

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

## Πτυχιακή Εργασία

# "Τα Όρια της Επιβίωσης στη Τρίτη Ηλικία και Νοσηλευτική Φροντίδα"



ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΤΑΚΟΥΛΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: κος ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ ΜΙΧΑΛΗΣ

*ΠΑΤΡΑ 2019*

# Ευχαριστίες

*Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τον Επιβλέποντα Καθηγητή μας Κύριο Μιχάλη Ηγουμενίδη αρχικά για την ευκαιρία που μας πρόσφερε να εκπονήσουμε την παρούσα πτυχιακή εργασία μαζί του, καθώς και για την σημαντική του καθοδήγηση, με σχόλια και παρατηρήσεις, χωρίς τα οποία δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί με επιτυχία η συγγραφή της εργασίας αυτής. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την οικογένειά μας, για την αμέριστη συμπαράσταση της από κάθε άποψη τόσο κατά την διάρκεια της εργασίας αυτής όσο και καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μας.*

## Πρόλογος

Σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών, το 2010 το 20% του Ελληνικού πληθυσμού αποτελείται από τα άτομα της τρίτης ηλικίας, το 2014 τα άτομα άνω των 65 ετών ανέρχονταν στο 20.5%, ενώ προβλέπεται ότι το 2020, το ποσοστό θα ανέλθει στο 22% και το 2050 στο 35%. Είναι λοιπόν, εμφανές το γεγονός ότι το ποσοστό των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία, αυξάνεται με την πάροδο των ετών. Αυτό οδηγεί, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, σε αλλαγή της σύστασης των κοινωνιών όσον αφορά την υγεία αλλά και την ψυχική σταθερότητα του γενικού πληθυσμού.

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι, επί το πλείστον, διανοητικά και ψυχοσωματικά αδύναμα, με αποτέλεσμα να έχουν περισσότερες ανάγκες και να χρήζουν, πολλές φορές, ειδικής προσοχής. Λαμβάνοντας υπόψη τα πιο πάνω, κρίνεται επιτακτική ανάγκη, να υπάρξει περισσότερη έρευνα καθώς και ενημέρωση όσον αφορά την τρίτη ηλικία.

Έχοντας αυτά στο νου, επιλέξαμε να ασχοληθούμε με την συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία. Στην παρούσα εργασία, λοιπόν, γίνεται μια συνολική παρουσίαση του γήρατος, ότι αυτό ενέχει καθώς και των προβλημάτων που πηγάζουν από αυτό.

## Περίληψη

Η γήρανση αποτελεί μία περίοδο αναπόλησης και αποδοχής για τα περισσότερα άτομα. Το άτομο που βρίσκεται στην τρίτη ηλικία προσπαθεί να συμβιβάζεται με τις προηγούμενες επιλογές του, αποδέχοντας έτσι τις αλλαγές που έχει η εξωτερική του εμφάνιση. Υπό φυσιολογικά πλαίσια η ηλικία της γήρανσης είναι μία διαδικασία συμφιλίωσης με τον ερχομό του θανάτου.

Επιπρόσθετα, το γήρας επιβάλλει την αποδοχή της νέας γενικής σωματικής κατάστασης, η οποία επιφέρει αρκετούς και σημαντικούς περιορισμούς στην καθημερινή ζωή του ατόμου. Ωστόσο, εκτός από την φυσική φθορά που παρουσιάζεται στο ηλικιωμένο άτομο συνυπάρχουν και άλλα προβλήματα υγείας, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνουν την λειτουργικότητα του ηλικιωμένου ατόμου. Πέρα από την σωματική φθορά, οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν σημαντική έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας (άνοια) καθώς επίσης και διαταραχές στην ψυχική υγεία των ατόμων αυτών.

Τα τελευταία δύο χρόνια παρουσιάζεται το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού. Επιπλέον, παρατηρείται στατιστική αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων σε σχέση με τις υπόλοιπες πληθυσμιακές ομάδες. Η αιτία αυτής της κατάστασης αποτελεί η υπογεννητικότητα στις ανεπτυγμένες χώρες. Εντούτοις, η βελτίωση των συνθηκών επιβίωσης, το υψηλό επίπεδο παροχής των υπηρεσιών της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και η αύξηση των συνταξιοδοτικών αποδοχών έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των ηλικιωμένων ασθενών.

Στις μέρες μας, μία στροφή πραγματοποιείται στα προληπτικά μέτρα των νοσημάτων και των τραυματισμών των ηλικιωμένων ατόμων, έτσι ώστε να διατηρηθεί η αυτονομία, η ανεξαρτησία, καθώς επίσης και η ικανότητα για αυτοεξυπηρέτηση στην καθημερινή ζωή του ηλικιωμένου ατόμου.

Αξίζει να σημειωθεί ότι διεθνώς, επιδιώκεται η εφαρμογή εναλλακτικών, ευέλικτων και οικονομικότερων υπηρεσιών στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών. Οι κύριοι στόχοι των επιμέρους Κυβερνήσεων καθώς και της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) σχετίζονται κυρίως με την παροχή των ποιοτικών και των ευέλικτων υπηρεσιών στους ηλικιωμένους με βάση τις ανάγκες τους, χωρίς όμως να επιβαρύνεται ο κρατικός προϋπολογισμός. Κύριος μακροπρόθεσμος στόχος «υγιούς

γήρανσης του γενικού πληθυσμού» αποτελεί ο εξορθολογισμός των δημόσιων δαπανών για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας και υγείας των ηλικιωμένων ατόμων.

### Λέξεις Κλειδιά

Γήρανση, Τρίτη Ηλικία, Χαρακτηριστικά, Επιδημιολογία, Αιτιολογία, Ανάγκες του Ηλικιωμένου, Ρόλος του Νοσηλευτή, Νοσηλευτική Φροντίδα

## **Abstract**

Aging is a period of acceptance and contemplation for most people. The person in the old age tries to reconcile with his previous choices, thus accepting the changes in his external appearance. Under normal circumstances, the age of aging is a process of reconciliation with the coming of death.

In addition, old age requires the acceptance of the new general physical condition, which implies significant and sufficient limitations in the daily life of the individual. However, in addition to the natural wear and tear that occurs in the elderly person, other health problems coexist, making it more difficult for the elderly to function. In addition to physical deterioration, the elderly have a significant reduction in cognitive function (dementia) as well as mental health disorders of these individuals.

Over the past two years the phenomenon of demographic aging has been shown. Moreover, there is a statistical increase in the population of the elderly compared to the other population groups. The cause of this situation is sub birth in the developed countries. However, the high level of provision of healthcare services, the improvement of survival conditions as well as the increase in retirement benefits have the effect of increasing the life expectancy of older patients.

Nowadays, a shift is being made in the preventive measures of injuries and illnesses of the elderly, so that independence, autonomy as well as the ability to self-handle in the daily life of the elderly person are maintained.

It is worth noting that internationally seeking to implement flexible, alternative and more cost-effective services in the provision of health care and care for elderly patients. The main objectives of the European Union (EU) as well as of the individual governments are mainly related to the provision of flexible and quality services to the elderly according to their needs, but without burdening the state budget. The main long-term goal of a "healthy aging of the general population" is to rationalize public spending on the provision of care and health services to older people.

## **Περιεχόμενα**

Ευχαριστίες.....	2
Πρόλογος.....	3
Περίληψη.....	4
Λέξεις Κλειδιά.....	5
Abstract.....	6
Εισαγωγικά Στοιχεία.....	9
<b>Κεφάλαιο 1: «Ο Κόσμος της Τρίτης Ηλικίας».....</b>	<b>10</b>
1.1 Υγεία/ Παθολογία.....	11
1.2 Το γήρας.....	12
1.3 Φυσιολογία της γήρανσης.....	14
1.4 Επιδημιολογικά στοιχεία της γήρανσης.....	23
1.5 Γηριατρική και Γεροντολογία.....	24
1.6 Αναπτυξιακά Χαρακτηριστικά του Γήρατος.....	24
1.7 Τα όρια της επιβίωσης και η ηθική διάσταση της γήρανσης.....	28
1.7.1 Προγράμματα Κοινωνικής Πρόνοιας στην Ελλάδα.....	29
1.8 Προβλήματα των Ηλικιωμένων και αντιμετώπισή τους.....	40
<b>Κεφάλαιο 2: «Οι ανάγκες των ατόμων τρίτης ηλικίας».....</b>	<b>42</b>
Εισαγωγή.....	43
2.1 Βασικές Ανάγκες.....	45
2.2 Ψυχολογικές Ανάγκες.....	45
2.3 Οικονομικές & Κοινωνικές Ανάγκες.....	47
2.4 Ανάγκες Επιβίωσης.....	48
2.5 Ατομική Υγιεινή.....	48
<b>Κεφάλαιο 3: «Νοσηλευτική Φροντίδα Ηλικιωμένων».....</b>	<b>49</b>
3.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	50

3.2	Νοσηλευτική φροντίδα.....	51
3.3	Αρχές νοσηλευτικής φροντίδας.....	52
3.4	Παράγοντες νοσηλευτικής φροντίδας.....	54
3.5	Οδηγίες για τη νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων.....	56
3.6	Δίκτυα κοινωνικής στήριξης.....	58
3.7	Ποιότητα Ζωής των Ηλικιωμένων Ατόμων.....	62
	Παραδείγματα Νοσηλευτικών Διεργασιών.....	65
	Παράδειγμα 1.....	66
	Παράδειγμα 2.....	70
	<b>Επίλογος – Συμπεράσματα</b> .....	74
	<b>Βιβλιογραφικές Αναφορές</b> .....	77



## Εισαγωγή

Στην πληθυσμιακή ομάδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας βρίσκονται τα άτομα της ηλικίας άνω των 65 ετών. Ωστόσο, αυτός ο πληθυσμός δεν είναι ομοιογενής, και αποτελείται από ένα πολυδιάστατο άθροισμα ανόμοιων ατόμων, των οποίων η κοινωνική, η πνευματική, η μορφωτική κατάσταση και οι ανάγκες τους διαφοροποιούνται αρκετά.

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας, αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα με αρκετά προβλήματα και αυξημένες ανάγκες. Αυτές οι ανάγκες καλύπτονται από το φιλικό και το οικογενειακό του ηλικιωμένου άτομου. Ο σκοπός της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας είναι η παρουσίαση της καθημερινότητας και τα προβλημάτων των ηλικιωμένων ατόμων καθώς επίσης η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε αυτά τα άτομα.

Πιο συγκεκριμένα στο *1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο*, γίνεται αναφορά στον ορισμό και στα γενικά χαρακτηριστικά της τρίτης ηλικίας. Επίσης, αναφέρονται τα επιδημιολογικά στοιχεία και οι αιτιολογικοί παράγοντες της γήρανσης, οι ηλικιακές διακρίσεις καθώς επίσης και οι επιπτώσεις του γήρατος.

Το *Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>* επικεντρώνεται στις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων. Επομένως, το ενδιαφέρον στρέφεται στα προβλήματα και στις ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων καθώς επίσης και στα δικαιώματά τους.

Κλείνοντας, το *3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο* εστιάζει στη νοσηλευτική φροντίδα των ατόμων που διανύουν την τρίτη ηλικία. Αρχικά, τονίζονται οι αρχές της νοσηλευτικής φροντίδας καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή. Ακόμη, παρουσιάζονται οι παράγοντες νοσηλευτικής φροντίδας και προτείνονται οδηγίες για την φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων. Τέλος, αναφέρονται τα νέα ερευνητικά δεδομένα στη νοσηλευτική προσέγγιση των ηλικιωμένων ατόμων.

# **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: «Ο ΚΟΣΜΟΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ»**

## 1.1 ΥΓΕΙΑ - ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), το 1948, έδωσε τον βασικό ορισμό της υγείας. Ο ορισμός είναι συχνά εξελισσόμενος. Είναι δύσκολο να διαχωρίσουμε την φυσιολογική κατάσταση, που περιγράφουμε ως «υγεία», από εκείνη που ορίζουμε ως ασθένεια, πάθηση, ή ως μη φυσιολογική κατάσταση του σώματος. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.): «Υγεία είναι μία κατάσταση ολικής σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, και για τον λόγο αυτό κάτι πολύ περισσότερο από την απλή ανυπαρξία ασθένειας ή αναπηρίας».

Σύμφωνα με τον ορισμό αυτόν, ένας άνθρωπος θεωρείται σπάνια υγιής. Ανάμεσα στην ιδανική κατάσταση και την υποκειμενική αίσθηση ή τα ανικεμενικά ευρήματα μιας ασθένειας, υπάρχει ένα μεγάλο περιθώριο που καθορίζεται κάθε φορά ατομικά (DeWit, 2009).

Ο ορισμός της υγείας εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης του ζωντανού οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον και διαφέρει αρκετά από πολιτισμό σε πολιτισμό.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1.:

Βασικές Προσεγγίσεις που αφορούν θέματα υγείας και αρρώστιας	
α) Το βιοιατρικό μοντέλο υγείας	Στηρίζεται στην σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγείας.
β) Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας	Αποτελεί μια νέα προσέγγιση στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

(Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 2012).

Η υγεία θεωρείται η πιο βασική ανθρώπινη αξία και αποτελεί την προσωπική ευθύνη για κάθε ενηλικιωμένο άτομο με βάση τις ικανότητες που έχει. Ακόμα, παρουσιάζει διεθνείς, εκπαιδευτικές, κοινωνικές, οικονομικές, σωματικές και ψυχολογικές παραμέτρους και αποτελεί πυρήνα για την πρόοδο και την ανάπτυξη της κοινωνίας (Ραγιά 2001).

Από την άλλη, παθολογία χαρακτηρίζεται η θεωρία των παθήσεων και αναφέρεται στις παθολογικές και μη φυσιολογικές λειτουργίες του σώματος. Επιπλέον, εξυπηρετεί τη διασφάλιση της ειδικότητας και του ποιοτικού διαχωρισμού εξειδίκευσης στον ιατρικό τομέα. Διακρίνεται σε γενική και ειδική παθολογία.

Η γενική παθολογία ασχολείται με:

- Τα αίτια ή τους βλαπτικούς παράγοντες.
- Τις αντιδράσεις του οργανισμού στους βλαπτικούς παράγοντες.
- Τις παθολογικές αλλαγές που επέρχονται ως παρατηρούμενα συμπτώματα.
- Τις πιθανές επιπλοκές των παθήσεων, των ασθενειών και των δυσπλασιών του σώματος.

Η ειδική παθολογία επικεντρώνεται στις παθήσεις μεμονωμένων οργανικών συστημάτων. Επομένως, η νευρολογία μπορεί να χαρακτηριστεί ως ειδική παθολογία του νευρικού συστήματος.

## 1.2 ΤΟ ΓΗΡΑΣ

Το γήρας αποτελεί μία φυσική ακολουθία που συνδυάζει ένα σύνολο αισθημάτων, αντιλήψεων και στάσεων. Το κακό συνάμα αλλά και το μυστήριο της πνευματικής και της φυσικής παρακμής συνυπήρχε πάντα με το σοφό, τον σεβάσμιο και το αγαθό (Slater 2003).



Από κοινωνικής πρόσληψης, υπερβαίνει τη βιολογική διάσταση και σχετίζεται τόσο με το φύλο όσο και με την κοινωνική του κάθε ατόμου. Ακόμα, εξαρτάται από την ιστορική αναδρομή καθώς επίσης και από την ετοιμότητα μιας κοινωνίας έτσι ώστε να αποδεχθεί τα άτομα της τρίτης ηλικίας (Μωυσίδης 1998).

Οι αξίες, οι εκάστοτε ηλικιακές χρονικές οριοθετήσεις, οι κανόνες δικαίου, καθώς και οι κοινωνικές και ταξικές διαφοροποιήσεις παίζουν καθοριστικό ρόλο στον ορισμό του

γήρατος, διαμορφώνοντας έτσι το πλαίσιο της στάσης της κοινωνίας έναντι των ηλικιωμένων (Μουσιδής 2002).

Η γήρανση αποτελεί μια πολύπλευρη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών όπου τα κύτταρα, με την πάροδο του χρόνου μειώνονται και φθείρονται. Ο βαθμός και ο ρυθμός αυτής της διαδικασίας διαφέρει από τα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου του ανθρώπου αλλά και από άνθρωπο σε άνθρωπο. Επομένως αυτή η κατάσταση καθιστά αυθαίρετη κάθε προσπάθεια καθορισμού χρονολογικής ηλικίας έναρξης των μεταβολών.

Στην Βιέννη, το 1982, στην Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος, μετά από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., καταγράφηκε ότι τα άτομα που βρίσκονται σε ηλικία άνω των 60 ετών ανήκουν στην τρίτη ηλικία. (Δαρδαβέσης και συν. 1999).

Ωστόσο, διάφοροι μελετητές υποστηρίζουν ότι τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών ανήκουν στην τρίτη ηλικία ενώ κάποιοι κατατάσσουν το σύνολο των υπερηλικών σε υποσύνολα ηλικιών. Ανάλογα με την πάροδο της ηλικίας, οι διάφορες διαταραχές που προκύπτουν στο άτομο διαφοροποιούνται. Στις μέρες μας, στα άτομα ηλικίας 65 ετών που βρίσκονται στην ηλικία της γήρανσης και της συνταξιοδότησης υπάρχουν διάφορες κοινωνικές, οικονομικές και ψυχοσωματικές διαφοροποιήσεις οι οποίες μπορούν να χαρακτηρίσουν την τρίτη ηλικία ως μια πολυσύνθετη διαδικασία.

Το γήρας αφορά ένα φυσικό, προοδευτικά εξελισσόμενο και σύνθετο φαινόμενο. Είναι ευμετάβλητο και εξαρτάται τόσο από γενετικούς όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες, με βιολογικές, κοινωνικές, οικονομικές και ψυχολογικές διαστάσεις. Με το πέρασμα του χρόνου, η εμφάνισή του είναι αναπόφευκτη και εντάσσεται στα φυσικά φαινόμενα μέσα από τις βιολογικές δυνατότητες του κάθε ατόμου σε συνδυασμό με την κατάληξή του, που είναι η παρακμή και ο θάνατος (Fillit et al. 2010).

Σύμφωνα με τον Hayflick, οι παράγοντες που επιδρούν στη διαδικασία της γήρανσης είναι οι εξής:

- ✓ Η κληρονομικότητα
- ✓ Το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον
- ✓ Η συμπεριφορά και η κοινωνική προσαρμογή
- ✓ Η ψυχοσύνθεση του ατόμου
- ✓ Οι συνθήκες υγιεινής.

(Hayflick 1975)

Αρκετοί ερευνητές, που ασχολούνται με την φυσιολογία και με την βιολογία της γήρανσης, υποστηρίζουν από κοινού ότι κατά πάσα πιθανότητα, δεν υφίσταται μία και μόνο θεωρία που να ερμηνεύει το φυσικό φαινόμενο της γήρανσης (Δαρδαβέσης 1999).

Η διεργασία της γήρανσης σχετίζεται και με την θεωρία της αποσύνδεσης και την θεωρία της δραστηριότητας. Ο ερευνητής Havighurst έδωσε την δική του θεωρία της δραστηριότητας η οποία αναφέρεται στο άτομο που διανύει την τρίτη ηλικία. Πιο συγκριμένα υποστήριξε ότι, οι άνθρωποι καθώς γερνάνε χάνουν το ενδιαφέρον τους για τη ζωή και ότι η ενασχόλησή τους με νέες δραστηριότητες τους δίνει ζωντάνια για ένα νέο ξεκίνημα σε όλα τα επίπεδα. Επομένως τα ηλικιωμένα άτομα είναι αναγκαίο να αντιστρέψουν την αρνητική εικόνα που επικρατεί στην κοινωνία σχετικά με το γήρας (Havighurst 1968).

Η επιτυχημένη γήρανση επιτυγχάνεται μέσα από τις δραστηριότητες και τους ρόλους που εκτελούσαν τα άτομα κατά την μέση ηλικία αλλά και μέσα από την υιοθέτηση νέων δραστηριοτήτων και ρόλων (Beers 2005).

### **1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ**

Άτομα ίδιας ηλικίας μπορεί να έχουν διαφορετικές μεταξύ τους βιολογικές ηλικίες ενώ μερικά άτομα γερνούν πολύ πιο γρήγορα συγκριτικά με άλλα άτομα. Αυτό συμβαίνει διότι ο οργανισμός στην ίδια ηλικία του κάθε ατόμου λειτουργεί με διαφορετικούς ρυθμούς. Προκειμένου να καταστεί σωστή η αξιολόγηση και η θεραπεία της πάθησης των ηλικιωμένων ατόμων είναι αναγκαίο να γίνουν γνωστές οι αλλαγές που συμβαίνουν με το πέρασμα των ετών.

Αρχικά, στους ηλικιωμένους παρατηρούνται ρυτίδες του δέρματος. Αυτό συμβαίνει γιατί τα υποδόρια στηρίγματα του ιστού αδυνατίζουν, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η γεροντική πορφύρα (παρουσιάζεται στις εκστατικές επιφάνειες του αντιβραχίου). Επιπλέον, μια κρεατοελιά είναι συνήθως εμφανής στον κορμό και ίσως στα άκρα του πρόσωπου και του σώματος ενώ ένα μικρό τραύμα μπορεί να δημιουργήσει ένα μεγάλο μώλωπα.

Επίσης, στα ηλικιωμένα άτομα παρατηρείται προοδευτική απώλεια της ακοής (βαρηκοΐα ή πρεσβυακοΐα) καθώς υπάρχει μια μη ανεκτικότητα στον έντονο θόρυβο. Η λειτουργία του αυτιού αποτελεί βασικό όργανο τόσο για την ακοή όσο και για την ισορροπία του σώματος. Οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις των ημικύκλιων σωλήνων του αυτιού διαταράσσουν την ισορροπία και παρουσιάζουν προδιάθεση σε πτώσεις.

Το 40% των ηλικιωμένων αναπτύσσουν λευκούς αδιαφανείς κύκλους γύρω από την περιοχή των ματιών γνωστοί και ως γεροντότοξο. Η εμφάνισή του οφείλεται κυρίως στην εναπόθεση των λιπιδικών ουσιών. Με την πάροδο των ετών, μειώνεται η ικανότητα των φακών του ματιού να κεντράρουν σε διάφορες αποστάσεις (πάθηση της πρεσβυωπίας). Επιπλέον, η όραση μπορεί να μειωθεί λόγω εμφάνισης γλαυκώματος, καταρράκτη ή γεροντικής κηλιδώδους εκφύλισης. Επίσης δημιουργούνται εκφυλιστικές αλλοιώσεις στον βυθό του ματιού (γήρανση των κυττάρων) λόγω ισχαιμικών αλλαγών στον αμφιβληστροειδή.

Τόσο στο ήπαρ όσο και στους νεφρούς παρατηρούνται μεταβολές με βάση την ηλικία. Ο μυς εξασθενεί στα άτομα που δεν ασκούνται κανονικά, τα οστά γίνονται πιο ευαίσθητα (νόσος της οστεοπόρωσης) με αποτέλεσμα να δημιουργούνται συχνά κατάγματα άκρων. Μέσα σε ένα έτος, από το σύνολο των καταγμάτων που χρήζουν νοσηλείας, το 50% αφορά οστεοπορωτικά κατάγματα στις γυναίκες ενώ στους άνδρες ανέρχεται στο 25%, ποσοστά που στο μέλλον ενδέχεται να αυξηθούν. (Lippuner et al 2005). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η μελέτη της Ελβετικής Ομοσπονδιακής Στατιστικής Υπηρεσίας που επιβεβαιώνει ότι το ποσοστό του Ελβετικού πληθυσμού ηλικίας 50 ετών και άνω, θα αυξηθεί από το 33,3% το 2000 σε 41,3% το 2020. (Schwenkglens et al 2005).

Σε περίπτωση αρρώστιας ή άγχους μειώνονται η αναπνευστική και η καρδιακή λειτουργία των ηλικιωμένων. Μέχρι και σήμερα, έχουν εντοπιστεί αρκετές μεταβολές στους νευρώνες στον εγκέφαλο των ηλικιωμένων (εναπόθεση της χρωστικής λιποφωσίνης και απώλεια των μιτοχονδρίων στον πυρήνα των κυττάρων).

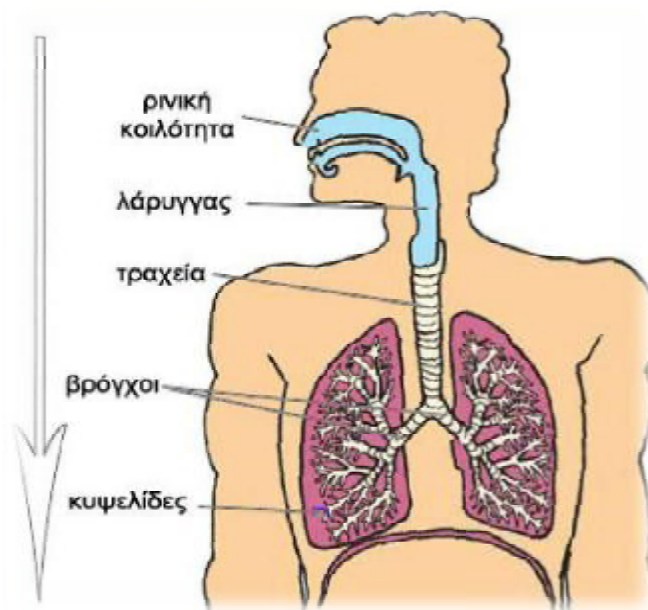
Οι αλλαγές αυτές, μπορεί να προκαλέσουν όχι μόνο μειωμένη διανοητική ευστροφία αλλά και μειωμένη ακουστική και μυϊκή ικανότητα. Οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις που προκαλούνται στο νευρικό σύστημα μπορούν να περιπλέξουν το φυσιολογικό μηχανισμό της θερμορρυθμίσεως με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί το αίσθημα υποθερμίας στον ηλικιωμένο ασθενή (Adams et al 1977).

Οι μορφολογικές και λειτουργικές μεταβολές που παρουσιάζονται στα διάφορα συστήματα των ηλικιωμένων ατόμων είναι οι εξής:

### **Μεταβολές στο Αναπνευστικό Σύστημα**

Όσον αφορά το αναπνευστικό σύστημα στα ηλικιωμένα άτομα, παρουσιάζονται διάφορες λειτουργικές και μορφολογικές διαταραχές, ωστόσο, στις μέρες μας, δε χρησιμοποιούνται αυτοί οι δυο παλιότεροι ορισμοί. Οι αλλοιώσεις των πνευμόνων που παρατηρούνται στα άτομα αυτά περιγράφονται στις λειτουργικές, μορφολογικές και εξελικτικές διαταραχές της τρίτης ηλικίας.

Οι μορφολογικές διαταραχές στους πνεύμονες κατά την ενήλικη ζωή, αφορούν τους βρόγχους και τις κυψελίδες. Συγκεκριμένα, τα υγιή άτομα τρίτης ηλικίας χάνουν την φυσιολογική μορφολογία των βρόγχων



και το τοίχωμά τους παρουσιάζει ανωμαλίες. Ακόμα είναι αποφραγμένος ένας αριθμός μικρότερων αεροφόρων οδών από βύσματα της βλέννας. Η ελάττωση της επιφάνειας των πνευμόνων, η αποπλάτυνσή τους και η διόγκωση των κυψελιδικών πόρων αποτελούν τα κλινικά χαρακτηριστικά των μεταβολών στις κυψελίδες των πνευμόνων.

Οι αλλοιώσεις του πνεύμονα παρατηρούνται συχνά στο γυναικείο φύλο παρά στο αντρικό, ενώ η συχνότητα τους προοδευτικά αυξάνεται με την πάροδο της ηλικίας, ιδίως μετά την ηλικία των 80 ετών. Κύρια χαρακτηριστικά αποτελούν η επιπόλαια αναπνοή, η ηρεμία κατά την εισπνοή και την εκπνοή και η ταχύπνοια ενώ στις ακτινογραφίες περιλαμβάνονται η σπογγώδης όψη των πνευμονικών πεδίων, το μικρό μέγεθος τους καθώς και το αυξημένο μέγεθος της μορφολογίας της καρδιάς.

Ο πνεύμονας του ηλικιωμένου ατόμου θεωρείται ότι είναι λειτουργικά ήρεμος και επαρκής για την ηλικία του. Αρκετές έρευνες έχουν αποδείξει ότι υπάρχει αυξημένη προδιάθεση εμφάνισης βρογχίτιδας και πνευμονικού εμφυσήματος. Τέλος, το



αναπνευστικό σύστημα γίνεται πιο αποδοτικό μέσω της σωματικής άσκησης και της αποφυγής του καπνίσματος. (Montana & Charnov 2002).

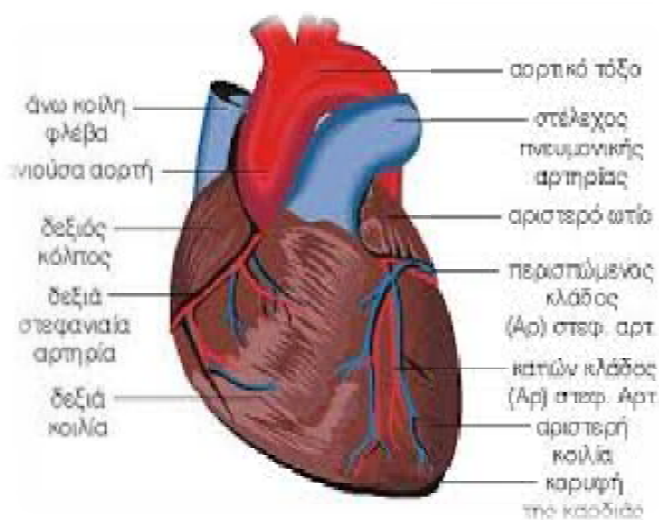
## Αλλαγές στην Εμφάνιση

Με το πέρασμα των χρόνων υπάρχουν αλλαγές στο σώμα του ατόμου. Με το γήρας, το δέρμα φθείρεται με αποτέλεσμα να φαίνεται κουρασμένο με πανάδες, να χάνει την ελαστικότητά του και να επανέρχεται με δυσκολία σε αυτό που ήταν πριν “φυσιολογικό” ύστερα από ένα χτύπημα. Επιπλέον, το σώμα παρουσιάζει μειωμένη ελαστικότητα που δημιουργεί ρυτίδες, τα μαλλιά αλλάζουν χρώμα, η τρίχα γίνεται πιο λεπτή και σταδιακά χάνει το χρώμα της παίρνοντας ένα γκριζό χρώμα ενώ τα νύχια μεγαλώνουν με αργό ρυθμό. Τέλος, ο λιπώδης ιστός μειώνεται και η σφριγηλότητα του προσώπου και του σώματος χάνεται. Όλες αυτές οι αλλαγές γίνονται πολλές φορές ορατές και σε μικρότερες ηλικίες ξεκινώντας από 40 (Asuman & Hooyman 2010).

## Μεταβολές στο Καρδιαγγειακό Σύστημα

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν ένα αυξημένο ποσοστό παθήσεων του συστήματος της καρδιάς. Οι πιο συχνές διαταραχές της καρδιάς είναι η υπέρταση, η στεφανιαία ανεπάρκεια, η απασβέσωση βαλβίδων και άλλες. Ορισμένες από αυτές τις παθήσεις μειώνουν και φθείρουν την καρδιακή λειτουργία λόγω της ηλικίας.

Στα ηλικιωμένα άτομα παρατηρείται τόσο καρδιακή δυσλειτουργία (καρδιακή αμυλοείδωση) όσο και εκφύλιση του ιστού των βαλβίδων της καρδιάς. Η καρδιακή αμυλοείδωση οφείλεται σε εναπόθεση αμυλοειδούς στο μυοκάρδιο της καρδιάς και τα κλινικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζονται στον ηλικιωμένο ασθενή είναι οι αρρυθμίες. Η καταστροφή των βαλβίδων της καρδιάς αρχίζει ως ίνωση και καταλήγει σε εναπόθεση ασβεστίου σε αυτές.

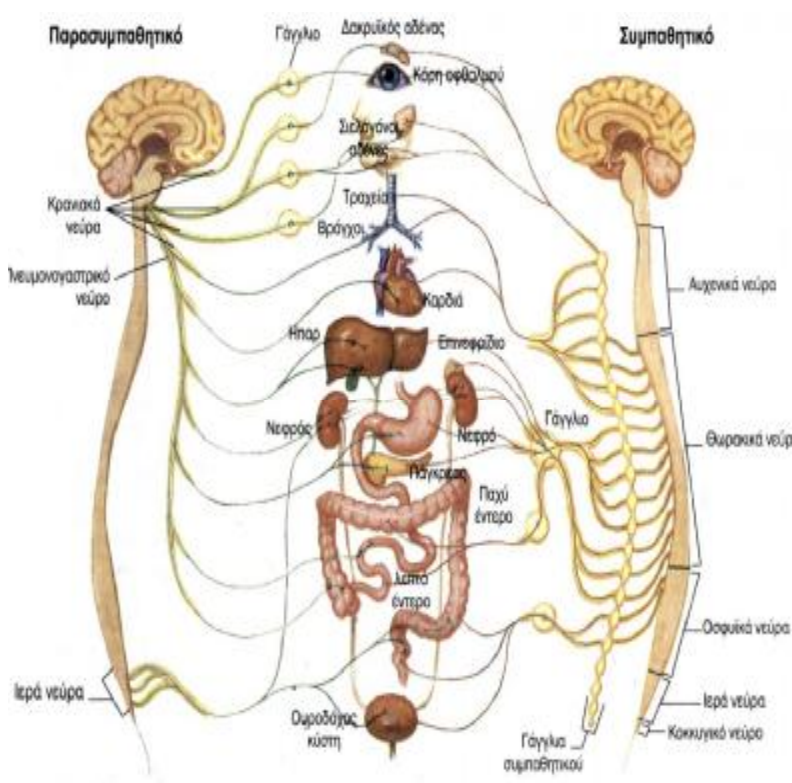


Το καρδιακό έργο, με την πάροδο της ηλικίας μειώνεται με αποτέλεσμα η καρδιά να καταβάλει μεγαλύτερη προσπάθεια να αντλήσει αίμα. Έτσι παρουσιάζονται διαταραχές στο ηλικιωμένο άτομο όπως είναι διαταραχές στη διαστολική πλήρωση της αριστερής κοιλίας και στην εξώθηση του αίματος με αποτέλεσμα ο καρδιακός παλμός να μειώνεται κατά την διάρκεια της σωματικής άσκησης μέγιστης έντασης. Με αυτό τον τρόπο, η εγκεφαλική λειτουργία δεν είναι επαρκής και έτσι μπορεί να προκληθεί ορθοστατική υπόταση ή και απώλεια των αισθήσεων (Strait & Lakatta 2012).

Εν κατακλείδι, η μέγιστη συχνότητα της καρδιάς στα νεαρά άτομα συνήθως φτάνει τους 190 έως τους 200 παλμούς το λεπτό ενώ σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας οι τιμές αυτές μειώνονται σταδιακά (Fortin et al. 2004).

## Μεταβολές στο Νευρικό Σύστημα

Με την πάροδο των χρόνων παρατηρούνται αρκετές μεταβολές στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ) και στο Περιφερικό Νευρικό Σύστημα (Π.Ν.Σ) που επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου για άσκηση. Με τη γήρανση προκαλείται ελάττωση της οδού αντίληψης αρκετών ερεθισμάτων καθώς και λειτουργική έκπτωση τόσο των αισθητήριων οργάνων όσο και της κινητικής ικανότητας. Στα άτομα ηλικίας 65-80 ετών μειώνεται η ταχύτητα



της νευρικής αγωγής, παρατείνονται οι χρόνοι αντίδρασης και υπάρχει σταθερότητα στις προμετωπιαίες περιοχές του φλοιού, με συνέπεια οι διαδικασίες αφηρημένης σκέψης, κρίσης και σχεδιασμού να μην επηρεάζονται. Ωστόσο, μετά την ηλικία των 80 ετών υπάρχουν απώλειες και στις λειτουργίες που ήταν άθικτες (Gold & Korol 2014).

## **Μεταβολές στο ουροποιητικό σύστημα**

Με την αύξηση της ηλικίας τα νεφρά σταδιακά χάνουν την ικανότητά τους να “διώχνουν” τα απόβλητα από την κυκλοφορία του αίματος. Αυτό συνεπάγεται με συσσώρευση χαμηλών δόσεων φαρμάκων στο αίμα που έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση παρενεργειών. Επιβαρυντικοί παράγοντες στη λειτουργία των νεφρών αποτελούν χρόνιες νόσοι όπως η υπέρταση, ο διαβήτης και η συστηματική χρήση πολλών φαρμάκων (Bolignano et al. 2014, Zhou et al. 2008).

Ακόμη, συχνή είναι η εμφάνιση ακράτειας ούρων σε ηλικίες άνω των 65 ετών. Η δυσκοιλιότητα, ο χρόνιος βήχας και η παχυσαρκία μπορούν να προκαλέσουν την ακράτεια. Η εμφάνισή της συναντάται πιο συχνά στις γυναίκες από ότι στους άντρες λόγω της μείωσης των οιστρογόνων που έχει ως αποτέλεσμα την αποδυνάμωση του ιστού που περικυκλώνει την ουρήθρα. Αντίθετα στους άντρες, η διόγκωση του προστάτη, εμποδίζει την ουρήθρα με αποτέλεσμα να δυσκολεύει την ούρηση και να προκαλούνται διαρροές μικρών ποσοτήτων ούρων (Gava et al. 2011, Presta et al. 2012).

## **Πόνος**

Στους ηλικιωμένους, ο πόνος είναι όχι μόνο συχνός αλλά αποτελεί πολλές φορές και χρόνιο σύμπτωμα. Διαφέρει ανάλογα με την ηλικία ενώ έχει ως αποτέλεσμα την κατάθλιψη, τη μεταβολή στις διαθέσεις και τη μείωση όρεξης για τις καθημερινές δραστηριότητες. Διακρίνονται δυο κατηγορίες ανθρώπων όσον αφορά τον πόνο. Υπάρχουν οι άνθρωποι με πόνους που φτάνουν στο σημείο της κατάθλιψης και καταφεύγουν στη χρήση φαρμάκων που μπορεί να επιδεινώνουν και την κατάσταση τους και εκείνοι που δεν καταφεύγουν στα αναλγητικά φάρμακα και στις εξετάσεις που χρειάζονται για να τους χορηγηθούν λόγω οικονομικής επιβάρυνσης (Asuman & Hooyman 2010).

## Μεταβολές στο Μυοσκελετικό σύστημα

Με την πάροδο του χρόνου, στους ηλικιωμένους, παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές στους μύες του σώματος, στα οστά και στις αρθρώσεις. Αυτές οι αλλαγές αφορούν τόσο τον τρόπο ζωής όσο και τους γενετικούς παράγοντες.

Πιο συγκεκριμένα στον *Πίνακα 1.2.*, απεικονίζονται οι μεταβολές του μυοσκελετικού συστήματος.

### Πίνακας 1.2:

<b>Μεταβολές στο Μυοσκελετικό Σύστημα</b>	
<b>Μυς</b>	Παρατηρείται απώλεια της μυϊκής δύναμης.
<b>Οστά</b>	Παρατηρείται μείωση της πυκνότητας των οστών, με συνέπεια την εμφάνιση πολλαπλών καταγμάτων. Με την πάροδο της ηλικίας των ηλικιωμένων, ο κίνδυνος αυξάνεται. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην οστεοπόρωση υπάρχει πιθανότητα να δημιουργηθούν σοβαρά / οξέα κατάγματα της σπονδυλικής στήλης τα όποια συνοδεύονται από έντονο πόνο, ιδιαίτερα όταν ο πάσχων προσπαθεί να σηκώσει βάρος.
<b>Αρθρώσεις</b>	Παρατηρείται απώλεια ευκινησίας και σταθερότητας των αρθρώσεων. Το εύρος της κίνησης των αρθρώσεων του ισχίου και του γόνατος μειώνεται σταδιακά. Επιπλέον, παρατηρείται στα άτομα τρίτης ηλικίας μια άσκοπη αύξηση του αριθμού των οστεοκυττάρων.

(Fillit et al. 2010)

Συγκεκριμένα αυτές οι μεταβολές έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της μυϊκής δύναμης αλλά και της οστικής πυκνότητας των οστών, οι οποίες ξεκινούν από τα 50 και αυξάνονται μετά τα 60 έως 80 έτη. Οι αλλαγές που παρατηρούνται στο άτομο είναι η απώλεια του ύψους όπως και αυτές που επηρεάζουν τη λειτουργία στο χώρο του, στο βάδισμά του, στον τρόπο που αντιδρά και στις ανάγκες ως προς τον εαυτό του.

Η δύναμη της χειρολαβής είναι σημαντική για την αξιολόγηση της ζωτικότητας του μυϊκού συστήματος καθώς και την αξιολόγηση της επερχόμενης κινητικής δυσκολίας και αναπηρίας ενός ηλικιωμένου ατόμου. Η δύναμη αυτή μειώνεται με την πρόοδο της ηλικίας εξαιτίας της απώλειας της μυϊκής δύναμης και επηρεάζεται από πολλούς

παράγοντες, όπως είναι φυσικά χαρακτηριστικά (φύλο, εθνικότητα), τρόπος ζωής και χρόνιες καταστάσεις (κατάθλιψη, έλλειψη βιταμινών και θρεπτικών στοιχείων) (World Health Organization-WHO 2011).

## **Μείωση όρασης**

Με την πάροδο του χρόνου η όραση σιγά σιγά εξασθενεί. Ο αμφιβληστροειδής γίνεται πιο λεπτός, χάνεται η δυνατότητα παραγωγής δακρύων, οι φακοί του ματιού κιτρινίζουν και γίνονται πιο θολοί. Έτσι δημιουργούνται στα ηλικιωμένα άτομα σοβαρά προβλήματα με αποτέλεσμα να χάνουν τη δυνατότητα να αυτοεξυπηρετηθούν όπως στα θέματα φαγητού, ένδυσης και επηρεάζεται η κοινωνικότητά τους. Άλλα προβλήματα αποτελούν η πρεσβυωπία που εμφανίζεται στην ηλικία των 45 και άνω, ο καταρράκτης, το γλαύκωμα και ο εκφυλισμός της ωχρά κηλίδας (Fillit et al. 2010).

## **Δυσλειτουργία ακοής**

Στα ηλικιωμένα άτομα παρατηρούνται επίσης και προβλήματα ακοής διότι τα τοιχώματα των ακουστικών οδών γίνονται πιο λεπτά και τα τύμπανα πιο σκληρά. Αναλυτικά, ένας στους τρεις ανθρώπους άνω των 60 ετών και περίπου το 50% άνω των 85 ετών έχουν προβλήματα ακοής. Τα άτομα αυτά δε μπορούν να ακούσουν χαμηλούς ήχους και να καταλάβουν από πού προέρχονται με συνέπεια να δημιουργούνται προβλήματα επικοινωνίας τόσο με την οικογένεια όσο και με το περιβάλλον που συναναστρέφονται. Τέλος, αποφεύγουν να παραβρίσκονται σε χώρο με πολλά άτομα γιατί δε μπορούν να παρακολουθήσουν μια ολόκληρη συζήτηση. Επομένως, σύμφωνα με τους ειδικούς, είναι απαραίτητο όταν επικοινωνούμε με ηλικιωμένα άτομα να μιλάμε σε σταθερό ρυθμό και λίγο πιο δυνατά (WHO 2011).

## Γνωστικές Διαταραχές και Άνοια

Γνωστικές χαρακτηρίζονται οι διαταραχές που ένα άτομο παρουσιάζει έλλειψη κάποιας ή κάποιων γνωστικών λειτουργιών όπως η μνήμη, η κρίση, ο προσανατολισμός κλπ. Οι γνωστικές διαταραχές που περιγράφονται ως άνοια χαρακτηρίζονται από την έλλειψη πολλαπλών γνωστικών χαρακτηριστικών.

Λόγω της άνοιας παρατηρείται έκπτωση της μνήμης, αφασία, απραξία, αγνωσία και διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας. Τα βασικά χαρακτηριστικά της άνοιας είναι τα εξής:

1. Δυσκολίες στην απόκτηση και συγκράτηση νέων πληροφοριών και γνώσεων. Υπάρχουν προβλήματα στη βραχυπρόθεσμη μνήμη όπως για παράδειγμα δε θυμάται πρόσφατα γεγονότα ή συνομιλίες, ξεχνά τα ραντεβού του, δε θυμάται που έβαλε τα κλειδιά του ή τοποθετεί σε λανθασμένους τόπους αντικείμενα.
2. Δυσκολίες στη σκέψη. Όταν υπάρχει ένα πρόβλημα στο σπίτι ή στην εργασία του, ο ασθενής δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί και να διαχειριστεί το πρόβλημα ή να διεκπεραιώσει πολύπλοκες εργασίες.
3. Δυσκολίες στον προσανατολισμό. Το άτομο δυσκολεύεται να βρει χώρους που είναι γνωστοί σε αυτόν, χάνεται εύκολα και δυσκολεύεται στην οδήγηση.
4. Δυσκολίες γλώσσας. Το άτομο δε βρίσκει τις κατάλληλες λέξεις για να εκφραστεί σωστά και δεν μπορεί να αρχίσει ή να παρακολουθήσει μια συνομιλία.

Η άνοια πρόκειται για το αποτέλεσμα κάποιας ασθένειας, μόλυνσης, τραυματισμού ή άλλης αρρώστιας και δεν αποτελεί συνεπακόλουθο των γηρατειών. Ωστόσο, είναι σύνηθες φαινόμενο στους ηλικιωμένους, ιδιαίτερα στους υπερήλικες (Bennett & Ebrahim 1992).

## Μεταβολές στα Υπόλοιπα συστήματα

Στα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζεται μείωση στην πρόσληψη του οξυγόνου και στο βασικό μεταβολισμό σε ποσοστό στο 10%. Ωστόσο, στα δραστήρια ηλικιωμένα άτομα, η μείωση αυτή δεν ξεπερνάει το 5%. Η καμπύλη διάσπασης της οξυαιμοσφαιρίνης μετατοπίζεται προς τα αριστερά, πράγμα που σημαίνει ότι το οξυγόνο αποδίδεται πολύ

πιο δύσκολα στους ιστούς, η ανοχή στη γλυκόζη του αίματος ελαττώνεται ενώ ο λιπώδης ιστός αυξάνεται. Επομένως, τα άτομα αυτά, κερδίζουν πολύ εύκολα βάρος.

Εν κατακλείδι, τα επίπεδα της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών και της ολικής χοληστερόλης σχεδόν δεν επηρεάζονται, ωστόσο παρουσιάζεται μείωση του ύψους περίπου 1,2 εκατοστά ανά δεκαετία, μετά την ηλικία των 30 ετών (Bennett & Ebrahim 1992).

#### **1.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization-WHO), παρατηρείται σημαντική αύξηση του πληθυσμού τρίτης ηλικίας, γεγονός που οδηγεί σε αλλαγή της σύστασης των κοινωνιών όσο αναφορά την υγεία αλλά και την ψυχική σταθερότητα του γενικού πληθυσμού. Αναλυτικότερα, το 2016 στην Ελλάδα τα άτομα άνω των 65 ετών ανέρχονταν στο 21.3%, γεγονός που πρέπει να λαμβάνεται πολύ σοβαρά υπόψη, ειδικότερα, όταν το 23.1% των ατόμων άνω των 65 ετών στην Ελλάδα ζουν στο όριο της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, ενώ το 38.9% των ατόμων κάτω των 65 ετών κινδυνεύουν με φτώχεια.

Η δημογραφική γήρανση είναι αποτέλεσμα αύξησης του ποσοστού προσδόκιμου επιβίωσης, καθώς και της παράλληλης μείωσης του ποσοστού της γονιμότητας. Συγκεκριμένα, οι δείκτες γονιμότητας παρουσιάζουν σημαντική μείωση στο 1.6 ανά γυναίκα, λαμβάνοντας υπόψη τον φυσιολογικό δείκτη, ο οποίος πρέπει να είναι 2.1. Ερευνητικά δεδομένα αναφέρουν ότι το προσδόκιμο επιβίωσης στις βιομηχανικές χώρες είναι τα 75 έτη για τους άντρες και τα 80 έτη για τις γυναίκες. Βέβαια αντίστοιχες έρευνες αναφέρουν ότι ακόμη και στις αναπτυσσόμενες χώρες παρατηρείται σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης τα τελευταία χρόνια.

Η Ελλάδα θεωρείται από τις χώρες με τον πλέον γηρασμένο πληθυσμό και καταλαμβάνει την 5η θέση παγκοσμίως. Το 2011 αποτελούσε το 19% του πληθυσμού της ενώ το 2020 προβλέπεται ότι θα ανέλθει στο 20% και το 2050 στο 30%. Πρόκειται για ένα μεγάλο ποσοστό, λαμβάνοντας υπόψη ότι το 1940, άτομα άνω των 65 ετών δεν ξεπερνούσαν το 5.5%. Σύμφωνα με στοιχεία της EUROSTAT, οι χώρες που παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά ατόμων τρίτης ηλικίας, και συγκεκριμένα, άνω των 80 ετών το 2016, είναι η

Ιταλία (6.4%), η Ελλάδα (6%), η Ισπανία και η Γαλλία (5.7%). Από την άλλη, οι χώρες με τα μικρότερα ποσοστά είναι η Ιρλανδία και η Σλοβακία (3%) και η Κύπρος (3.1%) (Ελληνική Στατιστική Αρχή 2016).

## **1.5 ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΓΕΡΟΝΤΟΛΟΓΙΑ**

Βασικός πυλώνας των επιστημονικών κλάδων της γεροντολογίας και γηριατρικής αποτελούν η αντιμετώπιση και η έρευνα των κοινωνικών και ιατρικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ατόμων. Η γεροντολογία είναι η επιστήμη του γήρατος υπό την κοινωνική και την οικονομική σκοπιά. Ως γηριατρική ορίζεται η ιατρική επιστήμη του γήρατος, και ασχολείται με τα βιολογικά, τα θεραπευτικά, τα κλινικά και τα εργαστηριακά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι. (Κωσταρίδου 1999).

Συγκεκριμένα, οι γηρίατροι εκπαιδεύονται τόσο για την περίθαλψη των ηλικιωμένων ατόμων όσο και για την αντιμετώπιση διαταραχών και πολλαπλών προβλημάτων υγείας τους. Επιπλέον, γίνεται εκτίμηση όχι μόνο των βιολογικών αλλά και των κοινωνικών και συναισθηματικών αναγκών τους (Beers 2005).

Πλέον, η εξέλιξη της γηριατρικής έχει καταστήσει ικανούς τους γηιάτρους στο να διακρίνουν αν κάποιο κλινικό χαρακτηριστικό οφείλεται στη διαδικασία της γήρανσης ή σε κάποια πάθηση/διαταραχή. Κύριο μέλημά τους είναι τα ηλικιωμένα άτομα να διευκολυνθούν σε μια αυτόνομη και ανεξάρτητη διαβίωση. Στους γηιάτρους απευθύνονται συνήθως οι ασθενείς που πάσχουν από αρκετές νόσους, οι οποίες καθιστούν απαραίτητη την παρακολούθηση από διεπιστημονική ομάδα και παίρνουν μεγάλο αριθμό φαρμάκων, τα οποία ίσως να προκαλέσουν αρκετές παρενέργειες (Κωσταρίδου 1999).

## **1.6 ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ**

Οι ερευνητές έχουν αναδείξει ορισμένα χαρακτηριστικά στα άτομα που διανύουν την τρίτη ηλικία. Τα χαρακτηριστικά αυτά διακρίνονται σε βιολογικά και ψυχολογικά, όπως περιγράφονται παρακάτω (Κωσταρίδου & Ευκλείδη 2011).



Αναλυτικότερα, στα βιολογικά χαρακτηριστικά, όπως έχει ήδη αναφερθεί, συγκαταλέγονται οι κυτταρικές μεταβολές, δηλαδή μεταβολές που εντοπίζονται στις δομές του γενετικού υλικού (DNA), με αποτέλεσμα, την αλλαγή τόσο της εξωτερικής εμφάνισης του ατόμου όσο και την αλλοίωση των χαρακτηριστικών του γνωρισμάτων (άσπρα μαλλιά, ρυτίδες). Επιπλέον, στα βιολογικά χαρακτηριστικά ανήκουν οι μυοσκελετικές αλλαγές, οι οποίες αναφέρονται σε μυοσκελετικά προβλήματα (μείωση της μυϊκής μάζας, οστεοπόρωση, φυσιολογική φθορά χόνδρων και κατά επέκταση κινητικά προβλήματα), και οι ειδικές παθήσεις, οι οποίες αναφέρονται στη μείωση των αισθητηριακών ικανοτήτων του ατόμου (μείωση όρασης, δυσκολία προσαρμογής σε εναλλαγές φωτεινότητας). Ακόμη, στα άτομα της τρίτης ηλικίας, επηρεάζεται η λειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, που έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη οξυγόνωση και αιματική ροή, αύξηση του κολλαγόνου, καθώς και μείωση της ελαστικότητας των καρδιακών βαλβίδων και των αρρυθμιών λόγω της μειωμένης οξυγόνωσης των μυών, γεγονός που σχετίζεται με το καρδιαγγειακό σύστημα. Επιπρόσθετα, παρατηρείται μείωση της δραστηριότητας του βρογχικού επιθηλίου και του αναπνευστικού βήχα, με συνέπεια, τη μείωση της οξυγόνωσης των πνευμόνων (αναπνευστικό σύστημα). Τέλος, λόγω υπολειτουργίας του αναπαραγωγικού συστήματος, στις γυναίκες παρατηρούνται μεταβολές στην περίοδο και μείωση ποσοστών ορμονών (εμμηνόπαυση), ενώ στους άνδρες παρουσιάζονται αλλαγές στην σεξουαλική λειτουργία, λόγω μεταβολών της σύστασης και της λειτουργίας του προστάτη (Κωσταρίδου & Ευκλείδη 2011).

Ωστόσο, δεν εντοπίζονται μόνο βιολογικές αλλαγές, αλλά και αλλαγές στις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν μεταβολές στην επεξεργασία πληροφοριών καθώς δεν είναι σε θέση να επεξεργαστούν γρήγορα και να συγκρατήσουν έναν μεγάλο όγκο νέων πληροφοριών, με αποτέλεσμα τη μνημονική λειτουργία και την καθυστερημένη λήψη αποφάσεων, καθώς δεν είναι σε θέση να ανακαλούν εύκολα και γρήγορα πληροφορίες. Άλλα χαρακτηριστικά αυτής της ηλικίας είναι η ελλιπή κοινωνικοποίηση, η απομάκρυνση από την εργασιακή ζωή, οι αλλαγές στο οικογενειακό περιβάλλον (απομάκρυνση παιδιών από το σπίτι ή θάνατος κοντινού συγγενή/φίλου) καθώς και η μειωμένη έως και ελλιπή οικονομική στήριξη, γεγονότα που μειώνουν σημαντικά την ποιότητα ζωής του ατόμου (Κωσταρίδου & Ευκλείδη 2011).

Το φυσιολογικό γήρας παρουσιάζει ανόμοια, διαφορετικά χαρακτηριστικά από το παθολογικό γήρας. Το γήρας και η νοσηρότητα σχετίζονται άμεσα, αφού η πλειοψηφία της τρίτης ηλικίας πάσχει κυρίως από χρόνια νοσήματα και συνηθέστερα από περισσότερα του ενός. Τα εγκεφαλικά και αγγειακά επεισόδια είναι τα μείζονα κλινικά προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων, όπως επίσης η έλλειψη κινητικότητας που έχει ως αποτέλεσμα πτώσεις και διάφορα ατυχήματα λόγω μειωμένης κινητικότητας, ακράτεια και διανοητικές διαταραχές. Στα ηλικιωμένα άτομα, η εκδήλωση νοσημάτων παρουσιάζεται με διαφορετικό τρόπο και έχει ιδιαιτερότητες σε σχέση με τους ενήλικες. Η αλληλεπίδραση νόσου- γήρατος έχει σοβαρές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις. Γι' αυτό και ο στόχος των διάφορων βαθμίδων περίθαλψης θα πρέπει να είναι η αυτοδυναμία και η υγεία του ηλικιωμένου και όχι η αύξηση της πιθανότητας μεγαλύτερης περιόδου επιβίωσης (Akpek & Smith 2013).

Καθώς στους ηλικιωμένους παρουσιάζονται ποικίλες μορφές γηρατειών λόγω της μεγάλης ετερογένειας που παρουσιάζουν, διακρίνονται σε υποομάδες. Ο διαχωρισμός αυτός γίνεται, επειδή η έκπτωση των φυσιολογικών βιολογικών λειτουργιών γίνεται μεγαλύτερη από τη μία ηλικιακή ομάδα στην άλλη, οπότε και η παροχή για περίθαλψη γίνεται μεγαλύτερη και πιο σύνθετη.

Ο διαχωρισμός στις παρακάτω κατηγορίες επιτρέπει την αξιολόγηση των σημαντικών αλλαγών με μεγαλύτερη ακρίβεια (Akpek & Smith 2013).

### **Πρώτη κατηγορία**

Αποτελείται από τους λεγόμενους νέους ηλικιωμένους, ηλικίας από 60 ετών και άνω ή 65 και άνω μέχρι 74 ετών. Τα άτομα αυτά είναι συνήθως σε φόρμα, ενεργά και φροντίζουν μόνα τους τον εαυτό τους. Παρουσιάζουν ποσοτικά τα λιγότερα ιατροκοινωνικά προβλήματα (Mena et al. 2009).

## **Δεύτερη κατηγορία**

Αποτελείται από ηλικιωμένα άτομα, προχωρημένης ηλικίας από 75 και άνω μέχρι 84 ετών. Μετά από την ηλικία των 75 ετών η κατάσταση των ηλικιωμένων γίνεται όλο και πιο εύθραυστη και χαρακτηρίζεται από σοβαρή σωματική και ψυχική εξασθένηση καθώς αυξάνουν οι ανάγκες περίθαλψης και οι κοινωνικές επιπτώσεις. Τα ηλικιωμένα άτομα της πρώτης και δεύτερης υποομάδας αποτελούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας (Mena et al. 2009).

## **Τρίτη κατηγορία**

Εντάσσονται άτομα υπερήλικα, τα οποία είναι άνω των 85 χρονών. Στην πλειοψηφία τους είναι ευάλωτα αρκετά και φαίνεται να έχουν σημαντικού βαθμού σωματική και ψυχική εξασθένηση. Πολλές φορές είναι σε μεγάλο βαθμό εξαρτημένα από άλλα άτομα και ζουν περιορισμένα κατ' οίκον ή σε γηροκομεία. Πρόκειται με άλλα λόγια για άτομα της λεγόμενης τέταρτης ηλικίας. Σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα που έχουν καθιερωθεί σε παγκόσμια κλίμακα, αποδεικνύεται ότι το θηλυκό φύλο υπερτερεί σε σχέση με το αρσενικό όσον αφορά την κατηγορία αυτή. Υποστηρίζεται ότι η άποψη αυτή έχει τις βάσεις της στις προηγούμενες συνθήκες που επικρατούσαν, όπως για παράδειγμα τις κακουχίες και τους πολέμους. Η παρουσία συζύγου στους ηλικιωμένους άνδρες αποτελεί συγκριτικό πλεονέκτημα σε σχέση με τις ηλικιωμένες γυναίκες. Το 95% των ηλικιωμένων ζει στην κοινότητα. Το επίπεδο διαβίωσης για μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων είναι χαμηλό διότι τα εισοδήματα του ¼ των ηλικιωμένων είναι πολύ χαμηλά. Το κοινωνικό σύστημα δομείται με τέτοια μέθοδο σε κάθε αναπτυγμένη χώρα που οι ηλικιωμένοι θεωρείται ότι είναι αρνητικά στερεότυπα. Θεωρείται δηλαδή ότι είναι άρρωστοι, αδύναμοι, χαμηλής ευφυΐας και απαθείς, ενώ ταυτόχρονα δεν νιώθουν χαρά και ικανοποίηση. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά που τους αποδίδονται τους οδηγούν στην απόσυρση από την κοινωνική ζωή. Όπως είναι λογικό, οξύνεται η αναγκαιότητα συμμετοχής της κοινωνίας σε πόρους καθώς η κατάσταση αυτή προκαλεί παθογένεια στα συστήματα περίθαλψης. Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν άτομα στην τρίτη ηλικία που είναι ενεργοί στο κοινωνικό σύνολο, καθώς δεν εξαρτώνται από κάποιον και έχουν τη διάθεση και την εμπειρία να συζητούν με τους μικρότερους και να τους συμβουλεύουν (Mena et al. 2009).

## 1.7 ΤΑ ΟΡΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΚΑΙ Η ΗΘΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Η γήρανση, είναι μια βιολογική διαδικασία και η δυναμική της δεν βασίζεται στον έλεγχο του ατόμου. Ωστόσο, υπόκειται στις επιρροές των δομών (πολιτισμός, οικογενειακό περιβάλλον, οικονομικές ανάγκες) με τις οποίες οι κοινωνίες αναφέρουν το νόημα της τρίτης ηλικίας. Σημαντικό ρόλο στις αναπτυγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), παίζει η χρονολογική ηλικία. Στις πιο πολλές αναπτυγμένες χώρες, η ηλικία των 65 ετών (ηλικία συνταξιοδότησης), θεωρείται ότι είναι το ξεκίνημα του γήρατος.

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), η χρονολογική ηλικία δεν αποτελεί ιδιαίτερο πρόβλημα, καθώς υπάρχουν άλλες δομημένες έννοιες που είναι σημαντικές για τον προσδιορισμό της αρχής της τρίτης ηλικίας, όπως η απώλεια των ρόλων η οποία συνοδεύει την εξασθένηση του ανθρώπινου οργανισμού και η ανάθεση των ειδικών ρόλων στα ηλικιωμένα άτομα.

Επίσης, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει κάποια συμφωνία για το πότε ξεκινά η τρίτη ηλικία σε ένα άτομο. Τα χρονολογικά όρια, όπως η χρονολογική και η βιολογική ηλικία προσδιορίζουν τις μεταβολές των σταδίων ζωής και την αρχή του γήρατος. Συγκεκριμένα, αποτελούν την αρχή του γήρατος, η οποία σηματοδοτεί έναν συνδυασμό κοινωνικών, χρονολογικών και λειτουργικών παραμέτρων. Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) αποδέχεται την ηλικία των 60 ετών και άνω ως την είσοδο ενός ενήλικα στο γήρας (WHO, 2011).

Στον Πίνακα 1.3., απεικονίζονται τα χρονολογικά όρια τα οποία καθορίζουν τη διαδικασία της γήρανσης.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3:**

Χρονολογικά Όρια της Διαδικασίας της Γήρανσης.	
Χρονολογική ηλικία (chronological age)	Είναι η πραγματική ηλικία ενός οργανισμού από τη γέννηση έως τη χρονική στιγμή της συγκεκριμένης αναφοράς. Είναι η πρόβλεψη της διάρκειας της υγιούς και

Προσδόκιμο επιβίωσης ή ζωής (life expectancy)	ενεργητικής ζωής που απομένει στο άτομο. Η μέγιστη υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής είναι συνεχής. Είναι αυξανόμενη.
Βιολογική ηλικία (biological age)	Είναι η ηλικία η οποία καθορίζεται από τη λειτουργική και φυσιολογική κατάσταση του οργανισμού. Η είσοδος στο γήρας δεν βασίζεται κυρίως σε χρονικά όρια, αλλά σε βιολογικά δεδομένα. Αρκετοί άνθρωποι μεγάλης ηλικίας διατηρούν πνευματική, σωματική καθώς επίσης και ψυχική υγεία.
Όριο ζωής (life span)	Είναι το συνολικό χρονικό διάστημα ζωής.
Μακροζωία (longevity)	Είναι η μέση διάρκεια ζωής ενός ατόμου.

(Fillit et al. 2010, Bennett & Ebrahim 1992).

## 1.7.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### Είδη Κοινωνικής Υποστήριξης

Στα είδη κοινωνικής στήριξης των ηλικιωμένων ατόμων εντάσσονται τα κοινωνικά δίκτυα καθώς και η πλευρά λειτουργίας που αναπτύσσουν με άλλες ομάδες. Συγκεκριμένα, μπορούν να κατανοηθούν οι δομικές συνθήκες στις οποίες δημιουργούνται οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις.

Η κοινωνική υποστήριξη, μέσα σε ένα ευρύ εννοιολογικό δίκτυο, περιλαμβάνει τις κοινωνικές σχέσεις, την κοινωνική ένταξη καθώς επίσης και τα κοινωνικά δίκτυα. Μέχρι στιγμής, δεν έχει υπάρξει ομοφωνία των ερευνητών σχετικά με την έννοια της κοινωνικής στήριξης.

Το 1990, σημειώνεται ότι ο τομέας της γηριατρικής και της γεροντολογίας εστιάζεται στην κοινωνική στήριξη των ηλικιωμένων ατόμων. Την ίδια χρονιά, μελέτες που έχουν διεξαχθεί σχετικά με την κοινωνική υποστήριξη, ανέφεραν ότι υπάρχει μία συσχέτιση μεταξύ ευημερίας και υγείας κατά την τρίτη ηλικία.

Πριν από πολλά χρόνια, ερευνητές διέκριναν τους τύπους της κοινωνικής υποστήριξης. Η ανάγκη για την πρακτική στήριξη είναι σημαντική καθώς το άτομο, με τις ικανότητες που διαθέτει, εκτελεί τις βασικές του καθημερινές δραστηριότητες, όπως για παράδειγμα να τρέφεται, να κάνει τα ψώνια του, να φροντίζει την προσωπική του υγιεινή καθώς και να φροντίζει το σπίτι του (Scharlach et al. 2000).

Στα άτομα που διανύουν τη Τρίτη ηλικία, κατά την διάρκεια της μετάβασης της ζωής τους (μετακόμιση σε έναν οίκο ευγηρίας ή απώλεια ενός συζύγου), αναπτύσσεται η συναισθηματική ανάγκη. Η ανάγκη αυτή, με την πάροδο του χρόνου, αυξάνεται διότι μειώνονται οι φυσικές ικανότητες αυτών των ατόμων με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πιθανότητα να χάσει ορισμένες από τις αγαπημένες δραστηριότητες και συνήθειες.

Το 1988, ο House κατατάσσει στους τύπους της κοινωνικής υποστήριξης 4 υποστηρικτικές συμπεριφορές οι οποίες είναι οι εξής:

1. Την υποστήριξη της αξιολόγησης: περιέχει πληροφορίες οι οποίες βοηθούν το ηλικιωμένο άτομο να αξιολογήσει τον εαυτό του (την απόδοση του).
2. Την υποστήριξη του συναισθήματος: συμπεριλαμβάνονται η ενσυναίσθηση, η εμπιστοσύνη και η φροντίδα.
3. Την υποστήριξη των πληροφοριών: αναφέρεται η εκμάθηση των ικανοτήτων και η παροχή των πληροφοριών οι οποίες μπορούν να δώσουν την λύση στο πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο ηλικιωμένος.
4. Την έμπρακτη υποστήριξη: συμπεριλαμβάνονται ο δανεισμός των χρημάτων, η βοήθεια στις εργασίες, καθώς και η συνοδεία των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα στην κίνηση.

(House et al. 1988)

Η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί μία σύνθετη και πολύπλευρη έννοια και έχει ερευνηθεί εκτενώς στον τομέα της γεροντολογίας. Αναλυτικότερα, η μελέτη για τα ηλικιωμένα άτομα καθώς και για την κοινωνική υποστήριξη συμπεριλαμβάνει θέματα τα οποία είναι:

1. Η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης τον τομέα της υγείας.
2. Η επίδραση των δεσμών της κοινωνίας στην ευημερία.
3. Οι πηγές της κοινωνικής υποστήριξης.

4. Η κοινωνική υποστήριξη όσον αφορά τα κοινοτικά προγράμματα και τα προγράμματα της στέγασης.
5. Η διαβίωση και ο αντίκτυπος της οικογενείας στις πτυχές της κοινωνικής υποστήριξης.

(Zulman D., et al., 2014).

### **Δίκτυα Κοινωνικής Στήριξης**

Τα δίκτυα φροντίδας των ηλικιωμένων διακρίνονται στο δημόσιο, τον εθελοντικό/μη κερδοσκοπικό και τον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα και απαρτίζουν τα επίσημα και άτυπα δίκτυα. Οι κοινωνικές σχέσεις, στα ηλικιωμένα άτομα περιορίζονται. Η ύπαρξη των κοινωνικών σχέσεων έχει ως αποτέλεσμα τόσο τη σωματική ευεξία όσο και τη ψυχολογική υγεία του ατόμου (Uchino 2009).

Ως δίκτυο κοινωνικοποίηση ορίζεται ένα σύνολο ατόμων, το οποίο διαθέτει μία σχέση δεσμού με ένα κεντρικό άτομο. Η οικογένεια, οι φίλοι και οι γείτονες αποτελούν το δίκτυο της κοινωνικοποίησης. Η δομή των κοινωνικών δικτύων διαφοροποιείται σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Η κοινωνική αλληλεπίδραση μειώνεται στην τρίτη ηλικία διότι μειώνονται οι ευκαιρίες για κοινωνικές συναναστροφές καθώς τα ηλικιωμένα άτομα αποσύρονται από την κοινωνία. Συγκεκριμένα, με την πάροδο των ετών, τα ηλικιωμένα άτομα γίνονται όλο και πιο επιλεκτικά με συνέπεια να αποστασιοποιούνται από το κοινωνικό σύνολο, αυξάνοντας έτσι τις διαπροσωπικές τους σχέσεις με το στενό οικογενειακό τους περιβάλλον.

Αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα που διανύουν τη τρίτη ηλικία δεν αναπτύσσουν στενές σχέσεις και φιλίες όπως τα νεαρά άτομα. Οι σχέσεις που δημιουργούν είναι κυρίως επιφανειακές και διατηρούνται μόνο οι φιλίες που είχαν αναπτύξει από την εφηβική ηλικία και έπειτα.

Το δίκτυο της κοινωνικοποίησης επηρεάζεται από την εγγύτητα της οικογένειας, τη συζυγική κατάσταση καθώς επίσης και από την παρουσία ή απουσία των παιδιών. Στο δίκτυο της κοινωνικοποίησης, ο αριθμός των αδελφών και των φίλων αυξάνεται όταν δεν υπάρχουν παιδιά (Κωσταρίδου & Ευκλείδη 1995).

Η θεωρία της ισότητας αναφέρει ότι το άτομο μπορεί να προσφέρει την εργασία του και να παίρνει ως αντάλλαγμα μια ανταμοιβή (μισθός). Στην εργασία περιλαμβάνονται η εμπειρία, η ευφυΐα, οι δεξιότητες, οι γνώσεις, η προσπάθεια ενώ η ανταμοιβή του ατόμου απαρτίζεται από το μισθό, την επιβράβευση, τις συνθήκες εργασίας, το κύρος του επαγγέλματος και την ασφάλεια. Συγκεκριμένα, η θεωρία αυτή βασίζεται σε μία σχέση που διατηρείται μόνο εάν οι συμμετέχοντες συμβάλουν αμοιβαία. Το άτομο νιώθει άσχημα όταν υπάρχει μία άνιση σχέση. Αυτός που δέχεται ευεργετήματα νιώθει ενοχή ενώ αντίθετα, αυτός που δεν δέχεται ευεργετήματα νιώθει απέχθεια και θυμό. Τέλος, η ανισότητα οδηγεί αρκετές φορές σε προσπάθειες αλλαγής, με στόχο την ύπαρξη ισορροπίας ή τη διάρρηξη της σχέσης των ατόμων.

Το 2009, ο Uchino αναφέρει ότι τα δίκτυα της κοινωνικοποίησης σχετίζονται τόσο με το συναίσθημα της ικανοποίησης του ατόμου από τις διαπροσωπικές του επαφές όσο και με τα χαρακτηριστικά της συχνότητας των επαφών του δικτύου.

Τα τελευταία χρόνια, τα κοινωνικά δίκτυα, αποτελούν το αντικείμενο ενδιαφέροντος των ατόμων το οποίο αφορά κυρίως την προστασία της υγείας και της ευεξίας. Μάλιστα, ένα μεγάλο μέρος των προσφάτων μελετών στον τομέα αυτό, αποτελείται από μία ανάλυση δευτερευόντων δεδομένων τα οποία ήταν διαθέσιμα σε συγγενείς, φίλους και παιδιά μέσω του κοινωνικού δικτύου.

Συγκεφαλαιώνοντας, αξίζει να τονιστεί ότι η σχέση της υγείας των συμπεριφορών με το κοινωνικό δίκτυο διαφέρει μεταξύ των δύο φύλων. Έχει αποδειχθεί ότι το γυναικείο φύλο είναι πιο υποστηρικτικό και για τα δύο φύλα ενώ σημαντική είναι και η κοινωνική στήριξη στις γυναίκες (Uchino 2009).



## **Δίκτυα Φροντίδας των Ηλικιωμένων**

Στα δίκτυα φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων διακρίνονται σε ξεχωριστές κατηγορίες, οι τομείς παροχής των υπηρεσιών, ανάλογα με όσα μπορεί να προσφέρει ο κάθε τομέας (Εμκε & Πουλοπούλου 1999).

### **Τα Προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι**

Το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» αποτελεί ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας των ηλικιωμένων ατόμων το οποίο έχει ως βασικό στόχο την παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας όχι μόνο των ατόμων που έχουν κάποια αναπηρία αλλά και εκείνων που διανύουν την τρίτη ηλικία. Αυτό το πρόγραμμα έχει τη μορφή των γνωστών ως «home care» και δίνει μια καινούργια μορφή στην παροχή κοινωνικής προστασίας των πολιτών.

Το ευρωπαϊκό ταμείο της περιφερειακής ανάπτυξης της ευρωπαϊκής ένωσης χρηματοδοτεί σε ποσοστό το οποίο ανέρχεται στο 75% ενώ από το Ελληνικό δημόσιο χρηματοδοτεί σε ποσοστό 25%.

Στο σπίτι των πολιτών προσφέρονται δωρεάν οι υπηρεσίες. Επιπρόσθετα στο πρόγραμμα αυτό παρέχεται συντροφιά, νοσηλευτική μέριμνα, συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική στήριξη, φροντίδα του νοικοκυριού, πληρωμή λογαριασμών, βοήθεια στην ατομική υγιεινή, μικροαγορές, καθώς και βοήθεια σε άλλες υπηρεσίες που κρίνονται αναγκαίες.

Αυτές οι υπηρεσίες συμπεριλαμβάνουν τακτικές επισκέψεις του ειδικευμένου προσωπικού στην οικεία των ηλικιωμένων που θέλουν να εξυπηρετηθούν αναλόγως με τις ιδιαιτερότητές τους αλλά και με τις ανάγκες που έχουν.

Το πρόγραμμα απευθύνεται κυρίως σε άτομα τα οποία:

- ✓ Δεν εξυπηρετούνται επαρκώς.
- ✓ Χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα.
- ✓ Είναι εγκαταλειμμένοι από το οικογενειακό τους περιβάλλον ή διαβιούν μοναχικά.
- ✓ Αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα.

Ο κύριος στόχος του προγράμματος αυτού είναι τα ηλικιωμένα άτομα να παραμείνουν μέσα στο κοινωνικό τους περιβάλλον και να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Το πρόγραμμα στελεχώνεται τόσο από καταρτισμένα στελέχη (νοσηλευτικό προσωπικό, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, οικογενειακοί βοηθοί) όσο και από ειδική διεπιστημονική ομάδα. Επίσης, εξετάζεται η σκέψη από το Υπουργείο Υγείας και από την Πρόνοια να στελεχωθεί μελλοντικά με ιατρούς και με φυσιοθεραπευτές.

Συγκεφαλαιώνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι καταβάλλεται μεγάλη προσπάθεια για καλύτερη ποιότητα παροχής των υπηρεσιών στα ηλικιωμένα άτομα μέσω της συνεργασίας του προγράμματος με τους αρμόδιους φορείς και τις άλλες υπηρεσίες υγείας.

## **Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ)**

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των ηλικιωμένων ή αλλιώς ΚΗΦΗ, πρόκειται για ανοικτές σύγχρονες δομές ημερήσιας φιλοξενίας των ηλικιωμένων ατόμων που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας ή οικονομικά προβλήματα και δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν. Το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται με αποτέλεσμα να αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει.

Κύριος σκοπός των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας (ΚΗΦΗ) είναι τα ηλικιωμένα άτομα να παραμένουν στο φυσικό και οικείο κοινωνικό περιβάλλον ώστε να υπάρχει μία διατήρηση της συνοχής της οικογένειας.

Επιπλέον, επιδιώκεται εναρμόνιση της οικογενειακής ζωής και των μελών της οικογένειας με το ηλικιωμένο άτομο, της εργασιακής ζωής, αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού, ιδρυματική περίθαλψη καθώς και υποστήριξη ώστε η αυτονομία τους να διατηρηθεί επαρκώς.

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας των ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) παρέχουν υπηρεσίες οι οποίες είναι οι εξής:

- ✓ Φροντίδα του ηλικιωμένου ασθενή, από το νοσηλευτικό προσωπικό
- ✓ Φροντίδα του ηλικιωμένου ασθενή για την ικανοποίηση των καθημερινών αναγκών επιβίωσης.
- ✓ Ατομική υγιεινή

- ✓ Δραστηριότητες δημιουργικής απασχόλησης
- ✓ Δραστηριότητες ανάπτυξης των κοινωνικών και των λειτουργικών δεξιοτήτων.

Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί ότι τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας (ΚΗΦΗ) διασυνδέονται με τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας (ΚΑΠΗ) που ενδεχομένως υπάρχουν στην περιοχή. Επιπλέον, συνεργάζονται με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας γνωστό και ως ΕΚΑΚΒ, με μονάδες υγείας καθώς και με τοπικούς φορείς οι οποίοι παρέχουν παρόμοιες κοινωνικές υπηρεσίες. (House et al. 1988).

Η διεπιστημονική ομάδα των ΚΗΦΗ είναι:

- ✓ Νοσηλευτικό Προσωπικό
- ✓ Βοηθητικό Προσωπικό.
- ✓ Κοινωνικοί Φροντιστές.

Για την εγγραφή των ηλικιωμένων ατόμων στα ΚΗΦΗ είναι απαραίτητο να υποβάλλονται τα παρακάτω δικαιολογητικά:

1. Αίτηση του συγγενικού περιβάλλοντος του ηλικιωμένου ή από τον ίδιο τον ηλικιωμένο
2. Γνωμάτευση ιατρού

## **Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)**

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας γνωστά και ως ΚΑΠΗ αποτελούν μία από τις πιο σημαντικές υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων στη χώρα μας, τα οποία παρέχουν ιατροκοινωνικές υπηρεσίες σε τοπικό επίπεδο. Ακόμα, ασχολούνται με τον «υγιή» ηλικιωμένο άνθρωπο με βάση την διακήρυξη της Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), που ορίζει ότι «η Υγεία είναι μία κατάσταση ολικής σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, και για τον λόγο αυτό κάτι πολύ περισσότερο από την απλή ανυπαρξία ασθένειας ή αναπηρίας».

Βασικός σκοπός των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας (ΚΑΠΗ) είναι να παρέχει υπηρεσίες για την αποκατάσταση των βιολογικών, των κοινωνικών και των ψυχολογικών του ηλικιωμένου, τα προληπτικά μέτρα καθώς επίσης και τις θεραπευτικές προσεγγίσεις με στόχο το ηλικιωμένο άτομο να συνεχίσει να παραμείνει αυτόνομο, ενεργό και ισότιμο

μέλος του κοινωνικού συνόλου. Εντούτοις, τα ΚΑΠΗ ως υπηρεσία, συνεργάζονται με ειδικούς φορείς και ενημερώνουν σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες του κάθε ατόμου.

Συγκεφαλαιώνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι στα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας (ΚΑΠΗ) πραγματοποιούνται ειδικές μελέτες οι οποίες σχετίζονται με προβλήματα υγείας των ατόμων που διανύουν την τρίτη ηλικία και με την κοινωνική συμπεριφορά (Χρυσάκης & Μπαλούρδος 1998).

## **Τα Κέντρα Βοήθειας της Οικογένειας**

Τα Κέντρα Βοήθειας της Οικογένειας έχουν ως κύριο στόχο να δημιουργήσουν έναν ιδιαίτερο χώρο για τους ηλικιωμένους με στόχο να συναντηθούν με άλλα άτομα της ίδιας ηλικίας έτσι ώστε να καλυφθούν οι πολλαπλές κοινωνικές ανάγκες τους. Ιδιαίτερα, από το 1991, ξεκίνησαν να λειτουργούν τα κέντρα βοήθειας της οικογένειας κατοίκων (Εμκε & Πουλοπούλου 1999).

## **Οι Λέσχες Φιλίας**

Οι λέσχες φιλίας έχουν ιδρυθεί σε όλη την Ελλάδα και λειτουργούν αποκλειστικά για τα ηλικιωμένα άτομα. Στις λέσχες αυτές, τα ηλικιωμένα άτομα έχουν την δυνατότητα να έρχονται σε επαφή με άτομα της ίδιας ηλικίας, να ψυχαγωγηθούν καθώς επίσης και να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες (επισκέψεις και μονοήμερες εκδρομές σε διάφορους πολιτιστικούς χώρους). Αυτές οι λέσχες, έχουν ως κύριο στόχο να προσφέρουν στα ηλικιωμένα άτομα ένα περιβάλλον στο οποίο μπορούν να συναναστρέφονται με άλλα άτομα, να στηρίζονται καθώς και να έρθουν σε άμεση επαφή με τις καινούργιες συνθήκες ζωής.

Συγκεφαλαιώνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι οι λέσχες φιλίας έχουν ιδρυθεί από το 1985, με τους στόχους που ήδη αναφέρθηκαν παραπάνω (Σταθόπουλος 2012).

## Εθελοντικός Μη Κερδοσκοπικός Τομέας

Στον εθελοντικό μη κερδοσκοπικό τομέα περιλαμβάνεται ένα σύνολο μη κυβερνητικών φορέων, όπως είναι τα Φιλανθρωπικά Σωματεία (Οίκος Ευγηρίας «Άγιος Γεώργιος»), η Εκκλησία (γενικά και ενοριακά φιλόπτωχα ταμεία, κέντρα ενοριακής αγάπης) και οι Εθελοντικές Οργανώσεις (Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός). Πρόκειται για νομικά πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, η λειτουργία και τον έλεγχο των οποίων υπόκειται στη διαχείριση των Υπουργείων Υγείας, Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Υπουργείου Οικονομικών. Βασικό γνώριμα του εθελοντικού τομέα αποτελεί η προαγωγή της ελευθερίας στα διάφορα προγράμματα και τις δραστηριότητες, ενώ παράλληλα λειτουργεί υποβοηθητικά και συμπληρωματικά προς το δημόσιο τομέα (Σταθόπουλος 2012).

Επιγραμματικά το έργο κάποιων εθελοντικών φορέων είναι:

-Το έργο της Εκκλησίας

Οι εκκλησιές σε όλη την Ελλάδα έχουν οργανωθεί με την βοήθεια του εθελοντισμού και παρέχουν ειδική φροντίδα και τροφή σε ηλικιωμένους που το έχουν ανάγκη.

-Το έργο του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός έχει ιδρύσει μια ειδική υπηρεσία νοσηλείας για το σπίτι όπου παρέχει νοσηλευτική φροντίδα σε άτομα όλων των ηλικιών. Συγκεκριμένα, προσφέρει την υπηρεσία αυτή σε άτομα που εξέρχονται από τα νοσοκομεία και χρήζουν βοήθειας σε ότι αφορά τις εργαστηριακές εξετάσεις, τις εξετάσεις με τους εξωτερικούς ιατρούς και τη σωστή εκπαίδευση των μελών της οικογενείας.

Η παροχή φροντίδας στο σπίτι, με τη σημερινή στελέχωση των Κέντρων Υγείας και της γεωγραφικής κατανομής του πληθυσμού σε μικρά ή μεγαλύτερα χωριά, είναι δυνατόν να αντιμετωπισθεί μόνο με εθελοντική εργασία. Η εθελοντική εργασία, αποτελεί μία μορφή έμπρακτης κοινωνικής αλληλεγγύης και συμμετοχής από συνειδητοποιημένους πολίτες. Επιπλέον, αναπτύσσεται στη βάση υγιών κινήτρων και δημιουργεί όρους βαθμιαίας επίλυσης κάποιων καίριων κοινωνικών προβλημάτων, εφόσον προσφέρει ικανοποίηση στους ίδιους τους εθελοντές, όταν το κράτος αδυνατεί. Ακόμη, αποτελεί μία διαρκή

διαδικασία που φέρνει κοντά τους ανθρώπους, παράγει δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης και αλληλοβοήθειας και προωθεί την επικοινωνία και τη συνεργασία. Η εθελοντική προσφορά οφείλει να οργανώνεται, να εποπτεύεται και να ενθαρρύνεται σωστά για να είναι πιο παραγωγική η χρήση του ανθρώπινου δυναμικού. Η παρουσία ενός ατόμου που βοηθά στη φροντίδα ανεπίσημα, όπως ένας εθελοντής, μπορεί μερικές φορές να περιορίσει την πιθανότητα να είναι οι κρατικές υπηρεσίες αναγκαίες. Σε καμία περίπτωση, όμως, η εθελοντική υπηρεσία δεν πρέπει να οδηγήσει στο συμπέρασμα, ότι μπορεί ή πρέπει να αντικαθιστά την επαγγελματική εργασία.

Αξίζει να γίνει μία αναφορά σε κάποιες έρευνες, προκειμένου να διατυπωθεί η εικόνα του εθελοντισμού στην Ελλάδα. Αρχικά, μέσα από μια έρευνα στον Ελλαδικό χώρο έδειξε ότι οι περισσότεροι εθελοντές είναι γυναίκες. Σε σύνολο σχεδόν 55.000 ατόμων, το 2,6% είναι 65 ετών και άνω και το 19,3% είναι 45-64 ετών, ενώ υπάρχουν και εθελοντές 80 ετών και άνω. Πρόκειται για μια ομάδα με ικανότητες, εμπειρία, γνώσεις, και ψυχικό πλούτο, θέλει να προσφέρει εθελοντισμό στους συνανθρώπους της. Μερικοί συνταξιούχοι, που έχουν υγειονομική κάλυψη και έχουν καλύψει τις οικονομικές τους ανάγκες με τη σύνταξη, είναι πρόθυμοι να προσφέρουν και εκείνοι εθελοντισμό. Από την άλλη πλευρά, ανάμεσα σε όλες τις χώρες της Ε.Ε, οι νέοι στην Ελλάδα καταλαμβάνουν την τελευταία θέση στην προσφορά εθελοντικής εργασίας (μέσος όρος 7,4%). Το γεγονός αυτό, δικαιολογείται εν μέρει, αν ληφθεί υπόψη ότι οι νέοι έχουν περιορισμένο ελεύθερο χρόνο, λόγω του βεβαρημένου εκπαιδευτικού προγράμματος που ακολουθούν οι περισσότεροι. Ωστόσο, ακόμη και στον ελεύθερο χρόνο που τους απομένει, φαίνεται να τον διανέμουν σε άλλου είδους ασχολίες όπως να βλέπουν τηλεόραση, να ακούν μουσική, να συναντούν τους φίλους τους ή να ασχολούνται με το διαδίκτυο.

Για την ανάπτυξη του εθελοντισμού που είναι δικαίωμα κάθε πολίτη, σύμφωνα με απόφαση του Συμβουλίου Ευρώπης, πρέπει όλοι οι πολίτες με τη συνεχή ενημέρωση από όλα τα μέσα μαζικής επικοινωνίας και την εκπαίδευση να συνειδητοποιήσουν τα διάφορα κοινωνικά προβλήματα και τη σημασία της εθελοντικής συνεισφοράς για την επίλυση τους. Η μύηση στον εθελοντισμό πρέπει να αρχίσει από την παιδική ηλικία, ενώ η ευαισθητοποίηση για τον αδύναμο και τον χρόνια πάσχοντα μπορεί να πραγματοποιηθεί από τα σχολεία, τα ΜΜΕ και γενικότερα την εκπαίδευση. Η προσπάθεια για την εκπαίδευση εθελοντών βοηθών φροντίδας στο σπίτι, χτίζει την ελπίδα για μία καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση μίας ομάδας ανθρώπων, που είναι στην πλειονότητα τους

υπερήλικες και στο σύνολο τους κατάκοιτοι. Για τη συστηματική και περιοδική επίλυση των προβλημάτων υγείας των ατόμων, σε συνδυασμό με τη φροντίδα τους, απαιτείται καθημερινή κοινή φροντίδα τους.

Εν κατακλείδι, οι εθελοντικές οργανώσεις διερευνούν και μελετούν τα σύγχρονα προβλήματα, ενθαρρύνουν την συμμετοχή των πολιτών στην εθελοντική προσφορά, επισημαίνουν τρόπους αντιμετώπισης τους και καλλιεργούν την κοινωνική αλληλεγγύη και αλληλοβοήθεια ως μία υγιή στάση ζωής. Τέλος, αποβλέπουν στην στήριξη ατόμων όλων των ηλικιών, που παρουσιάζουν διάφορα προβλήματα, και συγκεκριμένα, των ατόμων τρίτης ηλικίας, με αποτέλεσμα να συμβάλλουν στην παραμονή τους στο σπίτι και τη γειτονιά τους (Πολυζώητης 2006).

## **Άλλες Υπηρεσίες Ανοικτής Μέριμνας**

Εκτός από όλα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, παρόμοια προγράμματα εφαρμόζονται και από άλλες κρατικές υπηρεσίες και μη-κυβερνητικές οργανώσεις σε συνεργασία με το Υπουργείο Πρόνοιας και Υγείας καθώς και με την Εκκλησία.

- Εκκλησία:** παρέχει βοήθεια σε άπορα ηλικιωμένα άτομα.
- Κοινωνικός Τουρισμός και Καλοκαιρινή Κατασκήνωση:** Το Κοινωνικό Κέντρο για τους Νέους και για την οικογένεια, σε στενή συνεργασία με τα Ανοικτά Κέντρα για τους ηλικιωμένους, διοργανώνει ένα καλοκαιρινό πρόγραμμα κατασκήνωσης. Στο πρόγραμμα αυτό παρέχονται δωρεάν καλοκαιρινές διακοπές σε όσα ηλικιωμένα άτομα βρίσκονται στην ηλικία άνω των 60 ετών, και σε ορισμένες περιπτώσεις όταν τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν χρόνιες παθήσεις όπου πραγματοποιείται θεραπεία με ιαματικά λουτρά και συμμετέχουν περίπου 15.000 άτομα κάθε χρόνο. Από τον Εθνικό Οργανισμό Τουρισμού πραγματοποιείται ένα παρόμοιο πρόγραμμα κάθε χρόνο, με διακοπές 7 ημερών για τους ηλικιωμένους οι οποίοι έχουν χαμηλό ετήσιο εισόδημα μέσω του προγράμματος «Κοινωνικός Τουρισμός».
- Το 1998, δημιουργήθηκε η Εθνική Οργάνωση της Κοινωνικής Μέριμνας** η οποία έχει ως βασικό σκοπό την προστασία των ηλικιωμένων ατόμων μέσω της ανάπτυξης ενός εθνικού σχεδίου δράσης, καθώς επίσης και με την επέκταση των μη-κυβερνητικών οργανώσεων και την προαγωγή της εθελοντικής εργασίας οι οποίες λειτουργούν στον τομέα της μέριμνας για τα άτομα τρίτης ηλικίας. Επιπρόσθετα, για τα ηλικιωμένα άτομα, λειτουργεί μια ποικιλία ειδικών προγραμμάτων με βασικό σκοπό τη ψυχαγωγία και τη ψυχοκοινωνική στήριξη.

•Με το πρωτοπόρο πρόγραμμα «Νοσηλεία κατ' Οίκον» λειτουργεί ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ο οποίος παρέχει ιατρικές υπηρεσίες σε ασθενείς που παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο και υποστηρίζει κυρίως κρατικές επιχορηγήσεις. Στις υπηρεσίες συμπεριλαμβάνονται και φυσιοθεραπευτική αποκατάσταση, νοσηλεία κατ' οίκον, εργαστηριακές εξετάσεις, κατάρτιση του ίδιου του ασθενή αλλά και της οικογένειας του για να καλύπτουν τις ανάγκες της υγείας του. Ήδη από το 1985, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός έχει αναπτύξει «την υπηρεσία της γηριατρικής/γεροντολογίας» που έχει ως βασικό στόχο την κάλυψη των ατόμων με αναπηρία καθώς και των ηλικιωμένων ατόμων.

•Άλλες παροχές για τα άτομα τρίτης ηλικίας: μαθήματα ψυχαγωγίας και διασκέδασης καθώς και προγράμματα στοιχειώδους παιδείας τα οποία προσφέρουν κατάρτιση στους ηλικιωμένους, ειδικές τιμές στα εισιτήρια των σιδηρόδρομων, στα αεροπορικά εισιτήρια καθώς επίσης και δωρεάν εισιτήρια για θεατρικές παραστάσεις.

## **1.8 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥΣ**

Στην πορεία ζωής των ατόμων προκύπτουν κάποια γεγονότα τα οποία αποτελούν βασικοί αιτιολογικοί παράγοντες τόσο για την ψυχική όσο και για τη σωματική υγεία των ατόμων που διανύουν την τρίτη ηλικία. Οι εμπειρίες αποτελούν γεγονότα της ζωής του ατόμου που έχουν θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα και στην κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων. Κατά τη διάρκεια της ζωής τους, τα άτομα βιώνουν θετικές ή αρνητικές εμπειρίες, όπως για παράδειγμα οικονομικά προβλήματα, διαταραχές στην υγεία τους, καθώς και πένθος από αγαπημένα πρόσωπα (Blieszner & Ferraro 2009).

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, προδιαθεσικοί παράγοντες παρουσίασης των ψυχικών διαταραχών αποτελούν η σχέση της ψυχικής υγείας, τα προβλήματα των οικονομικών συνθηκών καθώς και η συνταξιοδότηση, με αποτέλεσμα την επιρροή του καθημερινού τρόπου ζωής των ηλικιωμένων (WHO 2011). Επιπρόσθετα, αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την τρίτη ηλικία τα άτομα αυτά αντιμετωπίζουν αρκετές παθήσεις οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους.

Σημαντικό ρόλο στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων αποτελούν οι περιβαλλοντικές αντιλήψεις τους απέναντι στην γήρανση. Συνήθως, επικρατεί η άποψη ότι τα υπερήλικα άτομα νιώθουν ευερέθιστα, δεν συνεργάζονται, καθώς επίσης εμφανίζουν μία αρνητική συναισθηματικότητα (Antonelli et al. 2000).

Εντούτοις, στα υπερήλικα άτομα έχει συσχετιστεί το στρες με την ποιότητα της ζωής τους, καθώς και με τη σωματική τους αναπηρία. Στους ηλικιωμένους άνδρες, κυρίως, η



κατάθλιψη και το στρες αυξάνουν τη θνησιμότητα. Αρκετοί υπερήλικες οι οποίοι διαμένουν με την οικογένεια τους αισθάνονται παραμελημένοι, νιώθουν ότι έχουν χάσει την ανεξαρτησία και την αξιοπρέπειά τους (Antonelli et al. 2000).

Ο στιγματισμός της κοινωνίας στις ψυχικές διαταραχές αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να στηρίζονται στη βοήθεια του οικογενειακού τους περιβάλλον διότι αισθάνονται ανησυχία για την άποψη τόσο των φίλων τους όσο και των συγγενών τους σε μια προσπάθεια για να αποφύγουν τα αρνητικά σχόλια που ίσως δημιουργηθούν (Blieszner & Ferraro 2009).

Η αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων ξεκινάει από την πολιτεία, η οποία θα πρέπει να παρέχει προστασία, περίθαλψη και ασφάλεια σε αυτούς τους ανθρώπους. Επίσης, σημαντική είναι η διοργάνωση εκδηλώσεων σε ιδρύματα για τους ηλικιωμένους έτσι ώστε να ψυχαγωγούνται και να εκμεταλλεύονται δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους. Ακόμη, απαραίτητος είναι ο σεβασμός και η ευγένεια από την οικογένεια αλλά και από τους συγγενείς/φίλους σε αυτούς τους ανθρώπους έτσι ώστε να μη νιώθουν περιθωριοποιημένοι. Τέλος, αναγκαία είναι τα προγράμματα σίτισης των άπορων ηλικιωμένων από τους δήμους και την εκκλησία.

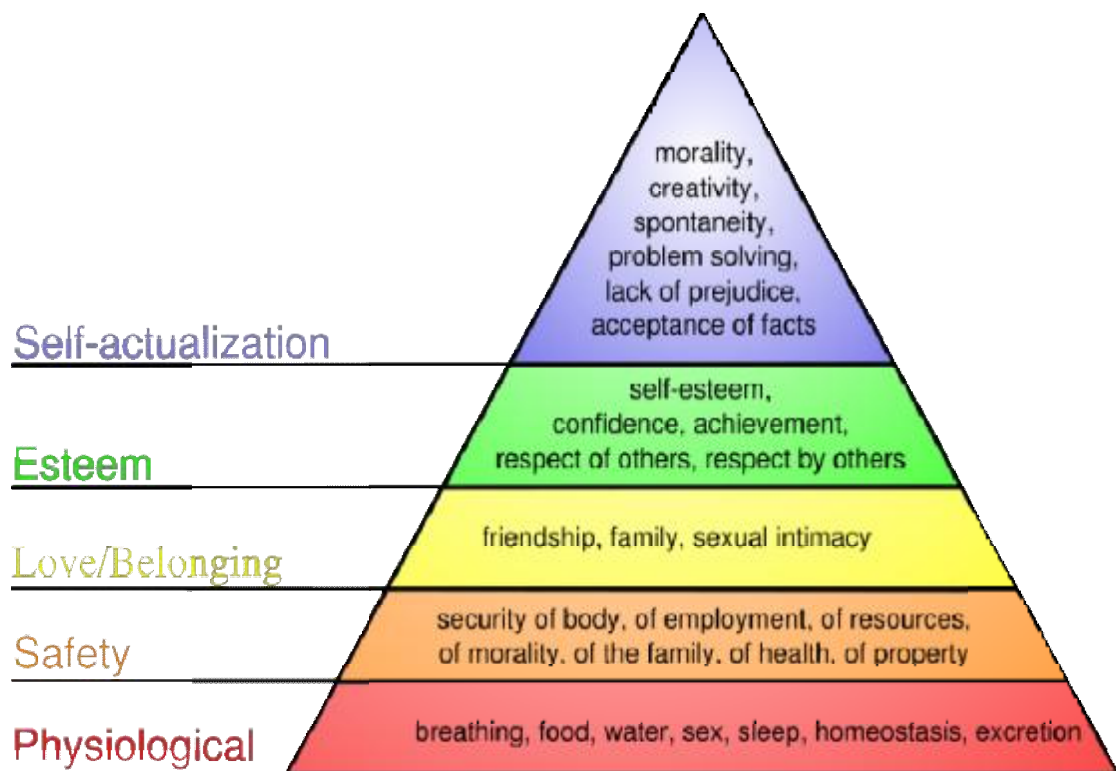
**Κεφάλαιο 2: «Οι Ανάγκες των**  
**Ατόμων που βρίσκονται στην Τρίτη**  
**Ηλικία»**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### *Θεωρία του Abraham Maslow*

Ο Abraham Maslow ήταν ψυχολόγος και η θεωρία της ιεράρχησης των αναγκών είναι απόρροια των ερευνών του (Χυτήρης 2001). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, το κίνητρο μπορεί να αποτελεί κάθε ανάγκη η οποία δεν είναι ακόμα ικανοποιημένη. Η ιεράρχηση έγινε βασιζόμενη στην προτεραιότητα που δίνουν οι άνθρωποι στις ανάγκες τους.

Στον πίνακα 1.4 παρουσιάζονται οι ανθρώπινες ανάγκες οι οποίες χωρίζονται σε πέντε κατηγορίες.



## ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4:

### Οι Ανθρώπινες Ανάγκες Σύμφωνα με την Θεωρία του Abraham Maslow

#### Βιολογικές ανάγκες

Αποτελούν τις ανάγκες που έχει ένα άτομο για να επιβιώσει, όπως είναι η τροφή, ένα σπίτι, ενδυμασία κτλ.

#### Κοινωνικές ανάγκες

Αυτές σχετίζονται με το αίσθημα του «ανήκειν» που επηρεάζει την ανθρώπινη ψυχολογία, κάνοντας το άτομο να επιθυμεί την αποδοχή από άλλους ανθρώπους, να ανήκει σε μια ομάδα και να αναπτύσσει κοινωνικές σχέσεις.

#### Ανάγκες εκτίμησης/αυτοεκτίμησης

Θεωρούνται ανάγκες υψηλότερου επιπέδου και σχετίζονται με την αύξηση δύναμης ή εξουσίας του ατόμου, με το σεβασμό και αναγνώριση από τρίτους.

#### Ανάγκες ασφάλειας

Αυτές οι ανάγκες περιλαμβάνουν κάθε παράγοντα που προσφέρει αίσθημα ασφάλειας στον άνθρωπο όπως για παράδειγμα η σταθερότητα απασχόλησης, η καταβολή της μισθοδοσίας, ιατρική περίθαλψη κ.α.

#### Ανάγκες για αυτοπραγμάτωση

Ένα άτομο ικανοποιεί αυτές του τις ανάγκες, όταν καταφέρει να εξελιχθεί, να πετύχει και ότι άλλο τον κάνει να αισθανθεί την πληρότητα. Αυτές οι ανάγκες μπορούν να πραγματοποιηθούν, όταν οι άνθρωποι συνειδητοποιήσουν ότι είναι ικανοί να φθάσουν εκεί όπου αυτοί νομίζουν ότι μπορούν να φτάσουν.

Σύμφωνα με την θεωρία που αναφέρθηκε παραπάνω, δεν είναι απαραίτητο μια ανάγκη να καλυφθεί στο μέγιστο δυνατό σημείο της για να αποτελέσει κίνητρο η επόμενη βαθμίδα αναγκών. Χρειάζεται να ικανοποιηθεί σε κάποιο βαθμό μόνο, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί το αίσθημα ανάγκης. Η θεωρία του Maslow, όπως αποδείχτηκε αργότερα δεν ισχύει σε όλες τις περιπτώσεις, διότι δεν είναι ακόμη βέβαιο ότι η ικανοποίηση μιας βαθμίδας αναγκών θα μπορούσε να οδηγήσει στην επόμενη βαθμίδα (Montana & Charnov 2002, Χυτήρης 2001).

## **2.1 ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ**

Κάθε άτομο αποσκοπεί στην κάλυψη των βασικών του αναγκών. Ωστόσο, δεν υπάρχουν πάντοτε η στήριξη και η οικονομική δυνατότητα όπως και η φυσική-σωματική αντοχή για να είναι ανεξάρτητα και αυτό αποτελεί μια πρόκληση για τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Έτσι, πολλές φορές τα άτομα αυτά αναγκάζονται να μεταφέρονται στα σπίτια των παιδιών τους, ώστε να λάβουν τη βασική αυτή φροντίδα. Η κατάσταση αυτή γίνεται πιο δύσκολη στις πόλεις, όπου οι ηλικιωμένοι είναι εγκλωβισμένοι σε ένα διαμέρισμα, δίχως να μπορούν να εμπλακούν με διάφορες ασχολίες, όπως θα γινόταν αν βρίσκονταν σε επαρχιακές πόλεις. Στις βασικές ανάγκες συγκαταλέγονται και οι ιατροφαρμακευτικές ανάγκες, καθώς άτομα τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν πολύ συχνά προβλήματα υγείας.

## **2.2 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ**

Τόσο οι ομοιότητες όσο και οι διαφορές συγκριτικά με τα άτομα τρίτης ηλικίας και με τα νεότερα άτομα ποικίλλουν αρκετά. Σε αυτές τις δύο ηλικιακές ομάδες απαραίτητες είναι οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις με το οικογενειακό περιβάλλον του ατόμου, η εξωστρέφεια – κοινωνικοποίηση, η ενεργή συμμετοχή σε δραστηριότητες καθώς επίσης και η καλή σωματική κατάσταση του ατόμου. Παρόλα αυτά, όμως, παρουσιάζονται και διαφορές που κυρίως αφορούν τα γεγονότα και τα βιώματα που ήρθαν αντιμέτωπα με αυτά στο παρελθόν.

Για την συνεισφορά των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο αλλά και για την επίτευξη των στόχων τους, οι ψυχοκοινωνικές λειτουργίες δημιουργούν μία ανάγκη για επιβίωση. Φυσικά όλα αυτά διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο διότι το επίπεδο της εκπαίδευσης του κάθε ατόμου εξαρτάται κυρίως από την οικογενειακή και από την οικονομική του κατάσταση (Κονταξάκης & Χριστοδούλου 2000).

Εντούτοις, αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας, αναπολώντας τα παρελθοντικά τους χρόνια, δημιουργούν την ανάγκη να αισθανθούν ότι ο περίγυρος τους είναι ικανοποιημένους από αυτούς, ότι έχουν προσφέρει στο κοινωνικό σύνολο και ότι έχουν μία αρκετά καλή ποιότητα ζωής, η οποία αποτελεί και τον πιο βασικό παράγοντα για την ψυχροσύνθεση του ατόμου.

Στον Πίνακα 2.1., απεικονίζονται οι παράγοντες για μία καλή ποιότητα ζωής.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1:

<b>Παράγοντες για μία «Καλή Ποιότητα Ζωής»</b>
Τα αισθήματα της ικανοποίησης & η συναισθηματική τους ευεξία
Η καλή οικονομική κατάσταση
Η καλή σωματική κατάσταση & η υγεία τους

(Κονταξάκης & Χριστοδούλου 2000).

Η έννοια της καλής ποιότητας ζωής έχει μεγάλη σημασία διότι τα άτομα που διανύουν την τρίτη ηλικία έχουν την ανάγκη να αισθανθούν δυο σημαντικά συναισθήματα. Το πρώτο συναίσθημα αφορά κυρίως την αυτοεκτίμηση ενώ το δεύτερο συναίσθημα βασίζεται στην εκτίμηση των άλλων ατόμων σε αυτούς.

Όσον αφορά το πρώτο συναίσθημα, δηλαδή, την αυτοεκτίμηση, αποτελεί ένα από τα πιο βασικά συναισθήματα τα οποία δεν πρέπει να «πειραχθούν». Οι παράγοντες οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν την αυτοεκτίμηση είναι κυρίως από το εξωτερικό και από το εσωτερικό περιβάλλον.

Όπως γίνεται κατανοητό, η ψυχική υγεία των ατόμων τρίτης ηλικίας συνδέεται με την ένταξή τους στο κοινωνικό σύνολο. Με τον τρόπο αυτό, ο ηλικιωμένος μπορεί να συμμετέχει σε δραστηριότητες με την οικογένειά του καθώς επίσης και με άλλες ομάδες. Έτσι μειώνονται οι πιθανότητες της περιθωριοποίησης και της απομόνωσης του (Κωσταρίδου & Ευκλείδη 2011).

Οι πιο βασικές ψυχολογικές ανάγκες που δημιουργούνται στο ηλικιωμένο άτομο οι οποίες σχετίζονται με το συνολικό κοινωνικό περίγυρο είναι οι εξής:

- Η ανάγκη του ηλικιωμένου ατόμου να μπορεί να επηρεάσει τον κοινωνικό του περίγυρο και να είναι αποτελεσματικός.
- Η ανάγκη του ηλικιωμένου ατόμου να μην προσποιείται και να διατηρήσει την αυτοεκτίμησή του.
- Η ανάγκη του ηλικιωμένου ατόμου να μην περιθωριοποιείται και να συμμετέχει ενεργά στο κοινωνικό του σύνολο.

(Κονταξάκης & Χριστοδούλου 2000)

Τα συναισθήματα που επιθυμούν να αισθανθούν τα άτομα αυτά είναι η στοργή και η αγάπη. Σε αυτό, καθοριστικό και σημαντικό ρόλο αποτελεί το ίδιο του το οικογενειακό του περιβάλλον, το οποίο είναι αναγκαίο να μην του δείχνει ότι αποτελεί βάρος.

Συγκεφαλαιώνοντας, η αποδοχή και ο σεβασμός από τον κοινωνικό περίγυρο, καθώς και η ενσωμάτωση τους από το οικογενειακό περιβάλλον αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες διατήρησης της ψυχολογικής τους κατάστασης (Μαλικιώση 2003).

### **2.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ**

Για αρκετά ηλικιωμένα άτομα, μία βασική αιτιολογία των οικονομικών αλλά και των ψυχοσωματικών τους αναγκών αποτελεί η συνταξιοδότηση. Ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας των υπερηλίκων καθώς επίσης και οι αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, συνδυαστικά με το χαμηλό κόστος των συντάξεων και τη μη επαρκή κάλυψη των βασικών τους αναγκών από τα ασφαλιστικά ταμεία, επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους όσο και το οικογενειακό και το κοινωνικό τους περιβάλλον.

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας έχουν ανάγκη από αγάπη, ανθρώπινες σχέσεις, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, ζεστασιά, στοργή και νέα ενδιαφέροντα. Επιπρόσθετα, χρειάζονται να παραμένουν στο σπίτι με συντροφιά και να ενσωματώνονται στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στα άτομα που μένουν μαζί τους. Έχουν την ανάγκη να αισθάνονται απαραίτητοι, ότι ανήκουν κάπου, ότι λαμβάνουν μέρος και συμμετέχουν δημιουργικά σε εξελίξεις ακόμα και όταν οι ίδιοι δεν τις εγκρίνουν. Με λίγα λόγια αυτονομία και αυτοσεβασμό στην ζωή τους.

Σε αυτή την δύσκολη φάση της ζωής τους, οι ηλικιωμένοι χρειάζονται την ψυχολογική υποστήριξη καθώς και την ηθική συμπαράσταση τόσο των διαφόρων κοινωνικών φορέων που έχουν θεσμοθετηθεί για την φροντίδα και την προστασία τους όσο και από την ίδια τους την οικογένεια (Μαθιουδάκης 1992).

## **2.4 ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ**

Οι ανάγκες για επιβίωση αποτελούν τις πρωταρχικές και ύψιστης σημασίας ανάγκες όλου του γενικού πληθυσμού. Η διαβίωση των ατόμων που διανύουν την τρίτη ηλικία, σε μεγάλο βαθμό, εξαρτάται κυρίως από το οικονομικό επίπεδο (εισόδημα) ενώ χρειάζονται προσαρμοσμένες κατοικίες για τις ανάγκες τους τόσο για την ανεξαρτησία τους όσο και για το επίπεδο για μία άνετη διαβίωση (Asuman & Hooyman 2010).

Παρόλα αυτά, δε διατηρούν την ανεξαρτησία τους με συνέπεια να αναγκάζονται να μετακινηθούν από την οικεία τους. Σε αρκετές χώρες η πολεοδομική οργάνωση δεν ευνοεί τη διαβίωση των ηλικιωμένων ατόμων. Οι κατοικίες είναι αρκετά μικρές και πυκνοκατοικημένες και έτσι δημιουργούνται διαταραχές στην ψυχική τους υγεία. Από την άλλη, μένοντας μαζί με τα παιδιά τους διευκολύνουν τόσο τα παιδιά τους βοηθώντας έτσι στην φροντίδα των εγγονών τους όσο και τους ίδιους.

Συγκεκριλώνοντας, αξίζει να επισημανθεί ότι υπάρχουν και αρκετά μειονεκτήματα καθώς οι διαφορετικοί ρυθμοί ζωής των ηλικιωμένων τους αναγκάζουν να ζουν εγκλωβισμένοι, χωρίς να έχουν οποιαδήποτε επικοινωνία με συνομιλήκους τους (Slater 2003).

## **2.5 ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ**

Είναι απαραίτητο τα άτομα της τρίτης ηλικίας να είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν, παραμένοντας έτσι ανεξάρτητα και αυτόνομα. Η ατομική υγιεινή επηρεάζει σημαντικά τη συναισθηματική και ψυχική ευεξία τους, ενώ η απουσία της προκαλεί κακοσμία, αποτελώντας παράλληλα και πηγή μικροβίων. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό το λουτρό τόσο του σώματος όσο και της κεφαλής. Επίσης, συνίσταται περιποίηση της στοματικής κοιλότητας, και των νυχιών των άνω και κάτω άκρων. Επομένως, είναι σημαντική η φροντίδα της ατομικής υγιεινής, καθώς έτσι εξασφαλίζεται μία πολιτισμένη και καλαίσθητη εμφάνιση, ενισχύεται η αιμορροή, διευκολύνεται η κινητικότητα των αρθρώσεων και προάγεται η χαλάρωση και η άνεση.



**Κεφάλαιο 3: «Νοσηλευτική  
Φροντίδα Ηλικιωμένων»**

### 3.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο βασικός ρόλος του νοσηλευτή ως προς το ηλικιωμένο άτομο είναι να βοηθήσει τόσο το ίδιο το άτομο όσο και την οικογένειά του, έτσι ώστε να μπορεί να διεκπεραιώσει τις απαραίτητες δεξιότητες και να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις. Οι απαιτήσεις και οι δραστηριότητες επηρεάζονται σημαντικά από την υγεία του ηλικιωμένου ασθενή, και λαμβάνουν υπόψη το γενικό τρόπο ζωής του ηλικιωμένου ατόμου (Πλάτη & Χρυσάνθη 2000).

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι η ισορροπία του ηλικιωμένου ατόμου διαταράσσεται μεταξύ των δραστηριοτήτων και των υποστηρικτικών πηγών. Ορισμένες δραστηριότητες εξακολουθούν να υπάρχουν ενώ μερικές περιορίζονται. Οι καθημερινές απαιτήσεις αυξάνονται λόγω της μείωσης των διαφόρων λειτουργιών. Μέσα και πηγές δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν επαρκώς από τον ηλικιωμένο ασθενή, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται αρκετές απώλειες καθώς περιορίζεται η υποστηρικτική ικανότητα.

Μία πάθηση/αρρώστια μπορεί να μειώσει ακόμη περισσότερο τις φυσιολογικές και τις ψυχολογικές προσαρμοστικές δυνατότητες του ατόμου, διότι ο ασθενής αναγκάζεται να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες, όπως τις συχνές διαγνωστικές εξετάσεις, τις παρενέργειες των φαρμάκων, την αλλαγή στο περιβάλλον τους, την αλλαγή στο νέο τους διατροφολόγιο, τα κλινικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν ανάλογα με την πάθηση που αντιμετωπίζουν, καθώς επίσης και απαιτήσεις για καινούργιες δεξιότητες και γνώσεις (Ραγιά 2001).

Σύμφωνα, με τις απαιτήσεις που αναφερθήκαν παραπάνω ο νοσηλευτής παρεμβαίνει για να βοηθήσει στην ισορροπία του ηλικιωμένου ατόμου, έτσι ώστε να αποδεχθεί τις αλλαγές στον καθημερινό τρόπο ζωής του.

Εν κατακλείδι, όπως σε όλους τους άλλους τομείς, έτσι και στο ηλικιωμένο άτομο, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι να το βοηθήσει να διεκπεραιώσει εκείνες τις δραστηριότητες, που συντελούν στη διατήρηση μιας φυσιολογικής υγείας καθώς και στην αποκατάσταση της υγείας σε περίπτωση ασθένειας. Το άτομο, από μόνο του, σε περίπτωση που διαθέτετε απαραίτητη γνώση, δύναμη και θέληση, θα μπορούσε να διεκπεραιώσει αυτές τις δραστηριότητες (Ραγιά 2001).

### 3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Γενικά, ο τομέας της νοσηλευτικής ασχολείται με την προαγωγή και την πρόληψη της υγείας καθώς επίσης και με τις ασθένειες σε όλες τις ηλικίες του ατόμου. Συγκεκριμένα, ο ρόλος των νοσηλευτών για την υγεία των ηλικιωμένων ατόμων δεν διαφέρει από την φροντίδα άλλων ηλικιακά ομάδων, εκτός από κάποιες συγκεκριμένες ιδιαιτερότητες. Αρχικά ο νοσηλευτής, για να παρέχει την φροντίδα στα ηλικιωμένα άτομα, είναι αναγκαίο να έχει κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά όπως επιμονή, κατανόηση, υπομονή, ψυχικό σθένος καθώς και γενικά εσωτερικά κίνητρα.

Στον Πίνακα 3.1, απεικονίζονται τα χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων και στον Πίνακα 3.2, απεικονίζεται ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου.

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1:

##### **Χαρακτηριστικά της Νοσηλευτικής Φροντίδας των Ηλικιωμένων Ατόμων.**

1. Για να συνεργαστεί ο νοσηλευτής με τον ηλικιωμένο, αρχικά είναι αναγκαίο να γνωρίζει την προσωπικότητα του ηλικιωμένου καθώς επίσης και την οικογένειά του. Με τον τρόπο αυτό αναπτύσσεται μία σχέση ποιότητας και αλληλεγγύης.
2. Απαραίτητη είναι η εξατομικευμένη φροντίδα, λαμβάνοντας υπόψιν το ιστορικό του ηλικιωμένου, μαθαίνοντας έτσι τις προσωπικές επιδιώξεις του.
3. Η νοσηλευτική φροντίδα δεν θα πρέπει να γίνεται για τον ηλικιωμένο αλλά με τον ηλικιωμένο, καθώς επίσης και να προάγεται η αυτοφροντίδα.
4. Είναι σημαντικό να ληφθεί υπόψιν από τον νοσηλευτή, η ανάγκη του ηλικιωμένου για την διαμόρφωση των στόχων της ίδιας του της φροντίδας και όχι να είναι μόνο παρατηρητής σε δραστηριότητες.
5. Ενίσχυση του ατόμου να παίρνει μόνος του πρωτοβουλίες και αποφάσεις που αφορούν την υγεία του, μειώνοντας έτσι το αίσθημα απομόνωσης που νιώθει από τον ίδιο του τον εαυτό.
6. Είναι απολύτως λογικό στη νοσηλευτική φροντίδα, να υπάρξουν συμβιβασμοί και τροποποιήσεις, λόγω των φυσιολογικών περιορισμών του.

7. Μεταξύ ηλικιωμένου και νοσηλευτή, θα πρέπει να υπάρχει συχνή επικοινωνία καθώς επίσης και να τον στηρίζει.
8. Ο ηλικιωμένος θα πρέπει να παροτρύνεται από τον νοσηλευτή να συμμετέχει σε δραστηριότητες, έτσι ώστε να διατηρείται το ενδιαφέρον του για την ζωή.
9. Ο νοσηλευτής πρέπει να του παρέχει πληροφόρηση, εκπαίδευση και ενημέρωση για το τι ακριβώς σημαίνουν τα συμπτώματα που επιβαρύνουν την υγεία του. Το ίδιο ακριβώς ισχύει και για τα φάρμακα που του παρέχονται.
10. Ο νοσηλευτής, τέλος, πρέπει να του προσφέρει την μεταχείριση που του αρμόζει και να μην του φέρεται σαν παιδί

(Μαλγαρινού & Γουλία 2005)

### ΠΙΝΑΚΑΣ 3.2:

<b>Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου.</b>
Κατάλληλη εφαρμογή, σωστός προγραμματισμός και αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας.
Εκτίμηση των αναγκών των νοσηλευτών προς την ομάδα των ηλικιωμένων.
Προαγωγή της γηριατρικής και της γεροντολογικής νοσηλευτικής με την εφαρμογή των ευρημάτων της μελέτης.
Επαγγελματική συνεργατικότητα με τα άλλα ιατρικά και παραϊατρικά επαγγέλματα, τα οποία ασχολούνται με το ηλικιωμένο άτομο.

(Μαλγαρινού & Γουλία 2005)

### **3.3 ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Η νοσηλευτική φροντίδα των ατόμων τρίτης ηλικίας συμπεριλαμβάνει ειδικότερες αρχές για τα άτομα αυτά, οι οποίες εντάσσονται στα πλαίσια της γηριατρικής νοσηλευτικής.

Οι βασικότερες από αυτές τις αρχές είναι οι εξής:

1. Για όλους τους ζωντανούς οργανισμούς, το γήρας αποτελεί μία φυσιολογική διεργασία.

2. Η κατάσταση υγείας του ηλικιωμένου ασθενή, το περιβάλλον, η διατροφή, η προδιάθεση για κληρονομικότητα, ο τρόπος και οι εμπειρίες της ζωής, οι δραστηριότητες και το άγχος είναι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διεργασία του φυσιολογικού γήρατος.
3. Μελέτες που σχετίζονται με το φυσιολογικό γήρας και ιδίως με τα βιοψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων με γενικές νοσηλευτικές γνώσεις κατά την εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας στον γενικό πληθυσμό.
4. Όσον αφορά τις βασικές απαιτήσεις της αυτοφροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων είναι σχεδόν ίδιες με τις απαιτήσεις όλων των άλλων ατόμων.
5. Το κάθε άτομο, αναφορικά με την ικανότητα του να εκπληρώσει τις βασικές τους απαιτήσεις για αυτοφροντίδα/αυτοεξυπηρέτηση, παρουσιάζει τόσο περιορισμούς όσο και μοναδικές ιδιότητες.
6. Το επίκεντρο της γηριατρικής και της γεροντολογικής νοσηλευτικής εστιάζεται κυρίως στο καλό και κατάλληλο σχεδιασμό καθώς επίσης και στη σωστή οργάνωση των νοσηλευτικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, που έχουν ως βασικούς στόχους: να παρέχουν φροντίδα στο ηλικιωμένο άτομο με κάθε τρόπο ή ακόμη να βοηθάνε στη φροντίδα του, όταν οι θεραπευτικές ανάγκες ή οι γενικές απαιτήσεις αυτόφροντίδας δε μπορούν ανεξάρτητα να πραγματοποιηθούν. Ακόμα στοχεύουν στο να ελαχιστοποιήσουν ή να εξαλείψουν τους περιορισμούς που σχετίζονται με την αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου ασθενή και να τον οδηγήσουν στην διαδικασία της αυτοφροντίδας, ενισχύοντας έτσι τις δυνατότητές του.

Κατά τη δεύτερη φάση, τα προβλήματα και οι ανάγκες προγραμματίζονται και οργανώνονται κατάλληλα, κατά σειρά προτεραιότητας, μεσοπρόθεσμα, άμεσα καθώς επίσης και μακροπρόθεσμα, έτσι ώστε να οδηγούνται στην αυτοφροντίδα, στην αποκατάσταση και την ανεξαρτησία του ηλικιωμένου ασθενή.

Η προαγωγή της αποκατάστασης αποτελεί την πιο βασική πλευρά της ανεξαρτησίας και ο βαθμός της διαφέρει ενώ σε αρκετές περιπτώσεις είναι δυνατό να μεταπέσει σε εξάρτηση.

Συγκεφαλαιώνοντας, οι νοσηλευτές γνωρίζουν πώς να θέτουν ρεαλιστικούς και πρακτικούς σκοπούς, ώστε να εξασφαλίζεται η ποιότητα της ζωής των ατόμων που βιώνουν τις εμπειρίες αυτές και διανύουν την τρίτη ηλικία. Μάλιστα, η ποιότητα ζωής

των ηλικιωμένων οποιασδήποτε κοινωνίας κρίνεται και από την ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται (Μαλγαρινού & Γουλία 2005).

### **3.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Για τη φροντίδα των ατόμων που διανύουν την τρίτη ηλικία, υπάρχουν τέσσερις βασικοί παράγοντες που αποτελούν τους κύριους αντικειμενικούς σκοπούς της νοσηλευτικής φροντίδας τους. Αναλυτικά, οι παράγοντες αυτοί είναι:

#### **Ϊ Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα**

Αρχικά, η αξιολόγηση του ηλικιωμένου ασθενή θα βοηθήσει να διαπιστωθούν οι δυνατότητες και οι αδυναμίες του σε σχέση με την κάλυψη των βασικών ατομικών αναγκών του, όπως την ενδυμασία, την καθαριότητα τη και τη διατροφή καθώς επίσης και τις ευρύτερες ανάγκες του όπως τα ψώνια, την καθαριότητα του περιβάλλοντος και το μαγείρεμα.

Οι δυσκολίες στην αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου είναι αναμενόμενες τόσο από το ίδιο το άτομο όσο και από την οικογένειά του. Συνήθως, η οικογένειά του δεν έχει υπομονή και επιμονή έτσι ώστε να περιμένει τον ηλικιωμένο να διεκπεραιώσει και να εκτελέσει κάποια δραστηριότητα (φαγητό, ντύσιμο, ξύρισμα) με αποτέλεσμα να προτιμάει το ίδιο το άτομο να τελειώσει αυτήν την διαδικασία πιο γρήγορα. Επομένως, η αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου ασθενή περιορίζεται και έτσι αισθάνεται ότι είναι εξαρτημένος από άλλα άτομα.

Η αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου γίνεται όλο και πιο δύσκολη, όταν το ίδιο το άτομο δεν έχει τη διάθεση και θέληση να δραστηριοποιηθεί. Έτσι, χρειάζεται προσεκτική έρευνα έτσι ώστε να διαπιστωθούν οι παράγοντες αυτής της αδυναμίας, οι οποίοι αρκετές φορές οφείλονται τόσο σε οργανικά αίτια (δηλαδή οφειλόμενα στην ίδια την πάθηση) όσο και σε άλλους παράγοντες όπως οι κοινωνικοί, οι οικογενειακοί και οι ψυχολογικοί παράγοντες.

Η διαδικασία της αυτοφροντίδας μπορεί να ενισχυθεί σε ένα περιβάλλον γνωστό και οικείο στον ηλικιωμένο ασθενή, όπου μπορεί να αισθανθεί περισσότερη ασφάλεια (Πλάτη & Χρυσάνθη 2000).

### Û Σεβασμός και Διατήρηση της Προσωπικότητας του Ηλικιωμένου Ατόμου

Στις μέρες μας, ο καθένας από εμάς μπορεί να τακτοποιήσει τον εαυτό του, να επιλέξει τόσο έναν κατάλληλο τόπο διαμονής όσο και τον καθημερινό τρόπο ζωής. Η προσωπικότητά μας χαρακτηρίζεται από οτιδήποτε σχετίζεται με την εμφάνισή μας όπως είναι η ενδυμασία μας, η επιλογή των τροφίμων, αλλά και η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.

Τα άτομα που διανύουν την τρίτη ηλικία κινδυνεύουν να χάσουν την ατομικότητά τους. Αυτό συμβαίνει λόγω των διάφορων παθήσεων που αντιμετωπίζουν, με αποτέλεσμα να νιώθουν αδυναμία και ανικανότητα ολοκλήρωσης των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Επιπλέον, η απομάκρυνση από τον χώρο της εργασίας και της δραστηριότητας με την συνταξιοδότηση τους, οι ηλικιωμένοι αισθάνονται λιγότερο αποδοτικοί και χρήσιμοι.

Αυτοί οι δύο παράγοντες είναι αναγκαίο να αντιμετωπιστούν εγκαίρως, έτσι ώστε το ηλικιωμένο άτομο να μπορέσει να διατηρήσει την αξιοπρέπεια και την ατομικότητά του. Ωστόσο, για να μπορέσει να διατηρήσει την ανεξαρτησία του θα πρέπει να εξασφαλιστούν οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- 1) Κατάλληλο προσαρμοσμένο περιβάλλον στις ανάγκες του ηλικιωμένου.
- 2) Ισορροπία στην υγεία του.
- 3) Κοινωνική υποστήριξη.

(Ραγιά, 2001).

### Û Αγωγή – Διδασκαλία Υγείας του Ηλικιωμένου Ατόμου και της Οικογένειάς του

Ως βασικός στόχος στην οργάνωση διδασκαλίας του προγράμματος, τόσο στον ηλικιωμένο όσο και στην οικογένειά του αποτελεί η διάγνωση της ετοιμότητας για μάθηση. Απαραίτητη κρίνεται η προσαρμογή της νέας κατάστασης του ηλικιωμένου και της οικογένειάς του.

Ένας άλλος βασικός στόχος στην οργάνωση διδασκαλίας του προγράμματος είναι η διάγνωση της δυνατότητας για μάθηση. Οι παράγοντες οι οποίοι συντελούν στο μορφωτικό επίπεδο του ατόμου, είναι η επίδραση της πάθησής του στο αντιληπτικό του επίπεδο καθώς και το ενδιαφέρον του για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Επιπρόσθετα, επιδρά η φυσική του κατάσταση. Τόσο ο ηλικιωμένος όσο και η οικογένειά του είναι απαραίτητο να μάθουν να διαχειρίζονται και να αντιμετωπίζουν όποια αδυναμία ή δυσκολία παρουσιάζεται από το οικείο τους περιβάλλον.

Η αξιολόγηση των ήδη υπαρκτών γνώσεων που σχετίζονται με τις παρενέργειες και με την θεραπεία των ηλικιωμένων αποτελεί βασική αρχή καθώς υπάρχει η δυνατότητα να ανακαλυφθούν οι φόβοι, οι λανθασμένες γνώσεις και οι προκαταλήψεις σχετικά με το θέμα.

Με βάση τις γνώσεις που διαθέτει ήδη το ηλικιωμένο άτομο, ο νοσηλευτής οδεύει στην ενημέρωση που είναι απαραίτητη, προσφέροντας έτσι τις βασικές αρχές της θεραπείας. Η ενημέρωση/διδασκαλία αποτελείται από τρεις βασικούς στόχους οι οποίοι είναι οι εξής:

- Τα προληπτικά μέτρα επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν τόσο από τις θεραπείες και τα φάρμακα, όσο και από τις αρρώστιες.
- Τα προληπτικά μέτρα ατυχημάτων που μπορεί να δημιουργηθούν μέσα στον χώρο του σπιτιού ή και εξωτερικά.
- Την διατήρηση της υγείας του ηλικιωμένου ατόμου

(Πλάτη & Χρυσάνθη 2000).

#### **Ύ Συνεργασία & Ομαδική Εργασία του Νοσηλευτή με τα Υπόλοιπα Μέλη της Ομάδας Υγείας**

Οι πολλαπλές ανάγκες υγείας του ηλικιωμένου ατόμου απαιτούν την συνεργασία μιας διεπιστημονικής ομάδας. Η αποτελεσματικότητα της ομάδας εξαρτάται κυρίως από το κατά πόσο το κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας υπολογίζει και σέβεται τις αρμοδιότητες και τον ρόλο των άλλων μελών.

Είναι σημαντικό όλα τα μέλη της ομάδας να έχουν πρόσβαση στις καταχωρημένες γραπτές πληροφορίες από τα άλλα μέλη, έτσι ώστε όλοι να προσφέρουν την συμβολή τους στις συναντήσεις που γίνονται συχνά και να είναι ενημερωμένοι για την πορεία της υγείας του ατόμου (Πλάτη & Χρυσάνθη 2000).

### **3.5 ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Τα άτομα τρίτης ηλικίας αποτελούν ένα ιδιαίτερο συγκρότημα και πάσχουν από οργανικές διαταραχές. Το γήρας δημιουργεί αρκετές δυσκολίες στην κινητικότητα του ατόμου, και προκαλεί γνωστικές καθώς και νευρολογικές μεταβολές. Επιπρόσθετα, παρουσιάζονται και προβλήματα στην επικοινωνία καθώς και στην εκτελεστική



ικανότητα. Τα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζονται ευπαθείς στα χρόνια και στα ψυχικά νοσήματα. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις και τα έγκυρα προληπτικά μέτρα των ηλικιωμένων ατόμων προϋποθέτουν την εξειδίκευση σε θέματα γηριατρικής νοσηλευτικής φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών. Στην φροντίδα των ατόμων αυτών είναι αναγκαίο να χρησιμοποιούνται ορισμένα πρότυπα έτσι ώστε να διασφαλιστεί η ασφάλεια, η άνεση και η υγεία του ηλικιωμένου ασθενή.

### Πιο συγκεκριμένα:

- Διατήρηση των φυσικών αποθεμάτων του ασθενούς.
- Παροχή τακτοποιημένου και ασφαλούς περιβάλλοντος με κατάλληλο φωτισμό και θερμοκρασία. Αν είναι άγνωστο το περιβάλλον, γίνεται προσανατολισμός του ηλικιωμένου ασθενούς στο πρόγραμμα και τον εξοπλισμό του χώρου.
- Διδασκαλία των μέτρων ασφαλείας στο σπίτι, όπως το φως αναμμένο τις νυχτερινές ώρες, η αποφυγή μικρών χαλιών και αντικειμένων στο πάτωμα.
- Επαγρύπνηση για τα στερεότυπα και για τις προκαταλήψεις.
- Παροχή φροντίδας ως ένα μοναδικό πρόσωπο σε κάθε ασθενή. Αν και αρκετά ηλικιωμένα άτομα συχνά έχουν παρόμοιες ανάγκες, παράγοντες όπως τα ενδιαφέροντα και το υπόβαθρο του ατόμου, οι αξίες, η καλλιέργεια, οι δυνατότητες καθώς επίσης και ο τρόπος ζωής μπορεί να διαφέρουν αρκετά από άτομο σε άτομο.
- Προαγωγή της συνεχούς εξέλιξης.
- Παροχή βοήθειας και φροντίδας στο ηλικιωμένο άτομο καθώς και στην οικογένειά του έτσι ώστε τα άτομα αυτά να αποδεχτούν τους σωματικούς περιορισμούς οι οποίοι επιβάλλονται στην γεροντική ηλικία.
- Πρόληψη πολυοργανικών επιπλοκών.

- Βοήθεια για τη διατήρηση και λειτουργία της σωματικής ακεραιότητας όπως για παράδειγμα η φροντίδα της δερματικής περιοχής λόγω δερματικών αλλοιώσεων, καθώς και ο προγραμματισμός περιόδων δραστηριοτήτων και ανάπαυσης.

- Διδασκαλία και προγραμματισμός των ηλικιωμένων ασθενών και μελών της οικογένειας τους, όσον αφορά τα κλινικά συμπτώματα τα οποία θα πρέπει να αναφέρονται στον επαγγελματία υγείας.

- Επιβράδυνση του ρυθμού παροχής της φροντίδας. Ο ηλικιωμένος ασθενής πρέπει να έχει αρκετό χρόνο στη διάθεση του να πραγματοποιήσει τις δραστηριότητες που ασκεί, ιδιαίτερα εκείνες οι οποίες απαιτούν συντονισμό των κινήσεων, όπως για παράδειγμα η λήψη της τροφής και η ένδυση.

- Προαγωγή της ανεξαρτησίας.

- Διδασκαλία της οικογένειας του ηλικιωμένου ασθενή έτσι ώστε να επιτρέπει όσο το δυνατόν περισσότερο την αυτοφροντίδα.

- Ενημέρωση της κοινότητας για τις διαθέσιμες πηγές.

- Συνεργασία με τη μονάδα φροντίδας υγείας για την παραπομπή του ηλικιωμένου ατόμου αλλά και της οικογένειάς του στις διάφορες πηγές και την παροχή πληροφοριών.

(Taylor et al. 2010).

### **3.6 ΔΙΚΤΥΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ**

Ερευνητικές δοκιμές, βασίζονται γενικά σε στοιχεία από τον γενικό πληθυσμό ατόμων τρίτης ηλικίας σχετικά με τις άμεσες επιδράσεις πάνω στους ηλικιωμένους, ενώ οι δοκιμές έμμεσων επιδράσεων, λόγω άλλων παραγόντων, βασίζονται σε στοιχεία ατόμων τρίτης ηλικίας που βιώνουν αγχώδη συμβάντα ζωής, όπως είναι διάφορα οικογενειακά προβλήματα, μία σοβαρή ασθένεια ή η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Μελέτες

που δημοσιεύθηκαν στη δεκαετία του '80, δείχνουν ότι οι υποστηρικτικές συμπεριφορές κατά καιρούς έχουν αρνητικές και όχι θετικές συνέπειες και αποτέλεσαν την ώθηση για νέες θεωρητικές εξελίξεις.

Ένα σύνολο θεωρητικών θέσεων, αφορά τη φύση των ανταλλαγών στήριξης. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές προχώρησαν στη διερεύνηση της αμοιβαιότητας των ανταλλαγών για την καλύτερη κατανόηση των άμεσων αποτελεσμάτων. Με βάση τη «Θεωρία της Δικαιοσύνης», η λήψη περισσότερης στήριξης, οδηγεί σε αγωνία και ενοχή. Το υπερβολικό όφελος δεν αποτελεί μόνο παραβίαση του κανόνα της αμοιβαιότητας αλλά μπορεί επίσης να οδηγήσει σε κατάσταση εξάρτησης. Από την άλλη, η αμοιβαιότητα επικεντρώνεται στην ισορροπία μεταξύ λήψης και παροχής στήριξης, η οποία είναι μία παραδοχή του «Μοντέλου Επιδράσεων Ρύθμισης» και επικεντρώνεται στο είδος της στήριξης που λαμβάνεται. Αυτή η υπόθεση υποδηλώνει ότι η στήριξη είναι πιο αποτελεσματική όταν ταιριάζει με συγκεκριμένες ανάγκες. Με άλλα λόγια, στην περίπτωση που οι άνθρωποι δεν λαμβάνουν το σωστό είδος στήριξης, τότε και οι ανάγκες τους δεν πρόκειται να μειωθούν.

Ένα ακόμα σύνολο θεωρητικών θέσεων αφορά τις έννοιες που αποδίδονται στις ανταλλαγές στήριξης. Έχει αποδειχθεί, ότι τα αποτελέσματα της στήριξης που λαμβάνονται, υποβαθμίζονται από την αυτοεκτίμηση. Για κάποιους, η λήψη στήριξης έχει ιδιότητες που βελτιώνουν την αυτοεκτίμησή του, όπως είναι οι ιδιότητες της αγάπης και της φροντίδας. Για άλλους, η λήψη στήριξης έχει αυτοακυρωτικές ιδιότητες, επειδή συνεπάγεται με αποτυχία και αδυναμία αντιμετώπισης από το ίδιο το άτομο. Μία συμπληρωματική θέση είναι ότι τα αντιληπτά κίνητρα για ανταλλαγές στήριξης, μπορεί να έχουν αντίκτυπο και στην ευημερία του ηλικιωμένου. Οι ανταλλαγές που θεωρούνται ότι προκαλούνται από την αγάπη είναι κατά πάσα πιθανότητα πιο επωφελείς για τον ηλικιωμένο.

Μία σειρά από έρευνες επικεντρώθηκε στην εξήγηση των διαφορών στη διαθεσιμότητα της κοινωνικής στήριξης. Οι συμπτωματικές μειώσεις στην κινητικότητα και την υγεία των ηλικιωμένων, υπογραμμίζουν περαιτέρω τη σημασία του ζητήματος του τρόπου με τον οποίο οι ηλικιωμένοι ενώνουν τις μεταβάσεις στις σχέσεις τους και οδηγούν σε αύξηση της στήριξης που απαιτείται από άλλους (Dykstra 2015).

Η παραπάνω θέση συνοψίζεται στο «Μοντέλο Κοινωνικής Στήριξης του Συνοδού» των Kahn και Antonucci (1980), το οποίο τονίζει ότι οι ανάγκες για πόρους από άλλους και οι ομάδες των διαθέσιμων επαφών έχουν σχεδιαστεί από τα ιστορικά γεγονότα των ηλικιωμένων. Η σύνθεση του δικτύου είναι ένας αξιόπιστος δείκτης της ποσότητας, της

ποιότητας, των πηγών και των τύπων υποστήριξης στους οποίους έχουν πρόσβαση οι ηλικιωμένοι. Η γνώση, σχετικά με τους διαφορετικούς τύπους σχέσεων που συνθέτουν δίκτυα παρέχει πληροφορίες για τη διαθέσιμη υποστήριξη. Σύμφωνα με το πρότυπο συγκεκριμένης εργασίας, οι διαφορετικοί τύποι σχέσεων παρέχουν καλύτερη στήριξη που είναι σύμφωνη με τις δομές τους. Οι συγγενείς μπορούν να χειριστούν καλύτερα καθήκοντα που απαιτούν μακροπρόθεσμη δέσμευση, οι γείτονες μπορούν καλύτερα να χειριστούν άμεσες καταστάσεις έκτακτης ανάγκης εξαιτίας της γεωγραφικής τους εγγύτητας, και οι φίλοι μπορούν να βασιστούν καλύτερα σε ζητήματα που αφορούν συγκεκριμένα μία γενιά ή μία πορεία ζωής που παρουσιάζει ομοιότητες ως προς τα συμφέροντα και τις αξίες. Η συζυγική δυάδα μπορεί να λειτουργήσει σε όλες τις περιοχές εργασιών που περιγράφηκαν προηγουμένως, δεδομένου ότι μοιράζεται, τη μακροπρόθεσμη δέσμευση με τους συγγενείς, την εγγύτητα με τους γείτονες και την ομοιότητα των συμφερόντων και των αξιών με τους φίλους. (Antonucci & Kahn 1980).

Τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι σημαντικοί είναι οι κύριοι πάροχοι στήριξης στην τρίτη ηλικία, σε συμφωνία με το συγκεκριμένο μοντέλο. Παρόλα αυτά, οι συγγενείς και οι μη συγγενείς γενικά διαφέρουν ως προς την στήριξη που παρέχουν. Τα μέλη της οικογένειας είναι πιο πιθανό να παρέχουν οργανική στήριξη από τους φίλους, όπως βοήθεια με τις αγορές, τις δουλειές του σπιτιού και τις μεταφορές. Συγκριτικά με τους φίλους, τα μέλη της οικογένειας είναι λιγότερο πιθανό να παρέχουν συναισθηματική στήριξη, όπως συμβουλές, ανταλλαγή εμπιστευτικών πληροφοριών ή άνεση. Ακόμα, υπάρχει σημαντική αλληλεπικάλυψη μεταξύ των συγγενών και των μη συγγενών στην στήριξη που παρέχουν. Για παράδειγμα, τα μέλη της οικογένειας μπορούν να αποτελέσουν σημαντικές πηγές συναισθηματικής στήριξης και υπάρχουν φίλοι που παρέχουν μακροπρόθεσμη οργανική υποστήριξη. Αυτό συμβαίνει όταν οι συνήθεις πρωτογενείς πάροχοι δεν είναι διαθέσιμοι (άνεργοι/ηλικιωμένοι χωρίς παιδιά).

Με άλλα λόγια, υπάρχει αντισταθμιστική ιεραρχία των παροχών υποστήριξης. Όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμοι υψηλότεροι δεσμοί χρησιμοποιούνται οι δεσμοί που βρίσκονται κάτω από την ιεραρχία στήριξης. Η θέση στην ιεραρχία ακολουθεί κοινές απόψεις για το ποιος πρέπει να παράσχει βοήθεια. Οι σημαντικοί άλλοι πρώτου βαθμού είναι αυτοί που παρέχουν βοήθεια όταν οι ηλικιωμένοι τη χρειάζονται για τις καθημερινές δραστηριότητες. Σε περίπτωση απουσίας ενός σημαντικού άλλου πρώτου βαθμού (σύζυγος), έρχονται οι σημαντικοί άλλοι δευτέρου βαθμού (ενήλικα παιδιά). Εάν δεν υπάρχουν παιδιά ή όταν ζουν πολύ μακριά, η υποστήριξη πιθανότατα προέρχεται από αδέρφια, φίλους, γείτονες ή άλλα μέλη της οικογένειας. Το ιεραρχικό αντισταθμιστικό

μοντέλο έχει επικριθεί επειδή δεν συμβαδίζει με τη δημογραφική πραγματικότητα αλλά βασίζεται σε μια συμβατική άποψη της οικογένειας ενώ δεν καταφέρνει να αντιμετωπίσει την πολυπλοκότητα των δεσμεύσεων που προκύπτουν με το διαζύγιο και τις νέες συμπράξεις.

Αν και τα μέλη της οικογένειας, οι φίλοι και οι γείτονες συχνά παρέχουν, όταν χρειάζεται, οργανική υποστήριξη, αυτή φαίνεται να έχει μια εύθραυστη βάση. Οι προσδοκίες δέσμευσης και υποστήριξης τείνουν να είναι εξατομικευμένες μέσα στις σχέσεις και υπόκεινται σε συνεχείς διαπραγματεύσεις. Εάν οι ανταλλαγές είναι ασύμμετρες από τις σχέσεις γονέα/παιδιού τότε οι σχέσεις με τους συνομηλικούς είναι πιο ευαίσθητες στη διάλυση. Η διαθεσιμότητα συγγενών, φίλων και γειτόνων για έντονη παροχή υποστήριξης εξαρτάται από τη συσσώρευση αμοιβαιότητας κατά τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεών τους με τα παλαιότερα μέλη του δικτύου (Komter 2004).

Τα μοντέλα ιεραρχικής αντιστάθμισης επικεντρώνονται στις κανονιστικές προσδοκίες και σε τύπους σχέσεων για την παροχή στήριξης που συνδέεται με αυτά. Ωστόσο, ένα μειονέκτημα της εστίασης στους τύπους σχέσεων είναι ότι η φύση της κοινωνικής ζωής παραμένει κρυμμένη. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες αναμένεται ότι θα παρέχουν περισσότερη στήριξη στα μέλη της οικογένειας που γερνούν. Ωστόσο, οι άνδρες δε σημαίνει ότι δεν αναλαμβάνουν οργανικά καθήκοντα. Παρόλο που και τα δυο φύλα εκτελούν ίσες παροχές φροντίδας ως σύζυγοι, η συμμετοχή των ανδρών στη μη-συζυγική φροντίδα εξαρτάται από τις σχέσεις τους με τις γυναίκες. Οι άνδρες συχνά λειτουργούν ως υποστηρικτές για τις γυναίκες και τις αδελφές που τους παρέχουν φροντίδα. Οι γιοι που ενεργούν ως κύριοι φροντιστές είναι πιθανό να μην έχουν αδελφή ή να έχουν μια αδελφή που ζει μακριά από τον γονέα. Οι άνδρες είναι πιο πιθανό να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες όπως δουλειές μέσα και γύρω από το σπίτι (διαχείριση λογαριασμών, οικονομικά), ενώ οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να εκτελούν οικιακά καθήκοντα και προσωπική φροντίδα.

Εντούτοις η ερευνητική δραστηριότητα αναφέρει ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ των φύλων σχετικά με το είδος στήριξης που παρέχεται (Dykstra 2015).

### 3.7 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) είναι ένα μέτρο έκβασης που χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε κλινικές μελέτες ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Βασίζεται στην εκτίμηση των ανθρώπινων επιπέδων ευεξίας που διαθέτουν και σχετίζονται με την υγεία τους. Πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει φυσικά, κοινωνικά και συναισθηματικά στοιχεία που σχετίζονται με την ασθένεια και τη θεραπεία. Για αυτό και η HRQoL χρησιμοποιείται ως δείκτης υγείας σε πολλές έρευνες που αφορούσαν την αποτελεσματικότητα και την υγεία των ιατρικών παρεμβάσεων (Agborsangaya et al. 2013, Fortin et al. 2004).

Η βελτίωση της ιατρικής περίθαλψης και της φαρμακολογίας και η ταχεία ανάπτυξη της τεχνολογίας, έχουν αυξήσει τα ποσοστά των ασθενών που επιβιώνουν από χρόνιες παθήσεις. Σε συνδυασμό με τη γήρανση του πληθυσμού έχει οδηγήσει σε αυξημένα ποσοστά ατόμων με υψηλή συννοσηρότητα ή αλλιώς πολυμορφογέννηση, πράγμα που σημαίνει συχνές και μεγαλύτερες νοσηλείες, επανεισαγωγές, μειωμένη ποιότητα ζωής, υψηλότερες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη και θνησιμότητα. Η πολυμορφογένεση, είναι ένα κοινό φαινόμενο μεταξύ των ηλικιωμένων. Πρόσφατες δημογραφικές μελέτες έδειξαν ότι ο επιπολασμός της πολυμορφικότητας κυμαίνεται μεταξύ 40% και 56% στο γενικό πληθυσμό ηλικίας 65 ετών και άνω παγκοσμίως (Hunger et al. 2011, Yfantopoulos 2008).

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 120 ηλικιωμένους, προκειμένου να διερευνηθούν οι επιδράσεις των μεμονωμένων ασθενειών και της πολυμορφικότητας στην HRQoL τους, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της πολυμορφικότητας και της HRQoL στα άτομα αυτά. Επιπλέον, με την αυξανόμενη νοσηρότητα, οι φυσικοί τομείς μειώνονται σε σύγκριση με τις ψυχολογικές τους διαστάσεις. Από την άλλη, οι ερευνητές, αναλύοντας την επίδραση των μεμονωμένων ασθενειών και ιδιαίτερα των εγκεφαλοαγγειακών και καρδιαγγειακών νόσων που διαγνώστηκαν κατά την τελευταία διετία, διαπίστωσαν ότι η μακροχρόνια ύπαρξη της περιφερικής αρτηριακής νόσου και οι δυσλειτουργίες του μυοσκελετικού συστήματος οδήγησαν τα ηλικιωμένα άτομα σε σοβαρή απώλεια της HRQoL τους (Condelius et al. 2008).

Το 1996-1997, στα πλαίσια μιας Καναδικής έρευνας που έγινε για να αξιολογηθεί η HRQoL του πληθυσμού, διαπιστώθηκε ότι η νοσηρότητα σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις όχι μόνο είχε πρόσθετες αρνητικές επιπτώσεις στην φυσική λειτουργία τους, αλλά υπήρχαν και επιδράσεις ορισμένων από αυτών των χρόνιων ασθενειών. Οι ασθενείς που υπέφεραν από συνδυασμένες ασθένειες όπως χρόνια αναπνευστική νόσο, διαβήτη και καρδιαγγειακή νόσο παρουσίασαν υψηλότερο κίνδυνο σωματικής αναπηρίας από τους ασθενείς που έπασχαν από μεμονωμένες ασθένειες.

Σύμφωνα με τους Taylor et al, υπάρχει μια σειρά παραγόντων που σχετίζεται με την πολυμορφικότητα και με την HRQoL των ατόμων όπως η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή δομή, η χώρα γέννησης, η χρήση υπηρεσιών υγείας, η χρήση φαρμάκων, το κάπνισμα, η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων και η γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου (Taylor et al. 2010).

Οι επαγγελματίες της δημόσιας υγείας, είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν ένα πακέτο πληροφοριών ως μια «νέα» μεταβλητή που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για να εκτιμήσει τις ανισότητες υγείας, να παρακολουθήσει τις τάσεις, να περιγράψει τόσο την υγεία του ατόμου όσο και του πληθυσμού και να προσδιορίσει τους παράγοντες κινδύνου του συνολικού HRQoL σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο (Yin et al. 2016).

Οι πληροφορίες για την HRQoL μπορούν να βοηθήσουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να αποκτήσουν μια ολοκληρωμένη εικόνα για την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα εκείνων που πάσχουν από έναν συνδυασμό πολλών χρόνιων παθήσεων. Μια βελτιστοποιημένη διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να επικεντρώνεται τόσο στις μεμονωμένες διαγνώσεις όσο και στην έκταση της πολυμορφικότητας και των σχετικών επιδράσεων αυτής στην HRQoL (Zulman et al. 2014).

Η αυξημένη κατανόηση και αυτές οι πολύτιμες πληροφορίες μπορούν να οδηγήσουν σε βελτιωμένες στρατηγικές πρόληψης με στόχο τη βελτίωση της HRQoL του πληθυσμού. Στις μελλοντικές προσπάθειες, σημαντική είναι η ανάγκη τροποποίησης και πρόσβασης προγραμμάτων διαχείρισης ασθενειών και πολλών κλινικών κατευθυντήριων γραμμών που επικεντρώνονται σε μεμονωμένες καταστάσεις. Η ευελιξία, στο πλαίσιο των κοινών στρατηγικών λήψης αποφάσεων, είναι ζωτικής σημασίας. Επομένως, είναι σημαντικό να δοθεί βαρύτητα στην ανάγκη για αποτελεσματική επικοινωνία. Η πολυμορφία απαιτεί προγράμματα συντονισμού φροντίδας, ευέλικτα συστήματα διαχείρισης και υποστήριξης της φροντίδας καθώς με την τρέχουσα πρόκληση αντιμετωπίζονται αυτές οι ανάγκες στον πολύπλοκο πολυδιάστατο κόσμο της πολυμορφικότητας. Η διαχείριση των χρόνιων

παθήσεων, η θεραπεία και η πρόληψη είναι περίπλοκες και αποτελούν τις μείζονες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν σήμερα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης (Taylor et al. 2010).



**ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ**  
**ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΔΙΕΡΓΑΣΙΩΝ**

## **ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 1:**

Ηλικιωμένος Γ.Π, 74 ετών, πάσχει από νόσο Alzheimer (ΝΑ) και έχει ακρωτηριασμένο το δεξί του πόδι. Ζει στο ίδιο σπίτι με την κόρη του, 45 ετών. Ο ηλικιωμένος, εδώ και αρκετό καιρό παρουσιάζει τα εξής: κατάθλιψη, δυσκολία ύπνου, διανοητικά προβλήματα (πολλές φορές ξεχνάει ότι έχει ακρωτηριασμένο πόδι και προσπαθεί να σηκωθεί από το κρεβάτι) και επιθετική συμπεριφορά. Η κόρη του, ανήμπορη από αυτή την κατάσταση, αποφάσισε να ζητήσει επαγγελματική βοήθεια. Ποια θα είναι η νοσηλευτική διεργασία;

Αξιολόγηση	Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νος/κές παρεμβάσεις		
Διανοητικά προβλήματα	Διανοητικά προβλήματα λόγω ΝΑ	Διανοητικά προβλήματα	Να μειωθεί η πιθανότητα πτώσεων	Νοητικές ασκήσεις, σταυρόλεξα/σκάκι, ΟΧΙ κοντά σε καλώδια/σκαλοπάτια, τοποθέτηση αγαπημένων αντικειμένων κοντά του, σημειωματάρια σε όλο το χώρο γύρω του για υπενθύμιση ότι έχει ακρωτηριασμένο πόδι, ΟΧΙ αιχμηρά αντικείμενα	Εφαρμόστηκαν νοητικές ασκήσεις, ο ηλικιωμένος έλυσε σταυρόλεξα, έπαιξε σκάκι, δεν πλησίασε κοντά σε καλώδια/σκαλοπάτια ούτε ήρθε σε επαφή με αιχμηρά αντικείμενα, είχε κοντά του τα αγαπημένα του αντικείμενα, και τοποθετήθηκαν σημειωματάρια σε όλο το χώρο γύρω του για υπενθύμιση ότι έχει ακρωτηριασμένο πόδι για να μη σηκωθεί	Ο ηλικιωμένος έκανε λιγότερες απόπειρες να σηκωθεί από το κρεβάτι του

Αξιολόγηση	Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις		
Επιθετική συμπεριφορά	Επιθετική συμπεριφορά λόγω ΝΑ και ακρωτηριασμένου ποδιού	Επιθετική συμπεριφορά	Να πάψει να είναι επιθετικός ο ηλικιωμένος	Risperdal/ Zyprexal, ασκήσεις ηρεμίας, δέσιμο χεριών στο κρεβάτι	Πραγματοποιήθηκαν ασκήσεις ηρεμίας (διαλογισμός), δόθηκε Risperdal/ Zyprexal και ο νοσηλευτής έδεσε τα χέρια του ηλικιωμένου στο κρεβάτι	Ο ηλικιωμένος παρουσίασε λιγότερη επιθετική συμπεριφορά

Αξιολόγηση	Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις		
Δυσκολία ύπνου	Δυσκολία ύπνου λόγω ακρωτηριασμένου ποδιού	Δυσκολία ύπνου	Να επανέλθει ο ύπνος στα φυσιολογικά πλαίσια	Ήρεμο/ άνετο περιβάλλον, ηρεμιστικά, ζεστό ντουζ, όχι θόρυβοι	Διαμορφώθηκε ένα ήρεμο/ άνετο περιβάλλον, μακριά από θορύβους, δόθηκαν ηρεμιστικά και πραγματοποιήθηκε ζεστό ντουζ	Ο ηλικιωμένος αισθάνεται καλύτερα και μπορεί να κοιμηθεί

Αξιολόγηση	Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις		
Κατάθλιψη	Κατάθλιψη λόγω ακρωτηριασμένου ποδιού	Κατάθλιψη	Να ηρεμήσει και να μην είναι καταθλιπτικός	Παρότρυνση έκφρασης ανησυχιών και συναισθημάτων, εκπαίδευση οικογένειας, σεβασμός προσωπικότητας, ψυχολογική υποστήριξη	Ο ηλικιωμένος εξέφρασε τα συναισθήματά του και τις ανησυχίες του, δόθηκε ψυχολογική υποστήριξη και η κόρη του εκπαιδεύτηκε σχετικά με την αντιμετώπιση του πατέρα της	Ο ηλικιωμένος αισθάνεται λίγο καλύτερα

## ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ 2:

Ασθενής Μ.Κ, 78 ετών, ανήσυχη από την κατάστασή της, εισήχθη στο νοσοκομείο ύστερα από την εμφάνιση των εξής συμπτωμάτων: αϋπνία, διάρροια, κόπωση, ναυτία/έμετοι και οξύ καρδιακό πόνο. Έπειτα από ιατρική γνωμάτευση, η ασθενής διαγνώσθη με καρδιακή ανεπάρκεια. Ποια η νοσηλευτική διεργασία;

Αξιολόγηση	Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις		
Οξύς πόνος	Οξύς πόνος λόγω καρδιακής ανεπάρκειας	Οξύς πόνος	Η ασθενής να ανακουφιστεί από τον πόνο	Μέτρηση και έλεγχος ζωτικών σημείων, τοποθέτηση ασθενούς σε άνετη θέση, αγγειοδιασταλτικά κατόπιν ιατρικής οδηγίας	Έγινε μέτρηση και έλεγχος ζωτικών σημείων, η ασθενής τοποθετήθηκε σε άνετη θέση και χορηγήθηκαν αγγειοδιασταλτικά	Παρατηρείται μείωση του πόνου

Αξιολόγηση	Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις		
Κόπωση	Κόπωση λόγω καρδιακής ανεπάρκειας	Κόπωση	Η ασθενής να ανακουφιστεί από το αίσθημα της κόπωσης	Χορήγηση οξυγόνου, ξεκούραση ασθενούς, βαθιές αναπνοές, άνετο περιβάλλον	Η ασθενής ξεκουράστηκε, πήρε βαθιές αναπνοές, χορηγήθηκε οξυγόνο και διαμορφώθηκε ένα άνετο περιβάλλον	Το αίσθημα της κόπωσης μειώθηκε

Αξιολόγηση	Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις		
Ναυτία/Έμετοι	Ναυτία/ Έμετοι λόγω καρδιακής ανεπάρκειας	Ναυτία/ Έμετοι	Η ασθενής να μην συνεχίσει να έχει ναυτίες/εμέτους	Αντιεμετικά, αποφυγή ερεθιστικών τροφών του στομάχου, περιποίηση στοματικής κοιλότητας	Χορηγήθηκαν αντιεμετικά, πραγματοποιήθηκε περιποίηση στοματικής κοιλότητας και αποφεύχθηκαν ερεθιστικές τροφές ως προς το στομάχι	Η ασθενής δεν ξαναέκανε ναυτίες/εμέτους

Αξιολόγηση	Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις		
Αϋπνία	Αϋπνία λόγω καρδιακής ανεπάρκειας	Αϋπνία	Η ασθενής να μπορεί να κοιμηθεί	Ήρεμο/ άνετο περιβάλλον, όχι θορύβους, ζεστό ντουζ	Η ασθενής έκανε ζεστά ντουζ σε ένα ήρεμο και άνετο περιβάλλον, μακριά από θορύβους	Η ασθενής κατάφερε να κοιμηθεί



Αξιολόγηση	Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νος/κές παρ/σεις		
Διάρροια	Διάρροια λόγω καρδιακής ανεπάρκειας	Διάρροια	Η ασθενής να μην συνεχίσει να έχει διάρροιες	Σωστή διατροφή, χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών	Έγινε χορήγηση υγρών και ηλεκτρολυτών και διαμορφώθηκε ένα πρόγραμμα σωστής διατροφής	Η ασθενής δεν είχε άλλες διάρροιες

Αξιολόγηση	Διάγνωση	Προγραμματισμός			Εφαρμογή	Εκτίμηση
		Ιεράρχηση	Στόχοι	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις		
Ανησυχία	Ανησυχία λόγω των συμπτωμάτων των	Ανησυχία	Η ασθενής να ηρεμώσει	Παρότρυνση έκφρασης συναισθημάτων, καθισχυασμός ασθενή, εκπαίδευση ασθενούς, ψυχολογική υποστήριξη	Η ασθενής εξέφρασε τα συναισθήματά και τις ανησυχίες της, εκπαιδύτη σχετικά με την αντιμετώπιση της κατάστασής της και δόθηκε ψυχολογική ή υποστήριξη	Η ασθενής αισθάνεται καλύτερα ψυχολογικά

## Επίλογος – Συμπεράσματα

Τα τελευταία χρόνια, η γήραναση, απασχολεί τόσο την χώρα μας όσο και άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.). Τα άτομα που διανύουν την ηλικία άνω των 65 ετών αποτελούν το ποσοστό 18% του γενικού πληθυσμού του ελλαδικού χώρου, με προοπτική την χρονολογία του 2030 να

αυξηθεί σε ποσοστό το οποίο μπορεί να ξεπεράσει το 10%. Σε αυτήν την αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων συμβάλλει και η μείωση των γεννήσεων, η οποία αλλοιώνει σημαντικά τα δημογραφικά στοιχεία μιας χώρας. Αρχικά,



χρειάζεται να φερθούμε αλληλέγγυα στα άτομα της τρίτης ηλικίας να μην τα απομονώνουμε από τον κοινωνικό και οικογενειακό τους περίγυρο. Αλληλεγγύη πρόκειται για κάτι που κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται διαφορετικά. Για κάποιους είναι η καθημερινή στήριξη ενός δικού του ηλικιωμένου ατόμου, για κάποιον άλλον η επιλογή ενασχόλησης με ένα επάγγελμα που να βοηθά άτομα τρίτης ηλικίας και για έναν άλλον η εθελοντική εργασία.

Οι μελετητές υπολογίζουν ότι έως την χρονολογία του 2050, η αναλογία θα γίνει 1/5, ενώ για την χρονολογία του 2150 υπολογίζεται ότι ο αριθμός αυτός θα ανέρχεται σε 1/3. Σε παγκόσμιο επίπεδο, η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων οδήγησε το 1990 στη Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. όπου καθιερώθηκε η πρώτη (1<sup>η</sup>) Οκτωβρίου ως Διεθνής Ημέρα για τα ηλικιωμένα άτομα, έτσι ώστε οι κυβερνήσεις καθώς και η κοινή γνώμη να ευαισθητοποιηθούν πάνω στις ανάγκες και στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας (Fanuele et al. 2000).

Η Τρίτη Ηλικία είναι ένα πολυδιάστατο σταυροδρόμι, στο οποίο μπορεί να περάσουν καθώς και να φθάσουν αρκετοί. Παρόλα αυτά, τα ηλικιωμένα άτομα αποτελούν μια ευάλωτη ομάδα όπως είναι τα παιδιά και οι νέοι που χρειάζονται ιδιαίτερη στήριξη.

Δυστυχώς, στις μέρες μας, η αστικοποίηση και η βιομηχανική επανάσταση επέφεραν κοινωνικές και οικονομικές επιδράσεις στην μετάβαση και στην οικογένεια από την εκτεταμένη πυρηνική οικογένεια στην οποία δεν υπάρχει χώρος για τα ηλικιωμένα άτομα (μέλη). Επομένως, τα τελευταία έτη, αναπτύσσεται ένα μοντέλο γνωστό ως «άτυπο βιολογικό απαρτχάιντ». Με λίγα λόγια είναι ένα ιδιότυπα ρατσιστικό κοινωνικό μοντέλο στο οποίο εντάσσονται μόνο «οι ωραίοι, οι επιτυχημένοι και οι νέοι» που όμως είναι και γρήγορα αναλώσιμοι.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, η τρίτη ηλικία δεν αποτελεί πάντα πρόβλημα, διότι υπάρχουν ηλικιωμένα άτομα που δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας, και παραμένουν δραστήρια και πιθανώς εργάζονται (Ραγιά 2001).

Υπάρχουν διαφορετικές περιπτώσεις ηλικιωμένων ατόμων σε κάθε κοινωνία, τα οποία άτομα μπορεί να είναι από αυτόνομα και αυτοεξυπηρετούμενα έως εντελώς ανήμπορα και εξαρτημένα που χρειάζονται εξειδικευμένη μεταχείριση και παρακολούθηση από νοσηλεύτες. Ωστόσο, το ποσοστό των ενεργά ηλικιωμένων ατόμων είναι αρκετά μικρό συγκριτικά με εκείνο των ηλικιωμένων ατόμων που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας.

Οι ασθένειες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων όπως και αυτά των νέων, πρέπει να αντιμετωπίζονται με το ίδιο ενδιαφέρον και την ίδια ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι πολλές ασθένειες που προσβάλλουν τους ηλικιωμένους προκαλούν μακροχρόνια αναπηρία, πράγμα που δίνει την εντύπωση πως οι ηλικιωμένοι αργούν να αναρρώσουν. Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι υποτροπιάζουν γρήγορα όταν μένουν ακίνητοι και για πολύ καιρό στο κρεβάτι και για το λόγο αυτό πρέπει πάντα να αντιμετωπίζονται σαν ολοκληρωμένα και χρήσιμα άτομα.

Συνοψίζοντας, η νοσηλευτική ενθαρρύνει προγράμματα και δραστηριότητες που αποβλέπουν στην προστασία της υγείας των ηλικιωμένων, όπως είναι ο περιορισμός των συνθηκών που συμβάλλουν στην εμφάνιση διαβρωτικών καταστάσεων καθώς και η πρόληψη της αρρώστιας για την υγεία των ηλικιωμένων ατόμων. Επίσης, η νοσηλευτική προάγει την υγεία ώστε να περιοριστεί η απώλεια λειτουργικότητας οργάνων λόγω ηλικίας. Ο ρόλος του νοσηλευτή, μέσα σ' αυτά τα πλαίσια, στο Ίδρυμα των ηλικιωμένων αλλά και των φροντιστών για την βοήθεια των ηλικιωμένων, είναι πολύ σημαντικός. Είναι γεγονός πως ο νοσηλευτής χρειάζεται δυνατά κίνητρα όπως κατανόηση, υπομονή αλλά και ψυχικό σθένος για να προσφέρει στον ηλικιωμένο βοήθεια και νοσηλευτική

φροντίδα. Εντούτοις, η νοσηλευτική βοήθεια, λαμβάνοντας υπόψη το παρελθόν του ηλικιωμένου, τα ήθη, τις επιδιώξεις, τις ανάγκες, τους κοινωνικούς θεσμούς και την κουλτούρα του ηλικιωμένου, θα πρέπει να εξατομικεύεται (Πλάτη & Χρυσάνθη 2000).

## **Βιβλιογραφικές Αναφορές**

### **Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία**

1. DeWit, S. (2013). Βασικές Αρχές και Δεξιότητες της Νοσηλευτικής Φροντίδας. 3η έκδοση. Ιατρικές Εκδόσεις, Λαγός Δημήτριος. Αθήνα.
2. Slater R. (2003). Γηρατειά: Θλιμένος Χειμώνας ή δεύτερη Άνοιξη; Η ψυχολογία της γήρανσης, επιμέλεια: Μαρία Μαλικιώση - Λοϊζου Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.
3. Taylor C., Lillis C., Lemone P. (2010). Θεμελιώδεις Αρχές Νοσηλευτικής. Εκδόσεις Πασχαλίδη. Αθήνα.
4. Beers M. (2005). Εγχειρίδιο Γηριατρικής. Πασχαλίδης. Αθήνα
5. Δαρδαβέσης Θ., Ευκλείδη Α., Χουσιάδας Λ. (1999). Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα
6. Έμκε-Πουλοπούλου Η. (1999), Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες – Παρελθόν, παρών και μέλλον, Αθήνα: Έλλην
7. Κονταξάκης Β., Χριστοδούλου Γ., (2000). Η Τρίτη Ηλικία. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα.
8. Κωσταρίδου - Ευκλείδη Α. (2011). Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Αθήνα.
9. Μαθιουδάκης Γ. (1992). Γεροντολογία και Γηριατρική. Αθήνα.
10. Μαλγαρινού Μ., Γουλία Ε. (2005). Η Νοσηλευτική Κοντά στον Υπερίληκα. Εκδόσεις Ταβιθά. Αθήνα.
11. Μαλικιώση-Λοϊζου Μ., (2003). Γηρατειά. Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

12. Μωυσίδης Α, Ανθοπούλου Θ, Ντύκεν Μ.Ν, Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής (ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π.) (2002). Οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο, Αθήνα: Gutenberg
13. Μωυσίδης Α. (1998). Κοινωνικός μετασχηματισμός και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού στον αγροτικό χώρο: το πρόβλημα των ηλικιωμένων, στο Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής ( ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π.), Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία, επίμ. Κασσιμάτη Κούλα, Αθήνα: Gutenberg.
14. Παπαδάτου, Δ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012). Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση. Αθήνα.
15. Πλάτη Δ., Χρυσάνθη. (2000). Γεροντολογική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Παπανικολάου Γ. Αθήνα.
16. Πολυζωίδης Π. (2006). Εθελοντισμός στην κοινωνική προστασία. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.
17. Ραγιά, Α. (2001). Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ιατρικές Εκδόσεις: Γιάννης Παρισιάνος. Αθήνα.
18. Σταθόπουλος ΠΑ. (2012). Οργάνωση και διοίκηση κοινωνικών υπηρεσιών. Αθήνα: Παπαζήση.
19. Χρυσάκης Μ., Μπαλούρδος Δ., (1998). Περιφερειακές διαστάσεις της γήρανσης στην Ελλάδα
20. Χυτήρης. Λ. (2001). «Οργανωσιακή συμπεριφορά», Αθήνα.

## Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Adams N., Bandura A., Beyer J. Cognitive processes mediating behavioral change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1977;35:125-139
2. Agborsangaya C., Lau D., Lahtinen M., Cooke T., Johnson J., (2013). Health-related quality of life and healthcare utilization in multimorbidity: results of a cross-sectional survey. *Qual Life Res.* 2013;22(4):791-9
3. Akpek E., Smith R. Overview of age-related ocular conditions. *Over age-related Ocul Cond.* 2013;19(5suppl):S67-75
4. Antonelli E., Rubini V., Fassona C. (2000). The self-concept in institutionalized and non institutionalized elderly people. *Journal of Environmental Psychology*; 20: 151-164
5. Antonucci T.C., Kahn R.L. Convoys over the life course: Attachment, roles and social support. In: Baltes, P.B. & Brim, O. (eds.) *Life-span development and behavior*, Vol.3. Academic Press, New York, 1980;pp. 253-86
6. Asuman H., Hooyman N., (2010). *Social Gerontology. A Multidisciplinary Perspective.* Ninth Edition
7. Bennett G., Ebrahim S. (1992). *The Essentials of Health Care of the Elderly.* London, Edward Arnold.
8. Blieszner R., Ferraro K. (2009). *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*
9. Bolignano D., Mattace-Raso F., Sijbrands E.J.G., Zoccali C. The aging kidney revisited: A systematic review. *Ageing Res Rev* 2014;14(1):65-80
10. Condelius A., Edberg A.K., Jakobsson U., Hallberg I.R. Hospital admissions among people 65+ related to multimorbidity, municipal and outpatient care. *Archives of gerontology and geriatrics.* 2008; 46(1):6
11. Dykstra P.A.. (2015). Aging and social support. In Ritzer, G. (Ed), *The Blackwell Encyclopedia of Sociology.*Oxford: Blackwell
12. Fanuele J.C., Birkmeyer N.J., Abdu W.A., Tosteson T.D., Weinstein J.N. The impact of spinal problems on the health status of patients: have we underestimated the effect? *2000;25(12):1509-14.*
13. Fillit H., Rockwood K., Woodhouse K. (2010). *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology.* 7th ed. Philadelphia Saunders imprint of Elsevier Inc. Chapters 34 & 35.
14. Fortin M., Lapointe L., Hudon C., Vanasse A., Ntetu A., Maltais D., (2004). Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Health and quality of life outcomes*, 2, 51.

15. Gava A., Freits FPS, Meyrelles SS, Silva IV., Graceli JB. Gender-dependent effects of aging on the kidney. *Brazilian J Med Biol Res.* 2011;44(9):905-13
16. Gold P., Korol D. Forgetfulness during aging: An integrated biology. *Neurobiol Learn Mem.* 2014; 0(July):130-138
17. Havighurst R.J. Adjustment t retirement, *Gerontologist.* 1968;8:67-71
18. Hayflick L. Current theories of biological aging. *Fed Proc.* 1975;34:9-13.
19. House JS., Umberson D., Landis K.R. Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology.* 1988;14:293-318
20. Hunger M., Thorand B., Schunk M., Döring A., Menn P., Peters A., Holle R. Multimorbidity and health-related quality of life in the older population: results from the German KORA-Age study. *Health and quality of life outcomes.* 2011;18, 9-53
21. Komter A. (2004) *Social Solidarity and the Gift.* New York: Cambridge University Press.
22. Lippuner K., Golder M., Greiner R. Epidemiology and direct medical costs of osteoporotic fractures in men and women in Switzerland. *Osteoporos Int.* 2005;16(Suppl 2):S8-S17
23. Mena B., Palacios S., Torres T. Negative aging stereotypes and their relation with psychosocial variables in the elderly population. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2009;48:385-390.
24. Montana P., Charnov B. (2002). *Management*, 3 rd edition, New York: Barron's Educational Series, Inc
25. Presta P., Lucisano G., Fuiano G., Fuiano L. The kidney and the elderly: Why does the risk increase? *Int Urol Nephrol.* 2012;44(2):625-32
26. Scharlach A., Damron – Rodriguenz J.A, Robinson B, Feldeman R, (2000). *Educating Social Workers for an Aging Society. A Vision for the 21st Century*
27. Schwenkglens M., Lippuner K., Hauselmann HJ., Szucs TD. (2005), A model of osteoporosis impact in Switzerland 2000-2020. *Osteoporos Int.* 2005;16(6):659-71
28. Strait GB., Lakatta EG. Aging-Associated Cardiovascular Changes and Their Relationship to Heart Failure. *Heart Fail Clin.* 2012; 8(1):143–64.
29. Uchino B. Understanding the Links Between Social Support and Physical Health. A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Association for Psychological Science. Perspectives in Psychological Science.* 2009; 4:236-255
30. WHO (2011). *Global Health and Aging.*  
[http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf)



31. Yfantopoulos J., (2008). Pharmaceutical pricing and reimbursement reforms in Greece. The European journal of health economics.
32. Yin S., Njai R., Barker L., Siegel P., Liao Y., (2016). Summarizing health-related quality of life (HRQOL): development and testing of a one-factor model. Population health metrics.
33. Zhou XJ, Rakheja D., Yu X., Saxena R., Vaziri ND, Silva FG. The aging kidney. *Kidney Int.* 2008; 74(6):710-20
34. Zulman D., Asch St., Martins S., Kerr E., Hoffman B., Goldstein M., (2014). Quality of Care for Patients with Multiple Chronic Conditions: The Role of Comorbidity Interrelatedness. *Journal of general internal medicine.*

Πηγές από το διαδίκτυο

1. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Πηγή προέλευσης:  
<http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO18/2016>