

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ**

**ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ -  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

**ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΘΕΟΛΟΓΙΑ ΖΙΩΓΟΥ  
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΠΛΕΝΤΗ ΕΛΕΝΗ  
ΒΑΛΑΧΑ ΑΛΕΞΙΑ**

**Θεσσαλονίκη 2007**

Αφιέρωση  
Στους γονείς μας  
Θεοδόσιο & Σταυρούλα,  
Κλεονίκη & Αλκιβιάδη

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Οι μελετήτριες θα ήθελαν να εκφράσουν τις ευχαριστίες τους στα άτομα τα οποία τις συμβούλευσαν, συμπαραστάθηκαν και συνέβαλαν με τον τρόπο τους στη δημιουργία αυτής της εργασίας.

Ευχαριστίες εκφράζονται προς το Υπουργείο Υγείας το οποίο προσφέρει το μεταβασικό αυτό πρόγραμμα της Κοινωνικής Νοσηλευτικής καθώς και στην Διεύθυνση της Νοσηλευτικής Σχολής για την διεξαγωγή του προγράμματος. Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλονται και στην εκπαιδύτρια μας Κα. Ζιώγου και στην Μαρία Τζουλίου, εκπαιδύτρια της Νοσηλευτικής Σχολής στην Κύπρο για την βοήθεια και καθοδήγηση που μας πρόσφεραν για την διεκπεραίωση της παρούσας εργασίας. Θερμές ευχαριστίες εκφράζω και στο προσωπικό των βιβλιοθηκών του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, της Νοσηλευτικής Σχολής, του Νοσοκομείου Αθαλάσσιας, του Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου και της Κεντρικής Βιβλιοθήκης Θεσσαλονίκης.

Τέλος, ιδιαίτερες ευχαριστίες εκφράζουμε στα μέλη της οικογένειας μας, τα οποία μας κατανόησαν αλλά και μας στήριξαν με κάθε τρόπο, ούτως ώστε να μπορέσουμε να αντεπεξέλθουμε στις ανάγκες αυτής της εργασίας αλλά και του όλου μετεκπαιδευτικού προγράμματος.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΦΙΕΡΩΣΗ.....	2
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΟΡΙΣΜΟΙ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ.....	9
ΓΗΡΑΣ.....	9
Κοινωνική Υποστήριξη.....	9
Συναισθηματική υποστήριξη.....	10
Ποιότητα Ζωής.....	10
ΟΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	11
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	16
Τρίτη Ηλικία και Διεθνή Στατιστικά Δεδομένα.....	18
Το Ηλικιωμένο Άτομο και ο ρόλος του.....	20
Χαρακτηριστικά ηλικιωμένου πληθυσμού.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	26
Βιολογικές αλλαγές που επέρχονται με το πέρασμα του χρόνου.....	26
Σε κυτταρικό επίπεδο.....	26
Ανοσολογικό σύστημα.....	26
Μυοσκελετικό σύστημα.....	26
Καλυπτήριο σύστημα.....	27
Ουροποιητικό σύστημα.....	27
Ειδικές αισθήσεις.....	27
Νευροψυχιατρική Μάθηση.....	27
Νευροδιαβιβαστές.....	27
Εγκέφαλος.....	28
Καρδιαγγειακό σύστημα.....	28
Γαστρεντερικό σύστημα.....	28
Ενδοκρινικό σύστημα.....	28
Αναπνευστικό σύστημα.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	29
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ.....	29
Πόνος.....	30
Διαταραχή του ύπνου.....	32
Διαταραχή κινητικότητας.....	34
Πλημελής Ατομική Υγιεινή.....	37
Κατακλίσεις.....	39
Διατροφή.....	41
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	44
Παράγοντες οι οποίοι οδηγούν στην μοναξιά.....	44
Ατομικοί Παράγοντες.....	46
Οικογενειακοί Παράγοντες.....	52

Οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις του γήρατος και η συμβολή τους στην περιθωριοποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας .....	54
Άνοια στους Ηλικιωμένους .....	55
Κατάθλιψη .....	58
Κοινωνική και Συναισθηματική Απομόνωση.....	61
Κοινωνική απομόνωση .....	61
Συναισθηματική Απομόνωση .....	62
Η Στενότητα των σχέσεων .....	63
Σχέσεις: Γονέων - Παιδιών .....	64
Η στενότητα της Σχέσης Γονέων & Παιδιών .....	66
Συγγενείς.....	69
Πρόσωπο Εμπιστοσύνης.....	69
Φίλοι.....	70
Οικονομικοί Παράγοντες.....	71
ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΠΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ .....	73
Αλλαγή κατοικίας .....	73
Τρίτη ηλικία και Ιδρύματα.....	73
Κοινωνική υποστήριξη .....	75
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ .....	77
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	78
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	84
Ξένη Βιβλιογραφία .....	84
Ελληνική Βιβλιογραφία .....	93

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόοδος της βίο-ιατρικής επιστήμης και η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, καθώς και η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με την μείωση των γεννήσεων είχε ως αποτέλεσμα την γήρανση του πληθυσμού.

Ως εκ τούτου, η ανάγκη αυξημένης παροχής κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας, αλλά και η αλλαγή της στάσης των νεοτέρων ατόμων προς τους ηλικιωμένους, αποτελούν επιτακτική ανάγκη.

Ανατρέχοντας ποικίλα συγγράμματα, φαίνεται ότι από αρχαιοτάτων χρόνων η επιστήμη και γενικά η ανθρωπότητα καταβάλλει έντονες προσπάθειες ως προς την παράταση της ζωής του ανθρώπου. Μάλιστα, αυτό κατατάσσεται στα επιτεύγματα της επιστήμης.

Καθώς λοιπόν ο καιρός πέρνα και ο αριθμός των ατόμων της τρίτης ηλικίας αυξάνεται, η ανάγκη για ανάπτυξη οργανωμένης φροντίδας από το περιβάλλον του ηλικιωμένου ατόμου, της κοινότητας αλλά και του κράτους γενικότερα γίνεται ολοένα και πιο επιτακτική.

Μήπως όμως τελικά αυτή η παράταση της ζωής αποτελεί σε πολλές περιπτώσεις «δώρον άδωρον» σε αυτά τα άτομα και περίοδο «καρτερίας» και όχι «απόλαυσης»; Και αν ναι, τότε πως η κοινωνία γενικά θα μπορούσε να δώσει νόημα και ομορφιά στην ζωή αυτών των ατόμων;

Διερωτάται κανείς γιατί τότε ο άνθρωπος μάχεται διαρκώς ενάντια στην φυσική αυτή εξέλιξη (που μάλιστα ο ίδιος προσπάθησε να βελτιώσει) και απελπίζεται στη θέα οποιουδήποτε χαρακτηριστικού το οποίο υποδηλώνει τα πρώτα σημάδια του γήρατος (π.χ. ρυτίδες, άσπρα μαλλιά, κτλ).

Αυτό όμως δεν είναι τίποτε άλλο από μια φυσική αντίδραση λόγω της έμφασης που δίνεται στην νεότητα. Μάλιστα, αποτελεί τον καρπό προηγούμενων χρόνων όπου πίστευαν ότι η νεότητα και η δύναμη είναι διακριτικά πλεονεκτήματα. Αυτή λοιπόν η άποψη έχει εμποδίσει την ανθρωπότητα να υιοθετήσει μια λογική στάση προς το γήρας.

Η στάση αυτή έχει τις ρίζες της στην κλασική ελληνική άποψη ότι «η υπερηλικίωση είναι μια αμείωτη δυστυχία και όταν, η περίοδος της άνοιξης της ζωής περάσει, τότε η πραγματικότητα του θανάτου είναι προτιμότερη από την πραγματικότητα της ζωής» (Μαργαρινού & Γουλιά, 1997).

Βέβαια θα ήταν άδικο να μην υπογραμμιστεί το γεγονός ότι η προαναφερθείσα άποψη όχι μόνο δεν απέβαλλε τον σεβασμό στο γήρας αλλά απ' εναντίας, ο σεβασμός προς το γήρας χαρακτηριζόταν όχι απλά σαν ηθικό χρέος αλλά και σαν η κυριότερη απόδειξη του ευγενούς και αγαθού ανθρώπου (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000).

Ας μην ξεχνάμε το παράδειγμα του Αινεία ο οποίος διέσωσε τον γέροντα πατέρα του παίρνοντας τον στους ώμους του φεύγοντας από την Τροία. Αυτό αποτέλεσε σύμβολο ευσεβείας και αγάπης προς τους γονείς και όλα τα ηλικιωμένα άτομα αλλά και παράδειγμα προς μίμηση για τις επόμενες γενεές.

Επίσης, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι στην αρχαία Ελλάδα το συμβουλευτικό σώμα της Πυθίας αποτελούσαν 7 σοφοί γέροντες και στην Σπάρτη η Γεροντοκρατία ήταν απόλυτη (Μαργαρινού & Γουλιά, 1997).

Αυτές λοιπόν οι φοβίες για την τρίτη ηλικία όχι μόνο δεν πρέπει να παραγνωρίζονται, αλλά θα πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα. Οι σύγχρονες γενεές οφείλουν να αφουγκραστούν και να κατανοήσουν τον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και ακόμη εμβαθύνοντας να δουν τι συμβαίνει στο μυαλό και ιδιαίτερα στην καρδιά τους.

Σαν οντότητες, αλλά και σαν κράτος οφείλουμε πολλά σε αυτά τα άτομα, τα οποία δεν πρέπει ποτέ να σπρώχνουμε στο περιθώριο. Αρχή σε αυτό πρέπει να αποτελεί ο σεβασμός προς την μοναδικότητα αλλά και ιδιαιτερότητα του ανθρώπου. Πάντοτε πρέπει να έχουμε στο νου το πόσο πολυσύνθετο είναι το άτομο και να φροντίζουμε να ικανοποιούμε όχι μόνο τις βιολογικές τους ανάγκες αλλά και τις ψυχο-κοινωνικές.

Αν λοιπόν η επιστήμη κατάφερε να κάνει την ευχή για Χρόνια Πολλά πραγματικότητα όραμα όλων θα πρέπει τώρα να αποτελεί η στιγμή που ο καθένας θα μπορεί να εύχεται όχι μόνο Χρόνια Πολλά αλλά Χρόνια Πολλά και Καλά.





## ΟΡΙΣΜΟΙ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ

**ΓΗΡΑΣ** Η στρωμάτωση κατά ηλικία διαφέρει από κουλτούρα σε κουλτούρα. Στην Κύπρο, από νομικής πλευράς, άτομο τρίτης ηλικίας θεωρείται το άτομο που έχει φτάσει τα 65 χρόνια ζωής του, όπου περνά και στην περίοδο της συνταξιοδότησης.

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας δίνει τον ακόλουθο ορισμό για το γήρας «Δεχόμαστε συνήθως ότι με τον όρο γήρας του ανθρώπου εννοούμε μια φυσιολογική διαδικασία, που αρχίζει τη στιγμή της σύλληψης και που επιφέρει χαρακτηριστικές μεταβολές του είδους σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Στα τελευταία χρόνια της ζωής, αυτές οι μεταβολές προκαλούν μια μείωση της ικανότητας προσαρμογής του ατόμου στο περιβάλλον. Οι διάφορες λειτουργίες δεν μεταβάλλονται ομοιόμορφα στο ίδιο άτομο και μια λειτουργία μπορεί να εξασθενήσει με άνιση ταχύτητα σε διαφορετικά άτομα» (W.H.O., 1983).

Τα τελευταία χρόνια, οι βιολόγοι αναφέρονται εκτός από την τρίτη ηλικία και στη τέταρτη ηλικία που αποτελεί τα τελευταία λίγα χρόνια της ζωής του ανθρώπου και την οποία αρκετοί μάλιστα είναι αυτοί που κατορθώνουν να φτάσουν σε αυτή.

Στη συνέχεια της παρούσας εργασίας εκτός από τον όρο «άτομα τρίτης ηλικίας» αναφέρεται και ο όρος υπερηλικίας. Με τον όρο αυτό η συγγραφέας αναφέρεται στα άτομα πέραν των 80-85 χρόνων τα όποια βρίσκονται στην τέταρτη ηλικία.

**Κοινωνική Υποστήριξη:** Αναφέρεται στην «υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο ούτως ώστε να αναπτύξει δεσμούς και κοινωνικές σχέσεις, μέσω των οποίων οι άνθρωποι αισθάνονται ότι ανήκουν σε κάποια ομάδα, έχουν κάποια αξία, μια κάποια αναγνώριση, ένα νόημα ή ένα σκοπό στη ζωή τους» (Σαρρής, 2001).

Η επίτευξη στενών δεσμών του ατόμου με τις κοινωνικές ομάδες ή τους κοινωνικούς θεσμούς του περιβάλλοντος, του επιτρέπει τη διαμόρφωση συνθηκών αντιμετώπισης των αγχογόνων γεγονότων της ζωής και ως εκ τούτου και τη δημιουργία θετικών επιπτώσεων στην υγεία του.

Η κοινωνική υποστήριξη, είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ύπαρξη και την ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων του ατόμου. Η κοινωνική υποστήριξη είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα άτομα τρίτης ηλικίας, προς αποφυγή της απομόνωσης και περιθωριοποίησης τους αλλά και για την κάλυψη των ποικίλων ψυχολογικών, φυσιολογικών και κοινωνικών αναγκών τους (Σαρρής, 2001).

Σύμφωνα με την Μαλικιώση-Λοίζου (1991), οι κοινωνικές ανάγκες, υπάρχουν για όλους τους ανθρώπους από την αρχή μέχρι το τέλος της ζωής τους και η ικανοποίησή τους εξαρτάται από το επίπεδο οργάνωσης του ψυχο-κοινωνικού περιβάλλοντος.

**Συναισθηματική υποστήριξη:** «αναφέρεται στην υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο και η οποία του παρέχει την δυνατότητα να μετατρέψει τα αρνητικά συναισθήματα σε θετικά και να αισθανθεί ότι κάποιος του προσφέρει τη βοήθεια και φροντίδα που έχει ανάγκη, και ότι κάποιος ενδιαφέρεται γι' αυτόν » (Σαρρής, 2001)

Η συναισθηματική υποστήριξη συμβάλλει στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και αυτοεικόνας του ατόμου, και ακόμη ιδιαίτερα στα άτομα της τρίτης ηλικίας όπου η αυτοεκτίμηση και αυτοεικόνα τους διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την ενεργό παραμονή τους στη κοινωνία.

**Ποιότητα Ζωής:** Ο όρος «ποιότητα ζωής» αποτελεί ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο. Ως πολυδιάστατο φαινόμενο «ο όρος ποιότητα ζωής εμπεριέχει τόσο τους αντικειμενικούς και κοινωνικούς δείκτες της ανθρώπινης ανάπτυξης και κοινωνικής ευημερίας, όσο και τους

υποκειμενικούς και ατομικούς δείκτες της σωματικής και ψυχο-κοινωνικής ευεξίας. Οι δείκτες αυτοί είναι σε θέση σήμερα να αποτυπώσουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο το σύγχρονο κοινωνικό-οικονομικό και πολιτισμικό γίνεσθαι στις περισσότερες, αν όχι σε όλες, τις εκφάνσεις του και με αυτήν την έννοια να αποτελέσουν τα βασικά πλέον μεθοδολογικά εργαλεία εκτίμησης της ανθρώπινης ανάπτυξης και της ποιότητας ζωής» (Σαρρής, 2001).

## ΟΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Η φυσιολογική ζωή περιλαμβάνει τρεις φάσεις:

1. Την φάση της ανάπτυξης
2. Την φάση της ωρίμανσης
3. Η φάση του γήρατος ή υποτροπής



Στη φάση της ανάπτυξης κυριαρχούν οι δημιουργικές δυνάμεις. Στην ωρίμανση υπάρχει ισορροπία μεταξύ των δυνάμεων της δημιουργίας και της φθοράς, ενώ στο γήρας η στη φάση της υποτροπής, κύρια επεξεργασία είναι η φθορά του οργανισμού.

Κατά τον Ferraro « το γήρας είναι μια φυσιολογική κατάσταση και αυτό το ίδιο δεν υπαινίσσεται παθολογικά στοιχεία ».

Από παρατηρήσεις τους ηλικιωμένους διαπιστώνεται διαφορά στο ρυθμό της εμφάνισης του γήρατος στα διάφορα άτομα κι αυτό δηλώνει την ύπαρξη παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν την εμφάνιση του περισσότερο η λιγότερο γρήγορα.

Επίσης δεν υπάρχει πάντοτε παραλληλισμός μεταξύ σωματικών και ψυχικών εκπτώτικων φαινομένων. Η κάμψη αυτή των λειτουργιών αρχίζει πολύ νωρίς, ίσως από το τριακοστό έτος της ηλικίας του ατόμου και

συνεχίζεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής του. Άλλοι υποστηρίζουν ότι η κάμψη των λειτουργιών του Οργανισμού το άτομο αρχίζει από τη γέννηση η και από την ενδομήτριο ζωή ακόμη.

Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί, α) Ότι είναι αδύνατη η ύπαρξη σαφών χρονολογικών ορίων μεταξύ των 3 φάσεων της ζωής και μάλιστα ο καθορισμός των ορίων της αρχής του γήρατος και β) Ότι « γηράσκω » και « γήρας » δεν είναι ταυτόσημες έννοιες. Γηράσκουν οι άνθρωποι με το πέρασμα του χρόνου αμέσως μετά τη γέννησή τους, ενώ γήρας είναι η εκφύλιση και η φθορά που ακολουθεί πολύ αργότερα.

Σχετικά με το γήρας έχουν γίνει δεκτά δύο όρια . Το όριο του πρώιμου γήρατος, όπου το φαινόμενο του γήρατος να τους κάνει αισθητή την παρουσία του πριν από το εξηκοστό έτος και το όριο του όψιμου γήρατος, όπου το γήρας εμφανίζεται με το ενενηκοστό η το εκατοστό έτος.

Υπάρχει απεριόριστος αριθμός θεωριών για την εξήγηση του φαινομένου της υπερηλικίωσης. Όλες οι θεωρίες, αν και ανεπαρκής να μας προσφέρουν ικανοποιητική εξήγηση του φαινομένου αυτού, καταλήγουν σε ένα κοινό σημείο: στη διαπίστωση ότι οι υπερήλικοι όσοι συνοδεύεται από εκφυλιστικές αλλαγές οι οποίες επιδρούν στη λειτουργική ικανότητα ολόκληρου του ανθρώπινου οργανισμού.

Στη συνέχεια αναπτύσσονται οι πιο αξιόλογες θεωρίες για το γήρας (Τσούκας, 1960)

- Κατά τον J. Loed, Αμερικανού φυσιολόγο, κάθε ζωντανός οργανισμός από τη γέννηση του περιέχει μέσα του ορισμένη ποσότητα κάποιας χημικής ουσίας ( η ουσία της ζωής ) απαραίτητη για τη ζωή. Η ουσία αυτή καταναλίσκεται κατά την ανάπτυξη του οργανισμού στην ανταλλαγή της ύλης, μετά δε την εξάντληση της το άτομο γηράσκει και πεθαίνει.
- Ο Carrel παρατηρεί ότι όλα τα κύτταρα, κάτω από κατάλληλες συνθήκες, είναι δυνατόν να παραμένουν αθάνατα και ότι το γήρας πιθανότατα οφείλεται σε αλλοίωση των χυμών που περιβάλλουν τα

κύτταρα.

- Από παρατηρήσεις ο Weiltzman έφτασε στο συμπέρασμα ότι πιθανόν μέσα στο αίμα των γερόντων να υπάρχουν μερικές ουσίες, οι οποίες όχι μόνο να αναστέλλουν την ανάπτυξη των κυττάρων, αλλά και προκαλούν βαριές εκφυλιστικές αλλοιώσεις αυτά.

- Η θεωρία του Pearl βασίζεται σε προηγούμενες πειραματικές έρευνες των Carrel και Weiltzman και καταλήγει, ότι το γήρας οφείλεται στη βαθμιαία συσσώρευση τοξικών προϊόντων της ανταλλαγής της ύλης, τα οποία, όπως είναι γνωστό, δηλητηριάζουν βαθμιαία τα ζωντανά κύτταρα και τους ιστούς του οργανισμού.

- Ο Grey θεωρεί το γήρας ως χρόνια μεταβολική νόσο, θανατηφόρου εξέλιξης. Για αυτόν, κυρία φυσικοχημική σημασία έχει η επεξεργασία, την οποία παρουσιάζει ο μεσεγχυματικός ιστός.

- Περισσότερο γενική και λιγότερο εκτεθειμένη σε επικρίσεις θεωρία είναι ότι το γήρας κάθε έμβρυο οργανισμού αποτελεί προοδευτική « απώλεια πληροφοριών » κι ότι η απώλεια αυτή, θεωρητικά βρίσκεται στο κυτταρικό επίπεδο ( DNA ) μπορεί να οφείλεται στη φθορά που δημιουργείται από τη χρήση και είναι δυνατόν να συνδέεται και με την προοδευτική κυτταρική διαφοροποίηση, από την οποία χάνονται συνθετικές ικανότητες.

Στο ρόλο της κληρονομικότητας , ειδικά για τη μακροζωία και τις νοσηρές επεξεργασίας του οργανισμού, δίνεται ιδιαίτερη προσοχή. Η ανάπτυξη και η εκδήλωση του γήρατος βιολογικά σχετίζεται όχι μόνο με όλες τις ηλικίες, αρχίζοντας από την εμβρυϊκή, αλλά και με τη νοσηρή κατάσταση των γονέων και κυρίως της μητέρας.

Η διαταραχή της λειτουργίας του νευρικού και πεπτικού συστήματος καθώς και των ενδοκρινών αδένων είναι υπαίτιος στην αιτιολογία του πρώιμου γήρατος και της πρωινής γεροντικής νοσηρότητας. Η ανεπαρκής

λειτουργία των πιο πάνω συστημάτων ή οργάνων προκαλεί διαταραχές ολόκληρου του οργανισμού, με αποτέλεσμα η διαταραχή της ανταλλαγής της ύλης των κυττάρων και τη δημιουργία εκφυλιστικών επεξεργασιών, που προδιαθέτουν στο « γήρας νόσος ». Ακόμη το πρώιμο γήρας φαίνεται να σχετίζεται με κληρονομικούς παράγοντες και επιταχύνεται από τις έντονες συγκινήσεις. Το όψιμο, παρατηρείται συχνά σε άτομα που υπήρξαν δραστήρια, με ευχάριστη διάθεση και ευρείας αντίληψης.

- Hayflick πιστεύει ότι κάθε οργανισμός έχει στα κύτταρα του ένα εσωτερικό γενετικό πρόγραμμα, που καθορίζει τον αριθμό των μιτώσεων, επομένως και τη διάρκεια της ζωής του. Ο αριθμός των μιτώσεων στο κάθε είδος καθορίζεται από τα γονίδια του, ώστε να προσφέρετε στο είδος η πιο μεγάλη πιθανότητα αναπαραγωγής. Όταν το είδος φτάνει στα ανώτατα όρια παραγωγής τότε η επιβίωση γίνεται προοδευτικά πιο δύσκολη, ενώ ο θάνατος προοδευτικά πιο εύκολος. Κατά τη θεωρία αυτή, η πρωτεϊνοσύνθεση που χρειάζεται για τις διαδοχικές μειώσεις δέχεται ξαφνικά ανασταλτικούς σήμα που είναι ειδικό σε κάθε είδους. Αυτή είναι η θεωρία του «προγραμματισμένου» γήρατος.

- Μια άλλη θεωρία γήρατος στηρίζεται στην άποψη ότι το γήρας οφείλεται σε σφάλματα πρωτεϊνική σύνθεσης. Δύο είναι τα πιθανά σημεία σφαλμάτων, είτε στην παραγωγή παραμορφωμένου RNA από το DNA - είτε στην παραγωγή παραμορφωμένης πρωτεΐνης από το φυσιολογικό RNA. ακόμη πιστεύετε πως τα φαινόμενα του γήρατος είναι τα πιο χαρακτηριστικά όταν ο συνολικός αριθμός κυτταρικών μονάδων ελαττώνεται σημαντικά. Η μείωση τόσο του αριθμού των κυττάρων όσο και της απόδοσής αυτών που έμειναν, αποτελεί την επικρατέστερη θεωρία του γήρατος. Η κύρια ευθύνη για το φαινόμενο αυτό αποδίδεται στη μείωση της παροχής αίματος.

Πολλοί βιολόγοι υποστηρίζουν ότι η κακή διατροφή είναι η αιτία διαφόρων ασθενειών και μάλιστα της αθηρωμάτωσης που επιταχύνει την εμφάνιση του βιολογικού γήρατος.

Οι υπεραιωνόβιοι, όταν τους ρωτούν που αποδίδουν τη μακροβιότητα τους, συχνά απαντούν ότι οφείλεται στον τρόπο διατροφής τους.

Ο Leat, καθηγητής του Harvard ύστερα από παρατηρήσεις πληθυσμών όπου υπάρχουν πολλοί αιωνόβιοι, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι, εάν υπάρχει ένα μυστικό για το πως θα γίνεις αιωνόβιος, αυτό είναι η καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής σκληρή σωματική εργασία.

- Η θεωρία της αυτοανοσίας υποστηρίζει πως, όσο προχωρεί η ηλικία του ατόμου, αυξάνονται και οι αυτοανοσοβιολογικές αντιδράσεις στο άτομο. Τα ανοσοβιολογικά σώματα προσκολλούνται στα υγιή κύτταρα και επιφέρουν την καταστροφή τους. Καταστάσεις που στηρίζεται στη θεωρία αυτή είναι η pernicious αναιμία, η νόσος του Addison και η χρόνια θυρεοειδίτιδα.

- Η θεωρία του Seley , «περί συνδρόμου έντασης» μπορεί σε γενικές γραμμές να εφαρμοστεί στους υπερήλικες. Το «σύνδρομο έντασης» αναπτύσσεται σε τρία στάδια :

- Το στάδιο της ξαφνικής αντίδρασης,
- Το στάδιο της αντίστασης και
- Το στάδιο της εξάντλησης.
- Το τελευταίο εκφράζει εκκένωση και μπορεί να παραλληλισθεί με το στάδιο της υπερηλικίωσης.

Ακόμη πιστεύετε πως η συναισθηματική κατάσταση του ατόμου ασκεί Ουσιαστική επίδραση στην εμφάνιση του γήρατος.

Απ' όσα έχουν σημειωθεί φαίνεται καθαρά ότι οι θεωρίες για το γήρας και για τη φθορά του οργανισμού είναι πολλές αλλά και τα αίτια ποικίλα. Γι' αυτό εμφανίζεται το φαινόμενο μερικά πολύ ηλικιωμένα άτομα να είναι ακόμη διανοητικά και φυσικά πολύ δραστήρια, ενώ άλλα κάτω των 60 χρόνων να βρίσκονται σε επισφαλή υγεία, να υποφέρουν από αμνησία, να

εμφανίζουν μειωμένη ενεργητικότητα και ικανότητα για πρωτοβουλία.

Μπορεί λοιπόν να λεχθεί, ότι η έννοια του γήρατος είναι ευρύτερη και γενικότερη, καθορίζεται δε με διαφορετικό τρόπο από τους Κοινωνιολόγους, τους Μεταφυσικούς και τους Ιατροβιολόγους.

Οι Κοινωνιολόγοι θεωρούν ότι ένα άτομο γηράσκει, όταν δεν παρουσιάζει πλέον κοινωνικοοικονομικό ενδιαφέρον για τη ζωή.

Οι Μεταφυσικοί εκλαμβάνουν τον άνθρωπο σαν ένα ενιαίο ψυχοσωματικό σύνολο. Πιστεύουν ότι η βιολογική καμπύλη της ζωής ενός ατόμου αποτελεί ένα απλό συμβάν και ότι εκτός αυτής της καμπύλης απεικονίζεται η προσωπικότητα του ατόμου, η οποία αυξάνει τότε όταν ακριβώς υποχωρεί η βιολογική εξέλιξή του.

Οι Ιατροβιολόγοι διαφούν το γήρας σε φυσιολογικό ή βιολογικό γήρας και σε παθολογικό ή πρόωρο ή «γήρας νόσος». Φυσιολογικό γήρας θεωρείται η αρμονική γεροντική εξέλιξη και φθορά όλων των οργάνων και των ιστών του οργανισμού. Παθολογικό ή πρόωρο ή «γήρας νόσος» χαρακτηρίζεται η ασύγχρονη δυσαρμονική και πρόωρη γεροντική φθορά των διαφόρων οργάνων, η οποία οφείλεται σε συγκεκριμένα εσωτερικά, κυρίως, νοσολογικά αίτια (Τσούκας, 1960). Τέλος, μπορεί να σημειωθεί ότι η χρονολογική ηλικία δεν έχει αναγκαστικά σχέση με τις βιολογικές ή κοινωνικές ικανότητες κάθε ατόμου, και μπορούν να είναι τεράστιες οι ατομικές διαφορές μεταξύ γερόντων της ίδιας ακριβώς ηλικίας.

## **ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Στις μέρες μας ολοένα και περισσότερα ηλικιωμένα άτομα δέχονται υποστήριξη και φροντίδα στο σπίτι τους παρά στα διάφορα ιδρύματα (Patterson, J.A., Bierman, A., Splaine, M., και άλλοι, 1998).



Έτσι, καθήκον της σύγχρονης νοσηλευτικής επιστήμης είναι να μετακινηθεί από τις μονάδες εντατικής θεραπείας προς την κοινότητα, την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό οι κοινοτικοί νοσηλευτές να μπορούν να εντοπίζουν σημαντικά προβλήματα και να είναι σε θέση να τα αντιμετωπίζουν.

Για να είναι όμως αυτό εφικτό απαιτείται καινούργιος προγραμματισμός ούτως ώστε να αναγνωρίζονται οι νέες αυτές απαιτήσεις και ανάγκες των ατόμων και να ικανοποιούνται.

Ένας από αυτούς τους τομείς όπου χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη σημασία είναι και η κατηγορία των ατόμων τρίτης ηλικίας και ιδιαίτερα οι ψυχο-κοινωνικές ανάγκες αυτών των ατόμων.

Ανατρέχοντας κάποιος την βιβλιογραφία, πολύ εύκολα μπορεί να κατανοήσει ότι οι βιολογικές ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων έχουν μελετηθεί σε πολύ πιο ευρεία κλίμακα από ότι οι ψυχο-κοινωνικές τους ανάγκες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η αξιολόγηση των βιολογικών αναγκών είναι πολύ πιο εύκολο να διεκπεραιωθεί με την βοήθεια ποσοτικών κριτηρίων. Εν αντιθέσει, οι ψυχο-κοινωνικές ανάγκες είναι πιο δύσκολο να αξιολογηθούν διότι βασίζονται κυρίως σε ποιοτικά κριτήρια τα οποία είναι πιο δύσκολο να καθοριστούν και να αξιολογηθούν. Είναι επίσης υποκειμενικά και το αποτέλεσμα εναπόκειται στην κρίση του ερευνητή. Πέραν τούτου όμως, το γεγονός και μόνο ότι δίνεται ιδιαίτερη σημασία στις βιολογικές ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας υπογραμμίζει και την σπουδαιότητα των βιολογικών αναγκών. Αναμφισβήτητα, οι ψυχο-κοινωνικές ανάγκες σε αυτή την ηλικία, αποτελούν απόρροια των βιολογικών προβλημάτων και της φυσικής φθοράς.



### **Τρίτη Ηλικία και Διεθνή Στατιστικά Δεδομένα**

Το 1999 ο πλανήτης γιόρτασε την γέννηση ενός παιδιού το οποίο ανέβαζε τον πληθυσμό της γης σε 6 δισεκατομμύρια. Επίσης, την ίδια χρονιά η Βασίλισσα της Αγγλίας Ελισάβετ II έστειλε 3729 ευχετήριες κάρτες στα αιωνόβια άτομα της Μ. Βρετανίας τα οποία το 1952 ήταν μόνο 255 (Ebrahin, 2000).

Τα διεθνή στατιστικά δεδομένα ενισχύουν το γεγονός της γήρανσης του πληθυσμού. Αναφέρεται ότι τα ανά τον κόσμο ηλικιωμένα άτομα (ηλικίας 60 - 65 ετών και άνω) το 1980 ήταν 376 εκατομμύρια και υπολογίζεται ότι μέχρι το 2020 θα φτάσουν τα 976 εκατομμύρια (Ebrahim, 2000).

Σε ανακοίνωση της η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2001) αναφέρει ότι το έτος 2000 υπήρχαν 600 εκατομμύρια άνθρωποι πέραν των 60 χρόνων. Το έτος 2025, αυτός ο αριθμός θα φτάσει τα 1,2 δισεκατομμύρια και μέχρι το έτος 2050 θα ανέλθει στα 2 δισεκατομμύρια. Σήμερα, τα 2/3 των ηλικιωμένων ατόμων ζουν στις αναπτυσσόμενες χώρες. Μέχρι το έτος 2025, θα αποτελούν τα % (75%). Ακόμη, στις ανεπτυγμένες χώρες οι υπερήλικες (πέραν των 80 χρόνων) θα αποτελούν την γρηγορότερη σε ρυθμούς ανάπτυξης ομάδα πληθυσμού. Τέλος, οι γυναίκες ξεπερνούν τους άνδρες σε όλες τις κοινωνίες. Ως εκ τούτου, στις μεγάλες ηλικίες το ποσοστό των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες θα είναι 2 : 1 (W.H.O., 2001).

Οι Patterson, Bierman, Splaine και άλλοι (1998) αναφέρουν ότι στις Η.Π.Α. το 1900 ο μέσος όρος ζωής του ανθρώπου ήταν το 47<sup>ο</sup> έτος. Σήμερα 7,5 εκατομμύρια άνθρωποι στις Η.Π.Α. είναι ηλικίας 80 και πλέον χρόνων. Υπολογίζεται δε, ότι μέχρι το 2020 ο πληθυσμός πέραν των 80 χρόνων θα αυξηθεί κατά 75% και θα φτάσει τα 13 εκατομμύρια.

Η μαζική γήρανση του πληθυσμού όμως απαιτεί πολλές κοινωνικές προσαρμογές (ιδιαίτερα από τις υπηρεσίες υγείας) ούτως ώστε να ικανοποιούνται όλες οι ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας αλλά και όλες οι κοινωνικές παροχές να είναι συμφέρουσες από οικονομικής

πλευράς.

Υπογραμμίζεται ότι μόνο στην Μ. Βρετανία υπολογίστηκε ότι το κόστος της μακροχρόνιας παροχής υπηρεσιών θα αυξηθεί από 11 δισεκατομμύρια αγγλικές λίρες που ήταν το 1995 σε 20 δισεκατομμύρια μέχρι το 2020 και 45 δισεκατομμύρια μέχρι το 2050 γεγονός που αντανακλάται από την συνεχή αύξηση των ατόμων τρίτης ηλικίας (Ebrahim, 2000).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας σε ανακοίνωση που εξέδωσε με αφορμή το δεύτερο παγκόσμιο συνέδριο με θέμα το γήρας ανακοίνωσε ότι η συχνότητα των περισσότερων μη μεταδοτικών παθήσεων είναι μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους. Ακόμη, αναφέρεται ότι οι μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας γίνεται από τα άτομα τρίτης ηλικίας και ως εκ τούτου, το οικονομικό αλλά και ανθρώπινο κόστος αυξάνεται γεωμετρικά και ανάλογα με την συνεχή και αλματώδη αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων (W.H.O., 2002).

Η διευθύντρια της Π.Ο.Υ. Δρ. Gro Harlem Brundtland (2002) αναφέρει ότι η παρουσία των μη μεταδοτικών ασθενειών όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος ή η κατάθλιψη στον συνεχώς αυξανόμενο πληθυσμό των ηλικιωμένων έχει ως αποτέλεσμα την τεράστια αύξηση των κόστων.

Στην ίδια ανακοίνωση αναφέρεται ότι η συχνότητα των περισσότερων παθήσεων είναι μεγαλύτερη στα άτομα τρίτης ηλικίας. Συγκεκριμένα, η Δρ. Kalache (2002) αναφέρει ότι αυτό έχει σχέση με τον υπάρχοντα μύθο ο οποίος συνδυάζει το γήρας με τις αυξημένες ιατροφαρμακευτικές δαπάνες. Υπογραμμίζει δε, ότι οι αυξημένες δαπάνες δεν οφείλονται στο γήρας αλλά στις αναπηρίες και την πτωχή υγεία, στοιχεία με τα οποία συνδέεται το γήρας, και τα οποία κοστίζουν.

Βλέποντας τα πιο πάνω στατιστικά στοιχεία τονίζεται η σημασία της πρόληψης παρά της θεραπείας για ακόμη μια φορά. Μάλιστα, στη συγκεκριμένη περίπτωση πρόληψη αποτελεί η έγκαιρη παρέμβαση και ο σωστός προγραμματισμός για την δημιουργία όσο το δυνατόν πιο «υγιών γηρατειών» τα οποία θα ζουν πιο ανεξάρτητα και ενταγμένα στο κοινωνικό

σύνολο.

### **Το Ηλικιωμένο Άτομο και ο ρόλος του.**

Παλαιότερα το ηλικιωμένο άτομο είχε σεβαστό και παραδοσιακό ρόλο. Αποτελούσε τον αρχηγό της φυλής, τον σοφό της οικογένειας της κοινότητας, ή ακόμη τον δάσκαλο για πολλά θέματα. Ήταν δηλαδή η πηγή γνώσης, εμπειρίας και βοήθειας προς τους νεότερους (Μαλγαρινού & Γουλιά, 1997 ; Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000).

Στη σημερινή κοινωνία όμως που τα πάντα μετρούνται με την παραγωγικότητα του καθ' ενός τα ηλικιωμένα άτομα των οποίων η παραγωγική ικανότητα ελαττώνεται, δεν έχουν ίσες ευκαιρίες να απολαύσουν τα καλά της κοινωνίας. Εν αντιθέσει όμως με αυτά, θα έπρεπε πάντα να λαμβάνεται υπόψη το γεγονός ότι μπορεί με την ηλικία να μειώνονται μερικές ικανότητες, αλλά αυξάνονται άλλες όπως η ποιότητα παραγωγής, η ευσυνειδησία, η μεθοδικότητα, η πείρα, η θέληση, η πειθαρχία και η υπομονή (Ερωτοκρίτου, 1995).



## Χαρακτηριστικά ηλικιωμένου πληθυσμού

Οι ηλικιωμένοι που διανύουν την 8<sup>η</sup> και την 9<sup>η</sup> δεκαετία διαθέτουν πλούσια εμπειρία που έχει σχέση με κοινωνικά, πολιτισμικά, πολιτικά, οικονομικά γεγονότα και καταστάσεις που γνώρισαν κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Από την αρχή του 20ού αιώνα και μέχρι σήμερα οι ηλικιωμένοι αντιμετώπισαν τις ολέθριες συνέπειες του Α' και του Β' παγκοσμίου πολέμου. Οι μετακινήσεις των πληθυσμών, οι μετασχηματισμοί μειονοτήτων με τα διαφορετικά βιώματά τους και τις διαφορετικές κοινωνικο-πολιτιστικές τους πεποιθήσεις και ειδικότερα οι συνεχείς τεχνολογικές εξελίξεις των 70 τελευταίων χρόνων άλλαξαν ριζικά την πορεία της ανθρωπότητας. Η εκμετάλλευση της ατομικής ενέργειας, τα διαστημικά ταξίδια, η προσελήνωση, η εγκατάσταση διαστημικών σταθμών και η εκμηδένιση του χρόνου, επιτεύγματα της γενικότερης τεχνολογικής επανάστασης, συνέβαλαν στην αλλαγή των κοινωνικών δομών, οι οποίες με τη σειρά τους επηρέασαν το ρυθμό της ζωής. Παράλληλα ο ανταγωνισμός των οπλικών συστημάτων που προέκυψε κυρίως από τη γεωπολιτική ανασφάλεια και την τάση της επικρατήσεως δημιούργησε οικονομική κρίση, πληθωρισμό, ανεργία και τόσα άλλα δεινά που μαστίζουν την ανθρωπότητα.

Οι αλλαγές των κοινωνικών δομών είχαν ως αποτέλεσμα την μείωση των αξιών και τη δημιουργία ηθικής κρίσεως, η οποία επέφερε βαθύ ρήγμα στο οικογενειακό σύστημα. Η ανάγκη να εργάζεται η γυναίκα έξω από το σπίτι άλλαξε τον παραδοσιακό ρόλο της, που ήταν η ανατροφή των παιδιών και η φροντίδα των ηλικιωμένων. Οι μεγάλες «πατριαρχικές» οικογένειες του παρελθόντος που τις στόλιζαν με την παρουσία τους ο παππούς και η γιαγιά, αντικαταστάθηκαν με τις «πυρηνικές», η σύνθεση των οποίων, σε μεγάλη αναλογία, αποκλείει τους γέροντες γονείς και μαζί μ' αυτούς την πολύτιμη πείρα, τη γνώση και τη σοφία τους.

Οι βασικότερες αιτίες που επηρέασαν τις σχέσεις της Ελληνικής οικογένειας είναι δημογραφικές, κοινωνικο-οικονομικές και άλλες. Ως προς τους δημογραφικούς παράγοντες η μείωση της γεννητικότητας και η αύξηση της μακροβιότητας, ειδικότερα η αύξηση του αριθμού των

υπερηλικών 80+ με τις άνοιες και τα ποικίλα προβλήματα υγείας, που συνοδεύουν αυτή την ηλικία, επηρέασαν αρνητικά τις οικογενειακές σχέσεις, επειδή γήρανση πληθυσμού σημαίνει ότι και τα παιδιά των ηλικιωμένων είναι ηλικιωμένα, με αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των φροντιστών. Ακόμα η συμβίωση των ζευγαριών εκτός γάμου και η αύξηση του αριθμού των διαζυγίων περιορίζουν τον αριθμό των οικογενειών που θα επιθυμούσαν να προσφέρουν φροντίδα στους ηλικιωμένους. Ειδικότερα στην Ελλάδα ο αριθμός των διαζυγίων και των ζευγαριών που ζουν σε διάσταση κατά τη δεκαετία του 1980 αυξήθηκε πολύ. Επιπλέον, η μετακίνηση των ατόμων από τον τόπο καταγωγής τους συνετέλεσε στην αύξηση του πληθυσμού των μμεγάλων πόλεων με περιορισμένου χώρου διαμερίσματα, τα οποία δυσκολεύουν τη συγκατοίκηση των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους.

Οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες προσδιορίζουν την ανεξαρτησία των ηλικιωμένων εφόσον η οικονομική κατάσταση και η υγεία το επιτρέπουν. Βεβαίως, υπάρχουν περιπτώσεις κατά τις οποίες τα έσοδα είναι περιορισμένα, η υγεία είναι επιδεινωμένη με συνοδό την εξάρτηση, που τους αναγκάζουν να μένουν με τα παιδιά τους. Πολλές φορές, οι ηλικιωμένοι ενισχύουν οικονομικά τα παιδιά τους είτε με τη μορφή της δωρεάς περιουσιακών στοιχείων ή ακόμα και με χρηματικά ποσά, προκειμένου να συμβάλλουν στην οικονομική ευημερία των παιδιών τους. Οι ηλικιωμένοι γονείς βοηθούν στις εργασίες του σπιτιού και η πιο σημαντική τους συμβολή είναι η διαπαιδαγώγηση των παιδιών της οικογένειας.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες αναδύονται κυρίως στα μεγάλα γεγονότα της ζωής όπως απώλεια ενός συζύγου με αποτέλεσμα να αισθάνεται το άτομο μοναξιά. Άλλοι παράγοντες είναι οι αλλαγές στις στάσεις και τις προσδοκίες των ατόμων και οι αλλαγές στις παραδοσιακές αξίες. Τελικά οι αλλαγές των κοινωνικό-οικονομικών και δημογραφικών συνθηκών δημιουργούν δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης για τους ηλικιωμένους, περιορίζουν τον αριθμό των φροντιστών και καθιστούν τα μέλη της οικογένειας ανάκανα ή λιγότερο πρόθυμα να φροντίσουν τους ηλικιωμένους.

Γενικά, οι αλλαγές στη δομή της Ελληνικής οικογένειας, όπως αυτές απεικονίζονται στις διάφορες έρευνες, επέφεραν τις ακόλουθες συνέπειες:

- Η αύξηση των νοικοκυριών με ένα ή δύο ηλικιωμένα άτομα .
- Η μείωση των φροντιστών, εξαιτίας της γεωγραφικής κινητικότητας των νέων, της απασχόλησης της γυναίκας και της αύξησης του αριθμού των διαζευμένων, των άγαμων και των άτεκνων ηλικιωμένων.
- Η έλλειψη της οικογένειας, η εγκατάλειψη και οι προστριβές αποτελούν επιταχυντικό παράγοντα των γηρατειών.
- Η μεγαλύτερη προσδοκώμενη ζωή των γυναικών συντελεί στο να περνούν περισσότερα χρόνια ως χήρες, χωρίς τη συμπαράσταση του συζύγου.
- Οι ηλικιωμένοι που δεν έχουν παιδιά και είναι εγκαταλειμμένοι κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, παράλληλα παρουσιάζουν υψηλή θνησιμότητα.
- Το μοναχικό άτομο νιώθει αποκομμένο από την πυρηνική οικογένεια αδύναμο οικονομικά και συναισθηματικά ανασφαλές.
- Η συγκατοίκηση με τα παιδιά εξουδετερώνει το πρόβλημα της απομονώσεως και της μοναξιάς. Ο ηλικιωμένος αισθάνεται χρήσιμος στην οικογένεια του παιδιού του. Συμβαίνει μερικές φορές η συγκατοίκηση να γίνεται αιτία διαζυγίου και ο ηλικιωμένος να καταφύγει σε ίδρυμα ή να ζει μέσα σε καταπίεση .
- Η ανεξαρτησία των υπερηλίκων συνεπάγεται μεγαλύτερη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας .
- Μερικοί ηλικιωμένοι που στερούνται παιδιών και συγγενών η μοναδική τους επιλογή είναι να μείνουν μόνοι ή να καταλήξουν στα διάφορα ιδρύματα για τους ηλικιωμένους.

Οι έρευνες δείχνουν ότι η ελληνική κοινωνία στο σύνολό της αντιστέκεται. Η οικογένεια θεωρείται πρώτη κοινωνική αξία, η οποία φέρει ουσιαστική ευθύνη για τη φροντίδα των ηλικιωμένων την οποία συνήθως προσφέρουν πρόθυμα. Η οικογενειακή φροντίδα και η συμπαράσταση βασίζονται σε προσωπικούς και συναισθηματικούς δεσμούς που ενώνουν τον ηλικιωμένο με τους συγγενείς του.

Η απομόνωση και η εγκατάλειψη των ηλικιωμένων αποτελεί περιθωριακό φαινόμενο, ενώ η αλληλεγγύη μέσα στην οικογένεια συνεχίζεται. Οι οικογενειακοί δεσμοί είναι ισχυροί, η βοήθεια και η συμπεράσταση των μελών της οικογένειας συνεχίζεται, ενώ δεν υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις που να τεκμηριώνουν ότι η επιθυμία των νέων να προσφέρουν βοήθεια στα ηλικιωμένα άτομα της οικογένειας έχει περιοριστεί, παρά την επίδραση των ανασταλτικών παραγόντων.

Στις ίδιες έρευνες φάνηκε ότι οι οικογένειες που συντηρούν ηλικιωμένους αυξάνουν προοδευτικά και ότι η φροντίδα των ηλικιωμένων στην

οικογένεια είναι πολύ καλύτερη από εκείνη των ιδρυμάτων. Έτσι παρά το γοργό ρυθμό γηράνσεως του ελληνικού πληθυσμού τα προβλήματα προστασίας του γήρατος δεν προσέλαβαν τις διαστάσεις και την οξύτητα που θα



δικαιολογείτο, εξαιτίας της μέριμνας που λαμβάνει η οικογένεια για τα ηλικιωμένα μέλη της. Είναι προφανές ότι η οικογένεια είναι σε θέση να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει τις προσωπικές ανάγκες του ηλικιωμένου και η βοήθεια αυτή είναι αναντικατάστατη.

Τα αναφερόμενα χαρακτηριστικά συνθέτουν προβλήματα υψηλού κινδύνου για τους ηλικιωμένους και πρέπει να εντοπίζονται, να αξιολογούνται προσεκτικά και να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά.

Οι νέες τάσεις που επικρατούν στην Αμερική και σε πολλές χώρες της Ευρώπης ενθαρρύνουν την ανάπτυξη ειδίκευσης στη Γεροντολογική Νοσηλευτική. Πιστεύεται ότι είναι η μεγαλύτερη πρόκληση για δημιουργικούς ηγετικούς ρόλους, που εκτείνονται στη διοίκηση, στην εκπαίδευση, στην ανεξάρτητη και αυτόνομη πράξη και στη νοσηλευτική έρευνα.



Για το λόγο αυτό η Γεροντολογική Νοσηλευτική διδάσκεται σε προπτυχιακά και μεταπτυχιακά εκπαιδευτικά νοσηλευτικά προγράμματα σε επίπεδο Master's D και Ph.D, με σκοπό την πληρέστερη προετοιμασία των νοσηλευτών για αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των σύνθετων προβλημάτων του γήρατος.

### Βιολογικές αλλαγές που επέρχονται με το πέρασμα του χρόνου

#### Σε κυτταρικό επίπεδο

- Αλλαγές στις δομές του κυπαρικού ΟΝΑ: Εκφύλιση των ενδοκυττάρων οργανιδίων
- Νευρονική εκφύλιση του Κ.Ν.Σ. κυρίως άνω πρόσθια κεντρική κροταφική έλικα.
- Πυρήνες εγκεφαλικού στελέχους σταθεροί
- Αλλαγές στον αριθμό και την ευαισθησία των υποδοχέων
- Αύξηση κολλαγόνου μεταξύ των κυττάρων

#### Ανοσολογικό σύστημα

- Αυξάνεται η λειτουργία των αυτοάνοσων κυτάρων
- Αυξάνεται η επιρρέπεια του ατόμου στις λοιμώξεις και τις νεοπλασίες
- Μειώνονται τα Τ-λεμφοκύτταρα, αμετάβλητα τα λευκοκύτταρα
- Αυξάνεται η ταχύτητα καθιζήσεως των ερυθροκυττάρων

#### Μυοσκελετικό σύστημα

- Μειώνεται το ύψος (κατά 2cm) εξαιτίας της βράχυνσης της σπονδυλικής στήλης και στα δύο φύλα, μεταξύ 2ης και 7ης δεκαετίας
- Μειώνεται η αμιγής μυική μάζα και η μυική ισχύς
- Αυξάνεται το βάθος της θωρακικής κοιλότητας
- Αυξάνεται ο λιπώδης ιστός. Ελαττώνεται η μεσοκυττάρια ουσία των ΟΟ με συνέπεια την οστεοπόρωση
- Φθείρονται οι επιφάνειες των αρθρικών χόνδρων με κίνδυνο την ανάπτυξη οστεοαρθρίτιδας

### **Καλυπτήριο σύστημα**

- Το δέρμα εμφανίζει ρυτίδες
- Τα μαλλιά λευκαίνουν
- Η μελανίνη ουσία μειώνεται
- Ο ρυθμός αύξησης των νυχιών επιβραδύνεται
- Το υποβλεννογόνιο λίπος μειώνεται
- Η λειτουργία των ιδρωτοποιών αδένων περιορίζεται



### **Ουροποιητικό σύστημα**

- Ο ρυθμός της σπειραματικής διηθήσεως μειώνεται
- Η νεφρική και αιματική λειτουργία μειώνονται

### **Ειδικές αισθήσεις**

- Οι φακοί των ματιών κιτρινίζουν και μειώνεται η περιφερική όραση
- Η προσαρμοστικότητα στο φως - σκοτάδι μειώνεται
- Η οξύτητα της γεύσεως, οσφρήσεως και αφής μειώνονται
- Η δυνατότητα ακοής υψηλής συχνότητας ήχων μειώνεται
- Η προσαρμοστικότητα των μυών εξασθενεί

### **Νευροψυχιατρική Μάθηση**

- Ο δείκτης ευφυΐας παραμένει σταθερός μέχρι 80 ετών
- Η λεκτική ικανότητα παραμένει
- Η ψυχοκινητική δυνατότητα μειώνεται
- Η εκμάθηση νέου υλικού επιβραδύνεται, ενώ εξακολουθεί να υπάρχει πλήρης Μάθηση - Μνήμη
- Μετατόπιση προσοχής με δυσκολία
- Ικανότητα κωδικοποίησης μειωμένη
- Δυνατότητα αναγνώρισεως σωστής απαντήσεως παραμένει άθικτη
- Ανάκληση μειωμένη

### **Νευροδιαβιβαστές**

- Μειώνεται η νορεπινεφρίνη του Κ.Ν.Σ.
- Αυξάνονται η ΜΑΟ και η σεροτονίνη στον εγκέφαλο

### **Εγκέφαλος**

- Μειωμένο βάρος εγκεφάλου κατά 17% και στα δύο φύλα
- Αυξημένο εύρος αυλάκων, οι έλικες μικραίνουν και ατροφούν
- Αυξημένος ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός
- Μειωμένη η αιματική ροή του εγκεφάλου
- Μειωμένη η οξυγόνωση του εγκεφάλου

### **Καρδιαγγειακό σύστημα**

- Αύξηση μεγέθους και βάρους καρδιάς, εμφάνιση κοκκίων λιποφουσκίνης
- Μείωση ελαστικότητας καρδιακών βαλβίδων
- Αύξηση κολλαγονικού ιστού στα αιμοφόρα αγγεία
- Αυξημένη τάση για αρρυθμίες
- Αλλοίωση ομοιοστάσεως ενδαγγειακής πίεσεως

### **Γαστρεντερικό σύστημα**

- Μείωση αιματικής ροής ήπατος και χοληδόχου
- Μείωση ροής σιέλου
- Μεταβολή απορροφήσεως από το γαστρεντερικό σύστημα

### **Ενδοκρινικό σύστημα**

- Μείωση επιπέδων οιστρογόνων στις γυναίκες
- Μείωση επινεφριδικών ανδρογόνων
- Μείωση παραγωγής τεστοστερόνης στους άνδρες
- Αύξηση ορμονών FSH και LH
- Μείωση της T3

### **Αναπνευστικό σύστημα**

- Μείωση ζωτικής χωρητικότητας
- Μείωση του αντανακλαστικού του βηχός
- Μείωση της δραστηριότητας του βρογχικού κροσσώτου επιθηλίου.

### ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ

Τα πολλαπλά χρόνια νοσήματα, σε συνδιασμό και με την φυσιολογική φθορά της διεργασίας του γήρατος, είναι οι κυριότεροι αποσταθεροποιητικοί παράγοντες της ομοιοστάσεως του οργανισμού. Με το πέρασμα του χρόνου οι προσαρμοστικοί μηχανισμοί του ατόμου εξασθενούν, με αποτέλεσμα η ληδη διαταραχθείσα ισορροπία να συνοδεύεται από διάφορα προβλήματα τα οποία είναι δυνατό να αφαιρέσουν την άνεση και την ευεξία του ηλικιωμένου.

Τα πιο κοινά προβλήματα που μπορούν να μειώσουν ή να αφαιρέσουν την άνεση του ηλικιωμένου είναι:

1. Πόνος.
2. Διαταραχή του ύπνου.
3. Διαταραχή της κινητικότητας.
4. Οι πτώσεις στους ηλικιωμένους.
5. Πλημμελής ατομική υγιεινή.
6. Κατακλίσεις.
7. Δυσλειτουργία του εντέρου και της κύστεως. (Δυσκοιλιότητα – Διάρροια).
8. Ακράτεια κοπράνων.
9. Απώλεια ούρων.
10. Προβλήματα διατροφής.



Θα αναλύσουμε κάποια από τα πιο πάνω προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων:

**Πόνος.** Ο πόνος είναι μία δυσάρεστη και συγκινησιακή εμπειρία, η οποία προκύπτει από την αντίληψη οδυνηρού ερεθίσματος. Ο πόνος είναι σύνθετο φαινόμενο, γι' αυτό παρουσιάζει δυσκολία στον καθορισμό του με την απλή λογική. Τον πόνο συνθέτουν τρία βασικά συστατικά:

- ❖ Το συστατικό της αισθητηριακής διακρίσεως, δηλαδή η αναγνώριση ενός οδυνηρού αισθήματος από το άτομο. Είναι η υποκειμενική εκτίμηση του πόνου.
- ❖ Το συστατικό της συναισθηματικής κινητοποιήσεως. Το άτομο αντιδρά συγκινησιακά, ως απάντηση στην εμπειρία του πόνου. Είναι η αντικειμενική εκτίμηση του πόνου.
- ❖ Το γνωσιακό συστατικό περιλαμβάνει παρελθούσες εμπειρίες του πόνου, συμπεριφορές, ανταποκρίσεις προς τον πόνο, καθώς και ποια η σημασία του πόνου για το άτομο.

Σύμφωνα με τον ορισμό της McCaffery ο πόνος είναι οτιδήποτε το άτομο λέει ότι είναι πόνος και οπουδήποτε λέει ότι υπάρχει ο πόνος.

### **Αντικειμενικές πληροφορίες**

*Γενική εμφάνιση:* Ενδείξεις συναισθηματικής καταστάσεως.

*Κινητική αντίδραση:* Θέση σώματος, προστατευτικά μέτρα κατά την κατάκλιση και την έγερση, βούρτσισμα των δοντιών, ντύσιμο.

*Αυτόνομη αντίδραση:* Σφυγμός, καρδιακές αρρυθμίες, αρτηριακή πίεση, χαρακτήρες αναπνευστικού ρυθμού, εφιδρώσεις, ωχρότητα.

*Ψυχική αντίδραση:* Περιλαμβάνεται και το επίπεδο άγχους του ασθενούς, πόνος που συνοδεύεται με ψυχοτραυματικές εμπειρίες του παρελθόντος, λεκτική και μη αντίδραση στον πόνο, αντιδράσεις συγγενών στην έκφραση του πόνου από τον ασθενή, καταστάσεις που προκαλούν πόνο.

### Υποκειμενικές πληροφορίες

<i>Φύση του πόνου:</i>	Οξύς, αμβλύς, διαξιφιστικός, πιεστικός σαν τσίμπημα, καυστικός.
<i>Ένταση του πόνου:</i>	Ήπιος, μέτριος, δριμύς.
<i>Περιοχή, θέση οργάνου και αντανάκλαση του πόνου:</i>	Π.χ. δεξιά στο λαγόνιο βόθρο, στο αριστερό υποχόνδριο, मिथωράκιο.
<i>Έναρξη του πόνου:</i>	Ξαφνική, προοδευτική με σπασμούς.
<i>Τρόπος εμφάνισης του πόνου:</i>	Μετά από προσπάθεια, από κινήσεις απότομες ή ήπιες, φαγητό.
<i>Διάρκεια του πόνου:</i>	Μικρή, παρατεταμένη, περιοδική.
<i>Έλεγχος του πόνου:</i>	Περιστασιακή τροποποίηση ή ανακούφιση του πόνου.
<i>Συναισθηματική απάντηση στον πόνο:</i>	Π.χ. αισθήματα άγχους, δυσφορίας, θυμού, αγωνίας.

### Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

Για να είναι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποτελεσματικές οι νοσηλευτές αρχικά επιδιώκουν:

- ❖ Να συνεργαστούν με τον ηλικιωμένο για την εξεύρεση αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης του πόνου.
- ❖ Να ενημερωθούν για πρακτικές που ανακουφίζουν τον ηλικιωμένο από τον πόνο.

- ❖ Να εντωπίσουν τους περιορισμούς της κινητικότητας, ώστε κάθε μετακίνηση να μην επιδεινώνει τον πόνο.
- ❖ Να εξηγήσουν ποιο είναι το προτεινόμενο νοση λευτικό πρόγραμμα και ποια τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Για την ανακούφιση του ηλικιωμένου από τον πόνο η νοσηλευτική φροντίδα αρχίζει με απλές παρεμβάσεις, όπως: εξασφάλιση τακτικού, ήσυχου και ευχάριστου περιβάλλοντος, με επαρκή φωτισμό, καλό αερισμό και κατάλληλη για την εποχή θερμοκρασία. Αλλαγή της θέσεως του σώματος, ελαφρά εντριβή και απαλό μασάζ. Θερμά ή ψυχρά επιθέματα ανάλογα με την ιατρική οδηγία. Εφαρμογή καλά ισορροπημένης δίαιτας με επιπρόσθετη ενίσχυση της βιταμίνης B-Complex.

### Διαταραχή του ύπνου.

Ο ύπνος είναι φυσική επαναλαμβανόμενη διεργασία, πολύ σημαντική για την διατήρηση της φυσικής και της ψυχικής υγείας του ανθρώπου. Για τον ύπνο ο άνθρωπος καταναλίσκει περίπου το 1/3 της ζωής του. Οι ανάγκες για ύπνο ποικίλουν και εξαρτώνται από την ηλικία, την δραστηριότητα και τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου.

Με έναν ιστορικό ορισμό περιγράφεται ο ύπνος ως περίοδος χαλαρώσεως που είναι όμοια με την κωματώδη κατάσταση. Σύγχρονοι κλινικοί ερευνητές βρήκαν ότι το άτομο δεν είναι ανίσθητο. Δέχονται ότι κατά την διάρκεια του ύπνου ή αντίληψη του περιβάλλοντος είναι ελαττωμένη, αλλά όχι απύουσα. Ο ύπνος θα μπορούσε να οριστεί ως προσωρινή, περιοδική παύση ή διακοπή της αφυπνιστικής καταστάσεως η οποία επικρατεί σε υγιή ενήλικα.

Υπάρχει γενική αποδοχή ότι το γήρας συνοδεύεται με αύξηση της διαταραχής του ύπνου. Τα παράπονα των ηλικιωμένων για ανεπαρκή ύπνο είναι συνηθισμένο φαινόμενο. Άλλωστε έτσι εξηγείται και η αυξημένη χρήση των υπνωτικών φαρμάκων στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Παρά τις διαβεβαιώσεις των συγγενών του ηλικιωμένου ότι ο ύπνος του είναι αρκετός, σε πρόσφατες μελέτες αναφέρεται ότι η προχωρημένη ηλικία



συννοδεύεται με ποσοτική και ποιοτική μείωση του ύπνου. Οι διαταραχές του ύπνου χωρίζονται σε 4 κατηγορίες:

1. Σε διαταραχές ενάρξεως και διατηρήσεως του ύπνου (συνήθεις αιτίες: θόρυβος, πόνος, ανησυχία, άνοια, δυσφορία, κατάθλιψη, άγχος)
2. Σε διαταραχές που εκδηλώνονται με υπερβολικό ύπνο (συνήθως προκαλούνται από υπερβολική δόση φαρμάκων)
3. Σε διαταραχές του κύκλου αφυπνίσεως (π. χ. άνοια, delirium κ.α.)
4. Σε διαταραχές που εκδηλώνονται κατά τον ύπνο, με φάσεις ύπνου και μερικής αφυπνίσεως (π.χ. υπνοβασίες, επιληπτικές κρίσεις κατά τον ύπνο κ.α.)

Οι πιο κοινές αιτίες διαταραχής του ύπνου είναι εγκαταστημένες ή εκδηλώνονται ως συμπτώματα ειδικών νοσημάτων. Τα υπνωτικά φάρμακα, πολλές φορές, προκαλούν διαταραχές του ύπνου, ενώ παράλληλα μειώνουν την ποιότητα του. Τα περισσότερα υπνωτικά φάρμακα ελαττώνουν την φάση REM. Τα συνηθέστερα αίτια που προκαλούν αϋπνία είναι:

*Περιβαλλοντικά:* Θόρυβος, θερμοκρασία, φωτισμός

*Ψυχολογικά:* Άγχος, υπερένταση, μελαγχολία, θυμός, φόβος

*Σωματικά:* Πόνος, πείνα, δίψα, δυσφορία, ουροδόχος κύστη πλήρης ούρων

### **Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις:**

Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος, με κατάλληλη για την εποχή θερμοκρασία και με καλό αερισμό και χαμηλό φωτισμό. Η καθαρή και ασφαλής κλινοστρωμένη και η προσεγμένη ατομική υγιεινή προάγουν την ευεξία και προδιαθέτουν το άτομο για ύπνο. Διερευνούνται πιθανές φυσιολογικές αιτίες, όπως άγχος, ανησυχία, κατάθλιψη και αντιμετωπίζονται με την

ανάπτυξη σχέσεως μεταξύ νοσηλευτή- ηλικιωμένου και θετική διαπροσωπική επικοινωνία. Όταν εντοπιστούν βιολογικές ανάγκες όπως πείνα, δίψα, πόνος, καλύπτονται. Η δυσλειτουργία του εντέρου και της κύστεως, άλλοτε με τη μορφή της δυσκοιλιότητας και της επισχέσεως των ούρων και άλλοτε με την ακράτεια και των δύο, δημιουργεί ή επιτείνει το υπάρχον πρόβλημα της αϋπνίας. Ο έλεγχος της λειτουργίας του εντέρου και της κύστεως έχει μεγάλη σημασία για την εξασφάλιση του ύπνου.

Στο σχεδιασμό του νοσηλευτικού προγράμματος, εκτός από την συμμετοχή του ηλικιωμένου, η συνεργασία νοσηλευτών- συγγενών για την κατάρτιση του προγράμματος είναι ζωτικής σημασίας, επειδή σε τελική ανάλυση, όταν ο ηλικιωμένος ζει μαζί τους, αυτοί θα εφαρμόσουν το πρόγραμμα. Η οικογένεια παροτρύνεται να ενθαρρύνει τον ηλικιωμένο να διατηρήσει τις συνήθειές του, όπως το διάβασμα ή τη μουσική, πριν από την κατάκλιση και διδάσκεται πως θα εκτελεί τις διάφορες ασκήσεις που αρμόζουν για τον συγκεκριμένο ηλικιωμένο. Όταν οι αναφερόμενες παρεμβάσεις δεν αποδώσουν, η επόμενη φάση περιλαμβάνει τη φαρμακευτική αγωγή που θα οριστεί και την παρακολούθηση του ηλικιωμένου για παρενέργειες.

### **Διαταραχή κινητικότητας.**

Η ικανότητα να κινείται ο ηλικιωμένος άνετα και ελεύθερα αποτελεί πολύτιμη κτήση. Δυστυχώς κινητικότητα χωρίς περιορισμούς δεν είναι πάντοτε εφικτή στους υπερήλικες, αφού η λειτουργικότητα όλων των συστημάτων του σώματος άμεσα ή έμμεσα υφίσταται περιοδικές αλλαγές, οι οποίες επηρεάζουν τη στάση του σώματος. Ο περιορισμός της κινητικότητας επηρεάζει άμεσα την ανεξαρτησία και το αίσθημα ασφάλειας του ηλικιωμένου, τον εκθέτει σε υψηλό κίνδυνο και τον καθιστά υπόδοχο αρνητικών βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνεπειών.

Η κινητικότητα είναι μια σύνθετη λειτουργία η οποία εξαρτάται από την καλή λειτουργία πολλαπλών φυσικών, γνωστικών και άλλων παραγόντων οι οποίοι αντιδρούν με το περιβάλλον.

Η *Midle* ορίζει την επιδεινωμένη κινητικότητα ως κατάσταση κατά την οποία το άτομο αποκτά εμπειρία περιορισμού της ικανότητας του για ανεξάρτητη φυσική κίνηση.

Στο θεωρητικό πλαίσιο της *Hogue* η κινητικότητα θεωρείται ως επακόλουθο αντιδράσεως μεταξύ επάρκειας ατόμου και περιβαλλοντικών πηγών.

Το ιατρικό θεραπευτικό πρόγραμμα, παρά την θεραπευτική του ιδιότητα, πολύ συχνά λειτουργεί αρνητικά στην κινητικότητα του ηλικιωμένου. Για παράδειγμα οι χειρουργικές επεμβάσεις, τα φυσικά και τα χημικά περιοριστικά μέτρα, η συνεχιζόμενη ενδοφλέβια φαρμακοθεραπεία, ο μόνιμος καθετήρας κύστεως, η ανάγκη για συνεχείς αναρροφήσεις εκκρίσεων, η οξυγονοθεραπεία κ.α. καθλώνουν τον ηλικιωμένο στο κρεβάτι.

Η κινητικότητα του ηλικιωμένου είναι δυνατό να επηρεαστεί και από τα χαρακτηριστικά του προσωπικού. Ο αριθμός, οι γνώσεις, οι ικανότητες, καθώς και ο τύπος φροντίδας που παρέχει το προσωπικό, αν δεν ανταποκρίνονται προς τα τεθέντα κριτήρια της φροντίδας, αντί να συμβάλλουν στη διατήρηση της κινητικότητας μπορεί να την επιδεινώσουν με τα πιο κάτω επακόλουθα:

- ❖ Περιορισμό αρθρικών κινήσεων
- ❖ Μόνιμη σύσπαση των μυών
- ❖ Απώλεια μυικής ισχύος και αντοχής
- ❖ Επιδείνωση της οστικής μάζας και της ισχύος της
- ❖ Επιδείνωση ακεραιότητας του δέρματος
- ❖ Ανάπτυξη κατακλίσεων
- ❖ Επιπλοκές από αναπνευστικό, καρδιαγγειακό και ουροποιητικό σύστημα
- ❖ Εκδήλωση καταθλίψεως, αλλαγή συμπεριφοράς, αντιληπτικής ικανότητας, παραμέληση ατομικής υγιεινής και εμφανίσεως.

### Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

Αναφέρονται νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προάγουν και διευκολύνουν την κινητικότητα του ηλικιωμένου:

- Τροποποίηση αρχιτεκτονικών εμποδίων, όπως σκαλοπάτια, ανώμαλο έδαφος, ανεπαρκής φωτισμός κ.α.
- Απομάκρυνση εμποδίων από το χώρο που διέρχεται ο ηλικιωμένος, όπως έπιπλα, κουβάδες, τάπετα κ.τ.λ.
- Τροποποίηση θεραπευτικού προγράμματος – όπου είναι δυνατόν- π.χ. αντί της συνεχιζόμενης Ε.Φ. φαρμακοθεραπείας χρησιμοποίηση της μεθόδου Heparin lock.
- Αποφυγή φυσικών ή χημικών περιοριστικών μέτρων και χρησιμοποίηση τους μόνο σε αυστηρά απόλυτη ένδειξη
- Εξασφάλιση βοηθητικών μέσων βαδίσσεως, όπως μαστούνι, πατερίτσες, αναπηρική καρέκλα
- Τοποθέτηση ειδικού τραπεζιδίου στο κρεβάτι, στηρίγματα στο διάδρομο, την τουαλέτα και τον λουτρό
- Σχολαστική φροντίδα δέρματος για την πρόληψη κατακλίσεων
- Φυσικοθεραπεία για την διατήρηση της λειτουργικότητας των αρθρώσεων
- Περιοδική αξιολόγηση της ψυχολογικής κατάστασεως
- Εξασφάλιση αναγκαίου αριθμού και κατηγοριών προσωπικού
- Προσαρμογή του τύπου της νοσηλευτικής φροντίδας στις ειδικές ανάγκες του ηλικιωμένου
- Κατάρτιση προγράμματος εκπαίδευσως για τον ηλικιωμένο και τους συγγενείς του

Τελικά η διατήρηση ή η βελτίωση της κινητικότητας του ηλικιωμένου αποτελεί δείκτη αξιολόγησης των νοσηλευτικών παρεμβάσεων.

## Πλημελής Ατομική Υγιεινή.

Η υγιεινή είναι μελέτη ή επιστήμη της υγείας. Στη νοσηλευτική οι πρακτικές της υγιεινής περιλαμβάνουν όλα εκείνα τα μέτρα που διατηρούν την προσωπική καθαριότητα, την ευπρεπή εμφάνιση και την ακεραιότητα της επιφάνειας του δέρματος. Η καλή υγιεινή συμβάλλει στην προαγωγή της αυτοεκτιμήσεως και στην πρόληψη της νόσου.

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

Για την αξιολόγηση των αναγκών της ατομικής υγιεινής η παρατήρηση είναι το σημαντικότερο μέσο. Με την επισκόπηση εκτιμάται η γενική εμφάνιση, ο τρόπος ντυσίματος, η κατάσταση των μαλλιών, των νυχιών και του δέρματος. Πολλές φορές η παραμελημένη αυτοφροντίδα, όπως το ατημέλητο ή ασυμβίβαστο για την εποχή ντύσιμο και η δυσάρεστη οσμή του σώματος, είναι δυνατό να είναι πρώιμα σημεία επιδεινώσεως της γνωστικής λειτουργίας και μπορεί να υποδηλώνουν διάφορου βαθμού άνοια.

Η νοσηλευτική εκτίμηση της ατομικής υγιεινής του υπερήλικα περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία:

- *Κατάσταση στοματικής κοιλότητας:*

Η παραμελημένη υγιεινή του στόματος ευθύνεται για ένα μεγάλο ποσοστό νοσηρότητας. Επιπλέον συνοδεύεται με μείωση της αυτοεκτιμήσεως και με περιορισμό των κοινωνικών επαφών, που μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και στην προσωπική απομόνωση. Η φροντίδα του στόματος για όλες τις ηλικίες είναι ουσιώδους σημασίας, ειδικότερα δε για τους ηλικιωμένους των οποίων ο αριθμός και η ποιότητα των δοντιών υποχωρούν με τον χρόνο. Επιπλέον η γνωστική τους κατάσταση σε πολλές περιπτώσεις είναι υποβαθμισμένη.

Οι τοπικές βλάβες και η ξηρότητα του βλεννογόνου του στόματος μπορούν να αντανakλούν διάφορες παθολογικές καταστάσεις, όπως

αφυδάτωση, αναιμία, λευχαιμία κ.α. Η νοσηλευτική παρέμβαση προβλέπει στην τοπική φροντίδα των φυσικών ή των τεχνητών οδοντοστοιχιών και στην φροντίδα του στόματος με ανάλογες για το στοματικό βλεννογόνο αντισηπτικές ουσίες, ενώ παράλληλα γίνεται και αιτιολογική θεραπεία, όπως ενυδάτωση, καλή θρέψη, φαρμακευτική αγωγή όπου χρειάζεται και επίσκεψη σε οδοντίατρο όταν κρίνεται απαραίτητο.

- *Κατάσταση των κάτω άκρων:*

Η καλή παρατήρηση των κάτω άκρων απαιτεί καλή όραση και κινητικότητα των αρθρώσεων, λειτουργίες που υποβαθμίζονται με το πέρασμα του χρόνου. Η διατήρηση της καλής καταστάσεως των κάτω άκρων συμβάλλει ουσιαστικά στην διατήρηση της ισορροπίας και της κινητικότητας του ηλικιωμένου.

Κατά την αξιολόγηση των κάτω άκρων ελέγχεται η κυκλοφορία, η κινητικότητα και η αισθητικότητα. Ίσως τα πιο σημαντικότερα προβλήματα που παρατηρούνται στα κάτω άκρα είναι οι εξοστώσεις, οι παραμορφώσεις, οι επιπεύσεις των δαχτύλων, οι υπερκερατώσεις των νυχιών, οι κάλοι κ.α., τα οποία εμποδίζουν τον ηλικιωμένο να φορέσει παπούτσια, με αποτέλεσμα να περιορίζεται ή και να καταργείται η κινητικότητα του με όλες τις συνέπειες που αυτή συνεπάγεται.

- *Κατάσταση του δέρματος:*

Το δέρμα αποτελεί το κυριότερο προστατευτικό όργανο του σώματος από τους διάφορους τραυματισμούς και τους άλλους μικροβιακούς παραγοντες. Η απειλή της ακεραιότητας του δέρματος θέτει σε υψηλό κίνδυνο το άτομο για τραυματισμούς, κατακλίσεις και λοιμώξεις που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την άνεση και την ευεξία του.

## Κατακλίσεις.

Ως κατάκλιση ορίζεται η κυτταρική νέκρωση μιας περιοχής του σώματος που προκαλείται από τη διακοπή της μικροκυκλοφορίας στους ιστούς της.

Η δημιουργία των κατακλίσεων στους αρρώστους, σε κάποιο βαθμό, αποτελεί νοσηλευτική ευθύνη και κριτήριο αξιολόγησης της νοσηλευτικής φροντίδας που δέχονται. Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις των κατακλίσεων είναι δύσκολο να εκτιμηθούν. Ο πόνος, η ανησυχία και η ψυχοτραυματική εμπειρία που δοκιμάζουν οι άρρωστοι, καθώς και η αγωνία των συγγενών τους που τους βλέπουν να υποφέρουν, απομακρύνουν την προσδοκία για ποιότητα ζωής.

Οι κυριότερες αιτίες ή παράγοντες που ευθύνονται ή συμβάλλουν στην ανάπτυξη των κατακλίσεων είναι:

- Η επιδεινώμενη γενική κατάσταση του ασθενούς
- Η παρατεταμένη άσκηση της εξωτερικής πίεσως του δέρματος σε συνδυασμό με τις δυνάμεις τριβής
- Η ηλικία
- Η υγρασία από απώλειες ούρων και κοπράνων
- Η ελαττωμένη θρέψη
- Η ελάττωση της μυϊκής μάζας
- Η απώλεια αισθητικότητας
- Το ατροφικό δέρμα σε συνδυασμό με την απώλεια της ελαστικότητας και του υποδόριου λίπους
- Οι περιφερειακές αγγειοπάθειες, όπως π.χ. σε σακχαρώδη διαβήτη
- Τα καταβολικά φάρμακα, π.χ. κορτικοστεροειδή
- Οι κωματώδεις καταστάσεις
- Τα delirium, οι συγχυτικές καταστάσεις κ.α.

Η θέση της κατακλίσεως σχετίζεται με την τοποθέτηση του σώματος στο κρεβάτι ή στην καρέκλα. Η μεγαλύτερη συχνότητα των κατακλίσεων παρατηρείται συνήθως στην ιερά χώρα και στους γλουτούς, ως τα πλέον

προεξέχοντα μέρη του σκελετού του σώματος. Άλλα σημεία είναι η ωμοπλάτη, τα σφυρά, οι φτέρνες, το ινίο και τα αυτιά.

### **Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις:**

Ορισμένοι από τους παράγοντες υψηλού κινδύνου, όπως η ηλικία και η μείωση του επιπέδου συνηδείσεως, δεν είναι δυνατόν να εξαλειφθούν. Πολλοί από τους παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη των κατακλίσεων μπορεί να αντιμετωπιστούν με απλές σχετικά παρεμβάσεις

- Συχνό γύρισμα, προσεκτικό σήκωμα και κατάλληλη θέση του αρρώστου στο κρεβάτι, για να ανακουφίζεται το δέρμα από την πίεση και να αποφεύγονται το σύρσιμο και οι δυνάμεις τριβής.
- Διατήρηση καλής ατομικής υγιεινής του αρρώστου, αποφυγή υψηλής θερμοκρασίας, απομάκρυνση υγρασίας και επάλειψη του δέρματος με ελαιώδεις ουσίες, ώστε να διατηρείται στεγνό, μαλακό και καθαρό
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε ειδικό κρεβάτι, εφοδιασμένο με στρώμα αέρα, νερού ή ειδικών μαξιλαριών, προβιά προβάτου στους γλουτούς, ειδικά μποτάκια στα σαυρά και τις φτέρνες και η κλίση να διατηρείται καθαρή χωρίς πτυχές λευχειμάτων και ξένα σώματα
- Επαρκή θρέψη του ασθενούς. Ισορροπημένη διατροφή με τα απαραίτητα για τις ανάγκες του οργανισμού στοιχεία
- Προσεκτική ενυδάτωση
- Πρόγραμμα κινησιοθεραπείας, όπου είναι δυνατό, και σύντομη έγερση στην πολυθρόνα
- Απομάκρυνση των απεκκριμάτων με σύγχρονα μέσα μιας χρήσεως που προσφέρει η νοσοκομειακή τεχνολογία και προσεκτικό πλύσιμο της περιοχής του περιναιου
- Προστασία του ασθενούς από τις λοιμώξεις και υποστήριξη του αμυντικού του συστήματος
- Συνεργασία με τον ασθενή και τους συγγενείς του για ενεργό συμμετοχή στη φροντίδα του



- Συχνός εργαστηριακός έλεγχος για την διαπίστωση ελλειμμάτων και άμεση διόρθωσή τους
- Ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και των συγγενών για την αντιμετώπιση του προβλήματος με ψυχραιμία και θάρρος

### **Διατροφή**

Η καλή διατροφή είναι εξαιρετικής σημασίας παράγοντας για τους ηλικιωμένους και ιδιαίτερα για εξασθενημένα, ανάπηρα, αβοήθητα ή και εξαρτώμενα άτομα. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να προσλαμβάνουν καθημερινά ουσιώδη θρεπτικά συστατικά για να διατηρήσουν την φυσική, την ψυχική και την λειτουργική τους κατάσταση σε ικανοποιητικά επίπεδα. Ακόμα η καλή διατροφή προάγει το αίσθημα ευεξίας και προλαμβάνει επιπλοκές που συνοδεύουν την ακινησία και την εξάρτηση. Επιπλέον η καλή διατροφή είναι σημαντικός παράγοντας μακροζωίας.

Πολύ συχνά εξασθενημένα άτομα δε διαθέτουν κινητικές δεξιότητες, ενέργεια ή ικανότητα να πάρουν μόνοι τους το φαγητό και εξαρτώνται από τους άλλους.

### ***Φυσικές αλλαγές***

Ένας μεγάλος αριθμός καταστάσεων ή παραγόντων επηρεάζουν την ικανότητα του ηλικιωμένου να σιτίζεται μόνος του. Αναφέρεται χρόνιες καταστάσεις όπως αρθρίτιδα, εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος του parkinson's, ποικίλες νευρολογικές διαταραχές, κατάγματα του καρπού, του αγκώνα, της ωμοπλάτης κ.α. Όλα αυτά εμποδίζουν τον ηλικιωμένο να χρησιμοποιήσει σκεύη φαγητού, όπως μαχαιροπίρουνα, ποτήρια και φλυτζάνια. Επιπλέον όταν υπάρχουν τεχνητές οδοντοστοιχίες και δεν εφαρμόζουν καλά στο στόμα προκαλούν δυσκολία στην μάσηση ορισμένων φαγητών. Αναφέρεται ότι αυτός που φοράει οδοντοστοιχίες για την μάσηση του φαγητού χρειάζεται τέσσερις φορές περισσότερο χρόνο από αυτόν που έχει

φυσιολογικά δόντια. Κοινές ανατομικές αλλαγές που επηρεάζουν την σίτηση σε πολύ ηλικιωμένα άτομα είναι:

- Ελαττωμένη ικανότητα καταχρήσεως εξαιτίας της μείωσης του ποσού του σιέλου και της υπάρχουσας αφυδατώσεως
- Διάταση του οισοφάγου
- Μειωμένη περισταλτικότητα του οισοφάγου
- Μειωμένη ποσότητα οξέων του στομάχου
- Ύπαρξη οισοφαγοκήλης(ιδίως σε παχύσαρκα ηλικιωμένα άτομα και κυρίως σε γυναίκες)

Οι αναφερόμενες αλλαγές αυξάνουν την πιθανότητα πνιγμονής ή και εισροφήσεως. Και τα δυο μπορεί να προκαλέσουν απόφραξη της τραχείας από ανάρροια φαγητού, πνευμονία εκ εισροφήσεως ή και το θάνατο του ηλικιωμένου.

### ***Αίτια υποσιτισμού***

Παράγοντες που συμβάλλουν στη μεταβολή της θρέψεως μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις ομάδες :

- Ανεπαρκής προσληψης τροφής
- Αυξημένες διατροφικές ανάγκες
- Πλημμελής πέψη σιτίων
- Ανεπαρκής απορρόφηση τροφής

### ***Αξιολόγηση ηλικιωμένου***

Η εκτίμηση της θρεπτικής καταστάσεως του ηλικιωμένου είναι ουσιαστικής σημασίας και πρέπει να είναι εξατομικευμένη, αφού οι ικανότητες , οι δυνατότητες και τα επίπεδα λειτουργικότητας ποικίλλουν μεταξύ των ηλικιωμένων. Η διατροφική αξιολόγηση περιλαμβάνει: φυσική εξέταση,

ιστορικό δίαιτας ανθρωπομετρικές μετρήσεις , βιοχημικές μετρήσεις κοινωνικοπεριβαλλοντικές εκτιμήσεις καθώς και εκτίμηση της λειτουργικής ικανότητας του ηλικιωμένου.

Οι νοσηλευτές αναζητούν παράγοντες και αίτιες που συμβάλλουν ή ευθύνονται στη διαταραχή της θρέψεως του ηλικιωμένου. Διερευνούν αν ο ηλικιωμένος παρουσιάζει ψυχολογικά προβλήματα όπως άγχος, κατάθλιψη, την κατάσταση του στόματος, τα δόντια , την μάσηση, το αντανακλαστικό της καταπόσεως, την γέυση , την πέψη, τις διατροφικές συνήθειες και τις κινητικές δεξιότητες σε σχέση με την σίτηση.

### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις:**

- Διδάσκεται ο ηλικιωμένος ή οι συγγενείς του να χορηγούν τροφή σε ποσότητα και ποιότητα ανάλογη με τις ανάγκες του ηλικιωμένου
- Προσαρμόζονται τα σιτία με την κατάσταση του στόματος και των δοντιών και γενικά του πεπτικού συστήματος
- Δίνεται άνεση στον ηλικιωμένο να πάρει το φαγητό του χωρίς χρονικούς περιορισμούς
- Οι επιδεινωμένες κινητικές δεξιότητες διευκολύνονται με ειδικά μαχαιροπίρουνα και άλλα είδη φαγητού τα οποία είναι ειδικά κατασκευασμένα να μην σπάνε εύκολα, να μην μετακινούνται και να είναι εύχρηστα
- Σε περίπτωση ανορεξίας το φαγητό σερβίρεται κατά τρόπο ελκυστικό, ώστε να τραβήξει την προσοχή του και να του αλλάξει την διάθεση
- Ελέγχεται η δράση των φαρμάκων που παίρνει ο ηλικιωμένος με την πέψη και τη απορρόφηση τωνθρεπτικών ουσιών
- Ελέγχεται η θερμοκρασία του φαγητού εάν είναι κανονική
- Λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις του ηλικιωμένου
- Όταν ο υποσιτισμός οφείλεται σε ψυχογενή αίτια τότε διατίθεται χρόνος για επικοινωνία και θεραπευτικό διάλογο

- Όταν για τον υποσιτισμό οφείλονται παθολογικά αίτια τότε οι παρεμβάσεις είναι αιτιολογικές και ακολουθούν την ιατρική οδηγία
- Στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος αδυνατεί να τραφεί από το στόμα η τροφή χορηγείται μέσω καθετήρα σιτίσεως

## ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

- Παράγοντες οι οποίοι οδηγούν στην μοναξιά

Ο φόβος της μοναξιάς συναντάται ευρέως στον γενικό πληθυσμό και ορίζεται ως δυσάρεστη και στρεσογόνα εμπειρία. Επικρατεί δε ομοφωνία σχετικά με τις αρνητικές επιδράσεις της μοναξιάς στα άτομα τρίτης ηλικίας (Creecy, Berg & Wright, 1885; Peplau & Perlman, 1982).

Η μοναξιά υποδηλώνει έλλειψη αναγκαίας ή επιθυμητής ανθρώπινης φιλίας, συντελεί σε προσωπική ταλαιπωρία, χαρακτηρίζεται από αίσθημα εγκατάλειψης και δυσαρέσκειας. Μερικές φορές, συμβάλλει και στην ανάπτυξη άλλων συναισθηματικών καταστάσεων όπως είναι η ανυσηχία, θλίψη, άγχος και μπορεί να προδιαθέσει ακόμη και σε κατάθλιψη (Dugan & Kivett, 1994). Στην ίδια έρευνα φάνηκε ότι τρεις στους πέντε ηλικιωμένους ένιωσαν μοναξιά σε κάποια στιγμή ενώ ένας στους πέντε ανέφερε πολλή μοναξιά, γεγονός που υπογραμμίζει τα ψηλά ποσοστά μοναξιάς στα άτομα τρίτης ηλικίας.



Η μοναξιά δημιουργείται από απουσία ανθρώπινης επαφής και οικειότητας ή από αδυναμία του ατόμου να δημιουργήσει και να διατηρήσει κάποια σχέση.

Σύμφωνα με τους Thompson και Heller (1990) φαίνεται ότι η μοναξιά υποδηλώνει πως το ψυχολογικό δυστρέξ μπορεί να είναι αποτέλεσμα μη ικανοποιητικής αντιλαμβανόμενης ποιότητας σχέσεων καθώς και μη ικανοποιητικής ποσοτικής κοινωνικής αλληλεπίδρασης.

Σύμφωνα με τους Long και Martin (2000), σε προχωρημένη ηλικία, όταν τα άλλα είδη κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να απουσιάζουν (π.χ. λόγω του θανάτου του συζύγου και των φίλων) η στοργή, οι συναναστροφές και η εκπλήρωση των προσδοκιών τους μπορεί να είναι συνδεδεμένη με την μοναξιά.

Ακόμη η μοναξιά είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό στην διατήρηση ή όχι της ευημερίας του ατόμου. Σύμφωνα με την Koropeckyj-Cox (1998), η μοναξιά ως δυσάρεστο συναίσθημα μπορεί να ελαττώσει την ευημερία του ατόμου όμως δεν αποτελεί ψυχολογική ανωμαλία.

Διάφορες είναι οι μεταβλητές οι οποίες επηρεάζουν την αντίληψη της μοναξιάς. Μερικές από αυτές είναι το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση, η αντίληψη της υγείας, η ποιότητα των φίλων, η συζυγική κατάσταση, η εγγύτητα, οι στενές σχέσεις και τέλος η προσωπικότητα.

Επίσης, σε διαχρονική έρευνα που έγινε από τους Holmen, Ericsson και Winblad (1997) εξετάστηκε η διάθεση των ηλικιωμένων ατόμων και η συχνότητα αίσθησης μοναξιάς. Το δείγμα αποτελούσαν 315 άτομα ηλικίας 75 – 98 ετών και η συλλογή των πληροφοριών έγινε με προσωπική συνέντευξη διάρκειας 30 λεπτών. Υποστηρίχτηκε ότι η μοναξιά έχει αρνητική επίπτωση στο διανοητικό επίπεδο του ανθρώπου.

Τέλος, τονίζεται ότι η αγάπη, η συντροφικότητα και η κοινή ιστορία (κοινό παρελθόν) λειτουργούν έναντι της μοναξιάς.



*Υποκατάστατα της ανθρώπινης παρουσίας*

**Ατομικοί Παράγοντες. Το Φύλο.** Σε έρευνα που έγινε από την Κογορεckyj-Cox (1998), φάνηκε ότι το γένος διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προς την κοινωνικοποίηση των ατόμων. Οι κοινωνικοί κανόνες προσδιορίζουν την γυναικεία ταυτότητα σε συνάρτηση με τον «ρόλο της μητέρας». Από την άλλη πλευρά, ο ρόλος των ανδρών προσδιορίζεται και αξιολογείται τις περισσότερες φορές εκτός της οικογένειας (Fisher, 1991).

Οι έρευνες έδειξαν μεγαλύτερη στενότητα σχέσεων μεταξύ μητέρας – παιδιού (Simon, 1992). Επίσης, οι γυναίκες δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην μητρότητα από ότι οι άνδρες στην πατρότητα. Έτσι με αυτό τον τρόπο φαίνεται ότι η ακληρία μπορεί να επιφέρει κατάθλιψη και αίσθημα μοναξιάς περισσότερο στις γυναίκες παρά στους άνδρες (Κογορεckyj-Cox, 1998). Μερίδα δε ηλικιωμένων γυναικών ανέφεραν ότι παρ' όλο που η οικογένεια τους, τους επισκέπτεται συχνά, εν τούτοις, θεωρούν ότι τέτοιες σχέσεις

κατευθύνονται από υποχρέωση παρά από πραγματικά φροντίδα και υποστήριξη (Koropeckyj-Cox, 1998).

Τέλος, σε έρευνα των Thompson και Heller (1990), φάνηκε ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες, θεωρούν την οικογενειακή υποστήριξη πολύ σημαντική χωρίς να υποβαθμίζουν τη σημασία των φίλων και γειτόνων ως πηγές ενεργητικότητας και στήριξης.

***Η Προσωπικότητα*** Ο βασικότερος ίσως παράγοντας που θα καθορίσει πως οι ηλικιωμένοι θα αντιδράσουν στο γήρας είναι η προσωπικότητα τους.

Άτομα με δομημένη προσωπικότητα, ψυχολογική ωριμότητα, ικανότητα προσαρμογής και με ευρύτερες αντιλήψεις, γερνούν αργά και καλά (Ερστοκρίτου, 1995). Ακόμη, η συγκροτημένη προσωπικότητα και η συνειδητή θρησκευτική ζωή βοηθούν στην μείωση των αντιδράσεων προς το γήρας γιατί εξασφαλίζουν ένα εξω-κοινωνικό σημείο αναφοράς.

Η μελέτη των Long και Martin (2000), εξετάζει τις επιδράσεις της προσωπικότητας, της στενότητας των σχέσεων και τις διαστάσεις της οικογενειακής αλληλεγγύης σε σχέση με την μοναξιά των υπερηλίκων ηλικιωμένων ατόμων πέραν των 85 χρόνων και των παιδιών τους. Το δείγμα του πληθυσμού αποτελούσαν 100 άτομα (71% ανταπόκριση) ηλικίας 84 – 102 ετών τα οποία δεν παρουσίαζαν γνωστικές επιπτώσεις και είχαν ικανοποιητικό επίπεδο υγείας. Η συλλογή πληροφοριών έγινε με προσωπική συνέντευξη στα σπίτια των συμμετεχόντων. Επίσης ερωτηματολόγια στάληκαν ταχυδρομικώς και σε 250 παιδιά ηλικιωμένων ατόμων με ποσοστό ανταπόκρισης 83%. Από αυτά τα άτομα (ηλικίας 42 – 78) επιλέγηκαν τα 100 για συμμετοχή στην έρευνα.

Φάνηκε ότι η μοναξιά των υπερηλίκων αυτών ατόμων μειώθηκε διαμέσου της στοργής προς και από τα παιδιά τους.

Επίσης, τονίστηκε ότι παρ' όλο που μια ανήσυχη και αγχώδης προσωπικότητα μειώνει την στοργή εντούτοις η αντίληψη της ύπαρξης στενών δεσμών με τα παιδιά αυξάνει το αίσθημα στοργής.

Ακόμη, γονείς και παιδιά με αγχώδεις προσωπικότητες είναι πιο πιθανόν να βιώνουν μοναξιά. Περαιτέρω, φάνηκε ότι η μοναξιά είναι μειωμένη σε εξωστρεφείς προσωπικότητες.

Οι θετικές σκέψεις και συναισθήματα σε νεαρή ηλικία είναι σύμφωνα με τον Coleman (1987), συνδεδεμένα με θετική αίσθηση ευημερίας αργότερα. (Holmen, Ericson & Winblad, 1997).

Η προσωπικότητα, σύμφωνα με τους Martin & Poon (1999), μπορεί να προδικάζει τα άτομα στη μοναξιά (Martin, Hagberg & Poon, 1997).

Τέλος, η προσωπικότητα και η προσωπική εμπειρία του καθενός είναι σημαντικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την διάθεση των ηλικιωμένων ατόμων.

***Η Ποιότητα Ζωής*** Η ψυχολογική διάθεση και οι συνθήκες διαβίωσης είναι πολύ σημαντικοί τομείς οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη. Με αυτόν τον τρόπο θα διασφαλιστούν ψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής.

Σύμφωνα με την έρευνα των Holmen, Ericson και Winblad (1999), πιο παλιά η ποιότητα ζωής ήταν επικεντρωμένη γύρω από την υγεία και αν κάποιος επιχειρούσε να δώσει ένα γενικό ορισμό θα την όριζε ως «έλλειψη ασθενειών».

Στις μέρες μας όμως ποιότητα ζωής είναι πολύ πιο σύνθετη έννοια και ορίζεται ως «το αίσθημα ικανοποίησης, στο σύνολο της ζωής όπως καθορίζεται από το πνευματικά αφυπνισμένο άτομο του οποίου η ζωή έχει αξιολογηθεί»(Holmen, Ericson & Winblad, 1999).

Αν λοιπόν το άτομο της τρίτης ηλικίας δεν μπορεί να αισθανθεί το αίσθημα αυτό της ικανοποίησης τότε μπορεί να οδηγηθεί σε θλίψη, απομάκρυνση, έλλειψη κοινωνικών σχέσεων και μοναξιά.



**Ανεξαρτησία, Αυτονομία, Αυτοεκτίμηση** Η αυτονομία και η ανεξαρτησία όπως φάνηκε μέσα από την έρευνα των Ιορδάνου και άλλων (1998) ότι αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την ζωή των ηλικιωμένων. Η έρευνα είχε ως δείγμα 150 ηλικιωμένους από οίκους ευγηρίας του νομού Αττικής και το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε με συνέντευξη από έμπειρους νοσηλευτές συνεντευκτές. Η δειγματοληψία έγινε με τυχαία επιλογή και τα άτομα τα οποία λάμβαναν μέρος έπρεπε να ήταν άνω των 60 χρόνων, να έχουν σχετική νοητική ικανότητα και να μην είναι σοβαρά ασθενείς ή κατάκοιτοι.

Επικαλούμενοι δε τον Evans (1994) οι Ιορδάνου και άλλοι (1998) ορίζουν την ανεξαρτησία ως «την ικανότητα του ατόμου για αυτοφροντίδα των προσωπικών του αναγκών».

Από την άλλη πλευρά τώρα αυτονομία είναι μια έννοια με πολιτικές και ιδεολογικές διαστάσεις και μπορεί να εκτιμηθεί ποικιλοτρόπως μεταξύ πολιτών και εθνών, γι' αυτό και πρέπει να εκτιμάται πάντοτε σε σχέση με τον πολιτισμό και τις αξίες κάθε χώρας (Final Report of the White House Conference on Aging, 1992).



Επιθυμία λοιπόν κάθε ατόμου είναι να μπορεί να αυτοεξυπηρετείται. Μέσα από την ανεξαρτησία το άτομο βρίσκει την δική του ταυτότητα. Όσο διάστημα το άτομο διατηρεί την ανεξαρτησία του αισθάνεται ασφάλεια και θεωρεί τον εαυτό του ικανό και δυνατό να αντιμετωπίσει τις ανάγκες της ζωής (Ιορδάνου και άλλοι, 1998).

Μέσα από την έρευνα του Ιορδάνου και άλλων (1998) αρκετές φορές οι γονείς νιώθουν ανησυχία για τυχόν απώλεια της αυτονομίας τους και πιθανότητα να καταλήξουν εξαρτώμενοι από το παιδί τους. Σε αυτή την

ηλικία οι γονείς επιδιώκουν να μένουν ξεχωριστά από τα παιδιά τους αλλά όχι πολύ μακριά. Αυτός ο τρόπος ζωής χαρακτηρίστηκε όπως αναφέρει ο Παπαδόπουλος (1993) επικαλούμενος την Lehr (1981, 1975, 1969) ως «εσωτερική προσέγγιση μέσω εξωτερικής απόστασης».

Η αυτοεκτίμηση τώρα, διαμορφώνεται μέσα από εσωτερικές και εξωτερικές αξιολογήσεις του εαυτού. Η εσωτερική αξιολόγηση βασίζεται στην εμπειρία της αποτελεσματικότητας στο παρελθόν. Η εξωτερική αξιολόγηση προέρχεται από την επανατροφοδότηση (Feed-back) από «τους σημαντικούς άλλους» με τη μορφή της κοινωνικής έγκρισης.

Όσον αφορά την αυτοεκτίμηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας, σε έρευνα που διεξήγαν οι Lund και άλλοι (1985) τα κυριότερα προσωπικά προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων ήταν ότι: δεν είχα αρκετούς φίλους, ένιωθαν άχρηστοι, δεν είχαν αρκετά να κάνουν, ένιωθαν μοναξιά, πίστευαν ότι αποτελούσαν βάρος για τις οικογένειες τους και ανέφεραν έλλειψη επικοινωνίας με τις οικογένειες τους.

Σε μια άλλη έρευνα η οποία διεκπεραιώθηκε από τους Rudolf και άλλους (1995) εξετάστηκε η σχέση μεταξύ φυσικής επίδοσης και φυσικής αυτοαποτελεσματικότητας. Η έρευνα έγινε στα πλαίσια διαχρονικής μελέτης, κράτησε 10 χρόνια και αφορούσε 359 ηλικιωμένα άτομα από το Άμστερνταμ ηλικίας 55-85 χρόνων τα οποία επιλέγηκαν με τυχαία δειγματισία. Η έρευνα αυτή επικεντρώθηκε στις αλλαγές που συμβαίνουν στην αυτονομία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς επίσης και στις επιπτώσεις αυτών των αλλαγών. Οι πληροφορίες συλλέγηκαν με την χρήση ερωτηματολογίου και συνέντευξης από εκπαιδευμένα άτομα.



Στην πιο πάνω έρευνα αναφέρεται ότι «η συμπεριφορά του ατόμου καθορίζεται από τις προσδοκίες και την αυτό-αποτελεσματικότητα του (Bandura; 1997, 1986), και ορίζει την αυτό-αποτελεσματικότητα ως «το να πειστεί κάποιος ότι μπορεί επιτυχώς να διεκπεραιώσει την απαιτούμενη συμπεριφορά για να πράξει κάποιο αποτέλεσμα».



**Οικογενειακοί Παράγοντες. Τεκνοποίηση.** Οι πλείσται ηλικιωμένοι, έχουν παιδιά και εγγόνια. Η οικογένεια διαδραματίζει πολύ σημαντικό κοινωνικό ρόλο στην υποστήριξη των ατόμων τρίτης ηλικίας (π.χ. σε κρίσιμες περιόδους όπως η συνταξιοδότηση, ασθένειες, χηρεία) (Dugan & Kivett, 1994).

Αναφερόμενα οφέλη της τεκνοποίησης είναι:

- ✓ Εμπειρία του να είσαι γονιός
- ✓ Συναισθηματική υποστήριξη προς τους γονείς όταν γεράσουν
- ✓ Αίσθηση της «αθανασίας» υπό την έννοια της συνέχισης του εαυτού τους. (Blake, 1979)

Τα ηλικιωμένα άτομα με πιο πολλά παιδιά και με άμεση εγγυήτητα σε αυτά, αναφέρουν λιγότερα επίπεδα μοναξιάς (Mullins, Tucker, Longino & Marshall, 1989) και κατάθλιψης.

Υπάρχουν όμως και συγκρουόμενες απόψεις ως προς το κατά πόσον οι συχνές επαφές με την οικογένεια εξυπακούουν και συναισθηματική ευημερία (Millins & Dugan, 1990).

Στις Η.Π.Α., το 1990, περισσότερο από το 1\5 των ατόμων πέραν των 65 χρονών δεν είχαν παιδιά (Himes, 1992).

Παρ' όλο που η αποδοχή της ακληρίας (μη απόκτησης παιδιών) αυξήθηκε, οι περισσότεροι Αμερικανοί το σχετίζουν με ένα από τους σημαντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία μοναξιάς σε προχωρημένη ηλικία (Dugan & Kivett, 1994 ; Millins & Dugan, 1990).

Η μη απόκτηση παιδιών (ακληρία) είναι ένας σημαντικός παράγοντας ο οποίος περικλείει σοβαρό κίνδυνο απομόνωσης των ατόμων και ιδιαίτερα των ατόμων που βρίσκονται στην Τρίτη ηλικία.

Σε έρευνα που διεξήχθη από την Koropeckyj-Cox (1998) εξετάστηκε κατά πόσον η ακληρία έχει ιδιαίτερη σχέση με την μοναξιά στους

ηλικιωμένους είτε σε σχέση με την συζυγική κατάσταση τους είτε όχι. Αυτό έγινε την χρήση πληροφοριών από την Εθνική Απογραφή των Οικογενειών και Νοικοκυριών του 1988 στις Η.Π.Α. Το δείγμα αποτελούσαν 579 άτομα ηλικίας 50-84 ετών τα οποία δεν είχαν αποκτήσει ποτέ παιδί. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με προσωπικές συνεντεύξεις τα έτη 1987 και 1988.

Σύμφωνα λοιπόν με την Kororeckyj-Cox (1998) τα ηλικιωμένα άτομα που δεν έχουν παιδιά είναι και πιο ευάλωτα κατά την περίοδο της χηρείας.

Με βάση την πιο πάνω έρευνα, οι άγαμοι και χωρίς παιδιά ηλικιωμένοι παίρνουν λειτουργική και συναισθηματική υποστήριξη από συγγενείς, φίλους και γείτονες (Cantor, 1979; Dykstra, 1990).

***Απώλεια παιδιού για τα Άτομα Τρίτης Ηλικίας*** Όσο αυξάνει η ηλικία τότε τόσο και πιο πολύ αυξάνονται οι πιθανότητες τα πολύ ηλικιωμένα άτομα να χάσουν κάποιο παιδί τους.

Τα παιδιά των υπερηλίκων ατόμων μπορεί επίσης να βρίσκονται στην αρχή της τρίτης ηλικίας ή ακόμη και να έχουν πεθάνει. Ακόμη όμως και αν βρίσκονται εν ζωή, μπορεί τα ίδια να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας (Bould, Samborn & Reif, 1989).

Η απώλεια παιδιού αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά και τραυματικά γεγονότα στην ζωή του ανθρώπου (Cohen, 1988).

Αυτό το γεγονός ενισχύει τις πιθανότητες παρουσίασης μοναξιάς, ασθένιας τρωτότητας, κακής υγείας, και κατάθλιψης (Williams, 1988).

**Οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις του γήρατος και η συμβολή τους στην περιθωριοποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας.** Η υγεία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα, όχι μόνο για την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, αλλά και για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Μια ενεργητική κοινωνική ζωή απαιτεί την ικανότητα συμμετοχής σε κοινωνικές υποχρεώσεις και εξυπακούει κοινωνικές υποχρεώσεις και επισκέψεις. Η φτωχή φυσική κατάσταση (π.χ. τα φτωχά επίπεδα υγείας και οι περιορισμοί στην κινητικότητα) συνεπάγεται και κοινωνική απομόνωση.

Σύμφωνα με τους Thompson και Heller (1990), η φτωχή υγεία μπορεί να έχει διάφορες επιπτώσεις όπως επηρεασμένο επίπεδο ψυχολογικής ευημερίας, αισθήματα κατάθλιψης, πεσμένο ηθικό, και περιορισμένες ευκαιρίες για ανάπτυξη πρωτοβουλιών και διατήρηση καλών σχέσεων που θα βελτιώσουν την ευημερία.

Η φτωχή υγεία επιδειωννόταν στους ηλικιωμένους που ένιωθαν μοναξιά. (Kororeckyj-Cox 1998). Επίσης, οι Fees και άλλοι (1999) αναφέρουν ότι η αντίληψη της υγείας ως φτωχής συνδέεται και με την αύξηση της μοναξιάς.

Το ίδιο φέρεται και από την έρευνα των Dugan και Kivett (1994) οι οποίοι αναφέρουν ότι η αυξημένη φυσική ανικανότητα προκαλεί μοναξιά.

Τέλος, πολλές φορές τα άτομα της τρίτης ηλικίας φεύγουν από το νοσοκομείο σε σύντομο χρονικό διάστημα και πριν προλάβουν να αναρρώσουν. Με βάση τα πιο πάνω γίνεται φανερή η ανάγκη υποστηρικτικής ομάδας υγείας.

***Οξύτητα Αισθητηρίων Οργάνων*** Κατά την διάρκεια της τρίτης ηλικίας, έχουμε και αλλαγές στα αισθητήρια όργανα. Η μείωση της οπτικής και ακουστικής οξύτητας είναι παράγοντες που υποβοηθούν την δημιουργία μοναξιάς. (Kivett, 1979; Saxon & Etton, 1987) Ανάμεσα στις χρόνιες παθήσεις της τρίτης ηλικίας, η βαρηκοΐα καταλαμβάνει την Τρίτη θέση σε συχνότητα και η κακή όραση την ένατη θέση.

Αρκετοί, αποφεύγουν να μιλούν στα άτομα αυτά διότι πράττοντας το νιώθουν άβολα (λόγω του ότι θα πρέπει να μιλούν πιο δυνατά και αργά και το ηλικιωμένο άτομο θα νιώθει άσχημα γι' αυτό). Ακόμη, οι ηλικιωμένοι μπορεί να μην καταλάβουν σωστά με πιθανότητα να δημιουργηθούν παρεξηγήσεις ή να βρεθούν σε δύσκολη θέση.

Από την άλλη πλευρά, οι ηλικιωμένοι δεν αισθάνονται καλά να ζητούν συνεχώς επαναλήψεις και έτσι συχνά προτιμούν να κλείνονται στον εαυτό τους με αποτέλεσμα να απομονώνονται. Η μείωση της οπτικής οξύτητας έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της κινητικότητας και της κοινωνικοποίησης (Dugan & Kivett, 1994).

Τέλος, η οπτική οξύτητα είναι η πρώτη σε σπουδαιότητα αίσθηση από πλευράς αντίληψης (Παπαδόπουλος, 1993) διότι, διοχετεύει τις περισσότερες πληροφορίες και συντελεί στην απόκτηση των περισσότερων αντιλήψεων και γνώσεων.

**Άνοια στους Ηλικιωμένους** Μια από τις συνηθισμένες ανησυχίες που εκδηλώνουν οι ηλικιωμένοι είναι ο φόβος του γήρατος, τον οποίο συνδέουν με την απώλεια της ανεξαρτησίας τους και επίσης με την αδυναμία ελέγχου της συμπεριφοράς τους.

Η πνευματική κατάπτωση που πιστεύεται ότι συνοδεύει τα γηρατειά προβληματίζει κάθε άτομο και ιδιαίτερα τα άτομα τα οποία πλησιάζουν στην τρίτη ηλικία.

Η έλλειψη ενδιαφέροντος είναι πολύ κοινό σε άτομα με γνωστικές δυσκολίες. Επίσης, εκφράζουν ανησυχία, ντροπή και φόβο στο να παραδεκτούν το πρόβλημα και έτσι προσπαθούν να το κρύψουν με αποτέλεσμα να απομονώνονται (Holmen, Ericson & Winblad, 1997). Έτσι αρχίζουν να αδρανούν, να νιώθουν άχρηστοι και να πλήττουν.

*Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου είναι:* προοδευτική απώλεια μνήμης, ελάττωση της ικανότητας εκτελέσεως απλών καθημερινών ασχολιών, διαταραχή της κρίσεως και του προσανατολισμού, αλλαγή της

προσωπικότητας, αλλαγή της συμπεριφοράς, δυσκολία μαθήσεως, απώλεια λεκτικών ικανοτήτων και έκπτωση της νοητικής λειτουργίας. Κατά τη διαδρομή της νόσου τα συμπτώματα ποικίλλουν από άρρωστο σε άρρωστο, ώσπου η νόσος να καταστήσει τα θύματά της ανίκανα για αυτοφροντίδα.



*Άνοια τύπου Alzheimer*

*Θεραπεία της νόσου.* Συγκεκριμένη θεραπεία δεν υπάρχει. Εφόσον η νόσος είναι προοδευτική και μη αναστρέψιμη, όλες οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων ώστε να εξασφαλιστεί ικανοποιητική και κατά το δυνατόν άνετη ζωή.

*Νοσηλευτικές παρεμβάσεις.* Είναι δύσκολο να περιγραφούν, και τούτο γιατί οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου.



Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει: α) τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για τη μείωση του άγχους, τη βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή την επιθετικότητα, β) τη φυσική άσκηση, την κοινωνική δραστηριότητα την κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεως και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.

Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις:

Πρώτον: Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του.

Δεύτερον: Προαγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνητικώς εξαρτημένη κατάσταση.

Τρίτον: Παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στη φροντίδα, την ασφάλεια από ατυχήματα και την τάση φυγής από την οποία συνήθως τα άτομα αυτά κατέχονται.

Οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να επικοινωνίσουν με τους ασθενείς προβαίνουν σε δημιουργικές παρεμβάσεις, όπως γραπτά μηνύματα, σχήματα, σχέδια κ.ά.

Για να γίνει αποτελεσματικότερη η επικοινωνία με τους ασθενείς αυτούς είναι ανάγκη να ακολουθούνται οι οδηγίες:

- Να μιλάτε σε κανονικό ρυθμό και τόνο.
- Να χρησιμοποιείται γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις.
- Να προτιμάτε περισσότερο τις κλειστές από τις ανοικτές ερωτήσεις.
- Να αποφύγετε το απαγορευτικό «μη» και να δίνετε θετικές οδηγίες.
- Να αποφεύγετε συζητήσεις που απαιτούν σκέψη, μνήμη και πολλές λέξεις.
- Να δίνετε απλές οδηγίες, που δεν απαιτούν να θυμάται ο ασθενής περισσότερες από μία πράξεις.
- Να είστε βέβαιοι ότι ο ασθενής σας ακούει και σας παρακολουθεί.
- Να περιμένετε να απαντήσει στην ερώτηση που του κάνατε ή να ανταποκριθεί στις οδηγίες που του δώσατε.

- Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί, τότε να επαναλάβετε την ερώτηση ή την οδηγία με τον ίδιο τρόπο, διαφορετικά θα του αυξήσετε τη σύγχυση.
- Αν ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί μαζί σας, τότε μην τον πιέζετε. Αν προσπαθήσετε ξανά με πιο απλές ερωτήσεις ίσως να ανταποκριθεί καλύτερα.
- Να προσπαθείτε να παρασύρετε τον ασθενή σε συζητήσεις που κάνετε με άλλους ανθρώπους.
- Να αποφεύγετε χαμηλόφωνες συζητήσεις και ψιθυρίσματα μπροστά στον ασθενή, διαφορετικά θα ζημιώσετε τη συμπεριφορά του απέναντί σας.
- Ο καλός τρόπος και η ήρεμη φωνή εξασφαλίζουν καλή επικοινωνία με τον ασθενή.

Καθήκον του νοσηλευτή είναι:

- Να ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου.
- Να παρέχει οδηγίες για την αποφυγή του καθημερινού άγχους.
- Να παρέχει βοήθεια -όπου είναι ανάγκη- για την κάλυψη των ποικίλων αναγκών του ασθενή.
- Να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συνεχίσουν το τόσο λοιπώδες αλλά και τόσο σημαντικό έργο της νοσηλείας του ασθενή.
- Να παρέχει ψυχολογική στήριξη, με σκοπό τη μείωση της συγκινησιακής και της σωματικής έντασης.

**Κατάθλιψη** Μεταξύ των λειτουργικών ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και των συνδρόμων η κατάθλιψη έχει τη μεγαλύτερη συχνότητα στους ηλικιωμένους. Η δυσθυμία, με επικρατέστερη τη μελαγχολική διάθεση, επηρεάζει τις γνωστικές και τις συναισθηματικές εμπειρίες του καταθλιπτικού ατόμου, γεγονός που γίνεται φανερό σε όλη τη συμπεριφορά του. Σε ορισμένα ηλικιωμένα άτομα η δυσθυμία συνοδεύεται με κινητική επιβράδυνση και έλλειψη ενδιαφέροντος για τους άλλους. Σε άλλα η

δυσφορία συνοδεύεται με ανησυχία, αυπνία και σωματικά ενοχλήματα. Η απλή επιβραδυνόμενη κατάθλιψη συνήθως εκδηλώνεται με αυξημένα σωματικά ενοχλήματα, όπως δυσκοιλιότητα, έλλειψη αποφασιστικότητας και αποτελεσματικότητας.

Σε νευροφαρμακολογικές μελέτες, για να εξηγηθεί παθογένεση της καταθλίψεως, αναφέρονται ορισμένες ορμόνες και άλλες ουσίες του οργανισμού που θεωρείται ότι ευθύνονται ή παίζουν κάποιο ρόλο για την εμφάνιση της. Η κατάθλιψη έχει βαρύτερη μορφή στους ηλικιωμένους από τις άλλες ομάδες ηλικιών, με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες. Ειδικότερα στους ηλικιωμένους που ζούν σε ιδρύματα η συχνότητα της καταθλίψεως υπερβαίνει το 25%.

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

Στους ηλικιωμένους ασθενείς τα σημεία και τα συμπτώματα της καταθλίψεως δύσκολα διαφοροποιούνται από εκείνα του φυσιολογικού γήρατος. Επιπλέον εκλυτικοί παράγοντες αλλά και οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς συντελούν στην ανάπτυξη αισθημάτων δυσαρέσκειας, μοναξιάς και απογοητεύσεως.

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι το πρώτο σύμπτωμα σοβαρής σωματικής νόσου ή και ο πρόδρομος εκδηλώσεως καταθλιπτικών συμπτωμάτων από τη χρήση φαρμάκων που συνήθως χρησιμοποιούν οι ηλικιωμένοι. Πολύ συχνά συμβαίνει να συνυπάρχει η κατάθλιψη με κάποια σωματική νόσο. Ορισμένες φορές μπορεί σε ηλικιωμένο ασθενή με σωματική νόσο να παραβλεφθεί η κατάθλιψη και σε διαγνωσμένο καταθλιπτικό άτομο το υπάρχον σωματικό πρόβλημα να μην αντιμετωπιστεί ικανοποιητικά. Τελικά

η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι ιάσιμη αν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αρχίσουν ενωρίς. Αντίθετα, αν η κατάθλιψη παραμεληθεί, τότε μεταπίπτει σε χρόνια.

Ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος έχει χάσει το πραγματικό νόημα της ζωής. Γι' αυτό και πολύ χαρακτηριστικά η κατάθλιψη ορίστηκε ως «θάνατος μέσα στη ζωή», δηλαδή πλήρης απώλεια ζωτικότητας, κινήσεως και σκοπού. Σε τέτοιες περιπτώσεις οι τάσεις ή και οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι πολύ συχνές.



*Εμφάνιση καταθλιπτικού ατόμου*

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην φροντίδα του ηλικιωμένου καταθλιπτικού είναι σημαντικός, επειδή στοχεύει στην ανασυγκρότηση και στο ξαναζωντάνεμα της ζωής του. Σήμερα ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας καταθλιπτικού ηλικιωμένου ατόμου επικεντρώνεται στην

αντιμετώπιση των αναγκών ανώτερου επιπέδου. Η φιλοσοφία αυτή βασίζεται στην ιεράρχηση των αναγκών κατά Maslow, στην οποία η αυτοεκτίμηση τοποθετείται στο υψηλότερο επίπεδο συνέχειας των ανθρώπινων αναγκών. Όταν οι νοσηλευτές κατορθώνουν να αναπτύξουν κατάλληλες διαπροσωπικές δεξιότητες, τότε είναι δυνατό να ενθαρρύνουν τον ηλικιωμένο να αποκτήσει περισσότερη αυτονομία, εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα στις σχέσεις του, προϋποθέσεις που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη θεραπευτικού διαλόγου. Πρέπει να τονιστεί ότι για να διατηρηθεί ο ηλικιωμένος καταθλιπτικός σε επιθυμητό επίπεδο λειτουργίας θα πρέπει η ευγένεια, η καλοσύνη και η συμπάθεια να κυριαρχούν στη σχέση νοσηλευτή-ηλικιωμένου.

## **Κοινωνική και Συναισθηματική Απομόνωση**

**Κοινωνική απομόνωση** Η κοινωνική απομόνωση χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι το άτομο μπορεί να αισθάνεται ότι δεν δέχεται αλληλεπιδράσεις και δεν περιλαμβάνεται στο υποστηρικτικό δίκτυο (Dugan & Kivett, 1994). Οι Dugan και Kivett (1994) μελέτησαν την σημασία της συναισθηματικής και κοινωνικής απομόνωσης σε σχέση με την μοναξιά σε πολύ ηλικιωμένα άτομα αγροτικών περιοχών. Το δείγμα αποτελείτο από 418 άτομα ηλικίας από 65 χρονών και άνω. Η έρευνα ήταν διαχρονική και η συλλογή στοιχείων έγινε τρεις φορές (1976, 1986, 1989) από εκπαιδευμένους συνεντευκτές.

Οι Dugan και Kivett (1994), ορίζουν την κοινωνική απομόνωση ως το αποτέλεσμα του να είναι κάποιος ή να αισθάνεται αποκομμένος από το κοινωνικό δίκτυο ή την κοινότητα.

Τα κοινωνικά απομονωμένα άτομα είναι πιθανόν να αισθάνονται πλήξη και ανία και να νιώθουν ευπαθή, ευάλωτα, περιθωριοποιημένα και αγχωμένα. Συγκεκριμένα, ο Weiss (1982) αναφέρει ότι η κοινωνική απομόνωση περιλαμβάνει αισθήματα πλήξης και ζώης χωρίς νόημα, σημασία και σκοπό. Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να παρουσιαστεί λόγω, αλλαγής τόπου διαμονής, θανάτου αγαπημένου προσώπου (Millins & Dugan, 1990),

καθώς επίσης και λόγω έλλειψης συμμετοχής σε κοινωνικές ομάδες, σπάνιας επαφής με φίλους και παιδιά και τέλος λόγω αλλαγής ελάττωσης της οξύτητας των αισθήσεων (π.χ. όραση και ακοή) αλλά και λόγω της παρουσίας άλλων βιολογικών προβλημάτων όπως μείωση του ορίου αντοχής, αστάθεια δυναμικής ισορροπίας, χαμηλή ανοσοποιητική αντίσταση, ενδοκρινικές μεταβολές, έκπτωση της μνήμης, αλλαγές στο κυκλοφορικό και καρδιαγγειακό σύστημα κτλ.



**Συναισθηματική Απομόνωση** Τα άτομα ανταποκρίνονται στην συναισθηματική απομόνωση με διάφορους τρόπους συμπεριλαμβανομένου της νοσταλγίας του χαμένου στενού τους προσώπου, του στρες και της κατάθλιψης (Weiss, 1989).

Οι Dugan & Kivett (1994), αναφέρουν ότι η συναισθηματική απομόνωση πηγάζει από την απώλεια ή την απουσία στενού προσώπου. Σύμφωνα με τους Long και Martin (2000), η συναισθηματικές ανάγκες των ηλικιωμένων μπορούν να ικανοποιηθούν διαμέσου των παιδιών τους εάν υπάρχει απουσία συζύγου ή φίλων λόγω Π.χ. θανάτου (Johnson & Troll, 1992).

## Η Στενότητα των σχέσεων

**Συζυγική Κατάσταση.** Σύμφωνα με πληθώρα ερευνών (Dugan & Kivett, 1994; Berg, Mellstrom, Persson & Svanborg, 1991) η συζυγική κατάσταση είναι άμεσα συνδεδεμένη με την κοινωνική και συναισθηματική απομόνωση την οποία βιώνουν τα ηλικιωμένα άτομα.



Οι Dugan και Kivett (1994) αναφερόμενοι σε έρευνα των Strain και Chappell (1982) τονίζουν ότι το 81% των ανδρών και το 85% των γυναικών οι οποίοι συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ως πιο έμπιστο τους άτομο τους συζύγους τους.

Πολλοί δε ερευνητές αναφέρουν ότι η απώλεια συζύγου στους ηλικιωμένους συνδέεται ιδιαίτερα με την συναισθηματική απομόνωση και μάλιστα το αναφέρουν ως τον πρώτο πιο σημαντικό παράγοντα ο οποίος συμβάλλει στην εμφάνιση της μοναξιάς στους ηλικιωμένους (Berg, Mellstrom, Persson & Svanborg, 1991; Kivett & Scott, 1979).

Ο Ερωτοκρίτου (1995) αναφέρει ότι σε έρευνα που έγινε στο Μιλάνο, 10% των ερωτηθέντων αντρών και 13% των γυναικών, απάντησαν ότι ένοιωθαν κάποια μοναξιά που μεγάλωνε με την ηλικία. Αντίστοιχα αποτελέσματα είχε και έρευνα που έγινε στην Καλιφόρνια όπου το 57% των ερωτηθέντων που δεν ζούσαν με σύζυγο και 15% που ζούσαν με σύζυγο αισθάνονταν 'μεγάλη μοναξιά'.

Αναφέρεται επίσης ότι τα άτομα τα οποία δεν παντρεύτηκαν ποτέ, διαζευγμένα άτομα και άτομα τα οποία χήρευσαν ήταν πιο μόνα από άτομα τα οποία ήταν παντρεμένα (Revenson, 1986).

Επίσης άλλες διαχρονικές έρευνες ενισχύουν το γεγονός ότι η χηρεία είναι σημαντικός παράγοντας πρόκλησης μοναξιάς ( Kivett & McCulloch, 1990).

Όσον αφορά το θέμα του γάμου στην Τρίτη ηλικία, οι ηλικιωμένοι άντρες έχουν συνήθως μεγαλύτερο εισόδημα από ότι οι γυναίκες και ως εκ τούτου, είναι πολύ πιο πιθανόν να πραγματοποιήσουν ένα γάμο εν αντιθέσει με τις γυναίκες (Streib & Binstock, 1990 από Long & Martin, 2000).

Ακόμη, σύμφωνα με τους Schone και Weinick (1998) ο γάμος έχει θετικά αποτελέσματα ως προς την υγιή συμπεριφορά των ηλικιωμένων ατόμων και αυτά τα θετικά αποτελέσματα τα συναντούμε σε μεγαλύτερο βαθμό στους ηλικιωμένους άντρες παρά στις ηλικιωμένες γυναίκες.

Επίσης, τα έγγαμα ηλικιωμένα άτομα, τείνουν να ζουν μακριά από το κοντινότερο τους παιδί σε σύγκριση με εκείνα τα άτομα τα οποία χηρεύσαν (MOSS και άλλοι, 1985). Φαίνεται καθαρά ότι μέσα από τον γάμο και την συμβίωση με το έτερον τους ήμισυ τα άτομα της τρίτης ηλικίας διατηρούν την ανεξαρτησία και αυτονομία τους.

Σε διαχρονική έρευνα η οποία ξεκίνησε από το 1982 από την Freedman (1996) εξετάζεται η σχέση της σύστασης της οικογένειας με τον κίνδυνο για εισαγωγή των ατόμων τρίτης ηλικίας σε κάποιο ίδρυμα, φάνηκε ότι τα ηλικιωμένα άτομα που είναι παντρεμένα έχουν περίπου τις μισές πιθανότητες να μπουν σε κάποιο ίδρυμα ή οίκο ευγηρίας εν αντιθέσει, με τα άτομα που δεν είναι παντρεμένα.

**Σχέσεις: Γονέων - Παιδιών.** Οι δεσμοί γονέων - παιδιών είναι πολύ δυνατοί. Αυτοί οι δεσμοί δημιουργούνται όχι μόνο από κοινωνικούς ρόλους και στερεότυπα αλλά σχηματίζονται επίσης κατά την διάρκεια δεκαετιών και της κοινής συσσώρευσης εμπειριών και σκοπών. Επίσης, τα δυνατά πολιτιστικά στερεότυπα στηρίζουν τον δεσμό γονέων παιδιών.

Οι Moss και συνεργάτες (1985) στην προσπάθεια τους να αναλύσουν την ποιότητα των σχέσεων μεταξύ ηλικιωμένων γονιών και των παιδιών τους τα οποία κατοικούν εκτός πόλεως στηρίχθηκαν σε δύο μεγάλες ερευνητικές εργασίες παλαιότερων χρόνων . Έτσι, στην πρώτη έρευνα στην οποία στηρίχθηκαν ήταν η μεγάλη έρευνα του Schooler (1968) την οποία επανεξέτασε το 1979 και της οποίας ο πληθυσμός αποτελείτο από 3996 ηλικιωμένα άτομα. Παρόλο που ίσως θεωρηθεί αρκετά παλιά η



συγκεκριμένη έρευνα επιλέγηκε λόγω του μεγέθους της, της αντιπροσωπευτικότητας της και των αναλυτικών πληροφοριών που πρόσφερε στο συγκεκριμένο θέμα.

Η δεύτερη έρευνα η οποία χρησιμοποιήθηκε για ανάλυση ήταν η έρευνα που διεξάχθηκε από το Γηριατρικό Κέντρο Φιλαδέλφειας και η οποία εστίαζε την προσοχή της στην κοινωνική υποστήριξη. Αυτή η έρευνα περιλάμβανε 132 ηλικιωμένους γονείς στους οποίους έγιναν συνεντεύξεις καθώς και στα 286 παιδιά τους.

Επικαλούμενοι τους Troll και Smith (1976) οι Moss και άλλοι (1985), αναφέρουν ότι «οι σχέσεις γονέων - παιδιών φαίνεται να υπερισχύουν της γεωγραφικής και κοινωνικο-οικονομικής μεταβλητότητας καθώς επίσης και των αναπτυξιακών αλλαγών όσο καιμιά άλλη σχέση». Γονείς και παιδιά είναι πολύ σημαντικοί ο ένας για τον άλλο καθ' όλη την διάρκεια της ζωής.

Όπως αναφέρει σε έρευνα του ο Hagestad (1982), «κάθε μια γενεά, σχηματίζει την άλλη, και οι δύο μαζί σχηματίζουν τις γενετικές κατευθύνσεις προς τα πάνω και προς τα κάτω».

Οι γονείς σύμφωνα με τους Bengtson και Knypers (1971), «βλέπουν τα παιδιά τους ως τον σύνδεσμο με την αθανασία». Μπορεί δηλαδή να λεχθεί ότι διαμέσου των παιδιών τους βλέπουν τους εαυτούς τους να συνεχίζονται. Επίσης, σε μια οικογένεια, αναπτύσσεται έντονα η συγκέντρωση των αξιών η οποία καλλιεργείται μέσα από την γενεολογική υπερηφάνεια, την οικογενειακή παράδοση και επίσης μέσα από τις προσδοκίες για διαγενετική συνέχιση. Οι γονείς και τα παιδιά νιώθουν έντονα την αίσθηση της ιστορικής οικογενειακής ταυτότητας η οποία ενδυναμώνει τους δεσμούς και αποτελεί πηγή κοινών αξιών και στόχων (Moss και άλλοι, 1985).

Σύμφωνα με τους Bengtson και Knyper (1971) "οι γονείς εστιάζουν την προσοχή τους στην μεταφορά των αξιών και επιθυμούν να διατηρούν στενή σχέση με την οικογένεια ενώ οι νεαροί ενήλικες προσπαθούν να διατηρήσουν την αυτονομία τους σε αξίες και κοινωνικές σχέσεις».

Τέλος, ο Rafael (1983) αναφέρει ότι «ένα παιδί είναι πολλά πράγματα

μέρος του εαυτού αλλά και μέρος του αγαπητού συντρόφου, η αντιπροσώπευση των γενιών που πέρασαν αλλά και τα γονίδια γι' αυτούς που θα έρθουν, η ελπίδα για το μέλλον, πηγή αγάπης, ακόμη και ναρκισσιστική ευχαρίστηση, ένας δεσμός ή ένα φορτίο και μερικές φορές ένα σύμβολο για τα χειρότερα κομμάτια του εαυτού ή των άλλων».

Από την άλλη πλευρά, σε έρευνα των Long και Martin (2000) φαίνεται ότι τα παιδιά βλέπουν τους γονείς τους ως μοντέλα καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους και ως πηγή διατήρησης της ταυτότητάς τους.

Ο Swhwarz (1979) αναφέρει ότι «η ψυχολογική εξάρτηση των παιδιών από τους γονείς τους μπορεί να υπάρχει μέχρι τον θάνατο των δευτέρων». Υπάρχει επίσης η ένδειξη ότι οι γονείς θεωρούνται ως άτομα τα οποία προσφέρουν μέχρι τα βαθιά τους γεράματα (Baruch & Bamet, 1983), και επίσης ότι τα άτομα τρίτης ηλικίας δίνουν περισσότερη οικογενειακή βοήθεια στα παιδιά τους από ότι το αντίθετο (Schop, 1980).

Σίγουρα όμως τα παιδιά δεν περιορίζονται στο να παίρνουν από τους γονείς τους αλλά και να δίνουν. Έτσι, εκτός από λειτουργική στήριξη την οποία προσφέρουν, ταυτόχρονα προσφέρουν και συναισθηματική υποστήριξη. Επίσης βοηθούν τους γονείς να προσαρμοστούν και να κατανοήσουν τις κοινωνικές αλλαγές (Moss και άλλοι, 1985). Γίνονται η γέφυρα διαμέσου των γενεών και των κοινωνικών αλλαγών. Τις περισσότερες δε φορές αποτελούν ίσως την μεγαλύτερη πηγή βοήθειας προς τους γονείς που την χρειάζονται.

**Η στενότητα της Σχέσης Γονέων & Παιδιών.** Διάφοροι ερευνητές μελέτησαν το γεγονός των στενών δεσμών και σχέσεων μεταξύ γονέων και παιδιών (Easterbrooks & Goldberg, 1990; Papini, Roggman & Anderson, 1991; Shaver & Hazan, 1993)

Σύμφωνα με τη θεωρία για τις στενές σχέσεις και τη σύνδεση των ατόμων οι τρόποι δημιουργίας τέτοιων σχέσεων ξεκινούν νωρίς στη ζωή και επεκτείνονται καθ'όλη τη διάρκεια της (Bowlby, 1969)

Οι Rubenstein και Shaver (1982) υποστήριξαν ότι οι ενήλικες που αναφέρουν καλές σχέσεις με τους γονείς τους κατά την διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας ήταν λιγότερο μμοναχικοί. Περαιτέρω, εντοπίστηκε ότι οι παλαιότερες γενεές επένδυναν περισσότερο στην σχέση γονέα-παιδιού παρά οι νέες γενεές. (Giarusso, Stallings & Bengston, 1995).

Η εγγύτητα, η ποιότητα των επαφών και η παροχή φροντίδας αποτελούν μμέγιστους παράγοντες όσον αφορά τη στενή σχέση που θα αναπτύξουν οι ηλικιωμένοι γονείς με τα παιδιά τους (Moss και άλλοι, 1985).

Η ποιότητα των σχέσεων μεταξύ γονιών και παιδιών δεν εξαρτάται από την ποσότητα των επαφών που έχουν (Lee & Ellithorpe, 1982).

Η κοινωνικο-συναισθηματική απόσταση είναι πιο σημαντική από την γεωγραφική σε σχέση με την εγγύτητα (Shanas, 1973; Litwak, 1981).

Το να μετριέται η απόσταση μεταξύ γονέων και παιδιών σε μίλια ή χιλιόμετρα είναι πολύ ανορθόδοξος τρόπος. Για παράδειγμα, οικογένειες με καλή οικονομική κατάσταση μπορεί να γεφυρώσουν τις αποστάσεις χιλιάδων χιλιομέτρων με συχνές επισκέψεις και τηλεφωνικές συνομιλίες.

Ο Cicirelli (1981) αναφέρει ότι « παιδιά με υψηλότερες οικονομικές απολαβές και με υψηλό μορφωτικό επίπεδο τείνουν να ζουν μακριά από τους γονείς τους ».

Σε αντίθεση με αυτό, υπάρχουν οικογένειες που μπορεί να βρίσκονται πολύ κοντά αλλά να νιώθουν πολύ μακριά (Moss και άλλοι, 1985) λόγω της συναισθηματικής απόστασης που τους χωρίζει.

Περαιτέρω, η υγεία, η οικονομική κατάσταση και η στάση των ατόμων προς το γήρας διαδραματίζουν ιδιαίτερο ρόλο ως προς την θετική στάση που θα κρατήσουν οι γονείς προς τα παιδιά τους (Johnson & Bursk, 1977).

Επίσης σύμφωνα με τους Thompson και Heller (1990) «δεν έχει ιδιαίτερη σημασία η ποσότητα των επαφών για την ευημερία των ηλικιωμένων αλλά το πως αντιλαμβάνονται οι ίδιοι την στήριξη» (Blazer, 1982; Kessler & Mc Lead, 1985; Washington & Kessler, 1986).

Φαίνεται δηλαδή ο σημαντικός ρόλος που διαδραματίζει η εκτίμηση, αξιολόγηση και αντίληψη της επαφής.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη διατήρηση στενών σχέσεων μεταξύ γονέων - παιδιών είναι :

(α) Η συχνότητα των συναντήσεων

Μέσα από την έρευνα των Moss και άλλων (1985) φάνηκε ότι γονείς και παιδιά συναντώνται λιγότερο καθώς η απόσταση μεταξύ τους αυξάνεται.

(β) Ο τύπος των συναντήσεων

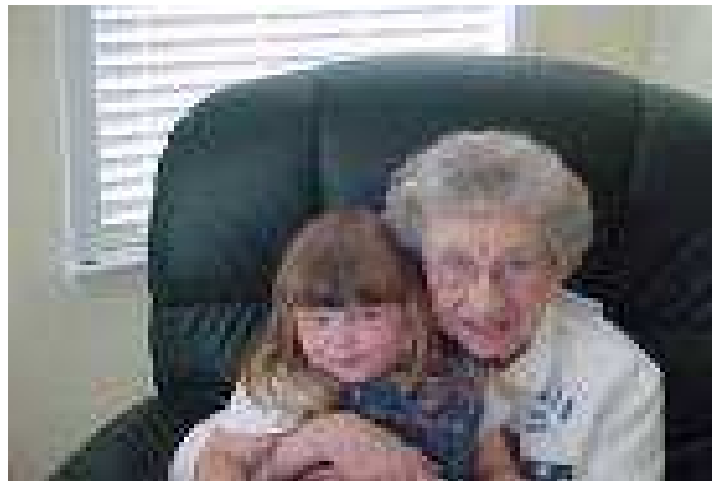
Μια επαφή είναι από μόνη της σημαντική για τους γονείς αλλά και τα παιδιά.

Η διάρκεια της συνάντησης και το είδος (αν δηλαδή είναι τηλεφωνική, γραπτή ή προσωπική) δεν είναι τόσο σημαντικό όσο το γεγονός (δηλαδή η πραγματοποίηση της επικοινωνίας).

(γ) Το περιεχόμενο

Η ποσότητα αυτών που θα λεχθούν δεν είναι τόσο σημαντική όσο το τι θα λεχθεί και το πως θα λεχθεί (Thompson & Heller, 1990).

Η διατήρηση, λοιπόν, στενών σχέσεων με τους γονείς αποτελεί τις περισσότερες φορές μια στοργική συναλλαγή . Έτσι, μέσα από μια τέτοια σχέση τα συναισθήματα που θα εκφραστούν δεν θα



είναι άλλα από την ανάπτυξη και διατήρηση εμπιστοσύνης, εμπίωσης - ενσυναίσθησης, τρυφερότητας, στοργής και το σεβασμού.

Τέλος, αναφέρεται ότι η απουσία στενών σχέσεων μπορεί να επιφέρει αρνητική επίδραση στο ηθικό των ατόμων και να καταλήξει ακόμη και σε

κατάθλιψη (Brown & Harris 1978, Long & Martin, 2000).

**Συγγενείς** Η Koropeckyj - Cox (1998) επικαλούμενη τους Himes, (1992) και Preston, (1992) αναφέρει ότι η παρουσία συγγενών παραμένει επίσης σημαντικός παράγοντας κοινωνικής υποστήριξης προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Οι συγγενείς τις περισσότερες φορές βρίσκονται σε ομότιμα επίπεδα (π.χ. ηλικιακά). Επίσης η σχέση τους χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά τα οποία αποτελούν θετικές ενδείξεις ως προς την διατήρηση στενών σχέσεων. Μερικά από αυτά τα χαρακτηριστικά σύμφωνα με τους Dugan και Kivett (1994) είναι : οι στενοί δεσμοί αίματος, οι κοινές προσωπικές ιστορίες και παρελθόν, το κοινό υπόβαθρο και οι εμπειρίες και τέλος, η μακροχρόνια γνωριμία.

**Πρόσωπο Εμπιστοσύνης** Η παρουσία κάποιου ατόμου το οποίο φροντίζει, νοιάζεται, ακούει και στηρίζει κάποιο άτομο της τρίτης ηλικίας αλλά και που το ηλικιωμένο άτομο μπορεί να το εμπιστευθεί είναι πολύ σημαντική για την ευημερία του ατόμου. Επίσης, αποτελεί ένδειξη για δημιουργία στενών διαπροσωπικών σχέσεων (Weiss, 1989).



**Φίλοι** Καθώς τα κοινωνικά πλαίσια στενεύουν με την ηλικία, τα μέλη της οικογένειας γίνονται ολοένα και πιο σημαντικά τόσο για την προσφορά τους στη φυσική φροντίδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, όσο και για την συναισθηματική στήριξη που μπορούν να προσφέρουν (Dugan & Kivett, 1994).

Οι φίλοι επίσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη φυσική, κοινωνική και ψυχολογική ευημερία των ατόμων (Bleiszer & Adams, 1992), και μπορούν να ελαττώσουν την ανάγκη για οικογενειακή αλληλεπίδραση (Long & Martin, 2000). Με αυτόν τον τρόπο όπου υπάρχει πρόβλημα με την οικογένεια οι φίλοι μπορούν να απαλύνουν την κατάσταση με την παρουσία τους. Η απώλεια φίλων μπορεί να οδηγήσει στη μοναξιά.

Οι κοινωνικές επαφές και φιλίες είναι δυνατόν να προσφέρουν αμοιβαιότητα, κοινά ενδιαφέροντα και θετικές επιδράσεις (Larson και άλλοι, 1986).

Παρ' όλα αυτά έχει συζητηθεί κατά πόσο οι φιλίες και οι στενοί φιλικοί δεσμοί έχουν πιο δυνατή σχέση στην ευημερία των ηλικιωμένων ατόμων σε σύγκριση με τους οικογενειακούς δεσμούς (Mannel & Zuzanek, 1986; Larson και άλλοι, 1986).



**Οικονομικοί Παράγοντες. Οικονομική κατάσταση.** Οι Ferraro και Su (1999), αναφέρουν ότι το οικονομικό επίπεδο και η υποκειμενική υγεία του πληθυσμού από 59 – 110 ετών σχετίζεται με το ψυχολογικό δυστρέξ το οποίο είναι και παράγοντας πρόκλησης μοναξιάς.

Επίσης, οι οικονομικοί περιορισμοί συνεπάγονται και ελαττωμένη ανάμειξη με τους φίλους και την οικογένεια (Long & Martin, 2000).

Στην έρευνα των Thompson και Heller (1990), μερίδα γυναικών περιέγραψε ως πρόβλημα την έλλειψη ικανοποιητικού εισοδήματος το οποίο ενεργεί περιοριστικά στο να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες και συνδέσμους τα οποία συχνά είναι απαραίτητα για την διατήρηση φιλικών σχέσεων και κοινωνικού κύκλου.

***Συνταξιοδότηση*** Σταθμός για την μετέπειτα ζωή των ατόμων τρίτης ηλικίας αποτελεί στιγμή της συνταξιοδότησης τους. Η συνταξιοδότηση δεν σημαίνει αναγκαστικά για όλους τους ανθρώπους το ίδιο πράγμα. Δυστυχώς όμως, αν δεν προηγηθεί η απαιτούμενη ψυχολογική προετοιμασία είναι πολύ πιθανόν το άτομο να αρχίσει να νιώθει άχρηστο για το στενό οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον. Ακόμη η συνταξιοδότηση στερεί και μεγάλο μέρος του εισοδήματος αφού τα ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν μειωμένες συντάξεις σε σχέση με το εισόδημα που είχε το άτομο όταν εργαζόταν.

Στην προσπάθεια της να αντιμετωπίσει τέτοια προβλήματα η Κυπριακή Δημοκρατία εφαρμόζει το αναλογικό σύστημα συντάξεων. Τα τελευταία χρόνια προχώρησε σε ακόμη ένα θετικό βήμα, την συνταξιοδότηση των οικοκυρών.

Τον Ιανουάριο του 1994 η βρετανική οργάνωση Age Concern σε εκστρατεία της για ευαισθητοποίηση του κοινού και την περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων κυκλοφόρησε μια αφίσα η οποία ανέφερε: «Σε κάποια στιγμή της ζωής σου ανακαλύπτεις ότι οι άνθρωποι αρχίζουν να σε χαρακτηρίζουν από ένα και μόνο στοιχείο – την ηλικία σου. Οι ικανότητες σου περνούν απαρατήρητες. Η πολλών χρόνων εμπειρία σου δεν υπολογίζεται. Τα προσωπικά σου επιτεύγματα δεν μετράνε. Η προσωπικότητα σου δεν έχει

σημασία». (Ερωτοκρίτου, 1995). Μία αφίσα και μία λεζάντα που λένε χίλια λόγια και που καθένας θα ευχόταν να μην χρειαζόταν να διερωτηθεί ποτέ στη ζωή του που πήγαν χαμένα τα πιο πάνω.

Σε έρευνα – γκάλοπ που έγινε στην Ελλάδα το 1992 (από την K Research), ένα ποσοστό της τάξης του 32% θα ήθελε να επανέλθει σήμερα σε μια μορφή παραγωγικής απασχόλησης και επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από την αργία στην οποία είναι υποχρεωμένοι (Ερωτοκρίτου, 1995).





## ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΠΟΥ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

**Αλλαγή κατοικίας:** Τα μειωμένα επίπεδα υγείας και η μείωση των οικονομικών πόρων των ηλικιωμένων συχνά οδηγούν στην αλλαγή κατοικίας. Με αυτό τον τρόπο το κοινωνικό δίκτυο αυτών των ατόμων σπάζει με αποτέλεσμα να προκαλείται κοινωνική απομόνωση (Golant 1984).

Από την άλλη πλευρά, η αλλαγή κατοικίας μπορεί να θεωρηθεί και ως θετική για την ευημερία των ατόμων τρίτης ηλικίας σε περιπτώσεις όπου ηλικιωμένα άτομα τα οποία χηρεύσαν αλλάζουν κατοικία για να βρίσκονται πιο κοντά στα παιδιά τους (Dugan & Kivett 1994).

Η σμίκρυνση όμως του ζωτικού χώρου του ηλικιωμένου ατόμου στο μικρό διαμέρισμα της μικρής πόλης, αποτελεί άγνωστο, απρόσωπο και αφιλόξενο περιβάλλον (Ερωτοκρίτου, 1995).



**Τρίτη ηλικία και Ιδρύματα:** Μία από τις μεγαλύτερες προσαρμογές που επιβάλλεται να κάνει μια μεγάλη μερίδα του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας είναι όταν χρειαστεί να μετακινηθούν σε διάφορα ιδρύματα ή άλλους χώρους φροντίδας.

Η φάση εισόδου του ηλικιωμένου στο γηροκομείο ισοδυναμεί με μια μορφή αποχωρισμού που πολύ δύσκολα γίνεται αποδεκτή από κάθε άτομο.

Η ανικανότητα αυτοφροντίδας, και ιδίως η παρουσία κάποιας ασθένειας ή αναπηρίας είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας ιδρυματοποίησης.

Σύμφωνα με έρευνα της Rapiner (1996) η υγεία και η οικονομική κατάσταση είναι δύο πολύ σημαντικοί και καθοριστικοί παράγοντες για το αν το ηλικιωμένο άτομο θα εισαχθεί σε κάποιο ίδρυμα.

Στην έρευνα των Fessman και Lester (2000) μελετήθηκε η σημασία της δημιουργίας σχέσεων με κατοίκους των οίκων ευγηρίας ή με συγγενείς και φίλους εκτός του ιδρύματος σε σχέση με την μοναξιά και κατάθλιψη που νιώθουν οι ηλικιωμένοι οι οποίοι ζούσαν σε ιδρύματα. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 71 ηλικιωμένα άτομα (49 γυναίκες και 22 άντρες) από μη κερδοσκοπικούς οίκους ευγηρίας (αγροτικών περιοχών) τα οποία είχαν να απαντήσουν ερωτηματολόγιο είτε μόνα τους είτε με την βοήθεια των ερευνητών, στον προσωπικό τους χώρο. Φάνηκε ότι ο αυτοσεβασμός και η κατάθλιψη στα ηλικιωμένα άτομα που ζούσαν σε ιδρύματα, ήταν συνδεδεμένα με την αντίληψη που είχαν για την κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν από την οικογένεια, το δημόσιο, την θρησκεία αλλά και με τον χρόνο παραμονής τους στο ίδρυμα. Αναφέρεται ότι όσο πιο μακροχρόνια ήταν η παραμονή τόσο πιο αυξημένη ήταν και η κατάθλιψη τους.

Ενδιαφέροντα είναι τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από διάφορες ξένες έρευνες και φανερώνουν την κατάσταση και κατάληξη των ηλικιωμένων ατόμων που εισάγονται σε ιδρύματα :

- ❖ 8% πεθαίνουν την πρώτη εβδομάδα
- ❖ 28% πεθαίνουν τον πρώτο μήνα
- ❖ 45% πεθαίνουν στους έξι πρώτους μήνες
- ❖ 54,4% πεθαίνουν τον πρώτο χρόνο και
- ❖ 64,4% πεθαίνουν τα πρώτα δύο χρόνια ( Ερωτοκρίτου, 1995)

Η κοινωνική υποστήριξη είναι σημαντική για την ψυχολογική προσαρμογή των ηλικιωμένων στα ιδρύματα (Man, 1996). Επίσης η συναισθηματική

υποστήριξη έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην διάθεση των ηλικιωμένων ατόμων (Lawton, De Voe & Parmelee, 1995)

Τέλος η συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση των ατόμων της τρίτης ηλικίας που ζουν σε ιδρύματα μπορεί να βελτιωθεί με την διατήρηση σχέσεων με άτομα του ιδίου χώρου προς όφελος της συναισθηματικής και ψυχολογικής τους κατάστασης

**Κοινωνική υποστήριξη:** Η Αναστασίου (1993) επικαλούμενη την Pender (1987) ορίζει την συμπαράσταση ως <<υποκειμενικό συναίσθημα που έχει κανείς ότι ανήκει κάπου , είναι αποδεκτός, αγαπητός, χαίρει εκτίμησης, τον υπολογίζουν οι άλλοι και τον χρειάζονται>>.

Ακούγοντας προσεκτικά τα λόγια και παρατηρώντας τις πράξεις των ατόμων της τρίτης ηλικίας υπογραμμίζεται καθαρά η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης στην προσπάθεια αποφυγής της περιθωριοποίησης σε αυτά τα άτομα.

Οι Luggen και Rini (1995) μελέτησαν κατά πόσον το κοινωνικό δίκτυο των ηλικιωμένων οι οποίοι ζουν στα σπίτια τους είναι ικανοποιητικό για να εμποδίσει την απομόνωση και να εμποδίσει τους πιθανούς παράγοντες που προκαλούν απομόνωση. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα αξιολόγησης Lubben Social Network Scale για εντοπισμό των ατόμων τα οποία αντιμετώπιζαν τον κίνδυνο της απομόνωσης. Η έρευνα ήταν περιγραφική και εξέτασε 62 άτομα ηλικίας 65 χρόνων και πάνω τα οποία ζούσαν σε δικούς τους χώρους, σε αγροτικές περιοχές. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με προσεπικές συνεντεύξεις. Μέσα από τα πορίσματα της έρευνας φάνηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει την ευημερία και την ποιότητα ζωής όλων των ατόμων.

Σύμφωνα με τον Ερωτοκρίτου (1995), η συμπαράσταση (υποστήριξη) προς τους ηλικιωμένους παίζει αποφασιστικό ρόλο για την παραμονή τους στην κοινότητα.

Η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη είναι αλληλένδετη με την ψυχολογική ευημερία με διάφορους τρόπους.

Οι Thompson και Heller (1990) εξέτασαν τις ανεξάρτητες επιδράσεις σε σχέση με τα μέτρα για διατήρηση κοινωνικού δικτύου και κοινωνικής υποστήριξης. Το δείγμα αποτελούσαν 291 ηλικιωμένες γυναίκες ηλικίας 65-93 ετών και με εισόδημα από 7000-9000 δολάρια.

Σύμφωνα με τους Thompson και Heller (1990), οι ελλείψεις στην κοινωνική υποστήριξη έχουν συσχετιστεί με την φτωχή υγεία και αύξησαν τους κινδύνους για θνησιμότητα.

Το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα των ηλικιωμένων περιορίζεται λόγω των θανάτων των φίλων και συγγενών.

Έτσι την στιγμή που τα άτομα αυτά θα χρειαστούν την υποστήριξη είναι πιθανόν να μην μπορούν να την έχουν (Long & Martin, 2000).

Η Shrank (1992), αναφέρει ότι η κοινωνική λειτουργικότητα και υποστήριξη μπορούν να βοηθήσουν στην παρεμπόδιση της φυσικής και ψυχολογικής επιδείνωσης.

Ο Dean (1986) αναφέρει ότι το κοινωνικό δίκτυο προσφέρει διαφόρων ειδών υποστήριξη όπως αποστολή, καθήκον, οικονομική υποστήριξη αγαθά και εκτίμηση. Με αυτό τονίζεται η ανάγκη για υλική, πληροφοριακή συμπαράσταση.

Αρκετοί δεν πιστεύουν ότι οι κοινωνικές σχέσεις μπορούν να προστατεύσουν την υγεία (Luggen & Rini, 1995).

Αυτό λοιπόν, ενισχύει το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι πρέπει να έρχονται σε επαφή όχι μόνο με ένα αλλά με αρκετά κοινωνικά υποστηρικτικά συστήματα.

Επίσης, τα διάφορα κοινοτικά προγράμματα τα οποία παρέχουν δωρεάν μεταφορά και ευκαιρίες για κοινωνικές δραστηριότητες αποτελούν μια αρκετά αποτελεσματική στρατηγική στην επίλυση του προβλήματος.



### ***ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ***

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μεγάλη και συνεχής αύξηση του αριθμού των ατόμων άνω των 60 χρόνων.

Το γήρας αποτελεί φυσιολογική φάση της ζωής του ατόμου αλλά και φυσιολογική κατάληξη. Γι' αυτό και ο ελληνικός λαός με την σοφία που τον διακρίνει αναφέρει χαρακτηριστικά ότι "Γερνά κανείς όπως έζησε". Με αυτή την φράση, υπογραμμίζεται ότι ο τρόπος με τον οποίο ο άνθρωπος βιώνει το γήρας αλλά και η διαμόρφωση του γήρατος εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες όπως βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς.

Μέσα από την συγκεκριμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση φάνηκε ότι το φύλο, η οικογένεια, οι κοινωνικοί ρόλοι, η κατοικία, το περιβάλλον, το εισόδημα, οι ασχολίες και τα ενδιαφέροντα των ατόμων διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση και αντιμετώπιση του γήρατος (Dugan & Kivett, 1994; Koropeckyj-Cox, 1998; Hohnen, Ericson & Winblad, 1997; Long & Martin, 2000; Thompson & Heller, 1990).

Γι' αυτό, η σωστή και ικανοποιητική αντιμετώπιση του γήρατος, απαιτεί προσαρμογές τόσο σε ατομικό αλλά και σε κοινωνικό επίπεδο. Επίσης, η πολιτεία πρέπει να λαμβάνει τα απαιτούμενα μέτρα ούτως ώστε να υπάρχει εξισορροπημένη αντιμετώπιση του γήρατος σε σχέση με τις άλλες κοινωνικές ομάδες.

Η πλέον επιθυμητή λύση προς την επίτευξη αυτού του σκοπού είναι η παραμονή των ατόμων τρίτης ηλικίας στα σπίτια τους, κοντά στις οικογένειες τους και εντός του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με σωστό προγραμματισμό για παροχή στήριξης στα άτομα τρίτης ηλικίας ούτως ώστε να διατηρήσουν την αυτονομία και ανεξαρτησία τους και να παραμείνουν ενταγμένα στο κοινωνικό σύνολο, ικανά να αυτοφροντίζουν να αυτοσυντηρούνται στο δυνατό μεγαλύτερο βαθμό. Αναμφισβήτητα, όμως, στην οργάνωση, προγραμματισμό και προσφορά των υπηρεσιών στους ηλικιωμένους, θα πρέπει να ληφθούν

υπόψη οι ψυσικές, διανοητικές και κοινωνικές αλλαγές που εμφανίζονται στα άτομα της τρίτης ηλικίας (Πλατή, 1993). Ακόμη, θα πρέπει να μελετηθούν οι ανάγκες αυτών των ατόμων συμπεριλαμβανομένων και των κινδύνων γενικά που διατρέχουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας αλλά και η συμβολή που έχει η ηλικία αυτή στην κοινωνική ευημερία και ανάπτυξη μιας χώρας.

Τέλος, ας μη ξεχνάμε ότι σαν νεότερες γενεές οφείλουμε τον στοιχειώδη σεβασμό στα άτομα αυτά της τρίτης ηλικίας τα οποία πρόσφεραν και κοπίασαν για την ανάπτυξη της κοινωνίας μας.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (2001) το γήρας αποτελεί προνόμιο αλλά και κοινωνικό επίτευγμα. Ταυτόχρονα, αποτελεί πρόκληση η οποία θα επιδράσει σε όλους τους τομείς της κοινωνίας του 21ου αιώνα.

Από την άλλη πλευρά όμως, είναι μια πρόκληση η οποία δεν μπορεί να αποτείνεται μόνο στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα, αλλά απαιτεί εναρμονισμένες προσπάθειες, προσεγγίσεις και στρατηγικές από όλους.

Το γήρας αποτελεί μια περίοδο της ζωής του ανθρώπου που όλοι εύχονται να την φτάσουν, ενώ ταυτόχρονα αρνούνται να τη δεχθούν όταν την πλησιάσουν. (Μίχου, 1993). Ωστόσο, ο τρόπος αντίδρασης του κάθε ηλικιωμένου προς το γήρας και τα προβλήματα του, εξαρτάται από το βαθμό της φυσικής και διανοητικής του κατάστασης, την οικονομική του επάρκειας, τους ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς με σημαντικά γι' αυτόν πρόσωπα και από τις απώλειες που έχει βιώσει στο πέρασμα του από τη ζωή.

Ακόμη, θα πρέπει να τονιστεί ότι ο τρόπος που κάθε άνθρωπος αντιμετωπίζει το γήρας, καθορίζεται από την προσωπικότητα που έχει διαμορφώσει σε νεώτερη ηλικία (Μίχου, 1993).

Λαμβάνοντας υπόψη τα πιο πάνω, γίνεται σαφές γιατί πολλοί ηλικιωμένοι φοβούνται το γήρας με αποτέλεσμα να αρνούνται την αποδοχή του θεωρώντας το ως μεγάλο μειονέκτημα το οποίο τους φέρνει πιο κοντά στο θάνατο άρα και στο τέλος της ζωής, ενώ άλλοι θεωρούν την μεγάλη ηλικία ως μια καλή δυνατότητα θεώρησης της ζωής στο σύνολο της.

Πέραν βέβαια από όλα αυτά, οι κοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων είναι πολλές και ποικίλες και δημιουργούνται από τις φυσιολογικές, τις ψυχολογικές και τις οικονομικές μεταβολές που συμβαίνουν στον άνθρωπο με το πέρασμα των χρόνων.



Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός των ηλικιωμένων συνεπάγεται και σοβαρό προβληματισμό σε διάφορα επίπεδα για τη λήψη μέτρων που θα βοηθήσουν τους ηλικιωμένους να ξεπεράσουν τα οικονομικά, κοινωνικά και ψυχολογικά τους προβλήματα ενώ ταυτόχρονα να έχουν στη διάθεση τους υπηρεσίες καλής ποιότητας. Για την κάλυψη αυτών των αναγκών είναι ανάγκη να υπάρξει αρμονική λειτουργία των δύο βασικών στοιχείων δηλαδή του ανθρώπου και του περιβάλλοντος, η οποία θα έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική και συναισθηματική υποστήριξη του ηλικιωμένου ατόμου.

Με την διεκπεραίωση της παρούσας εργασίας οι σπουδάστριες ελπίζει ότι θα εντοπιστούν αρκετές από τις προαναφερθείσες ανάγκες των ηλικιωμένων. Ακόμη, η σωστή αξιοποίηση των πορισμάτων μπορεί να αποβεί ευεργετική για την ευημερία των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Επίσης, η παρούσα εργασία ίσως να αποτελέσει και ένα ερέθισμα για παρακίνηση περαιτέρω έρευνας σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους, τα προβλήματα και τις ανάγκες τους.

Για να περιοριστούν τα προβλήματα αυτά είναι ανάγκη να αναπτυχθεί αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών και να δημιουργηθούν κίνητρα για στήριξη των ηλικιωμένων ατόμων.

Αρχική και πλέον επιθυμητή λύση είναι η παραμονή των ηλικιωμένων στα σπίτια τους και στις οικογένειες τους (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000). Για να γίνει αυτό κατορθωτό, απαιτείται ένα ολόκληρο πλέγμα κρατικών υπηρεσιών (νοσοκομεία, υπηρεσίες ψυχικής υγείας, κοινωνικές ασφαλίσεις, Γραφείο Ευημερίας, Εκκλησία, κοινωνικοί φορείς, εθελοντικοί οργανισμοί) οι οποίες θα καλύπτουν τις ανάγκες και θα δίνουν λύσεις ή έστω βοήθεια στα ηλικιωμένα άτομα.

Η οικογένεια, επίσης, ως βασικό κοινωνικό κύτταρο το οποίο θα στηρίζει τον ηλικιωμένο για να παραμείνει στην κοινότητα θα πρέπει να δεχθεί και αυτή με την σειρά της στήριξη από διάφορες κρατικές υπηρεσίες για να μπορέσει να εκτελέσει το καθήκον της.

Πέραν από τα προαναφερθέντα μέτρα, σημαντική προϋπόθεση αποτελεί η λήψη ειδικών μέτρων όπως:

- Αποφυγή της ιδρυματοποίησης των ηλικιωμένων και βελτίωση των υπηρεσιών που προσφέρονται στα ιδρύματα, σε περιπτώσεις που είναι αναπόφευκτη η ιδρυματοποίηση.
- Ίδρυση βρεφονηπιακών και Παιδικών σταθμών στους ίδιους χώρους με τα ΚΑΠΗ (Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων) ώστε να υπάρχει συνεχής επαφή με τα παιδιά, κάτι που ωφελεί και τις δύο ηλικίες (W.H.O.,2002)
- Ενημέρωση των ηλικιωμένων σε θέματα υγιεινής και προληπτικής ιατρικής με σκοπό την πρόληψη του «πρώιμου» γήρατος, των χρόνιων εκφυλιστική)ν νόσων και τη βελτίωση του τρόπου ζωής (W.H.O, 1998).
- Οργάνωση υπηρεσιών παροχής γευμάτων στο σπίτι σε μοναχικά ηλικιωμένα άτομα, από τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης ή άλλους οργανωμένους φορείς.
- Δημιουργία υπηρεσιών συμπαράστασης μοναχικών ηλικιωμένων.
- Χρησιμοποίηση εθελοντών οι οποίοι θα προσφέρουν την βοήθεια τους λίγες ώρες την ημέρα σε ηλικιωμένα άτομα τα οποία έχουν ανάγκη.
- Αναμόρφωση των ποσών των συντάξεων σε σχέση με το κόστος της ζωής.
- Εξασφάλιση κάποιου εισοδήματος που να καλύπτει τις ανάγκες επιβίωσης σε άτομα που δεν έχουν σύνταξη (Μίχου, 1993).
- Ευαισθητοποίηση του κοινού σε θέματα που αφορούν την τρίτη ηλικία .
- Δημιουργία προγραμμάτων ψυχαγωγίας

Οι σπουδάστριες θεωρούν αξιόλογη τη συμβολή των μέσων ενημέρωσης στη βοήθεια των ηλικιωμένων γιατί μπορούν με ειδικές στήλες και εκπομπές να κατευθύνουν τους ηλικιωμένους στην καθημερινή τους διαβίωση, ώστε να ξέρουν ότι στο χώρο τους υπάρχουν διάφορα προγράμματα όπως εκπομπές, διαλέξεις, εκδρομές που μπορούν να

παρακολουθούν ώστε να περνούν τον καιρό τους ευχάριστα και αποδοτικά (Μίχου, 1993)

Τελευταίο, αλλά και πολύ σημαντικό στοιχείο είναι η εφαρμογή της κοινοτικής νοσηλευτικής. Βασικός στόχος της κοινοτικής νοσηλευτικής στα θέματα τρίτης ηλικίας είναι η ενίσχυση του ηλικιωμένου για παραμονή του στην κοινότητα αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Κυριότερο δε μέλημα, είναι να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο και την οικογένεια του να ανταποκριθούν στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής και να διεκπεραιώσουν τις απαραίτητες δραστηριότητες (Κυριακίδου, 2000). Κατά την διάρκεια όλων αυτών των προσπαθειών θα πρέπει να λαμβάνονται πάντοτε υπόψη οι εξής τέσσερις παράγοντες:

1. Διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου
2. Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα
3. Διδασκαλία - Προαγωγή Υγείας του ηλικιωμένου και
4. Ομαδική εργασία και συνεργασία του νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδος (Κυριακίδου, 2000).

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (W.H.O. 2002) σε διακήρυξη της αναφέρει ότι οι προσπάθειες οι οποίες θα καταβληθούν με στόχο τα γηρατειά θα πρέπει να περιλαμβάνουν ποικιλία τομέων και θεμάτων όπως την εκπαίδευση, το εισόδημα, τις κοινωνικές ασφάλισεις, την αστική και αγροτική ανάπτυξη, την στέγαση, τις μεταφορές και την δικαιοσύνη στα θέματα τρίτης ηλικίας.

Το πέρασμα στην τρίτη ηλικία δεν σημαίνει αναγκαστικά και αδράνεια. Είναι φοβερό για ένα υγιή και ζωντανό ηλικιωμένο να κάθεται στο σπίτι του ή στο παγκάκι του πάρκου χωρίς κανένα σκοπό.

Ας μην ξεχνάμε λοιπόν ότι « τα γεράματα δεν αρχίζουν με το άσπρισμα των μαλλιών, αλλά με το μαύρισμα της καρδιάς»  
(Καινούργιες Μέρες των Παραπληγικών και Τετραπληγικών).

### Ξένη Βιβλιογραφία

- Anastasiou, V. (1993). Conditions That Determine Social Support Within Families in Which One Member Has Sustained Myocardial Infraction. McGill University, Montreal: Unpublished Thesis.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*. 84. 191-215.
- Bandura, A.(1986). *Social Foundations of Thought and Action: A social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs. NJ: Prentice-Hall.
- Bengston, V.L., & Kuypers, J.A., (1971). Generational Difference and Developmental Stake. *Aging and Human Development*. 2. 249-260.
- Benoliel, J.Q., (1984). Advancing Nursing Science: Qualitative Approaches. *Western Journal of Nursing Research*. 6.1-8.
- Berg, S., Mellstrom, D., Persoon, G., & Svangorg, A. (1981). Loneliness In The Swedish Aged. *Journal of Gerontology*.36. 242-249.
- Blieszner, R., & Adams, R.G. (1992). *Adult Friendship*. Newbury Park. CA: Sage publications.
- Boaz, R.F., Hu, I, & Ye, Y., (1999). Middle - aged Children Often Provide Money, Caregiving Time, and Shared Living Space to Help Their Disabled Elderly Parents. *The Gerontologist*. 39. 6.648-657.
- Bould, S., Sanbom, B., & Reif, L. (1989). *Eight-five Plus: The Oldest Old*. Belmont. CA: Wadsworth.

- Boult, C., Boult, L., & Morishita, L., (1998). Outpatient Geriatric Evaluation And Management. *Journal of the American Geriatric Society*. 46. 296 - 302.
- Bowlby, J., (1969). *Attachment and Loss: vol. 1 Attachment*. New York: Basic Books.
- Bradshaw, P.L., (1989). *Teaching and Assessing in Clinical Nursing Practice*. London : Prentice Hall.
- Brown, G.W., & Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression*. London: Tavistock.
- Burnard, P., (1994). Searching for Meaning : a Method of Analyzing Interview Transcripts With Personal Computer. *Nurse Education Today*. 2.111-117.
- Cicirelli, V.G., (1981). *Helping Elderly Parents: The Role of Adult Children*. Boston: Auburn House.
- Cohen, R.M. (1988). The Death of an Adult Child, Acute Grief, and a Closure to Parenting. In Margolis, O.S., Kutscher, A.H. , Marcus, E.R. Raether, H.C., Pine, v.R., Seeland, I.B., & Cherico, D.J., (eds). *Grief And the Loss of an Adult Child*. New York: Praeger.
- Coleman, PG., (1987). Dimensions of Subjective Well-Being in the Elderly: Conclusions From Dutch and English Studies. *Compr Gerontology Sect. B*. 1.8-12.
- Cormack, D.F.S., (1991). *The Research Process in Nursing*. Second Edition. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Creecy, R.F., Berg, W.E., & Wright, R., (1985). Loneliness Among The Elderly: A Causal Approach. *Journal of Gerontology*. 40. 487-493

- David, C., (1991). Reviewing and Evaluating the Literature, In Cormack (1991). *The Research Process in Nursing*. Second Edition. London: Blackwell Scientific.
- Dean, P.G.(1986). Expanding Our Sights to Include Social Networks. *Nursing Health Care*. 7 (10).544-550.
- Dempsey, P.A., & Dempsey, A.D., (1996). *Nursing Research. Text and Workbook*. Fourth Edition. U.S.A. : Little, Brown and Company.
- 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
- Easterbrooks, M.A., & Goldberg, W.A., (1990). Security of Toddler-Parent Attachment: Relation 10 Children's sociopersonality Functioning During Kindergarten. In Greenberg, M.T., Cicchetti, D., & Cummings, E.M. (eds).*Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*. Chicago: University of Chicago Press.
- Ebrahim, S., (2000). The Ageing & Development Report 1999: Poverty Independence & the World' s Older People. *British Medical Journal*. 321.517.
- Fees, B.S., Martin, P., & Poon, L.W.,(1999). A Model of Loneliness in Older Adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 54.231-239.
- Ferraro, K.F., & Su, Y., (1999). Financial Strain, Social Relations, and Psychological Distress Among Older People: A cross-cultural Analysis. *Journal of Gerontology: Social Science*. 54.3-15.
- Fessman, N., & Lester, D., (2000). Loneliness and Depression Among Elderly Nursing Home Patients. *International Journal of Aging and Human Development*. 51(2). 137-141.

- Finneman, K.J., Dassen, T., & Halfen, S.R., (1994). Aggression in Psychiatry : A Qualitative Study Focusing on the Characterization And Perception of Patient Aggression by Nurses Working on Psychiatric Wards. *Journal of Advanced Nursing*. 19.6. 1088-1095.
- Freedman, V.A.,(1996). Having Close Family Substantially Reduces the Risk of Nursing Home Admission for the Elderly. *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 51.2.61-69.
- Giarrusso, R., Stallings, M., & Bengtson, V.L., (1995). The "International Stake" Hypothesis Revisited: Parent-Child Differences in Perceptions of Relationships 20 Years Later. In Bengtson, V.L., Schaie K.W., & Burton L.M.. (eds). *Adult International Relations: Effects of Societal Chan* New York: Springer.
- Golant, S.M. (1984). *A Place to Grow Old*. New York: Columbia University Press.
- Hagestad, G., (1982). Parent and Child: Generation in the Family. In Field, T.M., Huston, A., Quay, H.C., Troll, L., & Finley, G.E. (eds). *Review of Human Development*. New York: John Wiley & Sons.
- Holloway, I., & Wheeler, S., (1997). *Qualitative Research for Nurses*. London : Blackwell Science.
- Holmen, K., Ericsson, K., & Winblad, B., (1999). Quality of Life Among Elderly. *Scand J.Caring Sci*. 91-95.
- Johnson, C.L., & Troll, L. (1992). Family Functioning in Late Late Life. *Journal of Gerontology Social Science*. 47. 66-72.
- Johnson, E.S., & Bursk, B.J., (1977). Relationships Between the Elderly and Their Adult Children. *Gerontologist*. 17. 90.

- Kessler, R.C., & McLeod, J.D. (1985). Social Support and Mental Health In Community Samples. In Cohen, S., & Syme, S.L., (eds). Social Support and Health. Orlando. FL: Academic Press.
- Kivett, V.R. (1979). Discriminators of Loneliness Among the Rural Elderly: Implications for Intervention. *The Gerontologist*. 19. 108-115.
- Kivett, V.R., & Scott, J.P. (1979). The Rural By-Passed Elderly: Preventatives on Status and Needs. (The Caswell Study). Raleigh. NC: Agricultural Research Service. Bulletin No 260.
- Kivett, V.R., & McCulloch, B.J. (1990). The Character and Stability of Loneliness Among Older Rural Adults. Paper Presented at the 43<sup>rd</sup> Annual Scientific Meeting of The Gerontological Society of America. November 1990. Boston, MA.
- Koropecj-Cox, T., (1998). Loneliness and Depression in Middle and Old Age: Are the Childless More Vulnerable? *Journal of Gerontology: Social Sciences*. 53(6). 303-312.
- Larson, R., Mannel R., & Zuzanek, J. (1986). Daily Well-Being of Older Adults With Friends and Family. *Psychology and Aging*. 1. 117-126
- Lazarus, R.S., & Folkman, S., (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Lee, G.R., & Ellithorpe, E., (1982). Intergenerational Exchange and Subjective Well-Being Among the Elderly. *Journal of Marriage And the Family*. 44. 217-224.
- Leininger, M., (1992). Current Issues, Problems, and Trends to Advance Qualitative Paradigmatic Research Methods for the Future. *Qualitative Health Research*. 2. 4. 392 -415.



- Long, M.v., & Martin, P.,(2000). Personality, Relationship Closeness, and Loneliness of Oldest Old Adults and Their Children. *Journal of Gerontology: Psychological Science*. 55.5.311-319.
- Luggen, A.S., & Rini, A.G.(1995). Assessment of Social Networks and Isolation in Community-Based Elderly Men and Women. *Geriatric Nursing*. 16 (4). 179-181.
- Lund, D.A., Feinhauer, L., & Miller, J.R., (1985). Living Together: Grandparents and Children Tell Their Problems. *Journal of Gerontological Nursing*. 11(11).29-33.
- May, T., (1993). *Social Research*. O.P.U.
- Martin, P., Hagberg, B." & Poon, L.W., (1997). Predictors of Loneliness in Centerarians: A Parallel Study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 6. 1-22.
- Morse, J.M., (1991). *Qualitative Nursing Research - A Contemporary Dialogue*. London : Sage Publications.
- Moss, M., Moss, S., & Moles, E., (1985). The Quality of Relationships Between Elderly Parents and Their Out-of-Town Children. *The Gerontologist*. 25. 2. 134-140.
- Mullins, L.C., & Dugan, E. (1990). The Influence of Depression and Family And Friendship Relations on Residents' Loneliness in Congregate Housing. *The Gerontologist*. 30. 377-384.
- Mullins, L.C., Tucker, R., Longino, C.F., & Marshall, V. (1989). An Examination of Loneliness Among Elderly Canadian Seasonal Residents in Florida. *Journal of Gerontology:Social Sciences*. 44.80-86.
- Papini, D.Rl, Roggman, L.A., & Anderson, J. (1991). Early-Adolescent Perceptions of Attachment to Mother and Father: A Test of the

Emotional-Distancing and Buffering Hypotheses. *Journal of Early Adolescence*. 11. 258-275.

Patterson, J.A., Bierman, A., Splaine, M., et al. (1998). The Population Of People Age 80 and Older : A Sentinel Group for Understanding The Future of Health Care in the U.S. *Journal of Ambulatory Care Management*. 21.3.10 -16.

Patton, M., (1991). *Qualitative Evaluation and Research* . Sage, Newbury Park, California.

Peplau, L.A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research. and Therapy*. New York: Wiley & Sons.

Polit, D.E., & Hungler, B.P., (1993). *Nursing Research - Methods, Appraisal and Utilization*. Third Edition. Philadelphia : Lippincott.

Polit, D.E., & Hungler, B.P., (1997). *Essentials of Nursing Research Methods, Appraisals and Utilizations*. Fourth Edition. USA : Lippincott - Raven Publisher.

Rafael, B., (1983). *The Anatomy of Bereavement*. New York: Basic Books.

Rapiner, D.J., (1996). Elderly Persons' Attitudes Toward Nursing Homes Predict Their Future Use of These Facilities. *Journal of Aging and Health*.8. 3.417-443.

Rawlings, R.P., Williams, S. R., & Beck, C.K., (1993). *Mental Health Psychiatric: Psychiatric Nursing - A Holistic Life - Cycle Approach*. Baltimore, Boston, Chicago, London, Sydney, Toronto, Philadelphia: Mosby Year Book.

Revenson, T.A. (1986). Debunking the Myth of Loneliness in Late Life. In Seidman, E., & Rappaport, J., (eds). *Redefining Social Problems*. New York: Plenum Press.

- Rose, K., (1994). Unstructured and Semi-Structured Interviewing. Nurse Researcher. 3. A Nursing Standard Publication.
- Rubenstein, C., & Shaver, P. (1982). Loneliness: A sourcebook of Current Theory. Research and Therapy. New York: Wiley.
- Rudolf Bosscher, J., (1995). Physical Performance and Physical Self- - Efficacy in the Elderly. Journal of Aging and Health. 7(4). 459-475
- Saxon, S.V., & Etton, M.J. (1987). Physical Change and Aging: A Guide for Helping Profession. New York: Tiresias.
- Schank, M.J., & Lough, M.A.(1992). Maintaining Health and Independence Of Elderly Women. Journal of Gerontological Nursing. 15.8-11.
- Schone, B., & Weinick, R., (1998). Marriage Encouragew Healthy Behaviors Among the Elderly, Especially Men. The Gerontologist. 38.5.618-627.
- Schorck R., (1991). Moral Issues in Nursing Research - in Cormack, D., (ed). The Research Process in Nursing . Second Edition. London : Blackwell Scientific Publications.
- Schorr, A., (1980). "... thy father and thy mother. . . ". A Second Look at Filial Responsibility and Social Policy. Social Securily Administration Publication. 13-11953. Washington. D.S. Department of Health and Human Services.
- Schwartz, A.N., (1979). Psychological Dependency: An Emphasis on the Later Years. In Ragan, P.K. (ed). Aging Parents. University of Southern California: Los Angeles.
- Shanas, E., (1973). Family-Kin Networks and Aging in Cross-Cultural Perspective. Journal of Marriage and the Family. 35. 505-511.

- Shaver, P.R., & Hazan, C., (1993). Adult Romantic Attachment: Theory and Evidence. In Perlman, D., & Jones, W., (eds). *Advances in Personal Relationships* 4.29-70. London: Jessica Kingsley.
- Streib, G.F., & Binstock, R.H. (1990). Aging and the Social Sciences: Changes in the Field. In Binstock, R.H., & George, L.K., (eds). *Handbook of Aging and the Social Sciences*. 3<sup>rd</sup> Edition. 1-16. San Diego, CA: Academic Press.
- Thompson, M.G., & Heller, K. (1990). Facets of Support Related to Well-Being: Quantitative Social Isolation and Perceived Family Support in a Sample of Elderly Women. *Psychology and Aging*. 5(4).435-544.
- Varkevisser, C.M., Patmanathan, I, & Brownlee, A. (1991). Designing And Conducting Health Systems Research Projects. Proposal Development and Fieldwork. *Health Systems Research Training Series*. 1. Part 1.
- Weiss, R.S. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge. MA: MIT Press.
- Weiss, R., (1982). Issues into the Study of Loneliness. In Peplum, L.A., Pearlman, D., (eds). *Loneliness: a sourcebook of Current Theory. Research and Therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Weiss, R.S. (1989). Reflections on the Present State of Loneliness Research. In Honjas, M., & Crandall, R., (eds). *Loneliness: Theory. Research. and Applications*. Newbury Park. CA: Sage Publications.
- Wethington, E., & Kessler, R.C., (1986). Perceived Support, Received Support, and Adjustment to Stressful Life Events. *Journal of Health And Social Behavior*. 27. 78-89.
- Williams, R.P., (1988). Reflections on the impact of Loss of an Adult Child In the Grief Experiences of Bereaved Parents. In Margolis, O.S., Kutscher, A.N., Marcuw, E.R., Raether, H.C., Pine, V.R., Seeland, I.B.

& Cherico, D.I. (eds). Grief and the Loss of an Adult Child. New York: Praeger.

Wilson, H.S., (1993). Introducing Nursing Research. Addison - Wesley Nursing.

### **Ελληνική Βιβλιογραφία**

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

Ιορδάνου, Π., Μπαμπάτσικου, Φ., Κουτής, Χ., Κωνστάντου, Ε., & Βρούζου, Ε. (1998). Ανεξαρτησία και Αυτονομία Σημαντικοί Παράγοντες στη Ζωή των Ηλικιωμένων. Πρακτικά 250ου Ετήσιου Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου.

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

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

Μαλγαρινού Μ. & Γουλια Ε. (1997). Η Νοσηλεύτρια Κοντά στον Υπερήλικα. 4η Έκδοση. Αθήνα : Ταβιθά.

Μαλικιώση-Λοίζου Λ.Μ. (1991). Γηρατειά Το Ηλιοβασίλεμα της Ζωής. Ψυχολογικό ΣΥή μα. 5. Αθήνα.

Μίχου Τ., (1993). Νοσηλευτική Φροντίδα Ηλικιωμένων Ατόμων Υγιών - Ασθενών. Αθήνα.

Παπαδόπουλος, Ν., (1993). Ψυχολογία. 3η Έκδοσης. Αθήνα.

Παπαναστασίου, Κ., (1996). Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας. Λευκωσία.

Παρασκευόπουλος, Ι.Ν., (1993). Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας. Τόμοι Α και Β. Αθήνα.

Πλατή, Χρ., (1993). ΓεροντολογικΠ Νοστιλευτικη. Αθήνα.

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

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

Σαχίνη - Καρδάση, Α., (2000). Μεθοδολογία Έρευνας - Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας. Τρίτη Έκδοση. Αθήνα : Βήτα.

