

# ΟΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΤΟΥ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ (πιλοτική συγκριτική μελέτη)

Θεοφανίδης Δ.<sup>1</sup>, Καπάδοχος Θ.<sup>2</sup>, Καμπισιούλη Ε.<sup>3</sup>, Καδδά Ο.<sup>4</sup>, Φουντούκη Α.<sup>5</sup>

1. Νοσηλεύτης, ΤΕ, ΜSc ΤΑΠ-ΟΤΕ, ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ.
2. Νοσηλεύτης, Μεταπτυχιακός φοιτητής, Ω.Κ.Κ.
3. Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός»
4. Νοσηλεύτρια, Μεταπτυχιακή φοιτήτρια, ΩΚΚ
5. Νοσηλεύτρια, ΤΕ, ΜSc Νευροχειρουργική κλινική, ΠΝΘ «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ : Εισαγωγή:** Οι απόψεις των ηλικιωμένων ασθενών και η αλληλεπίδρασή τους με τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι όλο και περισσότερο σημαντικές καθώς το ποσοστό των ηλικιωμένων στην Ευρωπαϊκή Κοινότητα αυξάνεται.

**Σκοπός:** Οι στόχοι της παρούσης εργασίας ήταν η παρατήρηση και η καταγραφή ορισμένων αλλαγών που συμβαίνουν στον ψυχισμό του ηλικιωμένου ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του καθώς και η σύγκριση των παραμέτρων αυτών μεταξύ Ελλήνων και Βρετανών ασθενών.

**Υλικό - Μέθοδος:** Το δείγμα της πιλοτικής αυτής μελέτης αποτελείται από 145 ηλικιωμένους ασθενείς από νοσοκομεία της Ελλάδας και της Μ. Βρετανίας. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε προσωπική ημιδομημένη συνέντευξη.

**Αποτελέσματα:** Η ανάλυση των συνεντεύξεων ανέδειξε τις εξής ψυχολογικές παραμέτρους: Προοπτική, Αποδοχή νόσου, Φόβος θανάτου, Μοναξιά, Αίσθημα εγκατάλειψης, και Τάσεις αυτοκτονίας. Η χώρα προέλευσης έχει τη μεγαλύτερη επίδραση στις παραμέτρους «Μοναξιά» και «Φόβος θανάτου». Οι Βρετανοί ασθενείς βιώνουν πολύ έντονα την μοναξιά ενώ ο φόβος θανάτου κυριαρχεί στους Έλληνες.

**Συμπεράσματα:** Οι Βρετανοί μερικές φορές δεν φοβούνται τόσο το θάνατο όσο τη ζωή η οποία θα είναι εξαρτημένη από τους άλλους και τις παθολογικές εκείνες καταστάσεις οι οποίες θα τον φέρουν σε αμηχανία απέναντι στον εαυτό του και στον κοινωνικό περίγυρο, γι' αυτό και ορισμένοι από αυτούς τους ασθενείς, εναλλακτικά ως προς την αυτοκτονία, μπορεί να εκφράσουν την επιθυμία να συζητούν και το ενδεχόμενο της ευθανασίας η οποία όμως παραμένει ένα πολύπλοκο θέμα με ποικίλα δεοντολογικά, νομικά, θρησκευτικά και ηθικά προβλήματα.

**Λέξεις κλειδιά:** Ηλικιωμένος ασθενής, Ψυχολογικές μεταβολές, Ιδρυματοποίηση, Ποιοτική μεθοδολογία

## Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Θεοφανίδης Δημήτριος

Ιεροσολύμων 21

Καλαμαριά, 55134

Θεσσαλονίκη

Τηλ.: 2310-430440 κινητό: 6945227796

e-mail: [dimitrisnoni@yahoo.gr](mailto:dimitrisnoni@yahoo.gr)

## CHANGES IN PSYCHOLOGICAL STATE OF ELDER PATIENTS DURING THEIR HOSPITALISATION

Theofanidis D.<sup>1</sup>, Kapadohos Th.<sup>2</sup>, Kampisiouli E.<sup>3</sup>, Kada O.<sup>4</sup>, Fountouki A.<sup>5</sup>

1. R.N., MSc, TAP-OTE, Thessaloniki
2. R.N. Postgraduate university student, MSc, Onassis Cardiac Surgery Center
3. R.N. Postgraduate university student, MSc, "Evangelismos" Hospital
4. R.N. Postgraduate university student, MSc, Onassis Cardiac Surgery Center
5. R.N., MSc, Neurosurgical clinic, "AHEPA" Hospital, Thessaloniki

**ABSTRACT:** Elderly patients' views and their interaction with health care systems are very important as the sub-population of older people in the European Community is increasing.

**Aim** The objectives of this project were the observation and recording of certain changes that occur in psychological state of elder patients during their hospitalisation and a comparison between Greek and British patients.

**Material And Methods** The sample of this pilot study consisted of 145 elder patients in Greece and British hospitals. Data was collected through a semi structured interview.

**Results** The analysis of interviews revealed the following psychological parameters: Prospect, Acceptance of illness, Fear of death, Loneliness, Feeling of abandonment, and Suicide tendencies. The country of origin has the bigger effect in the parameters "Loneliness" and "Fear of death". The British patients experience extreme loneliness while fear of death is predominant among the Greek sample.

**Conclusions** British patients seem not to fear so much death itself but rather life which is dependent to others and the pathological situations that will bring embarrassment against himself and others. Therefore, some of these patients have a tendency to discuss euthanasia rather express suicidal ideas, which however remains a complicated subject with various ethical, legal, religious and moral issues involved.

**Key words:** Elderly patient, Psychological reactions, Hospitalization, Quality research



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο αποτελεί ένα στρεσογόνο γεγονός για τους ασθενείς κάθε ηλικίας και κυρίως για τους ηλικιωμένους. Η περιορισμένη προσαρμοστική ικανότητα που παρατηρείται κατά το γήρας τόσο σε ψυχικό όσο και σε οργανικό επίπεδο συνεπάγεται την εμφάνιση βιοψυχοκοινωνικών διαταραχών που στιγματίζουν ιδιαίτερα αρνητικά την παραμονή σε νοσοκομειακό περιβάλλον. Η μελαγχολία που παρουσιάζουν συχνά οι ηλικιωμένοι ασθενείς δημιουργεί ένα κύκλο ανατροφοδότησης που επιτείνει την ψυχοσωματική κατάρπτωση. Οι γρήγοροι ρυθμοί του νοσηλευτικού τμήματος, η μεταβολή του ωραρίου των συνηθειών, οι άγνωστοι νοσηλευτές και ιατροί καθώς και η συμβίωση με άλλους ασθενείς απαιτούν ψυχικά αποθέματα που ενδεχομένως να μην επαρκούν στην περίπτωση του ηλικιωμένου. Σαν αποτέλεσμα της υπερπροσπάθειας του ηλικιωμένου να επιστρατεύσει μηχανισμούς άμυνας και διαχείρισης των παραπάνω είναι η εμφάνιση ψυχικών μεταβολών που ορισμένες φορές είναι ικανές να επιτείνουν και την οργανική συμπτωματολογία.<sup>1,2</sup>

Ο αριθμός των ηλικιωμένων έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, τόσο σε Εθνικό αλλά και Ευρωπαϊκό επίπεδο (Πίνακας 1, Πίνακας 2 και Πίνακας 3). Σύμφωνα με Έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2001) για το μέλλον της υγειονομικής περίθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους, οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης στα δημόσια οικονομικά των κρατών-μελών της Ενωμένης Ευρώπης θα επιφέρει σημαντικές επιβαρύνσεις στα εθνικά συστήματα υγείας μια και οι ηλικιωμένοι άνθρωποι εξακολουθούν να είναι οι κύριοι κάτοχοι των νοσοκομειακών κλινών, καθώς και οι πολυπληθέστεροι χρήστες και καταναλωτές των κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας ενώ δηλώνουν χαμηλή ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας. Οι πιο σημαντικές προκλήσεις που εγείρουν οι δημογραφικές αλλαγές αφορούν στην εξασφάλιση ικανού και σωστά εκπαιδευμένου προσωπικού, στην προσβασιμότητα στην υγειονομική περίθαλψη και την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας με ταυτόχρονη διασφάλιση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.<sup>3,4,5</sup>

Πίνακας 1: Αριθμός ηλικιωμένων επί του συνόλου του πληθυσμού

	Ελλάδα		Ενωμένη Ευρώπη	
	2000	2050	2000	2050
> 65 ετών	24%	41%	16,1%	22%
> 80 ετών	15%	29%	3,6%	10%

Πίνακας 2: Διαχρονικό ποσοστό ηλικιωμένων επί του συνόλου του Ελληνικού πληθυσμού

	65-79 έτη			80 > έτη		
	άνδρες	γυναίκες	σύνολο	άνδρες	γυναίκες	σύνολο
1960	2,94%	3,88%	6,82%	0,56%	0,93%	1,49%
1970	4,06%	4,99%	9,05%	0,79%	1,20%	1,99%
1980	4,93%	5,91%	10,84%	0,91%	1,37%	2,28%
1990	4,82%	5,93%	10,75%	1,28%	1,83%	3,11%
2000	6,10%	7,26%	13,36%	1,26%	1,83%	3,09%
2006	6,89%	8,21%	14,9%	1,53%	2,07%	3,06%



Πίνακας 3: Διαχρονικό ποσοστό ηλικιωμένων επί του συνόλου του πληθυσμού της Ε.Ε.

	1994		1995		1996		1997	
	65-79 έτη	80> έτη	65-79 έτη	80> έτη	65-79 έτη	80> έτη	65-79 έτη	80> έτη
Ευρώπη (25 κράτη)	11,1%	3,5%	11,2%	3,6%	11,4%	11,4%	11,7%	3,6%
Ευρώπη (15 κράτη)	11,5%	3,8%	11,6%	3,9%	11,8%	11,8%	12,0%	3,8%

Οι νοσηλευτές είναι οι περισσότεροι σε αριθμό που έχουν την ευθύνη της φροντίδας των ηλικιωμένων στα νοσοκομεία, για αυτό και πρέπει να έχουν επαρκείς γνώσεις για τα αίτια των προβλημάτων υγείας και των ιδιαίτερων αναγκών φροντίδας των ασθενών αυτών.<sup>6,7</sup> Κατά κανόνα κάθε νοσηλεύτρια σε κάποια φάση της επαγγελματικής καριέρας του θα συμμετάσχει στη φροντίδα αυτής της ηλικιακής ομάδας, για αυτό και οι αναπτυξιακές αλλαγές που είναι συνδεδεμένες με το φυσιολογικό γήρας πρέπει να κατανοηθούν πολύ καλά από εκείνους που παρέχουν φροντίδα υγείας στους ηλικιωμένους.<sup>8</sup> Εάν οι νοσηλευτές είναι σωστά εκπαιδευμένοι ώστε να υπηρετούν τις ανάγκες των ασθενών τους τότε η νοσηλεία των ηλικιωμένων θα είναι σίγουρα ποιοτική.<sup>9,10</sup> Εξάλλου έχει αποδειχθεί πως η στάση των νοσηλευτών έχει εμφανή επίδραση στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται και επηρεάζει σημαντικά τα στάνταρτς της νοσηλείας.<sup>11,12,13</sup>

Παρά την επαρκή εκπαίδευση, τη φροντίδα και το εξαιρετικό κλινικό τους έργο οι νοσηλευτές δεν έχουν «ανοσία» σε λανθασμένες συμπεριφορές.<sup>14,15</sup> Μια από τις παγίδες στο έργο του νοσηλευτή είναι να περιορίσει τις υπηρεσίες του στην εξυπηρέτηση των βασικών σωματικών αναγκών των ηλικιωμένων παραμελώντας τη συναισθηματική τους στήριξη. Αυτή η αντιεπαγγελματική συμπεριφορά είναι μέρος του *ηλικιακού ρατσισμού*, δηλαδή του συστηματικού και στερεοτυπικού διαχωρισμού των ανθρώπων βάση της προχωρημένης ηλικίας τους.<sup>16</sup> Στο πλαίσιο αυτού του ιδιότυπου ρατσισμού, οι ηλικιωμένοι θεωρούνται ως «γερασμένοι στη σκέψη», «ανοϊκοί», «αρτηριοσκληρωτικοί στις ιδέες» και «παλιομοδίτες στις συμπεριφορές τους». Ο ηλικιακός ρατσισμός απαξιώνει τον ηλικιωμένο, στερώντας του το δικαίωμα σε ποιοτική ζωή, επαρκή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Πολλοί ηλικιωμένοι έχουν καταθέσει σε αντίστοιχες έρευνες ότι ως ασθενείς βίωσαν ακόμη και μέσα στο νοσοκομείο «οριακά ανεπιθύμητοι», «περιθωριοποιημένοι» και «θύματα άνισης μεταχείρισης» σε σχέση με νεότερες ηλικιακές ομάδες ασθενών.<sup>17</sup> Σε πολλές περιπτώσεις το προσωπικό φάνηκε να είναι ανυπόμονο με αυτούς τους ασθενείς δεδομένου ότι η συμπερι-

φορά τους μπορεί να προσληφθεί ως «δύσκολη» και η φροντίδα τους έναν «βαρύ έργο».<sup>18</sup> Επομένως, η έρευνα σε αυτό το χώρο είναι σημαντική διότι η οργάνωση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με ρεαλιστικούς όρους, πρέπει να λαμβάνει υπόψη πως οι ηλικιωμένοι ασθενείς σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες, νοσούν συχνότερα, παραμένουν στο νοσοκομείο για μεγάλα χρονικά διαστήματα, έχουν συχνότερες πτώσεις, αποπροσανατολίζονται πιο συχνά και έχουν αναλογικά μεγαλύτερο μερίδιο χρήσης των υπηρεσιών υγείας.<sup>19,20,21</sup>

### Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η παρατήρηση και η καταγραφή ορισμένων αλλαγών που συμβαίνουν στον ψυχισμό του ηλικιωμένου ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, καθώς και η σύγκριση μεταξύ Ελλήνων και Βρετανών ηλικιωμένων ασθενών.

### Υλικό και Μέθοδος

Το δείγμα της παρούσης έρευνας αποτέλεσαν 145 άτομα που χωρίστηκαν σε δυο ομάδες. Η πρώτη ομάδα αποτελεί το τυχαίο δείγμα 67 ασθενείς (34 άνδρες, 33 γυναίκες) από παθολογικές κλινικές δυο γενικών νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης. Η δεύτερη ομάδα 78 ασθενείς (38 άνδρες, 40 γυναίκες) προέρχεται από γηριατρικές κλινικές δυο γενικών νοσοκομείων του Μάντσεστερ της Μ. Βρετανίας. Όσον αφορά την ηλικιακή κατανομή του δείγματος, η διάμεσος για το δείγμα της Ελλάδος ήταν 74 έτη ενώ για το Βρετανικό δείγμα ήταν 82 έτη. Το ηλικιακό εύρος ήταν 65-88 έτη για την Ελλάδα, και 68-91 έτη για την Μ. Βρετανία. Το 45% του Ελληνικού δείγματος ήταν άνδρες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των Βρετανών ήταν 48%.

Η ηλικιακή διαφορά στα δείγματα εξηγείται από το γεγονός ότι το Ελληνικό δείγμα προήλθε από παθολογικές κλινικές, ενώ το Βρετανικό από γηριατρικές κλινικές. Αυτό φαίνεται και από τα ποσοστά των ατόμων όπως χωρίστηκαν σε 3 ηλικιακές υποομάδες: 65-74, 75-84, 85 και άνω. Η υποομάδα 65-74 είναι αναλογικά περίπου ισομεγέθης για τα δύο



Πίνακας 4: Ηλικιακή κατανομή

Ηλικία	Ελλάδα	Μ. Βρετανία
65-74 ετών	30 (45%)	36 (46%)
75-84 ετών	23 (35%)	17 (22%)
85 και άνω	14 (20%)	25 (32%)
Σύνολο	67	78

Τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, όνομα, διεύθυνση) συλλέχθηκαν απευθείας από τις κάρτες νοσηλείας έτσι ώστε και να μην κουράζονται άσκοπα οι ασθενείς με περιττές ερωτήσεις αλλά και να μην σπαταλάται πολύτιμος χρόνος της συνέντευξης.

**Πρακτικοί και ηθικοί περιορισμοί**

Οι περιορισμοί που τέθηκαν για την επιλογή του δείγματος ήταν οι ακόλουθοι:

Οι ασθενείς να είναι:

- α) άνω των 65 ετών,
- β) να είχαν λιγότερες από δύο εισαγωγές στην προηγούμενη πενταετία έτσι ώστε να αποφευχθεί το προσθετικό φαινόμενο της νοσοκομειακής εμπειρίας,
- γ) να είναι ικανοί να δώσουν συνέντευξη, δηλαδή, απουσία γεροντικής άνοιας, νόσο του Pick ή άλλης σωματικής ή ψυχικής ασθένειας που θα εμποδίσει της εξέλιξη της συζήτησης κατά την διάρκεια της συνέντευξης,
- δ) να μην λαμβάνουν ταυτόχρονα μέρος σε άλλο ερευνητικό πρόγραμμα.

Από δεοντολογικής πλευράς θεωρήθηκε σκόπιμο να δοθεί στους ασθενείς πλήρης ενημέρωση για τους σκοπούς της έρευνας και η γραπτή συγκατάθεση τους αποτελούσε απαραίτητη προϋπόθεση. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, ενώ παράλληλα λήφθηκαν όλα τα κατάλληλα μέτρα για να προστατευθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων και να διασφαλιστεί η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών.<sup>22,23</sup>

**Μέθοδος**

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή της συλλογής στοιχείων μέσω προσωπικής ημιδομημένης συνέντευξης, το κείμενο της οποίας δεν υπερέβη τα 45 λεπτά, όσο και μια πλευρά ενενηντάλεπτης κασέτας. Η συνομιλία καταγράφηκε με προηγούμενη άδεια των ασθενών. Το απομαγνητοφωνημένο κείμενο αναλύθηκε μέσω της Θεματικής Ανάλυσης Περιεχομένου στο Έκδηλο Επίπεδο.<sup>24</sup>

**Στατιστική ανάλυση**

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS V.11, ενώ για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν

μέθοδοι και δείκτες της περιγραφικής στατιστικής και της μη-παραμετρικής επαγωγικής στατιστικής. Οι συγκρίσεις των δύο ομάδων (Ελλάδα, Μ. Βρετανία) πραγματοποιήθηκαν μέσω του στατιστικού ελέγχου  $\chi^2$ , όπου η παρατηρούμενη στάθμη σημαντικότητας του ελέγχου (p value) υπολογίστηκε με την ακριβή μέθοδο (exact method) του Fisher (Metha και Patel, 1996).<sup>25</sup> Παράλληλα, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης συνάφειας V του Cramer για τον καθορισμό της έντασης της συσχέτισης των απαντήσεων σε σχέση με τη χώρα προέλευσης. Ως εξαρτημένες μεταβλητές ορίστηκαν οι ομαδοποιημένες απαντήσεις του δείγματος (κατόπιν επεξεργασίας των δεδομένων μέσω της Θεματικής Ανάλυσης Περιεχομένου). Ανεξάρτητη μεταβλητή ορίστηκε η χώρα προέλευσης (Ελλάδα ή Μ. Βρετανία) των μελών του δείγματος.

**Αποτελέσματα - Συζήτηση**

Φράσεις-κλειδιά που προήλθαν από την απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, κωδικοποιήθηκαν και ταξινομήθηκαν έτσι ώστε να δημιουργηθούν 7 μεγάλες θεματικές κατηγορίες οι οποίες ήταν:

- α) Προσανατολισμός σε χώρο και χρόνο
- β) Προοπτική
- γ) Αποδοχή νόσου
- δ) Φόβος θανάτου
- ε) Μοναξιά
- στ) Αίσθημα εγκατάλειψης
- ζ) Τάσεις αυτοκτονίας

Η αναλυτική παρουσίαση των θεματικών κατηγοριών έχει ως ακολούθως:

**Προσανατολισμός σε χώρο και χρόνο**

Η προσπάθεια προσδιορισμού του επιπέδου προσανατολισμού του ασθενή στο χώρο και στο χρόνο είναι ιδιαίτερα δύσκολη μια και η παράμετρος αυτή αποτελεί ένα κοινό σύμπτωμα πολλών οργανικών ψυχοσυνδρόμων όπως η νόσος ALZHEIMER, η νόσος του PICK και η Γεροντική Άνοια.<sup>26</sup> Υπάρχουν διάφορα εξειδικευμένα ερωτηματολόγια που αποσκοπούν στο να προσδιορίσουν το βαθμό προσανατολισμού και βοηθούν έτσι στη διάγνωση των προαναφερθέντων ασθενειών όπως τα ακόλουθα: Mini-Mental State Examination Test, ADAS-Cog, 7 Minute Test, Blessed Test.<sup>27,28,29</sup> Η συγκεκριμένη όμως εργασία έχει ως σκοπό να εξακριβώσει την ύπαρξη ή

όχι μιας πολύ ήπιας μορφής σύγχυσης που έχει περισσότερο σχέση με την μειωμένη ικανότητα του ασθενή να κατανοεί και να ελέγχει χωροχρονικά ένα καινούργιο περιβάλλον όπως αυτό του νοσοκομείου και είναι συχνά φαινόμενο της φυσιολογικής διαδικασίας γήρανσης παρά παθολογικό σύμπτωμα εξωγενούς ψυχοσυνδρόμου ή παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής όπως για παράδειγμα η χορήγηση μεγάλων δόσεων υπνωτικών.

Έτσι το ενδιαφέρον εστιάστηκε στο αν οι ασθενείς γνωρίζουν καλά το χώρο στον οποίο βρίσκονται και έχουν ακριβή αίσθηση του χρόνου γεγονός που έχει άμεση σχέση με το κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό κατατόπισε και κατατοπίζει τον ηλικιωμένο ασθενή στο καινούργιο του περιβάλλον.

Για τις ανάγκες της διερεύνησης αυτής τέθηκαν 5 ερωτήσεις στον ασθενή και η θετική ή αρνητική πλειοψηφία των απαντήσεων έδωσε και το τελικό αποτέλεσμα στην ύπαρξη ή όχι ικανοποιητικού βαθμού προσανατολισμού στο χώρο και στο χρόνο. Οι ερωτήσεις αυτές ήταν οι εξής:

*Πότε ακριβώς έγινε η εισαγωγή σας στο νοσοκομείο;*

*Ποια είναι η σημερινή ημερομηνία;*

*Τι ώρα είναι;*

*Γνωρίζετε που βρίσκεται η τουαλέτα;*

*Γνωρίζετε που βρίσκεται το γραφείο της προϊσταμένης;*

Οι απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν για την ύπαρξη ή όχι ικανοποιητικού βαθμού προσανατολισμού παρουσιάζονται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5: Προσανατολισμός σε χώρο και χρόνο

ΧΩΡΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ελλάδα	42 (63%)	25 (37%)
Μ. Βρετανία	65 (83%)	13 (17%)
$\chi^2=7,945$ β.ε.=1 $p_{\text{exact}}=0.008$		$V=0,234$

Παρατηρούμε σημαντική διαφορά 20% που είναι σαφώς ευνοϊκή για τους ασθενείς της Μ. Βρετανίας. Θα πρέπει όμως να λάβουμε υπόψη πως κατά την εισαγωγή του ασθενή στο Βρετανικό νοσοκομείο γίνεται πλήρης και κατατοπιστική ξενάγηση του σε όλους τους χώρους του τμήματος και σε συνδυασμό με τα ρολόγια και τα ημερολόγια τοίχου με τα οποία είναι εφοδιασμένος κάθε θάλαμος, υποβοηθείται ο ασθενής στο να αντιλαμβάνεται ικανοποιητικά το χρόνο και τον χώρο στον οποίο βρίσκεται.<sup>30,31</sup>

### Προοπτική

Πολλές έρευνες έχουν ασχοληθεί με τη σημασία και το ρόλο των συναισθημάτων που βιώνει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του και ειδικότερα με τις “εφεδρικές” ψυχικές δυνάμεις που κινητοποιεί για να αντιμετωπίσει την καινούργια κατάσταση ή να την υποβοηθήσει.<sup>32,33,34,35</sup> Η εξέταση όμως της

παραμέτρου αυτής στην συγκεκριμένη εργασία είχε ως σκοπό να εξετάσει μόνο την ύπαρξη ή όχι αισιόδοξων αισθημάτων που βιώνουν οι ασθενείς σχετικά με την διάγνωση και κυρίως τη μελλοντική έκβαση της πορείας της νοσηλείας τους. Ρωτήθηκαν ευθέως αν αισθάνονται αισιοδοξία σχετικά με το μελλοντικό αποτέλεσμα της νοσηλείας τους. Οι θετικές απαντήσεις περιελάμβαναν φράσεις όπως “*Το ξέρω ότι θα γίνω καλά*”, ή “*Έχω εμπιστοσύνη στους ότι θα με κάνουν καλά πάλι*”. Αντίθετα οι αρνητικές απαντήσεις χαρακτηρίστηκαν από την αναφορά στην προχωρημένη ηλικία που για τους ασθενείς αυτούς αποτελούσε αυταπόδειξη της ανεπιτυχούς πορείας της θεραπείας. Χαρακτηριστικά αναφέρω τα λόγια ενός ασθενή «*Έγινα 90 χρονών, ότι και να μου κάνουν εμένα δεν γιατρεύομαι*». Οι απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6: Προοπτική

ΧΩΡΑ	Αισιοδοξία	Απαισιοδοξία
Ελλάδα	52 (78%)	15 (22%)
Μ. Βρετανία	40 (51%)	38 (49%)
$\chi^2= 10,774$	$p_{\text{exact}} = 0,002$	$V=0,273$

Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά της τάξης του 27% που δείχνει ότι οι Έλληνες ασθενείς είναι πιο αισιόδοξοι γεγονός που δεν θα πρέπει να συνδέεται αποκλειστικά με το χώρο του νοσοκομείου

ου αλλά και με γενικότερες πολιτισμικές επιδράσεις κάθε κοινωνίας.



## Αποδοχή νόσου

Η αποδοχή ή άρνηση μιας κατάστασης του νοσηλευόμενου ηλικιωμένου είναι στενά συνδεδεμένη με τον μηχανισμό άμυνας της άρνησης που αναπτύσσει το Εγώ όταν αδυνατεί ή δεν θέλει να αναγνωρίσει και να παραδεχτεί την διαδικασία της ασθένειας η οποία ήδη εξελίσσεται. Συναφής είναι και η περίπτωση όπου ο ασθενής στην προσπάθειά του να πείσει πως δεν νοσεί -ενώ η νόσος ήδη χρήζει αγωγής- υποτιμά ή αποκρύπτει πολλά από τα συμπτώματα της νόσου.<sup>36</sup>

Οι ασθενείς του δείγματος ρωτήθηκαν αν πραγματικά πιστεύουν ότι νοσούν και ότι χρειάζονται για αυτό το λόγο να παραμείνουν στο νοσοκομείο. Οι περισσότερες απαντήσεις ήταν θετικές και στις δύο υποομάδες του δείγματος και μάλιστα η συγκεκριμένη ερώτηση προκάλεσε αντιδράσεις που πρόδιδαν ενόχληση, δυσαρέσκεια και κάποια ειρωνεία ενώ οι περισσότερες απαντήσεις περιείχαν κάποιο κατηγορηματικό προσδιορισμό ακριβώς για να το-

νίσουν την βεβαιότητα τους για την ύπαρξη οργανικής νόσου. Η συνηθέστερη απάντηση ήταν «*Μα φυσικά*» ή «*Και βέβαια είμαι άρρωστος*».

Όμως υπήρχαν και ασθενείς οι οποίοι δεν δέχθηκαν ότι νοσούν, υποτίμησαν τα οργανικά τους συμπτώματα και αρνήθηκαν ότι χρειάζεται να μείνουν στο νοσοκομείο. Συνήθως όμως στους ασθενείς αυτούς δεν είχε τεθεί διάγνωση, η κατάσταση τους ήταν υπό διερεύνηση και τα οργανικά τους συμπτώματα δεν ήταν τόσο κραυγαλέα, πράγμα που τους “μπέρδευε” όπως δήλωσε μια 70χρονη ασθενής η οποία παρουσίαζε ανορεξία και απώλεια βάρους.

Οι ίδιοι ασθενείς παρουσίαζαν αντικοινωνική συμπεριφορά στο θάλαμο, ελαφρά μελαγχολία, ανυπομονησία, και είχαν μειωμένη όρεξη και ύπνο. Ήταν επίσης κατηγορηματικοί στις απαντήσεις τους όπου κυριάρχησε η φράση «Δεν έχω τίποτα» ή απάντησαν και οι ίδιοι με μια ερώτηση λέγοντας «Γιατί με έφεραν εδώ αφού εγώ είμαι μια χαρά;». Οι συνολικές απαντήσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7: Αποδοχή νόσου

ΧΩΡΑ	Αποδοχή	Άρνηση
Ελλάδα	51 (76%)	16 (24%)
Μ. Βρετανία	62 (80%)	16 (20%)
$\chi^2=0,238$	β.ε.=1	$p_{\text{exact}}= 0,690$

Θα πρέπει να σημειωθεί εδώ πως η παρατηρούμενη διαφορά μεταξύ των δύο χωρών της τάξης του 4% είναι πολύ μικρή σε σχέση με τις διαφορές των άλλων παραμέτρων και δείχνει πως στο συγκεκριμένο θέμα της αποδοχής ή άρνησης της ασθένειας οι ασθενείς των δύο υποομάδων αντιδρούν στατιστικά ισοδύναμα.

## Φόβος θανάτου

Η στάση του ανθρώπου απέναντι στο θάνατο είναι συνάρτηση των θρησκευτικών κοινωνικών και πολιτισμικών επιδράσεων, καθώς και της γενικότερης στάσης του απέναντι στη ζωή αλλά έχει άμεση σχέση και με την σοβαρότητα της νόσου από την οποία πάσχει. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο, οι ιδέες και οι φόβοι σχετικά με τον θάνατο αναμοχλεύονται και σε άλλους ασθενείς μένουν υποσυνείδητοι ενώ σε άλλους βγαίνουν στην επιφάνεια και παίρνουν τη μορφή ανησυχίας, φόβου και αίσθημα απειλής της ζωής.<sup>37</sup> Ο φόβος για τον θάνατο είναι σύμφυτος με τη ζωή, διότι η γονιδιακή θεώρηση της ζωής υποστηρίζει πως από την ώρα της σύλληψης κληροδοτείται στο κύημα όχι μόνο η ζωή, αλλά και το σπέρμα του θανάτου.<sup>38</sup>

Η παρούσα εργασία προσπάθησε να εντοπίσει την ύπαρξη φόβου για το θάνατο υπό ιδιαίτερες συνθήκες όπως η προχωρημένη ηλικία και η απειλή για την υγεία, κατά την εισαγωγή στο νοσοκομείο. Η

διαδικασία επιλογής του τύπου της ερώτησης, δηλαδή άμεσα ή έμμεσα υπήρξε επίπονη, διότι στην διερεύνηση ενός τόσο σοβαρού θέματος που αποτελεί ταυτόχρονα και ισχυρό ταμπού, υπεισέρχονται δεοντολογικοί περιορισμοί μια και γενικά το θέμα του θανάτου δεν θα πρέπει να θίγεται παρά μόνον όταν ο ίδιος ο ασθενής ζητήσει ανάλογες πληροφορίες από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ή αν εκφράσει ανάλογους φόβους. Επίσης υπάρχει και η αντίρρηση που υποστηρίζει πως η αναφορά σε αυτό το θέμα προκαλεί ταραχή στον ασθενή και γι' αυτό πρέπει να αποφεύγεται.

Παρ' όλα αυτά και κατόπιν συσκέψεων με τα υπόλοιπα μέλη του προσωπικού, αποφασίσθηκε να ρωτηθούν ευθέως οι ασθενείς αν φοβούνται ή αν σκέπτονται τον θάνατο, τοποθετώντας την ερώτηση προς το τέλος της συνέντευξης, όπου είχε ήδη οικοδομηθεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης και μια σχετική οικειότητα, διότι θεωρήθηκε ότι ο θάνατος σαν αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής δεν θα πρέπει να αποτελεί ταμπού ούτε θέμα προς αποφυγή αλλά γεγονός που θα επέλθει. Φυσικά σαν τελευταίος περιορισμός τέθηκε το ότι δεν ερωτήθηκαν ασθενείς οι οποίοι πιθανώς βρίσκονταν στο τελικό στάδιο κάποιας ανίατης νόσου.

Πολλές φορές όμως ο ίδιος ο ασθενής υποδήλωνε με τα λεγόμενα του ένα τέτοιο φόβο, προτού του τεθεί η ερώτηση και χαρακτηριστικά μια 92χρονη κυρία δήλωσε «*Σήμερα είναι τα γενέθλια μου, αλλά πολύ*



φοβάμαι ότι σήμερα είναι η τελευταία φορά αυτή που τα γιορτάζω».

Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα για το φόβο τους θανάτου παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.

Πίνακας 8 :Φόβος θανάτου

ΧΩΡΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ελλάδα	53 (79%)	14 (21%)
Μ. Βρετανία	29 (37%)	49 (63%)
$\chi^2= 25,783$ $\beta.ε.=1$ $p_{exact}=0,000$ $V=0,422$		

Παρατηρούμε διαφορά της τάξης του 42% που είναι μεγάλη και στατιστικά σημαντική αλλά θα πρέπει να εκτιμηθεί επίσης υπό το πρίσμα των διαφορών της Ελληνικής και Βρετανικής ιδιοσυγκρασίας όσον αφορά την εξοικείωση με το συγκεκριμένο θέμα και την έκφραση των σχετικών ανησυχιών και φόβων.<sup>39,40</sup>

### Μοναξιά

Για τη διερεύνηση του θέματος τέθηκαν στους ασθενείς του δείγματος 2 ερωτήσεις όπως: «Αισθάνεστε μοναξιά;» και «Αισθάνεστε την ανάγκη συχνότερων επισκέψεων;»

Οι απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν για το αίσθημα της μοναξιάς παρουσιάζονται στον Πίνακα 9.

Πίνακας 9: Μοναξιά

ΧΩΡΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ελλάδα	22 (33%)	45 (67%)
Μ. Βρετανία	55 (71%)	23 (29%)
$\chi^2=20,544$ $\beta.ε.=1$ $p_{exact}= 0,000$ $V=0,376$		

Οι ηλικιωμένοι νοιώθουν μοναξιά στη ζωή τους, κατά τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο και στο περιβάλλον τους γενικά. Η μοναξιά είναι γενικό φαινόμενο χαρακτηριζόμενο ως αρνητικό και δυσάρεστο. Η μοναξιά υποδηλώνει έλλειψη αναγκαίας ή επιθυμητής ανθρώπινης φιλίας, οδηγεί σε προσωπική ταλαιπωρία και χαρακτηρίζεται από αίσθημα εγκατάλειψης και δυσαρέσκειας. Η μοναξιά ορισμένες φορές συμβάλλει στην ανάπτυξη άγχους, και άλλοτε προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Έρευνες δείχνουν ότι το 34% των ηλικιωμένων στον Καναδά, αντιμετωπίζει τη μοναξιά ως το χειρότερο πρόβλημα κατά τη νοσηλεία τους. Αλλά και στην Ευρώπη και στη Βόρειο Αμερική το 24% των ηλικιωμένων γυναικών και το 12% των ηλικιωμένων ανδρών αναφέρουν την μοναξιά ως κυρίαρχο πρόβλημα της κοινωνικής ζωής τους.<sup>41,42,43</sup>

Αλλά και οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα έχουν μεγάλη ανάγκη βοήθειας για να αντιμετωπίσουν την μοναξιά. Έχουν ανάγκη για να τους πάρουν ένα τηλέφωνο, έχουν ανάγκη της οικογενειακής και κοινωνικής συμπαράστασης, υποστήριξης, ενθάρρυνσης, ενίσχυσης, αγάπης και προστασίας. Σε πολλές περιπτώσεις οι ηλικιωμένοι δεν έχουν με ποιόν να μιλήσουν και δεν έχουν ευκαιρίες για επικοινωνία και αυτοέκφραση. Δυστυχώς, έχει καταγραφεί πως οι οικογένειες, αλλά και οι νοσηλευτές κατά την διάρκεια της νοσηλείας των ατόμων αυτών, δεν διαθέτουν αρκετό χρόνο για επικοινωνία.<sup>44,45</sup>

### Αίσθημα εγκατάλειψης

Το αίσθημα της εγκατάλειψης απόρροια αισθημάτων ανασφάλειας και απόρριψης έχει ως σημεία αναφοράς την οικογένεια του ασθενή και το νοσηλευτικό προσωπικό ενώ μπορεί να είναι υποκειμενικό ή αντικειμενικό. Υποκειμενικό με την έννοια ότι ο ηλικιωμένος ασθενής αισθάνεται εγκαταλελειμμένος λόγω της απειλής και του φόβου που του προκαλεί γενικά η ασθένεια, λόγω της μοναξιάς που τυχόν αισθάνεται, των λιγοστών όπως θεωρεί επισκέψεων των συγγενών του καθώς και της αδιάφορης όπως νομίζει στάσης που κρατά απέναντι του το προσωπικό και οι υπόλοιποι ασθενείς.<sup>46</sup>

Δυστυχώς όμως το αίσθημα εγκατάλειψης είναι τις πιο πολλές φορές αντικειμενικό γιατί πραγματικά πολλές φορές εγκαταλείπεται από τους συγγενείς του στο νοσοκομείο και το προσωπικό μπορεί να κατηγορηθεί για έλλειψη ενδιαφέροντος. Οι σχέσεις του ασθενή με την οικογένεια του είναι συνήθως καθοριστικές για την προσαρμογή του στο χώρο του νοσοκομείου. Η υποστήριξη της οικογένειας τον βοηθά να αντιμετωπίσει πιο ψύχραιμα την παραμονή του στο νοσοκομείο ενώ οι συχνές και τακτικές επισκέψεις των συγγενών του βοηθούν να βιώνει την παραμονή αυτή ως πρόσκαιρη, διότι με τις επισκέψεις αυτές διατηρούνται οι δεσμοί με την προ της εισαγωγής του ζωή.<sup>47</sup>

Στην περίπτωση που η οικογένεια όμως εγκαταλείπει τον ασθενή ο ασθενής με την σειρά του συχνά εγκαταλείπει και ο ίδιος τον εαυτό του, και αποδί-



δει δραματικά τη κατάσταση με εκφράσεις όπως «Εδώ που με παράτησαν θα πεθάνω» όπως ανέφερε χαρακτηριστικά ένας ασθενής του τμήματος αποκατάστασης Βρετανικού νοσοκομείου αλλά με πα-

ρόμοιο τρόπο εκφράστηκε και ένας ασθενής από νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης.

Οι απαντήσεις που συγκεντρώθηκαν για το αίσθημα εγκατάλειψης παρουσιάζονται στον Πίνακα 10.

Πίνακας 10: Αίσθημα της εγκατάλειψης

ΧΩΡΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ελλάδα	32 (48%)	45 (52%)
Μ. Βρετανία	55 (71%)	23 (29%)
$\chi^2=13,192$ β.ε.=1	$p_{\text{exact}}=0,000$	$V=0,292$

Παρατηρούμε στατιστικά σημαντική διαφορά της τάξης του 23% για την εκτίμηση της οποίας θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν οι οικογενειακοί δεσμοί που ακόμη κρατούν στην Ελληνική κοινωνία αλλά οι οποίοι δυστυχώς τείνουν προς τη χαλάρωση.

### Τάσεις αυτοκτονίας

Η απόπειρα αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους είναι περισσότερο προϊόν ύπαρξης μιας συναισθηματικής ψύχωσης όπως η μανιοκατάθλιψη παρά προϊόν μιας "λογικής" απόφασης όπως η λύση σε ένα αδιέξοδο. Άλλοι παράγοντες είναι η κοινωνική απομόνωση του ηλικιωμένου, που έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη συναισθηματικής υποστήριξης και της ύπαρξης σοβαρής οξείας ή χρόνιας παθολογικής κατάστασης η οποία ενισχύει την κατάθλιψη του ασθενή και εμποδίζει την συνεργασία του στη θεραπεία. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς κάνουν περισσότερες προσπάθειες συγκριτικά με τα νέα άτομα για να κατορθώσουν μια επιτυχημένη απόπειρα αυτοκτονίας αλλά παρόλα αυτά οι προσπάθειες, απόπειρες ή η

έκφραση τάσεων αυτοκτονίας των ηλικιωμένων ασθενών θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπ' όψιν από το νοσηλευτικό προσωπικό και να μην θεωρούνται απλώς σαν μια προσπάθεια εκβιασμού ή σαν τρόπος προσέγκυσης ενδιαφέροντος.<sup>48,49</sup>

Στην παρούσα εργασία ερευνηθήκε η ύπαρξη τάσης αυτοκτονίας στους ηλικιωμένους ασθενείς αλλά για λόγους δεοντολογίας κάτι τέτοιο δεν ήταν δυνατό να ερωτηθεί με άμεσο τρόπο. Έτσι οι απαντήσεις δόθηκαν είτε από το ιστορικό του ασθενή όπου τυχόν υπήρχε παρόμοια απόπειρα είτε από τον ίδιο τον ασθενή όταν αυτός εξέφραζε τέτοιου είδους ενδόμυχες σκέψεις. Χαρακτηριστικά αναφέρονται τα λόγια ενός 70χρονου ασθενή του τμήματος αποκατάστασης σε νοσοκομείο του Manchester ο οποίος είχε υποστεί ακρωτηριασμό των κάτω άκρων εξαιτίας ενός ατυχήματος «*Η ζωή μου δεν αξίζει τίποτα, καλύτερα να με αφήσουν να πεθάνω γιατί αλλιώς θα το κάνω μόνος μου*».

Τα σχετικά στοιχεία για την ύπαρξη τάσεως αυτοκτονίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 11.

Πίνακας 11: Τάσεις αυτοκτονίας

ΧΩΡΑ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Ελλάδα	1 (2%)	66 (99%)
Μ. Βρετανία	4 (5%)	74 (95%)
$\chi^2=1,431$ β.ε.=1	$p_{\text{exact}}=0,374$	

Για την εκτίμηση της μη στατιστικά σημαντικής διαφοράς του 3% που παρουσιάζεται θα πρέπει να λάβουμε υπόψιν τα εξής: Πρώτον ότι είναι σημαντικό το γεγονός ότι σε ένα μικρό δείγμα 145 ατόμων στο οποίο δεν συμπεριλαμβάνονται άτομα με ανιάτες αρρώστιες ή έντονες ψυχολογικές διαταραχές, ένα ποσοστό της τάξης του 5% στην περίπτωση της Μ. Βρετανίας, παρουσιάζει τάσεις αυτοκτονίας, ενώ μόνο ένα άτομο από τα 67 του δείγματος της Ελλάδος υποδηλώνει παρόμοιες τάσεις. Δεύτερον, θα πρέπει επίσης να λάβουμε υπόψιν πως γενικά το ποσοστό αυτοκτονιών είναι αναλογικά μεγαλύτερο στη Μ. Βρετανία, γεγονός για το οποίο ενοχοποιεί-

ται η ιδιόρρυθμη, ευαίσθητη και ντελικάτη Βρετανική προσωπικότητα.<sup>50,51</sup>

### Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα αυτής της πιλοτικής μελέτης δείχνουν πως ο ασθενής στην Μ. Βρετανία, μερικές φορές δεν φοβάται τόσο το θάνατο όσο τη ζωή η οποία θα είναι εξαρτημένη από τους άλλους και τις παθολογικές εκείνες καταστάσεις οι οποίες θα τον φέρουν σε αμηχανία απέναντι στον εαυτό του και στον





κοινωνικό περίγυρο, γι' αυτό και ορισμένοι από αυτούς τους ασθενείς, εναλλακτικά ως προς την αυτοκτονία, μπορεί να εκφράσουν την επιθυμία να συζητούν και το ενδεχόμενο της ευθανασίας η οποία όμως παραμένει ένα πολύπλοκο θέμα με ποικίλα δεοντολογικά, νομικά, θρησκευτικά και ηθικά προβλήματα.

Με βάση τους δείκτες V του Cramer διαπιστώνουμε ότι η χώρα προέλευσης έχει τη μεγαλύτερη επίδραση στις παραμέτρους «Μοναξιά» και «Φόβος θανάτου». Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς από την Μ. Βρετανία βιώνουν πολύ έντονα την μοναξιά από ότι οι Έλληνες. Αντίθετα, ο φόβος θανάτου κυριαρχεί στο δείγμα της Ελλάδος, και όχι στην Μ. Βρετανίας, γεγονός που υποδεικνύει πως αντίθετα με τις κοινές πεποιθήσεις το αίσθημα της μοναξιάς δεν παραπέμπει τόσο έντονα στον φόβο του θανάτου.

Ο νοσηλεύτης και η νοσηλεύτρια μέσα από το καθημερινό κλινικό έργο τους λειτουργούν και πρέπει να λειτουργούν ως «συνήγοροι του ασθενή». Ο σπουδαίος αυτός ρόλος προϋποθέτει αμέριστη αγάπη προς τον ηλικιωμένο ασθενή, διαρκή στήριξη καθ' όλη την πορεία της ασθένειας του και προστασία απέναντι σε κάθε κίνδυνο. Επίσης, εμπεριέχει την έννοια της έμπρακτης βοήθειας και ανιδιοτελούς καθοδήγησης μέσα από τον κυκεώνα των προβλημάτων της υγειονομικής περίθαλψης. Επομένως, το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να υποστηρίζει ψυχολογικά τον ηλικιωμένο, να τον ενθαρρύνει στις επαφές του με τους άλλους ασθενείς και να μην τον αφήνει μόνο του, ή να απομονώνετε στο δωμάτιο για πολλές ώρες ακόμη και όταν ασχολείται με κάτι. Εξάλλου όπως αναφέρει η Α.Ραγιά (1985), χρέος, τιμή και προνόμιο μας, να ανακουφίζουμε και να υποστηρίζουμε με την νοσηλευτική μας τέχνη και επιστήμη και την έμπρακτη αγάπη μας τον ηλικιωμένο συνάνθρωπο μας ώστε καθώς διαβαίνει την τρίτη περίοδο της επίγειας ζωής του να απολαύσει άριστη ποιότητα φροντίδας είτε σωματική είναι αυτή είτε ψυχική.<sup>45</sup>

Ο νοσηλεύτης θα πρέπει να ενθαρρύνει το ηλικιωμένο άτομο να συζητά μαζί του για ότι τον ενοχλεί, διότι ο ασθενής χρειάζεται σημαντική συμπαράσταση στα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζει. Ένας τρόπος για να το πετύχει αυτό είναι να τον ενθαρρύνει και να του δώσει βάσιμες ελπίδες για τη βελτίωση της υγείας του. Η ελπίδα κινητοποιεί τα αποθέματα ενέργειας του ασθενή για την αντιμετώπιση του στρες της νόσου, δεν θα πρέπει όμως να του δίνουμε ψεύτικες ελπίδες. Ο ηλικιωμένος ασθενής μπορεί να ξεχωρίσει τα επιπόλαια και τυπικά λόγια που λέγονται απλώς για να τον παρηγορήσουν και καταλήγει να αισθάνεται επιφυλακτικός έναντι στους νοσηλευτές. Γι αυτό ο νοσηλεύτης πρέπει να αποφεύγει τα γενικά και τυποποιημένα σχόλια όπως «Όλα θα πάνε καλά» ή «Δεν είναι και τόση άσχημη η κατάσταση σου».<sup>52,53</sup>

Κλείνοντας γίνεται μια αναφορά στα λόγια ενός 80χρονου ασθενή με τον οποίο η συνέντευξη εξελίχθηκε σε πολύωρη κουβέντα «Δεν αισθάνομαι περισσότερο ένοχος, επειδή είχα μια πτώση και η νοσηλεία μου κόστισε χρήματα στο κράτος και ταλαιπωρία στην οικογένεια μου, από εσένα νεαρό μου που έπεσες με την μοτοσυκλέτα σου».

## Βιβλιογραφία

1. Brown E. Biological aspects of ageing, In: Mini-chiello V, Alexander L, Jones D. (eds.) *Gerontology: a multidisciplinary approach*. Sydney, Prentice Hall, 1992:17-72
2. Mistiaen P, Wijkkel D, de Bond M, Veeger A. The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing* 1997, 25:1233-1240.
3. OECD Health Data *Health care & Cost Containment in the EU*, 2001, (Στοιχεία του ΟΟΣΑ για την υγεία το 2001)
4. EUROSTAT *Population statistics*. Statistical office of the European Communities, 2006
5. Theofanidis D, Fountouki A. Assessing satisfaction with the nursing care of elderly patients in hospital: a discussion paper» *International Journal of Older People Nursing* 2007, 4:33-39.
6. Towner E. Assessment of Geriatric Knowledge: An Online Tool for Appraising Entering APN Students. *Journal of Professional Nursing* 1996, 22(2):112-115.
7. Caris-Verhallen W, Kerkstra A, Bensing J. Non-verbal behaviour in nurse-elderly patient communication. *Journal of Advanced Nursing* 1999, 29(4):808-818.
8. Παπαθεωφίλου Ρ, Σακκάς Δ, Φαγκούλη Α. *Διεπαγγελματική συμβουλευτική. Ελληνική εταιρεία ψυχικής υγιεινής και νευροψυχιατρικής του παιδιού*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1994, σελ.39-55.
9. Stevens J, Crouch M. Who cares about care in nursing education? *International Journal of Nursing Studies* 1994, 32:233-242.
10. Hope K. Nurses' attitudes towards older people; a comparison between nurses working in acute medical and acute care of elderly patient settings. *Journal of Advanced Nursing* 1994, 20:605-612.
11. Fielding P. *Attitudes revised: an examination of student nurses' attitudes towards old people in hospital*. London, Royal college of Nursing, 1986.
12. Young J, Robinson M, Chell S, Sanderson D, Chaplin S, Burns E, Fear J. Whole system study of intermediate care services for older people. *Age and Ageing* 2005, 34(6):577-583.
13. Armstrong-Esther C, Sandilands M, Miller D. Attitudes and behaviors of nurses towards the elderly in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 1989, 14(1):34-41.
14. McLafferty I, Morrison F. Attitudes towards hospitalized older adults. *Journal of Advanced Nursing* 2004, 47(4):446-453.
15. Courtney M, Tong S, Walsh A. Acute Care Nurses' Attitudes Toward Older Patients: A Literature Review. *Australian Journal of Rural Health* 2000, 8(2):94-102



16. Braithwaite V, Lynd-Stevenson R, Pigram D. An empirical study of ageism: from polemics to scientific utility. *Australian Psychologist* 1993, 28(1):9-15.
17. Sax S. *Ageing and public Policy in Australia*. Sydney, Allen and Unwin, 1993.
18. Wirt G. Causes of institutionalism: patient and staff perspectives. *Issues Ment Health Nurs* 1999, 20(3):259-274.
19. Freis C, Williams P, Narayanan S, Gariballa S. Iatrogenic causes of falls in hospitalised elderly patients: a case-control study. *Postgraduate Medical Journal* 2002, 78(922):487-489.
20. Wanich S, Sullivan-Marx E, Gottlieb G, Johnson J. Functional status outcomes of a nursing intervention in hospitalized elderly. *Image J Nurs Sch*, 1992, 24:201-207.
21. Comnette P, D'Hoore W, Malhomme B, Van Pee D, Meert P, Swine C. Differential risk factors for early and later hospital readmission of older patients. *Ageing Clin Exp Res* 2006, 17(4):322-328.
22. Thompson I, Melia K, Boyd K. *Nursing ethics*, 3rd edition, Edinburgh, Churchill Livingstone, 1994.
23. Edward S. *Nursing ethics: a principle-based approach*. Macmillan, Basingstoke, New York, 1996.
24. Σαχίνη-Καρδάση Α. *Μεθοδολογία έρευνας: εφαρμογές στο χώρο της υγείας*. Γ' έκδοση. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1997.
25. Metha C, Patel N. *Exact Tests™ 7.0 for Windows®*, CHICAGO: SPSS inc., 1997
26. Joray S, Herrmann F, Mulligan R, Schnider A. (2004) «Mechanism of Disorientation in Alzheimer's Disease» *European Neurology*, 2004, 52:193-197
27. Crum R, Anthony J, Bassett S, Folstein M. Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. *JAMA*, 1993, 269: 2386-2391.
28. Solomon P, Hirschhoff A, Kelly B, Relin M, Brush M, DeVeaux R, Pendlebury W. A 7 minute neurocognitive screening battery highly sensitive to Alzheimer's disease. *Arch Neurol*. 1999, 56(1):123-134.
29. Rosen W, Mohs R, Davis K. A new rating scale for Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1984, 141(11):1356-1364.
30. Jones A. How effective is reality orientation for elderly, confused patients? *British Journal of Nursing* 1995, 4(9):519-522.
31. Inouye S, Bogards S, Charpentier P, Leo-Summers L, Acampora D, Holford T. A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *N Engl Med*, 1999, 340:669-676.
32. Breemhaar B, Visser A, Kleijnen J. Perceptions and behaviour among elderly hospital patients: description and explanation of age differences in satisfaction, knowledge, emotions and behaviour. *Social Science & Medicine* 1990, 31(12): 1377-1385.
33. McClain R, Breitbart W. Effect on end of life despair in terminally ill cancer patients. *Lancet* 2003, 361:1603-1607.
34. Paquet C, ST-Arnaud-McKenzie D, Kenzie D, Ker goat M, Ferland G, Dube L. Direct and indirect effects of everyday emotions on food intake of elderly patients in institutions. *The Journal of Gerontology* 2003, 58(2):153-158.
35. Bunge M. Activities of older people. In: Brown P. ed. *Health care and the aged: a nursing perspective*. Sydney, MacLennan & Petty, 1994, pp240-262
36. Roy O. Ageing: better understanding for better care. *Canadian Nurse* 1996, 92(4):42-44.
37. Hogan D, Fox R, Gadley B, Mann O. Effect of a geriatric consultation service on management of patients in an acute care hospital. *CMAJ* 1987, 136:713-717.
38. Gray M, Burger G, Lang B. Mitochondrial evolution. *Science*, 1999, 283:1476-1481.
39. Nichols J, Riegel B. The contribution of Chronic Illness to Acceptance of Death in Hospitalized Patients. *Clinical Nursing Research* 2002, 11:103-115.
40. Lothian K, Philp I. Maintaining the dignity and autonomy in the healthcare setting. *British Medical Journal* 2001, 17(322):668-670.
41. Wilson R, Krueger K, Arnold S, Schneider J, Kelly J, Barnes L. Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Arch Gen Psychiatry*, 2007, 64(2):234-240.
42. Holley U. Social isolation: a practical guide for nurses assisting clients with chronic illness. *Rehab Nurs* 2007, 32(2):51-56.
43. Πριάμη Μ. *Η μοναξιά στους ηλικιωμένους*. Πρακτικά 27<sup>ου</sup> Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Ερέτρια, 2000.
44. Ekwall A, Sivberg B, Hallberg I. Loneliness as a predictor of quality of life among elder caregivers. *J Adv Nurs* 2005, 49(1):23-32.
45. Ραγιά Α. *Μελέτη των νοσηλευτικών αναγκών των ηλικιωμένων ατόμων για βελτίωση της νοσηλευτικής φροντίδας αυτών*. Πρακτικά IB Πανελληνίου Νοσηλευτικού Συνεδρίου, Αθήνα, 1985, σελ. 130-139.
46. Cacioppo J, Hawkey C, Crawford E, Ernst J, Burleson H, Kowalewski R, Malarkey W, Van Cauter E, Berntson G. Loneliness and Health: Potential –Mechanisms. *Psychosomatic Medicine* 2002, 64:407-417.
47. Pursey A, Luker K. Attitudes and stereotypes: nurses' work with older people. *Journal of Advanced Nursing* 1995, 22:547-555.
48. Bruce M, Ten Have T, Revnolds C, Katz I, Schulberg H, Mulsant B, Brown G., McAvay G, Pearson J, Alexopoulos G. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2004, 3;291(9):1081-1091.
49. Callahan C, Hendrie H, Nienaber N, Tierney W. Suicidal ideation among older primary care patients. *J Am Geriatr Soc* 1996, 44(10):1205-1209.
50. Brant B, Osgood N. The suicidal patient in long-term care institutions. *J Gerontol Nurs*, 1990, 16(2):15-18.
51. Pfaff J, Almeida O. Detecting suicidal ideation in older patients: identifying risk factors within the general practice setting. *Br J Gen Pract*, 2005, 55(513):51-56.
52. McCormack B. Autonomy and the relationship between nurses and older people. *Ageing and Society* 2001, 21:417-446.
53. Kenny T. Erosion of individuality in care of elderly people in hospital - an alternative approach. *Journal of Advanced Nursing* 1990, 15:571-576.

