



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
Τ.Ε.Ι. ΗΠΕΙΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
“ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ”**

**ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ:**

***ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ***



**ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΙΩΑΝΝΑ ΜΟΥΜΟΥΡΗ, ΑΜ: 12389**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Msc ΡΑΠΤΗ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ**

***ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2016***

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η παρούσα πτυχιακή μελέτη <<Κοινωνική Νοσηλευτική-Φροντίδα ηλικιωμένων>> εκπονήθηκε από την Μουμούρη Ιωάννα, φοιτήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματών Υγείας & Πρόνοιας, του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Ηπείρου, υπό την επίβλεψη της κ. Ράπτη Αλεξάνδρας.

Για την επιτυχή ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας, στο πλαίσιο ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο τμήμα Νοσηλευτικής, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με στήριξαν.

Πρωτίστως, θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στην καθηγήτρια μου κ. Ράπτη Αλεξάνδρα, της οποίας η καθοδήγηση υπήρξε καίρια και αποτελεσματική κατά τη διάρκεια επεξεργασίας της παρούσας εργασίας.

Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την οικογένειά μου, προπάντων για την δυνατότητα που μου προσέφεραν να πραγματοποιήσω τις σπουδές μου, αλλά και για την συνεχή συμπαράσταση, την αγάπη και την κατανόηση που μου έδειξαν όλο αυτόν τον καιρό.

Τέλος, δεν θα μπορούσα να παραλείψω απ' τις ευχαριστίες μου, τα άτομα του φιλικού μου περιβάλλοντος, οι οποίοι με στήριξαν ψυχολογικά, καθώς και για την ενθάρρυνση που μου παρείχαν όλο αυτό το διάστημα.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ	10
ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	12
Α ΜΕΡΟΣ	14
1. Νοσηλευτική φροντίδα στην κοινότητα	14
1.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία της κοινότητας	15
1.1.1 Συστήματα Κοινωνικής Υποστήριξης	15
1.1.2 Δομή του Συστήματος Φροντίδας Υγείας της Κοινότητας	16
1.1.3 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες	17
1.1.4 Οικονομικοί Πόροι	17
2. Μεταβολές στα συστήματα των γηριατρικών ασθενών	18
2.1 Καρδιαγγειακό σύστημα - παθήσεις ηλικιωμένων	18
2.1.1 Στεφανιαία νόσος	19
2.1.2 Βαλβιδοπάθειες	20
2.1.3 Αρτηριακή υπέρταση	20
2.1.4 Διαταραχές ρυθμού	21

2.2 Αναπνευστικό σύστημα- παθήσεις ηλικιωμένων	22
2.3 Ουροποιητικό σύστημα - παθήσεις ηλικιωμένων	23
2.3.1 Ακράτεια ούρων	24
2.3.2 Λοιμώξεις ουροποιητικού	25
2.3.3 Καλοήθης Υπερτροφία Προστάτη	25
2.3.4 Καρκίνος προστάτη	26
2.4 Ενδοκρινικό σύστημα - παθήσεις ηλικιωμένων	27
2.4.1 Σακχαρώδης διαβήτης	28
2.4.2 Αναιμία	29
2.5 Γαστρεντερικό σύστημα - παθήσεις ηλικιωμένων	30
2.5.1 Πεπτικό έλκος	31
2.6 Νεοπλασματικά νοσήματα στην τρίτη ηλικία	32
2.6.1 Το γήρας και ο καρκίνος	32
<b>B ΜΕΡΟΣ</b>	<b>35</b>
1. Νοσηλευτικοί ρόλοι	35
1.1 Νοσηλευτική διεργασία του κοινοτικού νοσηλευτή/τρια	35
1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της υγείας του κοινοτικού ασθενή στην καθημερινότητα του.	35
1.3 Προγραμματισμός υγειονομικής φροντίδας της κοινότητας	39
1.4 Μέθοδοι αξιολόγησης του ασθενή από τον νοσηλευτή/τρια	40

1.5 Υποστηρικτικά συστήματα για τον ασθενή στην κοινότητα	41
2.Υπηρεσίες φροντίδας στην κοινότητα	42
3.Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα	43
3.1 Ορισμός της κατ' οίκον φροντίδας	43
3.2 Αντικειμενικοί σκοποί επίσκεψης του νοσηλευτή/τρια στο σπίτι	43
3.3 Η σημαντικότητα της επίσκεψης του κοινοτικού νοσηλευτή-τριας στο σπίτι	50
3.4 Η σημαντικότητα του κοινοτικού νοσηλευτή/τρια στην εκπαίδευση ασθενών στην κατ' οίκον νοσηλεία	52
3.5 Κατ' οίκον φροντίδα κοινοτικού νοσηλευτή/τρια σε γηριατρικούς ασθενείς	55
3.6 Θεραπεία καρκίνου στην τρίτη ηλικία	63
Γ ΜΕΡΟΣ	65
1.Ανάλυση των δεδομένων	65
2.ΣΥΖΗΤΗΣΗ	76
3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν την πλέον πολυάριθμη, ευπαθή και άξια σεβασμού ηλικιακή ομάδα. Ο σεβασμός προς τα άτομα της τρίτης ηλικίας πηγάζει από την σοφία και την γνώση που κατέχουν εξαιτίας των εμπειριών τους. Επιπλέον οι ηλικιωμένοι κατέχουν ιδιαίτερη θέση στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή του τόπου. Το γήρας επιβάλλει την αποδοχή της νέας γενικής σωματικής κατάστασης, η οποία επιφέρει πολλούς και σημαντικούς περιορισμούς. Παράλληλα με την φυσική φθορά συνυπάρχουν και πολλά οργανικά προβλήματα, τα οποία δυσχεραίνουν επιπρόσθετα την λειτουργικότητα του ηλικιωμένου ατόμου. Η κοινωνία και τα Εθνικά Συστήματα Υγείας προσπαθώντας να ανταποκριθούν στην διαρκώς αυξανόμενη ζήτηση για φροντίδα και τις σύνθετες ανάγκες των ηλικιωμένων προχωρά στην οργάνωση και στην παροχή νέων υπηρεσιών. Αυτές οι δομές βασίζονται στις υπηρεσίες της κοινοτικής νοσηλευτικής, που σαν βασικό στόχο έχει τη διατήρηση της αυτονομίας, της ανεξαρτησίας και της ικανότητας για αυτοφροντίδα στην καθημερινή ζωή. Οι υπηρεσίες είναι ευέλικτες και παρέχονται στο χώρο του ασθενή ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες φροντίδας και την κατάσταση υγείας του ωφελούμενου ασθενή. Μέσα από τις αρχές της κοινοτικής νοσηλευτικής επιδιώκεται η εφαρμογή εναλλακτικών, ευέλικτων και οικονομικότερων υπηρεσιών στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης και φροντίδας των ηλικιωμένων ασθενών. Βασικός πυρήνας αυτής της προσπάθειας πρέπει να είναι ο κοινοτικός νοσηλευτής, ο οποίος είναι γνώστης της διαδικασίας του γήρατος και των αλλαγών που επιφέρει στην καθημερινή ζωή του ηλικιωμένου και έχει γνώση όλης της παθολογίας που αφορά αυτή την ομάδα. Μέσα από τον κατάλληλο προγραμματισμό ο ειδικός νοσηλευτής-τρια επικοινωνεί, προγραμματίζει, προάγει και αντιμετωπίζει κάθε δυσκολία αυτής της πληθυσμιακής ομάδας.

Λέξεις κλειδιά: Τρίτη ηλικία, κοινοτική νοσηλευτική, γήρας, κατ' οίκον φροντίδα.

## **ABSTRACT**

The elderly are the most numerous, vulnerable and worthy of respect age group. Respect for the elderly stems from the wisdom and knowledge they hold by virtue of their experience. Moreover elderly hold a special place in family and social life of the country. Old age requires the acceptance of the new general physical condition, which brings many important limitations. Along with the physical damage exist many physical problems, which additionally hamper the functionality of the older person. Society and the National Health System, trying to meet the growing demand for care and the complex needs of older people progressing in the organization and provision of new services. These structures rely on the services of Community Nursing, which has as main objective the preservation of the autonomy, independence and capacity for self-care in everyday life. The services are flexible and are provided in the area of patient depending on individual care needs and health status of beneficiaries patient. Through the principles of community nursing seeks alternative, flexible and economical services in the provision of health care and care for the elderly. The main core of this effort should be the Community nurse, who is familiar with the process of aging and the changes brought about in the daily lives of the elderly and has knowledge of all pathology relating to this group. Through proper planning specialist nurse communicates, plans, promotes and faces any difficulty of this population group.

Keywords: Third age, community nursing, senility, home care.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών αυξάνεται συνεχώς στις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες και ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες. Στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2030 αναμένεται να είναι εν ζωή περισσότερα από 70 εκατομμύρια ηλικιωμένα άτομα. Στην Ελλάδα, το 2002, το 23.9% του πληθυσμού ήταν άνω των 60 ετών, ποσοστό το οποίο αναμένεται το έτος 2025 να φτάσει στο 31.6%. Στην Κίνα, το ίδιο έτος, οι ηλικιωμένοι αναμένεται να απαριθμούν το ένα τρίτο του πληθυσμού της Ευρώπης. Η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας στις αναπτυσσόμενες χώρες συνοδεύεται και από παράλληλη μείωση της γεννητικότητας, με αποτέλεσμα ο λόγος ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών προς αυτών ηλικίας 15-60 ετών να τείνει προς διπλασιασμό την επόμενη δεκαετία. Όμως, εκτός από την απόλυτη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, ενώ για ένα ανεπτυγμένο κράτος, όπως για παράδειγμα τη Γαλλία, χρειάστηκαν 115 χρόνια για να διπλασιαστεί το ποσοστό των ηλικιωμένων (από 7% σε 14%), για την Κίνα απαιτήθηκαν μόλις 27 έτη. Αυτό είναι προφανές πως προκαλεί σε παγκόσμια κλίμακα τεράστια δυσλειτουργία στα συστήματα υγείας, τα οποία δεν διαθέτουν ούτε τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους, ούτε τις απαιτούμενες υποδομές, αλλά και το χρόνο για να μπορέσουν να προσαρμοστούν στις αυξημένες ανάγκες αντιμετώπισης των ατόμων τρίτης ηλικίας, τόσο σε πρωτοβάθμιο όσο και σε δευτεροβάθμιο επίπεδο φροντίδας της υγείας (Διαμαντόπουλος, 2011).

Τα ηλικιωμένα άτομα αποτελούν ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου και συνεπώς πρέπει να αντιμετωπίζονται ανάλογα από το οικογενειακό τους και το κοινωνικό περιβάλλον, την πολιτεία και ειδικότερα τους φορείς υγείας. Η διατήρηση της ποιότητας ζωής τους, η εξασφάλιση της αυτονομίας και της αυτάρκειάς τους, η πρόληψη κακώσεων, συνήθως μετά από πτώση, και η εξειδικευμένη αντιμετώπιση σε περίπτωση ασθένειας, είναι πρωταρχικής σημασίας. Αυτό βέβαια απαιτεί την ανάπτυξη υπηρεσιών και δομών ειδικά για ηλικιωμένα άτομα. Στις υγειονομικά αναπτυγμένες χώρες υπάρχει πρόβλεψη διαρκούς κάλυψης του 10% των ηλικιωμένων σε κλίνες προστατευμένης διαμονής ή εξειδικευμένης παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών (Διαμαντόπουλος, 2011).

Τα νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος (αρτηριακή υπέρταση, καρδιαγγειακά ισχαιμικά επεισόδια, καρδιακή ανεπάρκεια) αποτελούν την πιο συχνή



αιτία αναζήτησης βοήθειας τόσο σε επίπεδο πρωτοβάθμιας όσο και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Ακολουθούν οι νευροψυχιατρικές διαταραχές (άνοια, κατάθλιψη), διάφορες χρόνιες παθήσεις (σακχαρώδης διαβήτης, αποφρακτική πνευμονοπάθεια, νεφρική ανεπάρκεια) και τα νεοπλασματικά νοσήματα. Η εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος και οι ανά συστήματα δυσλειτουργίες που παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι, είναι υπεύθυνες για την αυξημένη επίπτωση των λοιμώξεων. Η έκπτωση των αισθήσεων, όρασης και ακοής, σε συνδυασμό με τις εκφυλιστικές παθήσεις των οστών (οστεοπόρωση) και των αρθρώσεων (εκφυλιστικές αρθροπάθειες) καθώς και τις διαταραχές της βάδισης (συνήθως λόγω ισχαιμικής εγκεφαλοπάθειας), είναι υπεύθυνες για τις συχνές πτώσεις και τα κατάγματα. Η μείωση των αντανεκλαστικών μηχανισμών και της επάρκειας των φραγμών του δέρματος, όπως επίσης οι διαταραχές του αναπνευστικού, του πεπτικού και του ουροποιητικού συστήματος καθιστούν ιδιαίτερα επιρρεπή τα ηλικιωμένα άτομα σε ταχεία και σημαντική αφυδάτωση, γεγονός το οποίο για να προληφθεί απαιτεί έγκαιρη και ορθή αντιμετώπιση (Arai, 2009).

Η συνύπαρξη διαφόρων παθολογικών καταστάσεων απαιτεί, ως επί το πλείστον, και τη συγχορήγηση περισσότερων της μιας φαρμακευτικών ουσιών. Για την αποφυγή της πολυφαρμακίας, η συνταγογράφηση στους ηλικιωμένους πρέπει να ακολουθεί ιδιαίτερη στρατηγική. Η άριστη γνώση των ενδείξεων και αντενδείξεων αλλά και των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η ενδεχόμενη αναγκαιότητα τροποποίησης της χορηγούμενης δοσολογίας ή/και αγωγής ανά πάσα στιγμή, η ιεράρχηση των προβλημάτων και ο συνυπολογισμός του κόστους/οφέλους αποτελούν για τους ιατρούς, τους βασικούς πυλώνες της ορθής κλινικής πρακτικής και φαρμακευτικής παρέμβασης στα άτομα της τρίτης ηλικίας (Grossman, 2010).

Τα ηλικιωμένα άτομα, είτε λόγω της αυξημένης τους ευπάθειας είτε στα πλαίσια χρόνιων παθήσεων, παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και ως εκ τούτου έχουν ιδιαίτερη ανάγκη για εξειδικευμένη, διαχρονική ιατρική φροντίδα. Αποτελούν τον κύριο όγκο των επισκέψεων στα ιατρεία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, χωρίς βέβαια να μπορεί να συνυπολογιστεί και η ανάγκη της κατ' οίκον αντιμετώπισης όταν η πρόσβασή τους στα ιατρεία δεν είναι εφικτή. Αν και η πρωτογενής πρόληψη σπάνια μπορεί να εφαρμοστεί με την πρόοδο της ηλικίας, η δευτερογενής πρόληψη, η προσεκτική συνταγογράφηση, η σωστή καθοδήγηση και

μερικές φορές η ταχεία αντιμετώπιση, είναι θεμελιώδους σημασίας (Μαρακομιχελάκης, 2011).

## ➤ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η Κοινοτική Νοσηλευτική ξεκίνησε σχεδόν ταυτόχρονα με την άσκηση της Νοσηλευτικής στα νοσοκομεία, όπως για παράδειγμα στην Αγγλία. Ήδη από το 19ο αιώνα νοσηλεύτριες εργάζονταν σε εργοστάσια, σχολεία ή νοσήλευαν ασθενείς στο σπίτι τους και απ' αυτές κατάγονται οι επισκέπτριες υγείας (Health Visitors), οι κοινοτικές νοσηλεύτριες (District Nurses), οι νοσηλεύτριες επαγγελματικής υγείας (Occupational Health Nurses), οι σχολικές νοσηλεύτριες (School Nurses), αλλά με εξαίρεση τις επισκέπτριες υγείας οι υπόλοιπες ασχολούνταν κυρίως με τη φροντίδα του ασθενούς ανθρώπου (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Οι υπηρεσίες που παρείχαν οι επισκέπτριες υγείας οργανώνονταν από φιλανθρωπικούς φορείς και στηρίζονταν στις αρχές της δημόσιας υγείας που επικέντρωνε στην πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων και στη βοήθεια των ατόμων και οικογενειών που βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αρρωστήσουν εξαιτίας κακών συνθηκών διαβίωσης και φτώχειας. Παρόμοια, οι υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι καταρχήν οργανώνονταν από φιλανθρωπικές οργανώσεις. Οι υπηρεσίες που πρόσφεραν ήταν παρόμοιες μ' αυτές στα νοσοκομεία και αφορούσαν τους φτωχούς και περιθωριοποιημένους ασθενείς. Επίσης, νοσηλεύτριες εργάζονταν στις γενικές ιατρικές υπηρεσίες. Εργοδότες τους, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες νοσηλεύτριες που εργάζονταν στην κοινότητα, ήταν οι γενικοί γιατροί. Η εργασία τους περιελάμβανε κυρίως βοηθητικά ιατρικά καθήκοντα και προληπτικές ιατρικές παρεμβάσεις και πολύ λιγότερο νοσηλευτική φροντίδα υγείας (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Η κατάσταση αυτή συνεχίστηκε μέχρι το 1948, οπότε ψηφίστηκε ο νόμος για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), ο οποίος συμπεριέλαβε τις επισκέπτριες υγείας και τις νοσηλεύτριες κατ' οίκον νοσηλείας, επισημαίνοντας ότι οι υπηρεσίες τους πρέπει να παρέχονται στο σύνολο του πληθυσμού που τις έχει ανάγκη. Παρόμοιες υπηρεσίες για το σύνολο του πληθυσμού παρέχονται και σήμερα. Επιπλέον, νοσηλευτές απασχολούνται στην ΠΦΥ μέσω των γενικών ιατρικών υπηρεσιών. Με παρόμοιο τρόπο αναπτύχθηκε η Κοινοτική Νοσηλευτική στη Βόρεια Αμερική, αλλά και στην Ευρώπη (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Η Νοσηλευτική στη χώρα μας ξεκίνησε επίσημα στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα, αν και υπάρχουν γραπτές μαρτυρίες ότι ήδη από τα πρωτοχριστιανικά χρόνια και το Βυζάντιο αποτελούσε ξεχωριστή επαγγελματική οντότητα. Η Λανάρα (1995) αναφέρει ότι, εκτός από συγκεκριμένες φιλανθρωπικές δραστηριότητες, η Νοσηλευτική περιορίστηκε στα πρώτα χρόνια της στη φροντίδα αρρώστων σε οργανωμένα νοσηλευτικά ιδρύματα. Στη δεκαετία του 1920, με το κύμα των προσφύγων από τη Μ. Ασία και την επιδημία δάγκειου πυρετού, εκπαιδεύτηκαν ταχύρρυθμα οι πρώτες επισκέπτριες υγείας από το ΠΙΚΠΑ και τον ΕΕΣ, που ως ρόλο είχαν την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού καταρχήν για την αντιμετώπιση των προβλημάτων δημόσιας υγείας που προέκυψαν. Η εκπαίδευση αυτών των ατόμων ήταν μόλις εξάμηνη μεταγυμνασιακή, αλλά αποτέλεσε τη βάση για την ανάπτυξη του πρώτου πλήρους προγράμματος επισκεπτριών αδελφών και νοσοκόμων και τη νομοθετική ίδρυση της ΑΣΕΑΝ με τον ΑΝ 013/37, τριετούς μεταγυμνασιακής εκπαίδευσης. Αργότερα, στη δεκαετία του 1960, προστέθηκαν δύο ακόμη σχολές, του ΕΕΣ και του ΠΙΚΠΑ. Μέχρι τη δεκαετία του 1980, το νοσηλευτικό επάγγελμα, που κυρίως ασχολείτο στην κοινότητα με θέματα δημόσιας υγείας αλλά και νοσηλείας στο σπίτι, ήταν αυτό του επισκέπτη υγείας. Με την ίδρυση των Κέντρων Υγείας (Ν. 1397/83), εκτός από τους επισκέπτες υγείας, διορίζονται και νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, αλλά και μαίες/ μαιευτές με ρόλο στην ΠΦΥ (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

## ➤ ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η κοινοτική νοσηλευτική αποτελεί έναν ιδιαίτερο κλάδο της νοσηλευτικής, που σαν αντικείμενο έχει την προαγωγή της υγείας μέσα στην κοινότητα. Ο όρος κοινότητα αναφέρεται σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες, που μπορεί να διαφέρουν μεταξύ τους, με βάση ηλικιακά, πολιτισμικά, φυλετικά ή άλλα χαρακτηριστικά. Επίσης ο όρος προαγωγή της υγείας αναφέρεται σε όλα τα επίπεδα πρόληψης (πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής) και σε ένα μεγάλο εύρος νοσημάτων. Θέλοντας να συνδυάσω τα παραπάνω χαρακτηριστικά, θεώρησα ότι το καλύτερο πεδίο αποτελεί η προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων μέσα στην κοινότητα. Σαν βασική αρχή θεωρείται η αυτονομία του ηλικιωμένου και η παραμονή του μέσα στο περιβάλλον του, με ασφαλείς συνθήκες και επάρκεια φροντίδας. Για την άσκηση της κοινοτικής νοσηλευτικής σε ηλικιωμένα άτομα, θεωρώ ότι απαιτείται ο νοσηλευτής-τρια να διαθέτει ένα ευρύ πεδίο γνώσεων και ταυτόχρονα μια ιδιαίτερη ευαισθησία για την συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα. Μέσα από αυτή τη εργασία προσπαθώ να εκφράσω την παραπάνω θέση.

Έτσι με τρόπο δομημένο και επιστημονικά τεκμηριωμένο, οι στόχοι της συγκεκριμένης εργασίας μέσα από τη νοσηλευτική σκοπιά αφορά, τη

- θέση του ηλικιωμένου ατόμου μέσα στην κοινωνία, με βασικές παραμέτρους τις μεταβολές στο σώμα και στην υγεία λόγω του γήρατος και με ανάλυση των μεταβολών σε οργανικό επίπεδο, σε ψυχο- συναισθηματικό και σε επίπεδο καθημερινών συνηθειών
- καθορίζεται το πλαίσιο της κοινοτικής νοσηλευτικής, που έχει σαν αντικείμενο τον ηλικιωμένο ασθενή, με ανάλυση των βασικών μεθόδων νοσηλευτικής διεργασίας.

Με βάση τα παραπάνω, στόχος της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση των επιμέρους τομέων νοσηλευτικής δραστηριοποίησης, σε σχέση με την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων στην κοινότητα, οι οποίοι αναλύονται, σύμφωνα με τα δεδομένα στις βιβλιογραφίας, σε ζητήματα που αφορούν, τόσο την καθημερινότητα,

όπως η διατροφή ή οι πτώσεις, όσο και σε ζητήματα γηριατρικής, όπως οι λοιμώξεις και τα χρόνια νοσήματα.

## **A ΜΕΡΟΣ**

### **1. Νοσηλευτική φροντίδα στην κοινότητα**

Μια κοινότητα είναι δυνατόν να είναι μια μικρή γειτονιά σε μια μεγάλη αστική περιοχή ή μια μεγάλη περιοχή που κατοικείται από αγρότες. Οι κοινότητες διαμορφώνονται με βάση τα χαρακτηριστικά των ανθρώπων και της περιοχής, τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και τους κοινούς δεσμούς μεταξύ τους. Παρόλα αυτά, κάθε κοινότητα διαθέτει μοναδικά χαρακτηριστικά. Οι άνθρωποι που διαβιούν σε αυτήν είναι δυνατόν να έχουν κοινό πολιτισμό και κοινή ιστορία ή κληρονομιά. Αν και η κοινότητα οριοθετείται από το μέρος όπου οι άνθρωποι διαβιούν, έχουν τα σπίτια τους, δημιουργούν και φροντίζουν τις οικογένειες τους και πραγματοποιούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες, εντούτοις τα μέλη της συχνά αναζητούν εργασία ή φροντίδα υγείας εκτός των ορίων της κοινότητας. Οι νοσηλευτές που παρέχουν φροντίδα σε μια κοινότητα είναι απαραίτητο να γνωρίζουν τη ψυχосύνθεση και τα χαρακτηριστικά των ατόμων με τους οποίους θα συνεργαστούν (Lemone & Burke., 2007).

Τα μέλη της κοινότητας συνδέονται μεταξύ τους με κάποια αίσθηση ταυτότητας. Όταν γίνουν μέλη της κοινότητας, είναι λίγοι εκείνοι που την εγκαταλείπουν. Τα μέλη της κοινότητας έχουν κοινές αξίες. Όλα τα μέλη της κοινότητας αποδέχονται και ακολουθούν τους ίδιους τρόπους συμπεριφοράς απέναντι στα άλλα μέλη και απέναντι στα μη μέλη. Στο πλαίσιο της κοινοτικής δράσης χρησιμοποιείται μια κοινή γλώσσα, που οι άλλοι την καταλαβαίνουν μόνο εν μέρει. Η κοινότητα ασκεί εξουσία πάνω στα μέλη της και τα όρια της κοινότητας είναι αρκετά σαφή, ενώ παράγει κοινωνικά την επόμενη γενιά των μελών της (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Οι νοσηλευτές παρέχουν φροντίδα στην κοινότητα με πολλούς, διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικούς χώρους, που εκτείνονται από την οργάνωση υποστηρικτικών ομάδων σε κάποιο νοσοκομείο (για πάσχοντες από σοβαρές ασθένειες, όπως ο καρκίνος ή ο σακχαρώδης διαβήτης, καθώς και για τα μέλη της οικογένειάς τους), έως τη διεύθυνση αυτόνομων κλινικών για την παροχή φροντίδας στο σπίτι του ασθενούς (Lemone & Burke., 2007).

## **1.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία της κοινότητας**

Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την υγεία μιας κοινότητας. Στους παράγοντες αυτούς περιλαμβάνονται τα συστήματα κοινωνικής υποστήριξης, η δομή του συστήματος φροντίδας υγείας της κοινότητας, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι οικονομικοί πόροι (Lemone & Burke., 2007).

### **1.1.1 Συστήματα Κοινωνικής Υποστήριξης**

Το σύστημα κοινωνικής υποστήριξης ενός ατόμου συνίσταται στα άτομα που το βοηθούν προκειμένου να καλύψει τις οικονομικές, προσωπικές, σωματικές και συναισθηματικές του ανάγκες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η οικογένεια, οι φίλοι και οι γείτονες είναι τα πρόσωπα που παρέχουν την καλύτερη κοινωνική υποστήριξη μέσα στην κοινότητα (Lemone & Burke., 2007).

Για να κατανοήσει την κοινωνική δομή της κοινότητας, ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει (Lemone & Burke., 2007):

- Τον βαθμό στον οποίο τα δύο φύλα αντιμετωπίζονται ισότιμα από το σύστημα υγείας.
- Τη διαθέσιμη υποστήριξη για την παροχή φροντίδας υγείας στον ασθενή και την οικογένεια του, συμπεριλαμβανομένων των γειτόνων, των φίλων, της εκκλησίας, διαφόρων οργανώσεων, των ομάδων αυτοβοήθειας και των επαγγελματιών υγείας.
- Το πολιτισμικό, φυλετικό και εθνικό υπόβαθρο της κοινότητας.
- Το επίπεδο συνεργασίας και επικοινωνίας μιας γειτονιάς.

### **1.1.2 Δομή του Συστήματος Φροντίδας Υγείας της Κοινότητας**

Η δομή του συστήματος φροντίδας υγείας μιας κοινότητας ασκεί άμεση επίδραση στην υγεία των ατόμων που ζουν και εργάζονται σε αυτή. Το μέγεθος της



κοινότητας καθορίζει, συνήθως, τον τύπο των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και την πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες. Για παράδειγμα, οι κάτοικοι των αστικών περιοχών έχουν στη διάθεση τους ποικίλα μέσα για τη μεταφορά τους σε διάφορους φορείς παροχής κοινοτικής φροντίδας υγείας, ενώ οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών πρέπει να διανύουν, συχνά, μεγάλες αποστάσεις για να τύχουν οποιασδήποτε μορφής φροντίδας. Η οικονομική βάση της κοινότητας είναι επίσης σημαντική και συχνά καθορίζει την κρατική ή περιφερειακή χρηματοδότηση των υπηρεσιών (Lemone & Burke., 2007).

Οι νοσηλευτές που παρέχουν επικεντρωμένη στην κοινότητα φροντίδα πρέπει να γνωρίζουν τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, τον αριθμό και το είδος των παρεχόμενων προληπτικών εξετάσεων, τον τόπο εργασίας και την ειδικότητα των επαγγελματιών υγείας μέσα στην κοινότητα και τη διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα στις σχετικές υπηρεσίες και εφόδια. Άλλοι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη είναι οι υπάρχουσες εγκαταστάσεις (π.χ. ημερήσιας ή μακροχρόνιας φροντίδας), η στέγαση, ο αριθμός και το είδος των υποστηρικτικών υπηρεσιών παροχής βοήθειας (π.χ. στέγαση, άσυλο και τροφή) (Lemone & Burke., 2007).

### **1.1.3 Περιβαλλοντικοί Παράγοντες**

Το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει και εργάζεται ένα άτομο είναι δυνατόν να ασκήσει ευεργετική ή επιβλαβή επίδραση στην υγεία του. Η ποιότητα της ατμόσφαιρας και του νερού διαφέρει από κοινότητα σε κοινότητα. Η ατμοσφαιρική ρύπανση ενδέχεται να επεκτείνεται σε μια μεγάλη περιοχή ή να περιορίζεται στον χώρο του σπιτιού. Μέσα στο σπίτι, η ρύπανση πιθανόν να προέρχεται από πηγές όπως οι μύκητες ή τα εντομοκτόνα. Σημαντικές, επίσης, είναι η οικιακή και κοινοτική ασφάλεια, καθώς και η δυνατότητα πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες. Οι νοσηλευτές πρέπει να εξετάζουν τον φωτισμό, τη συντήρηση και την κατάσταση των δρόμων και των πεζοδρομίων, τις επιπτώσεις του πάγου και του χιονιού, την κατάσταση των κλιμακοστασίων και των πατωμάτων καθώς και την καταλληλότητα και δυνατότητα χρησιμοποίησης ανέσεων στο χώρο του λουτρού. Τα φυσικά εμπόδια όσον αφορά την πρόσβαση στις κοινοτικές υπηρεσίες περιλαμβάνουν την έλλειψη μεταφορικών μέσων, την απόσταση από τις υπηρεσίες, και τον χώρο όπου αυτές στεγάζονται (Lemone & Burke., 2007).

### **1.1.4 Οικονομικοί Πόροι**

Οι οικονομικοί πόροι αναφέρονται στην οικονομική και ασφαλιστική κάλυψη που παρέχουν τα μέσα για την εξασφάλιση φροντίδας υγείας μέσα στην κοινότητα. Καθώς το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης στον τομέα της υγείας αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, μειώνεται ο αριθμός των πολιτών που έχουν τη δυνατότητα κάλυψης των δαπανών αυτών, με αποτέλεσμα ένας μεγάλος αριθμός να μη διαθέτει καμία ασφάλιση. Οι περισσότεροι ανειδίκευτοι εργαζόμενοι δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας, με αποτέλεσμα να υπάρχει ένα αυξημένο ποσοστό «πτωχών εργαζομένων», δηλαδή ατόμων που δεν έχουν οικονομική κάλυψη από τον εργοδότη για υγειονομική περίθαλψη ή για προληπτικές εξετάσεις. Ορισμένοι ηλικιωμένοι με περιορισμένα εισοδήματα καταναλώνουν το σύνολο σχεδόν του μηνιαίου εισοδήματά τους σε φάρμακα και ιατρικό εξοπλισμό (Lemone & Burke., 2007).

## **2. Μεταβολές στα συστήματα των γηριατρικών ασθενών**

### **2.1 Καρδιαγγειακό σύστημα - παθήσεις ηλικιωμένων**

Η εκτίμηση της καρδιαγγειακής λειτουργίας ασθενών προχωρημένης ηλικίας είναι εξαιρετικά δυσχερής, κυρίως λόγω της αυξημένης επίπτωσης της ισχαιμικής καρδιοπάθειας στα άτομα αυτά. Η κυριότερη ανατομική μεταβολή στην καρδιά, που σχετίζεται στενά με την ηλικία, χαρακτηρίζεται από την αύξηση του ποσοστού του συνδετικού ιστού στον ινώδη σκελετό της καρδιάς, στο μυοκάρδιο και στις βαλβίδες. Κατά την κλινική εξέταση των ηλικιωμένων ατόμων συχνά διαπιστώνεται ελάχιστη μείωση της καρδιακής συχνότητας στην ηρεμία και μέγιστη αύξηση αυτής στην κόπωση, γεγονός που πιθανώς αντανάκλα τη μείωση του αριθμού των βηματοδοτικών κυττάρων στον κολποκοιλιακό κόμβο αλλά και τη μεταβολή της απάντησής τους στα ερεθίσματα του συμπαθητικού και παρασυμπαθητικού συστήματος (Σεβαστιανός., 2011).

Το μυοκάρδιο, καθώς ο άνθρωπος μεγαλώνει υφίσταται φυσιολογικά δομικές αλλαγές ακόμα και απουσία κάποιας οργανικής πάθησης. Η λειτουργία της καρδιάς, σαν αντλία παροχής αίματος και οξυγόνου προς τους ιστούς, είναι λιγότερο αποτελεσματική, μια και ο καρδιακός μυς γίνεται ανελαστικός, δύσκαμπτος και

λιγότερο ευαίσθητος στις μεταβολές του συμπαθητικού νευρικού συστήματος. Επιπρόσθετα, το αγγειακό τοίχωμα χάνει την ελαστικότητα του και οι υποδοχείς που βρίσκονται πάνω σε αυτό την απαντητικότητα τους στα διάφορα εξωγενή ερεθίσματα. Καρδιαγγειακές παθήσεις όπως η στεφανιαία νόσο, η υπέρταση, οι βαλβιδοπάθειες και οι διαταραχές του ερεθισματογωγού συστήματος της καρδιάς αυξάνονται με την πρόοδο της ηλικίας (Μανωλάτος., 2011).

### **2.1.1 Στεφανιαία νόσος**

Η αθηρωμάτωση των επικάρδιων στεφανιαίων αρτηριών αποτελεί την κυρίαρχη αιτία θανάτου στην τρίτη ηλικία. Το 50% των καρδιακών επεισοδίων συμβαίνει σε ηλικίες άνω των 65. Ενώ η συχνότητα εμφάνισης των επεισοδίων είναι σαφώς μεγαλύτερη στους άντρες κατά τη μέση ηλικία, μετά την εμμηνόπαυση παρατηρείται μια ραγδαία αύξηση στο γυναικείο πληθυσμό και οι συχνότητες είναι περίπου ίσες (Μανωλάτος., 2011).

Η στεφανιαία νόσος δύναται να εμφανιστεί είτε ως επαναλαμβανόμενα επεισόδια μυοκαρδιακής ισχαιμίας που εκδηλώνονται ως στηθάγχη ή δύσπνοια ηρεμίας είτε με πιο σοβαρή μορφή, ως καρδιακή ανακοπή, όπου η ολική απόφραξη ενός αγγείου έχει σαν αποτέλεσμα το οξύ έμφραγμα που οδηγεί στη νέκρωση του καρδιακού μυός και το σχηματισμό ουλής. Τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα στην τρίτη ηλικία οδηγούν σε περισσότερες επιπλοκές και απαιτούν μεγαλύτερη χρονική διάρκεια νοσηλείας για τον ασθενή. Σιωπηλά επεισόδια ισχαιμίας, χωρίς τη θορυβώδη συμπτωματολογία του οπισθοστερνικού άλγους, εμφανίζονται συχνότερα σε αυτές τις ηλικίες ιδιαίτερα στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Τα συμπτώματα μπορεί να διαφέρουν και να είναι ένας έντονος πονοκέφαλος, δύσπνοια ηρεμίας, λιποθυμικό επεισόδιο, σύγχυση είτε και τελείως ασυμπτωματικά. Για αυτό πρέπει να υπάρχει υψηλή κλινική υποψία τόσο από το θεράποντα ιατρό όσο και από τα άτομα που περιβάλλουν τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας. Η στεφανιογραφία και η επεμβατική προσέγγιση έχουν θέση στη διάγνωση και θεραπεία των στεφανιαίων συνδρόμων στα άτομα της τρίτης ηλικίας αν και συνδυάζονται με αυξημένο ποσοστό επιπλοκών (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, τοπική αιμορραγία- αιμάτωμα στην περιοχή της παρακέντησης) συγκριτικά με τα άτομα νεότερης ηλικίας (Μανωλάτος., 2011).

Η θεραπεία των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων ελάχιστα διαφέρει στην ηλικία των 75 από την ηλικία των 45 ετών. Η θρομβόλυση στο οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου πρέπει να γίνεται μετά από σκέψη και μονό όταν ο ιατρός κρίνει ότι το όφελος υπερτερεί από τον αυξημένο κίνδυνο της ενδοκράνιας αιμορραγίας που εμφανίζεται σε αυτές τις ηλικίες. Πάντως η ηλικία πάνω από τα 75, δεν αποτελεί αντένδειξη για θρομβόλυση. Η ασπιρίνη έχει απόλυτη ένδειξη μια μειώνει τη θνητότητα στην οξεία φάση του εμφράγματος κατά 30%. Οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης έχουν απόλυτη ένδειξη αλλά πρέπει να προτείνεται η χαμηλότερη δυνατή δόση και η έναρξή τους να καθυστερεί στην όσιμη μετεμφραγματική περίοδο. Τα νιτρώδη δεν είναι καλώς ανεκτά από τα ηλικιωμένα άτομα και προκαλούν πολύ συχνότερα απότομη πτώση της αρτηριακής πίεσης με συνοδό έντονη κεφαλαλγία και ζάλη. Οι β-αποκλειστές πρέπει να χορηγούνται με προσοχή γιατί προκαλούν έντονη βραδυκαρδία σε μια καρδιά που λόγω της ηλικίας της λειτουργεί ήδη σε χαμηλούς ρυθμούς (Μανωλάτος., 2011).

### **2.1.2 Βαλβιδοπάθειες**

Η συχνότητα της στένωσης της αορτικής βαλβίδας αυξάνει με την ηλικία και αποτελεί την πιο σημαντική κλινικά βαλβιδοπάθεια που απαντάται στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Η ανεπάρκεια της μιτροειδούς βαλβίδας είναι υπεύθυνη για το 70% των παθήσεων της μιτροειδούς που εμφανίζονται στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Οι αιτίες είναι η ρευματική προσβολή της βαλβίδας που συνδυάζεται συχνά με πάθηση της αορτής, η δυσλειτουργία των θηλοειδών μυών που οφείλεται σε ισχαιμία η έμφραγμα του μυοκαρδίου, η ασβέστωση της μιτροειδούς βαλβίδας η οποία παρατηρείται πιο συχνά στις γυναίκες και η μυξωματώδης εκφύλιση από πρόπτωση των γλωχίνων της βαλβίδας που ενώ απαντάται πιο συχνά στις γυναίκες οι άντρες είναι αυτοί που πιο συχνά παρουσιάζουν σημαντικού βαθμού ανεπάρκεια της βαλβίδας (Μανωλάτος., 2011).

### **2.1.3 Αρτηριακή υπέρταση**

Η επίπτωση της υπέρτασης, ιδιαίτερα της συστολικής υπέρτασης, αυξάνει με την ηλικία. Αυτή η αύξηση οφείλεται στην λέπτυνση του αγγειακού τοιχώματος που οδηγεί στην απώλεια της ελαστικότητας και στην αδυναμία του τοιχώματος να

απορροφήσει την αύξηση της πίεσης του αίματος που φυσιολογικά συμβαίνει με την εξώθηση του αίματος κατά την καρδιακή συστολή. Μεγάλος αριθμός μελετών καταλήγει ότι η καρδιαγγειακή θνητότητα και θνησιμότητα αυξάνουν παράλληλα με την αύξηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Επιπρόσθετα, η αποτελεσματική θεραπεία της υπέρτασης σε αυτές τις ηλικίες έχει αποδειχτεί ότι συνοδεύεται με μείωση της θνητότητας και θνησιμότητας (Μανωλάτος., 2011).

Σε ηλικιωμένους μικρότερους των 80 ετών που είναι σε καλή γενική κατάσταση η συστολική πίεση στόχος είναι <140 mmHg εφόσον η αντιυπερτασική θεραπεία είναι καλά ανεκτή. Σε ηλικιωμένους μεγαλύτερους των 80 ετών η συστολική πίεση στόχος είναι 150-140 mmHg, με την προϋπόθεση ότι βρίσκονται σε καλή φυσική και νοητική κατάσταση. Στους ηλικιωμένους με γεροντική αδυναμία οι αποφάσεις σχετικά με τη ρύθμιση της υπέρτασης συνιστάται να επαφίενται στο θεράποντα γιατρό, ο οποίος θα σταθμίσει τις επιπτώσεις της θεραπείας στην κλινική κατάσταση του αρρώστου. Η συνέχιση καλά ανεκτής αντιυπερτασικής αγωγής θα πρέπει να επανεξεταστεί όταν ο ασθενής φθάσει στην ηλικία των 80 ετών. Όλες οι ομάδες των αντιυπερτασικών μπορούν να χρησιμοποιηθούν στους ηλικιωμένους, όμως τα διουρητικά και οι ανταγωνιστές ασβεστίου προτιμώνται στη συστολική υπέρταση. Δεν έχει φανεί μέχρι σήμερα στις μελέτες ότι οι διαφορετικές ομάδες των αντιυπερτασικών έχουν άλλου είδους δράση στους ηλικιωμένους σε σχέση με τους νέους ασθενείς (Κοντοπούλου., 2014).

#### **2.1.4 Διαταραχές ρυθμού**

Η καρδιακή συχνότητα στην ηρεμία γενικά δε μεταβάλλεται με την πρόοδο της ηλικίας. Αντίθετα στην κόπωση είτε σε καταστάσεις που δευτεροπαθώς προκαλούν ταχυκαρδία όπως πυρετός, υπογκαιμία, η καρδιακή συχνότητα μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας. Βραδυκαρδία με συχνότητα μικρότερη από 40 bpm ειδικά την ημέρα και παύλες μεγαλύτερες από 3 sec δεν παρατηρούμε στα φυσιολογικά άτομα της τρίτης ηλικίας. Ο αποκλεισμός του δεξιού σκέλους του δεματιού του His απαντάται πιο συχνά στην τρίτη ηλικία συγκριτικά με το νεότερο πληθυσμό αλλά δε συσχετίζεται με περαιτέρω επιδείνωση στην αγωγή του ερεθίσματος. Το σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου αποτελεί την πιο συχνή διαταραχή του καρδιακού ρυθμού στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Μπορεί να εκδηλωθεί με σύνδρομο βραδύ-τάχυ,

συμπτωματική βραδυκαρδία είτε με παύσεις. Η τοποθέτηση διεστιακού βηματοδότη εξασφαλίζει τη σωστή αγωγή του ερεθίσματος και απαλλάσσει τον ασθενή από τα συμπτώματα (Μανωλάτος., 2011).

Οι πρώιμες κολπικές συστολές αυξάνονται με την πρόοδο της ηλικίας και απαντώνται στο 95% των υγιών ενηλίκων. Σε ποσοστό 80% εμφανίζονται έκτακτες κοιλιακές συστολές απουσία οργανικής καρδιοπάθειας. Η επίπτωση της κολπικής μαρμαρυγής αυξάνει εντυπωσιακά με την πρόοδο της ηλικίας, από <1 τοις 1000 σε ηλικίες από 25-35 ετών σε 40% στις ηλικίες των 80-90 ετών. Η χρόνια κολπική μαρμαρυγή αποτελεί ένα σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για αγγειακά συμβάματα (εμβολές) και ο καλός έλεγχος της κοιλιακής ανταπόκρισης συνοδεύεται με καλύτερη ανοχή στην κόπωση (Μανωλάτος., 2011).

## **2.2 Αναπνευστικό σύστημα- παθήσεις ηλικιωμένων**

Η ερμηνεία των διαταραχών της αναπνευστικής λειτουργίας, που σχετίζονται με την ηλικία, περιπλέκεται συχνά από τον υψηλό επιπολασμό του καπνίσματος σε αρκετές πληθυσμιακές ομάδες. Ο ολικός πνευμονικός όγκος δεν διαφοροποιείται στη διάρκεια του χρόνου, αλλά η ζωτική χωρητικότητα μειώνεται. Η ικανότητα αερισμού μειώνεται με την ηλικία, με βραδύτερο όμως ρυθμό στους μη καπνιστές συγκριτικά με τους καπνιστές. Αυτές οι μεταβολές στην πνευμονική λειτουργία αντανακλούν τη μείωση της ελαστικότητας των πνευμόνων και της ισχύος των αναπνευστικών μυών, αλλά οι συνέπειες των μεταβολών είναι ελάχιστες όσον αφορά στην επίδρασή τους στα αέρια του περιφερικού αίματος (Σεβαστιανός., 2011).

Σημαντικές είναι οι αλλοιώσεις του αναπνευστικού συστήματος το οποίο γερνά ταχύτερα από κάθε άλλο και η λειτουργική του μείωση θέτει ένα ανώτατο όριο στη διάρκεια ζωής του ανθρώπου. Γεροντικές αλλοιώσεις προκαλούν σοβαρές δυσλειτουργίες του αναπνευστικού συστήματος και κυρίως μείωση της ζωτικής χωρητικότητας που στα 60-65 χρόνια φτάνει στο μισό του φυσιολογικού. Οι ηλικιωμένοι πάσχουν από διάφορες μη νεοπλασματικές ασθένειες. Φλεγμονώδεις παθήσεις των βρόγχων και του πνευμονικού παρεγχύματος, όχι μόνο αποτελούν συχνές αιτίες θανάτων αλλά και αιτίες σοβαρών αναπηριών. Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και άλλες παθήσεις των πνευμόνων είναι αρκετά συχνές στη μεγάλη ηλικία ενώ τα τελευταία χρόνια ελέγχονται οι φυματιώδεις παθήσεις του πνεύμονα.

Όλες οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος μπορεί να προκαλέσουν έμμεσα και άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως καρδιοπάθεια, οστεοπάθεια, παθήσεις του αίματος κλπ. Η συχνότητα της πνευμονίας είναι αυξημένη στους ηλικιωμένους και αποτελεί μια από τις πιο συχνές αιτίες θανάτου. Στους ηλικιωμένους οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος συμβαίνουν συχνά, ιδιαίτερα τους χειμερινούς μήνες και οι επιπλοκές από πνευμονία και γρίπη καταλήγουν σε πολλές χιλιάδες θανάτων κάθε χρόνο (Σεβαστιανός., 2011).

### **2.3 Ουροποιητικό σύστημα - παθήσεις ηλικιωμένων**

Η επίδραση της ηλικίας στη νεφρική λειτουργία είναι δεδομένη. Ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης ελαττώνεται δραστικά με την πρόοδο της ηλικίας, παράλληλα με την έκπτωση της σωληναριακής επανααρρόφησης. Η καθυστερημένη απάντηση των ηλικιωμένων ασθενών στη στέρηση υγρών οφείλεται αφενός στη διαταραχή των μηχανισμών της δίψας και αφετέρου στην καθυστερημένη νεφρική απόκριση στις μεταβολές των σωματικών υγρών. Η μείωση της ευαισθησίας στη δίψα, με την πρόοδο της ηλικίας, είναι ένας από τους λόγους που οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο αφυδάτωσης. Η επίδραση αυτής της μεταβολής, μπορεί να είναι υπερβολική, εάν για παράδειγμα ένας ηλικιωμένος περιορίσει εκούσια την πρόσληψη υγρών, στην προσπάθεια έλεγχου της ούρησης, της ακράτειας ή της αποφυγής έκκλησης νοσηλευτικής βοήθειας κατά τη διάρκεια μιας νοσηλείας στο νοσοκομείο (Σεβαστιανός., 2011).

Ο καθημερινός προσδιορισμός του βάρους του σώματος και η ακριβής τήρηση των διαγραμμάτων πρόσληψης – αποβολής υγρών εξακολουθούν να αποτελούν τις πιο ευαίσθητες μεθόδους κλινικής εκτίμησης του ισοζυγίου των υγρών. Επιπρόσθετα, πολλοί ηλικιωμένοι λαμβάνουν μακροχρόνια διουρητική αγωγή. Οι σχετιζόμενες με αυτήν ανεπιθύμητες ενέργειες, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται, μεταξύ άλλων η υποογκαιμία, η ορθοστατική υπόταση, η υπονατριαιμία και οι διαταραχές της ομοιοστασίας του καλίου, δυνατόν να επιδεινώσουν περαιτέρω την ήδη βεβαρυμμένη κατάσταση του ασθενούς. Επίσης, τα διουρητικά μπορεί να προκαλέσουν υπερουριχαιμία και κρίσεις ουρικής αρθρίτιδας ή/και να αποσταθεροποιήσουν τον ηλικιωμένο ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη (Σεβαστιανός., 2011).

### 2.3.1 Ακράτεια ούρων

Η ακράτεια ούρων είναι κοινή διαταραχή στους ηλικιωμένους. Η συχνότητα εμφάνισής της αυξάνει με την ηλικία τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Συνυπάρχουσες παθήσεις όπως παχυσαρκία, εγκεφαλικό επεισόδιο, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια κ.λ.π, προδιαθέτουν στην εμφάνιση ακράτειας στους ηλικιωμένους. Η ύπαρξη ακράτειας ούρων επηρεάζει αρνητικά την αυτοεκτίμηση, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, επηρεάζει την κοινωνική ζωή και τις καθημερινές δραστηριότητες και αυξάνει την εξάρτηση του ηλικιωμένου από αυτούς που του παρέχουν φροντίδα (Ξωξάκος & Κοντοθανάσης., 2011).

Η ακράτεια είναι ένας από τους κυριότερους παράγοντες που δημιουργούν την ανάγκη εισόδου του ηλικιωμένου σε οίκο ευγηρίας. Καταστάσεις όπως οι νοητικές διαταραχές και η ακινητοποίηση λόγω αρθροπαθειών (ουρική αρθρίτις) σχετίζονται έντονα με εμφάνιση ακράτειας ούρων με αποτέλεσμα να αυξηθεί ο βαθμός εξάρτησης του ηλικιωμένου. Η ύπαρξη ακράτειας προδιαθέτει τους ηλικιωμένους σε πτώσεις. Η συνύπαρξη ακράτειας και νοητικής διαταραχής προκαλεί τεράστια δυσχέρεια στην αποκατάσταση ηλικιωμένων ασθενών μετά από ασθένεια και την επιστροφή τους στο πρότερο κοινωνικό τους περιβάλλον (Ξωξάκος & Κοντοθανάσης., 2011).

Η οξεία εμφάνιση ακράτειας στους ηλικιωμένους είναι συνήθως παροδική και οφείλεται σε μη ουρολογικά αίτια, όπως η πολυφαρμακία. Η χρόνια ακράτεια ούρων διακρίνεται σε: ακράτεια προσπάθειας, ακράτεια επιτακτικού τύπου, ακράτεια εξ υπερπληρώσεως και λειτουργική ακράτεια. Η μικτού τύπου ακράτεια είναι πολύ συνηθισμένη. Στην ακράτεια προσπάθειας στους ηλικιωμένους φαίνεται ότι συμβάλλει η απόπτωση των κυττάρων του ραβδοσφυγκτηριακού μηχανισμού (Ξωξάκος & Κοντοθανάσης., 2011).

Ιδιαίτερη έμφαση πρέπει να δοθεί στην νυκτοουρία των ασθενών με λειτουργική ακράτεια, διότι σχετίζεται με στέρηση ύπνου και κίνδυνο πτώσεων. Ωστόσο η παθοφυσιολογία της νυκτοουρίας στους ηλικιωμένους δεν έχει κατανοηθεί και διερευνηθεί λεπτομερώς (Ξωξάκος & Κοντοθανάσης., 2011).



### **2.3.2 Λοιμώξεις ουροποιητικού**

Οι ουρολοιμώξεις και η ασυμπτωματική βακτηριουρία εντοπίζονται συχνά στους ηλικιωμένους. Η ασυμπτωματική βακτηριουρία είναι πολλές φορές παροδικό φαινόμενο σε ηλικιωμένες ασθενείς. Η βακτηριουρία ασθενών με χρόνια καθετήρα κύστεως δεν χρήζει θεραπείας. Οι ουρολοιμώξεις ασθενών με πρόσφατο μικράς διάρκειας καθετηριασμό κύστεως πρέπει να αντιμετωπίζονται, ιδιαίτερα σε γυναίκες μεγάλης ηλικίας. Οι υποτροπιάζουσες ουρολοιμώξεις σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες σχετίζονται με την ύπαρξη ακράτειας ούρων ή κυστεοκήλης ή σημαντικού υπολείμματος ούρων μετά ούρηση. Δεν σχετίζονται με την ηλικία της ασθενούς (Ξωζάκος & Κοντοθανάσης., 2011).

### **2.3.3 Καλοήθης Υπερτροφία Προστάτη**

Η ηλικία είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την έναρξη των αποφρακτικών συμπτωμάτων του κατωτέρου ουροποιητικού που σχετίζονται με την καλοήθη υπερτροφία του προστάτη. Ο κίνδυνος ανάπτυξης εντόνων συμπτωμάτων που θα οδηγήσουν στην ανάγκη για χειρουργική προστάτου αυξάνεται σημαντικά με την ηλικία. Παρά την χρήση της φαρμακοθεραπείας για την καλοήθη υπερτροφία προστάτη, κάποιοι ασθενείς τελικά θα χρειαστούν χειρουργική επέμβαση. Η αδενωματεκτομή προστάτου (διουρηθρική ή ανοικτή) είναι ασφαλής και αποτελεσματική επέμβαση ανεξάρτητα από την ηλικία του ασθενούς. Ωστόσο η ηλικία είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση μετεγχειρητικής στυτικής δυσλειτουργίας (Ξωζάκος & Κοντοθανάσης., 2011).

### **2.3.4 Καρκίνος προστάτη**

Η ηλικία θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου προστάτου. Υπάρχει δυνατότητα για πρόιμη διάγνωση στις περισσότερες περιπτώσεις, συνδυάζοντας το ειδικό προστατικό αντιγόνο (PSA) και την δακτυλική εξέταση του προστάτη. Η Αμερικανική Αντικαρκινική Εταιρία συνιστά την ετήσια προληπτική εξέταση με PSA και δακτυλική εξέταση σε όλους τους άνδρες άνω των 50 ετών, που έχουν προσδόκιμο επιβίωσης τουλάχιστον 10ετίας (Ξωζάκος & Κοντοθανάσης., 2011).

Η ηλικία επηρεάζει την απόφαση του ασθενούς για την επιλογή θεραπείας. Νέοι ασθενείς θα προτιμήσουν την ριζική προστατεκτομή και το ενδεχόμενο των επιπλοκών της, ώστε να εξασφαλίσουν καλύτερη πιθανότητα επιβίωσης. Ηλικιωμένοι ασθενείς καθώς και ασθενείς με ήδη υπάρχουσα ακράτεια ούρων ή σεξουαλική δυσλειτουργία είναι πιθανότερο να προτιμήσουν συντηρητική αντιμετώπιση αντί για ριζική χειρουργική. Ο κίνδυνος εμφάνισης ακράτειας ούρων μετά από ριζική προστατεκτομή σχετίζεται σημαντικά με την ηλικία. Οι χρόνιες επιπλοκές της ριζικής προστατεκτομής (ακράτεια, στυτική δυσλειτουργία) επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και την αίσθηση υγείας των ασθενών, ανεξάρτητα από ηλικία. Ωστόσο ο κίνδυνος εμφάνισής αυτών των επιπλοκών αυξάνεται με την ηλικία. Οι ασθενείς που βιώνουν τον μεταστατικό καρκίνο προστάτη και την θεραπεία του, βιώνουν και επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής τους (Ξωξάκος & Κοντοθανάσης., 2011).

#### **2.4 Ενδοκρινικό σύστημα - παθήσεις ηλικιωμένων**

Πέραν από τις προφανείς αλλαγές στη λειτουργία των ωοθηκών με την εμμηνόπαυση, παρατηρείται και μια μικρή μείωση των κυκλοφορούντων επιπέδων των θυρεοειδικών ορμονών καθώς και του ρυθμού της έκκρισης και της ευαισθησίας των ιστών στην ινσουλίνη. Η απελευθέρωση της αντιδιουρητικής ορμόνης, ως απάντηση στις οσμωτικές μεταβολές του ορού, αυξάνει, πιθανώς σε συνδυασμό με τη μειωμένη νεφρική απόκριση και τις αλλαγές στην ευαισθησία των ογκοϋποδοχέων. Υπάρχουν ελάχιστα βιβλιογραφικά δεδομένα για τις μεταβολές που υφίστανται με την ηλικία οι παραθυροειδείς, τα επινεφρίδια και η υπόφυση (Σεβαστιανός., 2011).

Με την αύξηση της ηλικίας το μέγεθος προεξάρχουσας βρογχοκήλης αυξάνεται, οιόζοι στον θυρεοειδή αναπτύσσονται και η TSH ελαττώνεται. Οι μεγαλύτερες βρογχοκήλες παρατηρούνται στους ηλικιωμένους που ζουν σε περιοχές με έλλειψη Ιωδίου (Τατσούλης., 2015).

Η επίπτωση του υπερθυρεοειδισμού στους ηλικιωμένους είναι αυξημένη με συχνότητες που ποικίλουν από 0,5 έως 3% σε πληθυσμούς ηλικίας άνω των 60 ετών. Όλοι οι τύποι του υπερθυρεοειδισμού συμβαίνουν στους ηλικιωμένους. Σε περιοχές με χαμηλή πρόσληψη Ιωδίου κυριαρχεί η τοξική πολυοζώδης βρογχοκήλη (Ιταλία, Γερμανία). Άλλη αιτία υπερθυρεοειδισμού στους ηλικιωμένους είναι η αυξημένη πρόσληψη Ιωδίου από φάρμακα (αμιοδαρόνη, Ιωδιούχα σκιαγραφικά). Η

συμπτωματολογία της νόσου στους ηλικιωμένους διαφοροποιείται σε σχέση με τους νεότερους. Συνήθως δεν παρουσιάζουν τρόμο, δυσανεξία στη ζέστη, νευρικήτητα, ταχυκαρδία και σημεία από τους οφθαλμούς. Λόγω της έλλειψης των υπερκινητικών συμπτωμάτων, έχει επικρατήσει ο όρος *απαθητικός υπερθυρεοειδισμός*. Προέχοντα συμπτώματα στους ηλικιωμένους είναι η απώλεια βάρους συνοδευόμενη από διάρροια ή ορισμένες φορές από δυσκοιλιότητα, ναυτία και έμετοι, ενώ από τις ψυχικές εκδηλώσεις συνηθέστερες είναι η κατάθλιψη και η μανία (Τατσούλης., 2015).

Η συχνότητα του υποθυρεοειδισμού σε ηλικίες άνω των 60 ετών, είναι μεγαλύτερη του 5%, με προτίμηση στο γυναικείο φύλο 5-8 φορές μεγαλύτερη από το ανδρικό. Η συμπτωματολογία του υποθυρεοειδισμού στους ηλικιωμένους συχνά συγγέεται με αυτή της γήρανσης (κόπωση, δυσανεξία στο κρύο, δυσκοιλιότητα, καρδιακή ανεπάρκεια, κατάθλιψη) ή δυσχεραίνεται η αναγνώρισή της εξαιτίας συνύπαρξης χρόνιων νοσημάτων. Συχνότερες αιτίες είναι η αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα και η προηγηθείσα θεραπεία υπερθυρεοειδισμού (Τατσούλης., 2015).

#### **2.4.1 Σακχαρώδης διαβήτης**

Η ανοχή στη γλυκόζη προοδευτικά μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας. Σ' αυτό συμβάλλουν και πολλοί άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τη γήρανση: αύξηση του λιπώδους ιστού, μειωμένη φυσική δραστηριότητα, φάρμακα, συνυπάρχοντα νοσήματα και ελαττωματική έκκριση ινσουλίνης. Μεμονωμένη μετά φόρτιση υπεργλυκαιμία, που ορίζεται ως η παρουσία επιπέδων γλυκόζης >200mg/dl 2 ώρες μετά από φόρτιση με γλυκόζη από του στόματος, αλλά με επίπεδα γλυκόζης νηστείας <126mg/dl είναι συχνή στα άτομα άνω των 60 ετών (Κοντοπούλου, 2014).

Η κλινική εικόνα του σακχαρώδη διαβήτη στα άτομα της τρίτης ηλικίας μπορεί να διαφέρει από εκείνη των νεότερων ασθενών. Πολλοί ηλικιωμένοι ασθενείς διαγιγνώσκονται στα πλαίσια εργαστηριακού ελέγχου ρουτίνας ή κατά τη διάρκεια μιας νοσηλείας, κυρίως λόγω της επισήμανσης των επιπλοκών του διαβήτη, όπως της περιφερικής αρτηριακής νόσου, της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας ή του καταρράκτη. Μπορεί να συνυπάρχει η κλασική συμπτωματολογία του διαβήτη, όπως η απώλεια σωματικού βάρους, η πολυδιψία και η πολουρία, αλλά σε μια σχετικά μικρή αναλογία ασθενών, ως πρώτη εκδήλωση μπορεί να εμφανιστεί ρήξη της μεταβολικής αντιρρόπησης και υπερωσμωτικό κώμα (Σεβαστιανός., 2011).

Οι ηλικιωμένοι διαβητικοί παρουσιάζουν μειωμένη μυϊκή ισχύ, αλλαγή της σωματικής σύστασης και προοδευτική απώλεια της λειτουργικότητας των κάτω άκρων, τα οποία οδηγούν σε μειωμένη κινητικότητα ή και ακινητοποίηση. Ο διαβήτης στους γηριατρικούς ασθενείς συνεπάγεται αυξημένο κίνδυνο πτώσεων και καταγμάτων. Οι παράγοντες που προδιαθέτουν σε κατάγματα και σχετίζονται με το σακχαρώδη διαβήτη είναι η τροποποιημένη σωματική σύσταση, η αμφιβληστροειδοπάθεια, η περιφερική και αυτόνομη νευροπάθεια, τα υπογλυκαιμικά επεισόδια και τέλος η λήψη αντιδιαβητικών δισκίων και ιδιαίτερα θειαζολιδινδιονών (Κοντοπούλου., 2014).

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες για το διαβήτη του 2014 της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA) οι ηλικιωμένοι που βρίσκονται σε καλή λειτουργική και νοητική κατάσταση και έχουν σημαντικό προσδόκιμο ζωής οι θεραπευτικοί στόχοι του διαβήτη είναι όμοιοι με των νέων ατόμων. Οι γλυκαιμικοί στόχοι για κάποιους ηλικιωμένους μπορούν να γίνουν λιγότερο αυστηροί εξατομικευμένα. Ασθενείς με προχωρημένες διαβητικές επιπλοκές, απειλητικές για τη ζωή παθήσεις, σημαντική λειτουργική ή νοητική έκπτωση τίθενται σε θεραπεία με πιο χαμηλούς στόχους (Κοντοπούλου., 2014).

Μεγάλη σημασία πρέπει να δίνεται στη συνταγογράφηση φαρμάκων για το διαβήτη στους ηλικιωμένους. Το κόστος πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ' όψιν, δεδομένου ότι οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν συνήθως πολλά φάρμακα. Η μετφορμίνη συχνά αντενδείκνυται λόγω νεφρικής ή σημαντικής καρδιακής ανεπάρκειας. Οι θειαζολιδινδιόνες (που χρησιμοποιούνται ελάχιστα στους ηλικιωμένους) πρέπει να δίδονται με ιδιαίτερη περίσκεψη σε αρρώστους που είτε πάσχουν είτε βρίσκονται σε κίνδυνο για καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ έχουν συσχετιστεί επίσης με κατάγματα. Οι σουλφονουλουρίες και τα φάρμακα που επάγουν την έκκριση της ινσουλίνης καθώς και η ινσουλίνη προκαλούν υπογλυκαιμία. Η χρήση της ινσουλίνης προϋποθέτει ότι οι ασθενείς ή οι άνθρωποι που τους φροντίζουν έχουν ικανότητα όρασης, δυνατότητα κίνησης και νοητική ικανότητα. Οι αναστολείς DPP-4 έχουν λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες, αλλά το κόστος τους μπορεί να αποτελεί εμπόδιο για κάποιους ασθενείς. Τα ίδια ισχύουν και για τους αγωνιστές GLP-1 (Κοντοπούλου., 2014).

## 2.4.2 Αναιμία

Ως αναιμία ορίζεται η πτώση της τιμής της αιμοσφαιρίνης κάτω από 12g/dl στις γυναίκες και κάτω από 13g/dl στους άνδρες. Είναι συχνή σε άτομα άνω των 65 και παρατηρείται στο 10% αυτών που ζουν στην κοινότητα και σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% αυτών που ζουν σε ιδρύματα. Η διαδικασία της γήρανσης καθ' αυτή δε θεωρείται ότι προκαλεί αναιμία. Διάφοροι παράγοντες έχουν συσχετιστεί με την αναιμία των ηλικιωμένων, η ανεπάρκεια σιδήρου, παρεμπόδιση λειψών, νεφρική ανεπάρκεια που απαντάται συχνότερα στους ηλικιωμένους, ενδοκρινική ανεπάρκεια, υποσιτισμός και μυελοδυσπλασία. Αναιμία συνεπεία έλλειψης της βιταμίνης B12 είναι συχνή στους ηλικιωμένους, αν και συχνά υποδιαγιγνώσκεται λόγω αμβληχρής συμπτωματολογίας. Τα αίτια της έλλειψης της B12 στους ηλικιωμένους είναι ποικίλα. Η γαστρική ατροφία προκαλεί αδυναμία απορρόφησης της συζευγμένης με την τροφή B12. Οι συνέπειες της αναιμίας στους ηλικιωμένους περιλαμβάνουν κίνδυνο πτώσεων, αδυναμία, κατάθλιψη, ακινητοποίηση και κακή ποιότητα ζωής (Κοντοπούλου., 2014).

## 2.5 Γαστρεντερικό σύστημα - παθήσεις ηλικιωμένων

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι δυνατόν να εμφανίσουν όλο το φάσμα των γαστρεντερικών διαταραχών. Η αιμορραγία του γαστρεντερικού σωλήνα είναι συχνή και συνδέεται στενά με την τακτική λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Η δυσκοιλιότητα αποτελεί ακόμη ένα κοινό πρόβλημα μεταξύ των ηλικιωμένων πριν, όμως, από την έναρξη οποιασδήποτε θεραπευτικής παρέμβασης θα πρέπει να διασφαλίζεται, με κάποιο τρόπο, η επιθυμία του ασθενή για την ομαλή λειτουργία του εντέρου του, ενώ δεν θα πρέπει να διαλάθει της προσοχής τυχόν πρόσφατη μεταβολή στις συνήθειες εκκένωσης του εντέρου. Όταν η χρόνια δυσκοιλιότητα αναδεικνύεται ως πρόβλημα, η ημερήσια πρόσληψη 10 έως 20 γραμμαρίων φυτικών ινών θα πρέπει να επιδιώκεται μόνη ή σε συνδυασμό με τη λήψη υπακτικών, όπως η λακτουλόζη. Η χρήση καθαρτικών που διεγείρουν το έντερο, όπως η σέννα, εάν δεν είναι απολύτως αναγκαία, πρέπει να αποφεύγεται (Καπίρης., 2011).

Επαναλαμβανόμενα επεισόδια ακράτειας κοπράνων, με χωρίς ακράτεια ούρων, απασχολούν περίπου το 1% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών. Η ακράτεια μπορεί να συνδέεται με μια σειρά από διαταραχές της ορθοπρωκτικής περιοχής ή νευρολογικά σύνδρομα, συμπεριλαμβανομένης της άνοιας. Στην προχωρημένη ηλικία συχνότερη αιτία ακράτειας αποτελεί η υπερπλήρωση του ορθοσιγμοειδούς με κόπρανα (κοπρόσταση), που μπορεί πολύ εύκολα να διαγνωστεί κλινικά με την δακτυλική εξέταση από το ορθό ή σε συνδυασμό με μια απλή ακτινογραφία κοιλίας. Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι εξεργασίες του παχέος εντέρου ή φλεγμονώδεις στενώσεις ως αποτέλεσμα εκκολπωματίτιδας, αποτελούν δυο από τις σημαντικότερες αιτίες κοπρόστασης στους ηλικιωμένους. Σε γυναίκες μέσης ηλικίας η πυελική νευροπάθεια, συνεπεία τοκετών, απαντάται συχνά ως αίτιο ακράτειας κοπράνων. Επίσης, κάθε μορφή οξείας ή χρόνιας διάρροιας μπορεί να οδηγήσει σε ακράτεια (Σεβαστιανός., 2011).

### **2.5.1 Πεπτικό έλκος**

Το πεπτικό έλκος σπανίως χαρακτηρίζεται από την κλασσική του συμπτωματολογία. Ο πόνος μπορεί να είναι απών, να είναι μη ειδικός ή να συγκαλύπτεται από τη λήψη μη στερινοειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Η λειτουργική δυσπεψία είναι συχνότερη μεταξύ των ηλικιωμένων σε σύγκριση με τους ασθενείς νεοτέρων ηλικιών και συνήθως εκφράζεται με επιγαστρική δυσφορία, μετεωρισμό, ναυτία ή αίσθημα πρώιμου κορεσμού μετά τα γεύματα. Επιπροσθέτα, στους ηλικιωμένους διαπιστώνονται πιο συχνά σοβαρές αιμορραγίες του γαστρεντερικού, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις η αιμορραγία του πεπτικού δυνατόν να μην αναγνωριστεί έγκαιρα ή να αναγνωρίζεται όταν τελικά ο ασθενής εμφανίσει συμπτωματική αναιμία (Σεβαστιανός., 2011).

Το πεπτικό έλκος θεωρείται η βλάβη του βλεννογόνου του στομάχου ή του δωδεκαδακτύλου που οφείλεται κυρίως σε διαταραχές εκκρίσεως του γαστρικού οξέος και της πεψίνης, συνέπεια της λοίμωξης με το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Το πεπτικό έλκος διακρίνεται στο γαστρικό έλκος και στο δωδεκαδακτυλικό έλκος που είναι χρόνιες αρρώστιες και προκαλούνται συχνά από το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού. Το γαστρικό και δωδεκαδακτυλικό έλκος μπορεί να δημιουργηθεί επίσης από το άγχος και την ένταση (stress) ή από τη λήψη διαφόρων φαρμάκων, συχνότερα

από την ασπιρίνη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (Σεβαστιανός., 2011).

Το πεπτικό έλκος γίνεται όταν οι αμυντικοί μηχανισμοί του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου έχουν αδυναμία να προστατεύσουν το βλεννογόνο από τη διαβρωτική επίδραση του γαστρικού οξέος και της πεψίνης. Το κυριότερο φυσιολογικό ερέθισμα για την έκκριση γαστρικού οξέος είναι η κατάποση τροφής. Επίσης, η λήψη καφέ (καφεϊνούχου και μη καφεϊνούχου) και οινοπνευματωδών ποτών (Σεβαστιανός., 2011).

## **2.6 Νεοπλασματικά νοσήματα στην τρίτη ηλικία**

### **2.6.1 Το γήρας και ο καρκίνος**

Η αντιμετώπιση των ογκολογικών ασθενών της τρίτης ηλικίας αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της καθημερινής πρακτικής. Είναι αναγκαίο να γνωρίζει κανείς τις ιδιαιτερότητες και την πληθώρα των προβλημάτων αυτής της ομάδας του πληθυσμού προκειμένου να λάβει θεραπευτικές αποφάσεις για χορήγηση ειδικών θεραπειών (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, μοριακές στοχευμένες θεραπείες) (Αλεβιζόπουλος., 2011).

Άτομα της ίδιας ηλικίας παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια στη σωματική κατάσταση, στις οργανικές εφεδρείες τους και στην δραστηριοποίησή τους. Πολλά άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών συνεχίζουν να εργάζονται και να λειτουργούν παρόμοια με άτομα της ομάδας των νεωτέρων. Καθίσταται αναγκαίος ο διαχωρισμός των ασθενών τρίτης ηλικίας σε υποομάδες με όσο το δυνατόν πιο εξατομικευμένα στοιχεία αξιολόγησης προκειμένου να αποφασιστεί το καλύτερο είδος θεραπευτικής προσέγγισης της νεοπλασματικής τους νόσου (Ζουμπλιός., 2014).

Η γήρανση σηματοδοτείται από μια αλληλουχία μοριακών μεταβολών σε επίπεδο κυτταρικών καλλιιεργειών, άλλες εκ των οποίων δρουν ευοδωτικά ή ανασταλτικά στη δημιουργία νεοπλασματικού φαινοτύπου. Γεγονότα όπως μεταλλάξεις, ελλείψεις και προσθήκες σε βάσεις DNA, η υπομεθυλίωση του DNA, ομοιάζουν απόλυτα με τα αρχικά στάδια της νεοπλασματικής εξαλλαγής. Το σύνολο των μοριακών αυτών μεταβολών στη γήρανση του κυττάρου το καθιστά πιο ευάλωτο στη δράση των περιβαλλοντικών καρκινογόνων και εξηγεί κατά ένα μέρος τη σχέση ηλικίας και καρκινογένεσης (Αλεβιζόπουλος., 2011).

Η κλινική αξιολόγηση του ογκολογικού ασθενούς τρίτης ηλικίας βασίζεται στην εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης, τη συναξιολόγηση των συνυπαρχόντων προβλημάτων υγείας (συνοσηρότητα), της γνωσιακής κατάστασης, του θρεπτικού status, της κοινωνικής υποστήριξης, και της πολυφαρμακίας των ασθενών αυτών. Η εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του ογκολογικού γηριατρικού ασθενούς είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την εξέλιξη της υποκείμενης νεοπλασματικής νόσου. Αναφέρεται στην ικανότητα εκπλήρωσης των συνήθων καθημερινών δραστηριοτήτων του ασθενούς (Ζουμπλιός., 2014).

Σαν συνοσηρότητα ορίζονται ως το σύνολο των συνυπαρχόντων φυσικών και ψυχολογικών προβλημάτων τα οποία επιπροσθέτως συνυπάρχουν με την συγκεκριμένη νόσο για την οποία ο ασθενής λαμβάνει ιατρική αγωγή. Η ενδεχόμενη επίδραση των συνυπαρχόντων ιατρικών προβλημάτων στην προβλεπόμενη επιβίωση και στην ανοχή ή όχι της χημειοθεραπείας πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν στην εκτίμηση των κινδύνων ή των οφελών μιας θεραπείας. Η ύπαρξη συνοσηρότητας επηρεάζει δυσμενώς την ικανότητα των ασθενών να συμμορφωθούν και να ανεχθούν καλύτερα την χημειοθεραπεία (Αλεβιζόπουλος., 2011).

Η διανοητική λειτουργία πρέπει να λαμβάνεται σημαντικά υπ' όψιν στην γενική εκτίμηση του γηριατρικού ογκολογικού ασθενή. Είναι γνωστό ότι στον γενικό πληθυσμό η άνοια είναι ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας επιβίωσης. Η παρουσία ή όχι άνοιας έχειδειχθεί ότι σαφέστατα επηρεάζει την διαδικασία διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου. Η εκτίμηση της διανοητικής κατάστασης είναι ιδιαίτερα σημαντική πριν την έναρξη της χημειοθεραπείας σε ηλικιωμένους ασθενείς προκειμένου να εξασφαλιστούν η συμμόρφωση του ασθενούς στην ειδική φαρμακευτική αγωγή και η ικανότητα κατανόησης της αναγκαιότητας λήψης βοήθειας επί εμφανίσεως παρενεργειών ή τοξικοτήτων από τα χορηγούμενα αντινεοπλασματικά φάρμακα (Αλεβιζόπουλος., 2011).

Η επίπτωση κλινικά σημαντικής κατάθλιψης στους ηλικιωμένους με καρκίνο εκτιμάται ότι είναι 3% έως 25%. Περισσότερο ψυχολογικά ευπαθείς είναι εκείνοι που στερούνται κοινωνικής υποστήριξης (Αλεβιζόπουλος., 2011).

Η γνώση του συνόλου των λαμβανομένων φαρμάκων για τα συνυπάρχοντα ιατρικά προβλήματα στους γηριατρικούς ασθενείς είναι σημαντικό στοιχείο στην εκτίμηση της γηριατρικής κλινικής κατάστασης. Η πληθώρα των αλλαγών της φυσιολογίας και οι τροποποιημένες οργανικές εφεδρείες που συμβαίνουν κατά την γήρανση επηρεάζουν την φαρμακοκινητική. Ο συνδυασμός αυτών των αλλαγών με



την πολυφαρμακία που είναι συνήθης στους ηλικιωμένους προκαλεί αυξημένο κίνδυνο παρενεργειών. Έτσι είναι χρήσιμη η πλήρης γνώση όλων των φαρμάκων για να διακοπούν τα μη απολύτως αναγκαία και να προβλεφθούν οι πιθανές αλληλεπιδράσεις και παρενέργειες εκ της χορηγήσεως τους (Ζουμπλιός., 2014).

## **B ΜΕΡΟΣ**

### **1. Νοσηλευτικοί ρόλοι**

#### **1.1 Νοσηλευτική διεργασία του κοινοτικού νοσηλευτή/τρια**

Η μέθοδος νοσηλευτικής διεργασίας εφαρμόζεται και κατά την άσκηση της Κοινοτικής Νοσηλευτικής. Η αξιολόγηση των αναγκών υγείας του ατόμου/οικογένειας ή ομάδας πληθυσμού της κοινότητας αποτελεί το 1ο στάδιο υλοποίησης της νοσηλευτικής διεργασίας. Ακολουθεί η νοσηλευτική διάγνωση (2ο στάδιο). Ο ορθός σχεδιασμός-προγραμματισμός της φροντίδας (3ο στάδιο), καθώς και η εφαρμογή των αποτελεσμάτων (4ο στάδιο), αποτελούν ευθύνη των κοινοτικών νοσηλευτών. Τέλος, κατά την επαναξιολόγηση των αποτελεσμάτων της ήδη παρεχόμενης φροντίδας (5ο στάδιο) ολοκληρώνεται η ανατροφοδότηση των πληροφοριών των νοσηλευτών, για την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στον υγιή πληθυσμό και στον πληθυσμό με ειδικές ανάγκες (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

#### **1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την πορεία της υγείας του κοινοτικού ασθενή στην καθημερινότητα του.**

Η διατήρηση του καθημερινού προγράμματος δραστηριοτήτων ύπνος, διατροφή, άσκηση κλπ, αποτελεί σημαντικό στάδιο στη διατήρηση της υγείας κατά τη μεγάλη ηλικία. Το καθημερινό αυτό πρόγραμμα ρουτίνας θα πρέπει να τηρείται ακόμη και τα Σαββατοκύριακα και στις διακοπές, γιατί αν διακοπεί π.χ. κατά τη διάρκεια των διακοπών, θα είναι δύσκολη η επαναπροσαρμογή. Ο βιολογικός ρυθμός του σώματος, αποδίδει καλύτερα όταν διατηρείται αυτή η ρουτίνα δραστηριοτήτων. Με την αύξηση της ηλικίας, είναι δυσκολότερο για το σώμα να προσαρμοστεί και πάλι στις συνήθειες, όταν αυτές διαταράσσονται (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Η διατήρηση της φυσικής δραστηριότητας κατά τη διάρκεια της ημέρας, θα οδηγήσει στην πρόληψη πολλών προβλημάτων της μεγάλης ηλικίας. Το περπάτημα, αποτελεί την καλύτερη μορφή φυσικής άσκησης, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν ιδιαίτερες αντενδείξεις (π.χ. καρδιαγγειακή νόσος). Είναι χρήσιμο για κάποιον να

περπατάει 30 min το πρωί και 30 min το απόγευμα. Περισσότερη δραστήρια άσκηση, μπορεί να επιχειρηθεί μετά από συμβουλή γιατρού. Υπερένταση ή υπερκόπωση, εξαιτίας της φυσικής δραστηριότητας θα πρέπει να αποφεύγεται. Η φυσική άσκηση, βοηθάει στην κατανάλωση επιπλέον θερμίδων, αυξάνει τη ροή του αίματος στα οστά και επομένως και την αποθήκευση του ασβεστίου, βελτιώνει τη μυϊκή λειτουργία και διευκολύνει τη φυσιολογική εντερική λειτουργία (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Η τήρηση ενός κανονικού προγράμματος ύπνου είναι πολύ σημαντική στη μεγάλη ηλικία. Οι απαιτήσεις σε ύπνο, μειώνονται με την πάροδο της ηλικίας. Δεν υπάρχει κανένας λόγος ανησυχίας, αν ο ύπνος διαρκεί λιγότερο ή διακόπτεται περισσότερο απ' ό,τι συνέβαινε σε νεαρότερη ηλικία. Αυτό αποτελεί φυσιολογικό φαινόμενο και δεν πρέπει να επιχειρηθεί αλλαγή του με τη χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων. Η κατάκλιση για ύπνο και η αφύπνιση την ίδια πάντα ώρα είναι πολύ σημαντικές παράμετροι για το βιολογικό ρυθμό του σώματος (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Η καλή ατομική υγιεινή, είναι ουσιώδης στη μεγάλη ηλικία. Η στοματική κοιλότητα θα πρέπει να διατηρείται καθαρή, ιδιαίτερα αν υπάρχουν τεχνητές οδοντοστοιχίες. Το δέρμα πρέπει να διατηρείται καθαρό και να ενυδατώνεται, επειδή η ξηρότητα αποτελεί χαρακτηριστικό της μεγάλης ηλικίας. Αν υπάρχουν ειδικές καταστάσεις (όπως είναι η ακράτεια), θα πρέπει να λαμβάνονται ειδικές προφυλάξεις, που αφορούν στην καλή καθαριότητα και το στέγνωμα των γεννητικών οργάνων, στη χρήση απορροφητικών επιθεμάτων μίας χρήσης, στην έγκαιρη αναγνώριση της ουρολοίμωξης και στην ενθάρρυνση για αναζήτηση συμβουλής από ειδικό. Η φτωχή ατομική υγιεινή μπορεί να οδηγήσει, σε διάφορες μορφές στοματικών λοιμώξεων και σε εξανθήματα, έλκη και κνησμό του δέρματος (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Πρέπει να διασφαλίζεται, η φυσιολογική εντερική λειτουργία και κινητικότητα. Απαραίτητη προϋπόθεση για φυσιολογική εντερική λειτουργία είναι η πλούσια σε ίνες διατροφή, η τακτική άσκηση και η καθορισμένη ώρα της επίσκεψης στην τουαλέτα. Τα ηλικιωμένα άτομα, γενικά, έχουν την τάση να εμφανίζουν δυσκοιλιότητα, γεγονός που οφείλεται στην ανεπαρκή διατροφή και στην έλλειψη φυσικής άσκησης. Η εναλλαγή διάρροιας και δυσκοιλιότητας αποτελεί ένα σημαντικό σύμπτωμα, που θα πρέπει να αναφέρεται στο γιατρό, όπως και η παρουσία αίματος στα κόπρανα. Η παρατεταμένη χρήση υπακτικών μπορεί να είναι Βλαβερή

και καλό είναι να αποφεύγεται (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Η κοινωνικότητα ενεργού ατόμου, αποτελεί τον καλύτερο τρόπο διατήρησης της πνευματικής του υγείας και αποφυγής της κατάθλιψης, που παρατηρείται συχνά στη μεγάλη ηλικία. Η κοινωνική απομόνωση και ο αναλογισμός, είναι ο πιο σίγουρος τρόπος για την ανάπτυξη κατάθλιψης και άνοιας. Η συναναστροφή και η καλλιέργεια φιλικών σχέσεων με άλλους ηλικιωμένους, αποτελεί το σωστότερο βήμα στη διασφάλιση της πνευματικής και συναισθηματικής ικανοποίησης. Κάποιος μπορεί να συνδυάσει το κοινωνικό με το φιλανθρωπικό έργο, κάτι που μπορεί να αποβεί εποικοδομητικό και ευχάριστο. Η έλλειψη διανοητικής διέγερσης οδηγεί στην κατάθλιψη και πολύ γρήγορα στη διαταραχή της πνευματικής υγείας. Όσο περισσότερο χρησιμοποιούνται οι πνευματικές λειτουργίες ενός ηλικιωμένου ατόμου, τόσο περισσότερο υγιές παραμένει το άτομο αυτό (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Απλά προληπτικά για την υγεία μέτρα θα πρέπει να λαμβάνονται, όπως είναι οι τακτικοί έλεγχοι της αρτηριακής πίεσης και του σωματικού βάρους, η χρήση ασφαλούς πόσιμου νερού, η επαρκής και πλήρης διατροφή και η συμβουλή ενός γιατρού ή νοσηλεύτη, σε περίπτωση ασθένειας. Η έγκαιρη αναγνώριση των πρώιμων σημείων μιας σοβαρής νόσου, όπως π.χ. οι μεταβολές των εντερικών συνηθειών, κάποιο ογκίδιο στο στήθος, η συνεχής αιμορραγία από ένα σημείο του σώματος, πρέπει ν' αποτελεί μέρος της ενημέρωσης των ηλικιωμένων από τους επαγγελματίες υγείας (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Η λήψη πολλών φαρμάκων, μπορεί να είναι επικίνδυνη. Όλα τα φάρμακα θα πρέπει να λαμβάνονται με συνταγή και είναι προτιμότερο να χορηγούνται υπό την επίβλεψη κάποιου ενήλικα. Αρκετά συχνά οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν πολλά φάρμακα, που μπορεί να αποβούν επιβλαβή λόγω της αλληλεπίδρασης μεταξύ τους. Ακόμη, η δοσολογία των φαρμάκων διαφέρει στους ηλικιωμένους σε σχέση με τους ενήλικες και μια εσφαλμένη δόση μπορεί να αποβεί πολύ επικίνδυνη. Επιπλέον, εξαιτίας της μείωσης της ικανότητας όρασης ή της απώλειας μνήμης, μπορεί να ληφθεί λανθασμένη δόση ή λανθασμένο φάρμακο από κάποιον ηλικιωμένο. Μη συμβατικά φάρμακα θα πρέπει να αποφεύγονται, καθώς μπορεί να αποδειχθούν εξαιρετικά επικίνδυνα (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Με την πάροδο της ηλικίας, τα ηλικιωμένα άτομα σταδιακά νιώθουν την ανάγκη για βοήθεια στη φροντίδα τους, ακόμη και για τις καθημερινές τους

δραστηριότητες στο σπίτι, όπως κατά το ντύσιμο, τη διατροφή και τη χρησιμοποίηση της τουαλέτας και του μπάνιου. Συνήθως, τις ανάγκες αυτές καλύπτουν τα μέλη της οικογένειας, στην περίπτωση που οι ηλικιωμένοι ζουν με τις οικογένειες τους. Όταν πάλι τα ηλικιωμένα ζευγάρια ζουν μόνοι τους, το άτομο που βρίσκεται σε καλύτερη φυσική κατάσταση βοηθάει το σύντροφο του. Σε κάθε κοινωνία υπάρχει είτε ένας ηλικιωμένος, είτε ένα ζευγάρι ηλικιωμένων που βρίσκονται σε τέτοια φυσική κατάσταση, ώστε να χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να αντεπεξέλθουν στις καθημερινές τους ανάγκες μέσα και έξω από το σπίτι. Η απομόνωση και η μοναξιά αποτελούν συχνές αιτίες κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Τα ηλικιωμένα άτομα, που ζουν με τις οικογένειες τους και βρίσκονται κοντά στα παιδιά δεν υποφέρουν από κατάθλιψη. Στα ιδρύματα και τους οίκους ευγηρίας που είναι καλά οργανωμένα, γίνονται συνεχείς προσπάθειες προκειμένου οι ηλικιωμένοι να έρχονται σε επαφή με άλλους και να αισθάνονται επιθυμητοί. Η κατάλληλα οργανωμένη κοινωνική φροντίδα για τα άτομα τρίτης ηλικίας μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση των ηλικιωμένων σε καλή φυσική και πνευματική κατάσταση. Σημαντική βοήθεια στην ένταξη στην κοινωνία, μπορεί να αποτελέσει η εθελοντική προσφορά των ηλικιωμένων που βρίσκονται σε καλή κατάσταση (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

### **1.3 Προγραμματισμός υγειονομικής φροντίδας της κοινότητας**

Ο προγραμματισμός της υγειονομικής φροντίδας βασίζεται στην καλή διερεύνηση της κοινότητας. Εφόσον ο κοινοτικός νοσηλευτής έχει αποκτήσει την απαιτούμενη γνώση και πληροφόρηση για τα απαραίτητα χαρακτηριστικά της κοινότητας, τότε μπορεί να διακρίνει τις ανάγκες υγείας της κοινότητας, να τις ταξινομήσει, να θέσει αντικειμενικούς σκοπούς και να αναπτύξει ένα σχέδιο εργασίας (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Ένας καλός προγραμματισμός προϋποθέτει (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012):

- Εξασφάλιση δυναμικού υγείας
- Εξασφάλιση συνεργασίας του κοινού

- Εξασφάλιση συνεργασίας των πολιτικών φορέων για τη σωστή και έγκαιρη λήψη αποφάσεων και Βοήθεια στην πραγματοποίησή τους
- Εξασφάλιση καλής συνεργασίας με την ομάδα
- Γνώση των διαφόρων πηγών της κοινότητας

Χρειάζεται και από τα δύο μέρη, κοινό και επαγγελματίες υπομονή, κατανόηση και προθυμία για συνεργασία, ώστε να επιτευχθεί πιο αποδοτική εργασία. Η κατάλληλη χρησιμοποίηση των κοινοτικών πηγών αποτελεί βασικό στοιχείο για ένα σωστό προγραμματισμό. Οι κοινοτικές πηγές μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο κατηγορίες: στα ιδρύματα και στους διάφορους κοινωνικούς οργανισμούς. Στα ιδρύματα (υπηρεσίες υγείας) περιλαμβάνονται νοσοκομεία, σχολεία, κέντρα προστασίας παιδιών, οργανώσεις. Οι κοινωνικοί οργανισμοί (ειδικές υπηρεσίες υγείας) ασχολούνται με την κάλυψη ειδικών αναγκών της κοινότητας και περιλαμβάνουν ημερήσια κέντρα φροντίδας, επισκέψεις στο σπίτι, κλινικές σε γειτονιά, συμβουλευτικές υπηρεσίες, πολιτιστικές εκδηλώσεις για ηλικιωμένους, ανάπηρους και νέους. Οι πηγές πρέπει να ανανεώνονται, διότι οι κοινότητες υφίστανται αλλαγές, που υπονομεύονται από πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους. Το γεγονός αυτό δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής του κοινοτικού νοσηλευτή, αν θέλει η εργασία του μέσα στην κοινότητα να είναι πάντα αποδοτική (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αδαμακίδου., 2014).

#### **1.4 Μέθοδοι αξιολόγησης του ασθενή από τον νοσηλευτή/τρια**

Υπάρχουν διάφορες μέθοδοι αξιολόγησης του αρρώστου στο σπίτι, οι οποίες αναφέρονται στη φυσική, νοητική, συναισθηματική και ψυχική κατάσταση. Πολλές απ' αυτές μπορεί να αναπτυχθούν σε συνεργασία και με άλλους λειτουργούς υγείας, σύμφωνα με κοινές παραμέτρους ασθενών και οικογενειών που παρακολουθούνται. Οι περισσότερες μέθοδοι βασίζονται σε απλά ερωτηματολόγια, που συμπληρώνονται από τους ασθενείς και/ή τα μέλη της οικογένειας (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Υπάρχει ένα στάδιο πριν από την αξιολόγηση, κατά το οποίο ο κοινοτικός νοσηλευτής δημιουργεί κατάλληλο κλίμα για να κερδίσει την εμπιστοσύνη του

αρρώστου. Είναι η απαραίτητη αρχή του εξελισσόμενου αμοιβαίου σεβασμού και συνεργασίας, που αποτελούν βασικά στοιχεία επιτυχίας οποιασδήποτε παρέμβασης. Η προσέγγιση του κοινοτικού νοσηλευτή πρέπει να είναι γνήσια και ειλικρινής. Έχει να αντιμετωπίσει εμπόδια για πλήρη αποδοχή και πολλές ανθρώπινες διαφορές, όπως θρησκεία, αξίες, εθνικότητα και κοινωνική συμπεριφορά. Τουλάχιστον θα γνωρίσει τις προσωπικές του ελλείψεις και θα προσπαθήσει να γίνει πιο ανοιχτός και να αναζητεί την προσφορά των υπηρεσιών και άλλων λειτουργών υγείας σε περιπτώσεις όπου στάσεις του ενδεχομένως τον οδηγήσουν σε λανθασμένες αποφάσεις (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Η ολοκληρωμένη αξιολόγηση ασθενούς-οικογένειας στο σπίτι διαφέρει από αυτήν που γίνεται κυρίως στο νοσοκομείο οξέων νοσημάτων. Ένα σημείο διαφοροποίησης είναι το ίδιο το περιβάλλον. Σε αντίθεση με το νοσοκομείο, το ιατρείο ή την κλινική, όπου ο περιβάλλον ελέγχεται από λειτουργούς υγείας, το σπίτι ελέγχεται από τον άρρωστο και την οικογένεια. Ο νοσηλευτής δεν έχει την άμεση και διαρκή κάλυψη κανονισμών, πολιτικών και συναδέλφων στο σχεδιασμό και την εφαρμογή του. Η οικογένεια, στην οποία ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι επισκέπτης, συχνά αποτελείται από πολλές γενεές, με σύνθετες σχέσεις, χρόνια προβλήματα και διάφορες συνήθειες. Σε αντίθεση με τα ιδρύματα υγείας, το σπίτι δεν είναι εύκολο να διαμορφωθεί και να προσαρμοστεί για την παροχή νοσηλείας. Μπορεί να μην υπάρχουν τηλέφωνο, ζεστό νερό, κατάλληλος χώρος, να παρουσιάζεται έλλειψη τροφίμων και οι πιο κοντινές υποστηρικτικές υπηρεσίες να βρίσκονται σε μεγάλη απόσταση. Ο ρόλος του νοσηλευτή στο σπίτι είναι διαφορετικός, διευρυμένος και πιο σύνθετος από ό,τι στο νοσοκομείο. Ο νοσηλευτής στο σπίτι πρέπει να είναι προετοιμασμένος να χρησιμοποιεί όλες τις προσφερόμενες μεθόδους, τρόπους και μέσα, που τον βοηθούν στην ανάπτυξη δημιουργικών σχέσεων με τον ασθενή και την οικογένεια, για τον ορθό έλεγχο του περιβάλλοντος με σκοπό την κατάλληλη και αποτελεσματική φροντίδα (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

### **1.5 Υποστηρικτικά συστήματα για τον ασθενή στην κοινότητα**

Υπάρχουν διάφορα επίπεδα υποστήριξης του αρρώστου. Το εσωτερικό σύστημα υποστήριξης περιλαμβάνει το αίσθημα της αυτο-αξίας, της μοναδικότητας, της αντίληψης του κόσμου, του χώρου, της απώλειας και των αναγκών. Το εξωτερικό σύστημα, εκτός από την ομάδα υγείας που φροντίζει τον ασθενή, περιλαμβάνει την

οικογένεια, τους φίλους, άλλο περιβάλλον, τη θρησκεία και άλλες κοινοτικές πηγές. Η αξιολόγηση αποτελεί την αρχή της παρέμβασης. Είναι η συστηματική και προσεκτική ανάλυση του οικογενειακού δικτύου και του οικιακού περιβάλλοντος με στόχο τη συλλογή ουσιαστικών πληροφοριών, οι οποίες θα Βοηθήσουν στην ανάπτυξη κατάλληλου σχεδίου φροντίδας και απαραίτητης υποστήριξης, ώστε να διατηρείται το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας και ποιότητας ζωής για τον άρρωστο και τα μέλη της οικογένειας. Η αξιολόγηση αποβλέπει στον προσδιορισμό του προβλήματος και στην εκτίμηση των συγκεκριμένων παραμέτρων προς τις οποίες θα κατευθυνθεί η παρέμβαση. Περιλαμβάνει ερωτήσεις για τα χαρακτηριστικά της οικογένειας, θέματα υγείας, ρόλους, επίπεδα λειτουργίας και ειδικότερα θέματα που Βοηθούν στην ανάπτυξη και εφαρμογή του σχεδίου φροντίδας. Εξετάζονται με την οικογένεια προβλήματα και ανησυχίες που την απασχολούν, σε σχέση με τον τρόπο που επηρεάζουν τη φροντίδα του αρρώστου. Όλες οι υπάρχουσες οικογενειακές δυνατότητες και τα υποστηρικτικά δίκτυα χρησιμοποιούνται για την καλύτερη φροντίδα στο σπίτι. Όσο περισσότερο μαθαίνει ο νοσηλευτής για τον άρρωστο και την οικογένεια του, τόσο πιο πολύ μαθαίνει ο ίδιος για τον εαυτό του. Επομένως, η εκπαιδευτική νοσηλευτική παρέμβαση αρχίζει από τη φάση της αξιολόγησης (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

## **2.Υπηρεσίες φροντίδας στην κοινότητα**

Ο νοσηλευτής που ασκεί κοινοτική νοσηλευτική παρέχει, άμεσα, υπηρεσίες σε μεμονωμένα άτομα για την αντιμετώπιση οξέων ή χρόνιων προβλημάτων υγείας τους προάγοντας παράλληλα την αυτοφροντίδα. Η φροντίδα παρέχεται στα πλαίσια της τοπικής κοινωνίας, είναι πολιτισμικά κατάλληλη και έχει οικογενειοκεντρικό χαρακτήρα. Η φιλοσοφία της κοινοτικής νοσηλευτικής βασίζεται στην παροχή φροντίδας υγείας στα άτομα οπουδήποτε και αν βρίσκονται, δηλαδή στον χώρο όπου ζουν, εργάζονται, παίζουν, ασκούν τα θρησκευτικά τους καθήκοντα ή πηγαίνουν σχολείο. Ο ορισμός της κατ' οίκον φροντίδας δεν είναι εύκολη υπόθεση. Δεν αφορά μόνο την αντιμετώπιση της ασθένειας στο περιβάλλον του σπιτιού ή τη δημιουργία ενός νοσοκομειακού θαλάμου στο σπίτι του ασθενούς. Η κατ' οίκον φροντίδα ορίζεται σαν το σύνολο των υπηρεσιών που αποσκοπούν στην αποθεραπεία ατόμων με αναπηρία ή χρονίως πασχόντων που χρήζουν θεραπείας ή υποστήριξης προκειμένου να αποκτήσουν τη δυνατότητα να λειτουργούν αποτελεσματικά στο



περιβάλλον του σπιτιού. Η κατ' οίκον φροντίδα είναι κατάλληλη για ενηλίκους και παιδιά που διατρέχουν κίνδυνο κακοποίησης ή παραμέλησης, ή για οποιαδήποτε άτομα που χρειάζονται βραχυχρόνια ή μακροχρόνια βοήθεια την οποία δεν μπορούν να τους προσφέρουν τα μέλη της οικογένειας ή οι φίλοι (Lemone & Burke., 2007).

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές πρέπει να είναι πολυδύναμοι, ικανοί να ανταποκρίνονται σε πολλαπλούς ρόλους και λειτουργίες, να δημιουργούν το περιβάλλον εργασίας τους και να το οργανώνουν, να αποφασίζουν και να ενεργούν κατάλληλα για την εκπλήρωση των στόχων τους, χωρίς άμεση αναφορά σε κάποιον άλλον. Επισημαίνει επίσης ότι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της εργασίας τους είναι η προσφορά των υπηρεσιών τους στους πελάτες τους, ακόμη και όταν αυτοί δεν τις επιδιώκουν και ο ρόλος τους εστιάζει στη διδασκαλία, στην παρακίνηση και στη διευκόλυνση. Ο κύριος σκοπός τους θα πρέπει να είναι η ενδυνάμωση των ατόμων, οικογενειών και ομάδων, ώστε να αναγνωρίζουν τις ανάγκες τους και να αναλαμβάνουν με περισσότερη υπευθυνότητα την επίλυση προβλημάτων που αφορούν στην υγεία τους. Για την κατάλληλη και αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού είναι ανάγκη η Νοσηλευτική να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων για την υγεία σε όλα τα επίπεδα (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Γενικά, η Κοινοτική Νοσηλευτική ασχολείται με την (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012):

- Επίβλεψη του περιβάλλοντος της κοινότητας, καθώς και του οικογενειακού περιβάλλοντος, όπως επίβλεψη τροφίμων, ύδρευσης, αποχέτευσης, έλεγχος εντόμων, τρωκτικών κ.ά.
- Πρόληψη ασθένειας, αναπηρίας ή πρόωρου θανάτου. Πρόληψη μεταδοτικών νοσημάτων, ψυχικών νοσημάτων και διανοητικής καθυστέρησης, αλλεργιών, νεοπλασμάτων, κληρονομικών ή γενετικών καταστάσεων, διαταραχών συμπεριφοράς, αλκοολισμού, χρήσης ναρκωτικών, επαγγελματικών νοσημάτων και ατυχημάτων, κινδύνων μητρότητας, ανάπτυξης και διάπλασης, θεμάτων διατροφής και στοματικής υγείας κ.ά.

- Παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας και νοσηλείας μέσω ισομερούς κατανομής προσωπικού και πόρων, χρήσης νοσοκομείων ημέρας, αναρρωτηρίων, κέντρων αποκατάστασης, ξενόνων, οίκων ευγηρίας, γηροκομείων, κέντρων υγείας, παροχής κατ' οίκον νοσηλείας και συνεχιζόμενης παρακολούθησης ασθενών.
- Υγειονομική διαπαιδαγώγηση του κοινού και κινητοποίηση της κοινότητας για συμμετοχή στα θέματα υγείας.
- Συλλογή και διατήρηση στοιχείων και επιδημιολογική έρευνα.
- Συμμετοχή στον προγραμματισμό υπηρεσιών υγείας και αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών.
- Ανάπτυξη κοινοτικής νοσηλευτικής έρευνας και συμμετοχή σε διεπιστημονική έρευνα.
- Συμμετοχή στην εκπαίδευση προσωπικού υγείας.
- Διεπιστημονική συνεργασία στα πλαίσια της ομάδας ΠΦΥ, αλλά και των υπηρεσιών διασύνδεσης με άλλα επίπεδα και τομείς της φροντίδας υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

Για την πραγμάτωση των παραπάνω αρμοδιοτήτων και ευθυνών κρίνονται απαραίτητες οι εξής δραστηριότητες του κοινοτικού νοσηλευτή (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012):

- Παροχή σωματικής και ψυχολογικής φροντίδας σε περιπτώσεις ασθένειας ή και υγείας.
- Αξιολόγηση της κατάστασης υγείας, παροχή φροντίδας όπου ενδείκνυται σε περιπτώσεις ασθένειας ή ατυχήματος και καθοδήγηση.
- Πρόληψη ασθένειας και προαγωγή της υγείας.

- Ψυχολογική υποστήριξη του ατόμου/αρρώστου και του ετοιμοθάνατου, καθώς και της οικογένειας.
- Συμβουλευτική εργασία και βοήθεια για τη δημιουργία και διατήρηση υγιεινού περιβάλλοντος.
- Συμβουλευτική εργασία και συνεχιζόμενη βοήθεια αγωγής υγείας, απόκτηση υγιεινών συνηθειών ζωής, κατάλληλη διατροφή κ.λπ.
- Συμμετοχή και συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα για την εφαρμογή του θεραπευτικού προγράμματος.
- Συμβουλευτική εργασία και παροχή φροντίδας αποκατάστασης κατά το διάστημα και μετά από ατύχημα ή ψυχική νόσο.
- Συντονισμός παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και παρακίνηση των κατοίκων να τις χρησιμοποιούν όταν τις χρειάζονται.
- Επικοινωνία με τη νοσηλευτική και υγειονομική ομάδα, με το άτομο/άρρωστο, την οικογένεια και την κοινότητα.
- Συμβολή στην ανάπτυξη της επιστήμης και τέχνης της Νοσηλευτικής.
- Εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού.
- Ανάπτυξη ηγεσίας στη νοσηλευτική ομάδα και στην ομάδα υγείας.
- Συμμετοχή σε δραστηριότητες της κοινότητας για κινητοποίηση του πληθυσμού να ενδιαφερθεί για θέματα υγείας του.

Η κατ' οίκον φροντίδα περιλαμβάνει τις παρεχόμενες στο σπίτι υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες σε χρονίως πάσχοντες, άτομα με αναπηρία, ή ασθενείς που διανύουν την περίοδο της αποθεραπείας τους. Κατ' οίκον φροντίδα παρέχεται, συνήθως, όταν ένα άτομο χρίζει βοήθειας την οποία, όμως, αδυνατεί να προσφέρει η οικογένεια ή κάποιος φίλος (Lemone & Burke., 2007).

Οι ασθενείς στους οποίους παρέχονται υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας είναι (Lemone & Burke., 2007):

- Τα άτομα που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν λόγω ηλικίας, ασθένειας ή αναπηρίας.
- Οι ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, όπως η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, οι καρδιοπάθειες, οι νεφροπάθειες, τα αναπνευστικά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης ή οι νευρομυϊκές διαταραχές.
- Οι ασθενείς τελικού σταδίου που επιθυμούν να καταλήξουν χωρίς πόνο και με αξιοπρέπεια στο σπίτι τους.
- Οι ασθενείς που δεν χρειάζονται νοσηλευτική φροντίδα στο νοσοκομείο ή σε κάποιο ίδρυμα αλλά απλά πρόσθετη βοήθεια.
- Οι ασθενείς που χρειάζονται βραχυχρόνια βοήθεια στο σπίτι κατά τη μετεγχειρητική περίοδο.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στο σπίτι είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν φροντίδα από επαγγελματίες νοσηλευτές, βοηθούς κατ' οίκον φροντίδας, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, εργασιοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και υπηρεσίες σίτισης. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο σπίτι βρίσκονται υπό την επίβλεψη ιατρού και η φροντίδα τους εστιάζεται στη θεραπεία και την αποκατάσταση. Οι νοσηλευτές αυτοί προσφέρουν άμεση φροντίδα, επιβλέπουν άλλους επαγγελματίες υγείας, συντονίζουν τη φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή σε συνεργασία με τον ιατρό, αναλαμβάνουν τον ρόλο του συνηγόρου του ασθενούς και της οικογένειας, και καθοδηγούν τα μέλη της οικογένειας και τους φίλους της στο πώς να βοηθούν τον νοσηλευτή και στο πώς να φροντίζουν τον ασθενή όταν δεν θα χηρίζει πλέον επαγγελματικής φροντίδας (Lemone & Burke., 2007).

Η παρηγορητική φροντίδα είναι ειδική συνιστώσα της κατ' οίκον φροντίδας για την παροχή ιατρικής, νοσηλευτικής, κοινωνικής, ψυχολογικής και πνευματικής φροντίδας σε ασθενείς τελικού σταδίου και στις οικογένειες τους. Φιλοσοφία της παρηγορητικής φροντίδας είναι η ανακούφιση του πάσχοντος από τον πόνο και την

ταλαιπωρία, προκειμένου να καταλήξει με αξιοπρέπεια σε ένα άνετο και οικείο περιβάλλον. Οι νοσηλευτές με άδεια άσκησης επαγγέλματος, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ιατροί, οι εργασιοθεραπευτές και φυσικοθεραπευτές και οι εθελοντές παρέχουν φροντίδα (Lemone & Burke., 2007).

Η προσωρινή φροντίδα αποτελεί βραχεία ή περιοδική μορφή φροντίδας στο σπίτι, που παρέχεται συχνά από εθελοντές. Βασικός σκοπός των υπηρεσιών αυτών είναι να προσφέρουν στο άτομο που παρέχει φροντίδα (μέλος της οικογένειας ή φίλος), μια ανάπαυλα από την καθημερινή φροντίδα του ασθενούς. Η προσωρινή φροντίδα προσφέρει μεγάλη ανακούφιση από το βάρος της πολύωρης φροντίδας (Lemone & Burke., 2007).

Τα κοινοτικά κέντρα και οι κλινικές είναι δυνατόν να διευθύνονται από ιατρούς, υψηλόβαθμους νοσηλευτές σε συνεργασία με ιατρούς, ή υψηλόβαθμους νοσηλευτές που εργάζονται χωρίς την επίβλεψη ιατρού (ανάλογα με τους κρατικούς κανονισμούς). Αυτές οι υπηρεσίες υγείας είναι δυνατόν να εδρεύουν μέσα σε ένα νοσοκομείο, να αποτελούν μέρος των παρεχόμενων από το νοσοκομείο υπηρεσιών, αλλά να εδρεύουν σε άλλη περιοχή, ή να είναι αυτόνομες. Τα κέντρα υγείας και οι κλινικές παρέχουν ευρύ φάσμα υπηρεσιών και συχνά ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών που δεν έχουν πρόσβαση σε άλλες υπηρεσίες υγείας. Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει τους αστέγους, τους απόρους, άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών, τους ασθενείς με σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τα θύματα βίας ή κακοποίησης (Lemone & Burke., 2007).

Τα προγράμματα ημερήσιας φροντίδας, όπως είναι τα κέντρα υπερηλίκων, εδρεύουν συνήθως εκεί όπου συγκεντρώνονται άτομα για κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες ή για τη σίτιση τους. Τα προγράμματα αυτά διαφέρουν από κοινότητα σε κοινότητα. Προσφέρονται, επίσης, γεύματα σε χαμηλό κόστος (Lemone & Burke.,2007).

### **3. Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα**

#### **3.1 Ορισμός της κατ' οίκον φροντίδας**

Η κατ' οίκον φροντίδα είναι τόσο επαγγελματική όσο και τεχνική. Η επαγγελματική φροντίδα στο σπίτι παρέχεται από άτομα που ασκούν τη νοσηλευτική, έχοντας άδεια άσκησης επαγγέλματος, κατάρτιση και/ή ειδικά προσόντα. Οι

νοσηλευτές, οι θεραπευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι βοηθοί κατ' οίκον φροντίδας θεωρούνται επαγγελματίες παροχής φροντίδας υγείας. Οι παροχής τεχνικής φροντίδας εργάζονται για λογαριασμό επιχειρήσεων και έχουν ως κίνητρο την προώθηση προϊόντων. Κύριο μέλημα τους είναι η ικανοποίηση του ασθενούς, η επιτόπια παροχή υπηρεσιών, η ασφαλιστική αποζημίωση και τα κέρδη. Οι εταιρίες μη αναλώσιμου ιατρικού εξοπλισμού (επιχειρήσεις παροχής ιατρικού εξοπλισμού στο σπίτι) απασχολούν παροχής τεχνικής φροντίδας (Lemone & Burke., 2007).

Οι ρόλοι του νοσηλευτή κατ' οίκον φροντίδας είναι όμοιοι με εκείνους του επαγγελματία νοσηλευτή σε οποιαδήποτε υπηρεσία. Για τους ασθενείς που δέχονται φροντίδα στο σπίτι, ο νοσηλευτής παρέχει άμεση φροντίδα και επιπλέον ενεργεί ως συνήγορος του ασθενούς, εκπαιδευτής και συντονιστής των παρεχόμενων υπηρεσιών (Lemone & Burke., 2007).

### **3.2 Αντικειμενικοί σκοποί επίσκεψης του νοσηλευτή/τρια στο σπίτι**

Οι κυριότεροι αντικειμενικοί σκοποί της επίσκεψης στο σπίτι είναι οι ακόλουθοι (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012):

- Ανακάλυψη προβλημάτων υγείας που απασχολούν την οικογένεια. Συχνά, η αιτία για τη οποία ζητήθηκε η αρχική βοήθεια της υπηρεσίας αποδεικνύεται αφορμή για την ανεύρεση άλλων σοβαρότερων ζητημάτων. Πολλές φορές ο κοινοτικός νοσηλευτής αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα, όπως κοινωνικά, οικονομικά, ανεργίας, θέματα προσαρμογή ενός παιδιού στο σχολείο ή κάποιου μέλους της οικογένειας στην εργασία, προβλήματα υγείας και αντιμετώπισης υπερηλίκων ατόμων μέσα στο σπίτι, τα οποία σχετίζονται κι επηρεάζουν την υγεία και ευημερία της οικογένειας. Ακόμα, έχει μεγάλη σημασία ο τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων που ανακύπτουν από τις διάφορες οικογένειες ή τα άτομα. Ότι για μια οικογένεια αποτελεί αφορμή χαράς, για μια άλλη ίσως αποτελεί πρόβλημα.

- Βοήθεια ώστε η οικογένεια να παραδεχθεί και να αντιμετωπίσει τα προβλήματα της. Πολλές φορές οικογένειες έχουν προβλήματα, τα οποία όμως δεν αναγνωρίζουν ή αρνούνται την ύπαρξη τους, όπως προβλήματα κακής συμπεριφοράς, μη καλής προσαρμογής των παιδιών στο σχολείο, παρουσίας ψυχικής νόσου ή διανοητικής καθυστέρησης, αλκοολισμού κ.ά. Η αναγνώριση και παραδοχή του προβλήματος αποτελεί το πρώτο βήμα για τη λύση του.
- Εξασφάλιση υπηρεσιών τις οποίες χρειάζεται η οικογένεια αλλά δεν μπορεί να επιτύχει μόνη της, όπως τοποθέτηση ενός ηλικιωμένου ατόμου σε ίδρυμα όταν αυτό είναι αναγκαίο, εισαγωγή αρρώστου σε νοσοκομείο, φυσιοθεραπευτική κάλυψη κ.ά.
- Βοήθεια ώστε η παρακολουθούμενη οικογένεια ή το άτομο να αναπτύξουν ικανότητα αντιμετώπισης των προβλημάτων τους.

Η επιτυχία των προαναφερθέντων στόχων, προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή της οικογένειας και τη στενή συνεργασία του κοινοτικού νοσηλευτή με άλλους συναδέλφους και συνεργάτες της ομάδας υγείας, καθώς και με κοινοτικούς παράγοντες, γιατί καμιά από τις ενδεικνυόμενες και σύνθετες ενέργειες δεν μπορεί να επιτευχθεί μονομερώς. Επομένως, οι ενέργειες πρέπει να γίνονται «μαζί» με την οικογένεια παρά «για» την οικογένεια ή το άτομο. Τα μέλη της ομάδας αποτελούνται από τον κοινοτικό νοσηλευτή, τον επισκέπτη υγείας, το φυσιοθεραπευτή, το γιατρό, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, καθώς και τον οικιακό βοηθό για τις βαριές δουλειές του σπιτιού, όπου και όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

### **3.3 Η σημαντικότητα της επίσκεψης του κοινοτικού νοσηλευτή-τριας στο σπίτι**

Ένας τρόπος με τον οποίο επιτυγχάνονται οι υγειονομικοί και νοσηλευτικοί στόχοι, είναι οι επισκέψεις στο σπίτι. Είναι ίσως, ο αρχαιότερος τρόπος που

χρησιμοποιείται για την ανίχνευση της δυστυχίας, των αναγκών και των ποικίλων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν άτομα ή οικογένειες. Η πρακτική αυτή άρχισε με την εμφάνιση του Χριστιανισμού στους Αποστολικούς χρόνους, αναπτύχθηκε στους Βυζαντινούς και συνεχίζεται σήμερα κατά εξελικτικό τρόπο, ο οποίος προσαρμόζεται στις σύγχρονες κοινωνικές συνθήκες στηριζόμενος σε επιστημονικές βάσεις και ανταποκρινόμενος στις απαιτήσεις της σημερινής οικογένειας και κοινωνίας. Αν και η επίσκεψη στο σπίτι αποτελεί παραδοσιακή μέθοδο της Νοσηλευτικής, παραμένει απαραίτητη και θεωρείται ως η πλέον αποτελεσματική μέθοδος παροχής υπηρεσίας, τόσο στις μέρες μας όσο και μελλοντικά. Ιδιαίτερα μάλιστα όταν η επίσκεψη συνδυάζει και νοσηλεία στο σπίτι, όπου και όταν χρειάζεται (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Η επίσκεψη στο σπίτι δίνει τη δυνατότητα στον κοινοτικό νοσηλευτή να αντιληφτεί την πραγματική οικογενειακή κατάσταση και να σχηματίσει σαφή εικόνα των σχέσεων των μελών της, των συνθηκών διαβίωσης, των προβλημάτων, των συνθηκών υγείας, διατροφής κ.ά. Επίσης τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται μεγαλύτερη άνεση να συζητήσουν θέματα και προβλήματα, γιατί διαπιστώνουν ότι η ώρα αυτή είναι δική τους και η επίσκεψη έγινε γι' αυτούς. Με την επαφή αυτή, η οικογένεια αποκτά εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγείας και στο έργο της Νοσηλευτικής, τα δε μέλη της οικογένειας ενισχύονται από την παρουσία του κοινοτικού νοσηλευτή στο σπίτι τους. Η επίσκεψη στο σπίτι δίνει την ευκαιρία στον κοινοτικό νοσηλευτή να ανιχνεύσει τα νέα προβλήματα υγείας και ανάγκες της οικογένειας, που πιθανώς να μη γίνονται αντιληπτά με άλλο τρόπο. Τέλος, η επίσκεψη στο σπίτι, ως μέθοδος επικοινωνίας, είναι η πιο προσωπική και εξατομικευμένη (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Κατά την επίσκεψη, ο κοινοτικός νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις προσωπικές του ικανότητες. Δεν υπάρχει κάποια απόλυτη μέθοδος, γιατί κάθε οικογένεια και άτομο χρειάζεται ιδιαίτερη προσέγγιση. Είναι ωστόσο απαραίτητα ορισμένα προσόντα, που ασφαλώς αποκτώνται με την εκπαίδευση και την εμπειρία αλλά και με την προσωπική καλλιέργεια, όπως ταχεία αντίληψη, ικανή διαίσθηση, έκδηλη ευγένεια, και χωρίς τα οποία ο κοινοτικός νοσηλευτής θα παραμένει πάντα αδέξιος, έστω κι αν διαθέτει την αρτιότερη επιστημονική κατάρτιση. Η προσέγγιση γίνεται με λεπτό και διακριτικό τρόπο, για να επηρεάσει θετικά την οικογένεια. Είναι ανάγκη να δημιουργηθεί κλίμα ευνοϊκό και σ' αυτό συντελούν πολλοί παράγοντες, ιδιαίτερα



όμως το γνήσιο ενδιαφέρον του κοινοτικού νοσηλευτή προς την οικογένεια (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012).

Ο κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να προσφέρει τις ακόλουθες υπηρεσίες, με βάση πάντα τις ανάγκες της οικογένειας (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Σουρτζή., 2012):

- Ατομική υγιεινή και διδασκαλία ατομικής καθαριότητας.
- Αγωγή υγείας και διαπαιδαγώγηση για υγιεινές συνήθειες ζωής (διατροφή, ανάπαυση, ψυχαγωγία, διακοπή καπνίσματος και αποφυγή κατάχρησης αλκοόλ).
- Ηθική υποστήριξη.
- Γνωστοποίηση διαθέσιμων κοινωνικών πηγών και πόρων για την υγεία στην κοινότητα, ώστε η οικογένεια να μπορεί να τα χρησιμοποιεί όταν τα χρειάζεται, όπως υπηρεσίες που προσφέρει το Κέντρο Υγείας, δωρεάν ιατρική και νοσηλευτική παρακολούθηση, εμβολιασμούς, παροχή γάλακτος στα παιδιά κ.ά.
- Νοσηλεία στο σπίτι, αν χρειάζεται.
- Εισαγωγή χρονίως πασχόντων και υπερηλίκων μελών της οικογένειας σε κατάλληλα ιδρύματα, αν υπάρχει απόλυτη ένδειξη.
- Παρακολούθηση οργανωμένων μαθημάτων για νεαρές μητέρες σχετικά με τον τρόπο περιποίησης νεογνών και για άλλα θέματα υγείας στο Κέντρο Υγείας ή σε άλλα κοινοτικά ιδρύματα, καθώς και σεμιναρίων για νοσηλεία στο σπίτι, που διοργανώνει ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ή η Ενορία κ.λπ.

### **3.4 Η σημαντικότητα του κοινοτικού νοσηλευτή/τρια στην εκπαίδευση ασθενών στην κατ' οίκον νοσηλεία.**

Η εκπαίδευση ασθενών και κυρίως αυτών με χρόνια νοσήματα αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της σωστής θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η αποδοχή από τον ασθενή των αλλαγών που απαιτούνται στον τρόπο ζωής του είναι ευκολότερη εφόσον αυτός έχει κατανοήσει τη φύση της ασθένειας, τη σοβαρότητα της κατάστασής του και του ρόλου που διαδραματίζει η σωστή συνεργασία με τους λειτουργούς υγείας. Η κατ' οίκον εκπαίδευση των ασθενών με χρόνια νοσήματα στο φυσικό τους χώρο, χωρίς τις εντάσεις του νοσοκομείου, φαίνεται πως προσφέρει πολλά στην ποιότητα ζωής του ατόμου και στην μείωση των επανεισαγωγών τους στο νοσοκομείο (Φουντούκη & Θεοφανίδης., 2012).

Σε μία έρευνα ενός ειδικού κέντρου στην κατ' οίκον φροντίδα, σχετικά με την εκπαίδευση των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, διαπιστώθηκε ότι στη μεγαλύτερη πλειοψηφία των αρρώστων (84%), γινόταν εκπαίδευση σχετικά με τη δίαιτα χαμηλή σε νάτριο στο 76% των αρρώστων γινόταν εκπαίδευση σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή, στο 60% για σημεία και συμπτώματα και στο 52% για την καθημερινή δραστηριότητα (Φουντούκη & Θεοφανίδης., 2012).

Πιο συγκεκριμένα, ο ασθενής θα πρέπει να αποκτήσει γνώσεις που αφορούν (Φουντούκη & Θεοφανίδης., 2012):

- Την παθοφυσιολογία της πάθησης.
- Την αντιμετώπισή της.
- Τα συμπτώματα.
- Την διατροφή αν σχετίζεται με την ασθένειά του.
- Την καθημερινή του δραστηριότητα.
- Τη φαρμακευτική θεραπεία.
- Την προσαρμογή σε ψυχολογικούς παράγοντες

Η κατανόηση και συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες αποτελεί δείκτη επιτυχούς εκπαιδευτικής παρέμβασης. Πολλές φορές η προφορική επικοινωνία του ασθενή με τον ιατρό του χαρακτηρίζεται ελλιπής και μη αποτελεσματική. Σαν αιτίες προβάλλονται η βιασύνη του να εξετάσει όλους τους ασθενείς, η χρήση μη κατανοητής ιατρικής ορολογίας και η έλλειψη ικανοτήτων επικοινωνίας. Οι μισοί σχεδόν άρρωστοι φεύγουν από τον ιατρό τους απογοητευμένοι με την αίσθηση ότι δεν έχουν κατανοήσει όλα όσα τους είπε, οπότε και εύκολα τα ξεχνούν. Το γεγονός αυτό καθιστά απαραίτητη την παρέμβαση του νοσηλευτή, ο οποίος σχεδιάζει το πρόγραμμα εκπαίδευσης ανάλογα με την πάθηση και την αξιολόγηση ασθενούς και της οικογένειας (Φουντούκη & Θεοφανίδης., 2012).

Για παράδειγμα, τα πλεονεκτήματα της εκπαίδευσης στο σπίτι των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη είναι τα εξής (Φουντούκη & Θεοφανίδης., 2012):

- Η εκπαίδευση γίνεται σε χώρο οικείο, μέσα στην ασφάλεια και σταθερότητα που παρέχει στον άρρωστο το δικό του περιβάλλον. Νιώθει πως κυριαρχεί στο χώρο και είναι πιο ήρεμος, σε αντίθεση με το χώρο του νοσοκομείου στον οποίο πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές αρτηριακής πίεσης.
- Ο νοσηλευτής έχει τη δυνατότητα να κατανοήσει καλύτερα κάποιες οικογενειακές καταστάσεις και να εντοπίσει τις αιτίες των προβλημάτων.
- Ο νοσηλευτής εκπαιδεύει, όχι μόνον τον ασθενή αλλά και ολόκληρη την οικογένεια, κάτι που είναι αδύνατο να πραγματοποιηθεί στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.
- Οι επισκέψεις και η διδασκαλία στο σπίτι είναι σωτήριες για ηλικιωμένους ασθενείς οι οποίοι, λόγω των προβλημάτων τους δεν μπορούν να προσέλθουν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ή να επισκεφτούν έναν ιδιώτη ιατρό.
- Η εκπαίδευση στο σπίτι του αρρώστου, παράλληλα με την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας αποτελούν στην ουσία το περιεχόμενο της νοσηλείας κατ' οίκον. Ο νοσηλευτής, αναλαμβάνοντας προσωπικά τον άρρωστο,

λαμβάνει ανατροφοδότηση και ηθική πλήρωση παρακολουθώντας τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής του, αξιολογώντας παράλληλα και την αποτελεσματικότητα του δικού του έργου.

### **3.5 Κατ' οίκον φροντίδα κοινοτικού νοσηλευτή/τρια σε γηριατρικούς ασθενείς**

Η γήρανση είναι η προοδευτική δυσάρεστη απώλεια της ικανότητας προσαρμογής και μείωσης του προσδόκιμου ζωής με το πέρασμα του χρόνου, η οποία μεταφράζεται σε μείωση της βιωσιμότητας και αύξηση της ευπάθειας. Με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται μια σταδιακή επιδείνωση των φυσιολογικών λειτουργιών, με κύριο χαρακτηριστικό την έκπτωση των μηχανισμών προσαρμογής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή της κλινικής εικόνας με την οποία παρουσιάζονται τα διάφορα νοσήματα. Παράλληλα, επέρχονται σημαντικές αλλαγές και στον κοινωνικό ρόλο των ηλικιωμένων, με τη διακοπή της εργασίας, την απόσυρση από την οικονομική δραστηριότητα, τον περιορισμό των κοινωνικών επαφών και την εξάρτηση τους από τα άτομα που τους φροντίζουν. Στο πλαίσιο αυτών των αλλαγών, η λειτουργική αυτονομία και η ποιότητα ζωής είναι οι δύο σημαντικότεροι στόχοι για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επίπεδου υγείας. Η αυτονομία και η ποιότητα ζωής απειλούνται από τη σύνθετη και πολύπλοκη παθολογία της τρίτης ηλικίας, η οποία χαρακτηρίζεται από τη σημαντική αύξηση του επιπολασμού των νοσημάτων φθοράς, τη μεγάλη συννοσηρότητα, την αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας, και την κατανάλωση φαρμάκων (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αδαμακίδου., 2014).

Η γήρανση είναι μια εξελικτική, υγιής και μη αναστρέψιμη διαδικασία. Φυσικά δεν είναι ασθένεια. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός στην παρατήρηση, την επίβλεψη και έμπρακτη βοήθεια για τη διατήρηση της λειτουργικότητας, την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας ή της αναπηρίας, και γενικότερα την προαγωγή της ανεξαρτησίας. Είναι σημαντικό να διατηρείται η συνέχεια και ο συντονισμός στην παρεχόμενη φροντίδα. Υπάρχουν πολλές διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις για την προσφορά κατ' οίκον φροντίδας στους ηλικιωμένους, με επικρατέστερες τη θεωρία των γενικών συστημάτων και τη θεωρία της διατήρησης της ευεξίας και της υγείας. Ο σκοπός της

νοσηλευτικής φροντίδας είναι να εξασφαλίσει τη συνέχεια στη φροντίδα να προαγάγει την αποτελεσματική επικοινωνία του ηλικιωμένου με την οικογένεια του, τον φροντιστή, το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και να διατηρήσει την ανεξαρτησία του παραμένοντας στο σπίτι του. Ο νοσηλευτής κατ' οίκον λειτουργεί σε πολλά διαφορετικά επίπεδα και παρέχοντας υπηρεσίες, όπως η παρακολούθηση της κατάστασης υγείας, η διδασκαλία και συμβουλευτική, η αξιολόγηση της ασφάλειας και της φαρμακοθεραπείας, και διενεργώντας με επιδεξιότητα εξειδικευμένες παρεμβάσεις. Οι στόχοι που θέτει σε κάθε επίσκεψη πρέπει να είναι ρεαλιστικοί, εξατομικευμένοι και μετρήσιμοι. Διακρίνονται οι εσωτερικοί (φυσιολογικές αλλαγές, ψυχοπνευματικοί παράγοντες, τρόπος ζωής) και οι εξωτερικοί παράγοντες (περιβαλλοντικοί παράγοντες, αλλαγές στους ρόλους, το σύστημα της οικογένειας, ο φροντιστής) που επηρεάζουν αλλά και επηρεάζονται από τη διαδικασία της γήρανσης. Θα ακολουθήσει αναλυτική αναφορά σε κάθε έναν από αυτούς καθώς και στον ρόλο του κατ' οίκον νοσηλευτή (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αδαμακίδου., 2014).

Στη μελέτη της γήρανσης δεν υπάρχει μία μόνο θεωρητική προσέγγιση, που θα μπορούσε να εφαρμοστεί παγκοσμίως. Η βιολογική άποψη για τη γήρανση έχει επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τη σχετική έρευνα. Η θεωρία του οξειδωτικού στρες, που είναι γνωστή και ως θεωρία των ελεύθερων ριζών, συζητήθηκε για πρώτη φορά από τον Harman (1956) και αναπτύχθηκε μεταγενέστερα, υποστηρίζει ότι οι ελεύθερες ρίζες αποτελούν την κεντρική αιτία πρόκλησης αλλαγών, σε επίπεδο ιστικό, κυτταρικό και υποκυτταρικό. Σε κοινωνικό επίπεδο, οι θεωρίες που κυριαρχούν είναι η θεωρία της δραστηριότητας και η θεωρία της αποσύνδεσης. Ο Havighurst (1963), ανέπτυξε τη θεωρία της δραστηριότητας, σύμφωνα με την οποία η προσαρμογή είναι καλύτερη για τα άτομα που δέχονται τη γήρανση ως μια φυσική διαδικασία και παραμένουν ενεργά όσο και όταν ήταν μεσήλικες. Οι Cumming και Henry (1961), ανέπτυξαν τη θεωρία της αποσύνδεσης και κατά τους οποίους ο αποτελεσματικός τρόπος γήρανσης μπορεί να επιτευχθεί με τη σταδιακή και όχι απότομη απώλεια των κοινωνικών ρόλων και των κοινωνικών σχέσεων, γεγονός που διευκολύνει την ομαλή παράδοση της εξουσίας στις νεαρές ηλικίες, όσο πιο ανώδυνα γίνεται, ώστε να μη διαρραγεί η ενότητα του κοινωνικού συνόλου. Οι θεωρίες της δραστηριότητας και αποσύνδεσης ανήκουν στις λειτουργικές θεωρίες και στηρίζονται στην υπόθεση, ότι η κοινωνία είναι ένα σύστημα που βρίσκεται σε ισορροπία και η αποσύνδεση είναι μέρος της ισορροπίας αυτής. Οι ψυχοδυναμικές θεωρίες της γήρανσης έχουν την

καταβολή τους στις εργασίες του Freud (1856-1939), και ενσωματώνουν τις θεωρίες που δίνουν έμφαση στις διεργασίες της αλλαγής και της ανάπτυξης, με τα ορμέμφυτα και το ασυνείδητο να κατέχουν σημαντική θέση στην ανάπτυξη της προσωπικότητας και τη συνακόλουθη ανάπτυξη του Εαυτού. Ο Freud, θεωρούσε ότι η ανάπτυξη στην όψιμη περίοδο της ζωής είναι παρόμοια με εκείνη της παιδικής ηλικίας. Η προσέγγιση του γήρατος από την οπτική της πολιτικής οικονομίας συνάδει με την αποχώρηση από την αγορά εργασίας και τον θεσμό της συνταξιοδότησης (Σταύρου & Ζυγά., 2014).

Βασικές νοσηλευτικές διαγνώσεις στην κατ' οίκον φροντίδα ηλικιωμένου ασθενούς (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου & Αδαμακίδου., 2014):

- Διαταραχή επίγνωσης των ικανοτήτων και δυνατοτήτων
- Μεταβολή της γνωστικής λειτουργίας
- Διαταραχές της κινητικότητας
- Αυξημένος κίνδυνος δερματικής βλάβης
- Μεταβολή της άνεσης
- Διαταραχές οικογενειακών σχέσεων
- Έλλειμμα αυτοφροντίδας
- Διαταραχή του ύπνου, της ούρησης, της κένωσης του εντέρου
- Αναποτελεσματική αναπνευστική λειτουργία
- Πιθανότητα μη συμμόρφωσης με την ενδεικνυόμενη θεραπευτική αγωγή
- Αισθητικές διαταραχές/διαταραχές αντίληψης (αισθητικές, οπτικές, ακουστικές, οσφρητικές, γευστικές)
- Αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης ελλείμματος όγκου υγρών
- Διαταραχή της θρέψης
- Κοινωνική απομόνωση

Οι καθημερινές δραστηριότητες των ηλικιωμένων, διακρίνονται στις βασικές και στις υψηλού επιπέδου. Οι βασικές περιλαμβάνουν τη σίτιση, την ένδυση, την προσωπική υγιεινή, τη χρήση της τουαλέτας, τον έλεγχο των σφικτήρων και την κινητικότητα. Οι υψηλού επιπέδου καθημερινές δραστηριότητες αφορούν την έξοδο για ψώνια, την παρασκευή φαγητού, την καθαριότητα του σπιτιού, το πλύσιμο των ρούχων την έξοδο από το σπίτι για αναψυχή, τη χρήση συγκοινωνιών, τη δυνατότητα συμμόρφωσης με φαρμακευτική αγωγή και τη διαχείριση χρημάτων. Η μειωμένη ικανότητα εκτέλεσης τόσο των βασικών όσο και των υψηλού επιπέδου δραστηριοτήτων συνδέονται με αυξημένη θνησιμότητα από κάθε αίτιο, αναπνευστικά νοσήματα και γήρας. Ωστόσο, η μειωμένη ικανότητα εκτέλεσης των υψηλού επιπέδου δραστηριοτήτων αποτελεί ισχυρότερο δείκτη θνησιμότητας και κακής έκβασης (Κοντοπούλου., 2014).

Οι ηλικιωμένοι της κοινότητας λαμβάνουν κατά μέσο όρο 2.8 - 5.0 φάρμακα. Ως πολυφαρμακία ορίζεται η χρήση περισσότερων από 3 ή 4 φάρμακα. Λόγω οργανικών μεταβολών συνεπεία του γήρατος και των φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ των διαφόρων φαρμάκων οι ηλικιωμένοι βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο φαρμακευτικών ανεπιθύμητων ενεργειών. Ως ακατάλληλη συνταγογράφηση ορίζεται εκείνη κατά την οποία οι κίνδυνοι υπερτερούν έναντι του οφέλους ή η αναποτελεσματική συνταγογράφηση. Ο επιπολασμός της ακατάλληλης συνταγογράφησης υπολογίζεται ότι κυμαίνεται από 18 - 42% στην κοινότητα. Η εύκολη πρόσβαση στα φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή και η διαθεσιμότητα τους στην τοπική αγορά αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην ακατάλληλη συνταγογράφηση. Προβλήματα σχετιζόμενα με φάρμακα είναι συχνά στους ηλικιωμένους και συνεπάγονται εκσεσημασμένη θνησιμότητα καθώς και αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Κοντοπούλου., 2014).

Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν τόσο αυξημένη συχνότητα όσο και αυξημένο ποσοστό τραυματισμών από πτώσεις και η σοβαρότητα των επιπλοκών που συνδέονται με την πτώση αυξάνεται σταθερά μετά την ηλικία των 65. Η θνησιμότητα λόγω πτώσεων αυξάνει δραματικά με την αύξηση της ηλικίας και στα δύο φύλα, με τις πτώσεις να αποτελούν την έκτη αιτία θανάτου στα άτομα 65 ετών και πάνω. Μία στις δέκα πτώσεις οδηγεί σε τραυματισμούς, όπως κάταγμα ισχίου, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, σοβαρές κακώσεις μαλακών μορίων και κακώσεις της κεφαλής. Οι παράγοντες κινδύνου για πτώσεις σε ηλικιωμένους μπορούν να ταξινομηθούν σε εγγενείς και εξωτερικούς. Οι εγγενείς περιλαμβάνουν την ελαττωμένη φυσική

δραστηριότητα, την άνοια, την κατάθλιψη, τις διαταραχές όρασης, αισθητηριακές και μυϊκές διαταραχές των κάτω άκρων, προηγούμενο αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, ζάλη, διαταραχές ισορροπίας και βάδισης και ηλικία μεγαλύτερη των 80 ετών. Οι εξωτερικοί περιλαμβάνουν περιβαλλοντικούς παράγοντες όπως σκάλες και εμπόδια που μπορούν να προκαλέσουν πτώσεις (Τζουρμπάκης & Σπανός., 2011).

Τα πιο συχνά κατάγματα σε ηλικιωμένους ασθενείς που είναι και η αιτία των περισσότερων θανάτων από πτώση είναι τα κατάγματα της περιοχής του ισχίου. Οι γηριατρικοί ασθενείς με κατάγματα αντιμετωπίζονται συνήθως σε ορθοπαιδικές κλινικές από τη στιγμή της εισαγωγής στο νοσοκομείο μέχρι και την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Οι ασθενείς αυτοί όμως εμφανίζουν πολλά συνοδά νοσήματα που και θα ήταν ιδανικό η αντιμετώπιση τους να γίνεται σε συνεργασία με γηιάτρους (Τζουρμπάκης & Σπανός., 2011).

Οποιαδήποτε οξεία νόσος, όπως μία λοίμωξη, επιβαρύνει τον ήδη εξασθενημένο οργανισμό των ηλικιωμένων και τους οδηγεί σε μειωμένη κινητικότητα ή και ακινητοποίηση με επακόλουθο την απώλεια της ανεξαρτησίας τους. Ως ακινητοποίηση ορίζεται η απώλεια της δυνατότητας κινητοποίησης που πρακτικά ισοδυναμεί με περισσότερες από τρεις ημέρες παραμονής στην κλίνη ή αδυναμία βάδισης. Κύριοι παράγοντες κινδύνου για ακινητοποίηση αποτελούν οι μυοσκελετικές διαταραχές (αρθρίτιδα, οστεοπόρωση, κατάγματα), οι νευρολογικές παθήσεις (αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος Πάρκινσον), οι καρδιαγγειακές παθήσεις (βαριά συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, στεφανιαία νόσος, περιφερική αγγειοπάθεια), οι πνευμονικές παθήσεις (βαριά χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια), τα ψυχικά νοσήματα (φοβίες, κατάθλιψη), ο οξύς ή χρόνιος πόνος, ο υποσιτισμός, βαριά συστηματική νόσος, παρενέργειες φαρμάκων και τέλος περιβαλλοντικοί παράγοντες (υποχρεωτική ακινητοποίηση στο νοσοκομείο ή σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, ανεπαρκείς υποστηρικτικές δομές για κινητοποίηση). Οι συνέπειες της ακινητοποίησης αφορούν όλα σχεδόν τα συστήματα του οργανισμού, από το μυοσκελετικό εμφανίζεται οστεοπόρωση και μυϊκή ατροφία, από τους πνεύμονες ατελεκτασία, πνευμονία εξ εισροφήσεως και πνευμονική εμβολή, από τα άκρα θρομβώσεις και έλκη εκ πίεσεως, από το γαστρεντερικό γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, μειωμένη εντερική κινητικότητα και δυσκοιλιότητα, από το ουροποιητικό ανεπαρκής κένωση της ουροδόχου κύστης και ουρολοιμώξεις (Κοντοπούλου., 2014).



Στον αναπτυγμένο κόσμο ο υποσιτισμός εμφανίζεται κυρίως στους ηλικιωμένους. Παρατηρείται στο 5-10% των ηλικιωμένων στους οίκους ευγηρίας και στο 50% μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα του υποσιτισμού είναι ποικίλα και συχνά καταστροφικά για τους ηλικιωμένους. Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι όταν οι ηλικιωμένοι χάνουν βάρος, διπλασιάζουν τον κίνδυνο θανάτου, ακόμη και αν είναι υπέρβαροι ή έχουν νοσήματα που συνδέονται με την παχυσαρκία, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Η απώλεια βάρους αυξάνει την πιθανότητα, πτώσεων, κατάγματος ισχίου και εισαγωγής του ηλικιωμένου σε δομές χρόνιας φροντίδας λόγω απώλειας μυϊκής και οστικής μάζας. Η απώλεια λίπους αυξάνει την τοξικότητα των λιποδιαλυτών φαρμάκων και μειώνει την αλβουμίνη με ανάλογα αποτελέσματα σε φάρμακα που είναι συζευγμένα με πρωτεΐνες. Συχνά η απώλεια βάρους αποτελεί ένδειξη σοβαρού νοσήματος, το οποίο, αν αποκαλυφθεί έγκαιρα, μπορεί να αντιμετωπιστεί κατάλληλα. Τα κύρια αίτια απώλειας βάρους στους ηλικιωμένους είναι έξι: η ανορεξία, η καχεξία, η δυσαπορρόφηση, ο αυξημένος μεταβολισμός, η αφυδάτωση και η σαρκοπενία (Κοντοπούλου., 2014).

Οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο ευπαθείς στις λοιμώξεις λόγω έκπτωσης του ανοσοποιητικού συστήματος, που οφείλεται σε μειωμένη κυτταρική ανοσία - όπως φαίνεται από την αύξηση της ανεργίας-, μειωμένο λεμφοκυτταρικό πολλαπλασιασμό και μειωμένη λειτουργικότητα των T- βοηθητικών και B λεμφοκυττάρων. Οι λοιμώξεις του αναπνευστικού αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου και απώλειας της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Οι τελευταίες απαντώνται συχνά στους ηλικιωμένους για τους προαναφερθέντες λόγους αλλά και λόγω μείωσης του αντανεκαστικού του βήχα και της λειτουργικότητας του βλεννοκροσσωτού επιθηλίου των βρόγχων. Η πνευμονία είναι το κύριο αίτιο θανάτου και κακής ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους. Τα ποσοστά θνητότητας της διεισδυτικής νόσου φθάνουν στο 40% σε άτομα άνω των 85 και στο 20% σε κείνα άνω των 65. Η καθυστέρηση στη διάγνωση λόγω μη ειδικών σημείων και συμπτωμάτων στους ηλικιωμένους επιβάλλει την έγκαιρη προφύλαξη από τη νόσο (Κοντοπούλου., 2014).

Η γρίπη είναι συχνή και ο επιπολασμός της φθάνει στο 5-20% κατ' έτος με υψηλά ποσοστά θνητότητας στους ηλικιωμένους. Ο αντιγριπικός εμβολιασμός είναι επιβεβλημένος για όλους ανεξαρτήτως τους ηλικιωμένους άνω των 60 ετών που θεωρούνται ομάδα υψηλού κινδύνου, είτε ζουν στην κοινότητα είτε σε δομές χρόνιας φροντίδας, είτε πάσχουν από χρόνια νόσο. Η διάρκεια προστασίας είναι ένα έτος. Τα

ιατρικά πλεονεκτήματα του αντιγριπικού εμβολιασμού περιλαμβάνουν ελάττωση της επίπτωσης των επιπλοκών της γρίπης -όπως της πνευμονίας-, ελάττωση της νοσηλείας λόγω αναπνευστικών λοιμώξεων ή λόγω παρόξυνσης άλλων χρονίων νοσημάτων. Τα οικονομικά πλεονεκτήματα περιλαμβάνουν μείωση του κόστους αφενός του νοσοκομειακού και αφετέρου του εξωνοσοκομειακού. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τα ποσοστά θνητότητας στους ηλικιωμένους της κοινότητας μετά τον εμβολιασμό μειώθηκαν στο 39-75%, ενώ στους διαμένοντες σε οίκους ευγηρίας στο 50%. Μία προοπτική μελέτη που έγινε στη Σουηδία για να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού με αντιγριπικό και αντιπνευμονιοκοκκικό εμβόλιο έδειξε μείωση της θνητότητας στο 62% και της ανάγκης για νοσηλεία στο 69% κατά τα έτη 2003-2005 στις ηλικιακές ομάδες 65-74 και άνω των 80 (Κοντοπούλου., 2014).

Η γεροντική αδυναμία καθορίζεται από την παρουσία τρία από τα ακόλουθα πέντε κριτήρια, απώλεια βάρους χωρίς πρόθεση, υποκειμενικό αίσθημα εξάντλησης, αργό βάδισμα, μυϊκή αδυναμία και μειωμένη φυσική δραστηριότητα. Συνοδεύεται από υψηλά ποσοστά θνησιμότητας και νοσηλείας σε νοσοκομεία (Κοντοπούλου., 2014).

Περίπου 10% των ατόμων άνω των 65 ετών εισάγονται στο νοσοκομείο κατ' έτος και οι νοσηλείες των αρρώστων αυτών ευθύνονται για τις μισές ημέρες του συνόλου των ημερών νοσηλείας σε νοσοκομείο. Οι πολλαπλές επανεισαγωγές των ηλικιωμένων αποτελούν μείζον πρόβλημα για τις δομές υγείας. Η ύπαρξη γηριατρικών συνδρόμων/καταστάσεων και χρονίων νοσημάτων ευθύνεται τις περισσότερες φορές για την ταχεία επιδείνωση μετά την έξοδο από το νοσοκομείο και την αυξημένη θνησιμότητα. Συχνά οι ηλικιωμένοι παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο ενώ ακόμη βρίσκονται σε φάση ανάρρωσης από τη νόσο και δεν έχουν ανακτήσει τη λειτουργικότητα τους. Προϋπάρχοντα χρόνια νοσήματα σε συνδυασμό με την πρόσφατη οξεία νόσο μπορεί να επιβαρύνουν ακόμη περισσότερο τη λειτουργική έκπτωση μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (Κοντοπούλου., 2014).

Η πτωχή ποιότητα ζωής έχει διπλή σημασία: είναι καθ' εαυτή μια αρνητική έκβαση της υγείας και μπορεί επίσης να προδικάσει την αρνητική αυτή έκβαση. Η μη ικανοποίηση από τη ζωή αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα θνησιμότητας. Το υποκειμενικό αίσθημα ικανοποίησης αντίθετα μπορεί να δράσει ως ρυθμιστής, μετριάζοντας τα αρνητικά αποτελέσματα των αντίξοων συγκυριών και

διευκολύνοντας την προσαρμογή στη διαδικασία της γήρανσης (Κοντοπούλου., 2014).

Οι μεγαλύτερης ηλικίας ενήλικες έχουν μια δυσανάλογα υψηλή επίπτωση κατάθλιψης. Η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στα νοσοκομεία και τα γηροκομεία. Παρόλο που τα σημεία και τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι σχετικά σταθερά καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, ορισμένα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Η απώλεια των εκτελεστικών λειτουργιών (συχνά ένα διαγνωστικό σημάδι για άνοια) περιλαμβάνει διαταραχές στο σχεδιασμό, την τοποθέτηση σε μια σειρά, την οργάνωση και την αφαίρεση. Μια τέτοια γνωσιακή διαταραχή μπορεί επίσης να είναι ένα σημάδι της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη αποστερεί από το άτομο την ικανοποίηση της ύστερης ζωής, εμποδίζει την ακεραιότητα του εγώ, και μπορεί να μειώσει ουσιαστικά το προσδόκιμο επιβίωσης. Οι ηλικιωμένοι έχουν την υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονίας από όποια άλλη ηλικιακή ομάδα, και ένα φάσμα σωματικών διαταραχών τις οποίες η κατάθλιψη κάνει πιο έντονες (Ρούπα και συν., 2009).

Από την άλλη πλευρά και το άγχος είναι σύνηθες σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και αυξάνεται σε συχνότητα με την πάροδο της ηλικίας. Οι προσαρμογές στις σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που συμβαίνουν καθώς ένα άτομο μεγαλώνει, προστίθενται στην ποικιλία των αιτιών του άγχους. Οι αγχώδεις αντιδράσεις στους ηλικιωμένους μπορούν να εκδηλώνονται ως σωματικά παράπονα, άκαμπτη σκέψη και συμπεριφορά, αϋπνία, κούραση, εχθρότητα, ανησυχία, σύγχυση και αυξημένη εξάρτηση. Οι φυσιολογικοί δείκτες άγχους περιλαμβάνουν την αυξημένη αρτηριακή πίεση, (αυξημένες) σφύξεις, αναπνοές, ψυχοκινητική ανησυχία, και αυξημένες κενώσεις (Ρούπα και συν., 2009).

### **3.6 Θεραπεία καρκίνου στην τρίτη ηλικία**

Η θεραπεία του καρκίνου στην τρίτη ηλικία αντιμετωπίζεται ως έξης (Αλεβιζόπουλος., 2011):

- Η χειρουργική θεραπεία είναι η πρώτη θεραπευτική επιλογή για την πλειονότητα των συμπαγών όγκων. Η έλλειψη δυνατότητας για ριζική χειρουργική θεραπεία συνδέεται πάντα με αυξημένη θνητότητα από την

κακοήθη νόσο, ανεξαρτήτου ηλικίας. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς φαίνεται να ωφελούνται από την χειρουργική θεραπεία, ακόμα και σε υψηλού κινδύνου επεμβάσεις, όπως δείχθηκε σε μελέτες όπου οι ηλικιωμένοι και οι νεότεροι είχαν παρόμοιο ποσοστό εκτομής της νόσου και αναστόμωσης, παρά την υψηλότερη επίπτωση μετεγχειρητικών καρδιοαναπνευστικών επιπλοκών

- Η ακτινοθεραπεία προτιμάται συχνά στους γηριατρικούς ασθενείς με στόχο την ίαση ή την ανακούφιση ως τη λιγότερο τοξική θεραπεία για τον έλεγχο τοπικοπεριοχικά της νεοπλασματικής νόσου. Νεότερες τεχνικές όπως η βραχυθεραπεία, και η διαχειρουργική ακτινοθεραπεία μπορεί να αποδειχθούν εξ ίσου αποτελεσματικές και με λιγότερη τοξικότητα στους ασθενείς της τρίτης ηλικίας. Από τις επιπλοκές της ακτινοθεραπείας οι ηλικιωμένοι είναι πιο επιρρεπείς σε ανάπτυξη βλεννογονίτιδας λόγω της μειωμένης εφεδρείας των αρχέγονων πολυδύναμων κυττάρων των βλεννογόνων. Για το λόγο αυτό η ακτινοθεραπεία αναπνευστικού και πεπτικού πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή και να λαμβάνεται ειδική φροντίδα για την πρόληψη και άμεση αντιμετώπιση της βλεννογονίτιδας και της πιθανής αφυδάτωσης. Ο τακτικός έλεγχος της θρεπτικής κατάστασης του ασθενούς επιβάλλεται και η αναγκαιότητα σίτισης, ακόμα και μέσω γαστροστομίας, προκειμένου να αποφευχθεί η απώλεια βάρους και η υπολευκωματιναιμία, πρέπει πάντοτε να εφαρμόζεται.
- Οι απόψεις για τις χορηγούμενες δοσολογίες των κυτταροτοξικών φαρμάκων στους ηλικιωμένους προκειμένου να διατηρηθεί η ισορροπία αποτελεσματικότητας τοξικότητας είναι διαφορούμενες. Οι γηριατρικοί ασθενείς με καλή φυσική κατάσταση χωρίς σημαντικά συνυπάρχοντα ιατρικά προβλήματα, που έχουν μεγάλες πιθανότητες να πετύχουν ίαση ή

παρατεταμένη ανακούφιση των συμπτωμάτων τους, σκόπιμο είναι να λάβουν πλήρεις δόσεις χημειοθεραπευτικών με στόχο το μεγαλύτερο θεραπευτικό όφελος. Όταν το αναμενόμενο αποτέλεσμα είναι απλώς ο μερικός έλεγχος της νόσου και η μικρής διάρκειας ανακούφιση των συμπτωμάτων στους γηριατρικούς ογκολογικούς ασθενείς δεν θα πρέπει κανείς να επιμένει στην αυξημένη έντασης χημειοθεραπεία. Καταληκτικά η τελική απόφαση για τη δόση των χορηγούμενων κυτταροτοξικών φαρμάκων πρέπει να βασίζεται σε μια ισορροπία μεταξύ της δυνατότητας ίασης, της σχέσης δόσης ανταπόκρισης, τη γενική φυσική κατάσταση τους ασθενούς και την πρόγνωση του.

## Γ ΜΕΡΟΣ

### 1. Ανάλυση των δεδομένων

Σύμφωνα με το van der Leeuw G (2016), ο πόνος που σχετίζεται με την ηλικία και τις χρόνιες παθήσεις, είναι ένα επαχθές πρόβλημα σε ηλικιωμένους και μπορεί επίσης να επηρεάσει τη γνωστική λειτουργία. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει τη σχέση μεταξύ της σοβαρότητας του πόνου και των παρεμβάσεων και της γνωστικής απόδοσης σε ενήλικες, μεγαλύτερης ηλικίας που ζουν στην κοινότητα.

Στην μελέτη συμμετείχαν 765 άτομα, με βάση τη Maintenance of Balance Independent Living Intellect and Zest (MOBILIZE) Boston Study, μια μελέτη βασισμένη σε πληθυσμό των ατόμων ηλικίας 70 ετών και άνω. Η σοβαρότητα του πόνου, μετρήθηκε χρησιμοποιώντας Brief Pain Inventory subscales. Η νευροψυχολογική κατάσταση μετρήθηκε, σε σχέση με την επάρκεια προσοχής (Trail Making Test A, WORLD Test), την εκτελεστική λειτουργικότητα (Trail Making Test B and Delta, Clock-in-a-Box, Letter Fluency), τη μνήμη (Hopkins Verbal Learning Test), και με μια σφαιρική εκτίμηση της λειτουργικότητας. Χρησιμοποιήθηκαν πολυπαραγοντικά γραμμικά μοντέλα παλινδρόμησης, για να αναλύσουν τη σχέση μεταξύ του πόνου και της γνωστικής λειτουργίας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι, οι ηλικιωμένοι με πιο έντονο πόνο ή με περισσότερες παρεμβάσεις έναντι του πόνου, είχαν χειρότερες επιδόσεις στα τεστ μνήμης και της εκτελεστικής λειτουργίας σε σύγκριση με ηλικιωμένους με καθόλου ή λιγότερο πόνο. Πρόσθετη προσαρμογή για χρόνιες καταστάσεις, συμπεριφορές και ψυχιατρικά φάρμακα, οδήγησε σε εξασθένηση πολλών παρατηρούμενων λειτουργικών παραγόντων. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ των παρεμβάσεων κατά του πόνου και της γενικής γνωστικής λειτουργίας παρουσίασαν, άμεση συσχέτιση.

Τα ευρήματά της συγκεκριμένης έρευνας, υπογραμμίζουν την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση, για να κατανοήσουμε πώς ο χρόνιος πόνος μπορεί να συμβάλει στην έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών και να καθορίσει τις στρατηγικές που μπορούν να βοηθήσουν στην πρόληψη ή τη διαχείριση αυτών των πιθανών συνεπειών του πόνου, στη γνωστική λειτουργία σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.

Στην ερευνά τους οι Stubbs et al., (2015), είχαν ως στόχο να προσδιοριστεί αν ο μυοσκελετικός πόνος (σοβαρότητα του πόνου και ο αριθμός των χρόνιων πασχόντων περιοχών, απλός πόνος ή πόνος σε πολλά σημεία), συνδέεται με το επίπεδο ισορροπίας.

Δέκα περιοχές της κοινότητας στο Ηνωμένο Βασίλειο, πέντε κέντρα ημέρας, δύο προστατευόμενα προγράμματα στέγασης και τρία κοινά «κλαμπ», συμμετείχαν με διακόσια ογδόντα εννέα ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας στην κοινότητα [ποσοστό ανταπόκρισης 72%, μέση ηλικία 78 (τυπική απόκλιση 8) ετών, το 67% γυναίκες], χρησιμοποιήθηκαν για τη μελέτη. Τα κριτήρια επιλεξιμότητας ήταν τα εξής, να ζουν στην κοινότητα, να έχουν ηλικία  $\geq 60$  ετών, να είναι σε θέση να περπατήσουν  $\geq 10m$ , να είναι σε θέση να επικοινωνούν στα αγγλικά και να μην πάσχουν από γνωστικές (π.χ. άνοια), νευρολογικές ή ψυχικές παθήσεις υγείας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, εκατόν πενήντα συμμετέχοντες είχαν τουλάχιστον ένα σημείο με χρόνια μυοσκελετικό πόνο (52%) και οι υπόλοιποι 139 (48%) συμμετέχοντες δεν ανέφεραν χρόνια μυοσκελετικό πόνο. Οι ηλικιωμένοι με χρόνια μυοσκελετικό πόνο είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα ABC σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν χρόνια μυοσκελετικό πόνο (μέσος όρος 48,3 vs 71,3,  $P < 0,001$ ). Μετά από προσαρμογή για τους καθιερωμένους παράγοντες κινδύνου, δύο ξεχωριστά ιεραρχικά μοντέλα παλινδρόμησης έδειξαν ότι τόσο η σοβαρότητα του πόνου ( $\beta = -0,106$ ,  $P = 0,029$ ), όσο και ο αριθμός των σημείων του χρόνιου μυοσκελετικού πόνου ( $\beta = -0.98$ ,  $P = 0.023$ ), σχετίζονται σημαντικά με χαμηλότερα επίπεδα ισορροπίας.

Το συμπέρασμα της έρευνας έδειξε ότι, τόσο η σοβαρότητα του πόνου, όσο και ο αριθμός των σημείων με χρόνια πόνο, σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα ισορροπίας σε ηλικιωμένους που κατοικούν εντός της κοινότητας. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για να στοχεύσουν τα συμπτώματα του πόνου και το επίπεδο ισορροπίας, σε σχέση με τον κίνδυνο πτώσης σε ηλικιωμένους με χρόνια μυοσκελετικό πόνο.

Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας της θεραπείας της χρόνιας οσφυαλγίας είναι μια διαρκής πρόκληση σε διεθνή κλίμακα. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης του Cabak et al., (2015), ήταν να αξιολογηθεί δοκιμαστικά η

ψυχική υγεία των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία, που περιθάλπονται σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Στη μελέτη συμμετείχαν 100 άτομα άνω των 50 ετών. Την ομάδα με χρόνια οσφυαλγία αποτελούσαν 53 ασθενείς και την ομάδα ελέγχου αποτελούσαν 47 άτομα χωρίς πόνο. Η αξιολόγηση της ψυχικής υγείας βασίστηκε σε μια πολωνική έκδοση του Goldberger's General Health Questionnaire (GHQ-28).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, 'όλοι οι ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, ανεξάρτητα από την ηλικία και το φύλο τους, εμφανίζονταν με φτωχότερη ψυχική ευεξία σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, σε σχέση με τη συνολική βαθμολογία τους, η οποία ήταν υψηλότερη και πάνω από 7 μονάδες σε σχέση με τα άτομα χωρίς οσφυαλγία ( $F_{1,96} = 14,8$ ,  $P < 0.001$ ). Οι άνδρες με χρόνια οσφυαλγία ήταν σημαντικά πιο επιρρεπείς σε κατάθλιψη σε σχέση με τις γυναίκες ( $F_{2,96} = 5,5$ ,  $P < 0,05$ ), σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Η διάρκεια του πόνου παρουσίασε επίσης σημαντική ( $p < 0,05$ ) άμεση συσχέτιση με τη συνολική βαθμολογία της ψυχικής υγείας. Η ψυχική υγεία, ήταν σημαντικά φτωχότερη μεταξύ των ασθενών που περιστασιακά ( $p < 0,001$ ) και τακτικά ( $p < 0,05$ ) καταναλώνουν αναλγητικά, σε σχέση με τα άτομα που δεν λάμβαναν αναλγητικά.

Η μελέτη αποκάλυψε ότι, η ψυχική υγεία ήταν σημαντικά φτωχότερη σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία, από ό, τι στους υγιείς. Συμπερασματικά, πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην αποκατάσταση της ψυχικής υγείας των ασθενών με χρόνια οσφυαλγία, που περιθάλπονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Κέντρα.

Ο διαβήτης είναι κοινός μεταξύ των ηλικιωμένων και μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη ζωή τους, συμπεριλαμβανομένων των ζητημάτων που σχετίζονται με την κοινωνική υποστήριξη και τις δραστηριότητες αυτοφροντίδας σε σχέση με το διαβήτη.

Ο Ahmad Sharoni et al., (2015), έθεσαν ως στόχο στην ερευνά τους να εξεταστούν οι δραστηριότητες της κοινωνικής υποστήριξης και φροντίδας στους ηλικιωμένους ασθενείς με διαβήτη.

Μια έρευνα που περιλάμβανε 200 ασθενείς, διεξήχθη από τον Μάρτιο 2013 ως το Μάη του 2013, σε τρία νοσοκομεία της περιοχής Kelantan. Τα δεδομένα λαμβάνονταν μέσω ερωτηματολογίων και τα κλινικά χαρακτηριστικά αποκτήθηκαν από τα αρχεία των ασθενών.



Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, οι βαθμολογίες για την κοινωνική υποστήριξη (μέση τιμή = 19,26, SD = 2.63) και οι δραστηριότητες αυτοφροντίδας (μέση τιμή = 14.83, SD = 4.92) ήταν μέτριες. Η υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη συνδέονταν, με πιο υψηλά επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), με τα επίπεδα σακχάρου νηστείας στο αίμα (FBS), με τη διάρκεια του σακχαρώδη διαβήτη και τη μείωση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) ( $p < 0,05$ ). Επίσης παρατηρήθηκε ότι, οι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η Hb1Ac και το επίπεδο FBS, με άλλες χρόνιες παθήσεις και οι οποίοι είχαν διαβήτη για κάποιο χρονικό διάστημα, είχαν δραστηριότητες χαμηλής αυτο-φροντίδας ( $p < 0,05$ ). Υπήρχε σημαντική αρνητική σχέση, μεταξύ της αύξησης της κοινωνικής στήριξης και της μείωσης της δραστηριότητας αυτο-φροντίδας ( $p < 0,05$ ).

Τα συμπεράσματα έδειξαν ότι, οι παρόχοι υγειονομικής περίθαλψης, η οικογένεια και οι φίλοι πρέπει να ενισχύσουν τις σχέσεις τους με τους ηλικιωμένους ασθενείς με διαβήτη, να παρέχουν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη και να προωθήσουν τη συμμόρφωση με δραστηριότητες αυτοφροντίδας, για τη βελτίωση των κλινικών αποτελεσμάτων.

Στόχος της μελέτης του Trongsakul., (2015), ήταν να αξιολογηθεί η σχέση μεταξύ της γνωστικής εξασθένησης και της καταθλιπτικής διάθεσης σε ηλικιωμένους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Διακόσια ογδόντα τρία (283) ηλικιωμένα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II εντάχθηκαν στη μελέτη αυτή. Το Mini-Cog και mini-mental state examination (MMSE) Thai 2002 χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της γνωστικής εξασθένησης, ενώ το Thai geriatric screening test (TGDS), χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της καταθλιπτικής διάθεσης σε όλους τους συμμετέχοντες.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, υπήρξε μια θετική σχέση μεταξύ της γνωστικής εξασθένησης και της καταθλιπτικής διάθεσης σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II. Τα αποτελέσματα από τα Mini-Cog και MMSE παρουσίασαν, αρνητική συσχέτιση σε σχέση με τις βαθμολογίες TGDS, ενώ υπήρξε προσαρμογή για τις επιδράσεις της ηλικίας και τα έτη εκπαίδευσης με  $r_s = -0,1$ ,  $p = 0,06$  και  $r_s = -0,2$ ,  $p < 0,01$ , αντίστοιχα. Παρά το γεγονός ότι υπήρξε μια αντίστροφη σχέση των βαθμολογιών μεταξύ της γνωστικής εξασθένησης και της καταθλιπτικής διάθεσης στις δοκιμές προσυμπτωματικού ελέγχου, τα αποτελέσματα των εξετάσεων ήταν θετικά κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων των τεστ. Αυτό σημαίνει ότι η

υψηλότερη βαθμολογία στο Mini-Cog και MMSE (μη-γνωστική εξασθένηση) συνδέθηκαν με το χαμηλότερο σκορ στο TGDS (μη-καταθλιπτική διάθεση).

Άρα, τα εύρημα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι με διαβήτη τύπου II που είχαν γνωστική εξασθένηση, φαινόταν να έχουν καταθλιπτική διάθεση. Ως εκ τούτου, αυτές οι δύο συν-νοσηρότητες θα πρέπει να εξεταστούν προκειμένου να δώσει μια βέλτιστη φροντίδα σε ηλικιωμένα άτομα με διαβήτη.

Παρά το γεγονός ότι παράγοντες που σχετίζονται με τις πτώσεις μπορεί να διαφέρουν μεταξύ ανδρών και γυναικών, καμία μελέτη μεγάλης κλίμακας δεν διεξήχθη για να εξετάσει τους παράγοντες κινδύνου σε σχέση με το φύλο. Ο σκοπός αυτής της μελέτης των Masumoto et al., (2015), ήταν να εξεταστούν οι παράγοντες κινδύνου για πτώσεις και οι διαφορές φύλου μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα, χρησιμοποιώντας μια πλήρη έρευνα στο γηριατρικό πληθυσμού στην πόλη Καμεόκα της Ιαπωνίας.

Μια έρευνα με αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο διεξήχθη σε 18.231 ηλικιωμένα άτομα της κοινότητας ηλικίας 65 ετών και άνω στην πόλη Καμεόκα, Κιότο, μεταξύ του Ιουλίου και του Αυγούστου του 2011, με εξαίρεση τα άτομα που είχαν δημοσίως πιστοποιηθεί με την ανάγκη μακροχρόνιας. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε και συλλέχθηκε μέσω ταχυδρομείου. Ανταποκρίθηκαν 12.159 (ποσοστό ανάκτησης 72,2%). Το ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από τα βασικά στοιχεία, ένα απλό τεστ προσυμπτωματικού ελέγχου για τον κίνδυνο πτώσης, το Kihon Check List από 25 στοιχεία και το Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology (TMIG) από 13 στοιχεία. Αυτά τα στοιχεία ομαδοποιήθηκαν σε εννέα παράγοντες, την κινητική λειτουργία, το επίπεδο σίτισης, τη στοματική λειτουργία, τον προσανατολισμό, την αμνησία, την κατάθλιψη, το Instrumental Activity of Daily Living (IADL), την πνευματική δραστηριότητα, και τον κοινωνικό ρόλο.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, από όλους τους ερωτηθέντες, το 20,8% παρουσίασαν πτώση κατά το τελευταίο έτος και το 26,6% ταξινομήθηκε ως έχοντες υψηλό κίνδυνο πτώσης. Ο κίνδυνος πτώσης αυξάνονταν με την ηλικία και στα δύο φύλα και ο κίνδυνος σε όλες τις ηλικιακές ομάδες ήταν υψηλότερος για τις γυναίκες, παρά για τους άνδρες. Όλοι οι παράγοντες σχετίζονταν σημαντικά με τον κίνδυνο πτώσης και στα δύο φύλα. Μετά τον έλεγχο για τους παράγοντες αυτούς, μια σημαντική σχέση βρέθηκε μεταξύ του κινδύνου πτώσης και της κινητικής λειτουργίας, του επιπέδου σίτισης, της στοματικής λειτουργίας, της αμνησίας, της

κατάθλιψης, και του IADL σε άνδρες και της κινητικής λειτουργίας, της κατάστασης του στόματος, της αμνησίας, της κατάθλιψης και του IADL στις γυναίκες. Η επιδείνωση της κινητικής λειτουργίας συσχετίστηκε με τρεις φορές τον υψηλότερο κίνδυνο για πτώσεις. Επιπλέον, σημαντική αλληλεπίδραση βρέθηκε σε σχέση με τον υποσιτισμό, την στοματική λειτουργία, το IADL και των πνευματικών δραστηριοτήτων, ενώ ο υποσιτισμός και η χαμηλή λειτουργία του στόματος ήταν ισχυρότεροι παράγοντες στους άνδρες παρά στις γυναίκες και η IADL και η πνευματική δραστηριότητα ήταν ισχυρότερος παράγοντας στις γυναίκες παρά στους άνδρες.

Τα συμπεράσματα έδειξαν ότι, ένα στα πέντε ηλικιωμένα άτομα της κοινότητας που ζούσαν ανεξάρτητα, παρουσίασαν πτώση κατά το τελευταίο έτος και ένας στους τέσσερις είχαν υψηλό κίνδυνο πτώσης. Βρέθηκε, μια σημαντική σχέση μεταξύ του κινδύνου πτώσης και των εννέα παραγόντων, ιδιαίτερα σε σχέση με την επιδείνωση της κινητικής λειτουργίας και στα δύο φύλα. Διαφορές παρατηρήθηκαν για τους παράγοντες κινδύνου πτώσης ανάμεσα στα δυο φύλα. Ως εκ τούτου, μια πολιτική υποστήριξης για την πρόληψη των πτώσεων είναι απαραίτητη, ανάλογα το φύλο

Σκοπός της έρευνας των Morisaki et al., (2015), ήταν η μελέτη της σχέσης μεταξύ της διατροφικής κατάστασης και της στοματικής λειτουργίας μεταξύ των εξαρτώμενων ηλικιωμένων ατόμων που ζουν στην κοινότητα.

Το αντικείμενο μελέτης αποτέλεσαν 218 ηλικιωμένα άτομα. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ερωτηματολογίων, συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών σχετικά με την ηλικία, το φύλο, το επίπεδο της φροντίδας που απαιτείται, τη διατροφική κατάσταση και την λειτουργία της κατάποσης. Χρησιμοποιήθηκε το Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) για τη μέτρηση της διατροφικής κατάστασης και το Dysphagia Risk Assessment for the Community-dwelling Elderly (DRACE) για να αξιολογήσει τη λειτουργία της κατάποσης. Η πίεση της γλώσσας και η χειλική δύναμη κλεισίματος μετρήθηκαν χρησιμοποιώντας ένα σύστημα μέτρησης της πίεσης γλώσσα (JMS Co. Ltd., Χιροσίμα, Ιαπωνία) και το Lip de Cum (Cosmo-Instruments Co, Ltd, Tokyo, Japan).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, η μέση βαθμολογία MNA-SF ήταν  $10,07 \pm 2,58$ . Η μέση βαθμολογία Drace ήταν  $4.39 \pm 3.80$ . Η μέση πίεση γλώσσας ήταν  $23,89 \pm 10,61$  kPa. Η μέση χειλική δύναμη κλεισίματος ήταν  $10,17 \pm 6,04$  N. Τα

αποτελέσματα των διδιάστατων αναλύσεων παλινδρόμησης έδειξαν ότι υπήρχε μια φτωχή συσχέτιση μεταξύ της MNA-SF και του Drace, της πίεσης της γλώσσας και της δύναμης κλεισίματος των χειλιών. Επιπλέον, η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με το MNA-SF ως εξαρτημένη μεταβλητή αποκάλυψε μία συσχέτιση μεταξύ της Drace και χειλική δύναμη κλεισίματος ( $p < 0.01$ ,  $R(2) = 0.02$ ).

Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι η διατροφική κατάσταση είναι πολύ σχετική με τη λειτουργία της κατάποσης και της δύναμης κλεισίματος των χειλιών, μεταξύ των εξαρτώμενων ηλικιωμένων ατόμων που ζουν στην κοινότητα.

Οι ηλικιωμένοι με δυσφαγία βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο υποσιτισμού. Για να διατηρηθεί ασφαλή η διατροφική πρόσληψη από το στόμα, η στερεά τροφή μπορεί τροποποιηθεί σε υφή. Λίγα είναι γνωστά για τις μεταβατικές εμπειρίες των ηλικιωμένων ατόμων που μετακινούνται από την κανονική στην τροφή με τροποποιημένη υφή.

Ο σκοπός αυτής της μελέτης των Ullrich & Crichton., (2015), ήταν να περιγράψουν οι εμπειρίες των ηλικιωμένων, καθώς μεταπηδούν από την κανονική τροφή στην τροφή με τροποποιημένη υφή. Στη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα ποιοτικό περιγραφικό σχεδιασμό και ατομικές συνεντεύξεις με μια ομάδα μελέτης 28 συμμετεχόντων (ηλικιωμένοι, μέλη της οικογένειας, νοσηλευτικό προσωπικό και προσωπικό περίθαλψης και λογοθεραπευτές). Οι συνεντεύξεις αναλύθηκαν θεματικά. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι, η μετάβαση δημιουργεί κίνδυνους, μειώνοντας την κατανάλωση σε ένα θέμα αναγκαιότητας και κάλυψης της πείνας και ότι η διαδικασία γίνεται αντιληπτή ως απότομη και χαρακτηρίζεται από την έλλειψη επικοινωνίας και συνειδητοποίησης της ανάγκης για αλλαγή.

Μια βασική διαπίστωση ήταν ότι, η γλώσσα επικοινωνίας που χρησιμοποιήθηκε κατά τη διάρκεια της μετάβασης μπορούσε να επηρεάσει δυσμενώς τη μετάβαση. Αυτή η γλώσσα επικοινωνίας προωθεί μια κουλτούρα της φροντίδας, μειώνει τα κίνητρά των ατόμων για να φάνε και παρεμποδίζει τη φροντίδα με επίκεντρο το άτομο. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι, οι εγκαταστάσεις περίθαλψης για τους ηλικιωμένους πρέπει να επανεξετάσουν τα πρωτόκολλα διαχείρισης δυσφαγία και να εξασφαλίσουν ότι θα υποστηρίξουν μια προσωποκεντρική προσέγγιση για τους αποδέκτες των τροφίμων με τροποποιημένη υφή.

Η ανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά είναι ένα πρόβλημα σε οίκους ευγηρίας. Οι λοιμώξεις του ουροποιητικού συστήματος είναι η πιο κοινή λοίμωξη. Η παρούσα μελέτη των Fagan et al., (2015), εξετάζει τα αποτελέσματα της καλλιέργειας ούρων σε ηλικιωμένους ασθενείς για να διαπιστώσει αν οι συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές με βάση το φύλο ή ότι ο ασθενής βρίσκεται σε ένα γηροκομείο είναι δικαιολογημένες.

Η μέθοδος της μελέτης βασίστηκε, στην παρατήρηση και σύγκριση τις καλλιέργειες ούρων από ασθενείς σε ιδρύματα, σε σχέση με καλλιέργειες ούρων ασθενών της ίδιας ηλικιακής ομάδας που ζούσαν στην κοινότητα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, υπήρχαν 232 θετικές καλλιέργειες ούρων στην ομάδα των ατόμων σε ιδρύματα και 3554 στην κοινότητα. Η *Escherichia coli* απομονώθηκε σε 145 δείγματα στην ομάδα των ιδρυμάτων (64%) και σε 2275 δείγματα (64%) στην ομάδα της κοινότητας. Δεν υπήρχαν κλινικά σημαντικές διαφορές στην αντίσταση. Η *Escherichia coli* ήταν σημαντικά πιο συχνή στις γυναίκες 2120 (70%) από ό, τι στους άνδρες 303 (39%) ( $p < 0,05$ ). Ο *Enterococcus faecalis*, ήταν σημαντικά λιγότερο συχνός στις γυναίκες 223 (7%) από τους άνδρες 137 (18%) ( $p < 0,05$ ). Για τις γυναίκες, υπήρχαν χαμηλότερα ποσοστά αντοχής στην σιπροφλοξασίνη μεταξύ *Escherichia coli* (7% έναντι 12%,  $P < 0,05$ ) και να μεκιλλινάμη μεταξύ *Proteus mirabilis* (3% έναντι 12%,  $P < 0,05$ ).

Τα συμπεράσματα έδειξαν ότι, οι διαφορές στα ποσοστά αντοχής για τους ασθενείς στο γηροκομείο δεν δικαιολογούν ξεχωριστές προτάσεις για εμπειρική θεραπεία με αντιβιοτικά, αλλά οι συστάσεις με βάση το φύλο φαίνονται δικαιολογημένες.

Η παρούσα μελέτη των Chang et al., (2015), στοχεύει στην αξιολόγηση του επίπεδου της ποιότητας φροντίδας που παρέχεται σε ηλικιωμένους ασθενείς με αναπηρία που διαμένουν στο σπίτι σε σχέση με εκείνους που διαμένουν σε ιδρύματα.

Η Ταϊβάν έχει μια γηράσκουσα κοινωνία και αντιμετωπίζει τα ζητήματα της φροντίδας για τους ηλικιωμένους ασθενείς με ειδικές ανάγκες, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης των αναγκών σε ανεπαρκείς πόρους και μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση της περίθαλψης.

Η έρευνα αφορούσε 76.672, όπου βρέθηκαν εγγεγραμμένα άτομα με ειδικές ανάγκες ηλικίας 65 ετών και άνω, οι οποίοι διέμεναν στο σπίτι ή σε ιδρύματα και

είχαν υποβάλει αιτήσεις για την κάλυψη από την Εθνική Ασφάλιση Υγείας για κατ'οίκον φροντίδα που έλαβε για πρώτη φορά την περίοδο 2004-2006.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, η ομάδα φροντίδας στο σπίτι είχε σημαντικά υψηλότερες υπηρεσίες χρήσης έκτακτης ανάγκης, λιγότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο και λιγότερες μολύνσεις, αλλά είχαν σημαντικά υψηλότερη εμφάνιση των ελκών πίεσης. Η ομάδα ασθενών σε ιδρύματα είχε σημαντικά λιγότερα περιστατικά έκτακτης ανάγκης, λιγότερους θανάτους και χαμηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης κατακλίσεων. Οι άντρες είχαν σημαντικά υψηλότερες ανάγκες έκτακτης παρέμβασης από ότι οι γυναίκες και υψηλότερο κίνδυνο εισαγωγής στο νοσοκομείο και θανάτου.

Τα συμπεράσματα έδειξαν ότι, οι δείκτες ποιοτικής φροντίδας σε ηλικιωμένα άτομα είναι σημαντικά διαφορετικοί μεταξύ της κατ'οίκον φροντίδας και της ιδρυματικής φροντίδας. Η ποιότητα της κατ'οίκον φροντίδας σχετίζεται με τη χρήση υψηλότερου επιπέδου υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης και αυξημένου κινδύνου ανάπτυξης κατακλίσεων, ενώ η φροντίδα στο ιδρυματική σχετίζονταν με αυξημένο αριθμό λοιμώξεων και νοσηλειών.

Η κατάθλιψη, ο διαβήτης και η υπέρταση είναι σημαντικοί παράγοντες για την παγκόσμια επιβάρυνση της νόσου, ωστόσο, η πλειοψηφία της έρευνας για την κατάθλιψη και τις συνοδές νοσηρές καταστάσεις προέρχεται από χώρες υψηλού εισοδήματος.

Η παρούσα μελέτη των Sczufca et al., (2015), εξετάζει το ποσοστό αναγνώρισης της κατάθλιψης και συγκρίνει τα ποσοστά θεραπείας της κατάθλιψης με εκείνες του διαβήτη και της υπέρτασης των ηλικιωμένων ατόμων που εξυπηρετούνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα μέσω του Προγράμματος Family Health Program (FHP) in São Paulo, Brazil.

Συνολικά 1558 συμμετέχοντες στο πρόγραμμα (ενήλικες με χαμηλό εισόδημα  $\geq 65$  ετών που ζούσαν στο Σάο Πάολο) συμπεριλήφθηκαν για ανάλυση. Η ανασκόπηση διαγραμμάτων πραγματοποιήθηκε για τους συμμετέχοντες με μια διεθνή ταξινόμηση των νόσων, την 10η έκδοση (ICD-10), για τη διάγνωση της κατάθλιψης (από συνέντευξη έρευνα) να επαληθεύσει εάν η κατάθλιψη καταγράφηκε για τα άτομα αυτά. Η κατάθλιψη, ο διαβήτης και η θεραπεία της υπέρτασης αξιολογήθηκαν με βάση την κλινική αξιολόγηση και τον έλεγχο της φαρμακευτικής αγωγής.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι,εβδομήντα τρεις συμμετέχοντες (4,8%) είχαν κατά το ICD-10 κατάθλιψη, 344 (23,2%) είχαν επιβεβαιωμένο διαβήτη και 1207 (79,3%) είχαν επιβεβαιωμένη την υπέρταση. Εννέα άτομα (12,3%) με κατάθλιψη κατά ICD-10 υποβλήθηκαν σε θεραπεία. Τα αντίστοιχα ποσοστά για το διαβήτη και την υπέρταση ήταν 72,4% και 77,4%, αντίστοιχα.

Τα συμπεράσματα έδειξαν ότι, τα επίπεδα θεραπείας της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους καταγράφονται σε πολύ χαμηλό ποσοστό, σε σύγκριση με τα ποσοστά του διαβήτη και της υπέρτασης. Απαιτούνται δοκιμές συνεργασίας για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδα και της θεραπείας της κατάθλιψης και για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας της κατάθλιψης για αυτό τον πληθυσμό.

## 2. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ηλικιωμένοι αποτελούν μία ευπαθή ομάδα πληθυσμού, που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις και παρουσιάζουν μια μειωμένη φυσιολογική ηλικιακή έκπτωση των οργάνων. Η ευπάθεια τους συνεπάγεται με ποικιλία συμπτωμάτων και σημείων, όπως αδυναμία, κόπωση, διαταραχή γνωστικών λειτουργιών, μειωμένη κινητικότητα, επηρεασμένη ισορροπία, αυξημένη ευπάθεια σε στρεσογόνους παράγοντες. Επίσης, ο πόνος μπορεί να οδηγήσει σε επιδείνωση των γνωστικών λειτουργιών, κατάθλιψη, μεταβολές στη διάθεση και μείωση των καθημερινών δραστηριοτήτων (Davis et al., 2003).

Σχετική έρευνα δείχνει ότι, τα ηλικιωμένα άτομα με άνοια λαμβάνουν αυξημένη φαρμακευτική αγωγή για την αντιμετώπιση του πόνου σε σχέση με ηλικιωμένους χωρίς άνοια (Reynolds et al., 2008). Επίσης, συμπληρώνοντας τα ευρήματα της έρευνας μας, οι Aguera-Ortiz et al., (2013), μελετώντας ηλικιωμένους στην πρωτοβάθμια φροντίδα παρατήρησαν αδιάγνωστες διαταραχές της διάθεσης (κυρίως μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές), μεταξύ των ηλικιωμένων με συνύπαρξη χρόνιου πόνου αβέβαιης προέλευσης. Οι πάροχοι πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας πρέπει να υποπεύονται την συνύπαρξη κατάθλιψης με πόνο της αβέβαιης προέλευσης σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Οι Graue et al., (2013), στη μελέτη τους σε πληθυσμό στη Νορβηγία δείχνουν την ανάγκη παροχής υψηλού επιπέδου φροντίδας σε ηλικιωμένους ασθενείς με διαβήτη. Ζητήματα που θέτει αυτή η μελέτη είναι η έλλειψη διαθεσιμότητας και πρόσβασης σε επίκαιρες πληροφορίες, η ανάγκη συνεχιζόμενης υποστήριξης, η έλλειψη συνοχής μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και η περιορισμένη εμπιστοσύνη και την αυτονομία.

Το ζήτημα της αυτοφροντίδας στον διαβήτη τίθεται σε πολλές μελέτες. Έτσι η μελέτη των Braga Marques et al., (2013) από τη Βραζιλία δείχνει χαμηλά ποσοστά αυτοφροντίδας στον διαβήτη, σε ποσοστό μόλις 6%. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη κλινικών παρεμβάσεων που θα επιτρέψει σε αυτά τα άτομα να βελτιώνουν τις ικανότητές αυτοφροντίδας, με μεγάλη ευθύνη των νοσηλευτών, που είναι υπεύθυνοι για τη βελτίωση της αυτοφροντίδας των ασθενών. Σαν επιβαρυντικοί παράγοντες θεωρούνται και διαταραχές της γήρανσης, όπως η μειωμένη οπτική οξύτητα.

Η μελέτη των Van Haastregt et al., (2008), πληθυσμό ηλικιωμένων που ζει στην κοινότητα βρήκε ότι περισσότερο από το ήμισυ του συνόλου των



συμμετεχόντων δήλωσαν ότι έπесαν τουλάχιστον μία φορά κατά τους προηγούμενους 6 μήνες, το 22% βίωσε έντονα συναισθήματα άγχους, περισσότεροι από το 28% είπαν ότι είχαν σοβαρό φόβο για πτώση και το 28% ανέφεραν σοβαρή αποφυγή δραστηριότητας. Το άγχος που βιώνουν οι ηλικιωμένοι μετά την πτώση απαιτεί αυξημένη ανάγκη για μακροπρόθεσμη φροντίδας.

Ο φόβος των πτώσεων προκαλεί άγχος και κατάθλιψη. Αυτές οι δυο καταστάσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν ιατρικά ή μέσω στρατηγικών κοινωνικής υποστήριξης, όπως η συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης που συζητούν τρόπους για την πρόληψη των πτώσεων στο σπίτι. Η μειωμένη νοητική λειτουργία είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας κινδύνου για πτώσεις, αλλά σε αντίθεση με το άγχος και την κατάθλιψη, η εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών είναι συχνά δύσκολο να διαχειριστεί και δεν μπορεί να είναι τροποποιήσιμος παράγοντας (Perell et al., 2001).

Το ζήτημα της δυσφαγίας και του υποσιτισμού φαίνεται αυξημένο σε χώρες χαμηλού εισοδήματος, όπως φαίνεται από τη μελέτη των Lahiri et al., (2015), που έδειξε ποσοστό 29.4% ηλικιωμένων φανερά υποσιτισμένων και 60.4%, σε κίνδυνο υποσιτισμού. Σαν παράγοντες κινδύνου αναφέρονται το χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η μειωμένη λήψη τροφής. Οι Russell και Elia., (2010), αναφέρουν ότι ο υποσιτισμός σε ηλικιωμένους στη Μ.Βρετανία και Β. Ιρλανδία, αφορά 1 στους 3 ηλικιωμένους που εισάγονται στο νοσοκομείο, 1 στους 3 ηλικιωμένους που ζουν σε ιδρύματα και 1 στους 5 ηλικιωμένους με ψυχική νόσο. Μελέτη που συσχετίζει το ζήτημα της δυσφαγίας με προβλήματα κατάποσης είναι αυτή των Morita et al., (2003), από την Ιαπωνία. Στο ίδιο θέμα αναφέρεται και η μελέτη των Miura et al., (2007). Σαν παράγοντες κινδύνου στην επιδείνωση της κατάποσης αναγνωρίζονται η μειωμένη κινητικότητα, η ελλιπής στοματική κάθαρση, η μεταβολή της ποιότητας φωνής, η μείωση του αντανακλαστικού του βήχα. Οι Mura et al., (1997), αναφέρουν ότι η προβληματική μάσηση είναι αποτέλεσμα απώλειας των δοντιών και κακής τοποθέτησης της οδοντοστοιχίας.

Η μελέτη των Luiz Paulo José Marques et al., (2012), σε πληθυσμό ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα βρήκε υψηλό ποσοστό ουρολοιμώξεων σε γυναίκες (16,55%), με προδιαθεσικούς παράγοντες τον διαβήτη, το προηγούμενο ιστορικό ουρολοίμωξης και την κολπίτιδα.

Η επίπτωση της πνευμονίας της κοινότητας αυξάνεται με την ηλικία, φθάνοντας 25 ως 35 περιπτώσεις ανά 1.000 κατοίκους / έτος στον πληθυσμό ηλικίας

άνω των 65 ετών. Η νόσος σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και αποτελεί μια συχνή αιτία της επείγουσας περίθαλψης και εισαγωγής στο νοσοκομείο (Capelastegui et al., 2010).

Η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της λοίμωξης του αναπνευστικού στον ηλικιωμένο πληθυσμό σχετίζεται με μια σειρά από φυσιολογικές αλλαγές που συνδέονται με τη γήρανση, την αναπνευστική οδό (μείωση αντανακλαστικού του βήχα) και το ανοσοποιητικό σύστημα, μαζί με μια σειρά κοινωνικών γεγονότων, όπως απομόνωση, ιδρυματοποίηση δυσφαγία, υποσιτισμό και χρόνιες ασθένειες (σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, καρκίνος και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια) τα οποία κάνουν τους ηλικιωμένους πιο ευάλωτους στην ανάπτυξη λοιμώξεων (Marrie., 2000).

### 3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι παράγοντες που καθορίζουν τη χρήση υπηρεσιών κοινωνικής υποστήριξης στον πληθυσμό των ηλικιωμένων σχετίζονται με χρόνια ζητήματα υγείας και οικονομικά θέματα. Γενικά μπορούμε να πούμε ότι οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι τους στην κοινότητα είναι περισσότερο αυτόνομοι, αλλά εμφανίζουν συχνότερα επείγουσες καταστάσεις. Αντίθετα οι ηλικιωμένοι που ζουν σε ιδρύματα έχουν λιγότερη αυτονομία, αλλά ζουν σε ένα περιβάλλον ασφάλειας, ελέγχου και φροντίδας

Ο νοσηλευτής/τρια αποτελεί, μέλος μιας ευρύτερης διεπιστημονικής ομάδας που έχει σαν σκοπό την φροντίδα των ηλικιωμένων ασθενών στην κοινότητα, παρέχοντας πολυεπίπεδη φροντίδα, σε πολλούς τομείς. Αναλυτικότερα στον τομέα της ψυχικής υγείας, με πιο συχνό το ζήτημα της κατάθλιψης, στον τομέα των μυοσκελετικών διαταραχών, με ζητήματα μυοσκελετικού πόνου, διαταραχών ισορροπίας και πτώσεων, στον τομέα της διατροφής με ζητήματα υποθρεψίας, ελέγχου του σακχαρώδη διαβήτη και δυσφαγίας, στον τομέα των λοιμώξεων, με ζητήματα λοιμώξεων του ουροποιητικού και του αναπνευστικού ή με ζητήματα καρκίνου και άλλων χρόνιων καταστάσεων.

Όλα τα παραπάνω αναδεικνύουν την ανάγκη ο κοινοτικός νοσηλευτής να έχει συνεχή και επιστημονική εκπαίδευση, ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί σε όλα τα παραπάνω ζητήματα, τα οποία καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aguera-Ortiz L., Failde I., Cervilla J., Mico J. (2013). Unexplained pain complaints and depression in older people in primary care. *The journal of nutrition, health & aging*, 17(6): 574-577

Ahmad Sharoni SK., Shdaifat EA., Mohd Abd Majid HA., Shohor NA., Ahmad F., Zakaria Z. (2015). Social support and self-care activities among the elderly patients with diabetes in Kelantan. *Malays Fam Physician.*;10(1):34-43.

Αλεβιζόπουλος Ν. (2011). Νεοπλασματικά νοσήματα στην τρίτη ηλικία. *Nosokomiaka Chronika*, 73, Supplement 115-127.

Arai H. (2009). Geriatrics in the most aged country, Japan. *Arch Gerontol Geriatr*, 49 Suppl 2: S1-2.

Braga Marques M., da Silva M., Fonseca J., Coutinho V., Marcos Venícios de Oliveira Lopes. (2013). Assessment of self-care competence of elderly people with diabetes. *Rev Esc Enferm*; 47(2):409-14

Cabak A., Dąbrowska-Zimakowska A., Tomaszewski P., Łyp M, Kaczor R., Tomaszewski W., Fijałkowska B., Kotela I. (2015). Selected Aspects of Mental Health of Elderly Patients with Chronic Back Pain Treated in Primary Care Centers. *Med Sci Monit.*;21:3327-33.

Chrysohoou C., Stefanadis C. (2013). Longevity and diet. Myth or pragmatism? *Maturitas*, 76(4):303-7.

Capelastegui A, Espana PP, Bilbao A, Gamazo J, Medel F, Salga-do J, et al. (2010). Study of community-acquired pneumonia: incidence, patterns of care, and outcomes in primary and hospital care. *J Infect*; 61:364-71.

Chang SC., Shiu MN., Chen HT., Ng YY., Lin LC., Wu SC. (2015). Evaluation of care quality for disabled older patients living at home and in institutions. *J Clin Nurs.*;3(3):122-128

Davis MP., Srivastava M. (2003). Demographics, assessment and management of pain in the elderly. *Drugs Aging*;20: 23-57.

Διαμαντόπουλος Ε. (2011). Αντιμετώπιση ασθενών της 3<sup>ης</sup> ηλικίας- Επιδημιολογικά και κοινωνικοοικονομικά δεδομένα. *Nosokomiaka Chronika*, 73, Supplement 88-90.

Fagan M., Lindbæk M., Grude N., Reiso H., Romøren M., Skaare D., Berild D. (2015). Antibiotic resistance patterns of bacteria causing urinary tract infections in the elderly living in nursing homes versus the elderly living at home: an observational study. *BMC Geriatr.*;15:98.

Graue M., Dunning T., Fjelde Hausken M., Rokne B. (2013). Challenges in managing elderly people with diabetes in primary care settings in Norway. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31:4, 241-247

- Grossman CM. (2010). Growing up with geriatrics. *J Am Geriatr Soc*, 58(8): 1595-1596.
- Ζουμπλιός Χ. (2014). Ιατρικά προβλήματα 3ης ηλικίας- η αντιμετώπιση των ογκολογικών ασθενών. *Νοσοκομειακά Χρονικά*, 76, Συμπληρωματικό τεύχος 1:261-290.
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Σουρτζή Π. (2012). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Αδαμακίδου Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα-Εννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Καπίρης Σ. (2011). Αντιμετώπιση ασθενών τρίτης ηλικίας με παθήσεις του πεπτικού συστήματος. *Nosokomiaka Chronika*, 73, Supplement 162-167.
- Κοντοπούλου Θ. (2014). Παθολογικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας. *Νοσοκομειακά Χρονικά*, 76, Συμπληρωματικό τεύχος 1:220-246.
- Lahiri S., Biswas A., Santra S. (2015). Assessment of nutritional status among elderly population in a rural area of West Bengal, India. *Int J Med Sci Public Health.*; 4(4): 569-572.
- Lemone P., Burke K. (2007). *Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική*, τόμος 1. Ιατρικές εκδόσεις, Λαγός.
- Luiz Paulo José Marques, Juliana Timóteo Flores, Onofre de Oliveira Barros Junior, Giovana Breda Rodrigues, Carla de Medeiros Mourão, Rosa Maria Portella Moreira. (2012). Epidemiological and clinical aspects of urinary tract infection in community-dwelling elderly women. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 16(5): 436-441.
- Μανωλάτος Δ. (2011). Ιδιαιτερότητες στην αντιμετώπιση καρδιαγγειακών προβλημάτων στα άτομα της τρίτης ηλικίας. *Nosokomiaka Chronika*, 73, Supplement 108-114.
- Μαρακομιχελάκης Γ. (2011). Ιατρική φροντίδα ατόμων τρίτης ηλικίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. *Nosokomiaka Chronika*, 73, Supplement 91-96.
- Marrie TJ. (2000). Community-acquired pneumonia in the elderly. *Clin Infect Dis*; 31:1066-78.
- Masumoto T., Yamada Y., Yamada M., Nakaya T., Miyake M., Watanabe Y., Yoshida T. (2015). Fall risk factors and sex differences among community-dwelling elderly individuals in Japan A Kameoka study. *Nihon Koshu Eisei Zasshi.*;62(8):390-401.
- Miura H., Kariyasu M., Yamasaki K., Arai Y. (2007). Evaluation of chewing and swallowing disorders among frail community-dwelling elderly individuals. *Journal of Oral Rehabilitation*, 34; 422-427,

Morita I, Nakagaki H, Kumagai N et al. (2003). The relationship between normal swallowing functions, food ingestion and the lifestyle of users in a day service center. *Jpn J Public Health*.;50:456–463.

Morisaki N., Miura H., Hara S. (2015). Relationship between the nutritional status and the oral function among community-dwelling dependent elderly persons. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi*.;52(3):233-42.

Mura H, Araki Y, Umenai T. (1997). Chewing activity and activities of daily living in the elderly. *J Oral Rehabil*.;24:457–460.

Ξωξάκος Ι., Κοντοθανάσης Δ. (2011). Γηριατρική Ουρολογία. *Nosokomiaka Chronika*, 73, Supplement 142-161.

Perell KL., Nelson A., Goldman RL., Luther SL., Prieto-Lewis N., Rubenstein LZ. (2001). Fall risk assessment measures: an analytic review. *J Gerontol: Med Sci*; 56A:M761-M766.

Reynolds KS, Hanson LC, DeVellis RF, et al. (2008). Disparities in pain management between cognitively intact and cognitively impaired nursing home residents. *J Pain Symptom Manage*;35:388–96.

Russell, C.A. and Elia, M. (2010). Conference on ‘Malnutrition matters’, Symposium 2: The skeleton in the closet: malnutrition in the community. Malnutrition in the UK: where does it begin?, *Proceedings of the Nutrition Society*, 69, 465-469

Ρούπα Ζ., Τάτσιου Ι., Τσικληταρά Α., Κουλούρη Α., Νίκας Μ., Μπισκίνη Ι., Σωτηροπούλου Π. (2009). Άγχος και κατάθλιψη σε ομάδα ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα. *Interscientific Health Care*, 1(2): 61-66.

Σεβαστιανός Β. (2011). Κλινική αντιμετώπιση γηριατρικών ασθενών. *Nosokomiaka Chronika*, 73, Supplement 97-107.

Scazufca M., Menezes P., Tabb K., Kester R., Rössler W., Huang H. (2015). Identification and treatment of depression of older adults in primary care: findings from the São Paulo Ageing and Health Study. *Fam Pract*. 4(1): 60-66.

Σταύρου Β., Ζυγά Σ. (2014). Η πρόκληση της υγιούς, ενεργού και επιτυχημένης γήρανσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 2(4): 160-166.

Stubbs B., Schofield P., Patchay S., Leveille S. (2015). Musculoskeletal pain characteristics associated with lower balance confidence in community-dwelling older adults. *Physiotherapy*. 5(2):88–96.

Τζουρμπάκης Μ., Σπανός Ι. (2011). Αντιμετώπιση ασθενών 3ης ηλικίας στην Ορθοπαιδική. *Nosokomiaka Chronika*, 73, Supplement 136-141.

Trongsakul S. (2015). Correlation between cognitive impairment and depressive mood of Thai elderly with type 2 diabetes in a primary care setting. *Malays Fam Physician*.10(1):11-8. eCollection 2015.

Ullrich S., Crichton J. (2015). Older people with dysphagia: transitioning to texture-modified food. *Br J Nurs.* ;24(13):686, 688-92.

Φουντούκη Α., Θεοφανίδης Δ. (2012). Ο εκπαιδευτικός ρόλος του νοσηλευτή. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11(1):503-522.

Van der Leeuw G., Eggermont LH., Shi L., Milberg WP., Gross AL., Hausdorff JM., Bean JF., Leveille SG. (2015). Pain and Cognitive Function Among Older Adults Living in the Community. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2(2):38–46.

Van Haastregt JCM, Rixt Zijlstra GA, van Rossum E, van Eijk JTM, Kempen GIJM. (2008). Feelings of anxiety and symptoms of depression in community-living older persons who avoid activity for fear of falling. *Am J of Geriatr Psychiatry*;16:186-193.