



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ
ΑΛΛΑΓΗ ΤΩΝ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ
ΗΛΙΚΙΑ»**

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΜΙΧΑΗΛΙΔΗ ΛΗΔΑ

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΔΡ. ΑΝΤΙΓΟΝΗ - ΜΑΡΙΑ
ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ**

ΠΑΤΡΑ, 2019

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου απέναντι τόσο στα πρόσωπα της οικογενείας μου, όσο και στους φίλους μου για την υποστήριξη και την κατανόηση που έδειξαν όλο το διάστημα.

Ιδιαίτερα, ευχαριστώ πάρα πολύ την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, για την υπομονή και την καθοδήγηση της καθ' όλη την εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος: Στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας αποτελεί η μελέτη, η αναγνώριση των στερεοτύπων για την τρίτη ηλικία και η προσπάθεια του νοσηλευτή να συμβάλλει στην αλλαγή τους. Η συγκεκριμένη εργασία επικεντρώνεται στην κατάδειξη των παραγόντων που δημιουργούν δυσκολίες στους ηλικιωμένους, με αποτέλεσμα την ύπαρξη στερεοτυπικών αντιλήψεων.

Μέθοδοι: Η παρούσα πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης και γράφτηκε με βάση τα νεότερα δεδομένα σχετικά με την γεροντολογική νοσηλευτική, την νοσηλευτική ψυχικής υγείας και γενικά με τις στερεοτυπικές αντιλήψεις γύρω από την τρίτη ηλικία.

Αποτέλεσμα: Μέσω της ανασκόπησης αναδείχθηκαν οι σημαντικότερες μεταβολές, τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι και η ύπαρξη των στερεοτύπων που εμποδίζουν την καλύτερη ποιότητα ζωής. Καταδεικνύεται πως με σωστή συνεργασία οικογενείας, νοσηλευτή και υπολοίπων επαγγελματιών υγείας η κατάρριψη των στερεοτυπικών αντιλήψεων για την τρίτη ηλικία και η καλύτερη ποιότητα ζωής είναι πραγματοποιήσιμες.

Συμπεράσματα: Η βιβλιογραφική ανασκόπηση οδήγησε στο συμπέρασμα πως η διασφάλιση της καλύτερης ποιότητας ζωής για τα άτομα της τρίτης ηλικίας αποτελεί αναγκαίο και αναπόσπαστο κομμάτι των καθηκόντων ενός νοσηλευτή. Οι στερεοτυπικές αντιλήψεις που έχουν διαμορφωθεί λόγω των μεταβολών και των οργανικών αλλαγών που βιώνουν οι ηλικιωμένοι, χρειάζεται σταδιακά να μειωθούν με την σωστή φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας και τελικά να εξαλειφθούν.

Λέξεις κλειδιά: Τρίτη ηλικία, Νοσηλευτής, Στερεότυπα, Αλλαγή

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this thesis is identifying elderly stereotypes and the nurse's contribution in altering society's views. The project focuses on demonstrating factors that cause difficulties in the elderly and result in stereotypical perceptions.

Methodology: An extensive literature review was conducted of the latest articles on gerontological nursing, mental health nursing, and stereotyped perceptions about old age.

Results: The review highlighted the most significant changes, health problems faced by the elderly and stereotypes that hinder their quality of life. According to the literature, when members of the healthcare team cooperate with the elderly's family, stereotypical perceptions of old age are overseen leading to a better quality of life.

Conclusion: The literature review concluded that ensuring a better quality of life for the elderly is an indispensable and integral part of nursing care. The stereotypical perceptions that are shaped by the physiological changes that older people have to face must be reduced with proper care by health professionals.

Keywords: Elderly, Nurse, Stereotypes, Change

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</u>	2
<u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u>	3
<u>ABSTRACT</u>	4
<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	8
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ</u>	10
1.1 ΤΟ ΓΗΡΑΣ.....	10
1.2 ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	11
1.3 ΔΙΕΘΝΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	13
1.4 Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ “ΠΡΟΒΛΗΜΑ”.....	14
1.5 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	16
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ</u>	19
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΩΝ.....	19
2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΩΝ.....	19
2.3 ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΕΙΣ.....	22
2.4 ΣΤΕΡΕΟΤΥΠΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	24
2.5 ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ.....	25
2.5.1 ΑΜΕΣΕΣ ΚΑΙ ΕΜΜΕΣΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ.....	27
2.5.2 ΚΡΥΦΕΣ ΚΑΙ ΥΠΟΥΛΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ.....	27
2.5.3 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ.....	28
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ</u>	29
3.1 ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	29
3.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΕ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ.....	32
3.2.1 Ο ΠΟΝΟΣ.....	32

3.2.2 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ.....	33
3.2.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	34
3.2.4 Η ΝΟΣΟΣ PARKINSON.....	35
3.2.5 Η ΥΠΑΡΞΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ- ΠΤΩΣΗ.....	36
3.2.6 ΠΛΗΜΜΕΛΗΣ ΑΤΟΜΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ.....	39
3.2.7 Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ.....	41
3.2.8 ΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΕΛΛΕΙΜΑΤΑ.....	42
3.2.9 ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΚΑΙ ΟΥΡΩΝ.....	43
3.2.10 ΕΛΛΕΙΜΑΤΑ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ.....	44
3.3 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΑ ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ.....	46
3.3.1 ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	46
3.3.2 ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	47
3.3.3 ΝΕΦΡΑ ΚΑΙ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	48
3.3.4 ΠΕΠΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	49
3.3.5 ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	50
3.3.6 ΑΥΤΟΝΟΜΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	50
3.3.7 ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ.....	51
3.4 ΜΕΙΩΣΗ ΟΞΥΤΗΤΑΣ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	52
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:</u> ΑΝΑΓΚΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	53
4.1 ΑΝΑΓΚΕΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΤΑ MASLOW.....	54
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:</u> ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	58
5.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΞΙΑ.....	58
5.1.1 ΑΤΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	59
5.1.2 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	60
5.1.3 ΑΝΟΙΑ - ALZHEIMER.....	61

5.1.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	65
5.1.5 ΣΥΓΧΥΣΧΗ - DELIRIUM.....	67
5.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ.....	69
5.3 Ο ΦΟΒΟΣ ΤΟΥ ΘΑΝΑΤΟΥ.....	69
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ</u>	71
6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ.....	71
6.1.1 ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ.....	71
6.1.2 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ.....	72
6.1.3 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	73
6.1.4 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΟΥΝΤΑ ΑΤΟΜΟ.....	74
6.2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	75
6.2.2 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ.....	76
6.2.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	77
6.2.4 ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ.....	78
6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	79
6.3.1 ΣΕΝΑΡΙΟ 1.....	79
6.3.2 ΣΕΝΑΡΙΟ 2.....	79
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	82

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ηλικιακή ομάδα των ατόμων άνω των 65 ετών απασχολεί την σύγχρονη κοινωνία καθώς αρκετοί ηλικιωμένοι αδυνατούν να έχουν την καλύτερη ποιότητα ζωής που θα μπορούσαν. Λόγω δυσκολιών στην καθημερινότητα και των σωματικών μεταβολών που χρειάζεται να αντιμετωπίσουν οι ηλικιωμένοι, έχουν δημιουργηθεί στερεότυπα, τα οποία δυσχεραίνουν την επίτευξη του στόχου.

Η προσπάθεια για την άμβλυνση και τελικά την εξάλειψη των στερεοτυπών γύρω από την τρίτη ηλικία με στόχο την καλύτερη ποιότητα ζωής της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, είναι αναγκαία. Το νοσηλευτικό προσωπικό καλείται να συμβάλλει στην αλλαγή των στερεοτυπικών αντιλήψεων και στην φροντίδα των ηλικιωμένων σε όλα τα επίπεδα, καθώς οι ανάγκες τους αυξάνονται συνεχώς.

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος προπτυχιακών σπουδών του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Αποκατάστασης της Υγείας του Πανεπιστημίου Πατρών. Στόχος της πτυχιακής εργασίας είναι η μελέτη, η αναγνώριση των στερεοτύπων για την τρίτη ηλικία και η προσπάθεια του νοσηλευτή να συμβάλλει στην αλλαγή τους. Η συγκεκριμένη εργασία επικεντρώνεται στην κατάδειξη των παραγόντων που δημιουργούν δυσκολίες στους ηλικιωμένους, και οδηγούν στην ύπαρξη στερεοτυπικών αντιλήψεων.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρονται βασικές έννοιες, χαρακτηριστικά και ορισμοί σχετικά με το γήρας. Αναλύεται η τρίτη ηλικία ως κοινωνικό πρόβλημα και παρατίθενται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των ηλικιωμένων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά κυρίως στα στερεότυπα που δημιουργούνται από τα προβλήματα και τις σωματικές μεταβολές των ηλικιωμένων και στις προκαταλήψεις. Αναφέρονται ακόμα οι ηλικιακές διακρίσεις.

Στο τρίτο κεφάλαιο απαριθμούνται τα προβλήματα και οι μεταβολές κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας. Συγκεκριμένα, αναγνωρίζονται τα προβλήματα όπως ο πόνος, οι πτώσεις και άλλες διαταραχές που οδηγούν τους ηλικιωμένους σε ψυχοκοινωνικές δυσκολίες. Αναλύονται ακόμα οι σωματικές μεταβολές ανά οργανικό σύστημα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις ανάγκες των ηλικιωμένων σύμφωνα με την πυραμίδα του Maslow. Αναλυτικότερα αναγνωρίζονται ανάγκες σχετικές με την

προσωπικότητα , τον χαρακτήρα του ηλικιωμένου αλλά και με εξωτερικούς και κοινωνικούς παράγοντες.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναγνωρίζονται οι παράγοντες που δημιουργούν δυσκολίες στην τρίτη ηλικία. Ατομικοί, οικογενειακοί παράγοντες, η άνοια και η σύγχυση αποτελούν μέρη του κεφαλαίου.

Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο παρατίθενται ο ρόλος του νοσηλευτή, τα καθήκοντά του κατά την κατ'οίκον νοσηλεία και η νοσηλευτική διεργασία του κοινοτικού νοσηλευτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Τρίτη Ηλικία

1.1 Το γήρας

Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν υπάρχει απόλυτη συμφωνία για τον ορισμό της βιολογικής διαδικασίας της γήρανσης του ανθρώπου. Τόσο στην έρευνα όσο και στην πολιτική και στην παροχή υπηρεσιών, οι ορισμοί που χρησιμοποιούνται αναφέρονται σε μια γενική έννοια και αντικατοπτρίζουν την άποψη της κοινωνίας στο σύνολό της. Οι επαγγελματίες υγείας που παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε ηλικιωμένους χρειάζεται να γνωρίζουν ότι οι διάφοροι ορισμοί της γήρανσης είναι ασταθής και πολιτικά και ιστορικά.

Είναι γνωστό ότι όλοι οι ζωντανοί οργανισμοί είναι προδιατεθειμένοι στη φυσική διαδικασία της γήρανσης. Ο πιο συνηθισμένος τρόπος για τον ορισμό της γήρανσης είναι η χρονολογική ηλικία. Η χρονολογική ηλικία σηματοδοτεί τον αριθμό των ετών που έχει ζήσει το άτομο (Nies & McEwen, 2013)

Ένας άνθρωπος θεωρείται ηλικιωμένος όταν είναι 65 ετών και άνω στις Ηνωμένες Πολιτείες. Χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο γεγονός ότι υπάρχει μια αδυναμία στη συνολική ομαδοποίηση των ηλικιωμένων ως μέρος του πληθυσμού. Οι ηλικιωμένοι ως πληθυσμός αποτελούν μια ετερογενή ομάδα. Η κατηγοριοποίηση των ηλικιωμένων αποτελείται από τις ακόλουθες τέσσερις διαφορετικές μικρότερες ομάδες: τους νέους-ηλικιωμένους (ηλικίας 65 έως 74 ετών / young old), τους μέσους-ηλικιωμένους (ηλικίας 75 έως 84 ετών / middle-old), τους γέροντες-ηλικιωμένους (ηλικίας 85 έως 99 ετών / old-old) και τους υπερήλικες (ηλικίας 100 ετών και άνω / elite-old) (Theris A. Touhy, Kathleen F. Jett 2013).

Σε αντίθεση με τη χρονολογική ηλικία, η λειτουργική ηλικία σχετίζεται με τη λειτουργικότητα και την ικανότητα υλοποίησης καθημερινών δραστηριοτήτων (Activities of Daily Living/ADL). Τέτοιες δραστηριότητες περιλαμβάνουν την προσωπική υγιεινή, την ημερήσια φροντίδα και την οργάνωση (Instrumental Activities of Daily Living/IADLs), όπως ψώνια και μαγειρική. Η λειτουργική ηλικία, σε σύγκριση με τη χρονολογική ηλικία, είναι ένας καλύτερος τρόπος για τον ορισμό της γήρανσης, καθώς η λειτουργική ικανότητα είναι πιο σημαντική για τους ηλικιωμένους. Η ανεξαρτησία και η λειτουργικότητα στην καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων είναι οι κύριοι στόχοι τους, η βοήθεια από έμπειρους νοσηλευτές κρίνεται απαραίτητη (E Tulle, 2004).

1.2 Θεωρίες του γήρατος

Η εξήγηση της διαδικασίας του γήρατος αποτελεί θέμα που απασχολεί τους επιστήμονες εδώ και πολλά χρόνια. Οι θεωρίες γήρανσης χωρίζονται σε βιολογικές και ψυχολογικές θεωρίες. Οι βιολογικές θεωρίες ασχολούνται με ζητήματα όπως η γήρανση των κυττάρων και ποιος είναι ο λόγος της διαδικασίας γήρανσης (Miller, 2009). Η διαίρεση των βιολογικών θεωριών της γήρανσης σε δύο μικρότερες κατηγορίες είναι απαραίτητη για την καλύτερη κατανόησή τους. Οι βιολογικές θεωρίες χωρίζονται σε στοχαστικές και μη στοχαστικές θεωρίες. Η γήρανση εξηγείται από τις στοχαστικές θεωρίες ως αποτέλεσμα τυχαίων γεγονότων στο πέρας του χρόνου, ενώ οι μη στοχαστικές θεωρίες θεωρούν τη διαδικασία γήρανσης ως κάτι προκαθορισμένο. Ορισμένες βιολογικές θεωρίες γήρανσης είναι η θεωρία των λαθών, η θεωρία των σωματικών μεταλλάξεων, η θεωρία των ελεύθερων ριζών και η ανοσολογική θεωρία της γήρανσης (Aviram R., 2002).

Όσον αφορά στις βιολογικές θεωρίες της γήρανσης, η θεωρία των λαθών, η θεωρία των σωματικών μεταλλάξεων, η θεωρία των ελεύθερων ριζών, η θεωρία της διασταυρούμενης σύνδεσης και η θεωρία της χρήσης και της φθοράς είναι οι πιο δημοφιλείς στοχαστικές θεωρίες. Η θεωρία των λαθών υποδηλώνει ότι υπάρχει συσσωρευμένη συγκέντρωση σφάλματος στη σύνθεση πρωτεϊνών κατά τη διάρκεια της ζωής, με αποτέλεσμα τη βλάβη των κυτταρικών λειτουργιών. Αυτό παράγει ελαττωματικά κύτταρα που τελικά παρεμποδίζουν τη βιολογική λειτουργία (Orgel, 1964, M Cesari, B Vellas, G Gambassi , 2013). Η θεωρία των σωματικών μεταλλάξεων είναι παρόμοια με τη θεωρία των λαθών αλλά επίσης υποδηλώνει ότι όταν τα κύτταρα εκτίθενται σε ακτινοβολία ακτινών Χ σχηματίζονται χημικές μεταλλάξεις στο DNA, με αποτέλεσμα την αύξηση της επίπτωσης των χρωμοσωμικών εκτροπών και τελικά μια μείωση στην ικανότητα των κυττάρων και των οργάνων να λειτουργούν, οι επιβλαβείς επιδράσεις εμφανίζονται αργότερα στη ζωή (Morley, 1995).

Στη συνέχεια, η θεωρία ελεύθερων ριζών αναφέρεται σε ελεύθερες ρίζες, μόρια υψηλής αντιδραστικότητας που διαθέτουν ένα πρόσθετο ηλεκτρικό φορτίο (ελεύθερο ηλεκτρόνιο) που μπορεί να προκαλέσει βλάβη σε πρωτεΐνες μεμβράνης, ένζυμα και DNA. Το σώμα παράγει αντιοξειδωτικά που απομακρύνουν τις ελεύθερες ρίζες (Hayflick, 1996). Στη συνέχεια, η θεωρία διασταυρούμενης σύνδεσης υποθέτει ότι η γήρανση οδηγεί σε διασύνδεση μεταξύ χημικών μακρομορίων στο σώμα (όπως πρωτεΐνες, λιπίδια, νουκλεϊκό οξύ και υδατάνθρακες). Συνεπώς προκαλείται μη φυσιολογική μεταβολική δραστηριότητα και συσσώρευση αποβλήτων εντός κυττάρων. Το αποτέλεσμα είναι η κακή λειτουργία των ιστών και των δομών

του σώματος (Hayflick, 1996). Τέλος, η θεωρία της χρήσης και της φθοράς περιγράφει τον άνθρωπο ως μηχανή αφού τελικά το ανθρώπινο σώμα έχει υποστεί βλάβη από τη μείωση των κυτταρικών λειτουργιών του κυτταρικού θανάτου, της χρήσης και των μηχανικών τραυματισμών (Hayflick, 1996).

Οι μη στοχαστικές θεωρίες περιλαμβάνουν τις θεωρίες της προγραμματισμένης γήρανσης και της ανοσολογικής θεωρίας της γήρανσης. Η πρώτη υποθέτει ότι ο αριθμός των διαιρέσεων που ένα κύτταρο μπορεί να βιώσει κατά τη διάρκεια της ζωής του έχει ένα όριο. Ο αριθμός των διαιρέσεων κυττάρων είναι ανάλογος με τη διάρκεια ζωής του είδους. Τα ανθρώπινα κύτταρα διαιρούνται 40 έως 60 φορές πριν χάσουν την ικανότητά τους να πολλαπλασιάζονται και να καταλήγουν σε θάνατο (Hayflick, 1996). Σύμφωνα με την ανοσολογική θεωρία, εμφανίζονται αλλαγές στα Β και Τ λεμφοκύτταρα που προκαλούν απώλεια αυτορυθμιστικών ικανοτήτων σε σχέση με τα κύτταρα και το σώμα. Συνεπώς, υπάρχει υπερβολική ανοσολογική αντίδραση έναντι φυσιολογικών κυττάρων του σώματος που αντιμετωπίζονται ως ξένα και δέχονται επίθεση από το ανοσοποιητικό σύστημα (Miller, 1996).

Αντίθετα, οι ψυχολογικές θεωρίες της γήρανσης θέτουν ως ζήτημα εξέτασης πώς οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν το τέλος της ζωής. Υπάρχουν τρεις κύριες ψυχολογικές θεωρίες συμπεριφορικού χαρακτήρα. Η θεωρία της απόσυρσης είναι μια πρόταση από τους Cumming και Henry (1961) και αναφέρεται στην αποτυχία να αποφευχθεί η γήρανση (CN Lewis, 1971). Στη συγκεκριμένη θεωρία, η αμοιβαία απόσυρση ή απομόνωση είναι μια κοινή βάση. Το τελικό αποτέλεσμα της κατάστασης είναι η μείωση της αλληλεπίδρασης των ηλικιωμένων με άλλους ανθρώπους. Η θεωρία ενεργοποίησης / δραστηριοποίησης στη συνέχεια εξετάζει τη δυνατότητα της αναγκαστικής δραστηριότητας, με στόχο τη διατήρηση της ικανοποίησης από τη ζωή και την θετική αντίληψη του ατόμου (CF Longino Jr, CS Kart 1982, Maddox, 1963). Τέλος, η θεωρία της συνέχειας αναφέρει ότι ο άνθρωπος συνεχίζει να συμπεριφέρεται ακριβώς με τον ίδιο τρόπο όπως στο παρελθόν (BL Neugarten - 1973).

Οι νοσηλευτές που φροντίζουν τους ηλικιωμένους χρειάζεται να γνωρίζουν τις πιο αντιπροσωπευτικές έννοιες που προκύπτουν από τις θεωρίες που αναφέρονται παραπάνω, καθώς έχουν αποδειχθεί χρήσιμες. Ειδικότερα, η αποδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος κατά τη διάρκεια της διαδικασίας γήρανσης είναι γνωστό ότι υποδηλώνει την ανάγκη επαγρύπνησης και πρόληψης από μολύνσεις (Miller, 2009). Η μοναδικότητα των ηλικιωμένων αντικατοπτρίζεται από τις ψυχολογικές θεωρίες καθώς βιώνουν τη διαδικασία της γήρανσης και καταφέρνουν να προσαρμοστούν στη ζωή τους. Οι νοσηλευτές μπορούν να

ανατρέψουν με τη βοήθεια αυτών των θεωριών κοινούς μύθους και στερεότυπα που επικρατούν για την τρίτη ηλικία και τη διαδικασία γήρανσης.

1.3 Διεθνή δημογραφικά χαρακτηριστικά

Είναι γεγονός ότι ο πληθυσμός των ηλικιωμένων της Αμερικής αναμένεται να αυξηθεί, καθώς το ποσοστό μακροζωίας των Αμερικανών αυξάνεται συνεχώς. Οι άνθρωποι που ζουν μέχρι την ηλικία των 65 ετών είναι πιθανό να επιβιώσουν κατά μέσο όρο 18 ακόμη χρόνια. Στη συνέχεια, εκείνοι που επιβιώνουν μέχρι την ηλικία των 85 ετών είναι πιθανό να επιβιώσουν άλλα 7 χρόνια αν ανήκουν στον θηλυκό πληθυσμό και άλλα 6 χρόνια αν ανήκουν στον ανδρικό. Υπάρχει μια διαφορά μεταξύ του προσδόκιμου ζωής από την άποψη του φύλου, αλλά αυτό μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας. Το 1900, το 4% του πληθυσμού ήταν πάνω από 65 ετών. Το 2006, 37 εκατομμύρια άνθρωποι ηλικίας 65 ετών ζούσαν στις Ηνωμένες Πολιτείες, περίπου το 12% του συνολικού πληθυσμού. Ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας άνω των 85 ετών, των λεγόμενων ηλικιωμένων, αυξήθηκε από 100.000 το 1900 σε 5,3 εκατομμύρια το 2006 (Ομοσπονδιακός Διασυνδεδεμένος Χώρος για τις Γήρανσης Σχετικές Στατιστικές, 2006) (K. Black 2008). Οι αιωνόβιοι των Ηνωμένων Πολιτειών φθάνουν περίπου 40.000 (Theris A. Touhy, Kathleen F. Jett 2013).

Μέχρι το 2011, οι άνθρωποι που γεννήθηκαν από το 1946 έως το 1964, παιδιά από την εποχή της "έκρηξης των γεννήσεων" θα αρχίσουν να γίνονται 65 και ο πληθυσμός θα αυξηθεί δραματικά. Είναι πιθανό ότι μέχρι το 2030 ο πληθυσμός των Αμερικανών ηλικίας άνω των 65 ετών θα διπλασιαστεί σε σχέση με τον αριθμό των ετών 2000. Με την αύξηση από 35 εκατομμύρια σε 71,5 εκατομμύρια, θα αντιπροσωπεύει το 20% του συνολικού πληθυσμού οι Ηνωμένες Πολιτείες. Η σημαντικότερη αύξηση θα είναι ο πληθυσμός > 85 ετών, καθώς φθάνουν τα 21 εκατομμύρια μέχρι το 2050. Το 2006, ο πληθυσμός τους ήταν μόλις 5,3 εκατομμύρια (Federal Interagency Forum on Aging- Related Statistics, 2008).

Η γήρανση ορίστηκε ως «συστηματικό στερεότυπο και μεροληπτική αντιμετώπιση ορισμένων ανθρώπων λόγω μόνο της ηλικίας τους» από την Butler το 1975. Κάθε κοινωνία έχει διαμορφώσει μια εικόνα για τους ηλικιωμένους, η οποία είναι το αποτέλεσμα πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών καταστάσεων που άνθισαν κατά τη διάρκεια της ιστορικής ανάπτυξης (B Niehaves, J Becker, 2008).

Ο σύγχρονος άνθρωπος κέρδισε δύο ακόμα δεκαετίες ζωής στον εικοστό αιώνα, θέτοντας ένα ρεκόρ για τη ζωή σε σύγκριση με τους προγόνους του. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ (www.oecd.org), ο τίτλος του μακροβιότερου πληθυσμού στον κόσμο αξιώνεται

από τους Ιάπωνες και τους Ισλανδούς, με προσδόκιμο ζωής 78,4 ετών για τον ανδρικό ιαπωνικό πληθυσμό και 85,3 έτη για τις γυναίκες ιαπωνικό πληθυσμό. Οι Ισλανδοί κατέχουν το προσδόκιμο ζωής των 79 ετών για τον άνδρα και 82,4 ετών για τον γυναικείο πληθυσμό. Με τα χρόνια ο πληθυσμός του κόσμου έχει αυξηθεί κατά 1,7%, ενώ ο πληθυσμός των ηλικιωμένων έχει αυξηθεί κατά 2,7 χρόνια. Μεταξύ των 355 εκατομμυρίων ηλικιωμένων, 200 εκατομμύρια και ίσως περισσότερα, ζουν στον οικονομικά αναπτυσσόμενο κόσμο, που αποτελούν το 4,6% του πληθυσμού. Αντιθέτως, 150 εκατομμύρια ζουν σε έναν ήδη οικονομικά ανεπτυγμένο κόσμο, με αναλογία 12,6% (B Niehaves, J Becker, 2008).

Το 2007, το προσδόκιμο ζωής για τα κράτη μέλη του ΟΟΣΑ ήταν 77,8 έτη, ενώ το 1960 η προσδοκία ήταν 68,5, δηλαδή παρατηρήθηκε αύξηση 10 ετών. Για τις γυναίκες, αντίστοιχα, ήταν 80,7 έτη και για τους άνδρες ήταν 74,9 έτη. Στην 18η θέση βρίσκεται η Ελλάδα, με προσδόκιμο ζωής 80,7 για τις γυναίκες και 75,4 για τους άνδρες. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα έως το 2030 είναι πιθανό ότι το μέσο προσδόκιμο ζωής θα φτάσει τα 82 έτη. Σύμφωνα με στοιχεία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, το 1998, 66 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως ήταν άνω των 80 ετών. Η αύξηση αναμένεται να είναι 6 φορές υψηλότερη έως το 2050 και να φτάσει τα 370.000.000 άτομα (Strunk, B.C et al., 2006).

Σε 14 χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, το ποσοστό των ηλικιωμένων κατοίκων θα είναι πάνω από το 10% του γενικού πληθυσμού έως το 2050. Οι άνθρωποι που γιορτάζουν τα εκατοστά γενέθλιά τους έχουν ανέκαθεν το ενδιαφέρον του κόσμου. Το 1998, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 100 ετών ήταν 135.000, ενώ το 2050 θα υπάρξουν 2.200.000 άνθρωποι. Στα 25 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το ποσοστό των ηλικιωμένων θα αυξηθεί από το σημερινό 16% σε 30% έως το 2050. Αναμένεται επιπλέον ο τριπλασιασμός των ατόμων άνω των 80 ετών από ποσοστό 4%, το 2014 σε 11,4% το 2050 (Eurostat, 2005).

1.4 Η τρίτη ηλικία ως κοινωνικό “πρόβλημα”

Η προσέγγιση της γήρανσης ως κοινωνικό “πρόβλημα” είχε ισχυρό αντίκτυπο στην έρευνα για τους ηλικιωμένους (Victor, 2011). Σκοπός της έρευνας είναι ο εντοπισμός και η απαρίθμηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι και “επιβαρύνουν” την κοινωνία τους. Έμφαση δίνεται στη διατήρηση των παροχών υπηρεσιών υγείας κυρίως στην ποιότητα ζωής, το επίπεδο υγείας και τη χρήση των υπηρεσιών, καθώς και στη συνταξιοδότηση και την απασχόληση των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τα παραπάνω, οι

ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται ως ένα "πρόβλημα" που μοιάζει με «βάρος» τόσο για την κοινωνία όσο και για τα άτομα. Υπάρχουν περισσότερες μελέτες για την παροχή φροντίδας και βοήθειας στους ηλικιωμένους από εκείνες που αφορούν τη βοήθεια που παρέχεται από τους ηλικιωμένους σε άλλα ηλικιωμένα άτομα ή σε νεότερα μέλη των οικογενειών τους (π.χ. παίρνουν τα παιδιά από το σχολείο για να μπορέσει η μητέρα να εργαστεί) (Donna D. Ignatavicius, M. Linda Workman. 2008).

Η προσέγγιση της γήρανσης ως πρόβλημα δεν είναι μια έγκυρη θεωρία, αλλά αποτελεί τρόπο προσέγγισης των ζητημάτων που τίθενται και, συνεπώς, της θεωρητικής βάσης της γεροντολογίας στη Βρετανία. Η έρευνα σχετικά με τη μοναξιά των ηλικιωμένων ανέδειξε ότι η μοναξιά αποτελεί πρόβλημα που εντοπίζεται κυρίως στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, καθώς επιχειρείται η καταγραφή της επικράτησης και των παραγόντων κινδύνου (Townsend 1957, Tunstall 1966). Η γνώμη των ηλικιωμένων έχει συμπεριληφθεί τα τελευταία χρόνια στην έρευνα που μελετά παράγοντες προστασίας από τη μοναξιά (Victor *et al.*, 2011). Χρειάζεται να σημειωθεί ότι η μοναχικότητα και η μοναξιά μεταξύ των ηλικιωμένων είναι δύο συναισθήματα που διαφέρουν καθώς η μοναχικότητα είναι μια συνειδητή επιλογή και η μοναξιά επιβάλλεται από τις περιστάσεις.

Συμπεραίνεται ότι η μελέτη της γήρανσης δεν έχει θεωρητική προσέγγιση που μπορεί να εφαρμοστεί παγκοσμίως. Εκτός από τους περιορισμούς, η έρευνα έχει επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από την βιολογική άποψη για τη γήρανση. Η βιοϊατρική προσέγγιση έχει τεράστιο αντίκτυπο στην ιατρική και στη νοσηλευτική επιστήμη, αφορά κυρίως τον εντοπισμό των ψυχοκοινωνικών και βιολογικών παραγόντων που εξηγούν τη διαδικασία γήρανσης και την υγεία των ηλικιωμένων. Στην περίπτωση αυτή, δεν λαμβάνονται υπόψη φυσιολογικοί ή κοινωνικοί παράγοντες που καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται την υγεία τους ή άλλες πτυχές της γήρανσης (Garcia – Aymerich J, Farrero E, Felez MA, 2003).

Παράγοντες όπως η κοινωνική τάξη, το φύλο και η εθνικότητα δεν λαμβάνουν υπόψη την ερμηνεία των ασθενειών και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Θέματα όπως η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη έχουν τεθεί στην δεύτερη θέση της ημερήσιας διάταξης λόγω της κυριαρχίας του βιοϊατρικού μοντέλου, καθώς η έμφαση δίνεται κυρίως στην ασθένεια, τη θεραπεία και την αντιμετώπισή της. Η παρακμή των κοινωνικών και άλλων παραγόντων στην κατανόηση της διαδικασίας γήρανσης μετατρέπει τους ανθρώπους σε παθητικές οντότητες που δεν είναι σε θέση να ελέγξουν τι τους συμβαίνει (Donna D. Ignatavicius, M. Linda Workman. 2008).

Η γήρανση δεν είναι μια προκαθορισμένη ή αναπόφευκτη διαδικασία λόγω της χρονολογικής ηλικίας. Είναι μια πολυδιάστατη εμπειρία, αποτέλεσμα της συνθετικής αλληλεπίδρασης μεταξύ κοινωνικών και βιολογικών μεταβλητών. Οι Rowe και Kahn (1997) συμφωνούν ότι οι κοινωνικοί παράγοντες είναι πιο σημαντικοί από τους βιολογικούς ή γενετικούς παράγοντες και ότι η ποιότητα της μετέπειτα ζωής επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τους πρώτους. Όσον αφορά στην έρευνα για τη γήρανση, χρειάζεται να αναγνωριστεί ότι αποτελεί πολύπλοκο ζήτημα.

1.5 Δικαιώματα και υποχρεώσεις ηλικιωμένων.

Οι ηλικιωμένοι, όπως όλοι οι πολίτες, έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις που αναφέρονται στα κείμενα του ΟΗΕ της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε άλλους διεθνείς οργανισμούς, στις οργανώσεις των ηλικιωμένων πολιτών και στη νομοθεσία κάθε χώρας. Από όλα τα κείμενα φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι δεν διαφέρουν από τους άλλους πολίτες και ότι μπορούν να συνεχίσουν να ασκούν τα δικαιώματά τους και τις ελευθερίες τους ως πολίτες. Τα περισσότερα κείμενα περιέχουν, άμεσα ή έμμεσα, την αρχή της μη διάκρισης λόγω ηλικίας και κοινωνικής συμμετοχής όλων, συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων (Lemaire et al., 2018).

Η Παγκόσμια Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (άρθρο 25, παράγραφος 1) αναφέρει, μεταξύ άλλων, ότι ο καθένας έχει δικαίωμα στην ασφάλιση γήρατος. Τα άρθρα 48 και 52 της Συνθήκης ΕΟΚ, που προβλέπουν την ελεύθερη κυκλοφορία των εργαζομένων και των αυτοαπασχολούμενων, συνεπάγονται το δικαίωμα διαμονής στα κράτη μέλη στα οποία εξακολουθούν να εργάζονται. Το δικαίωμα διαμονής χρειάζεται ακόμα, να χορηγείται σε όσους έχουν σταματήσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Ο κοινωνικός χάρτης ασχολείται με τα δικαιώματα όλων των ατόμων ανεξαρτήτως ηλικίας σχετικά με θέματα που αφορούν την υγεία, τις συντάξεις, τη στέγαση, τις υπηρεσίες, την οικογένεια, την εκπαίδευση, τα ΜΜΕ, την κοινωνική πρόνοια, την απασχόληση και την παραγωγικότητα. Αναλυτικότερα, οι παράγραφοι 24 και 25 ορίζουν ότι κάθε πρόσωπο που φθάνει στη συνταξιοδότηση χρειάζεται να έχει εισόδημα που του επιτρέπει να έχει ένα εύλογο βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και δεν έχει άλλα μέσα χρειάζεται να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογα με τις ανάγκες του.

Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο ενέκρινε ένα κείμενο σχετικά με την αρχή της ίσης αμοιβής ανεξαρτήτως φυλής, φύλου, ηλικίας, αναπηρίας ή θρησκείας. Μια σύσταση του Συμβουλίου της ΕΕ αναφέρεται σε "επαρκείς πόρους και οφέλη για την εξασφάλιση

αξιοπρεπούς ανθρώπινης ζωής". Το βασικό αίτημα είναι να εισαχθεί ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα σε όλα τα κράτη μέλη και να αναπτυχθεί μια πολυδιάστατη στρατηγική για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού. Η αρνητική μεταχείριση των ηλικιωμένων και οι δυσκολίες εύρεσης εργασίας αποτελούν σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει σήμερα η Ευρώπη. Εκτός από τα δικαιώματα, η Διεθνή Ομοσπονδία Γήρατος αναφέρεται και στις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων. Τα δικαιώματα καθορίζονται από τις έννοιες της ανεξαρτησίας, της συμμετοχής, της φροντίδας, της ενσωμάτωσης της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειας. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο εισόδημα, την απασχόληση, την πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης, τη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, τη διαμονή στο σπίτι, την ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία και την αναπτυξιακή διαδικασία της χώρας τους.

Όσον αφορά στις ευθύνες τους, οι ηλικιωμένοι χρειάζονται όσο το επιτρέπουν η υγεία και η προσωπική τους κατάσταση, να παραμείνουν δραστήριοι, ικανοί, αυτοδύναμοι και χρήσιμοι. Στη συνέχεια, χρειάζεται να εφαρμόζουν στις αρχές της ζωής τους καλές αρχές σωματικής και ψυχικής υγείας, να φροντίζουν να επωφεληθούν από την εκπαίδευση και την κατάρτιση. Οι ηλικιωμένοι χρειάζεται να προετοιμαστούν για τη γήρανση και τη συνταξιοδότηση. Με στόχο την απασχόλησή τους χρειάζεται να ενημερώνουν τις γνώσεις και τις δεξιότητές τους (Baer et al., 2016).

Απαιτείται ευελιξία μεταξύ των μελών της οικογενείας, και προσαρμογή στις μεταβαλλόμενες σχέσεις. Χρειάζεται να μοιράζονται τις γνώσεις, τις δεξιότητες, την εμπειρία και τις αξίες τους με τις νεότερες γενιές. Είναι απαραίτητο οι ηλικιωμένοι να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της κοινωνίας, να αναζητούν και να αναπτύσσουν νέες υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα. Τέλος, οι ηλικιωμένοι οφείλουν να αποφασίζουν για τη φροντίδα τους σε συνεννόηση με τον γιατρό και την οικογένειά τους (Vasquez J, Thomas R. 2016).

Η υφιστάμενη νομοθεσία, δηλαδή ο ποινικός και αστικός νόμος, καθώς και η σχετική νομολογία, καλύπτουν τα ατομικά δικαιώματα των πολιτών σε περίπτωση ασθένειας. Τα δικαιώματα όλων των ασθενών, και επομένως των ηλικιωμένων, εμπεριέχουν την ενημέρωση για την πραγματική κατάσταση της υγείας τους, την ιατρική διάγνωση και την θεραπεία. Όλοι οι ασθενείς δικαιούνται να συμμετέχουν στο σχεδιασμό της θεραπείας και της φροντίδας τους. Ο ηλικιωμένος έχει δικαίωμα να αρνηθεί τη συμμετοχή σε πειραματική έρευνα. Επιπροσθέτως, έχει δικαίωμα να μην υποβληθεί σε χειρουργικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις χωρίς την πλήρη ενημέρωσή του για τους κινδύνους και χωρίς τη γραπτή συγκατάθεσή του, την οποία

μπορεί ανά πάσα στιγμή να αποσύρει. Η προσωπική ρύθμιση των οικονομικών υποθέσεων και η τήρηση του ιατρικού και νοσηλευτικού απορρήτου περιλαμβάνονται στα δικαιώματα του ηλικιωμένου, όπως και σε όλων των ασθενών (Baer et al., 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Στερεότυπα

2.1 Ορισμός στερεοτύπων

Ο Walter Lippmann ήταν δημοσιογράφος, εμπνεύστηκε τον όρο "στερεότυπο" από τη βιομηχανία εκτύπωσης. Στην τυπογραφία, το στερεότυπο αναφέρεται σε μια μεταλλική μήτρα που χρησιμοποιείται για την εκτύπωση επαναλαμβανόμενων και όμοιων εικόνων των τυπογραφικών στοιχείων. Ο Lippmann μετατόπισε την αναλογία στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι εφαρμόζουν την ίδια επαναλαμβανόμενη εικόνα στην εντύπωση που δημιουργούν για μια κοινωνική ομάδα και τα μέλη της.

Τα στερεότυπα είναι γνωσιακές παραστάσεις που αφορούν οποιαδήποτε κοινωνική ομάδα και τα μέλη της. Σύμφωνα με τον Lippmann τα στερεότυπα είναι μια εικόνα, μια γενίκευση που γίνεται και αποδίδεται σε όλα τα μέλη μιας ανθρώπινης ομάδας. Ωστόσο, σε σύγκριση με μια στατική εικόνα, τα στερεότυπα αποτελούν μια γνωστική δομή που έχει δική της ζωή. Όπως όλες οι γνωστικές μορφές, τα στερεότυπα επηρεάζουν τις πληροφορίες που λαμβάνει το άτομο από το περιβάλλον, οργανώνονται με κάποιο τρόπο, καθοδηγούν τη σκέψη σε ορισμένες εκδόσεις ή το απομακρύνουν από άλλους, επηρεάζουν εάν και πότε οι πληροφορίες που είναι ήδη καταχωρημένες θα αποσυρθούν ή όχι (Kang et al., 2014).

Αν και είναι σαν όλες τις γνωστικές μορφές, τα στερεότυπα έχουν μια σημαντική διαφορά, οι κοινωνικές συνέπειές τους είναι μεγάλες. Διαμορφώνουν τη μορφή και το περιεχόμενό τους από το κοινωνικό πλαίσιο που περιβάλλει τον άνθρωπο και η εφαρμογή τους οδηγεί σε κοινωνικές αδικίες. Τα στερεότυπα μπορούν να θεωρηθούν ως κοινωνική εκπροσώπηση, καθώς έχουν μια συμβολική, συναισθηματική, πολιτική και ιδεολογική διάσταση. Είναι πολιτιστικές δομές για ορισμένες κοινωνικές ομάδες, διαμορφωμένες από μηχανισμούς εξουσίας, καθώς αντικατοπτρίζουν την κοινωνική θέση των κοινωνικών ομάδων και λειτουργούν μέσω ψυχοκοινωνικών δρόμων. Τέλος, τα στερεότυπα δημιουργούν προσδοκίες για την αναμενόμενη συμπεριφορά του άλλου, οδηγώντας στο φαινόμενο που ονομάζεται «αυτοεκπληρούμενη προφητεία».

2.2 Ιστορική αναδρομή στερεοτύπων

Ο όρος "στερεότυπο" εισήχθη από τον Lippmann στις αρχές της δεκαετίας του 1920. Ο Lippmann ήταν πρωτοπόρος καθώς υποστήριζε ήδη ότι τα στερεότυπα φορτίζονται τόσο από την κοινωνική πραγματικότητα όσο και από τα συναισθήματα. Δήλωσε ότι το κύριο

μειονέκτημα των στερεοτύπων είναι ο μερικός και προκατειλημμένος χαρακτήρας τους. Εκείνη την εποχή, η επιστήμη θεωρούσε τις γνωστικές διεργασίες μια παθητική "ψυχρή" λειτουργία που επιτρέπει στον παρατηρητή να αποκτήσει μια περισσότερο ή λιγότερο αληθινή εικόνα της "πραγματικότητας". Ως εκ τούτου, αντιμετώπιζει τα στερεότυπα ως ουδέτερα και αντικειμενικά, τα οποία βοηθούν τους ανθρώπους να δώσουν τάξη στη μάζα των πληροφοριών που τους βομβαρδίζουν. Χρειάστηκαν αρκετά χρόνια μέχρι τη δεκαετία του 1950, όταν η επιστήμη παρατήρησε ότι αντιθέτως η αντίληψη είναι μια ενεργητική, γνωστική διαδικασία που περιλαμβάνει ένα αξιολογικό και κρίσιμο στοιχείο (Menéndez Álvarez, Cuevas-Toro, Perez-Padilla 2016).

Παρά την εξέλιξη των επιστημονικών ιδεών, το ζήτημα στο οποίο βασίστηκαν κατά κύριο λόγο οι ερευνητές ήταν εάν αυτό ήταν μια αναπόφευκτη διαδικασία. Ενώ οι μελέτες πολλαπλασιάζονταν, η αρχική εκδοχή του Lippmann για τις κοινωνικές αιτίες και τις κοινωνικές επιπτώσεις των στερεοτύπων είχε ξεχαστεί. Το μόνο που απέμεινε είναι ότι η κοινωνική πραγματικότητα είναι τόσο περίπλοκη και συγκεχυμένη, που είναι απαραίτητη η ύπαρξη μηχανισμού για την οργάνωση και την απλούστευσή της. Η συγκεκριμένη άποψη κυριάρχησε για πολύ καιρό μέχρι τις αρχές του 1990. Αλλά τα ερωτήματα παρέμειναν. Τι συμβαίνει στη διαδικασία σκέψης όταν οι άνθρωποι, για να εκτιμήσουν μια κατάσταση, αντιμετώπίζουν διχασμούς; Όταν ο κόσμος χωρίζεται σε νέους και ηλικιωμένους, άνδρες και γυναίκες; Για να απαντήσουν στις ερωτήσεις, ο Tajfel και ο Wilkes ανέλυσαν τη γνωστική διαδικασία της κατηγοριοποίησης και τον τρόπο με τον οποίο οδηγεί σε υπερτονισμό των διαφορών μεταξύ των μελών διαφορετικών ομάδων, καθώς και τις ομοιότητες μεταξύ ατόμων στην ίδια ομάδα (Kang et al., 2014).

Η ανάλυση ήταν πολύ σημαντική διότι έθεσε το ερώτημα εάν τα στερεότυπα, τα χαρακτηριστικά του ρατσισμού, ήταν το αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο το ανθρώπινο μυαλό απλώς επεξεργάζεται πληροφορίες, είτε ήταν ένα δυσάρεστο αλλά και αναπόφευκτο παράγωγο της λειτουργίας της σκέψης. Ως εκ τούτου, η ερώτηση προκάλεσε πολλές νέες έρευνες, οι οποίες όμως ήταν προσκολλημένες στη λεγόμενο γνωστική τσιγκουνιά, με τη μετέπειτα μεταφορά του πελαγωμένου γραφειοκράτη που δεν μπορεί να ταξινομήσει τα χαρτιά του και αναζητά τρόπους απλούστευσης και οργάνωσης των εισερχόμενων πληροφοριών. Για κάποιο διάστημα κυριαρχούσε η ιδέα της περιορισμένης ικανότητας του ανθρώπινου νου να διαχειριστεί τον πλούτο και την ποικιλομορφία του κοινωνικού περιβάλλοντος. Σύμφωνα με την έρευνα, ο άνθρωπος νους δεν έχει τον απαραίτητο χώρο για να καταγράψει πολλαπλούς, πλούσιους και ατομικούς διαχωρισμούς, έτσι ώστε η αντίληψη των άλλων χρειάζεται να

οργανωθεί και να απλουστευθεί, να δοθεί προτεραιότητα γύρω από τις γνωστικές κατηγορίες και τα στερεότυπα.

Μια άλλη εκδοχή ήταν η αναζήτηση των ορθών και λανθασμένων στερεοτύπων. Εάν υπάρχει προκατάληψη, τότε είναι μάλλον εύκολο να αντικατασταθεί οποιαδήποτε ψευδή, ανακριβή και άκαμπτη αντίληψη με τη σωστή. Υπάρχει αμφιβολία για την αλήθεια και την ορθότητα των στερεοτύπων. Τα στερεότυπα μπορεί να μην περιγράφουν κανένα χαρακτηριστικό, αλλά δεν μπορούν να αντικρουστούν ή να επικυρωθούν με επιστημονικά στοιχεία ή να ερμηνευθούν. Τα στερεότυπα μπορεί να έχουν ψυχολογική και κοινωνική εγκυρότητα, χωρίς να μπορούν να αντιστοιχούν σε μια «αντικειμενική πραγματικότητα». Ένας από τους λόγους για τους οποίους τα στερεότυπα δεν ταιριάζουν με την πραγματικότητα είναι πως αντικατοπτρίζουν τη φύση της συνθήκης που επικρατεί μεταξύ των μελών μιας ομάδας σε δεδομένη στιγμή.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα στερεότυπα γίνονται πιο έντονα και επιθετικά όταν υπάρχουν κοινωνικές εντάσεις μεταξύ των ομάδων. Κατά περιόδους, για παράδειγμα, εθνικιστικών αναταραχών, η βαθμολογία των μεταναστών ή των μειονοτικών ομάδων γίνεται αυτόματα πιο αρνητική. Ο συμβολικός, πολιτικός και ιδεολογικός χαρακτήρας και η λειτουργία των στερεοτύπων φαίνεται να έχουν υποτιμηθεί στην ανάλυση των στερεοτύπων. Τα στερεότυπα είναι κοινωνικές αναπαραστάσεις, αντικειμενικά εδραιωμένες, ευρέως διαδεδομένες γνωστικές και συναισθηματικές κατασκευές, που περιγράφουν ορισμένες ομάδες και κινητοποιούνται σε συγκεκριμένες κοινωνικο-ιστορικές στιγμές. Τα στερεότυπα δεν βασίζονται στον εγκέφαλο του ανθρώπου, αλλά ακόμα καθιερώνονται με βάση την κοινωνία, το καθημερινό εμπόριο, την κοινή συζήτηση, και τελικά αποκτούν τη δική τους πραγματικότητα (Αθανασοπούλου Μ., και συν, 2010).

Σύμφωνα με ερευνητικό πείραμα που πραγματοποιήθηκε οι γνωσιακές διαδικασίες αλληλοεπιδρούν με την κοινωνική πραγματικότητα στη λειτουργία των στερεοτύπων. Το πείραμα αποτελείται από την προβολή ενός βίντεο όπου δύο άνδρες που συζητούν πιέζουν ο ένας τον άλλο σε διαφορετικές εκδόσεις. Στην πρώτη, ένας λευκός άνθρωπος σπρώχνει έναν έγχρωμο, ενώ στη δεύτερη, ο έγχρωμος άνθρωπος σπρώχνει το λευκό, και μετά την προβολή, τα άτομα καλούνται να ερμηνεύσουν και να σχολιάσουν τις σκηνές που είδαν. Τα άτομα ερμηνεύουν τις σκηνές βίντεο πολύ διαφορετικά, ανάλογα με τα φυλετικά τους στερεότυπα. Αντιλήφθηκαν τον έγχρωμο ως επιτιθέμενο, σχολιάζοντας το λευκό ως άνθρωπο που αστειευόταν, αποδεικνύοντας πως δίνονται εντελώς διαφορετικές ερμηνείες στην ίδια

"πραγματικότητα", ανάλογα με τις στερεότυπες απόψεις στις οποίες βρίσκεται το άτομο (Lemaire et al., 2018) .

Έτσι, εάν τα στερεότυπα θεωρούνται ιδεολογικές παραστάσεις, διαπιστώνεται ότι λειτουργούν με τρόπους που υποστηρίζουν, δικαιολογούν και νομιμοποιούν τις σχέσεις εξουσίας μέσα στην κοινωνία. Οι Jost και Banaji γράφουν ότι: «Τα στερεότυπα νομιμοποιούν την εκμετάλλευση ορισμένων κοινωνικών ομάδων από άλλους, καθώς ερμηνεύουν την επιτυχία ορισμένων κοινωνικών ομάδων καθώς και τη φτώχεια και την αδυναμία κάποιων άλλων, σαν να μην ήταν δικαιολογημένες αλλά φυσικές. " Το ιδεολογικό πλαίσιο είναι τόσο διαδεδομένο και αόριστο που τα στερεότυπα εμφανίζονται αυθόρμητα και ασυνείδητα, ακόμη και σε ανθρώπους που συνειδητά και με ειλικρίνεια πιστεύουν στην ισότητα και στην ισονομία.

2.3 Προκαταλήψεις

Τα στερεότυπα δεν αποτελούν απαραίτητα αρνητικές γενικεύσεις καθώς υπάρχει πιθανότητα να είναι θετικές. Ένα στερεότυπο αποτελεί, για παράδειγμα, η άποψη ότι οι Έλληνες είναι φιλόξενοι και επιρρεπείς στην καλοπέραση. Οι προκαταλήψεις αντιθέτως αποτελούν αρνητικά και υποτιμητικά στερεότυπα. Η διαφορά μεταξύ των στερεοτύπων και των προκαταλήψεων είναι ότι τα στερεότυπα αποτελούν προϊόν ασυνείδητων διαδικασιών, ενώ οι προκαταλήψεις βρίσκονται υπό συνειδητό, γνωστικό έλεγχο (Devine P.G., 1989).

Οι άνθρωποι συνηθίζουν να διατυπώνουν την ίδια περιγραφή με διαφορετικό τρόπο, ανάλογα με το αν πρόκειται για τη δική τους ομάδα ή ομάδα άλλων. Μπορούν να πιστέψουν με ειλικρίνεια ότι έχουν «γενναιότητα», ενώ άλλοι «επιθετικότητα», «έχουν υπερηφάνεια και αυτοσεβασμό», σε αντίθεση με τους άλλους που «έχουν αλαζονεία και εγωισμό», είναι "ειλικρινείς, αλλά δεν είναι θύματα" ενώ οι άλλοι "είναι αφελείς, θα κλέψουν αν είναι δυνατόν", είναι " ηθικά και καθαροί", σε αντίθεση με τους άλλους που "είναι "ανήθικοι και βρώμικοι". Η επιθυμία του λαού να αποκτήσει και να διατηρήσει μια θετική κοινωνική ταυτότητα είναι καθολική. Είναι επομένως ταυτόσημες με τις κοινωνικές ομάδες στις οποίες ανήκουν και συγκρίνονται με ομάδες στις οποίες δεν ανήκουν (Álvarez et al., 2016).

Η σημασία της τρίτης ηλικίας εκτιμάται σε σύγκριση με άλλες ηλικιακές ομάδες. Το σχετικό κύρος της ηλικιωμένης ομάδας επηρεάζεται αποφασιστικά από το κύρος μιας άλλης ηλικιακής ομάδας. Μια σχολή κοινωνικής ψυχολογίας απέδειξε πως τα στερεότυπα και οι

προκαταλήψεις χρησιμεύουν για να ανυψώσουν την ομάδα στην οποία ανήκουν οι ηλικιωμένοι και να αμαυρώνουν την ομάδα μιας άλλης εποχής (Tajfel, 1970). Η αδυναμία του ατόμου να ανεχτεί άλλους που δεν είναι όμοιοί του συχνά προέρχεται από την απειλή που αισθάνεται σε ένα βαθύτερο επίπεδο του εαυτού του. Ο φόβος, ο θυμός και η εχθρότητα είναι τα συναισθήματα που προκύπτουν όταν άλλοι θεωρούνται απειλητικοί. Ο προκατειλημμένος άνθρωπος αντιλαμβάνεται την ομάδα του ως καλή, ως ομάδα που έχει τις δικές του αξίες, συνήθειες, παραδόσεις και ιδεολογία. Έτσι, η ομάδα των άλλων, με διαφορετικές αξίες, παραδόσεις και άλλη ιδεολογία, δεν μπορεί να είναι ψυχολογικά αποδεκτή ως ισότιμη χωρίς να απειλείται με ακύρωση και εξαφάνιση (Brun F, Régner I., 2018).

Με στόχο την καλύτερη κατανόηση ορισμένων ψυχικών μηχανισμών που εμφανίζουν ενδιαφέρον για τη λειτουργία των προκαταλήψεων, χρειάζεται να γίνει αναφορά στην πρώιμη παιδική ηλικία. Κατά αυτόν τον τρόπο απορρίπτεται η άποψη ότι οι προκαταλήψεις είναι αποτέλεσμα συνειδητού, γνωστικού ελέγχου και αποδοχής ερμηνείας που εμβαθύνει τις ασυνείδητες διαδικασίες. Το βρέφος, εκ γενετής, καλείται να διαχειριστεί και να ερμηνεύσει την πραγματικότητα που επηρεάζει και επηρεάζεται από ασυνείδητες φαντασιώσεις που συχνά λαμβάνουν μια διωκτική μορφή. Με στόχο την άμυνα, το βρέφος διαιρεί τον κόσμο σε καλό και κακό, καταφεύγοντας στον ασυνείδητο μηχανισμό που η ψυχολογία ονομάζει σχάση (Klein M., 1975). Η σχάση είναι ένας τρόπος για το βρέφος να διαχειριστεί το άγχος, να θέσει τάξη στο χάος και να οικοδομήσει κάποια όρια γύρω από τον εαυτό του. Η διαδικασία της δεν ολοκληρώνεται ποτέ πλήρως, αλλά διατηρείται σε όλη τη ζωή. Η ίδια σχάση παράγει, τον ρατσισμό, όπου το άτομο μετατρέπεται σε ένα κακό αντικείμενο που είναι επικίνδυνο και απειλητικό, αλλά ταυτόχρονα θέτει τάξη στη διαταραχή. Με την προσφυγή στον μηχανισμό σχάσης, είναι δυνατό να διαχωριστούν τα άτομα από τους ξένους και να επιδιωχθεί η ασφάλεια που προσφέρει ο οικείος, ο σχετικός, ο καλός άνθρωπος (Álvarez et al., 2016).

Η προβολή αποτελεί έναν διαφορετικό μηχανισμό. Τα βρέφη αδυνατούν να αντέξουν την ένταση των κακών συναισθημάτων και να υπερασπιστούν τον εαυτό τους ανακουφίζοντας τον εαυτό τους προβάλλοντας πόνο και σύγκρουση με κάποιον άλλο. Ένας παρόμοιος μηχανισμός μπορεί να παρατηρηθεί στους ενήλικες, όταν βρίσκονται σε καταστάσεις που αναζωπυρώνουν την ανησυχία για πρώιμες εμπειρίες. Τότε εμφανίζονται αισθήματα ή ιδιότητες του εαυτού τους που δεν μπορούν να αντέξουν, να προβάλουν σε άλλα άτομα και να βιώσουν τα συγκεκριμένα άτομα σαν να έχουν στην πραγματικότητα τα ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά που τους έδωσαν. Η προκατάληψη αποτελεί ένα δυναμικό μηχανισμό που παρέχει μια αίσθηση ανακούφισης και ασφάλειας, επειδή τα ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά

εμφανίζονται σε άλλους. Επιτρέπεται κατά αυτόν τον τρόπο στην ομάδα που ανήκει το άτομο να εξιδανικεύεται ώστε να αποκλείεται οποιαδήποτε διαίρεση μεταξύ αυτού και της ομάδας του (Aviram R., 2002).

2.4 Στερεότυπα σχετικά με την τρίτη ηλικία

Οι μύθοι και τα στερεότυπα συνοδεύουν το γήρας ανεξάρτητα από τον ορισμό του. Μερικές φορές η επικρατούσα αρνητική στάση απέναντι στους ηλικιωμένους υιοθετείται από νοσηλευτές και άλλες ομάδες πληθυσμού. Στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες που συνήθως κυριαρχούνται από τους νεότερους, η γήρανση συνοδεύεται από αρνητικά χαρακτηριστικά όπως η παρουσία μιας νόσου, η ψυχική καθυστέρηση και η κοινωνική απομόνωση. Η αρνητική εικόνα της γήρανσης διαμορφώνεται με σχετικά αρνητικά ή ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά. Τα προηγούμενα χρόνια, ο σεβασμός για τους ηλικιωμένους θεωρούνταν δεδομένος.

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε σε ενήλικες και παιδιά η γήρανση είναι η λιγότερο επιθυμητή περίοδος στη ζωή και χαρακτηρίζεται από οικονομικά, βιολογικά, κοινωνικά και άλλα προβλήματα (Aiken 1997). Η αρνητική εικόνα και τα στερεότυπα για τους ηλικιωμένους ενισχύονται από την συγκεκριμένη έρευνα. Για ορισμένες κοινωνικές ομάδες όπως οι ηλικιωμένοι, οι έφηβοι και άλλες ηλικιακές ομάδες που ζουν σε κλειστές δομές, το στερεότυπο είναι μια κωμική καρικατούρα με θετικά ή αρνητικά χαρακτηριστικά. Η συγκεκριμένη ηλικιακή περίοδος θεωρείται η περίοδος της βιολογικής ψυχικής και κοινωνικής ηλικίας. Η πεποίθηση πως οι ηλικιωμένοι διακατέχονται από κακή κατάσταση υγείας, μειωμένη όραση, μειωμένη ακοή, πιθανότατα από κάποια ψυχική αδυναμία, είναι κοινωνικά απομονωμένοι και παραμελημένοι από τις οικογένειές τους είναι ευρέως αποδεκτή από την κοινωνία. Η συγκεκριμένη πεποίθηση αντανάκλα την αντίληψη πως οι ηλικιωμένοι είναι παθητικοί και αδύναμοι να αναλάβουν πρωτοβουλίες, αν και ήταν λειτουργικοί και αποτελεσματικοί στο παρελθόν.

Οι επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης στο Ηνωμένο Βασίλειο στην Αυστραλία και στις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν συχνά αρνητικές στάσεις απέναντι στους ηλικιωμένους (Aiken, 1997, Morris & Minicheillo, 1992). Είναι πιθανό οι νοσηλευτές να αποθαρρυνθούν από την αρνητική εικόνα των ηλικιωμένων και να μην επιλέξουν να ασχοληθούν επαγγελματικά με τη γεροντολογική νοσηλευτική (Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α., 1999). Πολύ συχνά η εργασία με ηλικιωμένους δεν φαίνεται ελκυστική καθώς ανταποκρίνονται αργά στη θεραπεία. Δεν υπάρχει θεραπεία για τη γήρανση και η συνεργασία

με τους ηλικιωμένους είναι απίθανο να προσφέρει πολλές ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης. Η παροχή κακής υγειονομικής περίθαλψης υπάρχει λόγω της αρνητικής στάσης των επαγγελματιών υγείας έναντι των ηλικιωμένων. Η τάση να αντιμετωπίζονται οι ηλικιωμένοι ως παιδιά κυριαρχεί (Hockey & James 1993). Η ενθάρρυνση της εξάρτησης των ηλικιωμένων παρά της αυτονομίας τους μπορεί να οδηγήσει σε πλημμελή φροντίδα.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, κατά την δεκαετία του 1990 αναπτύχθηκε μια νέα θετική στάση απέναντι στη γήρανση. Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζονται σύμφωνα με το νέο μοντέλο ως υγιείς, οικονομικά ανεξάρτητοι και χωρίς να χρειάζεται να συμμετέχουν στην αγορά εργασίας. Το συγκεκριμένο μοντέλο παραμορφώνει την τρέχουσα πραγματικότητα της διαδικασίας γήρανσης και το τελικό στάδιο της ζωής σε σχέση με το παραδοσιακό αρνητικό στερεότυπο που επικρατεί. Μέσω της εικόνας δημιουργήθηκαν ακρωνύμια για τους ηλικιωμένους όπως οι GLAM, οι οποίοι έχουν αρκετό ελεύθερο χρόνο και είναι μέρος της μεσαίας τάξης, οι OPAIs, ηλικιωμένοι με ευεξία και οι JOLLIEs, ηλικιωμένοι που ανήκουν στην υψηλή κοινωνία με τάση να συσσωρεύουν πλούτο. Τα προαναφερθέντα ακρωνύμια χρησιμοποιούνται ως επιχειρήματα για τον περιορισμό της παροχής δημόσιας φροντίδας στους ηλικιωμένους με το σκεπτικό ότι δεν είναι απαραίτητη, επειδή οι ηλικιωμένοι διατηρούν ένα καλό επίπεδο υγείας ή επειδή εκείνοι που χρειάζονται υγειονομικές υπηρεσίες έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν. Δεν είναι βέβαιο εάν η βελτίωση της σχέσης μεταξύ των ηλικιωμένων και των επαγγελματιών υγείας οφείλεται στην καλύτερη εικόνα τους ή αν είναι το κριτήριο τους να επιλέξουν πολλοί εκπαιδευόμενοι επαγγελματίες υγείας να εργαστούν στον τομέα της γεροντολογίας (Brun F, Régner I., 2018).

2.5 Ηλικιακές διακρίσεις

Η διάκριση λόγω ηλικίας προέρχεται από στερεοτυπικές αντιλήψεις σχετικά με τις ικανότητες και τη νοοτροπία των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών. Μεταξύ άλλων, πολλοί πιστεύουν ότι οι ηλικιωμένοι είναι πιο συντηρητικοί από τους νεότερους, αντιστέκονται στην αλλαγή, αφομοιώνουν ποσότητα πληροφοριών σε χαμηλότερο ρυθμό, εργάζονται αναποτελεσματικά υπό πίεση και γενικά είναι λιγότερο παραγωγικοί. Αυτές οι στερεοτυπικές αντιλήψεις, όπως και άλλες, διαιωνίζονται μέσα από τα μηνύματα που λαμβάνει ο άνθρωπος σε μικρή ηλικία, ξεκινώντας με τα παραμύθια των παιδιών, τα κινούμενα σχέδια, τα βιβλία και αργότερα με τους μύθους, την τηλεόραση, τα κινηματογραφικά έργα, τις εφημερίδες και τα περιοδικά. Όλα τα μηνύματα επηρεάζουν περισσότερο το άτομο όταν δεν προάγουν την διδασκαλία αλλά την διασκέδαση (Lemaire et al., 2018).

Απαιτείται συστηματική ανάλυση αυτών των μηνυμάτων και σημαντική προσπάθεια για την αντικατάστασή τους με άλλα ουδέτερα μηνύματα που δεν δημιουργούν νέα στερεότυπα ή τουλάχιστον δεν διατηρούν τα υπάρχοντα. Οι προκαταλήψεις του γήρατος συνήθως οδηγούν σε λιγότερο ευνοϊκές κρίσεις, ανεξάρτητα από τις ικανότητες και τα χαρακτηριστικά τους. Οι δυσκολίες που προκύπτουν εξαιτίας των διακρίσεων γίνονται πιο περίπλοκες, καθώς πολλοί ηλικιωμένοι έχουν υιοθετήσει σχετικές στερεότυπες αντιλήψεις, συνηθίζουν να έχουν λίγη εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους, δεν έχουν τόλμη να αγωνιστούν για τα δικαιώματά τους και ανέχονται τις διακρίσεις ως αναπόφευκτες. Επιπλέον, πολλοί άνθρωποι άνω των 65 ετών υπόκεινται σε διακρίσεις για άλλα χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η πιθανή τους αναπηρία, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, η φυλετική ή η εθνική καταγωγή. Φυσικά, πολλοί αντιμετωπίζουν σημαντικές διακρίσεις σε νεαρότερες ηλικίες εξαιτίας αυτών των χαρακτηριστικών, αλλά με την πάροδο του χρόνου προστίθεται μια ηλικιακή στρώση που μπορεί να προκαλέσει κοινωνικό αποκλεισμό ακόμη και από τις κοινότητες στις οποίες είχαν γίνει αποδεκτές. Επιπλέον, η διάκριση λόγω ηλικίας επιδεινώνεται από το χαμηλό μορφωτικό ή οικονομικό επίπεδο ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών (Wyller TB., 2018).

Πρόκειται για ένα είδος διακρίσεων που δεν μπορεί να αντισταθμιστεί από τη σχετική νομοθεσία, αν και αποτελεί πολύ σοβαρό κριτήριο όχι μόνο όσον αφορά στην απασχόληση αλλά και την πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγαθά. Το κοινωνικό κύρος των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών με υψηλό εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο τους επιτρέπει να αντιμετωπίσουν πολλές διακρίσεις λόγω ηλικίας που περιθωριοποιούν όσους δεν διαθέτουν τα απαραίτητα προσόντα. Η νομοθεσία που ισχύει στην Ελλάδα από τον Ιανουάριο του 2005 αφορά την εξάλειψη των διακρίσεων λόγω ηλικίας στην απασχόληση, αλλά δεν καλύπτει την εξάλειψη τέτοιων διακρίσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, της ασφάλισης και άλλων αγαθών, όπως έγινε στο Βέλγιο, τη Φινλανδία και την Ιρλανδία.

Η ηλικιακή διάκριση επηρεάζει όλους τους τομείς και τις δραστηριότητες των ηλικιωμένων. Βασίζεται σε ποικίλα στερεότυπα σχετικά με τις μειωμένες ικανότητες των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών, δημιουργεί σημαντικά εμπόδια στην εργασία, την εκπαίδευση, την αποτελεσματική ιατρική περίθαλψη και την ολοκληρωμένη ζωή των ηλικιωμένων. Φυσικά, οι ηλικιακές διακρίσεις και τα ηλικιακά εμπόδια είναι αποδεκτά από πολλούς ανθρώπους ηλικίας άνω των 65 ετών, οι οποίοι καταλήγουν να αυτοαποκλεισθούν από πολλές δραστηριότητες και επιλογές.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν υπάρχουν μόνο διακρίσεις λόγω ηλικίας αλλά και διαφορετικοί συνδυασμοί διακρίσεων λόγω ηλικίας με βάση τις φυλετικές διακρίσεις, τις διακρίσεις λόγω αναπηρίας, τις εθνικιστικές, τις θρησκευτικές διακρίσεις, τις ρατσιστικές διακρίσεις, τις διακρίσεις λόγω φύλου και τις διακρίσεις λόγω επιπέδου εκπαίδευσης και εισοδήματος. Οι συγκεκριμένοι πολλαπλοί συνδυασμοί αποτελούν τις πολλαπλές διακρίσεις που παρά τη μεγάλη σημασία τους δεν έχουν ακόμη μελετηθεί επαρκώς και δεν υπάρχουν νομικοί και ουσιαστικοί τρόποι αντιμετώπισής τους (Wyller TB., 2018).

2.5.1 Άμεσες και έμμεσες διακρίσεις.

Άμεσες διακρίσεις θεωρούνται οι προκαταλήψεις που έχουν αποδειχθεί είτε σαφώς και κατηγορηματικώς σε υφιστάμενους κανονισμούς είτε από συνήθεια. Στις παρούσες διακρίσεις, τα άτομα άνω των 65 ετών είναι λιγότερο ευνοημένα με βάση την ηλικία τους και ανεξάρτητα από τις ικανότητες και τα χαρακτηριστικά τους. Η έμμεση διάκριση αναφέρεται σε μια συνθήκη ή προϋπόθεση, η οποία ισχύει για όλους, έχει δυσανάλογη επίπτωση στους ανθρώπους ηλικίας άνω των 65 ετών. Οι μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούν στη συντομότερη νοσηλεία είναι πιθανό να βλάψουν τους ηλικιωμένους που χρειάζονται μεγαλύτερη περίοδο ανάκαμψης. Άλλες μορφές έμμεσης διάκρισης είναι, για παράδειγμα, άτομα άνω των 65 ετών που δεν είναι εξοικειωμένα με τους υπολογιστές και την ψηφιακή επικοινωνία. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, οι εργοδότες αποκλείουν τους ηλικιωμένους από την εργασία επειδή δεν μπορούν να χειριστούν την ψηφιακή επικοινωνία και όχι λόγω της ηλικίας τους.

2.5.2. Κρυφές και ύπουλες διακρίσεις.

Ένας άλλος τύπος διακρίσεων λόγω ηλικίας είναι οι κρυφές και ύπουλες, που δημιουργούν άγχος και μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τους ηλικιωμένους, με αποτέλεσμα να έχουν δυσκολίες στις προσωπικές τους σχέσεις και στην παραγωγικότητα ή ακόμη και να βγουν από την εργασία. Τέτοιες διακρίσεις περιλαμβάνουν διάφορους τρόπους παρενόχλησης ή εκφοβισμού, όπως ψευδείς φήμες που αποσκοπούν στη δυσφήμιση των ηλικιωμένων εργαζομένων, χρήση υποτιμητικών ή προσβλητικών παρατηρήσεων, "αστεισμούς" για την ανικανότητα των ηλικιωμένων, απειλές, βία, ακόμη και σωματική κακομεταχείριση (Wyller TB., 2018).

2.5.3. Διακρίσεις κατά των γυναικών.

Οι γυναίκες ηλικίας άνω των 65 ετών αποτελούν την πλειοψηφία, αντιμετωπίζουν συχνά διπλές διακρίσεις, ως γυναίκες και ως ηλικιωμένοι, και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο φτώχειας από τους ηλικιωμένους άνδρες. Κατά μέσο όρο, στην Ευρώπη, το εισόδημά τους μετά τη συνταξιοδότηση ανέρχεται μόλις στο 57% του εισοδήματος σε σχέση με των ανδρών και είναι πιθανώς ακόμα χαμηλότερο στην Ελλάδα. Επιπλέον, οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν πολύ λιγότερες πιθανότητες να αποκτήσουν πρόσβαση στην αγορά αυτοκινήτων από ότι οι ηλικιωμένοι άνδρες και πολύ πιο συχνά παραμένουν μόνες τους (Lemaire et al., 2018).

Η προκατάληψη ότι η γήρανση είναι μια άχρηστη, θλιβερή κατάσταση επηρεάζει πολύ αρνητικά τους ανθρώπους κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ποια είναι λοιπόν η αξία της ενήλικης ζωής, αν τελικά παραχωρείται η θέση της σε μια τέτοια κατάσταση; Στη ζωή του ατόμου επιδιώκεται όχι μόνο ο αυτοσεβασμός, αλλά και ο σεβασμός προς τους άλλους. Η χρησιμότητα, η ικανότητα απόλαυσης νέων καταστάσεων και προκλήσεων αποτελούν στόχο του ατόμου. Επιχειρείται η πλήρης εκμετάλλευση των δυνατοτήτων του, αποτέλεσμα τόσο των ισχυρών φυσικών αναγκών όσο και της υπερβολικής πίεσης και έντασης. Επιδιώκει να υπονομεύσει τους άλλους επηρεάζοντας αξίες όπως ο σεβασμός η αξιοπρέπεια και η προσωπικότητα και των ηλικιωμένων και κάθε ατόμου γενικότερα. Χρειάζεται η συνεχής υπενθύμιση πως κάθε άτομο είναι μια μοναδική, βιολογική, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική οντότητα, εξαρτώμενη από τις εμπειρίες τους. Επιπροσθέτως, χρειάζεται να παρέχονται ίσες ευκαιρίες για την ανάπτυξη και την άσκηση των ικανοτήτων των ηλικιωμένων με στόχο την κάλυψη ή την ελαχιστοποίηση των αναγκών τους (Sanhope, Lancaster, 2009).

Το άρθρο 25 του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης θεσπίζει το δικαίωμα των ηλικιωμένων να διάγουν μια αξιοπρεπή και ανεξάρτητη ζωή και να συμμετέχουν στην κοινωνική και πολιτιστική ζωή. Το κράτος χρειάζεται να διασφαλίσει ότι κάθε πολίτης έχει δικαίωμα σε αξιοπρεπές βιοτικό επίπεδο, να παρέχει υπηρεσίες σε ευάλωτες και ευαίσθητες ομάδες όπως οι ηλικιωμένοι, να ενθαρρύνει, να ενισχύει τους δεσμούς των ηλικιωμένων με την οικογένειά τους και την κοινότητα, να απαγορεύει σε όλους μορφές διακρίσεων και παραβίασης των αξιών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ηλικιωμένοι έχουν το δικαίωμα να εργάζονται. Η διευκόλυνση της ολικής ή μερικής εργασίας για τους ηλικιωμένους, όπου υπάρχει στενό εργατικό δυναμικό, θα ωφελήσει τόσο την οικονομική ανάπτυξη όσο και τους ηλικιωμένους που προτιμούν να συνεχίσουν την οικονομική τους δραστηριότητα (Lemaire et al., 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Μεταβολές και προβλήματα υγείας κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας.

3.1 Οι μεταβολές τις τρίτης ηλικίας

Οι βιολογικές αλλαγές είναι αποφασιστικές στο γήρας και πραγματοποιούνται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου. Ο βασικός μεταβολισμός επιβραδύνεται, το σώμα χάνει τον μυϊκό ιστό, ενώ ο λιπώδης ιστός αυξάνεται αναλογικά. Ένας άνδρας που ήταν 70 κιλά όταν ήταν 40 ετών και διατήρησε το ίδιο βάρος στα 70 χρονών θα έχει περισσότερο λιπαρά και λιγότερο μυϊκό ιστό. Τα οστά είναι λιγότερο ανθεκτικά, κυρίως όταν υπάρχει σημαντικός βαθμός οστεοπόρωσης. Η στάση του σώματος συχνά αλλάζει, οδηγώντας σε πιο αργή και πιο επίπονη βάδιση και κινήσεις. Οι κινήσεις που γίνονταν αυτόματα σε νεότερες ηλικίες απαιτούν πλέον μεγάλη προσοχή και προσπάθεια.

Τα αιμοφόρα αγγεία χάνουν μεγάλο μέρος της ευελιξίας τους, έτσι ώστε η κυκλοφορία του αίματος να είναι μειωμένη. Πολλοί περιφερειακοί ιστοί έχουν χαμηλότερη αιμάτωση με την πάροδο του χρόνου. Το ίδιο ισχύει και για το ήπαρ, το οποίο αν και έχει μια πιθανή λειτουργία συγκρίσιμη με εκείνη της νεότερης ηλικίας, μπορεί να φιλτράρει το αίμα με ταχύτερο ρυθμό, λόγω της μειωμένης άρδευσης. Οι νεφροί συχνά επιβαρύνονται, ακόμη και αν η νεφρική απέκκριση είναι εντός της κανονικής κλίμακας (Sadana R., 2016).

Το δέρμα τείνει να λεπτύνει και χάνει την ελαστικότητα και τη φλεγμονή που είχε στις νεότερες ηλικίες. Η μείωση της οπτικής και ακουστικής οξύτητας παρατηρείται συχνά, και μπορεί να διορθωθεί μόνο μερικώς με τη χρήση γυαλιών ή ακουστικών βοηθημάτων.

Ο εγκέφαλος επηρεάζεται εξίσου. Οι μετωπικοί λοβοί δείχνουν συχνά χαμηλό επίπεδο ατροφίας, όπως και ο ιππόκαμπος. Οι αλλαγές μπορούν να εξηγήσουν τη γήρανση των ηλικιωμένων αλλά και τις γνωστικές αλλαγές που συμβαίνουν σε αυτούς, όπως προβλήματα λειτουργικής μνήμης, δυσκολία στην απομνημόνευση, στην εκμάθηση νέων πληροφοριών και δυσκολίες στην εκτίμηση χωρικών παραμέτρων οπτικής πληροφορίας. Οι λειτουργικές μελέτες νευροαπεικόνισης έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι χρειάζεται να χρησιμοποιούν μεγαλύτερο αριθμό νευρωνικών κυκλωμάτων για να εκτελούν μια λειτουργία σε σχέση με τους νεότερους ενήλικες. Το εύρημα εξηγεί γιατί η έκθεση σε νέα ερεθίσματα μπορεί να

δημιουργήσει αισθητηριακές συνθήκες υπερφόρτωσης σε ένα ηλικιωμένο άτομο (Puvill T. et al., 2017).

Οι ψυχολογικές αλλαγές είναι εξίσου σημαντικές. Οι ηλικιωμένοι έχουν αποκτήσει σοφία μέσα από τις εμπειρίες της ζωής και μπορούν να αντιμετωπίσουν συναισθηματικά ή πρακτικά προβλήματα με περισσότερη σύνεση και στωικότητα από ότι όταν ήταν νεότεροι. Η γήρανση είναι μια περίοδος ενδοσκόπησης και εκτίμησης της πορείας του ατόμου. Η αίσθηση ότι ο άνθρωπος έχει ζήσει και ζει σε μια ολοκληρωμένη ζωή, που χαρακτηρίζεται από μια θετική ισορροπία των επιτευγμάτων και της προσφοράς, μπορεί να δημιουργήσει μια ψυχολογική κατάσταση ευημερίας. Σε αντίθεση με όσα πιστεύουν πολλοί, η γήρανση μπορεί να είναι η πιο ευχάριστη και συναισθηματική περίοδος σε μια ανθρώπινη ζωή.

Από την άλλη πλευρά, ανεκπλήρωτες επιθυμίες και στόχοι που δεν έχουν επιτευχθεί μπορούν να δημιουργήσουν μια απαισιόδοξη ψυχολογική κατάσταση. Το άγχος του θανάτου, που υπάρχει σε όλες τις ηλικίες, γίνεται όλο και πιο έντονο καθώς ο άνθρωπος προσεγγίζει το τελικό στάδιο της ζωής του.

Οι φυσικές ασθένειες, οι οποίες είναι στατιστικώς συχνότερες στη γήρανση, ενδέχεται να επηρεάσουν δυσμενώς την ανθρώπινη ψυχολογική κατάσταση. Το άγχος του θανάτου μετατρέπεται σε φόβο ενός επικείμενου θανάτου. Ακόμα πιο δυσάρεστο είναι το αίσθημα της ανικανότητας και της αναπηρίας ενός χρόνιου ασθενούς, καθώς και η αίσθηση ότι ο ασθενής επιβαρύνει τους συγγενείς που τον φροντίζουν (Davis GC et al., 2002).

Η κοινωνική αλλαγή διαδραματίζει ειδικό ρόλο. Η γήρανση χαρακτηρίζεται από τον αυξανόμενο αριθμό οικογενειακών και φιλικών απωλειών, με απώλειες αιχμής από εκείνες του συνεργάτη. Η θλίψη που ένας ηλικιωμένος έχει να αντιμετωπίσει συναισθηματικά είναι πολύ πιο ανυπόφορη σε σχέση με τις νεότερες ηλικίες. Ο αντίκτυπος των απωλειών στην κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων μπορεί να περιορίσει σε μεγάλο βαθμό τις δραστηριότητές τους, οδηγώντας τους στην απομόνωση. Η κακή φυσική κατάσταση και ιδιαίτερα τα νευρολογικά, ορθοπεδικά ή ρευματικά προβλήματα μπορούν να περιορίσουν την κινητικότητα των ηλικιωμένων, οδηγώντας τους στον αποκλεισμό από δραστηριότητες που χρειάζεται ή επιθυμούν να έχουν (Rice, 2005).

Η οικονομική κατάσταση των περισσότερων ηλικιωμένων είναι χειρότερη από ότι όταν ήταν νεότεροι. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν εργάζονται, αλλά λαμβάνουν κάποια μορφή σύνταξης, που συχνά δεν τους επιτρέπει να συνεχίσουν να έχουν το βιοτικό επίπεδο που είχαν σε νεότερη ηλικία. Αναγκάζονται να κάνουν πολλές αλλαγές στον τρόπο ζωής τους,

κάτι που μπορεί να είναι δύσκολο. Ο πληθυσμός ηλικιωμένων που μετά από μια ζωή που προσφέρουν στην οικογένειά τους, αναγκάζονται να αναζητήσουν οικονομική στήριξη από τα παιδιά τους είναι αυξημένος (Puvill T et al., 2017).

Η μεγαλύτερη σωματική και συχνά οικονομική ευελιξία των ηλικιωμένων τους αντιμετωπίζει το βίαιο, αλλά δυστυχώς όχι σπάνιο, φαινόμενο κακοποίησης. Η κατάχρηση μπορεί να είναι σωματική, αλλά πιο συχνά είναι ψυχολογική. Ο δράστης μπορεί να είναι κάποιος με τον οποίο οι ηλικιωμένοι δημιούργησαν σχέσεις αναγκαστικής εξάρτησης, συνήθως συγγενείς, ακόμη και πολύ στενός.

Εκτός από όλες τις περιγραφόμενες αλλαγές, που μπορεί να έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία, χρειάζεται να γίνει αναφορά σε ορισμένα πολιτιστικά στοιχεία που διαμορφώνουν τη στάση της κοινωνίας απέναντι στους ηλικιωμένους και έχουν αποφασιστική επίδραση στην ποιότητα ζωής τους (Sadana R., 2016).

Στον δυτικό κόσμο υπάρχει μια κουλτούρα λατρείας των νέων, η οποία εκφράζεται με συμπεριφορές άρνησης προς τους ηλικιωμένους. Η γήρανση δεν αντιμετωπίζεται ως αυτό που είναι, ένα φυσιολογικό στάδιο της ζωής, αλλά ως μια ασθένεια που χρειάζεται να "θεραπευτεί" από την πλαστική χειρουργική και να "εξορκιστεί" από μια κακώς κατανοητή νεο-θεραπευτική συμπεριφορά. Ο νέος τύπος δυτικού ανθρώπου αρνείται κάθε είδους επαφή με τους ηλικιωμένους, επειδή τους θεωρεί μια λυπηρή εικόνα του μέλλοντος.

Στον δυτικό κόσμο, παρατηρείται μια αλλαγή στις οικογενειακές δομές για πολλές δεκαετίες. Οι οικογένειες είναι πλέον πυρηνικές και οι παλαιότερες γενιές δεν έχουν θέση σε αυτές. Σε αντίθεση με τις κοινωνίες της Ασίας και της Αφρικής, όπου οι ηλικιωμένοι απολαμβάνουν φροντίδα και σεβασμό και αντιμετωπίζονται ως πηγή και κληρονομιά σοφίας για τη νέα γενιά, οι δυτικές κοινωνίες βλέπουν τους ηλικιωμένους ως απαραίτητο αλλά ανεπιθύμητο βάρος, το μόνο καλό που μπορούν να προσφέρουν στη νέα γενιά είναι η υλική τους περιουσία. Όταν επικρατεί η παραπάνω κατάσταση και γίνεται αντιληπτή από τους ηλικιωμένους, τους αποξενώνει ακόμη περισσότερο και συχνά δημιουργεί εγχώριες διαμάχες, οι συνέπειες των οποίων συχνά σχετίζονται με την ψυχο-ιατρική δικαιοσύνη.

Όσο πιο δυτική είναι μια κοινωνία, τόσο πιο έντονα έχει τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Η Ελλάδα βρίσκεται σε πορεία προς τον εκδυτικισμό, με αποτέλεσμα οι προδιαγραφές συμπεριφοράς να μην είναι καθολικές. Σε κάθε περίπτωση, οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα δεν είναι προετοιμασμένοι για το νέο ρόλο που τους κατέχει η πλήρης δυτικοποίηση της χώρας μας. Σε άλλες δυτικές χώρες, για παράδειγμα στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι

ηλικιωμένοι γνωρίζουν εκ των προτέρων τη στάση της κοινωνίας απέναντί τους και φροντίζουν να οργανωθούν με τη δημιουργία συνθηκών οικονομικής αυτονομίας και αμοιβαίας υποστήριξης (Puvill T et al., 2017).

3.2 Προβλήματα υγείας ηλικιωμένων που οδηγούν σε ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Οι πολλαπλές χρόνιες ασθένειες, σε συνδυασμό με τη φυσιολογική επιδείνωση της διαδικασίας γήρανσης, είναι οι κύριοι αποσταθεροποιητικοί παράγοντες της ομοιότητας του σώματος. Με την πάροδο του χρόνου, οι προσαρμοστικοί μηχανισμοί του ατόμου αποδυναμώνονται, με αποτέλεσμα η ανισορροπία να συνοδεύεται από μια σειρά προβλημάτων που μπορούν να εξαλείψουν την άνεση και την ευημερία των ηλικιωμένων. Ένα πρόβλημα που είναι πιθανό να έχει θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα στην ευημερία ενός ηλικιωμένου μπορεί να είναι ο πόνος, η διαταραχή ύπνου, η εξασθένηση της κινητικότητας, οι πτώσεις, η κακή προσωπική υγιεινή, οι κατακλίσεις, η δυσλειτουργία του εντέρου και της κύστης, η απώλεια ούρων και τελικά τα προβλήματα διατροφής (Pallesen S., 2000).

3.2.1 Ο πόνος

Δεν υπάρχει αμφιβολία πως πολλές διαταραχές αποτελούν συχνό φαινόμενο στους ηλικιωμένους. Η Melding (1995) περιγράφει ορισμένους τύπους πόνου που είναι κοινοί στους ηλικιωμένους, όπως η στηθάγχη, η αρθρίτιδα, η σπονδυλική βλάβη, τα κατάγματα, η διαλείπουσα ασθένεια, η οστεοπόρωση, οι κακοήθειες, οι νευροπάθειες, η ασθένεια Paget. Ο πόνος μετά τον ακρωτηριασμό, ο συμπαθομιμητικός πόνος, η συμπαθητική δυστροφία, το θαλαμικό σύνδρομο, η νευραλγία τριδύμου και η ουρική αρθρίτιδα αναφέρονται από τον McKenzie (1985) και οι Matterson & McConneli (1988) προσθέτουν στη στεφανιαία νόσο, την κατάθλιψη και τη δυσκοιλιότητα.

Ο πόνος αποτελεί κύριο σύμπτωμα και η φροντίδα των ασθενών που πάσχουν συχνά αποτελεί κεντρικό μέρος του ρόλου του νοσηλευτή. Ο πόνος, ωστόσο, χαρακτηρίστηκε ως η μεγαλύτερη πρόκληση για τη σύγχρονη ιατρική, και αυτό ισχύει εξίσου για τη νοσηλευτική φροντίδα. Μέρος της πρόκλησης έγκειται στην πολυπλοκότητα του πόνου καθώς είναι κάτι πιο περίπλοκο και δυναμικό από μια απλή αντίδραση σε ένα ερέθισμα. Περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων και έτσι το αίσθημα του πόνου είναι ξεχωριστό και μοναδικό. Καθώς άλλοι δεν μπορούν να εκτιμήσουν άμεσα αυτό το

συναίσθημα, χρειάζεται να αναφερθεί πως ο πόνος είναι επίσης υποκειμενικός (Melzack & Wall 1998, Woodhead & Wicker, 2005).

Ο πόνος είναι μια δυσάρεστη συναισθηματικά εμπειρία που προέρχεται από την ιδέα της επώδυνης διέγερσης. Αποτελεί ένα περίπλοκο φαινόμενο, που είναι δύσκολο να οριστεί με την απλή λογική του πόνου, η οποία αποτελείται από τρία βασικά χαρακτηριστικά. Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι η αισθητήρια διάκριση, δηλαδή η αναγνώριση ενός οδυνηρού συναισθήματος από το άτομο, αποτελεί την υποκειμενική εκτίμηση του πόνου. Το δεύτερο χαρακτηριστικό είναι αυτό της συναισθηματικής κινητοποίησης, κατά την οποία το άτομο αντιδρά με το συναίσθημα ως απάντηση στην εμπειρία του πόνου. Είναι η αντικειμενική εκτίμηση του πόνου. Τέλος, το τρίτο χαρακτηριστικό είναι γνωστικό, περιλαμβάνει παρελθοντικές εμπειρίες πόνου, συμπεριφορές, αντιδράσεις στον πόνο και την σημασία του πόνου για το άτομο (McCaffery M, Beebe A 1989).

Η ιδέα ότι ο πόνος και η γήρανση συνάδουν είναι μια ευρέως διαδεδομένη αντίληψη. Η Closs (1994) διαπίστωσε ότι σχεδόν το ένα τρίτο των νοσηλευτών στην έρευνά της από 208 νοσηλευτές θεωρεί ότι ο πόνος και η αγωνία ήταν αναπόφευκτες συνέπειες της γήρανσης. Η συγκεκριμένη άποψη βρίσκει σύμφωνους ορισμένους ηλικιωμένους. Μια ομάδα εργασίας που συμπεριέλαβε ηλικιωμένους ανέδειξε ότι οι προσδοκίες που σχετίζονται με την ηλικία, συμπεριλαμβάνουν την άποψη ότι ο πόνος είναι ένα φυσιολογικό μέρος της γήρανσης (Davis et al 2002).

3.2.2 Διαταραχές ύπνου

Η διαδικασία του ύπνου αποτελεί ένα σύνθετο και οργανωμένο φαινόμενο, η δομή του τείνει να αλλάζει με την πάροδο των ετών και είναι δύσκολο να καθοριστεί και η λειτουργία του είναι ανεπαρκώς κατανοητή. Μπορεί όμως να θεωρηθεί ως μια μεταβαλλόμενη κατάσταση συνείδησης στην οποία ο εγκέφαλος βρίσκεται σε κατάσταση μειωμένης ανταπόκρισης στις παρορμήσεις του έξω κόσμου. Ο ύπνος αποτελεί την φυσική κατάσταση της απώλειας συνείδησης. Είναι μια φυσική επαναλαμβανόμενη διαδικασία πολύ σημαντική για τη διατήρηση της ανθρώπινης σωματικής και ψυχικής υγείας. Κατά την διάρκεια του ύπνου, ο άνθρωπος καταναλώνει περίπου το ένα τρίτο της ζωής του. Η ανάγκη για ύπνο ποικίλει και εξαρτάται από την ηλικία, τη δραστηριότητα και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου.

Ο ύπνος ορίζεται ως περίοδος χαλάρωσης παρόμοια με κώμα. Οι σύγχρονοι κλινικοί ερευνητές έχουν διαπιστώσει ότι το άτομο κατά την διάρκεια του ύπνου είναι ασυνείδητο. Επιπλέον η αντίληψη του περιβάλλοντος μειώνεται αλλά δεν απουσιάζει. Ο ύπνος θα

μπορούσε ακόμα να οριστεί ως μια προσωρινή, περιοδική διακοπή ή διακοπή της κατάστασης αφύπνισης σε υγιή άτομα (Horne, 2001).

Υπάρχει γενική αποδοχή ότι η γήρανση συνοδεύεται από αύξηση της διαταραχής του ύπνου. Τα παράπονα των ηλικιωμένων για τον ανεπαρκή ύπνο είναι κοινά, αιτιολογώντας την αυξημένη χρήση των υπνωτικών φαρμάκων στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Παρά τις διαβεβαιώσεις των συγγενών των ηλικιωμένων ότι ο ύπνος είναι επαρκής στις πρόσφατες μελέτες, αναφέρεται ότι η προχωρημένη ηλικία συνοδεύεται από ποσοτική και ποιοτική μείωση του ύπνου.

Οι διαταραχές ύπνου χωρίζονται σε 4 κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει διαταραχές ύπνου και εκδηλώσεις εμφάνισης. Συνήθως οι αιτίες είναι ο θόρυβος, ο πόνος, το άγχος, η άνοια, η κατάθλιψη ή το άγχος. Στη δεύτερη κατηγορία παρουσιάζονται διαταραχές που συμβαίνουν λόγω υπερβολικού ύπνου και προκαλούνται από υπερβολική χρήση ναρκωτικών. Διαταραχές του κύκλου αφύπνισης όπως η άνοια ή το παραλήρημα ανήκουν στην τρίτη κατηγορία. Τέλος, στην τέταρτη κατηγορία ανήκουν οι διαταραχές του ύπνου, με φάσεις ύπνου και μερικής αφυπνίσεως, όπως η υπνοβασία ή οι κρίσεις ύπνου (McCurry *et al.*, 2000).

Οι πιο συνηθισμένες αιτίες της διαταραχής ύπνου καθιερώνονται ή εκδηλώνονται ως σύμπτωμα ειδικών ασθενειών. Τα υπνωτικά φάρμακα συχνά προκαλούν διαταραχές του ύπνου ενώ μειώνουν την ποιότητά του και τη φάση REM. Οι πιο κοινές αιτίες της αϋπνίας είναι περιβαλλοντικές, όπως ο θόρυβος, η θερμοκρασία ή ο φωτισμός. Ίσως να είναι ψυχολογικά, όπως το άγχος, η μελαγχολία, ο θυμός ή ο φόβος. Τέλος, οι αιτίες μπορεί να είναι φυσικές, όπως πόνος, πείνα, δίψα, ταλαιπωρία, η πληρότητα της ουροδόχου κύστης (Pallesen *et al.*, 2002).

3.2.3 Διαταραχές κινητικότητας

Η ικανότητα μετακίνησης των ηλικιωμένων άνετα και ελεύθερα αποτελεί πολύτιμο πλεονέκτημα. Δυστυχώς, η απεριόριστη κινητικότητα δεν είναι πάντοτε δυνατή στους ηλικιωμένους, καθώς η λειτουργικότητα όλων των συστημάτων του σώματος υποβάλλονται άμεσα ή έμμεσα σε περιοδικές αλλαγές που επηρεάζουν τη στάση του σώματος. Ο περιορισμός της κινητικότητας επηρεάζει άμεσα την ανεξαρτησία και την ασφάλεια των ηλικιωμένων, τους εκθέτει σε υψηλό κίνδυνο και τους υποτάσσει σε αρνητικές βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές συνέπειες.

Η κινητικότητα είναι μια πολύπλοκη λειτουργία που εξαρτάται από την εύρυθμη λειτουργία πολλών φυσικών, γνωστικών και άλλων παραγόντων που αντιδρούν στο περιβάλλον. Η Middle ορίζει την επιδεινωμένη κινητικότητα ως μια κατάσταση στην οποία το άτομο αποκτά μια εμπειρία που περιορίζει την ικανότητά του να μετακινείται ανεξάρτητα. Στο θεωρητικό πλαίσιο της HOGUE, η κινητικότητα θεωρείται ως συνέπεια μιας αντίδρασης μεταξύ της ικανότητας ενός ατόμου και των περιβαλλοντικών πηγών. Παρά το θεραπευτικό της καθεστώ, το ιατρικό πρόγραμμα λειτουργεί πολύ συχνά ενάντια στην κινητικότητα των ηλικιωμένων. Για παράδειγμα, οι χειρουργικές παρεμβάσεις, τα μέτρα φυσικής και χημικής συγκράτησης, η συνεχιζόμενη ενδοφλέβια φαρμακοθεραπεία, ο μόνιμος ανιχνευτής κύστης, η ανάγκη για συνεχή έκκριση και η οξυγονοθεραπεία καθλώνουν τον ηλικιωμένο στο κρεβάτι (Fiatarone *et al.*, 1994).

Η κινητικότητα των ηλικιωμένων μπορεί να επηρεάζεται από τα χαρακτηριστικά του προσωπικού. Ο αριθμός, οι γνώσεις, οι δεξιότητες και ο τύπος περίθαλψης που παρέχεται από το προσωπικό, εάν δεν πληρούν τα κριτήρια που προβλέπονται για τη φροντίδα, μπορεί να επιδεινώσουν και όχι να βοηθήσουν στη διατήρηση της κινητικότητας. Η εξασθένηση της κινητικότητας μπορεί να οφείλεται στον περιορισμό των κινήσεων των αρθρώσεων, στη μόνιμη συστολή των μυών και στην απώλεια μυϊκής δύναμης και αντοχής. Η υποβάθμιση της οστικής μάζας και της αντοχής και η υποβάθμιση της ακεραιότητας του δέρματος αντιτίθενται ακόμα στη διατήρηση της κινητικότητας. Η ανάπτυξη αναπνευστικών, καρδιαγγειακών και ουρολογικών επιπλοκών καθώς και η εκδήλωση της κατάθλιψης, η αλλαγή της συμπεριφοράς και η μειωμένη αντίληψη, η αμέλεια της ατομικής υγιεινής και εμφάνισης αποτελούν απειλή για τη διατήρηση της κινητικότητας (Redfern & Ross, 2011).

3.2.4 Νόσος Parkinson

Η νόσος του Πάρκινσον είναι μια ανωμαλία της θέσης και της κίνησης του σώματος. Παθοφυσιολογικά σχετίζεται με την απουσία της χαμηλής συγκέντρωσης ντοπαμίνης, η οποία είναι μια ουσία νευροδιαβιβαστών που υπάρχει στα βασικά γάγγλια. Τα χαρακτηριστικά της νόσου οφείλονται στον εκφυλισμό των νευρικών κυττάρων του εξωπυραμιδικού, ιδιαίτερα των βασικών γαγγλίων και των πυρήνων του ανώτερου εγκεφαλικού στελέχους.

Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της νόσου είναι ο τρόμος, η μυϊκή δυσκαμψία και η αδυναμία να ξεκινήσει η κίνηση και να τα εκτελέσει γρήγορα και αποτελεσματικά. Αρχίζει στη μέση ηλικία, με μείωση σε όλες τις κινήσεις, μαζί με πόνο στους μυς και τους βραχίονες.

Η δυσκαμψία και η αδυναμία να ξεκινήσουν οι κινήσεις επιδεινώνονται με αποτέλεσμα ο ασθενής να δυσκολεύεται να ανυψώσει το βραχίονα, να χτενίσει τα μαλλιά του πίσω, να σηκωθεί από την καρέκλα ή να γυρίσει απότομα. Τα γράμματα των χειρόγραφων του γίνονται όλο και μικρότερα και η ομιλία του είναι ελάχιστα ορατή (Faiz KW, Pihlstrøm L., 2017).

Ο τρόμος αρχίζει από τον αντίχειρα του ενός χεριού, είναι ρυθμικός και σταδιακά περιλαμβάνει τον καρπό, το υπόλοιπο χέρι και αργότερα το κάτω άκρο. Εμφανίζεται όταν ο ασθενής προσπαθεί να παραμείνει ακίνητος και με την πάροδο των ετών αυξάνει την ένταση έως ότου δεν μπορεί να ελεγχθεί. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα διαταράσσεται από την μεγάλη έκκριση σιέλων, την εφίδρωση και το λιπαρό δέρμα. Το πρόσωπο του είναι σαν μια μάσκα, τα βήματά του μικρά, και κλίνει προς τα εμπρός. Οι βραχίονες και τα κάτω άκρα κάμπτουν. Οι γρήγορες κινήσεις, απαραίτητες για τη διόρθωση των απότομων αλλαγών θέσης, είναι αδύνατες (Γεωργιάδης, 2006).

Συγκεκριμένα, οι δυσκολίες που θα μπορούσε να προκαλέσει η νόσος του Parkinson και η επίδρασή της στην ψυχολογία του ασθενούς μετέπειτα είναι εξαιρετικές. Η μείωση της δραστηριότητας, διαταραχή της φυσικής κινητικότητας λόγω μυϊκής δυσκαμψίας και αδυναμίας, ελλείψεις αυτοθεραπείας, τρόμος, κινητικές διαταραχές, δυσκοιλιότητα λόγω φαρμάκων και ακινητοποίηση αποτελούν προβλήματα. Η κυριότερη διατροφική ανισορροπία που οφείλεται στην αργή πρόσληψη τροφής, στις δυσκολίες μάσησης-κατάποσης και στις διαταραχές της επικοινωνίας με λόγια αποτελούν πιθανά προβλήματα (Faiz KW, Pihlstrøm L., 2017).

3.2.5 Η ύπαρξη ατυχημάτων-πτώση

Τα ατυχήματα αποτελούν τη μεγαλύτερη αιτία θανάτου για τους ηλικιωμένους. Η υψηλή συχνότητα των ατυχημάτων οφείλεται στο διανοητικό άγχος. Η αλλοιωμένη μνήμη και η αδυναμία προσανατολισμού εμφανίζονται με την πάροδο του χρόνου, με αποτέλεσμα τα άτομα της τρίτης ηλικίας να ξεχνούν ανοιχτές διαφορετικές ηλεκτρικές συσκευές, να παραλείπουν το βήμα της μπροστινής πόρτας του σπιτιού τους ή να κοιτάζουν δεξιά και αριστερά πριν διασχίσουν ένα δρόμο. Στη συνέχεια, η μειωμένη αντίδραση στα ερεθίσματα, όπως η κόρνα ενός αυτοκινήτου, η ξαφνική αντίδραση στην παρουσία κινδύνου και η μείωση της όρασης και της ακοής είναι πολύ συνηθισμένες αιτίες ατυχημάτων. Με την μείωση της όρασης, ο ηλικιωμένος είναι πιο ευαίσθητος σε κινδύνους χαμηλού φωτισμού, στη λάμψη του φωτός και διακατέχεται από μειωμένη ικανότητα νυχτερινής όρασης. Καθώς η απώλεια ακοής

αυξάνεται, ο ηλικιωμένος δεν δύναται να ακούσει σημάδια προειδοποίησης κινδύνου (Wallhagen, M., & Strawbridge, S. S. 2003). Τέλος, οι συχνές αιτίες ατυχημάτων περιλαμβάνουν την προσκόλληση σε συνήθειες και αντικείμενα. Οι ηλικιωμένοι σώζουν όλα όσα έχουν, έτσι ώστε να μην αποκόπτονται από το παρελθόν ή επειδή δεν μπορούν να τα αποχωριστούν με αποτέλεσμα να διατρέχουν τον κίνδυνο αποκλεισμού λόγω πυρκαγιάς ή πτώσης. Εξακολουθούν να διατηρούν παρελθοντικές συνήθειες, αλλά η συνέχισή τους, τους θέτει σε κίνδυνο λόγω της βιολογικής ποικιλομορφίας τους (Σαχίνη και συν., 2004).

Όσον αφορά στα εμπόδια που προέρχονται από το άγχος και την ψυχολογική διαταραχή, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι εξοικειωμένοι με την ιδέα πως κάποια στιγμή υπάρχει μεγάλη πιθανότητα πτώσης ακόμα και αν δεν το παραδέχονται. Για πάρα πολλούς ηλικιωμένους, η αποφυγή πτώσεων μπορεί να είναι στις καθημερινές δραστηριότητές τους, υπό την έννοια ότι διατηρούν την προσοχή τους στο δρόμο στους καθημερινούς τους περιπάτους, και βλέπουν τα εμπόδια. Η παραπάνω φοβία αποτελεί έναν από τους λόγους που μπορεί οδηγήσει στην μείωση των δραστηριοτήτων τους, με αποτέλεσμα τη μειωμένη ποιότητας ζωής και την απομόνωσή τους. Η έμφαση στην πτώση μπορεί να αποτελέσει σημαντικό εμπόδιο στην κινητικότητα των ηλικιωμένων, καθώς είναι άμεσα συνδεδεμένο με την αστάθεια και προκαλεί φόβους για το μέλλον και τις συνέπειές του (Simpson *et al.*, 2003).

Σε μια έρευνα που διεξήχθη στην Αγγλία το 2001, τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από ένα συστηματικά επιλεγμένο δείγμα ενηλίκων ηλικίας άνω των 65 ετών, οι πτώσεις αναδείχθηκαν το πιο συνηθισμένο μεγάλο ατύχημα στην ηλικιακή ομάδα, αν και το ποσοστό δειγματοληψίας ανέφερε σημαντική πτώση κατά τους τελευταίους 6 μήνες, ήταν χαμηλό: άντρες 2%, γυναίκες 4%. Τα ποσοστά αυξάνονται με την ηλικία τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, με μεγαλύτερη συχνότητα στον γυναικείο πληθυσμό. Το συνηθέστερο ποσοστό είναι ότι ένας στους τρεις ανθρώπους άνω των 65 ετών πέφτει κάθε χρόνο, αλλά μερικοί πέφτουν αρκετές φορές (Malbutt & Falaschetti, 2003).

Αναφέρεται ότι περίπου το 50% των πτώσεων μεταξύ των ηλικιωμένων που είναι ανεξάρτητοι συμβαίνουν κατά τις καθημερινές τους δραστηριότητες μέσα ή γύρω από το σπίτι. Σε ιδρύματα όπου οι ηλικιωμένοι είναι ασθενέστεροι και πιο ευάλωτοι, οι αλλαγές στις θέσεις είναι πολύ επικίνδυνες για αυτούς και για τους φροντιστές. Αλλά όταν ληφθούν υπόψη μικρές πτώσεις, αρκετές μελέτες δείχνουν ότι συμβαίνουν πολλά περισσότερα σε σπίτια και ότι ένα άτομο με παλαιότερο εγκεφαλικό επεισόδιο ή ένα άτομο που πάσχει από νόσο του Parkinson είναι ιδιαίτερα επιρρεπές. Αν και το συνολικό ποσοστό σημαντικών μειώσεων μπορεί να είναι

χαμηλό, το κόστος για τις υπηρεσίες υγείας γενικά μπορεί να είναι πολύ υψηλό. Το μεγαλύτερο κόστος όμως είναι η απειλή για την ευημερία των ηλικιωμένων (Lord et al, 2001).

Η Επιτροπή Προστασίας Υγείας αναγνωρίζει το πρόβλημα και ειδικότερα ο κανονισμός 6 αναφέρει ότι χρειάζεται να αναληφθεί δράση για την πρόληψη των πτώσεων, τη μείωση των καταγμάτων ή άλλων τραυματισμών. Οι ηλικιωμένοι που έχουν πέσει χρειάζεται να λάβουν αποτελεσματική θεραπεία και αποκατάσταση και, φυσικά, οι άνθρωποι που φροντίζουν για αυτούς, οφείλουν να λαμβάνουν συμβουλές σχετικά με την πρόληψη από μια εξειδικευμένη υπηρεσία πτώσης. Αναγνωρίζει ακόμα το επίσημο αποτέλεσμα, ότι ο φόβος της πτώσης της ευημερίας των ηλικιωμένων μπορεί να έχει και θέτει τον φόβο μιας επικείμενης πτώσης ως δείκτη αναφοράς στις υπηρεσίες πτώσεων. Οι φυσιοθεραπευτές, οι επαγγελματίες θεραπευτές και οι νοσηλευτές είναι βασικά μέλη των ομάδων υπηρεσιών για τις πτώσεις.

Είναι πιθανό πως οι νέοι άνθρωποι θα βιώσουν μια πτώση λόγω ενός μεμονωμένου περιστατικού, όπως είναι ένα παράπτωμα. Εντούτοις, όσον αφορά στην πτώση των ευπαθών ομάδων, προκύπτουν από την αλληλεπίδραση μακροπρόθεσμων και βραχυπρόθεσμων παραγόντων προδιάθεσης και περιβάλλοντος, δηλαδή οι πτώσεις τους έχουν πολυπαραγοντική προέλευση (Tinneti, 2003). Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι μερικοί άνθρωποι ήδη πάσχουν από χρόνια προβλήματα, έχουν έλλειψη καλής φυσικής κατάστασης ή γενικά έχουν μακροπρόθεσμο κίνδυνο να προκαλέσουν απώλεια ισορροπίας. Επιπλέον υπάρχουν βραχυπρόθεσμοι παράγοντες που προδιαθέτουν την πτώση, όπως οξεία λοίμωξη που μπορεί να περιπλέξει την υγεία του ατόμου. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορεί να είναι ένα υγρό, ολισθηρό δάπεδο, ένα έπιπλο προσωρινά έξω από τη συνήθη τοποθεσία του, μια ξαφνική ώθηση ή να σηκώσει ένα πεσμένο αντικείμενο.

Η έρευνα δείχνει ότι υπάρχουν παράγοντες παρακμής που δεν μπορούν να παρεμποδιστούν, όπως η ηλικία του ατόμου. Συγκεκριμένα, η ηλικία άνω των 80 ετών ή η ύπαρξη ιστορικών πτώσεων και άλλες δυσκολίες όπως η μυϊκή αδυναμία, οι διαταραχές του βάδισης, η ανισορροπία και τα οπτικά προβλήματα μπορούν να ομαδοποιηθούν ως απειλές για τη σταθερότητα της θέσης. Τα φάρμακα συχνά εμπλέκονται λόγω μεγάλης πιθανότητας καταστολής του κεντρικού νευρικού συστήματος ή της μείωσης της αρτηριακής πίεσης, διαταράσσοντας έτσι τη σταθερότητα της κίνησης. Άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών που αντιμετωπίζουν πρόβλημα ουροδόχου κύστης τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, έχουν υψηλότερα ποσοστά πτώσεων, σε σχέση με όσους δεν έχουν πρόβλημα ή ακόμη και με γυναίκες. Η παραπάνω περίπτωση σχετίζεται με τη βιασύνη του ατόμου να ουρήσει, καθώς τα

διουρητικά φάρμακα μπορεί να εμπλέκονται εντείνοντας την ανάγκη ούρησης και έτσι όσοι έχουν δυσκολία στο περπάτημα βρίσκονται σε μια κατάσταση όπως η ακράτεια, εμποδίζονται ή πέφτουν (Malbutt & Falaschetti, 2003).

Οι αρχικές πτώσεις μπορεί να υποδηλώνουν ένα υποκείμενο πρόβλημα υγείας. Η Cotty (1999) παρέχει καθοδήγηση σχετικά με το πότε ένα ηλικιωμένο άτομο χρειάζεται να παραπέμπεται σε εξέταση για χειρουργική επέμβαση για να διαπιστωθεί εάν υπάρχουν ή όχι ερμηνείες όπως μια καρδιακή, νευρολογική ή μολυσματική κατάσταση που μπορεί να αντιμετωπιστεί και έτσι να μειωθεί ο περαιτέρω κίνδυνος πτώσεων. Οι περισσότεροι ενήλικες δεν συνειδητοποιούν ότι απαιτείται ελάχιστη προσοχή για να διατηρηθεί η ισορροπία τους. Μερικοί ηλικιωμένοι βρίσκουν το περπάτημα τόσο απαιτητικό ώστε να σταματήσουν εάν θέλουν να συνομιλήσουν ή να χαιρετήσουν. Οι άνθρωποι γενικά, οι οποίοι σταμάτησαν να περπατούν για οποιοδήποτε λόγο, είχαν συνήθως κακό τρόπο βάδισης και ήταν πιο πιθανό να πέσουν από ότι μπορούσαν να μιλούν και να περπατούν ταυτόχρονα. Έτσι, το συγκεκριμένο και άλλα παρόμοια ευρήματα δείχνουν ότι η απόσπαση της προσοχής μπορεί να είναι ένας παράγοντας παρακμής (Redfern & Ross, 2011).

3.2.6 Πλημμελής ατομική υγιεινή

Η υγιεινή είναι η επιστήμη που μελετά την υγεία. Οι πρακτικές υγιεινής στην νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνουν όλα τα μέτρα που διατηρούν την προσωπική καθαριότητα, τη σωστή εμφάνιση και την ακεραιότητα της επιφάνειας του δέρματος. Η καλή υγιεινή συμβάλλει στην προώθηση της αυτοεκτίμησης και στην πρόληψη της νόσου. Η ικανότητα των ηλικιωμένων να εκτελούν δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης, όπως η λήψη τροφής, η περιποίηση, το μπάνιο και οι δραστηριότητες τουαλέτας, είναι απαραίτητες δραστηριότητες που ικανοποιούν τις θεμελιώδεις ανάγκες και συμβάλλουν στην επίτευξη του στόχου της άνεσης.

Κατά την αξιολόγηση των αναγκών η παρακολούθηση της ατομικής υγιεινής είναι το πιο σημαντικό μέσο. Η ανασκόπηση αξιολογεί τη γενική εμφάνιση, τον τρόπο που ντύνονται, την κατάσταση των μαλλιών, τα νύχια και το δέρμα. Συχνά η παραμελημένη αυτο-φροντίδα, όπως το ατημέλητο ντύσιμο και η δυσάρεστη οσμή του σώματος, μπορεί να είναι πρώιμα σημάδια επιδείνωσης της γνωστικής λειτουργίας και μπορεί να υποδηλώνουν ένα βαθμό άνοιας. Η αξιολόγηση της φροντίδας της ατομικής υγιεινής των ηλικιωμένων περιλαμβάνει στοιχεία όπως η κατάσταση της στοματικής κοιλότητας. Η παραμελημένη στοματική υγιεινή είναι υπεύθυνη για την υψηλή συχνότητα νοσηρότητας, συνοδεύεται από μείωση της

αυτοεκτίμησης και των κοινωνικών επαφών, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε προσωπική απομόνωση (Ignatavicius & Workman, 2008).

Η φροντίδα του στόματος είναι απαραίτητη για όλες τις ηλικίες, ειδικά για τους ηλικιωμένους, των οποίων ο αριθμός και η ποιότητα των δοντιών μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. Επιπλέον, η γνωστική τους κατάσταση υποβαθμίζεται σε πολλές περιπτώσεις. Οι τοπικές αλλοιώσεις και η ξηρότητα του στοματικού βλεννογόνου μπορεί να αντικατοπτρίζουν διάφορες παθολογικές καταστάσεις, όπως αφυδάτωση, αναιμία, λευχαιμία. Η νοσηλευτική παρέμβαση παρέχει τοπική φροντίδα για φυσικές ή τεχνητές οδοντοστοιχίες και στοματική φροντίδα με αντισηπτικούς παράγοντες που μοιάζουν με στοματικά βλεννογόνα, δίνοντας εξήγηση της θεραπείας όπως ενυδάτωση, καλή διατροφή, φάρμακα όπου χρειάζεται και επίσκεψη στον οδοντίατρο όταν είναι απαραίτητο (Redfern & Ross, 2011).

Στη συνέχεια, σημαντικό κριτήριο αξιολόγησης για την κατάσταση του ηλικιωμένου ατόμου αποτελεί και η κατάσταση των κάτω άκρων. Τα αποτελέσματα ενός σπασμένου κάτω άκρου είναι η μείωση της ευελιξίας του και η μείωση της συγκέντρωσής του και της επιθυμίας για κίνηση. Η καλή κατάσταση των κάτω άκρων απαιτεί καλή όραση και κινητικότητα των αρθρώσεων, λειτουργίες που μειώνονται με την πάροδο του χρόνου. Η διατήρηση της καλής κατάστασης των κάτω άκρων συμβάλλει στη διατήρηση της ισορροπίας και της κινητικότητας των ηλικιωμένων. Αξιολογούνται τα κάτω άκρα και ελέγχεται η κυκλοφορία, η κινητικότητα και η αισθητικότητα. Ίσως τα πιο σημαντικά προβλήματα που εμφανίζονται στα κάτω άκρα είναι οι εξοστώσεις, οι παραμορφώσεις, οι εφίπυσεις των δαχτύλων, οι υπερκερατώσεις των νυχιών και οι κάλοι που εμποδίζουν τους ηλικιωμένους να φορούν παπούτσια, περιορίζοντας ή και εξαλείφοντας την κινητικότητα με όλες τις συνέπειες που αυτό συνεπάγεται.

Τα προβλήματα των κάτω άκρων στους ηλικιωμένους είναι κοινά. Οι επιπτώσεις των προβλημάτων των κάτω άκρων στους ηλικιωμένους είναι σημαντικές, καθώς ενδέχεται να οδηγήσουν σε αστάθεια, προκαλώντας πτώσεις, μειώνοντας την κινητικότητα και δημιουργώντας κοινωνική απομόνωση. Πολλά προβλήματα στα κάτω άκρα μπορούν να αποφευχθούν με αποτελεσματική φροντίδα. Η συγκεκριμένη φροντίδα μπορεί να αναληφθεί από το άτομο, την οικογένεια ή απλό φροντιστή ή επαγγελματία υγείας. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε σχέση με τα κάτω άκρα του ατόμου περιλαμβάνει την προαγωγή της υγείας, την αξιολόγηση της υπάρχουσας κατάστασης, την εξειδικευμένη φροντίδα των κάτω άκρων και την παραπομπή σε έναν ειδικό ειδικής φροντίδας κάτω άκρων όπως ένας ποδολόγος (Menz & Lord, 2001a, 2001b).

Το δέρμα είναι το μέρος του εαυτού μας που είναι ορατό για τους άλλους και μπορεί να αντανακλά τα συναισθήματα, την ευεξία και την κατάσταση υγείας μας, παράλληλα εκτελεί διάφορες σημαντικές λειτουργίες όπως η προστασία, η αίσθηση, η έκκριση, ο έλεγχος θερμότητας και η αποθήκευση λίπους και νερού. Η φυσιολογική γήρανση οδηγεί σε αλλαγές όσον αφορά στις παραπάνω λειτουργίες και το δέρμα αντικατοπτρίζει τα αποτελέσματα της διαδικασίας. Οι επιπτώσεις της γήρανσης στο δέρμα θεωρούνται, ιδιαίτερα στις δυτικές κοινωνίες, ως αρνητικές, ανεπιθύμητες και χρειάζεται να αποφεύγονται όσο το δυνατόν περισσότερο. Το δέρμα εκτελεί σημαντικούς ομοιοστατικούς, αισθητήριους και προστατευτικούς ρόλους. Η μειωμένη ακεραιότητα του δέρματος επηρεάζει αυτές τις λειτουργίες.

Οι φυσιολογικές μεταβολές λόγω της ηλιακής ακτινοβολίας και της υψηλότερης νοσηρότητας σε προχωρημένη ηλικία καθιστούν το ηλικιωμένο άτομο πιο ευαίσθητο στη βλάβη του δέρματος. Η βλάβη λόγω πίεσης συμβαίνει συχνότερα σε όσους είναι προσκολλημένοι και περιορίζονται στο κρεβάτι ή στην καρέκλα, μπορεί να καθυστερήσει την αποκατάσταση ενός ατόμου και, εάν είναι σοβαρή, μπορεί να έχει επίσημα αποτελέσματα στην ανάρρωση από την ασθένεια. Το δέρμα είναι το κυριότερο σωματικό προστατευτικό όργανο έναντι διαφόρων τραυματισμών και άλλων μικροβιακών παραγόντων. Η απειλή της ακεραιότητας του δέρματος θέτει το άτομο σε υψηλό κίνδυνο τραυματισμών, κατακλίσεων και λοιμώξεων που μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς την άνεσή του και την ευημερία του. Η συντήρηση και η αποκατάσταση του δέρματος απαιτούν μια περίπλοκη βάση γνώσεων και μια συντονισμένη συμμετοχή ενός φάσματος επαγγελματιών υγείας (McGovern & Kuhn, 1992).

3.2.7 Η εμφάνιση των κατακλίσεων

Η κατάκλιση ορίζεται ως νέκρωση κυττάρων μιας θέσης σώματος που προκαλείται από τη διακοπή της μικροκυκλοφορίας στους ιστούς της. Σε κάποιο βαθμό, η δημιουργία περιστατικών κατακλίσεων μεταξύ των ασθενών είναι ευθύνη για τη νοσηλευτική φροντίδα και κριτήριο αξιολόγησης της φροντίδας που λαμβάνουν. Οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες των κατακλίσεων είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Ο πόνος, η ανησυχία και η ψυχοτραυματική εμπειρία των ασθενών, καθώς και το άγχος των συγγενών τους που τους βλέπουν να υποφέρουν, απομακρύνουν την προσδοκία για ποιότητα ζωής (Edelman & Mandle, 2009).

Τα κύρια αίτια ή παράγοντες που ευθύνονται ή συμβάλλουν στην ανάπτυξη των κατακλίσεων είναι η επιδείνωση της γενικής κατάστασης του ασθενούς, η παρατεταμένη

άσκηση εξωτερικής πίεσης του δέρματος σε συνδυασμό με δυνάμεις τριβής, η ηλικία, η υγρασία από την απώλεια ούρων και περιττωμάτων, η μειωμένη διατροφή, η μειωμένη μυϊκή μάζα, η απώλεια ευαισθησίας, τι ατροφικό δέρμα σε συνδυασμό με την απώλεια ελαστικότητας και τα υποδόρια λίπη, οι περιφερικές αγγειώσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, τα αναβολικά φάρμακα, π.χ. κορτικοστεροειδή, οι συνθήκες κόματος, το παραλήρημα, οι συνθήκες άγχους και η τοποθεσία κατάκλισης που σχετίζεται με την τοποθέτηση του σώματος στο κρεβάτι ή στην καρέκλα. Η υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης κατακλίσεων συμβαίνει συνήθως στην ιερή χώρα και στους γλουτούς που αποτελούν τα πιο σημαντικά μέρη του σκελετού του σώματος. Άλλα σημεία όπου μπορούν να εμφανιστούν κατακλίσεις είναι ο ώμος, η φτέρνα και τα πτερύγια των ώτων.

3.2.8 Τα διατροφικά ελλείμματα

Η καλή διατροφή είναι ένας εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας για τους ηλικιωμένους και ειδικά για τους αποδυναμωμένους, αναπήρους, ανήμπορους και εξαρτώμενους. Οι ηλικιωμένοι χρειάζεται να λαμβάνουν καθημερινά απαραίτητα θρεπτικά συστατικά για να διατηρούν τη σωματική, πνευματική και λειτουργική τους κατάσταση σε ικανοποιητικό επίπεδο. Η καλή διατροφή προάγει την αίσθηση της ευημερίας και αποτρέπει τις επιπλοκές που συνοδεύουν την ακινησία και την εξάρτηση. Επιπλέον, η καλή διατροφή αποτελεί μακροπρόθεσμο παράγοντα. Πολύ συχνά αποδυναμωμένα άτομα δεν έχουν κινητικές δεξιότητες, ενέργεια ή ικανότητα λήψης τροφίμων με αποτέλεσμα να εξαρτώνται από άλλους (Παπανικολάου, 2009).

Όσον αφορά στις φυσικές αλλαγές ένας μεγάλος αριθμός συνθηκών ή παραγόντων επηρεάζουν την δυνατότητα σίτισης των ηλικιωμένων. Οι χρόνιες παθήσεις όπως η αρθρίτιδα, το εγκεφαλικό επεισόδιο, η νόσος του Πάρκινσον, διάφορες νευρολογικές διαταραχές, τα κατάγματα του καρπού, του αγκώνα και της ωμοπλάτης, αποτρέπουν τους ηλικιωμένους από τη χρήση σκευών όπως μαχαιροπίρουνα, ποτήρια και κύπελλα. Επιπλέον, όταν υπάρχουν τεχνητές οδοντοστοιχίες και δεν εφαρμόζονται καλά στο στόμα προκαλούν δυσκολία στη μάσηση ορισμένων τροφών. Έχει αναφερθεί ότι ένα άτομο με τεχνητή οδοντοστοιχία για να μασήσει τα τρόφιμα χρειάζεται τέσσερις φορές περισσότερο χρόνο από αυτό με φυσική οδοντοστοιχία. Οι κοινές ανατομικές αλλαγές που επηρεάζουν τη διατροφή σε πολλά ηλικιωμένα άτομα είναι η μειωμένη ικανότητα κατάποσης λόγω της μειωμένης ποσότητας σιέλου και της υπάρχουσας αφυδάτωσης. Η οισοφαγική διάταση, η μειωμένη ποσότητα οξέος

στομάχου, η παρουσία οισοφαγικής κήλης κυρίως στους παχύσαρκους ηλικιωμένους και στις γυναίκες και η μειωμένη στεγανότητα του οισοφάγου αποτελούν επιπλέον αιτίες υποσιτισμού (Χρυσόχου και συν., 2003).

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αλλαγή της διατροφής μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις ομάδες. Στην πρώτη ομάδα γίνεται αναφορά στην ανεπαρκή πρόσληψη τροφής, στη δεύτερη ομάδα αναφέρονται οι αυξημένες διατροφικές απαιτήσεις, στη τρίτη ομάδα αναδεικνύεται η ελαττωματική πέψη των τροφίμων και τέλος, στην τέταρτη ομάδα γίνεται αναφορά στην ανεπαρκή απορρόφηση των τροφίμων.

Η αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης των ηλικιωμένων είναι απαραίτητη και χρειάζεται να εξατομικευθεί, καθώς οι ικανότητες, οι δυνατότητες και τα επίπεδα της λειτουργίας ποικίλλουν μεταξύ των ηλικιωμένων. Η αξιολόγηση της διατροφής περιλαμβάνει τη φυσική εξέταση, το ιστορικό διατροφής, τις λιπομετρικές μετρήσεις, τις βιοχημικές μετρήσεις, τις κοινωνικο-περιβαλλοντικές αξιολογήσεις και την αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας των ηλικιωμένων. Οι νοσηλευτές αναζητούν παράγοντες και αίτια που συμβάλλουν στη διακοπή της διατροφής των ηλικιωμένων. Διερευνούν κατά πόσο οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα όπως άγχος, κατάθλιψη, εκτιμούν την κατάσταση στο στόμα, την οδοντοστοιχία, τη μάσηση, τα αντανακλαστικά κατάποσης, τη γεύση, την πέψη, τις διατροφικές συνήθειες και τις κινητικές δεξιότητες σε σχέση με τη διατροφή (Παπανικολάου, 2009).

3.2.9 Ακράτεια κοπράνων και ούρων

Η απέκκριση είναι ένα δύσκολο ζήτημα για τους περισσότερους ηλικιωμένους να συζητήσουν. Πολλοί έχουν ανατραφεί από βικτοριανές συμπεριφορές με τις λειτουργίες του σώματος να θεωρούνται αισχρές και να αποφεύγουν να αναφέρονται δημοσίως σε εκείνες. Συνήθως η αποτυχία στη διατήρηση της κανονικής λειτουργίας θεωρείται ότι επηρεάζει δυσμενώς την φύση του πάσχοντος. Η δυσκολία της απέκκρισης είναι αιτία ντροπής, αμηχανίας και ενοχής συνήθως παραμένει κρυφή καθώς το άτομο δεν αναζητά βοήθεια. Η μειοψηφία ατόμων με ακράτεια αναζητούν υγειονομική περίθαλψη και πολλοί καθυστερούν να ζητήσουν βοήθεια, ακόμα και για χρόνια. Οι νεότερες γυναίκες με ακράτεια δυσκολεύονται να συνομιλήσουν και να σκεφτούν καθαρά επειδή το θέμα θεωρείται ταμπού (Worth & Hagan, 1993).

Πολλοί ηλικιωμένοι είναι απαθείς και δεν ανέφεραν ποτέ τη αναγκαιότητα λήψης μέτρων. Άλλοι αισθάνθηκαν ένοχοι ότι η ακράτεια ήταν κατά κάποιο τρόπο υπαιτιότητά τους,

συχνά λόγω μη συμμόρφωσης με τις μεταγεννητικές ασκήσεις ή βρίσκονταν σε κατάσταση άμυνας, αγωνιζόμενοι να διατηρήσουν την κανονικότητα και την αίσθηση του προσωπικού ελέγχου. Είναι εύκολο να υποθέσουμε ότι οι ευάλωτοι ηλικιωμένοι είναι παθητικοί λήπτες νοσηλευτικής περίθαλψης, με ελάχιστη συμμετοχή τους στη διαδικασία.

Ωστόσο, ο Robinson, σε μια έρευνα με ενοίκους δομών φροντίδας ηλικιωμένων με ακράτεια, με βάση μια καλά τεκμηριωμένη μεθοδολογία, διαπίστωσε ότι οι άνθρωποι είναι αφοσιωμένοι σε μια διαδικασία που ονομάζεται "αντιμετωπίζοντας την ακράτεια ούρων", με μια σειρά στρατηγικών που χρησιμοποιήθηκαν με διαφορετική επιτυχία. Οι περισσότεροι θεωρούσαν πως η ακράτεια ούρων ήταν αναπόφευκτο μέρος της γήρανσης και σε αυτό το πλαίσιο προσπάθησαν να προστατεύσουν τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική τους ακεραιότητα (Robinson 2000). Οι ένοικοι επενδύουν πολύ περισσότερο στην προστασία της αξιοπρέπειάς τους από τις συνέπειες της ακράτειας ή από ότι επιδιώκουν θεραπεία για την ακράτεια, με τους περισσότερους να λένε ότι μπορούν, για παράδειγμα με τη χρήση υποσέντονων αντί να χρησιμοποιήσουν μια τουαλέτα για να μειώσουν τον κίνδυνο πτώσης (Robinson, 2000).

Οι περισσότερες ηλικιωμένες γυναίκες με ακράτεια περιορίζουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες. Ο βαθμός ακράτειας δεν συνδέεται πάντα άμεσα με τον βαθμό συγκράτησης στις καθημερινές δραστηριότητες. Συναισθηματική διαταραχή και κοινωνική απομόνωση έχουν παρατηρηθεί σε ηλικιωμένες γυναίκες με ακράτεια σε σύγκριση με άλλες ασθένειες. Πολλοί αποφεύγουν την κοινωνική επαφή (Grimby et al, 1993).

Τα προβλήματα απέκκρισης προκαλούν δυσφορία και αποτελούν πιθανώς επιβάρυνση για τους φροντιστές. Τα προβλήματα της νυχτερινής ενούρησης, η ακράτεια των κοπράνων και η αναγκαστική στενή επαφή με ένα άτομο του αντίθετου φύλου είναι ιδιαίτερα δύσκολα για τους συγγενείς. Τα συγκεκριμένα προβλήματα αξίζουν μια σοβαρή προσπάθεια παροχής φροντίδας όταν είναι δυνατόν ή μια θεραπεία για τον έλεγχο των συμπτωμάτων (Kolominsky & Rabas *et al*, 2003).

Αν και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι θεωρούν πως δεν υπάρχει θεραπεία ή να βελτίωση στην ακράτεια, έχει παρατηρηθεί ότι οι συμπεριφορές μπορούν να αλλάξουν μέσω της υγειονομικής περίθαλψης. Μια τυχαιοποιημένη έρευνα για άτομα σε προστατευόμενη κατοικία στη Γαλλία έδειξε ότι μια ενημέρωση για την υγεία σε διάρκεια μιας ώρας όχι μόνο βελτίωσε τις συμπεριφορές αλλά και οδήγησε σε καλύτερη εικόνα 3 μήνες αργότερα στην ομάδα ελέγχου που δεν έλαβε καμία παρέμβαση.

3.2.10 Ελλείμματα αυτοεξυπηρέτησης

Η αυτονομία και η ανεξαρτησία, όπως απέδειξαν οι Ιορδανοί και άλλοι μέσω της έρευνας, είναι σημαντικοί παράγοντες στη ζωή των ηλικιωμένων. Η έρευνα περιλάμβανε 150 ηλικιωμένους από γηροκομεία του νομού Αττικής και το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από συνέντευξη με έμπειρους νοσηλευτές συνέντευξης. Η δειγματοληψία επιλέχθηκε τυχαία και οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι άνω των 60 ετών, να έχουν σχετική διανοητική ικανότητα και να μην είναι σοβαρά άρρωστοι ή εθισμένοι. Επικαλούμενοι τον Evans, οι Ιορδανοί και άλλοι ορίζουν την ανεξαρτησία ως "την ικανότητα του ατόμου να φροντίζει τις προσωπικές του ανάγκες".

Από την άλλη πλευρά, η αυτονομία είναι πλέον μια έννοια με πολιτικές και ιδεολογικές διαστάσεις και μπορεί να εκτιμηθεί στην ποικιλομορφία μεταξύ των πολιτών και των εθνών, είναι απαραίτητο να εκτιμάται σε σχέση με τον πολιτισμό και τις αξίες κάθε χώρας. Έτσι κάθε άτομο θέλει να υπηρετήσει τον εαυτό του. Μέσω της ανεξαρτησίας, το άτομο βρίσκει την ταυτότητά του, παραμένει ανεξάρτητο, αισθάνεται ασφαλές και θεωρεί τον εαυτό του ικανό να αντιμετωπίσει τις ανάγκες της ζωής. Μέσα από την έρευνα της Ιορδανίας και άλλες, αναδεικνύεται πως οι γονείς συχνά ανησυχούν για την απώλεια της αυτονομίας και ενδεχομένως καταλήγουν να εξαρτώνται από το παιδί τους. Σε συγκεκριμένη ηλικία οι γονείς προσπαθούν να παραμείνουν ξεχωριστά από τα παιδιά τους αλλά όχι πολύ μακριά. Αυτός ο τρόπος ζωής έχει περιγραφεί ως εσωτερική προσέγγιση μέσω εξωτερικής απόστασης (Rice, 2005).

Η αυτοεκτίμηση διαμορφώνεται μέσω εσωτερικών και εξωτερικών αυτο-εκτιμήσεων. Η εσωτερική αξιολόγηση βασίζεται στην προηγούμενη εμπειρία της αποτελεσματικότητας. Η εξωτερική αξιολόγηση είναι το αποτέλεσμα της ανταπόκρισης από τους άλλους σημαντικούς παράγοντες με τη μορφή κοινωνικής έγκρισης. Όσον αφορά στην αυτοεκτίμηση των ηλικιωμένων, στην έρευνα που διεξάγεται και συνεχίζεται, τα προσωπικά προβλήματα των ηλικιωμένων ήταν η μοναξιά, το αίσθημα ανικανότητας και απραγίας, το αίσθημα βάρους στην οικογένεια και η αναφορά έλλειψης επικοινωνίας με τις οικογένειές τους (Fees, B.S., Martin, P., & Poon, L.W., 1999).

Μια μελέτη από τον Rudolf και τους συνεργάτες του, εξέτασε τη σχέση μεταξύ σωματικής απόδοσης και φυσικής αυτο-απόδοσης. Η έρευνα διεξήχθη για μια χρονική περίοδο, διάρκειας 10 ετών και αφορούσε 359 ηλικιωμένους από 55-85 ετών που επιλέχθηκαν τυχαία. Η έρευνα επικεντρώθηκε στις αλλαγές που σημειώνονται στην αυτονομία και την

ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, καθώς και στις επιπτώσεις αυτών των αλλαγών. Οι πληροφορίες συγκεντρώθηκαν χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο και μια συνέντευξη από τους εκπαιδευόμενους. Η έρευνα δηλώνει ότι η δραστηριοποίηση του ατόμου εξαρτάται από τις προσδοκίες και την αυτοαποτελεσματικότητα του (Rice, 2005).

3.3 Μεταβολές στα οργανικά συστήματα

Η γήρανση επιφέρει προοδευτική μείωση της λειτουργικότητας των οργανικών συστημάτων. Περιπλέκεται, από την παρουσία χρόνιων μη μεταδιδόμενων ασθενειών και από τη φαρμακευτική τους αγωγή. Αποτέλεσμα είναι να επέρχονται σημαντικές αλλαγές στο καρδιαγγειακό, στο αναπνευστικό, στο μυοσκελετικό και στο νευρικό σύστημα.

3.3.1 Καρδιαγγειακό σύστημα

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός φυσιολογικών αλλαγών που συμβαίνουν στο καρδιαγγειακό σύστημα με την αύξηση της ηλικίας. Πρόκειται για αλλαγές στον καρδιακό μυ και στο αγγειακό σύστημα. Η αυξανόμενη ηλικία μειώνει την ικανότητα της καρδιάς να αντλεί αίμα (χαμηλότερος καρδιακός ρυθμός), με αποτέλεσμα μεγαλύτερη προσπάθεια (ένα μεγαλύτερο έργο σε συνδυασμό με μείωση του καρδιακού ρυθμού) για την παροχή της απαραίτητης ποσότητας αίματος σε ολόκληρο το σώμα (Strait & Lakatta 2012).

Τα αιμοφόρα αγγεία στην καρδιά χάνουν την ευελιξία τους με το πέρασμα του χρόνου. Στα τοιχώματα των αγγείων δημιουργούνται αθηρωματικές πλάκες, με αποτέλεσμα τη στένωση τους. Ως εκ τούτου, ο καρδιακός μυς χρειάζεται να κάνει μεγαλύτερη προσπάθεια για να διοχετεύσει το αίμα στις αρτηρίες με τα σκληρά, στενά τοιχώματα, με αποτέλεσμα την αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Οι φυσιολογικές αλλαγές προκαλούν μείωση της ικανότητας του σώματος να κάνει άμεσες και ταχείες προσαρμογές που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση επαρκούς παροχής σε όλες τις περιστάσεις. Οι αντισταθμιστικές ρυθμίσεις χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να αποκατασταθεί η καρδιακή παροχή και είναι αποτελεσματικές σε κάποιο βαθμό. Υπάρχει αυξημένη πιθανότητα να συμβούν παροδικά επεισόδια καρδιακής ανεπάρκειας, καρδιακής ανεπάρκειας και πτώσης (Mirea *et al.*, 2012).

Η γήρανση επιβραδύνει την ευαισθησία των περιφερειακών τασεουποδοχέων, με αποτέλεσμα το ηλικιωμένο άτομο να μην ανταποκρίνεται άμεσα στην μεταβαλλόμενη θέση

του σώματος ή στις δραστηριότητες. Ως αποτέλεσμα, η αρτηριακή πίεση δεν μπορεί να αυξηθεί ικανοποιητικά και, ταυτόχρονα, ο καρδιακός ρυθμός δεν μπορεί να αυξηθεί σε τέτοιο βαθμό ώστε να διατηρήσει επαρκή εγκεφαλική λειτουργία. Κατά συνέπεια, εμφανίζεται ορθοστατική υπόταση (συμπτωματική) ή ακόμα και απώλεια αισθήσεων. Επιπλέον, οι συνθήκες όπως η αφυδάτωση ή η απώλεια όγκου αίματος ή κίρσων προκαλούν σημαντική μείωση της ικανότητας των ηλικιωμένων να διατηρούν την κεντρική φλεβική πίεση σε επαρκή επίπεδα, έτσι ώστε η καρδιακή παροχή να είναι επαρκής, με αποτέλεσμα τη διαταραχή της συνείδησης και τις πτώσεις (Jani & Rajkumar 2006, Priebe 2000).

3.3.2 Αναπνευστικό σύστημα

Οι πνεύμονες και το υπόλοιπο αναπνευστικό σύστημα αναπτύσσονται και ωριμάζουν, επιτυγχάνοντας τη μέγιστη λειτουργικότητά τους έως και 25 χρόνια. Στη συνέχεια, η πρόοδος της ηλικίας συνδέεται με την σταδιακή απώλεια της αναπνευστικής λειτουργίας. Η φυσική γήρανση του αναπνευστικού συστήματος οφείλεται στις δομικές μεταβολές του θωρακικού τοιχώματος, της πνευμονικής αρτηρίας και των αναπνευστικών μυών. Οι δομικές αλλαγές οδηγούν σε λειτουργικές αλλαγές, όπως η αυξημένη δυσκαμψία στο θωρακικό τοίχωμα, η μειωμένη ελαστική αναστροφή και η αυξημένη διαπερατότητα του πνεύμονα αφενός, η παγίδευση αέρα, η υπέρταση και η επιδείνωση της αναπνευστικής μυϊκής δύναμης αφετέρου. Καταγράφεται μικρή δυσλειτουργία των αεραγωγών και η χωρητικότητα του μονοξειδίου του άνθρακα μειώνεται με την ηλικία λόγω της μειωμένης περιοχής ανταλλαγής αερίων (Schroder *et al.*, 2015, Κουλούρης & Κοσμάς 2000,2017).

Παρά όλες τις λειτουργικές διαταραχές, το αναπνευστικό σύστημα παραμένει ικανό να διατηρεί επαρκώς την ανταλλαγή αερίων κατά τη διάρκεια της ανάπαυσης και της άσκησης σε όλη την ανθρώπινη ζωή, με ελαφρά μείωση της μερικής πίεσης του οξυγόνου στο αίμα και της μερικής πίεσης του διοξειδίου του άνθρακα. Οι ηλικιωμένοι αποφεύγουν τη σκληρή δουλειά, επειδή οι δυνατότητές τους για τη διεξαγωγή δραστηριοτήτων μειώνονται λόγω της ηλικίας. Η πρόληψη του καπνίσματος και η σωματική άσκηση εξασφαλίζουν την ικανοποιητική λειτουργία του αναπνευστικού συστήματος (Schroder *et al.*, 2015, Κουλούρης & Κοσμάς 2000, 2017).

Ωστόσο, με την αύξηση της ηλικίας και σε περιπτώσεις οξείας νόσου, το αναπνευστικό εφεδρικό τείνει να μειώνεται. Επιπλέον, οι μειώσεις στη φυσική δραστηριότητα που σχετίζονται με την ηλικία, με επακόλουθη απώλεια φυσικής κατάστασης, μείωση ευαισθησίας

των αναπνευστικών κέντρων σε υποξία ή υπερπνευμονία και μείωση αντίληψης πρόσθετων φορτίων ελαστικότητας και αντοχής μπορούν να μετριάσουν την ανταπόκριση στον εξαερισμό σε διάφορες απειλητικές για τη ζωή συνθήκες όπως η οξεία αναπνευστική ανεπάρκεια, η καρδιακή ανεπάρκεια και το πνευμονικό οίδημα. Επιπλέον οδηγούν σε μείωση της αντίληψης της νόσου και σε καθυστερημένη διάγνωση με πιθανές βλαβερές επιδράσεις (Schroder *et al.*, 2015, Κουλούρης & Κοσμάς 2000, 2017, Camhi SL, Enright PL, 2000).

Η μείωση της λειτουργίας των πνευμόνων ενδιαφέρει τον οδοντίατρο που θεραπεύει έναν ηλικιωμένο ασθενή, επειδή μπορεί να αισθανθεί αισθήματα δύσπνοιας και κόπωσης, αν δεν έχει την κατάλληλη θέση στην οδοντιατρική καρέκλα. Επιπλέον, ο ηλικιωμένος που δεν μπορεί να αναπνεύσει μπορεί να αντιμετωπίσει άγχος και κρίση πανικού.

3.3.3 Νεφρά και ουροποιητικό σύστημα

Η γήρανση των νεφρών είναι μια σύνθετη, πολυπαραγοντική διαδικασία που χαρακτηρίζεται από ανατομικές και λειτουργικές συσσωρευτικές αλλαγές που παρουσιάζεται κατά τη διάρκεια της ζωής. Η αυξανόμενη ηλικία μειώνει την ικανότητα των νεφρών να απομακρύνουν τα απόβλητα από την κυκλοφορία. Δεν δύναται να ανταποκριθούν με ακρίβεια όταν υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις στα σωματικά υγρά, οδηγώντας σε βραδύτερο ρυθμό εξάλειψης του φαρμάκου. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα σχετικά χαμηλές δόσεις φαρμάκων να συσσωρεύονται στο αίμα με αποτέλεσμα να εμφανίζονται παρενέργειες. Οι χρόνιες παθήσεις όπως ο διαβήτης, η υπέρταση, ορισμένα φάρμακα και η πολυφαρμακία αποτελούν επιβάρυνση για τα νεφρά (Resnick NM *et al.*, 1996). Η έρευνα και επαλήθευση του εάν η νεφρική βλάβη οφείλεται σε χρόνια έκθεση σε συστηματικές ασθένειες ή σε τοπική εκδήλωση συστηματικής γήρανσης είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα. Η πρόοδος στη γενετική είναι πολλά υποσχόμενη για περαιτέρω γνώση στην γήρανση των νεφρών. Οι συνηθισμένες συστάσεις για την υιοθέτηση υγιεινών τρόπων ζωής σε ηλικιωμένους, όπως η υιοθέτηση δίαιτας χαμηλών θερμίδων και υψηλού επιπέδου αντιοξειδωτικών, αποτελούν μέχρι στιγμής την πιο ελπιδοφόρα προσέγγιση για τη διατήρηση της υγείας των νεφρών (Bolignano *et al.*, 2014, Zhou *et al.* 2008).

Περίπου το 30% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών έχουν ακράτεια ούρων. Η ακράτεια μπορεί να προκληθεί από παχυσαρκία, δυσκοιλιότητα και χρόνια βήχα. Οι γυναίκες αντιμετωπίζουν συχνότερα περιπτώσεις ακράτειας σε σχέση με τους άνδρες λόγω του ότι τα επίπεδα οιστρογόνων μειώνονται με την είσοδο στην τρίτη ηλικία, με αποτέλεσμα ο ιστός που περιβάλλει την ουρήθρα να γίνεται ασθενέστερος. Οι πυελικοί μύες χάνουν τη δύναμή τους με αποτέλεσμα η κύστη να μην υποστηρίζεται επαρκώς. Η ακράτεια ούρων των ανδρών οφείλεται

στη διεύρυνση του προστάτη, η οποία αποτρέπει την ουρήθρα με αποτέλεσμα την δυσκολία στην ούρηση και την πρόκληση διαρροών μικρών ποσοτήτων ούρων (Gava *et al.*, 2011, Presta *et al.*, 2012).

Η ακράτεια έχει σοβαρές ψυχολογικές επιπτώσεις, όπως θλίψη και ντροπή. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν θέματα ακράτειας δεν μπορούν να παραμείνουν στην οδοντιατρική καρέκλα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο σχεδιασμός επίσκεψης μικρής διάρκειας και η διακριτική μεταχείριση από τον οδοντίατρο χρειάζονται για να κάνουν διαλείμματα οι ηλικιωμένοι κατά την διάρκεια της επίσκεψής τους (Farage *et al.*, 2008, Minassian *et al.*, 2003).

3.3.4 Πεπτικό σύστημα

Οι αλλαγές λόγω γήρανσης στο πεπτικό σύστημα αφορούν λειτουργικές μεταβολές στην κινητικότητα, την έκκριση, τον ενδοαυλική πέψη και την απορρόφηση. Οι ηλικιωμένοι συχνά εμφανίζουν υποκινητικότητα των στοματοοφάρυγγικών μυών, επηρεάζοντας την κατάποση. Η μείωση της περισταλτικής κίνησης του οισοφάγου και των πιέσεων του κάτω οισοφαγικού σφιγκτήρα είναι συχνή στους ηλικιωμένους και μπορεί να προκαλέσει γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Η γαστρική κινητικότητα και η κένωση καθώς και η κίνηση του λεπτού εντέρου είναι φυσιολογικές στους ηλικιωμένους, αν και έχουν αναφερθεί περιπτώσεις αργής κινητικότητας και γαστρικής εκκένωσης. Η δραστηριότητα προώθησης του παχέος εντέρου μειώνεται. Η αλλοίωση οφείλεται σε εκκριτικές αλλαγές στα τοιχώματα του παχέος εντέρου. Οι μειωμένες γαστρικές εκκρίσεις και η δυσλειτουργία του γαστρικού βλεννογόνιου φραγμού αποτελούν κοινά ευρήματα στους ηλικιωμένους και μπορεί να οδηγήσουν στο έλκος του στομάχου. Οι εξωκρινείς εκκρίσεις του παγκρέατος συχνά μειώνονται, όπως και η περιεκτικότητα χολικών αλάτων. Αυτές οι αλλαγές είναι αντιπροσωπευτικές των μηχανισμών γαστρικής δυσλειτουργίας όπως η δυσφαγία, η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, η πρωτογενής δυσπεψία, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, η πρωτογενής δυσκοιλιότητα, η δυσπεψία και η μειωμένη απορρόφηση θρεπτικών ουσιών. Οι πιο κοινές γαστρεντερικές καταστάσεις που εντοπίζονται στους ηλικιωμένους είναι η ατροφική γαστρίτιδα, το γαστρικό έλκος, η εκκολπωμάτωση του παχέος εντέρου, οι κακοήθεις όγκοι, η χρόνια ηπατίτιδα, η κίρρωση του ήπατος, το ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα και η χρόνια παγκρεατίτιδα (Grassi *et al.* 2011, Salles, 2007).

Οι αλλαγές στον οισοφάγο επηρεάζουν τη μεταφορά τροφής στο στομάχι. Η μείωση των γαστρικών υγρών είναι της τάξεως του 60% στην ηλικία άνω των 60 ετών. Η σημασία της δυνατότητας μάσησης των τροφίμων αυξάνεται, επειδή η μείωση των γαστρικών εκκρίσεων επιβαρύνει την πέψη. Οι αλλαγές στο έντερο επηρεάζουν την απορρόφηση λίπους και ορισμένων μετάλλων (Drozdowski & Thomson 2006).

Τα πεπτικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσουν σε μείωση της ποσότητας και της ποιότητας των τροφίμων. Οι αλλαγές στη διατροφή επηρεάζονται από την απώλεια των δοντιών, τη μείωση της οξύτητας των αισθητηρίων οργάνων που μειώνουν την ευχαρίστηση από την κατανάλωση τροφής, τις αλλαγές στην οικονομική κατάσταση και την οικογενειακή δομή, που κάνουν τους ηλικιωμένους να μην ενδιαφέρονται για την παρασκευή πλήρων γευμάτων.

3.3.5 Ανοσοποιητικό σύστημα

Η διαδικασία γήρανσης ενός οργανισμού επηρεάζει αρνητικά τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος με διάφορους τρόπους. Ως συνέπεια της δυσλειτουργίας, οι ασθένειες χαρακτηρίζονται από ένα φλεγμονώδες πρότυπο που αναπτύσσεται κυρίως λόγω του χρόνιου αντιγονικού ερεθισμού και οι οποίες αυξάνουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των ηλικιωμένων από μολυσματικές ασθένειες. Συμπεριλαμβάνονται και άλλοι παράγοντες, όπως η αύξηση των ενεργών ελεύθερων ριζών και η μείωση της ποσότητας ψευδαργύρου στο σώμα. Ένα τμήμα της φυσικής ανοσίας καταστέλλεται, ένα άλλο διεγείρεται, ενώ η επίκτητη λειτουργία ανοσίας δεν είναι επαρκής, καθώς η παραγωγή ειδικών αντισωμάτων έναντι ξένων αντιγόνων είναι περιορισμένη. Ταυτόχρονα, τα λεμφοκύτταρα έχουν σχεδόν εξαφανιστεί και υπάρχει συσσώρευση λεμφοκυττάρων μνήμης, αλλά είναι δυσλειτουργικά (Deleidi, Jággel & Rubino 2015, Φραγκούλης & Μουτσόπουλος 2008). Ο υποσιτισμός θέτει σε κίνδυνο το ανοσοποιητικό σύστημα, η άσκηση το βελτιώνει και ο εμβολιασμός κατά της γρίπης είναι σημαντικός.

3.3.6 Αυτόνομο νευρικό σύστημα

Η σημαντικότερη αλλαγή στο αυτόνομο νευρικό σύστημα είναι η μειωμένη ανθεκτικότητα σε πολύ υψηλές και χαμηλές θερμοκρασίες, γεγονός που προκαλεί μεγαλύτερη δυσφορία στους ηλικιωμένους κατά τη διάρκεια περιόδων καύσωνα ή παγωνιάς. Οι

ηλικιωμένοι ιδρώνουν λιγότερο, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αντέξουν τις υψηλές θερμοκρασίες. Επιπλέον μπορεί να αισθάνονται κρύο λόγω της μειωμένης καρδιαγγειακής λειτουργίας σε ένα μέρος όπου οι νέοι άνθρωποι ζεσταίνονται (Blatteis 2012).

Συχνά λόγω της άπνοιας, δηλαδή η δυσκολία στην αναπνοή κατά τον ύπνο εμφανίζονται διαταραχές του ύπνου, όπως η αϋπνία. Παρομοίως, παρατηρούνται η συχνή ανάγκη για ούρηση, τα προβλήματα με τα κάτω άκρα, την καρδιά, η αύξηση ελαφρού ύπνου και η μείωση βαθύ ύπνου με αποτέλεσμα την ψυχολογική δυσφορία και την αλλαγή στις ώρες ύπνου (Rodriguez *et al.*, 2015).

3.3.7 Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Κ.Ν.Σ.)

Τα μέρη του εγκεφάλου επηρεάζονται διαφορετικά, ειδικά όταν πρόκειται για απώλεια νευρώνων. Η σημαντική μείωση τους στον ιππόκαμπο συνδέεται με την έκπτωση της βραχυπρόθεσμης μνήμης. Το ηλικιωμένο άτομο αντιμετωπίζει δυσκολίες ιδιαίτερα στη νόσο του Alzheimer. Η απώλεια κυττάρων στην παρεγκεφαλίδα έχει αντίκτυπο στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων. Παρατηρείται απώλεια κυττάρων στις αισθητήριες και κινητικές περιοχές του φλοιού. Υπάρχει σταθερότητα στις προμετωπιαίες περιοχές του φλοιού, έτσι δεν επηρεάζεται η αφηρημένη σκέψη, η κρίση και οι διαδικασίες σχεδιασμού. Οι συνέπειες αυτού είναι ότι σε άτομα ηλικίας 65-80 ετών άλλες γνωστικές λειτουργίες παραμένουν άθικτες, ενώ άλλες επηρεάζονται αρνητικά. Μετά τα 80 έτη, οι απώλειες αρχίζουν στις γνωστικές λειτουργίες που ήταν άθικτες (Gold & Korol 2014, Ojo *et al.*, 2015).

Γενικά, η γήρανση στο κεντρικό νευρικό σύστημα έχει άμεση επίδραση σε πολλές αισθητικές, κινητικές και γνωστικές ικανότητες και συμπεριφορές. Ωστόσο, ο εγkéφαλος έχει αντισταθμιστικούς μηχανισμούς, όπως η ύπαρξη πλεοναζόντων κυττάρων και πλαστικότητα, οπότε αναπτύσσονται νέες συνειρμικές συνδέσεις κυρίως στον φλοιό (H. Royden Jones, 2010).

Ως αποτέλεσμα, μπορεί να υπάρξει βελτίωση στις νοητικές λειτουργίες, όπως με την εξέλιξη της ηλικίας, το άτομο χρησιμοποιεί τη συσσωρευμένη εμπειρία λήψης αποφάσεων και τη διαμόρφωση κρίσης. Κατά τη διάρκεια της φυσιολογικής γήρανση, μπορεί να εμφανιστούν εκφυλιστικές ασθένειες με δραματική επίδραση στη ζωή του ατόμου, όπως η νόσος του Parkinson και η νόσος του Alzheimer (Harada *et al.*, 2013).

3.4 Μείωση οξύτητας αισθητηρίων οργάνων

Η μείωση της οξύτητας των αισθητηρίων οργάνων περιορίζει την προσαρμοστικότητα του ατόμου στο περιβάλλον. Η μεγάλη μείωση της όξυνσης των αισθητηρίων οργάνων εμποδίζει την ικανότητα ενός ατόμου να διατηρεί επαφή με το τι συμβαίνει γύρω του, να ζει ανεξάρτητα, να επικοινωνεί, να φροντίζει την υγεία του, τη διατροφή και την ασφάλειά του. Η μείωση της οξύτητας ενός οργάνου επηρεάζει υψηλότερες γνωστικές λειτουργίες όπως η μνήμη και ο διάλογος. Η σχέση μεταξύ της αισθητηριακής λειτουργίας και της νοημοσύνης και των γνωστικών λειτουργιών είναι ιδιαίτερα εμφανής στους ηλικιωμένους, παρατηρούνται συνέπειες τόσο στις βασικές καθημερινές δραστηριότητες του ηλικιωμένου όσο και στις ευρύτερες κοινωνικές σχέσεις (Akpek & Smith 2013).

Όσον αφορά στην όραση, με την πρόοδο της ηλικίας οι οφθαλμοί χάνουν την ικανότητα να παράγουν δάκρυα, ο αμφιβληστροειδής γίνεται λεπτότερος, οι φακοί γίνονται κιτρινωποί και θολοί. Η μείωση της οπτικής οξύτητας των ηλικιωμένων προκαλεί σοβαρά προβλήματα στη ζωή τους. Δυσκολεύονται να ζουν ανεξάρτητα και η κοινωνικότητά τους επηρεάζεται. Τα κοινά προβλήματα όρασης στην τρίτη ηλικία περιλαμβάνουν τον καταρράκτη, ο οποίος προκαλεί ανταύγειες, πράγμα που σημαίνει τη μείωση του φωτός και τη μείωση της ευαισθησίας στις μεταβολές της φωτεινότητας σε συνδυασμό με θολή όραση. Οι ηλικιωμένοι δεν καταλαβαίνουν τις αλλαγές στη φωτοσκίαση με αποτέλεσμα να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο πτώσης λόγω λανθασμένης αντίληψης για κάποιο αντικείμενο ή επιφάνεια (Ehrlich *et al.*, 2009).

Επιπλέον σχετικά με τις δυσκολίες των ηλικιωμένων στην οπτική οξύτητα, εμφανίζεται πρεσβυωπία και μειώνεται η χρωματική όραση. Λόγω του κιτρινίσματος του φακού του ματιού, η ευαισθησία στα μικρότερα μήκη κύματος φωτός χάνεται, με αποτέλεσμα τη μειωμένη δυνατότητα διάκρισης ορισμένων χρωμάτων, όπως το μπλε, το πράσινο, το μοβ, και όχι τόσο το κόκκινο, το πορτοκαλί και το κίτρινο. Τα χρώματα των φαρμάκων, τα οποία χρειάζεται να είναι τέτοια ώστε ο ηλικιωμένος να τα διακρίνει σχετικά εύκολα, έχουν ιδιαίτερη σημασία. Τέλος, το γλαύκωμα και ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας συγκαταλέγονται στις πιο συνήθεις επιπλοκές όρασης στους ηλικιωμένους (Evans *et al.*, 2002).

Στη συνέχεια, τα προβλήματα ακοής είναι αρκετά διαδεδομένα, αλλά συνήθως είναι μέτριας έντασης. Ένας στους τρεις ηλικίας άνω των 60 ετών και σχεδόν το 50% των ατόμων άνω των 85 ετών έχουν χάσει την ακοή τους. Τα τοιχώματα των ακουστικών οδών λεπταίνουν και τα τύμπανα γίνονται σκληρά. Οι πιέσεις μειώνουν την ευαισθησία στους ήχους υψηλής συχνότητας, δυσκολεύοντας έτσι τους ηλικιωμένους να κατανοήσουν τους ήχους υψηλής

συχνότητας (Wallhagen M., & Strawbridge S.S. 2003). Οι ήχοι υψηλής συχνότητας που παράγουν οι γυναίκες και τα παιδιά, για να γίνουν κατανοητοί από τους ηλικιωμένους, χρειάζεται να γίνουν πιο δυνατοί. Οι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται να αντιληφθούν λέξεις που είναι ταυτόσημες και διαφέρουν μόνο σε ένα σύμφωνο. Το πρόβλημα επιδεινώνεται από την παρατεταμένη έκθεση στο θόρυβο. Υπάρχει ακόμα μια δυσκολία στον εντοπισμό της πηγής θορύβου. Τέλος, η απώλεια ακοής προκαλεί προβλήματα επικοινωνίας. Πολλοί ηλικιωμένοι δεν μπορούν να παρακολουθήσουν συνομιλίες σε χώρους γεμάτους συσσωρευση και θόρυβο (Williger & Lang 2014, Yang *et al.*, 2015). Συνιστάται όταν πρόκειται για επικοινωνία με τους ηλικιωμένους, η ομιλία με κανονικό ρυθμό, όχι γρήγορα και ελαφρώς δυνατά. Χρειάζεται να διασφαλιστεί ότι ο περιβαλλοντικός θόρυβος μειώνεται και ότι το πρόσωπο του συνομιλητή είναι ορατό, έτσι ώστε οι ηλικιωμένοι να μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις εκφράσεις των χειλιών ή του προσώπου.

Η αίσθηση της γεύσης έχει καταστραφεί σημαντικά σε προχωρημένη ηλικία, ενώ η όσφρηση εμφανίζει αλλαγές μετά την ηλικία των 50 ετών. Στα 65 έτη, 50% των ηλικιωμένων έχουν μειωμένη όσφρηση λόγω του καπνίσματος. Οι συνέπειες αυτών των αλλαγών είναι ότι οι ηλικιωμένοι δεν απολαμβάνουν το φαγητό, έτσι χάνουν την όρεξή τους και δεν σιτίζονται σωστά. Ως αποζημίωση προτείνεται οι ηλικιωμένοι να μασήσουν αργά, επειδή υπάρχει καλύτερη κατανόηση του αρώματος των τροφίμων. Η έλλειψη ευαισθησίας στις οσμές όπως είναι ο καπνός ή τα χαλασμένα τρόφιμα έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία προβλημάτων ασφάλειας για τους ηλικιωμένους (Boyce & Shone 2006, Massler 1980, Winkler *et al.*, 1999).

Τέλος, παρατηρείται μείωση της ευαισθησίας της αφής στους ηλικιωμένους, με δυνητικό αντίκτυπο στην ανεξάρτητη διαβίωση και διατήρηση της αισθητικοκινητικής ικανότητας (Dinse *et al.*, 2012, Shaffer & Harrison 2007). Δεν έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με συστηματικές ασθένειες ή πρόσληψη φαρμάκων (Thornbury & Mistretta 1981, Stevens *et al.*, 2003).

Κεφάλαιο 4 : Ανάγκες ηλικιωμένων

4.1 Ανάγκες ηλικιωμένων κατά Maslow

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων είναι πολλές. Διαφέρουν ασφαλώς από άτομο σε άτομο, αλλά δεν έχουν λιγότερη σημασία από τους νεότερους. Οι ανάγκες των ηλικιωμένων είναι εξίσου σημαντικές με τις ανάγκες όλων των ανθρώπων ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας. Ο Αβραάμ Μάσλοου ήταν Αμερικανός ψυχολόγος που ήταν γνωστός για τη θεωρία της ιεραρχίας των αναγκών, η οποία ισχυρίζεται ότι υπάρχουν πέντε επίπεδα αναγκών εκ των οποίων εξαρτάται σχεδόν όλη η συμπεριφορά μας. Τα επίπεδα ταξινομήθηκαν ιεραρχικά, από τα πιο βασικά και πρωτόγονα στα πιο πολιτισμένα και ώριμα. Σύμφωνα με την πυραμίδα του Maslow οι ανάγκες των ανθρώπων έχουν ως προτεραιότητα την επιβίωση, την ασφάλεια, την κοινωνική αποδοχή, την αυτοεκτίμηση και κορυφώνονται με την αυτοπραγμάτωση (Hale et al., 2019).

Στη βάση της πυραμίδας Maslow βρίσκονται οι βασικές πρωτογενείς ανάγκες που συνδέονται με την επιβίωση του ατόμου, όπως η διατροφή, η σεξουαλική ζωή και η υγεία. Αυτές είναι οι ανάγκες που οφείλει να ικανοποιήσει ο άνθρωπος για να μπορέσει να μετακινηθεί σε επόμενα επίπεδα ικανοποίησης. Όσον αφορά στην ασφάλεια, ο Maslow ισχυρίζεται πως οι άνθρωποι χρειάζεται να αισθάνονται ασφαλείς έχοντας ένα σπίτι, μια εργασία, ασφάλιση και σύνταξη. Οι επόμενες ανάγκες είναι οι ανάγκες κοινωνικής αποδοχής, αγάπης και προσχώρησης. Ο άνθρωπος χρειάζεται φίλους για να αισθάνεται αποδεκτός και πως ανήκει σε μια ομάδα. Οι κοινωνικές ανάγκες του ατόμου ευδοκιμούν όταν έχουν εκπληρωθεί οι προηγούμενες ζωτικές ανάγκες. Στη συνέχεια, ακολουθούν οι ανάγκες της αυτοεκτίμησης σύμφωνα με τις οποίες, ο άνθρωπος χρειάζεται να έχει τις δικές του απόψεις και πεποιθήσεις, να βασίζεται και να πιστεύει στον εαυτό του και έτσι να βιώνει την ικανοποίηση με σεβασμό στον εαυτό του, τη γνώση, την επιρροή, την ανεξαρτησία, την ελευθερία. Χρειάζεται να είναι ο κύριος του εαυτού του και να τον καθορίσει με πίστη, δύναμη και αυτοσεβασμό σε αυτόν και τους άλλους. Τέλος, στην κορυφή της πυραμίδας υπάρχουν οι ανάγκες της αυτοπραγμάτωσης, δηλαδή η χρήση εσωτερικών ικανοτήτων, της δημιουργικότητας και η αίσθηση πληρότητας. Αποτελεί την υψηλότερη κατηγορία αναγκών και ουσιαστικά αναφέρεται στην ανάγκη να γίνει το άτομο αυτό που ονειρεύεται (Long, MV., & Martin, P., 2000).

Στην ηλικία της ώριμης ενηλικίωσης, από την ηλικία των 65 ετών και μετά, οι ανάγκες των ανθρώπων συχνά αρχίζουν να χρειάζονται επαναπροσδιορισμό. Εάν λάβουμε υπόψη τη θεωρία του Maslow, για παράδειγμα, η διασφάλιση των ζητημάτων υγείας και επιβίωσης, τα

οποία αποτελούν τη βάση της πυραμίδας, αποτελεί βασική προϋπόθεση. Έτσι, η υγειονομική περίθαλψη αποτελεί πρώτη προτεραιότητα.

Στη συνέχεια, είναι απαραίτητο να διασφαλίσουμε πως υπάρχουν επαρκή αισθήματα ασφάλειας όσον αφορά στη ζωή, δηλαδή ασφαλές σπίτι και ασφαλές εισόδημα, καθώς και ασφαλής πρόσβαση στο σύστημα υγείας και στη φαρμακευτική αγωγή. Συχνά τα ζητήματα υγείας που επηρεάζουν τους ηλικιωμένους και η ανάγκη για βιολογική φροντίδα αναδεύουν την αίσθηση της ασφάλειας. Οι ηλικιωμένοι χάνουν συχνά την ασφάλεια και την οικειότητα του σπιτιού, είτε επειδή χρειάζονται τη φροντίδα του νοσοκομείου είτε επειδή η φροντίδα τους χρειάζεται να ληφθεί σε μια κλινική. Είναι σημαντικό σε τέτοιες περιπτώσεις οι ηλικιωμένοι, στο μέτρο του δυνατού, να βιώσουν μια αίσθηση οικειότητας και ζεστασιάς παρόμοιας με εκείνη του σπιτιού τους (Hale et al., 2019).

Η σταθερότητα είναι απαραίτητη ακόμη και σε περιπτώσεις όπου είναι απαραίτητο να φιλοξενηθεί ένα συγγενής στο σπίτι ή σε μια κλινική, εάν δεν υπάρχει δυνατότητα φροντίδας στο σπίτι. Η αίσθηση της ύπαρξης που ακολουθείται, όσο καλύπτονται οι προηγούμενες ανάγκες επιβίωσης, είναι μια κεντρική αναγκαιότητα στο γήρας. Οι ηλικιωμένοι συχνά χάνουν την ανεξαρτησία τους και υπάρχει φόβος απομόνωσης ή, σε άλλες περιπτώσεις, χάνουν σημαντικούς φίλους και συνεργάτες, οπότε είναι απαραίτητο να επαναπροσδιοριστεί η αίσθηση του ανήκειν. Νέες δραστηριότητες και ενώσεις μπορούν να βοηθήσουν προς την συγκεκριμένη κατεύθυνση. Νέοι γνωστοί και ένας κοινωνικός ιστός είναι απαραίτητοι για να επιτρέψουν στον άνθρωπο να διατηρήσει την βασική ανάγκη του για κοινωνική αποδοχή και αγάπη. Ακριβώς επειδή η σημασία της κοινωνικής συμμετοχής είναι μεγάλη για την αίσθηση ικανοποίησης ενός ατόμου, ιδιαίτερα στην τρίτη ηλικία, μπορεί να εκφραστεί και με οργανωμένες εκδρομές είτε του θρησκευτικού τουρισμού είτε του ελεύθερου χρόνου, όπου άτομα παρόμοιας ηλικίας και ενδιαφέροντος έχουν συχνά τη δυνατότητα για σύνδεση και κοινωνικοποίηση (Ερωτοκρίτου Α., 1995).

Αν ο ηλικιωμένος εξακολουθεί να χρειάζεται κάτι, είναι σίγουρα η αίσθηση αυτοεκτίμησης. Καθώς πολλές από τις ικανότητές του μειώνονται ή συχνά χάνονται, η σημασία της αίσθησης ότι μπορεί να κάνει και ότι αξίζει είναι πολύ σημαντική. Το αίσθημα ότι ο ίδιος ορίζει και βασίζεται στα πόδια του είναι χαρακτηριστικό σε αυτό το επίπεδο ιεραρχίας και είναι συχνά μια ανησυχία για τους ανθρώπους που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Η γνώση και η σοφία της ζωής, που είναι συχνά χαρακτηριστική για τους ηλικιωμένους, μπορεί να είναι οι λόγοι για τους οποίους το άτομο θα συνεχίσει να βιώνει την αίσθηση ότι έχει

καταφέρει και έχει γνώση και εμπειρία να μεταβιβάσει στους νεότερους ή άλλους συνομηλίκους του. Συχνά ακούμε περιπτώσεις ηλικιωμένων ατόμων που αναλαμβάνουν επίπεδα εκπαίδευσης που δεν αναμένονται για την ηλικία τους. Με άλλα λόγια, καταφέρνουν να ικανοποιήσουν την ανάγκη τους, η οποία θα τους οδηγήσει στην αίσθηση εσωτερικής πληρότητας που όλοι χρειάζονται (Long, MV., & Martin, P., 2000).

Τέλος, στην κορυφή της πυραμίδας, βρίσκεται η αυτοενεργοποίηση. Οι ηλικιωμένοι μπορεί να έχουν ένα πρόσθετο προνόμιο να ικανοποιήσουν την συγκεκριμένη ανάγκη, καθώς η εμπειρία της ζωής τους επέτρεψε να φιλοσοφούν και να γνωρίσουν τον εαυτό τους. Έχουν την εμπειρία να μάθουν τι τους δίνει πληρότητα και αίσθηση ολοκλήρωσης. Όλοι οι ηλικιωμένοι κατάφεραν να φτάσουν στην κορυφή της πυραμίδας, αλλά συχνά εκείνοι που έχουν φροντίσει όλες τις προηγούμενες ανάγκες είναι σε θέση να απολαύσουν τη μεγαλύτερη απόλαυση όλων, την ένταξη του εαυτού τους. Η δημιουργικότητα κατέχει σημαντικό ρόλο στην έννοια της πληρότητας στην τρίτη ηλικία και συχνά συνδέεται με το πόσο δημιουργικό έχει την ικανότητα να γίνει το άτομο και να απολαμβάνει τα οφέλη του. Έχουν διεξαχθεί πολλές σχετικές έρευνες. Η σχέση μεταξύ δημιουργικότητας και αίσθησης πληρότητας και ευημερίας μελετάται στους ηλικιωμένους.

Οι έρευνες στην Αυστραλία και την Αμερική έδειξαν ότι η δημιουργική απασχόληση των ηλικιωμένων έχει επηρεάσει τη συνολική αίσθηση ικανοποίησης που είχαν για τη ζωή τους και αύξησε τα επίπεδα αυτοπεποίθησης μεταξύ των συμμετεχόντων. Ενώ η έρευνα στην Κορέα έχει διαπιστώσει ότι τα χαμηλά επίπεδα δημιουργικότητας συνδέονται με μια πολύ χαμηλή αίσθηση ικανοποίησης και αυτοπεποίθησης. Στην πραγματικότητα, σε έρευνες που έγιναν με ηλικιωμένους πληθυσμούς, που έχασαν τον σύντροφό τους ή συνεργάτη τους, διαπιστώθηκε ότι μετά από μια βαθιά περίοδο πένθους και απώλειας, οι ηλικιωμένοι που είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα ευημερίας ήταν εκείνοι που ήταν όλο και περισσότερο σε δημιουργικές δραστηριότητες (Hale et al., 2019).

Η κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων μπορεί να συνδέεται με την κάλυψη των πρωταρχικών και βασικών αναγκών επιβίωσης. Ωστόσο, βλέπουμε ότι δεν σταματά εκεί, αλλά, αντίθετα, για να προχωρήσει προς την ολοκλήρωση, απαιτεί μια συνεχή και διαρκώς διαδραστική διαδικασία. Οι ανάγκες που έχουν οι άνθρωποι μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία και τις απαιτήσεις ή τις υποχρεώσεις της τρίτης ηλικίας, αλλά στον πυρήνα τους δεν διαφέρουν (Hale et al., 2019). Οι πυρηνικές ανάγκες του ανθρώπου για αποδοχή και κοινωνική συμμετοχή, η ανάγκη να βασίζεται και να πιστεύει στον εαυτό του και στην αξία

του και, τέλος, η ανάγκη να αισθάνεται δημιουργικός, ολοκληρωμένος και σε επαφή με τον εαυτό του χωρίς στερεότυπα και προκαταλήψεις, αλλά με αίσθημα την αποδοχή και την ενσυναίσθηση, τον συνοδεύουν σε όλη τη διάρκεια της ζωής του και καθορίζουν σημαντικά την ψυχική του υγεία (Κόλλιας Κ., 2010).

Κεφάλαιο 5 : Παράγοντες που δημιουργούν δυσκολίες στην τρίτη ηλικία

Πριν την ενασχόληση με τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων, χρειάζεται να γίνει αναφορά στην ετυμολογία του ψυχοκοινωνικού λόγου. Η ψυχή προέρχεται από το αρχαίο ρήμα ψύχω, που σημαίνει αναπνοή, και είναι η απόλυτη εκδήλωση της ζωής. Ο Πλάτωνας εξέφρασε την ορθολογική και πνευματική διάσταση της ψυχής λέγοντας ότι είναι μια πνευματική οντότητα που υπήρχε πριν εισέλθει στο σώμα. Είναι απλό, αόρατο, άχωρο και άκαιρο. Μοιάζει με ύλη μόνο κατά το είναι, την ύπαρξή της και σχετίζεται με τις ιδέες που μοιάζει, χωρίς να είναι μια ιδέα. Μετά την ανάπτυξη των περίπλοκων δεικτών υγείας, ενισχύθηκε η ψυχοκοινωνική διάσταση της φροντίδας των ηλικιωμένων, η οποία είναι σχετικά πρόσφατη τάση.

5.1. Παράγοντες που οδηγούν στην μοναξιά

Ο φόβος της μοναξιάς είναι ευρέως διαδεδομένος στον γενικό πληθυσμό και ορίζεται ως μια δυσάρεστη και αγχωτική εμπειρία. Υπάρχει ομοφωνία στις αρνητικές επιπτώσεις της μοναξιάς στους ηλικιωμένους. Η μοναξιά συνεπάγεται με την έλλειψη απαραίτητης ή επιθυμητής ανθρώπινης φιλίας, συμβάλλει στην προσωπική ταλαιπωρία, χαρακτηρίζεται από ένα αίσθημα εγκατάλειψης και δυσανεξίας. Μερικές φορές συμβάλλει στην ανάπτυξη άλλων συναισθηματικών συνθηκών όπως η ανησυχία, η θλίψη, το άγχος και μπορεί ακόμη και να προδιαθέτουν στην κατάθλιψη. Στην ίδια έρευνα φάνηκε ότι τρεις στους πέντε ηλικιωμένους ήταν μοναχικοί σε ένα σημείο, ενώ ένας στους πέντε δήλωσε μεγάλη μοναξιά, γεγονός που υπογραμμίζει τα υψηλά ποσοστά μοναξιάς στους ηλικιωμένους.

Η μοναξιά δημιουργείται από την απουσία ανθρώπινης επαφής και οικειότητας, από την αδυναμία του ατόμου να δημιουργήσει και να διατηρήσει μια σχέση. Σύμφωνα με τους Thompson και Heller (2006) η μοναξιά συνεπάγεται ότι το ψυχολογικό στρες μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της μη ικανοποιητικής αντίληψης της ποιότητας των σχέσεων και της μη ικανοποιητικής ποσοτικής κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Σύμφωνα με τους Long και Martin (2003), σε προχωρημένη ηλικία, όταν άλλες μορφές κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να απουσιάζουν, λόγω θανάτου του συζύγου ή των φίλων, οι συναναστροφές και η εκπλήρωση των προσδοκιών τους μπορεί να συνδέεται με τη μοναξιά. Η μοναξιά εξακολουθεί να είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό στη διατήρηση ή όχι της ευημερίας του ατόμου.

Σύμφωνα με τον Koropeckyj-Cox (2008), η μοναξιά ως δυσάρεστη αίσθηση μπορεί να μειώσει την ευημερία του ατόμου, αλλά δεν είναι μια ψυχολογική παρατυπία. Υπάρχουν διάφορες μεταβλητές που επηρεάζουν την έννοια της μοναξιάς. Μερικά από αυτά είναι τα επίπεδα εκπαίδευσης, η οικονομική κατάσταση, η αντίληψη της υγείας, η ποιότητα των φίλων, η οικογενειακή κατάσταση, η εγγύτητα, οι στενές σχέσεις και, τέλος, η προσωπικότητα. Σε μια μακροχρόνια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Holmen, Eriksson και Winblad 2003, εξετάστηκε η διάθεση των ηλικιωμένων και η συχνότητα της αίσθησης της μοναξιάς. Το δείγμα περιλάμβανε 315 άτομα ηλικίας 75-98 ετών και οι πληροφορίες συγκεντρώθηκαν με προσωπική συνέντευξη διάρκειας 30 λεπτών. Υποστηρίχτηκε ότι η μοναξιά είχε αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική κατάσταση του ανθρώπου. Τέλος, τονίζεται ότι η αγάπη, η συντροφικότητα και η κοινή ιστορία δουλεύουν εναντίον της μοναξιάς (Παγοροπούλου, 2000, Κόλλιας Κ., 2010).

5.1.1. Ατομικοί παράγοντες

Σύμφωνα με έρευνα, το φύλο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κοινωνικοποίηση των ατόμων. Οι κοινωνικοί κανόνες ορίζουν τη γυναικεία ταυτότητα σε σχέση με το ρόλο της μητέρας. Από την άλλη πλευρά, ο ρόλος των ανδρών εντοπίζεται και αξιολογείται συχνότερα εκτός της οικογένειας. Οι έρευνες έδειξαν μεγαλύτερη στενότητα στις σχέσεις μητέρων-παιδιών. Οι γυναίκες δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στη μητρότητα από ό,τι οι άνδρες κάνουν στην πατρότητα. Έτσι, με αυτό τον τρόπο, φαίνεται ότι η ακληρία μπορεί να φέρει την κατάθλιψη και τη μοναξιά περισσότερο στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Οι ηλικιωμένες γυναίκες δήλωσαν ότι παρόλο που η οικογένειά τους επισκέπτεται συχνά, βλέπουν παρόμοιες σχέσεις να οδηγούνται από την υποχρέωση παρά από την πραγματική φροντίδα και υποστήριξη. Τέλος, σε μια έρευνα που πραγματοποίησαν οι Thomson και Heller, φαίνεται ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας θεωρούν την οικογενειακή υποστήριξη πολύ σημαντική, χωρίς να υπονομεύει τη σημασία των φίλων και των γειτόνων ως πηγές ενέργειας και υποστήριξης (Koropeckyj-Cox, 1998).

Ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας που καθορίζει πώς οι ηλικιωμένοι αντιδρούν στα γηρατεία είναι η προσωπικότητά τους. Τα άτομα με δομημένη προσωπικότητα, ψυχολογική ωριμότητα, προσαρμοστικότητα και ευρύτερες αντιλήψεις γερνούν αργά και καλά. Επιπλέον, μια συνεκτική προσωπικότητα και μια συνειδητή θρησκευτική ζωή συμβάλλουν στη μείωση των αντιδράσεων στους ηλικιωμένους επειδή εξασφαλίζουν ένα εξωτερικό-κοινωνικό σημείο

αναφοράς (Atkinson RL. et al., 2000). Η μελέτη των Long και Martin 2000 εξετάζει τα αποτελέσματα της προσωπικότητας, τη μείωση των σχέσεων και τις διαστάσεις της οικογενειακής αλληλεγγύης σε σχέση με τη μοναξιά των ηλικιωμένων άνω των 85 ετών και των παιδιών τους. Το δείγμα πληθυσμού απαρτίζεται από 100 άτομα ηλικίας 84-102 ετών που δεν παρουσίαζαν γνωστικές επιπτώσεις και είχαν ικανοποιητικό επίπεδο υγείας. Οι πληροφορίες συγκεντρώθηκαν μέσω προσωπικής συνέντευξης στα σπίτια των συμμετεχόντων. Ερωτηματολόγια στάλθηκαν ταχυδρομικώς σε 250 ηλικιωμένα παιδιά με ποσοστό ανταπόκρισης 83%. Από αυτούς τους ανθρώπους ηλικίας μεταξύ 42 με 78 ετών επιλέχθηκαν 100 για να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η μοναξιά των συμμετεχόντων μειώθηκε λόγω της αγάπης προς και από τα παιδιά τους. Τονίστηκε ακόμα πως παρόλο που μια ανήσυχη και αγχώδης προσωπικότητα μειώνει την στοργή, η αντίληψη για στενούς δεσμούς με τα παιδιά αυξάνει την αγάπη. Ακόμα και οι γονείς και τα παιδιά με ανήσυχες προσωπικότητες είναι πιο πιθανό να βιώσουν τη μοναξιά. Επιπλέον, φάνηκε ότι η μοναξιά μειώθηκε σε εξωστρεφείς προσωπικότητες. Οι θετικές σκέψεις και συναισθήματα σε νεαρή ηλικία είναι σύμφωνα με τον Coleman, που συνδέονται με μια θετική αίσθηση ευημερίας αργότερα. Η προσωπικότητα σύμφωνα με τους Martin & Poon 1999 μπορεί να προδικάζει τα άτομα στη μοναξιά. Τέλος, η προσωπικότητα και η προσωπική εμπειρία του καθενός είναι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διάθεση των ηλικιωμένων.

Η ψυχολογική διάθεση και οι συνθήκες διαβίωσης είναι πολύ σημαντικοί τομείς που χρειάζεται να ληφθούν υπόψη με στόχο την εξασφάλιση υψηλών επιπέδων ποιότητας ζωής. Σύμφωνα με την έρευνα του Holmen, Ericson και Winblad 1999, νωρίτερα, η ποιότητα ζωής εστιάστηκε στην υγεία και αν κάποιος προσπάθησε να δώσει έναν γενικό ορισμό, θα το χαρακτήριζε ως έλλειψη ασθένειας. Σήμερα, όμως, η ποιότητα ζωής είναι μια πολύ πιο περίπλοκη έννοια και ορίζεται ως αίσθηση ικανοποίησης, σε όλη τη διάρκεια ζωής όπως ορίζεται από τον ψυχικά αφυπνισμένο άνθρωπο του οποίου η ζωή έχει αξιολογηθεί. Έτσι, εάν οι ηλικιωμένοι δεν μπορούν να αισθανθούν την ικανοποίηση, τότε μπορεί να εμφανιστούν αισθήματα και καταστάσεις όπως θλίψη, απομάκρυνση, έλλειψη κοινωνικών σχέσεων και μοναξιά. (Holmen, Ericson & Winblad, 1999).

5.1.2. Οικογενειακοί παράγοντες.

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν παιδιά και εγγόνια. Η οικογένεια διαδραματίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη ηλικιωμένων ιδιαίτερα σε κρίσιμες περιόδους όπως συνταξιοδότηση, ασθένεια, χηρεία (Dugan & Kivett, 1994).

Αναφερόμενα, στα οφέλη του τοκετού ανήκουν η εμπειρία του να είσαι γονιός, η συναισθηματική υποστήριξη των γονέων όταν γερνούν και η αίσθηση της αθανασίας με την έννοια της συνέχισης. Οι ηλικιωμένοι με περισσότερα παιδιά και η εγγύτητά τους αναφέρουν λιγότερα επίπεδα μοναξιάς. Υπάρχουν, βεβαίως, αντικρουόμενες απόψεις ως προς το αν οι συχνές επαφές με την οικογένεια είναι σιωπηρή και συναισθηματική ευημερία. Στις ΗΠΑ το 1990, πάνω από το 1/5 των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών δεν είχαν παιδιά. Αν και η αποδοχή της αποχής να μην έχει παιδιά έχει αυξηθεί, οι περισσότεροι Αμερικανοί τη συνδέουν με έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία της μοναξιάς σε μια προχωρημένη ηλικία. Η απουσία παιδιών αποτελεί σημαντικό παράγοντα που συνεπάγεται σοβαρό κίνδυνο απομόνωσης των ανθρώπων, ιδιαίτερα των ηλικιωμένων (Dugan & Kivett, 1994).

Όσο η ηλικία τους αυξάνεται, τόσο πιο πιθανό είναι ότι πολύ ηλικιωμένοι θα χάσουν ένα παιδί. Τα παιδιά ηλικιωμένων μπορεί να είναι στην αρχή της τρίτης ηλικίας ή ακόμη και να έχουν πεθάνει. Αλλά ακόμα κι αν είναι στη ζωή, μπορεί να έχουν και προβλήματα υγείας. Η απώλεια ενός παιδιού είναι ένα από τα πιο σημαντικά και τραυματικά γεγονότα στην ανθρώπινη ζωή. Αυτό ενισχύει τις πιθανότητες να παρουσιαστεί η μοναξιά, τα συναισθήματα ευπάθειας, κακής υγείας και κατάθλιψης (Rice, 2005).

5.1.3. Άνοια – Alzheimer

Η άνοια είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ποικιλία εγκεφαλικών διαταραχών που μοιράζονται μια απώλεια της εγκεφαλικής λειτουργίας που είναι συνήθως προοδευτική, μη αναστρέψιμη και τελικά θανατηφόρα. Μία από τις συνήθεις ανησυχίες μεταξύ των ηλικιωμένων είναι ο φόβος της μεγάλης ηλικίας, η οποία συνδέεται στενά με την απώλεια της ανεξαρτησίας και με την αποτυχία ελέγχου της συμπεριφοράς τους. Η πνευματική κατάθλιψη που πιστεύεται ότι φιλοξενεί το γήρας είναι μια ανησυχία για κάθε άτομο, ιδιαίτερα εκείνες που πλησιάζουν την τρίτη ηλικία. Η έλλειψη ενδιαφέροντος είναι πολύ συχνή σε άτομα με γνωστικές δυσκολίες. Εκφράζουν ανησυχία, ντροπή και φόβο για την αποδοχή του προβλήματος και προσπαθούν να το κρύψουν, και έτσι να τις απομονώσουν. Έτσι

αρχίζουν να απομακρύνονται, να αισθάνονται άχρηστοι και να πλήττουν (Holmen, Ericson & Winblad, 1997).

Ως κλινική εικόνα, η άνοια εμφανίζεται σε μια ύπουλη και προοδευτική, χρόνια πορεία. Προκαλείται από μη αναστρέψιμη εξασθένηση της εγκεφαλικής λειτουργίας και η διάρκεια της μπορεί να είναι από μήνες έως χρόνια. Χαρακτηριστικά οι πάσχοντες κατά τη διάρκεια της άνοιας δείχνουν αποπροσανατολισμό και μείωση της κρίσιμης ικανότητας, της αφαιρετικής σκέψης και της ικανότητας μάθησης. Η μνήμη και ο προσανατολισμός των προσώπων, του χώρου και του χρόνου βαθμιαία διαβρώνονται. Η άνοια χαρακτηρίζεται από μια αλλαγή στην προσωπικότητα, στην οποία γίνονται εντονότερες οι ιδιοσυγκρασίες όπως η υποψία, οι παρανοϊκές σκέψεις και ο εξαναγκασμός. Το συναίσθημα είναι ασταθές, αναγνωρίζεται η τάση προς την απάθεια, την κατάθλιψη, την απόσυρση και την επιμονή, σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης της κατάστασης του περιβάλλοντος. Οι αναστολές, το άγχος, η ανάδευση είναι εμφανώς μειωμένες στον ασθενή. Η ευελιξία χάνεται σταδιακά, ο ασθενής υφίσταται ανάγκες ρουτίνας, άγχος, θυμό και απελπισία. Τέλος, οι τυπικές κλινικές εικόνες κατά τη διάρκεια της άνοιας είναι η άρνηση και η απώθηση, καθώς και η μυθοπλασία με σκοπό την πλήρωση κενών μνήμης (Μεντενόπουλος, 2002).

Ως νοσηλευτική παρέμβαση μπορούμε να ορίσουμε την ατομική προσοχή, τη συνεχή κοινωνική αλληλεπίδραση, ορισμένες δραστηριότητες ομάδας, την άσκηση, τον αισθητικό ερεθισμό και τη δραστηριότητα μέσα στην ημέρα. Είναι σκόπιμο να διατηρηθεί ένα φωτεινό δωμάτιο και να φυλάσσονται προσωπικά αντικείμενα σε ορατό μέρος. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να καθοδηγήσει τον ασθενή με απλές οδηγίες, να αναζητήσει πηγές άγχους και να επιδιώξει να τις μειώσει. Οι αμυντικοί μηχανισμοί για την προστασία της ακεραιότητας του εαυτού του εντείνονται όταν το άτομο αισθάνεται άγχος (Παγοροπούλου, 2000).

Η άνοια του Αλτσχάιμερ είναι η πιο κοινή άνοια και είναι υπεύθυνη για το 50% όλων των άλλων μορφών άνοιας. Η ασθένεια περιεγράφηκε για πρώτη φορά από τον Alzheimer το 1406. Πρόκειται για μια προοδευτική μη αναστρέψιμη ασθένεια που χαρακτηρίζεται από διάχυτη ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού. Παραδοσιακά, οι κλινικοί ιατροί τη διαχώρισαν σε γεροντική και προγεροντική άνοια, με ενδεικτικό τον χρόνο που ξεκίνησε. Στο παρελθόν, η νόσος ανήκε στην προγεροντική άνοια. Σήμερα, ωστόσο, αναφέρεται και στη γεροντική, η οποία είναι πιο συχνή, καθώς 2 στα 4 του πληθυσμού άνω των 65 ετών πάσχουν από την νόσο (Μαυρουδάκης Κ., 2001).

Όσον αφορά στο φύλο, παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες. Στις ΗΠΑ μέχρι το 2030, τα θύματα της νόσου θα φθάσουν τα 4,8 εκατομμύρια, ενώ ένας στους τρεις νέους με γονείς ηλικίας άνω των 65 ετών θα φροντίσει για την ασθένεια. Η ασθένεια είναι σταδιακή και έχει επιδείνωση που μπορεί να διαρκέσει περισσότερο από 10 χρόνια και πάντα τελειώνει με το θάνατο.

Όσον αφορά στη διάγνωση, τα αντικειμενικά ευρήματα είναι διαθέσιμα μόνο στο τελικό στάδιο της νόσου και είναι μη παθογνωμικά. Μετά το θάνατο, παρουσιάζονται ιστοπαθολογικές μέθοδοι γεροντικών πλακών, μικροσκοπικές αλλοιώσεις του εγκεφαλικού φλοιού που αποτελούνται από νευρώνες, περιτυλιγμένες γύρω από τον αμυλοειδή πυρήνα, νευροινιδικού κόμβου, ελικοειδή ινίδια που εμπλέκονται με νευρώνες, κοκκιοκενοτοπιώδης εκφύλιση νευρικών κυττάρων. Παρόμοια ευρήματα παρατηρήθηκαν σε φυσιολογικά, αλλά σε μικρότερο βαθμό σε ηλικιωμένους εγκεφάλους.

Η διάγνωση της ασθένειας βασίζεται στην ύπουλη εισβολή της, στην προοδευτική επιδείνωση και στον αποκλεισμό όλων των άλλων αιτιών που μπορεί να προκαλέσουν άνοια. Μετά από προοδευτική αξιολόγηση, οι κλινικοί γιατροί μπορούν να φθάσουν στη διάγνωση εφόσον αξιολογούν σωστά το κλινικό, νευρολογικό, ψυχιατρικό, νευροφυσιολογικό και ιστορικό ασθενούς (Μεντενόπουλος, 2002).

Παρά την έντονη και επίμονη επιστημονική έρευνα, η αιτία της νόσου είναι επί του παρόντος άγνωστη. Οι ερευνητές μελετούν ένα ευρύ φάσμα ύποπτων παραγόντων, όπως γενετικοί παράγοντες, καθώς και περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως το αλουμίνιο. Παρά την αδυναμία των ερευνητών να εντοπίσουν την αιτία της ασθένειας, έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στο επίπεδο της εξάλειψης των μύθων και της βαθύτερης κατανόησης της νόσου.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ασθένεια δεν είναι μια κανονική διαδικασία γήρανσης. Η άνοια δεν προκαλείται από σκλήρυνση των αρτηριών ή από υποξία του εγκεφάλου και δεν είναι μεταδοτική. Στη συνέχεια, παρατηρήθηκε ότι η ασθένεια δεν σχετίζεται με τον αλκοολισμό και την ανεπαρκή διατροφή. Η νόσος του Αλτσχάιμερ είναι μια ασθένεια που σχετίζεται άμεσα με τον εγκέφαλο και δεν θεωρείται ψυχική ασθένεια ή μορφή παράνοιας. Τα πρώιμα συμπτώματα της άνοιας του Alzheimer περιλαμβάνουν τα προβλήματα της πρόσφατης μνήμης αλλά όχι την απώλεια της. Ο ασθενής έχει δυσκολία να ολοκληρώσει τις συνήθειες επιχειρηματικές του δραστηριότητες και αντιμετωπίζει προβλήματα με την ομιλία, την προφορική έκφραση ή συχνά την εύρεση της κατάλληλης λέξης. Είναι αποπροσανατολισμένος όσον αφορά στον τόπο και τον χρόνο. Παρουσιάζει μια μειωμένη κρίση στην ένδυση και στις

μη κρίσιμες αγορές. Έχει χαρακτηριστικά προβλήματα την αδυναμία αφαιρετικής σκέψης, δεν κατανοεί τις αφηρημένες έννοιες. Η διάθεση ή η συμπεριφορά του ασθενούς μειώνεται και η προσωπικότητά του αλλάζει από κανονική σε ύποπτη. Τέλος, όσον αφορά στα συμπτώματα της άνοιας του Alzheimer, υπάρχει απώλεια πρωτοβουλίας και ο ασθενής συχνά τοποθετεί τα αντικείμενα σε λάθος θέση (Καπάκη Ε., Παρασκευάς Γεώργιος Π., 2004).

Η έγκαιρη διάγνωση της νόσου αυξάνει την πιθανότητα πρώιμης θεραπείας και σταθεροποίησης. Κατά τη διάρκεια της νόσου, τα συμπτώματα ποικίλλουν από ασθενή σε ασθενή, μέχρις ότου η ασθένεια κάνει τα θύματα ανίκανα να φροντίσουν τον εαυτό τους. Μέχρι σήμερα, δεν έχει αναφερθεί ειδική θεραπεία στη βιβλιογραφία. Δεδομένου ότι η ασθένεια είναι προοδευτική και μη αναστρέψιμη, όλες οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων για να εξασφαλίσουν μια ικανοποιητική και όσο το δυνατόν πιο άνετη ζωή. Είναι δύσκολο να περιγραφεί ότι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν μια μακροχρόνια ασθένεια με μια ποικιλία συμπτωμάτων που ποικίλλουν από άτομο σε άτομο και αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Το σχέδιο φροντίδας ασθενών περιλαμβάνει την παροχή κατάλληλων φαρμάκων για τη μείωση του στρες, τη βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από καταθλιπτικά συμπτώματα ή επιθετικότητα, τη σωματική άσκηση, την κοινωνική δραστηριότητα, την κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστης και τη διασφάλιση ενός ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.

Μεταξύ των πολλών απωλειών που υφίστανται τα θύματα της νόσου, εκείνη της επικοινωνίας με τους άλλους είναι ίσως η μεγαλύτερη. Πολλά χαρακτηριστικά περιγράφουν πως το άτομο είναι σαν να ζει σε έναν κόσμο όπου κάθε λεπτό της ζωής του διαγράφεται από τη μνήμη του καθώς το λεπτό περνάει. Η μνήμη του είναι εντελώς διαγραμμένη, ξεχνάει πώς να μιλάει, πώς να ενεργεί στο κοινό, πώς να σιτίζεται, τα πράγματα που έμαθε κατά τη διάρκεια της ζωής του αποδυναμώνονται στη μνήμη του λόγω της ασθένειας (Μεντενόπουλος, 2002).

Τα προβλήματα επικοινωνίας που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με άνοια είναι κοινά. Η ομιλία είναι ασαφής, χωρίς νόημα και συνήθως αυτόματη, στην τελική φάση της νόσου το άτομο δεν μπορεί να μιλήσει καθόλου. Η ανάγκη επικοινωνίας με άλλους είναι εξίσου σημαντική με την ανάγκη του ατόμου για σίτιση και ενυδάτωση. Μια μελέτη σχετικά με την επικοινωνία των νοσηλευτών με άτομα που πάσχουν από άνοια ανέφερε ότι οι νοσηλευτές ξοδεύουν μόνο το 10% του χρόνου τους επικοινωνώντας με τους ασθενείς με άνοια, ενώ παράλληλα ξοδεύουν πολύ περισσότερο χρόνο σε συνομιλίες μεταξύ τους. Τα επίπεδα απομόνωσης σε ανοιακούς ασθενείς είναι εμφανή σε σύγκριση με τους άλλους ηλικιωμένους.

Μια μειωμένη κοινωνική δράση αυξάνει την εξάρτηση του ασθενούς και επιδεινώνει την ψυχοκοινωνική και φυσική κατάσταση του ασθενούς (Μαυρουδάκης Κ., 2001).

Ειδικότερα, ο νοσηλευτής χρειάζεται να μιλάει με κανονικό ρυθμό και τόνο, με κατανοητά λόγια και απλές προτάσεις για να κατανοηθεί από τον ασθενή. Είναι καλύτερα να γίνεται χρήση κλειστών και όχι ανοικτών ερωτημάτων. Ο νοσηλευτής θα ήταν σκόπιμο να αποφεύγει την απαγόρευση και να δίνει θετικές οδηγίες. Η συζήτηση ανάμεσα στον ασθενή και το νοσηλευτή χρειάζεται να είναι απλή χωρίς συνθετικές έννοιες και λόγια. Εάν ο ασθενής δεν παρακολουθεί το νοσηλευτή κατά τη διάρκεια της συζήτησης, το ερώτημα χρειάζεται να επαναληφθεί όταν βεβαιωθεί ότι ο ασθενής είναι πλήρως αφοσιωμένος. Εάν ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί με το νοσηλευτή, αποφεύγεται η πίεση. Η επανενεργοποίηση αξιολογείται με πιο απλοποιημένες ερωτήσεις και την ενθάρρυνση του ασθενούς να συμμετάσχει σε ομαδικές συζητήσεις (Τσολάκη Μ., 2005).

Ο νοσηλευτής χρειάζεται να δώσει ιδιαίτερη προσοχή στα λεγόμενά του κατά τη διάρκεια μιας συνομιλίας με άλλους ανθρώπους, καθώς και στον τόνο της ομιλίας με τον συνομιλητή του, επειδή ο ασθενής ίσως υποψιάζεται ότι μιλάει για τον ίδιο. Η καλή επικοινωνία μεταξύ του ασθενούς και του νοσηλευτή εξασφαλίζεται με ήρεμη φωνή και με το άγγιγμα καθώς αποτελεί ένα προηγμένο μέσο επικοινωνίας και περιγράφεται ως δυναμική θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να αποδώσει θετικά μηνύματα και να αυξήσει την λεκτική ικανότητα του ασθενούς. Ίσως να συνοδεύεται από κινήσεις όπως ένα χάδι, ένα μαλακό χτύπημα στην πλάτη, ένα ζεστό σφίξιμο των χεριών και πολλές άλλες μικρές αλλά σημαντικές πράξεις που προάγουν την εμπιστοσύνη για να είναι αποτελεσματικές (Πρίντζης, 2005).

Μελέτες υποδεικνύουν ότι το η φροντίδα του ηλικιωμένου ασθενή αποτελεί βάρος για την οικογένεια. Με την πάροδο του χρόνου, η νοσηλεία του ασθενούς καθίσταται πιο περίπλοκη, επειδή η επικοινωνία με τις οικογένειές τους επιδεινώνεται, ενώ η εξάρτηση αυξάνεται. Οι άνθρωποι που εμπλέκονται στη φροντίδα του ατόμου στις προσπάθειές τους να τους παρέχουν άνεση και ασφάλεια εξαντλούνται σωματικά και συναισθηματικά. Τα καθήκοντα ενός νοσηλευτή περιλαμβάνουν την ενημέρωση των συγγενών του ασθενή σχετικά με τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου, παρέχοντας καθοδήγηση για την αποφυγή του καθημερινού άγχους και την παροχή βοήθειας όπου αυτό είναι απαραίτητο για την κάλυψη των διαφόρων αναγκών του ασθενούς. Επιπλέον, το καθήκον του νοσηλευτή θεωρείται ότι είναι να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συνεχίσουν το επίπονο και σημαντικό έργο περίθαλψης

ασθενών. Η ψυχολογική υποστήριξη, με στόχο τη μείωση της συναισθηματικής και σωματικής έντασης, αποτελούν ένα επιπλέον καθήκον του νοσηλευτή (Καπάκη και συν., 2004).

5.1.4 Κατάθλιψη

Οι παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη σε μεγαλύτερη ηλικία είναι παρόμοιοι με αυτούς των νεότερων ηλικιακών ομάδων. Η διαφορά έγκειται στη συχνότητα έκθεσης σε παράγοντες κινδύνου, με ορισμένες συχνότερες και άλλες λιγότερο συχνές. Υπάρχουν πολλά στοιχεία που δείχνουν ότι το φύλο, η σωματική υγεία και η αναπηρία αποτελούν μερικούς παράγοντες κινδύνου. Η θεσμική φροντίδα, τα μοναδικά συμβάντα της ζωής, η κοινωνική υποστήριξη, το ιστορικό της κατάθλιψης, η ατομική προσωπικότητα και η παροχή φροντίδας εξακολουθούν να αποτελούν μερικούς παράγοντες κινδύνου (Fessman, N., & Lester, D., 2000).

Μεταξύ των λειτουργικών ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και συνδρόμων, η κατάθλιψη είναι η υψηλότερη στους ηλικιωμένους. Η δυσαρέσκεια, που επικρατεί στην καταθλιπτική διάθεση, επηρεάζει τις γνωστικές και συναισθηματικές εμπειρίες του καταθλιπτικού, και είναι εμφανής σε όλη τη συμπεριφορά του. Σε μερικούς ηλικιωμένους, η απροθυμία συνοδεύεται από επιβράδυνση της κινητικότητας και έλλειψη ενδιαφέροντος για τους άλλους. Σε άλλες, η δυσφορία συνοδεύεται από ανησυχία, αϋπνία και σωματικές διαταραχές. Η απλή επιβραδυντική κατάθλιψη συνήθως εκδηλώνεται με αυξημένες φυσικές διαταραχές όπως δυσκοιλιότητα, έλλειψη αποφασιστικότητας και αποτελεσματικότητας (Jorn, 1995).

Σε νευροφαρμακολογικές μελέτες, αναφορικά με την παθογένεια της κατάθλιψης, παρατηρήθηκαν ορισμένες ορμόνες και άλλες ουσίες στο σώμα που πιστεύεται ότι είναι υπεύθυνες ή σχετίζονται άμεσα με την εμφάνισή της. Η εμφάνιση της κατάθλιψης είναι πιθανότερη στους ηλικιωμένους από ότι σε άλλες ηλικιακές ομάδες, με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης στις γυναίκες. Στους ηλικιωμένους που ζουν σε συγκεκριμένους χώρους, η συχνότητα της κατάθλιψης έχει αυξηθεί (25%) (Παγοροπούλου, 2000).

Η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης παραμελείτε επειδή τα συμπτώματά της σχετίζονται με την ηλικία ή μπερδεύονται με εκδηλώσεις φυσικών ασθενειών. Ακόμη και οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι, όταν αισθάνονται κάποια δυσαρέσκεια ή απογοήτευση την συνδέουν εύκολα με το γήρας. Έτσι, όσο περισσότερο η κατάθλιψη παραλείπεται, τόσο πιο πολύπλοκη γίνεται, τόσο περισσότερο δρα ως υπόστρωμα για την ανάπτυξη νέων προβλημάτων και επιπλοκών στις χρόνιες ασθένειες, δημιουργώντας ειδικές συνθήκες που καθιστούν τον έλεγχο

συμπεριφοράς δύσκολο. Σε ηλικιωμένους ασθενείς τα σημεία και τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι δύσκολο να διαφοροποιηθούν από εκείνα της φυσιολογικής γήρανσης. Εκτός από τους εκλυτικούς παράγοντες και τις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, συμβάλλουν στην ανάπτυξη συναισθημάτων δυσαρέσκειας, μοναξιάς και απογοήτευσης (Gelder et al., 2008).

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι το πρώτο σύμπτωμα σοβαρής σωματικής νόσου ή ο πρόδρομος για την ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη χρήση φαρμάκων που συνήθως χρησιμοποιούνται από τους ηλικιωμένους. Η κατάθλιψη είναι πολύ συχνή σε συνδυασμό με κάποια σωματική ασθένεια. Μερικές φορές είναι δυνατόν ένας ηλικιωμένος ασθενής με φυσική νόσο να αγνοήσει την κατάθλιψη και σε ένα διαγνωσμένο με κατάθλιψη, η υπάρχουσα νόσος να μην αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά (Fessman, N., & Lester, D., 2000). Εν κατακλείδι η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να θεραπευτεί εάν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αρχίσουν νωρίς. Αντίθετα, αν η κατάθλιψη παραμεληθεί, μετατοπίζεται σε χρόνια. Ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος έχει χάσει την πραγματική έννοια της ζωής. Για αυτό η κατάθλιψη ορίστηκε ως θάνατος στη ζωή, που σημαίνει πλήρη απώλεια ζωτικότητας, κίνησης και σκοπού. Σε τέτοιες περιπτώσεις, οι τάσεις και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πολύ συχνές.

Ο ρόλος των νοσηλευτών στη φροντίδα των καταθλιπτικών ηλικιωμένων είναι σημαντικός, διότι στοχεύει στην αναδημιουργία και την αναζωογόνηση της ζωής τους. Ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας για ένα ηλικιωμένο άτομο με κατάθλιψη εστιάζει στην αντιμετώπιση των αναγκών ενός υψηλότερου επιπέδου. Η συγκεκριμένη φιλοσοφία βασίζεται στην ιεραρχία των αναγκών του Maslow, στην οποία η αυτοεκτίμηση τοποθετείται στο υψηλότερο επίπεδο συνέχειας των ανθρώπινων αναγκών. Όταν οι νοσηλευτές καταφέρνουν να αναπτύξουν τις κατάλληλες δεξιότητες μεταξύ των ανθρώπων, είναι δυνατόν να ενθαρρυνθούν οι ηλικιωμένοι να αποκτήσουν περισσότερη αυτονομία, εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα στις σχέσεις τους, προϋποθέσεις απαραίτητες για την ανάπτυξη θεραπευτικού διαλόγου. Χρειάζεται να τονιστεί ότι, προκειμένου να διατηρηθούν οι ηλικιωμένοι με κατάθλιψη στο επιθυμητό επίπεδο λειτουργίας, η ευγένεια και η συμπόνια χρειάζεται να υπερισχύουν της σχέσης μεταξύ νοσηλευτή και ηλικιωμένου ατόμου (Hogan, 2012).

5.1.5. Σύγχυση – Delirium

Κοινή ανησυχία μεταξύ των ηλικιωμένων είναι ο φόβος της μεγάλης ηλικίας, η οποία συνδέεται με την απώλεια της ανεξαρτησίας και την αδυναμία ελέγχου της συμπεριφοράς τους. Όταν οι ηλικιωμένοι υποφέρουν από συνθήκες συγχύσεως που μπορεί να προκύψουν από

υποκείμενη νόσο, είναι πιθανό μια αναστρέψιμη σύγχυση να συνοδεύεται από μια μη αναστρέψιμη γήρανση. Η κατάσταση της οξείας σύγχυσης είναι γνωστή και ως παραλήρημα. Είναι ένα σημαντικό ζήτημα υγείας για τους ηλικιωμένους υπό την επίδραση μιας οξείας ασθένειας. Οι γηριατρικοί ασθενείς διατρέχουν υψηλό κίνδυνο οξείας σύγχυσης λόγω φυσιολογικών μεταβολών που σχετίζονται με τη γήρανση. Η οξεία σύγχυση ως κατάσταση παραμένει παραμελημένη παρά τις σοβαρές λειτουργικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες, διότι η γνώση του φαινομένου βασίζεται σε περιορισμένα ευρήματα (Inouye et al., 2014).

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην επίλυση της αναστρέψιμης σύγχυσης θα είναι αποτελεσματικός μόνο εάν η αντίληψή τους βασίζεται στη γνώση ότι η σύγχυση είναι σύμπτωμα και όχι ασθένεια. Οφείλουν να γνωρίζουν ότι η σύγχυση δεν αποτελεί παράνοια, αλλά μια εκδήλωση εγκεφαλικής δυσφαγίας από μια υποκείμενη νόσο και μια προειδοποίηση ότι η κατάσταση της νόσου έχει επιδεινωθεί. Εάν η σύγχυση είναι αποτέλεσμα της νόσου και αντιμετωπίζεται σωστά, μπορεί να μην επιδεινωθεί. Αντιθέτως, εάν η συχνότητα, η ένταση και το μέγεθος της σύγχυσης δεν μειωθούν και αν διαρκέσει περισσότερο από ένα μήνα τότε μπορεί να οδηγήσει σε άνοια. Σε πολλές περιπτώσεις η σύγχυση εμφανίζεται μόνο τη νύχτα, γεγονός που καθιστά πιο σημαντικό για τους νοσηλευτές να διαδραματίζουν ρόλο στην έγκαιρη διάγνωση και να αντιμετωπίζουν την κατάσταση των ηλικιωμένων (Hogan, 2012).

Ο νοσηλευτής χρειάζεται να παρέμβει προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα συμπτώματα και οι επιπλοκές της ασθένειας. Περιοριστικά μέτρα εφαρμόζονται μόνο όταν είναι απολύτως αναγκαία, καθώς η διέγερση και ο φόβος του ασθενούς επιδεινώνονται. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να γνωρίζει ότι η ασφάλεια των ασθενών αποτελεί προτεραιότητα και συνιστάται η ατομική παρακολούθηση. Απαιτούνται επαναλαμβανόμενες προσπάθειες καθοδήγησης, καθώς και η δημιουργία ενός φωτεινού χώρου και η προώθηση της παρουσίας των μελών της οικογένειας. Είναι απαραίτητο να παρέχονται απλές και σαφείς οδηγίες που να εστιάζουν σε μία εργασία κάθε φορά, με αποτέλεσμα την καλή λειτουργία του ασθενούς (Inouye et al., 2014).

Ο νοσηλευτής μπορεί να παρέμβει αρχικά με την κατανομή καθηκόντων σε απλά και μικρά βήματα, τα οποία μπορούν να κατανοηθούν και στη συνέχεια να χρειαστεί να συνομιλήσει αργά και να διατηρήσει οπτική επαφή με τον ασθενή όταν υπάρχει περίπτωση επικοινωνίας με ασθενή με προβλήματα ακοής. Συνιστάται να διατηρηθεί ένα οικείο περιβάλλον με στόχο να διατηρηθεί ο προσανατολισμός του ασθενούς στην πραγματικότητα,

αλλά και να ενισχυθεί η αξιοπρέπεια του ασθενούς και η αυτοεκτίμηση. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να συζητήσει θέματα που είναι σημαντικά για τον πάσχοντα, όπως τα σημαντικά γεγονότα της ζωής του, της οικογένειάς του, της εργασίας, των συνηθειών του και των κατοικίδιων ζώων. Το αντίθετο επιχείρημα ή η προσπάθεια να επιβληθεί ότι οι ιδέες του για ψευδαισθήσεις δεν είναι πραγματικές χρειάζεται να αποφευχθούν. Η οικογένεια χρειάζεται ενθάρρυνση για να εκφράσει τα συναισθήματά της, ιδιαίτερα την απογοήτευση και την οργή. Ένα σημαντικό μέρος της νοσηλευτικής διαδικασίας είναι η διατήρηση της ισορροπίας υγρών και θρεπτικών συστατικών, που μπορεί να γίνει απειλητική για τη ζωή. Η πληροφόρηση σχετικά με τις κοινοτικές υπηρεσίες και τις ομάδες υποστήριξης, οι οποίες συμβάλλουν στη μείωση του στρες και της πίεσης για την οικογένεια ή του φροντιστή, είναι απαραίτητες (Hogan, 2012).

5.2. Κοινωνική και συναισθηματική απομόνωση

Η κοινωνική απομόνωση χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι το άτομο μπορεί να αισθανθεί ότι δεν αλληλοεπιδρά και δεν περιλαμβάνεται στο δίκτυο υποστήριξης. Οι Dugan και Kivett μελέτησαν τη σημασία της συναισθηματικής και κοινωνικής απομόνωσης σε σχέση με τη μοναξιά σε ηλικιωμένους ανθρώπους στις αγροτικές περιοχές. Το δείγμα αποτελείται από 418 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Η έρευνα ήταν χρονοβόρα και τα δεδομένα συλλέχθηκαν τρεις φορές από ειδικευμένο προσωπικό. Ο Dugan και ο Kivett ορίζουν την κοινωνική απομόνωση ως αποτέλεσμα ενός ατόμου που αισθάνεται ή απομονώνεται από το κοινωνικό δίκτυο ή την κοινότητα (Dugan & Kivett, 1994).

Οι κοινωνικά απομονωμένοι άνθρωποι είναι πιθανό να αισθάνονται πλήξη ευπάθεια, περιθωριοποίηση και άγχος. Συγκεκριμένα, ο Weiss αναφέρει ότι η κοινωνική απομόνωση περιλαμβάνει συναισθήματα τραυματισμού και ζωής που δεν έχουν νόημα, νόημα και σκοπό. Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να συμβεί λόγω της αλλαγής της κατοικίας, του θανάτου ενός αγαπημένου προσώπου, της έλλειψης συμμετοχής σε κοινωνικές ομάδες, της έλλειψης επαφής με φίλους και παιδιά και της μείωσης των αισθήσεων (Χατζηαντωνίου, 2005). Τα άτομα ανταποκρίνονται στη συναισθηματική απομόνωση με διάφορους τρόπους, συμπεριλαμβανομένης της νοσταλγίας του χαμένου στενού προσώπου, του στρες και της κατάθλιψης. Οι συναισθηματικές ανάγκες των ηλικιωμένων μπορούν να ικανοποιηθούν μέσω των παιδιών τους αν υπάρχει έλλειψη συζύγου ή φίλων λόγω θανάτου (Long & Martin 2000).

5.3. Ο φόβος του θανάτου.

Ο προσωπικός θάνατος εμφανίστηκε συχνά στις βιβλιογραφίες των τελευταίων ετών. Ορισμένοι συγγραφείς την παρουσιάζουν ως την εικόνα του εξερευνητή που αντιμετωπίζει το άγνωστο. Άλλοι πάλι υποδεικνύουν ότι ο ταξιδιώτης αντιμετωπίζει τον επικείμενο θάνατο με θάρρος και αρετή. Οι κλινικές προσπάθειες με τους ασθενείς στο τελευταίο στάδιο της νόσου τους μας δίνουν μια διαφορετική εικόνα για το τι μπορεί να βιώσει κάποιος που φτάνει στο τελευταίο στάδιο της ζωής του.

Μεταξύ των πιο οραματικών σχεδίων η Elizabeth Kubler-Ross (1969) χρησιμοποιώντας πολλές παρατηρήσεις σχετικά με το θάνατό του ανθρώπου, υποστήριξε ότι ο προσωπικός θάνατος περνάει από πέντε στάδια. Το στάδιο της άρνησης, το στάδιο του θυμού, το στάδιο της διαπραγμάτευσης, το στάδιο της κατάθλιψης και το στάδιο της αποδοχής. Στο στάδιο της άρνησης ο άνθρωπος απλώς αρνείται να πιστέψει πως βιώνει το τελευταίο στάδιο της ζωής του. Το δεύτερο στάδιο είναι σύντομο, και το άτομο αισθάνεται θυμό και θέλει να αντιμετωπίσει αυτό που του συμβαίνει. Θεωρεί ότι η ασθένεια είναι άδικη και ζητά εξηγήσεις. Στο τρίτο στάδιο, ο θυμός αντικαθίσταται από τη διαπραγμάτευση, η οποία είναι αφορά τη διαπραγμάτευση μεταξύ του ατόμου και μιας ανώτερης δύναμης που το άτομο αποκαλεί θεό. Το πρόσωπο προσεύχεται για μια αναβολή, προσφέροντας σε αντάλλαγμα φιλανθρωπικό έργο ή υπόσχεται να αλλάξει τη συμπεριφορά του. Το επόμενο στάδιο είναι η κατάθλιψη, μια ανυπόφορη θλίψη για την αυστηρότητα του μηνύματος, το ανέκκλητο της διαδικασίας. Τέλος, υπάρχει το στάδιο όπου ο άνθρωπος τελικά δέχεται θάνατο και αρχίζει να προετοιμάζεται. Κατά την προετοιμασία του, το άτομο ρυθμίζει τις προσωπικές και οικογενειακές του υποθέσεις, αποχαιρετά τους φίλους και ξοδεύει χρόνο με την οικογένεια.

Το ιδιαίτερο μοντέλο της Kubler-Ross, δεν έγινε δεκτό από όλους και επικρίθηκε. Μερικοί δεν κατανοούν τη γραμμική πρόοδο στα στάδια που προτείνει αυτό το μοντέλο. Όλοι οι άνθρωποι δεν βιώνουν όλα τα στάδια, και μερικές φορές η πορεία που ακολουθούν μεταξύ των σταδίων είναι διαφορετική. Παρά τις επικρίσεις, ωστόσο, οι παρατηρήσεις του ερευνητή είναι ένας ανεκτίμητος οδηγός για όσους ασχολούνται με ανθρώπους που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της ζωής τους (Rice, 2005).

Κεφάλαιο 6: Ο ρόλος του νοσηλευτή

6.1 Νοσηλευτικοί ρόλοι

6.1.1 Νοσηλεία κατ' οίκον

Η νοσηλεία μέσα από το πέρασμα του χρόνου και η ύπαρξη του ανθρώπου ξεκίνησε από το σπίτι με βάση την εμπειρία, την παράδοση, τα απλά πρακτικά μέσα αλλά κυρίως την πίστη και την αγάπη της οικογένειας. Τεχνολογικές και επιστημονικές ανακαλύψεις μετέφεραν τον ασθενή από το χώρο της οικείας του, δίνοντάς του μεγαλύτερη ασφάλεια στο χώρο του νοσοκομείου. Αλλά η επιστημονική έρευνα έχει ανακαλύψει ότι η νοσηλευτική είναι τόσο δυναμική όσο ποτέ και χρειάζεται να επιστρέψει σταδιακά στο σπίτι από όπου ξεκίνησε, αλλά τώρα βασίζεται στην επιστήμη και τα πιο σύγχρονα φορητά μέσα ενημέρωσης που έχει ανακαλύψει.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο αριθμός των ατόμων που χρειάζονται φροντίδα στο σπίτι έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, για διάφορους λόγους. Τον πιο σημαντικό λόγο αποτελεί η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων, γεγονός που σηματοδοτεί ότι υπάρχουν άτομα με πολλά χρόνια προβλήματα και ανάγκες. Στη συνέχεια, παρατηρείται η μείωση του χρόνου για τους ασθενείς παραμονής στα νοσοκομεία λόγω της πίεσης του υψηλού κόστους νοσηλείας, γεγονός που αυξάνει τον αριθμό των ατόμων όλων των ηλικιών που χρειάζονται φροντίδα στο σπίτι για αρκετό καιρό. Η ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι και η δυνατότητα εφαρμογής σύνθετων τεχνικών στην περιοχή του σπιτιού δίνει στους ανθρώπους την ευκαιρία να μείνουν ή να επιστρέψουν στο σπίτι τους ενώ συνεχίζουν τη θεραπεία στο οικογενειακό τους περιβάλλον (Χριστοδούλου Γ.Ν., & Κονταξάκης Β.Π., 2000).

Η νοσηλεία κατ' οίκον είναι ένας ουσιαστικός και ζωτικός τομέας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και, μαζί με την Υγειονομική Περίθαλψη, η πεμπτουσία του Κοινοτικού Νοσηλευτικού Κέντρου. Οι συγκεκριμένες νοσηλευτικές δραστηριότητες αλληλοσυμπληρώνονται και συνεργάζονται άμεσα στην κοινότητα. Με αυτό τον τρόπο, η νοσηλεία κατ' οίκον αποτελεί το άθροισμα των δραστηριοτήτων που λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας στους ανθρώπους και στην οικογένεια όπου ζουν, προκειμένου να διατηρήσουν, να προωθήσουν και να αποκαταστήσουν την υγεία τους. Η νοσηλεία κατ' οίκον βοηθά τους ανθρώπους να αυξήσουν το επίπεδο ανεξαρτησίας τους ελαχιστοποιώντας τις δυσμενείς επιπτώσεις της αναπηρίας ή της ασθένειας. Οι απαραίτητες υπηρεσίες σχεδιάζονται ανάλογα

με τις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειας. Χρειάζεται να εποπτεύονται και να προσφέρονται από προσωπικό ή από τη χρήση τέτοιων μέσων και υπηρεσιών (Board M, McCormack B., 2018).

Στην Ελλάδα, η νοσηλεία κατ'οίκον θεσμοθετήθηκε το 1992 με νόμο που ορίζει τους όρους και τις προϋποθέσεις για τις εγκαταστάσεις νοσηλείας κατ'οίκον και τη δημιουργία νοσοκομειακής υπηρεσίας στον ίδιο χώρο. Είναι στελεχωμένη από γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας και άλλα άτομα με πλήρη ή μερική απασχόληση. Σύμφωνα με το Ν.2519 / 1997, απαιτείται απόφαση του Υπουργού Υγείας σχετικά με την φροντίδα για τις κατηγορίες ασθενών που νοσηλεύονται, για τις ώρες και τη διαδικασία φροντίδας κατ'οίκον.

6.1.2 Σκοπός και περιεχόμενο νοσηλείας κατ' οίκον

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ιατρικό Σύνδεσμο, η νοσηλεία κατ'οίκον εμπεριέχει υπηρεσίες όπως η μερική ή διακεκομμένη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται από ειδικευμένο νοσηλευτή ή υπό την εποπτεία του. Παρέχει ακόμα φυσικοθεραπεία, επαγγελματική θεραπεία, λογοτεχνική θεραπεία, που προσφέρονται από τους ειδικούς επιστήμονες σε κάθε περιοχή. Η ιατρική περίθαλψη παρέχεται από ή υπό την επίβλεψη του ιατρού και των ιατρικών εγκαταστάσεων. Άλλες ειδικές ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες παρέχονται από ειδικούς ως κατάλληλες με στόχο τη θεραπεία ή την διδασκαλία του ασθενή (Ραφτόπουλος Β., 2009).

Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει μια σειρά υπηρεσιών που μπορούν να μεταφερθούν μεμονωμένα ή σε συνδυασμό για να βοηθήσουν άτομα όλων των ηλικιών να αντιμετωπίσουν προβλήματα που προκύπτουν από ξαφνική ασθένεια, επανεμφάνιση χρόνιων ασθενειών ή μακροχρόνια αναπηρία, διατηρώντας το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας, και ανεξαρτησία, ανάλογα με την περίπτωση. Οι στόχοι της φροντίδας του ατόμου βασίζονται στις αρχές της διατήρησης της προαγωγής και της αποκατάστασης της υγείας ανεξάρτητα από το ποιος το φροντίζει στο σπίτι. Οι νοσηλευτές που νοιάζονται για το άτομο βοηθούν τον ασθενή ή το άτομο με αναπηρία να ενεργεί στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο για να αποτρέψει την εξάρτησή του από τους άλλους και να αυξήσει το επίπεδο ανεξαρτησίας και αυτοεξυπηρέτησης (Board M, McCormack B., 2018).

Η παρέμβαση του νοσηλευτή μπορεί να λάβει τη μορφή διδασκαλίας και επίδειξης ή μπορεί να είναι μια προσπάθεια να συνδεθεί αυτό το άτομο με παρόμοιες κοινοτικές υπηρεσίες που προσφέρουν περιορισμένη και ειδική βοήθεια για να βοηθήσει την ατομική διαμονή στο

σπίτι. Η προληπτική φροντίδα βοηθά στην πρόληψη επιπλοκών κατά την διάρκεια της ασθένειας, μειώνοντας έτσι τις αναπηρίες και τις διάφορες παρενέργειες (Lester, D., 2000).

Οι πέντε κύριοι στόχοι της φροντίδας στο σπίτι είναι να προωθηθούν κατάλληλα και αποτελεσματικά υποστηρικτικά συστήματα και να ενθαρρυνθεί η χρήση των πόρων που σχετίζονται με την υγεία. Επιπλέον στόχος είναι να προωθηθεί η επαρκής και αποτελεσματική φροντίδα ενός μέλους οικογένειας που αντιμετωπίζει ένα ιδιαίτερο πρόβλημα ασθένειας ή αναπηρίας (Board M, McCormack B. 2018). Ακόμα ένας στόχος είναι η ενθάρρυνση της φυσιολογικής ανάπτυξης των μελών της οικογένειας και της εκπαίδευσης για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών. Η ενίσχυση των οικογενειακών δεσμών και της λειτουργικότητας και η προώθηση ενός υγιούς περιβάλλοντος αποτελούν εξίσου σημαντικό στόχο. Η νοσοκομειακή περίθαλψη στο σπίτι είναι το κύριο στοιχείο της συνεχιζόμενης υγειονομικής περίθαλψης, θεωρείται διεθνώς ως υπηρεσία που οργανώνεται, παρέχεται και αξιολογείται κυρίως από νοσηλευτές.

6.1.3 Καθήκοντα νοσηλεύτη κατά τη διάρκεια της κατ' οίκον νοσηλείας.

Η κατ'οίκον νοσηλεία εστιάζεται σύμφωνα με το ολιστικό μοντέλο τόσο για τους φροντιστές όσο και για την οικογένεια ή το σύστημα υποστήριξης. Ο συγκεκριμένος τύπος νοσηλευτικής απαιτεί γνώσεις και δεξιότητες στην νοσηλευτική, την επείγουσα φροντίδα, συντήρηση και στην προαγωγή της υγείας, σε τρόπους αποκατάστασης και φροντίδας του ατόμου στο τελικό στάδιο της ζωής του. Οι νοσηλευτικές δεξιότητες και οι δραστηριότητες που χρησιμοποιούνται στην κατ'οίκον φροντίδα περιλαμβάνουν το συντονισμό της νοσηλευτικής φροντίδας με τον γιατρό και άλλα μέλη της ομάδας για να εξασφαλιστεί η συνέχεια της περίθαλψης. Ο νοσηλευτής συμβουλεύει τον ασθενή και θεωρείται ο σύνδεσμος στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οργανώνει και παρέχει φροντίδα υψηλής ποιότητας και, τέλος, αξιολογεί τη συνολική κατάσταση στο σπίτι. Ο νοσηλευτής είναι σε ειδική θέση για να εκτιμήσει την φροντίδα που χρειάζεται να ληφθεί, την καθαριότητα και την καταλληλότητα του σπιτιού, τον τύπο φαγητού που λαμβάνει ο ασθενής, τη διαχείριση των φαρμάκων και τις δραστηριότητες ψυχαγωγίας που του παρέχονται. Χρειάζεται ακόμα να αξιολογηθεί η συνοχή της οικογένειας του ασθενή. Είναι εξίσου σημαντικό ότι ο νοσηλευτής έχει την ικανότητα να εκτιμά την ασφάλεια του σπιτιού για τον ασθενή (Fessman, N., & Lester, D., 2000).

Απαραίτητη θεωρείται η ικανότητα του νοσηλευτή να γνωρίζει καλά και να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τους πόρους και τα μέσα που έχει στη διάθεσή της η κοινότητα

για να εξασφαλίσει την ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα προτείνοντας τον απαραίτητο εξοπλισμό ή τις αλλαγές που χρειάζεται να γίνουν για να βοηθήσουν ένα σπίτι που είναι ασφαλέστερο. Η ικανότητα της νοσηλεύτη να τεκμηριώνει τις ιατρικές επεμβάσεις και να διασφαλίζει ότι εφαρμόζονται τα κατάλληλα πρωτόκολλα σε όλες τις διαδικασίες και τον εξοπλισμό που χρησιμοποιείται είναι πολύ σημαντική. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να μπορεί να καθησυχάσει το άτομο τηλεφωνικά. Σε ημέρες που δεν έχουν προγραμματιστεί επισκέψεις στο σπίτι, ίσως χρειαστεί να καλέσετε και να απαντήσετε σε ερωτήσεις ή να απαντήσετε σε αυτές (Χριστοδούλου Γ.Ν., & Κονταξάκης Β.Π., 2000).

Ένας νοσηλευτής ενδιαφέρεται να συνεχίσει την ενδοϋπηρεσιακή εκπαίδευση της ομάδας και τον προσανατολισμό του νέου προσωπικού. Είναι απαραίτητο να αξιολογεί τις άμεσες και μακροπρόθεσμες ανάγκες υγείας των ασθενών και των οικογενειών τους, εξασφαλίζοντας προτεραιότητες προκειμένου να μειωθεί η ταλαιπωρία της νόσου. Τέλος, είναι σε θέση να δημιουργήσει ευκαιρίες για συναντήσεις ομάδων με τις οικογένειες χρόνιων πασχόντων για την ανταλλαγή απόψεων, λύσεων, προβλημάτων, αμοιβαίας υποστήριξης και ηθικής υποστήριξης (Runge & Greganti, 2009).

6.1.4 Ο νοσηλευτής και η σχέση του με χρόνια νοσούντα άτομο.

Χρόνια ασθένεια έχει ονομαστεί η ασθένεια που παρουσιάζει συμπτώματα και προβλήματα για μεγάλο χρονικό διάστημα, από τα οποία υπάρχει μόνο μερική ανάκαμψη. Η χρόνια ασθένεια έχει επιδείνωση και ύφεση, καθώς και χρόνια εξελικτική επιδείνωση. Παρουσιάζει όχι μόνο χρόνιες οργανικές διαταραχές, αλλά και χρόνιες ψυχολογικές, κοινωνικές και διανοητικές επιπτώσεις στον πάσχοντα. Οι επιπλοκές που προκύπτουν από τις συνέπειες της χρόνιας ασθένειας διαταράσσουν κάθε τομέα της ζωής του ατόμου και της οικογένειάς του. Καθώς το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες και το ποσοστό των ηλικιωμένων έχει αυξηθεί στο γενικό πληθυσμό, η πλειοψηφία αυτών των ανθρώπων πάσχει από τουλάχιστον μία χρόνια ασθένεια. Αλλά πολλές φορές τα επιπρόσθετα χρόνια επιβίωσης είναι αλληλένδετα με την εξάρτηση από άλλους ανθρώπους για δραστηριότητες αυτοφροντίδας (Board M, McCormack B., 2018).

Οι ηλικιωμένοι έχουν αυξημένες ανάγκες περίθαλψης και εκτιμάται ότι απαιτείται το ένα τρίτο των υπηρεσιών υγείας που παράγονται. Η εξάρτηση των ηλικιωμένων από την οικογένεια και το σύστημα υγειονομικών υπηρεσιών έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής του και της οικογένειάς του. Ένας νοσηλευτής που φροντίζει έναν χρόνια ηλικιωμένο

ασθενή γνωρίζει, σέβεται και προστατεύει τα δικαιώματά του, τόσο από την άποψη της πρόληψης, της θεραπείας, της ανακούφισης ή της αποκατάστασης των ηλικιωμένων, όσο και σε όλες τις επαφές με τον ίδιο και το περιβάλλον του (Osborn et al., 2012).

Η προσοχή των νοσηλευτών επικεντρώνεται σε σημεία που μπορούν να βοηθήσουν στην επίτευξη ατομικής νοσηλευτικής προσέγγισης στους ηλικιωμένους. Προσπαθεί να επιλύσει τις δικές του αντιφατικές θέσεις σχετικά με το γήρας, το θάνατο και την εξάρτηση, ώστε να βοηθήσει τους ηλικιωμένους και τους συγγενείς τους να κρατήσουν τη ζωή, την αξιοπρέπεια και την άνεσή τους σχετικά με το ζήτημα του θανάτου. Ο νοσηλευτής παρατηρεί τον ηλικιωμένο ασθενή και ερμηνεύει σημεία και συμπτώματα που σχετίζονται με την κανονική γήρανση ή παθολογικές αλλαγές και φροντίζει να λαμβάνει την κατάλληλη φροντίδα. Τέλος, προστατεύει τους ηλικιωμένους από λοιμώξεις και τραυματισμούς (Davis GC et al., 2002, Κ Γιακουμιδάκης, Α Καλοκαιρινού, 2016).

Ο νοσηλευτής βοηθά τους ηλικιωμένους να αποκτήσουν και να χρησιμοποιήσουν βοηθητικά μηχανήματα και συσκευές για να τους βοηθήσουν να επιτύχουν υψηλότερο επίπεδο κινητικής και αισθητηριακής λειτουργίας και να διασφαλίσουν ότι παραμένουν σε καλή κατάσταση λειτουργίας. Δημιουργεί και διατηρεί κλινικά προγράμματα με ομάδες συζήτησης ή ομάδες ηλικιωμένων με συγκεκριμένα ενδιαφέροντα που συνεργάζονται και αξιολογούνται από νοσηλευτές για τις ειδικές ανάγκες των ηλικιωμένων. Εργάζεται ως σύμβουλος ή εμπειρογνώμονας σε σπίτια ατόμων που έχουν συνταξιοδοτηθεί και αναπτύσσει μια φιλοσοφία που περιβάλλει φροντίδα γεμάτη αγάπη (Melding PS, 1995).

Αναπτύσσει σχέδια για την παρακίνηση και την εμπλοκή των ηλικιωμένων σε διάφορες δραστηριότητες. Είναι διαθέσιμος κατά τη στιγμή του άγχους και της ψυχολογικής κρίσης των ηλικιωμένων. Παίρνει ρόλο ως βοήθημα όταν οι ηλικιωμένοι είναι ανίκανοι να δημιουργήσουν. Υποστηρίζει τους ηλικιωμένους στη λήψη αποφάσεων κατά τη στιγμή της κρίσης και είναι διαθέσιμος για να υποστηρίξει τους ασθενείς και την οικογένεια όταν ο θάνατος είναι αναπόφευκτος. Τέλος, ο νοσηλευτής όταν παρέχει φροντίδα στους ηλικιωμένους, οφείλει να λαμβάνει υπόψη τη γενική κατάσταση του ασθενούς και να παρέχει φροντίδα αξιολογώντας τις ψυχικές ικανότητες του ασθενούς, τη φυσική κατάσταση και το υπάρχον δίκτυο υποστήριξης (Σαπουντζή – Κρεπιά Δ., 2004).

6.2.1 Νοσηλευτική διεργασία του κοινοτικού νοσηλευτή/τρια

Η μέθοδος της νοσηλείας χρησιμοποιείται και στην κοινοτική νοσηλευτική βιομηχανία. Η αξιολόγηση των αναγκών υγείας του ατόμου, της οικογένειας ή της ομάδας πληθυσμού της κοινότητας είναι το πρώτο στάδιο στην εφαρμογή της νοσηλευτικής διαδικασίας. Το επόμενο στάδιο είναι ο έλεγχος υγείας. Ο σωστός σχεδιασμός και ο προγραμματισμός της περίθαλψης αποτελούν το τρίτο στάδιο καθώς η εφαρμογή των αποτελεσμάτων το τέταρτο, είναι ευθύνη των κοινοτικών νοσηλευτών. Τέλος, στο πέμπτο στάδιο βρίσκεται η επανεκτίμηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας που παρέχεται ήδη και συμπληρώνει την ανατροφοδότηση των νοσηλευτών, για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας για τον υγιή και αναπηρικό πληθυσμό (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2012).

6.2.2 Προγραμματισμός υγειονομικής φροντίδας της κοινότητας

Ο σχεδιασμός της υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται στην κοινοτική έρευνα. Εάν ο νοσηλευτής της κοινότητας έχει αποκτήσει τις απαραίτητες γνώσεις και πληροφορίες σχετικά με τα χαρακτηριστικά της κοινότητας, τότε μπορεί να διακρίνει τις ανάγκες της κοινότητας για την υγεία, να τις ταξινομήσει, να θέσει στόχους και να αναπτύξει ένα πρόγραμμα εργασίας (Πλατή Χ., 2000, Κυριακίδου Ε., 2000).

Ο σωστός προγραμματισμός απαιτεί τη διασφάλιση του δυναμικού υγείας, τη διασφάλιση της δημόσιας συνεργασίας, τη διασφάλιση της συνεργασίας μεταξύ των πολιτικών παραγόντων στη σωστή και έγκαιρη λήψη αποφάσεων και την παροχή βοήθειας στην υλοποίησή τους. Η εξασφάλιση της καλής συνεργασίας με την ομάδα και των γνώσεων των διαφόρων πηγών της κοινότητας αποτελούν βασικές προϋποθέσεις (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2012). Χρειάζεται αμφότερα τα μέρη να έχουν αμοιβαία και επαγγελματική υπομονή, κατανόηση και προθυμία συνεργασίας, προκειμένου να επιτύχουν πιο αποτελεσματική εργασία.

Η σωστή χρήση των κοινοτικών πηγών αποτελεί βασικό στοιχείο της σωστής διαδικασίας σχεδιασμού. Οι κοινοτικές πηγές μπορούν να ταξινομηθούν στις κατηγορίες των ιδρυμάτων και των διάφορων κοινωνικών οργανώσεων. Τα ιδρύματα περιλαμβάνουν νοσοκομεία, σχολεία, κέντρα προστασίας παιδιών, οργανισμούς. Οι κοινωνικές οργανώσεις δηλαδή οι ειδικές υπηρεσίες υγείας είναι αφιερωμένες στην κάλυψη των ειδικών αναγκών της κοινότητας και περιλαμβάνουν κέντρα ημερήσιας φροντίδας, επισκέψεις στο σπίτι, κλινικές γειτονιάς, συμβουλευτικές υπηρεσίες, πολιτιστικές εκδηλώσεις για ηλικιωμένους, άτομα με

ειδικές ανάγκες και νέους. Οι πηγές χρειάζεται να ανανεωθούν, επειδή οι κοινότητες υφίστανται αλλαγές, υπονομεύονται από πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους. Ο νοσηλευτής της κοινότητας χρειάζεται, εάν θέλει να είναι πάντα αποτελεσματικό το έργο του μέσα στην κοινότητα, να διατηρεί την προσοχή του στο συγκεκριμένο γεγονός (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αδαμακίδου, 2014).

6.2.3 Μέθοδοι αξιολόγησης του ασθενή από τον νοσηλευτή/τρια

Οι μέθοδοι αξιολόγησης του ασθενή στο σπίτι, αναφέρονται σε σωματική, πνευματική, συναισθηματική και ψυχική κατάσταση. Πολλές μπορούν να αναπτυχθούν σε συνεργασία με άλλους εργαζομένους στον τομέα της υγείας, σύμφωνα με τις κοινές παραμέτρους των ασθενών και των οικογενειών που παρακολουθούνται. Οι περισσότερες μέθοδοι βασίζονται σε απλά ερωτηματολόγια που συμπληρώνονται από ασθενείς και τα μέλη της οικογένειάς του (Πλατή Χ., 2000).

Ένα στάδιο πριν την αξιολόγηση, στο οποίο ο νοσηλευτής της κοινότητας δημιουργεί ένα κατάλληλο κλίμα για να κερδίσει την εμπιστοσύνη των ασθενών είναι η απαραίτητη αρχή της εξέλιξης του αμοιβαίου σεβασμού και της συνεργασίας, τα οποία αποτελούν βασικά στοιχεία επιτυχίας για οποιαδήποτε παρέμβαση. Η προσέγγιση του κοινοτικού νοσηλευτή χρειάζεται να είναι γνήσια και ειλικρινής. Συχνά αντιμετωπίζει εμπόδια στην πλήρη αποδοχή και πολλές ανθρώπινες διαφορές, όπως η θρησκεία, οι αξίες, η εθνικότητα και η κοινωνική συμπεριφορά. Θα βιώσει όμως τις προσωπικές του αδυναμίες και θα προσπαθήσει να γίνει πιο ανοιχτό και να αναζητήσει την προσφορά υπηρεσιών και άλλων εργαζομένων στον τομέα της υγείας σε περιπτώσεις όπου η συμπεριφορά του μπορεί να τον οδηγήσει σε λανθασμένες αποφάσεις (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2012).

Η ολοκληρωμένη αξιολόγηση ενός ασθενή και της οικογένειάς του διαφέρει από εκείνη που πραγματοποιείται κυρίως στο νοσοκομείο οξείας ασθένειας. Ένα σημείο διαφοροποίησης είναι το ίδιο το περιβάλλον. Σε αντίθεση με το νοσοκομείο, το ιατρείο ή την κλινική, όπου το περιβάλλον ελέγχεται από υγειονομικούς λειτουργούς, το σπίτι ελέγχεται από τους ασθενείς και την οικογένεια. Ο νοσηλευτής δεν έχει την άμεση και συνεχή κάλυψη των κανονισμών, πολιτικών και συναδέλφων στο σχεδιασμό και την εφαρμογή της φροντίδας. Η οικογένεια, στην οποία ο νοσηλευτής της κοινότητας είναι επισκέπτης, αποτελείται συχνά από πολλές γενιές, με σύνθετες σχέσεις, χρόνια προβλήματα και διάφορες συνήθειες. Σε αντίθεση με τα ιδρύματα υγείας, το σπίτι δεν είναι εύκολο να διαμορφωθεί και να προσαρμοστεί για

νοσηλεία. Δεν υπάρχει πιθανώς τηλέφωνο, δεν υπάρχει ζεστό νερό, δεν υπάρχει χώρος, υπάρχει έλλειψη τροφίμων και οι πλησιέστερες υπηρεσίες υποστήριξης βρίσκονται σε μεγάλη απόσταση. Ο ρόλος του νοσηλευτή στο σπίτι είναι διαφορετικός, διευρυμένος και πιο σύνθετος από ότι στο νοσοκομείο. Ο νοσηλευτής στο σπίτι οφείλει να είναι έτοιμος να χρησιμοποιήσει όλες τις μεθόδους, τους τρόπους και τα μέσα που προσφέρει για να τον βοηθήσει να αναπτύξει δημιουργικές σχέσεις με τον ασθενή και την οικογένειά του για να ελέγξει σωστά το περιβάλλον με στόχο την αποτελεσματική φροντίδα (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2012).

6.2.4 Υποστηρικτικά συστήματα για τον ασθενή στην κοινότητα

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, υπάρχουν επίπεδα υποστήριξης ασθενών. Συγκεκριμένα, το σύστημα εσωτερικής υποστήριξης περιλαμβάνει μια αίσθηση αυτοεκτίμησης, μοναδικότητα, αντίληψη του κόσμου, χώρο, απώλεια και ανάγκες. Το εξωτερικό σύστημα, εκτός από την ομάδα υγείας των ασθενών, περιλαμβάνει την οικογένεια, τους φίλους, τη θρησκεία και άλλες κοινοτικές πηγές. Η αξιολόγηση είναι η αρχή της παρέμβασης. Είναι η συστηματική και προσεκτική ανάλυση του οικογενειακού δικτύου και του οικιακού περιβάλλοντος με στόχο τη συλλογή βασικών πληροφοριών που θα βοηθήσουν στην ανάπτυξη ενός κατάλληλου σχεδίου φροντίδας και της απαραίτητης υποστήριξης για τη διατήρηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής για τους ασθενείς και τα μέλη της οικογένειας (Μαλγαρινού Μ., Γουλιά Ε., 2005).

Σκοπός της αξιολόγησης είναι να προσδιοριστεί το πρόβλημα και να αξιολογηθούν οι συγκεκριμένες παράμετροι στις οποίες θα κατευθυνθεί η παρέμβαση. Περιλαμβάνει ερωτήματα σχετικά με τα οικογενειακά χαρακτηριστικά, τα θέματα υγείας, τους ρόλους, τα επίπεδα λειτουργίας και ιδιαίτερα τα θέματα που βοηθούν στην ανάπτυξη και εφαρμογή του σχεδίου φροντίδας (Ραφτόπουλος Β., 2009). Τα οικογενειακά προβλήματα και οι ανησυχίες που τους αφορούν σχετίζονται με την αντιμετώπιση του τρόπου που επηρεάζουν τη φροντίδα των ασθενών. Οι υπάρχουσες δυνατότητες οικογένειας και τα δίκτυα υποστήριξης χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της φροντίδας στο σπίτι. Όσο περισσότερο μαθαίνει ο νοσηλευτής για τους ασθενείς και την οικογένειά του, τόσο περισσότερο μαθαίνει για τον εαυτό του. Ως εκ τούτου, η εκπαιδευτική παρέμβαση των νοσηλευτών αρχίζει στη φάση της αξιολόγησης (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή, 2012).

6.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΕΝΑΡΙΟ 1: Ασθενής, 72 ετών, προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων με θερμοκρασία 38°C, ανησυχία και πόνο στο αριστερό ισχίο έπειτα από πτώση. Τον συνοδεύουν τα παιδιά του. Δεν έχει άλλα προβλήματα υγείας. Δεν πίνει ούτε καπνίζει. Η διατροφή του είναι ικανοποιητική. Τον έχει δει γιατρός και έχει συνταγογραφήσει Apotel= αντιπυρετικό (amp) X2.

Αξιολόγηση Ανάγκες	Διάγνωση	Ιεράρχηση αναγκών	Στόχοι	Νοσηλευτική παρέμβαση	Εφαρμογή	Εκτίμηση
Θερμοκρασία 38°C.	Πυρετός	Θερμοκρασία >36,8°C.	Ο ασθενής να είναι απύρετος στις επόμενες 3 ώρες.	Τοποθέτηση επιθέματος. Λήψη ζωτικών σημείων ανά 3 ώρες. Χορήγηση αντιπυρετικού φαρμάκου ανά 6 ώρες σύμφωνα με ιατρικές οδηγίες.	Δόθηκε το αντιπυρετικό σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Λήψη ζωτικών σημείων ανά 3 ώρες	Έγινε λήψη ζωτικών σημείων ο ασθενής είχε θερμοκρασία 36°C.
Πόνος στο αριστερό ισχίο μετά την πτώση	Πόνος	Μείωση του πόνου	Ο ασθενής να μην αναφέρει πόνο στις επόμενες 3 ώρες.	Χορήγηση αναλγητικών ανά 6 ώρες σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες.	Δόθηκε αναλγητικό (Depon /1 tab).	Ο ασθενής δεν αναφέρει πόνο.
Αναφέρει ανησυχία μετά την πτώση	Άγχος	Μείωση της ανησυχίας	Να εκφράσει τα συναισθήματα του και τις ανησυχίες του. Ο ασθενής να μην αναφέρει ανησυχία.	Να γίνει ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση τη θεραπεία, τη φροντίδα. Να ενημερωθεί ο ίδιος και η οικογένεια του.	Ο νοσηλευτής διέθεσε χρόνο μαζί του. Ο ασθενής του εκμυστηρεύτηκε πως η ανησυχία του οφείλεται στον πόνο και στην πτώση. Ο νοσηλευτής ενημέρωσε την οικογένεια και τον ασθενή σχετικά με τη διάγνωση τη θεραπεία και το πλάνο της νοσηλευτικής φροντίδας.	Ο ασθενής είναι ήρεμος δίπλα στην οικογένεια του.

ΣΕΝΑΡΙΟ 2: Ασθενής 75 ετών ζει με την σύζυγο του στο κέντρο της πόλης. Έχει ένα παιδί που κατοικεί σε μακρινή τοποθεσία. Ο ασθενής παρουσίασε υψηλή αρτηριακή πίεση κατόπιν έντονης εργασίας 3 μήνες πριν, ο γιατρός του τον παρότρυνε να διακόψει την συγκεκριμένη εργασία και έκτοτε παραμένει την

περισσότερη ώρα της ημέρας στο σπίτι. Η οικογένειά του έχει παρατηρήσει την προοδευτική απώλεια μνήμης τους τελευταίους 6 μήνες, επισκέφθηκαν νευρολόγο, ο οποίος έπειτα από πλήρη λήψη ιστορικού πρότεινε αξονική τομογραφία. Αποτέλεσμα της αξονικής τομογραφίας ήταν η παρουσία βλαβών στον εγκεφαλικό φλοιό. Σύμφωνα με το ιστορικό του ασθενή, την απώλεια μνήμης, την δυσκολία στην ολοκλήρωση εργασιών και την αδυναμία της αναγνώρισης προσώπων ο ασθενής πάσχει από τη νόσο Alzheimer.

Αξιολόγηση Ανάγκες	Διάγνωση	Ιεράρχηση αναγκών	Στόχοι	Νοσηλευτική παρέμβαση	Εφαρμογή	Εκτίμηση
Αυξημένη αρτηριακή πίεση. (190/60 mmHg)	Υπέρταση	Μείωση υψηλής αρτηριακής πίεσης.	Σταθεροποίηση της πίεσης σε φυσιολογικά επίπεδα. (120/80 mmHg)	Μέτρηση αρτηριακής πίεσης ανά 3 ώρες σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Ρύθμιση αρτηριακής πίεσης με χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες. Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος	Μέτρηση αρτηριακής πίεσης ανά 3 ώρες. Ρύθμιση αρτηριακής πίεσης με χορήγηση. Δημιουργία ήρεμου περιβάλλοντος.	Επιτυχής ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης (120/80 mmHg).
Δεν αναγνωρίζει συγγενικά του πρόσωπα.	Απώλεια μνήμης	Επιβράδυνση της απώλειας της μνήμης	Αναγνώριση συγγενικών προσώπων από τον ασθενή.	Συχνές επαφές με πρόσωπα του κύκλου του.	Επικοινωνία με την οικογένεια Συνδυασμός οπτικών και ακουστικών μέσων για υπενθύμιση. Χρήση φωτογραφιών συγγενικών προσώπων και περιγραφή κοινών	Εν μέρει επιτυχή αναγνώριση έως την εξέλιξη της νόσου.

					τους δραστηριότητες	
Αποπροσανατολισμός	Απώλεια της ικανότητας προσανατολισμού	Επανάκτηση ικανότητας προσανατολισμού.	Επιβράδυνση της νόσου Alzheimer.	Αποφυγή εμφάνισης συμπτωμάτων στα πρώιμα στάδια της νόσου.	Κοινωνική δραστηριότητα ατόμου και φυσική άσκηση. Εξασφάλιση άνετου περιβάλλοντος. Χορήγηση φαρμάκων για μείωση άγχους. Βελτίωση ύπνου. Ανακούφιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και επιθετικότητας.	Επιτυχή επιβράδυνση συμπτωμάτων της νόσου.
Δυσκολία στην ολοκλήρωση εργασιών.	Αδυναμία ολοκλήρωσης εργασιών	Επιτυχής εκτέλεση εργασιών	Να τεθούν στόχοι ως προς την ολοκλήρωση της εκάστοτε ενασχόλησης του.	Απλές και ευχάριστες για τον ασθενή εργασίες	Εφαρμογή εργασιών με εύκολους στόχους Να καταπιαστεί με χειρωνακτικές εργασίες και χειροτεχνίες. Βοήθεια από νοσηλεύτη ή την οικογένεια.	Ολοκλήρωση εργασιών μόνο με βοήθεια.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeskema S, (2000), Hilgards introduction to psychology, 13th edn., Harcourt brace Jovanovich, London.

Aviram R., (2002), «An Object Relations Theory of Prejudice», Journal for the Psychoanalysis of Culture & Society, 7(2), σ. 305-312.

Baer B, Bhushan A, Taleb HA, Vasquez J, Thomas R., (2016), The right to health of older people 56: 206-17.

BL Neugarten, (1973), Personality change in late life: A developmental perspective. Psycnet.apa.org.

B Niehaves, J Becker, (2008), The age-divide in e-government data, interpretations, theory fragments, Springer.

Board M, McCormack B., (2018), Exploring the meaning of home and its implications for the care of older people. J Clin Nurs. 27(15-16):3070-3080.

B Jani, C Rajkumar., (2006), Ageing and vascular ageing Postgraduate medical journal.

BS Winkler, ME Boulton, JD Gottsch, (1999), Oxidative damage and age-related macular degeneration Molecular vision.

B Williger, FR Lang, (2014), Managing age-related hearing loss: how to use hearing aids efficiently-a mini-review Gerontology.

Camhi SL, Enright PL, (2000), How to assess pulmonary function in older persons. Journal of Respiratory Diseases 21: 395-399.

Carole Liym Edelman, Carol Lynn Mandle. (2009). Προαγωγή της υγείας σε όλο το εύρος της ζωής. Επιμέλεια: Φωτούλα Μπαμπάτσικου και συν. Μετάφραση: Λήδα Ιατρίδου και Μαρία Μουστάκη. Επίτομος, 6η έκδοση. Αθήνα. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.

CF Longino Jr, CS Kart, (1982), Explicating activity theory: A formal replication Journal of Gerontology, academic.oup.com.

CH Yang, T. Schrepfer, J. Schacht, (2015), Age-related hearing impairment and the triad of acquired hearing loss Frontiers in cellular neuroscience.

Closs SJ, (1994). Pain in elderly patients: a neglected phenomenon? Journal of Advanced Nursing 19: 1072-1081.

CM Blatteis, (2012), Gerontology, Age-dependent changes in temperature regulation—a mini review.

CM Lee, R Weindruch, JM Aiken. (1997), Age-associated alterations of the mitochondrial genome. Free Radical biology and medicine, Elsevier.

CN Lewis, (1971). Reminiscing and self-concept in old age Journal of gerontology, Citeseer.

Cotty MA, (1999). Recognizing medical reasons for falling. Physiotherapy theory and practice 15: 135-140.

C Reutlinger, B Wilkens, S Schröder, M Groß, (2015) Cerebral Palsy and Breathing: More than Prophylaxis of Pneumonia., Neuropediatrics.

C Roussos, NG Koulouris (2004) Exercise-induced flow limitation, dynamic hyperinflation and exercise capacity in patients with bronchial asthma, Eur Respiratory Soc.

Davis GC Hiemenz ML, White TL, (2002). Barriers to managing chronic pain of older adults with arthritis. Journal of nursing scholarship 34: 121-126.

D Bolignano, F Mattace-Raso, EJG Sijbrands, (2014) The aging kidney revisited: a systematic review, Elsevier.

Devine P.G., (1989). «Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components», Journal of Personality and Social Psychology, 56: 5-18

Dugan, E., & Kivett, V.R. (1994). The Importance of Emotional and Social Isolation 10 Loneliness Among very Old Rural Adults. The Gerontologist.3A.3.340-346.n

Donna D. Ignatavicius, M. Linda Workman. (2008). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Επιμέλεια: Ασπασία Βασιλειάδου «και συν». Μετάφραση: Μαριάνθη Α Αλεξανδροπούλου «και συν». Τόμος 1ος και 2ος. 5η έκδοση. Αθήνα. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ.

EK Akpek, RA Smith (2013) Overview of age-related ocular conditions. The American journal of managed care

EN Kosmas, P Bakakos, NG Koulouris (2017) Effect of pulmonary rehabilitation on tidal expiratory flow limitation at rest and during exercise in COPD patients, Respiratory physiology, Elsevier

E Peraki, A Koutsoukou, N Koulouris (2006) -Effects of exercise-induced arterial hypoxaemia and work rate on diaphragmatic fatigue in highly trained endurance athletes Wiley Online Library

E Shanas, P Townsend, D Wedderburn, HK Friis (2017) Old people in three industrial societies

E Tulle (2004) Old age and agency

Faiz KW, Pihlstrøm L. (2017) Parkinson's disease and parkinsonism. Tidsskr Nor Laegeforen. 137(4):298.

Fees, B.S., Martin, P., & Poon, L.W., (1999). A Model of Loneliness in Older Adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*.54.231-239.

Fessman, N., & Lester, D., (2000). Loneliness and Depression Among Elderly Nursing Home Patients. *International Journal of Aging and Human Development*. 51(2). 137-141.

Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND et al, (1994). Exercise training and nutritional of falls in people over 65. *British Medical Journal* 321: 1007-1011.

Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND et al, (1994). Excercise training and nutrition supplementation for physical frailty in very older people. *New England journal of medicine* 330: 1769-1775

Garcia – Aymerich J, Farrero E, Felez MA, (2003). Risk factors of read – mission to hospital for a COPD exacerbation: a prospective study. *Thorax* 58: 100-105.

Grimby A, Milson I, Molander U, Wiklund I, Ekelund P, (1993). The influence of urinary incontinence of the quality of life of elderly women. *Age and ageing* 22: 82-89.

Hale AJ, Ricotta DN, Freed J, Smith CC, Huang GC. (2019) Adapting Maslow's Hierarchy of Needs as a Framework for Resident Wellness. *Teach Learn Med*. 31(1):109-118

HJ Priebe (2000) The aged cardiovascular risk patient *British journal of anesthesia*

Holmen, K., Ericsson, K., & Winblad, B., (1999). Quality of Life Among Elderly. *Scand J. Caring Sci*. 91-95.

H. Royden Jones, (2010). Παθολογία Νευρικό Σύστημα. Επιμέλεια: Κωνσταντίνος Σπέγγος. Μετάφραση: Κωνσταντίνος Σπέγγος. τόμος 4ος. Αθήνα. Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ΕΠΕ.

Horne J, (2001). State of the art: sleep. *Psychologist* 14: 302-306.

JA Allen, S Scala, HR Jones, (2010). Ocular myasthenia gravis in a senior population: diagnosis, therapy, and prognosis *Nerve: Official Journal*

JB Strait, EG Lakatta, (2012). Aging-associated cardiovascular changes and their relationship to heart failure *Heart failure clinics*

JE Morley, AJ Silver, (1995). Nutritional issues in nursing home care *Annals of Internal Medicine, Am Coll Physicians*

JL Coleman (1982) Negative and positive positivism, *The Journal of Legal Studies*

JM Boyce, GR Shone (2006) Effects of ageing on smell and taste, *Postgraduate medical journal*

JM Thornbury, CM Mistretta (1981) Tactile sensitivity as a function of age, *Journal of Gerontology*

JN Morris, P Wilkinson, AD Dangour, (2007) Defining a minimum income for healthy living older age, *England International Journal*

JO Ojo, P Rezaie, PL Gabbott (2015) Impact of age-related neuroglial cell responses on hippocampal deterioration, *Frontiers in aging*

Jorn, A.F., (1995). The epidemiology of depressive states on elder: implications for recognition, intervention and prevention. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 30: 53-59.

Jost JT, Banaji MR, (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology* 33: 1-27.

Kang SK, Chasteen AL, Cadieux J, Cary LA, Syeda M. (2014). Comparing young and older adults' perceptions of conflicting stereotypes and multiply-categorizable individuals. 29(3):469-81

Kate Woodhead, Paul Wicker, (2005). Περιεγχειρητική Νοσηλευτική Φροντίδα. Επιμέλεια: Παυλάτου Νίκη και Θεοφάνης Φώτης. Μετάφραση: Καραμάνης Άγγελος «και συν». Επίτομος. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις: Λαγός Δημήτριος.

Kathleen S. Osborn, Cheryl E. Wraa, Annita B. Watson, (2012). Παθολογική & Χειρουργική Νοσηλευτική. Αθήνα. Επιμέλεια : Λαμπρινή Κουρκούτα και συν. Μετάφραση: Κωνσταντίνος Αγγελόπουλος και συν. Τόμος 1ος και 2ος . Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

K Black. (2008) Journal of Community practice, Health and aging-in-place: Implications for community practice Taylor & Francis

Klein M., (1975) Love, Guilt and Reparation, Karnak Books, London,

K Miller, W Riley, S Davis - Journal of nursing management, 2009 - Wiley Online Library

Kolominsky-Rabas PL, Hilz MJ, Neundoerfer B, Heuschmann PU, (2003). Impact of urinary incontinence after stroke: results from a prospective population-based stroke register. Neurourology and Urodynamics 22: 322-327.

Koropecykj-Cox, T., (1998). Loneliness and Depression in Middle and Old, Age: Are the Childless More Vulnerable? Journal of Gerontology: Social Sciences. 53: 303-312.

K Yang, C Victor (2011) Age and loneliness in 25 European nations Ageing & Society

LA Drozdowski, ABR Thomson (2006) Intestinal sugar transport, World journal of gastroenterology

LDV Thompson (2009) Age-related muscle dysfunction Experimental gerontology, Elsevier

Lemaire P, Brun F, Régner I., (2018) Negative Aging Stereotypes Disrupt both the Selection and Execution of Strategies in Older Adults. 64(4):373-381

Long, MV., & Martin, P., (2000). Personality, Relationship Closeness, and Loneliness of Oldest Old Adults and Their Children. Journal of Gerontology: Psychological Science. 55.5: 311-319.

Lord SR, Sherrington C, Menz HB, (2001). Falls in older people. Cambridge University press Cambridge.

MA Farage, KW Miller, P Elsner (2008) Intrinsic and extrinsic factors in skin ageing: a review International Journal, Wiley Online Library

MAG Tossi, T Kalisch, HR Dinse , (2012) Increased excitability of somatosensory cortex in aged humans is associated with impaired tactile acuity Soc Neuroscience

Malbutt K, Falaschetti E, (2003). Non fatal accidents. In: Bajekal M, Primatest P, Prior G (eds) Health survey for England 2001. Stationary office, London.

Marshall S. Runge, M. Andrew Greganti, (2009). Παθολογία βασικές αρχές. Επιμέλεια: Μαρία Βενετίκου «και συν». Μετάφραση: Κωνσταντίνος Βλάσσης «και συν». Επίτομος. Αθήνα. Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ΕΠΕ.

Marsia Sanhope, Jeanette Lancaster, (2009), Κοινωνική Νοσηλευτική, Τόμος: 1ος , 2ος , επιμέλεια: ευτυχία Γκεσούλη - Βολτυράκη, Μαρία Νούλα, μετάφραση : Γεώργιος Αγγελόπουλος, Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ ΕΠΕ, Αθήνα.

Mary Ann Hogan, (2012), Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας: Ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις, Επιμέλεια: Μαρία Καρανικόλα, Μετάφραση: Σταματοπούλου Φ., Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα.

Mary A. Nies, Melanie McEwen, (2013), Community/ Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations. Έκδοση: Λαγός Δημήτριος.

Matterson MA, McConell ES (1988). Gerontological Nursing: concepts and practice. WB Saunders, Philadelphia.

M Cesari, B Vellas, G Gambassi -2013 The stress of aging, Experimental gerontology, Elsevier

McCaffery M, Beebe A (1989). Pain. Clinical manual for nursing practice. Mosby, St Louis.

McCurry SM, Reynolds CF, Ancoli- Israel S at al., (2000). Treatment of sleep disturbance in Alzheimer's disease. Sleep medicine review 4: 603-628.

McGovern M, Kwaiser Kuhn J,(1992). Skin assessment of the older client. Journal of gerontologist nursing 18: 39-43.

McKenzie GL (1985). Pain. In: Cormack DF (ed) Geriatric nursing: a conceptual approach. Blackwell scientific, Oxford.

MC Stevens, P Skudlarski, GD Pearlson, VD Calhoun (2009) Age-related cognitive gains are mediated by the effects of white matter development on brain network integration Neuroimage, - Elsevier

M Deleidi, M Jäggle, G Rubino (2015) Immune aging, dysmetabolism, and inflammation in neurological diseases Frontiers in neuroscience

Melding PS, (1995). How do older people respond to chronic pain? A review of coping with pain and illness in elders. Pain Reviews 2: 65-75.

Melzack R, Wall PD (1988). The challenge of pain. 2nd end. Penguin, London.

Menéndez Álvarez, Cuevas-Toro, Perez-Padilla (2016). Assessment of negative stereotypes about old age in young people and adults. 51(6):323-328

Menz HB, Lord SR, (2001a). The contribution of foot problems to mobility impairment and falls in community dwelling older people. Journal of the American geriatrics society 49: 1651-1656.

Menz HB, Lord SR, (2001b). Foot pain impairs balance and functional ability in community dwelling older people. Journal of the American podiatric medical association 91: 222-229.

Michael G. Gelder, Juan J. Lopez-Ibor, Nancy Andreasen, (2008), Σύγχρονη Ψυχιατρική, επιμέλεια: Κωνσταντίνος Σολδάτος, μετάφραση: Χριστίνα Ανδρέου, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα. Nettlet on S. Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. Εκδόσεις : ιορδανός, Αθήνα, 2002

MI Wallhagen, KA Lee, WJ Strawbridge (2010) Sleep in older adults with Alzheimer's disease

M Massler (1980) Geriatric dentistry: root caries in the elderly Journal of Prosthetic Dentistry

M Massler (1980) Geriatric nutrition: the role of taste and smell in appetite The Journal of prosthetic dentistry, Elsevier

MM Muszyńska, R Rau (2012) The old-age healthy dependency ratio in Europe Journal of population ageing, Springer

N Papageorgiou, NG Koulouris, E Kosmas, (2000) Eosinophils are a feature of upper and lower airway pathology in non-atopic asthma, irrespective of the presence of rhinitis.

N Salles (2007) Basic mechanisms of the aging gastrointestinal tract, Digestive diseases

O Mirea, I Donoiu, IE Plesea, (2012) Arterial aging: a brief review Rom J Morphol Embryol

Pallesen S, Bjorvath B, Nordhus IH, Skjerve A, (2000). Valerian as a sleeping aid? Tidsskrift for den norske laegeforening 122: 2857-2859.

PE Gold, DL Korol (2014) Forgetfulness during aging: An integrated biology, Neurobiology of learning and memory, Elsevier

Phillip I, Rice, (2005). Η Ψυχολογία της Υγείας. Επιμέλεια: Αλέξανδρος-Σταμάτιος Αντωνίου. Επίτομος. Αθήνα. Έλλην.

P Lloberes, F Campos-Rodriguez (2015) Precision medicine in patients with resistant hypertension and obstructive sleep apnea: blood pressure response to continuous positive airway pressure treatment

Puvill T, Lindenberg J, Slaets JP, de Craen AJ, Westendorp RG. (2017) How is Change in Physical Health Status Reflected by Reports of Nurses and Older People Themselves? J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 72(4):579-585

R Ehrlich, NS Kheradiya, DM Winston (2009) Age-related ocular vascular changes, Graefe's Archive

Resnick NM, Brandeis GH, Baumann MM, Dubeau C, Yalla SV, (1996). Misdiagnosis of urinary incontinence in nursing home: prevalence and a proposed solution. Neurourology and Urodynamics 15:599-618.

RN Butler (1969) Age-ism: Another form of bigotry The gerontologist

RN Butler (2002) Age, death, and life review Living with grief: Loss in later life

Robinson J, (2000). Managing urinary incontinence in the nursing home: residents perspective's. Journal of advanced nursing 31: 68-77.

Rowe JW, Kahn RL, (1997). Successful ageing. Gerontologist 33: 433-440.

Ritu Sadana, Erik Blas, Suman Budhwani, Theadora Koller, Guillermo Paraje (2016). Healthy Ageing: Raising Awareness of Inequalities, Determinants, and What Could Be Done to Improve Health Equity 56: S178-S193.

Sally J. Redfern, Fiona M. Ross, (2011). Νοσηλευτική Φροντίδα Ηλικιωμένων. Επιμέλεια: Βασίλειος Ραφτόπουλος και συν. Μετάφραση: Γιαννούλη Ερμιόνη και συν. Nicosia, Cyprus. Broken Hill Publishers LTD.

SG Riedel-Heller, A Busse (2006) The state of mental health in old-age across the 'old'European Union—a systematic review, Acta Psychiatrica, Wiley Online Library

S Harada, Y Yamazaki, H Nishioka, S Tokuyama (2013) Neuroprotective effect through the cerebral sodium–glucose transporter on the development of ischemic damage in global ischemia Brain research, Elsevier

Simpson JM, Darwin C, Marsh N, (2003). What are older people prepared to do avoiding fallin? A qualitative study in London. British journal of community nursing 8: 133-141.

SJ Hayflick, T Taylor, W McKinnon (1996) Clouston syndrome (hidrotic ectodermal dysplasia) is not linked to keratin gene clusters on chromosomes 12 and 17 - Journal of investigative , Elsevier

SK Inouye, RGJ Westendorp, JS Saczynski The Lancet, (2014). Delirium in elderly people 383: 2044-2045.

SR Pratt, L Kuller, EO Talbott, K McHugh-Pemu (2009) Prevalence of hearing loss in black and white elders: results of the Cardiovascular Health Study, Language, and Hearing ASHA

SS Meyrelles, AL Gava, (2011) Hypercholesterolemia promotes early renal dysfunction in apolipoprotein E-deficient mice, Lipids in health

Strunk, B.C, Ginsburg P.B., & Banker, M.I., (2006). The effect of population aging on future hospital demand, Health Affairs.

SW Shaffer, AL Harrison (2007) Aging of the somatosensory system: a translational perspective Physical therapy

Tajfel H., Wilkes A., (1963), Classification and quantitative judgement. British Journal of Psychology 54: 101-114.

Theris A. Touhy, Kathleen F. Jett (2013). Ebersole and Hess' Gerontological Nursing & Healthy Aging. Elsevier Health Sciences

Tinetti ME (2003). Preventing falls in elderly persons. New England journal of medicine 348: 42-49.

TN Da Rosa, DL Capella, AA Presta (2012) Tooth loss, chewing ability and quality of life Contemporary clinical

VA Minassian, HP Drutz (2003) Urinary incontinence as a worldwide problem, Wiley Online Library

V Minichiello, J Browne, H Kendig, (2000) Perceptions and consequences of ageism: views of older people Ageing & Society

Wallhagen, M., & Strawbridge, S. S. (2003). Hearing impairment and cognitive frailty: A five year longitudinal study. The gerontologist, 43(special issue 1), 20-21.

Wyller TB (2018). Ageism or age discrimination? Tidsskr Nor Laegeforen 138

XJ Zhou, D Rakheja, X Yu, R Saxena, ND Vaziri, (2008) The aging kidney - Kidney international, Elsevier

Αθανασοπούλου Μ., και συν, (2010), Εισαγωγή στην νοσηλευτική επιστήμη, επιμέλεια: Σοφία Ζυγά, ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.

Γεωργιάδης Μιχάλης Ι., (2006), νόσος Πάρκινσον και Παρκινσονισμός Παθογένεση, Θεραπευτικές Προσεγγίσεις, Κλινικές Περιπτώσεις. Εκδόσεις: University Studio Press, Αθήνα.

Ερωτοκρίτου Α., (1995). Η Ψυχολογία και η Σεξουαλικότητα της Τρίτης Ηλικίας, Intercollege Press, Λευκωσία.

Καπάκη Ε., Παρασκευάς Γεώργιος Π., (2004) Σύγχρονη θεραπευτική θεώρηση της Νόσου Alzheimer και άλλων ανοικτών διαταραχών. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.

Καραγιάννης Γ., (1997), Κοινοτική Νοσηλευτική, Εκδόσεις: Ταβιθά, Τρίτη Έκδοση, Αθήνα.

Καραγιάννης Γ., (1999). Κοινοτική Νοσηλευτική και Ψυχική Υγεία. Λευκωσία.

Κ Γιακουμιδάκης, Α Καλοκαιρινού (2016) Συνεχιζόμενη επαγγελματική ανάπτυξη ιατρών και νοσηλευτών: Μετάφραση και στάθμιση της Participation Reasons Scale (PRS) Archives of Hellenic

Κόλλιας Κ., (2010), Οικογένεια και ψυχική υγεία: προειδοποιητικά συμπτώματα σοβαρών ψυχιατρικών προβλημάτων, εκδόσεις: Δομή-Αρχονταρίκη, Αθήνα.

Κυριακίδου Ε., (2000), Κοινωνική νοσηλευτική, εκδόσεις: Ταβιθά, Τρίτη Έκδοση, Αθήνα.

Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α., (1999), Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Μαλγαρινού Μ. και Γούλια Ε. (1997), Η Νοσηλεύτρια Κοντά στον Υπερήλικα, εκδόσεις: Ταβιθά, 4η Έκδοση, Αθήνα.

Μαλγαρινού Μ., Γουλιά Ε., (2005), Η Νοσηλεύτρια Κοντά στον Υπερήλικα, 5η Έκδοση, Αθήνα.

Μαυρουδάκης Κ., (2001), Επίσκεψη σε γέροντα με άνοια, εκδόσεις: Κέδρος, Αθήνα.

Μεντενόπουλος Γ., (2008), Η νόσος του Parkinson, εκδόσεις: University studio press, Θεσσαλονίκη.

Μεντενόπουλος Γ., (2002), Η νόσος του Alzheimer, Εκδόσεις: University Studio press, Θεσσαλονίκη.

Παγοροπούλου Α., (2000), Ψυχολογία της Τρίτης Ηλικίας, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Παπανικολάου Γ., (2009), Σύγχρονη Διατροφή και Διαιτολογία, Εκδόσεις: Θυμάρι, Αθήνα.

Πλατή Χ., (2000), Γεροντολογική Νοσηλευτική, Αθήνα.

Πρίντζης Θ., (2005), Αλτσχάιμερ Εκδόσεις: Μίνωας, Αθήνα.

Π Σουρτζή (2015) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και νοσηλεία στο σπίτι

Ραφτόπουλος Β., (2009), Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας, Κύπρος.

Σαπουντζή – Κρεπιά Δ., (2004) Χρόνια Ασθένεια και Νοσηλευτική Φροντίδα,, 2η Έκδοση. Αθήνα.

Σαρρής Μ. , (2000), Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα της Ζωής, Εκδόσεις:Παπαζήση, Αθήνα.

Σαχίνη – Καρδάση Α., (2000), Μεθοδολογία Έρευνας – Εφαρμογές στον Χώρο της Υγείας, Τρίτη Έκδοση, εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα.

Σαχίνη Α., Καρδάση Μ., (2004) Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική 1ος, 2ος, 3ος Τόμος Β' Έκδοση Αθήνα.

Σ Σταθοπούλου, ΛΓ Φραγκοπούλου, Κ Καλοκαιρινού (2014) Σύσταση μαλακών μορίων σώματος σε κάκωση νωτιαίου μυελού

Τσολάκη Μ., (2005), Άνοια, University studio press, Θεσσαλονίκη.

Χατζηαντωνίου Σ.Γ., (2005), Ψυχοπαθολογία της τρίτης ηλικίας, Εκδόσεις: University Studio press, Θεσσαλονίκη.

Χριστίνα Α. Χρυσόχοου, Ζαμπέλας Α., Αναστάσιος Σ., Δοντάς, (2003), Η Διατροφή στην Τρίτη Ηλικία. Εκδόσεις :Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

Χριστοδούλου Γ.Ν., & Κονταξάκης Β.Π., (2000), Η Τρίτη Ηλικία, Εκδόσεις: Βήτα, Αθήνα