

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΥΠΑΡΕΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ : ΟΛΓΑ ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ, MSc
ΕΙΔ. ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΠΑΤΡΑ 2016

Πρόλογος

Στην εποχή μας, η θέση των ηλικιωμένων δεν είναι όπως παλιά. Οι προσδοκίες που έχει η κοινωνία από αυτούς είναι αρνητικές. Δεν είναι πλέον λειτουργικοί όπως ήταν παλιότερα, αποδοτικοί και παραγωγικοί με αποτέλεσμα την περιθωριοποίησή τους. Παρόλα αυτά, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων έπαιξε και παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην κοινωνία μας, είναι το υλικό που στηρίζει τη βάση της και πάνω από όλα ο λόγος της ύπαρξής μας. Οι ηλικιωμένοι έχουν ζήσει πολλά και έχουν βιώσει καταστάσεις που ποτέ δεν θα βιώσουμε και δεν θα καταλάβουμε ποτέ. Μας έχουν μάθει τρόπους, παραδόσεις, να εκτιμούμε, να σεβόμαστε πράγματα, να αποδεχόμαστε και να μεταχειριζόμαστε τις εμπειρίες της ζωής. Ακόμα πιο πολύτιμη στις μέρες που ζούμε, είναι η εθελοντική προσφορά εργασίας των ηλικιωμένων στις οικογενειακές επιχειρήσεις, ενώ το σημαντικότερο ίσως, είναι η φροντίδα που προσφέρουν στα εγγόνια τους. Ο παππούς και η γιαγιά, εκτός του ότι δίνουν ανάσες χρόνου που στις σημερινές συνθήκες είναι τόσο πολύτιμες για τους γονείς, συμβάλουν αποφασιστικά και στην ήρεμη διαβίωση των παιδιών και στη σωστή τους διαπαιδαγώγηση από την οικογένεια, και τελικά στη διατήρηση του ίδιου του θεσμού της ελληνικής οικογένειας. Για να συνεχίσουν να συμβάλλουν όμως στην σύγχρονη κοινωνία θα πρέπει να εξασφαλιστεί η διατήρηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας και μια καλή ποιότητας ζωής. Στην επίτευξη της εξασφάλισης αυτής θα πρέπει να γίνει καλή κατανόηση των βασικών στοιχείων διαχείρισης αυτής της εύθραυστης ομάδας. Η γνώση σε μονοπάτια στα οποία η διεπιστημονική ομάδα μπορεί να δουλέψει πάνω στον ασθενή και την οικογένεια και η κατανόηση της περιπλοκότητας του δημόσιου συστήματος υγείας μπορεί να προσφέρει το καλύτερο πακέτο φροντίδας για έναν ηλικιωμένο. Αυτό θα μειώσει την παραμονή του στο νοσοκομείο, τους ενδονοσοκομειακούς κινδύνους και την σπατάλη χρημάτων σε ανεπαρκή φροντίδα. Συνήθως το προσωπικό που αναλαμβάνει τους ηλικιωμένους ασθενείς είναι ανειδίκευτο προς αυτή την τόσο ευαίσθητη ομάδα. Η Γηριατρική Νοσηλευτική δεν είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένη στην Ελλάδα, αλλά και στην Ευρώπη. Ο σκοπός της εργασίας είναι να μεταδώσει στον αναγνώστη τις βασικές γνώσεις της νοσηλευτικής φροντίδας στα πλαίσια συνύπαρξης ψυχικής και σωματικής ασθένειας στην τρίτη ηλικία.

Αυτό που αναδύεται από αυτή την εργασία είναι η περιπλοκότητα της φροντίδας των ηλικιωμένων, η οποία χρειάζεται συνεργασία πολλαπλών οργανισμών μαζί με την συμβολή υπηρεσιών υποστηριζόμενων από εύρωστα κανάλια επικοινωνίας. Καλής ποιότητας κλινικές πρακτικές μας παρέχουν όλο και περισσότερο αποτελεσματικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις, για να αντιμετωπίσουμε πολλά επείγοντα περιστατικά της τρίτης ηλικίας. Από όλους τους εμπλεκόμενους με τη φροντίδα των ηλικιωμένων χρειάζονται στρατηγικές πολιτικής τέτοιες, ώστε να ασκήσουν επιρροή στην κυβέρνηση για να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή παροχή φροντίδας.

Περίληψη

Εισαγωγή Η πληθώρα των συνυπαρχουσών ψυχικών και σωματικών νόσων έχει αυξηθεί δραματικά. Στην τρίτη ηλικία, η ύπαρξη μιας σωματικής νόσου μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ψυχική κατάσταση του ηλικιωμένου, όπως επίσης και η ύπαρξη μιας προϋπάρχουσας ψυχικής νόσου τη σωματική υγεία. Οι αρνητικές επιδράσεις στη συνολική υγεία και στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων είναι σημαντικές.

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν, η ανάδειξη των πολλαπλών προβλημάτων, ψυχικών ή σωματικών που μπορεί να έχουν οι ηλικιωμένοι, η μετάδοση της γνώσης των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στα πλαίσια ψυχικής και σωματικής ασθένειας στην τρίτη ηλικία και η ενημέρωση και πληροφόρηση για την συννοσηρότητα, η οποία αποτελεί σημαντικό κομμάτι της Γηριατρικής Νοσηλευτικής.

Συμπερασματικά, οι ηλικιωμένοι με συνύπαρξη ψυχικών και σωματικών νόσων πρέπει να έχουν εξειδικευμένη και εξατομικευμένη παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει γνώσεις για τις βιολογικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων.

Summary

Introduction. The prevalence on co morbidity of mental and medical disorders has increased dramatically. At old age the occurring of a medical disease will be able to affect significantly the mental state of an old senior, as well the pre- existing of a mental disorder will be able to affect physical health. The negative effects on overall health and quality of life in the elderly are grievously.

The purpose of this essay was the salience of multiple issues, mental or medical. Elderly will be able to have transference of knowledge on nursing interventions within the context of mental and physical disorder at old age and updating of information about co morbidity, which constitute an important part of Geriatric Nursing.

In conclusion, elderly with co morbidities of mental and medical disorders must have sub professional and individualized provision of overall nursing care. Nurse must have knowledge about biological and psychosocial needs and issues of seniors.

Λέξεις -κλειδιά

Συννοσηρότητα, συνύπαρξη, ψυχική υγεία, ηλικιωμένοι, σωματική υγεία, κατάθλιψη, γήρανση, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, τρίτη ηλικία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	1
Περίληψη.....	2
Λέξεις – κλειδιά.....	4
Εισαγωγή.....	7

Κεφάλαιο 1^ο : Γήρας και τρίτη ηλικία

1.1. Ορισμός του γήρατος.....	8
1.2. Οι επιπτώσεις της γήρανσης στο σύστημα υγείας.....	8
1.3. Χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων.....	9
1.4. Οι φυσιολογικές αλλαγές της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων.....	10
1.5. Ανάγκες των ηλικιωμένων.....	11

Κεφάλαιο 2^ο : Προβλήματα των ηλικιωμένων

2.1. Παχυσαρκία και μεταβολικό σύνδρομο.....	13
2.2. Οστεοπόρωση και πτώσεις στην τρίτη ηλικία.....	14
2.3. Καρκίνος στην τρίτη ηλικία.....	14
2.4. Διαταραχή όρασης και ακοής.....	15
2.5. Ακράτεια ούρων.....	16
2.6. Σαρκοπενία.....	17
2.7. Οστεοαρθρίτιδα.....	17
2.8. Νόσος του Πάρκινσον.....	19
2.9. Αρτηριακή υπέρταση.....	20
2.10. Κατακλίσεις.....	21

Κεφάλαιο 3^ο : Ψυχική υγεία ηλικιωμένου

3.1. Ορισμός ψυχικής υγείας.....	23
3.2. Καταθλιπτικές διαταραχές.....	24
3.3. Διπολική διαταραχή στην τρίτη ηλικία.....	26
3.4. Αγχώδεις διαταραχές.....	26
3.5. Ανοϊκές διαταραχές.....	28
3.6. Παραληρητική διαταραχή στους ηλικιωμένους.....	29
3.7. Σχιζοφρένεια στους ηλικιωμένους.....	30
3.8. Πένθος – απώλεια αγαπημένου προσώπου.....	32

Κεφάλαιο 4^ο: Συνύπαρξη σωματικής και ψυχικής ασθένειας στην τρίτη ηλικία

4.1. Εισαγωγή.....	33
4.2. Συνύπαρξη κατάθλιψης και άνοιας.....	34
4.3. Κατάθλιψη και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2.....	35
4.4. Αγχώδης και καταθλιπτικές διαταραχές σε ηλικιωμένους με χρόνιες καρδιολογικές νόσους	37
4.4.1. Άγχος και κατάθλιψη με στεφανιαία νόσο στην Τρίτη ηλικία.....	37
4.4.2. Άγχος και κατάθλιψη στις αρρυθμίες στην Τρίτη ηλικία.....	39
4.4.3. Άγχος και κατάθλιψη με καρδιακή ανεπάρκεια στην Τρίτη ηλικία.....	39
4.5. Καρκίνος και ψυχική υγεία στην Τρίτη ηλικία.....	40
4.6. Ψυχιατρικές εκδηλώσεις στην νόσο του Πάρκινσον στην Τρίτη ηλικία.....	42

Κεφάλαιο 5^ο: Δίκτυα φροντίδας ηλικιωμένων

5.1. Επίσημα δίκτυα φροντίδας.....	45
5.2. Ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας.....	48
5.2.1. Δίκτυα Άτυπης φροντίδας.....	48
5.2.2. Φροντίδα Τρίτης ηλικίας από τα άτυπα δίκτυα και την οικογένεια.....	49

Κεφάλαιο 6^ο: Νοσηλευτικοί ρόλοι – νοσηλευτικές παρεμβάσεις - νοσηλευτική διεργασία

6.1.1. Νοσηλευτικές προσεγγίσεις στην τρίτη ηλικία.....	52
6.1.2. Νοσηλευτικοί ρόλοι – νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην τρίτη ηλικία.....	53
6.2. Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενή της τρίτης ηλικίας με την μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας.....	55
6.2.1. Α' Κλινική περίπτωση.....	56
6.2.2. Β' Κλινική περίπτωση.....	65
Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	71
Βιβλιογραφία.....	72

Εισαγωγή

Οι χρόνιες παθήσεις κάνουν συνήθως την εμφάνισή τους στην τρίτη ηλικία και μπορεί να οδηγήσουν σε ψυχολογικά προβλήματα. Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα είναι πιο επιρρεπείς στο να παρουσιάσουν κατάθλιψη, λιγότερη αυτοπεποίθηση, χαμηλή ικανότητα λειτουργικότητας και μεγαλύτερο άγχος σε σχέση με κάποιον που είναι υγιής. Οι χρόνιες ασθένειες κυρίως εμφανίζονται με την πάροδο του χρόνου, έτσι ώστε η πιο ευαίσθητη ομάδα του πληθυσμού να είναι οι ηλικιωμένοι. Οι ψυχικές διαταραχές μπορεί να προκληθούν από βιολογικούς παράγοντες σε δομικές και νευροχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο ή σε ατέλεια στην λειτουργικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος, όπως επίσης σε κάποια χρόνια πάθηση, η οποία άλλαξε την λειτουργικότητα και τον ρόλο του ηλικιωμένου στην κοινωνία με αποτέλεσμα την απώλεια ανεξαρτησίας, αρνητική εικόνα του σώματος και ανάγκη για βοήθεια από τους άλλους. Οι ηλικιωμένοι με βαριά ψυχικές ασθένειες, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες στο να επηρεαστεί και η σωματική τους υγεία, έχοντας μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν καρδιαγγειακή νόσο, σακχαρώδη διαβήτη, καρκίνο ή κάποια αναπνευστική πάθηση, οι οποίες έχουν μεγάλο δείκτη θνησιμότητας. Τα άτομα αυτά λόγω της απομόνωσής τους από τα δίκτυα φροντίδας, λαμβάνουν περιορισμένη ή μηδαμινή φροντίδα. Το συμπέρασμα είναι ότι η ψυχική και σωματική υγεία επηρεάζουν η μια την άλλη. Το σχέδιο φροντίδας της τρίτης ηλικίας πρέπει να περιλαμβάνει την αντιμετώπιση των ψυχικών και σωματικών τους συμπτωμάτων, αλλά και τις επιπτώσεις αυτών των νοσημάτων στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Η φύση και ο τύπος παροχής φροντίδας ξεπροβάλλει σαν κύριο θέμα προβληματισμού για την κυβέρνηση, τους επαγγελματίες υγείας και φυσικά τους ίδιους τους ηλικιωμένους. Οι νοσηλευτές είναι μια κύρια πηγή παροχής φροντίδας προς στην τρίτη ηλικία. Είναι αρκετά σημαντική η σωστή εκπαίδευση των νοσηλευτών για αυτή την ευαίσθητη ομάδα του πληθυσμού, έτσι ώστε να εξελιχτεί και να αναβαθμιστεί περισσότερο, ως προς την ποιότητα, η φροντίδα τους. Για την προαγωγή αυτής της γνώσης θα πρέπει εκτός από θεωρητική εκπαίδευση να συνυπάρξει κατάλληλη εκπαίδευση νοσηλευτικών πράξεων και παρεμβάσεων. Η νοσηλευτική για να μπορέσει να ικανοποιήσει τις ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων εξελίσσεται. Η εξέλιξη αυτή είναι η εξειδίκευση στην Γηριατρική νοσηλευτική. Η εξειδίκευση εκτός από τις γνώσεις επιδρά και στην συμπεριφορά των νοσηλευτών ως προς τους ηλικιωμένους, αλλά και την προτίμηση του νοσηλευτικού προσωπικού να εργαστούν μαζί τους και την ποιότητα φροντίδας που παρέχεται¹

1. Γήρας και Τρίτη ηλικία

1.1. Ορισμός του γήρατος

Γήρας είναι η διαδικασία της γήρανσης, η εξέλιξη υποστροφής και εκφύλισης των κυττάρων και του ενδιάμεσου ιστού του, με προοδευτική ελάττωση της ικανότητας κυτταρικού πολλαπλασιασμού, που οδηγεί τον οργανισμό από την γέννηση στο θάνατο. Οι περισσότερες αναπτυγμένες χώρες δέχονται ότι από την ηλικία των 65 και άνω, θεωρείται κάποιος ηλικιωμένος. Το γήρας είναι ένα φαινόμενο, το οποίο συμβαίνει φυσιολογικά με την πάροδο του χρόνου σε κάθε ανθρώπινο ον. Η τρίτη ηλικία έχει διπλή σημασία. Είναι το τελευταίο στάδιο της ζωής ενός ατόμου και είναι μια ηλικιακή ομάδα, η οποία απαρτίζεται από τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα του πληθυσμού. Παρόλο αυτά, δεν υπάρχει μια γενική συμφωνία για το πότε ένας άνθρωπος γερνά, μόνο υπάρχει κάποιο ηλικιακό σύνορο που αν κάποιος το υπερβεί θεωρείται ηλικιωμένος. Η γήρανση είναι μια βιολογική πραγματικότητα η οποία έχει την δική του δυναμική και συμβαίνει πέρα από τον ανθρώπινο έλεγχο. Στον αναπτυγμένο κόσμο η χρονολογική ηλικία έχει πολύ λίγη ή καθόλου σημασία στον ορισμό της τρίτης ηλικίας. Σε άλλους κοινωνικά κατασκευασμένους ορισμούς αυτό που είναι σημαντικό είναι ο ρόλος του ηλικιωμένου, που σε πολλές περιπτώσεις χάνει τη λειτουργικότητά του, πράγμα το οποίο παρατηρείται ευρέως σε αυτή την ηλικία².

Η ηλικιακή ταξινόμηση ποικίλει σε κάθε χώρα και σε κάθε χρονική περίοδο, αντικατοπτρίζοντας κοινωνικοοικονομικές διαφορές ή την λειτουργική ικανότητα, η οποία σχετίζεται με το εργατικό δυναμικό. Πολλές φορές ο ορισμός συνδέεται με την ηλικία συνταξιοδότησης του κάθε ατόμου. Είναι μια περίοδος κατά την οποία οι ευθύνες λιγοστεύουν και δεν υπάρχουν τόσες πολλές από όσες προϋπήρχαν³.

Η τρίτη ηλικία θα πρέπει να χαρακτηριστεί ως κάτι το παράδοξο, καθώς οι ηλικιωμένοι βιώνουν τη ζωή και τον εαυτό τους πιο θετικά, κάποιες βασικές γνωστικές λειτουργίες συνεχίζουν να υφίστανται αργή κατάπτωση⁴.

1.2. Οι επιπτώσεις της γήρανσης στο σύστημα υγείας

Το φαινόμενο της γήρανσης που οφείλεται στην αύξηση της προσδοκώμενης διάρκειας ζωής και η μείωση της γεννητικότητας είναι από τα πιο σοβαρά προβλήματα που θα αντιμετωπίσει η χώρα μας τις επόμενες δεκαετίες. Η μείωση του ενεργού πληθυσμού και του εργατικού δυναμικού και η αύξηση των εξαρτημένων ομάδων, οι οποίες δεν μπορούν να

παράγουν έργο επιδρά αρνητικά στο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον. Οι συνέπειες αυτού του συμβάντος θα είναι πολύ κακές διότι ο αριθμός των ηλικιωμένων θα διογκώνεται ασταμάτητα και θα πρέπει να συντηρείται από ένα πολύ μικρό ποσοστό εργαζομένων. Τα χρόνια πληρωμής εισφορών θα μειώνονται, ενώ τα χρόνια χορήγησης συντάξεων, επιδομάτων και δαπανών υγείας θα αυξάνονται. Ο εργαζόμενος πληθυσμός δεν θα μπορεί να ανταπεξέλθει, ώστε να μπορέσουν να καλυφθούν οι κοινωνικές δαπάνες. Αν γίνει κάτι τέτοιο, το κράτος είτε αυξάνει τις εισφορές, είτε επιβάλλει επιπλέον φορολογία για να μαζέψει τα χρήματα στα ταμεία και έτσι επιβαρύνονται και οι ηλικιωμένοι⁵.

Οι ηλικιωμένοι αντίθετα με τις άλλες ομάδες πληθυσμού χρειάζονται να καταναλώσουν περισσότερες υπηρεσίες υγείας λόγω της υψηλής νοσηρότητας, την πολλαπλότητα των νοσημάτων και τη σοβαρότητα της ύπαρξης χρόνιων ασθενειών. Κάνουν χρήση κυρίως υπηρεσιών περίθαλψης και θεραπείας και όχι πρόληψης, με έμφαση στην ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη και την αυξημένη συχνότητα ιατρικών επισκέψεων, ημερών νοσηλείας και χρήσης δαπανηρής ιατρικής τεχνολογίας⁶.

Ένας πληθυσμός ο οποίος γερνάει δεν θα έπρεπε να είναι ένας παράγοντας αναστάτωσης. Θα έπρεπε να είναι ένα σημάδι ενός καλύτερου βιοτικού επιπέδου, καλύτερης φροντίδας υγείας και μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής. Το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής θα έπρεπε να είναι καλοδεχούμενο σαν ένα μεγάλο επίτευγμα, αλλά αν υποθέσουμε ότι η αύξηση του αυξήσει και την διάρκεια συνταξιοδότησης, θα αφήσουμε μια από τις μεγαλύτερες ευλογίες της σύγχρονης εποχής να γίνει μια από τις μεγαλύτερες κατάρες⁷.

1.3. Χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων

Τα χαρακτηριστικά της γήρανσης παρουσιάζονται με ποικίλες μορφές και είναι ιδιαίτερα εύκαμπτα. Μπορούμε να τα εξετάσουμε από βιολογική, κοινωνικοιστορική, ψυχολογική και οικολογική πλευρά. Κάθε ηλικιωμένος θα πρέπει να θεωρηθεί σαν μια οντότητα με διαστάσεις κοινωνικές, βιολογικές και συναισθηματικές. Υπάρχουν πολλές θεωρίες για την βιολογική γήρανση, όλες όμως συμφωνούν ότι υπάρχει μια γενετική βάση ως προς το προσδόκιμο επιβίωσης, που είναι χαρακτηριστικό για όλα τα είδη. Παρόλο που τα βιολογικά φαινόμενα παίζουν πολύ σημαντικό και καθοριστικό ρόλο στη γήρανση, υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία και ατομικότητα για το κάθε ηλικιωμένο άτομο. Επίσης, ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι η μείωση της ζωτικότητας και αποδοτικότητας των κυττάρων στα διάφορα συστήματα, που γίνεται σταδιακά. Τη μια μπορεί να επηρεαστεί πρώτα η νοητική λειτουργία και η σωματική λειτουργικότητα να είναι σε καλά επίπεδα ή το αντίθετο⁸.

Όλες οι βιολογικές αλλαγές που μπορεί να υποστεί κάποιος ηλικιωμένος θα είναι μη αναστρέψιμες. Μερικά από τα χαρακτηριστικά της γήρανσης είναι :

1. Είναι ένα περίπλοκο φαινόμενο δομικών και λειτουργικών αλλαγών, τα οποία κάνουν την εμφάνιση τους στην τρίτη ηλικία
2. Η κάθε αλλαγή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη γίνει
3. Μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου
4. Η εξέλιξη του φαινομένου είναι σταδιακή
5. Οφείλεται σε εσωτερικές αιτίες
6. Είναι αναπόφευκτο, δεν μπορεί να το ελέγξει ανθρώπινη δύναμη
7. Κάνει την εμφάνιση του σε όλα τα μέλη του είδους
8. Αρχίζει μετά από σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα
9. Καταλήγει στο θάνατο.

Οι κίνδυνοι της γήρανσης αποκαλύπτονται όταν γίνεται μείωση της αντοχής του ατόμου στην διαχείριση των εξωτερικών πιέσεων και στην αυξανόμενη πιθανότητα θανάτου⁹.

1.4. Οι φυσιολογικές αλλαγές της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων

Οι αλλαγές που οι ηλικιωμένοι βιώνουν δεν είναι απαραίτητα επιβλαβείς. Αντίθετα με τις προσπάθειές τους να παραμείνουν υγιείς, πολλοί από αυτούς βιώνουν κάποιου είδους σωματικής ασθένειας με την πάροδο του χρόνου. Είναι πολύ σημαντική η κατανόηση των φυσιολογικών μεταβολών. Η αποτελεσματικότητα των πέντε αισθητηρίων οργάνων –όραση, ακοή, αφή, όσφρηση, γεύση- μειώνεται στην τρίτη ηλικία, αυτή όμως διαφέρει στον κάθε ηλικιωμένο. Επίσης, αυτές οι μεταβολές εκτός από σωματικές μπορεί να είναι και γνωστικές.

Εμφανισιακά τα άσπρα μαλλιά, οι ρυτίδες, η δομή του σώματος, όπως η μείωση του ύψους και του βάρους είναι χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων.

Στην κινητικότητα κάνουν την εμφάνισή τους προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα και τις αρθρώσεις. Γίνεται μικρή μείωση στην μυϊκή δύναμη, η οποία οφείλεται στον τρόπο ζωής και σε γενετικούς παράγοντες. Τα προβλήματα στο μυοσκελετικό σύστημα μπορούν να προκαλέσουν περιορισμό κινήσεων, άλγος και έλλειψη ευελιξίας.

Στο καρδιαγγειακό σύστημα υπάρχουν μεταβολές στην λειτουργικότητα της καρδιάς με συνέπεια μείωση ποσότητας αίματος στα κύτταρα, χαμηλή οξυγόνωση στους μύες και ύπαρξη υψηλής συστολικής και διαστολικής πίεσης.

Στην τρίτη ηλικία το αναπνευστικό σύστημα επηρεάζεται και έχει ως αποτέλεσμα την πτώση της ποσότητας ανταλλαγής αερίων στους πνεύμονες με συνέπεια να έρχεται στο αίμα λιγότερο οξυγόνο από τον αέρα και τη μείωση της ποσότητας του αέρα που εισπνέεται και εκπνέεται στους πνεύμονες κατά τα μέγιστα επίπεδα προσπάθειας.

Στο εκκριτικό σύστημα τα νεφρά έχουν μειωμένη λειτουργικότητα με αποτέλεσμα το βραδύτερο ρυθμό αποβολής των φαρμάκων. Επίσης, μια αξιοσημείωτη μεταβολή στο εκκριτικό σύστημα είναι η ακράτεια ούρων, η οποία επηρεάζει ψυχολογικά τον ηλικιωμένο.

Στο πεπτικό σύστημα δεν υπάρχουν σημαντικές επιπτώσεις που να σχετίζονται με την γήρανση του ατόμου.

Στο αυτόνομο νευρικό σύστημα η γήρανση επηρεάζει δυο από τις κύριες λειτουργίες, οι οποίες είναι η ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και ο ύπνος. Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν αδυναμία στο να προσαρμοστούν σε πολύ υψηλή ή πολύ χαμηλή θερμοκρασία και εμφανίζουν συχνά αϋπνία λόγω άπνοιας, συχνοουρίας, αλλά και σε προβλήματα με την καρδιά, τα πόδια και άλλα¹⁰.

Στο κεντρικό νευρικό σύστημα υπάρχει σημαντική μείωση των νευρώνων στον ιππόκαμπο, η οποία σχετίζεται με την βραχύχρονη μνήμη. Γενικότερα, η γήρανση του κεντρικού νευρικού συστήματος έχει επιδράσεις σε αισθητηριακές, κινητικές, γνωστικές ικανότητες και συμπεριφορές. Παρότι εμφανίζει απώλειες σε κύτταρα διαθέτει και αντισταθμιστικούς μηχανισμούς που επιτρέπουν τη δημιουργία νέων συνειρμικών συνδέσεων με αποτέλεσμα την βελτίωση των νοητικών λειτουργιών και στην τρίτη ηλικία.

Η μειωμένη αισθητηριακή αντίληψη κατά την προχωρημένη ηλικία περιορίζει το άτομο να προσαρμόζεται πιο εύκολα με το εξωτερικό περιβάλλον, να διατηρεί επαφή με αυτά που συμβαίνουν γύρω του, να ζει ανεξάρτητος, να επικοινωνεί, να φροντίζει τον εαυτό του και να συμμετέχει σε κοινωνικές σχέσεις.

Η τρίτη ηλικία έχει αντίκτυπο και στην όραση, καθώς οι ηλικιωμένοι χρειάζονται περισσότερο φως για να δουν καλά. Οι παθήσεις στα μάτια εμφανίζονται όταν τμήματα του ματιού εκφυλλίζονται, έτσι ώστε να αλλάζει ο τρόπος κατά τον οποίο το φως διέρχεται στο μάτι. Οι πιο συχνές παθήσεις είναι η ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, το γλαύκωμα, ο καταρράκτης, η πρεσβυωπία και η νυκταλωπία.

Επίσης, τα προβλήματα της ακουστικής ικανότητας είναι πολύ συχνά. Η συνεχής έκθεση σε δυνατούς θορύβους μεγαλώνει την μειωμένη ικανότητα ακοής. Ένα άλλο πρόβλημα ακοής των ηλικιωμένων είναι η μειωμένη ικανότητα να ξεχωρίζουν τον περιβαλλοντολογικό θόρυβο από τον κοντινό. Όταν η ικανότητα της ακοής χάνεται, υπάρχουν προβλήματα στην επικοινωνία με αποτέλεσμα ο κοινωνικός περίγυρος να αποκλείει τους ηλικιωμένους από συζητήσεις και άλλες κοινωνικές δραστηριότητες¹¹.

1.5. Ανάγκες των ηλικιωμένων

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων διαφέρουν από αυτές των νέων όχι μόνο ποσοτικά αλλά και ποιοτικά. Χρειάζονται ειδική προσέγγιση γιατί οι ανάγκες υγείας τους αντανακλούν μια πολυσύνθετη αλληλεπίδραση των σωματικών αλλαγών λόγω ηλικίας με τα ψυχολογικά επακόλουθα και με τις ποικίλες παθολογικές διαδικασίες που συντελούνται κατά τη γήρανση. Έχει γίνει παραδεκτό, ότι οι ηλικιωμένοι είναι μια ομάδα ατόμων που έχει ανάγκη παροχής ειδικής φροντίδας και πρέπει ο τρόπος κάλυψης των αναγκών τους να έχει ως τελικό στόχο την βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Οι ασθένειες που πολλοί ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν δεν είναι αναπόφευκτες. Κάποιες αιτίες φυσικής και πνευματικής παρακμής μπορεί να προληφθούν και οι ηλικιωμένοι μπορούν να μάθουν να ζουν διαφορετικά και να διατηρούν σε υψηλό επίπεδο τις φυσικές, ψυχολογικές και κοινωνικές λειτουργίες τους. Τα ηλικιωμένα άτομα σήμερα μπορούν να παραμένουν σε καλύτερη φυσική κατάσταση σαν αποτέλεσμα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών αλλαγών που έχουν συμβεί στον αιώνα μας. Με την παροχή των κατάλληλων κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας ένα μεγαλύτερο ποσοστό ηλικιωμένων θα μπορέσουν να διατηρήσουν ένα σχετικά ανεξάρτητο τρόπο ζωής και να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν διαφέρουν καθόλου από τις ανάγκες των άλλων ομάδων πληθυσμού¹². Υπάρχουν όμως ορισμένες ανάγκες που πρέπει να ικανοποιηθούν έτσι ώστε να γίνει πιο ευχάριστη αυτή η περίοδος της ζωής των ηλικιωμένων και πιο παραγωγική. Οι ανάγκες τους είναι οι παρακάτω :

- 1) **Φυσιολογικές ανάγκες** : Χωρίς να δίνεται σημασία στην ηλικία, όλοι μας έχουμε ανάγκη να ικανοποιήσουμε τις βασικές μας ανάγκες. Φαγητό, νερό, στέγη, ύπνος, και αντιμετώπιση κάποιας ασθένειας είναι θεμελιώδη για την επιβίωσή μας. Όταν κάποιος παρέχει φροντίδα στους ηλικιωμένους είναι το πιο σημαντικό σημείο που πρέπει να συγκεντρωθεί. Οι φυσιολογικές ανάγκες είναι πιο πολύ θέμα επιβίωσης και δεν εγγυάται απαραίτητα υψηλή ποιότητα ζωής για τον ηλικιωμένο.
- 2) **Ανάγκες ασφάλειας**: Όταν η φυσική επιβίωση είναι εξασφαλισμένη, στο επόμενο που πρέπει να δώσουμε έμφαση είναι η ασφάλεια. Αυτό είναι ένα θέμα που απασχολεί πολύ τα παιδιά των ηλικιωμένων και τις περισσότερες φορές γίνεται αιτία σύγκρουσης ανάμεσά τους. Οι ηλικιωμένοι που αισθάνονται πιο

επιρρεπείς να τραυματιστούν ή να αρρωστήσουν θέλουν να έχουν κάποια αίσθηση ασφάλειας. Ακόμη μπορεί να αντιδράσουν με θυμό διότι αισθάνονται ότι τους συμπεριφέρονται σαν μικρά παιδιά. Η οδήγηση, η συντήρηση του σπιτιού ή το να βρίσκονται μόνοι στο σπίτι είναι μερικές από τις ανησυχίες που επηρεάζει την ασφάλεια τους. Όταν γίνει αυτή η παρέμβαση μπορεί οι ηλικιωμένοι να αντιδράσουν υπερβολικά λόγω της απώλειας της ανεξαρτησίας τους. Είναι πολύ σημαντικό να αντικαταστήσουμε αυτή την απώλεια με άλλες εναλλακτικές λύσεις, όπως μέσα μαζικής μεταφοράς και φροντίδα στο σπίτι.

- 3) **Κοινωνικές ανάγκες:** Η ύπαρξη ενεργής κοινωνικής ζωής είναι σημαντικό για όλους τους ανθρώπους, αλλά για τους ηλικιωμένους είναι η λέξη κλειδί για την ποιότητα ζωής τους. Εξαιτίας των προβλημάτων υγείας ή την έλλειψη της ικανότητας να βγουν έξω, οι ευκαιρίες για κοινωνικές σχέσεις συρρικνώνονται με αποτέλεσμα να μένουν μόνοι τους τον περισσότερο χρόνο. Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται ευκαιρίες για να συμμετάσχουν στα κοινωνικά με την οικογένεια ή τους φίλους. Αυτό θα τους κάνει να νιώσουν ενεργά μέλη της κοινωνίας.
- 4) **Ανάγκες αυτοσεβασμού:** Οι ηλικιωμένοι, όπως όλοι, θέλουν να αισθάνονται ότι τους σέβονται και τους εκτιμούν για τις ιδέες, ικανότητες και τα ταλέντα τους. Συνήθως χάνουν την αίσθηση αξίας τους με την ύπαρξη ασθένειας ή αναπηρίας. Αυτοί που φροντίζουν τους ηλικιωμένους για να τους χαρίσουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής θα πρέπει να τους τονώνουν την αυτοπεποίθηση με διάφορες ασχολίες.
- 5) **Ανάγκη αυτοπραγμάτωσης:** Η ανάγκη αυτή ικανοποιείται όταν ο ηλικιωμένος έχει το αίσθημα της προσωπικής εξέλιξης και επιτυχίας, της ικανοποίησης και της πληρότητας από αυτό που κάνει¹³.

2. Τα προβλήματα των ηλικιωμένων

2.1. Παχυσαρκία και μεταβολικό σύνδρομο

Στις αναπτυγμένες χώρες, το προσδόκιμο επιβίωσης όλο και αυξάνεται κατά την διάρκεια των προηγούμενων δεκαετιών, παράλληλα με την αύξηση παθήσεων και αναπηριών λόγω της προχωρημένης ηλικίας. Εκτός αυτού, η μεγάλη πληθώρα συνύπαρξης παθήσεων και παχυσαρκίας επηρεάζουν την τρίτη ηλικία, και θεωρούνται ως μέγιστα προβλήματα υγείας. Η παχυσαρκία προκαλεί πολλαπλές σοβαρές επιπλοκές, περιλαμβανομένων: μεταβολικές ανωμαλίες, καρκίνο, σωματική ανικανότητα, σύνδρομο υπνικής άπνοιας και ακράτεια ούρων. Η αντίσταση στην ινσουλίνη είναι μια κύρια υποβόσκουσα αιτία της παχυσαρκίας. Η αύξηση του βαθμού της αντίστασης της ινσουλίνης εξαρτάται από την πάροδο του χρόνου και γι αυτό οι ηλικιωμένοι βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν καρδιομεταβολικούς παράγοντες κίνδυνου, εμφανίζοντας το μεταβολικό σύνδρομο¹⁴.

Το μεταβολικό σύνδρομο ή αλλιώς σύνδρομο αντίστασης στην ινσουλίνη περιλαμβάνει την παρουσία στο ίδιο άτομο ορισμένων παραγόντων κινδύνου που συνδέονται με υπερινσουλιναιμία και αντίσταση στην ινσουλίνη. Το σύνδρομο αυτό χαρακτηρίζεται από διάφορους συνδυασμούς σπλαχνικής παχυσαρκίας και διαταραχές της ΑΠ και του μεταβολισμού της γλυκόζης και των λιπιδίων. Τα άτομα αυτά εμφανίζουν συχνότερα μικροαλβουμινουρία, υπέρτροφία της αριστεράς κοιλίας και σκληρία των αρτηριών σε σχέση με άτομα που δεν πάσχουν από μεταβολικό σύνδρομο. Επίσης οι ηλικιωμένοι με μεταβολικό σύνδρομο θα πρέπει να αλλάζουν τρόπο ζωής. Η ανθυγιεινή διατροφή, η ανεπαρκής φυσική άσκηση δημιουργούν αύξηση της συχνότητας του μεταβολικού συνδρόμου¹⁵.

Η παρουσία διαβήτη στο μεταβολικό σύνδρομο προκαλεί αύξηση του μεγέθους του προβλήματος. Ο σακχαρώδης διαβήτης συνδέεται άμεσα με την κατανάλωση απλών υδατανθράκων και λιπών, και διαιτολογίων με υψηλά ενεργειακό περιεχόμενο. Η αποτελεσματικότητα όμως της δίαιτας μπορεί να επηρεαστεί και από άλλους παράγοντες όπως την φυσική άσκηση, γενετικούς παράγοντες και την παχυσαρκία.

Η παχυσαρκία οδηγεί σε αντίσταση της ινσουλίνης με διάφορους μηχανισμούς που αφορούν τις δράσεις της ινσουλίνης, με συνέπεια τη μειωμένη μεταφορά της γλυκόζης στα κύτταρα και δυσκολία στον μεταβολισμό της.

Άλλος ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για διαβήτη τύπου 2 είναι η κατανομή του λίπους στο σώμα. Τα άτομα που τείνουν να έχουν περισσότερο λίπος στην κοιλιά από ότι στους γοφούς έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσουν διαβήτη τύπου 2¹⁶.

2.2 Οστεοπόρωση και πτώσεις στην Τρίτη ηλικία

Οι πτώσεις είναι ο πιο σημαντικός τύπος ατυχήματος που μπορεί να συμβεί μέσα στο σπίτι και έξω από αυτό. Οι πτώσεις στους ηλικιωμένους, ειδικά σε αυτούς με οστεοπόρωση είναι συνδεδεμένες με υψηλό κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας και μπορεί να συμπεριλάβει υψηλού κόστους ιατρικές παρεμβάσεις. Είναι ένα μεγάλο πρόβλημα, το οποίο προκαλεί τραύματα, ψυχολογικά προβλήματα, και κοινωνική απομόνωση. Η αξιολόγηση του κινδύνου των πτώσεων σε ηλικιωμένα άτομα με οστεοπόρωση είναι υψηλή προτεραιότητα για τις ερευνητικές και τις κλινικές παρεμβάσεις. Η απώλεια ισορροπίας και η σωματική διάπλαση μπορεί να είναι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για πτώσεις στους ηλικιωμένους με οστεοπόρωση. Η ισορροπία αυτή μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Παράγοντες που συμβάλλουν σε αυξημένο κίνδυνο πτώσεων είναι η μειωμένη αντίληψη του σώματος, μειωμένη μυϊκή δύναμη και αυξημένη χρήση υπνωτικών. Πιο επιρρεπείς στις πτώσεις είναι οι γυναίκες από ότι οι άνδρες^{17,18}.

Η πτώση είναι ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα που προκαλείται εξαιτίας ενδογενών και εξωγενών παραγόντων, αλλά συνήθως υπάρχει ένας συνδυασμός και των δύο παραγόντων.

∅ Οι ενδογενείς παράγοντες μπορούν να χωριστούν σε 3 κατηγορίες:

- Αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία, όπως αλλαγές στην βάδιση, όραση, ισορροπία, μυοσκελετικό και καρδιαγγειακό σύστημα. Με την πάροδο της ηλικίας, μειώνεται η λειτουργία αυτών των συστημάτων, με αποτέλεσμα η βάδιση και η ισορροπία να επηρεάζονται και να αυξάνεται ο κίνδυνος πτώσης.
- Συνύπαρξη χρόνιων παθολογικών καταστάσεων, όπως αγγειακές διαταραχές των κάτω άκρων, κατάθλιψη, διαβήτης, αφυδάτωση, το παροδικό ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο και παθήσεις που μειώνουν την αισθητικότητα των κάτω άκρων.
- Η χρήση φαρμάκων είναι ένας σημαντικός παράγοντας διότι επηρεάζει πολύ την αντίδραση του σώματος. Τα φάρμακα αυτά που σχετίζονται περισσότερο με τις πτώσεις είναι τα ηρεμιστικά, τα ψυχοτρόπα, τα διουρητικά, τα αντιυπερτασικά και τα υπνωτικά.

∅ Οι εξωγενείς παράγοντες περιλαμβάνουν:

- Ακατάλληλα υποδήματα και ρουχισμό.
- Ακατάλληλα βοηθήματα.
- Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου είναι υπεύθυνοι για το 30% - 50% των πτώσεων, γενικότερα το περιβάλλον παίζει πολύ σημαντικό ρόλο σε πολλές από τις πτώσεις που υφίστανται οι ηλικιωμένοι¹⁹.

2.3. Καρκίνος στην Τρίτη ηλικία

Ο κίνδυνος εμφάνισης καρκίνου αυξάνεται με την ηλικία και ο αριθμός των ηλικιωμένων που αναζητούν θεραπεία όλο και αυξάνεται δραματικά. Η φροντίδα των ηλικιωμένων που

πάσχουν από καρκίνο διαφέρει από αυτή των ενηλίκων, εξαιτίας των βιολογικών διαφορών του όγκου, διαφορές σχετιζόμενες με την φυσιολογία, την συνύπαρξη νοσηρότητας και ψυχοκοινωνικά θέματα, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας του καρκίνου. Ακόμα και με την προοδευτική μείωση της συχνότητας των περιστατικών και του δείκτη θνησιμότητας του καρκίνου, η γήρανση του πληθυσμού θα συνοδεύεται από αξιοσημείωτη αύξηση του συνολικού αριθμού των ασθενών με καρκίνο και την ανάγκη των επαγγελματιών υγείας να είναι εξειδικευμένοι και στην ογκολογία και στην γεροντολογική νοσηλευτική²⁰.

Οι παθολογικές καταστάσεις που είναι συχνές στους ηλικιωμένους, όπως καρδιαγγειακή νόσο, αρθρίτιδα, υπέρταση μπορούν να επηρεάσουν την ανάρρωση και την θεραπεία του καρκίνου. Άλλα αίτια είναι πρακτικής και συναισθηματικής φύσεως. Για παράδειγμα τα ηλικιωμένα άτομα είναι εξαρτημένα από άλλα για την μεταφορά τους και την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες θεραπείας τους. Η ανεξαρτησία είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την θεραπεία. Κάθε ασθενής με καρκίνο αντιμετωπίζει διάφορες δυσκολίες και έχει την ανάγκη να ενημερώνεται σε οτιδήποτε έχει σχέση με την ασθένειά του, έτσι ώστε να μειωθεί το άγχος του²¹.

Όπως κάθε ασθενής με καρκίνο, χρειάζονται βοήθεια στο να οργανώσουν και να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Θα πρέπει να στηριχτούν στην οικογένεια, φίλους και σε όποιον άλλο μπορεί να τους δώσει υψηλή ποιότητα φροντίδας. Επίσης θα πρέπει να εκμεταλλευτούν την υποστήριξη κάθε πηγής και υπηρεσίας. Στους ηλικιωμένους με καρκίνο η ηλικία είναι ένας αριθμός. Ο καθένας τους έχει διαφορετικό επίπεδο υγείας και ανεξαρτησίας και διαφορετική πρόβλεψη θεραπείας²².

2.4. Διαταραχή όρασης και ακοής

Η αποτελεσματικότητα της αισθητηριακής ικανότητας όπως της όρασης και της ακοής μειώνονται με την πάροδο του χρόνου, αλλά η ηλικία και ο βαθμός της μείωσής της διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Η ηλικία δεν είναι ο μόνος παράγοντας ο οποίος προκαλεί επιδείνωση στην λειτουργικότητα των αισθήσεων. Παθολογικοί και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες παίζουν επίσης πολύ σημαντικό ρόλο. Οι έντονοι και παρατεταμένοι ήχοι μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα στην ακοή και ο διαβήτης μπορεί να μειώσει την ικανότητα της όρασης. Στους ηλικιωμένους αυτό μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο ζωής και την αντίδρασή τους στο περιβάλλον.

Οι αλλαγές στην ακοή και την όραση είναι πολύ σημαντικές διότι μπορεί να επηρεάσουν την ικανότητα του να αλληλεπιδρά με το περιβάλλον και μπορεί να οδηγήσει σε απομόνωση. Αρκετά χαρακτηριστικά της όρασης αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Οι φυσιολογικές αλλαγές στην τρίτη ηλικία στην όραση περιλαμβάνουν :

- 1) Μείωση της οξύτητας της όρασης
- 2) Μείωση της ικανότητας συγκέντρωσης σε αντικείμενα σε διαφορετικές αποστάσεις
- 3) Δυσκολία να ξεχωρίζουν ορισμένα χρώματα
- 4) Μειωμένη ικανότητα να δουν σε χαμηλά επίπεδα φωτός και στο σκοτάδι
- 5) Μειωμένη ικανότητα να υπολογίζουν αποστάσεις

6) Μειωμένη ικανότητα να προσαρμοστούν σε αντανακλάσεις φωτός²³

Οι ηλικιωμένοι με απώλεια όρασης αντιμετωπίζουν προβλήματα κινητικότητας, μειωμένη αντίληψη προσανατολισμού και παραισθήσεις.

Επίσης παθήσεις των ματιών ή χρόνιες παθήσεις μπορούν να επηρεάσουν την όραση. Τέσσερις από αυτές που είναι συνηθέστερες σε ηλικίες άνω των 65 είναι το γλαύκωμα, ο καταρράκτης, ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας και η διαβητική ρετινοπάθεια. Με την γρήγορη εντόπιση και θεραπεία τους μπορεί να αποτραπεί η απώλεια της όρασης.

Η απώλεια ακοής είναι το πιο σοβαρό από τις αισθητηριακές φθορές γιατί η ακοή είναι η “κοινωνική” μας αίσθηση. Αντιθέτως με την όραση, η απώλεια ακοής σπάνια εμπνέει κατανόηση και εμπάθεια. Έναν ηλικιωμένο ο οποίος έχει απώλεια όρασης είναι εύκολο στο να τον αναγνωρίσουμε, αντίθετα με κάποιον που έχει πρόβλημα στην ακοή του. Επηρεάζει πιο πολύ τους ηλικιωμένους από κάθε άλλη χρόνια πάθηση και προκαλεί κακή επικοινωνία με τους άλλους²⁴.

Η απώλεια ακοής μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη και απομόνωση. Ακόμα και μια ήπια μείωση της ακοής μπορεί να προκαλέσει συναισθηματική αναστάτωση. Παρεξηγημένες συζητήσεις μπορεί να οδηγήσουν σε παράνοια, καχυποψία, διαφωνίες και αποξένωση των ηλικιωμένων από την οικογένεια και τους φίλους τους²⁵.

2.5. Ακράτεια ούρων

Η ακράτεια ούρων ορίζεται σαν μια ακούσια απώλεια ούρων. Και στους άντρες και στις γυναίκες, η ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ακράτεια ούρων. Παρόλα αυτά δεν θεωρείται μια φυσιολογική συνέπεια του γήρατος. Είναι τρεις φορές πιο συχνό στις γυναίκες από ότι στους άντρες μέχρι την ηλικία των 80, μετά είναι το ίδιο συχνό και στα δυο φύλα. Παρόλη τη μεγάλη αύξηση των περιστατικών με ακράτεια ούρων, τα περιστατικά δεν έχουν καταγραφεί επειδή οι ηλικιωμένοι δεν έχουν αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Η ντροπή και η αντίληψη πως η ακράτεια ούρων είναι μια φυσιολογική επίπτωση που συμβαίνει στην τρίτη ηλικία είναι από τους κύριους λόγους που οι ασθενείς δεν λαμβάνουν θεραπεία. Η ακράτεια ούρων χωρίζεται σε 6 τύπους :

- **Ακράτεια προσπάθειας.** Είναι η απώλεια ούρων όταν ασκείται πίεση στην κύστη με το βήχα, το φτάρνισμα, το γέλιο, την άσκηση ή την άρση βάρους.
- **Επιτακτική ακράτεια.** Εκδηλώνεται ως ξαφνική, έντονη ανάγκη για ούρηση, με ακολουθία της την ακούσια απώλεια ούρων.
- **Ακράτεια από υπερχειλίση.** Προκαλείται από την ανικανότητα της κύστης να αδειάσει πλήρως κατά την ούρηση με συνέπεια η υπόλοιπη ποσότητα ούρων να διαφεύγει ακούσια.
- **Μικτή ακράτεια.** Όταν υπάρχουν συμπτώματα από περισσότερους από έναν τύπους ακράτειας ούρων.
- **Λειτουργική ακράτεια,** λόγω ανικανότητας του ηλικιωμένου να προσέλθει έγκαιρα στην τουαλέτα.
- **Ολική ακράτεια.** Χαρακτηρίζεται από συνεχή διαφυγή ούρων ή την προσωρινή ανεξέλεγκτη διαφυγή ούρων.

Η ακράτεια επηρεάζει την ψυχική υγεία του ηλικιωμένου, αλλά και την ποιότητα ζωής του, δημιουργώντας του δυσκολία στις διαπροσωπικές του σχέσεις, περιορισμό δραστηριοτήτων, υψηλό κόστος φροντίδας, άγχος και κατάθλιψη. Για αυτούς τους λόγους η ακράτεια είναι ένας μεγάλος παράγοντας που προδιαθέτει στους ηλικιωμένους την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, διότι έχει αρκετές επιπλοκές, όπως κατακλίσεις, δερματικές αλλοιώσεις και ουροποιητικές λοιμώξεις. Ηλικιωμένοι οι οποίοι δεν έχουν ακράτεια και διακομίζονται στο νοσοκομείο, συχνά παρουσιάζουν ακράτεια.

Οι πιο συνηθισμένες θεραπείες κατά της ακράτειας ούρων είναι η φαρμακευτική αγωγή και οι χειρουργικές παρεμβάσεις²⁶.

2.6. Σαρκοπενία

Η σαρκοπενία είναι όλο και πιο αναγνωρισμένη σαν πρόβλημα υγείας των ηλικιωμένων και είναι ένας από τους μεγαλύτερους παράγοντες της σωματικής ευπάθειας είναι επίπτωση της φυσιολογικής γήρανσης, και δεν απαιτείται η ύπαρξη άλλης ασθένειας για να προκληθεί, παρόλο που η απώλεια μάζας μπορεί να επιταχυνθεί με την ύπαρξη χρόνιας ασθένειας. Υπάρχουν πολύ μηχανισμοί οι οποίοι οδηγούν σε σαρκοπενία όπως η μειωμένη παραγωγή της αυξητικής ορμόνης, τεστοστερόνης και η γήρανση. Επίσης, η διατροφή παίζει πολύ σημαντικό ρόλο, ιδιαίτερα όταν υπάρχει μείωση πρόσληψης πρωτεϊνών, θερμίδων και βιταμίνης D. Η απώλεια μυϊκής μάζας που βλέπουμε συχνά σε ηλικιωμένους με σαρκοπενία είναι συνδεδεμένη με νοσηρότητα και μείωση δύναμης που οφείλεται στην μείωση της φυσικής δραστηριότητας. Η απώλεια μυϊκής μάζας μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής και τις λειτουργικές ικανότητες. Η σωματική αναπηρία και οι περιορισμοί της λειτουργικότητας είναι πολύ συνηθισμένα στους ηλικιωμένους που οδηγούν σε ιδρυματοποίηση και εξάρτηση από άλλα άτομα²⁷.

Για να αντιμετωπιστεί η σαρκοπενία συμβάλλει η άσκηση και η υγιεινή διατροφή. Στην προηγούμενη δεκαετία η σωματική άσκηση διερευνήθηκε εξονυχιστικά λόγω που ανατρέπει την απώλεια μυϊκής μάζας που συναντάται με την γήρανση. Η σωματική άσκηση οδήγησε στην αύξηση της πρωτεϊνικής σύνθεσης στους ηλικιωμένους. Η αεροβική άσκηση σε συνδυασμό με τις ασκήσεις ενδυνάμωσης με λάστιχα τονώνει το μυϊκό σύστημα και κάνει πιο λειτουργικό το άτομο. Εκτός από την ενδυνάμωση ο ηλικιωμένος θα πρέπει να συμμετέχει σε ένα πρόγραμμα που θα περιλαμβάνει ασκήσεις ισορροπίας, ιδιοδεκτικότητας και νευρομυϊκού συγχρονισμού. Με βάση την φυσική κατάσταση του αρρώστου προσαρμόζεται και το επίπεδο της άσκησης.

Στην καθημερινή διατροφή του ηλικιωμένου με σαρκοπενία πρέπει να περιλαμβάνεται επαρκής πρόσληψη πρωτεΐνης ανάλογα με τις πρωτεϊνικές απαιτήσεις του για μέγιστη απόδοση πρωτεϊνικής σύνθεσης και γεύματα υψηλού ενεργειακού περιεχομένου²⁸.

2.7. Οστεοαρθρίτιδα

Η οστεοαρθρίτιδα είναι συχνή πάθηση των αρθρώσεων και περισσότερο στους ηλικιωμένους. Το γόνατο είναι η πλέον συχνή εντόπιση ενώ το ισχίο ακολουθεί. Η πάθηση αυτών των δυο αρθρώσεων προσβάλλει περίπου το 10-25% των ατόμων άνω των 65 ετών. Είναι μια χρόνια πάθηση των αρθρώσεων, στην οποία παρατηρείται προοδευτική μαλάκυνση του αρθρικού χόνδρου, απώλεια δηλαδή της κανονικής του σκληρότητας, η οποία

συνοδεύεται από ανάπτυξη νέου οστού και χόνδρου στις παρυφές των αρθρώσεων, καθώς και από ρίκνωση του αρθρικού θυλάκου²⁹.

Χαρακτηρίζεται ως ασθένεια της τρίτης ηλικίας, αν και μπορεί να εμφανισθεί και σε νεότερες ηλικίες, εφόσον ο αρθρικός χόνδρος τραυματισθεί ή δεχθεί έντονες ασύμμετρες φορτίσεις. Είναι πιο συχνή στις γυναίκες, από ότι στους άνδρες της τρίτης ηλικίας. Εντοπίζεται πιο συχνά στο ισχίο, στο γόνατο και στη σπονδυλική στήλη, από ότι στον αγκώνα και στην ποδοκνημική. Επίσης διαπιστώνεται πιο συχνά στην κεντρική άρθρωση του αντίχειρα, όπως και στην κεντρική άρθρωση του μεγάλου δακτύλου του ποδιού.

Οφείλεται σε τραυματικές κακώσεις του χόνδρου, καταπόνηση των αρθρώσεων, μεταβολικές (π. χ. παχυσαρκία), ορμονικές και γενετικές διαταραχές. Η οστεοαρθρίτιδα μπορεί να χαρακτηρισθεί και επαγγελματικό νόσημα, στο μέτρο που οι τοπικές μηχανικές φορτίσεις και η επιβάρυνση των αρθρώσεων οφείλονται όχι μόνον στην κακή στάση του σώματος, αλλά και στην επιλογή συγκεκριμένης στάσης του σώματος κατά την άσκηση της εργασίας.

Συμπτώματα οστεοαρθρίτιδας :

- 1) Έντονο άλγος
- 2) Δυσκαμψία της άρθρωσης
- 3) Διόγκωση της άρθρωσης
- 4) Η παραμόρφωση και η διαταραχή του άξονα της άρθρωσης

Μορφές οστεοαρθρίτιδας :

- 1) Η **μονοαρθρική και ολιγοαρθρική οστεοαρθρίτιδα** εκδηλώνεται με πόνο και δυσλειτουργία σε μία / ή δύο από τις φορτιζόμενες αρθρώσεις και συνήθως αφορά μεγάλες αρθρώσεις : ισχίο, γόνατο, σπονδυλική στήλη.
- 2) Η **πολυαρθρική** (γενικευμένη οστεοαρθρίτιδα) είναι η πιο συχνή μορφή και αφορά συνήθως μεσήλικες γυναίκες οι οποίες παραπονούνται για πόνο, οίδημα και δυσκαμψία των δακτύλων των χειρών ή και των ποδιών με έμφαση στην κεντρική άρθρωση του αντίχειρα ή /και στην κεντρική άρθρωση του μεγάλου δακτύλου του ποδιού³⁰.

Η θεραπεία της οστεοαρθρίτιδας είναι μία δύσκολη και πολύπλοκη υπόθεση και διακρίνεται σε χειρουργική και συντηρητική. Η συντηρητική περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, φυσιοθεραπεία, βελονισμό, κινησιοθεραπεία. Στο οξύ στάδιο επιβάλλεται ανάπαυση και περιορισμός των δραστηριοτήτων του ατόμου στο ελάχιστο. Παράλληλα χορηγούνται φάρμακα κυρίως αντιφλεγμονώδη. Αντιμετωπίζεται χειρουργικά, εάν η βλάβη της άρθρωσης είναι πολύ μεγάλη. Περιλαμβάνει οστεοτομίες, εξαιρετικά σπάνια αρθροδέσεις και πολύ συχνά ολικές αντικαταστάσεις της πάσχουσας άρθρωσης με μεγάλη επιτυχία. Πρόκειται για μια χρόνια ασθένεια όπου υπάρχουν πολλές και διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Ο στόχος είναι να ανακουφιστεί ο ασθενής από τον πόνο και να βελτιωθεί ή να διατηρηθεί η κίνηση της άρθρωσης³¹.

2.8. Νόσος του Parkinson

Η νόσος του Πάρκινσον (ΝΠ), γνωστή και ως ιδιοπαθής ή πρωτοπαθής παρκινσονισμού ή τρομώδης παράλυση είναι μια εκφυλιστική διαταραχή του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τα κινητικά συμπτώματα της νόσου Πάρκινσον είναι απόρροια του θανάτου των ντοπαμινεργικών κυττάρων της μέλαινας ουσίας, το στρώμα φαιάς ουσίας που διαχωρίζει την καλύπτρα του μεσεγκεφάλου από το εγκεφαλικό στέλεχος, με την αιτία αυτού του κυτταρικού θανάτου να μην έχει κατανοηθεί από την επιστήμη. Στα πρώτα στάδια της νόσου, τα πιο προφανή συμπτώματα είναι κινητικά και περιλαμβάνουν τρόμο, ακαμψία, βραδυκινησία και δυσχέρεια στην βάρδιση (κλασική τετράδα συμπτωμάτων της νόσου). Αργότερα, μπορεί να εμφανιστούν ψυχιατρικές εκδηλώσεις, με την άνοια να εμφανίζεται στα αργότερα στάδια της νόσου, ενώ η κατάθλιψη είναι το συχνότερο σύμπτωμα. Η νόσος περιλαμβάνει επίσης αισθητικές διαταραχές καθώς και διαταραχές ύπνου. Η νόσος Πάρκινσον είναι συχνότερη στη τρίτη ηλικία και συχνότερα στις ηλικίες άνω των 50 ετών. Υπολογίζεται ότι περίπου 1% του γενικού πληθυσμού άνω των 65 ετών πάσχει από την νόσο³².

Μπορεί να επηρεάσει τον κάθε ηλικιωμένο με διαφορετικό τρόπο. Κανένας δεν έχει την ίδια συμπτωματολογία. Τα συμπτώματα στην αρχή είναι ήπια, αλλά σταδιακά γίνονται χειρότερα για πολλά χρόνια. Επειδή η νόσος αυτή επηρεάζει την κίνηση, αν χειροτερεύσουν τα συμπτώματα, η ικανότητα του ατόμου για τις καθημερινές δραστηριότητες θα μειωθεί. Τα κύρια συμπτώματα περιλαμβάνουν :

1. Αργές κινήσεις

Το κύριο πρόβλημα της νόσου του Πάρκινσον είναι η επιβράδυνση των κινήσεων. Οι μικρές κινήσεις όπως το γράψιμο, το κούμπωμα κουμπιών γίνονται με δυσκολία. Απαιτείται περισσότερος χρόνος σε καθημερινά πράγματα και αυτό οδηγεί σε εκνευρισμό του ασθενή.

2. Τρεμούλιασμα

Αυτό συνήθως αρχίζει στην παλάμη, στον καρπό ή στο χέρι. Συνήθως είναι χειρότερο από τη μια πλευρά του σώματος και είναι πιο προφανές όταν το άτομο δεν κινείται. Το συναισθηματικό στρες και ο ενθουσιασμός μπορούν να κάνουν το τρεμούλιασμα χειρότερο. Παρόλο που μπορεί να είναι ήπιο στα αρχικά στάδια, μπορεί να είναι σοβαρότερο καθώς προχωρά η ασθένεια. Αυτό μπορεί να δυσκολέψει την διεξαγωγή απλών κινήσεων.

3. Μυϊκή ακαμψία και δυσκαμψία

Ο ηλικιωμένος μπορεί να αισθανθεί τα χέρια και τα πόδια του πιο άκαμπτα και να πονάνε. Το κούνημα των χεριών μπορεί να μειωθεί από τη μια πλευρά. Σε μερικά άτομα αυτή η ακαμψία μπορεί να επηρεάσει άλλα μέρη του σώματος. Οι δύσκαμπτοι μυς του προσώπου μπορούν να κάνουν το πρόσωπο του πάσχοντα ανέκφραστο και οι δύσκαμπτοι μυς του εντέρου ή της ουροδόχου κύστης μπορούν να δημιουργήσουν δυσκοιλιότητα ή αλλαγές στο ουροποιητικό σύστημα .

4. Προβλήματα με την ισορροπία

Όταν τα άτομα πάσχουν από την νόσο αυτή για μερικά χρόνια μπορεί να επηρεαστεί η ισορροπία τους. Είναι δυσκολότερο να την ανακτήσουν πάλι αν αρχίσουν να πέφτουν κάτω.

Υπάρχουν επίσης και άλλα συμπτώματα που βιώνει ένα μικρό ποσοστό του πληθυσμού των ηλικιωμένων. Αυτά τα συμπτώματα είναι :

- Κόπωση

- Διαταραγμένος ύπνος
- Κατάθλιψη
- Άγχος
- Προβλήματα στην ομιλία και την κατάποση
- Δυσκολία στην συγκέντρωση και το σχεδιασμό

Δεν υπάρχει μέχρι στιγμής αιτιολογική θεραπεία της νόσου. Υπάρχουν ωστόσο αρκετά φάρμακα που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών, επιφέροντας προσωρινή ανακούφιση από τα συμπτώματα³³.

Η φαρμακευτική θεραπεία στηρίζεται στην αναπλήρωση των επιπέδων ντοπαμίνης στον εγκέφαλο με τη λήψη χαπιών. Εξίσου σημαντική είναι η υποστήριξη της κινητικότητας με φυσιοθεραπείες. Σε περιπτώσεις ανθεκτικές στη θεραπεία υπάρχει επίσης η δυνατότητα χειρουργικής διέγερσης συγκεκριμένων κινητικών περιοχών του εγκεφάλου με τη χρήση ειδικού βηματοδότη (εν τω βάθει εγκεφαλική διέγερση)³⁴.

2.9. Αρτηριακή Υπέρταση

Η υπέρταση είναι συνήθης κατάσταση, η οποία εμφανίζεται συχνά στους ηλικιωμένους στις αναπτυγμένες χώρες, και είναι πολύ σημαντικός παράγοντας κινδύνου σοβαρών καρδιακών παθήσεων, όπως καρδιακή προσβολή, συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και αρτηριοσκλήρυνση. Μπορεί η αρτηριακή υπέρταση να είναι συχνή αλλά δεν είναι φυσιολογικό, και δεν αποτελεί φυσικό μέρος της γήρανσης. Υπάρχουν δυο τύποι υπέρτασης, ο πρώτος τύπος είναι η συνδυασμένη συστολική και διαστολική υπέρταση, η οποία είναι η εξέλιξη της πρωτοπαθούς υπέρτασης της μέσης ηλικίας, και ο δεύτερος τύπος είναι η αμιγής συστολική υπέρταση, που κάνει την εμφάνιση της σε ηλικίες άνω των 65. Στην μελέτη Framingham η αναλογία των τύπων της υπέρτασης που διαπιστώθηκαν σχετική με την ηλικία μετατοπίστηκε προοδευτικά από τη διαστολική και τη συνδυασμένη υπέρταση στη μεμονωμένη συστολική. Σε ηλικίες 70-79 ετών το 20% περίπου των ασθενών έπασχε από συστολική υπέρταση και σχεδόν 50% είχαν συστολική υπέρταση³⁵.

Η πιθανότητα κινδύνων τόσο από την αμιγή συστολική όσο και από τη συνδυασμένη συστολική και διαστολική υπέρταση, είναι μεγαλύτερη στην τρίτη ηλικία από ότι στους πιο νέους ασθενείς, λόγω των επιπλοκών που σχετίζονται με την ηλικία και των συνυπαρχουσών καταστάσεων. Σε κλινικές μελέτες οι ηλικιωμένοι πέτυχαν μεγαλύτερη μείωση της στεφανιαίας νόσου και της καρδιακής ανεπάρκειας με την αποτελεσματική θεραπεία από ότι οι νεότεροι υπερτασικοί³⁶.

Όταν εκδηλώνεται η υπέρταση θα πρέπει να γίνεται απομάκρυνση ή τροποποίηση των παραγόντων που προδιαθέτουν την πάθηση, έτσι ώστε η κατάσταση να βελτιωθεί και η θεραπεία της να είναι πιο αποτελεσματική. Υπάρχουν όμως παράγοντες που αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο υπέρτασης και δεν υπάρχει τρόπος αποφυγής, όπως υπέρταση στην μέση ηλικία και οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης. Η ύπαρξη αυτών των παραγόντων δεν

σημαίνει υποχρεωτικά ότι θα εμφανιστεί υψηλή πίεση. Όμως αυτοί που έχουν προδιάθεση θα πρέπει να δώσουν μεγαλύτερη βαρύτητα στους παράγοντες που μπορούν να τροποποιήσουν, για να μειώσουν τις πιθανότητες να εμφανίσουν υπέρταση. Επίσης, ο τρόπος ζωής του ηλικιωμένου μπορεί να έχει μεγάλη επιρροή στην εμφάνιση υπέρτασης. Η καθιστική ζωή με απουσία σωματικής άσκησης, η μεγάλη κατανάλωση τροφών με την ανθυγιεινή διατροφή και υπερκατανάλωση θερμίδων, το υπερβολικό βάρος, το άγχος μπορούν να προκαλέσουν σημαντική αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Εκτός από τους παράγοντες που έχουν σχέση με τον τρόπο ζωής, υπάρχουν και ασθένειες που προκαλούν υπέρταση. Ασθένειες των νεφρών, συγγενείς καρδιοπάθειες, ενδοκρινολογικές ασθένειες είναι οι συχνότερες ασθένειες που προκαλούν υψηλή πίεση³⁷.

Η υπέρταση σπάνια προκαλεί συμπτώματα και η διάγνωση της γίνεται μέσω προσυμπτωματικού ελέγχου ή όταν ο ηλικιωμένος εισέρχεται για άλλο πρόβλημα στο νοσοκομείο. Υπάρχουν όμως και άτομα με υπέρταση που έχουν συμπτώματα, όπως πονοκεφάλους, ζαλάδα, ίλιγγο, εμβοές, διαταραχές στην όραση ή λιποθυμικά επεισόδια. Κατά την σωματική εξέταση μπορεί να γίνει διάγνωση υπέρτασης κατά την εξέταση του οπτικού βυθού στο πίσω μέρος του ματιού με την οφθαλμοσκόπηση, στην οποία εντοπίζεται υπερτασική αμφιβληστροειδοπάθεια. Τα ευρήματα της οφθαλμοσκόπησης μπορούν επίσης μπορούν να δείξουν πόσο καιρό υπάρχει η υπέρταση.

Στις μέρες μας υπάρχουν αρκετές κατηγορίες φαρμάκων για την αντιμετώπιση της υπέρτασης. Ο παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου και το επίπεδο αρτηριακής πίεσης του ηλικιωμένου λαμβάνονται υπόψη κατά την χορήγηση των φαρμάκων αυτών. Εάν χορηγηθεί θεραπευτική αγωγή, η 7η Κοινή Εθνική Επιτροπή για την Υπέρταση (JNC-7) του Εθνικού Ινστιτούτου Καρδιάς, Πνευμόνων και Αίματος των ΗΠΑ NHLBI συνιστά παρακολούθηση από τον ιατρό για να διαπιστώνεται η ανταπόκριση προς την αγωγή και να αξιολογούνται τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων. Η μείωση της αρτηριακής πίεσης κατά 5 mmHg μπορεί να οδηγήσει στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης εγκεφαλικού επεισοδίου κατά 34% και του κινδύνου ισχαιμικής καρδιοπάθειας κατά 21%. Η μείωση της αρτηριακής πίεσης μπορεί επίσης να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης άνοιας, καρδιοπάθειας και περιστατικών θνησιμότητας από καρδιαγγειακό νόσημα. Ο σκοπός της θεραπείας είναι η μείωση της αρτηριακής πίεσης σε λιγότερο από 140/90 mmHg και ακόμα πιο χαμηλότερα αν οι ασθενείς πάσχουν από νεφροπάθεια ή διαβήτη³⁸.

2.10. Κατακλίσεις

Η κατάκλιση είναι νέκρωση του δέρματος αλλά και των ιστών που βρίσκονται κάτω από αυτό, εξαιτίας παρατεταμένης πίεσης που ασκείται στην περιοχή. Η παρατεταμένη πίεση διακόπτει την ροή του αίματος προς τους ιστούς με αποτέλεσμα τον θάνατο των κυττάρων³⁹.

Συνήθως κάνουν την εμφάνιση τους στους ηλικιωμένους που πάσχουν από κάποια ασθένεια και πρέπει να βρίσκονται κλινήρεις. Μερικά από τα αίτια δημιουργίας κατακλίσεων είναι :

- Η μειωμένη αιμάτωση της περιοχής που προκαλείται από την τοπική ασκούμενη πίεση
- Η κακή θρέψη του ασθενούς
- Η αναιμία
- Η προχωρημένη ηλικία

- Η ακράτεια ούρων και κοπράνων
- Η μειωμένη αισθητικότητα
- Η μεγάλη διάρκεια αυτών των συνθηκών προκαλεί σταδιακή νέκρωση των ιστών και δημιουργία ελκών .

Οι κατακλίσεις περιλαμβάνουν 4 στάδια ανάλογα με την σε βάθος καταστροφή των ιστών:

- Ø **1^ο στάδιο:** Βλάβη του δέρματος. Παρατηρείται ερυθρότητα και σκληρότητα του δέρματος.
- Ø **2^ο στάδιο:** Καταστροφή της επιδερμίδας και σημαντικού τμήματος του δέρματος. Παρατηρείται ένα επιφανειακό έλκος.
- Ø **3^ο στάδιο:** Καταστροφή του δέρματος και του υποδόριου λίπους μέχρι την απονεύρωση των μυών. Παρατηρείται μια νεκρωτική εσχάρα συνήθως μαύρου η κίτρινου χρώματος.
- Ø **4^ο στάδιο:** Καταστροφή που επεκτείνεται στους μυς και φθάνει μέχρι και το υποκείμενο οστό, τένοντες, και αρθρώσεις⁴⁰.

Οι κατακλίσεις αποτελούν ένα μείζον κλινικό πρόβλημα με τεράστιο κοινωνικοοικονομικό κόστος. Η εμφάνιση των κατακλίσεων αντανακλά την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και η συχνότητα των κατακλίσεων χρησιμοποιείται ως δείκτης ποιότητάς της. Η πρόληψη των κατακλίσεων αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την αντιμετώπιση του προβλήματος. Η δημιουργία εκπαιδευτικών προγραμμάτων με γνωστικά αντικείμενα όπως η παθοφυσιολογία και οι παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης των κατακλίσεων, τα εργαλεία αξιολόγησης του κινδύνου και οι εφαρμογές τους, τα μέτρα πρόληψης και τα μέτρα θεραπείας των κατακλίσεων, θεωρούνται απαραίτητα προκειμένου να διαχειριστεί αποτελεσματικά το πρόβλημα από τους νοσηλευτές και τους επαγγελματίες υγείας³⁹.

3. Ψυχική κατάσταση της τρίτης ηλικίας

3.1. Ορισμός ψυχικής ασθένειας

Η **ψυχική ασθένεια** είναι ένα μοτίβο σκέψης ή συμπεριφοράς, ή μια ανωμαλία η οποία προκαλεί πόνο ή και ανικανότητα, και η οποία δεν είναι αναπτυξιακά ή κοινωνικά καθορισμένη. Η ψυχική ασθένεια καθορίζεται γενικά από ένα συνδυασμό, του πώς ένα άτομο αισθάνεται, ενεργεί, σκέπτεται ή αντιλαμβάνεται. Είναι δυνατόν να σχετίζεται με συγκεκριμένες περιοχές ή λειτουργίες του εγκεφάλου ή και του υπόλοιπου νευρικού συστήματος, συχνά σε ένα κοινωνικό πλαίσιο. Η αναγνώριση και η κατανόηση των ψυχικών διαταραχών έχει τροποποιηθεί με το πέρασμα των χρόνων και ανά τον κόσμο και υπάρχουν ακόμη ποικίλοι ορισμοί, αποτιμήσεις και ταξινομήσεις, αν και καθορισμένα καθοδηγητικά κριτήρια χρησιμοποιούνται ευρέως. Σε πολλές περιπτώσεις, παρουσιάζεται μια συνέχεια μεταξύ ψυχικής υγείας και ψυχικής ασθένειας, πράγμα που κάνει τη διάγνωση δύσκολη. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), πάνω από το ένα τρίτο των ανθρώπων στις περισσότερες χώρες αναφέρουν προβλήματα σε κάποιο σημείο της ζωής τους τα οποία ταιριάζουν στα κριτήρια διάγνωσης ενός ή περισσότερων από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές⁴¹.

Τα αίτια των ψυχικών διαταραχών ποικίλλουν και σε κάποιες περιπτώσεις δεν είναι ξεκάθαρα, και κάποιες θεωρίες συγχωνεύουν ευρήματα από ένα ευρύ φάσμα πεδίων. Οι υπηρεσίες βασίζονται σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, στις ψυχιατρικές κλινικές των γενικών νοσοκομείων ή σε δομές ψυχικής υγείας στην κοινότητα, και η αποτίμηση γίνεται από ψυχιάτρους, κλινικούς ψυχολόγους, νοσηλευτές ψυχικής υγείας, κλινικούς κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι χρησιμοποιούν διάφορες μεθόδους, αλλά συχνά βασίζονται στην παρατήρηση και στις ερωτήσεις. Η κλινική θεραπεία παρέχεται από ποικίλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η ψυχοθεραπεία και η ψυχιατρική θεραπευτική αγωγή είναι δύο κύριες επιλογές θεραπείας, όπως είναι η κοινωνική παρέμβαση, η ισότιμη υποστήριξη και η αυτοβοήθεια. Σε μια μειονότητα των περιπτώσεων μπορεί να υπάρξει ακούσιος περιορισμός ή ακούσια θεραπεία, όπου η νομοθεσία το επιτρέπει. Το στίγμα και η διάκριση μπορεί να προσθέσει στον πόνο και ανικανότητα σχετιζόμενη με τις ψυχικές διαταραχές (ή με το να έχει διαγνωσθεί κάποιος με μια ψυχική διαταραχή ή με το να κρίνεται για αυτό), πράγμα που οδηγεί σε διάφορες κοινωνικές κινητοποιήσεις που προσπαθούν να αυξήσουν την κατανόηση και να αντικρούσουν τον κοινωνικό αποκλεισμό. Η πρόληψη εμφανίζεται πλέον σε κάποιες στρατηγικές της ψυχικής υγείας⁴².

Ψυχικές ασθένειες αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Αυτό μπορεί να συνδέεται με τα γονίδια και την εμπειρία. Το τι θεωρείται ως ψυχική ασθένεια έχει αλλάξει με την πάροδο του χρόνου. Το τι θεωρείται ότι είναι μία ψυχική ασθένεια μπορεί να αλλάξει σε μία διαφορετική κουλτούρα. Τα άτομα με ψυχική ασθένεια έχουν μερικές φορές δυσκολίες επικοινωνίας μαζί με άλλους ανθρώπους, ή με το να ακολουθήσουν αυτό που ονομάζεται *φυσιολογική ζωή*. Θεραπεία και ορισμένα φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα με ορισμένες ψυχικές ασθένειες να ζήσουν μία καλύτερη ζωή⁴¹.

3.2. Καταθλιπτικές διαταραχές

Η κατάθλιψη ανήκει στις διαταραχές της διάθεσης, στις οποίες η κλινική εικόνα χαρακτηρίζεται από παθολογική διάθεση και συνοδές διαταραχές. Ο ηλικιωμένος αισθάνεται θλίψη και έχει συχνά μελαγχολικές τάσεις. Η κατάθλιψη η οποία έχει μεγάλη διάρκεια δεν είναι μια φυσιολογική μεταβολή που εμφανίζεται με την γήρανση. Οι ηλικιωμένοι συνήθως πάσχουν από ήπια κατάθλιψη. Αυτού του είδους η κατάθλιψη δεν έχει όλα τα χαρακτηριστικά ώστε να χαρακτηριστεί ως μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Η ήπια καταθλιπτική διαταραχή αν δεν θεραπευτεί μπορεί να καταλήξει σε μείζων με αποτέλεσμα τον μεγάλο κίνδυνο αυτοκτονικότητας⁴².

Δεν υπάρχει κανένα αίτιο που προκαλεί κατάθλιψη. Κάποιες έρευνες δείχνουν ότι μπορεί να υπάρχει κάποιος γενετικός σύνδεσμος στην διαταραχή. Βιολογικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες παίζουν τον ρόλο τους στην κατάθλιψη στους ηλικιωμένους. Τα ακόλουθα συμβάλλουν στην πρόκληση της κατάθλιψης :

- Μειωμένα επίπεδα νευροδιαβιβαστών στον εγκέφαλο, όπως σεροτονίνη και νορεπινεφρίνη
- Οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης
- Τραυματικά συμβάντα, όπως κακοποίηση ή θάνατος κάποιου αγαπημένου προσώπου

Επιπλοκές που σχετίζονται με την γήρανση μπορεί να συμβάλλουν επίσης, όπως :

- Μειωμένη κινητικότητα
- Απομόνωση
- Φόβος θανάτου
- Οικονομικά προβλήματα
- Χρόνιες παθήσεις
- Κακοποίηση ηλικιωμένου⁴³

Η κατάθλιψη είναι κάτι παραπάνω από το να νιώθει λυπημένος κάποιος. Επηρεάζει όλο το άτομο, όπως την σκέψη τους, τα συναισθήματα τους και την σωματική τους υγεία. Τα πιο συνηθέστερα συμπτώματα που περιλαμβάνει η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι :

Σωματικές διαταραχές

- Αλλαγές στην όρεξη, με αποτέλεσμα την αύξηση ή μείωση του βάρους του ηλικιωμένου
- Διαταραχές στον ύπνο, με δυσκολία στο να κοιμηθεί, να μένει ξύπνιος ή να κοιμάται πολύ
- Ύπνος κακής ποιότητας
- Μειωμένη ενέργεια με αίσθημα αδυναμίας και σωματικής κούρασης
- Ξαφνικός πόνος, πονοκέφαλος, πόνους στους μυς
- Στομαχικές διαταραχές

Αλλαγές στην σκέψη

- Οι σκέψεις μπορεί να είναι αποδιοργανωμένες ή υπολειτουργικές με συνέπεια να είναι δύσκολο για αυτούς να σκεφτούν, να συγκεντρωθούν και να θυμηθούν πληροφορίες.
- Δύσκολο στο να παίρνουν αποφάσεις και για αυτό αποφεύγονται
- Ψυχωτικοί ιδεασμοί
- Γίνεται σκληρός και άδικος κριτής του εαυτού του και των άλλων
- Σε πολύ προχωρημένες καταστάσεις μπορεί να χάσει την αίσθηση με την πραγματικότητα και να έχει ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις.
- Αυτοκτονικοί ιδεασμοί και απόπειρες να βλάψουν τον εαυτό τους

Συναισθηματικές αλλαγές

- Απώλεια ενδιαφέροντος από δραστηριότητες που παλιά τους έφερναν ευχαρίστηση.
- Αισθήματα αναξιοσύνης και ενοχής.
- Απώλεια αυτοεκτίμησης.
- Αίσθημα λύπης που μπορεί να χειροτερεύσει το πρωί που σηκώνεται.
- Κλαίει χωρίς κάποιον συγκεκριμένο λόγο.
- Ενόχληση, ανησυχία και θυμός.

Αλλαγές στην συμπεριφορά

- Απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες.
- Ανικανότητα να πάρει σημαντικές αποφάσεις
- Μειωμένη φυσική δραστηριότητα και άσκηση
- Μειωμένη ατομική υγιεινή
- Αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών⁴⁴

Για την θεραπεία των ηλικιωμένων με κατάθλιψη απαιτείται μια ολιστική προσέγγιση. Στο πλαίσιο της θεραπείας εφαρμόζονται συνδυαστικά διάφορες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις όπως γνωσιακές συμπεριφορικές θεραπείες, οικογενειακή θεραπεία, ατομικές θεραπείες συζητήσεις ανάλογα με τις ανάγκες του ηλικιωμένου. Παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή και ανάλογα τα συμπτώματα επιλέγονται επίσης μέθοδοι σωματικής και δημιουργικής θεραπείας, χαλάρωσης και αντιμετώπισης του άγχους σε διάφορους συνδυασμούς⁴⁵.

3.3. Διπολική διαταραχή στην τρίτη ηλικία

Όσο ο πληθυσμός γερνά, ο αριθμός των ηλικιωμένων οι οποίοι πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες όλο και αυξάνεται. Η μανιοκατάθλιψη στην τρίτη ηλικία είναι ένα πολύπλοκο νευροψυχιατρικό σύνδρομο με θεραπευτικές και διαγνωστικές προκλήσεις, η οποία χαρακτηρίζεται από χαμηλά και υψηλά επίπεδα διάθεσης. Συνήθως γίνεται λάθος διάγνωση με αποτέλεσμα τα περιστατικά των ηλικιωμένων να είναι περισσότερα από ό,τι αναφέρονται. Η αντίληψη πως η διπολική διαταραχή εξαντλείται με την πάροδο του χρόνου είναι περισσότερο ένας μύθος παρά η πραγματικότητα. Συνήθως αρχίζει στη μέση ενήλικη ζωή, παραμένει μια ευπάθεια για υποτροπή και έτσι οι ασθενείς με ιστορικό διπολικής διαταραχής I μπορεί να παρουσιάσουν όψιμα ένα μανιακό επεισόδιο. Οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από αυτή την διαταραχή συχνά συναντούν σοβαρή ανικανότητα λειτουργικότητας, οικονομικά προβλήματα, ιδεασμούς αυτοκτονίας και σημαντικά μειωμένη ποιότητα ζωής⁴⁶.

Τα μανιακά επεισόδια στους ηλικιωμένους συνήθως εμφανίζονται με σύγχυση, αποπροσανατολισμό, απόσπαση προσοχής, ανεβασμένη, διαχυτική ή ευφορική διάθεση. Εξωπραγματικά σχέδια σε σχέση με τα οικονομικά του, υψηλή αυτοπεποίθηση και προκλητικούς ισχυρισμούς ότι έχει δίκιο, όταν η πραγματικότητα είναι άλλη.

Η παρουσία νευρικότητας, αϋπνίας και επιθετικής ή παρανοϊκής συμπεριφοράς μπορεί να οδηγήσουν σε λανθασμένη διάγνωση της άνοιας ή της καταθλιπτικής διαταραχής. Το λίθιο κυρίως, είναι η θεραπεία εκλογής. Η χορήγησή του πρέπει να παρακολουθείται προσεκτικά εξαιτίας της ελάττωσης της νεφρικής κάθαρσης στους ηλικιωμένους. Η μανία μπορεί να συνδέεται με άλλες παθολογικές διαταραχές όπως υπερθυρεοειδισμός, εγκεφαλικό ή άνοια. Επίσης, σχετίζεται με διάφορες φαρμακευτικές αγωγές όπως στεροειδή, οιστρογόνα, αντικαταθλιπτικά και άλλους παράγοντες που επηρεάζουν το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Οι δυσκολίες για την αναγνώριση της διαταραχής, η φροντίδα ήδη παθολογικών καταστάσεων, οι σχετιζόμενες με την ηλικία παρενέργειες στη θεραπεία και η συχνότητα που σχετίζονται οι δομικές αλλαγές του εγκεφάλου κάνουν την επιλογή θεραπείας όλο και πιο δύσκολη⁴⁷.

Ψυχοεκπαιδευτική και ψυχοθεραπευτική υποστήριξη είναι πολύ σημαντικά κριτήρια στην αντιμετώπιση της διπολικής διαταραχής στους ηλικιωμένους. Είναι πολύ κρίσιμα για μια επιτυχή θεραπεία και πρέπει να είναι διαθέσιμα στους ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να δίνουν πληροφορίες για την διαταραχή. Επίσης, η φαρμακευτική αγωγή είναι σημαντικό στοιχείο της θεραπείας. Παρόλο που η διπολική διαταραχή είναι χρόνια ασθένεια, συχνά τα συμπτώματα μειώνονται με φαρμακευτική παρέμβαση^{48,49}.

3.4. Αγχώδεις διαταραχές

Το άγχος είναι μια κατάσταση που όλες οι ηλικιακές ομάδες βιώνουν πολύ ή λίγο και λειτουργεί ως προειδοποιητικό σημάδι για τον οργανισμό απέναντι στον επικείμενο κίνδυνο. Βοηθά το άτομο να εξοικειωθεί στα αρνητικά και θετικά συμβάντα, τα οποία προκύπτουν και δημιουργεί μηχανισμούς κινητοποίησης και προστασίας. Οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν από τα πιο σοβαρά προβλήματα στην τρίτη ηλικία, τα οποία τις περισσότερες φορές μπορεί

να είναι σιωπηλά ή δύσκολα στο να διαγνωστούν όσο οι ηλικιωμένοι τείνουν να σωματοποιούν ψυχιατρικά προβλήματα, έχουν πολλαπλά ψυχοσωματικά θέματα και παρουσιάζουν διαφορετικά το άγχος από τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες. Οι αγχώδεις διαταραχές στην τρίτη ηλικία είναι δυο φορές συνηθέστερη από ότι η άνοια στους ηλικιωμένους, και τέσσερις με οχτώ φορές πιο συνήθεις από ότι οι μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές, οι οποίες έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής, στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα στους ηλικιωμένους. Η θεραπεία του γηριατρικού άγχους είναι μια πρόκληση που γεννά ανησυχίες για τις παρενέργειες που προκαλούνται από την θεραπεία στους ανάπηρους ή στους παθολογικά άρρωστους ηλικιωμένους⁵⁰.

Οι τύποι των αγχωδών διαταραχών είναι:

1. **Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή** : Παρουσιάζεται στο 90% των περιπτώσεων. Η Γ.Α.Δ. είναι μια ψυχική διαταραχή με κύρια χαρακτηριστικά της το υπερβολικό άγχος, ανησυχία ή σωματικά συμπτώματα που διαρκούν έξι μήνες ή παραπάνω που το άτομο δεν μπορεί να το διαχειριστεί με αποτέλεσμα να προκαλεί μειωμένη λειτουργικότητα στην καθημερινότητά του και διαταραχές στον ύπνο. Συχνά συνδέεται με τραυματικές εμπειρίες όπως είναι οι πτώσεις ή κάποια σοβαρή ασθένεια. Συνήθως οι ηλικιωμένοι με Γ.Α.Δ. παραπονιούνται ότι έχουν σωματικούς πόνους και αρνούνται ότι έχουν ψυχολογικά προβλήματα.
2. **Διαταραχή πανικού**: Οι ηλικιωμένοι νιώθουν τρόμο ο οποίος είναι ξαφνικός και εμφανίζεται επανειλημμένα χωρίς κάποια προειδοποίηση. Συμπτώματα της κρίσης πανικού είναι η έντονη εφίδρωση, πόνος στο στήθος, ταχυπαλμία και αίσθημα ότι παθαίνει ασφυξία.
3. **Κοινωνική αγχώδης διαταραχή**: Χαρακτηρίζεται από αυξημένη ανησυχία και τύψεις για καθημερινές κοινωνικές καταστάσεις. Ο ηλικιωμένος ανησυχεί μήπως λάβει αρνητική κριτική ή γελοιοποιηθεί από τους άλλους.
4. **Ειδικές φοβίες**: Ένας έντονος φόβος του ηλικιωμένου για μια κατάσταση (πτώσεις) ή κάποιο αντικείμενο. Μπορεί να αποσυρθεί ο ηλικιωμένος ανάλογα με τον βαθμό του φόβου του.
5. **Μετατραυματική και οξεία διαταραχή στρες**: Το άγχος οφείλεται σε εξαιρετικά στρεσογόνα γεγονότα. Το γεγονός αναβιώνεται στα όνειρα και στις νοερές αναδρομές του ατόμου⁵¹

Τα συμπτώματα διαφοροποιούνται ανάλογα με το είδος της αγχώδους διαταραχής, τα γενικότερα όμως είναι :

- Δύσπνοια
- Ταχυπαλμία
- Διαταραχές ύπνου
- Συναισθήματα φόβου, πανικού και ανησυχίας
- Κρύα ιδρωμένα χέρια ή πόδια
- Ανικανότητα του ατόμου να χαλαρώσει
- Ναυτία, ζάλη
- Μούδιασμα στα χέρια ή στα πόδια⁴⁵

Για την καλύτερη αντιμετώπιση των αγχωδών διαταραχών θα πρέπει να υπάρχει πολύ καλή επικοινωνία ανάμεσα ιατρού – ασθενή. Η θεραπεία αρχίζει με την υποστήριξη της οικογένειας και με συμβουλευτική. Όλα τα οργανικά αίτια θα πρέπει να θεραπεύονται και τα φάρμακα που μεγιστοποιούν το άγχος θα πρέπει να αποφεύγονται ή να περιορίζεται η δόση

τους. Η φαρμακευτική αγωγή είναι αρκετά αποτελεσματική μόνο όταν παρακολουθείται συχνά από τον ιατρό και είναι εξατομικευμένη για τον κάθε ασθενή⁵².

3.5. Ανοϊκές διαταραχές

Η άνοια είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων, που προκαλούνται από διαταραχές που επηρεάζουν τη σκέψη, τη συμπεριφορά και την ικανότητα του ατόμου να συμμετέχει στις καθημερινές του ασχολίες λόγω της μειωμένης γνωστικής ικανότητας του ηλικιωμένου.

Η διάγνωση της άνοιας γίνεται όταν δυο ή περισσότερες γνωστικές λειτουργίες έχουν επηρεαστεί σημαντικά. Στις γνωστικές λειτουργίες περιλαμβάνονται η μνήμη, η κατανόηση πληροφοριών, οι δεξιότητες στον προφορικό λόγο, η κατανόηση του χώρου, η κρίση και η προσοχή. Οι ηλικιωμένοι με άνοια έχουν δυσκολία στο να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους και στη λήψη αποφάσεων. Στις συμπεριφορολογικές διαταραχές περιλαμβάνονται διέγερση, κινητική ανησυχία, περιπλανήσεις, οργή, βίαιη συμπεριφορά, κραυγές, κοινωνική και σεξουαλική άρση αναστολών, διαταραχές ύπνου και παραληρητικές ιδέες. Τα συμπτώματα που θα εμφανίσει κάθε ηλικιωμένος εξαρτώνται από τις περιοχές του εγκεφάλου που έχουν υποστεί βλάβη. Σε αρκετές μορφές άνοιας, συχνά τα νευρικά κύτταρα χάνουν τη σύνδεση τους με τα άλλα, με αποτέλεσμα να εκφυλίζονται και να πεθαίνουν. Η άνοια εξαπλώνεται σταδιακά στον εγκέφαλο και τα συμπτώματα του ηλικιωμένου επιδεινώνονται με το πέρασμα του χρόνου⁵³.

Υπάρχουν πολλές ασθένειες που προκαλούν άνοια, στα περισσότερα περιστατικά όμως η αιτιολογία είναι άγνωστη. Οι πιο συνηθισμένες μορφές άνοιας είναι :

Νόσος Alzheimer

Είναι η πιο συχνή μορφή άνοιας. Παρουσιάζει μια σταδιακή μείωση των γνωστικών λειτουργιών που αρχίζει με την έκπτωση μνήμης. Η νόσος Alzheimer χαρακτηρίζεται από δυο ανωμαλίες στον εγκέφαλο – αμυλοειδείς πλάκες και νευροϊνδιακές αλλοιώσεις .

Αγγειακή άνοια

Η αγγειακή άνοια είναι η γνωστική δυσλειτουργία, η οποία προκαλείται από βλάβη στα αιμοφόρα αγγεία του εγκεφάλου. Μπορεί να προκληθεί από ένα ή περισσότερα αιφνίδια ισχαιμικά επεισόδια (transient ischaemic attacks TIAs). Τα συμπτώματα μεταβάλλονται ανάλογα τη θέση και το μέγεθος της βλάβης του εγκεφάλου. Η αγγειακή άνοια μπορεί να δείχνει όμοια με την νόσο Alzheimer ή μπορεί και οι δυο να συνυπάρχουν.

Άνοια με Λιούη σώματα

Η νόσος αυτή χαρακτηρίζεται από την παρουσία Λιούη σωμάτων, τα οποία είναι ανώμαλες μάζες πρωτεΐνης άλφα - συνουκλείνης που αναπτύσσονται μέσα στα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου. Αυτές οι μάζες εμφανίζονται σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου και αλλάζουν την κίνηση, σκέψη και συμπεριφορά.

Άνοια Πρόσθιου Εγκεφαλικού λοβού

Η άνοια πρόσθιου εγκεφαλικού λοβού χαρακτηρίζεται από προοδευτική βλάβη στο μετωπικό ή και κροταφικό λοβό του εγκεφάλου. Υπάρχουν δυο κύριες εκδηλώσεις αυτής της άνοιας :

- Ø Μετωπική , η οποία εμφανίζεται με αλλαγές συμπεριφοράς και προσωπικότητας
- Ø Κροταφική, η οποία εμφανίζεται με διαταραχές στον προφορικό λόγο.

Οι πρώιμες εκδηλώσεις της άνοιας

- Ø Προοδευτική απώλεια μνήμης
- Ø Σύγχυση
- Ø Αλλαγή προσωπικότητας
- Ø Απάθεια και απόσυρση
- Ø Προοδευτική απώλεια της ικανότητας να εκτελεί καθημερινές ασχολίες⁵⁴

3.6. Παραληρητική διαταραχή στους ηλικιωμένους

Το Παραλήρημα είναι ένα συνηθισμένο ιατρικό πρόβλημα που χαρακτηρίζεται από αλλαγές στη νοητική λειτουργία και εμφανίζεται πιο συχνά μεταξύ των ηλικιωμένων. Όταν εκδηλωθεί παραλήρημα, οι άνθρωποι παθαίνουν σύγχυση και μπορεί είτε να είναι πολύ ταραγμένοι είτε να είναι ήσυχοι και σε κατάσταση υπνηλίας. Η έναρξη του παραληρήματος είναι πάντα αιφνίδια. Διαρκεί συνήθως μόνο λίγες ημέρες αλλά μπορεί να επιμείνει για μεγαλύτερες περιόδους. Μπορεί να είναι μια σοβαρή κατάσταση⁵⁵.

Περίπου το ένα πέμπτο των ηλικιωμένων που μπαίνουν στο νοσοκομείο, και οι μισοί σχεδόν οικότροφοι σε γηροκομεία θα πάθουν παραλήρημα σε κάποιο στάδιο της περιόδου που χρειάζονται φροντίδα. Το παραλήρημα συνήθως διαρκεί μόνο λίγες ημέρες αλλά ορισμένες φορές συνεχίζεται για εβδομάδες ή ακόμη και μήνες. Αν δεν περάσει γρήγορα, το παραλήρημα μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές, όπως πτώσεις, έλκη κατάκλισης, παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο, ή ακόμη και θάνατο⁵⁶.

Το παραλήρημα συνδέεται γενικά με μια προϋπάρχουσα σωματική ασθένεια. Ωστόσο, δεν είναι πάντα δυνατό να βρεθεί η αιτία. Η θεραπευτική ομάδα θα κάνει λεπτομερή αξιολόγηση για να ανιχνεύσει και να χορηγήσει θεραπευτική αγωγή για την προϋπάρχουσα αιτία του παραληρήματος. Η θεραπευτική αγωγή αποβλέπει επίσης στη μείωση του κινδύνου επιπλοκών και τον περιορισμό των συμπτωμάτων⁵⁵.

Τα συμπτώματα :

Οι άνθρωποι που έχουν παραλήρημα μπορεί:

- Ø να φαίνονται μπερδεμένοι και να ξεχνούν εύκολα.
- Ø να μην μπορούν να δώσουν προσοχή σε κάτι .
- Ø να μη συμπεριφέρονται ως συνήθως.

- Ø να είναι είτε πολύ ταραγμένοι, είτε ήσυχoi και απαθείς ή μισοκοιμισμένοι.
- Ø να μην είναι σίγουροι για την ώρα της ημέρας ή το πού βρίσκονται.
- Ø να παρουσιάζουν αλλαγές στις συνήθειες ύπνου, όπως να μένουν ξύπνιοι κατά τη διάρκεια της νύχτας και να έχουν υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας
- Ø να αισθάνονται φοβισμένοι, ανήσυχoi, εκνευρισμένοι, θυμωμένοι ή στενοχωρημένοι
- Ø να βλέπουν ανύπαρκτα πράγματα, αλλά να τους φαίνονται πολύ αληθινά
- Ø να χάνουν τον έλεγχο της ούρησης ή αφόδευσης⁵⁷.

Αίτια παραληρήματος :

- Ø λοίμωξη (συμπεριλαμβανομένης της ουρολοίμωξης σε άνδρες ή γυναίκες)
- Ø πολλαπλές σωματικές ασθένειες(κώφωση)
- Ø δυσκοιλιότητα
- Ø αφυδάτωση/υποσιτισμό
- Ø σοβαρό πόνο
- Ø φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων που διατίθενται χωρίς ιατρική συνταγή
- Ø ο θάνατος του/της συζύγου
- Ø η απώλεια δραστηριοτήτων
- Ø η κοινωνική απομόνωση
- Ø μεγάλη κατανάλωση οινοπνευματωδών
- Ø απόσυρση από το αλκοόλ ή φάρμακα, ιδίως χάπια ύπνου⁵⁸

3.7. Σχιζοφρένεια στους ηλικιωμένους

Τα συμπτώματα παράνοιας που εκδηλώνονται στην τρίτη ηλικία είναι αρκετά συνήθη. Μπορεί να δηλώσουν οξεία αλλαγή της ψυχιατρικής κατάστασης τους, που αντιστοιχούν σε συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας, ή εξισώνονται σε μια υποβόσκουσα συναισθηματική διαταραχή ή ψύχωση. Οι επιπλοκές των συμπτωμάτων της παράνοιας είναι πολύ σημαντικές και επηρεάζουν τους ασθενείς, τις οικογένειες τους και το προσωπικό που τους φροντίζει⁵⁹.

Ιδέες δίωξης και η εμπειρία του να πιστεύουν ότι ζουν σε ένα αφιλόξενο περιβάλλον αυξάνει το άγχος, τις ανασφάλειές τους και την αναστάτωση τους όταν περιβάλλονται από

άλλα άτομα. Οι επακόλουθες συμπεριφορές αντίστασης και αναταραχής, αποξενώνουν την οικογένεια και αφήνουν το προσωπικό αγχωμένο και κουρασμένο από τις αυξημένες απαιτήσεις της φροντίδας ενός τέτοιου ασθενούς⁶⁰.

Άτομα με παράνοια συνήθως έχουν συμπτώματα τα οποία δεν κυριαρχούν στην ψυχική υγεία του ηλικιωμένου και είναι αόρατα. Ακόμα και αρκετές επισκέψεις στον ψυχίατρο, είναι δύσκολο να αποκαλυφθούν τα συμπτώματα που επηρεάζουν την ψυχική υγεία του. Σημαντικό ρόλο παίζει οι πληροφορίες που θα έχουν ληφθεί να μην είναι μόνο από τον ασθενή, αλλά και από τους συνοδούς του⁵⁹.

Συμπτώματα :

- Ø Παράλογες υποψίες και δυσπιστία στις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους που συνοδεύονται από θυμό, οργή, μίσος, εχθρότητα και κατάχρηση εμπιστοσύνης.
- Ø Οι ασθενείς αδυνατούν να αναγνωρίσουν τα δικά τους υπερβολικά, ατεκμηρίωτα, αρνητικά αισθήματα που έχουν έναντι των άλλων ανθρώπων.
- Ø Άκαμπτη και απροσάρμοστη συμπεριφορά που μπορεί να ενοχλεί και να προκαλεί το θυμό άλλων.
- Ø Υπερβολική ευθιξία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, κοινωνική απομόνωση, δυσκολία συνεργασίας με άλλους.
- Ø Αμυντική συμπεριφορά του ατόμου που προκύπτει λόγω ότι φαντάζεται ότι υπόκειται σε κριτική, φόβων ότι οι άλλοι τον παραπλανούν ή τον εκμεταλλεύονται χωρίς να υπάρχουν λογικές ενδείξεις ή αποδείξεις για κάτι τέτοιο.
- Ø Απότομη, πεισματική, φιλόνηκη, τελειοθηρική, στενόμυαλη συμπεριφορά του ατόμου που θέλει να έχει πάντα δίκαιο.
- Ø Οι παρανοϊκοί δυσκολεύονται ή δεν μπορούν να συγχωρούν και να ξεχθούν μια διαφορά.
- Ø Δυνατότητα βίαιης συμπεριφοράς.

Αίτια :

- Ø Το εξωτερικό περιβάλλον και η κοινωνική απομόνωση
- Ø Το άγχος και η κατάθλιψη
- Ø Σωματικές ασθένειες όπως νόσο του Huntington, Alzheimer's και άλλες μορφές άνοιας. Επίσης, η απώλεια ακοής μπορεί να εμφανίσει παρανοϊκούς ιδεασμούς σε μερικούς ηλικιωμένους.
- Ø Έλλειψη ύπνου.
- Ø Η χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών⁶¹.

Η συμπεριφορική θεραπεία της σχιζοφρένειας θέλει να πετύχει ο ηλικιωμένος να επηρεάζεται ήπια από την κριτική και να γίνεται πιο κοινωνικός. Επίσης χορηγούνται και φάρμακα όπως αγχολυτικά και αντιψυχωτικά, συνήθως όμως οι ασθενείς αρνούνται να

ακολουθήσουν την αγωγή τους λόγω της επιφυλακτικότητας που έχουν προς το προσωπικό. Τα φάρμακα πρέπει να χορηγούνται στις μικρότερες δόσεις με την καλύτερη απόδοση⁶².

3.8. Πένθος – απώλεια αγαπημένου προσώπου

Πένθος ονομάζεται το συναίσθημα λύπης και θλίψης που νοιώθει κάποιος όταν του συμβεί κάποια μεγάλη συμφορά. Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου συνοδεύεται πάντα από έντονη θλίψη και επώδυνα συναισθήματα. Ο πόνος, οι αναμνήσεις και τα αναπάντητα ερωτήματα μπορεί να προβληματίζουν τον ηλικιωμένο. Όταν το άτομο χάνει ένα αγαπημένο του πρόσωπο, το πένθος είναι η φυσιολογική απόκριση στην επώδυνη αυτή εμπειρία. Όσο μεγαλύτερη είναι η απώλεια, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ένταση του πένθους. Ο κάθε άνθρωπος βιώνει την απώλεια με διαφορετικό τρόπο. Ο τρόπος αυτός εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η προσωπικότητα του ατόμου, το είδος της απώλειας, οι ψυχικοί μηχανισμοί άμυνας που διαθέτει, οι εμπειρίες της ζωής του και η ηλικία του.

Οι ηλικιωμένοι, που βιώνουν την οδυνηρή εμπειρία της απώλειας του αγαπημένου συντρόφου τους, αντιμετωπίζουν διπλάσιο κίνδυνο να πάθουν εγκεφαλικό ή έμφραγμα μέσα στον επόμενο κρίσιμο μήνα, σύμφωνα με μια βρετανική επιστημονική έρευνα. Η νέα μελέτη έρχεται να επιβεβαιώσει ευρήματα προηγούμενων ερευνών ότι το πένθος αποτελεί παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου στην τρίτη ηλικία⁶³.

Οι ερευνητές, με επικεφαλής τον Ίαν Κάρει του πανεπιστημίου St. George's του Λονδίνου, που έκαναν τη σχετική δημοσίευση στο περιοδικό του Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου «JAMA Internal Medicine», ανέλυσαν στοιχεία για σχεδόν 30.500 ανθρώπους ηλικίας 60 έως 89 ετών, οι οποίοι έχασαν τον/την σύντροφό τους μεταξύ των ετών 2005-2012. Η μελέτη έδειξε ότι 16 ανά 10.000 άτομα έπαθαν έμφραγμα ή εγκεφαλικό μέσα στις 30 επόμενες ημέρες μετά την απώλειά τους, έναντι οκτώ ανά 10.000 ατόμων που είχαν ανάλογο καρδιαγγειακό επεισόδιο μεταξύ του γενικού πληθυσμού (δηλαδή το ποσοστό ήταν διπλάσιο)⁶⁴.

Ο αυξημένος κίνδυνος για το καρδιαγγειακό σύστημα των πενθούντων ανθρώπων αρχίζει να μειώνεται μετά τις 30 μέρες. Το πένθος λόγω της απώλειας δημιουργεί σημαντικό στρες στον οργανισμό του ηλικιωμένου, πράγμα που μπορεί να αυξήσει την πηκτικότητα του αίματος, την αρτηριακή πίεση, τις ορμόνες του στρες, τους καρδιακούς παλμούς κ.α. Επιπλέον, οι πενθούντες συχνά αμελούν να πάρουν τα φάρμακά τους, όπως αυτά που μειώνουν την χοληστερόλη⁶⁵.

4. Συνύπαρξη σωματικής και ψυχικής ασθένειας στην τρίτη ηλικία

4.1. Εισαγωγή

Η συνύπαρξη ή συννοσηρότητα, όπως αποκαλείται στην ιατρική ορολογία, μιας σωματικής ασθένειας με μια ψυχική διαταραχή, είναι δυστυχώς συχνό φαινόμενο. Είτε πρόκειται για την περίπτωση όπου η εμφάνιση μιας σωματικής ασθένειας συνδέεται με μια προϋπάρχουσα ψυχική παθολογία, είτε για την περίπτωση όπου μια ψυχική νόσος «επικάθεται» σε μια σωματική ασθένεια, αυτό έχει επιβαρυντικές συνέπειες για την πορεία και την έκβαση της υγείας του ασθενούς, τόσο τη σωματική όσο και τη ψυχική. Είναι ένα γεγονός που υπογραμμίζει την άρρηκτη σύνδεση της ψυχικής με τη σωματική υγεία, καθώς και την ανάγκη μιας σφαιρικής, ολιστικής προσέγγισης στη φροντίδα του ηλικιωμένου.

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας επηρεάζουν την κατάσταση της σωματικής υγείας του ηλικιωμένου. Η συχνά επιδεινωμένη, λόγω της ψυχικής νόσου, ποιότητα ζωής του, η αδυναμία να υιοθετήσει τα κατάλληλα μέτρα πρόληψης και προάσπισης της υγείας του ή η ανεπαρκής αναγνώριση και θεραπευτική αντιμετώπιση σωματικών προβλημάτων έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του κινδύνου για σωματικές ασθένειες σε ηλικιωμένους με ψυχικές διαταραχές. Τα άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες παρουσιάζουν δυο έως τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν διαβήτη ή άλλους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα και μόλις ένας στους τρεις παρουσιάζει κανονικό βάρος⁶⁶.

Η ψυχική διαταραχή κάποιες φορές εκδηλώνεται σαν αποτέλεσμα μιας σωματικής νόσου, «εκφράζοντας» τη δυσκολία των ψυχολογικών μηχανισμών του ατόμου να ανταπεξέλθουν στην κατάσταση κρίσης στην οποία τίθενται από μια σοβαρή, χρόνια και πιθανώς απειλητική για την ζωή σωματική ασθένεια. Η κατάθλιψη είναι η κατεξοχήν ψυχική νόσος που σχετίζεται με σωματικά προβλήματα υγείας, όπως οι νεοπλασματικές ασθένειες. Επίσης, ο κίνδυνος ανάπτυξης κατάθλιψης διπλασιάζεται σε άτομα με διαβήτη. Κατάθλιψη εμφανίζουν το 70% των πασχόντων από καρδιαγγειακή νόσο, ενώ σε μικρότερη αλλά επίσης ανησυχητική συχνότητα η κατάθλιψη και οι συναισθηματικές διαταραχές συνδέονται με το εγκεφαλικό επεισόδιο, τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, την αρθρίτιδα και την παχυσαρκία⁶⁷.

Και σε αυτή την περίπτωση, της συνύπαρξης ψυχικών και σωματικών ασθενειών, το στίγμα είναι ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια στην αποτελεσματική αντιμετώπιση τους. Περίπου τα δυο τρίτα των ηλικιωμένων με ψυχικές διαταραχές δεν αναζητούν θεραπεία, κυρίως λόγω του στίγματος. Οι στιγματικές πεποιθήσεις που υπάρχουν διάχυτες για τη ψυχική ασθένεια αποτελούν τη βασική αιτία που αποτρέπει από την αποδοχή ενός προβλήματος ψυχικής υγείας κατ' επέκταση, τη θεραπευτική του αντιμετώπιση. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου ο ηλικιωμένος δυσκολεύεται να αποδεχτεί την ψυχογενή φύση των

συμπτωμάτων του, αποδίδοντας τα σε κάποια σωματική αιτιολογία. Ακόμα και ο γιατρός στον οποίο απευθύνεται υποδεικνύει την παραπομπή σε έναν ειδικό ψυχικής υγείας.

Από κει και πέρα, η αναγνώριση ενός προβλήματος ψυχικής υγείας πολύ συχνά οδηγεί στον στιγματισμό του ηλικιωμένου, επιβαρύνοντας επιπρόσθετα την ψυχολογική του κατάσταση και μπερδεύοντας την έκβαση της θεραπείας του⁶⁶.

Εκτός από τις επιπτώσεις στην προσωπική ευεξία και ποιότητα ζωής του ηλικιωμένου και της οικογένειάς του, τα προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας έχουν τεράστιο αντίκτυπο στην κοινωνία συνολικά. Οι δαπάνες για τα προβλήματα ψυχικής υγείας, στην Ευρωπαϊκή Ένωση μόνο, έχει εκτιμηθεί ότι ανέρχονται σε 436 εκατομμύρια ευρώ ετησίως. Οι πρόσθετες δαπάνες για προβλήματα σωματικής υγείας σε ψυχικά ασθενείς αυξάνουν αυτόν τον αριθμό μέχρι και 70%⁶⁸.

4.2.Συνύπαρξη κατάθλιψης και άνοιας

Μερικές φορές η κατάθλιψη και η άνοια απαντώνται μαζί και είναι σημαντικό να μπορούμε να εξακριβώσουμε αν αυτές οι δυο παθήσεις παρουσιάζονται την ίδια περίοδο. Η άνοια μπορεί να συντελέσει στην κατάθλιψη μέσα από την αργή διάβρωση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης καθώς επηρεάζεται η ικανότητα ενός ατόμου να διαχειρίζεται το φυσικό του και κοινωνικό του περιβάλλον.

Άλλες αλλαγές που μπορούν να συντελέσουν στην κατάθλιψη ενός ατόμου με άνοια συμπεριλαμβάνουν :

- Απώλεια της ανεξαρτησίας και αυξανόμενη εξάρτηση από τους άλλους
- Αδυναμία του ατόμου να κυκλοφορήσει έξω μόνο του
- Απώλεια της ικανότητας να ασχολείται με ευχάριστες δραστηριότητες
- Απώλεια της ικανότητας να διεκπεραιώνει καθημερινές εργασίες
- Έντονο άγχος και αναστάτωση
- Σύγχυση και απώλεια μνήμης

Μολονότι η κατάθλιψη επηρεάζει τη διάθεση, μπορεί επίσης να επηρεάσει και τον τρόπο που λειτουργεί ένας εγκέφαλος, έχοντας ως αποτέλεσμα αδύνατη μνήμη και δυσκολίες στη λήψη αποφάσεων, την οργάνωση και την έναρξη δραστηριοτήτων. Σε ένα άτομο με άνοια, η κατάθλιψη δεν επηρεάζει μόνο την διάθεση του, αλλά μπορεί επίσης να επιδεινώσει και τα συμπτώματα της άνοιας⁶⁹.

Η κατάθλιψη είναι τρεις με τέσσερις φορές πιο συνηθισμένη σε άτομα με άνοια από ότι στα ηλικιωμένα άτομα που δεν πάσχουν από άνοια, μπορεί όμως να προχωρήσει και να γίνει αντιληπτή για μια σειρά από λόγους. Αυτοί είναι :

- Συχνά θεωρείται εσφαλμένα ότι είναι «φυσιολογικό» για τα ηλικιωμένα άτομα να είναι καταθλιπτικά, ειδικά αυτά με άνοια.
- Συχνά είναι δύσκολο να διακριθούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης από αυτά της άνοιας.
- Τα άτομα με άνοια μπορεί να έχουν προβλήματα επικοινωνίας με τους γιατρούς και τους φροντιστές τους ή ίσως να μην είναι σε θέση να περιγράψουν τα συμπτώματα τους πολύ καλά.

Μια ακριβής διάγνωση προϋποθέτει περισσότερα από απλή αναγνώριση των συμπτωμάτων. Οι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη περιλαμβάνουν :

- Τον αριθμό των εμφανιζόμενων συμπτωμάτων.
- Το είδος των συμπτωμάτων ιδιαιτέρως των αισθημάτων απελπισίας, της ενοχής και της αναξιοσύνης
- Τη χρονική διάρκεια που υφίστανται τα συμπτώματα

Η άνοια συνήθως επιδεινώνεται με αργό ρυθμό σε χρονική περίοδο μηνών ή χρόνων. Αν υπάρχει εμφανής αλλαγή στην συμπεριφορά και τη λειτουργικότητα για περισσότερο από μερικές εβδομάδες, η κατάθλιψη είναι ενδεχομένως η αιτία για αυτό.

Η κατάθλιψη επηρεάζει τον τρόπο που λειτουργεί ένα άτομο στην καθημερινή ζωή. Συχνά είναι δύσκολο να διαγνωστεί όταν υπάρχει άνοια, και σε όλες τις περιπτώσεις θα πρέπει να διαγνωστεί και να θεραπευτεί από γιατρό⁷⁰.

Εκτός από την ψυχολογική και την ιατρική θεραπευτική προσέγγιση, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις οι οποίες θα μειώσουν τον κίνδυνο της κατάθλιψης και θα διατηρήσουν ή βελτιώσουν την ποιότητα ζωής του ατόμου με άνοια είναι :

- Η προσαρμογή του σπιτιού και του άμεσου περιβάλλοντος του ατόμου, ώστε να γίνει πιο εύχρηστο.
- Ελαχιστοποίηση των αλλαγών και διατήρηση μιας προβλέψιμης ρουτίνας.
- Ελαχιστοποίηση της εντάσεως και του άγχους απλοποιώντας δραστηριότητες που έχουν γίνει δύσκολες.
- Μείωση της έκθεσης σε καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν υπερδιέγερση.
- Προσφορά υποστήριξης στο άτομο ώστε να μπορεί να διεκπεραιώνει τις συνηθισμένες του δραστηριότητες
- Εξασφάλιση υγιεινών τροφών , όπως φρούτα και λαχανικά.
- Τακτική άσκηση
- Ύπαρξη τακτικής κοινωνικής επαφής.
- Παροχή συμπληρωμάτων βιταμίνης Β.
- Το άτομο πρέπει καθημερινά να βγαίνει για λίγη ώρα στον ήλιο.

Αν το οικογενειακό περιβάλλον πιστεύει ότι ένα μέλος του που πάσχει από άνοια υποφέρει από κατάθλιψη, θα πρέπει να επικοινωνήσουν με τον ιατρό του. Χρήσιμο θα ήταν η σαφής περιγραφή των συμπτωμάτων που τους δημιούργησε ανησυχία. Βασικές ενδείξεις της κατάθλιψης είναι οι αλλαγές στην διάθεση, διακυμάνσεις του βάρους και διαταραχές ύπνου⁷¹.

4.3.Κατάθλιψη και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Όπως ο διαβήτης, έτσι και η κατάθλιψη αποτελεί μια κοινή ασθένεια. Οι ηλικιωμένοι έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και αυτή η ομάδα παρουσιάζει μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν σακχαρώδη διαβήτη, αλλά και να παρουσιάσουν συχνότερα τις επιπλοκές από διαβήτη. Η κατάθλιψη είναι δυο φορές πιο συχνή σε ηλικιωμένους με Σ.Δ.

Η κατάθλιψη είναι δυο φορές πιο συχνή σε ηλικιωμένους με ΣΔ τύπου 2 σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, κι έτσι ποσοστό 15-30% των ηλικιωμένων με διαβήτη πληρούν τα κριτήρια για κατάθλιψη. Μετά από ένα πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης, ηλικιωμένοι με ΣΔ υποτροπιάζουν ευκολότερα σε σχέση με τους άλλους ηλικιωμένους⁷².

Επίσης, η κατάθλιψη είναι ένας παράγοντας κινδύνου για υπέρταση, υπερλιπιδαιμία και καρδιοπάθεια και κάθε ένας από τους συγκεκριμένους παράγοντες αυξάνει τον κίνδυνο για

καρδιακά επεισόδια μεταξύ των διαβητικών ασθενών. Παρ' όλο που η σχέση είναι πολύπλοκη και μπορεί να διαφέρει μεταξύ ασθενών, είναι εμφανές ότι η κατάθλιψη συνδέεται με κακό γλυκαιμικό έλεγχο.

Ο καλός γλυκαιμικός δείκτης είναι ιδιαίτερα σημαντικός, γιατί αν τα επίπεδα του σακχάρου παραμένουν υψηλά περισσότερο από μια συγκεκριμένη περίοδο μπορούν να εμφανιστούν τόσο οξείες όσο και χρόνιες επιπλοκές. Οι οξείες επιπλοκές περιλαμβάνουν κυρίως τη διαβητική κετοοξέωση, η οποία μπορεί να οφείλεται σε πλήρη έλλειψη ινσουλίνης και ενδεχομένως να παρατηρηθεί κατά τη διάγνωση του διαβήτη ή γιατί ο ασθενής διέκοψε τις ενέσεις ινσουλίνης ακούσια, λόγω κακής εκπαίδευσης ή εκούσια προκειμένου να μειώσει το σωματικό του βάρος. Οι χρόνιες επιπλοκές που σχετίζονται με υψηλά επίπεδα σακχάρου περιλαμβάνουν συνήθως τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, την πολυνευροπάθεια και τη διαβητική νεφροπάθεια, οι οποίες μπορούν να επιδεινώσουν την ήδη υπάρχουσα καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Ακόμη, οι ηλικιωμένοι με κατάθλιψη και διαβήτη έχουν υψηλά επίπεδα αμφιβληστροειδοπάθειας και μικροαγγειοπάθειας σε σχέση με τους διαβητικούς ασθενείς που δεν πάσχουν από κατάθλιψη⁷³.

Παθοφυσιολογικά, οι ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 παρουσιάζουν ένα συνδυασμό μειωμένης έκκρισης ινσουλίνης και αυξημένης αντίστασης στην ινσουλίνη.

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης ΣΔ και μπορεί να πυροδοτήσει και την εμφάνιση επιπλοκών. Ο ΣΔ έχει καθημερινή και διαρκή επίδραση στην ζωή του ηλικιωμένου. Για παράδειγμα, για να επιτευχθεί ικανοποιητική ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα οι ηλικιωμένοι είναι υποχρεωμένοι να παρακολουθούν καθημερινά τα επίπεδα σακχάρου, να χορηγούν ενέσεις ινσουλίνης σε αυτούς υπό την βοήθεια των άλλων ή να παίρνουν την φαρμακευτική αγωγή τους, να ελέγχουν τη δίαιτα και να ασκούνται. Επιπλέον, ο διαβήτης πιθανόν να έχει καταστρεπτικές συνέπειες όσον αφορά στις χρόνιες επιπλοκές, όπως νεφροπάθεια, διαταραχές όρασης, καρδιοπάθεια, αλλά και αυτές οι συνέπειες ενδέχεται να εμφανιστούν στο πλαίσιο μιας οξείας κατάστασης, όπως η υπογλυκαιμία⁷².

Υπάρχουν ψυχοκοινωνικές και συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις του διαβήτη που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, στην αυτοφροντίδα, στην καθημερινότητα και γενικότερα στην ποιότητα ζωής.

Επεισόδια κατάθλιψης μπορούν να υποτροπιάσουν συχνότερα, να διαρκούν περισσότερο και η διάρκεια της περιόδου αποθεραπείας να είναι μεγαλύτερη. Οι διαβητικές γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν κατάθλιψη από ότι οι διαβητικοί άντρες.

Μόνο το ένα τρίτο των ανθρώπων με διαβήτη και κατάθλιψη διαγιγνώσκεται και αντιμετωπίζεται θεραπευτικά. Αυτό πιθανόν δικαιολογείται από το γεγονός ότι συχνά τα ψυχολογικά προβλήματα αντιμετωπίζονται ως δευτερεύοντα, τόσο από τους διαβητολόγους όσο και από τους ασθενείς ή το περιβάλλον τους. Οι ηλικιωμένοι συχνά δεν αντιλαμβάνονται ότι η καταθλιπτική τους διάθεση είναι σχετική με τη διαβητική τους αγωγή και επίσης δεν έχουν γνώση για την κατάθλιψη ή είναι απρόθυμοι να συζητήσουν τα προβλήματα τους με τον θεράποντα ιατρό τους. Αρκετά συχνά, τα συμπτώματα του διαβήτη μπορεί να επικαλύπτονται από εκείνα της κατάθλιψης, γεγονός που ενδέχεται να οδηγήσει σε υποδιάγνωση της κατάθλιψης⁷⁴.

Παρ' όλο που μπορεί να υπάρχει μια αλληλοεπικάλυψη μεταξύ των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και των ψυχολογικών επιπτώσεων του διαβήτη, τα εν λόγω συμπτώματα δεν συμβαδίζουν με εκείνα της κατάθλιψης όπως ορίζονται από τα διαγνωστικά κριτήρια, ή από άλλες ειδικές ψυχομετρικές κλίμακες, που μπορούν να συμβάλλουν στην διάγνωση της κατάθλιψης σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ώστε να βοηθηθούν οι ηλικιωμένοι με διαβήτη.

Η επικοινωνία των ασθενών με τους φροντιστές υγείας αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τους διαβητικούς με κατάθλιψη. Το επίπεδο επικοινωνίας καθορίζει την ικανοποίηση του ηλικιωμένου από τη θεραπεία και τη συμμόρφωση του στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ ηλικιωμένου και νοσηλευτικού προσωπικού μέσα από την έλλειψη ικανοποίησης για την θεραπεία που βιώνουν οι καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι. Από την άλλη πλευρά, το προσωπικό αντιμετωπίζει τους ηλικιωμένους με διαβήτη που πάσχουν από κατάθλιψη ως δύσκολους και μη ικανούς να διαχειριστούν την ασθένεια τους⁷⁵.

4.4. Άγχωδεις και καταθλιπτικές διαταραχές σε ηλικιωμένους με χρόνιες καρδιολογικές νόσους

Ηλικιωμένοι που πάσχουν από χρόνιες καρδιολογικές παθήσεις με κυρίαρχες, λόγω του μεγάλου αριθμού ασθενών, τη στεφανιαία νόσο, την καρδιακή ανεπάρκεια και τις αρρυθμίες παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά τόσο άγχους όσο και κατάθλιψης. Τα τελευταία χρόνια πολλές έρευνες επιχειρούν να διερευνήσουν τη σχέση της στεφανιαίας νόσου με το άγχος και την κατάθλιψη. Η αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου, στο παρελθόν, αφορούσε κυρίως τη θεραπεία και την πρόληψη των επιπλοκών. Σήμερα όμως δίνεται έμφαση και στη διερεύνηση της επίδρασης που έχουν τα ψυχικά προβλήματα στην εκδήλωση, στην έκβαση της νόσου αλλά και στη διευθέτηση θεμάτων που αφορούν το διαγνωστικό κομμάτι της ασθένειας⁷⁶.

Στην έρευνα INTERHEART που μελέτησε παγκοσμίως τους παράγοντες καρδιακού κινδύνου, συγκρίνοντας περίπου έντεκα χιλιάδες ασθενείς με πρώτη εμφάνιση εμφράγματος μυοκαρδίου, στην ανάλυση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, τα στρεσογόνα συμβάντα στη ζωή των ηλικιωμένων ήταν σαφώς συχνότερα τον τελευταίο χρόνο σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Στρες και άγχος μπορεί να προκαλέσουν η συνταξιοδότηση, η ανικανότητα διεκπεραίωσης καθημερινών δραστηριοτήτων, βία, ενδοοικογενειακές προστριβές, απώλεια ανεξαρτησίας και θάνατος ή σοβαρή ασθένεια κοντινού προσώπου. Άγχος σύμφωνα με πολλές μελέτες παρουσιάζεται σε μεγάλο αριθμό ασθενών με στεφανιαία νόσο. Περίπου το 70-80% των ατόμων που διεγνώσθησαν με οξύ καρδιακό επεισόδιο βιώνουν άγχος, ενώ στο 20-25% αυτών των περιπτώσεων το άγχος παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Σε ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο το άγχος συνήθως εκδηλώνεται μετά το έμφραγμα, παρουσιάζει μεγάλη αύξηση τη δεύτερη μέρα και φαίνεται να υποχωρεί λίγες μέρες αργότερα. Ηλικιωμένοι που βιώνουν για χρόνια καταστάσεις άγχους, έχουν διαταραχές πανικού ή φοβικό άγχος, φαίνεται πως κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν στεφανιαία νόσο αλλά και να έχουν χειρότερα προγνωστικά όταν έχει ήδη διαγνωστεί η νόσος⁷⁷.

4.4.1. Άγχος και κατάθλιψη με στεφανιαία νόσο στην τρίτη ηλικία

Όπως και το άγχος έτσι και η κατάθλιψη έχει υψηλή συχνότητα εμφάνισης σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, όμως σε πολλές περιπτώσεις δεν διαγιγνώσκεται εγκαίρως. Οι

καταθλιπτικοί ηλικιωμένοι έχουν δυο έως τέσσερις φορές περισσότερο πιθανότητα να εμφανίσουν στεφανιαία νόσο, ενώ όταν υπάρχει ήδη η στεφανιαία νόσος, η κατάθλιψη αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο νέων καρδιακών επεισοδίων. Η κατάθλιψη πολλές φορές είναι χρόνιο πρόβλημα. Τα τρία τέταρτα των ηλικιωμένων με μείζονα κατάθλιψη δυο εβδομάδες μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου, θα συνεχίσουν να έχουν καταθλιπτικές διαταραχές και μετά από τρεις μήνες⁷⁸.

Οι πιο πρόσφατες μελέτες που έχουν γίνει αφορούν την πορεία των ασθενών με στεφανιαία νόσο, η οποίοι έχουν προσωπικότητα τύπου D. Η προσωπικότητα D αποτελεί ένα σύνολο από χαρακτηριστικά που συνδυάζουν άγχος και κατάθλιψη με τάση για κοινωνική απομόνωση. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα θνητότητας από στεφανιαία νόσο. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτό που βλάπτει δεν είναι μόνο η κατάθλιψη ή το να αισθάνεται κανείς άσχημα, αλλά το να παραμένει και κοινωνικά απομονωμένος για πολλά χρόνια. Η κατάθλιψη είναι σοβαρή λόγω των δυσάρεστων συναισθημάτων που δημιουργεί. Επιπλέον αποτελεί παράγοντα επιδείνωσης της καρδιακής συμπτωματολογίας. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς με στεφανιαία νόσο έχουν :

- Πιο σοβαρά καρδιολογικά συμπτώματα από τους ασθενείς με στεφανιαία νόσο που δεν έχουν κατάθλιψη.
- Μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης στηθάγχης στο τεστ κοπώσεως και ολοκληρώνουν το τεστ κοπώσεως πιο νωρίς.
- Ο στηθαγχικός πόνος επιμένει για περισσότερο χρόνο μετά το έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Η κατάθλιψη έχει αρνητική επίδραση και στη συμμόρφωση με τη θεραπεία που προτείνεται από τους καρδιολόγους, αλλά είναι και επιζήμια για την καρδιακή αποκατάσταση γιατί :

- Κατευθύνει σε πιο αργή ανάληψη δραστηριοτήτων
- Έχει πιο δύσκολη κοινωνική αναπροσαρμογή
- Οδηγεί σε χειρότερη ποιότητα ζωής μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.

Οι παθοφυσιολογικοί παράγοντες που συνδέουν το άγχος και την κατάθλιψη με τη στεφανιαία νόσο είναι :

- Ψυχοβιολογικοί που αφορούν το αυτόνομο νευρικό σύστημα, το ορμονικό και το ανοσοποιητικό σύστημα.
- Συμπεριφορές που αφορούν κυρίως στην συμμόρφωση στην θεραπεία και την αλλαγή του τρόπου ζωής που θα πρέπει να τηρήσει ο ασθενής⁷⁹.

Στο αυτόνομο νευρικό σύστημα παρουσιάζεται απορρύθμιση λόγω τη αύξησης της συμπαθητικής και μείωσης της παρασυμπαθητικής λειτουργίας, η οποία έχει σχέση με τη μείωση της μεταβλητότητας της καρδιακής συχνότητας, αλλά και με αυξήσεις και μειώσεις της αρτηριακής πίεσης. Οι μεταβολές αυτές καθιστούν τον ηλικιωμένο πιο ευάλωτο σε κοιλιακές αρρυθμίες και αιφνίδιο καρδιακό θάνατο. Στις ορμονικές διαταραχές παρατηρείται ότι έχουμε υπερδραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος- υπόφυση- επινεφρίδια. Οι ορμόνες, οι οποίες ονομάζονται κατεχολαμίνες, και αποδεσμεύονται είναι υπεύθυνες για τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα σε αγχογόνες περιπτώσεις και έχουν σαν σκοπό να καταστήσουν το άτομο να ανταπεξέλθει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Οι κατεχολαμίνες βρίσκονται σε αυξημένα επίπεδα, γεγονός που δικαιολογεί την αυξημένη νοσηρότητα των καταθλιπτικών ασθενών από καρδιολογικά νοσήματα. Η αύξηση των κατεχολαμινών για πολλά χρόνια έχει

σχέση με την παθογένεια της αθηροσκλήρωσης, ενώ τα επίπεδα των γλυκορτικοειδών σχετίζονται με την υπέρταση και την υψηλή χοληστερίνη⁸⁰.

Μια άλλη διαδικασία που σχετίζει το άγχος και την κατάθλιψη με την στεφανιαία νόσο αφορά την διαταραχή αιμοπεταλίων και την ενεργοποίηση μηχανισμών θρομβογένεσης. Το άγχος έχει άμεση σχέση με την αύξηση του ιξώδους του αίματος και την συμπύκνωση του αίματος, τα οποία αυξάνουν τον κίνδυνο θρομβωτικών καταστάσεων. Τέλος, οι ψυχολογικές αυτές διαταραχές αυξάνουν τα επίπεδα νορεπινεφρίνης, συμβάλλοντας στη θρομβογένεση, ενώ η νορεπινεφρίνη προάγει την αγγειοσύσπαση⁷⁸.

4.4.2. Άγχος και κατάθλιψη στις αρρυθμίες στην τρίτη ηλικία

Άγχος και κατάθλιψη παρουσιάζουν και οι ηλικιωμένοι με αρρυθμίες και κυρίως αυτοί που φέρουν εμφυτευμένες συσκευές. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν διαταραχές άγχους είναι συχνά απασχολημένοι με αγχογόνες προβλέψεις όπως :

- Φόβο για ανεπάρκεια της εμφυτευμένης συσκευής
- Φόβο για δυσλειτουργία της συσκευής
- Φόβο θανάτου
- Αίσθηση ότι χάνουν τον έλεγχο
- Ψάχνουν διαρκώς για ενδείξεις λειτουργίας της συσκευής⁸¹

4.4.3. Άγχος και κατάθλιψη με καρδιακή ανεπάρκεια στην τρίτη ηλικία

Στην καρδιακή ανεπάρκεια η κατάθλιψη είναι η πιο συχνή ψυχική επίπτωση και σχετίζεται άμεσα με τη βαριά κλινική κατάσταση των ηλικιωμένων και την κακή πρόγνωση της ασθένειας. Οι ηλικιωμένοι με καρδιακή ανεπάρκεια που έχουν διαγνωστεί ότι πάσχουν από κατάθλιψη έχουν τετραπλάσιο κίνδυνο για όλες τις αιτίες θνησιμότητας και διπλάσιο κίνδυνο για νοσηλεία και επισκέψεις στα επείγοντα ιατρεία σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν πάσχουν από κατάθλιψη⁸².

Η σχέση μεταξύ άγχους – κατάθλιψης και καρδιολογικών παθήσεων και κυρίως με τη στεφανιαία νόσο αλλά και όλων των ασθενειών που απορρέουν από αυτή θεωρείται δεδομένη. Πλήθος μελετών δεικνύουν όμως και την αντίθετη πλευρά. Οι καρδιολογικές παθήσεις δηλαδή αποτελούν την αιτία εμφάνισης των παραπάνω ψυχολογικών διαταραχών. Συνυπολογίζοντας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ότι το 2020 η στεφανιαία νόσος θα αποτελεί η πρώτη αιτία θανάτου τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες και ότι η κατάθλιψη θα είναι η δεύτερη σημαντικότερη αιτία ανικανότητας αντιλαμβανόμαστε την αναγκαιότητα της συνεργασίας ανάμεσα στην επιστημονική κοινότητα και των πολιτικών υγείας και κρατών σε παγκόσμιο επίπεδο, ώστε να μειωθούν τόσο οι σωματικές και ψυχικές επιπτώσεις όσο και οι τεράστιες οικονομικές

εκροές, που διαφαίνονται να υπάρχουν, ανάμεσα στο άγχος, την κατάθλιψη και της παθήσεις της καρδιάς⁸³.

4.5. Καρκίνος και ψυχική Υγεία στην τρίτη ηλικία

Ο καρκίνος είναι μια από τις ασθένειες που οι ηλικιωμένοι μπορεί να αντιμετωπίζουν. Το στίγμα και ο συνδεδεμένος φόβος του πόνου και του θανάτου, ο καρκίνος είναι μια πρόκληση για τους ανθρώπους όλων των ηλικιών. Όσο οι ηλικιωμένοι και οι οικογένειες τους ζουν με στην πορεία του καρκίνου κουβαλούν τις σωματικές, συναισθηματικές, κοινωνικές, ψυχολογικές, πνευματικές και πρακτικές ανάγκες και πηγές μαζί με αυτούς. Για τους ηλικιωμένους που ήδη ζουν άλλες προκλήσεις, η ύπαρξη του καρκίνου, μπορεί να επιδεινώσει τα άλλα προβλήματα και να δημιουργήσει καινούργια, αυξάνοντας τον κίνδυνο για ψυχικά προβλήματα, όπως το άγχος και η κατάθλιψη. Εν τω μεταξύ, προστατευτικοί παράγοντες που μπορούν να περιορίσουν τους κινδύνους για την ψυχική τους υγεία, μπορεί να μειωθούν. Ένας ηλικιωμένος παντρεμένος με καλή υγεία, οικογένεια που τον υποστηρίζει και φίλους, με οικονομική ευχέρεια, που δεν του περιορίζουν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας έχει πιο μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών προβλημάτων σε σύγκριση με έναν ανύπαντρο, κοινωνικά αποκλεισμένο ηλικιωμένο με σημαντικά προβλήματα λειτουργικότητας που ζει κοντά στα όρια της φτώχειας⁸⁴.

Ο καρκίνος μπορεί να επηρεάσει άσχετα από το αν ένα άτομο είναι ικανό να έχει μάθει τις ανάγκες του. Η ικανότητα ενός ατόμου να ενεργήσει μπορεί να εξαρτάται από τις παρενέργειες της θεραπείας, πόνο και συναισθηματική αναστάτωση. Ο τρόπος που ο ηλικιωμένος συναντά τις ανάγκες του, μπορεί να μην είναι εφικτός στις συνέπειες που έχει ο καρκίνος. Διαφορετικές δεξιότητες, υποστηρικτικά δίκτυα, η νέα γνώση και πληροφορίες, μπορεί να χρειαστούν για την διαχείριση της κατάστασης⁸⁵.

Ο τρόπος που αντιδρά ένας ασθενής όταν συνειδητοποιεί ότι πάσχει από καρκίνο, έχει περιγραφεί από πολλούς συγγραφείς.

Κατά τον Στεφανή (1981), οι ψυχικές αντιδράσεις κάθε αρρώστου που πάσχει από καρκίνο, εξελίσσονται σε τρεις φάσεις. Η πρώτη φάση (όταν ο ασθενής μαθαίνει την ασθένεια του) χαρακτηρίζεται από αόριστη ανησυχία, που μπορεί να φτάσει μέχρι και τον πανικό. Η δεύτερη φάση (όταν το άτομο έχει συνειδητοποιήσει την ασθένεια και οργανώνει τις ψυχολογικές του άμυνες) χαρακτηρίζεται από αρνητικές συναισθηματικές ανάγκες, δηλαδή άγχος, φόβο θανάτου και συχνότερη άρνηση της ασθένειας. Η τρίτη φάση (όταν πλέον παγιωθεί το σύστημα ψυχολογικής άμυνας) χαρακτηρίζεται είτε από θετική προσαρμογή στην πραγματικότητα της ασθένειας, είτε από την παρουσίαση ψυχιατρικών επιπλοκών⁸⁶.

Η Kubler- Ross (1961), μελέτησε τις ψυχικές αντιδράσεις πολλών καρκινοπαθών και πήρε συνέντευξη από διακόσιους ασθενείς που γνώριζαν ότι θα πεθάνουν από την ασθένεια τους.

Κατά την Kubler- Ross, κάθε καρκινοπαθής, διέρχεται από πέντε στάδια από τη στιγμή που συνειδητοποιεί ότι είναι άρρωστος μέχρι τον θάνατο του.

Στάδιο της άρνησης και της απομόνωσης :

Στην αρχική αυτή φάση, η άρνηση αποτελεί ένα φυσιολογικό μηχανισμό άμυνας που λειτουργεί ως ασπίδα αυτοπροστασίας για το άτομο το οποίο αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως απειλητική. Έτσι λοιπόν αρνείται το γεγονός της ασθένειας και των

επιπτώσεων της. Υπάρχουν διάφορα επίπεδα άρνησης. Για παράδειγμα, στην οροδιαγνωστική φάση, το άτομο αρνείται τα συμπτώματα του, με αποτέλεσμα να καθυστερεί να αναζητήσει ιατρική βοήθεια. Άλλες φορές αρνείται τη διάγνωση.

Η άρνηση κάποιες φορές αφορά τις επιπτώσεις της ασθένειας. Ο ασθενής αναγνωρίζει τη διάγνωση, αλλά αρνείται τις επιπτώσεις. Για παράδειγμα, επικεντρώνεται στην προτεινόμενη αγωγή και αρνείται τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις που μπορεί να έχει η ασθένεια και η θεραπεία της στη ζωή του.

Σε ένα άλλο επίπεδο, η άρνηση αφορά την πιθανότητα θανάτου. Ενώ το άτομο συνειδητοποιεί ότι πάσχει από καρκίνο, αρνείται ότι η ζωή του απειλείται και σκέφτεται ότι θα ζήσει μέχρι τα βαθιά γεράματα. Στις αρχικές φάσεις της ασθένειας, η άρνηση είναι μια φυσιολογική αντίδραση, μερικές φορές η άρνηση των επιπτώσεων και της πιθανότητας του θανάτου μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην προσαρμογή του ασθενή, γιατί έτσι θέτει μακροχρόνιους στόχους, προγραμματίζει την ζωή του και διατηρεί τις σχέσεις του με το περιβάλλον του. Όταν όμως η άρνηση παρατείνεται μέσα στον χρόνο, τότε μπορεί να έχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία του ατόμου, αφού δεν θα τηρεί τις ιατρικές συμβουλές.

Στάδιο του θυμού :

Ο θυμός στρέφεται προς τους οικείους, τους συγγενείς, φίλους και προς το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, άλλες πάλι φορές ενάντια προς τον Θεό. Όταν διοχετεύουν το θυμό προς τον ίδιο τους τον εαυτό, βιώνουν έντονες ενοχές, από τη μια επειδή με την συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής τους προκάλεσαν την ασθένεια τους, και ερμηνεύουν την ασθένεια τους ως «τιμωρία» για κάποιες μη ηθικές πράξεις τους. Επίσης, μπορεί να νιώθουν ενοχές για τις ευκαιρίες που έχασαν στην ζωή τους.

Παρόλο που ο θυμός είναι ένα φυσιολογικό συναίσθημα, ταυτόχρονα δημιουργεί εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις, με αποτέλεσμα να αποξενώνει τον ασθενή σε μια περίοδο που έχει ανάγκη υποστήριξης από το περιβάλλον του.

Στάδιο της συνδιαλλαγής :

Η διαπραγμάτευση ή το παζάρεμα παρέχει στο άτομο την ψευδαίσθηση ότι αποφεύγοντας ή επιδιώκοντας ορισμένες πράξεις, μπορεί να καθυστερήσει ή να αποτρέψει την αρνητική εξέλιξη της ασθένειας ή και το θάνατο.

Η διαπραγμάτευση μπορεί να έχει θετικές και αρνητικές επιπτώσεις. Από τη μια πλευρά μπορεί να διευκολύνει την υιοθέτηση συμπεριφορών που προωθούν την υγεία και τη συμμόρφωση του ασθενή στην θεραπεία. Από την άλλη πλευρά όμως αυξάνονται οι πιθανότητες να βιώσει συναισθήματα προδοσίας, απογοήτευσης και θυμού, όταν ο ιατρός ή ο θεός δεν ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του και «εγκαταλείπουν» τον ασθενή, έτσι και αυτός σταματάει να συμμορφώνεται με τις οδηγίες ή έχει άγχος και κατάθλιψη.

Στάδιο της κατάθλιψης :

Εδώ υπάρχουν δυο είδη κατάθλιψης αυτών των ασθενών. Το πρώτο είναι η αντιδραστική κατάθλιψη. Ενώ βρίσκεται σε κατάθλιψη, ο ασθενής συνήθως έχει έντονη ανάγκη να συζητεί, να εξωτερικεύει τα συναισθήματα του και την ανταλλαγή απόψεων με τους γιατρούς, τους κοινωνικούς λειτουργούς και κυρίως με συγγενικά και φιλικά πρόσωπα, έχουν σαν αποτέλεσμα ο ασθενής να βγει γρήγορα από την κατάθλιψη. Το δεύτερο είδος κατάθλιψης είναι η προπαρασκευαστική κατάθλιψη, ο ασθενής προσπαράσκευάζεται για το τελικό στάδιο.

Όταν ο ασθενής δεν είναι πλέον δυνατό να αρνηθεί την ασθένεια του, όταν τα συμπτώματα του συνεχώς επιδεινώνονται, όταν οι δυνάμεις του τον εγκαταλείπουν, δεν μπορεί πλέον να χαρεί. Ο ασθενής που γνωρίζει ότι θα πεθάνει, έχει πλήρη συναίσθηση του γεγονότος ότι θα χάσει όλα τα προσφιλή του πρόσωπα, θα χάσει τα πάντα. Γι αυτό πέφτει σε κατάθλιψη. Η προπαρασκευαστική κατάθλιψη είναι βουβή. Το να επιδιώξει κανείς να κάνει εύχαρη έναν ασθενή που εμφανίζει τέτοια κατάθλιψη, όχι μόνο δεν επιτυγχάνει ευνοϊκά αποτελέσματα, αλλά επιδεινώνει την κατάθλιψη του.

Στάδιο της αποδοχής :

Ο ασθενής αντιλαμβάνεται το επικείμενο τέλος του, βαθμιαία περιορίζει τα ενδιαφέροντα του στο ελάχιστο δυνατό, οι επισκέψεις τον ενοχλούν, θέλει να μείνει μόνος του. Η επικοινωνία του με το περιβάλλον του συνηθέστερα γίνεται με νοήματα και σπάνια με την ομιλία⁸⁷.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η χρονική διάρκεια κάθε σταδίου δεν είναι ίδια για όλους τους ασθενείς. Είναι δυνατόν ένας ασθενής να μεταπίπτει από ένα στάδιο στο επόμενο ή στο προηγούμενο αρκετές φορές την ίδια μέρα ή να μείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ένα στάδιο.

Στον καρκινοπαθή ηλικιωμένο, είναι έντονο το συναίσθημα ότι είναι αβοήθητος, γιατί ο ασθενής πιστεύει ότι η διάγνωση του καρκίνου συνεπάγεται το θάνατο. Για την αντιμετώπιση αυτού του συναισθήματος χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή εκ μέρους του νοσηλευτή. Όταν ο νοσηλευτής δίνει μόνο εντολές χωρίς να του εξηγεί την σκοπιμότητα κάθε εντολής δεν τον βοηθά να βγει από αυτό το συναίσθημα, ίσως έτσι του το επιτείνει.

Συνήθως ο ασθενείς υποβάλλεται εύκολα, αυτό συμβαίνει για διάφορους λόγους. Έχει ανάγκη από βοήθεια, γι αυτό κάθε λέξη του νοσηλευτή μπορεί να έχει μεγάλη θετική ή αρνητική επίπτωση στον ψυχισμό του. Επίσης υπάρχει και κίνδυνος αυτοκτονίας, για τον λόγο αυτό, μερικές φορές αποφεύγουν να λένε στον ασθενή όλη την αλήθεια⁸⁴.

4.6.Ψυχιατρικές εκδηλώσεις στη νόσο του Πάρκινσον στην τρίτη ηλικία

Η αρχική αναφορά ψυχιατρικής σημειολογίας στην κλινική εικόνα της νόσου του Πάρκινσον έγινε από τον Ball, οι δε αναφορές σε ψευδαισθητικά συμπτώματα πασχόντων υπό ειδική αγωγή αφορούσαν αρχικά σε αντιχολινεργικούς παράγοντες και αργότερα στην L-dopa και σε ντοπαμινεργικούς αγωνιστές. Σήμερα, οι νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις της νόσου, σε έναν ή σε περισσότερους τομείς της νευροψυχικής δραστηριότητας, αφορούν έως και στο 77% των μη ανοικών παρκινσονικών πασχόντων⁸⁸.

Οι δευτεροπαθείς μη κινητικές εκδηλώσεις της νόσου, αφορούν σε γνωσιακά ελλείμματα άλλοτε άλλης έκτασης, σε πιθανή εμφάνιση άνοιας, καταθλιπτική διαταραχή, αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές του ύπνου και ψυχωσικές εκδηλώσεις, αλλά και διαταραχές της διάθεσης. Οριζόμενες παλαιότερα ως δευτεροπαθείς οφειλόμενες στη φαρμακευτική θεραπεία της νόσου ή θεωρούμενες ως εγγενές χαρακτηριστικό της νόσου επιδεινούμενο από την θεραπεία, όπως σήμερα υποστηρίζεται, οι νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις έχουν απασχολήσει επί μακρόν τους ερευνητές των κινητικών διαταραχών. Συχνότατα, και ίδια σε

προχωρημένα στάδια της νόσου τα μη ντοπαμινοεξαρτώμενα χαρακτηριστικά της νόσου, όπως οι διαταραχές της ισορροπίας, οι συχνές πτώσεις, οι διαταραχές στην εκφορά του λόγου και την κατάποση, οι εκδηλώσεις δυσλειτουργίας του αυτόνομου και από νευροψυχιατρικής πλευράς, η άνοια και η εκσεσημασμένη ημερήσια υπνηλία επισκιάζουν την κλινική εικόνα της νόσου τα αμιγώς συνδεδεμένα με το ντοπαμινεργικό έλλειμμα χαρακτηριστικά⁸⁹.

Κοινός στρατηγικός στόχος, ανεξάρτητα από τις κατά περίπτωση εφαρμοζόμενες φαρμακευτικές αγωγές, αποτελεί η βελτιστοποίηση της ντοπαμινεργικής θεραπείας, ιδίως αν τα συμπτώματα αναδύονται στις off φάσεις της νόσου, προς βελτίωση των κινητικών συμπτωμάτων, και ο δραστικός περιορισμός της πολυφαρμακίας, σε συνδυασμό με τη διατήρηση ενός κατά το δυνατόν ακέραιου νευροψυχιατρικού status. Ως προς την εσωτερική συνάφεια κινητικών και μη κινητικών συμπτωμάτων στη νόσο του Πάρκινσον, χαρακτηριστικά αναφέρεται κατά την εφαρμογή φωτοθεραπείας σε καταθλιπτικούς παρκινσονικούς πάσχοντες βελτίωση όχι μόνο της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αλλά και τις κινητικής συμπτωματολογίας της νόσου. Το εύρημα συνάδει με παλαιότερα αποτελέσματα πειραματικών μελετών, όπου η ίδια η θεραπεία οδήγησε σε ταχύτερη αποκατάσταση τεχνητώς προκληθέντος παρκινσονισμού. Πέραν τούτου, η εξατομικευμένη ψυχοκοινωνική συμβουλευτική και ένα καλά δομημένο φυσιοθεραπευτικό πρόγραμμα, θεωρούνται αναπόσπαστα τμήματα μιας ολοκληρωμένης προσέγγισης⁹⁰.

Οι πιο συχνές συμπεριφορικές και ψυχιατρικές διαταραχές είναι :

1. Η κατάθλιψη :

Η κατάθλιψη (δυσθυμία, μείζων ή ελάσσων καταθλιπτική διαταραχή) συνοδεύουν όπως και άλλα νευρολογικά προβλήματα το Πάρκινσον. Επιδεινώνει δε σημαντικά την συνολική λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής του ηλικιωμένου και των γύρω του. Σχετίζεται κυρίως με βλάβες στους μετωπιαίους και κροταφικούς λοβούς, τους βασικούς πυρήνες και το θάλαμο αλλά και με βλάβες στους πυρήνες της ραφής και τον υπομέλανα τόπο. Εμφανίζεται συχνότερα σε βλάβες του επικρατούντος ημισφαιρίου. Οι βλάβες μπορεί να είναι οξείες ή χρόνιες στο πλαίσιο εκφυλιστικών παθήσεων. Είναι σημαντικό ότι συχνά η απάθεια που συνοδεύει πολλές νευρολογικές παθήσεις μπορεί να διαγνωστεί λανθασμένα ως κατάθλιψη.

2. Η απάθεια :

Η απάθεια είναι συχνά μια απαντόμενη μεταβολή της συμπεριφοράς στα άτομα με εγκεφαλικές βλάβες. Χαρακτηρίζεται από μειωμένο ενδιαφέρον και μειωμένη πρωτοβουλία του ατόμου για δραστηριότητες που πρώτα αγαπούσε ή μειωμένη συναισθηματική ανταπόκριση σε πράγματα που κανονικά τον συγκινούσαν. Συναντάται σε βλάβες του έσω ή και του βασικού τμήματος των μετωπιαίων λοβών.

3. Το άγχος :

Οι αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται συχνότερα από βλάβες στο μεταιχμιακό σύστημα και ιδίως δεξιά.

4. Ευφορία ή μανία :

Αφύσικα ευφορική διάθεση μπορεί να εμφανιστεί μετά από βλάβες συνηθέστερα δεξιά, στον κογχομετωπιαίο φλοιό, το πρόσθιο τμήμα του κροταφικού λοβού, τον κερκοφόρο πυρήνα και το θάλαμο.

5. Οι διαταραχές ύπνου :

Η νόσος του Πάρκινσον μπορεί να προκαλέσει ποικίλες διαταραχές ύπνου, όπως αϋπνία, υπέρπνοιες, παράπνοιες, διαταραχές του κικκάδιου ρυθμού. Ο κατακερματισμός του ύπνου και οι ενδιάμεσες αφυπνίσεις απαντούν συχνά σε αυτή την νόσου.

6. Η επιθετικότητα, η ευερεθιστότητα:

Ο ηλικιωμένος γίνεται με το παραμικρό ή και χωρίς αιτία επιθετικός προς το περιβάλλον του, με αποτέλεσμα ύβρεις ή και χειροδικίες. Οφείλεται σε βλάβες στους μετωπιαίους λοβούς ή στο μεταχιαμιακό σύστημα.

7. Η ανησυχία και η συγκινησιακή ευμεταβλητότητα :

Ο ηλικιωμένος όταν είναι ανήσυχος δεν μπορεί να μείνει ήρεμος και εμφανίζει συχνή δραστηριότητα, συχνά άσκοπη. Στην ευμεταβλητότητα του συναισθήματος, ο ηλικιωμένος έχει συνεχώς μια μεταβαλλόμενη διάθεση από την καταθλιπτική-απαθητική έως την ευφορική-μανιακή.

8. Εμμονές, στερεοτυπίες, τελετουργική συμπεριφορά, παρορμητικότητα:

Ο ηλικιωμένος μπορεί να εμφανίσει εμμονική ενασχόληση με νέες δραστηριότητες. Οι δραστηριότητες αυτές μπορεί να τον απασχολούν επί ώρες, απομονώνοντας τον από τον κοινωνικό περίγυρο. Συχνά πρόκειται για ενασχολήσεις χωρίς ιδιαίτερο νόημα ή σκοπό. Οι στερεοτυπίες αφορούν μια μονότονα επαναλαμβανόμενη κίνηση ή την επανάληψη της λέξης ή πρότασης. Κατά την παρορμητική συμπεριφορά ο ηλικιωμένος μετά από ένα εσωτερικό ή εξωτερικό ερέθισμα ενεργεί ξαφνικά χωρίς να σκεφτεί της συνέπειες της δράσης του.

9. Παραληρηματικές ιδέες:

Οι παραληρηματικές ιδέες συναντώνται σε βλάβες του μεταχιαμιακού συστήματος, συνήθως αμφοτερόπλευρες^{91,92}.

10. Οι ψευδαισθήσεις:

Τα πλέον συχνά προβλήματα, που σχετίζονται με τη φαρμακευτική θεραπεία είναι οι ψευδαισθήσεις κυρίως οπτικές, ενώ ακουστικές, οσφρητικές και γευστικές είναι πολύ σπάνιες. Οι τυπικές οπτικές ψευδαισθήσεις στη νόσο του Parkinson είναι ένα σύμπλεγμα οπτικής εικόνας που διαρκεί για λίγα δευτερόλεπτα ή λεπτά και μπορεί να επιμένει για ημέρες ή εβδομάδες μετά τη διακοπή ή τη μείωση του υπεύθυνου φαρμάκου⁹³.

5. Δίκτυα φροντίδας ηλικιωμένων

Ο Seibel έχει κατατάξει τους φορείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών σε τέσσερις τομείς, τον καθένα με τα δικά του χαρακτηριστικά. Αυτοί είναι ο Δημόσιος τομέας, ο Εθελοντικός μη –κερδοσκοπικός, ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας και τα άτυπα δίκτυα φροντίδας. Οι φορείς του Δημόσιου τομέα, του εθελοντικού μη κερδοσκοπικού και του ιδιωτικού κερδοσκοπικού αναφέρονται ως τα επίσημα δίκτυα φροντίδας.

5.1. Επίσημα δίκτυα φροντίδας

Στα επίσημα δίκτυα φροντίδας ανήκουν φορείς που εντάσσονται στο Δημόσιο τομέα, στον εθελοντικό μη κερδοσκοπικό και στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα. Στις υπηρεσίες και τα προγράμματα του δημοσίου συστήματος κοινωνικής φροντίδας για τους ηλικιωμένους εντάσσονται τα παρακάτω :

Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. δημιουργήθηκε στην Ελλάδα ως παροχή έξω ιδρυματικής προστασίας και σαν μια μορφή υπηρεσιών προς την κοινότητα. Η φιλοσοφία της λειτουργίας τους περιλαμβάνει :

1. Την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων.
2. Την διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

Τα Κ.Α.Π.Η. προσφέρουν ιατρο-κοινωνικές υπηρεσίες. Η ιατρική φροντίδα είναι κυρίως προληπτική και παρέχεται από εξοπλισμένα ιατρεία. Επίσης, παρέχεται φυσικοθεραπεία και εργοθεραπεία για θεραπεία μέσω δημιουργικής απασχόλησης.

Μέσα από την κοινωνική φροντίδα, τα Κ.Α.Π.Η. επιδιώκουν την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου, τη διατήρηση στην ενεργό ζωή, την καλλιέργεια των ενδιαφερόντων και τη συμμετοχή στα δρώμενα της κοινότητας. Το μέτρο αυτό κάλυψε ένα μόνο μέρος του πληθυσμού και κυρίως συγκεκριμένες ομάδες. Παρόλο που ο θεσμός απευθύνεται σε όλες τις τάξεις, τα άτομα των χαμηλών εισοδηματικών τάξεων ήταν αυτά που βρήκαν διέξοδο στα Κ.Α.Π.Η., γιατί ορισμένες κατηγορίες υψηλών συνταξιούχων έχουν τη δυνατότητα συμμετοχής σε δικές τους λέσχες, όπως επίσης τη δυνατότητα να βρίσκουν ενδιαφέροντες διεξόδους στο χώρο τους⁹⁴.

Το « **Βοήθεια στο σπίτι** » είναι ένα ευρωπαϊκό πρόγραμμα, που άρχισε να εφαρμόζεται σε αρκετούς Δήμους της χώρας που διέθεταν Κ.Α.Π.Η. Το πρόγραμμα προσφέρει ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στα σπίτια, νοσηλευτικές υπηρεσίες, φυσικοθεραπεία, κοινωνική εργασία με άτομα, ομάδες και κοινότητα, κοινωνική εργασία με την οικογένεια. Σημαντικές, επίσης, παροχές για τον ηλικιωμένο είναι οι πρακτικές εξυπηρετήσεις όπως: εξόφληση των λογαριασμών, ψώνια, μαγείρεμα, βασική καθαριότητα σπιτιού⁹⁵.

Ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας στα περισσότερα **Κέντρα φροντίδας Οικογένειας** εφαρμόζει προγράμματα για την τρίτη Ηλικία. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν τις εξής δραστηριότητες :

1. **Ομάδες:** Ομάδες τρίτης ηλικίας, των οποίων οι συναντήσεις καθορίζονται από τα μέλη σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα μέλη συγκεντρώνονται με σκοπό την δημιουργική απασχόληση και ψυχαγωγία ώστε να αποφεύγεται η απομόνωση τους, να καλλιεργούνται τα ενδιαφέροντά τους και να ενθαρρύνεται η συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή και δράση.
2. **Λέσχες:** Όταν υπάρχει δυνατότητα επιδιώκεται η δημιουργία ενός ιδιαίτερου και μόνιμου χώρου, όπου τα άτομα τρίτης ηλικίας συναντιούνται καθημερινά και αναπτύσσουν την κοινωνικότητα τους, αξιοποιώντας δημιουργικά τον ελεύθερό τους χρόνο. Τα προγράμματα στηρίζονται από ευαισθητοποιημένα στελέχη του Ε.Ο.Π. (Ελέγχου Ολικής Ποιότητας) και ειδικευμένου προσωπικού (κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και ψυχολόγους). Ανάλογα με τις επιμέρους δραστηριότητες που αναπτύσσονται στις λέσχες μπορούν να χρησιμοποιηθούν και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων.

Άλλο ένα ειδικό πρόγραμμα για τους ηλικιωμένους αποτελούν **οι λέσχες φιλίας**. Οι ειδικότητες που προβλέπονται για την στελέχωση του προγράμματος είναι αυτές του κοινωνικού λειτουργού, του φυσιοθεραπευτή και του νοσηλευτή, καθώς και κάποιου ατόμου που θα είναι υπεύθυνο για την προμήθεια υλικών, την οικονομική διαχείριση και την λειτουργία του αναψυκτηρίου.

Αν και δεν είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη αυτή η μορφή φροντίδας αρχίζουν να ενθαρρύνονται στην κοινότητα **τα προγράμματα αναδοχής ηλικιωμένων** ως εναλλακτική λύση, με στόχο την μείωση της ιδρυματικής περίθαλψης και την ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών ανάμεσα σε ορισμένους υπερήλικες και σε κάποια οικογένεια. Άλλωστε η αναδοχή προσφέρει τη δυνατότητα στις πυρηνικές οικογένειες της σύγχρονης εποχής, να δημιουργήσουν μια ουσιαστική σχέση με τον «παππού» και την «γιαγιά» που ιδίως για τα μικρά παιδιά είναι πολύτιμη.

Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)

Το πρόγραμμα στοχεύει :

1. Στην παραμονή ατόμων τρίτης ηλικίας σε οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον
2. Στην διατήρηση της συνοχής της οικογένειας
3. Στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού
4. Στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής της οικογένειας με το ηλικιωμένο μέλος που φροντίζουν
5. Στην εξασφάλιση της αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο των ηλικιωμένων ατόμων, όσο και των μελών της οικογένειας.

Οι ειδικές αρχές που διέπουν το πρόγραμμα, επικεντρώνονται στη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζουν το δικαίωμα των ηλικιωμένων για διαβίωση σε αξιοπρεπείς συνθήκες, για διατήρηση της αυτονομίας, της αυτάρκειας, της κοινωνικής συμμετοχής, της επικοινωνίας και για παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας που εξασφαλίζουν υγεία και ποιοτική διαβίωση. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών, που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.

Προγράμματα Κατασκηνώσεων – Θαλάσσιων μπάνιων – Κοινωνικού τουρισμού

Μέσα από την συνεργασία των Κ.Α.Π.Η. με τους Δήμους, δίνεται η ευκαιρία στους ηλικιωμένους να κάνουν δωρεάν καλοκαιρινές διακοπές σε κατασκηνώσεις για δέκα μέρες και συμπεριλαμβάνονται συνήθως και τοποθεσίες που έχουν ιαματικά λουτρά, για τα άτομα που έχουν ανάγκη. Επίσης, τα καλοκαίρια υλοποιείται το πρόγραμμα των «Θαλάσσιων μπάνιων», για τους για τους ηλικιωμένους που δεν έχουν την δυνατότητα να πάνε από μόνοι τους, είτε λόγω οικονομικής δυσχέρειας, είτε λόγω έλλειψης μεταφορικού μέσου, είτε εξαιτίας διάφορων άλλων παραγόντων που δεν τους επιτρέπουν την απομάκρυνση από το σπίτι για περισσότερο από μερικές ώρες. Υπάρχουν ακόμα προγράμματα κοινωνικού τουρισμού, στα οποία επιδοτούνται πενθήμερες και επταήμερες διακοπές από τον Ε.Ο.Τ. σε ηλικιωμένα άτομα με χαμηλό εισόδημα⁹⁶.

Λοιπές παροχές και διευκολύνσεις για τα άτομα τρίτης ηλικίας.

Οι ηλικιωμένοι άνω των 60 ετών μπορούν, εφόσον προμηθευτούν την ειδική ταξιδιωτική κάρτα, να έχουν έκπτωση στην τιμή των εισιτηρίων για τρένα και λεωφορεία. Επίσης, υπάρχει και η «κάρτα πολιτισμού», η οποία προσφέρει δωρεάν είσοδο σε μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους για τους κατόχους της που θα πρέπει να είναι μέλη Κ.Α.Π.Η. για να την αποκτήσουν.

Επίσης υπάρχει η ιδρυματική περίθαλψη, η οποία χωρίζεται στα Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων και στα Γηροκομεία.

Το **Θεραπευτήριο Χρόνιων Παθήσεων** του Υπουργείου Εργασίας έχει σκοπό την περίθαλψη χρονίως πασχόντων, επομένως και ηλικιωμένων, καθώς και την ιατρική και κοινωνική τους αποκατάσταση. Λειτουργεί μονάδα αποκατάστασης στελεχωμένη με γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και άλλες ειδικότητες.

Στα **Γηροκομεία** περιθάλπονται ηλικιωμένοι που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.

Στα επίσημα δίκτυα φροντίδας του ιδιωτικού μη κερδοσκοπικού τομέα εντάσσονται :

Η Εκκλησία της Ελλάδος

Ανάμεσα στις δραστηριότητες στήριξης για την τρίτη ηλικία, μεγάλη και σημαντική είναι η συμβολή της Εκκλησίας, τόσο σε επίπεδο Μητροπόλεων, όσο και σε επίπεδο Ενοριών, καθώς έχει συστήσει διάφορα προγράμματα στα πλαίσια της φιλανθρωπικής της αποστολής. Πολλές Μητροπόλεις προσφέρουν προγράμματα κατασκηνώσεων σε δικές τους εγκαταστάσεις. Εφαρμόζονται προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων σε διάφορες ενορίες, με την μορφή ξενώνων, λεσχών κοινωνικής στήριξης, ψυχαγωγίας, σίτισης, ομάδων συζήτησης, ακόμα και ιδρυματικής περίθαλψης.

Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός

Ο Ε.Ε.Σ. ίδρυσε υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι που παρέχει νοσηλευτική φροντίδα για άτομα όλων των ηλικιών που εξέρχονται από το νοσοκομείο, ιατρική εξέταση όλων των

ατόμων που εντάσσονται στο πρόγραμμα, φυσιοθεραπεία- αποκατάσταση, βοήθεια για εξέταση από γιατρούς, εργαστηριακές εξετάσεις, εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και των ασθενών και την ενεργοποίηση τους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων.

Ο Ε.Ε.Σ. έχει ξεκινήσει ένα σημαντικό πρόγραμμα σε συνεργασία με τον Ο.Τ.Ε. για την παροχή φροντίδας σε περιπτώσεις ηλικιωμένων, οι οποίοι ζουν μόνοι τους. Με το πρόγραμμα του τηλεσυναγερμού, οι ηλικιωμένοι μπορούν να επικοινωνήσουν με την κοινωνική υπηρεσία σε κάποια έκτακτη ανάγκη. Την ευθύνη για τον συντονισμό του προγράμματος την έχουν δυο κοινωνικοί λειτουργοί, οι οποίοι παρέχουν πληροφορίες και ψυχολογική υποστήριξη και είναι υπεύθυνη για την εκπαίδευση των τεχνικών- χειριστών του συστήματος. Ένα δεύτερο πρόγραμμα είναι η **τηλεϊατρική φροντίδα**. Με το πρόγραμμα αυτό έχουν την δυνατότητα γιατροί από απομακρυσμένα νησιά να ζητούν βοήθεια για καρδιολογικά περιστατικά. Στον Ερυθρό Σταυρό υπάρχει ένας καρδιογράφος και ειδικοί γιατροί, οι οποίοι, αφού ελέγξουν το καρδιογράφημα, δίνουν οδηγίες για την αντιμετώπιση του περιστατικού. Τα δυο τελευταία προγράμματα, τα οποία αξιοποιούν τη σύγχρονη τεχνολογία, συμβάλλουν καθοριστικά στην αποτροπή εγκλεισμού φιλάσθενων ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης.

Στον ιδιωτικό τομέα εντάσσονται οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί φορείς. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει την ευθύνη για την έκδοση άδειας λειτουργίας και την εποπτεία τέτοιων οργανισμών. Οι φορείς λειτουργούν με καθαρά ιδιωτικό – οικονομικά κριτήρια, με βασικό – όχι όμως πάντα αποκλειστικό - κίνητρο το οικονομικό κέρδος. Ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας επειδή λειτουργεί έξω από το δεσμευτικό πλαίσιο των δημόσιων υπηρεσιών, κινείται με πιο γρήγορους ρυθμούς από το Δημόσιο.

5.2.Ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας

5.2.1.Δίκτυα Άτυπης Φροντίδας

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

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

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

Οι ομάδες αυτές είναι πλέον συνηθισμένο φαινόμενο στις σύγχρονες κοινωνίες για τους εξής λόγους :

1. Υπάρχει αδυναμία του κράτους να καλύψει όλες τις ανάγκες για κοινωνική προστασία.
2. Επικρατεί η αντίληψη ότι οι πολίτες πρέπει να αυτενεργούν και να στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις, παρά να περιμένουν λύσεις στα προβλήματα τους από τις κρατικές υπηρεσίες.
3. Υπάρχει η πεποίθηση ότι, αν οργανωθούν οι πολίτες σε ομάδες αυτοβοήθειας, θα επιτύχουν πολύ περισσότερα οφέλη παρά να δράσουν ατομικά. Με τη συλλογική δράση οι πολίτες νιώθουν ότι έχουν τον έλεγχο των πράξεων τους και δεν εξαρτώνται από το ενδιαφέρον και την διάθεση των κρατικών λειτουργών.

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

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

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

Με την θεσμοθέτηση του δεύτερου βαθμού τοπικής αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα, έχει ήδη τεθεί το θέμα των αρμοδιοτήτων και του ρόλου της κεντρικής εξουσίας και τοπικής αυτοδιοίκησης στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας. Δεν είναι ακόμη σαφές πως θα γίνει αυτός ο διαχωρισμός και ποιον τελικά ρόλο θα κληθεί να παίξει η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Η Κεντρική διοίκηση έχει την επιτελική ευθύνη για τον στρατηγικό σχεδιασμό του συνόλου των κοινωνικών υπηρεσιών, δηλαδή υγεία, ψυχική υγεία, Κοινωνική Ασφάλεια, Κοινωνική Κατοικία, Εκπαίδευση, Προσωπικές Κοινωνικές Υπηρεσίες.

5.2.2. Φροντίδα τρίτης ηλικίας από τα άτυπα δίκτυα και την οικογένεια

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

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

Σε όλες τις χώρες της Κοινότητας, το βάρος της άτυπης φροντίδας πέφτει στις γυναίκες. Όπως έχει παρατηρηθεί σχετικά με τον ευρύτητα διαδεδομένο αυτή τη στιγμή στόχο της «φροντίδας στην οικογένεια και την κοινότητα», οι λέξεις «οικογένεια» και «κοινότητα» αποτελούν ευφημισμό για γυναίκες συγγενείς⁹⁷. Έχει επίσης επισημανθεί ότι, με τις προσπάθειες του κράτους αν αναλάβουν η οικογένεια και η κοινότητα μεγαλύτερο ρόλο στην παροχή άτυπης φροντίδας, τίθενται θέματα της ελευθερίας και της επιλογής του ατόμου, και από τη μεριά αυτών από τους οποίους ζητείται η βοήθεια και από την μεριά αυτών που παροτρύνονται να καταφύγουν στην οικογένεια ή σε άλλα πρόσωπα για βοήθεια. Όπως έχει παρατηρηθεί, δεν πρέπει η οικογένεια και το κράτος να θεωρούνται εναλλακτικές λύσεις φροντίδας, αλλά συμπληρωματικές μορφές που οι δεσμοί ανάμεσα τους και οι αλληλεπιδράσεις τους πρέπει να ερευνηθούν.

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

Την τελευταία δεκαετία, διάφοροι παρατηρητές, κοινωνικοί επιστήμονες και μη, έχουν ισχυριστεί ότι αυτά τα δίκτυα έχουν αποδυναμωθεί σημαντικά και δεν προσφέρουν την ίδια βοήθεια όπως παλιότερα. Βέβαια, δεν υπάρχουν ουσιαστικά στοιχεία που να στηρίζουν αυτή την άποψη. Δεν υπάρχουν κατάλληλες έρευνες για τις σχέσεις συγγενών και την ανταλλαγή βοήθειας ανάμεσα στους συγγενείς, ούτε αντίστοιχες έρευνες για το παρελθόν.

Όπως έχει φανεί από πρόσφατες κριτικές παλαιότερων εργασιών για την οικογένεια στην Ευρώπη, υπάρχει μια τάση για εξιδανίκευση της οικογένειας του παρελθόντος. Η οικογένεια του παρελθόντος παρουσιάζεται με θετικά χαρακτηριστικά που συνήθως δεν ανταποκρίνονται με την τότε πραγματικότητα. Αυτή η τέλεια εικόνα της οικογένειας του παρελθόντος επηρεάζει τις εικόνες που χτίζουμε για τη σημερινή οικογένεια. Αν και πρέπει να κρατώνται αποστάσεις από τις εξιδανικεύσεις της οικογένειας παρελθόντος, πρέπει να αναγνωριστεί ότι σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές αλλαγές, που έχουν συσχετισθεί αλλού με σημαντικές αλλαγές στη δομή και λειτουργία της οικογένειας, τις έχει γνωρίσει και η Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες και πιθανότατα να είχαν σημαντικές επιπτώσεις στην οικογένεια και εδώ. Ανάμεσα σε αυτές τις οικονομικές και κοινωνικές αλλαγές είναι η μετανάστευση, η εκβιομηχάνιση και η αύξηση της συμμετοχής της γυναίκας στην πληρωμένη εργασία έξω από το σπίτι. Η μορφή των επιπτώσεων αυτών των αλλαγών εξαρτάται από το πώς συνδυάζονται οι δομικές αλλαγές ή οι διαδικασίες αυτές με τις προϋπάρχουσες δομές της συγκεκριμένης κοινωνίας⁹⁸.

Η οικογένεια παίζει όλο και σημαντικότερο ρόλο στο κοινωνικό δίκτυο του ατόμου. Η συμβολή του/της συζύγου είναι σημαντική. Ακολουθεί αυτή των παιδιών, των αδελφών και των άλλων συγγενών. Ειδικά το ηλικιωμένο άτομο εξαρτάται όλο και περισσότερο με το πέρασμα των χρόνων από την οικογένεια του και η εξάρτηση του αυτή μπορεί να εκδηλωθεί σε διάφορους τομείς της ζωής. Εξάρτηση ορίζεται ότι το άτομο ενεργητικά ή παθητικά ζητά ή

αποδέχεται βοήθεια από όλους σε μεγάλο βαθμό για να αντιμετωπίσει τις σωματικές και ψυχικές του ανάγκες.

Η εξάρτηση είναι μια φυσιολογική κατάσταση για τα παιδιά, τα οποία όσο μεγαλώνουν τόσο αυξάνει η τάση και η πίεση για ανεξαρτησία. Στους ηλικιωμένους η εξάρτηση επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως η σωματική αδυναμία, η ψυχική υγεία, η χρήση φαρμάκων, το περιβάλλον και οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Το περιβάλλον του ηλικιωμένου μπορεί να γίνεται πιο προστατευτικό και να φέρει σε κατάσταση εξάρτησης τον ηλικιωμένο. Η εξαρτημένη από όλους συμπεριφορά μπορεί να εκδηλωθεί σε διάφορους τομείς, όπως ο νοητικός, ο σωματικός ή ο οικονομικός. Αιτίες εξάρτησης μπορεί να είναι κοινωνικό - πολιτισμικές, οικονομικές, περιβαλλοντολογικές και προσωπικότητας. Η εξάρτηση πολλές φορές δημιουργεί προβλήματα στο άτομο και τους οικείους του, αλλά σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσει στη προσαρμογή σε νέες καταστάσεις.

Γενικά, η σημασία της οικογένειας με τις σχέσεις αλληλεξάρτησης που έχει είναι μεγάλη για όλους, υγιείς και αρρώστους. Γίνεται όμως πιο μεγάλη, όταν ένα μέλος της οικογένειας αρρωστήσει. Το είδος της φροντίδας αλλάζει, διότι οι ηλικιωμένοι δεν αρρωσταίνουν από οξείες καταστάσεις αλλά από χρόνιες, που διαρκούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και είναι πιο δύσκολες.

Φροντίδα προς τους ηλικιωμένους προσφέρουν συνήθως οι σύζυγοι και τα ενήλικα παιδιά. Η συνήθης ηλικία των γυναικών είναι τα 40- 50 οπότε και πιέζονται από τη μία από τις απαιτήσεις της δουλειάς και της δικής τους οικογένειας και από την άλλη από την ανάγκη της φροντίδας των γονέων. Σε οικογένειες με περισσότερα του ενός παιδιά, τη φροντίδα του ηλικιωμένου την αναλαμβάνει αυτός που είναι πιο πρόσφορος είτε εργασιακά, είτε από άποψη παιδιών, είτε συζυγικά. Αν και οι γυναίκες φροντίζουν περισσότερο την οικογένεια, οι άντρες αισθάνονται εξίσου την υποχρέωση ή τη στοργή. Η προσφορά των ανδρών είναι περισσότερο οικονομική, στη συντήρηση του σπιτιού και τις επισκευές, ενώ των γυναικών στη φροντίδα υγείας.

Η οικογένεια παρέχει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας σε ηλικιωμένους και εξακολουθεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη βοήθεια της τρίτης ηλικίας σε όλες τις χώρες. Οι φροντιστές αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα που συνδέεται με την ηλικία, το φύλο, τη σχέση και την συγκατοίκηση με το εξαρτημένο άτομο.

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

Υπάρχουν κάποιες περιπτώσεις που ενήλικες δεν φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονείς τους, όχι γιατί αδιαφορούν, αλλά και οι ίδιοι αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, οικονομικά και συναισθηματικά⁹⁹.

6. Νοσηλευτικοί ρόλοι- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις- Νοσηλευτική διεργασία

6.1.1. Νοσηλευτικές προσεγγίσεις στην τρίτη ηλικία

Η υγεία είναι μια κατάσταση που μεταβάλλεται, βασίζεται στην ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στις νέες ανάγκες, είτε αυτές προέρχονται από προσωπικές του εμπειρίες, είτε από το περιβάλλον του. Είναι μια συνεχής διεργασία κατά την οποία το άτομο καταφέρνει να παραμένει διανοητικά, κοινωνικά και ψυχικά σταθερά ενεργό, παρότι μπορεί να συνυπάρχει κάποια ανικανότητα, ασθένεια ή αδυναμία. Σκοπός της Νοσηλευτικής Επιστήμης τίθεται η προάσπιση και η διατήρηση του επιπέδου υγείας των ηλικιωμένων στο καλύτερο δυνατό σημείο¹⁰⁰.

Η πολυπλοκότητα της κατάστασης, που απορρέει από τη συνύπαρξη δυο και άνω νόσων σε κάθε ηλικιωμένο, απαιτεί εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα. Κυρίως η Γηριατρική νοσηλευτική, η νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας και η Κοινωνική νοσηλευτική μέσω της Νοσηλευτικής Διεργασίας μπορούν να προσφέρουν καθολική φροντίδα στην αποκατάσταση της υγείας του και να βοηθήσουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας να διατηρήσουν την αυτοφροντίδα τους στις καθημερινές τους ανάγκες.

Οι νοσηλευτές που θα κληθούν να αξιολογήσουν τους ηλικιωμένους θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους κάποιες βασικές παραμέτρους, όπως:

Οι φυσιολογικές αλλαγές του γήρατος ή τα χρόνια νοσήματα τα οποία είναι πολύ συχνά στην τρίτη ηλικία, επηρεάζουν τη φαρμακοδυναμική και τη φαρμακοκινητική και αυξάνουν τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τις επιπλοκές. Η χορήγηση πολλών φαρμάκων μαζί μπορεί να μεταβάλλει τη συγκέντρωση ενός ή περισσότερων από αυτά¹⁰¹.

Η ανεπαρκής ή υπερβολική πρόσληψη υγρών και στερεών δεν εξαρτάται μόνο από τις παθολογοανατομικές μεταβολές που συμβαίνουν κατά τη διαδικασία της γήρανσης, αλλά και σε κοινωνικοοικονομικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες¹⁰².

Η συμμετοχή της οικογένειας στη φροντίδα του ηλικιωμένου δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας και καταξίωσης για τον ίδιο και την οικογένειά του. Αντίθετα η μοναξιά και η εγκατάλειψη επιφέρουν κατάθλιψη¹⁰³.

Η αναγνώριση της κατάθλιψης είναι δύσκολη, ειδικά για τους ηλικιωμένους που φροντίζονται στην Κοινότητα. Το 15%-30% των ηλικιωμένων ασθενών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εμφανίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία. Μόνο το 30% αυτού του ποσοστού τελικά διαγιγνώσκεται με κατάθλιψη και ένα μικρότερο ποσοστό λαμβάνει την κατάλληλη θεραπεία. Πολλές ασθένειες έχουν αμφίδρομη σχέση με την κατάθλιψη¹⁰⁴.

Η διατήρηση του κατάλληλου καθημερινού προγράμματος δραστηριοτήτων ύπνος, διατροφή, άσκηση κλπ, αποτελεί σημαντικό στάδιο στη διατήρηση της υγείας στην τρίτη ηλικία. Το καθημερινό αυτό πρόγραμμα θα πρέπει να αποτελεί ρουτίνα και να τηρείται ακόμη και τα Σαββατοκύριακα και στις διακοπές, καθώς με την αύξηση της ηλικίας το σώμα δύσκολα προσαρμόζεται στις αλλαγές¹⁰³.

6.1.2. Νοσηλευτικοί ρόλοι - νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην τρίτη ηλικία

Οι νοσηλευτές εκτός από την άψογη θεωρητική κατάρτιση πάνω στα πολύπλοκα προβλήματα που αφορούν την τρίτη ηλικία, πρέπει να επιδεικνύουν ευστοχία στην αξιολόγηση, την ιεράρχηση των αναγκών και στις πρακτικές εφαρμογές που θα επιλέξουν για να τις αντιμετωπίσουν. Τα κλινικά νοσηλευτικά πρωτόκολλα αποτελούν κατευθυντήριες γραμμές που βοηθούν το νοσηλευτή όχι μόνο να εφαρμόσει τις επιστημονικές θεωρητικές του γνώσεις, αλλά και να επιδείξει το ταλέντο του με την επιλογή του κατάλληλου συνδυασμού των απαραίτητων πρακτικών, για κάθε περίπτωση ηλικιωμένου¹⁰³.

Με τη Νοσηλευτική Διεργασία, ο νοσηλευτής διευκολύνεται στην παροχή ολικής φροντίδας στη φυσική, νοητική, ψυχική και συναισθηματική διάσταση του ασθενή. Επίσης του δίνει τη δυνατότητα της λεπτομερούς καταγραφής της συνεχούς πορείας του κάθε προβλήματος- συμπτώματος και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόζει, ώστε να μπορεί να αξιολογεί τα αποτελέσματα και να επαναπροσδιορίζει τους σκοπούς του. Η εγκαθίδρυση διαπροσωπικής εμπιστευτικής σχέσης με τον ηλικιωμένο, διευκολύνει το νοσηλευτή να συλλέγει πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας του¹⁰⁵.

Τα βασικότερα πεδία στα οποία γίνονται νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην τρίτη ηλικία είναι¹⁰³:

- Αγωγή υγείας και διαπαιδαγώγηση για υγιεινές συνήθειες ζωής (διατροφή, ανάπαυση, ψυχαγωγία, διακοπή καπνίσματος και αποφυγή κατάχρησης αλκοόλ)
- Ηθική υποστήριξη
- Γνωστοποίηση διαθέσιμων κοινωνικών πηγών και πόρων για την υγεία στην κοινότητα, ώστε η οικογένεια να μπορεί να τα χρησιμοποιεί όταν τα χρειάζεται, όπως υπηρεσίες που προσφέρει το Κέντρο Υγείας, δωρεάν ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση, εμβολιασμούς κλπ.
- Νοσηλεία στο σπίτι, αν χρειάζεται
- Εισαγωγή σε κατάλληλο νοσηλευτικό ίδρυμα και νοσηλεία, αν χρειάζεται
- Νοσηλεία χρονίως πασχόντων και υπερηλίκων μελών της οικογένειας σε κατάλληλα ιδρύματα, αν χρειάζεται

Τα σημαντικότερα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, τα οποία καθορίζουν το βαθμό κινητοποίησης και λειτουργικότητας των ηλικιωμένων είναι συνδεδεμένα με τις παρακάτω καταστάσεις¹⁰⁰:

- Ανεπαρκής σίτιση και λήψη υγρών
- Μη ικανοποιητική ξεκούραση- ύπνος
- Αστάθεια
- Ακράτεια
- Ακινήσια
- Σύγχυση
- Πολυφαρμακία
- Μοναξιά

Απλά προληπτικά μέτρα όπως, οι τακτικοί έλεγχοι της αρτηριακής πίεσης και του σωματικού βάρους, η χρήση ασφαλούς πόσιμου νερού, η επαρκής και πλήρης διατροφή πρέπει να εφαρμόζονται σε καθημερινή βάση. Η τήρηση ενός κανονικού προγράμματος ύπνου είναι πολύ σημαντική στη μεγάλη ηλικία. Οι απαιτήσεις σε ύπνο είναι διαφορετικές για κάθε ηλικιωμένο και πρέπει να αποφεύγεται η χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων. Η μέτρια φυσική άσκηση, βοηθάει στην κατανάλωση επιπλέον θερμίδων, βελτιώνει τη μυϊκή λειτουργία και διευκολύνει τη φυσιολογική εντερική λειτουργία. Η κατάκλιση για ύπνο και η αφύπνιση την ίδια πάντα ώρα είναι πολύ σημαντικές παράμετροι για το βιολογικό ρυθμό του σώματος¹⁰⁰.

Η καλή ατομική υγιεινή, είναι ουσιώδης στη μεγάλη ηλικία. Η στοματική κοιλότητα θα πρέπει να διατηρείται καθαρή, ιδιαίτερα αν υπάρχουν τεχνητές οδοντοστοιχίες. Το δέρμα πρέπει να διατηρείται καθαρό και να ενυδατώνεται, επειδή η ξηρότητα αποτελεί χαρακτηριστικό της μεγάλης ηλικίας. Σε περιπτώσεις ακράτειας θα πρέπει να γίνεται καλή καθαριότητα και στέγνωμα των γεννητικών οργάνων, χρήση απορροφητικών επιθεμάτων μιας χρήσης, έγκαιρη αναγνώριση της ουρολοιμώξης και άμεση ιατρική υποστήριξη. Πρέπει να διασφαλίζεται η φυσιολογική εντερική λειτουργία και κινητικότητα. Βοηθά η πλούσια σε ίνες διατροφή, η τακτική άσκηση και η καθορισμένη ώρα της επίσκεψης στην τουαλέτα. Η εναλλαγή διάρροιας και δυσκοιλιότητας, η παρουσία αίματος στα κόπρανα χρήζουν ιατρική εκτίμηση. Επίσης να αποφεύγεται η παρατεταμένη χρήση υπακτικών¹⁰³.

Οι πιθανές πτώσεις προλαμβάνονται με τη χρήση προστατευτικών κάγκελων στο κρεβάτι, τη χρήση βοηθημάτων(στηρίγματα στους τοίχους, βακτηρία, πι κλπ.), την αφαίρεση ολισθηρών ταπήτων ή δαπέδου, τη χρήση σταθερών και άνετων υποδημάτων και ρούχων, την αποφυγή σκάλας, την αποκατάσταση τυχόν υπότασης ή άλλων υπεύθυνων νόσων¹⁰⁶.

Η συναναστροφή και η καλλιέργεια φιλικών σχέσεων με άλλους ηλικιωμένους, αποφέρει πνευματική και συναισθηματική ικανοποίηση. Όσο περισσότερο χρησιμοποιούνται οι πνευματικές λειτουργίες ενός ηλικιωμένου ατόμου, τόσο περισσότερο υγιές παραμένει το άτομο αυτό^{100,103}.

Η λήψη πολλών φαρμάκων, μπορεί να είναι επικίνδυνη εξαιτίας της αλληλεπίδρασης ή λόγω μειωμένης όρασης ή απώλειας μνήμης, μπορεί να ληφθεί λανθασμένη δόση ή λανθασμένο φάρμακο από κάποιον ηλικιωμένο. Όλα τα φάρμακα θα πρέπει να λαμβάνονται με συνταγή και είναι προτιμότερο να χορηγούνται υπό την επίβλεψη κάποιου ενήλικα όταν δε χορηγούνται από νοσηλεύτη¹⁰³.

Οι νοσηλευτές που δραστηριοποιούνται στην κοινότητα, όπου φροντίζονται οι περισσότεροι ηλικιωμένοι, πρέπει να είναι ικανοί να ανταποκρίνονται σε πολλαπλούς ρόλους και λειτουργίες πέρα από κάθε πολιτισμική ή άλλη πιθανή διαφορά. Ενημερώνουν και εκπαιδεύουν τον ασθενή ώστε να αναλάβει την αυτοφροντίδα του, εάν αυτό είναι εφικτό, όπως επίσης και την οικογένειά του πάνω σε θέματα επικοινωνίας με τον ηλικιωμένο, με τους επαγγελματίες υγείας, με τις τοπικές κατάλληλες δομές ή πολιτικούς φορείς, για να διεκδικεί το καλύτερο για τη φροντίδα του. Επίσης, δημιουργούν το κατάλληλο οργανωμένο περιβάλλον εργασίας ώστε να προσφέρουν συμβουλευτική εργασία και βοήθεια για τη δημιουργία και διατήρηση υγιεινού περιβάλλοντος, συμμετοχή και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα για την εξασφάλιση του θεραπευτικού συνεχούς και την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος, συμβουλευτική εργασία και παροχή φροντίδας αποκατάστασης κατά το διάστημα και μετά από ατύχημα ή ψυχική ασθένεια, ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου/αρρώστου και του ετοιμοθάνατου.. Για την κατάλληλη και αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού είναι ανάγκη η Νοσηλευτική να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για την υγεία σε όλα τα επίπεδα^{100,103,106}.

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

Η Νοσηλευτική Διεργασία είναι μια συστηματική μέθοδος που κατευθύνει το νοσηλευτή και τον ασθενή στον αμοιβαίο:

1. Προσδιορισμό των αναγκών για νοσηλευτική φροντίδα,
2. Σχεδιασμό και εφαρμογή της φροντίδας
3. Και εκτίμηση των αποτελεσμάτων.

Η διεργασία παρέχει το πλαίσιο που δίνει την δυνατότητα στο νοσηλευτή και τον ασθενή να πραγματοποιήσουν τα επακόλουθα:

- Συστηματική συλλογή δεδομένων του ασθενούς
- Σαφής προσδιορισμός των δυνατοτήτων και των προβλημάτων του ασθενούς
- Ανάπτυξη ολιστικού και εξατομικευμένου σχεδίου φροντίδας το οποίο καθορίζει τους επιθυμητούς σκοπούς του ασθενούς και τις αναμενόμενες εκβάσεις, καθώς και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έχουν τις μεγαλύτερες πιθανότητες να βοηθήσουν τον ασθενή να επιτύχει τα αναμενόμενα αποτελέσματα.
- Εκτέλεση του σχεδίου της φροντίδας
- Εκτίμηση της αποτελεσματικότητας του σχεδίου φροντίδας, όσον αφορά στην επίτευξη των σκοπών του ασθενούς¹⁰⁷.

Σε κάθε στάδιο της διεργασίας, ο νοσηλευτής και ο ασθενής συνεργάζονται, αλλά οι πόροι και κατάσταση υγείας του ασθενούς επηρεάζουν το επίπεδο συμμετοχής του. Όταν ο ασθενής είναι βρέφος, αναισθητός ή μη συνεργάσιμος, τα στάδια της διεργασίας υλοποιούνται με την βοήθεια ενός μέλους της οικογένειας ή ενός υποστηρικτικού ατόμου.

Ο πρωταρχικός σκοπός της νοσηλευτικής διεργασίας είναι να βοηθήσει το νοσηλευτή να διαχειρίζεται την φροντίδα κάθε ασθενούς με επιστημονικό, ολιστικό και δημιουργικό τρόπο. Προϋπόθεση για την επιτυχία αυτού του στόχου είναι οι πολλές διανοητικές, τεχνικές, διαπροσωπικές, και ηθικές/νομικές ικανότητες του νοσηλευτή, καθώς και η θέληση να τις χρησιμοποιήσει δημιουργικά όταν εργάζεται με ασθενείς, ώστε να προάγει την ευεξία, μα προλαμβάνει την ασθένεια, να αποκαταστήσει την υγεία και να διευκολύνει την αντιμετώπιση της διαταραγμένης λειτουργικότητας¹⁰⁸.

6.2.1. Α' Κλινική περίπτωση

Ιστορικό ασθενούς:

Όνοματεπώνυμο:
Φύλο:	Θήλυ
Ηλικία:	72 ετών
Τόπος διαμονής:	Κόρινθος
Οικογενειακή κατάσταση:	Χήρα
Βάρος:	50kg
Ύψος:	1.57cm
Θρησκεία:	Χ.Ο.
Ημερομηνία Εισόδου:	5/7/16
Αίτια εισόδου:	Διαταραχές συμπεριφοράς

Παρούσα κατάσταση:

Η ασθενής προσήλθε στα επείγοντα περιπατητική, υποβασταζόμενη καθοδηγούμενη από συνοδό(φαινόταν ότι δεν ερχόταν με τη θέλησή της)σε σύγχυση ως προς τον τόπο και χρόνο, η οποία, όπως αναφέρεται από τη συνοδό της(κόρη της ασθενούς), παρουσιάζει αυτή την κατάσταση περίπου τις τελευταίες δέκα ημέρες. Δεν συνεργάζεται στην εξέταση, είναι λεκτικά επιθετική ως προς τον εξεταστή. Καθώς προϋπάρχει η διάγνωση της άνοιας, αναφέρεται από τη συνοδό ότι έχει απότομη έκπτωση τις τελευταίες περίπου δέκα ημέρες στη λειτουργικότητά της, στο να διαχειριστεί τις καθημερινές της ανάγκες. Παρουσιάζει απώλειες ούρων στην πάνα και δεν την αλλάζει, ενώ πριν το έκανε τακτικά. Δεν σιτιζόταν επαρκώς, ούτε να λάμβανε υγρά, αφού για να γίνει αυτό καθημερινά πήγαινε στο σπίτι της συνοδού- κόρη της, πράγμα που δεν το κάνει τις τελευταίες ημέρες.

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

Ιατρικό ιστορικό:

Υποθυρεοειδισμός

Άνοια

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Οστεοαρθρίτιδα

Εργαστηριακές –διαγνωστικές εξετάσεις:

1. Πλήρης βιοχημικός και αιματολογικός έλεγχος. Εξέταση ούρων.
2. Πλήρης σωματική και νευρολογική εξέταση, περιλαμβανομένων και εξετάσεων των αισθήσεων και λειτουργίας των κινήσεων για να αποκλειστούν άλλες παθήσεις.
3. Νευροψυχολογικές εξετάσεις για τον εντοπισμό των διατηρηθέντων ικανοτήτων και συγκεκριμένων προβληματικών τομέων όπως κατανόηση, αντίληψη και κρίση.
4. Άλλες ειδικευμένες εξετάσεις όπως ακτινογραφία θώρακα, ηλεκτροκαρδιογράφημα ή αξονική τομογραφία.
5. Εξέταση της ψυχικής κατάστασης

Διάγνωση εισόδου:

1. Με τις νευροψυχολογικές εξετάσεις εντοπίστηκε έκπτωση νοητικών λειτουργιών λόγω άνοιας.
2. Η εξέταση της ψυχικής κατάστασης έδειξε συμπεριφορικές αλλαγές και αλλαγές προσωπικότητας.

Αιματολογικός έλεγχος	Βιοχημικός έλεγχος
Αιμοσφαιρίνη: 17,3 g/dl	Γλυκόζη: 120 mgr%
Αιματοκρίτης: 40%	Ουρία: 15mgr%
Μέσος όγκος ερυθρών: 93.2 fl	Κρεατινίνη: 0,8 mgr%
Λευκά αιμοσφαίρια: 7,2 Κ/μl	Ουρικό οξύ: 5,0 mgr%
Πολυμορφοπύρηνα: 53%	Κ: 4,7
Λεμφοκύτταρα: 45,3 %	Να: 140
Αιμοπετάλια: 216 Κ/μl	γGt: 15 U/L
T.K.E.: 101	LDH:132 U/L
ΠΤ: 12	CPK:123
ΠΤΤ: 28	Χοληστερίνη: 210 mgr
	Τριγλυκερίδια: 143
Γενική ούρων	HDL:55mgr%
Χροιά: Υποκίτρινη	SGOT: 15U/L
Ειδικό βάρος: 995	SGPT: 14 U/L
pH: 5,5	Ολική χολερυθρίνη: 1,22
Ερυθρά: 0-2	Ολικά λευκώματα:6,6
Πυοσφαίρια: 0-2	Αλβουμίνη: 2,0
Λεύκωμα: -	Φερριτίνη ορού: 82ng/ml
Σάκχαρο: -	
Ακετόνη: -	

Προβλήματα συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Σύγχυση ως προς τον τόπο και χρόνο</p>	<p>Βραχυπρόθεσμα να νοιώσει ασφαλής, να συνεργαστεί, να αναγνωρίζει ότι χρειάζεται βοήθεια και να τη ζητά.</p> <p>Να είναι προσανατολισμένη στο χώρο, τον τόπο και τα πρόσωπα</p> <p>Να βελτιώσει την ικανότητα σκέψης και να τη διατηρήσει σε ένα ικανοποιητικό λειτουργικό επίπεδο.</p>	<p>Συζήτηση με το γιατρό για την χορήγηση φαρμάκων που μπορούν να αντιμετωπίσουν τη ψυχοκινητική ανησυχία (επιθετικότητα)</p> <p>Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης- σχέση εμπιστοσύνης και ασφαλούς περιβάλλοντος.</p> <p>Ενδυνάμωση δυνατότητας αναγνώρισης προσώπων, στιγμών, τοποθεσιών, απλών καθημερινών δραστηριοτήτων, βελτίωση ικανότητας σκέψης.</p> <p>Ενθάρρυνση για συμμετοχή του ίδιου.</p>	<p>Χορήγηση 2dr αλοπεριδόλης 5mg/ml, p.o άπαξ</p> <p>Συστήνομαι στην ασθενή, κάνω χρήση σιγανής ομιλίας, δίνω χρόνο να εκφραστεί, δείχνω ενδιαφέρον για την κατάστασή της</p> <p>Διατήρηση περιβάλλοντος άνετου, με χαμηλό φωτισμό, απλή διακόσμηση, ήσυχο και με λίγους ανθρώπους.</p> <p>Αφαίρεση των αντικειμένων που μπορούν να γίνουν επικίνδυνα για την ασθενή.</p> <p>Κατά τη συχνή παρουσία μου την ενημερώνω διακριτικά για την ώρα, το χρόνο και τον τόπο όπου θα εκτελεστούν κάποιες δραστηριότητες μαζί μου, το</p>	<p>Μετά 1 ώρα από τη χορήγηση του φαρμάκου, ηρέμησε</p> <p>Η ασθενής φάνηκε να ικανοποιήθηκε από το ενδιαφέρον μου και συνεργάστηκε. Δεν είναι επιθετική, ούτε αρνητική και έδωσε αρκετές πληροφορίες.</p> <p>Αντιλαμβάνεται το ρόλο μου και τον αποδέχεται.</p> <p>Αναφέρει ότι δεν ξέρει πως έφτασε ως εδώ και που βρίσκεται.</p> <p>Η ασθενής έχει βελτιώσει την ικανότητα σκέψης της και την συμπεριφορά της σε ικανοποιητικά επίπεδα</p>

Προβλήματα συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
			μπάνιο, το βούρτσισμα των μαλλιών, το φαγητό, η βόλτα. Παροχή ενθάρρυνσης και θετικών σχολίων για τη σωστή συμπεριφορά του ηλικιωμένου.	Έχουν αποτραπεί διαφόρων ειδών κίνδυνοι, όπως πτώσεις και τραυματισμοί. Ζητά βοήθεια και συμμετέχει στο φαγητό. Αποδέχεται ότι βρίσκεται στο νοσοκομείο, αναγνωρίζει το προσωπικό και την κόρη της.

Προβλήματα συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Ακράτεια ούρων</p>	<p>Η ασθενής να παρουσιάζει μείωση στον αριθμό επεισοδίων ακράτειας.</p> <p>Η ασθενής να συμμορφωθεί με το πρόγραμμα σωματικής υγιεινής.</p> <p>Η ασθενής να ενημερώνει το νοσηλευτικό προσωπικό για την ανάγκη ούρησης.</p>	<p>Συνεργασία με τον ιατρό στη διόρθωση της υποκείμενης αιτίας. Συζήτηση για την πιθανότητα χειρουργικής επέμβασης (έγχυση φαρμάκων με παρεμβατικές μεθόδους, αλλαγή θέσης ή μεγιστοποίηση κύστης, αντικατάσταση σφιγκτήρων).</p> <p>Διατήρηση στεγνής και καθαρής της γεννητικής περιοχής.</p> <p>Παρότρυνση για χρήση της τουαλέτας. Ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης της ασθενούς για αυτοεξυπηρέτηση στην τουαλέτα.</p>	<p>Χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων που αναστέλλουν τη σύσπαση του εξωστήρα μυός.</p> <p>Τακτικός (κάθε 3 ώρες) και διακριτικός έλεγχος της πάνας και ζητώ από την ασθενή να αναφέρει αν είναι στεγνή ή υγρή.</p> <p>Λεκτικές ενδείξεις που παροτρύνουν την ασθενή να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα.</p> <p>Έπαινος στην ασθενή για τη διατήρηση της εγκράτειας και την προσπάθεια χρήσης της τουαλέτας.</p> <p>Αλλαγή σεντονιών και πάνας όταν λερώνονται.</p>	<p>Η ασθενής ενθουσιάστηκε με το ενδιαφέρον μου, συμβάλλει στη διατήρηση της περιοχής να είναι στεγνή.</p> <p>Η καθαριότητα μετά από κάθε κένωση προστάτευσε την ασθενή από διάφορες ουρολογικές λοιμώξεις.</p> <p>Η ασθενής συμμορφώθηκε και πηγαίνει μόνης την στην τουαλέτα ή ενημερώνει το νοσηλευτικό προσωπικό για την ανάγκη για κένωση.</p>

Προβλήματα συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Διαταραχές ύπνου</p>	<p>Να αποκτήσει ο ασθενής ένα σωστό ωράριο ύπνου.</p> <p>Επαρκής ξεκούραση του ασθενή.</p>	<p>Προγραμματισμός ωρών ανάπαυσης και ύπνου με ελαστικότητα εφαρμογής όταν χρειάζεται.</p> <p>Συζήτηση με το γιατρό για την χορήγηση φαρμάκων που μπορούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα ύπνου.</p> <p>Εκτίμηση του τρόπου ανάπαυσης/ ύπνου παρατηρώντας την ικανότητα της ασθενούς να κοιμάται και την ποιότητα του ύπνου καθώς και σχετικές διαταραχές.</p> <p>Ένταξη περισσότερης σωματικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της ημέρας.</p>	<p>Αποφυγή γευμάτων με βαριά εδέσματα και διεγερτικών ροφημάτων, όπως καφές πριν την κατάκλιση</p> <p>Αποφυγή ύπνου κατά την διάρκεια της μέρας.</p> <p>Τοποθέτηση ρολογιού στο δωμάτιο, έτσι ώστε να αναγνωρίζει συνεχώς την ακριβή ώρα.</p> <p>Δημιουργία μεγαλύτερης άνεσης κατά την διάρκεια του ύπνου.</p> <p>Χρησιμοποίηση των προστατευτικών κάγκελων κατά την διάρκεια του ύπνου για να αποτραπεί η τυχόν πτώση.</p> <p>Τακτικός νυχτερινός έλεγχος από το Ν.Π. για τυχόν αφυπνίσεις της ασθενούς.</p>	<p>Κάθε πρωί η ασθενής αναφέρει ότι κοιμήθηκε καλά.</p> <p>Από το πρόσωπό της, που είναι ξεκούραστο φαίνεται να έχει καλή ποιότητα ύπνου.</p> <p>Η ασθενής έχει ρυθμίσει τις ώρες ανάπαυσης της και κοιμάται λίγο και το μεσημέρι.</p>

Προβλήματα συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Άγχος</p>	<p>Αναγνώριση και απομάκρυνση από τα περιστατικά που προκαλούν άγχος στην ασθενή</p> <p>Ελάττωση από τα σωματικά, νοητικά, συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα άγχους.</p> <p>Απόκτηση της ικανότητας διαχωρισμού των επιπέδων του άγχους.</p>	<p>Παρακολούθηση για πρώιμες εκδηλώσεις κόπωσης και εκνευρισμού.</p> <p>Απομάκρυνση ασθενή από στρεσογόνους παράγοντες.</p> <p>Να γίνει χρήση τεχνικών χαλάρωσης στην ασθενή</p> <p>Εκτίμηση τυχόν οργανικών αιτιών σε περίπτωση επιμονής ή κλιμάκωσης του εκνευρισμού ή της σύγχυσης.</p> <p>Διαίρεση κάθε δραστηριότητας σε μεμονωμένες πράξεις και παρότρυνση αρρώστου να κάνει ένα μόνο πράγμα κάθε φορά.</p> <p>Χορήγηση αγχολυτικών φαρμάκων</p>	<p>Έγινε παρακολούθηση του ασθενή για τυχόν αγχώδη επεισόδια.</p> <p>Έγινε απομάκρυνση ερεθισμάτων που προκαλούν άγχος στην ασθενή.</p> <p>Έγινε εκτίμηση για τυχόν οργανικά αίτια που επιδεινώνουν την κατάσταση.</p> <p>Χρήση χαλαρωτικών δραστηριοτήτων, όπως ελαφριές μαλάξεις στα χέρια, που βοηθούν στην ηρεμία της ασθενούς.</p> <p>Ενημέρωση της ασθενούς για την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων ώστε να ζητά βοήθεια</p>	<p>Η εύρεση των αιτιών του άγχους και η αντιμετώπιση του είχαν θετικά αποτελέσματα στην ψυχολογική κατάσταση της ασθενούς. Επίσης, στην ηρεμία συνέβαλλε και η χορήγηση του Lexotanil.</p> <p>Η ασθενής ήταν θετική στην εκμάθηση τεχνικής χαλάρωσης</p>

		<p>υπό τις οδηγίες του γιατρού.</p> <p>Παρακίνηση για ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων, ηρεμία και χαλάρωση.</p>	<p>Έγινε χορήγηση tab lexotanil 3mg 1x1 σύμφωνα με τις οδηγίες γιατρού. Έγινε χρήση τεχνικής χαλάρωσης.</p>	
--	--	--	---	--

6.2.2. Β' Κλινική περίπτωση

Ιστορικό ασθενούς :

Όνοματεπώνυμο:
Φύλο:	Άρρεν
Ηλικία:	78 ετών
Τόπος διαμονής:	Μεσολόγγι
Οικογενειακή κατάσταση:	Χήρος
Βάρος:	90kg
Ύψος:	1.72cm
Θρησκεία:	Χ.Ο.
Ημερομηνία Εισόδου:	13/7/16
Αίτια εισόδου:	

Παρούσα κατάσταση :

Ο ασθενής νοσηλεύεται στην παθολογική κλινική για ρύθμιση του σακχάρου. Έχει γνωστό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η τιμή της γλυκόζης αίματος είναι 410 mg/dL. Λόγω της έλλειψης ενημέρωσης σχετικά με τον σακχαρώδη διαβήτη ο ασθενής είναι πολύ αγχωμένος.

Ιατρικό ιστορικό:

Χρόνια υπέρταση

Καρδιακές αρρυθμίες

Ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο προ μιας πενταετίας.

Εργαστηριακές – διαγνωστικές εξετάσεις:

1. Πλήρης αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος.
2. Γενική εξέταση ούρων
3. Μέτρηση γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης
4. Έλεγχος του λιπιδαιμικού προφίλ και της αρτηριακής πίεσης
5. Μέτρηση του σακχάρου
6. Αξονική ή μαγνητική τομογραφία

Διάγνωση εισόδου:

Αρρυθμιστά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα.

Μη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και τη διατροφή.

Αιματολογικός έλεγχος	Βιοχημικός έλεγχος
Αιμοσφαιρίνη: 16,5 g/dl	Γλυκόζη: 410 mgr%
Αιματοκρίτης: 42%	Ουρία: 19mgr%
Μέσος όγκος ερυθρών: 83.5 fl	Κρεατινίνη: 0,9 mgr%
Λευκά αιμοσφαίρια: 7,9 Κ/μl	Ουρικό οξύ: 5,0 mgr%
Πολυμορφοπύρηνα: 55%	Κ: 4,9
Λεμφοκύτταρα: 50,3 %	Να: 144
Αιμοπετάλια: 230 Κ/μl	γGt: 16 U/L
Τ.Κ.Ε.: 99	LDH:143 U/L
ΠΤ: 16	CPK:130
ΠΤΤ: 35	Χοληστερίνη: 232mgr
	Τριγλυκερίδια: 152
Γενική ούρων	HDL:61mgr%
Χροιά: Υποκίτρινη	SGOT: 16U/L
Ειδικό βάρος: 1003	SGPT: 15 U/L
pH: 5,5	Ολική χολερυθρίνη: 1,19
Ερυθρά: 0-2	Ολικά λευκώματα:6,8
Πυοσφαίρια: 0-2	Αλβουμίνη: 1,9
Λεύκωμα: -	Φερριτίνη ορού: 87ng/ml
Σάκχαρο: θετικό	
Ακετόνη: -	

Προβλήματα συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Μη ισορροπημένη διατροφή/ παχυσαρκία</p>	<p>Ο ασθενής θα αναπτύξει σχέδιο γευμάτων που θα βοηθήσει να επιτύχει το ιδανικό βάρος σώματος και τα επίπεδα γλυκόζης αίματος στα φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και τα επίπεδα φρουκτοζαμίνης θα δείξουν συμμόρφωση με τη δίαιτα.</p>	<p>Αξιολόγηση της διατροφής του ασθενούς.</p> <p>Διδασκαλία για το σχεδιασμό διαβητικής διαίτας</p> <p>Παροχή βοήθειας στο σχεδιασμό αποδεκτής διαίτας για τη μείωση του βάρους σώματος και την επίτευξη φυσιολογικών επιπέδων γλυκόζης.</p>	<p>Η διατροφή του ασθενή είναι πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, προϊόντα ολικής άλεσης και με χαμηλά λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα, τα οποία προάγουν την υγεία του.</p> <p>Λαμβάνει τακτικά τα καθορισμένα για την περίπτωσή του γεύματα</p> <p>Ο ασθενής πρέπει να ζυγίζεται συχνά.</p> <p>Έγινε η σχετική ενημέρωση για το πώς και πόσο πρέπει να τρέφεται.</p>	<p>Το βάρος του ασθενή μειώνεται σταδιακά με την νέα ισορροπημένη δίαιτα που σχεδιάστηκε ειδικά για την περίπτωση του.</p> <p>Ο ασθενής είναι σε θέση να αναγνωρίσει την κατάλληλη ποσότητα γεύματος.</p>

Προβλήματα συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Κίνδυνος για λοίμωξη σχετιζόμενος με τα αυξημένα επίπεδα γλυκόζης</p>	<p>Ο ασθενής να έχει αποδεκτά επίπεδα γλυκόζης αίματος .</p> <p>Ο ασθενής δεν θα αναπτύξει λοίμωξη, όπως καταδεικνύεται από την απουσία σημείων λοίμωξης του δέρματος, πυρετού και το αίσθημα καλής υγείας.</p> <p>Ο ασθενής θα εκφράσει την επιθυμία να προλάβει τις επιπλοκές του διαβήτη.</p> <p>Ο ασθενής θα εκφράσει ότι είναι σε θέση να φροντίσει τον εαυτό του και να ενεργήσει με τρόπο που θα τον βοηθήσει να μειώσει τον κίνδυνο των επιπλοκών.</p>	<p>Εκτίμηση για σημεία μιας λοίμωξης</p> <p>Ενημέρωση του ασθενή και του περιβάλλοντος του για ποιο λόγο είναι πιο επιρρεπής Στην ανάπτυξη λοίμωξης.</p> <p>Επιβράβευση και ενθάρρυνση των προσπαθειών για αυτοφροντίδας .</p> <p>Διατήρηση ασηψίας όταν γίνεται καθετηριασμός και παροχή φροντίδας σε πληγή ή επιρρεπή σημείο.</p>	<p>Ο ασθενής λαμβάνει την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.</p> <p>Έγινε έλεγχος τυχόν σημείων που μπορεί να έχουν μολυνθεί.</p> <p>Τακτικός έλεγχος ζωτικών σημείων και μέτρηση των επιπέδων γλυκόζης.</p> <p>Προώθηση καλής υγιεινής των χεριών και δοντιών.</p> <p>Έγινε περιποίηση του καθετήρα ούρων και της γύρω περιοχής.</p> <p>Έγινε εντριβή του δέρματος, το δέρμα διατηρήθηκε στεγνό</p>	<p>Επίπεδα γλυκόζης του αίματος 220mg/dL.</p> <p>Θερμοκρασία(37°C), σφύξεις 100, 20, αρτηριακή πίεση 140/85.</p> <p>Ο ασθενής εκφράζει ότι είναι πρόθυμος να μάθει πώς να φροντίζει τον εαυτό του.</p>

Προβλήματα συμπτώματα	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικού προγραμματισμού	Εκτίμηση νοσηλευτικής φροντίδας
<p>Αναστάτωση /κακή διάθεση</p>	<p>Ο ασθενής να εκφράσει ότι είναι και δείχνει ευδιάθετος.</p> <p>Ο ασθενής να εκφράσει ότι έχει διάθεση να αναλάβει την αυτοφροντίδα του</p>	<p>Ενθάρρυνση για έκφραση των συναισθημάτων τα οποία σχετίζονται με τη διάγνωση του διαβήτη και την ανάγκη για αλλαγές στον τρόπο ζωής.</p> <p>Παροχή ευκαιρίας για έκφραση της απογοήτευσης.</p> <p>Ενθάρρυνση για ανακάλυψη των δυνατοτήτων και των θετικών παραμέτρων της αυτοαξίας του.</p> <p>Επιβεβαίωση πως ο έλεγχος της νόσου και του τρόπου ζωής είναι δυνατός.</p>	<p>Ενημέρωση του ασθενούς με απλά και ακριβή λόγια για την κατάσταση της υγείας του.</p> <p>Δίνω χρόνο να ακούσω τα συναισθήματά του, τις δυσκολίες του, τακτική παρουσία δίπλα του</p> <p>Απλοποιώ τους τρόπους που πρέπει να φροντίζει τον εαυτό του και τον ενθαρρύνω να επαναλάβει απλές τεχνικές μαζί μου.</p> <p>Διδασκαλία ορισμένων στρατηγικών για ασκήσεις αργών βαθιών αναπνοών</p> <p>Επιβράβευση των προσπαθειών για μάθηση και πρακτική των τεχνικών αυτοφροντίδας</p>	<p>Ελαχιστοποίηση του άγχους του.</p> <p>Βελτίωση της διάθεσης</p> <p>Δείχνει να αντιλαμβάνεται τη σοβαρότητα της κατάστασης και τη θέληση να αναλάβει την αυτοφροντίδα του</p> <p>Δείχνει ενδιαφέρον να εκπαιδευτεί στις νέες τεχνικές(ενέσεις, μετρήσεις σακχάρου, αιματολογικές εξετάσεις, διαιτολόγια κλπ)</p>

Συμπεράσματα :

- Η θεραπεία και των συνυπαρχουσών νόσων στο ίδιο χρονικό διάστημα είναι πιθανή και απαραίτητη να επιτευχθεί.
- Κάποια από τα μέτρα αντιμετώπισης δεν θα λιγοστέψουν τα ψυχικά προβλήματα, αλλά θα οδηγήσουν να καλυτερέψουν και οι συγκεκριμένες σωματικές νόσοι.
- Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές είναι συχνά συνυπάρχουσες με σωματική ασθένεια, όπως καρδιαγγειακή νόσος, καρκίνος ή σακχαρώδης διαβήτης.
- Οι ψυχικές διαταραχές όταν συνυπάρχουν με σωματικές ασθένειες οδηγούν σε δυσανάλογη υψηλή αναπηρία.
- Μερικά από τα αίτια ψυχικής και σωματικής διαταραχής είναι τα ίδια.
- Η αναγνώριση και η αντιμετώπιση της κατάθλιψης καλυτερεύει τη λειτουργικότητα του ηλικιωμένου και την ποιότητα ζωής του παρόλη τη συνύπαρξη σωματικής νόσου.

Προτάσεις:

- Επαρκής πληροφόρηση του κοινού από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για την συνύπαρξη ψυχικής και σωματικής ασθένειας στην τρίτη ηλικία.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό να εξειδικευτεί σε ζητήματα και στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αφορούν την συννοσηρότητα στους ηλικιωμένους.
- Εκπαίδευση και διδασκαλία των νοσηλευτών, ώστε να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι να παρέμβουν στην φροντίδα του ηλικιωμένου.
- Το κράτος και η πολιτεία να ευαισθητοποιηθεί, να παρέμβει πάνω σε θέματα που αφορούν τη συνύπαρξη ασθενειών στους ηλικιωμένους και να τα ενισχύσει οικονομικά.

Βιβλιογραφία

1. The Administration on Aging. A profile of Older Americans : 2009 Administration on Aging (online). [accessed April 6,2010]. Available at : http://www.aoa.gov/aoaroot/aging_statistics/Profile/2009/4.aspx
2. Clascok AP, Feinman S.L. A holocultural analysis of old age. *Comparative Social Research* 1980, 3: 311-32
3. Brubaker TH, Powers EA. The stereotype of “old” age. A review and alternative approach. *Journal of Gerontology*.1976;31(4)441-7
4. Freund AM; Smith J. Self- definition in old age. (;German, abstract). *Zeitschrift fur Sozialpsychologie*.1997;28(1-2);44:59
5. Janes GR,Blackman DK,Bolen JC et al. Surveillance for use of preventive health-care services by older adults, 1995-1997. *MMWR CDC Surveill Summ*. 1999;48:51 -88
6. Mason, A. and R. Lee.2011. Population aging and the generational economy Key findings. In R. Lee and A. Mason, editors. *A global perspective*. Cheltenham, UK:Edward Elgar, 3-11.
7. Freedman VA, Martin LG. “ Contribution of chronic conditions to aggregate changes in old-age functioning”. *American Journal of public health*. 2000;90 (November);1755-60
8. Sanderson WC and Scherbov S (2013) The characteristics approach to the measurement of population aging. *Population and Development Review*, 39 (4). pp. 673-685
9. Mick, D. J., & Ackerman, M. H. (2004). Critical care nursing for older adults: Pathophysiological and functional considerations. *Nursing Clinics of North America*, 39, 473–493. Evidence Level V.
10. Carr,M.(Ed.).(2006).BC Acute Care Geriatric Nurses Network Geriatric Giants Quick reference to common conditions and syndromes observed in older adults.
11. Ebersole & Hess (2001). *Geriatric nursing & healthy aging*. Mosby ; St. Louis
12. Stoto M. Behrens R. Rosemont C. (1990): *Healthy People 2000: Citizens Chart the course*, Institute of Medicine, Washington.
13. *Key Policy Issues in Long-term Care*. Geneva: WHO Press; 2003. World Health Organization.
14. Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ. The metabolic syndrome, *Lancet* 2005,365:1415-1428
15. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28(9):2289–2304.
16. Α. Μελιδώνης : « Μεταβολικό σύνδρομο» στο Α. Μελιδώνης « Σακχ. Διαβήτης» 2010 : Σύγχρονες προσεγγίσεις σε θέματα αιχμής. Εκδόσεις Γιάννη Παριζιάνου. 2010 : 5-18
17. Overstall PW Exton – Smith AN Imms FJ., Johnson AL (1997) Falls in the elderly related to postural imbalance. *BR Med J*. 1:261-264
18. Tideiksaar R. Falls in older people. *Prevention and Management*. 3rd ed. 2002, Baltimore : Health Professions Press.
19. Lord SR, Dayheew J. Visual risk factors for falls in older people. *J AMGeriatr Soc* 2001, 49(5) : 508-15
20. Cancer. Net. Cancer in older adults. American Society of Clinical Oncology. Cancernet.com/index.php?s=cancer+older+adults (acesed 2011)

21. Balducci L, Yates J. General guidelines for the management of older patients with cancer. *Oncology (Huntingt)*. 2000;14:221-227.
22. Yancik R, Yates JW, eds. *Cancer in the Elderly: Approaches to Early Detection and Treatment*. New York, NY: Springer Publishing Co; 1989
23. Bess F.H. Lichtenstein M.J. Logan, S.A. Burger, C.M., Nelson E. (1989), Hearing impairment at a determinant of function in the elderly population : Osservatorio geriatrico campano study group. *Gerontology*, 45, 323-328
24. Gohdes D. Maylahn, Balamurugan, A., & Larsen B.A. (2005). PEER REVIEWED. Age-related Eye diseases. An Emerging Challenge for public health professionals. *Preventing chronic disease* (3)
25. Loh, K.Y., Olge J., (2004) " Age Related Visual Impairment in the elderly" *Medical Journal of Malaysia*, Vol 59 No 4
26. Fonda D. Benvenuti F, Cottenden A, DuBean, D. Kirshner- Hermans R Miller.K. et al. Urinary incontinence and bladder dysfunction in older persons In. Abrams P, Cardozo L, Khoury S Wein A, editors, *Incontinence 2nd ed*. Plymouth. Health Publication Ltd; 2002 p. 627-94
27. Rosenberg.IH. Sarcopenia : origins and clinical relevance. *J Nutr*. 1997; 127: 9905-9915
28. Hughes VA, Frontera WR, Roubenoff R, Evans WJ, Fiatarone – Singh MA. Longitudinal changes in body composition in older men and women : role of body weight change and physical activity. *AM J Clin Nutr*. 2002;76: 473-481
29. Glyn-Jones, S; Palmer, AJ; Agricola, R; Price, AJ; Vincent, TL; Weinans, H; Carr, AJ (3 March 2015). "Osteoarthritis.". *Lancet*. 386: 376–87.
30. *Kalunian, KC (2013)*. "Patient information: Osteoarthritis symptoms and diagnosis (Beyond the Basics)". UpToDate. Retrieved 15 February 2013.
31. The Royal Australian College of General Practitioners. Diagnosis and management of hip and knee osteoarthritis.
32. Parkinson's Disease Society. *Parkinson's disease: the personal view*. London: Parkinson 's Disease Society; 1993. Ref ID: 19909.
33. Bennett DA, Beckett AM, Shannon KM, et al. Prevalence of parkinsonian signs and associated mortality in a community population of older people. *New England Journal of Medicine*. 1996;334(24):71–76. Ref ID: 2772.
34. Hauser RA. Future treatments for Parkinson's disease: surfing the PD pipeline. *Int J Neurosci*. 2011. 121 Suppl 2:53-62.
35. Franklin, S.S., Lopez, V.A., Wong, N.D. et al, Single versus combined blood pressure components and risk for CVD. The Framingham Heart Study. *Circulation*. 2009;119:243–250.
36. Pastor-Barriuso, R., Banegas, J.R., Damian, J. et al, Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and pulse pressure: an evaluation of their joint effect on mortality. *Ann Intern Med*. 2003;139:731–739.
37. National High Blood Pressure Education Program Working Group. National High Blood Pressure Education Program Working Group report on hypertension in the elderly. *Hypertension*. 1994;23:275–285.
38. Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R. et al, Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*. 2003;42:1206–1252.
39. Woolsey RM, McGarry JD. The cause, prevention, and treatment of pressure sores. *Neurol Clin*. 1991 Aug. 9(3):797-808.
40. Manley MT. Incidence, contributory factors and costs of pressure sores. *S Afr Med J*. 1978 Feb 11. 53(6):217-22.

41. The United States Department of Health and Human Services. Mental Health: A Report of the Surgeon General. "Chapter 2: The Fundamentals of Mental Health and Mental Illness." pp 39 [1] Retrieved May 21, 2012
42. United States Department of Health & Human Services. (1999). Overview of Mental Illness. Retrieved April 19, 2007
43. Lockwood KA, Alexopoulos GS, van Gorp WG. Executive dysfunction in geriatric depression. *AMJ. Psychiatry* 2002; 159;1119-26
44. Sobin C, Saxeim HA. Psychomotor symptoms of depression. *AMJ. Psychiatry* 1997,154:4-17
45. Kaplan & Sadock's, *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής*. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα 2007.
46. Depp CA, Jeste DV. Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disord.*2004;6 (5) : 343-367
47. Broadhead J., Jacoby R. Mnia in old age. A first prospective study. *Lut J geriatric Psychiatry* 1990;5:215
48. American Psychiatric Association Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision) *AM J Psychiatry* 202: 159:1
49. Evans, DL.(2000) Bipolar disorder: Diagnostic challenges and treatment considerations *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl.13) 26-31
50. Beekman AT, Bremmer MA,Deeg DJ et al. Anxiety disorders in later life: a report from the longitudinal aging study Amsterdam. *Int J. Geriatr Psychiatry* 1998;13(10):717-26
51. Mehta KM, Simonsick EM, Penninx BW, et al. Prevalence and correlates of anxiety symptoms in well- functioning older adults : findings from the health aging and body composition study. *J AM Geriatr Soc* 2003; 51 (4): 499-504
52. Sheikh JI, Cassidy EL. Treatment of anxiety disorders in the elderly : issues and strategies *J Anxiety Disord* 2000;14 (2): 173-90
53. Bamford C, Lamont S, Eccles M, et al. Disclosing a diagnosis of dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2004;19:151–169.
54. Sonnen JA, Montine KS, Quinn JF, et al (2008) Biomarkers for cognitive impairment and dementia in elderly people. *The Lancet Neurology* 7 (8) : 704-14
55. Marcantonio ER. In the Clinic: Delirium. *Ann Intern Med*. 2011;154:ITC6-1. ITC6-16.
56. Levkoff S, Cleary P, Liptzin B, Evans DA. Epidemiology of delirium: an overview of research issues and findings. *Int Psychogeriatr*. 1991;3:149–67.
57. Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, Cooney LM. Nurses' recognition of delirium and its symptoms. Comparison of nurse and researcher ratings. *Arch Intern Med*. 2001;161:2467–73.
58. Cole M.G. Delirium in elderly patients *AM J Geriatr Psychiatry* (2004 ;12:7-21)
59. Ostling S, Skoog L. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nondemented population-based sample of the very old. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:53-9.
60. Forsell Y, Henderson AS. Epidemiology of paranoid symptoms in an elderly population. *Br J Psychiatry* 1996;172:429-32.
61. Munro, A. (1982a) Paranoia revisited, *BR.J.*). *Psychiat*.158:593-601
62. Munro A. and Mok,H. (1995). An overview of treatment in paranoia/ delusional disorder. *J. Psychiat*.40;616-622.
63. Newson RS, Boelen PA, Hek K, et al. The prevalence and characteristics of complicated grief in older adults. *Journal of Affective Disorders* 2011;132:231–8
64. Parkes CM, Benjamin B, Fitzgerald RG. Broken heart: a statistical study of increased mortality among widowers. *Br Med J*. 1969;1(5646):740-743.
65. Edmondson D, Newman JD, Whang W, Davidson KW. Emotional triggers in myocardial infarction: do they matter? *Eur Heart J*. 2013;34(4):300-306.

66. Kilbourne, A.M., Cornelius, J.R., Han, X. et al, General-medical conditions in older patients with serious mental illness. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13:250–254.
67. Starfield B. Threads and yarns weaving the tapestry of co morbidity. *Ann Fam Med*.2006 4(2): 101-103
68. Wolff JL, Starfield B., Anderson G. Prevalence expenditures and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Inter. Med*.2002,162(20): 2269-2276.
69. Greenwald BS, Kramer-Ginsberg E, Marin DB, Laitman LB, Hermann CK, Mohs RC, et al. Dementia with coexistent major depression. *Am J Psychiatry* 1989;146:1472–8
70. Ballard CG, Bannister C, Oyebode F. Depression in Dementia Sufferers – A Review. *Int J Geriatr Psychiatry* 1996;11:507–15
71. Cummings JL, Mega M, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Carusi DA, Gornbein J. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308–14.
72. Eaton WW, Armenian HA, Gallo J, Pratt L, Ford DE: Depression and risk for onset of type 2 diabetes: a prospective, population-based study. *Diabetes Care* 19:1097 –1102, 1996
73. Lustman PJ, Clouse RE: Practical considerations in the management of depression in diabetes. *Diabetes Spectrum* 17:160 –166, 2004
74. Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E., Lustman, P.J. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2001;24:1069–1078.
75. Trief PM, Morin PC, Izquierdo R, Teresi JA, Eimicke JP, Goland R, Starren J, Shea S, Weinstock RS: Depression and glycemic control in elderly ethnically diverse patients with diabetes: the IDEATel project. *Diabetes Care* 29 : 830–835,2006
76. Albus C. Psychological and social factors in coronary heart disease. *Ann Med*. 2010;42(7):487–94.
77. Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*. 1999;99(16):2192–217.
78. Wulsin LR, Evans JC, Ramachandran SV, et al. Depressive symptoms, coronary heart disease, and overall mortality in the Framingham Heart Study. *Psychosomatic Medicine* 2005; 67: 697-702.
79. Carney RM, Freedland KE, Jaffe AS. Depression as a risk factor for coronary heart disease mortality. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(3):229–30
80. Frasure-Smith N, Lespérance F. Recent evidence linking coronary heart disease and depression. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006; 51(12): 730-7.
81. Carney, R.M., Blumenthal, J.A., Stein, P.K., Watkins, L., Catellier, D., Berkman, L.F. et al, Depression, heart rate variability, and acute myocardial infarction. *Circulation*. 2001;104:2024–2028.
82. Rumsfeld JS, Havranek E, Masoudi FA, Peterson ED, Jones P, Tooley JF, et al. Depressive symptoms are the strongest predictors of short-term declines in health status in patients with heart failure. *J Am Coll Cardiol*. 2003;42(10):1811–7.
83. McLaughlin TJ, Aupont O, Bambauer KZ, Stone P, Mullan MG, Colagiovanni J, et al. Improving psychologic adjustment to chronic illness in cardiac patients. The role of depression and anxiety. *J Gen Intern Med*. 2005;20(12):1084–90.
84. Cohen, M. Depression, anxiety, and somatic symptoms in older cancer patients: A comparison across age groups. *Psycho-oncology*. 2013
85. Deimling, G.T., Bowman, K.F., Sterns, S., Wagner, L.J., Kahana, B. Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psycho-oncology*. 2006;15:306–320.
86. Στεφάνης. (1981) Ψυχολογικές και ψυχιατρικές πλευρές του καρκίνου. Από το βιβλίο Κλινική Ογκολογία. Εθνικό Συμβούλιο Ογκολογίας. Αθήνα, σ.211

87. Kubler- Ross,E. (1969). On death and dying :What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families. New York: Memillan Publishing Co.
88. Cummings JL. Understanding Parkinson disease [published correction appears in *JAMA*. 1999;282:29]. *JAMA*. 1999;281:376-378.
89. Chaudhuri KR, Healy DG, Schapira AH; National Institute for Clinical Excellence. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: diagnosis and management. *Lancet Neurol*. 2006;5:235-245.
90. Chaudhuri KR, Schapira AH. Non-motor symptoms of Parkinson's disease: dopaminergic pathophysiology and treatment. *Lancet Neurol*. 2009;8:464-474
91. Aarsland D, Larsen JP, Lim NG,et al. Range of neuropsychiatric disturbances in patients with Parkinson's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999;67:492-6
92. Brown RG, MacCarthy B. Psychiatric morbidity in patients with Parkinson's disease. *Psychol Med* 1990;20:77-87
93. Goetz CG, Stebbins GT. Mortality and hallucinations in nursing home patients with advanced Parkinson's disease. *Neurology* 1995;45:669-71.
94. Πανέρα Ε. (1999) «Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων στο : Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α., (επιμ.) θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας Αθήνα : Ελληνικά γράμματα.
95. Εκμε- Πουλοπούλου Η. (1999) Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες- Παρελθόν, παρόν και μέλλον Αθήνα : Έλλην
96. Σταθόπουλος Π. (1999). Κοινωνική πρόνοια. Για μια γενική θεώρηση Αθήνα : Έλλην
97. Καβουνίδη Τ.(1996) Ηλικιωμένοι και άτυπα δίκτυα φροντίδας. Η κυκλοφορία αγαθών και υπηρεσιών ανάμεσα στις γενιές στο Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών (Ε.Κ.Κ.Ε.), Γήρανση και κοινωνία, πρακτικά Πανελληνίου συνεδρίου.Ε.Κ.Κ.Ε., Αθήνα
98. Συμεωνίδου Χ. (1996). Δημογραφική γήρανση και φροντίδα για τους ηλικιωμένους στο Εθνικό Κέντρο κοινωνικών Ερευνών (Ε.Κ.Κ.Ε.). Γήρανση και κοινωνία, πρακτικά Πανελληνίου συνεδρίου Ε.Κ.Κ.Ε. Αθήνα
99. Κωσταρίδου –Ευκλείδη Α. (1999^α), Γήρας και υγεία στα θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά γράμματα
100. Κυριακίδου Ε. Κοινωνική Νοσηλευτική. Εκδόσεις «Η Ταβιθά», Αθήνα 2005.
101. Μποζίκας Β.,Καράβατος Α. Η σημασία της φαρμακοδυναμικής και της φαρμακοκινητικής στη θεραπεία των ηλικιωμένων με ψυχοφάρμακα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2002,19(6):626-632.
102. Κουννίδου Έ. Οργανικές αλλαγές ατόμων τρίτης ηλικίας και η διατροφική τους φροντίδα. <https://apothesis.lib.teicrete.gr/handle/11713/256>. Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 3, 2016.
103. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Σουρτζή Π. Κοινωνική Νοσηλευτική. Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ. Αθήνα 2012.
104. Κούκια Ε. Η αναγνώριση της κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Νοσηλευτική* 2002,41(2).
105. Παύλος Σ., Μαλλιάρου Μ. Νοσηλευτική Διεργασία. Στο: Ζυγά Σ. και συνεργάτες. Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2013, 103-123.
106. Ραυτόπουλος Β. Νοσηλευτική Φροντίδα Ηλικιωμένων: Τάσεις και εξελίξεις. Στο: Ζυγά Σ. και συνεργάτες. Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2013, 187-206.
107. Atkinson J.,& Murray,M.E.(1990) Understanding the nursing process (4th ed.) New York : Macmillan
108. Christensen, P.J.& Kenney, J.W.(1994).Nursing process: Application of conceptual models,(4th ed.). St. Louis: Mosby.