστηρίζεται ότι οι πτώσεις και η θνησιμότητα τους σχετίζονται θετικά με την ηλικία. (Πλατή, 2000)

## **2.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ**

Η καλή διατροφή είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για τους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα για εξασθενημένα, ανάπηρα, αβοήθητα ή και εξαρτημένα άτομα. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να προσλαμβάνουν καθημερινά ουσιώδη θρεπτικά συστατικά για να διατηρήσουν τη φυσική, την ψυχική και τη λειτουργική τους κατάσταση σε ικανοποιητικά επίπεδα. Επιπλέον η καλή διατροφή προλαμβάνει σε σπουδαίο βαθμό επιπλοκές που συνοδεύουν την ακινησία και την εξάρτηση, όπως επίσης αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα μακροζωίας. Ωστόσο οι ανάγκες σε θρεπτικές ουσίες διαφοροποιούνται σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, τη σωματική διάπλαση και τη δραστηριότητα. Ειδικότερα για τους ηλικιωμένους, η σωστή

διατροφή αποτελεί κύριο παράγοντα διότι με το πέρασμα του χρόνου συμβαίνουν σημαντικές μεταβολές όπως η μείωση του βάρους του σκελετού κατά 40%, μείωση της άλιπης μάζας, της λειτουργικής απόδοσης των συστημάτων και της φυσικής δραστηριότητας.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η θρέψη του ηλικιωμένου μπορεί να επηρεαστεί από παθολογικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές αιτίες. Για παράδειγμα διάφορες παθολογικές καταστάσεις μπορεί να αλλάξουν το μεταβολισμό, την απορρόφηση ή να προκαλέσουν υπερβολική απώλεια θρεπτικών στοιχείων. Επιπλέον η διαιτητική πρόσληψη μπορεί να επιδεινωθεί από ψυχιατρικές διαταραχές, λειτουργικά προβλήματα ή από την έλλειψη ατόμων που προμηθεύουν και κατασκευάζουν το φαγητό στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος είναι εξαρτημένος.

Σε αρκετές μελέτες αναφέρεται ότι το 20-50% των ηλικιωμένων που εισάγονται στα διάφορα ιδρύματα παρουσιάζουν υποθρεψία. Η παρατεταμένη υποθερμία από πρωτεϊνική ενέργεια προκαλεί επιδείνωση της ανοσοποιητικής λειτουργίας, ανθρωπομετρικές μεταβολές και αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Ένας μεγάλος αριθμός καταστάσεων ή παραγόντων επηρεάζουν την ικανότητα του ηλικιωμένου να σιτίζεται μόνος του. Αναφέρονται χρόνιες καταστάσεις όπως αρθρίτιδα, εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος του parkinson's, ποικίλες νευρολογικές διαταραχές, κατάγματα του καρπού, του αγκώνα, της ωμοπλάτης κ.α. Όλα αυτά στέκονται εμπόδιο για τον ηλικιωμένο να χρησιμοποιήσει σκεύη φαγητού, όπως μαχαιροπήρουνα, ποτήρια και φλιτζάνια. Επιπλέον όταν υπάρχουν τεχνητές οδοντοστοιχίες και δεν εφαρμόζουν καλά στο στόμα προκαλούν δυσκολία στη μάσηση ορισμένων φαγητών. Αναφέρεται ότι αυτός που φοράει οδοντοστοιχίες για την μάσηση

του φαγητού χρειάζεται τον τετραπλάσιο χρόνο από εκείνον που έχει φυσιολογικά δόντια. (Πλατή, 2000)

## **2.5 ΜΟΝΑΞΙΑ**

Η μοναξιά αποτελεί ένα από τα συνηθέστερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, το 35% περίπου των ηλικιωμένων έχουν δηλώσει ότι το χειρότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν είναι η μοναξιά. Συνήθως, το συναίσθημα της μοναξιάς είναι πιο έντονο στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες. Σε αυτό μπορεί να οφείλεται και το γεγονός ότι μέσα σε ένα ζευγάρι ηλικιωμένων, τις περισσότερες φορές το άτομο το οποίο θα φύγει πρώτο από την ζωή είναι ο άνδρας.

Τα κλινικά ευρήματα της μοναξιάς παρουσιάζουν το φαινόμενο της μοναξιάς σε συνδυασμό με άλλα ψυχιατρικά προβλήματα. συνήθως τα προβλήματα αυτά είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η ψύχωση, οι αυτοκτονίες και ο αλκοολισμός.

Όσοι έχουν μελετήσει το φαινόμενο της μοναξιάς, έχουν καταλήξει σε τρία βασικά σημεία:

- Στην αδυναμία του ατόμου να αναπτύξει κοινωνικές σχέσεις.
- Στην υποκειμενική αντίληψη ότι πολύ συχνά η μοναξιά σχετίζεται με την κοινωνική απομόνωση.
- Στη δημιουργία δυσάρεστων συναισθημάτων.

Η μοναξιά παρουσιάζει μεγαλύτερη συχνότητα όσο ο άνθρωπος ενηλικιώνεται. Το φαινόμενο της μοναξιάς είναι αρκετά έντονο στα ηλικιωμένα άτομα και κυρίως σε αυτά τα οποία ζουν σε ιδρύματα, σε απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές με ανεπαρκή μέσα συγκοινωνίας, σε πολυθόρυβες πόλεις, όπου επικρατούν το απρόσωπο και η αδιαφορία. Επιπλέον, ο χρόνιος πόνος που προκαλείται από διάφορες καταστάσεις, ανεξάρτητα από την ηλικία του ατόμου, δημιουργεί ένα έντονο αίσθημα απομόνωσης από τους άλλους, μοναξιάς ή εγκατάλειψης.

Στην προσπάθεια τους να ερμηνεύσουν το φαινόμενο της μοναξιάς, οι ερευνητές, ανέπτυξαν τους παράγοντες και τις αιτίες που μπορεί να δημιουργούν ή να προκαλούν αυτό το συναίσθημα. Στα αίτια της μοναξιάς αναφέρονται πολλοί παράγοντες από διάφορες πτυχές της ζωής τους. Μπορεί να είναι δημογραφικοί, πολιτισμικοί, κοινωνικο-οικονομικοί, ψυχολογικοί παράγοντες, καθώς επίσης και η συσχέτιση με διάφορα προβλήματα υγείας.

Από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που οδηγούν το άτομο στη μοναξιά και την απομόνωση είναι ο θάνατος προσφιλών προσώπων, όπως συζύγου, αδελφού, παιδιών και φίλων. Για τους ηλικιωμένους η απώλεια φίλων και γνωστών είναι πραγματικότητα. Η μοναξιά, καθώς και η κατάθλιψη, η οποία αναλύεται στην συνέχεια, είναι αποτέλεσμα του κενού και της απελπισίας που νιώθουν οι ηλικιωμένοι. Αυτό αποτελεί και το βασικό μέτρο εκτίμησης του μεγέθους της μοναξιάς και του άγχους.

Μια ακόμη αιτία που φαίνεται να συμβάλλει καθοριστικά στην δημιουργία τέτοιων συναισθημάτων είναι η απομάκρυνση του ανθρώπου από το περιβάλλον του. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το άτομο μπορεί να επικοινωνεί μόνο με αλληλογραφία ή με λίγες τηλεφωνικές συνδιαλέξεις.

Και οι δύο αυτοί παράγοντες συνεισφέρουν στη μοναξιά, γιατί δεν μπορούν να αντικαταστήσουν τη χαρά που νιώθει ο ηλικιωμένος όταν επικοινωνεί προσωπικά με τα αγαπημένα του πρόσωπα και απολαμβάνει την παρουσία τους, την αγάπη και τη στοργή τους.

Σχετικά με την θεωρία της μοναξιάς, έχουν αναπτυχθεί τέσσερις θεωρίες. Πρόκειται για την ψυχοδυναμική θεωρία, την υπαρξιακή θεωρία, την γνωσιακή θεωρία και την θεωρία της αλληλεπίδρασης.

### Ψυχοδυναμική θεωρία

Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική θεωρία, η μοναξιά αποτελεί ένα διαπροσωπικό φαινόμενο, το οποίο βασίζεται στην προσωπικότητα του ατόμου. Η προσωπικότητα του καθενός είναι αυτή που τελικά θα προβλέψει τις μελλοντικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Ορισμένοι θεωρητικοί αντιμετωπίζουν το φαινόμενο της μοναξιάς από την παθολογική πλευρά, ενώ κάποιοι άλλοι περιγράφουν την μοναξιά ως μια κατάσταση του νου με συμπτώματα νεύρωσης, τα οποία ξεκινούν πολύ νωρίς στη ζωή. Σημειώνεται επίσης ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα μοναξιάς πολύ δύσκολα δημιουργούν φιλικές σχέσεις.

### Υπαρξιακή θεωρία

Σχετικά με την υπαρξιακή θεωρία, κάποιοι θεωρούν ότι το να είναι κάποιος μόνος του, αποτελεί μια «νίκη», ενώ κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν ότι οι πιο ιδιωτικές στιγμές στην ζωή καθενός είναι αυτές που είναι μόνος. Το συμπέρασμα που έχει προκύψει από τους διάφορους μελετητές, είναι ότι

υπάρχουν στιγμές στη ζωή του ανθρώπου, όπως είναι η τελική φάση της ζωής του, στις οποίες η μόνωση από το γύρω θόρυβο θα πρέπει να γίνει αποδεκτή, ανεξάρτητα με το αν συνοδεύεται από το συναίσθημα της μοναξιά ή όχι.

### Γνωσιακή θεωρία

Η γνωσιακή θεωρία αποδέχεται τους κοινωνικούς παράγοντες που οφείλονται στο φαινόμενο της μοναξιάς, διαφέρει ωστόσο, στον τρόπο με τον οποίο το άτομο απαντά ή αισθάνεται τη μοναξιά του. Σύμφωνα με τον Weeks, η μοναξιά συμβαίνει σε ανθρώπους οι οποίοι αξιολογούν τις κοινωνικές τους σχέσεις σε σύγκριση με κάποια βασικά πρότυπα και τις βρίσκουν ελλειμματικές.

Οι βασικές αδυναμίες που εντοπίστηκαν στην προσέγγιση της συγκεκριμένης θεωρίας είναι η έμφαση που δεν έχει δοθεί για την γνωσιακή διεργασία. Δεν αναφέρονται οι τρόποι με τους οποίους τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και οι εσωτερικοί παράγοντες μπορούν να συμβάλλουν στην μοναξιά.

### Θεωρία της αλληλεπίδρασης

Η θεωρία της αλληλεπίδρασης αναπτύχθηκε από τον Weiss, ο οποίος αναφέρει δύο τύπους μοναξιάς. Ο ένας τύπος μοναξιάς αναφέρεται στην συναισθηματική απομόνωση που προκύπτει από έλλειμμα στις εσωτερικές σχέσεις του ατόμου. Ο δεύτερος τύπος περιγράφει την κοινωνική απομόνωση, η οποία προκύπτει από έλλειμμα του ευρύτερου δικτύου του ατόμου.

Σύμφωνα με τον Weiss, τα άτομα που είναι συναισθηματικά απομονωμένα βιώνουν ένα αίσθημα απόλυτης μοναξιάς. Ενώ εκείνα που είναι κοινωνικά απομονωμένα περιγράφουν την μοναξιά τους με ηπιότερα αισθήματα, όπως πλήξεως, δυσθυμίας, ζώης χωρίς νόημα και σκοπό κ.λπ.

Η κριτική της θεωρίας ήταν αντιφατική. Οι επικριτές θεωρούν ότι και οι δύο τύποι της μοναξιάς δεν είναι απαραίτητα αρνητικοί ή η απουσία ανθρώπων δεν υποδηλώνει αρνητική κατάσταση. Οι υποστηρικτές βρίσκουν τα στοιχεία της θεωρίας ενδιαφέροντα, υποστηρίζουν την ενσωμάτωση της θεωρίας στη μελέτη της μοναξιάς και καταλήγουν ότι τα άτομα αξιολογούν ποιοτικά και ποσοτικά τη συναισθηματική και κοινωνική τους απομόνωση. (Πλατή, 2000)

## 2.6 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη είναι γνωστή από την Παλαιά Διαθήκη, όταν ο Δαβίδ προσπάθησε με τη μουσική να θεραπεύσει το Σαούλ από τη μελαγχολία που τον είχε καταλάβει. Ιστορικά, η μεταγενέστερη άποψη είναι αυτή του Beck, ο οποίος αποδίδει την κατάθλιψη στην αλλαγή της αντίληψης την οποία έχει το άτομο για τον εαυτόν του και χαρακτηρίζεται από αρνητικές προσδοκίες. Η δεκαετία του 1950 με την ανακάλυψη των ψυχοφαρμάκων, τα οποία κατέχουν αντικαταθλιπτικές ιδιότητες, αποτελεί σταθμό στην αντιμετώπιση και θεραπεία της κατάθλιψης, ώστε να εγκαταλειφθούν όλες οι προηγούμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις. (Ευσταθίου, 2011)

Η αιτιολογία των ψυχώσεων μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις βασικούς παράγοντες. Πρόκειται για τον γενετικό παράγοντα, τους βιολογικούς, τους περιβαλλοντικούς και τους ιδιοσυστατικούς παράγοντες. (Πλατή, 2000)

Το φαινόμενο της κατάθλιψης είναι περισσότερο εμφανές στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Η μελαγχολική διάθεση επηρεάζει τις γνωστικές και τις συναισθηματικές εμπειρίες του καταθλιπτικού ατόμου, γεγονός που γίνεται φανερό σε όλη την συμπεριφορά του. Η κατάθλιψη εμφανίζεται με εντονότερα συμπτώματα στους ηλικιωμένους, ενώ σύμφωνα με έρευνες στις γυναίκες εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα. Η συχνότητα της κατάθλιψης ξεπερνάει το 25% για τα άτομα που ζουν μέσα σε ιδρύματα. Για την Ελλάδα, το ποσοστό των ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάθλιψης, υπερβαίνει το 15%, γεγονός που σημαίνει ότι είναι περισσότεροι από 210.000 ηλικιωμένους. (Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία 1999)



Σε νεότερες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν, διαγνώστηκε ότι το 29% των ατόμων της τρίτης ηλικίας, παρουσίασε συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτό το ποσοστό το 36% ήταν άνδρες, ενώ το 64% ήταν γυναίκες, γεγονός που καταδεικνύει ότι η συχνότητα του φαινομένου στις γυναίκες είναι μεγαλύτερη από τους άνδρες. Σημειώνεται επίσης, ότι μόνο το 20% από αυτούς που αντιμετώπιζαν προβλήματα κατάθλιψης είχε επισκεφθεί έστω μια φορά κάποιον ειδικό.(Verhaak, 2014)

Τα συμπτώματα που προσδιορίζουν την κατάθλιψη είναι το άγχος, η στενοχώρια, η απόσυρση από τα κοινωνικά δρώμενα, η αϋπνία, η άρνηση της λήψης τροφής, η επιθυμία θανάτου και διάφορες σωματικές ενοχλήσεις όπως είναι ο πόνος, η δυσκοιλιότητα, κ.λπ.

Η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης παραμελείται, επειδή τα συμπτώματά της συνδέονται με το γήρας ή συγχέονται με εκδηλώσεις σωματικών νόσων. Ακόμα και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι όταν νιώσουν κάποιο αίσθημα δυσαρέσκειας ή απογοήτευσης εύκολα το συνδέουν με το γήρας. Έτσι, όσο η κατάθλιψη παραμελείται τόσο γίνεται ολοένα και πιο σύνθετη, με αποτέλεσμα να λειτουργεί ως υπόστρωμα για την ανάπτυξη νέων προβλημάτων και επιπλοκών σε χρόνια νοσήματα και να δημιουργεί ειδικές καταστάσεις που δυσκολεύουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς. Πολλές φορές η κατάθλιψη ενδέχεται να συνυπάρχει με διάφορες σωματικές νόσους.

Ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος έχει χάσει το πραγματικό νόημα της ζωής του. Για αυτόν τον λόγο, η κατάσταση έχει χαρακτηριστεί ως «θάνατος μέσα στη ζωή», δηλαδή πλήρης απώλεια ζωτικότητας, κινήσεως και σκοπού. Σε τέτοιες περιπτώσεις οι τάσεις ή και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πολύ συχνές. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς άνω των 65 ετών

παρουσιάζουν μεγαλύτερη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά σε σύγκριση με οποιαδήποτε άλλη ομάδα ασθενών. Περίπου το 15% των καταθλιπτικών τελικά αυτοκτονούν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους, ενώ παράλληλα οι περισσότεροι από τους αυτόχειρες πάσχουν ακόμη από συμπτώματα κατάθλιψης. (Πλατή, 2000)

## **2.7 ΑΝΟΙΑ – Ο ΤΥΠΟΣ ALZHEIMER**

Η άνοια είναι ένα σύνδρομο το οποίο χαρακτηρίζεται από την επιδείνωση των νοητικών λειτουργιών. Ο ασθενής με άνοια παρουσιάζει προβλήματα στη μνήμη, την προσοχή, τη συγκέντρωση, την ομιλία και τη σκέψη, με αποτέλεσμα να προκαλούνται ποικίλες δυσκολίες στην καθημερινή, επαγγελματική και κοινωνική ζωή του. (T.E. Dunne, 2015)

Η άνοια δεν είναι επακόλουθο της τρίτης ηλικίας. Ανεξάρτητα από την αιτιολογία που την προκάλεσε, αναμένεται να οδηγήσει σε μόνιμη απώλεια των νευρώνων σε όλες τις περιοχές του εγκεφάλου. Ορισμένοι τύποι άνοιας αν μπορούν να θεωρηθούν αναστρέψιμοι και θεραπεύσιμοι, πολύ συχνά όμως ο βαθμός δυσλειτουργιών που προκαλούν οδηγεί σε μη αναστρέψιμη άνοια, όπως εκείνη του Alzheimer. Ο πιο κοινός τύπος άνοιας στους ηλικιωμένους είναι η νόσος του Alzheimer, η συχνότητα της οποίας κυμαίνεται μεταξύ 35% και 55% στο σύνολο των ανοιών.

Η νόσος του Alzheimer περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Alzheimer το 1406. Πρόκειται για προοδευτική μη αναστρέψιμη νόσο, που χαρακτηρίζεται από διάχυτη ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού. Η διάγνωση της νόσου βασίζεται στην ύπουλη εισβολή της, στην προοδευτική

επιδείνωση και στον αποκλεισμό όλων των άλλων αιτίων που μπορούν να προκαλέσουν άνοια. Ύστερα από προοδευτική εκτίμηση οι κλινικοί μπορούν να φτάσουν στη διάγνωση, αρκεί να αξιολογήσουν σωστά την κλινική, τη νευρολογική, την ψυχιατρική κατάσταση και το ιστορικό του κάθε ασθενή. (Πλατή, 2000)

Η αιτιολογία της νόσου είναι ακόμη άγνωστη. Τα αίτια δεν έχουν διερευνηθεί. Σύμφωνα με την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία οι παράγοντες οι οποίοι προδιαθέτουν την εκδήλωση της νόσου του Alzheimer είναι οι ακόλουθοι:

- Μεγάλη ηλικία
- Γενετική προδιάθεση
- Γυναίκες, οι οποίες έχουν ελαφρά υπεροχή από τους άνδρες κατά 13%.
- Περιβάλλον. Η νόσος είναι συχνότερη στην Κίνα και την Ιαπωνία, ενώ δεν παρουσιάζονται συμπτώματα στην Νιγηρία.

Ωστόσο, υπάρχουν και κάποιοι πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες, όπως είναι:

- Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Το ιστορικό των καρδιακών και εγκεφαλικών επεισοδίων
- Η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης
- Η μη χρησιμοποίηση από το άτομο ορισμένων ουσιών, όπως είναι τα οιστρογόνα μετά την εμμηνόπαυση στη γυναίκα, τα οποία αναφέρεται ότι έχουν προστατευτική δράση, καθώς και τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα.
- Η μείωση στον οργανισμό αντιοξειδωτικών ουσιών, όπως βιταμίνες A, C, E, κορτικοειδή, μεταλλικό σελήνιο, γενικά συστατικά που περιέχονται στα φρούτα και τα λαχανικά. Το κάπνισμα και πολλά λιπαρά μειώνουν

αυτούς τους παράγοντες. (Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία 1999)

Συνήθως η νόσος του Alzheimer, διανύει επτά στάδια. Στο πρώτο στάδιο δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες διαταραχές των ανωτέρων λειτουργιών. Στο δεύτερο στάδιο ο ηλικιωμένος παραπονείται για απλές διαταραχές της μνήμης. Στην συνέχεια και το τρίτο στάδιο παρατηρείται ήπια νοητική καθυστέρηση, για παράδειγμα μειωμένη απόδοση, δυσκολία να ανακαλεί γνωστά ονόματα, να χάνεται όταν ταξιδεύει σε άγνωστο μέρος κ.λπ. στο τέταρτο στάδιο εμφανίζεται μέτρια νοητική καθυστέρηση. Για παράδειγμα, παρουσιάζει κενά μνήμης, μειωμένη γνώση σε τρέχοντα και πρόσφατα γεγονότα, αδυναμία συγκέντρωσης, δυσκολεύεται στο χειρισμό οικονομικών, αδυναμία σε σύνθεση εργασίας, κ.λπ. στο πέμπτο στάδιο γίνεται η έναρξη της άνοιας. (T.E. Dunne, 2015)

Ο ασθενής είναι πλέον εξαρτημένος. Δυσκολεύεται να ανακαλέσει βασικά στοιχεία, όπως τηλέφωνο, πολύ γνωστά ονόματα, κ.λπ. στο έκτο στάδιο η άνοια χαρακτηρίζεται μέτρια. Ο ηλικιωμένος ξεχνά πλέον το όνομα της συζύγου, το δικό του, θυμάται μερικά γεγονότα του παρελθόντος και αδυνατεί να θυμηθεί πρόσφατα γεγονότα και εμπειρίες. Δυσκολεύεται στην κανονική και αντίστροφη μέτρηση. Χρειάζεται βοήθεια στις συνήθειες καθημερινές ασχολίες. Ο ρυθμός του ύπνου του χαρακτηρίζεται διαταραγμένος. Στο έβδομο και τελευταίο στάδια η άνοια χαρακτηρίζεται σοβαρή και ο ασθενής χάνει κάθε λεκτική ικανότητα, παρουσιάζει ακράτεια ούρων, χάνει βασικές ψυχοκινητικές ικανότητες, όπως περπάτημα, χρειάζεται βοήθεια για την τουαλέτα, φαγητό κ.λπ. Γενικά το άτομο είναι πλήρως εξαρτημένο. (Πλατή, 2000)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΑΝΑΓΚΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Το τρίτο κεφάλαιο αναλύει τις ανάγκες των ηλικιωμένων. Πρόκειται για τις ανάγκες ατομικής υγιεινής, τις ανάγκες επιβίωσης, τις ψυχο-συναισθηματικές ανάγκες, τις οικονομικές ανάγκες, καθώς επίσης και τις ανάγκες για ιατρική περίθαλψη και κοινωνική πρόνοια

#### 3.1 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ MASLOW

Η θεωρία του Maslow αποτελεί μια από τις σημαντικότερες θεωρίες για την ιεράρχηση των αναγκών. Σύμφωνα με τον Maslow έξι μόνο ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί, αποτελούν παράγοντες υποκίνησης. Οι ανάγκες αυτές έχουν ιεραρχηθεί σε πέντε κατηγορίες:

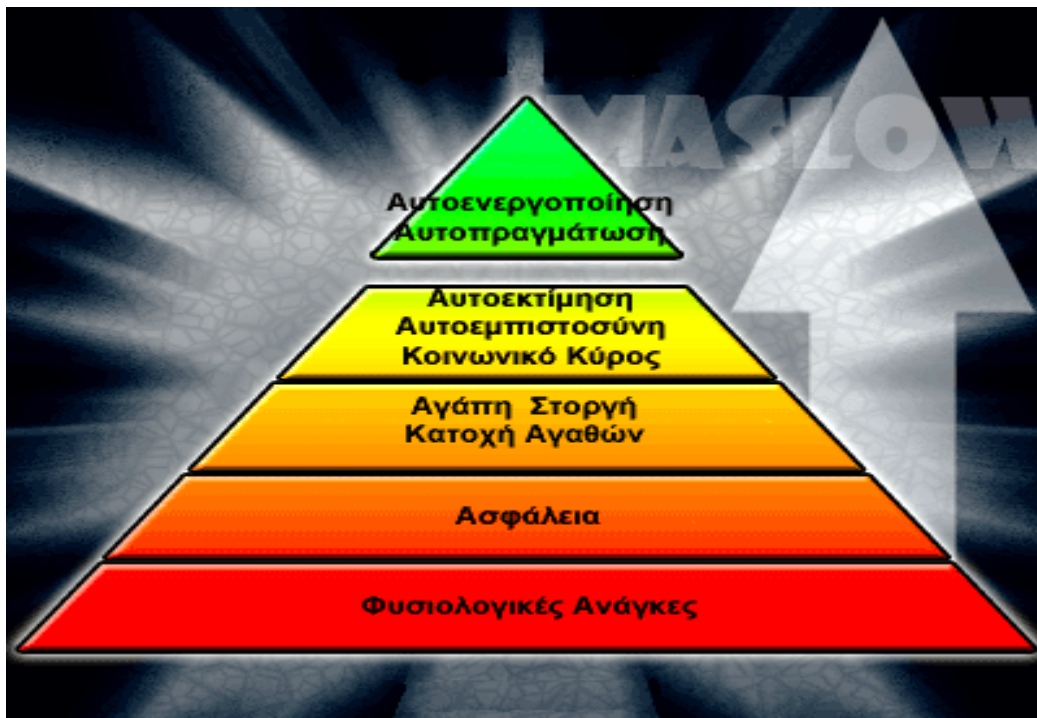
• Φυσιολογικές ανάγκες. Αναφέρεται στις ανάγκες επιβίωσης, αυτές δηλαδή που βοηθούν τον άνθρωπο να κρατηθεί στην ζωή.

• Ανάγκες ασφαλείας. Πρόκειται για δημιουργήματα των συναισθημάτων της αυτοσυντήρησης.

• Κοινωνικές ανάγκες. Η ανάγκη για αγάπη, η σύνδεση με άλλους, η ένταξη σε μια ομάδα, φιλία.

• Η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση από τους άλλους. Πρόκειται για συναισθήματα εκτίμησης, σεβασμού και κύρους.

• Η ανάγκη για αυτοολοκλήρωση, αυτενέργεια, αυτοανάπτυξη.(Maslow, 1970)



Ο Maslow υποστήριξε ότι ο βαθμός παρακίνησης του ανθρώπου επηρεάζεται από τον βαθμό μη ικανοποίησης των αναγκών του. παρακινητικές χαρακτηρίζονται οι ανάγκες όταν δεν ικανοποιούνται. Κριτήριο επομένως για την υποκίνηση του ατόμου είναι η ανικανοποίητη ανάγκη.

Ο Maslow υποστήριξε επίσης, ότι απόλυτη ικανοποίηση των αναγκών δεν υπάρχει και ότι σε έναν μέσο άνθρωπο ικανοποιούνται κατά 85% οι φυσιολογικές του ανάγκες, 70% οι ανάγκες για ασφάλεια, κατά 50% οι κοινωνικές ανάγκες, κατά 40% η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και κατά 10% οι ανάγκες για αυτοολοκλήρωση.

Ά Το μοντέλο του Maslow δεν είναι στατικό αλλά μεταβάλλεται, εξελίσσεται μέσα στον χρόνο και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως ο πολιτισμός, η ανάπτυξη, η τεχνολογία, οι προσδοκίες, οι μεταβολές αξιών κ.λπ. (Maslow, 1970)

### 3.2 ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

Η δυνατότητα του ηλικιωμένου να πραγματοποιεί δραστηριότητες αυτοφροντίδας, όπως να πάρει το φαγητό του, να ντυθεί, να πάει στο λουτρό και την τουαλέτα, αποτελούν ουσιώδεις δραστηριότητες οι οποίες ικανοποιούν θεμελιώδεις ανάγκες και συμβάλλουν στην επίτευξη του στόχου, ο οποίος είναι η δυνατότητα της άνεση.

Η παραμέληση της ατομικής υγιεινής μπορεί να επηρεάσει την ψυχική και συναισθηματική ευεξία του ατόμου, ενώ ακόμη πιο δυσάρεστα είναι τα αποτελέσματα όταν η μικροβιακή χλωρίδα που υπάρχει στο δέρμα αναμιγνύεται με τα νεκρωμένα κύτταρα του σώματος, τον ιδρώτα, το σμήγμα, τα διάφορα μικροσωματίδια του ατμοσφαιρικού αέρα και αποτελούν με αυτόν τον τρόπο τον ρύπο με την κακοσμία που τον συνοδεύει. Η κακοσμία γίνεται περισσότερο αισθητή κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού που η θερμοκρασία είναι υψηλή, καθώς επίσης και στους κλειστούς χώρους.

Για να επιτευχθεί ατομική υγιεινή, θα πρέπει να γίνεται τόσο φροντίδα του δέρματος, όσο και των επί μέρους δομών του, όπως είναι το τριχωτό της κεφαλής, η στοματική κοιλότητα, καθώς και η φροντίδα των ονύχων των άνω και κάτω άκρων. Το λουτρό του σώματος είναι απαραίτητο για τους εξής λόγους:

- Εξασφαλίζει μια καλαίσθητη και πολιτισμένη εμφάνιση
- Ενισχύει την κυκλοφορία του αίματος
- Διευκολύνει την κίνηση των αρθρώσεων
- Προάγει την χαλάρωση και την άνεση

Για την αξιολόγηση των αναγκών της ατομικής υγιεινής των ατόμων της τρίτης ηλικίας, πρωταρχικό μέλημα θα πρέπει να θεωρείται ο καθορισμός της λειτουργικής του κατάστασης, καθώς και η ικανότητα του να εκτελεί απλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Σημαντικότερο μέσο για την αξιολόγηση των αναγκών της ατομικής υγιεινής, είναι η παρατήρηση. Με την παρατηρητικότητα, εκτιμάται η γενική εμφάνιση, ο τρόπος ντυσίματος, η κατάσταση των μαλλιών, των νυχιών και του δέρματος. Πολλές φορές η παραμελημένη αυτοφροντίδα, όπως το ατημέλητο ντύσιμο και η δυσάρεστη οσμή του σώματος, είναι δυνατό να είναι πρώιμα σημεία επιδείνωσης της γνωστικής λειτουργίας και μπορεί να υποδηλώνουν διάφορου βαθμού άνοια. (Πλατή, 2000)

### **3.3 ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ**

Οι ανάγκες για επιβίωση αφορούν τις πρωταρχικές ανάγκες όλων των τμημάτων του πληθυσμού. Η διαβίωση των ατόμων της τρίτης ηλικίας εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το επίπεδο του εισοδήματος τους. Για την άνετη διαβίωση τους, και την διατήρηση της ανεξαρτησίας τους σε όποιον βαθμό αυτό είναι δυνατόν, οι ηλικιωμένοι χρειάζονται κατοικίες οι οποίες να είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους. (Asuman et.al., 2011)

Ά Ωστόσο κάτι τέτοιο πολλές φορές είναι ανέφικτο. Σε πολλές περιπτώσεις οι ηλικιωμένοι δεν έχουν την δυνατότητα να διατηρήσουν την ανεξαρτησία τους και αναγκάζονται να μετακινηθούν τις περισσότερες φορές προς τα σπίτια των παιδιών τους. Όσοι έχουν φύγει από αγροτικές περιοχές και πρέπει να μετακινηθούν προς τα αστικά κέντρα, αντιμετωπίζουν μεγάλο πρόβλημα προσαρμογής. Η πολεοδομική οργάνωση στις περισσότερες χώρες είναι τέτοια που δεν βοηθάει την διαβίωση των



ηλικιωμένων. Τα σπίτια είναι μικρότερα και πολύ πιο πυκνοκατοικημένα δημιουργώντας ακόμη και προβλήματα στον ψυχισμό αυτών των ατόμων. Παρόλο που οι κατοικίες στις αγροτικές περιοχές είναι μεγαλύτερες και πιο αραιοκατοικημένες σε σχέση με τις πόλεις υπάρχουν και ορισμένα προβλήματα στην διαβίωση των ατόμων. Από την μία πλευρά, μένοντας οι γονείς με τα παιδιά τους διευκολύνουν τόσο την επιβίωση τους, όσο και των παιδιών τους, βοηθώντας στην φροντίδα των εγγονιών τους. Επίσης, τα σπίτια τα οποία είναι σε αγροτικές περιοχές, υστερούν συγκριτικά με τις ανέσεις που μπορούν να προσφέρουν στους ηλικιωμένους. Σε πολλές κατοικίες στις περιοχές αυτές οι τουαλέτες είναι εξωτερικές, κάνοντας ακόμη δυσκολότερη την επιβίωση των ηλικιωμένων, καθώς υπάρχουν ήδη προβλήματα ούρησης στο μεγαλύτερο ποσοστό τους.(Maslow, 1970)

Μειονεκτήματα υπάρχουν ωστόσο και στα αστικά κέντρα. Οι διαφορετικοί ρυθμοί ζωής στις πόλεις, αναγκάζουν τα άτομα να ζουν εγκλωβισμένα μέσα στο διαμέρισμα τους, χωρίς να έχουν οποιαδήποτε επικοινωνία με τους γείτονες. (Τζημουράκης, 1989).

### **3.4 ΨΥΧΟ-ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ**

**Ä** Σε ένα μεγάλο βαθμό οι ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας δεν διαφέρουν πολύ από αυτές των νεότερων ατόμων. Οι ηλικιωμένοι έχουν και αυτοί την ανάγκη για ένα καλύτερο επίπεδο υγείας, την αίσθηση ότι πράττουν κάτι δημιουργικό και ότι προσφέρουν απέναντι στην οικογένεια και το κοινωνικό σύνολο. Παρόμοιες ανάγκες είναι και αυτές για την διατήρηση των σχέσεων τους μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Η διαφορά των

αναγκών των ηλικιωμένων σε σύγκριση με τους νεότερους εστιάζεται στο γεγονός ότι έχουν διαφορετικές εμπειρίες και βιώματα στην ζωή τους. Οι ψυχοκοινωνικές ανάγκες διαμορφώνονται κατά κύριο λόγο από το μορφωτικό επίπεδο, καθώς επίσης και από την οικογενειακή και οικονομική κατάσταση.(Maslow, 1970)

Οι ηλικιωμένοι πρέπει να νιώσουν ότι έχουν καταφέρει να συνεισφέρουν σε κάποια πράγματα τόσο σε προσωπικό, επαγγελματικό όσο και κοινωνικό επίπεδο. Παράλληλα, θα πρέπει να υπάρχει η αίσθηση ότι οι άλλοι δεν έχουν παράπονα από αυτούς, καθώς επίσης ότι και οι ίδιοι δεν έχουν μετανιώσει για τις πράξεις του. Για τους ηλικιωμένους είναι πολύ σημαντικό να νιώθουν ότι ζουν μια καλή ζωή. Με αυτήν την έννοια αναφερόμαστε στην καλύτερη ποιότητα ζωής που μπορεί να τους παρασχεθεί. Πρόκειται για την κατάσταση της υγείας τους, το οικονομικό και μορφωτικό τους επίπεδο, καθώς και για την κοινωνική και συναισθηματική τους συμπεριφορά. Κρίνεται απαραίτητο λοιπόν, οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι να έχουν το συναίσθημα της ικανοποίησης από την ζωή τους και την συνολική ποιότητα της. (Κονταξάκης, 2000)

Όλοι οι άνθρωποι, συνεπώς και τα άτομα της τρίτης ηλικίας έχουν ανάγκη να βιώνουν δύο συναισθήματα. Το ένα συναίσθημα είναι η εκτίμηση που τρέφουν οι ίδιοι για τον εαυτό τους, δηλαδή η αυτοεκτίμηση, ενώ το άλλο συναίσθημα είναι η εκτίμηση των άλλων προς το πρόσωπο του ηλικιωμένου. Και τα δύο συναισθήματα είναι πολύ σημαντικά, καθώς χωρίς αυτά ο ηλικιωμένος αρχίζει να νιώθει ότι έχει τα μέχρι πρότινος στηρίγματα του, ενώ σε βάθος χρόνου εμφανίζονται ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα με χαρακτηριστικό παράδειγμα την κατάθλιψη.(Asumanet.al., 2011)

Συνεπώς, τα δύο βασικά αυτά συναισθήματα επηρεάζουν την ένταξη του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο, το οποίο αποτελεί καθοριστική παράμετρο για την κατάσταση της υγείας του. Η συμμετοχή ή όχι των ατόμων της τρίτης ηλικίας λοιπόν σε διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς και σε οικογενειακές δραστηριότητες, καθορίζει το ποσοστό της κοινωνικής απομόνωσης και το αίσθημα της μοναξιάς που νιώθουν. (Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α. 1999)

Σύμφωνα με τον Κονταξάκη, οι βασικές ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων που βασίζονται στο κοινωνικό σύνολο είναι τρεις και αναφέρονται στην συνέχεια:

- Ανάγκη για διατήρηση της ταυτότητας του ατόμου.
- Ανάγκη για την διατήρηση της κοινωνικής συνέχειας, δηλαδή η ενεργή συνεισφορά μέσα στην κοινωνία.
- Ανάγκη για αποτελεσματικότητα. Με τον όρο αυτό εννοούμε την ικανότητα του ατόμου να μπορεί να επιφέρει αλλαγές στο επίπεδο της ζωής του, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο. (Κονταξάκης, 2000)

Συνήθως, η ενεργή συμμετοχή των ηλικιωμένων μέσα στο κοινωνικό σύνολο, αποτελεί μια ανάγκη η οποία δεν είναι εύκολο να ικανοποιηθεί. Οι λόγοι που μπορεί να συμβαίνει κάτι τέτοιο είναι δύο. Πρώτον, μπορεί το ίδιο το άτομο να νιώθει την ανάγκη να αποσυρθεί από τα κοινωνικά δρώμενα, γιατί ίσως να έχει την επιθυμία της ξεκούρασης. Ο άλλος λόγος, είναι ότι αν και το ίδιο το άτομο να επιθυμεί να συνεχίσει την συνεισφορά του στην κοινωνία να μην του το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του, ή άλλες δυσκολίες όπως η μη δυνατότητα μετακίνησης. Όσον αφορά την δεύτερη περίπτωση η κοινωνία θα πρέπει να μεριμνήσει ώστε να μπορούν οι

άνθρωποι οι οποίοι το επιθυμούν να συνεχίσουν την ενεργή κοινωνική τους ζωή. (Σταθόπουλος, 2005)

Σχετικά με τις συναισθηματικές ανάγκες των ηλικιωμένων, αυτές προκύπτουν τα μέχρι τώρα βιώματα τους. Σαν σημαντικότερη επιθυμία τους είναι η δυνατότητα να μένουν με τις οικογένειες τους και η ανάγκη να θεωρούν ότι έχουν να προσφέρουν μέσα σε αυτές. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως τα άτομα αυτά θα πρέπει να νιώθουν ότι είναι αποδεκτοί μέσα στον κοινωνικό περίγυρο και ότι οι άλλοι τους θεωρούν απαραίτητους. (Asumanet.al., 2011)

Οι αλλαγές που πραγματοποιούνται με το πέρασμα του χρόνου στα άτομα της τρίτης ηλικίας, είναι κυρίως αλλαγές στους ρόλους που διαδραματίζουν μέσα στην κοινωνία και την ίδια την οικογένεια και οι οποίες επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά την συναισθηματική τους κατάσταση. Η προσαρμογή και αποδοτικότητα του ηλικιωμένου στο νέο του ρόλο δεν είναι ίδια για το σύνολο των ηλικιωμένων. Η σημαντικότερη διαφορά παρουσιάζεται ανάλογα με το φύλο του ατόμου. Για παράδειγμα, οι γυναίκες θα προσαρμοστούν πιο εύκολα, αφού συνταξιοδοτηθούν, στα νέα δεδομένα καθώς είτε εργάζονταν είτε όχι διεκπεραίωναν τις δουλειές του σπιτιού γεγονός που εξακολουθεί να συμβαίνει ακόμα και σε προχωρημένη ηλικία. Αντίθετα οι άνδρες δυσκολεύονται να συνηθίσουν τα νέα δεδομένα καθώς με την απώλεια της δουλειάς τους αισθάνονται ότι μειώνεται το γόητρο τους. (Μαλικιώση 2003)

### 3.5 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Πολλές φορές υποστηρίζεται ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας δεν έχουν μεγάλες οικονομικές ανάγκες, για τον λόγο ότι με το πέρασμα των χρόνων κάποιες ανάγκες τους ελαττώνονται μέχρις το σημείο που χάνονται εντελώς. Ωστόσο, μια τέτοια άποψη κρίνεται λανθασμένη, με την έννοια ότι νε μεν από την μία πλευρά ορισμένες ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας ελαττώνονται, αλλά από την άλλη πλευρά δημιουργούνται νέες ανάγκες που απαιτούν χρήματα για την αντιμετώπιση τους. Συνήθως αναφερόμαστε σε προβλήματα υγείας που δημιουργούνται σε αυτές τις ηλικίες και τα οποία πολλές φορές καθιστούν δύσκολη και πολυδάπανη την ζωή των ηλικιωμένων.

Για πολλούς ηλικιωμένους η σύνταξη αποτελεί την μοναδική πηγή εσόδων τους. Οι παράγοντες που επηρεάζουν το ύψος της σύνταξης είναι η ηλικία στην οποία θα συνταξιοδοτηθεί κάποιος, το ύψος των αποδοχών που λάμβανε τα τελευταία χρόνια της εργασίας του, τα χρόνια για τα οποία έχει ασφαλιστεί σαν εργαζόμενος, καθώς και η οικογενειακή του κατάσταση. Ιδιαίτερο πρόβλημα στο θέμα της συνταξιοδότησης αντιμετωπίζουν οι γυναίκες, οι οποίες σε νεαρότερη ηλικία δεν εργάζονταν, καθώς μπορεί να φρόντιζαν την ανατροφή των παιδιών και το σπίτι. (Μαδιανός, 2000)

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει την διαβίωση των ηλικιωμένων, είναι η αποταμίευση που είχαν πραγματοποιήσει κατά την διάρκεια των ενεργών χρόνων τους στον εργασιακό τομέα. Πολλές φορές ωστόσο ακόμη και τέτοιου είδους «κουμάντα» δεν εξασφαλίζουν την ομαλή διαβίωση των ατόμων αυτών.

Τέλος, ενδέχεται σε αρκετές περιπτώσεις είτε να μην υπάρχει στήριξη από τα παιδιά των ηλικιωμένων, είτε να υπάρχει η διάθεση για να τους φροντίσουν, αλλά να μην έχουν την οικονομική δυνατότητα να κάνουν κάτι τέτοιο. (Μαδιανός, 2000)

Αναφέρεται ότι σήμερα, λόγω των δυσκολιών που αντιμετωπίζει η οικονομία είναι πολύ δύσκολη η διαβίωση των ατόμων της τρίτης ηλικίας, ενώ ακόμη δυσκολότερη χαρακτηρίζεται η φροντίδα που μπορούν να τους παρέχουν τα παιδιά τους.(Asumanet.al., 2011)

### **3.6 ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ**

Η κατάσταση της υγείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθίσταται πιο επιβαρυνμένη σε σύγκριση με τα άτομα νεότερης ηλικίας. Στην συγκεκριμένη κατηγορία ανθρώπων είναι πολύ σημαντική έως και απαραίτητη η κάλυψη των ιατροφαρμακευτικών αναγκών των ηλικιωμένων. Το ίδιο σημαντική χαρακτηρίζεται και η ανάγκη για άμεση πρόσβαση στα κέντρα υγείας που πρέπει να έχουν οι ηλικιωμένοι.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα φαίνεται να έχουν τα άτομα που ζουν σε αραιοκατοικημένες και απομακρυσμένες από τα αστικά κέντρα περιοχές. Η πρόσβαση στα κέντρα υγείας πολλές φορές καθίσταται δύσκολη έως πολύ δύσκολη ειδικά στα νησιά σε περιόδους υψηλών ανέμων και κακών καιρικών φαινομένων. (Μαδιανός, 2000)

### 3.7 ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ

Στην Ελλάδα, η περίθαλψη και η φροντίδα των ηλικιωμένων γίνεται ακόμη και σήμερα σε ένα ποσοστό από την ίδια την οικογένεια του ατόμου. Αρκετά ζευγάρια επιλέγουν να μείνουν κοντά στην κατοικία των γονιών τους για και αποτελεί συνηθισμένο φαινόμενο ένα από τα παιδιά να επισκέπτεται μία ή περισσότερες φορές την ημέρα τον ηλικιωμένο, για να του προσφέρει φαγητό ή οτιδήποτε άλλο χρειαστεί. Σημειώνεται ότι το άτομο, το οποίο συνήθως φροντίζει τους ηλικιωμένους, είναι η γυναίκα. Στις αγροτικές κυρίως περιοχές το ποσοστό των ηλικιωμένων που μένει στην ίδια κατοικία με τα παιδιά τους είναι ακόμη μεγαλύτερο.(Σταθόπουλος, 2005).

Ωστόσο, οι συνεχείς αλλαγές στην κοινωνική και οικονομική δομή της χώρας δυσχεραίνουν την κατάσταση σχετικά με την φροντίδα των ηλικιωμένων από την οικογένεια τους. Σε πολλές περιπτώσεις παρόλο που τα ίδια τα παιδιά τους έχουν την διάθεση να τους βοηθήσουν δεν τους δίνεται η δυνατότητα, για οικονομικούς κυρίως λόγους.(Τεπέρογλου, 1994).

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων για κοινωνική φροντίδα διαφέρουν ανάλογα με την κατάσταση της υγείας τους. Όταν δεν υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας, τότε τα άτομα αυτά δεν νιώθουν την ανάγκη για πρόνοια από την ίδια την κοινωνία. Από την άλλη πλευρά όμως, όταν υπάρχουν έντονα προβλήματα κινητικότητας, ή ψυχικής υγείας, τότε οι ηλικιωμένοι έχουν την ανάγκη για υποστήριξη από την κοινωνία, είτε διαμένουν μέσα σε κάποιο ίδρυμα, είτε μένουν μαζί με την οικογένεια τους.(Asumanet.al., 2011)

Οι υπηρεσίες αυτές θα πρέπει να παρέχουν μια μεγάλη κλίμακα προληπτικών, θεραπευτικών και αναπτυξιακών υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους έτσι ώστε αυτοί να μπορούν να διάγουν μια ανεξάρτητη ζωή, στον βαθμό που κάτι τέτοιο είναι δυνατόν, διαμένοντας μέσα στα δικά τους σπίτια και μέσα στις δικές τους κοινότητες, παραμένοντας το ίδιο δραστήριοι και χρήσιμοι πολίτες. (Σταθόπουλος, 2005)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

#### 4.1 ΜΟΝΑΞΙΑ

Ένα από τα πιο συνηθισμένα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν τα άτομα που ανήκουν στην τρίτη ηλικία είναι η μοναξιά. Το άτομο κατακλύζεται από αυτό το συναίσθημα κυρίως όταν σε ένα ζευγάρι ο ένας από τους δύο «φύγει» πρώτος από τη ζωή.

Η συγκεκριμένη κατάσταση τις περισσότερες φορές συνοδεύεται και από προβλήματα ψυχικής υγείας όπως είναι η κατάθλιψη, η ψύχωση και το άγχος. (Αβεντισιάν, 2000)

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά που παρουσιάζονται στο πρόβλημα της μοναξιάς είναι:

- Η μειωμένη ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων.
- Η αντίληψη του ατόμου ότι έχει περιθωριοποιηθεί από την κοινωνία.
- Η παρουσία δυσάρεστων συναισθημάτων όπως είναι το αίσθημα της εγκατάλειψης και της κοινωνικής απομόνωσης.

Όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος τόσο περισσότερο αυξάνεται το πρόβλημα της μοναξιάς. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται σε άτομα τα οποία είναι εσώκλειστα σε κάποιο ίδρυμα ή γηροκομείο, στα άτομα που βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές και στα άτομα που κατοικούν σε αστικές περιοχές. (Αβεντισιάν, 2000)

Οι αιτίες και οι παράγοντες που οφείλονται για την εμφάνιση της συγκεκριμένης κατάστασης σχετίζονται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την ψυχολογία του ατόμου, τα προβλήματα υγείας που

αντιμετωπίζει καθώς επίσης και με τις συνθήκες της σύγχρονης κοινωνίας.

Αρχικά ένας από τους λόγους που παρουσιάζεται αυτό το φαινόμενο είναι η απουσία των οικείων προσώπων του ατόμου ιδιαίτερα όταν ο ένας από τους δύο συντρόφους έχει «φύγει» από τη ζωή. Η απόρροια αυτού του γεγονότος, συνήθως επιφέρει συναισθήματα απελπισίας με αποτέλεσμα την εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους. Άλλος ένας από τους παράγοντες που οδηγούν στην ανάπτυξη αυτού του προβλήματος είναι η απομάκρυνση του ατόμου από το οικογενειακό του περιβάλλον.

Όλα τα παραπάνω συμβάλλουν στη δημιουργία αυτού του φαινομένου καθώς η απουσία οικείων ατόμων από τη ζωή του, δημιουργούν συναισθήματα ανασφάλειας και περιθωριοποίησης. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα χρειάζονται να νιώσουν αγάπη και στοργή από τον οικογενειακό τους περίγυρο. (Πλατή, 2000)

## **4.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ**

Η κατάθλιψη αποτελεί μια ψυχική διαταραχή η οποία συνοδεύεται και από ένα πλήθος προβλημάτων που σχετίζονται με την συμπεριφορά και την ψυχική υγεία του ατόμου. Η εκδήλωση της συγκεκριμένης διαταραχής πραγματοποιείται με συμπτώματα που αφορούν την βιολογία του ανθρώπινου οργανισμού, την σωματική του κατάσταση, την ψυχολογία του κλπ.

Τα άτομα σε προχωρημένη ηλικία, ως επί το πλείστον παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης καθώς κατακλύζονται από συναισθήματα απόγνωσης και έχοντας αντιμετωπίσει πολλά γεγονότα στην πορεία της ζωής τους προσπαθούν να ανταπεξέλθουν στις νέες συνθήκες. (Αβεντισιάν, 2000).

Τα άτομα που παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης διακρίνονται από συναισθήματα μελαγχολίας τα οποία επηρεάζουν όλη τη συμπεριφορά του. Μέσα από έρευνες που έχουν διεξαχθεί, αποδεικνύεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων τρίτης ηλικίας που εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα είναι οι γυναίκες. Επίσης, τα άτομα που είναι εσώκλειστα σε κάποιο ίδρυμα παρουσιάζουν κατάθλιψη σε ποσοστό που αγγίζει το 25%. Ακόμη, στη χώρα μας, τα άτομα της τρίτης ηλικίας που αντιμετωπίζουν αυτή την κατάσταση υπερβαίνουν τους 200.000 πράγμα που σημαίνει ότι το ποσοστό κυμαίνεται περίπου στο 15%. (Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία 1999)

Στα συμπτώματα της κατάθλιψης παρουσιάζονται:

- Το άγχος
- Η στενοχώρια
- Η έλλειψη ενδιαφέροντος για συμμετοχή σε δραστηριότητες
- Η αϋπνία
- Η μειωμένη όρεξη φαγητού
- Η απώλεια βάρους
- Οι αυτοκτονικές τάσεις
- Οι διάφορες σωματικές ενοχλήσεις όπως είναι ο πόνος, η δυσκοιλιότητα, κ.λπ.

Τις περισσότερες φορές δεν πραγματοποιείται έγκαιρη διάγνωση της νόσου καθώς αρκετοί θεωρούν ότι τα συμπτώματα που παρουσιάζονται οφείλονται στην ηλικία ή στα προβλήματα υγείας που υπάρχουν. Ακόμα και τα ίδια τα άτομα τρίτης ηλικίας, κάθε φορά που αισθάνονται δυσάρεστα πιστεύουν ότι είναι λόγω γηρατειών. Έτσι λοιπόν, όσο δεν γίνεται έγκαιρη διάγνωση της κατάστασης και παραμελείται τόσο αναπτύσσονται νέα προβλήματα και υπάρχει επιδείνωση αυτού του φαινομένου. Σε αρκετές περιπτώσεις η παραμέληση της διάγνωσης

επιφέρει επιπλοκές δημιουργώντας χρόνια νοσήματα και μεταβολές στη συμπεριφορά.

Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη έχει αυτοκτονικές τάσεις. Αυτό συμβαίνει διότι αισθάνεται ότι δεν αξίζει να ζει και δεν έχει κάποιο λόγο να παραμείνει στη ζωή. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι ηλικίες άνω των 65 ετών που παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης έχουν περισσότερες αυτοκτονικές τάσεις από οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 15% δίνει ένα τέλος στη ζωή τους. (Αβεντισιάν, 2000)

### **4.3 ΔΥΣΘΥΜΙΑ**

Μια από τις μορφές κατάθλιψης η οποία παρουσιάζει ήπιας μορφής συμπτώματα με μεσαίες έως και μεγάλης διάρκειας είναι η δυσθυμία. Παρά το γεγονός ότι στη συγκεκριμένη κατάσταση τα συμπτώματα δεν έχουν την ίδια ένταση με την κατάθλιψη, ωστόσο επηρεάζουν τη ζωή του ανθρώπου σε αρκετά μεγάλο βαθμό. Πιο συγκεκριμένα, τα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι:

- ✓ Η απώλεια ενέργειας και συνεχής κόπωση
- ✓ Το συναίσθημα θλίψης
- ✓ Η δυσκολία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων
- ✓ Ο εκνευρισμός
- ✓ Η μειωμένη ευχαρίστηση για καθημερινές δραστηριότητες
- ✓ Η χαμηλή αυτοεκτίμηση
- ✓ Η απελπισία και το αίσθημα της απαισιοδοξίας
- ✓ Η μειωμένη ή αυξημένη όρεξη για φαγητό
- ✓ Οι διαταραχές στον ύπνο. (Αβεντισιάν, 2000)

Η συγκεκριμένη μορφή, τις περισσότερες φορές συνοδεύεται και από άλλες ψυχικές διαταραχές όπως είναι οι αγχώδεις διαταραχές, η μείζονα κατάθλιψη καθώς επίσης και διαταραχές προσωπικότητας.

Για τον λόγο ότι αποτελεί μια ήπιας μορφής κατάθλιψη και οι περισσότεροι που νοσούν κατακλύζονται από μελαγχολικά συναισθήματα, δεν πραγματοποιείται έγκαιρη διάγνωση με αποτέλεσμα να η κατάσταση να επιδεινώνεται και να εξελίσσεται σε μείζονα κατάθλιψη. Ακόμα και τα ίδια τα άτομα δεν καταλαβαίνουν ότι έχουν κάποιο πρόβλημα, αλλά θεωρούν ότι απλά διανύουν ένα διάστημα θλίψης και δεν απευθύνονται σε κάποιον ειδικό.

Αξίζει να αναφερθεί ότι τα άτομα που εμφανίζουν δυσθυμία η οποία εξελίσσεται σε μείζονα κατάθλιψη παρουσιάζουν το φαινόμενο της «διπλής κατάθλιψης». (Αβεντισιάν, 2000)

#### **4.4 ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ**

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η διαταραχή προσαρμογής αποτελεί: *«την ανάπτυξη σημαντικών συναισθηματικών ή συμπεριφορικών συμπτωμάτων σαν αντίδραση σε προσδιορισμένο στρεσογόνο παράγοντα, η οποία παρουσιάζεται μέσα σε διάστημα 3 μηνών από το στρες».* (Ευσταθίου, 2011)

Στην συγκεκριμένη διαταραχή, τα άτομα δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν σε καθημερινές λειτουργικές δραστηριότητες καθώς διακρίνονται από το συναίσθημα απόγνωσης το οποίο θεωρείται αναμενόμενο δεδομένου του στρεσογόνου παράγοντα.

Στα συμπτώματα της διαταραχής προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση περιλαμβάνονται:

- ✓ Το συναίσθημα της απόγνωσης και της θλίψης
- ✓ Τα δάκρυα

✓ Η καταθλιπτική διάθεση.

Στην περίπτωση που τα συμπτώματα αυτής της διαταραχής συνεχίσουν την παρουσία τους μετά από 6 μήνες τότε πρόκειται για «μείζονα κατάθλιψη». Ωστόσο, εάν ο παράγοντας που έχει προκαλέσει αυτή τη διαταραχή είναι χρόνιος όπως για παράδειγμα το πένθος τότε δύναται τα συμπτώματα να διαρκέσουν για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις διαταραχών προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση που παρουσιάζουν αυτοκτονικές τάσεις και αυτή η κατάσταση επιδεινώνεται όταν ο στρεσογόνος παράγοντας αφορά μια ιατρική κατάσταση. (Ευσταθίου, 2011).

#### **4.5 ΜΙΚΤΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

Στην συγκεκριμένη διαταραχή, τα άτομα παρουσιάζουν συμπτώματα και άγχους αλλά και κατάθλιψης χωρίς να μπορεί να προσδιοριστεί αν πρόκειται για μια αγχώδης διαταραχή ή για κάποιον τύπο κατάθλιψης.

Σε γενικές γραμμές τα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι:

- ✓ Αίσθημα ανησυχίας και νευρικότητας.
- ✓ Αίσθημα κόπωσης.
- ✓ Δυσκολία συγκέντρωσης.
- ✓ Εκνευρισμός
- ✓ Μυϊκή ένταση
- ✓ Δυσκολία στον ύπνο (Μενεδιάτου, 2012)

## 4.6 ΟΡΓΑΝΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΔΙΑΘΕΣΗΣ

Στη συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζεται αλλαγή στη διάθεση λόγω γενικής ιατρικής κατάστασης δηλαδή από οργανικό αίτιο. Παράδειγμα της συγκεκριμένης διαταραχής παρουσιάζεται στη νόσο του Parkinson όπου ο ασθενής εμφανίζει αλλαγές στη διάθεση και στη συμπεριφορά του καθώς υπάρχει έλλειψη ντοπαμίνης. Άλλο ένα παράδειγμα αποτελεί η νόσος του Alzheimer όπου παρουσιάζονται διαταραχές διάθεσης λόγω εγκεφαλικής εκφύλισης. (Ευσταθίου, 2011)

Για να διαγνωστεί αυτή η διαταραχή θα πρέπει οπωσδήποτε να υφίσταται κάποιο οργανικό αίτιο όπως προαναφέρθηκε το οποίο μπορεί να συνδυάζεται και με κάποιον ψυχολογικό παράγοντα. Για παράδειγμα στην περίπτωση μιας μορφής καρκίνου το αίτιο είναι και οργανικό και ψυχολογικό. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν και περιπτώσεις όπου το αίτιο εμφάνισης αυτής της διαταραχής είναι η λήψη κάποιας φαρμακευτικής αγωγής. Για παράδειγμα, σε παθήσεις όπως είναι η σκλήρυνση κατά πλάκας οι παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής είναι η εμφάνιση κατάθλιψης.

Στα συμπτώματα αυτής της διαταραχής περιλαμβάνονται:

- ✓ Η κατάθλιψη
- ✓ Η μειωμένη όρεξη για ενασχόληση με καθημερινές δραστηριότητες.
- ✓ Η ανισορροπία στη διάθεση. Δηλαδή υπάρχει και υπερευαισθησία αλλά και ευερεθιστότητα.
- ✓ Συνδυασμός συμπτωμάτων δηλαδή κανένα σύμπτωμα από τα παραπάνω δεν φαίνεται να είναι κυρίαρχο. (Ευσταθίου, 2011)

## 4.7 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Στις πιο σοβαρές ψυχικές νόσους συγκαταλέγεται η διπολική διαταραχή. Είναι γνωστή και με την ονομασία μανιοκατάθλιψη και έχει σαν χαρακτηριστικό τα μανιοκαταθλιπτικά επεισόδια τα οποία είναι επεισόδια που συνδυάζουν τα συμπτώματα μανίας και κατάθλιψης. Αρκετές φορές παρουσιάζονται και ψυχωτικά συμπτώματα. Τα άτομα που πάσχουν από τη συγκεκριμένη νόσο αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές λειτουργικές δραστηριότητες. (Ευσταθίου, 2011)

Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται σε ένα καταθλιπτικό επεισόδιο είναι:

✓ Η Καταθλιπτική διάθεση η οποία μπορεί να είναι και σε συνδυασμό με αγχωτική διαταραχή.

✓ Το αίσθημα κενού

✓ Το αίσθημα της απαισιοδοξίας ή απελπισίας.

✓ Οι ιδέες ενοχής.

✓ Η μειωμένη διάθεση για ενασχόληση με δραστηριότητες.

✓ Η μειωμένη ενεργητικότητα και η συνεχής κούραση.

✓ Η δυσκολία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων.

✓ Η διαρκής Ανησυχία ή ευερεθιστότητα

✓ Οι διαταραχές του ύπνου

✓ Η μειωμένη όρεξη φαγητού.

✓ Η επιθυμία θανάτου που συνοδεύεται αρκετές φορές και με απόπειρες αυτοκτονίας.

Αντιθέτως σε ένα μανιακό επεισόδιο παρουσιάζονται τα εξής συμπτώματα:

· Η υπερβολικά χαρούμενη διάθεση σε συνδυασμό με την υπεραισιοδοξία.



- Η έντονη δραστηριότητα
- Ο εκνευρισμός, η ανησυχία και η ευερεθιστότητα
- Η επιθετική συμπεριφορά.
- Η ανοργάνωτη σκέψη και ομιλία.
- Η αδυναμία συγκέντρωσης
- Η μειωμένη ανάγκη για ύπνο
- Η υπερεκτίμηση δυνάμεων και ικανοτήτων
- Η αδυναμία κριτικής σκέψης
- Η έντονα υπερκαταναλωτική συμπεριφορά.
- Η κατάχρηση ουσιών.
- Η αδυναμία κατανόησης της κατάστασης. (Ευσταθίου, 2011)

#### **4.8 Ο ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ**

Ένα συχνό φαινόμενο που παρουσιάζεται στα άτομα που ανήκουν στην τρίτη ηλικία είναι ο φόβος για το θάνατο και το τι υπάρχει μετά. Το κάθε άτομο σε αυτή την ηλικιακή ομάδα αντιδρά με το δικό του τρόπο. Αρχικά, υπάρχουν τα άτομα που το αντιμετωπίζουν απλά και μόνο με μια φράση αναφέροντας ότι θα ήθελαν να είχαν τη δυνατότητα να κερδίσουν ένα χρόνο ακόμα. Ωστόσο, υπάρχουν και κάποιοι οι οποίοι το αντιμετωπίζουν με εκνευρισμό και με άρνηση αναφέροντας συνεχώς το ερώτημα για ποιο λόγο να τους συμβεί κάτι τέτοιο.

Αποτελεί αναμφισβήτητο γεγονός ότι δεν γίνεται όλοι οι άνθρωποι να αντιδρούν με τον ίδιο τρόπο σε αυτή την κατάσταση. Παρατηρείται ότι τα άτομα που είναι ηλικίας άνω των 80 ετών νιώθουν ευχαριστημένοι και θεωρούν ότι δεν έχουν κάτι να προσφέρουν στην κοινωνία με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν πιο ψύχραιμα την ιδέα του θανάτου και να την αποδέχονται. Σε αυτό συμβάλλει και το γεγονός ότι οι

περισσότεροι που ανήκουν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα έχουν «φύγει» από τη ζωή οπότε αισθάνονται ότι είναι και οι ίδιοι έτοιμοι να αποδεχθούν τον κύκλο της ζωής.

Στον αντίποδα, βρίσκονται οι νεότερες ηλικίες οι οποίες δεν μπορούν να αποδεχτούν την ιδέα του θανάτου καθώς αισθάνονται ότι δεν έχουν ζήσει τη ζωή τους, δεν έχουν αρκετές εμπειρίες και έχουν πολλά να προσφέρουν στην κοινωνία.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας που είναι ακόμα κοινωνικοποιημένα, έχουν ανεπτυγμένες τις κοινωνικές τους σχέσεις και συμμετέχουν σε δραστηριότητες παρατείνουν το προσδόκιμο ζωής τους σε σχέση με τα άτομα που είναι κοινωνικά απομονωμένα και κατακλύζονται από δυσάρεστα συναισθήματα. (Slater, 2003)

#### **4.9 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΣΤΡΕΣ**

Ένας από τους παράγοντες που επιδεινώνουν την υγεία των ατόμων τρίτης ηλικίας είναι το ψυχολογικό στρες. Η συγκεκριμένη κατάσταση αποτελεί ένα συναίσθημα που δεν μπορεί να προσδιοριστεί η αιτία του. Τα άτομα που ανήκουν σε αυτή την ηλικιακή ομάδα πιέζονται ψυχολογικά και αισθάνονται ότι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν όταν αντιληφθούν ότι μια δυσάρεστη κατάσταση. (Slater, 2003)

Στη συνέχεια παρουσιάζεται σε αυξημένο βαθμό η ψυχολογική πίεση με αποτέλεσμα την ανάπτυξη δυσάρεστων συναισθημάτων όπως είναι η μελαγχολία, η θλίψη και σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρείται ευερεθιστότητα. (Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

#### **5.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

Κύριος σκοπός της νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο και την οικογένεια του, να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής και να διεκπεραιώσει τις απαραίτητες δραστηριότητες. Τούτο γιατί τόσο οι απαιτήσεις όσο και οι δραστηριότητες επηρεάζουν και επηρεάζονται από την υγεία και την αρρώστια, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη και τον γενικότερο τρόπο ζωής του ατόμου. (Πλατή, 2000)

Στο ηλικιωμένο άτομο η ισορροπία μεταξύ των δραστηριοτήτων και των υποστηρικτικών πηγών διαταράσσεται. Μερικές δραστηριότητες περιορίζονται, αλλά και πολλές εξακολουθούν να υπάρχουν. Οι απαιτήσεις της καθημερινής ζωής λόγω της έκπτωσης των διαφόρων λειτουργιών αυξάνονται. Πηγές και μέσα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ηλικιωμένο, με αποτέλεσμα να υφίσταται πολλές απώλειες και να περιοριστεί πολύ η υποστηρικτική του ικανότητα. Το άτομο που ήταν μέχρι τώρα ανεξάρτητο σε όλες τις καθημερινές του δραστηριότητες, αναγκάζεται να στηριχθεί σε άλλους.

Η αρρώστια μειώνει ακόμη περισσότερο τις φυσιολογικές και ψυχολογικές προσαρμοστικές δυνατότητες του ηλικιωμένου ατόμου. Προσθέτει δε περισσότερο βάρος στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, γιατί ο άρρωστος ηλικιωμένος αναγκάζεται να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες όπως νέα συμπτώματα και προβλήματα, διαγνωστικές εξετάσεις, διάφορες θεραπείες για αντιμετώπιση προβλημάτων, παρενέργειες θεραπειών και φαρμάκων, αλλαγή περιβάλλοντος, αλλαγές

στο διαιτολόγιο, παραβίαση της ατομικότητάς του, απαιτήσεις για νέες γνώσεις και δεξιότητες. (Ραγιά, 2001)

Η νοσηλευτική φροντίδα παρεμβαίνει για να βοηθήσει την επαναφορά του ατόμου στην ισορροπία, αυξάνοντας τις υποστηρικτικές πηγές. Η προσαρμοστική του δυνατότητα θα εξαρτηθεί από το βαθμό συνθηκολόγησης ή συμμόρφωσης στα μέσα που προτείνονται για να αντιμετωπιστεί η κατάσταση, πράγμα που και πάλι εξαρτάται από τον μέχρι τότε συνήθη τρόπο ζωής του ηλικιωμένου.

Όπως σε όλους τους άλλους τομείς, έτσι και στον ηλικιωμένο, σκοπός της νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το άτομο να διεκπεραιώσει τις δραστηριότητες εκείνες, που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, στην αποκατάστασή της σε περίπτωση αρρώστιας ή ακόμη και σε ένα ειρηνικό όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο θάνατο. Τις δραστηριότητες αυτές μπορούσε να διεκπεραιώσει το άτομο μόνο του, εάν διέθετε την απαραίτητη δύναμη, θέληση και γνώση. (Ραγιά, 2001)

### **5.1.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Στη φροντίδα του ηλικιωμένου ιδιαίτερα υπάρχουν τέσσερις σπουδαίοι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη και να τεθούν σαν βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας :

#### *Διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου*

Ο καθένας στην κοινωνία του 20ου αιώνα τακτοποιεί τον εαυτό του και τα δικά του θέματα όπως ο ίδιος νομίζει καλύτερα, επιλέγει τον τόπο διαμονής καθώς και τον τρόπο ζωής του. Οτιδήποτε έχει σχέση με τον εαυτό του, από την εμφάνιση και την ενδυμασία μέχρι την επιλογή

των τροφίμων, στην αγορά και τον τρόπο ετοιμασίας της τροφής, αλλά και το πώς χρησιμοποιεί τον ελεύθερο χρόνο του, αποτελούν θέματα δικής του προσωπικής επιλογής. Όλα αυτά δείχνουν κάτι από την προσωπικότητά του και τον χαρακτήρα του.

Ο ηλικιωμένος κινδυνεύει να χάσει αυτήν την ατομικότητά του, για δύο κυρίως λόγους : διότι με τη διεργασία του γήρατος και τις διάφορες ασθένειες που το συνοδεύουν, αισθάνεται φυσική ή πνευματική αδυναμία και ανικανότητα διεκπεραίωσης των δραστηριοτήτων αυτών της καθημερινής ζωής, χωρίς βοήθεια. Η απομάκρυνσή του από τον χώρο εργασίας και δραστηριότητας με τη συνταξιοδότησή του, μπορεί να του δημιουργήσει το αίσθημα ενός πολίτη δεύτερης κατηγορίας, εάν αισθάνεται ότι δεν είναι πια χρήσιμος και αποδοτικός.

Οι δύο αυτοί παράγοντες πρέπει να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, ώστε ο ηλικιωμένος να μπορέσει να διατηρήσει την ατομικότητα και την αξιοπρέπειά του. Εάν ο ηλικιωμένος παραμείνει στο δικό του περιβάλλον, στο σπίτι και στην κοινότητα που συνήθισε να ζει, η ατομικότητά του είναι περισσότερο σεβαστή. Για να μπορέσει, όμως, να διατηρήσει αυτήν την ανεξαρτησία, πρέπει να εξασφαλιστούν οι εξής προϋποθέσεις :

- ισορροπία στην υγεία του, ώστε να μη χρειάζεται εντατική φροντίδα ή 24ωρη κάλυψη
- κατάλληλο περιβάλλον το οποίο να προσαρμόζεται στις αδυναμίες του
- κοινωνική υποστήριξη, ιδιαίτερα αναγκαία όταν ο ηλικιωμένος ζει μόνος του (Ραγιά, 2001)

### *Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα*

Η αρχική αξιολόγηση του ηλικιωμένου θα βοηθήσει να διαπιστωθούν οι δυνατότητες και οι αδυναμίες, σε σχέση με την κάλυψη των άμεσων ατομικών του αναγκών (καθαριότητα, διατροφή, ενδυμασία) καθώς και των ευρύτερων αναγκών του (ψώνια, μαγείρεμα, καθαριότητα περιβάλλοντος). Η φροντίδα θα προγραμματιστεί έτσι, ώστε να ενισχύει τις δυνατότητες και να περιορίσει τις αδυναμίες.

Δυσκολίες στην αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου πρέπει να αναμένονται τόσο από την πλευρά του ίδιου όσο και του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος που βοηθάει στην φροντίδα. Πολύ συχνά τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος δεν έχουν την υπομονή να περιμένουν τον ηλικιωμένο να διεκπεραιώσει σε αργό ρυθμό και με αρκετές ελλείψεις, κάποια δραστηριότητα (π.χ. ξύρισμα, ντύσιμο, φαγητό) και προτιμούν να την τελειώσουν οι ίδιοι πιο γρήγορα, με αποτέλεσμα βέβαια, η δυνατότητα του ίδιου του ατόμου για αυτοφροντίδα να περιορίζεται και να γίνεται συνεχώς και περισσότερο εξαρτημένο από τους άλλους.

Στο θέμα της αυτοφροντίδας και της σημασίας της, τόσο ο ηλικιωμένος όσο και η οικογένεια έχουν ανάγκη ενημέρωσης. Χρειάζεται να αντιληφθεί η οικογένεια ότι η πλημμελής έστω διεκπεραίωση ορισμένων δραστηριοτήτων δίνει στον ηλικιωμένο το αίσθημα της χρησιμότητας και της ικανοποίησης. Το θέμα γίνεται πιο δύσκολο, όταν ο ίδιος ο ηλικιωμένος δεν έχει την διάθεση και τη θέληση να δραστηριοποιηθεί, οπότε χρειάζεται προσεκτική μελέτη να διαπιστωθούν τα αίτια της αδυναμίας αυτής, τα οποία τις πιο πολλές φορές είναι οργανικά, οφειλόμενα δηλαδή στην ίδια την αρρώστια, αλλά και σε ποικίλους άλλους λόγους, ψυχολογικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς.

Η αυτοφροντίδα ενισχύεται περισσότερο σε ένα περιβάλλον γνωστό και οικείο στον ηλικιωμένο, όπως είναι το σπίτι του, όπου νοιώθει και περισσότερη ασφάλεια, αφού βέβαια προηγηθούν κάποιες μεταβολές ή αναπροσαρμογή του περιβάλλοντος, όπου χρειάζεται. (Πλατή, 2000)

#### *Διδασκαλία – Αγωγή Υγείας του ηλικιωμένου και της οικογένειας*

Το πρώτο βήμα στην οργάνωση προγράμματος διδασκαλίας στον ηλικιωμένο και στην οικογένεια αποτελεί η αξιολόγηση της ετοιμότητας για μάθηση. Χωρίς αποδοχή του προβλήματος δεν είναι δυνατό να είναι έτοιμος να δεχθεί αποτελεσματικά το πρόγραμμα διδασκαλίας. Χρειάζεται, λοιπόν, η προσαρμογή του ατόμου και της οικογένειας στη νέα κατάσταση. (Πλατή, 2000)

Το δεύτερο βήμα αποτελεί η αξιολόγηση της δυνατότητας για μάθηση. Παράγοντες που συντελούν σ' αυτό είναι το μορφωτικό επίπεδο, η επίδραση της αρρώστιας στο επίπεδο αντίληψης του ατόμου και το ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Η φυσική κατάσταση επίσης επιδρά. Πόσα και ποια είναι αυτά που θα διδάξει ο νοσηλευτής στον ηλικιωμένο και στην οικογένεια; Ο ηλικιωμένος και η οικογένεια πρέπει να μάθουν όσα τους χρειάζονται, για να μπορούν να αντιμετωπίζουν με ασφάλεια και εμπιστοσύνη την δυσκολία και αδυναμία τους στο περιβάλλον του σπιτιού. Λαμβάνεται βέβαια υπόψη και το πόσο ζητάει και τί δυνατότητες έχει ο ηλικιωμένος να αντιληφθεί τις πληροφορίες που του προσφέρονται. Μερικοί ζητούν να μάθουν πολύ περισσότερα για την αρρώστια τους, άλλοι περιορίζονται στα πολύ βασικά και απαραίτητα.

Βασική στην αρχή είναι η αξιολόγηση των γνώσεων που ήδη υπάρχουν σχετικά με το συγκεκριμένο πρόβλημα και όσα σχετίζονται με τη θεραπεία και τις παρενέργειες. Με αυτήν την αξιολόγηση, είναι

δυνατόν να ανακαλυφθούν προκαταλήψεις, φόβοι ή λανθασμένες γνώσεις σχετικά με το θέμα, οι οποίες καλό είναι να επισημανθούν από την αρχή.

Με βάση τις υπάρχουσες γνώσεις, ο νοσηλευτής προχωράει στην επιπλέον ενημέρωση που κρίνει ότι είναι απαραίτητη, προσφέροντας στην αρχή βασικές εξηγήσεις του μηχανισμού και της θεραπείας που εφαρμόζεται. Δίνει απλές εξηγήσεις. Διαγράμματα, σχέδια και εικόνες πρέπει να είναι ευμεγέθη για να μπορεί να τα βλέπει και το άτομο με την περιορισμένη όραση. Όταν το άτομο διδάσκεται τεχνικές, πρέπει να βλέπει τα συγκεκριμένα αντικείμενα, να τα πάρει στα χέρια του και να ασκηθεί στην χρησιμοποίησή τους. Το άτομο ενισχύεται να απευθύνει ερωτήσεις και να εκφράζει την δυσκολία του. Η διδασκαλία-ενημέρωση έχει τρεις βασικούς σκοπούς :

- την διατήρηση ισορροπίας στην υγεία του ηλικιωμένου
- την πρόληψη διαφόρων επιπλοκών τόσο από την αρρώστια όσο και από τα διάφορα φάρμακα και θεραπείες
- την πρόληψη ατυχημάτων μέσα στο χώρο του σπιτιού και εκτός αυτού (Πλατή, 2000)

*Ομαδική εργασία και συνεργασία του νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας*

Οι ποικίλες ανάγκες υγείας του ηλικιωμένου απαιτούν την συνεργασία πολλών επιστημόνων άλλων ειδικοτήτων. Η αποτελεσματικότητα της ομάδας εξαρτάται από το κατά πόσο κάθε μέλος της ομάδας υγείας σέβεται και υπολογίζει τον ρόλο και τις αρμοδιότητες των άλλων μελών.



Κάθε μέλος της ομάδας πρέπει να έχει πρόσβαση στις γραπτές πληροφορίες που καταχωρούν τα άλλα μέλη, ώστε όλοι να είναι ενήμεροι για την πορεία της υγείας του ατόμου και να είναι έτοιμοι να προσφέρουν αποτελεσματικά την συμβολή τους στις συναντήσεις που γίνονται σε συχνά, τακτά χρονικά διαστήματα. Την ηγεσία της ομάδας αναλαμβάνει κάθε φορά κάποιος από τους επιστήμονες, ανάλογα με την κατάσταση του ατόμου, που δέχεται τις υπηρεσίες και τις άμεσες ανάγκες του. (Πλατή, 2000)

### **5.1.2. ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Το νοσηλευτικό προσωπικό δημιουργεί στενές επαγγελματικές σχέσεις με τους ασθενείς που φροντίζει. Πράγματι, η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται είναι σημαντική και επιδρά στην ανάρρωση των ασθενών. Η ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης έχει ιδιαίτερη σημασία κατά την φροντίδα ατόμων με ψυχικές ασθένειες.

Η προσωπικότητα και οι δεξιότητες του νοσηλευτή είναι τα σημαντικότερα στοιχεία αυτής της θεραπευτικής σχέσης. Οι δεξιότητες μπορούν να διδαχθούν από τον νοσηλευτή και η σωστή ανάπτυξή τους μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη θεραπεία του ασθενή. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν ζεστασιά, θέρμη και θετική στάση απέναντι στον ασθενή. Αυτή η ζεστασιά μεταβιβάζεται στον ασθενή και τον βοηθά. Επίσης, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν συναίσθηση ώστε να αντιλαμβάνονται πως αισθάνεται ο ασθενής. Τέλος, πρέπει να είναι αυθεντικοί και να δείχνουν γνήσιο ενδιαφέρον απέναντι στον ασθενή.

Σημαντική είναι και η ολιστική νοσηλευτική προσέγγιση. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη με το να τους ακούν. Η θεραπευτική σχέση και

η κατανόηση επέρχεται σταδιακά με τη συχνή συναναστροφή του νοσηλευτή με τον ασθενή. Η νοσηλευτική προσέγγιση πρέπει να είναι φιλική. Παράλληλα ένα καταθλιπτικό άτομο πρέπει να ενθαρρύνεται να εκφράζει τα συναισθήματά του ώστε να νιώσει ανακούφιση. Η νοσηλευτική ολική προσέγγιση περιλαμβάνει την παροχή φροντίδας που οδηγεί σε αλλαγές στον τρόπο σκέψης του ασθενή, στην καθημερινότητά του, στις δραστηριότητες και δεξιότητες που αναπτύσσει (Hughes).(Slater, 2003)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

#### **6.1 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1**

Ασθενής γυναίκα, Β.Μ. ηλικίας 75 ετών εισήχθη στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Πατρών «Παναγία η βοήθεια» με αναφερόμενο καρδιακό άλγος, ανησυχία και συνεχές αίσθημα κόπωσης. Η ασθενής σύμφωνα με την ιατρική γνωμάτευση παρουσίασε τα αρχικά συμπτώματα συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

#### **ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

Η ασθενής το τελευταίο διάστημα αισθανόταν έντονη δυσφορία. Παρατηρούσε ότι τα συμπτώματα επιδεινώνονταν και της προκαλούσε ιδιαίτερη ανησυχία η παρουσία οιδήματος στα κάτω άκρα. Θεωρεί μεγάλο λάθος την επιλογή της να μην τηρεί αυστηρά το πρόγραμμα της φαρμακευτικής αγωγής που λάμβανε για την καρδιακή αρρυθμία που είχε εντοπίσει ο καρδιολόγος στον παρελθόν. Μόλις ένιωσε έντονο άλγος στην περιοχή που απευθύνεται στην καρδιά επέλεξε να ζητήσει ιατρική γνωμάτευση.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Οξύς πόνος	Ανακούφιση ασθενούς από το αίσθημα του πόνου.	<p>Συνεχείς έλεγχος των ζωτικών σημείων της ασθενούς</p> <p>Καταγραφή ζωτικών σημείων σε τακτά χρονικά διαστήματα μέχρι να υποχωρήσει ο πόνος</p> <p>Διδασκαλία ασθενούς τεχνικών χαλάρωσης</p> <p>Τοποθέτηση ασθενούς σε άνετη θέση</p>	<p>Χορηγήθηκαν αγγειοδιασταλτικά σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες</p> <p>Έγινε λήψη ζωτικών σημείων : Α.Π : 145/85mmhg Σφίξεις: 88/min Συχνότητα αναπνοών :11/min</p> <p>Έγινε σύσταση στην ασθενή να παίρνει βαθιές και ήρεμες αναπνοές, εξασφαλίστηκε άνετο περιβάλλον</p>	Η ασθενής αναφέρει μείωση του πόνου

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Κόπωση	Ανακούφιση ασθενούς από το αίσθημα της κόπωσης	<p>Σύσταση για μεγάλες περιόδους ξεκούρασης</p> <p>Χορήγηση οξυγόνου</p> <p>Αποφυγή έκθεσης ασθενούς σε υψηλές θερμοκρασίες και υγρασία</p>	<p>Εξασφαλίστηκε ήρεμο περιβάλλον και άνετο για την προαγωγή της ξεκούρασης της ασθενούς</p> <p>Εξασφαλίστηκε δροσερό και χωρίς υγρασία περιβάλλον</p> <p>Έγινε σύσταση στην ασθενή να παίρνει βαθιές και ήρεμες αναπνοές, εξασφαλίστηκε άνετο περιβάλλον</p> <p>Χορηγήθηκε οξυγόνο με Μάσκα Venturi 40% 8lit μετά από ιατρική εντολή</p>	Η ασθενής αναφέρει μείωση του αισθήματος κόπωσης

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Ναυτία και έμετοι	Ανακούφιση ασθενούς από τις ναυτίες και τους εμέτους	Αποφυγή ερεθιστικών τροφών του στομάχου  Ανύψωση της κεφαλής της κλίνης μετά από κάθε γεύμα  Υγιεινή στοματικής κοιλότητας	Έγινε σύσταση να αποφευχθούν καφές και τροφές που παρουσιάζουν δυσκολία στην πέψη  Χορηγήθηκαν αντιεμετικό Vomex A σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες  Περιποίηση της Στοματικής Κοιλότητας 3 φορές το 24ωρο	Ο ασθενής έχει απαλλαγεί από την ναυτία –εμέτους

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
Αϋπνία	Καταπολέμηση αϋπνίας	<p>Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος</p> <p>Αποφυγή τάραξες του ασθενούς από εξωγενείς παράγοντες</p>	<p>Διατήρηση χαμηλού φωτισμού εντός του θαλάμου</p> <p>Ενημέρωση των συγγενών για τη διατήρηση ησυχίας του ασθενή</p>	Ο ασθενής κατάφερε να κοιμάται πιο ήσυχα

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
<b>Διάρροια</b>	<b>Περιορισμός των διαρροϊκών κενώσεων</b>	<p style="text-align: center;"><b>Ποσότητας του φαγητού</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Συζήτηση με τον διατροφολόγο για τη διατροφή που πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Πρόληψη αφυδάτωσης</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Χορήγηση υγρών για πρόληψη της αφυδάτωσης</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Χορήγηση της προγραμματισμένης διατροφής</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Χορήγηση ηλεκτρολυτών μετά από οδηγία ιατρού</b></p>	<b>Αποκατάσταση αποβολών της πέψης</b>



## 6.2 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2

Άνδρας ασθενής Α.Κ., ηλικίας 76 ετών, συνταξιούχος και χήρος, εισήχθη στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Πατρών «παναγία η βοήθεια», στην ψυχιατρική κλινική, ύστερα από σοβαρό επεισόδιο καταθλιπτικής διαταραχής.

Συγκεκριμένα, ο ασθενής αισθάνεται θλιμμένος, στενοχωρημένος, άκεφος, απογοητευμένος. Ο ασθενής ανακαλώντας ασήμαντα γεγονότα και σφάλματα του παρελθόντος νιώθει ενοχές και διακατέχεται από τύψεις, αισθάνεται άχρηστος, ανίκανος, ανάξιος και αποτυχημένος. Υποτιμά τον εαυτό του, τον επικρίνει και έχει συχνές διαταραχές του ύπνου. Ο λόγος που εισήχθη στο νοσοκομείο ήταν γιατί έκλεγε συνεχώς επί ώρες και έλεγε ότι η ζωή του δεν έχει κανένα νόημα. Μέσα από αυτή τη διάθεση εμφανίζει αυτοκτονικές τάσεις.

## ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο συγκεκριμένος άνδρας από την ηλικία των 20 ετών ήταν συνεχώς άρρωστος. Τα πρώτα σημάδια της κατάθλιψης εμφανίζονται από όταν ήταν δευτεροετής φοιτητής στην σχολή Οικονομικών Επιστημών. Παγιδευμένος και εγκλωβισμένος, αβοήθητος, κατέστρωνε σχέδια και απεργάζεται την αυτοκαταστροφή του, αυτός κάλεσε την αστυνομία, επικαλούμενος απαγωγή της κοπέλας.

Την περίοδο πριν από το πιο πρόσφατο περιστατικό, ο ασθενής διέμενε μόνος του, όντας πλήρως απομονωμένος από το κοινωνικό περίγυρο, έχοντας ως μοναδικό του στήριγμα ένα ξάδερφό του. Σύμφωνα με την εξέταση, δεσπόζουν σε αυτόν σωματικά ενοχλήματα, όπως αϋπνία, κεφαλαλγία, ζάλη, ανορεξία και εύκολη κόπωση.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Θλίψη/ απογοήτευση	Εξάλειψη τα συμπτωμάτων θλίψης και απογοήτευσης .	Φροντίδα ασθενούς με σκοπό την μείωση των αισθημάτων απογοήτευσης και διαταραχών διάθεσης	<p>Τονίζουμε ότι θα έχει βοήθεια και την υποστήριξη</p> <p>Αφήνουμε τον ασθενή να εκφράσει τους φόβους του ακούγοντας με κατανόηση και φροντίζουμε να παρέχουμε ασφάλεια</p> <p>Χορήγηση seroxat σε δοσολογία από 20 έως 40 mg ημερησίως κατόπιν οδηγίας ιατρού.</p> <p>Πλήρης ενημέρωση για τη θεραπευτική αγωγή κατά την έξοδο του ασθενή από την κλινική.</p>	Μείωση των συμπτωμάτων

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
Αυτοκτονικές τάσεις	Καταπολέμηση αυτοκτονικών τάσεων του ασθενούς	<p>Συζήτηση με τον ασθενή/ ενημέρωση ψυχιάτρου</p> <p>Δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος</p>	<p>Εξάλειψη φόβου ασθενούς</p> <p>Φροντίδα ώστε να μην υπάρχουν επικίνδυνα αντικείμενα όντος του θαλάμου</p> <p>Αφήνουμε την ασθενή να εκφράσει τους φόβους του ακούγοντας με κατανόηση και φροντίζουμε να παρέχουμε ασφάλεια</p> <p>Χορήγηση Δύμυροχ δοσολογία από150mg. με οδηγία ιατρού</p> <p>Παρότρυνση οικογένειας για τη συμμετοχή σε ψυχοκοινωνικές και οικογενειακές θεραπείες</p>	Μείωση των αυτοκτονικών τάσεων

<i>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
<p><b>Παραμέληση σωματικής υγιεινής</b></p>	<p><b>Ο ασθενής θα πρέπει αν φροντίζει τη σωματική του υγιεινής</b></p>	<p><b>Εκπαίδευση ασθενούς</b></p> <p><b>Παροχή βοήθειας σχετικά με τη σωστές διαδικασίες καθαρισμού</b></p> <p><b>ενημέρωση του ψυχιάτρου για έλεγχο ψυχικής κατάστασης του ασθενούς</b></p>	<p><b>Βοήθεια του ασθενή στην διαδικασία σωματικής υγιεινής</b></p> <p><b>Πλήρης εκπαίδευση σχετικά με τους τρόπου τήρησης της σωματικής υγιεινής</b></p> <p><b>χορήγηση ηλεκτρολυτών μετά από οδηγία ιατρού</b></p>	<p><b>Βελτίωση υγιεινής ασθενούς</b></p>

<b>1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση</b>	<b>2.Αντικειμενικός Σκοπός</b>	<b>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</b>	<b>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</b>
<b>Αίσθημα κοινωνικής απόσυρσης</b>	<b>Ένταξη ασθενούς στην κοινωνική ζωή</b>	<b>Συζήτηση με τον ασθενή</b>	<b>Ενημέρωση για το πλάνο θεραπείας και τη σημαντικότητα της κοινωνικοποίησης</b>  <b>Συνεχής προσπάθεια προσέγγισης του ασθενούς</b>  <b>Συνεχής συζήτηση και τόνωση του ηθικού του ασθενούς</b>	<b>Ο ασθενής συνομιλεί με τους οικείους του</b>  <b>Ο ασθενής νιώθει χρήσιμος</b>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι:

Η αύξηση των ατόμων τρίτης ηλικίας στις πιο ανεπτυγμένες χώρες έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο σε οικονομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Στην Ελλάδα αναμένεται το ποσοστό των ατόμων τρίτης ηλικίας την επόμενη δεκαετία να φτάσει το 25%.

Πολλές είναι οι περιπτώσεις των ατόμων τρίτης ηλικίας που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές δραστηριότητες τους καθώς είτε αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας είτε δεν είναι σε καλή οικονομική κατάσταση.

Ένας από τους παράγοντες που έχουν συντελέσει στην μη αυτονομία των ατόμων τρίτης ηλικίας είναι οι οικονομικές αλλά και οι πολιτικές μεταβολές που πραγματοποιούνται στη σύγχρονη κοινωνία.

Σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή καθώς θα πρέπει να είναι σε θέση να βοηθήσει τόσο τα άτομα τρίτης ηλικίας όσο και το οικογενειακό τους περιβάλλον. Ταυτόχρονα, θα πρέπει να προάγει την διατήρηση και το σεβασμό του ατόμου τρίτης ηλικίας και να συνδράμει στην οργάνωση των διαδικασιών που θα ακολουθηθούν και στην εκμάθηση του ατόμου σχετικά με την γενική τους φροντίδα και την προσαρμογή στη θεραπεία που θα πρέπει να ακολουθήσει.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, Α. (2000). Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
2. Αναγνωστόπουλος Φ., Καραδήμας Ε. (2008), Υγεία και ασθένεια. Ψυχολογικές διεργασίες, Λιβάνη, Αθήνα
3. Δόντας Α.(1981). Η Τρίτη ηλικία-προβλήματα και δυνατότητες. Αθήνα: Γ.Κ. Παρισιάνος
4. Έμκε - Πουλοπούλου Η. (1999). Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον, Εκδόσεις Έλλην ,Αθήνα,
5. Ευσταθίου Γ. (2011), Η κατάθλιψη δεν έχει μόνο μία έννοια, Ιατρικό Βήμα, τεύχος 130
6. Ζαϊμάκης Γ., Κανδυλάκη Α. (2005). «Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας. Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες». Εκδόσεις: Κριτική, Αθήνα
7. Κονταξάκης, Χ.(2000).Η Τρίτη ηλικία. Εκδόσεις Βήτα Αθήνα
8. Κρεμαστινού-Κουρέα Τ. (2006) Βασικά θέματα Δημόσιας Υγείας. Σημειώσεις Ακαδημαϊκού έτους 2006-2007, Ε.Σ.Δ.Υ. Αθήνα .
9. Μαδιανός Μ. (2000). Κοινοτική ψυχιατρική και κοινοτική ψυχική υγιεινή. Εκδόσεις: Καστανιώτης, Αθήνα
- 10.Μαλικιώση-Λοϊζου Μ. (2003). Η ψυχολογία της γήρανσης, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- 11.Μπαμπάτσικου Φωτούλα, Διαχρονική Δημογραφική εξέλιξη του ελληνικού πληθυσμού, ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 8ος, Τεύχος 4ο , Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2009Παγοροπούλου Α. (2000), Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας. Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα ,Αθήνα

12. Πλατή Δ. Χρυσάνθη (2000). Γεροντολογική Νοσηλευτική. Εκδόσεις: Παπανικολάου Γ, Αθήνα
13. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη, (2009) Νοσηλευτική Ψυχικής υγείας- Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα
14. Σαρρής, Μ., (2001), Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα
15. Σταθόπουλος Π. (2005). Κοινωνική Πρόνοια. Εκδόσεις: Παπαζήσης, Αθήνα
16. Τεπέρογλου Α. (1994). Ο Θεσμός της Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων: Στασιμότητα ή Εξέλιξη», στο βιβλίο των Γ. Κυριόπουλου, Ε. Γεωργούση, Γ. Σκουτέλη, Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην τρίτη ηλικία. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
17. Τζημουράκης Α. (1989). Τα γηρατειά και τα προβλήματα τους. Εκδόσεις: Μέλισσα, Θεσσαλονίκη
18. Asuman OZturk, Tulay Tarsuslu, Simec, Eylem Tutun Yumin, Meral Sertel , Murat Yumin, (2011) The relationship between physical, functional capacity and quality of life (QoL) among elderly people with a chronic disease, University, School of Physical Therapy and Rehabilitation, Golkoy Campus,, Turkey
19. Brown Sylvia, Kirkpatrick Mary K., Swanson Melvin S., Leigh Ila, (2011) Pain Experience of the Elderly, East Carolina University College of Nursing, Greenville, Capitol Nephrology, Raleigh, North Carolina
20. Greenstein Ben, (2007), Κλινική Φαρμακολογία για νοσηλευτές, Παρσιανού, Αθήνα
21. Coni N, C. Nicholl, S. Websterer, K.J Wilson, (2006). Γηριατρική, ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α. Ε. Αθήνα



22. Joe Verghese, (2013), Role of *APOE* Genotype in Gait Decline and Disability in Aging, Division of Cognitive and Motor Aging, Department of Neurology, Albert Einstein College of Medicine, 1165 Morris Park Avenue, Bronx, NY
23. Hewstone, M. & Stroebe, W. (Eds) (2007). Εισαγωγή στην Κοινωνική Ψυχολογία. Παπαζήση. Αθήνα
24. Maslow, A. H., Motivation and Personality (2nd ed.). Harper and Row, (1970), New York
25. Manuel Montero-Odasso (2009) Gait Velocity as a Single Predictor of Adverse Events in Healthy Seniors Aged 75 Years and Older, Division of Geriatric Medicine, Jewish General Hospital, McGill University, Lady Davis Institute / Solidage Research Group, 3755 Côte-Ste-Catherine, Montréal, Québec, H3T 1E2, Canada.
26. Markenson Joseph A., (2012) MD Department of Medicine, Weill Medical College of Cornell University, and Hospital for Special Surgery, New York, New York, USA
27. Luyster Faith S., JiYeon Choi, Chao-Hsing Yeh, Imes Christopher C., Johansson Ann, , Chasens Eileen R. E.E. (2015) Screening and evaluation tools for sleep disorders in older, School of Nursing, University of Pittsburgh, Pittsburgh, PA, USA
28. Marschall R., Greganti Andrew. (2009), Παθολογία - Βασικές Αρχές, Αθήνα: Πασχαλίδη
29. Patrick J. Brown, (2015) Inflammation, Depression, and Slow Gait: A High Mortality Phenotype in Later Life, Division of Geriatric Psychiatry, New York State Psychiatric Institute, Columbia University's Mailman School of Public Health, Columbia, New York, NY

30. Slater R. (2003). Γηρατειά θλιμμένος χειμώνας, ή δεύτερη Άνοιξη;. Η ψυχολογία της γήρανσης. Μετάφραση Μεταξιάς Στέλιος. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
31. T.E. Dunne Alzheimer's Disease: An Overview Encyclopedia of Mental Health (Second Edition) 2015, Pages 58–63
32. Verhaak, J.H. Dekker, M.W.M. de Waal, H.W.J. van Marwijk, H.C. Comijs (2014 ) Depression, disability and somatic diseases among elderly P.F.M. University Medical Center, Department of General Practice and EMGO Institute for Health Care Research, The Netherlands
33. Απογραφή πληθυσμού 2011, Γερνάει ο ελληνικός πληθυσμός Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, τελευταία πρόσβαση Σεπτέμβριος, 15 2015