



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



<<Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ>>

ΦΟΙΤΗΤΡΙΕΣ :

ΝΤΟΪ ΡΟΞΙΑΝΑ

ΤΑΣΚΙΝ ΖΟΥΜΠΕΪΝΤΕ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2022

Ευχαριστίες

Για την διεκπεραίωση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε αρχικά τον επιβλέποντα καθηγητή μας κ. Νικόλαο Στεφανόπουλο για την πολύτιμη βοήθεια του στο σχεδιασμό και την υλοποίηση της .

Τέλος, θα θέλαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στις οικογένειες μας για την συμπαράσταση και την ηθική υποστήριξη που μας προσέφεραν καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή : Η γήρανση του πληθυσμού απαιτεί αλλαγές στα συστήματα υγείας, τα οποία θα πρέπει να εστιάσουν σε μία ολοκληρωμένη και ανθρωποκεντρική φροντίδα στην κοινότητα ώστε να ανταποκριθούν στις ιδιαίτερες ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων. Ιδιαίτερα σημαντικός αναδεικνύεται ο ρόλος και η συμβολή του νοσηλευτή ως προς τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

Σκοπός : Να προσεγγίσει το ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή στη φροντίδα των ηλικιωμένων στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας και της προαγωγής της υγείας. Επίσης, να εξετάσει το ζήτημα της γήρανσης και τα επακόλουθα προβλήματα καθώς και τη δυνατότητα ανάπτυξης της φροντίδας των ηλικιωμένων στην κοινότητα και στο πλαίσιο της προαγωγής της υγείας, αναλύοντας το ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή και την ιδιαίτερη συμβολή του στη φροντίδα των ηλικιωμένων.

Υλικό-Μέθοδος: Για την συγγραφή της εργασίας λήφθηκαν υπόψιν δημοσιευμένα άρθρα στην ελληνική και κυρίως στην διεθνή βιβλιογραφία ,η αναζήτηση έγινε στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (PubMed, Google Scholar, BMJ). Επίσης, επιλέχθηκε υλικό από τις επίσημες ιστοσελίδες εθνικών και διεθνών οργανισμών και φορέων. Στην αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν με διάφορους συνδυασμούς λέξεις και φράσεις κλειδιά, σχετικά με το αντικείμενο της εργασίας .

Συμπεράσματα : Τα συστήματα υγείας πρέπει να εστιάσουν στη παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στους ηλικιωμένους. Η ενσωμάτωση της ΚΝ στη ΠΦΥ με την παράλληλη υποστήριξη των υπηρεσιών της, θα ενισχύσει τη δυνατότητα του συστήματος για την κάλυψη των αναγκών, για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων.

ΛΕΞΕΙΣ - ΚΛΕΙΔΙΑ :

Γήρανση, ηλικιωμένοι, προαγωγή υγείας ηλικιωμένων, υπηρεσίες υγείας και φροντίδας, κοινοτικός νοσηλευτής.

SUMMARY

Introduction : Population aging requires changes in health systems, which should focus on integrated and person-centered care in the community to respond to the special health needs of the elderly. Particularly important is the role and contribution of the nurse in improving the quality of life of the elderly.

Aim : The approach the role of the community nurse in the care of the elderly in the context of public health and health promotion. Also, to consider the issue of aging and the arising problems. The possibility of developing the care of the elderly in the community and in the context of health promotion, analyzing the role of the community nurse and its special contribution to the care of the elderly.

Material-Method: For the writing of the paper, published articles in Greek and mainly in the international literature were taken into account, the search was made in the electronic databases (PubMed, Google Scholar, BMJ). Also, material was selected from the official websites of national and international organizations and agencies. In the search, key words and phrases related to the subject of the work were used in various combinations.

Conclusions : Health systems should focus on providing comprehensive care to the elderly. The integration of RN in PPH, while supporting its services, will strengthen the system's ability to meet the needs, to prevent and promote the health of the elderly .

KEYWORDS :

Ageing, older people, elderly health promotion, health and care services, community nurse

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
SUMMARY	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	5
Κατάλογος Εικόνων	7
Συντομογραφίες	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	11
Κεφάλαιο 1. Γήρας - Γήρανση	11
1.1 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί	11
1.2 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά	12
1.3 Χαρακτηριστικά γήρανσης.....	14
1.4 Ανάγκες ηλικιωμένων	16
Κεφάλαιο 2. Προβλήματα υγείας ηλικιωμένων	16
2.1 Πτώσεις / Ατυχήματα	16
2.2. Χρόνια νοσήματα	19
2.3 Πολυφαρμακία	23
2.4 Μείωση ακοής / όρασης	25
2.5 Κατάθλιψη / Ψυχική υγεία.....	27
Κεφάλαιο 3. Διατήρηση και Προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων	29
3.1 Πρόληψη Ατυχημάτων	31
3.2 Καθημερινές συνήθειες / ατομική υγιεινή.....	32
3.3 Φυσική δραστηριότητα / διατροφή	34
3.4 Ύπνος	37
3.5 Κοινωνική δραστηριότητα	39
3.6 Ανοσοποίηση	40

Κεφάλαιο 4. Υπηρεσίες υγείας / Κοινωνικές δομές για ηλικιωμένους.....	44
4.1 Δημόσιες υπηρεσίες υγείας για ηλικιωμένους.....	44
4.1.1 Λέσχες φιλίας	44
4.1.2 Κ.Α.Π.Η.	45
4.1.3 Βοήθεια στο σπίτι	46
4.1.4 Κ.Η.Φ.Η.....	47
4.2 Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας για ηλικιωμένους στην Ελλάδα	48
4.3 Δυσκολία πρόσβασης ηλικιωμένων σε υπηρεσίες υγείας.....	49
Κεφάλαιο 5. Κοινοτικός νοσηλευτής	50
5.1 Χαρακτηριστικά κοινοτικού νοσηλευτή	50
5.2 Νοσηλευτική διεργασία στην κοινοτική νοσηλευτική	53
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	60
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	61

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

1.1 Υπολογιζόμενος Πληθυσμός και Δείκτης Γήρανσης της Χώρας για τα έτη 1951 – 2011 και 2020	15
2.1. Παράγοντες κινδύνου των πτώσεων στα ηλικιωμένα άτομα	21
5.1. Ρόλοι, δράσεις και ικανότητες της Κοινωνικής Νοσηλευτικής	57

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΓΓΕ : Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία

ΚΑΠΗ : Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

ΚΗΦΗ : Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

ΚΝ : Κοινοτικός Νοσηλευτής

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development

UNIDOP: United Nations International Day of Older Persons

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων σε παγκόσμιο επίπεδο και, κυρίως, στην Ευρώπη αντιπροσωπεύει μία μεγάλη δημογραφική αλλαγή με σημαντικό αντίκτυπο στα συστήματα υγείας. Το προσδόκιμο ζωής στις χώρες της Ευρώπης είναι από τα υψηλότερα στον κόσμο, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται αυξημένες οικονομικές και κοινωνικές ανάγκες για τη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων με στόχο την ενεργό και υγιή γήρανση.

Σύμφωνα με την έκθεση του OECD (2018), η γήρανση του πληθυσμού απαιτεί βαθιές αλλαγές στα συστήματα υγείας, τα οποία θα πρέπει να εστιάσουν από την ιατροκεντρική φροντίδα σε μία πιο ολοκληρωμένη και ανθρωποκεντρική φροντίδα στην κοινότητα. Πολλές Ευρωπαϊκές χώρες έχουν ήδη προχωρήσει σε αλλαγές, μειώνοντας, για παράδειγμα, τη μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο και ενισχύοντας την κοινοτική φροντίδα. Όμως, η διαδικασία αυτή απαιτεί συνεχή και μακροπρόθεσμη προσπάθεια.

Τις επόμενες δεκαετίες ο αριθμός του ηλικιωμένου πληθυσμού αναμένεται να υπερδιπλασιασθεί και η αύξηση αυτή θα παρουσιαστεί σε όλες τις περιοχές του πλανήτη, με πιο έντονο και ταχύ ρυθμό στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

Η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών έχει καθιερώσει την 1^η Οκτώβρη κάθε έτους ως Παγκόσμια Ημέρα Ηλικιωμένων Ατόμων (UNIDOP) με σκοπό την ενημέρωση όλων των ενδιαφερόμενων και εμπλεκόμενων φορέων, καθώς και την ευαισθητοποίησή τους σχετικά με τις προκλήσεις της γήρανσης παγκοσμίως και την ανάληψη πρωτοβουλιών για μία κοινωνία ισότιμη, με δικαίωμα στην αξιοπρέπεια και στην υγεία για όλες τις ηλικίες.

Στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Ημέρας (UNIDOP), προωθείται και το πρόγραμμα «Δεκαετία για την Υγιή Γήρανση» (2021-2030), το οποίο έχει στόχο τη συνέργεια διεθνών οργανισμών, κυβερνήσεων, φορέων της κοινωνίας των πολιτών και επαγγελματιών υγείας ώστε όλοι οι άνθρωποι να μπορούν να ζήσουν μια υγιή και μακρά ζωή (United Nations 2022, Who 2020).

Το 2020 είχε αναγνωριστεί ως το «Έτος Νοσηλευτών και Μαιών». Παράλληλα, μεταξύ άλλων, στόχοι της UNIDOP 2020 ήταν η ευαισθητοποίηση αναφορικά με τις ιδιαίτερες ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων και τη συμμετοχή τους στη δική τους υγεία και η αναγνώριση του ρόλου και της συμβολής των επαγγελματιών υγείας, με ιδιαίτερη αναφορά στο νοσηλευτικό επάγγελμα, ως προς τη βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων (United Nations 2022).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να προσεγγίσει το ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή στη φροντίδα των ηλικιωμένων στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας και της προαγωγής της υγείας. Επίσης, να εξετάσει το ζήτημα της γήρανσης και τα επακόλουθα προβλήματα καθώς και τη δυνατότητα ανάπτυξης της φροντίδας των ηλικιωμένων στην κοινότητα και στο πλαίσιο της προαγωγής της υγείας, αναλύοντας το ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή και την ιδιαίτερη συμβολή του στη φροντίδα των ηλικιωμένων. Παράλληλα θα εξετάσει την αξία για το σύστημα υγείας να ενσωματώσει τη κοινοτική φροντίδα ηλικιωμένων στις υπηρεσίες υγείας ώστε να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες.

Αρχικά στην εργασία θα παρουσιαστεί το εννοιολογικό πλαίσιο της γήρανσης, τα χαρακτηριστικά και η επιδημιολογία της, καθώς και οι ανάγκες των ατόμων που προκύπτουν, ως συνέπεια της γήρανσης. Στη συνέχεια, θα ακολουθήσει καταγραφή των κυριότερων καταστάσεων και προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα. Θα αναλυθεί ο τρόπος ζωής, οι πρακτικές, οι συνήθειες που συμβάλουν στην προαγωγή της υγείας και θα αναδειχθούν καλές πρακτικές και ορισμένα από τα εργαλεία και εξετάσεις αξιολόγησης της υγείας τους που έχουν στη διάθεσή τους οι επαγγελματίες υγείας για την

πρόληψη και την διαχείριση προβλημάτων υγείας. Κατόπιν, θα παρουσιαστεί η κατάσταση στην Ελλάδα ως προς τις κοινωνικές και υγειονομικές υπηρεσίες που παρέχουν φροντίδα σε ηλικιωμένα άτομα, τους περιορισμούς στην ανάπτυξη τους και τις δυσκολίες πρόσβασης των ηλικιωμένων σε αυτές. Θα διερευνηθεί ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στη φροντίδα των ηλικιωμένων, τα χαρακτηριστικά του και ο τρόπος που αναπτύσσεται η νοσηλευτική φροντίδα στην κοινότητα.

Τέλος, θα γίνει σχολιασμός των αποτελεσμάτων της βιβλιογραφικής ανασκόπησης ώστε να προκύψουν συμπεράσματα, αναφορικά με τη συμβολή των νοσηλευτών στη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων.

Η παρούσα εργασία πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Η αναζήτηση δημοσιευμένων άρθρων στην ελληνική και κυρίως, στη διεθνή βιβλιογραφία έγινε στις Ηλεκτρονικές Βάσεις δεδομένων (PubMed, Google Scholar, BMJ) καθώς και στο δίκτυο κοινωνικής δικτύωσης επιστημόνων και ερευνητών (Researchgate). Ακόμη, έγινε ανασκόπηση σε εκδόσεις διεθνών οργανισμών, σε μελέτες που εκπονήθηκαν μετά από συνεργασίες έγκυρων Εθνικών ή Διεθνών ενώσεων και οργανισμών που ασχολούνται με την υγιά γήρανση, τα προβλήματα και τη φροντίδα των ηλικιωμένων και σε μελέτες εθνικών και διεθνών φορέων, αναφορικά με το ρόλο της κοινοτικής νοσηλευτικής. Επίσης, επιλέχθηκε υλικό από τις επίσημες ιστοσελίδες εθνικών και διεθνών οργανισμών και φορέων. Το υλικό που συγκεντρώθηκε, ομαδοποιήθηκε και ταξινομήθηκε με βάση τις ενότητες της εργασίας. Επιπλέον μελέτες εντοπίστηκαν, σχετικές με το θέμα, στη βιβλιογραφία των άρθρων που συλλέχθηκαν στην αρχική αναζήτηση.

Στην αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν με διάφορους συνδυασμούς λέξεις και φράσεις κλειδιά, σχετικές με το αντικείμενο της εργασίας: Γήρανση, ηλικιωμένοι, προαγωγή υγείας ηλικιωμένων, υπηρεσίες υγείας και φροντίδας, κοινοτικός νοσηλευτής.

Οι μελέτες και τα άρθρα εντοπίστηκαν με βάση τις λέξεις κλειδιά στους τίτλους τους ή στην περίληψη.

Τα κριτήρια επιλογής των βιβλιογραφικών πηγών ήταν : Να είναι δημοσιευμένες στη ελληνική ή αγγλική γλώσσα και να υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης στο πλήρες κείμενο, όχι μόνο στο κείμενο της περίληψης. Ακόμη δόθηκε έμφαση στις, όσο το δυνατόν, πιο πρόσφατες πηγές, καθώς και στην ακαδημαϊκή προέλευση ή εξειδίκευση των συγγραφέων με το αντικείμενο της εργασίας.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Κεφάλαιο 1

Γήρας – Γήρανση

1.1 *Εννοιολογικοί προσδιορισμοί*

Η γήρανση αποτελεί ένα πολυδιάστατο ζήτημα και, ενώ επιστημονικές εταιρείες Γεροντολογίας και Γηριατρικής ορίζουν τη γήρανση ως διαδικασία ανάπτυξης και εμφάνισης χαρακτηριστικών γήρανσης, έως σήμερα δεν υπάρχει ομόφωνα αποδεκτός ορισμός για τον όρο «γήρανση».

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (2015) σε βιολογικό επίπεδο, η γήρανση συνδέεται με τη σταδιακή συσσώρευση μοριακών και κυτταρικών βλαβών που έχουν ως αποτέλεσμα την μεταβολή της λειτουργικότητας του ατόμου, την έκπτωση της ικανότητας του, την έκθεσή του στο κίνδυνο πολλών ασθενειών με τελική κατάληξη το θάνατο. Όμως, δεν αποτελεί μόνο μία βιολογική διαδικασία και δεν συνδέεται απαραίτητα με την ηλικία.

Η διαφορετικότητα που παρατηρείται στις μεγαλύτερες ηλικίες δεν είναι τυχαία. Πέρα από τις βιολογικές αλλαγές, η γήρανση συνδέεται με τις συμπεριφορές του ατόμου καθώς και με άλλες αλλαγές της ζωής, όπως τη συνταξιοδότηση, την απώλεια ρόλου, τη μετεγκατάσταση σε πιο κατάλληλη στέγαση και την απώλεια φίλων και συντρόφων. Ακόμη μπορεί να αλλάζουν οι στόχοι και οι προτεραιότητες των ηλικιωμένων στην προσπάθεια να προσαρμοστούν στις απώλειες, καθώς και να αναπτύσσουν νέους ρόλους και απόψεις (Who 2015).

Η έννοια της γήρανσης ως «προβληματική» και η σύνδεσή της με την ασθένεια, αποτελούν στερεότυπα και προκαταλήψεις και πλέον, οι σύγχρονες απόψεις υιοθετούν μία περισσότερο θετική θεώρηση και αλλαγή στάσεων. Η γήρανση δεν θα πρέπει να συνδέεται με την ασθένεια, καθώς επίσης και η χρονολογική ηλικία του ατόμου δεν πρέπει να συσχετίζεται με μειωμένη λειτουργική ικανότητα του ατόμου ή τη λειτουργική κατάσταση του οργανισμού (Αντωνιάδου και συν. 2017).

Σύμφωνα με τον κλασσικό ορισμό του Birren: «Η γήρανση ορίζεται ως η μεταβολή του ανθρώπινου οργανισμού μετά την ηλικία της φυσικής ωριμότητας, της άριστης δηλαδή ηλικίας αναπαραγωγής μετά την οποία η πιθανότητα επιβίωσης μειώνεται σταθερά, ενώ εμφανίζονται νομοτελειακές αλλαγές στη συμπεριφορά, στις εμπειρίες και στους κοινωνικούς ρόλους» (Αντωνιάδου και συν. 2017).

Πολλές θεωρίες έχουν διατυπωθεί αναφορικά με τη γήρανση, μεταξύ των οποίων είναι η βιολογική θεωρία των ελεύθερων ριζών ή αλλιώς, του οξειδωτικού στρες, η οποία διατυπώθηκε αρχικά από τον Harman. Σύμφωνα με αυτήν, οι ελεύθερες ρίζες ευθύνονται για τις αλλαγές σε ιστικό, κυτταρικό και υποκυτταρικό επίπεδο.

Σχετικά με τις κοινωνιολογικές θεωρίες, οι Cumming και Henry διατύπωσαν τη θεωρία της αποσύνδεσης, σύμφωνα με την οποία η σταδιακή απώλεια των ρόλων και των κοινωνικών σχέσεων θα καθιστούσε πιο ομαλή την διαδικασία της γήρανσης. Η αποσύνδεση αποτελεί μέρος της ισορροπίας του κοινωνικού συστήματος. Επίσης, ο Havighurst υποστήριξε με τη θεωρία της δραστηριότητας ότι τα άτομα που αποδέχονται τη γήρανση ως μία φυσιολογική διαδικασία και συνεχίζουν να είναι ενεργά, έχουν καλύτερη προσαρμογή και δεν αποσύρονται. Ακόμη, με βάση κοινωνικά κριτήρια, η γήρανση συνδέεται με την αποσύνδεση από την αγορά εργασίας και την συνταξιοδότηση (Σταύρου & Ζυγά 2014).

Σήμερα όλο και περισσότερο χρησιμοποιείται ο όρος «υγιής γήρανση». Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τα πρόσθετα χρόνια ζωής, αν και δεν συνοδεύονται απαραίτητα από ασθένεια ή αναπηρία, δεν είναι βέβαιο όμως ότι είναι ποιοτικά. Στόχος της υγιούς γήρανσης είναι η εξασφάλιση μιας ποιοτικής ζωής με τη διατήρηση της σωματικής και πνευματικής υγείας, της αυτοεξυπηρέτησης και την καθυστέρηση εμφάνισης ασθένειας ή ανεπιθύμητων επιπτώσεων της γήρανσης. Το προσδόκιμο ζωής να συνοδεύεται από το προσδόκιμο της υγείας (Ζαμπέλας 2017, Σταύρου & Ζυγά 2014). Σύμφωνα με τον Ζαμπέλα (2017), ο Π.Ο.Υ. κατηγοριοποιεί ως ηλικιωμένους τα άτομα από 60-74 ετών, ως γηραιούς από 75-89 ετών και ως υπέργηρους τα άτομα άνω 90 ετών.

1.2 Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Ο απόλυτος αριθμός των ηλικιωμένων καθώς και η αναλογία τους σε πληθυσμούς σε όλο τον κόσμο αυξάνεται δραματικά.

Έως το 2050 ο παγκόσμιος πληθυσμός άνω των 60 ετών θα διπλασιαστεί (από 1 δισεκατομμύριο το 2020 σε 2,1 δισεκατομμύρια) και τα άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών αναμένεται να φθάσουν τα 426 εκατομμύρια.

Το 2012 στην Ιαπωνία το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω ξεπερνούσε το 30%, ενώ στα μέσα του αιώνα πολλές χώρες στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική καθώς και η Χιλή, η Κίνα, το Βιετνάμ θα έχουν παρόμοιο ποσοστό ηλικιωμένων με αυτό της Ιαπωνίας.

Επίσης, ο ρυθμός γήρανσης του πληθυσμού σε πολλές χώρες είναι περισσότερο γρήγορος από ότι στο παρελθόν. Στη Γαλλία το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 60 ετών, αυξήθηκε από 10% σε 20% σε μία περίοδο 150 χρόνων. Όμως στη Βραζιλία, τη Κίνα και την Ινδία παρόμοια αύξηση θα συμβεί σε 20 χρόνια ή λίγο περισσότερο. Έτσι, η ικανότητα προσαρμογής αυτών των κρατών θα είναι μικρότερη και θα πρέπει να γίνει πολύ πιο γρήγορα από ό,τι συνέβαινε στο παρελθόν (Who 2021, 2015).

Η Ευρώπη προβλέπεται πως θα παραμείνει για τα επόμενα 25 χρόνια η πιο γερασμένη ήπειρος, με τη Γερμανία και την Ιταλία να έχουν τους γηραιότερους πληθυσμούς στην Ευρώπη. Έως το 2030 ο ένας στους τέσσερις Ευρωπαίους θα είναι ηλικίας 65 ετών και άνω (Ferrucci et al. 2008).

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (2020, 2017), στην Ελλάδα το 2020 ο πληθυσμός ηλικίας 65 ετών και άνω αποτελούσε το 22,3%, με το δείκτη γήρανσης (πληθυσμός ηλικίας 65 ετών και άνω προς τον πληθυσμό ηλικίας 0-14 ετών) στο 156,2, έναντι 145,5 το 2015 και 132,9 το 2011 (Εικόνα 1.1).

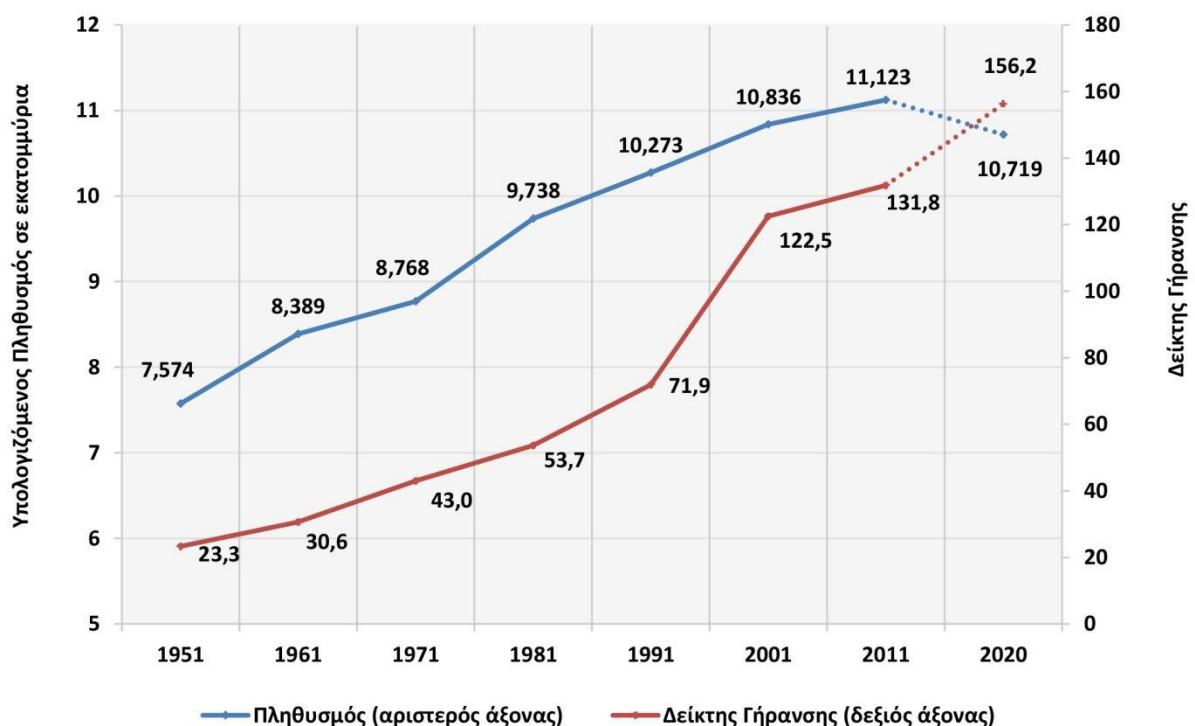
Σύμφωνα με την Eurostat, αναφορικά με το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στον συνολικό πληθυσμό το 2018, η Ιταλία (22,6%), και η Ελλάδα (21,8%) είχαν τα υψηλότερα ποσοστά. Επίσης, τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρωπαϊκή Ένωση κατέχουν με 35,2% η Ιταλία, 34,2% η Φινλανδία, 34,1% η Ελλάδα στο δείκτη εξάρτησης ηλικιωμένων, όπου λιγότερο από τρία άτομα σε ηλικία εργασίας αντιστοιχούσαν σε κάθε άτομο ηλικίας 65 ετών και άνω. Μεταξύ του 2018 και 2100 ο πληθυσμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα συνεχίσει να γερνάει και η κατηγορία των πολύ ηλικιωμένων ατόμων θα αυξάνεται γρηγορότερα από κάθε άλλη κατηγορία. Προβλέπεται ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 80 ετών θα αυξηθεί από 5,6% σε 14,6%. (Eurostat, 2020).

Δύο λόγοι έχουν οδηγήσει στην αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής που θεωρείται επίτευγμα της δημόσιας υγείας και αποδίδεται στη βελτίωση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών διαβίωσης, στη πρόοδο της ιατρικής επιστήμης, στην καλύτερη φροντίδα και στην πρόληψη.

Στην Ελλάδα το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες αυξήθηκε από 74,6 χρόνια το 1990 σε 75,42 έτη το 2000 και αντίστοιχα για τις γυναίκες από 79,4 έτη σε 80,54 χρόνια (Sourtzi et al. 2010).

Παρά όμως την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη, τα ποσοστά γονιμότητας παρουσιάζουν πτώση, με το 2015 να έχουν κατακόρυφη πτώση και αυτή είναι η δεύτερη αιτία της αυξημένης γήρανσης του πληθυσμού (Who 2015, Ferrucci et al. 2008).

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης αποτελεί μία από τις μεγάλες προκλήσεις για τα κοινωνικά συστήματα και τα συστήματα υγείας των σύγχρονων χωρών.



Εικόνα 1.1. Υπολογιζόμενος Πληθυσμός και Δείκτης Γήρανσης της Χώρας για τα έτη 1951 – 2011 και 2020

Πηγή : (ΕΛΣΤΑΤ 2020)

1.3 Χαρακτηριστικά γήρανσης

Στη διαδικασία της φυσιολογικής γήρανσης παρατηρούνται προοδευτικές αλλαγές στα άτομα, με επίπτωση στις βιολογικές και γνωστικές λειτουργίες και με γενικότερη επιβράδυνση των σωματικών λειτουργιών. Οι αλλαγές δεν εμφανίζονται σε συγκεκριμένη ηλικία, ούτε και με την ίδια ένταση σε όλα τα άτομα. Υπάρχουν οι εξωτερικές αλλαγές όπως, η εμφάνιση ρυτίδων, τα άσπρα μαλλιά.

Το δέρμα παρουσιάζει αλλοιώσεις που προκαλούνται με την ηλικία και μπορεί να οφείλονται σε γενετική προδιάθεση, σε φυσιολογικούς μηχανισμούς ή στις περιβαλλοντικές συνθήκες, όπως είναι η έκθεση στον ήλιο, γεγονός που δρά σφραγιστικά με την πάροδο του χρόνου. Παρουσιάζεται απώλεια κολλαγόνου και ελαστίνης, παρατηρείται χαλάρωση του δέρματος και μεγαλύτερη ευαισθησία σε δερματίτιδες ή άλλες δερματολογικές διαταραχές. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να επηρεάσουν τη συναισθηματική υγεία των ατόμων και να οδηγήσουν σε κοινωνική απόσυρση από δραστηριότητες στη κοινότητα ή και χώρους εργασίας (Who 2015).

Χαρακτηριστικές αλλαγές που παρατηρούνται σε υγιείς ηλικιωμένους είναι η απώλεια οστικής μάζας και ασβεστίου, ιδιαίτερα στις γυναίκες. Επίσης, οι αλλαγές στη σύσταση μάζας σώματος με την πάροδο του χρόνου (μείωση μυϊκής μάζας, γνωστή ως σαρκωπενία και αύξηση λιπώδους ιστού) έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της σωματικής δύναμης, της αντοχής και της λειτουργικότητας. Οι μεταβολές αυτές επηρεάζουν την ισορροπία και αποτελούν παράγοντες πτώσεων, καταγμάτων, αδυναμίας (Ζαμπέλας 2017).

Συχνά στα άτομα ηλικίας 70 ετών και άνω, οι λειτουργίες της όσφρησης και της γεύσης αρχίζουν να μειώνονται με αποτέλεσμα τη μειωμένη ικανότητα απόλαυσης και ευχαρίστησης της τροφής.

Τα προβλήματα στη μάσηση και την κατάποση πιθανόν να συνοδεύουν τη γήρανση. Μπορεί να προκληθούν από ξηροστομία που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή σιέλου ή από κακή οδοντική υγεία με απώλεια δοντιών και κακή υγιεινή στόματος. Ακόμη επηρεάζεται το αίσθημα της πείνας, του κορεσμού και παρατηρείται μειωμένη αντίληψη του αισθήματος της δίψας. Αυξάνεται, έτσι, ο κίνδυνος αφυδάτωσης και των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος (Ζαμπέλας 2017, Prolepsis 2014).

Οι υγιείς ηλικιωμένοι παρουσιάζουν αλλαγές στο γαστρεντερικό σύστημα, με συχνότερα προβλήματα την ατροφική γαστρίτιδα η οποία αυξάνεται με την ηλικία και τη δυσκοιλιότητα. Αναφορικά με τις γνωστικές λειτουργίες, με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζεται απώλεια νευρώνων κατά 20% και μείωση της κυκλοφορίας του αίματος στον εγκέφαλο. Το γεγονός αυτό συσχετίζεται με τη νόσο του Parkinson, την άνοια και αγγειακές διαταραχές. Η άνοια αποτελεί ένα από τα πιο συχνά προβλήματα, προκαλεί εξασθένηση της μνήμης και της νοητικής λειτουργίας με αρνητική επίπτωση στην αυτονομία και ανεξαρτησία των ηλικιωμένων (Ζαμπέλας 2017, Prolepsis 2014).

Οι παραπάνω αλλαγές σε συνδυασμό με την μειωμένη αντοχή και λειτουργικότητα επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, τη διάθεση και την ψυχολογία τους.

Οι συνήθεις παθήσεις σε μεγαλύτερη ηλικία είναι η απώλεια ακοής, μείωση όρασης (καταρράκτης και διαθλαστικά σφάλματα), πόνος στην πλάτη και τον αυχένα και οστεοαρθρίτιδα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, διαβήτης, κατάθλιψη και άνοια. Η μεγαλύτερη ηλικία χαρακτηρίζεται επίσης από την εμφάνιση πολλών πολύπλοκων καταστάσεων υγείας που συνήθως ονομάζονται γηριατρικά σύνδρομα (Who 2021, Golinowska et al 2017).

Αν και η σεξουαλικότητα σε μεγαλύτερη ηλικία επηρεάζεται από πολυάριθμες φυσιολογικές αλλαγές που αποτελούν μέρος της διαδικασίας γήρανσης τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες καθώς και από πολλούς ψυχοκοινωνικούς και

κοινωνικοπεριβαλλοντικούς παράγοντες, τα στοιχεία από έρευνες για τη σεξουαλική δραστηριότητα των ηλικιωμένων δείχνουν ότι οι άνθρωποι συχνά παραμένουν σεξουαλικά ενεργοί σε προχωρημένη ηλικία.

Σε μια διαχρονική μελέτη, το 73% των συμμετεχόντων ηλικίας 57- 64 ετών, το 53% ηλικίας 65 -74 ετών και το 26% ηλικίας 75-85 ετών ήταν σεξουαλικά ενεργοί. Στην μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα, το 23% των σεξουαλικά ενεργών συμμετεχόντων ανέφεραν ότι έκαναν σεξ μία φορά μια εβδομάδα ή και περισσότερο.

Δεδομένου ότι η μεγαλύτερη ηλικία είναι μία περίοδος του κύκλου της ζωής με αυξημένους κινδύνους ασθένειας, οι αλλαγές που επιφέρει η γήρανση συχνά θα περιπλέκονται από την ανάγκη αντιμετώπισης ασθενειών που μπορεί να έχουν και σωματικές επιπτώσεις στη σεξουαλική λειτουργία. Αυτές οι επιπτώσεις μπορεί να είναι, είτε άμεσες (όπως ασθένειες που προκαλούν στυτική δυσλειτουργία), είτε έμμεσες (η φαρμακευτική αγωγή που απαιτείται για κάποια ασθένεια, μπορεί να προκαλέσει μειωμένη σεξουαλική επιθυμία). Η σεξουαλική λειτουργία συχνά επηρεάζεται από τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες που προκύπτουν από μία ασθένεια ή τη θεραπεία της (οι αλλαγές στην εικόνα της γυναίκας που μπορεί να συμβούν μετά από μαστεκτομή) (Who 2015).

Τα προβλήματα της σεξουαλικότητας φαίνεται πως συνδέονται περισσότερο με τις προκλήσεις που επιφέρουν οι ασθένειες, παρά από την ίδια την ηλικία.

Σύμφωνα με τις κυρίαρχες κοινωνικοπολιτισμικές στάσεις, η έρευνα για τη σεξουαλικότητα στις μεγαλύτερες ηλικίες εστιάζει συχνά στις ευπάθειες και στις σεξουαλικές δυσλειτουργίες παρά στις θετικές πτυχές της σεξουαλικότητας.

Σε πρόσφατη έρευνα σε 29 χώρες στους μεσήλικες και στους ηλικιωμένους, εντόπισαν τις πιο συχνές δυσλειτουργίες μεταξύ των γυναικών ως έλλειψη σεξουαλικού ενδιαφέροντος, αδυναμία επίτευξης οργασμού και δυσκολίες λίπανσης. Μεταξύ των ανδρών, οι πιο συχνές δυσλειτουργίες φάνηκε να είναι η δυσκολία στην επίτευξη ή διατήρηση στύσης, η έλλειψη ενδιαφέροντος για το σεξ, η πολύ γρήγορη κορύφωση, το άγχος για την απόδοση και αδυναμία κορύφωσης.

Παρά τις προκλήσεις αυτές, ή ακόμα και με τη βοήθεια ευρέως διαθέσιμων ιατρικών θεραπειών, η σεξουαλικότητα παραμένει σημαντική στις μεγαλύτερες ηλικίες και λαμβάνει πολλές μορφές.

Σε αντίθεση με τα στερεότυπα και τις αρνητικές αντιλήψεις για τη γήρανση, περιορισμένη έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί σε αυτόν τον τομέα καταδεικνύει ότι τα υψηλότερα επίπεδα σεξουαλικής λειτουργίας και η σωματική οικειότητα της επαφής που περιλαμβάνει, είναι σημαντικά για την ικανοποίηση των σχέσεων, τόσο σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας όσο και σε ηλικιωμένους άνδρες. Τα φιλάκια και οι αγκαλιές μπορεί να είναι ακόμη πιο σημαντικά για τους ηλικιωμένους άνδρες από ό,τι για τις μεγαλύτερες γυναίκες.

Ένα κρίσιμο θέμα που συχνά παραβλέπεται, είναι η σεξουαλική λειτουργία των ηλικιωμένων που ζουν σε οίκο φροντίδας ή ίδρυμα. Αυτό είναι ένα περίπλοκο ζήτημα που αφορά, τόσο τα δικαιώματα αυτών των ηλικιωμένων ατόμων να εκφράσουν τη σεξουαλικότητά τους αλλά και την ανάγκη για την προστασία των ευάλωτων ατόμων από κακοποιητική συμπεριφορά. Επίσης, ιδιαίτερα ηθικά διλήμματα προκύπτουν σε σχέση με τη σεξουαλικότητα και την άνοια (Who 2015).

1.4. *Ανάγκες ηλικιωμένων*

Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν ανάγκη από αυξημένη φροντίδα και υποστήριξη. Κατά κύριο λόγο, σταματούν να εργάζονται και συχνά αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα της ζωής τους αλλά και να βιώνουν έντονο στρες.

Η ψυχική τους υγεία κλονίζεται καθώς βιώνουν αρνητικά συναισθήματα όπως φόβο, ανησυχία, απώλεια υπερηφάνειας, δεν αισθάνονται πλέον χρήσιμοι και θεωρούν ότι επιβαρύνουν την οικογένειά τους. Τα συναισθήματα αυτά απορρέουν από τις αλλαγές στη λειτουργικότητα των ατόμων, τη μειωμένη κινητικότητα και την επιβάρυνση των χρόνιων νοσημάτων και είναι απαραίτητη η συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη.

Στις μεγαλύτερες ηλικίες υπάρχει ιδιαίτερη δυσκολία στην αυτοφροντίδα αλλά και στην εκτέλεση της οικιακής φροντίδας. Οι ηλικιωμένοι έχουν την ανάγκη να αισθάνονται και να είναι λειτουργικοί και ανεξάρτητοι.

Η κακή υγεία και η σωματική αδυναμία τους στερούν τη συμμετοχή σε ψυχαγωγία και σε κοινωνικές επαφές, αυξάνοντας έτσι την απομόνωση και τη μοναξιά.

Μία ακόμη μεγάλη πρόκληση για τους ηλικιωμένους είναι η αυξημένη ανάγκη για χρήση των υπηρεσιών υγείας και η δυσκολία πρόσβασης σε αυτές, είτε γιατί δεν μπορούν να καλύψουν το οικονομικό κόστος ή έλλειψη γνώσης και καθοδήγησης για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους (Abdi et al. 2019, Putri & Lestari 2018).

Σύμφωνα με την προσέγγιση που βασίζεται στα ανθρώπινα δικαιώματα, το δικαίωμα στην υγεία περιλαμβάνει τις πολιτικές, τις δράσεις, τους κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που διασφαλίζουν τους καθοριστές της υγείας, όπως διατροφή, στέγαση, πρόσβαση σε πόσιμο νερό, επαρκή υγιεινή, υγιές περιβάλλον. Τα κράτη πρέπει να εξασφαλίζουν τις κατάλληλες συνθήκες, όπως εγκαταστάσεις και υπηρεσίες υγείας, προσβάσιμες, ποιοτικές και διαθέσιμες για όλους, χωρίς διακρίσεις (Who 2015).

Κεφάλαιο 2

Προβλήματα υγείας ηλικιωμένων

Η γήρανση συνοδεύεται από αλλαγές στις λειτουργίες του οργανισμού, καθιστά τα ηλικιωμένα άτομα περισσότερα ευάλωτα σε απότομες αλλαγές της κατάστασης της υγείας τους και ο κίνδυνος δυσάρεστων καταστάσεων αυξάνεται, όπως οι πτώσεις, η μειωμένη κινητικότητα, τα χρόνια νοσήματα, οι αισθητηριακές αλλαγές και κατ' επέκταση η ψυχική υγεία επιβαρύνεται.

2.1. *Πτώσεις / Ατυχήματα*

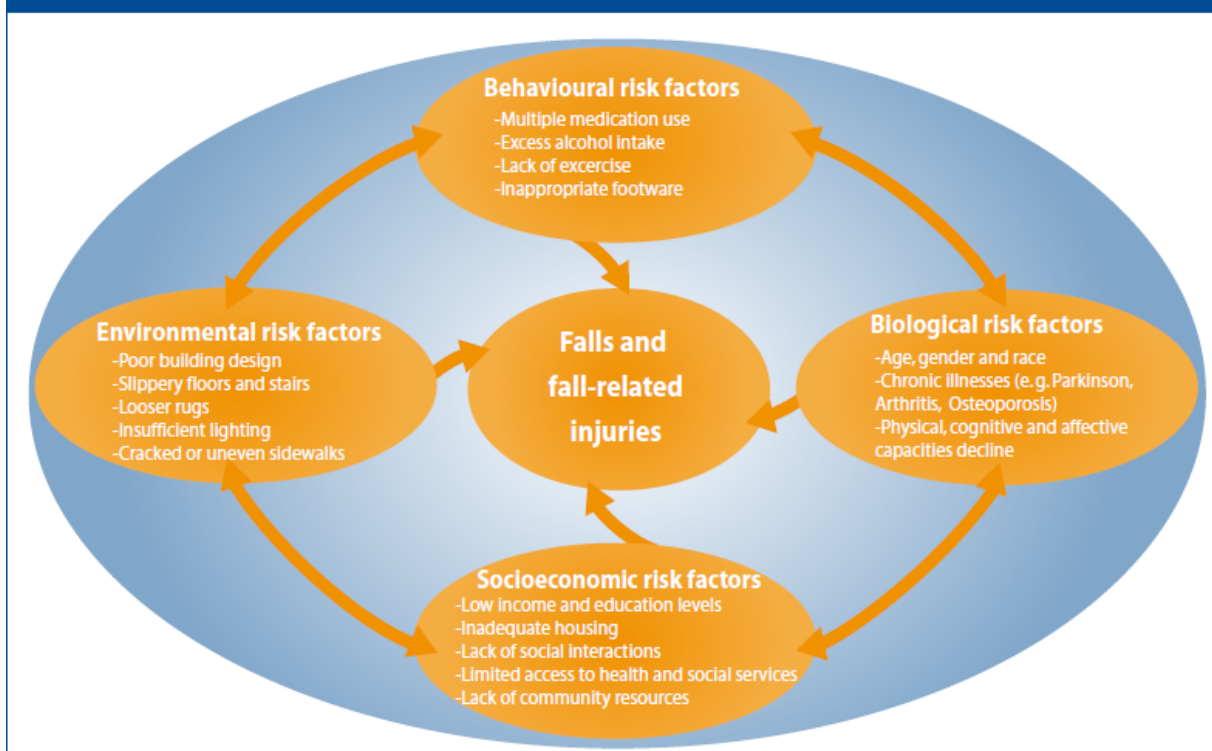
Οι πτώσεις είναι ένα ζήτημα με μεγάλη επίπτωση στην υγεία των ηλικιωμένων. Ως πτώση ορίζεται η αιφνίδια μεταβολή της όρθιας ή άλλης κατάστασης ισορροπίας του ατόμου που οδηγεί σε ακούσια πτώση στο έδαφος, στο πάτωμα ή σε άλλο επίπεδο. Έρευνες έχουν δείξει ότι το 30% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών και το 40% των ατόμων ηλικίας άνω των 70 ετών θα έχουν τουλάχιστον μία πτώση το χρόνο. Η συχνότητά τους αυξάνεται με την ηλικία και την ευπάθεια του ατόμου. Οι πτώσεις παρατηρούνται πιο συχνά σε ηλικιωμένους που ζουν σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας σε σύγκριση με όσους ζουν στην κοινότητα, με το 50% περίπου αυτών των ατόμων να βιώνουν μία πτώση το χρόνο.

Οι τραυματισμοί μπορεί να είναι απλοί μώλωπες, τραύματα ή και κατάγματα. Το 4-15% των πτώσεων προκαλούν σοβαρούς τραυματισμούς. Οι πτώσεις είναι, στην πραγματικότητα, ο κύριος παράγοντας κινδύνου για κατάγματα, ιδιαίτερα αν συμβαίνουν σε άτομα με μειωμένη οστική πυκνότητα ή οστεοπόρωση (Who 2015, Who 2007).

Οι πτώσεις είναι αποτέλεσμα μιας σύνθετης αλληλεπίδρασης παραγόντων κινδύνου. Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες.

Ενδογενείς παράγοντες, οι οποίοι εξαρτώνται από το άτομο, συμπεριλαμβανομένων των ατομικών χαρακτηριστικών, της ιατρικής κατάστασης στην οποία βρίσκεται και καταστάσεις που σχετίζονται με την ηλικία. Περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο, τη βαδισή, τη φυσική κατάσταση, την ισορροπία, την μυϊκή δύναμη και τη φυσική κατάσταση για αερόβια άσκηση, τον ίλιγγο και τη ζάλη, τη μειωμένη όραση και ακοή, τις γνωστικές δυσλειτουργίες, την καρδιαγγειακή νόσο, τα φάρμακα και την κατάθλιψη.

Figure 3. Risk factor model for falls in older age



Εικόνα 2.1. Παράγοντες κινδύνου των πτώσεων στα ηλικιωμένα άτομα

Πηγή : (Who 2007)

Ακόμη είναι οι συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου και συνδέονται με ανθρώπινες συμπεριφορές, τις συνήθειες, συναισθηματικές καταστάσεις και καθημερινές επιλογές. Η υπερβολική χρήση αλκοόλ, η καθιστική ζωή, η χρήση φαρμάκων, ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος, η απουσία της άσκησης είναι παράγοντες κινδύνου που, όμως είναι δυνατόν να αλλάξουν με κατάλληλες παρεμβάσεις (Εικόνα 2.1.).

Άλλες αιτίες κινδύνου που σχετίζονται με τις πτώσεις είναι οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες των ατόμων. Το χαμηλό εισόδημα, η ανεπαρκής στέγαση, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η περιορισμένη πρόσβαση στην υγεία και κοινωνική φροντίδα, η απουσία κοινωνικότητας αποτελούν παράγοντες κινδύνου, ιδιαίτερα όταν αλληλοεπιδρούν με τις άλλες κατηγορίες κινδύνου (Κοπανιτσάνου & Σουρτζή 2019, Who 2007).

Επίσης, σημαντικοί παράγοντες κινδύνου είναι οι περιβαλλοντικές συνθήκες όπως, η ανεπαρκής στέγαση (ολισθηρό δάπεδο, χαμηλός φωτισμός, εμπόδια και κίνδυνοι παραπάτησης), κακή σχεδίαση σκαλοπατιών, ανώμαλοι δρόμοι και μονοπάτια, έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, ακατάλληλη χρήση βοηθητικών συσκευών, έλλειψη κοινωνικής αλληλεπίδρασης και κοινότητας υποστήριξη, ακατάλληλα υποδήματα (Who 2015, Who 2007).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2015), το άμεσο περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στην προστασία των ηλικιωμένων από τις πτώσεις με πολυδιάστατες παρεμβάσεις σε επίπεδο κοινότητας. Σχετικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν, έδειξαν μειώσεις στους τραυματισμούς που σχετίζονται με τις πτώσεις μεταξύ 6% και 75%.

Εκτός από τον έλεγχο των φαρμάκων, μια σειρά παρεμβάσεων έχει αποδειχθεί ότι είναι χρήσιμες στη μείωση των κινδύνων για τους ηλικιωμένους που κατοικούν στην κοινότητα.

Η εκπαίδευση των ηλικιωμένων για να βελτιώσουν τις γνώσεις τους και να μειώσουν τον φόβο τους να πέσουν.

Οι κατ' οίκον επισκέψεις επαγγελματιών υγείας σε άτομα υψηλού κινδύνου, παρέχοντας πληροφόρηση σχετικά με τη μείωση των κινδύνων στο σπίτι και πιο ολοκληρωμένες αξιολογήσεις.

Η εκπαίδευση στους δημοτικούς φορείς, στους εργαζομένους στην υγειονομική περίθαλψη και στους σχεδιαστές νέων κατοικιών σχετικά με τον τρόπο απομάκρυνσης των κινδύνων στο σπίτι και στους δημόσιους χώρους.

Οι βελτιώσεις στο φυσικό περιβάλλον της γειτονιάς, για παράδειγμα βελτίωση του φωτισμού σε δημόσιους χώρους και η δημιουργία ασφαλέστερων δρόμων και πεζόδρομων.

Οι ευκαιρίες για σωματική δραστηριότητα, όπως προγράμματα πεζοπορίας στην κοινότητα ή μαθήματα Tai chi.

Η κοινοτική ενημέρωση και ευαισθητοποίηση σχετικά με την πρόληψη και τη διαχείριση των πτώσεων, χρησιμοποιώντας μπροσούρες, αφίσες, τηλεοπτικά και ραδιοφωνικά μηνύματα μέσω των τοπικών μέσων ενημέρωσης και των κοινοτικών φορέων και υπηρεσιών.

Όλοι οι ηλικιωμένοι που ζουν στην κοινότητα ή σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων, θα πρέπει να ελέγχονται από τους επαγγελματίες υγείας για τον κίνδυνο πτώσεων, μέσω του προσυμπτωματικού ελέγχου. Η πιο απλή μέθοδος είναι με ερωτήσεις να ανιχνευθεί αν οι ηλικιωμένοι έχουν πέσει κατά το τελευταίο έτος και η συχνότητα των πτώσεων. Ακόμη η παρατήρηση του τρόπου που κινούνται τα άτομα είναι ένας απλός τρόπος να ανιχνευθεί. Η παρατήρηση για αργή, ασύμμετρη, με σύρσιμο, και ασταθή βάδιση, η δυσκολία να σηκωθεί από μία καρέκλα, αυτό δείχνει κίνδυνο για πτώση λόγω μειωμένης μυϊκής ισχύος. Άλλα σταθμισμένα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου είναι :

- Τροποποιημένη κλίμακα αποτελεσματικότητας πτώσεων (Modified Falls efficacy scale): πρόκειται για ένα εργαλείο 14 ερωτήσεων με το οποίο μετράται η αναφερόμενη από τον ασθενή αυτοπεποίθησή του σε σχέση με δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.
- Timed Up and Go test (TUG) : μετράται ο χρόνος που χρειάζεται το άτομο για να σηκωθεί από την καρέκλα, να περπατήσει δύο μέτρα, να γυρίσει πίσω και να ξανακαθίσει. Ο χρόνος που απαιτείται, υποδηλώνει τον κίνδυνο εμφάνισης πτώσεων.
- 30 second chair stand: εστιάζει στην λειτουργική ικανότητα που σχετίζεται με την επαναλαμβανόμενη έγερση από την καρέκλα.
- Tinetti balance assessment tool: λεπτομερής εκτίμηση της ισορροπίας και της βάδισης εστιασμένη σε χρόνιες αναπηρίες (Κοπανιτσάνου & Σουρτζή 2019).

2.2 Χρόνια νοσήματα

Τα άτομα από την ηλικία των 65 ετών και άνω παρουσιάζουν προβλήματα υγείας, τα οποία με την φυσική γήρανση του οργανισμού, επιδεινώνονται και γίνονται χρόνια. Παρατηρείται ακόμη με την αύξηση της ηλικίας να συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο δύο, τρεις ή και περισσότερες χρόνιες παθήσεις, κατάσταση που χαρακτηρίζεται ως συννοσηρότητα. Η έννοια αυτή αξιοποιείται ώστε να εκτιμηθεί και να αξιολογηθεί η επιβάρυνση της κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων ατόμων. Σύμφωνα με στοιχεία, στην Ευρώπη το 65%

του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 παρουσιάζει χρόνια νοσήματα και οι χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης να αναφέρονται για τη συχνότερη συνύπαρξη πολλαπλών χρόνιων παθήσεων (Golinowska et al 2017).

Τα συχνότερα χρόνια νοσήματα στα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω είναι τα καρδιαγγειακά (η υπέρταση, η στεφανιαία νόσο και τα εγκεφαλικά επεισόδια), ενώ αποτελούν και μία από τις κύριες αιτίες θνησιμότητας. Ακολουθούν οι ρευματικές παθήσεις, η αρθρίτιδα, η οστεοπόρωση, τα σχετιζόμενα με αυτή κατάγματα και τα χρόνια συμπτώματα των αρθρώσεων, οι οποίες αναφέρονται από το 50% του πληθυσμού ηλικίας 60-70 ετών. Αξίζει να αναφερθεί ότι τα κατάγματα έχουν μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες, καθώς μετά την εμμηνόπαυση αυξάνεται η απώλεια οστικής μάζας. Τα νοσήματα αυτά έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην υγεία και στη ποιότητα ζωής καθώς επιβαρύνουν την κινητικότητα του ατόμου (Golinowska et al 2017, prolepsis 2014, Ferrucci et al. 2008)

Ακόμη στα ηλικιωμένα άτομα αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Αποτελεί ένα πρόβλημα υγείας που μπορεί να μην αναγνωριστεί έγκαιρα ή δεν αντιμετωπίζεται κατάλληλα, με αποτέλεσμα να οδηγεί σε διάφορες επιπλοκές. Προβλέπεται ότι στις αναπτυσσόμενες χώρες το 2030 τα άτομα άνω των 65 ετών με διαβήτη θα ξεπεράσουν τα 45 εκατομμύρια (prolepsis 2014).

Η ενημέρωση και η εκπαίδευση των ηλικιωμένων ασθενών είναι κρίσιμη για να κατανοήσουν τη νόσο και τις επιπτώσεις της, τη σημασία της αλλαγής του τρόπου ζωής και να συμμετέχουν ενεργά στη δική τους φροντίδα. Η καλή αντιμετώπιση και διαχείριση της νόσου συμβάλλει στον έλεγχο της κατάστασης και της καλής ποιότητας ζωής. Η διατροφή, η παχυσαρκία και η έλλειψη σωματικής άσκησης ενισχύουν τη νόσο. Η πρώτη θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να είναι η απώλεια βάρους. Η αλλαγή των συνηθειών του ατόμου, η αυτομέτρηση, η συμμόρφωση με την αγωγή και η κατανόηση των παραμέτρων της νόσου κάνει επιτακτική την ανάγκη για τη διδασκαλία και την εκπαίδευση του ηλικιωμένου από τον επαγγελματία υγείας στην κοινότητα (Μακρυλάκης 2016).

Η εξασθένηση της νοητικής ικανότητας σχετίζεται συχνότερα με τα ηλικιωμένα άτομα, ιδιαίτερα άνω των 80 ετών ενώ τα πρώτα συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν νωρίτερα. Ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων εμφανίζει άνοια, η οποία επηρεάζει τη μνήμη και οδηγεί σταδιακά στην έκπτωση της γνωστικής και κοινωνικής ικανότητας και στη μείωση της ανεξαρτησίας. Στοιχεία πολλών μελετών δείχνουν ότι η συχνότητα της άνοιας αυξάνεται με την ηλικία, με τα μεγαλύτερα ποσοστά να καταγράφονται στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες.

Σε μελέτη σε άτομα άνω των 60 ετών στην Αττική βρέθηκε ότι το 28,4% των γυναικών και το 25,4% των αντρών παρουσιάζουν έκπτωση των γνωστικών τους λειτουργιών (Golinowska et al 2017, prolepsis 2014, Ferrucci et al. 2008).

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί και χρησιμοποιούνται πολλές μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενδυνάμωση των νοητικών λειτουργιών. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι δομημένες και γίνονται με την καθοδήγηση εκπαιδευμένων επαγγελματιών υγείας στα κέντρα ημέρας για ασθενείς με άνοια. Προσαρμόζονται στο νοητικό επίπεδο των ασθενών και περιλαμβάνουν πλήθος δραστηριοτήτων. Μπορεί να είναι προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης που περιλαμβάνουν προσανατολισμό στο χώρο, στο χρόνο και στην επικαιρότητα και νοητικές ασκήσεις (μνήμης, προσοχής, λόγου, κριτικής σκέψης) οι οποίες μπορεί να γίνονται και με τη χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή, όπως το πρόγραμμα SOCIABLE. Άλλη παρέμβαση είναι η εργοθεραπεία που περιλαμβάνει δραστηριότητες, όπως τη ζωγραφική, το κολάζ, τις χειροτεχνίες, τις κατασκευές με πηλό, τα επιτραπέζια παιχνίδια, την κηπουρική και τη μαγειρική καθώς και η λογοθεραπεία (Εταιρεία Νόσου ALZHEIMER & Συναφών Διαταραχών Αθηνών 2002).

Καθοριστικοί παράγοντες και ατομικές συμπεριφορές κινδύνου για την υγεία των ηλικιωμένων ατόμων και την πιθανότητα εμφάνισης ασθενειών είναι η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, η ακατάλληλη ή ελλιπής διατροφή, το κάπνισμα και η κατάχρηση αλκοόλ. Επίσης, σημαντική επίπτωση έχουν η κοινωνική θέση και το εισόδημα του ατόμου, η προηγούμενη επαγγελματική του δραστηριότητα, η οικογενειακή κατάσταση, το περιβάλλον, η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και αποκατάστασης.

Η πλούσια σε λιπαρά διατροφή, η απουσία άσκησης και η παχυσαρκία ευθύνονται αρκετά για την ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων ή διαβήτη (Golinowska et al 2017).

Τα χρόνια νοσήματα, αναλόγως του τύπου, της επιβάρυνσης και του τρόπου ζωής, καθώς και τα ατυχήματα οδηγούν σε καταστάσεις αναπηρίας και περιορισμούς στη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων ατόμων. Οι περιορισμοί περιλαμβάνουν βασικές λειτουργίες, όπως να στέκεται κάποιος, εργασίες αυτοφροντίδας αλλά και δυσκολότερες εργασίες που απαιτούνται στην αυτόνομη διαβίωση.

Η κατάσταση της αναπηρίας αποτελεί δείκτη της συνολικής υγείας των ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν χρόνια ή και σύνθετα προβλήματα υγείας και έχει επίπτωση στη χρήση υπηρεσιών υγείας από τους ηλικιωμένους καθώς και στην ανάγκη τους για μακροχρόνια φροντίδα (Golinowska et al 2017, Ferrucci et al. 2008).

Η ενημέρωση και η πρόληψη μπορούν να ενθαρρύνουν στην υιοθέτηση ενός περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής, ο οποίος θα συμβάλλει στη μείωση των συνεπειών των παθήσεων και των περιορισμών που προκαλούν.

Σύμφωνα με τους Putri & Lestari (2018), στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος η φτώχεια, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων και η ελλιπής εκπαίδευσή τους αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες της υγείας και της φροντίδας τους. Είτε γιατί δεν μπορούν να υποστηρίξουν οικονομικά την φροντίδα τους, είτε διότι δεν γνωρίζουν πώς να αναζητήσουν θεραπεία. Για τους λόγους αυτούς στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, η πρόληψη και ο έλεγχος των χρόνιων νοσημάτων είναι απολύτως αναγκαία.

Χρήσιμο εργαλείο για τους επαγγελματίες υγείας στη πρόληψη και ανίχνευση της οστεοπόρωσης καθώς και στην εκτίμηση του κινδύνου κατάγματος και της πρόληψης των πτώσεων είναι το Εργαλείο Frax.

Το εργαλείο Frax αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) και υπολογίζει τη δεκαετή πιθανότητα (%) για μείζον κάταγμα λόγω οστεοπόρωσης και για κάταγμα ισχίου. Περιλαμβάνει δημογραφικά δεδομένα των ατόμων και κινδύνους που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (κάπνισμα, αλκοόλ) και με κλινικούς παράγοντες κινδύνου (π.χ. ιστορικό κατάγματος) και με την οστική πυκνότητα (BMD) στον αυχένα του μηριαίου οστού (Κοπανιτσάνου & Σουρτζή 2019).

Η φυσική δραστηριότητα και η άσκηση έχουν καθοριστικό ρόλο στην πρόληψη περίπου τριάντα πέντε (35) χρόνιων παθήσεων. Όπως αναφέρουν οι Pedersen & Saltin (2015), σήμερα γνωρίζουμε ότι η άσκηση αποτελεί και θεραπευτική αγωγή αρκετών χρόνιων παθήσεων. Για τις καρδιαγγειακές παθήσεις όπως, υπέρταση, στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια, τα μυοσκελετικά και ρευματικά προβλήματα όπως, οστεοπόρωση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, τις νευρολογικές παθήσεις όπως, άνοια καθώς και άλλες όπως, ο διαβήτης τύπου 2, η κατάθλιψη, η παχυσαρκία αλλά και το άγχος, η άσκηση θα μπορούσε να συνταγογραφείται ως θεραπεία.

2.3 Πολυφαρμακία

Πολυφαρμακία θεωρείται η χρήση πολλαπλών φαρμάκων, τα οποία μπορεί να είναι από πέντε ή και περισσότερα συνταγογραφούμενα φάρμακα την ημέρα. Μελέτες παγκοσμίως έχουν δείξει ότι κατά μέσο όρο λαμβάνονται από 2 έως 9 φάρμακα την ημέρα από τους ηλικιωμένους.

Η πολυφαρμακία είναι αποτέλεσμα της συνύπαρξης πολλαπλών προβλημάτων υγείας. Οι ηλικιωμένοι έχουν αυξημένο κίνδυνο για ανεπιθύμητες παρενέργειες φαρμάκων εξαιτίας των μεταβολικών αλλαγών, ο οργανισμός γερνά και η πιθανότητα αλληλεπιδράσεων των φαρμάκων αυξάνεται περαιτέρω με τη χρήση πολλαπλών φαρμάκων. Επιπλέον, η κακή διαχείριση των φαρμάκων μπορεί να αυξηθεί με την ηλικία. Μερικές φορές οι ανεπιθύμητες παρενέργειες φαρμάκων παρερμηνεύονται και θεωρούνται ασθένεια, η οποία αντιμετωπίζεται με μια νέα θεραπεία με φάρμακα (Who 2015, Dagli & Sharma 2014).

Οι επιπτώσεις που προκαλούνται από την πολυφαρμακία αλλά και τη μη συμμόρφωση με την ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή, μπορεί να είναι: κούραση, υπνηλία ή μειωμένη εγρήγορση, δυσκοιλιότητα, απώλεια όρεξης, σύγχυση, πτώσεις, κατάθλιψη ή έλλειψη ενδιαφέροντος για τις συνήθειες δραστηριότητες, αδυναμία, τρόμο, οπτικές ή ακουστικές παραισθήσεις, ζάλη και άγχος. Ιδιαίτερα υψηλός είναι ο κίνδυνος των πτώσεων καθώς τα φάρμακα μπορεί να επηρεάσουν την κρίση και τον συντονισμό, να αλλοιώσουν τον μηχανισμό ισορροπίας και την ικανότητα προσαρμογής στα εμπόδια και να προκαλέσουν αδυναμία ή ακαμψία.

Για την αποφυγή της άσκοπης πολυφαρμακίας και των ανεπιθύμητων παρενεργειών των πολλών φαρμάκων στους ηλικιωμένους ασθενείς, τα φάρμακα θα πρέπει να αξιολογούνται μηνιαίως. Τα φάρμακα θα πρέπει να ξεκινούν με τη χαμηλότερη δόση και εάν απαιτείται, μπορεί να γίνει σταδιακή αύξηση. Τα φάρμακα που μπορούν να χορηγηθούν μία ή δύο φορές την ημέρα θα πρέπει να προτιμώνται, αντί αυτών που χορηγούνται τρεις φορές την ημέρα. Τα φάρμακα για τα οποία υπάρχει υποψία ότι προκαλούν πρόβλημα θα πρέπει να διακόπτονται. Εάν ένα φάρμακο που χορηγείται, δεν έχει ικανοποιητικό θεραπευτικό αποτέλεσμα, θα πρέπει να διακόπτεται (Dagli & Sharma 2014, Who 2007).

Επομένως, είναι σημαντική η βελτίωση της χρήσης φαρμάκων σε ηλικιωμένους, καθώς και η εφαρμογή της κατάλληλης συνταγογράφησης. Τα συστήματα υγείας καλούνται να χαράξουν πολιτικές όπως, για παράδειγμα, να παρέχουν οδηγίες για την κατάλληλη συνταγογράφηση

και προγράμματα για τη διασφάλιση της δωρεάν πρόσβασης σε βασικά φάρμακα για τους ηλικιωμένους (Who 2015).

Στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συχνά συνταγογραφούνται πολλαπλές φαρμακευτικές αγωγές από διαφορετικούς επαγγελματίες φροντίδας υγείας, θέτοντάς τα έτσι σε αυξημένο κίνδυνο για αλληλεπιδράσεις φαρμάκων και ανεπιθύμητες ενέργειες. Ο κλινικός επαγγελματίας θα πρέπει να επανεξετάζει τη φαρμακευτική αγωγή σε κάθε επίσκεψη. Η καλύτερη μέθοδος ανίχνευσης πιθανών προβλημάτων λόγω της πολυφαρμακίας είναι να ζητούνται από τους ασθενείς όλα τα φάρμακα (συνταγογραφούμενα και μη συνταγογραφούμενα) με τις συσκευασίες τους. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να επικοινωνούν με τον οικογενειακό ιατρό του ασθενούς, ιδιαίτερα εάν ο ασθενής δεν μπορεί να θυμηθεί τα φάρμακά του. Τα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας και η ηλεκτρονική συνταγογράφηση θα συμβάλλουν στην ανίχνευση πιθανών σφαλμάτων συνταγογράφησης και αλληλεπιδράσεων των φαρμάκων. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας θα πρέπει επίσης να ρωτούνται αν ακολουθούν εναλλακτικές θεραπείες με την ερώτηση: «Ποια συνταγογραφούμενα ή μη συνταγογραφούμενα φάρμακα, βιταμίνες, βότανα ή συμπληρώματα χρησιμοποιείτε;» (Κοπανιτσάνου & Σουρτζή 2019).

Σύμφωνα με τους Θεοδόσης-Νόμπελος και συν. (2019), στην πολυφαρμακία αποδίδεται και η μη προσήλωση των ηλικιωμένων ασθενών στη θεραπεία, καθώς και στην έκπτωση των λειτουργιών τους. Δύο στις τρεις ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρούνται, θεωρείται ότι θα μπορούσαν να αποτραπούν. Για να διασφαλισθεί η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής, χρησιμοποιούνται μέθοδοι μέτρησης και καταγραφής της προσήλωσης των ηλικιωμένων. Μία από αυτές είναι τα σταθμισμένα ερωτηματολόγια και οι κλίμακες, μεταξύ των οποίων και αυτή του Morisky [8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)]. Αποτελείται από 7 ερωτήσεις με απάντηση ΝΑΙ ή ΟΧΙ και μία τελευταία στην οποία περιλαμβάνονται πέντε δυνατές απαντήσεις. Δίνει τη δυνατότητα να εκτιμηθεί η συμπεριφορά του ασθενή ως προς την αγωγή και να ανιχνευθούν τα εμπόδια ως προς την προσήλωση, στην αρτηριακή υπέρταση και σε χρόνιες παθήσεις.

Άλλες πιο απλές μέθοδοι μέτρησης είναι οι απλές ερωτήσεις προς τον ασθενή ηλικιωμένο, η συνέντευξη μαζί του ή ακόμη και τα σημειωματάρια των ασθενών.

Οι προτεινόμενες παρεμβάσεις που μπορούν να επηρεάσουν προς την προσήλωση στην αγωγή είναι η εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειάς του σχετικά με το πρόβλημα υγείας και την θεραπεία του, η απλοποίηση της φαρμακευτικής αγωγής και η καλή επικοινωνία του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή. Γεγονός που επιτυγχάνεται με την

επικέντρωση στον ασθενή, την αναγνώριση του προβλήματος, τη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης και τις συμβουλευτικές ικανότητες του επαγγελματία υγείας. Έτσι, μπορεί να δημιουργηθεί ένα σχέδιο θεραπευτικής φροντίδας με τη συμμετοχή του ασθενή με το νοσηλευτή και κυρίως, τον κοινοτικό νοσηλευτή να αναλαμβάνει κρίσιμο ρόλο.

2.4 Μείωση ακοής / όρασης

Η γήρανση συνδέεται με τις διαταραχές της όρασης και της ακοής, οι οποίες είναι ιδιαίτερα συχνές στους ηλικιωμένους.

Λειτουργικές αλλαγές λόγω της ηλικίας που συμβαίνουν στο μάτι, προκαλούν την πρεσβυωπία, μείωση της ικανότητας εστίασης που οδηγεί στη θόλωση της κοντινής όρασης. Ακόμη, επηρεάζουν τον φυσικό μηχανισμό του ματιού (τον κερατοειδή, τον φακό, τον αμφιβληστροειδή χιτώνα και τα οπτικά νεύρα) και οδηγούν στη μείωση της οπτικής οξύτητας και της όρασης. Μεταξύ των πιο συχνών παθήσεων που συνδέονται με την ηλικία είναι η εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, η οποία προκαλεί βλάβες στον αμφιβληστροειδή, οδηγεί σε σοβαρή διαταραχή της όρασης και αποτελεί κύρια αιτία τύφλωσης σε άτομα ηλικίας άνω των 70 ετών στις χώρες υψηλού και μεσαίου εισοδήματος.

Άλλη συχνή πάθηση είναι ο καταρράκτης, όπου αδιαφανείς περιοχές στο φακό του ματιού εμποδίζουν το πέρασμα του φωτός. Οι άνθρωποι με καταρράκτη έχουν θολή όραση και βλέπουν εκθαμβωτικές λάμπειες όταν υπάρχει πολύ φως (Υπουργείο Υγείας & ΕΓΓΕ 2019, Who 2015).

Τα προβλήματα όρασης αυξάνουν τον κίνδυνο πτώσεων λόγω αστάθειας στη βάδιση και επηρεάζουν την κινητικότητα των ηλικιωμένων με επίπτωση στις διαπροσωπικές σχέσεις, την απόσυρση του ατόμου από τις κοινωνικές δραστηριότητες και με αποτέλεσμα την εξάρτηση από άλλους και την κατάθλιψη. Επίσης, οι διαταραχές στην όραση περιορίζουν την πρόσβαση σε πληροφορίες και κάνουν την οδήγηση επικίνδυνη.

Περισσότεροι από 180 εκατομμύρια άνθρωποι άνω των 65 ετών σε όλο τον κόσμο έχουν απώλεια ακοής που εμποδίζει την κατανόηση της φυσιολογικής ομιλίας. Η απώλεια ακοής (γνωστή ως βαρηκοΐα) επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου να ακούει σε υψηλές συχνότητες και σχετίζεται με έκθεση σε έντονο θόρυβο ή με γενετική προδιάθεση ή ακόμα και με φυσιολογικούς στρεσογόνους παράγοντες.

Επίσης με την ηλικία συνδέονται οι διαταραχές του αιθουσαίου νεύρου, επιφέροντας διαταραχή ισορροπίας και αστάθεια βάδισης, αυξάνοντας τον κίνδυνο των πτώσεων (Υπουργείο Υγείας & ΕΓΓΕ 2019, Who 2015).

Η απώλεια ακοής έχει επίπτωση στην καθημερινή ζωή των ατόμων καθώς επηρεάζει την επικοινωνία και συντελεί στην κοινωνική απομόνωση και την απώλεια της αυτονομίας, προκαλώντας άγχος, κατάθλιψη και γνωστική έκπτωση. Επιπλέον, δεν εκτιμάται επαρκώς από άτομα με φυσιολογική ακοή με αποτέλεσμα, η βραδύτητα στην κατανόηση του προφορικού λόγου συχνά να ταυτίζεται με μείωση της νοητικής λειτουργίας, οδηγώντας έτσι το ηλικιωμένο άτομο να απομονώνεται.

Προκειμένου οι ηλικιωμένοι να αντισταθμίσουν τις μειωμένες αισθητηριακές λειτουργίες, οι τρόποι με τους οποίους εκτελούν άλλες γνωστικές εργασίες μπορεί να αλλάξουν και να είναι λιγότερο αποτελεσματικοί (Υπουργείο Υγείας & ΕΓΓΕ 2019, Who 2015).

Η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση σοβαρών προβλημάτων και στη μείωση της βλάβης.

Υπάρχουν διαθέσιμα εργαλεία που μπορούν να αξιοποιήσουν οι επαγγελματίες υγείας τόσο στη ΠΦΥ, όσο και σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων, ώστε να εκτιμήσουν και να εντοπίσουν πιθανές διαταραχές, παραπέμποντας τα άτομα στη συνέχεια σε εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Το εργαλείο/ερωτηματολόγιο Οπτικής Λειτουργίας «National Eye Institute/Visual Functioning Questionnaire-25 (VFQ-25)», μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στην Ελληνική γλώσσα και χρησιμοποιείται για την πρώτη εκτίμηση της λειτουργικότητας της όρασης. Οι ερωτήσεις σχετίζονται με πιθανά προβλήματα στην όραση ή με τα συναισθήματα που προκαλούνται εξαιτίας της οπτικής κατάστασης του ατόμου. Το ερωτηματολόγιο είναι αναρτημένο στο διαδίκτυο, με ελεύθερη πρόσβαση (Υπουργείο Υγείας & ΕΓΓΕ 2019).

Διαγνωστικά εργαλεία που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους επαγγελματίες υγείας για την πρόληψη και τη ανίχνευση διαταραχών της ακοής, είναι :

- η λήψη ιστορικού, εστιασμένο σε συγκεκριμένα σημεία και με την παρουσία και άλλων μελών της οικογένειας ώστε να παρέχουν περισσότερες πληροφορίες
- Το Συνοπτικό Τεστ Ακοής - Mini Audio Test (MAT) για πρώιμη διάγνωση ακοής από το 50^ο έτος της ζωής. Το τεστ περιλαμβάνει σύντομες ερωτήσεις οι οποίες θα πρέπει να απαντηθούν αυθόρμητα
- Δοκιμασία εντοπισμού ήχων όπου τα ηλικιωμένα άτομα καλούνται να εντοπίσουν από πού προέρχεται ο ήχος

- Δοκιμασία «ψιθυριστής ομιλίας» σε ανοικτό πεδίο όπου ο εξεταζόμενος καλείται να επαναλάβει τις λέξεις που ψιθυρίζει ο επαγγελματίας υγείας.

2.5 *Κατάθλιψη και ψυχική υγεία*

Τα συμπτώματα κατάθλιψης και άλλων συναισθηματικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένου και της αγχώδους διαταραχής, είναι αρκετά συχνά και διαδεδομένα στα ηλικιωμένα άτομα εξαιτίας του αυξημένου κινδύνου ανεπιθύμητων καταστάσεων και προβλημάτων (Who 2015).

Τα χρόνια νοσήματα, τα ατυχήματα και οι μειωμένες αισθητηριακές λειτουργίες μειώνουν το επίπεδο ανεξαρτησίας και αυτοεξυπηρέτησης του ηλικιωμένου ατόμου, προκαλούν διαταραχές ύπνου και αλλαγή της καθημερινότητας. Οι αρνητικές αυτές αλλαγές επηρεάζουν τη ψυχική υγεία και συχνά, σε συνδυασμό με άλλους κοινωνικούς παράγοντες (μοναξιά, κοινωνικό αποκλεισμό) μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη (Golinowska et al 2017).

Η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και της επίπτωσης των προβλημάτων υγείας συνδέεται με τρία στάδια. Πριν την ασθένεια, τα προβλήματα που επιφέρει και την πιθανή αναπηρία, το στάδιο της ανίχνευσης και διάγνωσης της ασθένειας και τέλος, αυτό της βελτίωσης της κατάστασης του ηλικιωμένου ατόμου που αντιμετωπίζει χρόνιες παθήσεις και αναπηρία και οι οποίες έχουν αρνητική ψυχολογική επίπτωση στα άτομα.

Και ενώ τα σωματικά προβλήματα υγείας επηρεάζουν τη ψυχική υγεία των ηλικιωμένων, οι συναισθηματικές και ψυχολογικές διαταραχές επιδρούν αρνητικά στην σωματική υγεία και ευεξία. Τα προβλήματα σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας οδηγούν σε περιορισμό και αδυναμία πραγματοποίησης των καθημερινών δραστηριοτήτων.

Ο περιορισμός της κινητικότητας, της γνωστικής ικανότητας και οι αναπηρίες ελέγχουν πολλές ανθρώπινες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, αυξάνουν την πιθανότητα πτώσης, τραυματισμού και καταγμάτων, ενώ εμποδίζουν το άτομο να κινείται σε ανοιχτούς αστικούς χώρους ή να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες. Αυτή η αρνητική εμπειρία μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων.

Επιπλέον οι γνωστικές διαταραχές, εκτός από τα προβλήματα που δημιουργούνται στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής των ηλικιωμένων, μπορούν να οδηγήσουν ακόμη και σε υποσιτισμό, τραυματισμούς ή κατάγματα.

Πολλές μελέτες έχουν αναφέρει την απώλεια ανεξαρτησίας, υπερηφάνειας και αυτοπεποίθησης ως τα πιο σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα στους ηλικιωμένους. Η αδυναμία εκτέλεσης βασικών δραστηριοτήτων μπορεί να απομονώσει τους ηλικιωμένους και να υπονομεύσει την αυτοεκτίμησή τους. Επίσης, έχουν δείξει ότι η ικανότητα για πολλές δραστηριότητες (π.χ. προμήθεια φαγητού και μαγείρεμα) δημιουργεί μια ευχάριστη αίσθηση ανεξαρτησίας για τους ηλικιωμένους. Είναι σημαντικό να δοθεί έμφαση σε ανάγκες που μπορούν να βελτιώσουν την ανεξαρτησία ενός ηλικιωμένου ατόμου και σε τρόπους που να εμπνέουν τους ηλικιωμένους να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς η κατάθλιψη είναι μία από τις συνέπειες της κοινωνικής απομόνωσης και της περιορισμένης κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Maresova et al. 2019).

Σύμφωνα με τις συστάσεις του ΠΟΥ (Who 2017) για παρεμβάσεις φροντίδας των ηλικιωμένων στην κοινότητα, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να εκτιμήσουν αν τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης ή αντιμετωπίζουν κάποια άλλη ψυχολογική δυσκολία που προκαλεί παρόμοιες αντιδράσεις. Ακόμη θα πρέπει να αξιολογηθεί αν υπάρχει γνωστική έκπτωση ή και άνοια, καθώς σχετίζεται με συμπτώματα κατάθλιψης. Τα άτομα με άνοια παρουσιάζουν προβλήματα διάθεσης ή συμπεριφοράς, όπως απάθεια, απώλεια συναισθηματικού ελέγχου ή δυσκολίες στην εκτέλεση καθημερινών οικιακών ή κοινωνικών δραστηριοτήτων.

Η σωματική άσκηση θα πρέπει να προτείνεται συμπληρωματικά στην ψυχολογική θεραπεία (γνωσιακή, συμπεριφορική).

Η κατάθλιψη στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας μπορεί να παρουσιασθεί άτυπα, παραμένει υποδιαγνωσμένη και αντιμετωπίζεται ανεπαρκώς. Ο εντοπισμός των ασθενών που διατρέχουν κίνδυνο, μπορεί να γίνει αν απαντήσουν θετικά στα παρακάτω ερωτήματα :

1. «Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, είχατε ενοχλήσεις από αισθήματα κακής διάθεσης, κατάθλιψης ή απελπισίας;» 2. «Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, νοιώσατε μειωμένο ενδιαφέρον ή μειωμένη ευχαρίστηση στο να κάνετε πράγματα;» (Κοπανιτσάνου & Σουρτζή 2019).

Ακόμη για την αξιολόγηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων μπορεί να αξιοποιηθεί ο οδηγός mhGAP του ΠΟΥ.

Επίσης, ένα ακόμη εργαλείο για την ανίχνευση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ηλικιωμένους είναι η «Γηριατρική Κλίμακα Κατάθλιψης (GDS)», η οποία χρησιμοποιείται συστηματικά στην γηριατρική αξιολόγηση. Είναι εύκολη και σύντομη, με 30 ερωτήσεις που απαιτούν απάντηση τύπου ΝΑΙ - ΟΧΙ και μπορεί να εφαρμοστεί στο περιβάλλον της κοινότητας (Υπουργείο Υγείας & ΕΓΓΕ 2019).

Κεφάλαιο 3

Διατήρηση και προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων

Η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση της συχνότητας των χρόνιων ασθενειών καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για χάραξη πολιτικής και αναζήτηση λύσεων για την προαγωγή της υγείας.

«Η Προαγωγή της Υγείας είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο της υγείας τους προκειμένου να τη βελτιώσουν, θεωρώντας την Υγιεινή Γήρανση ως μια προσέγγιση που αναγνωρίζει ότι το να μεγαλώνεις είναι μέρος της ζωής, και καλλιεργεί μια θετική στάση στη ζωή για να μεγαλώνεις». Η ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων ατόμων μπορεί να βελτιωθεί μέσω παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας που ενδυναμώνουν ένα υγιή τρόπο ζωής με ενίσχυση της φυσικής δραστηριότητας και της κοινωνικής συμμετοχής, ώστε τα ηλικιωμένα άτομα να διατηρούν την αυτονομία και την ανεξαρτησία τους.

Το Πρόγραμμα «Health Pro Elderly» εντάσσεται στα Προγράμματα Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και σχεδιάστηκε με σκοπό την ανάπτυξη τεκμηριωμένων κατευθυντήριων γραμμών και συστάσεων για την επίτευξη επιτυχημένων παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας ηλικιωμένων ατόμων (Sourtzi et al. 2010).

Στην Ελλάδα, με βάση τα στοιχεία που συλλέχθηκαν, επιλέχθηκαν τρία Προγράμματα Προαγωγής της Υγείας που ήδη εφαρμόζονται και πληρούν τα κριτήρια της πρωτοβουλίας του «Health Pro Elderly».

Το πρώτο είναι το «Πρόγραμμα Δράσης για ηλικιωμένους» που εστιάζει στη διατήρηση και βελτίωση της κινητικότητας, της αυτονομίας και της αυτοφροντίδας, μέσω ενός προγράμματος άσκησης. Στοχεύει στον έλεγχο των κινήσεων και της ισορροπίας του σώματος και στην υιοθέτηση πιο υγιεινών συνηθειών. Υλοποιείται σε δύο φάσεις όπου στην

πρώτη φάση τα ηλικιωμένα άτομα ενημερώνονται και στη δεύτερη φάση πραγματοποιείται το πρόγραμμα σε ειδικές αίθουσες (γυμναστήρια) και σε υπαίθριους αθλητικούς χώρους.

Το δεύτερο πρόγραμμα είναι «Η συμμετοχή και ο ρόλος των ηλικιωμένων εθελοντών στην προώθηση της υγιεινής διατροφής για την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων» και αναφέρεται στη συμμετοχή των ίδιων των ηλικιωμένων σε δραστηριότητες προαγωγής της υγείας. Υλοποιήθηκε σε Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) σε δύο Δήμους της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας και μετά από την επιτυχημένη αξιολόγησή του, το υλικό διαμοιράστηκε ώστε να χρησιμοποιηθεί από τους επαγγελματίες υγείας και σε άλλα ΚΑΠΗ της χώρας.

Το τρίτο πρόγραμμα αφορά στο ρόλο της Αγωγής Υγείας στη Βελτίωση της Συμμόρφωσης για την Πρόληψη των Καρδιαγγειακών Νόσων και εστιάζει στην πρόσβαση σε προληπτικές δραστηριότητες και στην υιοθέτηση ενός περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής. Η παρέμβαση περιλαμβάνει τη μείωση του σωματικού βάρους, την τακτική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και της γλυκόζης (Sourtzi et al. 2010).

Επίσης, σε εθνικό επίπεδο αναπτύσσεται από το Υπουργείο Υγείας το Πρόγραμμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας των Ηλικιωμένων Ατόμων – Ηπιόνη, σε συνεργασία με την ΕΓΓΕ η οποία έχει τον επιστημονικό συντονισμό του προγράμματος αναφορικά με δράσεις για την ενεργό και υγιή γήρανση. Σκοπός του προγράμματος είναι η προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων ατόμων, η ενίσχυση του ρόλου τους στην οικογένεια και στην κοινωνία καθώς και η ευαισθητοποίηση και ενημέρωση όλων των εμπλεκόμενων φορέων σχετικά με τα ζητήματα της γήρανσης. Στο πλαίσιο των δράσεων του περιλαμβάνονται η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση των πολιτών και των αρμόδιων φορέων για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων καθώς και η επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται σε υπηρεσίες, μονάδες ή φορείς φροντίδας των ηλικιωμένων.

Επίσης, μετά και την ολοκλήρωση της ενημέρωσης των πολιτών και της επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας, είναι δυνατόν να αναπτύσσονται σύντομες κλινικές παρεμβάσεις και αξιολογήσεις με τη βοήθεια επιστημονικών ανιχνευτικών εργαλείων που προτείνονται από τους επιστημονικούς φορείς (Υπουργείο Υγείας & ΕΓΓΕ 2019).

3.1 Πρόληψη ατυχημάτων

Οι παρεμβάσεις για την πρόληψη των πτώσεων αφορούν πολλούς παράγοντες και γίνονται σε διαφορετικά επίπεδα.

Καθώς οι περισσότερες πτώσεις συμβαίνουν μέσα στο σπίτι, κρίνεται απαραίτητη μία αξιολόγηση του σπιτιού για τον εντοπισμό περιβαλλοντικών αλλαγών που πρέπει να γίνουν στο πλαίσιο της στρατηγικής πρόληψης.

Η αξιολόγηση θα πρέπει να πραγματοποιηθεί από έναν επαγγελματία υγείας ο οποίος θα μπορεί να εντοπίσει τυχόν προβλήματα. Τα θέματα που εξετάζονται αφορούν το δάπεδο, τον φωτισμό, τα ασταθή έπιπλα, κινδύνους στην τουαλέτα και το μπάνιο και παραπατήματος, την ασφάλεια των χώρων παρασκευής των γευμάτων και άλλα σημεία του σπιτιού και του κήπου που μπορεί να συμβάλουν σε πτώσεις. Η προσαρμογή του σπιτιού μπορεί να περιλαμβάνει απλά μέτρα, όπως την απομάκρυνση χαλιών και άλλων κινδύνων παραπατήματος, την αλλαγή της θέσης των επίπλων και την παροχή βοηθημάτων, όπως η καρέκλα- τουαλέτα. Άλλες τροποποιήσεις μπορεί να είναι η εγκατάσταση χειρολαβών στις σκάλες και σε άλλα σημεία. Ο περιβαλλοντικός σχεδιασμός των μονάδων φροντίδας ηλικιωμένων θα πρέπει να ακολουθεί τις παραπάνω αρχές.

Παρεμβάσεις σωματικής άσκησης για την πρόληψη των πτώσεων είναι οι ασκήσεις ισορροπίας, οι ασκήσεις ενδυνάμωσης και η αεροβική εξάσκηση που συμβάλλουν να βελτιωθεί η σταθερότητα της στάσης του σώματος του ατόμου και η ικανότητα αντίστασης στην πτώση. Τα προγράμματα άσκησης μπορούν να μειώσουν το ποσοστό και τον κίνδυνο των πτώσεων, καθώς και το φόβο του ατόμου για πτώση.

Οι φυσιοθεραπευτές ή οι εργοφυσιολόγοι είναι οι κατάλληλοι για να επιβλέπουν τα τακτικά μαθήματα άσκησης για τη βελτίωση της ισορροπίας και της μυϊκής ενδυνάμωσης.

Η εξασθένηση της όρασης επηρεάζει την εκτίμηση της απόστασης, την αντίληψη του χώρου καθώς και την ικανότητα αποφυγής εμποδίων. Το αποτέλεσμα είναι να επηρεάζεται η ισορροπία του ατόμου που σχετίζεται με τον κίνδυνο των πτώσεων.

Απαιτείται η κατάλληλη αξιολόγηση της όρασης σε συνδυασμό με μείωση των περιβαλλοντικών κινδύνων.

Άλλη παρέμβαση πρόληψης των πτώσεων είναι και η επανεξέταση της φαρμακευτικής αγωγής καθώς η λήψη πολλαπλών φαρμάκων από τους ηλικιωμένους και κυρίως, η λήψη ψυχοτρόπων φαρμάκων μπορεί να αποτελέσει μία σημαντική αιτία πτώσεων.

Η φροντίδα των ποδιών και η σωστή υπόδηση είναι ένα ακόμη μέτρο πρόληψης κατά των πτώσεων. Στους ηλικιωμένους θα πρέπει να δίνονται οδηγίες ώστε να φορούν υποδήματα που στηρίζουν το πόδι και να μην φορούν παντόφλες ή να περπατούν με κάλτσες μέσα στο σπίτι. Επίσης, ο πόνος στα πόδια, η αδυναμία, η παραμόρφωση και η ακατάλληλη υπόδηση αποτελούν παράγοντες κινδύνου πτώσης (Κοπανιτσάνου & Σουρτζή 2019).

Το Δίκτυο Διάδοσης για την Πρόληψη των Πτώσεων (ProFouND) είναι μια πρωτοβουλία που χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση και εστιάζει στη διάδοση και την εφαρμογή πρακτικών ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για την πρόληψη των πτώσεων σε όλη την Ευρώπη.

Το ProFouND έχει ως στόχο να συμβάλλει μέσω της ευαισθητοποίησης για τις πτώσεις, σε πολιτικές και καινοτόμα προγράμματα πρόληψης των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας, τις ΜΚΟ και το ευρύ κοινό. Προτείνει συμβουλές για το σχεδιασμό εκστρατειών ευαισθητοποίησης, εκδηλώσεων με έμφαση στα πόδια, την όραση ή την υγεία των οστών. Προωθεί τεκμηριωμένες πρακτικές σε κάθε επίπεδο (ηλικιωμένοι, οικογένειες, επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας). Συνεισφέρει στην πιστοποιημένη κατάρτιση και διαχείριση επιστημονικά τεκμηριωμένων προγραμμάτων κινησιοθεραπείας για την πρόληψη των πτώσεων σε όλη την Ευρώπη.

Διαθέτει προτυποποιημένα έντυπα και αναφορές για την πρόληψη των πτώσεων και στην ελληνική γλώσσα.

Στόχος του Δικτύου ProFouND είναι να διευκολύνει τις κοινότητες και τους εμπλεκόμενους φορείς να διαδώσουν το έργο του δικτύου σε ομάδες-στόχους όπως, οι ηλικιωμένοι σε ολόκληρη την Ευρώπη (ProFouND 2015).

3.2 Καθημερινές συνήθειες/ατομική υγιεινή

Ιδιαίτερη σημασία για τη διατήρηση της υγείας των ηλικιωμένων έχει η ενεργή καθημερινότητα. Απλές καθημερινές δραστηριότητες που απαιτούν μέτρια σωματική προσπάθεια όπως, η καθαριότητα του σπιτιού, η περιποίηση του κήπου, η χαλαρή

κολύμβηση, το περπάτημα, μπορούν να συμβάλλουν στην προαγωγή της υγείας τους (Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών 2022).

Σύμφωνα με την Εταιρεία Νόσου ALZHEIMER & Συναφών Διαταραχών Αθηνών (2002), δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου βοηθούν στην άσκηση των νοητικών λειτουργιών των ηλικιωμένων. Το διάβασμα εφημερίδας ή ενημερωτικών περιοδικών για τη φύση ή την επιστήμη, η τηλεόραση μέσω της παρακολούθησης ενημερωτικών προγραμμάτων, όπως οι ειδήσεις, οι πολιτικές εκπομπές, τα ντοκιμαντέρ για τη φύση, την επιστήμη. Τα επιτραπέζια παιχνίδια όπως, το σκάκι, το τάβλι, το ντόμινο, η ντάμα, παιχνίδια με τράπουλα, το σκραμπλ, τα παζλ μπορούν να εξασκήσουν το μυαλό και να μεταβάλουν τη διάθεση, συνεισφέροντας στην κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων.

Ακόμη τα παιχνίδια με μολύβι και χαρτί όπως, τα σταυρόλεξα, οι γρίφοι, η κρεμάλα, η τρίλιζα και οι λαβύρινθοι καθώς και το σουντόκου, το οποίο είναι ένα παιχνίδι λογικής με αριθμούς και αποτελεί μία πολύ καλή νοητική δραστηριότητα.

Οι οικιακές δραστηριότητες και τα χόμπι όπως, η ζωγραφική και το πλέξιμο βελτιώνουν τη διάθεση και προσφέρουν ενέργεια.

Επίσης, η κατάργηση της χρήσης του ασανσέρ ή μη χρήση του αυτοκινήτου για μικρές αποστάσεις αποτελούν έξυπνες και υγιεινές καθημερινές συνήθειες.

Η ήπια σωματική άσκηση συστήνεται ιδιαίτερα καθώς τα οφέλη της είναι πολλά. Συμβάλλει στην καταπολέμηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και διατηρεί τη φυσική κατάσταση του ατόμου σε καλό επίπεδο. Μπορεί να περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως, το περπάτημα, το ποδήλατο, τη μυϊκή ενδυνάμωση, το χορό και ασκήσεις ισορροπίας, οι οποίες είναι σημαντικές γιατί προστατεύουν από πτώσεις και βελτιώνουν τη στάση του σώματος.

Μία σημαντική παράμετρος της καθημερινής ατομικής υγιεινής είναι η καλή υγιεινή του στόματος και η αποφυγή στοματικών μολύνσεων. Τα προβλήματα της οδοντικής και στοματικής υγείας που σχετίζονται με τη γήρανση, επηρεάζουν την απώλεια των δοντιών, τη μάσηση και την κατάποση. Αυτές οι αιτίες επηρεάζουν τη διατροφική πρόσληψη με μείωση της τροφής και προκαλούν πόνο και δυσφορία (Prolepsis 2014).

Οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο ευάλωτοι στη μόλυνση από λοιμώξεις εξαιτίας της μειωμένης ανταπόκρισης του ανοσοποιητικού συστήματος και των χρόνιων και πολύπλοκων καταστάσεων που αντιμετωπίζουν. Έχει εξαιρετική σημασία να τηρούνται απλοί, καθημερινοί κανόνες ατομικής υγιεινής, οι οποίοι βοηθούν στην πρόληψη μετάδοσης λοιμώξεων, με έμφαση στο τακτικό πλύσιμο των χεριών με σαπούνι και νερό και την αποφυγή επαφής των χεριών με το πρόσωπο. Επίσης, σημαντικό είναι να καλύπτεται η μύτη

και το στόμα σε περίπτωση βήχα ή φτερνίσματος. Στην περίοδο της πανδημίας της νόσου COVID-19 οι απλοί αυτοί κανόνες υιοθετήθηκαν ευρέως από τον πληθυσμό, κυρίως μετά από τη συνεχή πληροφόρηση του κοινού με εκστρατείες ενημέρωσης (Υπουργείο Υγείας & ΕΓΓΕ 2019).

Επίσης, η φροντίδα των ποδιών είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η προστασία από τη θερμότητα και το κρύο, το καλό στέγνωμα και η απομάκρυνση της υγρασίας από το δέρμα τους, η αποφυγή χρήσης ψαλιδιού και η περιποίηση με ενυδατική κρέμα αποτελούν τους απλούς και βασικούς κανόνες περιποίησης των ποδιών (Μακρυλάκης 2016).

3.3 Φυσική δραστηριότητα/διατροφή

Η σωστή διατροφή βοηθάει στη διατήρηση ενός καλού επιπέδου υγείας και στην αποκατάσταση μετά από ασθένεια, μειώνει τις ανάγκες νοσηλείας και βελτιώνει την ποιότητα ζωής. Η βιολογική και χρονολογική ηλικία είναι σημαντικοί παράγοντες για τη διαμόρφωση διατροφικών συστάσεων και οδηγιών, καθώς και τυχόν περιορισμοί εξαιτίας κάποιου νοσήματος.

Οι ηλικιωμένοι γενικότερα χρειάζεται να καταναλώνουν τροφές πλούσιες σε θρεπτικά συστατικά και να έχουν ένα δραστήριο τρόπο ζωής. Προτείνεται το πρόγραμμα διατροφής των ηλικιωμένων να περιλαμβάνει την κατανάλωση ελαιόλαδου, ξηρών καρπών, αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και πρωτεΐνη υψηλής ποιότητας σε κάθε γεύμα. Επίσης, να περιέχει τροφές πλούσιες σε ω-3 λιπαρά και περισσότερες φυτικές ίνες.

Συνιστάται η διατήρηση φυσιολογικού και σταθερού σωματικού βάρους μέσω της υιοθέτησης υγιεινής διατροφής και της σωματικής δραστηριότητας (Ζαμπέλας 2017, Prolepsis 2014).

Στην Ιταλία, ο τρόπος ζωής του 44% των ηλικιωμένων είναι καθιστικός και, σύμφωνα με το σύστημα επιτήρησης PASSI D'ARGENTO, η μεγαλύτερη ηλικία, το γυναικείο φύλο, τα συμπτώματα κατάθλιψης, οι οικονομικές δυσκολίες, η παχυσαρκία, η κοινωνική απομόνωση, τα προβλήματα όρασης ή ακοής, 3 ή περισσότερες χρόνια μη μεταδοτικές ασθένειες είναι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για σωματική αδράνεια. Η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας σε συνδυασμό με μια διατροφή πλούσια σε λιπαρά και φτωχή σε

φρούτα και λαχανικά συχνά οδηγεί σε παχυσαρκία, που γίνεται συχνό πρόβλημα στις μεγαλύτερες ηλικίες, συμβάλλοντας στην ανάπτυξη παθήσεων του καρδιαγγειακού συστήματος ή διαβήτη. Πρόσφατα, η αυξανόμενη βιβλιογραφία προτείνει ότι η διατροφή, μαζί με τη σωματική αδράνεια, θα μπορούσαν να έχουν αντίκτυπο στη σαρκοπενία. Μια διεθνής μελέτη «SPRINTT» (Σαρκοπενία και φυσική αδυναμία σε ηλικιωμένους: στρατηγικές θεραπείας πολλαπλών συστατικών) είναι μια από τις μεγαλύτερες κλινικές δοκιμές που στοχεύουν στην πρόληψη της αδυναμίας με παρεμβάσεις πολλαπλών συστατικών, συμπεριλαμβανομένης της φυσικής δραστηριότητας, των διατροφικών συμβουλών και των συμπληρωμάτων μαζί με τη χρήση καινοτόμων τεχνολογιών (Golinowska et al 2017).

Σύμφωνα με τους Pedersen & Saltin (2015), σε αρκετές περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων η θεραπεία της άσκησης είναι εξίσου αποτελεσματική με την ιατρική αγωγή και σε ειδικές καταστάσεις μπορεί να είναι και πιο αποτελεσματική. Ακόμη, υποστηρίζουν ότι θα ήταν χρήσιμο αν τα συστήματα υγείας μπορούσαν να εξασφαλίσουν τη συνταγογράφηση της άσκησης με καθοδήγηση και επίβλεψη, ως θεραπεία. Παράλληλα, και οι κοινωνικές δομές θα πρέπει να υποστηρίζουν τη φυσική δραστηριότητα παρέχοντας πρόσβαση σε ανάλογες υποδομές.

Ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια ακολουθούν προγράμματα αποκατάστασης, τα οποία περιορίζουν την καχεξία και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής και την καρδιακή λειτουργία. Τα προγράμματα αυτά με τη βοήθεια ανάλογων ειδικοτήτων περιλαμβάνουν πρόγραμμα άσκησης (αερόβιας, ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης) καθώς και διαιτολογικές οδηγίες, σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε ατόμου και της καθημερινής του δραστηριότητας. Αν και οι διεθνείς οργανισμοί προτείνουν για τους ηλικιωμένους την πρόσληψη χαμηλότερων ημερήσιων θερμίδων, οι ενεργειακές ανάγκες των ατόμων αυτών πρέπει να εκτιμώνται ανάλογα και με το επίπεδο της σωματικής τους δραστηριότητας (Ζαμπέλας 2017).

Στο πλαίσιο του προληπτικού προγράμματος ΗΠΙΟΝΗ και σύμφωνα με τον Πανελλήνιο Σύλλογο Φυσικοθεραπευτών (2022), η άσκηση αποτελεί βασική μη-φαρμακευτική θεραπεία στην υπέρταση και στους ηλικιωμένους. Όμως, για να είναι αποτελεσματική και ασφαλής παρέμβαση, η άσκηση πρέπει να συνταγογραφείται ως προς τον τύπο, την ένταση, τη συχνότητα και τη διάρκεια. Η συμμετοχή σε επιβλεπόμενο πρόγραμμα θεραπευτικής άσκησης βελτιώνει την καρδιοαναπνευστική λειτουργική ικανότητα των υπερτασικών και μειώνει την αρτηριακή πίεση.

Επίσης η μεσογειακή διατροφή συνδέεται με τη βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας. Μεγάλες προοπτικές μελέτες έδειξε ότι η ελληνική Μεσογειακή δίαιτα μπορεί να είναι η κύρια αιτία της μακροβιότητας του πληθυσμού, της μειωμένης εμφάνισης υπέρτασης και διαταραχής στην ανοχή της γλυκόζης. Στη μελέτη HALE παρατηρήθηκε ότι η μεσογειακή διατροφή σε άτομα 70 – 90 ετών σχετίζεται με 50% μειωμένη θνησιμότητα από κάθε αιτία.

Προκύπτει ότι η μεσογειακή διατροφή, αυξημένη σε φρούτα και λαχανικά συμβάλλει στη μείωση της συνολικής θνησιμότητας. Επίσης, παράγοντες όπως η κοινωνική συναναστροφή, η σωματική δραστηριότητα, η αποχή από το κάπνισμα και το άγχος συντελούν στη μακροζωία, σύμφωνα και με τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για το νησί της Ικαρίας (Prolepsis 2014).

Απαραίτητο είναι να ενθαρρύνεται η κατανάλωση υγρών και κυρίως νερού στη διάρκεια της ημέρας καθώς το νερό αποτελεί απαραίτητο διατροφικό στοιχείο και συνιστάται ως πρώτη προτίμηση για την ενυδάτωση των ηλικιωμένων.

Το 25% των ηλικιωμένων με μειωμένη κινητικότητα αντιμετωπίζουν χρόνια ήπια αφυδάτωση, η οποία μπορεί να προκαλέσει διάφορα προβλήματα όπως στο ουροποιητικό σύστημα, δυσκοιλιότητα, καρδιαγγειακά, ευερεθιστότητα, κα

Αναφορικά με το αλκοόλ, ένα ποτό την ημέρα μάλλον δεν έχει αρνητικές επιδράσεις στην υγεία των ηλικιωμένων. Όμως, εξαιτίας των αλλαγών που επιφέρει η γήρανση καθώς και η πιθανή ύπαρξη νοσημάτων ή η λήψη φαρμάκων, η λήψη του αλκοόλ σε άτομα άνω των 70 ετών χρήζει προσοχής (Ζαμπέλας 2017, Prolepsis 2014).

Η δυσθρεψία (συνήθως αναφέρεται σε έλλειψη θρεπτικών συστατικών και μειωμένη κάλυψη των διατροφικών αναγκών) είναι συχνό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους. Αίτια που αυξάνουν τον κίνδυνο κακής θρέψης είναι η ανορεξία της τρίτης ηλικίας και η χαμηλή σωματική δραστηριότητα με συνέπεια να έχουν μειωμένες θερμιδικές ανάγκες. Οι αιτίες αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια βάρους, ακόμη και σε υποσιτισμό. Μπορεί ακόμη να οφείλεται στην μείωση της όσφρησης και της γεύσης, σε προβλήματα στην στοματική κοιλότητα, την κατάθλιψη και την άνοια.

Για την αξιολόγηση του κινδύνου υποσιτισμού στους ηλικιωμένους χρησιμοποιούνται διάφορα εργαλεία

Ως το πιο έγκυρο για την αξιολόγηση του κινδύνου υποσιτισμού, θεωρείται το εργαλείο MUST, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά την εισαγωγή ηλικιωμένων στο νοσοκομείο αλλά και σε άτομα που ζουν στην κοινότητα ή σε ιδρύματα.

Το εργαλείο αξιολόγησης MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) εκτός από την υποθρεψία, μπορεί να ανιχνεύσει και την υπερκατανάλωση τροφής. Είναι εύκολο στη χρήση για τους επαγγελματίες υγείας και στα πέντε βήματα εκτέλεσής του χρησιμοποιεί ως δείκτες αξιολόγησης το βάρος, το ύψος και τις μεταβολές του σωματικού βάρους.

Άλλα αξιόπιστα, σταθμισμένα εργαλεία προσυμπτωματικού ελέγχου για την υποθρεψία είναι το 3-Minute Nutrition Screening (3MinNS), το Nutritional Risk Screening 2002 (NRS-2002), το Mini Nutritional Assessment (MNA) και η ανεπιθύμητη απώλεια βάρους (μεγαλύτερη από 5% κατά τους τελευταίους 6 μήνες). Σημαντικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της υποθρεψίας, εκτός από τα συμπληρώματα διατροφής και τις ρυθμίσεις για τα τρόφιμα και τα γεύματα ώστε να είναι περισσότερα ελκυστικά και ανάλογα με τις προτιμήσεις των ασθενών, είναι :

Η εκπαίδευση, η υποστήριξη και η καθοδήγηση που παρέχουν οι νοσηλευτές στους ασθενείς και τις οικογένειες τους, οι οποίοι συχνά δεν γνωρίζουν τις συνέπειες της υποθρεψίας. Η αλληλεπίδραση στη διάρκεια των γευμάτων μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή, ο οποίος δημιουργεί την κουλτούρα ότι τα γεύματα είναι ώρες ευχαρίστησης και ηρεμίας, μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη σίτιση (Κοπανιτσάνου & Σουρτζή 2019).

3.4 Υπνος

Σύμφωνα με μελέτες, περίπου το 50% των ηλικιωμένων έχουν προβλήματα ύπνου, τα οποία συνήθως δεν αναγνωρίζονται με αποτέλεσμα να μην αντιμετωπίζονται επαρκώς. Ωστόσο όμως, επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και την κοινωνική λειτουργία.

Οι διαταραχές του ύπνου επηρεάζουν την ποσότητα του ύπνου, την ποιότητα, το χρονοδιάγραμμα του και άλλες καταστάσεις που σχετίζονται με τον ύπνο. Οι συχνότερες που παρατηρούνται στα άτομα τρίτης ηλικίας είναι η αϋπνία, η οποία παρουσιάζεται είτε με δυσκολία στην έλευση του ύπνου, διακοπτόμενο ύπνο ή και αδυναμία διατήρησης της συνέχειας του ύπνου, οι υπερυπνίες με έντονη επιθυμία για ύπνο όταν το άτομο θα έπρεπε να είναι δραστήριο. Άλλες διαταραχές είναι οι παραϋπνίες κατά τις οποίες μπορεί να παρατηρηθούν φαινόμενα όπως, υπνοβασία, κατανάλωση τροφής κατά τη διάρκεια του

ύπνου, τρίξιμο δοντιών ή και νυχτερινό τρόμο, οι διαταραχές κερκάδιου ρυθμού του ύπνου (διαταραχή στο ρολόι του εγκεφάλου) και οι διαταραχές αναπνοής (Ηλιάδης και συν. 2015).

Πολλοί είναι οι λόγοι που μπορεί να συμβάλλουν στις διαταραχές ύπνου των ηλικιωμένων. Οι συνοσηρότητες, οι θεραπείες άλλων προβλημάτων και η χρήση φαρμάκων πιθανόν να ευθύνονται για την αϋπνία και θα πρέπει να αξιολογούνται πριν από οποια αγωγή με υπνωτικά. Ακόμη η έλλειψη σωματικής άσκησης, οι σωματικοί πόνοι και οι ψυχολογικές διαταραχές. Επίσης, πρέπει να ελέγχονται οι πρωτογενείς διαταραχές ύπνου, όπως το σύνδρομο υπνικής άπνοιας, το σύνδρομο ανήσυχων ποδιών και η γρήγορη κίνηση των ματιών (Suzuki et al. 2017).

Οι διαταραχές του ύπνου έχουν αρνητική επίπτωση στην υγεία, σωματική και ψυχική καθώς και στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Η μικρή διάρκεια ύπνου καθώς και ο διακοπτόμενος ύπνος αυξάνει τον κίνδυνο των πτώσεων, ιδιαίτερα σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας, σύμφωνα με έρευνα που έγινε σε γυναίκες ηλικίας 70 ετών και άνω. Οι πτώσεις και τα κατάγματα σε ηλικιωμένους είναι προβλήματα που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους.

Ακόμη, πιθανόν το σύνδρομο της υπνικής άπνοιας να συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας που σχετίζεται με καρδιαγγειακά αίτια.

Η αϋπνία έχει επίσης αναφερθεί ότι έχει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. Παρά το γεγονός ότι ο ύπνος κατακερματίζεται ολοένα και περισσότερο με την ηλικία, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ηλικιωμένοι είναι πιθανό να παραπονιούνται λιγότερο από τους νεότερους για προβλήματα ύπνου, μάλλον λόγω προσαρμογής στη κατάσταση ύπνου που σχετίζεται με την ηλικία στους ηλικιωμένους ή επειδή οι ηλικιωμένοι τείνουν να είναι πιο ανεκτικοί στη στέρηση ύπνου. Ωστόσο, συχνά βιώνουν άγχος και στρες εξαιτίας της έλλειψης ύπνου, γεγονός που μπορεί να επιδεινώσει άλλες ψυχολογικές διαταραχές (Suzuki et al. 2017, Ηλιάδης και συν. 2015).

Υπάρχουν διάφορα εργαλεία που χρησιμοποιούνται ευρέως και τα οποία θα μπορούσαν να αξιοποιήσουν οι επαγγελματίες υγείας στη διάγνωση των διαταραχών ύπνου και ιδιαίτερα, της αϋπνίας. Ένα ημερολόγιο ύπνου είναι χρήσιμο για την εξέταση των συνηθειών του ύπνου και των συνηθισμένων ωρών ύπνου.

Ένα πρωτόκολλο εκτίμησης διαταραχών του ύπνου περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού υγείας με έμφαση στα καρδιαγγειακά και στον σακχαρώδη διαβήτη. Στη συνέχεια η αξιολόγηση της κλινικής εικόνας και των σωματομετρικών στοιχείων καθώς και ερωτηματολόγιο προσυμπτωματικού ελέγχου συμβάλλουν στην εκτίμηση των προβλημάτων και στην παραπομπή περαιτέρω ελέγχου.

Μία πρώτη προσέγγιση, πριν οποιαδήποτε φαρμακολογική παρέμβαση, είναι η εκπαίδευση για την υγιεινή του ύπνου. Η σωστή υγιεινή ύπνου περιλαμβάνει τακτική άσκηση και τακτικά γεύματα, την αποφυγή καφεΐνης και καπνού και τη δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος ύπνου (Suzuki et al. 2017).

Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις έχουν αποδειχθεί εξαιρετικά ωφέλιμες και περιλαμβάνουν γνωσιακή θεραπεία, τη διαχείριση του άγχους, τεχνικές χαλάρωσης και διαχείριση του ερεθίσματος, όπου ζητείται από τους ηλικιωμένους να χρησιμοποιούν το κρεβάτι μόνο όταν πρόκειται να κοιμηθούν και να αποφεύγουν τους σύντομους ύπνους.

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας του ύπνου των ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν μέτριας έντασης δυσκολίες στον ύπνο, αξιοποιώντας σύντομα στοχευμένα προγράμματα εκπαίδευσης και τα οποία είναι αποτελεσματικές, μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις (Eshghizadeh et al. 2020, Suzuki et al. 2017).

3.5 Κοινωνική δραστηριότητα

Για να επιτευχθεί "η ενεργός και υγιής γήρανση" και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ανθρώπων κατά τη γήρανση, είναι απαραίτητη τόσο η βιολογική και πνευματική υγεία όσο και η συμμετοχή σε κοινωνικά, οικονομικά και πολιτιστικά ζητήματα.

Σύμφωνα με την γνωμοδότηση της ΕΟΚΕ (2012), θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην ενεργό κοινωνική συμμετοχή των ατόμων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής, χωρίς τον περιορισμό της χρονολογικής ηλικίας. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται οι ηλικιωμένοι αποτελούν την *συγκολλητική ουσία της κοινωνίας* και μπορούν να παραμένουν ικανά και σημαντικά μέλη της κοινωνίας και να μεταδίδουν γνώσεις και εμπειρία στους νεότερους.

Πολλοί ηλικιωμένοι είναι ανεπίσημοι φροντιστές και προσφέρουν στις οικογένειές τους, είτε φροντίζοντας τα εγγόνια τους ή και άλλα μεγαλύτερα μέλη της, αλλά ακόμα και με τη μετάδοση των πολύτιμων εμπειριών τους.

Οι συστάσεις που διατυπώνονται από την ΕΟΚΕ (2012) περιλαμβάνουν την ενθάρρυνση των ηλικιωμένων για εθελοντική δράση που μπορεί να αφορά την υγεία, τη ψυχαγωγία, θρησκευτικές και φιλανθρωπικές οργανώσεις, τον πολιτισμό αλλά και για συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που τους αφορούν. Με αυτό τον τρόπο οι ηλικιωμένοι συνεχίζουν να αναπτύσσουν τις δεξιότητες τους και τις κοινωνικές τους επαφές και να αποφεύγεται η κοινωνική απομόνωση και ο αποκλεισμός.

Ακόμη συστήνεται η ενθάρρυνση για συμμετοχή στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση και μάθηση, γεγονός που συντελεί στην κοινωνική ένταξη και την ενεργό συμμετοχή.

Επίσης, η χρήση της τεχνολογίας και συγκεκριμένα, του διαδικτύου και των τρόπων επικοινωνίας που παρέχονται ηλεκτρονικά, δίνει τη δυνατότητα στους ηλικιωμένους να διατηρούν επαφή με άτομα που είτε ζουν μακριά τους, είτε επειδή οι ίδιοι δεν μπορούν να μετακινηθούν, είναι δύσκολη η επικοινωνία. Παράλληλα, η εκπαίδευση και η καινούργια γνώση της χρήσης αυτής της τεχνολογίας συνέβαλε στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των ηλικιωμένων και της εκτίμησης των ικανοτήτων τους.

Η πρόκληση για τις υπηρεσίες ΠΦΥ και της κοινωνικής φροντίδας είναι η ανάπτυξη και υλοποίηση δράσεων ώστε να ενθαρρύνουν την συμμετοχή των ηλικιωμένων σε δραστηριότητες της κοινωνικής ζωής.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της σημασίας της κοινωνικής δραστηριότητας για τους ηλικιωμένους είναι οι κοινότητες “φιλικές προς την άνοια”, που αναδεικνύει η Ιαπωνία κάθε χρόνο. Στην Osaka λειτουργεί ένα κέντρο ημερήσιας φροντίδας για άτομα που ζουν με άνοια. Αντί οποιασδήποτε άλλης απασχόλησης, το πρόγραμμα του κέντρου είναι ο σχεδιασμός και η υλοποίηση του γεύματος. Οι ηλικιωμένοι με άνοια σχεδιάζουν το γεύμα, κάνουν τις ανάλογες αγορές στα καταστήματα της περιοχής και βοηθούν στην προετοιμασία του. Οι καταστηματάρχες είναι ενήμεροι και συμμετέχουν με προθυμία στο πρόγραμμα. Με αυτό το τρόπο η δραστηριότητα του κέντρου εντάσσεται με φυσικό τρόπο στη ζωή της γειτονιάς.

Οι ηλικιωμένοι με άνοια είναι ενεργοί με συνηθισμένες δραστηριότητες και όχι, παθητικοί λήπτες των υπηρεσιών φροντίδας. Παράλληλα, οι καταστηματάρχες ενθαρρύνονται να συμμετέχουν στη φροντίδα και έτσι, αποκτούν εμπειρία σχετικά με την πολυπλοκότητα της επικοινωνίας με αυτά τα άτομα και της φροντίδας τους. Καλλιεργείται η ευαισθητοποίηση της κοινότητας και στη συνέχεια, η ενεργή συμμετοχή της στη φροντίδα.

Οι κοινότητες μπορούν να υποστηρίξουν τις υπηρεσίες υγείας και τις οικογένειες και να δημιουργήσουν επιπλέον πόρους (Kellehear, 2013).

3.6 Ανοσοποίηση

Τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω είναι περισσότερα ευάλωτα στον κίνδυνο ορισμένων μολυσματικών ασθενειών καθώς μειώνεται η αποτελεσματικότητα του ανοσοποιητικού συστήματος λόγω της ηλικίας και παρατηρούνται ανατομικές και

λειτουργικές αλλαγές. Ακόμη τα χρόνια νοσήματα που εμφανίζουν τα ηλικιωμένα άτομα όπως η νεφρική ανεπάρκεια, η χρόνια πνευμονοπάθεια, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο σακχαρώδης διαβήτης δημιουργούν αυξημένο κίνδυνο μολυσματικών ασθενειών. Οι λοιμώξεις στα ηλικιωμένα άτομα έχουν αυξημένη επίπτωση στις νοσηλείες, στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα. Οι μολυσματικές ασθένειες μπορεί να είναι πιο επικίνδυνες για αυτά από ότι για τον γενικό πληθυσμό, μπορεί να προκαλέσουν σοβαρές βλάβες και μερικές φορές, ακόμη και θάνατο (Friedland, 2020).

Η ανοσοποίηση των ηλικιωμένων κατά συγκεκριμένων μολυσματικών ασθενειών, όπως του κοκκύτη, του έρπητα ζωστήρα, της γρίπης και της πνευμονιοκοκκικής νόσου, του Covid-19, μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της νοσηρότητας και της πρόωρης θνησιμότητας και επιτυγχάνεται είτε με τη φυσική λοίμωξη, είτε με τον εμβολιασμό. Τα εμβόλια παρέχουν προστασία από τις ασθένειες αυτές και άλλες ακόμη με την ικανότητά τους να παράγουν προστατευτικά αντισώματα και αποτελούν μία κρίσιμη στρατηγική πρόληψης για τη δημόσια υγεία, καθώς τα αντιβιοτικά φάρμακα χάνουν την αποτελεσματικότητά τους. Τα προγράμματα εμβολιασμού που απευθύνονται στους ηλικιωμένους, είναι μία από τις κύριες μεθόδους πρόληψης. Κάθε χρόνο, η γρίπη αποτελεί σοβαρή απειλή για την υγεία, ακόμη και τη ζωή των ηλικιωμένων. Αν και τα εμβόλια κατά της γρίπης δεν είναι υποχρεωτικά, υπάρχει όμως ισχυρή σύσταση και σε πολλές χώρες πληρώνονται από το σύστημα υγείας (Golinowska et al. 2017, Michel et al. 2010).

Το πρόγραμμα εμβολιασμού για τα άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών έχει πολλά πιθανά οφέλη. Μελέτες δείχνουν ότι ο εμβολιασμός κατά του πνευμονιόκοκκου μπορεί να μειώσει τον αριθμό των επεισοδίων νέου εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Η οικονομική επίπτωση μιας ασθένειας που μπορεί να προληφθεί με εμβόλια είναι σημαντική με το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Τα αντιβακτηριακά εμβόλια συμβάλλουν στην παγκόσμια καταπολέμηση της αντοχής στα αντιβιοτικά, μειώνοντας τη συνταγογράφηση αντιβιοτικών και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης (Michel et al. 2010).

Ο εμβολιασμός είναι ιδιαίτερα σημαντικός για την προαγωγή της υγιούς γήρανσης και τη διατήρηση της λειτουργικής ικανότητας των ατόμων, προσφέροντας καλή ποιότητα και διάρκεια ζωής στους ηλικιωμένους.

Εμπόδια στον εμβολιασμό των ηλικιωμένων ατόμων αποτελούν η έλλειψη κατανόησης από τα άτομα και τους επαγγελματίες υγείας της σημασίας του εμβολιασμού και ο δισταγμός σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων.

Οι υγειονομικές αρχές καλούνται να αντιμετωπίσουν αυτό το ζήτημα, εκπαιδεύοντας και ενθαρρύνοντας τους ηλικιωμένους ανθρώπους σε θέματα εμβολιασμού.

Καθοριστικοί παράγοντες στην επιτυχημένη εφαρμογή πολιτικών εμβολιασμού είναι ο καθορισμός συγκεκριμένων στόχων στο πρόγραμμα εμβολιασμού και η κατάλληλη προβολή τους, ο βασικός ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην εφαρμογή των προγραμμάτων εμβολιασμού. Ακόμη η πρόσβαση στον εμβολιασμό όπως, η δωρεάν διάθεση, η τοποθεσία και ο χρόνος εμβολιασμού καθώς και η ευαισθητοποίηση και παρακίνηση του κοινού είναι ουσιαστικής σημασίας ((Friedland 2020, Michel et al. 2010).

Αναφορικά με το ρόλο των επαγγελματιών υγείας, οι συστάσεις και οι συμβουλές του οικογενειακού γιατρού ή νοσηλευτή επηρεάζουν αποφασιστικά το ποσοστό εμβολιασμού. Σε μελέτη κάλυψης αντιγριπικού εμβολιασμού που έγινε σε 11 ευρωπαϊκές χώρες, η συμβουλή οικογενειακού γιατρού ή του νοσηλευτή ήταν ένας σημαντικός παράγοντας για την αποδοχή του εμβολιασμού κατά της εποχικής γρίπης στο γενικό πληθυσμό και στην ηλικιακή ομάδα των 50 ετών και άνω.

Οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι νοσηλευτές, είναι εκείνοι που μπορούν να αλλάξουν τις αντιλήψεις για τον εμβολιασμό συζητώντας για τα οφέλη του εμβολιασμού και επηρεάζοντας τα ηλικιωμένα άτομα να συμμετέχουν σε αυτόν. Θα πρέπει να κατανοήσουν το ρόλο τους στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση αυτής της ομάδας του πληθυσμού και για να εκπληρώσουν το στόχο αυτό, απαιτείται εκπαίδευση και επιμόρφωση. Επίσης, σημαντικό θεωρείται να αυξηθεί το ποσοστό εμβολιασμού μεταξύ των επαγγελματιών υγείας καθώς αποτελούν το παράδειγμα για τους ασθενείς αλλά και για την πρόληψη μετάδοσης ασθενειών (Michel et al. 2010).

Όλα τα κράτη έχουν καθιερώσει βασικό πρόγραμμα εμβολιασμών, το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού.

Στην Ελλάδα, στο πλαίσιο του Υπουργείου Υγείας και της προστασίας της δημόσιας υγείας, λειτουργεί η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών, η οποία ακολουθώντας τις συστάσεις του Π.Ο.Υ., εισηγείται το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμού. Τα εμβόλια που περιλαμβάνονται σε αυτό χορηγούνται δωρεάν ή καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το εμβόλιο της γρίπης, του έρπητα ζωστήρα και το εμβόλιο του πνευμονιοκόκκου συμπεριλαμβάνονται στο Εθνικό Πρόγραμμα και συστήνονται για τα άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών. Οι παραπάνω βασικοί εμβολιασμοί θεωρούνται συνιστώμενοι και δεν υπάρχει υποχρεωτικότητα (Υπουργείο Υγείας 2022).

Εξαίρεση αποτελεί το εμβόλιο κατά της νόσου Covid-19 όπου το μέτρο του υποχρεωτικού εμβολιασμού για τα άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών ίσχυσε στην Ελλάδα. Η απόφαση αυτή κρίθηκε αναγκαία για την διαφύλαξη της δημόσιας υγείας ώστε να προστατευθούν τα ηλικιωμένα άτομα από τη βαριά νόσηση και το θάνατο καθώς και να αποφευχθεί η πίεση στο σύστημα υγείας. Αλλά και πριν ακόμη τη λήψη αυτού του μέτρου, στην έναρξη των εμβολιασμών κατά της Covid-19 δόθηκε προτεραιότητα στον εμβολιασμό των ηλικιωμένων ξεκινώντας από τη μεγαλύτερη ηλικιακά ομάδα.

Για την ενίσχυση της πρόσβασης των ηλικιωμένων στον εμβολιασμό κατά της Covid-19, η Πολιτεία καθιέρωσε τον εμβολιασμό κατ'οίκον. Ακόμη κινητές ομάδες υγείας που στελεχώθηκαν με νοσηλευτές πραγματοποίησαν τον εμβολιασμό στις Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων σε όλη τη χώρα (Ελληνική Κυβέρνηση 2021).

Κεφάλαιο 4

Υπηρεσίες Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας για ηλικιωμένους

4.1 Δημόσιες/κοινωνικές υπηρεσίες υγείας για ηλικιωμένους

Αν και η οικογένεια και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον διαδραματίζει ακόμη στην Ελλάδα σημαντικό ρόλο στην μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων, οι κοινωνικές και οι οικονομικές συνθήκες δημιούργησαν την ανάγκη της ανοιχτής και κοινοτικής φροντίδας για τους ηλικιωμένους που θα ενισχύει την αυτονομία και την ενεργή συμμετοχή τους στην κοινωνία, παραμένοντας δραστήριοι και χρήσιμοι.

Οι κοινωνικές υπηρεσίες που παρέχουν φροντίδα στους ηλικιωμένους τόσο στην κοινότητα όσο και κατ'οίκον, είναι περιορισμένες. Εκτός από την κλειστή νοσηλεία ή φροντίδα, παρέχεται και η ανοιχτού τύπου φροντίδα, κυρίως με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» και το θεσμό των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) που λειτουργούν στο πλαίσιο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Η λειτουργία τους δεν είναι καθολική και συστηματική και συναντώνται κυρίως στα αστικά κέντρα. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν τέσσερις τύποι υπηρεσιών κοινοτικής φροντίδας για τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν στην κοινότητα (Economou et al. 2017, Καραμεσίνη και συν. 2016, Σταύρου & Ζυγά 2014):

4.1.1 Λέσχες φιλίας

Οι Λέσχες φιλίας είναι κοινωνικές υπηρεσίες του Δήμου της Αθήνας και προσφέρουν υπηρεσίες σε ηλικιωμένους, όπως δημιουργικές δραστηριότητες, προγράμματα εργοθεραπείας και φυσικοθεραπείας, εκδρομές σε ιστορικούς προορισμούς και επισκέψεις σε θέατρα, μουσεία, εκθέσεις και άλλες πολιτιστικές προσπάθειες, ημερήσιες εκδρομές, περιηγήσεις με τα πόδια. Παρέχουν υποστήριξη και συμβουλευτική για την υγεία και άλλα κοινωνικά και προσωπικά προβλήματα που συνδέονται με την γήρανση, ψυχολογική υποστήριξη καθώς και στήριξη σε όσους δεν έχουν τα οικονομικά μέσα ή μέλη της οικογένειας για να τα φροντίσουν.

Οι Λέσχες φιλίας στελεχώνονται από κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό (Economou et al. 2017).

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

Τα ΚΑΠΗ λειτουργούν στο πλαίσιο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και την ευθύνη τους έχουν οι Δήμοι στους οποίους ανήκουν.

Οι υπηρεσίες τους απευθύνονται σε άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών με μόνη προϋπόθεση να κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους και συνδυάζουν την παροχή προληπτικής ιατρικής με κοινωνικές, προνοιακές υπηρεσίες.

Παρέχουν στους ηλικιωμένους υπηρεσίες ψυχαγωγίας και δραστηριότητες ώστε να ενισχύεται η κοινωνική ζωή των ηλικιωμένων ατόμων, το ενδιαφέρον για τη ζωή και να αποφεύγεται η απομόνωση και η περιθωριοποίησή τους. Έτσι, βελτιώνεται η ποιότητα ζωής τους ενώ συνεχίζουν να βρίσκονται σε οικείο προσωπικό και κοινωνικό περιβάλλον. Παράλληλα, λειτουργούν έμμεσα και ως φορέας παροχής συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας από επαγγελματίες υγείας. Παρέχουν πρωτογενή πρόληψη με τον εμβολιασμό και εκπαίδευση υγείας σχετικά με τη διατροφή, την πρόληψη ατυχημάτων και την προσωπική υγιεινή. Επίσης, δίνεται η δυνατότητα δευτερογενής πρόληψης που περιλαμβάνει ιατρικές εξετάσεις όπως, μέτρηση αρτηριακής πίεσης, εξετάσεις σακχάρου αίματος και εκτίμηση για πρόωμη ανίχνευση ασθενειών.

Στις υπηρεσίες τους συμπεριλαμβάνεται η ψυχοσυναισθηματική στήριξη και η κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων, φυσιοθεραπεία, η παροχή οδηγιών για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη και η βοήθεια στο σπίτι για άτομα που δεν έχουν την δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης.

Στελεχώνονται από ομάδα που αποτελείται από κοινωνικό λειτουργό, κοινοτικό νοσηλευτή ή επισκέπτη υγείας, εργοθεραπευτή, φυσικοθεραπευτή και οικογενειακό βοηθό.

Οι ελλείψεις προσωπικού είναι ένας λόγος που τα ΚΑΠΗ δεν μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες για τις οποίες σχεδιάστηκαν.

Η λειτουργία τους όμως έχει συμβάλλει στην ανάδειξη των προβλημάτων των ηλικιωμένων και στην ενημέρωση της κοινότητας και των φορέων για αυτά (Economou et al. 2017, Καραμεσίνη και συν. 2016).

Η πλειοψηφία των μελετών που έγιναν στο πλαίσιο του Προγράμματος «Health Pro Elderly» για την ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών και συστάσεων για την ανάπτυξη επιτυχημένων παρεμβάσεων προαγωγής της υγείας ηλικιωμένων ατόμων, αφορούν τα ΚΑΠΗ. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτές τις δομές είναι να προάγουν την υγεία των ηλικιωμένων με οποιονδήποτε διαθέσιμο τρόπο.

Σε δύο ΚΑΠΗ του Δήμου Νέας Ιωνίας στην περιοχή της Αθήνας πραγματοποιήθηκε το πρόγραμμα «Ο ρόλος της Αγωγής Υγείας στη Βελτίωση της Συμμόρφωσης για την Πρόληψη των Καρδιαγγειακών Νόσων», το οποίο ήταν ένα πρόγραμμα αγωγής υγείας για την υιοθέτηση πιο υγιεινών τρόπων ζωής από ηλικιωμένα άτομα απέναντι στους καρδιαγγειακούς κινδύνους. Τα αποτελέσματα αυτής της παρέμβασης συγκρίθηκαν με τα αποτελέσματα από δύο άλλα ΚΑΠΗ της πόλης στα οποία δεν είχε γίνει καμία παρέμβαση υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το πρόγραμμα είχε επιτύχει τη μείωση του σωματικού βάρους των συμμετεχόντων έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής με πιο τακτική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και της γλυκόζης (Sourtzi et al. 2010).

4.1.3 Βοήθεια στο σπίτι

Το Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι, το οποίο εισάγει την κατ' οίκον βοήθεια πιλοτικά, επεκτάθηκε το 2000 και η Τοπική Αυτοδιοίκηση ανέλαβε τη λειτουργία του. Πλέον όλοι οι δήμοι έχουν αναπτύξει το πρόγραμμα, το οποίο αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά προγράμματα κοινωνικού χαρακτήρα.

Στόχος του προγράμματος είναι η παροχή κατ' οίκον φροντίδας σε ηλικιωμένους, κυρίως ευπαθείς που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν ή με κινητικές δυσλειτουργίες, αλλά και σε αυτούς που ζουν μόνοι, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους, να διατηρήσουν την ανεξαρτησία τους και να παραμείνουν ενεργοί στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον, μειώνοντας έτσι την ανάγκη για νοσοκομειακή περίθαλψη σε ιδρύματα.

Το εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση, η αναπηρία αποτελούν κριτήρια επιλογής για την ένταξη στο πρόγραμμα.

Η ομάδα αποτελείται από κοινωνική λειτουργό που επιβλέπει και συντονίζει το πρόγραμμα, νοσηλεύτρια που παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα με συνταγογράφηση και παρακολούθηση της υγείας και οικογενειακή βοηθό για τα ψώνια και τη φροντίδα του σπιτιού. Πραγματοποιούν δωρεάν τακτικές, προγραμματισμένες επισκέψεις στο σπίτι των ηλικιωμένων που χρειάζονται βοήθεια και ανάλογα με τη στελέχωση της ομάδας παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα και φυσιοθεραπεία, συμβουλευτικές και ψυχολογικές υπηρεσίες και βοήθεια σε καθημερινές εργασίες, ατομική υγιεινή καθώς και συνοδεία σε εξωτερικές εργασίες και συντροφιά (Economou et al. 2017, Καραμεσίνη και συν. 2016).

Στην περίοδο της πανδημίας εξαιτίας της νόσου COVID-19 το πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι συνέχισε να λειτουργεί, σε αντίθεση με τα ΚΑΠΗ και τις Λέσχες Φιλίας που ανέστειλαν τη λειτουργία τους για λόγους δημόσιας υγείας.

Οι υπηρεσίες του προγράμματος διευρύνθηκαν με τη λειτουργία τηλεφωνικής γραμμής με σκοπό την εξυπηρέτηση των αναγκών των πολιτών, τη διανομή τροφίμων και φαρμάκων καθώς και τη συνταγογράφηση φαρμάκων από τους ιατρούς του ΚΑΠΗ ή οικογενειακούς ιατρούς με ενεργοποίηση της άυλης συνταγογράφησης (ΕΟΔΥ 2020).

4.1.4 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) είναι ανοιχτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα λόγω κινητικών προβλημάτων ή άνοιας και το οικογενειακό περιβάλλον αδυνατεί να τους φροντίσει, είτε γιατί εργάζονται είτε λόγω οικονομικής ή κοινωνικής αδυναμίας.

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση είναι ο υπεύθυνος φορέας για τη σύσταση και τη λειτουργία τους. Σκοπός των ΚΗΦΗ είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και η παραμονή τους στο οικείο οικογενειακό περιβάλλον, χωρίς να διαταραχτεί η οικογενειακή και κοινωνική ζωή των ατόμων που τους φροντίζουν.

Τα ΚΗΦΗ παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα και φροντίδα για την ικανοποίηση αναγκών διαβίωσης και ατομικής υγιεινής. Ακόμη δίνουν την ευκαιρία για δημιουργική απασχόληση και ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων. Επίσης, διασυνδέονται με τα ΚΑΠΗ που λειτουργούν στην ίδια περιοχή.

Οι δομές ΚΗΦΗ που καλύπτουν έως 25 άτομα, στελεχώνονται από ένα Νοσηλευτή, δύο κοινωνικούς φροντιστές και ένα άτομο βοηθητικού προσωπικού καθώς και οδηγό, αν υπάρχει μεταφορικό μέσο (Economou et al. 2017, Καραμεσίνη και συν. 2016).

4.2 *Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας για ηλικιωμένους στην Ελλάδα*

Ιδιωτικές κλινικές και κέντρα αποκατάστασης παρέχουν υπηρεσίες υγείας στους ηλικιωμένους στην Ελλάδα. Υπάρχουν ακόμη οι ιδιωτικές Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων καθώς και μια σειρά εκκλησιαστικών οργανισμών που προσφέρουν φροντίδα κλειστού τύπου για ευπαθείς ηλικιωμένους. Συνολικά, οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων εξυπηρετούν περίπου το 2% του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών. Η Πανελλήνια Ένωση Μονάδων Φροντίδας εκπροσωπεί όλες τις νόμιμες μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων στην Ελλάδα, που υπολογίζονται σε περίπου 120, συνολικής χωρητικότητας 10000 κλινών. Ωστόσο, ένας σημαντικός αριθμός μονάδων ηλικιωμένων δεν είναι εγγεγραμμένοι, λειτουργούν παράτυπα, αποφεύγοντας έτσι τους κρατικούς ελέγχους και την ανάγκη τακτικής παροχής στοιχείων. Οι περισσότερες κλειστές δομές του ιδιωτικού τομέα λειτουργούν σε παλιά κτίρια, παρέχουν υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας και χαρακτηρίζονται από έλλειψη προσωπικού και έλλειψη οικονομικής προσιτότητας (Economou et al. 2017).

Αρκετές Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις (ΜΚΟ) παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας, αντισταθμίζοντας σε ένα βαθμό, τα οικονομικά εμπόδια πρόσβασης στις ιδιωτικές υπηρεσίες. Για παράδειγμα, η μη κερδοσκοπική Ένωση Αθηναίων για τη Νόσο Alzheimer και τις Συναφείς Διαταραχές οργανώνει εκστρατείες ενημέρωσης και παρέχει εύκολη πρόσβαση σε νευροψυχολογική αξιολόγηση για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Υλοποιεί προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης για επαγγελματίες υγείας, εθελοντές και άτυπους οικογενειακούς φροντιστές.

Επίσης, οι μετανάστριες με χαμηλή αμοιβή κάλυψαν την ανάγκη για τη φροντίδα των ηλικιωμένων, παρέχοντας κατ'οίκον φροντίδα. Αν και αποτελεί ένα τρόπο φροντίδας που δεν ελέγχεται, είναι μία εναλλακτική, οικονομικότερη λύση στο πλαίσιο του οικογενειακού περιβάλλοντος (Economou et al. 2017, Καραμεσίνη και συν. 2016).

4.3 Δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας

Αν και η γήρανση του πληθυσμού δημιουργεί αυξημένες ανάγκες για φροντίδα υγείας, ωστόσο η χρήση των υπηρεσιών υγείας δεν είναι η αναμενόμενη εξαιτίας των εμποδίων που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι στην πρόσβαση σε αυτές.

Στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, οι μεγαλύτερες δυσκολίες είναι το κόστος της επίσκεψης και της μεταφοράς στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι ηλικιωμένοι στις χώρες αυτές είτε δεν διαθέτουν μεταφορικό μέσο ή δεν μπορούν να πληρώσουν για μεταφορά. Η μεταφορά μπορεί να είναι ένα σημαντικό ζήτημα για τους ηλικιωμένους που ζουν σε αγροτικές και απομονωμένες περιοχές, επειδή οι υπηρεσίες είναι συχνά συγκεντρωμένες στα μεγάλα αστικά κέντρα.

Αντίθετα, στις χώρες υψηλού εισοδήματος οι δυσκολίες προέρχονται είτε από την κακή μεταχείριση από επαγγελματίες υγείας στο παρελθόν ή διότι οι ηλικιωμένοι δεν θεωρούν ότι χρειάζονται φροντίδα υγείας.

Η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους και κοινωνικές συνθήκες αποτελούν καθοριστικό παράγοντα για τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης.

Εμπόδια πρόσβασης μπορεί να είναι και η μειωμένη κινητικότητα και άλλες δυσλειτουργίες που είναι συνηθισμένες στους ηλικιωμένους και οι υπηρεσίες δεν έχουν προβλέψει. Η έλλειψη προσβάσιμων τουαλετών, η μεγάλη αναμονή για φροντίδα και η αναμονή στην ουρά είναι πρόκληση για άτομα με περιορισμένη κινητικότητα (Who 2015).

Οι υγειονομικές και κοινωνικές ανάγκες του αυξανόμενου πληθυσμού των ηλικιωμένων είναι σύνθετες και χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας. Τα χρόνια νοσήματα που συνυπάρχουν με τη διαδικασία της γήρανσης, δημιουργούν πολύπλοκα προβλήματα. Οι υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας έχουν σχεδιαστεί για να αντιμετωπίζουν περισσότερο άμεσες και επείγουσες καταστάσεις, με αποτέλεσμα να αδυνατούν να καλύψουν τις αναδυόμενες ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων. Παρόμοια, και οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες τους. Δεν έχουν την εκπαίδευση για την ολιστική προσέγγιση που έχει αποδειχθεί πιο αποτελεσματική για τη φροντίδα των ηλικιωμένων ή τον έλεγχο και τη διαχείριση χρόνιων καταστάσεων. Επιπλέον, απαραίτητη είναι η επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας ώστε να ξεπεραστούν αρνητικές στάσεις και αντιλήψεις για τη γήρανση. Αυτές αποτελούν εμπόδιο στην επικοινωνία με τα ηλικιωμένα άτομα σχετικά με τις προτιμήσεις τους στη φροντίδα και τα αποθαρρύνουν την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας (Who 2015).

Στην Ελλάδα οι υπάρχουσες υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας καλύπτουν ένα περιορισμένο μέρος των αναγκών καθώς έχουν αναπτυχθεί αργά και αποσπασματικά. Δεν υπάρχει ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους, ούτε συστηματική εκτίμηση αναγκών, ούτε αξιολόγηση με βάση ειδικές ανάγκες.

Συνεπώς, η άτυπη φροντίδα εντός της οικογένειας καλύπτει τις ανάγκες των ηλικιωμένων και παρέχεται είτε από άτυπους είτε από ιδιωτικούς φροντιστές (Economou et al. 2017).

Κεφάλαιο 5

Κοινοτικός νοσηλευτής

5.1 Χαρακτηριστικά κοινοτικού νοσηλευτή

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. (2015), τα προγράμματα υγείας που υλοποιούνται στη κοινότητα σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, αποτελούν θεμέλιο λίθο των συστημάτων υγείας.

Παρεμβάσεις και δράσεις προαγωγής υγείας που περιλαμβάνονται στην ειδικότητα του νοσηλευτή είναι η ενίσχυση των ασθενών και των οικογενειών τους στη λήψη αποφάσεων που συμβάλλουν στην υγεία. Ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους σχετικά με τις διάφορες δυνατότητες που συνδέονται με έναν υγιεινό τρόπο ζωής.

Αλληλεπίδραση με ασθενείς, ενεργή επικοινωνία μαζί τους με ενεργητική ακρόαση και ενθάρρυνση των ασθενών να αναλάβουν μεγαλύτερη ευθύνη για τη δική τους υγεία (ενδυνάμωση των ασθενών).

Εθελοντισμός σε τοπικές κοινωνίες (π.χ. εργασία σε κλινικές για φτωχούς).

Συνεργασία με άλλους φορείς και τομείς (π.χ. τομέας κοινωνικής εργασίας).

Λήψη μέτρων για την πρόληψη χρόνιων ασθενειών και αλλαγή συνηθειών επιβαρυντικών για την υγεία (π.χ. ενθάρρυνση των ασθενών να εγκαταλείψουν κακές συνήθειες, να σταματήσουν το κάπνισμα κ.λπ.).

Αγωγή υγείας που απευθύνεται σε διάφορες ομάδες και συμμετοχή σε συγκεκριμένες παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αλλαγή της συμπεριφοράς των ατόμων ή των οικογενειών τους (Golinowska et al 2017).

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην κοινότητα διασφαλίζουν την λειτουργία των υπηρεσιών ΠΦΥ και ο ρόλος τους στον έλεγχο των χρόνιων μη μεταδοτικών νοσημάτων θεωρείται σημαντικός καθώς και στη συνέχεια της φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα. Μπορούν να ανιχνεύσουν τις περιπτώσεις που χρήζουν βοήθεια, να προβούν σε αξιολόγηση και σε παρεμβάσεις στο σπίτι.

Μία καλή πρακτική που εφαρμόζεται σε αναπτυγμένες χώρες υψηλού εισοδήματος είναι οι κατ'οίκον επισκέψεις που υλοποιούνται στο πλαίσιο προγραμμάτων στην κοινότητα.

Με στόχο την αποφυγή εισαγωγών σε νοσοκομείο ή κλειστή δομή φροντίδας, τα προγράμματα παρέχουν πρωτογενή πρόληψη μέσω εμβολιασμών, αγωγή υγείας και εκπαίδευση σε υγιεινές συνήθειες καθώς και δευτερογενή πρόληψη με πρόωμη ανίχνευση προβλημάτων, φαρμακευτική αγωγή ώστε να συμβάλουν στη διατήρηση της αυτονομίας και της αυτοφροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων (Who 2015).

Ο ΠΟΥ ορίζει την Κοινοτική Νοσηλευτική ως: «Ένα ειδικό τομέα της νοσηλευτικής που συνδυάζει τις δεξιότητες της νοσηλευτικής, της δημόσιας υγείας και ορισμένων φάσεων της κοινωνικής υποστήριξης και λειτουργεί ως μέρος του συνολικού προγράμματος δημόσιας υγείας για την προαγωγή της υγείας, τη βελτίωση των συνθηκών στο κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον, την αποκατάσταση ασθενειών και αναπηρίας».

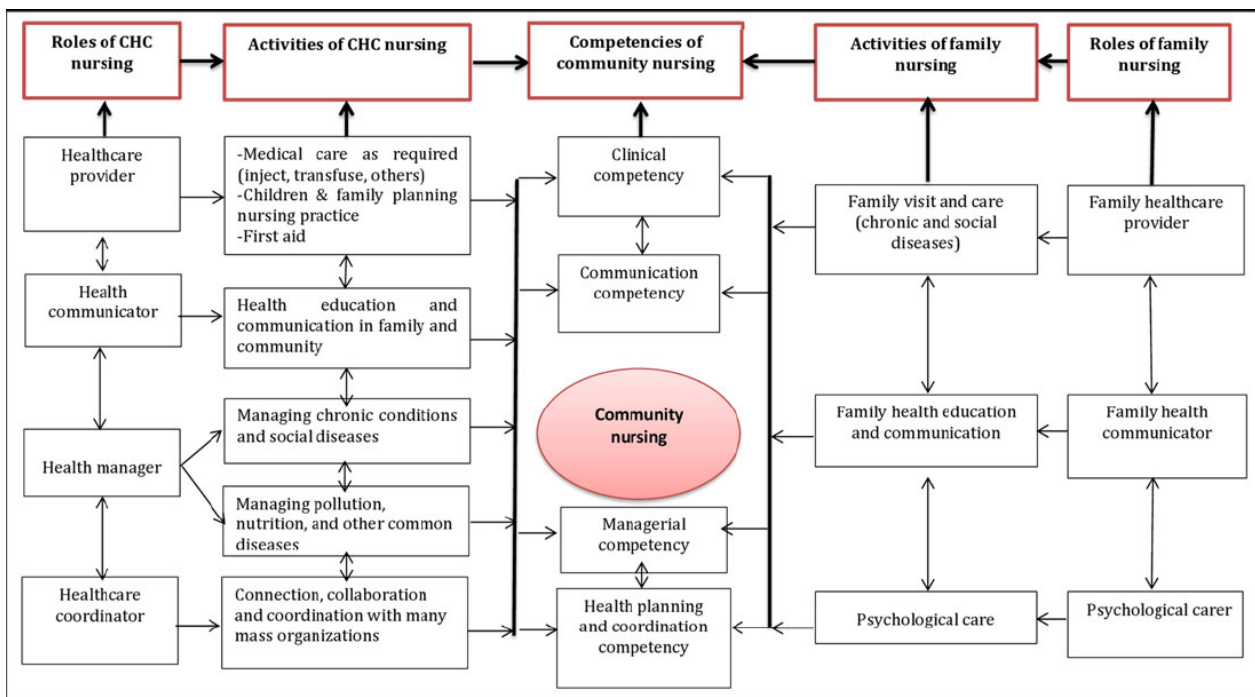
Οι ΚΝ λειτουργούν σε διαφορετικά περιβάλλοντα και ασχολούνται κυρίως με την κάλυψη των αναγκών του κοινού. Εργάζονται σε πολυεπιστημονικές ομάδες και συνεργάζονται με διάφορους συνεργάτες.

Καθώς οι κοινότητες είναι δυναμικές, οι ΚΝ πρέπει να μπορούν να προσαρμόζονται για να παρέχουν ποιοτική φροντίδα, βάσει των αναγκών. Πρέπει να έχουν κλινικές δεξιότητες καθώς και κριτική ικανότητα για να αναλύουν περίπλοκες καταστάσεις και να υποστηρίζουν στόχους φροντίδας και ευεξίας με επίκεντρο τον ασθενή (Who no.18 2017).

Η ΚΝ βασίζεται σε σχέσεις αλληλεπίδρασης και οι ΚΝ θα πρέπει να δημιουργούν σχέσεις εμπιστοσύνης που θα στηρίζονται στον αμοιβαίο σεβασμό, να δείχνουν ανοχή στις πεποιθήσεις των άλλων και να κατανοούν τον εαυτό τους, τους άλλους και τις καταστάσεις που διαχειρίζονται. Οι σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ ΚΝ και ασθενών συμβάλουν στην αμοιβαία προθυμία να ρωτήσουν και να απαντήσουν και αποτελούν προϋπόθεση για τη συλλογή πληροφοριών και την ανταπόκριση στις ανάγκες υγείας (Εικόνα 5.1.)

Μεταξύ των ρόλων που καλείται να εκπληρώσει ο ΚΝ είναι η εκπαίδευση των ασθενών σε θέματα υγείας και πρόληψης ασθενειών ώστε να μεταβάλλει τις συνήθειες τους. Αυτό απαιτεί δεξιότητα στην επικοινωνία, να είναι πειστικοί, να έχουν δεξιότητες διαπραγμάτευσης,

κατανόησης και ανάλυσης καταστάσεων καθώς θα χρειαστεί να συζητήσουν και να συμβουλευθούν έως να διασφαλίσουν την αμοιβαία συναίνεση των ασθενών. Να έχουν κριτική αντίληψη και να αναγνωρίζουν τις ευθύνες τους απέναντι στην κοινότητα. Ακόμη είναι σημαντικό να δείχνουν ενδιαφέρον για την κοινότητα – περιβάλλον που δραστηριοποιούνται, να παρατηρούν τις καθημερινές συνθήκες, τους κανόνες και τις σχέσεις των μελών ώστε να ανιχνεύουν ζητήματα που μπορεί να επηρεάζουν τα μέλη της κοινότητας. Επίσης, καθώς οι ΚΝ συνήθως εργάζονται στο πλαίσιο πολυεπιστημονικής ομάδας, θα πρέπει να ενισχύουν τη συνεργασία και να προωθούν την ομαδική εργασία (Tanabe et al. 2019, Van Huy et al. 2018).



Εικόνα 5.1. Ρόλοι, δράσεις και ικανότητες της Κοινοτικής Νοσηλευτικής
 Πηγή : (Van Huy et al. 2018)

Η κοινοτική νοσηλευτική (ΚΝ) συνδέεται άρρηκτα με τη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι αξίες και οι στόχοι της ΚΝ συναντούν τις βασικές συνιστώσες της ΠΦΥ. Η πρόληψη των ασθενειών, η θεραπεία, η αποκατάσταση και η προαγωγή της υγείας είναι οι θεμελιώδεις αρχές της ΠΦΥ.

Σύμφωνα με έρευνες και μελέτες του ΠΟΥ, οι ΚΝ υλοποιούν νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην κοινότητα για την πρόληψη και τον έλεγχο των χρόνιων νοσημάτων, έχοντας επιτύχει να βελτιώσουν σημαντικά την υγεία του πληθυσμού σε τέσσερα σημαντικά χρόνια νοσήματα. Ακόμη έχει καταγραφεί ότι οι ΚΝ αντιμετωπίζουν με επιτυχία στην κοινότητα τη χρήση αλκοόλ και άλλων ουσιών που προκαλούν εξάρτηση.

Επίσης το κόστος-όφελος της εφαρμογής της ΚΝ σε απομακρυσμένες περιοχές είναι σημαντικό στην παροχή υπηρεσιών υγείας και φροντίδας.

Σε πολλές χώρες η μαιευτική περιλαμβάνεται στην κατάρτιση νοσηλευτών ώστε να είναι ικανοί να παρέχουν υπηρεσίες μαιευτικής στο πλαίσιο της παροχής υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα.

Η συμβολή των ΚΝ στην προάσπιση της δημόσιας υγείας, ιδιαίτερα με τη συμμετοχή τους σε πολυεπιστημονικές ομάδες, αποδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντική.

Ο ΠΟΥ εκφράζει σύσταση στα κράτη και σε εκείνους που χαράζουν πολιτική για τα συστήματα υγείας, να στηρίζουν και να ενισχύσουν την ανάπτυξη της κοινοτικής νοσηλευτικής (Who no.18 2017).

Σύμφωνα με το ΦΕΚ 2656/Β'/2020, αναγνωρίστηκε και καθορίστηκε και στην Ελλάδα η λήψη ειδικότητας «νοσηλευτικής δημόσιας υγείας/κοινοτικής νοσηλευτικής».

Όπως περιγράφεται στην Απόφαση, «Κύριος σκοπός της ειδικότητας είναι η ανάπτυξη δεξιοτήτων και συμπεριφορών από τους νοσηλευτές ώστε α) να συμμετέχουν ενεργά στην προστασία, τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού στο πλαίσιο της αποστολής της Δημόσιας Υγείας (ΔΥ), β) να παρέχουν ποιοτική και αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στην Κοινότητα. Οι παραπάνω σκοποί θα επιτευχθούν μέσα από την θεωρητική και κλινική εκπαίδευση σε δομές ΠΦΥ στην Κοινότητα βάσει τεκμηρίων, καθώς και με τη συμβολή στην παραγωγή νέων γνώσεων με την ενεργητική συμμετοχή των ειδικευόμενων κοινοτικών νοσηλευτών στην έρευνα, που αφορά σε όλες τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Δημόσιας Υγείας»

Οι ΚΝ εκπαιδεύονται ώστε να μπορούν, μεταξύ άλλων, να σχεδιάζουν παρεμβάσεις στην Κοινότητα με σκοπό την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, να συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων παρέχοντας φροντίδα υγείας (πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, υποστήριξη) και να προάγουν την υγεία σε οποιοδήποτε πλαίσιο (Κέντρο Υγείας, σχολεία, υπηρεσίες δημόσιας υγείας, σπίτι, κα).

Ακόμη, να μπορούν να συμμετέχουν ενεργά στο συντονισμό και στη συνέχεια της φροντίδας, να παρακολουθούν στην ΠΦΥ ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας, να εκτιμούν τις ανάγκες, να σχεδιάζουν και να παρέχουν υπηρεσίες κατ'οίκον νοσηλείας καθώς και να εκπαιδεύουν τους ασθενείς με στόχο την προαγωγή της αυτοφροντίδας, της αυτοδιαχείρισης και τη βελτίωση της προσήλωσης στη φαρμακευτική αγωγή.

Το επιστημονικό περιεχόμενο της ειδικότητας της ΚΝ περιλαμβάνει εκπαίδευση στην Περιβαλλοντική Υγεία, τη Νοσηλευτική Φροντίδα ηλικιωμένων με στόχο την υγιή γήρανση, την Ανακουφιστική Φροντίδα, τη Φαρμακευτική Φροντίδα στην κοινότητα καθώς και την κατ'οίκον νοσηλευτική.

5.2 *Νοσηλευτική διεργασία στην κοινοτική νοσηλευτική*

Σύμφωνα με την Ένωση Αμερικανών Νοσηλευτών (2022), η νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική διαδικασία που εφαρμόζουν όλες οι ειδικότητες των νοσηλευτών στη λήψη των κλινικών αποφάσεων και περιλαμβάνει όλες τις κύριες ενέργειες του νοσηλευτή προκειμένου να παρέχει ολιστική φροντίδα, εστιασμένη στον ασθενή.

Η μέθοδος της νοσηλευτικής διεργασίας αποτελείται από πέντε (5) στάδια : την εκτίμηση, τη νοσηλευτική διάγνωση, το σχεδιασμό του προγράμματος φροντίδας, την εφαρμογή του προγράμματος και την αξιολόγηση.

Στην κοινότητα η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική, επιστημονική, δυναμική και συνεχής διαπροσωπική διαδικασία στην οποία οι ΚΝ και οι ασθενείς

αλληλοεπιδρούν και επηρεάζουν ο ένας τον άλλο. Έχει ανθρωπιστικό και αποτελεσματικό σχέδιο εξατομικευμένης φροντίδας.

Συμβάλει στην επίλυση προβλημάτων υγείας της κοινότητας σε όλα τα επίπεδα και στοχεύει στην πρόληψη ασθενειών.

Αν και η φύση της διαδικασίας της νοσηλευτικής διεργασίας είναι πάντοτε ίδια, η εφαρμογή της στην κοινότητα μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την κατάσταση. Είναι κυκλική διαδικασία, εστιασμένη στον ασθενή και απαιτεί ανεξάρτητη σκέψη και δύσκολη λήψη αποφάσεων (Mona, 2020).

Σύμφωνα με την Ένωση Αμερικανών Νοσηλευτών (2022), στο πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, την Εκτίμηση, ο ΚΝ συγκεντρώνει και αναλύει τα δεδομένα σχετικά με τον ασθενή. Η εκτίμηση περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού από τον ασθενή ή από το οικογενειακό περιβάλλον καθώς και το οικογενειακό ιστορικό. Συλλέγει δεδομένα για τη διατροφή και τις συνήθειες. Παρατηρεί τα κλινικά δεδομένα, αλλά και ψυχολογικούς, κοινωνικοπολιτιστικούς, πνευματικούς, οικονομικούς και παράγοντες του τρόπου ζωής.

Στη συνέχεια η νοσηλευτική διάγνωση είναι η κλινική κρίση του νοσηλευτή σχετικά με την ανταπόκριση του ατόμου σε πραγματικές ή πιθανές καταστάσεις ή ανάγκες υγείας. Η διάγνωση περιγράφει το πρόβλημα αλλά και τις επιπτώσεις που προκαλεί ή και πιθανές επιπλοκές. Η διάγνωση αποτελεί τη βάση για το σχέδιο φροντίδας του νοσηλευτή.

Με βάση την εκτίμηση και τη διάγνωση, γίνεται ο σχεδιασμός του προγράμματος φροντίδας όπου ο ΚΝ θέτει μετρήσιμους και εφικτούς, βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους για τον ασθενή, αφού υπάρξει αμοιβαία συμφωνία. Διατήρηση επαρκούς διατροφής τρώγοντας μικρότερα, πιο συχνά γεύματα επίλυση σύγκρουσης μέσω παροχής συμβουλών ή διαχείριση του πόνου μέσω επαρκούς φαρμακευτικής αγωγής. Τα δεδομένα εκτίμησης, η διάγνωση και οι στόχοι καταγράφονται στο σχέδιο φροντίδας του ασθενή, έτσι ώστε οι νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν τον ασθενή, να έχουν πρόσβαση σε αυτό.

Στο στάδιο της εφαρμογής, η νοσηλευτική φροντίδα υλοποιείται σύμφωνα με το σχέδιο φροντίδας και πρέπει να διασφαλίζεται η συνέχεια της φροντίδας για τον ασθενή τόσο στο νοσοκομειακό περιβάλλον, όσο και στην κοινότητα. Η φροντίδα καταγράφεται στο αρχείο του ασθενή.

Τέλος, αξιολογούνται συνεχώς τόσο η κατάσταση και η πρόοδος του ασθενή όσο και η αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ώστε το σχέδιο φροντίδας να τροποποιείται ανάλογα με τις ανάγκες.

1^ο Περιστατικό Νοσηλευτικής Διεργασίας στην Κοινότητα

Ο κύριος Μ.Τ., ετών 75, έχει πρόσφατα διαγνωστεί με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι παχύσαρκος και ζει μόνος του. Στο πλαίσιο του Προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι», η ομάδα επισκέπτεται τον κύριο Μ.Τ. και ο ΚΝ εφαρμόζει την νοσηλευτική διεργασία.

Ο ασθενής κάνει ερωτήσεις σχετικά με την εξέλιξη της ασθένειας και έχει αμφιβολίες για τον τρόπο που κάνει τις αυτομετρήσεις. Ο ΚΝ μετά από συνέντευξη, διαπιστώνει ότι ο ασθενής δεν ακολουθεί σωστά τη φαρμακευτική του αγωγή, δεν έχει αλλάξει τη διατροφή του και πιθανόν δεν ελέγχει το επίπεδο της γλυκόζης. Πραγματοποιεί λήψη αίματος και παρατηρεί ότι το σάκχαρο είναι σε αρκετά υψηλό επίπεδο(300mg/dl). Ελέγχει το δέρμα και τα πόδια για πληγές ή τραύματα.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενικοί Σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
1.Υψηλή τιμή σακχάρου αίματος(300mg/dl)	Ασταθή επίπεδα γλυκόζης που οφείλονται σε μειωμένη παραγωγή ινσουλίνης	Χορήγηση ινσουλίνης για μείωση των υψηλών τιμών σακχάρου στο αίμα Αξιολόγηση της τιμής σακχάρου στο αίμα	Άμεσα χορήγηση ινσουλίνης ταχείας δράσης Μετά από λίγα λεπτά έγινε νέα μέτρηση σακχάρου με τιμές 100mg/dl Μέτρηση σακχάρου ανά 3 ώρες	Η τιμή του σακχάρου αίματος επανήλθε σε φυσιολογικά επίπεδα.
2.Παχυσαρκία	Αυξημένο βάρος λόγω κακής διατροφής	Συμβουλευτική στον ασθενή σχετικά με την κατάλληλη διατροφή, τη μείωση της ζάχαρης και των	ο ασθενής πήγε σε διατροφολόγο διαμορφώθηκε ένα πρόγραμμα διατροφής και ακολουθεί μια	Το σωματικό βάρος του ασθενή μειώθηκε

		<p>υδατανθράκων . Σύσταση για απώλεια βάρους και πρόταση για παραπομπή σε διαιτολόγο ώστε να διαμορφώσει ένα πλάνο γευμάτων. Παρότρυνση να υιοθετήσει στον τρόπο ζωής του ήπια σωματική δραστηριότητα.</p>	<p>ήπια σωματική άσκηση</p>	
<p>3.Ανησυχία ,φόβος</p>	<p>Ανησυχία και φόβος σχετικά με την ασθένεια και μη συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή.</p>	<p>Εκπαίδευση του ασθενή πώς να μετρά τα επίπεδα γλυκόζης Οδηγίες για καταγραφή των αποτελεσμάτων των μετρήσεων και τήρηση του αρχείου Παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και περιγράφει τη σημασία της σωστής διαχείρισης και συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική</p>	<p>Ο ασθενής εκπαιδεύτηκε να μετράει σωστά τα επίπεδα γλυκόζης και να τα καταγράφει Του δόθηκε ψυχολογική υποστήριξη Ο ασθενής συμμορφώνεται στην φαρμακευτική αγωγή</p>	<p>Μείωση του φόβου και της ανησυχίας που ελέγχονται όμως με τακτικές συζητήσεις και ψυχολογική υποστήριξη</p>

		αγωγή για μια καλή ποιότητα ζωής.		
--	--	---	--	--

2° Περιστατικό Νοσηλευτικής Διεργασίας στην Κοινότητα

Η κύρια Β.Μ, ετών 70, συμμετέχει στην ομάδα του Κ.Α.Π.Η. Λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για τον έλεγχο της υπέρτασης και πάσχει από οστεοπόρωση. Η ασθενής έχει καθιστική ζωή και ελλείπει σωματικής άσκησης. Στο πλαίσιο της κοινωνικότητας και στην παρέα πίνει αλκοόλ και καπνίζει. Παρατηρήθηκε ασταθής βάδιση στο χώρο του Κέντρου και παραπονιέται ότι ζαλίζεται.

Νοσηλευτική Διάγνωση	Αντικειμενική σκοποί	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	Αξιολόγηση Αποτελεσμάτων
1.Αρτηριακή υπέρταση	Αρτηριακή υπέρταση που οφείλετε σε κάπνισμα και αλκοόλ	Παραπομπή της ασθενής σε διατροφολόγο για δημιουργία μιας υγιεινής διατροφής Μέτρηση αρτηριακής υπέρτασης Παρότρυνση για διακοπή καπνίσματος και αλκοόλ	Η ασθενής ακολουθεί έναν υγιεινό τρόπο διατροφής Έγινε μέτρηση αρτηριακής πίεσης και καταγραφή της. Η ασθενής παροτρύνθηκε για διακοπή αλκοόλ και καπνίσματος	Μικρή απώλεια βάρους Σταθεροποίηση αρτηριακής υπέρτασης.
2.Κίνδυνος πτώσεις	Ασταθής βάδιση λόγω οστεοπόρωσης	Παρότρυνση του ασθενή να φορά άνετα παπούτσια Συμβουλευτική για προληπτικά μέτρα ασφάλειας στο περιβάλλον του σπιτιού Σύσταση για βιταμίνη D.	Δόθηκαν στην ασθενή κατάλληλα υποδήματα Απομακρύνθηκαν αντικείμενα και έπιπλα που εμπόδιζαν την βάδιση της ασθενής	Η ασθενής βρίσκεται σε ασφαλές περιβάλλον και ακολουθεί σωματική άσκηση.

		Παρότρυνση να υιοθετήσει ήπια σωματική δραστηριότητα.	Η ασθενής λαμβάνει βιταμίνη D και ακολουθεί μια ήπια σωματική άσκηση.	
3.Ζάλη	Οφείλετε στην αρτηριακή υπέρταση	Συμβουλή για επανεξέταση της φαρμακευτικής αγωγής	Έγινε επανεξέταση της φαρμακευτικής αγωγής	Δόθηκαν νέες οδηγίες για την φαρμακευτική αγωγή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η γήρανση του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο, με το προσδόκιμο ζωής στις χώρες της Ευρώπης να είναι από τα υψηλότερα, δημιουργεί την ανάγκη για την προαγωγή της υγιούς γήρανσης. Στόχος της υγιούς γήρανσης είναι η εξασφάλιση μιας ποιοτικής ζωής με τη διατήρηση της σωματικής και πνευματικής υγείας, της αυτοεξυπηρέτησης και την καθυστέρηση εμφάνισης ασθένειας ή ανεπιθύμητων επιπτώσεων της γήρανσης. Το προσδόκιμο ζωής να συνοδεύεται από το προσδόκιμο της υγείας.

Τα συστήματα υγείας των χωρών προσανατολισμένα στην ιατροκεντρική φροντίδα των ασθενών, δεν είναι προετοιμασμένα να αντιμετωπίσουν τις σύνθετες ανάγκες των ηλικιωμένων ατόμων για μακροχρόνια φροντίδα. Πολύπλοκες ανάγκες που δημιουργούνται από τον συνδυασμό των χρόνιων μη μεταδοτικών νοσημάτων με τη διαδικασία της γήρανσης.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2017), τα συστήματα υγείας πρέπει να εστιάσουν στη παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας στους ηλικιωμένους. Οι συστάσεις αναφέρονται σε παρεμβάσεις που θα υλοποιούν οι επαγγελματίες υγείας με έμφαση στην πρόληψη, την καλύτερη παρακολούθηση και την αλλαγή του τρόπου ζωής των ηλικιωμένων, με σκοπό να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους.

Οι πτώσεις, η μειωμένη κινητικότητα, τα χρόνια νοσήματα, οι αισθητηριακές αλλαγές και η επιβάρυνση της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων αποτελούν τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την υγεία τους.

Η αντιμετώπιση και η διαχείριση των καταστάσεων αυτών μπορεί να γίνει με προγράμματα υγείας που υλοποιούνται στην κοινότητα, χωρίς την ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείο. Η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας αποτελούν βασική παράμετρος των προγραμμάτων υγείας. Η ενδυνάμωση ενός υγιεινού τρόπου ζωής με φυσική δραστηριότητα και σωστή διατροφή και η υιοθέτηση καλών συνηθειών συμβάλλουν στη μείωση των συνεπειών των παθήσεων και των περιορισμών που προκαλούν.

Η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας είναι βασικές αρχές της ΠΦΥ και οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στην κοινότητα διασφαλίζουν την λειτουργία των υπηρεσιών ΠΦΥ.

Ο ρόλος των ΚΝ στον έλεγχο των χρόνιων μη μεταδοτικών νοσημάτων θεωρείται σημαντικός καθώς και στη συνέχεια της φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα. Η ΚΝ συνδυάζει τις δεξιότητες της νοσηλευτικής, της δημόσιας υγείας και ορισμένων φάσεων της κοινωνικής υποστήριξης και λειτουργεί ως μέρος του συνολικού προγράμματος δημόσιας υγείας για την προαγωγή της υγείας, τη βελτίωση των συνθηκών στο κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον, την αποκατάσταση ασθενειών και αναπηρίας.

Η ενσωμάτωση της ΚΝ στη ΠΦΥ με την παράλληλη υποστήριξη των υπηρεσιών της από κοινωνικά υποστηρικτικά δίκτυα, θα ενισχύσει τη δυνατότητα του συστήματος για την κάλυψη των αναγκών, για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας.

Ο ρόλος των ΚΝ είναι να συμμετέχουν ενεργά στην προστασία, τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και να παρέχουν ποιοτική και αποτελεσματική νοσηλευτική φροντίδα σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) στην Κοινότητα.

Με παρεμβάσεις που υλοποιούν στην κοινότητα για την πρόληψη και τον έλεγχο των χρόνιων νοσημάτων, έχουν βελτιώσει σημαντικά την υγεία του πληθυσμού σε τέσσερα σημαντικά χρόνια νοσήματα.

Ο ΠΟΥ παροτρύνει και ενθαρρύνει τα συστήματα υγείας να αναπτύξουν την Κοινωνική Νοσηλευτική, ως βασική συνιστώσα της ΠΦΥ και της Δημόσιας Υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abdi et al. (2019). Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatrics*, 19:195
- American Nurses Association (ANA). The Nursing Process. Web page <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/>
Ανάκτηση Αύγουστος 20, 2022
- Dagli RJ., Sharma A. (2014). Polypharmacy: A global risk factor for elderly people. *Journal of International Oral Health*, 6(6):i-ii.
- Economou et al. (2017). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies*, 19(5):1–192
- Eshghizadeh M., Esmaeili M., Ahrari S. (2020). Effects of a Brief Behavioral Training Program on Sleep Quality in Older Adults With Moderate Sleep Disturbances. *International Electronic Journal of Medicine*, 9(1):7-13
- Eurostat Statistics Explained (2020). Archive: Πληθυσμιακή διάρθρωση και δημογραφική γήρανση. (Update for 2019)
- Ferrucci L., Giallauria F., Guralnik J. (2008). Epidemiology of Aging. *National Institutes of Health*, 46(4): 643–v
- Friedland L. (2020). Vaccination to Promote Healthy Aging: The Five Ws. *Innovation in Aging*, Vol. 4 (S1):806.
- Golinowska et al. (2017). Pro-Health 65+ Health Promotion for Older People in Europe. Health promoters and their activities. Knowledge for training. Scholar Publishing House Ltd. Warsaw
- Kellehear A. (2013). Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. *QJMed: An International Journal of Medicine*, 106, Issue 12, 1071–1075
- Maresova et al. (2019). Consequences of chronic diseases and other limitations associated with old age – a scoping review. *BMC Public Health*, 19:1431
- Michel et al. (2010). Vaccination and healthy ageing: How to make life-course vaccination a successful public health strategy. *European Geriatric Medicine*, 1 155–165
- Mona M. (2020). Community Health Nursing process: Characteristics and Importance. *Nursing & Exercise*, <http://nursingexercise.com/community-health-nursing-process-characteristics/> . Ανάκτηση Αύγουστος 10, 2022

Organisation for Economic Co-operation and Development & European Union (2018). Health at a Glance: Europe 2018 (Summary in English). OECD Publishing. Paris

Pedersen B., Saltin B. (2015). Exercise as medicine—evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, (Suppl. 3) 25: 1–72

ProFouND, School of Nursing, Midwifery and Social Work (2015). www.profound.eu.com

Putri A., Lestari C. (2018). The Ability to Meet the Elderly’s Basic Needs for Healthy Ageing in Low- and Middle-Income Countries. *KnE Life Sciences*, 4(1):39

Sourtzi et al. (2010). Health Promotion Programs for the Elderly in Greece, the “Health Pro Elderly” Project. In : *Health and Welfare: Diversity and Convergence in Policy and Practice*. Hygiea Internationalis, Volume 9, No. 1

Suzuki K., Miyamoto M., Hirata K. (2017). Sleep disorders in the elderly: Diagnosis and management. *Journal of General and Family Medicine*, 00:1–11

Tanabe et al. (2019). Identifying characteristic features of community orientation among community health nurses in Fiji. *Nursing Open*, 6:1113–1123

Van Huy et al. (2018). The roles of, activities of, and competencies, for community nursing services in rural Vietnam: Implications for policy decisions. *Int J Health Plann Mgmt*, 1–13

United Nations. The United Nations Web Page. <https://www.un.org/en/observances/older-persons-day>. Ανάκτηση Ιούλιος 10, 2022

United Nations. The United Nations Web Page. <https://www.un.org/development/desa/ageing/international-day-of-older-persons-homepage/2020unidop.html> Ανάκτηση Ιούλιος 14, 2022

World Health Organization. The World Health Organization Web Page. <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>. Ανάκτηση Ιούλιος 10, 2022

World Health Organization (2021). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> Ανάκτηση Ιούνιος 25, 2022

World Health Organization (2017). Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage. *Human Resources for Health Observer Series No.18*, Geneva

World Health Organization (2017). Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. WHO Library. Switzerland

World Health Organization (2015). World report on ageing and health. WHO Library. Luxembourg

World Health Organization (2007). WHO global report on falls prevention in older age. WHO Library. France

Αντωνιάδου Ε., Ζυγούρης Σ., & Τσολάκη Μ. (2017). Αύξηση της προσδόκιμης διάρκειας ζωής : Πηγή προβλημάτων ή βιολογικό προνόμιο. Επιστημονική Επετηρίδα Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, 10(1), 108–123

Ελληνική Κυβέρνηση (2021). Εθνική Εκστρατεία Εμβολιασμού. <https://emvolio.gov.gr/announcements> Ανάκτηση Αύγουστος 2, 2022

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2020). ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ. Υπολογιζόμενος Πληθυσμός (1.1.2020) και Μεταναστευτικές Ροές της Χώρας (2019). Πειραιάς

Ελληνική Στατιστική Αρχή (2017). Ελλάς με αριθμούς, Ιανουάριος – Μάρτιος 2017. Πειραιάς

Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) (2020). Οδηγίες για το «Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι» 27 Νοεμβρίου 2020. <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/12/covid19-voithia-sto-spiti.pdf> Ανάκτηση Αύγουστος 25, 2022

Εταιρεία Νόσου ALZHEIMER & Συναφών Διαταραχών Αθηνών (2002). Μη φαρμακευτικές θεραπείες στην άνοια. Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα

Εταιρεία Νόσου ALZHEIMER & Συναφών Διαταραχών Αθηνών (2002). Πρακτικές οδηγίες για επιτυχημένα γηρατεία χωρίς άνοια. Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα

Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή (ΕΟΚΕ) (2012). Γνωμοδότηση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής με θέμα «Η συμβολή και η συμμετοχή των ηλικιωμένων στην κοινωνία» (γνωμοδότηση πρωτοβουλίας). Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2013/C 11/04

Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (2020). ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ Αριθμ.Γ6α/Γ.Π.39226. Καθορισμός διαδικασίας για τη λήψη ειδικότητας α) «Επείγουσας και Εντατικής Νοσηλευτικής», β) «Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας/Κοινοτικής Νοσηλευτικής». (ΦΕΚ 2656/Β/30-6-2020)

Ζαμπέλας Α. (2017). Η διατροφή στα στάδια της ζωής. Broken Hill Publishers Ltd, Cyprus

Ηλιάδης Χ., Ζιώγου Θ., Κουρκούτα Λ. (2015). Διαταραχές ύπνου στη τρίτη ηλικία. Επιστημονικά Χρονικά, 20(1): 64-70

Θεοδόσης-Νόμπελος και συν. (2019). Η προσήλωση στη θεραπευτική αγωγή. Μέθοδοι εκτίμησης και Στρατηγικές Βελτίωσης. Νοσηλευτική, 58(4): 317–327

Ινστιτούτο Προληπτικής Περιβαλλοντικής και Εργασιακής Ιατρικής, Prolepsis (2014). Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για Άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. ΔΟΛ ΑΕ. Αθήνα

- Καραμεσίνη Μ., Σκόμπα Μ., Χατζηβαρνάβα Ε. (2016). Βιβλιογραφική επισκόπηση και ανάλυση πολιτικών σχετικά με τη συμφιλίωση της επαγγελματικής και οικογενειακής/ιδιωτικής ζωής. Κέντρο Ερευνών για θέματα ισότητας (ΚΕΘΙ), Αθήνα
- Κοπανιτσάνου Π., Σουρτζή Π. (2019). Νοσηλευτική Φροντίδα Ασθενών με Κατάγματα Ευθραυστότητας. Νοσηλευτική, Vol. 58 (Supplement)
- Μακρυλάκης Κ. (2016). Ζώντας με το διαβήτη : Μπορώ να τα καταφέρω! Manage Care Study Group
- Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών (2022). Η αντιμετώπιση της υπέρτασης στους ηλικιωμένους – οφέλη και σχεδιασμός της θεραπευτικής άσκησης. <https://www.psf.org.gr/psf-news-7681.htm> Ανάκτηση Αύγουστος 22, 2022
- Σταύρου Β., Ζυγά Σ. (2014). Η πρόκληση της υγιούς, ενεργού και επιτυχημένης γήρανσης. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 6(4), 160-166
- Υπουργείο Υγείας (2022). Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ενηλίκων 2022. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-dhmosias-ygieinhs/emboliasmoi/ethniko-programma-emboliasmwn-epe-enhlikwn> Ανάκτηση Ιούλιος 22, 2022
- Υπουργείο Υγείας, ΕΓΓΕ (2019). Εθνικό Πιλοτικό Πρόγραμμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας των Ηλικιωμένων Ατόμων - ΗΠΙΟΝΗ 2019 – Πρόληψη και Διαχείριση των Αισθητηριακών Διαταραχών, Όραση και Ακοή»